KORJAUSLISTA

Valtioneuvoston yleisistunto

19.12.2024

Erkki Papunen (35)

Sosiaali- ja terveysministeriö

Hallituksen esitys

Korjausjakelu 1: 18.12.2024, klo 09.36

Korjattu esityksen 8 lukuun viittaus asetuksenantovaltuuteen kohdistumaan esityksen 50 b §:n 4 momenttiin. Lisäksi korjattu 8 luvun teksti vastaamaan 50 b §:n 4 momentin säännöskohtaisia perusteluja. Kumpikin korjaus tehty molemmissa kieliversioissa.

Valtioneuvoston yleisistunto

19.12.2024

Sosiaaliturvaministeri Grahn-Laasonen

Erkki Papunen (35)
Hallitusneuvos
p. +358 295 163 298
Kutsuttu: Ei
Sosiaali- ja terveysministeriö

Hallituksen esitys

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

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 vastuuhenkilönsä.

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 ennakoimiseksi 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.

Ehdotettu laki on tarkoitettu tulemaan voimaan keväällä 2025.

VAIKUTUKSET:
Lakiehdotuksella ei ole itsenäisiä taloudellisia vaikutuksia.

LISÄTIETOA:
Esitysehdotus on tarkastettu oikeusministeriön laintarkastuksessa.

TOIMIVALTA:
VNOS 3 §:n 1 kohta.

LIITE 1 esitysehdotus
LIITE 2 förslag till proposition

Esitys:
Valtioneuvosto antaa eduskunnalle hallituksen esityksen laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain muuttamisesta

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 vastuuhenkilönsä.

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 ennakoimiseksi 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
Sisällys 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 ennakoinnissa, materiaalien hankinnassa ja hoitoresurssien riittävyyden turvaamisessa. Koronapandemian aikana muodostuneita rakenteita tulisikin jatkossa ylläpitää ja vahvistaa.[1]

Valtioneuvoston puolustusselonteko eduskunnalle[2], turvallisuuskomitean koordinoima yhteiskunnan turvallisuusstrategia[3] 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. Hyvinvointialueiden[4] järjestämisvastuulla olevalla sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmällä sekä STM:n hallinnonalalla on keskeinen rooli yhteiskunnan turvallisuudessa. Kansallisessa riskiarviossa[5] 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 ohjelmassa[6] (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 käsitteli 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 tarkoitetulle 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 riskiarviossa[9] 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 riskinarvion laatiminen perustuu Euroopan parlamentin ja neuvoston päätökseen unionin pelastuspalvelumekanismista[10]. 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 samanlaisia[12].

Kokonaisturvallisuus on suomalaisen varautumisen yhteistoimintamalli, jossa yhteiskunnan elintärkeistä toiminnoista huolehditaan viranomaisten, 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 täyspainoisen osallistumisen Naton yhteiseen puolustukseen sekä nopeita, kansallisia linjauksia edellyttävään päätöksentekoon. On huomioitava, että palvelujärjestelmämme tuottaa puolustusvoimien kenttälääkinnän ja Nato-joukkojen tarvitsemat sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelut merkittäviltä 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 kulkeutumiseksi 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 elämänalueilla. Sosiaali- ja terveydenhuollossa tietojärjestelmät ovat olleet keskeinen osa toimintaprosesseja jo pitkän 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 pahantahtoisesta ulkoisesta 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 enenevissä 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 terveyspalveluihin. 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 toimintayksikköönsä 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 terveysministeriöllä on erityisen merkittävissä 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 kriisinkestävyyttä 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 Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (jäljempänä THL) kanssa. Tilannekuva sisältää muiden muassa tiedot palvelujen toiminnasta ja kuormituksesta, henkilöstö- ja materiaaliresursseista 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 säätelemiseksi 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 hyvinvointialuetasoisen 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. Terveydenhuoltolain 39 ja 40 §:ssä säädetään ensihoitopalvelun järjestämisestä, 5 luvussa säädetään erikoissairaanhoidon työnjaosta ja 6 luvussa säädetään kiireettömään ja kiireelliseen hoitoon pääsystä. Terveydenhuoltolain 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. Terveydenhuoltolaki 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 järkyttävissä tilanteissa.

Terveydenhuoltolain 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 terveysministeriö 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).

Terveydensuojelulain (763/1994) 4 §:n mukaan terveydensuojelun yleisen suunnittelun ja valvonnan ylin johto ja ohjaus kuuluvat STM:lle. Laki määrittää myös Valviran, aluehallintovirastojen, kuntien ja Puolustusvoimien tehtävät terveydensuojeluun ja elinympäristöön vaikuttaviin häiriötilanteisiin varautumiseksi. Lain 19 §:n lisättiin 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. Terveydensuojelusta, ympäristöterveydenhuollosta ja eri toimijoiden vastuista näissä säädetään terveydensuojelulain lisäksi ympäristösuojelulaissa (527/2014), vesihuoltolaissa (119/2001), vesilaissa (587/2011), jätelaissa (646/2011), säteilylaissa (859/2018), työturvallisuuslaissa (738/2002), rakentamislaissa (751/2923), ulkoilulaissa (606/1973), eräistä naapuruussuhteista 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 huomioida, että hallitusohjelman mukaan lupa-, ohjaus- ja valvontatehtävät tullaan 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 ennakkoterveystarkastukset ja tarpeellinen määrä lääkäreitä kutsuntoihin. Terveydenhuollon 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 kutsunnanalaisille ja asevelvollisille tuotettavia terveydenhuollon palveluja[18]. 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 uhkakuviin 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 pelastuspalvelumekanismi[19] on perustettu parantamaan ja tehostamaan Euroopan maiden yhteistyötä ja helpottamaan koordinointia luonnon ja ihmisen aiheuttamien katastrofien ennaltaehkäisyssä, varautumisessa ja avustustoiminnassa.[20] Osana EU:n pelastuspalvelumekanismia perustetaan Euroopan unionin yhteisiä valmiusvarastoja. Suomen rescEU-hankekokonaisuudessa kehitetään parhaillaan lääkinnällistä varastointia sekä varastointia kemiallisten, biologisten, säteily- ja ydinuhkien (jäljempänä CBRN-uhat) varalta.[21]

Euroopan komissio rakentaa vahvaa Euroopan terveysunionia, jossa kaikki EU-maat valmistautuvat ja reagoivat terveyskriiseihin yhdessä. Osana tätä työtä Eurooppaan perustettiin terveyshätätilanteiden valmiusviranomainen HERA syksyllä 2021. Sen tehtävänä on tunnistaa erilaisia uhkaskenaarioita 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 tautienehkäisy- 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). Terveyshätätilanteiden 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 innovaatiosuunnitelmien 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 kyberturvatason varmistamiseksi koko unionissa (NIS2 –direktiivi, EU2555/2022). Sisäministeriön[23] sekä liikenne- ja viestintäministeriön[24] 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 kriisinkestävyyttä 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 hallinnonalaa 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 määriteltyjä 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 puitesopimuksen[25]. 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] Kyberturvallisuusdirektiivin (NIS2-direktiivi) kansallista toimeenpanoa tukeva työryhmä. (2022). Haettu osoitteesta: https://valtioneuvosto.fi/hanke?tunnus=LVM044:00/2022

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

[25] Tasavallan presidentin asetus pohjoismaisen terveydenhuollon puitesopimuksen voimaansaattamisesta (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 sopimista[26]. 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 järjestelyasiakirjaan[27] 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 sopimuksen[28] 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 suorituskykyään aseelliselta hyökkäykseltä puolustautumiseksi. Sopimuksen toimeenpanoon liittyy olennaisesti muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon resursseihin linkittyviä suorituskykyjä 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 tietoturvallisuussopimus 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 18.12.2023[29]. 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 ennakkovaroitusaika 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 suoritetulla 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 ilmastonmuutos, 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 erikoissairaanhoitoa, 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-itarajan-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 suurhäiriö 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 varalta[35].

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 määrä 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 viranomaistoimintaa 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 koneisiin[37]. 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 raportin[40] 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 akuuttisairaanhoitoa antavana laitoksena koko Varsinais-Suomen alueella ja sairaalassa oli saatavilla kaikki väkivaltatilanteessa aiheutettujen vammojen hoitamiseen tarpeelliset lääketieteen erikoisalat. 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 paljolti 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)

[40] Onnettomuustutkintakeskus. (2018). *Puukotukset Turussa 18.8.2017*. Tutkintaselostus 7/2018. Haettu osoitteesta: https://turvallisuustutkinta.fi/material/attachments/otkes/tutkintaselostukset/fi/poikkeuksellisettapahtumat/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 kriisinsietokyvylle. 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. Sairaanhoitopiirien 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 yhteistyöaluetasolla käynnistynyt valmistelu on parantanut varautumista ja yhteistyötä samaan yhteistyöalueeseen kuuluvien hyvinvointialueiden osalta ja koonnut osaamista ja voimavaroja myös hyvinvointialuetasolla. Parannettavaa on havaittu sosiaalihuollon tiedontuotannon vahvistamisessa sekä useampaa kuin yhtä yhteistyöaluetta koskevissa 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 sairaanhoitopiirien 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 erikoissairaanhoitoa 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 huomioitava, sillä yhä useampi pitkäaikaissairas, vammainen ja korkeassa iässä oleva ihminen saa tarvitsemansa hoidon ja huolenpidon sekä muut palvelut kotiin.[44] Esimerkiksi evakuointitilanteissa 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 aikakausilehti 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) mukaan[46] ”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 tarkoitetut 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 yhteensovitettuja toimenpiteitä. 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 ennakoida henkilöstö- ja koulutustarvetta. Asiaa arvioidaan VN TEAS-hankkeessa[47].

Oikeaan, riittävään, ajantasaiseen kansalliseen ja kansainväliseen tietopohjaan perustuva tilannekuva on olennainen osa kaikkea johtamista. Yhteisen tilannekuvan luominen, ennakointi ja reagointi ovat keskeisiä pandemian torjunnassa. Organisaatiorajat 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 ennakoinnille 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, syksy 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 velvoitteista[50] 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 säätelemään kansallisella tasolla yhteneväisesti esim. Puolustusvoimien kanssa ja käynnistämään varautumistoimenpiteitä esim. materiaalin hankintoja ja siirtoja. Kansallisesti ja yhteistyöaluetasoisesti 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 yliopistosairaalaa 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 erikoissairaanhoitotasoiset 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] Huoltovarmuuskeskus. (2023). CER-direktiivin toimeenpano tulee rakentaa nykyisen huoltovarmuusjärjestelmän osaksi. Haettu osoitteesta: https://www.huoltovarmuuskeskus.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 tarkoitetussa 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 ennakolliseen 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 tulisikin 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 nykylainsäädännön perusteella velvollisuus valmiussuunnitelmilla ja muilla toimilla varautua häiriötilanteisiin ja niiden hoitamiseen normaali- ja poikkeusoloissa. Lisäksi hyvinvointialueet keräävät nykysäädösten 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 lisäisivät 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. Kukin 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 nykylainsäädännön mukainen toimintatapa ei vaikuttaisi merkittävästi valtion talouteen, sillä vakavimpiin kansallisiin uhkiin 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 yhteistyöaluetasolla. STM:llä on nykyisellään vastuita hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon valmiutta, varautumista sekä normaaliolojen häiriötilanteita ja poikkeusoloja koskien[52]. 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 velvoitetta 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 päätösvallalla 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 nykysäädösten puitteissa velvollisuus osallistua hyvinvointialuetasoisiin, yhteistyöaluetasoisiin 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 vedenkulutukseen[53]. Mikäli sosiaali- ja terveydenhuollon varautuminen häiriötilanteisiin kuten ilmastonmuutoksen myötä lisääntyviin, pitkien hellejaksojen kaltaisiin, äärimmäisiin sääilmiöihin ei ole riittävää, voidaan joutua tekemään hätäisiä, ekologisesti kestämättömiä ratkaisuja häiriötilanteesta selviämiseksi. Sen sijaan yhteistyöaluetasoisesti ja kansallisesti voidaan tukea nykyistä laadukkaampaa ennakkosuunnittelua. 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 kriisinkestävyyttä 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] Vorma 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. Terveydenhuollossa 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. Ympärivuorokautisessa 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-pandemiankin 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 nykylainsäädännön 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 vp[55]) 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 nykyisestään. 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 uhkakuviin.

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 koskevissa 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 uhkiin 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 uhkiin. 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 merkittävissä häiriötilanteissa tai poikkeusoloissa.

Nykylainsäädännön mukaista yhteistyöaluetasoista sopimisvelvoitetta on täydennettävä mahdollisuudella laatia yhteistyöalueiden välisiä sopimuksia. Nato-velvoitteet ja kansallisiin uhkiin 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 pelastustoimi[56]. Toimialan koko edellyttää vastuussa olevilta viranomaisilta niin laajaa osaamispohjaa, 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 määritteleminen 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 tunnustettuihin 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 tavoitetilaa. 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?proposalId=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 keskitetymmällä 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 koordinoida 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 (civilområdet)[59]. Kukin 21 alueesta vastaa sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon järjestämisestä. Muun muassa kouluterveydenhuolto ja kotisairaanhoito sekä sosiaalihuollon tehtävät kokonaisuudessaan ovat 290 kunnan (kommuner) vastuulla. Ruotsin sosiaali- ja terveysministeriö (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] Janlöw 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 portaalille[60], 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 järjestämisvastuisiin sisältyy hammashoito. Jokaisella alueella toimii julkisista erikoissairaanhoidon palveluista vastaava valtion omistama alueellinen terveysyritys (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 tilanneanalyyseja 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 koordinoida 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 sosiaalihallitus (Socialstyrelsen). Alueiden vastuulle kuuluu sairaaloiden ylläpitäminen ja niihin liittyvä erikoissairaanhoito 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)

[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, kotisairaanhoito ja kuntoutus (pl. vaativa kuntoutus).[64] Puolustusministeriön alaisuudessa toimiva valmiusviranomainen 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 tarpeellisena. 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 säätämisjärjestysperusteluissa 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 viranomainen 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 säädettävistä 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 tarkoitetut 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 varavoimakoneiden 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 koordinoida 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 tarkoitetut toimenpiteet, 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 säädöstasolle 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 organisaatiorakenteen 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 toimielimenä 2 momentissa tarkoitetussa 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 tarkoitetussa 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 koskevissa 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 tarkoitetut 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 kuvatusti 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 säädettävin 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 merkittävissä 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 pyydettäviä kansainvälisen avun voimavaroja voisivat olla esimerkiksi lääkinnälliset yksiköt kuten klinikat ja kenttäsairaalat 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 kiireellistä päätöksentekoa 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 pelastusviranomainen 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 kynnys tällä perusteella on kuitenkin nostettu verraten korkealle.

Pykälän 4 momentin mukaan valtioneuvoston asetuksella voitaisiin antaa tarkempia säännöksiä 1 momentissa tarkoitetusta toiminnan johtamisesta, toiminnan muuttamisesta sekä voimavarojen kohdentamisesta aiheutuvien kustannusten jaosta hyvinvointialueiden välillä. Lähtökohtaisesti hyvinvointialueiden välisestä kustannusten jaosta sovittaisiin sote-järjestämislain 36 §:ssä tarkoitetun yhteistyösopimuksen yhteydessä. Yhteistyöaluerajat ylittäväien 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 tarkoitetulle 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 tarkoitetulla 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 tarkoitetulla 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 tarkoitetut 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 tarkoitetulta 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 varoitusajalla. Etäosallistumisella pyrittäisiin varmistamaan, että kansallinen valmiusryhmä pystyisi kokoustamaan ja tekemään ehdotuksia myös poikkeuksellisen kiireellisessä aikataulussa ja erityisen merkittävissä häiriötilanteissa, joissa kaikkia kansallisen valmiusryhmän edustajia ei välttämättä olisi mahdollista saada lyhyellä varoitusajalla 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 häiriötilanteiseen 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 tarkoitetusta 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 tarkoitetulla 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 säädetyn 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 selvyyden 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 lääkinnälliseen 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 selkiyttämisellä 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 hyvinvointialuelaissa 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 välittömillä 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 määrätyt 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 säädösperusteisesta 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 merkittävissä 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 käsittelyssä 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 säädetyistä 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. Asiakkailla ja potilailla 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 lainsäätämisjärjestyksessä. 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 tarkoitetusta 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 tarkoitetulle 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 tarkoitetulta 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 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 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 §	36 §
Hyvinvointialueiden yhteistyösopimus	*Hyvinvointialueiden yhteistyösopimus*
— — — — — — — — — — — — — — —	— — — — — — — — — — — — — — —
Yhteistyösopimuksessa on sovittava, ottaen huomioon, mitä niistä on tässä laissa ja toisaalla säädetty, hyvinvointialueiden työnjaosta, yhteistyöstä ja yhteensovittamisesta:	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;	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 §	37 §
Yhteistyösopimuksen valmistelu ja toteutumisen seuranta	*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	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*

Voimassa oleva laki | *Ehdotus*

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*

Voimassa oleva laki	*Ehdotus*
	kiireellisyydestä, häiriötilanteen laadusta tai laajuudesta taikka muusta näihin rinnastuvasta syystä johtuen. *Valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkempia säännöksiä 1 momentissa tarkoitetusta 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 tarkoitetulle 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:*

Voimassa oleva laki	*Ehdotus*
	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 tarkoitetulta 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 §	51 §
Varautuminen sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueella	*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:	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	4) jakaa salassapitosäännösten estämättä muille sosiaali- ja terveydenhuollon

Voimassa oleva laki	*Ehdotus*
valmiuskeskuksille ja sosiaali- ja terveysministeriölle 1 ja 2 kohdassa tarkoitetut tilannekuvatiedot valtakunnallisen tilannekuvan luomiseksi. — — — — — — — — — — — — — —	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 säädetyn mukaiseksi yhdeksän kuukauden kuluessa lain voimaantulosta.* ———

Regeringens proposition till riksdagen med förslag till lag om ändring av lagen om ordnande av social- och hälsovård

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL

I denna proposition föreslås det att lagen om ordnande av social- och hälsovård ändras till den del lagen gäller beredskap och förberedelser samt hantering av störningssituationer under normala förhållanden och under undantagsförhållanden.

Enligt propositionen ska välfärdsområdena inom ett samarbetsområde för social- och hälsovården även i fortsättningen i samarbetsavtalet mellan välfärdsområdena komma överens om arbetsfördelningen, samarbetet och samordningen mellan välfärdsområdena när det gäller beredskapen. För beredskapen inför nationella och internationella hotbilder föreslås det att social- och hälsovårdsministeriet ska få behörighet för den nationella ledningen av störningssituationer och undantagsförhållanden inom social- och hälsovården. Till stöd för beredningen av beslutsfattandet i anslutning till detta föreslås det att det inrättas en nationell beredskapsgrupp för social- och hälsovård, för vilken varje samarbetsområde utser en ansvarsperson.

Social- och hälsovårdsministeriet och i förvaltningsstadgorna angivna tjänsteinnehavare i de välfärdsområden som är huvudmän för universitetssjukhus föreslås på de villkor som preciseras i lagen få ledningsansvar inom social- och hälsovården i samarbetsområdet eller nationellt, om det behövs med anledning av störningssituationens omfattning eller sakens brådskande natur eller av någon annan särskild anledning. Ett tydligare ledningsansvar inom samarbetsområdet eller nationellt behövs exempelvis i störningssituationer under normala förhållanden där välfärdsområdet inte har tillräckligt med egna social- och hälsovårdsresurser för att förutse eller hantera situationen. I sådana situationer kan man behöva använda och samordna resurser från flera välfärdsområden eller samarbetsområden. Förslaget gör det möjligt att inleda åtgärder inom social- och hälsovården tillräckligt snabbt i störningssituationer under normala förhållanden samt under undantagsförhållanden.

Det har upptäckts brister i beredskapen inom social- och hälsovården vid störningssituationer som drabbar flera välfärdsområden samtidigt och som kräver resurser från fler än ett välfärdsområde. Bristerna framträdde i synnerhet under covid-19-pandemin, då en hotbild oförutsett realiserades i snabb takt och med stor omfattning. De regionala och nationella befogenheter som behövs för ledningen av de gemensamma resurserna är inte vare sig tydliga eller tillräckliga för att bemöta de utrikes- och säkerhetspolitiska hotbilderna. Försvarsmakten förlitar sig så gott som helt på välfärdsområdenas servicesystem inom social- och hälsovården, såväl under normala förhållanden som när krig hotar och under krigstid, vilket kräver att social- och hälsovården kan fungera som en nationell helhet.

Genom de ändringar som föreslås i denna proposition kan man inom social- och hälsovården stärka beredskapen inför sådana störningssituationer enligt den nationella riskbedömningen som omfattar fler än ett välfärdsområde eller hela landet. Samtidigt kan man i fråga om social- och hälsovården till viss del göra det möjligt att uppfylla vissa förpliktelser som Finland ska förbinda sig till i och med anslutningen till Nordatlantiska fördragsorganisationen.

Den föreslagna lagen avses träda i kraft våren 2025.

INNEHÅLL

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL 1
MOTIVERING 3
1 Bakgrund och beredning 3
2 Nuläge och bedömning av nuläget 5
2.1 Allmänt 5
2.2 Bedömning av nuläget 6
2.2.1 Omvärlden ur social- och hälsovårdens synvinkel 6
2.2.2 Gällande lagstiftning 8
2.2.3 Nuvarande avtal 12
2.2.4 Internationella förpliktelser 13
2.3 Bedömning av nuläget 17
2.3.1 Den nationella riskbedömningen ur social- och hälsovårdens synvinkel 17
2.3.2 Bedömning av nuläget i fråga om beredskap och förberedelser inom social- och hälsovården 21
3 Målsättning 25
4 Förslagen och deras konsekvenser 26
4.1 De viktigaste förslagen 26
4.2 De huvudsakliga konsekvenserna 27
4.2.1 Osäkerhetsfaktorer i anslutning till konsekvensbedömningen 27
4.2.3 Konsekvenser för myndigheternas verksamhet 28
5 Alternativa handlingsvägar 32
5.1 Handlingsalternativen och deras konsekvenser 32
5.1.1 Omvandling av samarbetsområdet till en juridisk person 32
5.2 Lagstiftning och andra handlingsmodeller i utlandet 35
6 Remissvar 37
7 Specialmotivering 39
8 Bestämmelser på lägre nivå än lag 50
9 Ikraftträdande 51
10 Verkställighet och uppföljning 51
11 Förhållande till grundlagen samt lagstiftningsordning 52
LAGFÖRSLAG 57
Lag om ändring av lagen om ordnande av social- och hälsovård 57
BILAGA 61
PARALLELLTEXTER 61
Lag om ändring av lagen om ordnande av social- och hälsovård 61

MOTIVERING

1 Bakgrund och beredning

Bakgrunden till propositionen är framför allt av de erfarenheter av beredskapen inom social- och hälsovården som erhölls i samband med covid-19-pandemin. Pandemin innebar en global kris, och för att hantera den förutsattes nationellt enhetliga åtgärder från social- och hälsovårdens sida samt omfattande anpassning av resurserna, ny inriktning av verksamheten samt samarbete. Covid-19-pandemin visade att den lokala nivån, de fem upptagningsområdena för högspecialiserad vård (nedan specialupptagningsområde), den nationella nivån och den internationella nivån måste utgöra en samspelt helhet. Under pandemin spelade samarbetet mellan social- och hälsovårdsministeriet (nedan SHM) och de fem specialupptagningsområdena en central roll för snabba lägesprognoser, materialanskaffning och tryggande av tillräckliga vårdresurser. De strukturer som bildades under coronapandemin borde underhållas och förstärkas även i fortsättningen.[1]

Statsrådets försvarsredogörelse till riksdagen[2], den av säkerhetskommittén samordnade säkerhetsstrategin för samhället[3] och den tväradministrativa nationella riskbedömning som beretts under inrikesministeriet (nedan IM) styr beredskapen inom olika förvaltningsområden och förenhetligar de nationella beredskapsprinciperna. Exempelvis befolkningens handlingsförmåga och service samt mentala kristålighet är enligt säkerhetsstrategin för samhället vitala funktioner som är nödvändiga för att samhällets ska fungera och som måste upprätthållas i samtliga situationer. Servicesystemet inom social- och hälsovården, som omfattas av välfärdsområdenas[4] organiseringsansvar, samt SHM:s förvaltningsområde spelar en central roll för säkerheten i samhället. I den nationella riskbedömningen[5] har identifierats cirka 20 nationella risker för samhällets funktion som man måste förbereda sig på. Samtliga dessa nationella risker har antingen direkta eller indirekta effekter på social- och hälsovården samt befolkningens hälsa och välfärd.

Nuläget när det gäller beredskapen och förberedelserna inom social- och hälsovården har behandlats bland annat i delegationen för social- och hälsovården under undantagsförhållanden sedan 2019. Dess uppgift är att planera och förbereda skötseln av social- och hälsovården under

---

[1] Ihalainen m.fl. (2022). *Beredskapen inom servicesystemet för social- och hälsovården inför en eventuell följande epidemivåg: Utredningsgruppens rapport.* Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2022:11 (på finska, med presentationsblad på svenska). Läst på adressen: http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-9696-0

[2] Statsrådet. (2021). *Statsrådets försvarsredogörelse*. Statsrådets publikationer 2021:79. Läst på adressen: http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-836-9

[3] Säkerhetskommittén. (2017). *Säkerhetsstrategi för samhället*. Statsrådets principbeslut 2.11.2017. Läst på adressen: https://turvallisuuskomitea.fi/wp-content/uploads/2018/04/YTS_2017_svenska.pdf

[4] Termen välfärdsområde är i denna regeringsproposition avsedd att täcka alla aktörer som omfattas av organiseringsansvaret för social- och hälsovården, eftersom de skyldigheter som gäller beredskap, förberedelser och hantering av störningssituationer inom social- och hälsovården tillämpas förutom på de 21 välfärdsområdena även på Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen. Dessutom svarar HUS-sammanslutningen för södra samarbetsområdets beredskapscenter samt samordnar inom Nylands område HUS-sammanslutningens och välfärdsområdenas beredskap i samverkan med välfärdsområdena och kommunerna i Nyland och med de andra välfärdsområdena i sitt samarbetsområde för social- och hälsovården.

[5] IM. (2023). *Nationell riskbedömning 2023.* Inrikesministeriets publikationer 2023:5. Läst på adressen: http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-324-606-5

undantagsförhållanden samt de med beredskapen under normala förhållanden förknippade ärenden och stödåtgärder vilkas ordnande under normala förhållanden utgör grunden för förberedelser inför undantagsförhållanden (lagen om delegationen för social- och hälsovården under undantagsförhållanden, 1554/2011). Delegationens förslag låg till grund för att det 2021 genomfördes reformer i anslutning till enhetlig beredskap inom social- och hälsovården i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) och socialvårdslagen (1301/2014) redan under covid-19-pandemin (ändringslagar 135/2021 och 136/2021). Även de beredskapsrelaterade lagreformer som genomfördes i samband med social- och hälsovårdsreformen baserade sig på arbete som utförts inom delegationen för social- och hälsovården under undantagsförhållanden. De mest nödvändiga skyldigheterna som gäller beredskap och skötsel av störningssituationer togs in i lagen om ordnande av social- och hälsovård (612/2021) samt i de förordningar som utfärdades med stöd av 37 och 50 § i den lagen. Lagreformerna har i hög grad påverkats av förändringarna i den internationella säkerhetsomvärlden, såsom invasionen av Ukraina samt Finlands medlemskap i Nordatlantiska fördragsorganisationen (nedan Nato).

I regeringsprogrammet för statsminister Petteri Orpos regering[6] (nedan regeringsprogrammet) konstateras bland annat att social- och hälsovårdslagstiftningen utvecklas så att myndigheterna också vid störningar under normala förhållanden har tillräckliga metoder för att vid behov på ett bindande sätt styra och leda situationen samt anpassa verksamheten för att trygga tillräckliga tjänster och försörjningen. Dessutom utvecklas beredskapen och förberedelserna inom social- och hälsovården att svara på internationella, nationella och regionala risker under normala förhållanden och undantagsförhållanden. Lagstiftningen preciseras så att arrangemangen för ledning, styrning och andra arrangemang inom välfärdsområdena och de fem samarbetsområdena och på riksnivå bildar en nationell helhet.

Regeringens proposition har beretts som tjänstearbete vid social- och hälsovårdsministeriet, som en del av verkställandet av den nationella servicereform som man beslutade om i regeringsprogrammet. I beredningen har deltagit särskilt tjänstemän med ansvar för beredskap och ledning inom social- och hälsovården samt räddningsväsendet från välfärdsområdena och ministerierna. Propositionens innehåll har behandlats under 2023 års förhandlingar med välfärdsområdena och samarbetsområdena enligt 22 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård samt i flera officiellt tillsatta grupper som behandlat välfärdsområdenas verksamhet. Propositionens innehåll har behandlats på SHM:s beredskapskommittés möten samt på SHM:s förvaltningsområdes gemensamma NATO-teams möten samt på SHM:s beredskapsseminarium den 25 april 2024.

Ärendet har behandlats på flera möten för delegationen för social- och hälsovård och dess sektion för beredskap, samt i välfärdsområdesdirektörernas nätverk. Utkastet till proposition har behandlats i delegationen för social- och hälsovården under undantagsförhållanden eller dess sektioner och arbetsutskott och den har också presenterats i delegationen för räddningsväsendet enligt lagen om ordnande av räddningsväsendet (613/2021). Delegationen för smittsamma sjukdomar enligt lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016) behandlade utkastet till proposition den 29 februari 2024. Ordförandena för välfärdsområdesstyrelserna informerades om utkastet till proposition på möten som ordnades i januari–mars 2024. Information om utkastet till proposition har förmedlats till delegationen för välfärdsområdenas ekonomi och förvaltning enligt 13 § i lagen om välfärdsområden (611/2021) den 23 februari 2024 och ärendet har behandlats i delegationen den 31 maj 2024.

---

[6] *Ett starkt och engagerat Finland: Regeringsprogrammet för statsminister Petteri Orpos regering 20.6.2023*. Läst på adressen: http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-795-9

2 Nuläge och bedömning av nuläget

2.1 Allmänt

Finlands omvärld har förändrats snabbt de senaste åren. De globala utvecklingstrender, fenomen och aktörer som påverkar hela samhället är mycket beroende av varandra. Eventuellt samtidiga fenomen, utmaningarnas storleksklass och deras komplicerade natur förutsätter gedigen förmåga att förstå vår omvärld och påverka den samt att förbereda sig på förändringar och kriser. I synnerhet förändringarna i Finlands utrikes- och säkerhetspolitiska omvärld har påverkat Finlands förpliktelser att upprätthålla intern beredskap även för social- och hälsovårdens del. De allmänna principerna för beredskapen i det finländska samhället presenteras i Säkerhetsstrategin för samhället.[7] De hot som berör Finlands omvärld har också behandlats i bland annat den utrikes- och säkerhetspolitiska redogörelsen.[8] I redogörelsen från 2020 nämns sådana hot i omvärlden som klimatförändringarna, hybrid- och cyberhot, omfattande migration samt terrorism. Redogörelsen uppdateras som bäst, eftersom förändringarna i omvärlden är snabbare samt mer omfattande och flerdimensionella än förr och sannolikheten för störningssituationer har ökat avsevärt.

I den nationella riskbedömningen[9] identifieras risker som är av omfattande nationell betydelse. I riskbedömningen har deras inverkan på samhällets vitala funktioner bedömts. Syftet med riskbedömningen är att förutse händelser som relativt plötsligt kan drabba Finland och som kräver att myndigheterna agerar på ett sätt som avviker från det normala eller att de ber om hjälp från andra länder. Riskbedömningen, som utarbetats genom förvaltningsövergripande samarbete, har en koppling till den nationella beredskapen och lägger grunden för den beredskap som avses i säkerhetsstrategin för samhället. Förvaltningsområdena har identifierat hotmodeller och störningssituationer som påverkar samhällets vitala funktioner nationellt, och dessa beskrivs enligt en enhetlig struktur i riskbedömningen. Den nationella riskbedömningen bildar en grund som anger vilken typ av risker de olika förvaltningsområdena och de övriga aktörerna ska förbereda sig på. Den nationella riskbedömningen bygger på Europaparlamentets och rådets beslut om en civilskyddsmekanism för unionen[10]. Finlands första nationella riskbedömning bereddes 2015. År 2018 utarbetades följande nationella riskbedömning, som uppdaterats under 2022 och 2023.

Beredskap innebär verksamhet som säkerställer att man vid störningar under normala förhållanden och under undantagsförhållanden kan sköta uppgifterna med minsta möjliga störning och vidta de extraordinära åtgärder som eventuellt behövs.[11] Ett mål för samhällets beredskap är att trygga de vitala funktionerna så att rättsstatsprincipen beaktas. Beredskapen syftar till förebyggande av olyckor och störningssituationer, handlingsberedskap i fall av eller vid hot om sådana och planering av återhämtningen. Beredskapsåtgärder är bland annat beredskapsplanering, kontinuitetshantering, förberedelser, utbildning och beredskapsövningar.

---

[7] Säkerhetskommittén. (2017). *Säkerhetsstrategi för samhället*. Statsrådets principbeslut 2.11.2017. Läst på adressen: https://turvallisuuskomitea.fi/wp-content/uploads/2018/04/YTS_2017_svenska.pdf

[8] Statsrådet. (2020). *Statsrådets utrikes- och säkerhetspolitiska redogörelse.* Statsrådets publikationer 2020:31. Läst på adressen: http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-884-7

[9] IM. (2023). *Nationell riskbedömning 2023*. Inrikesministeriets publikationer 2023:5. Läst på adressen: http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-324-606-5

[10] 1313/2013/EU

[11] Suhonen, S. (red.). (2009). *Beredskaps- och befolkningsskyddsordlista*. Terminologicentralen TSK 39. (Originalverket publicerades 2007).

Den behöriga myndigheten ansvarar för beredskapsplaneringen och tillhörande samverkan. Beredskapen grundar sig på beredskapsskyldigheten enligt beredskapslagen (1552/2011), räddningslagen (379/2011) och annan speciallagstiftning, till exempel lagen om ordnande av social- och hälsovård. Utöver den nationella lagstiftningen styr även Europeiska unionens (EU) lagstiftning, bilaterala avtal samt Finlands bindande internationella förpliktelsen beredskapen.

Reglering av beredskapen avser åtgärder genom vilka en eller flera organisationers funktioner försätts att agera i en situation som motsvarar respektive hot. Inom beredskapsplaneringen används tämligen allmänt beredskapsnivåerna grundberedskap – höjd beredskap – full beredskap, men dessa nivåer är inte likadana inom olika förvaltningsområden och olika organisationer[12].

Finlands beredskap bygger på s.k. övergripande säkerhet, en samarbetsmodell där myndigheterna, näringslivet, organisationer och medborgare samverkar för att ta hand om samhällets vitala funktioner, även social- och hälsovården.

2.2 Bedömning av nuläget

2.2.1 Omvärlden ur social- och hälsovårdens synvinkel

Inledning

Social- och hälsovården samt SHM:s förvaltningsområde spelar en aktiv roll i fråga om alla nationellt identifierade risker, eftersom de berör utan undantag även social- och hälsovårdens kunder eller åtgärder inom SHM:s förvaltningsområde.

Finlands utrikes- och säkerhetspolitiska miljö

Finlands utrikes- och säkerhetspolitiska miljö[13] har förändrats så avsevärt de senaste åren att Finland beslöt att ansöka om att bli fullvärdig medlem av Nato. Det internationella säkerhetsläget är instabilt och svårt att förutse. Instabiliteten och oförutsägbarheten i omvärlden ökar allteftersom konkurrensen mellan stormakterna hårdnar och det internationella regelbaserade systemet försvagas. Reglerna i internationella avtal följs inte längre till alla delar. Exempelvis radiostörning är typisk verksamhet som kopplas till undantagsförhållanden. Konflikter, kriser och störningssituationer utvecklas också snabbare och är mer oförutsägbara än tidigare. Som medlem i försvarsalliansen Nato deltar Finland fullskaligt i Natos kollektiva försvar och beslutsfattande och omfattas av säkerhetsgarantier enligt artikel 5 i Nordatlantiska fördraget. Social- och hälsovården i Finland eller beslutsfattandet i anslutning till den har dock ännu inte byggts upp på ett sätt som gör det möjligt för Finland att delta fullskaligt i Natos kollektiva försvar eller i beslutsfattande som kräver snabba, nationella riktlinjer. Det är värt att lägga märke till att vårt servicessystem producerar en betydande del av försvarsmaktens medicinalvård i fält och de social- och hälsovårdstjänster som Natotrupperna behöver. Bland annat kriget i Ukraina har visat att social- och hälsovårdens infrastruktur är ett centralt krigsmål

[12] Beredskapsplanering. (31.1.2024) Läst på adressen: https://termipankki.fi/tepa/fi/haku/valmiussuunnittelu
[13] IM. (2023). Finlands förändrade utrikes- och säkerhetspolitiska miljö. *I verket Nationell riskbedömning 2023 (s. 18 - 19).* Inrikesministeriets publikationer 2023:5. Läst på adressen: http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-324-606-5

och att social- och hälsovårdens förmåga att vårda och rehabilitera patienter påverkar avsevärt ett lands försvarsförmåga.[14]

Globala värde- och leveranskedjor

Globala värde- och leveranskedjor[15]är centrala för att råvaror, komponenter och slutprodukter som är kritiska för social- och hälvården ska nå Finland. Merparten av den kritiska infrastrukturen, servicen och produktionen produceras och upprätthålls av privata företag, så störningar i värde- och leveranskedjorna påverkar i synnerhet privata företag genom att deras verksamhetsförutsättningar försämras. Även det globala dataflödet har blivit en central förutsättning för digitaliseringen av social- och hälsovården och till exempel klient- och patientdatasystemens funktionsduglighet. Social- och hälsovården är beroende av fungerande infrastruktur och stödtjänster samt av produkter inom hälso- och sjukvård och läkemedel. Störningar i värde- och leveranskedjorna har ofta multiplikatoreffekter, som riktar sig mot samhället på bred front.

Ett digitaliserat samhälle[16] har gjort IT-tjänster och informations- och kommunikationsnät till en del av vardagen inom alla områden i livet. Inom social- och hälsovården har informationssystem redan länge varit en central del av verksamhetsprocesserna. Strävan har varit att effektivisera och utvidga e-tjänsterna och användning av digitala servicekanaler. I bästa fall kan digitaliseringen förbättra vårdens kvalitet, tillgången på vård och möjligheterna att få vård. Digitalt producerade tjänster skapar automatiskt information om och en lägesbild över både verksamheten och eventuella störningar, vilket hjälper ledningen att styra resurserna ändamålsenligt. Samtidigt har social- och hälsovårdens funktionsduglighet ändå exponerats för informationssystemens och teleförbindelsernas funktionsduglighet. Socialvården, som välfärdsområdena ansvarar för, spelar dessutom en särskild roll för att säkerställa att människor har tillräcklig försörjning även vid allvarliga störningssituationer i banksystemet eller FPA:s betalningssystem. Även störningar på andra håll i världen kan avsevärt påverka social- och hälsovårdens verksamhet i Finland genom olika gränsöverskridande informationssystem. När det gäller den mest kritiska myndighetskommunikationen och lägesbilden stödjer sig social- och hälsovården särskilt på förvaltningens säkerhetsnät (TUVE). Den prehospitala akutsjukvården är skyldig att använda säkerhetsnätet, och i övrigt har kritiskt viktiga aktörer inom social- och hälsovården rätt att använda säkerhetsnätet i samarbete med andra myndigheter (lag om verksamheten i den offentliga förvaltningens säkerhetsnät, 10/2015).

Hybridpåverkan[17] handlar om illvillig extern påverkan, genom vilken en statlig aktör genom att kombinera olika metoder försöker systematiskt påverka ett land eller en större helhet, till exempel EU:s eller Natos enighet eller verksamhet. Det finns allt fler observationer av hybridpåverkan inom social- och hälsovården i Finland. Kritisk social- och hälsovårdsinfrastruktur samt känsliga personuppgifter som social- och hälsovården ansvarar för har blivit föremål för hybridpåverkan, eftersom de är av central betydelse för människors vardag

---

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

[15] IM. (2023). Globala värde- och leveranskedjor. *I verket Nationell riskbedömning 2023 (s. 20-21).* Inrikesministeriets publikationer 2023:5. Läst på adressen: http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-324-606-5

[16] IM. (2023). Ett digitaliserat samhälle *I verket Nationell riskbedömning 2023 (s. 23-25).* Inrikesministeriets publikationer 2023:5. Läst på adressen: http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-324-606-5

[17] IM. (2023). Hybridpåverkan. *I verket Nationell riskbedömning 2023 (s. 25-28).* Inrikesministeriets publikationer 2023:5. Läst på adressen http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-324-606-5

och välfärd. Genom påverkan med en fysisk dimension eftersträvas ofta en psykologisk effekt, som om den realiseras belastar social- och hälsovården, särskilt de redan överbelastade mentalvårdstjänsterna.

2.2.2 Gällande lagstiftning

De grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna tryggas av det allmänna i enlighet med grundlagen och internationella konventioner om mänskliga rättigheter. Till de grundläggande rättigheterna räknas bland annat rättigheter till personlig trygghet och tillräckliga social- och hälsovårdstjänster. Tolkningen av de grundläggande och mänskliga rättigheterna samt tillämpningen av grundlagens bestämmelser påverkas av människorättsorganens beslut och grundlagsutskottets utlåtanden.

Beredskapslagen innehåller bestämmelser om konstaterande av undantagsförhållanden samt myndigheternas förberedelser inför och befogenheter under undantagsförhållanden. Tröskeln för att tillämpa lagen är hög och lagen har tillämpats i praktiken bara två gånger, 16 mars–15 juni 2020 och 1 mars 2021–27 april 2021 på grund av covid-19-pandemin. Befogenheterna enligt lagen om smittsamma sjukdomar och övrig social- och hälsovårdslagstiftning räckte inte till för att hantera situationen så att man på ett tillräckligt sätt skulle ha kunnat säkerställa verksamheten inom social- och hälsovården under undantagsförhållandena. Lagen om smittsamma sjukdomar innehåller inga sådana befogenheter att man med stöd av dem skulle ha kunnat besluta regionalt eller nationellt om social- och hälsovårdsenheternas verksamhet. Därför tog man i bruk bl.a. 86 § i beredskapslagen, där det bestäms om social- och hälsovårdsenheternas verksamhet och ändring av den. Enligt 86 § i beredskapslagen kan social- och hälsovårdsministeriet och inom sitt verksamhetsområde regionförvaltningsverket ålägga en verksamhetsenhet för social- och hälsovården att utvidga eller lägga om sin verksamhet, helt eller delvis flytta verksamheten från verksamhetsdistriktet eller verksamhetsorten till någon annan ort eller att ordna verksamhet också utanför sitt distrikt, placera personer i behov av vård eller omvårdnad i sin verksamhetsenhet oberoende av vad som har bestämts, föreskrivits eller avtalats, och ställa en verksamhetsenhet eller en del av den till välfärdsområdets eller statliga myndigheters förfogande.

Det finns sammanlagt 21 välfärdsområden. Enligt 8 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård svarar varje välfärdsområde för ordnandet av social- och hälsovården inom sitt område och har organiseringsansvaret för invånarnas social- och hälsovård. Dessutom svarar Helsingfors stad för ordnandet av social- och hälsovård samt räddningsväsendet inom sitt område, och i Nyland svarar HUS-sammanslutningen för ordnandet av specialiserad sjukvård. Den ansvariga aktören ska ha tillräcklig kompetens, funktionsförmåga och beredskap för att kunna svara för ordnandet av social- och hälsovården, och ska sörja för att tillgången till social- och hälsovårdstjänster motsvarar invånarnas behov under alla omständigheter. Centrala aktörer med tanke på välfärdsområdenas självstyre är varje välfärdsområdes välfärdsområdesfullmäktige och välfärdsområdesstyrelse. Enligt 22 § i lagen om välfärdsområden ska varje välfärdsområde har ett välfärdsområdesfullmäktige som ansvarar för välfärdsområdets verksamhet och ekonomi samt utövar välfärdsområdets beslutanderätt. Välfärdsområdesfullmäktige tillsätter välfärdsområdesstyrelsen och välfärdsområdets övriga organ samt väljer välfärdsområdesdirektören. Enligt 42 § i lagen om välfärdsområden leder välfärdsområdesstyrelsen välfärdsområdets verksamhet, förvaltning och ekonomi.

Enligt 35 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård finns fem samarbetsområden för social- och hälsovården för samordning, utvecklande och samarbete på regional nivå rörande den social- och hälsovård som ordnas av välfärdsområdena. Vilka välfärdsområden som hör till vart och ett av samarbetsområdena fastställs genom förordning av statsrådet så att de i 34 §

avsedda välfärdsområden som är huvudmän för universitetssjukhus samt HUS-sammanslutningen samtliga hör till olika samarbetsområden. Samarbetsområdena ska vara geografiskt sammanhängande och utgöra funktionella helheter med hänsyn till ordnandet och produktionen av social- och hälsovården för områdets befolkning, klient- och patientsäkerheten och tillgången till tjänsterna. Ett samarbetsområde är inte en självständig juridisk person. För varje samarbetsområde upprättas ett samarbetsavtal mellan de välfärdsområden som ingår. Närmare bestämmelser om samarbetsavtalet finns i lagen om ordnande av social- och hälsovård (36, 37 och 50 §) samt i hälso- och sjukvårdslagen (4, 5, 9 och 10 §). Dessutom bestäms det om innehållet i samarbetsavtalet i statsrådsförordningar som utfärdats med stöd av lagen om ordnande av social- och hälsovård samt hälso- och sjukvårdslagen.

Enligt 150 § i lagen om välfärdsområden ska välfärdsområdet se till att dess verksamhet fortsätter så störningsfritt som möjligt vid störningar under normala förhållanden samt under undantagsförhållanden. Enligt lagens 95 § ska välfärdsområdets förvaltningsstadga innehålla behövliga bestämmelser om organiseringen av förvaltningen och verksamheten, besluts- och förvaltningsförfarandet samt välfärdsområdesfullmäktiges verksamhet under undantagsförhållanden och vid störningar under normala förhållanden. Enligt 50 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård ska ett välfärdsområde i samråd med kommunerna inom sitt område och de andra välfärdsområdena i samarbetsområdet för social- och hälsovården genom beredskapsplaner och andra åtgärder i förväg skaffa sig beredskap inför störningssituationer och undantagsförhållanden. Med avseende på denna beredskap ska välfärdsområdet se till att tjänsternas kontinuitet säkerställs även när de skaffas hos privata tjänsteproducenter genom avtal eller med servicesedlar. Detta kan göras genom villkor i de avtal som ingås med tjänsteproducenterna. Ju mer omfattande användningen av privata tjänster är, desto viktigare är det att beakta deras kapacitet och tjänster i beredskapsplaneringen. Enligt 51 § 6 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård har social- och hälsovårdsministeriet i särskilt betydande störningssituationer rätt att ta över ansvaret för ledningen och samordningen av social- och hälsovården.

Med stöd av 36, 37 och 50 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård utfärdades våren 2023 genom statsrådsförordningar närmare bestämmelser om välfärdsområdenas beredskap inom social- och hälsovården. Förordningarnas syfte var att förenhetliga beredskapsåtgärderna inom social- och hälsovården i välfärdsområdena och på så vis förbättra social- och hälsovårdens kristålighet i enlighet med verksamhetsmodellen för övergripande säkerhet. I 5 § i statsrådets förordning om innehållet i och beredningen av samarbetsavtal mellan välfärdsområden (309/2023) är strävan att främja beredskapsplaneringen inom social- och hälsovården samt användningen, styrningen och ledningen av resurserna i sådana störningssituationer eller under sådana undantagsförhållanden som överskrider resurserna för ett välfärdsområde. I 2 § i statsrådets förordning om välfärdsområdenas beredskap för störningssituationer inom social- och hälsovården (308/2023) bestäms att välfärdsområdet ska för sitt område upprätta en lägesbild för social- och hälsovården, i syfte att trygga kontinuiteten i verksamheten och tillgången till tjänster i störningssituationer och under undantagsförhållanden. Välfärdsområdet ska lämna ut uppgifter som rör lägesbilden till beredskapscentret för social- och hälsovården (nedan beredskapscentret).

Beredskapscentrens verksamhet baserar sig på 36 § 3 mom. 10 punkten i lagen om ordnande av social- och hälsovård samt på beredskapscentrets uppgifter enligt 51 § i den lagen. Beredskapscenter finns i universitetssjukhusstäderna Helsingfors, Åbo, Tammerfors, Kuopio och Uleåborg och täcker således samtliga fem samarbetsområden. Beredskapscentren samarbetar nationellt i frågor som omfattar hela Finland. Beredskapscentren sammanställer och analyserar information om störningssituationer och risken för sådana inom social- och hälsovården samt upprättar och upprätthåller en lägesbild som beskriver beredskapen i hela

servicesystemet för social- och hälsovården i området, tillsammans med SHM och i samarbete med Institutet för hälsa och välfärd (nedan THL). Lägesbilden innehåller bland annat uppgifter om hur servicesystemet fungerar och hur hårt det belastas, vilka personal- och materialresurser som finns att tillgå och hur stödtjänsterna fungerar. Beredskapscentren stödjer också beredskapen, beredskapsplaneringen och upprätthållandet av beredskapen på samarbetsområdesnivå.

I 46 § i räddningslagen föreskrivs det om skyldighet för statliga myndigheter, välfärdsområdesmyndigheter och kommunala myndigheter, inrättningar och affärsverk att under räddningsverkets ledning delta i planeringen av räddningsverksamheten och att vid olyckor och tillbud handla så att räddningsverksamheten kan skötas effektivt. Lagens 34 § innehåller bestämmelser om ledning av räddningsverksamhet och 31 a § om skyldighet för räddningsväsendets myndigheter att ordna lägesbildsverksamhet för beredskapen för räddningsverksamhet, regleringen av beredskapen inom räddningsväsendet och tryggandet av produktionen av tjänster inom räddningsväsendet. I lagens 38 § finns bestämmelser om internationell räddningsverksamhet. I den sägs att utöver det som har överenskommits mellan stater och om ingenting annat följer av lagen om beslutsfattande om internationellt bistånd, samverkan eller annan internationell verksamhet (418/2017), kan inrikesministeriet på begäran av Europeiska unionen, en annan stat eller en internationell organisation besluta att vid räddningsinsatser lämna bistånd till utlandet, om detta är motiverat för att skydda människor, miljön eller egendom, vid behov vid räddningsinsatser begära internationellt bistånd från Europeiska unionen, en annan stat eller en internationell organisation, och på begäran av en behörig myndighet besluta om givande av assistans vid räddningsinsatser till en annan myndighet för uppdrag som den myndigheten utför utanför finskt territorium. Till räddningsverksamheten hör enligt 32 § i räddningslagen att ta emot larm, varna befolkningen, avvärja överhängande olyckor, skydda och rädda offer för olyckor samt människor, miljö och egendom som är i fara, släcka eldsvådor och begränsa skador, samt ha hand om ledning, kommunikation, underhåll och andra stödfunktioner i anslutning till de ovannämnda uppgifterna.

I 5 § i lagen om ordnande av räddningsväsendet (613/2021) bestäms att riksomfattande och regionala arrangemang för läges- och ledningscentraler kan samlas till större helheter som ordnas av ett eller flera välfärdsområden. Genom den lag som trädde i kraft den 1 januari 2024 fogades till räddningslagen skyldigheter på samarbetsområdesnivå inom räddningsväsendet för att stödja beredskapen, förberedelserna och hanteringen av störningssituationer på välfärdsområdesnivå.

Välfärdsområdena ska ordna social- och hälsovårdstjänster på bred basis för olika slags stödbehov även i störningssituationer i vardagen, under undantagsförhållanden och i plötsliga krissituationer, med iakttagande av all lagstiftning om innehållet i servicen under normala förhållanden. Hälso- och sjukvårdslagen innehåller särskilda bestämmelser om de hälso- och sjukvårdstjänster som omfattas av välfärdsområdets organiseringsansvar. Hälso- och sjukvårdslagens 39 och 40 § innehåller bestämmelser om prehospital akutvård, 5 kap. om arbetsfördelning inom den specialiserade sjukvården och 6 kap. om att få icke brådskande och brådskande vård. Enligt 50 § i hälso- och sjukvårdslagen ska brådskande sjukvård, inbegripet brådskande mun- och tandvård, mentalvård, missbrukarvård och psykosocialt stöd, ges till den patient som behöver det oberoende av var han eller hon är bosatt. Bestämmelser om socialservice som hör till välfärdsområdets organiseringsansvar ingår i 14 § i socialvårdslagen. Enligt 12 § i socialvårdslagen har alla som vistas i ett välfärdsområde rätt att i brådskande fall få socialservice, så att hans eller hennes rätt till nödvändig vård, omsorg och försörjning inte äventyras. Enligt 33 a § i socialvårdslagen får socialtjänster sammanslås nationellt och regionalt när de ordnas i anslutning till andra tjänster, om det behövs för att säkerställa

specialkompetensen och därvid klientsäkerheten och den kvalitativa nivån på tjänsterna. Hälso- och sjukvårdslagen och socialvårdslagen förpliktar att ordna social- och hälsovårdsjour dygnet runt för att trygga brådskande och nödvändig hjälp för alla. Dessutom förpliktar lagarna att samordna psykosocialt stöd till en individ eller gemenskap i akuta traumatiska situationer.

En gemensam uppgift för den central för prehospital sjukvård som avses i 46 § i hälso- och sjukvårdslagen och den socialjour som avses i 29 § i socialvårdslagen är att medverka i utarbetandet av regionala beredskapsplaner för storolyckor och exceptionella situationer, tillsammans med andra myndigheter, aktörer och samarbetsområdena så att planerna bildar en nationell helhet. Centralerna för prehospital sjukvård och socialjourerna bereder och samordnar också var för sig anvisningar om prehospital sjukvård och socialjour.

Syftet med lagen om obligatorisk lagring av läkemedel (979/2008) är att trygga tillgången på läkemedel och möjligheten att använda läkemedel i situationer där den normala tillgången på läkemedel har försvårats eller är förhindrad. Lagen tillämpas på bland annat verksamhetsenheterna inom hälso- och sjukvården och Institutet för hälsa och välfärd (nedan THL), som ska lagra bland annat läkemedelssubstanser och läkemedelspreparat på det sätt som bestäms i lagen om obligatorisk lagring av läkemedel. I lagen definieras läkemedelspreparat närmare och anges hur mycket läkemedelspreparat huvudmannen för en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården är skyldig att lagra.

Syftet med lagen om smittsamma sjukdomar är att förebygga smittsamma sjukdomar och spridningen av dem samt deras negativa konsekvenser för människor och samhället. De statliga myndigheterna och sakkunniginrättningarna samt välfärdsområdena ska systematiskt bekämpa smittsamma sjukdomar och förbereda sig på störningar inom hälso- och sjukvården. Välfärdsområdena är skyldiga att inom sina områden organisera bekämpningen av smittsamma sjukdomar enligt den lagen. Välfärdsområdet ska ha en läkare i tjänsteförhållande som ansvarar för smittsamma sjukdomar.

Syftet med lagen om tryggande av försörjningsberedskapen (1390/1992) är att med tanke på undantagsförhållanden och allvarliga störningar som kan jämföras med undantagsförhållanden trygga de ekonomiska funktioner och därtill hörande tekniska system som är nödvändiga för befolkningens utkomst, landets näringsliv och landets försvar (försörjningsberedskap). Lagen innehåller bestämmelser om statens säkerhetsupplag. I dem lagras råvaror och produkter som är nödvändiga för befolkningens försörjning, näringslivets verksamhet och den produktion som stöder försvaret samt sådana råvaror och produkter som är nödvändiga med tanke på Finlands internationella avtalsförpliktelser som gäller försörjningsberedskapen. För utvecklandet och upprätthållandet av försörjningsberedskapen finns Försörjningsberedskapscentralen, som bland annat har till uppgift att upprätthålla statens säkerhetsupplag.

Statsrådet har utfärdat en förordning om grunderna för ibruktagande av säkerhetsupplagrade läkemedel, sjukvårdsmaterial och skyddsutrustning (279/2006). Läkemedel, sjukvårdsmaterial och skyddsutrustning som ingår i statens säkerhetsupplag kan tas i bruk då användningen av dem är nödvändig för ändamålsenlig vård av befolkningen eller förebyggande av sjukdomar och det inte finns tillräckliga kommersiella upplag i landet av produkten eller utrustningen i fråga. Läkemedel, sjukvårdsmaterial och skyddsutrustning kan tas i bruk efter att social- och hälsovårdsministeriet har konstaterat att det finns grunder för ibruktagandet.

I gränsbevakningslagens (578/2005) 15 c § bestäms om gränsbevakningsväsendets deltagande i internationella uppdrag och i 15 d § om begäran om och lämnande av gränssäkerhetsbistånd. I lagens 16 § föreskrivs sedan 2022 att statsrådet kan besluta att ett gränsövergångsställe ska stängas eller att gränsövergångstrafiken ska begränsas för viss tid eller tills vidare, om

stängningen eller begränsningen är nödvändig för att avvärja ett allvarligt hot som riktas mot den allmänna ordningen, den nationella säkerheten eller folkhälsan. Under covid-19-pandemin 2020–2022 begränsade statsrådet gränsövergångstrafiken vid de yttre gränserna också utan att gränsövergångsställena stängdes helt. Till följd av massinvandring eller sådan invandring som orsakas av en annan stats påverkan kan det även vara behövligt att koncentrera ansökan om internationellt skydd till ett eller flera gränsövergångsställen, om det är nödvändigt för att avvärja ett allvarligt hot mot den allmänna ordningen, den nationella säkerheten eller folkhälsan som orsakas av invandring. Detta gjordes vid årsskiftet 2023–2024.

Bestämmelser om statsrådets lägescentral finns i lagen om den (300/2017). Statsrådets lägescentral finns vid statsrådets kansli, och den tar fram information om säkerhetsincidenter i realtid och sammanställer en lägesbild på basis av uppgifter från de behöriga myndigheterna. Lägescentralen för samman uppgifter från olika myndigheter och från öppna källor och lämnar utifrån dessa en rapport till statsledningen och de olika myndigheterna. Lägescentralen är också Finlands nationella kontaktpunkt bland annat gentemot Europeiska unionen på det sätt som anges särskilt. Ministerierna samt ämbetsverken och inrättningarna inom deras förvaltningsområde ska informera statsrådets lägescentral om olyckor, farosituationer, exceptionella händelser och andra motsvarande störningar eller hot om störningar som gäller det egna ansvarsområdet och som enligt myndighetens bedömning kan vara av betydelse vid utformandet av en lägesbild (säkerhetsincident).

Enligt 4 § i hälsoskyddslagen (763/1994) utövas den högsta ledningen och styrningen av den allmänna planeringen av och tillsynen över hälsoskyddet av social- och hälsovårdsministeriet. Lagen fastställer också Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovårdens, regionförvaltningsverkens, kommunernas och Försvarsmaktens uppgifter när det gäller beredskap för störningssituationer som påverkar hälsoskyddet och livsmiljön. Till lagens 19 § fogades från och med 2022 att tryggandet av kvaliteten på hushållsvatten och varmt bruksvatten ska grunda sig på förebyggande beredskap och riskhantering. Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården ska upprätta en plan för tryggande av hushållsvattnets kvalitet vid olyckor och i andra motsvarande exceptionella situationer. Bestämmelser om hälsoskydd och miljöskydd och olika aktörers ansvar för dessa finns utöver i hälsoskyddslagen även i miljöskyddslagen (527/2014), lagen om vattentjänster (119/2001), vattenlagen (587/2011), avfallslagen (646/2011), strålsäkerhetslagen (859/2018), arbetarskyddslagen (738/2002), bygglagen (751/2923), lagen om friluftsliv (606/1973), lagen angående vissa grannelagsförhållanden (26/1920), livsmedelslagen (297/2021), konsumentsäkerhetslagen (920/2011), tobakslagen (549/2016), veterinärvårdslagen (285/2023) och lagen om samarbetsområden för miljö- och hälsoskyddet (410/2009).

Enligt 4 § i lagen om regionförvaltningsverken (896/2009) ska regionförvaltningsverken bl.a. samordna beredskapen i regionen och ordna anknytande samverkan, samordna beredskapsplaneringen, ordna regionala försvarskurser, stödja kommunernas beredskapsplanering, ordna beredskapsövningar och främja säkerhetsplaneringen inom region- och lokalförvaltningen. När det gäller regionförvaltningsverkens uppgifter är det dock viktigt att lägga märke till att enligt regeringsprogrammet kommer tillstånds-, styrnings- och tillsynsuppgifterna under denna regeringsperiod att koncentreras till en ny sektorsövergripande myndighet som övertar de uppgifter som Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården och regionförvaltningsverken sköter samt de relevanta uppgifterna inom Närings-, trafik- och miljöcentralernas ansvarsområden för miljö och miljöresurser.

2.2.3 Nuvarande avtal

Utöver lagstiftningen styr nationella och regionala avtal social- och hälsovårdens beredskap, förberedelser och hantering av störningssituationer. De viktigaste avtalen har ingåtts mellan försvarsmakten och respektive välfärdsområde. Försvarsmakten ansvarar för hälsovården och bedömning av tjänstedugligheten i fråga om dem som med stöd av värnpliktslagen (1438/2007) och lagen om frivillig militärtjänst för kvinnor (194/1995) tjänstgör inom försvarsmakten och gränsbevakningsväsendet samt i fråga om sådana studerande som ska utbildas för militära tjänster. Enligt 22 § i värnpliktslagen ska välfärdsområdena och Helsingfors stad ordna hälsoundersökning på förhand av de värnpliktiga, och ett behövligt antal läkare till uppbådet. I lagen om hälsovården inom försvarsmakten (322/1987) bestäms att försvarsmakten ska anordna avgiftsfri hälsovård (inkluderar individuell hälsovård, hälsovård för trupp samt miljöhälsovård) och sjukvård (inkluderar första hjälp, sjuktransport, öppen vård och sjukhusvård) för dem vars hälso- och sjukvård den ansvarar. Enligt lagens 8 § kan hälsovård anordnas genom att tjänster anskaffas hos ett välfärdsområde eller någon annan offentlig eller privat serviceproducent, på det sätt som särskilt avtalas. De gällande avtalen mellan försvarsmaktens logistikverk och välfärdsområdena undertecknades den 24 augusti 2023 och gäller hälso- och sjukvårdstjänster som produceras för dem som kallas till uppbåd och värnpliktiga[18]. Försvarsmakten har också upprättat ett avtal med SHM. Dessutom har STM avtal med HUS-sammanslutningen, Norra Österbottens välfärdsområde samt Vanda och Kervo välfärdsområde i anslutning till nationella och internationella specialuppgifter inom beredskap, förberedelser och hantering av störningssituationer. En del av Gränsbevakningsväsendets förvaltningsenheter har ingått avtal med välfärdsområden. De nationella avtalen är i nuläget otillräckliga och alltför splittrade i förhållande till Finlands utrikes- och säkerhetspolitiska hotbilder och förpliktelser enligt internationella avtal.

2.2.4 Internationella förpliktelser

Finland har förbundit sig att iaktta ett stort antal internationella avtal och internationell lagstiftning, varmed strävan är att säkerställa att olika stater har enhetliga minimiregler i fråga om förfaranden och krav. Väsentliga förpliktelser med tanke på beredskap och förberedelser är till exempel krav i anslutning till gränsöverskridande hälsohot och internationell handräckning. EU:s civilskyddsmekanism[19] har inrättats för att förbättra och effektivisera samarbetet mellan länderna i Europa och underlätta samordningen av räddningstjänster i syfte att förebygga, förbereda sig på och bistå vid katastrofer orsakade av naturen eller människan.[20] Som en del av EU:s civilskyddsmekanism inrättas gemensamma beredskapsupplag för Europeiska unionen. Inom Finlands rescEU-projekthelhet utvecklas som bäst medicinsk upplagring samt upplagring med tanke på kemiska, biologiska, strålnings- och kärnhot (nedan CBRN-hot).[21]

---

[18] Försvarsmakten. (25.8.2023). Puolustusvoimien ja hyvinvointialueiden palvelusopimus allekirjoitettu (ung. Försvarsmaktens och välfärdsområdenas serviceavtal har undertecknats). Läst på adressen: https://puolustusvoimat.fi/-/puolustusvoimien-ja-hyvinvointialueiden-valinen-palvelusopimus-allekirjoitettu

[19] 1313/2013/EU; EU Civil Protection Mechanism. I mekanismen deltar EU:s alla medlemsstater samt Island, Norge, Serbien, Montenegro, Nordmakedonien och Turkiet (Participating States, PS).

[20] Räddningsväsendet. (2024). Internationell verksamhet. Läst på adressen: https://pelastustoimi.fi/sv/raddningsvasendet/internationell-verksamhet

[21] Med *CBRN*-hot avses missbruk av kemiska ämnen (C), biologiska patogener (B), radioaktiva ämnen (R) och kärnvapen (N). Det är också möjligt att använda termen CBRNE, då eventuellt missbruk av explosiva ämnen (E) inkluderas i hoten. IM. (2017). *Kansallinen CBRNE-strategia 2017* (Nationell CRRNE-strategi 2017, på finska, med presentationsblad på svenska). Inrikesministeriets publikationer 29/2017. Läst på adressen: http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-324-166-4

EU-kommissionen arbetar för att skapa en stark europeisk hälsounion där alla EU-länder gemensamt förbereder sig för och ingriper vid folkhälsokriser. Som ett led i detta arbete inrättades Myndigheten för beredskap och insatser vid hälsokriser (Hera) i Europa hösten 2021. Dess uppgift är att identifiera olika hotscenarion och styra pengar till beredskapen för dem. Dess kärnuppgifter är bland annat att säkerställa utveckling, tillverkning, upphandling och jämlik distribution av centrala medicinska motåtgärder.[22] När ett hot mot folkhälsan föreligger övergår Hera till krisläge. Kommissionen får på grundval av ett sakkunnigutlåtande från Europeiska centrumet för förebyggande och kontroll av sjukdomar (ECDC), andra relevanta unionsbyråer eller unionsorgan och den rådgivande kommittén formellt fastställa att ett hot mot folkhälsan på unionsnivå föreligger. När ett hot mot folkhälsan föreligger kan rådet på förslag av kommissionen anta en förordning som aktiverar åtgärder i anslutning till nödsituationen. Till åtgärderna hör att inrätta en hälsokrisstyrelse (Health Crisis Board) och att följa behovet av medicinska motgärder och råmaterial i anslutning till kriser samt att konkurrensutsätta och upphandla sådana. Andra åtgärder gäller produktion och försörjning av samt tillgång till motåtgärder och råmaterial samt produktionsökning, inklusive inventering av produktionsanläggningar, konsumtionsvaror, utrustning och infrastruktur i anslutning till kriser. Åtgärderna kan också omfatta aktivering av brådskande forsknings- och innovationsplaner, inklusive användning av unionsomfattande nätverk för kliniska prövningar och plattformar för datadelning, samt krisfinansiering. Hälsokrisstyrelsen säkerställer samordning av de åtgärder som vidtas av rådet, kommissionen, relevanta unionsbyråer och unionsorgan samt medlemsstaterna för att säkerställa försörjning av och tillgång till medicinska motåtgärder. Den ombesörjer också bl.a. beslut om samordning och informationsutbyte i fråga om åtgärder enligt unionens civilskyddsmekanism. Till hälsokrisstyrelsen hör representanter för kommissionen och en representant för varje medlemsstat.

Till de senaste exemplen på internationella förpliktelser hör Europaparlamentets och rådets direktiv om kritiska entiteters motståndskraft (CER-direktivet (EU) 2557/2022, på engelska Critical Entities Resilience Directive) och direktiv om åtgärder för en hög gemensam cybersäkerhetsnivå i hela unionen (NIS2-direktivet, (EU) 2555/2022). Direktivens förpliktelser införlivas i den nationella lagstiftningen under inrikesministeriets[23] samt kommunikationsministeriets[24] ledning. Direktiven tillämpas i stor utsträckning inom social- och hälsovården i Finland inom såväl den privata som den offentliga sektorn. NIS2-direktivets syfte är att förbättra samhällets kristålighet genom att uppnå en hög cybersäkerhetsnivå. CER-direktivets syfte är att fastställa och identifiera entiteter som är kritiska med tanke på samhällets funktionsförmåga och att förbättra deras motståndskraft. Direktivet tillämpas inom 11 sektorer, varav särskilt hälsa, dricksvatten och offentlig förvaltning berör SHM:s förvaltningsområde. Det centrala nationella ramverket består av en strategi för kritiska entiteters motståndskraft, en riskbedömning som utförs av medlemsstaterna med fyra års mellanrum, identifiering och förteckning av kritiska entiteter och en behörig myndighet eller behöriga myndigheter samt en nationell gemensam kontaktpunkt för gränsöverskridande samarbete.

---

[22] Europeiska kommissionen. (2023). Myndigheten för beredskap och insatser vid hälsokriser. Läst på adressen: https://commission.europa.eu/about-european-commission/departments-and-executive-agencies/health-emergency-preparedness-and-response-authority_sv

[23] Kyberturvallisuusdirektiivin (NIS2-direktiivi) kansallista toimeenpanoa tukeva työryhmä (ung. Arbetsgrupp till stöd för det nationella genomförandet av cybersäkerhetsdirektivet (NIS2-direktivet)). (2022). Läst på adressen: https://valtioneuvosto.fi/sv/projektet?tunnus=LVM044:00/2022

[24] Lagstiftningsprojekt: Identifiering av kritiska aktörer och förbättring av den kritiska infrastrukturens motståndskraft. (2024). Läst på adressen: https://valtioneuvosto.fi/sv/projektet?tunnus=SM047:00/2022

Utöver de förpliktelser som gäller alla medlemsländer i Europarådet, Organisationen för säkerhet och samarbete i Europa OSSE eller Förenta nationerna har finska staten eller enskilda områden förbundit sig att iaktta bilaterala eller multilaterala internationella avtal, i huvudsak med grannstater. Flera av dessa avtal innehåller noggrant fastställde förpliktelser som gäller användningen av offentliga social- och hälsovårdsresurser som omfattas av välfärdsområdenas organiseringsansvar. Alternativ kan en utlösning av avtalen, dvs. att sådana överföringar av social- och hälsovårdsresurser som överenskommits i dem realiseras, ha negativa påföljder för servicesystemet, om välfärdsområdena inte har förberett sig tillräcklig på förpliktelserna enligt dessa internationella avtal.

Finska staten har ingått det nordiska hälsoberedskapsavtalet, som trädde i kraft den 16 februari 2004[25]. Regeringarna i Danmark, Finland, Island, Norge och Sverige upplevde redan då att det är nödvändigt med samarbete mellan hälso- och sjukvårdsmyndigheterna i staterna för att öka de nordiska ländernas förmåga att hantera kriser och katastrofer. Till dessa situationer räknas naturkatastrofer och händelser (olyckor och terrorhandlingar) med bl.a. radioaktiv strålning, biologiska och kemiska ämnen. Ett motsvarande statsfördrag undertecknades den 20 januari 1989 om räddningsbranschens samarbete: Nordiskt samarbetsavtal om räddningstjänst.

Finland har fördjupat det bilaterala försvarssamarbetet med Sverige. Det rådande säkerhetsläget har snabbat upp utvecklingen av bland annat värdlandsstödsarrangemangen mellan Finland och Sverige under 2022 som ett led i det fördjupade försvarssamarbetet mellan Finland och Sverige. Den 7 juni 2022 undertecknade Finland och Sverige ett samförståndsavtal om värdlandsstöd, som stärkte Finlands och Sveriges försvar och fördjupade det bilaterala samarbetet mellan länderna i alla säkerhetssituationer, skapade förutsättningar för ett operativt samarbete i fredstid och gjorde det smidigare att avtala om värdlandsstödet i fråga om övningsverksamhet[26]. Avtalet och de dokument som preciserar det innehåller särskilda förpliktelser som gäller bland annat hälsoskydd och hälso- och sjukvård för trupper (inklusive medicinskt evakueringssystem MEDEVAC, strategisk evakuering STRATEVAC och veterinärvård).

Regionala avtal om samarbete över riksgränserna har upprättats i bl.a. Lappland i fråga om prehospital sjukvård i de norra delarna av Finland, Sverige och Norge samt av Åland med aktörer inom den specialiserade sjukvården i Sverige till exempel med tanke på allvarliga fartygsolyckor. Dessutom har ett avtal om Saima kanal ingåtts med Ryssland.

När Finland blev fullvärdig medlem av Nato den 4 april 2023 stärktes både Finlands säkerhet i den förändrade omvärlden och stabiliteten och säkerheten i Östersjöregionen och Nordeuropa. Finlands starka försvarsförmåga och resiliens stärker också Nato och alliansens kollektiva försvar. Samtidigt ökade Nato-medlemskapet också antalet sådana internationella avtal som på ett bindande sätt styr den nationella beredskapen, förberedelserna samt hanteringen av störningssituationer. Innan Finland blev fullvärdig medlem hade finska staten förbundit sig till bland annat ett samförståndsprotokoll om värdlandsstöd med Nato den 4 september 2014 och ett preciserande dokument om teknisk arrangemang[27] den 24 maj 2022. När Finland blev

---

[25] Republikens presidents förordning om sättande i kraft av det nordiska hälsoberedskapsavtalet (Fördr 8/2004). Läst på adressen: https://finlex.fi/fi/sopimukset/sopteksti/2004/20040008/20040008_1

[26] Statsrådet. (2022). Finland och Sverige undertecknar ett samförståndsavtal om värdlandsstöd. Läst på adressen: https://valtioneuvosto.fi/-/suomi-ja-ruotsi-allekirjoittavat-isantamaatukea-koskevan-yhteisymmarryspoytakirjan?languageId=sv_SE

[27] Statsrådet. (2022). Finland och Nato undertecknade ett dokument om tekniska arrangemang för värdlandsstöd. Läst på adressen: https://valtioneuvosto.fi/sv/-/finland-och-nato-undertecknade-ett-dokument-om-tekniska-arrangemang-for-vardlandsstod?languageId=sv_SE

fullvärdig medlem av Nato blev vi förpliktade att inom ett år godkänna alla avtal som gäller medlemskapet i Nato och Natos verksamhet fullt ut: Ottawaavtalet, Nato Sofa, Parisprotokollet, informationssäkerhetsavtalet, Atomavtalet, avtalet om ömsesidigt sekretesskydd för patentsökta försvarsrelaterade uppfinningar, avtalet om överföring av teknisk information för försvarsändamål samt Brysselavtalet. Finlands anslutning till en del av dessa avtal var fortfarande under arbetet när denna regeringsproposition utarbetades.

Enligt artikel 5 i nordatlantiska fördraget[28] tolkas ett angrepp mot ett medlemsland som ett angrepp mot alla. Finland omfattas av säkerhetsgarantier enligt artikel 5. Artikel 3 i fördraget förpliktar åter Finland att tillsammans med de andra medlemsländerna utveckla sin förmåga att försvara sig mot väpnade angrepp. Verkställandet av fördraget är i väsentlig grad förenat med bl.a. presenationsförmågor med kopplingar till social- och hälsovårdens resurser samt kraven från krisresponssystem.

Nato Sofa är ett avtal mellan de fördragsslutande parterna i nordatlantiska fördraget som slöts i London 1951 och som innehåller bestämmelser om avtalsparternas trupper. Behovet av avtal om ställningen för trupper från Natos medlemsstater har framhävts när den militära alliansen växer och det militära samarbetet i fredstid ökar. Ett exempel på detta är staternas gemensamma militärövningar samt styrkor som för längre tid placeras på andra staters territorium.

Bestämmelserna i Parisprotokollet (protokollet om status för internationella militära högkvarter som inrättats i enlighet med nordatlantiska fördraget) och Nato Sofa utsträcks också till Natos högkvarter och deras militära och civila personal i andra medlemsstater. Bestämmelserna gäller bl.a. inreseformaliteter, rätten att bära vapen, utövande av domsrätt, rätten till och avstående från skadestånd och om styrkornas privilegier och immunitet. Som deltagande stat i Natos Partnerskap för fred har Finland redan de facto tillämpat dessa avtal i mindre skala sedan 1997. Som ny Natomedlem måste Finland dock ansluta sig till dem fullt ut. Statsrådet lämnade den 30 november en regeringsproposition till riksdagen som gäller Finlands anslutning till Nato Sofa och Parisprotokollet (RP 90/2023 rd).

Ottawaavtalet är ett avtal om status för Nordatlantiska fördragsorganisationen, nationella representanter och organisationens internationella personal som slöts i Ottawa 1951. Avtalet tillämpas på Natos nationella företrädare och internationella personal och det gäller deras privilegier och immunitet. För Finlands del trädde avtalet i kraft internationellt när Finland deponerade ratificeringsinstrumentet i Washington den 7 juni 2023.

Avtalet mellan parterna i nordatlantiska fördraget om informationssäkerhet innehåller bestämmelser om ömsesidigt skydd och tryggande av säkerhetsskyddsklassificerad information. Avtalet trädde i kraft för Finlands del den 23 augusti 2023.

Brysselfördraget innehåller bestämmelser om privilegier och immunitet för tredjestaters delegationer och representanter vid Nato. Fördraget trädde i kraft genom statsrådets förordning (1053/2023) den 30 november 2023.

Det bilaterala avtalet om försvarssamarbete mellan Finland och Förenta staterna (Defence Cooperation Agreement, DCA) undertecknades den 18 december 2023[29]. Avtalet tar upp bl.a.

---

[28] Lagen om nordatlantiska fördraget 442/2023. Läst på adressen: https://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2023/20230442

[29] Utrikesministeriet. (2023). Avtal om försvarssamarbete med Förenta staterna (DCA). Läst på adressen: https://um.fi/avtal-om-forsvarssamarbete-med-forenta-staterna-dca-

praktiska frågor som gäller styrkornas inresa, lagring av försvarsmateriel och beskattning. Avtalet kan ha direkta effekter på eller indirekta kopplingar till social- och hälsovårdens resurser och verksamhetsmodeller.

2.3 Bedömning av nuläget

2.3.1 Den nationella riskbedömningen ur social- och hälsovårdens synvinkel

Social- och hälsovården har beredskap och vidtar förberedelser för risker på nationell nivå, såsom pandemier, terrordåd, cyberattacker, störningar i kraftförsörjningen, användning av militära maktmedel, massinvandring och CBRN-hot. I följande avsnitt presenteras några av de viktigaste hoten för social- och hälsovården i den senaste nationella riskbedömningspublikationen.

Störningar i hälsosäkerheten[30], såsom resistens mot antimikrobiella läkemedel, pandemier eller epidemier av djursjukdomar, kan hota ett stort antal människors hälsa, välfärd, ekonomi och säkerhet. Covid-19-coronaviruspandemin belastade social- och hälsovården kännbart, men påverkade funktionssäkerheten och stabiliteten hos samhällets nästan alla vitala funktioner ekonomiskt eller funktionellt. Under den pandemin blev man tvungen att inskränka på människornas grundläggande fri- och rättigheter i en situation där den utbredda sjukligheten hotade att överstiga hälso- och sjukvårdens bärkraft och äventyra samhällets funktionssäkerhet. De ekonomiska och sociala konsekvenserna av karantäner, inreserestriktioner och andra restriktiva åtgärder kan vara omfattande och långvariga. Pandemin orsakade utmaningar för bland annat ledningen, försvaret, den inre säkerheten, energiförsörjningen, transporterna och livsmedelsförsörjningen. Sjukdom bland social- och hälsovårdspersonen, dödsfall i anslutning till pandemin och personalbrist ökade belastningen på dem som var i arbete. De negativa konsekvenserna för individers fysiska, psykiska, sociala och mentala välmående var direkta eller uppstod indirekt genom förändringar i familjen, gemenskapen eller samhället. Befolkningens servicebehov ökade samtidigt som social- och hälsovårdens kristålighet och förmåga att svara på störningar försämrades.

Tröskeln för *användning av militära maktmedel*[31] har sänkts i dagens svårförutsägbara omvärld. Krigshandlingarna i Ukraina har visat att Ryssland är berett att använda militära maktmedel som redskap för sin maktpolitik mot grannstater. Ryssland har stött sina militära handlingar med kraftigt hybridpåverkan, som också har riktats mot stater som stödjer Ukraina, såsom Finland, samt i större utsträckning än tidigare också direkt mot social- och hälsovården. Rysslands anfallskrig i Ukraina har undergrävt samhällets stabilitet bl.a. i och med energi- och livsmedelskrisen och den växande inflationen. När det gäller social- och hälsovården bör man lägga märke till att förvarningstiden har blivit kortare och välfärdsområdenas roll för att stödja Finlands försvar är större än någonsin tidigare. För att utgöra en förebyggande spärr mot användning av och hot om militära maktmedel förutsätts mer övergripande förmåga än tidigare att upptäcka hot på förhand och höja beredskapen samt prestationsförmåga som motsvarar hoten i den aktuella situationen. Den militära prestationsförmåga som försvarsmakten ansvarar för är i Finland beroende av den civila prestationsförmågan bl.a. inom social- och hälsovården. Krigshandlingarna mot Ukraina visar att det är nödvändigt att inom social- och hälsovården utveckla snabbare aktionsberedskap, förmåga att svara på långvarig militär påtryckning,

---

[30] IM. (2023). Störningar i hälsosäkerheten. *I verket Nationell riskbedömning 2023 (s. 66-75).* Inrikesministeriets publikationer 2023:4. Läst på adressen: http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-324-606-5

[31] IM. (2023). Användning av militära maktmedel. *I verket Nationell riskbedömning 2023 (s. 37-41).* Inrikesministeriets publikationer 2023:4. Läst på adressen: http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-324-606-5

förmåga att bekämpa omfattande anfallsoperationer i flera riktningar samtidigt samt förmåga att skydda befolkningen och kritisk social- och hälsovårdsinfrastruktur samt funktioner som välfärdsområdena ansvarar för. Behovet av att svara på ett allvarligt militärt hot eller hanteringen av andra allvarliga störningssituationer och undantagsförhållanden har inte beaktats tillräckligt inom social- och hälsovårdens ledningssystem, beredskapsreglering och verksamhetsarrangemang.

CBRN-medel kan utnyttjas på olika sätt som en del av hybridpåverkan eller direkt användning av militära maktmedel. I en allvarliga CBRN-situation uppstår omfattande och allvarliga hälsorisker samt avsevärda olägenheter för människors levnadsförhållanden, miljön och eventuellt även näringslivet. Beroende på vilken effekt som eftersträvas försöker anfallaren påverka objektet genom att förorena eller exponera objektet för skada med ett visst ämne eller en viss patogen, sprida ett ofarligt ämne som liknar ett riktigt ämne till objektet eller hota objektet med ett CBRN-ämne och vapen. En CBRN-attack kan förutom mot objekt inom försvaret riktas mot en enskild byggnad, ett allmänt kommunikationsmedel, ett omfattande område, livsmedel, dricksvatten eller enskilda personer, såsom i förgiftningsfallet som gällde Sergej och Julia Skripal den 4 mars 2018. Avsiktlig användning av växt- och djursjukdomar i syfte att skada växt- eller spannmålsproduktionen och produktionsdjur utgör också ett potentiellt hot. En attack som utförts med CBRN-material kan ha en betydande psykologisk effekt på befolkningen. Detta kan leda till att sådan personer söker sig till social- och hälsovårdstjänster som de facto inte har exponerats för materialet i fråga. De attacker mot kärnkraftverk som genomförts i samband med Rysslands anfallskrig i Ukraina har lett till att atomenergi och strålsäkerhet nu lyfts fram tydligt i diskussionen om försörjningsberedskap och annan beredskap. CBRN-beredskap behövs också med tanke på olyckor. Den sällsynta störningssituation som ledde till snabbstopp av Olkiluotos reaktor 2 den 10 december 2020 var en viktig påminnelse om detta. En allvarlig kärnkraftsolycka kan innebära en betydande, långvarig minskning av Finlands elproduktion, framför allt om övriga enheter på kärnkraftverket måste stoppas. Dessutom kan en omprövning av kärnenergianvändningens säkerhet innebära att driften av kärnkraftverken.

Massinvandring[32] innebär en situation där det till en stats gräns eller gränser på kort tid kommer många utlänningar som ansöker om internationellt skydd eller som saknar sådana förutsättningar för inresa som anges i utlänningslagen eller kodexen om Schengengränserna. Faktorer som ger upphov till massinvandring är krig och konflikter, miljö- och klimatförändringar, ojämn fördelning av förmögenhet och andra resurser samt hopp om ett bättre liv. Invandringen till Europa ökar och flyttningsrörelsen kommer antagligen i allt högre grad att utnyttjas som en politisk påtryckningsmetod. Även småskalig invandring kan ge upphov till en störningssituation under normala förhållanden, om den är ett led i instrumentaliserad hybridpåverkan eller om myndigheternas förmåga att sköta sina uppgifter i anslutning till hantering av invandringen äventyras. Befolkningens förtroende för att myndigheterna har situationen under kontroll är en central faktor som stärker samhällets mentala kristålighet. Invandringsoperationer kan också innefatta informationspåverkan på att stärka motsättningar och rubba den allmänna ordningen. Finland utsattes för dylik hybridpåverkan vid årsskiftet 2023–2024, då antalet asylsökande som försökte ta sig till Finland via Ryssland ökade avsevärt. Okontrollerad invandring är förknippad med risker för den inre säkerheten, vilka måste kunna förebyggas. Gränsövergångsställena i Imatra, Kuusamo, Nuijamaa, Raja-Jooseppi, Salla och Vartius stängdes 30 november–14 december 2023 och 15 december 2023–14 april 2024.

[32] IM. (2023). Massinvandring och påtryckning genom styrning av invandrare. *I verket Nationell riskbedömning 2023 (s. 41-44).* Inrikesministeriets publikationer 2023:5. Läst på adressen: http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-324-606-5

Statsrådet beslutade den 4 april 2024 att Finlands östra gräns ska hållas stängd tills vidare.[33] En viktig beredskapsmetod inför omfattande och instrumentaliserad migration är tydlig lagstiftning och tillräckliga befogenheter för myndigheterna att agera på ett förebyggande och effektivt sätt i störningssituationer. När det gäller social- och hälsovårdens uppgifter förutsätter detta en tydligare lagstiftning och ledningsstruktur än tidigare för situationer som överskrider välfärdsområdenas resurser och de geografiska gränserna, så att social- och hälsovårdsresurser vid behov kan överföras från andra områden för att stödja ett enskilt välfärdsområdes resurser. Enligt lagen om mottagande av personer som söker internationellt skydd och om identifiering av och hjälp till offer för människohandel (746/2011) ingår social- och hälsovårdstjänster i de mottagningstjänster som förläggningen ordnar. I praktiken kan förläggningarna ändå inte producera bl.a. prehospital akutsjukvård eller specialiserad sjukvård, utan dessa tjänster produceras i välfärdsområdena även för personer som ansöker om internationellt skydd. I en massinvandringssituation kan hälsotillståndet hos de personer som kommer till landet förutsätta brådskande vård, vilket måste beaktas i välfärdsområdenas beredskap och beredskapsplaner.

Störningar i energiförsörjningen[34] kan uppstå till följd av omfattande tekniska eller av människan eller klimatet orsakade störningar i t.ex. produktionen, överföringen eller distributionen av el. Jämfört med tidigare år har hotnivån i fråga om störningar i energisystemet stigit särskilt på grund av det anfallskrig som Ryssland startat och klimatförändringarna. Effekterna på energiflödena har fått energipriserna att skjuta i höjden och rubbat prisstabiliteten samt försvårat tillgången till energi. Hotnivån har stigit också i fråga om hybrid- och cyberoperationer som riktas mot energiinfrastrukturen. Om en stor störning av elsystemet förverkligas kan de påverka många sektorer, eftersom störningsfri tillgång till el är en synnerligen kritisk sak med tanke på samhällets funktion och försörjningsberedskapen. Hösten 2022 varnade Fingrid Oyj för en långvarig störning i kraftförsörjningen under en köldperiod som varade längre än vanligt. Inom social- och hälsovården förberedde man sig då på att vid behov evakuera särskilt utsatta klienter samt hela enheter för vård eller omsorg dygnet runt i ett visst geografiskt område. Slutresultatet var att man inte behövde vidta de planerade åtgärderna, men SHM utarbetade ett styrningsbrev för servicesystemet i syfte att utveckla beredskapen och förberedelserna med tanke på framtida störningar i kraftförsörjningen[35].

Störningar i informations- och kommunikationsnät och i kommunikationstjänster[36] är numera vardag inom social- och hälsovården. Brotten riktade mot informationsnät, såsom dataintrång eller omfattande kränkningar av integritetsskyddet hotar befolkningens grundläggande rättigheter. Statliga aktörers olagliga verksamhet på nätet eller i informationssystem innebär hot mot den nationella säkerheten. Social- och hälsovårdens informationssystem och datanät har blivit föremål för cyberattacker, eftersom de innehåller information och funktioner som är av väsentlig betydelse för samhället. Inom social- och hälsovården finns det många anordningar samt många människor som anställda, patienter och klienter, vilket innebär många möjligheter för brottslig verksamhet. Följderna av en cyberattack för vårdköerna och vårdens kvalitet är direkta och allvarliga, om serviceverksamheten inte längre kan ta hand om normalt antal klienter eller klient- och patientsäkerheten äventyras, när sjukhuset till exempel inte längre känner till

---

[33] Statsrådet. (2024). Situationen vid Finlands östra gräns. Läst på adressen: https://valtioneuvosto.fi/sv/situationen-vid-finlands-ostra-grans

[34] IM. (2023). Störningar i energiförsörjningen. *I verket Nationell riskbedömning 2023 (s. 53-59).* Inrikesministeriets publikationer 2023:5. Läst på adressen: http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-324-606-5

[35] SHM. (2022). Beredskapen för elavbrott inom servicesystemet vintern 2022-2023 (VN/27130/2022).

[36] IM. (2023). Störningar i informations- och kommunikationsnät och i kommunikationstjänster. *I verket Nationell riskbedömning 2023 (s. 59-62).* Inrikesministeriets publikationer 2023:5. Läst på adressen: http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-324-606-5

vilka mediciner eller allergier en patient som kommer för operation har eller patientens donationsvilja. Anställda och informationssystem kan också bli föremål för brott mot informationssäkerheten av en slump. Multiplikatoreffekterna av enskilda systemstörningar kan bli betydande när fel och störningar bildar kedjor eller effekterna riktar sig mot människors välmående. Det dataintrång hos Psykoterapicentret Vastaamo som blev känt 2020 riktade sig mot 33 086 klienter och visade i hur stor omfattning läckta patientuppgifter eller utpressning i anslutning därtill kan försämra människors psykiska välmående och undergräva förtroendet för samhället tjänster och för myndigheternas verksamhet. Fel, störningar eller sårbarheter i samutnyttjade e-plattformar kan samtidigt påverka flera organisationer vad gäller tjänsternas tillgänglighet samt informationens konfidentialitet och riktighet. Exempelvis utpressningsprogrammet WannaCry, ett skadeprogram som spreds i form av en mask 2017, infekterade över 200 000 datorer i över hundra länder. I Finland slog WannaCry till mot Tammerfors universitetssjukhus bilddiagnostiska utrustning[37]. En störning som riktas mot ett enskilt informationssystems eller en enskild dataförbindelses funktion eller säkerhet kan påverka en eller flera tjänster som är av central betydelse för samhällets verksamhet. Hösten 2018 slogs e-tjänster som använder Suomi.fi-identifiering, såsom FPA:s och skatteförvaltningens tjänster, ut i ungefär tre och en halv timmes tid eftersom de utsattes för en överbelastningsattack.

Hotet om *terrordåd eller andra våldsdåd*[38] har ökat enligt skyddspolisens hotbedömning. Skyddspolisen har identifierat högerextremistiska och radikala islamistiska aktörer som sannolikt har vilja och förmåga att begå våldsamma attacker. Det största hotet för ett terrordåd utgörs av enskilda aktörer eller små grupper som är anhängare av högerextrem eller radikalislamistisk ideologi.[39] Ökad ojämlikhet kan öka missnöjet, den våldsbejakande radikaliseringen och den allmänna konfliktbenägenheten i samhället. Det första islamistiska terrordådet i jihadistiskt syfte i Finland utfördes i Åbo den 18 augusti 2017. Enligt Olycksutredningscentralens rapport[40] var myndigheternas beredskap att agera i samband med knivdådet i Åbo ganska god. Under situationen flyttade de regionala fältledarna för landskapets akutvård beredskap närmare Åbo. Med beredskapsflyttningarna tryggades akutvårdens aktionsberedskap i Åbo. Åbo stads social- och krisjour samordnade det psykosociala stödet. Åbo universitetscentralsjukhus ger akutsjukvård inom hela Egentliga Finlands område och på sjukhuset fanns tillgång till alla medicinska specialiteter som behövdes för att behandla de skador som uppstått i våldssituationen. Myndigheternas beredskap att agera kunde ha varit sämre i ett området där det till exempel inte finns något universitetssjukhus eller om en större grupp människor hade varit föremål för attacken. Med tanke på dylika allvarliga störningssituationer skulle det vara nödvändigt för social- och hälsovården att kunna agera

---

[37] Hankonen, R. (9.1.2019). Pahat mielessä - terveydenhuollon tieto kiinnostaa rikollisia (ung. Ont i sinnet – hälso- och sjukvårdsinformation intresserar brottslingar). *Tehy-lehti.* Läst på adressen: https://www.tehylehti.fi/fi/tyoelama/pahat-mielessa-terveydenhuollon-tieto-kiinnostaa-rikollisia

[38] IM. (2023). Terrordåd eller annat våldsdåd mot samhällets strukturer eller stora folksamlingar. *I verket Nationell riskbedömning 2023 (s. 44-46).* Inrikesministeriets publikationer 2023:5. Läst på adressen: http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-324-606-5

[39] Skyddspolisen. (2023). Nationell terrorhotbedömning 2023. Läst på adressen: https://supo.fi/sv/terrorhotbedomning

[40] Olycksutredningscentralen. (2018). *Knivhuggningarna i Åbo 18.8.2017*. Utredningsrapport 7/2018. Läst på adressen: https://www.turvallisuustutkinta.fi/material/attachments/otkes/tutkintaselostukset/sv/muutonnettomuudet/2017/QotDMj8rH/P2017-01_Turku_SV_korjattu.pdf

smidigare i en situation som berör flera myndigheter, samt att snabbt överföra social- och hälsovårdsresurser över gränserna mellan välfärdsområdena.

Transporternas kontinuitet[41] samt därigenom social- och hälsovårdens verksamhet och försörjningsberedskap kan störas av till exempel Östersjöns varierande väderförhållanden, en stängning av luftrummet i Finlands närområde eller störningar i de globala transportsystemen. Exempelvis isbrytarmaterielen borde inte minskas när klimatet snabbt blir varmare, eftersom svåra isförhållande förväntas förekomma även när istäcket i Östersjön krymper. Finlands nordliga läge på den yttre gränsen av EU:s inre marknad och det faktum att Finland är beroende av transportflöden via Östersjön är beaktansvärda riskfaktorer när det gäller att upprätthålla samhällets funktionssäkerhet och den nationella försörjningsberedskapen. Exempelvis stoppet i Suezkanalen den 23–29 mars 2021, vattenbrist i Panamakanalen till följd av El Niño, dvs. uppvärmningen av Stilla havet, och de störningar som covid-19-pandemin orsakade i det globala containertransportsystemet ledde till multiplikatoreffekter för bl.a. social- och hälsovården. Särskilt när det gäller produktionen av medicinsktekniska produkter, vårdmaterial och läkemedel måste man i stor utsträckning förlita sig på global produktion, särskilt i Kina och Indien, och logistiken i anslutning till den är känslig för störningar. I Finland finns det för närvarande inte någon läkemedelsproduktion eller tillgång på råvaror och förpackningsmaterial i sådan omfattning att man genom inhemsk produktion skulle kunna möta alla behov inom social- och hälsovården. Störningar i transporterna kan avsevärt försämra tillgången till läkemedel eller så är kritiskt underhåll eller reparation av anordningar inte möjlig. Ur Finlands synvinkel har EU:s inre marknad och dess funktionssäkerhet en stor stabiliserande effekt på kontinuiteten i samhällets kritiska funktioner och den allmänna kriståligheten. RescEU-projektet är ett exempel på den roll som social- och hälsovården i Finland spelar för beredskapen på EU-nivå. Den gemensamma upphandlingen av coronavacciner är ett annat exempel på beredskap på EU-nivå, där deltagandet i den globala konkurrensen om vacciner förutsatte nationella och internationella lösningar över de lokala ledningssystemen för social- och hälsovården. Med tanke på beredskapen är det väsentligt att vid behov kunna jämna ut social- och hälsovårdsmaterial och andra resurser över gränserna mellan välfärdsområdena.

2.3.2 Bedömning av nuläget i fråga om beredskap och förberedelser inom social- och hälsovården

Verksamheten inom social- och hälsovården har traditionellt varit tämligen splittrad. Särskilt när det gäller beredskap, förberedelser och hantering av störningssituationer har social- och hälsovården saknat enhetliga verksamhetsmodeller och nationella ledningsstrukturer. När social- och hälsovården var kommunbaserad fanns det över 200 anordnare, vilket gjorde det utmanande att genomföra enhetliga beredskapsprinciper. I det kommunbaserade systemet var sjukvårdsdistriktens beredskap mer enhetlig än inom basservicen. Nödvändiga uppgifter om de nationella resurserna har emellertid inte funnits systematiskt tillgängliga ens för sjukhusens del. Exempelvis våren 2020 var det svårt att hitta samlad information om intensivvårdsplatser, som var väsentliga med tanke på covid-19-pandemin.

Strukturreformen inom social- och hälsovården bringade klarhet i beredskapen och hanteringen av störningssituationer inom social- och hälsovården. Välfärdsområdena, som inledde sin verksamhet den 1 januari 2023, och den beredning som startade på samarbetsområdesnivå då har förbättrat beredskapen och samarbetet i de välfärdsområden som hör till samma samarbetsområde samt samlat kompetens och resurser även på välfärdsområdesnivå. Utrymme

[41] IM. (2023). Störningar i transporternas kontinuitet. *I verket Nationell riskbedömning 2023 (s. 63-66)*. Inrikesministeriets publikationer 2023:5. Läst på adressen: http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-324-606-5

för förbättringar har iakttagits när det gäller att stärka informationsproduktionen inom socialvården samt i fråga om störningssituationer som berör flera samarbetsområden än ett, såväl för författningarnas som verksamhetens del. Covid-19-pandemin visade i praktiken att betydande störningssituationer inte följer de administrativa områdesindelningarna. Under pandemin behövde man dela på de gemensamma resurserna till exempel våren 2020, då universitetssjukhusens sjukvårdsdistrikt genomförde gemensam upphandling av skyddsmaterial och fördelade det till alla social- och hälsovårdsaktörer, upprättade en gemensam lägesbild enligt modellen med fem specialupptagningsområden samt öppnade vårdplatser för intensivvårdspatienter till följd av pandemin i alla specialupptagningsområden.

Inom social- och hälsovården har man förberett sig regionalt på traditionella hot, såsom storolyckor där det behövs specialiserad sjukvård samt brandsituationer som förutsätter social- och krisjouråtgärder. Beredskapen för långvariga störningssituationer som överskrider gränserna mellan välfärdsområdena eller är allvarliga har varit varierande, och beredskapen för störningar inom servicen på basnivå har inte varit på samma nivå som beredskapen inom den specialiserade sjukvården. Utdragna störningar som covid-19-pandemin orsakar i allmänhet också en vård- och serviceskuld, som förutsätter kontinuerlig beredskap och anpassning av verksamheten inom servicesystemet.

När det gäller beredskapen inom socialvården bör särskild uppmärksamhet fästas vid tillgången till lagstadgad service, kontinuiteten i servicen och ökat servicebehov. Sådan kritisk service är bland annat socialjour, barnskydd och hemvård. Covid-19- pandemin och andra störningssituationer har visat att befolkningens behov av stöd och handledning ökar. Undersökningar visar att till exempel våldet i nära relationer också ökar i krissituationer. I framtiden måste man i beredskapen också beakta att befolkningen blir äldre och att den kulturella mångfalden ökar. Störningssituationer påverkar särskilt utsatta personer, såsom barn, personer med invandrarbakgrund, äldre och personer med funktionsnedsättning, samt personer vars funktionsförmåga är nedsatt på något annat sätt.[42] Utsatta grupper har ofta väldigt få möjligheter att påverka sina levnadsförhållanden och deras sociala nätverk kan vara smala. Särskilt inom institutionsservice, där vården och den rehabiliterande verksamheten är kontinuerlig, bär det välfärdsområde som producerar eller ordnar servicen ett stort ansvar för att kontinuerlig service tryggas under alla förhållanden, också i störningssituationer.[43] Detsamma gäller också annan heldygnsservice inom socialvården, såsom serviceboende med heldygnsomsorg för äldre och personer med funktionsnedsättning. Allt flera som behöver särskilt stöd bor ensamma. Särskilt behoven hos personer som bor hemma och omfattas av social- och hälsovårdstjänster måste beaktas i störningssituationer och under undantagsförhållanden, eftersom allt fler kroniskt sjuka, personer med funktionsnedsättning och personer som nått hög ålder får den vård och omsorg de behöver och annan service i hemmet.[44]

---

[42] Sainio m.fl. (2021). Koronapandemian ja sen rajoittamistoimien vaikutukset toimintarajoitteisten ihmisten elämään (ung. Coronapandemins och restriktionernas inverkan på livet för personer med funktionsnedsättning). *Sosiaalilääketieteellinen aikakausilehti 2021:58 (s. 235-252).*

[43] Kestilä m.fl. (2022). *Covid-19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen: Asiantuntija-arvio, kevät 2022* (ung. Covid-19-epidemins inverkan på välfärden, servicesystemet och samhällsekonomin: Expertbedömning, våren 2022). THL, Raportti 4/2022. Läst på adressen: https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-865-1

[44] Rieppo m.fl. (2023). *Åtgärder för att personer med funktionsnedsättning och invandrare ska klara av allvarliga störningssituationer och undantagsförhållanden: Handlingskort som stöder förberedelser.* Institutet för hälsa och välfärd THL, Handledning 11/2023. Läst på adressen: https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-091-0

Exempelvis i evakueringssituationer betyder detta att social- och hälsovården ansvarar för fler personer som behöver oundgänglig vård samt enheter för vård och omsorg dygnet runt.[45]

De hot som beskrivs i den nationella riskbedömningen följer inga geografiska gränser eller personalens normala semestertider. Många risker, till exempel strömavbrott, är sannolikare i glesbygdsområden än i tillväxtcentrum. I dessa störningssituationer är det motiverat att inrikta social- och hälsovårdens resurser så att de stöder områdena. Detta betyder att det behöver skapas en modell på nationell nivå som gör det möjligt att snabbt överföra social- och hälsovårdsresurser, såsom material över gränserna mellan välfärdsområdena eller till Åland.

I störningssituationer överbelastas ett enskilt välfärdsområdens social- och hälsovårdskapacitet lätt, eftersom verksamheten även i en normal situation är mycket effektiviserad. Funktionsförmågan i störningssituationer och under undantagsförhållanden bygger på resurserna och verksamhetsmodellerna för verksamheten under normala förhållanden. De social- och hälsovårdsresurser som behövs i störningssituationer måste kunna styras över välfärdsområdenas och även Finlands gränser flexiblare än nu. Social- och hälsovårdens strukturer och verksamhetsformer kan inte i nuläget svara tillräckligt effektivt på allvarliga krissituationer över välfärdsområdenas gränser till exempel med den snabbhet och i den omfattning som till exempel Natos system för krisrespons förutsätter. När hoten blir mångsidigare och den offentliga ekonomin försämras behövs det också arbetsfördelning i fråga om beredskaps- och förberedande uppgifter som är särskilt krävande eller som förutsätter sällsynt social- och hälsovårdskompetens.

I nuläget har ledningssystemet för social- och hälsovården inte tillräckligt med inbyggda processer, förmågor eller befogenheter över välfärdsområdesgränserna för att stödja välfärdsområdena eller till exempel Försvarsmakten i allvarliga störningssituationer eller under undantagsförhållanden. Innehållet i 50 och 51 i lagen om ordnande av social- och hälsovård samt i statsrådets förordning som utfärdats med stöd av lagens 50 § hänför sig särskilt till upprättandet av en lägesbild, men inte till de åtgärder som ska vidtas utifrån lägesbildsuppgifterna. Enligt regeringens proposition som ledde till att lagen om ordnande av social- och hälsovård stiftades (RP 241/2020 rd)[46] ”överskrider hotbilderna som gäller beredskap och förberedelser inom social- och hälsovården och miljö- och hälsoskyddet i regel gränserna mellan kommunerna och välfärdsområdena. Därför är det nödvändigt att beredskapsplanerna samordnas inom samarbetsområdet, och på riksomfattande nivå mellan samarbetsområdena. De situationer som avses i [50 § 1 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård] är ofta också så betydande att ett enskilt välfärdsområde inte har tillräckliga resurser för att sköta dem.”

Under coronapandemin lärde vi oss att beredskap samt höjning och omfördelning av kapaciteten inte är endast regionala åtgärder, utan de förutsätter åtgärder som planeras på nationell nivå och samordnas mellan välfärdsområdena. Under covid-19-pandemin var det nödvändigt att flytta patienter mellan specialupptagningsområdenas vårdinstitutioner. Utöver samarbetet mellan sjukvårdsdistrikten under covid-19-pandemin spelade samarbetet mellan SHM:s beredskapsenhet, THL och sjukvårdsdistrikten för de fem universitetssjukhusen (inklusive samordnings- och lägesbildsarbetet för den nationella intensivvården) en central roll för upprättandet av en lägesbild och tryggandet av hälso- och sjukvårdens bärkraft. Social- och

[45] IM. (2024). *Anvisning om planering och genomförande av evakueringar : Förflyttning av befolkning i undantagsförhållanden.* Inrikesministeriets publikationer 2024:3. Läst på adressen: http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-324-992-9

[46] På sidorna 724-725 i specialmotiveringen beskrivs innehållet i 50 § närmare.

hälsovårdens lägesbild har senare kompletterats med uppgifter om social- och hälsovårdstjänsterna på basnivå utöver den specialiserade sjukvården. Det finns dock fortfarande betydande skuggområden i social- och hälsovårdens nationella och regionala kunskapsunderlag. Särskilt kunskapsunderlaget om social- och hälsovårdspersonal ger inte för närvarande möjlighet att på ett tillförlitligt sätt förutsäga personal- och utbildningsbehovet. Saken bedöms inom ett projekt inom ramen för statsrådets gemensamma utrednings- och forskningsverksamhet (VN TEAS)[47].

En lägesbild som baserar sig på ett korrekt, tillräckligt och aktuellt nationellt och internationellt kunskapsunderlag är en väsentligt del i all ledning. En gemensam lägesbild, framförhållning och reaktion är centrala element för att bekämpa en pandemi. En gemensam lägesbild över organisationsgränserna och så välplanerade åtgärder som möjligt bidrar till att styra social- och hälsovårdens begränsade resurser förnuftigt och effektivt. Eftersom ledningen i krissituationer i så stor utsträckning som möjligt ska baserar sig på ledningssystemen för normala förhållanden, borde dessa system underhållas kontinuerligt. En så automatiserad uppgiftsinsamling som möjligt för upprättandet av lägesbilden lägger grunden för prognostisering och ledning av störningssituationer.[48]

De fem beredskapscenter för social- och hälsovården som inrättats i samarbetsområdena inledde sin verksamhet i början av 2023. Beredskapscentren stärker den riksomfattande beredskapen och förbättrar samhällets beredskap att svara på olika störningssituationer och undantagsförhållanden. Enligt den bedömning av de enskilda samarbetsområdena om THL publicerat har Södra och Norra Finland hunnit längst med att utveckla beredskapscentrens verksamhet.[49]

Trots skyldigheterna enligt 37 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård och förordningarna[50] samt det utvecklingsarbete som utförts under 2023 har man ännu inte åstadkommit ett gemensamt underlag inom social- och hälsovårdens beredskapsplanering och regleringen av beredskapsnivåerna i fråga om tillräckligt många hot enligt den nationella riskbedömningen. I fortsättningen måste man förbereda sig på de viktigaste störningssituationshoten i den nationella riskbedömningen med gemensamma principer och genom nära samarbete över gränserna mellan förvaltningsområdena. Med gemensamma principer avses en gemensam uppfattning om bland annat beredskapsplanernas centrala innehåll, olika beredskapsnivåer, de åtgärder som ska vidtas på olika beredskapsnivåer,

---

[47] Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö- ja koulutustarpeen ennakointi (ung. Prognostisering av social- och hälsovårdens personal- och utbildningsbehov) (SOTEHEN 3/23-3/24). Läst på adressen: Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö- ja koulutustarpeen ennakointi (SOTEHEN) | Tieto käyttöön (tietokayttoon.fi)

[48] Ihalainen m.fl. (2022). *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän varautuminen mahdolliseen seuraavaan epidemia-aaltoon. Selvitysryhmän raportti* (Beredskapen inom servicesystemet för social -och hälsovården inför en eventuell följande epidemivåg Utredningsgruppens rapport, på finska med presentationsblad på svenska). Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2022:11. Läst på adressen: http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-9696-0

[49] Croell m.fl. (2023). Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen yhteistyöalueilla. Asiantuntija-arvio, syksy 2023. Päätösten tueksi 45/2023 (ung. Ordnande av social- och hälsovård i samarbetsområdena. Expertbedömning, hösten 2023, Stöd för beslut 45/2023, Nationell sammanfattning på svenska). Läst på adressen: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/147854/PT2023_045_YTA-raportti_30112023%20korjattu_s.pdf?sequence=4&isAllowed=y

[50] Enligt 37 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård ska välfärdsområdena bereda de delar av samarbetsavtalet som avser förberedelser och beredskap i samarbete med SHM. Statsrådets förordning om välfärdsområdenasberedskap för störningssituationer inom social- och hälsovården (308/2023) ger mer exakt handledning för beredskapsplaneringen.

larmarrangemang och upprättandet av lägesbilden. Man måste också kunna reglera beredskapen samstämmig på nationell nivå till exempel med Försvarsmakten och vidta beredskapsåtgärder, till exempel anskaffning och förflyttning av material. En nationellt och på samarbetsområdesnivå enhetlig beredskapsplanering måste också ligga till grund för den regionala beredskapsplaneringen för att åtgärder som vidtas i välfärdsområdet, samarbetsområdet och nationellt ska utgöra en nationellt enhetlig helhet av beredskap och förberedelser inom social- och hälsovården. CER-direktivet medför inom SHM:s ansvarsområde nya beredskapsskyldigheter särskilt för aktörer inom den privata sektorn. Förfarandet för anmälan av störningar kommer bland annat att förutsätta god samordning och informationsutbyte mellan de behöriga myndigheterna enligt CER-lagen samt beredskapscentren i de välfärdsområden som är huvudmän för de fem universitetssjukhusen och SHM.[51]

Beredskapen och förberedelserna inom social- och hälsovården när det gäller Försvarsmaktens stöduppgifter och andra stöduppgifter som ska utföras med stöd av statsfördrag behöver stärkas under normala förhållanden och särskilt med tanke på allvarliga störningssituationer och undantagsförhållanden. Tilkka sjukhus, som fungerat som centralmilitärsjukhus, lades ner 2005, då Försvarsmakten lade ut tjänsterna på specialiserad sjukvårdsnivå till de offentliga sjukhusen, som numera vilar på välfärdsområdenas ansvar. Största delen av hälso- och sjukvårdstjänsterna på basnivå produceras på garnisonernas allmänläkarledda hälsostationer. Under normala förhållanden skaffas en betydande del av dessa hälso- och sjukvårdstjänster som garnisonerna behöver genom att de köps från välfärdsområdena på det sätt som överenskommits särskilt. Försvarsmakten stödjer sig på den offentliga social- och hälsovårdens kompetens, personalresurser, lokaler och förnödenheter under såväl normala förhållanden som undantagsförhållanden och när det råder försvarstillstånd. Hälso- och sjukvårdstjänster ordnas också för tillfälligt sammankallade övningstrupper. När övningarna utökas, utvidgas, blir mångsidigare och internationaliseras följer nya slags krav på beredskap och förberedelser för social- och hälsovården, som stödjer sig på civil verksamhet. Planeringen av medicinsk beredskap för allvarliga störningssituationer och undantagssituationer samt hälso- och sjukvård inom militär krishantering kräver mera samarbete än nu med välfärdsområdena. Man kan svara effektivt på hot mot Finlands yttre och säkerhetsmiljö inom Försvarsmakten och Nato bara om beredskapen och förberedelserna inom social- och hälsovården i Finland utvecklas över gränserna mellan välfärdsområdena, utifrån nationell och internationell samordning.

3 Målsättning

Enligt regeringsprogrammet utvecklas social- och hälsovårdslagstiftningen så att myndigheterna också vid störningar under normala förhållanden har tillräckliga metoder för att vid behov på ett bindande sätt styra och leda situationen samt anpassa verksamheten för att trygga tillräckliga tjänster och försörjningen. Dessutom utvecklas beredskapen och förberedelserna inom social- och hälsovården att svara på internationella, nationella och regionala risker under normala förhållanden samt under undantagsför hållanden. Lagstiftningen preciseras så att arrangemangen för ledning, styrning och andra arrangemang inom välfärdsområdena och de fem samarbetsområdena och på riksnivå bildar en nationell helhet. I nuläget motsvarar de rättigheter som behövs för att leda social- och hälsovården vid

[51] Försörjningsberedskapscentralen. (2023). Genomförandet av CER-direktivet bör byggas in i det nuvarande försörjningsberedskapssystemet. Läst på adressen: https://www.huoltovarmuuskeskus.fi/sv/a/genomforandet-av-cer-direktivet-bor-byggas-in-i-det-nuvarande-forsorjningsberedskapssystemet

störningssituationer och under undantagsförhållanden inte allvaret hos de nationella och internationella utrikes- och säkerhetspolitiska hotbilderna.

Avsikten är att på samarbetsområdesnivå och nationellt stödja välfärdsområdenas beredskap och förberedelser inom social- och hälsovården samt hanteringen av störningssituationer och undantagsförhållanden. Det är ändamålsenligt att samarbetsområdena ansvarar för styrningen och ledningen av social- och hälsovårdsresurserna i situationer där ett välfärdsområdes egna resurser inte räcker till för att hantera en situation som hotar befolkningens säkerhet, hälsotillstånd och välfärd vid störningssituationer under normala förhållanden samt under undantagsförhållanden. Nationellt ansvar för styrningen och ledningen av social- och hälsovården är ändamålsenligt vid störningssituationer eller under undantagsförhållanden där ett samarbetsområdes resurser inte räcker till för att hantera en situation som hotar befolkningens säkerhet i störningssituationer under normala förhållanden samt under undantagsförhållanden. Nationellt styrnings- eller ledningsansvar behövs också i situationer vilkas omfattning förutsätter att nationella resurser används eller att gemensamma resurser delas och inriktas på ett nationellt ändamålsenligt sätt. Dessa situationer förutsätter i allmänhet också internationellt samarbete med andra stater eller organisationer (t.ex. EU, Nato).

Syftet med de ändringar som föreslås i lagen om ordnande av social- och hälsovård är att precisera lagstiftningen i den mån att lagen vid störningssituationer och under undantagsförhållanden ger tillräckliga befogenheter för att möjliggöra ledning och beslutsfattande över välfärdsområdesgränserna. Genom de ändringar som föreslås i propositionen kan man inom social- och hälsovården förbereda sig bättre på hotbilderna enligt den nationella riskbedömningen och samtidigt göra det möjligt uppfylla de förpliktelser som hänför sig till Finlands fullvärdiga medlemskap i Nato för social- och hälsovårdens del. Propositionen förbättrar möjligheterna att åstadkomma en enhetlig riksomfattande helhet när det gäller beredskapen och förberedelserna inom servicesystemet för social- och hälsovården. Den möjliggör också bättre ledning av verksamheten under normala förhållanden och förbättrar förutsättningarna för informationsutbyte och samarbete med och mellan olika aktörer.

4 Förslagen och deras konsekvenser

4.1 De viktigaste förslagen

I propositionen föreslås det att lagen om ordnande av social- och hälsovård ändras till den del som den gäller beredskap, förberedelser samt hantering av överraskande och exceptionella störningssituationer under normala förhållanden samt under undantagsförhållanden.

I propositionen föreslås bestämmelser om samarbetsstrukturer för att skapa och samordna en enhetlig beredskapsplanering inom social- och hälsovården samt för att hantera störningssituationer under normala förhållanden samt under undantagsförhållanden. Regionalt kommer välfärdsområdena överens om dessa inom samarbetsområdet för social- och hälsovården i det samarbetsavtal mellan välfärdsområden som avses i 36 § i lagen om ordnande av social – och hälsovård. Nationellt anvisas beslutanderätten social- och hälsovårdsministeriet, som tillsätter en nationell beredskapsgrupp för social- och hälsovård. Beredskapsgruppen ska ha medlemmar från välfärdsområdena, HUS-sammanslutningen, Helsingfors stad samt ministerierna.

Social- och hälsovårdsministeriet samt de i enlighet med propositionen i förvaltningsstadgan angivna ansvariga tjänsteinnehavarna ska ges ledningsansvar inom social- och hälsovården på de villkor som preciseras i propositionen på samarbetsområdesnivå eller nationellt, om det behövs med anledning av störningssituationens omfattning eller sakens brådskande natur eller

av någon annan motsvarande anledning. Det kan vara nödvändigt att en tjänsteinnehavare tar ledningsansvaret inom ett samarbetsområde eller nationellt till exempel i en allvarlig störningssituation eller under undantagsförhållanden, där ett välfärdsområdes social- och hälsovårdsresurser inte räcker till eller det krävs samordning för att olika välfärdsområdens resurser ska användas ändamålsenligt.

En tjänsteinnehavare som anges i förvaltningsstadgan för det välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus ska leda och samordna en ändamålsenlig användning av samarbetsområdets social- och hälsovårdsresurser i enlighet med de principer och förfaranden som fastställts i samarbetsområdets gemensamma beredskapsplaner på det sätt som överenskommits om dem i det samarbetsavtal för välfärdsområden som avses i 36 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård. I fråga om Södra Finlands samarbetsområde utövar HUS-sammanslutningens och Helsingfors stads tjänsteinnehavare ovannämnda befogenhet inom de ramar som har överenskommit i fråga om saken i ovannämnda samarbetsavtal.

De beredskapscenter som de välfärdsområden som är huvudmän för universitetssjukhus samt HUS-sammanslutningen ansvarar för ska samarbeta sinsemellan så att beredskapsplaneringen utförs enligt nationellt enhetliga principer och så att det är möjligt att upprätta en riksomfattande lägesbild under normala förhållanden samt under undantagsförhållanden utifrån beredskapscentrens lägesbildsuppgifter.

4.2 De huvudsakliga konsekvenserna

4.2.1 Osäkerhetsfaktorer i anslutning till konsekvensbedömningen

Konsekvensbedömningen är förenad med osäkerhet, eftersom konsekvenserna är beroende av förändringar i samhällets omvärld samt av sättet att definiera störningssituationer i anslutning till social- och hälsovården samt av situationernas karaktär. Under beredningen av regeringens proposition har strävan varit att i så stor utsträckning som möjligt beakta de risker och hotbilder som påverka kontinuiteten och verksamheten inom social- och hälsovården i Finland. Propositionen har inga betydande konsekvenser för social- och hälsovården under normala förhållanden, om det inte uppstår några störningssituationer eller undantagsförhållanden där ett enskilt välfärdsområdes resurser inte räcker till.

Osäkerhetsfaktorer i anslutning till förhandsbedömningen av de föreslagna ändringarnas konsekvenser, realiseringen av konsekvenserna och deras verkningsfullhet är skalan av de åtgärder som ska vidtas med stöd av lagen och sambanden med annan lagstiftning. Hanteringen av störningssituationer under normala förhållanden grundar sig på sedvanliga befogenheter och lagstiftningen för normala förhållanden. De befogenheter som denna lag medför och som effektiviserar beredskapen och ledningen i störningssituationer ändrar inte social- och hälsovårdstjänsternas lagenliga innehåll. Dessutom kan propositionens konsekvenser vara indirekta och yppa sig först på längre sikt, eftersom förändringar i omvärlden samt välfärdsområdenas verksamhet och arbetsfördelningen mellan områdena utvecklas stegvis. Välfärdsområdena inledde sin verksamhet först den 1 januari 2023, så kunskapsunderlaget som gäller välfärdsområdenas inledande verksamhet är också förenat med osäkerheter. Bedömningen av välfärdsområdenas verksamhet 2023 grundade sig till största delen på uppgifter från den kommunbaserade modellen 2021 och 2022.

Realiseringen av konsekvenserna påverkas av hur effektivt lagen verkställs när det gäller beredningen av avtal och uppdateringen av förvaltningsstadgor. Det kan hända att de uppskattade fördelarna för beredskapen och förberedelserna inom social- och hälsovården inte realiseras eller att de åtminstone fördröjs, om samarbetet över välfärdsområdenas gränser inte

anvisas tillräckligt med resurser som den nuvarande lagen om ordnande av social- och hälsovård förutsätter eller om man inte når samförstånd om samarbetet genom avtal mellan välfärdsområdena och samarbetsområdena. En del av de nationella och internationella beredskaps- och förberedelseuppgifter som utvecklas kan förutsätta att de nuvarande resurserna omfördelas och dessutom att även ny kompetens utvecklas utifrån den arbetsfördelning som välfärdsområdena kommit överens om.

Vissa av de föreslagna ändringarna väntas ha indirekta konsekvenser via ganska långa verkningskedjor, och deras verkningsfullhet är beroende av faktorer som det inte föreskrivs om i den föreslagna lagen. Exempelvis lokal samt privat och tredje sektorns beredskap och förberedelser grundar sig på frivillighet samt på de förpliktelser som uppräknas i beskrivningen av nuläget. Beredskapen inom social- och hälsovården löser inte ensam andra sektorers beredskapsförpliktelser. Man klarar inte heller av varken störningssituationer under normala förhållanden eller undantagsförhållanden enbart med åtgärder inom social- och hälsovården. I ett ömsesidigt beroende samhälle borde också krishanteringsförmåga, beredskap och hantering av störningssituationer främjas på bred basis.

4.2.2 Ekonomiska konsekvenser

Propositionen anses inte ha några betydande självständiga ekonomiska konsekvenser för välfärdsområdenas eller statens finanser. Genom propositionen ges välfärdsområdena inga nya eller mer omfattande uppgifter på det sätt som avses i 9 § i lagen om välfärdsområdenas finansiering (617/2021). Välfärdsområdena är redan med stöd av den gällande lagstiftningen skyldiga att genom beredskapsplaner och andra åtgärder förbereda sig på störningssituationer och att sköta dem under normala förhållanden samt under undantagsförhållanden. Dessutom samlar välfärdsområdena med stöd av de gällande bestämmelserna regelbundet lägesbildsuppgifter som stöd för ledningen av den egna verksamheten och som en del av beredskapscentrens lagstadgade uppgifter. För att stödja verkställandet av den gällande lagstiftningen beviljade SHM statsunderstöd för utvecklande av lägesbildsarbetet våren 2023.

De föreslagna ändringarna och de avtal som upprättas med stöd av dem ökar samarbetet och arbetsfördelningen mellan välfärdsområdena när det gäller beredskapen och förberedelserna. Samarbetet kan bidra till att stödja mer omfattande ibruktagande av kostnadseffektivare praxis och verksamhetsmodeller än tidigare både regionalt och nationellt. Välplanerat införande av gemensamma verksamhetsmodeller kan i bästa fall spara resurser och ge upphov till måttliga positiva effekter på välfärdsområdenas finanser. Arbetsfördelning och specialisering mellan välfärdsområdena i fråga om sällsyntare beredskapsuppgifter kan i bästa fall också spara resurser och ha måttliga positiva ekonomiska konsekvenser, om man genom arbetsfördelning kan gallra i välfärdsområdenas överlappande verksamheter. Slutresultatet är att välfärdsområdenas beredskap inte behöver vara på samma nivå till alla delar, utan mellan välfärdsområdena är det möjligt att genomföra en ändamålsenlig arbetsfördelning inom samarbetsområdet eller mellan samarbetsområden. Varje välfärdsområde utvecklar sin egen beredskap och kompetens i enlighet med den gällande lagstiftningens förpliktelser, samarbetsavtalen och de nationella principerna genom att främja effektivare användning av de befintliga resurserna. Beredskap på samarbetsområdesnivå och nationell nivå stöder detta arbete som utförs i välfärdsområdena.

Arbetsfördelningen, samarbetet och samordningen enligt avtalen mellan välfärdsområdena och samarbetsområdena kan ha konsekvenser för kostnadsfördelningen mellan välfärdsområdena jämfört med den statliga finansiering till välfärdsområdena som avses i lagen om välfärdsområdenas finansiering. Det föreslås inga särskilda bestämmelser om kostnadsfördelningen i anslutning till välfärdsområdenas ansvar inom samarbetsområdet, utan

samarbetsområdets välfärdsområden kommer överens om det sinsemellan genom samarbetsavtal i enlighet med 36 § i den gällande lagen om ordnande av social- och hälsovård.

Utöver gemensam användning av välfärdsområdenas befintliga resurser kan staten enligt 52 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård ekonomiskt medverka i utvecklandet och upprätthållandet av den riksomfattande och regionala beredskap och de riksomfattande och regionala förberedelser som behövs inom social- och hälsovården samt i hanteringen av exceptionella störningssituationer. Denna verksamhetsform enligt den gällande lagstiftningen påverkar inte statsfinanserna, eftersom det har reserverats och måste även i fortsättningen reserveras tillräckliga resurser för att svara på de allvarligaste nationella hoten och på Nato-förpliktelserna oberoende av denna proposition

4.2.3 Konsekvenser för myndigheternas verksamhet

De föreslagna ändringarna förenhetligar och klarlägger de regionala och nationella tjänsteinnehavarnas ansvar och uppgifter under normala förhållanden, vid störningssituationer under normala förhållanden samt under undantagsförhållanden. De föreslagna ändringarna förbättrar förutsättningarna för de tjänsteinnehavare som ansvarar för social- och hälsovården att hantera omfattande eller annars exceptionella störningssituationer och undantagsförhållanden på regional och nationell nivå. Genom ändringarna stärks myndigheternas samarbete särskilt på välfärdsområdes- och samarbetsområdesnivå. SHM ansvarar i nuläget för beredskapen och förberedelserna inom social- och hälsovården i välfärdsområdena vid störningar under normala förhållanden och under undantagsförhållanden[52]. Genom de föreslagna preciseringarna får det allmänna bättre förutsättningar att i enlighet med grundlagen trygga välfärdsområdenas samt social- och hälsovårdssystemets funktionsduglighet och kontinuitetshantering.

Förslaget underlättar välfärdsområdesmyndigheternas administrativa uppgifter i anslutning till beredskap, förberedelser och hantering av störningssituationer, när en stor del av dem sköts enhetligt i samarbetsområdet och i tillämpliga delar nationellt och alla välfärdsområden inte behöver skapa egna verktyg och verksamhetsformer för att sköta dem. Propositionen undanröjer ändå inte alla välfärdsområdens skyldighet att förbereda sig och ombesörja kontinuitetshantering av sina funktioner. Verksamheten i anslutning till beredskap och förberedelser samt störningssituationer under normala förhållanden i samarbetsområdena och på nationell nivå ska skötas genom gemensam användning av välfärdsområdenas befintliga resurser och har sålunda inga betydande nya personalkonsekvenser för välfärdsområdena. Den starkare beslutanderätt som föreslås för social- och hälsovårdsministeriet inverkar på arbetet inom ministeriet. Den kan inverka på social- och hälsovårdsministeriets arbetsordning och joursystem. Social- och hälsovårdsministeriet har även för närvarande ett system med jour dygnet runt, så propositionen bedöms ändå inte öka kostnaderna till denna del. Dessutom kan propositionen ha konsekvenser för social- och hälsovårdsministeriets egen beredskapsplanering. Processen bedöms inte medföra något behov av fler årsverken, eftersom det regionala samarbetet och stödjandet av det redan med stöd av lagen om ordnande av social- och hälsovård hör till ministeriets uppgifter.

Välfärdsområdenas tjänsteinnehavare är redan inom ramen för den gällande lagstiftningen skyldiga att delta i samarbetsgrupper på välfärdsområdesnivå, samarbetsområdesnivå och nationell nivå som behandlar beredskap, förberedelser och hantering av störningssituationer.

[52] Lagen om statsrådet (175/2003), Reglementet för statsrådet (262/2003), SHM:s arbetsordning (519/2017) och bl.a. det gällande 51 § 6 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård.

Välfärdsområdenas övertagande av organiseringsuppdraget har gett stor erfarenhet av att inrätta dylika samarbetsgrupper och av deras arbetsformer, så den nya beredskapsgruppen borde inte innebära några betydande administrativa utmaningar. Förslaget ger de myndigheter som ansvarar för social- och hälsovården möjlighet att reagera snabbt, på bred basis och på ett enhetligt sätt i överraskande och exceptionella störningssituationer under normala förhållanden samt under undantagsförhållanden.

Ändringarna klarlägger samarbetsområdenas roll och verksamhet samt skapar element och strukturer som stärker social-, hälso- och räddningsmyndigheternas samarbete. De föreslagna ändringarna förbättrar styrningen och samordningen av socialvårdens, hälso- och sjukvårdens och räddningsväsendets funktioner, som är kopplade till varandra i många av vardagens störningssituationer samt under undantagsförhållanden. De föreslagna ändringarna förbättrar också myndighetssamarbetet när det gäller att förbereda sig på nationella risker och bemöta hot. Dessutom medför den föreslagna ändringarna flexibilitet vid hanteringen av situationer som kräver flera myndigheters insatser. De centrala nationella säkerhetsmyndigheterna arbetar redan på omfattande regionala eller riksomfattande grunder. Genom de föreslagna ändringarna kan säkerhetsmyndigheterna tydligare än förr identifiera de social- och hälsovårdsmyndigheter och tjänsteinnehavare som är viktigast för samarbetet mellan flera myndigheter.

När beredskapscentren enligt den gällande lagstiftningen får en starkare roll i enlighet med förslaget möjliggörs beredskap enligt enhetliga, nationellt överenskomna principer genom de fem arbetsområdena. Stärkt beredskapsplanering och lägesbildsarbete som omfattar social- och hälsovårdens hela verksamhetsfält gör det möjlighet att åstadkomma och styra en bättre och mer heltäckande lägesbild även på nationell nivå.

4.2.4 Miljökonsekvenser

De föreslagna ändringarna och gemensam användning av välfärdsområdenas resurser kan i bästa fall spara resurser, förbättra beredskapsplaneringen och utveckla välfärdsområdenas kompetens, vilket kan ha positiva konsekvenser för miljön. Social- och hälsovårdens viktigaste konsekvenser för miljön hänför sig till verksamhetsenheternas, såsom sjukhusens eller boendeserviceenheternas, materialförbrukning, avfall, logistik samt energi- och vattenförbrukning[53]. Om social- och hälsovården inte förbereder sig tillräckligt på störningssituationer, till exempel sådana extrema väderfenomen som utdragna värmeböljor, som ökar till följd av klimatförändringarna, kan man bli tvungen att ta till ekologiskt ohållbara nödlösningar för att klara av störningssituationen. På samarbetsområdesnivå och nationellt kan man däremot stödja en högklassigare förhandsplanering än nu. Därmed kan det också vara möjligt att välja ekologiskt hållbarare åtgärder för att hantera störningssituationer.

4.2.5 Samhälleliga konsekvenser

De föreslagna ändringarna har bedömts ha positiva konsekvenser för samhället. Bättre beredskap och förberedelser för störningssituationer under normala förhållanden och för undantagsförhållanden inom social- och hälsovårdssystemet bidrar till att stärka samhällets kristålighet samt befolkningens känsla av säkerhet och förtroende för servicesystemet. Psykisk

[53] Pulkki m.fl. (2023). *Ekologisesti kestävä sosiaali- ja terveydenhuolto. Selvitys kansallisesta tavoitteesta ja ohjausmekanismeista* (Ekologiskt hållbar social- och hälsovård. Utredning om ett nationellt mål och styrmekanismer, på finska med presentationsblad på svenska). Publikationsserie för statsrådets utrednings- och forskningsverksamhet 2023:49. Läst på adressen: https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-491-0

hälsa är en central delfaktor i välståndet, som påverkar samhällets stabilitet, arbetets produktivitet och den offentliga ekonomin.[54]

Propositionen har positiva konsekvenser för tillgodoseendet av de grundläggande och mänskliga rättigheterna, eftersom de föreslagna ändringarna ger det allmänna bättre förutsättningar att främja människors välfärd, hälsa och säkerhet samt trygga tillräckliga social- och hälsovårdstjänster. Effekterna av förslaget på tillgodoseendet av de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna samt på välfärdsområdenas självstyre beskrivs mer ingående ur ett juridiskt perspektiv i avsnitt 11 i regeringens proposition.

Den gemensamma användningen av välfärdsområdenas resurser och arbetsfördelningen mellan välfärdsområdena kan förbättra tillgången på social- och hälsovårdsresurser, såsom kompetent personal, samt underlätta värvningen av arbetskraft särskilt vid störningssituationer under normala förhållanden. Detta förbättrar befolkningens möjligheter att få tillträde till lagstadgad bedömning av servicebehovet samt att få behovsenliga social- och hälsovårdstjänster även i exceptionella situationer. Samtidigt förbättrar det befolkningens jämlika rätt att få hjälp vid störningssituationer under normala förhållanden samt under undantagsförhållanden.

Ändringarna har speciellt positiva konsekvenser för socialvården samt för klienternas ställning och service, eftersom socialvården har saknat strukturer för att samordna serviceverksamheten och beredskapen. Inom hälso- och sjukvården har man tidigare vidtagit samordnande åtgärder i sjukvårdsdistrikten och specialupptagningsområdena.

Det föreslagna samarbetet mellan välfärdsområdena har speciellt positiva konsekvenser för tryggande av utsatta personers välfärd. Störningssituationer under normala förhållanden samt undantagsförhållanden, såsom extrema väderfenomen och störningar i energi-, livsmedels- och läkemedelsproduktionen samt vattendistributionen, påverkar snabbt utsatta gruppers välfärd och trygghet om de förverkligas. I bedömningen av nuläget beskrivs har välfärdsområdet ansvarar för att alla har skäliga levnadsförhållanden och service trots störningssituationer, samt för att erbjuda särskilt stöd till alla som behöver det, till exempel personer som måste evakueras från sina hem. Förutom personer som omfattas av institutionsvård eller boendeservice dygnet runt och äldre, personer med funktionsnedsättning och barn som behöver särskilt stöd i hemmet har även andra utsatta grupper beaktats. Tillgången på service för till exempel personer som lider av sällsynta sjukdomar eller personer som får vård oberoende av vilja och servicens kvalitet kan tryggas bättre även vid störningssituationer och under undantagsförhållanden, om välfärdsområdena i enlighet med propositionen har ett starkare samarbete och arbetsfördelning på nationell nivå i enlighet med propositionen. En bättre lägesbild än nu av befolkningens olika hjälpbehov samt en mer heltäckande beredskap i samarbete mellan flera myndigheter stödjer välfärdsområdena vid tryggandet av rättigheterna och servicen för klienter som behöver särskilt stöd.

De språkliga rättigheterna inom social- och hälsovården och i kontakterna med välfärdsområdet tryggas i lagen om ordnande av social- och hälsovård. De föreslagna ändringarna kan i bästa fall ha positiva konsekvenser för de språkliga rättigheterna och likabehandlingen av olika språkliga minoriteter eller språkgrupper, om man i avtalen mellan välfärdsområdena och samarbetsområdena beslutar att utveckla samarbetet och

---

[54] Vorma m.fl. (2020). *Nationell strategi för psykisk hälsa och nationellt program för suicidprevention 2020 - 2030.* Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2020:7. Läst på adressen: http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4140-3

arbetsfördelningen i fråga om beredskap och förberedelser inom social- och hälsovården till exempel för den svensk- och samiskspråkiga befolkningens del.

Social- och hälsovården samt brand- och räddningsväsendet hör med stöd av 18 § 6, 12 och 13 punkten i självstyrelselagen för Åland till landskapets behörighet, och lagen om ordnande av social- och hälsovård omfattar således inte landskapet Åland när det gäller organisering av myndighetsverksamhet. De föreslagna ändringarna står inte i konflikt med bestämmelserna i fråga och propositionen medför inga nya skyldigheter för Ålands landskapsförvaltning eller aktörer på Åland. Enligt 27 § 34 punkten i självstyrelselagen ingår beredskapen inför undantagsförhållanden i rikets lagstiftningsbehörighet. De bestämmelser om beredskapsplanering som föreslås i regeringens proposition är inte förpliktande för Åland, utan myndigheterna i riket och i landskapet Åland samarbetar, på samma sätt som under covid-19-pandemin, vid upprättandet av lägesbilden och i fråga om beredskapsplaneringen.

5 Alternativa handlingsvägar

5.1 Handlingsalternativen och deras konsekvenser

5.1.1 Omvandling av samarbetsområdet till en juridisk person

Enligt 2 § i lagen om välfärdsområden är ett välfärdsområde ett offentligrättsligt samfund som har självstyre inom sitt område enligt vad som föreskrivs i den lagen. Enligt den gällande lagstiftningen är ett samarbetsområde däremot inte en juridisk person och har inte ansvar för finansiering eller ordnande av tjänster. För den regionala samordningen, utvecklingen och samarbetet inom social- och hälsovården har det bildats fem samarbetsområden. Välfärdsområdena inom ett samarbetsområde ansvarar för samarbetets innehåll och de administrativa beslut som samarbetet och finansieringen förutsätter.

Under remissbehandlingen av regeringens proposition från 2014 (RP 324/2014 rd[55]) framfördes oro för att förvaltningsnivåerna kan öka och förvaltningsmodellen bli tyngre och svårbegripligare om specialupptagningsområdena skulle omvandlas till juridiska personer. Problemet är detsamma om samarbetsområdena skulle omvandlas till juridiska personer. Att införa en ny förvaltningsnivå är en tung process, som skulle ha kännbara negativa ekonomiska konsekvenser och komplicera social- och hälsovårdens politiska omvärld ytterligare. Att skapa en fristående juridisk person och fastställa befogenheter för samarbetsområdena som övergår välfärdsområdena organiseringsansvar skulle också krympa handlingsutrymmet inom det regionala självstyret för dem som nu är organiseringsansvariga. En ny förvaltningsnivå skulle inte heller svara på behovet att klarlägga verksamheten och ledningssystemen inom social- och hälsovården vid störningssituationer och under undantagsförhållanden, utan skulle som en fristående aktör kunna fördröja verksamheten och beslutsfattandet inom social- och hälsovården jämfört med nuläget. En helt ny och fristående juridisk person inom social- och hälsovårdens beredskapsfält skulle ytterligare komplicera avtalen om samarbete och arbetsfördelning. När det gäller utvecklandet av verksamheten är det särskilt oroväckande att det skulle vara betydligt svårare för en från välfärdsområdena fristående samarbetsområde-juridisk person att främja gemensam användning av välfärdsområdena resurser eller att utnyttja och involvera experter och välfärdsområdena linjeledning.

[55] Regeringens proposition till riksdagen med förslag till lag om ordnandet av social- och hälsovården samt till vissa lagar som hänför sig till den

5.1.2 Totalreform av beredskapslagen

Syftet med beredskapslagen är att under undantagsförhållanden trygga befolkningens försörjning och landets näringsliv, upprätthålla rättsordningen, de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna samt trygga rikets territoriella integritet och självständighet. I beredskapslagen ingår bestämmelser om befogenheter som avviker från det normala till exempel för att avvika från de grundläggande fri- och rättigheterna, för att sköta statsfinanserna och ordna förvaltningen under undantagsförhållanden. Behovet av en totalreform av beredskapslagen har identifierats och beredningen av totalreformen har inletts. För beredningen av totalreformen har det tillsatts en arbetsgrupp bestående av företrädare för ministerierna och republikens presidents kansli samt juridiska sakkunniga och en parlamentarisk uppföljningsgrupp som ska följa och stödja arbetsgruppens arbete. Avsikten är att regeringens proposition ska lämnas till riksdagen senast under höstsessionen 2025. Totalreformen av beredskapslagen skulle således med avseende på utvecklingsbehoven inom social- och hälsovården träda i kraft alltför sent för att svara på de förpliktelser som hänför sig till Natomedlemskapet samt de aktuella hotbilderna inom Finlands utrikes- och säkerhetsmiljö.

Förutom den sena tidtabeller är det inte heller ändamålsenligt att reglera tillvägagångssätten under normala förhållanden eller vid störningssituationer i beredskapslagen, eftersom det inte är möjligt att införa de tillvägagångssätt som föreskrivs i beredskapsplanen i sådana störningssituationer inom social- och hälsovården där man inte har kunnat konstatera undantagsförhållanden eller det inte är motiverat att konstatera undantagsförhållanden. Tidigare erfarenheter har också visat att agerande i allvarliga störningssituationer och under undantagsförhållanden bör grunda sig på tillvägagångssätten under normala förhållanden. Dessutom kan skillnaden mellan störningssituationer under normala förhållanden och undantagsförhållanden vara så hårfin inom social- och hälsovården, som i vardagen kämpar med frågor om liv och död, att det inte är ändamålsenligt att använda undantagsförhållanden som villkor för verkställande av arrangemang som är nödvändiga vid allvarliga störningssituationer inom social- och hälsovården. Till följd av detta är det ändamålsenligt att göra de ändringar som gäller beredskap och förberedelser för störningssituationer och undantagsförhållanden inom social- och hälsovården i social- och hälsovårdslagstiftningen.

5.1.3 Alternativ som baserar sig på den gällande lagstiftningen

Finlands utrikes- och säkerhetspolitiska miljö har förändrats och scenariona i anslutning till beredskapen och förberedelserna inom social- och hälsovården har blivit radikalt allvarligare i enlighet med vad som beskrivits tidigare i denna proposition. Konflikter, kriser och störningssituationer är mer oförutsägbara och plötsligare än förr och ofta överskrider de också nationsgränserna. Detta har visat i praktiken att lagstiftningen i anslutning till social- och hälsovård samt beredskap och förberedelser i sin nuvarande form inte längre är ändamålsenlig eller tillräcklig. Beredskap för de faktiska hoten i den förändrade omvärlden förutsätter starkare regionalt, nationellt och internationellt samarbete över gränserna för ansvarsområdena och välfärdsområdena med till exempel räddningsväsendet, Gränsbevakningsväsendet, Försvarsmakten, Nato och flertalet andra aktörer.

Den avtalsbaserade verksamhetsmodellen är inte tillräckligt bindande, tydlig och enhetlig för att svara på de nationella och internationella hot som berör social- och hälsovården. Avtalsbasis och dess beroende av regionala beslut säkerställer inte tillräckligt att social- och hälsovårdssystemet fungerar som en enhetlig helhet på samarbetsområdesnivå eller nationell nivå. En del av specialupptagningsområdena inte har nått något avtal och stannat för att verka i ett avtalslöst tillstånd under flera års tid. Till exempel inom specialupptagningsområdet för Uleåborgs universitetssjukhus beslutades det om ett avtal om ordnande för perioden 2018–2021

först sommaren 2019 och inom specialupptagningsområdet för Kuopio universitetssjukhus upprättades ett avtal om ordnande första gången våren 2021. Till de svåraste frågorna hörde arbetsfördelningslösningarna mellan sjukhusen i fråga om vissa operationer och jourer, som uttryckligen är sådana teman som det skulle vara nödvändigt att avtala om med tanke på störningssituationer och undantagsförhållanden. Utöver kraven på kvalitet, verkningsfullhet, tillgång till kompetens och upprätthållande av jourberedskapen har ingåendet av avtalen försvårats också av starka regionalpolitiska och regionalekonomiska synpunkter. Beslutsfattandet enligt den gällande lagstiftningen är alltför splittrar i förhållande till behoven enligt hotbilderna i vår omvärld. Organen enligt den gällande lagstiftningen, såsom delegationen för social- och hälsovård enligt 23 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård, har inte heller sådan beslutanderätt som skulle behövas i särskilt betydande störningssituationer eller undantagsförhållanden.

Avtalsskyldigheten på samarbetsområdesnivå enligt den gällande lagstiftningen behöver kompletteras med möjlighet att ingå avtal mellan samarbetsområden. Nato-förpliktelserna och beredskapen för nationella hot förutsätter gemensam användning av samarbetsområdenas resurser och nationellt enhetliga principer. Statsrådet har försökt främja åstadkommandet av avtal om ordnande och samarbetsavtal i första hand genom informationsstyrning och genom att utfärda förordningar om saken. Statsrådet har tills vidare inte utnyttjat sin befogenhet enligt det tidigare 43 § 3 mom. i hälso- och sjukvårdslagen eller 38 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård att bestämma om innehållet i ett avtal om ordnande, i det fall att ett avtal inte kan nås eller avtalet inte uppfyller alla villkor. Detta visar att tröskeln att använda sådan beslutanderätt är mycket hög.

Räddningslagens verksamhetsmodell är inte ändamålsenlig att kopiera direkt till lagen om ordnande av social- och hälsovård, eftersom ansvarsområdenas ledningsstrukturer och verksamhetsmodeller skiljer sig från varandra. Sett till personalresurserna är social- och hälsovårdsväsendet ett ungefär 30 gånger större ansvarsområde än räddningsväsendet[56]. Ansvarsområdets storlek förutsätter ett så brett kompetensunderlag av de ansvariga myndigheterna att skötseln av uppgiften de facto förutsätter att tjänsteansvaret fördelas inom social- och hälsovården, beroende av uppgiften eller till exempel störningssituationens karaktär. Således är det inte ändamålsenligt att i överensstämmelse med 34 § 1, 3 och 4 mom. i räddningslagen alltid utse samma ledare för social- och hälsovården att vara ansvarig myndighet för hantering av störningssituationen. Det kan också vara tydligare att definiera en olycka eller ett tillbud enligt 34 § 1 mom. i räddningslagen och nödvändighet enligt 34 § 4 mom. i den lagen inom räddningsväsendet än inom social- och hälsovården, där man dagligen möter små och även allvarliga störningssituationer.

En verksamhetsmodell baserad på lagstiftningen om social- och hälsovårdens innehåll skisserades 2020, på det sätt som beskrivits tidigare i denna proposition.[57] Man stannade dock inte för denna modell, eftersom man inom välfärdsområdena måste ha beredskap för och förbereda sig på de hot som identifierats i den nationella riskbedömningen på ett övergripande sätt. I enlighet med verksamhetsmodellen för övergripande säkerhet måste välfärdsområdets social- och hälsovård och räddningsväsende agera som en enhetlig helhet, som förmår samarbeta friktionsfritt med flera olika myndigheter och parter, till exempel Försvarsmakten.

---

[56] Löner inom kommunsektorn 2022, Statistikcentralen.

[57] RP om ändring av hälso- och sjukvårdslagen och socialvårdslagen; Bestämmelser om beredskap och hantering av störningssituationer. (2020). Läst på adressen: https://www.lausuntopalvelu.fi/SV/Proposal/Participation?proposalId=9cff78aa-ab9c-4ba8-8ddf-7dfdf20fddf2

Att splittra lagstiftningen om tillvägagångssätt på socialvårdslagen, hälso- och sjukvårdslagen, lagen om smittsamma sjukdomar och eventuellt andra substanslagar främjar inte dessa vision. Särskilt för socialvårdens del skulle detta vara nästan omöjligt, eftersom det i socialvårdslagen inte har fastställts några sådana ansvariga myndigheter för socialvården, gemensamma organ för socialvården eller ledningsmodeller som skulle behövas för detta ändamål och som skulle säkerställa att verksamheten samordnas med hälso- och sjukvården och andra ansvarsområden. Dessa frågor kommer att granskas som ett led i arbetet med att utveckla social- och hälsovårdslagstiftningens innehåll enligt den nationella servicereformen, bland annat i samband med reformen av socialvårdslagen.

En modell baserad på beredskapscentren övervägdes när denna regeringsproposition bereddes. Man avstod dock från den, eftersom målsättningen var en så tydlig ledningsmodell för social- och hälsovården som möjligt, som respekterar välfärdsområdenas självstyre och som överensstämmer med de nuvarande verksamhetsmodellerna under normala förhållanden. En modell baserad på beredskapscentren skulle dessutom kunna försvåra samordningen av social- och hälsovården samt räddningsväsendet i störningssituationer, eftersom beredskapscentren enligt 51 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård har kunskapsunderlag, befogenheter och kompetens endast i fråga om social- och hälsovården. En modell baserad på beredskapscentren skulle också ha förutsatt betydande tilläggsresurser för beredskapscentren som oundvikligheten skulle ha haft kostnadseffekter. Dessutom bör man beakta att ledningen i första hand ska basera sig på ledningssystemet under normala förhållanden och under normala förhållanden har beredskapscentren ingen ledningsuppgift.

En modell baserad på direktioner för samarbetsområdena övervägdes vid beredningen av propositionen. Enligt denna modell skulle det vid vart och ett av de fem samarbetsområdena ha inrättats ett gemensamt organ med företrädare för alla välfärdsområden inom samarbetsområdet. I och med det gemensamma organet skulle ett samarbetsområde för social- och hälsovården enligt 35 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård vid behov ha kunnat företräda välfärdsområdena inom samarbetsområdet och till exempel vara avtalspart i avtal med staten, Försvarsmakten, Försörjningsberedskapscentralen och motsvarande samarbetspartner. Man valde ändå att inte gå in för denna modell, eftersom målsättningen var en så tydlig ledningsmodell för social- och hälsovården som möjligt, som respekterar välfärdsområdenas självstyre och som överensstämmer med de nuvarande verksamhetsmodellerna under normala förhållanden.

5.2 Lagstiftning och andra handlingsmodeller i utlandet

I utlandet styrs de offentliga resurserna i regel enligt en mer centraliserad modell än i Finland, särskilt med beaktande av Finlands relativt låga invånarantal. Ledningen av och finansieringen via flera kanaler till social- och hälsovården i Finland har under flera årtionden hört till de system i världen som är mest decentraliserade och präglade av silotänkande. Ett decentraliserat system är inte en optimal eller med avseende på flera internationella förpliktelser ens möjlig modell för styrning och hantering av störningssituationer under normala förhållanden och av undantagsförhållanden.

I denna proposition beskrivs de metoder som använts i de nordiska länderna mer ingående. Krisberedskapssystemen i Sverige, Norge och Danmark är sinsemellan mer enhetligare än i Finland, trots att regional beredskapsplanering förutsätts i alla länder. De andra nordiska länderna har nationella krishanteringsmyndigheter, vilkas uppgifter är att koordinera och samordna krisberedskapsåtgärder på myndighetsnivå. Även social- och hälsovårdssystemenen är annorlunda än i Finland, så de nordiska systemen kan inte användas direkt som jämförelseobjekt. Dessutom överensstämmer de nuvarande hotbilderna i de nordiska länderna i

många avseenden med hotbilderna i den nationella riskbedömningen och i fortsättningen krävs mer samordning mellan de nordiska länderna. Rysslands anfallskrig har påverkar säkerhetsläget i hela Östersjöområdet. Utöver Finland delar Norge landgräns med Ryssland.

I Sverige vilar det huvudsakliga ansvaret för ordnande och finansiering av hälso- och sjukvården på 21 regioner[58], av vilka var och en sedan den 1 oktober 2022 har varit en del av ett av sex civilområden som ansvarar för krisberedskapen[59]. Var och en av de 21 regionerna svarar för ordnandet av både primärvård och specialiserad sjukvård. Bland annat skolhälsovården och hemsjukvården samt socialvårdsuppgifterna vilar i sin helhet på de 290 kommunernas ansvar. Det svenska socialdepartementet samt inrättningarna och myndigheterna under det stödjer regionerna och kommunerna. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, MSB, som lyder under det svenska försvarsdepartementet stödjer samhällets beredskap vid olyckor, kriser och krig. MSB behandlar särskilt frågor i anslutning till räddningstjänster, förebyggande av olyckor, krisberedskap, medborgaransvar, cybersäkerhet och skydd av telekommunikationer. MSB spelar också en viktig koordinerande roll i samarbetet mellan olika sektorer och samordningen av ansvar samt försörjningsberedskapsfrågor. MSB underlättar internationellt samarbete genom att vara myndighetskontakt i olycks- och krisberedskapsärenden. MSB har en egen lägescentral, som sammanställer den nationella lägesbilden. Till lägescentralens uppgifter hör också att förmedla aktuell information till den portal som inrättats för krisinformation[60], och som är avsedd för medborgarnas bruk.

I Norge är ministeriet (Helse- og omsorgsdepartementet) samt de myndigheter som lyder under ministeriet (bl.a. Helsedirektoratet) nationella aktörer inom social- och hälsovården. Norge är indelat i 356 kommuner, 15 fylken och fyra regioner. Oslo stad sköter såväl kommunens som fylkets uppgifter. Kommunerna ansvarar för ordnandet av läkartjänster inom primärvården genom avtal med enskilda yrkesutövare (egenläkarlistor) samt ordnandet av socialvårdstjänster. Fylkenas organiseringsansvar omfattar tandvård. I varje region finns ett statsägt regionalt hälsoföretag som svarar för offentliga tjänster inom den specialiserade sjukvården (Regionale Helseforetak), vilkas dotterbolag (Lokale Helseforetak) äger sjukhusen i regionen. I Norge regleras den nationella beredskapen av en lag om nationell säkerhet (Lov om nasjonal sikkerhet, 2019), en lag om materiell beredskap framför allt inom livsmedelsförsörjningen, bränsleförsörjningen och fartygstrafiken (Lov om næringsberedskap, 2012) samt en beredskapslag från 1950 (Beredskapslovet)[61]. Varje ministerium svarar för beredskapsfrågor inom det egna förvaltningsområdet. I Norge har de olika myndigheternas beredskap att agera i störningssituationer och under undantagsförhållanden stärkts avsevärt efter terrordådet på

---

[58] Janlöw ym. (2023). Sweden: Health system review. *Health Systems in Transition, Vol. 25 No. 4.* Läst på adressen: https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/sweden-health-system-review-2023

[59] Länsstyrelsen Stockholm. (30.9.2022). Nya civilområden bidrar till stärkt motståndskraft. Läst på adressen: https://www.lansstyrelsen.se/stockholm/om-oss/pressrum/nyheter/nyheter---stockholm/2022-09-30-nya-civilomraden-bidrar-till-starkt-motstandskraft.html

[60] Krisinformation.se. (29.1.2024). Haettu osoitteesta: https://www.krisinformation.se/

[61] Niskanen m.fl. (2024). Norja. *Teoksessa Onko siviilivalmiudelle tarvetta Suomessa? Siviilivalmiuden käsite, käyttö ja lisäarvo osana kansallista varautumista* (Norge. I verket Finns det ett behov för civil beredskap i Finland? Begreppet, användningen och mervärdet av civil beredskap som en del av den nationella beredskapen, på finska, med presentationsblad på svenska) *(s. 71-74).* Publikationsserie för statsrådets utrednings- och forskningsverksamhet 2024:1. Läst på adressen: Onko siviilivalmiudelle tarvetta Suomessa? Siviilivalmiuden käsite, käyttö ja lisäarvo osana kansallista varautumista (valtioneuvosto.fi)

Utøya 2011.[62] DSB, dvs. Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap, är en aktör under justitieministeriet vars uppgift är att förebygga samt ha beredskap och krishantering för olyckor, kriser och andra oönskade händelser. DSB planerar, samordnar och övervakar frågor i anslutning till samhällets säkerhet och beredskap och gör lägesanalyser samt svarar för civilförsvaret och dess utveckling. DSB producerar information om kriser och beredskapen för dem för befolkningen.[63]

Danmarks social- och hälsovårdssystem har tre nivåer och omfattar ett styrsystem på nationell nivå samt fem regioner och 98 kommuner. Statens ansvarar för att samordna högspecialiserade tjänster, samla specialiteterna och säkerställa tjänster av god kvalitet. Det nationella ansvaret för hälso- och sjukvården vilar på Sundheds- og Ældreministeriet samt på Sundhedsstyrelsen som lyder under det. För socialvården ansvarar Social- og Indenrigsministeriet samt Socialstyrelsen som lyder under det. Regionerna ansvarar för att upprätthålla sjukhus och specialiserad sjukvård i samband med dem samt verksamheten i institutioner inom det sociala området för vissa specialgrupper. Till kommunernas uppgifter hör socialväsendet, inklusive äldreomsorg, samt förebyggande vård, hälsofrämjande, tandvård för barn, skolhälsovård, hemsjukvård och rehabilitering (exkl. krävande rehabilitering).[64] En beredskapsmyndighet under försvarsministeriet, Beredskabsstyrelsen (BRS), leder den nationella räddningsberedskapen och svarar för samordningen av åtgärder och planering inom samhällets krisberedskap. Samhällets krisberedskaps har utvecklats efter terrorattacken i Köpenhamn 2015 och masskjutningen 2022. För krisberedskapen inom hälsosektorn svarar Sundhedsstyrelsen, till vars uppgifter hör rådgivning och information om hälsofrågor till medborgarna, hälsoministern, kommunerna och andra myndigheter. I särskilt betydande kriser samordnar Sundhedsstyrelsen vid behov verksamheten på regional och lokal nivå. Sundhetsstyrelsens uppgifter har sedan 2015 delvis fördelats på de myndigheter som svarar för styrningen, läkemedelsbranschen, patientsäkerheten samt informationshanteringen inom hälso- och sjukvården.

6 Remissvar

Lagförslaget var på remiss 17.5.2024–28.6.2024. Det kom in sammanlagt 45 utlåtanden. Av utlåtandena kom 13 från välfärdsområden, fem från kommuner och samkommuner, sju från andra ministerier, tio från föreningar och sammanslutningar samt tio från statliga ämbetsverk och inrättningar.[65]

Remissvaren från servicesystemet för social- och hälsovården var i huvudsak positiva och lagförslaget ansågs vara behövligt. Bland välfärdsområdenas remissvar framgick tydligt att de välfärdsområden som är huvudmän för ett universitetssjukhus stöder propositionen. Också andra än de välfärdsområden som är huvudmän för ett universitetssjukhus förhöll sig i huvudsak positiva till propositionen, men i utlåtandena betonades det att även mindre välfärdsområden vill bli en del av den nationella ledningsgruppen. Också många andra

---

[62] Ministry of Justice and Public Security. (2022). *National counterterrorism strategy, version 2022.* Läst på adresen: https://www.regjeringen.no/contentassets/a74960882df34d28a5e272071b4e7d80/national-counterterrorism-strategy.pdf

[63] DSB. (29.1.2024). Läst på adressen: https://www.dsb.no/

[64] Danish Patient Safety Authority - EU Health Insurance. (12.1.2023). How the Danish healthcare system works? Läst på adressen: https://lifeindenmark.borger.dk/healthcare/the-danish-healthcare-system/how-the-danish-healthcare-system-works

[65] Projekt STM121:00/2023: Regeringens proposition med förslag till lag om ändring av lagen om ordnande av social- och hälsovård (beredskap och förberedelser).

remissinstanser önskade få sina representanter i den nationella ledningsgruppen. I flera remissvar önskades också bestämmelser på lagnivå om nationellt enhetliga nivåer av beredskapsbestämmelser. I den fortsatta beredningen har man strävat efter att betona dessa i motiveringen till propositionen och att regelmässigt använda enhetliga nivåer för beredskapsbestämmelserna, dvs. grundberedskap, höjd beredskap och full beredskap.

Utlåtanden med centrala ändringsförslag kom från justitiekansler, justitieministeriet och finansministeriet.

I justitiekanslers utlåtande ansågs det problematiskt att den föreslagna ledningsgruppens organisatoriska ställning och rättsliga karaktär förblir oklar. Enligt justitiekanslern omfattar ledningsgruppens uppgifter utövande av offentlig makt, varmed bestämmelser om de allmänna grunderna för organet ska utfärdas genom lag. Också den rättsliga karaktären av ledningsgruppens beslut förblev enligt utlåtandet oklar. Enligt justitiekanslern ska lagförslagets förhållande till grundlagen bedömas närmare i motiveringarna till lagstiftningsordningen. Enligt justitiekanslerns utlåtande ändrades den nationella ledningsgruppens karaktär och organisatoriska ställning i den fortsatta beredningen av propositionen så att den egentliga beslutsfattaren är social- och hälsoministeriet, som stöds av en nationell beredskapsgrupp som i sig inte har beslutanderätt. Beredskapsgruppen ska bestå av företrädare för servicesystemet och statsförvaltningen och vara underställd social- och hälsovårdsministeriet.

I justitieministeriets utlåtande fästes uppmärksamhet vid att beredskapsledningsgruppens organisatoriska ställning förblir oklar och att det av propositionsutkastet inte framgår vad det innebär att ledningsgruppen verkar i anslutning till social- och hälsovårdsministeriet. Justitieministeriets utlåtande lyfter fram att grundlagen inte identifierar en sådan gemensam myndighet för staten och det självstyrande området som skisserats och att det inte heller är ändamålsenligt att inrätta en separat ny myndighet för ärendet i fråga. Om en ny myndighet ändå inrättas ska lagen innehålla mer omfattande bestämmelser om myndighetens verksamhet. Justitieministeriet lyfter även fram det vilseledande namnet ”ledningsgrupp”. I justitieministeriets utlåtande behandlades dessutom frågor om Ålands särställning. På basis av justitieministeriets utlåtande ändrades lagförslaget i den fortsatta beredningen så att både namnet ledningsgrupp och ledningsgruppens ställning som gemensam myndighet för staten och det självstyrande området slopades.

I finansministeriets utlåtande anses propositionsutkastets mål om beredskap på samarbetsområdesnivå och nationell nivå inom välfärdsområdenas social- och hälsovård samt stödjandet av hanteringen av störningssituationer och undantagsförhållanden vara motiverat. I sitt utlåtande fäste finansministeriet uppmärksamhet vid andra reformprojekt som är under beredning inom statsförvaltningen, såsom reformen av styrningen av välfärdsområdena, reformen av beredskapslagen och reformen av regionförvaltningen, vilka enligt finansministeriet ska beaktas bättre i det aktuella propositionsutkastet. Bilaterala förhandlingar fördes om detaljerna i finansministeriets utlåtande mellan social- och hälsovårdsministeriet och finansministeriets tjänstemannakår och bakgrunden och syftet till propositionsutkastet preciserades. Vid beredningen efter remissbehandlingen gick man också tillsammans med finansministeriet igenom de ändringar som gjorts i propositionsutkastet i fråga om social- och hälsovårdsministeriets beslutanderätt och den nationella beredskapsgruppens roll, varmed oron som finansministeriet framförde i sitt ursprungliga utlåtande inte längre var relevant.

Den fortsatta beredningen och ändringar i propositionsutkastet:

Den fortsatta beredningen efter remissbehandlingen gjordes sommaren och hösten 2024. Under den fortsatta beredningen gick man igenom det ändrade propositionsutkastet i flera möten med intressentgrupper där man samtidigt bad om servicesystemets synpunkter om det ändrade propositionsutkastet. Det ändrade propositionsutkastet presenterades under hösten 2024 åtminstone i delegationen för social- och hälsovården under undantagsförhållanden, i social- och hälsovårdsdelegationens sektion för beredskap, i nätverket för välfärdsområdesdirektörerna, vid social- och hälsovårdsministeriets överläkardagar samt vid flera andra möten med representanter för servicesystemet. Vid dessa möten gavs deltagarna möjlighet att kommentera propositionen och ge sina synpunkter på den. Den allmänna åsikten om den ändrade propositionen var positiv och särskilt företrädarna för social- och hälsovårdens servicesystem ansåg att det fortfarande är nödvändigt att bestämmelserna ändras i den föreslagna riktningen.

Utifrån remissvaren ändrades särskilt den nationella ledningsgruppens verksamhet och dess organisatoriska ställning i lagförslaget. Utifrån remissvaren överfördes den beslutanderätt som i utkastet föreslogs till den nationella ledningsgruppen nu till social- och hälsovårdsministeriet i enlighet med 50 b § i lagförslaget i fråga. Som stöd för social- och hälsovårdsministeriets beslutsfattande föreskrivs det om en nationell beredskapsgrupp enligt 50 c §, som i stället för den beslutsorganisation som skisserats i det tidigare utkastet är den rådgivande gruppen som social- och hälsovårdsministeriet ska höra. Dessutom gjordes ändringar i 50 a § om beredskap inom samarbetsområdet där hänvisningarna till den nationella ledningsgruppen som avsågs i det tidigare propositionsutkastet slopades. De åsikter som omfattande framfördes i remissvaren om medlemmarna i ledningsgruppen för den nationella beredskapen beaktades så att det till den nationella beredskapsgruppen, utöver de välfärdsområden som är huvudmän för ett universitetssjukhus, föreslås att medlemmar från finansministeriet och ett välfärdsområde som inte har något universitetssjukhus utnämns.

7 Specialmotivering

36 §. *Samarbetsavtal mellan välfärdsområden.* Enligt förslaget ska 3 mom. 10 punkten i paragrafen ändras så att det i samarbetsavtalet mellan välfärdsområden bestäms om arbetsfördelningen, samarbetet och samordningen mellan välfärdsområdena även vid hantering av störningssituationer och undantagsförhållanden i samarbetsområdena för social- och hälsovården, som avses i förslagets i 50 a §. Närmare bestämmelser om de ärenden som bestäms i samarbetsavtalet finns i den föreslagna 50 a §. I fråga om skapande av beredskap för störningssituationer och undantagsförhållanden och vid ordnandet av verksamheten vid det beredskapscenter som avses i 51 § förblir innehållet i 10 punkten oförändrat.

37 §. I den föreslagna nya 50 a § finns bestämmelser om ärenden som välfärdsområdena ska bestämma om i det samarbetsavtal mellan välfärdsområden som avses i 36 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård. Enligt 37 § 2 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård ska de punkter i samarbetsavtalet som gäller förberedelser och beredskap beredas i samarbete med social- och hälsovårdsministeriet. De nya punkter i samarbetsavtalet om vilka det föreskrivs i 50 a § i lagpropositionen innehåller eller kan innehålla helheter som med stöd av 24 § i lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet (621/1999) är sekretessbelagda. Därför föreslås det till 37 § 2 mom. en tredje mening, enligt vilken social- och hälsovårdsministeriet oberoende av sekretessbestämmelserna har rätt att av välfärdsområdena i samarbetsområdet få de uppgifter som behövs för beredningen av samarbetsavtalet. De uppgifter som lämnas ut får dock inte innehålla personuppgifter.

38 §. I 38 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård finns bestämmelser om statsrådets behörighet att besluta om samarbetsavtal mellan välfärdsområden i vissa situationer. Enligt

paragrafens 2 mom. bereds statsrådets beslut gällande detta vid social- och hälsovårdsministeriet. Syftet med bestämmelsen är att försäkra att samarbetsavtalen mellan välfärdsområdena överensstämmer med 36 § i lagen.

När det i enlighet med den föreslagna 50 a § i samarbetsavtalet ska eller kan bestämmas om saker som med stöd av 24 § i lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet är sekretessbelagda, föreslås det en ny, tredje mening till paragrafens 2 mom. Enligt den har ministeriet oberoende av sekretessbestämmelserna rätt att av välfärdsområdena få de uppgifter om innehållet i samarbetsavtalen som det behöver även till den del de eventuellt innehåller sekretessbelagda uppgifter. De föreslagna bestämmelserna är nödvändiga för att försäkra att statsrådet kan bedöma och vi behov bestämma om innehållet i samarbetsavtalen mellan välfärdsområden så att de uppfyller förutsättningarna enligt lagen. De uppgifter som lämnas ut till social- och hälsovårdsministeriet får dock inte innehålla personuppgifter.

50 a §. *Hantering av störningssituationer och undantagsförhållanden i samarbetsområdena för social- och hälsovården.* Till lagen föreslås en ny 50 a §, i vilken det ska föreskrivas om hantering av störningssituationer under normala förhållanden och under undantagsförhållanden i samarbetsområdena för social- och hälsovården. I paragrafens 1 mom. finns närmare bestämmelser om innehåll om vilka det bestäms i det samarbetsavtal mellan välfärdsområden som avses i 36 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård gällande social- och hälsovårdens beredskap och förberedelser samt hanteringen av störningssituationer under normala förhållanden och under undantagsförhållanden. Enligt 37 § 2 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård bereds samarbetsavtalet i samarbete med social- och hälsovårdsministeriet vad gäller de uppgifter som avser förberedelser och beredskap. Genom detta säkerställs för sin del nationell styrning och nationellt enhetliga strukturer vid ledningen av beredskap och förberedelser.

Flera av de helheter som presenteras i denna paragraf är eller kan vara sådana att de med stöd av 24 § i lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet är sekretessbelagda. I praktiken kan välfärdsområdena till exempel gå till väga så att de allmänna grunderna för de ärenden om vilka det föreskrivs i denna paragraf bestäms i offentliga dokument som välfärdsområdesfullmäktige har godkänt, och i detta sammanhang ska andra myndigheter i välfärdsområdet bemyndigas att godkänna detaljerade föreskrifter om ärenden som avses i denna paragraf till den del de innehåller sekretessbelagda uppgifter, enligt de allmänna grunder som fullmäktige godkänt. Såsom för övrigt i ett samarbetsavtal mellan välfärdsområden kan ärenden gällande beredskap och förberedelser som avses i denna paragraf ingå i en separat bilaga till samarbetsavtalet, som i sin tur kan innehålla separata sekretessbelagda bilagor.

Enligt paragrafens 1 mom. 1 punkt ska det i samarbetsavtalet bestämmas om de gemensamma grunderna för beredskapsnivåer och alarmarrangemang och för förfarandena för dessa i välfärdsområdena i samarbetsområdet. Genom förslaget tryggas jämställdheten mellan invånarna i de välfärdsområden som hör till ett och samma samarbetsområde genom att se till att alla välfärdsområden i samarbetsområdet har enhetliga grunder och förfaranden för att sköta störningssituationer och undantagsförhållanden. Enhetlig reglering av beredskapen gör det till exempel möjligt att organisationer kan bedöma och förutse sin egen verksamhet i förhållande till hur situationen utvecklas. Enhetlig reglering av beredskapen gör det möjligt att samtidigt inleda enhetliga åtgärder i olika välfärdsområden. Enhetliga nivåer för regleringen av beredskapen samordnar verksamheten och samarbetet med bland annat försvarsmakten. De allmänt använda beredskapsnivåerna inom social- och hälsovården är grundberedskap, höjd beredskap och full beredskap. I samarbetsavtalen ska man därför bestämma hur och i vilka situationer man övergår från grundberedskap till höjd beredskap eller full beredskap och hur alarmarrangemangen i anknytning till regleringen av beredskapen ska genomföras. Övergången

till höjd beredskap innebär vanligen åtminstone att organisationers kommunikation effektiveras, organisationers nyckelperson kontaktas och informeras samt arrangemang som gör det möjligt att vid behov få organisationsledningen på plats till exempel till läges- eller ledningscentralen.

Enligt paragrafens 1 mom. 2 punkt ska det i samarbetsavtalet bestämmas om gemensamma förfaranden i välfärdsområdena i samarbetsområdet på olika beredskapsnivåer. Därmed ska det till exempel avtals om ledningsarrangemang av olika slag och ändringar i verksamheten till vilka det övergås i och med ändringarna i beredskapsnivån. Genom förslaget tryggas tillräcklig beredskapsplanering inom social- och hälsovården och enhetliga verksamhetsmetoder på olika beredskapsnivåer i samarbetsområdena. Beredskapsplanerna ska utvecklas enhetligt på samarbetsområdesnivån (enligt den föreslagna ändringen i 51 § under ledning av ett beredskapscenter) så att det blir lättare och möjligt att gemensamt använda resurserna i de välfärdsområden som hör till samarbetsområdet i störningssituationer. Dessutom ökar förslaget samarbetet och den gemensamma utvecklingen av kunnandet mellan de välfärdsområden som hör till samarbetsområdet, i synnerhet vid förutseendet av allvarliga störningssituationer och deras hantering genom delad användning av resurser.

Enligt 1 mom. 3 punkten i paragrafen ska det i samarbetsavtalet bestämmas om det stöd och den styrning som de välfärdsområden som är huvudmän för universitetssjukhus, HUS-sammanslutningen och Helsingfors stad ordnar för de andra välfärdsområdena i samarbetsområdet vid störningssituationer som ett enskilt välfärdsområde inte har tillräckliga resurser att hantera. Med förslaget säkerställs att när resurserna för ett enskilt välfärdsområde överskrids, ska det till sina resurser största välfärdsområdet i samarbetsområdet, som också upprätthåller beredskapscentret, stödja välfärdsområdet i fråga genom att utreda andra välfärdsområdens förutsättningar att stödja det välfärdsområde som störningssituationen gäller samt genom att stödja fördelningen av de övriga välfärdsområdenas stödåtgärder på ett ändamålsenligt sätt inom det välfärdsområde som drabbas av störningssituationen. Det stöd och den styrning som välfärdsområden som är huvudmän för universitetssjukhus, HUS-sammanslutningen och Helsingfors stad ordnar för de andra välfärdsområdena i samarbetsområdet ska basera sig på en gemensam, delad lägesbild om störningssituationen, om åtgärderna för att hantera situationen och om dess konsekvenser. Stödet kan vara till exempel kartläggningen av tillgången till expertstöd och dess anskaffande i kemiska, biologiska eller strålningsrelaterade hotsituationer eller stöd i anknytning till tillgången till aggregat eller nödbostadsutrustning. Ordnandet av det stöd som avses i bestämmelsen innebär inte att ledningsansvaret överförs till ett välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus, HUS-sammanslutningen eller Helsingfors stad utan varje välfärdsområde ska alltjämt leda sina egna resurser inom social- och hälsovården i situationer i vilka 1 mom. 3 punkten i den föreslagna paragrafen tillämpas.

Enligt paragrafens 1 mom. 4 punkt ska det i samarbetsavtalet bestämmas om de principer enligt vilka de förfaranden på olika nivåer av regleringen av beredskapen som avses i den föreslagna 2 punkten kan tas i bruk eller enligt vilka det välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus, HUS-sammanslutningen eller Helsingfors stad kan besluta om användningen av dem. Syftet med förslaget är att se till att överföringen av ledningsansvaret på det välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus eller på HUS-sammanslutningen enligt den föreslagna 1 mom. 5 punkten sker efter gemensamma förberedelser. Enligt paragrafens 1 mom. 4 punkt kan välfärdsområden i förväg komma överens om de principer enligt vilka nödvändigheten av detta förfaringssätt bedöms.

Enligt paragrafens 1 mom. 5 punkt ska det i samarbetsavtalet bestämmas att de välfärdsområden som är huvudmän för universitetssjukhus, HUS-sammanslutningen och Helsingfors stad har rätt att leda den verksamhet vid ett eller flera välfärdsområden i samarbetsområdet som gäller

hanteringen av störningssituationer inom social- och hälsovården och att fördela resurser mellan välfärdsområdena i samarbetsområdet. Genom förslaget tryggas möjligheten att i allvarligare störningssituationer och under undantagsförhållanden leda eller samordna välfärdsområdenas resurser över välfärdsområdesgränser. Denna punkt i momentet är nödvändig, eftersom störningssituationerna i den nationella riskbedömningen, som har beskrivits ovan i propositionens bedömning av nuläget, inte följer välfärdsområdenas geografiska gränser. Därför är det nödvändigt att skapa en bestämmelse som utöver verksamhetsledningen även möjliggör överföring eller utnyttjande av resurser över välfärdsområdesgränser. Bestämmelserna om utnyttjandet av befogenheter i anknytning till en dylik situation finns i paragrafens 2 mom. Resurser som överförs kan vara till exempel anställda inom social- och hälsovården, vårdmaterial, utrustning, fordon, expertstöd eller stödtjänster.

Enligt 1 mom. 6 punkten i paragrafen ska det i samarbetsavtalet bestämmas om de principer enligt vilka de andra välfärdsområdena i samarbetsområdet kan stödja det välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus, HUS-sammanslutningen eller Helsingfors stad vid störningssituationer som dessa inte själva har tillräckliga social- och hälsovårdsresurser för att hantera. Utgångspunkten för bestämmelserna i den föreslagna 50 a § är att ett välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus samt i Nyland HUS-sammanslutningen och Helsingfors stad, som de största aktörerna inom sina områden, stödjer andra välfärdsområden i sina områden. Regleringen ska emellertid även beakta en situation där dessa områden uttryckligen är i behov av stöd från andra välfärdsområden i området för att hantera en störningssituation. När det bestäms om principerna, ska man ta hänsyn till att i de omständigheter som avses i det föreslagna 50 a § 2 mom. ska de tjänsteinnehavare som har rätt att utöva befogenheter fastställas enligt nämnda 2 mom. även i de fall där stödet enligt paragrafens 1 mom. 6 punkt riktas till ett välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus, HUS-sammanslutningen eller Helsingfors stad.

Enligt 1 mom. 7 punkten i paragrafen ska det i samarbetsavtalet bestämmas om de principer enligt vilka social- och hälsovårdsresurser hos välfärdsområdena i samarbetsområdet kan användas i ett annat samarbetsområde. I enlighet med de överenskomna principerna kan resurserna hos flera välfärdsområden i ett samarbetsområde även användas i samarbetet med andra samarbetsområden för störningssituationer under normala förhållanden. Mellan samarbetsområdena ska bestämmas hur det ageras i situationer i vilka det behövs resurser inom social- och hälsovården, till exempel material eller personal, över samarbetsområdesgränser. Sådan här verksamhet kan vara till exempel sammanställande av kirurgiska team (mobilkirurgi) eller grupper för taktisk akutvård, i vilka personal och eventuellt också material behövs från flera välfärdsområden och samarbetsområden. Om principerna ska bestämmas så att sådant avtalande som avses i denna punkt är avtalande mellan välfärdsområden som är huvudmän för universitetssjukhus inom ramen för de principer som avses i denna punkt.

Enligt 1 mom. 8 punkten i paragrafen ska det i samarbetsavtalet bestämmas om de principer enligt vilka social- och hälsovårdsresurser hos välfärdsområdena i samarbetsområdet kan användas nationellt på det sätt som överenskoms med en statlig myndighet. En dylik situation kan till exempel uppstå vid omfattande immigration där myndighetsverksamheten vid gränsen förutsätter stöd från social- och hälsovården på ett enhetligt sätt längs hela landgränsen. I praktiken ska det i samarbetsavtalet till exempel bestämmas hur det från välfärdsområden i ett samarbetsområde samlas gemensamma resurser för hanteringen av sådana störningssituationer i vilka det behövs resurser inom social- och hälsovården från flera samarbetsområden och för vilka beredskapen har planerats på nationell nivå.

Enligt paragrafens 2 mom. kan en tjänsteinnehavare som anges i förvaltningsstadgan för det välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus inleda de åtgärder som avses i 1

mom. 3–6 punkten, om det behövs med anledning av störningssituationens omfattning eller sakens brådskande natur eller av någon annan motsvarande anledning. Inledandet av åtgärderna ska inte bedömas genom till exempel nödvändighet som orsakas av externa faktorer utan välfärdsområdena i samarbetsområdet ska komma överens om tröskeln för inledandet av åtgärder och behovet att överskrida den i enlighet med paragrafens 1 mom.

Avsikten med förslaget enligt 2 mom. är att lyfta till författningsnivån sådana bestämmelser som ingår i välfärdsområdenas nuvarande förvaltningsstadgar. I praktiken har välfärdsområdena redan till vissa delar bedömt att ett dylikt förfaringssätt är ändamålsenligt. I nästan alla gällande förvaltningsstadgar för välfärdsområden ingår en mening av följande slag gällande verksamheten i allvarliga störningssituationer och under undantagsförhållanden och förberedelserna för dessa: *”Avvikelse från behörighetsbestämmelserna i de övriga kapitlen i förvaltningsstadgan kan göras av tvingande skäl vid allvarliga störningar och under undantagsförhållanden. Sådana orsaker kan vara t.ex. hot mot liv och hälsa, avbrytande av livsviktiga tjänster, hot mot ekonomi, fastigheter, annan egendom eller miljö, som medför omedelbar fara eller någon annan allvarlig funktionell eller ekonomisk risk.”*[66] Enligt den föreslagna bestämmelsen ska befogenheterna i förvaltningsstadgar för enskilda välfärdsområden genom samarbetsavtalet utvidgas att uttryckligen på samarbetsområdesnivån gälla ett välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus. Under beredningen av propositionen har det bedömts att det kan vara ändamålsenligt att i förvaltningsstadgarna ge till exempel välfärdsområdesdirektören de i paragrafen beskrivna befogenheterna, eftersom tjänsteinnehavaren i fråga har befogenheten att leda såväl social- och hälsovården som räddningsväsendet. Beroende på naturen av störningssituationen eller undantagsförhållandena kan det dock vara ändamålsenligt att delegera ledningsansvar från välfärdsområdesdirektören till den högsta tjänsteinnehavaren i välfärdsområdet som ansvarar för socialvården, den högsta tjänsteinnehavaren i välfärdsområdet som ansvarar för hälsovården eller till tjänsteinnehavaren som ansvarar för beredskap. Med anledning av detta har ordet välfärdsområdesdirektör inte direkt använts i förslaget utan välfärdsområdesfullmäktige har getts möjligheten att utse tjänsteinnehavarna och deras ställföreträdande enligt den lokala organisationsstrukturen och tjänstebeteckningarna.

Områdesstyrelserna i alla välfärdsområden i ett samarbetsområde ska utan dröjsmål underrättas om inledandet av åtgärderna och väsentliga förändringar i åtgärderna. Till exempel avslutandet av åtgärder är en väsentlig förändring som avses i bestämmelsen. Om åtgärdernas längd samt om eventuell tidsmässig fördelning i anknytning till dem bestämmer välfärdsområdena i samarbetsområdet som en del av de principer som avses i 1 mom. Dessutom ska det bestämmas om de förfaranden genom vilka välfärdsområdesstyrelserna meddelas om användningen av åtgärderna. Det verkar naturligt att informationen ska gå via föredraganden för välfärdsområdesstyrelsen eller till exempel via samarbetsområdenas ledningsgrupper eller motsvarande grupper.

Genom hänvisningsbestämmelsen i 2 § 2 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovården och räddningsväsendet i Nyland anses ett organ som motsvarar välfärdsområdesstyrelsen i ett sådant sammanhang som avses i 2 mom. vara styrelsen för HUS-sammanslutningen samt Helsingfors stads stadsstyrelse. Om dessa föreskrivs inte separat.

---

[66] Förvaltningsstadgans ordalydelse gällande befogenheter i allvarliga störningssituationer och under undantagsförhållanden är likadan hos HUS-sammanslutningen, alla välfärdsområden som är huvudmän för universitetssjukhus samt i 14 andra välfärdsområden. Hos tre välfärdsområden är ordalydelsen annorlunda. [den 11 december 2024]

Enligt paragrafens 3 mom. 1 punkt fungerar i Södra Finlands samarbetsområde som tjänsteinnehavare enligt paragrafens 2 mom. en tjänsteinnehavare som anges i HUS-sammanslutningens förvaltningsstadga till den del som HUS-sammanslutningen ordnar hälso- och sjukvård. Enligt 2 punkten fungerar som tjänsteinnehavare enligt 2 mom. i andra fall än de som avses i 1 punkten en tjänsteinnehavare som anges i Helsingfors stads förvaltningsstadga. I fråga om Södra Finlands samarbetsområde avses här i nuläget till exempel HUS-sammanslutningens chefsöverläkare samt Helsingfors stads sektorchef för social- och hälsovården samt räddningsväsendet. Sektorchefen för social- och hälsovården och räddningsväsendet i Helsingfors stad ska enligt de föreslagna bestämmelserna ha rätt att inleda åtgärder i hela Södra Finlands samarbetsområde, om störningssituationen förutsätter fördelning av resurser i ärenden som gäller socialvården och primärhälsovården.

Flera av de bestämmelser som föreslås i denna paragraf förutsätter i praktiken uppdatering av förvaltningsstadgan för i synnerhet välfärdsområden som är huvudmän för universitetssjukhus. I synnerhet med tanke på hur bestämmelserna i det föreslagna 1 mom. fungerar i praktiken är det väsentligt att de nödvändiga ändringarna med tanke på beaktandet av befogenheterna för de välfärdsområden som är huvudmän för universitetssjukhus även ska göras i förvaltningsstadgan för alla andra välfärdsområden i samarbetsområdet. Därtill ska man försäkra sig om att de tjänsteinnehavare som avses i 2 och 3 mom. har utsetts i förvaltningsstadgan och att de på basis av bestämmelserna i förvaltningsstadgan eller annat beslutsfattande inom välfärdsområdet har en tillräckligt omfattande kedja av ersättare. Bestämmelser om tidtabellen för uppdateringen av förvaltningsstadgarna finns i övergångsbestämmelserna.

50 b §. *Nationell ledning av störningssituationer och undantagsförhållanden inom social- och hälsovården.* Enligt förslaget ska det till lagen fogas en ny 50 b §, i vilken det föreskrivs om den nationella ledningen av störningssituationer och undantagsförhållanden inom social- och hälsovården. I nuläget ansvarar varje välfärdsområde för sina egna förberedelser för störningssituationer samt för hanteringen av störningssituationer, men det existerar varken regionala eller riksomfattande strukturer som stöd för välfärdsområdena. I den aktuella propositionen ska det regionala stödet på det sätt som beskrivs i 50 a § bygga på samarbetsavtalet mellan välfärdsområdena och på välfärdsområden som är huvudmän för universitetssjukhus samt i Nyland på HUS-sammanslutningen och Helsingfors stad. Välfärdsområdena har dock ingen nationell samarbetsstruktur, och det är inte heller ändamålsenligt att separat föreskriva om en sådan bara med tanke på beredskap och förberedelser. I den föreslagna verksamhetsmodellen ska social- och hälsovårdsministeriet trygga att beredskapen och förberedelserna fungerar på riksomfattande nivå och kunna fatta beslut i sådana störningssituationer som på de grunder som närmare bestäms i paragrafen förutsätter beslutsfattande och ledning på nationell nivå. Förslaget möjliggör social- och hälsovårdens funktion som en nationellt enhetlig helhet i synnerhet i situationer som förutsätter åtgärder över samarbetsområdenas gränser. Förslaget skapar enhetliga verksamhetssätt i hela landet, vilket för sin del tryggar tillgodoseendet av de grundläggande fri- och rättigheterna enhetligt i olika delar av landet på det sätt som förutsätts i 22 § i grundlagen.

Enligt paragrafens 1 mom. fattar social- och hälsovårdsministeriet i störningssituationer under normala förhållanden samt under undantagsförhållanden beslut om ledningen av välfärdsområdenas verksamhet inom social- och hälsovården och om ändringar i verksamheten samt om fördelningen av resurser mellan välfärdsområdena eller samarbetsområdena, om beslutet behövs för en ändamålsenlig användning av resurserna, för tryggande av ordnandet av tjänster eller för samordning av verksamheten. Ministeriet fattar också beslut om fördelningen mellan välfärdsområdena eller samarbetsområdena av sådana för verksamhetsområdet centrala resurser som överenskommits inom ramen för internationellt samarbete.

I paragrafens 1 mom. avses med beslutet om ledningen av verksamheten i första hand det att ministeriet ska besluta vilket välfärdsområde som ansvarar för den allmänna ledningen av störningssituationen. Enligt 51 § 6 mom. i den gällande lagen om ordnande av social- och hälsovård kan ministeriet i särskilt betydande störningssituationer ta över ansvaret för ledningen och samordningen av social- och hälsovården. Ändring av verksamheten kan till exempel betyda att någon funktion läggs ned, utvidgas eller att verksamheten fysiskt överförs till en annan plats. Observera att det bara är möjligt att ändra verksamheten inom ramen för den gällande lagstiftning som gäller uppgiftshelheten och att de föreslagna bestämmelserna inte som sådana gör det möjligt att avvika från kraven i den lagstiftning som gäller uppgiften i fråga. Enligt 86 § i beredskapslagen har social- och hälsovårdsministeriet under undantagsförhållanden rätt att bestämma om ändringar i verksamheten av en verksamhetsenhet för social- och hälsovården, men under normala förhållanden innehåller den gällande lagstiftningen inga motsvarande begränsningsmöjligheter.

Fördelningen av resurser mellan välfärdsområdena innebär att personal, expertstöd, material, maskiner och utrustning överförs från ett välfärdsområde till ett annat. Utgångspunkten är att det inom ett samarbetsområde bestäms om fördelningen av resurserna enligt den föreslagna 50 a §, men social- och hälsovårdsministeriet ska även vid behov kunna bestämma on fördelningen inom ett samarbetsområde. I regel sker sådan fördelning av resurser genom ministeriets beslut som avses i denna paragraf närmast i situationer som förutsätter beslutsfattande över samarbetsområdesgränser. Bestämmelserna om samarbetsavtal inom social- och vården i 36 § i den gällande lagen om ordnande av social- och hälsovård gör inte som sådana det möjligt att fördela resurser mellan samarbetsområden på basis av avtal mellan välfärdsområden. Såsom det konstaterades ovan i anknytning till ändringen av verksamheten ska man även vid fördelningen av resurserna ta hänsyn till förutsättningarna i den uppgiftsbaserade lagstiftningen, och fördelningen av resurser mellan välfärdsområden kan inte leda till att något område med anledning av detta inte kan ta hand om sina lagstadgade uppgifter.

Störningssituationens omfattning eller särskilda karaktär kan förutsätta begärande och mottagande av internationellt bistånd samt fördelning av biståndet. På motsvarande sätt kan Finland få begäran om att sända internationellt bistånd. Enligt 2 § i lagen om beslutsfattande om lämnande av och begäran om internationellt bistånd fattas beslut om att lämna eller begära bistånd vid statsrådets allmänna sammanträde efter föredragning från ministeriet i fråga. Ministeriets befogenheter enligt 50 b § i mom. i den aktuella lagen ska alltså gälla situationer i vilka statsrådets beslut om lämnande av och begäran om bistånd har fattats och det är meningen att verkställa detta beslut. Ministeriet fattar i så fall beslut om fördelningen av biståndet mellan välfärdsområden och samarbetsområden på ett ändamålsenligt sätt på basis av den existerande lägesbilden. Dylika resurser inom internationellt bistånd som begärs från EU-länder, tredje länder eller internationella organisationer kan vara till exempel medicinska enheter såsom kliniker och fältsjukhus samt hälsovårdsmaterial eller förnödenheter för befolkningen inom livsmedelsförsörjningen och basservicen eller kontanta bidrag och betalningsmedel för deras anskaffande. Integreringen av sådana här resurser med de tjänster som välfärdsområden erbjuder eller det stöd som riktas till befolkningsgrupper som behöver mest stöd ska samordnas med välfärdsområdenas social- och hälsovårdstjänster under social- och hälsovårdsministeriets ledning. Enligt paragrafens 2 mom. är social- och hälsovårdsministeriets beslut tidsbundet. I störningssituationer under normala förhållanden är beslutet i kraft högst tre månader åt gången. Under undantagsförhållanden är beslutet i kraft högst så länge undantagsförhållandena varar. Eftersom det i praktiken är fråga om beslut som riktar sig till välfärdsområdenas verksamhet, ska även verkställandet av beslutet i beslutet åläggas en eller flera välfärdsområden. I paragrafens 2 mom. finns också bestämmelser om företrädesordningen av beslut som fattas av ett välfärdsområde och ministeriet och som riktar sig till samma ärende. Enligt bestämmelsen ska välfärdsområdets beslut i ärendet tillämpas i första hand. Om ministeriet fattar ett beslut

som gäller samma ärende, ska skyldigheterna enligt välfärdsområdets beslut i praktiken tillämpas så att de kompletterar skyldigheterna enligt ministeriets beslut. Om besluten står i strid med varandra, tillämpas de skyldigheter som ställs i ministeriets beslut. I bestämmelsens struktur har strävats efter enhetlighet med bestämmelserna i lagen om smittsamma sjukdomar, som beskriver förhållandet mellan beslut som ett välfärdsområde och regionförvaltningsverket fattat gällande samma område. I det föreslagna 2 mom. konstateras dock direkt att ministeriets beslut tillämpas i konfliktsituationer.

Enligt paragrafens 3 mom. kan social- och hälsovårdsministeriet fatta beslut om de frågor som avses i det föreslagna 1 mom. utan beredning i den nationella beredskapsgruppen för social- och hälsovård. I detta fall är förutsättningen att hanteringen av störningssituationen brådskar eller störningssituationens art eller omfattning eller någon annan jämförbar anledning.

I förslaget har ministeriets beslutandeprocess uppdelats i två alternativa rutter beroende på störningssituationens art. I en situation där omedelbart beslutsfattande inte är nödvändigt med anledning av att ärendet brådskar, ska den nationella beredskapsgrupp för social- och hälsovård som avses i den föreslagna 50 c § delta i beredningen av ministeriets beslut. När det i 1 mom. som tröskel för beslutsfattande vid ministeriet används uttrycket ”om beslutet behövs”, blir en av de centrala uppgifterna för den nationella beredskapsgruppen uttryckligen att bedöma behovet av och förutsättningarna för beslutsfattandet vid ministeriet. Den andra alternativa rutten är ministeriets direkta beslutsfattande utan beredning i beredskapsgruppen, som avses i 3 mom. Förutsättningen för detta är alltså att direkt beslutsfattande utan beredning i den nationella beredskapsgruppen är nödvändigt med anledning av att hanteringen av ärendet brådskar eller av någon annan jämförbar anledning.

När behandlingen i den nationella beredskapsgruppen som första skede av ministeriets beslut även som snabbast tar flera dygn, är det nödvändigt att göra beslutsfattandet möjligt även i sådana störningssituationer som förutsätter brådskande beslutsfattande och i vilka åtgärderna måste inledas utan att vänta att den nationella beredskapsgruppen har berett ärendet. Vid beredningen av bestämmelserna har det sökts vägledning från 34 § 4 mom. i räddningslagen (379/2011), enligt vilket inrikesministeriets räddningsmyndighet kan överta ledningen av en situation, om det är nödvändigt på grund av de riksomfattande arrangemang som behövs eller på grund av olyckans art eller omfattning. Nödvändighetsbedömningen i den nu föreslagna bestämmelsen avses vara jämförbar med denna bestämmelse i räddningslagen.

Man kan anta att områdena i de flesta situationer inleder hanteringen av störningssituationen utan dröjsmål och snabbare än vad som är möjligt för en aktör på nationell nivå. Efter den initiala hanteringen av situationen kan en regional aktörs resurser dock ta slut eller störningssituationen kan eskalera eller annars visa sig vara mer omfattande än man först trodde. Ministeriets befogenheter på grund av ärendets brådskande natur kan komma i fråga åtminstone i situationer i samband med vilka nationella resurser fördelas. Oftast torde det dock vara fråga om en störningssituation vars omfattning överskrider ett enskilt samarbetsområdes gränser eller resurser. Då är det i praktiken nödvändigt att ledningsansvaret för hanteringen av störningssituationen ligger på nationell nivå, och beslutet om överföringen av ledningsansvaret behövs snabbt. Eftersom det inte på ett uttömmande sätt är möjligt att i bestämmelserna på förhand ta hänsyn till störningssituationernas omständigheter och art, ska det även vara möjligt att ministeriet använder sina befogenheter med anledning av att hanteringen av ärendet brådskar eller av någon annan jämförbar anledning. I bestämmelsen är tröskeln för användningen av befogenheterna på dessa grunder dock tämligen hög.

Enligt 4 mom. får närmare bestämmelser om fördelningen av kostnaderna mellan välfärdsområdena för ledning av verksamheten, ändring av verksamheten och allokering av

resurser enligt 1 mom. utfärdas genom förordning av statsrådet. I princip ska det bestämmas om föreningen av kostnaderna mellan välfärdsområden i anknytning till det samarbetsavtal som avses i 36 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård. I fråga om situationer som överskrider samarbetsområdesgränserna behöver det dock föreskrivas särskilt om bemyndigandet att utfärda förordning.. I fråga om statliga ersättningar hänvisas det i 4 mom. till 52 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård. Enligt 52 § 1 mom. i den lagen kan staten medverka i utvecklandet och upprätthållandet av den riksomfattande och regionala beredskap och de riksomfattande och regionala förberedelser som behövs inom social- och hälsovården genom att till den aktör som social- och hälsovårdsministeriet har utsett och bemyndigat betala ersättning för skötseln av en särskild uppgift. När propositionen utarbetades, hade det ingåtts avtal om riksomfattande särskilda uppgifter med tre välfärdsområden. Social- och krisjouren i Vanda och Kervo välfärdsområde har utsetts till den riksomfattande aktören inom psykosocialt stöd, HUS-sammanslutningen har utsetts till aktören för nationell beredskap inom sjuk- och hälsovården och Norra Österbottens välfärdsområde ansvarar för utvecklingen och upprätthållandet av den nationella beredskapsplaneringsportalen. Därtill kan staten med stöd av 52 § 2 mom. i lagen om ordnande av social- och hälsovård medverka i hanteringen av exceptionella störningssituationer genom att finansiera verksamhet som det av särskilda skäl är ändamålsenligt att ersätta av statsmedel när välfärdsområdets eller HUS-sammanslutningens resurser inte är tillräckliga för att hantera situationen. Det är då fråga om en exceptionell situation, till exempel en storolycka, där situationen medför oskäliga kostnader för välfärdsområdet. Välfärdsområdets uppgifter omfattar organiserings- och kostnadsansvaret för social- och hälsovårdstjänsterna också i akuta och överraskande situationer, och därmed är den statliga ersättningen bara avsedd för mycket exceptionella situationer. Som exempel har i det tidigare lagberedningsmaterialet (RP 241/2020 rd, s. 728) nämnts naturkatastrofen i Sydostasien 2004, bussolyckan i Malaga 2008 samt vissa våldsdåd i skolor och läroanstalter. Den statliga ersättning som staten med stöd av denna bestämmelse betalar är behovsprövad och ska i princip inte täcka alla de kostnader som hanteringen av störningssituationen orsakar.

I lagförslaget ingår inga separata bestämmelser om ändringssökande i social- och hälsovårdsministeriets beslut som avses i den föreslagna 50 b §. Bestämmelser om sökande av ändring i beslut som en statlig myndighet fattat finns i 60 § i den gällande lagen om ordnande av social- och hälsovård. Enligt den sker sökande av ändring i ministeriets beslut enligt bestämmelser i lagen om rättegång i förvaltningsärende. Med tanke på naturens av ministeriets beslut, har det under beredningen inte ansetts vara ändamålsenligt att ha separata bestämmelser om möjliggörandet av begäran om omprövning av ministeriets beslut.

50 c §. *Den nationella beredskapsgruppen för social- och hälsovård.* Enligt förslaget ska det till lagen fogas en ny 50 c §, i vilken det föreskrivs om den nationella beredskapsgruppen för social- och hälsovård. Syftet med beredskapsgruppen är att fungera som stöd för social- och hälsovårdsministeriet vid beredningen och verkställandet av beslut som avses i 50 b §. När ministeriets beslut gäller till exempel ändringar i välfärdsområdenas verksamhet eller fördelningen av välfärdsområdenas resurser, kan man genom beredning i beredskapsgruppen trygga tillgången till aktuell information om välfärdsområdenas situation och behov vid hanteringen av störningssituationer.

Enligt paragrafens 1 mom. tillsätter statsrådet på framställning av social- och hälsovårdsministeriet för högst fem år i sänder en nationell beredskapsgrupp för social- och hälsovård. Gruppen tillsätts för beredningen av beslut som avses i den föreslagna 50 b §. Som verksamhetsform är den föreslagna beredskapsgruppen ny, men beredningsgrupper av motsvarande slag tillsätts till exempel för beredningen av vissa beslut av statsrådet (15 § i lagen om välfärdsområden, 26 § i lagen om välfärdsområdenas finansiering). Medlemmarna i den nationella beredskapsgruppen arbetar under tjänsteansvar.

Enligt paragrafens 1 mom. 1 punkt har beredskapsgruppen till uppgift att bedöma behovet av och de allmänna förutsättningarna för beslutsfattande vid social- och hälsovårdsministeriet som avses i 50 b § 1 mom. När förutsättningen för beslutsfattande vid social- och hälsovårdsministeriet är en lägre tröskel än nödvändighetskriteriet, är det den nationella beredskapsgruppens uttryckliga uppgift att bedöma om det överhuvudtaget finns förutsättningar för beslutsfattandet vid ministeriet. Detta innebär att den nationella beredskapsgruppens bedömning om huruvida det finns behov av och allmänna förutsättningar för beslutsfattande i en situation som inte förutsätter omedelbart beslutsfattande på det sätt som avses i det föreslagna 50 b § 3 mom. i praktiken är förutsättningen för att ministeriet överhuvudtaget kan fatta beslut på det sätt som avses i 50 b § 1 mom.

Enligt paragrafens 1 mom. 2 punkt har beredskapsgruppen till uppgift att göra framställningar om ändring, förlängning och upphävande av beslut som social- och hälsovårdsministeriet fattar med stöd av i 50 b § 1 mom. När ministeriets beslut är tidsbundna, är det den nationella beredskapsgruppen som gör en bedömning av ändringar i dem. Den nationella beredskapsgruppen kan bedöma ändrande av ett beslut som fattats av social- och hälsovårdsministeriet även när beslutet har fattats utan beredning i den nationella beredskapsgruppen enligt 50 b § 3 mom. Social- och hälsovårdsministeriet kan dock ändra ett dylikt beslut som det fattat utan beredning i beredskapsgruppen, om de förutsättningar för detta förfarande som avses i 50 b § 3 mom. alltjämt uppfylls.

Enligt 1 mom. 3 punkten i paragrafen har beredskapsgruppen till uppgift att göra framställningar om sådana ändringar i verksamheten och andra åtgärder som behövs för att hantera en störningssituation. Såsom det har konstaterats ovan i motiveringen till 50 b § 1 mom. kan ändring av verksamheten till exempel betyda att någon funktion läggs ned, utvidgas eller att verksamheten fysiskt överförs till en annan plats. Som annan åtgärd kan den nationella beredningsgruppen göra framställningar om till exempel det välfärdsområde till vilket ledningsansvaret för hanteringen av en störningssituation i social- och hälsovårdsministeriets beslut hänvisas.

Enligt paragrafens 1 mom. 4 punkt har beredskapsgruppen till uppgift att utreda och göra framställningar om fördelningen mellan välfärdsområdena av resurser i anslutning till hanteringen av en störningssituation. Utredningen av välfärdsområdenas resurser avses vara en av beredskapsgruppens centrala uppgifter och i flera situationer en förutsättning för att social- och hälsovårdsministeriet kan bestämma om fördelningen av resurser mellan välfärdsområden eller om fördelningen av nationella resurser till välfärdsområden. Ett av de väsentligaste syftena med beredningsgruppsstrukturen är att erbjuda beslutsfattaren på nationell nivå detaljerad och uppdaterad lägesinformation om välfärdsområdenas resurser och behoven i anknytning till dem. Enligt bestämmelsen ska den nationella beredskapsgruppen också göra framställningar om en ändamålsenlig fördelning av resurser mellan välfärdsområden. Såsom det har konstaterats ovan kan resurser i social- och hälsovårdsministeriets beslut också fördelas över samarbetsområdesgränser.

Enligt paragrafens 1 mom. 5 punkt har beredskapsgruppen till uppgift att vid behov lägga fram förslag om fördelningen mellan välfärdsområdena av nationella resurser. I praktiken är det fråga om resurser vars fördelning i princip är beroende av någon statlig myndighetens prövning. Den nationella beredskapsgruppen ska därmed göra framställningar i anknytning till denna punkt närmast på en statlig myndighets initiativ. Bestämmelsen kan bli tillämplig till exempel i en situation där förnödenheter delas ut från statens säkerhetslager till välfärdsområden. Vid fördelningen ska de principer för fördelningen av resurser som ifrågavarande statliga myndigheter bestämt beaktas. Principerna kan till exempel ha anknytning till fördelningen av resurser i förhållande till antalet invånare eller basera sig på behovet genom objektivt beaktande

av behovet i olika områden. Genom förslaget tryggas till exempel fördelningen av specialiserat kunnande inom hälso- och sjukvården, utjämnandet av patientplatser i överbelastningssituationer, fördelningen av nationellt skaffade vaccin eller nationellt material i statens säkerhetslager till välfärdsområdena och samarbetsområdena på ett ändamålsenligt sätt. Denna punkt i momentet har nära samband med utredningen av välfärdsområdenas resurser och de slutsatser som dras ur den, som avses i 4 punkten i momentet.

Enligt paragrafens 1 mom. 6 punkt har beredskapsgruppen till uppgift att lägga fram förslag om ett eller flera välfärdsområden som svarar för verkställigheten av ett beslut. Eftersom beredskapsgruppen i samband med beredningen av sina förslag även för övrigt är väl insatt i frågor i anknytning till hanteringen av störningssituationen i fråga, är det naturligt att beredskapsgruppen också lägger fram ett förslag om ett eller flera välfärdsområden som svarar för verkställigheten av ett beslut.

Enligt paragrafens 2 mom. ska ordförande och vice ordförande för beredskapsgruppen vara tjänstemän vid social- och hälsovårdsministeriet. Enligt paragrafens 2 mom. 1 punkt ska till beredskapsgruppen utses en företrädare för finansministeriet. Enligt 2 mom. 2 punkten ska till beredskapsgruppen utses en företrädare för varje välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus. Därtill ska till beredskapsgruppen enligt 2 mom. 3 punkten höra en företrädare för Helsingfors stad och enligt 4 punkten en företrädare för HUS-sammanslutningen. Enligt 5 punkten ska till beredskapsgruppen också höra en företrädare för ett välfärdsområde som inte är huvudmän för ett universitetssjukhus. Där är ändamålsenligt att den ledamot som representerar ett annat välfärdsområde ska bytas ut efter varje mandatperiod för beredskapsgruppen. Det finns dock skäl att låta välfärdsområdena avgöra detta och inte föreskriva om detta separat. Enligt förslaget ska det i den nationella beredskapsgruppen finnas sammanlagt 10 ledamöter inklusive ordförandena.

Enligt paragrafens 3 mom. ska det för varje ledamot i beredskapsgruppen utnämnas ett tillräckligt antal personliga ersättare. Syftet med regleringen är att i beredskapsgruppens verksamhet ska från välfärdsområden som är huvudmän för universitetssjukhus, Helsingfors stad samt HUS-sammanslutningen delta den tjänsteinnehavare som på basis av den inom området överenskomna ersättarkedjan vid varje tidpunkt är den i 50 a § 2 och 3 mom. avsedda tjänsteinnehavaren. Därför ska alla ställföreträdare i tillsättningsbeslutet utses till ersättare, och vid behov ska beredskapsgruppens sammansättning ändras, när det sker förändringar i tjänsteinnehavare som har rätt att använda befogenheterna och i deras ersättare. Genom förslaget vill man se till att alla medlemmar samt den expertis som behövs för den nationella beredskapsgruppens arbete är tillgängliga för den nationella beredskapsgruppen även i situationer i vilka en del av de tjänsteinnehavare som är utsedda till ordinarie ledamöter är förhindrade.

Enligt paragrafens 3 mom. ska de ledamöter i beredskapsgruppen som avses i 2 mom. 2–4 punkten vara tjänsteinnehavare som avses i 50 a § 2 och 3 mom. Syftet med förslaget är att se till att de tjänsteinnehavare som utses till den nationella beredskapsgruppen har tillräckligt med sådan erfarenhet och sakkunskap som uppgiften förutsätter samt tillräckliga befogenheter i störningssituationer och under undantagsförhållanden inom social- och hälsovården. Ledamöterna i den nationella beredskapsgruppen ska utses enligt organisation. Syftet med den nationella beredskapsgruppen är att samla bästa möjliga erfarenhet och omfattande sakkännedom inom servicesystemet för social- och hälsovården samt beredskap och förberedelser. Ledamöterna i den nationella beredskapsgruppen ska främja det nationella intresset med sin expertis och inte representera sitt eget område eller sin hemorganisation. Social- och hälsovårdens förvaltningsområde är brett, och i störningssituationer samt under undantagsförhållanden ska man kunna bedöma situationens inverkan och de nödvändiga

åtgärderna inom hela förvaltningsområdet. Covid-19-pandemin visade att frågor inom såväl den specialiserade sjukvården som inom primärhälsovården och socialvården ska beaktas. En verksamhetsmodell av motsvarande slag har konstaterats fungera väl tidigare när syftet har varit att på nationell nivå skapa en bred representation av synpunkter från olika aktörer som ansvarar för ordnandet av social- och hälsovården och trygga gruppens funktionsförmåga i störningssituationer och under undantagsförhållanden.

Enligt paragrafens 3 mom. fjärde meningen tillämpas bestämmelserna i 4 a § i lagen om jämställdhet mellan kvinnor och män (609/1986) inte på den nationella beredskapsgruppens sammansättning. Detta beror för det första på förutsättningen i anknytning till 2 mom. 2–4 punkten i paragrafen, som innebär att enbart tjänsteinnehavare som avses i 50 a § i förslaget kan utses till beredskapsgruppen som ledamot eller ersättare. Detta innebär enligt den föreslagna 50 a § att det i praktiken i varje sådant område som avses i 2–4 punkten bara finns som alternativ några få tjänsteinnehavare som i förvaltningsstadgan getts exceptionella befogenheter i störningssituationer under normala förhållanden och under undantagsförhållanden. Dessutom kan förutsättningen om företrädarnas sakkunskap i enlighet med paragrafens 3 mom. tillsammans med bestämmelsen i 50 a § om de personer bland vilka valet ska göras i vissa situationer vara besvärliga att samordna med kvotbestämmelsen i lagen om jämställdhet mellan kvinnor och män.

Enligt paragrafens 3 mom. sista meningen fattas beslut om ändringar i beredskapsgruppens sammansättning under beredskapsgruppens mandattid av social- och hälsovårdsministeriet. När beredskapsgruppens mandatperiod är högst fem år, kan man anta att det under den här tiden sker flera ändringar i sammansättningen. Det kan inte anses vara ändamålsenligt att statsrådet fattar beslut om dylika ändringar. Det att ministeriet beslutar om ändringar i sammansättningen är gängse praxis till exempel när det gäller delegationer som statsrådet utsett.

Vid den nationella beredskapsgruppens sammanträden förutsätts ingen fysisk närvaro, om det är möjligt att försäkra sig om att mötets informationssäkerhet kan tryggas med till exempel den offentliga förvaltningens säkerhetsnätverksamhet. Detta är nödvändigt med tanke på beredskapsgruppens verksamhet, eftersom ledamöterna är tjänsteinnehavare som även ansvarar för åtgärder i anknytning till hanteringen av en störningssituation inom sitt område. Dessutom är det i vissa situationer möjligt att den nationella beredningsgruppen måste sammankallas på väldigt kort varsel. Syftet med distansdeltagandet är att se till att den nationella beredskapsgruppen kan sammanträda och göra förslag även då tidtabellen är exceptionellt brådskande och i särskild betydelsefulla störningssituationer, i vilka det inte nödvändigtvis är möjligt att på kort varsel få alla företrädare i den nationella beredskapsgruppen med på ett fysiskt möte.

Enligt paragrafens 4 mom. samarbetar den nationella beredskapsgruppen med de behöriga myndigheterna med koppling till hanteringen av störningssituationen. Med förslaget tryggas smidigt samarbete, gemensam beredskapsplanering och riskbedömning samt dubbelriktad men nationellt samordnad hjälp mellan till exempel kommunerna, försvarsmakten, Gränsbevakningsväsendet, polisen, FPA och andra myndighetsaktörer. I vissa fall kan det också vara fråga om en behörig myndighet i en annan stat med vilken det är nödvändigt att utföra uppgifter i anknytning till beredskap, förberedelser eller en störningssituation under normala förhållanden eller under undantagsförhållanden. Den nationella beredningsgruppen kan kalla permanenta eller tillfälliga sakkunniga som stöd för hanteringen av gruppens uppgifter. I bestämmelsen ingår också en informativ bestämmelse om att den nationella beredskapsgruppen i den mån det är möjligt också ska höra andra aktörer med koppling till hanteringen av störningssituationen. Bestämmelsen omfattar på ett brett sätt eventuella aktörer i den privata sektorn och tredje sektorn med koppling till hanteringen av störningssituationer, till exempel

Finlands Röda Kors. Vid hanteringen av störningssituationer ska även privata tjänsteleverantörer som välfärdsområden anlitar och deras företrädare höras.

51 §. *Beredskapen i samarbetsområdena för social- och hälsovården.* Till 2 mom. i paragrafen, som gäller uppgifterna för beredskapscentret för social- och hälsovården, föreslås en ny 5 punkt, enligt vilken beredskapscentret har till uppgift att inom sitt samarbetsområde styra beredskapsplaneringen för social- och hälsovården i enlighet med riksomfattande enhetliga principer som avses i 1 mom. Genom förslaget stärks beredskapscentrets roll i beredskapsplaneringen för social- och hälsovården och i dess styrning. I praktiken har beredskapscentren redan nu utfört styrningsskyldigheten av ett välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus inom beredskapsplaneringen enligt den nuvarande lagstiftningen.

8 Bestämmelser på lägre nivå än lag

Den föreslagna lagen innehåller ett bemyndigande att utfärda förordning. I 50 b § föreskrivs det om den nationella ledningen i störningssituationer och under undantagsförhållanden inom social- och hälsovården. Enligt 4 mom. närmare bestämmelser om fördelningen av kostnaderna mellan välfärdsområdena för ledning av verksamheten, ändring av verksamheten och allokering av resurser enligt paragrafens 1 mom. utfärdas genom förordning av statsrådet. Då man i samarbetsavtalen mellan välfärdsområdena kommer överens om kostnadsfördelningen för fördelningen av resurserna inom varje samarbetsområde, är användningsområdet för bemyndigandet att utfärda förordning som nu avses närmast situationer där resurserna fördelas över samarbetsområdesgränserna på basis av social- och hälsovårdsministeriets beslut.

9 Ikraftträdande

Lagen föreslås träda i kraft våren 2025.

I lagen föreslås vissa övergångsbestämmelser.

Den nationella beredskapsgrupp för social- och hälsovård som avses i 50 b § ska tillsättas inom två månader från ikraftträdandet av denna lag. Eftersom välfärdsområdena enligt övergångsbestämmelsen har nio månader på sig att uppdatera bestämmelserna i förvaltningsstadgan, kan den nationella beredskapsgruppen första gången tillsättas så att alla ledamöter som utses inte nödvändigtvis är sådana tjänsteinnehavare som anges i förvaltningsstadgan på det sätt som avses i 50 a § 2 och 3 mom.

I 50 a § i lagförslaget finns flera bestämmelser som ska beaktas separat i samarbetsavtalen mellan välfärdsområdena inom respektive samarbetsområde för social- och hälsovården. Enligt övergångsbestämmelsen ska samarbetsavtalen mellan välfärdsområdena bringas i överensstämmelse med denna lag inom nio månader från ikraftträdandet av lagen.

Flera bestämmelser i lagförslaget leder till att välfärdsområdenas förvaltningsstadga måste ändras. Ändringarna gäller i huvudsak förvaltningsstadgarna för de välfärdsområden som är huvudmän för ett universitetssjukhus samt HUS-sammanslutningen och Helsingfors stad. Också andra välfärdsområden bör dock bedöma om till exempel bestämmelserna om användning av de befogenheter som avses i 50 a § för tydlighetens skull även bör finnas i förvaltningsstadgarna för dessa områden. Enligt den föreslagna övergångsbestämmelsen ska varje välfärdsområdes förvaltningsstadga bringas i överensstämmelse med detta lagförslag inom sex månader från ikraftträdandet av lagen.

10 Verkställighet och uppföljning

Samarbetet mellan välfärdsområdena har under året 2023 och i början av 2024 intensifierats när det gäller beredningen av samarbetsavtalen enligt lagen om ordnande av social- och hälsovård. Samarbetet mellan välfärdsområden som är huvudmän för universitetssjukhus och HUS-sammanslutningen gällande beredskap har också förstärkts under ledning av social- och hälsovårdsministeriets beredskapsenhet efter att beredskapscentren den 1 januari 2023 inledde sin verksamhet. Syftet är att i fråga om socialvård och primärhälsovård stärka samarbetet och kunnandet i beredskapsrelaterade uppgifter under nationell ledning under 2024. Verkställandet av de föreslagna ändringarna kan beredas mot slutet av 2024 innan lagen träder i kraft, i vilket fall exceptionellt korta övergångsperioder är motiverade. Social- och hälsovårdsministeriet har gott om tidigare erfarenhet om lednings- och styrgruppsarbete på nationell nivå. Social- och hälsovårdsministeriet är i beredskap att starta arbetet av den ledningsgruppen för beredskap inom social- och hälsovården omedelbart efter att de åtgärder som behövs för dess grundande har vidtagits av välfärdsområdena. Funktionen av den föreslagna lagens bestämmelser granskas regelbundet, i synnerhet om det förekommer allvarliga nationella eller internationella störningssituationer i anknytning till social- och hälsovården. Dessutom bedöms bestämmelsernas funktion som en del av beredskapslagens totalreform och utvecklingen av innehållslagstiftningen för social- och hälsovården enligt den nationella servicereformen.

11 Förhållande till grundlagen samt lagstiftningsordning

Enligt 19 § 1 mom. har alla som inte förmår skaffa sig den trygghet som behövs för ett människovärdigt liv rätt till oundgänglig försörjning och omsorg. I 19 § 3 mom. i grundlagen föreskrivs att det allmänna ska, enligt vad som närmare bestäms genom lag, tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälso- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. Bestämmelsen har en nära koppling till rätten till liv som tryggas i 7 § i grundlagen. Med oundgänglig försörjning och omsorg avses sådan inkomstnivå och service som tryggar förutsättningarna till ett människovärdigt liv. Till ett sådant stöd hör t.ex. att se till att den stödbehövande får den föda och har möjlighet till sådant boende som är en förutsättning för att hälsan och livskraften ska bevaras. (RP 309/1993 rd, s. 73). När det gäller ordnandet av social- och hälsovård medför bestämmelsen en skyldighet för det allmänna att trygga nödvändiga social- och hälsovårdstjänster i hela landet även i störningssituationer och undantagsförhållanden. Målet med det aktuella lagförslaget är att skapa bättre förutsättningar för detta än för närvarande.

Människors rätt till hälsa och välfärd samt rätt till hälso- och sjukvårdstjänster har som en mänsklig rättighet erkänts i flera konventioner om mänskliga rättigheter som är bindande för Finland. De viktigaste av dessa är den internationella konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (FördrS 6/1976, ESK-konventionen) som ingåtts inom ramen för FN. Enligt artikel 2.1 förpliktar sig varje konventionsstat att vidta åtgärder för att uppnå syftet med konventionen. Artikel 4 i konventionen innehåller förutsättningar med stöd av vilka de i konventionen tillförsäkrade rättigheterna kan begränsas. En konventionsstat kan endast underkasta dessa rättigheter sådana begränsningar som är angivna i lag och då enbart i den utsträckning detta är förenligt med rättigheternas natur samt uteslutande i syfte att främja det allmänna välståndet i ett demokratiskt samhälle. Även om någon rättighet begränsas, ska de minimiskyldigheter som följer av rättigheten alltid respekteras. En konventionsstat får under inga omständigheter berättiga ett underlåtande att fullgöra sina minimiskyldigheter och får inte avvika från dessa skyldigheter.

Enligt artikel 6 i FN:s internationella konvention om medborgerliga och politiska rättigheter (FördrS 8/1976, MP-konventionen) har varje människa en inneboende rätt till livet och denna

rättighet ska skyddas genom lag. Efterlevnaden av MP-konventionen övervakas av FN:s kommitté för mänskliga rättigheter, som 2019 utarbetade en allmän rekommendation om tolkningen av rätten till liv, som erkänns som en mänsklig rättighet i konventionen. Enligt rekommendationen innebär rätten till liv att staterna aktivt ska vidta lämpliga åtgärder för att åtgärda sådana allmänna missförhållanden i samhället som kan orsaka direkta hot mot liv eller hindrar personer från att med värdighet åtnjuta sin rätt till liv. Enligt rekommendationen innebär detta att staterna ska se till att alla utan dröjsmål har tillgång till sådana förnödenheter och tjänster som är nödvändiga för deras liv. Med nödvändiga tjänster avses enligt rekommendationen bland annat nödvändiga hälso- och sjukvårdstjänster i fråga om vilka bristfällighet kan orsaka fara för en persons liv. (CCPR/C/GC/36, punkt 26.)

I del I punkt 11 i Europarådets reviderade europeiska sociala stadga (FördrS 78–80/2002) har konventionsstaterna åtagit sig att eftersträva förhållanden där var och en har rätt att åtnjuta alla åtgärder som kan bidra till att ge bästa möjliga hälsotillstånd. I artikel 11 i del II i stadgan fastställs rätten till bästa möjliga hälsotillstånd och rätten till hälso- och sjukvård. I artikel 13 i del II i stadgan föreskrivs det om rätten till social och medicinsk hjälp. Artikel 14 i stadgan gäller rätten till sociala tjänster och artikel 16 och 17 om familjens samt barnens och ungas rätt till socialt, rättsligt och ekonomiskt skydd.

Dessutom har till exempel FN:s konvention om barnets rättigheter (FördrS 59–60/1991), som är bindande för Finland, erkänt bland annat rätten till bästa möjliga hälsotillstånd och tryggande hälso- och sjukvårdstjänster som en mänsklig rättighet.

Genom att stärka samarbetet mellan välfärdsområdena och förtydliga ledningsansvaret för hanteringen av störningssituationer och undantagsförhållanden svarar man också bättre än tidigare på de krav som internationella konventioner om mänskliga rättigheter ställer på Finland.

I 22 § i grundlagen förpliktas det allmänna att se till att de grundläggande fri- och rättigheterna tillgodoses i praktiken. För social- och hälsovårdens del avses med det allmänna både staten och välfärdsområdena. Det allmänna ska aktivt skapa faktiska förutsättningar för att de grundläggande fri- och rättigheterna tillgodoses. Staten ska genom lagstiftningsåtgärder, en ändamålsenlig finansiering och fördelning av resurserna samt genom organisering av verksamheten se till att tillräckliga social- och hälsotjänster blir tryggade. Den finansiering och de resurser som verksamheten kräver utgörs nu i huvudsak av finansiering med allmän täckning som staten beviljar välfärdsområdena.

Propositionen innehåller bestämmelser om samarbetet mellan välfärdsområdena i ett samarbetsområde, om samarbetet mellan samarbetsområdena samt om samarbetet mellan samarbetsområdena och staten. Genom samarbetet garanteras att välfärdsområdena kan ansvara för sina lagstadgade uppgifter även i störningssituationer under normala förhållanden och under undantagsförhållanden.

Social- och hälsovårdstjänsternas kvalitet och tillräcklighet ska granskas med tanke på hela systemet för grundläggande fri- och rättigheter, såsom med tanke på jämlikhet och förbud mot diskriminering (RP 309/1993 rd, s. 71). De föreslagna bestämmelserna tryggar enhetliga verksamhetssätt i hela landet. På det här sättet förbättras invånarnas jämlikhet regionalt, och tillgången till nödvändiga och brådskande tjänster och hjälp tryggas även under exceptionella förhållanden. Som ett sätt att trygga de grundläggande fri- och rättigheterna enligt 19 § 3 mom. i grundlagen har det godkänts en arbetsfördelning av tjänster inom social- och hälsovård och deras samlande i större enheter, om detta är nödvändigt för att trygga specialiserat kunnande och därmed klientsäkerhet och tjänsternas kvalitet. Regionalt enhetlig beredskap i störningssituationer och under undantagsförhållanden inom social- och hälsovården förutsätter

specialkunskaper i flera områden för att det ska vara möjligt att uppnå och upprätthålla tillräcklig skicklighet och kunskap i anknytning till beredskap och förberedelser. På det här sättet tryggas även, på det sätt som förutsätts i 22 § i grundlagen, att de grundläggande fri- och rättigheterna tillgodoses jämlikt i olika delar av landet.

Enligt 17 § i grundlagen är Finlands nationalspråk finska och svenska, och genom bestämmelsen tryggas de språkliga rättigheterna. Enligt 6 § i grundlagen är alla lika inför lagen och ingen får utan godtagbart skäl särbehandlas till exempel på grund av språk. Bägge bestämmelserna visar lagstiftarens vilja att trygga nationalspråkens jämlikhet i verkligheten. Den viktigaste lagen som gäller användning av nationalspråken är språklagen, men det föreskrivs om språkliga rättigheter även i lagen om ordnande av social- och hälsovård samt till exempel i hälso- och sjukvårdslagen, lagen om patientens ställning och rättigheter samt i lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården. De föreslagna ändringarna som ska stärka samarbetet mellan välfärdsområdena och en ändamålsenlig användning av resurserna över välfärdsområdenas gränser vid behov, kan även antas främja de språkliga rättigheterna och jämlikheten mellan olika språkliga minoriteter och språkgrupper.

Enligt 121 § 1 mom. i grundlagen är Finland indelat i kommuner, vilkas förvaltning ska grunda sig på självstyre för kommunens invånare. Enligt 121 § 2 mom. utfärdas bestämmelser om de uppgifter som åläggs kommunerna genom lag. Enligt 121 § 4 mom. bestäms om självstyre på större förvaltningsområde än kommuner genom lag. Ett välfärdsområde är ett offentligrättsligt samfund som har självstyre inom sitt område på det sätt som föreskrivs i lagen om välfärdsområden. Grundlagsutskottet har betonat att de nödvändiga baselementen för självstyrelse i områden större än kommuner är att självstyrelsen har en demokratisk grund, att besluten fattas demokratiskt och att det finns en laglig grund för landskapets uppgifter och förvaltning (GrUU 17/2021 rd och 26/2017 rd).

Finland har ratificerat Europarådets stadga om lokalt självstyre (FördrS 66/1991) där de viktigaste egenskaperna i fråga om lokalt självstyrelse definieras. Enligt artikel 3 i stadgan innebär lokalt självstyre de lokala myndigheternas rätt och behörighet att med stöd av lagen reglera och sköta en betydande del av de offentliga angelägenheterna på eget ansvar och i lokalbefolkningens intresse. Denna rätt utövas av de fullmäktige eller möten vars ledamöter har valts genom sluten omröstning genom fria direkta val i enlighet med principen om lika och allmän rösträtt och som kan ha verkställande organ som är ansvariga inför dem.

Propositionen innehåller bestämmelser som är av betydelse för välfärdsområdenas självstyrelse och för Helsingfors stads del också med tanke på den kommunala självstyrelsen. Det samarbete inom varje samarbetsområde för social- och hälsovården som ingår i samarbetsavtalet för välfärdsområdena, regleringen av den nationella beredskapsgruppen inom social- och hälsovården samt den beslutanderätt som i vissa situationer föreslås för social- och hälsovårdsministeriet när det gäller den nationella ledningen av störningssituationer och undantagsförhållanden som ingår i förslaget är av betydelse med tanke på välfärdsområdets självstyrelse.

I propositionen föreslås det att välfärdsområdena i varje samarbetsområde ska komma överens om frågor som gäller beredskap i det samarbetsavtal mellan välfärdsområdena som avses i 36 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård. Samarbetsavtalet ska till exempel avtala om verksamhetspraxis, såsom gemensamma nivåer för reglering av beredskapen och larmarrangemang samt till exempel om arrangemang i fråga om hanteringen av störningssituationer, såsom principerna för fördelning av resurser mellan välfärdsområdena. I vissa situationer kan de tjänsteinnehavare som anges i förvaltningsstadgan för det välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus utöva behörighet för alla

välfärdsområden på det sätt som överenskommits i samarbetsavtalet mellan välfärdsområdena och bestämts i förvaltningsstadgan för välfärdsområdena i området.

Bakgrunden till de ovan beskrivna förslagen är alltså de beslut som fattats i enskilda välfärdsområden inom ramen för självstyrelsen. Ur välfärdsområdets synvinkel kan förslagen särskilt i fråga om behörigheten att fördela resurser och leda verksamheten anses vara relativt betydande med tanke på välfärdsområdets självstyrelse, eftersom det föreslagna förfarandet med författningsbaserat avtal kan tolkas som obligatoriskt samarbete mellan välfärdsområdena. Som utgångspunkt för förslaget har dock den demokratiska styrningen av välfärdsområdena beaktats så att utövandet av behörigheten grundar sig på samarbetsavtalet och på de förvaltningsbestämmelser som godkänns i välfärdsområdesfullmäktige i varje välfärdsområde inom samarbetsområdet. Eftersom välfärdsområdena inom samarbetsområdet för det första kommer överens om de störningssituationer som utövandet av behörigheten kan hänföra sig till och för det andra om den tröskel över vilken behörigheten kan utövas, föreslås det inte i propositionen att till exempel kravet på nödvändighet som bedöms utifrån uppfylls som grund för utövandet av behörigheten. Eftersom välfärdsområdena i de olika samarbetsområdena är olika är det mer ändamålsenligt att välfärdsområdena avtalar om saken.

Genom de föreslagna bestämmelserna stärks enhetligheten i verksamheten i de välfärdsområden som hör till samma samarbetsområde samt möjligheterna att stödja sig på stödet från andra välfärdsområden i området när de egna resurserna visar sig otillräckliga i störningssituationer under normala förhållanden och under undantagsförhållanden. Genom den föreslagna lagstiftningen tryggas social- och hälsovårdstjänsterna för invånarna i välfärdsområdena även under förhållanden som avviker från det normala och jämlikheten mellan invånarna ökas genom att säkerställa att alla välfärdsområden i samarbetsområdet har enhetliga grunder och förfaranden för att hantera störningssituationer och undantagsförhållanden.

Enligt förslaget kan social- och hälsovårdsministeriet i störningssituationer under normala förhållanden och under undantagsförhållanden fatta beslut om ledningen av välfärdsområdets social- och hälsovårdsverksamhet och om ändring av verksamheten samt om fördelningen av resurserna mellan välfärdsområdena eller samarbetsområdena, om beslutet behövs för att resurserna ska kunna användas på ett ändamålsenligt sätt, för att trygga ordnandet av tjänsterna eller för att samordna verksamheten. Social- och hälsovårdsministeriets behörighet utvidgas något jämfört med nuläget i och med förslaget. Med tanke på välfärdsområdenas självstyrelse kan detta dock inte betraktas som ett väsentligt mer omfattande ingripande i välfärdsområdenas självstyrelse än vad som är möjligt redan inom ramen för 51 § 6 mom. i den gällande lagen om ordnande av social- och hälsovård. Med stöd av nämnda lagrum kan social- och hälsovårdsministeriet i störningssituationer som gäller två eller flera välfärdsområden eller HUS-sammanslutningen och ett eller flera välfärdsområden förordna ett av dessa välfärdsområden eller HUS-sammanslutningen, då störningssituationen gäller den, att leda och samordna situationen inom social- och hälsovården, och särskilt i betydande störningssituationer kan social- och hälsovårdsministeriet överta ansvaret för ledningen och samordningen av social- och hälsovården.

Enligt 121 § 4 mom. bestäms om självstyre på större förvaltningsområde än kommuner genom lag. Genom bestämmelsen uttrycks möjligheten att ordna större självstyrande områden än kommuner i enlighet med principerna för självstyre (RP 1/1998 rd, s. 176/II). Grundlagsutskottet har konstaterat att 121 § 1 mom. i grundlagen tillsammans med 121 § 4 mom. i grundlagen bildar en helhet (GrUU 17/2021 rd, s 6, GrUU 20/2013 rd, s. 9/II). Enligt grundlagsutskottet kan det av 121 § 4 mom. i grundlagen eller dess förarbeten inte utläsas likadana krav för landskapens självstyrelse som det i grundlagens 121 § 1–3 mom. ställs för

självstyrelsen för kommunens invånare (GrUU 17/2021 rd, s 6, GrUU 26/2017 rd, s. 21). Enligt grundlagsutskottet kan grundlagstiftaren inte anses ha avsett att självstyrelsen i områden som är större än kommuner ska vara likadan som självstyrelsen för kommunens invånare som har långa historiska traditioner och uttryckliga bestämmelser om särskilda konstitutionella garantier (GrUU 17/2021 rd, s 6, GrUU 26/2017 rd, s. 21).

Enligt artikel 4.3 i Europarådets stadga om lokalt självstyre ska offentliga uppgifter i allmänhet i första hand skötas av de myndigheter som står närmast medborgaren. När en uppgift anförtros en annan myndighet ska uppgiftens omfattning och karaktär samt effektivitets- och lönsamhetskrav beaktas. De lokala myndigheternas befogenheter ska i allmänhet vara fullständiga och obegränsade. Central- eller regionförvaltningsmyndigheten får inte försvaga eller begränsa dem om inte något annat föreskrivs i lag. Genom den föreslagna lagen ges social- och hälsovårdsministeriet i vissa situationer rätt att ta ledningsansvaret nationellt i störningssituationer och under undantagsförhållanden inom social- och hälsovården. Det är fråga om situationer där det med beaktande av uppgiftens omfattning och karaktär kan bedömas att tryggandet av social- och hälsovårdstjänsternas verksamhet kräver att ministeriet fattar beslut på nationell nivå.

Den föreslagna lagstiftningen gör det inte möjligt att avvika från de lagstadgade kraven på skötseln av uppgifter i störningssituationer under normala förhållanden. De föreslagna bestämmelserna som möjliggör avvikelse från den normala behörigheten kan alltså tillämpas vid störningssituationer under normala förhållanden endast inom de gränser som den uppgiftsspecifika lagstiftning som gäller vid tidpunkten i fråga möjliggör. Klienter och patienter ska med andra ord ha rätt till tjänster på normalt sätt, och vid ordnandet av tjänsterna iakttas till exempel de maximitider som föreskrivs för tillhandahållandet av tjänsterna. Det är inte heller möjligt att bestämma att enskilda verksamhetsenheters verksamhet ska utvidgas eller ändras på annat sätt. De föreslagna behörighetsbestämmelserna har inte heller några konsekvenser för anställningsvillkoren för anställda inom social- och hälsovården. De föreslagna bestämmelserna står därför inte i strid med det allmännas skyldighet enligt 19 § 3 mom. i grundlagen. Det är en annan sak att man under undantagsförhållanden kan ta i bruk befogenheter enligt beredskapslagen med stöd av vilka man kan ingripa i tjänsternas innehåll och sättet att ordna dem.

De föreslagna bestämmelserna är också av betydelse med tanke på finansieringen av välfärdsområdenas och Helsingfors stads verksamhet och finansieringsprincipen. Propositionen har utarbetats så att man i situationer där resurser överförs mellan välfärdsområdena också ska komma överens om kostnadsfördelningen i anslutning till detta i välfärdsområdenas samarbetsavtal. Det föreslagna förfarandet medför alltså inga ekonomiska förluster för välfärdsområdena.

Människors sociala rättigheter och rätt till hälsa och liv har tryggats som en grundläggande rättighet både i Finlands grundlag och i flera internationella konventioner om mänskliga rättigheter. I olika störningssituationer under normala förhållanden och i synnerhet under undantagsförhållanden finns det risk för att dessa rättigheter inte tillgodoses.

Vid bedömningen av förhållandet mellan de föreslagna bestämmelserna och det allmännas skyldighet enligt 19 § 3 mom. i grundlagen att tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälso- och sjukvårdstjänster och välfärdsområdenas självstyrelse enligt 129 § 4 mom. i grundlagen, ska det anses att det allmännas skyldighet att skydda människornas viktigaste grundläggande fri- och rättigheter är en skyldighet för vars genomförande den lokala självstyrelsen kan begränsas. Överföringen av beslutanderätten till social- och hälsovårdsministeriet är enligt propositionen temporär och hänför sig till särskilda omständigheter där social- och hälsovårdens

verksamhet ska säkerställas på nationell nivå. Ministeriets behörighet är också tidsbegränsad i lagen.

Med stöd av vad som anförts ovan anses det att lagförslagen kan behandlas i vanlig lagstiftningsordning. Eftersom det i propositionen i synnerhet i fråga om samarbetet mellan välfärdsområdena (50 a §) och ministeriets styrning av välfärdsområdena (50 b och c §) delvis är fråga om en ny typ av reglering i förhållande till välfärdsområdenas självstyrelse (121 § i grundlagen), anser regeringen det dock nödvändigt att grundlagsutskottets utlåtande inhämtas i frågan.

Kläm

Med stöd av vad som anförts ovan föreläggs riksdagen följande lagförslag:

Lag

om ändring av lagen om ordnande av social- och hälsovård

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i lagen om ordnande av social- och hälsovård (612/2021) 36 § 3 mom. 10 punkten, 37 § 2 mom., 38 § 2 mom. och 51 § 2 mom. 4 punkten samt
fogas till lagen nya 50 a–50 c § och till 51 § 2 mom. en ny 5 punkt som följer:

36 §

Samarbetsavtal mellan välfärdsområden

— —

Med beaktande av vad som föreskrivs om saken i denna lag och annanstans, bestäms i samarbetsavtalet arbetsfördelningen, samarbetet och samordningen mellan välfärdsområdena

— —

10) vid skapande av beredskap för störningssituationer och undantagsförhållanden, vid den hantering av störningssituationer och undantagsförhållanden i samarbetsområdena för social- och hälsovården som avses i 50 a § och vid ordnandet av verksamheten vid det beredskapscenter som avses i 51 §,

— —

37 §

Beredning av samarbetsavtalet och uppföljning av dess fullgörande

— —

Vid beredningen av samarbetsavtalet ska välfärdsområdena höra de högskolor som tillhandahåller utbildning inom social- och hälsoområdet när de avtalar om utbildnings-, forsknings- och innovationsverksamhet på grundval av 36 § 3 mom. 7 punkten. Vad gäller de uppgifter enligt 36 § 3 mom. 10 punkten som avser förberedelser och beredskap bereds samarbetsavtalet i samarbete med social- och hälsovårdsministeriet. För denna uppgift har social- och hälsovårdsministeriet oberoende av sekretessbestämmelserna rätt att av välfärdsområdena i samarbetsområdet få de uppgifter som behövs för beredningen av samarbetsavtalet. De uppgifter som lämnas ut får inte innehålla personuppgifter.

— —

38 §

Statsrådets behörighet att besluta om samarbetsavtal mellan välfärdsområden

— —

Statsrådets beslut bereds vid social- och hälsovårdsministeriet. I samband med beredningen ska ministeriet höra de välfärdsområden som berörs av beslutet. Ministeriet har oberoende av sekretessbestämmelserna rätt att av välfärdsområdena få de uppgifter som det behöver för beredningen av statsrådets beslut. De uppgifter som lämnas ut får inte innehålla personuppgifter.

— —

50 a §

Hantering av störningssituationer och undantagsförhållanden i samarbetsområdena för social- och hälsovården

I det samarbetsavtal mellan välfärdsområden som avses i 36 § bestäms

1) de gemensamma grunderna för nivåerna på regleringen av beredskapen och för alarmarrangemang och förfarandena för dessa i välfärdsområdena i samarbetsområdet,

2) förfarandena på olika nivåer på regleringen av beredskapen,

3) det stöd och den styrning som det välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus, HUS-sammanslutningen eller Helsingfors stad ska ordna för de andra välfärdsområdena i samarbetsområdet vid störningssituationer som ett enskilt välfärdsområde inte har tillräckliga social- och hälsovårdsresurser för att hantera,

4) de principer enligt vilka de förfaranden som avses i 2 punkten kan tas i bruk eller enligt vilka det välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus, HUS-sammanslutningen eller Helsingfors stad kan besluta om förfarandena,

5) rätten för det välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus, HUS-sammanslutningen eller Helsingfors stad att leda den verksamhet vid ett eller flera välfärdsområden i samarbetsområdet som gäller hanteringen av störningssituationer inom social- och hälsovården och att fördela social- och hälsovårdsresurser mellan välfärdsområdena i samarbetsområdet,

6) de principer enligt vilka de andra välfärdsområdena i samarbetsområdet kan stödja det välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus, HUS-sammanslutningen eller Helsingfors stad vid störningssituationer som dessa inte själva har tillräckliga social- och hälsovårdsresurser för att hantera,

7) de principer enligt vilka social- och hälsovårdsresurser hos välfärdsområdena i samarbetsområdet kan användas inom ett annat samarbetsområde,

8) de principer enligt vilka social- och hälsovårdsresurser hos välfärdsområdena i samarbetsområdet kan användas nationellt på det sätt som överenskoms med en statlig myndighet.

En tjänsteinnehavare som anges i förvaltningsstadgan för det välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus ska fatta beslut om ibruktagande av de åtgärder som avses i 1 mom. 3–6 punkten, om det behövs med anledning av störningssituationens omfattning eller sakens brådskande natur eller av någon annan motsvarande anledning. Inledandet av åtgärderna och väsentliga förändringar i åtgärderna ska då utan dröjsmål meddelas alla välfärdsområdesstyrelser i samarbetsområdet. I samarbetsavtalet ska det bestämmas om de förfaranden genom vilka välfärdsområdesstyrelserna informeras om användningen av åtgärderna.

I det samarbetsområde till vilket HUS-sammanslutningen hör

1) fungerar som tjänsteinnehavare enligt 2 mom. en tjänsteinnehavare som anges i HUS-sammanslutningens förvaltningsstadga till den del som HUS-sammanslutningen ordnar hälso- och sjukvård,

2) fungerar som tjänsteinnehavare enligt 2 mom. i andra fall än de som avses i 1 punkten i detta moment en tjänsteinnehavare som anges i Helsingfors stads förvaltningsstadga.

50 b §

Nationell ledning av störningssituationer och undantagsförhållanden inom social- och hälsovården

Social- och hälsovårdsministeriet fattar i störningssituationer under normala förhållanden samt under undantagsförhållanden beslut om ledningen av välfärdsområdenas verksamhet inom

social- och hälsovården och om ändringar i verksamheten samt om fördelningen av resurser mellan välfärdsområdena eller samarbetsområdena, om beslutet behövs för en ändamålsenlig användning av resurserna, för tryggande av ordnandet av tjänster eller för samordning av verksamheten. Ministeriet fattar också beslut om fördelningen mellan välfärdsområdena eller samarbetsområdena av sådana för verksamhetsområdet centrala resurser som överenskommits inom ramen för internationellt samarbete.

Ministeriets beslut är i störningssituationer under normala förhållanden i kraft högst tre månader åt gången och under undantagsförhållanden högst så länge undantagsförhållandena varar. Verkställigheten av ett beslut ska i beslutet åläggas ett eller flera välfärdsområden. Om både ministeriets beslut för hantering av en störningssituation och ett välfärdsområdes beslut som står i strid med ministeriets beslut i samma fråga är i kraft samtidigt, tillämpas ministeriets beslut.

Social- och hälsovårdsministeriet kan fatta beslut om de frågor som avses i 1 mom. utan den beredning som avses i 50 c §, om det är nödvändigt med anledning av att hanteringen av störningssituationen brådskar, med anledning av störningssituationens art eller omfattning eller av någon annan jämförbar anledning.

Närmare bestämmelser om fördelningen av kostnaderna mellan välfärdsområdena för ledning av verksamheten, ändring av verksamheten och allokering av resurser enligt 1 mom. får utfärdas genom förordning av statsrådet. Bestämmelser om statliga ersättningar för hanteringen av exceptionella störningssituationer finns i 52 §.

50 c §

Den nationella beredskapsgruppen för social- och hälsovård

Statsrådet tillsätter på framställning av social- och hälsovårdsministeriet för högst fem år i sänder en nationell beredskapsgrupp för social- och hälsovård för beredningen av beslut som avses i 50 b § 1 mom. Beredskapsgruppen har till uppgift att:

1) bedöma behovet av och de allmänna förutsättningarna för beslutsfattande som avses i 50 b § 1 mom.,

2) göra framställningar om ändring, förlängning och upphävande av beslut som avses i 50 b § 1 mom.,

3) göra framställningar om sådana ändringar i verksamheten och andra åtgärder som behövs för att hantera en störningssituation,

4) utreda och göra framställningar om fördelningen mellan välfärdsområdena av resurser i anslutning till hanteringen av en störningssituation,

5) vid behov lägga fram förslag om fördelningen mellan välfärdsområdena av nationella resurser,

6) lägga fram förslag om ett eller flera välfärdsområden som svarar för verkställigheten av ett beslut.

Ordförande och vice ordförande för beredskapsgruppen ska vara tjänstemän vid social- och hälsovårdsministeriet. Övriga ledamöter i beredskapsgruppen utses enligt följande:

1) en företrädare för finansministeriet,

2) en företrädare för varje välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus,

3) en företrädare för Helsingfors stad,

4) en företrädare för HUS-sammanslutningen,

5) en företrädare för ett annat välfärdsområde än de som avses i 2 punkten.

För varje ledamot i beredskapsgruppen ska det utses ett tillräckligt antal personliga ersättare. De ledamöter i beredskapsgruppen som avses i 2 mom. 2–4 punkten och deras ersättare ska vara tjänsteinnehavare som avses i 50 a § 2 och 3 mom. I beredskapsgruppens sammansättning ska sakkunskap i ordnande av social- och hälsovård, servicesystemet inom social- och hälsovården

samt beredskap och förberedelser inom social- och hälsovården beaktas i den mån det är möjligt. Bestämmelserna i 4 a § i lagen om jämställdhet mellan kvinnor och män (609/1986) tillämpas inte på beredskapsgruppens sammansättning. Beslut om ändringar i beredskapsgruppens sammansättning under beredskapsgruppens mandattid fattas av social- och hälsovårdsministeriet.

Beredskapsgruppen samarbetar med de behöriga myndigheterna med koppling till hanteringen av störningssituationen. Beredskapsgruppen kan kalla permanenta eller tillfälliga sakkunniga och höra andra aktörer och experter med koppling till hanteringen av störningssituationen.

51 §

Beredskapen i samarbetsområdena för social- och hälsovården

— —

De välfärdsområden som är huvudmän för universitetssjukhus samt HUS-sammanslutningen ska för att upprätta och upprätthålla en lägesbild för samarbetsområdet ha ett beredskapscenter för social- och hälsovården. Beredskapscentret för social- och hälsovården har till uppgift att inom sitt samarbetsområde

— —

4) trots sekretessbestämmelserna göra de lägesbildsuppgifter som avses i 1 och 2 punkten tillgängliga för övriga beredskapscenter för social- och hälsovården och för social- och hälsovårdsministeriet för skapandet av en riksomfattande lägesbild,
5) styra beredskapsplaneringen för social- och hälsovården i enlighet med riksomfattande enhetliga principer.

— —

Denna lag träder i kraft den 20 .

Den nationella beredskapsgrupp för social- och hälsovård som avses i 50 b § ska tillsättas inom två månader från ikraftträdandet av denna lag. När beredskapsgruppen tillsätts för första gången kan till ledamöter i gruppen utses också andra tjänsteinnehavare än de som anges i förvaltningsstadgan på det sätt som avses i 50 a § 2 och 3 mom.

Samarbetsavtalen mellan välfärdsområdena och välfärdsområdenas förvaltningsstadgor ska bringas i överensstämmelse med denna lag inom nio månader från ikraftträdandet av lagen.

Helsingfors den 19 december 2024

Statsminister

Petteri Orpo

Minister för social trygghet Sanni Grahn-Laasonen

Bilaga
Parallelltexter

Lag

om ändring av lagen om ordnande av social- och hälsovård

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i lagen om ordnande av social- och hälsovård (612/2021) 36 § 3 mom. 10 punkten, 37 § 2 mom., 38 § 2 mom. och 51 § 2 mom. 4 punkten samt
fogas till lagen nya 50 a–50 c § och till 51 § 2 mom. en ny 5 punkt som följer:

Gällande lydelse	*Föreslagen lydelse*
36 §	36 §
Samarbetsavtal mellan välfärdsområden	*Samarbetsavtal mellan välfärdsområden*
— — — — — — — — — — — — — — —	— — — — — — — — — — — — — — —
Med beaktande av vad som föreskrivs om saken i denna lag och annanstans, bestäms i samarbetsavtalet arbetsfördelningen, samarbetet och samordningen mellan välfärdsområdena	Med beaktande av vad som föreskrivs om saken i denna lag och annanstans, bestäms i samarbetsavtalet arbetsfördelningen, samarbetet och samordningen mellan välfärdsområdena
— — — — — — — — — — — — — — —	— — — — — — — — — — — — — — —
10) vid skapande av beredskap för störningssituationer och undantagsförhållanden och vid ordnandet av verksamheten vid det beredskapscenter som avses i 51 *§ 2 mom.,*	10) vid skapande av beredskap för störningssituationer och undantagsförhållanden, *vid den hantering av störningssituationer och undantagsförhållanden i samarbetsområdena för social- och hälsovården som avses i 50 a § och* vid ordnandet av verksamheten vid det beredskaps-center som avses i 51 §,
— — — — — — — — — — — — — — —	— — — — — — — — — — — — — — —
37 §	37 §
Beredning av samarbetsavtalet och uppföljning av dess fullgörande	*Beredning av samarbetsavtalet och uppföljning av dess fullgörande*
— — — — — — — — — — — — — — —	— — — — — — — — — — — — — — —
Vid beredningen av samarbetsavtalet ska välfärdsområdena höra de högskolor som	Vid beredningen av samarbetsavtalet ska välfärdsområdena höra de högskolor som

Gällande lydelse	*Föreslagen lydelse*
tillhandahåller utbildning inom social- och hälsoområdet när de avtalar om utbildnings-, forsknings- och innovationsverksamhet på grundval av 36 § 3 mom. 7 punkten. Vad gäller de uppgifter enligt 36 § 3 mom. 10 punkten som avser förberedelser och beredskap bereds samarbetsavtalet i samarbete med social- och hälsovårdsministeriet.	tillhandahåller utbildning inom social- och hälsoområdet när de avtalar om utbildnings-, forsknings- och innovationsverksamhet på grundval av 36 § 3 mom. 7 punkten. Vad gäller de uppgifter enligt 36 § 3 mom. 10 punkten som avser förberedelser och beredskap bereds samarbetsavtalet i samarbete med social- och hälsovårdsministeriet. *För denna uppgift har social- och hälsovårdsministeriet oberoende av sekretessbestämmelserna rätt att av välfärdsområdena i sam-arbetsområdet få de uppgifter som behövs för beredningen av samarbetsavtalet. De uppgifter som lämnas ut får inte innehålla personuppgifter.*
— — — — — — — — — — — — — —	— — — — — — — — — — — — — —
38 §	38 §
Statsrådets behörighet att besluta om samarbetsavtal mellan välfärdsområden	*Statsrådets behörighet att besluta om samarbetsavtal mellan välfärdsområden*
— — — — — — — — — — — — — —	— — — — — — — — — — — — — —
Statsrådets beslut bereds vid social- och hälsovårdsministeriet. I samband med beredningen ska ministeriet höra de välfärdsområden som berörs av beslutet.	Statsrådets beslut bereds vid social- och hälsovårdsministeriet. I samband med beredningen ska ministeriet höra de välfärdsområden som berörs av beslutet. *Ministeriet har oberoende av sekretessbestämmelserna rätt att av välfärdsområdena få de uppgifter som det behöver för be-redningen av statsrådets beslut. De uppgifter som lämnas ut får inte innehålla personuppgifter.*
— — — — — — — — — — — — — —	— — — — — — — — — — — — — —
(Ny)	***50 a §***
	Hantering av störningssituationer och undantagsförhållanden i samarbetsområdena för social- och hälsovården
	I det samarbetsavtal mellan välfärdsområden som avses i 36 § bestäms
	1) de gemensamma grunderna för nivåerna på regleringen av beredskapen och för alarmarrangemang och förfarandena för dessa i välfärdsområdena i samarbetsområdet,

Gällande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	2) förfarandena på olika nivåer på regleringen av beredskapen, *3) det stöd och den styrning som det välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus, HUS-sammanslutningen eller Helsingfors stad ska ordna för de andra välfärdsområdena i samarbetsområdet vid störningssituationer som ett enskilt välfärdsområde inte har tillräckliga social- och hälsovårdsresurser för att hantera,* *4) de principer enligt vilka de förfaranden som avses i 2 punkten kan tas i bruk eller enligt vilka det välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus, HUS-sammanslutningen eller Helsingfors stad kan besluta om förfarandena,* *5) rätten för det välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus, HUS-sammanslutningen eller Helsingfors stad att leda den verksamhet vid ett eller flera välfärdsområden i samarbetsområdet som gäller hanteringen av störningssituationer inom social- och hälsovården och att fördela social- och hälsovårdsresurser mellan välfärdsområdena i samarbetsområdet,* *6) de principer enligt vilka de andra välfärdsområdena i samarbetsområdet kan stödja det välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus, HUS-sammanslutningen eller Helsingfors stad vid störningssituationer som dessa inte själva har tillräckliga social- och hälsovårdsresurser för att hantera,* *7) de principer enligt vilka social- och hälsovårdsresurser hos välfärdsområdena i samarbetsområdet kan användas inom ett annat samarbetsområde,* *8) de principer enligt vilka social- och hälsovårdsresurser hos välfärdsområdena i samarbetsområdet kan användas nationellt på det sätt som överenskoms med en statlig myndighet.* *En tjänsteinnehavare som anges i förvaltningsstadgan för det välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus ska fatta beslut om ibruktagande av de åtgärder som avses i 1 mom. 3–6 punkten, om det behövs med anledning av störningssituationens omfattning eller sakens*

Gällande lydelse	Föreslagen lydelse
	brådskande natur eller av någon annan motsvarande anledning. Inledandet av åtgärderna och väsentliga förändringar i åtgärderna ska då utan dröjsmål meddelas alla välfärdsområdesstyrelser i samarbetsområdet. I samarbetsavtalet ska det bestämmas om de förfaranden genom vilka välfärdsområdesstyrelserna informeras om användningen av åtgärderna.
	I det samarbetsområde till vilket HUS-sammanslutningen hör
	1) fungerar som tjänsteinnehavare enligt 2 mom. en tjänsteinnehavare som anges i HUS-sammanslutningens förvaltningsstadga till den del som HUS-sammanslutningen ordnar hälso- och sjukvård,
	2) fungerar som tjänsteinnehavare enligt 2 mom. i andra fall än de som avses i 1 punkten i detta moment en tjänsteinnehavare som anges i Helsingfors stads förvaltningsstadga.
(Ny)	***50 b §***
	Nationell ledning av störningssituationer och undantagsförhållanden inom social- och hälso-vården
	Social- och hälsovårdsministeriet fattar i störningssituationer under normala förhållanden samt under undantagsförhållanden beslut om ledningen av välfärdsområdenas verksamhet inom social- och hälsovården och om ändringar i verksamheten samt om fördelningen av resurser mellan välfärdsområdena eller samarbetsområdena, om beslutet behövs för en ända-målsenlig användning av resurserna, för tryggande av ordnandet av tjänster eller för samordning av verksamheten. Ministeriet fattar också beslut om fördelningen mellan välfärdsområdena eller samarbetsområdena av sådana för verksamhetsområdet centrala resurser som överenskommits inom ramen för internationellt samarbete.
	Ministeriets beslut är i störningssituationer under normala förhållanden i kraft högst tre månader åt gången och under undantagsförhållanden högst så länge undantagsförhållandena va-rar.

Gällande lydelse	Föreslagen lydelse
	Verkställigheten av ett beslut ska i beslutet åläggas ett eller flera välfärdsområden. Om både ministeriets beslut för hantering av en störningssituation och ett välfärdsområdes beslut som står i strid med ministeriets beslut i samma fråga är i kraft samtidigt, tillämpas ministeriets beslut. *Social- och hälsovårdsministeriet kan fatta beslut om de frågor som avses i 1 mom. utan den beredning som avses i 50 c §, om det är nödvändigt med anledning av att hanteringen av störningssituationen brådskar, med anledning av störningssituationens art eller omfattning el-ler av någon annan jämförbar anledning.* *Närmare bestämmelser om fördelningen av kostnaderna mellan välfärdsområdena för ledning av verksamheten, ändring av verksamheten och allokering av resurser enligt 1 mom. får utfärdas genom förordning av statsrådet. Bestämmelser om statliga ersättningar för hanteringen av exceptionella störningssituationer finns i 52 §.*
(Ny)	***50 c §*** ***Den nationella beredskapsgruppen för social- och hälsovård*** *Statsrådet tillsätter på framställning av social- och hälsovårdsministeriet för högst fem år i sänder en nationell beredskapsgrupp för social- och hälsovård för beredningen av beslut som avses i 50 b § 1 mom. Beredskapsgruppen har till uppgift att* *1) bedöma behovet av och de allmänna förutsättningarna för beslutsfattande som avses i 50 b § 1 mom.,* *2) göra framställningar om ändring, förlängning och upphävande av beslut som avses i 50 b § 1 mom.,* *3) göra framställningar om sådana ändringar i verksamheten och andra åtgärder som behövs för att hantera en störningssituation,* *4) utreda och göra framställningar om fördelningen mellan välfärdsområdena av resurser i anslutning till hanteringen av en störningssituation,*

Gällande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	5) vid behov lägga fram förslag om fördelningen mellan välfärdsområdena av nationella resurser, *6) lägga fram förslag om ett eller flera välfärdsområden som svarar för verkställigheten av ett beslut.* *Ordförande och vice ordförande för beredskapsgruppen ska vara tjänstemän vid social- och hälsovårdsministeriet. Övriga ledamöter i beredskapsgruppen utses enligt följande:* *1) en företrädare för finansministeriet,* *2) en företrädare för varje välfärdsområde som är huvudman för ett universitetssjukhus,* *3) en företrädare för Helsingfors stad,* *4) en företrädare för HUS-sammanslutningen,* *5) en företrädare för ett annat välfärdsområde än de som avses i 2 punkten.* *För varje ledamot i beredskapsgruppen ska det utses ett tillräckligt antal personliga ersättare. De ledamöter i beredskapsgruppen som avses i 2 mom. 2–4 punkten och deras ersättare ska vara tjänsteinnehavare som avses i 50 a § 2 och 3 mom. I beredskapsgruppens samman-sättning ska sakkunskap i ordnande av social- och hälsovård, servicesystemet inom social- och hälsovården samt beredskap och förberedelser inom social- och hälsovården beaktas i den mån det är möjligt. Bestämmelserna i 4 a § i lagen om jämställdhet mellan kvinnor och män (609/1986) tillämpas inte på beredskapsgruppens sammansättning. Beslut om ändringar i beredskapsgruppens sammansättning under beredskapsgruppens mandattid fattas av social- och hälsovårdsministeriet.* *Beredskapsgruppen samarbetar med de behöriga myndigheterna med koppling till hanteringen av störningssituationen. Beredskapsgruppen kan kalla permanenta eller tillfälliga sak-kunniga och höra andra aktörer och experter med koppling till hanteringen av störningssituationen.*

Gällande lydelse	*Föreslagen lydelse*
51 §	51 §
Beredskapen i samarbetsområdena för social- och hälsovården	*Beredskapen i samarbetsområdena för social- och hälsovården*
— — — — — — — — — — — — — — —	— — — — — — — — — — — — — — —
De välfärdsområden som är huvudmän för universitetssjukhus samt HUS-sammanslutningen ska för att upprätta och upprätthålla en lägesbild för samarbetsområdet ha ett beredskapscenter för social- och hälsovården. Beredskapscentret för social- och hälsovården har till uppgift att inom sitt samarbetsområde	De välfärdsområden som är huvudmän för universitetssjukhus samt HUS-sammanslutningen ska för att upprätta och upprätthålla en lägesbild för samarbetsområdet ha ett beredskapscenter för social- och hälsovården. Beredskapscentret för social- och hälsovården har till uppgift att inom sitt samarbetsområde
— — — — — — — — — — — — — — —	— — — — — — — — — — — — — — —
4) trots sekretessbestämmelserna göra de lägesbildsuppgifter som avses i 1 och 2 punkten tillgängliga för övriga beredskapscenter för social- och hälsovården och för social- och hälsovårdsministeriet för skapandet av en riksomfattande lägesbild.	4) trots sekretessbestämmelserna göra de lägesbildsuppgifter som avses i 1 och 2 punkten tillgängliga för övriga beredskapscenter för social- och hälsovården och för social- och hälso-vårdsministeriet för skapandet av en riksomfattande lägesbild,
— — — — — — — — — — — — — — —	*5) styra beredskapsplaneringen för social- och hälsovården i enlighet med riksomfattande enhetliga principer.*
	— — — — — — — — — — — — — — —
	———
	Denna lag träder i kraft den 20 .
	Den nationella beredskapsgrupp för social- och hälsovård som avses i 50 b § ska tillsättas inom två månader från ikraftträdandet av denna lag. När beredskapsgruppen tillsätts för första gången kan till ledamöter i gruppen utses också andra tjänsteinnehavare än de som anges i förvaltningsstadgan på det sätt som avses i 50 a § 2 och 3 mom.
	Samarbetsavtalen mellan välfärdsområdena och välfärdsområdenas förvaltningsstadgor ska bringas i överensstämmelse med denna lag inom nio månader från ikraftträdandet av lagen.
	———