

Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain muuttamisesta

ESITYKSEN PÄÄASIALLINEN SISÄLTÖ

Esityksessä ehdotetaan muutettavaksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annettua lakia siltä osin, kuin se koskee valmiutta, varautumista sekä häiriötilanteiden hoitamista normaalioloissa ja poikkeusoloissa.

Esityksen mukaan samaan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueeseen kuuluvien hyvinvointialueiden välisestä varautumista koskevasta yhteistyöstä, työnjaosta ja yhteensovittamisesta sovittaisiin jatkossakin hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksessa. Kansallisiin ja kansainvälisiin uhkakuviin varautumiseksi sosiaali- ja terveysministeriölle annettaisiin toimivaltaa sosiaali- ja terveydenhuollon häiriötilanteiden ja poikkeusolojen kansallisessa johtamisessa. Tähän liittyvän päätöksenteon valmistelun tueksi perustettaisiin sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen valmiusryhmä, johon kaikki yhteistyöalueet nimeäisivät vastuhenkilönsä.

Sosiaali- ja terveysministeriölle sekä hallintosäännöissä nimetyille yliopistollista sairaalaa ylläpitävän hyvinvointialueen viranhaltijoille annettaisiin sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisvastuuta laissa täsmennetyin ehdoin yhteistyöalueittain tai kansallisesti, jos se on tarpeellista häiriötilanteen laajuuden, kiireellisyyden tai muun erityisen syyn takia. Nykyistä selkeämpi johtovastuu yhteistyöalueella tai kansallisesti olisi tarpeellista esimerkiksi normaaliolojen häiriötilanteissa, joissa yhden hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon voimavarat eivät riitä tilanteen ennakoinnaksi tai hoitamiseksi. Näissä tilanteissa voisi olla tarpeellista käyttää ja yhteensovittaa useiden hyvinvointi- tai yhteistyöalueiden voimavaroja. Ehdotus mahdollistaisi sosiaali- ja terveydenhuollon toimenpiteiden käynnistämisen riittävän nopeasti normaaliolojen häiriötilanteissa ja poikkeusoloissa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon varautumisessa on havaittu puutteita häiriötilanteissa, jotka kohdistuvat samanaikaisesti useisiin hyvinvointialueisiin ja vaativat useamman kuin yhden hyvinvointialueen voimavarojen käyttöä. Puutteet ilmenivät erityisesti Covid-19-pandemiassa, kun uhkakuva realisoitui ennakoimattoman nopeasti ja laajasti. Yhteisten voimavarojen johtamisessa tarvittavat alueelliset ja kansalliset toimivaltuudet eivät ole selkeät ja riittävät vastaamaan ulko- ja turvallisuuspoliittisiin uhkakuviin. Puolustusvoimat tukeutuu lähes kokonaan hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmään niin normaalioloissa kuin sodan uhan ja sodan aikana, mikä edellyttää sosiaali- ja terveydenhuollolta kykyä toimia kansallisena kokonaisuutena.

Tässä esityksessä ehdotetuilla muutoksilla sosiaali- ja terveydenhuollossa voitaisiin nykyistä paremmin varautua kansallisen riskiarvion mukaisiin, yksittäistä hyvinvointialuetta laajempiin tai valtakunnallisiin häiriötilanteisiin. Samalla sosiaali- ja terveydenhuollon osalta pystyttäisiin tietyiltä osin mahdollistamaan eräiden sellaisten velvoitteiden täyttäminen, joihin Suomen tulee sitoutua Pohjois-Atlantin liiton täysjäseneksi liittymisen myötä.

Ehdotettu laki on tarkoitettu tulemaan voimaan keväällä 2025.

SISÄLLYS

Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain muuttamisesta	1
Esityksen pääasiallinen sisältö	1
Sisälylys.....	2
PERUSTELUT	3
1 Asian tausta ja valmistelu	3
2 Nykytila ja sen arviointi.....	4
2.1 Yleistä	4
2.2 Nykytilan kuvaus	6
2.2.1 Toimintaympäristö sosiaali- ja terveydenhuollon näkökulmasta.....	6
2.2.2 Nykyinen lainsäädäntö	8
2.2.3 Nykyiset sopimukset.....	12
2.2.4 Kansainväliset velvoitteet	13
2.3 Nykytilan arviointi	16
2.3.1 Kansallinen riskiarvio sosiaali- ja terveydenhuollon näkökulmasta.....	16
2.3.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon valmiuden ja varautumisen nykytilan arviointi.....	21
3 Tavoitteet	24
4 Ehdotukset ja niiden vaikutukset	25
4.1 Keskeiset ehdotukset.....	25
4.2 Pääasialliset vaikutukset	26
4.2.1 Vaikutusten arviointiin liittyvät epävarmuudet.....	26
4.2.2 Taloudelliset vaikutukset	27
4.2.3 Vaikutukset viranomaisten toimintaan.....	28
4.2.4 Ympäristövaikutukset	29
4.2.5 Yhteiskunnalliset vaikutukset	29
5 Muut toteuttamisvaihtoehdot ja niiden vaikutukset.....	31
5.1 Vaihtoehdot ja niiden vaikutukset	31
5.1.1 Yhteistyöalueen muokkaaminen oikeushenkilöksi	31
5.1.2 Valmiuslain kokonaisuudistus	31
5.1.3 Nykylainsäädäntöön perustuvat vaihtoehdot	32
5.2 Ulkomaiden lainsäädäntö ja muut ulkomailla käytetyt keinot.....	34
6 Lausuntopalaute	36
7 Säännöskohtaiset perustelut	38
8 Lakia alemman asteinen sääntely.....	49
9 Voimaantulo.....	49
10 Toimeenpano ja seuranta	50
11 Suhde perustuslakiin ja säätämisjärjestys	50
Lakiehdotus	56
Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain muuttamisesta	56
Rinnakkaisteksti	60
Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain muuttamisesta	60

PERUSTELUT

1 Asian tausta ja valmistelu

Esityksen taustalla ovat etenkin Covid19 -pandemian myötä saadut kokemukset sosiaali- ja terveydenhuollon varautumisesta. Kyseinen pandemia oli globaali kriisi, jonka hoitaminen edellytti sosiaali- ja terveydenhuollolta kansallisesti yhtenäisiä toimenpiteitä sekä laajasti voimavarojen sopeuttamista, toiminnan uudelleen suuntaamista ja yhteistyötä. Covid-19-pandemia osoitti, että paikallisen tason, viiden erityisvastuualueen, kansallisen tason ja kansainvälisen tason tulee muodostaa yhteen toimiva kokonaisuus. Pandemian aikana sosiaali- ja terveysministeriön (jäljempänä STM) ja terveydenhuollon viiden erityisvastuualueen yhteistyö oli keskeisessä roolissa nopeassa tilanteen ennakkoinnissa, materiaalien hankinnassa ja hoitoresurssien riittävyyden turvaamisessa. Koronapandemian aikana muodostuneita rakenteita tulisikin jatkossa ylläpitää ja vahvistaa.¹

Valtioneuvoston puolustusselonteko eduskunnalle², turvallisuuskomitean koordinoima yhteiskunnan turvallisuusstrategia³ ja sisäministeriön (jäljempänä SM) johdolla valmisteltu poikkihallinnollinen kansallinen riskiarvio ohjaavat eri hallinnonalojen varautumista ja yhtenäistävät varautumisen kansallisia periaatteita. Esimerkiksi väestön toimintakyky ja palvelut sekä henkinen kriisinkestävyys ovat yhteiskunnan turvallisuusstrategian mukaisia elintärkeitä toimintoja, jotka ovat yhteiskunnan toimivuuden kannalta välttämättömiä, kaikissa tilanteissa ylläpidettäviä toimintoja. Hyvinvointialueiden⁴ järjestämisvastuulla olevalla sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmällä sekä STM:n hallinnonalalla on keskeinen rooli yhteiskunnan turvallisuudessa. Kansallisessa riskiarviossa⁵ on tunnistettu yhteiskunnan toiminnan kannalta noin 20 keskeistä kansallista riskiä, joihin tulee varautua. Kaikilla näillä kansallisilla riskeillä on joko suoria tai välillisiä vaikutuksia sosiaali- ja terveydenhuoltoon sekä väestön terveyteen ja hyvinvointiin.

Sosiaali- ja terveydenhuollon varautumisen ja valmiuden nykytilaa ja kehitystarpeita on käsitelty muun muassa vuodesta 2019 lähtien poikkeusolojen sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunnassa. Sen tehtävänä on suunnitella ja valmistella sosiaali- ja terveydenhuollon hoitamista poikkeusoloissa sekä niitä normaaliolojen valmiuteen liittyviä asioita ja tukitoimia, joiden järjestäminen normaalioloissa muodostaa perustan poikkeusoloihin varautumiselle (laki poikkeusolojen sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunnasta, 1554/2011). Kyseisen neuvottelukunnan esitykset loivat pohjan sille, että vuonna 2021 toteutettiin sosiaali- ja terveydenhuollon yhtenäiseen varautumiseen liittyviä uudistuksia terveydenhuoltolakiin

¹ Ihalainen ym. (2022). *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän varautuminen mahdolliseen seuraavaan epidemia-aaltoon: Selvitysryhmän raportti*. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2022:11. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-9696-0>

² Valtioneuvosto. (2021). *Valtioneuvoston puolustusselonteko*. Valtioneuvoston julkaisuja 2021:78. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-820-8>

³ Turvallisuuskomitea. (2017). *Yhteiskunnan turvallisuusstrategia*. Valtioneuvoston periaatepäätös 2.11.2017. Haettu osoitteesta: https://turvallisuuskomitea.fi/wp-content/uploads/2018/02/YTS_2017_suomi.pdf

⁴ Sosiaali- ja terveydenhuollon valmiutta, varautumista ja häiriötilanteiden hoitamista koskevia velvoitteita sovelletaan 21 hyvinvointialueen lisäksi myös Helsingin kaupunkiin ja HUS-yhtymään. Lisäksi HUS-yhtymä vastaa eteläisen yhteistyöalueen valmiuskeskuksesta sekä koordinoi Uudenmaan alueella HUS-yhtymän ja hyvinvointialueiden varautumista toimien yhteistyössä Uudenmaan hyvinvointialueiden ja kuntien sekä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueensa muiden hyvinvointialueiden kanssa.

⁵ SM. (2023). *Kansallinen riskiarvio 2023*. Sisäministeriön julkaisuja 2023:4. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-324-602-7>

(1326/2010) ja sosiaalihuoltolakiin (1301/2014) jo Covid-19 –pandemian kuluessa (muutoslait 135/2021 ja 136/2021). Muun muassa poikkeusolojen sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunnan työhön pohjautuivat myös sote-uudistuksen yhteydessä tehdyt varautumisen säädösuudistukset. Välttämättömimmät valmiutta ja häiriötilanteiden hoitamista velvoitteet sisällytettiin sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annettuun lakiin (612/2021, jäljempänä *sote-järjestämislaki*) sekä sote-järjestämislain 37 §:n ja 50 §:n perusteella annettuihin asetuksiin vuonna 2023. Säädösuudistuksiin ovat vaikuttaneet merkittävästi kansainvälisen turvallisuustoimintaympäristön muutokset, kuten Ukrainaan kohdistuva hyökkäyssota sekä Suomen liittyminen Pohjois-Atlantin liiton (jäljempänä Nato) jäseneksi.

Pääministeri Petteri Orpon hallituksen ohjelmassa⁶ (jäljempänä hallitusohjelma) todetaan muun muassa, että sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöä kehitetään niin, että myös normaaliolojen häiriötilanteissa viranomaisilla on riittävästi keinoja tarvittaessa sitovasti ohjata ja johtaa tilannetta sekä mukauttaa toimintaa riittävien palvelujen ja toimeentulon turvaamiseksi. Lisäksi kehitetään sosiaali- ja terveydenhuollon valmiutta ja varautumista vastata kansainvälisiin, kansallisiin ja alueellisiin riskeihin normaali- ja poikkeusoloissa. Lainsäädäntöä tarkennetaan, jotta hyvinvointialueiden, viiden yhteistyöalueen ja kansallisen tason johtamis-, ohjaus- ja muut järjestelyt muodostavat kansallisen kokonaisuuden.

Hallituksen esitys on valmisteltu virkatyönä sosiaali- ja terveysministeriössä, osana hallitusohjelmassa päätetyn kansallisen palvelureformin toimeenpanoa. Valmisteluun on osallistunut erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen varautumisesta ja johtamisesta vastaavia viranhaltijoita hyvinvointialueilta ja ministeriöistä. Esityksen sisältöjä on käsitelty vuoden 2023 aikana pidetyissä sote-järjestämislain 22 §:n mukaisissa neuvotteluissa hyvinvointialueiden ja yhteistyöalueiden kanssa sekä lukuisissa hyvinvointialueiden toimintaa käsittelevissä virallisesti asetetuissa ryhmissä. Esityksen sisältöjä on käsitelty STM:n valmiustoimikunnan kokouksissa, STM:n hallinnonalan yhteisen NATO-tiimin kokouksissa sekä STM:n valmiusseminaarissa 25.4.2024.

Asiaa on käsitelty useammassa sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunnan ja sen valmiuden ja varautumisen jaoston kokouksessa, sekä hyvinvointialuejohtajien verkostossa. Esitysluonnosta on käsitelty poikkeusolojen sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunnassa tai sen jaostoissa ja työvaliokunnissa, ja se on esitelty myös pelastustoimen järjestämisestä annetun lain (613/2021) mukaisessa pelastustoimen neuvottelukunnassa. Tartuntatautilain (1227/2016) mukainen tartuntatautien neuvottelukunta käsittelee esitysluonnosta 29.2.2024. Hyvinvointialueiden aluehallitusten puheenjohtajille esitysluonnoksesta on kerrottu tammi-maaliskuussa 2024 järjestetyissä kokouksissa. Esitysluonnoksesta on välitetty tieto hyvinvointialueesta annetun lain (611/2021, jäljempänä *hyvinvointialuelaki*) 13 §:ssä tarkoitettulle hyvinvointialuetalouden ja –hallinnon neuvottelukunnalle 23.2.2024 ja asiaa on käsitelty neuvottelukunnassa 31.5.2024.

2 Nykytila ja sen arviointi

2.1 Yleistä

Suomen toimintaympäristö on muuttunut nopeasti viime vuosina. Koko yhteiskuntaan vaikuttavat globaalit kehityssuunnat, ilmiöt ja toimijat ovat hyvin keskinäisriippuvaisia. Ilmiöiden mahdollinen yhtäaikaisuus, haasteiden suuruusluokka ja niiden monimutkainen

⁶ *Vahva ja välittävä Suomi: Pääministeri Petteri Orpon hallituksen ohjelma 20.6.2023*. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-763-8>

luonne edellyttävät vahvaa kykyä ymmärtää toimintaympäristöämme ja vaikuttaa siihen sekä varautua muutoksiin ja kriiseihin. Erityisesti Suomen ulko- ja turvallisuuspoliittiseen toimintaympäristöön kohdistuneet muutokset ovat vaikuttaneet Suomen sisäisen varautumisen velvoitteisiin myös sosiaali- ja terveydenhuollon osalta. Yhteiskunnan turvallisuusstrategiassa esitetään suomalaisen yhteiskunnan varautumisen yleiset periaatteet.⁷ Suomen toimintaympäristöä koskevia uhkia on käsitelty myös muun muassa ulko- ja turvallisuuspoliittisessa selonteossa.⁸ Vuoden 2020 selonteossa nimetään ilmastonmuutoksen, hybridi- ja kyberuhkien, laajamittaisen muuttoliikkeen ja terrorismin kaltaisia toimintaympäristön uhkia. Selontekoa ollaan parhaillaan päivittämässä, sillä toimintaympäristön muutokset ovat aiempaa nopeampia, laajempia, moniulotteisempia ja häiriötilanteiden todennäköisyys on merkittävästi kasvanut.

Kansallisessa riskiarviossa⁹ on tunnistettu riskejä, joilla on laajaa kansallista merkitystä. Riskiarviossa on arvioitu niiden vaikutusta yhteiskunnan elintärkeisiin toimintoihin. Riskiarvion tarkoituksena on ennakoida Suomeen mahdollisesti kohdistuvia suhteellisen äkillisiä tapahtumia, jotka vaativat viranomaisilta normaalista poikkeavia toimia tai avun pyytämistä muilta mailta. Laaja-alaisessa poikkihallinnollisessa yhteistyössä laadittu riskiarvio linkittyy kansalliseen varautumiseen - muodostaen perustan yhteiskunnan turvallisuusstrategian mukaiselle varautumiselle. Eri hallinnonalat ovat tunnistaneet yhteiskunnan elintärkeisiin toimintoihin kansallisesti vaikuttavia uhkamalleja ja häiriötilanteita, jotka on kuvattu riskiarvioon sanallisesti yhtenäistä rakennetta noudattaen. Kansallinen riskiarvio osaltaan muodostaa perusteet sille, millaisiin riskeihin eri hallinnonalojen ja muiden toimijoiden on varauduttava. Kansallisen riskiarvion laatiminen perustuu Euroopan parlamentin ja neuvoston päätökseen unionin pelastuspalvelumekanismista¹⁰. Suomen ensimmäinen kansallinen riskiarvio laadittiin vuonna 2015. Vuonna 2018 laadittiin seuraava kansallinen riskiarvio, joka päivitettiin vuosien 2022–2023 aikana.

Varautuminen tarkoittaa toimintaa, jolla varmistetaan tehtävien mahdollisimman häiriötön hoitaminen ja mahdollisesti tarvittavat tavanomaisesta poikkeavat toimenpiteet normaaliolojen häiriötilanteissa ja poikkeusoloissa.¹¹ Yhteiskunnan varautumisen tavoitteena on turvata elintärkeät toiminnot huomioiden samalla oikeusvaltioperiaate. Varautumisen päämääränä on huolehtia onnettomuuksien ja häiriötilanteiden ehkäisystä, valmistautumisesta toimintaan niiden uhatessa tai sattuessa, ja suunnitella toipuminen. Varautumistoimenpiteitä ovat muun muassa valmiussuunnittelu, jatkuvuudenhallinta, etukäteisvalmistelut, koulutus ja valmiusharjoitukset.

Toimivaltainen viranomainen vastaa varautumissuunnittelusta ja siihen liittyvästä yhteistoiminnasta. Varautuminen perustuu valmiuslain (1552/2011), pelastuslain (379/2011) ja muun erityislainsäädännön, kuten esimerkiksi sote-järjestämislain, varautumisvelvollisuuteen.

⁷ Turvallisuuskomitea. (2017). *Yhteiskunnan turvallisuusstrategia*. Valtioneuvoston periaatepäätös 2.11.2017. Haettu osoitteesta: https://turvallisuuskomitea.fi/wp-content/uploads/2018/02/YTS_2017_suomi.pdf

⁸ Valtioneuvosto. (2020). *Valtioneuvoston ulko- ja turvallisuuspoliittinen selonteko*. Valtioneuvoston julkaisuja 2020:30. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-876-2>

⁹ SM. (2023). *Kansallinen riskiarvio 2023*. Sisäministeriön julkaisuja 2023:4. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-324-602-7>

¹⁰ 1313/2013/EU

¹¹ Suhonen, S. (toim.). (2009). *Varautumisen ja väestönsuojelun sanasto*. Sanastokeskus TSK 39. (Alkuperäisteos julkaistu 2007).

Kansallisen lainsäädännön lisäksi varautumista ohjaavat myös EU:n lainsäädäntö, kahdenväliset sopimukset sekä Suomea sitovat kansainväliset velvoitteet.

Valmiuden säätelyllä tarkoitetaan toimenpiteitä, joilla yhden tai useamman organisaation toiminnot saatetaan toimimaan kulloistakin uhkaa vastaavassa tilanteessa. Valmiussuunnittelussa käytetään varsin yleisesti valmiustason asteikkoja perusvalmius - tehostettu valmius - täysvalmius, mutta eri hallinnonaloilla ja eri organisaatioissa nämä tasot eivät ole keskenään samanlaisia¹².

Kokonaisturvallisuus on suomalaisen varautumisen yhteistoimintamalli, jossa yhteiskunnan elintärkeistä toiminnoista huolehditaan viranomaisen, elinkeinoelämän, järjestöjen ja kansalaisten yhteistyönä, myös sosiaali- ja terveydenhuollon osalta.

2.2 Nykytilan kuvaus

2.2.1 Toimintaympäristö sosiaali- ja terveydenhuollon näkökulmasta

Johdanto

Sosiaali- ja terveydenhuolto sekä STM:n hallinnonala on aktiivisessa roolissa kaikkien kansallisesti tunnistettujen riskien osalta, sillä ne koskettavat poikkeuksetta myös sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaita tai STM:n hallinnonalan toimenpiteitä.

Suomen ulko- ja turvallisuuspoliittinen ympäristö

*Suomen ulko- ja turvallisuuspoliittinen ympäristö*¹³ on muuttunut viime vuosina niin merkittävästi, että Suomi päätyi hakemaan Naton täysjäsenyyttä. Kansainvälinen turvallisuustilanne on epävakaa ja vaikeasti ennakoitavissa. Suurvaltojen keskinäisen kilpailun voimistuminen ja sääntöpohjaisen kansainvälisen järjestelmän heikentyminen ovat lisänneet toimintaympäristön epävakautta ja ennakoimattomuutta. Kansainvälisten sopimusten sääntöjä ei kaikilta osin enää noudateta. Esimerkiksi radiohäirintä on toimintaa, joka tyypillisesti liitetään poikkeusoloihin. Konfliktien, kriisien ja häiriötilanteiden kehittymisnopeus ja ennalta-arvaamattomuus ovat myös suurempaa kuin aiemmin. Puolustusliitto Naton jäsenenä Suomi osallistuu täysipainoisesti Naton yhteiseen puolustukseen ja päätöksentekoon, ja on Naton perustamissopimuksen viidennen artiklan mukaisten turvatakuiden piirissä. Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltoa tai siihen liittyvää päätöksentekoa ei kuitenkaan ole vielä rakennettu tavalla, joka mahdollistaisi Suomen täysipainoisen osallistumisen Naton yhteiseen puolustukseen sekä nopeita, kansallisia linjauksia edellyttävään päätöksentekoon. On huomioitava, että palvelujärjestelmämme tuottaa puolustusvoimien kenttälääkinnän ja Nato-joukkojen tarvitsemat sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelut merkittävilta osin. Muun muassa sota Ukrainassa on osoittanut, että sosiaali- ja terveydenhuollon infrastruktuuri on keskeinen sodankäynnin kohde ja sosiaali- ja terveydenhuollon kyvykkyys hoitaa ja kuntouttaa potilaita vaikuttaa merkittävästi maan puolustuskykyyn.¹⁴

¹² Valmiussuunnittelu. (31.1.2024) Haettu osoitteesta: <https://termipankki.fi/tepa/fi/haku/valmiussuunnittelu>

¹³ SM. (2023). Suomen ulko- ja turvallisuuspoliittisen ympäristön muutos. *Teoksessa Kansallinen riskiarvio 2023* (s. 18 - 20). Sisäministeriön julkaisuja 2023:4. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-324-602-7>

¹⁴ Cullinan. (2022). *Attacks on Health Facilities Are Becoming 'Part of War Strategy' in Conflict Zones, Warns WHO*. Health Policy Watch. Haettu osoitteesta: <https://healthpolicy-watch.news/attacks-on-health-facilities-appear-part-of-war-strategy-amid-crises-in-ukraine-tigray/>

Globaalit arvo- ja toimitusketjut

*Globaalit arvo- ja toimitusketjut*¹⁵ ovat keskeisiä sosiaali- ja terveydenhuollon kriittisten raaka-aineiden, komponenttien ja lopputuotteiden kulkeutumisiksi Suomeen. Valtaosa kriittisistä infrastruktuureista, palveluista ja tuotannosta on yksityisten yritysten tuottamaa ja ylläpitämää, joten arvo- ja toimitusketjuihin liittyvät häiriöt vaikuttavat erityisesti yksityisten yritysten toimintaedellytysten heikkenemisen kautta. Myös globaaleista tietovirroista on muodostunut keskeinen edellytys sosiaali- ja terveydenhuollon digitalisoitumiselle sekä esimerkiksi asiakas- ja potilastietojärjestelmien toimivuudelle. Sosiaali- ja terveydenhuolto on riippuvainen toimivasta infrastruktuurista ja tukipalveluista sekä terveydenhuollon laitteista ja lääkkeistä. Arvo- ja toimitusketjujen häiriöt tuovat usein mukanaan myös kerrannaisvaikutuksia, jotka kohdistuvat laaja-alaisesti yhteiskuntaan.

*Digitalisoitunut yhteiskunta*¹⁶ on tuonut tieto- ja viestintäpalvelut sekä tietoliikenneverkot osaksi arkea kaikilla elämäntilanteilla. Sosiaali- ja terveydenhuollossa tietojärjestelmät ovat olleet keskeinen osa toimintaprosesseja jo pitkään aikaa. Toiminnassa on pyritty tehostamaan ja laajentamaan sähköistä asiointia ja digitaalisten palvelukanavien käyttöä. Parhaimmillaan digitalisaatio voi parantaa hoidon laatua, saatavuutta ja hoitoon pääsyä. Digitaalisesti tuotetut palvelut luovat automaattisesti tietoja ja tilannekuvaa sekä toiminnasta että mahdollisista häiriöistä, mikä auttaa johtoa ohjaamaan resursseja tarkoituksenmukaisesti. Samalla sosiaali- ja terveydenhuollon toimivuus on kuitenkin altistettu tietojärjestelmien ja tietoliikenneyhteyksien toimivuudelle. Lisäksi hyvinvointialueiden vastuulla olevalla sosiaalihuollolla on erityinen rooli varmistaa ihmisten riittävä toimeentulo myös vakavissa pankkijärjestelmän tai Kelan maksujärjestelmien häiriötilanteissa. Myös muualla maailmassa tapahtuvat häiriöt voivat merkittävästi vaikuttaa Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaan erilaisten rajat ylittävien tietojärjestelmien kautta. Sosiaali- ja terveydenhuolto tukeutuu kaikkein kriittisimmän viranomaisten välisen viestinnän ja tilannekuvan osalta erityisesti valtionhallinnon turvallisuusverkkoon (TUVE). Ensihoitopalvelulla on turvallisuusverkon käyttövelvoite, ja muutoin sosiaali- ja terveydenhuollon kriittisten tärkeillä toimijoilla on oikeus turvallisuusverkon käyttöön yhteistyössä muiden viranomaisten kanssa (laki julkisen hallinnon turvallisuusverkkotoiminnasta, 10/2015).

*Hybridivaikuttamisessa*¹⁷ on kyse pahantahtoisen ulkoisen vaikuttamisesta, jolla valtiollinen toimija pyrkii eri keinoja yhdistelemällä systemaattisesti vaikuttamaan kohteena olevaan maahan tai suurempaan kokonaisuuteen, esimerkiksi EU:n tai Naton yhtenäisyyteen ja toimintaan. Hybridivaikuttamisesta on enenevässä määrin havaintoja Suomen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveydenhuollon kriittisestä infrastruktuurista sekä sen vastuulla olevista arkaluonteisista henkilötiedoista on tullut hybridivaikuttamisen kohde, koska näillä on keskeinen merkitys ihmisten arjen ja hyvinvoinnin kannalta. Fyysisellä ulottuvuudella

¹⁵ SM. (2023). Globaalit arvo- ja toimitusketjut. *Teoksessa Kansallinen riskiarvio 2023* (s. 20-21). Sisäministeriön julkaisuja 2023:4. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-324-602-7>

¹⁶ SM. (2023). Digitalisoitunut yhteiskunta *Teoksessa Kansallinen riskiarvio 2023* (s. 23-25). Sisäministeriön julkaisuja 2023:4. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-324-602-7>

¹⁷ SM. (2023). Hybridivaikuttaminen. *Teoksessa Kansallinen riskiarvio 2023* (s. 25-28). Sisäministeriön julkaisuja 2023:4. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-324-602-7>

tapahtuvalla vaikuttamisella tavoitellaan usein psykologista vaikutusta, joka toteutuessaan kuormittaisi sosiaali- ja terveydenhuoltoa, erityisesti jo valmiiksi ruuhkautuneita mielenterveyden palveluita.

2.2.2 Nykyinen lainsäädäntö

Perus- ja ihmisoikeudet on turvattava julkisen vallan toimesta perustuslain ja kansainvälisten ihmisoikeussopimusten mukaisesti. Perusoikeuksiin lukeutuvat muun muassa oikeudet henkilökohtaiseen turvallisuuteen ja riittäviin sosiaali- ja terveystalouteihin. Perus- ja ihmisoikeuksien tulkintaan sekä perustuslain säännösten soveltamiseen vaikuttavat ihmisoikeustoimielinten päätökset ja perustuslakivaliokunnan lausunnot.

Valmiuslaissa säädetään poikkeusolojen toteamisesta, viranomaisten varautumisesta poikkeusoloihin ja viranomaisten toimivaltuuksista poikkeusolojen aikana. Lain soveltamisen kynnys on korkealla, ja sitä on sovellettu käytäntöön vain kahdesti, 16.3.2020–15.6.2020 ja 1.3.2021–27.4.2021 Covid-19-pandemian vuoksi. Tartuntatautilain ja muun sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön mukaiset toimivaltuudet eivät riittäneet tilanteen hallitsemiseksi siten, että olisi voitu riittävästi varmistaa sosiaali- ja terveydenhuollon toiminta poikkeusolojen aikana. Tartuntatautilaissa ei säädetä sellaisista valtuuksista, joiden nojalla olisi voitu alueellisesti tai valtakunnallisesti päättää sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden toiminnasta. Sen vuoksi otettiin käyttöön muun muassa valmiuslain 86 §, jossa säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden toiminnasta ja sen muuttamisesta. Valmiuslain 86 §:n mukaan sosiaali- ja terveysministeriö sekä toimialueellaan aluehallintovirasto voi päätöksellään velvoittaa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksikön laajentamaan tai muuttamaan toimintaansa, siirtämään toimintansa kokonaan tai osaksi oman toimialueensa tai sijaintipaikkansa ulkopuolelle taikka järjestämään toimintaa myös toimialueensa ulkopuolella, sijoittamaan hoidon tai huollon tarpeessa olevia henkilöitä toimintayksikköonsä siitä riippumatta, mitä asiasta on säädetty, määrätty tai sovittu ja luovuttamaan toimintayksikön tai osan siitä valtion viranomaisten käyttöön.

Hyvinvointialueita on yhteensä 21. Sote-järjestämislain 8 §:n mukaan kukin hyvinvointialue vastaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä alueellaan ja on järjestämisvastuussa asukkaidensa sosiaali- ja terveydenhuollosta. Lisäksi Helsingin kaupunki vastaa sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisestä alueellaan, ja Uudellamaalla erikoissairaanhoidon järjestämisestä vastaa HUS-yhtymä. Järjestämisvastuullisella toimijalla on oltava riittävä osaaminen, toimintakyky ja valmius vastata sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja sen on huolehdittava asukkaidensa palvelutarpeen mukaisesta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen saatavuudesta kaikissa tilanteissa. Hyvinvointialueiden itsehallinnon kannalta keskeisiä toimijoita ovat kunkin hyvinvointialueen aluevaltuusto ja aluehallitus. Hyvinvointialuelain 22 §:n mukaan kullakin hyvinvointialueella on neljän vuoden välein vaaleilla valittava aluevaltuusto, joka vastaa alueen toiminnasta ja taloudesta sekä käyttää hyvinvointialueen päätösvaltaa. Aluevaltuusto asettaa aluehallituksen ja hyvinvointialueen muut toimielimet sekä valitsee hyvinvointialuejohtajan. Hyvinvointialuelain 42 §:n mukaan aluehallitus johtaa sen toimintaa, hallintoa ja taloutta.

Sote-järjestämislain 35 §:n mukaan hyvinvointialueiden järjestämän sosiaali- ja terveydenhuollon alueellista yhteensovittamista, kehittämistä ja yhteistyötä varten on viisi sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöaluetta. Kuhunkin yhteistyöalueeseen kuuluvat hyvinvointialueet säädetään valtioneuvoston asetuksella siten, että 34 §:ssä tarkoitetut yliopistollista sairaalaa ylläpitävät hyvinvointialueet ja HUS-yhtymä kuuluvat kukin eri yhteistyöalueeseen. Yhteistyöalueiden on oltava maantieteellisesti yhtenäisiä sekä alueen väestön sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen ja tuottamisen, asiakas- ja

potilasturvallisuuden ja palvelujen saavutettavuuden kannalta toiminnallisia kokonaisuuksia. Yhteistyöalue ei ole itsenäinen oikeushenkilö. Yhteistyöalueelle laaditaan hyvinvointialueiden yhteistyösopimus, josta säädetään sote-järjestämislaissa (36 , 37 ja 50 §) sekä terveydenhuoltolaissa (4, 5, 9ja 10 §). Lisäksi yhteistyösopimuksen sisällöstä säädetään sote-järjestämislain sekä terveydenhuoltolain perusteella annetuissa valtioneuvoston asetuksissa.

Hyvinvointialuelain 150 §:n mukaan hyvinvointialueen on huolehdittava toimintansa jatkuvuudesta mahdollisimman häiriöttömästi normaaliolojen häiriötilanteissa sekä poikkeusoloissa. Lain 95 §:n mukaan hyvinvointialueen hallintosäännössä annetaan tarpeelliset määräykset hallinnon ja toiminnan järjestämisestä, päätöksenteko- ja hallintomenettelystä sekä aluevaltuuston toiminnasta poikkeusoloissa ja normaaliolojen häiriötilanteissa. Sote-järjestämislain 50 §:n mukaan hyvinvointialueen on varauduttava häiriötilanteisiin ja poikkeusoloihin ennakkoon tehtävillä valmiussuunnitelmilla sekä muilla toimenpiteillä yhteistyössä alueensa kuntien ja yhteistyöalueensa hyvinvointialueiden kanssa. Hyvinvointialueen on varautumisessaan turvattava palvelujen jatkuvuus myös silloin, kun palveluja toteutetaan hankkimalla niitä yksityisiltä palveluntuottajilta sopimuksin tai palvelusetelillä. Tämä voidaan tehdä palveluntuottajien kanssa tehtäviin sopimuksiin asetettavilla ehdoilla. Mitä laajempaa yksityisten palvelujen käyttö on, sitä tärkeämpää on niiden kapasiteetin ja palvelujen huomioon ottaminen valmiussuunnittelussa. Sote-järjestämislain 51 §:n 6 momentin mukaan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksella on erityisen merkittävässä häiriötilanteissa oikeus ottaa sosiaali- ja terveydenhuollon johto- ja koordinaatiovastuu itselleen.

Sote-järjestämislain 36, 37 ja 50 §:n perusteella annettiin keväällä 2023 valtioneuvoston asetuksilla tarkempia säännöksiä hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon varautumista koskien. Asetusten tavoitteena oli yhtenäistää sosiaali- ja terveydenhuollon varautumistoimia hyvinvointialueilla ja siten parantaa sosiaali- ja terveydenhuollon kriisinkestävyttä kokonaisturvallisuuden toimintamallin mukaisesti. Hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksen sisällöstä annetun valtioneuvoston asetuksen (309/2023) 5 §:ssä pyritään edistämään sosiaali- ja terveydenhuollon valmiussuunnittelua sekä resurssien käyttämistä, ohjaamista ja johtamista yhden hyvinvointialueen voimavarat ylittävissä häiriötilanteissa ja poikkeusoloissa. Hyvinvointialueiden varautumisesta sosiaali- ja terveydenhuollon häiriötilanteisiin annetun valtioneuvoston asetuksen (308/2023) 2 §:ssä säädetään, että hyvinvointialueiden on muodostettava sosiaali- ja terveydenhuollon tilannekuvaa alueiltaan toimintojen jatkuvuuden ja palvelujen saatavuuden turvaamiseksi häiriötilanteissa ja poikkeusoloissa. Hyvinvointialueiden on luovutettava tilannekuvaa koskevia tietoja sosiaali- ja terveydenhuollon valmiuskeskukselle (jäljempänä valmiuskeskus).

Valmiuskeskusten toiminta perustuu sote-järjestämislain 36 §:n 3 momentin 10 kohtaan sekä 51 §:ssä säädettyihin valmiuskeskuksen tehtäviin. Valmiuskeskukset sijaitsevat yliopistosairaalakaupungeissa Helsingissä, Turussa, Tampereella, Kuopiossa ja Oulussa kattaen siten kaikki viisi yhteistyöaluetta. Valmiuskeskukset tekevät valtakunnallisesti yhteistyötä koko Suomea kattavissa asioissa. Valmiuskeskukset kokoavat ja analysoivat tiedot sosiaali- ja terveyspalveluiden häiriötilanteista ja niiden uhkista sekä muodostavat ja ylläpitävät valmiutta kuvaavaa tilannekuvaa alueen koko sosiaali- ja terveydenhuollosta, yhdessä STM:n kanssa ja yhteistyössä Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (jäljempänä THL) kanssa. Tilannekuva sisältää muiden muassa tiedot palvelujen toiminnasta ja kuormituksesta, henkilöstö- ja materiaaliressusseista ja tukipalveluiden toiminnasta. Valmiuskeskukset tukevat myös yhteistyöaluetasoisesti varautumista, valmiussuunnittelua ja valmiuden ylläpitoa.

Pelastuslain 46 §:ssä säädetään valtion, hyvinvointialueen ja kunnan viranomaisten, laitosten ja liikelaitosten velvollisuudesta osallistua pelastuslaitoksen johdolla pelastustoiminnan

suunnitteluun sekä toimimaan onnettomuus- ja vaaratilanteissa niin, että pelastustoiminta voidaan toteuttaa tehokkaasti. Lain 34 §:ssä säädetään pelastustoiminnan johtamisesta ja 31 a §:ssä pelastustoimen viranomaisten velvollisuudesta järjestää tilannekuvatoiminta pelastustoimintaan varautumiseksi, pelastustoimen valmiuden säätelämiseksi sekä pelastustoimen palvelujen tuottamisen turvaamiseksi. Lain 38 §:ssä säädetään kansainvälisestä pelastustoiminnasta. Sen mukaan sen lisäksi, mitä valtioiden välillä on sovittu ja jollei kansainvälistä apua, yhteistoimintaa tai muuta kansainvälistä toimintaa koskevasta päätöksenteosta annetusta laista (418/2017) muuta johdu, sisäministeriö voi päättää Euroopan unionin, toisen valtion tai kansainvälisen järjestön esittämän pyynnön perusteella pelastustoimeen kuuluvan avun antamisesta ulkomaille, jos avun antaminen on perusteltua ihmisten, ympäristön tai omaisuuden turvaamiseksi; pyytää tarvittaessa pelastustoimeen kuuluvaa kansainvälistä apua Euroopan unionilta, toiselta valtiolta tai kansainväliseltä järjestöltä ja päättää toimivaltaisen viranomaisen pyynnöstä pelastustoimeen kuuluvan tuen antamisesta toiselle viranomaiselle kyseisen viranomaisen tehtävän suorittamiseksi Suomen alueen ulkopuolella. Pelastustoimeen kuuluvalla tuella tarkoitetaan pelastuslain 32 §:n mukaan hälytysten vastaanottamista, väestön varoittamista, uhkaavan onnettomuuden torjumista, onnettomuuden uhrien ja vaarassa olevien ihmisten, ympäristön ja omaisuuden suojaamista ja pelastamista, tulipalojen sammuttamista ja vahinkojen rajoittamista sekä edellä mainittuihin tehtäviin liittyvää johtamis-, viestintä-, huolto- ja muuta tukitoimintaa.

Pelastustoimen järjestämistä koskevan lain (jäljempänä *pela-järjestämislaki*) 5 §:ssä säädetään valtakunnallisten ja alueellisten tilanne- ja johtokeskusjärjestelyiden kokoamisesta yhden tai useamman hyvinvointialueen järjestettäväksi. Pelastuslakiin lisättiin 1.1.2024 voimaan tulleella lailla pelastustoimen yhteistyöaluetasoiset velvoitteet hyvinvointialuetasoisien valmiuden, varautumisen ja häiriötilanteiden hoitamisen tukemiseksi.

Hyvinvointialueiden on järjestettävä sosiaali- ja terveyspalveluja laajasti erilaisiin tuen tarpeisiin myös arjen häiriötilanteissa, poikkeusoloissa ja äkillisiin kriisitilanteisiin liittyvään tuen tarpeeseen, noudattaen normaalioloissa kaikkea palvelujen sisältöä koskevaa lainsäädäntöä. Hyvinvointialueen järjestämisvastuulle kuuluvista terveydenhuollon palveluista säädetään erityisesti terveydenhuoltolaissa. Terveys- ja hoitolain 39 ja 40 §:ssä säädetään ensihoitopalvelun järjestämisestä, 5 luvussa säädetään erikoissairaanhoidon työnjaosta ja 6 luvussa säädetään kiireettömään ja kiireelliseen hoitoon pääsystä. Terveys- ja hoitolain 50 §:n mukaan kiireellinen sairaanhoito, mukaan lukien kiireellinen suun terveydenhuolto, mielenterveyden hoito, päihdehoito ja psykososiaalinen tuki on annettava sitä tarvitsevalle potilaalle hänen asuinpaikastaan riippumatta. Hyvinvointialueen järjestämisvastuulle kuuluvista sosiaalipalveluista säädetään sosiaalihuoltolain 14 §:ssä. Sosiaalihuoltolain 12 §:n mukaan jokaisella hyvinvointialueella oleskelevalla henkilöllä on oikeus kiireelliseen sosiaalihuoltoon siten, ettei hänen oikeutensa välttämättömään hoitoon, huolenpitoon ja toimeentuloon vaarannu. Sosiaalihuoltolain 33 a §:n mukaan sosiaalipalveluja voidaan koota valtakunnallisesti ja alueellisesti muiden palvelujen yhteyteen, jos se on tarpeen erityisosaamisen ja siten asiakasturvallisuuden ja palvelujen laadun varmistamiseksi. Terveys- ja hoitolaki ja sosiaalihuoltolaki velvoittavat järjestämään ympärivuorokautisen sosiaali- ja terveydenhuollon päivystyksen kiireellisen ja välttämättömän avun turvaamiseksi kaikille. Lisäksi lait velvoittavat yksilön ja yhteisön psykososiaalisen tuen yhteensovittamiseen äkillisissä järjestettävissä tilanteissa.

Terveys- ja hoitolain 46 §:ssä tarkoitetun ensihoitokeskuksen ja sosiaalihuoltolain 29 §:ssä tarkoitetun sosiaalipäivystyksen yhteisenä tehtävänä on osallistua alueellisten varautumis- ja valmiussuunnitelmien laatimiseen häiriö- tai erityistilanteiden ja suuronnettomuuksien varalle yhdessä muiden viranomaisten, toimijoiden ja yhteistyöalueiden kanssa siten, että ne muodostavat kansallisen kokonaisuuden. Ensihoitokeskukset ja sosiaalipäivystykset

valmistelevat ja yhteensovittavat kukin omalta osaltaan myös ensihoitoa ja sosiaalipäivystystä koskevia ohjeita.

Lääkkeiden velvoitevarastoinnista annetun lain (979/2008) tarkoituksena on turvata lääkkeiden saatavuus ja käyttömahdollisuudet tilanteissa, joissa lääkkeiden tavanomainen saatavuus on vaikeutunut tai estynyt. Lakia sovelletaan muun muassa terveydenhuollon toimintayksiköihin ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitokseen (jäljempänä THL), joiden on varastoitava muun muassa lääkeaineita ja -valmisteita siten kuin lääkkeiden velvoitevarastointia koskevassa laissa säädetään. Laissa on määritelty tarkemmin lääkevalmisteet ja kuinka paljon terveydenhuollon toimintayksikön ylläpitäjä on velvollinen niitä varastoimaan.

Tartuntatautilain tarkoituksena on ehkäistä tartuntatauteja ja niiden leviämistä sekä niistä ihmisille ja yhteiskunnalle aiheutuvia haittoja. Valtion viranomaisten ja asiantuntijalaitosten sekä hyvinvointialueiden on järjestelmällisesti torjuttava tartuntatauteja sekä varauduttava terveydenhuollon häiriötilanteisiin. Hyvinvointialueen velvollisuutena on järjestää alueellaan tässä laissa tarkoitettu tartuntatautien torjuntatyö. Hyvinvointialueella on oltava hyvinvointialueelle virkasuhteessa oleva tartuntataudeista vastaava lääkäri.

Huoltovarmuuden turvaamisesta annetun lain (1390/1992) tarkoituksena on poikkeusolojen ja niihin verrattavissa olevien vakavien häiriöiden varalta turvata väestön toimeentulon, maan talouselämän ja maanpuolustuksen kannalta välttämättömät taloudelliset toiminnot ja niihin liittyvät tekniset järjestelmät (huoltovarmuus). Laissa säädetään valtion varmuusvarastoista. Niissä säilytetään väestön toimeentulolle, elinkeinoelämän toiminnalle ja maanpuolustusta tukevalle tuotannolle sekä huoltovarmuutta koskevien Suomen kansainvälisten sopimusvelvoitteiden kannalta välttämättömiä raaka-aineita ja tuotteita. Huoltovarmuuden kehittämistä ja ylläpitoa varten on Huoltovarmuuskeskus, jonka tehtävänä on muun muassa ylläpitää valtion varmuusvarastoja.

Varmuusvarastoitujen lääkkeiden, lääkintämateriaalin ja suojavälineiden käyttöönoton perusteista on annettu valtioneuvoston asetus (279/2006). Valtion varmuusvarastoissa olevia lääkkeitä, lääkintämateriaalia ja suojavälineitä voidaan ottaa käyttöön, kun niiden käyttö on välttämätöntä väestön asianmukaisen hoidon tai sairauksien ehkäisyn toteuttamiseksi, eikä maassa ole riittäviä kaupallisia varastoja käyttöön otettavasta velvoitevarastoidusta valmisteesta tai välineestä. Lääkkeiden, lääkintämateriaalin ja suojavälineiden käyttöönotto voidaan tehdä sen jälkeen, kun sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö on todennut käyttöönoton perusteiden olemassaolon.

Rajavartiolain (578/2005) 15 c §:ssä säädetään rajavartiolaitoksen osallistumisesta kansainväliseen tehtävään ja 15 d §:ssä raja-turvallisuusavun pyytämisestä ja antamisesta. Lain 16 §:ssä on säädetty vuodesta 2022 alkaen, että valtioneuvosto voi päättää rajanylityspaikan sulkemisesta tai rajanylitysliikenteen rajoittamisesta määräajaksi tai toistaiseksi, jos sulkeminen tai rajoittaminen on välttämätöntä vakavan yleiselle järjestykselle, kansalliselle turvallisuudelle tai kansanterveydelle aiheutuvan uhan torjumiseksi. Covid-19-pandemian aikana vuosina 2020–2022 valtioneuvosto rajoitti rajanylitysliikennettä ulkorajoilla myös ilman, että rajanylityspaikkaa olisi kokonaan suljettu. Laajamittaisen maahantulon tai toisen valtion vaikutuksesta tapahtuvan maahantulon vuoksi voi myös olla tarpeen keskittää kansainvälisen suojelun hakeminen yhteen tai useampaan rajanylityspaikkaan, jos se on välttämätöntä maahantulosta yleiselle järjestykselle, kansalliselle turvallisuudelle tai kansanterveydelle aiheutuvan vakavan uhan torjumiseksi. Näin tehtiin vuodenvaihteessa 2023–2024.

Valtioneuvoston tilannekeskuksesta säädetään siitä annetussa laissa (300/2017). Valtioneuvoston tilannekeskus toimii valtioneuvoston kansliassa ja sen tehtävänä on tuottaa

reaaliaikaista turvallisuustapahtumatietoa ja toimivaltaisten viranomaisten tiedoista koottua tilannekuvaa. Tilannekeskus yhdistää eri viranomaisilta ja avoimista lähteistä saadut tiedot ja raportoi niiden pohjalta valtionjohdolle ja eri viranomaisille. Tilannekeskus toimii myös Suomen kansallisena yhteyspisteenä muun muassa Euroopan unionin suuntaan erikseen määritellyllä tavalla. Ministeriön ja hallinnonalan viraston ja laitoksen on ilmoitettava valtioneuvoston tilannekeskukselle sellaisesta toimialaansa koskevasta onnettomuudesta, vaaratilanteesta, poikkeuksellisesta tapahtumasta tai muusta vastaavasta häiriöstä tai häiriön uhkasta, jolla voi viranomaisen arvion mukaan olla merkitystä muodostettaessa tilannekuvaa (turvallisuustapahtuma).

Terveysturvallisuuslaki (763/1994) 4 §:n mukaan terveysturvallisuuden yleisen suunnittelun ja valvonnan ylin johto ja ohjaus kuuluvat STM:lle. Laki määrittää myös Valviran, aluehallintovirastojen, kuntien ja Puolustusvoimien tehtävät terveysturvallisuuteen ja elinympäristöön vaikuttaviin häiriötilanteisiin varautumiseksi. Lain 19 §:n lisätiin vuodesta 2022 alkaen, että talousveden ja lämpimän käyttöveden laadun turvaamisen on perustuttava ennalta varautumiseen ja riskienhallintaan. Valviran on laadittava suunnitelma talousveden laadun turvaamiseksi onnettomuuksissa tai vastaavissa muissa häiriötilanteissa. Terveysturvallisuudesta, ympäristöterveydenhuollosta ja eri toimijoiden vastuista näissä säädetään terveysturvallisuuslain lisäksi ympäristösuojelulaissa (527/2014), vesihuoltolaissa (119/2001), vesilaissa (587/2011), jätelaissa (646/2011), säteilylaissa (859/2018), työturvallisuuslaissa (738/2002), rakentamislaisissa (751/2023), ulkoilulaissa (606/1973), eräistä naapurisuhteista annetussa laissa (26/1920), elintarvikelaissa (297/2021), kuluttajaturvallisuuslaissa (920/2011), tupakkalaissa (549/2016), eläinlääkintähuoltolaissa (285/2023) ja ympäristöterveydenhuollon yhteistoiminta-alueesta annetussa laissa (410/2009).

Aluehallintovirastoista annetun lain (896/2009) 4 §:n mukaan aluehallintoviraston tehtävänä on muun muassa varautumisen yhteensovittaminen alueella ja siihen liittyvän yhteistoiminnan järjestäminen, valmiussuunnittelun yhteensovittaminen, alueellisten maanpuolustuskurssien järjestäminen, kuntien valmiussuunnittelun tukeminen, valmiusharjoitusten järjestäminen sekä alue- ja paikallishallinnon turvallisuussuunnittelun edistäminen. Aluehallintoviraston tehtävien osalta on kuitenkin tärkeää huomioda, että hallitusohjelman mukaan lupa-, ohjaus- ja valvontatehtävät tulellaan tällä hallituskaudella kokoamaan uuteen perustettavaan monialaiseen virastoon, johon yhdistetään sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (jäljempänä Valvira), aluehallintovirastot sekä ELY-keskusten ympäristö ja luonnonvarat -vastuualueen tarkoituksenmukaiset tehtävät.

2.2.3 Nykyiset sopimukset

Lainsäädännön lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon valmiutta, varautumista sekä häiriötilanteiden hoitamista ohjaavat kansalliset ja alueelliset sopimukset. Keskeisimmät sopimukset on solmittu puolustusvoimien ja kunkin hyvinvointialueen välillä. Puolustusvoimat järjestää asevelvollisuuslain (1438/2007) ja naisten vapaaehtoisesta asepalveluksesta annetun lain (194/1995) nojalla puolustusvoimissa ja rajavartiolaitoksessa palvelevien henkilöiden sekä sotilasvirkaan koulutettavien opiskelijoiden terveydenhuollon ja palveluskelpoisuuden arvioinnin. Asevelvollisuuslain 22 §:n mukaan hyvinvointialueilla ja Helsingin kaupungilla on velvollisuus järjestää ennakoterveystarkastukset ja tarpeellinen määrä lääkäreitä kutsuntoihin. Terveysturvallisuuden järjestämisestä puolustusvoimissa annetussa laissa (322/1987) säädetään, että puolustusvoimien täytyy järjestää vastuullaan oleville henkilöille maksuton terveydenhoito (sisältäen henkilö- ja joukkokohtaisen terveydenhoidon sekä ympäristöterveydenhuollon) ja sairaanhoito (sisältäen ensiavun, sairaankuljetukset, avohoidon sekä sairaalahoidon). Lain 8 §:n mukaan terveydenhuolto voidaan järjestää hankkimalla palveluja hyvinvointialueelta tai muulta julkiselta taikka yksityiseltä palvelujen tuottajalta siten kuin siitä näiden kanssa erikseen

sovitaan. Voimassa olevat sopimukset puolustusvoimien logistiikkalaitoksen ja hyvinvointialueiden välillä allekirjoitettiin 24.8.2023 koskien kutsunnaalaisille ja asevelvollisille tuotettavia terveydenhuollon palveluja¹⁸. Puolustusvoimat on myös laatinut sopimuksen STM:n kanssa. Lisäksi STM:llä on sopimukset HUS-yhtymän, Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen sekä Vantaan ja Keravan hyvinvointialueen kanssa liittyen kansallisiin ja kansainvälisiin valmiuden, varautumisen ja häiriötilanteiden hoidon erityistehtäviin. Osa Rajavartiolaitoksen hallintoyksiköistä on solminut sopimuksia hyvinvointialueiden kanssa. Kansallista sopimista on nykytilassa riittämättömästi ja liian hajanaisesti suhteessa Suomen ulko- ja turvallisuuspoliittisiin uhkakuviiin ja kansainvälisten sopimusten velvoitteisiin.

2.2.4 Kansainväliset velvoitteet

Suomi on sitoutunut noudattamaan lukuisia kansainvälisiä sopimuksia ja kansainvälistä lainsäädäntöä, jolla pyritään varmistamaan eri valtioiden yhdenmukaiset vähimmäissäännöt menettelyissä ja vaatimuksissa. Valmiuden ja varautumisen kannalta olennaisia velvoitteita ovat esimerkiksi rajat ylittäviin terveysuhkiin ja kansainväliseen avunantoon liittyvät vaatimukset. EU:n pelastuspalvelumekanismi¹⁹ on perustettu parantamaan ja tehostamaan Euroopan maiden yhteistyötä ja helpottamaan koordinoitua luonnon ja ihmisen aiheuttamien katastrofien ennaltaehkäisyssä, varautumisessa ja avustustoiminnassa.²⁰ Osana EU:n pelastuspalvelumekanismia perustetaan Euroopan unionin yhteisiä valmiusvarastoja. Suomen rescEU-hankekokonaisuudessa kehitetään parhaillaan lääkinällistä varastointia sekä varastointia kemiallisten, biologisten, säteily- ja ydinuhkien (jäljempänä CBRN-uhat) varalta.²¹

Euroopan komissio rakentaa vahvaa Euroopan terveystaloutta, jossa kaikki EU-maat valmistautuvat ja reagoivat terveyskriiseihin yhdessä. Osana tätä työtä Eurooppaan perustettiin terveyshätätilanteiden valmiusviranomainen HERA syksyllä 2021. Sen tehtävänä on tunnistaa erilaisia uhkakkenaarioita ja ohjata rahaa niihin varautumiseen. Sen ydintehtäviä ovat muun muassa varmistaa keskeisten lääketieteellisten vastatoimien kehittäminen, valmistus, hankinta ja tasapuolinen jakelu.²² Kansanterveyshätätilanteessa HERA siirtyy kriisimoodiin. Komissio voi Euroopan tautien ehkäisy- ja -valvontakeskuksen (ECDC), muiden keskeisten unionin elinten ja neuvoa-antavan komitean asiantuntijalausunnon perusteella virallisesti julistaa kansanterveyshätätilanteen unionin tasolla. Kansanterveyshätätilanteen aikana neuvosto voi komission ehdotuksesta hyväksyä asetuksen, joka aktivoi hätätilanteeseen liittyviä toimia. Toimenpiteisiin kuuluu terveyskriisilautakunnan (Health Crisis Board) perustaminen sekä kriiseihin liittyvien lääketieteellisten vastatoimien ja raaka-aineiden tarpeen seuranta, kilpailutus ja hankinta ja niiden tuotantoa, saatavuutta, tarjontaa sekä tuotannon lisäämistä

¹⁸ Puolustusvoimat. (25.8.2023). Puolustusvoimien ja hyvinvointialueiden palvelusopimus allekirjoitettu. Haettu osoitteesta: <https://puolustusvoimat.fi/-/puolustusvoimien-ja-hyvinvointialueiden-valinen-palvelusopimus-allekirjoitettu>

¹⁹ 1313/2013/EU; EU Civil Protection Mechanism. Mekanismiin osallistuvat kaikki EU:n jäsenmaat sekä Islanti, Norja, Serbia, Montenegro, Pohjois-Makedonia ja Turkki (Participating States, PS).

²⁰ Pelastustoimi. (2024). Kansainvälinen yhteistyö. Haettu osoitteesta:

<https://pelastustoimi.fi/pelastustoimi/kansainvalinen-toiminta>

²¹ CBRN-uhilla tarkoitetaan kemiallisten aineiden (C), biologisten taudinaiheuttajien (B), radioaktiivisten aineiden (R) ja ydinaseiden (N) väärinkäyttöä. On mahdollista käyttää myös termiä CBRNE, jolloin uhkiin sisältyy mahdollinen räjähteiden (E) väärinkäyttö. SM. (2017). *Kansallinen CBRNE-strategia 2017*. Sisäministeriön julkaisu 29/2017. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-324-166-4>

²² Euroopan komissio. (2023). Terveystilanteiden valmiusviranomainen. Haettu osoitteesta: https://commission.europa.eu/about-european-commission/departments-and-executive-agencies/health-emergency-preparedness-and-response-authority_fi

koskevat toimenpiteet, mukaan lukien kriiseihin liittyvien tuotantolaitosten, kulutustavaroiden, laitteiden ja infrastruktuurin inventointi. Lisäksi toimenpiteisiin kuuluvat kiireellisten tutkimus- ja innovaatio suunnitelmien aktivoiminen, mukaan lukien unionin laajuisten kliinisten tutkimusten verkostojen ja tiedonjakoalustojen käyttö sekä hätärahoitus. Terveyskriisilautakunta varmistaa neuvoston, komission, asianomaisten unionin elinten sekä jäsenvaltioiden toimien yhteensovittamisen lääketieteellisten vastatoimien tarjonnan ja saatavuuden varmistamiseksi. Se huolehtii myös muiden muassa päätöksen unionin pelastuspalvelumekanismista mukaisten toimien yhteensovittamisesta ja tietojenvaihdosta. Terveyskriisilautakuntaan kuuluvat komission edustajat ja yksi edustaja kustakin jäsenvaltiosta.

Uusimpia esimerkkejä kansainvälisistä velvoitteista ovat Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivit kriittisten toimijoiden häiriönsietokyvystä (CER-direktiivi EU2557/2022, englanniksi Critical Entities Resilience Directive) ja direktiivi toimenpiteistä yhteisen korkean kyberturvaston varmistamiseksi koko unionissa (NIS2 –direktiivi, EU2555/2022). Sisäministeriön²³ sekä liikenne- ja viestintäministeriön²⁴ johdolla direktiivien velvoitteet saatetaan osaksi kansallista lainsäädäntöä. Direktiivejä sovelletaan laajasti Suomen sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä yksityisellä että julkisella sektorilla. NIS2-direktiivin tavoite on parantaa yhteiskunnan kriisinkestävyttä saavuttamalla kyberturvallisuuden korkea taso. CER-direktiivin tarkoituksena on yhteiskunnan toimintakyvyn kannalta kriittisten toimijoiden määrittäminen, tunnistaminen ja niiden häiriönsietokyvyn parantaminen. Direktiiviä sovelletaan 11 toimialalla, joista STM:n hallinnonala koskevat erityisesti terveys, juomavesi ja julkishallinto. Keskeisen kansallisen toimintakehyksen muodostavat kriittisten toimijoiden häiriönsietokykyä koskeva strategia, jäsenvaltioiden suorittama riskinarviointi neljän vuoden välein, kriittisten toimijoiden määrittäminen ja luettelointi sekä toimivaltainen viranomainen tai viranomaiset sekä kansallinen keskitetty yhteyspiste rajat ylittävään yhteistyöhön.

Kaikkia Euroopan neuvoston, Euroopan turvallisuus- ja yhteistyöjärjestö Etyj:n tai Yhdistyneiden kansakuntien jäsenmaita koskevien velvoitteiden lisäksi Suomen valtio tai yksittäiset alueet ovat sitoutuneet noudattamaan kahdenvälisiä tai monenvälisiä kansainvälisiä sopimuksia, pääsääntöisesti naapurivaltioiden kanssa. Useat näistä sopimuksista sisältävät tarkasti määriteltäviä velvoitteita koskien hyvinvointialueiden järjestämisvastuulla olevien julkisten sosiaali- ja terveydenhuollon resurssien käyttöä. Vaihtoehtoisesti sopimusten laukeaminen eli niissä sovittujen sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyvien resurssien siirtojen toteuttaminen voisi aiheuttaa negatiivisia seurannaisvaikutuksia palvelujärjestelmään, mikäli näiden kansainvälisten sopimusten velvoitteisiin ei olisi hyvinvointialueilla varauduttu ja valmistauduttu riittävästi.

Suomen valtio on solminut 16.2.2004 voimaan tulleen Pohjoismaisen terveydenhuollon puitesopimuksen²⁵. Tanskan, Suomen, Islannin, Norjan ja Ruotsin hallitukset kokivat jo tuolloin valtioiden terveysviranomaisten yhteistyön välttämättömäksi parantaakseen Pohjoismaiden yhteistä kykyä toimia kriisi- ja katastrofitilanteissa. Näihin tilanteisiin lukeutuvat luonnonkatastrofit ja muun muassa radioaktiivisella säteilyllä, biologisilla ja kemiallisilla tekijöillä aiheutetut tai niistä aiheutuneet tapahtumat (onnettomuudet ja terroriteot). Vastaava

²³ Kyberturvallisuusedirektiivin (NIS2-direktiivi) kansallista toimeenpanoa tukeva työryhmä. (2022). Haettu osoitteesta: <https://valtioneuvosto.fi/hanke?tunnus=LVM044:00/2022>

²⁴ Lainsäädäntöhanke: Kriittisen infrastruktuurin tunnistaminen ja kriisinkestävyden parantaminen. (2024). Haettu osoitteesta: <https://valtioneuvosto.fi/hanke?tunnus=SM047:00/2022>

²⁵ Tasavallan presidentin asetus pohjoismaisen terveydenhuollon puitesopimuksen voimaansaatamisesta (SopS 8/2004). Haettu osoitteesta: https://finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/2004/20040008/20040008_1

valtiosopimus on allekirjoitettu 20.1.1989 pelastusalan yhteistyöstä: Pohjoismainen pelastusalan yhteistyösopimus.

Suomi on tiivistänyt kahdenvälistä puolustusyhteistyötään Ruotsin kanssa. Vallitseva turvallisuustilanne on nopeuttanut muun muassa Suomen ja Ruotsin välisen isäntämaatuen järjestelyjen kehittämistä vuoden 2022 aikana. 7.6.2022 Suomi ja Ruotsi allekirjoittivat isäntämaatukea koskevan yhteisymmärryspöytäkirjan, joka vahvisti Suomen ja Ruotsin puolustusta sekä syvensi maiden kahdenvälistä yhteistyötä kaikissa turvallisuustilanteissa, luoden edellytyksiä rauhan ajan operatiiviselle yhteistyölle sekä joustavoittaen harjoitustoiminnan isäntämaatuesta sopimista²⁶. Pöytäkirjassa ja sitä täsmentävissä asiakirjoissa on erityisiä velvoitteita muun muassa joukkojen terveydensuojelua ja terveydenhuoltoa koskien (mukaan lukien lääkinnällinen evakuointijärjestelmä MEDEVAC, strateginen evakuointi STRATEVAC ja eläinlääkintähoito).

Alueellisia sopimuksia valtakunnanrajojen yli ulottuvasta yhteistyöstä on laadittu muun muassa Lapissa Suomen, Ruotsin ja Norjan pohjoisosien ensihoidon osalta sekä Ahvenanmaan toimesta Ruotsin erikoissairaanhoidon toimijoiden kanssa esimerkiksi vakavien laivaonnettomuuksien varalta. Lisäksi Saimaan kanavaan liittyvä sopimus on solmittu Venäjän kanssa.

Suomen liittyminen Naton täysjäseneksi 4.4.2023 lisäsi sekä Suomen turvallisuutta muuttuneessa toimintaympäristössä että Itämeren alueen ja Pohjois-Euroopan vakautta ja turvallisuutta. Suomen vahva puolustus- ja kriisinsietokyky vahvistaa myös Natoa ja liittokunnan yhteistä puolustusta. Samalla Nato-jäsenyys myös lisäsi sellaisten kansainvälisten sopimusten määrää, jotka ohjaavat sitovasti kansallista valmiutta, varautumista sekä häiriötilanteiden hoitamista. Ennen täysjäseneksi liittymistä Suomen valtio oli sitoutunut muun muassa Naton kanssa laadittuun isäntämaatukea koskevaan yhteisymmärryspöytäkirjaan 4.9.2014 ja sitä tarkentavaan tekniseen järjestelyasiakirjaan²⁷ 24.5.2022. Naton täysjäseneksi liittymisen myötä Suomi on velvoitettu hyväksymään vuoden kuluessa kokonaisuudessaan kaikki Naton jäsenyyttä ja toimintaa koskevat sopimukset: Ottawan sopimus, Nato SOFA, Pariisin pöytäkirja, tietoturvallisuussopimus, ATOMAL-sopimus, puolustukseen liittyvien, patentoitavaksi haettujen keksintöjen salassapitosopimus, teknisten tietojen välittämistä koskeva sopimus sekä Brysselin sopimus. Suomen sitoutuminen osaan näistä sopimuksista oli vielä työn alla tätä hallituksen esitystä laadittaessa.

Pohjois-Atlantin sopimuksen²⁸ viidennessä artiklassa todetaan, että hyökkäys yhtä Naton jäsenmaata kohtaan tulkitaan hyökkäykseksi kaikkia kohtaan. Suomi kuuluu viidennen artiklan mukaisten turvatakuiden piiriin. Perustamissopimuksen kolmas artikla puolestaan velvoittaa Suomea kehittämään muiden jäsenmaiden kanssa omaa suorituskyykyään aseelliselta hyökkäykseltä puolustautumiseksi. Sopimuksen toimeenpanoon liittyy olennaisesti muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon resursseihin linkittyviä suorituskyykyjä ja Naton kriisivastejärjestelmän vaatimuksia.

Naton SOFA-sopimus on Pohjois-Atlantin sopimuksen sopimuspuolten välillä Lontoossa vuonna 1951 tehty sopimus, joka sisältää määräyksiä sopimuspuolten joukoista. Naton

²⁶ Valtioneuvosto. (2022). Suomi ja Ruotsi allekirjoittivat isäntämaatukea koskevan yhteisymmärryspöytäkirjan. Haettu osoitteesta: <https://valtioneuvosto.fi/-/suomi-ja-ruotsi-allekirjoittavat-isantamaatukea-koskevan-yhteisymmarryspoytakirjan>

²⁷ Valtioneuvosto. (2022). Suomi ja Nato allekirjoittivat isäntämaatuen teknisen järjestelyasiakirjan. Haettu osoitteesta: <https://valtioneuvosto.fi/-/suomi-ja-nato-allekirjoittivat-isantamaatuen-teknisen-jarjestelyasiakirjan>

²⁸ Laki Pohjois-Atlantin sopimuksesta 442/2023. Haettu osoitteesta: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2023/20230442>

jäsenvaltioiden joukkojen asemaa koskevien sopimusten tarve on korostunut sotilaallisen liittoutumisen ja rauhanaikaisen sotilaallisen yhteistyön lisääntyessä, mistä esimerkkeinä ovat valtioiden yhdessä toteuttamat sotilaalliset harjoitukset sekä joukkojen pidempiaikainen sijoittaminen toisten valtioiden alueille.

Pariisin pöytäkirjan (Pohjois-Atlantin sopimuksen mukaisesti perustettujen kansainvälisten sotilasesikuntien asemasta tehdyn pöytäkirjan) ja Nato SOFA:n määräykset ulotetaan myös toisissa jäsenvaltioissa toimiviin Naton esikuntiin ja niiden sotilas- ja siviilihenkilöstöön. Määräykset koskevat muun muassa maahantulomuodollisuuksia, aseenkanto-oikeutta, tuomiovallan jakautumista, vahingonkorvausoikeutta ja eräissä tapauksissa siitä luopumista sekä joukkojen erioikeuksia ja vapauksia. Suomi on aiemmin Naton rauhankumppanimaana tosiasiallisesti soveltanut kyseisiä sopimuksia pienemmässä mittakaavassa vuodesta 1997 alkaen. Uutena Naton jäsenenä Suomen tulee kuitenkin liittyä niihin täysimääräisesti. Valtioneuvosto antoi 30.11.2023 Nato SOFA:an ja Pariisin pöytäkirjaan liittymistä koskevan hallituksen esityksen eduskunnalle (HE 90/2023 vp).

Ottawan sopimus on Pohjois-Atlantin liiton, kansallisten edustajien ja kansainvälisen henkilöstön asemasta Ottawassa vuonna 1951 tehty sopimus. Sopimusta sovelletaan Naton kansallisiin edustajiin ja kansainväliseen henkilöstöön ja se koskee näille myönnettäviä erioikeuksia ja vapauksia. Sopimus tuli Suomen osalta kansainvälisesti voimaan, kun Suomi talletti sopimuksen ratifioimiskirjan Washingtonissa 7.6.2023.

Pohjois-Atlantin sopimuksen osapuolten välinen tietoturvaluottelu sopimus sisältää määräykset turvallisuusluokitellun tiedon vastavuoroisesta suojaamisesta ja turvaamisesta. Sopimus on tullut Suomen osalta voimaan 23.8.2023.

Brysselin sopimuksella määrätään Natossa toimivien kolmansien valtioiden edustustojen ja edustajien erioikeuksista ja vapauksista. Sopimus tuli voimaan valtioneuvoston asetuksella (1053/2023) 30.11.2023.

Suomen ja Yhdysvaltojen kahdenvälinen puolustusyhteistyösopimus (Defence Cooperation Agreement, DCA) allekirjoitettiin 18.12.2023²⁹. Sopimus käsittelee muun muassa joukkojen maahantuloon, materiaalin ennakkovarastointiin sekä verotukseen liittyviä käytännön kysymyksiä. Sopimuksella voi olla suoria vaikutuksia tai epäsuoria kytköksiä sosiaali- ja terveydenhuollon resursseihin ja toimintamalleihin.

2.3 Nykytilan arviointi

2.3.1 Kansallinen riskiarvio sosiaali- ja terveydenhuollon näkökulmasta

Sosiaali- ja terveydenhuolto varautuu ja tekee valmisteluja kansallisen tason riskien kuten pandemian, terroristisen iskun, kyberiskun, voimahuollon häiriön, sotilaallisen voiman käytön, laajamittaisen maahantulon ja CBRN-uhkien varalle. Seuraavissa kappaleissa esitellään sosiaali- ja terveydenhuollon kannalta muutamia keskeisimpiä uhkia viimeisimmästä kansallisesta riskiarviojulkaisusta.

²⁹ Ulkoministeriö. (2023). Puolustusyhteistyösopimus Yhdysvaltain kanssa (DCA). Haettu osoitteesta: <https://um.fi/puolustusyhteistyosopimus-yhdysvaltain-kanssa-dca>

*Terveysturvallisuuden häiriöt*³⁰ kuten mikrobiresistenssi, pandemiat tai eläintautiepidemiat voivat uhata suurien ihmismäärien terveyttä, hyvinvointia, taloutta ja turvallisuutta. Covid-19-koronaviruspandemia kuormitti merkittävästi sosiaali- ja terveydenhuoltoa, mutta vaikutti taloudellisesti tai toiminnallisesti lähes kaikkien yhteiskunnan elintärkeiden toimintojen toimintavarmuuteen ja vakauteen. Kyseisessä pandemiassa jouduttiin rajoittamaan ihmisten perusoikeuksia, koska suuri sairastuvuus uhkasi ylittää terveydenhuollon kantokyvyn ja yhteiskunnan toimintavarmuuden. Karanteenien, maahantulorajoitusten ja muiden rajoittamistoimien taloudelliset ja sosiaaliset vaikutukset voivat olla laaja-alaisia ja pitkäkestoisia. Pandemia haastoi muun muassa johtamista, puolustusta, sisäistä turvallisuutta, energiahuoltoa, kuljetuksia ja elintarvikehuoltoa. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön sairastuminen, pandemiaan liittyvät kuolemantapaukset ja henkilöstövajaus lisäsivät työssä olevien kuormittumista. Negatiiviset vaikutukset yksilöiden fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen ja henkiseen hyvinvointiin olivat suoria tai syntyivät epäsuorasti perheessä, yhteisössä tai yhteiskunnassa tapahtuvien muutosten myötä. Väestön palvelutarve kasvoi samalla kuin sosiaali- ja terveydenhuollon kriisinkestävyys ja kyky vastata häiriöihin heikkeni.

*Sotilaallisen voiman käytön*³¹ kynnys on madaltunut nykyisessä, vaikeasti ennakoitavassa toimintaympäristössä. Sotatoimet Ukrainassa ovat osoittaneet, että Venäjä on valmis käyttämään sotilaallista voimaa voimapolitiikkansa välineenä naapurivaltioitaan vastaan. Sotilaallisia toimiaan Venäjä on tukenut voimakkaalla hybridivaikuttamisella, joka on kohdistunut myös Ukrainaa tukeviin valtioihin kuten Suomeen sekä aiempaa enemmän myös suoraan sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Venäjän hyökkäyssota Ukrainassa on horjuttanut yhteiskunnan vakautta muun muassa energia- ja ruokakriisin sekä kasvaneen inflaation myötä. Sosiaali- ja terveydenhuollon kannalta on huomioitava, että kriisien ennakkoarvotusaika on lyhentynyt ja hyvinvointialueiden rooli Suomen puolustuksen tukena on suurempi kuin koskaan aiemmin. Ennaltaehkäisevän pidäkkeen muodostaminen sotilaallisen voiman käytölle ja sillä uhkaamiselle edellyttää aiempaa laaja-alaisempaa kykyä uhkien ennakoivaan havainnointiin, valmiuden kohottamiseen sekä uhkia vastaavia suorituskykyjä, joilla voidaan vastata tilanteeseen. Puolustusvoimien vastuulla olevat sotilaalliset suorituskyvyt ovat Suomessa riippuvaisia siviilisuorituskyvyistä muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Ukrainaan kohdistetut sotatoimet osoittavat, että sosiaali- ja terveydenhuollossa on välttämätöntä kehittää nopeampaa toimintavalmiutta, kykyä vastata pitkäkestoiseen sotilaalliseen painostukseen, kykyä torjua laajamittaisia hyökkäysoperaatioita useassa suunnassa samanaikaisesti sekä kykyä suojata väestöä, kriittistä sote-infrastruktuuria ja hyvinvointialueiden vastuulla olevia toimintoja. Sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisjärjestelmässä, valmiuden säätelyssä ja toiminnan järjestelyissä ei ole riittävästi huomioitu vakavaan sotilaalliseen uhkaan vastaamista tai muiden vakavien häiriötilanteiden ja poikkeusolojen hoitamista.

CBRN-välineitä voidaan hyödyntää eri tavoin osana hybridivaikuttamista tai suoraa sotilaallisen voiman käyttöä. Vakavassa CBRN-tilanteessa aiheutuu laajamittaisia ja vakavia terveysuhkia sekä merkittäviä haittoja ihmisten elinolosuhteisiin, ympäristöön ja mahdollisesti jopa elinkeinoelämälle. Halutusta vaikutuksesta riippuen kohteeseen vaikutetaan saastuttamalla tai altistamalla kohde valitulla aineella tai taudinaiheuttajalla, levittämällä kohteeseen oikean kaltaista, mutta vaaratonta ainetta tai uhkaamalla kohdetta CBRN-aineen ja aseiden käytöllä. Maanpuolustuksen kohteiden lisäksi CBRN-isku voi kohdistua yksittäiseen rakennukseen, julkiseen kulkuvälineeseen, laajaan alueeseen, elintarvikkeisiin, juomaveteen tai yksittäisiin

³⁰ SM. (2023). Terveysturvallisuuden häiriöt. *Teoksessa Kansallinen riskiarvio 2023* (s. 66-76). Sisäministeriön julkaisuja 2023:4. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-324-602-7>

³¹ SM. (2023). Sotilaallisen voiman käyttö. *Teoksessa Kansallinen riskiarvio 2023* (s. 37-41). Sisäministeriön julkaisuja 2023:4. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-324-602-7>

henkilöihin, kuten Sergei ja Julija Skripalin myrkytystapauksessa 4.3.2018. Mahdollisen uhan muodostavat myös kasvi- ja eläintautien tahallinen käyttö kasvi- tai viljatuotannon sekä tuotantoeläinten vahingoittamiseksi. CBRN-materiaalilla suoritettulla iskulla voi olla huomattava psykologinen vaikutus väestöön. Tämän seurauksena sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin voi hakeutua henkilöitä, jotka eivät ole todellisuudessa altistuneet kyseiselle materiaalille. Venäjän Ukrainaan kohdistuneen hyökkäyssodan yhteydessä tapahtuneet ydinvoimalaitosalueille kohdistuneet iskut ovat tuoneet ydinenergian ja säteilyturvallisuuden voimakkaasti mukaan huoltovarmuus- ja varautumiskeskusteluun. CBRN-varautuminen on tarpeen myös onnettomuuksien varalta. Olkiluodon ydinvoimalaitoksen 2. yksikössä 10.12.2020 tapahtunut harvinainen reaktorin pikasulkuun johtanut häiriötilanne oli tärkeä muistutus tästä. Vakava ydinvoimalaitosonnettomuus voisi aiheuttaa merkittävän, pitkäaikaisen vähennyksen Suomen sähköntuotannolle varsinkin, jos laitospaikan muut laitosyksiköt joudutaan pysäyttämään. Lisäksi ydinenergian käytön turvallisuuden uudelleen arviointi voi johtaa ydinvoimalaitoksien tilapäiseen pysäyttämiseen.

*Laajamittainen maahantulo*³² tarkoittaa tilannetta, jossa valtion rajalle tai rajoille tulee lyhyessä ajassa paljon ulkomaalaisia, jotka hakevat kansainvälistä suojelua tai joilla ei ole ulkomaalaislaissa ja Schengenin rajasäännöstössä säädettyjä maahantulon edellytyksiä. Laajamittaisia muuttoliikkeitä aiheuttavat sodat ja konfliktit, ympäristön- ja ilmastomuutos, varallisuuden ja muiden resurssien epätasainen jakautuminen sekä myös toivo paremmasta elämästä. Maahantulo Eurooppaan on kasvussa ja oletettavasti muuttoliikettä tullaan hyödyntämään poliittisen painostamisen keinona enenevissä määrin. Normaaliolojen häiriötilanne voi syntyä myös pienimuotoisesta maahantulosta, jos se on välineellistetty hybridivaikuttamisen osana tai jos viranomaisten kyky hoitaa maahantulon hallintaan liittyviä tehtäviä vaarantuu. Väestön luottamus siihen, että tilanne on viranomaisten hallinnassa, on keskeinen yhteiskunnan henkistä kriisinkestävyyttä vahvistava tekijä. Maahantulo-operaatioihin voi sisältyä myös informaatiovaikuttamista vastakkainasettelun vahvistamiseksi ja yleisen järjestyksen horjuttamiseksi. Suomeen kohdistui tämänkaltaista hybridivaikuttamista vuodenvaiheessa 2023–2024, jolloin Venäjän rajan kautta Suomeen pyrkivien turvapaikanhakijoiden määrä kasvoi merkittävästi. Hallitsemattomana maahantuloon liittyy sisäisen turvallisuuden riskejä, joita tulee kyetä ehkäisemään. Rajanylityspaikat Imatralla, Kuusamossa, Nuijamaalla, Raja-Joosepissa, Sallassa ja Vartiuksessa suljettiin 30.11.–14.12.2023 ja 15.12.2023–14.4.2024. Valtioneuvosto päätti 4.4.2024, että Suomen itäraja pysyy kiinni toistaiseksi.³³ Yhtenä keskeisenä varautumiskeinona laajamittaiseen tai välineellistettyyn maahantuloon on selkeä lainsäädäntö ja viranomaisten riittävät toimivaltuudet toimia ennalta ehkäisevästi ja tehokkaasti häiriötilanteissa. Sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien osalta tämä edellyttäisi aiempaa selkeämpää lainsäädäntöä ja johtamisrakennetta hyvinvointialueiden voimavarat ja maantieteelliset rajat ylittäviin tilanteisiin, jotta sosiaali- ja terveydenhuollon resursseja voidaan tarvittaessa siirtää muilta alueilta yksittäisen hyvinvointialueen resurssien tueksi. Kansainvälistä suojelua hakevan vastaanotosta sekä ihmiskaupan uhrin tunnistamisesta ja auttamisesta annetun lain (746/2011) mukaan vastaanottokeskuksen järjestämiin vastaanottopalveluihin sisältyvät sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelut. Käytännössä vastaanottokeskukset eivät kuitenkaan pysty tuottamaan mm. ensihoitoa tai erikoissairaanhoidoa, vaan nämä palvelut tuotetaan hyvinvointialueilla myös kansainvälistä suojelua hakeville. Laajamittaisen maahantulon tilanteessa maahan saapuvien henkilöiden

³² SM. (2023). Laajamittainen maahantulo ja painostaminen maahantulijoita ohjaamalla. *Teoksessa Kansallinen riskiarvio 2023* (s. 41–44). Sisäministeriön julkaisuja 2023:4. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-324-602-7>

³³ Valtioneuvosto. (2024). Suomen itärajan tilanne. Haettu osoitteesta: <https://valtioneuvosto.fi/suomen-itärajan-tilanne>

terveydentila voi edellyttää kiireellistä hoitoa, mikä tulee huomioida hyvinvointialueiden varautumisessa ja valmiussuunnittelussa.

*Energiahuollon häiriöt*³⁴ voivat aiheutua esimerkiksi sähkön tuotannossa, siirrossa tai jakelussa tapahtuvien laajojen teknisten, ihmisen aiheuttamien tai ilmaston aiheuttamien häiriöiden seurauksena. Verrattuna aiempiin vuosiin, energiajärjestelmän häiriöiden uhkataso on muuttunut ja noussut erityisesti Venäjän aloittaman hyökkäyssodan ja ilmastomuutoksen vuoksi. Vaikutukset energiavirtoihin ovat nostaneet energian hintaa ja horjuttaneet hintavakautta sekä vaikeuttaneet saatavuutta. Myös energiainfrastruktuuriin kohdistuva hybridi- ja kyberoperaatioiden uhkataso on kasvanut. Toteutuessaan sähköjärjestelmän suurihäiriö vaikuttaa moniin toimialoihin, sillä sähkön häiriötön saatavuus on yhteiskunnan toiminnan ja huoltovarmuuden kannalta erityisen kriittistä. Syksyllä 2022 Fingrid Oyj varoitti voimahuollon pitkäkestoisesta häiriöstä tavallista pidempään kestäneen pakkasjakson aikana. Sosiaali- ja terveydenhuollossa varauduttiin tuolloin tarvittaessa evakuoimaan erityisen haavoittuvassa asemassa olevia asiakkaita sekä kokonaisia ympärivuorokautisen hoidon tai huolenpidon yksiköitä tietyllä maantieteellisellä alueella. Lopputuloksena suunniteltuihin toimiin ei jouduttu ryhtymään, mutta STM laati asiasta ohjauskirjeen palvelujärjestelmälle valmiuden ja varautumisen kehittämiseksi tulevien voimahuollon häiriöiden varalta³⁵.

*Tieto- ja viestintäverkkojen ja palvelujen häiriöt*³⁶ ovat nykyisin arkipäivää sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tietoverkkorikollisuus kuten tietomurrot tai laajamittaiset yksityisyyden suojan loukkaukset uhkaavat väestön perusoikeuksia. Valtiollisten toimijoiden oikeudeton toiminta verkossa tai tietojärjestelmissä luo uhkia kansalliselle turvallisuudelle. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmistä ja -verkoista on tullut kyberhyökkäysten kohde, koska ne sisältävät yhteiskunnalle olennaisen tärkeitä tietoja ja toimintoja. Sosiaali- ja terveydenhuollon piirissä on paljon laitteita sekä paljon ihmisiä työntekijöinä, potilaina ja asiakkaina, mikä luo rikolliselle toiminnalle paljon mahdollisuuksia. Kyberhyökkäyksen seuraukset hoitojonoihin ja hoidon laatuun ovat välittömästi vakavia, mikäli palvelutoiminta ei enää pysty hoitamaan tavanomaista määrää asiakkaita tai asiakas- ja potilasturvallisuus vaarantuu, kun sairaalassa ei esimerkiksi tiedetä leikattavan potilaan lääkityksiä, allergioita tai elinluovutustahtoa. Työntekijät ja tietojärjestelmät voivat joutua tietoturvaloukkausten kohteiksi myös sattumalta. Yksittäisten järjestelmähäiriöiden kerrannaisvaikutukset voivat olla merkittäviä vikojen ja häiriöiden ketjuuntumisen tai ihmisten hyvinvointiin kohdistuvien vaikutusten myötä. Psykoterapiakeskus Vastaamon vuonna 2020 julkiseksi tullut tietomurto kohdistui 33 086 asiakkaaseen ja osoitti, kuinka laajasti potilastietojen vuotaminen tai siihen liittyvä kiristäminen voi heikentää ihmisten henkistä hyvinvointia ja johtaa luottamuksen rapautumiseen yhteiskunnan palveluita ja viranomastoimintaa kohtaan. Yhteiskäyttöisten sähköisten alustojen vikaantuminen, häiriöt tai haavoittuvuudet saattavat vaikuttaa kerralla useiden eri organisaatioiden palvelujen käytettävyyteen, tietojen luottamuksellisuuteen tai eheyteen. Esimerkiksi vuonna 2017 matona levinnyt WannaCry-kiristyshaittaohjelma saastutti yli 200 000 tietokonetta yli sadassa maassa. Suomessa WannaCry iski Tampereen yliopistollisen sairaalan kuvantamisen koneisiin³⁷. Yksittäisen tietojärjestelmän tai tietoliikenneyhteyden toimintaan tai turvallisuuteen kohdistuva häiriö voi vaikuttaa yhteen tai useampaan

³⁴ SM. (2023). Energiahuollon häiriöt. *Teoksessa Kansallinen riskiarvio 2023* (s. 53-59). Sisäministeriön julkaisuja 2023:4. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-324-602-7>

³⁵ STM. (2022). Palvelujärjestelmän varautuminen sähkökatkoihin talvikaudella 2022-2023 (VN/27130/2022).

³⁶ SM. (2023). Tieto- ja viestintäverkkojen ja palveluiden häiriöt. *Teoksessa Kansallinen riskiarvio 2023* (s. 59-63). Sisäministeriön julkaisuja 2023:4. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-324-602-7>

³⁷ Hankonen, R. (9.1.2019). Pahat mielessä - terveydenhuollon tieto kiinnostaa rikollisia. *Tehy-lehti*. Haettu osoitteesta: <https://www.tehylehti.fi/fi/tyoelama/pahat-mielessa-terveydenhuollon-tieto-kiinnostaa-rikollisia>

yhteiskunnan toiminnan kannalta keskeiseen palveluun. Syksyllä 2018 Suomi.fi-tunnistusta käyttävät asiointipalvelut kuten Kelan ja verohallinnon palvelut kaatuivat noin kolmen ja puolen tunnin ajaksi, koska niihin kohdistui palvelunestohyökkäys.

*Terroristisen tai muun väkivaltaisen iskun*³⁸ uhka on suojelupoliisin uhka-arvion mukaan kohonnut. Suojelupoliisi on tunnistanut äärioikeistolaisia ja radikaali-islamistisia toimijoita, joilla on todennäköisesti halu ja kyky väkivaltaisten iskujen tekemiseen. Todennäköisimmän uhkan aiheuttavat näiden ideologioiden yksittäiset kannattajat ja pienryhmät.³⁹ Eriarvoistumiskehitys voi lisätä tyytymättömyyttä, väkivaltaista radikalisoitumista ja yleistä konfliktialttiutta yhteiskunnassa. Suomen ensimmäinen jihadistisessa tarkoituksessa tehty islamistinen terroriteko tehtiin Turussa 18.8.2017. Onnettomuustutkintakeskuksen raportin⁴⁰ mukaan viranomaisten valmius toimia Turun puukotuksessa oli melko hyvä. Tilanteen aikana maakunnan ensihoidon kenttäjohtajat tekivät ensihoidon valmiussiirtoja lähemmäksi Turkua, joilla pystyttiin turvaamaan ensihoidon toimintavalmiutta Turussa. Turun kaupungin sosiaali- ja kriisipäivystys koordinoi psykososiaalista tukea. Turun yliopistollinen sairaala toimii akuutteisairaanhoidon antavana laitoksena koko Varsinais-Suomen alueella ja sairaalassa oli saatavilla kaikki väkivaltatilanteessa aiheutettujen vammojen hoitamiseen tarpeelliset lääketieteen erikoisalajat. Viranomaisten valmius toimia olisi voinut olla heikompi alueella, jossa ei esimerkiksi sijaitse yliopistollista sairaalaa tai jos iskun kohteena olisi ollut suurempi joukko ihmisiä. Tällaisten vakavien häiriötilanteiden varalta olisi tarpeen mahdollistaa sosiaali- ja terveydenhuollon nykyistä ketterämpi toiminta moniviranomaistilanteessa, sekä sosiaali- ja terveydenhuollon resurssien nopea siirtäminen yli hyvinvointialuerajojen.

*Kuljetusten jatkuvuutta*⁴¹ sekä sitä kautta sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa ja huoltovarmuutta voivat häiritä esimerkiksi Itämeren vaihtelevat sääolot, Suomen lähialueen ilmatilan sulkeminen tai globaaleihin kuljetusjärjestelmiin kohdistuvat häiriöt. Esimerkiksi jäänmurtokalustoa ei tulisi vähentää ilmaston nopean lämpenemisen seurauksena, sillä vaikeita jääoloja esiintyy odotettavasti myös Itämeren jääpeitteen vähenemisen jälkeen. Suomen pohjoinen sijainti EU:n sisämarkkinoiden ulkorajalla ja riippuvuus Itämeren kautta kulkevista kuljetusvirroista vaikuttaa merkittävästi yhteiskunnan toimintavarmuuden sekä kansallisen huoltovarmuuden ylläpitämiseen. Esimerkiksi Suezin kanavan tukos 23.–29.3.2021, El Niñon eli Tyynen valtameren lämpenemisen aiheuttama vesipula Panaman kanavassa ja Covid-19 –pandemian aiheuttamat häiriöt globaaliin konttikuljetusjärjestelmään johtivat kerrannaisvaikutuksiin muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Erityisesti lääkinnällisten laitteiden, hoitotarvikkeiden ja lääkkeiden tuotannossa joudutaan nojautumaan paljon globaaliin, erityisesti Kiinassa ja Intiassa, toteutuvaan tuotantoon, johon liittyvä logistiikka on herkkää häiriöille. Suomessa ei ole tällä hetkellä sellaista lääkkeiden tuotantoa tai raaka-aineiden sekä pakkausmateriaalien saatavuutta, että kotimaisella tuotannolla voitaisiin vastata kaikkiin sosiaali- ja terveydenhuollon tarpeisiin. Kuljetusten häiriöt voivat merkittävästi heikentää lääkkeiden saatavuutta tai laitteiden kriittinen huolto tai korjaus ei ole mahdollista. Suomen kannalta erityisesti EU:n sisämarkkinoiden toimintavarmuudella on

³⁸ SM. (2023). Yhteiskunnan rakenteisiin tai laajoihin ihmisjoukkoihin tehty terroristinen tai muu väkivaltainen isku. *Teoksessa Kansallinen riskiarvio 2023 (s. 44–46)*. Sisäministeriön julkaisuja 2023:4. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-324-602-7>

³⁹ Suojelupoliisi. (2023). Kansallinen terrorismin uhka-arvio 2023. Haettu osoitteesta: [Uhka-arvio | Suojelupoliisi \(supo.fi\)](http://uhka-arvio.suopo.fi)

⁴⁰ Onnettomuustutkintakeskus. (2018). *Puukotukset Turussa 18.8.2017*. Tutkintaselostus 7/2018. Haettu osoitteesta: https://turvallisuustutkinta.fi/material/attachments/otkes/tutkintaselostukset/fi/poikkeuksellisetapahtumat/nuxEHJjYF/P2017-01_Turku.pdf

⁴¹ SM. (2023). Kuljetusten jatkuvuuden häiriöt. *Teoksessa Kansallinen riskiarvio 2023 (s. 63–66)*. Sisäministeriön julkaisuja 2023:4. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-324-602-7>

merkittävä vakauttava vaikutus yhteiskunnan kriittisten toimintojen jatkuvuudelle ja yleiselle kriisinsietokyvyille. RescEU-hanke on esimerkki Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon roolista koko EU-tasoisessa varautumisessa. Koronarokotteiden yhteishankinta on toinen esimerkki EU-tasoisesta varautumisesta, jossa osallistuminen globaaliin kilpailuun rokotteista edellytti paikallisia sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisjärjestelmiä ylittäviä kansallisia ja kansainvälisiä ratkaisuja. Varautumisen kannalta on olennaista pystyä tarvittaessa tasaamaan sosiaali- ja terveydenhuollon materiaaleja ja muita resursseja yli hyvinvointialuerajojen.

2.3.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon valmiuden ja varautumisen nykytilan arviointi

Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminta on perinteisesti ollut varsin hajanaista. Etenkin valmiuden, varautumisen ja häiriötilanteiden hoidon osalta sosiaali- ja terveydenhuollosta on puuttunut yhtenäiset toimintamallit ja kansalliset johtamisrakenteet. Kuntapohjaisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa järjestäjiä oli yli 200, mikä teki yhtenäisten varautumisen periaatteiden toteuttamisesta haastavaa. Sairaanhoidopiirien varautumistoiminta oli kuntapohjaisessa järjestelmässä yhdenmukaisempaa kuin peruspalveluissa. Välttämättömiä kansallisia voimavaratietoja ole ollut kuitenkaan edes sairaaloiden osalta systemaattisesti saatavilla. Esimerkiksi keväällä 2020 oli vaikeaa löytää kootusti tietoa Covid-19 pandemian kannalta olennaisista tehohoitopaikoista.

Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistus selkeytti sosiaali- ja terveydenhuollon varautumista ja häiriötilanteiden hoitamista. 1.1.2023 aloittaneiden hyvinvointialueiden toiminta ja yhteistyöalueetasolla käynnistynyt valmistelu on parantanut varautumista ja yhteistyötä samaan yhteistyöalueeseen kuuluvien hyvinvointialueiden osalta ja koonnut osaamista ja voimavaroja myös hyvinvointialueetasolla. Parannettavaa on havaittu sosiaalihuollon tiedontuotannon vahvistamisessa sekä useampaa kuin yhtä yhteistyöaluetta koskeissa häiriötilanteissa, niin säädösten kuin toiminnankin osalta. Covid-19-pandemia osoitti käytännössä, että merkittävät häiriötilanteet eivät noudata hallinnollisia aluejakoja. Pandemiassa tarvittiin yhteisten voimavarojen yhteiskäyttöä esimerkiksi keväällä 2020, jolloin toteutettiin yliopistollisten sairaanhoidopiirien yhteinen suojamateriaalien hankinta ja jakaminen kaikille sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoille, yhteisen tilannekuvan luominen viiden erityisvastuualueen mallilla sekä pandemiasta johtuvien tehohoitopotilaiden hoitopaikkojen avaaminen kaikille erityisvastuualueille.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa on alueellisesti varauduttu perinteisiin uhkiin kuten suuronnettomuuksiin, joissa tarvitaan erikoissairaanhoidoa sekä sosiaali- ja kriisipäivystyksen toimia edellyttäviin tulipalotilanteisiin. Pitkäkestoisiin, hyvinvointialueiden rajat ylittäviin tai vakaviin häiriötilanteisiin varautuminen on ollut vaihtelevaa, eikä perustason palvelujen varautuminen häiriöihin ole ollut samalla tasolla kuin erikoissairaanhoidon varautuminen. Pitkittyneet häiriöt kuten Covid-19-pandemia aiheuttavat yleensä myös hoito- ja palveluvelkaa, mikä edellyttää palvelujärjestelmältä jatkuvaa varautumista ja toiminnan sopeuttamista.

Sosiaalihuollon varautumisessa tulee kiinnittää erityistä huomiota lakisääteisten palvelujen saatavuuteen, jatkuvuuteen ja palvelutarpeen kasvuun. Tällaisia kriittisiä palveluja ovat muun muassa sosiaalipäivystys, lastensuojelu ja kotihoito. Covid19-pandemia ja muut häiriötilanteet ovat osoittaneet, että väestön tuen ja ohjauksen tarve kasvaa. Tutkimukset osoittavat, että myös esimerkiksi lähisuhdeväkivallan määrä lisääntyy kriisitilanteissa. Varautumisessa on huomioitava tulevaisuudessa myös väestön ikääntyminen ja monikulttuurisuus. Häiriötilanteet vaikuttavat erityisesti haavoittuvassa asemassa oleviin ihmisiin, kuten lapsiin, maahanmuuttajataustaisiin, iäkkäisiin ja vammaisiin henkilöihin, sekä ihmisiin, joiden

toimintakyky on muulla tavoin rajoittunut.⁴² Haavoittuvilla ihmisryhmillä on usein vain vähän mahdollisuuksia vaikuttaa elinolosuhteisiinsa ja heidän sosiaaliset verkostonsa saattavat olla kapeita. Erityisesti laitospalveluissa, jossa hoito ja kuntouttava toiminta ovat jatkuvaa, palvelua tuottavalla tai sitä järjestävällä hyvinvointialueella on suuri vastuu siitä, että palveluiden jatkuvuus on turvattu kaikissa olosuhteissa, myös häiriötilanteissa.⁴³ Sama koskee myös muita sosiaalihuollon ympärivuorokautisia palveluja, kuten iäkkäiden ja vammaisten henkilöiden ympärivuorokautista palveluasumista. Yhä useampi erityistä tukea tarvitseva asuu yksin. Erityisesti kotona asuvien sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden piirissä olevien tarpeet häiriötilanteissa ja poikkeusoloissa on huomiotava, sillä yhä useampi pitkäaikaissairas, vammainen ja korkeassa iässä oleva ihminen saa tarvitsemansa hoidon ja huolenpidon sekä muut palvelut kotiin.⁴⁴ Esimerkiksi evakointitilanteissa tämä tarkoittaisi nykyistä enemmän sosiaali- ja terveydenhuollon vastuulla olevia, välttämätöntä apua tarvitsevia henkilöitä sekä ympärivuorokautisen hoidon ja huolenpidon yksiköitä.⁴⁵

Kansallisessa riskiarviossa kuvatut uhat eivät noudata maantieteellisiä rajoja tai henkilöstön yleisiä loma-aikoja. Monet riskit kuten esimerkiksi sähkökatkot, realisoituvat todennäköisemmin haja-asutusalueilla kuin kasvukeskuksissa. Näissä häiriötilanteissa on perusteltua kohdentaa sosiaali- ja terveydenhuollon resursseja tukemaan alueita. Tämä tarkoittaa, että kansallisesti on tarpeen luoda malli, jolla olisi mahdollista tarvittaessa nopeasti siirtää sosiaali- ja terveydenhuollon voimavaroja kuten materiaaleja yli hyvinvointialuerajojen tai Ahvenanmaalle.

Häiriötilanteissa yksittäisen hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon kapasiteetti kuormittuu herkästi, koska toiminta on normaalitilanteessakin hyvin tehostettua. Toimintakyky häiriötilanteissa ja poikkeusoloissa perustuu normaaliajan toiminnan voimavaroille ja toimintamalleille. Häiriötilanteissa tarvittavia sosiaali- ja terveydenhuollon resursseja on nykyistä joustavammin pystyttävä kohdentamaan yli hyvinvointialueiden ja jopa yli Suomen rajojen. Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteet ja toimintatavat eivät nykyisellään pysty vastaamaan riittävän tehokkaasti hyvinvointialueiden rajat ylittäviin vakaviin kriisitilanteisiin esimerkiksi Naton kriisivastejärjestelmän edellyttämällä nopeudella ja laajuudella. Uhkien monipuolistuessa ja julkisen talouden heiketessä on myös tarpeen tehdä työnjakoa erityisen vaativien tai harvinaista sosiaali- ja terveydenhuollon osaamista edellyttävien valmius- ja varautumistehtävien osalta.

Nykytilassa sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisjärjestelmään ei ole rakennettu riittäviä prosesseja, kyvykkyyksiä tai hyvinvointialueiden rajat ylittäviä toimivaltuuksia tukea hyvinvointialueita tai esimerkiksi Puolustusvoimia vakavissa häiriötilanteissa tai poikkeusoloissa. Sote-järjestämislain 50 ja 51 §:n, sekä lain 50 §:n nojalla annetun valtioneuvoston asetuksen sisällöt liittyvät erityisesti tilannekuvan luomiseen, mutta ei tilannekuvatietojen pohjalta tehtäviin toimiin. Sote-järjestämislain säätämiseen johtaneen

⁴² Sainio ym. (2021). Koronapandemian ja sen rajoittamistoimien vaikutukset toimintarajoitteisten ihmisten elämään. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2021:58 (s. 235-252). Haettu osoitteesta: <https://doi.org/10.23990/sa.103240>

⁴³ Kestilä ym. (2022). *Covid-19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen: Asiantuntija-arvio, kevät 2022*. THL, Raportti 4/2022. Haettu osoitteesta: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-865-1>

⁴⁴ Rieppo ym. (2023). *Vammaisten ja maahanmuuttaneiden ihmisten selviytyminen vakavissa häiriötilanteissa ja poikkeusoloissa: Varautumista tukevat toimintakortit*. THL, Ohjaus 7/2023. Haettu osoitteesta: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-063-7>

⁴⁵ SM. (2024). *Evakuointien suunnittelu- ja toimeenpano-ohje. Väestön siirtäminen poikkeusoloissa*. Sisäministeriön julkaisuja 2024:2. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-324-988-2>

hallituksen esityksen (HE 241/2020 vp) mukaan⁴⁶ ”sosiaali- ja terveydenhuollon sekä ympäristöterveydenhuollon valmiutta ja varautumista koskevat uhkakuvat ovat pääsääntöisesti kuntien ja hyvinvointialueiden rajat ylittäviä. Sen vuoksi valmiussuunnitelmien yhteensovittaminen sekä hyvinvointialueen kuntien, että yhteistyöalueella ja valtakunnallisesti yhteistyöalueiden kesken on välttämätöntä. [Sote-järjestämislain 50 §:n 1] momentissa tarkoitettut tilanteet olisivat usein myös niin merkittäviä, että yksittäisellä hyvinvointialueella ei olisi riittäviä resursseja niiden hoitamiseksi.”

Koronapandemiasta opittiin, että varautuminen ja kapasiteetin nostaminen ja uudelleen kohdentaminen eivät ole vain alueellisia toimia, vaan ne edellyttävät valtakunnallisesti suunniteltuja ja alueiden välillä yhteensovitetuista toimenpiteistä. Covid-19-pandemian aikana oli tarpeen siirtää potilaita erityisvastuualueiden hoitolaitosten välillä. Covid-19-pandemian aikaisen sairaanhoitopiirien välisen yhteistyön lisäksi keskeisessä roolissa tilannekuvan muodostamisen ja terveydenhuollon kantokyvyn turvaamisen kannalta oli yhteistyö STM:n valmiusyksikön, THL:n ja viiden yliopistollisen sairaanhoitopiirin kesken (mukaan lukien kansallisen tehohoidon koordinaatio- ja tilannekuvatyö). Sosiaali- ja terveydenhuollon tilannekuvaa on sittemmin täydennetty erikoissairaanhoidon lisäksi perustason sosiaali- ja terveyspalveluiden tiedoilla. Aluehallintovirastot ovat auttaneet valtakunnallisen tilannekuvan luomisessa erityisesti kuntien perustason sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden osalta. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa ja alueellisessa tietopohjassa on kuitenkin edelleen merkittäviä katvealueita. Erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöä koskeva tietopohja ei tällä hetkellä anna mahdollisuutta millään luotettavalla tavalla ennakoita henkilöstö- ja koulutustarvetta. Asiaa arvioidaan VN TEAS-hankkeessa⁴⁷.

Oikeaan, riittävään, ajantasaiseen kansalliseen ja kansainväliseen tietopohjaan perustuva tilannekuva on olennainen osa kaikkea johtamista. Yhteisen tilannekuvan luominen, ennakointi ja reagointi ovat keskeisiä pandemian torjunnassa. Organisaatorajat ylittävä yhteinen tilannekuva ja etukäteen mahdollisimman hyvin suunnitellut toiminnot auttavat ohjaamaan rajallisia sosiaali- ja terveydenhuollon resursseja järkevästi ja tehokkaasti. Koska kriisitilanteiden johtamisen tulisi mahdollisimman pitkälle perustua normaaliolojen johtamisjärjestelmälle, tulisi näitä järjestelmiä ylläpitää jatkuvasti. Mahdollisimman pitkälle automatisoitu tiedon keruu tilannekuvan luomiseksi luo pohjan häiriötilanteiden ennakkoinnille ja johtamiselle.⁴⁸

Yhteistyöalueille perustetut viisi sosiaali- ja terveydenhuollon valmiuskeskusta aloittivat toimintansa vuoden 2023 alussa. Valmiuskeskukset vahvistavat kansallista varautumista ja parantavat yhteiskunnan valmiutta vastata erilaisiin häiriötilanteisiin ja poikkeusoloihin. THL:n julkaiseman yhteistyöalueittaisen arvioinnin perusteella valmiuskeskusten toiminta on kehittynyt pisimmälle Etelä- ja Pohjois-Suomessa.⁴⁹

⁴⁶ Säännöskohtaisissa perusteluissa sivulla 783 on kuvattu 50 §:n sisältöä tarkemmin.

⁴⁷ Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö- ja koulutustarpeen ennakointi (SOTEHEN 3/23-3/24). Haettu osoitteesta: [Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö- ja koulutustarpeen ennakointi \(SOTEHEN\) | Tieto käyttöön \(tietokayttoon.fi\)](#)

⁴⁸ Ihalainen ym. (2022). *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän varautuminen mahdolliseen seuraavaan epidemia-aaltoon. Selvitysryhmän raportti*. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2022:11. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-9696-0>

⁴⁹ Croell ym. (2023). Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen yhteistyöalueilla. Asiantuntija-arvio, syyskuu 2023. Päätösten tueksi 45/2023. Haettu osoitteesta: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/147854/PT2023_045_YTA-raportti_30112023%20korjattu_s.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Sote-järjestämislain 37 §:n ja asetusten mukaisista velvoitteista⁵⁰ sekä vuoden 2023 aikana tehdystä kehittämistyöstä huolimatta ei ole vielä päästy yhtenäiseen pohjaan riittävän montaa kansallista riskinarvion uhkaa koskevassa sosiaali- ja terveydenhuollon valmiussuunnittelussa ja valmiuden tasojen säätelyssä. Jatkossa kansallisen riskinarvion sisältämiin keskeisiin häiriötilanneuhkiin tulee varautua yhtenäisin periaattein tekemällä tiivistä yhteistyötä yli hallinnonalarajojen. Yhtenäisillä periaatteilla tarkoitetaan yhtenäistä käsitystä muun muassa valmiussuunnitelmien keskeisestä sisällöstä, varautumisen erilaisista tasoista, eri varautumisen tasoilla tehtävistä toimista, hälytysjärjestelyistä ja tilannekuvan muodostamisesta. Valmiutta tulee myös pystyä säätämään kansallisella tasolla yhteneväisesti esim. Puolustusvoimien kanssa ja käynnistämään varautumistoimenpiteitä esim. materiaalin hankintoja ja siirtoja. Kansallisesti ja yhteistyöalueitasoisesti yhtenäinen valmiussuunnittelu tulee olla pohjana myös alueelliselle valmiussuunnittelulle, jotta hyvinvointialueella, yhteistyöalueella ja kansallisesti tehtävät toimet muodostavat valtakunnallisesti yhtenäisen sosiaali- ja terveydenhuollon valmiuden ja varautumisen kokonaisuuden. CER-direktiivi tuo STM:n toimialalla uusia varautumisen velvoitteita erityisesti yksityisen sektorin toimijoille. Häiriöiden ilmoitusmenettely muiden muassa tulee edellyttämään hyvää koordinaatiota ja tiedon vaihtoa CER-lain mukaisten toimivaltaisten viranomaisten sekä viittä yliopistosairaala ylläpitävän hyvinvointialueen valmiuskeskuksen ja STM:n kesken.⁵¹

Sosiaali- ja terveydenhuollon valmius ja varautuminen Puolustusvoimien ja valtiosopimusten nojalla toteutettavien muiden tukitehtävien osalta vaatii vahvistamista normaalioloissa ja erityisesti vakavien häiriötilanteiden ja poikkeusolojen varalta. Keskussotilassairaalana toiminut Tilkan sairaala lakkautettiin vuonna 2005, jolloin Puolustusvoimat ulkoisti erikoissairaanhoidotasoiset palvelut julkisille, nykyisin hyvinvointialueiden vastuulla oleville sairaaloille. Varuskuntien yleislääkärijohtoisilla terveysasemilla tuotetaan pääosa perustason terveydenhuollon palveluista. Normaalioloissa merkittävä osa näistä varuskuntien tarvitsemista terveydenhuollon palveluista hankitaan ostamalla niitä hyvinvointialueelta siten kuin näiden kanssa on erikseen sovittu. Puolustusvoimat tukeutuvat julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon osaamiseen, henkilöstöresursseihin, tiloihin ja tarvikkeisiin niin normaalioloissa, poikkeusoloissa kuin puolustustilan aikana. Terveydenhuollon palveluja järjestetään myös tilapäisesti kootuille harjoitusjoukoille. Harjoitusten lisääntyminen, laajentuminen, monipuolistuminen ja kansainvälistyminen aiheuttavat uudenlaista valmius- ja varautumisvaadetta siviilitoimintaan nojautuvalle sosiaali- ja terveydenhuollolle. Lääkinnällisen valmiuden suunnittelu vakavia häiriötilanteita ja poikkeusoloja varten sekä terveydenhuolto sotilaallisessa kriisinhallinnassa vaativat nykyistä enemmän yhteistyötä hyvinvointialueiden kanssa. Suomen ulko- ja turvallisuusympäristön uhkiin voidaan Puolustusvoimissa ja Natossa vastata tehokkaasti vain, mikäli Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon valmius ja varautuminen kehittyvät yli hyvinvointialuerajojen, kansalliseen ja kansainväliseen yhteensovittamiseen perustuen.

3 Tavoitteet

Hallitusohjelman mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöä kehitetään niin, että myös normaaliolojen häiriötilanteissa viranomaisilla on riittävästi keinoja tarvittaessa sitovasti ohjata

⁵⁰ Sote-järjestämislain 37 §:n mukaan hyvinvointialueiden tulisi valmistella yhteistyösopimusten valmiutta ja varautumista koskevat osuudet yhteistyössä STM:n kanssa. Valtioneuvoston asetus hyvinvointialueiden varautumisesta sosiaali- ja terveydenhuollon häiriötilanteisiin (308/2023) antaa täsmällisempää ohjausta valmiussuunnittelua koskien.

⁵¹ Huoltovarmuuskampus. (2023). CER-direktiivin toimeenpano tulee rakentaa nykyisen huoltovarmuusjärjestelmän osaksi. Haettu osoitteesta: <https://www.huoltovarmuuskampus.fi/a/cer-direktiivin-toimeenpano-tulee-rakentaa-nykyisen-huoltovarmuusjarjestelman-osaksi>

ja johtaa sosiaali- ja terveydenhuoltoa sekä mukauttaa toimintaa riittävien palvelujen ja toimeentulon turvaamiseksi. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon valmiutta ja varautumista kehitetään vastaamaan kansainvälisiin, kansallisiin ja alueellisiin riskeihin normaali- ja poikkeusoloissa. Lainsäädäntöä tarkennetaan, jotta hyvinvointialueiden, viiden yhteistyöalueen ja kansallisen tason johtamis-, ohjaus- ja muut järjestelyt muodostaisivat kansallisen kokonaisuuden. Nykytilassa sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisessa tarvittavat oikeudet häiriötilanteissa ja poikkeusoloissa eivät vastaa kansallisten ja kansainvälisten ulko- ja turvallisuuspoliittisten uhkakuvien vakavuutta.

Yhteistyöaluetasoisesti ja kansallisesti on tarkoitus tukea hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon valmiutta ja varautumista sekä häiriötilanteiden ja poikkeusolojen hoitamista. Yhteistyöaluetasoinen sosiaali- ja terveydenhuollon resurssien ohjaus- tai johtovastuu on tarkoituksenmukaista tilanteissa, joissa yhden hyvinvointialueen omat voimavarat eivät riitä väestön turvallisuutta, terveydentilaa ja hyvinvointia uhkaavan tilanteen hoitamiseen normaaliolojen häiriötilanteissa ja poikkeusoloissa. Kansallinen sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus- tai johtovastuu on tarkoituksenmukaista häiriötilanteissa tai poikkeusoloissa, joissa yhden yhteistyöalueen voimavarat eivät riitä väestön turvallisuutta ja terveydentilaa uhkaavan tilanteen hoitamiseen normaaliolojen häiriötilanteissa ja poikkeusoloissa. Kansallinen ohjaus- tai johtovastuu tarvitaan myös tilanteissa, joiden laajuus edellyttää kansallisten voimavarojen käyttöä tai yhteisten resurssien jakamista ja kohdentamista kansallisesti tarkoituksenmukaisella tavalla. Nämä tilanteet edellyttävät yleensä myös kansainvälistä yhteistyötä muiden valtioiden tai organisaatioiden (esim. EU, Nato) kanssa.

Sote-järjestämislakiin ehdotettavien muutosten tavoitteena on täsmentää lainsäädäntöä siltä osin, että häiriötilanteissa ja poikkeusoloissa laki antaa riittävät toimintavaltuudet yli hyvinvointialueiden tapahtuvan johtamisen ja päätöksenteon mahdollistamiseksi. Esityksessä ehdotetuilla muutoksilla sosiaali- ja terveydenhuollossa voitaisiin paremmin valmistautua kansallisen riskiarvion mukaisiin uhkakuviin sekä samalla mahdollistaa Suomen Nato-täysjäsenyyteen liittyvien velvoitteiden täyttämistä sosiaali- ja terveydenhuollon osalta. Esityksellä parannetaan mahdollisuuksia saada aikaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmästä yhtenäinen valtakunnallinen kokonaisuus valmiuden ja varautumisen kannalta. Se mahdollistaa myös normaalioloissa toiminnan aikaisempaa paremman johtamisen ja parantaa edellytyksiä tiedonkulkuun ja yhteistyöhön eri toimijoiden kanssa ja välillä.

4 Ehdotukset ja niiden vaikutukset

4.1 Keskeiset ehdotukset

Esityksessä ehdotetaan muutettavaksi sote-järjestämislakia siltä osin, kun se koskee valmiutta, varautumista sekä yllättävien ja poikkeuksellisten häiriötilanteiden hoitamista normaali- ja poikkeusoloissa.

Esityksessä ehdotetaan säädettäväksi yhteistyörakenteista sosiaali- ja terveydenhuollon yhtenäisen valmiussuunnittelun luomiseksi ja yhteensovittamiseksi sekä häiriötilanteiden hoitamiseksi normaalioloissa ja poikkeusoloissa. Alueellisesti hyvinvointialueet sopisivat näistä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueittain sote-järjestämislain 36 §:ssä tarkoitettussa hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksessa. Kansallisesti päätöksentekovaltaa osoitettaisiin sosiaali- ja terveysministeriölle, jonka päätösten valmistelun tueksi asetettaisiin sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen valmiusryhmä. Valmiusryhmässä olisi jäseniä hyvinvointialueilta, HUS-yhtymästä, Helsingin kaupungilta sekä ministeriöistä.

Sosiaali- ja terveysministeriölle sekä esityksen mukaisesti hallintosäännössä nimetyille vastaaville viranhaltijoille ehdotetaan annettavan sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisvastuuta esityksessä täsmennetyin ehdoin yhteistyöalueittain tai kansallisesti, mikäli se on tarpeen häiriötilanteen laajuuden, kiireellisyyden tai muun vastaavan syyn takia. Johtovastuun ottaminen yhteistyöalueella tai kansallisesti voi olla tarpeellista esimerkiksi vakavassa häiriötilanteessa tai poikkeusoloissa, joissa yhden hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon resurssit ylittyvät tai eri hyvinvointialueiden resurssien tarkoituksenmukaista käyttöä on yhteensovitettava.

Yliopistollista sairaalaa ylläpitävän hyvinvointialueen hallintosäännössä määrätty viranhaltija johtaisi ja yhteensovittaisi yhteistyöalueensa sosiaali- ja terveydenhuollon resurssien tarkoituksenmukaista käyttöä yhteistyöalueen yhteisissä valmiussuunnitelmissa määriteltyjen periaatteiden ja menettelytapojen mukaisesti siten kuin näistä olisi sovittu sote-järjestämislain 36 §:ssä tarkoitetussa hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksessa. Etelä-Suomen yhteistyöalueen osalta HUS-yhtymän ja Helsingin kaupungin viranhaltijat käyttäisivät edellä kuvattua toimivaltaa niissä puitteissa mitä asiasta on sovittu edellä mainitussa yhteistyösopimuksessa.

Yliopistollista sairaalaa ylläpitävien hyvinvointialueiden ja HUS-yhtymän vastuulla olevat valmiuskeskukset toimisivat keskenään yhteistyössä siten, että valmiussuunnittelu toteutettaisiin valtakunnallisesti yhdenmukaisin periaattein ja valmiuskeskusten tilannekuvatiedoista olisi mahdollista muodostaa ajantasainen valtakunnallinen tilannekuva normaali- ja poikkeusoloissa.

4.2 Pääasialliset vaikutukset

4.2.1 Vaikutusten arviointiin liittyvät epävarmuudet

Vaikutusten arviointiin liittyy epävarmuutta, koska vaikutukset riippuvat yhteiskunnallisen toimintaympäristön muutoksista sekä sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyvien häiriötilanteiden määrittelytavasta ja luonteesta. Hallituksen esitystä valmisteltaessa on pyritty huomioimaan mahdollisimman laaja-alaisesti Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon jatkuvuuteen ja toimintaan vaikuttavia riskejä ja uhkakuvia. Esityksellä ei olisi merkittäviä vaikutuksia normaaliolojen sosiaali- ja terveydenhuoltoon, mikäli yksittäisen hyvinvointialueen resurssit ylittäviä häiriötilanteita tai poikkeusoloja ei ilmenisi.

Ehdotettujen muutosten vaikutusten ennakkolliseen arviointiin, vaikutusten toteutumiseen ja vaikuttavuuteen liittyviä epävarmuustekijöitä ovat lain nojalla toteutettavien toimenpiteiden mittakaava ja yhteydet muuhun lainsäädäntöön. Normaaliolojen häiriötilanteiden hoito perustuu tavanomaisiin toimivaltuuksiin ja normaaliolojen lainsäädäntöön. Tämän lain tuomat varautumista ja häiriötilanteiden johtamista tehostavat toimivaltuudet eivät muuta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen lakisääteistä sisältöä. Lisäksi esityksen vaikutukset voivat olla välillisiä ja ilmetä vasta pidemmän aikavälin kuluessa, kun toimintaympäristön muutokset sekä hyvinvointialueiden toiminta ja alueiden välinen työnjako kehittyvät asteittain. Hyvinvointialueet aloittivat toimintansa vasta 1.1.2023, joten epävarmuuksia liittyy myös hyvinvointialueiden käynnistyvää toimintaa koskevaan tietopohjaan. Valtaosa hyvinvointialueiden toiminnan arvioinnista vuonna 2023 perustui vuoden 2021 ja 2022 kuntapohjaisen järjestämismallin tietoihin.

Lain toimeenpanon tehokkuus sopimusten valmistelun ja hallintosääntöjen päivittämisen osalta vaikuttaa vaikutusten toteutumiseen. Arvioidut hyödyt sosiaali- ja terveydenhuollon valmiudelle ja varautumiselle voivat jäädä toteutumatta tai vähintäänkin viivästyä, mikäli

hyvinvointialueiden rajat ylittävään yhteistyöhön ei osoitettaisi riittävästi nykyisen sote-järjestämislain edellyttämiä resursseja tai yhteistyöstä ei päästäisi hyvinvointialueiden ja yhteistyöalueiden välisillä sopimuksilla yhteisymmärrykseen. Osa kehittyvistä kansallisista ja kansainvälisistä valmiuden ja varautumisen tehtävistä voi edellyttää nykyisten resurssien uudelleen kohdistamisen lisäksi myös uudenlaisen osaamisen kehittämistä hyvinvointialueiden välillä sovittuun työnjakoon perustuen.

Eräiden ehdotettujen muutosten odotetaan vaikuttavan välillisesti melko pitkien vaikutusketjujen kautta, ja niiden vaikuttavuus on riippuvainen tekijöistä, joista ei säädetä ehdotettavassa laissa. Esimerkiksi paikallinen sekä yksityisten tai kolmannen sektorin valmius ja varautuminen perustuvat vapaaehtoisuuteen sekä nykytilan kuvauksessa listattuihin velvoitteisiin. Pelkällä sosiaali- ja terveydenhuollon varautumisella ei ratkaista muiden toimialojen varautumisvelvoitteita. Yksinomaan sosiaali- ja terveydenhuollon toimilla ei myöskään selvitä normaaliolojen häiriötilanteista tai poikkeusoloista. Keskinäisriippuvaisessa yhteiskunnassa tulisiikin laaja-alaisesti edistää kriisinsietokykyä, varautumista ja häiriötilanteiden hoitoa.

4.2.2 Taloudelliset vaikutukset

Esityksellä ei katsota olevan merkittäviä itsenäisiä taloudellisia vaikutuksia hyvinvointialueiden tai valtion talouteen. Esityksellä ei anneta hyvinvointialueille hyvinvointialueiden rahoituksesta annetun lain (617/2021) 9 §:ssä tarkoitetulla tavalla uusia tai laajenevia tehtäviä. Hyvinvointialueilla on jo nykytilainsäädännön perusteella velvollisuus valmiussuunnitelmilla ja muilla toimilla varautua häiriötilanteisiin ja niiden hoitamiseen normaali- ja poikkeusoloissa. Lisäksi hyvinvointialueet keräävät nykyisäädösten perusteella tilannekuvatietoa säännöllisesti oman toimintansa johtamisen tueksi ja osana valmiuskeskusten lakisääteisiä tehtäviä. Nykylainsäädännön toimeenpanon tueksi tilannekuvatyön kehittämiseen myönnettiin STM:n toimesta valtionavustuksia keväällä 2023.

Ehdotetut muutokset ja niiden perusteella laadittavat sopimukset lisääisivät hyvinvointialueiden keskinäistä yhteistyötä ja työnjakoa varautumisen ja valmiuden osalta. Yhteistyö voisi osaltaan tukea aiempaa kustannusvaikuttavampien käytäntöjen ja toimintamallien laajempaa käyttöönottoa alueellisesti ja kansallisesti. Hyvin suunniteltuna yhteisten toimintamallien käyttöönotto voisi parhaassa tapauksessa säästää voimavaroja ja synnyttää hyvinvointialueiden talouden kannalta maltillisia positiivisia vaikutuksia. Hyvinvointialueiden välinen työnjako ja erikoistuminen harvinaisempien valmiustehtävien osalta voisi parhaassa tapauksessa myös säästää resursseja ja synnyttää maltillisia positiivisia talousvaikutuksia, mikäli työnjaolla voidaan karsia hyvinvointialueiden päällekkäistä toimintaa. Lopputuloksena hyvinvointialueiden varautumisen ei tarvitsisi olla samalla tasolla kaikilta osin, vaan hyvinvointialueiden välillä voitaisiin tehdä tarkoituksenmukaista työnjakoa yhteistyöalueen sisällä tai niiden välillä. Kukaan hyvinvointialue kehittäisi omaa valmiutta ja osaamistaan nykylainsäädännön velvoitteiden, yhteistyösopimusten ja kansallisten periaatteiden mukaisesti edistämällä olemassa olevien resurssiensa tehokkaampaa käyttöä. Yhteistyöaluetasoinen ja kansallinen varautuminen tukisi tätä hyvinvointialueilla tehtävää työtä.

Hyvinvointialueiden ja yhteistyöalueiden välisten sopimusten mukaisella työnjaolla, yhteistyöllä ja yhteensovittamisella voi olla vaikutuksia hyvinvointialueiden kustannusten jakautumiseen hyvinvointialueiden välillä verrattuna hyvinvointialueiden rahoituksesta annetun lain mukaiseen valtion rahoitukseen hyvinvointialueille. Yhteistyöalueen hyvinvointialueiden vastuisiin liittyvästä kustannusten jaosta ei esitetä säädettävän erikseen, vaan yhteistyöalueen hyvinvointialueet sopivat siitä keskenään yhteistyösopimuksissa voimassa olevan sote-järjestämislain 36 §:n mukaisesti.

Hyvinvointialueiden olemassa olevien resurssien yhteiskäytön lisäksi sote-järjestämislain 52 §:n mukaan valtio voi taloudellisesti osallistua sosiaali- ja terveydenhuollossa tarvittavan valtakunnallisen ja alueellisen valmiuden ja varautumisen kehittämiseen ja ylläpitämiseen sekä poikkeuksellisten häiriötilanteiden hoitamiseen. Tämä nykytilasääntöön mukainen toimintatapa ei vaikuttaisi merkittävästi valtion talouteen, sillä vakavimpiin kansallisiin ughiin ja Nato-velvoitteisiin varautumiseksi on varattu ja on jatkossakin varattava riittävästi resursseja tästä esityksestä riippumatta.

4.2.3 Vaikutukset viranomaisten toimintaan

Ehdotetut muutokset yhtenäistäisivät ja selkiyttäisivät alueellisten ja kansallisten viranhaltijoiden vastuita ja tehtäviä normaalioloissa, normaaliolojen häiriötilanteissa ja poikkeusoloissa. Ehdotetut muutokset parantaisivat sosiaali- ja terveydenhuollosta vastaavien viranhaltijoiden edellytyksiä hoitaa laajoja tai muuten poikkeuksellisia häiriötilanteita ja poikkeusoloja alueellisella ja kansallisella tasolla. Muutosten myötä viranomaisyhteistyö voimistuisi erityisesti hyvinvointialue- ja yhteistyöalueitasolla. STM:llä on nykyisellään vastuita hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon valmiutta, varautumista sekä normaaliolojen häiriötilanteita ja poikkeusoloja koskien⁵². Ehdotettujen täsmennysten myötä julkisella vallalla olisi aiempaa paremmat edellytykset turvata perustuslain mukaisesti hyvinvointialueiden sekä sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän toimivuus ja jatkuvuudenhallinta.

Ehdotus helpottaisi hyvinvointialueiden viranomaisten valmiuteen, varautumiseen ja häiriötilanteiden hoitoon liittyviä hallinnollisia tehtäviä, kun iso osa niistä tehtäisiin yhteistyöalueella ja soveltuvin osin kansallisesti yhdenmukaisesti eikä kaikkien hyvinvointialueiden tarvitsisi luoda omia työkaluja ja toimintatapoja tehtävien hoitamiseen. Esitys ei kuitenkaan poista kaikkien hyvinvointialueiden veloitetta varautua ja huolehtia toimintojensa jatkuvuudenhallinnasta. Yhteistyöaluekohtainen ja kansallinen valmiuteen, varautumiseen ja normaaliolojen häiriötilanteisiin liittyvä toiminta toteutettaisiin hyvinvointialueiden olemassa olevien resurssien yhteiskäytöllä, eikä sillä näin ollen olisi merkittäviä uusia henkilöstövaikutuksia hyvinvointialueille. Sosiaali- ja terveysministeriölle esitettävällä vahvemmalla päätösvalalla on vaikutusta ministeriön sisäiseen työskentelyyn. Sillä voi olla vaikutuksia sosiaali- ja terveysministeriön työjärjestykseen ja päivystysjärjestelmään. Sosiaali- ja terveysministeriöllä on tälläkin hetkellä ympärivuorokautinen päivystysjärjestelmä, joten esityksen ei kuitenkaan arvioida lisäävän tältä osin kustannuksia. Lisäksi esityksellä voi olla vaikutuksia sosiaali- ja terveysministeriön omaan valmiussuunnitteluun. Prosessin ei arvioida aiheuttavan henkilötyövuosien lisäystarvetta, sillä alueellinen yhteistyö ja sen tukeminen kuuluvat jo sote-järjestämislain nojalla ministeriön tehtäviin.

Hyvinvointialueiden viranhaltijoilla on jo nykytilasääntöjen puitteissa velvollisuus osallistua hyvinvointialueitasoiin, yhteistyöalueitasoiin ja kansallisiin yhteistyöryhmiin koskien valmiutta, varautumista ja häiriötilanteiden hoitamista. Näiden yhteistyötä varten perustettujen ryhmien perustamisesta ja toimintatavoista on runsaasti kokemusta hyvinvointialueiden järjestämistehtävien käynnistymisen myötä, joten uuden valmiusryhmän perustamisen ei pitäisi tuottaa merkittäviä hallinnollisia haasteita. Ehdotus mahdollistaisi sosiaali- ja terveydenhuollosta vastaavien viranomaisten riittävän nopean, laaja-alaisen ja yhteensopivan reagoinnin yllättävissä ja poikkeuksellisissa normaaliolojen häiriötilanteissa ja poikkeusoloissa.

⁵² Valtioneuvostosta annettu laki (175/2003), Valtioneuvoston ohjesääntö (262/2003), STM:n työjärjestys (519/2017) ja sote-järjestämislaissa muun muassa nykyisen 51 §:n 6 momentti.

Muutokset selkiyttäisivät yhteistyöalueiden roolia ja toimintaa sekä loisivat sosiaali-, terveys- ja pelastustoimen viranomaisten yhteistoimintaa vahvistavat elementit ja toimintarakenteet. Ehdotetut muutokset parantaisivat useissa arjen häiriötilanteissa sekä poikkeusoloissa toisiinsa kytkeytyvien sosiaalihuollon, terveydenhuollon ja pelastustoimen toimintojen ohjaamista ja yhteensovittamista. Ehdotetut muutokset parantaisivat myös viranomaisyhteistyötä kansallisiin riskeihin varautumisessa ja uhkiin vastaamisessa. Lisäksi ehdotetut muutokset joustavoittaisivat moniviranomaistoimintaa edellyttävien tilanteiden hoitamista. Keskeiset kansalliset turvallisuusviranomaiset toimivat jo laajoilla aluepohjilla tai valtakunnallisesti. Ehdotettujen muutosten myötä turvallisuusviranomaiset pystyisivät aiempaa selkeämmin tunnistamaan moniviranomaisyhteistyön kannalta keskeisimmät sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaiset ja viranhaltijat.

Nykylainsäädännön mukaisten valmiuskeskusten roolin vahvistaminen ehdotuksen mukaisesti mahdollistaisi viiden yhteistyöalueen kautta yhdenmukaisin, kansallisesti sovituin periaattein tapahtuvan varautumisen. Koko sosiaali- ja terveydenhuollon toimintakenttään ulottuvan valmiussuunnittelun ja tilannekuvaan liittyvän työn vahvistaminen mahdollistaisi myös kansallisella tasolla aikaisempaa paremman ja kattavamman tilannekuvan aikaansaamisen ja ohjauksen.

4.2.4 Ympäristövaikutukset

Ehdotetuilla muutoksilla ja hyvinvointialueiden resurssien yhteiskäytöllä voidaan parhaassa tapauksessa säästää voimavaroja, parantaa valmiussuunnittelua ja kehittää hyvinvointialueiden osaamista, mikä voisi tuottaa positiivisia vaikutuksia ympäristön kannalta. Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeisimmät ympäristövaikutukset liittyvät toimintayksiköiden kuten sairaaloiden tai asumispalveluyksiköiden materiaalien kulutukseen, jätteisiin, logistiikkaan sekä energian- ja vedenkulutukseen⁵³. Mikäli sosiaali- ja terveydenhuollon varautuminen häiriötilanteisiin kuten ilmastonmuutoksen myötä lisääntyviin, pitkien hellejaksojen kaltaisiin, äärimmäisiin sääilmiöihin ei ole riittävää, voidaan joutua tekemään hätäisiä, ekologisesti kestävämpiä ratkaisuja häiriötilanteesta selviämiseksi. Sen sijaan yhteistyöaluetasoisesti ja kansallisesti voidaan tukea nykyistä laadukkaampaa ennakosuunnittelua. Tämän myötä voi olla mahdollista valita ekologisesti kestävämpiä toimia häiriötilanteiden hoitamiseksi.

4.2.5 Yhteiskunnalliset vaikutukset

Ehdotetuilla muutoksilla on arvioitu olevan positiivisia yhteiskunnallisia vaikutuksia. Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän parempi valmius ja varautuminen normaaliolojen häiriötilanteisiin ja poikkeusoloihin osaltaan vahvistaisi yhteiskunnan kriisinkestävyyyttä sekä väestön turvallisuuden tunnetta ja luottamusta palvelujärjestelmään. Mielenterveys on keskeinen hyvinvoinnin osatekijä, joka vaikuttaa yhteiskunnan vakauteen, työn tuottavuuteen ja julkiseen talouteen.⁵⁴

Esityksellä on positiivisia vaikutuksia perus- ja ihmisoikeuksien toteutumiseen, sillä ehdotettujen muutosten myötä julkisella vallalla on paremmat edellytykset edistää ihmisten

⁵³ Pulkki ym. (2023). *Ekologisesti kestävä sosiaali- ja terveydenhuolto. Selvitys kansallisesta tavoitteesta ja ohjausmekanismeista*. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2023:49. Haettu osoitteesta: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-491-0>

⁵⁴ Vormaa ym. (2020). *Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020 - 2030*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4139-7>

hyvinvointia, terveyttä, turvallisuutta sekä turvata riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Esityksen vaikutuksia perus- ja ihmisoikeuksien toteutumiseen sekä hyvinvointialueiden itsehallintoon oikeudellisesta näkökulmasta kuvataan laajemmin hallituksen esityksen luvussa 11.

Hyvinvointialueiden resurssien yhteiskäyttö ja hyvinvointialueiden välinen työnjako voi parantaa sosiaali- ja terveydenhuollon resurssien kuten osaavan henkilöstön saatavuutta ja työvoiman hankintaa erityisesti normaaliolojen häiriötilanteissa. Tämä parantaisi väestön mahdollisuuksia päästä lakisääteiseen palvelutarpeen arviointiin sekä saada tarpeensa mukaisia sosiaali- ja terveyspalveluja myös poikkeuksellisissa tilanteissa. Samalla se parantaisi väestön yhdenvertaisuutta avun saantiin normaaliolojen häiriötilanteissa ja poikkeusoloissa.

Muutokset vaikuttaisivat erityisen myönteisesti sosiaalihuoltoon sekä sen asiakkaiden asemaan ja asiakkaiden saamiin palveluihin, koska sosiaalihuollosta on puuttunut palvelutoimintaa ja varautumista yhteensovittavia rakenteita. Terveysdenhuollossa on aiemmin tehty yhteensovittamista sairaanhoitopiireissä ja erityisvastuualueilla.

Ehdotetulla hyvinvointialueiden välisellä yhteistyöllä olisi erityisesti positiivisia vaikutuksia haavoittuvassa asemassa olevien henkilöiden hyvinvoinnin turvaamiseen. Normaaliolojen häiriötilanteet ja poikkeusolot, kuten äärimmäiset sääilmiöt ja energia-, elintarvike- ja lääketuotannon sekä vedenjakelun häiriöt vaikuttaisivat toteutuessaan nopeasti haavoittuvien ryhmien hyvinvointiin ja turvallisuuteen. Nykytilan arvioinnissa on kuvattu, että hyvinvointialueella on vastuu varmistaa häiriötilanteista huolimatta kohtuulliset elinolot ja palvelut kaikille, sekä tarjota erityistä tukea sitä tarvitseville esimerkiksi kotoa evakuoitavien osalta. Ympäri vuorokautisessa laitoshoidossa tai asumispalveluissa asuvien tai erityistä tukea kotiin tarvitsevien iäkkäiden, vammaisten ja lasten lisäksi on myös muita haavoittuvia ryhmiä. Esimerkiksi harvinaissairauksia sairastavien henkilöiden tai tahdosta riippumattomassa hoidossa olevien asiakkaiden palvelujen saatavuus ja laatu voitaisiin turvata aiempaa paremmin myös häiriötilanteissa ja poikkeusoloissa, mikäli hyvinvointialueet tekisivät esityksen mukaisesti vahvempaa kansallista yhteistyötä ja työnjakoa. Nykyistä parempi tilannekuva väestön eri avun tarpeista sekä kattavampi varautuminen moniviranomaisyhteistyönä tukisi hyvinvointialueita erityistä tukea tarvitsevien asiakkaiden oikeuksien ja palvelujen turvaamisessa häiriötilanteissa.

Kielelliset oikeudet sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä asioinnissa hyvinvointialueen kanssa turvataan sote-järjestämislaissa. Ehdotetuilla muutoksilla voisi parhaassa tapauksessa olla positiivisia vaikutuksia kielellisiin oikeuksiin ja eri kielivähemmistöjen tai –ryhmien yhdenvertaisuuteen, mikäli hyvinvointialueiden ja yhteistyöalueiden välisissä sopimuksissa päätetään kehittää sosiaali- ja terveydenhuollon valmiutta ja varautumista koskevaa yhteistyötä ja työnjakoa esimerkiksi ruotsin- ja saamenkielisen väestön osalta.

Sosiaali- ja terveydenhuolto sekä palo- ja pelastustoimi kuuluvat Ahvenanmaan itsehallintolain 18 §:n 6, 12 ja 13 kohtien perusteella maakunnan toimivaltaan, eikä sote-järjestämislaki siten ulotu viranomaistoiminnan järjestämisen osalta Ahvenanmaan maakuntaan. Ehdotetut muutokset eivät ole ristiriidassa kyseisten säännösten kanssa eikä esityksestä seuraa uusia velvollisuuksia Ahvenanmaan maakuntahallinnolle tai toimijoille. Ahvenanmaan itsehallintolain 27 §:n 34 kohdan mukaan valmius poikkeusolojen varalta kuuluu valtakunnan toimivaltaan. Hallituksen esityksessä ehdotetut valmiussuunnittelun luomisen säännökset eivät velvoita Ahvenanmaata, vaan — kuten Covid 19-pandemian aikana — valtakunnan viranomaiset ja Ahvenanmaan maakunnan viranomaiset tekevät yhteistyötä tilannekuvan luomisessa ja valmiussuunnittelussa.

5 Muut toteuttamisvaihtoehdot ja niiden vaikutukset

5.1 Vaihtoehdot ja niiden vaikutukset

5.1.1 Yhteistyöalueen muokkaaminen oikeushenkilöksi

Hyvinvointialuelain 2 §:ssä säädetään, että hyvinvointialue on julkisoikeudellinen yhteisö, jolla on alueellaan itsehallinto siten kuin laissa säädetään. Sen sijaan yhteistyöalue ei ole nykyinsäädännön mukaan oikeushenkilö eikä sillä ole palvelujen rahoitus- tai järjestämisvastuuta. Sosiaali- ja terveydenhuollon alueellista yhteensovittamista, kehittämistä ja yhteistyötä varten on muodostettu viisi yhteistyöaluetta. Yhteistyöalueen hyvinvointialueet vastaavat yhteistyön sisällöstä sekä tarvittavista hallinnollisista päätöksistä, joita yhteistyön toteuttaminen ja rahoittaminen edellyttävät.

Vuonna 2014 laaditun hallituksen esityksen (HE 324/2014 vp⁵⁵) lausuntokierroksella esitettiin huoli siitä, että erityisvastuualueiden muuttaminen oikeushenkilöiksi voisi lisätä hallinnon tasoja muodostaen hallintomallista aiempaa raskaamman ja vaikeampiselkoisen. Sama ongelma koskisi yhteistyöalueiden muuttamista oikeushenkilöiksi. Uuden hallinnon tason luominen olisi raskas prosessi, jolla olisi merkittävästi negatiivisia taloudellisia vaikutuksia ja joka monimutkaistaisi sosiaali- ja terveydenhuollon poliittista toimintaympäristöä entisestään. Irrallisen oikeushenkilön luominen ja hyvinvointialueiden järjestämisvastuun ylittävien toimivaltuuksien määrittäminen yhteistyöalueille heikentäisi myös olemassa olevien järjestämisvastuullisten itsehallinnon alueellista liikkumavaraa. Uusi hallinnontaso ei myöskään vastaisi tarpeeseen selkeyttää sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa ja johtamisjärjestelmiä häiriötilanteissa ja poikkeusoloissa vaan saattaisi irrallisena toimijana hidastaa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa ja päätöksentekoa nykyisestäään. Sen sijaan täysin uuden ja erillisen oikeushenkilön lisääminen sosiaali- ja terveydenhuollon valmiuden toimintakenttään monimutkaistaisi yhteistyöstä ja työnjaosta sopimista entisestään. Toiminnan kehittämisen osalta olisi erityisen huolestuttavaa, että hyvinvointialueista irrallisella yhteistyöalueoikeushenkilöllä olisi huomattavasti hankalampaa edistää hyvinvointialueiden resurssien yhteiskäyttöä tai hyödyntää ja osallistaa asiantuntijoita ja hyvinvointialueiden linjajohtoa.

5.1.2 Valmiuslain kokonaisuudistus

Valmiuslain tarkoituksena on poikkeusoloissa turvata väestön toimeentulo ja maan talouselämä, ylläpitää oikeusjärjestystä, perusoikeuksia ja ihmisoikeuksia sekä turvata valtakunnan alueellinen koskemattomuus ja itsenäisyys. Valmiuslaissa säädetään normaalista poikkeavista toimivaltuuksista esimerkiksi perusoikeuksista poikkeamiseen, valtiontalouden hoitoon ja hallinnon järjestämiseen poikkeusoloissa. Valmiuslain kokonaisuudistamistarve on tunnistettu ja kokonaisuudistuksen valmistelu on käynnistetty. Kokonaisuudistuksen valmistelua varten on asetettu ministeriöiden ja tasavallan presidentin kanslian edustajista sekä oikeudellisista asiantuntijoista koostuva työryhmä sekä sen työtä seuraamaan ja tukemaan parlamentaarinen seurantaryhmä. Hallituksen esitys on tarkoitus antaa eduskunnalle viimeistään syysistuntokaudella 2025. Valmiuslain kokonaisuudistuksen voimaantulo olisikin näin ollen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistarpeiden näkökulmasta liian myöhäinen ajankohta

⁵⁵ Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä sekä eräiksi siihen liittyviksi laeiksi

vastata Naton jäsenyyteen liittyviin velvoitteisiin sekä Suomen ulko- ja turvallisuusympäristön ajankohtaisiin uhkakuviiin.

Myöhäisen aikataulun lisäksi normaaliolojen tai häiriötilanteiden menettelytavoista ei ole tarkoituksenmukaista säätää valmiuslaissa, sillä valmiuslaissa säädettäviä menettelytapoja ei olisi mahdollista ottaa käyttöön niissä sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskeissa häiriötilanteissa, joissa poikkeusoloja ei ole ehditty toteamaan tai poikkeusoloja ei ole perusteltua todeta. Aiemmat kokemukset ovat myös opettaneet, että vakavissa häiriötilanteissa ja poikkeusoloissa toimimisen tulisi perustua normaaliolojen toimintatapoihin. Lisäksi ero normaaliolojen häiriötilanteiden ja poikkeusolojen välillä voi elämän ja kuoleman kysymysten kanssa arkipäiväisesti kamppailevassa sosiaali- ja terveydenhuollossa olla niin hienovarainen, ettei poikkeusoloja ole tarkoituksenmukaista käyttää ehtona sosiaali- ja terveydenhuollon vakavissa häiriötilanteissa välttämättömien järjestelyjen toimeenpanolle. Tästä johtuen on tarkoituksenmukaista tehdä sosiaali- ja terveydenhuollon häiriötilanteiden ja poikkeusolojen valmiutta ja varautumista koskevat muutokset sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöön.

5.1.3 Nykylainsäädäntöön perustuvat vaihtoehdot

Suomen ulko- ja turvallisuuspoliittinen ympäristö on muuttunut ja skenaariot sosiaali- ja terveydenhuollon valmiuteen ja varautumiseen liittyen ovat radikaalisti vakavoituneet tässä esityksessä aiemmin kuvatun mukaisesti. Konfliktit, kriisit ja häiriötilanteet ovat luonteeltaan aiempaa arvaamattomampia, äkkinäisempiä ja usein myös kansalliset rajat ylittäviä. Nämä ovat osoittaneet käytännössä, että sosiaali- ja terveydenhuoltoon sekä valmiuteen ja varautumiseen liittyvä lainsäädäntö ei ole enää nykymuodossaan tarkoituksenmukainen eikä riittävä. Muuttuneen toimintaympäristön todellisiin ughiin varautuminen edellyttää nykyistä vahvempaa toimialojen ja hyvinvointialueiden rajat ylittävää alueellista, valtakunnallista ja kansainvälistä yhteistyötä esimerkiksi pelastustoimen, Rajavartiolaitoksen, Puolustusvoimien, Naton ja lukuisten muiden toimijoiden kanssa.

Sopimusperustainen toimintamalli ei ole riittävän sitova, selkeä ja yhtenäinen vastaamaan sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskeviin kansallisiin ja kansainvälisiin ughiin. Sopimusperusteisuus ja sen riippuvuus alueellisista päätöksistä ei riittävästi varmista sote-järjestelmän toimimista yhteistyöalueen tasoisena tai kansallisena ehjänä kokonaisuutena. Osalla erityisvastuualueista ei ole päästy sopimukseen ja päädyttiin toimimaan sopimuksettomassa tilassa jopa vuosien ajan. Esimerkiksi Oulun yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualueella järjestämissopimuksesta ajalle 2018–2021 päätettiin vasta kesällä 2019 ja Kuopion yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualueella järjestämissopimus tehtiin ensimmäistä kertaa vasta keväällä 2021. Vaikeimpia kysymyksiä olivat tiettyjen leikkausten ja päivystysten työnjakoratkaisut sairaaloiden välillä, jotka ovat nimenomaan senkaltaisia teemoja, joista olisi välttämätöntä sopia vakavien häiriötilanteiden ja poikkeusolojen varalta. Laadun, vaikuttavuuden, osaamisen saatavuuden ja päivystysvalmiuden ylläpidon vaatimusten rinnalla sopimista ovat vaikeuttaneet voimakkaat aluepoliittiset ja aluetaloudelliset näkökulmat. Nykylainsäädännön mukainen päätöksenteko on liian hajautettua suhteessa toimintaympäristömme uhkakuvien tarpeisiin. Nykylainsäädännön mukaisilla toimielimillä kuten sote-järjestämislain 23 §:n mukaisella sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunnalla ei myöskään ole päätösvaltaa, jota tarvittaisiin erityisen merkittävässä häiriötilanteissa tai poikkeusoloissa.

Nykylainsäädännön mukaista yhteistyöaluetasosta sopimisvelvoitetta on täydennettävä mahdollisuudella laatia yhteistyöalueiden välisiä sopimuksia. Nato-velvoitteet ja kansallisiin ughiin varautuminen edellyttää yhteistyöalueiden resurssien yhteiskäyttöä ja kansallisesti yhtenäisiä periaatteita. Valtioneuvosto on pyrkinyt edesauttamaan järjestämissopimusten ja

yhteistyösopimusten aikaansaamista lähinnä informaatio-ohjauksella ja antamalla asiaa koskevia asetuksia. Valtioneuvosto ei ole koskaan käyttänyt terveydenhuoltolain entisen 43 §:n 3 momentin tai sote-järjestämislain 38 §:n mukaista toimivaltaansa määrätä sopimuksen sisällöstä, mikäli sopimukseen ei päästä tai sopimus ei täytä kaikkia edellytyksiä. Tämä osoittaa, että kynnys käyttää tällaista määräysvaltaa on hyvin korkea.

Pelastuslain mukaista toimintamallia ei ole tarkoituksenmukaista kopioida suoraan sote-järjestämislakiin, sillä toimialojen johtamisrakenteet ja toimintamallit eroavat toisistaan. Sosiaali- ja terveystoimi on henkilöstöresursseiltaan noin 30 kertaa niin suuri toimiala kuin pelastustoimi⁵⁶. Toimialan koko edellyttää vastuussa olevilta viranomaisilta niin laajaa osaamis pohjaa, että todellisuudessa tehtävän hoitaminen edellyttää virkavastuun jakamista sosiaali- ja terveydenhuollon sisällä, tehtävän tai esimerkiksi häiriötilanteen luonteesta riippuen. Näin ollen ei olisi tarkoituksenmukaista nimetä pelastuslain 34 §:n 1, 3 ja 4 momenttia mukaillen aina samaa sosiaali- ja terveydenhuollon johtajaa toimimaan häiriötilanteen hoitamisesta vastaavana viranomaisena. Pelastuslain 34 §:n 1 momentin mukaisen onnettomuuden tai vaaratilanteen ja 34 §:n 4 momentin mukaisen välttämättömyyden määrittäminen voi olla myös selkeämpää pelastustoimessa kuin sosiaali- ja terveydenhuollossa, jossa kohdataan pieniä ja vakavampiakin häiriötilanteita päivittäin.

Sosiaali- ja terveydenhuollon sisältölainsäädäntöön perustuvaa toimintamallia hahmoteltiin vuonna 2020, kuten aiemmin tässä esityksessä on kuvattu.⁵⁷ Tähän malliin ei kuitenkaan päädytty, koska kansallisessa riskiarviossa tunnistettuihin uhkiin on varauduttava ja valmistauduttava hyvinvointialueilla kokonaisvaltaisesti. Kokonaisturvallisuuden toimintamallin mukaisesti hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen on toimittava yhtenäisenä kokonaisuutena, joka kykenee tekemään saumatonta moniviranomaisyhteistyötä lukuisten kumppanien kuten Puolustusvoimien kanssa. Menettelytapoja koskevan lainsäädännön sirpaloituminen sosiaalihuoltolakiin, terveydenhuoltolakiin, tartuntatautilakiin ja mahdollisesti muihinkin substanssilakeihin ei edistäisi tätä tavoitetta. Erityisesti sosiaalihuollon osalta tämä olisi lähes mahdotonta, koska sosiaalihuoltolakiin ei ole määritetty tähän tarkoitukseen tarvittavia sosiaalihuollosta vastaavia viranomaisia, sosiaalihuollon yhteisiä toimielimiä eikä johtamismalleja, jotka turvaisivat toiminnan yhteensovittamisen terveydenhuollon ja muiden toimialojen kanssa. Näitä kysymyksiä tullaan tarkastelemaan osana kansallisen palvelureformin mukaista sosiaali- ja terveydenhuollon sisältölainsäädännön kehittämistyötä muun muassa sosiaalihuoltolain uudistamisen yhteydessä.

Valmiuskeskuksiin perustuva malli oli harkinnassa tätä hallituksen esitystä valmistellessa. Siitä kuitenkin luovuttiin, koska tavoitteena oli mahdollisimman selkeä, hyvinvointialueiden itsehallintoa kunnioittava ja normaaliolojen nykyisiä toimintamalleja mukaileva sosiaali- ja terveydenhuollon johtamismalli. Lisäksi valmiuskeskuksiin perustuva malli voisi hankaloittaa sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen yhteensovittamista häiriötilanteissa, sillä sote-järjestämislain 51 §:n mukaisella valmiuskeskuksella on tietopohjaa, toimivaltuuksia ja osaamista vain sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskien. Valmiuskeskuksiin perustuva malli olisi myös edellyttänyt valmiuskeskusten huomattavaa lisäresursointia, jolla olisi väistämättä ollut kustannusvaikutuksia. Lisäksi on huomioitava, että johtamisen tulisi ensisijaisesti perustua

⁵⁶ Kuntasektorin palkat 2022, Tilastokeskus.

⁵⁷ HE terveydenhuoltolain ja sosiaalihuoltolain muuttamisesta; Valmiutta ja häiriötilanteiden hoitamista koskevat säädökset. (2020). Haettu osoitteesta:

<https://www.lausuntopalvelu.fi/FI/Proposal/Participation?proposald=9cff78aa-ab9c-4ba8-8ddf-7dfdf20fddf2>

normaaliolojen johtamisjärjestelmään eikä valmiuskeskuksilla ole normaalioloissa johtamistehtävää.

Yhteistyöalueen johtokuntaan perustuva malli oli harkinnassa tätä hallituksen esitystä valmisteltaessa. Yhteistyöalueen johtokuntaan perustuvassa mallissa kullekin viidelle yhteistyöalueelle olisi perustettu yhteinen toimielin, jossa olisi ollut edustus alueen kaikilta hyvinvointialueilta. Yhteisen toimielimen myötä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain 35 §:n mukainen sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalue olisi tarvittaessa voinut edustaa yhteistyöalueeseen kuuluvia hyvinvointialueita ja toimia esimerkiksi sopimusosapuolena valtion, Puolustusvoimien, Huoltovarmuuskeskuksen ja vastaavien yhteistyökumppanien kanssa. Mallista kuitenkin luovuttiin, koska tavoitteena oli mahdollisimman selkeä, hyvinvointialueiden itsehallintoa kunnioittava ja normaaliolojen nykyisiä toimintamalleja mukaileva sosiaali- ja terveydenhuollon johtamismalli.

5.2 Ulkomaiden lainsäädäntö ja muut ulkomailla käytetyt keinot

Ulkomailla julkisia resursseja johdetaan pääsääntöisesti keskitetyimmällä mallilla kuin Suomessa, erityisesti ottaen huomioon Suomen suhteellisen alhainen asukasluku. Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon johtaminen ja monikanavarahoitus on useamman vuosikymmenen ajan ollut yksi maailman siiloutuneimmista ja hajautetuimmista järjestelmistä. Hajautettu järjestelmä ei ole optimaalinen tai useiden kansainvälisten velvoitteiden näkökulmasta edes mahdollinen malli normaaliolojen häiriötilanteiden ja poikkeusolojen ohjaukseen ja hallintaan.

Tässä esityksessä kuvataan tarkemmin Pohjoismaissa käytettyjä keinoja. Ruotsin, Norjan ja Tanskan kriisivalmiusjärjestelmät ovat keskenään yhtenevämpiä verrattuna Suomeen, vaikkakin kaikissa maissa edellytetään alueellista valmiussuunnittelua. Muissa Pohjoismaissa on kansalliset kriisinhallintaviranomaiset, joiden tehtävinä on koordinoita ja yhteensovittaa kriisivalmiuden toimia viranomaistasolla. Myös sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmät ovat erilaiset kuin Suomessa, joten pohjoismaisista järjestelmistä ei ole saatavissa suoraan vertailukohtia. Sen sijaan Pohjoismaiden nykyiset uhkakuvat ovat monin paikoin yhteneviä kansallisen riskiarvion uhkakuvien kanssa ja Pohjoismaiden välistä yhteensovittamista onkin jatkossa tehtävä enemmän. Venäjän hyökkäyssota on vaikuttanut koko Itämeren alueen turvallisuustilanteeseen. Suomen lisäksi Norja jakaa maarajaa Venäjän kanssa.

Ruotsin terveydenhuollon pääasiallinen järjestämis- ja rahoitusvastuu on 21 alueella (regioner)⁵⁸, joista kukin on 1.10.2022 lähtien toiminut osana yhtä kuudesta kriisivalmiutta vahvistavasta siviilipuolustusalueesta (civilområden)⁵⁹. Kukin 21 alueesta vastaa sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon järjestämisestä. Muun muassa kouluterveydenhuolto ja kotisairaanhoidon sekä sosiaalihuollon tehtävät kokonaisuudessaan ovat 290 kunnan (kommuner) vastuulla. Ruotsin sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö (Socialdepartementet) sekä sen alaiset laitokset ja virastot tukevat alueita ja kuntia. Ruotsin puolustusministeriön alaisuudessa toimiva turvallisuusvirasto (Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, MSB) tukee yhteiskunnan valmiuksia onnettomuuksien, kriisitilanteiden ja sotatilanteen varalta. MSB käsittelee erityisesti pelastuspalveluihin, onnettomuuksien ehkäisyyn, kriisivalmiuteen, kansalaisvastuuseen, kyberturvallisuuteen ja tietoliikenteen suojaamiseen liittyviä kysymyksiä.

⁵⁸ Janlöv ym. (2023). Sweden: Health system review. *Health Systems in Transition*, Vol. 25 No. 4. Haettu osoitteesta: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/sweden-health-system-review-2023>

⁵⁹ Länsstyrelsen Stockholm. (30.9.2022). Nya civilområden bidrar till stärkt motståndskraft. Haettu osoitteesta: <https://www.lansstyrelsen.se/stockholm/om-oss/pressrum/nyheter/nyheter---stockholm/2022-09-30-nya-civilomraden-bidrar-till-starkt-motstandskraft.html>

MSB:llä on myös tärkeä koordinoiva rooli eri sektoreiden välisessä yhteistyössä ja vastuiden yhteensovittamisessa sekä huoltovarmuusasioissa. MSB helpottaa kansainvälistä yhteistyötä toimimalla viranomaistason kontaktitahona onnettomuus- ja kriisivalmiusasioissa. MSB:llä on oma tilannekeskuksensa, joka kokoaa yhteen kansallisen tilannekuvan. Tilannekeskuksen tehtäviin kuuluu myös ajantasaisen tiedon välittäminen kriisitiedotusta varten perustetulle portaalille⁶⁰, joka on tarkoitettu kansalaisten käyttöön.

Norjassa sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen tason toimijoita ovat ministeriö (Helse- og omsorgsdepartementet) sekä ministeriön alaiset viranomaistahot (mm. terveyshallitus, Helsedirektoratet). Norja jakautuu 356 peruskuntaan (kommuner), 15 aluekuntaan (fylken) ja neljään alueeseen. Oslon kaupunki hoitaa sekä kunnalle että aluekunnalle kuuluvia tehtäviä. Kunnat vastaavat perusterveydenhuollon lääkäripalveluiden järjestämisestä sopimuksin yksityisten ammatinharjoittajien kanssa (omalääkärilistat) sekä sosiaalihuollon palveluiden järjestämisestä. Aluekuntien järjestämisvastuusiin sisältyy hammashoito. Jokaisella alueella toimii julkisista erikoissairaanhoidon palveluista vastaava valtion omistama alueellinen terveysyrittäjä (Regionale Helseforetak), jonka tytäryhtiöt (Lokale Helseforetak) omistavat alueella toimivat sairaalat. Norjassa kansallista varautumista sääntelee kansallista turvallisuutta koskeva laki (Lov om nasjonal sikkerhet, 2019), aineellista varautumista etenkin ravintohuollossa, polttoainehuollossa ja laivaliikenteessä koskeva laki (Lov om næringsberedskap, 2012) sekä vuonna 1950 säädetty valmiuslaki (Beredskapslovet)⁶¹. Kukin ministeriö vastaa valmiuskysymyksistä hallinnonalallaan. Norjassa eri viranomaisten valmiutta toimia normaaliolojen häiriötilanteissa ja poikkeusoloissa on vahvistettu merkittävästi Utøyan terrori-iskun jälkeen vuonna 2011.⁶² DSB eli Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap on oikeusministeriön alainen toimija, jonka tehtävänä on onnettomuuksien, kriisien ja muiden ei-toivottujen tapahtumien ehkäiseminen, varautuminen ja kriisinhallinta. DSB suunnittelee, koordinoi ja valvoo yhteiskunnan turvallisuuteen ja valmiuteen liittyviä asioita ja tekee tilanneanalyyskejä ja vastaa siviilipuolustuksesta sekä sen kehittämisestä. DSB tuottaa väestölle tarkoitettua tietoa kriiseistä ja niihin varautumisesta.⁶³

Tanskan sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä on kolmiportainen käsittäen kansallisen tason ohjausjärjestelmän sekä viisi aluetta (regioner) ja 98 kuntaa (kommuner). Valtion vastuulla on koordinoita pitkälle erikoistuneita palveluita, koota erikoisaloja yhteen ja turvata palvelujen hyvä laatu. Kansallisesti terveydenhuollosta vastaa terveys- ja vanhusministeriö (Sundheds- og Ældreministeriet) sekä sen alaisuudessa toimiva terveyshallitus (Sundhedsstyrelsen). Sosiaalihuollosta vastaava sosiaali- ja sisäasianministeriö (Social- og Indenrigsministeriet) sekä sen alainen sosiaalihuolto (Socialstyrelsen). Alueiden vastuulle kuuluu sairaaloiden ylläpitäminen ja niihin liittyvä erikoissairaanhoidon sekä joillekin erityisryhmille suunnattujen sosiaalialan laitosten toiminta. Kuntien tehtäviin kuuluu sosiaalitoimi, sisältäen vanhusten hoivapalvelut, sekä ehkäisevä hoito, terveyden edistäminen, lasten hammashoito,

⁶⁰ Krisinformation.se. (29.1.2024). Haettu osoitteesta: <https://www.krisinformation.se/>

⁶¹ Niskanen ym. (2024). Norja. *Teoksessa Onko siviilivalmiudelle tarvetta Suomessa? Siviilivalmiuden käsite, käyttö ja lisäarvo osana kansallista varautumista* (s. 71-74). Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2024:1. Haettu osoitteesta: [Onko siviilivalmiudelle tarvetta Suomessa? Siviilivalmiuden käsite, käyttö ja lisäarvo osana kansallista varautumista \(valtioneuvosto.fi\)](https://www.valtioneuvosto.fi/julkaisut/Onko_siviilivalmiudelle_tarvetta_Suomessa?Siviilivalmiuden_kasite_kaytto_ja_lisaarvo_osana_kansallista_varautumista)

⁶² Ministry of Justice and Public Security. (2022). *National counterterrorism strategy, version 2022*. Haettu osoitteesta: <https://www.regjeringen.no/contentassets/a74960882df34d28a5e272071b4e7d80/national-counterterrorism-strategy.pdf>

⁶³ DSB. (29.1.2024). Haettu osoitteesta: <https://www.dsb.no/>

kouluterveydenhuolto, kotisairaanhoido ja kuntoutus (pl. vaativa kuntoutus).⁶⁴ Puolustusministeriön alaisuudessa toimiva valmiusviranomais Beredskabsstyrelsen (BRS) johtaa kansallista pelastusvalmiutta ja vastaa yhteiskunnan kriisivalmiuden toimien ja suunnittelun yhteensovittamisesta. Yhteiskunnan kriisivalmiutta on kehitetty Kööpenhaminan vuoden 2015 terrori-iskun ja vuoden 2022 joukkoampumistapauksen jälkeen. Terveyssektorin kriisivalmiudesta vastaa terveyshallitus, jonka tehtäviin kuuluu terveysasioita koskeva neuvonta ja tiedottaminen kansalaisille, terveysministerille, kunnille ja muille viranomaisille. Erityisen merkittävissä kriiseissä terveyshallitus tarvittaessa koordinoi alue- ja paikallistason toimintaa. Terveyshallituksen tehtäviä on vuodesta 2015 lähtien osin jaettu ohjauksesta, lääkealasta, potilasturvallisuudesta sekä terveydenhuollon tiedonhallinnasta vastaaville viranomaisille.

6 Lausuntopalaute

Lakiehdotus oli lausuntokierroksella 17.5.2024–28.6.2024. Lausuntoja tuli yhteensä 45 kappaletta. Lausunnoista 13 tuli hyvinvointialueilta, viisi kunnilta ja kuntayhtymiltä, seitsemän muilta ministeriöiltä, kymmenen yhdistyksiltä ja yhteisöiltä sekä kymmenen valtion virastoilta ja laitoksilta.⁶⁵

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmältä saatu lausuntopalaute oli pääosin myönteistä ja lakiesitystä pidettiin tarpeellisenä. Hyvinvointialueiden lausuntopalautteesta erottui selkeästi yliopistollista sairaalaa ylläpitävien hyvinvointialueiden kannatus esitykselle. Myös muiden kuin yliopistollista sairaalaa ylläpitävien hyvinvointialueiden suhtautuminen esitykseen oli pääosin myönteistä, mutta lausunnoissa korostui se, että myös pienemmät hyvinvointialueet haluavat osaksi kansallista johtoryhmää. Myös lukuisat muut lausunnonantajat toivoivat saavansa edustajansa kansalliseen johtoryhmään. Useassa lausuntopalautteessa toivottiin myös laintasoista sääntelyä kansallisesti yhtenäisistä valmiuden sääntelyn tasoista. Näitä on pyritty jatkovalmistelussa korostamaan esityksen perusteluissa, ja käyttämään säännönmukaisesti yhtenäisiä valmiuden sääntelyn tasoja, joita ovat: perusvalmius, tehostettu valmius ja täysvalmius.

Keskeisiä muutosesityksiä sisältäneitä lausuntoja saatiin oikeuskanslerilta, oikeusministeriöstä ja valtiovarainministeriöstä.

Oikeuskanslerin lausunnossa pidettiin ongelmallisena sitä, että perustettavaksi esitetyn johtoryhmän organisatorinen asema ja oikeudellinen luonne jää epäselväksi. Oikeuskanslerin mukaan johtoryhmän tehtäviin sisältyisi julkisen vallan käyttöä, jolloin toimielimen yleisistä perusteista olisi säädettävä lailla. Myös johtoryhmän päätöksen oikeudellinen luonne jäi lausunnon mukaan epäselväksi. Oikeuskanslerin mukaan säätämisyjärjestysperusteluissa tulisi myös tarkemmin arvioida lakiehdotuksen suhdetta perustuslakiin. Oikeuskanslerin lausunnon perusteella esityksen jatkovalmistelussa muutettiin kansallisen johtoryhmän luonnetta ja organisatorista asemaa niin, että varsinainen päätöksentekijä olisi STM, jonka tukena toimisi kansallinen valmiusryhmä, jolla ei itsessään ole päätöksentekovaltaa. Valmiusryhmä koostuisi palvelujärjestelmän ja valtionhallinnon edustajista, ja se toimisi STM:n alaisuudessa.

⁶⁴ Danish Patient Safety Authority - EU Health Insurance. (12.1.2023). How the Danish healthcare system works? Haettu osoitteesta: <https://lifeindenmark.borger.dk/healthcare/the-danish-healthcare-system/how-the-danish-healthcare-system-works>

⁶⁵ Hanke STM121:00/2023: Hallituksen esitys sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain muuttamisesta (valmius ja varautuminen). Haettu osoitteesta: [Hallituksen esitys sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain muuttamisesta \(valmius ja varautuminen\) - Valtioneuvosto](#)

Oikeusministeriön lausunnossa kiinnitetään huomiota siihen, että varautumisen johtoryhmän organisatorinen asema jää epäselväksi, eikä esitysluonnoksesta ilmene mitä tarkoittaa, että johtoryhmä toimisi STM:n yhteydessä. Oikeusministeriön lausunnossa tuodaan esiin, että perustuslaki ei tunnista luonnostellun kaltaista valtion ja itsehallinnollisen alueen yhteistä viranomaista, eikä tarkoituksenmukaista olisi myöskään perustaa asiaa varten erillistä uutta viranomaista. Jos uusi viranomaisen kuitenkin perustettaisiin, tulisi laissa olla laajempaa sääntelyä ko. viranomaisen toiminnasta. Oikeusministeriö tuo esiin myös ”johtoryhmä” – nimen harhaanjohtavuuden. Lisäksi oikeusministeriön lausunnossa käsiteltiin Ahvenanmaan erityisasemaan liittyviä seikkoja. Oikeusministeriön lausunnon perusteella lakiesitystä muutettiin jatkovalmistelussa niin, että niin johtoryhmä –nimestä kuin johtoryhmän asemasta valtion ja itsehallinnollisen alueen yhteisenä viranomaisena luovuttiin.

Valtiovarainministeriön (VM) lausunnossa pidetään perusteltuna esitysluonnoksen tavoitteita yhteistyöaluetasoisesta ja kansallisesta hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon valmiutta ja varautumista sekä häiriötilanteiden ja poikkeusolojen hoitamisen tukemisesta. VM kiinnitti lausunnossaan huomiota valtiohallinnon valmistelussa oleviin muihin uudistushankkeisiin, kuten hyvinvointialueiden ohjauksen uudistamiseen, valmiuslain uudistamiseen ja aluehallinnon uudistukseen, jotka tulisi VM:n mukaan huomioida paremmin nyt käsillä olevassa esitysluonnoksessa. VM:n lausunnon yksityiskohdista käytiin kahdenvälisiä neuvotteluja STM:n ja VM:n virkamieskunnan välillä, ja tarkennettiin esitysluonnoksen taustoja ja tarkoitusta. Lausuntokierroksen jälkeisessä valmistelussa esitysluonnokseen tehtyjä muutoksia STM:n päätösvaltaan ja kansallisen valmiusryhmän rooliin käytiin myös läpi VM:n kanssa, jolloin VM:n alkuperäisessä lausunnossa esittämät huolet eivät enää olleet relevantteja.

Jatkovalmistelu ja esitysluonnokseen tehdyt muutokset:

Jatkovalmistelua lausuntokierroksen jälkeen tehtiin kesällä ja syksyllä 2024. Jatkovalmistelun aikana muokattua esitysluonnosta käytiin läpi useissa sidosryhmätilaisuuksissa, joissa samalla pyydettiin palvelujärjestelmän näkemyksiä muokatusta esitysluonnoksesta. Muokattua esitysluonnosta esiteltiin syksyn 2024 aikana ainakin Poikkeusolojen sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunnassa, Sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunnan valmiuden ja varautumisen jaostossa, hyvinvointialuejohtajien verkostossa, STM:n Ylilääkäripäivillä sekä lukuisissa muissa tapaamisissa palvelujärjestelmän edustajien kanssa. Näissä tilaisuuksissa osallistujille annettiin mahdollisuus kommentoida esitystä ja esittää siitä näkemyksiään. Yleinen mielipide muokatusta esityksistä oli positiivinen, ja erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän edustajat pitivät edelleen välttämättömänä, että sääntelyä muutetaan esitettyyn suuntaan.

Lausuntopalautteen perusteella lakiesityksestä muokattiin erityisesti kansallisen johtoryhmän toimintaa ja sen organisatorista asemaa. Lausuntopalautteen perustella kansalliselle johtoryhmälle luonnoksessa ajateltu päätösvalta siirrettiin nyt kyseessä olevan lakiluonnoksen 50 b §:n mukaisesti STM:lle. STM:n päätöksenteon tueksi säädettäisiin 50 c §:n mukaisesta kansallisesta valmiusryhmästä, joka olisi aiemmassa luonnoksessa hahmotellun päätöksenteko-organisaation sijaan neuvoa antava ryhmä, jota STM kuulisi. Lisäksi muutoksia tehtiin yhteistyöalueen varautumista koskevaan 50 a §:ään, josta poistettiin viittaukset aiemmassa esitysluonnoksessa tarkoitettuun kansalliseen johtoryhmään. Lausuntopalautteessa laajasti esitetyt näkemykset kansallisen varautumisen johtoryhmän jäsenistä otettiin huomioon niin, että kansalliseen valmiusryhmään esitetään yliopistollista sairaalaa ylläpitävien hyvinvointialueiden lisäksi nimettäväksi jäsenet valtiovarainministeriöstä ja yhdeltä hyvinvointialueelta, jolla ei ole yliopistollista sairaalaa.

7 Säännöskohtaiset perustelut

36 §. *Hyvinvointialueiden yhteistyösopimus.* Pykälän 3 momentin 10 kohtaa ehdotetaan muutettavaksi siten, että hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksessa olisi sovittava hyvinvointialueiden työnjaosta, yhteistyöstä ja yhteensovittamisesta myös tämän esityksen 50 a §:ssä tarkoitetussa häiriötilanteiden ja poikkeusolojen hallinnassa sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueella. Tarkemmin yhteistyösopimuksessa sovittavista asioista säädettäisiin ehdotettavassa 50 a §:ssä. Häiriötilanteisiin ja poikkeusoloihin varautumisen sekä 51 §:ssä tarkoitetun valmiuskeskuksen toiminnan järjestämisen osalta 10 kohta säilyisi sisällöllisesti ennallaan.

37 §. Ehdotettavassa uudessa 50 a §:ssä säädettäisiin asioista, joista hyvinvointialueiden tulisi sopia sote-järjestämislain 36 §:ssä tarkoitetussa hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksessa. Sote-järjestämislain 37 §:n 2 momentin mukaan valmiutta ja varautumista koskevat yhteistyösopimuksen kohdat tulee valmistella yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön kanssa. Lakiehdotuksen 50 a §:ssä säädettäväksi ehdotettavat uudet yhteistyösopimuksen kohdat sisältävät tai saattavat sisältää asiakokonaisuuksia, jotka olisivat viranomaisten toiminnan julkisuudesta annetun lain (621/1999) 24 §:n nojalla salassa pidettäviä. Sen vuoksi 37 §:n 2 momenttiin ehdotetaan lisättäväksi kolmas virke, jonka mukaan sosiaali- ja terveysministeriöllä olisi oikeus saada valmistelutehtäväänsä varten hyvinvointialueilta tarvittavat tiedot salassapitosäännösten estämättä. Luovutettavat tiedot eivät kuitenkaan saisi sisältää henkilötietoja.

38 §. Sote-järjestämislain 38 §:ssä säädetään valtioneuvoston toimivallasta päättää hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksesta erinäisissä tilanteissa. Pykälän 2 momentin mukaan valtioneuvoston tätä koskeva päätös valmistellaan sosiaali- ja terveysministeriössä. Sääntelyn tarkoituksena on varmistaa, että hyvinvointialueiden yhteistyösopimukset ovat lain 36 §:ssä tarkoitetun mukaisia.

Kun ehdotettavan 50 a §:n mukaisesti yhteistyösopimuksessa sovittavaksi tulisi tai voisi tulla asioita, jotka olisivat viranomaisten toiminnan julkisuudesta annetun lain 24 §:n nojalla salassa pidettäviä, ehdotetaan pykälän 2 momenttiin lisättäväksi uusi kolmas virke, jonka mukaan sosiaali- ja terveysministeriöllä olisi oikeus saada hyvinvointialueilta tarvittavat tiedot yhteistyösopimusten sisällöstä myös niiltä osin kuin ne mahdollisesti sisältävät salassa pidettäviä tietoja. Ehdotettava sääntely on välttämätöntä sen varmistamiseksi, että valtioneuvosto voi arvioida ja tarvittaessa päättää hyvinvointialueiden yhteistyösopimusten sisällöstä siten, että ne täyttävät laissa säädetyt edellytykset. Sosiaali- ja terveysministeriölle luovutettavat tiedot eivät kuitenkaan saisi sisältää henkilötietoja.

50 a §. *Häiriötilanteiden ja poikkeusolojen hallinta sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueella.* Lakiin ehdotetaan lisättäväksi uusi 50 a §, jossa säädettäisiin normaaliolojen häiriötilanteiden ja poikkeusolojen hallinnasta sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueella. Pykälän 1 momentissa säädettäisiin tarkemmin sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain (sote-järjestämislaki) 36 §:ssä tarkoitetussa hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksessa sovittavista sisällöistä sosiaali- ja terveydenhuollon valmiutta, varautumista sekä normaaliolojen häiriötilanteiden ja poikkeusolojen hoitamista koskien. Sote-järjestämislain 37 §:n 2 momentissa säädetään, että yhteistyösopimus valmistellaan valmiuden ja varautumisen tehtävien osalta hyvinvointialueiden ja sosiaali- ja terveysministeriön yhteistyönä. Tällä varmistetaan osaltaan kansallinen ohjaus ja kansallisesti yhdenmukaiset rakenteet valmiuden ja varautumisen johtamisessa.

Useat tässä pykälässä esitettävät asiakokonaisuudet ovat tai voivat olla sellaisia, että ne ovat viranomaisten toiminnan julkisuudesta annetun lain 24 §:n nojalla salassa pidettäviä. Käytännössä hyvinvointialueet voisivat toimia esimerkiksi siten, että yleiset perusteet tässä pykälässä säädetävistä asioista päätettäisiin aluevaltuustojen hyväksymissä julkisissa asiakirjoissa ja samassa yhteydessä valtuutettaisiin hyvinvointialueen muut viranomaiset hyväksymään yksityiskohtaiset määräykset tässä pykälässä tarkoitetuista asioista siltä osin kuin ne sisältävät salassa pidettäviä tietoja, valtuuston hyväksymien yleisten perusteiden mukaisesti. Kuten hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksessa muutoinkin, tässä pykälässä tarkoitettua valmiutta ja varautumista koskevat asiat voitaisiin sisällyttää erilliseen yhteistyösopimuksen liitteeseen, joka voisi sisältää edelleen erillisiä, salassa pidettäviä liitteitä.

Pykälän 1 momentin 1 kohdan mukaan yhteistyösopimuksessa olisi sovittava yhteistyöalueen hyvinvointialueiden yhteisistä perusteista valmiuden säätelyn tasoissa ja hälytysjärjestelyissä sekä niihin liittyvissä menettelyissä. Ehdotuksella turvattaisiin samaan yhteistyöalueeseen kuuluvien hyvinvointialueiden asukkaiden yhdenvertaisuus varmistamalla kaikille yhteistyöalueen hyvinvointialueille yhtenäiset perusteet ja menettelyt häiriötilanteiden ja poikkeusolojen hoitamiseen. Yhtenäinen valmiuden säätely mahdollistaa esimerkiksi sen, että organisaatiot voivat arvioida ja ennakoida omaa toimintaansa suhteessa tilanteen kehittymiseen. Yhtenäinen valmiuden säätely mahdollistaa yhtenäisten toimenpiteiden käynnistämisen eri hyvinvointialueilla samanaikaisesti. Yhtenäiset valmiuden säätelyn tasot yhtenäistävät toimintaa ja yhteistyötä muun muassa Puolustusvoimien kanssa. Yleisesti käytettävät valmiustasot sosiaali- ja terveydenhuollossa ovat perusvalmius, tehostettu valmius ja täysvalmius. Yhteistyösopimuksissa tulisi näin ollen sopia, miten ja missä tilanteissa perusvalmiudesta siirrytään tehostettuun valmiuteen tai täysvalmiuteen ja miten valmiuden säätelyyn liittyvät hälytysjärjestelyt toteutetaan. Tehostettuun valmiuteen siirtyminen tarkoittaa yleensä ainakin organisaatioiden viestinnän tehostamista, organisaatioiden avainhenkilöiden tavoittamista ja informointia sekä järjestelyjä, jotka mahdollistavat valmiudet saada organisaation johto tarvittaessa paikalle esimerkiksi tilanne- tai johtokeskukseen.

Pykälän 1 momentin 2 kohdan mukaan yhteistyösopimuksessa olisi sovittava yhteistyöalueen hyvinvointialueiden yhteisistä menettelyistä eri valmiuden säätelyn tasoilla. Sovittavaksi tulisivat siis esimerkiksi erilaiset johtamisjärjestelyt ja toiminnan muutokset, joihin valmiustilan muutosten myötä siirryttäisiin. Ehdotuksella turvattaisiin riittävä yhteistyöaluetasoinen sosiaali- ja terveydenhuollon valmiussuunnittelu ja yhtenäiset toimintatavat eri valmiustasoilla. Valmiussuunnitelmien tulisi kehittyä yhteistyöaluetasoisesti yhdenmukaisesti (ehdotettavan 51 §:n muutoksen mukaisesti valmiuskeskusten ohjauksessa), jotta yhteistyöalueeseen kuuluvien hyvinvointialueiden voimavarojen yhteiskäyttö helpottuu ja mahdollistuu häiriötilanteissa. Lisäksi ehdotuksella lisätään yhteistyöalueeseen kuuluvien hyvinvointialueiden yhteistyötä ja keskinäistä osaamisen kehittämistä, erityisesti vakavien häiriötilanteiden ennakoinnissa ja niiden hoitamisessa voimavarojen yhteiskäytön avulla.

Pykälän 1 momentin 3 kohdan mukaan yhteistyösopimuksessa olisi sovittava yliopistollista sairaalaa ylläpitävän hyvinvointialueen, HUS-yhtymän ja Helsingin kaupungin muulle yhteistyöalueen hyvinvointialueelle järjestämästä tuesta ja ohjauksesta sellaisissa häiriötilanteissa, joiden hoitamiseen yksittäisen hyvinvointialueen voimavarat eivät ole riittävät. Ehdotuksella varmistettaisiin, että yksittäisen hyvinvointialueen voimavarojen ylittyessä yhteistyöalueen resursseiltaan suurin hyvinvointialue, joka myös ylläpitää valmiuskeskusta, tukisi kyseistä hyvinvointialuetta selvittämällä muiden hyvinvointialueiden edellytyksiä tukea häiriötilanteessa olevaa hyvinvointialuetta sekä tukemalla muiden hyvinvointialueiden tukitoimien kohdentumista tarkoituksenmukaisesti häiriötilanteessa olevalla hyvinvointialueella. Yliopistollista sairaalaa ylläpitävän hyvinvointialueen, HUS-yhtymän ja Helsingin kaupungin muulle yhteistyöalueen hyvinvointialueelle järjestämä tuki ja ohjaus

perustuisi yhteiseen jaettuun tilannekuvaan häiriötilanteesta, tilanteen hallintatoimista ja vaikutuksista. Tuki voisi olla esimerkiksi asiantuntijatuen saatavuuden kartoitusta ja hankkimista kemiallisiin, biologisiin tai säteilyyn liittyvissä uhkatilanteissa tai varavaimakoneiden tai hätämajoitustarvikkeiden saatavuuteen liittyvää tukea. Lainkohdassa tarkoitettu tuen järjestäminen ei tarkoita sitä, että johtovastuu siirtyisi yliopistollista sairaalaa ylläpitävälle hyvinvointialueelle, HUS-yhtymälle tai Helsingin kaupungille vaan kukin hyvinvointialue johtaisi edelleen omia sosiaali- ja terveydenhuollon voimavarojaan tilanteissa, joissa toimittaisiin ehdotettavan pykälän 1 momentin 3 kohdan mukaisesti.

Pykälän 1 momentin 4 kohdan mukaan yhteistyösopimuksessa olisi sovittava periaatteista, joilla ehdotettavassa 2 kohdassa määritettyjä menettelyjä eri valmiuden säätelyn tasoilla voitaisiin ottaa käyttöön tai päättää niiden käytöstä yliopistollista sairaalaa ylläpitävän hyvinvointialueen, HUS-yhtymän tai Helsingin kaupungin toimesta. Ehdotuksella olisi tarkoitus varmistaa, että ehdotettavan 1 momentin 5 kohdassa tarkoitettu johtovastuun siirtyminen yliopistollista sairaalaa ylläpitävälle hyvinvointialueelle tai HUS-yhtymälle tapahtuisi yhteisesti valmistellusti. Pykälän 1 momentin 4 kohdan mukaan hyvinvointialueet voisivat etukäteen sopia periaatteet tällaisen toimintatavan välttämättömyyden arviointia koskien.

Pykälän 1 momentin 5 kohdan mukaan yhteistyösopimuksessa olisi sovittava yliopistollista sairaalaa ylläpitävän hyvinvointialueen, HUS-yhtymän ja Helsingin kaupungin oikeudesta johtaa yhteistyöalueeseen kuuluvan yhden tai useamman hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon häiriötilanteen hoitamiseen liittyvää toimintaa sekä kohdentaa voimavaroja yhteistyöalueen hyvinvointialueiden välillä. Ehdotuksella turvattaisiin vakavammissa häiriötilanteissa ja poikkeusoloissa mahdollisuus johtaa tai koordinoita hyvinvointialueiden voimavaroja yli hyvinvointialuerajojen. Tämä momentin kohta olisi välttämätön, sillä aiemmin tämän esityksen nykytilan arviossa kuvatut kansallisen riskiarvion häiriötilanteet eivät noudata hyvinvointialueiden maantieteellisiä rajoja. Näin ollen olisi tarpeellista luoda säännös, joka toiminnan johtamisen lisäksi mahdollistaa myös resurssien siirtämisen tai hyödyntämisen hyvinvointialueiden rajojen yli. Tällaiseen tilanteeseen liittyvästä toimivallan käytöstä säädettäisiin pykälän 2 momentissa. Siirrettäviä resursseja voisivat olla esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijät, hoitotarvikkeet, laitteet, ajoneuvot, asiantuntijatuki tai tukipalvelut.

Pykälän 1 momentin 6 kohdan mukaan yhteistyösopimuksessa olisi sovittava periaatteista, joilla yhteistyöalueen muut hyvinvointialueet voivat tukea yliopistollista sairaalaa ylläpitävää hyvinvointialuetta, HUS-yhtymää tai Helsingin kaupunkia sellaisissa häiriötilanteissa, joiden hoitamiseen näiden omat sosiaali- ja terveydenhuollon voimavarat eivät riitä. Ehdotettavan 50 a §:n sääntelyn lähtökohtaisena oletuksena on, että nimenomaan yliopistollista sairaalaa ylläpitävä hyvinvointialue sekä Uudellamaalla HUS-yhtymä ja Helsingin kaupunki alueidensa voimavaroiltaan suurimpina toimijoina tukevat alueellaan muita hyvinvointialueita. Sääntelyssä huomioitaisiin kuitenkin myös se asetelma, jossa nimenomaan nämä alueet ovat alueen muiden hyvinvointialueiden tuen tarpeessa häiriötilanteen hoitamiseksi. Periaatteista sovittaessa olisi otettava huomioon, että ehdotettavassa 50 a §:n 2 momentissa tarkoitetuissa olosuhteissa toimivallan käyttöön oikeutetut viranhaltijat määräytyisivät mainitun 2 momentin mukaisesti myös silloin, kun tuki kohdennetaan pykälän 1 momentin 6 kohdan mukaisesti yliopistollista sairaalaa ylläpitävälle hyvinvointialueelle, HUS-yhtymälle tai Helsingin kaupungille.

Pykälän 1 momentin 7 kohdan mukaan yhteistyösopimuksessa olisi sovittava periaatteista, joilla yhteistyöalueen hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon voimavaroja voitaisiin käyttää toisella yhteistyöalueella. Sovittavien periaatteiden mukaisesti yhteistyöalueen useamman hyvinvointialueen voimavaroja voitaisiin käyttää myös toisten yhteistyöalueiden kanssa tehtävässä yhteistyössä normaaliolojen häiriötilanteita varten. Yhteistyöalueiden kesken

olisi sovittava, miten toimitaan tilanteissa, joissa tarvitaan sosiaali- ja terveydenhuollon voimavaroja, kuten esimerkiksi materiaaleja tai henkilöstöä yli yhteistyöalueiden. Tällainen toiminta voi olla esimerkiksi psykososiaalisen tuen ja kriisityön tai kirurgisten tiimien (mobiilikirurgia) kokoaminen tai taktisen ensihoidon ryhmät, joissa henkilöstöä ja mahdollisesti myös materiaaleja tarvitaan useammalta hyvinvointialueelta ja yhteistyöalueelta. Periaatteista olisi sovittava siten, että tässä kohdassa tarkoitettu sopiminen olisi yliopistollista sairaalaa ylläpitävien hyvinvointialueiden välistä sopimista tässä kohdassa tarkoitettujen periaatteiden puitteissa.

Pykälän 1 momentin 8 kohdan mukaan yhteistyösopimuksessa olisi sovittava periaatteista, joilla yhteistyöalueen hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon voimavaroja voitaisiin käyttää kansallisesti valtion viranomaisen kanssa sovittavalla tavalla. Tällainen tilanne voisi syntyä esimerkiksi laajamittaisen maahantulon tilanteessa, jossa rajalla tapahtuva viranomaistoiminta edellyttäisi sosiaali- ja terveydenhuollon tukea yhtenevästi koko maarajalla. Käytännössä yhteistyösopimuksessa olisi sovittava esimerkiksi siitä, miten yhteistyöalueen hyvinvointialueilta kootaan yhteisiä voimavaroja sellaisten häiriötilanteiden hoitamiseen, joissa tarvitaan sosiaali- ja terveydenhuollon voimavaroja useilta yhteistyöalueilta ja joihin varautumista on suunniteltu kansallisella tasolla.

Pykälän 2 momentin mukaan yliopistollista sairaalaa ylläpitävän hyvinvointialueen hallintosäännössä määrätty viranhaltija voisi käynnistää 1 momentin 3–6 kohdassa tarkoitettujen toimenpiteiden, mikäli se on tarpeen häiriötilanteen laajuuden, kiireellisyyden tai muun vastaavan syyn takia. Toimenpiteiden käynnistämistä ei arvioitaisi esimerkiksi ulkoisista tekijöistä aiheutuvan välttämättömyyden kautta, vaan yhteistyöalueen hyvinvointialueet sopisivat toimenpiteiden käynnistämiseen liittyvästä kynnyksestä ja tarpeesta sen ylittämiseen pykälän 1 momentin mukaisesti.

Pykälän 2 momentin mukaisella ehdotuksella pyrittäisiin tuomaan säädösten tasolle hyvinvointialueiden nykyisten hallintosääntöjen mukaisia määräyksiä. Käytännössä hyvinvointialueet ovat jo tietyltä osin arvioineet tämänkaltaisen menettelytavan tarkoituksenmukaiseksi. Lähes kaikissa hyvinvointialueiden voimassa olevissa hallintosäännöissä on seuraavan kaltainen kirjaus koskien toimivaltaa vakavissa häiriötilanteissa ja poikkeusoloissa ja niihin varautumisessa: *”Hallintosäännön muiden lukujen toimivaltamääräyksistä voidaan poiketa välttämättömän syyn vuoksi vakavassa häiriötilanteessa ja poikkeusoloissa. Tällaisia syitä voivat olla esimerkiksi henkeen ja terveyteen kohdistuvat uhat sekä elintärkeiden palveluiden keskeytymiseen, talouteen, kiinteistöihin, muuhun omaisuuteen tai ympäristöön kohdistuvat uhat, jotka aiheuttavat välittömän vaaran tai muun vakavan toiminnallisen tai taloudellisen riskin.”*⁶⁶ Ehdotetun säännöksen mukaisesti yhteistyösopimuksella laajennettaisiin yksittäisen hyvinvointialueen hallintosäännön toimivaltuus koskemaan yhteistyöaluetasolla nimenomaan yliopistollista sairaalaa ylläpitävää hyvinvointialuetta. Esityksen valmistelussa on arvioitu, että hallintosäännöissä voisi olla tarkoituksenmukaista määrätä esimerkiksi hyvinvointialuejohtajalle pykälässä kuvatut toimivaltuudet, koska kyseisellä viranhaltijalla on toimivalta johtaa sekä sosiaali-, terveys- että pelastustoimea. Häiriötilanteen tai poikkeusolojen luonteesta riippuen voi kuitenkin olla tarkoituksenmukaista delegoida johtovastuuta hyvinvointialuejohtajalta hyvinvointialueen ylimmälle sosiaalihuollosta vastaavalle viranhaltijalle, ylimmälle terveydenhuollosta vastaavalle viranhaltijalle tai varautumisesta

⁶⁶ Hallintosääntöjen kirjaukset koskien toimivaltaa vakavissa häiriötilanteissa ja poikkeusoloissa ovat yhtenevät HUS-yhtymällä, kaikilla yliopistollista sairaalaa ylläpitävillä hyvinvointialueilla sekä 14 muulla hyvinvointialueella. Kolmella hyvinvointialueella kirjaukset eroavat. [11.12.2024]

vastaavalle viranhaltijalle. Tästä johtuen ehdotuksessa ei ole nimetty suoraan hyvinvointialuejohtajaa, vaan aluevaltuustoille on annettu mahdollisuus määrätä viranhaltijat sijaisineen paikallisen organisaatorakenteen ja virkanimikkeiden mukaisesti.

Toimenpiteiden käynnistyminen ja niissä tapahtuvat olennaiset muutokset olisi viipymättä saatettava kaikkien yhteistyöalueen hyvinvointialueiden aluehallitusten tietoon. Esimerkiksi toimenpiteiden lopettaminen olisi säännöksessä tarkoitettu olennainen muutos. Toimenpiteiden kestosta sekä niihin mahdollisesti liittyvästä porrastuksesta yhteistyöalueen hyvinvointialueet sopisivat osana 1 momentissa tarkoitettuja periaatteita. Lisäksi olisi sovittava aluehallitusten informointiin liittyvistä menettelytavoista. Luontevaa olisi, että tieto kulkisi aluehallituksen esittelijän tai esimerkiksi yhteistyöalueilla käytössä olevien niin sanottujen YTA-johtoryhmien tai vastaavien ryhmien kautta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisestä Uudellamaalla annetun lain 2 §:n 2 momentin viittaussäännöksen kautta aluehallitusta vastaavana toimieliimenä 2 momentissa tarkoitettussa asiayhteydessä pidettäisiin HUS-yhtymän hallitusta sekä Helsingin kaupunginhallitusta, eikä näistä säädettäisi erikseen.

Pykälän 3 momentin 1 kohdan mukaan Etelä-Suomen yhteistyöalueella pykälän 2 momentissa tarkoitettuna viranhaltijana toimisi HUS-yhtymän hallintosäännössä määrätty viranhaltija siltä osin kuin HUS-yhtymä järjestää terveydenhuoltoa. Kohdan 2 mukaan muussa kuin 1 kohdassa tarkoitettussa tilanteessa 2 momentissa tarkoitettuna viranhaltijana toimii Helsingin kaupungin hallintosäännössä määrätty viranhaltija. Etelä-Suomen yhteistyöalueen osalta tässä tarkoitettaisiin nykytilanteessa esimerkiksi HUS-yhtymän johtajaylilääkäriä sekä Helsingin kaupungin sosiaali-, terveys- ja pelastustoimen toimialajohtajaa. Helsingin kaupungin sosiaali-, terveys- ja pelastustoimen toimialajohtajalla olisi ehdotettavan sääntelyn perusteella oikeus käynnistää toimenpiteet koko Etelä-Suomen yhteistyöalueen alueella, mikäli häiriötilanne edellyttäisi voimavarojen jakamista sosiaalihuoltoa ja perusterveydenhuoltoa koskeissa asioissa.

Useat tässä pykälässä ehdotetut säännökset edellyttäisivät käytännössä erityisesti yliopistollista sairaalaa ylläpitävän hyvinvointialueen hallintosäännön päivittämistä. Erityisesti ehdotetun 1 momentin säännösten käytännön toimivuuden kannalta olisi olennaista, että tarvittavat muutokset yliopistollista sairaalaa ylläpitävän hyvinvointialueen toimivaltuuksien huomioon ottamiseksi tehtäisiin myös yhteistyöalueen kaikkien muiden hyvinvointialueiden hallintosääntöihin. Lisäksi tulisi varmistaa, että hallintosäännössä on määrätty 2 ja 3 momenteissa tarkoitettut viranhaltijat ja että heillä on hallintosäännön määräyksiin tai muuhun hyvinvointialueen päätöksentekoon perustuen riittävän kattava sijaisketju. Hallintosääntöjen päivittämisen aikataulusta säädettäisiin esitettävän lain siirtymäsäännöksissä.

50 b §. *Sosiaali- ja terveydenhuollon häiriötilanteiden ja poikkeusolojen kansallinen johtaminen.* Lakiin ehdotetaan lisättäväksi uusi 50 b §, jossa säädettäisiin sosiaali- ja terveydenhuollon häiriötilanteiden ja poikkeusolojen kansallisesta johtamisesta. Nykytilanteessa kukin hyvinvointialue vastaa itse häiriötilanteisiin varautumisesta sekä häiriötilanteiden hallinnasta, mutta hyvinvointialueiden tueksi ei ole sen paremmin alueellisia kuin kansallisiakaan rakenteita. Nyt puheena olevassa ehdotuksessa alueellinen tuki rakentuisi edellä 50 a §:ssä kuvatuksi hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksen ja yliopistollista sairaalaa ylläpitävän hyvinvointialueen sekä Uudellamaalla HUS-yhtymän ja Helsingin kaupungin varaan. Hyvinvointialueilla ei kuitenkaan ole kansallista yhteistyörakennetta eikä sellaisesta ole tarkoituksenmukaista säätää erikseen pelkästään valmiutta ja varautumista varten. Esityksessä ehdotettavassa toimintamallissa sosiaali- ja terveysministeriö varmistaisi valmiuden ja varautumisen kansallisen tason toimivuuden ja voisi tehdä päätöksiä sellaisissa häiriötilanteissa,

jotka pykälässä tarkemmin säädettyihin perustein edellyttäisivät kansallisen tason päätöksentekoa ja johtamista. Ehdotus mahdollistaisi sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan kansallisesti yhtenäisenä kokonaisuutena erityisesti tilanteissa, jotka edellyttävät yhteistyöalueet ylittäviä toimenpiteitä. Ehdotus loisi yhtenäiset toimintatavat koko maassa, turvaten siten osaltaan perusoikeuksien toteutumisen perustuslain 22 §:n edellyttämällä tavalla yhdenvertaisesti maan eri osissa.

Pykälän 1 momentin mukaan sosiaali- ja terveysministeriö päättäisi normaaliolojen häiriötilanteissa ja poikkeusoloissa toiminnan johtamisesta ja toiminnan muuttamisesta sekä voimavarojen kohdentamisesta hyvinvointialueiden tai yhteistyöalueiden välillä, mikäli päättäminen olisi tarpeen voimavarojen tarkoituksenmukaisen käytön vuoksi, palvelujen järjestämisen turvaamiseksi taikka toiminnan yhteensovittamiseksi. Ministeriö päättäisi myös kansainvälisessä yhteistyössä sovittujen toimialan kannalta keskeisten voimavarojen kohdentamisesta hyvinvointialueiden välillä.

Pykälän 1 momentissa toiminnan johtamisesta päättämisellä tarkoitetaan ensisijaisesti sitä, että ministeriö päättäisi, mikä hyvinvointialue vastaisi häiriötilanteen yleisjohtamisesta. Voimassa olevan sote-järjestämislain 51 §:n 6 momentin mukaan erityisen merkittävässä häiriötilanteissa ministeriö voi ottaa sosiaali- ja terveydenhuollon johto- ja koordinaatiovastuun itselleen. Toiminnan muuttaminen voisi tarkoittaa esimerkiksi jonkin toiminnon alasajoa, laajentamista tai toiminnan fyysistä siirtämistä hoidettavaksi toiseen paikkaan. On huomattava, että toiminnan muuttaminen on mahdollista vain kulloinkin voimassa olevan tehtäväkohtaisen lainsäädännön puitteissa, eikä ehdotettava sääntely sellaisenaan mahdollista poikkeamista tehtäväkohtaisen lainsäädännön vaatimuksista. Valmiuslain 86 §:ssä säädetään sosiaali- ja terveysministeriön toimivallasta päättää muutoksista sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden toimintaan poikkeusoloissa, mutta normaalioloissa vastaavia rajoitusmahdollisuuksia ei ole voimassa olevassa lainsäädännössä.

Voimavarojen kohdentaminen hyvinvointialueiden välillä tarkoittaisi henkilöstön, asiantuntijatuen, materiaalin, koneiden ja laitteiden kohdentamista hyvinvointialueelta toiselle. Yhteistyöalueen sisällä voimavarojen kohdentamisesta päätetään lähtökohtaisesti ehdotettavan 50 a §:n mukaisesti, mutta tarvittaessa myös yhteistyöalueen sisällä tapahtuvasta kohdentamisesta voitaisiin päättää sosiaali- ja terveysministeriön toimesta. Pääsääntöisesti tässä pykälässä tarkoitettua voimavarojen kohdentamista ministeriön päätöksellä tehtäisiin lähinnä tilanteissa, jotka edellyttävät yhteistyöaluerajat ylittävää päätöksentekoa. Voimassa oleva sote-järjestämislain 36 §:n sääntely sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyösopimuksesta ei sellaisenaan mahdollista voimavarojen kohdentamista yhteistyöalueiden välillä hyvinvointialueiden keskinäiseen sopimiseen perustuen. Kuten edellä todettiin toiminnan muuttamiseen liittyen, myös voimavarojen kohdentamisessa on otettava huomioon tehtäväkohtaisen lainsäädännön edellytykset, eikä voimavarojen kohdentaminen hyvinvointialueiden välillä voi johtaa siihen, että joku alue ei tästä johtuen voisi hoitaa lakisääteisiä tehtäviään.

Häiriötilanteen laajuus tai sen erityisyys saattaa edellyttää kansainvälisen avun pyytämistä, vastaanottamista ja avun kohdentamista. Vastaavasti Suomi voi saada pyyntöjä kansainvälisen avun lähettämiseksi. Kansainvälisen avun antamista ja pyytämistä koskevasta päätöksenteosta annetun lain 2 §:ssä säädetään, että päätöksen avun antamisesta tai pyytämisestä tekee valtioneuvoston yleisistunto asianomaisen ministeriön esittelystä. Nyt käsillä olevan lain 50 b §:n 1 momentin mukainen ministeriön toimivalta koskisi siis tilannetta, jossa valtioneuvoston päätös avun pyytämisestä ja vastaanottamisesta olisi tehty, ja tämä päätös pitäisi panna täytäntöön. Ministeriö päättäisi silloin avun kohdentamisesta hyvinvointialueiden ja yhteistyöalueiden välillä tarkoituksenmukaisella tavalla olemassa olevaan tilannekuvaan

perustuen. Tällaisia EU jäsenmaista, kolmansista maista tai kansainvälisiltä järjestöiltä pyydettyjä kansainvälisen avun voimavaroja voisivat olla esimerkiksi lääkinnälliset yksiköt kuten klinikat ja kenttäsaирaalat sekä terveydenhuollon materiaali tai väestölle suunnatut ruoka- ja perushuollon tarvikkeet tai niiden hankkimista varten tarkoitetut käteisavustukset ja maksuvälineet. Tällaisten resurssien integroiminen osaksi hyvinvointialueiden palveluja tai eniten apua tarvitseville väestöryhmille suunnattua tukea koordinoitaisiin STM:n ohjaamana hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveyspalveluihin. Pykälän 2 momentin mukaan sosiaali- ja terveysministeriön päätös olisi määräaikainen. Normaaliolojen häiriötilanteissa päätös olisi voimassa enintään kolme kuukautta kerrallaan. Poikkeusoloissa päätös olisi voimassa enintään poikkeusolojen keston ajan. Koska kyse olisi käytännössä hyvinvointialueiden toimintaan kohdistuvista päätöksistä, myös päätöksen toimeenpano osoitettaisiin päätöksessä yhden tai useamman hyvinvointialueen tehtäväksi. Pykälän 2 momentissa säädettäisiin myös hyvinvointialueen ja ministeriön samaan asiaan kohdistuvien päätösten ensisijaisuusjärjestyksestä. Säännöksen mukaan ensisijaisesti sovellettavaksi tulisi hyvinvointialueen asiassa tekemä päätös. Jos ministeriö antaisi samaa asiaa koskevan päätöksen, hyvinvointialueen tekemän päätöksen velvoitteita sovellettaisiin käytännössä ministeriön päätöksen velvoitteita täydentävästi. Jos päätökset olisivat ristiriidassa, sovellettaisiin ministeriön päätöksessä asetettuja velvoitteita. Säännöksen rakenteessa on haettu yhdenmukaisuutta tartuntatautilain säännöksistä, joissa kuvataan hyvinvointialueen ja aluehallintoviraston tekemien samaan alueeseen kohdistuvien päätösten suhdetta. Ehdotettavassa 2 momentissa todettaisiin kuitenkin suoraan, että ristiriitatilanteessa sovelletaan ministeriön tekemää päätöstä.

Pykälän 3 momentissa säädettäisiin sosiaali- ja terveysministeriön mahdollisuudesta päättää ehdotettavassa 1 momentissa tarkoitetuista asioista ilman sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen valmiusryhmän valmistelua. Tällöin edellytyksenä olisi, että päätöksenteko olisi välttämätöntä häiriötilanteen hoitamisen kiireellisyydestä, häiriötilanteen laadusta tai laajuudesta taikka muusta näihin rinnastuvasta syystä johtuen.

Ministeriön päätöksentekoprosessi on ehdotuksessa jaettu kahteen vaihtoehtoiseen etenemisreittiin häiriötilanteen luonteesta riippuen. Tilanteessa, jossa välitön päätöksenteko ei ole asian kiireellisyydestä johtuen välttämätöntä, ministeriön päätöksen valmistelussa olisi mukana ehdotettavassa 50 c §:ssä tarkoitettu sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen valmiusryhmä. Kun 1 momentissa ministeriön päätöksenteon kynnyksenä käytettäisiin ilmaisua ”on tarpeen”, eräänä keskeisenä kansallisen valmiusryhmän tehtävänä olisi arvioida nimenomaan tarvetta ja edellytyksiä ministeriön päätöksenteolle. Toinen vaihtoehtoinen etenemisreitti olisi 3 momentissa tarkoitettu ministeriön suora päätöksenteko ilman valmiusryhmän valmistelua. Tämän edellytyksenä olisi siis, että välitön päätöksenteko ilman kansallisen valmiusryhmän valmistelua on asian kiireellisyydestä tai muusta vastaavasta syystä välttämätöntä.

Kun kansallisen valmiusryhmän käsittely ministeriön päätöksen ensivaiheena kestää nopeimmillaankin useita vuorokausia, on välttämätöntä mahdollistaa päätöksenteko myös sellaisissa kiireellisissä päätöksenteossa edellyttävissä häiriötilanteissa, joissa toimenpiteet on saatava käyntiin kansallisen valmiusryhmän valmistelua odottamatta. Sääntelyssä on haettu johtoa pelastuslain (379/2011) 34 §:n 4 momentista, jonka mukaan sisäministeriön pelastusviranomaisen voi ottaa tilanteen johtaaksensa, jos se on välttämätöntä tarvittavien valtakunnallisten järjestelyjen, onnettomuuden laadun tai laajuuden takia. Nyt ehdotetun säännöksen välttämättömyysarvioinnin on tarkoitettu olevan rinnasteinen sanotun pelastuslain säännöksen kanssa.

Voidaan olettaa, että useimmissa tilanteissa alueet aloittavat häiriötilanteen hallinnan viivytyksittä ja nopeammin kuin mitä kansallisen tason toimijalla on mahdollista. Alueellisen toimijan voimavarat saattavat kuitenkin alkuvaiheen tilanteen hallinnan jälkeen ehtyä tai häiriötilanne saattaa eskaloitua tai osoittautua muuten ennakoitua laajemmaksi. Ministeriön toimivaltuudet kiireellisyysperusteella voisivat tulla kyseeseen ainakin tilanteissa, joihin liittyy kansallisten voimavarojen kohdentamista. Useimmiten kyse kuitenkin lienee häiriötilanteesta, jonka laajuus ylittää yksittäisen yhteistyöalueen rajat tai voimavarat. Tällöin häiriötilanteen hoitamisen johtovastuun on käytännössä välttämätöntä olla kansallisella tasolla ja päätös johtovastuun siirrosta tarvitaan nopeasti. Koska häiriötilanteiden olosuhteita ja luonnetta ei voida tyhjentävästi ottaa huomioon säännöksissä etukäteen, myös ministeriön toimivaltuuksien käyttö olisi mahdollista muusta kiireellisyyteen tai häiriötilanteen laajuuteen rinnastuvasta syystä. Säännöksessä toimivaltuuden käytön kynnyksellä perusteella on kuitenkin nostettu verraten korkealle.

Pykälän 4 momentin mukaan valtioneuvoston asetuksella voitaisiin antaa tarkempia säännöksiä 1 momentissa tarkoitettua toiminnan johtamisesta, toiminnan muuttamisesta sekä voimavarojen kohdentamisesta aiheutuvien kustannusten jaosta hyvinvointialueiden välillä. Lähtökohtaisesti hyvinvointialueiden välisestä kustannusten jaosta sovittaisiin sote-järjestämislain 36 §:ssä tarkoitettua yhteistyösopimuksen yhteydessä. Yhteistyöaluearajat ylittävien tilanteiden osalta asetuksenantovaltuudesta olisi kuitenkin tarpeen säätää erikseen. Valtion korvausten osalta 4 momentissa viitattaisiin nykyiseen sote-järjestämislain 52 §:ään, jonka 1 momentin mukaan valtio voi osallistua sosiaali- ja terveydenhuollossa tarvittavan valtakunnallisen ja alueellisen valmiuden ja varautumisen kehittämiseen ja ylläpitämiseen maksamalla korvausta sosiaali- ja terveysministeriön nimeämälle ja valtuuttamalle taholle erillistehtävän hoitamisesta. Esityksen laatimisen hetkellä kolmen hyvinvointialueen kanssa on tehty sopimukset valtakunnallisista erillistehtävistä. Vantaan ja Keravan hyvinvointialueen sosiaali- ja kriisipäivystys on nimetty valtakunnalliseksi psykososiaalisen tuen toimijaksi, HUS-yhtymä on nimetty valtakunnallisen valmiuden toimijaksi terveydenhuollon osalta, ja Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue vastaa valtakunnallisen valmiussuunnitteluportaalin kehittämisestä ja ylläpidosta. Lisäksi valtio voi sote-järjestämislain 52 §:n 2 momentin nojalla osallistua poikkeuksellisten häiriötilanteiden hoitamiseen rahoittamalla sellaista toimintaa, jonka korvaaminen valtion varoista on erityisestä syystä tarkoituksenmukaista, eivätkä hyvinvointialueen tai HUS-yhtymän voimavarat riitä tilanteen hoitamiseen. Kyseessä olisi tällöin poikkeuksellinen tilanne, kuten esimerkiksi suuronnettomuus, jossa tilanteesta aiheutuisi hyvinvointialueelle kohtuuttomia kustannuksia. Hyvinvointialueen tehtäviin kuuluu järjestämis- ja kustannusvastuu sosiaali- ja terveyspalveluista myös äkillisissä ja yllättävissä tilanteissa, joten valtion korvaus olisi tarkoitettu vain erittäin poikkeuksellisiin tapahtumiin. Esimerkkeinä aiemmassa lainvalmisteluaineistossa (HE 241/2020 vp. s. 787) on mainittu Kaakkois-Aasian luonnonkatastrofi vuonna 2004, Malagan bussionnettomuus vuonna 2008 sekä eräät kouluissa ja oppilaitoksissa tapahtuneet väkivallanteot. Valtion tämän säännöksen perusteella maksama valtionavustus on harkinnanvarainen eikä se lähtökohtaisesti kata kaikkia häiriötilanteen hoitamisesta aiheutuneita kustannuksia.

Lakiehdotukseen ei sisälly erillisiä säännöksiä muutoksenhausta ehdotettavassa 50 b §:ssä tarkoitettuun sosiaali- ja terveysministeriön päätökseen. Muutoksenhausta valtion viranomaisen päätökseen säädetään voimassa olevan sote-järjestämislain 60 §:ssä, jonka mukaan muutoksenhaku ministeriön päätökseen tapahtuisi oikeudenkäynnistä hallintoasioissa säädetyn mukaisesti. Ottaen huomioon ministeriön päätösten luonteen, valmistelussa ei ole katsottu tarkoituksenmukaiseksi säätää erikseen oikaisuvaatimuksen mahdollistamisesta ministeriön päätöksiin.

50 c §. *Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen valmiusryhmä.* Lakiin ehdotetaan lisättäväksi uusi 50 c §, jossa säädettäisiin sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisesta valmiusryhmästä. Valmiusryhmän tarkoituksena olisi toimia sosiaali- ja terveysministeriön tukena 50 b §:ssä tarkoitettujen päätösten valmistelussa ja toimeenpanossa. Kun ministeriön päätöksissä on kysymys esimerkiksi hyvinvointialueiden toiminnan muutoksista tai hyvinvointialueiden voimavarojen kohdentamisesta, valmiusryhmän valmistelun kautta varmistetaan ajantasainen tieto hyvinvointialueiden tilanteesta ja tarpeista häiriötilanteiden hallinnassa.

Pykälän 1 momentin mukaan valtioneuvosto asettaisi sosiaali- ja terveysministeriön esityksestä enintään viideksi vuodeksi kerrallaan sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen valmiusryhmän. Ryhmä asetettaisiin ehdotettavassa 50 b §:ssä tarkoitettujen päätösten valmistelua varten. Toimintamuotona ehdotettava valmiusryhmä olisi uusi, mutta vastaavan kaltaisia valmisteluryhmiä asetetaan esimerkiksi eräiden valtioneuvoston päätösten valmistelua varten (hyvinvointialueesta annetun lain 15 §, hyvinvointialueiden rahoituksesta annetun lain 26 §). Kansallisen valmiusryhmän jäsenet toimisivat virkavastuulla.

Pykälän 1 momentin 1 kohdan mukaan kansallisen valmiusryhmän tehtävänä olisi arvioida tarvetta ja yleisiä edellytyksiä 50 b §:n 1 momentissa tarkoitettulle sosiaali- ja terveysministeriön päätöksenteolle. Kun sosiaali- ja terveysministeriön päätöksenteon edellytyksenä olisi välttämättömyyskriteeriä matalampi kynnys, kansallisen valmiusryhmän nimenomaisena tehtävänä olisi arvioida, onko ministeriön päätöksenteolle ylipäänsä edellytyksiä. Näin ollen tilanteessa, joka ei edellytä välitöntä päätöksentekoa ehdotettavan 50 b §:n 3 momentissa tarkoitettulla tavalla, kansallisen valmiusryhmän arvio päätöksenteon tarpeen ja yleisten edellytysten olemassaolosta olisi käytännössä edellytys sille, että ministeriö ylipäänsä voisi tehdä päätöksiä 50 b §:n 1 momentissa tarkoitettulla tavalla.

Pykälän 1 momentin 2 kohdan mukaan kansallinen valmiusryhmä tekisi esityksiä sosiaali- ja terveysministeriön 50 b §:n 1 momentin perusteella tekemien päätösten muuttamisesta, jatkamisesta ja kumoamisesta. Kun ministeriön päätökset olisivat määräaikaisia, arvio niiden muutoksista tehtäisiin kansallisessa valmiusryhmässä. Kansallinen valmiusryhmä voisi arvioida sosiaali- ja terveysministeriön tekemän päätöksen muuttamista silloinkin, kun päätös on tehty ilman kansallisen valmiusryhmän valmistelua 50 b §:n 3 momentin mukaisesti. Sosiaali- ja terveysministeriö voisi kuitenkin muuttaa tällaista päätöstään ilman valmiusryhmässä tapahtuvaa valmistelua, jos 50 b §:n 3 momentissa tarkoitettut edellytykset tähän menettelyyn edelleen täyttyvät.

Pykälän 1 momentin 3 kohdan mukaan kansallisen valmiusryhmän tehtävänä olisi tehdä ehdotuksia häiriötilanteiden hoitamiseksi tarpeellisista toiminnan muutoksista ja muista toimenpiteistä. Kuten edellä 50 b §:n 1 momentin perusteluissa on todettu, toiminnan muuttaminen voisi tarkoittaa esimerkiksi jonkin toiminnon alasajoa, laajentamista tai toiminnan fyysistä siirtämistä hoidettavaksi toiseen paikkaan. Muuna toimenpiteenä kansallinen valmiusryhmä voisi tehdä ehdotuksia esimerkiksi hyvinvointialueesta, jolle sosiaali- ja terveysministeriön päätöksessä osoitettaisiin häiriötilanteen hoitamisen johtovastuu.

Pykälän 1 momentin 4 kohdan mukaan kansallisen valmiusryhmän tehtävänä olisi selvittää ja tehdä esityksiä häiriötilanteen hoitamiseen liittyvien voimavarojen kohdentamisesta hyvinvointialueiden välillä. Hyvinvointialueiden voimavarojen selvittäminen olisi keskeinen valmiusryhmän tehtävä ja se olisi useissa tilanteissa edellytys sille, että sosiaali- ja terveysministeriö voisi päättää voimavarojen kohdentamisesta hyvinvointialueiden välillä tai kansallisten voimavarojen kohdentamisesta hyvinvointialueille. Yksi valmiusryhmärakenteen olennaisimmista tarkoituksista olisi tuoda kansallisen tason päätöksentekijän käyttöön yksityiskohtaista ja ajantasaista tilannetietoa hyvinvointialueiden voimavaroista ja niihin

liittyvistä tarpeista. Kansallinen valmiusryhmä tekisi säännöksen mukaan myös esityksiä tarkoituksenmukaisesta voimavarojen kohdentamisesta hyvinvointialueiden välillä. Kuten edellä on todettu, sosiaali- ja terveysministeriön päätöksessä voimavaroja voitaisiin kohdentaa myös yhteistyöaluerajat ylittäen.

Pykälän 1 momentin 5 kohdan mukaan kansallisen valmiusryhmän tehtävänä olisi tarvittaessa tehdä ehdotuksia kansallisten voimavarojen kohdentamisesta hyvinvointialueille. Käytännössä kyse olisi voimavaroista, joiden kohdentaminen on lähtökohtaisesti jonkun valtion viranomaisen harkinnassa. Kansallinen valmiusryhmä tekisi näin ollen tähän kohtaan liittyviä ehdotuksia lähinnä toimivaltaisen valtion viranomaisen aloitteesta. Säännös voisi tulla sovellettavaksi esimerkiksi tilanteessa, jossa hyvinvointialueille jaettaisiin tarvikkeita valtion varmuusvarastoista. Kohdentamisessa tulisi huomioida kyseisen valtion viranomaisen mahdollisesti päättämät periaatteet voimavarojen kohdentamisessa. Periaatteet voisivat liittyä esimerkiksi voimavarojen kohdentamiseen asukasluvun suhteessa tai tarveperusteisesti eri alueiden objektiivisesti arvioitu tarve huomioon ottaen. Ehdotuksella varmistettaisiin esimerkiksi terveydenhuollon erityisosaamisen, ylikuormitustilanteessa potilaspaikkojen tasaamisen, kansallisesti hankittujen rokotteiden tai valtion varmuusvarastoissa olevien kansallisten materiaalien kohdentuminen tarkoituksenmukaisella tavalla hyvinvointialueille ja yhteistyöalueille. Tämä momentin kohta on tiiviissä yhteydessä momentin 4 kohdassa tarkoitettuun hyvinvointialueiden voimavarojen selvittämiseen ja siitä tehtäviin johtopäätöksiin.

Pykälän 1 momentin 6 kohdan mukaan valmiusryhmän tehtävänä olisi tehdä ehdotus yhdestä tai useammasta päätöksen toimeenpanosta vastaavasta hyvinvointialueesta. Kun valmiusryhmä ehdotustensa valmistelun yhteydessä olisi muutoinkin laajalti perillä kyseisen häiriötilanteen hoitamiseen liittyvistä seikoista, olisi luontevaa, että valmiusryhmä tekisi ehdotuksen myös päätöksen toimeenpanosta vastaavasta alueesta tai alueista.

Pykälän 2 momentin mukaan kansallisen valmiusryhmän puheenjohtajan ja varapuheenjohtajan tulisi olla sosiaali- ja terveysministeriön virkamiehiä. Pykälän 2 momentin 1 kohdan mukaan valmiusryhmään nimettäisiin yksi jäsen valtiovarainministeriöstä. Pykälän 2 momentin 2 kohdan mukaan valmiusryhmään nimettäisiin jäsen kultakin yliopistollista sairaalaa ylläpitävältä hyvinvointialueelta. Lisäksi valmiusryhmään kuuluisi 2 momentin 3 kohdan mukaan yksi jäsen Helsingin kaupungilta ja 4 kohdan mukaan yksi jäsen HUS-yhtymästä. Valmiusryhmään kuuluisi momentin 5 kohdan mukaan myös yksi jäsen muulta kuin yliopistollista sairaalaa ylläpitävältä hyvinvointialueelta. Olisi tarkoituksenmukaista, että muuta hyvinvointialuetta edustava jäsen vaihtuisi valmiusryhmän toimikausittain. Tämä on kuitenkin syytä jättää hyvinvointialueiden harkintaan eikä tästä tule erikseen säätää. Ehdotuksen mukaan valmiusryhmässä olisi puheenjohtajisto mukaan luettuna yhteensä 10 jäsentä.

Pykälän 3 momentin mukaan jokaiselle kansallisen valmiusryhmän jäsenelle nimettäisiin riittävä määrä henkilökohtaisia varajäseniä. Sääntelyn tarkoituksena on, että valmiusryhmän toimintaan osallistuisi yliopistollista sairaalaa ylläpitäviltä hyvinvointialueilta, Helsingin kaupungilta sekä HUS-yhtymästä se viranhaltija, joka alueella päätetyn sijaisketjun perusteella kulloinkin olisi 50 a §:n 2 ja 3 momentissa tarkoitettu viranhaltija. Näin ollen kaikki sijaiset tulisi asettamispäätöksessä nimetä varajäseniksi ja tarvittaessa muuttaa valmiusryhmän kokoonpanoa, kun toimivallan käyttöön oikeutetuissa viranhaltijoissa ja heidän sijaisissaan tapahtuu muutoksia. Ehdotuksella varmistettaisiin, että kaikki jäsentahot sekä kansallisen valmiusryhmän työskentelyn kannalta tarvittava osaaminen olisi kansallisen valmiusryhmän käytettävissä myös tilanteissa, joissa osa varsinaisiksi jäseniksi nimetyistä viranhaltijoista olisi estynyt.

Pykälän 3 momentin mukaan 2 momentin 2–4 kohdassa tarkoitettujen kansallisen valmiusryhmän jäsenten tulisi olla 50 a §:n 2 ja 3 momentissa tarkoitettuja viranhaltijoita. Ehdotuksella pyrittäisiin varmistamaan, että kansalliseen valmiusryhmään nimettävillä viranhaltijoilla olisi riittävästi tehtävän edellyttämää kokemusta ja asiantuntemusta, sekä riittävät toimivaltuudet sosiaali- ja terveydenhuollon häiriötilanteissa ja poikkeusoloissa. Kansallisen valmiusryhmän jäsenet nimettäisiin organisaatiokohtaisesti. Kansallisen valmiusryhmän tarkoituksena olisi koota yhteen paras mahdollinen kokemus ja laaja asiantuntemus sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän sekä valmiuden ja varautumisen saralta. Kansallisen valmiusryhmän jäsenet edistäisivät kansallista etua omalla asiantuntijuudellaan eivätkä edustaisi niinkään omaa aluettaan tai kotiorganisaatiotaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnonala on laaja ja häiriötilanteissa sekä poikkeusoloissa tulee kyetä arvioimaan tilanteen vaikutuksia ja tarvittavia toimenpiteitä koko hallinnonalalla. Covid19-pandemia osoitti, että niin erikoissairaanhoidon kuin perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon kysymykset tulee huomioida. Vastaavan kaltainen toimintamalli on todettu toimivaksi aiemmin, kun on pyritty tuomaan kansalliselle tasolle kattava edustus erilaisten sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuullisten tahojen näkökulmia varmistaen ryhmän toimintakyky häiriötilanteissa ja poikkeusoloissa.

Pykälän 3 momentin neljännen virkkeen mukaan kansallisen valmiusryhmän kokoonpanoon ei sovellettaisi naisten ja miesten tasa-arvosta annetun lain (609/1986) 4 a §:ää. Tämä johtuu ensinnäkin pykälän 2 momentin 2–4 kohtiin liittyvästä edellytyksestä, että valmiusryhmään tai sen varajäseneksi voitaisiin nimetä vain ehdotettavan 50 a §:n mukaisesti määräytyviä viranhaltijoita. Tämä tarkoittaisi ehdotettavan 50 a §:n mukaan, että vaihtoehtoina kultakin 2–4 kohdassa tarkoitettulta alueelta olisi käytännössä vain muutamia viranhaltijoita, joille on hallintosäännöissä annettu erityisiä toimivaltuuksia normaaliolojen häiriötilanteissa ja poikkeusoloissa. Lisäksi pykälän 3 momentin mukainen edellytys valmiusryhmän edustajien asiantuntemusta koskien, yhdessä 50 a §:n valittavissa olevien henkilöiden määräytymistä koskevan säännöksen kanssa, voisi olla joissain tapauksissa hankalaa yhteensovittaa naisten ja miesten tasa-arvosta annetun lain kiintiösäännöksen kanssa.

Pykälän 3 momentin viimeisen virkkeen mukaan kansallisen valmiusryhmän toimikauden aikana tapahtuvista valmiusryhmän kokoonpanon muutoksista päättäisi sosiaali- ja terveysministeriö. Kun valmiusryhmän toimikausi olisi enintään viisi vuotta, on oletettavaa, että kokoonpanon muutoksia tapahtuu tänä aikana lukuisia. Tällaisten muutosten päättämistä valtioneuvostossa ei voida pitää tarkoituksenmukaisena. Kokoonpanon muutoksista päättäminen ministeriössä on vakiintunut käytäntö esimerkiksi valtioneuvoston asettamien neuvottelukuntien osalta.

Kansallisen valmiusryhmän kokoontumisessa ei edellytettäisi fyysistä läsnäoloa, mikäli kokouksen tietoturvallisuudesta voidaan varmistua esimerkiksi julkisen hallinnon turvallisuusverkkotoiminnan keinoin. Tämä on kansallisen valmiusryhmän toiminnan kannalta välttämätöntä, sillä jäsenet olisivat viranhaltijoita, jotka vastaavat myös häiriötilanteen hoitamiseen liittyvistä toimista alueillaan. Lisäksi joissain tilanteissa kansallinen valmiusryhmä voitaisiin joutua kutsumaan kokoon erittäin lyhyellä varoitusaajalla. Etäosallistumisella pyrittäisiin varmistamaan, että kansallinen valmiusryhmä pystyisi kokoustamaan ja tekemään ehdotuksia myös poikkeuksellisen kiireellisessä aikataulussa ja erityisen merkittävässä häiriötilanteissa, joissa kaikkia kansallisen valmiusryhmän edustajia ei välttämättä olisi mahdollista saada lyhyellä varoitusaajalla fyysiseen kokoukseen.

Pykälän 4 momentin mukaan kansallinen valmiusryhmä tekisi yhteistyötä häiriötilanteen hoitamiseen liittyvien toimivaltaisten viranomaisten kanssa. Ehdotuksella turvattaisiin sujuva yhteistyö, yhteinen valmiussuunnittelu ja riskienarviointi sekä kahdensuuntainen, mutta

kansallisesti koordinoitu avun antaminen esimerkiksi kuntien, puolustusvoimien, Rajavartiolaitoksen, poliisin, pelastusviranomaisten, KELA:n ja muiden viranomaistoimijoiden välillä. Joissain tapauksissa kyseessä voisi olla myös muiden valtioiden toimivaltainen viranomainen, jonka kanssa olisi tarpeen tehdä valmiutta, varautumista tai normaaliolojen häiriötilanteeseen tai poikkeusoloihin liittyviä tehtäviä. Kansallinen valmiusryhmä voisi tehtäviensä hoitamisen tueksi kutsua pysyviä tai tilapäisiä asiantuntijoita. Säännöksessä olisi myös informatiivinen säännös siitä, että kansallisen valmiusryhmän tulisi mahdollisuuksien mukaan kuulla myös muita häiriötilanteeseen liittyviä toimijoita. Säännös kattaisi laajasti mahdolliset häiriötilanteen hoitamiseen liittyvät yksityisen ja kolmannen sektorin toimijat kuten Suomen Punaisen Ristin. Häiriötilanteiden hoitamisessa tulisi kuulla myös hyvinvointialueiden käyttämiä yksityisiä palveluntuottajia ja heidän edustajiaan.

51 §. *Varautuminen sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueella.* Sosiaali- ja terveydenhuollon valmiuskeskuksen tehtäviä koskevaan pykälän 2 momenttiin ehdotetaan lisättäväksi uusi 5 kohta, jonka mukaan valmiuskeskuksen tehtävänä olisi ohjata sosiaali- ja terveydenhuollon valmiussuunnittelua yhteistyöalueellaan 1 momentissa tarkoitettujen valtakunnallisten yhtenäisten perusteiden mukaisesti. Ehdotuksella vahvistettaisiin valmiuskeskuksen roolia sosiaali- ja terveydenhuollon valmiussuunnittelussa ja sen ohjauksessa. Käytännössä valmiuskeskukset ovat toteuttaneet nykyisen lainsäädännön mukaista yliopistollista sairaalaa ylläpitävän hyvinvointialueen ohjausvelvollisuutta valmiussuunnittelussa jo tällä hetkellä.

8 Lakia alemman asteinen sääntely

Ehdotettavaan lakiin sisältyy yksi asetuksenantovaltuus. Lain 50 b §:ssä säädettäisiin sosiaali- ja terveydenhuollon häiriötilanteiden ja poikkeusolojen kansallisesta johtamisesta. Pykälän 4 momentin mukaan valtioneuvoston asetuksella voitaisiin antaa tarkempia säännöksiä pykälän 1 momentissa tarkoitettua toiminnan johtamisesta, toiminnan muuttamisesta sekä voimavarojen kohdentamisesta aiheutuvien kustannusten jaosta hyvinvointialueiden välillä. Kun kunkin yhteistyöalueen sisällä tapahtuvaan voimavarojen kohdentamiseen liittyvästä kustannusten jaosta sovittaisiin hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksessa, nyt puheena olevan asetuksenantovaltuuden käyttöala olisi lähinnä tilanteet, joissa voimavaroja kohdennettaisiin yhteistyöaluerajat ylittäen sosiaali- ja terveysministeriön päätökseen perustuen.

9 Voimaantulo

Ehdotetaan, että laki tulee voimaan keväällä 2025.

Lakiin ehdotetaan eräitä siirtymäsäännöksiä.

Lain 50b §:ssä tarkoitettu sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen valmiusryhmä olisi asetettava kahden kuukauden kuluessa lain voimaantulosta. Koska hyvinvointialueilla olisi siirtymäsäännöksen perusteella yhdeksän kuukautta aikaa päivittää hallintosääntöjen määräykset, kansallinen valmiusryhmä voitaisiin ensimmäisellä kerralla asettaa siten, että kaikki nimettävät jäsenet eivät välttämättä olisi lain 50 a §:n 2 ja 3 momentissa tarkoitettulla tavalla hallintosäännössä määrättyjä viranhaltijoita.

Lakiehdotuksen 50 a § sisältää useita säännöksiä, jotka tulisi huomioida hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksissa kullakin sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueella erikseen. Siirtymäsäännöksen mukaan hyvinvointialueiden yhteistyösopimukset olisi saatettava tässä laissa säädetyin mukaisiksi viimeistään yhdeksän kuukauden kuluessa lain voimaantulosta.

Lakiehdotuksen useat säännökset johtavat siihen, että hyvinvointialueiden hallintosääntöjä on muutettava. Pääasiassa muutokset kohdentuvat yliopistollista sairaalaa ylläpitävien hyvinvointialueiden sekä HUS-yhtymän ja Helsingin kaupungin hallintosääntöihin. Myös muilla hyvinvointialueilla tulisi kuitenkin arvioida, tulisiko esimerkiksi 50 a §:ssä tarkoitetun toimivallan käyttöön liittyviä määräyksiä olla selvyiden vuoksi myös näiden alueiden hallintosäännöissä. Ehdotetun siirtymäsäännöksen mukaan kunkin hyvinvointialueen hallintosääntö olisi saatettava lakiehdotuksen mukaiseksi kuuden kuukauden kuluessa lain voimaantulosta.

10 Toimeenpano ja seuranta

Hyvinvointialueiden välinen yhteistyö on vuonna 2023 ja alkuvuonna 2024 tiivistynyt sote-järjestämislain mukaisten yhteistyösopimusten valmistelun tiimoilta. Yliopistollista sairaalaa ylläpitävien hyvinvointialueiden ja HUS-yhtymän keskinäinen yhteistyö valmiuden ja varautumisen tiimoilta on myös vahvistunut STM:n valmiusyksikön johdolla, valmiuskeskusten toiminnan käynnistyttyä 1.1.2023. Sosiaalihuollon ja perusterveydenhuollon osalta yhteistyötä ja osaamista valmiuden ja varautumisen tehtävissä pyritään vahvistamaan kansallisella ohjauksella vuoden 2024 aikana. Ehdotettujen muutosten toimeenpanoa voidaan valmistella vuoden 2024 lopulla ennen lain voimaantuloa, jolloin poikkeuksellisen lyhyet siirtymäajat ovat perusteltuja. STM:llä on runsaasti aiempaa kokemusta kansallisen tason johto- ja ohjausryhmätyöskentelystä. STM on valmiudessa käynnistämään sosiaali- ja terveydenhuollon varautumisen johtoryhmän työskentelyn välittömästi sen jälkeen kuin hyvinvointialueilla on tehty sen perustamiseen tarvittavat toimet. Ehdotetun lain säännösten toimivuutta tarkastellaan säännöllisesti, erityisesti vakavien kansallisten tai kansainvälisten sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyvien häiriötilanteiden tapahtuessa. Lisäksi säännösten toimivuutta arvioidaan valmiuslain kokonaisuudistuksen sekä osana kansallisen palvelureformin mukaista sosiaali- ja terveydenhuollon sisältölainsäädännön kehittämistyötä.

11 Suhde perustuslakiin ja säätämisjärjestys

Perustuslain 19 §:n 1 momentin mukaan jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Perustuslain 19 §:n 3 momentissa on julkiselle vallalle säädetty velvoite turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistää väestön terveyttä sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään. Säännöksellä on läheinen yhteys oikeutta elämään turvaavaan perustuslain 7 §:ään. Välttämättömällä toimeentulolla ja huolenpidolla tarkoitetaan sellaista tulotasoa ja palveluja, joilla turvataan ihmisarvoisen elämän edellytykset. Tällaiseen tukeen kuuluu esimerkiksi terveyden ja elinkyvyn säilyttämisen kannalta välttämättömän ravinnon ja asumisen järjestäminen. (HE 309/1993 vp, s. 46 ja 69). Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä säännös luo julkiselle vallalle velvoitteen turvata välttämättömät sosiaali- ja terveyspalvelut koko maassa myös häiriötilanteissa ja poikkeusoloissa. Nyt kyseessä olevan lakiehdotuksen tavoitteena on luoda tälle nykyistä paremmat edellytykset.

Ihmisoikeutena henkilön oikeus terveyteen ja hyvinvointiin sekä hänen oikeutensa saada sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja sisältyy myös useisiin Suomea sitoviin ihmisoikeussopimuksiin. Niistä keskeisimpiä on YK:n puitteissa solmittu taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskeva kansainvälinen sopimus (SopS 6/1976, TSS-sopimus). Sopimuksen 2 artiklan 1 kohdan mukaan jokainen sopimusvaltio sitoutuu ryhtymään toimenpiteisiin, jotta sopimuksen tavoitteet saavutetaan. Sopimuksen 4 artikla sisältää edellytykset, joiden nojalla sopimuksessa säädettyjä oikeuksia voidaan rajoittaa. Sopimusvaltio voi rajoittaa oikeuksia laissa säädetyllä tavalla, mutta vain siinä laajuudessa kuin se on sopusoinnussa oikeuksien luonteen kanssa sekä yksinomaan tavoitteena edistää yleistä

hyvinvointia demokraattisessa yhteiskunnassa. Vaikka jotain oikeutta rajoitetaan, oikeudesta seuraavia vähimmäisvelvoitteita on aina silti kunnioitettava. Sopimusvaltio ei voi missään olosuhteissa oikeuttaa vähimmäisvelvollisuuksiensa noudattamatta jättämistä, eikä velvoitteista voi poiketa.

Kansalaisoikeuksia ja poliittisia oikeuksia koskevan YK:n kansainvälisen yleissopimuksen (SopS 8/1976, KP-sopimus) 6 artiklan mukaan jokaisella ihmisellä on synnynnäinen oikeus elämään ja tämä oikeus on suojattava lailla. KP-sopimuksen noudattamista valvoo ihmisoikeuskomitea, joka laati vuonna 2019 yleisen suosituksen siitä, miten sopimuksessa ihmisoikeutena tunnustettua oikeutta elämään tulisi tulkita. Suosituksen mukaan oikeus elämään velvoittaa valtioita aktiivisesti ryhtymään asianmukaisiin toimenpiteisiin, joilla poistetaan sellaisia yhteiskunnan yleisiin olosuhteisiin liittyviä epäkohtia, joista voi aiheutua suora uhka elämälle tai jotka estävät henkilöitä arvokkuudella nauttimasta oikeudestaan elämään. Suosituksen mukaan tämä tarkoittaa, että valtioiden on huolehdittava siitä, että henkilöllä on mahdollisuus ilman viivytystä saada elämän kannalta välttämättömät tarvikkeet ja palvelut. Välttämättömillä palveluilla tarkoitetaan suosituksen mukaan muun muassa sellaisia välttämättömiä terveydenhuollon palveluja, joiden puutteellisuudesta voisi aiheutua vaaraa henkilön elämälle. (CCPR/C/GC/36, kohta 26.)

Euroopan neuvoston uudistetun Euroopan sosiaalisen peruskirjan (SopS 78–80/2002) I osan 11 kohdassa sopimusvaltiot ovat sitoutuneet tavoittelemaan olosuhteita, joissa jokaisella on oikeus käyttää hyväkseen kaikkia toimia, joiden avulla hän voi saavuttaa parhaan mahdollisen terveydentilan. Peruskirjan II osan 11 artiklassa vahvistetaan oikeus korkeimpaan mahdolliseen terveydentilaan sekä oikeus saada terveydenhuoltoa. Peruskirjan II osan 13 artiklassa määrätään oikeudesta sosiaaliavustukseen ja lääkinälliseen apuun. Peruskirjan 14 artikla koskee oikeutta sosiaalipalveluihin ja 16 ja 17 artikla perheen sekä lasten ja nuorten oikeuksia sosiaaliseen, oikeudelliseen ja taloudelliseen suojeluun.

Lisäksi esimerkiksi Suomea sitovassa YK:n lapsen oikeuksien yleissopimuksessa (SopS 59–60/1991) on tunnustettu ihmisoikeutena muun muassa oikeus parhaaseen mahdolliseen terveydentilaan ja sen turvaaviin terveyspalveluihin.

Hyvinvointialueiden yhteistyön vahvistamisella sekä häiriötilanteiden ja poikkeusolojen hallinnan johtovastuiden selkiyttämällä vastataan myös aiempaa paremmin kansainvälisten ihmisoikeussopimusten Suomelle asettamiin vaatimuksiin.

Perustuslain 22 § velvoittaa julkista valtaa turvaamaan perusoikeuksien käytännön toteutumisen. Sosiaali- ja terveydenhuollon osalta julkisella vallalla tarkoitetaan sekä valtiota että hyvinvointialueita. Julkisen vallan tulee aktiivisesti luoda tosiasialliset edellytykset perusoikeuksien toteuttamiseksi. Valtion tulee lainsäädäntötoimin, asianmukaisella rahoituksella ja voimavarojen kohdentamisella sekä toiminnan järjestämisellä huolehtia siitä, että riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut tulevat turvatuiksi. Toiminnan edellyttämä rahoitus ja voimavarat toteutetaan nyt pääosin valtion hyvinvointialueille myöntämällä yleiskatteellisella rahoituksella.

Esitys sisältää säännöksiä hyvinvointialueiden välisestä yhteistyöstä yhteistyöalueittain, yhteistyöalueiden välisestä yhteistyöstä sekä yhteistyöalueiden ja valtion välisestä yhteistyöstä. Yhteistyöllä varmistetaan se, että hyvinvointialueet pystyvät vastaamaan lakisääteisistä tehtävistään myös normaaliolojen häiriötilanteissa ja poikkeusoloissa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen laatua ja riittävyyttä tulee tarkastella koko perusoikeusjärjestelmän kannalta, kuten esimerkiksi yhdenvertaisuuden ja syrjinnän kiellon

näkökulmasta (HE 309/1993 vp, s. 71). Esityksessä ehdotetut säännökset turvaavat yhtenäiset toimintatavat koko maassa. Tällä tavoin parannetaan asukkaiden yhdenvertaisuutta alueellisesti ja turvataan välttämättömien ja kiireellisten palvelujen ja avun saanti myös poikkeuksellisissa olosuhteissa. Perustuslain 19 pykälän 3 momentin perusoikeuksien turvaamisen keinona on hyväksytty sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien työnjako ja kokoaminen suurempiin yksiköihin, mikäli se on tarpeen erityisosaamisen ja siten asiakasturvallisuuden ja palvelujen laadun varmistamiseksi. Alueellisesti yhdenmukainen sosiaali- ja terveydenhuollon häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautuminen edellyttää usean alan erityisosaamista, jotta valmiuteen ja varautumiseen liittyvä riittävä taito ja osaaminen voidaan saavuttaa ja ylläpitää. Tällä tavoin varmistetaan myös perustuslain 22 §:n edellyttämällä tavalla perusoikeuksien toteutuminen yhdenvertaisesti maan eri osissa.

Perustuslain 17 §:n mukaan suomi ja ruotsi ovat maamme kansalliskieliä ja säännöksellä turvataan kielellisten oikeuksien toteutuminen. Perustuslain 6 §:n mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä, eikä ketään saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan muun muassa kielen perusteella. Molemmat säännökset ilmentävät lainsäätäjän pyrkimystä varmistaa kansalliskielten tosiasiallinen yhdenvertaisuus. Tärkein kansalliskielten käyttöä koskeva laki on kielilaki mutta kielellisistä oikeuksista säädetään myös sote-järjestämislaissa sekä esimerkiksi terveydenhuoltolaissa, potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa sekä sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa. Ehdotettujen muutosten, joilla vahvistetaan hyvinvointialueiden välistä yhteistyötä ja voimavarojen tarkoituksenmukaista käyttöä tarvittaessa hyvinvointialueiden rajat ylittäen, voi olettaa edistävän myös kielellisiä oikeuksia ja eri kielivähemmistöjen ja -ryhmien yhdenvertaisuutta.

Perustuslain 121 §:n 1 momentin mukaan Suomi jakaantuu kuntiin, joiden hallinnon tulee perustua kunnan asukkaiden itsehallintoon. Perustuslain 121 §:n 2 momentin mukaan kunnille annettavista tehtävistä säädetään lailla. Itsehallinnosta kuntia suuremmilla hallintoalueilla säädetään perustuslain 121 §:n 4 momentin nojalla lailla. Hyvinvointialue on julkisoikeudellinen yhteisö, jolla on alueellaan itsehallinto siten kuin siitä hyvinvointialueissa säädetään. Perustuslakivaliokunta on korostanut kuntia suurempien alueiden itsehallinnon välttämättöminä peruselementteinä itsehallinnon kansanvaltaista perustaa ja siihen nojautuvaa demokraattista päätöksentekoa sekä maakunnan tehtävien ja hallinnon lakiperustaa (PeVL 17/2021 vp ja 26/2017 vp).

Suomi on ratifioinut Euroopan neuvoston paikallisen itsehallinnon peruskirjan (SopS 66/1991), jossa määritellään paikallisen itsehallinnon keskeiset ominaispiirteet. Peruskirjan 3 artiklan mukaan paikallinen itsehallinto tarkoittaa paikallisviranomaisten oikeutta ja kelpoisuutta säännellä ja hoitaa lain nojalla huomattavaa osaa julkisista asioista omalla vastuullaan ja paikallisen väestön etujen mukaisesti. Tätä oikeutta käyttävät valtuustot tai kokoukset, joiden jäsenet on valittu salaisessa äänestyksessä vapailla välittömällä vaaleilla, yhtäläisen ja yleisen äänioikeuden periaatteen mukaisesti, ja joilla voi olla niille vastuussa olevia toimeenpanevia elimiä.

Esitys sisältää säännöksiä, jotka ovat merkityksellisiä hyvinvointialueiden itsehallinnon ja Helsingin kaupungin osalta myös kunnallisen itsehallinnon kannalta. Hyvinvointialueiden itsehallinnon näkökulmasta merkityksellisiä ovat ehdotukseen sisältyvä hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksessa sovittava yhteistyö kunkin sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueen sisällä, sosiaali- ja terveydenhuollon kansallista valmiusryhmää koskeva sääntely sekä sosiaali- ja terveysministeriölle eräissä tilanteissa ehdotettava päätösvalta häiriötilanteiden ja poikkeusolojen kansallisessa johtamisessa.

Esityksessä ehdotetaan, että kunkin yhteistyöalueen hyvinvointialueet sopisivat sote-järjestämislain 36 §:ssä tarkoitetussa hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksessa valmiuteen ja varautumiseen liittyvistä asioista. Sopimuksessa sovittaisiin esimerkiksi toimintakäytännöistä, kuten yhteisistä valmiuden säätelyn tasoissa ja hälytysjärjestelyissä sekä esimerkiksi häiriötilanteen hoitamiseen liittyvistä järjestelyistä, kuten periaatteista voimavarojen kohdentamiselle hyvinvointialueiden välillä. Tietyissä tilanteissa yliopistollista sairaalaa ylläpitävän hyvinvointialueen hallintosäännössä määrätty viranhaltijat voisivat käyttää toimivaltaa alueen kaikkien hyvinvointialueiden puolesta siten kuin siitä olisi sovittu hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksessa ja määrätty alueen hyvinvointialueiden hallintosäännöissä.

Edellä kuvattujen ehdotusten taustalla olisivat siis yksittäisillä hyvinvointialueilla tehdyt ratkaisut, jotka on tehty itsehallinnon puitteissa. Hyvinvointialueen näkökulmasta ehdotuksia voidaan erityisesti voimavarojen kohdentamiseen ja toiminnan johtamiseen liittyvän toimivallan osalta pitää verraten merkittävänä hyvinvointialueen itsehallinnon näkökulmasta, koska ehdotettu menettely säädöspäätöksistä sopimisesta on tulkittavissa hyvinvointialueiden pakolliseksi yhteistoiminnaksi. Ehdotuksen lähtökohtana on kuitenkin otettu huomioon hyvinvointialueiden kansanvaltainen ohjaus siten, että toimivallan käyttö perustuu yhteistyösopimukseen ja osaltaan hallintosääntöihin, jotka hyväksytään yhteistyöalueen jokaisen hyvinvointialueen aluevaltuustossa. Koska yhteistyöalueen hyvinvointialueet sopisivat ensinnäkin niistä häiriötilanteista, joihin toimivallan käyttö voisi liittyä sekä toisaalta siitä kynnyksestä, jonka ylityttyä toimivaltaa voitaisiin käyttää, esityksessä ei ehdoteta esimerkiksi ulkoisesti arvioitavan välttämättömyys-edellytyksen täyttymistä toimivallan käytön perusteena. Koska eri yhteistyöalueiden hyvinvointialueet ovat erilaisia, asiasta on tarkoituksenmukaisempaa sopia hyvinvointialueiden kesken.

Ehdotettavalla sääntelyllä vahvistettaisiin samaan yhteistyöalueeseen kuuluvien hyvinvointialueiden toiminnan yhdenmukaisuutta sekä mahdollisuuksia tukeutua alueen toisten hyvinvointialueiden tukeen omien voimavarojen osoittautuessa normaaliolojen häiriötilanteissa ja poikkeusoloissa riittämättömiksi. Nyt esitettävällä lainsäädännöllä turvattaisiin hyvinvointialueiden asukkaiden sosiaali- ja terveyspalvelut myös normaalista poikkeavissa olosuhteissa ja lisättäisiin asukkaiden yhdenvertaisuutta varmistamalla kaikille yhteistyöalueen hyvinvointialueille yhtenäiset perusteet ja menettelyt häiriötilanteiden ja poikkeusolojen hoitamisessa.

Sosiaali- ja terveysministeriö voisi ehdotuksen mukaan tehdä normaaliolojen häiriötilanteissa ja poikkeusoloissa päätöksiä hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan johtamisesta ja toiminnan muuttamisesta sekä voimavarojen kohdentamisesta hyvinvointialueiden tai yhteistyöalueiden välillä, mikäli päättäminen on tarpeen voimavarojen tarkoituksenmukaisen käytön vuoksi, palvelujen järjestämisen turvaamiseksi taikka toiminnan yhteensovittamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön toimivalta laajenisi ehdotuksen myötä jonkin verran nykyisestä. Hyvinvointialueiden itsehallinnon näkökulmasta tätä ei kuitenkaan voi pitää oleellisesti pidemmälle menevänä puuttumisena hyvinvointialueiden itsehallintoon kuin mikä on mahdollista jo voimassa olevan sote-järjestämislain 51 §:n 6 momentin puitteissa. Mainitun lainkohdan nojalla kahta tai useampaa hyvinvointialuetta taikka HUS-yhtymää ja yhtä tai useampaa hyvinvointialuetta koskevassa häiriötilanteessa sosiaali- ja terveysministeriö voi määrätä yhden kyseisistä hyvinvointialueista tai HUS-yhtymän häiriötilanteen koskiessa sitä johtamaan ja koordinoimaan tilannetta sosiaali- ja terveydenhuollossa, ja erityisen merkittävässä häiriötilanteissa sosiaali- ja terveysministeriö voi ottaa sosiaali- ja terveydenhuollon johto- ja koordinaatiovastuun itselleen.

Itsehallinnosta kuntia suuremmilla hallintoalueilla säädetään perustuslain 121 §:n 4 momentin nojalla lailla. Säännöksellä on ilmaistu mahdollisuus järjestää kuntia suurempia itsehallintoalueita itsehallinnon periaatteiden mukaisesti (HE 1/1998 vp, s. 176/II). Perustuslakivaliokunta on todennut perustuslain 121 §:n 1 momentin muodostavan yhdessä perustuslain 121 §:n 4 momentin kanssa kokonaisuuden (PeVL 17/2021 vp s. 6, PeVL 20/2013 vp, s. 9/II). Kuitenkaan perustuslain 121 §:n 4 momentista tai sen esitöistä ei perustuslakivaliokunnan näkemyksen mukaan ollut luettavissa samanlaisia vaatimuksia tuolloin käsitellyssä olleen lakiesityksen tarkoittamien maakuntien itsehallinnolle kuin perustuslain 121 §:n 1—3 momentista kunnan asukkaiden itsehallinnolle (PeVL 17/2021 vp s. 6, PeVL 26/2017 vp, s. 20). Perustuslainsäätäjän ei perustuslakivaliokunnan mukaan voida katsoa tarkoittaneen kuntaa suurempien alueiden itsehallinnon olevan samanlaista kuin kunnan asukkaiden itsehallinto, jolla on pitkät historialliset perinteet ja nimenomaisesti säädetyt erityiset valtiosääntöoikeudelliset takeet (PeVL 17/2021 vp s. 6, PeVL 26/2017 vp, s. 20).

Euroopan neuvoston paikallisen itsehallinnon peruskirjan 4 artiklan 3 kohdan mukaan julkisista tehtävistä tulee yleensä ensisijaisesti huolehtia kansalaista lähinnä olevien viranomaisten. Annettaessa jokin tehtävä muulle viranomaiselle on otettava huomioon tehtävän laajuus ja luonne sekä tehokkuus- ja taloudellisuusvaatimukset. Paikallisviranomaisten toimivaltuuksien tulee yleensä olla täydellisiä ja rajoittamattomia. Keskus- tai aluehallintoviranomainen ei saa heikentää tai rajoittaa niitä, ellei laissa toisin säädetä. Nyt ehdotettavalla lailla sosiaali- ja terveysministeriölle annettaisiin tietyissä tilanteissa oikeus ottaa johtovastuu kansallisesti sosiaali- ja terveydenhuollon häiriötilanteissa ja poikkeusoloissa. Kyseessä olisivat tilanteet, joissa tehtävän laajuus ja luonne huomioon ottaen voitaisiin arvioida, että sosiaali- ja terveyspalvelujen toiminnan turvaaminen vaatii ministeriön kansallisen tason päätöksentekoa.

Nyt ehdotettava lainsäädäntö ei mahdollista laissa säädettyistä tehtävien hoitamista koskevista vaatimuksista poikkeamista normaaliolojen häiriötilanteissa. Nyt esitettäviä normaalista toimivallasta poikkeamisen mahdollistavia säännöksiä voidaan normaaliolojen häiriötilanteissa soveltaa siis vain niissä rajoissa, joita kulloinkin voimassa oleva tehtäväkohtainen lainsäädäntö mahdollistaa. Asiakkailta ja potilailta olisi toisin sanoen oikeus palvelujen saantiin normaalilla tavalla, ja palvelujen järjestämisessä noudatettaisiin esimerkiksi niiden antamista koskien säädettyjä enimmäisaikoja. Yksittäisten toimintayksiköiden toimintaa ei myöskään voitaisi määrätä laajennettavaksi tai muuten muutettavaksi. Nyt ehdotettavilla toimivaltasäännöksillä ei olisi myöskään vaikutuksia sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden palvelussuhteen ehtoihin. Ehdotettavat säännökset eivät sen vuoksi ole ristiriidassa perustuslain 19 §:n 3 momentissa säädetyn julkisen vallan velvoitteen kanssa. Eri asia on, että poikkeusoloissa voidaan ottaa käyttöön valmiuslakiin sisältyviä toimivaltuuksia, joiden nojalla voidaan puuttua palvelujen sisältöön ja niiden järjestämistapaan.

Ehdotettavilla säännöksillä on merkitystä myös hyvinvointialueiden sekä Helsingin kaupungin toiminnan rahoituksen ja rahoitusperiaatteen kannalta. Esitys on rakennettu siten, että tilanteissa, joissa voimavaroja siirtyy hyvinvointialueiden välillä, myös tähän liittyvästä kustannusten jaosta on tullut sopia hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksessa. Esitetty menettely ei siis aiheuttaisi hyvinvointialueille taloudellisia menetyksiä.

Ihmisten sosiaaliset oikeudet ja oikeus terveyteen ja elämään on turvattu perusoikeutena sekä Suomen perustuslaissa, että useissa kansainvälisissä ihmisoikeussopimuksissa. Erilaisissa normaaliaikojen häiriötilanteissa ja erityisesti poikkeusoloissa nämä oikeudet ovat vaarassa jäädä toteutumatta.

Arvioitaessa esitettävän sääntelyn suhdetta perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaiseen julkisen vallan velvollisuuteen turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja 120 §:n 4

momentin nojalla säädettyyn hyvinvointialueiden itsehallintoon, on katsottava, että julkisen vallan velvoite suojata ihmisten keskeisimpiä perusoikeuksia on velvoite, jonka toteuttamiseksi voidaan rajoittaa paikallista itsehallintoa. Päätöksentekovallan siirto sosiaali- ja terveysministeriölle olisi esityksen mukaan tilapäistä ja liittyisi erityisiin olosuhteisiin, joissa on varmistettava sosiaali- ja terveydenhuollon toiminta kansallisella tasolla. Ministeriön toimivalta olisi laissa myös ajallisesti rajattu.

Edellä mainituilla perusteilla katsotaan, että lakiehdotukset voidaan käsitellä tavallisessa lainsäätämisyksikössä. Koska esityksessä on erityisesti hyvinvointialueiden yhteistoiminnan (50 a §) sekä ministeriön hyvinvointialueisiin kohdistuvan ohjauksen (50 b ja c §:t) osalta osin kyse uuden tyyppisestä sääntelystä suhteessa hyvinvointialueiden itsehallintoon (PL 121 §), hallitus pitää kuitenkin tarpeellisena, että asiasta pyydetään perustuslakivaliokunnan lausunto.

Ponsi

Edellä esitetyn perusteella annetaan eduskunnan hyväksyttäväksi seuraava lakiehdotus:

Laki

sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain (612/2021) 36 §:n 3 momentin 10 kohta, 37 §:n 2 momentti, 38 §:n 2 momentti ja 51 §:n 2 momentin 4 kohta sekä *lisätään* lakiin uusi 50 a—50 c § ja 51 §:n 2 momenttiin uusi 5 kohta seuraavasti:

36 §

Hyvinvointialueiden yhteistyösopimus

Yhteistyösopimuksessa on sovittava, ottaen huomioon, mitä niistä on tässä laissa ja toisaalla säädetty, hyvinvointialueiden työnjaosta, yhteistyöstä ja yhteensovittamisesta:

10) häiriötilanteisiin ja poikkeusoloihin varautumisessa, 50 a §:ssä tarkoitetussa häiriötilanteiden ja poikkeusolojen hallinnassa sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueella sekä 51 §:ssä tarkoitetun valmiuskeskuksen toiminnan järjestämisestä;

37 §

Yhteistyösopimuksen valmistelu ja toteutumisen seuranta

Yhteistyösopimusta valmisteltaessa hyvinvointialueiden on kuultava sosiaali- ja terveysalan koulutusta antavia korkeakouluja sovittaessa 36 §:n 3 momentin 7 kohdan perusteella koulutus-, tutkimus- ja innovaatiotoiminnasta. Yhteistyösopimus valmistellaan mainitun momentin 10 kohdassa tarkoitettujen valmiuden ja varautumisen tehtävien osalta yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön kanssa. Tätä tehtävää varten sosiaali- ja terveysministeriöllä on oikeus saada salassapitosäännösten estämättä yhteistyöalueen hyvinvointialueilta yhteistyösopimuksen valmistelua varten tarvittavat tiedot. Luovutettavat tiedot eivät saa sisältää henkilötietoja.

38 §

Valtioneuvoston toimivalta päättää hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksesta

Valtioneuvoston päätös valmistellaan sosiaali- ja terveysministeriössä. Valmistelun yhteydessä ministeriön on kuultava niitä hyvinvointialueita, joita päätös koskee. Ministeriöllä on salassapitosäännösten estämättä oikeus saada hyvinvointialueilta valtioneuvoston päätöksen valmistelua varten tarvitsemansa tiedot. Luovutettavat tiedot eivät saa sisältää henkilötietoja.

50 a §

Häiriötilanteiden ja poikkeusolojen hallinta sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueella

Edellä 36 §:ssä tarkoitetussa hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksessa on sovittava:

1) yhteistyöalueen hyvinvointialueiden yhteisistä perusteista valmiuden säätelyn tasoissa ja hälytysjärjestelyissä sekä niihin liittyvissä menettelyissä;

2) menettelyistä eri valmiuden säätelyn tasoilla;

3) yliopistollista sairaalaa ylläpitävän hyvinvointialueen, HUS-yhtymän ja Helsingin kaupungin muulle yhteistyöalueen hyvinvointialueelle järjestämästä tuesta ja ohjauksesta sellaisissa häiriötilanteissa, joiden hoitamiseen yksittäisen hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon voimavarat eivät riitä;

4) periaatteista, joilla 2 kohdassa määritettyjä menettelyjä voidaan ottaa käyttöön tai päättää niiden käytöstä yliopistollista sairaalaa ylläpitävän hyvinvointialueen, HUS-yhtymän tai Helsingin kaupungin toimesta;

5) yliopistollista sairaalaa ylläpitävän hyvinvointialueen, HUS-yhtymän ja Helsingin kaupungin oikeudesta johtaa yhteistyöalueeseen kuuluvan yhden tai useamman hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon häiriötilanteen hoitamiseen liittyvää toimintaa sekä kohdentaa sosiaali- ja terveydenhuollon voimavaroja yhteistyöalueen hyvinvointialueiden välillä;

6) periaatteista, joilla yhteistyöalueen muut hyvinvointialueet voivat tukea yliopistollista sairaalaa ylläpitävää hyvinvointialuetta, HUS-yhtymää tai Helsingin kaupunkia sellaisissa häiriötilanteissa, joiden hoitamiseen näiden omat sosiaali- ja terveydenhuollon voimavarat eivät riitä;

7) periaatteista, joilla yhteistyöalueen hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon voimavaroja voidaan käyttää toisella yhteistyöalueella;

8) periaatteista, joilla yhteistyöalueen hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon voimavaroja voidaan käyttää kansallisesti valtion viranomaisen kanssa sovittavalla tavalla.

Yliopistollista sairaalaa ylläpitävän hyvinvointialueen hallintosäännössä määrätty viranhaltija päättää 1 momentin 3–6 kohdassa tarkoitettujen toimenpiteiden käyttämisestä, jos se on tarpeen häiriötilanteen laajuuden, kiireellisyyden tai muun vastaavan syyn takia. Toimenpiteiden käynnistyminen ja niissä tapahtuvat olennaiset muutokset on tällöin viipymättä saatettava kaikkien yhteistyöalueen hyvinvointialueiden aluehallitusten tietoon. Yhteistyösopimuksessa on sovittava menettelytavoista, joilla tieto toimenpiteiden käytöstä annetaan aluehallituksille.

Sillä yhteistyöalueella, johon kuuluu HUS-yhtymä:

1) 2 momentissa tarkoitettuna viranhaltijana toimii HUS-yhtymän hallintosäännössä määrätty viranhaltija siltä osin kuin HUS-yhtymä järjestää terveydenhuoltoa;

2) muussa kuin 1 kohdassa tarkoitetussa tilanteessa 2 momentissa tarkoitettuna viranhaltijana toimii Helsingin kaupungin hallintosäännössä määrätty viranhaltija.

50 b §

Sosiaali- ja terveydenhuollon häiriötilanteiden ja poikkeusolojen kansallinen johtaminen

Sosiaali- ja terveysministeriö päättää normaaliolojen häiriötilanteissa ja poikkeusoloissa hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan johtamisesta ja toiminnan muuttamisesta sekä voimavarojen kohdentamisesta hyvinvointialueiden tai yhteistyöalueiden välillä, jos päättäminen on tarpeen voimavarojen tarkoituksenmukaisen käytön vuoksi, palvelujen järjestämisen turvaamiseksi taikka toiminnan yhteensovittamiseksi. Ministeriö päättää myös kansainvälisessä yhteistyössä sovittujen toimialan kannalta keskeisten voimavarojen kohdentamisesta hyvinvointialueiden tai yhteistyöalueiden välillä.

Ministeriön päätös on normaaliolojen häiriötilanteessa voimassa enintään kolme kuukautta kerrallaan ja poikkeusoloissa enintään poikkeusolojen keston ajan. Päätöksen toimeenpano osoitetaan päätöksessä yhden tai useamman hyvinvointialueen tehtäväksi. Jos ministeriön tekemän häiriötilanteen hoitamiseen liittyvän päätöksen kanssa on samanaikaisesti voimassa hyvinvointialueen samaan asiaan kohdistuva päätös, joka on ristiriidassa ministeriön tekemän päätöksen kanssa, sovelletaan ministeriön tekemää päätöstä.

Sosiaali- ja terveysministeriö voi päättää 1 momentissa tarkoitetuista asioista ilman 50 c §:ssä tarkoitettua valmistelua, jos se on välttämätöntä häiriötilanteen hoitamisen kiireellisyydestä, häiriötilanteen laadusta tai laajuudesta taikka muusta näihin rinnastuvasta syystä johtuen.

Valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkempia säännöksiä 1 momentissa tarkoitettua toiminnan johtamisesta, toiminnan muuttamisesta sekä voimavarojen kohdentamisesta aiheutuvien kustannusten jaosta hyvinvointialueiden välillä. Valtion korvauksesta poikkeuksellisten häiriötilanteiden hoitamiseen säädetään 52 §:ssä.

50 c §

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen valmiusryhmä

Valtioneuvosto asettaa sosiaali- ja terveysministeriön esityksestä 50 b §:n 1 momentissa tarkoitettujen päätösten valmistelua varten enintään viideksi vuodeksi kerrallaan sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen valmiusryhmän. Valmiusryhmän tehtävänä on:

- 1) arvioida tarvetta ja yleisiä edellytyksiä 50 b §:n 1 momentissa tarkoitettulle päätöksenteolle;
- 2) tehdä esityksiä 50 b §:n 1 momentissa tarkoitettujen päätösten muuttamisesta, jatkamisesta ja kumoamisesta;
- 3) tehdä esityksiä häiriötilanteiden hoitamiseksi tarpeellisista toiminnan muutoksista ja muista toimenpiteistä;
- 4) selvittää ja tehdä esityksiä häiriötilanteen hoitamiseen liittyvien voimavarojen kohdentamisesta hyvinvointialueiden välillä;
- 5) tehdä tarvittaessa ehdotuksia kansallisten voimavarojen kohdentamisesta hyvinvointialueiden välillä; sekä
- 6) tehdä ehdotus yhdestä tai useammasta päätöksen toimeenpanosta vastaavasta hyvinvointialueesta.

Valmiusryhmän puheenjohtajan ja varapuheenjohtajan tulee olla sosiaali- ja terveysministeriön virkamiehiä. Valmiusryhmään nimetään muita jäseniä seuraavasti:

- 1) yksi edustaja valtiovarainministeriöstä;
- 2) yksi edustaja kultakin yliopistollista sairaalaa ylläpitävältä hyvinvointialueelta;
- 3) yksi edustaja Helsingin kaupungilta;
- 4) yksi edustaja HUS-yhtymästä;
- 5) yksi edustaja muulta kuin 2 kohdassa tarkoitettulta hyvinvointialueelta.

Valmiusryhmän jäsenelle nimetään riittävä määrä henkilökohtaisia varajäseniä. Edellä 2 momentin 2—4 kohdassa tarkoitettujen valmiusryhmän jäsenten varajäsenineen tulee olla 50 a §:n 2 ja 3 momentissa tarkoitettuja viranhaltijoita. Valmiusryhmän kokoonpanossa tulee mahdollisuuksien mukaan ottaa huomioon sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen ja palvelujärjestelmän sekä sosiaali- ja terveydenhuollon valmiuden ja varautumisen asiantuntemus. Valmiusryhmän kokoonpanoon ei sovelleta naisten ja miesten tasa-arvosta annetun lain (609/1986) 4 a §:ää. Valmiusryhmän kokoonpanon muutoksista valmiusryhmän toimikauden aikana päättää sosiaali- ja terveysministeriö.

Valmiusryhmä tekee yhteistyötä häiriötilanteen hoitamiseen liittyvien toimivaltaisten viranomaisten kanssa. Valmiusryhmä voi kutsua pysyviä tai tilapäisiä asiantuntijoita ja kuulla muita häiriötilanteen hoitamiseen liittyviä tahoja ja asiantuntijoita.

Varautuminen sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueella

Yliopistollista sairaalaa ylläpitävällä hyvinvointialueella ja HUS-yhtymässä tulee yhteistyöalueen tilannekuvan luomista ja ylläpitämistä varten olla sosiaali- ja terveydenhuollon valmiuskeskus. Sosiaali- ja terveydenhuollon valmiuskeskuksen tehtävänä on yhteistyöalueellaan:

- 4) jakaa salassapitosäännösten estämättä muille sosiaali- ja terveydenhuollon valmiuskeskuksille ja sosiaali- ja terveysministeriölle 1 ja 2 kohdassa tarkoitetut tilannekuvatiedot valtakunnallisen tilannekuvan luomiseksi;
- 5) ohjata sosiaali- ja terveydenhuollon valmiussuunnittelua valtakunnallisten yhtenäisten periaatteiden mukaisesti.

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 .

Lain 50 b §:ssä tarkoitettu sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen valmiusryhmä on asetettava kahden kuukauden kuluessa lain voimaantulosta. Ensimmäistä kertaa asettaessa valmiusryhmään voidaan valita myös muita viranhaltijoita kuin 50 a §:n 2 ja 3 momentissa tarkoitettulla tavalla hallintosäännössä määrättyjä viranhaltijoita.

Hyvinvointialueiden yhteistyösopimukset ja hyvinvointialueen hallintosääntö on saatettava tässä laissa säädetyn mukaiseksi yhdeksän kuukauden kuluessa lain voimaantulosta.

Helsingissä 19.12.2024

Pääministeri

Petteri Orpo

Sosiaaliturvaministeri Sanni Grahn-Laasonen

Laki

sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain (612/2021) 36 §:n 3 momentin 10 kohta, 37 §:n 2 momentti, 38 §:n 2 momentti ja 51 §:n 2 momentin 4 kohta sekä *lisätään* lakiin uusi 50 a—50 c § ja 51 §:n 2 momenttiin uusi 5 kohta seuraavasti:

Voimassa oleva laki

Ehdotus

36 §

Hyvinvointialueiden yhteistyösopimus

Yhteistyösopimuksessa on sovittava, ottaen huomioon, mitä niistä on tässä laissa ja toisaalla säädetty, hyvinvointialueiden työnjaosta, yhteistyöstä ja yhteensovittamisesta:

10) häiriötilanteisiin ja poikkeusoloihin varautumisessa sekä 51 §:n 2 momentissa tarkoitetun valmiuskeskuksen toiminnan järjestämisestä;

36 §

Hyvinvointialueiden yhteistyösopimus

Yhteistyösopimuksessa on sovittava, ottaen huomioon, mitä niistä on tässä laissa ja toisaalla säädetty, hyvinvointialueiden työnjaosta, yhteistyöstä ja yhteensovittamisesta:

10) häiriötilanteisiin ja poikkeusoloihin varautumisessa, 50 a §:ssä tarkoitetussa häiriötilanteiden ja poikkeusolojen hallinnassa sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueella sekä 51 §:ssä tarkoitetun valmiuskeskuksen toiminnan järjestämisestä;

37 §

Yhteistyösopimuksen valmistelu ja toteutumisen seuranta

Yhteistyösopimusta valmisteltaessa hyvinvointialueiden on kuultava sosiaali- ja terveysalan koulutusta antavia korkeakouluja sovittaessa 36 §:n 3 momentin 7 kohdan perusteella koulutus-, tutkimus- ja innovaatiotoiminnasta. Yhteistyösopimus valmistellaan 36 §:n 3 momentin 10 kohdassa tarkoitettujen valmiuden ja varautumisen

37 §

Yhteistyösopimuksen valmistelu ja toteutumisen seuranta

Yhteistyösopimusta valmisteltaessa hyvinvointialueiden on kuultava sosiaali- ja terveysalan koulutusta antavia korkeakouluja sovittaessa 36 §:n 3 momentin 7 kohdan perusteella koulutus-, tutkimus- ja innovaatiotoiminnasta. Yhteistyösopimus valmistellaan *mainitun* momentin 10 kohdassa tarkoitettujen valmiuden ja

Voimassa oleva laki

Ehdotus

tehtävien osalta yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön kanssa.

varautumisen tehtävien osalta yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön kanssa. Tätä tehtävää varten sosiaali- ja terveysministeriöllä on oikeus saada salassapitosäännösten estämättä yhteistyöalueen hyvinvointialueilta yhteistyösopimuksen valmistelua varten tarvittavat tiedot. Luovutettavat tiedot eivät saa sisältää henkilötietoja.

38 §

38 §

*Valtioneuvoston toimivalta päättää
hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksesta*

*Valtioneuvoston toimivalta päättää
hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksesta*

Valtioneuvoston päätös valmistellaan sosiaali- ja terveysministeriössä. Valmistelun yhteydessä ministeriön on kuultava niitä hyvinvointialueita, joita päätös koskee.

Valtioneuvoston päätös valmistellaan sosiaali- ja terveysministeriössä. Valmistelun yhteydessä ministeriön on kuultava niitä hyvinvointialueita, joita päätös koskee. Ministeriöllä on salassapitosäännösten estämättä oikeus saada hyvinvointialueilta valtioneuvoston päätöksen valmistelua varten tarvitsemansa tiedot. Luovutettavat tiedot eivät saa sisältää henkilötietoja.

(uusi)

50 a §

***Häiriötilanteiden ja poikkeusolojen hallinta
sosiaali- ja terveydenhuollon
yhteistyöalueella***

Edellä 36 §:ssä tarkoitetussa hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksessa on sovittava:

1) yhteistyöalueen hyvinvointialueiden yhteisistä perusteista valmiuden säätelyn tasoissa ja hälytysjärjestelyissä sekä niihin liittyvissä menettelyissä;

2) menettelyistä eri valmiuden säätelyn tasoilla;

3) yliopistollista sairaalaa ylläpitävän hyvinvointialueen, HUS-yhtymän ja Helsingin kaupungin muulle yhteistyöalueen hyvinvointialueelle järjestämästä tuesta ja ohjauksesta sellaisissa häiriötilanteissa, joiden hoitamiseen yksittäisen

hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon voimavarat eivät riitä;

4) periaatteista, joilla 2 kohdassa määritettyjä menettelyjä voidaan ottaa käyttöön tai päättää niiden käytöstä yliopistollista sairaalaa ylläpitävän hyvinvointialueen, HUS-yhtymän tai Helsingin kaupungin toimesta;

5) yliopistollista sairaalaa ylläpitävän hyvinvointialueen, HUS-yhtymän ja Helsingin kaupungin oikeudesta johtaa yhteistyöalueeseen kuuluvan yhden tai useamman hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon häiriötilanteen hoitamiseen liittyvää toimintaa sekä kohdentaa sosiaali- ja terveydenhuollon voimavaroja yhteistyöalueen hyvinvointialueiden välillä;

6) periaatteista, joilla yhteistyöalueen muut hyvinvointialueet voivat tukea yliopistollista sairaalaa ylläpitävää hyvinvointialuetta, HUS-yhtymää tai Helsingin kaupunkia sellaisissa häiriötilanteissa, joiden hoitamiseen näiden omat sosiaali- ja terveydenhuollon voimavarat eivät riitä;

7) periaatteista, joilla yhteistyöalueen hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon voimavaroja voidaan käyttää toisella yhteistyöalueella;

8) periaatteista, joilla yhteistyöalueen hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon voimavaroja voidaan käyttää kansallisesti valtion viranomaisen kanssa sovittavalla tavalla.

Yliopistollista sairaalaa ylläpitävän hyvinvointialueen hallintosäännössä määrätty viranhaltija päättää 1 momentin 3–6 kohdassa tarkoitettujen toimenpiteiden käyttämisestä, jos se on tarpeen häiriötilanteen laajuuden, kiireellisyyden tai muun vastaavan syyn takia. Toimenpiteiden käynnistyminen ja niissä tapahtuvat olennaiset muutokset on tällöin viipymättä saatettava kaikkien yhteistyöalueen hyvinvointialueiden aluehallitusten tietoon. Yhteistyösopimuksessa on sovittava menettelytavoista, joilla tieto toimenpiteiden käytöstä annetaan aluehallituksille.

Sillä yhteistyöalueella, johon kuuluu HUS-yhtymä:

Voimassa oleva laki

Ehdotus

1) 2 momentissa tarkoitettuna viranhaltijana toimii HUS-yhtymän hallintosäännössä määrätty viranhaltija siltä osin kuin HUS-yhtymä järjestää terveydenhuoltoa;

2) muussa kuin 1 kohdassa tarkoitetussa tilanteessa 2 momentissa tarkoitettuna viranhaltijana toimii Helsingin kaupungin hallintosäännössä määrätty viranhaltija.

(uusi)

50 b §

Sosiaali- ja terveydenhuollon häiriötilanteiden ja poikkeusolojen kansallinen johtaminen

Sosiaali- ja terveysministeriö päättää normaaliolojen häiriötilanteissa ja poikkeusoloissa hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan johtamisesta ja toiminnan muuttamisesta sekä voimavarojen kohdentamisesta hyvinvointialueiden tai yhteistyöalueiden välillä, jos päättäminen on tarpeen voimavarojen tarkoituksenmukaisen käytön vuoksi, palvelujen järjestämisen turvaamiseksi taikka toiminnan yhteensovittamiseksi. Ministeriö päättää myös kansainvälisessä yhteistyössä sovittujen toimialan kannalta keskeisten voimavarojen kohdentamisesta hyvinvointialueiden tai yhteistyöalueiden välillä.

Ministeriön päätös on normaaliolojen häiriötilanteessa voimassa enintään kolme kuukautta kerrallaan ja poikkeusoloissa enintään poikkeusolojen keston ajan. Päätöksen toimeenpano osoitetaan päätöksessä yhden tai useamman hyvinvointialueen tehtäväksi. Jos ministeriön tekemän häiriötilanteen hoitamiseen liittyvän päätöksen kanssa on samanaikaisesti voimassa hyvinvointialueen samaan asiaan kohdistuva päätös, joka on ristiriidassa ministeriön tekemän päätöksen kanssa, sovelletaan ministeriön tekemää päätöstä.

Sosiaali- ja terveysministeriö voi päättää 1 momentissa tarkoitetuista asioista ilman 50 c §:ssä tarkoitettua valmistelua, jos se on välttämätöntä häiriötilanteen hoitamisen

kiireellisyydestä, häiriötilanteen laadusta tai laajuudesta taikka muusta näihin rinnastuvasta syystä johtuen.

Valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkempia säännöksiä 1 momentissa tarkoitettusta toiminnan johtamisesta, toiminnan muuttamisesta sekä voimavarojen kohdentamisesta aiheutuvien kustannusten jaosta hyvinvointialueiden välillä. Valtion korvauksesta poikkeuksellisten häiriötilanteiden hoitamiseen säädetään 52 §:ssä.

(uusi)

50 c §

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen valmiusryhmä

Valtioneuvosto asettaa sosiaali- ja terveysministeriön esityksestä 50 b §:n 1 momentissa tarkoitettujen päätösten valmistelua varten enintään viideksi vuodeksi kerrallaan sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen valmiusryhmän. Valmiusryhmän tehtävänä on:

1) arvioida tarvetta ja yleisiä edellytyksiä 50 b §:n 1 momentissa tarkoitettulle päätöksenteolle;

2) tehdä esityksiä 50 b §:n 1 momentissa tarkoitettujen päätösten muuttamisesta, jatkamisesta ja kumoamisesta;

3) tehdä esityksiä häiriötilanteiden hoitamiseksi tarpeellisista toiminnan muutoksista ja muista toimenpiteistä;

4) selvittää ja tehdä esityksiä häiriötilanteen hoitamiseen liittyvien voimavarojen kohdentamisesta hyvinvointialueiden välillä;

5) tehdä tarvittaessa ehdotuksia kansallisten voimavarojen kohdentamisesta hyvinvointialueiden välillä; sekä

6) tehdä ehdotus yhdestä tai useammasta päätöksen toimeenpanosta vastaavasta hyvinvointialueesta.

Valmiusryhmän puheenjohtajan ja varapuheenjohtajan tulee olla sosiaali- ja terveysministeriön virkamiehiä. Valmiusryhmään nimetään muita jäseniä seuraavasti:

- 1) yksi edustaja valtiovarainministeriöstä;
- 2) yksi edustaja kultakin yliopistollista sairaalaa ylläpitävältä hyvinvointialueelta;
- 3) yksi edustaja Helsingin kaupungilta;
- 4) yksi edustaja HUS-yhtymästä;
- 5) yksi edustaja muulta kuin 2 kohdassa tarkoitettulta hyvinvointialueelta.

Valmiusryhmän jäsenelle nimetään riittävä määrä henkilökohtaisia varajäseniä. Edellä 2 momentin 2—4 kohdassa tarkoitettujen valmiusryhmän jäsenten varajäsenineen tulee olla 50 a §:n 2 ja 3 momentissa tarkoitettuja viranhaltijoita.

Valmiusryhmän kokoonpanossa tulee mahdollisuuksien mukaan ottaa huomioon sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen ja palvelujärjestelmän sekä sosiaali- ja terveydenhuollon valmiuden ja varautumisen asiantuntemus.

Valmiusryhmän kokoonpanoon ei sovelleta naisten ja miesten tasa-arvosta annetun lain (609/1986) 4 a §:ää. Valmiusryhmän kokoonpanon muutoksista valmiusryhmän toimikauden aikana päättää sosiaali- ja terveysministeriö.

Valmiusryhmä tekee yhteistyötä häiriötilanteen hoitamiseen liittyvien toimivaltaisten viranomaisten kanssa. Valmiusryhmä voi kutsua pysyviä tai tilapäisiä asiantuntijoita ja kuulla muita häiriötilanteen hoitamiseen liittyviä tahoja ja asiantuntijoita.

51 §

Varautuminen sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueella

Yliopistollista sairaalaa ylläpitävällä hyvinvointialueella ja HUS-yhtymässä tulee yhteistyöalueen tilannekuvan luomista ja ylläpitämistä varten olla sosiaali- ja terveydenhuollon valmiuskeskus. Sosiaali- ja terveydenhuollon valmiuskeskuksen tehtävänä on yhteistyöalueellaan:

- 4) jakaa salassapitosäännösten estämättä muille sosiaali- ja terveydenhuollon

51 §

Varautuminen sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueella

Yliopistollista sairaalaa ylläpitävällä hyvinvointialueella ja HUS-yhtymässä tulee yhteistyöalueen tilannekuvan luomista ja ylläpitämistä varten olla sosiaali- ja terveydenhuollon valmiuskeskus. Sosiaali- ja terveydenhuollon valmiuskeskuksen tehtävänä on yhteistyöalueellaan:

- 4) jakaa salassapitosäännösten estämättä muille sosiaali- ja terveydenhuollon

Voimassa oleva laki

valmiuskeskuksille ja sosiaali- ja terveysministeriölle 1 ja 2 kohdassa tarkoitetut tilannekuvatiedot valtakunnallisen tilannekuvan luomiseksi.

—————

Ehdotus

valmiuskeskuksille ja sosiaali- ja terveysministeriölle 1 ja 2 kohdassa tarkoitetut tilannekuvatiedot valtakunnallisen tilannekuvan luomiseksi;

5) ohjata sosiaali- ja terveydenhuollon valmiussuunnittelua valtakunnallisten yhtenäisten periaatteiden mukaisesti.

—————

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 .

Lain 50 b §:ssä tarkoitettu sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen valmiusryhmä on asetettava kahden kuukauden kuluessa lain voimaantulosta. Ensimmäistä kertaa asetettaessa valmiusryhmään voidaan valita myös muita viranhaltijoita kuin 50 a §:n 2 ja 3 momentissa tarkoitetulla tavalla hallintosäännössä määrättyjä viranhaltijoita.

Hyvinvointialueiden yhteistyösopimukset ja hyvinvointialueen hallintosääntö on saatettava tässä laissa säädetyin mukaiseksi yhdeksän kuukauden kuluessa lain voimaantulosta.

—————