

SISÄLLYS

PERUSTELUT	4
2 NYKYTILA JA SEN ARVIOINTI	4
2.1 Perusoikeudet.....	4
2.1.1 Yleistä	4
2.1.2 Sosiaali- ja terveyspalvelut	5
2.1.3 Pelastustoimen palvelut.....	7
2.1.4 Kielelliset oikeudet	7
2.2 Kunnallinen ja alueellinen itsehallinto.....	9
2.2.1 Kansainväliset sopimukset	9
2.2.2 Kunnallinen itsehallinto	9
2.2.3 Itsehallinto kuntaa suuremmalla alueella	9
2.2.4 Muut itsehallintojärjestelmät.....	10
2.3 Vaalijärjestelmä sekä kansalaisten osallistumis- ja vaikutusmahdollisuudet	11
2.3.1 Vaalit ja vaalilaki	11
2.3.2 Osallistumis- ja vaikutusmahdollisuudet	13
2.4 Sosiaali- ja terveydenhuolto.....	15
2.4.1 Hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistäminen	15
2.4.2 Sosiaalihuollon järjestämisvastuu ja palvelujärjestelmä	18
2.4.2.1 Sosiaalihuollon yleinen järjestämisvastuu	18
2.4.2.2 Kehitysvammaisten erityishuollon järjestämisvastuu	22
2.4.3 Terveydenhuollon järjestämisvastuu ja palvelujärjestelmä.....	23
2.4.3.1 Perusterveydenhuolto	23
2.4.3.2 Erikoissairaanhoidon ja sairaanhoitopiirit.....	25
2.4.3.3 Erityisvastuualueet	27
2.4.3.4 Terveydenhuollon keskittäminen	28
2.4.4 Ahvenanmaan sosiaali- ja terveydenhuolto.....	29
2.4.5 Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tuottaminen ja ostopalvelut	30
2.4.6 Kehittämistoiminta ja -rakenteet	31
2.4.7 Opetus-, koulutus- ja tutkimustoiminta	33
2.4.8 Valmius ja varautuminen	33
2.4.9 Palveluiden yhteensovittaminen.....	34
2.4.9.1 Järjestämisen ja asiakastason integraatio	35
2.4.9.2 Lasten, nuorten ja perheiden palvelut	36
2.4.9.3 Iäkkäiden palvelut	38
2.4.9.4 Mielenterveystyö ja päihdehuolto	39
2.4.9.5 Ensihoito	39
2.4.10 Sosiaali- ja terveydenhuollon menot	40
2.5 Pelastustoimi	40
2.5.1 Pelastustoimen järjestämisvastuu	40
2.5.2 Koulutus ja tutkimustoiminta	41
2.5.3 Valmius ja varautuminen	42
2.5.4 Pelastustoimen menot.....	42
2.6 Hallintorakenne ja aluejaot	43
2.6.1 Kuntarakenne	43
2.6.2 Muut aluejaot	44
2.7 Kunnan hallinnon ja talouden järjestäminen.....	46

2.7.1 Kunnan hallinto.....	46
2.7.2 Kuntien yhteistoimintamuodot.....	50
2.7.3 Kunnan talous	55
2.7.4 Hallinnon ja talouden tarkastus	57
2.8 Kunnallisen toiminnan rahoitus	59
2.8.1 Kunnallisen toiminnan rahoitus yleisesti	59
2.8.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus ja kuntien välinen kustannustenjakko	65
2.9 Verojärjestelmä.....	68
2.9.1 Kuntien verotusoikeus.....	68
2.9.2 Kuntien osuus yhteisöveron tuotosta	69
2.9.3 Ansiotulojen verotus	70
2.9.4 Julkisyhteisöjen asema tuloverotuksessa	74
2.9.5 Verotuskustannusten jako	75
2.9.6 Varainsiirtoverotus.....	76
2.9.7 Arvonlisäverotus	76
2.9.8 Verojärjestelmä Ahvenanmaalla	78
2.10 Valvonta.....	79
2.10.1 Aluehallintovirastot.....	79
2.10.2 Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto	80
2.10.3 Valviran ja aluehallintovirastojen työnjako ja toimivaltuudet ohjauksessa ja valvonnassa	80
2.10.4 Valvonnan keinot ja seuraamukset.....	81
2.11 Ohjaus	82
2.11.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen ohjaus	82
2.11.2 Pelastustoimen kansallinen ja alueellinen ohjaus.....	82
2.11.3 Julkisen talouden kokonaisuohjaus	83
2.11.4 Valtion ja kuntien välinen neuvottelumenettely.....	84
2.12 Tietohallinto ja ICT-toiminta.....	84
2.12.1 Tietohallinnon ja ICT-palveluiden tuotantorakenteet	84
2.12.2 ICT-toiminnan kustannukset.....	86
2.12.3 ICT-toiminnan varautuminen häiriö- ja poikkeustilanteisiin	86
2.13 Omaisuus	87
2.13.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon käytössä oleva kuntasektorin omaisuus	87
2.13.2 Kuntasektorin lainakanta.....	89
2.13.3 Kuntasektorin sopimukset.....	91
2.13.4 Sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymät	91
2.13.5 Pelastustoimen käytössä oleva kuntasektorin omaisuus	93
2.14 Henkilöstö.....	94
2.14.1 Henkilöstön määrä ja rakenne	94
2.14.2 Henkilöstöön sovellettava lainsäädäntö	95
2.14.3 Eläkkeet.....	96
2.14.4 Julkisen vallan käyttö ja virkavastuu	97
2.14.5 Liikkeenluovutus.....	98
2.14.6 Henkilöstöön sovellettavat virka- ja työehtosopimukset.....	98
2.14.7 Työnantajaedunvalvonta	99
2.15 Hallinnon yleissääntely.....	100

2.16 Nykytilan arviointi.....	100
2.16.1 Alueellinen itsehallinto	100
2.16.2 Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä	101
2.16.2.1 Hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistäminen.....	101
2.16.2.2 Palveluiden saatavuus ja saavutettavuus	103
2.16.2.3 Palveluiden laatu ja vaikuttavuus.....	105
2.16.2.4 Palveluiden yhteensovittaminen.....	106
2.16.2.5 Eri väestöryhmien palvelut	108
2.16.3 Väestön hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden tilanne	113
2.16.4 Hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden eriarvoisuus.....	114
2.16.5 Kehittämistoiminta ja rakenteet	115
2.16.6 Opetus- ja tutkimustoiminta.....	116
2.16.7 Valmius ja varautuminen	117
2.16.8 Ostopalvelut sosiaali- ja terveydenhuollossa	117
2.16.9 Peruspalvelujen menokehitys.....	120
2.16.10 Verojärjestelmä	120
2.16.11 Kuntien verotulot	121
2.16.12 Arvonlisäverotus	121
2.16.13 Kunnan peruspalvelujen valtionosuusjärjestelmä	122
2.16.14 Tietohallinto ja ICT-palvelut.....	124
2.16.15 Tiedolla johtaminen	126
2.16.16 Omaisuus.....	126
2.16.17 Hankinnat	127
2.16.18 Tukipalvelujen organisointi	128
2.16.19 Henkilöstö	129
2.16.20 Työnantajaedunvalvonta	130
2.16.21 Valvonta.....	131
2.16.22 Ohjaus	132
2.16.22.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksen toteutuminen.....	132
2.16.22.2 Hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistämisen ohjauksen toteutuminen	132
2.16.22.3 Pelastustoimen ohjauksen toteutuminen	132
2.16.22.4 Julkisen talouden ohjauksen toteutuminen.....	133

PERUSTELUT

2 Nykytila ja sen arviointi

2.1 Perusoikeudet

2.1.1 Yleistä

Perustuslain 1 §:n 2 momentin mukaan valtiosääntö turvaa ihmisarvon loukkaamattomuuden ja yksilön vapauden ja oikeudet sekä edistää oikeudenmukaisuutta yhteiskunnassa. Säännöstä voidaan pitää lähtökohtana arvioitaessa julkisen vallan velvollisuuksia turvata perusoikeuksien toteutuminen.

Perusoikeuksista säädetään perustuslain 2 luvussa. Perusoikeuksien tulkintaan vaikuttavat ihmisoikeustoimielinten päätökset ja perustuslakivaliokunnan lausunnot, jotka muuntavat ja muokkaavat perustuslain 2 luvun säännösten tulkintaa ja soveltamista.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistapaan ja palvelujen saatavuuteen vaikuttavat välillisesti useat perusoikeudet, keskeisimmin yhdenvertaisuus ja syrjinnän kieltäminen (6 §), oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ja turvallisuuteen (7 §), yksityiselämän suoja (10 §), uskonnon ja omantunnon vapaus (11 §), tallennejulkisuus (12 §), itseään koskevaan päätöksentekoon osallistumisoikeus (14.4 §), oikeus kieleen ja kulttuuriin (17 §), oikeus sosiaaliturvaan (19 §) sekä julkisen vallan velvollisuus turvata perus- ja ihmisoikeuksien toteutuminen (22 §).

Perustuslain 6 §:n 1 momentin mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. Ihmisiä on kohdeltava lainsäädännössä, tuomioistuimissa ja viranomaistoiminnassa samanlaisissa olosuhteissa samalla tavoin. Yhdenvertaisuusperiaatteen sisältöön sisältyy myös mielivallan kieltäminen. Lainsäädäntövallan rajoituksia täsmäntävät 2 momentin syrjintäkiellot, jotka estävät ihmisten asettamisen ilman hyväksyttävää syytä eri asemaan sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vammaisuuden, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilön liittyvän syyn perusteella. Säännöksessä lueteltuja perusteita voidaan pitää syrjintäkiellon ydinalueena. Luetteloa ei ole kuitenkaan tarkoitettu tyhjäksi, vaan eri asemaan asettaminen on kielletty myös muun henkilön liittyvän syyn perusteella. Tällainen syy voi olla esimerkiksi yhteiskunnallinen asema, varallisuus, yhdistystoimintaan osallistuminen, perhesuhteet, raskaus, aviollinen syntyperä, seksuaalinen suuntautuminen ja asuinpaikka (HE 309/1993 vp, s. 43–44). Hyväksyttävällä perusteella ei puolestaan voida tarkoittaa kenen tahansa mitä tahansa hyväksyttävänä pitämää perustetta, vaan perusteiden on oltava hyväksyttäviä nimenomaan perusoikeusjärjestelmän kannalta, kuten eduskunnan perustuslakivaliokunta on vakiintuneesti linjannut.

Syrjintäkielto koskee myös toimenpiteitä, jotka välillisesti johtavat syrjivään lopputulokseen. Tältä osin syrjinnän olemassaolo arvioidaan menettelyn tosiasiallisten seurausten kannalta. Tosiasiallisen yhdenvertaisuuden toteutuminen saattaa kuitenkin edellyttää poikkeamista muodollisesta yhdenvertaisuudesta hyväksyttävän tarkoituksen ja suhteellisuusperiaatteen rajoissa.

Yhdenvertaisuusvaatimus ei estä niin sanottua positiivista erityiskohtelua. Eri ihmisryhmien kohtelulle toisistaan poikkeavalla tavalla on kuitenkin oltava yhteiskuntapoliittisesti hyväksyttävä syy. Perustuslain 6 §:n 2 momentti kieltää suosinnan tai jonkin yksilön tai ryhmän asettamisen etuoikeutettuun asemaan, jos tämä samalla merkitsisi toisiin kohdistuvaa syrjintää (HE 309/1993 vp, s. 43).

Sosiaali- ja terveystalvelujen osalta asiakkaiden ja potilaiden yhdenvertaisuus tulee arvioitavaksi niin riittävien talvelujen turvaamisen, talvelujen alueellisten erojen kuin talvelujen käyttäjiltä perittävien maksujen kannalta. Perustuslakivaliokunta ei ole esimerkiksi pitänyt pelkkää maantieteellistä kriteeriä hyväksyttävänä erotteluperusteena perustuslain 6 §:n 2 momentin kannalta (PeVL 59/2001 vp, 2).

2.1.2 Sosiaali- ja terveystalvelut

Yleistä

Suomen perustuslain 19 §:n 1 momentissa on turvattu oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Säännöksen tarkoittama huolenpito tarkoittaa sosiaali- ja terveystalveluja. Perustuslain 19 §:n 3 momentissa on julkiselle vallalle säädetty velvoite turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvelut ja edistää väestön terveyttä. Säännöstä täydentävät sosiaali- ja terveydenhuollon yleis- ja erityislainsäädännön, kuten sosiaalihuoltolain (1301/2014), vammaisuuden perusteella järjestettävistä talveluista ja tukitoimista annetun lain (380/1987), jäljempänä vammaistalvelulaki, terveydenhuoltolain (1326/2010), kansanterveyslain (66/1972), erikoissairaanhoidon lain (1062/1989), tartuntatautilain (1227/2016), lastensuojelulain (417/2007) ja useiden muiden erityislakien säännökset kuntien velvollisuudesta järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon talvelut.

Talvelujen riittävyttä arvioitaessa lähtökohtana pidetään sellaista talvelujen tasoa, joka luo jokaiselle ihmiselle edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä. Riittävät talveluilla ei tarkoiteta pelkästään viimesijaista turvaa. Sosiaalihuollon talvelujen laatua ja riittävyttä on arvioita myös koko perusoikeusjärjestelmän näkökulmasta, kesimerkiksi yhdenvertaisuuden ja syrjinnän kiellon näkökulmasta (HE 309/1993 vp).

Perustuslain 19 §:n 3 momentissa julkiselle vallalle asetettu velvoite väestön terveyden edistämiseen edellyttää julkiselta vallalta sosiaali- ja terveydenhuollon ehkäisevää toimintaa sekä yhteiskunnan olosuhteiden kehittämistä eri aloilla yleisesti väestön terveyttä edistävään suuntaan.

Perustuslain 22 § velvoittaa julkista valtaa turvaamaan perusoikeuksien käytännön toteutumisen. Julkisella vallalla tarkoitetaan tässä sekä valtiota että kuntia. Erityislainsäädännöllä kunnille on säädetty velvollisuus järjestää sosiaali- ja terveydenhuolto asukkailleen ja eräissä tapauksissa kunnassa oleskeleville ja muille henkilöille. Julkisen vallan tulee aktiivisesti luoda tosiasialliset edellytykset perusoikeuksien toteuttamiseksi. Valtion tulee lainsäädäntötoimin, asianmukaisella rahoituksella ja voimavarojen kohdentamisella sekä toiminnan järjestämisellä huolehtia siitä, että riittävät sosiaali- ja terveystalvelut tulevat turvatuiksi. Toiminnan edellyttämä rahoitus ja voimavarat toteutetaan nyt pääosin valtion kunnille myöntämällä valtionosuuksilla ja kuntien verotusoikeudella.

Muut perusoikeussäännökset määräävät osaltaan tapaa, jolla talvelujen turvaamisvelvollisuus on täytettävä.

YK:n vammaisyleissopimus

YK:n vammaisopimus (SopS 26-27/2016) tuli kansainvälisesti voimaan vuonna 2008. Suomessa eduskunta hyväksyi vammaisopimuksen ja sen valinnaisen pöytäkirjan maaliskuussa 2015. Suomi ratifioi vammaisopimuksen ja sen valinnaisen pöytäkirjan 11.5.2016, ja ne tulivat Suomessa voimaan 10.6.2016. Tämän jälkeen Suomeen on perustettu sopimuksen 33 artiklan mukaisesti sopimuksen kansallista täytäntöönpanoa ja seuranta varten sopimuksen edellyttä-

mät yhteystahot (ulkoasiainministeriö ja sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö), valtion koordinaatiojärjestelmä (vammainen henkilöiden oikeuksien neuvottelukunta) ja riippumaton mekanismi (eduskunnan oikeusasiamies, Ihmisoikeuskeskus ja ihmisoikeusvaltuuskunta). Suomi raportoi sopimuksen täytäntöönpanosta sopimuksen täytäntöönpanoa valvovalle vammaisten henkilöiden oikeuksien komitealle ensimmäisen kerran vuonna 2018. Myös EU on liittynyt sopimukseen.

Sopimuksen tarkoituksena on edistää, suojella ja taata kaikille vammaisille henkilöille täysimääräisesti ja yhdenvertaisesti kaikki ihmisoikeudet ja perusvapaudet. Tämän toteutumiseksi sopimusvaltiot ovat sitoutuneet muun muassa toteuttamaan kaikki asianmukaiset lainsäädännölliset, hallinnolliset ja muut toimet yleissopimuksessa tunnustettujen oikeuksien täytäntöönpanemiseksi ja toteuttamaan kaikki asianmukaiset, myös lainsäädännölliset, toimet vammaisia henkilöitä syrjivien säädösten, määräysten, tapojen ja käytäntöjen muuttamiseksi tai poistamiseksi.

Vammaissopimus koostuu 50 artiklasta ja sen valinnainen pöytäkirja 18 artiklasta. Vammaissopimuksen 1–9 artiklat sisältävät määräykset sopimuksen tarkoituksesta, yleisistä periaatteista ja velvoitteista, tasa-arvosta ja yhdenvertaisuudesta, vammaisista naisista ja lapsista, tietoisuuden lisäämisestä ja esteettömyydestä sekä sopimusta koskevien käsitteiden määritelmät. Nämä artiklat on huomioitava läpileikkaavasti kaikkia muita artikloja sovellettaessa. Muut yleissopimuksen artiklat sisältävät tarkempia määräyksiä yleissopimuksen edellyttämistä kansallisista toimenpiteistä sekä määräyksiä kansainvälisestä yhteistyöstä, kansallisesta valvontajärjestelmästä, yleissopimuksen kansainvälisestä valvontajärjestelmästä ja sopimuspuolten kokouksesta.

Vammaissopimuksen tarkoituksena on kattaa vammaisuuden käsite mahdollisimman laajalti sekä ottaa huomioon mahdolliset yhteiskunnassa tapahtuvat muutokset. Tarkoituksena ei ole rajata minkäänlaista vammaisuutta yleissopimuksen soveltamisen ulkopuolelle. Vammaisuuden kuvaamisen lähtökohtana on oltava henkilön suhde ympäröivään yhteiskuntaan, ei lääketieteellinen diagnoosipohjainen määrittely. Vammaissopimuksen 1 artiklan 2 kohdan mukaan vammaisiin henkilöihin kuuluvat ne henkilöt, joilla on sellainen pitkäaikainen ruumiillinen, henkinen, älyllinen tai aisteihin liittyvä vamma, joka voi vuorovaikutuksessa erilaisten esteiden kanssa estää heidän täysimääräisen ja tehokkaan osallistumisensa yhteiskuntaan yhdenvertaisesti muiden kanssa.

Osallisuus, syrjintäkielto, esteettömyys ja saavutettavuus ovat vammaissopimuksen johtavia periaatteita. Yleissopimuksen 4 artikla korostaa vammaisten henkilöiden ja heitä edustavien järjestöjen osallistamista ja osallistumista kaikkeen heitä koskevaan päätöksentekoon. Yhdenvertaisuutta koskeva 5 artikla on tärkeä sopimuksen määräysten toteutumiseksi erityisesti kohtuullisten mukautusten ja muiden positiivisten erityistoimien toteuttamisessa. Vammaisten henkilöiden tosiasiallisen yhdenvertaisuuden toteuttamiseksi tehtäviä tarpeellisia erityistoimia ei pidetä syrjintänä eikä syrjivinä.

Vammaissopimuksen 19 artikla (eläminen itsenäisesti ja osallisuus yhteisössä) korostaa vammaisen henkilön itsemääräämisoikeutta, valinnanvapautta ja osallisuutta sekä riittävien palvelujen, erityisesti henkilökohtaisen avun, merkitystä oikeuksien toteutumisessa. Lisäksi sosiaalihuoltoon ja vammaispalveluihin liittyviä artikloita ovat muun muassa 12 artikla (yhdenvertaisuus lain edessä), 20 artikla (henkilökohtainen liikkuminen), 24 artikla (koulutus), 26 artikla (kuntoutus) ja 27 artikla (työ ja työllistyminen) sekä 28 artikla (riittävä elintaso ja sosiaaliturva).

Vammaissopimuksen täytäntöönpanoa valvotaan kansainvälisesti. Raportoinnin kautta tapahtuvaa valvontaa täydentää valinnainen pöytäkirja, jonka kautta yksittäinen henkilö tai ryhmä voi

tehdä valituksen vammaisten henkilöiden oikeuksien komitealle kokemastaan yleissopimuksella tunnustettujen oikeuksiensa loukkauksesta.

Vammaissopimus määrittelee vammaispolitiikan kansainvälisessä yhteisössä hyväksytyt lähtökohdat ja tarjoaa eri toimijoille yhteisen arvopohjan ja käsitteistön. Se määrittelee myös ne kriteerit, joita vasten suomalaisia vammaispalveluja arvioidaan kansallisesti ja kansainvälisesti. Vammaissopimus määrittää perusoikeussääntelyn ohella lähtökohdat erityisesti vammaispalveluja koskevan lainsäädännön uudistamiselle.

2.1.3 Pelastustoimen palvelut

Perustuslain 22 §:n perusoikeuksien turvaamisvelvoitteen kannalta pelastustoimen palveluiden merkitys on ensisijaisen tärkeä. Pelastusviranomaisille eritoten pelastuslaissa (379/2011) annetuilla toimivaltuuksilla pyritään turvaamaan suoraan tiettyjen perusoikeuksien toteutumista, mutta laajemmin myös välillisesti luomaan edellytyksiä muidenkin perusoikeuksien toteutumiselle. Erityisesti korostuu perustuslain 7, 15 ja 20 §:ssä säänneltyjen oikeushyvien turvaaminen eli oikeus elämään, omaisuuden suojaaminen ja oikeus terveelliseen ympäristöön.

Pelastustoimen palveluihin tarvittavien riittävien resurssien varmistaminen takaa sitä, että perustuslaissa säädettyjen perusoikeuksien toteutumista kyetään turvaamaan sillä tavoin, ettei perusoikeus menetä merkitystään perustuslain 22 §:n turvaamisvelvoitteen laiminlyönnin myötä.

2.1.4 Kielelliset oikeudet

Kielelliset oikeudet perustuvat laissa tai asetuksessa oleviin säännöksiin oikeudesta käyttää tiettyä kieltä tai tiettyjä kieliä. Kielelliset oikeudet ovat yksilöoikeuksia. Viranomaisilla, kuten kunnilla ja muilla julkisia tehtäviä hoitavilla tahoilla on puolestaan velvollisuus palvella asiakasta tai potilasta hänen kielellään laissa säädetyllä tavalla. Perustuslain 17 §:n mukaan suomi ja ruotsi ovat maamme kansalliskieliä. Lisäksi perustuslaissa säädetään saamelaisten, romanien ja viittomakielisten sekä vammaisuuden vuoksi tulkitsemis- ja käännösapua tarvitsevien kielellisistä oikeuksista. Perustuslain 17 §:n 2 momentin mukaan ”Julkisen vallan on huolehdittava maan suomen- ja ruotsinkielisen väestön sivistyksellisistä ja yhteiskunnallisista tarpeista samanlaisten perusteiden mukaan”. Perustuslain 6 §:n mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. Pykälän 2 momentin mukaan ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan muun muassa kielen perusteella. Molemmat säännökset ilmentävät lainsäätäjän pyrkimystä varmistaa kansalliskielten tosiasiallinen yhdenvertaisuus.

Kielelliset oikeudet liittyvät myös hyvän hallinnon varmistamiseen. Perustuslain 21 §:n mukaan jokaisella on oikeus hyvään hallintoon, josta säädetään tarkemmin lailla. Kielilain (423/2003) mukaan valtion ja kaksikielisten kuntien viranomaisilta edellytetään, että hallinto toimii ja palvelua annetaan niin suomen kuin ruotsin kielellä. Näissä viranomaisissa perustuslain voidaan katsoa edellyttävän, että hallinnon on oltava laadullisesti yhtä hyvää sekä käytännössä saata- vissa suomen- ja ruotsinkieliselle väestölle samanlaisin perustein.

Perustuslain 122 §:n mukaan hallintoa järjestettäessä tulee pyrkiä yhteensopiviin aluejaotuksiin, joissa turvataan suomen- ja ruotsinkielisen väestön mahdollisuudet saada palveluja omalla kielellään samanlaisten perusteiden mukaan. Perustuslain 122 §:n tarkoituksena ei ole ensisijaisesti varmistaa yksikielisten yksiköiden muodostaminen, vaan ennen kaikkea turvata palvelut niin suomen kuin ruotsinkin kielellä.

Kielilaki sisältää yksityiskohtaiset säännökset oikeudesta käyttää suomea ja ruotsia. Kielilakia sovelletaan valtion ja kuntien viranomaisissa ja itsenäisissä julkisoikeudellisissa laitoksissa.

Laki koskee myös valtion liikelaitoksia, valtion ja kuntien yhtiöitä sekä yksityisiä niiden hoitessa julkisia hallintotehtäviä. Tähän liittyen julkisyhteisöjen henkilöstöltä vaadittavasta kielitaidosta annetussa laissa (424/2003) säädetään myös viranomaisen palveluksessa olevalta henkilöstöltä vaadittavasta kielitaidosta sekä kielitaidon osoittamisesta.

Perustuslain 17 §:n 3 momentin mukaan saamelaisilla on alkuperäiskansana oikeus ylläpitää ja kehittää omaa kieltään ja kulttuuriaan. Säännöksen sisältämän lakivarauksen mukaan saamelaisien oikeudesta käyttää saamen kieltä viranomaisissa säädetään lailla. Asiasta säädetään nykyisin saamen kielilalla (1086/2003). Kunnilla ei ole velvollisuutta järjestää sosiaali- ja terveyspalveluja saamen kielellä. Asiakkaalla ja potilaalla on kuitenkin oikeus saada tulkkausta kaikille kolmelle saamen kielelle (inarinsaame, koltansaame ja pohjoissaame) saamelaisien kotiseutualueella ja niissä kuntayhtymissä, johon nämä kunnat kuuluvat. Tällaisia ovat esimerkiksi Lapin sairaanhoitopiiri ja Lapin erityishuoltopiiri. Asiakkaalla ja potilaalla on saamen kielilain mukainen oikeus saada hallintopäätökset omalla kielellään.

Saamen kielilain mukainen kulttuuri-itsehallinto ei koske sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistä, mikä on kuntien vastuulla. Sen sijaan saamenkielisellä väestöllä tulee olla mahdollisuus vaikuttaa sosiaali- ja terveyspalvelujen sisältöön, jotta kielen lisäksi heidän perinteiset tapansa ja elinkeinonsa tulevat asianmukaisesti huomioon otetuiksi.

Romaneilla ei ole omaa kielilakia, mutta oikeus ylläpitää ja kehittää omaa kieltään ja kulttuuriaan sisältyy perustuslain 17 §:n 3 momenttiin. Tutkimustulosten mukaan romanikieltä käyttää noin 30 – 40 prosenttia romaniväestöstä, ja eniten kieltä käytetään kotona sekä sukulaisten ja ystävien kanssa. Romaniväestö käyttää viranomaisten kanssa asioidessaan suomen kieltä. Sen sijaan romaniväestön kulttuurisen ymmärryksen tarve korostuu erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollossa, joissa romaniväestön tapakulttuuri poikkeaa valtaväestön käytännöistä esimerkiksi puhtauskäsitusten osalta.

Perustuslain 17 §:n 3 momentin mukaan viittomakieltä käyttävien sekä vammaisuuden vuoksi tulkittamis- ja käännösapua tarvitsevien oikeudet turvataan lailla. Tästä oikeudesta on säädetty tarkemmin vammaisten henkilöiden tulkkauspalvelusta annetussa laissa (133/2010). Lisäksi viittomakielilaki (359/2015) asettaa viranomaisille yleisen velvollisuuden edistää toiminnassaan viittomakieltä käyttävän mahdollisuuksia käyttämään omaa kieltään ja saada tietoa omalla kielellään.

Tilastokeskuksen mukaan Suomessa asui vuoden 2018 lopulla 4 835 778 suomenkielistä ja 288400 ruotsinkielistä henkilöä. Suomessa asuvien saamenkielisten (lapsen äidinkieleksi ilmoitettu saamenkieli) määrä oli 2018 lopulla 1995 henkilöä. Suomen viittomakieliä, eli suomalaista viittomakieltä ja suomenruotsalaista viittomakieltä, käyttää Kuurojen liiton arvion mukaan 4000–5000 kuuroa tai huonokuuloista ja 6000–9000 kuulevaa.

Sekä vuoden 1982 sosiaalihuoltolaissa (710/1982) että terveydenhuoltolaissa on säädetty kunnan tai kuntayhtymän velvollisuudesta huolehtia lisäksi siitä, että Pohjoismaiden kansalaiset voivat sosiaalihuollon ja terveydenhuollon palveluja käyttäessään tarvittaessa käyttää omaa kieltään, suomen, islannin, norjan, ruotsin tai tanskan kieltä. Kunnan tai kuntayhtymän on tällöin mahdollisuuksien mukaan huolehdittava siitä, että Pohjoismaiden kansalaiset saavat tarvittavan tulkkaus- ja käännösavun. Tällöin on myös mahdollisuuksien mukaan käytettävä asiakkaan tai potilaan ymmärtämää kieltä. Säännökset perustuvat Pohjoismaiseen sosiaalipalvelusopimukseen (SopS 69/1996, 5 artikla), jonka toimeenpanosta on säädetty tasavallan presidentin asetuksella (136/2004).

Muita kieliä, kuten venäjän ja viron kieltä, koskevat potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992), jäljempänä potilaslaki, ja sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (812/2000), jäljempänä sosiaalihuollon asiakaslaki, säännökset, joiden mukaan potilaan ja asiakkaan äidinkieli, hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa on mahdollisuuksien mukaan otettava hänen hoidossaan ja kohtelussaan huomioon.

2.2 Kunnallinen ja alueellinen itsehallinto

2.2.1 Kansainväliset sopimukset

Suomi on ratifioinut Euroopan neuvoston paikallisen itsehallinnon peruskirjan (SopS 66/1991), jossa määritellään paikallisen itsehallinnon keskeiset ominaispiirteet. Peruskirjan tarkoittama paikallinen itsehallinto tarkoittaa paikallisviranomaisten oikeutta ja kelpoisuutta säännellä ja hoitaa lain nojalla huomattavaa osaa julkisista asioista omalla vastuullaan ja paikallisen väestön etujen mukaisesti. Peruskirjassa määritellään paikallisen itsehallinnon käsitteen ohella paikallisen itsehallinnon laajuus, paikallisviranomaisten aluerajojen suoja, edellytykset tehtävien hoitamiseksi paikallisella tasolla, paikallisviranomaisten toiminnan hallinnollinen valvonta, taloudelliset voimavarat ja yhdistymisvapaus sekä paikallishallinnon oikeussuoja.

Peruskirjan paikallisen itsehallinnon periaatteet koskevat kaikkia sopimuspuolen alueella olevia paikallisviranomaisten ryhmiä. Peruskirja mahdollistaa osapuolten valinnan jäädä ulkopuolelle tietyistä sopimuksen määräyksistä. Tällä pyritään turvaamaan tasapaino itsehallinnon periaatteiden ja osapuolten kansallisen lainsäädännön välillä.

Peruskirja tuli kansainvälisesti voimaan 1 päivänä syyskuuta 1988. Suomi ratifioi peruskirjan vuonna 1991 ja sitä koskevan lisäpöytäkirjan vuonna 2012. Peruskirja tuli Suomen osalta voimaan 1 päivänä lokakuuta 1991. Suomi ei ole tehnyt tarkkaa rajausta peruskirjan soveltamisesta vain perustuslain 121 §:ssä tarkoitettuun kunnalliseen itsehallintoon.

2.2.2 Kunnallinen itsehallinto

Kunnallisen itsehallinnon perusteista säädetään perustuslain 121 §:ssä. Säännöksen mukaan kunnan asukkaiden itsehallinnon keskeiset elementit ovat seuraavat:

- kunnan hallinnon tulee perustua kunnan asukkaiden itsehallintoon
- kuntien hallinnon yleisistä perusteista säädetään lailla
- kunnille annettavista tehtävistä säädetään lailla eikä tehtäviä voida antaa kunnille lakia alemman asteisella sääntelyllä
- kunnilla on verotusoikeus.

Perustuslakivaliokunnan vakiintuneen tulkintakäytännön mukaan kunnallisen itsehallinnon keskeisiä ominaispiirteitä ovat myös kunnan oikeus ottaa päätöksensä perusteella muitakin tehtäviä kuin vain lakisääteisiä tehtäviä ja vaatimus siitä, että annettaessa kunnille lakisääteisiä tehtäviä on samalla varmistettava niiden riittävästä rahoituksesta (rahoitusperiaate).

2.2.3 Itsehallinto kuntaa suuremmalla alueella

Itsehallinnosta kuntia suuremmalla alueella säädetään perustuslain 121 §:n 4 momentissa. Säännöksen mukaan tällaisesta itsehallinnosta ”säädetään lailla”. Säännös on väljä ja sen perustelut

ovat niukat. Perusteluissa mainitaan, että säännöksellä ilmaistaan ”mahdollisuus järjestää kuntia suurempia hallintoalueita kuten maakuntia itsehallinnon periaatteiden mukaisesti” (HE 1/1998, II/176). Perustuslaki edellyttää, että tällaisista hallintoalueista säädetään lailla eikä siten alueellista itsehallintoa voida perustaa kuntien sopimuksiin. Alueellisen itsehallinnon takeet eivät siten ole yhtä vahvat kuin kunnallisen itsehallinnon. Yhtään tällaista kuntaa suuremmalla hallintoalueella toimivaa itsehallinnollista yksikköä ei maassamme ole.

Perustuslakivaliokunta linjasi viime vaalikaudella lausunnoissaan (PeVL 26/2017 vp ja PeVL 65/2018) perustuslain 121 §:n 4 momentissa tarkoitettua itsehallintoa kuntaa suuremmilla alueilla. Perustuslakivaliokunta katsoi, ettei säännöksestä tai sen esitöistä ole luettavissa samanlaisia vaatimuksia kuin kunnalliselle itsehallinnolle. Valiokunta katsoi, että itsehallinnon keskeinen elementti on kansanvaltaisuuden toteutuminen eli päätöksenteon perustuminen vaaleilla valitun ylimmän toimielimen keskeiseen asemaan. Lisäksi maakunnan tehtävistä on säädettävä lailla ja perusoikeuksien turvaamisen näkökulmasta maakunnille on osoitettava riittävä rahoitus sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämiseen. Maakunnille ei edellytetty säädettäväksi yleistä toimialaa tai verotusoikeutta, vaikka valiokunta katsoikin näiden vahvistavan maakunnan itsehallintoa.

2.2.4 Muut itsehallintojärjestelmät

Kunnallisen ja alueellisen itsehallinnon lisäksi itsehallinnosta säädetään lailla muillakin alueilla ja asioissa. Ahvenanmaan itsehallinnosta säädetään perustuslaissa ja Ahvenanmaan itsehallintolaissa (1144/1991). Lisäksi lailla on säädetty yliopistojen itsehallinnosta. Saamelaisilla on saamelaisien kotiseutualueella omaa kieltään ja kulttuuriaan koskeva itsehallinto. Itsehallintoon on lisäksi viitattu perustuslakivaliokunnan lausuntokäytännössä erityisesti Kainuun hallintokokouksen yhteydessä.

Ahvenanmaan maakunnan itsehallinto perustuu Kansainliiton vuonna 1921 tekemiin päätöksiin ja hyväksymään sopimukseen sekä kansalliseen maakunnan itsehallintoa koskevaan lainsäädäntöön. Itsehallintoa koskevan lainsäädännön tehtävänä on turvata ja taata maakunnan väestölle sen ruotsin kielen ja kulttuurin sekä paikallisten tapojen säilyttäminen ja sallia väestön niin itsenäisesti kuin mahdollista järjestää olonsa maakunnan valtio-oikeudellisen aseman rajoissa.

Perustuslain 120 §:n mukaan Ahvenanmaan maakunnalla on itsehallinto sen mukaan kuin Ahvenanmaan itsehallintolaissa erikseen säädetään. Ahvenanmaan itsehallintolain mukaan Ahvenanmaan maakunnalla on itsehallinto sen mukaan kuin mainitussa laissa säädetään. Ahvenanmaan maakuntapäivät edustaa maakunnan väestöä itsehallintoa koskevissa asioissa. Maakuntapäivien jäsenet valitaan välittömällä ja salaisilla vaaleilla, joissa äänioikeus on yleinen ja kaikille äänioikeutetuille yhtäläinen. Maakuntapäivät säätää lakeja maakuntaa varten (maakuntalait). Maakunnan yleinen johto ja hallinto kuuluvat Ahvenanmaan maakunnan hallitukselle ja sen alaisille viranomaisille. Maakunnan hallitus voi maakuntalaissa säädetyin valtuuden nojalla antaa asetuksia maakunnan toimivaltaan kuuluvissa asioissa. Maakunnan lainsäädäntövaltaa koskeva toimivalta on määritelty niin, että laki sisältää yksityiskohtaisen luettelon niistä asioista, joita koskeva toimivalta on maakunnalla. Lisäksi laki sisältää yksityiskohtaiset säännökset niistä asioista, jotka kuuluvat valtakunnan lainsäädäntövaltaan. Suomen hallitusta edustaa maakunnassa maaherra.

Perustuslain 121 §:n 4 momentin mukaan saamelaisilla on saamelaisien kotiseutualueella kieltään ja kulttuuriaan koskeva itsehallinto sen mukaan kuin lailla säädetään. Saamelaiskäräjistä annetun lain (974/1995) mukaan saamelaisilla alkuperäiskansana on saamelaisien kotiseutualueella omaa kieltään ja kulttuuriaan koskeva itsehallinto sen mukaan kuin laissa säädetään. Tähän itsehallintoon kuuluvia tehtäviä varten saamelaiset valitsevat vaaleilla keskuudestaan

saamelaiskäräjät. Saamelaiskäräjiin kuuluu 21 jäsentä ja neljä varajäsentä, jotka valitaan saamelaiskäräjien vaaleilla neljäksi kalenterivuodeksi kerrallaan. Saamelaiskäräjien tehtävänä on lain mukaan hoitaa saamelaisten omaa kieltä ja kulttuuria sekä heidän asemaansa alkuperäiskansana koskevat asiat. Tehtäviinsä kuuluvissa asioissa saamelaiskäräjät voi tehdä viranomaisille aloitteita ja esityksiä sekä antaa lausuntoja. Saamelaiskäräjät edustaa saamelaisia tehtäviinsä kuuluvissa asioissa kansallisissa ja kansainvälisissä yhteyksissä. Lisäksi laki sisältää säännökset saamelaiskäräjien toimielimistä ja toiminnasta.

Perustuslain 123 §:n 1 momentin mukaan yliopistoilla on itsehallinto sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään. Yliopistolain (558/2009) mukaan yliopistoilla on itsehallinto, jolla turvataan tieteen, taiteen ja ylimmän opetuksen vapaus. Itsehallintoon kuuluu päätöksenteko-oikeus sisäiseen hallintoon kuuluvista asioista. Yliopistojen tehtävänä on lain mukaan edistää vapaata tutkimusta sekä tieteellistä ja taiteellista sivistystä, antaa tutkimukseen perustuvaa ylintä opetusta sekä kasvattaa opiskelijoita palvelemaan isänmaata ja ihmiskuntaa. Yliopistoyhteisöön kuuluvat yliopiston opetus- ja tutkimushenkilöstö, muu henkilöstö ja opiskelijat. Yliopistot ovat joko julkisoikeudellisia yliopistoja, joita on kaksitoista, tai säätiöyliopistoja, joita on kaksi. Julkisoikeudelliset yliopistot ovat itsenäisiä oikeushenkilöitä. Säätiöyliopistoihin sovelletaan yliopistolain lisäksi säätiölakia (487/2015).

Kainuun hallintokokeilusta annetun lain (343/2003) mukaan Kainuun maakunta toimii kyseessä olevassa laissa tarkoitetuissa tehtävissä maakunnan asukkaiden itsehallintoon perustuvana julkisoikeudellisena yhteisönä. Laki on voimassa vuoden 2016 loppuun saakka. Kainuun maakunta on niin sanottu pakkokuntayhtymä, johon sovelletaan kuntalain (410/2015) kuntayhtymää koskevia säännöksiä. Maakunnan tehtävänä on huolehtia maakunnan suunnittelusta, alueiden kehittämisestä, terveydenhuollosta, sosiaalihuollosta ja koulutuksesta sekä niiden rahoituksesta siltä osin kuin nämä tehtävät kuuluvat maakunnan toimialaan tämän lain mukaan. Maakunta huolehtii myös maakunnan yleisestä elinkeinopolitiikasta, edistää yhteistyötä maakunnan kehittämisen kannalta keskeisten julkis- ja yksityisoikeudellisten yhteisöjen ja säätiöiden kanssa ja valvoo maakunnan etuja. Maakunta voi myös antaa lausuntoja ja tehdä ehdotuksia viranomaisille. Lisäksi laki sisältää eräitä maakunnan rahastotehtäviä, koulutustehtäviä ja sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäviä täsmäntäviä erityissäännöksiä. Maakunnan päätösvaltaa käyttää maakunnan asukkaiden maakuntavaaleilla neljäksi kalenterivuodeksi kerrallaan valitsema maakuntavaltuusto. Maakuntavaaleihin sovelletaan kuntalain ja vaalilain (714/1998) kunnallisvaaleja koskevia säännöksiä. Lisäksi laki sisältää säännökset maakunnan muusta hallinnosta.

Kainuun hallintokokeilu päättyi käytännössä vuoden 2012 lopussa, koska alueen kunnat eivät päässeet yksimielisyyteen kokeilun jatkosta. Suurimman osan Kainuun kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista järjestää nykyisin Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä perus- ja erikoistason palvelut integroivalla tavalla.

2.3 Vaalijärjestelmä sekä kansalaisten osallistumis- ja vaikutusmahdollisuudet

2.3.1 Vaalit ja vaalilaki

Kuntalain 14 §:n 1 momentin mukaan kunnassa on valtuusto, joka vastaa kunnan toiminnasta ja taloudesta sekä käyttää kunnan päätösvaltaa. Kuntalain 15 §:n mukaan valtuutetut ja varavaltuutetut valtuustoon valitaan kunnassa toimitettavissa kuntavaaleissa. Valtuuston toimikausi on neljä vuotta ja se alkaa vaalivuoden kesäkuun alusta. Kuntavaalit toimitetaan välittöminä, salaisina ja suhteellisinä. Kaikilla äänioikeutetuilla on yhtäläinen äänioikeus. Kuntavaalien toimittamisesta säädetään vaalilaissa ja kuntarakennelaissa (1698/2009). Vaalilain 144 §:n mukaan kuntavaalien vaalipäivä on huhtikuun kolmas sunnuntai.

Kuntaa laajemmalla alueella toimitettavista alueellisista vaaleista on toistaiseksi ollut vähän kokemuksia. Käytännössä ainoat kokemukset on saatu vuosina 2005—2012 toteutetusta Kainuun hallintokokeilusta, josta säädettiin Kainuun hallintokokeilusta annetussa laissa. Kokeilun tarkoituksena oli hankkia kokemuksia maakunnallisen itsehallinnon vahvistamisen vaikutuksista Kainuun kehittämiseen, kunnallisten palvelujen järjestämiseen, kansalaisten osallistumiseen, kunnallishallintoon, valtion aluehallinnon toimintaan sekä maakunnan ja valtion keskushallinnon suhteeseen. Samoihin aikoihin Kainuun hallintokokeilun kanssa säädettiin myös laki seutuvaltuustokokeilusta (62/2004), joka sisälsi saman tyyppisen sääntelyn seutuvaltuuston vaaleista kuin Kainuun hallintokokeilulaki. Seutuvaltuustokokeilulakia ei sovellettu koskaan käytännössä ja se kumottiin vuonna 2008.

Kainuun hallintokokeilusta annetun lain 8 §:n mukaan maakunnan päätösvaltaa käytti maakunnan asukkaiden neljäksi kalenterivuodeksi kerrallaan valitsema maakuntavaltuusto. Maakuntavaltuuston vaalit toimitettiin samanaikaisesti kunnallisvaalien kanssa. Vaaleilla valittua valtuustoa perusteltiin merkittäville tehtävillä ja niitä koskevan päätöksenteon kansanvaltaisuuden turvaamisella. Myös perustuslakivaliokunnan lausunnossa (PeVL 65/2002 – HE 198/2002 vp) korostettiin, että hallintojärjestelmän kansanvaltaisuus lieventää tehtävien siirrosta johtuvaa kuntien asukkaiden osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksien kaventumista kokeilualueen kunnissa. Vaikka kunnilta maakunnalle lakiehdotuksen perusteella siirtyvät tehtävät olivat kuntien niin sanottuja pakollisia tehtäviä, ei sääntelyn nähty rajoittavan kuntien yleistä toimialaa tai niiden oikeutta itsehallintonsa mukaisesti hoitaa vapaaehtoisesti itselleen ottamiaan tehtäviä. Valiokunta katsoi, että hallintokokeilua koskeva sääntely voidaan kokonaisarvioon perusteella tällaisessa kokeiluyhteydessä toteuttaa tavallisen lain säätämisyksessä.

Kainuun maakuntavaltuustossa oli alun perin 39 jäsentä. Kustakin hallintokokeilualueen kunnasta valittiin maakuntavaltuutettuja kunnan asukasmäärän osoittamassa suhteessa, kuitenkin vähintään yksi. Toisaalta maakuntavaalien poliittinen suhteellisuus määräytyi niin, että kokeilualue oli yhtenä vaalipiirinä. Kuntien edustavuuden ja poliittisen suhteellisuuden yhteensovittaminen osoittautui käytännössä hankalaksi, mistä johtuen maakuntavaalien vaalijärjestelmä muodostui vaikeaselkoiseksi ja huonosti toimivaksi.

Vuoden 2004 maakuntavaalien kokemusten perusteella hallintokokeilun vaalijärjestelmää muutettiin vuonna 2006 siten, että kuntakiintiöt poistettiin ja maakunta toimi yhtenä vaalipiirinä. Samalla valtuuston kokoa kasvatettiin 59:ään. Tätä lainmuutosta koskeneessa lausunnossaan perustuslakivaliokunta (PeVL 22/2006 vp.) totesi muun muassa, että perustuslain kannalta merkityksellisiä ovat ehdotukset kuntakohtaisesta ehdokasasettelusta ja kuntakohtaisista kiintiöistä luopumisesta maakuntavaltuuston vaaleissa. Valtuutettujen lukumäärä määräytyi ehdotuksen perusteella kokeilualueen yhteenlasketun asukasluvun mukaan ja kokeilualue muodosti maakuntavaaleissa yhden vaalipiirin. Tässä vaalijärjestelmässä oli mahdollista, että yhdestä tai useammasta kokeilualueen kunnasta ei tullut yhtään ehdokasta valituksi maakuntavaltuustoon. Tätä mahdollisuutta jossain määrin vähensi se, että valtuutettujen lukumäärä kasvoi ehdotetun sääntelyn perusteella 39:stä 59:ään. Riski ei kuitenkaan kokonaan poistunut. Maakuntahallinnon etäisyyteen liittyvä kysymys muodostui valiokunnan mielestä aiempaa vakavammaksi tilanteessa, jossa jostakin kunnasta ei tulisi lainkaan valituksi valtuutettua maakuntavaltuustoon tai jossa jonkun kunnan asukkaat voisivat vaalijärjestelmän takia saada muihin verrattuna olennaisesti merkittävämmän aseman. Kainuun maakuntahallinnon voitiin katsoa vaalijärjestelmän tehdyn muutoksen seurauksena perustuneen aiempaa selkeämmin kokeilualueen kuntien asukkaiden sijasta maakunnan asukkaiden itsehallintoon.

2.3.2 Osallistumis- ja vaikutusmahdollisuudet

Kansalaisten ja kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamisoikeudet toteutuvat joko edustuksellisuuden kautta (ääni- ja äänestys-oikeus) tai vaikuttamalla suoraan. Suoraan osallistumiseen on viime vuosikymmeninä kiinnitetty aiempaa enemmän huomiota sekä lainsäädännössä että käytännössä. Muun muassa uuden kuntalain ja kansalaisaloitteita koskevan sääntelyn pyrkimys on edistää kansalaisten aktiivista osallistumista ja toisaalta kannustaa julkista hallintoa ottamaan käyttöön uusia ja monipuolisia osallistumis- ja vaikuttamiskanavia sekä vastaamaan kansalaisten muuttuneisiin tarpeisiin ja haluun vaikuttaa enenevässä määrin myös vaalien välillä.

Perustuslain 2 §:ssä säädetään yksilöiden oikeudesta osallistua ja vaikuttaa yhteiskunnan ja elinympäristönsä kehittämiseen. Vaali- ja osallistumisoikeuksista säädetään lain 14 §:ssä. Sen 1 momentin mukaan 18 vuotta täyttäneellä Suomen kansalaisella on oikeus äänestää valtiollisissa vaaleissa ja kansanäänestyksissä. Pykälän 2 momentin mukaan 18 vuotta täyttäneellä Suomen kansalaisella ja maassa asuvalla muulla Euroopan unionin kansalaisella on oikeus äänestää Euroopan parlamentin vaaleissa sen mukaan kuin lailla säädetään. Lisäksi 3 momentin mukaan jokaisella 18 vuotta täyttäneellä Suomen kansalaisella ja maassa vakinaisesti asuvalla ulkomalaisella on oikeus äänestää kuntavaaleissa ja kunnallisessa kansanäänestyksessä sen mukaan kuin lailla säädetään. Oikeudesta osallistua kuntien hallintoon säädetään lailla. Perustuslain 14 §:n 4 momentin mukaan julkisen vallan tehtävänä on edistää yksilön mahdollisuuksia osallistua yhteiskunnalliseen toimintaan ja vaikuttaa häntä itseään koskevaan päätöksentekoon. Perustuslain 121 §:ssä korostetaan lisäksi kuntalaisten asemaa. Pykälän mukaan kuntien hallinto perustuu nimenomaisesti kunnan asukkaiden itsehallintoon.

Kuntalaissa korostetaan kuntalaisten osallistumista ja vaikuttamista kokoamalla vaikuttamista koskevat säännökset erilliseen lukuun. Kuntalaissa säädetään ääni- ja äänestys-oikeudesta, osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksista, viestinnästä, alueellisista toimielimistä, vaikuttamistoimielimistä (vanhusneuvosto, vammaisneuvosto, nuorisovaltuusto), kunnallisesta neuvonantavasta kansanäänestyksestä ja kansanäänestysaloitteesta sekä aloiteoikeudesta. Se, mitä kuntalaissa säädetään osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksista kunnassa, on soveltuvin osin voimassa myös kuntayhtymissä kuten maakuntien liitoissa.

Kuntalain 20 ja 21 §:n mukaan äänioikeus kuntavaaleissa ja äänestys-oikeus kunnallisessa kansanäänestyksessä on 18 vuotta täyttäneellä Suomen, EU:n jäsenvaltion, Islannin tai Norjan kansalaisella, jolla on kotikunta Suomessa sekä muulla ulkomaalaisella, jolla on ollut kotikunta Suomessa kahden vuoden ajan. Lisäksi kansainvälisten järjestöjen palveluksessa olevilla on ääni- ja äänestys-oikeus laissa tarkemmin säädetyn edellytyksin.

Kunnan asukkaiden ja palvelujen käyttäjien oikeutta osallistua ja vaikuttaa kunnan toimintaan korostetaan kuntalain 22 §:ssä, joka sisältää esimerkkiluettelon monipuolisista, vaikuttavista ja käyttäjälähtöisistä osallistumiskeinoista, joita hyödyntämällä kunta ja valtuusto voivat huolehtia osallistumismahdollisuuksista.

Kuntalain 23 §:n mukaan kunnan asukkaalla ja kunnassa toimivalla yhteisöllä ja säätiöllä on oikeus tehdä aloitteita kunnan toimintaa koskevissa asioissa. Jos aloitteen tekijöinä on vähintään kaksi prosenttia kunnan asukkaista, on aloite otettava käsiteltäväksi kuuden kuukauden kuluessa asian vireille tulosta. Myös palvelujen käyttäjillä on oikeus tehdä aloitteita kyseistä kunnan palvelua koskevassa asiassa.

Kunnissa on käytössä yhä enemmän ja yleisemmin erilaisia tapoja kuntalaisten suoran osallistumisen ja vaikuttamisen mahdollistamiseksi. Yleisimpiä tapoja kuntalaisten näkemysten ja mielipiteiden kartoitukseen ovat Suomen Kuntaliiton vuonna 2015 tekemän kyselyn mukaan

kuntalaispalautteet, kuulemis- ja keskustelutilaisuudet, yhdistysten ja järjestöjen kuulemiset sekä asiakas- ja käyttäjäkyselyt. Nämä tavat ovat käytössä yli 80 prosentissa kuntia. Kuntalaiskyselyjä sekä viranhaltijoiden ja luottamushenkilöiden jalkautumista kentälle käytetään kahdessa kolmesta kunnasta. Keskustelupalstojen käyttö internetissä, sosiaalisessa mediassa tai vastaavassa on yleistynyt voimakkaasti vuodesta 2012 ja ne ovat käytössä jo lähes puolessa kuntia. Yhteissuunnittelutilaisuuksia käytetään noin 40 prosentissa kuntia. Harvemmin käytettyjä, mutta vähitellen yleistäviä tapoja edustavat erilaiset kansalaisraadit, kuntalaishaastattelut, verkkovaltuustot ja osallistuva budjetointi. THL:n vuonna 2015 tekemän selvityksen mukaan asiakasraateja on sen sijaan miltei jokaisessa sairaanhoitopiirissä. Kansalais- ja asiakasraadit tai -neuvostot toimivat erilaisina variaatioina ympäri Suomea.

Kuntalain 22 §:ssä tarkoitettuja erilaisia vaikuttamistapoja on otettu enenevässä määrin käyttöön muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Asiakasraatien ohella on kehitetty muun muassa kokemusasiantuntijatoimintaa. Kokemusasiantuntijatoiminta tuo erityisesti haavoittuvassa asemassa olevien ja hyvinvoinnin kannalta riskiryhmissä olevien äänen kuuluviin palveluiden kehittämisessä. Kokemusasiantuntijatoimintaa on viety eteenpäin paljon muun muassa vammaispalveluissa sekä päihde- ja mielenterveyspalveluissa.

Kunnan valtuusto voi kuntalain 24 §:n mukaan päättää neuvoo-antavan kansanäänestyksen järjestämisestä, joka voidaan toimittaa koko kuntaa tai kunnan osa-aluetta koskevana. Kansanäänestyksen toimittamisesta säädetään neuvoo-antavissa kunnallisissa kansanäänestyksissä noudatettavasta menettelystä annetussa laissa (656/1990). Kansanäänestysaloitteen voi kuntalain 25 §:n mukaan tehdä vähintään neljä prosenttia 15 vuotta täyttäneistä kunnan asukkaista.

Kunnanvaltuuston on päätettävä kansanäänestyksen toimittamisesta viimeistään 60. päivänä ennen äänestyspäivää. Ennakkoäänestys tapahtuu kuntavaaleista poiketen kirjeitse.

Vuosina 1990–2019 kunnissa on järjestetty yhteensä 63 kansanäänestystä, joista 56 on koskenut kuntaliitosta. Äänestysvilkkaus on monissa tapauksissa ollut kunnallisvaaleja korkeampi. Kirjeäänestys on ollut suosituin tapa äänestää.

Kuntalakiin on koottu sääntely erilaisista vuorovaikutus- ja vaikuttamistoimielimistä. Lain 26–28 §:n mukaan kunnan on asetettava vanhusneuvosto, vammaisneuvosto ja nuorisovaltuusto ja annettava näille mahdollisuus vaikuttaa eri toimialojen toiminnan suunnitteluun, valmisteluun ja seurantaan. Toimielimet voivat olla kuntien yhteisiä ja ne ovat edustamansa väestöryhmän osallistumis- ja vaikuttamiskanavia, eivät virallisia toimielimiä.

Kuntalain 29 §:ssä säädetään viestinnästä. Kunnan toiminnasta on tiedotettava asukkaille, palvelujen käyttäjille, järjestöille ja muille yhteisöille. Tiedottamisvelvoite koskee koko kunnan toimintaa eli kunnan ja kuntakonsernin toiminnan lisäksi kuntien yhteistoimintaa sekä palvelujen järjestämistä ostopalveluna. Tietoja tulee antaa muun muassa kunnan järjestämistä palveluista ja valmistelussa olevista asioista. Lisäksi on huolehdittava, että toimielinten käsittelyyn tulevien asioiden valmistelusta annetaan esityslistan valmistuttua yleisen tiedonsaannin kannalta tarpeellisia tietoja yleisessä tietoverkossa.

Lisäksi kuntalain 36 §:n mukaan valtuusto voi asettaa alueellisia lautakuntia tai johtokuntia edistämään kunnan osa-alueen asukkaiden vaikuttamismahdollisuuksia. Alueellisen toimielimen tehtävänä on kunnan päätöksentekoon vaikuttaminen ja kunnan osa-alueen kehittäminen. Sille tulee varata mahdollisuus lausunnon antamiseen muun muassa kuntastrategian sekä talousarvion ja -suunnitelman valmistelussa sekä asioissa, joiden ratkaisulla voi olla huomattava vaikutus kunnan asukkaiden ja palvelun käyttäjien elinympäristöön, työntekoon tai muihin oloihin.

Valtiovarainministeriön teettämän selvityksen (Valtiovarainministeriön julkaisuja 27/2012) mukaan 59 kunnassa on alueellisia toimielimiä. Neljä toimielintä kymmenestä toimii alle 10 000 asukkaan kunnassa, joka neljäs yli 50 000 asukkaan kaupungissa. Kuntaliitosten yhteydessä on perustettu 24 alueellista toimielintä. Oman ryhmänsä alueellisten toimielinten joukossa muodostavat saaristokuntiin perustetut toimielimet, joiden toiminta perustuu lakiin saariston kehityksen edistämisestä (494/1981). Alueelliset toimielimet voidaan toiminnan perusteella jaotella kahteen ryhmään: keskustelufoorumeihin ja päätösvaltaisiin toimielimiin. Valtaosa toimielimistä on keskustelufoorumeita.

Kunnan on kuntalain 37 §:n mukaan myös kuntastrategiassaan otettava muun ohella huomioon kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuudet. Pykälän tavoitteena oli yleisesti koota kunnan strategisen tason suunnitteluvaihtoehdot yhdeksi kokonaisuudeksi. Kunta määritteli osana strategiaa osallistumisen ja vaikuttamisen rakenteet, tavat ja keinot. Tämä edesauttaisi osallistumisen suunnitelmallista ja systemaattista kehittämistä sekä monipuolisten ja eri väestöryhmien tarpeita vastaavien osallistumisen keinojen käyttöönottoa paikalliset olosuhteet huomioon ottaen.

2.4 Sosiaali- ja terveydenhuolto

2.4.1 Hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistäminen

Väestön hyvinvoinnin turvaaminen on kirjattu perustuslain 19 §:ään, jonka mukaan julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä ja tuettava perheen ja muiden lapsen huolenpidosta vastaavien mahdollisuuksia turvata lapsen hyvinvointi ja yksilöllinen kasvu.

Hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistämiseen kuuluvia tehtäviä on määritelty eri tavoin. Yleisesti, näitä tehtäviä voidaan kuvata seuraavasti: Hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistäminen on yksilöön, perheisiin, yhteisöihin, väestöön, elinoloihin ja elinympäristöön sekä palvelujen järjestämiseen kohdentuvaa toimintaa, jonka avulla parannetaan väestön hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta sekä vähennetään eroja väestöryhmien välillä. Lisäksi ehkäistään sairauksia, tapaturmia, syrjäytymistä ja muita sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä parannetaan työ-, opiskelu-, ja toimintakykyä ja vahvistetaan yhteisöllisyyttä, osallisuutta ja turvallisuutta.

Kunnassa hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta edistävää työtä tehdään kunnan eri toimialoilla sekä ja yhteistyössä alueella toimivien muiden organisaatioiden kanssa. Hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistäminen edellyttää suunnitelmallista voimavarojen kohdentamista hyvinvointia ja terveyttä edistävään työhön ja väestöryhmien välisten hyvinvointi- ja terveyserojen vähentämiseen.

Perustuslain 19 pykälän 3 momentin velvoite edistää väestön terveyttä viittäältä sosiaali- ja terveydenhuollon ehkäisevään toimintaan ja toisaalta koko julkisen vallan velvoitteeseen kehittää yhteiskunnan olosuhteita väestön terveyttä edistävään suuntaan. Hyvinvoinnin edistäminen kuuluu kunnan kaikille toimialoille ja edellyttää kunnissa toimivia rakenteita ja käytäntöjä sekä poikkihallinnollista yhteistyötä.

Kuntalain 1 §:n mukaan kunnan on edistettävä asukkaidensa hyvinvointia ja alueensa elinvoimaa sekä järjestettävä palvelut taloudellisesti, sosiaalisesti ja ympäristöllisesti kestäväällä tavalla. Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä on myös otettava huomioon laadittaessa kuntalain 37 §:ssä tarkoitettua kuntastrategiaa.

Terveydenhuoltolaki velvoittaa kuntia ja kuntayhtymiä terveys- ja hyvinvointi- vaikutusten ennakkoarviointiin päätöksenteossa ja ratkaisujen valmistelussa. Kuntien tulee lain 12 §:n mukaan seurata asukkaittensa terveyttä ja hyvinvointia ja niihin vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin, ja laatia näistä hyvinvointikertomus sekä määritellä seurannan indikaattorit. Myös terveyden, hyvinvoinnin ja turvallisuuden vastuutahot kunnassa tulee määritellä. Sairaanhoidopiiriin kuntayhtymä on veloitettu tarjoamaan asiantuntemusta ja tukea terveyden toimintakyvyn ja sosiaalisen turvallisuuden edistämiseen alueellisesti (36 §). Terveyden edistämisen toteutuksesta tulee sopia sairaanhoidopiiriin kuuluvien kuntien yhdessä laatimassa järjestämissuunnitelmassa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon alalle kuuluvat ennaltaehkäisevät ja muut toimet ovat keskeisiä myös turvallisuusuhkien pitkäjänteisessä torjumisessa. Sosiaalihuolto ja terveydenhuolto ovat keskeisiä turvallisuustoimijoita väkivallan ja tapaturmien ennalta ehkäisyssä, ongelmien varhaisessa tunnistamisessa ja niiden uusiutumisen ehkäisyssä sekä psykososiaalisen tuen ja kuntoutuksen tarjoamisessa. Perheväkivalta ja naisiin kohdistuva väkivalta sekä väkivaltainen radikalisoituminen ja ihmiskauppa ovat eräitä väkivallan muotoja, missä varhainen puuttuminen monialaisesti on tärkeää. Naisiin kohdistuvan väkivallan ja perheväkivallan ehkäisemisestä ja torjumisesta tehty Euroopan neuvoston yleissopimus (SopS 52–53/2015) tuli Suomessa voimaan elokuussa 2015.

Sosiaalihuoltoon kuuluvaa hyvinvoinnin ja turvallisuuden edistämistä ovat eri toimijoiden tarjoaman tuen koordinointi, neuvonta, ohjaus ja muut matalan kynnyksen palvelut, rakenteellinen sosiaalityö sekä edellytysten luominen sosiaalista hyvinvointia ja turvallisuutta edistävälle toiminnalle. Lisäksi sosiaalitoimen tulee osallistua hyvinvointivaikutusten huomioon ottamiseen sekä kunnan asukkaiden vaikutusmahdollisuuksien edistämiseen. Edistävän ja tukevan toiminnan lisäksi hyvinvoinnin edistämällä tarkoitetaan myös hyvinvointiin negatiivisesti vaikuttavien tekijöiden ja ilmiöiden ehkäisemistä ja torjuntaa. Erityistä huomiota tulee kiinnittää köyhyyden ja syrjäytymisen torjumiseen.

Kuntien on sosiaalihuoltolain 7 §:n mukaan huolehdittava rakenteellisella sosiaalityöllä sosiaalista hyvinvointia ja sosiaalisia ongelmia koskevan tiedon välittämisestä ja sosiaalihuollon asiantuntemuksen hyödyntämisestä hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi. Rakenteelliseen sosiaalityöhön kuuluu:

- 1) sosiaalihuollon asiakastyöhön perustuvan tiedon tuottaminen asiakkaiden tarpeista ja niiden yhteiskunnallisista yhteyksistä sekä tarpeisiin vastaavien sosiaalipalvelujen ja muun sosiaalihuollon vaikutuksista;
- 2) tavoitteelliset toimet ja toimenpide- ehdotukset sosiaalisten ongelmien ehkäisemiseksi ja korjaamiseksi sekä kunnan asukkaiden asuin- ja toimintaympäristöjen kehittämiseksi;
- 3) sosiaalihuollon asiantuntemuksen tuominen osaksi kunnan muiden toimialojen suunnittelua sekä yhteistyö yksityisten palveluntuottajien ja järjestöjen kanssa paikallista sosiaalityötä sekä muuta palvelu- ja tukivalikoimaa kehittäen.

Kunnallisten viranomaisten on sosiaalihuoltolain 8 §:n 1 momentin ja 9 §:n 1 momentin mukaan yhteistyössä seurattava ja edistettävä erityistä tukea tarvitsevien henkilöiden hyvinvointia sekä lasten ja nuorten hyvinvointia ja kasvuolosuhteita, sekä poistettava niitä koskevia epäkohtia ja ehkäistävä epäkohtien syntymistä.

Erityislaeissa säädetään yksityiskohtaisemmin eri väestö- ja asiakasryhmien hyvinvoinnin edistämisestä. Lastensuojelulain 12 §:n mukaan kunnan tai useamman kunnan yhdessä on laadittava

lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistämiseksi ja lastensuojelun järjestämiseksi ja kehittämiseksi kunnan tai kuntien toimintaa koskeva suunnitelma, joka hyväksytään kunkin kunnan kunnanvaltuustossa ja tarkistetaan vähintään kerran neljässä vuodessa. Suunnitelma on otettava huomioon kuntalain mukaista talousarviota ja -suunnitelmaa laadittaessa. Vammaispalvelulain 6 §:n mukaan sosiaalilautakunnan ja kunnan muiden viranomaisten on edistettävä ja seurattava vammaisten henkilöiden elinoloja sekä pyrittävä toiminnallaan ehkäisemään epäkohtien syntymistä ja poistamaan haittoja, jotka rajoittavat vammaisen henkilön toimintamahdollisuuksia ja osallistumista. Ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain (980/2012), jäljempänä vanhuspalvelulaki, 5 §:n mukaan kunnan on laadittava suunnitelma toimenpiteistään ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi sekä iäkkäiden henkilöiden tarvitsemien palvelujen ja omaishoidon järjestämiseksi ja kehittämiseksi. Suunnittelussa on painotettava kotona asumista ja kuntoutumista edistäviä toimenpiteitä. Suunnitelma on laadittava osana kunnan strategista suunnittelua. Suunnitelman hyväksyy kunnanvaltuusto ja se on tarkistettava valtuustokausittain. Mielenterveyslain (1116/1990) mukaan väestön elinolosuhteita tulee kehittää siten, että elinolosuhteet ehkäisevät ennalta mielenterveydenhäiriöiden syntyä, edistävät mielen-terveystyötä ja tukevat mielenterveyspalvelujen järjestämistä.

Laki ympäristöterveydenhuollon yhteistoiminta-alueesta (410/2009) määrittelee minimivaatimukset ympäristöterveydenhuollon järjestämiselle kunnissa. Ympäristöterveydenhuollon järjestämiseksi kunnat ovat muodostaneet ympäristöterveydenhuollon yhteistoiminta-alueita, joiden tehtävänä on toimeenpanna elintarvikelaki (23/2006), terveydensuojelulaki (763/1994), kemikaalilaki (599/2013), tupakkalaki (549/2016), kuluttajaturvallisuuslaki (920/2011) sekä eläinlääkintähuoltolain (765/2009) mukainen ympäristöterveyshaittojen valvonta.

Muuta lainsäädäntöä, jossa hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistäminen painottuu, ovat esimerkiksi, nuorisolaki (1285/2016), alkoholilaki (1102/2017), tupakkalaki, laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä (523/2015), asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (338/2011), työterveyshuoltolaki (1383/2001) ja laki lapseen kohdistuneen seksuaali- ja pahoinpitelyrikkoksen selvittämisen järjestämisestä (1009/2008). Esitutkintalaissa (805/2011) säädetään mm. lasten kohtelusta esitutkinnaissa ja edunvalvojan määräämisestä lapselle. Julkisella vallalla – valtio, kunnat ja muut julkisen hallinnon toimijat – on aktiivinen velvollisuus kunnioittaa, turvata ja edistää perus- ja ihmisoikeuksia sekä Suomea sitovia kansainvälisiä sopimuksia kuten lapsen oikeuksien sopimus, Lanzaroten sopimus (lasten seksuaaliväkivallan torjunta) ja Istanbulin sopimus (naisiin kohdistuvan väkivallan ja perheväkivallan ehkäiseminen ja poistaminen).

Kunnan hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistämisen tehtävät sovitetaan yhteen kuntastrategiassa ja niiden toimeenpanosta ja rahoituksesta päätetään toiminnan ja talouden suunnitelmassa. Kuntien ja kuntayhtymien hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistämisen pitkäjänteinen työ edellyttää kunnassa pysyviä, hallinnonalat ylittäviä yhteistyö- ja toimeenpanorakenteita. Ensisijainen vastuu hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistämisestä kuuluu kuntajohdolle. Hallinnonalat ylittävää operatiivista johtamista, asioiden valmistelua ja toimeenpanoa varten on suositeltu, että kunnat nimeävät eri toimialojen johtohenkilöistä koostuvan hyvinvointityöryhmän, jonka puheenjohtaja on kunnan johtoryhmän jäsen. Hyvinvointityöryhmän alaisuudessa sisältökysymysten valmistelussa ja toimeenpanossa toimii sisällöllisiä työryhmiä tai asiat valmistellaan sillä toimialalla, joka pääasiassa vastaa näistä asioista. Toiminnan ja talouden suunnittelua, johtamista, seuranta- ja raportointia varten on kehitetty kuntajohdon työkaluksi sähköinen hyvinvointikertomus ja -suunnitelma, joka toimii kunnassa johtamisen ja ohjauksen välineenä, myöhemmin myös kansallisen ohjauksen välineenä. THL on määrittänyt hyvinvointikertomuksen ja -suunnitelman minimietoisuuskannan kunnille ja alueille.

Hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta edistävän työn kansallinen ohjaus on lainsäädännön ohella painottunut informaatio-ohjaukseen, johon ohjelmaohjauksen lisäksi luetaan kuntien kanssa tehtävä käytäntöjen, toimintamallien ja menetelmien kehittäminen, koulutus ja tutkimustiedon levittäminen viestinnän keinoin. Viime vuosina sosiaali- ja terveysministeriön vastuulla olevia kansallisia hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistämisen monialaisia yhteistyöohjelmia on ollut runsaasti, esimerkiksi Terveys 2015 -kansanterveysohjelma (2001–2015), Sosiaalialan kehittämishanke (2003–2007), (Hyvinvointi 2015 -ohjelma, Terveyden edistämisen politiikkaohjelma (2008–2011), Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma (2008–2011) sekä Kansallinen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma, Kaste (2008–2011, 2012–2015), Edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähennetään eriarvoisuutta -kärkihanke ja Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelma (2016–2019). Niissä yhtenä läpikulkevana tavoitteena on ollut hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistäminen. Näiden lisäksi kansallisia ohjausinstrumentteja ovat olleet laatusuositukset, valtioneuvoston periaatepäätökset, oppaat sekä teemakohtaiset ohjelmat, esimerkiksi terveyden edistämisen laatusuositukset, ravitsemusta, ruokapalvelujen hankintaa ja liikuntaa käsittelevät periaatepäätökset ja suositukset (mm. Ikäryhmäkohtaiset suositukset ja ravitsemus on poliittinen päätös -ohjeistus), Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma, Alkoholiohjelma, Lasten ja nuorten tupakoimattomuuden edistäminen, Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma, Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyn tavoiteohjelma ja Kansallinen väkivallan vähentämishjelma (Terveys 2015 - kansanterveysohjelma, Väliarviointi, Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:4), Istanbulin sopimuksen toimeenpanosuunnitelma 2018–2021 (STM 2017:16), Lähisuhdeväkivaltaan puuttumisen ja ehkäisyn prosessit – Lähisuhdeväkivaltatyön hyvät käytännöt rakenteisiin (STM raportteja ja muistioita 2019:55), Väkivallaton lapsuus – toimenpidesuunnitelma lapsiin kohdistuvan väkivallan ehkäisystä 2020–2025 /STM 2019:27) sekä Kansallinen mielenterveysstrategia. Ohjelmaohjausta on kritisoitu ohjelmien runsasluokisuudesta ja siitä, ettei ohjelmia tunneta kunnissa. Ohjelmien tavoitteet ovat kuitenkin sisältyneet melko hyvin kuntien tekemiin suunnitelmiin.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on kehittänyt hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistämisen tietopohjaa, käytäntöjä, menetelmiä ja työvälineitä yhdessä kuntien ja alueiden kanssa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos seuraa hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistämisen tuloksellisuutta kunnissa toimialakohtaisilla terveyden edistämisen aktiivisuutta kuvaavilla kuntakyselyillä. Lisäksi aluehallintovirastot ja valtakunnallisesti Valvira, ympäristöterveydenhuollossa myös Ruokavirasto ja Tukes, seuraavat ja ohjaavat kuntien hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta edistävää toimintaa.

2.4.2 Sosiaalihuollon järjestämismvastuu ja palvelujärjestelmä

2.4.2.1 Sosiaalihuollon yleinen järjestämismvastuu

Sosiaalihuollon järjestämismvastuusta säädetään vuoden 1982 sosiaalihuoltolaissa. Uudella, pääosin 1 päivänä huhtikuuta 2015 voimaan tulleella sosiaalihuoltolailla kumottiin suurin osa vuoden 1982 sosiaalihuoltolaista. Sosiaalihuollon hallintoa ja järjestämistä koskevat vuoden 1982 sosiaalihuoltolain 2 luvun säännökset jäivät kuitenkin muutamien muiden säännösten lisäksi voimaan uuden sosiaalihuoltolain rinnalla.

Vuoden 1982 sosiaalihuoltolain 5 §:ssä säädetään sosiaalihuollon järjestämismvastuusta. Säännöksen mukaan kunnan on pidettävä huolta sosiaalihuollon suunnittelusta ja toteuttamisesta sen mukaan, kuin mainitussa laissa tai muutoin säädetään. Uuden sosiaalihuoltolain 12 §:ssä säädetään lisäksi, että jokaisella kunnassa oleskelevalla henkilöllä on oikeus saada kiireellisessä tapauksessa yksilölliseen tarpeeseensa perustuvat sosiaalipalvelut siten, etteivät hänen oikeutensa

välttämättömään huolenpitoon ja toimeentuloon vaarannu. Muussa kuin kiireellisessä tapauksessa henkilöllä on oikeus saada riittävät sosiaalihuollon palvelut kotikuntalaisissa (201/1994) tarkoitetulta kotikunnaltaan tai siltä kuntayhtymiltä, johon kotikunta kuuluu, ellei muualla laissa toisin säädetä.

Kunta- ja palvelurakennemuutoksesta annetulla lailla (169/2007, jäljempänä Paras-puitelaki) kunnat veloitettiin järjestämään perusterveydenhuollon ja siihen kiinteästi liittyvät sosiaalihuollon palvelut joko perustamalla yhteistoiminta-alue tai järjestämällä palvelut kunnassa, joiden väestöpohja on vähintään noin 20 000 asukasta. Yhteistoimintavelvoitteen ne ovat voineet täyttää joko perustamalla kuntayhtymän tai järjestää palvelut ns. vastuukuntamallilla. Myöhemmin velvoite laajennettiin koskemaan kaikkia sosiaalihuollon tehtäviä. Samassa yhteydessä valtioneuvostolle annettiin toimivalta velvoittaa kunta sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueeseen Paras-puitelaissa tarkoitetun väestöpohjavaatimuksen täyttämiseksi. Eräiden kunta- ja palvelurakennemuutoksesta annetussa laissa säädettyjen velvoitteiden soveltamisesta annetulla lailla (490/2014) on jatkettu Paras-puitelain mukaisten perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon yhteistoimintavelvoitteiden voimassaoloa vuoden 2023 loppuun siltä osin, kuin kunnat olivat lain perusteella ilmoittaneet täyttävänsä lain velvoitteet yhteistoimintajärjestelyillä.

Suomen Kuntaliiton keräämien tietojen mukaan vuonna 2019 perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelut järjesti itse 74 kuntaa. Yhteistoiminta-alueita oli yhteensä 59 ja niissä 221 kuntaa. Väestöstä noin 53 prosenttia asui yhteistoiminta-alueilla. Perusterveydenhuollosta ja sosiaalipalveluista vastasi 33 kuntayhtymää, joissa oli yhteensä 160 jäsenkuntaa. Vastuukuntamallin mukaisia yhteistoiminta-alueita oli 26, ja niissä oli mukana 61 kuntaa. 74 kuntaa järjesti sosiaali- ja terveystalonsa itsenäisesti. Yli 20 000 asukkaan kuntia näistä oli 23, ja Paras-puitelain väestöpohjavaatimuksen alle jäi 51 kuntaa.

Kunnan on sosiaalihuollon järjestämisvastuunsa perusteella huolehdittava asukkaidensa tarpeista. Kunta on vastuussa siitä, että kunnan asukkaat saavat lailla säädetty sosiaalihuollon palvelut ja että sosiaalihuollon tehtäviin varataan riittävästi määrärahoja kunnan talousarviossa. Kunnan järjestämisvastuuseen sisältyy päätösvalta asukkaille järjestettävien sosiaalipalvelujen määrästä, laadusta ja tuotantotavasta.

Sosiaalihuoltolain säädetään hyvinvoinnin edistämisestä, sosiaalipalveluista, sosiaalihuollon toteuttamisesta, palvelujen laadun varmistamisesta sekä muutoksenhausta sosiaalihuoltoon koskeviin päätöksiin. Lain tarkoituksena on siirtää painopistettä erityispalveluista yleispalveluihin, vahvistaa asiakkaiden yhdenvertaisuutta ja tiivistää viranomaisten yhteistyötä. Asiakaskeskeytyksen vahvistamiseksi laissa määritellään tuen tarpeet, joiden perusteella sosiaalipalveluja ja muuta sosiaalihuoltoon järjestetään. Laissa määritellyt tuen tarpeet osoittavat kunnallisille päättöksentekijöille sen, mihin tarpeisiin kunnassa tulee varautua. Toisaalta määrittely osoittaa muille toimijoille, minkälaisissa tilanteissa sosiaalitoimeen voi olla yhteydessä.

Sosiaalihuoltolain 11 §:n mukaan sosiaalipalveluja on järjestettävä:

1. tueksi jokapäiväisestä elämästä selviytymiseen;
2. asumiseen liittyvään tuen tarpeeseen;
3. taloudellisen tuen tarpeeseen;
4. sosiaalisen syrjäytymisen torjumiseksi ja osallisuuden edistämiseksi;

5. lähisuhde- ja perheväkivallasta sekä muusta väkivallasta ja kaltoinkohtelusta aiheutuvaan tuen tarpeeseen;
6. äkillisiin kriisitilanteisiin liittyvään tuen tarpeeseen;
7. lapsen tasapainoisen kehityksen ja hyvinvoinnin tukemiseksi;
8. päihiteiden ongelmakäytöstä, mielenterveysongelmasta sekä muusta sairaudesta, vammasta tai ikääntymisestä aiheutuvaan tuen tarpeeseen;
9. muuhun fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen tai kognitiiviseen toimintakykyyn liittyvään tuen tarpeeseen; sekä
10. tuen tarpeessa olevien henkilöiden omaisten ja läheisten tukemiseksi.

Sosiaalihuoltolaissa on määritelty, mitä palveluja kunnallisina sosiaalipalveluina on järjestettävä asiakkaiden tuen tarpeisiin vastaamiseksi. Tuen tarpeisiin voidaan vastata sosiaalihuoltolaissa määritellyillä palveluilla sekä sosiaalipalveluilla, joista säädetään sosiaalihuollon erityislaeissa. Jokaiseen tarpeeseen on mahdollista vastata usealla eri palvelulla, eikä tarpeeseen voida jättää vastaamatta sillä perusteella, ettei asiakas sovellu tiettyyn kunnassa tarjolla olevaan palveluun tai ettei palvelua ole saatavilla. Asiakkaita ei voida myöskään ilman laissa säädettyä perustetta kokonaan rajata tietyn palvelun ulkopuolelle, jos heillä on tuen tarvetta.

Sosiaalihuoltolain mukaisina yleisinä sosiaalipalveluina kunnassa on lain 14 §:n 1 momentin mukaan järjestettävä:

1. sosiaalityötä;
2. sosiaalihojausta;
3. sosiaalista kuntoutusta;
4. perhetyötä;
5. kotipalvelua;
6. kotihoitoa;
7. asumispalveluja;
8. laitospalveluja;
9. liikkumista tukevia palveluja;
10. päihdetyötä;
11. mielenterveystyötä;
12. kasvatus- ja perheneuvontaa;
13. lapsen ja vanhemman välisten tapaamisten valvontaa;

13 a. omaistaan ja läheistään hoitavan henkilön vapaata; sekä

14. muita 11 §:n mukaisiin tarpeisiin vastaavia asiakkaan hyvinvoinnille välttämättömiä sosiaalipalveluja.

Lisäksi kunnallisina sosiaalipalveluina on sosiaalihuoltolain 14 §:n 2 momentin mukaan huolehdittava myös kehitysvammaisten erityishuollosta, vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista, toimeentulotuen antamisesta kunnassa oleskelevälle henkilölle, sosiaalisen luoton myöntämisestä kunnan asukkaille, kuntouttavasta työtoiminnasta, päihdyttävien aineiden väärinkäyttäjien huoltoon kuuluvista palveluista, omaishoidon tuesta, perhehoitosta, lasten ja nuorten huollosta, lastensuojelusta, ottolapsineuvonnasta, perheasioiden sovittelusta, lapsen huoltoa ja tapaamisoikeutta koskevan päätöksen vahvistamiseen ja ratkaisemiseen liittyvistä tehtävistä ja päätösten täytäntöönpanosta sekä lapsen huoltoa ja tapaamisoikeutta koskevan asian tuomioistuinsovitteluun kuuluvien asiantuntijapalveluiden järjestämisestä, isyyden selvittämisestä sekä vahvistamiseen liittyvistä tehtävistä sekä opiskeluhuollon järjestämisestä sen mukaan kuin niistä lisäksi erikseen säädetään. Kunnan on lisäksi huolehdittava vuoden 1982 sosiaalihuoltolain 27 d §:n mukaisen vammaisten henkilöiden työllistymistä tukevan toiminnan sekä 27 e §:n mukaisen vammaisten henkilöiden työtoiminnan järjestämisestä.

Välttämättömien ja kiireellisten sosiaalipalvelujen ja muiden tukitoimien järjestämiseksi erilaisissa sosiaalisissa hätä- ja kriisitilanteissa vuorokauden ajasta riippumatta kunnalla on oltava sosiaalipäivystys. Sosiaalipäivystystä on järjestettävä kaiken ikäisille ja kaikille asiakasryhmille. Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2019 tekemän kartoituksen (37:2019) perusteella sosiaalipäivystys on järjestetty kattavasti koko maassa, mutta sen järjestämistapa vaihtelee alueittain merkittävästi. Vuonna 2018 Suomessa oli 41 alueellista sosiaalipäivystystä, joista lähes kaikki järjestivät virka-ajan ulkopuolisen päivystyksen yhteistyössä muiden kuntien kanssa.

Järjestämisvastuunsa perusteella kunta voi organisoida ja järjestää sosiaalihuollon palvelutoimintansa eri tavoin. Elämänkaaren eri vaiheisiin kuuluvat ihmiset tarvitsevat ja käyttävät sosiaalihuollon palveluja eri tavalla. Organisointitavasta riippumatta sosiaalihuollon tehtävänä on tukea ihmisiä heidän omassa arkiympäristössään ja varmistaa tarvittava tuki elämänkaaren eri vaiheisiin. Lasten, nuorten ja lapsiperheiden tuen kannalta keskeisiä sosiaalipalveluja ovat esimerkiksi kasvatus- ja perheneuvonta, perhetyö tai kotipalvelu. Työikäisten käyttämiä palveluja taas voivat olla esimerkiksi sosiaalityö ja sosiaaliohjaus, toimeentulotuki tai kuntouttava työtoiminta. Ikääntyneitä tukevia palveluja voivat olla esim. kotihoito, asumispalvelut ja liikkumista tukevat palvelut. Mikäli yleislain (sosiaalihuoltolain) mukaiset sosiaalipalvelut eivät ole riittäviä tai tarkoituksenmukaisia henkilön tuen tarpeeseen nähden, voidaan tarvittavaa tukea antaa myös erityislainsäädännön mukaisten palvelujen, kuten lastensuojelun muodossa.

Sosiaalihuoltolain 33 a §:n mukaisesti sosiaalihuollon palveluja voidaan koota alueellisesti tai valtakunnallisesti muiden palvelujen yhteyteen, jos se on tarpeen asiakkaille tarjottavien palvelujen laadun ja vaikuttavuuden sekä asiakasturvallisuuden varmistamiseksi. Säännöksen mukaan palvelujen yhteen kokoaminen on tarpeellista, jos sosiaalipalvelu vaativana ja harvoin tarvittavana edellyttää toistettavuutta ja usean alan erityisosaamista riittävän taidon ja osaamisen saavuttamiseksi ja sen ylläpitämiseksi. Palveluja toteutettaessa on otettava huomioon asiakkaan etu siten kuin 4 ja 5 §:ssä säädetään. Edellä tarkoitettujen edellytysten täytyessä voidaan koota yhteen yksittäisiä mielenterveys- ja päihdetyön palveluja, vammaisten henkilöiden palveluja, lastensuojelun palveluja sekä väkivalta- ja seksuaalirikosten uhrien palveluja. Myös muita palveluja voidaan koota yhteen, jos palveluja on mahdollista antaa asiakkaan edun mukaisesti. Säännös sisältää myös asetuksenantovaltuuden, jonka mukaan valtioneuvoston asetuksella säädetään tarvittaessa valtakunnallisesti ja alueellisesti keskitettäviin palveluihin sisältyvistä toimenpiteistä. Lisäksi valtioneuvoston asetuksella voidaan edellä tarkoitettujen toiminnan yhteen

sovittamista varten nimetä valtakunnallisia toimijoita. Säännöksen nojalla ei ole annettu asetuksia.

Sosiaalihuollon toimeenpanoon kuuluvista tehtävistä huolehtii vuoden 1982 sosiaalihuoltolain 6 §:n mukaan yksi tai useampi kunnan määräämä toimielin. Toimielimen tehtävänä on myös edustaa kuntaa, valvoa sen oikeutta ja käyttää puhevaltaa sosiaalihuollon yksilöllistä toimeenpanoa koskevissa asioissa ja tehdä sen puolesta näissä asioissa sopimukset ja muut oikeustoimet. Toimielimen laissa säädettyä päätösvaltaa ja oikeutta puhevallan käyttämiseen voidaan johtosäännöllä siirtää toimielimen alaisille viranhaltijoille henkilön tahdosta riippumatonta huoltoa koskevia päätöksiä lukuun ottamatta (vuoden 1982 sosiaalihuoltolain 12 §).

Toimielimille voidaan sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien lisäksi antaa muitakin tehtäviä. Jos kunta järjestää kansanterveystyön palvelut itse, voi sosiaali- ja terveydenhuollosta vastata yhdistetty lautakunta (sosiaali- ja terveyslautakunta, perusturvalautakunta) tai tehtävät voivat kuulua kahdelle erilliselle lautakunnalle. Kunta voi jakaa vastuuta sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävistä myös useammalle toimielimelle kunnassa.

2.4.2.2 Kehitysvammaisten erityishuollon järjestämisvastuu

Kehitysvammaisten erityishuollon järjestäminen eroaa jossain määrin muusta sosiaalihuollon järjestämisestä. Sosiaalihuollon yleislakina vuoden 1982 sosiaalihuoltolaki velvoittaa kunnan huolehtimaan myös kehitysvammaisten erityishuollon järjestämisestä. Erityishuollon järjestämisestä säädetään tarkemmin kehitysvammaisten erityishuollosta annetussa laissa (519/1977), jäljempänä kehitysvammalaki.

Kehitysvammalain 6 §:n mukaan erityishuollon järjestämistä varten maa jaetaan erityishuoltopiireihin, joiden alueet määrää valtioneuvosto. Erityishuoltopiiriin kuuluvat kunnat ovat jäseninä erityishuoltopiirin kuntayhtymässä, jonka tulee järjestää kuntien velvollisuudeksi säädetty erityishuolto, mikäli kehitysvammalain säännöksistä ei muuta johdu. Jos kunnan väestöpohja tai muut erityiset syyt vaativat, voi kunta yksin muodostaa erityishuoltopiirin. Tähän perustuen Helsinki muodostaa yksin erityishuoltopiirin. Kunnasta on tällöin soveltuvin osin voimassa, mitä erityishuoltopiirin kuntayhtymästä on säädetty. Kunnat on jaettu erityishuoltopiireihin erityishuoltopiireistä annetulla valtioneuvoston asetuksella (1045/2008).

Kaksikieliset ja ruotsinkieliset kunnat ovat lisäksi jäseninä erillisessä erityishuollon kuntayhtymässä, Kärkulla samkommun, jonka tehtävänä on piiriasta riippumatta jäsenkuntiansa ruotsinkielisen väestön erityishuollon järjestäminen (kehitysvammalaki 6 § 5 momentti).

Kehitysvammalain 6 §:n 4 momentin mukaan valtioneuvosto voi piiriasta riippumatta määrätä erityishuollon kokonaan tai osittain yhden tai useamman kuntayhtymän järjestettäväksi, jos erityishuolto tai osa siitä sen vaativuuden, siinä tarvittavien erityisten edellytysten taikka muiden vastaavanlaisten syiden vuoksi on tarkoituksenmukaista järjestää suurempaa kuin yhden erityishuoltopiirin väestömäärää varten. Tällaista päätöstä ei ole annettu, mutta erityishuoltopiirien kesken on tapahtunut erikoistumista erityishuollon eri osa-alueisiin, kuten psykiatrasta hoitoa tarvitsevien, autististen, rikokseen syyllistyneiden tai haastavasti käyttäytyvien alaikäisten kehitysvammaisten erityishuoltoon.

Kehitysvammalaki mahdollistaa myös erityishuoltopiirin ja sairaanhoitopiirin sulautumisen. Erityishuoltopiirin kuntayhtymä voi sopia sellaisen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän kanssa, jonka toimialue käsittää erityishuoltopiirin alueen, että erityishuoltopiirin kuntayhtymän varat ja velat siirtyvät sairaanhoitopiirin kuntayhtymälle. Tällä hetkellä yhdeksän erityishuoltopiiriä

(Etelä-Karjalan, Kainuun, Keski-Pohjanmaan, Keski-Suomen, Kymenlaakson, Pirkanmaan, Pohjois-Karjalan, Pohjois-Pohjanmaan ja Satakunnan) on sulautunut sairaanhoitopiireihin.

Vaikka kunnat ovat lain perusteella erityishuoltopiirin kuntayhtymissä kunta voi kehitysvammalain 14 §:n mukaan järjestää myös itse erityishuoltoa joko kokonaan tai osittain. Tämän vuoksi erityishuollon palvelujen järjestämisen ja tuottamisen jakautumisessa kunnan ja erityishuoltopiirin välillä on käytännössä jossain määrin eroja kuntayhtymittäin. Osa erityishuoltopiireistä toimii selkeästi vain erityishuollon palveluiden tuottajina siten, että palveluja annetaan vain kunnan maksusitoumuksen perusteella tai palveluihin hakeudutaan kunnan sosiaalityöntekijän kautta. Osalla erityishuoltopiireistä näyttäisi olevan palvelujen tuottamisvastuun lisäksi jossain määrin myös palvelujen järjestämisvastuuta. Erityishuoltopiirin vastuulla voi olla huolehtia kunnan koko erityishuollon palveluista, jolloin erityishuoltopiiri arvioi myös asiakkaan huollon tarpeen ja vastaa yksilökohtaisesta päätöksenteosta, jolloin kunta vastaa lähinnä palveluiden rahoituksesta. Osalla erityishuoltopiireistä on myös vastuuta erityishuollon asiantuntijapalveluiden ja kiireellisen huollon järjestämisestä.

Kunnan erityishuoltoviranomaisena toimii sosiaalilautakunta, jonka kanssa erityishuoltopiirin kuntayhtymän tulee toimia yhteistyössä silloinkin, kun paikallisen erityishuollon järjestäminen on kuntayhtymän tehtävänä.

Vammaispalvelulain nojalla järjestettävät sosiaalihuollon erityispalvelut vammaisille henkilöille ovat muiden sosiaalipalveluiden tavoin kuntien järjestämisvastuulla. Erityishuoltopiirien mukaista pakkokuntayhtymämallia ei ole muiden suomen- tai ruotsinkielisten vammaispalveluiden osalta, vaan kunnat järjestävät itse palvelut asiakkailleen.

2.4.3 Terveysterveysten huollon järjestämisvastuu ja palvelujärjestelmä

Kunnallisesta terveydenhuollon järjestämisvastuusta ja palvelujärjestelmästä säädetään kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoitolaissa. Vastuu terveydenhuollon järjestämisestä kuuluu kunnalle. Terveysterveysten huollon ja muissa erityislaeissa säädetään terveyspalvelujen sisällöstä. Terveysterveysten huollon mukaan terveydenhuoltoon sisältyvät terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito. Näistä terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä on käsitelty jo edellä luvussa 2.4.1. Kunnan järjestämisvastuun henkilöllinen soveltamisala kattaa alueen asukkaat. Lisäksi muilla henkilöillä on oikeus saada terveyspalveluja kunnassa siten kuin siitä kansanterveyslaissa, erikoissairaanhoitolaissa ja terveydenhuoltolaissa säädetään. Terveysterveysten huollon järjestämisrakennetta koskee lisäksi edellä sosiaalihuollon yleisen järjestämisvastuun yhteydessä kuvattu Paras-puitelaki (ks. s. 31)

2.4.3.1 Perusterveydenhuolto

Kansanterveyslain mukaan kunnan on järjestettävä kansanterveysystyö, jonka toimeenpanosta huolehtii yksi tai useampi kunnan määräämä monijäseninen toimielin. Kansanterveysystyö määriteltiin yksilöön ja hänen ympäristöönsä kohdistuvaksi terveydenhoidoksi ja yksilön sairaanhoidoksi sekä siihen liittyväksi toiminnaksi, jonka tarkoituksena on väestön terveydentilan ylläpitäminen ja edistäminen. Kansanterveysystyötä voidaan kutsua myös perusterveydenhuolloksi.

Terveysterveysten huollon perusterveydenhuollolla tarkoitetaan kunnan järjestämää väestön terveydentilan seuranta, terveyden edistämistä ja sen osana terveysneuvontaa ja terveystarkastuksia, suun terveydenhuoltoa, lääkinnällistä kuntoutusta, työterveyshuoltoa, ympäristöterveydenhuoltoa sekä päivystystä, avosairaanhoitoa, kotisairaanhoitoa, kotisairaala- ja sairaalahoitoa,

mielenterveystyötä ja päihdetyötä siltä osin kuin niitä ei järjestetä sosiaalihuollossa tai erikois-sairaanhoidossa. Laki toteaa, että perusterveydenhuollosta voidaan käyttää myös nimitystä kansanterveystyö.

Kunnat voivat järjestää perusterveydenhuollon yhdessä perustamalla kuntayhtymän. Jos kansanterveystyöstä huolehtii kuntayhtymä, sen on asetettava perusterveydenhuollon toimeenpanosta vastaava monijäseninen toimielin yhteisesti jäsenkuntia varten. Kunta voi myös sopia toisen kunnan (vastuukunta) kanssa siitä, että tämä hoitaa ensin mainitun osalta perusterveydenhuollon kokonaan tai osaksi. Lisäksi edellä sosiaalihuollon yleisen järjestämisvastuun yhteydessä kuvattu Paras-puitelaki edellyttää alle 20 000 asukaan kunnilta yhteistoimintaa perusterveydenhuollon järjestämisessä (ks. s. 31).

Terveydenhuoltolain mukaan kunnan perusterveydenhuollon on vastattava potilaan hoidon kokonaisuuden yhteensovittamisesta, jollei siitä muutoin erikseen sovita. Kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on huolehdittava vastuullaan olevien asukkaiden palvelujen järjestämisestä ja saatavuudesta yhdenvertaisesti koko alueellaan. Terveydenhuoltopalvelut on järjestettävä väestön tarpeiden mukaisesti ja lähellä asukkaita, paitsi jos palvelujen alueellinen keskittäminen on perusteltua palvelujen laadun turvaamiseksi.

Terveyden – ja sairaanhoidon palveluja varten kunnalla tulee olla terveyskeskus. Terveyskeskuksen toimintoja voidaan tarpeen mukaan sijoittaa sivuvastaanotoille tai ne voidaan järjestää liikkuvien toimintayksiköiden avulla. Kunta voi antaa terveyskeskuksen hoidettavaksi myös muita kansanterveystyöhön kuuluvia tehtäviä. Terveydenhuoltolain 57 § mukaan terveydenhuollon toimintayksikössä on oltava vastaava lääkäri, jonka on johdettava ja valvottava toimintayksikön terveyden- ja sairaanhoitoa. Potilaan sairaanhoidon aloittamisesta ja lopettamisesta sekä potilaan siirtämisestä toiseen toimintayksikköön päättää vastaava lääkäri tai hänen antamiensa ohjeiden mukaan muu laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Suomen Kuntaliiton keräämien tietojen mukaan vuonna 2019 terveyskeskuksia oli kaiken kaikkiaan 133 kappaletta.

Terveydenhuoltolain 17 §:n perusteella korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuolto voidaan kunnan suostumuksella järjestää myös Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston hyväksymällä tavalla. Säännöksen perusteella yliopisto-opiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta vastaa Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö (YTHS). Vuoden 2021 alusta Kansaneläkelaitos vastaa opiskeluterveydenhuollon järjestämisestä ja Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö (YTHS) palvelujen tuottamisesta kaikille korkeakouluopiskelijoille (laki korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta 695/2019, 6 ja 8 §).

Kunnallisen perusterveydenhuollon rinnalla perustason palveluja tarjoavat myös lakisääteinen työterveyshuolto sekä yksityiset palvelutuottajat, vaikka kunnat ovat keskeisessä asemassa palvelujen järjestämisessä ja tuottamisessa. Kansallisesta sairausvakuutusjärjestelmästä rahoitetaan avohoitopotilaiden lääkkeet, terveydenhuoltoon liittyvät matkakulut sekä sairaus- ja äitiyspäivärahat. Käytännössä järjestelmä tukee myös lakisääteistä työterveyshuoltoa, jonka piirissä on kaksi viidesosaa väestöstä. Noin puolet työnantajien terveydenhuoltokustannuksista katetaan kansallisesta sairausvakuutuksesta. Kansallisesta sairausvakuutuksesta korvataan niin ikään osa yksityisen sektorin – pääasiassa avohoidossa – tuottamista palveluista. Noin 21 prosentilla väestöstä on täydentävä ja/tai ylimääräinen yksityinen sairausvakuutus (OECD State of Health in EU: Suomen maaraportti 2019).

2.4.3.2 Erikoissairaanhoito ja sairaanhoitopiirit

Kuntien vastuulla on huolehtia siitä, että asukkaat saavat tarpeellisen erikoissairaanhoidon. Terveystieteiden lain 3 §:n 3 kohdan mukaan erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisia sairauksien ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon, ensihoitoon, päivystykseen ja lääkinälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon palveluja. Erikoissairaanhoito on kunnalle kuuluva tehtävä, mutta sen toteuttamiseksi kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään. Erikoissairaanhoidon järjestämistä varten maa on jaettu 20 sairaanhoitopiiriin. Kunta voi sopia sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän kanssa, mihin sairaanhoitopiiriin se kuuluu, mutta muutokset sairaanhoitopiirien jäsenkunnissa ovat olleet suhteellisen pieniä.

Erikoissairaanhoitolaissa on säädetty sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän jäsenkuntien edustajista ja äänimäärästä kuntayhtymän liittovaltuustossa. Kunnan edustajien äänimäärä voi olla enintään viidennes kaikkien jäsenkuntien valitsemien edustajien yhteenlasketusta rajoittamattomasta äänimäärästä. Kunnat voivat kuitenkin sopia äänivallan jakautumisesta toisin kuntayhtymän perussopimuksessa. Lisäksi yliopistollisen sairaanhoitopiiriin osalta on säädetty yliopiston oikeudesta nimetä edustaja liittovaltuustoon ja liittohallitukseen. Muilta osin kuntayhtymän hallintoon ja päätöksentekoon sovelletaan kuntalain säännöksiä.

Sairaanhoitopiiriin kuntayhtymä vastaa alueellaan erikoissairaanhoidon järjestämisestä yhtenäisin lääketieteellisin ja hammaslääketieteellisin perustein. Sairaanhoitopiirissä hoidon johtaminen ja valvominen sekä hoidosta päättäminen kuuluvat johtavalle lääkärille tai kuntayhtymän muulle lääkärille. Sairaanhoitopiirillä on vastuu erikoissairaanhoitoon lähetettyjen potilaiden ja kiireellistä erikoissairaanhoitoa tarvitsevien potilaiden hoidon järjestämisestä, mutta muilta osin vastuu säilyy kunnalla.

Kun sairaanhoitopiirillä on vastuu erikoissairaanhoidon järjestämisestä, tulee kaikille sairaanhoitopiiriin jäsenkuntien asukkaille järjestää palvelut samojen periaatteiden mukaisesti. Perusoikeuksien toteuttamisessa pidetään erityisesti tärkeänä alueellista yhdenvertaisuutta. Erilaisuutta kuntien palveluvalikoimissa ja niiden järjestämistavoissa rajoittaa perustuslain 6 §:n yhdenvertaisuussäännös. Yhdenvertaisuusperiaate edellyttää, että toiminnasta vastaava taho järjestää toiminnan siten, että kaikilla ihmisillä, jotka kuuluvat toimijan vastuupiiriin, on mahdollisuus saada palveluja yhtäläisin perustein.

Jokaisessa sairaanhoitopiirissä on keskussairaala. Näistä viisi on myös erityistason sairaanhoitoa antavia yliopistollisia sairaaloita (Helsinki, Turku, Tampere, Oulu ja Kuopio).

Sairaanhoitopiiriin kuntayhtymällä on velvollisuus vastata alueellaan erikoissairaanhoidon palvelujen yhteensovittamisesta väestön ja perusterveydenhuollon tarpeiden mukaisesti. Sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän on yhteistyössä perusterveydenhuollosta vastaavan kunnan kanssa suunniteltava ja kehitettävä erikoissairaanhoitoa siten, että se muodostaa perusterveydenhuollon kanssa toiminnallisen kokonaisuuden. Sairaanhoitopiiriin on perustettava perusterveydenhuollon yksikkö, joka antaa asiantuntemusta ja sovittaa yhteen alueellaan perusterveydenhuollossa tehtävää tutkimusta, kehittämistä, hoito- ja kuntoutusketjujen laatimista, täydennyskoulutusta sekä huolehtii henkilöstötarpeen ennakoinnista.

Samaan sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään kuuluvien kuntien on laadittava terveydenhuollon järjestämissuunnitelma, joka perustuu alueen väestön terveysseurantatietoihin ja palvelutarpeeseen. Suunnitelmasta on neuvoteltava sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän kanssa. Suunnitelmassa on sovittava kuntien yhteistyöstä, terveyden, hyvinvoinnin ja turvallisuuden edistämistä koske-

vista tavoitteista ja vastuutahoista, terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä, päivystys-, kuvantamis- ja lääkinällisen kuntoutuksen palveluista sekä tarvittavasta yhteistyöstä perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, sosiaalihuollon, lasten päivähoidon, lääkehuollon ja muiden toimijoiden kesken. Valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkempia säännöksiä asioista, joista on sovittava terveydenhuollon järjestämissuunnitelmassa. Asetuksenantovaltuuden nojalla on annettu valtioneuvoston asetus terveydenhuollon järjestämissuunnitelmasta ja erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksesta (337/2011).

Terveydenhuoltolain 39 §:n mukaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä alueensa ensihoitopalvelu. Se voi järjestää palvelun alueellaan (tai osassa sitä) hoitamalla toiminnan itse, yhteistoiminnassa alueen pelastustoimen tai toisen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän kanssa tai hankkimalla sen muulta palvelun tuottajalta. Sairanhoitopiirin kuntayhtymän laatima ensihoidon palvelutasopäätös määrittelee ensihoitopalvelun tuottamistavan, palvelun sisällön, ensihoitopalveluun osallistuvilta edellytettävän koulutuksen, erityisvastuualueen ensihoitokeskuksen valmistelemat tavoitteet ajasta, jossa väestö tavoitetaan sekä muut alueen ensihoitopalvelun järjestämisen kannalta tarpeelliset seikat.

Terveydenhuoltolain 40 §:n mukaan ensihoitopalveluun sisältyy äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan hoidon tarpeen arviointi ja kiireellinen hoito ensisijaisesti terveydenhuollon hoitolaitoksen ulkopuolella (pois lukien meripelastuslaissa (1145/2001) tarkoitetut tehtävät) sekä tarvittaessa potilaan kuljettaminen lääketieteellisesti arvioiden tarkoituksenmukaisimpaan hoitoyksikköön. Siihen sisältyvät myös äkillisesti sairastuneen tai vammautuneen potilaan jatkohoitoon liittyvät siirrot, silloin kun potilas tarvitsee siirron aikana vaativaa ja jatkuvaa hoitoa tai seurantaa. Näiden lisäksi tehtäviin kuuluvat ensihoitovalmiuden ylläpitäminen, tarvittaessa potilaan, hänen läheisensä ja muiden tapahtumaan osallisten ohjaaminen psykososiaalisen tuen piiriin, osallistuminen alueellisten valmius- ja varautumissuunnitelmien laatimiseen suuronnettomuuksien ja terveydenhuollon erityistilanteiden varalle yhdessä muiden viranomaisten ja toimijoiden kanssa sekä virka-avun antaminen poliisille, pelastusviranomaisille, rajavartiolaitosviranomaisille ja meripelastusviranomaisille niiden vastuulla olevien tehtävien suorittamiseksi.

Ensihoitopalvelusta ja ensihoitokeskusten tehtävistä säädetään tarkemmin ensihoitopalvelusta annetulla sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetuksella (585/2017). Erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien on sovittava ensihoitokeskuksen tehtävien järjestämisestä erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa (terveydenhuoltolaki 46 §). Erityisvastuualueen ensihoitokeskuksen tehtävänä on valmistella ensihoidon palvelutasopäätökseen kuuluvat tavoitteet ajasta, jossa väestö sen erityisvastuualueella tavoitetaan, ottaen huomioon väestön ennakoitu palvelutarve, alueen sosiaali- ja terveystoimen päivystysrakenteen ja erityisvastuualueen ensihoidon voimavarat. Jokainen sairaanhoitopiiri päättää palvelutasopäätöksestään itsenäisesti.

Ensihoitokeskuksen tehtävänä on lisäksi vastata alueensa ensihoitopalvelun lääkäritasoisesta päivystyksestä, sovittaa yhteen ensihoitopalveluun kuuluvat potilassiirrot, suunnitella ja päättää lääkärihelikopteritoiminnasta erityisvastuualueellaan, sovittaa yhteen hätäkeskuslaitokselle annettavat terveystoimen hälytysohjeet, yhdessä muiden erityisvastuualueiden kanssa valmistella ja yhteen sovittaa ensihoitopalvelun toimintaa koskevat lääketieteelliset hoito-ohjeet ja muut ensihoitopalvelua koskevat valtakunnalliset ohjeet, vastata sosiaali- ja terveystoimen kansallisten korkean varautumisen viestintä- ja tietojärjestelmien aluepääkäyttötoiminnoista sekä osallistaa järjestelmien ylläpidosta ja osallistua alueellisten valmius- ja varautumissuunnitelmien laatimiseen suuronnettomuuksien ja terveydenhuollon erityistilanteiden varalle yhdessä muiden viranomaisten, toimijoiden ja erityisvastuualueiden kanssa siten, että ne muodostavat kansallisen kokonaisuuden.

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä voi päättää palvelutasopäätöksessä, että ensivastetoiminta sisällytetään osaksi ensihoitopalvelua. Ensivastetoiminnalla tarkoitetaan hätäkeskuksen kautta hälytettävissä olevan muun yksikön kuin ambulanssin hälyttämistä äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan tavoittamisviiveen lyhentämiseksi ja yksikön henkilöstön antamaa hätäensiapua, joka on määritelty ensihoidon palvelutasopäätöksessä. Kaikissa sairaanhoitopiireissä ensivastetoiminta sisältyy ensihoitopalveluun.

2.4.3.3 Erityisvastuualueet

Erityistason sairaanhoidon järjestämistä varten maa on jaettu viiteen erityisvastuualueeseen. Erityisvastuualueeseen tulee kuulua sellainen sairaanhoitopiiri, jonka alueella on lääkärikoulutusta antava yliopisto. Erityisvastuualueista annetulla valtioneuvoston asetuksella (156/2017) on säädetty erityisvastuualueet ja niihin kuuluvat sairaanhoitopiirit. Nykyisen lainsäädännön mukaan erityisvastuualue ei ole oikeushenkilö, vaan sen hallinto tukeutuu yliopistollisen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän hallintoon.

Erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien on järjestettävä yhteistyössä alueensa erikoissairaanhoito. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän, jonka hallinnassa on yliopistollinen sairaala, on järjestettävä erityistason sairaanhoito erityisvastuualueellaan.

Erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien on yhteistyössä huolehdittava kuntien ja sairaanhoitopiirien tarvitsemasta ohjauksesta ja neuvonnasta erikoissairaanhoidon antamisessa, terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksessa sekä tieteellisen tutkimuksen ja kehittämisen järjestämisessä. Erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien on myös suunniteltava ja sovitettava yhteen alueensa erikoissairaanhoidon palvelujen tuotanto, tietojärjestelmäratkaisut, lääkinnällinen kuntoutus ja erilaiset hankinnat sekä sovitettava yhteen koulutusviranomaisten ja työhallinnon kanssa terveydenhuollon henkilöstön perus-, jatko- ja täydennyskoulutusta sekä maakuntien liittojen kanssa työvoiman kysyntää ja koulutustarjontaa. Käytännössä tämä tapahtuu erityisvastuualueeseen kuuluvien sairaanhoitopiirien tekemän erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksen kautta. Lisäksi erityisvastuualueeseen kuuluvien sairaanhoitopiirien tulee sopia ensihoitokeskuksen tehtävien hoitamisesta.

Erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksesta säädetään terveydenhuoltolain 43 §:ssä. Säännöksen mukaan erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien kuntayhtymien on erikoissairaanhoidon yhteen sovittamiseksi tehtävä erikoissairaanhoidon järjestämissopimus. Sopimus on laadittava kunnallisvaltuustokausittain. Sopimuksen toteutumista on arvioitava vuosittain yhteistyössä alueen kuntien ja sairaanhoitopiirien kesken sekä tehtävä siihen tarvittaessa muutokset. Sopimuksessa on sovittava erityisvastuualueeseen kuuluvien sairaanhoitopiirien kuntayhtymien työnjaosta ja toiminnan yhteensovittamisesta sekä uusien menetelmien käyttöönoton periaatteista. Työnjaon on edistettävä terveydenhuollon laatua, potilasturvallisuutta, vaikuttavuutta, tuottavuutta ja tehokkuutta. Työnjaossa on lisäksi varmistettava, että järjestämissopimuksen mukaan hoitoa antavassa toimintayksikössä on riittävät taloudelliset ja henkilöstövoimavarat sekä osaaminen.

Säännöksen mukaan valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkempia säännöksiä asioista, joista on sovittava erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa. Jos kuntayhtymät eivät pääse sopimukseen erikoissairaanhoidon järjestämisestä tai jos järjestämissopimus ei täytä edellä mainittuja edellytyksiä, valtioneuvosto voi määrätä sopimuksen sisällöstä. Asetuksenantovaltuuden nojalla on annettu valtioneuvoston asetus terveydenhuollon järjestämissuunnitelmasta ja erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksesta, jossa säädetään järjestämissopimuksen tarkemmista sisältövaatimuksista.

2.4.3.4 Terveydenhuollon keskittäminen

Terveydenhuoltolain 45 §:ssä säädetään erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä. Säännöksen mukaan osa sellaisista tutkimuksista, toimenpiteistä ja hoidoista, jotka harvoin esiintyvinä tai vaativina edellyttävät toistettavuutta tai usean alan erityisosaamista riittävän taidon ja osaamisen saavuttamiseksi ja sen ylläpitämiseksi tai merkittäviä investointeja laitteistoihin ja välineisiin terveydenhuollon laadun ja potilasturvallisuuden, vaikuttavuuden, tuottavuuden ja tehokkuuden takaamiseksi, kootaan suurempiin yksiköihin.

Terveydenhuoltolain 45 §:n mukaan valtakunnallisesti keskitettävä erikoissairaanhoido on kootava vähempään kuin viiteen yliopistolliseen sairaalaan. Valtioneuvoston asetuksella säädetään valtakunnallisesta sairaaloiden työnjaosta ja keskitettävistä tutkimuksista, toimenpiteistä ja hoidosta sekä tarvittaessa hoitoa antavista yksiköistä sekä keskitettävien tutkimusten, toimenpiteiden ja hoitojen määrällisistä ja muista edellytyksistä, joiden tulee täytyä keskitämistä toteutettaessa. Lisäksi valtioneuvoston asetuksella voidaan säätää, mitkä valtakunnallisen kokonaisuuden suunnittelua ja yhteen sovittamista koskevat tehtävät säädetään yhden tai useamman valtakunnallisen toimijan hoidettaviksi. Sairaanhoidopiirien kuntayhtymien, joissa on yliopistollinen sairaala, on sovittava lain säännöksiä täydentävästi valtakunnallisesti keskitettävää erikoissairaanhoidoa antavista yksiköistä. Jos ne eivät pääse sopimukseen siitä, mihin sairaaloihin tai yksiköihin toiminto kootaan tai, jos sopimus ei täytä laadun ja potilasturvallisuuden, vaikuttavuuden, tuottavuuden ja tehokkuuden takaamiseksi tarkoitettuja edellytyksiä, valtioneuvosto voi määrätä sopimuksen sisällöstä.

Säännöksen mukaan alueellisesti (kunkin ERVA-alueen sisällä) keskitettävä erikoissairaanhoido kootaan viiteen yliopistolliseen sairaalaan tai erityisistä syistä muuhun vastaavaan tasoiseen sairaalaan. Lisäksi sairaaloiden tarkoituksenmukaista työnjakoa varten erikoissairaanhoidoa kootaan terveydenhuoltolain 50 §:n 3 momentissa tarkoitettuihin laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköihin. Lisäksi leikkaustoiminta, joka edellyttää leikkaussaliolosuhteita ja anestesiaa, kootaan kokonaisuudessaan niihin sairaaloihin, joissa on ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys. Valtioneuvoston asetuksella säädetään edellä mainittua täydentävästi alueellisesta sairaaloiden työnjaosta ja keskitettävistä tutkimuksista, toimenpiteistä ja hoidosta sekä tarvittaessa hoitoa antavista yksiköistä sekä keskitettävien tutkimusten, toimenpiteiden ja hoitojen määrällisistä ja muista edellytyksistä, joiden tulee täytyä keskitämistä toteutettaessa. Lisäksi valtioneuvoston asetuksella voidaan toiminnan yhteen sovittamista varten nimetä ja valtuuttaa alueellisia toimijoita. Alueellisesti keskitettävästä hoidosta ja toiminnan yhteen sovittamisesta sovitaan lain säännöksiä täydentävästi erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa.

Lakiin sisältyvien valtuuksien perusteella on annettu valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä (582/2017). Käytännössä asetus koskee sellaisten tautitilojen hoidon kokoamista suurempiin kokonaisuuksiin, jotka ovat suhteellisen harvinaisia tai joiden hoito on erityisen vaativaa. Asetuksella on säädetty erityisvastuita tietyille sairaanhoidopiireille valtakunnallisen ja alueellisen kokonaisuuden suunnittelua ja yhteen sovittamista varten, valtakunnallisesti sekä alueellisesti viiteen yliopistolliseen sairaalaan tai vastaavaan yksikköön keskitettävästä erikoissairaanhoidosta sekä muusta keskitettävästä erikoissairaanhoidosta.

Edellä kuvatun lisäksi terveydenhuoltolain 50 §:ssä säädetään kiireellisen hoidon keskittämisestä. Säännöksen mukaan Helsingin ja Uudenmaan, Varsinais-Suomen, Satakunnan, Pirkanmaan, Päijät-Hämeen, Etelä-Karjalan, Pohjois-Karjalan, Pohjois-Savon, Keski-Suomen, Vaasan, Etelä-Pohjanmaan, Pohjois-Pohjanmaan ja Lapin sairaanhoidopiirien on järjestettävä laajan

ympäri vuorokautisen päivystyksen yksikkö keskussairaalsansa yhteyteen. Laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköllä tarkoitetaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystystä, joka pystyy tarjoamaan laajasti palveluita usealla lääketieteen erikoisalalla ympärivuorokautisesti välittömästi ja jolla on voimavarat terveydenhuollossa tarvittavan valmiuden ylläpitämiseen ja erityistilanteiden hoitamiseen. Sairaanhoidopiirit, joissa on yliopistollinen sairaala, voivat kuitenkin väestön palvelutarpeen niin edellyttäessä perustaa useamman kuin yhden ympärivuorokautisesti päivystävän yhteispäivystysyksikön sairaaloidensa yhteyteen.

Terveydenhuoltolain 50 §:n mukaan muiden kuin laajaa ympärivuorokautisen päivystyksen yksikköä ylläpitävien sairaanhoidopiirien tulee ylläpitää ympärivuorokautista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystystä, jossa on valmius väestön tavanomaisten kiireellisten terveysongelmien hoitoon, keskussairaalan yhteydessä. Sairaanhoidopiirin erityisvastuualueella on kuitenkin aina järjestämissopimuksen nojalla oikeus sopia, että sen alueella toimivan sairaanhoidopiirin keskussairaalan yhteydessä toimivalle yhteispäivystyksen yksikölle voidaan muodostaa sen laajuinen ja toiminnallisesti monipuolinen päivystyksen yksikkö, jota palvelujen saavutettavuus, päivystyspisteiden väliset etäisyydet ja sairaanhoidopiirin väestön kielellisten oikeuksien toteuttaminen edellyttävät.

Säännöksen mukaan päivystyksen järjestämisen erikoisalakohteisista edellytyksistä säädetään tarkemmin valtioneuvoston asetuksella. Valtioneuvoston asetuksella säädetään synnytystoiminnan järjestämisen määrää koskevista edellytyksistä. Sosiaali- ja terveysministeriö voi myöntää luvan poiketa kyseisistä edellytyksistä, jos se on tarpeen palvelun saavutettavuuden tai potilasturvallisuuden vuoksi. Kiireellisen hoidon perusteista ja kiireellisen vastaanotto toiminnan, laajan ympärivuorokautisen päivystysyksikön, ympärivuorokautisesti päivystävän yhteispäivystysyksikön sekä ympärivuorokautisen perusterveydenhuollon ja akuuttilääketieteen päivystysyksikön tehtävistä ja laatuvaatimuksista, poikkeuslupien myöntämisen tarkemmista edellytyksistä sekä päivystysyksiköiden alueellisesta yhteistyöstä voidaan säätää tarkemmin valtioneuvoston asetuksella. Valtioneuvosto on antanut säännöksen nojalla asetuksen kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohteisista edellytyksistä (583/2017), jossa säädetään edellä mainituista seikoista.

Terveydenhuoltolain 45 ja 50 §:ää on tulkittu siten, että ellei laissa toisin säädetä, sairaanhoidopiiri, jonka tehtäväksi tietty terveydenhuollon palvelu on lailla tai asetuksella osoitettu, vastaa palvelun yhdenvertaisesta saatavuudesta sekä päättää palvelujen tarpeen, määrän ja laadun määrittämisestä, palvelun tuottamistavasta, tuottamisen valvonnasta ja viranomaiselle kuuluvan toimivallan käyttämisestä näissä palveluissa. Muilla sairaanhoidopiireillä ei ole päätösvaltaa kyseisistä palveluista, eivätkä ne saa tuottaa tai hankkia muualta mainittuja palveluja.

2.4.4 Ahvenanmaan sosiaali- ja terveydenhuolto

Ahvenanmaalla sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen kuuluu maakunnan lainsäädäntövaltaan. Sen perusteella niin erikoissairaanhoidon kuin perusterveydenhuollonkin järjestämisestä vastaa Ahvenanmaan maakunnan hallituksen alainen Ahvenanmaan maakunnan terveys- ja sairaanhoidoviranomainen (Ålands hälso- och sjukvård, jäljempänä ÅHS).

ÅHS hoitaa keskitetysti maakunnassa terveydenhuollon palvelut ja sosiaalihuollosta vastaavat maakunnan 16 kuntaa. ÅHS hankkii osan erikoissairaanhoidosta ja kokonaan erityistason sairaanhoidon Manner-Suomen sairaanhoidopiireiltä tai ostopalveluna Ruotsista. Maakunta rahoittaa terveydenhuollon omasta budjetistaan ja kunnat rahoittavat sosiaalihuollon budjeteistaan.

2.4.5 Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tuottaminen ja ostopalvelut

Kuntalain 8 §:n mukaan kunta voi järjestää sille laissa säädetyt tehtävät itse tai sopia järjestämisvastuun siirtämisestä toiselle kunnalle tai kuntayhtymälle. Lakisääteisessä yhteistoiminnassa järjestämisvastuu on toisella kunnalla tai kuntayhtymällä ns. jaettuna järjestämisvastuuna. Tehtävien hoidosta järjestämisvastuussa oleva kunta tai kuntayhtymä vastaa järjestettävien palvelujen ja muiden toimenpiteiden yhdenvertaisesta saatavuudesta, tarpeen, määrän ja laadun määrittämisestä, tuottamistavasta, tuottamisen valvonnasta ja viranomaiselle kuuluvan toimivallan käyttämisestä. Kunta vastaa tehtäviensä rahoituksesta, vaikka järjestämisvastuu on siirretty toiselle kunnalle tai kuntayhtymälle.

Kuntalain 9 §:n mukaan kunta tai kuntayhtymä voi tuottaa järjestämisvastuulleen kuuluvat palvelut itse tai hankkia ne sopimukseen perustuen muulta palvelujen tuottajalta. Palvelusetelin käytöstä säädetään erikseen laissa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä (569/2009), jäljempänä palvelusetelilaki. Julkisen hallintotehtävän kunta voi kuitenkin antaa muulle kuin viranomaiselle vain, jos siitä erikseen lailla säädetään. Kunnan tai kuntayhtymän hankkiessa laissa säädettyjä palveluja muulta palvelujen tuottajalta sillä säilyy 8 §:n 2 momentissa tarkoitettu järjestämisvastuu. Tämän lisäksi palvelujen tuottajan vastuu palveluista määräytyy sen mukaan, mitä tässä laissa tai muualla säädetään, sekä mitä kunta tai kuntayhtymä ja palvelujen tuottajat sopivat.

Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain (733/1992) 4 §:n mukaan kunta ja kuntayhtymä voivat järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon alaan kuuluvat tehtävät mm. hankkimalla palveluja valtiolta, toiselta kunnalta, kuntayhtymältä tai muulta julkiselta taikka yksityiseltä palvelujen tuottajalta. Palvelunkäyttäjälle voidaan antaa myös palveluseteli, jolla kunta tai kuntayhtymä sitoutuu maksamaan palvelun käyttäjän kunnan/kuntayhtymän hyväksymältä yksityiseltä palvelujen tuottajalta hankkimat palvelut kunnan/kuntayhtymän päätöksellä asetettuun setelin arvoon asti.

Palvelujen hankkimista yksityisiltä palveluntuottajilta rajoittaa perustuslain 124 §:n säännös, jonka 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.

Kuntataloustilaston 2018 tietojen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa ostopalveluja oli vuonna 2018 karkeasti noin 17 prosenttia. Erityisen paljon ostopalveluja käytettiin seuraavissa sosiaalihuollon palveluissa: lastensuojelun laitos- ja perhehoito (noin 66 %), lastensuojelun avohuoltopalvelut (noin 31 %), ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoivan palvelut (noin 37 %), vammaisten ympärivuorokautisen hoivan palvelut (noin 51 %) ja muut vammaisten palvelut (noin 23 %). Perusterveydenhuollon avohoidossa ostopalveluja oli noin 8 prosenttia, perusterveydenhuollon suunhoidossa noin 7 prosenttia ja erikoissairaanhoidossa noin 6 prosenttia.

Manner-Suomessa oli vuonna 2017 yhteensä 150 järjestämisvastuussa olevaa kuntaa tai yhteistoiminta-aluetta, joista 27 (18 %) oli ulkoistanut terveystasematoiminnan joko kokonaan tai osittain. Järjestäjistä 13 oli ulkoistanut palvelut kokonaan ja 14 osittain. Selvityksen ajankohtana, kaikista Suomen terveystasemista oli ulkoistettu 9,2 prosenttia. Ulkoistettujen palvelujen piirissä oli 6,8 prosenttia väestöstä, josta kokonaisulkoistuksien piirissä oli 2 prosenttia väestöstä. Vuoden 2017 alkupuolella Päijät-Hämeessä ulkoistettujen terveystasemapalvelujen piirissä oli noin 54 prosenttia väestöstä. Seuraavaksi eniten väestöä ulkoistettujen terveystasemien piirissä oli

Kymenlaakson (noin 23 %), Etelä-Pohjanmaan (noin 14 %) Keski-Suomen (noin 13 %) maakunnissa. (Parhiala, K. & Hetemaa, T. 2017). Vuoden 2017 tarkastelun perusteella terveysasemien ulkoistukset koskivat huomattavaa väestöosuutta vain muutaman maakunnan alueella.

Kuntaliiton keväällä 2019 kokoamien tietojen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisulkoistuksen oli tehnyt 13 kuntaa, joista kolmen osalta ulkoistussopimus on siirtynyt kuntayhtymälle, johon kunta on liittynyt sote-palvelujen järjestämiseksi/tuottamiseksi. Lisäksi Meri-Lapissa on ulkoistettu neljän kunnan perusterveydenhuolto ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin järjestämä erikoissairaanhoito kuntien ja yksityisen palveluntuottajan yhteisyritykselle. Parhaillaan on valmistelussa myös mittavia kokonaisulkoistuksia muun muassa Päijät-Hämeessä.

Kuntataloustilaston tietojen perusteella vuoden 2018 asiakasmäärien mukaan tarkasteltuna ostopalveluita oli eri palveluissa seuraavasti:

- Lastensuojelun avohuolto (0–20 -vuotiaat): yhteensä 54 883 asiakasta, joista karkeasti noin 17 000 asiakasta (31 %) on yksityisten palveluntuottajien tuottamien palvelujen piirissä
- Kodin ulkopuoliset sijoitukset kaikkiin sijoitusmuotoihin (0–20 -vuotiaat): yhteensä 18 544 asiakasta, joista karkeasti noin 12 250 asiakasta (66 %) on yksityisten palveluntuottajien tuottamien palvelujen piirissä. Kuntataloustiedoista ei ilmene, mitä laitospalvelujen ja perhehoidon yksityisten tuottamilla palveluilla tarkalleen ottaen tarkoitetaan. Tästä johtuen arvio on karkea.
- Terveysasemien kokonaisulkoistukset: yhteensä noin 171 300 asiakasta yksityisten tuottamien palvelujen piirissä
- Kehitysvammaisten ei-ympäri vuorokautiset (ns. autettu asuminen) palvelut 8 664 asiakasta, joista noin 4 400 asiakasta (51 %) on yksityisten palveluntuottajien tuottamien palvelujen piirissä
- Ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoivan palveluissa noin 44 000 asiakasta, joista noin 16 300 asiakasta (37 %) on yksityisten palveluntuottajien tuottamien palvelujen piirissä
- Erikoissairaanhoidon palveluista psykiatrian asumispalveluja sai 7 484 henkilöä. Kaikista asiakkaista noin 6 800 eli 91 prosenttia asui yksityisten palveluntuottajien asumispalveluyksiköissä (avo- ja/tai laitospalveluinen asuminen).

2.4.6 Kehittämistoiminta ja -rakenteet

Kunnan vastuu kehittämistoiminnasta

Vuoden 1982 sosiaalihuoltolain 13 §:n mukaan kunnan on sosiaalihuoltoon kuuluvina tehtävinä huolehdittava sosiaalihuoltoa ja muuta sosiaaliturvaa koskevan koulutus-, tutkimus-, kokeilu- ja kehittämistoiminnan järjestämisestä.

Terveystalolain 37 §:n mukaan terveyskeskuksen on huolehdittava asianmukaisella tavalla moniammatillisen tutkimus-, koulutus- ja kehittämistoiminnan järjestämisestä. Kunnan on osoitettava tähän riittävät voimavarat. Terveyskeskuksen on toimittava yhteistyössä sairaanhoitopiirin kuntayhtymän perusterveydenhuollon yksikön sekä muiden terveyskeskusten kanssa.

Terveyskeskuksen on osallistuttava yhdessä perusterveydenhuollon yksikön kanssa kansalliseen perusterveydenhuollon kehittämiseen.

Sosiaalialan osaamiskeskukset

Sosiaalialan osaamiskeskukset tukevat alueellista sosiaalihuollon koulutus-, tutkimus-, kokeilu- ja kehittämistoimintaa. Sosiaalialan osaamiskeskustoiminnasta säädetään siitä annetussa laissa (1230/2001) ja asetuksessa (1411/2001). Toiminnan tarkoituksena on luoda ja ylläpitää koko maan kattava alueellinen yhteistyörakenne sosiaalialan perus- ja erityisosaamisen edistämiseksi, sekä sosiaalialan alueellista yhteistyötä edellyttävien erityisosaamista vaativien erityispalvelujen ja asiantuntijapalvelujen turvaamiseksi. Toiminnasta vastaavat alueelliset sosiaalialan osaamiskeskukset, joiden toimialueet kattavat kaikki kunnat. Ruotsinkielisen väestön tarpeita varten on lisäksi ruotsinkielinen osaamiskeskus. Osaamiskeskuksia on yhteensä 11.

Osaamiskeskuksen voivat muodostaa kunkin toimialueen kunnat ja kuntayhtymät yhdessä yliopistojen, ammattikorkeakoulujen ja muiden sosiaali- ja terveysalan oppilaitosten, maakunnan liittojen, aluehallintovirastojen, järjestöjen ja yritysten sekä muiden sosiaali- ja terveysalalla toimivien eri tahojen kanssa. Osaamiskeskustoiminta ja osaamiskeskuksen hallinto järjestetään osaamiskeskuksen muodostavien edellä mainittujen tahojen keskinäisen sopimuksen mukaisesti.

Osaamiskeskustoiminnan tukemiseksi maksetaan valtionavustusta. Valtionavustuksen yleisiä määräytymisperusteita ovat kunkin osaamiskeskuksen toimialueen asukasluku ja pinta-ala. Osaamiskeskukset rahoittavat toimintaansa lisäksi niillä maksuilla, joita ne saavat myymistään asiantuntijapalveluista.

Sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimii valtioneuvoston neljäksi vuodeksi kerrallaan asettama sosiaalialan osaamiskeskustoiminnan neuvottelukunta. Neuvottelukunnan tehtävänä on muodostaa osaamiskeskustoiminnan valtakunnalliset linjaukset, huolehtia kunkin osaamiskeskuksen toiminnan erityisistä painoalueista sopimisesta sekä muutoinkin yhteen sovittaa ja tukea osaamiskeskusten toimintaa. Neuvottelukunnan tulee myös lausuntoja antamalla tai muutoin ottaa kantaa periaatteellisesti tärkeisiin osaamiskeskustoimintaa tai osaamiskeskusten hallintoa koskeviin kysymyksiin sekä tehdä tarvittaessa ehdotuksia lainsäädännön kehittämiseksi.

Perusterveydenhuollon kehittämissyksiköt

Terveydenhuoltolain 35 §:n mukaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä on oltava perusterveydenhuollon yksikkö, jossa on moniammatillinen terveysalan asiantuntemus ja joka tukee alueen terveydenhuollon järjestämissuunnitelman laatimista. Yksikön keskeisenä tehtävänä on perusterveydenhuollossa tehtävän tieteellisen tutkimuksen sekä hoito- ja kuntoutusketjujen laatimisen ja alueellisen täydennyskoulutuksen koordinointi yhteistyössä eri tahojen kanssa. Perusterveydenhuollon yksikkö antaa asiantuntemusta ja sovittaa yhteen alueellaan perusterveydenhuollossa tehtävää tutkimusta, kehittämistä, hoito- ja kuntoutusketjujen laatimista, täydennyskoulutusta, ja huolehtii henkilöstötarpeen ennakoinnista sekä erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja soveltuvin osin sosiaalitoimen yhteensovittamisesta. Tarkoituksena on myös, että yksikkö tekisi yhteistyötä sekä loisi pysyviä yhteistyökäytäntöjä oman alueensa sosiaalialan osaamiskeskuksen kanssa.

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on terveydenhuoltolain 36 §:n mukaan tarjottava asiantuntemusta ja tukea kunnille järjestämällä koulutusta, kokoamalla hyvinvointi- ja terveysseurantatietoja sekä levittämällä kuntien käyttöön sairauksien ja ongelmien ehkäisyn näyttöön perustuvia toimintamalleja ja hyviä käytäntöjä.

2.4.7 Opetus-, koulutus- ja tutkimustoiminta

Kunta ja sosiaalihuollon henkilökunnan koulutuksesta huolehtiva oppilaitos tai korkeakoulu voivat vuoden 1982 sosiaalihuoltolain 52 §:n mukaan sopia sosiaalihuollon toimintayksiköiden käyttämisestä sosiaalihuollon koulutustoiminnan järjestämiseen. Kunta on oikeutettu saamaan edellä tarkoitettua koulutustoiminnan järjestämisestä aiheutuvista välittömistä kustannuksista täyden korvauksen korkeakoululta taikka koulutuksesta huolehtivalta muulta viranomaiselta tai yhteisöltä. Korvausta määriteltäessä otetaan huomioon myös se välitön hyöty, jonka kunta saa koulutustoiminnan ohessa.

Kunnilla on vuoden 1982 sosiaalihuoltolain 53 §:n mukaan lakisääteinen velvoite järjestää täydennyskoulutusta sosiaalihuollon henkilöstölle. Kunnan tulee huolehtia siitä, että sosiaali- huollon henkilöstö peruskoulutuksen pituudesta, työn vaativuudesta ja toimenkuvasta riippuen osallistuu riittävästi sille järjestettyyn täydennyskoulutukseen. Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut kunnille suositukset sosiaalihuollon täydennyskoulutuksen järjestämisen tueksi (STM julkaisuja 2006:6).

Terveydenhuollon ammattihenkilöstön täydennyskoulutuksesta säädetään terveydenhuoltolain 5 §:ssä. Sen mukaan kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on huolehdittava siitä, että terveydenhuollon henkilöstö, mukaan lukien sen yksityisen palveluntuottajan palveluksessa oleva henkilöstö, jolta kunta tai kuntayhtymä hankkii palveluja, osallistuu riittävästi terveydenhuollon täydennyskoulutukseen. Täydennyskoulutuksen sisällössä on otettava huomioon henkilöstön peruskoulutuksen pituus, työn vaativuus ja tehtävien sisältö. Lisäksi terveydenhuollon täydennyskoulutuksesta on säännöksiä terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa (559/1994). Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut lisäksi suositukset täydennyskoulutuksen toteuttamiseksi (STM:n oppaita 2004:3).

Terveydenhuoltolain mukaan terveyskeskuksen on huolehdittava asianmukaisella tavalla moniammatillisen tutkimus-, koulutus- ja kehittämistoiminnan järjestämisestä (37 §).

2.4.8 Valmius ja varautuminen

Valmiuslaissa (1552/2011) säädetään viranomaisten varautumisesta poikkeusoloihin ja viranomaisten toimivaltuuksista poikkeusolojen aikana. Valmiuslain 12 §:ssä säädetään yleisestä varautumisvelvoitteesta. Sen mukaan valtioneuvoston, valtion hallintoviranomaisten, valtion itsenäisten julkisoikeudellisten laitosten, muiden valtion viranomaisten ja valtion liikelaitosten sekä kuntien, kuntayhtymien ja muiden kuntien yhteenliittymien tulee valmiussuunnitelmin ja poikkeusoloissa tapahtuvan toiminnan etukäteisvalmisteluin sekä muilla toimenpiteillä varmistaa tehtäviensä mahdollisimman hyvä hoitaminen myös poikkeusoloissa. Valmiuslaissa on säännökset poikkeusolojen toteutamisesta, minkä jälkeen on mahdollisuus ottaa käyttöön valmiuslain mukaisia viranomaisten toimivaltuuksia. Lain soveltamisen kynnys on korkealla, ja sitä on sovellettu käytäntöön vain kerran, 16.3.2020 alkaen Covid-19-pandemian vuoksi.

Terveydenhuoltolain 38 §:n mukaan sairaanhoitopiirin on päätettävä yhteistyössä alueensa kuntien kanssa terveydenhuollon alueellisesta varautumisesta suuronnettomuuksiin ja terveydenhuollon erityistilanteisiin. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä on lisäksi velvollinen laati-maan yhteistyössä alueensa kuntien kanssa terveydenhuollon alueellisen valmiussuunnitelman.

Terveydenhuoltolain 46 §:ssä säädetään erityisvastuualueen ensihoitokeskuksesta ja sen tehtävistä. Ensihoitokeskuksen tehtäviä vahvistettiin vuoden 2017 alusta lukien siten, että erityisvastuualueella toimintaa suunnitellaan yhdenmukaisesti ja ne osallistuvat alueellisten varautumis- ja valmiussuunnitelmien laatimiseen.

Sosiaalihuoltolaissa ei ole erillistä varautumisvelvoitetta eikä vastaavantyyppistä velvoitetta alueelliseen varautumiseen. Sosiaalihuoltolakiin lisättiin vuodesta 2017 alkaen uusi 29 a §, jonka mukaan alueen sosiaalipäivystyksellä on velvoite yhteistyössä ensihoitokeskuksen kanssa osallistua alueellaan varautumis- ja valmiussuunnitelmien laatimiseen häiriötilanteiden ja suur-onnettomuuksien varalle yhdessä muiden viranomaisten, toimijoiden ja erityisvastuualueiden kanssa siten, että suunnitelmat muodostavat kansallisen kokonaisuuden.

Aluehallintovirastoilla on tällä hetkellä sosiaali- ja terveydenhuollon valmiuteen ja varautumiseen liittyviä tehtäviä. Aluehallintovirastoista annetun lain (896/2009) 4 §:n mukaan aluehallintoviraston tehtävänä on muun muassa varautumisen yhteensovittaminen alueella ja siihen liittyvän yhteistoiminnan järjestäminen, valmiussuunnittelun yhteensovittaminen, alueellisten maanpuolustuskurssien järjestäminen, kuntien valmiussuunnittelun tukeminen, valmiusharjoitusten järjestäminen sekä alue- ja paikallishallinnon turvallisuussuunnittelun edistäminen. Lisäksi aluehallintoviraston tehtävänä on viranomaisten johtaessa turvallisuuteen liittyviä tilanteita alueella tukea toimivaltaisista viranomaisista ja tarvittaessa sovittaa yhteen toimintaa niiden kesken. Aluehallintovirastoja on käytetty erilaisissa häiriötilanteissa kokoamaan sosiaali- ja terveydenhuollon tilannekuvaa ja välittämään sitä yhteistyötahoille ja muun muassa ministeriöön.

Lainsäädännön lisäksi yhteiskunnan turvallisuusstrategia ohjaa varautumista. Sen mukaan varautuminen toteutetaan kokonaisturvallisuuden toimintaperiaatteella, jossa yhteiskunnan elintärkeistä toiminnoista huolehditaan viranomaisten, elinkeinoelämän, järjestöjen ja kansalaisten yhteistyönä. Kansallisessa riskiarvioinnissa määritetään kansallisesti merkittävät riskit, joilla on laajempaa kansallista merkitystä. Lisäksi alueella laaditaan alueellisen tason riskiarvio, jossa keskitytään alueellisesti merkittäviin riskeihin. Myös sopimuksissa saatetaan asettaa organisaatioille velvoitteita palvelujen toimintavarmuudelle ja varautumiselle. Nämä riskit tulee huomioida kaikilla toimialoilla varautumisen lähtökohtina.

Organisaation on suunniteltava varautumista kahdesta näkökulmasta. Organisaation on varmistettava omien palveluiden ja tehtävien jatkuvuus kaikissa tilanteissa mahdollisimman hyvin (jatkuvuudenhallinta). Toiseksi organisaation on varauduttava yhdessä tunnistettuihin eri uhkamalleihin sekä poikkeuksellisiin tapahtumiin ja häiriöihin, joiden hallinta edellyttää viranomaisten ja muiden toimijoiden tavanomaista laajempaa ja tiiviimpää yhteistoimintaa ja viestintää (esimerkiksi suuronnettomuus tai pandemia).

2.4.9 Palveluiden yhteensovittaminen

Jotta eri sosiaali- ja terveyspalvelut muodostaisivat asiakkaan tai potilaan näkökulmasta toimivan kokonaisuuden, niitä on yhteen sovitettava. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tiiviin yhteensovittamisen lisäksi monet palvelut ja asiakaslähtöinen toiminta edellyttävät yhteistyötä kunnan muiden hallinnonalojen, valtion tai muiden toimijoiden tuottamien palvelujen kanssa. *Järjestämisen integraatiosta* on käytetty käsitteitä rakenteellinen integraatio, hallinnollinen integraatio tai väestötason integraatio. Sillä tarkoitetaan sellaista sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennetta, jossa kaikki sosiaali- ja terveyspalvelut on koottu yhden hallintorakenteen alle. Tällöin sekä sosiaali- että terveyspalvelujen järjestämisestä vastaa yksi taho. Hallinnollisessa integraatiossa johtaminen ja rahoitus tulevat yhtä kanavaa pitkin. *Asiakastason palveluintegraatiosta* on käytetty myös käsitettä toiminnallinen integraatio. Toiminnallisen integraation lähtökohtana on parantaa sosiaali- ja terveyspalvelujen saumatonta toimivuutta.

Toisaalta useat sosiaali- ja terveyspalvelut sijoittuvat joko useammin eri hallinnonalan välimaastoon, niitä tuotetaan sekä sosiaali- että terveyspalveluina tai sekä perustason että erityistason palveluina. Tällaisia ovat esimerkiksi useat lasten, nuorten ja perheiden palvelut, iäkkäiden palvelut, mielenterveys- ja päihdepalvelut, kuntoutuspalvelut sekä vammaispalvelut.

2.4.9.1 Järjestämisen ja asiakastason integraatio

Voimassa olevassa sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä ei säädetä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen integraatiosta. On kuitenkin joitain säännöksiä, jotka osaltaan edistävät järjestämisen integraatiota tai ainakin edistävät palvelujen suunnittelua yksittäistä kuntaa suuremmalla alueella.

Paras-puitelailla vahvistettiin kuntarakennetta yhdistämällä kuntia ja liittämällä osia kunnista toisiin kuntiin. Palvelurakenteita vahvistettiin kokoamalla kuntaa laajempaa väestöpohjaa edellyttäviä palveluja ja lisäämällä kuntien yhteistoimintaa. Toiminnan tuottavuutta parannettiin tehostamalla kuntien toimintaa palvelujen järjestämisessä ja tuottamisessa sekä vahvistamalla pääkaupunkiseudun ja muiden yhdyskuntarakenteellisesti ongelmallisten kaupunkiseutujen toimintaedellytyksiä. Paras-puitelain 5 §:n mukaan kunnassa tai yhteistoiminta-alueella, joka huolehtii perusterveydenhuollosta ja siihen kiinteästi liittyvistä sosiaalitoimen tehtävistä, on oltava vähintään noin 20 000 asukasta. Laki on voimassa vuoden 2020 loppuun saakka.

Erikoissairaanhoidon tasolla hallinnollista integraatiota toteuttavat edellä kuvatut (ks. s.) samaan sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään kuuluvien kuntien terveydenhuollon järjestämissuunnitelma sekä erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien järjestämissopimus.

Voimassa olevassa sosiaali- ja terveydenhuollon substanssilainsäädännössä on säännöksiä, jotka edistävät osaltaan asiakkaan palvelujen yhteensovittamista yksilötasolla.

Sosiaalihuoltolaissa 42 § säädetään, että sosiaalihuollon asiakkaalle on nimettävä asiakkuuden ajaksi pääsääntöisesti omatyöntekijä. Omatyöntekijän tulee tukea asiakasta tämän omien ja asiakassuunnitelmassa asetettujen tuen tarpeisiin vaikuttavien tavoitteiden saavuttamisessa sekä omien voimavarojen vahvistamisessa ja käyttämisessä. Vastaavasti lastensuojelulain 13 b §:ssä säädetään, että lastensuojelun asiakkaana olevalle lapselle on nimettävä hänen asioistaan vastaava sosiaaliryöntekijä. Omatyöntekijällä tai vastuutyöntekijällä on tärkeä rooli asiakkaan palvelujen yhteensovittamisessa ja yhteistyössä eri tahojen kanssa.

Voimassa olevassa lainsäädännössä on myös useita säännöksiä sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisten yhteistyövelvoitteista. Sosiaalihuoltolain 41 §:ssä säädetään monialaisesta yhteistyöstä asiakkaan palvelutarvetta arvioitaessa ja sosiaalihuoltoa toteutettaessa. Terveydenhuoltolain 32 §:ssä säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöstä. Lisäksi mm. lastensuojelulain 14 §:ssä säädetään moniammatillisen asiantuntemuksen turvaamisesta, työterveyshuoltolain 12 §:ssä yhteistyöstä työterveyshuollossa, vanhuspalvelulain 4 §:ssä yhteistyöstä ikään-tyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi ja vammaispalvelulain 12 §:ssä yhteistyöstä vammaisten henkilöiden olosuhteiden edistämiseksi.

Voimassa olevassa lainsäädännössä on ainakin seuraavat säännökset erilaisista sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaille laadittavista suunnitelmista, joilla on myös merkitystä asiakkaan palvelujen yhteensovittamisessa:

- potilaslain, 4 a §:n mukainen suunnitelma tutkimuksesta, hoidosta tai lääkinnällisestä kuntoutuksesta
- sosiaalihuollon asiakaslain, 7 §:n mukainen palvelu- ja hoitosuunnitelma
- sosiaalihuoltolain 39 §:n mukainen asiakassuunnitelma

- vanhuspalvelulain 16 §:n mukainen palvelusuunnitelma
- vammaispalvelulain 3 a §:n 2 momentin mukainen palvelusuunnitelmaa
- lastensuojelulain 30 §:n mukainen asiakassuunnitelma ja sitä tarvittaessa täydentävä hoito- ja kasvatussuunnitelma 30 a §
- toimeentulotuesta annetun lain (1412/1997) 10 §:n 2 momentin mukainen suunnitelma toiminnasta asiakkaan itsenäisen suoriutumisen edistämiseksi
- päihdehuoltolain (41/1986) perusteella laadittava kuntoutussuunnitelma
- omaishoidon tuesta annetun lain (937/2005) 7 §:n mukainen hoito- ja palvelusuunnitelma.

Asiakkaalle laadittava asiakas-, palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma laaditaan yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa asiakkaan palvelutarpeen tai hoidon tarpeen arvioinnin pohjalta. Suunnitelman laatiminen tukee tavoitteellisen ja suunnitelmallisen sosiaali- ja terveydenhuollon toteuttamista. Suunnitelmassa voidaan yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa sopia siitä, mihin toiminnan aikana pyritään ja kuinka tavoitteen saavuttamiseksi edetään. Suunnitelma sisältää arvioinnin asiakkaan hoidon tai palvelujen tarpeesta, suunnitellun hoidon tai palvelut, hoidon tai palvelujen toteuttamisen aikataulun ja tavoitteet. Suunnitelmaa voidaan toiminnan edistyessä muuttaa joustavasti asiakkaan tarpeiden tai olosuhteiden muutoin muuttuessa. Suunnitelma ei ole muutoksenhakukelpoinen päätös. Suunnitelmia on nykyisin tehty myös yhteistyössä eri sosiaali- ja terveydenhuollon sekä muiden toimijoiden kesken asiakkaan suostumuksella.

2.4.9.2 Lasten, nuorten ja perheiden palvelut

Kaikki lapset ja nuoret käyttävät kunnan tarjoamia universaaleja perusterveydenhuollon sekä opetustoimen palveluja. Terveystieteiden laitoksen mukaan kunnan on järjestettävä neuvolapalvelut alle oppivelvollisuusikäisille lapsille ja heidän perheilleen, kouluterveydenhuollon palvelut alueellaan sijaitsevien perusopetusta antavien oppilaitosten oppilaille sekä opiskeluterveydenhuollon palvelut alueellaan sijaitsevien lukioiden ja ammatillista peruskoulutusta antavien oppilaitosten sekä korkeakoulujen ja yliopistojen opiskelijoille heidän kotipaikastaan riippumatta.

Suomessa oli vuoden 2018 lopussa 385 188 alle kouluikäistä lasta. 99,5 prosenttia heistä oli perusterveydenhuollon neuvolapalvelujen piirissä. Varhaiskasvatukseen osallistui noin 74 prosenttia 1–6-vuotiaista lapsista. Varhaiskasvatukseen osallistuvien lasten osuuksissa oli suuria ikäryhmittäisiä eroja: alle 1-vuotiaista varhaiskasvatukseen osallistui prosentti, kaksivuotiaista 66 prosenttia ja viisivuotiaista lähes 89 prosenttia. Perusopetuksen sekä samalla kouluterveydenhuollon ja opiskeluhuollon piirissä oli 543 329 7-15 vuotiaista lasta ja nuorta. Yhteensä kunnan järjestämien universaalien opetus- ja perusterveydenhuollon palvelujen piirissä oli vuoden 2018 lopulla lähes 930 000 alle 16-vuotiaista lasta ja nuorta.

Vuonna 2018 lukiokoulutuksen opiskelijoita oli 103400 ja ammatillisen koulutuksen opiskelijoita 196 400. Vuonna 2019 ammattikorkeakoulutuksessa oli 140 415 alemmaa korkeakoulututkintoa suorittavaa ja yliopistokoulutuksessa 134 409 alemmaa tai ylempää korkeakoulututkintoa suorittavaa opiskelijaa. Yhteensä toisen asteen ja korkea-asteen opiskelijoita oli noin 575 000.

Opiskeluhuollolla tarkoitetaan oppilas- ja opiskelijahuoltolain (1287/2013) mukaan koululaisten ja opiskelijoiden oppimisen, hyvän psyykkisen ja fyysisen terveyden sekä sosiaalisen hyvinvoinnin edistämistä ja ylläpitämistä sekä niiden edellytyksiä lisäävää toimintaa oppilaitoksissa. Opiskeluhuollosta säädetään myös perusopetuslaissa (628/1998), lukiolaissa (714/2018) sekä laissa ammatillisesta koulutuksesta (531/2017). Opiskeluhuoltoon sisältyvästä koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta säädetään lisäksi terveydenhuoltolaissa ja sen nojalla annetussa valtioneuvoston asetuksessa neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta. Opiskeluhuollon kuraattoritoiminta on sosiaalihuoltolain 14 §:n mukainen kunnallinen sosiaalipalvelu.

Opiskeluhuoltopalveluihin sisältyvät koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä opiskeluhoollon kuraattori- ja psykologipalvelut. Opiskeluhoollon tavoitteena on edistää koululaisten ja opiskelijoiden oppimista, terveyttä, hyvinvointia ja osallisuutta, ehkäistä ongelmien syntymistä, edistää oppilaitosyhteisön ja opiskeluympäristön hyvinvointia, terveellisyttä ja turvallisuutta, esteettömyyttä, yhteisöllistä toimintaa sekä kodin ja oppilaitoksen välistä yhteistyötä sekä turvata varhainen tuki sitä tarvitseville. Opiskeluhooltotyö sisältää sekä yhteisöllistä että yksilökohtaista työtä, ja opiskeluhoollon henkilöstö toteuttaa näitä molempia.

Oppilaitoksen sijaintikunta on velvollinen järjestämään opiskeluhoollon palvelut alueensa esi- ja perusopetuksessa sekä lukioiden ja ammatillisessa koulutuksessa oleville oppilaille ja opiskelijoille. Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto toteutuvat aina terveydenhuoltolain mukaisesti terveydenhuollon palveluina. Oppilas- ja opiskelijahuoltolain mukaan kunta voi päättää, minkä hallintokunnan alaisuudessa kuraattori- ja psykologipalvelut järjestetään. Lisäksi yksityinen koulutuksen järjestäjä tai valtio voivat järjestää kuraattori- ja psykologipalveluja osittain tai kokonaan omana toimintana ja omalla kustannuksellaan. Kunta voi myös tukea koulutuksen järjestäjää kuraattori- ja psykologipalvelujen järjestämisessä. THL:n opiskeluhoollon psykologiselvityksiin perusopetuksessa ja toisella asteella vuosina 2018 ja 2019 vastanneista psykologeista 64–66 prosenttia työskenteli kuntien opetustoimen alaisuudessa ja 22–24 prosenttia terveystoimissa. Vastaavasti THL:n vuosina 2018 ja 2019 toteuttamien kuraattorityön selvitysten vastaajista 70–86 prosentilla kuraattoreista työnantajana oli kunnan opetustoimi ja 18–20 prosentilla sosiaalitoimi. Kyselyyn vastanneita työskenteli myös yksityisen opetuksen järjestäjän, koulutuskuntayhtymien ja valtion palveluksessa sekä itsenäisinä ammatinharjoittajina. (THL: Tutkimuksesta tiiviisti 4/2019, 5/2019, 54/2019 ja 55/2019.)

Kunnan opetustoimen sekä terveydenhuollon yhteistyövelvoitteista säädetään sosiaalihuoltolaissa ja terveydenhuoltolaissa, lastensuojelulaissa sekä opetustoimen laeissa. Terveydenhuoltolain 15 §:n mukaan kunnan perusterveydenhuollon on neuvolapalveluja järjestäessään toimittava yhteistyössä varhaiskasvatuksesta vastaavien tahojen kanssa. Varhaiskasvatuslain (540/2018) 7 §:ssä säädetään vastaavasti varhaiskasvatuksen velvollisuudesta toimia yhteistyössä neuvolatoiminnasta ja muusta terveydenhuollosta sekä lastensuojelusta ja muusta sosiaalihuollosta vastaavien tahojen kanssa. Kunnan perusterveydenhuollosta vastaavan viranomaisen on terveydenhuoltolain 16 ja 17 §:n mukaan osallistuttava perusopetuslain 15 §:n ja lukiolain 12 §:n mukaisen opetussuunnitelman sekä ammatillisesta koulutuksesta annetun lain 99 §:n mukaisen koulutuksen järjestäjän päättämän opiskeluhoollon järjestämistapojen laatimiseen siltä osin kuin ne koskevat opiskeluhoolltoa sekä oppilaitoksen ja kodin välistä yhteistyötä. Koulu- ja opiskeluterveydenhuolltoa järjestäessään kunnan on toimittava yhteistyössä vanhempien ja huoltajien kanssa sekä muun opiskeluhoollto- ja opetushenkilöstön ja muiden tarvittavien tahojen kanssa.

Lastensuojelun tarkoituksena on turvata lapsen oikeus turvalliseen kasvuympäristöön, tasapainoiseen ja monipuoliseen kehitykseen sekä erityiseen suojeluun. Kunnan on huolehdittava lastensuojelulain nojalla sekä ehkäisevän että lapsi- ja perhekohtaisen lastensuojelun järjestämisestä sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää.

Ehkäisevä lastensuojelu tarkoittaa lastensuojelulaissa suunnitelmallista ja tavoitteellista toimintaa, jolla edistetään ja turvataan lasten ja nuorten kasvua, kehitystä ja hyvinvointia sekä tuetaan vanhemmuutta. Ehkäisevää lastensuojelua toteutetaan myös kunnan peruspalveluissa kuten äitiys- ja lastenneuvoloissa sekä muussa terveydenhuollossa, päivähoidossa, opetuksessa ja nuorisotyössä. Esimerkiksi lastensuojelun avohuollon asiakkaina oli vuonna 2018 kaikkiaan 54 883 lasta ja nuorta. Tämä on 4,2 prosenttia väestön 0–20-vuotiaista.

Lapsi- ja perhekohtaisen lastensuojelun piiriin tullaan silloin, kun ehkäisevän lastensuojelun keinot eivät yksin riitä turvaamaan lapsen turvallisuutta ja tervettä kehitystä. Lapsi- ja perhekohtaiseen lastensuojeluun kuuluvat lastensuojelutarpeen selvityksen ja asiakassuunnitelman tekeminen, avohuollon tukitoimien järjestäminen, lapsen kiireellinen sijoitus ja huostaanotto sekä niihin liittyvä sijaishuolto ja jälkihuolto. Lastensuojelulaissa tarkoitettu huostaanotto on aina viimesijainen toimenpide. Lapsen tai nuoren tulee ensisijaisesti saada tarvitsemiaan yleisiä sosiaali- ja terveyspalveluja sekä tarvittaessa tahdosta riippumatonta terveydenhoitoa. Jälkihuollon ikäraja nousi 21 ikävuodesta 25 ikävuoteen 1.1.2020.

2.4.9.3 Iäkkäiden palvelut

Vanhuspalvelulaki tuli voimaan 1.7.2013. Laki täydentää sosiaali- ja terveydenhuollon yleis- ja erityislainsäädäntöä. Lain tarkoituksena on tukea ikääntyneen väestön hyvinvointia sekä parantaa sen mahdollisuutta osallistua elinoloihinsa vaikuttavien päätösten valmisteluun ja palvelujen kehittämiseen kunnassa. Lisäksi lain tarkoituksena on parantaa iäkkään henkilön mahdollisuutta saada laadukkaita sosiaali- ja terveyspalveluja sekä vahvistaa hänen mahdollisuuttaan vaikuttaa hänelle järjestettävien palvelujen sisältöön ja toteuttamistapaan.

Vanhuspalvelulaki ei sisällä säännöksiä iäkkäälle henkilölle järjestettävistä palveluista lukuun ottamatta lain 12 §:ssä tarkoitettuja hyvinvointia edistäviä ja ennaltaehkäiseviä palveluja. Iäkkäiden henkilöiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut järjestetään ensisijaisesti ja pääosin yleislakien eli sosiaalihuoltolain ja terveydenhuoltolain nojalla.

Vanhuspalvelulaki on nimensä mukaisesti integroitu lainsäädäntöä ja määrittelee lainsäädännölliset raamit iäkkäiden palvelujen toteuttamiselle sekä sosiaali- että terveydenhuollossa. Laissa säädetään (4 §) myös kunnan muilla toimialoilla tehtävästä yhteistyöstä ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi sekä yhteistyöstä kunnassa toimivien muiden tahojen kanssa.

THL:n Vanhuspalvelujen tilaa koskevan seurannan mukaan vanhuspalveluissa oli yhteensä 98 900 asiakasta seurantaviikolla toukokuussa 2018. Heistä 56 prosenttia sai palvelunsa kotihoidosta ja 44 prosenttia ympärivuorokautisesta hoidosta. Asiakasmäärät kasvoivat voimakkaasti kotihoidossa. Neljän vuoden aikana kotihoidon asiakasmäärä kasvoi 7 500 asiakkaalla. Ympärivuorokautisessa hoidossa oli seurantaviikolla 43 100 asiakasta. Asiakasmäärä oli laskenut neljän vuoden aikana 3 100 asiakkaalla. Palvelurakennemuutoksen seurauksena vanhainkotihuolto on korvannut tehostettu palveluasuminen ja terveyskeskussairaaloiden pitkäaikaishoito on vähentynyt.

Ympärivuorokautinen hoito on elämän loppuvaiheen hoitoa. Hoito kohdentuu erityisesti edennyttä muistisairautta sairastaville. Asiakkaista 95 prosentilla on muistisairaus tai muistioireita.

Hoito pyritään entistä useammin toteuttamaan siten, että asiakkaan on mahdollista saada myös palliatiivinen ja saattohoito omassa hoitoyksikössään.

2.4.9.4 Mielenterveystyö ja päihdehuolto

Päihdehuollon järjestäminen osana sosiaalihuoltoa perustuu sosiaalihuoltolain 24 §:ään. Sosiaalihuoltolain mukaiseen päihdetyöhön kuuluu ohjaus ja neuvonta, päihteiden ongelmakäyttäjille, heidän omaisilleen ja muille läheisilleen suunnatut päihdehuollon erityispalvelut ja muut sosiaalihuoltolain 14 §:n mukaiset päihteettömyyttä tukevat ja päihteiden ongelmakäytön vuoksi tarvittavat sosiaalipalvelut. Päihdetyöstä säädetään myös päihdehuoltolaissa. Sen mukaan kuntien tulee järjestää päihdehuolto kunnassa ilmenevän tarpeen mukaan sekä sosiaali- ja terveydenhuollon yleisissä palveluissa että päihdehuollon erityispalveluina. Arviointiperusteena on avun, tuen tai hoidon tarve. Vastaavasti sosiaalihuoltolain mukaiseen mielenterveystyöhön kuuluvat sosiaalipalveluihin sisältyvä mielenterveyttä suojaaviin ja sitä vaarantaviin tekijöihin liittyvä ohjaus ja neuvonta sekä tarpeenmukainen yksilön ja perheen psykososiaalinen tuki, yksilön ja yhteisön psykososiaalisen tuen yhteensovittaminen äkillisissä järkyttävissä tilanteissa sekä sosiaalihuollon mielenterveyspalvelut, joilla tarkoitetaan 14 §:n mukaisia yksilön mielenterveyttä tukevia sosiaalipalveluja.

Terveydenhuoltolaissa säädetään myös mielenterveys- ja päihdetyöstä osana perusterveydenhuoltoa ja erikoissairaanhoidon. Terveydenhuoltolain mukaan mielenterveystyöhön kuuluu terveydenhuollon palveluihin sisältyvä mielenterveyttä suojaaviin ja sitä vaarantaviin tekijöihin liittyvä ohjaus ja neuvonta sekä tarpeenmukainen yksilön ja perheen psykososiaalinen tuki, yksilön ja yhteisön psykososiaalisen tuen yhteensovittaminen äkillisissä järkyttävissä tilanteissa sekä mielenterveyspalvelut, joilla tarkoitetaan mielenterveydenhäiriöiden tutkimusta, hoitoa ja lääkinällistä kuntoutusta. Päihdetyöhön kuuluu terveydenhuollon palveluihin sisältyvä ohjaus ja neuvonta, joka koskee päihteettömyyttä suojaavia ja sitä vaarantavia tekijöitä sekä päihteisiin liittyviä terveyttä ja turvallisuutta vaarantavia tekijöitä, sekä päihteiden aiheuttamien sairauksien tutkimus-, hoito- ja kuntoutuspalvelut. Mielenterveystyöstä säädetään myös mielenterveystyölaissa. Sen mukaan mielenterveystyöhön kuuluvat toisaalta mielenterveyspalvelut ja toisaalta väestön elinolosuhteiden kehittäminen. Mielenterveyspalveluja ovat mielenterveyden häiriöitä poteville henkilöille heidän lääketieteellisin perustein arvioitavan sairautensa tai häiriönsä vuoksi annettavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut.

2.4.9.5 Ensihoito

Ensihoitopalvelu on suunniteltava ja toteutettava yhteistyössä päivystävien terveydenhuollon toimipisteiden kanssa siten, että nämä ja muut sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan kotona annettavat päivystykselliset lähipalvelut muodostavat yhdessä alueellisesti toiminnallisen kokonaisuuden.

Ensihoitokeskuksen yhteistyöstä sosiaalipäivystyksen kanssa säädetään sosiaalihuoltolain 29 a §:ssä. Terveydenhuoltolain 50 a § säättää terveydenhuollon ja sosiaalipäivystyksen yhteistyöstä. Terveydenhuollon ammattihenkilöllä on velvoite kiireellisen hoidon edellyttämän arvion yhteydessä arvioida sosiaalihuoltolain 35 §:ssä säädetyn mukaisesti, onko potilaalla ilmeinen sosiaalihuollon tarve. Kiireellisessä tilanteessa terveydenhuollon ammattihenkilön on otettava yhteyttä sosiaalipäivystykseen, joka sosiaalihuoltolain 29 §:n mukaan on järjestettävä ympärivuorokautisesti kiireellisen ja välttämättömän avun turvaamiseksi kaiken ikäisille.

Valtiontalouden tarkastusvirasto on julkaissut tarkastuskertomuksen ”Ohjauksen vaikutus ensihoitopalvelun toimivuuteen” kesäkuussa 2019. Kertomuksessa todetaan muun muassa, että en-

sihoidon ja kotihoidon yhteistyötä tulisi tehdä entistä suunnitelmallisemmin. Ensihoidon resurssit saataisiin tehokkaampaan käyttöön, jos tieto kulkisi ja yhteistyö olisi tiiviimpää ensihoidon, päivystystoiminnan, sosiaalipäivystyksen, kotihoidon ja kotisairaanhoidon välillä. Sosiaali- ja terveysministeriö on asettanut ensihoidon sekä sosiaali- ja terveydenhuollon päivystyksen yhteistyön ohjausryhmän, jonka toimikausi on 1.6.2019-31.12.2023.

2.4.10 Sosiaali- ja terveydenhuollon menot

Kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveydenhuollon nettokäyttökustannukset olivat vuonna 2018 noin 18,3 miljardia euroa. Kasvua vuoteen 2017 oli noin 2,9 prosenttia. Erikoissairaanhoidon (6,9 miljardia euroa) ja perusterveydenhuolto (3,3 miljardia euroa) muodostivat noin 56 prosenttia kuntien järjestämän sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista. Sosiaalihuollon palveluista vanhusten laitoshoidon ja palveluasuminen sekä muut palvelut olivat noin 2,5 miljardia euroa, kotihoito noin 1,0 miljardia euroa, vammaisten laitos, asumispalvelut ja muut palvelut noin 1,9 miljardia euroa sekä lasten ja perheiden palvelut noin 1,3 miljardia. Suhteellisesti suurin kasvu oli vuonna 2018 lasten ja perheiden palveluissa, vanhuspalveluissa ja erikoissairaanhoidossa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksissa on suuria kuntakohtaisia eroja. Nämä heijastelevat osittain palvelun tarvetta, mutta taustalla on myös muita tekijöitä kuten olosuhteet, toimintatavat, yksityisen hoidon ja työterveyshoidon käyttö sekä paikalliseen päätöksentekoon liittyvät kysymykset. Maakuntatasolla arvioituja eroja on kuvattu tarkemmin luvussa 2.10.

Huomioiden yksityiset sote-palvelut sekä avohoidon lääkemenot olivat terveydenhuollon käyttömenot vuonna 2017 noin 20,6 miljardia euroa. Edelliseen vuoteen verrattuna terveydenhuollon menot kasvoivat reaalisesti 2,4 prosenttia. Asukasta kohden menot olivat 3 742 euroa. Vuonna 2017 terveydenhuollon menojen suhde bruttokansantuotteeseen oli 9,2 prosenttia. Tämä oli 0,2 prosenttiyksikköä edellisvuotta vähemmän. Lääkkeiden ja muiden lääkinnällisten kulutustavaroiden menot (2,5 miljardia euroa) nousivat reaalisesti 2,0 prosenttia.

Kuntien saamat valtionosuudet vaihtelevat kunnittain. Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista noin 7 prosenttia katetaan asiakasmaksuilla. Vuonna 2017 terveydenhuollon kokonaismenoista julkisen rahoituksen osuus oli 73,9 prosenttia ja yksityisen rahoituksen osuus 26,1 prosenttia. Julkisen rahoituksen osuus nousi 0,2 prosenttiyksikköä vuodesta 2016. Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusta kuvataan tarkemmin luvussa 2.10.

2.5 Pelastustoimi

2.5.1 Pelastustoimen järjestämisvastuu

Pelastuslain 24 §:n mukaisesti kunnat vastaavat pelastustoimen tehtävistä lakisääteisessä yhteistyössä (alueen pelastustoimi). Valtioneuvosto päättää maan jakamisesta pelastustoimen alueisiin ja vahvistetun aluejaon muuttamisesta. Pelastustoimen alueeseen kuuluvilla kunnilla tulee olla sopimus pelastustoimen järjestämisestä.

Alueen pelastustoimen tehtävät on annettu pelastustoimen alueen kuntien sopiman mukaisesti yksittäiselle kunnalle tai kuntayhtymälle. Osa kunnista ja kuntayhtymistä hoitaa alueen pelastustoimen tehtävät kunnallisen liikelaitoksen muodossa. Kahdella pelastustoimen alueella pelastustoimen tehtävät hoitaa maakunnan liitto. Suomessa on 22 alueen pelastustoimea.

Pelastuslain 27 §:n nojalla alueen pelastustoimi vastaa pelastustoimen palvelutasosta ja pelastuslaitoksen toiminnan asianmukaisesta järjestämisestä sekä muista pelastuslaissa sille säädettyistä tehtävistä. Alueen pelastustoimi huolehtii pelastuslaitoksen toiminnan valvonnasta ja resursoinnista palvelutasopäätöksen edellyttämällä tavalla.

Pelastuslain 25 §:n nojalla pelastustoimen tehtävien hoitamista varten alueen pelastustoimella tulee olla pelastuslaitos. Pelastuslaitos huolehtii pelastustoimen käytännön tehtävien suorittamisesta. Osa tehtävistä on yksilöity nimenomaisesti alueen pelastustoimen palveluksessa oleville pelastusviranomaisille. Viimeksi mainittuihin tehtäviin liittyy pääsääntöisesti merkittävää julkisen vallan käyttöä.

Pelastuslain 25 §:n mukaan alueen pelastustoimi voi käyttää pelastustoiminnassa apunaan vapaaehtoista palokuntaa, laitospalokuntaa, teollisuuspalokuntaa, sotilaspalokuntaa (sopimuspalokunnat) tai muuta pelastusalaalla toimivaa yhteisöä sen mukaan kuin niiden kanssa sovitaan. Sopimuspalokunnille ja muille pelastuslaissa tarkoitetuille yhteisöille ei kuitenkaan saa antaa tehtäviä, joihin liittyy merkittävää julkisen vallan käyttöä. Tällaisia ovat esimerkiksi viranomaistoimivaltuuksien käyttö taikka tarkastus- tai valvontatoimintaan kuuluvat tehtävät. Suomessa oli vuoden 2018 tietojen mukaan 709 sopimuspalokuntaa. Sopimuspalokunnilla tarkoitetaan yhdistyksen muotoon perustettuja vapaaehtoisia palokuntia ja yrityksen tai laitoksen omaa tarvetta varten perustettuja palokuntia, joiden kanssa alueen pelastustoimi on tehnyt sopimuksen tiettyjen alueen pelastustoimen tehtävien hoitamisesta.

Pelastuslaitokset ja sopimuspalokunnat hoitivat yhteensä 114 934 pelastus- ja avunantotehtävää vuonna 2018. Pelastuslaitokset hoitavat myös sosiaali- ja terveystoimen ensihoitotehtäviä (pelastuslaitosten ambulanssit) Kainuuta, Etelä-Pohjanmaata, Etelä-Karjalaa ja Lappia lukuun ottamatta. Ensihoitotehtäviä pelastuslaitoksilla on vuosittain arviolta noin 540 000. Mikäli ensihoitoyksikkö ei ole vapaana tai sen saaminen kestäisi kauan, sen korvaa pelastusyksikkö, jonka miehistö on saanut ensivastekoulutuksen. Pelastuslaitokset ja sopimuspalokunnat hoitavat lähes kaikki sosiaali- ja terveystoimen järjestämisvastuulla olevat ensivastetehtävät, joita vuonna 2018 oli yhteensä 25 267.

2.5.2 Koulutus ja tutkimustoiminta

Valtio huolehtii pelastustoimen ammatillisesta koulutuksesta ja muusta pelastustoimeen liittyvästä koulutuksesta. Sisäministeriö voi hyväksyä myös muun julkisyhteisön ylläpitämän oppilaitoksen kuin Pelastusopiston antamaan pelastusalan ammatillista peruskoulutusta.

Pelastusopiston tehtävänä on antaa pelastustoimen ja hätäkeskustoiminnan ammatillista peruskoulutusta, pelastustoimen päällystön ammattikorkeakoulututkintoon johtavaa koulutusta, normaaliolojen häiriötilanteisiin ja poikkeusoloihin varautumiseen valmentavaa koulutusta sekä huolehtia osaltaan pelastustoimen tutkimus- ja kehittämistoiminnasta, tutkimustoiminnan koordinoinnista sekä tarvittaessa muistakin opiston toimialaan soveltuvista tehtävistä.

Lisäksi Pelastusopiston tehtävänä on hoitaa sisäministeriön ohjauksessa pelastuslain 38 §:ssä tarkoitettua kansainväliseen pelastustoimintaan kuuluvan avun antamisen rekrytointia, materiaalisia ja logistisia valmiuksia sekä huolehtia kansainväliseen pelastustoimintaan liittyvästä valtakunnallisesta koulutuksesta ja harjoituksista. Pelastusopisto huolehtii sisäministeriön määräämän mukaisesti kansainväliseen pelastustoimintaan kuuluvan avun antamisen käytännön järjestelyistä ja toimii siviilihenkilöiden osallistumisesta kriisinhallintaan annetun lain (1287/2004) 5 §:ssä tarkoitettulla tavalla kansainväliseen pelastustoimintaan osallistuvien henkilöiden työnantajana.

2.5.3 Valmius ja varautuminen

Valmiuslain mukaan valtioneuvoston, valtion hallintoviranomaisten, valtion itsenäisten julkisoikeudellisten laitosten, muiden valtion viranomaisten ja valtion liikelaitosten sekä kuntien, kuntayhtymien ja muiden kuntien yhteenliittymien tulee valmiussuunnitelmin ja poikkeusoloissa tapahtuvan toiminnan etukäteisvalmisteluun sekä muilla toimenpiteillä varmistaa tehtäviensä mahdollisimman hyvä hoitaminen myös poikkeusoloissa.

Pelastustoimi on pelastuslain mukaan suunniteltava ja järjestettävä siten, että se on mahdollista myös valmiuslain mukaisissa poikkeusoloissa. Pelastustoimen erityisistä toimivaltuuksista poikkeusoloissa säädetään valmiuslaissa.

Pelastustoimen viranomaisten on pelastuslain mukaan varauduttava toimialaansa kuuluvien väestönsuojelutehtävien hoitamiseen riittävin suunnitelmin ja etukäteen tapahtuvien valmisteluin:

1. huolehtimalla väestönsuojelutehtävien edellyttämästä sodan ajan uhkien ja niiden vaikutusten arvioinnista;
2. kouluttamalla ja varaamalla henkilöstöä ja väestönsuojelun johto- ja erityishenkilöstöä sekä muuta henkilöstöä väestönsuojelutehtäviin;
3. huolehtimalla väestönsuojelun johtamis-, valvonta- ja hälytysjärjestelmien perustamisesta ja ylläpidosta;
4. varautumalla valmiuslain 121 §:ssä tarkoitettuun väestön siirtämiseen; sekä
5. huolehtimalla muistakin näitä vastaavista toimenpiteistä.

2.5.4 Pelastustoimen menot

Vuoden 2018 tilinpäätöksen mukaan pelastustoimen toimintamenot alueen pelastustoimessa olivat yhteensä 415 miljoonaa euroa eli keskimäärin 81 euroa asukasta kohden. Pelastustoimien asukaskohtainen vaihteluväli on Jokilaaksojen 106 eurosta Keski-Uudenmaan 58 euroon asukasta kohden (ääripäiden ero 48 €/asukas). Näitä vaihteluvälejä selittävät alueen pelastustoimien aluekohtaiset palvelutuotannon järjestelyt sekä aluekohtaiset erot palvelutarpeessa. Toimintamenoissa ei ole mukana poistoja, joiden yhteenlaskettu osuus alueen pelastuslaitoksissa oli 16 miljoonaa euroa vuonna 2018.

Pelastustoimen osalta lähtökohtatilanteessa alueellisella palvelurakenteella ja kustannustasolla on seuraavia selittäviä tekijöitä. Valtio on ohjannut palvelutasoa, ei rakenteita tai tarkoituksenmukaisuutta. Kunnat ovat toteuttaneet alueen pelastustoimen ja sitä ennen kuntakohtaisen palvelutuotannon omilla päätöksillään ja kustannuksellaan. Alueen pelastustoimi päättää pelastuslain mukaisesti palvelutasostaan ja valtion valvonta (aluehallintovirastot) on kohdistunut toisaalta palvelutasopäätöksiin ja toisaalta toteutuneeseen palvelutasoon.

Pelastustoimen palvelut eroavat sosiaali- ja terveystoimen palveluista siinä, että lähes kaikki pelastustoimen palvelut viedään asiakkaan luo (pelastustoiminta onnettomuustilanteissa) tai tuotetaan asiakkaan luona (palotarkastukset, turvallisuusviestintä, koulutus). Tämä edellyttää riittävän tiheää paloasemaverkkoa. Pelastustoimen toimintavalmiudella ja paloasemaverkostolla on suuri merkitys myös pelastustoimen hoitaman ensivasteen näkökulmasta.

Alueen pelastustoimen järjestelmä on vaikuttanut yhdenmukaistavasti, kuitenkin edelleen samankaltaisissa olosuhteissa esiintyy erilaisia tuotantoratkaisuja, jotka osaltaan selittävät kustannuseroja.

2.6 Hallintorakenne ja aluejaot

2.6.1 Kuntarakenne

Perustuslain 121 §:n mukaan Suomi jakaantuu kuntiin, joiden hallinnon tulee perustua kunnan asukkaiden itsehallintoon. Perustuslain 122 §:n mukaan kuntajaon perusteista säädetään lailla. Kuntajaon muutoksen perusteista ja menettelyistä säädetään kuntarakennelaissa.

Kuntarakennelain 1 §:n mukaan Suomi jakaantuu kuntiin asukkaiden itsehallintoa, palvelujen järjestämistä ja yleistä hallintoa varten. Lain 2 §:n mukaan kuntajaon kehittämisen tavoitteena on elinvoimainen, alueellisesti eheä ja yhdyskuntarakenteeltaan toimiva kuntarakenne, joka vahvistaa kunnan asukkaiden itsehallinnon edellytyksiä. Tavoitteena on myös, että kunta muodostuu työssäkäyntialueesta tai muusta toiminnallisesta kokonaisuudesta, jolla on taloudelliset ja henkilöstövoimavaroihin perustuvat edellytykset vastata kunnan asukkaiden palvelujen järjestämisestä ja rahoituksesta sekä riittävästä omasta palvelutuotannosta.

Suomessa on vuonna 2020 yhteensä 310 kuntaa, joista 16 Ahvenanmaalla ja 294 Manner-Suomessa. Kuntien lukumäärä on vähentynyt liki kolmanneksella 2000-luvulla. Vaikka 2000-luvulla toteutuneet yhdistymiset ovat vähentäneet erityisesti kaikkein pienimpien kuntien määrää, kuntarakenne on edelleen pienkuntavaltainen: vain noin sadassa Suomen kunnassa on yli 10 000 asukasta. Alle 2 000 asukkaan kuntien määrä on lähes puolittunut, mutta niitä oli vuonna 2019 edelleen yhteensä 34 (Manner-Suomi).

Taulukko 1 Manner-Suomen kunnat

Manner-Suomen kunnat (pl Ahvenanmaa)	v.2008*		v. 2019**	
	kpl	asukkaita	kpl	asukkaita
alle 2 000 asukkaan kuntia	63	88 481	34	48 871
2 000 – 10 000 asukkaan kuntia	237	1 305 437	163	838 867
10 000 – 20 000 asukkaan kuntia	46	662 382	41	596 663
yli 20 000 asukkaan kuntia	53	3 305 512	55	4 203 729
kuntia yhteensä	399		294	

Manner-Suomen kuntien koko ja asukasluvut (*31.12.2007 asukasmäärätiedoilla, **31.12.2018 asukasmäärätiedoilla).

Kuntarakennelain mukaan kuntien yhdistymiset perustuvat kuntien vapaaehtoiseen selvityksiin ja päätöksentekoon kuntien yhdistymisestä perustuu pääsääntöisesti kuntien yhteiseen esitykseen. Valtioneuvosto voi hylätä kuntien yhteisen esityksen, jos esitetty yhdistyminen ei ilmeisesti täyttäisi kuntajaon muuttamisen edellytyksiä.

Valtioneuvosto voi kuitenkin päättää kuntien yhdistymisestä valtuuston vastustuksesta huolimatta kahdessa tilanteessa. Valtioneuvosto voi päättää kuntajakoselvittäjän esityksestä kuntaa koskevasta kuntajaon muuttamisesta ensinnäkin, jos muutos on välttämätön erityisen vaikeassa

taloudellisessa asemassa olevan kunnan asukkaiden lakisääteisten palvelujen turvaamiseksi. Lisäksi kuntarakennelain perusteella on mahdollista toteuttaa kuntien yhdistäminen kunnanvaltuuston sitä vastustaessa tilanteessa, jossa kuntajakoselvittäjä ehdottaa liitosta ja liitosta kannattaa yhdistymistä vastustaneessa kunnassa toimitetussa kansanäänestyksessä kuntalaisten enemmistö.

2.6.2 Muut aluejaot

Perustuslain 122 §:ssä säädetään hallinnollisista jaotuksista. Hallintoa järjestettäessä tulee pykälän mukaan pyrkiä yhteensopiviin aluejaotuksiin, joissa turvataan suomen- ja ruotsinkielisen väestön mahdollisuudet saada palveluja omalla kielellään samanlaisten perusteiden mukaan. Kuntajaon perusteista säädetään lailla.

Maakuntajako

Maakuntajaosta säädetään maakuntajakolaissa (1159/1997), jonka mukaan alueiden kehittämistä ja alueiden käytön suunnittelua varten maa jaetaan maakuntiin. Maakunnaksi määritellään alue, johon kuuluvat kunnat muodostavat toiminnallisesti ja taloudellisesti sekä alueen suunnittelun kannalta tarkoituksenmukaisen kokonaisuuden. Valtioneuvosto päättää maakuntien lukumäärän, alueet ja nimet asianomaisia maakuntien liittoja ja kuntia kuultuaan sekä näitä koskevat muutokset.

Ahvenanmaan maakunnan alueesta säädetään Ahvenanmaan itsehallintolain 2 §:ssä.

Suomessa on maakunnista annetun valtioneuvoston päätöksen (978/2019) mukaan 18 maakuntaa, jotka ovat Uudenmaan, Varsinais-Suomen, Satakunnan, Kanta-Hämeen, Pirkanmaan, Päijät-Hämeen, Kymenlaakson, Etelä-Karjalan, Etelä-Savon, Pohjois-Savon, Pohjois-Karjalan, Keski-Suomen, Etelä-Pohjanmaan, Pohjanmaan, Keski-Pohjanmaan, Pohjois-Pohjanmaan, Kainuun ja Lapin maakunnat. Valtioneuvoston päätöksessä määrätään myös maakuntien alueisiin kuuluvat kunnat. Valtioneuvoston päätös on valituskelpoinen hallintopäätös.

Maakuntajakolain mukaan valtion aluehallintoviranomaisten toimialueiden tulee, jollei erityisistä syistä muuta johdu, perustua maakuntajakoon niin, että toimialue muodostuu yhdestä tai useammasta maakunnasta.

Maakuntien liitot

Alueiden kehittämisestä ja rakennerahastotoiminnan hallinnoinnista annetun lain (7/2014) mukaan alueiden kehittämiseen liittyvien tehtävien hoitamisesta kussakin maakunnassa vastaa maakunnan liitto aluekehittämisviranomaisena. Maakunnan liitto on kuntayhtymä, jossa alueen kuntien on oltava jäseninä. Laki sisältää säännökset maakuntien liittojen alueiden kehittämiseen liittyvistä tehtävistä. Tämän lisäksi maakuntien liittojen tehtävistä säädetään muussa erityislainsäädännössä.

Aluehallintovirastot

Aluehallintovirastot ovat monitoimialaisia valtion aluehallinnon viranomaisia, jotka edistävät alueellista yhdenvertaisuutta hoitamalla lainsäädännön toimeenpano-, ohjaus- ja valvontatehtäviä alueilla. Aluehallintovirastoista annetun lain 5 §:n mukaan aluehallintovirastojen lukumäärästä, toimialueista, nimistä ja toimipaikoista säädetään valtioneuvoston asetuksella. Aluehallintovirasto huolehtii lain 6 §:n mukaan sille säädettyjen tehtävien hoitamisesta toimialueellaan

ja käyttää sille kuuluvaa toimivaltaa siten, kuin laissa säädetään. Aluehallintovirasto voi kuitenkin hoitaa tehtäviä myös useamman kuin yhden viraston toimialueella pykälässä tarkemmin säädettyjen edellytysten täytyessä. Virastojen toimialueen laajentamisesta säädetään valtioneuvoston asetuksella lukuun ottamatta työsuojelun tehtäviä ja ympäristölupa-asioiden tehtäviä, joissa toimialueen laajentamisesta säädetään asianomaisen ministeriön asetuksella. Aluehallintovirastojen aluejaosta säädetään aluehallintovirastoista annetussa valtioneuvoston asetuksessa (906/2009). Aluejako pohjautuu maakuntajakoon. Asetuksen mukaan aluehallintovirastoja on kuusi ja ne ovat Etelä-Suomen, Lounais-Suomen, Itä-Suomen, Länsi- ja Sisä-Suomen, Pohjois-Suomen ja Lapin aluehallintovirastot. Lisäksi Ahvenanmaan maa- kunnassa on Ahvenanmaan valtionvirasto, joka hoitaa osittain samoja valtion aluehallinnolle kuuluvia tehtäviä kuin aluehallintovirastot.

Elinkeino-, liikenne- ja ympäristökeskukset

Elinkeino-, liikenne- ja ympäristökeskukset ovat myös monitoimialaisia valtion aluehallinnon viranomaisia, jotka edistävät alueellista kehittämistä hoitamalla valtionhallinnon toimeenpanoja kehittämistehtäviä alueilla. Elinkeino-, liikenne- ja ympäristökeskuksista annetun lain (897/2009) 4 §:n mukaan elinkeino-, liikenne- ja ympäristökeskusten lukumäärästä, toimialueista, nimistä ja toimipaikoista sekä kehittämis- ja hallintokeskuksen toimipaikasta säädetään valtioneuvoston asetuksella. Elinkeino-, liikenne- ja ympäristökeskus huolehtii lain 5 §:n mukaan sille säädettyjen tehtävien hoitamisesta toimialueellaan ja käyttää sille kuuluvaa toimivaltaa siten kuin siitä laissa säädetään. Elinkeino-, liikenne- ja ympäristökeskus voi kuitenkin hoitaa tehtäviä myös useamman kuin yhden keskuksen toimialueella pykälässä tarkemmin säädettyjen edellytysten täytyessä. Keskusten toimialueen laajentamisesta säädetään valtioneuvoston asetuksella. Elinkeino-, liikenne- ja ympäristökeskusten aluejaosta säädetään elinkeino-, liikenne- ja ympäristökeskuksista annetussa valtioneuvoston asetuksessa (1392/2014). Aluejako pohjautuu maakuntajakoon. Asetuksen mukaan elinkeino-, liikenne- ja ympäristökeskuksia on viisitoista ja ne ovat Uudenmaan, Varsinais-Suomen, Satakunnan, Hämeen, Pirkanmaan, Kaakkois-Suomen, Etelä-Savon, Pohjois-Savon, Pohjois-Karjalan, Keski-Suomen, Etelä-Pohjanmaan, Pohjanmaan, Pohjois-Pohjanmaan, Kainuun ja Lapin elinkeino-, liikenne- ja ympäristökeskukset.

Ympäristöterveydenhuollon yhteistoiminta-alueet

Ympäristöterveydenhuollon valvonnan toimeenpano kunnassa käsittää elintarvikelain, eläinlääkintähuoltolain, tupakkalain sekä terveydensuojelulain mukaisen valvonnan toimeenpanon kunnissa. Kunnan on järjestettävä ympäristöterveydenhuollon palvelut alueellaan sen mukaan, mitä ympäristöterveydenhuollon yhteistoiminta-alueesta annetussa laissa säädetään. Lain 2 §:n mukaan kunnassa tai yhteistoiminta-alueella ympäristöterveyden huollon järjestämisestä vastaa yksi toimielin, jolla tulee olla käytettävissään vähintään kymmentä henkilötyövuotta vastaavat henkilöresurssit. Kunnan, joka ei kykene suoriutumaan ympäristöterveydenhuollon tehtävistä yksin, on kuuluttava yhteistoiminta-alueeseen. Yhteistoiminta-alueella tarkoitetaan kahden tai useamman kunnan muodostamaa aluetta.

Tällä hetkellä Manner-Suomessa on 62 ympäristöterveydenhuollon valvontayksikköä. Ne ovat organisoituneet joko yksinomaan ympäristöterveydenhuollon tehtävien toimeenpanoa varten yksittäisessä kunnassa tai kahden tai useamman kunnan muodostamalla yhteistoiminta-alueella taikka kunnan jonkin toisen toimialan yhteydessä toimivaksi. Tällöin ympäristöterveydenhuollon ohella saman toimielimen alaisuudessa on useimmiten ympäristönsuojelu, rakennusvalvonta tai sosiaali- ja terveystyöpalvelut. Näin on järjestäytynyt yli 90 prosenttia yhteistoiminta-

alueista. Vain ympäristöterveydenhuollon toimeenpanoa varten organisaationa on noin 10 prosenttia valvontayksiköistä.

Vaalipiirijako

Vaalilain 5 §:ssä säädetään eduskuntavaalien vaalipiirijaosta. Pykälän mukaan eduskuntavaaleja varten maa on jaettu maakuntajaon pohjalta kolmeentoista vaalipiiriin, jotka ovat Helsingin, Uudenmaan, Varsinais-Suomen, Satakunnan, Ahvenanmaan maakunnan, Hämeen, Pirkanmaan, Kaakkois-Suomen, Savo-Karjalan, Vaasan, Keski-Suomen, Oulun ja Lapin vaalipiirit.

2.7 Kunnan hallinnon ja talouden järjestäminen

2.7.1 Kunnan hallinto

Perustuslain 121 §:n mukaan kunnan hallinnon yleisistä perusteista säädetään lailla. Kuntalaki on kunnan hallinnon ja talouden järjestämistä koskeva yleislaki. Lähtökohtana tulisi olla, että kuntalaissa säädetään kunnan hallinnon ja talouden järjestämistä koskevat perussäännökset ja erityislakeihin sisällytetään erityissäännöksiä vain, jos ne ovat välttämättömiä hallinnon tai talouden järjestämiseksi erityislain mukaisessa toiminnassa.

Kuntalaissa säädetään muun muassa kunnan yleisestä toimialasta, toimielimistä ja niiden kokoonpanosta ja tehtävistä, johtamisesta, luottamushenkilöistä, muutoksenhausta sekä yhteistointamuuodoista. Lisäksi kuntalaissa säädetään kunnan taloudesta kuten talousarviosta, tilinpäätöksestä ja kirjanpidosta, alijäämän kattamisvelvollisuudesta ja arviointimenettelystä.

Kunnan yleinen toimiala

Kunnan yleisen toimialan on katsottu olevan yksi kunnallisen itsehallinnon kulmakivistä. Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 3 artiklan 1 kappaleessa säädetään myös yleisen toimialan kuulumisesta paikallisen itsehallinnon keskeiseksi osaksi. Artiklan mukaan paikallinen itsehallinto tarkoittaa paikallisviranomaisten oikeutta ja kelpoisuutta säännellä ja hoitaa lain nojalla huomattavaa osaa julkisista asioista omalla vastuullaan ja paikallisen väestön etujen mukaisesti.

Perustuslakivaliokunnan tulkintakäytännössä yleistä toimialaa on tarkasteltu erityisesti kunnan taloudellisen liikkumavaran ja verotusoikeuden suojan näkökulmista.

Yleisestä toimialasta säädetään kuntalain 7 §:ssä, jonka mukaan kunta hoitaa itsehallinnon nojalla itselleen ottamansa tehtävät. Yleisestä toimialasta on säädetty väljästi eikä tehtäviä ei ole siten yksityiskohtaisesti etukäteen lueteltu. Väljällä ja joustavalla sääntelyllä on tavoiteltu sitä, että kunta voi tarvittaessa sopeuttaa toimintansa eri aikoina uusien olosuhteiden ja tarpeiden mukaisesti. Joustavuudella tavoitellaan myös sitä, että toimiala voi olla erilainen eri kunnissa. Väljän sääntelyn tarkoituksena on siten ajallinen ja alueellinen joustavuus.

Yleisen toimialan on katsottu rajoittavan sekä kunnan omaa toimintaa että mahdollisuutta hoitaa toimintaa säätiö-, yhteisö- ja yhtiömuodossa. Kunnan yleinen toimiala ei kuitenkaan estä sen sääntelyä, miten kunnat voivat hoitaa tehtäviä. Esimerkiksi EU-kilpailuoikeus rajoittaa kunnan oikeutta harjoittaa taloudellista toimintaa kunnan organisaatiossa. EU-kilpailuoikeus ei kuitenkaan rajoita kunnan mahdollisuuksia perustaa yhtiöitä tai niiden omistusta.

Oikeuskäytäntöä yleisen toimialan rajoista on vähän ja oikeustapaukset ovat vanhoja. Kunnan keskeiset yleisen toimialan tehtävät ovat elinkeinotoiminnan edistämiseen liittyvät tehtävät sekä eri tahoille myönnetyt avustukset, takaukset ja lainat. Kunnat harjoittavat yleisen toimialan perusteella myös elinkeinotoimintaa.

Yleistä toimialaa on katsottu rajoittavan oikeuskäytännössä ja -kirjallisuudessa muotoutuneet periaatteet. Osa näistä periaatteista on samoja kuin hallinnon yleiset oikeusperiaatteet, joista säädetään hallintolain (434/2003) 6 §:ssä. Näitä ovat yhdenvertaisuus-, objektiviteetti- ja suhteellisuusperiaate, tasapuolisen kohtelun vaatimus sekä harkintavallan väärinkäytön kieltö. Lisäksi vakiintuneesti yleistä toimialaa määrittäviksi periaatteiksi on katsottu oikeuskäytännössä seuraavat: asukkaiden hyvinvoinnin edistäminen, tehtävän paikallisuus, yksityisen tukemisen kieltö, hallinnon toissijaisuus ja työnjako muiden viranomaisten kanssa sekä spekulatiivisen toiminnan kieltö. Kunnan ei lisäksi ole katsottu voivan harjoittaa puhtaasti kaupallista tai teollista toimintaa.

Yleishyödyllisyyden periaatteen mukaan toiminnasta on oltava yleistä etua kunnan jäsenille. Kaikkien kuntalaisten ei tarvitse saada toiminnasta välitöntä hyötyä. Kunta voi hoitaa sellaista toimintaa, mitä pidetään hyväksyttävänä, tarkoituksenmukaisena ja sopivana. Paikallisuuden mukaan kunnan toiminnan on rajoituttava kunnan alueen sisälle ja kunnan asukkaisiin. Kunnan oikeus harjoittaa elinkeinotoimintaa on kuitenkin tullut arvioitavaksi vain muutamissa tapauksissa. Oikeuskäytännössä on katsottu kunnan voivan harjoittaa ammatillisen koulutuksen yhteydessä muun muassa autokoulutoimintaa, kun toimintaa harjoitettiin osana autoalan opetusta sitä opiskeleville oppilaille.

Yhdenvertaisuuden mukaan kunnan on kohdeltava kaikkia kuntalaisia tasapuolisesti. Tarkoitussidonnaisuuden mukaan kunta ei voi toiminnallaan edistää vieraita tarkoituseriä, vaan toiminnan on edistettävä kunnan perustehtävän toteuttamista. Objektiviteettiperiaatteen mukaisesti kunnan tulee toimia puolueettomasti ja asiallisesti. Suhteellisuuden mukaan kunnan tulee käyttää sellaisia toimenpiteitä, jotka ovat tarpeellisia ja välttämättömiä tavoitteen toteuttamiseksi. Spekulatiivisen toiminnan kiellon mukaisesti kunta ei saa ottaa tehtävää hoitaakseen pelkästään taloudellisen voiton tavoittelemiseksi. Spekulaatiokieltöä on sovellettu myös siihen, ettei kunta voi sijoittaa tai tukea korkean riskin sisältäviä hankkeita.

Hallinnon toissijaisuuden mukaan kunta ei voi ryhtyä hoitamaan sellaista toimintaa, jonka perinteisesti on hoitanut yksityinen sektori. Jos yksityinen sektori ei pysty suoriutumaan tehtävistään ja jos yleinen etu sitä vaatii, kunta voi ottaa hoitaakseen kyseisen toiminnan.

Vaikka oikeuskäytännössä näyttäisi siltä, että yleisen toimialan rajoitusperiaatteet olisivat selkeitä, käytännössä kunnan toiminta on laajentunut sellaisiksi, jota ei ole aiemmassa oikeuskäytännössä pidetty sallittuna. Muun muassa kunnan toiminnan ulkopuolella tarjotuissa henkilöstöruokalapalveluissa sekä vartiointipalveluissa on kyse puhtaasti kaupallisesta toiminnasta. Näiden hoitoa ei ole kuitenkaan kyseenalaistettu yleisen toimialan rajoitusperiaatteiden perusteella. Paikallisuuttakaan ei painoteta entisen tavoin kuntakohtaisena, vaan arvioidaan laajemmin painottaen asukkaiden elinpiiriä ja saamaa hyötyä. Yleisen toimialan periaatteet elävät siten ajassa, painottuvat eri tavalla ja voivat olla eri tehtävissä erilaisia toimialan kehityksen vuoksi. Jotta tulkintaongelmaa ei syntyisi, joissain tehtävissä, muun muassa sähkömarkkina-alueissa (588/2013), on säädetty, että kunta voi harjoittaa tällaista liiketoimintaa yleisesti.

Kunnan toimielimet ja johtaminen

Kunnan hallinto perustuu perustuslain 121 §:n mukaan kunnan asukkaiden itsehallintoon. Tämän on katsottu merkitsevän sitä, että kunnan asukkaiden valitsemalla valtuustolla tulee olla

yleinen toimivalta päättää kunnan asukkaiden yhteisistä asioista ja että ylimmän päätösvallan kunnassa tulee kuulua valtuustolle. Muutenkin kunnan hallinnon on perustuttava luottamushenkilöiden määräävään asemaan.

Kuntalaissa säädetään valtuuston tehtävistä ja toimikaudesta sekä valtuutettujen lukumäärästä ja kuntavaalien toimittamisesta. Päätösvalta kunnassa kuuluu valtuustolle, jollei erikseen ole toisin säädetty tai jollei valtuusto ole itse siirtänyt kuntalain tai erityislain nojalla toimivaltaansa kunnan muille viranomaisille.

Valtuuston ohella kunnassa on oltava kunnanhallitus ja tarkastuslautakunta. Lisäksi kaksikielisessä kunnassa tulee olla opetustoimen hallintoon erillinen toimielin kumpaakin kieliryhmää varten taikka yhteinen toimielin, joka jakautuu kieliryhmiä varten jaostoihin. Toimielimen tai jaoston jäsenet on valittava asianomaiseen kieliryhmään kuuluvista henkilöistä. Muilta osin valtuusto voi päättää kunnan toimielinorganisaation rakenteesta. Valtuusto voi asettaa oman harkintansa mukaan

- lautakuntia tai valiokuntia hoitamaan pysyväisluonteisia tehtäviä,
- johtokuntia liikelaitoksen tai tehtävän hoitamista vartensekä,
- jaostoja hallitukseen, lautakuntaan, valiokuntaan ja johtokuntaan.

Lisäksi kunnanhallitus ja valtuuston päätöksen nojalla muukin toimielin voi asettaa toimikunnan määrätyn tehtävän hoitamista varten.

Valtuustolla on laaja harkintavalta kunnan toimielinorganisaation muodostamisessa. Kuntalaissa mainitaan perinteiselle lautakuntamallille vaihtoehtoisina malleina valiokuntamalli ja puheenjohtajamalli, mutta muutkin mallit ovat mahdollisia. Valiokuntamallissa kunnanhallitukseen ja lautakuntaan valitaan ainoastaan valtuutettuja ja varavaltuutettuja. Puheenjohtajamallissa (niin kutsuttu ministerimalli) lautakuntien tai valiokuntien puheenjohtajat valitaan kunnanhallituksen jäsenistä.

Kuntalain mukaan kunnanhallitus johtaa kunnan toimintaa, hallintoa ja taloutta. Kunnan toimintaa johdetaan valtuuston hyväksymän kuntastrategian mukaisesti. Kunnanhallitus valvoo ja sovittaa yhteen kunnan muiden toimielinten ja viranhaltijoiden toimintaa. Tärkeä keino kunnan hallinnon yhteen sovittamisessa on kuntalaissa säädetty kunnanhallituksen otto- oikeus. Otto-oikeuden nojalla kunnanhallitus voi ottaa käsiteltäväkseen sekä kunnanhallituksen alaisen että lautakunnan alaisen viranomaisen toimivaltaan siirretyn yksittäisen asian.

Kunnan johtamismalliksi kunta voi valita vaihtoehtoisesti joko viranhaltijana toimivan kunnanjohtajan tai luottamushenkilöpormestarin. Kunnanjohtaja johtaa hallituksen alaisena kunnanhallintoa, taloudenhoitoa ja muuta toimintaa. Valtuusto voi päättää, että kunnanjohtajan sijasta kuntaa johtaa pormestari, joka toimii aina myös kunnanhallituksen puheenjohtajana.

Kunnan luottamushenkilöt

Kunnan luottamushenkilöitä ovat valtuutetut ja varavaltuutetut, kunnan toimielimiin valitut jäsenet, kunnan kuntayhtymän toimielimiin valitsemat jäsenet sekä muut kunnan luottamustoiimiin valitut henkilöt. Tehtävänsä perusteella kunnan toimielimen jäseneksi valittu kunnan viranhaltija tai yöntekijä ei kuitenkaan ole kunnan luottamushenkilö.

Kuntalaissa säädetään luottamushenkilön asemasta kuten oikeudesta saada vapaata työstään luottamustoimen hoitamista varten sekä palkkioista ja korvauksista. Kuntalaissa mahdollistetaan myös päätoimisten tai osa-aikaisten luottamushenkilöiden valitseminen. Valtuusto voi päättää, että valtuuston puheenjohtaja, kunnanhallituksen puheenjohtaja ja varapuheenjohtajat sekä lautakuntien ja valiokuntien puheenjohtajat toimivat päätoimisina tai osa-aikaisina luottamushenkilöinä. Päätoimisella luottamushenkilöllä on ehdoton oikeus saada vapaata työstään luottamustoimen hoitamista varten. Osa-aikaisen luottamushenkilön oikeus saada vapaata ei ole samalla tavalla ehdoton, mutta työnantaja ei voi ilman työhön liittyvää painavaa syytä kieltäytyä myöntämästä vapaata osa-aikaisen luottamustoimen hoitamista varten. Päätoimisella ja osa-aikaisella luottamushenkilöllä on oikeus saada palkkaa tai palkkiota sekä vuosilomaa, sairauslomaa ja perhevapaata samoin perustein kuin kunnallisella viranhaltijalla.

Kuntalaissa säädetään luottamushenkilöiden tietojensaantioikeudesta. Luottamushenkilöllä on muita henkilöitä laajempi oikeus saada tietoja kunnan hallussa olevista viranomaisen asiakirjoista, joita luottamushenkilö pitää toimessaan tarpeellisina, ei kuitenkaan salassa pidettäviä tietoja. Luottamushenkilöllä on myös oikeus saada kunnan konsernijohdolta kunnan hallussa olevia tytäryhteisöjen toimintaa koskevia tietoja salassapitosäännöksistä tulevin rajoituksin.

Lisäksi säädetään suostumuksesta luottamustoimeen ja eroamisesta luottamustoimesta, luottamustoimen hoitamisesta, vaalikelpoisuuden menettämisestä, virheellisestä menettelystä luottamustoimessa sekä rikollisesta menettelystä luottamustoimen ulkopuolella.

Kuntalaissa luottamushenkilöiden vaalikelpoisuutta koskeva sääntely vaihtelee toimitelimitäin muun muassa toimielimen tehtävien ja siellä käsiteltävien asioiden luonteen mukaisesti. Kuntalain mukaan yleisenä vaalikelpoisuuden edellytyksenä kunnan luottamustoimeen on, että 1) henkilöllä on kotikunta siinä kunnassa, jossa hän on ehdokkaana, 2) henkilöllä on jossakin kunnassa äänioikeus kunnallisvaaleissa sinä vuonna, jona valtuutetut valitaan ja 3) henkilö ei ole vajaavaltainen.

Valtuutettuja koskevat vaalikelpoisuuden rajoitukset kuntalaissa ovat vähäisempiä kuin muiden toimielinten jäsenten. Valtuuston käsittelemät asiat ovat luonteeltaan yleisiä ja koskettavat usein miltei jokaista kuntalaista. Toisaalta on pidetty tärkeänä, että vaalikelpoisuutta valtuustoon ei liiaksi rajoiteta, jotta kuntalaiset voivat valita edustajikseen valtuustoon mieleisensä henkilön.

Kunnanhallitus on kunnan toiminnan kannalta käytännössä keskeisin toimielin ja sen tehtävistä johtuu tarvetta rajata myös päätöksentekoon osallistuvia henkilöitä. Kunnanhallitukseen vaalikelpoisen pitää olla vaalikelpoinen myös valtuustoon. Lisäksi kunnanhallitukseen eivät ole vaalikelpoisia eräät kunnan tai kuntakonsernin palveluksessa olevat henkilöt. Myöskään liiketoimintaa harjoittavan yhteisön tai säätiön johtohenkilöitä ei voida valita kunnanhallitukseen, jos kunnanhallituksessa tavanomaisesti käsiteltävien asioiden ratkaisu on omiaan tuottamaan olennaista hyötyä tai vahinkoa kyseiselle yhteisölle tai säätiölle. Lisäksi henkilöstön edunvalvonnasta vastaavat henkilöt eivät ole vaalikelpoisia kunnanhallitukseen. Enemmistön hallituksen jäsenistä on oltava muita kuin kunnan tai sen määräämisvallassa olevan yhteisön palveluksessa olevia.

Kuntalaissa säädetään myös vaalikelpoisuudesta kunnan muihin toimielimiin kuten lautakuntaan ja valiokuntaan, pääasiallisesti henkilöstöasioita hoitavaan toimielimeen, johtokuntaan ja toimikuntaan sekä tarkastuslautakuntaan.

Sidonnaisuuksien ilmoittamisesta ja ilmoitusvelvollisista säädetään kuntalain 84 §:ssä. Sidonnaisuuksien ilmoittamista koskeva sääntely täydentää vaalikelpoisuus- ja esteellisyyssääntelyä. Sen tarkoituksena on lisätä päätöksenteon avoimuutta ja läpinäkyvyyttä.

Velvollisuus ilmoittaa sidonnaisuuksista koskee kunnanhallituksen ja maankäyttö- ja rakennuslaissa (132/1999) tarkoitettuja tehtäviä hoitavan toimielimen jäseniä, valtuuston ja lautakunnan puheenjohtajaa ja varapuheenjohtajia, kunnanjohtajaa, pormestaria ja apulaispormestaria sekä kunnanhallituksen ja lautakunnan esittelijää. Ilmoitusvelvollisuus koskee johtotehtäviä sekä luottamustoimia elinkeinotoimintaa harjoittavissa yrityksissä ja muissa yhteisöissä, merkittävästä varallisuutta sekä muitakin sidonnaisuuksia, joilla voi olla merkitystä luottamus- ja virkatehtävien hoitamisessa.

Muutoksenhaku

Kunnan tai kuntayhtymän viranomaisten päätöksiin voi hakea muutosta hallintovalituksella tai kunnallisvalituksella. Kunnallisvalituksesta säädetään kuntalaissa. Kunnallisvalituksen voi asianosaisen lisäksi tehdä kunnan jäsen. Kunnallisvalitus on kunnan asukkaan keino valvoa kunnan hallinnon sekä kunnan viranomaisten tekemien päätösten lainmukaisuutta. Esimerkiksi maankäyttö- ja rakennuslain mukaisista asioista voidaan tehdä pääasiassa kunnallisvalitus. Sen sijaan yksilöä koskevat kunnan viranomaisen päätökset perustuvat pääasiassa erityislainsäädäntöön, jolloin päätöksistä voi tehdä vain hallintovalituksen.

Kunnallisvalitus tehdään hallinto-oikeudelle ja hallinto-oikeuden päätöksestä voi valittaa korkeimmalle hallinto-oikeudelle. Kunnallisvalituksen voi tehdä vain laillisuusperusteella eli sillä perusteella, että päätös on syntynyt virheellisessä järjestyksessä, päätöksen tehnyt viranomainen on ylittänyt toimivaltansa tai päätös on muuten lainvastainen.

Kuntalaissa säädetään myös oikaisuvaatimuksesta. Muista kuin valtuuston päätöksistä on ensin tehtävä oikaisuvaatimus. Vasta kunnanhallituksen, lautakunnan ja johtokunnan oikaisuvaatimuksen johdosta antamasta päätöksestä voi tehdä kunnallisvalituksen. Jos oikaisuvaatimus on hylätty tai jätetty tutkimatta, saa päätökseen hakea muutosta kunnallisvalituksin vain se, joka on tehnyt oikaisuvaatimuksen. Mikäli päätös on oikaisuvaatimuksen johdosta muuttunut, muutoksenhakuoikeus on kaikilla niillä, joilla oli oikeus tehdä oikaisuvaatimus.

Kuntalain muutoksenhakusäännökset ovat erityislakeihin nähden toissijaisia ja syrjäytyvät kun erityislaissa säädetään oikaisumenettelystä ja hallintovalituksesta. Hallintolain oikaisuvaatimusmenettelyä koskevaa 7 a lukua sovelletaan sen sijaan täydentävänä kuntalain mukaisissa oikaisuvaatimuksissa.

2.7.2 Kuntien yhteistoimintamuodot

Kuntien yhteistoimintamuodoista säädetään kuntalain 8 luvussa. Lähtökohtana yhteistoiminnan järjestämisessä on ollut, että kunnat voivat päättää yhteistoimintamallista. Lain 49 §:n mukaan kuntien julkisoikeudellisen yhteistoiminnan muotoja ovat

- yhteinen toimielin,
- yhteinen virka,
- sopimus viranomaistehtävän hoitamisesta ja
- kuntayhtymä.

Kunta voi antaa tehtävän toisen kunnan hoidettavaksi, jolloin kunnat sopivat yhteisen viran perustamisesta, viranomaistehtävien hoitamisesta ostopalveluna tai yhteisen toimielimen perustamisesta. Tällöin ei perusteta erillistä oikeushenkilöä, vaan tehtävän hoitaa toinen kunta. Sen sijaan kuntayhtymä on kunnista erillinen, itsenäinen oikeushenkilö.

Vastuukunta

Kuntalain 51 §:n mukaan kunta voi hoitaa tehtävää yhden tai useamman kunnan puolesta siten, että kunnilla on yhteinen toimielin, joka vastaa tehtävän hoitamisesta. Tehtävää hoitavaa kuntaa kutsutaan vastuukunnaksi. Kunnat voivat sopia, että muut kunnat valitsevat osan yhteisen toimielimen jäsenistä. Lakisääteisessä yhteistoiminnassa jokaisella kunnalla on oltava toimielimessä vähintään yksi kunnan valitsema jäsen. Yhteistä toimielintä koskevassa sopimuksessa on kuntalain 52 §:n perusteella sovittava ainakin:

1. yhteisen toimielimen tehtävistä sekä tarvittaessa kunnan tehtävien järjestämisvastuun siirtymisestä;
2. yhteisen toimielimen kokoonpanosta ja muiden kuntien oikeudesta valita toimielimen jäseniä;
3. kustannusten perusteista ja jakautumisesta; ja
4. sopimuksen voimassaolosta ja irtisanomisesta.

Sopimuksessa voidaan myös sopia siitä, ettei vastuukunnan kunnanhallituksella ole oikeutta ottaa yhteisen toimielimen päättämää asiaa käsiteltäväkseen.

Kuntalaissa säädetään myös yhteisen toimielimen jäsenten vaalikelpoisuudesta ja muutoksenhausta toimielimen päätöksistä. Jäseninä yhteisessä toimielimessä voivat olla asianomaisten kuntien vastaavaan toimielimeen vaalikelpoiset henkilöt. Lain 137 §:n mukaan oikaisuvaatimuksen ja kunnallisvalituksen kuntien yhteisen toimielimen päätöksestä saa tehdä sopimukseen osallinen kunta ja sen jäsen.

Koska yhteinen toimielin toimii osana kuntaa, vastuukunnan valtuusto päättää kuntalain 14 §:ssä säädetyistä asioista, kuten hallinnon järjestämisen perusteista, talousarvion ja tilinpäätöksen hyväksymisestä ja maksuista. Tämä tarkoittaa, että vastuukunnan valtuustolla on viime kädessä päätösvalta tärkeimmissä palvelujen järjestämistä koskevissa asioissa. Yhteistoimintasopimuksissa kuitenkin sovitaan yleensä sopimusohjausmenettelystä, jolla pyritään sitomaan vastuukunnan valtuuston päätösvaltaa muun muassa palveluista, tuotantopaikoista ja muiden kuntien maksuosuuksista. Sosiaali- ja terveydenhuollossa sopimusohjausta toteutetaan erityisesti palvelusopimuksilla, jotka sekä vastuukunta että muut kunnat hyväksyvät.

Isäntäkuntamallina aiemmin tunnettu vastuukuntamalli tuli laajempaan käyttöön Paras-uudistuksen yhteydessä. Paras-puitelaisissa edellytettiin, että isäntäkunnan tulee asettaa kuntalaissa säädetty yhteinen toimielin. Malli ei tuossa vaiheessa herättänyt laajempaa keskustelua muiden kuin isäntäkunnan vaikutusmahdollisuuksista, koska kunnat saattoivat valita sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminnan muodoksi kuntayhtymän tai vastuukunnan. Käytännössä kunnat ovat Paras-puitelain mukaisessa yhteistoiminnassa ottaneet mallin käyttöön suhteessa 40/60 (kuntayhtymä/vastuukunta).

Kuntayhtymä

Lakisääteistä yhteistoimintaa koskevassa erityislainsäädännössä on sekä erikoissairaanhoidon että kehitysvammahuollon hallinto edellytetty järjestettäväksi kuntayhtymämallilla. Kuntayhtymästä säädetään kuntalaissa huomattavasti tarkemmin kuin vastuukunnasta ja yhteisestä toimielimestä. Laissa on säädetty perussopimuksen vähimmäissisällöstä, toimielimistä, vaalikelpoisuudesta, rahoituksesta, eroamisesta, purkamisesta sekä kuntalain kuntaa koskevien säännöksiä soveltamisesta kuntayhtymään. Lisäksi säädetään kuntayhtymien julkisoikeudellisen yhteistoiminnan muodoista, joita ovat yhteinen virka, sopimus viranomaistehtävien hoitamisesta sekä liikelaitoskuntayhtymä.

Kuntayhtymä on itsenäinen oikeushenkilö. Kuntayhtymä perustetaan kuntien valtuustojen hyväksymällä sopimuksella (perussopimus). Kuntalain mukaan perussopimuksessa on sovittava:

1. kuntayhtymän nimestä, kotipaikasta ja jäsenkunnista;
2. kuntayhtymän tehtävistä sekä tarvittaessa kunnan tehtävien järjestämisvastuun siirtämisestä;
3. yhtymäkokousedustajien tai yhtymävaltuuston taikka muun ylintä päätösvaltaa käyttävän toimielimen jäsenten lukumäärästä ja äänivallan perusteista;
4. kuntayhtymän muista toimielimistä sekä niiden tehtävistä, päätösvallasta ja koollekutsumisesta;
5. siitä, mikä kuntayhtymän toimielin valvoo kuntayhtymän etua, edustaa kuntayhtymää ja tekee sen puolesta sopimukset sekä millä tavoin oikeudesta kuntayhtymän nimen kirjoittamiseen päätetään;
6. jäsenkuntien osuudesta kuntayhtymän varoihin ja vastuusta sen veloista sekä muista kuntayhtymän taloutta koskevista asioista;
7. kuntayhtymän hallinnon ja talouden tarkastuksesta;
8. kuntayhtymästä eroavan jäsenkunnan ja toimintaa jatkavien jäsenkuntien asemasta;
9. kuntayhtymän purkamisesta ja loppuselvityksen suorittamisesta;
10. menettelystä, jolla kuntayhtymän alijäämä katetaan tilanteessa, jossa jäsenkunnat eivät ole hyväksyneet sopimusta kuntayhtymän talouden tasapainottamisesta;
11. talouden ja toiminnan seuranta järjestelmästä ja raportoinnista jäsenkunnille.

Perussopimuksessa voidaan myös sopia, että sopimuksessa määrätyissä asioissa päätöksen tekemiseen vaaditaan määränemmistö.

Laissa säädetään myös perussopimuksen muuttamisen edellyttämästä kannatuksesta. Jos perussopimuksessa ei ole toisin sovittu, perussopimusta voidaan muuttaa, jos vähintään kaksi kolmannesta jäsenkunnista sitä kannattaa ja niiden asukasluku on vähintään puolet kaikkien jäsenkuntien yhteenlasketusta asukasluvusta. Jos kunnan on lain mukaan oltava kuntayhtymän jäsen jollakin toimialalla ja määrätyllä alueella, jäsenkuntaa ei kuitenkaan voida ilman suostumustaan velvoittaa osallistumaan uusien vapaaehtoisten tehtävien hoitamiseen ja näistä aiheutuviin kuluihin.

Kuntayhtymän ylintä päätösvaltaa käyttää yhtymävaltuusto, joka on jäsenkuntien valitsema toimielin, tai yhtymäkokous. Yhtymäkokous pidetään vähintään kaksi kertaa vuodessa. Yhtymäkokousedustajan valitsee erikseen kuhunkin kokoukseen jäsenkunnan kunnanhallitus tai valtuuston päättämä kunnan muu toimielin. Kuntayhtymän muista toimielimistä sovitaan perussopimuksessa. Esimerkiksi sairaanhoitopiireissä on myös hallitus ja erikoissairaanhoitolain 18 §:n mukaan erikielisiä ja kaksikielisiä kuntia käsittävässä sairaanhoitopiirissä on oltava lautakunta, jonka tehtävänä on kehittää ja yhteensovittaa piirin kielellisen vähemmistön erikoissairaanhoitoa sekä vähemmistön kielellä annettavaa terveydenhuoltohenkilökunnan koulutusta. Lautakunnan jäseniksi on valittava sairaanhoitopiirin vähemmistökielisiä kuntia ja kaksikielisten kuntien vähemmistökielistä väestöä edustavia henkilöitä.

Muussa kuin lakisääteisessä yhteistoiminnassa kunnat voivat päättää, että kuntayhtymällä on vain yksi toimielin. Tällöin kuntayhtymän päätösvalta jakautuu jäsenkunnille ja kuntayhtymän toimielimelle perussopimuksessa sovituin tavoin.

Kuntalain 58 §:n mukaan muiden kuin ylimmän toimielimen eli yhtymäkokouksen tai valtuuston kokoonpano on kuntayhtymässä sovittava sellaiseksi, että se vastaa jäsenkuntien valtuustoissa edustettuina olevien eri ryhmien kuntavaaleissa saamaa ääniosuutta kuntayhtymän alueella vaalilaissa säädetyn suhteellisuusperiaatteen mukaisesti.

Vaalikelpoinen kuntayhtymän toimielimiin on henkilö, joka kuntalain mukaan on vaalikelpoinen kuntayhtymän jäsenkunnan luottamustoimeen. Vaalikelpoinen ei kuitenkaan ole valtion virkamies, joka hoitaa välittömästi kunnallishallintoa koskevia valvontatehtäviä eikä samaan kuntayhtymään pysyväisluonteisessa palvelussuhteessa oleva henkilö. Vaalikelpoinen muun kuin yhtymävaltuuston tai -kokouksen jäseneksi ei ole myöskään henkilö, joka on hallituksen tai siihen rinnastettavan toimielimen jäsenenä taikka johtavassa ja vastuullisessa tehtävässä tai siihen rinnastettavassa asemassa liiketoimintaa harjoittavassa yhteisössä, jos kysymyksessä on sellainen yhteisö, jolle toimielimessä tavanomaisesti käsiteltävien asioiden ratkaisu on omiaan tuottamaan olennaista hyötyä tai vahinkoa. Johtokuntaan ja toimikuntaan voidaan kuitenkin valita sellainenkin henkilö, joka ei ole vaalikelpoinen kuntayhtymän muihin toimielimiin tai jonka kotikunta ei ole kuntayhtymän jäsenkunta. Perussopimuksessa voidaan sopia, että kuntayhtymän muun toimielimen kuin yhtymäkokouksen jäsenten ja varajäsenten tulee olla jäsenkuntien valtuutettuja.

Kuntayhtymä on kirjanpitovelvollinen ja sen tulee laatia toiminnastaan tilinpäätös ja toimintakertomus. Kuntayhtymään sovelletaan kuntalain 13 luvun taloussäännöksiä, myös 110 §:ssä säädettyä alijäämän kattamisvelvoitetta. Koska kuntayhtymä on oma oikeushenkilönsä, kuntayhtymä hyväksyy oman talousarvionsa sekä tilinpäätöksensä. Kuntayhtymän rahoituksesta ovat vastuussa viime kädessä jäsenkunnat. Kuntalain 117 §:n mukaan kuntayhtymän sellaisista menoista, joita ei saada katetuksi kuntayhtymän varoista, vastaavat jäsenkunnat perussopimuksessa sovitulla tavalla.

Kuntien yhteistoiminta ja hankinnat

Uudistettu hankintamenettelyä koskeva lainsäädäntö tuli voimaan vuoden 2017 alusta. Valtion ja kuntien viranomaisten sekä muiden hankintayksiköiden velvollisuudesta kilpailuttaa hankintansa säädetään julkisista hankinnoista ja käyttöoikeussopimuksista annetussa laissa (1397/2016, jäljempänä hankintalaki). Lailla on pantu täytäntöön Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2014/24/EU, julkisista hankinnoista ja direktiivin 2004/18/EY kumoamisesta, jäljempänä uusi hankintadirektiivi (2014/24/EU, 28.3.2014 L 94). Direktiivien perusteella EU-alueen tietyn kynnyсарvon ylittävät julkiset hankinnat on avattu kilpailulle. Uudessa hankinta-

direktiivissä on lueteltu joukko palveluja, joissa voidaan kansallisesti säätää kevyemmistä hankintamenettelyistä ja joiden kilpailuttamisessa voidaan soveltaa korkeampaa EU-kynnysarvoa (750 000 euroa). Tätä sääntelyä voidaan soveltaa myös sosiaali- ja terveystalouden hankintoihin.

Hankintalainsäädännön soveltamisen lähtökohtana on, että kyse on taloudellisesta toiminnasta. Hankintalainsäädäntö edellyttää julkisyhteisöjä ja muita hankintayksiköitä järjestämään hankintasopimuksistaan avoimia, tehokkaita ja tasapuolisia tarjouskilpailuja. Jos julkisen palvelun velvoitteen antamisessa on kyse palvelun tuottamisesta julkisyhteisölle vastiketta vastaan, tai jos vastikkeena on palveluntuottajalle siirtyvä oikeus hyödyntää palvelua, on lähtökohtaisesti kyseessä hankinta- tai käyttöoikeussopimus, joka tulisi kilpailuttaa hankintalainsäädännön mukaisesti.

Uuden hankintadirektiivin säännöksillä ei puututa hankintayksiköiden oikeuteen tuottaa itse vastuullaan olevat palvelut omana toimintanaan. Hankintaa ei tarvitse kilpailuttaa silloinkaan, kun hankintaviranomainen on organisoinut oman palveluyksikkönsä erilliseksi, alisteiseksi oikeushenkilöksi, joka pääasiallisesti tarjoaa palveluja vain omistajilleen. Kilpailuttamisvelvollisuudesta on vapautettu uuden hankintadirektiivin 11 artiklan mukaan myös sellaiset rakenteelliset yhteistyömallit, joissa palvelun tuottaminen perustuu lailla, asetuksella tai hallinnollisella määräyksellä viranomaiselle annettuun yksinoikeuteen. Näissä tapauksissa hankintayksiköllä ei ole todellista mahdollisuutta valita palvelun tuottajaa.

Uuden hankintadirektiivin 12 artiklassa säädetään erilaisista yksiköiden välisistä yhteistyömalleista, jotka jäävät direktiivin soveltamisalan ulkopuolelle. 12 artiklan 1 kohdassa määritellään sidosyksikköhankinnat, eli niin sanotut in house -hankinnat. Direktiivin määritelmät laajentavat in house -hankintojen mahdollisuutta. Käytännössä nämä hankinnat jäävät hankintalain soveltamisalan ulkopuolelle. In house -mallissa hankintaviranomainen tekee hankinnan siitä muodollisesti erilliseltä ja päätöksenteon kannalta itsenäiseltä yksiköltä, mutta käyttää kyseisessä oikeushenkilössä samanlaista määräysvaltaa kuin omissa yksiköissään. Lisäksi tuotantoyksikön tulee tuottaa palveluja lähinnä vain hankintaviranomaiselle. Hankintalain 15 §:ssä on rajattu palvelujen myymistä muille kuin omistajille siten, että tämän ulosmyynnin määrä saa olla enintään viiden prosentin ja enintään 500 000 euron suuruinen sen liiketoiminnasta.

Tietyt edellytykset täyttävät hankintayksiköiden yhteistyöhankinnat jäävät myös uuden hankintadirektiivin 12 artiklan 3 kohdan mukaisesti kilpailuttamisvelvoitteen ulkopuolelle, vaikka ne sinänsä olisivatkin hankintoja. Näissä yhteistyöhankinnoissa sovitaan viranomaisten vastuulla olevien viranomaistehtävien hoitamisesta yhteistyössä yhteisten julkisen edun mukaisten tavoitteiden mukaisesti. Yhteistyöjärjestelyssä mukana olevien viranomaisten tehtävien ei tarvitse olla identtisiä, vaan ne voivat olla myös toisiaan tukevia tai täydentäviä. Tällä varmistetaan viranomaisten vastuulla olevien tehtävien hoitaminen ja yhteisten tavoitteiden saavuttaminen. Yhteistyön täytäntöönpano perustuu yksinomaan yleisen edun mukaisten näkökohtien huomiointiin. Uuden hankintadirektiivin 12 artiklan 3 kohdan taustalla on EU-tuomioistuimen ratkaisukäytäntö. Suomen kuntayhtymämalli on edellä mainitun artiklan mukaisesti toteutettuna kilpailuttamisvelvoitteen ulkopuolelle jäävä järjestely. Uusimman kansallisen oikeuskäytännön mukaisesti myös kuntalain mukainen vastuukuntamalli voi toteuttaa direktiivin 12 artiklan mukaiset ehdot silloin, kun palvelun tuotanto toteutetaan yhteisen toimielimen määräysvallassa ja tarkasti perussopimuksessa määritellyin ehdoin kaikkien jäsenenä olevien kuntien yhteisen tehtävän hoitamiseksi.

Lainsäädännön nojalla rajattua viranomaistoimintaa ei voida pitää hankintalainsäädännössä tarkoitettuna hankintasopimuksena. Tilanteet täyttävät myös unionin tuomioistuimen ratkaisukäytännössä sekä uudessa hankintadirektiivissä asetetut horisontaalisen yhteistyön vaatimukset

ja edellytykset. Kyse ei ole kilpailutilanteesta yksityisten tuottajien kanssa, eikä myöskään mikään yksityinen palvelutarjoaja ei ole kilpailijoitaaan edullisemmassa asemassa.

Kunnat ja kuntayhtymät konserneina

Kunnat ja kuntayhtymät ovat muodostuneet huomattavan laajoiksi konserneiksi ja niiden sisällä toimintaa on eriytetty myös liikelaitoksiin. Esimerkiksi Tampereen kaupungilla on 50 tytäryhteisöä ja 8 liikelaitosta. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän konserniin kuuluu kolme osakeyhtiötä sekä seitsemän kiinteistö- ja asunto-osakeyhtiötä. Lisäksi kuntayhtymällä on seitsemän liikelaitosta. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymällä on kaksi liikelaitosta, viisi tytäryhteisöä ja neljä osakkuus- ja omistusyhteisöä. Tytäryhteisöjen kautta konserniin kuuluu lisäksi neljä kiinteistöosakeyhtiötä.

Kunnallinen liikelaitos on yleiskäsite, jolla voidaan tarkoittaa kolmea eri liikelaitostyyppiä: kunnan liikelaitos, kuntayhtymän liikelaitos ja liikelaitoskuntayhtymä. Kunnan ja kuntayhtymän liikelaitokset eivät ole itsenäisiä oikeushenkilöitä eivätkä itsenäisiä kirjanpitovelvollisia, vaan ne kuuluvat kunnan tai kuntayhtymän organisaatioon. Kunnallinen liikelaitos voidaan kuntalain 65 §:n mukaan perustaa liiketaloudellisten periaatteiden mukaan hoidettavaa tehtävää varten. Kunnallinen liikelaitos voi toimia myös julkista valtaa käyttävänä viranomaisena. Kunta ja kuntayhtymä voivat perustaa kunnallisen liikelaitoksen vain, jos toiminta kuuluu kunnan toimialaan eikä kyseessä ole laissa tarkoitettu toiminta kilpailutilanteessa markkinoilla.

Uudessa kuntalaissa on otettu huomioon kuntien ja kuntayhtymien toiminnan ja rakenteen muuttuminen. Lain 6 §:ssä on määritelty käsitteet kuntakonserni, kunnan tytäryhteisö sekä kunnan toiminta. Kuntakonsernin määritelmä vastaa osakeyhtiö- ja kirjanpitolainsäädännössä vaikiintunutta konsernin käsitettä. Juridinen kuntakonserni sisältää kunnan oman organisaation, mukaan lukien kunnan liikelaitokset, sekä yhteisöt, joissa kunnalla on kirjanpitolain (1336/1997) 1 luvun 5 §:ssä tarkoitettu määräysvalta. Kunnan tytäryhteisöjä voivat olla yksityisoikeudellisten yhteisöjen lisäksi kuntayhtymät. Konserniin kuuluvat myös yhteisöt, joissa kunnan tytäryhteisöt käyttävät määräysvaltaa. Lain 6 §:n 2 momentissa määriteltyyn kunnan toiminta -käsitteeseen sisältyvät juridisen kuntakonsernin lisäksi myös ne yhteisöt, joissa kunta on mukana vähemmistöosuudella, erilaiset yhteistoimintaorganisaatiot (kuntayhtymä ja yhteinen toimielin) sekä sopimukseen ja rahoittamiseen perustuva toiminta.

Kuntalain 14 §:n mukaan valtuusto päättää kunnan omistajaohjauksen periaatteista ja konserniohjeista. Omistajaohjauksella tarkoitetaan toimenpiteitä, joilla kunta omistajana tai jäsenenä myötävaikuttaa yhtiöiden ja muiden yhteisöjen hallintoon ja toimintaan. Kunnan omistajaohjauksessa keskeinen toimija on konsernijohto, johon kuuluvat kunnanhallitus, kunnanjohtaja tai pormestari ja muut hallintosäädännössä määritellyt viranomaiset. Konsernijohto toteuttaa omistajaohjauksen käytännön toimia sekä konsernivalvontaa konserniyhteisöissä. Kunnan muun toiminnan osalta toimivalta kuuluu 39 §:n mukaisesti lähtökohtaisesti kunnanhallitukselle. Omistajaohjauksella on huolehdittava siitä, että tytäryhteisöjen toiminnassa otetaan huomioon kuntakonsernin kokonaisuus.

2.7.3 Kunnan talous

Kunnan taloussäännökset ja arviointimenettely

Kunnan taloudesta säädetään kuntalain 13 luvussa. Säännöksiä sovelletaan soveltuvin osin myös kuntayhtymään ja liikelaitoskuntayhtymään.

Valtuuston on vuosittain hyväksyttävä seuraavaksi kalenterivuodeksi talousarvio, jossa otetaan huomioon koko kuntakonsernin talouden vastuut ja velvoitteet. Samalla valtuuston on hyväksyttävä myös taloussuunnitelma kolmeksi tai useammaksi vuodeksi (suunnitelmakaudeksi). Talousarvioon on otettava tehtävien ja toiminnallisten tavoitteiden edellyttämät määrärahat ja tuloarviot. Talousarviossa tulee osoittaa myös, miten rahoitustarve katetaan. Talousarviossa ja -suunnitelmassa on käyttötalous- ja tuloslaskelmaosa sekä investointi- ja rahoitusosa. Talousarvio on oikeudellisesti sitova, mutta taloussuunnitelma on vain ohjeellinen muilta osin kuin alijäämän kattamiseksi esitettyjen toimenpiteiden osalta.

Kuntalain 110 §:ssä säädetään kunnan talouden tasapainosta ja alijäämän kattamisvelvollisuudesta. Taloussuunnitelman on oltava tasapainossa tai ylijäämäinen. Alijäämän kattamisvelvollisuus on kytketty tilinpäätöksen osoittamaan kertyneeseen alijäämään ja se on katettava viimeistään neljän vuoden kuluessa tilinpäätöksen vahvistamista seuraavan vuoden alusta lukien. Alijäämän kattamista ei voida siirtää, vaan taloussuunnitelmassa on päätettävä yksilöidyistä toimenpiteistä, joilla alijäämä mainittuna ajanjaksona on katettava. Alijäämän kattamisvelvollisuus koskee myös kuntayhtymiä. Kuntalain 117 § sisältää kuntayhtymän jäsenkuntien viimesijaisen vastuun kuntayhtymän rahoituksesta. Kuntayhtymän jäsenkuntien on perussopimuksessa sovittava kuntien välisestä vastuunjaosta kuntayhtymän sellaisten menojen rahoituksesta, joita ei muuten saada katetuksi.

Kunnan kirjanpitovelvollisuudesta, kirjanpidosta ja tilinpäätöksestä on kuntalaissa säädetyn lisäksi soveltuvin osin voimassa, mitä kirjanpitolaissa säädetään. Kirjanpitolautakunnan kanta- jaostolla on toimivalta antaa ohjeita ja lausuntoja kirjanpitolain ja kuntalain taloussäännösten soveltamisesta.

Kunnan tilikausi on kalenterivuosi. Kunnanhallituksen on laadittava tilinpäätös tilikautta seuraavan vuoden maaliskuun loppuun mennessä, tilintarkastajien on tarkastettava tilinpäätös toukokuun loppuun mennessä ja valtuuston on käsiteltävä tilinpäätös kesäkuun loppuun mennessä. Tilinpäätökseen kuuluvat tase, tuloslaskelma, rahoituslaskelma ja niiden liitteenä olevat tiedot sekä talousarvion toteutumisvertailu ja toimintakertomus.

Kunnan, joka tytäryhteisöineen muodostaa kuntalain 6 §:n tarkoittaman kuntakonsernin, tulee kuntalain 114 §:n mukaisesti laatia ja sisällyttää tilinpäätökseensä konsernitilinpäätös. Konsernitilinpäätös sisältää konsernin tuloslaskelman, konsernitaseen ja niiden liitetiedot sekä konsernin rahoituslaskelman. Kuntayhtymän tilinpäätös yhdistellään aina jäsenkunnan konsernitilinpäätökseen riippumatta siitä, mikä on kunnan osuus kuntayhtymän varoista ja velvoitteista sekä siitä, miten kunnan äänivaltaa on sopimuksilla rajoitettu. Toimintakertomus on osa tilinpäätöstä ja sen erityisenä tehtävänä on selvittää valtuuston asettamien toiminnan ja talouden tavoitteiden toteutumista. Toimintakertomuksessa on lisäksi annettava sellaisia tietoja, jotka eivät käy ilmi tilinpäätöslaskelmista, kuten arvio todennäköisestä tulevasta kehityksestä sekä tiedot sisäisen valvonnan ja riskienhallinnan järjestämisestä ja niiden perusteella tehdyistä keskeisistä johtopäätöksistä. Jos kunnan taseessa on kattamatonta alijäämää, toimintakertomuksessa on esitettävä selvitys talouden tasapainotuksen toteutumisesta tilikaudella sekä voimassa olevan taloussuunnitelman riittävydestä talouden tasapainottamiseksi.

Kuntalain 118 §:ssä säädetään erityisen vaikeassa taloudellisessa asemassa olevan kunnan arviointimenettelystä. Kunnan ja valtion tulee yhdessä selvittää kunnan mahdollisuudet turvata asukkailleen lainsäädännön edellyttämät palvelut sekä ryhtyä toimiin palvelujen edellytysten turvaamiseksi, jos pykälässä säädetyn erityisen vaikeassa taloudellisessa asemassa olevan kunnan arviointimenettelyn edellytykset täyttyvät. Kunta voi joutua arviointimenettelyyn joko taseeseen kertyneen asukaskohtaisen alijäämän tai kuntakonsernia koskevien talouden tunnuslukujen raja-arvojen perusteella. Lisäksi arviointimenettely voidaan käynnistää, jos kunta ei ole

kattanut alijäämää kuntalain mukaisessa määräajassa. Arviointimenettelyn käynnistäminen on valtiovarainministeriön harkinnassa.

Kunnan arviointimenettelyä varten nimetään arviointiryhmä, jonka jäsenistä yhden nimeää valtiovarainministeriö ja yhden kunta. Valtiovarainministeriö nimeää kuntaa kuultuaan ryhmän puheenjohtajaksi kunnasta ja ministeriöstä riippumattoman henkilön. Ryhmä tekee ehdotuksen kunnan asukkaiden palvelujen turvaamiseksi tarvittavista toimenpiteistä. Valtiovarainministeriö tekee ryhmän toimenpide-ehdotusten ja arviointimenettelyssä olevan kunnan valtuuston päätösten perusteella tarvittaessa ratkaisun kuntarakennelaisissa tarkoitetun erityisen selvityksen tarpeellisuudesta kuntajaon muuttamiseksi.

Kuntalain 119 §:ssä säädetään erityisen vaikeassa taloudellisessa asemassa olevan kunnan arviointimenettelyä vastaavasta menettelystä kuntayhtymässä. Kuntayhtymissä arviointimenettely poikkeaa kunnan arviointimenettelystä menettelyn käynnistämisen edellytysten ja menettelyn toteuttamisen osalta. Kuntayhtymän arviointimenettelyn käynnistämistä arvioidaan yksinomaan taseeseen kertyneen alijäämän kattamattomuuden perusteella. Menettelyssä nimetään selvityshenkilö, jonka tehtävänä on laatia ehdotus kuntayhtymän talouden tasapainottamista koskevaksi kuntayhtymän ja jäsenkuntien väliseksi sopimukseksi. Kuntayhtymän alijäämän syistä riippuen selvityshenkilön ehdottama toimenpidekokonaisuus voi sisältää sekä kuntayhtymään että jäsenkuntiin kohdistuvia toimenpiteitä.

Kunnallisen liikelaitoksen taloutta koskevat säännökset, siltä osin kuin ne poikkeavat kunnan taloutta koskevista säännöksistä, on koottu 120 §:ään. Kunnallisen liikelaitoksen talousarviossa ja suunnitelmassa on tuloslaskelma-, investointi- ja rahoitusosa. Kunnan ja kuntayhtymän liikelaitoksesta laaditaan erillistilinpäätös liikelaitoksen oman tuloksen ja taloudellinen aseman selvittämiseksi. Kunnan ja kuntayhtymän liikelaitoksen kirjanpito ja tilinpäätös ovat kuitenkin osa kunnan ja kuntayhtymän kirjanpitoa ja tilinpäätöstä ja ne yhdistellään kunnan ja kuntayhtymän tilinpäätökseen.

2.7.4 Hallinnon ja talouden tarkastus

Kunnan ja kuntayhtymän hallinnon ja talouden tarkastus

Kuntalain 14 luvussa säädetään kunnan hallinnon ja talouden tarkastuksesta. Säännöksiä sovelletaan myös kuntayhtymiin.

Valtuusto nimeää tarkastuslautakunnan, jonka tehtävänä on valmistella valtuuston päätettävät hallinnon ja talouden tarkastusta koskevat asiat. Tarkastuslautakunta arvioi valtuuston asettamien toiminnan ja talouden tavoitteiden toteutumista sekä sitä, onko toteutuminen ollut tuloksellista ja tarkoituksenmukaista. Mikäli kunnan taseessa on kattamatonta alijäämää, tarkastuslautakunta arvioi talouden tasapainotuksen toteutumista tilikaudella sekä alijäämän kattamiseksi suunniteltujen toimenpiteiden riittävyyttä. Arvioinnin tulokset esitetään valtuustolle tilinpäätöksen yhteydessä annettavassa arviointikertomuksessa, joka annetaan tilikaudelta.

Tarkastuslautakunta tekee myös valtuustolle ehdotuksen tilinpäätöksen hyväksymisestä ja vastuuvapauden myöntämisestä tilivelvollisille ottaen huomioon tilintarkastajan tilintarkastuskerptomuksessa antamat lausunnot. Tarkastuksen järjestämistä koskeviin tehtäviin kuuluu myös kuntakonsernin tarkastuksen yhteensovittaminen.

Kuntalain 122 §:ssä säädetään tilintarkastuksesta. Valtuusto valitsee hallinnon ja talouden tarkastamista varten tilintarkastusyhteisön. Yhteisön on määrättävä vastuunalaiseksi tilintarkastajaksi JHT-tilintarkastaja. Tilintarkastaja toimii tehtävässään virkavastuulla.

Tilintarkastajien on viimeistään toukokuun loppuun mennessä tarkastettava kunkin tilikauden hallinto, kirjanpito ja tilinpäätös julkishallinnon hyvän tilintarkastustavan mukaisesti. Tarkastusvastuuseen kuuluu ennen kaikkea kunnan hallinnon lainmukaisuuden sekä tilinpäätöksen oikeellisuuden ja sen antamien tietojen riittävyyden tarkastaminen. Muut tehtävät liittyvät valtionosuuksien perusteista annettuihin tietoihin sekä kunnan sisäisen valvonnan ja riskienhallinnan sekä konsernivalvonnan järjestämisen asianmukaisuuden arviointiin.

Havaitsemistaan olennaisista epäkohdista tilintarkastajan on ilmoitettava viipymättä kunnan hallitukselle annettavassa tilintarkastuspöytäkirjassa. Tilintarkastuspöytäkirjassa voidaan antaa huomautuksia esimerkiksi seikoista, joita ei esitetä tilintarkastuskertomuksessa, mutta jotka on syytä saattaa hallituksen tietoon. Tilintarkastuspöytäkirja annetaan tiedoksi myös tarkastuslautakunnalle.

Tilintarkastaja antaa kultakin tilikaudelta tilintarkastuskertomuksen, jossa esitetään lausumat tarkastuksen tuloksista. Hyväksyessään tilinpäätöksen valtuusto päättää vastuuvapaudesta tilivelvollisille sekä toimenpiteistä, joihin tilintarkastuskertomus, siihen sisältyvät muistutukset ja tarkastuslautakunnan valmistelu antavat aihetta.

Kuntalain 14 §:n mukaan valtuuston on päätettävä sisäisen valvonnan ja riskienhallinnan perusteista sekä 90 §:n mukaisesti sisällytettävä hallintosääntöön tarpeelliset määräykset asiasta. Kunnanhallitus huolehtii 39 §:n mukaisesti sisäisen valvonnan ja riskienhallinnan järjestämisestä. Kuntalaissa ei ole erikseen säännöksiä kunnan sisäiseen valvontaan ja johtamisjärjestelmään kuuluvaksi katsottavan sisäisen tarkastuksen toiminnosta. Kuntalain 48 §:n mukaan kunnan konsernijohto, eli kunnanhallitus ja muut nimenomaiset viranomaiset, vastaa kunnan konsernivalvonnan järjestämisestä, jollei hallintosäännössä toisin määrätä.

Valtiontalouden tarkastusvirasto hallinnon ja talouden tarkastajana

Valtiontalouden valvonnan ja tarkastuksen perussäännös on perustuslain 90 §:ssä. Eduskunta valvoo valtion taloudenhoitoa ja valtion talousarvion noudattamista. Valtion taloudenhoidon ja valtion talousarvion noudattamisen tarkastamista varten eduskunnan yhteydessä on riippumaton valtiontalouden tarkastusvirasto. Tarkastusvaliokunnalla ja valtiontalouden tarkastusvirastolla on oikeus saada viranomaisilta ja muilta valvontansa kohteina olevilta tehtävänsä hoitamiseksi tarvitsemansa tiedot.

Valtiontalouden tarkastusvirastosta annetussa laissa (676/2000) on säädetty tarkemmin viraston asemasta, tehtävistä, toimivaltuuksista sekä tietojensaantioikeuden toteuttamisesta ja ulottuvuuksista.

Tarkastusvirastolla on oikeus tarkastaa muun muassa valtion viranomaisia, laitoksia, liikelaitoksia, liikelaitoskonserneja ja valtion rahastoja sekä valtion määräysvallassa olevia yhtiöitä ja muita lain 19 §:ssä tarkoitettuja yhtiöitä. Lisäksi virastolla on oikeus tarkastaa muun muassa valtiolta varoja tai muuta taloudellista tukea tai etua saaneita kuntia, kuntayhtymiä, säätiöitä sekä muita yhteisöjä ja oikeushenkilöitä sekä yksityisiä henkilöitä sen selvittämiseksi, ovatko varojen tai muun taloudellisen tuen tai edun saamiseksi annetut tiedot oikeat, onko myöntämispäätöksessä määrättyjä ehtoja noudatettu ja onko varat tai muu taloudellinen tuki tai etu käytetty siihen tarkoitukseen, johon ne on annettu. Tarkastusviraston tehtäväksi on lisäksi säädetty muun muassa puoluetuen sekä ehdokkaan vaalirahoituksen valvonta.

Valtiontalouden tarkastusvirastosta annetun lain mukaan tarkastusvirasto antaa tarkastustoimintaansa ja sen suunnittelua sekä tarkastuksissa noudatettavaa hyvää tarkastustapaa koskevia tar-

kempia määräyksiä. Tarkastusten suorittaminen perustuu tarkastusviraston vahvistamaan tarkastussuunnitelmaan. Käytännössä tarkastusvirasto suorittaa tarkastustehtävänsä kansainvälisiin ylimpien tarkastusviranomaisten kansainvälisen järjestön INTOSAI:n vahvistamiin kansainvälisiin ISSAI-tarkastusstandardeihin perustuvien tarkastusohjeiden mukaisesti tekemällä tilintarkastusta, laillisuustarkastusta ja tuloksellisuustarkastusta sekä finanssipolitiikan tarkastusta ja muuta eri tarkastusmenetelmiä yhdistävää tarkastusta. Lisäksi tarkastusvirasto suorittaa finanssipolitiikan valvontaa. Tarkastustoiminnan suuntaamisen yleiset periaatteet ovat tarkastusviraston käytännössä asian välitön ja välillinen valtiontaloudellinen merkitys lyhyellä ja pitkällä aikavälillä, asian merkitys eduskunnalle finanssivallan käytössä sekä valtioneuvostolle valtiontalouden ja hallinnon ohjauksessa ja valvonnassa sekä asian merkitys hyvän hallinnon periaatteiden ja tuloksellisuuden toteutumiselle sekä kansalaisten ja sidosryhmien luottamukselle valtion taloudenhoitoon.

2.8 Kunnallisen toiminnan rahoitus

2.8.1 Kunnallisen toiminnan rahoitus yleisesti

Kuntien tulopohja koostuu pääosin verotuloista, valtionosuuksista ja toimintatuloista. Verotulot koostuvat kunnallisverosta, kiinteistöverosta ja kuntien osuudesta yhteisöveron tuottoon. Toimintatuloja kunnat saavat myyntituottoina ja maksutuloina, jotka kattavat noin neljänneksen kuntien kokonaistuloista. Viidennes kuntien tuloista muodostuu valtionosuuksista.

Kuntien verotuloista keskimäärin 84 prosenttia kertyy kunnallisverosta, noin 8 prosenttia yhteisöverosta ja noin 8 prosenttia kiinteistöverosta. Verotulojen osuus kuntien tuloista on keskimäärin noin 58 prosenttia. Suurimpien kuntien tuloista lähes 64 prosenttia koostuu verotuloista, alimmillaan verotulojen osuus tuloista on 23 prosenttia. Keskimääräinen painotettu tuloveroprosentti on noussut 1,29 prosenttiyksiköllä vuosien 2009–2019 välisenä aikana. Kunnallisveroprosentti on noussut tällä ajanjaksolla noin 300 kunnassa. Keskimääräisen tuloveroprosentin nousun ohella kunnittaisten veroprosenttien ääripäiden ero on kasvanut lähes vuosittain. Vuonna 2019 alin tuloveroprosentti on 17,00 ja ylin 22,50.

Toimintatulojen osuus tuloista vaihtelee voimakkaasti yksittäisten kuntien välillä, ja vaihtelu on huomattavaa myös vuosittain. Toimintatulojen määrään vaikuttaa selkeästi myös palvelujen organisointitapa. Vuonna 2018 yli 100 000 asukkaan kunnissa maksu- ja myyntitulojen osuus toimintatuloista oli hieman yli puolet. Sosiaali- ja terveystulujen käyttäjiltä perittävien asiakasmaksujen osuus palvelujen rahoituksesta on laskenut hieman viime vuosina. Asiakasmaksujen osuus kuntasektorin sosiaali- ja terveydenhuollon toimintamenojen rahoituksesta oli noin 1,5 miljardia euroa eli 7 prosenttia vuonna 2018.

Valtionosuuksien osuus kunnan tuloista pienenee kuntakoon kasvaessa. Valtionosuudet ovat suurimmillaan yli 60 prosenttia ja pienimmillään 2 prosenttia yksittäisen kunnan tuloista. Pienimmissä, alle 2 000 asukkaan kunnissa valtionosuudet ovat käytännössä suuremmat kuin kunnan omat verotulot.

Taulukko 2: Kuntien verotulot, valtionosuudet ja toimintatulot vuonna 2018, kuntakoon mukaan

	Asukas- luku	Toi- mint a-	Ve- ro- tu- lot	Val- tion - osu	Toi- min- tatu- lot,	Toi- min ta- tuot	Ve- ro- tu-	Valti- on- osu ksien
--	-----------------	--------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------	----------------------------	-------------------	-------------------------------

		tuotot		udet	verotulot ja valtionosuudet yhteensä	tojen osuus	lojen osuus	osuus
	€/as	€/as	€/as	€/as	€/as	%	%	%
Manner-Suomi	5 488 130	1 423	4 067	1 541	7 032	20,2	57,9	21,9
alle 2 000	48 871	1 664	3 362	3 536	8 561	19,4	39,3	41,3
2 000 - 6 000	383 071	1 167	3 324	3 207	7 698	15,2	43,2	41,7
6 001 - 10 000	455 796	1 124	3 641	2 571	7 435	16,5	49,0	34,5
10 001 - 20 000	596 663	1 299	3 638	2 077	7 013	18,5	51,9	29,6
20 001 - 40 000	819 892	1 240	4 016	1 531	6 788	18,3	59,2	22,6
40 001 - 100 000	1 013 940	1 467	3 948	1 571	6 986	21,0	56,5	22,5
Yli 100 000	2 169 897	1 589	4 497	828	6 913	23,0	65,0	12,0

Kuntien asukaskohtaiset toimintakulut ovat suurimmat alle 2 000 asukkaan kunnissa. Erot eri kuntaryhmien välillä ovat suuret. Suurimmissa, yli 100 000 asukkaan kunnissa menotaso oli vuonna 2018 lähes 2 000 euroa asukasta kohti matalampi kuin em. pienimmässä kuntaryhmässä. Kesikokoisissa kunnissa menotaso on 1 000–1 200 euroa asukasta kohti pienempi.

Taulukko 3: Kuntien toimintakulut vuonna 2018, kuntakoon mukaan

	Asukasluku	Toimintakulut	Toimintakulut
--	------------	---------------	---------------

		1 000 €	€/as
Manner-Suomi	5 488 130	36 914 948	6 726
alle 2 000	48 871	410 548	8 401
2 000 - 6 000	383 071	2 856 323	7 456
6 001 - 10 000	455 796	3 288 668	7 215
10 001 - 20 000	596 663	4 052 019	6 791
20 001 - 40 000	819 892	5 395 178	6 580
40 001 - 100 000	1 013 940	6 948 044	6 853
Yli 100 000	2 169 897	13 964 168	6 435

Kuntien ja kuntayhtymien investoinnit (brutto) ovat kasvaneet 2000-luvulla varsin tasaisesti, keskimäärin lähes 5 prosenttia vuosittain. Bruttoinvestointien arvo vuonna 2018 oli 4,8 mrd. euroa.

Pääosa kuntien investoinneista kohdistuu rakennuksiin sekä kiinteisiin rakenteisiin ja laitteisiin. Rakennusinvestoinnit ovat kasvaneet tasaisesti. Sen sijaan kiinteiden rakenteiden ja laitteiden investoinnit (sisältää kunnallisen infrastruktuurin toimintoja) ovat muuttuneet vain vähän viime vuosina. Viime vuosina eniten on vaihdellut osakkeiden ja osuuksien määrä. Suurin muutos aiheutui kuntien liikelaitoksiin kohdistuneesta yhtiöittämisvelvoitteesta. Kuntien investointien pidemmän aikavälin vertailua vaikeuttaa, että merkittävä osa kuntien investoinneista on siirtynyt kuntien tytäryhteisöille.

Kuntien ja kuntayhtymien tulorahoitus ei ole viime vuosina riittänyt investointien rahoittamiseen. Tämän seurauksena lainakannan kasvu on ollut nopeaa; kuntien lainakanta on noussut koko 2000-luvun ajan ja vuoden 2018 lopussa se oli jo noin 8 prosenttia suhteessa bruttokansantuotteeseen.

Taulukko 4: Kuntien lainakanta 2018, kuntakoon mukaan

	Asukas- luku	Suhteellinen velkaantunei- suus	Omavarai- suusaste	Lainakanta	Laina- kanta
		%	%	1 000 €	€/as
Manner-Suomi	5 488 130	58,6	59,6	16 729 981	3 048
alle 2 000	48 871	46,7	58,8	145 108	2 969
2 000 - 6 000	383 071	45,9	55,1	1 073 644	2 803
6 001 - 10 000	455 796	53,4	51,7	1 368 758	3 003
10 001 - 20 000	596 663	57,9	48,4	1 854 095	3 107
20 001 - 40 000	819 892	58,3	50,2	2 353 099	2 870
40 001 - 100 000	1 013 940	64,6	49,5	3 507 042	3 459
Yli 100 000	2 169 897	60,6	68,0	6 428 235	2 962

Kuntien konsernilainakanta:

Taulukko 5: Kuntien konsernilainakanta 2018, kuntakoon mukaan

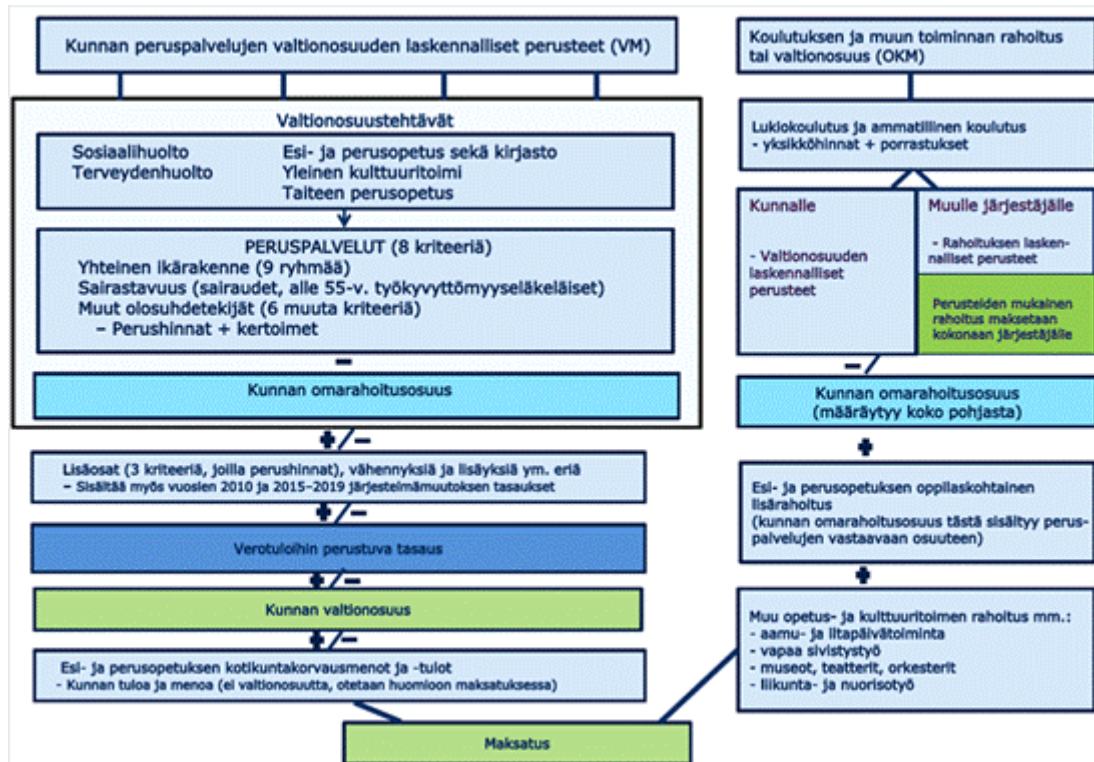
	Asukasluku	Lainakanta	Lainakanta
		1 000 €	€/as
Manner-Suomi	5 458 325	32 689 492	6 540
alle 2 000	44 863	192 687	4 295
2 000 - 6 000	416 629	1 914 827	4 596
6 001 - 10 000	460 767	2 245 318	4 873
10 001 - 20 000	663 257	3 283 785	4 951
20 001 - 40 000	781 650	4 322 5225	5 530
40 001 - 100 000	1 015 590	6 847 108	6 742
Yli 100 000	2 075 569	16 911 736	8 148

Valtionosuusjärjestelmä

Valtionosuusjärjestelmän keskeisenä tarkoituksena on varmistaa, että kaikilla kunnilla on olosuhteista ja kuntien tulopohjan eroista huolimatta edellytykset selvittää erityisesti lakisääteisistä tehtävistään. Järjestelmän tehtävänä on tasoittaa kuntien välillä olevia peruspalveluiden kustannus- ja tarve-eroja ja siten lisätä sairastavuudeltaan, väestörakenteeltaan ja tulopohjaltaan erilaisten kuntien asukkaiden yhdenvertaista kohtelua ja heidän tosiasiallisia mahdollisuuksiaan saada perusoikeuksien toteutumisen kannalta välttämättömiä palveluja. Valtionosuusrahoitus on kunnalle yleiskatteellista, joten kunta päättää rahoituksen käytöstä ja kohdentamisesta itse.

Kuntien valtionosuusjärjestelmä muodostuu kahden hallinnonalan lainsäädännön kokonaisuudesta. Valtiovarainministeriön hallinnoimasta kunnan peruspalvelujen valtionosuuslaista (1704/2009) sekä opetus- ja kulttuuritoimen rahoituksesta annetusta laista (1705/2009), jota hallinnoi opetus- ja kulttuuriministeriö.

Kuvio 1: Nykyinen kuntien valtionosuusjärjestelmä (ml. opetus- ja kulttuuritoimen rahoitus)



Kunnan peruspalvelujen valtionosuusjärjestelmä

Rakenteellisesti kunnan peruspalvelujen valtionosuusjärjestelmä koostuu kahdesta osasta, kustannus- ja tarve-erojen tasauksesta sekä tulopohjan tasauksesta. Kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta annetun lain 1 §:ssä säädetään ns. valtionosuustehtävistä. Pykälässä määritellään ne lait, joiden mukaisista tehtävistä aiheutuviin käyttökustannuksiin maksetaan lain perusteella valtionosuutta.

Kunnan peruspalvelujen valtionosuuden laskemisen perusteina (valtionosuusperusteina) käytetään valtionosuustehtävien laskennallisia kustannuksia sekä syrjäisyyden, työpaikkaomavaraisuuden ja saamelaisten kotiseutualueen kunnan lisäosien määräytymisperusteita. Valtionosuustehtävien laskennallisista kustannuksista säädetään 6 §:ssä ja pykälän 1 momentissa on määritelty laskennallisten kustannusten laskentatapa. Kunnan peruspalvelujen valtionosuuden laskennallisten kustannusten perushinnat määrätään erikseen 6 §:n 2 momentissa säädetyille ikäluokille. Perushinnat säädetään valtioneuvoston asetuksella vuosittain.

Valtion ja kuntien välisessä kustannustenjaon tarkistuksessa tarkistetaan laskennalliset kustannukset, perushinnat ja rahoitus toteutuneiden kustannusten mukaisiksi sekä lain 55 §:ssä tarkoitettu valtionosuusprosentti. Valtio osallistuu laskennallisiin kustannuksiin lain 55 §:ssä säädetyllä prosentiosuudella.

Peruspalvelujen valtionosuuden laskennalliset kustannukset perustuvat pääosin ikäryhmittäisiin kustannuksiin ja sairastavuuteen, joiden painoarvio on yhteensä 94 prosenttia. Sairastavuuskerroimen osatekijöitä ovat terveyden-, vanhusten- ja sosiaalihuolto. Muina laskennallisina valtionosuusperusteina käytetään työttömyyskerrointa, vieraskielisyyskerrointa, kaksikielisyyttä, saaristoisuutta, asukastiheyskerrointa ja koulutustaustakerrointa. Lisäosien määräytymisperusteita ovat syrjäisyys, työpaikkaomavaraisuus ja saamelaiden kotiseutualueen kunnan lisäosa.

Kunnan laskennallisiin verotuloihin perustuvalla valtionosuuden tasauksella tasataan kuntien verotulopohjassa olevia eroja, jotta turvattaisiin kaikille kunnille taloudelliset edellytykset järjestää asukkailleen yhdenvertaiset peruspalvelut kohtuullisella kunnallisverorasituksella ja maksutasolla. Verotuloihin perustuvasta valtionosuuden tasauksesta säädetään lain 29 §:ssä. Kunnalle myönnetään verotuloihin perustuvaa valtionosuuden lisäystä (tasauslisä), jos kunnan laskennallinen verotulo asukasta kohden on pienempi kuin euromäärä, joka saadaan jakamalla kaikkien kuntien yhteenlasketut laskennalliset verotulot kuntien yhteenlasketulla asukasmäärällä (tasausraja). Kunta saa tasauslisää 80 prosenttia tasausrajan ja kunnan asukasta kohden lasketun laskennallisen verotulon erotuksesta. Jos kunnan laskennallinen verotulo asukasta kohden ylittää tasausrajan, tehdään kunnan valtionosuuteen tasausvähennys. Tasausvähennys on 30 prosenttia tasausrajan ylittävästä asukaskohtaisesta euromäärästä lisättynä mainitun ylityksen luonnollisella logaritmillä. Luonnollinen logaritmi muunnetaan prosenttiyksiköiksi.

Harkinnanvaraisesta valtionosuuden korotuksesta säädetään lain 30 §:ssä. Kunnan valtionosuutta voidaan korottaa hakemuksesta harkinnanvaraisesti valtion talousarvion rajoissa, jos kunta ensisijaisesti poikkeuksellisten tai tilapäisten kunnallistaloudellisten vaikeuksien vuoksi on lisätyn taloudellisen tuen tarpeessa. Vuoden 2020 talousarvioon sisältyy 10 miljoonan euron määräraha kuntien harkinnanvaraiseen valtionosuuden korotukseen. Harkinnanvarainen korotus rahoitetaan vastaavalla euromäärällä peruspalvelujen valtionosuudesta.

Lakiin sisältyy myös säännöksiä työmarkkina- ja toimeentulotukimenoihin liittyen. Kunnan valtionosuutta lisätään tai vähennetään kuntien vastuulla olevien työmarkkinatuki- ja toimeentulotukimenojen perusteella lain 34 §:n 2 ja 3 momentissa säädetyllä tavalla lasketulla euromäärällä. Lain 34 a §:ssä säädetään työmarkkinatuen rahoitusvastuun siirrosta kunnille aiheutuvien kustannusten kasvun tasauksesta. 34 b §:n mukaan toimeentulotuesta annetun lain 5 b §:ssä tarkoitettu kunnan rahoitusosuus perustoimeentulotuen menoista toteutetaan vähentämällä kunnan valtionosuutta määrällä, joka vastaa kunnan osuutta kuntaan kohdistuvasta, vuositasolla maksetusta perustoimeentulotuesta.

Veroperustemuutoksien huomioon ottamisesta valtionosuuksissa säädetään lain 36a §:ssä. Eri-laisten verotuksessa tehtävien vähennysten vuoksi kuntien tuloveroprosentit (nimellinen veraste) ei vastaa todellista veroastetta kunnissa. Vuonna 2019 noin neljännes peruspalvelujen valtionosuudesta oli kompensatiota veroperusteiden muutoksista aiheutuvista verotulo- menetyksistä. Vuoden 2020 talousarvioesitykseen sisältyy muutos, jossa kompensatiot siirretään peruspalvelujen valtionosuudesta omalle momentille. Vuoden 2020 tasolla veroperustemuutoksista johtuvat veromenetysten korvaukset ovat lähes 2,3 mrd. euroa.

Erilaisista määräaikaista kuntien valtionosuuteen tehtävistä vähennyksistä ja lisäyksistä säädetään lain 36 §:ssä. Tällaisia määräaikaista vähennyksiä ovat muun muassa eläketukiudistukseen liittyvä vähennys, digitaalisaation kannustinjärjestelmän ja lääkintä- ja lääkärihelikopteritoiminnan rahoittaminen.

Lain 8 luku sisältää kotikuntakorvausjärjestelmän. Opetuksen järjestäjä on oikeutettu kotikuntakorvaukseen oppilaan suorittaessa oppivelvollisuuttaan muussa kuin oman kotikuntansa esi-

tai perusopetuksessa. Kotikuntakorvausmenot ja -tulot otetaan huomioon keskitetysti valtion-osuusmaksatuksessa.

Peruspalvelujen valtionosuuden hallinnoinnista ja maksamisesta säädetään lain 9 luvussa. Valtiovarainministeriö valmistelee yhteistoiminnassa sosiaali- ja terveysministeriön sekä opetus- ja kulttuuriministeriön kanssa laissa tarkoitettujen valtionosuustehtävien muutoksien vaikutukset valtionosuusperusteisiin ja valtionosuuden perusteiden laskennan valtion talousarvion valmistelua varten.

Opetus- ja kulttuuritoimen rahoitus

Opetus- ja kulttuuritoimen rahoituksesta annetussa laissa säädetään kunnalle, kuntayhtymälle, rekisteröidylle yhteisölle tai säätiölle taikka valtion liikelaitokselle käyttökustannuksiin myönnettävästä valtionosuudesta ja -avustuksesta sekä muusta rahoituksesta lain 1 §:ssä lueteltua toimintaa varten. Pykälän luettelossa ovat mukana lukiolaki, ammatillisesta koulutuksesta annettu laki, nuorisolaki, liikuntalaki (390/2015), museolaki (314/2019) sekä teatteri- ja orkesterilaki (730/1992). Laissa säädetään myös liikuntalain, museolain sekä teatteri- ja orkesterilain mukaisiin perustamishankkeisiin myönnettävästä valtionavustuksesta. Niihin perusopetusta, taiteen perusopetusta, kirjastoja ja kuntien kulttuuritoimintaa koskeviin tehtäviin, jotka ovat kunnille vapaaehtoisia ja joita kaikki kunnat eivät järjestä tai joiden piirissä on vain osa oppilaita tai asukkaista, maksetaan rahoitus opetus- ja kulttuuritoimen rahoitus lain perusteella.

Opetus- ja kulttuuritoimen rahoituksesta annetun lain mukaiset valtionosuudet perustuvat laskennallisiin yksikköhintoihin, joiden mukainen rahoitus maksetaan toiminnan ylläpitäjälle, sekä kunnan asukaskohtaiseen rahoitusosuuteen, joka vähennetään kunnan valtionosuutta maksettaessa. Rahoituslain mukaisen rahoituksen euromääräisesti merkittävin osa on koulutuksen ylläpitäjille myönnettävä, laskennallisiin hintoihin perustuva yksikköhintarahoitus lukiokoulutukseen, ammatilliseen koulutukseen ja ammattikorkeakouluille. Kuntien kannalta opetus- ja kulttuuritoimen rahoitus on keskimäärin negatiivinen, koska vain ylläpitäjät saavat em. rahoitusta, mutta kaikki kunnat osallistuvat toisen asteen koulutuksen rahoitukseen asukasluvun mukaisesti. Yksikköhintojen yleinen taso tarkistetaan kustannustason muutoksen ja toteutuneiden kustannusten perusteella. Rahoitus on yleiskatteellista eli sen käyttö ei ole sidottu tiettyyn tarkoitukseen.

Opetus- ja kulttuuritoimen rahoitusjärjestelmässä rahoitusta voidaan myöntää kunnille, kuntayhtymille ja yksityisille toiminnan järjestäjille.

Perustamishankkeita eli koulujen, kirjastojen ja liikuntapaikkojen rakentamista, peruskorjausta tai ostoa sekä niiden varustamista on lähtökohtaisesti mahdollista tukea lain nojalla valtionavustuksin. Valtionosuuksia maksetaan myös vapaaehtoisten taide- ja kulttuuripalvelujen ylläpitämiseksi. Taide- ja kulttuurilaitosten ylläpitäjä voi olla kunta, kuntayhtymä, säätiö, rekisteröity yhdistys tai osakeyhtiö. Ammattimaiseen teatteri-, orkesteri-, tai museotoimintaan valtionosuutta myönnetään henkilötyövuosien määrän ja yksikköhintojen perusteella.

2.8.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus ja kuntien välinen kustannustenjakko

Käyttökustannukset

Kuntien järjestämisvastuulle kuuluvan sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset olivat Manner-Suomessa vuonna 2018 yhteensä 21,6 miljardia euroa. Tämä oli 45,4 prosenttia kuntasek-

torin noin 47,6 miljardin euron käyttökustannuksista vuonna 2018. Sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannuksista erikoissairaanhoidon kattoi kolmanneksen ja perusterveydenhuolto viidenneksen. Muille tehtäväluokille jäi siten alle puolet. Kuntien väliset erot sosiaali- ja terveydenhuollon meno-osuuksissa samoin kuin asukaskohtaisissa menoissa vaihtelevat suuresti.

Kunnille maksetaan valtionosuutta sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannuksiin kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta annetun lain mukaisesti siten kuin edellisessä jaksossa on todettu. Kuntien peruspalvelujen järjestämiseen maksetut valtionosuudet ovat tietyin poikkeuksin yleiskatteellista rahoitusta kunnille valtionosuustehtävien järjestämiseksi. Peruspalvelujen valtionosuuksia maksettiin 8,6 miljardia euroa vuonna 2018.

Valtio kohdentaa peruspalvelujen valtionosuuden lisäksi rahoitusta kuntasektorin sosiaali- ja terveydenhuoltoon ja siihen kytkeytyviin toimintoihin myös useiden muiden valtion talousarvionmomenttien kautta. Tällaisia eräitä ovat muun muassa valtionosuus perustoimeentulotuen kustannuksiin, valtion korvaus kuntien terveydenhuollon yksiköille lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksesta aiheutuviin kustannuksiin, valtion rahoitus yliopistotasoiseen terveyden tutkimukseen sekä valtion korvaus kunnille kuntouttavan työtoiminnan järjestämisestä.

Investoinnit

Kunnat ja sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymät vastaavat itse investointien rahoituksesta. Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain perusteella kunnille ja kuntayhtymille olisi mahdollista suorittaa valtionavustusta sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseksi tarpeellisiin perustamishankkeisiin, jos hanke on välttämätön ja sen kokonaiskustannukset ovat vähintään 300 000 euroa. Valtionavustuksen osuus hankkeen kokonaiskustannuksista määräytyy kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta annetun lain perusteella. Valtionavustuksen saaminen edellyttää lisäksi, että valtion talousarviossa on määräraha avustuksen myöntämiseen. Käytännössä valtionavustuksia ei ole myönnetty uudisrakentamiseen enää moneen vuoteen. Niinpä kunnat ja kuntayhtymät ovat rahoittaneet itse tällaiset investoinnit.

Vuonna 2016 voimaan tulleen kuntien ja kuntayhtymien eräiden oikeustoimien väliaikaisesta rajoittamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa annetun lain (548/2016), ns. rajoituslain, mukaan kuntien tai kuntayhtymien on tullut hakea sosiaali- ja terveysministeriöltä lupaa arvonlisäverottomilta kokonaiskustannuksiltaan viisi miljoonaa euroa ylittäviin investointeihin. Lokakuussa 2019 rakennusinvestointien poikkeuslupia oli myönnetty lain voimassaoloaikana kunnille ja kuntayhtymille yhteensä 82 kappaletta. Myönnettyjen poikkeuslupien kokonaisarvo oli noin 3,66 miljardia euroa, josta sairaanhoitopiirien kuntayhtymien osuus oli noin 2,99 miljardia euroa ja kuntien osuus noin 0,67 miljardia euroa.

Erityisvaltionosuudet ja -avustukset

Opetustoiminta

Terveydenhuollon opetus- ja tutkimustoiminnan korvausjärjestelmästä säädetään terveydenhuoltolain 7 luvussa. Sen mukaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymälle, jossa on yliopistollinen sairaala, korvataan valtion varoista kustannuksia, jotka aiheutuvat lääkärin ja hammaslääkärin perus- ja erikoistumiskoulutuksesta. Peruskoulutuksen korvaus lasketaan lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksen aloittaneiden opiskelijoiden lukumäärän ja suoritettujen tutkintojen lukumäärän keskiarvon perusteella. Erikoistumiskoulutuksen korvaus perustuu tutkintojen lukumäärään ja tutkinnosta määrättyyn korvaukseen.

Tutkintojen lukumäärään perustuvaa koulutuskorvausta ei kuitenkaan suoriteta terveydenhuollon erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäritutkinnosta eikä liikuntalääketieteen, työterveyshuollon ja yleislääketieteen erikoislääkärin tutkinnosta. Jos tällaista koulutusta annetaan yliopistollisessa sairaalassa, sitä ylläpitävälle kuntayhtymälle suoritetaan valtion varoista korvausta koulutuksesta aiheutuviin kustannuksiin toteutuneiden koulutuskuukausien määrän perusteella.

Terveydenhuoltolaki sisältää myös säännökset siitä, miten koulutuksesta aiheutuneet kustannukset korvataan sekä perus- että erikoistumiskoulutuksen osalta muulle terveydenhuollon toimintayksikölle kuin yliopistolliselle sairaalalle. Lisäksi terveydenhuoltolaissa säädetään lääkärin ja hammaslääkärin tietyistä lisä- ja täydennyskoulutuksista aiheutuvien kustannusten sekä sairaanhoitajan, kättilön ja terveydenhoitajan rajatun lääkkeenmääräämisen edellyttämän koulutuksen kustannusten korvaamisesta terveydenhuollon toimintayksiköille.

Sosiaalihuollon opetustoiminnan korvauksista säädetään sosiaalihuoltolain 60 a §:ssä. Säännöksen mukaan sosiaalityön erikoistumiskoulutusta järjestävälle yliopistolle voidaan korvata valtion varoista koulutuksesta aiheutuvia kustannuksia. Erikoistumiskoulutuksen korvaus perustuu koulutuksen suorittaneiden sosiaalityön ammattihenkilöiden lukumäärään.

Tutkimustoiminta

Yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen rahoituksen osalta terveydenhuoltolaissa säädetään, että sosiaali- ja terveysministeriö määrittelee yhteistyössä erityisvastuualueiden tutkimustoimikuntien kanssa yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen painoalueet ja tavoitteet nelivuotiskausittain. Valtion rahoitus tällaiseen tutkimukseen myönnetään erityisvastuualueiden tutkimustoimikunnille. Ne päättävät tutkimusrahoituksen osoittamisesta tutkimushankkeille alueellaan hakemusten perusteella. Rahoitus maksetaan tutkimustoimikunnille sosiaali- ja terveysministeriön neljäksi vuodeksi kerrallaan tekemän päätöksen mukaisesti. Ministeriön päätös perustuu tutkimustoiminnan painoalueiden ja tavoitteiden toteutumiseen sekä tutkimuksen laatuun, määrään ja tuloksellisuuteen edellisellä nelivuotiskaudella.

Erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien kuntayhtymien on perustettava alueelleen yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen tutkimustoimikunta, jossa on monitieteinen edustus erityisvastuualueen terveydenhuollon toimintayksiköistä. Tutkimustoimikunta päättää tutkimusrahoituksen myöntämisestä alueellaan hakemusten perusteella. Terveydenhuollon toimintayksikköä ylläpitävä kunta, kuntayhtymä, valtion mielisairaala tai sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella säädetty muu palvelujen tuottaja voivat hakea terveyden tutkimuksen rahoitusta.

Sosiaali- ja terveysministeriö asettaa valtakunnallisen asiantuntijoista koostuvan terveyden tutkimuksen arviointiryhmän. Arviointiryhmän tehtävänä on arvioida terveyden tutkimuksen laatua, määrää ja tuloksellisuutta sekä painoalueiden ja tavoitteiden saavuttamista kuluneella nelivuotiskaudella ja tehdä sosiaali- ja terveysministeriölle ehdotus yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen rahoituksen jakamisesta erityisvastuualueille seuraavana nelivuotiskautena.

Sosiaalihuollon tutkimus ei nykyisin ole valtion tutkimuskorvausjärjestelmän piirissä, mutta hallitus antoi 6.2.2020 tätä koskevan esityksen (hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaalihuoltolain muuttamisesta, HE 5/2020 vp). Esityksen mukaan sosiaali- ja terveysministeriö voisi myöntää vuosittain hakemusten perusteella valtion rahoitusta yliopistotasaisen sosiaalityön tutkimushankkeille, jotka sopivat yhteen sosiaalityön tutkimustoiminnan painoalueiden ja tavoitteiden kanssa ja jotka on vertaisarvioitu. Sosiaali- ja terveysministeriö asettaisi valtakunnallisen asiantuntijoista koostuvan sosiaalityön tutkimuksen arviointiryhmän. Arviointiryhmän tehtävänä olisi tehdä ministeriölle vuosittain ehdotus tutkimustoiminnan painoalueista ja tavoitteista

seuraavalle vuodelle sekä seurata ja arvioida rahoitusta saaneiden hankkeiden toteutumista. Ministeriö päättäisi rahoitusta saavista hankkeista vertaisarviointiin perustuen kuultuaan arviointiryhmää. Hallituksen esityksen käsittely eduskunnassa on kesken.

2.9 Verojärjestelmä

Suomen verojärjestelmä koostuu välillisistä veroista ja välittömistä veroista. Välillisiä veroja ovat verot, jotka on tarkoitettu vyörytettäväksi tavaran tai palvelun hinnassa lopullisen kuluttajan maksettavaksi. Välittömillä veroilla puolestaan tarkoitetaan veroja, jotka tulevat suoraan verovelvollisen maksettavaksi ja määräytyvät verovelvollisen omien tulojen perusteella.

Veronsaajina Suomessa ovat valtio, kunnat, seurakunnat ja Kansaneläkelaitos. Kuntien verotulot koostuvat kunnallisverosta, kiinteistöverosta ja kuntien jako-osuudesta yhteisöveron tuottoon. Valtion verotulot puolestaan kertyvät useasta verolajista kuten esimerkiksi tuloverosta, yhteisöverosta, arvonlisäverosta ja valmisteveroista. Evankelisluterilaiset ja ortodoksiset seurakunnat ovat veronsaajina kirkollisveron osalta ja Kansaneläkelaitos sairausvakuutusmaksun osalta.

Verotuksen ensisijaisena tavoitteena on julkisen sektorin toiminnan rahoittaminen verotuloilla. Tämän lisäksi verotuksella voidaan pyrkiä edistämään oikeudenmukaista tulonjakoa tai ohjaamaan talouden eri toimijoiden käyttäytymistä. Tavoitteena tulee kuitenkin olla, että verojärjestelmä vääristää mahdollisimman vähän talouden toimintaa.

Verojärjestelmän lähtökohtana tulee olla sen hallinnollinen tehokkuus ja yksinkertaisuus sekä verotuksen ennustettavuus. Järjestelmän tehokkuus laskee, mitä enemmän siinä on poikkeuksia ja vähennyksiä. Nämä kaventavat samalla veropohjaa. Lisäksi järjestelmän monimutkaisuus vaikeuttaa verotuksen vaikutusten arviointia ja vaatii enemmän resursseja.

2.9.1 Kuntien verotusoikeus

Perustuslain 121 §:n 3 momentin mukaan kunnilla on verotusoikeus. Lailla säädetään verovelvollisuuden ja veron määräytymisen perusteista sekä verovelvollisen oikeusturvasta.

Kuntien tulot koostuvat pääosin verotuloista, valtionosuuksista ja toimintatuloista. Verotulot koostuvat kunnallisverosta, kiinteistöverosta ja kuntien osuudesta yhteisöveron tuottoon. Merkittävin osuus kunnan verotuloista koostuu kunnallisverosta, jota luonnolliset henkilöt ja kuolinpesät maksavat kunnallisverotuksen verotettavan ansiotulon perusteella. Kiinteistöveroa suoritetaan kunnille kiinteistön arvon perusteella siten kuin kiinteistöverolaissa (654/1992) säädetään. Kunnanvaltuusto määrää kunnan kiinteistöveroprosenttien suuruuden vuosittain etukäteen samalla, kun se vahvistaa varainhoitovuoden tuloveroprosentin. Kiinteistöveroprosenteille on kiinteistöverolaissa määritelty ala- ja ylärajat. Kuntien osuus yhteisöveron tuottoon määräytyy kuntien jako-osuuden perusteella siten kuin verontilityslaissa (532/1998) säädetään.

Kuntien verotusoikeuden on vakiintuneesti katsottu kuuluvan kunnallisen itsehallinnon keskeisiin ominaispiirteisiin. Perustuslain turvaaman kunnallisen verotusoikeuden keskeiseksi sisällöksi on perustuslakivaliokunnan käytännössä muodostunut se, että verotusoikeudella tulee olla aitoa merkitystä kuntien mahdollisuuksiin päättää itsenäisesti taloudestaan. Tämän perusteella kunnallisen verotusoikeuden keskeisenä sisältönä on lähtökohtaisesti oikeus päättää veroprosentistaan. Kunnilla on siten periaatteessa täysi vapaus määrätä kunnallisveroprosenttinsa. Käytännössä mahdollisuudet ovat kuitenkin rajatummalla. Esimerkiksi kuntalaki lähtee siitä, että kuntataloudessa tähdätään tasapainotilaan. Veroprosentilla kerättävä kunnallisverotuotto ei voi esi-

merkiksi ylittää budjettitasapainon saavuttamiseksi katsottua tasoa, kun myös muut kunnan tulot otetaan huomioon. Kunnat ovat myös haluttomia nostamaan kunnallisveroastettaan yhtään korkeammaksi kuin on tarpeellista menojen kattamiseksi, koska korkea veroaste ei houkuttele veroja maksavia asukkaita kuntaan.

2.9.2 Kuntien osuus yhteisöveron tuotosta

Yritykset maksavat yhteisöveroa tuloverolain (1535/1992) 124 §:n mukaisesti 20 prosentin verokannalla. Yhteisöverosta kertyvät tulot jaetaan valtion ja kuntien kesken verontilityslaisissa säädettyjen jako-osuuksien mukaisesti. Yksittäisen kunnan yhteisövero-osuus määräytyy verontilityslain 13 §:n mukaan. Kunnan verovuoden jako-osuus on kahden viimeksi valmistuneen verotuksen tietojen perusteella laskettujen jako-osuuksien keskiarvo. Kunnan jako-osuus on yritystoimintaerän ja metsäerän summan suhteellinen osuus kaikkien kuntien vastaavien lukujen summasta.

Yhtenäiseen yhteisöveroon siirryttiin vuonna 1993. Vuoteen 1992 saakka kunnat verottivat yrityksiä omilla kunnallisveroprosenteillaan. Kuntien yhteisövero-osuuteen sisältyy paikallisten yritysten toimintaan perustuvien verojen lisäksi metsäerä. Metsäerä otettiin käyttöön siirryttäessä metsän pinta-alaverotuksesta pääomatulona verotettavaan puun myyntitulon verotukseen, jossa veronsaajana on valtio. Kunnille kompensoitiin sitä, että metsän myynnistä saatavat verotulot siirtyivät kunnallisverotuksen ulkopuolelle.

Verontilityslain 12 §:n mukaan kuntien jako-osuus yhteisöverosta on 31,30 prosenttia. Verontilityslain 12 f §:ssä on kuitenkin säädetty erikseen yhteisöveron jako-osuuksista vuosille 2020–2027. Osana koronavirusepidemiaan liittyvää kuntien tukemisen toimenpiteiden kokonaisuutta kuntien jako-osuutta yhteisöverosta korotettiin 10 prosenttiyksiköllä 32,13 prosentista 42,13 prosenttiin verovuodelle 2020 (x/2020). Yhteisöveron tuotto sekä kuntien osuus siitä ovat viime vuosina olleet seuraavat:

Yhteisöveron tuotto, milj. euroina

Vuosi	Maksuunpantu vero	Muutos-% edellisestä vuodesta	Kuntien yhteisöveron jako-osuus, %	Kuntien osuus maksuunpannusta verosta
2015	4 477		36,87	1 651
2016	5 544	23,83	30,92	1 714
2017	5 655	2,00	30,34	1 716
2018	5 911	4,53	31,35	1 853
2019*	6 053	2,40	31,30	1 895
2020*	5 238	-13,46	32,13	1 683
2021*	5 282	0,84	32,24	1 703

Vuosien 2019—2021 tuottoarviot perustuvat tämän esityksen antamisajankohdan mukaiseen arvioon yleisestä ja yritysten talouskehityksestä, ja ne muuttuvat myöhempien ennusteiden muutosten mukaisesti. Vuoden 2020 kuntien yhteisöveron jako-osuus ei sisällä koronavirusepidemiaan liittyvää kuntien jako-osuuden korotusta.

Kuntien yhteisöveron metsävero-osuus määräytyy verontilityslain 13 §:n mukaisesti siten, että vuoden 2007 metsävero-osuutta muutetaan verontilityslaissa tarkoitettujen bruttokantorahatulojen muutosta vastaavasti, joten metsäosuuden euromäärä ei ole niin suhdanneherkkä kuin yritystoimintaerä eikä siten kunnan saaman metsäerän määrä vaihtelee vuosittain kovinkaan paljon. Verontilityslain mukaan metsävero-osuuden määrä on vähintään 5 ja enintään 15 prosenttia kuntien yhteisöverosta. Kuntien metsäerä on viime vuosina ollut noin 10 prosenttia kuntien yhteisöverosuudesta. Kuitenkin noin puolella kunnista sen osuus yhteisöverosta on ollut yli kolmanneksen. Suurilla kaupungeilla metsäerän merkitys on pieni, mutta joillakin metsävaltaisilla kunnilla yli 90 prosenttia yhteisöverosuudesta voi muodostua metsäerän perusteella. Näillä kunnilla yhteisövero voi muodostaa jopa yli viidenneksen kunnan verotuloista.

Tällä hetkellä kuntien saama yhteisövero on keskimäärin noin 8 prosenttia kuntien verotuloista. Yhteisöveron osuus kuntien verotuloista vaihtelee suuresti yksittäisten kuntien välillä minimi ollessa 0,5 prosenttia ja maksimin 30 prosenttia. Myös koko maan tasolla yhteisöveron tuotto vaihtelee vuosittain muun muassa suhdanteista riippuen.

2.9.3 Ansiotulojen verotus

Suomen tuloverojärjestelmä perustuu laajaan tulokäsitteeseen, jonka mukaan kaikki rahana tai rahanarvoisena etuutena saadut tulot ovat veronalaisia, jollei niitä ole erikseen säädetty verovapaiksi. Luonnollisen henkilön ja kuolinpesän tulo jaetaan kahteen tulolajiin, joita ovat ansiotulo ja pääomatulo. Eriytetyn tuloverojärjestelmän mukaan ansio- ja pääomatuloja verotetaan erikseen. Pääomatulot on lueteltu tyhjentyvästi tuloverolaissa. Ansiotuloa on puolestaan kaikki muu veronalainen tulo kuin pääomatulo. Ansiotuloa ovat muun muassa työsuhteen perusteella saatu palkkatulo, yrittäjätulon ansiotulo-osuus, eläketulo sekä muut veronalaiset sosiaalietuudet.

Verotettava ansiotulo määrätään bruttotulon ja siitä erikseen valtion- ja kunnallisverotuksessa tehtävien vähennysten perusteella. Ansiotulosta maksettavat verot määräytyvät verotettavan tulon perusteella.

Puhdas ansiotulo lasketaan vähentämällä ansiotulosta luonnolliset vähennykset. Valtionverotuksen verovuoden ansiotulo lasketaan vähentämällä puhtaasta ansiotulosta valtionverotuksessa tulosta tehtävät vähennykset ja kunnallisverotuksen verovuoden tulo vähentämällä puhtaasta ansiotulosta kunnallisverotuksessa tehtävät vähennykset. Valtionverotuksen verotettava ansiotulo ja kunnallisverotuksen verotettava tulo lasketaan vähentämällä valtionverotuksen verovuoden ansiotulosta ja kunnallisverotuksen verovuoden tulosta aikaisemmilta vuosilta vahvistetut ansiotulolajin tappiot. Valtionverotuksessa ja kunnallisverotuksessa myönnetään eri vähennyksiä, jolloin veropohjat muodostuvat erilaisiksi.

Valtion tulovero

Luonnollisen henkilön ja kuolinpesän on suoritettava valtiolle tuloveroa valtionverotuksessa verotettavan ansiotulon perusteella. Veron määrä määräytyy valtion progressiivisen tuloveroasteikon mukaan. Lisäksi eläketulosta suoritetaan eläketulon lisäveroa 5,85 prosenttia siltä osin kuin eläketulo vähennettynä eläketulovähennyksen määrällä ylittää 47 000 euroa. Kultakin verovuodelta toimitettavassa ansiotulon verotuksessa sovellettavasta veroasteikosta säädetään vuosittain erikseen.

Vuoden 2020 verotuksessa ansiotuloista maksetaan valtiolle tuloveroa seuraavan asteikon mukaan.

Taulukko 7 Vuoden 2020 tuloveroasteikko

Verotettava ansiotulo, euroa	Vero alarajan kohdalla, euroa	Vero alarajan ylitävistä tulon osasta, %
18 100–27 200	8,00	6,00
27 200–44 800	554,00	17,25
44 800–78 500	3 590,00	21,25
78 500–	10 751,25	31,25

Kunnallisvero, kirkollisvero sekä sairausvakuutusmaksu

Luonnollisen henkilön ja kuolinpesän on maksettava kunnallisverotuksen verotettavasta tulostaan tuloveroa kunnalle kunnallisveroprosentin mukaan. Kukin kunta määrää vuosittain oman veroprosenttinsa kuntalain 111 §:n mukaisesti. Jos verovelvollisen verotettava tulo jää alle 10 euron, kunnallisveroa ei määrätä. Vuonna 2020 kunnallisveroprosentti vaihtelee 17,0 prosentista 23,5 prosenttiin. Keskimääräinen kunnallisveroprosentti on 19,97. Vaikka kunnallisverotuksessa ansiotuloja verotetaan suhteellisen verokannan mukaan, verotuksessa tehtävät vähennykset tekevät myös kunnallisverotuksesta progressiivisen. Näiden vähennysten seurauksena kunnallisverotuksen efektiiviset ja nimelliset veroprosentit eroavat toisistaan.

Kirkollisveroa maksavat evankelisluterilaisten ja ortodoksisten seurakuntien jäsenet kunnallisverotuksessa verotettavan ansiotulon perusteella. Kukin seurakunta määrää kirkollisveroprosenttinsa vuosittain. Vuonna 2020 kirkollisveroprosentti vaihtelee 1,00–2,00 prosenttiin.

Sairausvakuutusmaksua maksetaan Kansaneläkelaitokselle. Maksu koostuu sairausvakuutuksen sairaanhoitomaksusta sekä sairausvakuutuksen päivärahamaksusta. Vuonna 2020 sairaanhoitomaksu on 0,68 prosenttia työtulosta ja 1,65 prosenttia muusta ansiotulosta kuten esimerkiksi eläke- ja etuustulosta. Sairaanhoitomaksun maksuperusteesta tehdään kunnallisverotuksen vähennykset. Päivärahamaksu on 1,18 prosenttia veronalaisesta työtulosta vuonna 2020, jos vuotuisen palkka- ja työtulon yhteismäärä on vähintään 14 574 euroa. Jos palkka- ja työtulon yhteismäärä jää alle 14 574 euroa, päivärahamaksu on 0,00 prosenttia. Yrittäjiltä, joilla on yrittäjän eläkevakuutus eli YEL-vakuutus, maksu peritään työtulosta. Yrittäjän työtulosta peritään korotettua maksua. Korotus on 0,15 prosenttiyksikköä eli maksu on 1,33 prosenttia. Maatalousyrittäjän eläkelain (MYEL) (1280/2006) mukaan vakuutetun henkilön MYEL-vakuutusmaksu lasketaan vakuutetun henkilökohtaisesta, vuoden alussa voimassa olevasta MYEL-työtulosta. Maksuprosentti riippuu iästä ja MYEL-työtulon määrästä. Vakuutusmaksuja koskevasta lainsäädännöstä vastaa sosiaali- ja terveysministeriö.

Vähennykset

Suomen verojärjestelmä perustuu nettotulon verottamiseen. Tämä tarkoittaa sitä, että verovelvollisella on oikeus vähentää veronalaisesta tulostaan tulon hankkimisesta ja säilyttämisestä aiheutuneet menot siten kuin tuloverolaissa säädetään. Näiden niin sanottujen luonnollisten vähennysten lisäksi verojärjestelmä sisältää muita vähennyksiä, joiden tavoitteena on verotuksen kautta tukea tiettyä toimintaa tai vähennys myönnetään sosiaalisin perustein. Esimerkkinä tämän tyyppisistä vähennyksistä voidaan mainita kotitalousvähennys, asuntovelan korkojen osit-

tainen vähennyskelpoisuus, invalidivähennys sekä elatusvelvollisuusvähennys. Verojärjestelmämme sisältää myös tiettyjä vähennyksiä, joiden tavoitteena on erilaisten ansiotulojen verotuksen tason määrittäminen. Esimerkiksi työtulon perusteella tehdään työtulovähennys sekä kunnallisverotuksen ansiotulovähennys. Näiden vain työtulon perusteella tehtävien vähennysten tavoitteena on työllisyyden ja työn tarjonnan edistäminen parantamalla työnteon kannustavuutta. Eläketulosta puolestaan tehdään valtionverotuksen eläketulovähennys sekä kunnallisverotuksen eläketulovähennys. Näiden tarkoituksena on säädellä eläketulojen verorasitusta muun muassa siten, ettei pelkästään kansaneläkettä tai takuueläkettä saavat maksa tuloveroa. Kunnallisverotuksen perusvähennys myönnetään muiden kunnallisverotuksessa veronalaisesta tulosta tehtävien vähennysten jälkeen. Perusvähennys myönnetään kaikesta ansiotulosta eli työ- ja eläketulon lisäksi myös päivärahatulosta. Nämä edellä mainitut vähennykset painottuvat pieni- ja keskituloisille, mikä yhdessä valtion progressiivisen tuloveroasteikon kanssa tarkoittaa sitä, että Suomen ansiotuloverotuksen progressio on muodostunut jyrkäksi ja marginaaliveroasteet korkeiksi.

Vähennykset voivat olla joko verosta tehtäviä vähennyksiä tai tulosta tehtäviä vähennyksiä. Esimerkiksi luonnolliset vähennykset sekä eläketulovähennykset ovat tulosta tehtäviä vähennyksiä. Tällaiset vähennykset pienentävät verotettavaa tuloa, jolloin vähennyksen vaikutus verovelvolliselle riippuu tulojen määrästä. Tulosta tehtävien vähennysten vaikutus verovelvolliselle riippuu myös kunnallisveroprosentista. Esimerkiksi työtulovähennys ja kotitalousvähennys taas ovat verosta tehtäviä vähennyksiä. Myös pääomatulolajin alijäämän perusteella määräytyvä alijäämähyvitys tehdään ansiotuloista menevistä veroista. Saman suuruisen verosta tehtävän vähennyksen vaikutus verovelvolliselle on euromääräisesti sama kaikilla tulotasoilla. Verosta tehtäviä vähennyksiä, kuten työtulovähennys, kuitenkin kohdennetaan erisuuruisena eri tulotasoille. Verosta tehtävästä vähennyksestä saatu hyöty voi myös jäädä saamatta, jos maksettavan veron määrä on vähennystä pienempi.

Seuraavassa käsitellään tarkemmin vähennyksiä, joiden tarkoituksena on erilaisten ansiotulojen verotuksen tason määrittäminen sekä invalidivähennystä.

Työtulovähennys

Tuloverolain 125 §:n mukaan ansiotulosta valtiolle suoritettavasta tuloverosta vähennetään työtulovähennys. Siltä osin kuin vähennys ylittää ansiotulosta valtiolle suoritettavan tuloveron määrän, se tehdään kunnallisverosta, sairausvakuutuksen sairaanhoitomaksusta ja kirkollisverosta näiden verojen suhteessa. Vähennys lasketaan verovelvollisen veronalaisten palkkatulojen, muusta toiselle suoritetusta työstä, tehtävästä tai palveluksesta saatujen ansiotulojen, ansiotulona pidettävien käyttökorvausten, ansiotulona verotettavan osingon, jaettavan yritystulon ansiotulo-osuuden sekä yhtymän osakkaan elinkeino toiminnan tai maatalouden ansiotulo-osuuden perusteella.

Vuonna 2020 työtulovähennyksen määrä on 12,5 prosenttia edellä mainittujen tulojen 2 500 euroa ylittävältä osalta. Vähennyksen enimmäismäärä on kuitenkin 1 770 euroa. Verovelvollisen puhtaan ansiotulon ylittäessä 33 000 euroa vähennyksen määrä pienenee 1,84 prosentilla puhtaan ansiotulon 33 000 euroa ylittävältä osalta. Vähennys tehdään ennen muita tuloverosta tehtäviä vähennyksiä.

Kunnallisverotuksen ansiotulovähennys

Tuloverolain 105 a §:n mukaan kunnallisverotuksessa verovelvollisen puhtaasta ansiotulosta vähennetään kunnallisverotuksen ansiotulovähennys. Vähennys lasketaan verovelvollisen ansaitsemien veronalaisten palkkatulojen, muusta toiselle suoritetusta työstä, tehtävästä tai palveluksesta saatujen ansiotulojen, ansiotulona pidettävien käyttökorvausten, ansiotulona verotettavan osingon, jaettavan yritystulon ansiotulo-osuuden sekä yhtymän osakkaan elinkeinotoiminnan tai maatalouden ansiotulo-osuuden perusteella.

Vuonna 2020 vähennys on 51 prosenttia edellä mainittujen tulojen 2 500 euroa ylittävältä osalta tulojen 7 230 euron määrään saakka ja sen ylittävältä osalta 28 prosenttia. Vähennyksen enimmäismäärä on kuitenkin 3 570 euroa. Verovelvollisen puhtaan ansiotulon ylittäessä 14 000 euroa vähennyksen määrä pienenee 4,5 prosentilla puhtaan ansiotulon 14 000 euroa ylittävältä osalta.

Eläketulovähennykset

Tuloverolain 100 §:n mukaan verovelvollisen puhtaasta ansiotulosta vähennetään valtionverotuksessa eläketulovähennys. Täyden eläketulovähennyksen määrä lasketaan siten, että luvulla 3,726 kerrotun täyden kansaneläkkeen määrästä vähennetään progressiivisen tuloveroasteikon alimman verotettavan tulon määrä ja jäännös pyöristetään seuraavaan täyteen kymmenen euron määrään. Eläketulovähennys ei kuitenkaan voi olla eläketuloa suurempi. Jos verovelvollisen puhdas ansiotulo on suurempi kuin täyden eläketulovähennyksen määrä, eläketulovähennyistä pienennetään 38 prosentilla määrästä, jolla puhdas ansiotulo ylittää täyden eläketulovähennyksen määrän. Valtionverotuksen täyden eläketulovähennyksen määrää laskettaessa täytenä kansaneläkkeenä pidetään yksinäiselle henkilölle verovuonna maksetun täysimääräisen kansaneläkkeen määrää.

Tuloverolain 101 §:n mukaan eläketuloa saavan verovelvollisen puhtaasta ansiotulosta vähennetään kunnallisverotuksessa eläketulovähennys. Täyden eläketulovähennyksen määrä lasketaan siten, että luvulla 1,346 kerrotun täyden kansaneläkkeen määrästä vähennetään 1 480 euroa ja jäännös pyöristetään seuraavaan täyteen kymmenen euron määrään. Eläketulovähennys ei kuitenkaan voi olla eläketuloa suurempi. Jos verovelvollisen puhdas ansiotulo ylittää täyden eläketulovähennyksen määrän, eläketulovähennyistä pienennetään 51 prosentilla ylimenevän osan määrästä.

Kunnallisverotuksen perusvähennys

Kunnallisverotuksen perusvähennyksestä säädetään tuloverolain 106 §:ssä. Jos verovelvollisen luonnollisen henkilön puhdas ansiotulo muiden puhtaasta ansiotulosta kunnallisverotuksessa tehtävien vähennysten jälkeen ei ole 3 540 euron määrää suurempi, on siitä vähennettävä tämän tulon määrä. Jos puhtaan ansiotulon määrä edellä mainittujen vähennysten jälkeen ylittää täyden perusvähennyksen määrän, vähennystä pienennetään 18 prosentilla yli menevän tulon määrästä.

Kunnallisverotuksen opintorahavähennys

Jos verovelvollinen on saanut opintotukilaisissa (65/1994) tarkoitettua opintorahaa, hänen puhtaasta ansiotulostaan vähennetään kunnallisverotuksen opintorahavähennys. Vähennyksen täysi määrä on 2 600 euroa, kuitenkin enintään opintorahan määrä. Vähennyistä pienennetään 50 prosentilla siitä määrästä, jolla verovelvollisen puhtaan ansiotulon määrä ylittää opintorahavähennyksen täyden määrän.

Invalidivähennys

Invalidivähennys myönnetään sekä valtionverotuksessa että kunnallisverotuksessa ja molemmissa vähennyksen suuruus määrittyy haitta-asteen mukaisena prosenttiosuutena. Haitta-asteen katsotaan olevan 100 prosenttia, jos verovelvolliselle on myönnetty täysi työkyvyttömyyseläke. Invalidivähennyksen enimmäismäärä on kunnallisverotuksessa 440 euroa ja valtionverotuksessa 115 euroa. Valtionverotuksessa vähennys myönnetään verosta ja kunnallisverotuksessa muusta ansiotulosta kuin eläketulosta.

2.9.4 Julkisyhteisöjen asema tuloverotuksessa

Tuloverolain tarkoittamat yhteisöt ovat erillisiä verovelvollisia tuloverotuksessa. Lain 3 §:n mukaan yhteisöllä tarkoitetaan muun muassa valtiota ja sen laitosta, kuntaa ja kuntayhtymää, seurakuntaa ja muuta uskonnollista yhdyskuntaa, osakeyhtiötä, aatteellista tai taloudellista yhdistystä, säätiötä ja laitosta. Tuloverolain 1 §:n 3 momentin mukaan yhteisön tulosta suoritetaan veroa valtiolle ja kunnalle. Yhteisöveroprosentti on 20. Tuloverolain mukaisesti yhteisöt ovat verovelvollisia lähtökohtaisesti kaikesta tulostaan. Riippuen harjoitetun toiminnan luonteesta verotettavan tulon määrä lasketaan tuloverolain, elinkeinotulon verottamisesta annetun lain (360/1968), tai maatilatalouden tuloverolain (543/1967) säännösten mukaisesti erillisissä tulolähteissä. Samalla verovelvollisella voi olla useamman tulolähteen mukaista tuloa.

Tuloverolain 21 §:ssä mainittujen yhteisöjen, osittain verovapaiden yhteisöjen, tuloverovelvollisuutta on kuitenkin rajoitettu siten, että niiden saama tulo on joko kokonaan verovapaata tai tulosta suoritetaan veroa ainoastaan kunnalle lain 124 §:n 3 momentissa tarkoitettun alennettun tuloveroprosenttien mukaan, joka on 6,26 prosenttiyksikköä. Vuosina 2020—2027 osittain verovapaan yhteisön tuloveroprosentti määräytyy tuloverolain 124 b §:n mukaisesti. Verovuonna 2020 tämä on 6,43 prosenttiyksikköä. Alennettu tuloveroprosentti vastaa kuntien osuutta yhteisöverosta.

Evankelis-luterilaisen kirkon ja ortodoksisen kirkon seurakuntien osuus yhteisöverotuottoon poistui vuoden 2016 alusta (Laki verontilityslain muuttamisesta (655/2015)). Samassa yhteydessä muuttui tuloverolain 21 ja 124 § siten, että osittain verovapaat yhteisöt suorittavat veroa vain kunnalle (Laki tuloverolain muuttamisesta (654/2015)). Evankelis-luterilaisen kirkon yhteisöverotuoton osuus korvataan jatkossa kirkon yhteiskunnallisiin tehtäviin annettavalla lakisääteisellä rahoituksella (Laki valtion rahoituksesta evankelis-luterilaiselle kirkolle eräisiin yhteiskunnallisiin tehtäviin (430/2015)).

Tuloverolain 21 §:n mukaan osittain verovapaita yhteisöjä ovat

- valtio ja sen laitokset,
- kunta, kuntayhtymä, maakunta sekä näiden palveluksessa olevia varten perustettu eläkelaitos, eläkesäätiö tai -kassa tai muu vastaava eläkelaitos, -säätiö tai -kassa, joka saa avustusta yhteiskunnan varoista,
- evankelis-luterilainen kirkko, ortodoksinen kirkkokunta sekä muu uskonnollinen yhdyskunta ja niiden seurakunnat samoin kuin niiden palveluksessa olevia varten perustettu eläkelaitos, eläkesäätiö ja eläkekassa.

Tuloverolain 21 §:n 3 momentin mukaan valtio ja sen laitokset suorittavat veroa vain maatilajensa ja niihin verrattavien muiden kiinteistöjensä tuottamista tuloista, sellaisten muiden kiinteistöjensä tuloista, joita ei käytetä yleisiin tarkoituksiin, sekä yksityisyrittäisiin verrattavien teollisuus- ja muiden liikkeidensä tuloista. Valtio ei kuitenkaan ole verovelvollinen tulosta, jonka

se saa pääasiallisesti valtion laitosten tarpeiden tyydyttämiseksi toimivasta liike- tai tuotantolaitoksesta, laiva-, lento- tai autoliikenteestä, rautateistä, kanavista, satamista taikka posti-, tele- ja radiolaitoksista. Valtion on siten maksettava veroa kunnalle ja seurakunnalle esimerkiksi koe-tilojen ja maatalouskoulujen tuottamasta tulosta sekä valtion metsien tuottamasta tulosta myös silloin, kun ne ovat luonnossuojelualueilla. Muiden kuin maa- ja metsätalouskiinteistöjen osalta valtio on verovelvollinen kunnalle ja seurakunnalle saamastaan kiinteistötulosta silloin, kun kiinteistöä ei käytetä yleisiin tarkoituksiin. Yleisiin tarkoituksiin käytettäviä kiinteistöjä ovat esimerkiksi virastotalot, sairaalat, koulut ja vankilat. Kiinteistö katsotaan vuokratuksi yleiseen käyttöön ainoastaan silloin, kun vuokralaisena on julkinen taho, kuten valtio tai kunta. Kiinteistötulona ei pidetä esimerkiksi osakehuoneistosta saatua vuokratuloa eikä kiinteistön luovutusvoittoa, vaan ne ovat verovapaata tuloa valtiolle. Valtion yksityisyrityksiin verrattavia teollisuus- ja muita liikelaitoksia ei juuri enää ole, koska ne on muodostettu osakeyhtiöiksi.

Tuloverolain 21 §:n 4 momentin mukaan maakunta, kunta ja kuntayhtymä, evankelis-luterilainen kirkko ja ortodoksinen kirkkokunta sekä niiden seurakunta ja muu uskonnollinen yhdyskunta ovat verovelvollisia ainoastaan elinkeinotulosta ja muuhun kuin yleiseen tai yleishyödylliseen tarkoitukseen käytetyn kiinteistön tai kiinteistön osan tuottamasta tulosta. Säännöksessä maakunnalla tarkoitetaan Ahvenanmaan maakuntaa. Kuntien osalta on erikseen säädetty, että ne eivät ole verovelvollisia omalla alueellaan harjoittamansa elinkeinotoiminnan tuottamasta tulosta eikä omalla alueellaan sijaitsevan kiinteistön tuottamasta tulosta. Tätä verovapaussäännöstä ei sovelleta esimerkiksi kuntayhtymiin (KHO 1.12.2005 taltio 3210) tai seurakuntiin. Kuntien, seurakuntien sekä muiden 4 momentissa tarkoitettujen yhteisöjen verovelvollisuus kiinteistötulosta ei riipu siitä, onko kiinteistö maatila vai muu kiinteistö. Yleisiin tarkoituksiin käytettyjä kiinteistöjä ovat muun muassa kuntien terveydenhoito-, opetus- ja sosiaalisten laitosten käytössä olevat kiinteistöt ja seurakuntien osalta kirkot ja seurakuntatalot.

2.9.5 Verotuskustannusten jako

Verotuskustannuksista säädetään Verohallinnosta annetussa laissa (503/2010). Lain mukaan verotuskustannusten suorittamisesta huolehtii valtio. Verotuskustannuksia ovat valtion varsinaisen talousarvion mukaiset ja edellisen vuoden tilinpäätöksen perusteella tarkistettut Verohallinnon toimintamenot. Kustannusten määrää laskettaessa otetaan huomioon myös edellä mainittuihin Verohallinnon menoihin liittyvät arvonlisäveromenot. Verotuskustannuksista valtio perii kunnilta yhteensä 29,1 prosenttia, evankelis-luterilaisen kirkon seurakunnilta yhteensä 3,2 prosenttia ja Kansaneläkelaitokselta 5,6 prosenttia. Valtion osuus verotuskustannuksista on 62,1 prosenttia.

Verotuskustannusten jakoperusteita on selvitetty muun muassa valtiovarainministeriön vuonna 1974 asettamassa toimikunnassa. Toimikunta kuitenkin totesi, ettei se onnistunut selvittämään, miten alkuperäiset jako-osuudet oli alun perin muodostettu. Vaikka tarkkaa perustetta verotuskustannusten jaolle ei ole pystytty selvittämään, jakautuvat nykyiset kustannusosuudet veronsaajien kesken siten, että kunkin osuus suunnilleen vastaa tietyissä suhteissa kerättävien verojen kokonaiskertymää ja verolajien lukumäärää.

Veronsaajan verotuskustannuksen perusteena sovelletaan verokertymän osuutta Verohallinnon keräämistä veroista ja niiden verolajien lukumäärä, joista veronsaaja saa verotuloa. Kustannusten muodostumista näillä periaatteilla voidaan perustella asiakaspalvelun määrällä, joka tyypillisesti kasvaa kertymän kasvaessa ja lisäksi tietojärjestelmäkustannuksilla, jotka puolestaan kasvavat erityisesti eri määräytymisperusteita soveltavien verolajien lukumäärän mukaan.

Verohallinnon keräämien verojen osalta verotuskustannusten jako-osuuksia on muutettu yleensä aina kun veronsaajien asemassa on tapahtunut verojen kokonaiskertymään tai verolajien

lukumäärään liittyviä muutoksia. Viimeisin muutos kustannuksissa astui voimaan vuoden 2018 alusta, jolloin kuntien verotuskustannusosuutta korotettiin sen vuoksi, että kunnat rahoittavat käynnistettävän rakennusten arvostamisjärjestelmän uudistuksen kiinteistöverotuksessa. Edellisen kerran kustannusosuuksia muutettiin vuoden 2017 alusta, jolloin Tullin tehtäviksi säädetyt valmisteverotus ja autoverotus siirrettiin Verohallinnon tehtäviksi. Valmisteverotus ja autoverojen veronsaajana on valtio, joten valtion kustannusosuus nousi ja muiden veronsaajien aleni. Sitä edellisen kerran kustannusosuuksia muutettiin, kun evankelis-luterilaisten ja ortodoksisten seurakuntien osuus yhteisöveron tuotosta korvattiin vuoden 2015 alusta suoralla valtion avustuksella ja seurakuntien kustannusosuutta alennettiin.

2.9.6 Varainsiirtoverotus

Varainsiirtoverolain (931/1996) mukaan luovutuksensaajan on suoritettava varainsiirtoveroa kiinteistön ja arvopaperin omistusoikeuden luovutuksesta. Verokanta on kiinteistöjen luovutuksessa 4 prosenttia kauppahinnasta tai muusta vastikkeesta arvosta. Jos luovutuksen kohteena ovat kiinteistöjen omistamista tai hallintaa harjoittavan osakeyhtiön osakkeet, verokanta on 2 prosenttia ja muun arvopaperin luovutuksessa 1,6 prosenttia. Jos luovutus tapahtuu tilanteissa, joissa kauppahintaa ei makseta, vero lasketaan luovutetun omaisuuden käyvästä arvosta luovutushetkellä.

Varainsiirtoveroa ei tarvitse suorittaa kiinteistön saannosta, jos luovutuksensaajana on kunta tai kuntayhtymä. Verovapaus ei koske kunnan tai kuntayhtymän omistamia osakeyhtiöitä. Velvollisuus suorittaa varainsiirtoveroa syntyy muun muassa silloin, kun kunta tai sen omistama osakeyhtiö sijoittaa kiinteistön tai arvopapereita apporttina toiseen osakeyhtiöön. Tästä verovelvollisuudesta on säädetty määräaikaista poikkeuksia varainsiirtoverolain 43 a–43 c §:ssä.

Varainsiirtoverolain 43 b § säädettiin Paras-puitelain yhteydessä. Pykälässä säädetään määräaikaista verovapaudesta kuntien rakennejärjestelyissä. Säännöksen mukaan kunta, kuntayhtymä tai niiden omistama kiinteistöosakeyhtiö on voinut tietyin edellytyksin vuosina 2007–2012 luovuttaa verotta Paras-puitelaisissa tarkoitettujen velvoitteiden toteuttamiseksi omistamansa kiinteistön tai kiinteistöosakeyhtiön osakkeita apporttina yhden tai useamman kunnan tai kuntayhtymän omistamalle kiinteistöosakeyhtiölle. Paras-puitelaki oli voimassa vuoden 2012 loppuun, mutta sen sisältämien sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoimintavelvoitteiden voimaantuloa jatkettiin vuoden 2014 loppuun saakka. Tähän liittyen myös kuntien rakennejärjestelyjen yhteydessä tapahtuvien luovutusten määräaikaista verovapauden soveltamisaikaa jatkettiin siten, että verovapaus koskee vuoden 2016 loppuun mennessä tapahtuvia luovutuksia kiinteistön tullessa sosiaali- tai terveydenhuollon käyttöön.

2.9.7 Arvonlisäverotus

Suomen lainsäädäntö

Julkisyhteisöjen asemasta arvonlisäverotuksessa säädetään arvonlisäverolaissa (1501/1993). Arvonlisäverolaissa säädetään muun muassa valtion, kunnan, kuntayhtymän ja Ahvenanmaan maakunnan verovelvollisuudesta. Kuntayhtymään ja Ahvenanmaan maakuntaan sovelletaan samoja säännöksiä kuin kuntaan.

Julkisyhteisöt ovat pääsääntöisesti verovelvollisia yhtenä yksikkönä. Valtion ja kunnan laitokset ovat siten pääsääntöisesti arvonlisäverotuksellisesti osa kyseistä julkisyhteisöä. Laitosten välisiä tavaroiden ja palveluiden luovutuksia ei siten pidetä arvonlisäverotuksessa verotettavana tapahtumana, vaan verovelvollisen sisäisenä toimintana. Valtion liikelaitokset ja eräät niihin

verrattavat laitokset ovat arvonlisäverolain mukaan erillisiä verovelvollisia. Sen sijaan kunnalliset liikelaitokset ovat arvonlisäverotuksessa osa kuntaa. Kuntayhtymä on siihen kuuluviin kuntiin nähden erillinen verovelvollinen.

Verotuksen neutraalisuuden turvaamiseksi julkisyhteisöjen on suoritettava veroa arvonlisäverotuksen yleisten periaatteiden mukaisesti. Julkisyhteisöjen liiketoiminnan muodossa harjoitettava toiminta on siten samassa laajuudessa verollista kuin muidenkin toimijoiden toiminta. Pääosa julkisyhteisöjen harjoittamasta toiminnasta on kuitenkin verotonta. Julkisyhteisöjen harjoitettava viranomaistoiminta jää arvonlisäverotuksen soveltamisalan ulkopuolelle eikä sen katsota tapahtuvan liiketoiminnan muodossa. Myös muu julkisyhteisön harjoittama toiminta kuin viranomaistoiminta voi jäädä arvonlisäverotuksen ulkopuolelle sen vuoksi, että se ei tapahdu liiketoiminnan muodossa. Osaa julkisyhteisöjen harjoittamaa toimintaa, kuten terveyden- ja sairaanhoitoa sekä sosiaalihuoltoa, koskee arvonlisäverolakiin sisältyvät nimenomaiset verovaussäännökset.

Koska kunnat ovat arvonlisäverolain yleisten säännösten mukaan verovelvollisia liiketoiminnan muodossa harjoittamastaan tavaroiden ja palveluiden myynnistä, niillä on muiden verovelvollisten tavoin oikeus vähentää verollista toimintaa varten tehtyihin hankintoihin sisältyvä vero.

Pääosa kuntien toiminnasta on muuta kuin verollista liiketoimintaa. Kunnan harjoittama viranomaistoiminta ja eräät muut toiminnot jäävät arvonlisäveron soveltamisalan ulkopuolelle. Muun muassa kuntien järjestämisvastuulle kuuluva sosiaali- ja terveydenhuollon toiminta on verotonta.

Ilman erityissääntelyä kunnille muodostuisi verotuksellisesti edullisemmaksi tuottaa itse verottomassa ja arvonlisäveron soveltamisalan ulkopuolelle jäävässä toiminnassa käyttämänsä erilaiset tukipalvelut kuin hankkia ne verollisina ostopalveluina ulkopuolisilta. Tällaisia palveluja ovat muun muassa kuljetus-, pesula-, siivous-, vartiointi-, jätehuolto- ja tietotekniikkapalvelut. Kunnan itse tuottamien palveluiden ja ostopalveluiden välisen taloudellisesti ja toiminnallisesti merkittävän kilpailuväristymän syntymisen estämiseksi arvonlisäverojärjestelmään siirtymisen yhteydessä kunnille myönnettiin oikeus saada palautuksena verotonta ja arvonlisäveron soveltamisalan ulkopuolelle jäävää toimintaa varten tehtyihin hankintoihin sisältyvä vero. Tämän seurauksena arvonlisävero ei vaikuta kunnan hankintakanavan valintaan.

Nykyjärjestelmässä kunnilla on oikeus saada veron palautus myös hankkimistaan verottomista terveyden- ja sairaanhoidon sekä sosiaalihuollon hankinnoista. Kysymyksessä voi olla käytännössä yksityiseltä sektorilta tapahtuva yksittäisten verottomien terveyden- ja sairaanhoidon tai sosiaalihuollon palvelujen tai esimerkiksi laajemman verottoman terveyden- ja sairaanhoidon palvelukokonaisuuden hankinta. Palautuksen suuruus on 5 prosenttia hyödykkeen ostohinnasta tai muusta vastaavasta arvosta, mikä vastaa yksityiseltä sektorilta ostettujen verottomien palvelujen hintaan keskimäärin sisältyvää piilevää arvonlisäverokustannusta. Ilman palautusoikeutta yksityisen toimijan kunnalle tarjoaman verottoman palvelun hinta olisi toimijan omiin hankintoihin sisältyvän vähennyskelvottoman veron määrän verran korkeampi kuin kunnan itse tuottaman vastaavan palvelun kustannukset, joihin ei palautusjärjestelmän johdosta sisälly hankintatilanteessa arvonlisäverokustannusta.

Nykyisen palautusjärjestelmän käyttöön otosta lukien arvonlisäveron palautuksia vastaava määrä on ollut tarkoitettu siirrettäväksi kuntasektorin kustannukseksi. Vaikka hankintoihin sisältyvän arvonlisäveron korvaaminen on teknisesti toteutettu arvonlisäverojärjestelmän kautta, tämä ei tarkoita, että kunnalla olisi arvonlisäverojärjestelmän mukainen vähennysoikeus. Nykyisin palautusten takaisinperintä kuntasektorilta on toteutettu ottamalla palautuksia vastaava kustannus huomioon kuntien yhteisöveron jako-osuutta ja valtion osuuksia alentavana tekijänä.

Myös valtion harjoittamaa muuta kuin liiketoiminnan muodossa tapahtuvaa toimintaa ja verotonta toimintaa koskee samanlainen hankintaneutraaliteettiongelma kuin kunnallisen sektorin toimintaa. Valtion hankintojen osalta arvonlisäveron neutraalisuutta parannetaan valtion talousarviomenettelyn kautta. Valtion virastot saavat korvauksen hankintoihin sisältyvästä verosta valtion talousarviossa tähän tarkoitukseen varatulta momentilta. Menettelyn seurauksena arvonlisäverolla ei ole vaikutusta hankintamuodon valintaan.

Euroopan unionin lainsäädäntö

EU:n jäsenvaltioiden arvonlisäverojärjestelmien yhteinen veropohja ja verokantarakenne on vahvistettu neuvoston 28 päivänä marraskuuta 2006 annetussa direktiivissä yhteisestä arvonlisäverojärjestelmästä 2006/112/EY, jäljempänä arvonlisäverodirektiivi.

Arvonlisäverodirektiivin 9 artiklan mukaan verovelvollisena pidetään jokaista, joka harjoittaa itsenäisesti liiketoimintaa tämän toiminnan tarkoituksesta riippumatta. Direktiivin mukaan liiketoimintana harjoitettu tavarain ja palvelun luovutus on verollista, ellei siitä ole säädetty poikkeusta. Arvonlisäverodirektiivin mukaan julkisyhteisöt ovat muusta kuin julkisen viranomaisen ominaisuudessa harjoittamastaan toiminnasta verovelvollisia samojen periaatteiden mukaan kuin muutkin toimijat.

Direktiivin 13 artiklassa säädetään julkisyhteisön viranomaisen ominaisuudessa harjoittaman toiminnan verokohtelusta. Artiklan mukaan julkisoikeudelliset yhteisöt eivät ole verovelvollisia niiden viranomaisen ominaisuudessa harjoittamasta toiminnasta, vaikka ne tämän toiminnan tai liiketoimien yhteydessä kantaisivat maksun, lupamaksun, jäsenmaksun tai korvauksen. Julkisoikeudellisia yhteisöjä on kuitenkin pidettävä verovelvollisina tämän toiminnan osalta, jos niiden jättäminen verovelvollisuuden ulkopuolelle johtaisi huomattavaan kilpailun vääristymiseen. Julkisyhteisöt ovat joka tapauksessa verovelvollisia tietyistä, direktiivin liitteessä 1 mainituista toiminnoista, jos ne eivät ole merkitykseltään vähäisiä.

Arvonlisäverodirektiivin 2 luvun 132–134 artikloissa säädetään tiettyjen yleishyödyllisten toimintojen vapauttamisesta verosta. Vapautukset koskevat muun muassa terveyden- ja sairaanhoitoa hammashoito mukaan lukien sekä sosiaalihuoltoa. Direktiivin mukaan jäsenvaltiot määrittelevät vapautusten soveltamisalan tarkemmin kansallisessa lainsäädännössä.

Arvonlisäverodirektiivin mukaan julkisyhteisöjen on liiketoimintaa harjoittaessaan suoritettava tavaroiden ja palvelujen omasta käytöstä veroa samojen periaatteiden mukaan kuin muidenkin liiketoiminnan harjoittajien. Direktiivin 27 artiklassa säädetään jäsenvaltioille vapaaehtoisesta mahdollisuudesta kilpailun vääristymien estämiseksi rinnastaa vastikkeellisesti suoritettuihin palveluihin verovelvollisen yrityksensä tarpeita varten suorittama palvelu, jos palvelu toisen verovelvollisen suorittamana ei oikeuttaisi arvonlisäveron täyteen vähennykseen.

2.9.8 Verojärjestelmä Ahvenanmaalla

Ahvenanmaan itsehallintolain 27 §:n 36 kohdan mukaan valtakunnalla on lainsäädäntövalta asioissa, jotka koskevat veroja ja maksuja. Näin ollen Ahvenanmaalla verovelvollinen maksaa veroa valtiolle samoin perustein kuin verovelvolliset muualla maassa. Varoja siirretään valtion budjetin kautta maakunnalle itsehallinnon tehtävien rahoittamiseksi.

Itsehallintolain 18 §:n 5 kohdan mukaan maakunnalla on lainsäädäntövalta kuitenkin asioissa, jotka koskevat maakunnalle tulosta perittävää lisäveroa ja tilapäistä ylimääräistä tuloveroa sekä elinkeino- ja huviveroja, maakunnalle perittävien maksujen perusteita ja kunnalle tulevaa veroa.

Ahvenanmaan kunnallisverolain (ÅFS - Ålands författningssamling 119/2011) mukaan valtakunnallista tuloverolakia ja tuloveroasetusta (1551/1992) sekä näihin kohdistuvia muutoksia sovelletaan sellaisenaan myös Ahvenanmaan maakunnassa, jollei Ahvenanmaan kunnallisverolaissa toisin säädetä.

Ahvenanmaa on toimivaltansa nojalla säätänyt kunnallisverolaille tietyistä vähennyksistä, jotka myönnetään vain Ahvenanmaan kunnallisverotuksessa. Näitä ovat vuokratulovähennys, sairauskuluvähennys, opiskelijavähennys, opintolainavähennys sekä työ- ja eläketulovähennys. Lisäksi asunnon ja työpaikan välisten matkakulujen ja työasuntovähennyksen vähennysoikeus kunnallisverotuksessa poikkeaa Manner-Suomessa käytössä olevasta vähennyksestä. Opintolainavähennys myönnetään vain lainoista, jotka on nostettu ennen 1. elokuuta 2005 aloitettuja opintoja varten.

Yhteisöveron osalta Ahvenanmaan kunnallisverolaki sisältää säännökset veroprosentista, jonka perusteella yhteisöt ja yhteisetuudet maksavat veroa Ahvenanmaan kunnille. Veroprosentti vastaa verontilityslaisissa säädettyä kuntien osuutta yhteisöverosta.

2.10 Valvonta

2.10.1 Aluehallintovirastot

Aluehallintovirasto ohjaa ja valvoo sosiaalihuoltoa, kansanterveystyötä ja erikoissairaanhoidon sekä yksityistä terveydenhuoltoa ja yksityisiä sosiaalipalveluja sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammattitoimintaa toimialueellaan. Vuoden 2016 alusta aluehallintovirastoille ja Valviralle on kuulunut myös Puolustusvoimien terveydenhuoltopalvelujen ja vankiterveydenhuollon valvonta ja niihin liittyvä ohjaus. Viimeksi mainitut tehtävät on aluehallintovirastojen osalta keskitetty valtakunnallisesti Pohjois-Suomen aluehallintovirastolle. Aluehallintovirasto valvoo myös pelastustointia sekä pelastustoimen palvelujen saatavuutta ja tasoa toimialueellaan.

Aluehallintovirastot edistävät aluehallintovirastoista annetun lain mukaan alueellista yhdenvertaisuutta hoitamalla lainsäädännön toimeenpano-, ohjaus- ja valvontatehtäviä alueillaan. Aluehallintovirastot hoitavat niille erikseen säädettyjä tehtäviä sosiaali- ja terveydenhuollon, ympäristöterveydenhuollon, koulutus-, lasten päivähoito-, kirjasto-, liikunta ja nuorisotoimen, oikeusturvan edistämisen ja toteuttamisen, ympäristönsuojelu- ja vesilainsäädännön alaan kuuluvien lupa- ja muiden hakemusasioden, pelastustoimen, työsuojelun valvonnan ja kehittämisen, työssä käytettävien tuotteiden tuotevalvonnan sekä kuluttaja- ja kilpailuhallinnontuomioilla. Niiden tehtävänä on lisäksi peruspalvelujen alueellisen saatavuuden arviointi, maistraattien ohjaus, valvonta ja kehittäminen, varautumisen yhteensovittaminen alueella ja siihen liittyvän yhteistoiminnan järjestäminen, valmiussuunnittelun yhteensovittaminen, alueellisten maanpuolustuskurssien järjestäminen, kuntien valmiussuunnittelun tukeminen, valmiusharjoitusten järjestäminen, alue- ja paikallishallinnon turvallisuussuunnittelun edistäminen sekä toimivaltaisten viranomaisten tukeminen ja niiden toiminnan yhteensovittaminen viranomaisten johtaessa turvallisuuteen liittyviä tilanteita alueella. Aluehallintovirastolla voi olla myös muita erikseen säädettyjä tehtäviä.

Aluehallintovirastojen yleishallinnollinen ohjaus kuuluu valtiovarainministeriölle. Toimialaohjauksesta vastaavat lisäksi omilla toimialoillaan oikeusministeriö, sisäministeriö, valtiovarainministeriö, sosiaali- ja terveysministeriö, opetusministeriö, maa- ja metsätalousministeriö, työ- ja elinkeinoministeriö, ympäristöministeriö sekä sellainen keskushallinnon virasto, jonka tehtäväksi ohjaus on erikseen säädetty tai määrätty.

Sosiaali- ja terveydenhuollon erityislainsäädäntöön sisältyy noin 130 aluehallintovirastojen tehtäviä määrittävää säännöstä. Näihin tehtäviin liittyvä aluehallintovirastojen toiminnallinen ohjaus kuuluu edellä olevan perusteella sosiaali- ja terveysministeriölle. Lisäksi Valviran tehtäväksi on säädetty ohjata aluehallintovirastojen toimintaa niiden toimintaperiaatteiden, menettelytapojen ja ratkaisukäytäntöjen yhdenmukaistamiseksi terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja sekä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden ohjauksessa ja valvonnassa.

2.10.2 Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) on sosiaali- ja terveysministeriön alainen keskusvirasto, joka toimialana Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastosta annetun lain (669/2008) mukaan on edistää ohjauksen ja valvonnan keinoin oikeusturvan toteutumista ja palvelujen laatua sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä elinympäristön ja väestön terveysriskien hallintaa.

Viraston tehtävänä on huolehtia terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa, kansanterveyslaissa, työterveyshuoltolaissa, erikoissairaanhoidolaissa, terveyden- huoltolaissa, mielen- terveyslaissa, yksityisestä terveydenhuollosta annetussa laissa (152/1990), tartuntatautilaissa, sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetussa laissa (159/2007), jäljempänä asiakastietolaki, sähköisestä lääkemääräyksestä annetussa laissa (61/2007), uudessa ja vuoden 1982 sosiaalihuoltolaissa, yksityisistä sosiaalipalveluista annetussa laissa (922/2011), kehitysvammaisissa, terveydensuojelulaissa, alkoholilaissa ja tupakkalaissa sille säädetystä lupahallinnosta, ohjauksesta ja valvonnasta. Lisäksi sen tehtävänä on huolehtia raskauden keskeyttämisestä, sterilisoinnista, hedelmöityshoitoja ja adoptiota koskevassa lainsäädännössä sille säädettyistä tehtävistä sekä muussa laissa tai asetuksessa sille säädettyistä tehtävistä. Virasto hoitaa lisäksi ne edellä tarkoitetun lainsäädännön nojalla sen toimialaan liittyvät tehtävät, jotka sosiaali- ja terveysministeriö sille määrää.

Valvira ohjaa sosiaali- ja terveysministeriön alaisena aluehallintovirastojen toimintaa niiden toimintaperiaatteiden, menettelytapojen ja ratkaisukäytäntöjen yhdenmukaistamiseksi sosiaalihuollon, kansanterveystyön, erikoissairaanhoidon ja yksityisen terveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen ohjauksessa ja valvonnassa. Valviran ja aluehallintovirastojen työnjaosta ohjauksessa ja valvonnassa säädetään terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa, sosiaalihuoltolaissa, kehitysvammaisten erityishuollosta annetussa laissa, kansanterveyslaissa, erikoissairaanhoidolaissa, mielen- terveyslaissa, tartuntatautilaissa, yksityisistä sosiaalipalveluista annetussa laissa ja yksityisestä terveydenhuollosta annetussa laissa.

2.10.3 Valviran ja aluehallintovirastojen työnjako ja toimivaltuudet ohjauksessa ja valvonnassa

Valvonnasta vastaavat ensisijaisesti aluehallintovirastot, kun taas Valvira käsittelee laissa erikseen määritellyt asiat. Valvira ohjaa ja valvoo sosiaalihuoltoa ja kansanterveystyötä erityisesti silloin, kun kysymyksessä on periaatteellisesti tärkeä tai laajakantoinen asia, usean aluehallintoviraston toimialuetta tai koko maata koskeva asia, asia, joka liittyy Valvirassa käsiteltävään muuhun valvonta-asiaan tai asia, jota aluehallintovirasto on esteellinen käsittelemään.

Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon valvonta on luonteeltaan laillisuusvalvontaa ja sen ensisijainen tarkoitus on turvata, että toiminta täyttää lainsäädännössä asetetut vaatimukset. Valvonta on myös organisaatioiden oman valvonnan toteutumista varmistavaa ja sitä edistävää. Jokainen organisaatio johtaa itse omaa toimintaansa ja sillä itsellään on myös ensisijainen vastuu seurata ja valvoa sitä. Valvonta edistää myös kyseisessä organisaatiossa toimivien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden oikeusturvaa.

Valvonnalla ja siihen liittyvällä ohjauksella turvataan ja edistetään palvelujen laatua sekä asiakas ja potilasturvallisuutta. Tavoitteena on ehkäistä jo ennalta asiakas- ja potilasturvallisuutta vaarantavien olosuhteiden ja käytäntöjen syntyä. Ohjauksesta voidaan käyttää myös ennakko- tai etukäteisvalvonnan nimitystä. Siihen sisältyvät muun muassa neuvonta, tiedottaminen, ohjaukselliset käynnit valvottavissa toimintayksiköissä ja kouluttamistoiminta. Hyvin toimivalla ohjauksella voidaan usein välttää valvontaviranomaisen tarve puuttua jälkikäteisen valvonnan tai veloitteiden keinoin asianomaisen toimintayksikön toimintaan.

Aluehallintovirastojen ja Valviran organisaatiovalvonta voi käytännössä kohdistua esimerkiksi siihen, onko organisaatiolla riittävät laadunhallintaa sekä asiakas- ja potilasturvallisuutta varmistavat suunnitelmat ja toimintaohjeet, tai toisaalta siihen, ovatko annetut menettelytapa- ja toimintaohjeet lainsäädännössä asetetut vaatimukset täyttäviä. Valvonta voi kohdistua myös muun muassa lääkehoidon toteutuksen organisaatiossa tai asiakas- ja potilastietojen käsittelyn asianmukaisuuteen, hoidon tai huollon saatavuuteen ja muihin asiakkaan tai potilaan oikeuksiin liittyviin kysymyksiin.

2.10.4 Valvonnan keinot ja seuraamukset

Valvira ja aluehallintovirastot voivat tarvittaessa tehdä tarkastuksia sosiaalipalvelun tuottajan ja terveydenhuollon itsenäisten ammatinharjoittajien ja toimintayksiköiden tiloihin. Tarkastuksista säädetään vuoden 1982 sosiaalihuoltolain 55 §:ssä, kehitysvammalain 75 §:ssä, kansanterveyslain 42 §:ssä, erikoissairaanhoidolain 51 §:ssä, mielenterveyslain 33 a §:ssä, yksityisistä sosiaalipalveluista annetun lain 17 §:ssä ja yksityisestä terveydenhuollosta annetun lain 17 §:ssä. Näiden säännösten mukaan toiminta sekä toiminnan järjestämisessä käytettävät toimintayksiköt ja toimitilat voidaan tarkastaa silloin, kun tarkastuksen tekemiseen on perusteltu syy. Valvira voi lisäksi perustellusta syystä määrätä aluehallintoviraston tekemään tarkastuksen.

Silloin kun toiminnan järjestämisessä tai toteuttamisessa havaitaan asiakas- tai potilasturvallisuutta vaarantavia puutteita tai muita epäkohtia taikka toiminta on sitä koskevan lainsäädännön vastaista, Valvira tai aluehallintovirasto voi antaa määräyksen puutteiden korjaamisesta tai epäkohtien poistamisesta. Tällaisen määräyksen noudattamiseksi voidaan asettaa sakon uhka tai uhka, että toiminta keskeytetään, taikka että toimintayksikön, sen osan tai laitteen käyttö kielletään. Toiminta voidaan myös määrätä keskeytettäväksi välittömästi taikka toimintayksikön, sen osan tai laitteen käyttö kieltää välittömästi, jos asiakas- tai potilasturvallisuus sitä edellyttää. Yksityiselle sosiaalipalvelun tai terveydenhuollon palvelun tuottajalle myönnetty lupa voidaan myös peruuttaa osittain tai kokonaan, jos toiminnassa on olennaisesti rikottu lakia. Valvira tai aluehallintovirasto voi lievemmissä tapauksissa antaa toteamansa virheellisen menettelyn tai laiminlyönnin johdosta huomautuksen kyseisen toiminnan järjestäjä- tai toteuttajaorganisaatiolle tai toiminnasta vastuussa olevalle henkilölle taikka kiinnittää valvottavan huomiota toiminnan asianmukaiseen järjestämiseen ja hyvän hallintotavan noudattamiseen.

Valvonta-asiat voivat tulla vireille esimerkiksi asiakkaiden ja potilaiden tai heidän omaistensa ilmoitusten tai kanteluiden perusteella, muilta viranomaisilta saadun tiedon perusteella, apteekkeilta, ammattihenkilöiden työnantajilta, esimiehiltä tai tuomioistuimilta saatujen ilmoitusten johdosta sekä eri viranomaisten lausuntopyyntöjen perusteella. Valvira ja aluehallintovirastot voivat ottaa asian selvitettäväkseen myös omasta aloitteestaan.

Hallintokanteluiden käsittelystä säädetään hallintolaissa. Hallintolain mukaan kahta vuotta vanhemmasta asiasta tehtyä hallintokantelua ei tutkita, ellei siihen ole erityistä syytä. Sosiaalihuollon asiakaslaissa ja potilaslaissa säädetään, että jos asiassa ei ole tehty muistutusta, ja valvontaviranomainen arvioi, että kantelu on tarkoituksenmukaisinta käsitellä muistutuksena, viranomainen voi siirtää asian asianomaiseen toimintayksikköön käsiteltäväksi. Toimintayksikön on

annettava tieto siirrettyyn asiaan annetusta vastauksesta siirron tehneelle valvontaviranomaiselle.

Valviran ja aluehallintovirastojen käsittelemien terveydenhuollon valvonta-asioiden määrät ovat kasvaneet jatkuvasti. Valvirassa tuli vuonna 2015 vireille kaikkiaan 1091 terveydenhuollon valvonta-asiaa ja 230 sosiaalihuollon valvonta-asiaa. Näiden lisäksi Valvira on siirtänyt sille tehtyjä ilmoituksia aluehallintovirastoille käsiteltäviksi.

Aluehallintoviraston tehtävänä on valvoa, että alueen pelastustoimen palvelutaso on riittävä. Tässä tarkoituksessa aluehallintovirastolla on oikeus salassapitosäännösten estämättä saada maksutta alueen pelastustoimelta tarpeellisia tietoja ja selvityksiä. Jos palvelutasossa on huomattavia epäkohtia eikä niitä korjata aluehallintoviraston asettamassa määräajassa, aluehallintovirasto voi uhkasakolla velvoittaa alueen pelastustoimen saattamaan palvelut pelastuslaissa vaaditulle tasolle.

2.11 Ohjaus

2.11.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen ohjaus

Sosiaali- ja terveysministeriön tehtäviin kuuluvat sosiaali- ja terveydenhuollon yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta vuoden 1982 sosiaalihuoltolain, kansanterveyslain, erikoissairaanhoidolain, mielenterveyslain, kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain sekä tartuntatautilain perusteella. Useisiin sosiaali- ja terveydenhuollon substanssilakeihin sisältyy sosiaali- ja terveysministeriön ohjaustehtävän sisältöä tarkentavia säännöksiä. Toimivalta koskee käytännössä kunnallista sosiaali- ja terveydenhuoltoa sekä valtion mielisairaaloita. Myös yksityisen terveydenhuollon ja yksityisten sosiaalipalvelujen yleinen ohjaus ja valvonta sekä terveydenhuollon ammattihenkilöiden yleinen ohjaus kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle.

Sosiaali- ja terveysministeriö valmistelee sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön ja uudistukset ja ohjaa niiden toteutumista ja yhteensovittamista, johtaa ja ohjaa sosiaaliturvan sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kehittämistä ja toimintapolitiikkaa, määrittelee sosiaali- ja terveystalouden suuntaviivat sekä vastaa yhteyksistä poliittiseen päätöksentekoon.

Säädösperusteisen normiohjauksen lisäksi sosiaali- ja terveysministeriö ohjaa informaatiolla (esimerkiksi suositukset, ohjeet, oppaat ja vertailutieto). Suoraa resurssiohjausta ei ole käytössä, kun peruspalveluiden valtionosuudet eivät ole tiettyyn tarkoitukseen suunnattuja. Kansallisilla kehittämisohjelmilla, hallituksen kärkihankkeilla ja vastaavilla on ohjelmaohjauksen ja siihen liittyvän rahoituksen keinoin ohjattu sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistä. Dialogin ja vuorovaikutuksen merkitys ohjauksessa on korostunut viime vuosikymmeninä. 2010-luvulla on alettu puhumaan hybridiohjauksesta, jossa yhden ohjausvälineen sijaan muodostetaan eri ohjausvälineistä koostuvia yhteensopivia ohjauskokonaisuuksia.

2.11.2 Pelastustoimen kansallinen ja alueellinen ohjaus

Sisäministeriö johtaa, ohjaa ja valvoo pelastustointia ja sen palvelujen saatavuutta ja tasoa, huolehtii pelastustoimen valtakunnallisista valmisteluista ja järjestelyistä, sovittaa yhteen eri ministeriöiden ja toimialojen toimintaa pelastustoimessa ja sen kehittämisessä. Aluehallintovirasto tukee sisäministeriötä edellä mainituissa tehtävissä.

2.11.3 Julkisen talouden kokonaisuohjaus

Julkisen talouden kokonaisuohjausta on 2010-luvulta alkaen vahvistettu. Taustalla on ollut EU:n finanssipoliittisen koordinaation tiivistäminen. Lisäksi kansalliset lähtökohdat puoltavat julkisen talouden kokonaisuohjausta, jonka keskeinen väline on julkisen talouden suunnitelma. Julkisen talouden suunnitelma sisältää samalla Suomen vakausohjelman sekä vastaa EU:n vaatimukseen keskipitkän aikavälin budjettisuunnitelmasta.

Lainsäädännöllinen perusta uudelle ohjausjärjestelmälle on vuonna 2013 voimaan tullut laki talous- ja rahaliiton vakaudesta, yhteensovittamisesta sekä ohjauksesta ja hallinnasta tehdyn sopimuksen lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta ja sopimuksen soveltamisesta sekä julkisen talouden monivuotisia kehyksiä koskevista vaatimuksista (869/2012). Sen nojalla annettu valtioneuvoston asetus julkisen talouden suunnitelmasta (120/2014) tuli voimaan 14.2.2014. Käytännössä uuteen julkisen talouden ohjausmalliin siirryttiin vuoden 2015 eduskuntavaalien jälkeen, jolloin pääministeri Juha Sipilän hallitus päätti ensimmäisestä julkisen talouden suunnitelmasta. Asetuksen mukaan valtioneuvosto asettaa julkisen talouden suunnitelmassa julkiselle taloudelle sekä sen alasektoreille rahoitusasemaa koskevan tavoitteen. Vaalikauden ensimmäisessä julkisen talouden suunnitelmassa asetetaan rakenteellista rahoitusasemaa koskeva keskipitkän aikavälin tavoite (MTO), minkä lisäksi asetetaan nimellistä rahoitusasemaa koskevat monivuotiset tavoitteet koko julkiselle taloudelle ja sen kullekin alasektorille (valtionalous, kuntatalous, lakisääteiset työeläkelaitokset ja muut sosiaaliturvarahastot). Rahoitusasematavoitteet asetetaan siten, että ne valtiovarainministeriön ennuste huomioon ottaen johtavat vähintään julkisen talouden rakenteelliselle rahoitusasemalle asetetun tavoitteen saavuttamiseen. Lisäksi julkisen talouden suunnitelmassa esitetään kunkin alasektorin osalta yksilöidyt toimenpiteet rahoitusasematavoitteen saavuttamiseksi. Toimenpiteet voivat olla mm. määrärahojen ja verojen tasoa ja perusteita koskevia muutoksia kuin rakenteellisia toimia.

Julkisen talouden suunnitelma sisältää valtionalouden kehyspäätöksen lisäksi kuntataloutta ja lakisääteisiä työeläkelaitoksia ja muita sosiaaliturvarahastoja koskevat osiot. Lisäksi julkisen talouden suunnitelmassa valtioneuvosto asettaa kuntatalouden menorajoitteen, jolla on tarkoitus hillitä valtion toimenpiteistä kuntatalouden menoihin kohdistuvaa painetta. Menorajoite on euronääräinen raja valtion toimista kuntatalouteen aiheutuvalle toimintamenojen muutokselle. Tarkoituksena on, että menorajoite on yhdenmukainen hallituksen kuntatalouden rahoitusasematavoitteen kanssa. Valtioneuvosto asetti kuntatalouden menorajoitteen ensimmäisen kerran syksyn 2016 julkisen talouden suunnitelmassaan.

Julkisen talouden suunnitelma ja erityisesti siihen sisältyvä valtionalouden kehyspäätös toimii ministeriöille talousarvioesityksen valmisteluohjeena. Valtionalouden kehysjärjestelmä ei ole lakisääteinen, vaan se perustuu hallituksen poliittiseen päätökseen. Kehysjärjestelmästä ja sen keskeisistä linjauksista on vuodesta 2003 lähtien päätetty hallitusohjelmassa, ja hallituksen ensimmäisessä kehyspäätöksessä eli julkisen talouden suunnitelmassa on asetettu sitova nelivuotinen vaalikauden kehys. Hallitus antaa julkisen talouden suunnitelman selontekona eduskunnalle.

Kuntatalousohjelma valmistellaan osana julkisen talouden suunnitelman valmistelua ja se sisältää julkisen talouden suunnitelman kuntataloutta koskevan osan. Kuntatalousohjelma kattaa kuntatalouden rahoitusasematavoitteen ja yksilöidyt toimenpiteet tavoitteen saavuttamiseksi. Nämä toimenpiteet koskevat kuntien veropohjaa, valtionosuuksia, kuntien tehtäviä ja velvoitteita, maksutuloja ja toiminnan tehostamista. Kuntatalousohjelmassa arvioidaan kuntien toimintaympäristön, palveluiden kysynnän ja kuntien tehtävien muutokset sekä tehdään arvio kunta-

talouden kehityksestä. Kuntatalousohjelmassa arvioidaan rahoituksen riittävyyttä kuntien lakisääteisten tehtävien hoitamiseen eli rahoitusperiaatteen toteutumista. Kuntataloutta arvioidaan kokonaisuutena, osana julkista taloutta ja kuntaryhmittäin.

Kuntatalousohjelma valmistellaan aiemman peruspalveluohjelman tavoin valtion ja kuntien välisessä neuvottelumenettelyssä. Kuntatalousohjelman valmistelussa korostuu toisaalta eri ministeriöiden välinen yhteistyö kunta-asioissa sekä toisaalta valtion ja kuntasektorin välinen yhteistyö. Kuntatalousohjelman valmistelee valtiovarainministeriö ja valmisteluun osallistuvat muut ministeriöt. Kuntatalousohjelma ei ole kuitenkaan käytännössä sellainen väline, jolla voitaisiin ohjata eri hallinnonaloilla tapahtuvaa kuntien tehtäviä koskevan erityislainsäädännön valmistelua. Kuntasektoria kuntatalousohjelman valmistelussa edustaa Suomen Kuntaliitto.

2.11.4 Valtion ja kuntien välinen neuvottelumenettely

Kuntalain mukaan kuntia koskevaa lainsäädäntöä on aina käsiteltävä neuvottelumenettelyssä. Myös valtionalouden ja kuntatalouden yhteensovittamista koskevat asiat kuuluvat neuvottelumenettelyn piiriin. Muut kuntien toimintaa, taloutta ja hallintoa koskevat asiat käsitellään neuvottelumenettelyssä, jos ne ovat periaatteellisesti tärkeitä ja laajakantoisia. Edellä luvussa 2.11.3 mainittu kuntatalousohjelma käsitellään valtion ja kuntien neuvottelussa.

Kuntalaissa säädetään kuntatalouden ja -hallinnon neuvottelukunnasta, jonka tehtävänä on seurata ja arvioida kuntatalouden kehitystä sekä huolehtia, että kuntatalousohjelma otetaan huomioon kuntia koskevan lainsäädännön ja päätösten valmistelussa. Kuntatalouden ja -hallinnon neuvottelukunnan tarkemmista tehtävistä sekä kokoonpanosta ja jaostoista säädetään valtioneuvoston asetuksella.

2.12 Tietohallinto ja ICT-toiminta

Julkinen hallinto tukeutuu tehtäviensä hoidossa ja palvelutuotannossa laajasti informaatio- ja viestintäteknologian (ICT) käyttöön. Lähtökohtaisesti kunnat voivat itse päättää, millä tavalla ja minkälaisin resurssein tietohallinto kunnassa organisoidaan.

Kuntaliiton toteuttama kuntien tietotekniikkakartoituskysely on toteutettu vuosina 2013 ja 2018¹. Kartoituksen tavoitteena on ollut saada kokonaiskuva Manner-Suomen ja Ahvenanmaan tietohallinnon tilanteesta kuntasektorilla sekä päivittää tietoja kustannustasosta, prosessien ja palveluiden sähköistämisestä.

2.12.1 Tietohallinnon ja ICT-palveluiden tuotantorakenteet

Sähköisen potilaskertomuksen levinneisyys on julkisessa terveydenhuollossa ollut 100 % jo vuodesta 2007. Useimmilla organisaatioilla sen käyttöhistoria on yli 10 vuotta ja käyttöaste oli hyvin korkea. Varsinaisten asiakas- ja potilastietojärjestelmien lisäksi käytössä on merkittävä määrä muita ns. erillisjärjestelmiä.² Sosiaalihuollossa tietojärjestelmien käyttö on ollut vähäisempää, mutta kattaa kuitenkin suurimman osan toiminnan asiakasvolyymeista.

¹ https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/Tietotekniikkakartoitus2018_loppuraportti.pdf

² https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136278/URN_ISBN_978-952-343-108-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Käytössä olevia asiakas- ja potilastietojärjestelmä tuotemerkkejä on rajallinen määrä, mutta niiden käyttö on valtakunnallisesti sirpaloitunutta. Organisaatiokohtaisia tai korkeintaan sairaanhoitopiirin alueen kattavia tietojärjestelmiä (ns. instansseja) on edelleen runsaasti.

Tästä syystä erityisesti terveydenhuollon järjestelmät ovat voimakkaassa muutospaineeissa. Potilastietojärjestelmät ovat osittain vanhentuneita ja niiden käytettävyyteen ollaan tyytymättömiä. Uudenmaan alueella ollaan käyttöönottamassa sairaanhoitopiirin ja kuntien yhteistä Apotti-järjestelmää. Useilla muilla alueilla valmistellaan potilastietojärjestelmien kilpailutusta ja hankintaa.

Laboratorio- ja röntgenpalveluiden tuottaminen on nykyisin toteutettu useilla alueilla sairaanhoitopiiri- tai ERVA-tasoisena yhtenäisenä toteutuksena (esim. Huslab, Islab sekä HUS-kuvantaminen). Tällöin käytössä on yleensä myös yhteinen vastaavan alueen laajuinen tietojärjestelmä.

Kuntien perustietotekniikan ja sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmien ylläpidon järjestämistapa vaihtelee merkittävästi kunnan koon perusteella. Suurimmissa kunnissa (yli 100 000 asukasta) järjestämistapana on useimmiten ostopalvelu. Keskisuuret kunnat (6000 – 40 000 asukasta) hyödyntävät laajasti alueellisia in-house –yhtiöitä. Tätä pienemmissä kunnissa korostuu omana toimintana järjestäminen ja kuntien välinen yhteistyö.

Kuntaliiton kartoituksen perusteella kuntayhtymien omistamien ICT-yhtiöiden kanssa tehtävä yhteistyö kuntasektorilla on lisääntynyt vuoden 2013 jälkeen. Muutos näkyy myös ICT-yhtiöiden henkilöstömäärissä ja liikevaihdossa. Vuonna 2012 suurimpien kuntien ja kuntayhtymien omistamien ICT-yhtiöiden henkilöstö oli noin 1500 ja liikevaihto 250 miljoonaa. Vuonna 2017 henkilöstömäärä oli kasvanut noin 1600 henkilöön ja liikevaihto noin 340 miljoonaa euroa. Viimeisimpien käytössä olevien vuoden 2018 tilinpäätöstietojen mukaan kuntien omistamien ICT-yhtiöiden henkilöstömäärä oli noin 2 250 ja liikevaihto noin 350 miljoonaa euroa. Liikevaihdon perusteella arvioituna kuntien ICT-menoista noin 30 prosenttia kohdistuu kuntien omistamien yritysten asiakkailleen tuottamiin palveluihin.

Terveydenhuollossa tietohallinnon alueellista yhteistyötä on toteutettu 1990-luvulta lähtien. Vuonna 2011 voimaan tullut terveydenhuoltolaki ja sen mahdollistama julkisen terveydenhuollon potilastietojen yhteisrekisteri on osaltaan vauhdittanut alueellista yhteistyötä. Sen myötä yli puolella sairaanhoitopiirien alueista on käytössään yhteinen alueellinen terveydenhuollon potilastietojärjestelmä. Lisäksi sairaanhoitopiireillä on terveydenhuoltolain 33 §:n nojalla vastuu alueensa kunnallisen terveydenhuollon tietojärjestelmien yhteensovittamisesta sekä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteisen potilastietorekisterin edellyttämistä koordinoitavista.

Sosiaalihuollon tietojärjestelmäratkaisujen osalta ei toistaiseksi ole terveydenhuoltoa vastaavaa alueellista yhteistyövelvoitetta ja koordinaattiorakenteita. Sosiaalihuollon IT-ratkaisujen osalta on kuitenkin useilla seuduilla syntynyt vapaaehtoisia yhteistyötä ja joissain tapauksissa sosiaalialan osaamiskeskukset ovat toimineet alueellisten kehittämishankkeiden organisoijina.

Asiakastietolaki ja laki sähköisestä lääkemääräyksestä tulivat voimaan vuonna 2007. Kyseiset lait vaikuttavat laajasti sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmien vaatimukseen. Säädöksissä on määritelty myös valtakunnalliset tietojärjestelmäpalvelut (Kanta-palvelut), joista merkittävimpiä ovat valtakunnallinen potilastiedon arkisto ja tiedonhallintapalvelu, reseptikeskus, sosiaalihuollon arkisto sekä käyttöliittymä kansalaiselle (Omakanta). Valmisteilla olevassa uudessa asiakastietolaissa on tarkoitus säätää, että myös kaikkien sosiaalihuollon palvelunantajien

olisi oltava liittyneinä valtakunnalliseen asiakastietojen arkistointipalveluun viimeistään 1.1.2026 mennessä.

Pelastustoimen toimialakohtaiset alueellisesti hankitut tietojärjestelmät koostuvat muun muassa palotarkastusta, kulunvalvontaa, henkilöstöhallintoa, testausta, varahälytystä, väestön varoittamista, väestönsuojelua, varautumista sekä pelastuslaitoksen päätöksentekoa ja hallintoa tukevista järjestelmistä. Isäntäorganisaatioiltaan pelastuslaitokset saavat muun muassa tietoliikenne- ja työasemapalvelut, mobiilipalvelut, puhelinpalvelut, sähköpostin, asiahallinta- ja päätöksentekojärjestelmät sekä taloushallinnon. Pelastustoimen kansalliset tietojärjestelmäpalvelut on järjestetty osittain sisäministeriön ja osittain Pelastusopiston toimesta. Näitä ovat esimerkiksi pelastustoimen onnettomuus ja resurssitietojärjestelmä PRONTO, tilannekuvajärjestelmä JOTKE, paikkatietopalvelut ja kenttäjohtamisjärjestelmä.

2.12.2 ICT-toiminnan kustannukset

Kuntasektorin tietotekniikkamenot olivat Suomen Kuntaliiton kartoituksen³ tulosten perusteella vuonna 2018 noin 997 miljoonaa euroa, joka on 2,3 prosenttia kuntien ja kuntayhtymien tulos- ja rahoituslaskelman mukaisista kokonaismenoista. Muutos viiden vuoden takaiseen lukuun on kasvua noin 166 miljoonaa euroa. Osaltaan kustannusten kasvuun ovat vaikuttaneet yleinen digitalisaatiokehitys, kuntaliitokset sekä uudesta sääntelystä tulevat velvoitteet.

Eri arviot kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveydenhuollon tietotekniikkakustannuksista vaihtelevat 480⁴ miljoonan ja 599⁵ miljoonan välillä. Erikoissairaanhoidossa ICT:n osuus budjeteista vaihteli 0,78–5 prosentin välillä, mediaanin ollessa 2,8 prosenttia⁶. Perusterveydenhuollon osalta vastaava mediaani on noin 2 prosenttia. Osuuksissa ei ole tapahtunut merkittäviä muutoksia viime vuosien aikana.

2.12.3 ICT-toiminnan varautuminen häiriö- ja poikkeustilanteisiin

Digitalisaatiokehityksen myötä perustoiminnot nojaavat yhä enenemässä määrin tietoliikenteen, viestintäyhteyksien ja tietojärjestelmien häiriöttömään toimintaan. ICT-toimintaan liittyvä varautuminen perustuu kunnan tehtäviä koskeviin säädöksiin, joiden mukaan niiden on pystyttävä hoitamaan tehtävänsä kaikissa tilanteissa. Kuntien palvelutoiminnassa keskeisessä roolissa on sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmien toimivuus häiriöttömästi kaikissa tilanteissa. Myös kuntien tietoliikenneyhteyksien toimivuus on tärkeässä roolissa, koska tietojärjestelmät eivät toimi ilman niitä. Tämä koskee niin järjestelmien käyttöä kunnan sisällä kuin yhteyksiä kansallisiin palveluihin. Häiriöt viestintäyhteyksissä voivat myös vaikeuttaa merkittävästi kunnan johtamisjärjestelmän toimintaa.

Kuntien jatkuvuussuunnittelun ja varautumisen sisältö sekä laatimisprosessit vaihtelevat kuntien koon, maantieteellisen sijainnin ja paikallisten olosuhteiden mukaan. Kuntien ICT- varautumisen taso vaihtelee myös merkittävästi kunnittain. Tietojärjestelmiin ja ICT:hen liittyvän varautumisen ohjeistus ja käytännöt on usein sisällytetty kuntien tietoturvasuunnitelmiin. Viime

³ LÄHDE?

⁴ https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/Tietotekniikkakarttoitus2018_loppuraportti.pdf

⁵ https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/Sote%20ICT%20kustannuslaskentara-portti_300816.pdf

⁶ https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136278/URN_ISBN_978-952-343-108-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y

vuosina on ollut useita esimerkkejä tilanteista, joissa tietotekniset ongelmat ovat johtaneet merkittäviin vaikeuksiin palveluiden tuottamisessa. Ongelmia ovat aiheuttaneet niin ulkopuolelta tulleet hyökkäykset kuin laitteiden rikkoutumiset tai inhimilliset virheet. Näissä tilanteissa on jouduttu siirtämään jo sovittuja toimenpiteitä ja toiminnan ennalleen palautuminen on voinut viedä jopa kuukausia.

2.13 Omaisuus

2.13.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon käytössä oleva kuntasektorin omaisuus

Kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveydenhuollon käytössä olevan omaisuuden moninaisuutta kuvaa, että kyseisessä käytössä olevaa omaisuutta on lähes kaikissa kunnan taseen erissä. Tase kuvaa kunnan taloudellista asemaa tilinpäätöspäivänä ja sen laadinnassa noudatetaan kirjanpitolautakunnan kuntajaoston antamaa yleisohjetta. Rakennukset, maa-alueet, kiinteät rakenteet ja laitteet sekä koneet ja kalusto, johon kuuluvat muun muassa kalusteet, tietoliikennevälineet sekä esimerkiksi terveydenhuollon laitteisto, sisältyvät pysyvien vastaavien aineellisiin hyödykkeisiin. Tähän samaan tase-erään sisältyvät myös keskeneräiset hankinnat ja ennakkomaksut, kuten rakennushankkeet tai esimerkiksi erikoissairaanhoidon vaatimien, kustannukseltaan merkittävien laitteiden hankinnat. Maa-alueisiin sisältyvät paitsi rakennetut tontit, niin myös mahdolliset rakentamattomat maa-alueet. Pysyvien vastaavien aineettomiin hyödykkeisiin sisältyy muun muassa tietojärjestelmien hankintaan liittyviä menoja sekä lisenssoikeudet.

Merkittävä osa kuntasektorin sosiaali- ja terveydenhuollon käytössä olevasta omaisuudesta sijoittuu kuntien ja kuntayhtymien taseissa sijoitusten tase-erään. Tähän kuuluvat osakkeet ja osuudet erilaisissa yhteisöissä, kuten kiinteistöosakeyhtiöiden sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita tukevien muiden yhtiöiden osakkeet. Kuntien taseissa tässä erässä ovat mukana myös jäsenkuntaosuudet kuntayhtymiin. Myös lainasaamiset tytäryhteisöiltä näkyvät kyseisessä tase-erässä. Taseiden vaihtuvien vastaavien erään sisältyvät muun muassa aineet ja tarvikkeet, joita ovat esimerkiksi terveydenhuollossa käytettävät lääkkeet ja muut hoitotarvikkeet.

Kirjanpitolain 5 luvun arvostus- ja jaksotussäännösten mukaan aineelliset ja aineettomat hyödykkeet merkitään kirjanpitoon hankintamenon määräisinä. Hankintamenoon luetaan hyödykkeen hankinnasta ja valmistuksesta aiheutuneet menot. Pysyviin vastaaviin kuuluvan aineellisen omaisuuden hankintameno aktivoidaan ja kirjataan vaikutusaikanaan poistona kuluksi, jolloin taseessa kirjanpitoarvoksi (ns. tasearvoksi) muodostuu hankintamenon ja poiston erotuksena poistamaton hankintameno.

Rakennukset

Tässä osiossa tehdään katsaus maakunnille siirtyvien sosiaali- ja terveydenhuollon kiinteistöistä Nordic Healthcare Groupin (NHG) syyskuussa 2016 julkistetun selvityksen (Selvitys kuntien kiinteistöriskistä sote-uudistuksessa) sekä Maakuntien tilakeskuksen loppuvuodesta 2019 toteuttaman sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen käytössä olevien tilojen tilannekatsauksen perusteella. NHG:n selvityksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon käytössä olevien kiinteistöjen pinta-ala oli yhteensä noin 14 miljoonaa m². Luvussa ovat mukana kaikki kyseisessä käytössä olevat kiinteistöt omistajatahosta riippumatta, eli kuntasektorin lisäksi myös yksityisten tahojen, yritysten ja säätiöiden sekä valtion omistamat kiinteistöt. Selvityksen pohjana on käytetty Väestörekisterikeskuksen kiinteistötietokannan tietoja. Koko kiinteistökannan (noin 14 miljoonaa m²) omistus jakautuu käytettävissä olevien tietojen mukaan seuraavasti:

Taulukko 9: Sosiaali- ja terveydenhuollon rakennusten omistus

Sairaanhoidopiirien ja erityishuoltopiirien kuntayhtymät	2,166 milj. m ²	15,5 %
Kunta	4,930 milj. m ²	34,2 %
Muu kuntayhtymä	1,621 milj. m ²	11,3 %
Kunnan tai muun kuntayhtymän määräysvallassa oleva yritys	0,203 milj. m ²	1,4 %
Kiinteistöosakeyhtiö (ei kunnan määräysvallassa oleva)	1,177 milj. m ²	8,2 %
Säätiö, yhdistys tai muu yhteisö	1,996 milj. m ²	13,9 %
Muu yksityinen yritys	1,075 milj. m ²	7,5 %
Valtio	0,292 milj. m ²	2,0 %
Muut	0,904 milj. m ²	6,3 %

Kuntasektori eli kunnat, kuntayhtymät sekä kunnan tai kuntayhtymän määräysvallassa olevat yhteisöt omistavat siis sosiaali- ja terveydenhuollon käytössä olevasta kiinteistökannasta noin 8,9 miljoonaa m² eli noin 60 %. Tästä määrästä sairaanhoidopiirit ja erityishuoltopiirit omistavat noin 2,166 miljoonaa m² eli noin 24 %. Kunnat ja niin kutsutut vapaaehtoiset sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymät sekä näiden määräysvallassa olevat yritykset omistavat yhteensä noin 6,8 miljoonaa m² eli noin 76 %.

Tilastojen perusteella sosiaali- ja terveydenhuollon käytössä olevat rakennukset ovat todennäköisesti noin 20 prosenttia koko kuntasektorin rakennuskannasta ja niiden tasearvo on noin 6—6,5 miljardia euroa. Tästä sairaanhoidopiirien kuntayhtymien osuus on noin 2,3 miljardia euroa. Edellä kerrotussa NHG:n selvityksessä arvioitiin myös kuntien ja muiden kuntayhtymien kuin sairaanhoidopiirien ja erityishuoltopiirien omistamien sosiaali- ja terveydenhuollon kiinteistökannan arvoa. Arvonmääritysmenetelmänä käytettiin niin sanottuja vähennettyä jälleenhankintakustannusta. Tätä menetelmää käyttäen kuntien ja muiden kuntayhtymien omistuksessa olevien sosiaali- ja terveydenhuollon rakennuskannan arvoksi arvioitiin noin 4,2 miljardia euroa. Rakennusomaisuuden osuutta kuntien ja kuntayhtymien omaisuudesta kuvaavat jossain määrin myös niihin kohdistuvat poistot ja arvonalennukset, joita kohdistuu sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävälueelle noin 14,5 prosenttia kuntasektorin koko poistomäärästä.

Maakunnan tilakeskuksen mukaan vuonna 2019 kuntien sote-rakennuskannasta noin 8,6 prosenttia on alle 10 vuotta, 6,8 prosenttia 10-20 vuotta, noin 52,0 prosenttia on 20-50 vuotta ja 32,6 prosenttia yli 50 vuotta sitten rakennettuja. Tarkastelu ei sisältänyt kuntayhtymien tiloja.

Erityisesti sairaanhoidopiirien kuntayhtymien omistuksessa on myös sosiaali- ja terveydenhuollon aktiivikäytöstä poistettuja tai vajaakäytössä olevia, kerrosalaltaan huomattavan suuria rakennuksia. Näiden käytöstä poistettujen tai vajaakäytössä olevien, sairaanhoidopiirien omistamien rakennusten määrästä ei ole valmistelun yhteydessä ollut systemaattista tietoa käytettävissä, mutta tiedossa on, että niihin sisältyy muun muassa vanhoja suuria keuhkotautiparantoloita ja mielisairaaloita.

Sosiaali- ja terveydenhuollon rakennuskannan osuus kuntien taseissa vaihtelee huomattavasti. Osuuteen vaikuttaa merkittävästi se, miten kunta on järjestänyt perusterveydenhuoltonsa. Jos kunta on mukana perusterveydenhuollon kuntayhtymässä, myös rakennuskanta on pääsääntöisesti kuntayhtymän omistuksessa.

Kuntien ja muiden kuntayhtymien kuin sairaanhoidopiirien ja erityishuoltopiirien sosiaali- ja terveydenhuollon rakennuksista on NHG:n selvityksen mukaan noin 22 % vanhainkoteja ja noin

21 % on terveyskeskuksia. Lähes saman verran eli noin 20 % on tilastotietojen mukaan sairaalakäytössä. Seuraavaksi suurin osuus eli noin 12 % on asumiskäytössä eli esimerkiksi palvelutaloja. Loppuosa jakautuu muihin sosiaalitoimen rakennuksiin sekä erilaisiin erityislatoiksiin.

Maa-alueet

Pääosa kuntien omistamasta sosiaali- ja terveydenhuollon käytössä olevasta rakennuskannasta sijaitsee kunnan itse omistamalla maa-alueella. Kuntayhtymien rakennuksia sijaitsee sekä kuntayhtymien että niiden jäsenkuntien omistamalla maa-alueilla. Lisäksi monet kuntayhtymät omistavat myös sellaisia maa-alueita, jotka eivät suoraan liity niiden varsinaiseen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutoimintaan. Esimerkkeinä voidaan todeta Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, jonka omistuksessa on maa-alueita yhteensä 206 hehtaaria, josta virkistysaluetta on 98 hehtaaria sekä Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, jolla myös on omistuksessaan virkistysalueita.

Osakkeet, osuudet

Kasvava osuus kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotantoon liittyvästä omaisuudesta on osakkeita ja osuuksia. Tilastotiedoista ei kuitenkaan löydy kattavaa informaatiota siitä, mikä osuus kuntien taseissa olevista osakkeista ja osuuksista liittyy sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotantoon. Täsmällinen tieto on saatavissa vain kunkin kunnan tasetietoja tarkastelemalla. Kuntayhtymien osalta tilanne on toinen, sillä lähtökohtaisesti kuntayhtymän omaisuus on tarkoitettu kuntayhtymän perussopimuksen mukaiseen toimintaan omaisuuden tyypistä riippumatta. Jos rakennus on kunnan tai kuntayhtymän tytär- tai osakkuusyhteisön omistuksessa, varsinainen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotanto toimii yhtiöiden omistamissa tiloissa vuokrasopimusten nojalla.

Kiinteistö- ja asunto-osakeyhtiöiden lisäksi kunnat ja kuntayhtymät omistavat joko enemmistön tai osakkuuksia erilaisista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita tukevista tai niitä tuottavista yhtiöistä, kuten laboratorio- ja kuvantamisyhtiöistä, työterveyshuollon yhtiöistä, ruoka, siivous- ja tilapalveluyhtiöistä sekä muun muassa seudullisista ict-yhtiöistä.

Monet kunnat ja kuntayhtymät ovat mukana myös säätiölain mukaan järjestetyssä toiminnassa. Sijoitukset säätiöiden peruspääomaan eivät kuitenkaan ole omistusosuuksiin verrattavia omaisuuseriä eivätkä ne näy kunnan taseessa.

Koneet, laitteet, vaihto-omaisuus

Kuntien ja kuntayhtymien omistuksessa on huomattava määrä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin käytettäviä koneita, laitteita ja sekä vaihto-omaisuudeksi luokiteltavaa irtaimistoa, kuten terveydenhuollossa käytettävät lääkkeet ja välineet. Kuntien taseissa tämän omaisuuserän määrä vaihtelee erityisesti sen mukaan, järjestääkö kunta itse perusterveydenhuollon vai onko se järjestetty yhteistoiminnassa muiden kuntien kanssa. Tällaista omaisuutta koskevat tiedot ovat pääsääntöisesti löydettävissä vain kunkin kunnan tilinpäätöstietoja ja omaisuuseriä erikseen tutkimalla. Kuntayhtymien osalta tilanne on erilainen, sillä kuntayhtymän koneet, laitteet ja vaihto-omaisuus voidaan kokonaisuudessaan katsoa liittyvän kuntayhtymän perussopimuksen mukaisen toiminnan harjoittamiseen.

2.13.2 Kuntasektorin lainakanta

Yleistä

Manner-Suomen kuntatalouden eli kuntien ja kuntayhtymien yhteenlaskettu lainakanta oli tilinpäätöstietojen mukaan vuoden 2018 lopussa noin 20,5 miljardia euroa. Yhteenlasketusta lainakannasta kuntien osuus oli noin 16,7 miljardia euroa ja kuntayhtymien osuus 3,8 miljardia euroa. Kuntasektorin lainakannasta on tarkemmin todettu hallituksen esityksen kohdassa 2.11.

Kuntien lainanotto ei ole niin sanotusti korvamerkittyä. Valtuuston päätöksenteon yhteydessä ei erotella, mikä osuus lainojen lisäyksestä kohdistuu esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon investointiin tai muuhun määrättyyn rahoitustarpeeseen. Näin ollen sosiaali- ja terveydenhuollon rakennuksiin tai muihin omaisuuseriin kohdistuvia velkamääriä ei ole käytännössä mahdollista erottaa kunnan muusta lainakannasta ilman syvällistä ja perusteellista kunnan päätöksentekohistorian, lainakannan kehittymisen ja investointien toteuttamisen tarkastelua.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymien lainoista suurin osa johtuu investointien rahoittamisesta. Eräiden alijäämäisimpien kuntayhtymien lainoituksista osa johtuu käyttötalouden alijäämäisyydestä. Asiasta on tarkemmin todettu hallituksen esityksen kohdassa 2.15.4.

Kuntien takauskeskus

Kuntien takauskeskuksesta annetun lain (487/1996) 1 §:n mukaan Kuntien takauskeskus on julkisoikeudellinen laitos, jonka tarkoituksena on turvata kuntien yhteinen varainhankinta ja kehittää sitä. Tarkoituksensa toteuttamiseksi takauskeskus voi, siten kuin lain 1 a §:ssä säädetään, myöntää takauksia kuntien suoraan tai välillisesti omistamien tai kuntien määräämisvallassa olevien luottolaitosten sellaiselle varainhankinnalle, jota käytetään antolainaukseen kunnille ja kuntayhtymille sekä kuntien kokonaan omistamille tai niiden määräämisvallassa oleville yhteisöille. Takauskeskus voi myöntää takauksia myös lain 1 §:ssä tarkoitettujen luottolaitosten sellaiselle varainhankinnalle, jota käytetään antolainaukseen valtion viranomaisten nimeämille asuntojen vuokraamista tai tuottamista ja ylläpitoa sosiaalisin perustein harjoittaville yhteisöille tai niiden määräämisvallassa oleville yhteisöille.

Kuntien takauskeskuksesta annetussa laissa tarkoitettuja, kuntien suoraan tai välillisesti omistamia tai kuntien määräämisvallassa olevia luottolaitoksia on tällä hetkellä yksi, Kuntarahoitus Oyj. Sen omistajina ovat kunnat, Keva ja valtio. Sairaanhoidopiirien kuntayhtymien lainoista merkittävä osa on tällä hetkellä Kuntarahoitus Oyj:n myöntämiä. Lisäksi sairaanhoidopiireillä on Kuntarahoitus Oyj:n kanssa solmittuja leasing sopimuksia erilaisia toimitila- ja laiteinvestointeja varten sekä merkittävä määrä johdannais sopimuksia. Asiaa kuvataan tarkemmin hallituksen esityksen luvussa 4.2.1.

Kuntien takauskeskuksesta annetun lain 2 §:n mukaan takauskeskuksen jäsenyhteisöjä ovat kunnat, jotka ovat olleet takauskeskuksen jäsenyhteisöjä 1 päivänä tammikuuta 2007. Muu kunta voi liittyä takauskeskukseen ilmoittamalla siitä kirjallisesti takauskeskuksen hallitukselle. Takauskeskuksen jäsenyydestä ei voi erota ja takauskeskuksen jäseneksi liittyvä kunta on vastuussa takauskeskuksen sitoumuksista samalla tavalla kuin kunnat, jotka liittyivät sen jäseneksi perustamisvaiheessa. Lain 10 §:n mukaan jäsenyhteisöt vastaavat yhdessä, asukaslukujensa mukaisessa suhteessa takauskeskuksen sellaisten menojen ja sitoumusten rahoituksesta, joita ei muuten saada katetuiksi.

Kuntien takauskeskuksesta annetun lain 1 ja 1 a §:stä ja niiden seurauksena Kuntarahoitus Oyj:n lainaehdoista johtuu, että Kuntarahoitus Oyj:n myöntämiä luottoja ei voida ilman lainsäädäntötoimenpiteitä siirtää sellaisille toimijoille, joille suunnattuun antolainaukseen käytettävälle luottolaitoksen varainhankinnalle Kuntien takauskeskus ei mainittujen lainkohtien perusteella voi myöntää takausta.

2.13.3 Kuntasektorin sopimukset

Kuntalain 8 §:n 1 momentin mukaan ”kunta voi järjestää sille laissa säädetyt tehtävät itse tai sopia järjestämisvastuun siirtämisestä toiselle kunnalle tai kuntayhtymälle”. Lakisääteisessä yhteistoiminnassa järjestämisvastuu on tällöin kunnan puolesta toimivalla toisella kunnalla tai kuntayhtymällä. Lain 9 §:n 1 momentin mukaan kunta tai kuntayhtymä voi puolestaan tuottaa järjestämisvastuuseensa kuuluvat palvelut itse tai hankkia ne sopimukseen perustuen muulta palvelujen tuottajalta. Kokonaisuutena tarkastellen julkisyhteisöt tuottavat edelleen valtaosan sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteisistä palveluista, vaikka kunnallisia palveluja tuotetaan enenevässä määrin myös yksityisten palvelujentarjoajien toimesta.

Kunnan ja kuntayhtymän tulee toiminnassaan ja päätöksenteossään pitäytyä toimialansa puitteissa ja noudattaa julkisista hankinnoista annettua lakia. Muutoin julkisyhteisöjäkin sitovat sopimusten osalta tavanomaiset sopimusoikeudelliset periaatteet. Kuntasektorin käytössä ovat lähes kaikki samat sopimustyytit ja lajit, jotka ovat yksityisen sektorinkin käytössä. Kuntatalouden näkökulmasta merkittävimmät sopimukset kohdistuvat palvelujen tuottamiseen ja materiaalien hankintaan. Kuntien ja kuntayhtymien palvelujen ostot olivat vuonna 2018 noin 23,5 miljardia euroa ja materiaaliostot olivat noin 3,7 miljardia euroa.

Merkittävä osa kuntasektorin sopimuksista koskee toimitiloja. Tavanomaisten vuokrasopimusten lisäksi käytössä on useita erilaisia variaatioita ja malleja niin sanotuista kiinteistöleasing-sopimuksista, jotka lähtökohtaisesti ovat rakennusten pitkäaikaisia käyttöoikeussopimuksia. Erilaiset sopimustyytit eroavat toisistaan lähinnä sen suhteen, onko sopimuksessa oikeus tai velvollisuus lunastaa sopimuksen kohde sopimuskauden päätyttyä vaiko ei. Vuokrasopimuksia puolestaan solmitaan paitsi kuntasektorin ulkopuolisten toimijoiden kanssa, niin myös suuressä määrin kunnan tai kuntayhtymän tytäryhteisöjen eli edellä käsiteltyjen kiinteistöosake- yhtiöiden kanssa.

2.13.4 Sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymät

Käyttötaloudeltaan, henkilöstömäärältään ja omaisuudeltaan suurimmat sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymät ovat sairaanhoitopiirit. Tilinpäätöstietojen mukaan sairaanhoitopiirien toimintatuotot olivat vuonna 2018 yhteensä noin 10,4 miljardia euroa ja toimintakulut yhteensä 10,1 miljardia euroa. Suurimman sairaanhoitopiirin eli Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin toimintakulut olivat noin 2,186 miljardia euroa ja pienimmän eli Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin noin 122 miljoonaa euroa.

Vuonna 2018 Manner-Suomen kuntayhtymien lainakanta oli tilinpäätöstietojen mukaan 3,77 miljardia euroa, jolloin kuntayhtymien lainakanta oli noin 687 euroa/asukas. Kuntayhtymien lainakannasta sairaanhoitopiirien kuntayhtymien osuus oli noin 2,08 miljardia euroa. Kuntayhtymien suhteellinen velkaantuneisuus vuoden 2018 lopulla oli 41,4 prosenttia ja omavaraisuusaste 36,9 prosenttia. Sairaanhoitopiirien kuntayhtymien suhteellisen velkaantuneisuuden vaihteluväli oli 15,0–109,3 prosenttia ja omavaraisuusasteen vaihteluväli 8,7–48,6 prosenttia. Manner-Suomen kuntayhtymillä oli vuoden 2018 taseessa merkittynä rakennuksia 3,822 miljardin euron arvosta, ja tästä 2,429 miljardia euroa oli sairaanhoitopiirien kuntayhtymillä. Vuoden 2018 lopussa kaikista sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymistä eniten lainaa oli Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymällä (320 miljoonaa euroa) ja toiseksi eniten Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymällä (307 miljoonaa euroa).

Osa sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymistä on huomattavan alijäämäisiä. Sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymien suurimmat taseisiin kertyneet alijäämät vuoden 2018 lopullisten tilinpäätöstietojen perusteella (1000 €):

Taulukko 11: Sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymien merkittävimmät alijäämät vuoden 2018 tilinpäätöksissä (1000 €)

Kuntayhtymä	Alijäämä (1 000 €)
Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä	-16 033
Pohjois-Savon Sairaanhoidopiirin kuntayhtymä	-9 939
Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä	-9 312
Vaasan Sairaanhoidopiirin kuntayhtymä	-6 206
Keski-Suomen Sairaanhoidopiirin kuntayhtymä	-5 798
Pirkanmaan Sairaanhoidopiirin kuntayhtymä	-4 330
Satakunnan Sairaanhoidopiirin kuntayhtymä	-3 196
JIK-peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä	-2 982
Länsi-Pohjan Sairaanhoidopiirin kuntayhtymä	-2 562
Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymä	-1 047
Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymä (FSHKY)	-904
Eskoon Sosiaalipalvelujen kuntayhtymä	-446
Kärkulla samkommun	-371

Sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymien konsernirakennetta on käsitelty aiemmin kohdassa osakkeet ja osuudet.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymien purkaminen

Kuntayhtymän tehtävien järjestämisvastuun siirtyessä toiselle järjestäjälle kuntayhtymä on lähtökohtaisesti purettava tai sen perussopimusta on muutettava vastaamaan kuntayhtymän uusia, mahdollisesti jäljelle jääneitä tehtäviä.

Kuntalain 56 §:n mukaan kuntayhtymän perussopimuksessa on sovittava jäsenkuntien osuudesta kuntayhtymän varoihin ja vastuusta sen veloista sekä muista kuntayhtymän taloutta koskevista asioista. Perussopimuksessa on sovittava myös kuntayhtymän purkamisesta, loppuselvityksen suorittamisesta sekä kuntayhtymästä eroavan jäsenkunnan ja toimintaa jatkavien jäsenkuntien asemasta. Kuntalakiin ei sisälly muita säännöksiä kuntayhtymän purkamisesta tai kuntayhtymästä eroamisesta. Myöskään kirjanpitolaissa tai muussa lainsäädännössä ei ole säännöksiä kuntayhtymän purkamisesta, vaan purkamisen on jäsenkuntien välinen sopimusasia, joka edellyttää jäsenkuntien valtuustojen päätöksiä.

Jäsenkunnan osuus kuntayhtymässä on jäsenkunnan taseeseen kuuluva erä. Jäsenkuntien taseissa (sijoitusten osakkeissa ja osuuksissa) esitetään kuntayhtymäosuuksien hankintamenot. Jäsenkunnan taseeseen merkitty hankintameno ja jäsenkunnan osuuskuntayhtymän peruspääomasta eivät välttämättä vastaa toisiaan. Mahdollinen ero realisoituu kuntayhtymän purkautumisen yhteydessä ja vaikuttaa kunnan tilinpäätöksen tulokseen. Näiden erojen ei kuitenkaan pitäisi olla olennaisen suuria.

Viimeistään kuntayhtymien purkautuessa jäsenkunnat joutuvat vastaamaan osuudestaan kuntayhtymälle kertyneistä alijäämistä. Jäsenkuntien väliset vastuusuhteet alijäämien kattamisesta

perustuvat kuntayhtymien perussopimusten ehtoihin. Pääsääntöisesti jäsenkunnat vastaavat kuntayhtymän alijäämistä jäsenosuuksiensa suhteessa. Alijäämät ovat todennäköisesti aiheutuneet suurelta osin siitä, että kuntayhtymän palvelujen hinnat ja niiden tuottamisesta aiheutuneet menot eivät ole vastanneet toisiaan. Alijäämien taustassa ja laskentaperiaatteissa voi myös olla kuntayhtymien kesken eroja, jotka ovat osin syntyneet jo nykyiseen kirjanpitojärjestelmään siirtäessä.

Kirjanpitolautakunnan kuntajaosto on lausunnossaan 113/2015 ottanut kantaa kuntayhtymien alijäämien käsittelyyn jäsenkunnan kirjanpidossa. Lausunnon mukaan jäsenkunnan tulee kirjata kirjanpitoonsa osuus kuntayhtymään kertyneestä alijäämästä pakollisena varauksena, mikäli kuntayhtymän alijäämää ei todennäköisesti saada lähitulevaisuudessa katetuksi esimerkiksi kuntayhtymän päättämällä muilla toimenpiteillä. Mikäli kuntayhtymän alijäämän kattamistoi-
menpiteisiin ei ole ryhdytty taikka niitä ei ole suunniteltu, on jäsenkunnalla tällöin oltava erityiset perusteet, mikäli se katsoo, että pakollisen varauksen tekemisen edellytykset kunnan tilinpäätöksessä eivät täyty.

Kun jäsenkunnat ovat päättäneet kuntayhtymän purkamisesta, suoritetaan kuntayhtymän loppuselvytys. Loppuselvytyksessä sovitaan, miten jäsenkunnat vastaavat kuntayhtymän sitoumuksista ja miten kuntayhtymän varat jaetaan. Myös kuntayhtymän voimassa olevien vastuiden siirtyminen on selvitettävä kuntayhtymää purettaessa.

Kirjanpitolain 5 luvun 14 §:ssä säädetään pakollisista varauksista. Säännöksen tarkoittamia pakollisia varauksia sairaanhoitopiirien kuntayhtymissä ovat erityisesti potilasvahinkovastuuvakuutukset. Uusi potilasvakuutuslaki (948/2019) astui voimaan elokuussa 2019. Potilasvakuutusjärjestelmä toimii siten, että yhtä sairaanhoitopiiriä lukuun ottamatta sairaanhoitopiirit ovat ottaneet Potilasvakuutuskeskukselta nykyisen lain tarkoittaman vakuutuksen. Vakuutusmaksut jakautuvat käteismaksuun ja vastuuvelkaan. Tulevaisuudessa maksettavat korvausvaraukset jäävät velaksi. Koska kunakin vuonna aiheutuu uusia potilasvahinkoja, jotka eivät kuitenkaan suurelta osin realisoidu heti maksettaviksi, vaan niistä tehdään varaukset, on velan määrä kasvanut vuosittain. Vuosittain maksettavat käteismaksut ovat viime vuosina olleet julkisella sektorilla 25–31 miljoonaa euroa. Velan kasvu on vaihdellut vuosittain 1–42 miljoonaa euroa. Sairaanhoitopiirit vastaavat alueensa kuntien ja terveydenhuollon kuntayhtymien potilasvakuutuksen kustannuksista. Vuoden 2018 tasossa sairaanhoitopiirien vastuut potilasvahinkovastuuvakuutuksesta ovat yhteensä noin 335 miljoonaa euroa. Kuntayhtymiä purettaessa on noudatettu käytäntöä, jossa purettavan kuntayhtymän pakolliset varaukset merkitään jäsenkunnan taseeseen, jos niiden perusteena olevat velvoitteet ja vastuut kohdistuvat takaisin jäsenkunnalle siirrettiäviin tehtäviin.

2.13.5 Pelastustoimen käytössä oleva kuntasektorin omaisuus

Pelastuslaitosten omaisuus on selkeästi erotettavissa kuntien omaisuudesta, sillä aluepelastuslaitoksista 12 toimii kunnan taseyksikkönä, kuntalain mukaisena kunnan liikelaitoksena toimii kahdeksan laitosta, yksi toimii kuntayhtymän taseyksikkönä ja yksi kuntayhtymän liikelaitoksena.

Vuoden 2018 tilinpäätöstietojen perusteella alueiden pelastuslaitosten yhteenlaskettu kuntamaksuosuus oli hieman yli 400 miljoonaa euroa. Pelastuslaitosten kuntien maksuosuudet vaihtelivat välillä 59–97 euroa/asukas. Summa sisältää kuntien maksuosuudet toimintamenoihin ja investointeihin. Maksuosuudet eivät sisällä ensihoitoa. Tilinpäätöstiedoissa ei ole mukana valtion rahoittamia pelastustoimen investointeja, jotka on luovutettu pelastuslaitosten käyttöön.

Pelastuslaitoksen käytössä olevat kiinteistöt ja toimitilat

Joulukuussa 2015 tehdyn selvityksen perusteella pelastuslaitosten käytössä olevien rakennusten yhteenlaskettu lukumäärä on 834. Näistä kunnat omistavat 603, sopimuspalokunnat 170, yksityiset tahot 46 ja muut 15 kohdetta. Toimitiloista tehtyjen vuokrasopimusten yhteenlaskettu vuokratustannus vuoden 2018 tilinpäätöstietojen perusteella oli 59,1 miljoonaa euroa. Rakennusten lisäksi pelastuslaitoksilla on selvityksen mukaan käytettävissään 26 harjoitusaluetta.

Kalusto

Pelastuslaitosten taloudellisesti merkittävin kalusto koostuu ajoneuvoista ja vesikulkuneuvoista. Vuoden 2019 tietojen perusteella pelastuslaitosten käytössä on noin 4100 ajoneuvoa, jossa on mukana muun muassa ambulanssit ja sammutusautot. Osa ajoneuvoista leasingajoneuvoja. Lisäksi pelastuslaitoksilla on noin 800 vesikulkuneuvoa. Muuna kalustona pelastuslaitoksilla on erilaisia perävaunuja ja kontteja, moottorikelkkoja, hydrokoptereita, helikoptereita ja kauko-ohjattuja ilma-aluksia.

Pelastustoimen omistuksessa olevien ajoneuvojen, kaluston ja alusten yhteenlaskettu tasearvo oli vuoden 2018 tilinpäätöksen mukaan noin 75 miljoonaa euroa. Vuoden 2018 pelastustoimen nettoinvestoinnit olivat 11 miljoonaa euroa ja poistot 16 miljoonaa euroa.

Pelastuslaitosten sopimuksista

Pelastuslaitosten keskeinen sopimuskanta muodostuu vuokrasopimuksista, palokuntasopimuksista sopimuspalokuntien kanssa sekä leasing- ja hankintasopimuksista. Lisäksi alueilla on sopimuksia keskinäisestä yhteistoiminnasta kuten pelastustoiminnan tilannekeskustoiminnoista, sopimuksia yhteistoiminnasta muiden turvallisuusviranomaisten kanssa ja sopimuksia ensihoitoon liittyen. Erilaisia sopimuksia on liittyen ICT-palveluihin tai talous- ja henkilöstöhallinnon palveluista.

Sopimusten päättymisajankohdat vaihtelevat ja niistä ei ole valtakunnallista tietokantaa.

2.14 Henkilöstö

2.14.1 Henkilöstön määrä ja rakenne

Viidenes Suomen palkansaajista työskentelee kunta-alalla. Lokakuussa 2018 kunnissa ja kuntayhtymissä työskenteli henkilöstöä yhteensä 421 000. Lisäksi palkattomilla työ- tai virkavapailla oli runsaat 30 000 henkilöä. (Lähde: Tilastokeskus, Kunta-alan palkat).

Vuonna 2018 kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveystaloudessa työskenteli yhteensä 203 700 henkilöä. Tästä henkilöstöstä työskenteli kunnissa 90 300 (44 %) ja kuntayhtymissä 113 500 (56 %). Sosiaali- ja terveystaloudet kattavat mm. perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, hammashoidon, kotipalvelun ja muut vanhustaloudet, vammaistaloudet, lastensuojelun ja muut sosiaali- ja terveystaloudet sekä näissä tarvittavan hallinnon.

Tilastokeskuksen toimialaluokituksessa lasten päivähoito ja varhaiskasvatus sijoittuvat sosiaali- ja terveystalouteen, mutta toiminta on siirretty kunnissa sivistystalouden alaisuuteen. Lasten päivähoito ja varhaiskasvatus eivät siirry maakuntiin eivätkä ole em. Lukumäärässä.

Kunta-alan yleisimpiä hoitoalan ammattinimikkeitä ovat sairaanhoitaja, lähihoitaja, terveydenhoitaja ja laitoshuoltaja.

Lokakuussa 2018 sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöstä oli 15 prosenttia virkasuhteisia ja 85 prosenttia työsuhteisia. Kunnallisista lääkäreistä pääsääntöisesti kaikki muut paitsi terveyskeskushammaslääkärit ovat virkasuhteessa. Sosiaalityöntekijöistä on virkasuhteisia 79 %.

Naisten osuus koko kunta-alan henkilöstöstä on 80 prosenttia, ja henkilöstön keski-ikä on 45,7 vuotta.

Kuntien ja kuntayhtymien menoista noin puolet on henkilöstömenoja. Vuonna 2018 kuntien ja kuntayhtymien yhteenlasketut työvoimakustannukset olivat 20,6 miljardia euroa, josta palkkakustannukset olivat 16,4 miljardia euroa ja työnantajien maksamat eläke- ja muut välilliset sosiaalivakuutusmaksut 4,2 miljardia euroa.

Pelastuslain 25 §:n nojalla pelastustoimen tehtävien hoitamista varten alueen pelastustoimella tulee olla pelastuslaitos. Pelastuslaitos huolehtii pelastustoimen käytännön tehtävien suorittamisesta. Osa tehtävistä on yksilöity nimenomaisesti alueen pelastustoimen palveluksessa oleville pelastusviranomaisille. Viimeksi mainittuihin tehtäviin liittyy pääsääntöisesti merkittävää julkisen vallan käyttöä. Pelastustoimintaan osallistuvista valtaosa (70 %) on virkasuhteessa.

Alueen pelastustoimen virka- ja työsuhteessa oleva henkilöstö muodostuu päätoimisista ja osin myös sivutoimisista työntekijöistä. Pelastusviranomaisiksi määrätyt henkilöt ovat virkasuhteessa kuntaan tai kuntayhtymään. Päätoimista henkilöstöä oli vuonna 2018 yhteensä 6 283 henkilöä, joista hallinto- ja tukipalveluissa 565 henkilöä, pelastustoiminnassa 3 829 henkilöä ja yksinomaan ensihoitotehtävissä 1 532 henkilöä. Turvallisuuspalveluissa työskenteli päätoimisesti 357 henkilöä, mutta onnettomuuksien ehkäisytyötä teki oman toimensa ohella suurin osa pelastuslaitosten henkilöstöstä. Lisäksi pelastustoimen henkilöstö tuotti valtaosan kiireellisistä ensihoitopalveluista. Sivutoimista henkilöstöä vuonna 2018 oli yhteensä 3 773 henkilöä. Pelastustoimen henkilöstön yleisimpiä ammattinimikkeitä ovat palomies, ensihoitaja, ylipalomies ja paloesimies.

Pelastuslain 25 §:n mukaan alueen pelastustoimi voi käyttää pelastustoiminnassa apunaan vapaaehtoista palokuntaa, laitospalokuntaa, teollisuuspalokuntaa, sotilaspalokuntaa (sopimuspalokunnat) tai muuta pelastusalalla toimivaa yhteisöä sen mukaan kuin niiden kanssa sovitaan. Sopimuspalokunnille ja muille pelastuslaissa tarkoitetuille yhteisöille ei kuitenkaan saa antaa tehtäviä, joihin liittyy merkittävää julkisen vallan käyttöä. Tällaisia ovat esimerkiksi viranomaistoimivaltuuksien käyttö taikka tarkastus- tai valvontatoimintaan kuuluvat tehtävät. Suomessa oli vuoden 2018 tietojen mukaan 709 sopimuspalokuntaa ja niissä on noin 15 000 hälytyskelpoista jäsentä. Sopimuspalokunnilla tarkoitetaan yhdistyksen muotoon perustettuja vapaaehtoisia palokuntia ja yrityksen tai laitoksen omaa tarvetta varten perustettuja palokuntia, joiden kanssa alueen pelastustoimi on tehnyt sopimuksen tiettyjen alueen pelastustoimen tehtävien hoitamisesta.

2.14.2 Henkilöstöön sovellettava lainsäädäntö

Kuntalain mukaan kunnallista tehtävää, jossa käytetään julkista valtaa, hoidetaan virkasuhteessa. Kunnallisesta virkasuhteesta säädetään kuntalaisissa ja laissa kunnallisesta viranhaltijasta (304/2003). Kuntalaisissa säädetään muun muassa viran perustamisesta ja lakkauttamisesta. Kunnallisesta viranhaltijasta annettuun lakiin sisältyvät muun muassa virkasuhteen alkamista ja viranhaltijan yleisiä velvollisuuksia, virkasuhteen irtisanomista ja purkamista, lomautusta ja määräaikaista virkasuhdetta koskevat säännökset.

Kunnan työntekijöitä eli työsuhteista henkilöstöä koskevat keskeiset säännökset ovat työsopimuslaissa (55/2001). Kunnan työntekijän oikeudellinen asema määräytyy pääosin samoin kuin

yksityisellä sektorilla, mutta kunnan työntekijällä on kuitenkin yksityisen sektorin työntekijää laajempi rikosoikeudellinen vastuu. Myös työnantajan oikeus tehdä työehtosopimuksia poikkeaa yksityissektorista.

Erityislainsäädännössä voi olla tiettyjä viranhaltijaryhmiä koskevia erityissäännöksiä. Rikoslaisissa (39/1889) säädetään viranhaltijan rikosoikeudellisesta virkavastuusta. Viranhaltijan vahingonkorvausvastuu määräytyy vahingonkorvauslain (412/1974) mukaan.

Kunnan palveluksessa olevan henkilöstön vahingonkorvausvastuu ei riipu palvelussuhteen muodosta, vaan julkisyhteisö on velvollinen korvaamaan julkista valtaa käytettäessä virheen tai laiminlyönnin johdosta aiheutuneen vahingon. Sama korvausvelvollisuus on muulla yhteisöllä, joka lain, asetuksen tai lakiin sisältyvän valtuutuksen nojalla hoitaa julkista tehtävää.

2.14.3 Eläkkeet

Kunta-alan, valtion, kirkon ja Kelan henkilöstön eläkeasioista huolehtii Keva. Se on itsenäinen julkisoikeudellinen yhteisö, jonka toiminta perustuu Kevasta annettuun lakiin (66/2016). Keva hoitaa noin 1,3 miljoonan julkisen sektorin työntekijän ja eläkkeensaajan työeläkepalvelut.

Kevalla oli vuoden 2019 lopussa työnantaja–asiakkaana noin 1 100 jäsenyhteisöä. Jäsenyhteisöjä ovat kaikki Suomen kaupungit, kunnat ja kuntayhtymät sekä osa kunnallisista yhdistyksistä ja osakeyhtiöistä. Lisäksi Kevalla on noin 900 valtion ja kirkon työnantaja–asiakasta. Myös Kela on Kevan työnantaja–asiakas.

Keva vastaa kunta–alan henkilöstön eläkkeiden rahoituksesta ja eläkevarojen sijoittamisesta. Eläkkeet rahoitetaan kunta–alan työnantajilta ja työntekijöiltä perittävillä maksuilla. Kunnallisen eläkejärjestelmän rahoituksen lähtökohtana on koko kuntasektorin yhteisvastuu. Eläkelaitoksen valtuuskunta päättää eläkelaitoksen menojen jakamisesta jäsenyhteisöjen kesken. Valtuuskunta vahvistaa myös kunnallisen eläkemaksun suuruuden. Vuonna 2019 Kevan maksutulo oli noin 5,1 miljardia euroa.

Tuleviin eläkevastuusiin varaudutaan eläkevastuurahaston avulla. Rahasto on luonteeltaan puskurirahasto. Eläkevastuurahastoon siirrettävästä määrästä päättää vuosittain Kevan valtuuskunta. Rahaston sijoitukset on tehtävä Kevasta annetun lain mukaan niin, että huolehditaan niiden varmuudesta, tuotosta ja rahaksi muutettavuudesta sekä hajauttamisesta. Sijoitusomaisuus on noin 56,2 miljardia euroa (31.12.2019).

Seuraavien kymmenen vuoden aikana kunta-alalta jää eläkkeelle yli 170 000 henkilöä, noin kolmasosa kaikista työeläkevakuutetuista kuntatyöntekijöistä (noin 523 000 työ- ja virkasuh-teista vakuutettua 31.12.2018). Tämä lisää huomattavasti kuntasektorin menoja eläkekustannusten muodossa ja asettaa suuria vaatimuksia rekrytoinnille. Eläkekustannusten räsytystä pysyttään osaksi hillitsemään eläketurvan rahastoinnilla.

Kunnallisessa eläkejärjestelmässä oli vakuutettuja vuoden 2018 lopussa 535 493 henkilöä, joista naisia on noin 77 prosenttia. Vakuutettujen keski-ikä oli 45,2 vuotta, mikä on matalampi kuin julkisella sektorilla keskimäärin.

Kuntien eläkemaksut koostuvat pääasiassa kahdesta osasta eli palkkaperusteisesta eläkemaksusta ja eläkemenoperusteisesta maksusta.

Palkkaperusteinen eläkemaksu (ml. varhaiseläkemaksu) on määritelty samansuuruiseksi kuin keskimäärin yksityisen sektorin TyEL-maksut. Tätä palkkaperusteista maksua maksavat kaikki

kuntasektorin organisaatiot eli kunnat, kuntayhtymät sekä ne kuntayhtiöt, jotka ovat Kevan jäsenorganisaatioita.

Palkkaperusteista eläkemaksua täydentää eläkemenoperusteinen maksu, jolla kerätään se loppuosa maksuista, joita TyEL-tasoinen eläkemaksutulo ei kata. Sen suuruus vaihtelee vuosittain 4–6 prosenttia välillä. Eläkemenoperusteisella maksulla katetaan henkilöstön ennen eläkeuudistuksia karttunut parempi eläketurva sekä kunta-alan naisvaltaisesta rakenteesta, kuten pidemmästä eliniästä aiheutuva lisäkulu. Eläkemenopohjaista maksua eivät maksa ne organisaatiot, jotka on perustettu vuoden 2005 jälkeen, joten pääosan lisävastuista kantavat kunnat ja kuntayhtymät. Vain osa kuntien yksityisoikeudellisista organisaatioista, kuten kuntien yhtiöistä, maksaa eläkemenoperusteisia maksuja.

Vaikka edellä mainittu menettely on otettu käyttöön etupäässä lisämenojen kattamiseksi, niin tästä järjestelystä johtuen kuntien omistamat yksityiset organisaatiot ovat jääneet Kevan jäsenyhteisöiksi.

2.14.4 Julkisen vallan käyttö ja virkavastuu

Kunnissa ja kuntayhtymissä on sekä virkasuhteista että työsuhteista henkilöstöä. Kuntalain 87 §:n 2 momentin mukaan tehtävää, jossa käytetään julkista valtaa, hoidetaan virkasuhteessa. Kunnassa ja kuntayhtymässä on terveydenhuoltolain 57 §:n 3 momentin mukaisesti oltava tarpeenmukainen henkilöstö terveydenhuollon toimintayksikölle kuuluvia julkista valtaa sisältäviä tehtäviä varten. Henkilön, jonka tehtäviin kuuluu julkisen vallan käyttäminen, on oltava virkasuhteessa kuntaan tai kuntayhtymään. Sosiaalihuoltolain 49 a§ §:n mukaan jokaisen kunnan käytettävissä tulee olla sellaisen asiakastyöhön osallistuvan viranhaltijan palveluja, jolla on sosiaaliryhtymänsä ammatillinen kelpoisuus.

Edellä mainitut virkasuhteen käyttöalaa koskevat yleissäännökset ohjaavat palvelussuhteen lajin valintaa kunnassa tai kuntayhtymässä. Niistä on kuitenkin mahdollista poiketa säätämällä tällaisesta poikkeuksesta erikseen laissa. Jos kyse on samalla julkisen hallintotehtävän antamisesta muulle kuin viranomaiselle, sääntelyn on täytettävä perustuslain 124 §:n mukaiset edellytykset.

Perustuslain 118 §:ssä säädetään virkatoimia koskevasta vastuusta. Virkavastuu sisältää sekä vahingonkorvausoikeudellisen että rikosoikeudellisen vastuun. Rikosoikeudellisesta virkavastuusta säädetään rikoslain 40 luvussa. Se, keitä on pidettävä virkamiehinä, ja muut virkarikossäännösten soveltamisalaan kuuluvat henkilöryhmät määritellään 40 luvun 11 §:ssä. Luvun 12 §:n 1 momentin mukaan virkamiestä koskevia säännöksiä sovelletaan myös julkista valtaa käyttävään henkilöön. Julkisyhteisön työntekijään sovelletaan saman pykälän 2 momentin perusteella luvun 1–3, 5 ja 14 §:n säännöksiä, viraltapanoseuraamusta lukuun ottamatta. Julkisyhteisön työntekijällä tarkoitetaan rikoslain 40 luvun 11 §:n 3 kohdan mukaan henkilöä, joka on työsopimussuhteessa valtioon, kuntaan tai kuntayhtymään taikka muuhun pykälässä mainittuun julkisyhteisöön tai laitokseen. Jos julkisyhteisön työntekijä käyttää tehtävässään julkista valtaa, häntä pidetään julkista valtaa käyttävänä henkilönä ja häneen soveltuvat julkista valtaa käyttävää henkilöä koskevat säännökset. Vahingonkorvauslain 3 luvun 2 §:n säännöstä julkisen vallan käyttäjän tuottamuksesta sovelletaan paitsi julkisyhteisöihin myös muihin yhteisöihin, kun ne lain, asetuksen tai lakiin sisältyvän valtuutuksen perusteella hoitavat julkista tehtävää ja tässä tehtävässä käyttävät julkista valtaa. Säännöksen mukaan julkisyhteisö on velvollinen korvaamaan julkista valtaa käytettäessä virheen tai laiminlyönnin johdosta aiheutuneen vahingon. Korvausvelvollisuus toteutuu kuitenkin vain, milloin toimen tai tehtävän suorittamiselle sen laatu ja tarkoitus huomioon ottaen kohtuudella asetettavia vaatimuksia ei ole noudatettu.

2.14.5 Liikkeenluovutus

Työsopimuslain 1 luvun 10 §:n mukaan työsuhteista johtuvat oikeudet ja velvollisuudet siirtyvät liikkeen luovutuksen yhteydessä sellaisinaan liikkeen uudelle haltijalle. Kunnallisesta viranhaltijasta annetun lain 25 §:ssä säännellään liikkeenluovutustilanne viranhaltijan osalta vastaavasti. Säädökset on tarkoitettu vastaamaan liikkeenluovutusdirektiivin 1 artiklan säännöksiä.

Yleisesti liikkeen luovutuksella tarkoitetaan tilannetta, jossa yritys tai sen toiminnallinen osa luovutetaan toiselle yritykselle siten, että luovutettu liiketoiminta säilyttää identiteettinsä ja sen toiminta jatkuu keskeytyksettä. Työsopimuslain säätämiseksi annetussa hallituksen esityksessä (HE 157/2000) on myös edellytetty, että liike pysyy luovutuksen jälkeen samana tai samankaltaisena.

Liikkeenluovutustilanteissa luovutushetkellä luovutettavan liiketoiminnan palveluksessa olevat henkilöt siirtyvät luovutuksensaajalle ns. vanhoina työntekijöinä olemassa olevine ehtoineen.

2.14.6 Henkilöstöön sovellettavat virka- ja työehtosopimukset

Kunnan viranhaltijoiden ja työntekijöiden palvelussuhteen ehdoista on määrätty kunnallisissa virka- ja työehtosopimuksissa. Kunnalliset virka- ja työehtosopimukset koskevat pääsääntöisesti henkilöstöä palvelussuhteen lajista riippumatta. Joitakin sopimusmääräyksiä sovelletaan vain viranhaltijoihin ja joitakin vain työntekijöihin.

Kunnallisessa virkaehtosopimuslaissa (669/1970) säädetään menettelystä, miten viranhaltijoiden palkkauksesta ja muista virkasuhteen ehdoista sovitaan sekä asioista, joista ei voida sopia.

Kunnallisesta työmarkkinalaitoksesta annetussa laissa (254/1993) säädetään kunnallisen työmarkkinalaitoksen asemasta ja tehtävistä.

Kuntien ja kuntayhtymien henkilöstön palvelussuhteen ehdoista on seuraavat erilliset sopimukset:

- kunnallinen yleinen virka- ja työehtosopimus (KVTES; koskee kaikkia aloja, joita alla mainitut sopimukset eivät koske, ml. terveyden- ja sosiaalihuollon henkilöstö sekä varhaiskasvatuksen henkilöstö);
- opetushenkilöstön virka- ja työehtosopimus (OVTES);
- lääkärin virkaehtosopimus (LS);
- teknisen henkilöstön virka- ja työehtosopimus (TS); sekä
- tuntipalkkaisen henkilöstön työehtosopimus (TTES).

Näistä kaikki muut kuin OVTES koskevat maakuntiin siirtyvää henkilöstöä. Tuntipalkkaista henkilöstöä siirtyy maakuntiin vain muutamia satoja.

Nykyiset kunnalliset liikelaitokset (kunnan liikelaitos, kuntayhtymän liikelaitos ja liikelaitos-kuntayhtymä) ovat osa kunnan tai kuntayhtymän varsinaista organisaatiota ja niiden henkilöstö ja edunvalvonta rinnastuvat kuntasektorin palveluksessa oleviin. Maakuntien liittojen henkilöstöön sovelletaan kunnallista yleistä virka- ja työehtosopimusta (KVTES).

Kuntien ja kuntayhtymien määräämisvallassa olevien osakeyhtiöiden tai säätiöiden, muiden yhteisöjen tai säätiöiden sekä yksityisten palvelujentuottajien työnantajaedunvalvojana toimii Avaintyönantajat AVAINTA ry. Sen päätöksenteko on kytketty Suomen Kuntaliiton, kuntien ja sanottujen yhteisöjen edustuksellisiin käsiin. AVAINTA ry:n sopimustoiminnan piirissä on kaikkiaan noin 610 organisaatiota ja 42 500 henkilöä. Näistä sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla on noin 7800 henkilöä (hoito-, hoiva- ja huoltolaitokset, palvelutalot, työterveysasemat, lääkäriasemat, kotitalouspalvelut ym.).

AVAINTA ry:llä on yksi yleinen työehtosopimus, joka kattaa kaikki sen toimialat. Palvelussuhteen ehdoissa on pieniä eroja yksityisen sektorin ja kuntien sopimuksiin, mutta palkkaukset ja muut ehdot ovat pääosin saman tasoisia.

Lisäksi osa kuntayhtiöistä, kuntayhtymistä ja säätiöistä sekä yhdistyksistä on sopinut edunvalvontansa EK:n jäsenliittojen kanssa, jolloin sovelletaan näiden alojen sopimuksia (henkilöstömäärä vajaa 3000).

2.14.7 Työnantajaedunvalvonta

Kunnallisesta työmarkkinalaitoksesta annetussa laissa säädetään kunnallisen työmarkkinalaitoksen asemasta ja tehtävistä. Lain mukaan kunnallinen työmarkkinalaitos toimii työmarkkina-asioissa kuntien ja kuntayhtymien edunvalvojana, joka neuvottelee ja sopii niiden puolesta kunnallisten viranhaltijoiden ja työntekijöiden palvelussuhteen ehdoista. Kunnallinen työmarkkinalaitos voi myös antaa suosituksia yleisistä palvelussuhdetta koskevista asioista, palvelutuoannon tuloksellisuudesta ja työelämän laadusta. Lakiin sisältyy myös työmarkkinalaitoksen taloudenhoitoa ja kuntien maksuosuuksia koskevia määräyksiä. Työmarkkinalaitoksen menot peritään kunnilta maksuosuuksina, jotka määräytyvät puoliksi kunnallisveroprosentin ja puoliksi asukaslukujen mukaisessa suhteessa.

Kunnallinen työmarkkinalaitos on ollut vuodesta 1993 osa Suomen Kuntaliittoa. Se otti vuonna 2010 käyttöönsä myös KT Kuntatyönantajat -nimen.

Kunnallisen työmarkkinalaitoksen päätösvaltaa käyttää sen valtuuskunta. Valtiovarainministeriö määrää valtuuskunnan jäsenet ja varajäsenet nelivuotiskaudeksi, joka alkaa kunnallisvaalien jälkeisen vuoden lokakuun alusta. Valtuuskuntaan kuuluu 11 jäsentä, joista jokaisella on henkilökohtainen varajäsen. Kunnallisen työmarkkinalaitoksen valtuuskunnan jäsenet edustavat kunnallista työnantajaa ja ovat keskeisessä luottamushenkilö- tai palvelussuhteessa kuntaan tai kuntayhtymään tai kuntien keskusjärjestöön. Jäseniä määrättäessä otetaan huomioon kunnissa vallitsevat poliittiset voimasuhteet sekä tasapuolisuusnäkökohdat.

Kunnallisesta virka- ja työehtosopimusjärjestelmästä on säädetty kunnallisessa virkaehtosopimuslaissa ja kunnallisista työehtosopimuksista annetussa laissa.

Kunta-alan sopimusjärjestelmän piirissä ovat Manner-Suomen kunnat ja kuntayhtymät sekä kunnalliset liikelaitokset ja niiden palveluksessa oleva henkilöstö.

Kunta-alan työ- ja virkaehtosopimukset sovitaan ja neuvotellaan henkilöstöä edustavien pääsopijajärjestöjen kanssa. Neuvottelu- ja sopijaosapuolista on sovittu kunta-alan pääsopimuksella. Neuvottelujärjestelmää on uudistettu tarpeen mukaan vastamaan työmarkkinajärjestökenttää. Kunnallisen työmarkkinalaitoksen ja paikallisten työnantajien neuvotteluosapuolet ovat nykyisin Julkisen alan unioni JAU, Kunta-alan koulutettu hoitohenkilöstö KoHo ja Julkisan koulutettujen neuvottelujärjestö JUKO.

Kuntien liikelaitosten edunvalvonta toteutetaan samassa järjestyksessä. Kuntien omistamien tai niiden määräysvallassa olevien yhtiöiden työnantajaedunvalvontaa ei kunnallisesta työmarkkinalaitoksesta annetussa laissa säädetä Kunnallisen työmarkkinalaitoksen tehtäväksi. Osa näistä yhtiöistä on järjestäytynyt työmarkkinoiden keskusjärjestöihin kuulumattomaan AVAINTA ry:hyn, osa taas Elinkeinoelämän keskusliiton alaisiin työnantajaliittoihin.

2.15 Hallinnon yleissääntely

Julkisen hallinnon institutionaalinen rakenne muodostuu kahdesta hallinnon tasosta, valtionhallinnosta ja kunnallishallinnosta. Julkisen hallinnon toimintaa säännellään yleisesti niin sanotuissa hallinnon yleislaeissa, joita sovelletaan hallintoasian käsittelyyn ja muuhun viranomais-toimintaan aina, ellei erikseen ole toisin säädetty, sekä useissa muissa, osin myös yksityisoikeudelliseen toimintaan sovellettavissa laeissa. Toisaalta monien lakien säännösten soveltaminen edellyttää viranomaisen määrittelemistä laissa.

Edellä tarkoitettuja lakeja ovat esimerkiksi kielellisiä oikeuksia sääntelevät lait (näitä on kuvattu edellä luvussa 2.1.3), hallintolaki, laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta (621/1999), jäljempänä julkisuuslaki, laki julkisen hallinnon tiedonhallinnasta (906/2019), jäljempänä tiedonhallintalaki, laki digitaalisten palvelujen tarjoamisesta (306/2019), jäljempänä digipalvelulaki, arkistolaki (831/1994), hankintalaki, laki oikeudenkäynnistä hallintoasioissa (808/2019), yhdenvertaisuuslaki (1325/2014), laki naisten ja miesten välisestä tasa-arvosta (609/1986), oikeudenkäymiskaari (4/1734), konkurssilaki (120/2004), kirjanpitolaki sekä rikoslaki.

2.16 Nykytilan arviointi

2.16.1 Alueellinen itsehallinto

Viime vuosien uudistuksista huolimatta Suomen kuntarakenne on edelleen pirstaleinen ja maassa on paljon pieniä ja resurssiltaan heikkoja kuntia. Kunta- ja palvelurakenne ei kokonaisuutena ole vahvistunut kaikilla alueilla siten, että se turvaisi pitkällä aikavälillä erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen saatavuuden ja laadun. Kuntien yhteistoimintatarve ja -velvoitteet ovat jatkuvasti lisääntyneet ja palvelujen järjestäminen ja niiden hallinto on eriytenyt sektoreittain. Yhteistoiminnan lisääntyminen on tarkoittanut, että yhä suurempi osa kunnan budjetista sidotaan yhteistoimintaorganisaatioiden päätöksillä. Tältä osin kunnan päätösvaltaa ei käytä kunnalliseen itsehallintoon kuuluvan kansanvaltaisuusperiaatteen mukaisesti asukkaiden valitsema valtuusto, vaan demokratia perustuu välillisempiin muotoihin. Yhteistoimintaorganisaatiot ovat myös hallinnollisesti raskaita.

Suomessa ei ole toteutettu tähän mennessä perustuslain 121 §:n 4 momentissa tarkoitettua itsehallintoa kuntia suuremmilla hallintoalueilla mutta tätä uutta hallintotasoa koskeva esitys annettiin eduskunnalle viime vaalikaudelle. Esitys raukesi.

Nyt muodostettavaksi ehdotetuista itsehallintoalueista säädetäessä mallina ja vertailukohtana voidaan käyttää viime vaalikaudella esitettyä maakuntamallia, Kainuun hallintokokeilua sekä jossain määrin myös muita perustuslaissa mainittuja itsehallinnon muotoja kuten kunnallista itsehallintoa ja yliopistojen itsehallintoa koskevaa sääntelyä.

Perustuslaki ei sisällä erityissäännöksiä kuntia suuremmilla hallintoalueilla toteutetun itsehallintoyksikön aluejaosta. Kuntien, kuntien yhteistoimintarakenteiden ja valtion viranomaisten aluejakoja ei ole voimassa olevassa lainsäädännössä säännelty yhdenmukaisesti, vaan valitut sääntelyratkaisut ja aluejaot poikkeavat huomattavasti toisistaan. Hallinnolliset jaotukset ja pal-

velurakenteet eivät muodosta selkeitä ja yhdenmukaisia kokonaisuuksia, joka vaikeuttaa julkisten palvelujen tarkoituksenmukaista järjestämistä ja niiden saatavuutta sekä julkisen hallinnon suunnitelmallista ohjausta ja kehittämistä.

Itsehallintoalueiden aluejakoa on tarkasteltava perustuslain ja muun asiaa koskevan lainsäädännön hallinnon järjestämistä ja aluejakoa koskeviin säännöksiin tukeutuen ja etsiä ratkaisu niiden pohjalta. Perustuslain lisäksi tarkastelussa on otettava huomioon ainakin kuntarakennelain sääntely ja se, että itsehallintoalueet on tarkoitettu muodostaa kuntajaon pohjalta. Sen sijaan maakuntajakolaki tulisi uudistuksen yhteydessä kumottavaksi ja korvattavaksi maakuntalakiin, uudistuksen voimaanpanolakiin ja uuteen maakuntajakolakiin sisältyvällä aluejakoa ja sen muuttamista koskevalla sääntelyllä.

2.16.2 Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä

Vuoden 2020 alusta Manner-Suomessa on 294 kuntaa, jotka ovat vastuussa julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja rahoittamisesta väestölleen. Mediaanikunta on kooltaan 6 000 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, sosiaali- ja terveyspalvelujen tasalaatuisuudelle ja kustannusten hallittavuudelle.

Osittaisuudistuksin toteutetun hajanaisen lainsäädännön ja monikanavaisen rahoitusjärjestelmän seurauksena järjestämisvastuu on osittain epäselvä ja osioimointi rahoitusvastuun siirtämiseksi järjestelmän osalta toiselle aiheuttaa palvelujen pirstaloitumista ja kokonaisvastuun hämäryyttä. Esimerkiksi työkyvyttömyyden kustannukset ennen hoitoa ja sen jälkeen kohdentuvat eri taholle kuin hoidon kustannukset. Suomessa on myös kuntia laajempia maantieteellisiä alueita, joiden on vaikea saada palvelujaan rahoitettua ja järjestettyä.

Tilanne sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen alueellisen järjestämisrakenteen osalta on ollut pitkään sekava ja käytännössä kunta- ja palvelurakennemuutostusta säännellyt Paras-puitelaki näyttää muuttaneen järjestämisrakennetta 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. Paras-puitelain muutoksella (268/2010) selkeytettiin sosiaalihuollon asemaa uudistuksessa velvoittamalla kunnat järjestämään myös sosiaalipalvelut väestöpohjavelvoitteet täyttävillä rakenteilla. Vaikka sosiaalihuollon järjestämisessä yhteistoiminta kuntien kanssa on Paras-puitelain jälkeenkin edelleen vahvistunut ja lisääntynyt, on sosiaalihuollon järjestämisvastuussa olevien kuntien keskimääräinen koko edelleenkin liian pieni turvaamaan sosiaalihuollon laajan lainsäädännön edellyttämät palvelut kuntalaisille yhdenvertaisesti.

2.16.2.1 Hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistäminen

Kuntien ja alueiden toiminnassa hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistäminen on vahvistunut strategisena tavoitteena. Vaikuttavien terveyttä edistävien keinojen löytäminen ja niiden vakiinnuttaminen ja pysyvien hyvinvointia ja terveyttä edistävien rakenteiden luominen vaativat aktiivista työtä.

Nykyisen palvelurakenteen pirstaleisuus ja sen heikko johdettavuus ja ohjattavuus aiheuttavat heikkouksia palvelujen yhdenvertaisuudessa ja tarpeen mukaisessa saatavuudessa. Se saattaa lisätä väestöryhmien välistä eriarvoisuutta, hyvinvointi- ja terveyseroja. Hyvinvointia, terveyttä

ja turvallisuutta edistävä monialainen yhteistyö kunnassa edellyttää rakenteita, jotka mahdollistavat ja tukevat kunnan eri hallinnonalojen yhteistä vastuun ottamista ja työnjakoa hyvinvointitavoitteisiin pääsemiseksi. Peruspalvelujen ja erityispalvelujen saumattomuus helpottaa päätöksentekoa ja yhteistyötä. Esimerkiksi lasten, nuorten ja perheiden hyvinvointipalvelut, ikäihmisten palvelut sekä päihde- ja mielenterveyspalvelut sisältävät useilla toimialoilla terveyttä edistäviä, ehkäiseviä, hoitavia ja kuntouttavia palveluja. Kuntien vastuulla oleva väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ei aina saa riittävää painoarvoa päätöksenteossa.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen vuoden 2019 Kuntajohdon kyselyn mukaan terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen on kehittynyt kunnissa myönteisesti. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuutahot ja poikkihallinnolliset työryhmät on nimetty lähes kaikissa kunnissa. Monialaisissa ryhmissä vuoden 2015 jälkeen sosiaali- ja terveystoimen edustajuudet ovat vähentyneet huomattavasti, mikä voi heikentää toiminnan vaikuttavuutta. Valtuuston hyväksymä laaja hyvinvointikertomus on laadittu lähes kaikissa kunnissa (94 %). Valtuustolle oli vuonna raportoitu yleisimmin kuntalaisten elinoloista, elinympäristön terveellisyydestä, väestön terveydentilasta sekä elintavoista. Eniten oli yleistynyt raportointi väestön elämänhallinnasta. Hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistämisen tavoitteiden kytkentä kunnan toimintaan toteutuu kuitenkin vain osittain. Kunnista vain noin puolet oli määritellyt toiminta- ja taloussuunnitelmassa mittarit tai tunnusluvut, joilla seurataan väestön hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistämisen tavoitteiden toteutumista. Päätösten vaikutuksia väestön hyvinvointiin, terveyteen ja turvallisuuteen arvioidaan ennalta vain harvoissa kunnissa. Päätöksen väestön hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavien päätösten ennakoarviointimenetelmän käyttöön otosta oli vuonna 2019 tehnyt vain 28 prosenttia kunnista. Tilanne ei ole kehittynyt myönteiseen suuntaan viimeisten vuosien aikana.

Alueellinen hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta edistävä monialainen yhteistyö edellyttää rakenteita, jotka mahdollistavat ja tukevat eri toimijoiden yhteistä vastuun ottamista ja työnjakoa hyvinvointitavoitteisiin pääsemiseksi. Kokonaisuutena hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden toteutunut vaihtelevasti. Toimijoina ovat olleet mm. sairaanhoitopiirit, sosiaalialan osaamiskeskukset, maakuntaliitot ja aluehallintovirastot. Esimerkiksi perusterveydenhuollon yksiköiden rooli hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistämisen toimijana vaihtelee siten, että osa yksiköistä tekee laaja-alaista yhteistyötä kuntien kanssa, osa on rajannut toiminnan koskemaan vain perusterveydenhuollon kanssa tehtävää yhteistyötä ja osalla perusterveydenhuollon yksiköistä hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistäminen ei sisälly lainkaan yksikön tehtäviin. Järjestämissuunnitelmissa hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistäminen näkyy myös eri alueilla eri tavoin. Parhaimmillaan terveyden, hyvinvoinnin ja turvallisuuden edistämisen painopisteet saavat näkyvyyttä ja suunnitelma tukee kunnissa tehtävää hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistämisen työtä. Yleisesti haasteena kuitenkin on suunnitelman ja siinä asetettujen tavoitteiden seuranta. Samoin voidaan todeta sosiaalialan osaamiskeskusten sekä maakuntaliittojen roolin vaihtelevan alueellisen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimijana. Aluehallintovirastot ovat nimenneet terveyden edistämisen yhdyshenkilöt, jotka ovat verkostomaisella työotteella linjanneet toimintaa yhdenmukaisemmaksi.

Alueellisen hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistämisen suunnittelun ja seurannan tueksi on tehty alueellisia hyvinvointikertomuksia ja -suunnitelmia. Kertomustyön koordinoijina ovat olleet esimerkiksi maakuntaliitot, sairaanhoitopiirit, sosiaalialan osaamiskeskukset ja aluehallintovirastot. Alueellinen hyvinvointikertomus ja -suunnitelma kokoaa merkittävimmät paikallisesti esiin nousevat teemat. Kertomus ei toista yksityiskohtaisesti kaikkia kuntien tunnistamia asioita, vaan yleistää alueellisella asiantuntemuksella oleellisimman kuntien tunnistamasta nykytilasta. Alueellisia hyvinvointikertomuksia on tehty lähes kaikilla alueilla. Alueellinen hyvinvointikertomustyö on kehittymisvaiheessa. Keskeisiä kehittämisen alueita ovat muun muassa monialaisuuden varmistaminen sekä kootun tietopohjan parempi hyödyntäminen

konkreettisessa tavoitteenasettelussa, toimenpiteiden kohdentamisessa ja seurannassa. Näiden toteutumisessa on havaittu puutteita. Lisäksi alueellisen kertomuksen mahdollisuuksia väestöryhmien välisten hyvinvointi- ja terveyserojen tunnistamiseen ei ole kyetty hyödyntämään vielä parhaalla mahdollisella tavalla. Kuntaliitto on tehnyt yhteistyötä alueellisten toimijoiden kanssa sähköisen hyvinvointikertomus –työkalun kehittämisessä vastaamaan alueellisia tarpeita.

Väestön terveyden edistämistä ja sairauksien ehkäisyä koskevia hyviä käytäntöjä on levitetty ja juurrutettu Suomessa monin tavoin, muun muassa vuosina 2017–2018 hallituksen Edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähennetään eriarvoisuutta -kärkihankkeessa (Sosiaali- ja terveyspalvelut Suomessa 2018 – Asiantuntija-arvio. THL 2020).

2.16.2.2 Palveluiden saatavuus ja saavutettavuus

Sosiaali- ja terveyspalveluissa sekä palveluiden saatavuudessa (onko palveluita saatavilla yhdenvertaisella tavalla) että saavutettavuudessa (tosiasialliset mahdollisuudet käyttää palveluita esim. pitkien välimatkojen, esteettömyyden ongelmien, taloudellisten esteiden tai muun vastaavan vuoksi) on vaihtelua eri alueiden ja eri väestöryhmien välillä.

Sosiaalipalveluja käyttää vähintään joka viides suomalainen jossain vaiheessa elämää. Osa sosiaalipalveluista on haavoittuvassa asemassa olevien ihmisten palveluja, joiden kokemuksia on vaikea saada esiin väestökyselyillä. Myös sosiaalihuollon ammattihenkilön tapaamiseen ja palveluihin pääsyssä on viiveitä. Sosiaalihuollon osalta väestön luottamus palvelujen tarpeenmukaiseen saatavuuteen on vähentynyt viimeisen kymmenen vuoden aikana, vaikka se edelleen on Suomessa yleisesti ottaen hyvä. Luottamuksen heikentyminen voi kertoa universaalien eli kaikille kuuluvien palvelujen karsimisesta ja aluekohtaista eroista palvelujen tarjonnassa ja saatavuudessa. Myös tyydyttämätöntä palvelutarvetta esiintyy sosiaalipalveluissa aiempaa useammin.

Sosiaalihuoltolain vuonna 2015 tehdyn muutoksen tavoitteena oli siirtää sosiaalihuollon palvelurakennetta ja painopistettä varhaisempiin palveluihin ja vaikuttaa lastensuojelupalvelujen tarvetta vähentävästi. Vuonna 2015 voimaan tullut muutos aiheutti sen, että osa aiemmin lastensuojelun avohuollon asiakkaina olleista perheistä saa palveluja nykyisin yleisenä sosiaalihuoltolain mukaisena tukena ja lastensuojelun avohuollon tukea saavien lasten, nuorten ja perheiden määrä on viime vuosina vähentynyt. Sosiaalihuoltolain ja lastensuojelulain rinnakkaisessa soveltamisessa on kuitenkin edelleen merkittäviä kuntakohtaisia eroja.

Sekä lasten ja perheiden palvelujen saanti sosiaalihuoltolain perusteella että pääsy lastensuojelupalvelujen piiriin on vaihdellut kuntien välillä runsaasti eikä palvelujen saanti toteudu yhdenvertaisesti. Kunta- ja aluekohtaiset erot näkyvät esimerkiksi lastensuojelun avo- ja sijaishuollon palveluihin ohjautuvien lasten ja nuorten määrässä sekä sijaishuoltopaikkojen käytössä. Lastensuojelun toteutuksen kirjavuus asettaa lapset, nuoret ja perheet eriarvoiseen asemaan. Vaihtelevien ratkaisuihin ja toimintakäytäntöjen lisäksi eroja selittää muun muassa se, että yhden lastensuojelun sosiaaliryhtymän vastuulla olevien lasten ja perheiden lukumäärä vaihtelee alueittain ja se, että kaikissa kunnissa ei ole riittävästi osaamista eikä kokeneita työntekijöitä vaativimpien tapauksien hoitamiseen.

Tutkimusten mukaan yleisempiä lastensuojeluasiakkuuden taustalla olevia syitä ovat vanhempiin liittyvät syyt kuten päihde- ja mielenterveysongelmat, jaksamattomuus, perheristiriidat, avuttomuus ja osaamattomuus. Lapsen ja nuoreen liittyviä syitä ovat muun muassa rikoksilla oireilu sekä päihde- ja mielenterveysongelmat. Nuorisoiäkisten erityistarpeita huomioon ottavia palveluja ei ole saatavilla riittävästi. Lastensuojelun tarpeeseen vaikuttavat läheisesti muiden palvelujen ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen toimivuus ja saatavuus. Lastensuojelun

asiakkaana olevat lapset ja nuoret ovat usein myös muiden sosiaali- ja terveystalvelujen tarpeessa ja useimmat ovat varhaiskasvatuksessa ja koulussa tai opiskelevat toisella asteella. Muiden palvelujen riittämättömyys tai saavuttamattomuus voi aiheuttaa lastensuojelun tarvetta. Lastensuojelun tulee vastata lapsista ja nuorista, joilla on lastensuojelun mukaisen tuen tarvetta. Lastensuojelu ei voi kieltäytyä toimimasta silloinkaan, kun muut palvelut eivät järjesty. THL:n asiantuntija-arvion (2/2020) mukaan perustalvelujen toimimattomuus on kasvattanut erityis-talvelujen tarvetta ja nostattanut koko järjestelmän kustannuksia.

Suomessa niiden kansalaisten osuus, jotka ilmoittavat tyydyttämättömiä lääketieteellisen hoidon tarpeita, on EU:n keskimääräistä arvoa suurempi. Tämä johtuu pääasiassa Suomen terveystalveluiden saatavuuden ongelmista eli toisin sanoen pitkistä odotusajoista kiireettömään hoitoon (OECD 2019). Kiireettömäksi kirjatuista avosairaanhoidon käynneistä toteutuu seitsemän vuorokauden aikana noin puolet (joskin tietopohjan puutteiden vuoksi arviointi on vain suuntaa antava). Kiireetön hoitopääsy lääkärin avosairaanhoidon vastaanotolle vaihtelee alueittain. Esimerkiksi maaliskuussa 2019 pitkiä odotusaikoja oli suhteellisesti eniten Pohjois-Suomessa (8 prosenttia). Lukumääräisesti eniten pitkiä odotusaikoja oli Espoossa ja Etelä-Karjalassa Eksoten terveystalvelukeskuksissa. (THL hoitopääsy perusterveydenhuollossa). Mielenterveyden häiriöiden kohdalla hoitoon pääsyn lisäksi tarvittavien psykososiaalisten hoitojen saatavuus on puutteellista. Tilanne on odottavien potilaiden kannalta kohtuuton, lisää riskiä ongelmien pahe-nemiselle ja heijastuu myös yhteispäivystysten ruuhkautumisena. Myös OECD:n v 2019 julkai-sema Suomen maaraportti toteaa, että yksi Suomen keskeisistä haasteista on perusterveyden-huollon saatavuuden parantaminen sekä nykyistä paremman koordinaation edistäminen perus-terveydenhuollon tuottajien ja sairaaloiden välillä. Koska joissakin kunnissa talvelut ovat puut-teellisia ja odotusajat pitkiä, perusterveydenhuollon tuottajat eivät aina pysty toimimaan portin-vartijoina, vaan potilaat hakeutuvat toisinaan suoraan erikoissairaanhoitoon ja päivystyspolikli-nikoille, vaikka tällaiset käynnit saattavat usein olla tarpeettomia.

Vuonna 2017 lähes 4 prosenttia suomalaisista ilmoitti, että heillä oli taloudellisista syistä, maan-tieteellisistä esteistä tai odotusajoista johtuvia tyydyttämättömiä lääketieteellisen hoidon tarpeita. Vaikka hoidon saatavuus olisi hyvä, saavutettavuudessa on ongelmia. Vastaava luku koko EU:n alueella oli keskimäärin vain hieman yli 3 prosenttia. Ylivoimaisesti yleisin suomalaisten ilmoittamien tyydyttämättömien tarpeiden syy olivat odotusajat. Pienituloisilla tyydyttämättö-mien lääketieteellisen hoidon tarpeista ilmoittaneiden osuus oli yli kaksi kertaa suurempi kuin suurituloisilla. *Eurostatin tietokanta, perustuu EU-SILC-tutkimukseen (tiedot vuodelta 2017).*

Ikääntyneet pääsevät palvelutarpeen arviointiin kiireellisissä tilanteissa nopeasti, mutta monet kunnat ja kuntayhtymät ovat tiukentaneet varsinaisten talvelujen myöntämiskriteerejä. Kysely-jen perusteella ikääntyneiden talveluissa on tyydyttymätöntä palvelutarvetta. Suomessa on yh-teinen näkemys siitä, että talveluja tulisi tarjota yhä enemmän asiakkaan kotiin. Talvelujen saa-tavuudessa ja sisällöissä on edelleen alueellisia eroja. Uudentyyppisten talvelujen kehittämi-sestä on kuitenkin hyviä esimerkkejä. Ulkomaalaistaustaiset asettuvat asumaan erityisesti väes-tökeskittymiin ja pääkaupunkiseudulle, mikä vaikuttaa talvelujen järjestämiseen näillä alueilla. Ulkomaalaistaustaisista alle puolet ilmoitti saaneensa aina yhteyden terveydenhuoltoon ja pääs-seensä tutkimuksiin sujuvasti.

Pitkät odotusajat ovat Suomen terveystalvelujärjestelmän pysyvä piirre. Sosieconomiset sekä alueelli-set tekijät vaikuttavat hoidon saamiseen. Kaikilla maassa pysyvästi asuvilla on oikeus sairaus-vakuutukseen, mutta talvelujen saatavuus on parempi henkilöillä, jotka kuuluvat työterveys-huollon piiriin, kuin eläkeläisillä tai työttömillä. Yksityisen sairausvakuutuksen turvin kansa-lainen pääsee myös halutessaan nopeastikin hoitoon (OECD State of Health in EU: Suomen maaraportti 2019).

Mielenterveyden häiriöiden kohdalla hoitoon pääsyn lisäksi tarvittavien psykososiaalisten hoitojen saatavuus on puutteellista. Tilanne on odottavien potilaiden kannalta kohtuuton, lisää riskiä ongelmien pahenemiselle ja heijastuu myös yhteispäivystysten ruuhkautumisena.

Vuoden 2020 alussa julkaistussa kansallisessa mielenterveysstrategiassa (STM 2020:6) on arvioitu, että mielenterveyspalveluissa alueelliset erot oikea-aikaisessa hoitoon pääsyssä ja monipuolisten avohoitopalveluiden saatavuudessa ovat suuret. Mielenterveyshäiriöiden hoito erikoissairaanhoidossa on lisääntynyt viime vuosikymmenellä vuosittain. Mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys ei ainakaan merkittävästi ole muuttunut, vaan kyse on sairauksien alihoidon vähenemisestä. Mielenterveysstrategiassa on arvioitu hoidon kattavuutta: masennushäiriöitä sairastavista nuorista noin 75 % on hoitokontaktissa (Kasteenpohja ym. 2015) ja itsemurha-ajatuksia kokeneista korkeintaan puolet hakee apua (Pentala-Nikulainen ym. 2018). Arvioiden perusteella hoidon tarve lisääntyy edelleen, ensisijaisesti perusterveydenhuollossa.

Suomalaisen arvion mukaan mahdollisesti 35 % alkoholiriippuvaisista henkilöistä on ollut hoidon piirissä (Heinälä ym. 2001). Alkoholin kulutus lisääntyi Suomessa 2000-luvulla, kunnes se vuodesta 2008 lähtien väheni ja lisääntyi jälleen hieman vuonna 2018 (<https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/paihteet/alkoholi/alkoholijuomien-kulutus>). Vuoden 2017 rekisteritietojen perusteella huumeiden käyttö on lisääntynyt Suomessa aikaisemmasta (Rönkä ym. 2020). Kun Suomessa arvioitiin vuonna 2012 olleen 18 400–30 200 amfetamiinien ja opioidien ongelmakäyttäjää (väestöosuus 0,6–0,9 %), vuonna 2017 arvio oli 31 100–44 300 (väestöosuus 0,9–1,3 %). Tutkimuksessa todettiin 15–24 -vuotiaiden ongelmakäyttö lähes yhtä yleiseksi kuin 35–44-vuotiaiden. Suomessa näyttää olevan selvästi aikaisempaa suurempi joukko nuoria, jotka käyttävät amfetamiineja ja opioideja ongelmallisesti. Alkoholin kulutustietojen ja huumeiden ongelmakäyttäjätietojen perusteella päihdepalvelujen tarve on lisääntymässä.

Erikoissairaanhoidossa hoitotakuu toteutuu pääsääntöisesti hyvin ja lähetteet käsitellään tehokkaasti. Elokuun 2019 lopussa noin 130 000 potilasta odotti hoitoonpääsyä sairaanhoitopiirien sairaaloihin. Hoitoa odottaneista vajaa 3 000 (2,2 %) oli odottanut yli puoli vuotta pääsyä kiirettömään erikoissairaanhoitoon. Saman vuoden kevääseen verrattuna yli puoli vuotta odottaneiden määrä oli kasvanut ja oli suurin kymmeneen vuoteen. Kolmesta kuuteen kuukautta odottavia oli noin 27 000 (21 %). Näiden potilaiden lukumäärä oli kasvanut edellisestä vuodesta ja suurin kymmeneen vuoteen. Potilaat olivat odottaneet sairaanhoitopiirien sairaaloihin keskimäärin noin 1–2 kuukautta. Lyhyin odotusaikojen mediaani oli Itä-Savossa ja pisin Vaasan sairaanhoitopiirissä.

Terveystieteiden mukainen lääkinällinen kuntoutus ja siihen liittyvät apuvälinepalvelut on järjestetty sairaanhoitopiireissä ja kunnissa hyvin eri tavoin ja resurssit vaihtelevat paljon. Tästä johtuen sairastumisen tai vammautumisen jälkeinen joillain alueilla lääkinällinen kuntoutus viivästyy ja hoitoketju katkeaa. Osalla sairaanhoitopiirejä on viime vuosina tehty lääkinällisen kuntoutuksen toteutukseen ja kohdentamiseen ohjeita yhtenäistämään alueellisia toimintatapoja ja edistämään asiakkaiden yhdenvertaisia kuntoutuspalveluja.

2.16.2.3 Palveluiden laatu ja vaikuttavuus

Käytettävissä olevien tietojen perusteella sosiaali- ja terveystieteiden palveluiden laatu on pääsääntöisesti hyvä ja terveystieteiden palveluiden piiriin päässeet asiakkaat ovat tyytyväisiä saamiinsa palveluihin. Sen sijaan ehkäisevässä ja edistävissä toiminnassa on kehitettävää. OECD:n maarvion (2019) mukaan kuolleisuus, joka olisi ollut ehkäistävissä kansanterveyden toimilla, on hieman yleisempää kuin EU:ssa keskimäärin.

Sosiaali- ja terveystalvaeluiden laatu sekä potilas- ja asiakasturvallisuus vaihtelevat alueittain. Osin vaihtelu voi selittyä resurssien vähyydellä tai henkilöstövajeella. Myös OECD on kiinnittänyt huomiota vaihteluun palvelujen laadussa (OECD 2019). Esimerkiksi lääkehoidosta tiedetään, että käytännöt eri alueilla sekä avohoidon lääkkeiden määräämisessä että sairaalalääkkeiden käytössä ovat olleet vaihtelevia eikä potilaiden yhdenvertaisuus toteudu. Vain noin puolet lääkehoidoista toteutuu suunnitellusti. Kotimaisten tutkimusten mukaan lääkehoidon ongelmat ovat syynä akuuttivastaanottokäyntiin jopa 10-30 prosentissa tapauksista. Lääkityspoikkeamat ovat kaikkein yleisimpiä potilas- ja asiakasturvallisuusongelmia.

Vuonna 2018 valvontaviranomaisten huomio kiinnittyi erityisesti sosiaalihuollon palveluihin, joiden järjestämisessä, tuottamisessa ja ohjauksessa oli ilmeisiä ongelmia. Etenkin ikääntyneiden palveluja koskevien epäkohtailmoitusten ja yhteydenottojen määrät kasvoivat ja niiden myötä lisääntyivät myös vammaispalveluista tehdyt kantelut ja yhteydenotot.

Erikoissairaanhoidon keskittämistä koskevien säädösmuutosten yhtenä tavoitteena on ollut potilasturvallisuuden parantaminen. Säädösmuutosten vaikutuksia on arvioitu vuonna 2019. Selvityshenkilöt arvioivat kehittämistyön monilta osin muuttaneen erikoissairaanhoidon työnjakoa erityisesti päivystyksen ja leikkaustoiminnan osalta. Samalla se on luonut pohjaa ajanmukaiselle sairaalaverkon rakenteelle. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystykset on yhdistetty kaikissa keskussairaaloissa. Ympäri vuorokautinen päivystys on keskittynyt suurempiin yksiköihin. Yliopistolliset keskussairaalat ovat kyenneet sopimaan asetuksen mukaisesti valtakunnallisten kokonaisuuksien työnjaosta ja yhteen sovittamisesta sekä harvinaisten vaativien leikkausten, hoitojen ja toimenpiteiden keskittämisestä. Kipukohteita ovat olleet eräät syöpäkirurgiset leikkaustoimenpiteet ja tekoniivelkirurgia. Monilla päivystyspaikkakunnilla on lähdetty tavoittelemaan monitoimijapäivystystä, jossa sosiaalityöllä ja päihdehoidolla on tärkeä rooli. Selvityshenkilöt suosittivat jatkossa yliopistollisten sairaanhoitopiirien ohjausvoiman vahvistamista. Selvityshenkilöt katsoivat, että erikoislääkäriskoulutuksen kautta tulisi taata kaikissa päivystävissä yksiköissä osaamisen korkea taso ja potilasturvallisuus. (Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:3).

Väestö on ollut sosiaali- ja terveydenhuoltoon melko tyytyväinen. Väestöstä noin kaksi kolmesta luottaa sosiaalipalvelujen toimivuuteen ja henkilöstön ammattitaitoon ja osaamiseen, ja katsoo, että sosiaalipalveluilla voidaan lisätä yhteiskunnallista tasavertaisuutta ja oikeudenmukaisuutta. Luottamus palvelujen saamiseen on heikompaa kuin aiemmin ja vanhuspalvelujen saatavuuteen luotetaan vähiten • Paljon palveluja tarvitsevat ja käyttävät suhtautuvat palvelujen saamiseen muita ryhmiä kriittisemmin (THL Tutkimuksesta tiiviisti 2016:10). Terveystalvaelujen kansainvälisissä vertailuissa sekä perusterveydenhuolto että sairaalapalvelut ovat edellä todetuista ongelmista huolimatta pärjänneet hyvin. THL:n asiakastytyväisyyskyselyssä vuodelta 2018 vastaajat ilmaisivat ongelmia terveyskeskuksen palveluihin pääsyssä, mutta he olivat tyytyväisiä palveluihin päästyään niiden piiriin.

2.16.2.4 Palveluiden yhteensovittaminen

Järjestämisen integraatio

Suomen Kuntaliiton keräämien tietojen mukaan vuonna 2019 maakunnan (tai lähes maakunnan) kattavia sote-kuntayhtymiä on 7 kappaletta. Niissä on mukana 65 kuntaa ja 897 651 asukasta.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen vuonna 2014 tekemän selvityksen (THL työpaperi 12/2014) mukaan terveydenhuoltolain mukaisten järjestämisuunnitelmien laajuus, sisältö ja painotukset vaihtelivat huomattavasti sairaanhoitopiirien välillä. Joidenkin suunnitelmien vah-

vuudet olivat nykytilan analyysissä ja monipuolisten mittaristojen käytössä, toisten taas suunnitelmallisessa laatu- ja potilasturvallisuustyössä tai laajassa hoitoketjujen kehittämissyhteistyössä. Viime vuosina joissain sairaanhoitopiireissä on laadittu koko sosiaali- ja terveydenhuollon ja sen eri tasot kattava järjestämissuunnitelma. Yhteistoiminta-alueita on yhteensä 59 ja niissä 221 kuntaa. Väestöstä noin 53 prosenttia asuu yhteistoiminta-alueilla. Perusterveydenhuollosta ja sosiaalipalveluista vastaa 33 kuntayhtymää, joissa on yhteensä 160 jäsenkuntaa. Vastuukuntamallin mukaisia yhteistoiminta-alueita on 26, ja niissä on mukana 61 kuntaa. Kunnista 74 järjestää sosiaali- ja terveystalv palvelunsa itsenäisesti. Yli 20 000 asukkaan kuntia näistä on 23, ja Paras-puitelain väestöpohjajaatumuksen alle jää 51 kuntaa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä on erittäin hajautunut, vaikka peruspalvelujen järjestäjien määrä on viime vuosina vähentynyt. Väestöstä merkittävä osa asuu suurissa kaupungeissa, jotka järjestävät ja tuottavat suuren osan palveluista itse. Monet kunnat ovat siirtäneet järjestämistä vastuun kuntayhtymälle. Vaikka palvelujärjestelmä on pirstaleinen, myönteistä on, että useat alueet ovat integroineet perus- ja erityistason palvelut. (Sosiaali- ja terveystalv palvelut Suomessa 2018 – Asiantuntija-arvio. THL 2020).

Asiakastason palveluintegraatio

Hallinnollinen integraatio on hyvä alku, mutta vasta asiakastason palveluintegraatio (toiminnallinen integraatio) takaa sujuvat palveluketjut ja -kokonaisuudet. Palvelujen tuotannossa, etenkin ikääntyneiden ja vammaisten palveluissa, korostuu yksityinen tuotanto. Perusterveydenhuollossa ja suun terveydenhuollossa on tehty ulkoistuksia, mutta niiden osuus palvelutarjonnasta on melko pieni. Työterveyshuollon rooli työikäisten perusterveydenhuollon palvelujen tarjoajana on merkittävä. (Sosiaali- ja terveystalv palvelut Suomessa 2018 – Asiantuntija-arvio. THL 2020).

THL:n lokakuussa 2019 julkaistun raportin mukaan asiakastason palveluintegraatiota (toiminnallista integraatiota) on toteutettu pitkään, mutta hajanaisesti eri alueilla (THL työpaperi 2019:27). Vaikka toiminnallisen integraation toimintamalleja on ollut käytössä, niin ne eivät ole olleet riittävän kokonaisvaltaisia eikä niiden kehittäminen ole ollut systemaattista. Sairaanhoitopiireissä toteutettu integraatio koskee erityisesti terveydenhuollon perus- ja erikoistason integraation tiivistymistä, mutta jonkin verran viitteitä on myös terveys- ja sosiaalipalvelujen integraation vahvistamisesta.

Sairaanhoitopiirien alueiden toiminnallista integraatiota kuvaava luokittelu oli muodostettu dokumenteista ilmenevien integraation määrittelyn, integraatiotilanteen tunnistamisen sekä toimintaedellytysten ja -mallien arvioidun kehitysvaiheen perusteella. Luokittelu jakaa sairaanhoitopiirien alueet tunnustelijoihin, integraatiotilanteen analysoijiin, osallistajiin ja edellytysten luojiin. Tunnustelijat ovat dokumenttien perusteella sellainen ryhmä sairaanhoitopiirien alueilta, joissa toiminnallinen integraatio on vielä alkuvaiheessa. Tunnustelijoihin lukeutuvat Itä-Savon, Kymenlaakson, Lapin ja Satakunnan sairaanhoitopiirien alueet. Integraatiotilanteen analysoijat koostuvat sairaanhoitopiirien alueista, joiden dokumenteissa on tehty käsitelmäärittely ja analyysi integraatiotilanteesta sekä sen kehittämistarpeista ja haasteista. Analyysin pohjalta alueet ovat lähteneet viemään toiminnallista integraatiota käytännön toimintaan. Alueiden toimintaedellytykset ja -mallit ovat alkavalla tai kehittyvällä tasolla. Integraatiotilanteen analysoijiin kuuluvat Keski-Suomen, Pohjois-Pohjanmaan ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirien alueet. Osallistajat ovat sairaanhoitopiirien alueita, jotka ovat tehneet kehitystyötä erityisesti tarvelähtöisen ja osallistavan työotteen parissa. Tarvelähtöinen ja osallistava työote kytkeytyy näillä alueilla myös muihin integraation alkaviin tai kehittyviin toimintaedellytyksiin ja -malleihin. Osallisuus erottuu OYS- ja TAYS-erityisvastuualueilla, sillä Kainuun ja Keski-Pohjanmaan sekä Etelä-Pohjanmaan, Kanta-Hämeen ja Pohjois-Karjalan alueet kuuluvat osallistajien

ryhmään. Edellytysten luojat on hajanainen ryhmä sairaanhoitopiirien alueita, koska alueet ovat edenneet integraatiossa eri tavoin. Osassa alueista hallinnollinen integraatio on tehty ja osassa ei. Edellytysten luojiin kuuluu siis alueita, jotka vasta suunnittelevat tai valmistelevat toiminnallisen integraation jalkauttamista sekä niitä alueita, joissa toimintaedellytyksiä ja -malleja on ollut käytössä jo pidemmän aikaa. Tässä ryhmässä olevia sairaanhoitopiirien alueita kuitenkin yhdistää se, että alueiden dokumenteissa integraatio on määritelty sekä integraatiotilannetta on tunnistettu kehittyvällä tasolla. Edellytysten luojiin on luettu kuuluvaksi Vaasan Etelä-Karjalan, Etelä-Savon, Helsingin ja Uudenmaan, Pirkanmaan, Pohjois-Savon ja Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirien alueet. THL:n mukaan sosiaali- ja terveydenhuoltouudistuksen valmistelu on ollut askel kohti systemaattisempaa toiminnallisen integraation valmistelua ja käytännön toimintaa. Sipilän hallituksen kärkihankkeiden myötä integraatio on laajentumassa lasten, nuorten ja perheiden sekä ikääntyneiden palveluissa. Integraatiota tulisi jatkossa vahvistaa erityisesti yhteisasiakkaiden palvelukokonaisuuksien sekä mielenterveys- ja päihdepalveluiden osalta. Lisäksi THL:n mukaan sosiaali- ja terveyspalveluiden integraatio muihin julkisiin, yksityisiin ja kolmannen sektorin palveluihin ei ole riittävää.

Terveydenhuollossa hoidon koordinaatiossa on edelleen ongelmia erityisesti yksityisten ja julkisten tuottajien välillä, vaikka hoidon integrointia onkin pyritty parantamaan eri keinoin ja paikallistasolla on kehitetty joitain innovatiivisia malleja. Tämä liittyy osittain em. osioimointiin ja perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja pitkäaikaishoidon tuottajien vastuuvollisuuksien toisistaan irrallaan olemiseen. Useisiin rahoituslähteisiin perustuva rahoitusjärjestelmä ei luo riittäviä kannustimia hoidon koordinaation vahvistamiseen tuottajien kesken (Sosiaali- ja terveyspalvelut Suomessa 2018 – Asiantuntija-arvio. THL 2020).

THL:n monialaisia palvelutarpeiden tunnistamista ja ennakkoinnin toimintamalleja ja työkaluja tutkivan selvityksen (työpaperieita 4/2020) mukaan sellaisten henkilöiden tunnistaminen, jotka voisivat hyötyä monialaisesta palvelujen yhteensovittamisesta, on asia, johon Suomessa vasta viime vuosina on kiinnitetty enenevässä määrin huomiota. Erityisen vähän on tutkittua tietoa siitä, miten monialaisia palveluja mahdollisesti tarvitsevien tunnistamisessa on onnistuttu sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteensovittamisen näkökulmasta tai miten monialaisia palveluja tarvitsevien palvelutarpeiden arviointi on toteutunut, ja toisaalta miten yksilöllisten palvelukokonaisuuksien rakentamista on koordinoitu tai ohjattu. Selvityksen mukaan Suomessa on käytössä työmalleja ja menetelmiä monialaista palvelua tarvitsevien tunnistamiseksi. Keskeinen haaste on, mitä monialaista palvelujen yhteensovittamista tarvitsevan asiakkaan asiakaspolulla tapahtuu tunnistamisen jälkeen ja miten vaikuttavasti yhteensovittaminen onnistuu sosiaali- ja terveyspalvelujen asiantuntijoiden toimesta ja eri palvelujen välillä.

2.16.2.5 Eri väestöryhmien palvelut

Lasten, nuorten ja perheiden palvelut

Kunnat vastaavat tällä hetkellä kaikista lasten ja nuorten peruspalveluista, joita ovat muun muassa neuvolapalvelut, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä varhaiskasvatus, perusopetus, luokkoulutus sekä toisen asteen ammatillinen koulutus. Palvelujen piirissä ovat käytännössä katsoen kaikki peruskouluikäiset ja sitä nuoremmat lapset. Lisäksi lähes kaikki perusopetuksen oppimäärän suorittaneet nuoret opiskelevat toisen asteen oppilaitoksissa. Lasten ja nuorten palveluilta edellytetään yhteistoimijuutta sosiaali- ja terveyspalvelujen sekä varhaiskasvatuksen ja opetuksen toimijoiden välillä.

Kunnat ovat järjestäneet oman alueensa lasten ja nuorten sosiaali- ja terveyspalvelut sekä kasvatus- ja sivistyspalvelut haluamallaan tavalla. Opetustoimen sekä sosiaali- ja terveystoimen

yhteistyörakenteet sekä -käytännöt ovat muotoutuneet kunnissa erilaisiksi. Käytännössä toimialojen välistä yhteistyötä tehdään kaikilla tasoilla, lastensuojelulain mukaisen valtuustokausittaisen strategisen lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelman laatimisesta aina yksittäisen tukea tarvitsevan lapsen palvelujen suunnitteluun ja toteuttamiseen. Muun muassa neuvolat ja varhaiskasvatus ovat tottuneet tekemään säännöllistä yhteistyötä lasten kasvun ja kehityksen tukemiseksi. Yhteistyö on tiivistä erityisesti lasten laajojen nelivuotistarkastusten yhteydessä sekä tilanteissa, joissa lapsella on erityistarpeita. Haasteita yli toimialojen ulottuvaan yhteistyöhön ovat aiheuttaneet muun muassa tiedonsiirron tekniset pulmat soveltuvien tietojärjestelmien puuttuessa. Toimialojen välinen yhteistyö on ollut vakiintunutta, vaikkakin yhteistyön toivuudessa on eri kunnissa ollut vaihtelua.

Lasten ja nuorten palvelujen yhteensovittamista on pidetty ajoittain haasteellisena, erityisesti silloin, kun lapsella tai nuorella on erityistarpeita ja useita palveluja. Tähän haasteeseen on vastattu kehittämällä vuosina 2016–2019 perhekeskuksia. Perhekeskus on lähipalvelujen kokonaisuus, joka sisältää lapsille ja perheille suunnatut varhaisen tuen ja hoidon palvelut. Se verkostoi ja sovittaa yhteen lasten, nuorten ja perheiden sosiaali- ja terveyspalvelut sekä kolmannen sektorin toiminnan siten, että jokainen lapsi ja perhe saa tarvitsemansa tuen ja avun. Keväällä 2019 perhekeskuksia oli 138 ja avoimia, matalan kynnyksen kohtaamispaikkoja 500. Pienissä kunnissa on yksi oma tai toisten kuntien kanssa yhteinen perhekeskus, suurissa kunnissa perhekeskuksia on useita. Perhekeskusten kehittämistyön myötä palvelujen saavutettavuus oli parantunut ja perheiden tarpeiden mukainen apu ja tuki olivat vahvistuneet ja varhentuneet. (THL: Työpäpaperi 6/2020) Tutkimuksen (Klavus ym. 2019) mukaan monialaisen perhekeskuksen tarjoama lähipalvelujen kokonaisuus vähensi korjaavien lapsiperhepalvelujen tarvetta. Tutkimus myös osoitti, että suuntaamalla taloudellisia voimavaroja ennaltaehkäiseviin palveluihin, asiakaslähtöisyyteen ja selkeisiin palveluprosesseihin voidaan pienelläkin panostuksella saavuttaa vaikuttavuutta, joka pidemmällä tähtäimellä tuottaa säästöä sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaiskustannuksissa. (THL: Tutkimuksesta tiiviisti 17/2019)

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen arvioiden mukaan neuvolapalvelut toimivat hyvin. Erityistä tukea tarvitsevien perheiden palvelujen saatavuudessa on kuitenkin ongelmia. Erot palvelujärjestelmän rakenteissa, sisällössä, resursseissa ja toimintamalleissa ovat ilmeisiä, eivätkä palvelut ole lasten, nuorten ja perheiden saatavilla yhdenvertaisesti. Peruspalvelujen toimimattomuus on kasvattanut erityispalvelujen tarvetta ja nostanut koko järjestelmän kustannuksia. (THL: Päätöksen tueksi 2/2020)

Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut

Mielenterveyshäiriöitä esiintyy 10–15 prosentilla lapsista ja 20–25 prosentilla nuorista. Vaikka viitteitä ahdistuneisuuden ja psyykkisen kuormittuneisuuden lisääntymisestä on etenkin opiskelijajäikäsillä, psyykkisten häiriöiden ei ole todettu oleellisesti lisääntyneen viime vuosikymmeninä. Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut ja mielenterveyttä tukevat palvelut on järjestetty maassa monin eri tavoin. Palvelujärjestelmän toimijoiden roolit ja vastuut eivät myöskään ole selkeitä. Esimerkiksi kasvatus- ja perheneuvonnan palvelut ovat eri puolella Suomea hyvin erilaisia, ja usein nämä palvelut toimivat erillään muista lasten, nuorten ja perheiden palveluista. Eri organisaatioiden välillä on järjestelmän toimivuutta haittaavia raja-aitoja. Seurauksena järjestelmä toimii tehottomasti, ongelmat pääsevät pitkittymään ja kroonistumaan hoidon aloituksen viivästyessä ja erikoissairaanhoidon ylikuormittuu. Kouluikäisille ei ole tarjolla riittävästi varhaista mielenterveyden tukea ja hoitoa, eikä hoitavaa tahoja ole määritelty. Hajanainen palvelujärjestelmä paitsi vaikeuttaa hoitoon hakeutumista ja siihen sitoutumista, myös hankaloittaa palveluiden saatavuuden seuranta ja potilasturvallisuuden arviointia. Erityisesti huoli syntyy esimerkiksi opiskelijoiden mielenterveyspalveluiden pirstaleisuudesta.

Lastensuojelupalvelut

Lastensuojeluilmoitusten määrä on kasvanut. Kasvua selittää osaltaan ilmoituskynnyksen matalamiseksi ja ilmoitusvelvollisten määrän laajentamiseen tähdänneet toimet. Vuonna 2018 lastensuojeluilmoituksia tehtiin yhteensä 145 880, kun vastaava luku oli 103 714 vuonna 2012. Vuonna 2018 lastensuojeluilmoitukset koskivat kaikkiaan 78 875 lasta ja 2 365 nuorta, ja ne kohdentuivat erityisesti 13 vuotta täyttäneisiin. Lastensuojeluilmoitus voidaan toteuttaa myös ennakkollisena ennen lapsen syntymää. Ennakollisia lastensuojeluilmoituksia tehtiin vuonna 2018 yhteensä 2 008.

Vuonna 2018 lastensuojelun avohuollon asiakkaina oli kaikkiaan 54 883 lasta ja nuorta (4,2 % väestön 0–20 vuotiaista). Saman vuoden aikana kodin ulkopuolelle sijoitettiin kaikkiaan 18 554 0–20-vuotiaista lasta ja nuorta, joista huostaan otettuina oli 10 861 lasta. Yhteensä 4 390 lasta sijoitettiin kiireellisesti, mikä oli 6,9 % enemmän kuin vuonna 2017. Ikäryhmittäin tarkasteltuna kasvu on keskittynyt erityisesti teini-ikäisiin. Poikia on sijoitettuna kodin ulkopuolelle enemmän kuin tyttöjä. Vuonna 2018 kodin ulkopuolelle sijoitettuja poikia oli kaikkiaan yhteensä 9 765 ja tyttöjä 8 779. Kaikista sijoitetuista poikia oli 53 prosenttia ja tyttöjä 47 prosenttia vuonna 2018. Koko 0–17-vuotiaiden väestöön suhteutettuna vuoden 2018 aikana kiireellisesti sijoitettuja lapsia oli 0,4 %. Ikävuosittain tarkasteltaessa kiireellisesti sijoitetaan eniten 16-vuotiaita (1 % kaikista 16-vuotiaista). Huostassa olleiden osuus väestön 0–17 -vuotiaista oli 1 %. 16–17 -vuotiaiden lasten ikäryhmässä huostassa olleiden osuus oli selkeästi suurempi (2,2 %) kuin nuoremmassa ikäryhmässä. Jälkihuollossa olevia lapsia ja nuoria oli yhteensä 7 595 vuonna 2018. Jälkihuollossa olevista asiakkaista enemmistö on 18 vuotta täyttäneitä nuoria (81,8 %).

Viimeisimmän sijoituspaikan mukaan katsottuna kaikista kodin ulkopuolelle sijoitetuista lapsista ja nuorista 41,6 % (7 521) oli perhehoidossa. Kuitenkin pitkäaikaisissa sijoituksissa perheisiin sijoitettujen osuus on yli puolet kaikista sijoitusmuodoista. Huostassa olleista lapsista vuoden 2018 lopussa oli 55 % sijoitettuna perheisiin ja näistä reilu 13 % sukulaisten ja läheisten perheisiin. Laitoshoidossa viimeisimmän sijoituspaikan mukaan katsoen oli vuoden 2018 lopussa kaikista kodin ulkopuolelle sijoitetuista 38,7 % (7 173). Laitoksissa olleiden lasten ja nuorten osuus kasvoi vuonna 2018 0,8 % edellisestä vuodesta. Sijoitusten kestot vaihtelevat suuresti.

Kuten lastensuojelun asiakasmäärätkin, kodin ulkopuolelle sijoittamisen kokonaiskustannukset ovat kasvaneet selvästi 2000-luvulla. Esimerkiksi vuonna 2010 laitos- ja perhehoidon käyttökustannukset olivat lähes 620 miljoonaa euroa ja vuonna 2016 käyttökustannukset olivat jo 750 miljoonaa euroa. Vuonna 2016 lastensuojelun avohuoltopalvelujen kustannuksiin käytettiin valtakunnallisesti 270 miljoonaa (miljoona vähemmän kuin vuonna 2015). Lastensuojelun kustannuksia ja palvelujen hintoja koskevan selvityksen (THL/HuosTa hanke 2014-2015; THL raportti 2016:003) mukaan lastensuojelun kokonaiskustannukset asukasta kohden vaihtelivat tutkimukseen osallistuneiden kuntien välillä melko paljon. Ne olivat pienimmillään 160 euroa ja suurimmillaan 234 euroa. Asiakaskohtaiset kustannukset olivat pienimmillään 7 584 euroa, suurimmillaan 10 276 euroa. Myös kustannusrakenne lastensuojelun avohuollon palvelujen ja sijaishuollon välillä näyttää vaihtelevan kunnissa paljon.

Lastensuojelun ja muiden palvelujen saumaton yhteistoiminta on keskeinen edellytys lasten, nuorten ja perheiden tarpeisiin vastaamiselle. Esimerkiksi vuonna 1997 syntyneitä koskeva rekisteriperusteinen tutkimus osoittaa lastensuojelun ja psykiatrian yhteisasiakkaiden huomattavan määrän. Kodin ulkopuolelle sijoitetuilla lapsilla ja heidän vanhemmillaan on huomattavasti muita useammin psyykkisiä häiriöitä. Esimerkiksi sijoitetuista 13–17 vuotiaista 53 % oli nuorisopsykiatrian asiakkaana. (THL 50/2018.) 60 % valtion koulukotiin sijoitetuista on psykiatrinen diagnoosi; ikätovereiden vastaava luku on 7 %. Vuonna 1997 syntyneellä kodin ulkopuolelle

sijoitetulla lapsella oli huomattavasti muita lapsia useammin vanhempi, jolla oli diagnosoitu psykiatrinen häiriö. (Ristikari ym. 2018.) Lastensuojelutyöstä vastaavat sosiaalityöntekijät raportoivat sijoittavansa usein lapsia sijaishuoltoon, koska lapsen tarvitsema mielenterveyshoito ei mahdollistunut. (Suomen Kuntaliitto 2018.) Nykytila ei ole laadukkaan palvelun eikä lapsen oikeuksien toteutumisen kannalta riittävä.

Nykyisen hallitusohjelman puitteissa tapahtuva lasten ja nuorten hyvinvoinnin ja lapsiperheiden palveluiden parantaminen jatkaa lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelmassa (2016–2019) tehtyä kehittämistyötä. Lastensuojelun laatua ohjataan STM:n ja Suomen Kuntaliiton julkaisemalla päivitetyllä lastensuojelun laatusuosituksella, johon sisältyy erilliset sijaishuollon laatuksiteerit (Malja, Puustinen-Korhonen, Petrelius, Eriksson 2019).

Opiskeluhoolto

Opiskeluhoollon palveluista koulu- ja opiskeluterveydenhuolto ovat terveydenhuoltolain 16 ja 17 §:n mukaisesti terveydenhuollon palveluja, mutta kuraattori- ja psykologipalveluja on voitu oppilas- ja opiskelijahuoltolain 9 §:n mukaan järjestää kunnan päätöksen mukaan opetustoimen tai sosiaali- ja terveystoimen alaisuudessa. Suurimmassa osassa kunnista kuraattori ja psykologipalvelut on järjestetty opetustoimessa, mikä on johtanut siihen, että useimmissa kunnissa opiskeluhoollon palvelut ovat jakautuneet kahdelle eri toimialalle. Opiskeluhoollon palvelujen jakautuminen on vaikeuttanut palvelujen kokonaisuuden hallintaa ja yhteistyötä eri ammattikuntiin kuuluvien opiskeluhoollon toimijoiden välillä. Pahimmillaan oppilaita on lähetetty työntekijältä toiselle, eikä tieto ole siirtynyt työntekijöiden välillä. Nuoret ovat nähneet nykyisissä opiskeluhoollon palveluissa epäkohtina esimerkiksi tiedon puutteen eri palvelujen sisällöistä, työntekijältä toiselle siirtämisen ja palvelujen saavutettavuuden.

Suuremmissa kunnissa opiskeluhoollon kuraattori- ja psykologipalvelut on järjestetty opetustoimen tai sosiaali- ja terveystoimen alaisuudessa omissa yksiköissään, joita johtavat alan ammattilaiset. Tämä on mahdollistanut sen, että työntekijöiden tehtävänkuvat ja työnjako ovat taroituksenmukaiset, työ on asianmukaisesti ohjeistettu ja valvonta on riittävä. Näissä suuremmissa yksiköissä on myös voitu varmistaa työntekijöiden ammatillinen osaaminen ja tuki. Yli puolet Suomen kunnista on kuitenkin pieniä alle 6000 asukkaan kuntia. Pienemmissä kunnissa yksittäiset kuraattorit ja psykologit saattavat toimia yksin opetustoimen alaisuudessa. Ongelmaksi on tällöin muodostunut sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön puutteellinen tuntemus, epäselvät tehtävänkuvat, työntekijöiden ammatillisen osaamisen varmistaminen ja tuen puute. Pienissä kunnissa pulmana on myös ollut opiskeluhoollon tietojärjestelmien puuttuminen sekä henkilöstön saatavuus. Joistain kunnista palvelut ovat puuttuneet kokonaan.

Opiskeluhoollon palvelujen hajaantuminen eri hallintokuntien ja palveluntarjoajien alaisuuteen on vaikeuttanut palvelujen ohjausta, pirstaloitunut palvelujärjestelmää ja aiheuttanut merkittävää vaihtelua palveluihin. THL:n selvitysten mukaan sekä psykologien että kuraattorien työn edellytyksissä, kuten oppilas-, opiskelija- ja toimipistemäärissä, täydennyskoulutuksessa sekä työn johdossa oli suurta vaihtelua. Myös työn sisällöt sekä työtavat olivat selvitysten mukaan erilaisia eri kunnissa. (THL: Tutkimuksesta tiiviisti 4/2019, 5/2019, 54/2019 ja 55/2019.) Myös opetus- ja kulttuuriministeriön eduskunnalle 18.6.2018 antaman selvityksen mukaan alueelliset ja oppilaitoskohtaiset erot opiskeluhoollon palveluissa olivat suuria. Opiskeluhoollon kuraattori- ja psykologipalvelujen toteuttamisedellytysten suuri vaihtelu on johtanut siihen, että oppilaat ja opiskelijat ovat eriarvoisessa asemassa opiskeluhoollon palvelujen saannin sekä palvelujen laadun ja sisällön suhteen.

Opiskeluterveydenhuolto on toteutunut selvitysten mukaan hyvin eri tavoin oppilaitosten sijaintipaikkakuntien opiskeluterveydenhuollon toimipisteissä. Opiskeluterveydenhuollon pirstoutuminen eri paikkoihin ja eri ammattilaisten tekemäksi vaikeuttaa opiskelijoiden näkökulmasta palvelujen saatavuutta ja käyttöä. Pirstoutuminen estää opiskeluterveydenhuollon ammattilaisia näkemästä ja tuntemasta opiskelijan kokonaistilannetta ja vaikeuttaa opiskeluterveydenhuollon koordinaatiovastausta sekä opiskelijan opiskelukyvyyn tukemista. (STM 2014:10) Valvontaviranomaisten vuoden 2019 erityisvalvonnan kohteena oli opiskeluterveydenhuollon hoitotapa. Valviran erityinen huoli syntyi opiskelijoiden mielenterveyspalveluiden pirstaleisuudesta. Hajanainen palvelujärjestelmä paitsi vaikeuttaa hoitoon hakeutumista ja siihen sitoutumista, myös hankaloittaa palveluiden saatavuuden seuranta ja potilasturvallisuuden arviointia Valviran mukaan. (Valviran tiedote 2019)

Vuoden 2021 alusta voimaan tuleva laki korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta (695/2019) parantaa ja yhdenmukaistaa korkea-asteen opiskelijoiden palveluja. Jatkossa Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö (YTHS) tuottaa kaikkien korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon palvelut. Tämän muutoksen seurauksena eri koulutusasteilla opiskelevien nuorten palvelut eroavat toisistaan entistä korostuneemmin, jolloin tarve toisen asteen koulutuksessa olevien opiskelijoiden terveydenhuollon toimivaan järjestämiseen nousee entistä selkeämmin ja voimakkaammin esille.

Ikääntyneiden palvelut

Vuonna 2018 oli 65 vuotta täyttäneitä noin 20 prosenttia ja vuonna 2030 jo noin 26 prosenttia väestöstä eli noin 1,5 miljoonaa. Myös iäkkäimpien 75 ja 85 vuotta täyttäneiden ikäryhmien osuudet väestöstä kasvavat ja kasvuvauhti on erilainen eri maakuntien kuntien välillä. Vuonna 2030 isossa osassa kunnista vähintään joka neljäs asukas on 75 vuotta täyttänyt tai vanhempi.

Ikärakenteen ja huoltosuhteen nopea muutos aiheuttaa paitsi kustannusten hallinnan ongelman, myös palvelujen toteuttajien tarpeen voimakkaan lisääntymisen. Palvelutarpeen kasvun ja työntekijöiden eläköitymisen myötä alalle tarvitaan runsaasti uusia koulutettavia. Maan sisäinen muuttoliike voimistaa alueellisia eroja 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.

Palvelutarpeiden voimakkaasta kasvusta johtuen kunnilla palvelujen järjestäjinä on ollut vaikeuksia huolehtia asiakkaiden tarvitsemista palveluista. Suurelta osalta iäkkäiden henkilöiden hoidon ja huolenpidon palveluissa toimitaan vanhuspäivähoitoon, muun sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön sekä iäkkäiden palveluja koskevan laatusuosituksen tavoitteiden ja hengen mukaisesti. Kuitenkin palveluissa on valvonnan ja asiakaspalautteen pohjalta myös epäkohtia.

Havaitut epäkohdat nousivat voimakkaasti esille alkuvuodesta 2019. Valvontaviranomaisten iäkkäiden henkilöiden palveluissa havaitsemien puutteiden ja epäkohtien arvioitiin vaarantavan heidän oikeuttaan hyvään hoitoon ja ihmisarvoiseen kohteluun. Havaitut puutteet ovat liittyneet muun muassa henkilöstön vähyyteen suhteessa asiakkaiden palvelujen tarpeeseen, vastuukäytön ja muun henkilöstön nopeaan vaihtumiseen, lääkitysturvallisuuden asianmukaisuuteen, puutteellisiin omavalvontasuunnitelmiin ja omavalvonnan toimeenpanoon, asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien päivittämiseen, asiakkaiden toimintakyvyn, hoitoisuuden ja palvelutarpeen arviointiin, terveydenhuollon palveluiden järjestämiseen ja henkilökunnan tehtävien organisointiin. Yleisesti voidaan todeta, että valvonnassa hoivakodeissa havaitut puutteet hoivan ja

hoidon laadussa ja sisällössä ovat olleet vahvasti sidoksissa liian vähäiseen osaavan henkilöstön määrään.

2.16.3 Väestön hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden tilanne

Yli kaksi kolmasosaa suomalaisista kokee oman terveytensä hyväksi. Väestön elinajanodote on pidentynyt vuodesta 2000 lähtien lähes neljä vuotta, ja sukupuolten välinen ero on kaventunut hieman, sillä miesten elinajanodote on noussut enemmän kuin naisten. Suomalaiset ilmoittavat kuitenkin muita eurooppalaisia enemmän toimintarajoitteista, joiden vuoksi heillä on vähemmän terveitä elinvuosia kuin muilla EU:n kansalaisilla. Vuonna 2017 kolme viidestä vähintään 65-vuotiaasta kertoi sairastavansa ainakin yhtä kroonista sairautta, mikä on enemmän kuin EU:ssa keskimäärin. Useimmat ihmiset pystyvät jatkamaan itsenäistä elämää ikääntyneenäkin. Noin yksi kahdeksasta kertoi kuitenkin, että heillä on rajoituksia päivittäisissä perustoiminnoissa, kuten pukeutumisessa ja syömisessä ja että he tarvitsevat niissä apua. Merkittäviä väestön toimintakykyä heikentäviä ja ennenaikaista kuolleisuutta aiheuttavia sairausryhmiä ovat krooniset kansantaudit eli sydän- ja verisuonisairaudet, hengityselinten sairaudet, syövät, tuki- ja liikuntaelinten sairaudet, diabetes, mielenterveyden häiriöt sekä tartuntataudit.

Arviot osoittavat, että Suomessa lähes 40 prosenttia kuolemista voidaan selittää käyttäytymiseen liittyvillä riskitekijöillä, kuten ravintoon liittyvillä riskeillä, tupakoinnilla, alkoholin käytöllä ja liikkumattomuudella. Ravintoon liittyvillä riskeillä voidaan selittää kaikista kuolemista noin 20 prosenttia (11 000), mikä on hieman suurempi osuus kuin EU:ssa keskimäärin. Alkoholin kulutus on vähentynyt, mutta useampi kuin kolmasosa aikuisista ilmoitti käyttävänsä kausittain runsaasti alkoholia. Määrä ylittää selvästi EU:n keskiarvon (20 %). Lihavien aikuisten määrä on kasvanut: lihavien osuus on 20 prosenttia eli yli EU:n keskiarvon (15 %). Lisäksi aikuisista 14 prosenttia tupakoi Suomessa päivittäin – osuus on laskenut ja alittaa EU:n nykyisen 19 prosentin keskiarvon. (OECD Maaraportti 2019.)

Rokotuskattavuudessa on alueellisia eroja ja sen on jäänyt joillakin alueilla jälkeen. Lähes kaikki lapset (99 prosenttia) on rokotettu kurkkumätää, jäykkäkouristusta ja hinkuyskää vastaan ja 96 prosenttia lapsista on rokotettu tuhkarokkoa vastaan. Joillakin alueilla kattavuusluvut ovat kuitenkin alle 85 prosentin, mikä lisää epidemiariskiä huomattavasti. Tuhkarokkotapauksien määrä on edelleen pieni (alle 20 vuosina 2017–2018), mutta tuhkarokkoa esiintyy taas Suomessa. Influenssa-rokotuksen on saanut vain alle puolet vähintään 65-vuotiaista suomalaisista, mikä on reilusti alle WHO:n 75 prosentin suosituksen.

Hyvinvointia ei ole ilman turvallisuutta. Suuri enemmistö (87 %) suomalaisista kokee oman turvallisuutensa hyväksi. Sosiaali- ja terveydenhuollossa lisätään arjen turvallisuutta puuttamalla ongelmien juurisyihin, ennalta ehkäisemällä ja poistamalla riskejä sekä kasvattamalla yksilöiden psykologista joustavuutta, resilienssiä, jolloin sekä yksilön että yhteiskunnan kyky selviytyä mahdollisista iskuista paranee. Turvallisuuden edistämiseen kuuluu tapaturmien ja väkivallan ehkäisyn lisäksi muun muassa varhainen puuttuminen nuorten rikoksilla oireiluun. Väkivaltaisen radikalisoitumisen ehkäisy ja siitä irrottautuminen sekä ihmiskaupan tunnistaminen ja uhrien auttaminen ovat kasvavia haasteita.

Lähisuhdeväkivallan uhrin ovat erityisen haavoittuva uhriryhmä. Parisuhteessa olleista naisista 30 % ilmoittaa kokeneensa nykyisen tai entisen kumppaninsa tekemää väkivaltaa. Nainen joutuu kumppaninsa surmaamaksi kolme kertaa miehiä useammin. Lapsena koetun väkivallan pit-

käaikaisseurauksia voivat olla mielenterveysongelmat, itsetuhoinen käyttäytyminen sekä alkoholin ja huumeiden väärinkäyttö. Lähisuhdeväkivallan tekijöille suunnattujen katkaisuohjelmien saatavuudessa on alueellisia puutteita.

Tapaturmat ja onnettomuudet ovat merkittävien terveiden elinvuosien menetyksiä Suomessa aiheuttava kuolinsyy aina myöhäiseen keski-ikään asti, kaikki ikäryhmät huomioiden neljänneksi yleisin kuolinsyy. Vuonna 2018 Suomessa kuoli tapaturmaisesti 2 600 henkilöä, joista 2 250 (87 %) kotona ja vapaa-ajalla.

2.16.4 Hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden eriarvoisuus

Vaikka hyvinvoinnin arvioidaan parantuneen viime vuosina, kohennukset ovat kohdentuneet alueellisesti vaihtelevasti tai tuki on ollut riittämätöntä haasteisiin nähden, sillä edelleen eniten huolta kannetaan tukea tarvitsevista nuorista ja lapsiperheistä sekä monia ongelmia kokevista. Viiden viime vuoden aikana monia palveluja tarvitsevien hyvinvointi ei ole juuri kohentunut (Sosiaalibarometri SOSTE 2019).

Suomalaisista on köyhiä lähes 9 prosenttia. Vuonna 2018 toimeentulotuen varassa olevissa kotitalouksissa asuvia oli 326 182 työikäistä henkilöä. Lapsiperheiden köyhyys siirtyy yli sukupolven. Pitkäaikaisesti toimeentulotuen asiakkaana olleiden vanhempien lapsista lähes puolet on myös itse toimeentulotuen asiakkaana nuorina aikuisina. Lyhytaikaisesti asiakkaana olleiden vanhempien lasten vastaava luku on 35 prosenttia. Iäkkäissä köyhyys kohdistuu erityisesti yli 75-vuotiaisiin naisiin. Naisten keskimääräistä pienempi eläke ja pidempi elinikä yhdistettynä yksin asumisen yleisyyteen tarkoittaa kasvanutta pienituloisuuden riskiä.

Suomessa elinajanodotteessa on sekä sukupuoleen että sosioekonomiseen asemaan liittyvää eriarvoisuutta. Terveyseroja on sosioekonomisten ryhmien välillä esimerkiksi koetussa terveydessä, mielenterveydessä, pitkäaikaissairastavuudessa ja suun terveydessä. Eroja on myös elintavoissa, minkä vuoksi esimerkiksi ylipaino on yleisempää alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä. Matalimmin koulutettujen 30-vuotiaiden miesten elinajanodote oli vuonna 2016 noin 5,5 vuotta lyhyempi kuin korkeimmin koulutettujen. Tämä koulutustasoon liittyvä ero keskimääräisessä eliniässä oli naisilla pienempi eli 3,5 vuotta.

Hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden eriarvoisuus ilmenee myös maantieteellisten alueiden välillä. THL:n kansallisen asiantuntija-arvion mukaan alueiden väliset erot sairastavuudessa ovat säilyneet selvinä, vaikka väestön terveys onkin parantunut kautta maan. (Sosiaali- ja terveystalouden Suomessa 2018 – Asiantuntija-arvio. THL 2020). Sairastavuudessa on edelleen selviä alueellisia eroja. Ennenaikaisen kuolleisuuden vuoksi menetettyjen elinvuosien määrä on kuitenkin vähentynyt kaikkien sairaanhoitopiirien alueilla. Suomessa elinajanodote on EU:n keskiarvoa korkeampi, mutta sukupuolten välisistä eroista ei elinajanodotteessa ole päästy eroon. Sairastavuuteen vaikuttavien riskitekijöiden vahvuus vaihtelee eri väestöryhmissä, mikä ylläpitää eroja myös elinajanodotteessa. Nuorten ja työikäisten miesten kuolleisuus tapaturmiin on moninkertainen naisiin verrattuna. Erot ovat erityisen suuria, jos verrataan heikossa sosioekonomisessa asemassa olevien miesten ja hyvässä asemassa olevien naisten menettettyjä elinvuosia toisiinsa. Humalahakuisuus ja syrjäytyminen ovat merkittäviä tekijä tapaturmien taustalla.

Kansalliset tilastot osoittavat eriarvoisuuden kasvaneen elinajanodotteessa tulotason mukaan sekä miehillä että naisilla 1990-luvulta lähtien (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2018a). Elinajan odotteen sosioekonomisista syistä johtuva ero Suomessa johtuu ainakin osittain siitä, miten alttiita näiden eri ryhmien ihmiset ovat erilaisille riskitekijöille ja elämäntavoille, joita ovat

matalammin koulutettujen miesten ja naisten ryhmissä yleisempi tupakointi, huonommat ruokailutottumukset ja suuremmat lihavuusluvut. Koulutukseen liittyvä elinajanodotteen ero on myös kytköksissä tulo- ja elintaseroihin, jotka voivat vaikuttaa altistumiseen muille riskitekijöille ja terveydenhuollon piiriin pääsemiseen.

Palvelujärjestelmä voi synnyttää hyvinvointi- ja terveyseroja, jos erilaisten ihmisten tarpeita ei huomioida. Erityisesti ongelmia on työelämän ulkopuolella olevien ja matalasti koulutettujen ihmisten saamissa palveluissa. Esimerkiksi ennaltaehkäisevät palvelut vähentävät inhimillistä kärsimystä ja sosiaali- ja terveyspalvelujen tarvetta. Palvelujen käytössä on kuitenkin suuria sosiaalisia eroja. Työssäkäyvät ja hyvin koulutetut ihmiset käyttävät paljon ennaltaehkäiseviä palveluja, mutta heikommassa olevassa asemassa olevat ihmiset hyötyisivät niistä eniten.

Terveydenhuollon voimavarojen epätasainen jakautuminen vahvistaa eriarvoisuutta hoitoon pääsyssä. Lääkäreitä on runsaasti pääkaupunkiseudulla ja muissa suurissa kaupungeissa, koska sairaalat ja erikoissairaanhoidon yksiköt sijaitsevat pääasiassa kaupunkialueilla, kun taas syrjäisillä ja harvaan asutuilla alueilla lääkäreitä on suhteellisesti vähemmän. Työterveyshuolto ja yksityiset sairausvakuutukset, joiden käyttäjät ovat pääosin ylemmistä sosioekonomisista ryhmistä, vahvistavat niin ikään hoitoon pääsyn eriarvoisuutta, sillä niiden avulla hoitoon pääsee nopeammin, koska valittavissa on myös muita kuin julkisen sektorin palveluja. Sitä vastoin alempiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvat ja ikääntyvät henkilöt käyttävät pääosin julkisia palveluja ja joutuvat siksi odottamaan pidempään palveluihin pääsyä.

Alueellisen apuvälinepalvelun järjestämistavat vaihtelevat alueittain mm. henkilöstön ja apuvälineiden huollon osalta. Edelleen on eroja alueiden välillä siinä, millaisia apuvälineitä luovutetaan ja kenelle, sekä huollon järjestämisessä.

2.16.5 Kehittämistoiminta ja rakenteet

Alueellisessa panostamisessa sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistoimintaan on suuria eroja. Se ei kaikkialla integroidu riittävästi palvelutoiminnan kehittämiseen. Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon kehittämisen erilainen säädöspohja ja kehittämistyön kulttuuri ovat johtaneet merkittäviin eroavuuksiin terveydenhuollon ja sosiaalihuollon kehittämistoiminnan välillä.

Sosiaalialan osaamiskeskukset ovat vuodesta 2001 lähtien luoneet ja ylläpitäneet koko maan kattavaa alueellista yhteistyörakennetta sosiaalialan perus- ja erityisosaamisen edistämiseksi, sekä sosiaalialan alueellista yhteistyötä erityispalvelujen ja asiantuntijapalvelujen turvaamiseksi. Osaamiskeskukset ovat toimineet sosiaali- ja terveydenhuollon useiden kansallisten kehittämisohjelmien alueellisina koordinoijina ja verkostojen kokoajina. Osaamiskeskukset ovat toimineet sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman alueellisten johtoryhmien ohella kansallisen kehittämisohjelman alueellisina koordinoijina ja verkostojen kokoajina. Verkostomainen ja monialainen työskentelytapa on tukenut sekä sosiaalialan tutkimusta ja kehittämistä että sosiaalialan tutkimus- ja kehittämistoiminnan yhteyttä muihin aloihin. Sosiaalialan osaamiskeskusten suhteellisen pienet resurssit ovat kuitenkin rajoittaneet niiden mahdollisuutta kattavasti toimia laajemmin tutkimusta ja käytännön työtä yhdistävinä toimijoina. Sosiaalialan osaamiskeskuksilla on muodostunut vaihtelevasti yhteistyötä perusterveydenhuollon kehittämisyksiköiden kanssa.

Terveydenhuoltolain mukaisten perusterveydenhuollon yksiköiden tilanne vaihtelee huomattavasti eri sairaanhoitopiireissä. Koska perusterveydenhuollon yksiköillä ei ole erillisrahoitusta, useiden sairaanhoitopiirien alueilla on kuntien taloustilanteen vuoksi toimintaa supistettu tai lakkautettu. Vuoden 2019 lopulla useimmissa sairaanhoitopiireissä oli perusterveydenhuollon

kehittämistoimintaa. Joissain sairaanhoitopiireissä on yhdistetty perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon kehittämistä samaan organisaatioon, osassa terveyden ja hyvinvoinnin kehittäminen on yhdistetty perusterveydenhuollon kehittämiseen.

Terveydenhuoltolain 42 §:n 2 momentin mukaan erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien on yhteistyössä huolehdittava samaan erityisvastuualueeseen kuuluvien kuntien ja sairaanhoitopiirien tarvitsemasta ohjauksesta ja neuvonnasta erikoissairaanhoidon kehittämisen järjestämisessä. Erikoissairaanhoidon kehittämisestä ei kuitenkaan ole kattavampaa sääntelyä, ja erikoissairaanhoidon kehittämistyöstä ole koottu vain vähäisessä määrin tietoa.

2.16.6 Opetus- ja tutkimustoiminta

Sosiaali- ja terveydenhuollon opetus- ja tutkimustoimintaa koskevat säännökset ovat erilaisia ja niiden painotukset eroavat toisistaan. Kuten luvussa 2.10.20 on kuvattu, valtion varoista korvataan yliopistoille ja useille eri palveluntuottajille useista eri terveydenhuollon koulutuksista aiheutuvia kustannuksia. Sosiaalihuoltoalan koulutuksen osalta on mahdollista korvata valtion varoista ainoastaan yliopistoille sosiaalityön erikoistumiskoulutuksesta aiheutuvia kustannuksia. Toisin kuin terveyden vastaavaan tutkimukseen tällä hetkellä ei ole sosiaalihuollon tutkimustoiminnan järjestämiseen kohdennettua valtion rahoitusta.

Sen lisäksi, että sosiaalityön ja sosiaalipalvelujen tutkimukseen ei ole ollut terveyden tutkimuksen kaltaista valtionkorvaukseen perustuvaa rahoitusjärjestelmää, sosiaalihuollosta puuttuvat myös yliopistollisia keskussairaaloita vastaavat toimintayksiköt, joissa sosiaalityön tieteellinen tutkimus, tieteellisammattillinen koulutus ja käytännön työ yhdistyisivät. Sosiaalityön koulutusta antavat yliopistot ovat pyrkinet omalta osaltaan vahvistamaan tilannetta perustamalla yhteyteensä opetus- ja tutkimuskeskuksia, joiden kautta on pystytty vastaamaan yliopistotasoisten sosiaalityöntekijöiden koulutuksen ohella työelämän tutkimus-, kehitys- ja innovaatiotoiminnan tarpeisiin. Erillisen rahoituksen puuttuessa tutkimusta ja käytännön työtä yhdistävät rakenteet ovat kuitenkin jääneet yksittäisiksi toimintamalleiksi eikä valtakunnallisia sosiaalityön käytäntöä tukevia toimintarakenteita ole muodostunut.

Sosiaalityössä tarvittaisiin erityisesti käytäntöjen kehittämistutkimusta työelämän kanssa. Esimerkiksi tutkimusnäyttöön perustuvat toimintasuositukset (”käypä sosiaalityö”) ja niiden kehittymisestä vastaava rakenne puuttuvat nykyisin sosiaalityöstä. Useissa viimeaikaisissa selvityksissä on kiinnitetty huomiota erityisesti lasten ja perheiden palveluiden ja aikuissosiaalityön tiedontuotannon ja tutkimuksellisen tiedon ohuuteen. Myös viimeaikaiset havainnot vanhuspalvelujen epäkohdista korostavat tarvetta vahvistaa ja kehittää vanhussosiaalityön osaamista. Asiakkaiden kohtaamista sosiaalisista ongelmista sekä vaikuttavista työmenetelmistä ja palveluista tarvitaan vahvaa tietopohjaa.

Pääministeri Sanna Marinin hallituksen ohjelman mukaan voimavarat sosiaalialan tutkimukseen sekä kehittämiseen turvataan pitkäjänteisesti, rakennetaan Suomeen sosiaalihuollon tutkimus- ja kehittämisrakenne ja luodaan erillinen sosiaalityön tutkimusta ja sen osaamisen vahvistamista tukeva valtion rahoitus (ks. hallitusohjelman s. 150 ja 154). Tutkimusrahoituksen lisäämiseen on hallitusohjelmassa varattu 4 miljoonaa euroa (ks. hallitusohjelman s. 205). Tähän liittyen eduskunnassa on käsiteltyssä sosiaalihuollon valtion tutkimusrahoitusta koskeva hallituksen esitys (ks. luku 2.10.20).

Myös valtion sosiaali- ja terveydenhuollon koulutus- ja tutkimuskorvausten nykyistä paremman yhteensovittamisen ja mahdollisten muiden muutostarpeiden arviointi olisi perusteltua. Tarkoituksenmukaisen kokonaisrakenteen määrittäminen vaatii laajaa valmistelutyötä, joka edellyttää

myös rahoituksellisten näkökulmien huomioimista sekä yhteensovittamista opetus- ja kulttuuriministeriön hallinnonalan kanssa muun muassa ammattikorkeakoulutuksen tarpeiden selvittämiseksi.

2.16.7 Valmius ja varautuminen

Sosiaali- ja terveydenhuollon valmiutta ja varautumista koskevat uhkakuvat ovat nykyään pääsääntöisesti sairaanhoitopiiri- ja maakuntarajat ylittäviä. Kunnat, sairaanhoitopiirit ja muut kuntayhtymät vastaavat omasta valmiussuunnittelustaan ja varautumisestaan. Järjestelmä on pirstaleinen, eikä valmiuden ja varautumisen yhteensovittamisesta tai yhteisestä valmiussuunnittelusta ole kattavia säädöksiä. Erilaisissa häiriötilanteissa ajantasaisen tilannekuvan kerääminen on vaikeaa useiden järjestäjätahojen vuoksi. Aluehallintovirastot ovat tärkeässä roolissa erilaisissa häiriötilanteissa tilannekuvan keräämisessä kunnilta.

Suurissa häiriötilanteissa, esimerkiksi onnettomuuksissa, yhden sairaanhoitopiirin tai kunnan resurssit eivät useinkaan riitä tilanteen hoitamiseen ja apua tarvitaan muilta alueilta. Sen vuoksi yhtenäiset toimintamallit ovat tärkeitä. Valtakunnallisen kokonaisuuden ja yhtenäisten toimintamallien merkitys korostuvat viranomaisyhteistyössä. Esimerkiksi Hätäkeskus toimii valtakunnallisesti ja eri hätäkeskukset voivat ottaa vastaan myös muun alueen hätäpuheluja.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa on häiriötilanteissa ja poikkeusoloissa laajentuvia ja uusia tehtäviä, joista tulee huolehtia. Terveydenhuollossa kriittisiä toimintoja ja palveluja ovat tilanteesta riippuen esimerkiksi ensihoito, päivystys, laboratorio- ja kuvantamispalvelut, rokotukset, vainajien käsittely ja lääkehuolto. Terveydenhuollossa riskitekijöiksi erilaisissa häiriötilanteissa on tunnistettu muun muassa terveydenhuollon kriittisten tarvikkeiden, lääkkeiden sekä lääkerakenteiden saatavuuteen liittyvät ongelmat. Ongelmat korostuvat esimerkiksi pandemiatilanteessa, jolloin tarvitaan nopeaa ympärivuorokautista diagnostiikkaa, erikoislääkkeitä, valtakunnallisesti yhtenäisiä periaatteita ja resursointia suurten potilasmäärien hoitamiseksi.

Sosiaalihuollossa kriittisiä toimintoja ovat esimerkiksi sosiaalipäivystys, lastensuojelu, toimeentulotuki, laitos- ja asumispalvelut ja kotiin vietävät palvelut sekä tilanteessa mukana olleiden altistuneiden henkilöiden palveluntarpeen arviointi. Sosiaalihuollossa tulee pelastuslain nojalla varautua evakuoitakeskusten perustamiseen ja hoitamiseen tai pienempimuotoiseen majoitukseen, vaatetukseen ja ruokahuoltoon. Sosiaalihuollosta puuttuu terveydenhuoltoa vastaava sääntely, joka ohjaisi kuntia yhteistoimintaan myös valmiuden ja varautumisen osalta. Sosiaalihuoltoa järjestävien kuntien merkittävien kokoon, alueellisiin olosuhteisiin ja palvelujen järjestämistapoihin liittyvien erojen vuoksi apua tarvitsevat eivät ole tällä hetkellä yhdenvertaisessa asemassa. Myös kuntien varautumiseen liittyvät toimintatavat ja valmiudet vaihtelevat merkittävästi.

2.16.8 Ostopalvelut sosiaali- ja terveydenhuollossa

Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain 4 §:ää on tulkittu ja sovellettu yleisesti kunnissa ja valvontaviranomaisissa siten, että se on mahdollistanut laajasti sote-palvelujen hankkimisen ostopalveluna ja palvelusetelillä lukuun ottamatta julkisen vallan käyttöä sisältäviä tehtäviä. Säännöksen nojalla on katsottu voitavan hankkia huomattavia määriä tosiasiallisena hallintotoimintana pidettäviä palveluja kuten kotipalveluja ja kotihoitoa, asumis- ja laitospalveluja, lastensuojelun perhehoitoa ja laitoshoidon vastaanottokäyntejä, suunhoidon palveluja, kirurgisia toimenpiteitä jne., vaikkei näitä tehtäviä ole yksityiskohtaisesti luetteloitu laissa tai vaikkei lain perusteluissa ole perusteltu tehtävän siirron

tarkoituksenmukaisuutta kunkin siirrettävän tehtävän osalta. Myös palveluseteli on otettu käyttöön ostopalvelujen tapaan tosiasiallisena hallintotoimintana pidettävissä edellä kuvatuissa palveluissa.

Kunnat ovat tehneet mainitun sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain 4 §:n säännöksen nojalla edellä kuvatulla tavalla myös kokonaisulkoistuksia, joissa esimerkiksi koko terveysaseman toiminta, koko kunnan sosiaali- ja terveydenhuolto tai jopa sairaanhoitopiirin toiminta on annettu yksityisen palveluntuottajan hoidettavaksi. Ulkoistutilanteissa julkista valtaa sisältäviä tehtäviä ovat hoitaneet kunnassa virkalääkärit ja sosiaalihuollon viranhaltijat. Jossain määrin raja tosiasiallisen hallintotoiminnan ja julkisen vallan käytön välillä on ollut häilyvä tai vaikeasti määriteltävissä. Yksityiset ostopalvelujen tuottajat ovat tosiasiassa tehneet esimerkiksi ylläpitämällään terveysasemalla hoidon tarpeen arviointia ja laatineet hoitosuunnitelmia, sillä tämän on katsottu sisältyvän tosiasiallisena hallintotoimintana pidettävään potilaan hoitoon. Terveydenhuolto eroaa sosiaalihuollosta muun muassa siinä, että sosiaalihuollossa asiakkaalle on annettava valituskelpoinen hallintopäätös palvelun antamisesta päätettäessä, kun taas terveydenhuollossa lääkärin tekemät hoitoon liittyvät hoitopäätökset eivät ole valituskelpoisia hallintopäätöksiä. Hoidon tarpeen arviointia ja hoitopäätöstä ei ole myöskään käytännössä useinkaan tarkoituksenmukaista erottaa varsinaisesta hoidon antamisesta, kun nämä tapahtuvat samalla vastaanottokäynnillä (esim. korvatulehdusdiagnoosin tekeminen ja siihen liittyen hoito-ohjeiden antaminen ja lääkereseptin laatiminen).

Toisaalta sosiaalihuollossakin yksilötasolla toteutettava sosiaalipalvelujen tarpeen arviointi kytkeytyy niin kiinteästi palvelujen myöntämistä koskevaan päätöksentekoon ja toisaalta asiakas suunnitelman laatiminen täsmentää päätöksen perusteella annettavien palvelujen sisältöä, että myös niihin voidaan katsoa liittyvän julkisen vallan käyttöön piirteitä. Sosiaali- ja terveysministeriön tilaamassa selvityksessä (47/2019) selviteltiin julkisen vallan käyttöä sosiaalituotossa ja siihen liittyviä oikeustulkintoja. Selvityksen mukaan epäselvyyttä on erityisesti siitä, millä edellytyksillä ja miltä osin sosiaalihuoltolain mukaisia tehtäviä voidaan siirtää julkisen hallinnon ulkopuolisille toimijoille. Voimassa olevan oikeuskäytännön mukaan sosiaalihuollon tehtävät ovat julkisia hallintotehtäviä, ja niiden siirto yksityisten palveluntuottajien vastuulle edellyttää nimenomaista sääntelyä. Selvityksessä nousivat esille asiakkaiden oikeusturva sosiaalihuoltolain mukaista neuvontaa ja ohjausta järjestettäessä sekä sosiaalihuollon työprosessin kokonaisvaltaisuus, jossa julkinen vallan käyttö limittyy palvelutoimintaan siten, että niitä on epätarkoituksenmukaista erotella eri toimijoille. Selvityksessä ilmeni, että kunnissa käsitys viranomaisroolissa toimivien sosiaalihuollon ammattihenkilöiden kokonaisvaltaisesta asiakasvastuusta ei ole aina selvä. Joissakin kunnissa sosiaalihuollon palvelutoimintaa on esimerkiksi ulkoistettu siten, että lähinnä vain sosiaalihuoltoon kuuluva päätöksenteko on jäänyt kunnan omaksi toiminnaksi. Selvityksen perusteella tilanne on ongelmallinen oikeudellisesti, sillä palvelutarpeen arviointi on julkisen vallan käyttöä sisältävää päätöksentekoon kiinteästi kytkeytyvää toimintaa, jonka irrottaminen muusta viranomaistoiminnasta ei ole mahdollista ilman nimenomaista sääntelyä, jollaista voimassa olevaan lainsäädäntöömme ei kiistattomasti sisälly. Järjestely on pulmallinen myös käytännön työn näkökulmasta, sillä näin yhteys palvelutarpeen arvioinnin, päätöksenteon ja suunnitelmallisen työskentelyn välillä katkeaa.

Nykyisin erityisesti ns. kokonaisulkoistuksiin on liittynyt myös tilanteita, joissa palveluja ulkoistaneen kunnan tai kuntayhtymän ei ole enää voitu katsoa tosiasiallisesti itse vastaavan järjestämisvastuuseen liittyvästä päätösvallasta ja ohjauksesta, kuten palvelujen yhdenvertaisesta saatavuudesta tai palvelun tarpeen, määrän ja laadun määrittämisestä. Tällä on voinut olla vaikutusta niin palvelujen saatavuuden turvaamiseen kuin palvelujen kustannustenkin kannalta. Kokonaisulkoistusten yhteydessä myös julkisen vallan käyttöön liittyviä tehtäviä on voitu organisoida erilaisilla näennäisjärjestelyillä, jotka eivät turvaa virkavastuun tai hyvän hallinnon

periaatteiden toteutumista. Lisäksi yksityiset toimijat ovat voineet käytännössä tehdä esimerkiksi palvelutarpeen arviointia myös niiltä osin, kuin se kuuluisi julkiselle järjestäjälle.

Voimassa olevassa lainsäädännössä ei ole ollut säännöksiä yksityisten palveluntuottajan oikeudesta siirtää edelleen kolmannen tahon tuotettavaksi (subdelegointi) lakisääteisiä sosiaali- ja terveyspalveluita, jotka kunta tai kuntayhtymä hankkii yksityiseltä palveluntuottajalta sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain 4 §:n perusteella. Käytännössä kunnat ovat hankkineet terveyspalveluja yksityisiltä lääkäriasemilta, jotka toimivat usein niin sanottuna ”kuoriorganisaationa” siten, että lääkärit ja usein myös muut terveydenhuollon ammattihenkilöt ovat toimeksiantosopimussuhteessa (eli toimivat alihankkijoina) yksityiseen palveluntuottajaan, jolta kunta palveluja hankkii. Niin ikään kuntien palvelutuotannossa käytetään yleisesti esim. henkilöstövuokrausta yksityisiltä palveluntuottajilta (esim. vuokralääkärit).

Hankintamenettelynä on pääsääntöisesti käytetty avoimella menettelyllä toteutettuja tarjouskilpailuja mutta myös neuvottelumenettelyä on hyödynnetty. Osassa sopimuksia ulkoistuksen ehtoista on määrätty tarkemmin ja niissä huomioidaan erilaisia toimintaan liittyviä riskejä, kuten mahdolliset palvelun keskeytymistilanteet, mutta osassa sopimuksia ehdot ovat hyvin yleistoisia ja ne jättävät enemmän tulkinnanvaraa palvelun tarjoajalle.

Ulkoistussopimuksissa kunnat ovat antaneet lähes poikkeuksetta omat tilansa palveluntuottajien käyttöön, joko vuokrasopimuksella tai käyttöoikeussopimuksella ja samoin henkilöstö on siirtynyt palveluntuottajan palvelukseen liikkeenluovutuksen periaattein etenkin silloin, kun kunta on ulkoistanut joko kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut tai osan niistä (esim. tietyt terveysasemat). Näissä tilanteissa joskus myös kunnan laitteet ja välineet sekä olemassa olevat tietojärjestelmäratkaisut on annettu ostopalveluntuottajien käyttöön, joko vuokrasopimuksella tai käyttöoikeussopimuksella. Osa kunnista on myös myynyt sote-rakennukset ulkoistuksen yhteydessä. Tilanteissa, joissa tilat ja laitteet on siirretty palveluntuottajalle, kunnan mahdollisuudet puuttua mahdollisessa poikkeus- tai sopimuksen katkotilanteissa (esim. palveluntuottajan konkurssitilanteissa tai sopimuksen irtisanomistilanteissa) voivat olla heikot. Omaisuus kuuluisi konkurssipesälle tai muulle kuin kunnalle eivätkä kunnat voisi jatkaa palvelutuotannon jatkumisesta sopimatta asiasta erikseen. Käytännössä tällaisissa neuvottelutilanteissa kunnan asema on ollut heikko, koska muuta vaihtoehtoa ei ainakaan pienemmissä kunnissa ole ollut.

Ulkoistustilanteissa palvelujen tuottajalla olisi myös palveluksessaan sote-henkilöstö. Konkurssitilanteissa henkilöstö olisi todennäköisesti rekrytoitavissa takaisin kunnan palvelukseen, koska työntekijöiden siteet asuinpaikkakunnalle ovat usein vahvat, eikä suomalaisten muuttohalukkuus työn perässä ole erityisen suurta (henkilöstön liikkuvuutta on tutkittu viime vuosina tehdyissä selvityksissä, mm. Tilastokeskuksen työvoimatutkimuksen lisätutkimus vuodelta 2016 ja Nordean teettämä kyselytutkimus vuodelta 2018). Kunnalla ei olisi kuitenkaan mitään etuoikeutta palkata henkilöstöä ja henkilöstö voisi siirtyä myös jollekin toiselle tuottajalle, joka ostaisi toiminnan. Näissäkin tilanteissa kunnan asema neuvotteluissa voi jäädä heikoksi ja ulkoistustilanteisiin liittyy siten tältä osin riskejä.

Kunnat seuraavat palvelun laatua ja palveluntuottajien toimintaa eri tavoin. Osa kunnista on edellyttänyt, että he hyväksyvät kaikki alihankintasopimukset. Osa kunnista seuraa palvelutuotantoa säännöllisesti mm. erilaisten laatuksien avulla. Osa kunnista on esimerkiksi perustanut ohjausryhmiä, joissa ovat sekä kunta että palveluntuottaja edustettuina. Osa sopimuksista on kuitenkin varsin ylimalkaisia eivätkä mahdollista kunnalle tosiasiallisia mahdollisuuksia seurata tai ohjata palvelutuotantoa. Läpikäydyissä sopimuksissa on lisäksi heikosti varauduttu mahdollisiin riskeihin.

Sopimusten sisällön lisäksi huomiota tulee kiinnittää ulkoistusten suunnitteluun, valmisteluun ja muuhun hallinnointiin sekä sopimuksenaikaiseen valvontaan. Kunnissa ja kuntayhtymissä toteutettavien hankintojen hallinnoinnista on niukalti koottua tietoa, mutta viitteitä on, että isojen kuntien hankintaosaamisessa ja -käytännöissä on parannettavaa (<https://aalto-doc.aalto.fi/handle/123456789/26623>).

2.16.9 Peruspalvelujen menokehitys

Nykymuotoiset hyvinvointipalvelut ja muut julkisen sektorin toiminnot on rakennettu aikana, jolloin talouskasvu oli nopeaa ja väestökehitys suotuisa. Tulevaisuuden kasvunäkymät ovat kuitenkin historiaan nähden vaisut. Talouden kasvumahdollisuuksia heikentää väestörakenteen raju muutos, sillä työikäisten määrä vähenee ja yli 65-vuotiaiden määrä kasvaa merkittävästi. Samalla syntyvyys on viime vuosina kääntynyt nopeaan laskuun. Väestörakenteen muutos heikentää siten verotulojen kasvumahdollisuuksia eli julkisen talouden rahoituspohjaa. Samalla väestön ikääntymisestä aiheutuu merkittäviä menopaineita erityisesti terveys- ja hoivapalveluihin.

Maltillisen talouskasvun ja kasvavien menopaineiden vuoksi julkisen talouden tulot eivät pitkällä aikavälillä riitä menojen katteeksi. Julkisessa taloudessa on kestävyysvaje, joka on pysynyt sopeutustoimista huolimatta mittavana. Julkinen talous on jäämässä rakenteellisesti alijäämäiseksi samaan aikaan, kun tulevaan väestökehitykseen varautuminen edellyttäisi julkisen talouden rakenteellista ylijäämää.

Ilman menojen kasvua hillitseviä rakenteellisia uudistuksia ikärakenteen muutoksesta aiheutuvat menopaineet johtavat tulevaisuudessa kuntien ja valtion velan nopeaan kasvuun. Suuret alueelliset erot väestön ikärakenteessa asettavat kunnat myös keskenään hyvin erilaiseen asemaan. Siksi alueellisesti tasa-arvoisen palvelutarjonnan turvaaminen muuttuu nykyrakenteilla tulevaisuudessa entistä haastavammaksi. Velan nopea kasvu lisää myös painetta veroprosenttien tuntuviin korotuksiin ja kokonaisveroasteen nousuun.

Kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveydenhuollon nettokustannukset olivat vuonna 2018 noin 18,3 miljardia euroa. Koko maan sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten ennakoidaan kasvavan vuoteen 2030 mennessä reaalisesti noin 17 prosenttia, mutta alueelliset erot kasvussa ovat suuret. THL:n arvion mukaan sairaanhoitopiiritasolla arvioituna menojen kasvun vaihteluväli on 0,9–27 prosenttia. Kaikilla alueilla ikääntyneiden palvelujen kustannusten ennustetaan kasvavan eniten (koko maassa 50 prosenttia). Kustannusten kasvuennuste on suurinta Helsingin ja Uudenmaan alueella.

Ikääntymisen lisäksi osa menopaineesta johtuu siitä, että tuotantokustannukset ovat kasvaneet ja niiden oletetaan jatkossakin kasvavan kansantalouden yleistä hintakehitystä nopeammin. Sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluiden tuleville vuosille ennakoitu menokehitys vaikuttaa merkittävästi julkisen talouden kestävyYTEEN. Väestörakenteen muutos seuraavan parinkymmenen vuoden aikana lisää palveluntarvetta sosiaalipalveluissa noin 30 prosentilla ja terveydenhuollossa noin 20 prosentilla nykytasoon verrattuna. Siten sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän uudistaminen ja tehokkuuden parantaminen ovat välttämättömiä, mikäli halutaan samanaikaisesti sekä lunastaa hoivalupaukset että turvata julkisen talouden kestävyys.

2.16.10 Verojärjestelmä

Sosiaali- ja terveydenhuoltoa rahoitetaan Suomessa tällä hetkellä pääasiassa kuudesta eri rahoituslähteestä: valtion ja kuntien verotuloilla, pakollisilla ja vapaaehtoisilla vakuutusmaksuilla sekä työnantaja- ja asiakasmaksuilla. Sosiaali- ja terveydenhuollon osuus kuntien budjeteista on

nykyisin keskimäärin noin puolet. Kunnat kattavat menoistaan noin puolet omilla verotuloillaan ja valtio osallistuu tehtävien rahoitukseen maksamalla valtionosuutta. Palveluiden kustannukset ovat kasvaneet ja niiden on ennustettu kasvavan edelleen myös tulevina vuosina. Tämä aiheuttaa omalta osaltaan paineita kunnallisveroprosenttien korottamiseen. Koska kuntien verotuloista keskimäärin noin 84 prosenttia koostuu kunnallisverosta, jota luonnolliset henkilöt ja kuolinpesät maksavat kunnallisverotuksen verotettavan ansiotulon perusteella, syntyy sosiaali- ja terveydenhuollon ennustetusta kustannusten kasvusta tällä hetkellä merkittäviä paineita tuloverotuksen kiristymiseen. Tuloverotusta pidetään talouskasvun kannalta haitallisempänä kuin kulu- tusverotusta, ja verotuksen painopistettä onkin viime vuosina pyritty siirtämään tulojen verot- tamisesta kulutuksen verottamiseen.

Ansiotuloverojärjestelmää on uudistettu viimeksi ansio- ja pääomatuloverouudistuksen yhtey- dessä vuonna 1993. Sen jälkeen ansiotuloverotusta on muutettu vuosittain pääosin keventämällä työn verotusta. Tuloverojärjestelmän vähennysten rakenteet, lukumäärä ja yhteisvaikutukset ovat kehittyneet nykyiseen muotoonsa vuosittaisten muutosten myötä, eivätkä ne enää kaikilta osin vastaa hyvälle verojärjestelmälle asetettuja tavoitteita selkeyden ja läpinäkyvyyden osalta. Tämän vuoksi ansiotuloverojärjestelmää tulisikin kehittää nykyistä yksinkertaisempaan ja sel- keämpään suuntaan.

2.16.11 Kuntien verotulot

Kuntien verotuloista keskimäärin noin 84 prosenttia koostuu kunnallisverosta, jota luonnolliset henkilöt ja kuolinpesät maksavat kunnallisverotuksen verotettavan ansiotulon perusteella. Kun- nat rahoittavat toimintaansa osittain myös keräämänsä kiinteistöveron tuotolla. Kiinteistöveroa pidetään taloustieteellisessä kirjallisuudessa erityisen hyvänä paikallistason verona, koska kiin- teistöt ja etenkin maapohja on paikkaan sidottuja. Täten kiinteistövero on tehokas ja vakaa tapa rahoittaa paikallisia julkisia palveluja. Kiinteistöverot muodostavat tällä hetkellä noin 8 pro- senttia kuntien verotuloista.

Kunnat saavat osuuden yhteisöveron tuotosta kuntien jako-osuuden kautta. Osa kunnille jaetta- vasta yhteisöverosta jaetaan kunnille niin sanotun metsäerän perusteella. Yhteisöverot muodos- tavat noin 8 prosenttia kuntien verotuloista, mutta yhteisöveron osuus yksittäisten kuntien tu- loista vaihtelee kuitenkin huomattavasti. Metsävaltaisilla kunnilla yli 90 prosenttia yhteisövero- osuudesta voi muodostua metsäerän perusteella, ja yhteisövero voi olla yli viidenneksen kunnan verotuloista.

Taloustieteellisessä kirjallisuudessa yhteisövero ei pidetä erityisen hyvin soveltuvana verona kuntien tulolähteeksi suhdanneherkkyytensä vuoksi. Toisaalta kuntien saamat yhteisöverotulot kannustavat kunnan elinkeinopolitiikan kehittämistä. Oman alueen yritystoimijoiden verotulot kannustavat kuntia omalta osaltaan edistämään paikallista ja seudullista yritystoimintaa ja sitä kautta työllisyydenhoitoa. Paikallistason verotuksessa veropohjan ei kuitenkaan tulisi olla kovin liikkuva. Sote-rahoitusuudistuksen seurauksena yhteisöveron osuus kuntien verotuloista kas- vaisi huomattavasti nykyisestä, minkä vuoksi kuntien osuutta yhteisöverotuotosta on syytä tar- kastella uudelleen. Samalla tulee huomioida myös metsäerän osuus yhteisöverosta.

2.16.12 Arvonlisäverotus

Kun sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen uudistuksen piiriin kuuluvat sosiaali- ja terveysalan tehtävät ja muut tehtävät siirtyisivät sote-maakunnan järjestämisvastuulle, tähän toi- mintaan kohdistuviin hankintoihin sisältyvä arvonlisäverokustannus aiheuttaisi ilman erityis-

menettelyä samanlaisen neutraalisuusongelman kuin kunnallisessa ja valtion palvelutuotannossa. Sote-maakunnan olisi edullisempaa tuottaa toiminnassa käytettäviä verollisia palveluita itse kuin hankkia niitä ulkopuoliselta verollisena.

Nykyisin julkisen sektorin hankinnat kuuluvat laajalti hankintaneutraalisuutta parantavien menettelyjen soveltamisalaan. Menettelyjä sovelletaan yleisesti kaikissa sellaisissa julkisissa toiminnoissa, joissa ei ole kyse toiminnasta, jossa julkisen sektorin veroton palvelu kilpailee markkinoilla yksityisen palvelun kanssa. Kuntalain mukaan kunnan hoitaessa tehtävää kilpailutilanteessa markkinoilla sillä on velvollisuus yhtiöittää kyseinen toiminta. Yhtiömuodossa harjoitettu kunnallinen toiminta ei kuulu arvonlisäveron palautusjärjestelmän piiriin. Myöskään valtion hankintoihin sovellettava talousarviomenettely ei koske yhtiömuodossa tai muun yksityisoikeudellisen yhteisön muodossa harjoitettua toimintaa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen uudistuksesta ei aiheudu muutoksia Ahvenanmaan maakunnassa tapahtuvaan palvelutuotantoon. Palvelut kuuluvat nykyiseen tapaan osin Ahvenanmaan maakunnan ja osin maakuntaan kuuluvien kuntien tehtäviin.

2.16.13 Kunnan peruspalvelujen valtionosuusjärjestelmä

Kunnan peruspalvelujen valtionosuusperusteisiin tehtiin merkittäviä muutoksia vuoden 2015 alusta. Määräytymisperusteita vähennettiin ja niiden keskinäisiä päällekkäisyyksiä poistettiin. Valtionosuuden laskemisen perusteina (valtionosuusperusteina) käytetään uudistuksen jälkeen pääosin ikäryhmittäisiin kustannuksiin ja sairastavuuteen perustuvia laskennallisia kustannuksia. Sairastavuuskertoimen osatekijöitä ovat terveyden-, vanhusten- ja sosiaalihuolto. Muut laskennalliset valtionosuusperusteet ovat työttömyyskerroin, vieraskielisyyskerroin, kaksikielisyys, saaristoisuus, asukastiheyskerroin ja koulutustaustakerroin. Lisäksi kunnan peruspalvelujen valtionosuutta koskevassa laissa säädetään lisäosien määräytymisperusteista, joita ovat syrjäisyys, työpaikkaomavaraisuus ja saamelaiden kotiseutualueen kunnan lisäosa. Vuoden 2015 uudistuksessa muutettiin myös verotuloihin perustuvan valtionosuuden tasausta tasausrajaa korottamalla ja laskemalla tasausvähennystä järjestelmän kannustavuuden lisäämiseksi.

Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen tehtävien järjestämisvastuun siirtyessä kunnilta maakunnille siirtyvät myös tehtäviä koskevat kustannukset ja tulot. Kunnan peruspalvelujen valtionosuusjärjestelmästä poistuu sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen rahoitus kunnille jäävää hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistämiseen tarvittavaa rahoitusta lukuun ottamatta. Opetus- ja kulttuuritoimen valtionosuusrahoitukseen maakuntien perustamisella ei ole suoria vaikutuksia.

Vuoden 2020 tasolla maakunnille arvioidaan siirtyvän nettokustannuksia noin 19,5 mrd. euroa. Kustannusten nettomääräisyys tarkoittaa, että kuntataloustilastojen mukaisista käyttökustannuksista on vähennetty toimintatuotot, kuten siirtyviin tehtäviin liittyvät asiakasmaksut. Siirtyviin nettokustannuksiin sisältyvät myös toimialaan kohdennettavat poistot ja arvonalentumiset sekä sosiaali- ja terveydenhuollon liikelaitosten liikeylijäämä.

Sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyvien kustannusten erotteluun valtionosuusjärjestelmän laskennallisista kustannuksista ei ole yhtä absoluuttisesti oikeaa tapaa. Koska vuonna 2015 voimaan tullessa valtionosuusjärjestelmässä ei ole enää tehtäväkohtaisia määräytymisperusteita, laskennallisia kustannuksia ei pystytä kohdentamaan suoraan sosiaali- ja terveydenhuoltoon.

Valmistelun pohjana voitaneen kuitenkin käyttää oletusta, että sairastavuuskustannukset siirtyvät täysimääräisesti maakunnille. Ikärakenteesta sosiaali- ja terveydenhuollon osuus on 64 prosenttia, mikä perustuu edellisen valtionosuusuudistuksen yhteydessä tehtyihin tutkimuksiin.

Yhteensä peruspalvelujen valtionosuuden laskennallisista kustannuksista olisi siirtymässä maakuntiin keskimäärin 70 prosenttia, joka vastaa kyseisen toimialan osuutta valtionosuustehtävien laskennallisista kustannuksista vuonna 2014, jolloin tehtäväkohtaiset määräytymisperusteet olivat voimassa. Samaan prosenttilukuun on päädytty myös todellisten kustannusten perusteella viimeisimmässä valtion ja kuntien välisessä kustannustenjaon tarkistuksessa, joka on tehty vuoden 2018 tasolla. Edellä esitettyyn perustuen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun siirtyessä maakunnille kuntien laskennallisista valtionosuuksista siirrettäisiin maakuntiin yhteensä 4,9 mrd. euroa.

Laskennallisten valtionosuuksien lisäksi on ratkaistava, mikä osuus kunnan peruspalvelujen valtionosuusjärjestelmään sisältyvistä lisäosista (syrjäisyys, työpaikkaomavaraisuus, saamelaiten kotiseutualueen kunnan lisäosa) ja muista järjestelmään sisältyvistä valtionosuuksista siirretään maakuntien rahoitukseen. Tehdyissä laskelmissa on selkeyden vuoksi katsottu, että myös lisäosista ja veromenetysten kompensatioista siirrettäisiin maakuntien rahoitukseen sosiaali- ja terveystoimen laskennallisen sote-valtionosuuden keskimääräisen 70 prosentin mukainen osuus eli yhteensä noin 1,6 mrd. euroa vuoden 2020 tasossa. Vuoteen 2019 saakka kuntien peruspalvelujen valtionosuuteen sisältynyt veromenetysten kompensatio siirtyy vuodesta 2020 lähtien valtion talousarvioesityksessä omalle momentille (veroperustemuutoksista johtuvien veromenetysten korvaus). Tarkoitus on, että kunnista maakuntiin siirtyy edellä mainittua korvausta sama suhteellinen osuus kuin valtionosuuksista.

Kokonaisuudessaan kuntien peruspalvelujen valtionosuutta siirtyisi uudistuksen myötä maakuntiin vuoden 2020 tasossa yhteensä 4,87 mrd. euroa. Maakuntien rahoitukseen siirrettävät sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuudet kattaisivat näin ollen noin neljäsosan maakunnille siirtyväistä sosiaali- ja terveydenhuollon nettokustannuksista. Veroperustemuutoksista johtuvaa veromenetysten korvausta siirtyisi 1,59 mrd. euroa. Jotta kokonaisveroaste ei uudistuksen voimaantullessa nousisi, tulisi loppuosa kustannuksista eli 13,1 mrd. euroa kattaa vähentämällä kuntien verotuloja vastaavalla määrällä.

Kuntien jäljelle jäävien tehtävien kustannukset ovat noin 14 miljardia euroa vuoden 2020 tasossa. Kunnan peruspalvelujen valtionosuus kattaisi edellä esitettyjen muutosten jälkeen kustannuksista noin 2,2 miljardia euroa. Tehtävien järjestämisvastuun siirtyminen maakunnille tarkoittaisi muutoksia kunnan peruspalvelujen valtionosuuslaissa säädettyihin valtionosuusperusteisiin, laskennallisten kustannusten taustalla oleviin ikäluokkiin sekä kertoimiin, jotta ne kuvaisivat uudistuksen jälkeen kuntien jäljelle jääviä tehtäviä ja niihin liittyviä tarve-eroja.

Uudistuksen jälkeen kuntiin jäivät valtionosuustehtävät koostuvat lähes kokonaisuudessaan varhaiskasvatuksesta ja perusopetuksesta. Tämä tarkoittaa, että peruspalvelujen valtionosuuden ikärakenne painottuu selvästi 0–15-vuotiaiden ikäluokkiin. Tämä tulisi huomioida laskennallisten kustannusten perusteena olevissa ikäluokissa. Työttömyyskerroin on nykyisessä valtionosuusjärjestelmässä kriteerinä sen vuoksi, että sen myötä kunnille kompensoidaan työttömyydestä aiheutuvia kustannuksia toimeentulotukeen ja muuhun sosiaalihuoltoon. Uudistuksen yhteydessä ei esitetä muutosta vaan lain tarkoittaman työttömyyskertoimen laskennalliset kustannukset jäisivätkin edelleen peruspalvelujen valtionosuuden laskennalliseen kustannukseen.

Kunnille on uudistuksen jälkeenkin jäämässä hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistämiseen liittyviä tehtäviä, jotka näkyvät myös lain soveltamisalassa. Tähän liittyen valtionosuusjärjestelmän lisäosiin tulisi harkita uutta määräytymistekijää, jolla pyrittäisiin edistämään sitä, että kunnat kehittäisivät edelleen asukkaidensa hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta edistäviä ennaltaehkäiseviä palveluja, vaikka eivät järjestäkään enää sosiaali- ja terveyspalveluja.

Eriyisesti on arvioitava verotuloihin perustuvan valtionosuuden tasausjärjestelmän toimivuutta uudessa tilanteessa. Toimivuuteen vaikuttavat merkittäväällä tavalla verojärjestelmään tehtävät muutokset eli verotuksen painopisteen siirtyminen kunnallisverotuksesta valtionverotukseen. Käytännössä tämä tarkoittaa, että tasausjärjestelmän piirissä huomioitavien verotulojen määrä alenee huomattavasti nykyiseen tilanteeseen verrattuna. Tästä johtuen on myös tarkasteltava kiinteistöveron huomioimista tasauksessa sekä ns. tasausvähennyksen laskentatapaa ja tasauslisän ns. omavastuun määrää. Samalla on perusteltua harkita myös luopumista nykyisin laskennassa käytettävästä luonnollisesta logaritmisesta, joka tuo lievän progression tasausvähennykseen korkeimman verotulon kunnissa. Tämä myös yksinkertaistaisi tasausjärjestelmän laskentaperusteita.

Uudistuksen yhteydessä on myös otettava kantaa siihen, miten aiempien järjestelmämuutosten tasaukset otetaan huomioon uuden muutoksen yhteydessä ja miten ne sovitetaan yhteen mahdollisten uusien tasaustarpeiden kanssa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistäsiirto aiheuttaa kaiken kaikkiaan kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta annettuun lakiin sekä lain perusteella kunnille myönnettäviin ja maksettaviin valtionosuuksiin edellä kuvatun mukaisesti niin suuria periaatteellisia ja euro-määräisiä muutoksia, että voimassa olevan lain kumoaminen ja uuden lain säätäminen on perusteltua. Samalla olisi mahdollista selkeyttää ja yksinkertaistaa lain rakennetta. Maakuntien toiminnan käynnistyttyä ja järjestämistäsiirron toteututtua on varsin pian ryhdyttävä tarkastelemaan kunnan peruspalvelujen valtionosuusjärjestelmän toimivuutta uudessa tilanteessa.

2.16.14 Tietohallinto ja ICT-palvelut

Nykyisillä kunnilla on hyvin erilaisia valmiuksia kehittää tiedonhallintaa ja ICT-ratkaisuja. Eriyisesti pienissä kunnissa tietohallintoon käytettävät talous- ja henkilöstöresurssit ovat usein varsin rajalliset. Näiden kuntien on vaikea varmistaa osaamisen, prosessien ja tietojärjestelmien asianmukaista kehittymistä digitalisoituvassa maailmassa. Samaan aikaan kehittämistarve on suuri.

Kokonaisuutena kuntien ICT-kustannuksia voidaan nykytilassa pitää maltillisina. Kustannusten arviointiin sisältyy merkittäviä epävarmuustekijöitä muun muassa kuntien erilaisten kustannusten kirjaamiskäytäntöjen takia. Esimerkiksi lääketieteelliset laitteet ja rakennuksiin liittyvä infrastruktuuri sisältää paljon tietoverkkoon yhdistettäviä toimintoja ja tietojärjestelmiä, jonka takia myös yksiselitteinen kuntien ICT-kustannusten arviointi on hankalaa. Huomioitavaa on myös se, että palveluiden järjestämismallit vaihtelevat ja ovat muuttuneet. Tietojärjestelmiin liittyvien kustannusten sijaan huomio tulisi kiinnittää erilaisiin palvelumalleihin - laajasti ymmärrettyä yhteentoimivuuteen liittyviin kysymyksiin.

Sosiaali- ja terveydenhuolto

Yhtäältä uudistamistarve kohdistuu nykyisiin asiakas- ja potilastietojärjestelmiin. Suomi on ollut edelläkävijä sähköisten asiakas- ja potilastietojärjestelmien käyttöönotossa. Tästä johtuen olemassa olevat järjestelmät ovat monin paikoin vanhentuneet ja parhaillaan otetaan käyttöön tai valmistaudutaan hankkimaan uuden sukupolven asiakas- ja potilastietojärjestelmiä.

Apotti on HUS:n, Helsingin, Vantaan, Kirkkonummen, Tuusulan, Keravan ja Kauniaisten yhteinen uusi asiakas- ja potilastietojärjestelmä. Järjestelmää otetaan parhaillaan käyttöön ja se korvaa suurimman osan olemassa olevista tietojärjestelmistä. Apotti-hanke kattaa noin 25 % väestöstä. Vastaavia uudistamishankkeita suunnitellaan myös Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin

johdolla sekä UNA-konsortiossa. Yhteensä näiden hankkeiden vaikutus kattaa valtaosan väestöstä.

Perustuen Apotti-hankkeen kustannuksiin, arvioidaan että kansallinen investointitarve asiakas- ja potilastietojärjestelmien uudistamiselle asettuu 2 - 3 miljardin euron välille.

Toisaalta, kustannusten hillinnän tavoite sekä yleinen digitalisaatiokehitys asettavat kunnat laajemman kehittämishaasteen eteen. Niiden on pystyttävä hyödyntämään mm. tietoon perustuvan johtamisen, sähköisen asioinnin ja tekoälyavusteisen päätöksenteon toimintamalleja. Edellytyksenä on kyky yhdistää toimintalähtöistä kehittämistä uusimpaan käytettävissä olevaan teknologiaan.

Valmiuksiltaan sekä resursseiltaan erilaisista toimijoista koostuva järjestämismalli ei anna parhaita lähtökohia tähän haasteeseen vastaamiselle. Kuntaliiton tekemän selvityksen⁷ perusteella 52 % kunnista pitää digitalisaation haasteena osaavan henkilöstön saatavuutta. Vastaavasta strategisen ohjauksen puutteellisuuden oli tunnistanut 61 % vastaajista. Nämä haasteet korostuvat erityisesti henkilöstöltään ja resursseiltaan pienempien järjestäjien kohdalla.

Kolmanneksi, kansallisesti kehitettyjen ratkaisujen alueelliset käyttöönotot edellyttävät erityisosaamista, jonka ylläpitäminen organisaatiokohtaisesti on haasteellista. Tämän osaamisen syntyminen on kuitenkin edellytys kansallisten ratkaisujen tehokkaalle levittämiselle.

Nykyinen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämismalli ei ole synnyttänyt pysyvää yhteistyömallia, joka tukisi eri alueilla tehtävää tiedonhallinnan kehittämistä. Toimialalla on kuitenkin tunnistettu tarve laajemmalla alueellisella yhteistyöllä mm. yhteentoimivuuden ja kansallisesti kehitettävien tiedonhallinnan ratkaisujen edistämiseksi. Tämän kaltaista roolia on suunniteltu SoteDigi Oy:lle, mutta nykyisessä hajanaisessa toimijakentässä kestävä yhteistyömallin luominen on todettu haasteelliseksi.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen toteuttamisen lisäksi myös niiden tuottamista tukevien ICT-palvelujen tuotannossa kuntien yhteistyön laajuus ja intensiteetti vaihtelevat alueittain. Useilla alueilla yhteistyö on organisoitu vahvan alueellisen toimijan varaan, kuten Pohjois-Karjalassa ja Etelä-Karjalassa, ja toimintaa tukevat tietojärjestelmät sekä ICT-infrastruktuurin ratkaisu on pitkälti yhtenäistetty. Esimerkkinä seudullisesta yhteistyöstä voidaan pitää Kainuun maakuntaa. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä tuottaa pääosin ICT-tukipalvelut maakunnan alueen kunnille ja kuntayhtymille. Seudullisen yhteistyön lisäksi kuntien tietohallintoyhteistyössä on korostunut erilaisten kansallisten verkostojen rooli. Osassa nykyisten maakuntien liittojen alueita lähtötilanne on puolestaan hajanainen, ja käytännössä kaikilla toimijoilla on omat tietojärjestelmäratkaisut, eikä alueella ole laajasti palvelevaa ICT-palvelutuottajaa, kuten Uudellamaalla ja Pohjois-Pohjanmaalla.

Kansainvälisessä vertailussa Suomi pärjää hyvin. Vertailua on tehty pohjoismaisella, EU:n ja OECD:n ja WHO:n tasolla. Suomi on kaikissa vertailuissa yksi e-terveyden kärkimaiden joukossa. Perusterveydenhuollon digitalisaatioastetta on EU:ssa selvitetty vuosina 2007 ja 2014. Vuonna 2007 edelläkävijöiksi todettiin Tanska, Hollanti, Suomi ja Ruotsi. Vuoden 2014 vertailussa oli mukana 31 maata. Suomi oli yksi kuudesta kärkimaasta (Tanska, Espanja, Norja, Viro, Hollanti ja Suomi).

⁷ https://www.kommunforbundet.fi/sites/default/files/media/file/Tietotekniikkakarttus2018_SU_RU.pdf

Erikoissairaanhoidosta on EU-tasolla tehty vastaavat kyselyt vuonna 2011 ja 2014. Vuonna 2011 Suomi oli EU:n (27 maata) keskiarvoa parempi 11/13 indikaattorin osalta. Vuonna 2014 Suomi oli EU-keskiarvoa parempi kaikkien 13 indikaattorin osalta ja yksi parhaista suoriutujista. Kokonaissuoriutumisjärjestys oli: Tanska, Viro, Ruotsi ja neljäntenä Suomi.

Pelastustoimen epäyhtenäiset tietojärjestelmät, toimintaprosessit ja puutteet palveluverkon digitalisoinnissa eivät tue riittävästi valtakunnallisen ohjauksen kehittämistä, tiedolla johtamista, tai tiedon tilastointi- ja analyysimenetelmien uudistusta ja kehittämistä. Puutteet digitaalisessa toimintaympäristössä eivät vastaa varautumisen ja tietoturvallisuuden vaatimuksia. Nykyiset ratkaisut eivät tue pelastustoimen uudistamista tai laajempia alueita palvelevien tilanne- ja johdokeskusten luomista.

2.16.15 Tiedolla johtaminen

Sairaanhoitopiireissä ja monissa kunnissa on käytössä tiedon toissijaisen käyttöön soveltuvia rakenteisen ja rakenteettoman tiedon hallintaan soveltuvia tietoallas- ja tietovarastopohjaisia raportointi- ja analytiikkaratkaisuja. Tiedolla johtamisen valmiudet, osaaminen ja kyvykkyys vaihtelevat palveluntuottajien ja maakuntien välillä. Monissa organisaatioissa tiedolla johtamisen kulttuuri on vasta muotoutumassa. Nykyistä tietotuotantoa tulee kehittää, jotta se vastaisi maakuntien tarpeita johtamisessa, arvioinnissa ja vertailussa sekä maakuntien tehtävässä tukea kuntia hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistämiseksi. Arvioinnin ja valtioneuvoston ohjauksen pitäisi tulevaisuudessa perustua tietoon. Nykyisessä palvelujärjestelmässä toiminta-, talous- sekä esimerkiksi henkilöstöhallinnolliset tiedot ovat hajallaan palveluntuottajien eri järjestelmissä ja tietojen vertailukelpoisuudessa on puutteita (vaihtelevat kirjanpito ja tiliointikäytännöt toimintayksiköittäin).

2.16.16 Omaisuus

Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen käytössä oleva omaisuus on tällä hetkellä hajautunut useille eri omistajatahoille; kunnille, kuntayhtymille ja näiden tytäryhteisöille sekä erilaisille, myös yksityisen sektorin omistajatahoille. Omaisuutta hallitaan paitsi omistuksen, niin myös erityyppisten vuokra- tai muiden käyttöoikeussopimusten perusteella. Toimitilojen omistuksen ja toimitilahallinnon keskittymistä on tähän saakka tapahtunut lähinnä yksittäisten kuntaorganisaatioiden ja kuntayhtymien sisällä. Kunnat ja kuntayhtymät ovat perustaneet kiinteistöyhtiöitä ja muita toimitilahallinnon yhtiöitä tai liikelaitoksia, mutta alueellisia tai valtakunnallisia yhtiöitä näistä ei juurikaan ole muodostunut.

Kunnissa tapahtuu jatkuvasti vähittäistä muutosta tilojen käytössä. Palvelupisteitä lakkautetaan tai niiden käyttötarkoitusta muutetaan ja uusi tiloja rakennetaan esimerkiksi osana kaupunkirakenteen kehittämistä tai uusien palveluiden syntyessä. Toistaiseksi kuitenkin käytössä oleva kiinteistöala ei tyypillisesti ole vähentynyt, vaan vapautuvalle toimitilalle on useimmiten löytynyt uusi käyttäjä kunnan omasta organisaatiosta. Tilanne on kuitenkin muuttumassa. Yhä useammin vapautuva kiinteistö on niin huonokuntoinen, ettei sitä enää oteta käyttöön eikä peruskorjata. Yhä useamman kunnan ja sairaanhoitopiirin tavoitteena on myös vähentää käytössä olevaan kiinteistöalaa ja parantaa sen käyttöastetta. Esimerkiksi Eksoten hallinnassa olevissa toimitiloissa on jo tapahtunut merkittävä kiinteistöalan väheneminen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen käytössä tällä hetkellä olevan omaisuuden tarve ja käyttö tulee tulevaisuudessa väistämättä muuttumaan. Muutoksiin johtavia tekijöitä ovat muun muassa väestön ikääntyminen, työikäisen väestön siirtyminen kasvukeskuksiin sekä myös terveydenhuollon hoitokäytäntöjen muuttuminen ja digitalisaation seurauksena syntyvät muu-

tokset. Erikoissairaanhoidon hoitopäivät, vuodeosastohoito sekä vanhainkotien määrä ovat jatkuvasti vähentyneet ja tulevana vuosina laitoshoidon paikat vähenevät edelleen. Samanaikaisesti asumispalveluiden määrä on kasvanut. Asumispalveluille on tyypillistä, että ne toteutetaan kunnissa erilaisilla ostopalvelutavoilla, jolloin kuntien omien investointien määrä kyseisiin palveluihin on ollut vähäisempi.

Tällä hetkellä monissa kunnissa on paljon erilaisia pieniä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelupisteitä, mutta useissa kunnissa on jo nähtävissä tavoite keskittää avopalveluita suurempiin, ns. hyvinvointikeskuksiin. Palveluverkko on myös kehittymässä monimuotoisemmaksi ja erilaiset, liikkuvat palvelut ovat yleistymässä sähköisten palvelujen ohella. Samalla asiakaskäytössä olevan tilan tarve vähenee ja käyttöaste paranee.

Palvelu- ja toimitilaverkkoon tulevaisuudessa kohdistuvia muutoksia on vaikeaa tyhjentävästi ja yksityiskohtaisesti arvioida. Tilanteen arviointiin vaikuttavat myös sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden valinnanvapauteen liittyvät kysymykset. Joka tapauksessa on kuitenkin oletettavissa, että osa tällä hetkellä käytössä olevista toimitiloista jää tulevaisuudessa pois nykyisestä käytöstä ja että tällä kehityksellä tulee olemaan myös kuntataloudellisia vaikutuksia. Samanaikaisesti toimitiloihin kohdistuu kuitenkin mittavia investointi- ja peruskorjaustarpeita, kun ikääntyneitä tiloja on ryhdyttävä muuttamaan uudenlaisiin hoitokäytäntöihin soveltuviksi. Tilanne näkyy jo muun muassa sairaanhoitopiirien mittavissa investointisuunnitelmissa.

Pelastuslaitosten käytössä on uusia ja vanhoja asemarakennuksia. Pelastuslaitosten käytössä olevista paloasemista osa on rakennettu jo 1960-luvulta. Vaikka osa paloasemarakennuksista on uudistettu vastaamaan toiminnallisia vaatimuksia, on tarve korjaus- tai perusparannusinvestoinneille suuri. Pelastustoimen käytössä on myös paloasemarakennuksia, joilla on merkittävää kulttuurihistoriallista arvoa.

Pelastustoimen käytössä olevat kiinteistöt ovat pääosin kuntien, sopimuspalokuntayhdistysten ja muiden omistuksessa. Pelastustoimen palvelut eroavat sosiaali- ja terveystoimen palveluista siinä, että lähes kaikki pelastustoimen palvelut viedään asiakkaan luo (pelastustoiminta onnettomuustilanteissa) tai tuotetaan asiakkaan luona (palotarkastukset, turvallisuusviestintä, koulutus). Tämä edellyttää jatkossakin riittävän tiheää paloasemaverkkoa.

2.16.17 Hankinnat

Sairaanhoitopiirin hankinnat on organisoitu yleensä sairaanhoitopiirin hankintakeskuksen tehtäväksi. Erityisvastuualueilla (erva) terveydenhuollon hoito- ja yleistarvikkeiden sekä lääkintälaitteiden ja kaluston hankintoja on keskitetty alueellisille hankintakeskuksille, jotka järjestävät myös logistiikkapalvelut joko itse tai sopimuskumppanin kautta. Nämä keskuskeskukset palvelevat alueensa yliopistollista sairaalaa, jäsenkuntia ja sairaanhoitopiirejä useassa hankintakategoriassa. Alueellisia keskuksia on viisi ja ne ovat HUS-logistiikka liikelaitos (HYKS), Sansia Oy (KYS), PPSHP hankintapalvelut (OYS), Tuomi Logistiikka Oy (TAYS) ja VSSHP hankinta- ja logistiikkapalvelut (TYKS). Lääkehankinnat on yleensä keskitetty yliopistosairaalan apteekille. Sairaanhoitopiiri sekä alueen keskuskaupunki ja lähikunnat ovat tehneet yhteisiä hankintoja myös esim. hankintarenkaiden muodossa ja yhteishankintoina.

Vuoden 2019 voimaan tulleen Hansel Oy:stä annetun lain (1096/2008) lainmuutoksen perusteella kunnat ja kuntayhtymät ovat voineet tehdä hankintoja myös käyttämällä Hansel Oy:n palveluja. KL- Kuntahankinnat Oy:n toiminta sulautui myös Hansel Oy:hyn syyskuussa 2019.

Sairaanhoitopiirit ja kaupungit ovat viime vuosina enenevässä määrin yhdistäneet logistiikka- ja varastointipalvelujaan, jolloin sama organisaatio hoitaa sekä alueen kuntien että sairaanhoitopiirin terveydenhuollon tavaroiden varastoinnin ja jakelun.

Hankintavolyymien kokoamisessa pääpaino on ollut kuntayhtymä- ja erva-tason hankintayhteistyössä. Yliopistollisten sairaaloiden yhteyteen ryhmittyneet erva-alueiden hankintakeskukset ovat toimineet tässä kehityksen moottorina ja muodostaneet alueellisia hankintarenkaita. Valtakunnallista hankintayhteistyötä on sairaanhoitopiirien kesken toteutettu vähemmän ja hankintayhteistyön tiivistämisessä ja hankintojen keskittämisessä on tunnistettu merkittävää tehostamisen ja säästön mahdollisuutta.

Julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotannossa tarvittavien hankintojen toteutunut volyyymi oli noin 4 miljardia euroa vuonna 2018. Sairaanhoitopiirien palveluostoihin kohdentui tästä noin 1,5 miljardia euroa ja niiden tarvikehankintoihin noin 1,2 miljardia euroa. Volyymien koon vuoksi on yhteistyön lisäämisen kautta edelleen mahdollista saavuttaa kustannushyötyjä.

Terveydenhuollon laite- ja tarvikekirjo on laaja, ja niiden saatavuus ja käyttökunnan varmistus edellyttää laajoja resursseja ja erityisjärjestelmiä hankintoja tekeviltä organisaatioilta. Yli 95 % käytettävistä terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista valmistetaan muualla kuin Suomessa. Kotimaisten toimijoiden osuus keskittyy tuotteiden tuontiketjuun ja saatavuuden varmistamiseen.

Keskitetysti hankittavaksi sopivia hankintoja ovat erityisesti hallinnolliset ja tukitoimintojen hankinnat sekä tutkimus- ja hoitotarvikkeiden, lääkkeiden ja apteekkitarvikkeiden, kuntoutuksen apuvälineiden sekä puhdistusaineiden ja tarvikkeiden hankinnat.

Pelastuslaitosten hankinnat jakaantuvat käyttötalousarviosta tehtäviin hankintoihin ja investointeihin. Investoinneiksi katsotaan lähinnä ajoneuvohankinnat. Käyttötalouden puolelta tehtäviin hankintoihin kuuluvat lähinnä työkalut ja suojavarusteet, joissa ei tarvita poistoajoja. Investointitaso vaihtelee pelastuslaitoksittain ollen noin 5% molemmin puolin. Pelastuslaitosten hankinnat toteutetaan keskitetysti ja jaetaan paloasemille palvelutason edellyttämin ehdoin. Hankinnat kilpailutetaan kilpailuslainsäädännön asettamissa puitteissa. Useat pelastuslaitokset ovat muodostaneet hankintapiirejä, joissa hankintoja kilpailutetaan suurempina määrinä saaden yksikkökustannuksia alentamiseksi.

2.16.18 Tukipalvelujen organisointi

Yhtenäisten hallinnollisten tukitoimintojen hoitaminen palvelukeskuksissa on 2000-luvulla yleistynyt sekä julkisella että yksityisellä sektorilla. Palvelukeskuksissa hoidetaan tyypillisesti ns. volyymitehtäviä, eli tehtäviä joissa käsitellään tai toteutetaan suuria määriä toistensa kaltaisia tapahtumia, sekä sellaisia erikoistuneita tehtäviä, jotka ovat kuitenkin yhtenäisiä useille toimintayksiköille. Palvelukeskustoiminnan tavoitteena on standardoida ja kehittää toimintatapoja sekä parantaa toiminnan laatua ja asiakaslähtöisyyttä.

Kunnat ja kuntayhtymät ovat uudistaneet ja tehostaneet tukipalvelujen tuotantoaan. Valtakunnallisia, kuntien ja kuntayhtymien omistamia palveluyhtiöitä on useita ja lisäksi osa isoista kunnista ja sairaanhoitopiireistä on keskittänyt palvelutuotantoaan omiin liikelaitoksiinsa. Osa kunnista on ulkoistanut tukipalveluita kokonaan, mutta merkittävä osa tukipalveluita tehdään edelleen omana hajautettuna tuotantona.

Kuntasektorilla erityisesti talous- ja henkilöstöhallinnon sekä ICT- toimintoja tuotetaan palvelukeskuksissa, jotka palvelevat joko laajaa asiakaskuntaa tai esim. yksittäistä sairaanhoitopiiriä.

Talous- ja henkilöstöhallinnon palveluissa keskeisiä toimijoita ovat mm. HUS Asvia, Sarastia Oy, ja Monetra Oy. Toimitila- ja kiinteistöpalveluja tuotetaan kaupunkien ja kuntien tilakeskuksissa, jotka toimivat pääasiassa virasto- tai liikelaitosmuodossa. HUS-yhtymään kuuluu HUS-tilakeskus, joka edustaa omistajaa, tuottaa tilat ydintoiminnalle ja liikelaitoksille sekä tilaa kiinteistöjen hoitoon liittyvät palvelut, sekä tuottajaroolissa toimiva HUS-Kiinteistöt Oy.

Hallinnollisten ja teknisluonteisia toimitiloja koskevien tukipalvelujen lisäksi sairaanhoitopiirit ovat koonneet myös lääkinnällisiä tukipalveluja esimerkiksi kuvantamis- ja laboratoriopalveluja tuotettavaksi yhdessä.

2.16.19 Henkilöstö

Väestön ikääntyminen ja suurten ikäluokkien eläkkeelle siirtyminen yhdistettynä sosiaali- ja terveyspalveluiden tarpeen ja kysynnän kasvuun vaikeuttaa kuntien mahdollisuuksia palkata riittävästi pätevää henkilöstöä. Myös koulutuksesta valmistuvien määrät ja alueellinen sijoittuminen vaikuttavat työvoiman saatavuuteen. Riittävien henkilöstövoimavarojen puute vaikuttaa palvelujen yhdenvertaiseen saatavuuteen ja laatuun.

Vaikka sosiaali- ja terveysalan ammattioikeuksia on myönnetty aiempaa useammalle, vaivaa etenkin julkista sosiaali- ja terveydenhuoltoa krooninen henkilöstöpula, mikä heijastuu ongelmien perustason palvelujen saatavuudessa. Henkilöstön saatavuus vaihtelee alueittain ja ammattiryhmittäin. Työvoimapula-ammattien kärjessä on viime vuosina ollut pääosin sosiaali- ja terveysalan ammatteja, kuten lääkärit, hammaslääkärit ja sosiaalityöntekijät. Erikoissairaanhoidossa henkilöstöpulaa on joillakin erikoisaloilla. Suomessa erityisesti sairaanhoitajien määrä on kansainvälisesti tarkasteltuna korkea, mutta esimerkiksi kotihoitoon on vaikea saada ammattitaitoisia henkilöstöä. Myös sosiaalihuollon erityisosajista on pulaa. Valtiovarainministeriön mukaan sosiaali- ja terveydenhuollossa tarvitaan 2030-luvun puoliväliin mennessä noin 200 000 uutta työntekijää.

Henkilöstömenot ovat sosiaali- ja terveyspalveluissa keskimäärin 55 prosenttia käyttökustannuksista. Niiden osuus korostuu jatkossa entisestään, kun menojen kasvupaine kohdistuu työvoimavaltaisimpiin hoivapalveluihin.

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöstä oli vuonna 2018 työsuhteisia 85 prosenttia ja virkasuhteisia 15 prosenttia. Tehtävää, jossa käytetään julkista valtaa, hoidetaan virkasuhteessa. Kahden palvelussuhdelajin mallille on perustuslaista johtuva tarve ja sen on katsottu toimivan hyvin.

Palvelussuhteen ehdot määräytyvät nykyisin kunta-alan ja yksityisen alan työ- ja virkaehtosopimusten perusteella. Ammattiryhmien sisällä palkkauksessa on jonkin verran eroja, jotka perustuvat eroihin muun muassa työn vaativuudessa tai työkokemuksessa. Kunnissa ja kuntayhtymissä sovelletaan palkkausjärjestelmää eri tavoin ja myös paikallisilla sopimuksilla on voitu sopia määrätyistä palvelussuhdeasioista.

Pelastustoimi on henkilöstövaltainen toimiala. Vuonna 2018 henkilöstökulujen osuus toimintamenoista oli 64 prosenttia. Lisäksi palvelujen ostojen osuus oli 12,8 prosenttia toimintamenoista. Toimiala on vahvasti miesvaltainen. Vuonna 2018 pelastustoimen 6 283 päätoimiseen henkilöön sisältyi 297 naista eli 4,7 prosenttia henkilömäärästä.

Sopimuspalokuntatoiminnassa oli mukana kaikkiaan 964 naista eli 6,8 prosenttia sopimuspalokuntien henkilöstöstä. Pelastustoimessa työskentelee eniten 30-39 vuotiaita, joita oli noin 33 prosenttia henkilöstöstä vuonna 2018. Toiseksi suurin ikäryhmä ovat 40-49 -vuotiaat.

Erityisesti sopimuspalokuntatoiminnan tulevaisuuteen vaikuttaa tällä hetkellä pelastustoimen toimintaympäristössä useita tekijöitä. Sosiaalisesta näkökulmasta korostuvat alueellinen rakennemuutos, ikärakenteen muutos ja arvojen hajanaisuus. Alue- ja ikärakenteen muuttuminen sekä arvojen hajanaisuus vaikuttavat tulevaisuuden tehtävämääriin ja palokuntatoiminnan resurssihin. Tämä kokonaisuus vaikuttaa pelastustoimen palveluiden saatavuuteen ja riittävän tasapuoliseen palvelukykyyn alueilla, joissa vapaaehtoisen toiminnan merkitys on keskeinen.

Arvojen hajanaisuus ja yleinen sitoutumattomuus vapaaehtoistoimintaan vaikuttaa jatkossa uusien vapaaehtoisten saamista mukaan palokuntatoimintaan. Vaikka Suomi on perinteisesti ollut aktiivinen vapaaehtoistoiminnan maa, on viime vuosina erityisesti 10–14-vuotiaiden ja 15–24-vuotiaiden osallistuminen vapaaehtoistyöhön vähentynyt huomattavasti. Jo tällä hetkellä haja-asutusalueilla on haasteita saada henkilöstöä pelastustoimintaan.

Pelastustoimessa on jatkuva henkilöstöpula jokaisessa henkilöstöryhmässä. Pelastajatutkinnon suorittaneita ei tahdota saada pienien tai keskikokoisten kuntien virkoihin. Pelastusopistosta valmistuneet hakevat yleensä kaupunkimaisiin palokuntiin suuremman operatiivisen tehtävämäärän johdosta. Koska viranhaltijoiden saaminen pienemmille paloasemille on vaikeaa, joudutaan virkoja usein täyttämään määräaikaisesti kelpoisuutta vailla olevilla henkilöillä. Sopimuspalokuntien on ajoittain vaikea saada rekrytoitua uusia jäseniä. Uusia tapoja rekrytointiin kehitetään ja paikoin tehdään yhteistyötä pelastuslaitosten kanssa.

Noin puolet sopimuspalokuntalaisista saa korvauksen pelastustoimintaan osallistumisesta. Palkanmaksajana voi toimia sopimuspalokunta tai pelastuslaitos. Henkilöstö voi olla suorassa sivutoimisessa työsopimussuhteessa pelastuslaitokseen tai sopimuspalokuntaan. Sopimushenkilöstöstä koituvat kustannukset ovat keskimäärin noin 18 % pelastuslaitosten kaikista kustannuksista. Kustannukset sisältävät yhdistyskorvaukset.

Henkilöstön osaamisvaatimukset perustuvat pelastuslaitosten riski- ja toimintaympäristöanalyysiin. Sopimuspalokuntien osalta henkilöstön osaamisvaatimukset määritellään palokuntasopimuksissa. Pelastustoimintaan osallistuvan pelastuslaitoksen päätoimisen miehistön, alipäällystön ja päällystön viran tai tehtävän kelpoisuusvaatimuksena on virkaa tai tehtävää vastaava pelastusalan tutkinto. Pelastustoimintaan osallistuvalla sivutoimiselta sekä sopimuspalokuntaan ja muuhun sopimuksen tehneeseen yhteisöön kuuluvalta henkilöltä vaaditaan Pelastusopiston opetussuunnitelman mukainen koulutus.

Palvelussuhteissa noudatetaan tehtävästä riippuen kunnallisten viranhaltijoiden työehtosopimusta tai kunnallisten teknisten alojen työehtosopimusta. Vakinaisten viranhaltijoiden palkkaus muodostuu yleisesti kaikille samasta peruspalkasta, kokemusvuosiin perustuvasta ammattialalisästä sekä henkilökohtaisesta palkanosasta. Lisäksi henkilöstölle maksetaan hälytysraha hälytyksiin tulosta virka-ajan ulkopuolella ja mahdolliset ylityökorvaukset. Sopimushenkilöstö saa lisäksi tuntikorvauksen harjoituksista ja hälytyksiin osallistumisesta.

2.16.20 Työnantajaedunvalvonta

Kunnallinen työmarkkinalaitos toimii työmarkkina-asioissa kuntien ja kuntayhtymien edunvalvojana Kunnallisesta työmarkkinalaitoksesta annetussa laissa säädetyllä tavalla. Nykyjärjestelmän muutostarve perustuu sosiaali- ja terveydenhuollon uudistukseen ja uusien maakuntien perustamiseen. Uuden hallinnollisen työnantajatahon luominen edellyttää myös maakuntien työnantajaedunvalvonnasta säätämistä.

2.16.21 Valvonta

Sosiaali- ja terveydenhuollon nykyuotoisen valvonnan ja siihen liittyvän ohjauksen nykytilaa ja sen kehittämistarpeita on arvioitu vuonna 2014 sosiaali- ja terveysministeriön asettamassa aluehallintovirastojen ja Valviran työnjakoa ja yhteistyötä kehittäneessä työryhmässä (STM:n raportteja ja muistioita 2014:24) sekä vuonna 2015 sosiaali- ja terveysministeriön toimeksianosta tehdystä Valviran ulkoisesta arvioinnista (STM:n raportteja ja muistioita 2015:30).

Sosiaali- ja terveydenhuollossa julkisen ja yksityisen palvelutuotannon vaatimukset ja valvonta ovat tällä hetkellä epäyhdenmukaisia. Terveys- ja ympäristöministeriön sosiaalipalvelujen tuottaminen yksityisesti edellyttää lupaviranomaisen lupaa, tilojen ja laitteiden tarkastusta sekä omavalvontasuunnitelmaa, kun taas kunnallisessa palvelutuotannossa vastaavia menettelyjä ei ole. Julkisia palveluja ei siksi ole mahdollista valvoa ennakkoon yhtä säännöllisesti ja järjestelmällisesti kuin yksityisiä. Tämä on myös saattanut johtaa tilanteisiin, joissa yksityisille ja julkisille toimijoille on asetettu erilaiset vaatimukset tiloista ja henkilöstöstä tai muista laadullisista vaatimuksista. Myöskään mahdollisuudet riskiperusteiseen valvontaan eivät ole nykyisin yhtäläiset julkisessa ja yksityisessä sosiaali- ja terveydenhuollossa, koska julkisista toimintayksiköistä ei ole rekisteriä eikä riskiprofiileja pystyttyä tuottamaan kaikille yhtäläisesti.

Omavalvonnan roolia sekä palvelujen järjestämisessä että tuottamisessa tulisi edelleen vahvistaa. STM:n raportissa 2014:24 ehdotettiin, että laissa säädettäisiin järjestämisvastuussa olevan tahon velvoitteesta laatia omavalvontaohjelma, joka koskisi palvelujen toteutumista, laatua ja yhdenvertaisuutta. Omavalvontaan tulisi liittää toiminnan vaikutusten ja vaikuttavuuden arviointia sekä asiakaspalautteen käyttö. Palvelujen tuotannossa yksityisen ja julkisen palvelutuotannon omavalvontaa koskevat säännökset ovat tällä hetkellä erilaisia. Toimintayksiköiden omavalvontaa koskevia säännöksiä ja käytäntöjä tulisi yhdenäistää ja täsmentää ja säännöksiin tulisi sisältyä selkeät omavalvontasuunnitelman laatimis- ja seurantavelvoitteet siten, että niiden laiminlyöntiin voidaan soveltaa valvontaviranomaisten käytössä olevia seuraamuksia.

Vaikka sosiaali- ja terveydenhuollon valvontatoiminnassa onkin muun muassa hallintolain sekä potilaslain ja sosiaalihuollon asiakaslain muutoksin mahdollistettu valvontaresurssien ja toiminnan painopisteen siirtyminen reaktiivisesta yksittäistapauksellisesta jälkikäteisvalvonnasta kohti ennakkollista ja oma-aloitteista valvontaa ja ohjausta, on tätä kehityssuuntaa edelleen tarpeen vahvistaa. Samoin valvonnan sisältöä tulisi suunnata uudelleen. Palvelujen laatutasoa valvotaan nykyisin lähtökohtaisesti erilaisilla kvantifioitavilla asioilla. Tarve olisi siirtyä enemmän sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden laatu- ja toimintajärjestelmien sekä indikaattoriperusteiseen tulosten valvontaan nykyisten yksittäisten yksityiskohtien asemasta. Myös nykyistä toimivampia ja aitoon vuoropuheluun pohjautuvia yhteistyörakenteita keskeisten valvonnan kohteiden kanssa tulisi rakentaa. STM:n raportissa 2014:24 on ehdotettu, että sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiselainsäädäntöön tulisi ottaa säännös valvontaviranomaisen ohjaus- ja arviointikäynneistä. Lisäksi ryhmä on ehdottanut riskiperusteisen valvonnan vahvistamista sekä valvontaviranomaisten harkintavallan lisäämistä valvonta-asioiden käsittelyssä. Työryhmä nosti myös esille, että STM:n strategista ohjausotetta valvonnan painopisteiden suuntaamisessa tulisi vahvistaa.

Valvonnan tietotarpeet eivät tule tällä hetkellä riittävästi täytetyiksi. Hyvin toimivan ennakkollisen valvonnan edellytys on luotettavan ja vertailukelpoisen tiedon saanti, mikä korostuu erityisesti riskiperusteisessa valvonnassa ja valvonnan vaikuttavuuden seurannassa. THL kerää laajalti tietoja tilastointitarkoituksiin, mutta tiedot eivät ole riittävästi hyödynnettävissä kuntien ja toimintayksiköiden valvonnassa.

2.16.22 Ohjaus

2.16.22.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksen toteutuminen

Pirstaleinen organisaatiokenttä ja palveluiden järjestämisestä vastuussa olevien tahojen suuri määrä vaikeuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaamista. Pääsääntöisesti puitetyyppiseen normiohjaukseen ja korvamerkkitsemättömään resurssiohjaukseen sekä näitä täydentävään yksisuuntaiseen informaatio-ohjaukseen perustuva kansallinen ohjaus yhdistettynä hajanaiseen ja epäyhtenäiseen järjestämisvastuussa olevien toimijoiden kenttään ei riittävällä tavalla turvaa yhdenvertaisia palveluja. Vuorovaikutus suuren ja epäyhtenäisen järjestäjäjoukon kanssa ei ole mahdollista, jolloin yksisuuntainen kansallinen ohjaus on painottunut. Toimintaa ja taloutta ei ole ohjattu kokonaisuutena. Myös sosiaalihuollon ja terveydenhuollon palveluja koskevien päätösten erillisuus hankaloittaa kokonaisuuden ohjausta erityisesti yhteisten asiakkaiden ja asiakasryhmien palveluissa. Asiakkaan oikeuksiin kohdistuvaa ohjausta on vain vähän ja osassa palveluja se on hyvin kapea-alaista.

Pirstaleinen järjestäjäkenttä monikanavaisine rahoitusjärjestelmineen ja valtion heikkoine ohjausmahdollisuuksineen on johtanut vahvempien ja paremmin edellytyksin toimivien palvelujärjestelmän osien kehittymiseen muita voimakkaammin. Esimerkkinä tästä voi todeta sairaanhoitopiirien järjestämän erikoissairaanhoidon ja kuntien vastuulla olevan perusterveydenhuollon. Tämä on merkinnyt sitä, että väestöryhmien erot terveystalv palvelujen käytössä ovat lisääntyneet ja terveyserot ovat kasvaneet. Samaa kehitystä lisäävät maan eri alueiden väliset erot palvelujen tarpeessa ja ammattihenkilöstön saatavuudessa. Esimerkiksi sosiaalityöntekijöiden saatavuus vaihtelee alueittain. Tilanteeseen on kiinnitetty huomiota useissa kansainvälisissä arvioissa.

2.16.22.2 Hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistämisen ohjauksen toteutuminen

Kuntien ja alueiden toiminnassa hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistäminen on vahvistunut strategisena tavoitteena. Vaikuttavien terveyttä edistävien keinojen löytäminen ja niiden vakiinnuttaminen ja pysyvien hyvinvointia ja terveyttä edistävien rakenteiden luominen vaativat aktiivista työtä. Nykyisen palvelurakenteen pirstaleisuus sekä sen heikko johdettavuus ja ohjattavuus aiheuttavat heikkouksia palvelujen yhdenvertaisessa ja tarpeen mukaisessa saatavuudessa. Se lisää väestöryhmien välistä eriarvoisuutta sekä hyvinvointi- ja terveyseroja. Hyvinvointia ja terveyttä edistävä monialainen yhteistyö kunnassa edellyttää rakenteita, jotka mahdollistavat ja tukevat kunnan eri hallinnonalojen yhteistä vastuun ottamista ja työnjakoa hyvinvointitavoitteisiin pääsemiseksi. Peruspalvelujen ja erityispalvelujen saumattomuus helpottaa päätöksentekoa ja yhteistyötä. Esimerkiksi lasten, nuorten ja perheiden hyvinvointipalvelut, ikäihmisten palvelut sekä päihde- ja mielenterveystyö sisältävät useilla toimialoilla terveyttä edistäviä, ehkäiseviä, hoitavia ja kuntouttavia palveluja. Kuntien vastuulla oleva väestön hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistäminen ei aina saa riittävää painoarvoa päätöksenteossa.

2.16.22.3 Pelastustoimen ohjauksen toteutuminen

Pelastustoimen nykyinen organisointimalli ei ole tukenut voimavarojen mahdollisimman tehokasta käyttöä ja toiminnan välttämätöntä kehittämistä. Nykyiset ohjaus- ja omistajuussuhteet ovat johtaneet siihen, että on vaikea saada aikaan ratkaisuja, jotka johtaisivat valtakunnallisiin tai yhdenmukaisiin toimintamalleihin, yhteisiin tietojärjestelmiin taikka yhdenmukaiseen palvelutarjontaan. Pelastustoimen järjestelmästä on muodostunut hajanainen eikä se kykene riittävän hyvin toteuttamaan suuria valtakunnallisia uudistuksia. Järjestelmä ei myöskään sovellu

hyvin vastaamaan Euroopan unionin pelastuspalvelumekanismiin ja kansainvälisen toiminnan haasteisiin. Pelastustoimessa ei ole panostettu riittävästi tutkimukseen ja kehittämiseen.

Pelastustoimen johtamista ja ohjausta tulee selkeyttää. Pelastustoimen palvelut tulee mitoittaa nykyistä paremmin riskiarvioinnin sekä palvelujen tarpeen perusteella. Tämä merkitsee tietojohdamisen menetelmien käyttöönottoa ja tiedon hyödyntämistä palvelujen suunnittelun perusteena. Pelastustoimen rooli suuriin onnettomuustilanteisiin varautumisessa ja niiden johtamisessa on keskeinen, koska pelastustoimi vastaa näiden tilanteiden yleisjohtajuudesta. Yhteiskunnan varautuminen edellyttää nykyistä parempaa viranomaisten ja muiden toimijoiden tätä tarkoittavaa yhteistä suunnittelua. Viranomaisten tilanne- ja johtokeskustarpeet tulee arvioida uudelleen niin, että niissä voidaan hyödyntää eri viranomaisten yhteisiä ratkaisuja.

2.16.22.4 Julkisen talouden ohjauksen toteutuminen

Julkisen talouden ohjauksen keskeinen väline on luvussa 2.11.3 kuvattu julkisen talouden suunnitelma. Valtiontalouden kehukset ovat osa julkisen talouden suunnitelmaa, joka sisältää Euroopan unionin lainsäädännön edellyttämät finanssipolitiikan tavoitteet ja säännöt sekä luo keskeistä perustaa Euroopan unionin oikeuden edellyttämille keskipitkän aikavälin julkisen talouden suunnitelmalle ja vakausohjelmalle. Julkisen talouden suunnitelman realistisuutta ja kattavuutta koskevat siten myös Euroopan unionin lainsäädännön vaatimukset.

Valtiontalouden kehyspäättös on keskeinen väline valtiontalouden pitemmän aikavälin suunnittelussa. Budjettitalouden menoille asetettavat menokehukset eivät oikeudellisesti sido, mutta niiden tosiasiallinen sitovuusaste on korkea niin valtioneuvoston kuin eduskunnan budjettipäätöksissä. Lähtökohtana on, että menokehukset asetetaan hallituskausittain ottaen huomioon tiedossa olevat menot sekä varautuen ennakoimattomiin menotarpeisiin.

Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisestä vastaavien kuntien rahoituksen osalta, perustuslakivaliokunnan tarkoittamalla tavalla, sovelletaan rahoitusperiaatetta. Arvioitaessa kunnille uusista tehtävistä ja velvoitteista tulevia menoja huomioidaan objektiivisesti perusteltu ja käytettävien tietojen paras mahdollinen arvio menojen määrästä.

Vakiintunut tapa on, että julkisen talouden suunnitelmassa varataan rahoitusta hallituskaudelle suunniteltujen lainsäädäntöhankkeiden mukaisesti. Vaalikauden aikana laaditaan tämän raamin kanssa linjassa hallituksen lainsäädäntöesityksiä, joille osoitetaan rahoitus valtion talousarviossa. Toimintatavan noudattaminen on osaltaan taannut menokehysten pitävyyden ja kehysjärjestelmän uskottavuuden.

Julkisen talouden suunnitelman kuntataloutta koskeva osa sisältää kuntatalouden menorajoitteen ja hallituksen muut kuntataloutta ja kuntien tehtäviä koskevat linjaukset. Se sisältää myös tarkastelun valtion toimenpiteiden vaikutuksesta kuntatalouteen sekä kuntatalouden keskipitkän aikavälin kehitysnäkymät kuntien kirjanpidon käsittein. Menorajoitteen toteutumista seurataan vuosittaisissa julkisen talouden suunnitelman tarkistuksissa. Valtio ei kuitenkaan voi pelkästään omin toimin taata kuntatalouden tasapainottumista, sillä esimerkiksi menorajoitteeseen sisältyvien hallituksen kuntataloutta vahvistavien toimien vaikutus riippuu myös siitä, miten kunnat ja kuntayhtymät toteuttavat suunniteltuja toimia.

Kuntatalousohjelman laadinta osana julkisen talouden suunnitelman valmistelua ja tarkastelua sekä erikseen vahvistettavan kuntatalouden menorajoitteen asettaminen ovat muodostaneet ennakoitavuutta sekä valtion että kuntien talouden suunnitteluun. Ne ovat myös lisänneet oikeusvarmuutta kuntien toimintaa koskevan rahoitusperiaatteen toteutumisesta.