

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:19

Lasse Oulasvirta, Jukka Ohtonen, Jari Stenvall

Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus

Tasapainoista ratkaisua etsimässä

■ SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

Helsinki 2002



Tiivistelmä

Lasse Oulasvirta, Jukka Ohtonen, Jari Stenvall. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus Tasapainoista ratkaisua etsimässä. Helsinki. 2002. 154 s. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, ISSN 1236-2050; 2002:19.) ISBN 952-00-1200-1

Sosiaali- ja terveysministeriön sosiaali- ja terveystalouteen liittyvä tulosvastuu toteutuu paljolti muiden kuin valtionhallintoon kuuluvien organisaatioiden eli lähinnä kuntien ja kuntayhtymien toiminnan kautta. Tämä lähtökohtatilanne on haasteellinen ohjaukselle: Miten voidaan saavuttaa valtion ohjauksella ja ohjauskeinoilla sekä palveluita koskevat valtakunnalliset tavoitteet että ylläpitää samanaikaisesti todellista kunnallista itsehallintoa.

Raportissa kuvataan ensin ohjauksen teoreettisia lähtökohtia. Tätä varten raportissa luokitellaan ja analysoidaan ohjausvälineitä ja niiden tarkoituksenmukaisia käyttötapoja. Yhtenä käyttökelpoisena ohjausvälineiden luokitteluna voidaan pitää niiden jakamista normi- tai sääntöohjaukseen, taloudelliseen ohjaukseen ja informaatio-ohjaukseen. Sosiaali- ja terveydenhuollossa ohjauspolitiikan vaiheet ovat Suomessa edenneet tiukasta sääntöohjauksesta detaljiohjauksen purkamisen kautta informaatio-ohjauksen painottamiseen sekä toisaalta kansalaisten perusoikeuksien korostamiseen.

Liiallinen luottamus informaatio-ohjaukseen on muodostamassa ongelman. Informaatio-ohjausta painottavan ohjausmallin toteutuksessa on ollut puutteita ja ongelmia sekä ministeriön että kuntien näkökulmasta. Yksinkertaistaen voidaan todeta, että informaatio-ohjauksen ja muiden ohjauskeinojen käyttö ei ole ollut riittävän tasapainoista. Tasapainoiseen ohjaamiseen kuuluisi muun muassa ohjaustavoitteiden selkeys ja valittujen ohjauskeinojen yhteensopivuus, ennen kaikkea se, että resurssiohjaus ei ole ristiriidassa sen kanssa, että kuntasektori ja muut palveluiden tuottajat voivat järjestää palvelut normi- ja informaatio-ohjauksen mukaisesti. Siihen kuuluisi myös se, että ohjaajien, muun muassa lääninhallitusten, resurssit ovat tasapainossa verrattuna nykyisen ohjausmallin edellyttämiin ohjaus- ja valvontatehtäviin. Ohjauksen ongelmia on tutkimuksessa havainnollistettu kuudella hyvinvointipalveluita koskevalla taustatutkimuksella, jotka on kokonaisuudessaan julkaistu erikseen verkkojulkaisuna.

Vastauksena ongelmiin on tässä tutkimuksessa hahmoteltu *tasapainoisen ohjauksen ideaalimallia*. Tasapainoinen ja siten kestävä ohjaus edellyttäisi nykyistä suunnitelmallisempaa ja analyttisempää ohjausta ja ohjauskeinojen valintaa. Tätä tarkoitusta varten tutkimuksessa on kehitelty apuvälineitä, joita ovat *ohjauksen lähtökohta-analyysi, tavoite-keinoanalyysi sekä ohjausvälineiden riskianalyysi*. Ohjaukseen liittyy myös *seuranta ja valvonta*. Ne taas vaatisivat tuekseen luotettavan, ajantasaisen ja avoimen informaatiojärjestelmän, joka tuottaa pätevää tilastotietoa palveluista *vertailua, arviointia ja valvontaa varten*.

Tutkimuksen johtopäätös on, että ohjauksen tasapaino ei löydy vain ohjauksesta vastaavan ministeriön toimesta vaan koko valtion ministeriökentästä ja yhteisen ohjauspolitiikan muodostamisesta. Toinen avainryhmä ovat kunnat ja kuntayhtymät. Erityisesti aluetasolla tulisi sosiaali- ja terveystalouteen organisoitua tarkistaa, jotta paikallis- ja aluetasolla voitaisiin toimia paremmin sosiaali- ja terveystalouteen tavoitteiden toteuttajina. *Ongelmia ei voida*

ratkaista kuin yhdessä. Kuntien ja valtion välisen neuvottelumenettelyn kehittäminen on tässä yhteydessä tärkeä edellytys sille, että ratkaisut saavuttavat hyväksynnän myös ohjauksen kohteiden keskuudessa.

Asiasanat: valtionosuusjärjestelmä, sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus, markkinaohjaus, aluehallinto

Sammandrag

Lasse Oulasvirta, Jukka Ohtonen, Jari Stenvall. Styrning av kommunernas social- och hälsovård. På spaning efter en balanserad lösning. Helsingfors 2002. 154 s. (Social- och hälsovårdsministeriets publikationer, ISSN 1236-2050; 2002:19.) ISBN 952-00-1200-1

Social- och hälsovårdsministeriets resultatansvar som hänför sig till social- och hälsovårdstjänsterna förverkligas till stor del genom andra organisationer än sådana som tillhör statsförvaltningen, dvs. främst genom kommunernas och samkommunernas verksamhet. Detta utgångsläge är utmanande för styrningen: hur kan man genom statens styrning och styrningsmetoder uppnå både de riksomfattande målen för tjänsterna och samtidigt upprätthålla verklig kommunal autonomi?

I rapporten beskrivs först de teoretiska utgångspunkterna för styrningen. Med tanke på detta klassificeras och analyseras olika styrningsinstrument och deras ändamålsenliga användningsätt. Som en användbar klassificering av styrningsinstrumenten kan anses deras indelning i norm- eller regelstyrning, ekonomisk styrning och informationsstyrning. Styrningspolitiken beträffande social- och hälsovården har avancerat från en strikt regelstyrning genom avveckling av detaljstyrningen till att man nu understryker informationsstyrningen samt å andra sidan medborgarnas grundrättigheter.

Alltför stor tillit till informationsstyrningen håller på att bli ett problem. Det har funnits brister och problem i genomförandet av den styrningsmodell som understryker informationsstyrning både när man betraktar saken från ministeriets och kommunernas synpunkt. Förenklat kan man konstatera att användningen av informationsstyrning och andra styrningsmetoder inte har varit tillräckligt balanserad. En balanserad styrning skulle bl.a. innebära att styrningsmålen är tydliga och de valda styrningsinstrumenten är kompatibla, och framför allt att resursstyrningen inte är i konflikt med det faktum att kommunsektorn och övriga serviceproducenter kan anordna tjänster i enlighet med norm- och informationsstyrningen. Detta skulle också innebära att styrarnas, bl.a. länsstyrelsernas, resurser står i balans jämfört med de styrnings- och tillsynsuppdrag som förutsatts av den nuvarande styrningsmodellen. Problem inom styrningen har konkretiserats genom sex fallstudier beträffande välfärdsservice, som är tillgängliga i deras helhet som en separat Internet-publikation.

Som lösningar på problem skisseras i denna studie *en idealmodell för balanserad styrning*. En balanserad och sålunda hållbar styrning skulle förutsätta en mera systematisk och analytisk styrning och val av styrningsmetoderna. För detta ändamål har man utvecklat hjälpmedel, som omfattar en *utgångspunktsanalys för styrningen*, en *målmetsanalys* och en *riskanlys av styrningsinstrumenten*. Styrningen är också förknippad med *uppföljning och övervakning*. Dessa skulle kräva stöd av ett tillförlitligt, uppdaterat och öppet informationssystem som skulle producera giltig statistisk information om tjänsterna för *jämförelser, utvärdering och övervakning*.

Man kan dra den konklusion av studien att en balans i styrningen inte enbart kan uppnås genom åtgärd av det ministerium som ansvarar för styrningen utan genom samtliga ministeriers verksamhet och genom att skapa en gemensam styrningspolitik. En annan nyckelgrupp är kommunerna och samkommunerna. Man borde justera organiseringen av social- och hälso-

vårdstjänsterna i synnerhet på den regionala nivån för att den lokala och regionala nivån bättre kunde medverka till att uppnå de hälso- och socialpolitiska målen. *Problemen kan endast lösas i samarbete*. En viktig förutsättning för att lösningarna kan godkännas även av dem som styrningen gäller är att man utvecklar kommunernas och statens förhandlingspraxis.

Nyckelord: statsandelssystem, styrning av social- och hälsovården, marknadsstyrning, regionalförvaltning

Summary

Lasse Oulasvirta, Jukka Ohtonen, Jari Stenvall. Steering of municipal social welfare and health care. How to find a balanced approach. Helsinki 2002. 154 p. (Publications of the Ministry of Social Affairs and Health, ISSN 1236-2050; 2002:19.) ISBN 952-00-1200-1

The profit responsibility of the Ministry of Social Affairs and Health related to social welfare and health care services is largely implemented through organisations other than those being part of the state administration, mainly through municipalities and joint municipal boards. This situation is challenging from the point of view of steering: how to achieve, through Government steering and steering methods, the nation-wide objectives and at the same time to maintain real municipal autonomy.

The report first describes the theoretical bases for steering. For this purpose the report classifies and analyses different steering instruments and their appropriate uses. As one viable classification of the steering instruments can be considered their division into steering by norms or rules, economic steering and steering by information. The policy of steering social welfare and health care has progressed in Finland from a strict steering by rules, through dismantling the detailed steering to stressing the steering by information and, on the other hand, the fundamental rights of citizens.

Excess confidence in information by steering is becoming a problem. There have been defects and problems in the implementation of the steering model emphasising steering by information from the point of view of both the Ministry and local authorities. Simplified, it could be said that the use of steering by information and other methods of steering has not been balanced enough. A balanced steering would include, among others, clarity of the objectives and compatibility of the chosen methods, and above all that the targeting of resources is not in contradiction with the circumstance that the municipal sector and other service providers can arrange services according to steering by norms and information. That would also involve that the resources of the steering bodies, e.g. the Provincial State Offices, should be balanced vis-à-vis the steering and supervision tasks required by the present steering model. Problems of steering have been concretised by six case studies of welfare services, which are publicised in their entirety as a separate Internet publication.

In response to the problems this study outlines *an ideal model of balanced steering*. A balanced, and thus also sustainable, steering would presuppose a more systematic and analytical steering and selection of steering methods. For this purpose, specific tools have been developed comprising *an analysis of the starting points for steering*, *a decision-tree analysis* and *a risk analysis of steering instruments*. The steering also involves *monitoring and supervision*. These, for their part, would require the support of a reliable, up-to-date and transparent information system that provides valid statistical data on services for the purpose of *comparison, assessment and supervision*.

It can be concluded from the study that the balance in steering cannot be found through measures of the competent ministry alone but through those of all the Government ministries and the outlining of a common steering policy. Another key group is the municipalities and joint

municipal boards. The organisation of social welfare and health care services should be adjusted in particular at the regional level so that the local and regional levels could better promote the attainment of social and health policy objectives. *Any problems should be solved together.* In this context it would be important to develop the negotiation procedure of the local authorities and the state in order that also those being steered could approve the solutions.

Key words: system of central government grants to local government, steering of social welfare and health care, market steering, regional administration

Esipuhe

Käsillä oleva tutkimus on tutkijoiden puheenvuoro ohjaamisen teoriasta ja ongelmista ajankohtana, jolloin sosiaali- ja terveydenhuollossa kaivataan paitsi ohjauksen kehittämistä myös ohjauksen kohteena olevan palvelujärjestelmän ja sen organisoinnin kehittämistä. Tutkimukseen liittyy useita palvelujärjestelmäkohtaisia tapaustutkimuksia, jotka valottavat nykyisen kuntien ohjausmallin toimivuutta. Tutkimusta voidaan käyttää apuna kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaamisen kehittämisessä.

Tutkijat vastaavat työn sisällöstä ja siinä esitetyistä johtopäätöksistä ja tulkinnoista.

Sosiaali- ja terveysministeriö kiittää Tampereen yliopiston tutkijoita työstä, joka omalta osaltaan edistää keskustelua sosiaali- ja terveydenhuollon tarkoituksenmukaisesta järjestämisestä ja ohjaamisesta.

Helsinki, syyskuussa 2002

Markku Lehto
Kansliapäällikkö

Kirjoittajien esipuhe

Tutkimus sai alkunsa keväällä 2001 ja tutkimusta koskeva sopimus allekirjoitettiin saman vuoden toukokuussa Tampereen yliopiston kanssa. Sosiaali- ja terveysministeriöön perustettiin ohjausryhmä, jonka puheenjohtajana toimi ylijohtaja Kari Välimäki. Ohjausryhmä koontui yhteensä 6 kertaa. Ohjausryhmään kuuluivat ministeriöstä myös Rolf Myhrman, Aino-Inkeri Hansson, Raimo Jämsén, Kari Vinni, Martti Rissanen ja Riitta-Maija Jouttimäki. Tutkimusprojektin aihetta sivusi myös 26.10.2001 ministeriön järjestämä seminaari, johon tutkimusprojekti osallistui omalla panoksella.

Tampereen yliopistossa päävastuullisena tutkijana on toiminut hallintotieteen tohtori Lasse Oulasvirta ja tutkijaryhmän kaksi muuta päättäjää olivat hallintotieteen tohtori Jari Stenvall Lapin yliopistosta ja terveystieteen lisensiaatti Jukka Ohtonen. Tutkijatiimiin kuuluivat myös tapaustutkimuksia tehneet kuusi tutkijaa, lääketieteen tohtori Matti Rimpelä, yhteiskuntatieteiden tohtori Tarja Pösö, kasvatustieteen tohtori Kaisu Viittala, hallintotieteiden maisteri Mirja Antila, yhteiskuntatieteen maisteri Arja Ruisniemi sekä hallintotieteiden maisteri Irmeli Salomaa. Tutkimusapulaisena projektissa oli hallintotieteiden ylioppilas Jussi Flinkkilä.

Haluamme kiittää myös ministeriön ohjausryhmää ja lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastoja hyvästä yhteistyöstä ja asiantuntevasta avusta. Kielen tarkistuksesta kiitämme ammattikirjoittaja Kirsi Stenvallia. Haluamme osoittaa myös kiitoksemme Tampereen yliopiston hallintotieteen laitosta kannustavasta ja tutkimusmyönteisestä suhtautumisesta tähän projektiin.

Raportti liiteraportteineen luovutettiin 7.6.2002 sosiaali- ja terveysministeriölle. Raportin luvusta 3. vastaa Jari Stenvall, luvusta 4. Jukka Ohtonen, luvusta 5. Lasse Oulasvirta ja luvuista 2. ja 7. kaikki kolme päättäjää. Tapaustutkimukset on julkaistu erikseen ja jokaisesta tapaustutkimuksesta vastaa asianomainen tutkija.

Tampereella 3.6.2002

Lasse Oulasvirta

Jukka Ohtonen

Jari Stenvall

Sisällysluettelo

1 Tutkimusaihe ja tutkimustehtävä.....	15
2 Ohjausjärjestelmän teoreettiset perusteet poliittis-hallinnollisessa järjestelmässä.....	16
2.1. Ohjauskäsite ja ohjauspolitiikan kehitys	16
2.2 Ohjauksen eri muodot	19
2.3 Ohjauksen valinnan yleiset tekijät ja edellytykset	30
2.4 Ohjauskeinojen valintastrategia	38
2.5 Kunta ohjauksen kohteena.....	41
2.6 Synteesi: Tasapainoisen ohjauksen malli	47
3 Aluehallinto kuntien ohjauksen välineenä.....	50
3.1 Johdanto	50
3.2 Lääninhallituksen ohjaus sosiaali- ja terveyssektorilla.....	52
3.3 Verkostoituvat erityispalvelut	56
3.4 Aluehallinto kohtauspaikkana - roolien, etujen ja tahtotilan ohjauksella kohtaamisongelmien hallintaan	58
3.5 Ohjauksen kohtaamisongelman ratkaisuvaihtoehtoja	59
4 Sosiaali- ja terveydenhuollon yksityispalvelut ja markkinaohjaus	63
4.1 Yksityissektorin laajuus ja rakenne.....	64
4.2 Sosiaalipalvelujen markkinoiden luonne.....	67
4.3 Terveyspalvelujen kysynnän ja tarjonnan sääntely	69
4.4 Sosiaali- ja terveydenhuollon hallinto- ja rahoitusrakenteiden muutokset	71
4.5 Markkinaohjaus sosiaali- ja terveydenhuollossa.....	76
4.6 Yksityiseen palvelutuotantoon kohdistuva keskushallinnon ohjaus	78
4.7 Tulevaisuuden vaihtoehdot.....	81
5 Valtionapujärjestelmän perusteet ja kansainvälinen katsaus sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen valtionapujärjestelmästä ja -ohjauksesta.....	83
5.1 Valtionapujärjestelmän perusteet	83
5.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon valtionapujärjestelmä Suomessa.....	91
5.3 Sosiaali- ja terveydenhuollon valtionapujärjestelmien kansainvälinen vertailu	98
6 Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelu- ja ohjausjärjestelmä ja tapaustutkimukset	103
6.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelu- ja ohjausjärjestelmän arviointia.....	103
6.2 Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan organisoinnin arviointia	107
6.3 Tapaustutkimusten yhteenvedot	110
6.4. Lääninhallitusten haastattelujen yhteenveto.....	123
7 Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset.....	127
7.1 Nykyisen ohjauksen arviointi.....	127
7.2 Ohjauksen haasteet ja kehittäminen	130
Lähteet.....	139
Liitteet	146

1 Tutkimusaihe ja tutkimustehtävä

Tämän tutkimuksen tehtävä on kuvata ja analysoida valtion ohjauspolitiikkaa ja ohjausvälineitä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Erityinen paino on kuntien hoidettavana olevien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen ohjauksen arvioinnissa. Raportin on tarkoitus olla teoreettinen ja käsikirjamainen, mutta toisaalta myös käytännönläheinen ja nykytilannetta arvioiva tutkimus. Tätä varten raportissa on esimerkkejä ja case -analyyskejä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista ja niiden ohjaamisesta.¹

Julkinen hallinto mukaan lukien sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön hallinnonala on viime vuosikymmenenä ollut monenlaisessa myllerryksessä. Hallintoa on hajautettu, liikelaitostaminen on edennyt ja julkiset hankinnat on tuotu kilpailuttamisen piiriin, on kehitetty vaihtoehtoisia palvelutuotantotapoja, tulosjohtamista ja laadunhallintaa, strategista johtamista jne. Ohjauksen uudistamisessa paino on ollut normiohjauksen vähentämisessä sekä tulosohjauksen ja informaatio-ohjauksen kehittämisessä sekä ohjattavien yksiköiden omavalvonnan tukemisessä. Ongelmana kuitenkin on ollut se, että ohjauksen kehittämisestä on välillä puuttunut koordinaatio muun muassa talouden ahdingon ja säästöpainoiden vaadittua nopeampoisia ratkaisuja ja ohjausmuutoksia.

1960- ja 1970-luvulla vallitsi vahva suunnittelu- ja ohjausoptimismi yhteiskunnallisten ongelmien ratkaisemisessa. Vaikka suhtautuminen suunnitteluun ja ohjaukseen on muuttunut realistisemmaksi kuin suunnittelu- ja ohjausajattelun kultavuosina, ohjausproblematiikka on vähintäänkin nyt yhtä ajankohtaista kuin aiemmin. Valtion ohjauspolitiikka on 2000-luvulla noussut taas kiinnostuksen keskiöön. Tässä yhteydessä on muun muassa keskusteltu siitä, miten ja millä keinoin valtion ja sitä edustavien ministeriöiden pitäisi voida vaikuttaa poliittisella ohjauksella hallintoon, kansalaisille suunnattuihin palvelujärjestelmiin ja yhteiskunnan toimintaan. Myös ulkoisen ohjauksen ja sisäisen itseohjautuvuuden suhde toisiinsa on tärkeä kysymys sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Tutkimus voi auttaa päätöksentekijöitä ohjauskeinojen identifioinnissa ja systematisoinnissa, ja ehkä sitä kautta auttaa keinojen innovatiivista yhdistelyä, uusien keinojen löytymistä tai jo käytettyjen keinojen käytön kehittämistä. Sovelluskelpoista tietoa voidaan saada myös vertailemalla politiikkainstrumenttien käyttöä eri maiden välillä. Raportin tarkoitus on edistää suunnitelmallisuutta keinojen valinnassa, jolloin voidaan välttää yrityksen ja erehdyksen tietä etenemistä.

Raportin luvussa 2. esitetään ohjauksen teoreettinen viitekehikko. Luku 3. koskee aluehallinnon roolia ohjauksessa ja luku 4. markkinaohjausta ja kolmatta sektoria. Luvussa 5. keskitytään erityisesti valtionapuohjaukseen. Luvussa 6. arvioidaan nykyistä sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausjärjestelmää. Tämän arvioinnin perustana ovat muun aineiston ohella kuusi erillistä tapaustutkimusta sekä lääninhallituksiin kohdistettu haastattelu. Loppuluvussa 7. nostetaan esille vielä tärkeimmät johtopäätökset ja tulkinnat ohjauksen tasapainoisesta kehittämisestä.

¹ Tutkimus edustaa julkisen politiikan eli policyn tutkimuksessa ns. ohjausvälineen lähestymistapaa, ("government tools approach" tai "policy instrument approach") (ks. esimerkiksi Hood 1983, Salamon 1989, Vedung 1998).

2 Ohjausjärjestelmän teoreettiset perusteet poliittis-hallinnollisessa järjestelmässä

2.1. Ohjaukäsäite ja ohjauspolitiikan kehitys

Miksi yhteiskunnan poliittis-hallinnollisessa järjestelmässä tarvitaan ohjausta? Tähän kysymyksen vastaamista varten tehdään lyhyt katsaus siihen, miten hallinto- ja politiikkatieteen sekä taloustieteen piirissä on kysymystä lähestytty.

Ohjaus voidaan nähdä yhtenä politiikkaprosessin vaiheena, jonka avulla demokraattisesti tehdyn politiikkapäätöksen jälkeen ohjataan hallintoa toteuttamaan politiikka tai ohjelma tavoitteen mukaisella tavalla. Ohjauksen nähdään nimenomaan kuuluvan politiikan ja hallinnon väliseen suhteeseen. Ohjausta tehdään ohjauvälineillä, joita voidaan luokitella eri tavoin esimerkiksi jakamalla keinot normeihin, taloudellisiin keinoihin ja informaatioon. Ohjaukskeinojen synonyyminä käytetään toisinaan käsitettä politiikkainstrumentti. Vedungin mukaan (1998, s.50) julkiset politiikkainstrumentit ovat tekniikoita, joita julkiset viranomaiset käyttävät harjoittaessaan valtaansa saadakseen aikaan sosiaalisia muutoksia ja tukea itselleen yhteiskunnassa. Päätettäessä tietystä politiikasta tai ohjelmasta otetaan myös kantaa niistä keinoista, joilla politiikka tai ohjelma pannaan toimeen. Usein politiikan tai ohjelman toteutuskeinot ovat myös poliittisen kiistan kohteena, koska politiikkainstrumenttivalinnat vaikuttavat olennaisesti politiikan teon prosessiin ja sisältöön (Vedung 1998, 41). Puolueet voivat olla hyvinkin samaa mieltä varsinaisesta tavoitteesta, esimerkiksi tietyn tason täyttävästä päivähoidosta, mutta eri mieltä hyvästä keinosta tuottaa tämä päivähoito (yksityinen vs. kunnallinen hoitomuoto, päivähoitomaksupolitiikka jne.).

Poliittisen päätöksentekijän kyvyssä ohjata hallintoa ja toimeenpanoa on erotettavissa kaksi näkemystä: optimistinen ja pessimistinen. Optimistinen perustuu rationaaliseen ja mekanistiseen näkemykseen, jossa ei korosteta ohjauksen ongelmallisuutta. Hallinto nähdään apparaatina, jota ohjaava taho eli poliitikot voivat kontrolloida ja säännellä yksityiskohtaisesti. Pessimistinen koulukunta uskoo, että poliitikkojen on vaikea ohjata yhteiskuntaa ja että poliitikot voivat vaikuttaa lähinnä vaikuttamalla mielipiteisiin. Ongelma-tavoite-keino -ketjun kytkennät ovat heikot ja politiikan vaikeasti kontrolloitavissa. Koulukunta korostaa poliittisen päätöksenteon anarkistisuutta, symbolisuutta ja rituaalisuutta. Koulukuntaa edustaa ns. garbage can -malli ja tavoite- ja tulosohjauksen ruotsalaisista kriitikoista muun muassa Brunsson ja Rombach (Larsson 1996).

Tämän tutkimuksen lähtökohtana on realistinen näkemys ohjauksesta. Poliitiikan ja siihen sisältyvien ohjelmien onnistunut muuntaminen toiminnaksi on riippuvainen monista tekijöistä, joista vain osa on päätöksentekijän kontrolloitavissa ja osa vaikutuspiirin ulottumattomissa. Poliitiikan tai ohjelman onnistunut, so. tavoitteen mukainen toteuttaminen edellyttää riittäviä taloudellisia ja inhimillisiä resursseja. Poliitiikan muuntaminen toiminnaksi on riippuvainen paitsi toimeenpanokoneiston kyvystä myös sen halusta toimia tavoitteiden suuntaisesti. Poliitiikan ja ohjelman muuntamisessa tavoitteen mukaiseksi toiminnaksi tarvitaan usein eri sidosryhmien myötävaikutusta (Dror 1968, 34-36).

Desentralisoiduissa poliittisissa järjestelmissä ohjaussuhde ulottuu valtionhallinnosta vähemmän tai enemmän autonomisiin itsehallinnollisiin kuntiin ja vastaaviin yksiköihin sekä edelleen yksityiselle ja kolmannelle sektorille. Epäsuoralla politiikan tai ohjelman toteutuksella tarkoitetaan toimeenpanon nojaamista muihin kuin valtion omien yksiköiden varaan, ts. osavaltioiden, kuntien, voittoa tavoittelevien yksiköiden tai ei-voittoa tavoittelevien yksiköiden varaan (Salamon 1989, 35-37). Valtion toimiminen yhä enemmän oman virastoympäristönsä sijasta muiden sektoreiden toimijoiden ja organisaatioiden varassa ja avulla korostaa ohjaustyökalulähestymistävän tärkeyttä.

Desentralisaation tarvetta ja ratkaisua julkisen sektorin sisällä voidaan tarkastella julkistaloustieteen hyödyketeorian näkökulmasta. Se antaa vastauksia siihen, mille periaatteille rakentuu julkisen sektorin tehtävien ja rahoituksen jako. Osa julkisen sektorin tehtävistä liittyy paikallisiin julkishyödykkeisiin tai julkisluonteisiin hyödykkeisiin, osa valtakunnallisiin julkishyödykkeisiin tai julkisluonteisiin hyödykkeisiin ja osa jopa globaaleihin julkishyödykkeisiin. Se, että hyödykkeeseen liittyy positiivisia (tai negatiivisia) ulkoisvaikutuksia, lisää sen julkishyödykemäisyyttä. Vain yksityisten markkinoiden varassa positiivisia ulkoisvaikutuksia tuottavia palveluita tuotetaan ja kulutetaan liian vähän yhteiskunnassa. Julkistalousopissa valtion tehtävänä pidetään valtakunnallisten julkishyödykkeiden järjestämistä ja markkinoilla syntyvien ulkoisvaikutusten säätelyä niin, että yhteiskunnassa tuotetaan ja kulutetaan hyödykkeitä mahdollisimman optimaalinen määrä.

Kuntien tehtävänä pidetään paikallisten julkis- tai julkisluonteisten hyödykkeiden tuottamista. Jos näihin kunnan palveluihin liittyy hallinnolliset rajat ylittäviä vaikutuksia ja/tai palveluun liittyy ns. meriittihyödykkeen (eli paikallisyhteisöä laajemman yhteiskunnan kannalta erityistä arvoa) ominaisuuksia, kuntien ohjaus on julkistalousopin näkökulmasta perusteltavissa. Esimerkiksi kansanterveystyö hyödyttää paitsi asianomaista palvelua saavaa henkilöä kunnassa myös laajemmin paikallisyhteisöä ja yhteiskuntaa palvelun vaikuttaessa muun muassa ihmisten työ- ja toimintakyvyn säilymiseen tai parantumiseen. Koska tällainen tilanne vallitsee monissa muissakin kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa, kuntien ohjaus on tästä näkökulmasta perusteltua.

Mitä enemmän palveluun katsotaan liittyvän positiivisia ylikunnallisia ulkoisvaikutuksia ja palvelutuotannon skaalaetuja, sitä enemmän voidaan perustella palvelujen järjestämistä valtion toimesta tai ainakin palvelun järjestämistä pienten kuntien sijasta suurempien kuntayksiköiden tai toisen asteen itsehallintoyksiköiden toimesta (vrt. esimerkiksi kysymykseen erikoissairaanhoidon palvelujen tehokkaimmasta organisointitavasta).

Esimerkki: eläinlääkintähuolto.

Onko eläinlääkintähuolto yksityisluonteinen hyödyke, jonka tarjonta ja kulutus voidaan jättää markkinoiden hoidettavaksi vai liittyykö siihen julkishyödykkeen ominaisuuksia? Jos siinä on viimeksi mainittuja ominaisuuksia ja sitä halutaan säädellä julkisen vallan toimesta, on ratkaistava työnjako julkisen sektorin sisällä. Jos eläinlääkintähuolto tulkitaan puhtaasti paikalliseksi julkishyödykkeeksi ja kuuluvan kunnan tehtäväpiiriin, tarvitaan vähän tai ei lainkaan valtion ohjausta. Jos siihen liittyy ylikunnallisia ulkoisvaikutuksia (liittyen esimerkiksi tautien leviämisvaaraan ja terveystarpeisiin), valtion ohjaus on paikallaan (vrt. nykytilanne Suomessa, jossa eläinlääkintää säännellään eläinlääkintähuoltolailla).

Ohjauspolitiikan kehitys

Ohjausajattelussa oli Suomessa havaittavissa toisen maailmansodan aikoihin siirtyminen oikeusvaltioperiaatteiden korostamisesta hallintovaltioajatteluun. Normiohjauksen perinteiset menettelyt eivät enää soveltuneet hyvin sodan aikaisiin massiivisiin ongelmiin ja nopeisiin

päätöksentekotilanteisiin, mistä syystä normiohjausta muutettiin joustavaksi. Sodan aikana ja sen jälkeen tehostui muukin ohjaus, muun muassa kansantalouden suunnittelu ja kansanhuoltohallinto ja siihen liittyen yksityisiin ihmisiin ja talouteen kohdistuva ohjaus ja sääntely. Sota ja sodan jälkeinen aika merkitsi siis normiohjauksen muuttumista vain yhdeksi keinoksi viranomaisten, yksityisten ja kunnallishallinnon ohjaamisessa. Kuntien kannalta sota-aika merkitsi joutumista valtion tehostetun valvonnan alaiseksi. (Ahonen -Tiihonen 1985.)

Suomessa levisi 1960-luvulla hyvinvointivaltioajattelu ja valtion rooli alettiin nähdä aktiivisena yhteiskunnan ohjaajana. Valtion talouspolitiikassa otettiin tavoitteeksi taloudellisen kasvun edistäminen, jonka tukijaksi myös sosiaalipolitiikka kytkettiin Pekka Kuusen linjanvedon mukaisesti. Uusi aktiivinen talouspolitiikka, sosiaalipolitiikka ja muu yhteiskuntapolitiikka edellyttivät suunnitteluohjauksen tehostamista, valtion talouspoliittisen suunnittelun, budjettitalouden suunnittelun ja eri hallinnonalojen sektorisuunnittelun tehostamista. Erityisesti 1970-lukua pidetään voimakkaan keskitetyn ohjausideologian ja suunnitteluohjauksen aikana.

Kuntiin kohdistuvassa ohjauksessa painotus siirtyi 1960- ja 1970-luvuilla tehokkuusajattelun mukaisesti kuntien toiminnan säätelyyn erityislaeilla ja niihin liittyvällä erityisellä valvonnalla yleisen valvonnan sijasta. Keskeiseen asemaan nousivat valtionapujärjestelmä ja valtionapuihin liittyvä kuntien ohjaus ja valvonta. Tehostetulla ohjauksella valtio pyrki yhdenmukaistamaan palvelujen määrää ja laatua. Tätä varten luotiin myös valtion keskushallinnosta kuntiin ulottuvat sektorisuunnittelujärjestelmät (Ahonen -Tiihonen 1985, 32-33, Tiihonen ja Tiihonen 1990). Varsin vahvaa valtion valvontaa oli kuntien eräiden päätösten alistamispakko valtion viranomaiselle, jolla oli oikeus tarkastaa myös päätösten tarkoituksenmukaisuutta. Alistamispakosta luovuttiin valtaosin 1980-luvulla (Tiihonen ja Tiihonen 1990, 183).

1980-luvulla aloitettiin painottaa päätösvalan hajauttamista, kansalaisläheisyyttä ja hallinnon palvelutehtäviä (Ahonen-Tiihonen 1985). Monissa länsimaissa aloitettiin 1980-luvulla ns. deregulaatioprojekteja, normien purkutalkoita norminannon koordinoimiseksi ja turhan norminannon vähentämiseksi. Uutena suuntauksena on ollut pakottavien ja universaalien sääntöjen sijasta kokeilla ns. itseregulaatiota (self-regulation), vapaaehtoisia sopimuksia ja niihin liittyviä kovenantteja viranomaisten ja intressi- tai kohderyhmien välillä (Doelen 1998, 135-136).

1990-luvulla vakiintuneessa julkisjohtamisen doktriinissa (NPM eli New Public Management) suhtauduttiin joustavasti julkisen vallan vastuulla olevien tehtävien hoitamistapoihin. Tehtävän suoritus voidaan antaa yksityiselle tai kolmannelle sektorille, mutta samalla pitää rahoitus ja valvonta julkisella vallalla (esimerkiksi vanhusten palveluasumista tuottavat yleishyödylliset yhteisöt ja yksityiset sairaankuljetusyrietykset, joiden kanssa kunta tai kuntayhtymä tekee ostopalvelusopimuksia). Tällöin ohjausproblematiikka ulottuu entistä enemmän yksityiselle ja ns. kolmannelle sektorille. Tässä yhteydessä on huomattava, että palvelun ulkoistaminen ja ostopalvelujen käyttö ei siirrä julkisen vallan vastuuta sen järjestämisvastuulla olevien sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden sisällöstä ja laadusta minnekään.

Ohjauspolitiikka ja ohjauksen keinot elävät vahvasti omassa ajassaan ja muuttavat muotoaan. Sosiaali- ja terveydenhuollossa ohjauspolitiikan vaiheet ovat Suomessa edenneet tiukasta sääntöohjauksesta detaljiohjauksen purkamisen kautta informaatio-ohjauksen painottamiseen sekä toisaalta kansalaisten perusoikeuksien korostamiseen.

Sosiaali- ja terveysministeriö ja sen alaiset lääkintöhallitus ja sosiaalishallitus ohjasivat yksityiskohtaisesti julkisten palvelutuottajien toimintaa. Ohjaus oli resurssiohjausta, jota toteutet-

tiin valtionapujen jakamiseen kytketyn suunnittelujärjestelmän avulla. Lisäksi käytettiin normiohjausta antamalla palvelutuottajille määräyksiä ja ohjeita sosiaali- ja terveystalouden sisällöstä ja tuottamistavasta.

Muutoksen merkit alkoivat näkyä 1980-luvun puolivälistä alkaen. Julkisten menojen kasvua ei enää pidetty yksinomaan hyvänä ja hyvinvoinnin lisäyksestä kertovana asiana, vaan muiden teollisuusmaiden tapaan menokehitystä haluttiin hillitä. Myös raskas suunnittelujärjestelmä nähtiin kehitystä hidastavana ja paikallista innovatiivisuutta rajoittavana tekijänä.

Muutokset näkyivät vähitellen ohjauksessa. Kunnat ja kuntayhtymät saivat yhä enemmän toiminnallista vapautta 1980-luvulta lähtien.² Valtio vähensi sosiaali- ja terveydenhuollossa sääntöohjausta, siirtyi vähemmän pakottavaan palveluita koskevaan ohjaukseen ja kiristi toisaalta kuntien makrotaloudellista ohjausta muun muassa valtiontalouden tasapainottamiseksi 1990-luvulla. Lisääntyneen toimintavapauden käänköpuolena oli kuntatalouden kiristynyt ohjaus ja kuntien resurssien erilaistuminen. Kehitys johti palvelujen tason erilaistumiseen kunnissa tavalla, joka ei ollut tavoiteltua kuntien itsehallinnonkaan näkökulmasta.

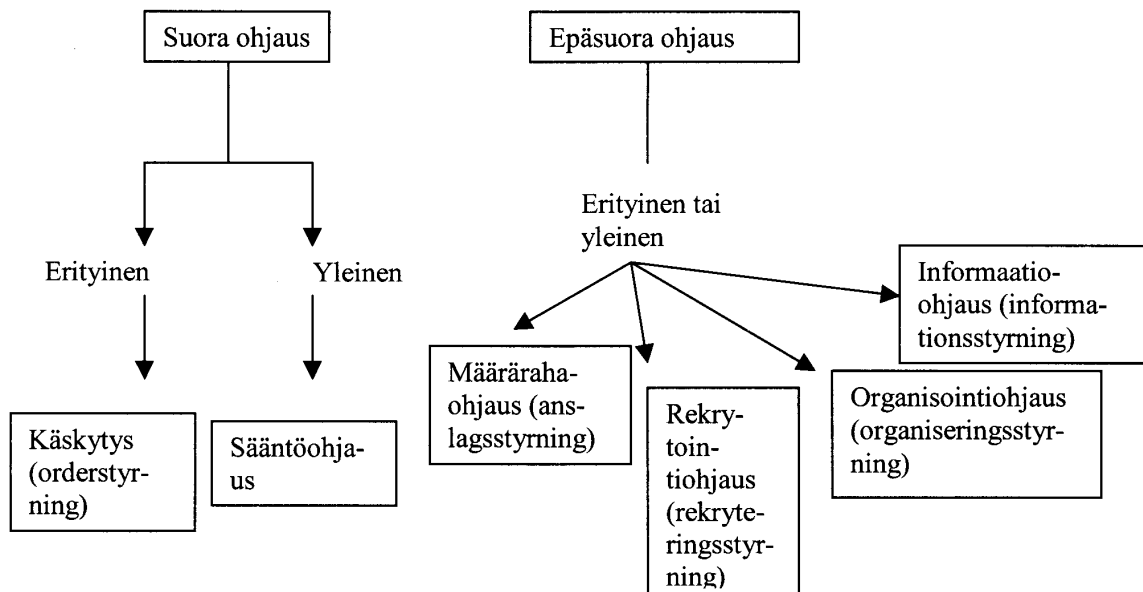
2.2 Ohjauksen eri muodot

Ohjausluokittelu

Taksonomioita eli luokituksia ohjauksen keinoista tai ns. politiikkainstrumenteista on lukuisia. Luokitustavoissa voidaan erottaa minimalistinen ja maksimaalinen tapa: minimalistinen tapa on jakaa keinot negatiivisiin ja positiivisiin keinoihin. Negatiivinen on rankaiseva tai muutoin epäedullinen kohteelle, kun taas positiivinen palkitsee jollakin tapaa kohdetta tietystä käyttäytymisestä. Maksimaalinen tapa on luetella kymmeniä erilaisia keinoja, jotka melko vähäisessäkin määrin eroavat toisistaan (ks. Salamon 1989, 32-33).

Klassinen Lundquistin määrittely perustuu ohjauksen jakamiseen suoraan ja epäsuoraan ohjaukseen ja edelleen erityiseen ja yleiseen ohjaukseen. Lundquist asettaa ohjauksen politiikan ja hallinnon väliseksi suhteeksi valtionhallinnossa. Asetelmaa voi kuitenkin soveltaa yleisemminkin ohjaukseen.

² 1980-luvun lopulla alkoi nk. vapaakuntakokeilu ja ns. normien purkutalkoot turhaksi koetun norminannon karsimiseksi. Vuonna 1984 toteutettiin ns. VALTAVA uudistus, joka merkitsi sosiaali- ja terveydenhuollossa aiempaa joustavampaa palvelujen järjestämismahdollisuutta kunnille. Vuonna 1993 toteutettiin merkittävä valtionapuohjauksen muutos.



Kuvio 1. Hallinnon ohjausmuodot Lundquistin mukaan (1992).

Itsehallinnon omaavien kuntien erityinen käskeminen ei tule normaalisti kysymykseen, mutta sen sijaan kuntia ohjataan säännöin.³ Kuntalain (365/1995) 2 §:n mukaan kunnille ei saa antaa uusia tehtäviä tai velvollisuuksia taikka ottaa pois tehtäviä tai oikeuksia muuten kuin säätämällä siitä lailla. Sääntöohjaukseen valtio tukee epäsuoran ohjauksen muodoilla ja tekniikoilla. Suora sääntely rajoittaa ohjauskohteen toimintavapautta, kun taas epäsuora ohjaus vaikuttaa ohjauksen kohteen toimintakykyyn.

Suoralla ohjauksella Lundquist tarkoittaa substanssiohjausta, jossa määritetään julkisen hallinnon toimenpiteiden sisältö, esimerkiksi lapsilisien suuruus tai opetussuunnitelman mukaisen opetuksen sisältö. Epäsuoralla ohjauksella poliitikot yrittävät vaikuttaa toimenpiteisiin toisella tapaa, esimerkiksi siten, että poliitikot antavat budjetissa määrärahaa, jolla lapsilisiä voidaan maksaa, tai he säätelevät opettajien koulutuksesta, joka on edellytys halutulle opetukselle.

Yleinen sääntöohjaus tarkoittaa ohjausta, jossa annetaan säännös, jota hallinto soveltaa yksittäisiin tapauksiin. Epäsuora ohjaus, joka voi olla luonteeltaan yleistä tai spesifiä, jakautuu määrärahaohjaukseen, rekrytointiohjaukseen, organisointiohjaukseen ja informaatio-ohjaukseen (kuviokuva 1.). Määrärahaohjauksessa parlamentti jakaa hallinnolle määrärahat käyttötarkoituksineen. Valtion budjetoinnissa suuntaus on 1980-luvun lopulta lähtien ollut siirtyä spesifistä määrärahaohjauksesta tavoite- ja kehysohjaukseen. Sama suuntaus pätee kunnallishallinnossa.

Rekrytointiohjaus on epäsuoraa ohjausta, joka on spesifiä, kun parlamentti tai hallitus nimitää viranomaisen johtajan, tai yleistä, kun poliitikot säätelevät yleiset säännöt julkisen hallinnon viranhaltijoiden kvaalifikaatioista. Virkoja ja toimia koskevat kelpoisuusvaatimukset voivat olla enemmän tai vähemmän yksityiskohtaisia (esim. lääkärin, tuomarin jne. viroissa toimivat).

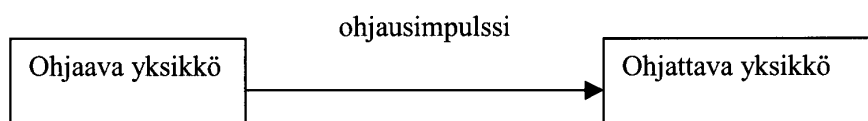
³ Valtio ei tavallisesti voi turvautua yksityiseen sektoriin kuuluvienkaan suoraan käskemiseen lukuun ottamatta poliisi-, puolustus- ja turvallisuushallintoa sekä poikkeustilanteita.

Organisointiohjauksella ohjataan hallintoyksiköiden (esim. lääninhallitukset tai poliisihallinto) organisaatiota, proseduureja ja fyysiseen tilaan/sijaintiin (esim. päätös siirtää Hälytyskeskus Helsingistä Poriin) liittyviä seikkoja. Informaatio-ohjausta voidaan kuten muitakin epäsuoria ohjausmuotoja käyttää yleisellä tai spesifillä tavalla. Sillä voidaan vaikuttaa esimerkiksi organisaation hallintokulttuuriin. Lundquistin mukaan tärkeä informaatio-ohjauksen keino on julkisen sektorin viranhaltijoiden koulutus (Lundquist 1992, 80-81).

Organisointiratkaisuihin liittyy paitsi kysymys siitä, millä valtion hallintotasolla ja minkä hallintoyksiköiden toimesta tietty tehtävä on sopivinta hoitaa, myös kysymys siitä, olisiko ao. tehtävä tarkoituksenmukaista desentralisoida esimerkiksi kunnille. Toiminta voidaan valtiokonsernissa organisoida paitsi virastomuotoisesti myös liikelaitos-, rahasto-, yhtiö- tai säätiömuotoisesti. Valtio voi myös siirtää - lukuun ottamatta merkittävää julkista vallankäyttöä sisältäviä viranomaistehtäviä - tehtävän ei-julkisen sektorin hoidettavaksi kokonaan tai osittain pitäen itsellään tehtävän rahoituksen ja/tai valvonnan.⁴

Ohjaus järjestelmänä

Ohjauksen järjestelmäajattelun mukaisesti voidaan ohjausta mallintaa ohjausjärjestelmäksi, jossa on ohjaava yksikkö, josta lähetettävät ohjausimpulssit suunnataan ohjattavaan organisaatioon tai suoraan ihmisiin. *Ohjaus* on määritelty vaikuttamiseksi minkä tahansa toimintayksikön toiminnan suuntaamiseen välittömästi tai välillisesti sekä laadun että määrän osalta halutunkaltaisen tuotoksen aikaansaamiseksi. Ohjausimpulssi taas on heräte, informaatio, jonka ohjaava yksikkö lähettää ohjattavalle toivottavan käyttäytymisen aikaansaamiseksi (Alhstedt, Jahnukainen ja Vartola 1974, 42).



Kuvio 2. Ohjaustapahtuman osatekijät (Alhstedt, Jahnukainen ja Vartola 1974, 43)⁵

Missä määrin tietty toimintayksikkö on käsitettävissä ohjaavaksi yksiköksi, riippuu ratkaisevasti yksikön ohjausvoimasta. *Ohjausvoimalla* tarkoitetaan asemaan tai asiantuntemukseen perustuvaa, usein säädöksissä ilmaistua oikeutta ja valtaa vaikuttaa toisen toimintayksikön käyttäytymiseen. (mt. ed., s. 43.). Järjestelmäajattelun mukaisesti voidaan ohjausjärjestelmä vielä pilkkoa osajärjestelmiin; esimerkiksi Alhstedt, Jahnukainen ja Vartola ovat edellä mainitussa teoksessaan erottaneet osajärjestelmiksi tavoite- ja informaatiojärjestelmät⁶, jotka luovat perustaa päätöksentekojärjestelmälle ja sen lähettämille ohjausimpulsseille, sekä toimeenpanojärjestelmän, joka suuntaa päätökset ohjausimpulsseina toimintayksikön eri osiin ja saa aikaan ja ohjaa päätösten toteutuksen.

⁴ Perustuslain 124. pykälässä on asetettu ehdot sille, miten julkisia hallintotehtäviä voidaan antaa muille kuin viranomaisille.

⁵ Ks. myös raportin kuvio 6. ohjauksen systeemiajattelusta.

⁶ Eduskunnan valtioneuvoston tarkastajat ovat kiinnittäneet huomiota sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tilastointitiedon puutteellisuuteen ohjauksen kannalta (kertomukset vuosilta 1999 ja 2000).

Ohjausta voidaan jäsentää myös sen mukaan, mihin ohjattavan yksikön toimintaprosessissa pyritään vaikuttamaan. Tätä kuvaa seuraava kuvio.



Kuvio 3. Ohjauksen perusulottuvuudet

Kuviossa 3 on kaksi keskeistä ulottuvuutta ohjausvalinnoissa: ohjauksen yksityiskohtaisuus ja yleisyys ja toisaalta ohjauksen kohdistuminen panoksiin, panosten muuntoprosessiin ja prosessin aikaansaamiin tuotoksiin ja tuotosten vaikutuksiin. Yksityiskohtaista ohjausta kutsutaan usein detaljiohjaukseksi, kun taas yleispiirteistä kehysohjaukseksi tai puiteohjaukseksi. Tuotannontekijöitä budjetoiva menolajibudjetointi on esimerkki panosohjauksesta, kun taas 1990-luvulla yleistynyt tulosohtaus on prosessin tuotospäähän keskittyvää ohjausta.⁷ Tulosohtaus nähtiin vaihtoehtona aiemmin valtionhallinnossa painotetulle säädös- ja resurssiohtaukselle (Lumijärvi & Salo 1996, 11-12). Tulosohtauksessa ovat korostuneet taloudellisuus- ja tuottavuusvaateet, mutta myös laatuohjaus voi sisältyä siihen (Lumijärvi 1998, 78). Ohjauksen yhteydessä puhutaan joskus myös menettelytapaohjauksesta ja sisältöohjauksesta (Lumijärvi 1998). *Ohjauksäsitteistä on raportin liitteenä sanasto.*

Ohjauksäsitteitä voidaan muodostaa myös ohjaajien perusteella. Valtionhallinnossa ohjaus on hajautunut usealle viranomaiselle: eduskunnalle, hallitukselle, ministeriöille, aluehallintoviranomaisille, virastoille ja laitoksille jne. Toimijoiden mukaan voimme puhua ministeriöohjauksesta, eduskunnan ohjauksesta jne. Sosiaali- ja terveystalvueluita tuottavissa palveluyksiköissä voidaan käyttää käsitettä itseohjautuvuus, jolle ulkoinen ohjaus jättää liikkumavaraa. Ohjausta kohdistuu palveluyksiköihin asiakkaista (asiakasohjaus) ja markkinoilta kysynnän kautta (markkinaohjaus). Palvelujen ulkoistaminen, kilpailuttaminen ja ostopalvelut taas liittyvät sopimusohjaukseen (ks. Lumijärvi 1998). Sopimusohjaus edellyttää ohjaajalta uutta kykyä ja asiantuntemusta verrattuna perinteiseen hierarkkiseen organisaation sisällä tapahtuvaan ohjaukseen ja valvontaan.

⁷ Tulosohtausjärjestelmä painottaa keskusjohtoisuuden sijaan toimintojen hajauttamista tulosityksiköille, joita ohjataan toiminta-ajatuksella, tuloskriteereillä ja tulostavoitteilla. Valtionhallinnossa tulosohtaus käynnistyi virallisesti valtiovarainministeriön aloitteesta vuonna 1988. Uudistus laajeni vähitellen valtionhallinnossa niin, että vuoden 1995 talousarviossa kaikki valtion tilivirastot olivat tulosohtattuja siten, että niissä oli otettu käyttöön tulosbudjetointi ja tulostavoitteet. Tulosohtausjärjestelmä ei aina merkitse desentralisaatiota - se mahdollistaa myös tulostavoitteilla tapahtuvan keskitetyn ohjaamisen (Lumijärvi & Salo 1996, 9-11).

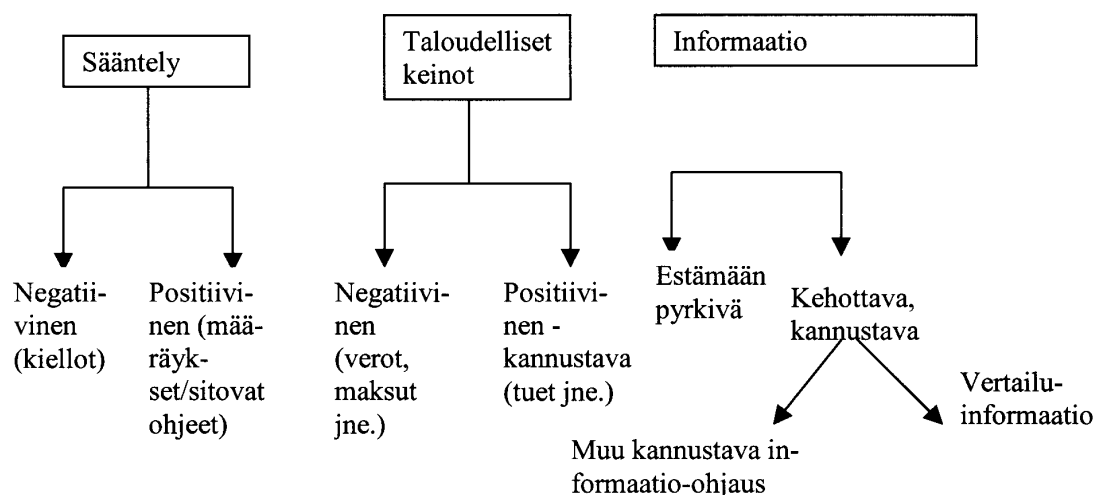
Puitelaki on ohjaustekniikkaa, jossa normi on enemmän tai vähemmän joustava yksittäistapausten suhteen. Siinä lainsäätävä antaa ainoastaan yleisiä tavoitteita ja toimintalinjoja toiminnalle. Usein puitelakeja on ollut tarpeen tarkentaa lakeja alemmilla määräyksillä (RRV 1996:50, 96). Kuviossa 3. puiteohjaus sijoittuu origosta oikealle kohti yleisluonteista ohjausta. Puitelait voivat olla joustavuudeltaan ja yleispiirteisyydessään eriasteisia. Eniten yleisluonteisia ovat senkaltaiset puitelakeihin sisältyvät finalistiset normit, jotka ilmaisevat ainoastaan halutun suunnan ja tavoitteen, jota tulisi edistää. Ohjauskeinona puitelakitekniikka voi liittyä tulosohjaukseen, jossa tulostavoitteet tarkennetaan julkisissa budjeteissa ja niihin liittyvissä tulossopimisjärjestelmissä.

Ohjausketju parlamentista valtion keskushallinnon välittämänä ja tarkentamana toimeenpanville viranomaisille voi olla pitkä. Voi olla myös niin, että parlamentin päättämä raamiohjaus puitelainsäädännön muodossa jättää toimeenpanolle laajan toimintavapauden, mutta lakia täydentävät hallituksen asetukset, ministeriöiden ja keskusvirastojen ohjeet ja määräykset johtavat käytännössä siihen, että ketjun loppupäässä oleva toimeenpano onkin tarkasti ja yksityiskohtaisesti ohjattu. Toimeenpanon ollessa kuntien huolena, kuntien oma sisäinen tehtävään liittyvä ohjeistus voi sekin olla detaljimaista ja vieläpä ristiriitaista valtion ohjauksen kanssa. Tilanne on silloin vaikea täytäntöönpanosta huolehtivan työntekijän kannalta.

Ohjauskeinojen kolmijaottelu

Seuraavaksi ohjausta tarkastellaan erityisesti ohjauksen muodon, ei niinkään ohjauksen kohteen tai ohjauksen toimijan näkökulmasta.

Vedungin luokituksessa instrumentit jaetaan sääntelyyn (regulation), taloudellisiin keinoihin (economic means) ja informaatioon (information). Kansanomaisesti Vedung puhuu kepeistä, porkkanasta ja saarnaamisesta vallankäytön perusvalintoina, kun halutaan saada kansalaiset toimimaan ja käyttäytymään tietyllä tavalla. Vedung erottaa näiden kolmen pääkeinon sisällä negatiiviset ja positiiviset keinot. Vedung käsittelee ohjausta hallinnon suhteen kansalaisiin ja yksityiseen sektoriin, mutta asetelmaa voi soveltaa yleisemmin ohjaukseen, myös kuntien ohjaukseen.



Kuvio 4. Poliittikkainstrumenttien päätyypit (mukaillen Vedungia teoksessa Bemelmans-Videc ja kumppanit, 1998).⁸

⁸ Tätä ohjauskeinojaottelua voidaan käyttää hyväksi tavoite-keinopuussa (ks. luvut 6. ja 7.).

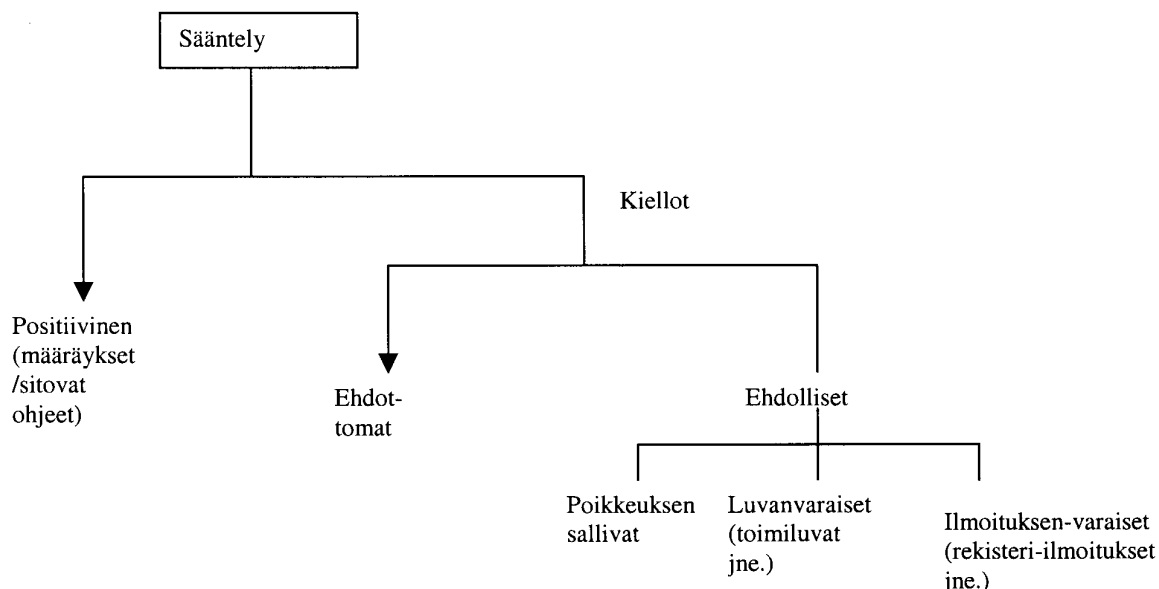
Kannustavasta ohjauksesta on nostettu erityisesti esille vertailuinformaatio, joka julkisesti esitettynä saattaa vaikuttaa voimakkaasti ja kannustaa julkista yksikköä muun muassa lisäämään tuottavuuttaan. Puhutaan ns. vertailukehittämisestä (bench marking).

Sääntely

Sääntely eli regulaatio on kaikkein pakottavin keino, jolla valtiovalta haluaa kohteena olevien kansalaisten tai organisaatioiden käyttäytyvän tietyllä tavalla tai pidättäytyvän tietyn tyyppisestä käyttäytymisestä. Sääntelyä vastaavana käsitteenä käytetään *normiohjaus* -käsitettä ohjauksen perustessa oikeusnormeihin. Oikeusvaltioajattelussa lähdetään siitä, että hallinto voi toimia vain säädetyn oikeusjärjestyksen rajoissa ja viranomaisen toiminnan on perustuttava lakiin tai oltava siitä johdettavissa.

Sääntelyssä tai normiohjauksessa säännöt voivat olla positiivisia, ohjata tietynlaiseen käyttäytymiseen, toivottavana pidettyyn, esimerkiksi kypärän, turvavyön tai talvirenkaiden käyttöön liikenteessä, varusmiespalvelukseen tai peruskoulutukseen, tai sitten ne voivat pyrkiä ehkäisemään tai rankaisemaan tietynlaista käyttäytymistä, esimerkiksi päihteiden käyttöä, toisen vahingoittamista, murtoja ja varkauksia tai pilaantuneiden elintarvikkeiden myymistä kuluttajille.

Säännöistä voidaan erottaa ehdottomat kiellot, kiellot, jotka sallivat poikkeukset tietyissä tilanteissa, sallivat normit (enabling legislation), joita ovat esimerkiksi rakentamisluvat, toimiluvat, kulkuneuvon ajoluvat, kalastuskiintiöt, lisenssit, auktorisoinnit jne., sekä ilmoituksenvaraiset toimet, ts. toimenpiteet, joihin voidaan ryhtyä vasta sen jälkeen kun viranomaisen on saanut tästä ilmoituksen. Tietyissä tilanteissa ilmoitus voi johtaa viranomaisen tarkastukseen, joka päättyy luvan antamiseen tai kieltoon (Vedung 1998, 40-42 ja Vedung 2000, 129-31).



Kuvio 5. Sääntelyn alajaottelu (Vedung 2000, 130).

Sääntelytyypit voidaan kohdistaa myös kuntiin tai esimerkiksi kolmannen sektorin toimijoihin. Kuntien kohdalla voitaisiin puhua ehdottomista velvoittavista säännöistä, kunnalle harkintavaltaa jättävistä velvoittavista säännöistä sekä luvanvaraisista toimista (esim. sääntö, joka edellyttää kunnalta kaatopaikan ympäristöluvan hakemista ympäristökeskukselta). Kuntien sääntelyn muotoihin palataan tarkemmin luvussa 2.5.

Sääntelyllä voi olla yhtymäkohtia muihin ohjauskeinoihin. Tuoteselostepakko on esimerkki sääntelystä, joka koskee tuottajia. Kuluttajan näkökulmasta tuotteessa oleva selostus, esimerkiksi savukerasiassa tuotteen haitallisuudesta kertova teksti, edustaa informaatio-ohjausta.

Sääntelyllä pyritään edistämään yleistä julkista intressiä. Mutta usein myös sääntelyn kohteena olevan tahon omat intressit vaikuttavat sääntelyyn. Sekin on mahdollista, että sääntelevä virasto tulee sääntelyn kohteena olevien ohjaamaksi. Taloustieteilijät ovat kehittäneet teorian siitä, miten sääntelyviranomaisen joutuu sääntelyn kohteena olevan teollisuuden vangiksi sopeuttaessaan sääntelyn sen etuihin (ns. capture theory of regulation) (Meier 1985).⁹ Myös kunnat pyrkivät joko suoraan tai järjestöjensä kautta vaikuttamaan valtion ohjaukseen (Hutchcroft 2001, 36).

Sääntöjen tehoon kohteena oleviin ihmisiin ja organisaatioihin vaikuttaa se, missä määrin ne käsitetään legitimeiksi, tarpeellisiksi ja tarkoituksenmukaisiksi. Sääntelyn tehokkuuteen vaikuttaa myös sääntelyn kohderyhmän koko ja valvonnan resurssit ja valvontajärjestelyt (Salomon 1989, 19)¹⁰. Sääntöjen noudattamiseen käytännössä vaikuttaa sekin, tunnetaanko niitä ylipäättänsä. Esimerkiksi kunnan hallinnossa voi syntyä tilanne, että jotakin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelua koskevaa normia ei tunneta eikä normilla ole tästä syystä vaikutusta. Informaatio säännöistä kuten muistakin policy -instrumenteista on tärkeätä, jotta niillä olisi edellytykset toimia hyvin.

Esimerkki normien vaikuttavuusongelmasta (ks. liiteraportti 2002, Viittala). Lasten päivähoitoa koskevan lain mukaan erityistä hoitoa ja kasvatusta tarvitsevien lasten kuntoutuksen yhteensovittamiseksi laaditaan lapselle kuntoutussuunnitelma yhteistyössä lapsen vanhempien ja tarpeen mukaan kunnan muun sosiaalihuollon, terveydenhuollon sekä koulutoimen kanssa (L 1119/1985 7 a §). Asetuksen mukaan, jos päiväkodissa on yksi tai useampia erityisen hoidon ja kasvatuksen tarpeessa olevia lapsia, on tämä otettava huomioon hoidettavien lasten lukumäärässä tai hoito- ja kasvatustehtävään osallistuvien henkilöiden lukumäärässä, jollei päiväkodissa ole tällaista lasta varten avustajaa (A 806/1992 6 §). Varhaiskasvatustyöryhmä (1999, 46) on arvioinut, että tämä asetus ei ole riittänyt turvaamaan niiden lasten asemaa, jotka tarvitsevat erityistä hoitoa ja kasvatusta. Usein käy myös niin että lain edellyttämää kuntoutussuunnitelmaa ei laadita. Tähän tilanteeseen voi tapauskohtaisesti olla erilaisia syitä. Resurssien ja tiedon puutteen lisäksi ehkä myös se, että ohjattava ei näe kuntoutussuunnitelman tekemistä tarpeelliseksi.

Taloudelliset keinot

Taloudelliset keinot voidaan jakaa kannustaviin ja houkutteleviin (tuet, avustukset jne.) ja ehkäiseviin (verot, maksut jne). Taloudelliset keinot voivat olla paitsi monetäärisiä eli rahamääräisiä niin myös ei-rahamääräisiä, materiaalisia palkintoja tai rangaistuksia (Vedung 2000, 132-133).

⁹ Maailmanlaajuisen huomion kohteeksi joutunut amerikkalaisen energiayhtiö Enronin konkurssitapaus liittyy suurten yritysten kykyyn vaikuttaa toimialansa sääntelyyn. Enron vaikutti siihen että USA:n liittovaltion energiasääntelykomissio ei ulottanut johdannaiskaupan raportointivaatimuksia sähköalan johdannaiskauppaa harjoittaville energiayrityksille kuten Enronille (Kyriakou 2002).

¹⁰ Jonkin lainsäädännön yhteydessä tulisi selvittää, riittävätkö valvontaresurssit vai jääkö säännös valvomatta ja mitä valvonnan puuttuminen vaikuttaa sääntelyn kohteiden käyttäytymiseen. Esimerkiksi Englannissa on vuonna 2001 harkittu vähäisen kannabistuotemäärän hallussapidon kriminalisoinnin poistamista, koska poliisin voimavarat eivät riitä asian noudattamisen valvontaan ja voimavarat voitaisiin käyttää huumausainerikollisuuden muissa vastustamistehtävissä tehokkaammin.

Taloustieteilijät lähtevät yleensä siitä, että jos julkisen vallan on puututtava markkinoihin, se on tehokkuussyistä parempi tehdä taloudellisilla kannustimilla kuten veroilla ja maksuilla kuin suoralla sääntelyllä (Meier 1985, 6-7). Tämä perustelu liittyy taloustieteilijöillä usein siihen, että julkisella vallalla on vain rajoitetusti tietoa optimaalista sääntelyä varten, joten yhteiskuntataloudellisesti tavoiteltua kulutuksen ja tuotannon tasoa voidaan edistää pakottavan sääntelyn sijasta paremmin ohjauksella, joka on vähemmän pakottavaa.¹¹

Sama positiivinen-negatiivinen -ulottuvuus liittyy myös taloudellisiin keinoihin ja informaatioon. Valtio voi esimerkiksi antaa taloudellista tukea ihmisille ja organisaatioille, jotka edistävät ympäristönsuojelullisia tai energiaa säästäviä toimenpiteitä. Negatiivisena, taloudellisena keinona valtio voisi asettaa veron epätoivottavalle käyttäytymiselle tai toiminnalle, esimerkiksi tupakoinnille ja ympäristöä kuormittavan energian käytölle. Kuluttajan tai yrityksen valitessa veron kohteena olevan kuluttamisen tai tuotantotavan, vero lankeaa maksettavaksi.

Usein oikeudelliseen sääntelyyn on yhdistetty taloudellisia seuraamuksia sääntöjen tehostamiseksi. Tiettyyn lakiin ja asetukseen sisältyvän säännöksen noudattamista tehostetaan liittämällä siihen taloudellisia sanktioita, sakkomaksuja ja vastaavia niille, jotka eivät käyttäydy säännöksen edellyttämällä tavalla. Tässä yhteydessä on huomattava, että Vedungin luokittelussa taloudelliset keinot erottaa sääntelystä vapaaehtoisuus. Liikenerikkomuksesta saatu sakko, esimerkiksi ylinopeussakko, on luokittelun mukaan negatiivista sääntelyä, seuraus säännön rikkomisesta, ei taloudellinen keino ehkäistä tai kannustaa tietynlaiseen käyttäytymiseen, jonka suhteen ihmisellä on valinnan vapaus. Nopeusrajoitus on sääntö, jota tulee noudattaa. Ensisijaisena taloudellisena instrumenttina Vedungin luokittelussa toimii se, että paljon kuluttavat autot eivät ole kiellettyjä, mutta niillä on korkeampi vero kuin vähän kuluttavilla autoilla.

Taloudelliset stimuloivat eli kannustavat instrumentit jaetaan taloustieteessä usein käteisiin maksuihin ja tulonsiirtoihin (in-cash) sekä palvelujen muodossa annettuun tukeen (in-kind). Valtionavut, avustukset, maksut, takaukset ja korkotuet ovat esimerkkejä rahamuotoisista keinoista, kun taas julkisen vallan tarjoamat maksuttomat terveydenhuoltopalvelut ja ilmaiset kouluateriat ovat esimerkkejä palvelutuesta. Palvelutuki on saajan käyttäytymistä rajoittavampaa kuin käteiset tulonsiirrot. Käteisen ja palvelutuen välisistä eroista, haitoista ja eduista, on debatoitu laajasti niin taloustieteessä kuin sosiaalipolitiikassakin. Käteisen tuen etuna on pidetty saajan vapautta itse päättää valtiolta saadun rahan käytöstä. Käteinen automaattinen tuki kaikille tietyt ehdot täyttävälle ihmiselle ei leimaa saajaansa. Käteinen tukiohjelma saattaa myös olla hallinnollisesti yksinkertaisempi kuin palvelutuki. Käteistä tukea taas voidaan arvostella sillä perusteella, että sen avulla voi olla vaikea ratkaista sosiaalisia ongelmia, jos saajataloudet eivät osaa tai halua käyttää tukea tarkoituksenmukaisesti. Lisäksi on huomattava, että käteisen käyttö tiettyyn tarvittavaan palveluun riippuu siitä, onko palvelua käytännössä saatavilla. Palvelutuen avulla voidaan tehokkaammin taata resurssien käyttö määrättyjen palvelujen ja muiden hyödykkeiden kulutukseen ja välttää tuen saajien epätarkoituksenmukainen resurssien tuhlaus (Vedung 1998, 44).

¹¹ Vrt. esimerkiksi ilmasto-ohjelmiin, jossa päästöjä pyritään vähentämään päästökiihtiöillä ja päästökaupalla, jossa yritykset voivat ostaa ja myydä päästöoikeuksia. Päästökaupan uskotaan ohjaavan päästövähennykset sinne, missä ne on edullisinta toteuttaa. Markkinaohjauksen toimivuus on kuitenkin usein rajoitettua sosiaali- ja terveydenhuollossa muun muassa sen takia että yksityisiä tuottajia ja kilpailua ei ole tarjolla esimerkiksi harvaan asutussa periferiassa.

Kotitalouden palvelutuki tai käteinen tuki -problematiikkaa vastaa kuntien tehtäväkohtainen tai yleinen valtionapu valintaproblematiikka (ks. luku 5.). Julkistaloustieteessä käteisen ja ehdollisen tuen välistä valintaongelmaa on käsitelty laajasti.

Taulukko 1. Käteinen tuki ja palvelutuki

	Käteinen tuki	Palvelutuki
Edut	Saajan vapaus päättää käytöstä omien preferenssien mukaisesti Ei-tarveharkintainen tuki ei leimaa saajaa Tukihallinto mahdollista tehdä yksinkertaiseksi	Tuen kohdentamismahdollisuus hyvä Vältetään tuen väärinkäyttöä Antajan intressit toteutuvat paremmin kuin käteisellä tulonsiirrolla
Haitat	Käteisen tuen väärinkäyttömahdollisuus Vaikeus ratkaista sosiaalista ongelmaa tuen antajan tarkoittamalla tavalla Käteinen tuki ei takaa tietyn palvelun tarjontaa	Usein hallinnollisesti työlämpi kuin käteinen tukijärjestelmä Rajoittaa saajan preferenssien toteuttamista Voi pakottaa saajan ylikulutukseen (silloin kun saaja päätyisi palvelutukea vastaavalla käteisellä tuella pienempään kulutukseen)

Käteisen ja palvelutuen problematiikka on ollut esillä muun muassa vuonna 2002 EU:n Suomelle antaman elintarvikeavun jatkamiskysymyksen yhteydessä. Monet ovat pitäneet ruokavun hakemista jonottamalla nöyryyttävänä ja pitäneet parempana sitä, että kotimainen toimeentulotuki toimisi niin tehokkaasti että ihmiset saisivat mahdollisuuden itse valita käteisellä tuella kaupasta ruokansa. Toimivasta palvelutuesta on hyvä esimerkki äitiyspakkaus, jonka äiti voi valita käteisen rahan sijasta. Suomalainen äitiyspakkaus on saanut ulkomaita myöten ylistystä toimivana tukimuotona.

Tutkimukset ovat osoittaneet repressiivisistä, rankaisevista taloudellisista keinoista, että ne (verot, sakkomaksut, hinnankorotukset, jne.) ovat tehokkaita keinoja vaikuttaa käyttäytymiseen. Niiden ongelmana on toisaalta se, että niihin liittyy usein voimakasta vastustusta ao. intressiryhmiltä, eivätkä ne aina ole poliittisesti suosittuja. Tukien ja avustusten ongelma on taas se, että ne ovat usein kalliita ja tehottomia.

Informaatio

Myös informaatio voi perustua negatiiviseen ulottuvuuteen, tietyn tyyppisen käyttäytymisen haittojen vakuutteluun ja taivutteluun käyttäytyä toisin, esimerkiksi siten, että valtio ryhtyy valistuskampanjaan tupakoinnin vaaroista tai kampanjoimaan alkoholin käytön vähentämiseksi. Voidaan myös tähdätä positiiviseen informaatioon, jolla pyritään taivuttelemaan valtiollan hyväksi näkemään käyttäytymiseen, kansalaisia pyritään esimerkiksi rohkaisemaan ammatilliseen koulutukseen tiedottamalla koulutuksen tuomista eduista ja mahdollisuuksista.

Kaikkiin politiikkainstrumentteihin liittyy informaatioulottuvuus. Valtion on tiedotettava politiikkainstrumenteistaan, jotta ne vaikuttaisivat. Valtion viranomaiset tiedottavat esimerkiksi uusista laeista ja säännöksistä tai avustuksista. Jotta kansalaiset voisivat noudattaa jotakin uutta säännöstä, heidän on oltava tietoisia siitä. Esimerkkinä voisi olla esimerkiksi uusi säännös sallitusta veren alkoholipitoisuudesta kuljettaessa ajoneuvoa liikenteessä tai uusi jätelaki, joka määrittelee kotitalouksien velvollisuuksista jätteiden lajittelussa ja käsittelyssä. Tällainen informaatio on erotettava informaatiosta erityisenä politiikkainstrumenttina (Vedung 1998, 48).

Informaation välitys voi olla yleistä, tyypillisesti yksisuuntaista joukkotiedotusvälineitä käyttävää tiedotusta, tai ryhmä- tai henkilökohtaista tiedonvälitystä, johon voi sisältyä myös kaksisuuntaisuutta. Vedung on jaotellut informaatio-ohjauksen muodot kuuteen luokkaan (Vedung 1996).

Taulukko 2. Informaatio-ohjauksen luokittelutapoja (Vedung 1996)

Tiedotuskanava	Sisältö	Ajallinen kesto
Joukkotiedotuskanavaa käyttävä - henkilökohtainen tiedotus	Kannustava - estämään pyrkivä informaatio	Jatkuva informaatio - määrääikainen tiedotuskampanja
Kohdejoukko	Välitystapa	Vastaanottajan aktiivisuus
Yleinen informaatio - kohden-nettu informaatio	Yksisuuntainen - kaksisuuntainen informaatiovälitys	Aktiivinen tiedon haku - passiivinen vastaanotto

Informaatio-ohjauksen järjestämisen kannalta kohderyhmän koko on tärkeää eli kohdistuuko ohjaus suureen vai pieneen ihmisjoukkoon. Toinen tärkeä tekijä on informaation välitysmuoto; käytetäänkö henkilökohtaista tiedottamista vai yleistä joukkotiedotusvälinettä. Jos kohderyhmä on pieni, on usein taloudellisesti mahdollista käyttää henkilökohtaista tiedotusta. Jos taas kohteena ovat suuret ihmisjoukot, on yleensä taloudellista käyttää joukkotiedotusta (Hood 1983, 335-36). Myös informoitavaan asiaan liittyvä konsensuksen tai hyväksynnän aste vaikuttaa - jos ihmiset vastustavat yleisesti jotakin valtiollaan ajamaa asiaa, informoinnin voimakkuus usein lisääntyy muuttuen mahdollisesti propagandaksi (Hood 1983, 38).

Informaatio-ohjauksessa voidaan käyttää sopivasti yhdistellen useita menetelmiä, esimerkiksi vakavan kulkutaudin tai epidemian uhatessa voidaan turvautua kaikkiin käytettävissä oleviin keinoihin. Tiettyjä tartuntavaarassa olevia ihmisryhmiä (esim. suonensisäisiä huumeita käyttävät ihmiset) voidaan varottaa erikseen ja samalla ehkä käynnistetään laaja tiedotuskampanja suurelle yleisölle.

Informaatiokeinojen etuna on se, että se voidaan järjestää usein suhteellisen halvalla tavalla, mutta toisaalta sen vaikuttavuutta eli todellisia vaikutuksia kohteena olevien käyttäytymiseen on usein vaikea todentaa. Tutkimukset antavat viitteitä siitä, että informaatiolla on vaikutusta, mutta usein tämä vaikutus kohteena olevien käyttäytymiseen on vähäinen ja ajassa rajallinen. (Vedung 1998, 117-118, 123, Doelen 1998, 142).

Informaatiokeinoa käytettäessä ei välitetä vain faktoja ihmiselle, vaan myös suosituksia ja arvotyyppistä informaatiota siitä, mikä on hyvää tai huonoa käyttäytymistä. Keino erottaa sääntö- ja resurssiohjauksesta se, että siihen ei sinänsä sisälly pakkoa eikä materiaalisten resurssien antamista tai poisottamista. Suositusten mukainen käyttäytyminen on täysin kohteen omassa harkinnassa (Vedung 1998, 104). Näiden vaikutus jää helposti vähäiseksi. Sen sijaan informaation manipulatiivinen muoto, repressiivinen propaganda, voi olla äärimmäisen tehokas vaikuttamiskeino, mistä ihmiskunnan historiassa on riittävästi kaikkien tuntemia esimerkkejä. Propagandaohjelma kohtaa toisaalta usein vastustusta. Viranomaiset pyrkivät demokratioissa yleensä tarjoamaan neutraalia faktatietoa sekä lisäksi kehottavaa ja ohjaavaa informaatiokampanjatyypistä ja pr- ja markkinointityypistä tietoa. (Doelen 1998, 140-143).

Keinona informaatio ei ole sopiva silloin, kun valtio tavoittelee universaalia käyttäytymistapaa ilman poikkeuksia. Julkinen valta ei voi esimerkiksi sallia ihmisten murhaamista tai laillisten sopimusten rikkomista. Tällaiseen tilanteeseen sopivat paremmin sääntely ja valvonta. Informaatio voi olla sopiva keino varsinkin silloin, kun poikkeamat sallitaan ja julkinen in-

tressi ja kohteena olevien ihmisten intressit ovat samanlaiset. Tällöin voimme olettaa että kohteena olevat ovat vastaanottavaista informaatiolle.

Esimerkki informaatio-ohjauksesta. Puolustusvoimat lähettää kaikille tammikuussa palvelukseen astuville jo ennakkoon kotiin kunto-ohjelman ja tiedotteen. Varusmiespalveluksen keskeyttää vuosittain terveydellisistä syistä noin 8,5 prosenttia 30 000 asevelvollisesta. Pääesikunnan mukaan on sekä asevelvollisen että puolustusvoimien etu, jos palveluksen keskeyttämistä voitaisiin vähentää paremmalle valmentautumisella. (Lähde: Helsingin Sanomat, A 11, 3.11.2001).

Valtio voi puolustaa informaatiotaan paternalismilla, eli sillä että valtio tietää huonommin tiedostavaa ihmistä paremmin mikä on hänen parhaaksi. Tehokkuusnäkökulmasta informaatiokeino on nähty hyväksi keinoksi kriisitilanteessa, kun ei ole aikaa muihin aikaa vieviin ja hitaasti hallinnoitaviin keinoihin. Informaatiokeinoa voi perustella myös sillä, että ihmisten käyttäytymistä on eräissä tilanteissa liian vaikea ja epäkäytännöllistä valvoa. Tässä yhteydessä on esimerkkinä mainittu USA:ssa tehokkaasti käyty tiedotuskampanja avotulen välttämiseksi Amerikan kansallispuistoissa. Valtavissa puistoissa on vaikea järjestää kävijöiden valvontaa, mutta tiedotuskampanjalla voidaan tavoittaa laajat joukot. Informaatiokeinolla on myös etunsa legitimaationäkökulmasta. Se on keinona vähemmän ihmisiä pakottava ja saa siten usein paremman vastaanoton kuin vaihtoehtona olevat pakottavammat keinot. Valtio voi käyttää hyväksi tätä lähtökohtaa ja turvautua vasta sitten pakottavimpiin keinoihin, kun informaatio-ohjaus osoittautuu riittämättömäksi. Joskus valtio voi turvautua informaatioon symbolistisella tavalla, keinona osoittaa olevansa aktiivinen tietyn ongelman suhteen vaikkakin todellisuudessa ei pyritäkään ongelman ratkaisuun (Vedung 1998, 107-114, Doelen 1998, 142.).

Uudet viestinnän välineet kuten sähköisen viestinnän erilaiset muodot on otettava huomioon informaatio-ohjauksessa. Internet, sähköposti ja nettiverkot tarjoavat uusia mahdollisuuksia, jotka voivat olla tietyissä tilanteissa perinteisen median keinoja tehokkaampia.

Esimerkki. Poliitiikan eri osapuolet ja toimeenpanijat voivat saada paitsi tietoja myös osallistua politiikkaan internetin avulla. Kotisivuilla voidaan tiedottaa ajankohtaisista asioista, pitää yllä keskustelupalstoja, palautesivuja ja kysymyssivuja. Valtion virastoista muun muassa STM ja Stakes tiedottavat kotisivuillaan ohjelmistaan ja suunnitelmistaan sekä tutkimus- ja julkaisutoiminnastaan. Stakesilla on myös palautesivu. Lääninhallitukset julkaisevat arviointiraportteja omilla kotisivuillaan peruspalvelujen saatavuudesta alueillaan.

Taulukko 3. Ohjausmuotojen edut ja haitat

Säätely	Taloudelliset keinot	Informaatio-ohjaus
Pakottavin ohjausmuoto	Kannustava tai ehkäisevä vaikutus	Ei-pakottava muoto
Tehokas vaikutus ohjattavaan, mutta vaatii valvontakoneiston ja valvontaresursseja	Mahdollistaa käyttäytymisen soveltamisen ohjauskohteen itsensä päätettäväksi (tuki tai haittamaksu)	Usein heikko vaikutus käyttäytymiseen
Detaljimaisella säätelyllä epätarkoituksenmukaisuuden ja epäajanmukaisuuden vaara	Tuki lisää valtion menoja, haittamaksu lisää valtion tuloja	Kohteen helpompi hyväksyä kuin pakottavat ohjausmuodot
		Tiedotuksen nopeus ja ulottuvuus laajoihin kohderyhmiin (etu esim. kriisitilanteessa)

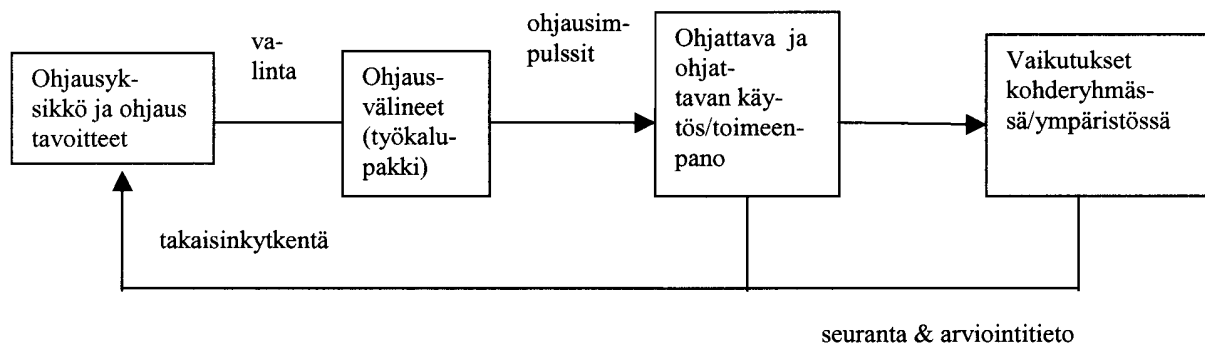
2.3 Ohjauksen valinnan yleiset tekijät ja edellytykset

Ohjauskeinojen tehokkaan valinnan kuvaaminen ei periaatteellisella tasolla ole vaikeaa. Poliitikasta päätettäessä ja sitä toimeenpantaessa kohdataan kuitenkin monia käytännön ongelmia.

Ensinnäkin yhteiskunnallisen ongelman ja ohjaustilanteen tyhjentävä analyysi ei ole helppoa. Jos ongelman erittely, ohjaustavoitteen ja keinojen välinen kausaalinen yhteys on epäselvä, on vaikea tietää, mikä on tehokkain käytettävissä oleva keino ongelman ratkaisemisessa. Käytännössä toimitaan epätäydellisen tiedon varassa ja käytäntö vastaakin harvoin rationaalisen suunnittelun ja päätöksenteon ideaalia.

Esimerkki. Opioidiriippuvaisten huumeidenkäyttäjien tarkoituksenmukaisen ja tehokkaan hoidon tavasta on ollut erimielisyyttä myös lääketieteen edustajien välillä - on kiistelty muun muassa vieroitushoidon ja siinä käytettävän lääkehoidon ja korvaushoidon muodoista, tehosta ja etiikasta. Vasta tutkimustulosten ja näyttöjen varmistuttua uusista lääkeaineista ja hoitomuotojen tehoista, aletaan uusia valtakunnallisia normeja ja ohjeita.¹²

Monimutkaisuuden perusta on jo siinä, että ohjaus on perimmänsä käyttäytymiseen vaikuttamista. Ohjaajalla on intressi, jonka se toivoo näkyvän ohjattavan toiminnassa. Kun ohjattavan toiminta muuttuu halutulla tavalla, on ohjaus onnistunut. Käyttäytymisen näkökulma määrittelee osaltaan myös ohjauksen sisällöllistä tarkoituksenmukaisuutta. Mikäli halutut käyttäytymisvaikutukset tapahtuvat ilman ohjaustakin, on ohjaus periaatteessa tarpeetonta.



Kuvio 6. Ohjausketju systeemi-prosessina

Käyttäytymisen ja vaikutusten ohella ohjauskeinojen valintaan vaikuttavana tekijänä voidaan pitää symbolisia tekijöitä. Ohjausta suoritetaan, jotta saataisiin hyväksyntä ulkoiselta ympäristöltä.

¹² STM:ssä oli keväällä 2002 valmisteilla asetus, jolla lisättäisiin huomattavasti korvaushoitoa saavien potilaiden hoitopaikkoja (Aamulehti 1.3.2002, A 5).

Politiikkatavoitteen ja siihen liittyvän ohjauksen onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä on koottu yhteen seuraavassa luettelossa.

1. Poliitiikan/ohjelman ja julkisten tehtävien luonne
2. Toimintaympäristön luonne (kontingenssiasetelma)
3. Ohjausvoima
4. Toimeenpano
5. Ohjauskeinojen hyväksyttävyyys
6. Ohjaukseen liittyvä epävarmuus

1. Poliitiikan/ohjelman ja julkisten tehtävien luonne

Ohjauksen keinovalikoimaa mietittäessä on oleellista miettiä sitä, minkälaisesta politiikasta ja tehtäväkokonaisuudesta on kysymys. Erilaiset tehtävät ja tavoitteet vaativat toisistaan poikkeavia välineitä. Tältä osin on tarkoituksenmukaista erottaa toisistaan julkisen vallan käyttöä edellyttävät viranomaistehtävät, palvelutehtävät ja kehittämistehtävät sekä pohtia niiden vaatimaa ohjausta ja ohjausvälineistöä.

Valtion viranomaistehtävät liittyvät tavallisesti kansalaisten turvallisuuteen, oikeusturvaan ja lakisääteisiin, aina yhdenmukaisuutta vaativiin tehtäviin. Ohjaus perustuu lähinnä ehdottomiin kieltoihin ja muuhun normiohjaukseen.

Ehdottomasta sääntöohjauksesta on kysymys silloin, kun kansalainen on aina oikeutettu toimeentulotukeen tiettyjen kriteerien, esimerkiksi heikon ansiotason, täytyessä. Monissa sosiaali- ja terveystaloudessa ei kuitenkaan tavoitella ehdotonta yhdenmukaisuutta. Mutta niissäkin halutaan varmistaa, että ne ovat laadullisesti ja määrällisesti riittäviä kaikille kansalaisille. Näissä palveluissa sovelletaan usein ministandardeja takaavia ehdottomia normeja (subjektivisia oikeuksia asiakkaille ja ehdottomia velvoitteita palvelun tarjoajalle). Myös informaatio-ohjaukseen kuuluvissa laatusuosituksissa voidaan käyttää minimistandardeja.

Toinen ohjauskokonaisuus muodostuu niin kutsutuista kehittämistoimenpiteistä, joilla pyritään aikaansaamaan uusia toimintakäytäntöjä tai palveluita sekä vastaamaan uusiin yhteiskunnallisiin ongelmiin. Tässä voidaan käyttää informaatio-ohjausta ja avustuksia esimerkiksi innovatiivisille kunnille ja muille palvelutuottajille.

Taulukko 4. Julkisten tehtävien luonne ja tyypillinen ohjaus

	Yhdenmukaisuutta edellyttävä viranomaistehtävä	Palvelutehtävä	Kehittämistehtävä
Tyypillinen ohjausmuoto	Sääntely (normiohjaus) ja sanktiot	Normit ja taloudellinen tuki	Kannustava taloudellinen tuki

2. Toimintaympäristön luonne

Toimintaympäristöllä viitataan kaikkiin niihin olosuhdetekijöihin, jotka vaikuttavat organisaation toimintaan. Ohjauksen keinovalintojen kannalta toimintaympäristön luonteessa on tarkoituksenmukaista erottaa kaksi ulottuvuutta. Yksi ulottuvuus koostuu ohjausympäristön yksinkertaisuudesta ja monimutkaisuudesta. Yksinkertaisessa toimintaympäristössä syyseuraussuhteet ovat hallittavissa niin, että vaikuttamalla johonkin toimijaan saadaan haluttuja tuloksia. Monimutkaisessa toimintaympäristössä lähtökohtana on, että toiminta muodostuu monen toimijan yhteistoiminnan seurauksena. Tällöin vaikuttaminen yhteen toimijaan ei välttämättä muuta kokonaisuutta halutulla tavalla.

Toinen toimintaympäristön luonteeseen vaikuttava tekijä on toimintaympäristön dynaamisuu- den aste. Kun toimintaympäristö on dynaaminen, tarkoittaa se sitä, että se on jatkuvassa muutostilassa. Vastakohtaisesti staattinen ympäristö tarkoittaa pysyväluonteista ja vakaata ympäristöä.

Toimintaympäristö on tullut yhä monimutkaisemmaksi ja dynaamisemmaksi. Tähän ovat vai- kuttaneet yksilöllistyminen ja yhteiskunnan rakenteelliset ja sosiaaliset muutokset. Sosiaaliset ongelmat ovat usein kasautuvia, ja niiden syy- ja seuraussuhteet moniulotteisia. Esimerkiksi asunto-, toimeentulo- ja päihdeongelmat kytkeytyvät yhteen, ja on vaikea arvioida, mikä kul- loinkin on syy ja mikä seuraus. Hallinnon omatkin toimintaperiaatteet ja rakenteet ovat muuttuneet. Kansainvälistyminen ja EU on tuonut lisähaasteita. Lisäksi toimeenpanoon vai- kuttavat yhä enemmän kolmannen sektorin organisaatiot ja markkinaperustaisesti toimivat yritykset, joilta ostetaan palveluita (ks. luku 4.).

Sosiaali- ja terveysministeriöillä on monta erilaista toimintaympäristöä: ensinnäkin varsinai- nen toiminnan kohteena oleva sidosryhmäympäristö, toiseksi hallinnollinen ja kolmanneksi poliittinen toimintaympäristö.

	Ympäristö	
	Yksinkertainen	Monimutkainen
Staattinen		
Dynaaminen		

Kuvio 7. Ohjausympäristön ja ohjauksen muodon kontingenssi, yhteensopivuus

Sosiaali- ja terveysministeriön ensisijainen toimintaympäristö koostuu tavallisesti kansalai- sista ja asiakkaista. Hallinnollinen toimintaympäristö muodostuu valtion toimeenpanevista viranomaisista. Esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriön toimialueella hallinnollinen toi- mintaympäristö kattaa muun muassa ministeriön alaisuudessa olevat keskushallinnon virastot kuten lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastot ja työsuojelupiirit. Lisäksi toimeenpanossa ovat mukana itsehallinnolliset sairaanhoitopiirien kuntayhtymät ja kuntien sosiaali- ja terve- ysorganisaatiot.

Tehokas asioiden hoitaminen edellyttää toisinaan yhä useamman ministeriön yhteistyötä ja yhteisten toimintalinjojen määrittelyä. Sosiaali- ja terveysministeriö on ohjauksessaan muo- dollisesti riippuvainen muista ministeriöistä, sillä lääninhallitusten, sosiaali- ja terveysosasto- jen yleisestä ohjauksesta vastaa sisäasiainministeriö.¹³

Sosiaali- ja terveystoimen toiminta ei riipu yksinomaan valtiollisesta politiikasta vaan myös kuntien oma poliittinen tavoiteasettelu vaikuttaa käyttäytymiseen ja toiminnan tuloksiin. Kunnissa ja kuntayhtymissä toimii lukuisia erilaista ammattipätevyyttä edustavia ryhmiä. Toimeenpanon kannalta myös kolmas sektori ja erilaiset potilas- ja erityisryhmien järjestöt ovat tärkeitä.

¹³ LH:n sosiaali- ja terveysosastojen päälliköt pitivät haastatteluissa ongelmana juuri sitä, että heidän osastonsa olivat STM:n tulosohtauksessa, mutta LH:n resurssiohjaus myös heidän osastonsa osalta sisältyy sisäasiainministeriön määrärahaohjaukseen.

Sosiaali- ja terveysministeriö toimii poliittisessa ympäristössä, ja politiikka asettaa usein erityisiä vaatimuksia hallinnolle ja sen vastuulla olevalle ohjaukselle ja toimeenpanolle. Poliittinen tahto voi olla välillä epäselvä ja toisaalta muuttua hallinnon kannalta liian nopeasti. Tyyppillistä poliittiselle päätöksenteolle ovat intressiristiriidat sekä keinojen ja tavoitteiden erottelemisen vaikeus. Poliitikkojen valitsemat ohjauskeinot voivat olla osin ristiriidassa keskenään.

3. Ohjausvoima

Kysymys vallasta liittyy olennaisesti ohjaukseen. Ohjaus ei toimi valtatyhjiössä. Toimeenpanijalla pitää olla tarvittava toimivalta, mutta myös poliittisella linjanvetäjällä tulee olla *sekä toimivaltaa että käytännön kykyä ohjata*. Voidaan käyttää käsitettä ohjausyksikön *ohjausvoima* (Alhlstedt, Jahnukainen ja Vartola 1974).

Sosiaali- ja terveysministeriön kannalta 1990-luvulla toteutettu tulosohjausuudistus on ongelmallinen, koska ministeriön sosiaali- ja terveyspalveluihin liittyvä tulosvastuu toteutuu paljolti muiden kuin valtionhallintoon kuuluvien organisaatioiden eli lähinnä itsehallinnollisten kuntien ja kuntayhtymien kautta. Ohjausvoiman puute aiheuttaa ongelmia. Ongelmaan liittyvät myös ministeriön kannalta tulostavoitteiden määrittelyn ja mittaamisen vaikeudet.

Toteutuksesta vastaavilla tahoilla ei aina ole voimakasta intressiä ja joskus jopa vastustetaan esillä olevia tavoitteita. Tämä vastustus on liitetty varsinkin kunta-valtiosuhteeseen (tästä esimerkiksi Page 1991, 14-34). Poliitiikan lopputulos voi tästä syystä olla erilainen kuin se, mihin valtio omalla politiikallaan pyrkii (Meier 1985, 12).

Toimija toimii usein paremmin, jos hän kokee ohjaukseen sisältyvän toiminnan sisällöllisesti tarkoituksenmukaiseksi. Kun ohjattavan arvomaailma vastata ohjaajan arvomaailmaa, kohteen on helpompi hyväksyä ohjaus.¹⁴ Jos ohjaus perustuu kohteelle vieraaseen arvomaailmaan (vrt. esim. maahanmuuttajien ja ns. valtaväestön mahdollisiin kulttuurieroihin), normiohjaus tarvitsisi tuekseen paljon informaatio-ohjausta. Ohjauksen arvomaailma voi olla myös vastoin tietyn ammattiryhmän etiikkaa ja arvoja. Esimerkiksi tulosohjaus- ja -johtamismalli on saanut sosiaali- ja terveysalan ammattiryhmiltä kritiikkiä. Tulosohtamisen ymmärtäminen saneeraamisen ja henkilöstön hiostamisen peitetermiksi vähentää mallin onnistumismahdollisuuksia (Salminen 1998, 140).

4. Poliitiikan toimeenpano

Sen jälkeen, kun poliitikot ovat päättäneet tietystä politiikasta (policy) ja siihen kuuluvista ohjauksesta ja politiikkainstrumenteista, politiikka ja siihen liittyvät ohjelmat jne. on pantava toimeen. Toimeenpanovaihe on kriittinen vaihe sen suhteen, että politiikassa tavoitellut lopputulokset voitaisiin saavuttaa mahdollisimman hyvin niiden rajoitteiden vallitessa, joita ympäristö asettaa. Suunnitteluvaiheessa ja ohjausvälineiden valintavaiheessa muodostetut oletukset saattavat osoittautua toimeenpanovaiheessa enemmän tai vähemmän paikkansa pitäviksi. Ohjaava taho voi seurata ja kontrolloida ohjattavan käyttäytymistä ja kontrollitiedon edellyttäessä muuttaa ohjaustaan. Kysymys on silloin takaisinkytkennästä ja jälleenohjauksesta (återstyrning) (Sannerstedt 1991, 15).

¹⁴ Tätä voi edesauttaa vuorovaikutteisuus ohjattavien kanssa. Vrt. esimerkiksi oikeusministeriön hankkeeseen, jossa valmistellaan toimintaperiaatteita kansalaisten osallisuudesta lakien valmisteluun (oikeusministeriön tiedote 13.3.2002).

Toimeenpanon kannalta tärkeää on sitä edeltävän organisointiohjauksen toimivuus. On kiinnitettävä huomiota siihen, onko toimeenpanosta vastaavilla organisaatioilla toimintakykyä eli sen kaltaisia sääntöjä, roolia, tavoitteita, resursseja ja teknologiaa sekä suhdetta ympäristöön, joka on välttämätöntä tai ainakin toivottavaa ohjauksen päämäärien saavuttamisen kannalta.

Valtakunnallisesti päätetyn politiikan/ohjelman/hankkeen potentiaalisia toteuttajia on usein monta. Keskeistä tässä kohdin on sen arviointi, paljonko ao. ohjaustavoite vaatii toteutuksen yhteydessä resursseja ja missä määrin ao. politiikan mahdolliset toteuttajatahot omaavat tosiasiallisesti näitä resursseja (henkilöstöä, ammattitaitoa, taloudellisia ja tiedollisia voimavaroja jne.). Resurssien lisäksi on arvioitava mahdollisten toteuttajien motivaatiota ja toimivaltaa. Voimme kuvitella tilanteen, jossa kunta saattaisi omata resursseja ja motivaatiota toimia, mutta siltä puuttuu toimivaltaa, esimerkiksi ulkopoliitiikan saralla, joka nykyisen lainsäädännön mukaan kuuluu valtiolle.

Esimerkki. Mikä organisaatio on sopivin hallinnon taso ja organisaatio pakolaisten vastaanottokeskusten hoitamiseen. Muun muassa Suomen Punainen Risti, Pelastusarmeija, kirkko, kuntien sosiaali- ja terveystoimi, kansalaisten vapaaehtoisjärjestöt, sosiaali- ja terveysministeriö, poliisihallinto ja työministeriö voisivat tulla kysymykseen joko yksin tai yhdessä toistensa kanssa erilaisin kombinaatioin.

Valtakysymys liittyy myös toimeenpanoverkostojen sisäisiin suhteisiin silloin, kun toimeenpano on hajautunut. Moniin sosiaali- ja terveydenhuollon ongelmien kestävätkin ratkaisut eivät voi olla vain viranomaisratkaisuja vaan vaativat muun muassa kolmannen sektorin ja ohjauksen kohteena olevien asiakasryhmien ja vastaavien ryhmien yhteistyötä. Toimeenpanon koordinoimisen kannalta verkoston hajanaisuus ja epäselvät vastuusuhteet voivat muodostaa ongelman.

Esimerkki. Vammaispalvelulain mukaan (laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 380/1987) (12 § yhteistyö) "Kunnan tulee vammaisten henkilöiden olosuhteiden edistämiseksi toimia yhteistyössä eri viranomaisten, laitosten, vammaisjärjestöjen sekä muiden sellaisten yhteisöjen kanssa, joiden toiminta läheisesti liittyy vammaisten henkilöiden elinoloihin."

Toimeenpanotutkimus

Toimeenpanoa on tutkittu varsin runsaasti ns. implementaatiotutkimuksen saralla. Siinä on ollut lähinnä kolme metodologista lähestymistapaa: ns. top-down, bottom-up ja iteratiivinen lähestymistapa. Top-down tutkimukset ovat pääasiassa kiinnostuneet siitä, miten implementaatioprosessi on rakennettu päätöksentekijöiden asettamien politiikkatavoitteiden saavuttamiseksi. Alhaalta-ylös -lähestymistavassa toimeenpanoa taas tutkitaan niiden organisaatioiden ja toimijoiden näkökulmasta, joiden vastuulla on politiikan toteuttaminen käytännössä. Iteratiivinen lähestymistapa taas yhdistää edellä mainitut lähestymistavat. Siinä näkökulmana on politiikan teon ja implementaation välinen edestakainen prosessi, joka formuloi uudelleen sekä politiikkaa että sen toimeenpanoa prosessin aikana (Hasenfeld ja Brock 1991).

Top-down -lähestymistapaan kuuluvassa rationaalisessa päätöksenteko- ja suunnittelumallissa päätöksentekijä asettaa tavoitteet ja valitsee kaikista mahdollisista keinoista parhaimmat. Hallinnon tehtävänä on toimia neutraalisti ja toteuttaa asetut tavoitteet annetuilla keinoilla mahdollisimman tehokkaasti. Charles Lindblom oli yksi ensimmäisistä politologeista, joka kritisoi tätä lähestymistapaa käytännölle vieraana esittäen ns. muddling-through -mallinsa, joka perustuu päätöksentekojärjestelmän rajoitettuun rationalismiin. Lindblomin mukaan poliittisessa päätöksenteossa tavoitteita ja keinoja ei voida selkeästi erottaa toisistaan, eikä kaik-

kia mahdollisia vaihtoehtoja voida selvittää, vaan päädytään poliittisesti mahdollisiin ratkaisuihin eli kompromisseihin. Se, mistä voidaan yleensä päästä sopuun, ovat vähittäiset muutokset politiikassa ja ohjelmissa, eli kysymyksessä on ns. inkrementaalinen päätöksenteko. (Lindblom 1959).

Inkrementaalinen teoria on saanut vahvistusta empiirisissä päätöksenteon tutkimuksissa. Erityisesti on mainittava Aaron Wildavskyn budjettipäätöksentekoa koskeva klassinen tutkimustyö, jonka mukaan valtion budjettipäätöksenteko on käytännössä inkrementaalista eikä noudata normatiivista kokonaisvaltaista suunnittelu-ohjelmointi-budjetointimallia. (Wildavsky 1984, 147-148). Päätöksentekijät kuitenkin mielellään esittävät ulospäin, että prosessissa, esimerkiksi budjettivalmistelussa, on noudatettu rationaalista mallia (Brunsson 1995). Käytäntöä hyvin kuvaavaa inkrementaalista teoriaa on kritisoitu konservatiiviseksi siltä osin, kun se on nostettu normatiiviseksi malliksi (ks. Dror 1968, 143-149). Vastoin inkrementalismiin oletuksia politiikassa päästään yksimielisyyteen myös isoista muutoksista siten, että eri poliittiset ryhmittymät sopivat poliittisia paketteja, joissa uhraataan joitakin tavoitteita sen hyväksi että saadaan toisia omia tärkeitä asioita läpi päätöksenteossa.

Kehittämisen ja oppimisen ohjaus

Inhimillisen pääoman kehityksellä tarkoitetaan henkilöstön tai organisaation motivaatiota sekä osaamis- ja oppimiskapasiteettia (Stenvall ja Harisalo 1996). Ohjaustavoitteena voi olla tuottaa uutta osaamis- ja oppimiskapasiteettia. Tavoite voi vaikkapa lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastojen osaamiskapasiteetin ja sosiaalisen pääoman kasvattaminen suhteessa kuntiin ja kolmanteen sektoriin

Sosiaalisen pääoman käsitettä on alettu käyttää yhteiskuntatieteissä systemaattisemmin 1980-luvulta lähtien. Käsitteellä viitataan yleensä yhteiskunnan ja yhteisön sosiaalisen rakenteen ulottuvuuksiin, kuten sosiaalisiin verkostoihin, vallitseviin normeihin ja luottamukseen, jotka edistävät verkoston jäsenten välistä sosiaalista vuorovaikutusta ja sen myötä tehostavat toimintaa ja taloutta ko. yhteisöissä (Ruuskanen 2001, 1). Sosiaalisen pääoman keskeisissä mekanismeissa eli luottamuksessa on tärkeää sekä luottamus toisiin henkilöihin että instituutioihin. Kommunikaatiossa, joka on toinen sosiaalista pääomaa synnyttävä mekanismi, tärkeää on paitsi informaation välittyminen myös se, että osapuolet ymmärtävät toisiaan (em., 46).

Sosiaalista pääomaa organisaatiot voivat lisätä toimiessaan yhteistyössä muiden tahojen kanssa. Sosiaaliseen pääomaan liittyvistä periaatteista on korostettu erityisesti luottamusta ja vastavuoroisuutta. Luottamus on välttämätöntä, jotta eri toimijat ovat valmiita tekemään yhteistyötä ja jakamaan ideoita. Luottamuspääoma on tärkeitä valtion ja kuntien suhteissa.

Seuranta ja valvonta

Toimeenpanoon liittyy tiiviisti ohjausyksikön ja muiden ulkopuolisten tahojen keräämä seuranta- ja valvontatieto. Ilman seuranta- ja valvontatietoa päätöksenteko ja ohjausprosessi jäävät puutteellisiksi eikä ohjaaja saa arviointitietoa jälleenoajasta varten. Valvontatiedon tehtävänä on ilmaista erilaisia toteutuneen toiminnan mittaus- ja vertailutuloksia riippumatta siitä, saadaanko nämä tiedot toimintayksikön sisältä vai ulkopuolelta (Ahlstedt, Jahnukainen ja Vartola 1974, 98).¹⁵ Ministeriön toimiessa ohjausyksikkönä eikä toimeenpanijana tieto toiminnasta, esimerkiksi juuri sosiaali- ja terveystalvelujen toteutuksesta ja tuloksista, saadaan paljolti oman organisaation ulkopuolelta. Valvontatiedon lisäksi valvontaprosessiin liittyy

¹⁵ Ahlstedtin, Jahnukaisen ja Vartolan teos on perusteos järjestelmäajatteluun perustuvasta organisaatio- ja ohjausajattelusta.

usein jonkinasteisen sanktion mahdollisuus silloin kun sääntöjä ei noudateta. Valvontaan liitetty sanktiomahdollisuus yleensä lisää valvonnan tehoa.¹⁶

Seurannan ja valvonnan kohdistuessa valtionhallinnon ulkopuolisiin sektoreihin eli kuntasektoriin, yksityiseen sektoriin ja kolmanteen sektoriin, sitä toteuttavat alueetasolla lääninhallitukset ja valtakunnantasolla lähinnä tutkimustyyppisenä seurantana ja arviointina Stakes.

Lääninhallitusten toimiessa valvojina ne ovat kanteluiden käsittelyelimiä - tässä roolissa ne aktivoituvat niille lähetettyjen kanteluiden johdosta. Myös Terveysturvakeskus (TEO), eduskunnan oikeusasiamies ja perusturvavaltakunta ovat elimiä, joihin kansalaiset ja yhteisöt voivat tehdä kanteluita ja valituksia sosiaali- ja terveydenhuollosta. Lääninhallitukset harjoittavat myös ennakkollista valvontaa tiettyjen toimintojen vaatiessa lääninhallitukselta luvan tai ilmoituksen tekemistä lääninhallitukselle. Tämä ennakkollinen valvonta on myös sääntelyä (ehdollinen kieltäminen ja luvanvaraisuus tai ilmoituksenvaraisuus toiminnan edellytyksenä).

Luvanvaraisuus ennakkollisen valvonnan ja sääntelyn välineenä on enemmän byrokratiaa ja kustannuksia aiheuttava prosessi kuin ilmoituksenvaraisuus. Luvanvaraisuus mahdollistaa sen, että valvontaviranomainen jo ennen toiminnan aloitusta voi tutustua aiottuun toimintaan. Toisaalta luvanvaraisuus voi saada valvontayksikön luottamaan liiaksi toiminnan sääntöjen mukaisuuteen. Ilmoitusmenettely on vähemmän byrokraattista eikä aiheuta samanlaista riskialtista turvallisuuden tuntua valvontaviranomaisille (Ds 1995:35).

Valvontaan voidaan myös liittää kannustusjärjestelmät niin, että ohjattavat yksiköt ja palvelujen tuottajat *tehostaisivat omaa itsekontrolliaan ja itseohjautuvuuttaan*. Valvoja voi silloin keskittyä detaljikontrollin sijasta siihen, että valvottavalla on toimiva oma sisäinen kontrollijärjestelmä.

Esimerkki. Ote Itä-Suomen lääninhallituksen peruspalvelujen arviointikertomuksesta vuodelta 2000. "Lastensuojelulain noudattamisessa erilaisia käytäntöjä. Arvioinnin kohteena olivat nuorten rikolliselle uralle ajautumisen ehkäisemiseksi tehdyt toimenpiteet. Projektien ja kehittämistoimenpiteiden sijasta konkreettisena asiana arvioitiin viranomaisten toimintaa lastensuojelulain noudattamisen suhteen. Arviointia varten tehty selvitys osoitti, että lastensuojelulakia ei noudateta samalla tavalla läänin eri puolilla. Käytännöt vaihtelevat sattumanvaraisesti. Selvityksen perusteella voidaan korostaa sitä, että lastensuojelulakia on noudatettava. Lääninhallituksen on valvovana viranomaisena ryhdyttävä voimakkaammin ohjaamaan virkamiehiä lain noudattamiseksi". (Itä-Suomen lääninhallituksen peruspalvelujen tila 2000, s. 14)

Pelkästään itsekontrollin varaan ei voida ilman riskejä tuudittautua, koska valvojan on saatava arviointi- ja kontrollitietoa myös ulkopuoliselta ja riippumattomalta taholta. Luottamusta itsekontrolliin voidaan tehostaa kannustamalla palveluita tuottavia organisaatioita rakentamaan laadunhallintajärjestelmät ja hakemaan ulkopuolisen riippumattoman varmistajan sertifikaattia tai akkreditointia sille, että palvelu täyttää tietyn standardin (Ds 1995:35, 53-54). Laadunhallintajärjestelmät eivät kuitenkaan ole riittävästi kehittyneet suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa - harvassa ovat ne kunnalliset tai muut palveluyksiköt, jotka olisivat hakenneet, saaneet ja jatkuvasti ylläpitäneet sertifioituja laadunhallintajärjestelmiä. Terveiden-

¹⁶ Lääninhallitusten haastatteluissa kävi ilmi, että sosiaali- ja terveysosastot eivät käytännössä käytä uhkasakkoa, mutta uhkasakolla uhkaamista on käytetty vaikuttavalla tavalla.

huollon laboratoriot ovat kuitenkin hyvä esimerkki yksiköistä, jotka ovat akkreditoineet laatusysteeminsä.¹⁷

5. Ohjauskeinojen hyväksyttävyyys

Toimivalta- ja resurssitekijöiden lisäksi sosiaaliset ja kulttuuriset tekijät vaikuttavat siihen, minkälaisia ohjauskeinoja kannattaa valita. Ohjauskeinojen tulee olla eettisesti hyväksytyjä (Hood 1983). Paljolti kulttuurinen toimintaympäristö määrittelee ohjauskeinoille eettisen hyväksynnän rajat. Esimerkiksi Pohjoismaissa pakottava propaganda tai lahjonta ei tule kysymykseen ohjausvälinevalintoina.

Julkisessa hallinnossa on erotettavissa erilaisia ajanjaksoja, joissa hallinnon hyväksyttävät ohjauskäytännöt vaihtelevat. Ohjauskulttuurissa tapahtui merkittävä muutos 1990-luvulla, jolloin siirryttiin ns. uuteen julkisjohtamiseen. Tämä merkitsi keskushallintojohtoisen detaljimaisten ja pakottavan sääntely- ja resurssiohjauksen sekä kontrollin vähentämistä ja tulosohjausta uuden julkisjohtamisen hengessä. Ministeriöt vastaavat yhä enemmän ns. policy ohjauksesta ja pyrkivät edistämään toimialan tuloksellisuutta ja vaikuttavuutta.

Sosiaali- ja terveyshallinnossa on jouduttu omaksumaan nopeasti uuden julkisjohtamisen ohjausvälineitä. Uuden ohjauskulttuurin sovitusta ei ole tapahtunut ongelmitta. Sosiaali- ja terveyspalveluissa perinteiset tavoitteet kuten riittävän yhdenmukaisten palveluiden tuottaminen eri puolilla maata eivät ole muuttuneet vaan saaneet vahvistuksen perustuslain turvaamisessa kansalaisten perusoikeuksissa. Perinteisten tavoitteiden saavuttaminen uuden julkisjohtamisen keinoin on ongelmallista. 1990-luvun ohjausajattelussa ylikorostui välillä tuottavuus ja taloudellisuus, kun taas nykyisin korostetaan aiempaa voimakkaammin vaikuttavuutta ja tasapainoista ohjausajattelua muun muassa tasapainotetun mittariston käsittein.

6. Ohjaukseen liittyvä epävarmuus

Ohjauksesta päättäminen on tyypillinen päätöksentekotilanne. Täydellisen tiedon vallitessa päättäjällä olisi kattava tieto kohteena olevasta ilmiöstä ja siihen tehokkaimmin vaikuttavista keinoista. Jos ohjauksen tavoitteet ja päämäärät olisivat vielä yksiselitteisiä, ohjaus voitaisiin valita rationaalisen päätöksentekomallin mukaisesti. Päätöksentekotilanteessa ratkaisuja joudutaan kuitenkin tekemään enemmän tai vähemmän täydellisen tiedon varassa ns. rajoitetun rationaalisuuden kaltaisessa tilanteessa (ks. Simon 1965). Niin ohjauksen kohteena olevaan ilmiöön kuin ohjauskeinoihin liittyy epävarmuutta. Tämä johtuu puutteellisesta tiedosta, rajoitetuista mahdollisuuksista analysoida tilannetta, aikaisempien kokemusten puuttumisesta, ihmisten kyvystä käsitellä tietoa sekä kiireestä.

Politiikkainstrumenttien valinta ei ole vain tekninen vaan myös poliittinen kysymys, josta eri puolueyhmittymillä on eroavia käsityksiä. Riittävän yleisellä tasolla puolueet voivat olla samaa mieltä halutuista vaikutuksista. Samalla puolueet voivat olla eri mieltä niistä keinoista, joilla halutut vaikutukset saadaan aikaan.

Ympäristön muuttuessa herkästi ja ohjaajan tiedon ollessa epävarmaa ja puutteellista, tarkat palveluprosessin menettelytapoihin ja palvelun sisältöön kohdistuvat detaljisäännökset eivät useinkaan pysy ajan tasalla ja muuttuvat epätarkoituksenmukaisiksi. Yksityiskohtainen sään-

¹⁷ Laatu järjestelmän sertifikaatti ei sinänsä merkitse laatua ja odotukset täyttävää palvelua asiakkaiden näkökulmasta. Esimerkiksi Pirkanmaalla tehdyssä kuntalaiskyselyssä se ainoa terveyskeskus, jolla oli kattava ISO -järjestelmän sertifikaatti, sai huonoimmasta päästä olevan arvosanan (Aamulehti 17.3.2002).

tely ei silloin välttämättä takaa yksittäiselle kansalaiselle hyvää oikeusturvaa (Lundquist 1992, 85.).

Epävarmuuden hallinnassa yksi tapa on keskittyä ohjauksessa prosessin hallintaan tavoitellun tuloksen sijasta ja noudattaa ns. inkrementaalista lähestymistapaa. Siinä ratkaisutoiminta etenee prosessimaisesti vähittäin askel askeleelta kohdistuen asioihin, joiden ratkaisemiseen on riittävästi edellytyksiä. Toinen menettelytapa, josta on keskusteltu erityisesti konsernijohtamisen yhteydessä, on sopimuksellisuuden ja dialogisuuden lisääminen ohjauksessa. Lähellä käytäntöä toimivat tahot tietävät tyypillisesti konsernia enemmän toimintaan vaikuttavista kriittisistä menestystekijöistä. Tästä näkökulmasta ohjauksessa olisi tarkoituksenmukaista se, että konserni määritteli ohjauksen päämäärät ja toteutuksesta vastaavat organisaatiot puolestaan tarvittavan toiminnan sisällön. Vastuussa olevalla konsernilla tulisi olla mahdollisuus tarkistaa se, että toteuttamisesta vastaavat organisaatiot sisällyttävät yleiset ohjaustavoitteet toimintaansa.

Ohjaukseen sisältyvää epävarmuutta voidaan pyrkiä hallitsemaan toimeenpanoon ja toiminnan kohteena olevan ilmiön arviointi- ja seurantajärjestelmällä. Jo ohjauksen suunnitteluvaiheessa olisi pyrittävä ennakoimaan esiintyviä ongelmia ja toimintamalleja, millä tunnistetaan, puututaan ja reagoidaan mahdollisesti eteen tuleviin epäkohtiin. Ohjauksen hallitsemiseksi tulisi myös tehdä riskianalyysi. Olisi siis analysoitava minkälaisia uhkatekijöitä liittyy ohjauksen onnistumiseen ja mitkä ovat mahdollisesti valittujen ohjauskeinojen sivuvaikutukset.

Evaluointi antaa tietoperustaa ohjauksen ja politiikan onnistumisen arvioinnille. Sen merkitys korostuu pehmeässä ja vähän pakottavassa ohjauksessa eli erityisesti informaatio-ohjauksessa. Ohjausta suunniteltaessa tulisi suunnitella sisällyttää arviointitiedon keruujärjestelyt. Tämä mahdollistaa toimeenpanon yhteydessä ja jälkeenpäin uudelleen- tai jälleenohtauksen (återstyrning).

2.4 Ohjauskeinojen valintastrategia

Ohjausmuotoja voidaan yhdistellä monella eri tapaa. Rationaalisen suunnittelun perspektiivistä epäsuorat ohjausmuodot tulisi valita siten, että ne nivELYVÄT suoran ohjaukseen ja tukevat sen tavoitteen toteutumista. Käytäntö ei aina noudata tätä rationaalista suunnitteluihannetta, koska esimerkiksi organisoitiratkaisu (epäsuora ohjausmuoto) voi toimia vastoin valittua suoraa ohjausta (Lundquist 1992, 81). Yksi esimerkki voisi tästä olla esimerkiksi se, että palveluasunnoissa asuvien vanhusten huolto organisoidaan kunnan tekniselle sektorille ja yksityiselle vartiointiliikkeelle, vaikka substanssiohjauksessa korostetaan kokonaisvaltaista hoitoa sekä sosiaalisia ja terveydenhoidollisia palveluita.

Politiikkainstrumenttien valinnassa voidaan erottaa kaksi keskeistä valintakriteeriä: taloudellisuus ja vaikuttavuus. Vaikuttavuudella tarkoitamme sitä, kuinka hyvin ao. instrumentti saa aikaan tavoitteen mukaista eli ongelman ratkaisemisen kannalta tarpeellista käyttäytymistä kohdeorganisaatioissa ja ryhmissä. Taloudellisuudella tarkoitamme sitä, minkälaisella resursimäärällä ja kustannuksilla halutut vaikutukset on saatu aikaan. Tuloksia olisi saatava aikaan resursseja tuhlailematta. Valittuja instrumentteja voidaan ehkä käyttää enemmän vaikutuksia aikaansaaden eli entistä tehokkaammin tai sitten tilanne voi olla sellainen että jollain toisella instrumenttikombinaatiolla halutut vaikutukset voitaisiin saavuttaa käytettyä kombinaatiota edullisemmin.

Usein ohjaustavoitteet pyritään varmistamaan useammalla kuin yhdellä keinolla, yhdistelmällä keinoja. Viranomaiset voivat yhdistää muun muassa maksut ja verot tukiin ja avustuksiin. Yrityksiä rangaistaan ympäristömaksuilla ja -veroilla ja hyvitetään avustuksilla niiden ryhtyessä ympäristönsuojelullisiin toimenpiteisiin (Doelen 1998, 138-139). Kunnille annettavaan valtionapuun on voitu sen vaikutuksen tehostamiseksi kytkeä velvollisuus palauttaa valtionapu, jos avun ehtoja ei noudateta. Ohjaukseen tulisi aina myös liittää tiedotus ohjauksesta eli esimerkiksi tiedotus uusista normeista ja haettavana olevista tuista.

Keinot voidaan valita niin, että ne täydentävät toisiaan eli ovat komplementtejä. Jos taas keinot korvaavat toisiaan eli ovat substituutteja, kannattaa substituuttiparista todennäköisesti valita vain toinen keinoksi (Hood 1983, 67). Jos ohjaustavoitteena on vaikkapa varmistaa kuljetuspalveluiden tarjoaminen sitä tarvitseville, ei liene järkevää valita resurssiohjausta sekä korvamerkittynä valtionosuutena kuntien kuljetuskustannuksiin että tukena alan kuljetusyrityksille. Valtionavun vaikutusta voidaan sen sijaan täydentää normeilla (laki, asetus ja ministeriön laissa saama valtuutus antaa ohjeita kunnille) sekä valistuksella.

Ohjauksessa voidaan yhdistellä yksilö- ja yhteisötason normeja, kannustimia tai sanktiokeinoja samansuuntaisten vaikutusten tehostamiseksi. Yhteisötason normina on esimerkiksi työnantajien velvollisuus järjestää työsuojelua ja työterveydenhuoltoa ja yhteisötason taloudellisena ohjauskeinona Kelan antama sairaskorvaus työnantajalle ja työnantajan omavastuuosuudet työkyvyttömyyseläkkeisiin. Yksilötason samansuuntaisena kannustimena on muun muassa mahdollisuus osallistua työaikana työkykyä ylläpitävään toimintaan tai kuntoutustoimintaan.

Instrumenttien valintaan liittyy myös kysymys, millä päätöksenteon tasolla niistä päätetään. Kansalaisten osallistumista korostavassa näkemyksessä on myös kysyttävä, kuinka politiikan kohteena olevat ihmiset voivat itse osallistua keinojen valintaan ja tavoitteiden täsmentämiseen. Se voi lisätä politiikan legitimitettiä ihmisten mielissä.

Keinoja voidaan käyttää tietyssä peräkkäisessä järjestyksessä. Viranomaisten voi kannattaa yrittää ratkaista kohteena oleva ongelma turvautumalla vähittäin yhä pakottavimpiin ohjauskeinoihin: ensin informaatioon (koulutukseen jne.), sitten tarpeen mukaan taloudellisiin keinoihin (kannusteisiin jne.) ja viimeksi pakottaviin sääntöihin ja rankaisuihin. Voidaan käyttää myös ns. anna-ota-pois strategiaa (Give-and-Take strategy) niin, että stimuloivia (informaatio, sopimukset, avustukset) ja repressiivisiä keinoja (propaganda, maksut, määräykset ja kiellot) käytetään sopivana kombinaationa (Doelen 1998).

Melko yleinen kehityspolku voi kulkea myös siten, että ensin valitaan sääntelykeino ja toisessa vaiheessa lisätään sääntelyyn taloudelliset kannustimet (Hood 1983, 127).

Politiikan asialistalla olevat ongelmat ovat usein moniulotteisia ja niihin liittyy rajoitteita, tekijöitä, joihin päätöksentekijöillä on vähän tai ei lainkaan vaikutusvaltaa. Lisäksi tietyllä politiikalla, ohjelmalla jne. voi olla useita tavoitteita. Näin ollen tarvitaan myös useita eri instrumentteja (Rist 1998, 153). Rist tähdentää sekä politiikan ratkaistavana olevan ongelman että politiikan kontekstin ymmärtämistä. Ongelma on osattava muotoilla oikein, politiikan kohderyhmä (populaatio, instituutioympäristö jne.) on rajattava ja sen käyttäytymistapaa olisi ymmärrettävä. Sitten ongelma ja kohderyhmä huomioiden olisi valittava oikea instrumenttikombinaatio (Rist 1998).

Politiikan kohderyhmien politiikalle ja politiikkainstrumenteille antama hyväksyntä on yksi edellytys toimeenpanolle. Ohjausstrategia, joka ottaa lähtökohdaksi vähän pakottavat ohjausmuodot, voi olla tästä näkökulmasta hyvä valinta.¹⁸

Jos kohderyhmä on täysin välinpitämätön tai kielteinen sääntelylle eikä sääntelylläkään näytä olevan mitään vaikutusta, valtio saattaa turvautua myös toisenlaiseen taktiikkaan. Se voi turvautua neuvotteluihin ja sopimiseen pakottavien keinojen sijasta. (Hood 1983, 70-71). Tämä koskee myös valtion ja kuntien välisiä suhteita.

Lakinormien luonne

Lainsäädäntö on valtion keskeinen policyjen toteutusväline ja vastaavasti väline hallitukselle toteuttaa ohjelmaansa (Ahonen 1998, 14).

Sosiaali- ja terveydenhuoltoa säännellään yleislakeihin lukeutuvalla kansanterveyslailla, erikoissairaanhoidolailla, sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelu - ja valtionosuuslailla sekä sosiaalihuoltolailla. Nykyisessä muodossa nämä lait ilmentävät lähinnä puitelainsäädäntöä, jossa kuntien tehtävät on säännelty väljästi. Palveluvollisuudet on kohdistettu pikemmin kuntiin kuin että palvelujen ja etuuksien tarvisijoille olisi annettu subjektiivisia oikeuksia. Toisaalta voidaan sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä erottaa toinenkin linja, jossa alan erityislakeihin on kirjattu ei vain kuntien tehtäviä ja velvollisuuksia vaan myös yksilöiden subjektiivisia oikeuksia. Näiden oikeuksien kohteena olevia palveluita kunta ei voi kieltäytyä myöntämästä vedoten siihen, että talousarviosta puuttuu tarkoitukseen osoitettuja varoja (Tuori 1993, 122).

Subjektiiviset oikeudet edellyttävät konditionaalista ohjelmointia, jossa jos-lause määrittelee etuuden tai palvelun saamisedellytykset, niin-lause taas sen sisällön ja ulottuvuuden. Normit ovat velvollisuusnormeja nimenomaan sen viranomaisen näkökulmasta, joka huolehtii normin täytäntöönpanosta ja päättää yksittäistapauksissa etuudesta tai palvelusta. Viranomaisen velvollisuutena on myöntää niin-lauseen tarkoittama etuus tai palvelu silloin, kun jos-lauseen edellytykset täyttyvät.

Tuorin mukaan hyvinvointivaltion lainsäädäntöstrategian sääntelymalli on väljentynyt. Toimintasäännöissä eksaktit jos-niin -kaavat ovat väljentyneet, eli ts. oikeustositseikat tai oikeusseuraamukset määrittellään joustavammin kuin aiemmin. Sikäli kuin puitelaeissa turvaututaan konditionaaliohjelmaa noudattaviin toimintasääntöihin, nämä säännöt vaikuttavat etupäässä valtion ja kuntien viranomaisten keskinäisissä suhteissa eivätkä viranomaisten ja yksityisten subjektien välisissä suhteissa. (Tuori 1993, 123-124).

Esimerkki. Kun lainsäätäjät pohtii esimerkiksi invalidien ja muiden apuvälineiden tarvisijoiden hoitoa ja suoriutumista, on tehtävä ratkaisu apuvälineiden saamisen lainsäädännöllisestä säätelystä. Voidaan päätyä siihen, että kun tietyt lääketieteelliset edellytykset täyttyvät, jokainen saa apuvälineen ilmaiseksi tai pientä omavastuuosuutta vasten. Oikeus voi olla rajoitettu vain tietynlaisiin apuvälineisiin. Ratkaisu voi myös olla, että asiakkaalla ei ole subjektiivista oikeutta, vaan palvelusta huolehtivalla kunnalle/kuntayhtymälle on joustava harkintavalta ja näin sallitaan paikallinen apuvälinepolitiikka, johon vaikuttavat muun muassa resurssit ja poliittiset erot.

¹⁸ Kansalaiset suhtautuivat mielipidekyselyssä kriittisesti ministeriöihin taloudellisen tuen antajina ja sääntelyvallan käyttäjinä (ks. Harisalo & Stenvall 2001). Em. tutkimuksessa ei kysytty kansalaisilta suhtautumista ministeriöiden antamaan informaatio-ohjaukseen.

2.5 Kunta ohjauksen kohteena

Tämän tutkimuksen kannalta tärkeissä hyvinvointipalveluja koskevissa valtion politiikoissa ovat mukana paitsi valtion eri hallintotasot myös kunnat ja kuntayhtymät toteuttajina ja toisaalta myös omaehtoisina politiikan luojina. Ohjauksen haasteellisuutta lisää se, että kunnat ovat erilaisia ja se että kunta ei ole sisäisesti yhtenäinen monoliitti, vaan jakautunut sektoreihin ja hallintotasoihin sekä toisaalta luottamushenkilö- ja viranhaltijaorganisaatioon. Ohjauspoliittisina kysymyksinä voidaan pohtia muun muassa seuraavia kahta seikkaa:

- a) onko ohjausta tarkoituksenmukaista pyrkiä kohdistamaan kuntaorganisaation sisällä painotetusti esimerkiksi suoraan palvelutuottajiin, kunnan ylimpään johtoon, poliitikkoihin tai virkamiehiin,
- b) onko ohjausta syytä pyrkiä "räätälöimään" kuntaryhmäkohtaisesti.

Seuraavaksi keskitytään juuri problematiikkaan, joka liittyy julkisen sektorin jakautumiseen valtionhallintoon ja kunnallishallintoon sekä ohjauksen kohdistumista kuntasektoriin. Ensin tarkastelemme lyhyesti desentralisaatiota, jota kunnallinen itsehallinto edustaa.

Desentralisaatio

Desentralisaatio -käsitteelle on annettu kirjallisuudessa monia sisältöjä. Organisaation sisällä puhutaan desentralisaatiosta, kun toimivaltaa, päätäntävaltaa ja vastuuta on annettu useammalle kuin yhdelle yksikölle tai henkilölle (Hallinnon rakenteet 1981, 82). Desentralisaation yksi laji on dekonsentraatio eli se, että organisaatio, esimerkiksi valtio siirtää tehtäviä pienemmän maantieteellisen alueen käsittävälle alueelliselle tai paikalliselle yksikölle. Keskukselle jää valta määrittää politiikan sisältö ja alueelliset ja paikalliset yksiköt omaavat hyvin rajoitetun toimintavapauden toimeenpanossa (esim. poliisitoimi valtiolla). Devoluutiolla (devolution) tarkoitetaan taas sitä, että paikallishallintoyksiköille siirretään huomattavassa määrin sekä päätöksentekovaltaa että vastuuta. Desentralisaatiota voidaan tarkastella myös valintana funktionaalisen ja alueellisen hajauttamien välillä. Jaetaanko tehtäviä ja valtaa aluehallintoyksiköille, jotka ovat yleishallintoviranomaisia ja hoitavat koko tehtäväkirjoa, vai tehtäväkohtaisesti muodostetuille sektoriviranomaisille (Hutchcraft 2001, 30).

Varsinkin Pohjoismaissa desentralisaatiolla tarkoitetaan usein vertikaalia vallanjakoa ja toiminnan luovuttamista kunnallisille itsehallintoyksiköille, jotka saavat legitimizeettinsä paikallisyhteisöstä yleisillä vaaleilla. Tämä vastaa pitkälle devoluutio -käsitettä. Sentralisaatio on desentralisaation vastakohta ja tarkoittaa sitä että valtio hoitaa keskitetysti itse kyseisen toiminnan (Lundquists 1992, 114; SOU 2001:96, 158).

Lundquist jakaa desentralisaation voimakkuuteen vaikuttavat tekijät kolmeen: autonomia, tehtäväalueen laajuus ja kansalaisten vaikutusvalta. Mitä enemmän kunnalla on toimintavapautta ja -kykyä (autonomiaa), mitä enemmän sillä on tehtäviä ja mitä tärkeämpiä tehtävät ovat ja mitä enemmän kuntalaisilla on vaikutusvaltaa päätöksentekoon, sitä voimakkaammasta desentralisaatiosta on kysymys (Lundquist 1992, 115). Desentralisaation on myös sanottu olevan sitä voimakkaampaa, mitä enemmän valtion ohjaus on epäsuoraa, epätarkkaa ja yleisluonteista (SOU 2001:52, 24).

Desentralisaatio edustaa sekä läheisyys- ja osallisuusarvoja että tehokkuusarvoja. Desentralisaatio voidaan nähdä rationaalisena tapana varmistaa että paikalliset toimijat tekevät tarkoituksenmukaisia päätöksiä. Koska desentralisoiduissa organisaatioissa legitimizeetti ansaitaan paikallisyhteisöstä, seurauksena on motivaatio toimia paikallisten tarpeiden mukaisesti. Moti-

vaation ansiosta desentralisoidussa organisaatiossa pyritään rationaalsiin, järkeviin ratkaisuihin. Niiden osoittautuessa rationaalisiksi, motivaatio kasvaa jne. (Lundquist 1992, 117-118).

Sentralisaatio julkisella sektorilla edustaa koheesiotavoitteita ja oikeusturva- ja yhdenvertaisuusperiaatteita, ts. sitä että kaikki saavat saman kohtelun asuinpaikasta riippumatta. Sentralisaation avulla pyritään valtiolle turvaamaan reaalin mahdollisuus ohjata kehitystä omien tarkoituksien mukaisesti (mt. ed., s. 116). Valtio päättää lainsäädäntövaltansa nojalla viime kädessä desentralisaation tai sentralisaation asteesta. Päätöksentekoa tässä voivat rajoittaa valtion solmimat kansainväliset sopimukset (esimerkiksi Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirja).

Ohjausajattelu ja ohjausmuodot

Lakisääteisten palvelutehtävien hajauttaminen kunnille hyvinvointivaltion rakentamiskaudella lisäsi kuntien merkittävyyttä hyvinvointivaltiossa ja julkisessa taloudessa. Toisaalta kuntien hallinnon ja toiminnan tuli sopeutua eri aloilla yhteiseen kokonaisuuteen ja yhdenmukaisiin päälinjoihin, joita valtiovalta säänteli. Kunnallisen itsehallinnon ideologian näkökulmasta tähän sisältyi vaaroja, koska yhdenmukaisuuden painottaminen johtaa helposti ristiriitaan kunnallisen itsehallinnon vahvistamispyrkimysten kanssa ja on omiaan avaamaan tietä lakiin perustumattomalle norminannolle (Heuru 1987, 35-36.).¹⁹

Hyvinvointivaltion rakennuskauden jälkeen vahvistuneessa ohjausajattelussa vältetään ohjauspolitiikan ääripäitä ja korostetaan valtion ja kuntien *kumppanuutta* julkisen vallan osapuolina. Kunnat ja valtio hoitavat yhdessä sosiaali- ja terveystointia sovitulla työnjaolla. Ohjaavan ja ohjattavan tahon välillä on kaksipuolinen vuorovaikutussuhde, vaikkakin valtiolla on viime kädessä vahvempi asema lainsäätäjänä ja merkittävien resurssien haltijana.²⁰

Valtion tehtävänä on huolehtia siitä, että kuntien vastuulle siirrettyjen tehtävien valtakunnalliset tavoitteet toteutuvat. Tämä taas edellyttää muun muassa sitä, että valtio huolehtii siitä, että kunnilla on riittävästi taloudellisia resursseja, juridista toimivaltaa ja kompetenssia suorittaa siirretyt tehtävät (Hansen 2000, 195). Kuntasektorin näkökulmasta valtio ei aina riittävän tasapainoisella tavalla huolehdi kuntien suoriutumisen edellytyksistä. Valtio siirtää kunnille kyllä uusia velvoitteita ja laajentaa entisiä, mutta ei samanaikaisesti anna riittävästi taloudellisia resursseja suoritua tehtävien aiheuttamista menoista. Asiaa ei välttämättä paranna se, että vastuu sisältöohjauksesta on eri ministeriöllä kuin sitä tukeva epäsuora resurssiohjaus. Tällainen tilanne voi syntyä esimerkiksi, kun sektoriministeriö vastaa sisältöohjauksesta ja finanssiministeriö resurssiohjauksesta (valtionapujärjestelmästä) ilman että näiden välillä on hyvä koordinaatio.

Sektoriministeriöiden politiikka ja politiikkainstrumentit samankin yhteiskunnallisen ongelman kohdalla voivat erota toisistaan ja olla ristiriitaisia. Esimerkkinä tästä voisi olla vaikkapa hallituksen ulospäin tiukan torjuva pakolaispolitiikka 1990-luvulla ja toisaalta sosiaali- ja ter-

¹⁹ Paikallisen itsehallinnon puolustajien näkökulmasta toisen maailmansodan jälkeinen kehitys on muuallakin Länsi-Euroopan maissa nähty sentralisoitumiskehityksenä ja kuntien autonomian vähittäisenä kaventumisena (Rhodes 1983, 14-16).

²⁰ Kansainvälisesti vertaillen Suomen kunnilla on vahva autonomia. Kuntien toimialaa ei ole Suomessa rajattu vain nimenomaisiin tehtäviin, vaan kunnilla on valtion määrittämän erityistoimialan lisäksi yleinen toimiala, jonka puitteissa kunta voi toimia omin päätöksin kunhan se ei joudu alueelle, joka on siltä kielletty. Kunnilla on Suomessa myös verotusoikeus eivätkä ne ole niin riippuvaisia valtion-avuihin kuin monien muiden maiden kunnat.

veysministeriön linja, jossa informaatio-ohjauksen avulla taivuteltiin kuntia ottamaan vastaan maahan päässeitä pakolaisia.

Myös kunnat ovat erilaisia ja omissa politiikkavalinnoissaan toisistaan eroavia - kunnallisen itsehallinnon ilmentymä on se, että paikallisyhteisöt pyrkivät paikallisiin ratkaisuihin omista lähtökohdistaan. Poliitiikan eroihin maan eri kuntien välillä vaikuttavat paitsi tarpeiden ja olosuhteiden erot myös kunnissa päätöksentekoon osallistuvien puolueiden ja ryhmittymien ideologiset erot. Valtakunnan hallituksen politiikka voi saada herkemmin tukea tietyn puolue-ryhmittymän vahvoissa kunnissa kuin jonkin toisen valta-asetelman kunnissa.

Valtion politiikan, ohjelman tai hankkeen suosioon ja vastaanottoon kunnissa vaikuttaa se, onko sen vireille tulossa kunnilla ollut vähäinen vai vahva rooli. Jos ohjelma tai hanke on lähtenyt alun perin liikkeelle kuntien tai kuntien etujärjestöjen toimesta ja ne ovat päässeet keskeisesti vaikuttamaan valtakunnan politiikan tai ohjelman muotoutumiseen, lienee kohtuullista olettaa että lopulta päätetty politiikkakin saa kunnissa myönteisemmän vastaanoton kuin tapauksessa, jossa kunnat edusmiehineen ovat olleet sivustakatsojina. Ohjelman tai hankkeen aloitukseen ja muotoutumiseen voivat vaikuttaa keskeisesti erityisesti ammattikuntien, professioiden vaatimukset, jotka ovat yhtenäisiä saman sektoripolitiikan sisällä eri hallintotasojen välillä kunnista aina ministeriötasolle asti.

Esimerkki. 1970- ja 1980-luvulla kuntien sektoriedustajien kuten liikunta-, nuoriso-, ympäristö- ja kulttuuritoimen edustajilla oli tavoitteena saada oma palvelu lakisääteiseksi ja/tai oman erityisen valtiosuuden piiriin. Valtion ehdollinen apu ja suunnittelumenettely vauhditti palvelun kehitystä kunnissa.

Kunnat ovat sekä suoran että epäsuoran ohjauksen kohteina, tai Vedungin luokitteluna noudattaen, sekä sääntelyn, taloudellisen ohjauksen että informaatio-ohjauksen kohteina. Tästä voidaan muodostaa seuraava asetelma, jossa on ohjauksen päämuodot ja niihin kuuluvia eräitä relevantteja ohjauskeinoja kuntiin nähden.

Taulukko 5. Valtion kuntiin kohdistuvan ohjauksen tyypittelyä

Normiohjaus	
Kohdentuminen	Muodot
Kunnan veloitteet palvelun suhteen	Määräykset
Kuntalaisen subjektiiviset palveluoikeudet	Ohjeet
	Kiellot
	Oikeudet
	jne.
Valtionapuohjaus	
Valtionapulaji	Valtionavun määräytyminen
Ehdollinen valtionapu	Automaattinen tai
Ei-ehdollinen valtionapu	harkinnanvarainen
	jne.
Informaatio-ohjauksen muotoja	
Suunnitteluohjaus	Ohjauksen luonne
Laatusuositukset, hoitosuositukset	Jatkuva tai määräaikainen,
Koulutus, seminaarit, tiedotus	kohdennettu tai yleinen
Neuvottelu, konsultointi	jne.
Vertailutieto ja arviointitieto jne.	

Valtio voi tähdätä sääteilyyn, joka kohdistuu sekä toiminnan tavoitteisiin että toiminnan keinoihin ja prosesseihin. Jos valtio haluaa säädellä vain niitä tavoitteita, joita paikallisen toiminnan tulisi toteuttaa, kysymyksessä on tavoite- ja puiteohjaus. Kansa- ja sittemmin peruskoulutoimi aina 1970-luvulle asti oli hyvä esimerkki detaljiohjauksesta, jossa seikkaperäisesti säädeltiin sekä opetuksen tavoitteita, opetuksen sisältöä että opetuksen tiloja, henkilöstöä ja muitakin panostekijöitä.

Valtionapujärjestelmä edustaa resurssiohjausta, johon palataan tarkemmin luvussa 5. Vuodesta 1993 järjestelmä on ollut valtaosin laskennallinen ja tiettyihin tehtäviin sitomaton (ei-ehdollinen). Kuntien informaatio-ohjauksessa painotetaan nykyään neuvottelumenettelyä, suosituksia ja arviointitietoa. Informaatio-ohjaukseen kuuluu myös koulutus ja tiedottaminen.

Määrärahasidonnaiset velvoitteet ja määrärahoista riippumattomat palveluoikeudet

Kunnalla on kolmenlaisia tehtäviä. Ensinnäkin vapaaehtoisia tehtäviä, joihin ryhtyminen on kunnan harkinnassa. Toiseksi pakollisia tehtäviä, joissa laki väljästi määrittelee palvelun sisällön. Kunta tarjoaa palvelun itse päättämänsä budjetin rajoissa eikä kuntalaisella ole oikeutta saada palvelua kunnan määrärahoista riippumatta. Kolmanneksi kunnilla on pakollisia tehtäviä, joissa laki säättää tarkasti palvelun sisällöstä, johon kuntalaisilla on ns. subjektiivinen oikeus.

Esimerkki. Vuonna 1992 voimaan tullut perhehoitajalaki edellyttää kunnalta valmennuksen järjestämistä sijaisperheille. Kuntien käytännöt vaihtelevat käytännössä paljon, eikä monessa kunnassa järjestetä lainkaan sijaisperheille ohjausta. Lehtijutun mukaan sijaisvanhemmat ovat usein altavastaajina solmiessaan toimeksiantosopimuksia kuntien kanssa, eikä neuvotteluvapaa juurikaan ole (Hesari 5.3.2002, A11 "Sijaisvanhemmat näkevät läheltä lasten ongelmien pahentumisen.")

Eräät uudemmat KHO:n päätökset (ks. KHO:2002:21) ovat ennakkopäätöksiä siitä, että myös ns. yleisen järjestämisvelvollisuuden piirin kuuluvissa tehtävissä kuntalainen on oikeutettu saamaan palvelun tietyn sisältöisenä. Korkein hallinto-oikeus on antanut ennakkopäätöksen, jonka mukaan sydäntautipotilas oli oikeutettu saamaan korvauksen kaupungilta, joka ei antanut lain edellyttämää tarpeellista erikoissairaanhoidoa. Päätös viittaa siihen, että mikäli kunta ei itse pysty takaamaan tarpeellista ja kiireellistä hoitoa, potilas on ohjattava muualle hoitoon ja kunnan on sitouduttava maksamaan hoito.²¹

Lakisääteisissä tehtävissä, joissa kuntalaisilla on subjektiivinen oikeus palveluun, kunnalla ei ole lain määrittämän minimisisällön suhteen harkintavaltaa vaan palvelu on annettava vähintään lain tarkoittamassa muodossa. Kuntalaisella on oikaisu- ja valitusoikeus, jos kunta evää subjektiivisen oikeuden mukaisen palvelun.

Subjektiivinen oikeus on kunnan talouden kannalta vaativin. Kunnan budjetin sisältämistä määrärahoista huolimatta kuntalaisella on lakisääteinen oikeus saada palvelu. Kunta ei siis voi vedota siihen, että sillä ei ollut talousarviossa riittävästi määrärahaa tehtävään. Tilanteessa, jossa esimerkiksi sosiaali- ja terveyslautakunta ja kunnanhallitus toteaa että lain mukaisen

²¹ EU-maiden kansalaisilla on oikeus saada kiireellistä hoitoa toisessa jäsenvaltiossa samoin eduin kuin ao. maan omilla kansalaisilla. Kela korvaa suomalaisten terveydenhoitomenot muille EU-maille, ja vastaavasti Suomessa hoidetut EU-maiden potilaat laskutetaan Kelan toimesta muista EU-maista.

standardin järjestäminen edellyttää lisämäärärahaa, sen on tehtävä lisämäärärahaesitys valtuustolle. Tällöin vastuu asiasta siirtyy valtuustolle.²²

Esimerkki. Kangasalan kunnanhallitus on päättänyt että valtuustoon vietävää talousarvioehdotusta on muutettava ottamaan huomioon lasten päivähoidon yllättävän suureksi arvioitu tarve vuonna 2002. Lisärahaa tarvitaan yli 5 milj. mk, jotta lakisääteiset päivähoitovelvoitteet tulisivat täytetyiksi (Aamulehti 7.11.2001).

Kun kunta käyttää päätösvaltaansa sosiaali- ja terveydenhuollon sektorillaan, kunnan vapaan harkinnan alaa rajoittavat sekä lain säännökset että yleiset oikeusperiaatteet, joista yksi on yhdenvertaisuusperiaate (Heuru 1987, 31). Kunnan omassa päätöksenteossa yhdenvertaisuusperiaate sisältää sen, että kaikkia kansalaisia on keskenään samanlaisissa tapauksissa kohdeltava samalla tavalla antamatta kenellekään perusteetonta etua tai syrjimättä ketään. Tämä koskee luonnollisesti myös kuntia niiden järjestäessä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. Kunnan toimielinten lainvastaisiin päätöksiin kunnan jäsen voi hakea oikaisua ja kunnallisvalituksella kuntalain 90 §:n mukaisesti muutosta. Valtion tuomioistuimet valvovat oikeussuojan toteutumista. Joidenkin erityislakien nojalla asianosainen voi hakea muutosta hallintovalituksen muodossa.

On huomattava, että kunnalla on myös lakisääteisiä palveluita järjestäessään käytettävissään edellä mainittujen tekijöiden rajaamaa vapaata harkintaa, jonka seuraamuksista kunnan päätöksentekijät voivat joutua paikalliseen poliittiseen vastuuseen. Lakisääteisissä palveluissa kunnalla on mahdollisuus muun muassa ylittää lain edellyttämä standardi. Poliittinen vastuu ilmenee viime kädessä kunnallisvaaleissa. Kunnan asukkaat voivat myös "äänestää jaloillaan".

Subjektiiivisten oikeuksien edut ja kritiikki

Valtion hyvinvointipolitiikan kannalta subjektiiiviset oikeudet ja palvelujen minimistandardit ovat ohjaukeinoja tärkeiden hyvinvointitavoitteiden varmistamiseksi. Subjektiiivinen oikeus tärkeissä perusoikeuksissa toteuttavissa palveluissa on keino taata kansalaisten yhdenvertaisuus asuinpaikasta riippumatta. Ne kertovat niistä tehtävistä ja palveluista, joita tulee priorisoida kuntasektorilla niiden rahoitusraamien puitteissa, jotka valtio on valtionapujen muodossa antanut kunnille. Subjektiiivinen oikeus voi olla tavallista tärkeämpi silloin, kun perusoikeutta toteuttava palvelu kohdistuu ns. heikkoihin ryhmiin, joilla on itsellään vähän poliittista voimaa ajaa etujaan. Usein kuitenkin ajatellaan, että vahvoja subjektiiivisiä oikeuksia on annettava harkiten syistä, joita esitellään seuraavassa.

Kuntalain lähtökohta on, että kunnalla on itsehallintoa ja että tämä otetaan huomioon myös lakisääteisissä tehtävissä (kuntalaki 8 §). Jos kunnalliselle itsehallinnolle ei käytännössä jää lainkaan sijaa lakisääteisessä tehtävässä, kysymyksessä ei ole kunnan poliittiselle päätöksenteolle kuuluvasta asiasta, vaan kysymys on tällöin lähinnä lain tulkinnasta eli siitä, että täyttyvätkö lain tarkoittamat ehdot tässä yksilöidyssä tapauksessa palvelun saamisoikeudelle. Kunnallisen itsehallinnon perusidea on, että kunnilla on oikeus olla erilaisia ja sovittaa ratkaisuja paikallisiin olosuhteisiin.

Subjektiiivisiä oikeuksia ei voida irrottaa talouden realiteeteista. Eduskunta syyllistyy epärealistiseen lainsäädäntöön, jos se ei huomioi kuntien resursseja toteuttaa subjektiiivisiä oike-

²² Kuntalain mukaan kunnanhallituksen tehtävänä on valvoa valtuuston päätösten laillisuutta (56 §). Kuntalaisilla on mahdollisuus tehdä kunnallisvalitus valtuuston ja toimielinten päätöksistä (90 §).

uksia. Kuntia ei saisi rangaista siitä, että ne ovat resurssien puuttumisen takia kykenemättömiä järjestämään palveluja kaikille subjektiivisen oikeuden omaaville asiakkaille. Mitä enemmän erilaiset erityisintressit saavat tuekseen subjektiivisia oikeuksia, sitä raskaammaksi tulee kunnalle taloudellisesti lakivelvoitteiden täyttäminen. Kunnalla on silloin myös heikommat mahdollisuudet täyttää niiden ryhmien palvelutoiveita, jotka eivät ole saaneet tuekseen subjektiivisia oikeuksia. (Riberdahl 1993, 74-80).

Esimerkki. Utsjoen kunta ja muutama muu Lapin kunta ovat marraskuussa 2001 lehtitietojen mukaan laskeneet lakisääteisten velvoitteidensa ja kuntalain edellyttämän alijäämän kattamisvelvoitteen johtavan ilman valtion erityistä tukea laskennallisesti jopa kahdenkymmenen prosenttiyksikön tuloverotuksen korottamispaineeseen. Mitä tässä tilanteessa merkitsisi jonkin uuden subjektiivisen oikeuden säätäminen näiden kuntien asukkaille?

Subjektiivinen oikeus ja lakisääteisen palvelun tarkka standardi heikentää kunnan mahdollisuuksia sopeuttaa palvelukokonaisuus paikalliseen tilanteeseen. Myös kuntalaisen näkökulmasta subjektiivinen oikeus voi olla kaksiteräinen miekka. Kansalaisten kannalta tarkkarajaiset subjektiiviset oikeudet tiettyihin perusoikeuksia toteuttaviin lakisääteisiin palveluihin ovat hyvä asia silloin, kun ollaan palvelun tarvitsijan roolissa. Mutta toisaalta subjektiiviset oikeudet voivat heikentää kunnanvaltuuston asemaa poliittisena päätöksentekuelimenä ja siten myös yksilöiden omaa vaikutusvaltaa paikallisessa politiikassa. Valtiohan toisaalta viestittää kunnille muun muassa kuntalailla, että niiden tulisi olla aktiivisia kunnallisen demokratian ja paikallisen osallistumisen edistäjiä. Voidaan puhua säännösohjauksen sisältämistä ristiriitaisista signaaleista (ks. NOU 2000:22).

Esimerkki. Lasten päivähoidosta annetun lain mukaan alle kouluikäisten lasten vanhemmilla on oikeus saada tarpeen mukaisesti kunnan järjestämä päivähoito lapselleen. Oikeus saada lapsi päivähoitoon on myös kotona olevalla vanhemmalla, joka on esimerkiksi työtön tai opiskelee. Tätä oikeutta on kritisoitu liian avoimena oikeutena. Yhden tutkimuksen mukaan päiväkotien johtajista 40 prosenttia oli sitä mieltä, että päiväkodeilla pitäisi olla enemmän mahdollisuutta tarveharkintaan ja evätä hoitopaikka, jos toinen vanhemmista on kotona. Päivähoidon saamisoikeuden ulottaminen myös perheille, joista toinen vanhemmista on kotona, voi johtaa resurssien supistumiseen toisella alueella, jossa ei ole subjektiivista oikeutta. Seurauksena voi olla, että esimerkiksi koululaisten vapaaehtoista aamu- ja iltapäivähoitoa supistetaan ja resursseja siirretään alle kouluikäisten päivähoitoon (ks. Kauppi 2001, 64).

Kuntien itsehallintoa korostavassa ohjaukskriittisessä lähestymistavassa voidaan muistuttaa, että kunnilla on perustuslain takaama itsehallinto (perustuslaki 90 §). Suomi on allekirjoittanut vuonna 1991 Euroopan neuvoston itsehallinnon peruskirjan, jolla on Suomessa oikeusvaikutus, ja näin ollen erityislainsäädännössä tulee ottaa huomioon peruskirjan artiklat (Riberdahl 1993, 76). Peruskirjan artiklan 9 mukaan kunnille tulee taata riittävät taloudelliset resurssit tehtäviensä hoitamiseksi.

Subjektiivisia oikeuksia ja valtion säätämiä lakisääteisiä palvelustandardeja ei saisi viedä niin pitkälle, että kunnan kaikki resurssit kuluvat niihin eikä kunnan itsehallinnon nojalla ottamiin tehtäviin jää resursseja. Lakisääteisten standardienkin jälkeen kunnille pitää jäädä merkittäväällä tavalla resursseja toimia paikallisen yhteisön kansanvaltaisesti päätettävien toiveiden mukaisesti.

Esimerkki. Arvioiden mukaan Suomessa on noin 300 000 omaishoitajaa. Omaishoidon tuki on sosiaalihuoltolain nojalla kuntien vastuulla. Kunta voi antaa tukea hoitopalkkiona ja muuna palveluna omaishoitajalle (mm. sijaishoitona omaishoitajan ollessa vapaalla). Hoitopalkki-

olla on asetuksessa säädetty minimitaso, joka voidaan tietyin edellytyksin sekä alittaa. Omaishoidon tuen saamisen edellytyksenä on hoitajan ja kunnan välinen sopimus. Omaishoidon tukea saavia oli vuonna 2000 noin 20 000 (Valtiontilintarkastajain kertomus vuodelta 2000). Omaishoidon tukijärjestelmän epäkohtia ovat olleet muun muassa hoidon raskaus ja omaisen oma uupumisvaara, hoitopalkkion pienuus ja omaishoitajien eriarvoisuus eri kunnissa ja jopa saman kunnan sisällä (mt. ed., 247). Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan omaishoidon tukijärjestelmää olisi kehitettävä. Valtioneuvoston hyväksymässä tavoite- ja toimintasuunnitelmassa vuosille 2000-2003 on annettu kunnille toivomus, että ne varaisivat budjetissaan asiaan riittävästi määrärahoja. Itä-Suomen lääninhallitus on taas ollut sitä mieltä, että tuki olisi määritettävä subjektiiviseksi oikeudeksi ja yhdenmukaistettava tuki. Suomen Kuntaliitto on puolestaan esittänyt, että kuntien talous ei kestäisi uusia subjektiivisia oikeuksia. Omaishoidossa subjektiivinen oikeus laajentuisi periaatteessa tuen piirissä oleviin 300 000 omaishoitajaan (mt. ed., 247-248).

Vammaisia edustava järjestö on toivonut vammaisille subjektiivista oikeutta henkilökohtaiseen avustajaan (Helsingin Sanomat, 21.3.2002, A 15). Nykylainsäädäntö jättää kunnalle harkintavallan avustajasta paitsi silloin, kun vammaisen on määritetty vaikeavammaiseksi. Subjektiivisen oikeuden laajentamisen aiheuttamien kustannusten rahoituksesta ei ole saavutettu ratkaisua.

Puitelakien edut ja kritiikki

Puitelakien hyvinä puolina on pidetty sitä, että tekniikka huomioi parlamentin rajallisen päätöksentekokapasiteetin ja jättää harkintavaltaa viranomaisille tehdä paikallistuntemukseen perustuvia ratkaisuja. Samalla valtakunnanpolitiikat voivat keskittyä yleisiin kysymyksiin ja seurata politiikan ja ohjelman tilaa koko valtakunnassa. Puitelait sopivat detaljilakeja paremmin monimutkaiseen palveluympäristöön, jossa tilanteet ja tarpeet vaihtelevat niin että detaljinormeilla on vaikea saada todellisuus haltuun.

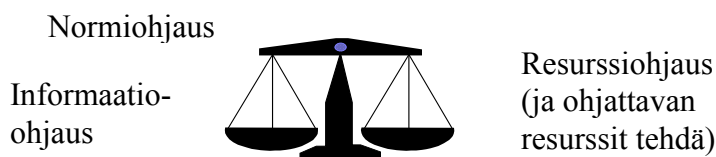
Yhtenä puitelakien ongelmana on pidetty sitä, että ne voivat johtaa kontrolloimattomaan tarkentavien määräysten ja ohjeiden tulvaan. Seurauksena voi olla menojen paisuminen. Puitelakitekniikkaan perustuvaa ohjausta on kritisoitu siitäkin, että se voi johtaa päätöksenteon siirtymiseen demokraattisesti valituilta elimiltä hallintoviranomaisille ja tuomioistuimille. Puitelait voidaan nähdä myös uhkana kansalaisten oikeusturvalle, jos viranomaiset tulkitsevat eri tavoin lakien sisältöä ja kansalaisten on jälkikäteen hyvin vaikea oikeusistuimissa todistaa viranomaisten päätöksiä lainvastaisiksi. (RRV 1996:50, 97-98).

2.6 Synteesi: Tasapainoisen ohjauksen malli

Tasapainoinen ohjauspolitiikkamalli (BSM)

Hyvän ohjauksen kriteereitä ovat ohjattavien näkökulmasta ristiriidattomuus ja ennustettavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalla tasapaino tarkoittaa ennen kaikkea resurssiohjauksen ja resurssien suhdetta informaatio-ohjaukseen ja normiohjaukseen. Kun kuntiin kohdistetaan normiohjausta ja laatusuosituksia, tulisi niillä tasapainovaatimuksen mukaisesti olla joko omia resursseja tai ohjauksen tuottamia uusia resursseja toteuttaa vaadittavia toimenpiteitä. Ohjauksen lähtökohta-analyysissa tulisi arvioida sitä, millä tavoin kunnat pystyvät toteuttamaan vaadittuja suosituksia ja normeja. Kuntien omien resurssien käyttö lakisäätöihin tehtäviin ei saisi olla niin laajaa, että kuntien omat resurssit menevät niiden hoitamiseen. Tällaisessa, vaihtoehdottomassa tilanteessa ei voida puhua kunnallisesta itsehallinnosta ja sen edellyttämästä itsenäisyydestä.

Tasapaino



Jos ohjaus ei ole tasapainossa, balanssia joudutaan pahimmassa tapauksessa hakemaan kriisien kautta. Nopeat ohjauksen korjausliikkeet voivat myös yllättää ohjattavat ja vähentää ratkaisujen legitimiteettiä, hyväksyttävyyttä.

Esimerkki epätasapainoisesta ohjauksesta. Kuntalain 65 § muutettiin vuonna 2000 (laki 353/2000) siten että kunnille säädettiin ns. alijäämän kattamisvelvollisuus. Alijäämän kattamisvelvoitetta koskevan päätöksenteon yhteydessä ei käsitelty kuntien muun ohjauksen soveltamista alijäämän kattamisvelvoitteeseen. Monissa taloudellisissa vaikeuksissa olevissa kunnissa alijäämän kattamisvelvoite voi merkitä muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön vähentämissuunnitelmia kun palveluvelvoitteet ja laatusuosituksen samanaikaisesti edellyttäisivät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelun parantamista nykyisestä tasosta. Tilannetta ovat voineet kunnan kannalta vielä pahentaa valtionapujen leikkaukset, valtionapujen vajaat indeksikorotukset, valtionapujärjestelmän muutokset ja kuntien verotusperusteiden muutokset.²³

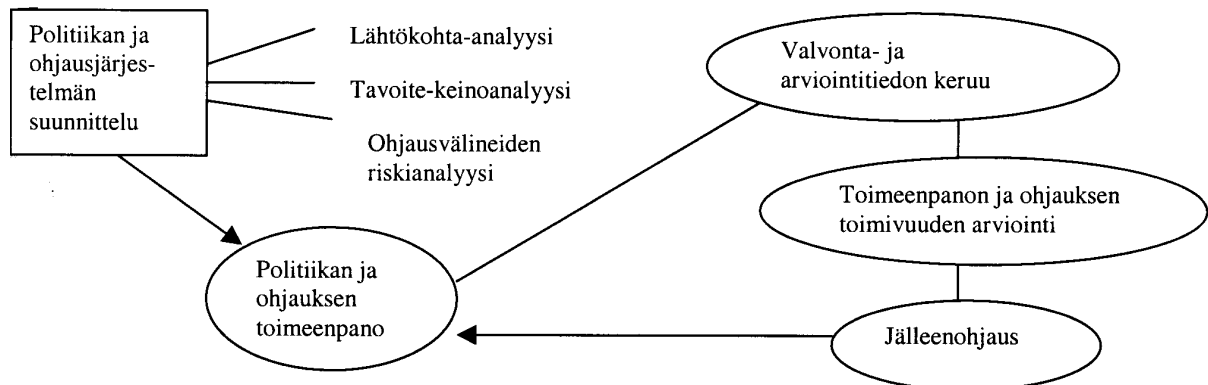
Mihin resurssien ja velvoitteiden tasapainottomuus johtaa kuntien suunnittelussa? Esimerkiksi terveydenhuollossa monet kunnat ovat sosiaali- ja terveysministeriön mukaan jo useita vuosia budjetoineet terveydenhuoltomenonsa epärealistisen alhaisiksi. Budjetit tiedetään jo niiden hyväksymisvaiheessa alimitoitetuiksi ja määrärahat loppuvat kesken. Tämä vaikeuttaa toiminnan järkevää pitkäjänteistä suunnittelua. Liian niukat resurssit johtavat myös jonojen muodostumiseen. Yleensä jonot lisäävät kuntien kustannuksia pitemmällä aikavälillä (STM, Sosiaaliturvan suunta 2002).

Esimerkki pyrkimyksestä tasapainoiseen ohjelman suunnitteluun. Valtioneuvosto asetti 13.9.2001 kansallisen projektin terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi, jonka johtoryhmän puheenjohtajaksi kutsuttiin kansliapäällikkö Markku Lehto. Projektin tehtävänä oli laatia suunnitelma ja toimeenpano-ohjelma terveydenhuollon toimivuuden ja terveystalouden saatavuuden ja laadun turvaamiseksi. Hankkeen yhtenä asiakokonaisuutena on ollut se, miten terveydenhuollon ohjelman mukainen palvelutason ylläpitäminen ja parantaminen rahoitetaan vakaalla tavalla. Rahoituksessa tarkastellaan paitsi valtionosuusjärjestelmää, myös kuntalaskutusta ja asiakasmaksupolitiikka ja koko valtion ohjausjärjestelmän parantamista.²⁴

²³ Perustuslain turvaamat kansalaisten subjektiiviset oikeudet menevät oikeuskanslerin mukaan muun muassa alijäämän kattamisvelvollisuuden edelle. Kunta ei voi jättää lakisääteisiä velvoitteitaan täyttämättä missään tilanteessa (Kuntalehti 5/2002).

²⁴ Itse loppuraportti esityksineen, vaikka sitä on pidetty oikeansuuntaisena, on saanut myös kritiikkiä. Kuntaliiton mukaan on keskeistä, että kuntien valtionosuuksia nostetaan niin, että hoitosuosituksen tavoitteet kyetään saavuttamaan koko maassa. Pelkästään kuntien omin voimin tämä ei onnistu, sillä kuntatalouden arvioidaan heikkenevän jo ensi vuonna (Kuntaliiton tiedote 9.4.2002, <http://www.kuntaliitto.fi/>). Muun muassa eräät ammattiliitot ovat kritisoineet hankkeen 10.4.2002 julkistetun loppuraportin resurssiesityksiä riittämättömänä muun muassa henkilöstövoimavarojen takaamisessa toteutukselle.

Ohjauksen viitekehikon ja ohjausta koskevan kirjallisuuden perusteella tässä tutkimuksessa on hahmoteltu *tasapainoisen ohjauksen ideaalimalli*. Nykyinen puite-, informaatio- ja laatuohjauslinja, jotta se toimisi ideaalimallin mukaisesti, voidaan hahmottaa seuraavalla kuvioilla. Mallin mukainen tasapainoinen ja siten kestävä ohjaus edellyttää suunnitelmallista ohjausta ja ohjauskeinojen valintaa. *Systemaattinen ohjauksen suunnittelu* vaatisi tuekseen ohjauksen lähtökohta-analyysiä, tavoite-keinoanalyysiä sekä tähän liittyen ohjausvälineiden riskianalyysiä. Näitä menetelmiä selostetaan lisää jäljempänä raportissa. Malliin kuuluu myös politiikan ja sen ohjauksen toimivuuden *seuranta ja valvonta*. Tämä vaatii tuekseen luotettavan ja ajantasaisen informaatiojärjestelmän, joka tuottaa pätevää *arviointitietoa* (myös *ex nunc jälleeno*hjausta varten).



Kuvio 8. Tasapainoisen ohjausmallin (BSM) kehikko

Tasapainotettu ohjausmalli voitaisiin analogisesti nimetä BSM -malliksi (Balanced Steering Model) jäljitellen tasapainotettua mittaristomallia (Balanced Score Card), jota alettiin 90-luvulla soveltamaan julkishallinnossa.

3 Aluehallinto kuntien ohjauksen välineenä

Jari Stenvall

3.1 Johdanto

Aluehallinnolla tarkoitetaan Suomessa valtion ja kuntien väliin jäävää tasoa. Se on eräänlainen kohtaamispaikka, jossa toimii niin valtiota kuin kuntia edustavia organisaatioita. Sosiaali- ja terveystieteiden alueella ministeriön ohjauksen alaisia valtion aluehallinto-organisaatioita ovat ensinnäkin lääninhallitusten sosiaali- ja terveystieteiden osastot, joita on vuonna 1997 toteutetun aluehallinto 2000-uudistuksen seurauksena Ahvenanmaa mukaan lukien kuusi. Ministeriön työsuojeluosastolla on kaikkiaan yksitoista työsuojelupiiriä, joiden tehtäviin kuuluu valvoa työsuojelun lainsäädäntöä sekä tukea työpaikkojen omaa työsuojelua. Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriön ohjauksessa olevalla kansanterveyslaitoksella on aluehallinnon yksiköitä.

Kuntien yhteistoiminnan kautta rakentuva sosiaali- ja terveystieteiden aluehallinto on moniulotteinen. Kuntalähtöistä aluehallintoa edustavat yhteistoimintamuodot, kuten kuntayhtymät. Yhteistoiminnassa on erotettavissa suppea-alaisia kuntaliittoja, esimerkiksi kahden kunnan terveyskeskuskuntaliittoja ja laaja-alaisia kuntaliittoja, kuten useiden kuntien muodostamat sairaanhoitopiirit. Viimeksi mainitut ovat jäsenkuntiansa omistamia organisaatioita, joissa korkeinta päätösvaltaa käyttävät niiden nimittämät poliittiset päätöksentekijät. Sairaanhoitopiirit samoin kuin erityishuoltopiirit ovat kuntalähtöisesti aluehallintoa, joiden muovautumiseen valtio vaikuttaa säädöksin. Uutta kuntayhteistoiminnan muotoa edustavat esimerkiksi koulutustoimintaan, kehittämistoimintaan tai yhteisten palveluiden järjestämiseen keskittyvät sosiaalialan osaamiskeskukset. Niitä on kaikkiaan yhdeksän. Keskeisiksi tehtäviksi on suunniteltu palvelujen kehittämistehtävät sekä mahdollisesti erityispalveluiden hoitaminen. Osaamiskeskusjärjestelmä on vasta muotoutumassa, ja keskustelun kohteena on esimerkiksi sopivan hallinnollisen mallin (esimerkiksi osakeyhtiö) löytäminen ja kunkin organisaation tehtävälueiden määrittäminen. (Ks. esimerkiksi www.stm.fi/osaamiskeskukset.)

Laajempaa ja osin institutionalisoitunutta yhteistoimintamuotoa edustavat seutukunnat. Niiden puitteissa on ainakin periaatteessa mahdollista järjestää sosiaali- ja terveystieteiden palveluita, vaikka toistaiseksi seutukuntien merkitys on ollut melko vähäinen. Seutukuntien vahvistaminen on kuitenkin osa valtiollista aluehallinnon kehittämislinjaa. Hallitus on antanut muun muassa esityksen seutukuntakokeiluyhteistyön vahvistamisesta (Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi seutukuntayhteistyökokeilusta 30.11.2001), joka on hyväksytty eduskunnassa 2002. Sen mukaisesti seutukunnista ollaan kehittämässä julkisyhteisöllisiä organisaatioita, jotka saavat niin maakuntien liitoille kuin valtion aluehallinnollekin kuuluvia tehtäviä. Sosiaali- ja terveysministeriön toimialueella kokeilu antaa seutukunnille päätöksentekovaltaa alkoholin vähittäismyynnissä ja anniskelussa sekä oikeuden esittää tärkeysjärjestyksen valtionosuusinvestoinneissa.

Aluehallinnossa yleisestä aluekehityksestä vastaavat maakuntien liitot. Niistä osa on pyrkinyt vahvistamaan edellytyksiään vaikuttaa sosiaali- ja terveyssektorin toimintaan. Tämä ilmenee hyvinvointipolitiikkaan liittyvien strategioiden laatimisena (Ks. Hyvinvointistrategia ja –teknologian kehittäminen pohjoispohjanmaalla 2000-2006, Keski-Suomen maakunnallisen hyvinvointistrategian lähtökohdat). Strategioissa on koottu yhteen sosiaali- ja terveyshallinnon yritystoimintaan liittyviä hankkeita, joihin vaikuttavat tukipolitiikallaan myös työvoima- ja elinkeinokeskukset. Kokonaisuudessaan maakuntien liittojen merkitys sosiaali- ja terveyshallinnon alueella on ollut vielä melko vähäinen.

Eräs visio aluehallinnosta on verkostoitunut, ilman pysyviä ja jäykkiä organisaatorakenteita toimiva aluehallinto. Osin ohjattuna toimintana aluehallintoon on muodostunut sosiaali- ja terveyshallinnon toimialueellakin verkostoja. Ministeriön käynnistämiä ja ohjaamia verkostohankkeita edustavat esimerkiksi verkottuva erikoispalveluhanke sekä Terveysterveystuoto 2000-projekti. Merkittäviä sosiaali- ja terveyshallinnon alueellisia verkostoja ovat myös yksittäisten hankkeiden ympärille muotoutuneet verkostot. Tällaisia ovat EU-rahoitteiset hankkeet.

Sosiaali- ja terveyshallinnon aluehallinnon asema osana ohjausjärjestelmää on merkittävästi muuttunut. Lääninhallitukset osallistuiivat 1970- ja 1980-luvuilla keskushallintojohtoisen mallin mukaisesti tiiviisti normi- ja resurssiohjaukseen sekä valvontaan. Lisäksi kuntien yhteistoiminnan seurauksena muotoutunut palvelutuotanto oli pitkälti aluehallintolähtöinen, vaikka kuntien edustajat sitä muodollisesti kontrolloivatkin. Esimerkiksi päihdehuollon kuntainliitto tai erikoissairaanhoidopiiri määrittivät pitkälti asiakaskäyntien ja niitä koskevien odotusten perusteella sen, kuinka paljon resursseja tuli kerätä kunnilta palvelutuotannon kattamiseksi.

Hyvinvointivaltion kaudella rakentunut toimintatapa alkoi muuttua 1990-luvun taitteeseen tultaessa. Ensinnäkin hyvinvointipolitiikan merkitys yhteiskuntapolitiikassa väheni. Alueellisessa kehittämisessä painopiste siirtyi hyvinvointipolitiikasta pitkälti elinkeinopolitiikkaan. Toiseksi sosiaali- ja terveyspolitiikan toiminta paikallistui (ks. esimerkiksi Lehto 1998, 127). Tämä tarkoittaa sitä, että vastuu sosiaalisista ja terveyteen liittyvistä palveluista tuli niin palvelumuotojen, toimintatapojen kuin tuotantotapojen osalta yhä enemmän kunnille. Kehitys heikensi sekä valtiollisen että kunnallisen aluehallinnon merkitystä kuntien ohjauksessa. Myös alueellinen palvelutoiminta on vähentynyt (esim. osa päihdehuollon kuntayhtymistä) tai tullut kuntien aiempaa voimakkaampaan kontrolliin (esim. sairaanhoidopiirit). Taloudellisia tulostavoitteita toteutettiin entistä enemmän kunnan omista lähtökohdista ja kustannuksia pyrittiin hillitsemään siirtämällä niitä muiden maksettaviksi. (Kehityksen arviosta esimerkiksi Paatero 1999.)

2000-vuoden taitteessa aluehallinnon merkitys sosiaali- ja terveyshallinnossa on jälleen kasvanut. Tämä liittyy siihen, että hyvinvointipolitiikka on ylipäänsä alettu taas nähdä tärkeänä yhteiskuntapolitiikan ja alueellisen kehittämisen kohteena. Lisäksi aluetasolla tapahtuvaa yhteistyötä voidaan pitää yhtenä ratkaisuna sosiaali- ja terveyssektorin ongelmiin. Osin paikallisuuden korostumisen seurauksena kunnat ovat sosiaali- ja terveyspalveluiden osalta erilaistuneet, minkä takia on mietittävä aluehallinnon kehittämiseen sisältyviä mahdollisuuksia tilanteen hallitsemiseksi ja palveluiden turvaamiseksi sekä resurssien tehokkaan käytön turvaamiseksi. (Alueiden kehityksestä ja niitä koskevista visioista esimerkiksi Tasapainoisen kehityksen Suomi 2115, 2000.) Lisäksi muun muassa hallitusohjelmassa on alettu korostaa arvona alueiden omaehtoista kehittymistä (esim. Paavo Lipposen I hallituksen ohjelma 1995). Tähän on sisällynyt oletamus, jonka mukaan yhteiskunnan menestymisen perustana ovat vahvat alueet. Omaehtoisten ja vahvojen alueiden merkitys on näkynyt myös sosiaali- ja terveysministeriön tavoiteasettelussa (ks. esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriön tavoite- ja toiminta-

ohjelma 2000-2003, 2000). Eräänlaisena visiona on nähtävissä eriytynyt, paikalliset olosuhteet huomioonottava ja sosiaali- ja terveyspolitiikassa aluevastaullisesti toimiva aluehallinto.

3.2 Lääninhallituksen ohjaus sosiaali- ja terveyssektorilla

Lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastot edustavat konkreettisimmillaan sosiaali- ja terveysministeriön aluehallintoa. Ne ovat myös tehtäviensä ja roolinsa osalta keskeinen linkki ministeriön ja kuntien välillä. Sosiaali- ja terveysosastojen tehtävät ovat yleisvirastona muun muassa seuraavat:

- arvioida, seurata ja tarkistaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tuotantoa, rakennetta ja kehitystä sekä ammattihenkilöiden toimintaa kunnissa ja yksityisellä sektorilla
- huolehtia ja päättää sosiaali- ja terveydenhuollon luvista ja valvonnasta sekä edistää ehkäisevää sosiaali- ja terveyspolitiikkaa
- päättää keskiolutluvista ja huolehtia alkoholilainsäädännön mukaisesta valvonnasta
- ratkaista sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuteen oikeuttavat alle 25 miljoonaa maksavat investointihankkeet
- suorittaa oikeuslääketieteelliset kuolemansyyn selvitykset ja tarkistaa annetut kuolintodistukset
- suunnitella, ohjata ja valvoa terveydensuojelun, elintarvikevalvonnan ja tuoteturvallisuuden toteutumista
- tarkastaa elintarviketuotantolaitoksia ja edistää terveellisen, laadukkaan ja turvallisen elintarvikeketjun toteutumista sekä huolehtia terveellisestä elinympäristöstä
- huolehtia tarttuvien eläintautien vastustamiseen ja eläinsuojeluun liittyvästä valvonnasta ja lupahallinnosta

Lähde: www.intermin.fi/suom/laanit/tehtava2.html

Lääninhallitus ohjaa ja valvoo kunnallisten ja yksityisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tuotantoa sekä palvelujen tuottajien toimintaa. Se pyrkii edistämään yhteistyössä kuntien kanssa sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittymistä valtakunnallisten tavoitteiden mukaisesti sekä ehkäisevän sosiaali- ja terveyspolitiikan toteutumista. Lisäksi lääninhallitus pyrkii tukemaan kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteiden uudistamista. (www.intermin.fi/suom/laanit/tehtava2.html.) Voidaan siis sanoa, että lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastojen rooli rakentuu pitkälti suhteessa kuntahallintoon.

Sosiaali- ja terveysministeriö ei voi kaikelta osin suoraan ja itsenäisesti ohjata lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastoja. Ohjaus toteutetaan yhteistyössä muiden lääninhallituksia ohjaavien ministeriöiden kanssa koordinointivastuun kuitenkin ollessa sisäasiainministeriöllä. (Lääninhallitusten ohjauksesta Stenvall ja Harisalo 2000.) Lääninhallituksilla on pääosaltaan yhteiset resurssit, joten resurssiohjaus on kokonaisvaltaista. Yhteisen ohjauksen alueita ovat myös peruspalveluiden arvioinnin kohteista päättäminen ja hallinnollinen ohjaus. Sosiaali- ja terveysministeriölle kuitenkin kuuluu sosiaali- ja terveysosastojen substanssiohjaus. Tässä mielessä ministeriö voi määritellä toimintaa koskevia tavoitteita.

Valtion ohjauksessa suhteessa kuntiin on 1990-luvulla korostettu yhä enemmän kunnallisen itsehallinnon kunnioittamisen tärkeyttä. Tämä ei ole käytännön ongelma. Esimerkiksi sosiaali- ja terveyshallinnon kuntatason johtajien mielestä lääninhallinto sosiaali- ja terveysministe-

riön alueella ei uhkaa kunnallista itsehallintoa.²⁵ Kunnallisen itsehallinnon korostaminen on kuitenkin heikentänyt lääninhallitusten toimintamahdollisuuksia suhteessa kuntiin. Samalla on noussut esiin kysymys siitä, ettei sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalla ministeriöllä ja sitä edustavilla lääninhallituksilla ole riittävästi keinoja ohjata hyvinvointipalveluiden tasa-puolista rakentumista Suomessa.

Lääninhallitusten toimintaan vaikuttavan normiohjauksen merkitys on edelleen keskeinen. Esimerkiksi vuosina 2000 ja 2001 välisenä aikana annettiin kaikkiaan kahdeksan asetusta tai lakia, jotka vaikuttivat lääninhallituksen toimintaan sosiaali- ja terveystaloudessa.²⁶ Lainsäädäntö mahdollistaa lääninhallituksille kuntia koskevan päätösvalan sen tehtäväalueilla. Se antaa lääninhallituksille oikeuden ohjata kuntia jossakin määrin myös ohjein. Tätä on käytetty melko vähän. Esimerkiksi terveydenhuollossa potilaan tiedonsaantia koskevia yleisohjeita ei ole annettu kovin montaa, vaikka siihen olisi ollut lainsäädännöllinen mahdollisuus (Paaso 2001, 69.)

Lääninhallituksilla ei ole kuitenkaan suuria mahdollisuuksia aktiivisesti valvoa sitä, miten kunnat toteuttavat lainsäädännöllisiä normeja sosiaali- ja terveystaloudessa. Lääninhallitusten suorittama laillisuusvalvonta toteutuukin lähinnä passiivisesti kanteluihin reagoimalla. Kuitenkin on huomattava, että lääninhallitusten ohella kanteluita voi periaatteessa tehdä muun muassa oikeusasiamiehelle ja terveydenhuollon alueella terveydenhuollon oikeusturvakeskukselle. Lääninhallituksissa kanteluiden määrä on silti kasvanut (ks. myös luku 6. tässä raportissa). Ongelmana onkin asioiden ruuhkautuminen ja käsittelyaika voi toisinaan ylittää puolikin vuotta.²⁷

Sosiaali- ja terveystaloudessa subjektiiviset oikeudet ovat luoneet edellytyksiä kanteluihin perustuvaan laillisuusvalvontaan. Sisällöllisesti täsmälliset oikeudet muokkaavat käsityksiä siitä, minkälaisia palveluiden tulisi laadullisesti minimissään olla, ja mitkä ovat asiakkaiden ja potilaiden oikeudet. Tämä antaa puolestaan kriteerit palveluihin liittyvien kantelujen tekemiseen. Järjestelmä on vasta kehittymässä ja toistaiseksi on mahdotonta arvioida, missä määrin oikeuksien kehitys vaikuttaa lääninhallitusten laillisuusvalvontaan. Myös ohjauksen välineenä kantelujärjestelmä on ongelmallinen. Ei ole varmuutta siitä, että juuri kantelujärjestelmän kautta sosiaali- ja terveystalouden ongelmat tulevat systemaattisesti ohjausjärjestelmässä tietoon.

Ministeriö ohjaa lääninhallitusten substanssiasioita myös tulosohjauksella. Tulossopimukset tehdään kolmivuositain, mutta ne tarkistetaan vuosittain (järjestelmästä tarkemmin Koski

²⁵ Arvio perustuu kuntien sosiaali- ja terveystalouden johtajien esittämiin kannanottoihin Aluehallinto 2000-tutkimuksen yhteydessä.

²⁶ Nämä ovat seuraavat: 1191/2000 Laki lääkelain muuttamisesta, 1030/ Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta 461/2000 Sosiaali- ja terveysministeriön asetus talousveden laatuvaatimuksista ja valvontatutkimuksesta 441/2000 Laki terveydensuojelulain muuttamisesta, 1540/2001 Laki alkoholilain 52 ja 53 pykälän muuttamisesta, 1425/2001 Valtioneuvoston asetus oikeuslääkeopillisista tutkimuksista suoritettavista korvauksista, 957/2001 erikoissairaanhoidon lain 47 a ja 47 b pykälien muuttamisesta sekä 42/2001 Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lasten ja nuorten psykiatrian palveluihin maksettavien valtioavustusten myöntämisperusteista

²⁷ Kantelujen käsittely on edellyttänyt työnjakoa viranomaisten kesken ja esimerkiksi kuolemantapauksiin liittyvät kantelut käsitellään lääninhallitusten sijasta terveydenhuollon oikeusturvakeskuksessa. Merkittävistä ja periaatteellisista kanteluista lääninhallitus raportoi ministeriötä, joten periaatteessa kantelut voivat toimia valtakunnallisenkin ohjauksen lähtökohtana.

2001, 17). Samoin toimialakohtainen toiminta- ja taloussuunnittelu ohjaa lääninhallitusten toimintaa. Tulos- ja tavoiteohjaus määrittää samalla lääninhallitusten toimintaa suhteessa kuntiin. Toiminta näyttäytyykin lääninhallitusten toimintakertomusten perusteella sosiaali- ja terveysministeriön tavoiteasettelun suuntaisena. Kuitenkin määritellyt ja aikaansaadut tulokset ovat yleensä enemmänkin suoritteita kuin vaikutuksiin liittyviä.²⁸

Resurssiohjauksen osalta sosiaali- ja terveysministeriö voi konkreettisimmin vaikuttaa laite- ja rakentamishankkeita koskeviin määrärahoihin. Lääninhallitusten tehtävänä on vahvistaa 2-25 miljoonaa markkaa maksavat hankkeet. Resurssiohjauksella tai resursseja koskevalla päätöksenteolla ministeriö voi myös jossakin määrin ohjata lääninhallitusten hanketoimintaa. Se voi määrittellä, minkälaisiin kuntien yhteistoimintaa tukeviin hankkeisiin lääninhallitukset osallistuvat. Huomattavaa on kuitenkin se, että varsinaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmaan liittyvistä noin kolmestakymmenestä hankkeesta vain yksi eli Itä-Suomen Ikä-Laatu-projekti (Itä-Suomen lääninhallitus) on selkeästi lääninhallitusten vastuulla.

Lääninhallitusten ohjauksen kiistanalaisena asiana on resurssien eli talouden ja toiminnan yhteenkytkeminen. Tämä tarkoittaa sitä, että lääninhallituksia ohjataan pääosin ministeriöiden toimesta yhteisillä resursseilla ja budjettirahat tulevat kokonaissummana samalta menoerältä, mutta lähinnä normi- ja tulosohjaukseen perustuva substanssiohjaus on toimialakohtaisuuden periaatteen mukaisesti sosiaali- ja terveysministeriön vastuulla. Etuna on, että yhteinen ohjaus mahdollistaa toiminnan koordinaation ja rahojen käytön valvonnan. Ohjauksen edellytyksenä on kuitenkin ministeriöiden keskinäisen yhteistyön toimivuus. (Ks. Stenvall ja Harisalo 2000.) Onkin ilmeistä, kuten maaherra Koski (2001, 14) toteaa, että talouden ja toiminnan ohjausta olisi kyettävä tavalla tai toisella lähentämään toisiinsa.

Keskeisimmäksi lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosaston välineeksi kuntien ohjaamisessa on tullut informaatio-ohjaus. Se tarkoittaa, että ohjaus perustuu neuvontaan ja tietoon. Lääninhallitukset järjestävät esimerkiksi koulutus- ja neuvontatilaisuuksia yhdessä ministeriön kanssa uusista lainsäädännöllisistä muutoksista ja normien soveltamisesta tai uusista ammatikäytännöistä (sosiaali- ja terveysosastojen päälliköiden haastattelut 2002.) Toinen keskeinen informaatio-ohjauksen muoto on peruspalvelujen arviointi. Lääninhallitukset arvioivat ministeriöiden ohjauksen mukaan valittuja kohteita.

Peruspalveluiden arviointi auttaa ministeriötä kohdentamaan ohjaustaan. Tässä mielessä olisi tarkoituksenmukaista kohdentaa arviointi ministeriön strategisten linjauksien toteuttamisen ydintekijöihin. Koska arviointi tukee ja tuottaa tietoa valtion ohjausta ja valvontaa varten, keskustelua on käyty siitäkin, onko peruspalveluiden arviointi uhka kunnalliselle itsehallinnolle. Lisäksi periaatteellisella tasolla peruspalveluiden arviointi sisältää mahdollisuuden, että ongelmien ilmaantuessa vaatimukset valtakunnantasolla kuntien toiminnan rajoittamiseksi kasvavat (Haastattelut 2002, mt.ed.) Kysymys on kuitenkin ennen kaikkea siitä, millä tavoin tuotettua tietoa hyödynnetään ohjauksessa eli onko peruspalveluiden arviointitieto enemmänkin toiminnan kehittämisen vai kontrollin lähtökohtana.

Kunnat ovat suhtautuneet kohtuullisen myönteisesti peruspalveluiden arviointiin.²⁹ Kritiikki on kohdistunut siihen, onko arviointi aina välttämätöntä, koska myös kunnat itse tuottavat

²⁸ Lähteenä lääninhallitusten toimintakertomukset 1999

²⁹ Tämä perustuu aluehallinto 2000-uudistuksen yhteydessä kerättyyn materiaaliin (Stenvall-Harisalo 2000).

arviointitietoa tai olisiko mahdollista tuottaa arviointitietoa nykyistä tehokkaammin keskite-
tysti esimerkiksi Stakesin toimesta. Parhaimmillaan peruspalveluiden arviointi tuottaa tietoa
kunnille kehittämistä varten. Vaikutuksiltaan peruspalveluiden arviointi näyttääkin olevan
lähinnä riippuvainen siitä, millä tavoin kunnat itse hyödyntävät aikaansaatuja tuloksia. Perus-
palveluiden arvioinnista ei myös ole tullut sellaista toimintamuotoa, joka aktivoisi kansalaisia
vaatimaan kunnissa sosiaali- ja terveyspalveluiden kunnollista hoitamista. Ratkaisuksi on
esitetty sitä, että tulokset olisivat entistä paremmin ymmärrettävässä muodossa käyttäen muun
muassa karttasovellutusta paikkatietojen hallinnassa (Paikkatiedon hallinta...2001).

Sosiaali- ja terveysministeriö on pyrkinyt ohjaamaan lääninhallituksia niin, että niissä säilyisi
vahva paikallinen tuntemus. Tämä on ollut vaikeaa erityisesti ns. suurlääneissä, joissa hallin-
noitavien kuntien lukumäärä on suurentunut merkittävästi aluehallinto 2000-uudistuksen seu-
rauksena. Vaikka sosiaali- ja terveysministeriön suurlääninhallituksia koskevassa hallinto-
mallissa on korostettu muita lääninhallinnon toimialoja voimakkaammin alueyksikköjen
(esim. Länsi-Suomen lääninhallituksessa Vaasan, Jyväskylän ja Tampereen) tärkeyttä, koe-
taan kuntatasolla sosiaali- ja terveysosastojen toiminnan heikentyneen ja etäännyneen. Kun
hallinnoitavia kuntia on runsaasti, on lääninhallitus menettänyt alueellista ja kuntakohtaista
osaamistaan.

Vaikka ohjaustavoitteessa on korostettu kuntien ja lääninhallitusten läheisen suhteen tärkeyt-
tä, ei ainakaan sosiaali- ja terveyshallinnon johtajien mielestä lääninhallituksen rooli kes-
kushallinnon ja kuntien välisenä organisaationa ole selkeä.³⁰ Lääninhallitus mielletään kunta-
edustajien keskuudessa vahvasti alueen etua ajavana organisaationa, vaikka se samanaikai-
sesti edustaa myös ministeriön etua. Lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastojen rooli kun-
tien ja sosiaali- ja terveysministeriön välisenä organisaationa näyttäisi olevan muotoutumassa.
Tähän eivät vaikuta pelkästään sosiaali- ja terveysministeriön omat linjaukset vaan myös laa-
jemmin ne valtakunnalliset tavoitteet, joiden perusteella aluehallintoa kehitetään. Lisäksi
kuntien palvelutuotantoon liittyvät ongelmat kanteluineen muokkaavat sosiaali- ja terveys-
osastojen perustehtävää. Nyt lääninhallitusten perustehtäviksi näyttäivät muotoutuvan valvon-
ta, seuranta, informaation välittäminen sekä viranomaispäätösten tekeminen. Monet kuntien
sosiaali- ja terveyssektorin johtajista ovat kuitenkin tyytyväisiä nykyiseen, ”epäselkeään”,
tilanteeseen, eivätkä toivo lääninhallitusten toiminnan aktivoitumista.

Roolin epäselkeyteen liittyvänä ohjauksen ongelma näyttäisi olevan tavoiteasettelun koor-
dinoimattomuus ja tavoitteiden ristiriitaisuus. Tarkasteltaessa esimerkiksi sosiaali- ja terve-
ysministeriön lääninhallituksiin kohdistuvia tavoitteita on ristiriitaista, missä määrin ja millä
tavoin lääninhallitusten tulisi osallistua kehittämistoimintaan ja minkälaista kuntayhteistyötä
niiden tulisi tukea. Verkostoituvat erityispalvelut-hankkeessa lähtökohtana oli, että läänihal-
litusten tukemana kuntien palveluverkosto rakentuisi ns. vanhojen läänien varaan. Nyt on
kuitenkin nähtävissä, esimerkiksi investointiavustuksia koskevissa periaatteissa, että tukemi-
sen kohteena on maakunnallinen ja seutukuntayhteistyö. Ohjauksen tavoitteiden häilyvyyden
taustalla on epäilemättä ollut aluehallinnon tilanteen jatkuva muuttuminen. Nyt oleelliseksi
asiaksi on nousemassa se, mikä rooli lääninhallituksille muodostuu, kun sosiaali- ja terveys-
kysymyksistä on tulossa jälleen keskeinen osa aluekehittämistä. Lisäksi olennaista olisi ai-
kaansaada ohjauksen perustaksi selkeä tahtotila siitä, minkälaisena lääninhallitusten rooli
nähdään ja minkä tyyppistä kuntien toimintaa niiden tulisi tukea.

³⁰ Tämä perustuu aluehallinto 2000-uudistuksen yhteydessä kerättyyn kyselyyn, johon vasasi 70 sosi-
aali- ja terveyshallinnon kuntatason johtajaa.

3.3 Verkostoituvat erityispalvelut

Verkostoituvat erityispalvelut-hankkeen³¹ taustalla oli käsitys siitä, että erityisryhmille tarjotut palvelut olivat heikentyneet. Kun kuntayhtymät purkautuivat kuntien itsehallinnon vahvistuessa, erityispalveluiden saatavuus heikkeni varsinkin pienissä kunnissa, jotka olivat olleet riippuvaisia alueellisista palvelurakenteista. Hankkeen ensimmäinen vaihe käynnistyi vuonna 1997 ja päättyi 1999. Vuonna 2000 alkoi hankkeen toinen vaihe.

Verkostoituvat erityispalvelut-hankkeen tavoitteena oli siis pyrkimys turvata erityisosaamista vaativien palveluiden saatavuus kaikissa kunnissa. Ohjaustavoite oli selkeä ja hanke käynnistettiin yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön ja kuntaliiton kesken. Ratkaisuna erityispalveluiden turvaamiseksi olivat seuraavat toimenpiteet:

1. Kannustaa kuntia ylikunnalliseen yhteistyöhön
2. Lisätä yhteistyötä järjestöjen, kuntien ja kuntayhtymien kesken
3. Kytkeä opetus ja tutkimus nykyistä läheisemmin palveluiden tuottamiseen
4. Kehittää hallinnollisia malleja kuntien ja palveluiden tuottajien välille (sopimusmallit)
5. Tietoteknologiaa hyväksikäyttäen parantaa kuntien mahdollisuuksia saada tietoa palveluiden tuottajista

Ohjauksen näkökulmasta hankkeessa pyritään vaikuttamaan siihen, että alueille muodostuisi uusia, erityispalveluista vastaavia organisaatioita. Keskeisenä tavoitteena on erityispalveluista vastaavien verkostojen luominen. Verkoston käsitteellä viitataan tyyppillisen verkostoajattelun mukaisesti vapaaehtoiseen yhteistyöhön.

Erytyispalveluiden järjestämisen peruskysymys on ohjauksen kannalta se, miten saada kunnat rakentamaan vapaaehtoisesti, palveluita turvaavia verkostoja. Hanke perustuu näkemykseen, että tieto aikaansaa yhteisen intressin tehdä palveluita. Tavoitteen mukaan kunkin kunnan tulisi analysoida erityispalvelujen tarve. Kuntien yhteisten alueellisten palveluiden aikaansaaminen myös vaatii toteutuakseen pitkän ajanjakson.

Toiseksi verkostoituvassa erityispalveluhankkeessa on pyritty luomaan hallinnollista yhteistyötä, joka aikaansaa alueellista verkottumista. Valtakunnantasolle on perustettu johtoryhmä ja alueille kaksitoista johtoryhmää. Alueellinen yhteistyörakenne pohjautui hankkeessa entisten lääninhallitusten alueellisiin rajoihin. Lähtökohdan mukaan vanhat läänit muodostivat toimivan alueen, jossa kunnat olivat tottuneet tekemään yhteistyötä ja johon lääninhallitusten alueellisilla toimipisteillä oli luontevat yhteydet.³²

Ohjauksen kohteena oleva erityispalveluiden käsite on määritelty verrattain väljästi. Hankkeessa on tuotu esille, että se koskee ensi sijassa lastensuojelun ja päihdehuollon palveluja sekä vammaispalveluja ja mielenterveyspalveluita. Erityispalvelut on määritelty väestöpohjan

³¹ Ks. Verkostoituvat erityispalvelut vuosina 1998-1999.

³² Keskeisiä toimijoita hankkeessa ovat olleet kunnat, kuntayhtymät, järjestöt, lääninhallitukset, koulutus- ja tutkimuslaitokset, Stakes ja STM. Osana ohjausta täsmennettiin myös lääninhallitusten ja Stakesin roolia. Lääninhallitusten virkamiehet ovat työskennelleet hankkeessa muun muassa alueellisten johtoryhmien sihteereinä ja Stakes on tuottanut tarvittavaa tietoperustaa ja tarjonnut asiantuntija-apua. Jatkossa toimintaan ollaan kytkemässä myös maakuntaliittojen edustajia. Samoin tavoitteena on yhä huolehtia siitä, että toimijat sitoutuisivat järjestelmään.

kautta: ne ovat palveluja, joiden tuottamiseen yksi kunta on liian pieni. Näin eri kokoisissa kunnissa erityispalvelut määrittyvät toisistaan poikkeavin tavoin.

On ilmeistä, että väljä käsitelmääritys on osaltaan tukenut sitä, että eri alueilla on löydetty melko hyvin ne kohteet, joiden puitteissa on tarkoituksenmukaista toimia yhteistyössä. Selkeitä toimialueita ovat olleet muun muassa lastensuojelu ja lasten- ja nuorten mielenterveyspalvelut. Toinen kysymys on kuitenkin se, kohdentuvatko vapaaehtoisen yhteistyön perustalta ohjautuvat palvelut tavalla, jossa ne vastaavat saatavuuden ja laadun ongelmiin vai toteutuuko yhteistyö enemmänkin sen perustalta, mikä on mahdollista.

Keskeinen hankkeen haaste on ollut löytää ne luontevat aluejaot, joiden puitteissa erityispalvelut voidaan turvata. Ongelmallista on eri alueiden toisistaan poikkeavat palvelurakenteet ja yhteistyömallit. Esimerkiksi oppilaitosrakenne ja vakiintuneet verkostot saattavat vaihdella. Tämä on näkynyt myös verkostohankkeen toteutuksessa. Esimerkiksi Länsi-Suomessa keskeisessä asemassa on ollut seutukuntayhteistyö, kun sen sijaan Itä-Suomessa keskeistä on ollut yhteistyö viranomaisten, järjestöjen ja oppilaitosten kesken. Lisäksi kuntien erilaisuus vaikuttaa luontevien alueellisten yhteistyömallien syntymiseen.

Yhteistyön perustana ovat toimijoiden keskinäiset sopimukset. Yksi hankkeen lopputuloksista ja keskitetyn ohjauksen tukitoimenpiteistä onkin ollut sopimusmalleja koskevan kehitystyön käyttö. Tämä on sinällään luontevaa, koska sopimukset rakentuvat kuntien vapaaehtoisen yhteistyön pohjalta.

Jatkossa tarkoitus on huolehtia sektorikohtaisten asiantuntijaverkostojen tai –työryhmien perustamisesta seutukunnissa tai alueilla, joiden tehtävänä on edistää VEP-hankkeen tavoitteita oman sektorinsa ja erityisryhmänsä osalta ja luoda tarvittavat suhteet valtakunnallisiin palveluiden tuottajiin. Myös valtakunnallinen rahoituksentarve huomioidaan eli tätä kautta hanke koordinoituu ohjauksessa muihin hankkeisiin. Ehdotuksena myös on, että RAY:n avustuspolitiikkaa kohdennetaan paikannettuihin erityispalveluiden aukkoihin, joihin on muotoiltu innovatiivisia kehittämishankkeita.

Verkostoituvat erityispalvelut -hanke on selkeästi kuntien palveluiden järjestämistä tukevaa toimintaa. Onkin luontevaa pohtia, olisiko ollut tarkoituksenmukaista että hankkeen koordinoitivastuu olisikin kuulunut kuntia edustaville toimijoille. Toisaalta ongelmana ilmeisesti oli se, ettei kuntien taholta löytynyt voimakasta intressiä ottaa vastuuta hankkeesta. (Haastattelut 2002.) Tämä kertoo hankkeen ohjaukseen ja toteutukseen rakentuneesta kuntien ja valtion välisestä jännitteestä. Toinen erityislaatuisuus on vanhojen lääninhallitusten rajojen käyttäminen verkostojen muodostamisen lähtökohtana. Tämä ei ole koordinoitu ratkaisu verrattuna muihin aluehallinnon kehittämisuuntiin. Hankkeessa on ollut vallalla myös ohjauksen kannalta melko vahva keskusjohtoisuus. Se on saattanut heikentää alueiden mahdollisuutta kehittää omia ratkaisujaan.

Lisäksi hankkeessa ei ole julkilausutusti pyritty löytämään ratkaisuja kuntien intressiristiriitihin palveluiden järjestämisessä, mikä näyttäisi olevan keskeinen erityispalveluiden aikaansaamisen hidaste. On vaikea löytää ratkaisuja, joissa erilaisten kuntien intressit tulisi huomioiduksi. Erityispalveluiden järjestämistarpeetkin vaihtelevat. Osassa alueista kuntien yhteiset alueelliset palvelut tarkoittavat päällekkäisten toimintojen karsimista. Tällöin muutosvastarintaa voi esiintyä esimerkiksi kuntien henkilöstön keskuudessa. Keskeinen ongelmakohta on yhteisiä palveluita koskevien päätösten tekeminen kunnallisessa päätöksenteossa. Kun kunnat tekevät keskinäisiä sopimuksia palveluiden järjestämisestä, ne samalla kaventavat toimintavapauttaan. Kunnissa ei välttämättä katsota yhteistyöhön liittyviä kysymyksiä tarkoituskun-

suuden perusteella vaan esimerkiksi valtasuhteiden kannalta (Kuntayhteistyön syistä ks. esimerkiksi Kallio 2000; Haveri ja Majoinen 2000). Verkostoituvat erityispalvelut-hanke ei ehkä ole onnistunut kovin hyvin sitouttamaan kuntien poliittisia päätöksentekijöitä tekemään tarvittavia ratkaisuja.

Kokonaisuudessaan verkostoituvat erityispalvelut-hankkeessa on ollut selkeä, ammatillisesti hyväksytty yhteinen tavoite eli osaamista vaativien palveluiden turvaaminen kansalaisille. Hanketta on toteutettu pitkälti niillä periaatteilla, joilla verkostoja voidaan ylipäänsä ohjata. On mahdollista ohjata lähinnä verkostojen muodostumista sekä niiden tavoitteita varsinaisten prosessien ja sisällön syntyessä verkostojen toiminnan seurauksena. Kunnallinen itsehallinto vaatii, että hankkeissa tuotetaan lähinnä toimintaedellytyksiä ja -puitteita, koska varsinaisen palveluiden järjestämistä vastuu on kunnilla. Tässä mielessä esimerkiksi sosiaali- ja terveystieteiden keinojen vaikutus siihen, missä määrin kunnat tosiasiallisesti tarttuvat mahdollisuuksiin, ovat rajalliset.

3.4 Aluehallinto kohtauspaikkana - roolien, etujen ja tahtotilan ohjauksella kohtaamisongelmien hallintaan

Aluehallinnon uudet organisointiratkaisut, kuten esimerkiksi verkostoituvat erityispalvelut-hankkeen kaltaiset järjestelyt, luovat edellytyksiä ratkaista sosiaali- ja terveyshallinnon toiminnallisia ongelmia. Monien palveluiden järkevä hoitaminen, kuten psykiatristen erikoispalvelujen luominen, vaatii riittävää väestöpohjaa, jotta palveluiden vaatima erikoistuminen olisi kannattavaa. Yhteistyö palveluissa toisi paitsi tehokkuutta, myös joustavuutta sekä tekisi palveluita vähemmän haavoittuviksi. Palveluketjut tulisi ja voisi rakentaa nykyistä saumattomammiksi ja toisiinsa liittyviksi kokonaisuusiksi. Tavoitetta voidaan tukea erilaisilla alueellaisilla informaatioteknologisilla järjestelmillä. Lisäksi kehittämistoiminnan voidaan olettaa olevan tehokkainta lähellä palveluita.

Ohjauksen ja osin kuntien oman toiminnan seurauksena on käynnistynyt suuri joukko yksittäisiä alueellisia yhteistyöhankkeita. Perussuuntana on siis ollut yhteistyön vahvistuminen. Esimerkiksi informaatioteknologiaan liittyviä hankkeita ovat muun muassa makropilotti ja TEL-Lappi-hanke (esim. Hiltunen ja Virta 2000) ja uusia organisaatoratkaisuja edustavat sosiaalialan osaamiskeskukset. Omalla tavallaan ainutlaatuisista yhteistyömalleista edustaa ns. Mäntän malli, jossa on yhdistetty perusterveydenhuolto ja sairaanhoitopiirien tarjoama erikoissairaanhoito. Samoin keskustellaan kansallisen terveysprojektin yhteydessä muun muassa terveyskeskusten yhdistämisestä ns. porkkanarahojen avulla (toisin sanoen tukemalla yhdistämisprosesseja) sekä erikoissairaanhoidon työnjakoon liittyvistä ratkaisuista. Kuitenkaan kokonaisvaltaista organisaatoratkaisumallia, joka selkeästi ja systemaattisesti loisi perustan laadukkaalle ja tehokkaalle yhteistyölle sosiaali- ja terveyshallinnossa, ei ole muodostunut.

Sosiaali- ja terveyshallinnon toimialueella aluehallinnon kehittämistarpeet muodostavat varsin hajanaisen kokonaisuuden. Sosiaalishallinnossa oleellista on varsinkin kehittämistoiminnan institutionaalinen vahvistaminen (osaamiskeskukset), seurannan ja valvonnan parantaminen (lääninhallitukset), yhteinen palvelujärjestelmä sekä aluekehittämisen vahvistaminen. Terveystieteiden keskeistä on sairaanhoitopiirien yhteenkokoaminen ja tälle osin vastakkaisena trendinä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteenkytkennän vahvistaminen ja terveyskeskusten muodostaminen aiempaa suuremmiksi kokonaisuusiksi, jotta toiminta tehostuisi ja järkipäätöksiä. Tärkeää on myös alueellisen kehittämistyön tukeminen sekä ylipäänsä kehittämisen vahvistaminen yhteistyön kautta, sillä pienillä terveyskeskuksilla ei ole aina riittävästi resursseja toiminnan uudistamiseen (Haastattelut 2002). Yhteistä sosiaali- ja

terveyshallinnolle ovat alueellisten palvelumarkkinoiden luominen ja teknologian hyödyntäminen palveluissa. Lisäksi tärkeänä linjauksena on sosiaali- ja terveyshallinnon yhteistyö.³³

Sosiaali- ja terveyshallinnon ohjauksessa on havaittavissa strategisten tavoitteiden mukaisia piirteitä. Esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriön tavoitteena on ollut lisätä aluevastuullisuutta, vaikkapa osaamiskeskusten vahvistamisena. Kokonaiskuva aluehallinnon organisaatiotietojen ohjauksesta kuntien yhteistoiminnan edistämiseksi on kuitenkin hajanainen. Kuntien yhteistoiminnan aikaansaamista on tuettu lukuisilla yksittäisillä hankkeilla, joista yhteistä nimittäjää on vaikea löytää. Esimerkiksi alueellisessa toiminnassa ja palveluiden organisoinnissa on välillä korostettu väestöperustaista kriteeriä (esim. 30 000 tai 50 000 kansalaista) ja välillä jotakin organisaatiotasoa, kuten seutukuntajärjestelmän tai sairaanhoitopiirien hyödyntämistä.

Hankkeisiin perustuva ohjausmalli, esimerkiksi verkostoituvat erityispalvelut tai EU-rahoitteiset hankkeet, tarkoittaa ohjauksen toimintatapaa, jossa ”edetään siinä, missä se on mahdollista.” Mallin etuna on muutosvastarinnan vähentäminen, koska toimijat eli kunnat sitoutuvat siihen, minkä kokevat etujensa mukaisesti. Tapauskohtaisten ratkaisujen kautta tapahtuvan ohjauksen ongelmana on hitaus ja edellä kuvattu epäsystemaattisuus. Ohjausympäristö on monimutkaistunut, kun palveluiden järjestämiseen on tullut suuri joukko erilaisia ratkaisuja.

Dokumenttiaineiston perusteella on vaikea arvioida ohjauksen vaikuttavuutta kuntien yhteistyöhön. Se edellyttäisi erityistä omaa empiiristä analyysiä. Kuitenkin jo tässä analyysissä on noussut selkeästi esille se, että aluetasoa on hyödynnetty sosiaali- ja terveyshallinnon toiminnan ja palveluiden organisoinnissa liian vähän. Ohjauksessa on olemassa systematiikan puute ja paljon käyttämätöntä potentiaalia:

Millään taholla, kunnilla tai valtiovallalla, ei ole tällä hetkellä riittäviä ohjauskeinoja taata, että aluehallinto kehittyisi sosiaali- ja terveyshallinnon ratkaisumallina hallitusti, tehokkaasti ja johdonmukaisesti

Aluetaso ei ole institutionaalisesti kenenkään selkeässä ohjauksessa. Kuntien edustajat kokevat, ettei heillä ole erityisesti erikoissairaanhoidon palveluihin liittyen riittävästi mahdollisuuksia ohjata toimintaa. Myös valtiovallan keinot ohjata aluehallintoa ovat hyvin rajalliset 1990-luvun kuntien itsehallintoa korostavan kehittämispolitiikan seurauksena. Nykyinen ohjausjärjestelmä ei juuri mahdollista tehokkuutta tuottavien yhteistyö- ja erikoistumisratkaisujen hallittua johtamista, mikä osaltaan ylläpitäneenä sosiaali- ja terveyshallinnon tehottomuutta.

3.5 Ohjauksen kohtaamisongelman ratkaisuvaihtoehtoja

Mitä sitten tulisi ohjata, jotta sosiaali- ja terveyshallinnossa voitaisiin edetä kohti entistä järkevämpää aluehallintoa. Seuraavassa esitetään seitsemän kohdan ohjelma, johon tulisi analyysin perusteella erityisesti kiinnittää huomiota, jos lähtökohtana on ministeriön ohjausnäkökulma. Samalla kuitenkin on painotettava ohjaukseen liittyvien valtasuhteiden ratkaisemista. Ehdotusten lähtökohtana on että ohjausta ja toimintaa kehitetään nykyisen aluehallinnon perustalta ja lyhyellä aikavälillä.

³³ Esitetyt näkemykset perustuvat tekijän käymiin keskusteluihin sosiaali- ja terveyshallinnon ammattilaisten kanssa.

Aluehallinnon uudistamisen avainkohteet:

- Alueellinen rakenneuudistus
- Organisaatiroolien terävöittäminen
- Alueellisten tietojärjestelmien kehittäminen
- Tilaa- ja tuottajamallin nykyistä laajempi käyttöönotto
- Kuntayhteistyön kehittäminen sopimusohjausta vahvistamalla
- Ohjauksen sosiaalisen pääoman vahvistaminen
- Aluevision rakentaminen

Alueiden rakenteiden ongelma liittyy ensinnäkin siihen, minkälaisia alueita suositaan kuntien palveluiden yhteistoiminnan aikaansaamisessa. Vaihtoehtoina on ollut niin maakuntien liitot, uudet tai vanhat läänikohtaiset alueet, sairaanhoitopiirit, seutukunnat tai kasvukeskusajattelun mukaisesti muotoutuneet alueet. Nyt näyttäisi korostuvan varsinkin seutukuntien merkitys palvelujen järjestämisessä.

Valitun aluejaon ja rakenteen (esim. seutukunnan) tukeminen ohjauksella tulisi olla systemaattista. Ratkaisuna voi tosin olla sekin, että erityyppisissä palveluiden ohjauksessa alue vaihtelee. Esimerkiksi sairaanhoidon kehittämisessä tuetaan erikoissairaanhoitoa, sosiaalipalveluiden kehittämisessä osaamiskeskuksia, erikoispalveluiden järjestämisessä seutukuntia, aluevastuun muodostumisessa maakuntien liittoa sekä valvonnassa lääninjakoja. Maakuntien liittojen roolin kasvattaminen alueellisen kehittämistoiminnan kokoajana näyttäisi siinä mielessä perustellulta, että niillä on kokonaisvastuu alueellisesta kehittämisestä. Lisäksi sosiaali- ja terveystieteiden mielletään yhä voimakkaammin osaksi alueilla tapahtuvaa ja siten maakuntaliittojen toimintaan liittyvää kehittämistoimintaa.

Organisaatiroolien terävöittämistä kaipaa useakin kohde. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tehtävä- ja rahoitusvastuujako kunta- ja aluetasolla vaatii uudistuksia. Terveystieteiden näkökulmasta tämän suuntaisia pyrkimyksiä on myös esiintynyt (ks. toimenpide-ehdotukset palvelujärjestelmän toiminnallisten ja hallinnollisten rakenteiden uudistamiseksi sekä tehokkuuden ja taloudellisuuden lisäämiseksi 2002). Yksi visio on, että Suomessa olisi tulevaisuudessa erikoisterveydenhuollon piirejä tai alueita, jotka ovat toiminnan tehokkuuden ja laadun takia erikoistuneet valtakunnallisesti. Näitä voisi valtio rahoittaa suoraan. Toisena tasona, jonka osana voisi olla valtakunnallisesti erikoistunut sairaala, olisi mahdollista rakentaa alueellinen sairaalaverkosto. Se koostuisi nykyistä suuremmiksi kokonaisuuksiksi kootuista terveydenhuollon piireistä, joiden sisällä olisi myös palveluihin liittyvää erikoistumista (esim. sairaaloittain). Laajentuneiden terveydenhuoltopiirien rahoitus tulisi kunnista tarveperustaisesti. Kolmantena tasona olisivat perusterveydenhuollosta vastaavat organisaatiot.³⁴

Myös valtasuhteissa kaivataan organisaatiroolien terävöittämistä. Haastatteluissa esitetyissä näkemyksissä valtiovalloilla ja sitä edustavilla aluehallinnon yksiköille halutaan oikeutta puuttua ohjauksen keinoin kuntien toimintaan silloin, kun terveydenhuoltoa hoidetaan tehotomasti. Esimerkiksi huonon perusterveydenhuollon ongelmat kaatuvat usein erikoissairaanhoitoon ratkaistaviksi (esim. jos potilaita ei pystytä hoitamaan terveyskeskuksissa), ja se on kallis ratkaisu.

³⁴ Esitetty järjestelmä perustuu asiantuntijakeskusteluissa esitettyihin näkemyksiin.

Sosiaalishallinnon alueella keskeinen organisaatiroolin terävöitymisen kohde ovat erityispalvelut. Asiantuntijakannanottojen perusteella on olemassa sellaisia palveluita, joita kunnat eivät mielellään hoida (esim. päihdehuollon palvelut) ja joiden tehokas tuottaminen vaatii riittävää väestöpohjaa. Ainakin periaatteessa olisi erotettavissa valtiollisesti ohjatut, alueelliset sosiaalipalvelut. Tällaisissa, huolellisesti määritellyissä palveluissa, valtion ohjausvaltakinn olisi merkittävä. Näin valtiolle tulisi palvelujärjestelmän rakentamisessa vahvasti täydentävä rooli.

Tarkasteltuihin case-tapauksiinkin liittyy selvästi organisaatirooliiongelmiä. Lääninhallitukset ovat osin samanaikaisesti sekä valvonta- että kehittämisoranisaatioita. Selkeytymätöntä on ollut myös se, että ohjaako sosiaali- ja terveysministeriö verkostojen vai pysyvien organisaatiomallien muodostumista aluetasolle. Selkeyttävänä lähtökohtana voisi olla, että palveluiden kehittämistoiminnan aikaansaamisessa ohjauksessa pyritään tukemaan verkostoja ja pysyväluonteisten palveluiden aikaansaamisessa institutionalisoitujen organisaatioiden rakentamista.

Kolmannen kehittämisperiaatteen mukaan aluejaon toimivuutta ja palveluiden järjestämistä tulisi tukea kehittämällä tietojärjestelmiä. Suomalaisen sosiaalipolitiikan ilmiöiden alueelliset tietojärjestelmät ovat hajanaisia. Osa tiedoista koskee vanhoja läänejä, osa maakuntia jne. (Ks. suomalaisen sosiaalipolitiikan alueellinen rakenne 2000.). Yhteisen, alueisiin sidotun tietopohjan tavoite on näkynyt jo kehittämishankkeissa. Esimerkiksi Porin alueella toteutettavassa ns. Karhukunnat-kokeilussa pyritään yhdistämään erikoissairaanhoidossa tietopohja tilaaja-tuottajamalliin. Tarvittavista palveluista tehdään tarveselvitys, jonka perustalta laaditaan kuntien ja sairaanhoitopiirin kesken sopimus ostettavista palveluista. Yhtenäinen ja systemaattiseen tiedonkeruuseen perustuva järjestelmä onkin keskeinen johtamisen ja hallinnan edellytys.

Neljäntenä kohtana on kiinnitettävä huomiota tilaaja-tuottajamallin käyttöönottoon aluetasolla. Sosiaali- ja terveysministeriön ohjaus ei juuri tue sen aikaansaamista. Tilaaja- ja tuottajamallia voitaisiin hyödyntää nykyisen järjestelmän sisäisenä periaatteena esimerkiksi perusterveydenhoidon tai erityispalveluiden turvaamisessa. Esimerkiksi sairaanhoitopiirit tai kuntarenkaat voisivat olla tilaajia ja julkiset sairaalat ja perusterveydenhoidon yksiköt sekä yksityiset ja kolmannen sektorin organisaatiot tuottajia. Kuitenkin tilaaja-tuottajamallin käyttöönotto edellyttäisi muun muassa toimivia tuottajamarkkinoita sekä eettisten kysymysten pohtimista (Tästä esimerkiksi Stenvall ja Vuori 2002). Lisäksi on pohdittava kysymystä tilaaja-asiantuntemuksesta. Esimerkiksi terveydenhuollon ohjattavuuteen liittyy ongelmana ns. professiovalta, jossa palvelutilaajana toimivien maallikoiden on hyvin vaikea vastustaa tuottajina toimivien professionaalisten asiantuntijoiden esittämiä vaatimuksia.³⁵ Lisäksi palveluiden tuottajien olisi puolestaan osattava tuotteistaa ja järjestää palveluitaan niin, että ne vastaavat asiakkaiden ja niitä edustavien tilaajien tarpeisiin.³⁶

Viidenneksi alueellisen yhteistyöhön liittyvänä haasteena on ammatillisten ristiriitojen pienentäminen ja etujen vastakkaisuuksien vähentäminen eri kuntien välillä. On selvää, että ministeriön ohjauksella ei voida kaikilta osin vaikuttaa alue- ja kuntatoimijoiden keskinäisiin ristiriitoihin. Siksi saattaa olla tarkoituksenmukaista, että ohjauksessa, kuten sosiaalialan osaamiskeskusmallissa, annetaan toimijoille mahdollisuus itse päättää toimintamalleistaan

³⁵ Tämä ongelma liittyy myös moneen muuhun asiaan esimerkiksi siihen, missä määrin sairaanhoitopiiriä voidaan johtaa luottamismiesten toimesta.

³⁶ Arvio perustuu asiantuntijakeskusteluihin.

määriteltyjen toimintojen kohdalla. Yhteistyön ohjautuminen voi tapahtua esimerkiksi sopimusperiaatteella.

Oleellista sopimuksellisuudessa on löytää yhteinen perusta toiminnalle (sopimusohjauksesta terveydenhuollossa esimerkiksi Wiili-Peltola, Lehto ja Viitanen 2002). Aluelähtöisessä yhteistoiminnassa professionaalinen ja toiminnallinen tarve ovat keskeisiä. Kun kunnat miettivät, kannattaako palveluita hoitaa itsenäisesti vai alueellisesti yhteistyössä, ne joutuvat toteamaan, että molempiin toimintatapoihin liittyy etuja ja haittoja. Tämä näkyy esimerkiksi Jussi Jylhäsaaren (2001) terveydenhuollon malleja koskevassa tutkimuksessa. Perusterveydenhuollon palveluita pidetään järkevänä toteuttaa omassa kotikunnassa ehkä ennen kaikkea siksi, että näin voidaan hoitaa sosiaali- ja terveysasioita kokonaisvaltaisesti, ja saadaan myös synergiaetuja. Sen sijaan palveluiden alueellistamisen peruste on usein taloudellinen. On ilmeistä, että mitä enemmän kuntien taloudellinen tilanne heikentyy, sitä enemmän palveluiden järjestämiskäytännön haetaan kunnallisesta yhteistyöstä.

Kuudes kehittämishaaste liittyy valtakunnallisen tason ohjauksen ja kuntatason intressien kohtaamiseen. Tätä ongelmaa on esitetty ratkaistavaksi valtasuhteiden muutoksella eli esimerkiksi siten, että valtiolta saisi yhä enemmän ohjausvaltaa alueellisessa ohjelmatyössä tai suhteessa kuntiin. (ks. Julkisen sektorin, yksityisen ja kolmannen sektorin työnjako ja yhteistyö 2002). Ohjauksen intressiristiriidoissa tulisi ratkaisua etsiä myös uusista toimintaperiaatteista. Vaikka vuorovaikutus saattaa kuntien ja valtiota edustavien toimijoiden välillä voi olla tiivistä, materiaalin ja haastattelujen perusteella on havaittavissa aluehallintoon vaikuttavaa, pitkälti kunta-valtiosuhteista johtuvaa luottamuspulaa ja vastavuoroisuuden puutetta. Kunnat eivät välttämättä tartu valtakunnallisen ohjauksen tuottamiin mahdollisuuksiin, kuten hanke-rahoitukseen, jos ne suhtautuvat epäluuloisesti ministeriön toimintaan. Epäluottamuksen tilanteessakin ohjaus toimii, mikäli kunnat kokevat oman toimivaltansa laajaksi, eivätkä koe valtiovallan ohjausta uhaksi.

Vastakkainasettelua vähentäviä ja sosiaalisen pääoman rakentamisen toimintaperiaatteeseen pohjautuvia ohjaukseen ei ole aineiston perusteella kovin innokkaasti toteutettu tai ehdotettu sosiaali- ja terveyshallinnon, kuten ei muidenkaan hallinnonalojen ohjauksessa. Toisaalta sosiaalisen pääoman periaatteen käyttöönotto edellyttäisi myös näkökulmaa, jossa kunnat voisivat alueellisissa kysymyksissä toimia entistä enemmän luottamukseen ja vastavuoroisuuteen nojautuen.

Vielä olisi tärkeää rakentaa sosiaali- ja terveyshallinnon aluevisio, joka vaikuttaisi periaatteena ohjaukseen. Aluevisiolla hallittaisiin myös alueellista dynamiikkaa eli sitä, mikä on aluehallinnon merkitys palveluiden järjestämisessä, kehittämisessä, ja miten toimintaa arvioidaan ja valvotaan. Aluevision sisältönä voisi olla myös alueellisen toimintatavan korostaminen ministeriön strategisena valintana. Tämän mallin mukaisesti ministeriö suosisi ohjaustavoitteena aluelähtöistä mallia, mikäli se selkeästi tukee tehokasta palveluiden tuottamista.

4 Sosiaali- ja terveydenhuollon yksityis palvelut ja markkinaohjaus

Jukka Ohtonen

”Tuskin mihinkään muuhun käsitteeseen sisältyy sosiaalipolitiikassa yhtä paljon negatiivisia latauksia kuin markkinoihin.”³⁷

Suomi kuuluu hyvinvointipalvelujen osalta niin sanottuun pohjoismaiseen malliin, jolle on tyypillistä julkisesti organisoidut ja yhteisesti rahoitetut sosiaali- ja terveyspalvelut. Suurin osa Manner-Euroopan maista puolestaan kuuluu ns. kontinentaaliseen malliin, jolle on ominaista yksityisesti tuotetut mutta niin ikään yhteisesti rahoitetut palvelut³⁸. Suomessa ainoastaan pieni osa palveluista on kokonaan verorahoituksen ja subventiojärjestelmän ulkopuolella.

Sosiaalipalvelut ovat jo määritelmän mukaisesti osin tai kokonaan julkisesti rahoitettuja (Sipilä, Ketola, Kröger ja Rauhala 1996, 13). Mikäli palvelun käyttäjä maksaa todellisen hinnan, kyseessä ei ole sosiaali- vaan henkilökohtainen palvelu. Esimerkiksi asumis-, siivous- tai vaikkapa ateriapalvelut voivat olla julkisesti tuettuja sosiaalipalveluja tai kokonaan itse kustannettuja normaaleja ja markkinahintaisia kaupallisia palveluja. Tällä tavoin määriteltynä palvelun sosiaalinen luonne ei määräydy palvelutuottajan vaan rahoituksen perusteella.

Sosiaali- ja terveydenhuollon markkinat ja alan yksityissektori tavoittaa kansalaisen arkipäivässä monin tavoin. Koko lääkekauppa - Yliopistoapteekkia ja sairaala-apteekkeja lukuun ottamatta - on yksityistä yritystoimintaa ja on ollut sitä ensimmäisen varsinaisen apteekin perustamisesta. Sama koskee silmälaseja ja optikkopalveluja sekä hammasproteeseja. Sosiaali-toimen alaan kuuluva sijaiskotitoiminta on sekin viime vuosina muodostunut kannattavaksi yritystoiminnaksi (Ohtonen 1997).

Vaikka kansalaisten ei vielä tänään tarvitse kiinnittää erityistä huomiota julkisen ja yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon rajaan, on asia palvelujärjestelmän kehittäjille ja päättäjille sitäkin tärkeämpi ja ajankohtaisempi. Hyvinvointipalvelut ovat muutospaineessa, johon vaikuttavat paitsi tuottavuus- ja taloudellisuusvaatimukset myös vaatimukset palvelujen vaikuttavuudesta, oikeasta kohdentumisesta, asiakaslähtöisyydestä ja joustavuudesta. Erityisen ajankoh- taiseksi sosiaali- ja terveyspalvelujen tuotannon ehdoista käytävän keskustelun tekee 1990-luvun rakennemuutokset, jotka kohdistuivat sekä rahoitukseen että palvelujen organisointiin, tietotekniikan tuomat uudistukset ja mahdollisuudet sekä klusteriretoriikka, joka voi murtaa vanhat ideologiset rakenteet ja julkisen ja yksityisen vastakkainasettelun.

³⁷ Saari 2001, 110.

³⁸ Alkuperäisen julkisen menojen jakautumaa kuvaavan erottelun julkiseen kulutukseen painottuvaan skandinaaviseen ja siirtomenopainotteiseen kontinentaaliseen tyyppiin teki Jürgen Kohl vuonna 1981 (ks. Kosonen 1989, 33).

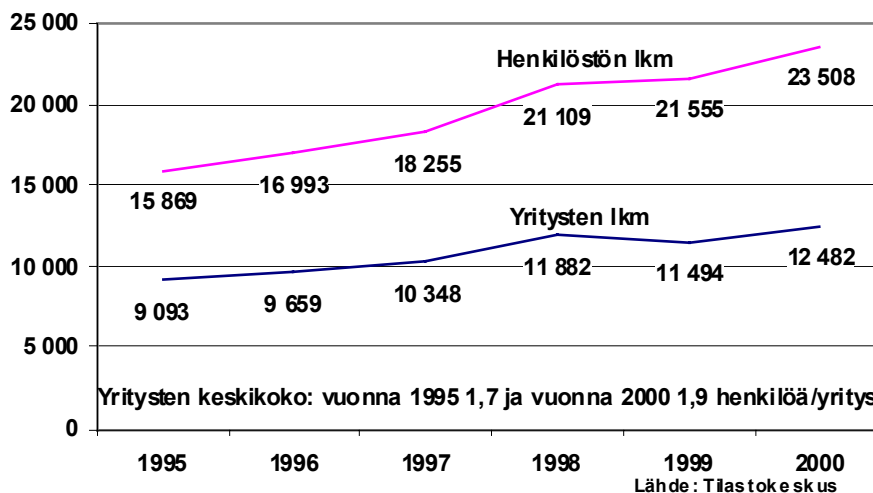
Tässä luvussa kuvataan viimeksi kuluneen kymmenen vuoden keskeiset rakenteelliset muutokset sekä niiden vaikutukset palvelujen ja palvelumarkkinoiden ohjaukseen. Erityisesti seuraaviin seikkoihin kiinnitetään huomiota:

- Palvelujen rakennetekijät, joista keskeisimmät ovat palvelujen rahoituksen rakenne sekä palvelujen organisoinnin tapa.
- Markkinoiden muodostumisen historia, rakenne ja nykytila, jonka pääpiirteittäinen tuntemus auttaa tunnistamaan olennaiset rakennetekijät, niissä ilmenevät muutokset sekä ohjauksen merkityksen ja mahdollisuuden.
- Keskushallinnon ohjausvälineet, joista tärkeimmät ovat lainsäädännöllinen ohjaus, valvonta sekä esimerkiksi kehittämistyön resursointi.

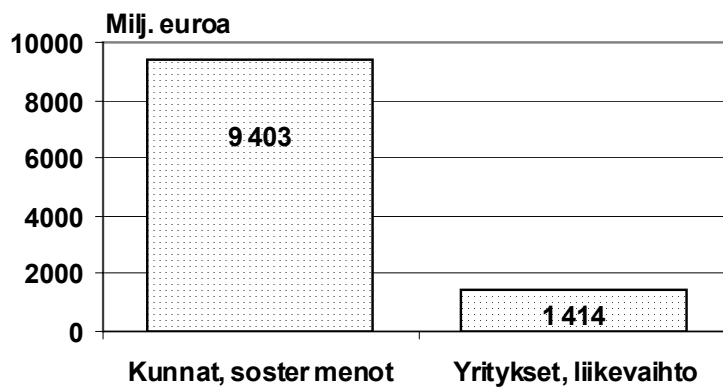
4.1 Yksityissektorin laajuus ja rakenne

Yksityissektorin laajuus on tällä hetkellä noin viidennes sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaisuudesta. Terveystieteiden palvelut tuotetaan pääosin ammatinharjoittajien ja yritysten toimesta, sosiaalialalla vastaavasti suurin osa yksityisistä palveluista on järjestöjen tuottamia.

Tilastokeskuksen yritystilaston tietojen mukaan vuonna 2000 oli sosiaali- ja terveysalan yrityksiä yhteensä 12 500 ja ne työllistivät 23 500 henkilöä. Suurin osa alan yrityksistä on pieniä, joten yritysten henkilökuntaa oli keskimäärin ainoastaan 1,9 henkilöä. Esimerkiksi teollisuusyritysten henkilöstön keskimääräinen koko oli vastaavasti 16,5 henkilöä. Sosiaali- ja terveysalan yritysten yhteenlaskettu liikevaihto oli 1,4 miljoonaa euroa (8,4 mrd. mk). Yrityksistä suurin osa toimii terveydenhuollon alalla.



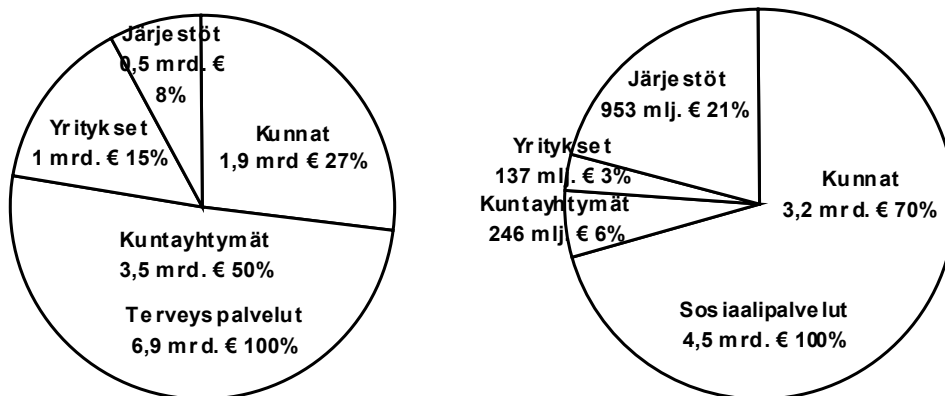
Kuvio 9. Sosiaali- ja terveysalan yritysten ja niiden henkilöstön määrä vuosina 1995-2000



Kuvio 10. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon menot ja sosiaali- ja terveystalouden yritysten liikevaihto Tilastokeskuksen tietojen mukaan vuonna 2000

Yksityisen sosiaali- ja terveystalouden yritysten liikevaihto oli vuonna 2000 yhteensä 1,4 miljardia euroa, joka on 13 prosenttia kuntien sosiaali- ja terveystalouden menojen ja alan yritysten yhteenlasketusta 10,8 miljardin liikevaihdosta.

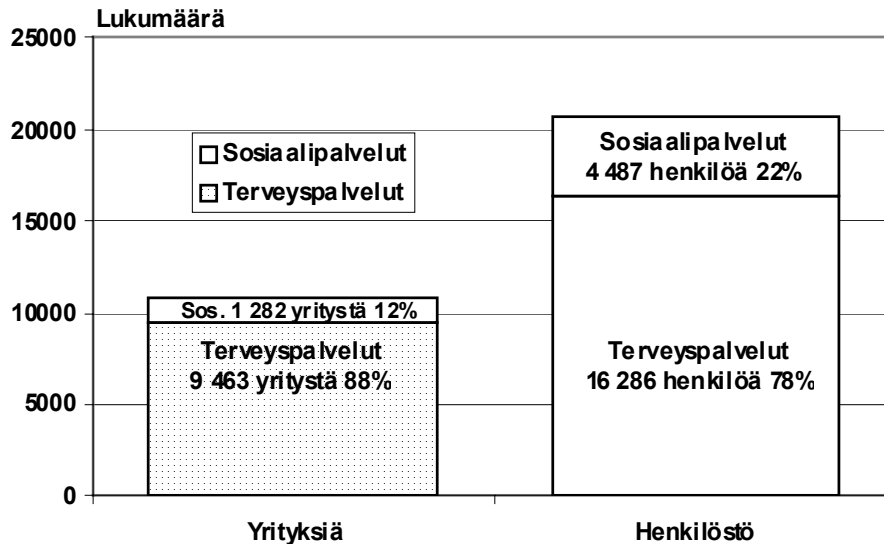
Sosiaali- ja terveyspalvelujen organisointitavat poikkeavat suuresti toisistaan. Sosiaalipalvelut on pääsääntöisesti tuotettu yhden kunnan toimesta, kun taas terveyspalvelujen ensisijainen tuottaja on kuntayhtymä. Vuoteen 1993 saakka myös palvelujen rahoitus noudatti pääpiirteissään samaa rakennetta, mutta valtionosuusuudistuksen myötä palvelujen organisointi- ja rahoitusrakenne erkaantuivat toisistaan.



Kuvio 11. Sosiaali- ja terveyspalvelujen liikevaihto/kustannukset palvelun tuottajan mukaan vuonna 1998. (Lähde: Tuomo Melin, Pekka Paunio 2001.)³⁹

Kuvioista on havaittavissa kaksi selkeää rakenne-eroa. Aivan kuten kuntayhtymien ja kuntien suhteet muuttuvat terveydenhuollosta sosiaalitoimeen siirryttäessä, muuttuu myös yritysten ja järjestöjen suhde. Yksityiset terveyspalvelut on tuotettu pääosin yritysten toimesta, kun taas sosiaalipalvelujen yksityis palvelut on ovat pääosin kansalaisjärjestöjen tuottamia.

³⁹ Vuoden 1997 vastaavat tiedot on luettavissa Raha-automaattiyhdistyksen vuosikertomuksesta ray:n kotisivuilta osoitteesta www.ray.fi



Kuvio 12. Sosiaali- ja terveysalan yritysten lukumäärä ja henkilöstö Tilastokeskuksen mukaan vuonna 1999

Yksityisen yritystoiminnan laajuutta voidaan mitata yritysten lukumäärällä, henkilöstön määrällä (kuvio) sekä liikevaihdolla ja tuotettujen palvelujen määrällä. Tuotettujen palvelujen määristä on tarkat tiedot olemassa ainoastaan Kansaneläkelaitoksen subventoimien yksityisten terveyspalvelujen osalta. Yksityisesti tuotettujen sosiaalipalvelujen määrästä ei vastaavaa tietoa ole saatavissa⁴⁰. Sosiaalialan yritysten lukumäärän kasvu on ollut nopeaa. Siitä huolimatta alan yritysten osuus oli 1990-luvulla huomattavasti pienempi kuin terveysalan yritysten lukumäärä. Sosiaali- ja terveyspalveluyritysten keskinäissuhde oli vuosikymmenen vaihteessa (vuonna 1999) sellainen, että yritysten lukumäärällä mitaten sosiaalialan yritysten osuus oli ainoastaan 12 prosenttia ja terveysalan yritysten osuus 88 prosenttia sosiaali- ja terveysalan 11 000 yrityksestä. Henkilöstön määrällä mitaten sosiaalialan osuus oli lähes kaksinkertainen, 22 prosenttia sosiaali- ja terveysalan yritysten henkilöstön kokonaismäärästä, joka oli lähes 21 000 henkilöä. Liikevaihdolla mitaten suhde oli lähes sama kuin yritysten lukumäärissä. Sosiaali- ja terveyspalveluyritysten yhteenlaskettu liikevaihto oli Tilastokeskuksen tietojen mukaan 1.2 miljardia euroa, josta 86 prosenttia muodostui terveydenhuollon ja 14 prosenttia sosiaalialan yrityksistä.

Siitä huolimatta, että julkisesti tuotetut palvelut hallitsevat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelumarkkinoita, löytyy eräitä toiminta-alueita, joissa yksityiset palvelut ovat julkisesti tuotettuja palveluja yleisempiä. Sosiaalipalveluissa on kaksi toiminta-aluetta, sijaiskotitoiminta ja invataksit, joissa yksityinen palvelutuotanto on julkista laajempaa. Terveystoiminnassa tällaisia toiminta-alueita on kuusi. Ne ovat optikkopalvelut, lääkekauppa, hammashoito (lähes

⁴⁰ Esimerkiksi Valtiontilintarkastajat kiinnittivät asiaan huomiota kertomuksessaan vuonna 2000. ”Valtiontilintarkastajat eivät pidä hyväksyttävänä sitä, että rekisteröinti- ja tilastointijärjestelmän avulla ei pystytä luotettavasti kertomaan edes palvelun tarjoajien määriä. Koko ohjaus- ja valvontajärjestelmän perusta sekä valvonnan luotettavuus ja kattavuus ovat kyseenalaisia.” (Valtiontilintarkastajien kertomus vuodelta 2000. Edita Oy Helsinki 2001. s. 232)

kaikki erikoishammasteknikot toimivat yksityissektorilla ja hammaslääkäreistä noin puolet⁴¹), lääkinnällinen kuntoutus, työterveyshuolto ja sairaankuljetus (Ohtonen 1997).

Yksityisten palvelutuottajien organisoituminen mahdollistaa sekä yritysten edunvalvonnan että järjestäytyneen kanssakäymisen keskushallinnon kanssa. Terveyspalveluiden yksityissektori on organisoitunut edunvalvontajärjestöihin, jotka yksityishammaslääkäreitä edustavaa Suomen Hammaslääkäriliittoa lukuun ottamatta muodostavat Terveyspalvelualan Palvelujärjestöt ry (TEPA ry) –kattojärjestön. TEPA ry:n jäsenjärjestöt ovat:

Lääkärikeskusten Yhdistys ry	Erikoishammasteknikkoliitto ry
Suomen Apteekkariliitto ry	Suomen Lääketieteelliset Kuvantamislaitokset ry
Suomen Fysioterapiayrittäjät FYSI ry	Suomen Kliiniset Yksityislaboratoriot ry
Suomen Sairaankuljetusliitto ry	Suomen Yksityisten Sairaalojen Yhdistys ry
Suomen Silmäoptikkojen Liitto ry	

Yrittäjäjärjestöjen edunvalvontarooli suhteessa keskushallintoon ilmenee muun muassa siten, että järjestöt osallistuvat neuvotteluihin, joissa sovitaan yksityisistä terveyspalveluista maksettavien Kansaneläkelaitoksen korvausten markkamäärät. Muilta osin yritysyritysten ja julkisten toimijoiden kanssakäyminen on perinteisesti ollut vähäistä, mutta on viime vuosina hieman vilkastunut, joka ilmenee esimerkiksi järjestöjen edustajien kutumisena terveyspalveluiden kehittämistä koskeviin hankkeisiin. Sosiaalialan yksityisten palvelutuottajien organisoituminen on vähäisempää kuin terveyspalveluissa.⁴²

4.2 Sosiaalipalvelujen markkinoiden luonne

Kansalaisjärjestöt tuottavat yksityiset sosiaalipalvelut

Noin puolet yksityisistä sosiaali- ja terveyspalveluista tuotetaan alan kansalaisjärjestöjen toimesta. Kuten edellä jo mainittiin yksityissektori on jakautunut siten, että yksityiset terveyspalvelut ovat pääosin yritysten, ja sosiaalipalvelut kansalaisjärjestöjen tuottamia. Järjestöjä koskevat tiedot ovat hajanaisia ja ne on hankittava lukuisista lähteistä. Edes järjestöjen tarkkaa lukumäärää on vaikea selvittää, koska esimerkiksi patentti- ja rekisterihallitus ei tuota

⁴¹ Hammaslääkäriliiton tietojen mukaan henkilömäärinä mitaten yksityishammaslääkäreitä on enemmän kuin julkisissa viroissa toimivia (yksityisiä hammaslääkäreitä on noin 2 500 ja terveyskeskushammaslääkäreitä noin 2 100), mutta toimenpiteinä tai tarkastus- ja hoitokäynteinä mitaten terveyskeskusten volyymi on suurempi kuin yksityissektorin. Toisaalta hammasproteesien kustannukset ja laboratoriotyö nostavat yksityissektorin osuutta hammashuollon kokonaisuudessa. Näin ollen julkisen ja yksityisen sektorin ensisijaisuus riippuu käytetystä laskentatavasta.

⁴² Terveys- ja sosiaalialan palvelutuottajien yhteisjärjestö TESO ry perustettiin 1990-luvulla ja sen noin 300 yrittäjän jäsenistö koostuu lähinnä yksityistä koti- ja asumispalveluyrittäjistä.

toimialoittaista tietoja järjestöistä eikä erottele toimivia ja toimimattomia järjestöjä toisistaan. Myös koko järjestötoiminnan kattavat talous- ja toimintatiedot puuttuvat.⁴³

Suomessa on kolme sosiaali- ja terveysalan järjestöjen kattojärjestöä ja niiden piiriin kuulu yhteensä 356 järjestöä ja säätiötä, joilla on lisäksi tuhansia paikallisyhdistyksiä (esim. sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY ry:n 115 jäsenjärjestöön kuuluu 9 500 paikallisyhdistystä). Aktiivisesti toimivien järjestöjen määrästä saa viitteitä Raha-automaattiyhdistyksen myöntämien avustusten perusteella. Vuonna 2001 avustusta saaneita järjestöjä oli noin 1700 (Myllymäki ja Tetri 2001).

Kaikkiaan sosiaali- ja terveysalan järjestöjen arvioidaan työllistävän noin 20 000 henkilöä. Järjestöillä on karkeasti ilmaistuna kolme päätehtävää, jotka ovat vapaaehtoisen kansalaistoiminnan organisointi, jäsenistönsä edunvalvonta sekä palvelujen tuotanto (Ohtonen 1999).

Sosiaalipalvelujen luonne

Julkisesti ohjattujen sosiaalipalvelujen tarjonnan lähtökohtana on harjoitettu yhteiskunta- ja sosiaalipolitiikka. Koska sosiaalipalvelut ovat sosiaalisten tulonsiirtojen rinnalla keskeinen sosiaalipolitiikan toteuttamisen työkalu, sosiaalipalvelujen tarjonnalla on haettu sopusointua sosiaalipolitiikan tavoitteiden kanssa. Siitä syystä niiden sisältöä ohjataan yksityiskohtaisesti julkisen vallan toimesta.

Sosiaalipalvelut poikkeavat markkinoilla ilmenevään kysyntään vastaamiseksi syntyneistä henkilökohtaisista palveluista siten, että niistä ei peritä markkinahintaa (Sipilä, Ketola, Kröger ja Rauhala 1996, 13). Sosiaalipalvelut ovatkin ainakin osittain yhteiskunnan kustantamia ja ellei näin olisi, kyse ei enää olisi sosiaalipalveluista, vaan sellaisista henkilökohtaisista palveluista, joita jokainen maksukykyinen voi vapaasti ostaa olemassa olevilta palvelumarkkinoilta. Näin ollen kunta, joka perii esimerkiksi lasten päivähoidosta tai vanhusten asumispalveluista niiden todellisen hinnan, on ryhtynyt henkilökohtaisten palvelujen tuottajaksi ja kilpailemaan mahdollisten yksityisten palvelutuottajien kanssa.

Julkisten terveystalvelujen tapaan myös sosiaalipalvelut poikkeavat yksityisistä markkinahyödykkeistä siten, että tarjontaa ohjataan poliittisella päätöksenteolla, sen sijaan että markkinoilla ilmenevä maksukykyinen kysyntä loisi suoraan palvelujen tarjontaa houkuttelemalla tuottajia markkinoille.

Julkisten rahoittajien rinnalla kansalaisten ostovoima ja maksuhalukkuus vaikuttavat keskeisesti yksityisten hoito- ja hoivapalvelujen kysyntään. Kunnallisen päätöksenteon ohella varsinakin lapsiperheiden ja eläkeikäisten ostovoimasta riippuu yksityisten palvelujen kysynnän suuruus. Myös julkisten palvelujen osalta palvelun käyttäjien ostovoima lisää mahdollisuuksia itsenäiseen päätöksentekoon palvelutuottajaa valittaessa. Toisaalta palvelun tarvitsijan heikko

⁴³ Koska sosiaali- ja terveysalan järjestöjen toiminta on arvonlisäverosta vapaa, verottaja ei kerää järjestöjen taloutta koskevia tietoja, ja samasta syystä myös Tilastokeskuksen tiedot jäävät puutteellisiksi. Lisäksi järjestöjen taloudellista merkitystä maksullisten palvelujen tuottajana on vaikea arvioida muun muassa seuraavista kolmesta syystä: 1.) kaikki järjestöt eivät edelleenkaan eriytä maksullisen palvelutuotannon taloutta muusta järjestötaloudesta 2.) järjestötaloudesta ei ole olemassa yhtenäistä tietolähdettä ja 3.) ilmeisesti osa Raha-automaattiyhdistyksen järjestöille jakamista projektiavustuksista (n. 350 mmk, 59 milj. euroa vuodessa) ohjautuu kehittämissuoriteprojektien nimissä palvelutuotannon ylläpitoon.

maksukyky lisää houkutusta siihen, että kunnat pidättävät koko päätösvallan itselleen ja tekevät hankintapäätökset palvelun käyttäjän puolesta.

Eläkkeiden ostovoima suhteessa esimerkiksi vanhusten asumispalvelujen kustannuksiin ilmenee vertailtaessa kunnallisen ja yksityisen vanhainkodin kustannuksia eläkkeiden suuruuteen. Tampereella sijaitsevan Pohjoismaiden suurimman (kunnallisen) vanhainkodin kokonaiskustannukset olivat vuonna 2000 asukasta kohti kuukaudessa 14 600 markkaa (2 464 euroa)⁴⁴. Vastaavasti subventoimattoman yksityisen vanhainkodin laskutus oli noin 17 000 markkaa (2 680 euroa) asukasta kohti kuukaudessa. Vaikka vanhusten asumispalvelujen kustannukset vaihtelevat kunnittain palvelujen monipuolisuuden ja tason mukaan, voidaan havaita että ympärivuorokautisen hoidon kustannukset ovat yli kaksinkertaiset kesimääräisiin eläkkeisiin verrattuna. Ympärivuorokautisen hoidon kokonaiskustannukset ovat jopa korkeammat kuin palkansaajien keskimääräiset kuukausiansiot. Tilastokeskuksen tietojen mukaan vuonna 2000 kaikkien palkansaajien keskimääräinen kuukausitulo oli 12 107 markkaa (2 036 euroa). Tällaisella kustannusrakenteella vanhustenhuollon todelliset kustannukset voivat olla ainoastaan yhteisesti kustannettuja ja samalla poliittisesta päätöksenteosta riippuvaisia. Maksajasta johtuen yksityisten yritysten tuottamien palvelujen määrä riippuu kunnallisesta toimintastrategiasta kunnan itse tuottamiin ja yksityisiltä ostopalveluina hankittaviin palveluihin nähden.

4.3 Terveyspalvelujen kysynnän ja tarjonnan sääntely

Markkinoiden näkökulmasta terveyspalvelut poikkeavat monin tavoin tavanomaisista hyödykemarkkinoista. Kolme keskeisintä terveyspalvelujen ominaispiirrettä ovat vakuutusperustaisuus rahoituksessa, agenttisuhde kysynnän määräytymisessä sekä väestöpohjavaatimuksesta ja palvelujen specialisoitumisesta johtuva tarjonnan kapea-alaisuus. Lisäksi palvelutuottajien markkinoille tuloa rajoitetaan 1.) koulutus- ja lisensointikriteerein (terveydenhuollon ammattihenkilöstö), jolloin koulutusmääriä säätelemällä rajoitetaan alan ammatinharjoittajien määrää tai 2.) säätelemällä toimijoiden määrää lupamenettelyillä, josta apteekkiala on selkein esimerkki.

Potilaan asema terveyspalvelujen käyttöpäätöksen tekijänä on toinen kuin asiakkaan päivittäistavarakaupassa tai henkilökohtaisia palveluja käytettäessä, jolloin asiakas voi verrata tarjolla olevien hyödykkeiden laatua ja hintaa, ja tehdä vertailun perustuvia ostopäätöksiä. Terveyspalveluissa sen sijaan ajatellaan, että potilas ei tunne riittävän hyvin tarjolla olevia toimintavaihtoehtoja eikä tämän vuoksi kykene tekemään tehokkaita valintoja eri hoitovaihtoehtojen välillä. Julkisesti organisoitujen ja rahoitettujen palvelujen tarjonta perustuu poliittiseen päätöksentekoon ja etenkin terveyspalvelujen kysyntä muodostuu suureksi osaksi agenttisuhteen välittämänä. Sairaanhoidossa on normaalia, että lääkäri tekee potilastaan koskevat palvelujen hankintapäätökset (agenttisuhde) jatkohoidon, lääkityksen ja esimerkiksi kuntoutuksen osalta. Tavallisilla hyödykemarkkinoilla pääasiallinen hankintapäätöksen tekijä on tarpeisiinsa ratkaisua hakeva ja tarjolla olevia vaihtoehtoja vertaileva kuluttaja. Vapailta hyödykemarkkinoilla tarjonta määräytyy kysynnän ja sen pohjana olevan kuluttajien kysyntäkäyttäytymisen mukaan.

Terveyspalveluissa potilas on päätöksentekijän roolissa ainoastaan lähtötilanteessa, palvelujen piiriin hakeutuessaan. Tämän jälkeen potilas tavallisesti siirtää päätösvaltansa hoitavalle lääkärille, joka toimii potilaan asiamiehenä ja tekee tätä koskevat hoito- ja jatkohoitopäätökset,

⁴⁴ Lähde: Tampereen kaupunki, sosiaali- ja terveystoimi.

jotka samalla ovat palvelujen kysyntäpäätöksiä. Tästä syystä palvelujen kustannuksista vastuussa olevat kunnat kohdistavat odotuksia lääkäreiden tapaan tehdä jatkohoitopäätöksiä. Myös lääkkeiden valmistajat ja maahantuojat suuntaavat huomattavan osan mainonnasta ja muusta myynnin edistämisestä lääkemääräyksiä kirjoittaville lääkäreille. Potilaat puolestaan ohittavat portinvartijoina toimivat terveyskeskuslääkärit hakemalla erikoissairaanhoidon jatkohoitolähetteen yksityislääkäriltä. Esimerkiksi silmätaudeissa menettelytapa on yleisesti käytetty.

Yksityisten terveystalvelujen kysynnän ohjauksessa Kansaneläkelaitoksella (Kela) on avainrooli. Kansaneläkelaitoksen terveystalveluista maksamat korvaukset perustuva alun perin vuonna 1964 voimaan tulleeseen sairausvakuutuslakiin ja muodostavat terveystalvelujen rahoituksen julkisen vakuutuksen osan. Valtaosasta yksityistä lääkärin määräämistä terveystalveluista maksetaan kelakorvaus, jonka suuruus vaihtelee palvelusta riippuen. Korvaus maksetaan palvelun käyttäjälle, mutta nykyisen käytännön mukaan korvaus voidaan huomioida jo laskun maksun yhteydessä, jolloin potilas ei enää joudu missään vaiheessa maksamaan palvelun kokonaishintaa. Korvausten piiriin kuuluvista palveluista potilas maksaa kiinteähintaisen omavastuuosuuden, joka vuonna 2000 vaihteli 0-70 markan (0 - n. 11,5 euron) välillä ja loppuosasta korvattiin 50-100 prosenttia. Kansaneläkelaitos maksoi sairaanhoitokorvauksia vuonna 2000 seuraavista yksityissektorin palveluista (KELA, Kansaneläkelaitoksen julkaisuja T1:36, s.123).

Lääkärin tai hammaslääkärin määräämät lääkkeet, ravintovalmisteet ja perusvoiteet
Vaikean ja pitkäaikaisen sairauden vaatimat lääkkeet ja ravintovalmisteet
Lääkärin- ja hammaslääkärinpalkkiot
Lääkärin tai hammaslääkärin määräämä tutkimus ja hoito
Sairaudesta johtuvat matkat

Sairausvakuutus kanavoi ja ohjaa työnantajien ja työntekijöiden veroluonteiset sairausvakuutusmaksut yksityisten palvelujen kysynnäksi ja samalla ylläpitää rahoituksen sekajärjestelmää, joka koostuu verorahoituksesta (60%), käyttäjämaksuista (20%), sairausvakuutuskorvauksista (15%) sekä suorista työnantajien maksuista (2%), yksityisestä vakuutuksesta (2%) ja kassamaksuista (1%) (KELA, tilastokatsaus 4/2001).

Suureksi osaksi juuri sairausvakuutuksen olemassaolon vuoksi esimerkiksi yksityisen vakuutuksen kysyntä on pysynyt alhaisena, kahtena prosenttina terveydenhuollon kokonaismenoista. Toisaalta poikkeuksellisen korkea käyttöhetken maksuosuus lisää potentiaalia yksityisen vakuutuksen kysynnän kasvuun. Toistaiseksi verorahoitus ja sairausvakuutus ovat kyetneet pitämään terveydenhuollon rahoituksen ja siihen perustuvan palveluohjauksen julkisen päätösvallan piirissä.

Sairausvakuutusetuksien kokonaissumman oli 2,3 miljardia euroa ja sitä maksettiin muun muassa seuraavia korvauksia (KELA, tilastokatsaus 4/2001).

Taulukko 6. Sairausvakuutuskorvausten jakautuminen eräisiin suuriin korvausryhmiin.

Korvaus	Yhteensä milj. €
Lääkekorvauksia	768
Lääkärinpalvelut	64
Hammaslääkärin palvelut	56
Tutkimus- ja hoito	56, josta fysioterapia 19 milj. €

Kansaneläkelaitoksen maksamia sairaanhoitokorvauksia sai vuonna 2001 yhteensä 3,8 miljoonaa henkilöä ja kuntoutusetuuksia maksettiin 98 260 henkilölle. Lukujen perusteella saadaan yleiskuva terveydenhuollon yksityissektorin laajuudesta lähes koko kansan kattavana palvelujen tarjoajana. Esimerkiksi yksityislääkärikäyntien osuudeksi on korvausten perusteella arvioitu noin yksi viidesosa kaikista erikoislääkärikäynneistä. Suurin osa yksityislääkäreiden asiakkaista on erikoislääkärin potilaita, mutta vain harva tulee yleislääkärin läheteellä ja arviolta 4/5 yksityisen erikoislääkärin vastaanotolle hakeutuneista onkin ongelmiansa osalta yleislääkäritason, silmätautien ja gynekologian potilaita. (Valtiontilintarkastajien kertomus 2000 s. 234)

4.4 Sosiaali- ja terveydenhuollon hallinto- ja rahoitusrakenteiden muutokset

Sosiaali- ja terveydenhuollon markkinoiden ja niihin kohdistuvan keskushallinnon ohjauksen kannalta 1990-luku oli käännteentekevä ajanjakso. Tuolloin toteutetut rakenteelliset uudistukset, kuten keskitetyn suunnittelujärjestelmän purkaminen ja palvelutuottajien yksityiskohtaisen ohjauksen lopettaminen sekä rahoitusjärjestelmän uudistus, olivat vaikutuksiltaan merkittävät. Keskushallinto luopui osasta välineitään koko maata kattavien sosiaali- ja terveyspoliittisten tavoitteiden toteuttamisessa. Kunnat saivat päätösvalan palvelujen järjestämistavan suhteen, ja samanaikaisesti vastuu palveluiden saatavuudesta ja sisällöstä säilyi niillä edelleen. Tällä oli merkitystä myös palveluiden ostopalvelujen markkinoille.⁴⁵

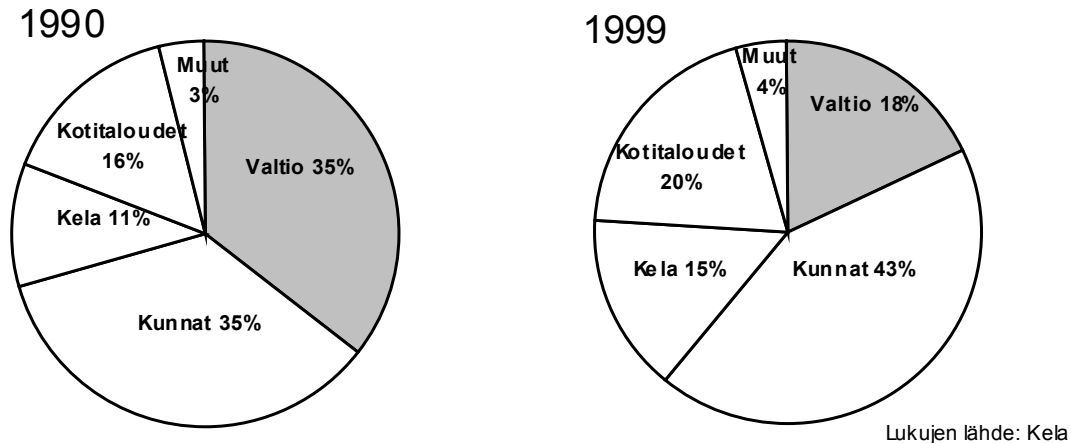
Keskitetystä ohjauksesta luopuminen yksinkertaisti valtion säästöpolitiikan toteuttamista 1990-luvulla. Keskushallinnon ei valtionosuusuudistuksen jälkeen tarvinnut ottaa kantaa valtionapuleikkausten aiheuttamien supistamistarpeiden kohdentamiseen, vaan tehtävä jäi kunnan tai kuntayhtymän vastuulle.

Suomen Kuntaliiton ja sosiaali- ja terveysministeriön laskelmien mukaan⁴⁶ valtio supisti 1990-luvun kuluessa kunnille maksamiaan valtionosuuksia nettomääräisesti (pois lukien ne valtionosuuksien lakkautukset, joiden perustana oleva lakisääteinen velvoite oli kumottu) yhteensä noin 16 miljardilla markalla (n. 2,7 mrd. euroa), josta puolet kohdistui sosiaali- ja terveysalaan⁴⁷. Supistukset näkyvät kuntien ja valtion rahoitussuhteiden dramaattisena muutoksena, kuten seuraavista kahdesta terveydenhuollon rahoituskuviosta ilmenee.

⁴⁵ Valtionosuuksia käsitellyt komitea totesi vuonna 1982: 'Edellä kuvatut seikat (kuntien päätösvalan rajoitukset j.o.) aiheuttavat muun muassa sen, että kunnat joissakin tapauksissa joutuvat perustamaan virkoja ja ylläpitämään toimintoja, vaikka vastaavien palvelujen hankkiminen ostamalla niitä joltakin kunnan ulkopuoliselta yhteisöltä olisi taloudellisesti edullisempaa.' Komiteamietintö 1982:66, s. 38.

⁴⁶ Saman suuruusluokan tulokseen päätyivät Suomen Kuntaliiton (Kuntatalous/Kallio) ja STM:n palveluosaston laskelmat valtionosuuksien supistusten vaikutuksista kuntien sosiaali- ja terveydenhuoltoon.

⁴⁷ Suomen Kuntaliiton em. laskelman mukaan valtion toimenpiteiden vaikutus kuntatalouteen vuodesta 1990 vuoteen 2002 oli noin 26,4 mrd. mk (4,4 mrd. euroa). Kuntien käyttötalouden valtionosuudet laskivat 15,1 mrd. mk vuoden 1990 36,9 mrd. mk:sta vuoden 2000 21,8 mrd. mk:aan (Suomen Kuntaliitto/Turkkila 30.11.2001).



Kuvio 13. Terveydenhuollon kokonaismenojen rahoitus vuosina 1990 ja 1999

Kunta-valtio-rahoitussuhteen muutoksen ohella myös kotitalouksien maksama kustannusosuus kasvoi 1990-luvulla niin, että vuosikymmenen vaihteessa kotitaloudet maksoivat jo viidenneksen terveydenhuollon kustannuksista, kun vuonna 1990 osuus oli 16 prosenttia. Kotitalouksilta muun muassa käyttäjämaksuina peritty viidenneksen kustannusosuus on kansainvälisesti vertaillen korkea. Tästä huolimatta Suomessa käydään jatkuvaa keskustelua käyttäjämaksujen korottamisen mahdollisuudesta⁴⁸.

Kuntalaisen oikeus palvelujen saantiin

Verorahoitteisissa sosiaali- ja terveystalouksissa maksuttomuus tai alhaiset käyttäjämaksut johtavat helposti palvelujen ylikysyntään (Sintonen ym. 1987, s. 81). Julkinen valta kuitenkin ohjaa tehokkaasti palvelutarjontaa määräraha- ja budjettiohjauksellaan. Tähän voidaan liittää palvelujen saatavuudesta kertovan informaation ohjailu, lääketieteelliseen tarpeeseen perustuva säätely (priorisointi) sekä yleisimmin käytetyt jonotusjärjestelmät, joiden kolme keskeisintä muotoa ovat ajanvarausmenettely, odottaminen ja jonoon asettaminen (Sintonen 1987 ym. 158-159).

Kansalaisen, potilaan ja asiakkaan aseman sekä julkisen ja yksityisen palvelutuotannon keskinäissuhteen näkökulmasta tarjonnan rajoittaminen sai erityistä ajankohtaisuutta vuonna 2002, jolloin Korkein hallinto-oikeus (KHO) teki ennakkopäätöksen, jolla kunta määrättiin korvaamaan yksityis palvelujen käytöstä potilaalle aiheutuneet kulut. Maksatuksen perusteena oli potilaan jättäminen vaille tarvitsemaansa erikoissairaanhoidoa, jonka järjestämisvastuu on lain mukaan kotikunnalla. Päätösasiakirjasta ilmenee lisäksi, että tässä tapauksessa keskussairaala oli jättänyt sydänvaivoista kärsineen potilaan tutkimatta kuntien määrärahasupistuksiin ja säästöyihin vedoten (KHO:2002:21).

Päätöksessään Korkein hallinto-oikeus määritteli kunnan mahdollisuuksia rajoittaa terveyspalvelun tarjontaa määrärahojen riittämättömyyteen vedoten. Kunnan velvollisuus terveyspalvelujen järjestämisessä lähestyy kuntalaisen kannalta subjektiivista oikeutta ja hoitotakuukäytäntöä, jossa kuntalaisen tulee saada tarvitsemansa tutkimukset ja hoidot yleisesti sovitun määrärajan kuluessa. Seuraava askel kysyntälähtöisyyden lisäämisessä, potilaaksi hakeutuvan

⁴⁸ Tätä kirjoitettaessa viimeisin kannanotto asiaan oli Helsingin Sanomien Suomen Gallupilla tekemän kyselyn uutisointi kuudella palstalla Helsingin Sanomissa: ”Yli puolet suomalaisista valmis korottamaan terveyskeskusmaksuja”. HS 30.10.2001.

kuntalaisen aseman vahvistamisessa ja samalla julkisten ja yksityisen palvelujen välisen rajan madaltamisessa voikin olla kuntien itsensä tai valtion velvoittamien hoitotakuiden yleistymisen.

Tiukan hoitotakuun vallitessa terveystalouden järjestäjä sitoutuu tarjoamaan takuun piiriin kuuluvan hoidon sovittun ajan kuluessa. Mikäli hoitotakuun velvoittama palvelun järjestäjä ei kykene itse tuottamaan tarvittavaa palvelua, se on hankittava muulta koti- tai ulkomaiselta tuottajalta. Toistaiseksi Suomessa noudatetut hoitotakuukäytännöt ovat sangen väljiä ja ne eivät ole johtaneet yksityisiltä tuottajilta hankittavien ostopalvelujen käyttöön. Myös edellä mainittuun Korkeimman hallinto-oikeuden käsittelemään tapaukseen liittyi tutkimusjonoon asettaminen, mutta ilman tutkimus- tai hoitotoimien jatkamista koskevaa aikamäärää. Tällainen menettely kertoo hoitotakuun puuttumisesta ja mahdollisesti hallitsemattomasta potilasjonokäytännöstä, jossa potilaita pidetään määräämättömiä aikoja tutkimus- ja hoitotutkimuksissa.

Rahoituksen yhteisvastuullisuuden kehittyminen

Terveystalouden palvelujen kustannukset vaihtelevat suuresti ja kalleimmat erikoissairaanhoidon kustannukset voivat olla niin huomattavat, että suurelle osalle kansalaisista niiden maksaminen tuottaisi vaikeuksia. Lisäksi yksilön kannalta terveystalouden tulevan tarpeen ennustaminen on käytännössä mahdotonta. Tästä syystä kaikissa kehittyneissä maissa terveystaloudet rahoitetaan pääsääntöisesti yhteisvastuullisesti.

Historiallisesti kehitys on edennyt siten, että varhainen sairaaloiden rakentaminen ja ylläpito oli ensisijaisesti valtion tehtävä, vaikka myös kaupungit ja vähitellen maalaiskunnat ja yksityisetkin rakensivat ja ylläpitivät omia sairaaloitaan. Keskussairaaloitten rakentamisen myötä, 1950-luvun alusta alkaen, sairaaloiden ylläpito siirrettiin kuntien vastuulle ja pääosa kustannusvastuusta jaettiin kuntien ja valtion kesken. Samalla valtio vetäytyi vain muutaman valtiollisen sairaalan omistajaksi. Yksityisesti ylläpidettyjen sairaaloiden määrä on Suomessa ollut vähäinen kautta historian.

Avoterveydenhuollon organisoimisen ja rahoituksen historiassa on erotettavissa neljä pääasiallista kehitysvaihetta, jotka ovat:

- 1.) aika ennen sairausvakuutuslakia (1964)
- 2.) sairausvakuutuslain säätämisestä kansanterveyslakiin (1972)
- 3.) kansanterveystalouden aika
- 4.) palvelumarkkinoiden avaamisen aika (1993-)

Ensimmäisen vaiheen aikana, avoterveydenhuollon vähitellen kehittyessä, muu kuin lääkäreiden harjoittama sairaanhoito oli kunnallisesti kustannettua toimintaa. Kunnanlääkäreiden harjoittama sairaanhoito oli yksityistä ammatinharjoitusta, josta potilaat maksoivat käyvän hinnan. Tilannetta pidettiin huonona, palvelujen käyttö arvioitiin liian alhaiseksi ja esimerkiksi suomalaisten miesten poikkeuksellisen korkean kuolleisuuden arvioitiin osin johtuvan terveydenhuollon peruspalvelujen heikoista saatavuudesta (Kuusi 1968).

Toiseen vaiheeseen päästiin, kun terveystalouden käytön taloudellisten esteiden vähentämiseksi säädettiin sairausvakuutuslaki, joka tuli voimaan vuonna 1964. Tällä tavoin julkinen vakuutus tuli osaksi avopalvelujen käytön rahoitusta ja maksajaksi määrättiin Kansaneläkelaitos. Sairausvakuutuslaki toi lopultakin, tosin 50-70 vuotta myöhemmin kuin useimmissa muissa Euroopan maissa, yhteisvastuullisuuden myös perusterveydenhuollon lääkäri-, tutkimus- ja kuntoutuspalveluihin sekä sairaudesta aiheutuvien ansionmenetysten ja matkakustan-

nusten korvaamiseen. Palvelujen saatavuusongelma ei kuitenkaan korjaantunut ja pääasiallisena syynä jatkuvaan avopalvelujen käytön vähäisyyteen pidettiin riittämätöntä tarjontaa. Koska Suomen lääkärimäärä oli Euroopan alhaisimpia, kunnanlääkärijärjestelmä ei kyennyt vastaamaan avohoidon tarpeeseen ja terveydenhuolto pysyi edelleen sairaalapainotteisena.

Avoterveydenhuollon kehittämiseksi säädettiin kansanterveyslaki vuonna 1972, aloitettiin terveyskeskusten rakentaminen ja avoterveydenhuollon resurssien voimakas lisääminen. Samalla avoterveydenhuollon rahoituksen painopiste siirrettiin käyttäjämaksuista ja julkisesta vakuutuksesta nykyisin vallalla olevaan verorahoitukseen.

Sosiaali- ja terveystalouden välillä vallitsi rakenteellinen epäsuhta, joka johtui tehtäväkohtaisten valtionapujen kohdentumisesta terveydenhuoltoon sosiaalitoimea suurempina. Tämän seurauksena kunnat suosivat terveystalouden kehittämistä ja osa sosiaalipalveluista järjestettiin terveydenhuollon toimesta. Epäsuhta poistettiin ns. VALTAVA –lainsäädännöllä ja valtionapujen tasauksella vuonna 1984. Samalla lievennettiin kuntien velvollisuutta palvelujen tuottamiseen ja korostettiin kuntien järjestämisvelvollisuutta. Uudistuksen myötä valtionapua myönnettiin nyt myös kuntien ostopalveluista, mikäli palvelun tuottaja oli valtionapuun oikeutettu (valtakunnallisesti merkittäväksi arvioitu) yksityinen palvelutuottaja⁴⁹. Lopulta 1990-luvun alussa luovuttiin kuntia sitovasta yksityiskohtaisesta ohjauksesta ja valtionosuusuudistuksella siirryttiin kuntien sosiaali- ja terveystalouden taloudellisessa tuessa menoperustaisesta valtionapukäytännöstä laskennallisiin valtionosuuksiin. Näillä uudistuksilla keskushallinto luopui suurimmasta osasta niistä ohjauksvälineistä, joilla se oli kuluneet 20 vuotta voinut yksityiskohtaisesti ohjata kuntien palvelutuotantoa.

Ennen uudistusta sosiaali- ja terveystalouden tuotantoehdot sovittiin keskusjohtoisesti ja ylhäältä alaspäin. Tilanne pysyi vakaana yli keskussairaaloiden rakentamisen, sairausvakuutuslain säätämisen sekä terveyskeskusjärjestelmän luomisen 1980-luvun lopulle saakka. Keskushallinto ohjasi tiukasti kuntien palvelutoimintaa, säännösteli kansaneläkelaitoksen korvauksilla yksityis palveluihin kohdistuvaa maksuhalukkuutta ja sen myötä yksityis palvelujen osuutta palvelutuotannossa.

Ennen vuotta 1993 vallinnut valtionapukäytäntö teki sairaanhoitopiiristä vakuutuspiirin. Valtion rahoitusosuudet maksettiin suoraan sairaanhoitopiirille ja sairaanhoitopiiri laskutti jäsenkuntia ainoastaan jäljelle jäävästä maksuosuudesta ja sekin tasattiin keskimääräisiksi hoitopäivän hinnoiksi. Näin menetellen yksittäinen kunta ei maksanut hoidon kokonaiskustannuksia, vaan tasatun, palvelujen käytöllä painotetun osuuden nettokustannuksista. Valtionosuusuudistuksen myötä sairaanhoitopiirien muodostamat vakuutuspiirit purettiin, valtion laskennalliset maksuosuudet maksettiin kunnalle ja kunta ryhtyi hyvittämään käytön todelliset kustannukset sairaanhoitopiirille. Tällä tavoin kunnasta tehtiin erikoissairaanhoidon kustannusvastausta kantava 'vakuutusyhtiö'. Uudistuksen myötä erikoissairaanhoidon kustannusvastaun kantajaksi tuli kunta, joista suurin osa on liian pieniä toimimaan väestönsä 'vakuutusyhtiönä'. Tilannetta on koetettu korjata muun muassa sopimusohjausmenettelyin kykenemättä kuitenkaan puuttumaan ongelman ytimeen, rahoituspohjan pienuuteen. Terveystalouden-

⁴⁹ VALTAVA –lainsäädännön yhteydessä käytiin jonkin verran keskustelua terveystalouden yksityistämistä, mutta lain valmistelu pitäytyi hallinnollis-teknisissä kysymyksissä ja arvokeskustelun käymistä jopa vältettiin. Varsinaisesta palvelumarkkinoiden avaamisesta ei 1980-luvun puolivälissä voitu vielä puhua. (Ks. Lindh ja kumppanit, 1985, 69-70. Myös Kari Gröhnin artikkelin s. 9 em. teoksessa).

kuntayhtymiä on 1990-luvulla purettu ja myös kansanterveystyössä vastuu on siirtynyt yhä enemmän yksittäisille kunnille.⁵⁰

Aikaisemmissa tutkimuksissa on kiinnitetty huomiota pääasiassa valtionosuusuudistuksen vaikutuksiin kuntatalouteen, kuntien väliseen yhteistoimintaan sekä kuntien aseman vahvistamiseen palvelujen ostajana ja kuntayhtymien rahoittajana (ks. esim. Leskinen 2001). Valtionosuusuudistuksen vaikutukset ulottuivat tämän lisäksi yksityisten palvelujen tarjonnan lisääntymiseen varsinkin sosiaalipalveluissa (etenkin vanhusten asumispalvelut ja kotipalvelutyypiset palvelut). Palvelumarkkinoilla tapahtui avautumista siinä mielessä, että kuntien järjestämisvastuun ja joustavan palvelutuotantomallin mukaisesti myös yksityisiltä palveluntuottajilta ostamisen vaihtoehto vahvistui. Ajallisesti tarkasteltuna palvelumarkkinoiden avaaminen aloitettiin jo VALTAVA –uudistuksessa vuonna 1984.

Kehittämismvastuun siirtäminen kunnalle merkitsi monissa kunnissa ongelmallista tilannetta. Kunnista puuttuu suunnittelun ja kehittämisen infrastruktuuri ja kehittämistyöhön tarvittavat voimavarat. Pääosa kehittämistyötä tehdään kuntaan nähden ulkoisin resurssein, jolloin kunnan sitoutuminen uudistuksiin on sattumanvaraista.

Erikoissairaanhoidon tarjoamien vaativien hoitojen korkeat kustannukset ja palvelujen kysynnän sattumanvarainen ilmeneminen ovat hoitoon pääsyn ohella erikoissairaanhoidon keskeisiä ongelmia. Mikäli kustannusten muodostumiseen halutaan ennustettavuutta, palvelujen organisointi ja niiden rahoitus edellyttävät riittävän suurta, vuosittaisen satunnaisvaihtelun tasaavaa väestöpohjaa. Liian pienillä väestöpohjilla vuosittaiset kustannukset vaihtelevat suuresti ja sattumavaraisesti. Ilmeisesti pienimmät sairaanhoitopiiritkin (sairaanhoitopiirien väestöpohjat vaihtelevat runsaasta 70 000 asukkaasta HUS:n 1.3 miljoonaan asukkaaseen) ovat liian pieniä kantamaan vastuuta väestönsä erikoissairaanhoidosta ja kunnat muutamaa suurinta kaupunkia lukuun ottamatta ovat epäilemättä niin ikään liian pieniä kustannusvastuun kantajiksi. Suomen kunnista noin 350 on alle 10 000 asukkaan kuntia, joten ne ovat pieniä jopa terveyskeskuksen väestöpohjaksi. Puhe riittävän suurista väestöpohjista ei kuitenkaan tarkoita kuntien yhdistämisvaatimusta, kuten asiaa on jo vuosikymmenien ajan koetettu järjestää. Keskushallinnon ajama kuntien yhdistämispyrkimys on kautta aikojen osoittautunut tuloksettomaksi ja pikemminkin haitalliseksi vaatimukseksi. Olennaista ei tänäkään päivänä ole kuntien lukumäärä tai koko, vaan kunta- ja organisaatorajat ylittävän yhteistyön ja rahoituksen yhteisvastuullisuuden järjestäminen kaikissa niissä palveluissa, joiden menestyksellinen tuottaminen edellyttää kuntaa suurempaa väestöpohjaa. Selkeimmät esimerkit tällaisista palveluista ovat terveydenhuolto ja sosiaalipalvelut, vaikka sosiaalipalvelujen osalta ongelmaa ei ole toistaiseksi tiedostettu ja vaikeuksiin joutuneiden kansalaisten sosiaalipalvelujen tarpeena ilmeneviin ongelmiin koetetaan edelleen vastata vailla riittävää osaamista.

Valtionosuusuudistuksen myötä syntyneitä vastuuväestön pienuusongelmaa on koetettu ratkaista ns. sopimusohjauksen keinoin. Tällöin kyse on ensisijaisesti ollut erikoissairaanhoidon palvelujen ostorenkaiden muodostamisesta. Ongelma ei kuitenkaan niinkään ole ostaminen, vaan kustannusvastuun jakaminen, ja siihen sopimusohjaus ei tuo ratkaisua. Tilanne korjautuu vasta, kun kustannusvastuun jakamisessa päästään kuntarajojen yli riittävän suuriin vastuuväestöihin, joiden tulisi olla mieluummin satojatuhansia kuin kymmeniätuhansia asukkaita.

⁵⁰ Vuonna 2000 terveyskeskuskuntayhtymiä oli 75 ja niihin kuuluvien jäsenkuntien lukumäärä oli 252. Vuonna 1991 kuntayhtymien määrä oli 192.

4.5 Markkinaohjaus sosiaali- ja terveydenhuollossa

Kunnat voivat periaatteessa suunnata erikoissairaanhoidon ostoja sairaanhoitopiiriin ohella yksityisille palvelutuottajille, mikäli nämä kykenevät tuottamaan hinnaltaan kilpailukykyisiä toimenpiteitä ja palveluja. Käytännössä kuitenkin vain osa erikoissairaanhoidon palveluista sopii ulkoistamisen kohteeksi ottaen huomioon esimerkiksi päivystyshoidon ja akuuttihoiton järjestämisen ja siinä tarvittavan kapasiteetin. Lisäksi kunnan on pakko kuulua jäsenenä erikoissairaanhoidon kuntayhtymään, ja jäsenkunnilla on aina viime kädessä rahoitusvastuu kuntayhtymän kapasiteetista ja sen aiheuttamista kustannuksista.

Toimivaa kilpailua rajoittaa myös kunnallisen laskentatoimen kehittymättömyys, joka vaikeuttaa yksikköhintojen laskemista, sekä kilpailevien palvelutuottajien vähäisyys että kunnallisen ostopolitiikan ja sen toteuttamiseksi tarvittavan infrastruktuurin puute. Yksityiset palvelumarkkinat taas reagoivat hitaasti paljolti siksi, että yksityisten palvelumarkkinoiden muodostuminen on riippuvainen kuntien harjoittamasta, mutta vielä sattumanvaraisesta ja lyhytjänteistä ostopolitiikasta.

Sosiaali- ja terveystalouden palvelujen markkinoita koskeva keskustelu on vilkastunut 1990-luvulla. Keskustelun keskiössä olivat kauppa- ja teollisuusministeriö⁵¹, kilpailuvirasto sekä Raha-automaattiyhdistys ja sen avustuspoliittikka, jonka nähtiin haittaavan etenkin yksityisten hoivapalvelumarkkinoiden toimintaa. Samassa yhteydessä korostui intressi yksityisen palvelutuotannon lisäämiseen suhteessa julkiseen ja kolmanteen sektoriin⁵².

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tuotantoehdot ovat kustannusten, laadun ja palvelujen saatavuuden avainkysymys. Heikosti organisoidut, tehottomasti tuotetut tai yksityisen voitontavoittelun välineeksi alistetut palvelut nostavat palvelutuotannon kokonaiskustannuksia ja heikentävät kustannusten kasvun myötä palvelujen saatavuutta. Hyvinvointipalvelujen tuotantoehtoien muuttaminen edellyttää uuden infrastruktuurin rakentamista. Kyse on myös etiikasta ja arvoista päätettäessä niitä sosiaali- ja terveystalouden palvelujen tuotantoehtoja, jotka puolestaan määrittelevät millä ehdoilla palvelut ovat niitä tarvitsevien saatavilla tai ulottumattomissa.

Täydellisen kilpailun malli

Markkinoiden toteutumisen keskeisenä edellytyksenä pidetään kysynnän ja tarjonnan vapaata muotoutumista ja rationaalisia valintoja tekevää kuluttajaa. Rationaalinen kuluttaja on subjektiivinen markkinoiden säätelijä ja viimekädessä hänen intressinsä, resurssinsa ja valintansa

⁵¹ Kauppa- ja teollisuusministeriö laati sosiaali- ja terveystalouden toimiala-analyysin vuonna 1997 (Ohtonen 1997), ja selvityksen markkinoiden avaamisesta hyvinvointialalla (Jääskeläinen 2000). Vuonna 1999 KTM aloitti selvityssarjan markkinoiden toimivuudesta ja teetti joukon aiheeseen liittyviä selvityksiä (Lith 2000, Melin ja Paunio 2001 sekä Södergård 2001).

⁵² Kirjoituksia on julkaistu muun muassa Helsingin Sanomissa (esim. 27.11.1999: 'Tutkija: RAY:n tukemat järjestöt tuottavat palveluja tehottomasti', 30.11.1999: 'Kysymyksiä RAY:n rahanjaosta' (pääkirjoitus), 1.12.1999 'Oikeudenmukaisuutta RAY! (pääkirjoitus), 24.12.1999 'Hoivayrittäjät arvostelevat kilpailijoittensa saamaa RAY:n tukea', 10.1.2000: Selvitys: RAY:n rahaa käytetty ohjeiden vastaisesti "Miljardi avustuksista on puhdasta yritystukea", 11.1.2000: 'RAY tutkii avustustensa väitetyn väärinkäytön. Toimitusjohtaja uskoo oman valvonnan tehoon'. 28.3.2000: 'Kilpailuvirasto: RAY:n tuki voi vääristää kilpailua sosiaalialalla', 18.4.2000: 'RAY ja yrittäjät kitkevät kilpailua vääristävää tukea hoivapalveluista', 17.1.2001 'Kuntien suorat sopimuksen palvelujen ostoista lainvastaisia. Helsinki lopetti ostot tuottajilta, jotka saavat RAY:n avustuksia').

määrittävät markkinoiden toiminnan, kysynnän ja tarjonnan, sekä niiden tasapainoa kuvaavan markkinahinnan muodostumisen.

Toinen markkinalähtöisen toiminnan edellytys on tuottajien välinen kilpailu. Kilpailun ideaalimallina pidetään täydellistä kilpailua, joka edellyttää seuraavien ehtojen toteutumista (Ks. esim. McEachern 1991, 525).

- Markkinoilla täytyy olla riittävästi toimijoita ja jokaisen markkinaosuus täytyy olla kyllin pieni, niin että yksikään myyjä tai ostaja ei voi yksin vaikuttaa markkinahinnan muodostumiseen.
- Kaikki tuottavat samanlaisia hyödykkeitä, niin että ostajalle on yhdentekevää, kenen valmistaman hyödykkeen hän ostaa
- Jokaisella hyödykkeellä on vain yksi hinta, joka on määräytynyt markkinoiden toiminnan myötä niin, että kukaan ei ole halukas myymään halvemmalla eikä kukaan ostamaan kalliimmalla.
- Markkinoilla on täydellinen tietämys hyödykkeen ominaisuuksista.
- Markkinoille on vapaa pääsy, niin että poikkeuksellisen suuret voitot vetävät markkinoille uusia tuottajia niin, että syntyy kilpailua ja hinnat laskevat.
- Hinnat määräytyvät kysynnän ja tarjonnan yhteisvaikutuksesta, yhdellä yrityksellä ei ole mahdollisuutta vaikuttaa hinnan muodostukseen.

Usein sosiaali- ja terveydenhuollon markkinoilla kilpailua ei esiinny lainkaan. Markkinat ovat silloin monopolimarkkinat, kun tuottajia on vain yksi tai muutama (oligopoli). Tällainen on tilanne silloin kun kunta tai kuntayhtymä yksin tuottaa palvelut. Usein kunta tai kuntayhtymä voi olla myös palvelun ainoa tilaaja (ns. monopsoni). Paikallisilla hoito- ja hoivapalvelumarkkinoilla usein ainoana tai keskeisimpänä hankintapäätöksiä tekevänä asiakkaana on kunta. Markkinoille pääsy voi olla luvanvaraista ja rajoitettua kuten esimerkiksi apteekkitoiminnassa.

Etenkin terveydenhuollossa täydellisen kilpailun ideaalin kriteerit eivät toteudu. Lisäksi pienen väkiluvun, harvan asutuksen ja suurten keskusten puuttumisen vuoksi Suomessa on vain muutama paikkakunta, joissa voisi edes periaatteessa olla kilpailun kannalta riittävä määrä perusterveydenhuollon palvelun tuottajia. Erikoissairaanhoidon specialisoituminen ja teknistyminen on johtanut suurten väestöpohjien vaatimuksiin, jolloin tuottajia on niukasti.

Vaikka puhdas markkinaohjaus on tuntematon asia kehittyneiden maiden sosiaali- ja terveyspalveluissa, ovat terveystaloustieteilijät tarkastelleet markkinaohjauksen mahdollisia hyötyjä ja haittoja (Luoma 1995).

Markkinaohjauksen mahdollisia hyötyjä ovat:

- kannustaa hakemaan ratkaisuja laadukkaiden palvelujen tuottamiseksi
- edistää innovaatioita
- johtaa kysyntävastaavaan palvelurakenteeseen
- purkaa ylikapasiteettia
- lyhentää potilasjonoja
- nopeuttaa ja joustavoittaa päätöksentekoa
- tehostaa resurssien uudelleen kohdentamista
- parantaa työnjakoa ja erikoistumisen etujen hyödyntämistä
- lisää tuottajien responsiivisuutta asiakkaiden tarpeisiin.

Markkinaohjauksen haittoja ovat:

- kustannuskehityksen ennakointi vaikeutuu

- voi johtaa osittaisoptimointiin (toimenpideperustaisuuteen ja sairaanhoitopainotteisuuteen sekä nopeiden tulosten hakemiseen)
- hoidon porrastus vaikeutuu
- voi aikaansaada tuottajien luomaa kysyntää (tiedon epätasainen jakautuminen vaikeuttaa potilaan arviota esimerkiksi uusintakäyntien tai laboratorio- tai röntgentutkimusten tarpeellisuudesta)
- aitoa kilpailua ei syntyisi markkinoiden pienuuden vuoksi
- vaikeuttaa yhteistyötä
- lisää valvonta- ja hallintokustannuksia (Suomesta tämä infrastruktuuri puuttuu).

Etenkin markkinoiden positiivisiin vaikutuksiin luottavien on aiheellista kysyä, tapahtuvatko asiat myös käytännön markkinoilla siten, kuin eri teorioissa esitetään vai tapahtuuko käytännön markkinoilla jotakin muuta kuin teoriat esittävät (ks. Valtonen 1995).

Kilpailun avaaminen asettaa ehtoja palvelutuottajille

Sosiaali- ja terveystalouden palvelujen markkinoiden kehityksen rakenteellisten rajoitteiden poistuminen ei ole käytännössä avannut palvelumarkkinoita. Kunnat eivät ole merkittävässä määrin lisänneet ostojaan yksityisiltä palvelutuottajilta. Ostopalveluihin liittyy myös riskejä, jotka liittyvät tarjonnan jatkuvuuteen, laatuun ja valvottavuuteen.

Siltä osin kuin palvelutarjonnan markkinoita rajoittavat tekniset informaatio-ongelmat, ratkaisuna voi olla alueellisen tarjontaportaalien rakentaminen, joka voi edistää samalla niin sanottuja saumattomia hoito- ja palveluketjuja. Siinä kaikki hyvinvointipalvelujen tuottajat tuovat tarjontatietonsa tietoverkkoon yhteisen portaalien alle. Riittää, kun verkosta on nähtävissä reaaliaikainen palvelujen tarjontatieto; palvelujen määrä, laatu ja hinta.

Kilpailun avaaminen asettaa ehtoja kaikille palvelutuottajille. Ensimmäinen edellytys on toimivien verkkoyhteyksien luominen. Toinen ehto on oikeellisen ja ajantasaisen tarjontatiedon saaminen verkkoon ilman lisätyötä. Tämä on jo mahdollista muun muassa sairaanhoitopiirien ja terveyskeskusten ajanvarauskäytäntöön liitettynä. Kunnallisten palvelutuottajien merkittävien ongelmien voi olla palvelujen yksikköhintojen ja palvelun laadun ilmaiseminen.

Yksityiset yritykset ovat tottuneet hinnoittelemaan ja tuotteistamaan palveluitaan, joten on oletettavaa että yritysten valmiudet palveluverkkoon liittymiseen ovat olemassa. Maksullista palvelutuotantoa ylläpitävien järjestöjen tilanne on ilmeisesti kirjava. Kilpailuongelmien välttämiseksi järjestöjen tulisi yhtiöittää maksullinen palvelutuotantonsa voittoa tavoittelemattomaksi osakeyhtiöksi. Voiton tavoittelemattomuus tarkoittaa ensisijaisesti sitä, että yritys ei jaa osinkoa rahoittajilleen. Se ei estä taloudellisen tuloksen tekemistä, mutta voiton tavoittelemattomuus mahdollistaa Raha-automaattiyhdistyksen tuen saannin. Niin kauan kuin sosiaali- ja terveysalan järjestöjen järjestötoiminnan, kehittämishankkeiden ja maksullisen palvelutoiminnan taloutta ei ole eriytetty, kiistat yksityisten palvelutuottajien kanssa jatkuvat. Talouden eriyttämättömyys synnyttää epäluuloja Raha-automaattiyhdistyksen tuen liukumisesta palvelujen rahoitukseen ja sen myötä polkumyyniin.

4.6 Yksityiseen palvelutuotantoon kohdistuva keskushallinnon ohjaus

Suunnittelukäytännön purkaminen kohdistui nimenomaan julkiseen palvelutuotantoon. Markkinaehtoisten yksityisten palvelujen asema suhteessa keskushallintoon ei juuri muuttunut. Jo aikaisemmin käytössä olleet lupa- ja valvontamenettelyt jatkuivat ennallaan

Tällä hetkellä keskushallinnon keskeinen väline yksityisten palvelutuottajien toiminnan ohjauksessa on lakisääteinen lupa- ja valvontamenettely. Sosiaali- ja terveydenhuollon lakikoelma käsittää yli 200 lakia ja asetusta ja yli 500 sivua tekstiä (Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö 1997). Palveluyritysten lakisääteinen valvontatehtävä on lääninhallituksilla. Resurssipulan vuoksi lääninhallitusten oma-aloitteinen valvonta on kuitenkin vähäistä ja yritystoiminnan alkuun liittyviä toimia (luvat ja vastaavan johtajan hyväksyminen) lukuun ottamatta tarkastustoimiin ryhdytään pääasiassa vain ilmoitusten perusteella.

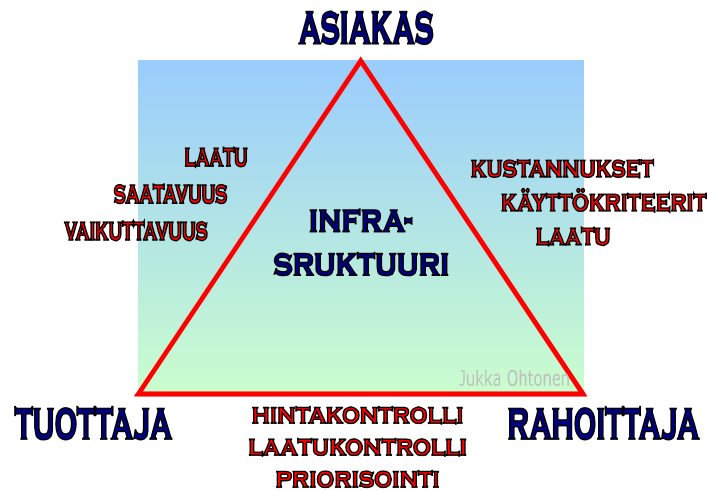
Yksityisten sosiaali- ja terveyspalvelujen tuotantoa ja valvontaa säädellään muun muassa seuraavilla laeilla sekä niihin liittyvillä asetuksilla: laki yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta (9.8.1996/603), laki yksityisestä terveydenhuollosta (9.2.1990/152), laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (28.6.1994/564) ja kansanterveyslaki (28.1.1972/66). Lisäksi yksityiseen liiketoimintaan liittyvät yleiset kilpailunrajoitusta koskevat säädökset.

Markkinoiden toimintaa säädellään myös subventiopolitiikalla, jolla lisätään yksityispalvelujen maksukykyistä kysyntää, ja jonka keskeiset toteuttajat ovat Kansaneläkelaitos ja Raha-automaattiyhdistys. Keskeinen tehtävä olisi juuri ratkaista nykyistä tarkoituksenmukaisemalla tavalla Kansaneläkelaitoksen, Raha-automaattiyhdistyksen ja kuntien välinen työnjako monikanavaisessa rahoitusjärjestelmässä. Näihin tunnettuihin ongelmiin ovat muun muassa valtion tilintarkastajat kiinnittäneet huomiota.

Kansaneläkelaitoksen ja Raha-automaattiyhdistyksen lisäksi kolmanneksi subventiolähteeksi on noussut kauppa- ja teollisuusministeriö, jonka tukipolitiikka on aktivoitumassa sosiaali- ja terveyspalvelujen suuntaan. Esimerkiksi investointiavustusten osalta säädettiin vuoteen 1997 saakka, että sosiaali- ja terveydenhuollon alaan tuli suhtautua pidättyvästi. Käytännössä tämä tarkoitti, että alan yrityksille ei (joitakin yksittäisiä poikkeuksia lukuun ottamatta) avustuksia myönnetty. Rajoitus poistettiin vuonna 1997, mutta senkin jälkeen avustustoiminta on ollut suhteellisen vähäistä. Kauppa- ja teollisuusministeriön avustustoiminnan periaatteeseen kuuluu välttää markkinoiden toiminnan vääristämistä. Sosiaali- ja terveyspalveluyritykset toimivat lähes poikkeuksetta paikallisesti tai alueellisesti, joten avustusten myöntämisestä tulisi pidättäytyä, mikäli alueella jo on alan palvelutuottajia.

Kansaneläkelaitoksen tuki yksityispalvelujen käyttäjille on ollut vapaasti yksityisiä palveluja käyttävien saatavilla. Tilanne voi muuttua yksityisten palvelujen markkinaosuuden kasvun myötä. Voittoa tavoittelevien palvelutuottajien rajoittamaton toiminta julkisesti tai muulla tavoin yhteisesti rahoitetuilla markkinoilla on mahdottomuus.

Organisaatio-ohjauksessa tilaajan ja tuottajan erottaminen toisistaan on ollut terveyspalveluissa keskeinen tavoite 1980-luvun puolivälistä alkaen. Mallista voidaan esittää useita vaihtoehtoisia toiminnan tapoja. Palvelutuottajien vähäisyys ja etenkin spesialisoituneiden palvelujen vaatimat suuret väestöpohjat rajaavat kuitenkin merkittävästi markkinaehtoisuutta (Ks. em. Melin T, Paunio P., s. 128-132, 165).



Kuvio 14. Rahoittaja-tuottaja-asiakas –infrastrukturi

Kuvan peruskolmio on vastassa aina, kun tuottaja ja rahoittaja erkaantuvat toisistaan. Nykyisessä tilanteessa kuntien pitäisi kyetä ratkaisemaan sekä ostopolitiikan priorisoinnit, että palvelujen tuotannon ehdot ja siihen liittyvä hinta- ja laatukontrolli. Nämä ovat toistaiseksi vasta kehitteillä ja toimiva infrastrukturi ostopalvelumarkkinoiden kannalta puuttuu.

Henkilöstöohjaus

Samaan tapaan, kuin kauppa- ja teollisuusministeriö osallistuu markkinakiinnostuksensa osalta sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämiseen, opetusministeriö suunnittelee ja ohjaa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöresurssien uusintamista. Säädeltyjen ammatinharjoitus-oikeuksien vuoksi koulutusmääriä säätelemällä ohjataan terveydenhuollon työvoiman saantia. Tehtävä ei ole ylivoimainen, koska koko ammatinharjoitukseen oikeutettu henkilöstö on tiedossa. Kaikista koulutusammateista tunnetaan työvoimavarannon ikärakenne ja sen myötä eläkepoistuma. Tiedot työvoiman liikkeistä ovat myös olemassa, mikäli niitä halutaan käyttää.

Terveydenhuollon spesialisoitunut ja professionalisoitunut ammattirakenne on johtanut siihen, että koulutus on suunniteltava ammattiryhmittäin ja erikoisaloittain. Pitkien koulutusaikojen vuoksi ennakoinnit olisi kyettävä tekemään jopa 10-15 vuoden päähän. Lisäksi alalla toimii voimakkaita ammattijärjestöjä, kuten lääkäri- ja hammaslääkäriliitot, jotka ovat kyenneet ohjaamaan yliopistoja koulutusmääristä päätettäessä. Koska terveydenhuolto on koulutuksellisesti suljettu ala, myös professionaalisten ammattien koulutussuunnittelu on mahdollista ja välttämätöntä. Koulutussuunnittelun epäonnistumisen yhteiskunnalliset kustannukset ovat korkeat joko lääkäripulasta aiheutuneina suurina yhteiskunnallisina kustannuksina tai ylikoulutuksen seurauksena työttömäksi joutuneiden henkilökohtaisina ja taloudellisina menetyksinä.

Sosiaalipalvelut poikkeavat terveystalveista myös koulutuksen ja professionalistumisen suhteen. Sosiaaliala on toistaiseksi koulutuksellisesti avoin. Sosiaalialan kelpoisuusvaatimukset koskevat ainoastaan koulutusastetta, ei alaa. Tämän vuoksi alan koulutettua työvoimavaraa ei ole mahdollista määritellä, ja koulutussuunnittelu on epätarkempaa kuin terveydenhuollon suljetuissa ammateissa.

4.7 Tulevaisuuden vaihtoehdot

Sosiaali- ja terveydenhuolto on useiden toimijoiden muodostama kompleksinen, kaikkia kansalaisia koskeva yhteiskunnan toimintakyvyn kannalta välttämätön kokonaisuus. Palvelujärjestelmän toimivuudesta suurelta osin riippuu koko yhteiskunnan tila ja kansalaisten asema etenkin ennakoimattomien ongelmien kohdatessa. Järjestelmän toimivuus edellyttää yhteisvastuullisuutta sekä riittävien väestöpohjien luomista ja erityisosaamista vaativien palvelujen tuotannon perustaksi.

Sosiaali- ja terveydenhuollon markkinaohjaus on historiallisista syistä kehittymätöntä ja siihen tarvittavat toimivat rakenteet puuttuvat toistaiseksi. Koska sosiaali- ja terveystaloudet edellyttävät vakuutusperustaista (verorahoitteista tai vakuutus- ja kassamaksuina toteutettua) rahoitusta, palvelujen organisointitapa vaatii valitun toimintatavan mukaisen ohjausjärjestelmän.

Suomessa 30 vuotta käytössä olleesta keskusjohtoisesta ohjauksesta luovuttiin 1990-luvun alussa ja päätös- ja ohjausvalta siirrettiin kunnille ja kuntayhtymille. Tilanne oli uusi, ja kunnat olivat tilanteeseen valmistautumattomia. Vielä noin 10 vuotta myöhemmin tilanne on epävakaa. Etenkin terveydenhuollossa ja selvimmin erikoissairaanhoidossa rahoitusrakenteen ja palvelujen organisoinnin välillä on rakenteellinen mittakaavaero. Koska palvelut rahoitetaan kunnan toimesta, mutta organisoidaan kuntaa suurempina kokonaisuuksina, tilanne ei ole paras mahdollinen ja epäilemättä edellyttää muutostoimia.

Sosiaali- ja terveystaloudet muuttuvat, kuten muukin tuotannollinen ja yhteiskunnallinen toiminta. Teollisen tuotantotavan mallit ja kriteerit väistyvät ja tilalle nousee uusi tuotannon tapa, joka korostaa pikemminkin vaikuttavuutta ja osuvuutta kuin määrällisiä kriteereitä. Samalla palvelut voivat organisoida uudelleen niin, että raja julkisesti ja yksityisesti tuotettujen palvelujen välillä hämärtyy, ja onnistuessaan muutos johtaa seuraavien kolmen kriteerin korostamiseen palvelutuottajaa valittaessa. Tulevassa palvelutuotannossa keskeistä voi olla palvelun laatu, hinta sekä palvelun saatavuus niille, jotka sitä tarvitsevat.

Kuntien rooli voi olla keskeinen tulevan palvelujärjestelmän määrittelyssä. Toistaiseksi kunnat ovat kuitenkin olleet passiivisia oman toimintansa rakenteellisessa kehittämisessä. Tällä hetkellä toimintakenttä on täysin avoin ja kunnilla on päätös- ja ohjausvalta käytössään. Lisäksi tietotekniikka tarjoaa käyttökelpoisia välineitä sosiaali- ja terveydenhuollon hallintoihin ja ohjaukseen palvelujen tuotantotavasta riippumatta.

Esimerkki erikoissairaanhoidon organisatorisesta uudistamisesta. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin aloitteesta Tampereelle perustettiin vuonna 2001 uusi tekonivelkirurgiaan erikoistunut osakeyhtiömuotoinen sairaala Coxa Oy, jonka perustamisvaiheen osakkaat ovat Pirkanmaan sairaanhoitopiiri (35,9 %), Tampereen kaupunki (20,6 %), saksalainen WKA –sairaala (20,6 %), Invalidisäätiö/sairaala ORTON (5,9 %), Tampereen yliopistosairaalan erityisvastuualueen muut sairaanhoitopiirit sekä Mäntän, Valkeakosken ja Vammalan kaupungit (1,7 – 3 %:n osuuksilla). Sairaala tekee ainoastaan tekonivelkirurgiaa. Sairaala aloittaa leikkaustoimintansa syyskuussa vuonna 2002. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri keskittää käytössä olevan sopimusohjauksen puitteissa koko tekonivelkirurgian Coxaan ja mikäli sairaalan kapasiteetti antaa mahdollisuuden, sairaalassa toivotaan voitavan hoitaa myös muun muassa ulkomaisia potilaita.

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ratkaisu perustaa osakeyhtiömuotoinen sairaala, jonka osakkaiksi tulevat julkisten toimijoiden ohella myös yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoita, on uusi. Nähtäväksi jää, merkitseekö Pirkanmaan sairaanhoitopiirin aloite uudenlaista tervey-

denhuollon yhtiöittämissä. Tekonivelkirurgian tapaan ja samaa toimintamallia noudattaen myös esimerkiksi silmäsairauksien, sydän- ja verenkierto- tai syöpäsairauksien hoito voitaisiin yhtiöittää ja purkaa suurin osa sairaanhoitopiirin toiminnasta yksityisiksi osakeyhtiöiksi. Tällöin etenkin taloustieteilijöiden korostama ja tavoittelema tilaajan ja tuottajan eriyttäminen toteutuisi kunnallisessa erikoissairaanhoidossa. Muitakin tapoja tilaan ja tuottajan eriyttämisiksi on olemassa. Lisäksi on huomattava, että pelkkä tilaajan ja tuottajan erkaannuttaminen toisistaan ei vielä takaa kilpailun toteutumista. Harvalukuisiksi jäävät erityisosaamista vaativien toimenpiteiden tuottajat voivat omistaa ristiin toinen toisensa, jolloin hintakartellin riski on huomattava ja lopputuloksena saattaa olla entistä korkeammat kokonaiskustannukset. Coxan esimerkissä kilpailun kannalta merkille pantava asia on toisen tekonivelkirurgiaa harjoittavan ja periaatteessa samoista potilaista kilpailevan yksityissairaalan merkittävä mukana olo Coxan perustaja- ja omistajakunnassa.

Epäilemättä edellä kuvattu esimerkin mukainen toimintamallin ajatellaan sopivan parhaiten toimenpidekeskeiseen ja –kustanteiseen sekä lyhytkestoiseen erikoissairaanhoitoon. Sen sijaan pitkäjänteinen ja useimmiten hidaskaikutteinen ehkäisevä terveydenhuolto, akuutti hoito tai päivystys tuskin tulee olemaan samalla tavoin yhtiöittämisen ja samalla ulkoistamisen kohteena.

Viimeaikaiseen yhteiskunnalliseen keskusteluun ja kehittämistyöhön on juurtunut puhe klustereista, eri toimijaosapuolia, tietoa ja osaamista verkottavista rypäistä ja vuorovaikutusrakenteista, joiden avulla on mahdollista tavoitella hyötyjä, jotka yksin toimittaessa jäisivät saavuttamatta. Sosiaali- ja terveydenhuollossa on mahdollista jatkaa perinteistä sektoroitunutta toiminnan tapaa, jonka sisäinen liike ja yhteydet ulkopuolisiin toimijoihin ja tietolähteisiin ovat vähäiset, tai hakea uusia kontakteja, toiminnan malleja ja rakenteita. Epäilemättä voidaan olettaa, että kaikkien olemassa olevien resurssien yhteiskäyttö ja osapuolten keskinäinen vuorovaikutus parantavat palvelujen saatavuutta ja laatua, hillitsevät kustannusten kasvua ja edistävät palvelujärjestelmän kehittymistä nykyistä joustavammiksi ja asiakaslähtöisemmiksi.

Sosiaali- ja terveysministeriö voi halutessaan toimia aktiivisesti alueellisten hyvinvointiklustereiden edellytysten luomiseksi. Ministeriöllä on riittävät taloudelliset ja informatiiviset välineet tutkijoiden ja tuotesuunnittelijoiden, palvelutuottajien sekä alan yrittäjien ja järjestöissä työskentelevien keskinäisten vuorovaikutus- ja yhteistoimintaverkostojen tukemiseksi. Ministeriö voi suunnata ohjausvoimaansa kunta- ja organisaatorajat ylittävien toimintarakenteiden ja hankkeiden tukemiseen, hyvinvointialan innovatiivisuuden lisäämiseen sekä palvelurakenteiden ja toimintakäytäntöjen uudistamiseen nykyistä vaikuttavammiksi ja asiakaslähtöisemmiksi.

5 Valtionapujärjestelmän perusteet ja kansainvälinen katsaus sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen valtionapujärjestelmästä ja -ohjauksesta

Lasse Oulasvirta

5.1 Valtionapujärjestelmän perusteet

Valtionapujärjestelmä on eri hallintotasojen fiskaalin epätasainon seurausta

Pohjoismaissa kuten useissa muissakin maissa valtionapujärjestelmän taustana on se, että kunnat hoitavat valtaosan julkisista palveluista, mutta niillä on vähemmän omia tuloja kuin tehtävien hoito edellyttää.⁵³ Tämän fiskaalin tasapainottomuuden poistamiseksi tarvitaan valtion keräämän tuloylijäämän siirtoa kunnille. Valtion ryhtyessä verotulojen kerääjäksi ja edelleen jakajaksi valtionapujen muodossa saavutetaan tehtävien hajauttamisen edut ja toisaalta verotuksen keskittämisen hyöty.

Toisaalta on korostettava, että kuntien tulisi vastata merkitsevistä osasta tulojaan, koska varojen käytön tehokkuus voi toteutua vain silloin kun kunnalla on talouspäätöksistään riittävä oma vastuu. Kunnat eivät saisi olla liian riippuvaisia valtionavuuista myöskään kunnallisen itsehallinnon näkökulmasta.

Valtionapujen tavoitteet

Valtionavuuilla toteutetaan tehtävistä aiheutuvien kustannusten jako kuntasektorin ja valtion välillä. Valtionavuuilla myös tasoitetaan kuntien omien resurssien ja palvelutarpeiden eroista johtuvia rasituksia. Tämä tasointi toteutetaan tavallisesti niin, että valtionavut on porrastettu sekä kuntien veropohjaerojen että kuntien menotarve-erojen eli kuntien palvelutarpeiden ja palvelujen tuotannon kustannusten erojen mukaisesti. Nämä tekijät on otettu huomioon myös suomalaisessa järjestelmässä, jossa laskennalliset palvelujen menot asukasta kohden pyritään tasoittamaan ja jossa tasataan myös kuntien välisiä eroja asukaskohtaisissa verotettavissa tuloissa.

Tasoinnin lisäksi valtionapuja on käytetty keinona ohjata kuntien palvelutuotantoa. Hyvinvointivaltion rakentamiskaudella valtionapuja käytettiin porkkana kunnille ryhtyä uusiin tehtäviin tai laajentaa vanhoja tehtäviä ja keinona valvoa valtionaputehtävien hoitamista. Tehtäväkohtaiseen ohjaukseen kytketyillä valtionavuuilla valtio voi viestittää kunnille oman priorisointinsa. Tehtäväkohtaisilla valtionavuuilla voidaan edistää yhteiskunnallisesti arvokkaiden, ns. meriittihyödykkeiden kuten koulu- terveys- ja sosiaalipalvelujen, tuotantoa ja kulutusta paikallistasolla. Näihin meriittipalveluihin liittyy usein positiivisia ulkoisvaikutuksia, ts. hyötyä muillekin kuin varsinaiselle palvelun saajalle.

Esimerkiksi peruskoulu ja keskiasteen koulutus kunnissa luovat valmiuksia oppilaille, joiden hyötyvaikutukset tuntuvat oppilaiden muuttaessa uusille asuinpaikkakunnille tuottaen viime

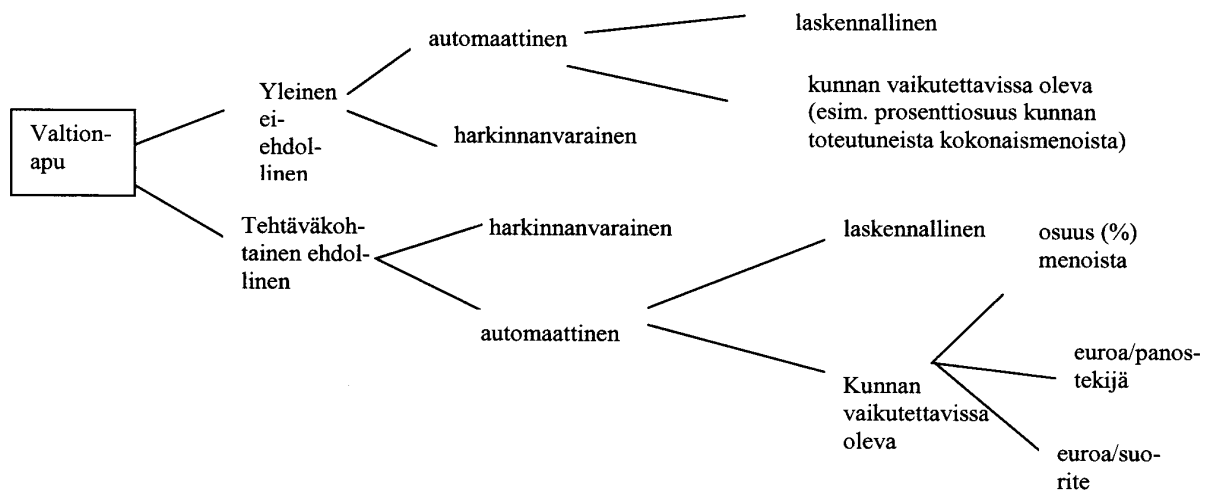
⁵³ USA:ssa tunnettu kuvernööri Nelson A. Rockefeller kuvasi tilannetta lausumalla, että valtiolla on tulot, kunnilla taas ovat ongelmat ("The feds have the revenues; states and localities have the problems", siteeraus teoksessa Salamon 1989, 100).

kädessä hyötyä koko yhteiskunnalle muun muassa koulutuksen ja talouden kasvun välisten yhteyksien kautta (positiivinen ulkoisvaikutus). Lasten erityispäivähoito ja lastensuojelun avohoito ovat esimerkkejä palveluista, jotka ehkäisevät lasten ongelmien pahenemista ja myöhemmin yhteiskunnalle syntyviä haittavaikutuksia ja kustannuksia (negatiivisen ulkoisvaikutuksen ehkäiseminen)

Edelleen voidaan mainita ns. verotekninen tavoite eli tarve säädellä valtion ja kuntien tuloverotuksen painoja koko verojärjestelmässä. Valtionapurahoitus vähentää painetta kuntien veroihin ja siirtää vastuuta valtion progressiivisemmälle verotukselle.

Valtionapujen luokittelu

Valtionapujen päätyypit on julkistaloustieteessä (ks. esim. Tuomala 1997) jaettu tehtäväkohtaisiin ehdollisiin ja yleisiin ei-ehdollisiin valtionapuihin. Yleinen ei-ehdollinen valtionapu toimii yleisen rahoitustuen luonteisesti eikä se edellytä kunnilta tiettyä käyttäytymistä ja panostusta tehtävässä. Tehtäväkohtainen ehdollinen valtionapu taas on sidottu kunnan tiettyihin tehtäviin. Se voi perustua kuntien laskennallisiin menotarve-eroihin (palvelutarve- ja kustannusolosuhde-eroihin) tai se voi olla suoraan sidottu osuutena kunnan omiin menoihin (prosenttiavustus), käytettyihin tuotannontekijöihin (euroa/panos) tai tuotettuihin suoritteisiin (euroa/suorite).



Kuvio 15. Taloustieteen valtionaputyypittely

Valtionapu kuuluu yhtenä osana yläkäsitteenä olevaan termiin valtion tuki, jolla tarkoitetaan erilaisia tukemisen tarkoituksessa myönnettäviä taloudellisia etuisuuksia. Valtionavustusten sääntelytyöryhmän mukaan tuki annetaan kokonaan vastikkeetta tai käypää arvoa alemmasta vastikkeesta. Valtionapu taas on yläkäsite, joka pitää työryhmän mukaan sisällään valtionavustukset ja lakisääteiset valtionavut.⁵⁴

⁵⁴ Valtionavustus on harkinnanvarainen ja sitä varten varatun määrärahan mitoitus on budjettivallan käyttäjän harkinnassa. Valtionapuviranomaisella ei ole sovellettavaa lainkohdan tulkintaa laajempaa harkintavaltaa avun myöntämisen ja avun määrän suhteen. Lakisääteisellä valtionavulla tarkoitetaan lakien nojalla, rajatulle saajaryhmälle maksettavia yleisiä tai tehtäväkohtaisia valtionosuuksia sekä muuta tuenluonteista rahoitusta, joka myönnetään tietyn toiminnan tai hankkeen tukemiseen ja jossa oikeudesta saada rahoitusta sekä myönnettävän rahoituksen yksityiskohtaisista perusteista säädetään laissa (VM:n työryhmämuistioita 22/2001, 19).

Tehtäväkohtaisella valtionavulla alennetaan palvelun hintaa, ja tällä hinnanalennuksella on sekä tulo- että substituutiovaikutus. Tulovaikutus merkitsee sitä, että valtionapu lisää kunnan tuloja ja kunnan panostuksen lisäys ao. tehtävään tämän tulolisäyksen varassa riippuu eri palveluihin liittyvästä kysynnän tulojousta. Substituutiovaikutus taas liittyy siihen, että ehdollinen valtionapu laskee kunnan (edustavan kuntalaisen) näkökulmasta ao. valtionapukelpoisen tehtävän hintaa suhteessa muihin ei-valtionapukelpoisiin tehtäviin, mikä teoriassa kannustaa kuntia lisäämään panostustaan kunnan näkökulmasta halventuneeseen tehtävään (ts. korvaamaan ei-valtionapukelpoisia hyödykkeitä halventuneilla valtionapuhyödykkeillä). Myös empiirinen tutkimus on osoittanut, että klassisen valtionaputeorian nämä oletukset ovat pitäneet kohtuullisesti paikkansa.

Antajan ja saajan näkökulmat

Valtionavun antajan näkökulmasta substituutiovaikutus voi olla tavoiteltu asia, jos valtio pyrkii kannustamaan saajia eli kuntia laajentamaan valtakunnallisesti tärkeiden palvelujen tuotantoa ja kulutusta. Valtionavun saajan näkökulmasta taas yleisaputyypin (ei-ehdollinen) valtionapu, jolla on vain tulovaikutus ja jonka käyttö on vapaasti sovitettavissa paikallisiin tarpeisiin, lisää enemmän paikallisyhteisön hyvinvointia kuin rahallisesti samansuuruinen tehtäväkohtainen tiettyyn tehtävään sidottu valtionapu. Yleinen, ei-ehdollinen valtionapu ei kuitenkaan anna samanlaisia mahdollisuuksia kuntien ohjaamiseen valtion intressien mukaisesti. Tehtäväkohtainen valtionapu voi edistää yleistä valtionapua paremmin koko yhteiskunnan hyvinvointia.

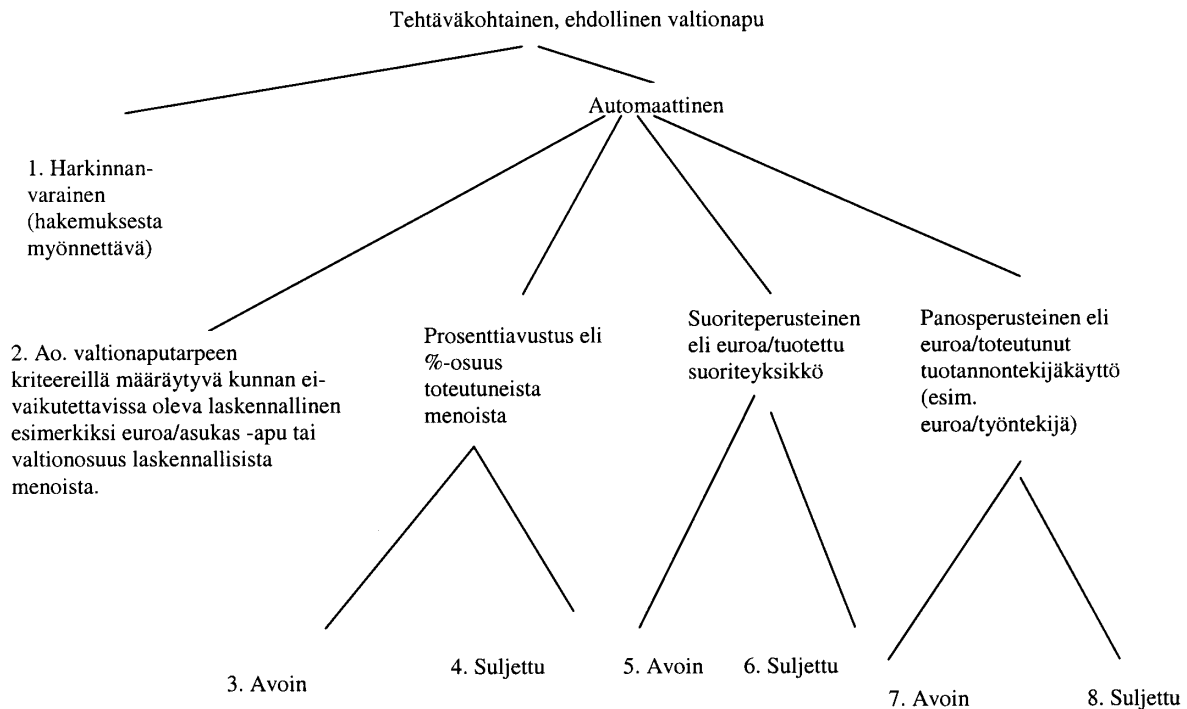
Valtionapujen kahden pääkategorian sisällä on useita erilaisia vaihtoehtoja avun haku- ja menettelyprosessien sekä ehtojen ja jälkikäteisen valvonnan suhteen. Avun antajan näkökulmasta kahden päätyypin välisessä valinnassa ratkaiseva kysymys on, halutaanko kunnat kytkeä tietyn valtion politiikan toteuttajiksi vai halutaanko valtionapuhjelmalla tukea kuntia yleisesti saavuttamaan omia tavoitteitaan ja valtion asettamia tavoitteita.

Taulukko 7. Yleinen ei-ehdollinen ja tehtäväkohtainen ehdollinen valtionapu

	Yleinen ei-ehdollinen	Ehdollinen tehtäväkohtainen
Tavoite, johon tyypillisesti sopeutuu	Kuntien yleinen tukeminen ja kuntien välinen tasoitus Avun käyttö halutaan sovittaa saajan eli kunnan preferenssien mukaiseksi Kuntien omavastuisuuden korostaminen	Tietyn tehtävän/palvelun tukeminen ja ohjaaminen Avun käytössä painotetaan antajan eli valtion (ja valtion edustaman koko yhteiskunnan) intressejä Yhdenvertaisuus tietyssä palvelussa

Rationaalinen valtionapujärjestelmä rakennetaan tavoitteista käsin - järjestelmää muutetaan tavoitteiden muuttuessa. Eri valtionapumuodot sopivat toteuttamaan omia tarkoituksiaan: yleiset valtionavut sopivat tehtäväkohtaisia paremmin kuntien yleiseen tukemiseen, kuntien välisen tasoituksen toteuttamiseen ja tuen käyttämiseen tuen saajan intressien mukaisesti. Tehtäväkohtaiset ehdolliset valtionavut sopivat taas tietyn tehtävän ja palvelun tukemiseen tavalla, joka täyttää erityisesti antajan intressit. Jos halutaan edistää tuen saajan toiminnan taloudellisuutta, päädytään laskennallisiin, ei-menosidonnaisiin valtionapuihin. Sekä yleiset että tehtäväkohtaiset valtionavut voidaan tehdä laskennallisiksi.

Ehdollinen ja tehtäväkohtainen valtioapu voidaan tyypitellä usealla tavalla alalajeihin. Yksi tapa on seuraava, jossa tehdään ensin jako harkinnanvaraisiin ja automaattisiin avustuksiin ja automaattiset jaetaan edelleen kunnan vaikutettavissa oleviin (ns. matching grants englanninkielisessä valtionapukirjallisuudessa) ja ei-vaikutettavissa oleviin (non-matching grants) avustuksiin. Eli valtio voi halutessaan valita alalajeista, joista osa toimii tietyissä ohjaustavoitteissa paremmin kuin toisissa.



Kuvio 16. Korvamerkittyjen tehtäväkohtaisten valtionapujen jaottelu alalajeihin

Avoin prosenttiavustus tarkoittaa sitä, että valtio ei ole asettanut rajaa kunnan menotasolle, johon se maksaa omaa rahoitusosuuttaan. Tämä laji on käytännössä harvinainen, koska yleensä tehtäväkohtaisten valtionapujen rahamäärä on tavalla tai toisella rajoitettu. Esimerkiksi Suomessa ennen vuotta 1993 käytössä olleet tehtäväkohtaiset valtionosuudet oli porrastettu kuntien kantokykyluokkien mukaisesti. Mitä avoimempi tehtäväkohtainen avustus on ja suurempi avustuksen prosenttiosuus on toteutuneista menoista, sitä voimakkaampi kannustusvaikutus sillä on kunnan toimintaan ja menoihin.⁵⁵

Korvamerkitty vai yleinen valtioapu?

Tehokas ja oikeudenmukainen valtionapujärjestelmä pitäisi rakentaa tavoitteista käsin. Tästä näkökulmasta ei tunnu rationaaliselta sulkea jokin keino kokonaan pois keinovalikoimasta. Valtionavut ovat enemmän keino kuin tavoite sinänsä.

Klassisen valtionaputeorian mukaan tehtäväkohtainen erityinen apu on antajan näkökulmasta yleistä valtioapua tehokkaampi edistettäessä sitä, että saajaorganisaatio panostaa tiettyyn tehtävään tai palvelun. Saajan näkökulmasta taas saajayhteisön hyvinvointia lisää tietyn suu-

⁵⁵ Esimerkiksi tehokkaan kannustusvaikutuksen omannut Norjan ISF -raha sairaaloiden DRG toimenpiteitä varten on tyypiltään kuvion numeroa 5. vastaava (ks. luku 5.3.).

ruista korvamerkittyä rahaa enemmän samansuuruinen yleinen apu, jonka saaja voi käyttää täysin omien preferenssiensä mukaisesti.

Tämän klassisen valtionaputeorian tulos vaatii kuitenkin muokkausta, jotta se ottaisi huomioon poliittis-hallinnollisen järjestelmän päätöksenteko- ja toimintatavat. Paikallisyhteisön jäsenten preferenssit heijastuvat epäsuorasti kunnallisen edustuksellisen systeemin välittämänä hallintoon, joka valmistelee ja panee täytäntöön edustuksellisten elinten päätökset. Saajayhteisön hyvinvoinnin arvioinnissa on huomattava, että yhteisön jäsenten preferenssit ja vaikutusvalta eroavat toisistaan. Esimerkiksi kunnassa eri puolueiden ja intressiryhmien vaikutusvalta ja hallinnon sisäiset valta-asetelmat vaikuttavat siihen, miten yleisen valtionavun tuoma resurssilisäys käytetään menotarpeisiin tai mahdollisesti veronalennustarkoitukseen ja miten nämä ratkaisut vastaavat eri kuntalaisryhmien toisistaan eroavia preferenssejä. (Oulasvirta 1996.)

Eräät professiot ovat saavuttaneet voimakkaan aseman ja arvostuksen yhteiskunnassa ja pysyvät paremmin pitämään puoliaan kuin toiset ammattikunnat. Tällä on oma merkityksensä sosiaali- ja terveydenhuollossa, johon kuuluu sekä voimakkaita että heikkoja ammattikuntia.⁵⁶ Ennaltaehkäisevän sosiaalihuollon heikko naisvaltainen ammattiryhmä voi kokea vaikeuksia oman palvelusektorinsa intressien ajamisessa. Tämä on otettava huomioon ohjauspolitiikassa.

Eräät politiikan tutkijat ovat tuoneet esille mahdollisuuden, että valtio voi olla joillekin ryhmille responsiivisuudeltaan ja saavutettavuudeltaan itse asiassa lähempänä kuin kunnat tai osavaltiot (Salamon 1989, 98-99, Oulasvirta 1996). Kunnan budjettiprosessissa allokoitu yleisapu voi lopputulokseltaan olla heikon kuntalaisryhmän kannalta huono. Heidän kannaltaan korvamerkitty valtionapu voisi toimia paremmin. Toisaalta korvamerkittyjä valtionapuja voidaan kritisoida siitä, että ne voivat johtaa kuntien omat sektoriviranomaiset kuten myös vastaavat valtion sektoriviranomaiset "kilpavarusteluun". Kamppailun häviävät ne, jotka eivät onnistu painostamaan omille ryhmilleen ja palveluilleen lakisäätteisiä standardeja ja korvamerkittyjä valtionapuja.

Voidaan puhua myös valtion ja kuntien mahdollisesta tavoitekonfliktista (SOU 2001:52, 27). Antajan ja saajan samansuuntaiset intressit ja tavoitteet edistävät yleensä valtionavun toimivuutta käytännössä (Salamon 1989, 117). Sillä, miten saajakunnat kokevat valtionapulajin tarkoituksenmukaisuuden, voi olla merkitystä. Esimerkiksi kuntien yleisjohto ei ilmeisesti useinkaan suhtaudu suopeasti korvamerkittyihin apuihin, jos vaihtoehtona ovat yleiset samansuuruiset avut. Mutta toisaalta ao. sektoria ja palvelua edustavat suhtautuvat paljon useammin myötämielisesti omaa palvelualaa tukeviin ohjausmuotoihin, myös korvamerkittyihin rahoihin.

Esimerkki IT-lehden jutusta. Vuoden 2002 valtion budjettiesitys sisältää lisäpanostuksen kuntien valtionapuihin vuosina 2002 - 2003. Kunnat saavat sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluihin lisää valtionosuuksia 1,5 miljardia markkaa. Kauppa- ja teollisuusministeri Sinikka Mönkäreen mukaan kunnilla on vuonna 2002 todelliset mahdollisuudet hyvinvointiyhteiskuntamme ongelmien korjaamiseen. Kysymys on ministeri Mönkäreen mukaan siitä, mihin kunnan päättäjät nämä kasvaneet valtionosuudet suuntavat. Kansalaistenkin on mahdollista, että muun muassa kouluterveydenhuoltoon, terveyskeskuksiin, koulujen opetusryhmiin sekä

⁵⁶ Rinne ja Jauhiainen (1988) määrittelevät terveydenhuollon professionaaliseksi ja sosiaalialan puoli-professionaaliseksi toiminnan alueeksi.

erityis- ja tukiopetukseen palkataan ihmisiä tekemään kipeästi tarvittavaa työtä (IT-lehti 10/2001, s. 11).

Millä keinoilla ohjaava valtiotaho voisi lisätä esimerkiksi apuvälineiden saatavuutta vammaisille? Vuonna 1999 STM on antanut apuvälinehuoltoa ja sairaanhoitotarvikkeiden jakelua koskevan suosituksen, joka ei ole sitova. Sai-Lab ry on vaatinut järjestelmän järjeistämistä ja yhdenmukaistamista niin, että selkeillä säännöksillä taattaisiin asiakkaiden yhdenmukainen kohtelu asuinpaikasta riippumatta (IT-lehti, 9/2001, s. 9). VM:n valtiosihteeri Sailas taas ei näe apuvälineasioissa suuria mahdollisuuksia korvamerkittyihin rahoihin - lehtijutun mukaan VM:n edustaja näkee ainoana keinona sen, että vaikutetaan äänestämällä kunnalliseen päätöksentekoon (IT-lehti, lokakuu 10/2001, s. 5).

Korvamerkityt menoperusteiset valtionavut voivat käytännössä kanavoitua varakkaisiin kuntiin, joilla on taloudellista liikkumavaraa ja riittävästi varoja omarahoitusosuuksiin valtionaputehtävissä. Varakkaat kunnat saavat usein menoperusteisia valtionapuja muita enemmän, koska ne voivat budjeteissaan kohdentaa muita enemmän menoja valtionaputehtäviin. Tämä voi vääristää kuntien välistä tulonjakoa.⁵⁷

Korvamerkitty järjestelmä rönsyy helposti ja muuttuu byrokraattiseksi ja samalla työlääksi hallinnoida sekä aiheuttaa toimintapoliittisia vinoutumia ja resurssien epätarkoituksenmukaista käyttöä kunnissa. Kunnat saattavat orientoitua taktikoimaan itselleen valtionapuja, ja samalla kohdentaa resurssit paikallisen tarpeen kannalta epätoivottavalla tavalla (ks. Håkonsen, Loyland ja Lie 2000). Suomessa korvamerkittyjen ja kustannusperusteisten valtionosuuksien "perinteinen" kritiikki on esitetty jo ennen nykyistä järjestelmää niissä komiteamietinnöissä, joissa valmisteltiin vuoden 1993 valtionapujärjestelmän uudistusta (ks. Kunnallistalouden neuvottelukunnan komiteamietinnöt 1976:24 ja 1982:66).⁵⁸

⁵⁷ Lopputulos ei välttämättä ole tämä, koska tehtäväkohtainen valtionapu voidaan rakentaa usealla eri tavalla; muun muassa siten että se porrastuu köyhien kuntien hyväksi kuten aiemmin Suomessa kun valtionosuusasteikkoja porrastettiin ns. kantokykyluokituksen avulla.

⁵⁸ Suomea enemmän korvamerkittyjä valtionapuja käyttävän Norjan vastaava kritiikki on koottu yhteen kuntien rahoitusjärjestelmää pohtineen komitean mietintöön NOU 1996:1, luku 13. ("Forholdet mellom rammetilskud og oremerkede tilskud").

Taulukko 8. Tehtäväkohtaisen korvamerkityn valtionavun etuja ja haittoja

<i>Tehtäväkohtaisen korvamerkityn valtionavun etuja ja haittoja</i>	
<i>Plussat</i>	<i>Miinukset</i>
Niillä voidaan edistää ylikunnallisen positiivisen vaikutuksen omaavien kunnallisten palvelujen tuotantoa ja kulutusta vastaamaan koko yhteiskunnan etua (esim. kunnan ylläpitämä teatteri, jonka yleisö koostuu koko maakunnasta ja laajemmaltakin alueelta).	Palvelutarjonnan vääristyminen paikalliseen kysyntään nähden tuettuihin palveluihin ei-tuettujen tai vähemmän tuettujen palveluiden kustannuksella
Jos paikallinen demokratia ja valta-asetelmat toimivat huonosti heikkojen ryhmien (esimerkiksi syrjäytyneet, pakolaiset, vammaiset, vanhuksat ja lapset) etujen esillepääsyn kannalta, korvamerkitty tuki tuo valtakunnallisesti asetetun suojavaikutuksen näiden ryhmien palveluille kunnan budjettipäätöksenteossa.	Hajanainen monien korvamerkittyjen apujen "viidakko" voi toimia toisiaan vastaan (korkea prosenttiavustus jollekin palvelulle vie resursseja toiselta palvelulta ja voi heikentää koko palvelujärjestelmän toimivuutta).
Niillä voidaan tehokkaasti kannustaa kuntia erityisesti uuden palvelun aloitusvaiheessa käynnistämään palvelun.	Eivät kannusta kuntia taloudellisuuteen palvelujen järjestämisessä (varsinkin jos tukiosuus on korkea).
Niillä voidaan edistää kokeilutoimintaa kunnissa (kannustavat kehittämisrahat)	Kuntien kokonaistaloudellinen ohjaus vaikeutuu valtionapumenojen vaikean ennakoitavuuden vuoksi (erityisesti avoimet korvamerkityt valtionavut).
Niillä voidaan rahoittaa ja suunnata palveluinfrakstruktuurin rakentumista valtakunnallisesti koordinoitulla tavalla (investointiavustukset, valtionapuvirkojen kiintiöinti ja kanavoiminen alueellisesti).	Harkinnanvaraisten tehtäväkohtaisten aiheuttama epävarmuus vaikeuttaa kuntien suunnittelua.
Niillä voidaan edistää tietyn palvelun valtakunnallisen tarjonnan yhdenmukaisuutta.	Korvamerkitty järjestelmä muodostuu helposti hallinnollisesti työlääksi ja aiheuttaa hallintokustannuksia
Ne sopivat valtion rahoitusosuudeksi palveluihin, joita vain osa kunnista hoitaa (esim. pakolaisten vastaanotto toiminta)	Ne voivat kanavoitua rikkaille kunnille ja vääristää kuntien tulonjakoa.
	Eivät tue kuntien itsehallintoa ja omavastuuta

Tehtäväkohtaisen korvamerkityn valtionavun haittavaikutuksia voidaan lieventää valitsemalla sopiva tehtäväkohtaisen avun alalaji. Voidaan esimerkiksi valita määräaikainen tyyppiä 2. tai tyyppiä 6. edustava korvamerkitty valtionapu (kuviot 16.). Laskennallinen tehtäväkohtainen valtionapu kannustaa taloudellisuuteen, koska se ei vähennä saajakunnan rajakustannuksia. Kun kunta budjetissaan päättää lisätä määrärahaa kyseiseen tehtävään vaikkapa 1 000 eurolla, koko tämän lisätyn määrärahan kattaminen tulee saajakunnalle ja sen veronmaksajille. Laskennallinen tehtäväkohtainen (non-matching -tyyppinen apu, joka edellyttää että raha käytetään tiettyyn tehtävään mutta avustusehdoissa ei vaadita että kunnan on lisäksi käytettävä omaa rahaa tähän tehtävään) valtionapu on huomattava riski, koska sillä on vain ns. tulovaikeus ja apu voi "vuotaa" muihin tehtäviin ja tarkoituksiin saajakunnassa. Esimerkkinä voimme kuvitella tilanteen, että kunta jo aiemmin hoitamaansa tehtävään saa uuden tehtäväkohtaisen laskennallisen valtionavun 1 000 000 euroa/vuosi. Jos kunta on aiemmin itse vapaaehtoisesti omien preferenssiensä mukaisesti allokoitunut tehtävään vaikkapa 2 000 000 euroa/vuosi, voi olla että avustuksen saamisen jälkeen kunta edelleen satsaa tehtävään 2 000 000 euroa/vuosi. Tässä tapauksessa raha vuotaa muihin tehtäviin eli avustus syrjäyttää 1 000 000

euron verran kunnan omia varoja, jotka avustuksen saamisen jälkeen siirretään muihin tarkoituksiin (mahdollisesti myös veronalennukseksi).⁵⁹

Tyyppin 3. mukaisessa matching-avussa, jossa valtionosuusprosentti olisi vaikkapa 50 prosenttia, vain 500 euroa toteutuneista 1 000 euron menosta tulisi suoraan paikallisten veronmaksajien katettavaksi (olettaen että rahoituksessa ei käytetä maksuja). Tyyppiä 6. edustava korvamerkitty valtionapu on tehokas toivotun suoritustuotannon lisääjä. Taloudellisuuden edistämiseksi se voidaan kytkeä toteutuneisiin suoritemääriin, mutta ei toteutuneisiin suoritteiden aiheuttamiin menoihin vaan suoritteiden laskennallisiin, esimerkiksi keskimääräisiin menoihin. Tyyppin 6. korvamerkityllä avulla voitaisiin todennäköisesti purkaa tehokkaasti esimerkiksi tietyn hoitotoimenpiteen jonot valtakunnassa siedettävälle tasolle (olettaen että ei ole pulaa muista tuotannontekijöistä - hoitotoimenpiteitä tekevistä lääkäreistä, hoitajista, tiloista ja välineistä - vaan rahoituksesta!).

Laskennallisten valtionapujen ohjausvaikutus

Laskennallisiin ei-ehdollisiin valtionapuihin ei liity käyttöä koskevia tehtäväkohtaisia sitovia ehtoja. Tältä osin siis ohjausvaikutusta ei voida aikaansaada. Toisaalta avun määräytyminen tietyillä kriteereillä viestittää sitä, mihin antaja, valtio, toivoisi rahat käytettävän. Myös tällä informaatio-ohjaukseen luettavalla signaalilla voi olla vaikutusta saajiin. Vaikutusmahdollisuutta voidaan hyödyntää tiedottamalla ja argumentoimalla määräytymiskriteereillä saajien suuntaan, tässä tapauksessa kuntakentälle.

Apua saavissa kunnissa kyseistä palvelua edustavat viranhaltijat voivat oma-aloitteisesti käyttää laskennallisia määräytymiskriteereitä ja niiden perusteella määräytynyttä laskennallisen avun määrää argumenttina kunnan sisäisessä budjettipäätöksenteossa. On esimerkiksi laskettu, paljonko kunta on saanut kirjastotoimen kriteereillä laskennallista valtionapua ja paljonko kunnan budjetissa on panostettu kirjastotoimeen. Argumenttina on saattanut olla, että kunnassa täytyisi panostaa vähintäänkin sen verran kuin laskennallinen osuus on.

Valtio voi halutessaan tarkoituksellisesti käyttää hyväksi yleisluonteisiin valtionapuihinkin liittyvää ohjausmahdollisuutta. Laskennallisesta yleisavustussysteemistä voidaan ohjausvaikutustarkoituksessa irrottaa oma erillinen irrallinen laskennallinen avustus toiveella, että se kohdistetaan kunnissa tiettyihin tarkoituksiin. Hyvä esimerkki tästä on Ruotsissa laskennallinen valtionapu (statsbidrag för höga LSS-kostnader) kunnille, joilla on erityisen korkeat laskennalliset standardikustannukset asukasta kohti liikuntavammaisten tai -esteisten henkilöiden palveluiden järjestämisessä sitä koskevan lain mukaisesti (laki 387/1993).

STM:n työryhmä, joka pohti sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoitusta, linjasi valtionapujärjestelmän perusrakenteeksi edelleen laskennallisuuden. Näin on myös tehty ministeriön tavoite- ja toimintaohjelmassa 2000-2003 (ns. TATO). Työryhmä totesi, että rahoituksessa voitaisiin jatkossa lisätä tuloksellisuutta palkitsevia elementtejä. Tämän suuntainen linjaus sisältyy myös edellä mainittuun tavoite- ja toimintaohjelmaan, jossa tavoitteeksi on asetettu kuntien kehittämistoimenpiteiden kannustaminen ja tukeminen. Kehittämistoimenpiteitä kannustavat tuet ovat yleensä määräytymisperusteiltaan harkinnanvaraisia. Tätä avustuslajia käsitellään seuraavaksi.

⁵⁹ Riippuen ao. palvelun kysynnän tulojoustosta ao. kunnassa, tilanne voisi muodostua myös sellaiseksi että lisätulon ansiosta ao. palvelun kysyntä kasvaisi hiukan yli 2 000 000 euroa/vuosi -tason.

Harkinnanvaraisten valtionapujen ohjausvaikutus

Harkinnanvaraiset valtionavut voivat olla yleisiä tai tehtäväkohtaisia. Harkinnanvaraisissa avuissa valtionapuviranomaisella on vapautta tehdä tarkoituksenmukaisuusharkintaa. Mitä yksityiskohtaisemmin ja yksiselitteisemmin avustuksen myöntämisen ja saamisen ehdot on lainsäädännöllisesti määritetty, sitä vähemmän valtionapuviranomaiselle jää tarkoituksenmukaisuusharkintaa (Myllymäki-Tetri 2001, 43-44, 67). Myöntävän valtionapuviranomaisen harkintaa rajoittaa valtion tarkoitukseen budjetissa varaaman määrärahan suuruus. Harkinnanvarainen valtionapu on tavallisesti budjetissa kiinteä määräraha. Avustuksen hakijalla ei ole subjektiivista oikeutta avustukseen, vaikka myöntämisen yleiset edellytykset täytyisivätkin hakijan kohdalla.

Harkinnanvaraisissa valtionavuissa valtio voi pitää päätösvallan valtioneuvostolla tai ministeriötasolla tai siirtää sen alemmaksi esimerkiksi lääninhallituksille. Harkinnanvaraisiin apuihin liittyy enemmän byrokratiaa haku-, valmistelu- ja päätöksentekoprosesseineen kuin automaattisiin valtionapuihin. Toisaalta myöntämisedellytysten määrittelystä riippuen ne voivat tarjota joustavan tavan suunnata apua eniten tarvitseville niukkojen resurssien vallitessa. Saa- jien kannalta niihin taas liittyy epävarmuutta ja riskejä, jotka vaikeuttavat pitkäjänteistä suunnittelua verrattuna automaattisiin apuihin.

Harkinnanvaraiset valtionavut ovat kuitenkin jossakin laajuudessa välttämättömiä muun muassa sen takia että järjestelmää ei koskaan voida tehdä niin monimutkaiseksi, että kaikkien kuntien erityisolosuhteet voitaisiin vangita laskennallisiin valtionapukriteereihin. Näiden kuntien erityisolosuhteita voidaan huomioida harkinnanvaraisilla avuilla. Niillä voidaan myös tilapäisesti lievittää erityisiin taloudellisiin vaikeuksiin joutuneiden kuntien asemaa ja lieventää järjestelmän muutoksista aiheutuvia valtionapujen kuntakohtaisia muutoksia.

On mahdollista myös perustaa muusta valtionapusysteemistä erillinen aluepoliittinen valtionapu pysyvästi erityisen vaikeiden alueiden kuntaryhmille. Tämä voisi lisätä järjestelmän selkeyttä ja poliittista läpinäkyvyyttä.

Investointivaltionapujen ohjausvaikutus

Investointeja varten myönnettävät valtionavut ovat luonteeltaan ehdollisia tehtävä- tai investointiprojektikohtaisia harkinnanvaraisia valtionapuja (korvamerkittyjä). Ne voidaan erottaa omaksi kategoriakseen, vaikka ne kuuluvatkin luonteeltaan harkinnanvaraisten valtionapujen luokkaan. Niiden avulla valtio voi tehokkaasti vaikuttaa palveluinfrastruktuurin rakentamiseen, investointien ajoittumiseen ja suuntautumiseen alueellisesti sekä myös palvelurakentamisen tekniseen sisältöön, tasoon ja toimivuuteen. Investointiavut voidaan määräytymiseltään tehdä laskennallisiksi niin, että ne kannustavat taloudelliseen rakentamiseen (ne voidaan sitoa esimerkiksi tiettyyn kustannusstandardiin tilan m² kohden).

5.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon valtionapujärjestelmä Suomessa

Kunnilla on keskeinen asema sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisessa ja rahoittamisessa. Valtionosuuksilla katetaan nykyisin enää noin viidennes menoista ja kunnat rahoittavat itse 70 prosenttia sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannuksista. Asiaksmaksuilla rahoitetaan loput kymmenen prosenttia (STM 2002, 3).

Ennen vuotta 1993 käytössä olleessa tehtäväkohtaisessa valtionosuusjärjestelmässä kunta sai kantokykyluokan mukaan porrastetulla valtionosuusprosentilla valtion tukea menoihinsa, mikä alensi kunnan näkökulmasta valtionapukelpoisen palvelun hintaa. Tehtäväkohtaiset valtionosuudet eivät olleet rajoittamattomia (avoimia), vaan valtio rajoitti oman rahoitusosuutensa kunnan tehtäväkohtaisiin menoihin tietylle hyväksyttävälle tasolle (lähinnä tyyppin 4. valtionapulaji kuviossa 16.).

Merkittävä valtionapujärjestelmän rakenteen muutos toteutui vuonna 1993 uuden valtionapulainsäädännön tullessa voimaan. Valtionapujärjestelmä muuttui tehtäväkohtaisesta ja kustannusperusteisesta järjestelmästä yleisavustustyyppiseksi laskennalliseksi järjestelmäksi. Valtionapujärjestelmän rakenteen uudistus heijasti siirtymistä hyvinvointivaltion laajennusvaiheesta hyvinvointivaltion rajoitus- ja jopa supistamisvaiheeseen. Se korosti myös kuntien vastuuta ja valtion osuus palvelujen rahoituksesta laskikin selvästi vuoden 1993 valtionosuusuudistuksen jälkeen samalla kun kuntien rahoitettavaksi jäi entistä suurempi osuus.

Käyttötalouden laskennalliset valtionavut

Järjestelmä koostuu nykyisin kahdesta osasta: veropohjan tasaamiseen ja muuhun yleiseen tukeen tähtäävistä yleisistä valtionavuista ja sektorikohtaisista valtionavuista, jotka määräytyvät sosiaali- ja terveydenhuollon sekä opetus- ja kulttuuritoimen tehtäväkohtaisilla laskennallisilla perusteilla. Laskennallisten kriteereiden käyttö tarkoittaa sitä, että kunnan omat menot eivät enää suoraan vaikuta valtionavun määrään, vaan sellaiset tekijät kuten eri ikäryhmien koot, kunnan asukastiheys ja pinta-ala, työttömyysaste ja sairastavuus. Valtion kannalta järjestelmä on hallittavampi, koska yksittäisten kuntien menopäätökset eivät enää suoraan vaikuta valtion valtionapumenoihin. Laskennallisuus määräytymisessä edistää myös⁶⁰ taloudellisuutta rahojen käytössä.

Uusi järjestelmä ei ole kuitenkaan täysin puhdas laskennallinen yleisapujärjestelmä, koska joissakin laskennallisissa valtionavuissa valtionavun saamisen ehtona on se, että kunta harjoittaa kyseistä toimintaa, esimerkiksi museo- tai teatteritoimintaa, tai sitten valtionavun suuruuteen vaikuttavat muutoin kunnan omat päätökset (esim. kouluverkon suhteen).

Pääjaottelulla yleisiin ja tehtäväkohtaisiin valtionapuihin on vaikutusta valtionapumenojen hallintaan myös leikkauspolitiikan kannalta. Yleisaputyypinen järjestelmä on poliittisesti vähemmän herkkä valtionapuleikkauksille, koska leikkaukset kohdistuvat pikemminkin valtionavun kokonaissummaan, joka jaetaan kunnille, kuin erikseen tietyille palveluille osoitettuihin ”korvamerkittyihin” valtionosuuksiin, joilla on omat spesifit puolustajansa. Tällä voi olla vaikutusta myös erilaisten intressiryhmien ja pienryhmien asemaan leikkauspolitiikan kohteena (ks. Oulasvirta 1996).

Valtion luopuminen tehtäväkohtaisista valtionosuuksista merkitsi myös sitä, että valtion mahdollisuus tehtäväkohtaisilla valtionavuilla ohjata ja valvoa kuntien toimintaa (ja edistää esimerkiksi positiivisia ulkoisvaikutuksia ja ns. meriittihyödykkeiden tuotantoa ja kulutusta) pienentyi olennaisesti. Toisaalta kuntien valvonnan taloudellinen aspekti menetti asiallisesti merkitystään, kun tehtäväkohtaiset valtionosuudet muuttuivat ei-kustannusperusteisiksi las-

⁶⁰ Tämä johtuu siitä, että kunnan lisätessä menoja ao. tehtävässä rajakustannukset lankeavat täysimääräisinä kunnan maksettavaksi. Tehtäväkohtaisessa prosenttiavustuksessa rajakustannukset ovat 1 - valtionosuus. On tärkeää huomata että myös ehdollinen tehtäväkohtainen valtionapu voi olla laskennallinen (valtionapulaji 2.. kuviossa 16).

kennallisiksi valtionavuuksi. Aiemmin valtio valvoi yksityiskohtaisesti kuntien valtionaputehtävien menojen valtionapukelpoisuutta.

Erittäin merkittävä uudistus oli se, että *sairaalakuntainliitoille ei enää maksettu suoraan valtionapuja, vaan ainoastaan peruskunnille sosiaali- ja terveydenhuoltoon*. Vuoden 1997 alusta laskennallisia perusteita tarkistettiin. Samalla opetustoimessa siirryttiin takaisin ns. ylläpitäjämalliin eli valtionosuudet maksetaan laitoksen ylläpitäjälle oli tämä sitten kuntayhtymä tai yksityinen ylläpitäjä, toisin kuin sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Vuoden 1997 tarkistuksessa otettiin käyttöön ns. kuntien omarahoitusosuus -käsite. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon laskennalliset valtionavut tasoittavat kokonaan kuntien laskennallisten menojen erot siten että jokaisen kunnan omarahoitus mk/asukas on sama (laskennallinen meno - valtionapu = omarahoitus mk/as).

Vuoden 2002 alusta järjestelmää tarkistettiin taas joiltakin osin. Laskennallisiin verotuloihin perustuvaa valtionosuuksien tasausta tehostettiin poistamalla 15 prosentin tasauksen katto sääntö, mikä merkitsi käytännössä tulonsiirtoa pääkaupunkiseudulta muualle Suomeen heikomman veropohjan kunnille.

Investointien valtionavut

Investointien valtionapujärjestelmä säilyi pääpiirteissään entisenä vuoden 1993 uudistuksessa. Niiden alueellista kanavoitumista on Suomessa ohjattu kiintiömällä osa avuista lääneittäin lääninhallitusten päätettäväksi ja toisaalta jättämällä isojen investointihankkeiden avuista päättäminen asianomaiselle ministeriölle. Sosiaali- ja terveydenhuollossa annetaan investointivaltionapuja hankekohtaisesti valtionosuuslain mukaisesti porrastettuna 25 - 50 prosenttia hankkeen laskennallista kustannuksista tai todellisista kustannuksista, jos ne jäävät alle vahvistettujen laskennallisten kustannusten. Valtionosuusasteikon mukaiset prosenttiosuudet määräytyvät kunnan laskennallisen verotulojen perusteella.

Harkinnanvaraiset valtionavut

STM jakaa omilla päätöksillään harkinnanvaraisia valtionavustuksia kehittämistoimenpiteisiin ja hankkeisiin valtion budjetin näitä avustuksia koskevien määrärahojen puitteissa. Avut ovat tyypillisiä harkinnanvaraisia avustuksia, joihin hakijoilla ei ole subjektiivista oikeutta. (ks. esim. budjetti 2002.)

Varsin huomattava määrä harkinnanvaraisia valtionavustuksia jaetaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja järjestäville järjestöille ja muille yhteisöille kuin kunnille ja kuntayhtymille Raha-automaattiyhdistyksen voittovaroista, jotka yhdistys tilittää sosiaali- ja terveysministeriölle (valtioneuvoston asetus Raha-automaattiyhdistyksestä 1169/2001, 21 §). Avustusta voidaan arpajaislain ja raha-automaattiasetuksista säädetyn lain mukaan myöntää yleishyödylliselle ja oikeuskelpoiselle yhdistykselle tai säätiölle terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämiseen. Raha-automaattivustuslain (1056/2001) 6 § 2 mom. mukaisesti valtioneuvosto päättää avustusten myöntämisestä. Raha-automaattivustuksista säädetyn lain lisäksi avustusten myöntämisestä ohjaavat Raha-automaattiyhdistyksen hallituksen hyväksymät avustustoiminnan suuntaviivat ja painoalueet sekä Raha-automaattiyhdistyksen ja sosiaali- ja terveysministeriön kesken vuosittain sovitut tulostavoitteet.

Järjestelmän kehittämistavoitteita

Hallitus ja ministeriö on TATO:ssa linjannut valtionapujärjestelmän kehittämistavoitteet seuraavasti.

TATO 2000-2003, ote ohjelman tekstistä

4.2. Riittävä rahoitus varmistetaan

Ohjelmakaudella sosiaali- ja terveystalouden rahoitus hoidetaan pääosin kuntien verovaroin ja valtionosuusjärjestelmän avulla. Valtionosuusjärjestelmää tarkistetaan hallitusohjelman mukaisesti vuoteen 2002 mennessä. Valtio säätelee asiakasmaksujen peruslinjaukset. Palveluja käyttävien asiakasmaksurasite pidetään kohtuullisena. Raha-automaattiyhdistyksen avustusten jako yhteensovitetaan kunnallisen palvelujärjestelmän kehittämisen kanssa.

Tavoite 16: Valtion rahoituksen kehittäminen

Valtionosuusjärjestelmän kannustavuutta kehitettäessä otetaan huomioon kuntien erilainen palvelutarve sekä palvelu- ja kustannusrakenteen erot. Kuntien verotulojen ja tulopohjan kehittyminen vaikuttavat palvelujen rahoitusmahdollisuuksiin. Tavoitteena on mitoittaa sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannusten valtionosuus siten, että se osaltaan turvaa palvelujen tason. Sosiaali- ja terveydenhuollon perustamishankkeiden valtionosuusjärjestelmä uudistetaan.

Tavoitetta tukevat toimenpidesuosituks

78. Kuntien valtionosuusjärjestelmää tarkistettaessa otetaan huomioon kuntien erilainen palvelujen tarve ja kustannusrakenne sekä turvataan tasapainoinen alueellinen kehitys. Samalla pyritään edistämään kuntien mahdollisuuksia ottaa käyttöön erilaisia palvelujen tuottamismalleja. Ohjelmakaudella toteutetaan valtionosuusjärjestelmässä täysimääräiset vuotuiset indeksitarkistukset valtiontalouden voimavarojen puitteissa.

79. Sosiaali- ja terveydenhuollon perustamishankkeiden valtionosuusjärjestelmä uudistetaan asteittain vuoden 2000 alusta lukien. Perustamis-hankkeisiin nykyisin käytettävissä olevia voimavaroja suunnataan valtioneuvoston vahvistamien menokehysten puitteissa kunnille sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan kehittämistä ja tehostamista sekä toimintatapojen uudistamista tukevien hankkeiden toteuttamiseen siten, että uudistettu järjestelmä on täysimääräisesti voimassa vuonna 2003.

80. Kuntien harkinnanvaraisen avustuksen tarpeen arvioimiseksi lisätään eri hallinnonalojen yhteistyötä kuntien hakemusten käsittelyn yhteydessä. Tarkoitus ei ole muuttaa järjestelmän luonnetta.

Voimassaolevat tavoitteet perustuvat siis pitkälti nykyisen järjestelmän kehittämiseen, ei sen radikaaliin muuttamiseen. Seuraavassa nostetaan esille kuitenkin joitakin järjestelmän ongelmallisia kohtia.

Erikoissairaanhoidon rahoitusongelma

Nykyisessä erikoissairaanhoidon kuntayhtymien jäsenkuntarahoitusmallissa on ongelmana palvelujen tilaajakuntien pienuus ja taipumus alibudjetointiin. Muissa Pohjoismaissa erikoissairaanhoidon hoidetaan laajan väestöpohjan maakunnissa, joilla on oma verotusoikeus ja vaaleilla valitut äänestäjille/veronmaksajille tilivelvolliset valtuustot. Suomessa sairaalakuntayhtymät ovat tilivelvollisia jäsenkunnilleen - eivät niinkään alueensa ihmisille ja äänestäjille. Jäsenkunnat taas ovat valtaosin liian pieniä kantamaan riskiä erikoissairaanhoidon kustannuksista.

Riskinkannon kannalta erikoissairaanhoidossa malli ennen vuotta 1993 olisi nykyistä parempi. Kuntayhtymät saivat ennen vuotta 1993 suoraan valtionavun toimintaansa ja jäsenkunnat tasasivat palvelutarveriskit keskimääräisiin hintoihin perustuvilla palvelujen ostomaksuilla.

Täsmäohjauksen tarve

Voimakkaat valtionapuleikkaukset ja kuntien toimintaa ja palveluja koskevien normien karsiminen on 1990-luvulla nostanut keskusteluun eri kunnissa asuvien kansalaisten yhdenvertaisuuden. Joidenkin heikkojen pienryhmien näkökulmasta korvamerkityistä valtionavusta luo-

puminen onkin ongelmallista. Nykytilanne on luonut paineita paitsi tarkistaa tehtävien ja kustannusten jaon tasapainoa myös voimistaa kuntien tehtäväkohtaista ohjausta. Siirtymistä takaisin monilukuisista korvamerkityistä ja kustannusperusteisista valtionosuuksista koostuvaan järjestelmään ei kuitenkaan yleensä kannateta vanhan systeemin monien epäkohtien vuoksi.

Tehtäväkohtainen valtionapu voi olla tehokas ohjausväline silloin, kun tavoitteeksi otetaan tietyssä tilanteessa kuntien täsmäkohdennettu kannustaminen jonkin ongelman ratkaisuun tai jos kysymyksessä on tehtävä, jota vain osa kunnista hoitaa.

Korvamerkitty valtionapu voidaan antaa:

- a) tilapäisenä siten, että tietyn ajan jälkeen avustus lakkaa ja jatkopanos jää kunnan rahoitettavaksi, tai
- b) tilapäisenä siten, että tietyn ajan jälkeen se yhdistetään yleiseen valtionapuun korottamalla sitä vastaavalla summalla ja lisäämällä järjestelmään jokin uusi sopiva kriteeri tai lisäämällä jo käytössä olleen kriteerin painoa kuvastamaan asianomaista tarvetta, tai
- c) se voidaan tehdä pysyväksi, jos kysymyksessä on esimerkiksi tehtävä, jota vain osa kunnista hoitaa.

Kohdan a mukainen ratkaisu voisi olla toimiva, kun kunnilla tai kuntayhtymillä on voimakas intressi panostaa avun lakkaamisen jälkeenkin kyseiseen palveluun ja tehtävään omilla tuloillaan. Palvelun vakiintuminen tukikauden aikana ilman tuen lakkautushetken jälkeen tulevaa lisättyä rahoitusta voi johtaa kuitenkin jonkun muun palvelun aseman heikkenemiseen uuden vakiintuneen palvelun takia.

Kohdan b mukainen ratkaisu ei aiheuta todennäköisesti syrjäytymisuhkaa jossakin toisessa palvelussa ja tehtävässä. Tässä ratkaisussa on kuitenkin riskinä lisätyn yleisen rahan käyttö muihin tarkoituksiin kuin alkuperäiseen tuen kohteeseen riippuen kunnan omista preferensseistä. Valtio voi yrittää vakuuttaa kuntia ja kuntayhtymiä rahojen kohdistamisesta informaatio-ohjauksella ja/tai pakottaa kunnat normiohjauksella tiettyihin standarditasoihin ao. palvelussa ja tehtävässä halutessaan.

Ratkaisu c on luonnollinen, jos halutaan korvamerkitä raha ao. palveluun ja tehtävään silloin, kun tehtävä on vapaaehtoinen ja vain osa kunnista on ottanut tehtävän hoitaakseen.

Korvamerkityn valtionavun lakatessa avun kohteena olleen palvelun asema saattaa heiketä budjettipäättöksenteossa. Vuonna 1991 tehty kyselytutkimus vahvisti käsitystä, jonka mukaan tehtäväkohtainen valtionapu suojaa valtionapupalveluita ja että korvamerkinnän lakatessa niiden asema suhteessa kunnan itsensä rahoittamiin palveluihin heikkenee. Budjettirajoitteen tiukentuessa supistukset kohdistuvat ensimmäisenä vähän poliittisia resursseja ja huonon statusken omaaviin menokohteisiin, joissa valtionosuuden lakkautus nostaa palvelun hintaa kunnalle. Korvamerkityn rahan lakkautus aiheuttaa vielä suuremman vaikutuksen niissä kunnissa, joissa korvamerkityllä rahalla on ollut suhteessa suurin rahoitusosuus menoista (Oulasvirta 1996, 205 ja 213).

Seuraava esimerkki kuvastaa tilapäisen ja lyhyen periodin jälkeen lakkaavan korvamerkityn avun etuja ja ongelmia.

Esimerkki korvamerkitystä valtionavusta. Lähde: STM:n selvityksiä 9/2001, Lasten ja nuorten psykiatrian kehittämiseen tarkoitetun valtionavustuksen hakeminen ja käyttö, ja STM:n tiedote 15.11.2001.

Eduskunta lisäsi vuoden 2000 valtion tulo- ja menoarvioon 70 miljoonan markan määrärahan ja vuoden 2001 talousarvioon 45 miljoonan markan suuruisen määrärahan kunnille jaettavaksi valtion avustuksena lasten ja nuorten psykiatrian kehittämiseksi. Päätöksen mukaan avustuksen jaon suoritti sosiaali- ja terveysministeriö määrittelemillään perusteilla.

Vuoden 2001 valtion tulo- ja menoarvioon sisältyy myös 25 miljoonan markan lisä kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksiin lasten ja nuorten psykiatrian kehittämiseksi. Selvityksen mukaan, joka perustui ministeriön ja lääninhallitusten valvontakäynteihin, lasten ja nuorten psykiatrian kehittämisavustus todettiin tarpeelliseksi Ylimääräisellä avustuksella perustettiin muun muassa kokeiluluonteisia projekteja epäkohtien korjaamiseksi. Kiireellistä hoitoa tarvitsevien tilanne parantui ja odotusajat lyhentyivät pääsääntöisesti niin lasten-, nuorisopsykiatrian kuin perheneuvoloidenkin osalta. Ei-kiireellistä hoitoa tarvitsevien lasten ja nuorten tilanne on jonkin verran epäselvempi. Avustusmäärärahoilla aloitettiin yli 300 projektia, perustettiin lähes 400 osa-aikaista tai pysyvää virkaa, koulutettiin suuri joukko ihmisiä ja perustettiin useita lasten- ja nuorisopsykiatrian toimintayksiköitä. Ministeriön mukaan projektien ja koulutuksen merkitys näkyy uusina työkäytäntöinä, uusina työmalleina, ammatillisena kehittymisenä ja laadullisesti parantuneina palveluina. Näillä toimilla parannetaan lasten ja nuorten psykiatristen palvelujen kehnoa nykytilaa. Se mikä vaikutus toiminnalla tosiasiallisesti oli, selviää kuitenkin vasta vuosien kuluttua.

Ongelmaksi nousi määrärahan kertaluonteisuus ja huoli aloitetun toiminnan jatkosta. Kertaluonteinen määräraha ei sairaanhoitopiirien mukaan kehitä toimintaa pitkäjänteisesti. Niiden mielestä tarvitaan pitkällä tähtäimellä toimintaa kehittävä ja tasapuolisesti kuntia kohteleva malli. Nykyinen "korvamerkintään" perustuva malli saattaa suosia kuntia, joissa palvelutuo-
tanta on lähtötilanteessa korkeammalla tasolla.

Valtionaputasokysymys

Järjestelmän suurin ongelma ei kuntien näkökulmasta ole järjestelmän sisäinen rakenne, vaan se että valtionapujen rahallinen taso supistui 90-luvulla valtion säästötoimenpiteiden vuoksi. Koska kuntien sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut ovat vakaat, tulisi myös niiden rahoituksen olla vakaa eikä heilahdella (STM 1998:27).

Oikean valtionaputason pohdinta on tarpeen, koska kustannusten jaon muuttumattomuuden periaatetta sovellettaessa lähtökohtana on aina jokin tietyn hetken mukainen kustannusten jako valtion ja kuntien välillä. Tästä tasosta päättäminen on luonnollisesti viime kädessä poliittinen kysymys. Poliittisesti päätetty kuntasektorin valtionaputaso vaikuttaa palvelutasoon sosiaali- ja terveydenhuollossa. Näyttää siltä, että Suomessa sosiaali- ja terveydenhuolto on ainakin alimiehitetty verrattuna muihin Pohjoismaihin.⁶¹ Tähän vaikuttanevat paitsi valtionapuleikkaukset, kuntien taloudelliset vaikeudet ja myös rahoitusmalli erikoissairaanhoidossa

⁶¹ Muissa Pohjoismaissa ei ole 1990-luvulla tehty yhtä radikaaleja valtionaputason leikkauksia kuin Suomessa. Ruotsissa Perssonin sosiaalidemokraattinen hallitus lisäsi kuntien valtionapuja 1990-luvun loppupuoliskolla jakamalla miljardikaupalla lisää kunnille yleisluonteista valtionapua, muun muassa ns. ikäsidonnaista valtionapua (äldersrelaterat bidrag), joka annettiin toivomuksella, että kunnat käyttäisivät lisärahat erityisesti terveydenhuoltoon.

(avut jäsenkunnille, ei kuntayhtymille). Valtionapujen liiallinen leikkaantuminen voi merkitä myös sitä, että kuntien välinen taloudellisen aseman tasoitus valtionavuilla heikentyy liikaa.⁶²

2000-luvun alussa yhä useammat terveydenhuollon asiantuntijat ovat olleet sitä mieltä, että terveydenhuollon rahoitus ei ole sopusoinnussa terveydenhuollolle asetettujen valtakunnallisten palvelutavoitteiden ja kansalaisille tarkoitettujen hoidonsaantioikeuksien kanssa. Kansallisen terveydenhuoltoprojektin selvitysmiehet ovat ehdottaneet lisäpanostusta terveydenhuoltoon ja ns. hoitotakuuta (selvityshenkilöraportti, 15.1.2002).⁶³ Kansainvälisessä vertailussa Suomen terveydenhuollon menot olivat selvästi alhaisemmat kuin muissa teollisuusmaissa (Kiander, Luoma ja Lönnqvist 2001) tai EU-maissa (selvityshenkilöraportti 15.1. 2002).

Valtionaputarpeen mittaamisongelma

Valtion leikkauspolitiikan lisäksi on kritisoitu valtionapuputin jakaantumista erityyppisiin kuntiin. Jakaantumisongelma ei häviä, vaikka kuntien rahoituspohja kokonaisuudessaan paranisikin, koska kuntien taloudelliset erot ovat Suomessa suuret. Kritiikki aiheuttaa erilaisia paineita tarkistaa valtionapujen jakokriteerejä ottamaan paremmin huomioon aina kulloinkin kysymyksessä olevan kuntajoukon erityispiirteet. Ongelmana on se, että kriteerejä ei voi loputtomiin lisätä ilman, että koko järjestelmä muuttuu monimutkaiseksi ja eri kriteerien käyttö vaikeaksi ymmärtää. Toisaalta taas, jos kriteerejä on kovin vähän, järjestelmä ei riittävästi huomioi erilaisia kuntia ja niiden asukkaiden erilaisia tarpeita. Tätä ongelmaa voidaan toisaalta lieventää tiettyjen kuntien ongelmiin kohdistuvilla erillisillä laskennallisilla avuilla ja harkinnanvaraisilla valtionavuilla.

Investointivaltionapujen lakkauttamiskysymys

Valtion budjeteissa sosiaali- ja terveydenhuollon hankkeisiin varattujen määrärahojen summa on pienentynyt 1990-luvulla. Samanaikaisesti on ollut esillä investointivaltionavuista luopuminen (ks. STM:n monisteita 1998:27). STM:n työryhmässä on selvitelty 2000-luvun alussa investointivaltionapujen tulevaisuuden tarvetta ja mahdollisuutta lakkauttaa avut sisällyttämällä ne kuntien käyttötalouden valtionapuihin (Socius 6/2001, 18-19). VN:n voimavarapäätöksessä (773/2001 Valtioneuvoston asetus sosiaali- ja terveydenhuollon vuoden 2002 voimavaroista) on jo päätetty vuodesta 2003 siirtää varoja investoinneista kunnille ja kuntayhtymille sosiaali- ja terveydenhuollon toimintatapojen kehittämiseen. Hankekohtaisista investointivaltionavuista kokonaan luopumista ei ole kuitenkaan pidetty hyvänä muun muassa siksi, että

⁶² Periaatteessa tasoitus voidaan myös hoitaa ilman valtionapuja kuntien välisellä tasoitusjärjestelyllä. Näin on tehty muun muassa Ruotsissa ja Tanskassa. Kummassakin maassa kuntien tehtävien rahoittamiseksi tarkoitettu valtion yleisapu annetaan kaikille kunnille samana summana asukasta tai veroäyriä kohden. Varsinainen kuntien välinen tasoitus suoritetaan tasoitusavustuksilla ja tasoitusmaksuilla, jotka pääpiirteissään vastaavat summina toisiaan. Teknisesti nämä tasoitusmaksut tai avustukset voidaan vähentää tai lisätä kunnalle kuuluvaan tasoituksellisesti neutraaliin yleisen avun määrään.

⁶³ Esimerkiksi sydänpotilaille tehdään Finnohtan raportin mukaan varjoainekuvauksia ja pallolaajenuksia tarpeeseen nähden aivan liian vähän, mutta ohitusleikkaukset eivät jää kovin paljon tarpeen alapuolelle (FinOHTAn raportti 18. Stakes/FinOHTA, Helsinki 2001.) Lääkäriliitto on vaatinut potilaiden jonotusaikojen lyhentämistä ja rahallista lisäpanostusta tämän mahdollistamiseksi. Panostusta on toivottu nimenomaan korvamerkittynä rahana terveydenhuoltoon (Aamulehti 25.1.2002, A 6, "Lääkäriliitto vaatii huomiota potilaiden jonotusaikoihin"). Tähän suuntaa painostavat myös EY-tuomioistuimen päätökset, jonka mukaan potilaan on saatava hoito ajoissa, tai hän on oikeutettu hakemaan hoidon muualta, jopa ulkomailta. Jos ongelma haluttaisiin nopeasti hoitaa lisäpanostuksella, Norjan käyttämä ISF -tyyppinen suoriteperusteinen apu olisi tehokas (ks. Norja valtionapuvertailuvussa).

niillä voidaan rahoittaa vähän resursseja omaavien pienempien kuntien välttämättömiä terveydenhuoltorakennusten saneerauksia ja vanhanaikaisten vanhainkotien saneeraamista palveluasumiseen soveltuviksi (Socius 6/2001).⁶⁴

5.3 Sosiaali- ja terveydenhuollon valtionapujärjestelmien kansainvälinen vertailu

Vertailu edellyttää vertailtavuutta eli erojen tutkimiseksi on esiinnyttävä riittävästi samankaltaisuutta, tai sitten on oltava riittävästi erilaisuutta samankaltaisuuden tutkimiseksi (Salminen 2000, 13). Tämän tutkimuksen kannalta pohjoismainen vertailu perustuu edelliseen asetelmaan eli maiden valtioiden hallinto- ja kuntajärjestelmien välillä on paljon yhteistä. Tämä luo perustan valtionapupolitiikan erojen tutkimiselle.

Järjestelmän perusrakenne Pohjoismaissa

Kuntien valtionapujärjestelmän perusrakenne on samantyyppinen Pohjoismaissa eli järjestelmä perustuu ei-kustannusperusteisiin ja laskennallisiin valtionapuihin, jotka pyritään jakamaan kunnille mahdollisimman objektiivisilla kriteereillä. Tanska on ollut tässä suhteessa edelläkävijä, koska Tanskassa laskennallisen järjestelmän perusrakenne luotiin jo 1970-luvulla. Norjassa järjestelmä uusittiin vuonna 1986 ja Ruotsissa vuonna 1993.

Taulukko 9. Kuntien ja maakuntien (Suomessa kuntayhtymien) tulonlähteet, 1999 tilinpäätökset (lähde: Monnesland, Jan, Kommunale inntektssystemer i Norden, NIBR, Pluss-serie 2-2001, Oslo, tabell 2.3., s. 25)

Tulonlähde	Suomi	Ruotsi	Tanska	Norja	Islanti
Osuus tuloista, %	%	%	%	%	%
Tuloverot	42	57	52	40	66
Kiinteistö- ja omaisuusverot	12		8	1	11
Yleistyypiset valtionavut ¹⁾	17	15	10	23	10
Korvamerkityt valtionavut	2	5	8	17	4
Maksutulot	25	22	21	14	5
Muut sekalaiset tulot	3	1	1	5	4
Kokonaistulot	100	100	100	100	100

¹⁾ Pääasiassa yleistyypisiä apuja, mutta voivat sisältää myös elementtejä tehtäväkohtaisuudesta (ks. Monnesland 2001, s. 25).

Pääosin Pohjoismaiden kuntasektoreiden tulolähdejakaumat muistuttavat melkoisesti toisiaan. Taulukosta nähdään kuitenkin, että vuoden 1999 kuntien tilinpäätösten mukaan Suomessa kuntasektori oli muita enemmän riippuvainen maksutulosta kuin muut Pohjoismaat ja toisaalta Suomessa käytettiin vähemmän "puhtaita" korvamerkittyjä valtionapuja kuin muissa

⁶⁴ Hallitus antoi keväällä 2002 esityksen (HE 39 - 2002 vp) laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain muuttamisesta. Esityksen mukaan perustamishankkeita on tarkoitus tukea nykyistä selvästi rajatummalla, ja jatkossa valtionavustusrahaa myönnetään perustamishankkeiden sijasta toiminnallisiin kehittämishankkeisiin. Perustamishankkeen valtionavustuksen (25 % hyväksyttävistä kustannuksista) edellytyksenä olisi kunnan tai kuntayhtymän erityisen vaikea taloudellinen tilanne sekä se, että hanke olisi välttämätön sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaamiseksi tai toiminnallisen kehittämishankkeen toteuttamiseksi.

Pohjoismaissa. Tämän tutkimuksen kannalta on mielenkiintoista havaita, että Norjassa käytettiin selvästi eniten korvamerkittyjä valtionapuja.

Yleistyyppiset valtionavut jaetaan Pohjoismaissa laskennallisilla kriteereillä. Laskennallisilla kriteereillä tarkoitetaan erilaisia valtionaputarvetta kuvaavia tekijöitä, kuten vanhusten ja päivähoitoikäisten lasten osuutta koko väestöstä tai niitä kunnan rakennetta kuvaavia tekijöitä, jotka vaikuttavat palvelutuotannon kustannuksiin. Liitteessä on kuvattu Pohjoismaissa vuonna 2000 käytössä olleet sosiaali- ja terveydenhuollon kriteerit.

Laskennallisten ja yleisaputyypisten valtionapujen lisäksi Norjassa, Ruotsissa ja Tanskassa on käytössä myös tehtäväkohtaisia erityisavustuksia. Näitä on lisätty erityisesti Norjassa vuoden 1986 uudistuksen jälkeen, myös Ruotsissa jonkin verran 1990-luvun lopulta.

Investointivaltionapuja kuntien rakentamis- ja muihin vastaaviin investointihankkeisiin ei pääsääntöisesti anneta muissa Pohjoismaissa. Esimerkiksi Tanskassa kuntien odotetaan pysyvän säästämään verotulolähteistään investointeihin. Kunnat ottavat rahoitusmarkkinoilta lainoja investointeihin, mutta sekin tapahtuu ilman valtion tukea.⁶⁵ Norjassakin tehtäväkohtaiset valtionavut kohdistuvat pääasiassa käyttötalouteen, mutta siellä on joitakin investointiapuja käytössä lähinnä vanhusten huollossa ja sairaanhoidossa.⁶⁶ Myös Ruotsissa tilanne on samantyyppinen eli investointivaltionapuja ei pääsääntöisesti käytetä.⁶⁷

Norjan korvamerkityt valtionavut

Norjassa on lähdetty siitä että kuntien rahoituksen pääperiaate on puiterahoitus ("rammefinansiering") ja siihen liittyvät laskennalliset yleiset valtionavut, joita täydennetään korvamerkityillä valtionavuilla erityisin perusteluin (NOU 1996:1). Norjassa valtionapusysteemi uusittiin laskennalliseksi ja yleisavustus pohjaiseksi jo vuonna 1986. Yleisaputyypisen valtionapusysteemin rinnalla valtio on kuitenkin 1990-luvulla lähtien lisännyt kunnille annettujen ns. korvamerkittyjen valtionapujen osuutta. Niiden avulla on haluttu viestittää valtion priorisointeja palveluissa ja edistää muun muassa sairaaloiden palveluiden sekä lasten päivähoitopalvelujen tarjontaa ja saatavuutta kunnissa ja maakunnissa (Hagen 1999). 2000-luvun alussa kuntien rahoitusta pohtinut komitea on ehdottanut, että korvamerkittyjä valtionapuja tulisi vähentää ja sulauttaa takaisin yleisiin valtionapuihin (NOU 2002). Norjan uusi vuonna 2001 valtaan tullut oikeistohallitus on ohjelmassaan luvannut lisätä desentralisaatiota ja voimistaa kuntien itsehallintoa sekä pyrkiä samalla vähentämään korvamerkittyjä valtionapuja. Hallituksen mukaan korvamerkittyjä avustuksia voidaan edelleen käyttää, mutta vain painavin valtakunnallisin perustein, jotka liittyvät kansalaisten yhdenvertaisuuteen palveluissa, kansalaisten oikeusturvaan ja tehokkaan resurssien käytön varmistamiseen (st. melding nr. 31 (2000-2001), s. 24).

Kuntien keskusjärjestö (Kommunernes sentralforbund) rahoitti vuosituhaten vaihteessa tutkimusprojektin, jossa päädyttiin kritisoimaan voimakkaasti korvamerkittyjen valtionapujen toimivuutta. Ne eivät olleet Norjassa toimineet tavoitteidensa mukaisesti vaan olivat vääristäneet kuntien ja maakuntien päätöksentekoa tavalla, joka ei ole ollut tarkoituksenmukaista kuntien näkökulmasta eikä aina laajemmastakaan näkökulmasta. Joiltakin osin valtionavut ovat tavoitteensa vastaisesti eli yhdenvertaisuuden edistämisen sijasta lisänneet kuntien välistä eriarvoisuutta (ks. Håkonsen, Loyland ja Lie 2000, Håkonsen 2000).

⁶⁵ Mikael Holm, haastattelu 7.3.2002, Kommunernes Landsforening.

⁶⁶ Borre Stolp, haastattelu 8.3.2002, Kommunenes Sentralforbund

⁶⁷ Haastattelut 28.2.2002, Svenska Kommunförbundet, 4.3.2002 Landstingsförbundet

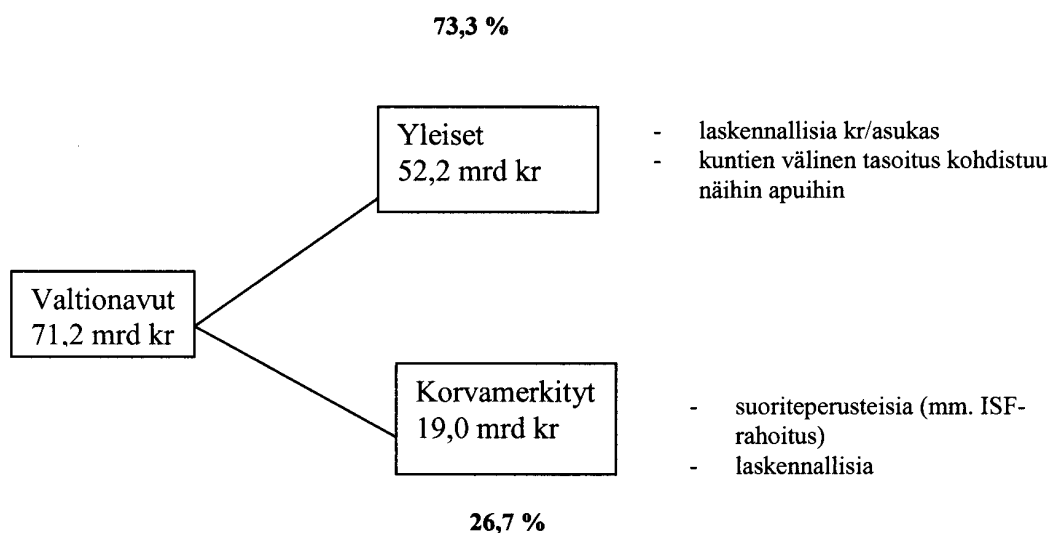
ISF -rahoitus

Toisaalta Norjan sairaaloiden vuodesta 1997 käytössä ollut toimenpidekohtainen valtionapu (ns. ISF -rahoitus, "innsatsstyrt finansiering") on tutkimuksen mukaan lisännyt toimenpiteiden määrää ja tuottavuutta sairaaloissa (Hagen 1999, 2001). Valtionosuus DRG -hinnoista on 55 prosenttia. DRG -hinnat kuvastavat keskimääräisiä toimenpidehintoja, joten tietyn sairaalan omat toteutuneet kustannukset eroavat tavallisesti keskimääräisistä kustannuksista enemmän tai vähemmän. Päätaavoite ISF -rahoituksessa on ollut lisätä sairaaloiden toimenpidevolyyymiä ja lyhentää jonoja. ISF käsittää sekä potilaiden päiväkirurgian ja lääkehoidon että vuodeosastohoitoa vaativat toimenpiteet. (Innsatsstyrt finansiering 2002 med prislist, versjon 1. Helse-departementet, 2002).

ISF -rahoitusta on kritisoitu siitä, että se on houkuttellut sairaaloita lisäämään niin paljon toimenpidevolyyymiaa, että kokonaiskustannusten kontrolli on karannut käsistä. ISF -rahoitus perustuu DRG -systeemiin. Maakunnat ovat kritisoineet sitä siitä, että kustannustiedoissa se ei ole pysytellyt riittävästi ajan tasalla.⁶⁸

Vuoden 2002 alusta sairaalalaitos siirrettiin Norjassa maakunnilta valtiolle, joka perusti holding yhtiön ja viisi alueellista terveydenhuolto-yhtiötä vastaamaan erikoissairaanhoidosta. Yhtiöt noudattavat yhtiölainsäädäntöä ja yrityskirjanpitoa. Alueelliset terveydenhuolto-yhtiöt vastaavat siitä että kunkin alueen ihmiset saavat terveydenhuoltopalvelut.

ISF -rahoitus säilyi myös vuonna 2002 alkaneessa uudessa sairaalalaitosjärjestelyssä. Alueelliset terveydenhuolto-yhtiöt saavat valtionavun ja jakavat sen edelleen alueensa sairaaloille. ISF -rahaa jaetaan myös yksityisille spesialisteille ja yksityisille sairaaloille, jotka ovat tehneet sopimuksen yhtiön kanssa potilaiden hoitamisesta.



Kuvio 17. Norjan kuntasektorin (kunnat ja maakunnat) valtionapusysteemi vuonna 2002 (lähteenä käytetty Norjan hallituksen budjettiesitystä vuodelle 2002)

⁶⁸ Norjan sairaalalaitos oli vuoden 2001 lopulla alijäämäinen, johon on voinut voimakkaasti vaikuttaa sekin että vuoden 2002 alun sairaalareformissa sairaalat siirtyivät valtionyhtiöille. Ehkä maakunnat ovat taktikoineet ja pyrkineet jättämään alijäämät valtion rahoitettavaksi (Kommunernes Sentralforbund, www.ks.no 22.2.2002, kotisivu-uutinen: "Får dålig kostnadskontroll", Aftenposten nettijulkaisu 21.11.2001 ja 4.12.2001)

Ruotsin lisätyt yleisavut ja korvamerkityt valtionavut

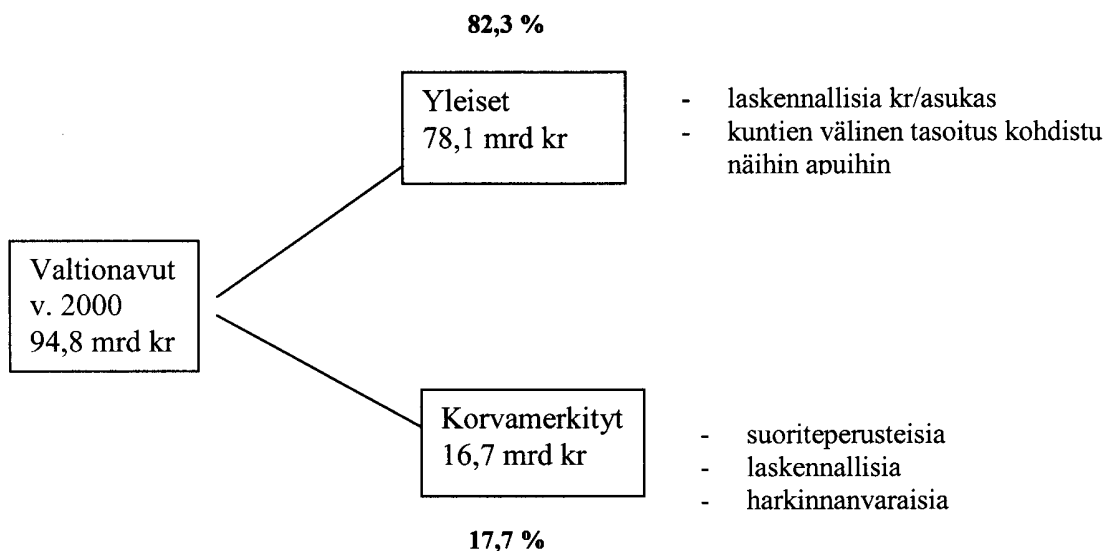
Ruotsissa valtionapujärjestelmä uudistettiin samalla tavalla kuin Suomessakin yleisavustus-tyyppiseksi vuonna 1993. Samalla tehtäväkohtaiset valtionavut (specialdestinerade bidrag) vähenivät voimakkaasti. Toisaalta Ruotsissa alettiin 1990-luvun lopussa lisätä tehtäväkohtaiseksi mielletäviä valtionapuja ja yleisiä valtionapuja, joihin valtio liitti voimakkaan toivomuksen rahojen käyttämisestä tiettyjen palvelujen kuten koulujen ja terveydenhoidon kehittämiseen kunnissa ja maakunnissa (ks. SOU 2001:52 ja 2001:79). Ruotsin hallitus lähtee kuitenkin siitä, että kuntien ja maakuntien valtionapujärjestelmän tulee perustua yleisten valtionapujen muodossa annettaviin apuihin. Tehtäväkohtaiset valtionavut voivat olla vain tietyissä tapauksissa perusteltuja (Förslag till statsbudget för 2002, prop. 2001/02:1).

Ruotsin valtion strategia kuntien ja maakuntien palvelutuotannon lisätyssä tukemisessa on ollut käyttää pääasiassa tilapäisiä tai pitkäaikaisia laskennallisia yleisapuja. Valtio on vuodesta 1997 eteenpäin vaihteittain nostanut merkittävästi valtionaputasoa. Vuosina 1997-2001 hallitus korotti valtionaputasoa 24 miljardilla kruunulla kannustaakseen kuntasektoria (kuntia ja maakuntia) koulu-, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutason ylläpitämisen ja kehittämiseen ja vähentääkseen samalla kunnallisverojen korotuspaineita. Lisävaltionavut toteutettiin lähinnä korottamalla asukaslulusidonnaisia yleisiä valtionapuja (invånarrelaterat bidrag) ja perustamalla uusi ikäryhmäsidonnainen yleisapu (åldersrelaterat bidrag).⁶⁹ Lisättyyn yleisaputasoon valtio liitti paitsi toiveen rahan käytöstä (informaatio-ohjausta) tärkeisiin hyvinvointipalveluihin myös aikomuksen kehittää kuntasektorin toiminnan ja talouden seuranta ja arviointia. Valtion sektoriviranomaisten tehtäväksi annettiin seurata, miten tavoitteiden saavuttamisaste kunnissa ja maakunnissa paranee lisätyllä yleisavulla. Erityisesti ikäryhmäsidonnaisella valtionavulla valtio halusi viestittää rahan kohdentamista koulu- ja hoitopalveluihin. (Statens prop. 1997/98:150, 194-195 ja 2001/02:1, 12-13).

Ruotsin hallituksen valtakunnallisille toimenpideohjelmille on ollut viime vuosina leimallista se, että niihin on liitetty myös vahva resurssointilisa kuntasektorin valtionapuina. Esimerkiksi hallituksen valtakunnalliselle terveyden- ja sairaanhoito-ohjelmalle annettiin 9 miljardia kruunua vuosille 2001-2004 perusterveydenhuollon, sairaanhoidon ja psykiatrian kehittämiseen. Tukilisäys annetaan yleisten valtionapujen kautta (prop. 2001/02:1, 13).

Yksi uusi esimerkki hallituksen esittämästä tuotannontekijäperusteisesti määräytyvästä valtionavusta on 3 miljardin kruunun valtionapu kunnille työllistämistarkoituksiin. Avusta annetaan yksi osa niin että se vastaa yhtä prosenttiyksikköä työnantajamaksuista ja toinen osa annetaan niille kunnille, jotka lisäävät henkilöstöään. Tuen tarkoitus on hallituksen mukaan ehkäistä ennalta työttömyyttä kunnissa ja rahoittaa tuhansia työpaikkoja hyvinvointipalveluihin (Finansdepartementet, pressmeddelande 14.2. 2002, www.regeringen/index.htm, 19.2. 2002).

⁶⁹ Lain mukaan ikäryhmäsidonnainen apu jaetaan vuosina 1997-2004 asukasta kohden seuraavissa ikäryhmissä: 7-15, 16-18, 65-74, 75-84 ja 85 vuotiaat ja sitä vanhemmat (Lagen om generellt statsbidrag, 1995:1514).



Kuvio 18. Ruotsin kuntien ja maakuntien valtionapujärjestelmä vuonna 2000 tilinpäätöksen mukaan (perustuu lähteeseen SOU 2001:57, s. 55, tabell 8.)

Kuviosta havaitaan, että Ruotsissa tehtäväkohtaisten valtionapujen osuus valtionavuista oli jonkin verran pienempi kuin Norjassa vuonna 2002. Voidaan kuitenkin sanoa, että Ruotsin valtio käyttää edelleen myös ns. korvamerkittyjä valtionapuja. Tuoreena esimerkkinä on valtion päätös antaa vuonna 2002 155 miljoonaa kruunua kuntien huumausaine- ja päihdetyöhön (Socialdepartementet, pressmeddelande 24.1.2002, "155 miljoner kronor till alkohol- och narkotikförebyggande insatser"). Lääninhallitukset jakavat korvamerkityn rahan alueensa kunnille hakemusten perusteella.

Ruotsin kuntaliitto (Sveriges Kommunförbund) on esittänyt, että tehtäväkohtaisia valtionapuja tulisi käyttää entistä vähemmän ja käyttää sen sijaan yleisiä valtionapuja rahoitusvastuuperiaatteen (finansieringsprincipen) mukaisesti antamaan täysi kompensatio parlamentin ja hallituksen velvoittamien uusien tehtävien kunnille aiheuttamista kustannuksista.⁷⁰

⁷⁰ Sveriges Kommunförbund, Finanssektionen (liiton finanssiosasto), PM (muistio) 22.3.2002. Tässä siis liitto perää täyttä eli 100 %:n kompensatiota uusista valtakunnallisesti annetuista lisätehtävistä. Vastaava rahoitusperiaate on sisällynyt myös selvitysmies Pekkarisen (2001) mietintöön.

6 Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelu- ja ohjausjärjestelmä ja tapaustutkimukset

Luvussa 5. selostettu valtionapujärjestelmä on osa sosiaali- ja terveysministeriön suunnittelu- ja ohjausjärjestelmää. Tässä pääluvussa kuvataan ja arvioidaan koko suunnittelu- ja ohjausjärjestelmää. Aluksi selvennetään muutama keskeinen suunnittelukäsite. Arviointia täydennetään tapauskohtaisilla esimerkeillä, jotka perustuvat erillisessä liiteraportissa kokonaisuudessaan julkaistuihin tapaustutkimuksiin. Tapaustutkimuksiin on liitetty myös maaliskuussa 2002 tehty lääninhallitusten osastopäälliköiden haastattelujen tulosten yhteenveto.

6.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelu- ja ohjausjärjestelmän arviointia

Tavoite- ja keinohierarkian suunnittelu

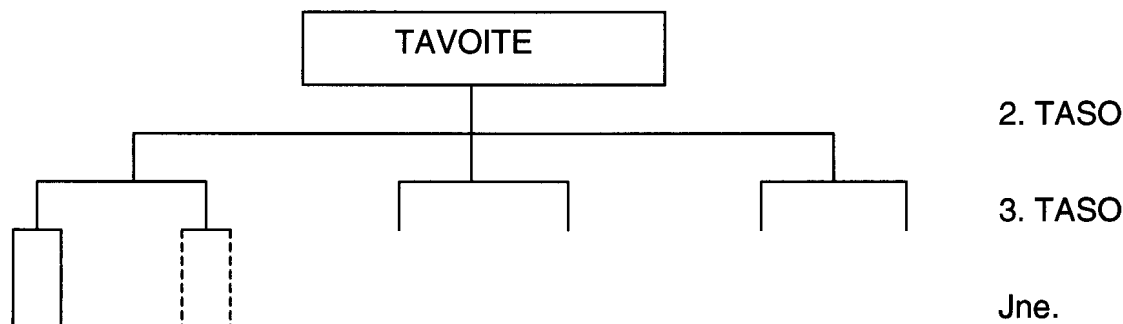
Suunnittelussa on hyvä muistaa keskeiset käsitteet. Ohjaus ja ohjauskeinot ovat olemassa päämäärien ja tavoitteiden toteuttamista varten. Päämäärä on suunta, johon edetään, tai tila, johon pyritään. Strategia taas on toimintalinja, jonka puitteissa päämäärään edetään. Toimintapolitiikka kuvaa niitä periaatteita, joita noudatetaan toiminnassa ja tavoite on saavutettavaksi tarkoitettu tila, joka on mitattavissa.

Yleisellä tasolla olevat päämäärät ja strategiat sisältävät sellaista ainesta, joiden osalta voidaan lähinnä todeta oikeaan suuntaan eteneminen. Tavoitteet taas tulisi asettaa tavalla, joka mahdollistaa niiden toteutumisen seurannan. Alemman tason tavoitteet muodostavat samalla keinoja ylemmän tason tavoitteille. Tavoitteiden suunnittelussa voidaan hyödyntää systemaattisesti tavoite-keinohierarkiaa *relevanssipuutekniikan* avulla.

Relevanssipuu on havainnollistava työkalu, joka auttaa valitsemaan ja arvioimaan monia vaihtoehtoisia mahdollisuuksia (Mindtools 2002). Tekniikkaa voidaan käyttää hyväksi suunnittelun ja päätöksenteon apuvälineenä. Relevanssipuu on kaksiulotteinen graafinen esitys askelista ja päätöksistä, jotka täytyy ottaa päästäkseen tavoitteeseen (Gupta 1996, 499-500, Sawyer & Dittenhofer 1996).⁷¹

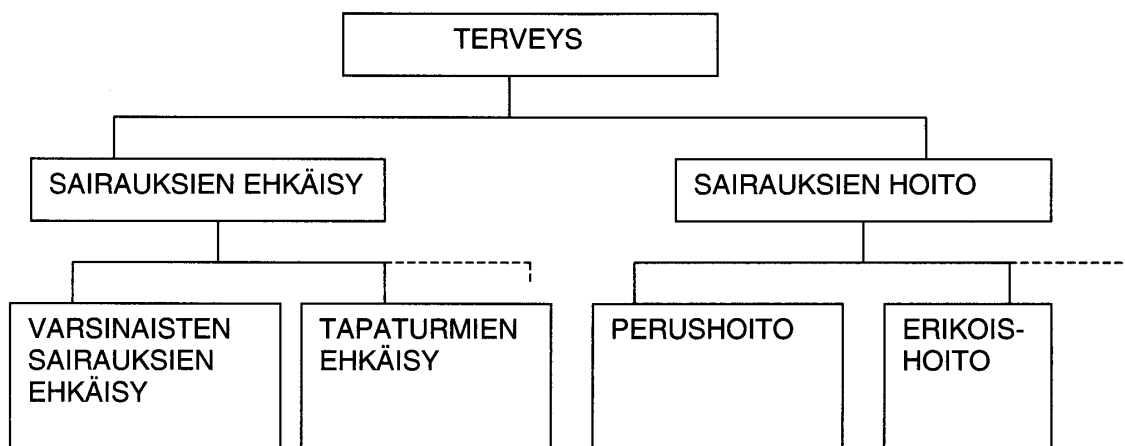
Relevanssipuun rakentaminen alkaa tavoitteen tai päämäärän määrittelemisellä. Seuraavassa vaiheessa kartoitetaan mahdolliset keinot, jotka muodostuvat tavoitteiksi alempana oleville keinoille. Tarkoituksena on muodostaa tavoitteiden ja keinojen hierarkioita, joissa kunkin tason osatavoitteet ovat samalla keinoja ylemmän tason saavuttamiseksi (Virkkunen 1973, 103).

⁷¹ Päätöspuuta käytetään apuvälineenä muun muassa tietojenkäsittelyssä ohjelmoinnissa sekä laskentatoimissa, kun halutaan verrata investointivaihtoehtojen kassavirtojen nykyarvojen odotusarvoja laskemalla eri lopputulemien todennäköisyyksiä.



Kuvio 19. Tavoite-keinopuu

Tasolla 2. ovat keinot, joilla päästään perimmäiseen tavoitteeseen. 2. taso on kuitenkin myös 3. tason tavoite. Periaatteessa voidaan edetä organisaation hyvinkin yksityiskohtaisiin keinoihin asti. Alimpia instrumentteja voidaan kuvata hyöty-kustannussuhteilla tai muilla relevanssipainoilla. Niiden avulla ilmaistaan vaihtoehtoisten keinojen edullisuus edetessä kohti ylempiä tavoitteita (Virkkunen 1973, 103).



Kuvio 20. Terveysterveysrelevanssipuu (Uusitalo 1971, Virkkunen 1973)

Relevanssipuumenetelmässä on aluksi määriteltävä yleiset tavoitteet. (Uusitalo 1974, 141.) Tällainen tavoite yhteiskuntapolitiikassa on vaikkapa väestön terveyden lisääminen. Tavoite-käsitteet voidaan myös erotella toisistaan eri aikadimensioihin. Tavoite tai toiminta-ajatus voi olla ”ajaton” määre kuten terveys tai toisaalta lyhyen tähtäimen tavoite tai välietappi. (Pitkänen 1969, 32-34.) Relevanssipuu kuviossa kuvaa terveysterveyspolitiikan tavoitteita muutaman ensimmäisen tason osalta.

Relevanssipuuta voi työstää tarpeiden mukaan, siihen voi liittää sanallisia selityksiä sekä numeroarvoja. Päätöksien tukena voi olla euromääräisiä laskelmia. Riskien määrittely ja kuvaus voidaan liittää etenemään relevanssipuun oksien mukana. Jo kehikkojen laatiminen itsessään saattaa avartaa käsitystä ja karkeatkin kustannus-hyötyanalyttiset arviot voivat selventää asioiden tärkeysjärjestystä.

Hallitusohjelman päämäärä sosiaali- ja terveydenhuollossa

Lipposen toisen hallituksen ohjelmassa sosiaalipolitiikan lähtökohtana on pohjoismaisen hyvinvointiyhteiskunnan säilyttäminen.⁷² Tavoitteena on kehittyvä yhteiskunta, joka takaa kaikille mahdollisuuden oman elämänsä hallintaan ja aktiiviseen osallistumiseen. Hallituksen keskeisenä painopistealueena on edistää toimia, joilla ehkäistään ja vähennetään vakavia köyhyysongelmia, syrjäytymistä ja huono-osaisuuden kasautumista. Ohjelman mukaan sosiaali- ja terveyspalvelujen laatu ja saatavuus turvataan koko maassa.

Sosiaali- ja terveysministeriön strategia

Ministeriön voimassa olevan ”Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2010” mukaan sosiaali- ja terveyspalveluiden perustan muodostavat kuntien järjestämät verorahoitteiset toiminnot, jotka ovat kaikkien saatavilla sosiaalisesta, taloudellisesta ja yhteiskunnallisesta asemasta riippumatta. Palveluiden järjestämisen- ja tuottamisvastuu eriytetään entistä selkeämmin toisistaan. Lähtökohta merkinnee ainakin lähitulevaisuudessa kuntien pysymistä ohjauksen kehittämisen polttopisteessä.

Strategian mukaan valtionosuuksien tavoitteena on olla selkeä kuntien pitkän aikavälin sosiaali- ja terveyspoliittista suunnittelua tukeva rahoitusmuoto. Samoin on tavoitteeksi asetettu julkisten rahoituskanavien kehittäminen siten, että ne eivät aiheuta epätarkoituksenmukaista palvelujen tarjontaa tai kysyntää. Tavoitteena on myös lisätä yksityisen ja julkisen palvelutuotannon kilpailua ja torjua kaksoisrooleista johtuvat ongelmat. Yksityiset sosiaali- ja terveyspalvelut nähdään kunnallisia palveluita täydentävänä vaihtoehtona (mt. ed., 19).

Strategian mukaan kuntia ja palvelujen tuottajia ohjataan asettamalla tavoitteita ja antamalla suosituksia sekä tuottamalla ja välittämällä tietoa ja toimintamalleja paikallisen toiminnan tueksi. Säädös- ja resurssiohjausta käytetään tilanteissa, joissa haluttua tavoitetta ei voida muilla keinoin saavuttaa kohtuullisessa ajassa ja joissa väestön mahdollisuudet saada yhdenvertaisesti sosiaali- ja terveyspalveluita ovat uhattuina. Jälkikäteisvalvontaa kehitetään siten, että sen avulla voidaan ehkäistä ja korjata palvelujen sisällössä ja laadussa olevia puutteita ja virheitä. (mt. ed., 19).

Ministeriö toteaa strategiassaan, että valtionosuuksien merkitys kuntataloudessa on vähentynyt ja että niitä ei ole enää sidottu käyttötarkoitukseen tai valtion viranomaisen hyväksyntään suunnitelmiin. Lainsäädäntö on pääosin väljää puitelainsäädäntöä. Ministeriön strategian mukaan joudutaan lähivuosina ratkaisemaan, onko väljää puitelainsäädäntöä tarpeen tiukentaa, vai onko etsittävä keinoja informaatio-ohjauksen tehostamiseksi. Strategiassa kiinnitetään huomiota myös kuntien rahoituspohjan vakauteen ja ennustettavuuteen sekä tarpeeseen hillitä kuntien välisten erojen kasvua.

Tavoite- ja toimintaohjelma

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma eli TATO on valtioneuvoston hyväksymä asiakirja. Tavoite- ja toimintaohjelman antaminen perustuu sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annettuun lakiin (733/1992, muutettuna 1114/1998). TATO korvasi aiemmin vuosittain laaditun valtioneuvoston hyväksymän sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisen suunnitelman eli VALSU:n.

⁷² Hallitusohjelma on sopimus hallitusosapuolten kesken ja se on luonteeltaan ohjelmajulistus ja myös ohje ministerille ja ministeriön virkamiehille. Valtioneuvoston virkamiehillä on juridinen velvollisuus toimia hallitusohjelman mukaisesti (Ahonen 1998, 21).

TATO:ssa asetetaan sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistavoitteet ja niitä tukevat toimenpidesuosituksukset neljäksi vuodeksi kerrallaan. Koko hallituskauden kattava ohjelma täydentää ja tarkentaa hallitusohjelman sosiaali- ja terveydenhuollon linjauksia. TATO:ssa määritellään sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistavoitteet, tarvittavat toimenpiteet ja niiden toteuttajat. Vuosien 2000-2003 TATO:on sisältyy yhteensä 86 toimenpidesuositusta.⁷³

TATO:ssa painotetaan ohjelman toteutumisen seuranta ja arviointia. TATO-organisaatio – ohjausryhmä ja valmistelu- ja seurantaryhmät – työskentelevät ohjelman koko nelivuotiskauden ajan tukien ja seuraten tavoitteiden ja suositusten toimeenpanoa. TATO:n verkkosivuille kootaan ajankohtaista tietoa ohjelman toteutumisesta. Sosiaali- ja terveysministeriö laatii vuosittain raportin TATO:n toimeenpanosta. Hallitus raportoi eduskunnalle ohjelman toteutumisesta joka toinen vuosi annettavan sosiaali- ja terveystieteen yhteydessä.

Suunnittelu- ja ohjausjärjestelmän arviointia

Kokonaisuutena on arvioitavissa että sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalla hallitusohjelma, strategiat ja tavoite- ja toimintaohjelma muodostavat hyvin tehdyn tavoitejärjestelmän, jolle on luotu seurantajärjestelmä ja vuorovaikutteisuuden mahdollistava internetkanava. TATO sisältää perustan informaatio-ohjaukselle ja seurannalle sen sisältäessä palveluja koskevia toimenpidesuosituksia sekä valtakunnalliset hankkeet, ohjelmat ja projektit. TATO:ssa täsmentyvät asiat hyvin niin tavoitteiden ja kuin ohjauskohteidenkin osalta.

Suunnittelu- ja tavoitejärjestelmä näyttää kuitenkin riittämättömältä siinä mielessä, että siinä ei ole analysoitu, minkälaisilla keinojen ja resurssien yhdistelmillä tavoitteet olisi parhaiten saavutettavissa ja mitkä on nykyisen ohjausmallin riskit. Ohjauskeinojen analyysiä voisi systematisoida ohjauksen lähtökohta-analyysillä, edellä mainitulla relevanssiuuteknikalla sekä ohjauskeinojen valinnan riskianalyysillä.

Hallitusohjelmassa huomio kiinnittyy ehkäisevän sosiaalipolitiikan korostamiseen ja sosiaali- ja terveystieteen laadun ja saatavuuden turvaamiseen *koko maassa pohjoismaisen hyvinvointiyhteiskunnan hengessä*. Ohjaus ja ohjausvälineet olisi saatava palvelemaan hallitusohjelman päämääriä ja toimintalinjoja. Tämän luvun tapaustutkimusten yhteenvedot kertoivat kuitenkin osaltaan, kuinka ongelmallista ohjauksen toteutus on ollut.

Sosiaali- ja terveysministeriön strategian mukaista ohjausmallia voi luonnehtia tavoite- ja informaatio-ohjausmalliksi, jota täydentävät pakottavammat ohjausmuodot. Informaatio-ohjauksella on ei-pakottava ohjausmuoto. Mallin toimivuuteen vaikuttaa myös se, että sosiaali- ja terveysministeriön strategiset tavoitteet ovat laaja-alaiset. Ministeriön päämäärät, strategiat ja tavoitteet ovat osin sellaisia, että niiden toteutumiseen vaikuttavat useat hallinnonalat, sektorit ja toimijat yhteiskunnassa. Esimerkkinä muun muassa köyhyyden ja syrjäytymisen ehkäisy ja vähentäminen. Sosiaali- ja terveysministeriöllä on mahdollisuuksia ohjata kehitystä oikeaan suuntaan, mutta strategia perimmäisten päämäärien saavuttamiseen edellyttää muulta yhteiskunnalta aktiivista yhteistyötä, ulkoisten olosuhteiden riittävän suotuisaa kehitystä ja jopa kansainvälistä yhteistyötä (esim. huumeongelma, pakolaispolitiikka jne.). *On siis empirinen kysymys, kuinka hyvin valittu malli toimii käytännössä. Tapaustutkimukset osoittavat, että nykytilanteessa malli ei toimi kaikilta osin hyvin.*

⁷³ Ministeriön verkkosivu www.verkkotato.net , 27.2.2002.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman tavoitteista ja toimenpiteistä on pääosa kohdistettu informaatio-ohjausmallin mukaisesti suosituksina kunnille ja kuntayhtymille. Tavoitteena on, että kunnat ja kuntayhtymät ottavat esitetyt toimenpidesuositukset huomioon ja sovittavat ne omiin kehittämistavoitteisiinsa. Tavoitteiden toteuttamiseksi tarvitaan myös kunnan eri hallintokuntien yhteistyötä. TATO: on sisältyy myös muuhun kuin kunnalliseen sosiaali- ja terveydenhuoltoon kohdistuvia tavoitteita, jotka tukevat kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tarkoituksenmukaista toteuttamista. Näiden tavoitteiden toteuttaminen edellyttää eri ministeriöiden ja hallinnonalojen yhteistyötä. *Se, miten hyvin TATO:n tavoitteet toteutuvat riippuu kuntien ja kuntayhtymien paikallisista ratkaisuista ja yhteistyöstä sekä myös ministeriöiden yhteistyöstä.*

Lisäksi informaatiojärjestelmän tulisi tukea informaatio-ohjausta tehokkaasti eli tuottaa olennaista, luotettavaa, ajantasaista ja riittävää tietoa ohjausta ja valvontaa varten. *Niin valtioneuvoston kertomukset vuosilta 1999 ja 2000 kuin tämän tutkimuksen tapaustutkimukset tukevat johtopäätöstä, jonka mukaan nykyisellään informaatiojärjestelmä ei toimi valitun ohjausmallin kannalta riittävän hyvin.*

6.2 Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan organisoinnin arviointia

Ministeriö

Sosiaali- ja terveysministeriölle kuuluu sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen ohjausvastuu. Ministeriö ohjaa hallinnonalallaan olevia sosiaali- ja terveydenhuollon virastoja ja laitoksia ja solmii niiden kanssa tulossopimuksia (Lumijärvi & Salo 1996). Ministeriö on itse tilivelvollinen eduskunnalle oman hallinnonalan tuloksellisuudesta. Tätä tarkoitusta varten ministeriö laatii oman hallinnonalan toimintakertomuksen talousarvioasetuksen edellyttämällä tavalla, ja hallitus taas laatii eduskunnalle toimintakertomuksensa vuosittain.

Ministeriön tehtäviin kuuluu oman hallinnonalan normiohjauksen kehittäminen, lainsäädännön valmistelu, lakiuudistusten vaikutusten seuranta ja oman hallinnonalan lainsäädännön toimeenpanon ohjeistus ja neuvonta. Ministeriö pyrkii omalta osaltaan kehittämään valtionapuhjausta ja laskennallista valtionapujärjestelmää sekä nykyisessä ohjausmallissa tärkeätä informaatio-ohjausta. Näissä tehtävissään sosiaali- ja terveysministeriö joutuu jo ministeriötasolla tekemään yhteistyötä muiden kanssa.⁷⁴

Lipposen II hallituksen ohjelman mukaan osana palvelujärjestelmän arviointia tulee *perusturvalautakunnan roolia vahvistaa ja sen toimintaa tehostaa*. Sosiaali- ja terveysministeriö voi saattaa palvelujärjestelmän asianmukaisuuden arvioinnin vireille perusturvalautakunnassa, jos kunta ei ole järjestänyt välttämättömiä peruspalveluja niin, että ne vastaavat maassa yleisesti hyväksyttyä tasoa. Perusturvalautakunta voi antaa kunnalle suosituksen puutteiden korjaamisesta, jos kunta on omasta syystään laiminlyönyt välttämättömien peruspalvelujen asianmukaisen järjestämisen. Ennen asian virallista vireille saattamista perusturvalautakunta voi alustavasti käsitellä yhdessä kunnan edustajien ja asiantuntijoiden kanssa kunnan peruspalvelujen

⁷⁴ Ministeriötasolla ohjausta ollaan kehittämässä tavalla, jossa poikkihallinnollisissa hallituksen strategiasalkkuun sisältyvissä hankkeissa vastuu ohjelman toteutuksesta voi tulla valtioneuvoston suoraan alaisuudessa toimivalle virkamiehelle. Kehitelty ns. ohjelmajohtaminen voi vaikuttaa sosiaali- ja terveyshallinnon ohjausvoimaan, koska hallinnonalan tavoitteet ovat usein poikkihallinnollista koordinaatiota vaativia.

tilannetta ja palvelujen järjestämisessä esiintyviä puutteita sekä niiden syitä ja ratkaisuvaihtoehtoja.

*Käytännössä lautakunnalla ei ole muodostunut ohjaavaa roolia kuntiin nähden. Toistaiseksi perusturvalautakunnan aseman ja tehtävien suhteen ei ole tehty uusia ratkaisuja - koko ohjausjärjestelmää kehitettäessä olisi eri ohjaus- ja valvontayksiköiden kenttää arvioitava perusturvalautakunta mukaan lukien.*⁷⁵

Terveydenhuollon oikeusturvakeskus (TEO) on sosiaali- ja terveysministeriön alainen virasto, jonka tehtävänä on terveydenhuollon ammattihenkilöitä valvomalla osaltaan ylläpitää ja edistää potilasturvallisuutta sekä huolehtia kansalaisille annettavien terveystalvelujen laadusta. TEO myöntää hakemuksesta laillistuksen terveydenhuollon ammatteihin Suomessa ja käsittelee kanteluita lääninhallitusten kanssa tehdyn työnjaon mukaisesti. Potilaan menehtymiseen ja vaikeaan vammautumiseen johtanutta hoitoa koskevat kantelut käsitellään pääsääntöisesti oikeusturvakeskuksessa ja muut kantelut lääninhallituksissa. TEO yhdessä lääninhallitusten kanssa vastaa siis kanteluihin liittyvästä valvonnasta, ja siten se on tärkeässä asemassa ohjaus- ja valvontasysteemissä. Esillä on ollut mahdollisuus laajentaa TEO:n toiminta myös sosiaalihuollon puolelle ja samalla voimistaa TEO:n ja lääninhallitusten yhteistyötä valvonnassa.

Ministeriön hallinnonalan yksiköistä erityisesti sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskukselle (Stakes) kuuluu informaatio-ohjaustehtäviä. Keskukselta annetun lain (1073/1992) mukaan Stakesin tehtävä on sosiaali- ja terveysalan seuranta, arviointi ja tiedon tuottaminen suunnittelua ja päätöksentekoa varten. Vaikka Stakesilta puuttuu suoranainen ohjausvalta, se vaikuttaa osaltaan sosiaali- ja terveysministeriön ohjaustavoitteiden toteutumiseen. Se käynnistää muun muassa yhteistyössä kuntien kanssa hankkeita, jotka tukevat ministeriön tavoitteiden toteuttamista. Stakesin rooli saattaa ohjauksen kannalta olla joskus myös epäselvä. Keskuksen asiantuntijoiden neuvot ja kuntien hanketyön edistäminen voivat tukea ministeriön ohjausta mutta ne saattavat sisältää myös keskuksen omaehtoista ohjausta.

Lääninhallitukset ja työsuojelupiirit

Lääninhallitukset ovat ainoa valtion aluetason ohjaus- ja valvontaorganisaatio. Lääninhallitusten merkitys alueensa kehittämisen viranomaisena on selvästi vähentynyt 1990-luvulla maakuntien liittojen ottaessa aluekehitysvastuullisen viranomaisen roolin. Lääninhallituksista on muodostunut yhä enemmän arvioivia ja toimintaa valvovia sekä viranomaispäätöksiä tekeviä virastoja. Tämä on selkeyttänyt lääninhallitusten asemaa suhteessa kuntiin, mutta toisaalta on myös arvioitu että lääninhallituksilla ei ole kaikkia uuden rooliinsa edellyttämiä resursseja. Lääninhallituksella ei ole yleistä kuntien valvonta- ja silmälläpitovaltuutusta (niin kuin vanhan vuoden 1976 kunnallislain perusteella), mutta useat erityislait antavat lääninhallitukselle kuitenkin tehtäväkohtaisen ohjaus- ja valvontatehtävän, esimerkiksi sosiaalihuoltolaki ja laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuoksista.

Lääninhallitukset käsittelevät vuosittain useita satoja sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevia kanteluita. Lääninhallitukset myöntävät myös toimilupia sosiaalihuollon palveluyrittäjille. Erityislainsäädännössä lääninhallitukselle on annettu mahdollisuus asettaa uhkasakko kunnille - tätä mahdollisuutta ei ole käytännössä käytetty kuin muutamassa poikkeustapauksessa. Lää-

⁷⁵ STMn selvityshenkilö Hansson on ehdottanut lautakunnan aseman vahvistamista mm. siten, että sillä olisi toimivalta oma-aloitteisesti ottaa käsiteltäväkseen palvelujärjestelmän puutteita koskevia asioita (STMn työryhmämuistio 2002:8)

ninhallitukset ovatkin omaksuneet hyvin varovaisen linjan uhkasakon käytössä; tavallisesti pelkällä uhkasakolla uhkaaminen on riittänyt.⁷⁶

Valvontaroolin rinnalle on lääninhallituslain mukana tullut peruspalvelujen arviointirooli. Lääninhallitukset seuraavat ja arvioivat säännöllisesti vuosittain peruspalvelujen saatavuutta ja tasoa alueellaan. TATO:n mukaan tämä arviointityö kytketään osaksi tavoite- ja toimintaohjelman toimenpiteiden toteutumisen seurantaa. Arviointi tehdään yhteistyössä alueen kuntien kanssa.

Lääninhallituksella on myös kouluttajan ja neuvojan rooli kuntasektoriin lainsäädännön normien soveltamisessa ja palvelujen kehittämisessä.⁷⁷ Tätä lääninhallitusten roolia kunnat näyttävät arvostavan lääninhallitusten osastopäällikköhaastattelujen perusteella. Sosiaali- ja terveysosastojen päälliköiden mukaan kunnat usein oma-aloitteisesti ottavat yhteyden lääninhallitukseen neuvoja ja tietoja saadakseen.

Oikeudellisen valvonnan saralla lääninhallitukset omaavat nykyisin vähän resursseja muuhun kuin lupa- ja ilmoitusmenettelyyn, kanteluiden käsittelyyn ja jälkivalvontaan annettujen päätösten noudattamisesta.

Toimialalla on kaikkiaan yksitoista työsuojelupiiriä, joiden tehtäviin kuuluu valvoa työsuojelun lainsäädäntöä sekä tukea työpaikkojen omaa työsuojelua. Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriön ohjauksessa olevalla kansanterveyslaitoksella on aluehallinnon yksiköitä. Näiden yksiköiden ohjauksen luonne on paitsi informaatio-ohjausta myös lupa- ja ilmoitusmenettelyyn perustuvaa valvontaa.

Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalla on aluetasolla useita toimijoita sekä valtion aluehallinnossa että kuntien hallinnossa. Tätä problematiikkaa käsitellään enemmän luvussa 3, jossa päädyttiin siihen, ettei millään taholla, ei kunnilla tai valtiovallalla ole riittäviä ohjauskeinoja taata aluehallinnon kehittymistä sosiaali- ja terveyshallinnon ratkaisumallina hallitusti, tehokkaasti ja johdonmukaisesti (ks. luku 3.).

⁷⁶ Tämä kävi selkeästi ilmi lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastojen päälliköiden haastatteluissa. Haastatteluissa osastopäälliköt toivat esille lääninhallitusten hyvät yhteistyösuhteet kuntiin ja kuntien yleensä yhteistyöhakuisen suhtautumisen lääninhallitusten valvontatoimenpiteisiin ja kanteluista antamiin päätöksiin. Uhkasakkoa ei ole sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen korjaamiseksi ole käytetty kuin muutamassa tapauksessa. Ympäristöterveydenhuollon ja eläinlääkintähuollon asioissa on joitakin uhkasakkoja asetettu. Kuntien palvelutoiminnan osalta pyritään ensisijaisesti neuvottelemalla korjaaviin ratkaisuihin.

⁷⁷ Teoriassa lääninhallituksen rooli neuvojana voi joutua ristiriitaan lääninhallituksen valvojaroolin kanssa. Jos näin olisi myös käytännössä, näiden roolien selkeämpi erottaminen toisistaan voisi olla perusteltua. Käytännössä lääninhallitusten neuvontarooli on ollut yleinen neuvonta ja koulutus kuntien henkilöstölle omalla alueellaan, eikä näin ollen liene käytännössä sellaista ristiriitatilannetta että kunta- ja tapauskohtainen neuvoja olisi samaiseen neuvonnan kohteena olleen palvelujärjestelmän käyttäjän tekemän kanteluasian valmistelijana ja käsitelijänä ao. lääninhallituksessa tavalla joka olisi ollut hallintomenettelylain jääviyssäännösten vastaista.

6.3 Tapaustutkimusten yhteenvedot

Sosiaali- ja terveysministeriön ohjauksen ongelmia ja kehittämistarpeita haluttiin tutkimuksessa konkretisoida eräillä palveluilla, joissa kunnilla on keskeinen järjestämisvastuu. Esimerkit valittiin vielä siten, että niissä on vuosituhannen vaihteessa laajasti ymmärretty olevan erilaisia ongelmia ja ohjauksen puutteita, jotka vaativat ratkaisua. Kussakin tapaustutkimuksessa oli omat asiantuntijat tutkijoina.

Tapaustutkimuksiin valitut aiheet olivat huumehoito (Arja Ruisniemi), vanhustenhuollon laatusuosituksiset (Mirja Antila), apuvälinepalvelut (Mirja Antila), lastensuojelu (Tarja Pösö ja Irmeli Salomaa), lasten erityispäivähoito (Kaisu Viittala) ja kouluterveydenhuolto (Matti Rimpelä).

Huumeongelma on vaikeutunut selvästi Suomessa 1990-luvulla ja 2000-luvulla. Huumehoito tarjoaa vakavan haasteen myös ohjaukselle. Lastensuojelu on toinen esimerkki, jonka tarve on nopeasti lisääntynyt. Lastensuojeluun liittyy läheisesti erityispäivähoito ja toisaalta myös kouluterveydenhuolto ennaltaehkäisevänä huoltona. Hyvin hoidetulla kouluterveydenhuollolla on ennaltaehkäisevä vaikutus moniin lasten ja nuorten ongelmiin; tästä huolimatta kouluterveydenhuoltoa vähennettiin voimakkaasti kunnissa 1990-luvulla. Vanhustenhuollon tarve on taas palvelu, jonka tarve tulee lähitulevaisuudessa kasvamaan ns. suurten ikäluokkien ikääntyessä. Muun muassa vammaispalveluihin ja vanhustenhuollon palveluihin liittyy myös kansalaisten eriarvoisuuden ja yhdenvertaisuuden vakavat kysymykset.

Tapaustutkimusesimerkeissä kukin kirjoittaja tekee oman kuvauksensa ja analyysinsä paitsi tutkijana myös tehtäväalueen toimintaan monin tavoin osallistuneena asiantuntijana. Jokaisen tapaustutkimus on kirjoitettu samalla kehikolla analysoiden ohjauksen ja palvelun lähtökohdatilanne, työnjako palvelun suhteen ja käytössä oleva ohjausjärjestelmä. Kussakin tapausanalyysissä kirjoittajat pohtivat ohjauksen kehittämistä normi-, resurssi- ja informaatio-ohjauksen näkökulmista.

Ohjauksen lähtökohta-analyysissä on pohdittu seuraavia seikkoja.

- Palvelun toimintaympäristö
- Asetettujen tavoitteiden selkeys ja ristiriidattomuus
- Tiedon taso tavoite-keinorelaatiosta ja ns. kausaaliteorian selkeys
- Ensisijaisen toimeenpano-organisaation (usein kunnat ja kuntayhtymät) resurssit, toimintakyky ja asenteet
- Palvelutoimialan muun toimijakentän monimutkaisuus, myötävaikutushalu ja ristiriidat
- Palvelun kohderyhmän omat resurssit ja vaikutusvalta

Tässä luvussa on esitetty tapaustutkimuksista vain tiivistelmät. Varsinaiset tapaustutkimustekstit ovat kokonaisuudessaan omassa erillisessä liiteraportissa. Kehitetty tapa kuvata ja analysoida ohjaustilannetta tarjoaa laajemminkin tavan, jota voidaan soveltaa johdonmukaisessa ja analyttisessä ohjauspolitiikassa.

Huumehoito⁷⁸

Arja Ruisniemi

Seuraavassa esitän perusteluja analyysikehikossa esittämälleni nykytilanteelle eri näkökulmista sekä tiivistelmän ohjauskeinojen kehittämispohdinnasta.

Analyysi nykytilanteesta

Huumehoidon toimintaympäristö on tällä hetkellä dynaaminen ja epävarma. Huumehoidon tarvetta onkin vaikea ennustaa muuten kuin erittäin karkeasti: tarve kasvaa ja on suurin isoissa kasvukeskuksissa. Toisaalta yksittäisten kuntien on vaikea ennakoida tilannetta, koska huumeiden käyttö saattaa yllättäen kasvaa jollain seudulla. Poliittikatavoitteen selkeys on epätarkka ja yleisellä tasolla, koska päihdehuoltolaissa määritellään kunnan velvollisuudeksi järjestää päihdehuoltoa kunnassa esiintyvää tarvetta vastaavasti ja kriteerejä tarpeen määrittämiseksi ei ole laissa esitetty. Yleinen poliittikatavoite lienee edelleen huumeeton yhteiskunta, mutta painottuen yhä enemmän haittojen vähentämiseen. Kausaaliteorian soveltaminen huumehoitoon on vaikeaa, koska jokaisella narkomaanilla on oma toipumispolkunsa eikä ole mahdollista määritellä selkeää kaikkia narkomaaneja auttavaa hoitomuotoa ja -tapaa. Tarvitaankin erilaisia hoito- ja toimintamalleja. Tällä hetkellä ensisijaisen toimeenpano-organisaation eli kuntien resurssit tarjota huumehoitoa kaikille sitä tarvitseville ovat riittämättömät. Kunnan päättäjien priorisoidessa menobudjettia ei narkomaanien hoito yleensä ole tärkeysjärjestyksessä kovin korkealla. Kuntien viranomaiset toimivat erilaisten odotusten paineessa eikä heillä välttämättä ole tarpeeksi tietoa erilaisista huumehoidon mahdollisuuksista päätöstensä tueksi. Tiedon puute vaikuttaa myös asenteisiin huumehoitoa ja sitä tarvitsevia asiakkaita kohtaan.

Huumehoidon toimijakenttä on laaja puhuttaessa huume kuntoutuksesta pitkänä hoitojatkumona: terveydenhuolto, sosiaalihuolto, päihdehuollon yksiköt, Kela, työvoima- ja koulutus-hallinto, työnantajat, asuntoviranomaiset, lähiympäristö jne. Huumehoidossa liikutaan monen eri organisaation toimintakentässä ja -kulttuurissa sekä erilaisten lainsäädäntökäytäntöjen kentässä. Narkomaanin kuntoutus on paljon muutakin kuin aineesta luopuminen. Tarvitaan pitkä sosiaalinen kuntoutus, jotta narkomaanin on mahdollista palata/päästä yhteiskunnan jäseneksi. Legitimiteetti muussa toimijakentässä on heikko, esimerkkinä Kansaneläkelaitoksen päätökset olla myöntämättä sairaspäivärahaa laituskuntoutuksessa olevalle narkomaanille. Suunniteltaessa toipuvien narkomaanien asumisyksikköä, on ympäristön vastustus yleensä julkista ja voimakasta. Huumehoitoa tukevilla järjestöillä sen sijaan on voimakas myötvai-kutushalu, mutta niiden vaikutusmahdollisuudet todellisiin päätöksiin ovat pienet. Kohderyh-mä itsessään ei pysty vaikuttamaan omien asioidensa ajamiseen eikä Suomessa vielä ole muodostunut tarpeeksi suurta ja voimakasta toipuneiden huumeiden käyttäjien verkostoa, joka saisi äänensä kuuluviin.

Tiivistelmä valtionohjauksen kehittämispohdinnasta

Huumehoidon ohjauskentässä on monia pulmakohtia eikä niiden ratkaisemiseen välttämättä löydy yksiselitteistä reseptiä. Ongelmallista ohjauksessa on tilanteen vaikea ennustettavuus sekä ohjauskeinojen tehokkuuden arviointi. Esimerkiksi asenteiden muuttaminen on vaikeaa. Suurimmat ongelmakohdat tällä hetkellä ovat kuntien riittämättömät resurssit vastata nopeasti kasvaneeseen hoidon tarpeeseen sekä huumehoidon eri tahojen erilaiset käytännöt ja näke-mykset huume kuntoutuksesta. Myös lainsäädännölliset asiat vaikeuttavat narkomaanien kun-toutumista varsinkin koulutus- ja työelämään siirryttäessä. Valtionohjauksen keinoin joihinkin

⁷⁸ Kirjoitettu 20.2.2002

asioihin voidaan vaikuttaa. Seuraavassa käyn tiivistetysti läpi ongelmakohtia samalla pohtien mahdollisia ohjauksellisin keinoin toteutettavia ratkaisumalleja.

Resurssiohjaus

Tällä hetkellä päihdehuollon järjestämisestä vastuussa olevien kuntien resurssit vastata huumehoidon tarpeisiin ovat riittämättömät. *Narkomaanien hoito vaatii pitkäaikaisen kuntoutuksen, joka sisältää sosiaalisen kuntoutuksen* (koulutus- ja työharjoitteluja, ammatinvalinnanohjausta, ohjausta erilaisten asioiden hoitamisessa, vanhempana toimimisessa, päihdeongelman jatkohoitoon, rahankäytön hallintaan jne.). *Kuntoutuksen kustannuksia olisi järkevää jakaa eri hallinnonalojen välille* esimerkiksi työharjoittelujaksojen osalta niin, että asiakas vähitellen siirtyisi osalliseksi normaaleista työhallinnon etuuksista. Tällä hetkellä useimmat työvoimatoimistot eivät hyväksy laituskuntoutuksen yhteydessä toteutettavaa työharjoittelua vaan kustannukset jäävät kunnan maksettaviksi. *Narkomaanien hoito on koko yhteiskuntaa hyödyttävä asia, joten valtion on konkreettisesti otettava enemmän vastuuta hoitoresurssien järjestämisestä.* Järkevää olisi *suunnata resursseja perustyon mahdollistamiseen ja kehittämiseen*, jolloin kehittämistyöstä syntyvillä hyvillä käytännöillä on paremmat mahdollisuudet jatkoa ja siirtyä pysyviksi käytännöiksi kuin projektimuotoisessa kehittämistyössä. Huomiota tulisi kiinnittää myös lasten ja nuorten hyvinvointiin jo ennalta ehkäisynä. Yleisemmällä tasolla *resursseja on suunnattava myös suomalaisen huumehoidon tutkimukseen*, jotta saadaan tieteellisesti pätevää tietoa hoitokäytäntöjen kehittämiseen sekä koulutuksen ja informaatio-ohjauksen tueksi.

Normiohjaus

Päihdehuoltolakia uudistettaessa olisi kiinnitettävä huomiota kahteen asiaan: *sosiaalisen kuntoutuksen legitimoimiseen ja palveluohjausjärjestelmän aikaansaamiseen.* Päihdehuollon kenttä on monimutkainen ja huumehoito eroaa perinteisestä alkoholistien hoidosta siinä, että narkomaanien hoitoajat ovat pidemmät ja he tarvitsevat erilaisia palveluja kuntoutuksen eri vaiheissa. Palveluohjaajana toimisi nimetty henkilö, joka suunnittelee kuntoutuskokonaisuuden yhdessä asiakkaan kanssa, seuraa kuntoutuksen etenemistä yhteistyössä asiakkaan ja kuntoutusta toteuttavien tahojen kanssa sekä ohjaa asiakasta hänen palatessaan laitoksesta itsenäiseen asumiseen. Palveluohjaajan avulla olisi mahdollista toteuttaa hoitojatkumaita, jolloin narkomaanin kuntoutus toteutuisi kokonaisuutena ja siihen sijoitetut taloudelliset panostukset hyödynnettäisiin paremmin. Tarvitaan nykyistä joustavampi kuntoutusjärjestelmä, joka mahdollistaa yksilölliset polut koulutukseen ja työelämään. Sosiaalisen kuntoutuksen käsitteen saaminen lainsäädäntöön on ajankohtaista.

Informaatio-ohjaus

Tietoa huumehoidosta ja sen tuloksista on parannettava. Lääninhallitusten arvioinneissa esiin tulleita tiedon tason puutteita voidaan parantaa koulutuksella. *Koulutukset on suunniteltava huolellisesti kohderyhmän mukaan ja järkevää olisi hyödyntää käytännön huumetyötä tekevien tietotaito koulutuksessa.* Asenteisiin voidaan yrittää vaikuttaa koulutuksella, mutta asennemuutosten aikaansaaminen ei ole välttämättä helppoa. Asennemuutosta vaikeuttaa huumeisiin liittyvä laittomuus: laittomien aineiden maahantuonti ja kauppa sekä aineiden käytön seurauksena tuleva rikollisuus. Huumehoidossa oleviin asiakkaisiin on kuitenkin mahdollista vaikuttaa ja auttaa heidät pois rikoskierteestä. On koko yhteiskunnan etu hoitaa narkomaaneja. *Tarvitaan positiivisia esimerkkejä huumehoidon onnistumisesta.* Avoimella tiedottamisella voidaan hälventää huumehoidon ympärillä aika ajoin leijuvaa mystisyyttä, huumehoito on ihmisten auttamista siinä kuin muukin sosiaalihuolto. Parhaiten asenteisiin vaikuttaa oma-kohtainen tutustuminen erilaisiin hoitopaikkoihin ja huumehoidossa olevien asiakkaiden kanssa keskusteleminen. Laajamittaisesti tällainen ei ole mahdollista, mutta esimerkiksi päät-

täjille ja keskeisille viranomaisille konkreettinen tutustuminen huumehoitoon voisi antaa uusi näkökulmia päätösten teon perusteeksi.

Apuvälinepalvelu ⁷⁹

Mirja Antila

Apuvälineiden käyttäjät voivat olla kovin eri ikäisiä ja toimintakyvyn vaikeuden syyt hyvin erilaisia. Apuvälineiden käyttäjien määrä on koko ajan lisääntymässä vanhusvammaisten määrän kasvaessa. Toisaalta apuvälineitä suositellaan apuvälineteknologian kehittymisen myötä aikaisempaa enemmän ja niiden avulla voidaan yhä enemmän parantaa henkilön itsestä suoriutumista ja elämisen laatua.

Apuvälinepalveluiden toteutuksen toimijakenttä on hyvin monitahoinen ja vastuutaho määräytyy pääsääntöisesti toimintakyvyn vaikeuden syntymisen perusteella. Toimijakentän keskinäinen yhteistyö on välttämätöntä, mutta käytännössä toisen toimijatahon toiminnan heikko tuntemus ja puutteelliset resurssit saattavat aiheuttaa apuvälineohjauksessa ja palvelujen saatavuudessa huomattavia vaikeuksia ja alueellisia eroja.

Vammaispolitiikan tavoitteena on turvata kaikille taloudellisesta ja sosiaalisesta asemasta riippumatta heidän tarvitsemansa palvelut. *Normiohjauksena* peruslaillinen toimeksianto on säädetty sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä. Yleinen järjestämisvelvollisuus velvoittaa kuntia järjestämään palvelut kaikille lain tarkoittamille henkilöille heidän vammaisuutensa edellyttämät tarpeet huomioiden. Erityisen järjestämisvelvollisuuden on katsottu tarkoittavan asiakkaalle subjektiivista oikeutta huolimatta kunnan taloudellisista resursseista. Kuntien vastuulla olevien palvelujen lisäksi apuvälinepalveluissa on monia toimijatahoja, joiden vastuu on kuntaan nähden ensisijainen. Normiohjauksesta huolimatta kuntien apuvälinepalvelujen riittävyys ja kohdentuminen ovat johtaneet erilaisiin käytäntöihin ja sitä kautta lisänneet vammaisten henkilöiden eriarvoista kohtelua. Muun muassa invalidiliiitto on esittänyt erityisen huolestuneisuutensa siitä, että kunnat rikkovat vammaispalvelulakia ja rajoittavat välttämättömien terveydenhuollon apuvälineiden myöntämistä.

Resurssiohjaus ei ole ollut apuvälinepalveluiden osalta riittävää. Kunnat rahoittavat itse yli 50 prosenttia sosiaali- ja terveydenhuollon toimintamenoista ja saavat valtionosuutta laskennallisiin käyttömenoihin 25,3 prosenttia. Apuvälinepalvelujen tarpeen kasvaessa ja vastaavasti resurssien vähentyessä ovat kunnat ottaneet käyttöön alueellisia ja toimipaikkakohtaisia ohjeita, joiden ohjaava vaikutus menee käytännössä säädösohjauksen edelle ja aiheuttaa erilaisia tulkintoja apuvälinepalvelujen toteuttamiselle.

Informaatio-ohjauksen tehostamisen tarpeellisuudesta kertoo muun muassa terveydenhuollon apuvälineiden saatavuudesta tehty selvitys, jossa todettiin, että apuvälineiden luovutuksessa oli käytetty erilaisia rajoituksia ja asiakkailta oli peritty maksuja, vaikka apuvälineet lain perusteella ovat asiakkaalle maksuttomia. Suurin osa selvitykseen vastanneista ammattilaisista toivoi käyttöönsä valtakunnallisia linjauksia ja ohjeita apuvälineiden luovutukseen. Suurimaksi esteeksi apuvälineiden saatavuudelle vastaajat arvioivat määrärahojen ja henkilöstön määrän vähyden sekä puutteita osaamisessa ja toimijakentän käytäntöjen tuntemuksessa. Kunnallinen terveydenhuolto on keskeinen toimijataho (esim. apuväline tarpeen arviointi) myös silloin, kun apuvälinepalvelun vastuu kuuluu muulle taholle. Palvelutarpeen arviointi

⁷⁹ Kirjoitettu 25.2.2002

tehdään usean asiantuntijan yhteistyönä ja resurssien puute toimijakentän jossain kohdassa viivästyttää palvelun saamista ja aiheuttaa usein kohtuutonta haittaa asiakkaan päivittäisessä suoriutumisessa.

Apuvälinepalveluiden tarpeen on ennustettu tulevaisuudessa väestön ikääntymisen myötä lisääntyvän. Itsenäistä suoriutumista tukeva palvelukulttuuri voidaan toteuttaa hyödyntämällä kehittyvää apuvälineteknologiaa ja selkiyttämällä toimijakenttää. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmakaudella 2000 – 2003 valmistellaan kuntien käyttöön informaatio-ohjauksena Apuvälinepalvelun laatusuositukset. Tämän lisäksi valtion ja kuntien toimenpiteiden on syytä olla yhdensuuntaiset ja kansalaisten tulee voida luottaa yhteiskunnan kykyyn huolehtia sille laissa ja erityisesti perustuslaissa turvatusta suojasta. Julkisten palvelujen laatustrategiasuositukset ohjaavat toimintojen kehittämistyötä kokonaisuutena ja asiakaslähtöisesti. Laatusuositukset ovat toimintoja selkiyttäviä, mutta niillä ei vielä voida taata palvelujen toteutumista säädetyllä tavalla. Laatusuositusten soveltamiseen tulee arviointikäytäntöjä, joiden avulla voidaan tukea ja seurata palvelujen tasavertaista saatavuutta, jotta palvelujen tarvitsijat voivat luottaa heidän pärjäämisensä turvaksi säädettyjen palvelujen toteutumiseen asuinpaikasta riippumatta.

Vanhustenhuolto⁸⁰

Erityisesti ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus

Mirja Antila

Vanhusten määrä on voimakkaasti kasvava, mutta lukumääräisesti ennustettavissa. Eliniän pidentyessä yksilölliset tarpeet saattavat suuresti vaihdella, sillä on ennustettu, että ikäihmisten toimintakykyisyys tulee säilymään entistä pidempään. Toisaalta korkean iän myötä riski sairastua lisääntyy ja terveydentilan äkilliset muutokset synnyttävät nopeaa avun tarvetta, jota on usein vaikea ennustaa.

Vanhusten palvelujen tema on erityisen haasteellinen, koska väestön ikärakenteen muutos tulee vaikuttamaan tulevaisuudessa ehkä enemmän kuin osaamme nyt kuvitella. Kehitysnusteen mukaan vanhushoitoisuussuhde (yli 65 – vuotiaiden osuus 20 – 64 vuotiaista) on EU – maiden korkeimpia ja siitä johtuen monet yhteiskunnalliset asiat joudutaan uudelleen arvioimaan. Vanhustenhuollon kysymykset eivät ratkea pelkästään sosiaali- ja terveydenhuollon keinoin, vaan siinä tarvitaan muun muassa sosiaaliturvan, talouden ja työvoimaviranomaisten tiivistä yhteyttä. Tulevaisuudessa peruspalvelujen tarpeeseen vaikuttaa muun muassa se, minä kuntoisina suuret ikäluokat vanhenevat. Tuoreimmat tutkimukset osoittavat, että elämme vanhemmiksi ja pysymme toimintakykyisinä entistä suuremman osan elämästämme. Tuleviin vanhustenhuollon palveluihin tuleekin liittyy niin kutsutun. uuden vanhenemisen tunnuspiirteet, jolla tarkoitetaan sitä, että vanheneminen ja avuntarve ovat suhteellisia, ikäihmiset yksilöllisempiä ja siten ratkaistavat ongelmat erilaisia. Vanhuden tulevaisuuden kysymykset kaipevat siis ennaltaehkäiseviä ja ennen kaikkea asenteellisia muutoksia.

Vanhustenhuollon palvelut muodostuvat ensisijaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon kaikille yleisistä palveluista, joista kunnilla on lakisääteinen järjestämisvastuu. Kuntien *resurssit* tämän hetken vanhusten palveluissa on todettu riittämättömäksi ja vanhustenhuollon ongelmat ovat päässeet osin jo hälyttäväksi (esim. turvattomuus ja terveydentilassa tapahtuvien muutosten seuranta). Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaismenot ovat kasvaneet 1990 –

⁸⁰ Kirjoitettu 25.2.2002

luvulla (56 miljardia mk => 68 miljardiin mk) ja niiden arvioidaan edelleen kasvavan 3,5 prosenttia vuodessa. Kuntien rahoitusosuus on kasvanut 35 prosentista 43 prosenttiin ja valtionosuus vähentynyt 35 prosentista 18 prosenttiin. Palvelurakennetta on muutettu avopalvelupainotteiseksi 1990 – luvulla vähentämällä noin 4000 vanhainkotipaikkaa ja palveluasunnoissa asuvien määrä on lisääntynyt 9000 asukkaalla. Samaan aikaan avopalveluiden määrää on vähennetty (mm. tukipalvelut, omaishoidon tukea saavien määrä) eikä niitä ole nyt tarpeesta huolimatta pystytty lisäämään. Vanhustenhuollon palvelurakenne on muodostunut vain eniten hoitoa tarvitsevien palveluksi ja siten korjaavaksi ja kalliiksi. Osin tilannetta on helpottanut kuntien ostopalveluna tuotetut palvelut, joita eri järjestöt ovat Raha-automaattiyhdistyksen avustuksella tuottaneet. Palvelutaloasunnoista joka toinen on rakennettu Raha-automaattiyhdistyksen tuella. Resurssien puute näkyy henkilöstön vähytenä ja jo nyt vaikeutena saada ammattitaitoista henkilöstöä avopalveluiden työtehtäviin.

Uutena *informaatio-ohjauskeinona* sovelletaan ikäihmisten laatusuositusta, joka on valtakunnallinen ohjauskeino tasalatuisten ja riittävien vanhusten palvelujen turvaamiseksi. Palvelujen toteuttaminen edellyttää kunnilta vanhuspoliittista strategiaa ja yksityiskohtaista konkreettista toteutusohjelmaa sekä toteutuksen jatkuvaa arviointia. Läänien toteuttama sosiaali- ja terveystalouden palvelujen arviointi seuraa kuntien palvelujen tuottamista. Läänit ohjaavat ja tarvittaessa myös kouluttavat kuntien edustajia laatutyön alkuun. Laatusuositusten haittana on normiohjaukseen verrattuna, ettei se voi velvoittaa kuntia toteuttamaan suositusta. *Normi- ja säädösohjaus* on kuntia velvoittava, mutta kuntiin kohdistuvia sanktioita ei juurikaan ole käytetty. Erityisen järjestämisvastuun osalta yksittäisen vanhuksen oikeus saada tarvitsemansa palvelut vaatii usein valitusmenettelyä, eikä yksittäinen palvelun oikaisu välttämättä muuta kokonaan vallitsevaa vanhustenhuollon käytäntöä kunnassa. Normi – ja säädösohjaus kaipaisi selkiyttämistä niin, että löydettäisiin yhteisymmärrys siitä, mitä välttämättömät peruspalvelut ikäihmisille kaikissa kunnissa olisivat. Jokaisen kansalaisen tulisi voida myös luottaa siihen turvaan, joka lainsäädännöllä on palvelujen tarvisijoille haluttu turvata.

Lasten erityispäivähoito ⁸¹

Kaisu Viittala

Erityistä hoitoa ja kasvatusta tarvitsevien lasten päivähoidosta puhutaan käytännössä erityispäivähoitona, vaikka siitä ei ole mitään normiohjetta. Koko päivähoitoa on aikaisemmin johdettu hyvin tiukoilla normeilla, joita on vielä ohjeistettu yksityiskohtaisesti sosiaalihuollon yleiskirjeillä. Viime vuosikymmenellä toteutetut valtion ohjausjärjestelmän muutokset ovat olleet ilmeisen suuria kuntien resurssihin ja vähäiseen varhaiskasvatustietämykseen nähden. Päivähoitossa ja sen osana erityispäivähoitossa on monia kuntakohtaisia puutteita, ja siten myös lapset ovat eriarvoisessa asemassa asuinpaikastaan riippuen.

Erityistä hoitoa ja kasvatusta tarvitsevien lasten päivähoitotoiminnan ohjaus näkyy muutamissa suorissa lainsäädännöllisissä normeissa ja kuntakohtaisina päivähoitotoimintamuotoina. Tähän väliin on jäänyt kuilu, joka koskee yksittäisiä lapsia ja perheitä. Nykyselvityksin on osoitettu, että pelkkä lainsäädännöllinen ohjaus ei ole riittävän tehokas vaade kunnille huolehtia erityispäivähoitoa koskevien normien toimeenpanosta ja niiden toteuttamisen valvonnasta. Normiohje päivähoitopaikan etusijaisuudesta sosiaalisista tai kasvatuksellista syistä on turvannut erityistä hoitoa ja kasvatusta tarvitsevien lasten päivähoitopaikan saamisen. Tästä subjektiivisesta oikeudesta huolimatta päivähoitopaikoista on pulaa lähes 20 prosenttia kunnista. Eri-

⁸¹ Kirjoitettu 10.3.2002

tyistä hoitoa ja kasvatusta tarvitsevien lasten lukumäärästä ei ole luotettavaa tietoa saatavilla, koska lainsäädännöllisestä veloitteesta huolimatta nimeäminen ei perustu asiantuntijalauseuntoon. Tämä lausunto puuttuu yli kolmasosalta lapsista, ja tällöin nimeämistä voi pitää lasta leimaavana, koska erityisen hoidon ja kasvatuksen tarvetta ei ole todettu asianmukaisesti. Toisaalta erityisen hoidon ja kasvatuksen tarpeen voi todeta olevan suurempi kuin mitä lausunnon avulla ehditään toteamaan.

Tämä tilanne heijastaakin myös erityisen hoidon ja kasvatuksen tarpeen määrittelyn epämääräisyyttä. Päivähoitohenkilöstö on kokenut omat tietonsa vähäisiksi ja puutteellisiksi sekä erityistä hoitoa ja kasvatusta tarvitsevista lapsista että heidän päivähoidostaan. Lasten lukumäärän kasvu ja henkilöstön heikko tietämys saattavat vaikuttaa toisiinsa siten, että henkilöstön ammattitaidon riittämättömyys heijastuu lasten ongelmallisuuden kokemuksina. Siitä saattaa kertoa myös se, että kunnissa on riittämättömästi, tai ei ollenkaan erityispäivähoitoon liittyvää tietämystä ja erityislastentarhanopettajia.

Normiohjaus ei toimi kunnissa myöskään lapsiryhmän pienentämisessä ja/tai avustajan palkkaamisessa, kun ryhmässä on erityistä hoitoa ja kasvatusta tarvitsevia lapsia. Vanhempien huoli liian suurista lapsiryhmistä sekä henkilöstön vaihtuvuudesta ja pulasta on merkitty tiedoksi myös läänin sosiaali- ja terveystoimistolla. Lakisääteinen kuntoutussuunnitelma jää myös laatimatta lukuisille lapsille. Erityispäivähoidon kuntoutuksen luonne ja sen roolin määrittelemättömyys kuntoutusjärjestelmän osana on epäselvä. Siksi se ei ehkä vakuuta myöskään päättäjiä. Erityispäivähoidossa on erittäin vähän muuta kuin päivähoitoalan henkilöstöä eikä kuntoutukseen muutenkaan panosteta. Erityispäivähoidon rooli kuntoutusjärjestelmässä olisi-kin kiireellisesti selvitettävä.

Kuntien rooli erityispäivähoidossa näyttää olevan varsin ristiriitainen. Siksi sosiaali- ja terveysministeriön sekä lääninhallitusten rooli ohjaavana viranomaisena ja informaatio-ohjauksen tuottajana tuntuisi olevan välttämätön, mutta nykyisin resurssein ja normein riittämätön. Ohjausmuotona informaatio - ohjaus vaikuttaa hyvin epämääräiseltä. Vaarana on, että informaatio - ohjaus ei johda käytännön toimintaan, koska se on liian yleistä eikä sisällä erityistietoutta. Parannusta ei näy tuovan valtioneuvoston tuore periaatepäätöskään varhaiskasvatuksen valtakunnallisista linjauksista. Erityispäivähoidossa on kyse siitä, miten tarjonta kohtaa kysynnän ja päinvastoin; onko kysyjällä mahdollisuuksia tavoittaa tarjontaa. Keskeistä on myös tarjonnan laatu, mutta tämän hetken polttavin ongelma vaikuttaa olevan erityispäivähoitoa koskevan tiedon ja siten myös tarjonnan puuttuminen. Informaatio – ohjauksen tuottamisessa ja hyödyntämisessä kuntakohtaiset erot palvelujen laadussa tulevatkin entisestään kasvamaan. Yliopistojenkin rooli erityispäivähoidon informaatio – ohjauksen tuottajina vaikuttaa varsin minimaaliselta, ja se on keskittynyt lähes yhteen ainoaan yliopistoon.

Kasvatus tapahtuu aina kontekstisidonnaisesti, ja nykyisen ohjausjärjestelmän siirtämä vastuu päivähoiton ja erityispäivähoidon toteutuksesta läänin ja kunnan tasolle tuntuu sitä vasten perustellulta. Mutta läänit ja paikalliset kunnat eivät nykyisten normien ja taloudellisten resurssien turvin kykene tuottamaan oman alueensa tarpeita ja ominaislaatua vastaavia päivähoitopalveluja. Toimiviksi ja pitkäikäisiksi osoittautuneet sosiaalihuollon yleiskirjesuosituskäytännöt olisi otettava uudelleen informaatio – ohjauksen välineeksi. Niiden rinnalle tarvitaan myös resurssiohjausta. Tarvitaan siis erillisiä rahoituspäätöksiä, suosituksia ja kuntakohtaista palkitsemista lasten päivähoiton ja erityispäivähoidon kehittämisestä. Laatu on ajankohtainen mittari, mutta sen mittaamista vaikeuttaa erityispäivähoidon peruskäsitteiden ja siten myös laatuksiteerien epäselvyys.

Rajallisissakin toimintapuitteissa kunnat kuitenkin ovat päävastuussa tarjoamistaan päivähoitopalveluista ja niiden laadusta sekä lainsäädännöllisten normien noudattamisesta. Suurimassa osassa kuntia ei ole erityispäivähoidon asiantuntemusta. Erityislastentarhanopettajan virkoja on vain noin kolmasosassa kuntia. Yksittäiset kuntien virkamiehet ja päiväkotien johtajat ovat vaikutusvaltaisia erityispäivähoidon sisällöllisiä ja resurssien ohjailijoita. Luottamushenkilöillä on harvoin aktiivisuutta päivähoidon kehittämisessä. Erityispäivähoidon kehittämistyötä ohjaamaan tarvitaankin yhteiskunnan kaikkia päättäviä elimiä ja ennen kaikkea taloudellisia resursseja. Erityispäivähoidon kehittämisen edellytyksenä on nykyisten käytäntöjen kriittinen ja tieteellinen arviointi aivan perusteista lähtien. Sen pohjalle rakennetaan uudet määrittelyt ja uudet käytännöt. Erityispäivähoidon tavoitteet ja rooli kuntoutusjärjestelmässä ja päivähoidon osana on tarkkaan selvitettävä. Tähän arviointiin tarvitaan koko ohjausjärjestelmää, monia eri näkökulmia, monipuolista ja moniammatillista asiantuntemusta, lapsia ja lasten vanhempia. Myös erityisyyden filosofiset perusteet olisi selvitettävä. Inklusion aikakaudella erityisestä olisi siirryttävä tavanomaiseen – tuettuun varhaiskasvatukseen.

Lastensuojelu ⁸²

Tarja Pösö ja Irmeli Salomaa

Lastensuojelun toimintaympäristö (1) on dynaaminen ja epävarma. Koskaan ei ole täysin enustettavissa lasten ja perheiden elämään vaikuttavan yhteiskuntapolitiikan tilanteet ja muutokset eikä myöskään lastensuojeluasiakkaaksi valikoitumisen prosessi. Lastensuojelua ohjaa yhtäältä selkeänä pidettävä tavoite (2), lapsen edun mukainen, lapsen hyvinvointia tukeva yhteiskuntapolitiikka, toisaalta monitulkintainen käytäntö, jossa joudutaan yksittäistapauksissa soveltamaan sitä, mitä lapsen hyvä elämä on ja millaisilla menetelmillä sitä tuetaan. Lastensuojeluun liittyvä teoreettinen keskustelu on eklektistä ja eri tasoisten asioiden väliset yhteisvaikutukset korostuvat yksiselitteisen selittämisen sijasta (3). Kunta on lastensuojelun ensisijainen toimeenpano-organisaatio (4) ja sen mahdollisuuksista toimia lastensuojelussa on viime aikoina esitetty paljon kritiikkiä, ennen kaikkea käytettävissä olevien resurssien osalta. Lasten hyvinvoinnin edistämistä pidetään kannatettavana asenteena (5), mutta käytännössä sen toteuttaminen sisältää monia ristiriitoja ja kilpailevia intressejä. Lastensuojelun alueella on kunnan lisäksi erittäin monia toimijoita, jotka vaikuttavat lastensuojelun toteutumiseen palvelujen tuottajina, painostusryhminä, vapaaehtoistyöntekijöinä ym. (6). Kaikki jakavat yleisellä tasolla lapsen edun edistämisen (7), joskin lähestymistavat voivat olla hyvinkin erilaisia. Kohderyhmällä, mikäli se ymmärretään nimenomaan lastensuojelua käyttäviksi aikuis- ja lapsiasiakkaiksi, on sinällään melko heikko asema (8).

Ohjaustilanne

Lastensuojelu käsitteenä, toimintana, toimijakenttänä, taustoiltaan ja vaikutuksiltaan on laaja, moni-ilmeinen ja moninainen. Viimeaikaisia lastensuojelua koskevia seurantaraportteja, tutkimuksia ja arviointeja lukiessa voi todeta, että lastensuojelun tilaan ja toteutumiseen kohdistetaan varsin runsaasti kritiikkiä. Ongelmat nähdään sekä selkeinä yksilöitten/perheitten oikeusturvaongelmina, järjestelmän toimivuuteen liittyvinä (sekä yksittäisten kuntien osalta että kuntien ja alueiden välillä) että riittämättömien raha- ja henkilöresurssien ongelmana. Jopa koko lastensuojelun konseptin uudelleenarviointia pohditaan.

⁸² Kirjoitettu 18.2.2002

Lastensuojelun ohjauskäytännöt ovat moninaisia, mutta paikoin ne ohjaavat lastensuojelun käytäntöjä vain satunnaisesti ja hajanaisesti. Tällä hetkellä on myös monia uusia avauksia lastensuojelun ohjauksen toteuttamiseksi. Niissä korostuu ennen kaikkea kuntien välinen asiantuntemuksen ja palvelujen jakaminen.

Normiohjaus

Lastensuojelulaki on sääntelytekniikaltaan problemaattinen. Samaan lakiin on pyritty sijoittamaan hyvinvointivaltiollinen, puitesääntelyä käyttävä yksilöille oikeuksia tarjoava palvelulaki ja toisaalta oikeusvaltiollinen - yksilön oikeusturvaa korostava - ja täsmällistä yksityiskohtaista sääntelyä edellyttävä interventiolaki.

Juridisesti merkittävä ongelma on avohuollon tukitoimina tarjottavien palvelujen sääntely puitemaisesti niin, että tarjottavien avopalvelujen määrä ja palvelumuoto voi kunnittain vaihdella huomattavastikin. Yhdeksi edellytykseksi huostaanotolle säädetään avohuollon tukitointen riittämättömyys. Avohuollon tukitointen palveluvalikoiman vaihtelevuus merkitsee erityisesti tahdosta riippumattomassa huostaanotossa oikeusturvan kannalta riittämättömästi kontrolloitua edellytystä.

Resurssiohjaus

Lukuiset raportit ja selvitykset osoittavat, että lastensuojelun resurssointi ei ole riittävää. Puutteita on sekä rahallisista resursseista että henkilöstöresursseista määrällisesti ja myös ammattitaidollisesti. Resurssiohjauksen lisääminen näyttää välttämättömältä. "Korvamerkityn" lastensuojelun rahoituksen - suurten kustannusten tasausjärjestelmän - toteutukseen ja ohjausvaikutukseen näyttää kuitenkin tämänhetkisten selvitysten perusteella liittyvän vakavia ongelmia. Ponnisteluja ohjausvaikutuksiltaan tasapainoisempien erillisrahoitustapojen rakentamiseksi tulee jatkaa.

Informaatio-ohjaus

Näyttää siltä, että lastensuojelun säädöskokonaisuuden soveltamiseen kaivataan ohjeita ja erilaisia oppaita. Erityisesti 1990-luvun ihmisoikeussopimusten ja perusoikeuksien voimaantulon jälkeinen tilanne korostettuine oikeusturvavaatimuksineen ei vaikuta tyydyttävältä.

Oikeuslaitoksen kautta tulevan jälkiohjauksen runsaus on merkki ensisijaisemman, ennalta vaikuttavan ohjauksen puutteista.

Väljään informaatio-ohjaukseen tulee liittää myös jatkuvia seuranta - ja arviointijärjestelmiä.

Ohjauksen yhtenä keskeisenä tehtävänä tulee olla asenteisiin vaikuttaminen. Tärkeä kohde on kunnallinen päätöksenteko, jotta lastensuojelu sekä suppeassa että laajassa (mukaan lukien ennaltaehkäisevä lastensuojelu) merkityksessä tulee riittävästi priorisoitua resursseja jaettaessa. Jo ongelmissa kamppailevien lapsiperheiden asenteisiin tulisi voida vaikuttaa niin, että omaehtoinen tuen ja avun hakeminen lisääntyy. Tähän voitaneen vaikuttaa muun muassa luomalla lastensuojelusta mielikuvaa tukea ja palveluja tarjoavana, ei ensisijaisesti yksilöitten ja perheitten asemaan puuttavana ja sitä kontrolloivana järjestelmänä. Lisäksi voidaan kehittää intervoivalle lastensuojelulle rinnakkaisia tukijärjestelmiä.

Kehittämistarve

Lastensuojeluun viime aikoina kohdistuneen varsin runsaan kritiikin voidaan katsoa osoittavan, että myös toimijakentän vastuusuhteissa ja niiden koordinoinnissa on ongelmakohtia edellä todetun lisäksi. Lastensuojelu on selvästi meriittihyödyke, jossa palvelujen yhdenvertaisella saatavuudella ja laadulla sekä valtion takaamalla oikeusturvalla on poikkeuksellisen

suuri merkitys. Voi kysyä, tulisiko valtion ottaa lisää vastuuta rahoittamisesta ja sitovasta ohjauksesta. Vastuusuhteet näyttävät myös olevan jossain määrin problemaattisia yksityisten palveluntuottajien valvonnan osalta. Lastensuojelun yksityisten palvelujen valvontatyöryhmä (STM 2001:29) esittää muistiossaan tältä osin perusteltuja ehdotuksia.

Yksilökohtaista lastensuojelutyötä tehtäessä lastensuojelun kohderyhmän asemaa voidaan parhaiten parantaa parantamalla asiakkaiden kanssa työskentelevien ammattilaisten erityisasiantuntemusta ja henkilöstön määrällistä resurssointia. Kunnan toimintapolitiikan tasolla lienee vaikeaa, ellei mahdotonta, saada vahvistettua heikoimmassa asemassa olevien perheitten osallistumista päätöksentekoon. Lastensuojelulapsilla ja heidän perheillään tulee olla tässä prosessissa aina erilliset tukijansa. Tavanomaiseksi ajatellussa demokraattisessa järjestelmässä lastensuojeluperheet - puhumattakaan lastensuojelun asiakkaana olevista lapsista - eivät itse ole vallankäyttäjinä.

Kouluterveydenhuolto⁸³

Matti Rimpelä

Kansanterveyslain mukaan kuntien tulee järjestää kouluterveydenhuoltoa, johon luetaan muun muassa kunnassa sijaitsevien perusopetusta ja lukiokoulutusta antavien koulujen ja oppilaitosten terveydellisten olojen valvonta sekä oppilaiden ja opiskelijoiden terveydenhoito sekä tarpeellinen erikoistutkimus.

Toimintaympäristö

Oppivelvollisuusikäisten hyvinvointi lisääntyi nopeasti 1900-luvulla. Kuolleisuus väheni ja 1980-luvun puolivälistä alkaen suomalaiset lapset ovat syntyessään olleet maailman terveimpien joukossa. Tartuntataudit on saatu hallintaan, rokotuskattavuus on hyvä ja oppilaiden vakavien tautien hoito korkealaatuista. 1990-luvulla lasten ongelmat alkoivat kuitenkin uudelleen lisääntyä. Ylipainoisuus, astmat, allergiat ja niska- ja selkäsäryt ovat yleistyneet. Suurimmiksi haasteiksi nousivat mielen ja vuorovaikutuksen ongelmat, jotka näkyvät murrosiässä masentuneisuutena, syömishäiriöinä, teiniraskauksina, väkivaltaisuutena ja päihteiden käyttönä. Oppilaiden kasvun ja kehityksen seurannassa painopiste on siirtynyt vanhemmuuteen ja perheen hyvinvointiin, oppilaan mielenterveyteen ja oppimisvaikeuksiin sekä kouluyhteisön toimivuuteen ja koulun työolojen turvallisuuteen.

Perusopetuksessa kouluterveydenhuollon rinnalle tulivat 1970-luvulla koulupsykologit ja koulukuraattorit, joiden työn perustaa selvennettiin vasta 1990-luvun alun lastensuojelulaissa. Laman alkaessa psykososiaalisen oppilashuollon palveluja oli asianmukaisesti järjestetty kuitenkin vain Etelä-Suomen suurimmissa kunnissa. Laman jälkeen kouluterveydenhuollon ja psykososiaalisen oppilashuollon voimavarat ja kouluavustajien määrän nopea lisääntyminen muuttivat toimintaympäristöä.

Kansanterveystyössä kouluterveydenhuollon hallinto muuttui nopeasti kun väestövastuuperiaatteen soveltaminen yhdistyi byrokratian purkamiseen, sekä hallinnon hajautuksen ja keskushallinnon uudelleenjärjestelyihin. Valtakunnalliset kehittämis- ja ohjausvastuut hajosivat. Tavoitteet, sisällöt ja järjestelyt ratkaistiin kunnissa. Kunnissa kouluterveydenhuollon johtaminen heikkeni ja käytännössä toiminnasta vastasivat yksittäiset terveydenhoitajat. Kuntien väliset erot ja myös kuntien sisäiset erot voimavaroissa ja järjestelyissä lisääntyivät nopeasti.

⁸³ Kirjoitettu 22.4.2002

Perusopetuksen opetussuunnitelmien valtakunnalliset perusteet keventyivät vuonna 1994. Kunta- ja koulukohtainen opetussuunnittelu korostui eikä kouluterveydenhuoltoa mainittu opetussuunnitelmien perusteissa. Koululakien uudistuksessa 1990-luvun lopussa ei selvennetty kouluterveydenhuollon eikä psykososiaalisen oppilashuollon asemaa.

Yhteistyötä vaikeuttavat oppilaiden hyvinvoinnin edistämiseksi toimivien ammattiryhmien lisääntyminen ja toimiminen eri sektoreilla, joiden asiakirjakäytännöt ja tietosuojasäädökset ovat erilaisia. Samoista oppilaista voi olla lukuisia erilaisia asiakirjoja ja kertomuksia.

Aikaisemmin kouluterveydenhuollossa keskeisen terveystiedon perusteet muuttuivat olennaisesti, kun terveystiedosta tuli 2002 oppiaine, jonka opettajien kelpoisuusehdot rajattiin mahdollisiksi vain opetushenkilöstölle.

Koulun aikuishenkilöstön hyvinvoinnin turvaamiseksi on vahvistettu työturvallisuus- ja työterveydenhuoltolainsäädäntöä. Työolojen turvallisuudessa aikaisemmin keskeiset hygienian haasteet ovat jääneet toissijaisiksi ja oppilaiden kannalta keskeisiksi ovat nousseet samat työturvallisuuskysymykset kuin aikuishenkilöstöllä (esim. tilojen, ilmanvaihto, ergonomia, siivous, johtaminen, yms.). Vastuu koulutilojen rakentamisesta ja kunnossapidosta on siirtynyt kunnille.

Lastentautien tutkimus on etääntynyt perusterveydenhuollosta eikä kouluterveydenhuollon haasteet ole kiinnostaneet myös uuden hoitotieteen eikä yleislääketieteen tutkimus- ja opetusyksiköissä. Tutkimus- ja kehittämistyö on rajoittunut yksittäisiin projekteihin, joita on toteutettu satunnaisesti eri tahoilla.

Lasten ja heidän perheidensä ongelmat havaitaan aikaisempaa paremmin jo varhaislapsuudessa ja useimmiten ennen viiden vuoden ikää. Kun voimavaroja ei ole lasten ja heidän perheidensä auttamiseen varhaislapsuudessa, tai toiminta on tehotonta, ongelmat kasvavat ja kasaantuvat ja tulevat väistämättä esiin oppivelvollisuuden alkaessa. Näin koulussa joudutaan usein kohtaamaan lasten ongelmia, joita varhainen auttaminen olisi voinut huomattavasti helpottaa.

Kansanterveysjärjestöjen osallistuminen koulun terveyden edistämiseen lisääntyi nopeasti 1980- ja 1990-luvuilla, kun Raha-automaatti-yhdistyksen ja sosiaali- ja terveysministeriön terveyden edistämisen projektirahoitus kasvoi nopeasti. Sosiaali- ja terveysministeriö siirsi koulujen päihdetyön ja terveyden edistämisen koordinoinnin Terveyden Edistämisen Keskusry:lle.

Oppilaiden omat resurssit ja vaikutusmahdollisuudet

Oppivelvollisuusikäisillä ei ole edellytyksiä vaikuttaa kouluterveydenhuollon kehittämiseen. Kouluterveydenhuollon asiakaspalautetta ei ole kunnissa suunnitelmallisesti kerätty.

Politiikkatavoitteet

Kouluterveydenhuollon valtakunnalliset politiikkatavoitteet on viimeksi kiteytetty 1980-luvulla kansanterveystyön valtakunnallisissa suunnitelmissa ja lääkintöhallituksen yleis- ja ohjekirjeissä. 1990-luvulla ei ole suunnitelmallisesti arvioitu kouluterveydenhuollon nykytilaa eikä selvennetty sen kehittämistavoitteita. Tavoitteita on tarkasteltu yleisesti Stakesin julkaisemassa oppaassa vuonna 1993 ja samana vuonna valmistuneessa lasten ja nuorten perusterveydenhuollon asiantuntijaryhmän kannanotossa ja myös vuonna 2000 julkaistussa oppikirjassa ja vuotta myöhemmin Duodecim-seuran ja Suomen Akatemian järjestämän Kouluikäi-

sen terveys -asiantuntijakokouksen lausumassa. Kouluterveydenhuollon asiakirjoja on uudistettu kuntaliiton kehittämishankkeessa.

Hallitusohjelmaa täsmentävässä sosiaali- ja terveydenhuollon TATOssa on korostettu kouluterveydenhuollon kehittämistä. Vuoden 2002 valtion talousarvion eduskuntakäsittelyssä lisättiin kunnille sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuutta ja perusteluissa ohjattiin lisäys lasten hyvinvoinnin edistämiseen erityisesti kouluterveydenhuoltoon. Vain vajaa puolet kunnista ilmoitti ottaneensa tämän ohjauksen huomioon omassa talousarviossaan.

Toimeenpanon voimavarat kunnissa

Kouluterveydenhuollon perusvoimavaroja, koululääkärin ja kouluterveydenhoitajan työpanosta, ohjattiin ja seurattiin kansanterveystyön suunnittelujärjestelmän avulla. Kun koulu- ja kuntakohtainen seurantajärjestelmä purettiin 1980-luvulla ja suunnittelujärjestelmä lakkautettiin 1990-luvun alussa, kouluterveydenhuollon voimavarojen muutoksia kunnissa ei enää ole seurattu. Vuonna 1993 tehdyn kyselyn mukaan laman aikana nämä voimavarat säilyivät joissakin kunnissa ennallaan, mutta vähenivät toisissa merkittävästi; keskimäärin koko maassa kouluterveydenhuollon voimavarojen arvioitiin vähentyneen noin 15 prosenttia. Viime vuosina monet kunnat ovat lisänneet kouluterveydenhoitajien resursseja, mutta koululääkäreiden työpanos on edelleen vähentynyt. Kuntien väliset erot kouluterveydenhuollon voimavaroissa ovat suuria.

Kuntien kiinnostus

Kuntien kiinnostus kouluterveydenhuollon kehittämiseen on 2000-luvun alkuun saakka ollut erittäin vähäistä. Parin viime vuoden aikana useissa kunnissa on alettu keskustella kouluterveydenhuollon toimivuudesta ja päivittää sen vanhentuneita kehittämissuunnitelmia.

Muu toimijakenttä

Kouluterveydenhuolto toteutuu useiden toimijoiden alueilla: Perhe, neuvolatyö, päivähoito, koulutyö, oppilashuolto, sosiaalityö ja lastensuojelu, mielenterveystyö, suun ja hampaiden terveydenhoito, perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido, terveydensuojelu, kansalaistoi-
minta, yritykset, jne. Aikaisemmin selkeä ohjaus ja kahden keskeisen ammattiryhmän samanlainen koulutus pitivät toiminnan melko selkeänä. 1990-luvulla kouluterveydenhuollon yhteistyö ja työnjako lukuisten eri tahojen kanssa on muotoutunut paikallisesti hyvinkin erilaiseksi.

Myötävaikutushalu ja ristiriidat muussa toimijakentässä

Haasteiden ja toimijakentän muutoksessa ristiriidat kouluterveydenhuollon kehittämisessä ovat nopeasti lisääntyneet. Valtionhallinnossa tehtävät jakautuvat sosiaali- ja terveysministeriölle ja opetusministeriölle sekä niiden alaisille yksiköille. Sosiaali- ja terveysministeriö on siirtänyt kouluterveydenhuoltoon liittyviä tutkimus- ja kehittämissvastuita kansanterveyslaitokselle, Stakesille ja Terveiden Edistämisen Keskus ry:lle. Sosiaali- ja terveysministeriön sisäisessä hallinnossa tehtävät jakautuvat kahden eri osaston kesken. Kuntaliitto on vastannut kouluterveydenhuollon asiakirjojen valtakunnallisesta kehittämisestä.

Kunnissa samojen haasteiden parissa toimii kouluterveydenhuollon rinnalla lastensuojelulainsäädännön mukaista erityishenkilöstöä kolmessa eri organisaatiossa (kansanterveystyö, sosiaalitoimi, opetustoimi) ja lisäksi uuden koululainsäädännön mukaista erityishenkilöstöä koulussa (erityisopetus, oppilaan ohjaus, kouluavustajat). Kun aikaisemmin koulurakentamista ohjasi valtakunnallisesti kouluhallitus, nyt keskeinen toimija on kunnan tekninen hallinto. Kouluterveydenhuolto kuuluu kansanterveystyön kuntayhtymään, kun muut toimijat ovat kunnan omassa hallinnossa. Kansalaisjärjestöjen kiinnostus kouluterveydenhuollon kehittämi-

seen on vähentynyt ja muuttunut usein korvaavien tai täydentävien projektien markkinoinniksi.

Uuden ristiriidan kouluterveydenhuoltoon toi väestövastuuperiaate. Aikaisemmin alan keskeisiä kehittäjiä olivat lastenlääkärit ja päätoimiset koululääkärit. Väestövastuussa kouluterveydenhuolto siirrettiin yleislääkäreiden tehtävänä osaksi väestövastuutyötä. Lääkäreiden väestövastuuvirkaehtosopimus ei tukenut kouluterveydenhuoltoon osallistumista. Käytännössä tämä uudistus hajotti kouluterveydenhuollon johtamisen terveyskeskuksissa, jakoi tehtävät pieneksi osaksi suuren lääkärijoukon työtä ja vähensi nopeasti lääkäreiden kiinnostusta kouluterveydenhuoltoon.

Toiminnan teoria- ja tietoperustan selkeys

1970-luvulla kouluterveydenhuollon toimeksianto tuli lääketieteeltä ja terveydenhoidolta. Sen keskeisiä kehittäjiä olivat lastenlääkärit ja terveydenhoitajat ja toteuttajia kunnissa koululääkärit ja kouluterveydenhoitajat. Kehittämistä ohjasivat lääkintöhallitus yhteistyössä lääninhallitusten terveyshenkilöstön kanssa ja ammattiryhmät koulutettiin terveysalan koulutusyksiköissä. Kansanterveysjärjestöt tukivat kouluterveydenhuoltoa kehittämishankkeilla ja tuottamalla aineistoja.

Kun haasteissa korostuivat perheen ja kouluyhteisön hyvinvointi, oppilaiden mielenterveys ja oppimisvaikeudet, väkivalta ja päihteet sekä yhteistyö moniammatillisemman henkilöstön kanssa, kouluterveydenhuollon tehtävä ja toimeksianto hajosivat. Kansanterveystyön lääkäreiden uudeksi tieteelliseksi taustaksi kehittyi yleislääketiede ja terveydenhoitajille hoitotiede, joista kummankaan yliopistoyksiköissä ei tunnettu kiinnostusta kouluterveydenhuollon ongelmiin. Ehkäisevän terveydenhuollon koulutus muuttui terveyden edistämisen koulutukseksi, joka oli teoreettisesti kiinnostavaa, mutta jäsenyi huonosti kouluterveydenhuollon arjessa. Aikaisemmin keskeiset tehtävät, kasvun ja kehityksen seuranta, tautien seulonta ja ohjaaminen hoitoon, ensiapu ja matalan kynnyksen sairaanhoito sekä kouluympäristön terveellisyyden valvonnan käytäntöjen kehittäminen jäi toissijaiseksi uusien projektien ja koulutusideoiden keskellä.

Kun oppilaiden ja koulun hyvinvointihaasteet muuttuivat ja laajenivat samalla kun lääkäreiden työpanos väheni, kehittämiskeskustelussa kouluterveydenhoitajan tehtävät ja vastuut laajenivat. Samalla henkilöstö ikääntyi ja uusiutui hitaasti. Jatko- ja erikoistumiskoulutus kouluterveydenhuoltoon puuttui kokonaan ja täydennyskoulutusta ja työnohjausta oli niukasti.

Yhteenveto ja suositukset

1990-luvulle tultaessa kouluterveydenhuollon toimintaympäristö ja haasteet olivat toisenlaisia kuin 1960-70 -luvuilla, mutta lainsäädäntö oli ennallaan lyhyenä yleissäädöksenä. Valtakunnallista ohjausta, kehittämistä ja seurantaa ei enää ollut, ei myöskään kansallisesti hyväksytyjä politiikkatavoitteita. 1990-luvulla normiohjausta eikä resurssiohjausta ollut ja myös informaatio-ohjaus puuttui lähes kokonaan .

Johdon ja seurannan hajoaminen oli ominaista myös kunnille. Lääkäreiden panos kouluterveydenhuollossa vähentyi ja vastuu laajentuneesta tehtäväkokonaisuudesta oli yksittäisillä kouluterveydenhoitajille. Lääninhallitusten toteuttamassa peruspalvelujen arvioinnissa vuonna 2000 ja Stakesin kouluterveyskyselyssä todettiin suuria eroja kuntien kesken.

Vuosituhanen vaihteessa valtakunnallinen poliittinen kiinnostus kouluterveydenhuoltoon lisääntyi. Sosiaali- ja terveysministeriön TATOssa ja vuoden 2002 valtion TMA:n toimeksiannot ovat nostaneet esiin hallinnon ja ohjauksen epäselvyydet. Toiminnan teoriaperustan

hajoaminen, valtakunnallisten tutkimus- ja kehittämistyön ja ohjauksen vastuiden epäselvyys, kouluterveydenhuollon johdon puuttuminen kunnissa ja kuntien vaihteleva kiinnostus tähän toimintaan hidastavat vakavasti kehittämistavoitteiden selkiyttämistä ja toteutumista.

Kun kouluterveydenhuolto ja oppilashuollon psykologi- ja kuraattoritoiminta vastaavat huonosti uusiin haasteisiin, oppilaiden pulmat tulkitaan helposti erityisopetuksen ja kouluavustajan tarpeeksi tai heidät lähetetään asiakkaiksi erityispalveluihin. Hyvinvointiasiantuntemus ei tule hyödynnettyä koulu yhteisöjen kehittämisessä.

Kouluterveydenhuollon kehittämiseksi ja ohjauksen tehostamiseksi tulisi ryhtyä seuraaviin toimiin:

Kouluterveydenhuollon ja oppilashuollon psykologi- ja kuraattoritoiminnan valtakunnallisten ohjaamisvastuiden ja tutkimus- ja kehittämistä vastuiden selventäminen sekä resurssoinnin kokonaisuutena.

Kouluterveydenhuollon ja oppilashuollon psykologi- ja kuraattoritoiminnan ja laajemminkin oppilaiden ja koulu yhteisön hyvinvoinnin paikallisen seurantajärjestelmän kehittäminen ja resurssointi niin, että se samalla tuottaa valtakunnallista seurantatietoa

Kouluterveydenhuollon ja oppilashuollon psykologi- ja kuraattoritoiminnan järjestäminen koulujen sisällä toimivana yhtenä kokonaisuutena, jolla on yhteiset laatusuosituksot, yhteinen jatko- ja täydennyskoulutus ja yhtenäinen työnohjaus. Kouluterveydenhuollon lääkäritehtävien eriyttäminen väestövastuusta samalla tavalla päätoimisiksi kuin työterveydenhuollon tehtävät on järjestetty.

Lainsäädännön arvioiminen ja uudistaminen 2000-luvun haasteisiin vastaavaksi kokonaisuudeksi: kansanterveyslaki, lastensuojelulaki, koululait, työturvallisuuslaki, työterveydenhuoltolaki. Keskeisten säädösten sijoittaminen ja selkiyttäminen kansanterveyslaissa ja koululaeissa.

Kouluterveydenhuollon ja oppilashuollon voimavarojen lisääminen kunnissa niin, että oppilaiden ja heidän perheidensä tavalliset ongelmat voidaan useimmiten selvittää koulu yhteisön ja perheiden yhteistyönä ilman oppilaiden lähettämistä erityis palveluihin.

Varhaislapsuuden peruspalvelujen vahvistaminen niin, että lapsia ja heidän vanhempiaan autetaan ajoissa ja näin vähennetään oppilaiden ongelmia ja kevennetään niiden koulussa vaatimaa tukea jo ennen oppivelvollisuuden alkamista.

6.4. Lääninhallitusten haastattelujen yhteenveto

Haastattelut tehtiin maaliskuussa 2002 lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastojen päälliköille. Vastaukset saatiin kaikilta viideltä päälliköltä. Kysymykset koskivat seuraavia aiheita: kantelujen määrä ja jakautuminen, kanteluihin annettujen päätösten sisältö, kuntien reagoiminen kanteluista annettuihin päätöksiin, lääninhallitusten oma kanteluiden jälkiseuranta, lääninhallitusten oma-aloitteinen valvonta, valvontakohteet, valvonnan perustella annetut päätökset, uhkasakon käyttö, lääninhallitusten käsitys resurssiensa riittävydestä, valvontatoiminnan kehittämisestä, peruspalvelujen arvioinnista ja muusta ohjauksesta. Ohessa on kohdittain vedetty lyhyesti yhteen haastattelujen tulokset.

1.9.1997 voimaan tullut lääninuudistus vaikeuttaa kantelutilastojen tarkastelua, joten kantelutilastoja voidaan tässä tarkastella vain lyhyellä aikavälillä. Myöskin lääninhallitusten tilastojen siirtyminen KASTE-järjestelmästä ASSI-järjestelmään on vaikeuttanut tilastointia.

1. Miten kantelujen määrä on kehittynyt

Yhteenvedona voidaan arvioida, että ratkaistujen kantelujen määrä on viime vuosina pysynyt suhteellisen vakiona. Tosin resurssipulasta johtuen kaikkia saapuneita kanteluja ei ole pystytty vuosittain ratkaisemaan. Kyselystä nousi esille kanteluiden vaikeusasteen kasvu. Tarkastelujaksolla 1999-2001 vireille tulleet kantelut lisääntyivät 1100 kantelusta yli 1500 kanteluun niissä neljässä läänissä, joista saatiin kerättyä myös vireille tulleet kantelut ratkaistujen kanteluiden lisäksi (Oulun, Lapin, Etelä-Suomen ja Länsi-Suomen läänit).

Kunnissa tapahtuneet säästötoimet ja leikkaukset ovat heijastuneet sosiaali- ja terveysosaston toiminnassa ennen muuta suullisten kanteluiden ja tiedustelujen lisääntymisenä. Toisaalta sosiaaliamiesjärjestelmän luominen on jonkin verran vähentänyt lääninhallitukselle saapuneiden sosiaalihuollon kantelujen määrää.

Tilastoon on koottu kaikista Suomen lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastojen ratkaistut kantelut vuosilta 1999-2001.

Taulukko 10. Ratkaistut kantelut kaikissa lääneissä 1999-2001

	Sos.	Terv.	Yhteensä
1999	425	762	1187
2000	351	720	1071
2001	422	764	1186

Sosiaalihuollon kantelut ovat koskeneet kaikissa lääneissä lähes yksinomaan kunnallista toimintaa. Terveystieteiden osalta on hieman enemmän yksityissektoria koskevia kanteluja, mutta selvästi suurin osa kanteluista koskee myös terveydenhuollossa kunnallista toimintaa. Huomattavissa kuitenkin on yksityisiä palvelutuottajia koskevien kantelujen määrän kasvusuunta.

Taulukko 11. Vireille tulleet kantelut Oulun, Lapin, Etelä-Suomen ja Länsi-Suomen lääneissä vuosilta 1999-2001

	Sos.	Terv.	Yhteensä
1999	493	612	1105
2000	692	851	1543
2001	572	969	1541

2. Mitä päätökset sisältävät

Kanteluista annettujen päätösten perusteluissa on usein asiaan liittyvää ohjausta. Perusteluihin kuuluu myös neuvontaa eli annetaan oikeaa tietoa esimerkiksi asiaan liittyvistä normeista ja ohjeista. Huomautus on jo sanktioluonteinen asia, se edellyttää selvästi väärää ja/tai lainvastaista menettelyä kantelun kohteena olevassa asiassa.

3. Miten kunnat reagoivat päätöksiin

Kuntien suhtautuminen lääninhallituksen antamiin kantelupäätöksiin vaihtelee. Selvästi todettavat epäkohdat tai virheelliset menettelytavat saatetaan korjata jo lääninhallituksen selvityspyynnön perusteella. Toisaalta on myös esiintynyt tilanteita, joissa kunta ei ole ollut halukas toimimaan kantelupäätöksen edellyttämällä tavalla. Tällöin asia on pyritty ratkaisemaan neuvotteluteitse.

4. Jälkiseuranta

Jos päätöksessä edellytetään puutteiden korjaamista, jatkoselvityksen antamista tms., annetaan päätöksessä määräaika, ja edellytetyjen toimenpiteiden toteuttamista seurataan. Jälkiseurantaa on tapauksissa, joissa on edellytetty väärän tai lainvastaisen menettelyn taikka asiakkaan palveluja ja etuuksia koskevan ratkaisun korjaamista.

5. Oma-aloitteinen erityislakeihin perustuva ohjaus

Yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon lupa- ja valvonta-asioissa etukäteisinformaatiolla ja –ohjauksella on merkittävä rooli. Ohjausta annetaan myös järjestämällä koulutustilaisuuksia ja työkokouksia sekä osallistumalla muiden järjestämiin tilaisuuksiin luennoitsijoina.

Lain edellyttämien tarkastuskäyntien lisäksi tehdään kantelujen, ilmiantojen jne. johdosta tarkastus- ja valvontakäyntejä. Näihin käynteihin olisi tarvetta enemmänkin, mutta tällä hetkellä henkilöstöresurssit eivät siihen riitä.

6. Valvontakohteet

Valvonta kohdistuu ensisijaisesti lakisääteisesti lääninhallituksen valvottaviin asioihin, esimerkiksi lupahallinto, tahdonvastaiset toimet, subjektiiviset oikeudet ja lakisääteiset palvelut kunnissa. Lääninhallituksen sosiaali- ja terveystieteiden henkilöstöstä merkittävällä osalla on toimenkuvassaan valvontatehtäviä.

7. Valvonnan perusteella annettavat päätökset

Yleensä ovat riittäneet suulliset huomautukset ja asioiden hoitaminen neuvotteluteitse. Yksityisten sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen osalta tarkastuskertomuksiin on sisällytetty tarvittaessa kehoitus ilmitulleiden puutteiden korjaamiseen. Laissa säädettyihin pakotteisiin ja sanktioihin turvautumisen tarve on ollut vähäinen.

8. Uhkasakko

Uhkasakkoa ei ole juurikaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen korjaamiseksi käytetty. Ympäristöterveydenhuollon ja eläinlääkintähuollon asioissa on joitakin uhkasakkoja asetettu. Kuntien palvelutoiminnan osalta pyritään aina ensisijaisesti neuvottelemalla korjaaviin ratkaisuihin.

9. Lääninhallituksen resurssit kanteluasioissa ja valvonnassa

Lääninhallituksen resurssit ovat erityisesti kanteluasioissa aivan liian pienet. Vireille tulleiden kantelujen määrä ja vaikeusaste on kasvanut. Ohjaus- ja valvontatehtävät toimivat kokonaisuutena myös liian pienillä resursseilla.

10. Valvontatoiminnan kehittäminen

Tarvitaan selkeästi lisää resursseja ja myös mahdollisuutta käyttää kanteluasioissa ulkopuolisia asiantuntijoita nykyistä enemmän. Valvontatoimintaa voidaan jossakin määrin kehittää parantamalla yhteistyötä muiden valvontaviranomaisten kanssa ja lisäämällä valvonnan suunnitelmallisuutta.

11. Peruspalvelujen arviointi

Nykyään vuosittain sovittavat arviointikohteet rajaavat arvioinnin suppeaan osaan peruspalveluja. Sikäli kuin halutaan vuosittain arvioida peruspalvelujen tilasta, ei nykymuotoinen arviointi sitä kuvaa anna.

12. Muu ohjaus

Sosiaali- ja terveysosaston toiminnassa on informaatio-ohjauksella tärkeä merkitys. Informaatio-ohjaus, jota suoritetaan koulutustilaisuuksissa, työkokouksissa ja kuntakäynneillä sekä puhelimitse että sähköpostitse annettavana ohjauksena ja neuvontana täydentää osaston suorittamaa valvontatoimintaa. Informaatio-ohjauksen osalta on kuitenkin todettava, että sen tuottajina toimivat lääninhallituksen ohella monet muut tahot.

7 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Tässä loppuluvussa esitellään vielä keskeisiä tuloksia ja johtopäätöksiä ohjauksesta sekä pohditaan ohjauksen kehittämistä tasapainoisen ohjausmallin mukaisesti.

7.1 Nykyisen ohjauksen arviointi

Tämän tutkimuksen perusteella on päädytty seuraavaan taulukkomuotoiseen arvioon nykyisen ohjauksen toimivuudesta.

Taulukko 12. Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan ohjauksen arviointiyhteenveto

Järjestelmän hyvät puolet	Järjestelmän ongelmat ja kehittämishaasteet
Johdonmukainen suunnittelu- ja tavoitejärjestelmä (hallitusohjelma, strategia, TATO jne.).	Tavoitteiden ja keinojen suunnittelu- ja analyysivälineiden käytön kehittämistarve.
	Tilastotietojen puutteet, parempi vertailu- ja arviointitiedon tiedotus sidosryhmille ja asiakkaille.
Valtionapujärjestelmän perusrakenne perusteltu.	Valtionaputason ja kuntien velvoitteiden välinen ongelma.
	Valtion keskushallinnolla ei ole nopeita keinoja korjata palvelujärjestelmän puutteita paikallis- ja aluetasolla (palvelujen riittämättömyys, jonot, päällekkäisyydet palvelujen organisoinnissa jne.).
Hajautettu palvelujärjestelmä ja kuntien itsehallintoa tukeva ohjausmalli sallii paikallisen näkemyksen (valtuustot ja sosiaali- ja terveyslautakunnat) ja paikallisen joustavuuden.	Ohjaus tasapainotonta kuntien näkökulmasta. Sisältöohjauksen ja resurssiohjauksen ristiriidat sosiaali- ja terveydenhuollossa.
Lääninhallitusten roolin korostuminen ministeriön ja kuntasektorin välissä - ohjaus, neuvonta ja valvonta voi lähentyä kohdealuetta. Lääninhallitus sektorit kokoavana yleisviranomaisena mahdollistaa ohjaamisen koordinaation alueella.	Lääninhallitusten riittämättömät resurssit toimia uuden roolinsa odotusten mukaisesti. Lääninhallitusten toimiminen suurläänijaotuksella heikentää mahdollisuuksia paneutua yksittäisten kuntien toimintaan.
Tietuille heikoille ihmisryhmille kohdenneet subjektiiviset oikeudet turvaavat perusoikeuksia.	Resurssipulan vallitessa subjektiivisten oikeuksien lisääminen heikentää joidenkin toisten ryhmien asemaa.
Valtiolla on neuvottelujärjestelmä kuntien kanssa.	Liiallinen luottamus informaatio-ohjaukseen. Informaatiojärjestelmässä puutteita arvioinnin ja valvonnan kannalta.
Arviointitoimintaa on kehitetty valtionhallinnossa systemaattisesti.	Neuvottelujärjestelmä kuntien kanssa ei ole saavuttanut riittävää vaikutusvaltaa.
Toisiaan täydentävät julkisen rahoituksen kanavat.	Monikanavaisessa rahoitusjärjestelmässä osatavoitteen saavuttamiseen kannustavia piirteitä.
Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluilla väestön parissa hyvä legitimeetti, hyväksyntä.	Aluetasoa koskevan organisoitiohjauksen puutteet. Erikoissairaanhoidossa ja eräissä muissa tehtävissä rahoitusvastuu liian pienillä kunnilla.
Kunnilla ja kuntayhtymillä joustava ostopalvelumahdollisuus.	Yksityisen sosiaalipalvelujen ohjauksessa ja valvonnassa puutteita - sopimusohjauksen vaikeus ja lääninhallitusten riittämättömät valvontaresurssit.

Hallituksen ja sosiaali- ja terveysministeriön suunnittelu- ja tavoitejärjestelmä on toimiva kokonaisuus. Nykyinen hallitusohjelmaan, strategiaan sekä tavoite- ja toimintaohjelmaan perustuva järjestelmä luo hyvän pohjan. Sitä pitäisi kuitenkin kehittää analyttisemmäksi. Poliitiikan ohjauksen kannalta olisi tärkeätä panostaa suunnitteluvaiheessa ohjauksen lähtökohtien ja ympäristön analyysiin, ohjausvälineiden systematisointiin ja analyysiin. Tasapainoisen ohjauksen mallia on esitelty luvussa 2.6.

Politiikan ja ohjelman tavoitteiden tulee olla selkeät ja johdonmukaiset. Ohjelman taustalla olevan kausaaliteorian (olettamukset siitä, miten valitut keinot johtavat haluttuun lopputulokseen ja politiikan kohteen olevan ongelman ratkaisuun) tulisi olla mahdollisuuksien mukaan pätevä ja koeteltu. Jos ohjelman keinojen ja tavoiteltujen tulosten väliset syy- ja seuraussuhteet ovat epäselvät ja ennustamattomat, toteutuksessa joudutaan helposti yrityksen ja erehdyksen strategiaan ja ennakoimattomiin sivuvaikutuksiin. Ohjelman sisältäessä useita eri kohde-ryhmiä ja tarpeita, on erityisesti panostettava politiikan ja ohjelman suunnitteluun.

Ohjausvälineiden käytössä ja tasapainossa on nykyisin ongelmia. Resurssiohjaus ei vastaa riittävästi normi- ja informaatio-ohjauksen ambitioihin ja sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskeviin tavoitteisiin. Ohjauksen kohteiden ja toimeenpanijoiden resurssien riittämättömyys suhteessa normi-ohjauksen ja informaatio-ohjauksen vaatimukseen on huono lähtökohta. Implementaatiotutkimuksissa on havaittu, että toimeenpanevien organisaatioiden tulkitessa ulkoa tarjotut resurssit epävakaisiksi ja huonosti ennakoitaviksi, ne ovat haluttomia sitomaan omia resurssejaan ohjelmaan. Ohjelmaan liittyvät sidosryhmät ovat nekin taipuvaisia minimoimaan oman osallistumisensa.

Myös ohjauksen vaikuttavuudessa on ongelmia. Voidaan olettaa, että mitä yksipuolisempi on valittu ohjauskeinokombinaatio, sitä suurempi on riski vähäiseen vaikuttavuuteen. Eri ohjausmuodoilla voidaan vaikuttaa toiminnan eri puoliin. Myös ohjauskentän sekavuus lisää ohjauksen epäonnistumisen riskiä. Tapaustutkimukset osoittivat osaltaan ohjaustilanteen ongelmallisuuden valituissa palveluissa ja tehtävissä.⁸⁴

Liitteenä on lyhyt taulukkomuotoinen tiivistelmä tapaustutkimusten johtopäätöksistä. Tapaustutkimusten perusteella voidaan sanoa, että ohjaus ei ole toiminut riittävän hyvin asianomaisissa palveluissa, ja että ohjauksessa on voimakas kehittämistarve.

Ohjauksen ja toimeenpanon suunnittelussa on kiinnitettävä huomio sosiaali- ja terveydenhuollon organisointiin ja organisointiohjaukseen. Jos sosiaali- ja terveydenhuollon organisointiratkaisut ovat heikot, muulla ohjauksella voi olla vaikea paikata tästä aiheutuvia ongelmia ja puutteita.⁸⁵

Valtionapujärjestelmän nykyinen perusrakenne on toimiva. Se on tarkoituksenmukaista säilyttää laskennallisena ja pääosiltaan yleisluonteisena, jos edelleen halutaan kannustaa kuntia taloudellisuuteen ja palvelupolitiikassaan priorisoimaan paikallisesta yhteisöstä käsin. Toisaalta on muistettava että korvamerkittyjä ja kohdennettuja laskennallisia valtionapuja ei pidä julistaa pannaan vaan käyttää niitäkin silloin kun se on tarkoituksenmukaista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden saatavuustavoitteiden kannalta. Valtionapujärjestelmän suurin

⁸⁴ Tapaukset valittiin tarkoituksellisesti palveluista, joilla tiedettiin etukäteen olevan ongelmia.

⁸⁵ OECD:n maa-arviossa kiinnitettiin huomiota Suomen valtion keskushallinnon rajoitettuun kykyyn ohjata terveydenhuollon rakenteita (OECD 1998, 102).

ongelma on valtionaputaso, joka on heilahdellut, ja joka ei ole kuntien näkökulmasta suhteutettu sosiaali- ja terveydenhuollon velvoitteisiin.

Nykyinen joustava normiohjausmalli on muuttuvassa ja monimutkaisessa ympäristössä hyvä perusratkaisu. Ohjauksessa tulisi välttää jäykkää pikkutarkkuutta, joka ei jätä tarkoituksenmukaiselle ja paikallisiin olosuhteisiin sovitetuille ratkaisuille mahdollisuuksia. Ohjaussisältöjä olisi riittävän usein tarkistettava ja saatettava ajan tasalle. Mitä joustavammin ohjauksessa kyetään ottamaan huomioon alueelliset ja kuntien erityisolosuhteet, sitä tehokkaammin ohjauksen voidaan olettaa aikaansaavan halutut vaikutukset.

Pääosin joustavan normiohjauksen soveltamisessa on perusratkaisun toimivuudesta huolimatta ongelmia. Lakisäätely olisi asetettava paremmin ohjauskokonaisuuden toimivuuden vaatimuksiin.

Oikeusministeriö on kirjannut hyvän lakisäätelyn vaatimuksia seuraavasti: säädös on tarpeellinen, säädöksellä saavutetaan asetetut tavoitteet, säädös on paras keino tavoitteiden saavuttamiseksi, säädöksen vaikutukset on asianmukaisesti ja riittävästi selvitetty ja säädös on teknisesti moitteeton. (Oikeusministeriön lainvalmisteluosaston julkaisu 3/1996. Oheinen asetelma on kuitenkin yksipuolinen, koska ohjauskeinoa on tarkasteltava yhdessä muiden ohjauskeinojen kanssa. Säädöstä voidaan tarvita vaikka se ei olisikaan paras keino saavuttaa tavoitetta, koska paras ohjausvaikutus saavutetaan usein sopivalla ohjauskeinokombinaatiolla.

Liiallinen luottamus informaatio-ohjaukseen on muodostumassa ongelmaksi. Informaatio-ohjauksen vaikutus voi olla hyvin vähäinen, kuten eräissä tutkimuksissa on todettu, tai sen vaikutus voi olla joskus jopa tavoitteelleen vastakkainen. Uudelleenohjauksen kannalta seuranta- ja arviointitiedon puute ja heikko laatu on riski. Nykyistä ohjausmallia ajatellen arviointia on kehitetty merkittävästi 1990-luvulta lähtien, mutta sen suhteen on edelleen paljon kehittämistarvetta.⁸⁶

Valtiontilintarkastajat ovat kertomuksissaan vuodelta 1999 ja 2000 arvioineet kriittisesti sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausjärjestelmän toimivuutta. He kiinnittivät huomiota muun muassa valtion informaatio-ohjauksen ja sen edellyttämien tilastotietojen puutteellisuuksiin sekä monikanavaisen rahoitusjärjestelmän ongelmiin. Informaatio-ohjauksen ja tilastotuotannon puutteiden vuoksi palveluja koskevaa tietoa ei ole välittynyt riittävästi valtakunnalliselle tasolle eikä eduskunta ole voinut käytettävissään olevan tiedon perusteella vakuuttua siitä että jokaisella kansalaisella on tarjolla riittävät terveyspalvelut. Ohjauksen kannalta tuotetaan liian vähän laatutietoa ja toisaalta ohjausviranomaiset eivät ole olleet tarpeeksi aktiivisia saamaan aikaan valtakunnallisia vähimmäistasomäärittelyjä eri palvelumuodoille. Tarkastajat totesivat myös että perusturvalautakunnan vaikutus on jäänyt heikoksi. Edelleen tilintarkastajien johtopäätös oli, että informaatio-ohjauksen kehittymättömyys luo paineita normiohjauksen lisäämiseen. Tilintarkastajat näkivät esteeksi yhtenäisen tietopohjan ja laatujärjestelmän synnylle sen, että selkeä vastuunottajataho puuttuu. Vuoden 2000 kertomuksessa tilintarkastajat toteavat, että rekisteröinti- ja tilastointijärjestelmän puutteiden vuoksi koko ohjaus- ja valvontajärjestelmän luotettavuus ja kattavuus ovat kyseenalaisia. (Valtiontilintarkastajain kertomukset vuodelta 1999 ja 2000).

⁸⁶ Valtiontilintarkastajat ovat sekä kertomuksissaan vuodelta 1999 että 2000 kiinnittäneet huomiota ohjauksen kannalta puutteellisen informaatiojärjestelmään.

Sosiaali- ja terveysministeriön nykyinen linja lisätä yhteistyössä kuntien keskusjärjestön ja muiden intressiryhmien kanssa laatusuosituksia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluille sekä kehittää Stakesin avulla tilastotuotantoa on ollut ilmaus halusta kehittää puutteelliseksi todettua informaatio-ohjausta.⁸⁷

Valtionhallinnossa arviointitoimintaa on kehitetty systemaattisesti 1990-luvulla. Kuntaliitolla on ollut omat hankkeensa kuntien arvioinnin kehittämiseksi (mm. ARVI -projekti, jossa Kuntaliitto antoi kunnille valtuustotason arviointi -suosituksen syksyllä 2000).⁸⁸ Vaikka arviointitoimintaa toteutettiin valtionhallinnossa yleisesti 1990-luvun lopussa, oli siinä tutkimuksen mukaan ongelmia. Arvioinnin kytkentä päätöksentekoon ja hallituksen strategiatyöhön oli puutteellista. Ongelma oli myös se, että etenkin poikkihallinnolliset ohjelmat jäivät usein arvioinnin ulkopuolelle (ks. Harrinvirta, Uusikylä ja Virtanen 1998). Lääninhallitusten arviointityötä haittaa resurssipula, joka aiheuttaa muun muassa sen että arviointi ei kata alueen peruspalveluita vuosittain kattavasti vaan ainoastaan vuosittain teema-alueet, joista sovitaan sosiaali- ja terveysministeriön kanssa tulosneuvotteluissa. Kuntien omassa itsearvioinnissa ja kuntien tarkastuslautakuntien arviointityössä on vielä paljon kehittämistarpeita (ks. Kallio-Manninen-Meklin-Oulasvirta 2000, Juntti 2001).

Lääninhallitushaastatteluissa lääninhallitusten resurssit koettiin riittämättömiksi suhteessa lääninhallitusten ohjaustehtäviin ja kehittyvään rooliin aluehallinnossa. Nykyisessä muodossa lääninhallitukset eivät voi toteuttaa koko sitä tehtäväkokonaisuutta hyvin ja kattavasti, joka niille on muotoutunut sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmien ohjauksessa, arvioinnissa ja valvonnassa.

Lääninhallitusten ohjauksessa kiistanalaista on resurssien eli talouden ja toisaalta toiminnan yhteenkytkeminen. Lääninhallitusten resurssiohjaus toteutetaan pääasiassa sisäasianministeriön budjettikohdalta, mutta lähinnä normi- ja tulosohtaukseen perustuva sosiaali- ja terveydenhuollon sisältöohjaus on toimialakohtaisuuden periaatteen mukaisesti sosiaali- ja terveysministeriön vastuulla. Asetelma mahdollistaa etuja, jos ministeriöiden keskinäinen yhteistyö toimii. Esimerkiksi huumeekysymykset vaativat niin sivistystoimen, sosiaali- ja terveystoimen kuin poliisitoimen yhteistyötä, jota voidaan ohjauksen näkökulmasta toteuttaa luontevasti lääninhallintojärjestelmän puitteissa. Lääninhallitusten haastatteluissa maaliskuussa 2002 osastopäälliköt pitivät kuitenkin osastonsa kannalta sisältö- ja resurssiohjauksen erillisyyttä ongelmallisena.

7.2 Ohjauksen haasteet ja kehittäminen

Sosiaali- ja terveysministeriön yleistavoitteena on vuosituhannen vaihteessa ollut ohjauksen ja valvonnan tehostaminen omalla hallinnonalallaan. Raportissa on koottu sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaustavoitteiden ja ohjauskeinojen systemaattisen jäsentämisen ja analyysin välineet, joista ohjausvälineiden riskianalyysiä esitellään tässä loppuluvussa.

⁸⁷ Sosiaali- ja terveysministeriö nimesi keväällä 2002 erityisen projektin tietotuotannon kehittämiseksi.

⁸⁸ Kuntaliiton Yleiskirje 31/80/2000

Ohjaussuunnittelun välineet:

1. ohjauksen lähtökohta-analyysi (luku 2.)
2. ohjausvälineiden systematisointi (ohjausvälineiden luokittelut ja välineiden piirteet) (luku 2.)
3. ohjausvälineiden riskianalyysi ja (luku 7.)
4. tavoite-keinopuu eli relevanssipuutekniikka (luku 6.).

Ohjausvalintojen haasteena on ottaa huomioon kuntien ja alueiden erilaisuus. Esimerkiksi informaatio-ohjauksessa koulutusta, tietotukea ja apua voidaan antaa painotetusti eniten tarvitseville kunnille. Normiohjauksessakin pitää kuntien erilaisuus huomioida ja sallia itsehallinnolle todellinen sisältö, ei kuitenkaan niin että kansalaisille taattua yhdenvertaisuutta ja muita perusoikeuksia loukattaisiin. Valtionapujen kohdalla on haasteena rakentaa järjestelmä sellaiseksi, että se huomioi tiettyjen kuntien ja kuntaryhmien erityispiirteet.

Subjektivisia oikeuksia palvelujen tarvitsijoille tulisi kehittää edelleen harkitusti osana koko ohjausjärjestelmää. Niiden hyvänä puolena on, että tietyille heikoille ihmisryhmille kohdenetut subjektiiviset oikeudet turvaavat perusoikeuksia. Ongelmallista on, että jos kunnat toimivat resurssipulassa, subjektiivisten oikeuksien lisääminen johtaa helposti joidenkin toisten ryhmien, joilla ei ole subjektiivista oikeutta tukena, aseman heikentymiseen kunnassa.

Kuntien yhteistoiminnan ja organisaatio-ratkaisujen ohjauksessa olisi huomioitava, että kuntien keskinäisissä suhteissakin vastavuoroisuus, luottamus ja vuorovaikutuksen tiiviys vaihtelee aluekohtaisesti. Joillakin alueilla hankkeita saadaan käyntiin kuntien yhteistyöllä, kun sen sijaan toisilla alueilla yhteistyö on riittämätöntä. Yhteistyö ei läheskään aina käynnisty kunnissa vapaaehtoisesti riittävän tehokkaalla tavalla.

Olisi hyvä harkita nykyistä voimakkaammin kehittämistä ja innovatiivisuutta palkitsevien elementtien liittämistä ohjaukseen. Tällä on merkitystä pitkän aikavälin toiminnan ja sosiaalisen pääoman rakentamisessa sosiaali- ja terveyshallinnossa. Tämä voisi tapahtua esimerkiksi harkinnanvaraisten valtionapujen avulla sekä osaamiskeskusten tukemisella.

Resurssiohjaus

Yksityisten sosiaali- ja terveyspalvelujen taloudellisen ohjauksen kaksi keskeisintä välinettä ovat Kansaneläkelaitoksen potilaille maksamat subventiot ja Raha-automaattiyhdistyksen palvelutuotantoa harjoittaville järjestöille maksamat toiminta-, investointi- ja projektiavustukset. Sairausvakuutuksen korvausjärjestelmän epäkohtia ovat tuoneet esille muun muassa valtiontilintarkastajat. Korvauspolitiikka on johtanut muun muassa laboratoriopalveluita tarjoavien yksikköjen liialliseen määrään, kustannusten siirtoihin tai siirtoyrityksiin osapuolelta toiselle, ja tätä kautta epätarkoituksenmukaisuuksiin ja myös epäoikeudenmukaisuuksiin palvelutarjonnassa, esimerkiksi vanhustenhuollossa kuntien ja kansaneläkelaitoksen välillä on syntynyt ristiriitoja Kelan etuuksien ja kuntien maksupolitiikan kohdellessa eri tavoin avo- ja laitoshuollossa olevia asiakkaita (ks. valtiontilintarkastajien kertomus vuodelta 2000, 235-236, 239, 249). Raha-automaattiyhdistyksen tuki kohdistuu palvelutuotannon osalta ensisijaisesti sosiaalipalvelujen rakennemuutoksen ohjaukseen suunnattuihin investointeihin. Strateginen linjaus ja tavoite on ollut raskaiden laitoshoidtojen vähentäminen ja ns. välimuotoisten palvelujen (esim. vanhusten palvelutalojen) rakentamisen tukeminen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituskanavien vaikuttaessa samanaikaisesti saattaa kokonaisvaikutus olla vähemmän tarkoituksenmukainen ja koko palvelujärjestelmässä johtaa osatuntemukseen. Esimerkkinä tästä on joidenkin kuntien pyrkimys saattaa sellaistenkin vanhusten

hoito palveluasumismuotoiseksi ja kansaneläkelaitoksen korvausten piiriin, joille sopisi paremmin laitostuotoinen hoito. Siksi ohjauksen ja palvelupolitiikan onnistuneen toteuttamisen kannalta on jatkuvasti tarpeen tarkastella ja kehittää yhtäaikaaisesti koko resurssiohjausjärjestelmää mukaan lukien kansaneläkelaitoksen korvaukset ja RAY:n voittovaroista jaettavat avustukset sekä valtion budjetista jaettavat muut harkinnanvaraiset valtionavustukset.⁸⁹

Kuntien valtionaputaso suhteessa kuntien velvoitteiden aiheuttamiin menoihin ei ole tasapainossa. Valtionapurahoituksen vakautta ja tarvetta nostaa sen osuutta peruspalveluiden rahoituksessa on korostanut Sosiaali- ja terveysministeriön toimikunta, joka on pohtinut sosiaaliturvan rahoitusta (kansliapäällikkö Lehdon johtama toimikunta, joka jätti mietintönsä huhtikuussa 2002). Valtionapurahoituksen osuuden nosto merkitsisi sitä, että suhdannevaihtelut eivät enää niin paljon vaikuttaisi kuntien kykyyn ylläpitää vakaata palvelutasoa. Kuntien verotulot ovat nykyisessä verojärjestelmässä varsinkin yhteisöverojen osalta hyvin suhdanneherkät. Näyttäisi siltä, että sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto molemmat korostavat peruspalveluiden rahoituksen vakautta, riittävyttä sekä kannustavuutta.

Rankaisevien valtionapujen (valtionapujen palautusten tai vähennysten) tai *tuloksellisuudesta palkitsevien* valtionapujen käytön harkintaa on esittänyt Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä vuonna 1998 (1998:27). Niiden avulla voitaisiin tietyissä tilanteissa vahvistaa ohjausvaikutusta palvelujen järjestäjinä oleviin kuntiin.⁹⁰

Yksi harkittavissa oleva valtionapumuoto olisi kokeilla *sopimus pohjaisia laskennallisia valtionapuja* rajattuihin tarkoituksiin. Valtio voisi tarjota esimerkiksi kuntayhtymille tai kuntien yhteistyöryhmille valtionapua sopimukseen perustuen. Aloite sopimukseen voisi tulla joko kuntien tai valtion viranomaisen taholta. Sopimus takaisi saajien motivaation ja antajan luottamuksen avun käytössä.

Esimerkki valtionapuhjauksen mahdollisuuksista ongelmatilanteessa. Sosiaali- ja terveyspalvelujen henkilöstön saatavuudessa on ongelmia joillakin alueilla ja varsinkin tietyissä ammattiryhmissä. Samanaikaisesti alalle koulutettua työvoimaa on työttömänä ja osa ammattihenkilöistä on muuttanut ulkomaille. Ongelman ratkaisu edellyttää monien ohjauskeinojen yhtäaikaista koordinoitua käyttöä (koulutus- ja palkkapolitiittisia ratkaisuja jne.), mutta myös valtionavulla voidaan vaikuttaa tilanteessa tehokkaasti, koska monilla kunnilla on heikot taloudelliset mahdollisuudet lisätä tai edes pitää nykyistä henkilöstöä nykyisillä tuloperusteillaan. Vaihtoehtoja ovat muun muassa uusi tehtäväkohtainen, automaattinen tai harkinnanvarainen, valtionapu sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön palkkaamiseen, yleisen valtionavun korotus ja kohdentaminen korottamalla niitä yleisen avun kriteereitä, jotka liittyvät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeisiin, tai kuntatyönantajan maksujen alennus lisähenkilöstöä palkkaaville kunnille ja kuntayhtymille.

Ohjauksen suunnittelun kehittäminen

Ohjauskeinojen valinnassa tulisi käyttää apuna *lähtökohta-analyysiä ja ohjauskeinojen riskiarviointia*. Ne auttavat kiinnittämään huomion oikeisiin asioihin ja toteuttamaan ohjausta entistä realistisemmalla tavalla. Lähtökohta-analyysi ja ohjauskeinojen riskianalyysi auttavat hahmottamaan tosiasiallisia vaikutusmahdollisuuksia ja tätä kautta toimimaan oikein tilanteen

⁸⁹ Valtiontilintarkastajat kiinnittivät kertomuksessaan vuodelta 2000 huomiota monikanavaisen rahoitusjärjestelmän haittoihin.

⁹⁰ OECD on maa-arvioinnissa suositellut valtionapua, joka palkitsee kustannus-tehokkaita ratkaisuja (OECD 1998, 107)

edellyttämällä tavalla. Lisäksi lähtökohta-analyysi ja ohjauskeinojen riskianalyysi edistävät sitä, että ohjauksessa mietitään jo ennakolta sitä, miten esiintyviin ongelmiin tulisi reagoida.

Seuraavassa on ohjauspolitiikan ja sen keinojen riskianalyysikehikko, joka antaa viitekehikon ohjauskombinaatioiden suunnittelulle. Riskianalyysitaulukon kohtia 1. - 10. on käsitelty eri yhteyksissä raportissa, eikä niihin siksi palata tarkemmin enää uudelleen.

Taulukko 13. Ohjausvälineen käytön riskianalyysi

Ohjauskeino	Vaikuttavuusriskiä (ja kustannusriskiä) lisäävät seikat				
Info Resurssi Normi	1. Tavoiteasettelun heikkous (esimerkiksi tavoitteiden ristiriitaisuus)	2. Tavoitekeino-relaation heikko tuntemus	3. Intressi- ja asenneristiriidat Ohjauksen legitimizeetti heikko ohjattavan näkökulmasta	4. Ohjauskentän hajanaisuus eli paljon erilaisia ohjattavia (suuri koordinaation tarve)	5. Ohjattavien voimakas erilaisuus (vaativa tarve erilaistaa ohjausta kohteen mukaan)

Ohjauskeino	Vaikuttavuusriskiä (ja kustannusriskiä) lisäävät seikat				
Info Resurssi Normi	6. Ohjauskeinojen yksipuoliset valinnat (täydentävien keinojen puute, väärin painottunut kohdistuminen palveluprosessiin, esimerkiksi ennaltaehkäisevän toiminnan sijasta vain palveluprosessin loppupäähän)	7. Ohjauskeinojen tehottomat horisontaalit kombinaatiot: Päällekkäisyys eli suplementtien valinta komplementtien sijasta ja ristiriitaiset kannustimet	8. Ohjauskeinojen väärä kronologinen käyttöjärjestys ongelmaan nähden (eli keinojen valintajärjestys ulottuvuudella ei pakottava - vähän pakottava - paljon pakottava)	9. Vuorovaikutuksen puute eli ohjattava ei pääse vaikuttamaan ohjauksen sisältöön (sitoutumisongelma ja legitimizeetti-riski kasvaa)	10. Tilasto- ja vertailukelpoisen arviointitiedon puute (jälleohjaukseen liittyvä riski kasvaa) - onko tieto luotettavaa, ajantasaista, olennaista ja riittävää?

Decision tree eli relevanssipuukaavio

Pyrittäessä mahdollisimman objektiiviseen ja laaja-alaiseen vaihtoehtojen tarkasteluun voitaisiin systemaattisesti käyttää apuna *tavoite-keinoanalyysiä eli relevanssipuuta*. Analyysissä määritellään ensimmäisessä vaiheessa päämäärä ja seuraavassa vaiheessa mahdolliset keinot, jotka puolestaan muodostuvat tavoitteiksi hierarkiassa alempana oleville keinoille. Periaatteenä on muodostaa tavoitteiden ja keinojen hierarkioita, joissa kunkin tason osatavoitteet ovat samalla keinoja ylemmän tason tavoitteiden saavuttamiseksi. Relevanssipuun tyvessä esitettävät päämäärät ohjaavat tavoitteita ja keinoja. Tätä vanhaa edullisuusvertailumenetelmää on esitelty esimerkiksi Virkkusen kirjassa (Virkkunen 1973, 102 - 107). Liitteessä on esimerkki relevanssipuun muodostamisesta ja sen yhdistämisestä keinojen riskianalyysiin.⁹¹

⁹¹ Emme väitä, että relevanssipuulla olisi helppo tehdä rationaalisen ihanteen mukaisia kustannus-hyötyanalyyskejä vaan ainoastaan sitä, että sen avulla voitaisiin edistää systemaattista ohjauskeino-analyysiä ja valintaa.

Relevanssipuu auttaa paikallistamaan useissa poliitikoissa tärkeimmät ohjauskohteet ja keinot, joiden valintaan voidaan yhdistää riskianalyysitarkastelu. Vakiintunut tapa riskitarkastelussa on luokitella riskit niiden *merkittävyyden* ja *todennäköisyyden* avulla. Esimerkkinä voidaan mainita lastensuojelu, jossa on suuri todennäköisyys riskien toteutumiselle ja suurille inhimillisille ja taloudellisille kustannuksille. Ennaltaehkäisevän hoidon toimimattomuus ja vähäisyys synnyttää merkittävän riskin vaaravyöhykkeessä oleville lapsille ja riskien toteutuminen tuo myöhemmin inhimillistä kärsimystä ja taloudellisesti merkittäviä kustannuksia kunnille ja muulle yhteiskunnalle. Varhainen asiaan puuttuminen, auttaminen ja avohoito voi estää lapsen ongelmien pahenemisen ja päätyminen huostaanottoon. Jos koko ohjauskirjolla (normi-, resurssi- ja informaatio-ohjaus) on onnistuttu järjestämään riittävän tehokas ennaltaehkäisy ja avohoito, huostaanoton, laitoshoidon ja mahdollisen myöhemmän nuorisoriikollisuuden, nuorisotyöttömyyden, päihteiden väärinkäytön, syrjäytymisen, syrjäytymisen uusille sukupolville periytyminen, taloudellisten kustannusten ja ennenaikaisen kuoleamisen riskejä pystytään välttämään. Muun muassa neuvolan, koulun ja päivähoidon asiantuntijoiden panos on tärkeä lasten ongelmien varhaisessa havaitsemisessa. Sosiaalialan osaamiskeskukset voivat edistää kuntien yhteistyönä erikoistuneen ammattiavun ja ennalta ehkäisevän avohoidon tarjontaa alueillaan.

Informaatio-ohjauksen kehittäminen

Nykyinen ohjauspolitiikka perustuu paljolti luottamukseen informaatio-ohjauksen tehoon. Mitkä ovat sitten tehokkaan informaatio-ohjauksen edellytykset? Nykyisessä ohjauspolitiikassa informaatio-ohjaukselle on asetettu suuret odotukset, ja siksi menetelmää on kehitettävä. Sen kaikkivoipaisuuteen on syytä kuitenkin suhtautua kriittisesti. On harkitusti mietittävä, minkälaiseen ohjaustilanteeseen se sopii.

Palvelua koskevan informaatio-ohjauksen kannalta on ensin tarkasteltava lähtökohtatilannetta. Informaatio-ohjausta on pidetty hyvänä keinona silloin, kun ohjaustavoitteen vastainen käyttäytyminen ei ole niin vakavaa seurauksiltaan että se esimerkiksi vaarantaisi ihmisten hengen tai terveyden. Joissakin tilanteissa voidaan ottaa riski katsoa ensin, toimivatko informaatio-ohjauksen keinot, ja jos empiirisesti havaitaan niiden riittämättömyys, vasta sitten turvaututaan pakottavampiin keinoihin.

Informaatio-ohjauksen kohteena olevien arvomaailman ja intressien yhteisyys ohjaajan kanssa parantaa ohjauksen vaikuttavuutta. Mikäli tiedetään arvomaailman, asenteiden ja intressien vastakkaisuus, informaatio-ohjauksen vähäisen vaikuttavuuden riski kasvaa. On naivia ajatella, että ihminen tai ihmisistä koostuva organisaatio kovin helposti toimisi pelkän informaation kehottamana vastoin omia intressejään.⁹² Informaatio-ohjaus perustuu vapaaehtoiseen valintaan noudattaa ohjaajan ohjeita. Siksi ei voida luottaa informaatio-ohjaukseen, jos ohjauksen kohteen intressissä ei ole toimia ohjaavan laajemman yhteisön intressien mukaisesti (Vedung 1996, 10).

Intressien lisäksi on kiinnitettävä voimakas huomio *resursseihin*. Vaikka toimeenpaneva organisaatiotaho haluaisi periaatteessa toimia informaatio-ohjauksen suuntaisesti, voi olla että sillä on puutteelliset resurssit toimia. Tämä on riski erityisesti kuntien kohdalla. Kuntien informaatio-ohjauksen riskit ovat sitä suurempia, mitä suurempia ovat puutteet kuntien taloudellisissa resursseissa ja henkilöstöresursseissa ja mitä suurempia ovat asenteelliset tai poliittiset ristiriidat valtion viranomaisen ja kuntien välillä.

⁹² Oletamme tässä että demokratiassa pakottavaa propagandaa ei käytetä.

Keskeisistä terveyden- ja sosiaalihuollon palveluista, joiden turva kiinnitetään perustuslain 19 §:ssä, voidaan heti todeta, että ne eivät sovi pelkän informaatio-ohjauksen kohteiksi. Perustuslain 19 §:n mukaan julkisen vallan on turvattava sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Sosiaali- ja terveysalan erityislainsäädäntö on ilmausta juuri tästä normiohjauksen perusratkaisusta. Tämän normiohjauksen tueksi ja toisaalta ns. puiteohjauksen tärkeäksi rinnakkaistekijäksi voidaan nostaa informaatio-ohjaus. Välineluonteeltaan se sopii varsinaisia sosiaali- ja terveyspalveluita paremmin (perustuslain 19 §:n mukaan julkisen vallan on *turvattava* jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut) väestön terveyden edistämiseen esimerkiksi sairauksia ennaltaehkäisevän terveysvalistuksen muodossa (perustuslain 19 §:n mukaan julkisen vallan on *edistettävä* väestön terveyttä).

Ministeriön strategiassa on todettu, että säädös- ja resurssiohjausta käytetään tilanteissa, joissa haluttua tavoitetta ei voida muilla keinoin saavuttaa kohtuullisessa ajassa ja joissa väestön mahdollisuudet saada yhdenvertaisesti sosiaali- ja terveyspalveluita ovat uhattuina. On luonnollisesti selvää, että pelkän informaatio-ohjauksen varassa ei voida pitää yhtäläisesti saatavilla peruspalveluita kunnissa. Usein informaatio-ohjaus tarvitsee käytännössä rinnalleen muita ohjauskeinoja ja niiden kehittämistä. Tämän tutkimuksen aikana on vahvistunut käsitys, jonka mukaan ohjauksen päätöksentekotilanteet eivät useinkaan saisi olla joko-tai -asetelmia, vaan monipuolisesti ohjauskeinoja kombinoivia valintoja.

Laatusuositukset ja resurssiohjaus

Laatusuositukset ilman riittävää resurssiperustaa ovat tehottomia. Informaatio-ohjausta voidaan tehostaa yhdistämällä siihen kuuluviin laatusuosituksiin laskennallisia tehtäväkohtaisia valtionapuja tai laskennallisia ei-ehdollisia apuja, joihin valtio liittyy toiveen, että niitä käytetään laatusuositusten toteuttamisen edistämiseen. Kysymyksessä olisi siis laskennallisen valtionavun ja informaatio-ohjaukseen kuuluvien valtakunnallisten laatusuosituksen yhdistämistästrategia.⁹³

Valtio voi antaa laatusuosituksissa olevien minimistandardien resurssointia varten laskennallisen avun määräytymiskriteerillä, jotka liittyvät laatusuosituksen sisältöön. Valtionapuun voidaan liittää informaatio-ohjauksen keinoja, esimerkiksi kunnille tiedotuskampanja, jolla valtion on mahdollista viestittää mihin tarkoituksiin se on ajatellut varat käytettäväksi. Valtionapu voi olla jatkuva tai määräaikainen. Määräajan kuluttua valtionapu voidaan sisällyttää muuhun laskennalliseen valtionapusysteemiin korottamalla summaa vastaavasti, tai sitten apu vain lakkautetaan. Valtionapua saavien kuntien kannalta olisi tärkeätä, että valtionapujärjestelyjen määräaikaaisuuteen ja jatkuvuuteen liittyvät seikat ovat mahdollisimman hyvin ennakoitavissa, jotta pitkäjänteinen toimintojen suunnittelu ja rahoitus olisi mahdollista.

Organisointiuudistusten vaikutus

Palvelujen järjestämistä vastuun jakoa eri osapuolille tulee tarkastella kriittisesti. Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestelmä perustuu maassamme valtaosin kuntien järjestämistä vastuulle. STM:n työryhmä (STM:n monisteita 1998:27) totesi loppuvuonna 1998 että käytettävissä ei ole selvää alue- tai paikallistasoista organisaatiota, joka voisi kuntien edusmiehenä ottaa palvelujen "ostamisen" hoitaakseen ja samalla hankkia riittävän tasapuolisen neuvotteluaseman tuottajiin nähden. Jos uusia aluepohjaisia ratkaisuja syntyy Suomeen, se heijastuisi myös palvelujen rahoitustapoihin (mt. ed., 11).

⁹³ Strategia muistuttaisi osin Ruotsin hallituksen ohjauspolitiikkaa 1990-luvun lopulta.

Kunnat ovat nykyisin sekä kuntayhtymien eli palvelutuottajien omistajia että palvelujen ostajia. Uusi aluepohjainen ratkaisu voisi erottaa roolit ja mahdollistaa puhtaamman tilaaja-tuottajamallin. Tämä on myös ministeriön strategian mukainen tavoite. Tällöin valtion ohjaus ja tuki tulisi kohdistaa muun muassa erikoissairaanhoidossa suoraan kuntayhtymiin tai mahdollisesti uudelleen järjestettyihin terveydenhuollon tilaamisesta vastaaviin alueorganisaatioihin.

Tämän raportin luvussa 3. on todettu, että sosiaali- ja terveydenhuollon aluehallintotason ratkaisuihin on johtamisongelma. Epäselvää on ollut, ohjaako sosiaali- ja terveysministeriö ensisijaisesti verkostojen vai uusien pysyvien organisaatiomallien muodostumista. On ilmeistä, että sosiaali- ja terveyshallinto voisi toimia kokonaisuutena tehokkaammin, mikäli kyettäisiin uuteen aluehallinnolliseen ratkaisuun, joka ottaisi nykyistä paremmin huomioon erikoispalveluiden väestöpohjavaatimukset, niihin liittyvät rahoitusriskit ja tilaaja-tuottajamallin antamat mahdollisuudet.

Laajana koko kunnallisen seudullisen ja alueellisen hallinnon uudistamisvaihtoehtona on esitetty aitoa maakuntaitsehallintoa.⁹⁴ Jos tällaiseen muiden Pohjoismaiden tapaiseen ratkaisuun mentäisiin, se merkisi sosiaali- ja terveysministeriön näkökulmasta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden rahoituksen ja ohjauksen siirtymistä paljolti pienkuntavaltaisesta järjestelmästä laajemman väestöpohjan ja riskinkannon omaaviin maakuntiin.

Organisatoristen uudelleenjärjestelyjen lisäksi esillä on ollut rahoituksen ja kuntien palveluvelvoitteiden yhtäaikainen tarkastelu ja sopiminen ns. peruspalvelubudjettimenettelyllä, jota on ehdottanut kuntatalouden selvitysmies Jukka Pekkarinen (SM:n kuntaosaston julkaisu 1/2001). Siihen liittyisi neuvottelumenettely kuntien keskusjärjestön kanssa sekä peruspalveluohjelman vieminen tiedonantona eduskunnan käsittelyyn. Tämä voisi tarjota nykyistä vaikuttavamman välineen, jolla voidaan koordinoida hallitusohjelman mukainen palvelupolitiikka sekä sen kuntarahoitus keskipitkällä tähtäimellä tasapainoisesti. Tarkastelussa olisivat mukana paitsi kuntien velvoitteet, valtionavut ja maksurahoitus myös kuntien verotulot.⁹⁵

Yksityisen sektorin ohjaus

Keskushallinnon merkittävin ohjausväline yksityisen sektorin suhteen on normiohjaus, jolla säädellään sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajia ja valvotaan palvelutuotannon asianmukaisuutta. Koska terveydenhuolto on koulutuksellisesti suljettu toiminnan alue, myös palvelutuottajien valvonta on tiukempaa kuin sosiaalipalveluissa, jotka ovat edelleen koulutuskriteerien osalta pääosin avoin alue. Valvonnan käytännön toteutus kuuluu lääninhallitusten tehtäviin ja lääninhallitukset puuttuvat palvelutuottajien toimintaan lähinnä lupa- ja ilmoitusmenettelyn ja kanteluiden perusteella.

Yksityisten sosiaali- ja terveyspalvelujen informaalinen ohjaus on perinteisesti ollut niukkaa. Esimerkiksi Stakesin yksityissektoriin kohdistamat tutkimus-, selvitys- ja kehittämistoimet ovat olleet vähäiset. Pääasialliset yksityissektorin analyysit tuottanut viranomaisen on ollut kauppa- ja teollisuusministeriö.

⁹⁴ Kuntaministeri Korhonen on esittänyt vaaleilla valitun ja verotusoikeuden omaavan toisen asteen itsehallinnon perustamista maakuntatasolle. Näille uusille perustettaville maakuntayksiköille kuuluisivat sosiaali- ja terveyspalvelut alueellaan (Helsingin Sanomat 6.3.2002, A 6).

⁹⁵ Ks. myös sisäasiainministeriön Kuntakompassi 2/2002, pääkirjoitus, s.1, "Peruspalvelubudjetti täsmentäisi valtion kuntapolitiikkaa".

Kuntien ja kuntayhtymien toimiessa järjestämävastuullaan olevien ulkopuolisten tuottajien palvelujen ostajina sopimusohjauksen toimivuus on keskeinen kysymys. Ostopalveluihin liittyy riskejä, jotka liittyvät tarjonnan jatkuvuuteen, laatuun ja valvottavuuteen sekä ostajien eli kuntien kykyyn toimia tilaajan ja ostopalvelujen laadun arvioitsijan roolissa.⁹⁶

Ohjauksen edellyttämän informaatiojärjestelmän oltava tehokas ja ajantasainen

Lähtökohta on se, että lakisääteisissä perusoikeuksia toteuttavissa hyvinvointipalveluissa palvelun tuottajan ja järjestäjän oma kontrolli ja itsearviointi ei ole yksistään riittävää vaan tarvitaan sekä palvelun tuottajasta että järjestäjästä riippumattoman tahon tuottamaa arviointi- ja valvontatietoa. Ulkopuolinen, asiantunteva valvoja ja arvioitsija takaa riittävän objektiivisen ja puolueettoman tietoperustan jälleenojaukselle.

Tutkimukseen perustuva arviointitieto on informaatio-ohjaukseen painotetusti nojaavassa ohjausstrategiassa ratkaisevan tärkeä tekijä. Lipposen II hallituksen ohjelman mukaan sosiaali- ja terveystieteiden yhdenvertaisen toteutumisen seuraamiseksi tulee luoda toimiva kriteeri- ja laatumittaristo, jossa asiakaslähtöisyys on yksi johtava periaate. TATO korostaa kuntien toteuttamaa sosiaali- ja terveystieteiden reaaliaikaista seuranta- ja arviointia niin, että kuntien oman arvioinnin tulokset saadaan nopeasti käyttöön. Systemaattisen ja reaaliaikaisen seurannan ja arvioinnin tulee palvella eri tasojen päätöksentekoa sekä palvelujen käyttäjiä. TATO:n mukaan STM:n hallinnonalan laitokset, erityisesti Stakes, antavat tarvittavaa asiantuntija-apua ja tukea kunnille sosiaali- ja terveydenhuollon seurannassa, arvioinnissa ja kehittämisessä. Stakesin rooli sosiaali- ja terveydenhuollon vertailutietojen tarjoajana on tärkeä. SOTKA -tilastotietokannan tilastojen ja muiden vertailutietojen luotettavuutta, kattavuutta ja käytettävyyttä tulee kehittää, jos halutaan edistää informaatio-ohjausmallin toimivuutta. SOTKA -tilastotietokanta on myös kaikkien kuntien käytettävissä, joten se antaa tietoa kuntien itsearvioinnille.

Tilastotuotantoon ja sen käyttökelpoisuuteen arvioinnin ja valvonnan kannalta olisi siis kiinnitettävä entistä enemmän huomiota. Tilastotietoja ja tietokantoja tulisi kehittää entistä luotettavimmiksi ja vertailukelpoisimmiksi. Tiedon keruujärjestelmä olisi resurssitoimiva riittävästi, jotta saatu tieto olisi yhtäaikaan ajantasaista, luotettavaa, riittävää ja olennaista.

Tilastotiedon laatukriteerit vertailua, arviointia ja valvontaa varten:

- 1) ajantasaisuus
- 2) luotettavuus
- 3) olennaisuus
- 4) ja riittävyys johtopäätösten teolle

Luotettavan ja ajantasaisen tiedon avulla voitaisiin tehdä huomattavasti nykyistä enemmän palveluntuottajien ja järjestäjien välisiä vertailuja, joiden tulokset tulisi olla avoimesti kaikkien saatavilla lehdistön, muun median ja internetin välityksellä. Esimerkiksi terveydenhuollon palvelujen kustannuksia, saatavuutta, jonoja, hoitovirheitä ja hoidon lopputuloksia koskevaa vertailukelpoista informaatiota tulisi olla avoimesti saatavilla.

Arviointitiedon keruussa ja käytössä olisi pyrittävä myös välttämään tulostittamisen yhteydessä tunnistetut karikat. Näitä ovat muun muassa mittauksen rajautuminen liiaksi helposti mitattaviin ja usein määrällisiin tekijöihin ja rajautuminen mieluummin lyhyen aikavälin

⁹⁶ Sopimusohjauksen ongelmista terveydenhuollossa ks. Wiili-Peltola, Lehto ja Viitanen 2002.

muuttujiin kuin pitkäaikaisiin niiden helpomman mittaamisen vuoksi (ks. Vakkuri ja Meklin 1998).

Siirtyminen kohti tasapainoista ohjausmallia

Tasapainoiseen ohjaamiseen (ks. tarkemmin luku 2.6 tasapainoisen ohjauksen mallista) kuuluu valittujen ohjauskeinojen keskinäinen yhteensopivuus. Siihen kuuluu myös ohjaukseen osallistuvien eri ministeriöiden ja muiden valtion ohjausyksiköiden ohjauksen keskinäinen koordinaatio. Jos ohjaus on hajanaista ja osin ristiriitaista keskenään, muodostaa se huonon lähtökohdan ohjattavien motivaatiolle ja kyvyille noudattaa ohjausta. Kun ylemmän tason ohjaus on hajanaista ja sisällöllisesti ristiriitaista, aiheuttaa se ongelmia myös ohjausta edelleen välittävissä yksiköissä. Tämä voi olla aluetason organisaation kuten lääninhallituksen kannalta ongelma.⁹⁷

Kuntien ohjaus on ollut 1990-luvulla ajoittain enemmän heilurimaista kuin tasapainoista. Tämä on vähentänyt kuntien luottamusta valtion ohjauspolitiikkaan. Ohjauksen tasapainon löytyminen ei ratkea vain ohjauksesta vastaavan ministeriön toimesta vaan koko valtion ministeriökentästä, ohjauspolitiikasta ja poliittisesta tavoiteasettelusta. Toinen avainryhmä ovat kunnat ja se, miten kunnat voisivat toimia paremmin sosiaali- ja terveystaloudellisten tavoitteiden toteuttajana. Ongelmia ei voida siis ratkaista kuin yhdessä. Ratkaisua on haettava yhteisestä näkemyksestä ja ohjauksen sosiaalisesta pääomasta, vastavuoroisuudesta, luottamuksesta ja tiiviistä vuorovaikutuksesta kaikkien sosiaali- ja terveystaloudellisen asioihin osallistuvien kesken. Perustuslain kunnille periaatteessa takaamaa valtion osallistumista palvelujen rahoitukseen rahoitusperiaatetta tai kustannusvastaavuuden periaatetta noudattaen on käytännössä vaikea seurata ja huomioida muuta kuin valtion ja kuntien yhteisellä tarkastelulla. Kuntien ja valtion välisen neuvottelumenettelyn kehittäminen on tässä yhteydessä tärkeä edellytys.⁹⁸

⁹⁷ Tämä kävi selvästi ilmi lääninhallitusten sosiaali- ja terveystaloudellisten päälliköiden haastatteluissa maaliskuussa 2002.

⁹⁸ Ks. Mäki-Lohiluoma - Oulasvirta 2000 ja Mäki - Lohiluoma - Oulasvirta 2001.

Lähteet

- Ahlstedt, Leo, Jahnukainen, Iiro ja Juha Vartola, Organisaatio ohjausjärjestelmänä julkisessa hallinnossa. Weilin & Göös, Helsinki, 1974.
- Ahonen, Pertti, Hallituksen evaluaatiotuki. Valtiovarainministeriö, tutkimukset ja selvitykset 6/1998, Helsinki, 1998.
- Almqvist, Roland, Styrningen i Stockholms stad. Institutet för kommunal ekonomi, Stocholms universitet, IKE rapport 1998:77, Stockholm, 1998.
- Bemelmans-Videc, Marie-Louise, Rist, Ray C. ja Evert Vedung (toimittajat), Carrots, Sticks & Sermons, Transaction Publishers, New Brunswick, 1998.
- Brunsson, Karin; Dubbla budskap. Hur riksdagen och regeringen presenterar sitt budgetarbete. Väitöskirja, Tukholman yliopisto, Företagsekonomiska institutionen, Tukholma, 1995.
- Dror, Yehezkel: Public Policymaking Re-examined. Chandler Publishing Company, Scranton. 1968.
- Hallituksen kertomus valtiovarainhoidosta ja tilasta vuonna 2000. Edita Oyj, Helsinki, 2001.
- Gupta U.: Management Information Systems. A Managerial Perspective. A Division of International Thomson Publishing INC. East Carolina University 1996.
- Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi seutuyhteistyökokeilusta 30.11.2001
- Hansen, Tore: Kommunal autonomi - hvor stort er spillerommet? Teoksessa Baldersheim, Harald ja Lawrence E. Rose (red.) Det kommunale laboratorium. Teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering. Fagbokforlaget, Bergen, 2000.
- Harisalo, Risto ja Jari Stenvall; Luottamus kansalaisyhteiskunnan peruskivenä. Kansalaisten luottamus ministeriöihin. VM:n muistio, Edita Oyj, Helsinki 2001
- Harrinvirta, Markku, Uusikylä, Petri ja Petri Virtanen, Arvioinnin tila valtionhallinnossa. Valtiovarainministeriön tutkimuksia ja selvityksiä 7/1998, Helsinki, 1998.
- Hasenfeld, Yehekel ja Thomas Brock: Implementation of Social Policy Revisited. Administration & Society, Vol. 22 No.4, 1991, 451-479.
- Haveri, Arto ja Majoinen, Kaija: Muutosprosessit ja johtajuus – Kuinka kunnat yhdistyvät. Suomen kuntaliiton ACTA nro 123. Helsinki 2000.
- Heuru, Kauko: Kunnallisen budjettioikeuden perusteet. Huittinen, 1987.
- Hood, Christopher C: The Tools of Government. MacMillan Press, 1983, London.
- Hutchcroft, Paul D.: Centralization and Desentralization in Administration and Politics: Assessing Territorial Dimensions of Authority and Power. Governance, An International Journal of Policy, Administration and Institutions, Vol. 14, Number 1, January 2001, pp. 23-54.
- Hyvinvointistrategia ja –teknologian kehittäminen Pohjois-Pohjanmaalla 2000-2006. Oulu 2000.
- Håkonsen, Lars, Statlig styrning av kommunene. Kommunenes Sentralforbund, arbeidsrapport. 1/2000, Oslo.
- Håkonsen, Lars, Knut Loyland ja Kjetil Lie, Statlig styrning av kommunene. Kommunenes Sentralforbund, rapport. nr. 180/2000, Oslo.
- Ihalainen, Rauno ja Brommels, Mats: Toimenpide-ehdotukset toiminnallisten ja hallinnollisten rakenteiden uudistamiseksi sekä tehokkuuden ja taloudellisuuden lisäämiseksi. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Helsinki 2002.
- Indenrigsministeriet, Kommunal udligning og generelle tilskud 2000. Indenrigsministeriet, juni 1999, Kööpenhamina.
- Juntti, Seppo, Kansallisen tason kuntien peruspalveluiden itsearvioinnin kehittämishanke. Sisäasiainministeriön kuntaosaston julkaisu 4/2001. Helsinki, 2001.

- Jylhäsaari, Jussi: Perusterveydenhuollon toimintamallit ja strategiset valinnat. Suomen kuntaliiton ACTA nro 138. Helsinki 2001.
- Jääskeläinen J., Markkinoiden avaaminen ja kilpailun edistäminen sosiaalisektorin hyvinvointipalveluissa. Kauppa- ja teollisuusministeriön tutkimuksia ja raportteja 15/2000.
- Kallio, Olavi, Manninen, Juhani, Meklin, Pentti ja Lasse Oulasvirta, Kuntalaki muuttui - entä käytännön talousjohtaminen. Suomen Kuntaliitto, Acta -sarjan julkaisu nro 122, Helsinki, 2000.
- Kallio, Olavi: Kuntien välisen yhteistyön edellytykset ja mahdollisuudet talouden näkökulmasta. Teoksessa Kunnallisen itsehallinnon renessanssi. Tampere 2000, s. 105-122.
- Kauppi, Ulla: Päivähoitoa täydellä teholla. Suomen Kuntaliitto, acta -sarja, nro 140, Helsinki 2001.
- Kansaneläkelaitos (KELA), Terveyspalvelujen kustannukset ja rahoitus Suomessa 1960-99. Kansaneläkelaitoksen julkaisu T9:58. Kansaneläkelaitos, Tilastoryhmä, Helsinki 2001.
- Kansaneläkelaitos (KELA), Kansaneläkelaitoksen tilastollinen vuosikirja 2000. Kansaneläkelaitoksen julkaisu T1:36. Kansaneläkelaitos, Helsinki.
- Kansaneläkelaitos (KELA), Kansaneläkelaitoksen tilastokatsaus 4/2001. Kansaneläkelaitoksen julkaisu T2:27. Kansaneläkelaitos.
- Keski-Suomen maakunnallisen hyvinvointistrategian lähtökohdat. Jyväskylä 2000.
- Kiander, Jaakko, Luoma, Kalevi ja Henrik Lönnqvist, Julkisten menojen rakenne ja kehitys: Suomi kansainvälisessä vertailussa. VATT-keskustelualoitteita 249, Helsinki, 2001.
- Komiteamietintö 1982:66. Kuntien valtionosuus- ja -avustusjärjestelmän kehittäminen. II ehdotus valtionosuus- ja -avustusjärjestelmän uudistamiseksi. Kunnallistalouden neuvottelukunnan julkaisu, Helsinki, 1982.
- Kommunal- og regionalepartementet (KRD), inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner 2000. Rundskriv H-28/99 Snr. 99/4095, 4. oktober 1999, Oslo.
- Koski, Heikki: Tulosoajat läänit. Teoksessa Tulosoajauksen tuiverruksessa. Helsinki 2001, s.9-20.
- Kosonen, Pekka: Hyvinvointivaltion haasteet ja pohjoismaiset mallit. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen tutkimuksia 48. Vastapaino, Tampere.
- Kuusi Pekka, 60-luvun sosiaalipoliittikka. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen julkaisu 6. WSOY, 5. painos. Porvoo, 1968
- Kyriakou, Dimitris, Dissecting the Enron debacle. The IPTS Report, march/2001, pp. 2-4.
- Kähkönen, Liisa: Sopimusohjaus teoriassa ja käytännössä. Hallinnon tutkimus 1/2002, 90-96.
- Larsson, Torbjörn, Styrt eller ostyrt - en fråga om att veta vem som gör vad. Teoksessa RRV 1996:50, Riksrevisionsverket, 1996.
- Lehto, Juhani: Paikallisen sosiaalipoliittikan tarve ja edellytykset. Teoksessa Innovatiivinen sosiaalipoliittikka. Toim Niemelä, Heikki; Saari, Juho; Salminen, Kari. Kansaneläkelaitos. Helsinki 1998, s.115-134.
- Leskinen H., Kunta vastuuseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennepoliittikan toimeenpano ja sen arviointi. Acta -väitöskirjasarja 1/2002, Kuopion yliopisto, 2001.
- Lindblom, Charles: The Science of 'Muddling Through'. Public Administration Review, Vol. XIX (Spring 1959), pp. 79-88.
- Lindh, Reijo, Lappi, Hannu ja Kari Gröhn, VALTAVAN seurantatutkimus. SVT XXXII: 116, sosiaali- ja terveysministeriö, tutkimusosasto, 1985
- Lith, Pekka, Markkinoiden toimivuus I: kuntien hankintamarkkinoiden toimivuus – palvelun tuottajan näkökulma. Kauppa- ja teollisuusministeriön tutkimuksia ja raportteja 23/2000.
- Lumijärvi, Ismo ja Sari Salo: Valtionhallinnon tulosoajajärjestelmä parlamentaarisen ohjauksen ja valvonnan näkökulmasta. Vaasan yliopisto, 1996.

- Lumijärvi, Ismo: Hyvinvointipalveluiden ohjaus ensi vuosituhannella - kuntien palvelujohtajat visionäreinä. Kunnallistieteellinen aikakauskirja 1/1998, 75-81.
- Lundquist, Lennart: Förvaltning, stat och samhälle. Studentlitteratur, Lund, 1992.
- Luoma, Kalevi, Markkinaohjauksellako tehokkuutta ja laatua terveydenhuoltoon? Teoksessa Rissanen P, Valtonen H. (toim.): Terveystaloustiede 1995. Aiheita 4/1995, Stakes.
- McEachern William A., Economics. South-Western Publishing Co. Cincinnati, 1991
- Meklin, Pentti ja Jarmo Vakkuri, Hallinnon tutkimus 2/1998, 80-89.
- Melin T, Paunio P., Markkinoiden toimivuus II: Lainsäädäntö, julkinen tuki ja verotus sosiaali- ja terveystaloustieteiden tutkimuksia ja raportteja 19/2001.
- Monnesland, Jan, Kommunale inntektssystemer i Norden, NIBR, Pluss-serie 2-2001, Oslo
- Musgrave & Musgrave Public Finance in Theory and Practice. McGraw-Hill, Tokyo, 1973.
- Myllymäki Arvo, Tetri Eija, Raha-automaattiyhdistys kansalaispalvelujen rahoittajana. Kunnallissalan kehittämissäätiön tutkimusjulkaisu, nro 32. Vammala, 2001
- Mäki-Lohiluoma, Kari-Pekka ja Oulasvirta, Lasse (toim.), Tuleeko neuvottelemalla tulosta? valtion ja kuntien neuvottelujärjestelmä. Tampere University Press, Tampere, 2000.
- Mäki-Lohiluoma, Kari-Pekka ja Oulasvirta, Lasse, Valtion ja kuntien välinen neuvottelutoiminta vaatii uutta ravistelua. Kuntalehti, nro 3/2001.
- NOU 1996:1, Et enklere og mer rettferdig inntektssystem for kommuner og fylkeskommuner. Oslo, 1996.
- NOU 1997:8, Om finansiering av kommune-sektoren. Oslo, 1997.
- NOU 2000:22, Om oppgave fordelingen mellom stat, region og kommune. Oslo 2000.
- OECD, Economic Surveys 1997-1998, Finland. OECD, Paris, 1998.
- Oates, Wallace E: Fiscal Federalism. Harcourt Brace Jovanovich Inc, New York, 1972.
- Ohtonen, Jukka: Toimialaraportti, sosiaali- ja terveystaloustieteiden tutkimuksia ja raportteja. Kauppa- ja teollisuusministeriö, Työvoima- ja elinkeinokeskus. Helsinki, 1997.
- Ohtonen, Jukka, Pelimarkat ja yhteinen hyvä. Raha-automaattiyhdistyksen rahoituspolitiikan arviointi. Raha-automaattiyhdistys. Hämeenlinna, 1999.
- Oulasvirta, Lasse: Valtionapujärjestelmä. Väitöskirja, Tampereen yliopisto, 1996.
- Oulasvirta, Lasse, Valtionavut kuntien maksettaviksi? Kestävä ja oikeudenmukainen valtionapu- ja tasoitusjärjestelmä pohjoismaisen vertailun valossa. Suomen Kuntaliitto, Acta-sarja, nr. 46, Helsinki, 1995.
- Oulasvirta, Lasse: Kommunernas inkomst- och kostnadsutjämningsystem i Sverige, Finland, Norge och Danmark. Stockholms stad, USK, 2000.
- Paaso, Ilpo: Potilaan tiedonsaantioikeus terveydenhuollossa. Vantaa 2001.
- Paatero, Pekka: Vain yhteistyö turvaa pienten kuntien sosiaalipalvelut. Teoksessa On tässä Lääniä. Länsi-Suomen lääninhallituksen vuosijulkaisu 99. Vammala 1999.
- Pekkarinen, Jukka, Kuntien peruspalveluiden rahoitus, SM:n kuntaosaston julkaisu 1/2001, Helsinki 2001.
- Raunio K., Sosiaalipolitiikan lähtökohdat. Gaudeamus, Tampere, 1995.
- Rhodes, R.A.W: Control and Power in Central-Local Government Relations. Gower, Aldershot, 1983.
- Riberdahl, Curt: Rättslighetslagstiftning och kommunal självstyrelse i Sverige. Teoksessa Pelkonen, Veli (toim.); Hyvinvointioikeus. Suomen Kaupunkiliiton ja Suomen Kunnallisliton julkaisu, Jyväskylä, 1993, s 67-82.
- Rinne, Risto, Jauhiainen, Arto: Koulutus, professionaalistuminen ja valtio. Julkaisusarja A:128, Turun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunta, Turku, 1988.
- Rist, Ray C.: Choosing the Right Policy Instrument at the Right Time: The Contextual Challenges of Selection and Implementation. Teoksessa Vedung, Evert: Policy Instruments:

- Typologies and Theories. Teoksessa Bemelmans-Videc, Rist ja Vedung (toimittajat), Carrots, Sticks & Sermons, Transaction Publishers, New Brunswick, 1998.
- Riksrevisionsverket (RRV), Förvaltningspolitik i förändring, RRV 1996:50, Stockholm, 1996.
- Ruuskanen, Petri: Sosiaalinen pääoma -käsitteet, suuntaukset ja mekanismit. VATT - tutkimuksia 81, 2001, Helsinki.
- Saari, Juh: Reformismi. Sosiaalipolitiikan perusteet 2000-luvun alussa. Gaudeamus, Helsinki, 2001
- Salamon, Lester M. (editor): Beyond Privatization. The Tools of Government Action. The Urban Institute Press, Washington, D.C., 1989.
- Salminen, Ari, Hallintotiede. Organisaatioiden hallinnolliset perusteet. Edita ja Hallinnon kehittämiskeskus, Helsinki, 1998
- Salminen, Ari: Hallintovertailu ja vertailumallien käyttökelpoisuus. Teoksessa Salminen, Ari (toim.): Hallintovertailun metodologia. Vaasan yliopiston julkaisuja, tutkimuksia 234, Vaasa, 2000. Ss. 11-35.
- Sannerstedt, Anders, Implementering - hur politiska beslut genomförs i praktiken. Teoksessa Rothstein, Bo (red.), Politik som organisation, Förvaltningspolitikens grundproblem, SNS, 1991.
- Sawyer, Lawrence & Mortimer Dittenhofer: Sawyer's Internal Auditing. The Institute of internal Auditors. Alhambra Springs, 1996.
- Simon, H.A.: Administrative Behavior, A Study of Decision-Making Processes in Administrative Organization. The Free Press, New York, 1965.
- Sintonen H. ym., Terveystaloustiede. WSOY, Juva, 1987
- Sipilä J, Ketola O, Kröger T, Rauhala P-L.: Sosiaalipalvelujen Suomi. WSOY, Juva, 1996.
- Socialdepartementet, Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården. Ds 1995: 35, Stockholm, 1995.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö 1997. Lakimiesliiton kustannus, Helsinki.
- SOU 1998:151, Kostnadsutjämning för kommuner och landsting. En översyn av statsbidrags- och utjämningsystemet. Stockholm, 1998.
- SOU 2000:120, Förenklad kommunal utjämning. Stockholm, 2000.
- SOU 2000:127, Rätvis kommunal utjämning. Stockholm, 2000.
- SOU 2001:52 Valfärdstjänster i omvandling. Stockholm 2001.
- SOU 2001:57 Valfärdens finansiering och fördelning. Stockholm 2001
- SOU 2001:79 Valfärdsbokslut för 1990-talet. Stockholm 2001
- Stenvall, Jari: Käskyläisestä toimijaksi. Tampereen yliopisto. Tampere 2000.
- Stenvall, Jari ja Harisalo, Risto: Aluehallinto 2000-uudistuksen arviointi. Tampere 2000.
- Stenvall, Jari ja Vuori, Jari: Ymmärtävätkö hallinnon tutkijat kilpailuttamisen hallitsemattomuuden? Hallinnon Tutkimus 1/2002, s. 1-3.
- STM, Terveidenhuollon kehittämisprojekti. Selvitysmiesraportti 2. Terveidenhuollon toimivuus. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistioita 1998:2. Helsinki, 1998.
- STM, Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaaliturvan kestävään rahoitukseen, työryhmämuistioita 1998:27.
- STM, Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2010. STM, Helsinki 2001.
- STM, Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000-2003. STM:n julkaisu 1996:16, Helsinki, 1996.
- STM, Verkostoituvat erityispalvelut vuosina 1998-1999. 1999. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1999:28.
- STM, Julkisen terveydenhuollon, yksityissektorin ja kolmannen sektorin työnjako ja yhteistyö. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityshenkilöraportteja 2002. Helsinki 2002.
- STM, Selvityshenkilöraportti, Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi, Terveidenhuollon rahoitus, rahoituksen taso ja vakaus, rahoituskanavat ja voima-

- varojen kohdentaminen, valtionosuusjärjestelmä, kuntalaskutus, asiakasmaksupolitiikka, valtion ohjausjärjestelmien kehittäminen, Helsinki 15.1. 2002.
- STM (2002), Sosiaaliturvan suunta 2002. STM:n julkaisuja 2002:2. Helsinki, 2002.
- STM, Selvityshenkilö Aino-Inkeri Hanssonin raportti. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen työryhmämuistioita 2002:8, Helsinki, 2002.
- St. meld. Nr. 31, Kommune, fylke, stat - en bedre oppgavefordeling, Det kongelika kommunal- og regionaldepartementet, Oslo (ks. myös <http://odin.dep.no/>).
- St. Prp. Nr. 1. (1999-2000) for budsjetterminen 2000. Det kongelika kommunal- og regionaldepartement, Oslo (ks. myös <http://odin.dep.no/>).
- Södergård, H., Markkinoiden toimivuus III: Kuntasektori palvelujen tilaajana. Kauppa- ja teollisuusministeriön tutkimuksia ja raportteja 20/2001.
- Tasapainoisen kehityksen Suomi 2015. Helsinki 2001.
- Tiihonen, Paula ja Seppo Tiihonen: Keskitetyn suunnittelun nousu ja tuho. Valtion painatuskeskus, Helsinki, 1990.
- Tuomala, Matti: Julkistalous. Gaudeamus, Helsinki, 1997.
- Tuomo Melin, Pekka Paunio: Markkinoiden toimivuus II: Lainsäädäntö, julkinen tuki ja verotus sosiaali- ja terveyspalvelumarkkinoilla. Kauppa- ja teollisuusministeriön tutkimuksia ja raportteja 19/2001, 2001.
- Tuori, Kaarlo: Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöstrategiat. Teoksessa Pelkonen, Veli (toim.); Hyvinvointioikeus. Suomen Kaupunkiliiton ja Suomen Kunnallisliiton julkaisu, Jyväskylä, 1993, s. 121-137.
- Uusitalo, Paavo, Tavoite-keinoanalyysi ja terveystieteiden suunnittelu. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 2/1971, 9. vuosikerta.
- Vakkuri, Jarmo ja Pentti Meklin. Tulostamattomuus ja vastiketta rahalle -ajattelutapa - näkökulmia mittausteoreettisiin ongelmiin ja riskeihin. Hallinnon tutkimus, numero 2/1998, 80-89.
- Valtiovarainministeriö, Valtionavustusten sääntelyn arviointi- ja kehittämistarpeet. VM:n työryhmämuistioita 22/2001, Oy Edita Ab, Helsinki, 2001.
- Virkkunen, Jaakko ja Kaarlo Tuori; Hallinnon rakenteet. Valtionhallinnon organisaatorakenteet ja niiden kehittäminen. Valtiovarainministeriö ja Valtion painatuskeskus, Helsinki, 1981.
- Valtion tarkastusvirasto, raportti 14/99, Kuntien valtionapujärjestelmän toimivuus, Helsinki 1999.
- Valtiontilintarkastajain kertomus 1999. Oy Edita Ab, Helsinki 2000.
- Valtiontilintarkastajain kertomus 2000. Oy Edita Ab, Helsinki 2001.
- Valtiovarainministeriö, Suomi taloudellisena toimintaympäristönä. Arvio Suomen kilpailukykyyn vahvuuksista ja heikkouksista. Valtiovarainministeriö toukokuu 1998. Helsinki.
- Valtonen, Hannu, Mitä markkinavoimat tekevät? Teoksessa: Rissanen P, Valtonen H. (toim.): Terveystaloustiede 1995. Aiheita 4/1995, Stakes.
- Vedung, Evert: Informativa styrmedel. Uppsala Universitet, 1996.
- Vedung, Evert: Policy Instruments: Typologies and Theories. Teoksessa Bemelmans-Videc, Rist ja Vedung (toimittajat), Carrots, Sticks & Sermons, Transaction Publishers, New Brunswick, 1998.
- Vedung, Evert: Public Policy and Program Evaluation. Transaction Publishers, New Brunswick, 2000
- Wiili-Peltola, Erja; Lehto, Juhani ja Viitanen, Elina: Sopimusohjausmenettelyn haasteita sairaalaorganisaatioissa. Hallinnon Tutkimus 1/2002, 67-77.
- Wildavsky: The Politics of the Budgetary Process. Fourth edition. Little, Brown and Company, Boston, 1984.
- Virkkunen, Paavo: Virasto- ja laitoskohtainen suunnittelu. Valtiovarainministeriö, suunnittelusihteeristö. Helsinki, 1973.

Internet -lähteet

Mindtools: Decision Tree Analysis – Choosing Between Options by Projecting Likely Outcomes. <http://www.mindtools.com/dectree.html> 2002

www.intermin.fi/suom/laanit/tehtava2.html.

www.stm.fi/osaamiskeskukset

Haastattelut:

Professori krister Ståhlberg, 17.5.2001.

Invalidiliiton toimitusjohtaja Raimo Lindberg 15.10. 2001

Kaupunginjohtaja, HTT Kauko Heuru 30.10.2001

STAKES, Juha Teperi, 7.1.2002

Lääninhallitusten sosiaali- ja terveystoimien päälliköiden haastattelut maaliskuu 2002.

KHO:n päätökset

KHO:2002:21. Erikoissairaanhoidon - Yksityisesti hankitun hoidon korvaaminen - Maksusitoumus - Hallintoriita

KHO:2002:21. Taltionumero 361.

Liiteraportti (2002) STM:n verkkojulkaisu.

Liitteet

Liite 1. Kuntasektorin (maakunnat, kunnat ja Suomessa kuntayhtymät) sosiaali- ja terveydenhuollon laskennallisia valtionapukriteerejä, vuosi 2000 (lähde: Oulasvirta 2000, täydennetty)

Suomi Ikärakenne	Ruotsi Ikärakenne	Norja Ikärakenne	Tanska Ikärakenne
Vanhempien työssäkäynti (palvelu- ja jalostuselinkeinojen osuus)	Vanhempien työssäkäynti, vero-voima ja asukastiheys		
Työttömyys	Sukupuolijakauma, ammattikoulutus, siviilisääty, etninen tausta ja haja-asutus	Eronneet ja yksinäiset ikäryhmässä 16-59	Yksinasuvat ikäihmiset
Syrjäseutulisiä Asukastiheys Pinta-ala Sairastavuus (työkyvyttömyyseläkeläiset)	Pakolaiset, ei-pohjoismaalaiset ja EU:n ulkopuolelta tulleet, ulkomaalaisperäiset lapset (0-19 v.) Työttömät Yksinhuoltajanaiset Matalatuloiset miehet Asukastiheys	Yksinhuoltajat Työttömyys Pakolaiset	Yksinhuoltajien Lapset Työkyvyttömyyseläkeläiset Vuokra-asuntojen määrä ja huonokuntoiset asuinalueet
Pakolaisten oma laskennallinen valtionapu	Väestön vähentymisen kompensatio	Naimattomat ikäihmiset	Pakolaiset
	Hoitoa vaativat potilasryhmät Sukupuoli, ikä, siviilisääty, työllisyysstatus, tulotaso sekä asumistyyppi	Kuolleisuus Psykkisesti häiriintyneet	AIDS-potilaat
		Oslon suurkaupunkilisiä	Pääkaupunkiseudun oma tasoitusjärjestelmä

Liite 2. Hallitusohjelmataason tavoitteet ja tavoite- keinohierarkia

Lipposen II hallituksen hallitusohjelmasta:

Vammaiset

Vammaisten henkilöiden täyttä integroitumista yhteiskuntaan edistetään parantamalla heidän työ- ja toimintakykyään. Vammaisten työnsaantia parannetaan, ja yrittäjiksi aikovien vammaisten mahdollisuuksia parannetaan yleisen yritystukijärjestelmän kautta. Ennaltaehkäisevää toimintatapaa ja omatoimista selviytymistä painotetaan. Esteettömyyden toteuttamista joukkoliikenteessä, korjausrakentamisessa sekä uuden informaatioteknologian hyödyntämisessä edistetään informaatio-ohjauksella ja tarvittaessa lainsäädännön tarkistuksilla.

Vammaispolitiikan voimavaroja kohdennetaan Vammaistyöryhmä 96:n ehdotusten suuntaisesti siten, että verotuksen kautta kanavoitua tukea muutetaan suoraksi tueksi ja palveluiksi.

Pitkäaikaissairaita ja vammaisia lapsia koskevat säädökset kootaan erillislainsäädäntöön.

"Vammaisten henkilöiden täyttä integroitumista yhteiskuntaan edistetään parantamalla heidän työ- ja toimintakykyään" ja "Ennaltaehkäisevää toimintatapaa ja omatoimista selviytymistä painotetaan" = päämäärä ja strategia päämäärään saavuttamiseksi

"Vammaisten työnsaantia parannetaan, ja yrittäjiksi aikovien vammaisten mahdollisuuksia parannetaan yleisen yritystukijärjestelmän kautta" = tavoite ja keino tavoitteeseen

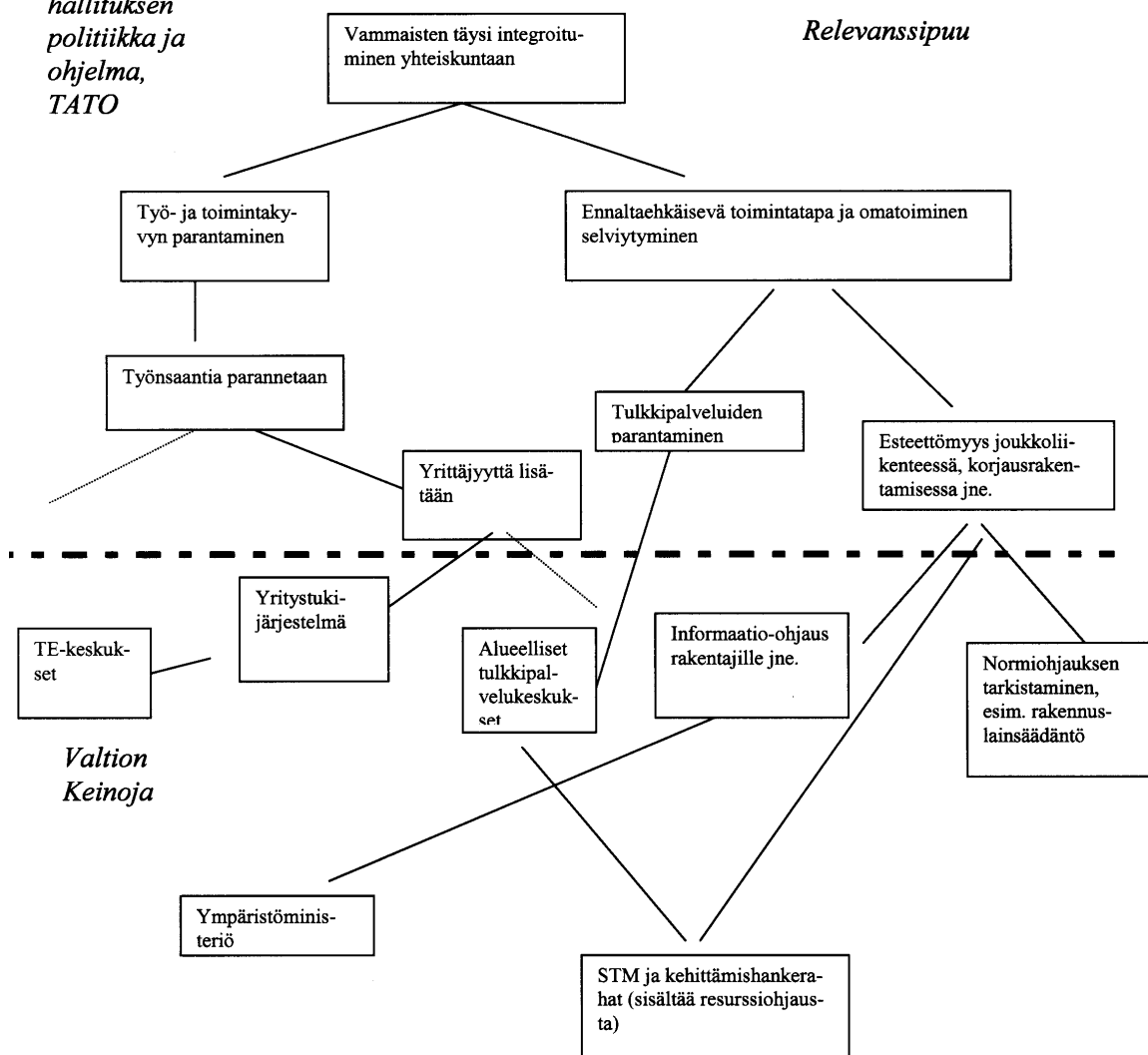
"Esteettömyyden toteuttamista joukkoliikenteessä, korjausrakentamisessa sekä uuden informaatioteknologian hyödyntämisessä edistetään informaatio-ohjauksella ja tarvittaessa lainsäädännön tarkistuksilla" = tavoitteita ja keinoja

"..verotuksen kautta kanavoitua tukea muutetaan suoraksi tueksi ja palveluiksi" = keino

"Pitkäaikaissairaita ja vammaisia lapsia koskevat säädökset kootaan erillislainsäädäntöön" = keino

Lipposen II hallituksen politiikka ja ohjelma, TATO

Relevanssipuu



Keinojen riskianalyysi

1. Tavoiteasettelun selkeys
 2. Tavoite-keinorelaation tuntemus
 3. Intressiristiriidat ja ohjauksen legitimitetti
 4. Ohjauskentän hajanaisuus - ohjauskohteiden lukuisuus ja erilaisuus
 5. Vuorovaikutus ohjaajan ja ohjattavien välillä
 6. Ohjauskeinovalintojen pätevyys
 7. Informaatiojärjestelmän riittävyys valvonnalle, arvioinnille ja jälleenojaukselle
- Riski sille, että ohjaus ei vaikuta tai vaikuttaa riittämättömästi tavoitteisiin nähden
 - Ohjauksen toimimattomuuden aiheuttaman riskin merkittävyys ja todennäköisyys (esimerkiksi kansalaisten hengelle, terveydelle ja turvallisuudelle ja yhdenvertaisuudelle).

Lipposen II hallituksen hallitusohjelman yleisen osan jälkeen on tarkemmin määritelty linja sosiaali- ja terveydenhuollossa seuraavasti.

Sosiaali- ja terveystalvet

Väestön terveys ja sen edistäminen otetaan yhdeksi julkista ja yleistä päätöksentekoa ja toimintaa ohjaavaksi sekä siihen vaikuttavaksi tekijäksi. Julkisen vallan järjestämisvastuulla olevien sosiaali- ja terveystalvet on oltava kaikkien saatavilla ja ne tulee kustantaa pääosin verovaroin. Niitä täydentävät yksityiset talvet, kolmas sektori sekä omais- ja lähimmäistyö.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa on luotava tehokkaat ja toimivat hoitoketjut, tarkoituksenmukainen hoidon porrastus ja hyödynnettävä tehokkaasti uutta teknologiaa. Sosiaali- ja terveydenhuollon talvetu kehitetään väestövastuuperiaatteella ja niiden saatavuus suomeksi ja ruotsiksi turvataan. Talvetu- ja hoitosuhteen jatkuvuus turvataan lisäämällä pysyviä työsuhhteita. Terveydenhuoltolainsäädäntöä selkeyttämällä pyritään yhteensovittamaan erikoissairaanhoidosta, kansanterveystyöstä ja työterveyshuollosta toimiva kokonaisuus. Talvetuohjausta on vahvistettava erityisesti pitkäaikaissairaiden ja vammaisten sosiaali- ja terveystalvetuiden käytössä. Osana talvetujärjestelmän arviointia tulee perusturvalautakunnan roolia vahvistaa ja sen toimintaa tehostaa. Talvetusetelijärjestelmän käyttöönottoa laajennetaan kokeilujen kautta.

Vanhustenhuollon talvetu kehitetään kiinnittäen huomiota erityisesti kotisairaanhoidon, kotitalvetuihin, kotona asumisen tukeen ja kuntoutusmahdollisuuksien parantamiseen sekä talvetuiden laatuun. Sosiaali- ja terveystalvetuiden yhdenvertaisen toteutumisen seuraamiseksi tulee luoda toimiva kriteeri- ja laatumittaristo, jossa asiakaslähtöisyys on yksi johtava periaate. Selvitetään tarpeet luoda kustannusten tasausjärjestelmä erityisryhmien ongelmiin.

Hallitus uudistaa maksupolitiikkaa siten, etteivät asiakasmakset suosi laitospalveluita avotalvetuiden kustannuksella. Selvitetään vaihtoehdot maksukattojärjestelmän käyttöönottamiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon maksujärjestelmän puitteis- sa.

Toteutetaan vaiheittain koko väestön mahdollisuus saada yhteisistä varoista tuettua hammashuoltoa. Tämä toteutetaan kustannusneutraalisti. Pienyrittäjien ja ammatinharjoittajien sosiaaliturvaa ja sen rahoitusta selvitetään. Turvataan Raha- automaattiyhdistykseltä järjestöille tuleva rahoitus.

Kehtetään rintamaveteraanien etuuksia ja laajennetaan sotainvalidien etuja vapautuvien resurssien puitteis- sa

Liite 3. STM, Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000-2003

Poimintoja:

Tavoite 2: Esteetön ympäristö

Rakennetun ympäristön esteettömyyden edistämiseksi tarvitaan tehostettua informaatio-ohjausta ja eri toimijoiden yhteydenpidon lisäämistä. **Vammaisten ja ikääntyneiden ihmisten liikkumismahdollisuuksia turvataan ensisijaisesti esteettömällä joukkoliikenteellä. Vammaisten tulkkipalveluja parannetaan ja vammaisten kommunikaatiomahdollisuuksia kehitetään.**

Tavoitetta tukevat toimenpidesuositukset

5. Kunnat huolehtivat siitä, että rakennusalan, asuntotoimen ja sosiaalitoimen välillä toimii asianmukainen yhteistyö. **Ympäristöministeriö** yhdessä eri tahojen kanssa lisää esteettömän rakentamisen ja rakennetun ympäristön edistämiseksi tarvittavaa informaatio-ohjausta.

6. Toteutetaan liikenneministeriön Kulku-työryhmän suositukset **ja liikenteen esteettömyyttä** ja helppokäyttöisyyttä käsittelevän työryhmän esittämät jatkotoimenpiteet. Lääninhallitukset ja maakuntien liitot tehostavat yhteistyötään ja ovat yhteydessä alueensa kuntiin esteettömän joukkoliikenteen palvelutason ja laadun ylläpitämiseksi ja parantamiseksi.

1. **Kunnat parantavat vammaisten kommunikaatiomahdollisuuksia** ja tehostavat lasten päivähoiton yhteydessä tapahtuvaa kommunikaatiovammaisuuteen liittyvien ongelmien paikantamista ja hoitamista. Tulkkipalveluja parannetaan esimerkiksi tukemalla alueellisten **tulkkipalvelukeskusten** perustamista ja toimintaa. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö tukee alueellisia **kehittämishankkeita**.

Tavoite 7: Palvelujen saatavuuden varmistaminen

Sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen saatavuuden kuntakohtaisia ja alueellisia eroja pienennetään ohjelmakaudella. Asiakkaat saavat sosiaali- ja terveystieteiden palveluja ilman kohtuutonta viivettä. Toimeentulotukijärjestelmä toimii hyvin ja säännösten mukaisesti. Työkäisen väestön työkykyä edistetään riittäväillä työterveyshuollon palveluilla.

Asiakkaalle annetaan mahdollisuus saada palveluja kotiin laitoshoidon sijasta silloin, kun se on hoidollisesti perusteltua. Avo- ja laitoshoidon väliseen määrittelyyn liittyneet ongelmat poistetaan. Kehitetään uusia pitkäaikaishoidon malleja ja työtapoja sekä parannetaan omaishoidon edellytyksiä.

Vammaisten sekä pitkäaikaissairaiden lasten ja nuorten erityispalvelujen saatavuutta parannetaan.

Kunnat järjestävät omakieliset palvelut suomen- ja ruotsinkielisille, saamenkielisille, viittomakieltä käyttäville sekä mahdollisuuksien mukaan myös maahanmuuttajille.

Liite 4. Tapaustutkimusten yhteenveto

Tapaustutkimusten tulokset taulukkoyhteenvetona (asianomainen tutkijat tai tutkijat vastaavat taulukosta)

Lähtökohta-analyysi Ongelmat

1. Vanhusten huolto

Riittämättömät henkilöstöresurssit ja avohoidon puutteet kunnissa
Em. johtuva korjaava hoito tulee kalliiksi

Palvelutasoero kunnissa
Vanhusvammaisten ongelma
Palvelua tarjoavan
Järjestö-/yhteisökentän laajeneminen

2. Vammaispalvelut/apuvälineet

Subj. ja ei-subj. oikeuksien
pirstaleisuus ja epäselvyys

Puutteita säännösten noudattamisessa
kunnissa/kuntayhtymissä

Henkilöstön ja osaamisen puute
Vammaisten eriarvoisuus
Toimijakentän moninaisuus

3. Lastensuojelu

Sosiaalityöntekijöiden puute
Kunnissa
Lastensuojelun henkilöstön ammattitaitoa
ylläpitävät ja tukevat rakenteet puutteelliset
Lastensuojelun tarpeessa olevien
eriarvoisuus

Ohjaustyökalut

Normiohjaus
- kunnalla yleinen järjestämisvelvollisuus

Resurssiohjaus
- STM: laskennallinen käyttötalouden v-osuus
- STM/LH: harkinnanvarainen korvamerkitty inv.valtionapu
- RAY/STM: Ray:n harkinnanvarainen valtionavustus
Info-ohjaus
- STM/Kuntaliitto: laatusuositus
- LH valvonta ja arviointi
- STM:n perusturvalautakunta

Normiohjaus
- osin myös subj. oikeus käytössä

Resurssiohjaus
- laskennallinen valtionapu jne. (ks. yllä
vanhustenhuollon vastaava kohta)

- laatusuositus valmisteilla
- LH:n valvonta ja arviointi
- STM:n perusturvalautakunta

Normiohjaus
- laissa subj. oikeuksia
- myös puitelainomaista sääntelyä
Resurssiohjaus
-laskennallinen valtionosuus,
suurten kustannusten tasausjärjestelmä
Info-ohjaus

Ohjaustyökalut Kehittämistarpeet

Palvelujen tarjonta riittämätöntä verrattuna vanhuspoliittisiin
tavoitteisiin
Tarve täsmentää normiohjausta joiltakin osin - esim. vanhusvammaiset
Ikäihmisten välttämättömien peruspalvelujen täsmentämistarve
Resurssiohjauksen riittämättömyys - tarvitaan korvamerkittyjä apuja, jotka
palkitsevat vanhusten palveluiden kehittämistä kunnissa

Laatusuositukset ohjaavat palveluiden tuottamista, mutta eivät yksin
takaa palveluja
Asenne- ja faktatietoa levittävän tietokampanjan tarve

LH puutteelliset resurssit ja toimivalta ohjata ja valvoa
Valtakunnallisten linjausten ja ohjeiden tarve
Palvelua tulisi kehittää kokonaisuutena, välttää pirstaleisuutta (koskee
yhdyskuntasuunnittelua, muiden palveluiden suunnittelua)

Laatusuositukset eivät yksin takaa palveluja

Tarve kehittää normi- ja resurssiohjausta
Tarve tehostaa sijaishuollon palvelujen tuottajien laadun valvontaa

Tarvetta vaikuttaa asenteisiin lastensuojelua kohtaan

Lastensuojelun käytettävien resurssien vaihtelevuus

- TATO:n toimenpidesuositukset
- LH:n arviointi (viimeksi v. 2000)
- laillisuusvalvontaan liittyvä informaatio-ohjaus
- ei lainsäädännön soveltamisoppaita

Tarve kehittää yhteistyötä ja verkottumista palvelussa
- sosiaalialan osaamiskeskukset

4. Huumehoito

Huumeriippuvan koko hoito- ja kuntoutuspolku huonosti hallinnassa
- myös sosiaalinen kuntoutus tärkeä !
Vastustavat asenteet
Kuntien riittämättömät resurssit

- Normiohjaus
- päihdehuoltolaki uudistettavana
- Resurssiohjaus
- LH:n kautta v. 2002 tilapäinen korvamerkitty valtionapu kunnille ja ky:lle
- Info-ohjaus
- ei laatusuosituksia
- LH:n peruspalvelujen arvioinnin kohde (viimeksi v. 2000)

Kuntoutuskokonaisuuden suunnittelu ja ohjaus yksilötasolla puuttuu
Normiohjaus osin vanhentunutta, sosiaalisen kuntoutuksen käsite puuttuu lainsäädännöstä
Korvamerkitylle valtionavulle tarvetta huumeuudessa
Tarve järjeittää kustannustenjakoa viranomaisten välillä
Tukea olisi suunnattava palvelun kehittämistyöhön, ennaltaehkäisevän työn tukemisen tehostaminen
Tutkimuksen, tiedotuksen ja koulutuksen lisäämistarve

5. Lasten erityispäivähoito

Erityispäivähoidon määrittelemättömyys
Kuntoutuksen ja sen roolin epämääräisyys - kuntoutussuunnitelmien laatimattomuus
Henkilöstöresurssien heikkeneminen ja erityistä hoitoa ja kasvatusta tarvitsevien lasten lkm:n kasvu
Kuntien palvelutasoerot ja lasten eriarvoisuus
Tutkimustiedon puute
Asiantuntijalausuntojen puute - lasten negatiivinen leimaaminen

- Normiohjaus
- sisältyy lasten päivähoitolakiin
- Resurssiohjaus
- Info-ohjaus
- ei laatusuosituksia

Nykyinen lainsäädäntö- ja normiohjaus ei riitä ongelmien ratkaisuun
LH:n ohjausroolia olisi selkeytettävä

Tarve kehittää palkitsevaan resurssiohjaukseen

Info-ohjaus puutteellista

6. Kouluterveydenhuolto

Haasteiden ja toimintaympäristön nopea ja muutos ja useita uusia yhteistyötahoja
Lainsäädäntö ympäristössä muuttunut paljon, vain yleissäädos kansanterveyslaissa
Teoriaperustan ja toimintakäytännöt hajonneet, niukasti tutkimus- ja kehittämistyötä
Valtakunnallisten vastuut epäselviä
Johtaminen hajonnut kunnissa, vastuut yksittäisillä työntekijöillä
Suuret erot toiminnassa kuntien välillä ja sisällä
Seurantatieto sisällöstä/voimavaroista puuttuu

- Normiohjaus
- puuttuu kokonaan
- Resurssiohjaus
- puuttuu kokonaan
- Info-ohjaus
- valmisteluvastuut epäselviä, hajautettu, valmistelussa ei voimavaroja

-Kouluterveydenhuollon lainsäädännön arviointi ja selkiyttäminen suhteessa oppilashuollon, työturvallisuuden ja työterveyshuollon lainsäädäntöön
-Kouluterveydenhuollon ja oppilashuollon järjestäminen kokonaisuutena, lisää koulupsykologeja ja kuraattoreita, kouluterveydenhuoltoon päätoimiset lääkärit.
-Valtakunnallisten tutkimus-, kehittämis- ja ohjaustehtävien vastuunjaon selvittäminen ja valmistelun ja seurannan järjestäminen ja resurssointi
-Kouluterveydenhuollon/oppilashuollon yhteiset laatusuosituksien, henkilöstölle yhteinen jatko- ja täydennyskoulutus, työnohjauksen järjestäminen

Liite 5. Keskeistä ohjaussanastoa

Ohjausvoima: Asemaan tai asiantuntemukseen perustuva, usein säädöksissä ilmaistu oikeus ja valta vaikuttaa toisen toimintayksikön käyttäytymiseen.

Suora ohjaus: Ohjattavan käyttäytymiseen suoraan kohdistuva ohjaus, pakottavin ohjausmuoto.

Käskyohjaus: Suoran ohjauksen muoto, jossa ohjaaja hierarkkiseen ylempään asemaan perustuen voi antaa tapauskohtaisesti sitovia käskyjä ja määräyksiä.

Sääntöohjaus (sääntely eli regulaatio): Suoran ohjauksen toinen ohjausmuoto (käskyohjauksen lisäksi), jossa ohjaaja hierarkkiseen ylempään asemaan perustuen voi antaa yleisiä sitovia sääntöjä ja kieltoja.

Normiohjaus: Oikeusnormeihin perustuva sitovaa sääntöohjausta.

Epäsuora ohjaus: Ohjaaja pyrkii vaikuttamaan ohjattavan haluun ja kykyyn käyttäytyä tavoitteiden mukaisesti ja toteuttaa suoran ohjauksen edellyttämät toimenpiteet vaikuttamalla ohjattavan organisaation resursseihin, organisaatorakenteeseen ja -prosesseihin sekä käytävissä olevaan tietoon. Epäsuora ohjaus jakautuu määrärahaohjaukseen, rekrytointiohjaukseen, organisointiohjaukseen ja informaatio-ohjaukseen.

Määrärahaohjaus: Budjetin oikeudellisesti ja/tai hallinnollisesti sitovilla määrärahoilla ohjaamista (ts. budjettiohjausta). Budjettiin sisältyy sitovan määrärahaohjauksen lisäksi suunnitelmaohjausta, koska budjettiin sisältyy ei-sitovaa tavoitteiden ja suunnitelmien muotoon puettua ainesta.

Rekrytointiohjaus: Perustuu siihen, että ohjaajalla on valta nimittää hallinnollisesti alemman organisaatioon kuuluvaa johtoa tai muuta henkilöstöä (spesifi rekrytointiohjaus), tai siihen että ohjaaja säättää yleiset säännöt organisaation/organisaatioiden johdon tai muun henkilöstön vaadittavasta koulutuksesta ja muista kvalifikaatioista.

Organisointiohjaus: Ohjauksessa ohjataan hallintoyksiköiden tai muiden alempien yksiköiden organisaatiota, organisaatiossa noudatettavia menettelytapoja ja fyysiseen tilaan/sijaintiin liittyviä seikkoja.

Menettelytapaohjaus: Toiminnan menettelyyn ja prosessiin kohdistuva sääntely, ei itse loppusuorituksen sisältöön kohdistuvaa. Organisointiohjauksen yksi alalaji. Aineettomissa palveluissa on usein vaikeaa erottaa tuotannon tekijöiden muuntoprosessia ja suoritetta toisistaan.

Tavoiteohjaus: Ohjaus, joka perustuu siihen että toiminnalla asetetaan tavoitteet, jotka määritetään siten että niiden toteutumista voidaan seurata. Tyypillisessä tavoiteohjauksessa ohjattava tai ohjattavat saavat osallistua tavoitteiden asetantaprosessiin, millä halutaan saada aikaan hyvä sitoutuminen asetettuihin tavoitteisiin.

Tulosohjaus: Ohjaus, joka perustuu ohjattavalle määrättyihin tai sovittuihin mitattaviin tuloksiin, joiden toteutumista seurataan systemaattisella tavalla. Käytetään usein synonyyminä ta-

voiteohjaukselle tai käytetään käsitettä tavoite- ja tulosohjaus. Eräiden määritelmien mukaan erottavaksi tekijäksi voidaan nostaa se, että tulosohjaus korostaa tavoiteohjausta enemmän mitattavien tulostavoitteiden asettamista ja jälkikäteistä mittaus- ja raportointiprosessia.

Taloudellisiin keinoihin perustuva ohjaus: Perustuu siihen, että haluttu ohjausvaikutus halutaan saada aikaan taloudellisilla kannustimilla tai taloudellisilla sanktioilla tai niiden yhdistelmillä. Vähemmän pakottava ohjauksen muoto kuin sääntely, mutta pakottavampi muoto kuin informaatio-ohjaus.

Informaatio-ohjaus: Ei-pakottava ohjausmuoto, joka perustuu siihen että ohjaaja välittää ohjattavalle informaatio ja tietoa, jonka se toivoo saavan aikaan halutun käyttäytymisen ohjattavassa.

Detaljiohjaus: Yksityiskohtaista ohjausta, joka voi kohdistua ohjattavan prosessin panoksiin eli tuotannontekijöihin, panosten muuntoprosessiin, panosten muuntoprosessin tuloksena syntyviin tuotoksiin eli suoritteisiin ja suoritteiden vaikutuksiin.

Kehysohjaus tai puiteohjaus: Yleispiirteistä ohjausta, joka voi kohdistua samoihin prosessin tekijöihin kuin detaljiohjauskin.

Asiakasohjaus: Toimintaan ja palveluun kohdistuva ohjaus, joka syntyy asiakkaiden käyttäessä ao. palvelua tai osallistuessa palvelun suunnitteluun ja arviointiin.

Sopimusohjaus: Ohjaus, joka perustuu siihen, että julkinen taho tekee ohjattavan organisaation kanssa yksityisoikeudellisen sopimuksen liittyen sopimuskumppanin velvoitteisiin ja oikeuksiin ao. palvelutoimintaan liittyen. Usein kysymyksessä on julkisen hallinnon ja siihen kuulumattoman palvelutuottajan välisestä sopimuksesta, mutta kyseeseen voi tulla myös kahden eri julkisen organisaation välisestä yksityisoikeudellisesta sopimuksesta (esimerkiksi kuntayhtymä ja kunta).

Markkinaohjaus: Palvelujen kysyntä ja tarjonta muotoutuu vapaasti markkinatilanteen mukaan - toteutuu sosiaali- ja terveysalalla korkeintaan rajoitetusti. Kehittyneissä maissa sosiaali- ja terveyspalvelujen tarjontaa ei ole jätetty yksinomaan markkinoiden ohjattavaksi.

Laatuohjaus: Ohjausta, joka kohdistuu palvelujen laatuun. Esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollossa lupamenettelyn alaisilta sosiaali- ja terveyspalveluilta edellytetään tiettyjen, laissa määriteltyjen laatukriteerien täyttymistä. Valvonta kuuluu lääninhallitusten tehtäviin.

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN JULKAISUJA
SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIETS PUBLIKATIONER
PUBLICATIONS OF THE MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH **ISSN 1236-2050**

- 2002: 1 Juhani Iivari, Keijo Piirainen, Aki Siltaniemi. Sosiaalinen luototus - vaikuttavuus- ja kokonaisuusarviointi. Sosiaalisen luototuksen evaluaatiotutkimuksen raportti II.
ISBN 952-00-1079-3
- 2 Sosiaaliturvan suunta 2002.
ISBN 952-00-1093-9
- 3 Ikäohjelman monet kasvot. Kansallisen ikäohjelman 1998-2002 loppuraportti.
ISBN 952-00-1101-3
- 4 Valtakunnallinen uniapneaohjelma 2002-2012.
ISBN 952-00-1103-X
- 5 Kuntoutuksen kustannuksista ja vaikuttavuudesta. Tausta-aineisto valtioneuvoston kuntoutusselontekoon.
ISBN 952-00-1104-8
- 6 Kuntoutusraportti 2002. Valtioneuvoston raportti eduskunnalle.
ISBN 952-00-1105-6
- 7 Rehabiliteringsredogörelse 2002. Statsrådets redogörelse till riksdagen.
ISBN 952-00-1106-4
- 8 Ilkka Haapola. Toimeentulokäyttäjien syrjäytymisriskit 1990-luvun Suomessa. Paneelitutkimus vuosien 1990-1992 uusista tuensaajista.
ISBN 952-00-1109-9
- 9 Valtioneuvoston periaatepäätös varhaiskasvatuksen valtakunnallisista linjauksista.
ISBN 952-00-1117-X
- 10 Statsrådets principbeslut om riksomfattande riktlinjer för förskoleverksamheten.
ISBN 952-00-1118-8
- 11 Sosiaali- ja terveystietäminen 2002.
ISBN 952-00-1120-X
- 12 Valtioneuvoston raportti eduskunnalle lasten ja nuorten hyvinvoinnista.
ISBN 952-00-1127-7
- 13 Statsrådets redogörelse till riksdagen om barns och ungas välfärd.
ISBN 952-00-1128-5
- 14 The Many Faces of the National Programme on Ageing Workers. The Concluding Report on the Programme.
ISBN 952-00-1150-1
- 15 Satu Nivalainen, Raija Volk. Väestö ja hyvinvointipalvelut vuonna 2030. Alueellinen tarkastelu.
ISBN 952-00-1173-0
- 16 Trends in Social Protection in Finland 2002.
ISBN 952-00-1172-2
- 17 Social and health policy-oriented research and development activities in Finland.
ISBN 952-00-1186-2
- 18 Eurooppalainen alkoholipolitiikka. Suomen, EU:n ja WHO:n Euroopan aluetuimiston keskeiset alkoholipoliittiset asiakirjat.
ISBN 952-00-1196-X

2002: 19 Lasse Oulasvirta, Jukka Ohtonen, Jari Stenvall. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus. Tasapainoista ratkaisua etsimässä.
ISBN 952-00-1200-1