

KASTE:n paikka – arvio sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaohjelman merkityksestä

OLLI NYLANDER

Kansallinen sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaohjelma on hyväksytty valtioneuvostossa tänä vuonna ja sen toteutus on aloitettu sosiaali- ja terveysministeriön toimesta. Ohjelmaan on kerätty lähivuosien keskeiset tavoitteet sekä toimenpiteet. Yksilöityjä toimenpiteitä on suunnattu sosiaali- ja terveydenhuollon kentän eri hallinnollisille toimijoille, kuten lääneille, Stakesille, Kansanterveyslaitokselle, kunnille ja palvelujen tuottajille. Ohjelma on tavoitteiden, toimenpiteiden ja lakiehdotusten kunniainhimoinen kokonaisuus, jota seurataan erillisin indikaattorein. Ohjelman pohjalta on rakennettu yksityiskohtaisia hankkeita ja ohjelmia, joita puolestaan rahoitetaan valtion erillisellä hankemäärärahalta. Oleellista ohjelman valmistelussa ja toimeenpanossa ovat alueelliset työryhmät. Ohjelmasta käytetään lyhennettä KASTE.

Tässä analyysissä on tarkoitus arvioida KASTE:n paikkaa sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisen ohjauksen kentässä. Ohjauksen käsite sosiaali- ja terveydenhuollossa voidaan jakaa suoraan ja epäsuoraan ohjaukseen. Suora ohjaus perustuu käyttötarkoitukseen sidottuihin määrärahoihin, käskyihin ja sääntöihin. Epäsuora ohjaus perustuu ohjeisiin, suosituksiin ja toivomuksiin. Suhteessa kuntiin KASTE:ssa on kysymys valtiovallan politiikan muutoksesta suorasta ohjauksesta epäsuoraan ohjaukseen. (Ks. Nylander & al. 2003.) Asiakirjoilla on ollut aina oma merkityksensä ohjauksessa ja ohjauksen välineistössä. Tarkoitukseni on selvittää KASTE:n paikkaa käymällä ensin läpi 1970-luvulta alkaen rakentuneen valtakunnallisen suunnitelman perinteen ja sen yhteydet sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaukseen. Tämän jälkeen olen valinnut tarkemman

tarkastelun kohteeksi historiallisissa käännekohtissa olevat valtakunnalliset suunnitelmat. Käyn ne sisällöllisesti läpi tavoitteena selvittää, mitkä ovat KASTE-asiakirjan taustat ja juuret verrattuna aikaisempiin vastaaviin asiakirjoihin. Näiden arviointien pohjalta muodostan kannan KASTE-asiakirjasta ja sen merkityksestä sekä teen ehdotuksen, miten asiakirjojen ohjaavaa vaikutusta voitaisiin muuttaa.

Valtakunnallisen suunnittelun muutokset

Sosiaali- ja terveyspalveluiden rakentamisessa Taina Rintala (1995, 141–171) on päätenyt seuraaviin historiallisiin vaiheisiin ja niiden tuloksiin:

- hyvinvointivaltion palvelujärjestelmän perustan luominen (1946–1960)
tulokset: byrokraattinen sairaalaverkko, poikkeavuudesta sairaudeksi – laitoshuollosta rahalliseen avustamiseen
- hyvinvointivaltion varsinainen laajentamiskausi (1961–1981)
tulokset: kodinhoitoavusta kotipalvelusektoriin – asiakasryhmän laajentaminen, kontrollin laajentaminen ja terveydenhuollon erikoisalojen kasvu, kansanterveyslaki 1972 – näkymättömän kontrollin laajentaminen, laki lasten päivähoitosta – medikalisaation leviämisen hoidon ja kasvatuksen alalle
- hyvinvointivaltion palvelujärjestelmän vakiinnuttamisen kausi (1982–1991)
tulokset: holhoavuudesta omatoimisuuteen, yksinpuurtajasta verkoston osaksi, vanhusten-

huollon kaksijakoisuus – avo- ja laitoshoidon kehittäminen, resurssilisäykset perusterveydenhuoltoon, erikoissairaanhoidossa sairaansijojen vähennys.

Keskityn seuraavassa kuvaamaan muutoksia hyvinvointivaltion varsinaiselta laajentamiskaudelta, jossa keskeinen lähtökohta on ollut kansanterveyslain voimaantulo ja sen seurauksena kehitetty keskitetty suunnittelu- ja ohjausjärjestelmä.

Keskitetty suunnittelu, ohjaus ja seuranta

Hyvinvointivaltion varsinaisessa laajennusvaiheessa 1970-luvun alusta luotettiin keskitettyyn suunnitteluun, seurantaan ja ohjaukseen. Suunnittelukeskeisyys ajoi läpi koko valtionhallinnon; se keskittyi erityisesti sosiaali- ja terveydenhuoltoon, mutta samansuuntaisia lähtökohtia oli myös opetustoimen puolella. Kysymys oli hyvinvointivaltion rakentamisesta, ja tavoitteena oli saada aikaan alueellisesti kattava palveluverkko. Tällaisessa väestölähtöisessä ajattelussa halutaan taa-ta kansalaisille tasavertaiset mahdollisuudet saada tarvitsemansa palvelut. Jo tuolloin ymmärrettiin sosiaali- ja terveydenhuollon toiminta palveluina, jotka ovat eritasoisia riippuen hoidon vaativuudesta. Kansanterveyslain voimaantulo vuonna 1972 toteutti kattavasti sen, mikä oli opetuspuolella peruskoulu-uudistuksellakin tarkoituksena. Kysymys on palvelujen läpäisevyydestä: palvelut tavoittavat väestön riippumatta sen sosiaalisesta asemasta tai alueellisesta sijainnista. Maksuton verovaroin toteutettu palvelu oli ajan sana. Jotta tällainen politiikka voitiin viedä kattavasti läpi koko maassa, tarvittiin voimakkaat ohjaus- ja toimeenpanovälineet. Valtakunnallinen suunnitelma ja siihen nivottu virkakiintiöjärjestelmä sekä rakennushankekiintiöjärjestelmä takasivat sen, että kaikkialla toteutettiin samaa politiikkaa. Luotuun järjestelmään liittyi myös velvoitteita palvelujen järjestäjille, joiden piti laatia valtakunnallista suunnitelmaa noudattavat alueelliset ja paikalliset suunnitelmat, jotka valtiovalta sitten hyväksyi.

Rintalan analyysi osoittaa hyvin sen, että hyvinvointivaltion rakentamisvaiheesta jäi perintönä sosiaali- ja terveyspalveluille oma erityinen historiallinen taustansa ja myös taakkansa, kun 1970-luvun alun yhteiskuntapolitiikassa asetettiin uusia yleisiä palveluita koskevia tavoitteita. Olennaista muutosvaiheessa oli se, että sosiaali- palveluissa siirryttiin holhoukseen perustuvas-

ta ajatusmallista palveluun perustuvaan malliin. Kansanterveystyössä puolestaan keskeistä oli koota yhteen erilaiset kansanterveyden ehkäisyn ja hoidon palvelut terveyskeskusorganisaation alle. Sairaalalaitoksen osalta keskeistä oli perintö, jossa sairaalaverkko oli rakennettu alueellisesta näkökulmasta varsin hajanaiseksi. Samoin erityisesti yleissairaanhoidon ja psykiatria olivat omien historiallisten perinteidensä kautta täysin erillisiä toimintoja. Keskitetyllä suunnittelujärjestelmällä oli siis monia samanaikaisia haasteita. Suunnitteluajattelu ulotettiin koko sosiaali- ja terveydenhuoltoon tasavertaistamalla ohjausmekanismikin. Vuoden 1984 Valtava-uudistuksessa kaikki sosiaali- ja terveyspalvelut laitettiin lopulta samalle viivalle. Holhouskeskeisyydestä siirryttiin palvelukeskeisyyteen. Suunnitteluasiakirjatkin muuttivat muotoaan siten, että samojen kansien sisään saatiin koko sosiaali- ja terveydenhuolto.

1970-luvulta saakka kasvatettiin samalla sekä valtion hallintoa että valtion ohjaamaa kuntien ja kuntayhtymien hallinnon alla ollutta sosiaali- ja terveyspalvelujen kirjoa. Suunnitelmiasiakirjojen keskeinen anti oli 1970-luvulta aina valtionosuusuudistukseen saakka kaksijakoinen: 1) tiukat yksityiskohtaiset tavoitteet toimintojen laajentamisesta tai uusien toimintojen rakentamisesta, 2) tiukat ja yksityiskohtaiset voimavararamit toteuttamisen mahdollistamiseksi. Alueellisten erojen minimoimiseksi luotiin erilaisia resurssilähtöisiä mittareita. Suunnittelujärjestelmä alkoi kuitenkin vähin erin rapautua hyvinvointivaltion palvelujärjestelmän vakiintumisen kaudella (1982–1991). Suuressa mitassa rapautumisen synnä oli se, että palvelujärjestelmä alkoi olla valmiiksi rakennettu. Isot palveluaukot oli täytetty, ja näin siirryttiin yhä yksityiskohtaisempien palveluaukkojen perkuuseen ja täyttämiseen. Samalla myös valtiovallan taholta alkoivat kadota sekä strateginen näkemys suunnasta että mahdollisuudet seurata operatiivisesti sitä, miten ja mihin todellisuudessa annetut resurssit ovat menneet. Sekä kentällä että osin myös valtiovalan suunnalla alettiin asettaa kyseenalaiseksi koko ohjauksen tavoite ja se, kuinka tarkkaan palvelujen järjestämistä pitäisi ylipäätään ohjata. (Ks. Valtiontalouden tarkastusvirasto 2007, 24–26.) Myös palvelujen tarjonnassa syntyi mielenkiintoisia eroja niin alueellisesti kuin toiminnollisinkin. Joillakin maantieteellisillä alueilla olisi ollut voimavaroja toteuttaa asioita omin resurssein huomattavasti valtiovallan tahtia nopeammin ja

erilaisin painopistein. Joillakin alueilla oma toteutustahti alkoi hiipua. Myös palveluittain alkoi tapahtua eriytymistä. Sekä perusterveydenhuollossa että joissakin erikoissairaanhoidon toiminnoissa alkoi esiintyä jo virkakiintiöiden aikana merkittäviä virantäyttöongelmia. Tässäkin mielessä koko suunnitteluapparaatti alkoi näyttää ontumisen merkkejä. Työvoiman koulutusta ja tarjontaa voidaan ohjata 5–10 vuoden aikavivellä, mutta valtakunnallisen suunnitelman tavoitteet oli asetettu 1–5 vuoden ajalle. Kankean suunnittelujärjestelmän käyttö kentällä alkoi lisäksi saada joskus varsin erikoisia paikallisia sovelluksia. Haettiin suunnittelumekanismista aukkoja, joiden kautta voitiin toteuttaa paikallisia tavoitteita valtakunnallisten virka- ja hankekiintiöiden rajoissa. Kentällä asetettiin myös kyseenalaiseksi valtiovallan tasavertainen kohtelu. Oletettiin, että jotain kuntaa, aluetta, kuntayhtymää kohdeltaisiin huonommin tai paremmin kuin jotain toista vastaavaa yksikköä. Olettamusten taustalla oli käsitys siitä, että valtakunnallisessa politiikassa harjoitettiin eriarvoistavaa resurssi-päätöspolitiikkaa.

Lama ja keskitetyn suunnittelujärjestelmän purku

Valtionosuuksilainsäädännön uudistaminen vuonna 1993 sekä samoihin aikoihin alkanut voimakas lama ravistelivat uuteen järjestykseen koko suunnittelujärjestelmän. Jatkuvasta kasvusta siirryttiin olemassa olevien toimintojen ja resurssien hallintaan tai jopa hallittuun alasajoon. Myös valtiovallan suunnalla erkaannuttiin mahdollisimman tarkkaan keskitetyn ohjauksen perinteestä. Valtakunnalliset suunnitelmat muuttivat merkitystään. Samat tavoitteet eivät enää saaneet seurakseen tiukkoja voimavarataulukkoja. Väestöpohjaiset valtionosuudet siirsivät päätöksenteon valtiovallalta kunnille ja kuntayhtymille. Valtakunnallisiin asiakirjoihin vetoaminen ja myös perehtyminen kentällä romahti, kun voimavarojen hankinta ja käyttö olivat omissa käsissä. Myös paikallinen palvelujen suunnittelu joutui uudelleen arvioinnin kohteeksi. Kukin kunta ja laitos rakensivat omat toiminnan ja talouden ohjausjärjestelmänsä, joissa valtakunnallisilla periaatteilla, strategioilla ja tavoitteilla ei ollut enää keskeistä sijaa. Lääkintöhallituksen ja sosiaalishallituksen lakkauttamiset konkretisoivat sen, että jäljelle jäi vain joukko lakeja ja asetuksia, mutta toiminnan ohjaus oli kunkin omissa käsissä. Valtiovallan nä-

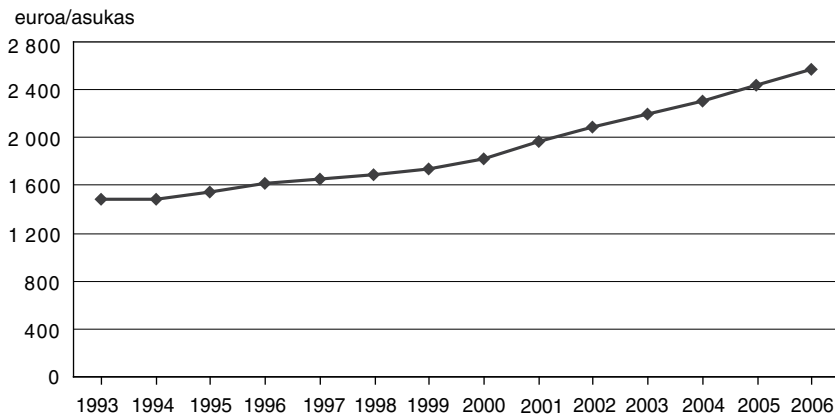
kökulmasta suora ohjaus korvautui informaatio-ohjauksella, jolla on omat haasteensa niin käsitteenä kuin toimeenpanossakin. (Nylander & al. 2003; Stenvall & Syvälahti 2006.)

Lama-aika oli selvästi toimintojen pakkotehostamisen ajanjakso. Siten ilman lamaa terveydenhuollon bruttokansantuoteosuus olisi ehkä aivan toisella tasolla, kun mitä se nyt on. Sosiaali- ja terveydenhuoltoon luotu tarve-resurssijattelu oli luonnonvoiman tapainen laki, joka kasvatti jatkuvasti resursseja ja samaan aikaan kasvatti jatkuvasti tarpeita. Lama katkaisi tämän luonnonvoimaisen yhteyden, mutta vain tilapäisesti. Toisaalta lama, itsemääräämisoikeus ja normien puute nivottuna toisiinsa pistivät ainakin osittain polvilleen sosiaali- ja terveydenhuollon kentän toimijat suhteessa kuntien ja kuntayhtymien ”kamreerivaltaan”. Tehokkuus syntyi tästä kauhun tasapainosta. Toisaalta oli tultava toimeen vähin voimavaroin, ja toisaalta on palveltava hoidon tarvitsijoita vähintäänkin entiseen tapaan. Seurauksena oli uusi aalto, jossa vaadittiin hoidon laatua ja laadun standardointia, jopa kontrollia. Ääripäässä tässä vaatimusten kentässä oli normien huuttaminen apuun tai palvelutasosta yksittäistapauksina viranomaisille valittaminen. Uudesta tilanteesta on myös seurannut uusia palvelujen järjestämisen innovaatioita. Osa innovaatioista on aitoja, osa puhtaita silmänkääntötemppeja. Aitoja ovat ne innovaatiot, joissa rikotaan vanhoja luutuneita tekemisen tapoja ja työnjakojä ja saadaan näin vauhtia ja tehokkuutta tekemiseen. Epäaitoja ovat ne uudistukset, joissa siirretään kustannusvastuuta osapuolelta toiselle siten, että kokonaiskustannukset säilyvät kuitenkin ennallaan tai muutoksen vuoksi jopa nousevat. Uusi tilanne on myös vaikuttanut siihen, että vanhat periaatteet tasapuolisuudesta, alueellisuudesta ja oikeudenmukaisuudesta ovat jääneet taustalle. Markkinaehtoinen suunnittelu- ja toimintatapa on vallannut monia toimintasektoreita. Perusterveydenhuolto on osittain vaikeuksissa, kun ei ole keinoja ja välineitä pitää koossa työyhteisöjä jne.

Uudelle kasvu-uralle

Sosiaali- ja terveyspalveluiden tarpeen, tarjonnan ja kysynnän välillä on yhteys, joka tuottaa ilman erillistä väliintuloa aina resurssien ja kustannusten kasvua. Yleinen lama oli sellainen väliin tullut tekijä, joka katkaisi tuon luonnollisen kasvun hetkeksi. Laman jälkeisessä tilassa voimavarojen ja kustannusten kasvu sai kuitenkin jatkoa

Sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset euro/asukas, yhteensä



Lähde: www.sotkanet.fi

kuntien taloudellisen liikkumavaran muuttuessa. Oheisessa kaaviossa on kuvattu sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot asukasta kohden koko maassa vuodesta 1992 vuoteen 2006.

Kasvu on tapahtunut ilman keskitettyä valtiovallan resurssiohjausta. Toisaalta kasvun suunta ei välttämättä ole tapahtunut valtiovallan haluamalla sosiaali- ja terveystoimintatavalla. Toiminnan suuntaamisessa ei ole kaikilta osin luotettu informaatio-ohjauksen voimaan. Itse asiassa sekä kentän toimijat että valtiovallan toimijat ovat olleet epä tietoisia, mitä informaatio-ohjauksella tarkoitetaan ja miten se on toiminut. (Stenvall & Syvälahti 2006.) On haettu uusia välineitä tämän ohjauksen rinnalle. Hanke-ohjauksen avulla on pyritty aikaan saamaan kentälle uusia toistettavissa ja siirrettävissä olevia toiminnallisia konsepteja. Tällainen ohjaus ei kuitenkaan ole tuottanut toivottuja tuloksia, vaan hankerahoitusta on käytetty varsin löyhin suunnitelmin ja seurannoin oman toiminnan kehittämiseen – ääritapauksessa jopa paikkaamaan oman toiminnan resurssiaukkoja. (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2007, 59–66.) Näin on osittain päädytty hakemaan suurten hankkeiden innoittamana (Terveyshanke, Sosiaalialan kehittämishanke) järeämpiä ohjauksen välineitä. Terveyshankkeesta poiki hoitotakuuta koskevia normeja uhkasakkoineen, ja ne ovat saaneet aikaan valtiojohtoisia seurauksia palvelujärjestelmässä. Tällä erityisohjauksella on saatu aikaan tuloksia. (Ks. Pekurinen & al. 2008.)

Asiakirjan ohjausvaikutukset

Ohjaako asiakirja? Tämän kysymyksen voi asettaa uudelle ohjausjärjestelmälle. Vanhan järjestelmän osalta ohjauksen tulokset ovat suunnattuina resursseina tiedossa. Olen valinnut sisältötarkastelun kohteeksi seuraavat suunnitelma-asiakirjat (ks. Aineistot):

- I. valtakunnalliset suunnitelmat: 1975–79; 1983–87; 1984–88; 1992–96;
- II. valtakunnalliset suunnitelmat: 1993–96; 1999–2002
- III. TATO 2000–2003; 2004–2007
- IV: KASTE 2008–2012

Valinnan perusteena ovat sosiaali- ja terveydenhuollon suunnitteluasiakirjoissa tapahtuneet historialliset muutokset. Ensimmäisessä vaiheessa 1970-luvulta aina vuoteen 1983 saakka terveydenhuollon ja sosiaalihuollon ohjaavat valtakunnalliset asiakirjat olivat erillisiä ja niiden hallinnollisina vastuuorganisaatioina olivat lääkintöhallitus ja sosiaalihuollon erikseen. Vuodesta 1984 vuoteen 1992 oli yhteisiä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakirjoja. Laskennallisen valtionosuuden tullessa lakipohjaiseksi perustaksi muuttui myös asiakirjojen luonne. Kuitenkin niiden teotapa muistutti aikaisempia suunnitelmia. TATO:ssa uusittiin sekä teotapa että ohjausajattelu. KASTE:ssa tehtiin arviointi uudelleen ja muutettiin asiakirjan luonnetta.

Sosiaali- ja terveydenhuolto erillään

Valtakunnalliset suunnitelmat vuosille 1975–1979, 1983–1987, 1984–1988, 1992–1996 edustavat kaikki aikakautta ennen valtionosuusuudistusta. Ensimmäinen suunnitelma edustaa aikakautta, jolloin vielä rakennettiin voimakkaasti erityisesti terveydenhuollon kokonaisuutta. Terveyskeskusten rakentaminen tapahtui pohjoisesta etelään -periaatteella ja erikoissairaanhoidon puolestaan paikkaamalla alueellisia aukkoja sairaalaverkossa. Ensimmäisen ja vuosien 1983–1987 suunnitelman väliset yhtäläisyydet ovat kahden suunnitelman kokonaisuudessa: kansanterveystyö ja sairaanhoitolaitokset. Perustavoitteetkin ovat samansuuntaisia kuitenkin sillä erolla, että myöhäisempi suunnitelma ei ole enää perusrakenteisiin perustuva vaan edustaa jo palvelujen paikkausvaihetta. Alueellisten erojen ongelma on esillä kummassakin suunnitelmassa. Yhtäläistä suunnitelmissa on varsin yksityiskohtainen eri toimintojen kehittämistä ohjaava tavoitteisto ja tietysti myös virkakiintiöt sekä hankelistat. Perustelumuistioiden laajuus on selvästi muuttunut. Indikaattorityön keskeisenä perustana on kertomustietojärjestelmä (KETI), johon on koottu kaikki henkilöresurssit ja niissä tapahtuneet muutokset toimintayksiköittäin. Vuosien 1983–1987 suunnitelman perustelumuistiossa on ollut mahdollista tehdä pidemmälle vietyjä analyysejä ja rakentaa myös indikaattoreita (periaatteella henkilömäärä / asukas). Näin onkin valjastettu systemaattiseen käyttöön erilaisia indikaattoreita koskien avohoitokäyntejä, hoitopäiviä, sairaansijojen ja henkilömääriä henkilöryhmittäin. Erityisesti henkilömääräindikaattoreita on hyödynnetty voimavarakehysten alueellistamispäätöksissä.

Sosiaali- ja terveydenhuolto yhdessä

Vuosien 1984–88 valtakunnallisissa suunnitelmissa on aikaisempiin suunnitelmiin verrattuna laajennettu suunnitelma kattamaan sekä sosiaali- ja terveydenhuolto. Kuitenkin suunnitelman rakenne ja tavoitteiden sitovuuden tapaan ovat samanlaisia kuin aikaisemmissa suunnitelmissa. Luonnollisesti indikaattorivalikoimaan on saatu mukaan sosiaalihuollon henkilöstön mittarit sekä asumispalvelujen ja laitoshoidon mittarit. Vuosien 1992–1996 suunnitelmassa edetään tavoitteenasettelussa yleisempään suuntaan verrattuna aikaisempiin suunnitelmiin. Samoin asetetaan tavoitteita yhtenäisesti koko sosiaali- ja terveydenhuollolle. Toisaalta suunnitelmassa nou-

datetaan edelleen palvelukohtaista tarkkaa tavoitteenasettelua. Ensi kertaa suunnitelmatasolla esille nousee selkeä epätasapaino virkojen täyttämisen mahdollisuuksista suhteessa olemassa olevaan resurssipohjaan.

Vuosien 1993–1996 ja 1999–2002 valtakunnalliset suunnitelmat edustavat uuden valtionosuusaikakauden suunnitelmia. Suunnitelmissa normeeraavana tekijänä on ainoastaan uuden valtionosuusjärjestelmän tarkka kuvaus. Muilta osin suunnitelmien tehtävä on kadoksissa ja kohdekin on epämääräinen. Indikaattorityön kannalta oleellinen muutos on tässä vaiheessa kertomustietojärjestelmästä (KETI) luopuminen ja sen korvaaminen erilaisilla tilastojärjestelmillä. Henkilötietojen osalta korvaava tilastojärjestelmä on Tilastokeskuksen palkkatilasto. Indikaattoreiden ja niiden kuvaavuuden ja vaikuttavuuden osalta uudessa järjestelmässä siirryttiin informaatio-ohjaukseen. KETI-järjestelmästä luopuminen merkitsi, että valtiovallan ote sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän ytimeen katosi lopullisesti. Informaatio-ohjauksen edellytykset mitätöitiin uudistuksen myötä. Tietopohja muuttui puutteelliseksi, ja käytettävissä olevat indikaattoritavoite- ja normiarvoineen jäivät pois. Pois jäivät myös kovan ohjauksen eli resurssiohjauksen välineet, joilla voitiin edistää varsin yksityiskohtaisia sosiaali- ja terveystavoitteita. Erot vuosien 1993–1996 ja 1999–2002 suunnitelmien välillä olivat ne, että myöhäisemmässä suunnitelmassa tavoitteenasettelu on yhä yleisluontoisempaa ja tavoitteiden kohdeosoite on yhä epämääräisempi. Kun varhaisemmassa suunnitelmassa on vielä varsin kattava palvelukohtainen tavoitteenasettelu, uudemmassa suunnitelmassa on tältäkin osin siirrytty valikoivaan painotukseen. Perustelumuistiot tai tausta-analyysit ovat myös supistuneet ja yleisluontoistuneet verrattuna vanhoihin valtionosuusjärjestelmän mukaisiin suunnitelmien perustelumuistioihin. Vuosien 1999–2002 suunnitelmassa siirrytään myös uuteen ohjelma-ajatteluun, ja tätä kautta yritetään saada valtiovallan otetta kentän toimintoihin.

Tavoite- ja toimintaohjelma – TATO 1 ja 2

Tavoite- ja toimintaohjelmien (TATO) teko oli uuden suunnitelma-aikakauden alku, ja tavoitteena oli saada aikaan pitkän aikavälin yhteinen tavoiteasiakirja valtio–kunta-suhteesta. TATO 1 vuosille 2000–2003 oli yleinen ohjelmajulistus, jossa tavoitteenasettelun kohde jäi epämää-

räiseksi. Syynä tähän epämääräisyyteen oli luonnollisesti uusi valtiosuuslainsäädäntö ja sen sisältämä kuntien laaja itsemääräämisoikeus. Epämääräisyys korvattiin erittäin laajalla ohjelmien, projektien ja työryhmien kokonaisuudella, joiden tavoitteena oli kehittää uusia palvelu- ja toimintainnovaatioita ja levittää niitä kentälle. Asiakirjasta laadittiin myös seurantaraportti, jossa on kuvattu lähinnä ohjelmien ja projektien aikaansaannoksia. Tällöin alkoi myös esiintyä erilaisia kriittisiä arvioita hankerahoituksen kohteista ja hankkeiden onnistumisista. Eräs esimerkki kriittisyydestä on valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomus koskien hankerahoitusta ohjauksvälineenä. (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2007.) TATO 2 oli yritys tehdä sellainen ohjelma, jossa kriittinen vastakkainasettelu valtio–kuntasuhteessa on ”säännetty”. Ohjelmassa oli tiedostettu olemassa olevan sosiaali- ja terveystalouden järjestelmän haasteet ja ongelmat, mutta välineet vaikuttamiseen olivat lähinnä informaatio-ohjausta. Ohjelmassa onkin runsaasti (79) ”toimenpidesuosituksia”, jotka on jaettu kahteen koriin: ”kuntien toimenpiteet” ja ”valtakunnallinen tuki”. Edelleen tämäkin suunnitelma nojaa edellisen tapaan vahvaan uskoon ohjelmien ja projektien (hankkeiden) avulla vaikuttamisesta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma – KASTE

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (KASTE) edustaa edelleen uskoa valtakunnallisiin suunnitelmiin, mutta se perustuu eri puolilta tulleeseen voimakkaaseen kritiikkiin siitä, mitä vaikutusta TATO:lla on ollut ja mitä vaikutusta sen ohjelmilla ja projekteilla on ollut. KASTE edustaa myös uutta pyrkimystä sitouttaa kenttä valmistelu- ja toteutusprosessiin sekä uutta ajattelua hankkeiden sitomisessa KASTE-ohjelman ytimeen. Toisaalta KASTE-ohjelma ajautuu tavoitteenasettelussa yhä yleisempään suuntaan ja pyrkii mittaamaan ja arvioimaan toteutumista vastaavasti varsin yleisillä indikaattoreilla. Indikaattorit perustuvat olemassa oleviin valtakunnallisiin tietovarantoihin. Tavoitteet on rakennettu ottamalla huomioon, mitä indikaattori kuvaa. Näin on jouduttu heti epäsymmetriaan yleisten tavoitteiden ja niiden operationalisoinnin välillä. Lisäksi indikaattoriajattelu nojautuu implisiittisesti ajatukseen ”yhteiskuntalaboratorios- ta”, jossa syy-seuraussuhteet ovat selkeitä. Todellisuudessa toimenpiteet ja indikaattorien muu-

tokset ovat ensinnäkin riippuvaisia monista yhteiskunnallisista ilmiöistä yleensä. Toiseksi indikaattorien herkkyyks antaa tuloksia vuoden aikajanalla on epätodennäköistä, osittain jopa mahdotonta. Muutosten hitautta kuvaavat esimerkiksi ehkäisevän terveydenhuollon toiminnassa tapahtuneet resurssimuutokset. Työterveyshuolto on kasvanut viimeisten kymmenen vuoden aikana, ja edustaa osittain ehkäisevää terveydenhuoltoa. Myös kouluterveydenhuolto ja äitiyshuolto ovat lievästi kasvaneet kymmenen vuoden aikana. (Moilanen & al. 2008.) Samaan aikaan kentällä puhutaan kouluterveydenhuollon romahduksesta. Mistä se on viimeisen kymmenen vuoden aikana romahtanut ja mihin, voidaan kysyä. Hoitotakuulainsäädännön mukana on saatu aikaan merkittäviä muutoksia niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossakin. Laki on yhdistänyt normin ja sen indikaattoripohjaisen seurannan. Samalla voidaan kuitenkin havaita, että ehkäisevä terveydenhuolto ei ole vähentynyt tai ollut häviävänä osapuolena, vaikka niin uhkakuvisa ennustettiin. (Pekurinen & al. 2008.) Onkin tärkeätä havaita, että rakenteissa tapahtuvat muutokset ovat hitaita. Vuosi tai edes hallituskausi eivät riitä muutosten näyttöön.

Suunnitteluasiakirjoille uusi suunta

Voimassa oleva lainsäädäntö määrittää tiukasti valtio–kunta-suhteen. Näin kaikki valtakunnalliset suunnitelma-asiakirjat ovat hampaattomia työkaluja, julkistuksia ja toiveita. Uusi KASTE sisältää runsaasti veloitteita valtiolle – sosiaali- ja terveysministeriölle lainsäädäntöhaasteita ja valtion muille laitoksille monenlaisia kehittämishaasteita. Kunnille voidaan tehdä vain ehdotuksia, jotka nekin on hyväksyttävä kuntien edustuselimessä Suomen Kuntaliitossa. Lopputulos on kansalaisten ja valtiovallan kannalta hampaaton.

Markkinaehtoinen suunnittelujärjestelmä voidaan nähdä myös sopimusyhteiskunta-ajatteluna. Tilaa- ja tuottajamalli on itse asiassa sopimusyhteiskunnan malli. (Ihalainen 2007, 98–99; Idänpään-Heikkilä 2007, 19). Ulla Idänpään-Heikkilän näkemyksen mukaan sopimusohjaus sen laajassa merkityksessä kuvaa kaikkia niitä menettelyjä, joissa sopijaosapuolet sopivat terveydenhuollossa tuottajan tilaajalle tuottamista palveluista, niiden määrästä, hinnasta ja laadusta. Sopimusohjausta on kehitetty ja käytetty Suomessa aino-

astaa kentällä palvelujen järjestäjän ja tuottajan välillä. Myös kehitetyt suositukset keskittyvät tähän vuorovaikutustilanteeseen. (Ks. Sopimusohjauksen kehittämissuunnitelma 2008.) Kuitenkin voidaan ajatella, että valtio ja kunnat ovat sopimusosapuolia valtionosuuden jakamisen kautta. Nyt valtionosuus jaetaan kunnille tietyn kaavan perusteella. Olkoon tietty kaava jatkossakin perusteena, mutta rahamäärän myöntämisen edellytyksenä tulisi olla rahan saajan puolelta sitoutuminen joihinkin toimintatavoitteisiin, hyvän laadun kriteereihin ja toimintojen uudistussuuntiin sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sopimusmalli voisi äärimmillään sisältää myös uhkasakkopykälän sopimusrikosta. Sopimuksen toteutumista seurattaisiin yhteisesti sovittavien mittarien avulla. Jos riittävää tietopohjaa ei ole nyt olemassa, se luotaisiin mittaamisen mahdollistamiseksi. Tämä puolestaan saisi kentällä aikaan toimintojen ja niiden seurantamekanismien standardoimista. Se puolestaan aivan itsessäänkin tehostaisi tietojen keruuta, käyttöä, vertailtavuutta ja ohjaavaa vaikutusta. Malli toisi uudelleen parrasvaloihin vanhan suunnittelujärjestelmän ohjaavat elementit, mutta vanhan järjestelmän raskas, yksityiskohtainen virkakiintiösystemi ei olisi rasitteena. Toisaalta malli toisi esille monenkeskisen sopimisen edut, ja näin ohjaus ei olisi yhdensuuntaista.

Sopimusohjausmenettelyn tuominen valtio-kunta-palvelujentuottajasuhteeseen ei ole ongelmatonta. Ensinnäkin valtion osuus kustannuksista ei ole keskeisin resurssi. Aina voidaan vedota siihen, että kunta ja kunnallinen palvelujen tuottaja rahoittaa omien rahoituslähteidensä kautta merkittävimmän osan kustannuksista. Syntyy haaste siitä, kuinka paljon, mitä ja miten valtiovalta voi rahoituksellaan vaikuttaa palvelujen suuntaamiseen. Toinen haaste on toimijoiden monilukuisuus ja moninaisuus. Miten valtio kykenee hallitsemaan syntyvän ”sopimusviidakon”? Kolmas haaste on se, miten kunta ja palvelujen tuottaja kykenee sovittamaan yhteen valtion sopimukset ja muut sopimukset. Viimeisenä ja olennaisimpana haasteena voidaan pitää sitä, mistä valtiovalta haluaa sopia kuntien ja palvelujen tuottajien kanssa. Tehdäänkö sopimukset helposti määriteltävien ja mitattavien suoritteiden varaan, palvelujen saatavuuden ja laadun varaan vai kaikkein vaikeimmin määriteltävän hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen varaan.

Uusi terveydenhuoltolaki ja mahdollisesti uusittava sosiaalihuoltolaki sekä niitä yhdistävä hallintolaki olisivat areenoja, joissa pitäisi ottaa kantaa valtion ohjaukseen, informaatio-ohjaukseen sekä niiden välineistöön. Terveydenhuoltolakiuudistuksessa avataan aihetta sopimusohjauksen suuntaan velvoittamalla alueellisiin yhteistyösuunnitelmiin – ”kansanterveystyön yhteistyösuunnitelma” sekä sopimukseen ”erikoissairaanhoidon järjestämissopimus”. (STM 2008, 150–151.)

Yhteenveto – asiakirjojen hiipuva voima

Suunnitelma-asiakirjojen vaikuttavuus on historiallisen tarkastelun valossa ollut hyvinvointivaltion rakentamisen vaiheessa oleellista. Asiakirjat ovat vähin erin muuttuneet koko sosiaali- ja terveydenhuollon kentän kattaviksi. Vaikuttavimmillaan suora virkakiintiö- ja hankekiintiöohjaus ja tarkat mittarit olivat omalta osaltaan luomassa suomalaista sosiaali- ja terveydenhuollon perusinfrastruktuuria. Toimintamalli alkoi kuitenkin rapautua, kun edettiin yhä yksityiskohtaisempaan toimintamuutosten ohjaamiseen. Valtionosuus uudistuksessa muutettiin samalla suunnitelma-asiakirjoja vuosi vuodelta yhä yleisempään suuntaan niin tavoitteiltaan kuin mittareiltaan. Samalla lakkautettiin keskeisenä seurantavälineenä toiminut KETI-järjestelmä, mikä merkitsi myös informaatio-ohjauksen välineistön niukkenemistä. Lopputuloksena on valtion ohjausasiakirjojen vähittäinen merkityksen häviäminen. Samalla otettiin uusia ohjausmenetelmiä käyttöön – erityisesti hankeohjaus, joka sekin ajautui kriisiin. Viimeisimmässä asiakirjassa – KASTE-asiakirjassa – pyritään löytämään uusi tapa yhdistää hankeohjausta, valtion omaa lainsäädännöllistä ohjausta sekä osittain myös suoraa ohjausta.

Maailma on muuttunut ympärillä, mutta valtion asiakirjaohjaukselle ei ole löydetty uutta asemaa, voimaa suhteessa kenttään. Oma ehdotukseni on selvittää, voitaisiinko sopimusohjauksella muuttaa koko ohjauksen perinnettä valtio-kunta-palvelujen tuottaja -suhteissa. Siirryttäisiin aidosti vuorovaikutteiseen ohjaukseen. Tämä on suomalaisittain vielä tutkimaton tie, jota kannattaisi selvittää osana suuria lainsäädäntöuudistuksia.

AINEISTOT

- Valtakunnalliset suunnitelmat kansanterveystyön ja sairaanhoitolaistosten toiminnan järjestämisestä vuosina 1975–1979. Helsinki: Valtioneuvosto, 1974
- Valtakunnalliset suunnitelmat kansanterveystyön ja sairaanhoitolaistosten toiminnan järjestämisestä vuosina 1983–1987. Helsinki: Valtioneuvosto, 1982
- Valtakunnalliset suunnitelmat sosiaalihuollon ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1984–1988. Helsinki: Valtioneuvosto, 1983
- Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä sekä ympäristönsuojelun hallinnosta vuosina 1992–1996. Helsinki: Valtion painatuskeskus, 1991
- Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1993–1996. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 1992
- Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveyden-

KIRJALLISUUS

- IDÄNPÄÄN-HEIKKILÄ, ULLA: Sopimusohjaus ohjausmenettelynä sairaanhoitopiirin ja terveyskeskusten yksiköissä ja niiden lääkärin työssä. Stakesin tutkimuksia 159. Helsinki: Stakes, 2007
- IHALAINEN, RAUNO: Sopimusohjaus erikoissairaanhoidon palvelujen tuottamisen ohjauksessa. Tampere: Tampereen yliopisto, 2007
- MOILANEN, JAN & KNAPE, NINA & HÄKKINEN, UNTO & Hujanen, Timo & Matveinen, Petri: Terveydenhuollon menot ja rahoitus 1995–2005. OECD:n terveystilinpitojärjestelmän (SHA, System of Health Accounts) käyttöönotto kansallisessa tilastoinnissa loppuraportti. Stakesin raportteja 16/2008. Helsinki: Stakes, 2008
- NYLANDER, OLLI & STÄHLE, PIRJO & NENONEN, MIKKO: Informaatio-ohjauksesta tietointensiiviseen vuorovaikutukseen terveydenhuollon kehittämisessä. Yhteiskuntapolitiikka 68 (2003): 1, 3–18
- PEKURINEN, MARKKU & MIKKOLA, HENNAMARI & TUOMINEN, ULLA (toim.): Hoitotakuun talous. Hoitotakuun vaikutus terveydenhuollon menoihin, toi-

huollon järjestämisestä vuosina 1999–2002. Helsinki: Edita, 1998

- Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000–2003. TATO:n ensimmäinen vuosi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2000: 17. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2000
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003: 20. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2004
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma TATO 2000–2003. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003: 12. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2003
- Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008: 6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2008.

mintaan ja sairausvakuutuskorvauksiin. Stakesin raportteja 5/2008. Helsinki: Stakes, 2008

- RINTALA, TAINA: Medikalisaatio ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän rakentuminen 1946–1991. Stakesin tutkimuksia 54. Helsinki: Stakes, 1995
- SOPIMUSOHJAUKSEN KEHITTÄMISRYHMÄ: Suositus sopimusohjauksen toteuttamiseksi. Stakesin työpapereita 11/2008. Helsinki: Stakes, 2008
- STENVALL, JARI & SYVÄLAHTI, ANTTI: Onks tietoo? Valtion informaatio-ohjaus kuntien hyvinvointitehtävissä. Valtiovarainministeriön tutkimuksia ja selvityksiä 3/2006. Helsinki: Valtiovarainministeriö, 2006
- STM: Uusi terveydenhuoltolaki. Terveydenhuoltolakityöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008: 28. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2008
- VALTIONTALouden tarkastusvirasto: Hankerahoitushjauksvälineenä. Toiminnantarkastuskertomus 147/2007. Helsinki: Valtiontalouden tarkastusvirasto, 2007.