

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 toimeksiannon 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 pääasialliseksi 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 Sillanaukee sosiaali- ja terveysministeriöstä, osastopäällikkö Raimo Ikonen sosiaali- ja terveysministeriöstä, osastopäällikkö Outi Antila sosiaali- ja terveysministeriöstä, ylijohtaja Päivi Laajala valtiovarainministeriöstä, ylijohtaja Marja-Liisa Partanen Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastosta, ylijohtaja Marina Erhola Terveyden- ja hyvinvoinnin laitokselta, varatoimitusjohtaja Kari Nenonen Suomen Kuntaliitosta, toiminnanjohtaja Riitta Särkelä Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitosta, yleislääketieteen vastualuejohtaja Doris Holmberg-Marttila Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä, sairaanhoitopiiri-

rin johtaja Hannu Leskinen Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiristä, toimitusjohtaja Pentti Itkonen Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteistä, muutosjohtaja Risto Kortelainen Jyväskylän kaupungista, puheenjohtaja Jouni Nummi Sosiaalijohto ry:stä, 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 jäseneksi nimettiin 16.9.2010 ruotsinkielisen toiminnan johtaja 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 Kumpulainen sosiaali- ja terveysministeriöstä sekä johtava lakimies Kari Prättälän Suomen Kuntaliitosta.

Työryhmän sihteeristöksi ministeriö nimesi hallitusneuvos Päivi Salon, sosiaali- ja terveysministeriö, neuvotteleva virkamies Kari Haaviston 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 Perttilä 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 Terveys- 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 terveysministeriölle. Jättäessään väliraportin, työryhmä jatkaa työtään tehtäväksiäntonsa mukaisesti.

Helsingissä

29. 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	6
2	Nykytila.....	7
2.1	Palvelurakenne	7
2.2	Kuntatalous.....	9
2.3	Nykytilan arviointi	10
3	Reunaehdot uudistamiselle	19
3.1	Ihmis- ja perusoikeudet	19
3.2	Hallintotehtävien hoitaminen viranomaistoimintana	21
3.3	Kunnallinen itsehallinto	22
3.4	Väestö- ja ikärakenne sekä aluekehitys.....	23
3.5	Voimavarojen rajallisuus.....	24
3.6	Globaali toimintaympäristö ja Euroopan unioni	28
3.7	Monikulttuurisuus	28
4	Tavoitelinjaukset.....	31
5	Rakennelinjaukset	33
6	Jatkotoimet	35

1 Johdanto

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevaa lainsäädäntöä uudistetaan vaiheittain.

Kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta 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 määräaikainen 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 jatkettaisiin vuoden 2014 loppuun. Kunta- ja palvelurakenneuudistus on edennyt sekä kuntaliitosten että yhteistoiminta-alueiden perustamisen osalta jonkin verran odotettua nopeammin, mutta sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden kestävyuden 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 madaltamista ja peruspalvelujen vahvistamista. Terveydenhuoltolakiin valmistellut työryhmä luovutti ehdotuksensa uudeksi terveydenhuoltolaiksi 16.6.2008 (STM Selvityksiä 2008:28). Lakien yhdistämisen lisäksi työryhmä esitti toimeksiantonsa mukaisesti terveydenhuoltolakiin sisällytettäväksi terveydenhuollon järjestämisen rakenteita koskevat säännökset, joista työryhmä esitti vaihtoehtoiset mallit.

Vastaanottaessaan terveydenhuoltolaki työryhmän muistion 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 nk. järjestämislakiin. 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 olisi 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 sosiaalihuoltolakiin (710/1982). Sosiaali- ja terveysvaliokunta piti kuitenkin terveydenhuoltolakia valmistelun yhteydessä rakenteita ja rahoitusta koskevien säädösmuutosten jatkovalmistelua välttämättömänä ja totesi, 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 terveystalvelujen järjestämisestä lukuun ottamatta päivähoitoa. Valtiovarainministeriö asetti 9.2.2009 Kainuun hallintokokeilun seurantaryhmän valmistelevaan 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 perustalvelujen 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 palveluinnovaatiohanketta. 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 perustalveluministeri Paula Risikolle 17.11.2010. Laajassa asiantuntijaryhmän selvityksessä on paikannettu monia nykyiseen sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaiseen rahoitukseen liittyviä kehittämistarpeita.

2 Nykytila

2.1 Palvelurakenne

Kansanterveyslain 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.

Sosiaalihuoltolain 5 §:n mukaan kunnan on pidettävä huolta sosiaalihuollon 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 toiminnan itse, sopimuksin yhdessä muun kunnan tai muiden kuntien kanssa sekä olemalla jä-

senenä toimintaa hoitavassa kuntayhtymässä. Tehtävien hoitamisessa tarvittavia palveluja kunta voi hankkia valtiolta, toiselta kunnalta, kuntayhtymältä tai muulta julkiselta taikka 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 kolmasosaa 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 maa jaetaan sairaanhoitopiirien lisäksi erityisvastuualueisiin. Kuhunkin erityisvastuualueeseen kuuluu sellainen sairaanhoitopiiri, jonka alueella on lääkärikoulutusta antava yliopisto. Erityisvastuualueita on viisi.

Kehitysvammaisten erityishuollon järjestämistä varten maa on jaettu 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 Kärkulla samkommun- kuntayhtymä 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 välttämätöntä tunnistaa tulevien vuosikymmenten muuttuvat palvelutarpeet.

Kunta- ja palvelurakennemuutostusta 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 organisointimuotoja ovat kuntayhtymä ja isäntäkuntamalli. Isäntäkuntamallissa yksi kunta hoitaa tehtäviä sopimuksen nojalla myös 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 uudis-

tukset, 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 myötäilevä yhteys sekä toisaalta kokonaistuottavuuden 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 verotuksellinen 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 valtionosuusjärjestelmän 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 kestävydestä. Valtiolla on myös vastuu lainsäädännöllä kunnille annettavien tehtävien ja velvoitteiden tasapainosta suhteessa kuntatalouden kestävyteen. Väestön ikääntymiseen liittyvien menojen kehityksen kannalta kunnilla on keskeinen merkitys.

Lähivuosisikymmeniksi arvioidusta ikäsidonnaisten julkisten palvelujen kasvupaineesta liki 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 kohenemistä 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 jatkuvan 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 saatavuuden että kuntalaisten verorasituksen suhteen.

Kuntatalouden rahoitukseen liittyy ongelmallisia piirteitä, joiden haitat ovat omiaan korostumaan ikärakenteen muutokseen liittyvän rahoitustarpeiden kasvun myötä. Epävakaata tulopohjaa on vakava ongelma, joka kiihdyttää menojen kasvua, vaikeuttaa taloussuunnittelua ja peruspalvelujen vakaata tuotantoa sekä kärjistä kunnatalouden 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.

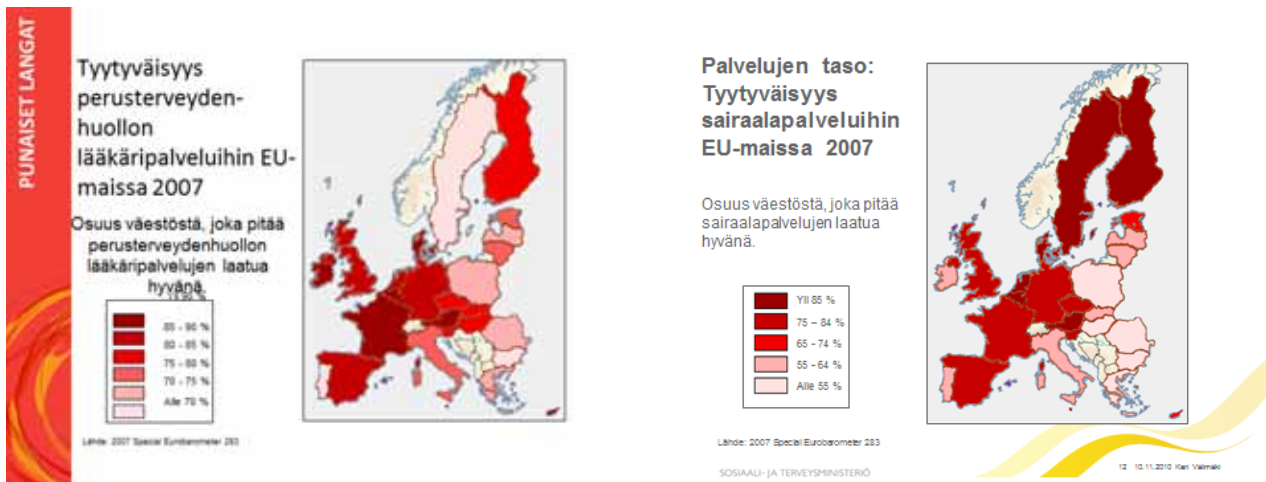
Työryhmän SWOT-analyysi:

<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 tarkastettavilla mittareilla, esimerkiksi rokotuskattavuus ja seuluntojen toteutuminen tai aivoverenkiertohäiriöiden hoito, pärjäämme kansainvälisesti erinomaisella tavalla.

Terveyspalvelujen kansainvälisissä vertailuissa sekä perusterveydenhuolto, että sairaalapalvelut ovat pärjänneet hyvin.



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

Keskeisten kunnallisten sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmien määrä

Lukumäärä

Lähde: Kunnallinen työmarkkinalaitos

4 29.11.2010 TAO / Sur

Näitä vahvuuksia tulee siis järjestelmäratkaisua tehtäessä hyödyntää.

Rakennerratkaisulla 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, sosiaalityöntekijän ja erityisterapeuttien tehtäviin, mutta myös hoitohenkilökunnan sijaisuuksiin. Lähtitulevaisuudessa joillain erikoisaloilla, esimerkiksi psykiatriassa ja patologiassa tulee olemaan merkittäviä vaikeuksia saada riittävästi erikoistuneita lääkäreitä. Toimeentulotuen maksamisessa kunnittain on merkittäviä viivästymisiä. 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 tarvitsemiaan palveluja. Lisäksi palvelujen oikea-aikaisuutta tulisi kehittää Asiakkaiden palvelutarpeiden arviointiin olisi tärkeä saada mukaan eri tason organisaatiot ja hyödyntää organisatorista yhteistyötä. Tuoreessa kansalaiskyselyssä 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. Työterveyshuollon 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 puitetyyppiseen normiohjaukseen ja korvamerkitysmättömään resursiohjoukseen sekä näitä täydentävään informaatio-ohjoukseen perustuva kansallisen 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 järjestelmän 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 hallintajärjes-

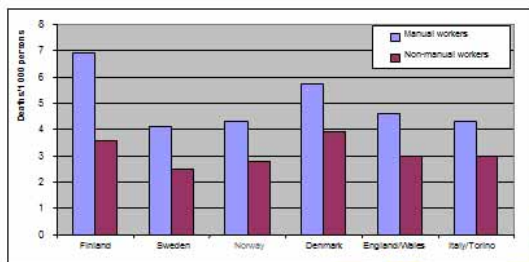
telmät asiakastietojärjestelmistä tiedon jalostuksen järjestelmiin ovat hajanaisia eivätkä ne kommunikoi keskenään.

Pirstaleinen järjestäjäkenttä monikanavaisine rahoitusjärjestelmineen ja heikkoine ohjausmahdollisuuksineen on johtanut vahvempien ja paremmin edellytyksin toimivien palvelujärjestelmän osien kehittymiseen muita voimakkaammin. Tämä on merkinnyt sitä, että väestöryhmien erot terveystilanteiden käytössä ovat lisääntyneet ja terveyserot 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. Sosiaalihoillon palveluille kehittyä suurinta tarvetta maantieteellisille ja toiminnan alueille, joille asiantuntijoiden saaminen on hankalaa. Esimerkiksi sosiaalityöntekijöiden saatavuus vaihtelee alueittain.

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

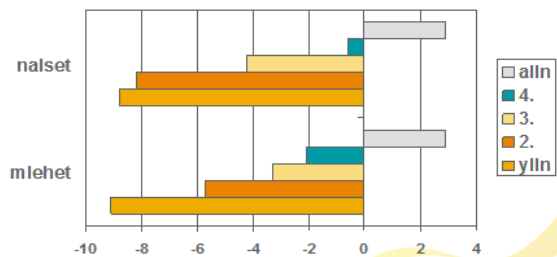
Terveyserot kansainvälisissä vertailuissa

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



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

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



SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

Lähde: Keskinäkö ym. 2007 (ennakkotieto)

11.2.2010 Ken Väinänen

19

Tilanne sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen alueellisen järjestämisen osalta on ollut pitkään sekava ja käytännössä kunta- ja palvelurakennemuutostusta sääntelevä puitelaki näyttää muuttaneen tilannetta entistä hajanaisemmaksi erityisesti sosiaalihoillon kannalta. Sosiaalihoillon 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 puitelain muutoksessa selkeytetään kuitenkin sosiaalihoillon tehtävien asemaa uudistuksessa velvoittamalla kunnat järjestämään palvelut väestöpohjavelvoitteet täyttävillä rakenteilla. Velvoite vahvistaa sosiaali- ja terveydenhuollon eheyden toteutumista.

Terveydenhuollossa puolestaan ongelmaksi on pikemminkin nähty erikoissairaanhoidon liiallinen vahvuus ja kestoteemana 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 keinotekkoisten ja hajanaisten, usein sairaanhoitopiirivetoisten ratkaisujen syntymistä, joissa sosiaalihuolto on usein varsin rajattuna yhteistyökumppanina mukana. Puitelain luotavat palvelujen järjestäjät ovat lisäksi edelleen varsin pieniä. Lisäksi Paras-hanke jättää puitelaissa olevien poikkeusperusteiden myötä uudistuksen 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 sekä sairauksien ja 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 eri tasolla kuin väestön lähiympäristöön vaikuttavista asioista, erkaantavat palvelut hyvinvoinnin edistämisen kokonaisuudesta. Demokraattisen päätöksenteon vahva sitominen palvelujärjestelmän ohjaamiseen tukee myös edelleen julkisen vallan vastuuta koko väestön palvelujen turvaamisessa. Ratkaistaessa tulevaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, on tärkeää tehdä päätös niin, että sillä tuetaan väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen mahdollisuuksia.

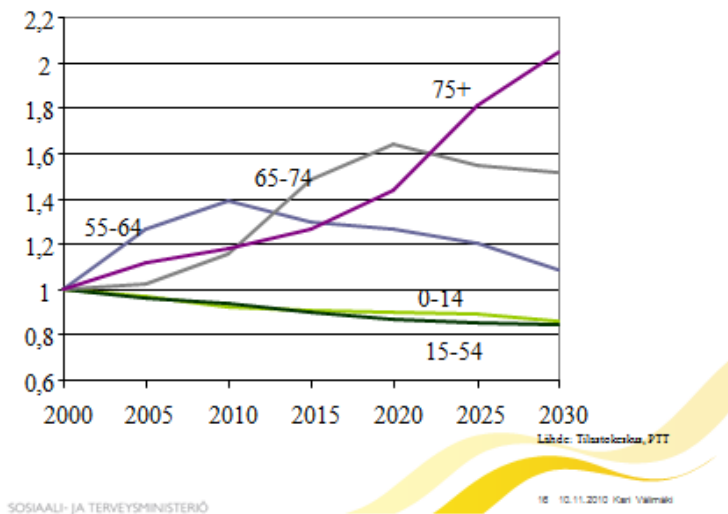
Asiakkaiden ja potilaiden osallistuminen palvelujensa ratkaisuihin on tärkeää järjestelmän hyväksyttävyyden ja toimivuuden kannalta. Järjestelmäkeskeisestä palvelukulttuurista tulee siirtyä aidosti asiakkaan voimavaroja hyödyntävään järjestelmään asiakkaiden valinnoilla ohjaavaan yhteistyöhön. Asiakkaan 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 monien itsenäiseen päätöksentekoon perustuvien hoitolinjoihin samoin kuin kotiin annettavien hoitojen kehittämisen. Hoitomenetelmien kehittyminen tuo uusia sairauksia hoitomahdollisuuksien piiriin. Samalla osaamisen kaventuminen ja syveneminen vaatii palvelujärjestelmältä keskittämistä, joka johtaa avohoitopainotteisempaan palvelujärjestelmään.

Sosiaalihuollossa on perinteisesti toimittu terveydenhuoltoa avohuoltokeskeisemmin ja matalammilla 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 oivaltaneet vertaistuen merkityksen kaikessa sosiaalisessa kuntoutumisessa ja hyvinvoinnin ylläpitämisessä.

Uhat taklattaviksi

Ikärakenteen ja huoltosuhteen nopea muutos aiheuttaa paitsi kustannusten hallinnan ongelman, myös palvelujen toteuttajien tarpeen voimakkaan lisääntymisen. Palvelutarpeen kasvun ja työntekijöiden 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)



Ihmisten käyttäytyminen, odotukset ja vaatimukset palvelujärjestelmälleen ovat muuttuneet ja muuttumassa voimakkaasti. Lähiaikoina eläkkeelle siirtyvät ovat tottuneet nykyisen työterveyshuollon tehokkaasti kysyntään vastaavaan käyttäjän kannalta ilmaiseen palveluun ja osaavat vaatia samaa muultakin julkiselta terveydenhuollolta.

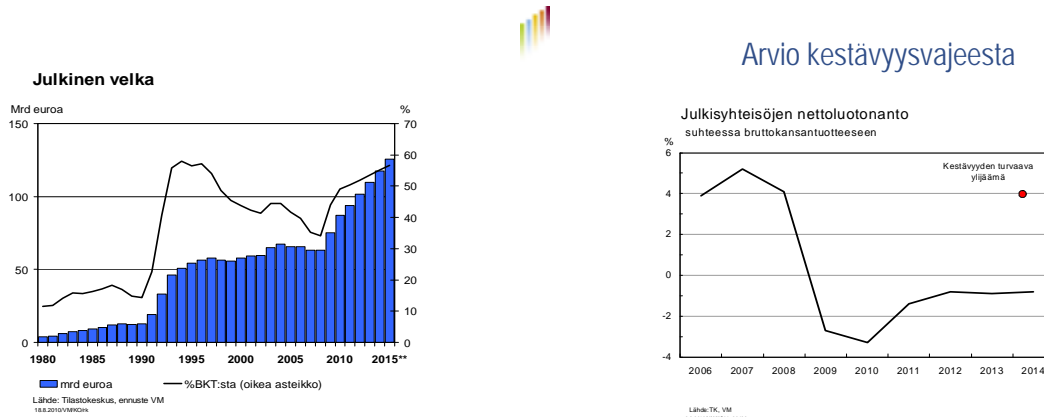
Talouden kehitys ja kansallinen riippuvuus globaaleista tapahtumista luovat reunaehdoja, joiden kanssa on tultava toimeen. Taloudellisissa kriisitilanteissa tarvitaan kykyä oikeudenmukaiseen päätöksentekoon kun voimavaroja joudutaan priorisoimaan. Mitä pienempiä palveluista vastaavat yksiköt ovat, sitä herkempiä ne ovat yksipuolisemmasta talouden rakenteesta johtuville talouden heilahteluille. 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 kuluttaja-asiakkaan roolin suuntaan.

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

Kuntien taloustilanne voidaan arvioida nykytilanteessa kohtuulliseksi, vaikka kuntien välillä on merkittäviä eroja taloudellisessa liikkumavarassa. Parantunut tilanne johtuu sekä valtion (yhteis-

sövero- osuuden 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.

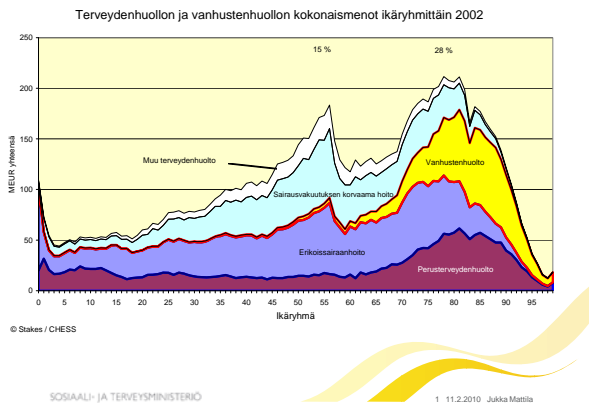


Jatkossa väestön ikärakenteen muutos aiheuttaa julkisen talouden rahoitukselle mittavia haasteita. Valtiovarainministeriössä 2010 laaditun 'Julkinen talous tienhaarassa' – raportin mukaan ikäsidonnaisten julkisten menojen BKT-osuus kohoaa 2030-luvun puoliväliin mennessä 6 prosenttiyksiköllä, jos palvelutarpeen kasvu toteutuu arvioidun 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 sekä rakennetta on arvioitava kriittisesti tulevaisuuden tarpeet huomioiden. Työvoiman käyttöastetta on kohotettava ja tuotannon kasvuedellytyksiä parannettava.

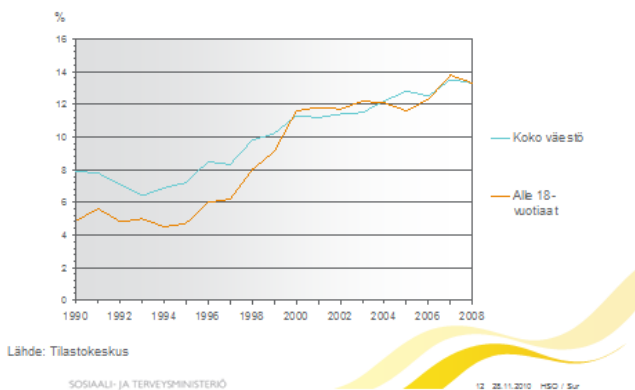
Sopeutustarve ja sopeutuksen mitoitus on viisi prosenttia bruttokansantuotteesta, mikä vastaa noin 10 miljardia euroa. Sopeuttamisen ajoitus on tärkeä ja päätösten riipeys ja etupainotteisuus korostuvat. Tuoreessa raportissa esitetään, että vuoteen 2015 mennessä välittömästi tasapainoa parantavia toimia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

Kuntien verotuottojen kasvu oli vuosina 2005-2008 vielä lähes seitsemän prosenttia. Vastavasti kasvun 2011-2015 tulisi olla noin kolme prosenttia. Kuntien verotuottojen kasvu ei palaa aikaisempien vuosien kasvu-uralle. Kuntatalouden näkymät ovat olleet ennustettua paremmat, mutta jatkosta selviäminen edellyttää pysyvää menokuria, tuottavuuden nostoa sekä kunta- ja palvelurakennemuutosten 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 sekä aineellista niukkuutta, vaan siihen kietoutuu monella tavalla usein työttömyys, erilaiset sosiaaliset ongelmat, elämäntuollinnun vaikeudet sekä terveysongelmat. Syrjäytymistä luonnehtii myös ylisukupolvisuus. Erityisesti nuorten syrjäytyminen ja jääminen ilman perus- ja ammatillista 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 räätälöidyin tukimuodoiin ja palveluihin.

Köyhyysaste, pienituloisiin kotitalouksiin kuuluvien osuus, %



Sosiaali- ja terveydenhuolto on työvoimasta kilpaileva sektori, eikä tämä kilpailukyky säily itsestään. Työelämää tulee pystyä kehittämään ja alueellisesti tulee pystyä aiempaa paremmin arvioimaan henkilöstön koulutuksen tarve. Toisaalta pitää pystyä ennakoimaan uusia koulutuksen tarpeita sekä 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 mahdol-

lisuudet auttaa eivät aina ole riittävät. Lisäksi tukiratkaisuja haetaan sairaanhoidon keinoista ja tarjotaan lääkitystä tai hoitotoimenpiteitä ongelmiin, joita ne eivät ratkaise. Työterveyshuollossa näkyy voimakkaasti ikääntyvän työväestön osalta lisääntyvä työterveyspalvelujen käyttö, vaikka oleellisempi tuki olisi työolosuhteiden kehittäminen. Lasten ja perheiden ongelmissa ratkaisua haetaan usein lapsen kehityksellisiin, erikoissairaanhoidon kuuluviin tutkimuksiin ja tukitoimiin, vaikka kyseessä olisi lähiympäristön tunnistama perheen sosiaalisen ja kasvatuksellisen tuen tarve. Medikalisaatio on sosiaali- ja terveydenhuollon merkittävä uhka.

Palvelujärjestelmä ja asiakkaan tarve eivät aina kohtaa niin, että työntekijällä olisi keinoja vastata palvelutarpeeseen. Hälyttävänä voisi pitää sitä, että usean palvelun kohdalla toivotaan enemmän tukea itse palvelun käyttöön. Ohjausosaaminen, asiakasta koskevan tiedon välittäminen sekä tieto asiakasta koskevan asian käsittelyssä nousevat keskeisiksi kehittämiskohteiksi, kuten myös työvoiman palvelukeskuksen asiakasfoorumeissa.

Kansallisesti yhteisen vision puute kunta ja palvelurakenteen kehittämisestä voi johtaa jopa sosiaali- ja terveydenhuollon rapautumiseen. Mikäli yhteistä näkemystä tulevaisuuden ratkaisuisista ei pystytä löytämään ja ratkaisuja sen mukaan tekemään, johtaa se kilpailutilanteen kautta osaoptimointeihin, joissa menestyvimmit järjestelmän osat asiakkaineen pärjäävät ja eriyttävät järjestelmästä osia jopa kokonaan irralleen. Tällöin myös yhteisen koko väestön 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 2 luvussa. Ihmisoikeudet puolestaan perustuvat Suomea sitoviin ja valtiosisäisesti voimaan saatettuihin ihmisoikeussopimuksiin. Tärkeimpiä näistä ovat vapausoikeuspainotteiset Yhdistyneiden Kansakuntien (YK) kansainväliset ihmisoikeuksia 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 kytkeä edellä esitettyihin Suomea velvoittaviin kansainvälisiin ihmisoikeussopimuksiin. Ihmisoikeudet ovat vaikuttaneet kansalliseen lainsäädäntöömme, erityisesti perusoikeuksien ulottuvuutta ja sitovuutta koskeviin perusratkaisuihin, yksittäisten perusoikeussäännösten muotoiluun ja käsitteisiin sekä perusoikeuksien aineellisen alan määrittämiseen.¹ Sisällöllisesti kysymys on pitkälti samoista oikeuksista, mutta perusoikeusjärjestelmä menee osin pidemmälle ja antaa yksilön oikeuksille eräissä suhteissa tehokkaampaa suojaa korostaen oikeuskulttuurimme erityispiirteitä.

Perusoikeusjärjestelmällä ja kansainvälisillä ihmisoikeussopimuksilla on kuitenkin

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

sisällöllisestä sekä osin suoraan säännöksiin kirjoitetuista liitynnöistä riippumatta tietty itsenäisyys toisiinsa nähden. Yksittäisen perusoikeussäännöksen ja vastaavan ihmisoikeussopimuksen määräyksen tulkinnat eivät välttämättä ole samat huolimatta mahdollisista sanamuotojen yhtäläisyyksistä. Toisaalta perusoikeuksia ei ole mahdollistaa rajoittaa pidemmälle kuin Suomen ihmisoikeusvelvoitteet sallivat. Täten ihmisoikeussopimukset määrittävät lopulta myös kansainvälisesti perusoikeuksille tavoitellun tason.

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

Perustuslain 6 § sisältää vaatimuksen *oikeudellisesta yhdenvertaisuudesta*. Säännöksen mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. Yhdenvertaisuusperiaatteeseen sisältyy mielivallan kieltö ja vaatimus samanlaisesta kohtelusta samanlaisissa tapauksissa. Tosiasiallisen yhdenvertaisuuden toteutuminen saattaa kuitenkin edellyttää poikkeamista muodollisesta yhdenvertaisuudesta hyväksyttävän tarkoituksiperän ja suhteellisuusperiaatteen rajoissa. Sosiaali- ja terveyspalveluiden osalta asiakkaiden ja potilaiden yhdenvertaisuus tulee arvioitaviksi niin 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 toimeenpanemilta loukkauksilta, mutta edellyttää myös valtiolta säädössuojaa oikeuksien turvaamiseksi ulkopuolisia loukkauksia vastaan. Oikeus elämään on perusoikeuksista tärkein. Se on kaikkien muiden oikeuksien nauttimisen edellytys. Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisen kannalta tarkasteltuna on 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 lähtökohtana on *yksilön oikeus elää omaa elämäänsä ilman* viranomaisten tai muiden ulkopuolisten tahojen *mielivaltaista tai aiheetonta puuttumista* hänen yksityiselämäänsä. 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 maksuosuuksia tarkasteltaessa on otettava huomioon, etteivät palveluista perittävät maksut saa 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 maan suomen- ja ruotsinkielisen väestön sivistyksellisistä ja yhteiskunnallisista tarpeista samanlaisten perusteiden mukaan. Säännöksen mukaan jokaisella on oikeus käyttää viranomaisessa asiassaan suomea tai ruotsia (omaa kieltään). Sosiaali- ja terveydenhuoltoa

järjestettäessä tulee huomioida ruotsinkielisten maantieteellinen levittäytyneisyys ja sen asettamat erityisvaatimukset sille, että suomen- ja ruotsinkielisten kielelliset oikeudet toteutuvat yhdenvertaisesti koko maassa. Perustuslain 17 § sisältää lisäksi valtuutukset säätää lailla saamelaisten 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 toimeentulonsa valitsemallaan työllä, ammatilla tai elinkeinolla. Julkisen vallan on huolehdittava työvoiman suojelusta. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen kannalta säännös liittyy ennen kaikkea oikeuteen tuottaa sosiaali- ja terveystalvveluja sekä 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 terveystalvvelut ja edistämään väestön terveyttä. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä säännös asettuu keskeiseen asemaan ratkaistaessa kysymystä, kuinka riittävät, mutta myös välttämättömät, sosiaali- ja terveystalvvelut 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 vallalle. 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 päätöksentekoeleimineen. 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. Nykytilanteessa, 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 järjestäminen voidaan lainsäädännöllä osoittaa myös muulle viranomaistaholle kuin valtion keskushallinnolle tai kunnallishallinnolle, esimerkiksi julkisoikeudelliselle laitokselle.

3.2 Hallintotehtävien hoitaminen viranomaistoimintana

Perustuslain 124 §:n mukaan julkinen hallintotehtävä voidaan antaa muulle kuin viranomaiselle vain lailla tai lain nojalla, jos se on tarpeen tehtävän tarkoituksenmukaiseksi 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 liittyvää palvelutarpeiden arviointia, palvelujen tuottamistavan va-

lintaa 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 jäsen-tyvätön, ja lailla yksityiselle säädettävät oikeudet hallinnollisen pakon 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 järjestäminen annetaan lailla kunnallishallinnon tehtäväksi, tulee säätämisessä 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 valitsemiinsa toimielimiin, 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. Lakisäätöiden tehtävien rahoitukseen liittyvän kustannusvastaavuus- ja rahoitusperiaatteen mukaisesti lainsäätäjän on turvattava kuntien tosiasialliset mahdollisuudet selvittää lailla osoitettujen tehtävien hoitamisesta. Myös valtion ja kuntien kustannustenjaosta 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 koskeva sääntely tulisi olla kuntalaissa ja vain poikkeustapauksissa erityislainsäädännössä. Kuntalaki on kunnallishallinnon peruslaki, jossa säädetään kuntien hallinnosta, taloudesta ja johtamisesta. Myös kuntien yhteistoimintamuodoista tulisi lähtökohtaisesti säätää kuntalaissa.

Kunnallisen itsehallinnon perustuslaillinen asema ei suojaa nykyistä kuntajakoa eikä sellaiseen estä säätämästä lailla kuntien välillä pakollistakaan yhteistoimintaa tai kuntaliitoksia kuntien vastustuksesta huolimatta. Pakollisen yhteistoiminnan suhdetta itsehallintoon arvioidessaan perustuslakivaliokunta on kiinnittänyt huomiota esimerkiksi yhteistoimintatehtävien ylikunnalliseen luonteeseen, hallinnon tarkoituksenmukaiseen järjestämiseen tehtäviä hoidettaessa sekä siihen, ettei noudatettava päätöksentekojärjestelmä anna yksittäiselle kunnalle yksipuolisen määräämisen mahdollistavaa asemaa. Merkitystä on annettu myös sille, onko järjestely su-

pistanut 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 päättäminen kuuluu kunnalle itselleen, pakollisessakin yhteistoiminnassa on yleensä lähdetty siitä, että kunnille on jätetty valinnanmahdollisuus yhteistoiminnan käytännön toteuttamisessa. Valtion mahdollinen puuttuminen on ollut toissijainen keino, ja käytettävissä ainoastaan siinä tapauksessa, että kunnat eivät ole päässeet yksimielisyyteen yhteistoiminnan järjestämisestä käytännössä. Näissäkin tilanteissa yhteistoiminnan pakollinen muoto on säädetty voimassaolevaksi 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 välillinen 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 lukio-ikäisten määrä pienenee huomattavasti 2010-luvulla. Keskimäärin lasten ja nuorten palvelujen tarve pysyy nykytasolla seuraavan 20 vuoden aikana.

Terveyspalveluissa ja vanhusten tarvitsemisissä palveluissa palvelutarve kasvaa nopeasti alkaneella ja seuraavalla vuosikymmenellä. Väestön ikääntyessä ja väestön määrän kasvaessa terveystarpeiden kasvu nousee lähivuosina noin puolentoista prosentin vuosivauhtia, jos terveystarpeiden 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. Muuttoliike 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 kiristynyt 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 kuntapalveluihin. 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 aluekehittämisstrategia 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-Karjalan, Pohjois-Savon ja Etelä-Savon alueilla suurimpia kaupunkiseutuja lukuun ottamatta. Lasten ja työikäisten määrän väheneminen on etenkin harvaan asutun maaseudun ja saaristoalueiden suuri ongelma.

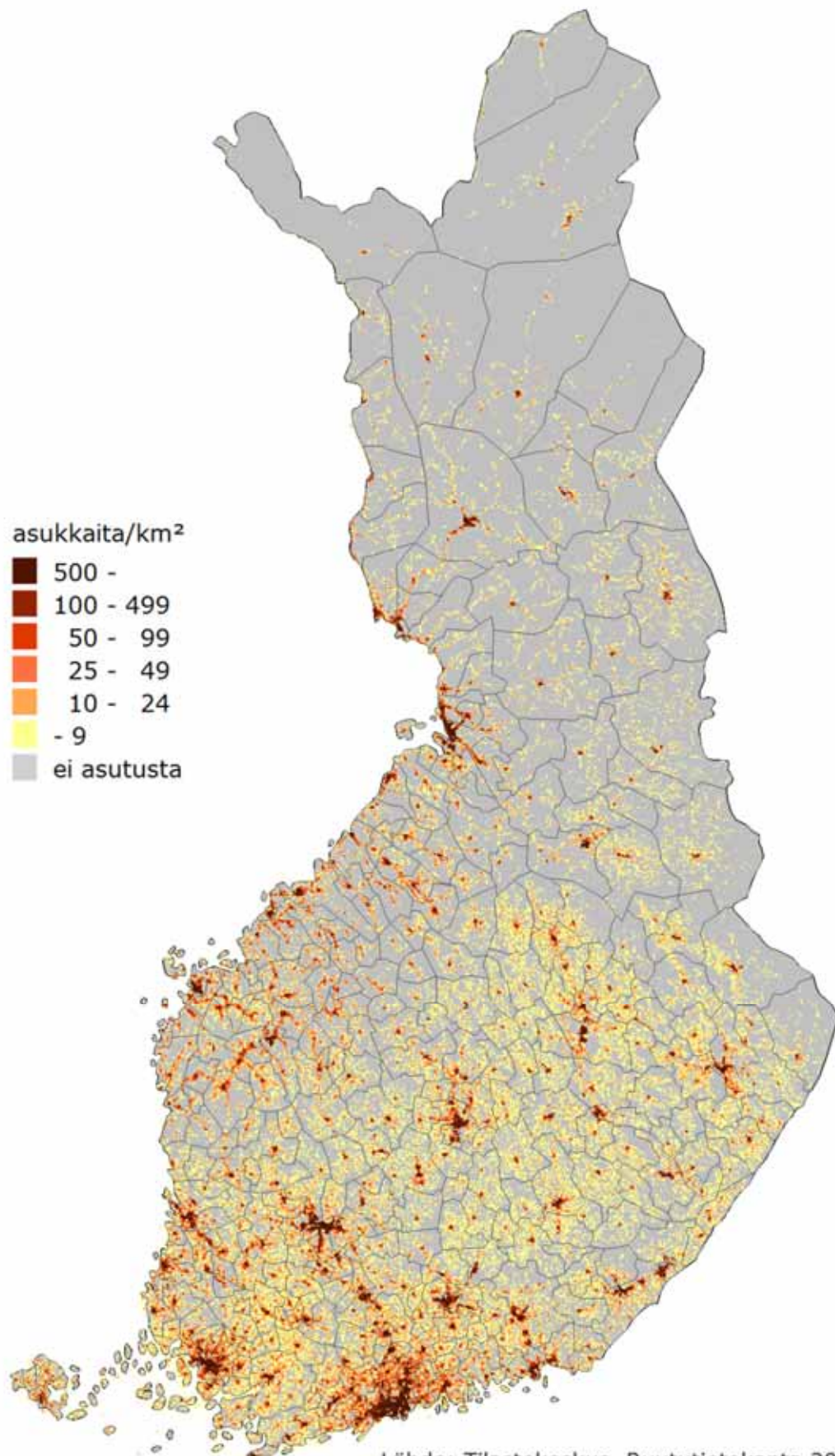
3.5 Voimavarojen rajallisuus

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

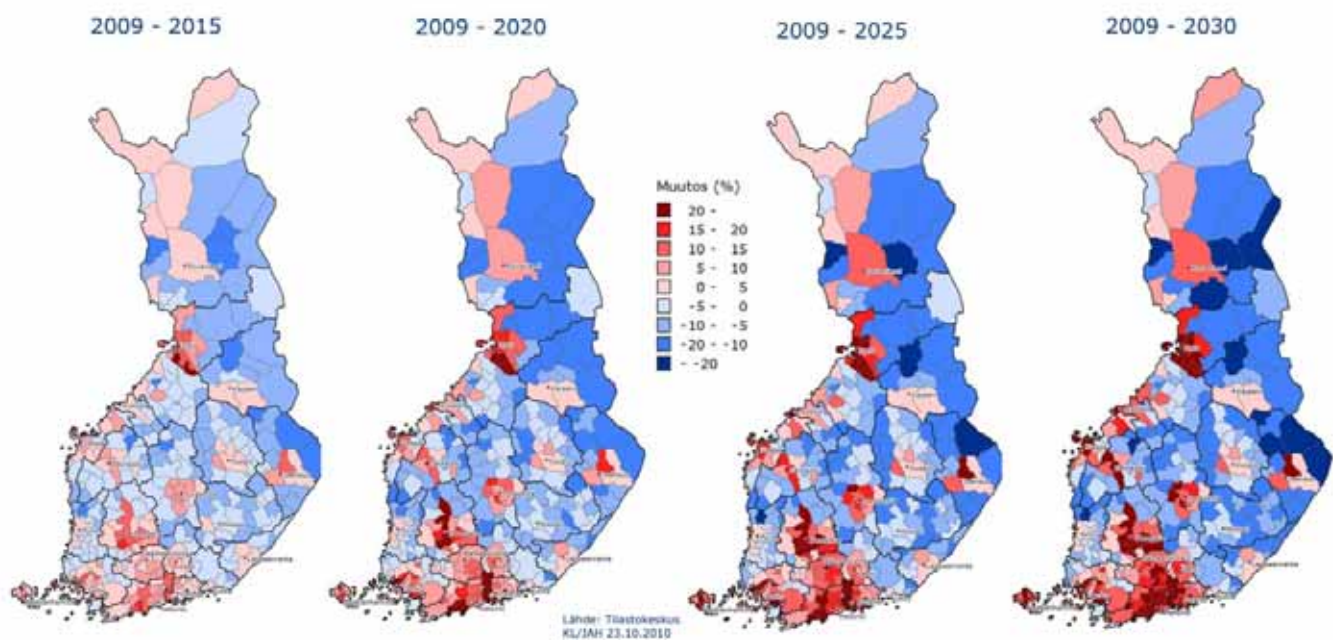
Vanhusikäisten määrä ja väestöosuus kasvavat tulevina vuosikymmeninä. Tilastokeskuksen 2009 julkaisemassa väestöennusteessa yli 85-vuotiaiden määrä yli kolminkertaistuu seuraavan 30 vuoden aikana. Tämä johtuu suurten ikäluokkien ikääntymisestä sekä keskimääräisen elinajan pitenemisestä. Koska vanhusten hoito- ja hoivapalvelujen tarve kohdistuu kaikista vanhimpiin ikäluokkiin, voidaan tulevaa palvelujen kokonaistarvetta arvioida yhdistämällä nykyhetken

tiedot palvelujen ikäkohtaisesta käytöstä ikäryhmittäiseen väestöennusteeseen. Lisäksi lasten päivähoidon palvelutarve riippuu väestökehityksestä. Väestöennusteessa syntyvien lasten määrän odotetaan pysyvän likimain nykytasolla vuoteen 2040 saakka. Palvelumäärien pohjalta voidaan arvioida tarvittavan henkilökunnan määrää.

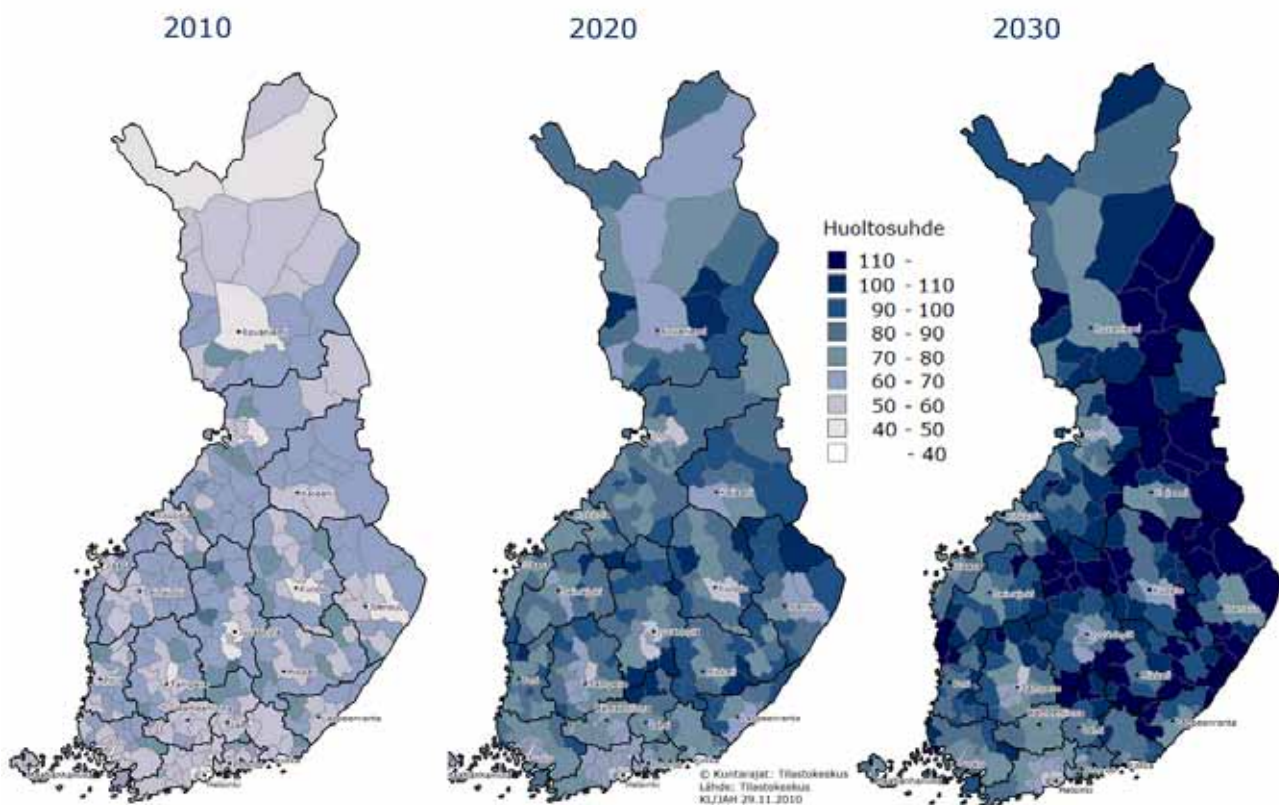
Kuntien sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannukset olivat yhteensä 17,8 miljardia euroa vuonna 2008. Kun siitä vähennetään asiakasmaksut, olivat sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset 15,6 miljardia euroa. Kustannukset vaihtelevat paljon kunnittain, sillä nettokustannukset olivat korkeimmillaan 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 huoltosuhte oli 50,6 ja Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan vuonna 2020 se on 65,4 ja vuonna 2030 jo peräti 73,0.

Huomionarvoista on, ettei huoltosuhte parane yhdessäkään kunnassa ja vuonna 2020 Suomessa lasketaan olevan jo 20 kuntaa, joissa huoltosuhte 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. Vaikka ne koskevat valtaosaltaan taloutta ja kauppaa, asettavat ne reunaehdoja 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 pohjoismaisessa järjestelmässä vahva perinne, mutta EU:n säädösten ja niiden kansallisen tulkinnan myötä kansallinen liikkumatila on tässä suhteessa kaventunut ja muuttunut epäselväksi. Erityisesti järjestöjen toiminta on joutunut ahtaalle 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 lukuisa määrä eri kieli- ja kulttuurivähemmistöjä.

Suomen väestöstä noin 5,5 prosenttia eli noin 280 000 henkilöä puhuu äidinkielenään ruotsia. Suurin osa suomenruotsalaisista 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 ulkomaalaista 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 viimeisen 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. Yksin tulleiden alaikäisten turvapaikanhakijoiden määrä on myös ollut poikkeuksellisen suuri. Turvapaikanhakijoista noin 30–40 prosenttia saa myönteisen oleskeluluvan. Tämä tarkoittaa sitä, että vuoden 2008 hakijoista arviolta noin 1 400 ja vuoden 2009 hakijoista noin 2000 tulee saamaan myönteisen oleskeluluvan. Lupaan liittyy käytännössä aina myös perheen yhdistämisoikeus. Seuraavien viiden vuoden aikana perheen yhdistämisen perusteella vireille tulevien hakemusten määrä tuleekin 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 työntekijöiden määrää, mutta myös turvapaikanhakijoiden määrästä.

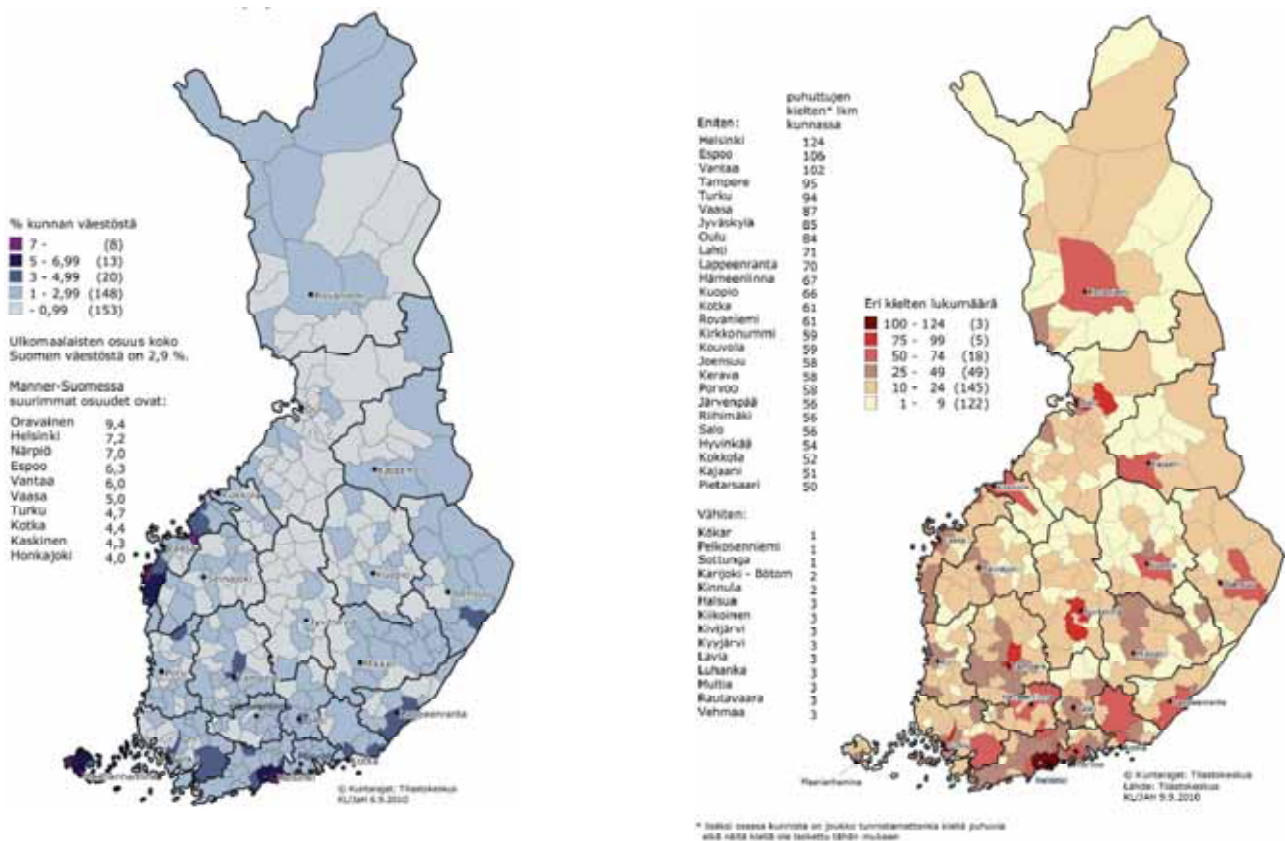
Suomi on siis mennyt 2000-luvulla harppauksen eteenpäin kohti monikulttuurista yhteiskuntaa, erityisesti pääkaupunkiseudulla ja suurissa kaupungeissa. Sosiaali- ja terveystalouden sekä sosiaaliturvan piiriin siirtyminen on mahdollista maahanmuuttajan saatua oleskeluluvan Suomessa vähintään vuoden ajalle. 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 terveystalouden 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 terveystalouden ammattiteissa 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 ulkomaan kansalaisten osuus oli suhteessa korkeampi vaativissa ammateissa (lääkärit, hammaslääkärit) ja avustavissa ammateissa (hoito-, keittiö- yms. apulaiset sekä siivoojat). Sen sijaan muissa asiantuntija-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, kansallisuudestaan, 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 terveyspalvelujen 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 peruspalvelujen tulee olla tosiasiallisesti saatavilla. Palvelurakenteen tulee olla sellainen, että se turvaa kaikille yhdenvertaisesti riittävät ja laadukkaat palvelut kohtuullisin kustannuksin. Palveluja on tarpeen räätälöidä yksilöiden ja paikallisten tarpeiden sekä alueellisten olosuhteiden mukaan.

Palvelujärjestelmän 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 asiakkaan riittävä mahdollisuus palvelujen toteuttamiseen liittyviin valintoihin, kuten esimerkiksi palvelun toteuttamispaikkaan, etenemisen järjestykseen ja aikatauluun. Asiakkaiden kokemuksia tulisi pystyä hyödyntämään palvelujen toteuttamisessa. Palveluja 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 säädettyin täsmällisin ja tarkkarajaisin perustein. Asiakas on palvelujen piirissäkin ollessaan subjekti ja häntä itseään koskevissa asioissa päätöksentekijä, ei objekti tai ”tapaus”.

Palvelujärjestelmän tulee olla läpinäkyvä niin että ihmisellä on mahdollisuus vertailla eri palveluiden laatua, hintaa ja saatavuutta. Palvelujen laadun parantaminen ja valin-

nanvapauden lisääminen edellyttävät, että läpinäkyvyys toteutuu. Valinnanvapautta laajennettaessa on huomioitava se, että kaikilla palvelun käyttäjillä ei ole voimavaroja valinnanvapauden täysimääräiseen käyttämiseen. Tämän vuoksi valinnanvapauden käyttämiseen 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 kestävästä yhteiskuntaa. Tarvitaan poikkihallinnollista vaikuttamista sekä sitä tukevia rakenteita ja toimintamalleja, jotta hyvinvointi- ja terveystieteiden päätöksenteossa priorisoitaisiin. Oikein kohdenneet, vaikuttavat ehkäisevät palvelut ja oikea-aikainen tuki ovat aina halvempi tapa kuin raskas korjaava hoito. Esim. 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 järjestämävastuun kantavien tahojen tulee kyetä huolehtimaan siitä, että niiden palvelujen toteutuksessa mahdollisuudet ammattitaitoisen 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. Rakennusratkaisujen 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. Jatkotyössä työryhmä tekee ehdotuksen järjestämistä koskevan lainsäädännön pääasialliseksi sisällöksi painottamalla näitä linjauksia keskenään väliraportista saadun palautteen perusteella.

1. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä on päätettävä demokraattisesti

Sosiaali- ja terveydenhuollon ydintavoitteena 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 tehdäksään aitoja poliittisia valintoja toiminnan sisällöstä suhteuttaen valinnat muihin yhteiskunnallisiin tarpeisiin yhdenvertaisuutta vaarantamatta.

2. Sosiaali- ja terveydenhuolto on järjestettävä yhtenä kokonaisuutena

Terveyteen vaikuttavat monet sosiaaliset tekijät. Monien väestöryhmien kuten iäkkäiden, mielenterveysasiakkaiden, päihdeasiakkaiden, lastensuojelun asiakkaiden ja vammaisten palvelut koostuvat sekä sosiaali- että terveysterveystoimista. Heikoimmassa asemassa olevat väestöryhmät käyttävät terveystoimista 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 puuttumista 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 terveydenhuoltoa on vaikea toteuttaa niin, että se vastaisi täydellisesti tarvetta. Palvelujen ja muiden tehtävien määrän ja laadun mittaaminen on siten poliittinen kysymys. Järjestämisvastuussa olevalla toimijalla täytyy olla käsitys kokonaisjärjestelmän kustannustehokkuudesta ja vaikuttavuudesta,

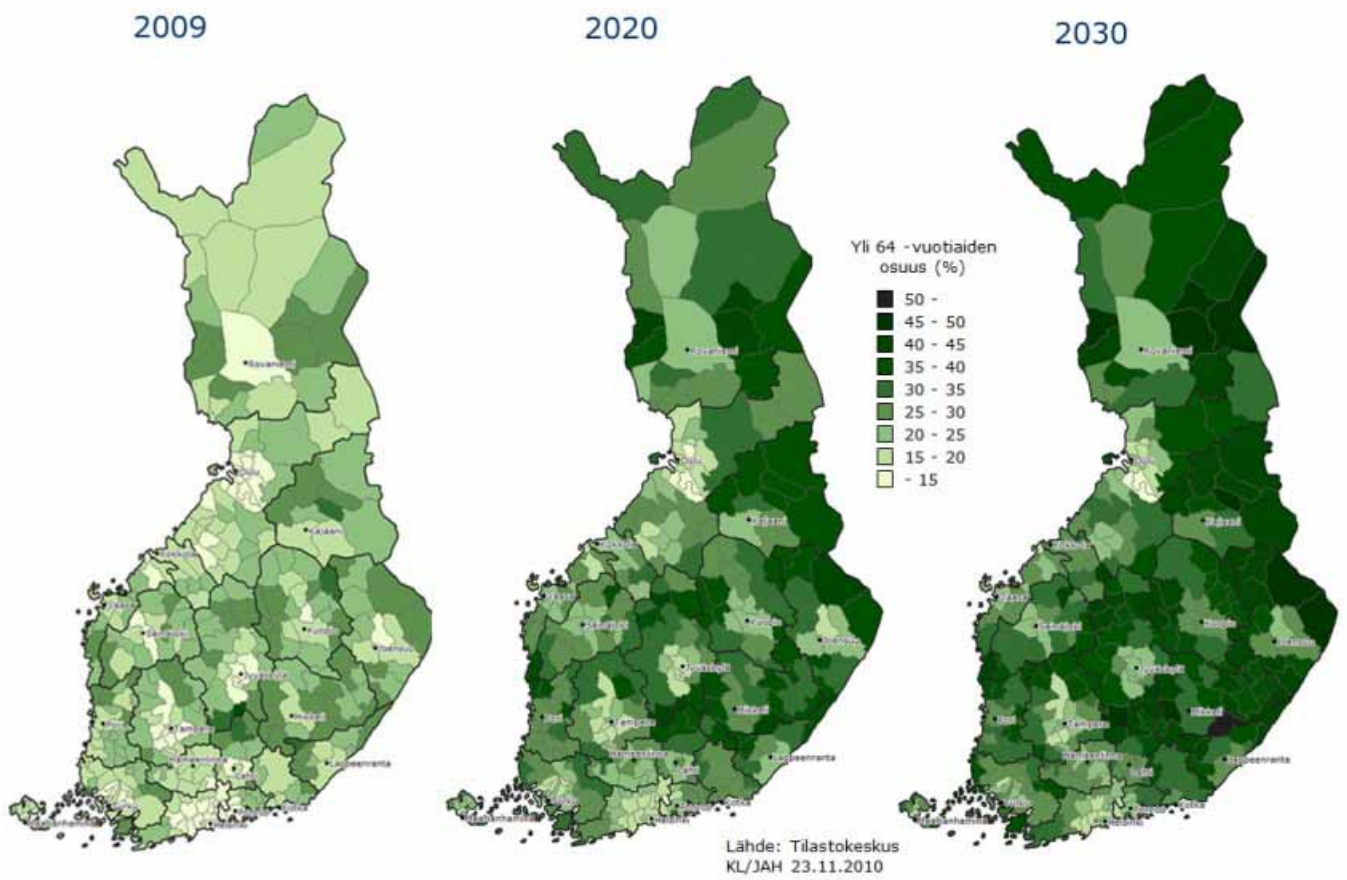
9. Kansallisella ohjauksella on varmistettava väestön yhdenvertaisuus, oikeusturva ja palvelujen laatu

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 asiakasvaikuttavuuden ja hyötyjen valvontaan. Kansallisen ohjauksen on oltava läpinäkyvää ja sen on painotuttava rakenteiden ohjaukseen eikä yksittäisten toimintamuotojen ohjaukseen. Toimintamuotojen valinta kuuluu palvelujen järjestäjälle.

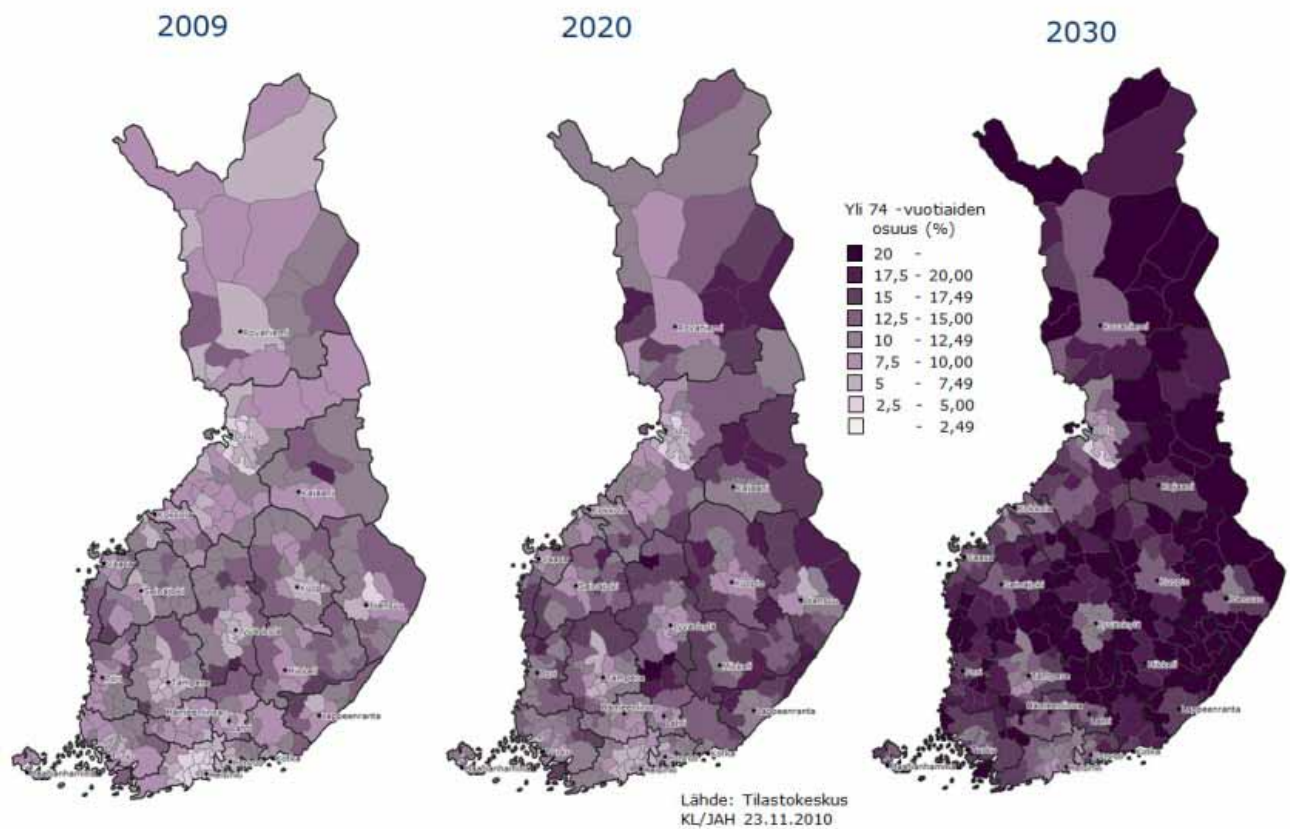
6 Jatkotoimet

Saatuaan työnsä valmiiksi, työryhmä jättää väliraporttinsa sosiaali- ja terveysministeriölle. Jätettäessään väliraportin, työryhmä jatkaa työtään tehtäväksiantonsa mukaisesti. Loppuraportissa työryhmä täydentää työtään toimeksiantonsa mukaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon rakennelinjausten, rahoituksen, valvonnan sekä tutkimus- ja kehittämistoiminnan rakenteiden osalta.

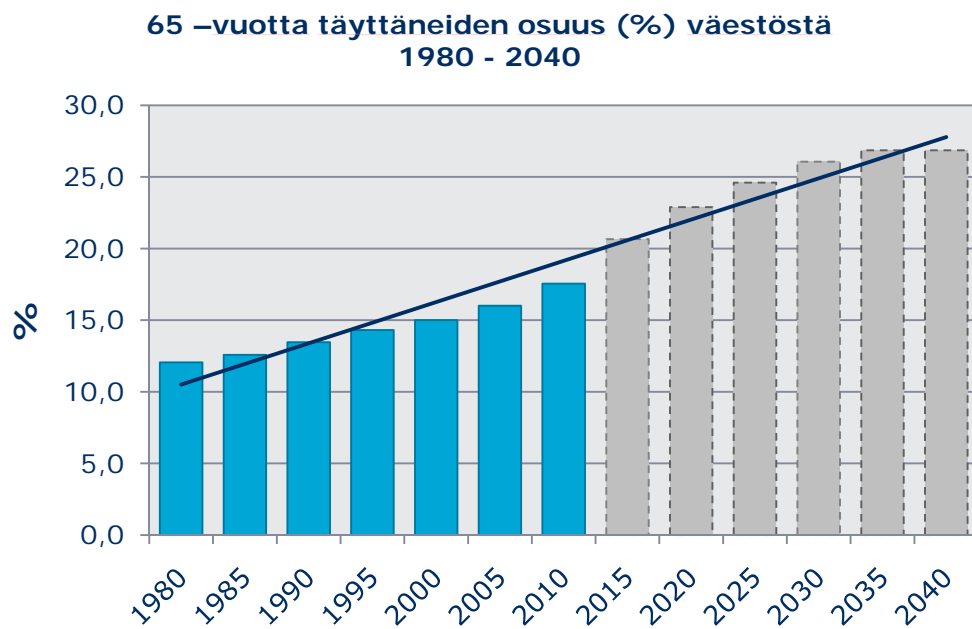
LIITE



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

