

SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON JÄRJESTÄMISTÄ,
KEHITTÄMISTÄ JA VALVONTAA KOSKEVAN
LAINSÄÄDÄNNÖN UUDISTAMINEN

Peruslinjauksia valmistelevan työryhmän väliraportti

Sosiaali- ja terveysministeriölle

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 2.9.2010 työryhmän valmistelemaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön peruslinjauksia. Tavoitteena on tehdä perusselvitystyötä tulevan hallitusohjelman valmistelua sekä seuraavalla hallituskaudella valmisteltavaa lainsäädäntöä varten.

Työryhmän tehtävänä on toimiksiannon mukaan kuvata sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen, kehittämiseen ja valvontaan liittyvä nykytila ja sen keskeiset ongelmat. Tehtävänä on myös valmistella keskeiset peruslinjaukset sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevaa lainsäädäntöä varten. Lisäksi työryhmän tehtävänä on tehdä esitys sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön pääsääntöiseksi sisällöksi sekä arvioida sen keskeiset vaikutukset. Esitystä tehdessään työryhmän on arvioitava myös järjestämistä ja rahoitusvastuun keskeiset liittymäkohdat.

Työryhmän toimikausi on 2.9.2010 - 31.3.2011. Työryhmä antaa linjauksista väliraportin vuoden 2010 loppuun mennessä.

Työryhmän puheenjohtajaksi ministeriö nimesi kansliapäällikkö Kari Välimäen ja varapuheenjohtajaksi osastopäällikkö Aino-Inkeri Hanssonin sosiaali- ja terveysministeriöstä. Työryhmän jäseniksi nimettiin osastopäällikkö Päivi Sillan aukee sosiaali- ja terveysministeriöstä, osastopäällikkö Raimo Ikonen sosiaali- ja terveysministeriöstä, osastopäällikkö Outi Antila sosiaali- ja terveysministeriöstä, ylijohdaja Päivi Laajala valtiovarainministeriöstä, ylijohdaja Marja-Liisa Partanen Sosiaali- ja terveysalan luppa- ja valvontavirastosta, ylijohdaja Mariina Erhola Terveystieteiden- ja hyvinvoinnin laitokselta, varatoimitusjohtaja Kari Neunen Suomen Kuntaliitosta, toiminnanjohtaja Riitta Särkelä Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksesta, yleislääketieteen valtakunnan aluejohtaja Doris Holmberg-Marttila Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä, sairaanhoitopiirinjohtaja Hannu Leskinen Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiristä, toimitusjohtaja Pentti Itkonen Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiristä, muutosjohtaja Risto Kortelainen Jyväskylän kaupungista, puheenjohtaja Jouni Nummi Sosiaalijohtoyhdistyksestä, kaupunginjohtaja Petteri Paronen Kuopion kaupungista, johtaja Marja Heikkilä Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksesta, elinkeinopoliittinen asiantuntija Aino Närkki Sosiaalialan työnantaja- ja toimialaliitto ry:stä sekä toimitusjohtaja Pia Pohja Terveyspalvelualan liitosta. Työryhmää täydennettiin siten, että jäseniksi nimettiin 16.9.2010 ruotsinkielisen toiminnanjohtaja Kristina Wikberg Suomen Kuntaliitosta sekä 5.10.2010 toimitusjohtaja Aki Lindén Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiristä ja perusturvajohtaja Juha Metso Espoon kaupungista.

Pysyviksi lakiasiantuntijoiksi ministeriö nimesi johtaja Eija Koivurannan sosiaali- ja terveysministeriöstä, hallitusneuvos Pekka Järvisen sosiaali- ja terveysministeriöstä, hallitusneuvos Anne Kumpulan sosiaali- ja terveysministeriöstä sekä johtava lakimies Kari Prättälän Suomen Kuntaliitosta.

Työryhmän sihteeristöksi ministeriö nimensi hallitusneuvos Päivi Salon, sosiaali- ja terveysministeriö, neuvotteleva virkamies Kari Haavisto sosiaali- ja terveysministeriöstä, lääkintöneuvos Jukka Mattilan sosiaali- ja terveysministeriöstä hallitussihteeriksi Virpi Vuorisen sosiaali- ja terveysministeriöstä sekä erityisasiantuntija Erkki Papusen Suomen Kuntaliitosta.

Ministeriö asetti työryhmälle sosiaali- ja terveydenhuollon alueellista järjestämistä koskevaa kokeilun valmistelua varten jaoston, jonka puheenjohtajaksi nimettiin ohjelmapäällikkö Juha Teperi sosiaali- ja terveysministeriöstä. Jaoston jäseniksi nimettiin neuvotteleva virkamies Kari Haavisto sosiaali- ja terveysministeriöstä, neuvotteleva virkamies Kerttu Perttinen sosiaali- ja terveysministeriöstä, lääkintöneuvos Jukka Mattila sosiaali- ja terveysministeriöstä, lääkintöneuvos Timo Keistinen sosiaali- ja terveysministeriöstä, hallitusneuvos Anne Koskela sosiaali- ja terveysministeriöstä, neuvotteleva virkamies Päivi Voutilainen sosiaali- ja terveysministeriöstä, neuvotteleva virkamies Pirjo Sarvimäki sosiaali- ja terveysministeriöstä, finanssineuvos Raimo Jämsén sosiaali- ja terveysministeriöstä, hallitusneuvos Auli Valli-Lintu valtiovarainministeriöstä, yksikönpäällikkö Jukka Kärkkäinen Terveystieteiden- ja hyvinvoinnin laitokselta sekä johtaja Jussi Merikallio Suomen Kuntaliitosta.

Työryhmä on kokoontunut 31.12.2010 mennessä 4 kertaa, joista kolmas kokous oli 18.11.2010 pidetty koko päivän kestävä työkokous.

Saatuaan työnsä valmiiksi, työryhmä jättää väliraporttinsa sosiaali- ja terveystieteille. Jättäessään väliraportin, työryhmä jatkaa työtään tehtävänsuorituksensa mukaisesti.

Helsingissä 30 päivänä joulukuuta 2010

Kari Välimäki

Aino-Inkeri Hansson	Päivi Sillanaukee
Raimo Ikonen	Outi Antila
Päivi Laajala Marja-Liisa	Partanen
Marina Erhola	Kari Nenonen
Riitta Särkelä	Doris Holmberg-Marttila
Hannu Leskinen	Pentti Itkonen
Risto Kortelainen	Jouni Nummi
Petteri Paronen	Marja Heikkilä
Aino Närkki	Pia Pohja
Kristina Wikberg	Aki Linden
Juha Metso Eija	Koivuranta
Pekka Järvinen	Anne Kumpula
Kari Prättälä	Päivi Salo
Kari Haavisto	Jukka Mattila
Virpi Vuorinen	Erkki Papunen

Sisältö

1	Johdanto.....	7
2	Nykytila.....	8
2.1	Palvelurakenne	8
2.2	Kuntatalous	10
2.3	Nykytilan arviointi	11
3	Reunaehdot uudistamiselle.....	21
3.1	Ihmis- ja perusoikeudet	21
3.2	Hallintotehtävien hoitaminen viranomaistoimintana	23
3.3	Kunnallinen itsehallinto	24
3.4	Väestö- ja ikärakenne sekä aluekehitys	25
3.5	Voimavarojen rajallisuus	26
3.6	Globaali toimintaympäristö ja Euroopan unioni	29
3.7	Monikulttuurisuus	29
4	Tavoitelinjaukset.....	32
5	Rakennelinjaukset.....	34
6	Jatkotoimet	36

1 Johdanto

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevaa lainsäädäntöä uudistetaan vaiheittain.

Kunta- ja palvelurakennemuutoksesta annettu laki (169/2007, jäljempänä *puitelaki*), tuli voimaan helmikuussa 2007. Tämän ns. Paras-uudistuksen sekä sitä koskevan lain tarkoituksena on kunnallisen kansanvallan lähtökohdista vahvistaa kunta- ja palvelurakennetta, kehittää palvelujen tuotantotapoja ja organisointia, uudistaa kuntien rahoitus- ja valtionosuusjärjestelmää sekä tarkistaa valtion ja kuntien välistä tehtäväjakoja siten, että kuntien vastuulla olevien palvelujen järjestämiseen ja tuottamiseen sekä kuntien kehittämiseen on vahva rakenteellinen ja taloudellinen perusta.

Uudistusta ohjaava puitelaki on määrääväkäs suunnittelulaki, joka on voimassa vuoden 2012 loppuun saakka. Eduskunnalle on annettu 26.11.2010 hallituksen esitys (268/2010 vp), jonka voimaantulon myötä puitelain mukaista suunnitteluvaihetta sosiaali- ja terveydenhuollon rakennetta koskevien velvoitteiden voimassaolon osalta jatkettiin vuoden 2014 loppuun. Kunta- ja palvelurakennemuutos on edennyt sekä kuntaliitosten että yhteistoiminta-alueiden perustamisen osalta jonkin verran odotettua nopeammin, mutta sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden kestävyden näkökulmasta uudistus on jäämässä riittämättömäksi.

Sosiaali- ja terveysministeriössä käynnistettiin Matti Vanhasen II-hallituksen ohjelman kirjauksen mukaisesti terveydenhuoltolain valmistelu. Uudistuksen keskeisenä sisältönä oli kansanterveyslain (66/1972) ja erikoissairaanhoidon lain (1062/1989) yhdistäminen, jolla tavoitellaan perus- ja erityistason raja-aitojen määrittämistä ja peruspalvelujen vahvistamista. Terveydenhuoltolakia valmistellut työryhmä luovutti ehdotuksensa uudeksi terveydenhuoltolaiksi 16.6.2008 (STM Selvitys 2008:28). Lakien yhdistämisen lisäksi työryhmä esitti toimeksiantonsa mukaisesti terveydenhuoltolakiin sisällytettäväksi terveydenhuollon järjestämisen rakenteita koskevat säännökset, joista työryhmä esitti vaihtoehtoiset mallit.

Vastaanottaessaan terveydenhuoltolain valmistelun peruspalveluministeri Paula Risikko linjasi, että sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuuden valmistelua tulee jatkaa uudelta pohjalta. Linjauksen mukaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, valvontaa ja kehittämistä koskevat säännökset kootaan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteiseen lakiin. Tavoitteeksi yhteisen lain valmistelulle asetettiin, että sosiaali- ja terveydenhuollon toteuttamiselle säädetään yhteiset rakenteet. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnalliset edellytykset tulee saattaa käytännön tasolla mahdollisimman yhdenmukaisiksi niin, että monet nykyiset hallinnolliset esteet sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöltä saadaan poistettua esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisissä toimintayksiköissä.

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 31.3.2009 työryhmän valmistelemaan Paras-hankkeen jatkotoimenpiteitä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevaa lainsäädäntöä. Kyseistä lakia ei kuitenkaan anneta vielä tällä hallituskaudella, vaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä käynnistetään kokeilu.

Eduskunta on hyväksynyt joulukuussa 2010 terveydenhuoltolain, jossa on yhdistetty kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoidon laki osittain siten, että terveydenhuoltolailla on lisi tarkoitus säännellä koko julkisen terveydenhuollon toiminnan sisältöä. Myös sosiaalihuollon sisältöä määrittävän lainsäädännön laaja kokonaisuudistus on parhaillaan valmisteilla sosiaali- ja terveysministeriössä.

Kyseistä lainsäädäntöuudistusta valmisteleva työryhmä antoi väliraportin kesäkuussa 2010 (STM Selvityksiä 2010:19).

Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteita koskevat säännökset jäävät uudistuksen tässä vaiheessa edelleen nykyiseen kansanterveyslakiin, erikoissairaanhoidolakiin ja sosiaalihoitolakiin (710/1982). Sosiaali- ja terveysvaliokunta piti kuitenkin terveydenhuoltolakia valmistelun yhteydessä rakenteita ja rahoitusta koskevien säädösmuutosten jatkovalmistelua välttämättömänä ja toteutti, että samassa yhteydessä on syytä edelleen arvioida erityisesti mahdollisuuksia terveyden edistämisen, ehkäisevän työn ja perusterveydenhuollon vahvistamiseen (StVM 40/2010 vp).

Vuonna 2003 käynnistettiin Kainuun hallintokokeilu, jota koskeva laki (343/2003) on voimassa 31.12.2012 saakka. Kokeilussa Kainuun maakunta vastaa sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä lukuun ottamatta päivähoidoa. Valtiovarainministeriö asetti 9.2.2009 Kainuun hallintokokeilun seurantaryhmän valmistelemaan kokeilun jälkeisiä järjestelyjä Kainuussa. Lähtökohtana työryhmän työssä on Kainuun maakuntamallin vakinaistaminen. Lainsäädännön valmistelun yhteydessä on ollut esillä mahdollisuus Kainuun mallin yleistämisestä muualle maahan. Eduskunnalle on annettu 26.11.2010 hallituksen esitys (269/2010 vp) Kainuun hallintokokeilun jatkamisesta vuoden 2016 loppuun.

Nykyisen hallitusohjelman mukaisesti on valmisteltu valtionosuusuudistus, joka tuli voimaan vuoden 2010 alussa. Siinä valtionosuusuudistuksessa kunnan peruspalvelujen valtionosuuksia koottiin valtiovarainministeriön hallinnonalalle. Kootut valtionosuudet olivat yleinen, sosiaali- ja terveydenhuollon, esi- ja perusopetuksen sekä yleisten kirjastojen, kuntien kulttuuritoimen ja asukaskohtaisesti rahoitettu taiteen perusopetuksen valtionosuudet.

Nykyisen hallitusohjelman mukaan monikanavaista rahoitusjärjestelmää arvioidaan osana sosiaali- ja terveydenhuollon palveluinnovaatiotietoa. Tämän mukaisesti sosiaali- ja terveysministeriö antoi Terveyden- ja hyvinvoinnin laitokselle (THL) tehtäväksi laatia raportin, jossa selvitetään monikanavaisen rahoituksen vaikutuksia sekä etuja ja ongelmia. THL luovutti selvityksen peruspalveluministeri Paula Risikolle 17.11.2010. Laajassa asiantuntijaryhmän selvityksessä on paikannettu monia nykyiseen sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoitukseen liittyviä kehittämistarpeita.

2 Nykytila

2.1 Palvelurakenne

Kansanterveislain 5 §:n mukaan kunnan on pidettävä huolta kansanterveystyöstä. Kunnat voivat huolehtia kansanterveystyöstä myös yhteistoiminnassa perustamalla tätä tehtävää varten kuntayhtymän. Kunta voi toisen kunnan kanssa sopia myös siitä, että tämä hoitaa osan kansanterveystyön toiminnoista. Kansanterveystyön tehtävien hoitamista varten kunnalla tulee olla terveyskeskus. Terveyskeskuksia on yhteensä 172, joista 106 on kuntien, 36 kuntayhtymien ja 30 isäntäkuntien terveyskeskuksia. Alle 20 000 asukkaan terveyskeskuksia on 97 ja yli 20 000 asukkaan terveyskeskuksia on 75.

Sosiaalihoitolain 5 §:n mukaan kunnan on pidettävä huolta sosiaalihoollon suunnittelusta ja toteuttamisesta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain (733/1992) 4 §:n mukaan kunta voi järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon alaan kuuluvat tehtävät hoitamalla toimintansa itse, sopimuksin yhdessä muun kunnan tai muiden kuntien kanssa sekä olemalla jäsenenä toimintaa hoitavassa kuntayhtymässä. Tehtävien hoitamisessa tarvittavia palveluja kunta voi hankkia valtiolta, toiselta kunnalta, kuntayhtymältä tai muulta julkiselta tai kka yksityiseltä palvelujen tuottajalta. Lisäksi palvelunkäyttäjälle voidaan antaa palveluseteli, jolla kunta sitoutuu maksamaan palvelun käyttäjän kunnan hyväksymältä yksityiseltä palvelujen tuottajalta hankkimat palvelut kunnan päätöksellä asetettuun setelin arvoon asti.

Vuonna 2010 Suomessa on 342 kuntaa. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut järjestää itse 106 kuntaa ja tällaisissa kunnissa asuu kaksi kolmasosa Suomen väestöstä. Kunnassa sosiaali- ja terveydenhuollosta vastaa yleensä sosiaali- ja terveyslautakunta tai perusturvalautakunta. Lautakunnan toimialaan voi kuulua sosiaali- ja terveydenhuollon lisäksi myös muita tehtäviä. Kunta voi jakaa vastuuta sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävistä myös useammalle toimielimelle kunnassa. 66 yhteistoiminta-aluetta järjestävät sosiaali- ja terveyspalvelut yhdelle kolmasosalle väestöstä ja niissä on mukana 220 kuntaa.

Erikoissairaanhoitolain 3 §:n mukaan kunnan on kuuluttava erikoissairaanhoidon järjestämiseksi johonkin sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään. Sairaanhoitopiirit on lueteltu lain 7 §:ssä, mutta kunta voi valita, mihin sairaanhoitopiiriin se kuuluu. Sairaanhoitopiirejä on yhteensä 20.

Sairauksien harvinaisuuden, erikoissairaanhoidon vaativuuden tai erikoissairaanhoidon järjestämisen asettamien erityisten vaatimusten perusteella voidaan osa erikoissairaanhoidosta määrätä erityistason sairaanhoidoksi. Erityistason sairaanhoidon järjestämistä varten määritetään sairaanhoitopiirien lisäksi erityisvastuualueita. Kuhunkin erityisvastuualueeseen kuuluu sellainen sairaanhoitopiiri, jonka alueella on lääkärikoulutusta antava yliopisto. Erityisvastuualueita on viisi.

Kehitysvammaisten erityishuollon järjestämistä varten määritetään kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain (519/1977) perusteella erityishuoltopiireihin. Kunnan kuulumisesta erityishuoltopiiriin määrätään valtioneuvoston päätöksellä. Muut erityishuoltopiirit paitsi Helsingin erityishuoltopiiri ovat kuntayhtymiä. Valtioneuvoston päätöksen (796/1994) mukaan erityishuoltopiirejä on 17, joista Kärkällä samalla kommunikuntayhtymä vastaa piirijaosta huolimatta ruotsinkielisen väestön erityishuollon järjestämisestä.

Sosiaali- ja terveydenhuolto on kuntien taloudellisesti ja henkilöstömäärällä mitattuna suurin sektori ja sillä on vaikutus lähes koko väestön arkipäivän elämään. Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuskehitys vaikuttaa yhä enemmän kuntien talouteen. Palvelujärjestelmän muutokset vaikuttavat myös sosiaali- ja terveydenhuollon 250 000 työntekijän työhön. Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaaminen korostavat moniammatillisen muutosjohtamisen merkitystä. Tämä edellyttää ammatillisen johtamisen vahvistamista ja henkilöstön aktiivista osallistumista. Uudistuksen valmistelussa on välittämätöntä tunnistaa tulevien vuosikymmenten muuttuvat palvelutarpeet.

Kunta- ja palvelurakennemuutos ohjaa tällä hetkellä puitelaki, jonka mukaan perusterveydenhuollosta ja siihen kiinteästi liittyvistä sosiaalipalveluista vastaa eräin poikkeuksin vähintään 20 000 asukkaan kunta tai useamman kunnan muodostama yhteistoiminta-alue. Yhteistoiminta-alueiden vaihtoehtoisia organisoitumistapoja ovat kuntayhtymä ja isäntäkuntamalli. Isäntäkuntamallissa yksi kunta hoitaa tehtäviä sopimuksin yhdessä muiden kuntien puolesta. Kuntayhtymä on jäsenkuntien valtuustojen hyväksymällä perussopimuksella perustettu jäsenkunnistaan erillinen julkisoikeudellinen oikeushenkilö, joka hoitaa jäsenkuntiensa puolesta perussopimuksen mukaisia tehtäviä.

Osa kunnista on toteuttanut Paras-hankkeen mukaiset uudistukset, osa on tehnyt päätökset ja toteuttaa uudistukset lähivuosina. Osalla kunnista selvitykset ovat käynnissä. Yhteistoiminta-alueista 36 toimii kuntayhtyminä ja 30 isäntäkuntamallilla.

2.2 Kuntatalous

Kuntien taloutta on koko 2000-luvun leimannut tulo- ja menokehityksen suhdanteita m yötäilevä yhteys sekä toisaalta kokonaistalouden heikko kehitys, jonka käänköpuolena kuntien menojen kasvu on ollut muuta kansantaloutta nopeampaa ja kuntien henkilöstön määrä on noussut jatkuvasti. Kuntatalouden tila on pysynyt kroonisesti kireänä, nimellinen kunnallisveroaste on kohonnut vuosittain ja kuntien lainakanta on viimeisen 10 vuoden aikana 2,5 -kertaistunut.

Kuntien velvoitteet ovat Suomessa poikkeuksellisen laajat. Käytännössä koko julkinen sosiaali- ja terveystoimi ja opetustoimi yliopistoja lukuun ottamatta ovat kuntien järjestämistä vastuulla monien muiden, kulttuuriin, infrastruktuuriin ja elinkeinojen tukemiseen liittyvien palvelujen ohella. Kuntien velvoitteet ja tehtävät säädetään suurelta osin lainsäädännössä. Kuntien menot ovat noin 40 % julkisen talouden kokonaismenoista. Kuntapalvelujen järjestäminen on työvoimavaltaista; kunta-alalla työskentelevät noin 460 000 henkilöä vastaavat lähes 20 % koko kansantalouden työllisistä.

Kunnat rahoittavat palvelunsa suurelta osin keräämillään verotuloilla, ja niillä on verotuksellista autonomia kunnallis- ja osin kiinteistöveron osalta. Toisaalta kunnat ovat kokonsa ja sosioekonomisten rakenteittensa osalta erittäin heterogeenisiä, ja niillä on hyvin erilaiset mahdollisuudet rahoittaa itse niille säädetyt, lähtökohtaisesti samat palveluvelvoitteet. Tämän vuoksi kuntien rahoitusmahdollisuuksia on täydennetty ja tasattu valtion osuusjärjestelmän avulla. Kuntatalouden erityispiirteet, valtion osallistuminen kuntatalouden rahoitukseen ja jatkuva kuntien lakisääteisten tehtävien ja velvoitteiden lisääntyminen ovat näkyneet kuntien ja valtion välisinä jännitteinä ja näkemyseroina kunta-asioiden valmistelussa. Julkinen talous on kuitenkin kokonaisuus, jossa valtiolla on vastuu yleisestä talouspolitiikasta, julkisen talouden tasapainosta ja kestävyydestä. Valtiolla on myös vastuu lainsäädännöllä kunnille annettavien tehtävien ja velvoitteiden tasapainosta suhteessa kuntatalouden kestävyteen. Väestön ikääntymiseen liittyvien menojen kehityksen kannalta kunnilla on keskeinen merkitys.

Lähivuosikymmeniksi arvioidusta ikäsidonnaisten julkisten palvelujen kasvupaineesta lähi puolet kohdistuu kuntien järjestämistä vastuulla oleviin hoito- ja hoivapalveluihin, mikä lisää kuntatalouden rahoitus- ja ohjausjärjestelmien jännitteitä merkittävästi. Kuntatalous on julkisen talouden kestävyysongelman kannalta keskeisessä asemassa erityisesti julkisen palvelujärjestelmän tuottavuuskehityksen mutta myös julkisen talouden laajuuden sekä sen vastuiden ja rahoitusmahdollisuuksien välisen tasapainon näkökulmasta.

Ilman peruspalvelujen tuottavuuden merkittävää kohonemista ja kuntien lakisääteisten tehtävien ja velvoitteiden kasvun pysäyttämistä ja toisaalta niiden määrän vähentämistä kuntatalous ajautuu edellä kuvatuilla menopaineilla negatiiviseen kehityskierteeseen ja mittaviin veronkorotuksiin. Tämä puolestaan aiheuttaisi jatkuva paineen kokonaisveroasteeseen, jolla olisi vakavia vaikutuksia muutoinkin hidastuvaan talouskasvuun. Väestörakenteen muutos aiheuttaisi samalla paineita tuottavuuskehitykselle, kun supistuvan työvoiman oloissa kuntien rekrytoinnit imisivät kasvavan osuuden uusista työmarkkinoille tulevista. Kuntakentässä kuntien väliset erot repeäisivät sekä palvelujen rahoitusmahdollisuuksien, palvelujen tasapuolisen saavuuden että kuntalaisten verorasituksen suhteen.

Kuntatalouden rahoituksien liittyvät ongelmallisia piirteitä, joiden haitat ovat omiaan korostamaan ikärakenteen muutokseen liittyvän rahoitus tarpeiden kasvun myötä. Epävakaata tulopohjaa on vakava ongelma, joka kiihdyttää menojen kasvua, vaikeuttaa taloussuunnittelua ja peruspalvelujen vakaata tuotantoa sekä kärjistää kuntatalouden ja valtiontalouden kestävyysongelmaa.

2.3 Nykytilan arviointi

Työryhmä arvioi sosiaali- ja terveydenhuollon nykytilaa käyttämällä SWOT-analyysiä työkaluna. Tulevan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa säätelevän lain ja sen mukaisten ratkaisujen tulee tukea tunnistettujen uhkien hallintaa sekä vahvistaa järjestelmän todettuja heikkouksia. Ratkaisujen tulee hyödyntää olemassa olevia järjestelmän vahvuuksia sekä ottaa kaikki irti tarjoutuvista ulkoisista mahdollisuuksista.

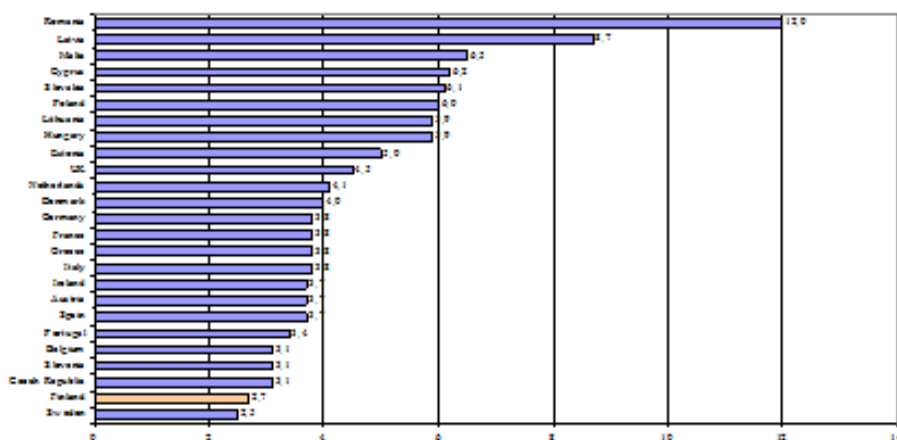
Työryhmän SWOT-analyysi:

<p>Vahvuudet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erikoissairaanhoidon tuottavuus - Kokonaisjärjestelmän kustannukset suhteessa BKT:seen - Kansalaisten yleinen hyväksyntä - Korkeasti koulutettu henkilöstö 	<p>Heikkoudet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eriarvoistava palvelurakenne → ihmisten eriarvoisuus - Peruspalvelujen tila - Järjestelmän pirstaleisuus - Kokonaisvastuun puute asiakasprosessista - Johdettavuus ja ohjattavuus - Kustannusten heikko hallinta - ICT:n riittämätön hyödyntäminen - Puutteellinen tietoperusta
<p>Mahdollisuudet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demokraattinen päätöksenteko - Hoitomenetelmien kehitys - Tietoteknologian kehitys - Sairauksien ja sosiaalisten ongelmien ennaltaehkäisy - Poikkihallinnollinen päätöksenteko - Asiakasosallisuus 	<p>Uhat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ei yhteistä visiota - Ikärakenteen ja huoltosuhteen muutos - Sisäinen muuttoliike - Talouden kehitys - Kilpailu vähenevästä työvoimasta - Medikalisaatio - Koulutusjärjestelmän pirstaleisuus - Koko yhteiskunnan eriarvoisuus - KV-sääntelyn ennakoimattomat vaikutukset

Vahvuudet rakenneratkaisun pohjaksi

Suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen laatu on suhteellisen hyvä. Useilla tarkasteltavilla mittareilla, esimerkiksi rokotuskattavuus ja seulontojen toteutuminen tai aivoverenkiertohäiriöiden hoito, pärjäämme kansainvälisesti erinomaisella tavalla.

Infant mortality in EU countries in 2007, per 1000 live births



Source: Eurostat

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

Advisory Staff Unit 09/2010

Järjestelmän kustannukset ovat kansainvälisesti vertailtuna kohtuulliset. Suhteessa bruttokansantuotteeseen sosiaalimenot ovat 25,6 % ja terveydenhuoltoon käytetään 8,3 %, mikä on OECD maiden keskitasoa. Erityisesti erikoissairaanhoidon tuottavuus on kansainvälisesti vertailtuna huippuluokkaa.

Sosiaalimenot ja niiden BKT-osuudet

1980 - 2008

	Menot, miljardia euroa 2007 hinnoin	% BKT:sta
1980	16,2	19,0
1985	22,8	23,4
1990	29,4	24,6
1995	36,1	31,5
2000	36,7	25,1
2001	37,6	24,9
2002	39,2	25,7
2003	40,8	26,6
2004	42,7	26,7
2005	43,8	26,7
2006	44,9	26,2
2007	45,6	25,4
2008*	47,0	25,6

Lähde: Stakes, STM

* ennakkotieto

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

5.28.11.2010 TAO/Sur

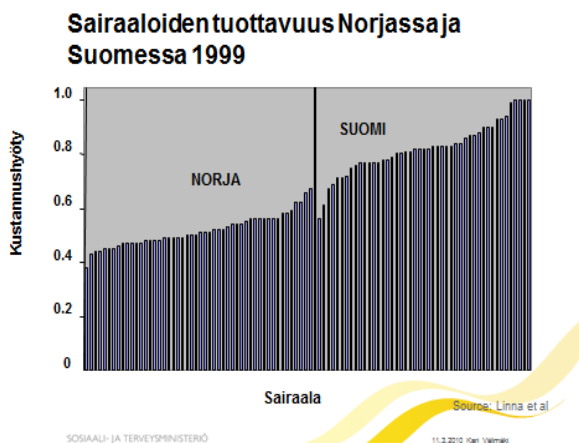
Terveydenhuollon kokonaismenot ja BKT- osuudet 1995 - 2008

	Menot, miljardia euroa 2007 hinnoin	% BKT:sta
1995	10,1	7,9
2000	11,4	7,2
2001	11,9	7,4
2002	12,6	7,8
2003	13,1	8,1
2004	13,5	8,2
2005	13,9	8,4
2006	14,3	8,3
2007	14,7	8,2
2008	15,2	8,3

Lähde: Stakes

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

9.28.11.2010 TAO/Sur

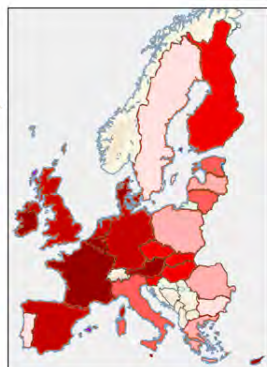
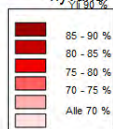


Väestö on sosiaali- ja terveydenhuoltoon melko tyytyväinen. Kansalaisista 73 prosenttia luottaa julkisiin sosiaalipalveluihin, erityisesti sosiaalipalveluiden henkilöstön ja sosiaalityöntekijöiden ammattitaitoon. Perheneuvoloissa ja työhallinnon ja kuntien työvoiman palvelukeskuksissa asiakkaat arvostavat palveluiden saamista yhdestä toimipisteestä niin, että asiointi oli helppoa. Terveyspalvelujen kansainvälisissä vertailuissa sekä perusterveydenhuolto, että sairaalapalvelut ovat pärjänneet hyvin.



Tyytyväisyys perusterveydenhuollon lääkäripalveluihin EU-maissa 2007

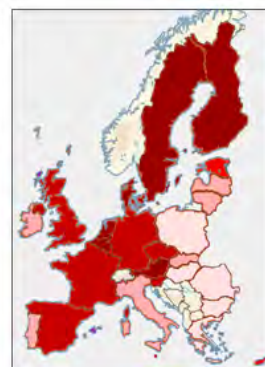
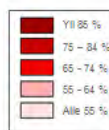
Osuus väestöstä, joka pitää perusterveydenhuollon lääkäripalvelujen laatua hyvänä



Lähde: 2007 Special Eurobarometer 283

Palvelujen taso: Tyytyväisyys sairaalapalveluihin EU-maissa 2007

Osuus väestöstä, joka pitää sairaalapalvelujen laatua hyvänä.



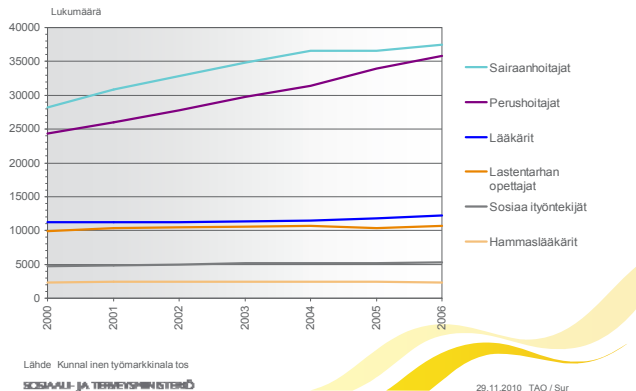
Lähde: 2007 Special Eurobarometer 283

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

12.10.2010 Kai Välimäki

Järjestelmän vahvuuksia on lisäksi korkeasti koulutettu henkilökunta johon voidaan tukeutua kehitettäessä ratkaisuja tulevaisuuden tarpeisiin.

Keskeisten kunnallisten sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmien määrä



Näitä vahvuuksia tulee siis järjestelmäratkaisua tehtäessä hyödyntää.

Rakenneratkaisulla korjattavat heikkoudet

Peruspalvelujen tila joillain alueilla on korkeintaan tyydyttävä. Hoitoon pääsy joillain erikoisaloilla sairaanhoidossa sekä joillain alueilla perusterveydenhuollossa, erityisesti suun terveydenhuollossa on heikkoa. Henkilöstön saatavuus on alueittain vaikeaa erityisesti lääkärin, hammaslääkärin, sosiaaliohjaajan ja erityisterapeuttien tehtäviin, mutta myös hoitohenkilökunnan sijaisuuksiin. Lähi-tulevaisuudessa joillain erikoisaloilla, esimerkiksi psykiatriassa ja patologiassa tulee olemaan merkittäviä vaikeuksia saada riittävästi erikoistuneita lääkäreitä. Toimeentulotuen maksamisessa kunnittain on merkittäviä viivästyksiä. Myös peruspalvelujen riittämätön yhteistyö eri sektoreiden ja tasojen välillä on selkeä heikkous. Lisäksi julkiset palvelut toimivat järjestelmäkeskeisesti ja asiakkaan tai potilaan rooli kokonaisuudessa tarvitsee tukea.

Sosiaalipalvelujärjestelmän yksinkertaistaminen on tarpeen, koska se on niin pirstaleinen, ettei asiakas välttämättä tavoita tarvittamia palveluja. Lisäksi palvelujen oikea-aikaisuutta tulisi kehittää. Asiakkaiden palvelutarpeiden arviointiin olisi tärkeä saada mukaan eri tasojen organisaatiot ja hyödyntää organisatorista yhteistyötä. Tuoreessa kansaliskyselyssä sosiaalipalveluiden kehittämiskohdiksi nousivat tarve saada tukea palvelun käytössä ja saada tietoa oman asian käsittelystä.

Sosiaalihuollossa eniten tyytymättömyyttä kohdentui palvelujen saatavuuteen, joka kiteytyi henkilöstön tavoittamisen vaikeuksiin. Eniten kielteisiä kokemuksia liittyi kehitysvammahuollon palveluihin.

Vuoden 2011 alusta Suomessa 336 kuntaa ovat vastuussa julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja rahoittamisesta väestölleen. Vastuun kantavien väestöjen keskimääräinen koko on 15500 asukasta ja mediaanikunta on kooltaan 6000 asukasta. 1990-luvun alun uudistuksessa toteutettu desentralisaatio, joka yhtäältä sopeutti palvelujärjestelmän paikallisiin oloihin ja kunnan kokonaisuuteen ja selkeytti taloudellisen vastuun kantamista, aiheuttaa toisaalta vakavia ongelmia järjestelmän ohjattavuudelle, palvelujen tasalaatuisuudelle ja kustannusten hallittavuudelle.

Monikanavainen rahoitusjärjestelmän seurauksena osaoptimointi rahoitusvastuun siirtämiseksi järjestelmän osalta toiselle aiheuttaa palvelujen pirstaloitumista ja kokonaisvastuun epäselvyyttä. Esimerkiksi työkyvyttömyyden kustannukset ennen hoitoa ja sen jälkeen kohdentuvat eri taholle kuin hoidon kustannukset. Terveystieteiden kehittyminen lisää palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta työssä käyvälle väestölle ja lisää näin työssä käyvien ja työelämän ulkopuolella olevien eroja mahdollisuuksissa käyttää palveluja. Suomessa on myös kuntia laajempia maantieteellisiä alueita, joiden on vaikea saada palvelujaan rahoitettua ja järjestettyä.

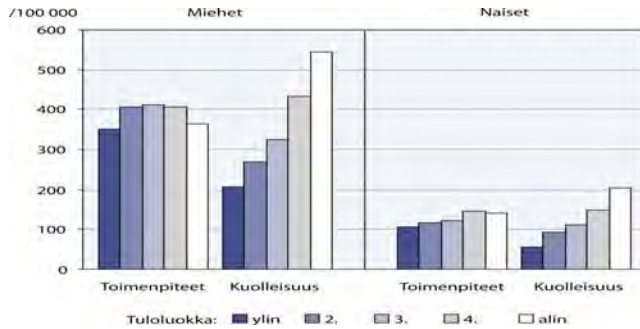
Pirstaleinen organisaatiokenttä vaikeuttaa johtamisosaamisen varmistamista palvelujärjestelmässä. Pääsääntöisesti puolitetyypiseen normiohjaukseen ja korvamerkitsemättömään resurssiohjaukseen sekä näitä täydentävään informaatio-ohjaukseen perustuva kansallinen tason ohjaus ei riittävällä tavalla nykyisen kaltaisessa palvelurakenteessa turvaa yhdenvertaisia palveluja. Sosiaali- ja terveydenhuollon päätösten eriluonteisuus hankaloittaa kokonaisuuden ohjausta erityisesti yhteisten asiakasryhmien palveluissa. Asiakkaan oikeuksiin kohdistuvaa ohjausta on vain vähän ja osassa palveluja se on hyvin kapea-alaista.

Kokonaisvastuun puute aiheuttaa asiakasprosessien toimimattomuutta ja palvelun käyttäjien ohjaamista luukulta toiselle. Tämä heikentää kustannusten hallintaa, aiheuttaa läpinäkyvyyden ja vertailtavuuden ongelmia sekä estää parhaiden käytäntöjen levittämistä. Kustannusten nousun hallintaa vaikeuttaa osaoptimointi ja organisaatioiden rajapinnoilla tapahtuva tuhlaus. Kuntatasolla kustannusten ennakoitavuuden ongelmia seuraa pienistä rahoittajavastuista ja väestön tarpeiden satunnaisvaihtelusta.

Järjestelmän johtamista varten riittämätön tietoperusta ja olemassa olevan tiedon hyödyntämisen vaikeudet hankaloittavat kokonaisuuden hallintaa. Tiettyä tarkoitusta varten kerätty tieto ei ole muiden järjestelmien kehittäjien käytettävissä, julkaisukanavien käyttökelpoisuus ei tue tiedon leviämistä ja julkaisutavoissa on kehittämistä. Erityisesti tarvitaan tapoja väestön tarpeiden kuvaamiseen sekä toisaalta tietoa palvelujen vaikuttavuuden ja vaihtoehtojen arvioimisesta. Yhtenäisesti kerättyjä yhteisen tulkinnan sisältäviä indikaattoreita tarvitaan lisää. Erityisesti sosiaalipalveluista saatava asiakastieto ja dokumentaatio on vähäistä. Myös tiedon hallintajärjestelmät asiakastietojärjestelmistä tiedon jalostuksen järjestelmiin ovat hajanaisia eivätkä ne kommunikoivat keskenään.

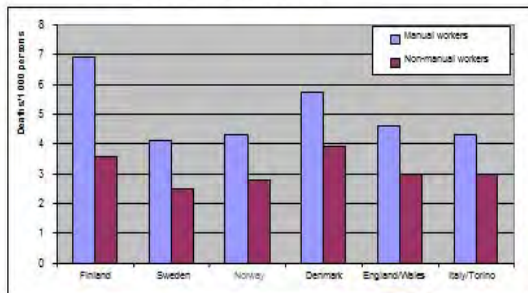
Pirstaleinen järjestäjäkenttä monikanavaisine rahoitusjärjestelmineen ja heikkoine ohjausmahdollisuuksineen on johtanut vahvempien ja paremmin edellytyksin toimivien palvelujärjestelmien osien kehittämiseen muita voimakkaammin. Tämä on merkinnyt sitä, että väestöryhmien erot terveyspalvelujen käytössä ovat lisääntyneet ja terveyseroit ovat kasvaneet. Samaa kehitystä tukevat vielä alueelliset ongelmat maan eri osissa. Tilanteeseen on kiinnitetty huomiota useissa kansainvälisissä arvioissa. Eriarvoistava palvelujärjestelmä tuottaa terveyden eriarvoistumisen kautta hyvinvoinnin eriarvoistumista ja tuloerojen kasvua. Sosiaalihuollon palveluille kehittyvä suurinta tarvetta maantieteellisille ja toiminnan alueille, joille asiantuntijoiden saaminen on hankalaa. Esimerkiksi sosiaaliohjaajien saatavuus vaihtelee alueittain.

Sepelvaltimotoimenpiteet (pallolaajennus tai ohitusleikkaus) ja -kuolleisuus tulojen mukaan 25–84 -vuotiailla 100 000 asukasta kohti vuonna 2003
(Manderbacka ym. 2007)



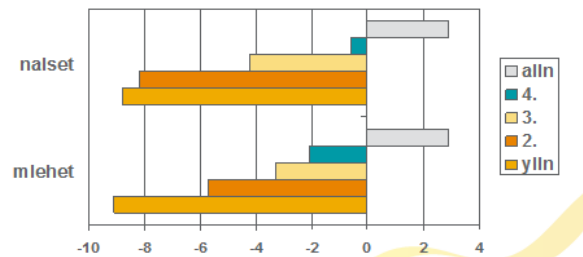
Terveyserot kansainvälisissä vertailuissa

Ikä-vakioitu kuolleisuus (1000 henkeä kohti) 30-59 vuotiailla miehillä sosioekonomisen aseman mukaan 991-95



Source: Maackenbach J. et al., Int J Epidemiol 2003; 32:830-837

Perusterveydenhuollon estettävissä olevan kuolleisuuden keskimääräinen vuotuinen muutos (%) tuloluokittain 1993-2004



Lähde: Kaasimäki ym. 2007 (ennakoitieto)

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

11.2.2010 Ken Välimäki

19

Tilanne sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen alueellisen järjestämisen rakenteen osalta on ollut pitkään sekava ja käytännössä kunta- ja palvelurakennemuutosten sääntelevä puitelaki näyttää muutaneen tilan entistä hajanaisemmaksi erityisesti sosiaalihuollon kannalta. Sosiaalihuollon keskeisten palvelujen järjestäminen on ollut perinteisesti yksittäisten kuntien vastuulla. Kuntien välinen yhteistyö palvelujen järjestämisessä on ollut vähäistä ja yhteistyörakenteet esimerkiksi erityispalvelujen järjestämisessä kapea-alaisia. Ehdotetussa puitelainmuutoksessa selkeytetään kuitenkin sosiaalihuollon tehtävien asemaa uudistuksessa velvoittamalla kunnat järjestämään palvelut väestöpohjajavelvoitteet täyttävillä rakenteilla. Velvoite vahvistaa sosiaali- ja terveydenhuollon eheyden toteutumista.

Terveydenhuollossa puolestaan ongelmaksi on pikemminkin nähty erikoissairaanhoidon liiallinen vahvuus ja kestoiteemanä on ollut perustason vahvistaminen. Sekava tilanne on mahdollistanut hyvin erilaiset alueelliset ratkaisut ja yhteistyöasetelmat erityisesti terveydenhuollossa. Vahvat alueelliset toimijat ovat kehitelleet uusia yhteistyömalleja lähinnä omista intresseistään lähtien. Puitelaki on osaltaan tukenut myös uusien varsin keinokehoisten ja hajanaisten, usein sairaanhoitopiirivetoisten ratkaisujen syntymistä, joissa sosiaalihuolto on usein varsin rajattuna yhteistyökumppanina mukana. Puitelain luovat tavat palvelujen järjestäjät ovat lisäksi edelleen varsin pieniä. Lisäksi Paras-hanke jättää puitelaisissa olevien poikkeusperusteiden myötä uuden tuksen ulkopuolelle osan sellaisista kunnista, joilla on vaikeuksia turvata sosiaali- ja terveyspalveluja kuntalaisilleen.

Mahdollisuudet hyödynnettäviksi

Tärkein hyödynnettävä mahdollisuus tulevaisuuden palvelutarpeiden vähentämiseksi on hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä ja sairauksien sekä sosiaalisten ongelmien ehkäisyssä. Näissä onnistuminen ei kuitenkaan ole palvelujärjestelmän asia vaan vaatii asian merkityksen ymmärtämistä ja oivaltamista koko yhteiskunnallisessa päätöksenteossa. Demokraattisen päätöksenteon rooli sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävistä päätettäessä on ratkaisu, joka ohjaa merkittävästi hyvinvoinnin edistämisen kokonaisuudesta päättämistä. Silloin kun sosiaali- ja terveydenhuollosta päätetään eritasolla kuin väestön lähiympäristöön vaikuttavista asioista, erkanevat palvelut hyvinvoinnin edistämisen kokonaisuudesta. Demokraattisen päätöksenteon vahva sitominen palvelujärjestelmän ohjaamiseen tukee myös edelleen julkisen vallan vastuuta koko väestön palvelujen turvaamisesta. Ratkaistaessa tulevaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, on tärkeää tehdä päätöksiin, että sillä tuetaan väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen mahdollisuuksia.

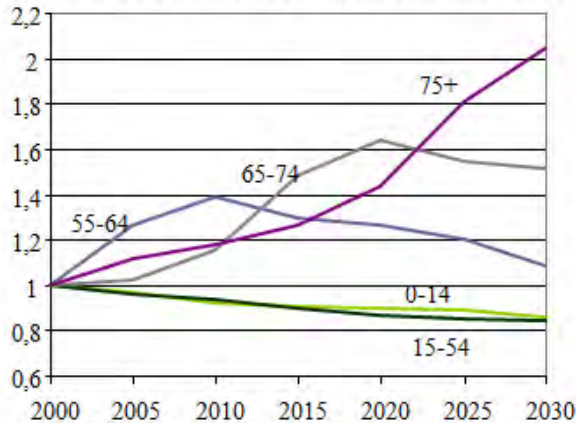
Asiakkaiden ja potilaiden osallistuminen palvelujensa ratkaisuihin on tärkeää järjestelmän hyväksyttävyyden ja toimivuuden kannalta. Järjestelmäkeskeisestä palvelukulttuurista tulee siirtyä aidosti asiakkaan voimavaroja hyödyntävään järjestelmään asiakkaiden valinnoilla ohjaavaan yhteistyöhön. Asiakkaan omiin hoitoratkaisuihinsa osallistuminen on palvelujen hyväksyttävyyden ja tulevaisuuden vaikuttavien palvelujen kehittämisen mahdollisuus. Oman vastuun ymmärtäminen omien terveysvalintojen tekijänä vähentää palvelutarvetta kun omaan hoitoon pystyy itse aktiivisena toimijana osallistumaan. Tietotekniikan kehittyminen mahdollistaa omien itsenäiseen päätöksentekoon perustuvien hoitolinjojen samoin kuin kotiin nettavien hoitojen kehittämisen. Hoitomenetelmien kehittyminen tuo uusia sairauksia hoitomahdollisuuksien piiriin. Samalla osaamisen kaventuminen ja syveneminen vaatii palvelujärjestelmältä kehitettävyyttä, joka johtaa avohoitopainotteisempaan palvelujärjestelmään.

Sosiaalihuollossa on perinteisesti toteutettu terveydenhuoltoa avohuoltokeskeisemmin ja matallamilla organisaatioilla. Tosin myös avohuollossa voidaan toimia järjestelmäkeskeisesti, vaikka se ei olekaan niin helppoa ihmisten kotona kuin laitoksissa. Viime vuosina palveluita on pyritty kehittämään sekä ihmisen omat voimavarat että hänen lähiyhteisönsä huomioiviksi. Vammaistyössä uuden ajattelun lähtökohtia ovat yhteistoiminnallinen palveluiden kehittäminen, aktiivinen tuki ja henkilökohtainen budjetointi. Päivähoidossa kehittämistyö lähtee kasvatuskumppanuus – ajattelun pohjalta. Sosiaalityön uusissa toimintamalleissa myös asiakkaat toimivat palveluiden kehittäjinä. Vähitellen myös sosiaalialan ammattilaiset ovat oivalta neet verkostuksen kaikes sosiaalisessa kuntoutumisessa ja hyvinvoinnin ylläpitämisessä.

Uhat taklattaviksi

Ikärakenteen ja huoltosuhteen nopea muutos aiheuttaa paitsi kustannusten hallinnan ongelman, myös palvelujen toteuttamisen tarpeen voimakkaan lisääntymisen. Palvelutarpeen kasvun ja työntehtävien eläköitymisen myötä tarvitaan alalle runsaasti uusia koulutettavia. Maan sisäinen muuttoliike voimistaa alueellisesti väestön muutosta ja aiheuttaa jopa äkillisiä muutoksia huoltosuhteessa ja palvelujen järjestämisessä. Vaikka väestön odotettavissa olevan eliniän pidentyessä eläkeikäisten määrä kasvaa voimakkaasti, on väestö aiempaa pidempään tervettä ja toimintakykyistä. Viimeisten elinvuosien palvelutarve ei kuitenkaan yksilötasolla näytä vähenevän, mistä johtuen palvelutarve kokonaisuutena kasvaa voimakkaasti.

Tulevaisuus: Ikäryhmien koon muutos nykyiseen verrattuna vuoteen 2030 mennessä (vuosi 2000 = 1)



Lähde: Tilastokeskus, PTT

18 10/11/2010 Kari Välimäki

Ihmisten käyttäytymisen, odotukset ja vaatimukset palvelujärjestelmälle ovat muuttuneet ja muuttumassa voimakkaasti. Lähiaikoina eläkkeelle siirtyvät ovat tottuneet nykyisen työterveys- huollon tehokkaasti kysyntään vastaavaan käyttäjän kannalta ilmaiseen palveluun ja osaavat vaatia samaa muultakin julkiselta terveydenhuollolta.

Talouden kehitys ja kansallinen riippuvuus globaaleista tapahtumista luovat reunaehdot, joiden kanssa on tultava toimeen. Taloudellisissa kriisitilanteissa tarvitaan kykyä oikeudenmukaiseen päätöksentekoon kun voimavaroja joudutaan priorisoimaan. Mitä pienempiä palveluista vastaavat yksiköt ovat, sitä herkempiä ne ovat yksipuolisemmasta talouden rakenteesta johtuville talouden heilahduksille. Kansainvälisistä sopimuksista ja päätöksenteosta voi seurata kansalliseen järjestelmään muutoksia, jotka eivät tue omaa järjestelmäämme. Erityisesti EU päätöksenteosta voi seurata esimerkiksi sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakkaille osallistuvan asiakkaan roolin muutoksia kulluttaja-asiakkaan roolin suuntaan.

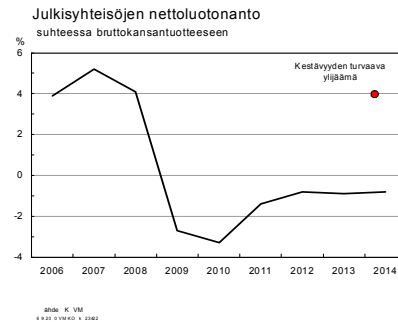
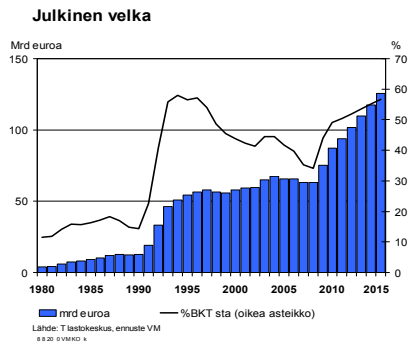
Kuntien taloutta on koko 2000-luvun leimannut tulo- ja menokehityksen suhdanteita myötäilevä yhteys sekä toisaalta kokonaistalouden heikko kehitys, jonka käänköpuolena kuntien menojen kasvu on ollut muuta kansantaloutta nopeampaa. Kuntatalouden tila on pysynyt kroonisesti kireänä, nimellinen kunnallisveroaste on kohonnut vuosittain ja kuntien lainakan ta on viimeisen 10 vuoden aikana 2,5 -kertaistunut.

Kuntien taloustilanne voidaan arvioida nykytilanteessa kohtuulliseksi, vaikka kuntien välillä on merkittäviä eroja taloudellisessa liikumavarassa. Parantunut tilanne johtuu sekä valtion (yhteisöverosuuden nosto, kela- maksun poisto, kiinteistöveroprosenttien rajojen nosto) että kuntien toimenpiteistä (toimintamenojen kasvun rajoittaminen, kunnallis- ja kiinteistöveroprosenttien nosto).

Tasapainottumisen keinot ovat pääosin luonteeltaan tilapäisiä, eikä ole realistista olettaa, että esimerkiksi kunnallisveroprosentin nostoa lähivuosina voidaan käyttää samassa laajuudessa kuin vuodelle 2010. Myöskään kiinteistöveroprosenttien rajojen nosto ei ole lyhyellä aikavälillä uudelleen käytössä oleva mahdollisuus. Yhteisöveron kuntaosuuden nosto on tilapäistä. Epävarmuustekijöitä lisää voimakas verotulojen kasvun hidastuminen vuoden 2008 jälkeen sekä kansainvälisestä talouskehityksestä johtuvien riskien kasvu.



Arvio kestävyysvajesta

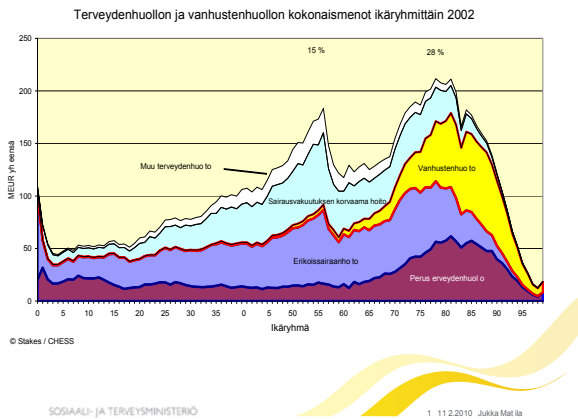


Jatkossa väestön ikärakenteen muutos aiheuttaa julkisen talouden rahoitukselle mittavia haasteita. Valtiovarainministeriössä 2010 laaditun 'Julkinen talous tienhaaras sa' -raportin mukaan ikäsidonnaisten julkisten menojen BKT-osuus kohoaa 2030-luvun puoliväliin mennessä 6 prosenttiyksiköllä, jos palvelutarpeen kasvu toteutuu arvioitun mukaisena. Samalla julkisen talouden verotulojen kasvunäkymät heikkenevät, kun työvoiman vähetessä talouskasvu on yksinomaan kansantalouden tuottavuuskasvun varassa.

Valtiovarainministeriön mukaan julkisen talouden kestävyysvaje on viisi prosenttia BKT:sta. Tästä seuraa, että tulopohjaa on vahvistettava ja menojen tasoa ja rakennetta on arvioitava kriittisesti tulevaisuuden tarpeet huomioiden. Työvoiman käyttöastetta on kohotettava ja tuotannon kasvuedellytyksiä parannettava.

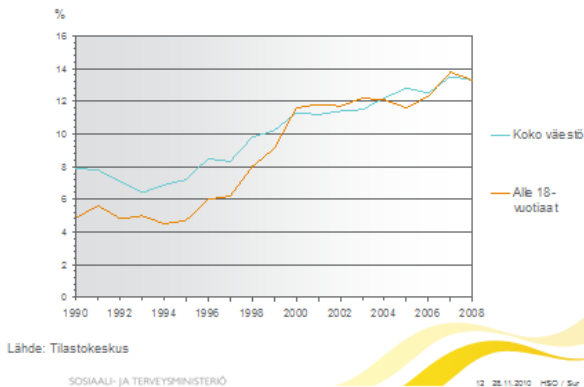
Sopeutustarve ja sopeutuksen mitoitus on viisi prosenttia bruttokansantuotteesta, mikä vastaa noin 10 miljardia euroa. Sopeuttamisen ajoitus on tärkeä ja päätösten riipeys ja etupainotteisuus korostuvat. Tuoreessa raportissa esitettiin, että vuoteen 2015 mennessä välittömästi tasapainoa parantavia toimia tarvitaan kolme prosenttia bruttokansantuotteesta ja päätöksien rakenteiden kautta vaikuttavista kaksi prosenttia bruttokansantuotteesta. Rakenteiden muutos sopeuttaa vajetta hitaammin.

Kuntien verotulojen kasvu oli vuosina 2005–2008 vielä lähes seitsemän prosenttia. Vastaavasti kasvun 2011–2015 tulisi olla noin kolme prosenttia. Kuntien verotulojen kasvu ei palaa aikaisempien vuosien kasvu-uralle. Kuntatalouden näkymät ovat olleet ennustettua paremmat, mutta jatkosta selviäminen edellyttää pysyvää menokuria, tuottavuuden nostoa ja kunta- ja palvelurakennemuutoksen rohkeampaa jatkamista.



Koko yhteiskunnassa hyvinvoinnin erot ja eriarvoisuus ovat lisääntyneet. Suomessa on tuloilla mitattuna 700 000 ihmistä köyhyysrajan alapuolella ja etenkin lapsiköyhyys on lisääntynyt. Viimesijaisen toimeentulotuen varassa pitkäaikaisesti elävien kotitalouksien määrä on pysynyt korkealla. Köyhyys ja syrjäytyminen eivät ole vain tulojen puutetta ja aineellista niukkuutta, vaan siihen kietoutuu monella tavalla usein työttömyys, erilaiset sosiaaliset ongelmat, elämänhallinnan vaikeudet sekä terveysongelmat. Syrjäytymistä luonnehtii myös ylisukupolvisuus. Erityisesti nuorten syrjäytyminen ja jääminen ilman perus- ja ammattillista koulutusta on suuri haaste suomalaiselle yhteiskunnalle. Tutkimusten mukaan monenlaista apua ja tukea tarvitsevilla ihmisillä on vaikeuksia saada tarvitsemaansa palvelua ja apua. Samoin palvelujärjestelmä pystyy riittämättömästi tukemaan monenlaista apua tarvitsevia ihmisiä räätälöidyn tukimuodoin ja palveluin.

Köyhyysaste, pienituloisiin kotitalouksiin kuuluvien osuus, %



Sosiaali- ja terveydenhuolto on työn oimasta kilpaileva sektori, eikä tämä kilpailevyky säily itsestään. Työelämää tulee pystyä kehittämään ja alueellisesti tulee pystyä aiempaa paremmin arvioimaan henkilöstön koulutuksen tarve. Toisaalta pitää pystyä ennakoimaan uusia koulutuksen tarpeita ja kouluttamaan työelämään sellaisia työntekijöitä, jotka pystyvät moniammatilliseen työskentelyyn ja kehittämään erityisesti ikääntyneen väestön uusia hoitotapoja.

Ongelmatilanteissa tuen tarvetta ei aina voi hahmottaa palvelutarpeena. Palvelujen kysyntä kohdistuu tunnettuihin peruspalveluihin, tavallisimmin lääkärin vastaanottoihin, joiden mahdollisuudet auttaa eivät aina ole riittävät. Lisäksi tukiratkaisuja haetaan sairaanhoidon keinoista ja tarjotaan lääkitystä tai hoitotoimenpiteitä ongelmiin, joita ne eivät ratkaise. Työterveyshuollossa näkyy voi-

makkaasti ikääntyvän työväestön osalta lisääntyvä t yöterveyspalvelujen käyttö vaikka oleellisempi tuki olisi työolosuhteiden kehittämisen. Lasten ja perheiden ongelmassa ratkaisua haetaan usein lapsen kehityksellisiin, erikoissairaanhoidon kuuluvien tutkimuksien ja tukitoimien, vaikka kyseessä olisi lähiympäristön tunnistama perheen sosiaalisen ja kasvatuksellisen tuen tarve. Medikaalisatio on sosiaali- ja terveydenhuollon merkittävä uhka.

Palvelujärjestelmä ja asiakkaan tarve eivät aina kohtaa niin että t yöntekijällä olisi keinoja vastata palvelutarpeeseen. Hälyttävänä voidaan pitää sitä, että usean palvelun kohdalla toivottiin enemmän tukea itse palvelun käyttöön. Ohjausosaamisen, asiakasta koskevan tiedon välittäminen sekä tieto asiakasta koskevan asian käsittelyssä nousevat keskeisiksi kehittämiskohteiksi, kuten myös työvoiman palvelukeskuksen asiakasfoorumissa.

Kansallisesti yhteisen vision puute kunta ja palvelurakenteen kehittämistä voi johtaa jopa sosiaali- ja terveydenhuollon rapautumiseen. Mikäli yhteistä näkemystä tulevaisuuden ratkaisusta ei pystytä löytämään ja ratkaisuja sen mukaan tekemään, johtaa se kilpailutilanteen kautta osatun oimintoihin, joissa menestyvimmit järjestelmän osat asiakkaineen pärjäävät ja eriyttävät järjestelmästä osia jopa kokonaan irralleen. Tällöin myös yhteisen kokonaisuuden palvelujärjestelmän ylläpitäminen voi tulla kyseenalaiseksi.

3 Reunaehdot uudistamiselle

3.1 Ihmis- ja perusoikeudet

Perustuslaissa ja kansainvälisissä sopimuksissa yksilöille turvatut perus- ja ihmisoikeudet asettavat keskeisiä reunaehtoja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen uudistamiselle. Kyse on jokaiselle kuuluvista, universaaleista, perustavanlaatuisista ja luovuttamattomista oikeuksista. Perusoikeuksista on säädetty perustuslain perusoikeuksia koskevassa 21 luvussa. Ihmisoikeudet puolestaan perustuvat Suomen sitoviin ja valtiosisäisesti voimaan saatuihin ihmisoikeussopimuksiin. Tärkeimpiä näistä ovat vapausoikeuspainotteiset Yhdistyneiden Kansakuntien (YK) kansainväliset oikeuksia ja poliittisia oikeuksia koskeva kansainvälinen yleissopimus (SopS 7-8/1976) ja Euroopan neuvoston ihmisoikeuksien ja perusvapauksien suojaamiseksi tehty yleissopimus eli Euroopan ihmisoikeussopimus (SopS 18-19/1990) sekä taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia painottavat YK:n taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskeva kansainvälinen yleissopimus (SopS 6/1976) ja Uudistettu Euroopan sosiaalinen peruskirja (SopS 78/2002).

Perustuslain perusoikeusluvulla on läheinen yhteys entä edellä esitettyihin Suomen velvoittaviin kansainvälisiin ihmisoikeussopimuksiin. Ihmisoikeudet ovat vaikkei kansalliseen lainsäädäntöömme, erityisesti perusoikeuksien luottuvuutta ja sitovuutta koskeviin perusratkaisuihin, yksittäisten perusoikeussäännösten muotoiluun ja ksitteisiin sekä perusoikeuksien aineellisen alan määrittämiseen.¹ Sisällöllisesti kysymys on pitkälti samoista oikeuksista, mutta perusoikeusjärjestelmä menee osin pidemmälle ja antaa yksilön oikeuksille eräissä suhteissa tehokkaamman suojan korostaen oikeuskulttuurimme erityispiirteitä.

Perusoikeusjärjestelmällä ja kansainvälisillä ihmisoikeussopimuksilla on kuitenkin sisällöllisestä ja osin suoraan säännöksien kirjoitetuista liitännöistä riippumatta tietty itsenäisyystoisiinsa nähden. Yksittäisen perusoikeussäännöksen ja vastaavan ihmisoikeussopimuksen määräyksen tulkinnat

¹ Jyränki 2000, s.279-280; Hallberg 1999, s.37; Viljanen 1996, s.788-791; HE 309/1993 vp.

eivät välttämättä ole samat huolimatta mahdollisista sanamuotojen yhtäläisyyksistä. Toisaalta perusoikeuksia ei ole mahdollista rajoittaa pidemmälle kuin Suomen ihmisoikeusvelvoitteet sallivat. Täten ihmisoikeussopimukset määrittävät lopulta myös kansainvälisesti perusoikeuksille tavoitellun tason.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen kannalta tietyt perusoikeudet asettavat muita oikeuksia keskeisempään asemaan.

Perustuslain 6 § sisältää vaatimuksen *oikeudellisesta yhdenvertaisuudesta*. Säännöksen mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. Yhdenvertaisuusperiaatteeseen sisältyy mielivallan kieltö ja vaatimus samankaltaisesta kohtelusta samankaltaisissa tapauksissa. Tosiasiallisen yhdenvertaisuuden toteutuminen saattaa kuitenkin edellyttää poikkeamista muodollisesta yhdenvertaisuudesta hyväksyttävän tarkoituksiperäisen ja suhteellisuusperiaatteen rajoissa. Sosiaali- ja terveyspalveluiden osalta asiakkaiden ja potilaiden yhdenvertaisuus tulee arvioitaviksi niissä riittävien palveluiden turvaamisen, palvelujen alueellisten erojen kuin palvelujen hinnoittelunkin kannalta.

Perustuslain 7 § turvaa jokaisen oikeuden elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Säännös turvaa kyseisiä oikeushyviä julkisen vallan itse toimien ja toimien panemilta loukkauksilta, mutta edellyttää myös valtiolta sädössuojaa oikeuksien turvaamiseksi ulkopuolisia loukkauksia vastaan. Oikeus elämään on perusoikeuksista tärkein. Se on kaikkien muiden oikeuksien nauttimisen edellytys. Sosiaali- ja terveydenhuolto on kehittämisen kannalta tarkasteltuna huomattava, että yksilön oikeus elämään kattaa myös esimerkiksi velvollisuuden lapsikuolleisuuden vähentämiseen, tartuntatautien vastustamiseen ja eliniänodotteen pidentämiseen.

Yksityiselämän suoja, josta säädetään perustuslain 10 §:ssä, turvaa jokaisen yksityiselämän, kunnian ja kotirauhan sekä luottamuksellisen viestin salaisuuden. Yksityiselämän suojan lähtökohdalla on *yksilön oikeus elää omaa elämäänsä ilman viranomaisten tai muiden ulkopuolisten tahojen mielivaltaista tai aiheutonta puuttumista* hänen yksityiselämänsä. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen kannalta esimerkiksi palvelurakenteet vaikuttavat yksityiselämän suojan toteutumiseen. Tämä asettaa vaatimuksia palveluiden sisällöllisille ratkaisuille, mutta myös mm. toimitiloille asetettaville edellytyksille ja valvonnalle.

Perustuslain 14 §:ssä säädetään vaali- ja osallistumisoikeuksista. Oikeuden piiriin kuuluu myös julkisen vallan velvollisuus edistää yksilön mahdollisuuksia osallistua yhteiskunnalliseen toimintaan ja vaikuttaa häntä itseään koskevaan päätöksentekoon.

Perustuslain 15 § suojaa jokaisen omaisuutta. Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusta ratkaistaessa ja asiakkaiden/kotitalouksien mahdollisuuksia tarkasteltaessa on otettava huomioon, etteivät palveluista perittävät maksut siirtää palveluja niitä tarvitsevien tavoittamattomiin (PeVL 39/1996 vp - HE 208/1996 vp ja PeVL 8/1999 vp - HE 77/1999 vp).

Perustuslain 17 §:ssä säädetään oikeudesta omaan kieleen ja kulttuuriin. Julkisen vallan on huolehdittava omien suomen- ja ruotsinkielisten väestön sivistyksellisistä ja yhteiskunnallisista tarpeista samankaltaisten perusteiden mukaan. Säännöksen mukaan jokaisella on oikeus käyttää viranomaisessa asiassaan suomea tai ruotsia (omaa kieltään). Sosiaali- ja terveydenhuoltoa järjestettäessä tulee huomioida ruotsinkielisten maantieteellinen leviyttyneisyys ja sen asettamat erityisvaatimukset sille, että suomen- ja ruotsinkielisten kielelliset oikeudet toteutuvat yhdenvertaisesti koko maassa. Perustuslain 17 § sisältää lisäksi valtuutukset säätää lailla saamelaiden oikeudesta käyttää saamen kieltä viranomaisessa (saamen kielilaki, 1086/2003) sekä viittomakieltä käyttävien sekä vammaisuuden vuoksi tulkitsemis- ja käännösapua tarvitsevien oikeuksien

laintasoisesta turvaamisesta (laki vammaisten henkilöiden tulkkauspalvelusta, 133/2010).

Oikeus työhön ja elinkeinonvapaus on turvattu perustuslain 18 §:ssä. Säännöksen mukaan jokaisella on oikeus lain mukaan hankkia toimintatulojaan valitsemallaan työllä, ammatilla tai elinkeinolla. Julkisen vallan on huolehdittava työvoiman suojelusta. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen kannalta säännös liittyy ennen kaikkea oikeuteen tuottaa sosiaali- ja terveyspalveluja ja niiden tuottamiselle asetettaviin edellytyksiin mutta myös osaavan ja riittävän henkilöstön saannin varmistamiseen mm. työhyvinvointiin liittyvillä ratkaisuilla.

Perustuslain 19 §:ssä säädetään oikeudesta sosiaaliturvaan. Säännös takaa jokaiselle oikeuden välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon ihmisarvoisen elämän edellyttämän turvan saavuttamiseksi. Lisäksi säännös velvoittaa julkista valtaa turvaamaan jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistämään väestön terveyttä. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä säännös asettaa keskeiseen asemaan ratkaistaessa kysymystä, kuinka riittävät, mutta myös välttämättömät, sosiaali- ja terveyspalvelut pystytään toteuttamaan koko maassa.

Perustuslain 22 § kohdistaa julkiselle vallalle yleisen velvollisuuden turvata perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien toteutuminen. Myös perustuslain 14 ja 17–19 §:t asettavat velvoitteita julkiselle valalle. Julkisen vallan käsitettä ei ole määritelty laissa tai sen esitöissä (HE 309/1993 vp). Perustuslakivaliokunnan mukaan julkisen vallan käsitteen täsmällinen sisältö vaihtelee perusoikeuksittain. Yleensä keskeisimmät velvoitetut ovat valtio sekä kunnat ja kuntayhtymät virkamiehineen ja päätöksentekojärjestelmineen. Perusoikeuksia koskevat säännökset voivat ulottaa vaikutuksensa välillisen julkishallinnon yksiköihin vain sikäli, kun niille on asianmukaisessa järjestyksessä annettu tällaisiin oikeuksiin liittyviä tehtäviä. (PeVM 25/1994 vp, s.3)

Perustuslain 22 § ei sellaisenaan kuitenkaan osoita sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä millekään valtion ulkopuoliselle taholle. Nykytilan teossa, jossa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vastaa kunnallishallinto, tehtävät on osoitettu kunnille sosiaali- ja terveydenhuollon erityislainsäädännöllä, ja kunnat vastaavat tehtävistä vain lainsäädännön osoittamissa rajoissa. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen voidaan lainsäädännöllä osoittaa myös muulle viranomais taholle kuin valtion keskushallinnolle tai kunnallishallinnolle, esimerkiksi julkisoikeudelliselle laitokselle.

3.2 Hallintotehtävien hoitaminen viranomaistoimintana

Perustuslain 124 §:n mukaan julkisen hallintotehtävä voidaan antaa muulle kuin viranomaiselle vain lailla tai lain nojalla, jos se on tarpeen tehtävän tarkoituksen mukaiseksi hoitamiseksi eikä vaaranna perusoikeuksia, oikeusturvaa tai muita hyvän hallinnon vaatimuksia. Merkittävää julkisen vallan käyttöä sisältäviä tehtäviä voidaan kuitenkin antaa vain viranomaiselle.

Käytännössä säännös sitoo sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen julkisen viranomaisen tehtäväksi, sillä toimintaan liittyy paitsi palvelutarpeiden arviointia, palvelujen tuottamistavan valintaa ja muuta julkisten voimavarojen kohdentamista sekä mm. hallintopäätösten tekemistä ja palveluntuottajien valvontaa voidaan pitää merkittävänä julkisen vallan käyttönä, jota ei voida edes lailla antaa yksityisen tehtäväksi. Säännös sitoo myös osan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tuotannosta julkisen vallan tehtäväksi. Niiltä osin, kuin toiminnassa käytetään yksilöön kohdistuvaa hallinnollista pakkoa tai päätetään muutoin toisen edusta, oikeudesta tai velvollisuudesta, tehtävää tulee hoitaa virkasuhteessa. Muilta osin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja voivat tuottaa myös yksityiset toimijat. Oikeustila on kuitenkin tällä hetkellä jäsentymätön, ja lailla yksityiselle säädet-

tävät oikeudet hallinnollisen palvelon käyttämiseen erityisesti terveydenhuollossa tulevat todennäköisesti lisääntymään lähivuosina.

3.3 Kunnallinen itsehallinto

Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän kehittämisen eräänä reunaehtona voidaan pitää perustuslain 121 §:n takaamaa kunnan asukkaiden itsehallintoa. Itsehallinnon perustuslaillinen asema turvaa erityisesti kuntien asemaa ja tehtäväkenttää suhteessa valtioon. Kunnille voidaan antaa tehtäviä vain lailla, ja kuntien hallinnosta tulisi säätää vain yleisiltä perusteiltaan. Vaikka sosiaali- ja terveydenhuolto onkin osoitettu kuntien tehtäväksi erityislainsäädännöllä, vakiintuneen tulkinnan mukaan kunta hoitaa myös erityistoimialaan kuuluvia tehtäviä itsehallintonsa nojalla. Mikäli sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen annetaan lailla kunnallishallinnon tehtäväksi, tulee säätämässä ottaa huomioon kunnallisen itsehallinnon perustuslaillinen asema. Perustuslakivaliokunnan vakiintuneen kannan mukaan tavallisella lailla ei voida puuttua itsehallinnon keskeisiin ominaispiirteisiin tavalla, joka asiallisesti ottaen tekisi itsehallinnon merkityksettömäksi.

Kunnallisen itsehallinnon keskeisiä ominaispiirteitä ovat paikalliseen demokratiaan perustuva päätöksenteko, jolla tarkoitetaan kuntalaisten oikeutta itse valitsemisensa toimieliimiin, kunnan verotusoikeus ja siihen liittyvä vastuu tehtävien rahoituksesta sekä vastuu siitä, että lailla säädettyjä palveluja on kunnan asukkaiden saatavilla. Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän näkökulmasta keskeisenä reunaehtona voi pitää myös sitä, että perustuslain mukaan kunnille voidaan säätää tehtäviä ainoastaan lailla. Tämä rajoittaa asetusten ja muiden lakia alemmanasteisten ohjausvälineiden käyttöä valtion ja kuntien välisessä suhteessa. Lakisääteisten tehtävien rahoitukseen liittyvän kustannusvastaavuus- ja rahoitusperiaatteen mukaisesti lainsäätäjän on turvattava kuntien tosiasialliset mahdollisuudet selvittää lailla osoitettujen tehtävien hoitamisesta. Myös valtion ja kuntien kustenustensaosta on säädettävä lailla.

Perustuslain 121 §:n mukaan kuntien hallinnon yleisistä perusteista on säädettävä lailla. Tämä rajaa lainsäätäjän toimintamahdollisuuksia siten, että lailla tulisi säätää ainoastaan hallinnon yleisistä perusteista yksityiskohtaisen sääntelyn jäädessä kullekin kunnalle itselleen. Pääsääntöisesti hallinnon yleisiä perusteita koskevat sääntelytulokset tulisi olla kuntalaissa ja vain poikkeustapauksissa erityislainsäädännössä. Kuntalaki on kunnallishallinnon peruslaki, jossa säädetään kuntien hallinnosta, taloudesta ja johtamisesta. Myös kuntien yhteistoimintamuodoista tulisi lähtökohtaisesti säätää vain kuntalaissa.

Kunnallisen itsehallinnon perustuslaillinen asema ei suo jaa nykyistä kuntajakoa eikä sellaisenaan estä säätämästä lailla kuntien välillä pakollista yhteistoimintaa tai kuntaliitoksia kuntien vastustuksesta huolimatta. Pakollisen yhteistoiminnan suhdetta itsehallintoon arvioidessaan perustuslakivaliokunta on kiinnittänyt huomiota esimerkiksi yhteistoimintatehtävien ylikunnalliseen luonteeseen, hallinnon tarkoituksenmukaiseen järjestämiseen tehtäviä hoitettaessa sekä siihen, ettei noudatettava päätöksentekojärjestelmä anna yksittäiselle kunnalle yksipuolisen määräämisvallan mahdollistavaa asemaa. Merkitystä on annettu myös sille, onko järjestely supistanut oleellisesti yhteistoimintaan velvollisten kuntien yleistä toimialaa. Perustuslakivaliokunta on pitänyt ongelmallisena kuntien yhteistoimintaelimen tehtävien lisäämistä siinä määrin ja sillä tavalla, että se vaikuttaisi oleellisesti jäsenkuntien hallintoon ja vaarantaisi kunnallisen itsehallinnon periaatteisiin sisältyvän periaatteen kunnan päätösvallan kuulumisesta kuntalaisten valitsemille toimielimille.

Koska kunnan hallinnosta ja taloudesta päättämiseen kuuluu kunnalle itselleen, pakollisessakin yhteistoiminnassa on yleensä lähdetty siitä, että kunnille on jätetty valinnanmahdollisuus yhteis-

minnan käytännön toteuttamisessa. Valtion mahdollinen puuttuminen on ollut tois sijainen keino, ja käytettävissä ainoastaan siinä tapauksessa, että kunnat eivät ole päässeet yksimielisyyteen yhteistoiminnan järjestämisestä käytännössä. Näissäkin tilanteissa yhteistoiminnan pakollinen m uoto on säädetty voimaassa olevaksi vain siihen asti kunnes kunnat pääsevät yhteistoimintamuodosta sopimukseen.

3.4 Väestö- ja ikärakenne sekä aluekehitys

Suomen erityispiirre on, että vanhusväestön osuuden jyrkin kasvu tapahtuu meillä nopeasti. Jo kahden seuraavan vuosikymmenen aikana vanhushuoltosuhte eli yli 65-vuotiaiden määrä verrattuna työikäiseen väestöön, kohoaa meillä nykyisestä noin 25 prosentista liki 43 prosenttiin. Useimmissa muissa teollisuusmaissa vanhushuoltosuhte kohoaa vastaavalle tasolle vasta vuosisadan puolivälissä.

Väestön ikääntyminen ja sen myötä palvelutarpeiden muutokset ovat suuri haaste julkisen talouden rahoituksen kestävyydelle. Ikäsidonnaisten julkisten menojen BKT-osuuden arvioidaan kohoavan meillä vuoden 2007 tasosta noin 6 prosenttiyksiköllä 2030-luvun puoliväliin mennessä, kun vastaava nousu vanhoissa EU:n jäsenmaissa keskimäärin jää noin puoleen tästä. Suurten ikäluokkien eläkkeelle siirtymisen myötä eläkemenojen kasvu on jo alkanut nopeutua. Myöhemmin, erityisesti 2020-luvulla ja siitä eteenpäin, kiihtyy vuorostaan pääosin kuntien vastuulla olevien vanhusväestön hoito- ja hoivamenojen kasvu. Se on jyrkimmillään siinä vaiheessa, kun korkeaan ikään tulleet suuret ikäluokat alkavat tarvita pitkäaikaishoitoa.

Väestörakenteen muutokset, lasten ja työikäisten määrän väheneminen sekä ikääntyneiden määrän kasvu vaikuttavat paitsi peruspalvelujen tarpeeseen myös kuntien ja alueiden elinvoimaisuuteen, taloudellisiin edellytyksiin ja tulopohjien kehitykseen sekä näiden kautta myös peruspalvelujen rahoitusmahdollisuuksiin. Tämä väestörakenteiden välinen vaikutus peruspalvelujen rahoitusmahdollisuuksiin voi olla useissa kunnissa ja monilla alueilla erityisen voimakas.

Syntyneiden määrä on noussut viime vuosina, ja Tilastokeskuksen väestöennusteessa hedelmällisyysasteen oletetaan pysyvän viime vuosien tasolla. Näin ollen pienimpiin lapsiin kohdistuvien palvelujen tarpeen arvioidaan kasvavan 2010-luvulla. Erot nuorten ikäluokkien suuruuksissa näkyvät heilahteluina koulutuspalvelujen tarpeen kehityksessä. Esimerkiksi peruskoululaisten määrän odotetaan hiukan nousevan, kun taas lukioikäisten määrä pienenee huomattavasti 2010-luvulla. Keskimäärin lasten ja nuorten palvelujen tarve pysyy nykytasolla seuraavan 20 vuoden aikana.

Terveyspalveluissa ja vanhusten tarvitsemissa palveluissa palvelutarve kasvaa nopeasti alkaneella ja seuraavalla vuosikymmenellä. Väestön ikääntyessä ja väestön määrän kasvaessa terveyspalvelujen tarve nousee lähivuosina noin puolen toista prosentin vuosivauhtia, jos terveyspalvelujen ikäryhmittäinen käyttö pysyy nykytasolla. Väestökehitykseen perustuvan arvion mukaan kuntasektorin menot kasvavat nopeimmin vanhusten pitkäaikaishoidon palveluissa sekä 2010- että 2020-luvuilla.

Ikääntyminen vaikeuttaa myös työvoiman saatavuutta. Nämä haasteet ovat Suomessa edessä jo lähivuosina. Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan työikäisen väestön määrä kääntyy laskuun vuonna 2010 ja supistuu liki 150 000 henkilöllä vuoteen 2020 mennessä. Työvoimaresurssien niukkeneminen vaikeuttaa myös kuntasektorin työvoiman saantia. Muutto liike kärjistää paikoin jo nykyisellään hankalan tilanteen joillakin alueilla vielä huomattavasti keskimääräistä vaikeammaksi. Kuntatalouden tulevien vuosien suurena työmarkkinahaasteena on sovittaa yhteen palvelutarpeen kasvu, mittava eläkepoistuma ja kiristyvä kilpailu työvoimasta. Tilastokeskuksen väestöennusteen

mukaan työikäisen väestön määrä kääntyy laskuun vuonna 2010 ja supistuu liki 150 000 henkilöllä vuoteen 2020 mennessä. Samalla kuitenkin väestörakenteen muutoksen pohjalta laskettu palvelutarpeen nousu merkitsisi jo vuoteen 2020 mennessä runsaan 40 000 ja vuoteen 2030 jo lähes 100 000 työntekijän nettolisätarvetta kuntapalveluissa. Kunnissa on jo käynnistynyt historiallisen mittava eläkkeelle siirtyminen, kun suuret ikäluokat ovat saavuttamassa vanhuuseläkeikänsä. Kuntien eläkevakuutuksen ennusteen mukaan seuraavan kymmenen vuoden aikana eläkkeelle siirtyy 166 000 kuntatyöntekijää eli kolmasosa kaikista kunta-alan työntekijöistä. Huippuvuosi on 2015, jolloin yli 17 000 kuntatyöntekijää siirtyy eläkkeelle. Vuonna 2030 on nykyisistä kuntatyöntekijöistä eläkkeellä yli 60 % eli noin 322 000. Koska työmarkkinoille tulevien uusien ikäluokkien koko supistuu merkittävästi, sosiaali- ja terveystalouden tuotannossa tulee sopeutua rajoitettuihin mahdollisuuksiin lisätä työvoiman määrää.

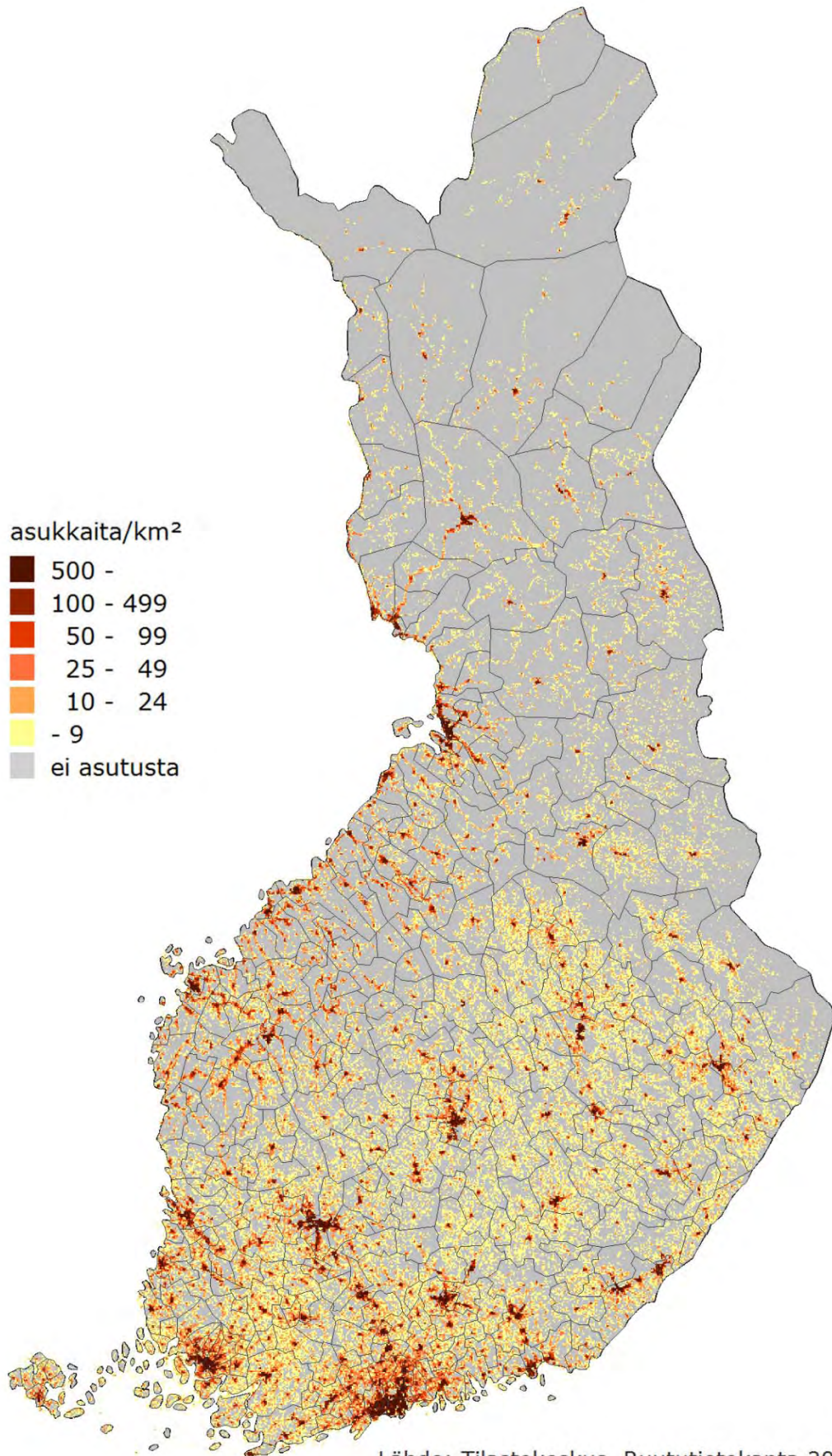
Työ- ja elinkeinoministeriön Suomen aluekehittämiss strategia 2020-julkaisussa on arvioitu alueiden välisiä eroja. Taloudellinen tilanne, väestön ikääntyminen, työvoiman tarjonta ja palvelutarpeiden muutos vaihtelevat maakunnittain merkittävästi. Kuntien tai seutukuntien väliset erot ovat vielä voimakkaampia. Demografinen huoltosuhde (huollettavien suhde työvoimaan) heikkenee koko maassa. Huonoimmassa asemassa ovat Tilastokeskuksen ennusteen mukaan Pohjois- ja Itä-Suomi, joissa keskimääräinen huoltosuhde ylittää 2030-luvulla kahdeksankymmentä. Vanhusväestön osuus tulee olemaan vuonna 2020 korkein Pohjois-Karjalassa ja Kaakkois-Suomessa. Ikääntyminen koskettaa myös kaupunkeja, joissa muutos tapahtuu nopeasti ja eläkeikäisen väestön määrän arvioidaan kolminkertaistuvan vuoteen 2040 mennessä. Nuorten ikäluokkien osuus on alhainen erityisesti monilla Lapin, Pohjois-Karjalassa, Pohjois-Savon ja Etelä-Savon alueilla suurimpien kaupunkiseutujen lukuun ottamatta. Lasten ja työikäisten määrän väheneminen on etenkin harvaan asutun maaseudun ja saaristoalueiden suuri ongelma.

3.5 Voimavarojen rajallisuus

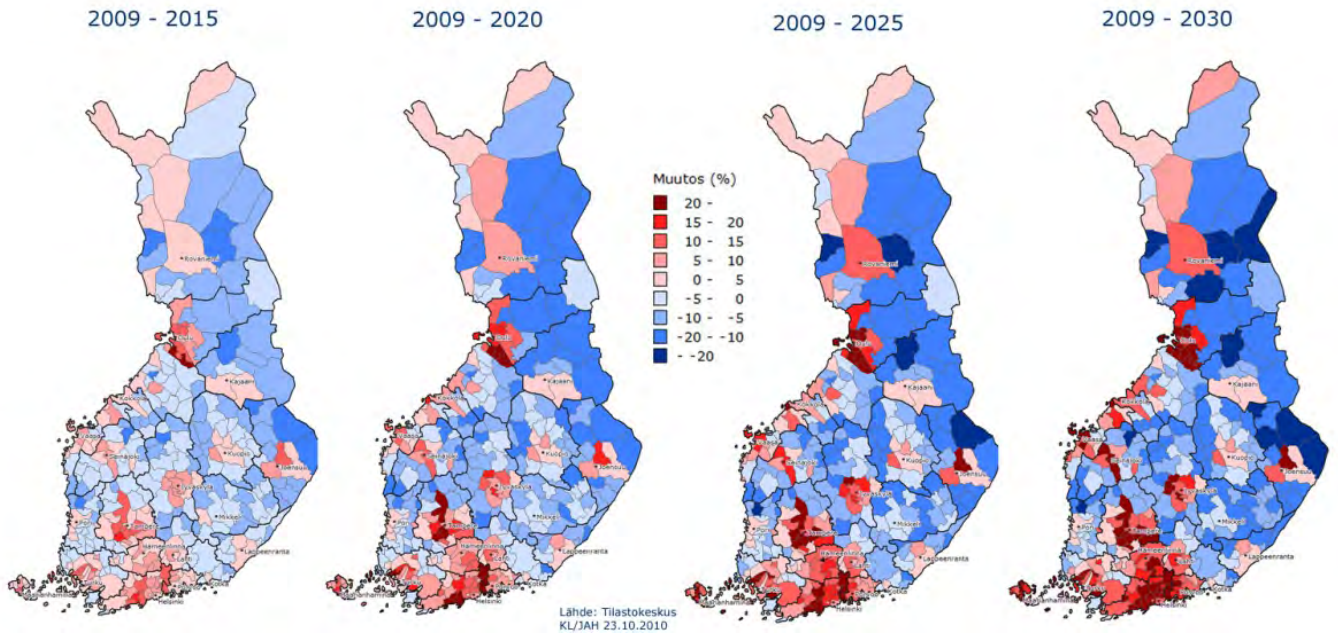
Henkilöstövoimavaroista huolehtimiseen ja niiden kehittämiseen on kiinnitettävä vakavaa huomiota erityisesti nyt, kun kasvaviin palvelutarpeisiin vastataan vähenevällä työvoimalla. Sosiaalipalveluiden saatavuuteen ja tuoksellisuuteen vaikuttaa oleellisesti osaava henkilöstö, joka on sosiaali- ja terveydenhuollon strateginen voimavara ja toiminnan keskeinen menestystekijä.

Vanhusikäisten määrä ja väestöosuus kasvavat tulevina vuosikymmeninä. Tilastokeskuksen 2009 julkaisemassa väestöennusteessa yli 85-vuotiaiden määrä yli kolminkertaistuu seuraavan 30 vuoden aikana. Tämä johtuu suurten ikäluokkien ikääntymisestä sekä keskimääräisen eliniän pitenemisestä. Koska vanhusten hoito- ja hoivapalvelujen tarve kohdistuu kaikista vanhimpiin ikäluokkiin, voidaan tulevaa palvelujen kokonaistarvetta arvioida yhdistämällä nykyhetken tiedot palvelujen ikäkohtaisesta käytöstä ikäryhmittäiseen väestöennusteeseen. Lisäksi lasten päivähoiton palvelutarve riippuu väestökehityksestä. Väestöennusteessa syntyvien lasten määrän odotetaan pysyvän likimain nykytasolla vuoteen 2040 saakka. Palvelumäärien pohjalta voidaan arvioida tarvittavan henkilökunnan määrää.

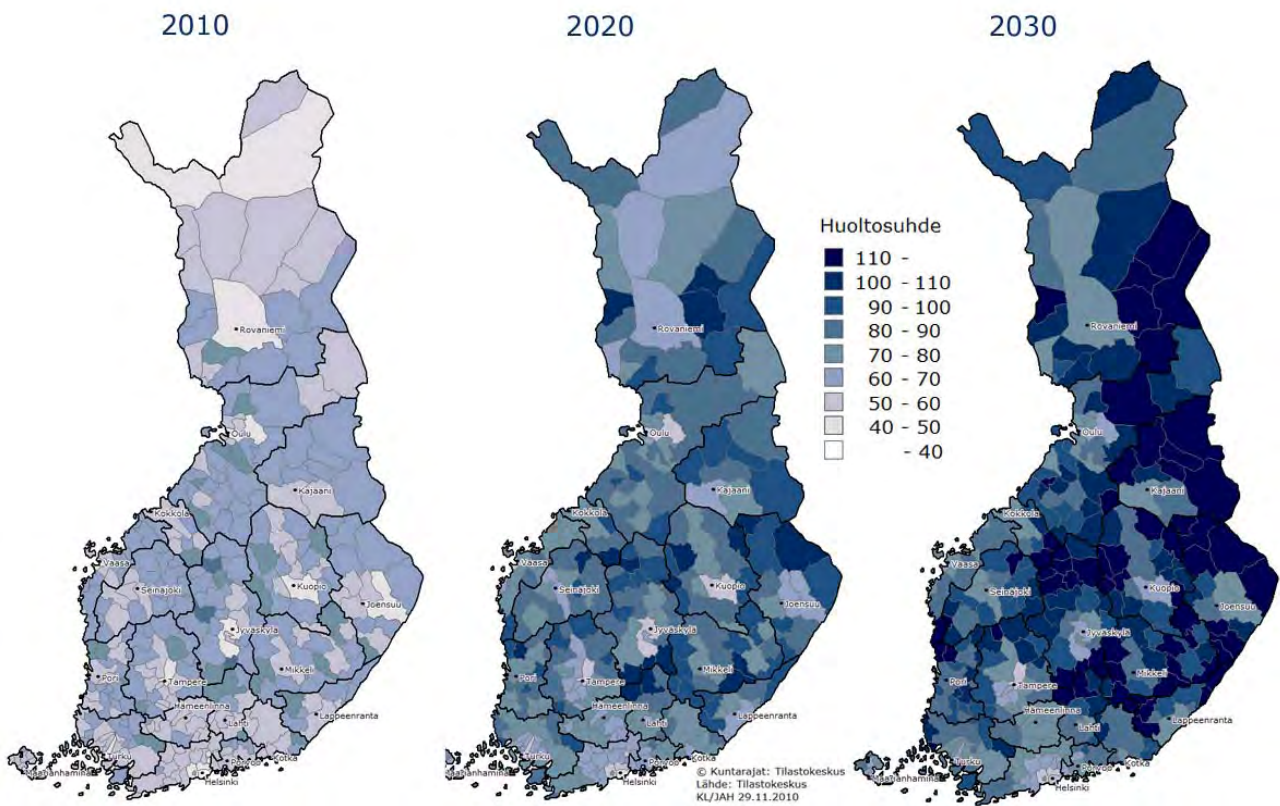
Kuntien sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannukset olivat yhteensä 17,8 miljardia euroa vuonna 2008. Kun siitä vähennetään asiakasmaksut, olivat sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset 15,6 miljardia euroa. Kustannukset vaihtelevat paljon kunnittain, sillä nettokustannukset olivat korkeimmillaan noin 4 000 euroa ja pienimmillään noin 2 000 euroa asukasta kohti.



Lähde: Tilastokeskus, Ruututietokanta 2009
KL/JAH 16.8.2010



Väestönmuutostarkasteluja kunnittain 2009 – 2030. Lähde: Tilastokeskus.



Huoltosuhte 2010, 2020 ja 2030. Lähde: Tilastokeskus.

Vuonna 2009 koko maan keskimääräinen huoltosuhde oli 50,6 ja Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan vuonna 2020 se on 65,4 ja vuonna 2030 jo peräti 73,0.

Huomionarvoista on, ettei huoltosuhde parane yhdessäkään kunnassa ja vuonna 2020 Suomessa lasketaan olevan jo 20 kuntaa, joissa huoltosuhde ylittää yli 100:n.

3.6 Globaali toimintaympäristö ja Euroopan unioni

Viime vuosikymmenten suuri muutos on ollut kansallisen hyvinvointipolitiikan kytkeytyminen yhä enemmän eurooppalaiseen ja globaaliin kehukseen. Euroopan unionin sääntely ohjaa nykyisin eräiltä osin myös kotimaista sääntelyä. Lisäksi osa Euroopan unionin normeista on kansallisella tasolla suoraan sovellettavia. Tämä asettaa reunaehdoita myös sosiaali- ja terveydenhuollon normiohjaukselle.

Sosiaali- ja terveyspalveluiden kentälle on tullut runsaasti uudenlaisia toimijoita, joiden toiminnan ehtoja säätelevät yhä enemmän EU:n sisämarkkinasäädökset. Julkisen, yksityisen ja järjestöpohjaisen toiminnan työnjaolla ja yhteistyöllä on pohjissaan vahva perinne, mutta EU:n sääntösten ja niiden kansallisen tulkinnan myötä kansallinen liikumatila on tässä suhteessa kaventunut ja muuttunut epäselväksi. Erityisesti järjestöjen toiminta on joutunut haasteille ja se voi vaarantaa joidenkin järjestöjen osaamisen varassa olevien erityispalvelujen saatavuuden.

Globaali ja eurooppalainen kehys ovat merkinneet myös talous- ja kilpailukykytavoitteiden aseman korostumista yhteiskuntapolitiikassa. Samalla sosiaali- ja terveyserot ovat lisääntyneet, ja ne uhkaavat jo osaltaan sosiaalista koheesiota ja yhteisöjen hyvinvointia. Myös demografiset tekijät ovat muuttuneet. Ikääntymisen haasteet heijastuvat kaikille sektoreille ja yhteiskunnan eri toimintoihin, mikä aiheuttaa uusia haasteita yli sektoreiden ulottuvalle yhteistyölle. Lisäksi kansalaisten ja asiakkaiden asemassa on tapahtunut muutoksia ja asiakkaiden vaatimukset ovat muuttuneet.

3.7 Monikulttuurisuus

Monikulttuurisuus on lisääntynyt Suomessa 2000-luvulla nopeammin kuin koskaan ennen. Maassa on lukuisia määriä eri kieli- ja kulttuurivähemmistöjä.

Suomen väestöstä noin 5,5 prosenttia eli noin 280 000 henkilöä puhuu äidinkielenään ruotsia. Suurin osa suomenuotsalaisista asuu Uudenmaan, Turunmaan ja Pohjanmaan rannikkoseuduilla. Hieman yli 12 000 (neljä prosenttia) heistä asuu muualla Suomessa täysin suomenkielisissä kunnissa. Ahvenanmaan maakunnassa asukkaita on 26 000. Saamelaisia on Suomessa tällä hetkellä noin 8 000. Heistä vajaa puolet asuu saamelaisten kotiseutualueella Ylä-Lapissa. Saamelaisten kotiseutualue muodostuu Enontekiön, Inarin ja Utsjoen kuntien alueista sekä Sodankylän kunnassa sijaitsevasta Lapin paliskunnan alueesta. Romaneja Suomessa on 10 000–12 000.

Ihmisten liikkuvuus on viime vuosikymmeninä lisääntynyt ja näin myös muuttojen määrä maasta toiseen kasvanut. Suomeen muutetaan lähialueilta, EU- ja ETA-maista sekä niiden ulkopuolelta erityisesti kehittyvien talouksien maista. Lähes 20 000 ulkomaaalaista henkilöä muuttaa vuosittain Suomeen. Maassa vakinaisesti asuvien ulkomaalaisten määrä on kasvanut viimeisen kymmenen vuoden aikana lähes 80 prosentilla, ollen vuoden 2009 lopussa noin 155 000 henkeä. Suurimmat ryhmät muodostavat tällä hetkellä venäläiset (27 000), virolaiset (23 000), ruotsalaiset (8 500) ja

somalialaiset (5 000). Venäjää äidinkielenään puhuu kuitenkin Suomessa noin 55 000 täällä vakinaisesti asuvaa henkilöä ja esimerkiksi somaliaa noin 12 000. Monet ovat siis jo saaneet Suomen kansalaisuuden.

Yleisimmät maahanmuuton perusteet Suomeen ovat työnteko, perheside ja opiskelu. Vuonna 2008 poliisi rekisteröi noin 10 000 EU-kansalaisten oleskeluoikeutta. Lisäksi EU-kansalaisia on maassa myös lyhytaikaisissa työsuhteissa (EU-kansalaisten oleskeluoikeuden rekisteröityminen tarvitaan, jos oleskelu Suomessa jatkuu yli 3 kuukautta). Myös EU:n ulkopuolelta tulevien oleskelulupahakemusten määrä on lisääntynyt viimeisten kolmen vuoden aikana nopeasti. Vuonna 2006 Maahanmuuttoviraston käsiteltäväksi tuli yhteensä 16 100 oleskelulupahakemusta. Vuonna 2008 vastaava luku oli jo 23 000, samoin kuin vuonna 2009. Eniten oleskelulupahakemuksia jättivät Venäjän federaation kansalaiset, kiinalaiset, somalialaiset ja intialaiset.

Turvapaikanhakijoiden vuosittainen määrä on ollut vuoteen 2008 asti melko vähäistä. Vuoden 2008 syksystä alkaen turvapaikanhakijoiden määrä on kuitenkin kasvanut nopeasti. Suurimmat ryhmät muodostavat somalialaiset ja irakilaiset, mutta myös Afganistanista ja Venäjältä on runsaasti hakijoita. Erityinen piirre on ollut bulgarialaisten hakijoiden suuri määrä. Yksintulleiden alaikäisten turvapaikanhakijoiden määrä on myös ollut poikkeuksellisen suuri. Turvapaikanhakijoista noin 30–40 prosenttia saamaton oleskeluluvan. Tämä tarkoittaa sitä, että vuoden 2008 hakijosta arviolta noin 1 400 ja vuoden 2009 hakijoista noin 2 000 tulee saamaan myönteisen oleskeluluvan. Lupaan liittyy käytännössä aina myös perheen yhdistämisoikeus. Seuraavien viiden vuoden aikana perheen yhdistämisen perusteella vireille tulevien hakemusten määrä tulee vähintään kaksinkertaistumaan nykyisestä 7 500 hakemuksesta.

On ennustettu, että oleskelulupahakemusten määrä tulee viiden seuraavan vuoden aikana kasvamaan voimakkaasti johtuen mm. talouden elpymisestä, mikä lisää ulkomailta tulevien työn tekijöiden määrää, mutta myös turvapaikanhakijoiden määrästä.

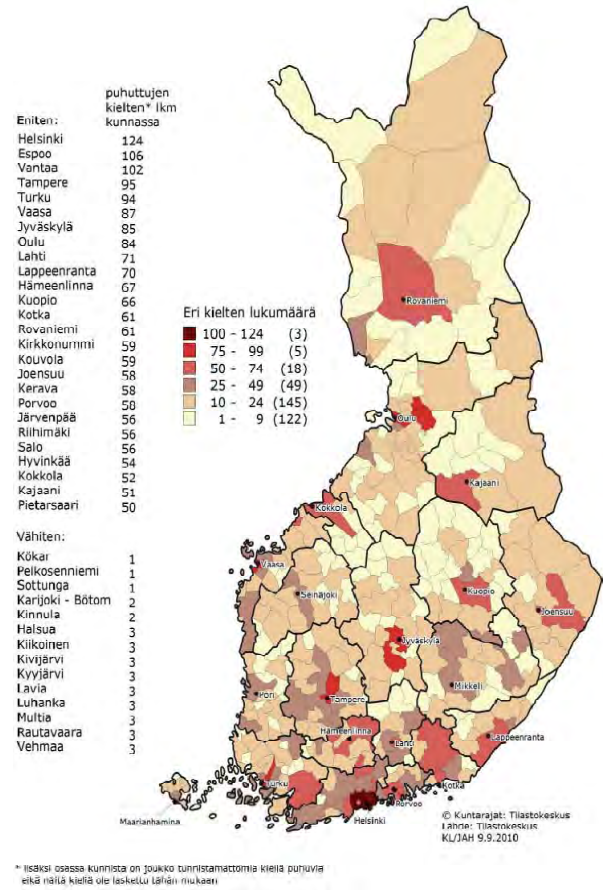
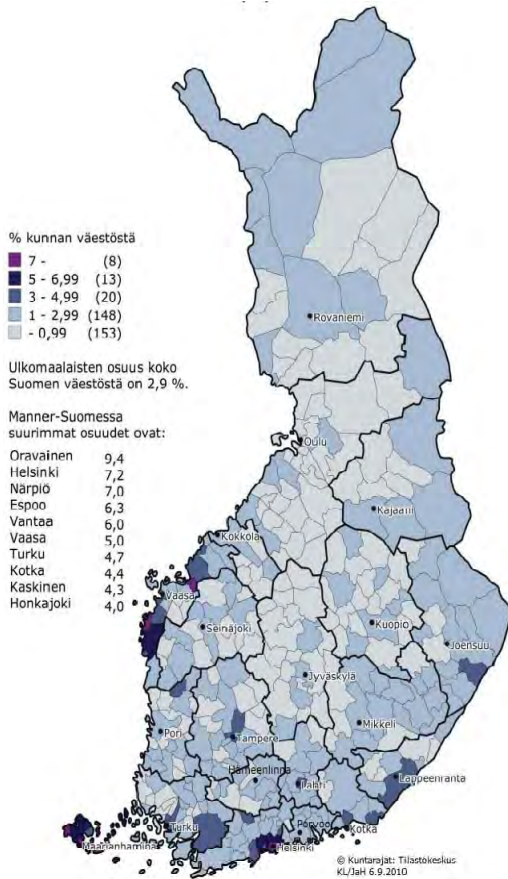
Suomi on siinä mennyt 2000-luvulla harppauksen eteenpäin kohti monikulttuurista yhteiskuntaa, erityisesti pääkaupunkiseudulla ja suurissa kaupungeissa. Sosiaali- ja terveyspalvelujen sekä sosiaaliturvan piiriin siirtyminen on mahdollista maahanmuuttajan saatua oleskeluluvan Suomessa vähintään vuoden ajalle. Palvelujen saannin ja sosiaaliturvan osalta on olemassa myös tästä poikkeavia säädöksiä sen mukaan, tuleeko muuttaja toisesta EU-jäsenmaasta.

Maahanmuuttajilla tulee olla mahdollisuus hakeutua sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin. Maahanmuuttajat ovat erityisesti Suomeen muuttonsa alkuvaiheessa monipuolista tukea tarvitseva asiakasryhmä. Tämä johtuu mm. pakolaisina tulevista erityispalvelujen tarpeesta olevista henkilöistä. Maahanmuuttajuus sinänsä, maahanmuuttajien moninaiset taustat sekä erityisesti kieleen ja kulttuuriin liittyvät tekijät asettavat haasteita sosiaali- ja terveyspalvelujen toteuttamiselle. Suomen lainsäädännön mukaan täällä asuvilla on oikeus yhdenvertaiseen kohteluun (mm. iästä, etnisestä tai kansallisesta alkuperästä, uskonnosta tai kielestä riippumatta).

Monikulttuurisuus ja maahanmuutto ovat samalla kuitenkin myös mahdollisuus sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiselle. Väestön ikääntyessä ja henkilöstötarpeiden kasvaessa maahanmuuttajat ovat osa käytettävissä olevia työvoimaresurssejamme. Suomen työmarkkinoilla arvioidaan olevan nykyään yhteensä noin 130 000 ulkomaalaistaustaista työntekijää, joka on yli 5 prosenttia kaikista työllisistä. Sosiaali- ja terveyspalveluiden ammateissa ulkomaalaistaustaisten osuus on kasvanut 2000-luvulla. Syntyperältään ulkomaalaisten määrä kaksinkertaistui vuodesta 2000 vuoteen 2007. Vuoden 2008 alussa heitä oli hieman alle 10 000. Osuus on vain noin kolme prosenttia alan koko työvoimasta. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisista ulkomaiden kansalaisten osuus oli suh-

teessa korkeampi vaativissa ammateissa (lääkärit, hammaslääkärit) ja avustavissa ammateissa (hoito-, keittiö - ym s. apulaiset sekä siivoojat). Sen sijaan muissa asian tuntija-ammateissa (sairaanhoitajat, lähihoitajat) osuus oli huomattavasti pienempi.

Ulkomaan kansalaisten osuus (%) kunnan väestöstä 31.12.2009 (vasen), Kunnissa puhuttujen vieraiden kielten lukumäärät vuonna 2009 (oikea)



4 Tavoitelinjaukset

1. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen lähtökohtana on yhdenvertaisuus

Yhdenvertaisuudella tarkoitetaan sitä, että kaikki ihmiset ovat samanarvoisia riippumatta heidän sukupuolestaan, iästään, etnisestä tai kansallisesta alkuperästään, kansalaisuudestaan, kielestään, uskonnostaan ja vakaumuksestaan, mielipiteestään, vammastaan, terveydentilastaan, seksuaalisesta suuntautumisestaan tai muusta henkilöön liittyvästä syystä. Oikeudenmukaisessa yhteiskunnassa henkilöön liittyvät tekijät, kuten syntyperä tai ihonväri, eivät saisi vaikuttaa ihmisten mahdollisuuksiin päästä koulutukseen, saada työtä ja erilaisia palveluja - perusoikeudet kuuluvat kaikille.

Alueellisella yhdenvertaisuudella tarkoitetaan riittävien sosiaali- ja terveystalvelujen saatavilla oloa koko maan alueella riippumatta siitä, missä ihminen asuu. Pääsy palvelujen piiriin kohtuullisessa ajassa silloin kun palveluja tarvitaan, tulee turvata koko väestölle. Pitkien etäisyyksien ja harvan asutuksen alueilla kohtuullinen aika voi luonnollisesti olla pitempi kuin tiheään asutuilla alueilla, mutta välttämättömien perustalvelujen tulee olla tosiasiassa saatavilla. Palvelurakenteen tulee olla sellainen, että se turvaa kaikille yhdenvertaisesti riittävät ja laadukkaat talvelut kohtuullisin kustannuksin. Talveluja on tarpeen räätälöidä yksilöiden ja paikallisten tarpeiden sekä alueellisten olosuhteiden mukaan.

Talvelujärjestelmän tulee kantaa kokonaisvastuuta alueen ihmisistä. Erityisen huolenpidon velvoite koskee heikoimmassa asemassa olevia väestöryhmiä, joilla on muita huonommat edellytykset huolehtia omista eduistaan tai oikeuksistaan.

2. Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä toimii asiakaskeskeisesti

Asiakaskeskeisyys edellyttää asiakkaiden erilaiset tarpeet huomioivien rakenteiden vahvistamista ja kehittämistä. Järjestämisessä on otettava huomioon asiakkaiden omien käsitysten ja toiminnan kunnioittaminen sekä asialkkaan riittävä mahdollisuus talvelujen toteuttamiseen liittyviin valintoihin, kuten esimerkiksi talvelun toteuttamispaikkaan, etenemisen järjestykseen ja aikatauluun. Asiakkaiden kokemuksia tulisi pystyä hyödyntämään talvelujen toteuttamisessa. Talveluja annetaan usein vakiintuneilla, rutiininomaisilla toimintamalleilla tunnistamatta asiakkaan erilaisia tarpeita.

Asiakaskeskeinen toiminta perustuu tekemiseen yhdessä asiakkaan kanssa. Tällöin suhteet perustuvat avoimuudelle ja luottamukselle, ja syntyy mahdollisuuksia asiakkaan toimintavoiman kasvuun (empowerment). Asiakaskeskeisessä toiminnassa riippuvuussuhteita onnistutaan välttämään. Ihmisellä tulee olla mahdollisuus osallistua häntä itseään koskevaan päätöksentekoon aina kun se on mahdollista. Asiakkaan itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa eikä sitä saa rajoittaa muutoin kuin laissa säädetyin tavoin ja tarkka rajaus perustein. Asiakas on talvelujen piirissäkin ollessaan subjekti ja häntä itseään koskevissa asioissa päätöksentekijä, ei objekti tai ”tapaus”.

Talvelujärjestelmän tulee olla läpinäkyvä niin että ihmisellä on mahdollisuus vertailla eri talveluiden laatua, hintaa ja saatavuutta. Talvelujen laadun parantaminen ja valinnanvapauden lisääminen edellyttävät, että läpinäkyvyys toteutuu. Valinnanvapautta laajennettaessa on huomioitava se, että kaikilla talvelun käyttäjillä ei ole voimavaroja valinnanvapauden täysimääräiseen käyttämiseen.

Tämän vuoksi valinnanvapauden käyttäminen on annettava riittävä tuki. Valinnanvapauden laajentuminen ei saa aiheuttaa eriarvoistumisesta palvelujen toteutumisessa.

3. Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan tavoitteena on vaikuttavuus ja kustannustehokkuus

Painopisteen siirto ennaltaehkäisevään toimintaan vahvistaa sosiaalisesti ja taloudellisesti kestävää yhteiskuntaa. Tarvitaan poikkeuksellista vaikuttamista sekä sitä tukevia rakenteita ja toimintamalleja, jotta hyvinvointi- ja terveysnäkökohdat kaikissa päätöksenteossa priorisoidaisiin. Oikein kohdennetut, vaikuttavat ehkäisevät palvelut ja oikea-aikainen tuki ovat aina halvempi tapa kuin raskas korjaava hoito. Esimerkiksi lasten ja nuorten kohdalla tulee tukea kaikin keinoin ehkäisevää toimintaa sekä hyvinvointia ja terveyttä edistävää tekemistä (liikunta, kulttuuri, elinympäristön turvallisuus jne.)

Tavoitteet tulevaisuuden palvelujen turvaamisesta ja sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten hallinnasta voivat onnistua vain, jos palvelukysynnän kasvua onnistutaan hillitsemään. Tämä toteutuu parhaiten hyvinvointia ja terveyttä edistämällä sekä ongelmia ehkäisemällä. Vahvistamalla hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä sekä huolehtimalla toiminnan tehokkaasta toteutumisesta uudistuvissa rakenteissa voidaan pitkällä aikavälillä suuresti parantaa väestön terveyttä ja hyvinvointia, vähentää palvelujen tarvetta ja estää kustannusten kasvu yli käytettävissä olevien voimavarojen. Terve ja hyvinvoiva väestö on myös taloudellisen aktiivisuuden ja kasvun tärkeä osatekijä.

4. Sosiaali- ja terveydenhuolto on alana vetovoimainen

Tulevaisuudessa kilpaillaan sosiaali- ja terveysalan työntekijöistä, mutta myös opiskelijoiden saamisesta koulutukseen. Julkisen järjestämisvastuun kantavien tahojen tulee kyetä huolehtimaan siitä, että niiden palvelujen toteutuksessa mahdollisuudet ammattitaitoisien henkilöstön saamiseen ovat hyvät. Mahdollisuudet saada motivoituneita opiskelijoita sosiaali- ja terveydenhuollon koulutukseen paranevat, jos alan työpaikoilla on hyvä maine ja niihin halutaan töihin ja niissä myös pysytään.

On kiinnitettävä entistä enemmän huomiota sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden työolosuhteisiin, johtamiseen ja työnjakokysymyksiin ja henkilökunnan jaksamiseen. Henkilöstön hyvinvoinnin ja osaamisen johtaminen on nostettava toiminnan johtamisen ja kustannusten hallinnan rinnalle. Laadukas johtaminen edellyttää, että henkilöstö kokee johtamisen oikeudenmukaisena ja että työntekijöillä on riittävät mahdollisuudet vaikuttaa oman työnsä sisältöön, organisoimiseen ja kehittämiseen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon työn haasteisiin pystytään parhaiten vastaamaan eri alojen ja ammattiryhmien yhteistyötä lisäämällä. Rakennratkaisujen tulee tukea moniammatillista työn tekemistä ja kehittämistä, jotta alan vetovoimaisuutta lisätään.

5 Rakennelinjaukset

Työryhmä esittää tässä jaksossa ne peruslinjaukset, joihin tulevan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen olisi perustuttava. Peruslinjauksia on mahdollista painottaa eri tavoin. Ja työryhmä tekee ehdotuksen järjestämistä koskevan lain säädännön pääasialliseksi sisällöksi painottamalla näitä linjauksia keskenään väliraportista saadun palautteen perusteella.

1. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä on päätettävä demokraattisesti

Sosiaali- ja terveydenhuollon ydin tavoitteena on kaikkien asiakkaiden ja potilaiden yhdenvertainen kohtelu. Tavoitteen toteutuminen edellyttää sitä, että eri väestöryhmien näkemykset otetaan huomioon päätöksiä tehtäessä. Järjestämisvastuu merkitsee vastuun kantamista ihmisten oikeuksien toteutumisesta ja toimivasta palvelujärjestelmästä. Demokraattisesti ohjattu päätöksenteko on paras tapa välittää sosiaali- ja terveydenhuoltoon oikeutettujen tahto päätöksentekijöille. Tämä edellyttää sitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäjät ovat riittävän vahvoja tehdäkseen aitoja poliittisia valintoja toiminnan sisällöstä suhteuttaen valinnat muihin yhteiskunnallisiin tarpeisiin yhdenvertaisuutta vaarantamatta.

2. Sosiaali- ja terveydenhuolto on järjestettävä yhtenä kokonaisuutena

Terveys ja sosiaalinen hyvinvointi korreloivat hyvin vahvasti. Monien väestöryhmien kuten iäkkäiden, mielenterveysasiakkaiden, päihdeasiakkaiden, lastensuojelun asiakkaiden ja vammaisten palvelut koostuvat sekä sosiaali- että terveyspalveluista. Heikoimmassa asemassa olevat väestöryhmät käyttävät terveyspalveluja muita väestöryhmiä vähemmän ja heidän terveydentilansa on usein huonompi. Tästä syystä väestön yleisen terveyden parantaminen edellyttää monissa tapauksissa panostamista heikoimmassa asemassa olevien sosiaalisten ja terveydellisten ongelmien yhtäaikaiseen ratkaisuun samassa palvelukokonaisuudessa.

3. Sosiaali- ja terveydenhuollon on oltava osa muuta yhteiskunnallista päätöksentekoa

Yhteiskunnan eri sektoreilla tehtävillä päätöksillä ja sektoreiden välisellä yhteistyöllä vähennetään sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetta. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi muiden kuin sosiaali- ja terveydenhuollon päätökset voivat olla merkittävämpiä ja tehokkaampia. Sosiaali- ja terveydenhuollon on oltava aktiivinen toimija sektoreiden välisessä yhteistyössä. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen perustuu toimivaan ja joustavaan yhteistyöhön eri toimijoiden välillä. Systemaattisella hyvinvoinnin ja terveyden edistämällä ehkäisevää toimintaa ja varhaista puuttamista on mahdollista kohdentaa tehokkaasti. Kaavoituksen, rakentamisen, asumisen, liikenteen, koulutuksen, työvoimapolitiikan suunnittelussa on otettava aina huomioon päätösten vaikutukset terveyteen ja sosiaaliseen hyvinvointiin.

4. Järjestämis- ja rahoitusvastuun on oltava samassa organisaatiossa

Toiminnallinen kokonaisvastuu kytkeytyy järjestämiseen. Järjestämisestä aiheutuvat kustannukset ovat suuret ja sosiaali- ja terveydenhuolto on vaikea toteuttaa niin, että se vastaisi täydellisesti tarvetta. Palvelujen ja muiden tehtävien määrän ja laadun mitoittaminen on siten poliittinen kysymys. Järjestämisvastuussa olevalla toimijalla täytyy olla käsitys kokonaisjärjestelmän kustannustehok-

kuudesta ja vaikuttavuudesta, minkä takia järjestämispäätös on aina samalla rahoituspäätös. Kustannustietoisuus toteutuu parhaiten kun järjestämisvastuu ja rahoitusvastuu ovat samoissa käsissä.

5. Sosiaali- ja terveydenhuolto on järjestettävä nykyistä laajemmilla väestöpohjilla

Pääsääntöisesti nykyiset järjestämisvastuun kantajat ovat liian pieniä. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vastaavalla taholla tulee olla riittävät voimavarat tehtävän hoitamiseksi siten, että koko maan kattavasti turvataan laadukkaiden palvelujen yhdenvertainen saatavuus. Palvelujen järjestäjän on kestävä palvelujen tarpeen satunnaisvaihtelusta aiheutuvat kustannusten vaihtelut.

Taloudellisten voimavarojen lisäksi edellytetään riittäviä toiminnallisia resursseja. Jotta tämä mahdollistetaan, on myös asiakaspohjan oltava riittävän suuri.

Osa palveluista on tarkoituksenmukaista järjestää muuta palvelukokonaisuutta laajemmilla väestöpohjilla. Näitä ratkaisuja suunniteltaessa on otettava huomioon toiminnan turvallisuus ja laatu- ja lääkötieteelliset kohdat toiminnan edellyttämien ammattiosaamisineen sekä toiminnan kustannukset ja tehokkuus.

6. Sosiaali- ja terveydenhuollon tuottamisessa on otettava huomioon alueelliset erityispiirteet

Palvelujen tuottamisessa on otettava huomioon väestölliset, kielelliset ja alueelliset erityispiirteet. Väestön ikärakenne ja sairastavuus sekä etäisyydet ja muut maantieteelliset tekijät poikkeavat toisistaan niin suuresti maan eri osissa, että tuottamistavat on räätälöitävä kullakin alueella omien tarpeiden ja mahdollisuuksien mukaan. Tämä voi tarkoittaa esimerkiksi harvaan asutuilla alueilla palvelujen liikkumista asiakkaiden luona eri tavoin kuin tiheän asutuksen alueilla. Vaikka alueelliset erityispiirteet voivat vaikuttaa palvelujen saavutettavuuteen, niiden saatavuus on turvattava koko maassa.

7. Erilaiset tuotantotavat on mahdollistettava

Julkisen järjestäjän voi harkita palveluista tuottamalla palveluja itse, yhteistyössä muiden palvelujen järjestäjien kanssa tai hankkimalla palveluja muilta palvelujen tuottajilta. Palvelujen hankkiminen edellyttää julkiselta järjestäjältä riittävästi asiantuntemusta järjestettävistä sosiaali- ja terveyspalveluista sekä tähän pohjautuvaa hankinta-osaamista. Mahdollisuudet erilaisiin tuottamistapoihin vaihtelevat alueellisesti ja väestöryhmittäin. Palvelujen järjestämisessä voidaan hyödyntää myös erilaisia kumppanuusmalleja.

8. Palvelujen jatkuva kehittäminen on osa järjestämistä ja siitä tulee tukea alueellisesti ja valtakunnallisesti

Kehittäminen on osa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä ja johtamista. Kehittämisen tulee lähteä arkityöstä ja siitä tulee tukea alueellisesti ja valtakunnallisesti. Alueellisena yhteistyönä tulee järjestää myös koulutusta.

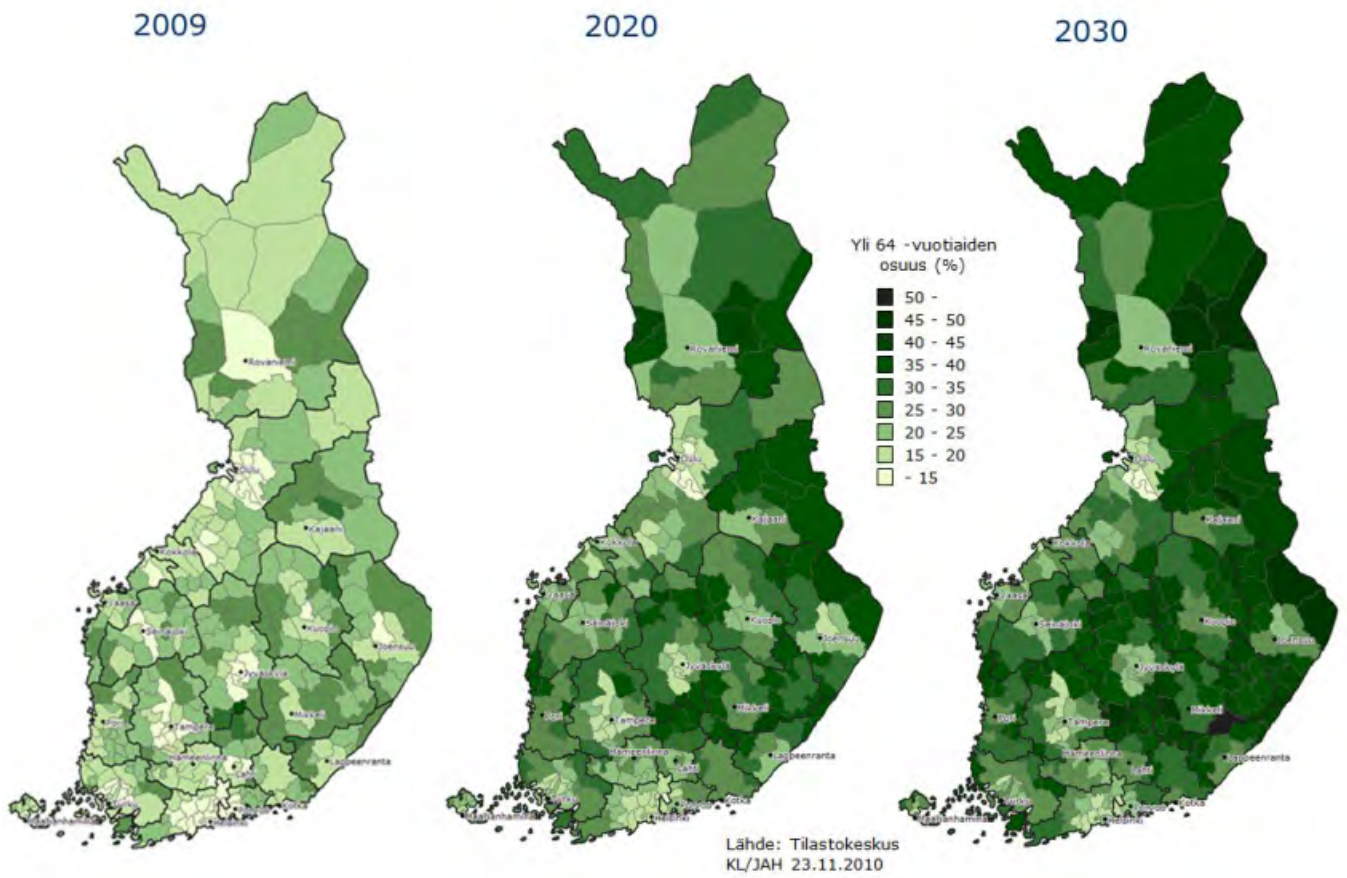
9. Kansallisella ohjauksella on varmistettava väestön yhdenvertaisuus, oikeusturva ja palvelujen laatu

Kansalaisten oikeuksista ja velvollisuuksista päätetään viime kädessä lainsäädännöllä, joka on lähtökohtaisesti kansallista. Kansallisella normi-, resurssi- ja informaatio-ohjauksella turvataan väestön yhdenvertaisuus, oikeusturva ja palvelujen laatu. Tästä syystä muun muassa alueelliset tulonsiirrot ovat välttämättömiä. Kansallista valvontaa tulee kehittää asukasvaikuttavuuden ja hyötyjen valvontaan. Kansallisen ohjauksen on oltava läpinäkyvää ja sen on painotuttava rakenteiden ohjaukseen eikä yksittäisten toimintamuotojen ohjaukseen. Toimintamuotojen valinta kuuluu palvelujen järjestäjälle.

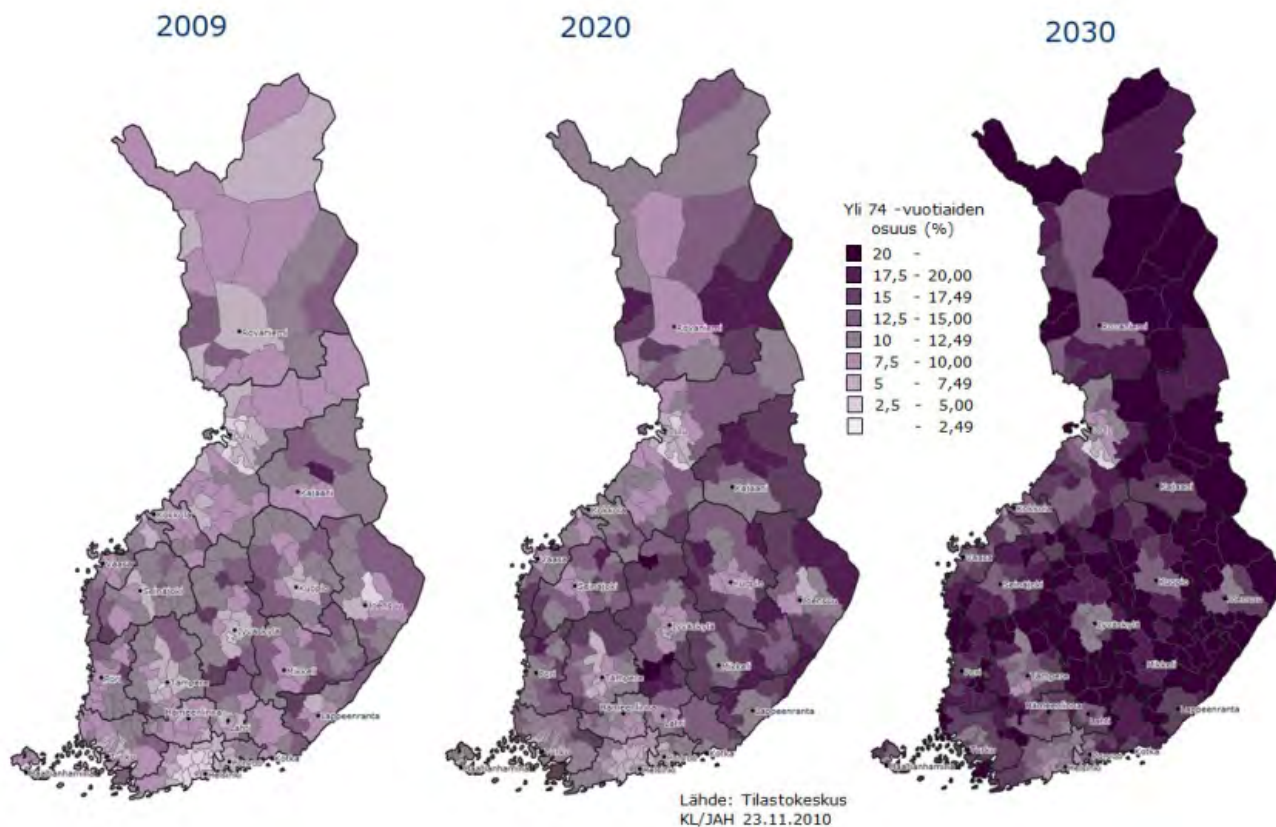
6 Jatkotoimet

Saatuansa työnsä valmiiksi, työryhmä jättää väliraporttinsa sosiaali- ja terveysministeriölle. Jättäessään väliraportin, työryhmä jatkaa työtään tehtäväksiänsä mukaisesti. Loppuraportissa työryhmä täydentää työtään toimintamuotojensa mukaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon rakennelinjausten, rahoituksen, valvonnan sekä tutkimus- ja kehittämistoiminnan rakenteiden osalta.

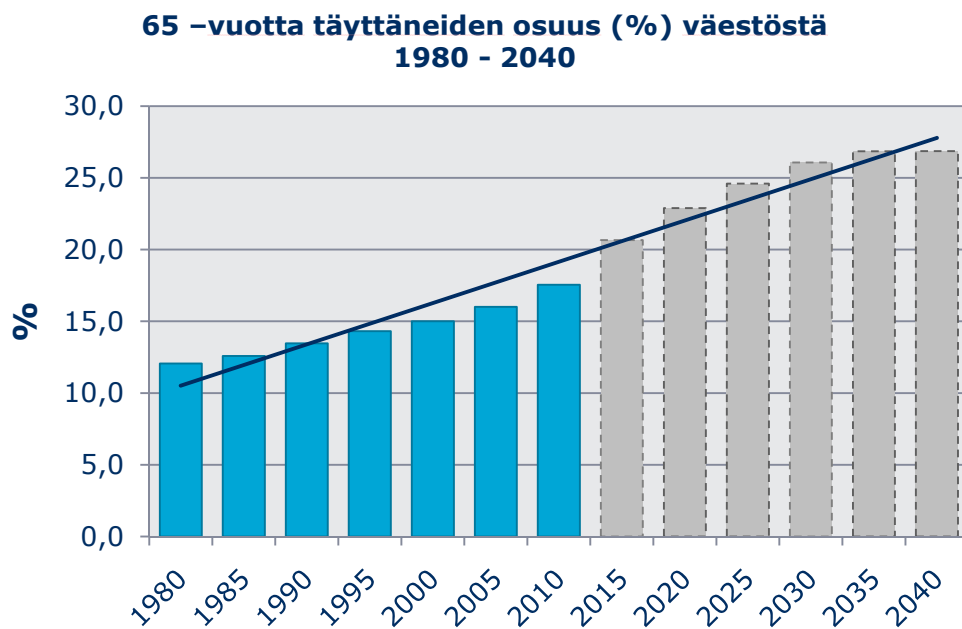
LIITE



Yli 64-vuotiaiden osuus (%) väestöstä 2009, 2020 ja 2030. Lähde: Tilastokeskus.



Yli 74-vuotiaiden osuus (%) väestöstä 2009, 2020 ja 2030. Lähde: Tilastokeskus.



**80 -vuotta täyttäneiden osuus (%) väestöstä
1980-2040**