



VALTIONEUVOSTON KANSLIA



Julkinen hyvinvointivastuu sosiaali- ja terveydenhuollossa

Julkinen hyvinvointivastuu
sosiaali- ja terveydenhuollossa
Matti Heikkilä, Mikko Kautto, Juha Teperi

ISBN 952-5354-83-0
ISSN 0782-6028

Painotyö: Edita Prima Oy, Helsinki 2005
Taitto: Iiris Koskela-Näsänen, talousneuvoston sihteeristö
Julkaisija: Valtioneuvoston kanslia

Julkaisija:
VALTIONEUVOSTON KANSLIA

KUVAILEHTI
9.5.2005

Tekijät:
Matti Heikkilä, Mikko Kautto, Juha Teperi

Julkaisun laji:
Raportti

Toimeksiantaja:
Valtioneuvoston kanslia

Julkaisun nimi:

Julkinen hyvinvointivastuu sosiaali- ja terveydenhuollossa

Ansaret för den offentliga välfärden inom social- och hälsovården

Julkaisun osat:

Tiivistelmä:

Julkaisussa tarkastellaan julkisen hyvinvointivastuun muotoutumista, laajuutta ja toteutumista Suomessa. Ensimmäisessä osassa Mikko Kautto arvioi Suomen hyvinvointimallia yleisellä tasolla kansainvälisessä vertailussa, ennen kaikkea suhteessa muihin Pohjoismaihin. Toisessa osassa Matti Heikkilä tarkastelee julkisen vastuun luonnetta, laajuutta ja toteutumista kolmella osa-alueella: lasten hoidossa ja sen julkisessa tuessa, vanhusten huollossa sekä vähimmäisturvan takaamisessa. Kolmannessa osassa Juha Teperi kuvaa ja arvioi Suomen terveydenhuoltojärjestelmää, sen kehitystä sekä tehokkuuden ja oikeudenmukaisuuden toteutumista. Yhteenvedo- ja päätelmäosassa kirjoittajat esittävät kokonaisarvionsa Suomen julkisen hyvinvointivastuun luonteesta ja haasteista sekä joukon suosituksia. Selvitystä ja sen esille nostamia kysymyksiä kommentoivat kirjoituksissaan Matti Tuomala, Pentti Vartia ja Raija Volk.

Avainsanat:

julkinen vastuu, sosiaali- ja terveydenhuolto, hyvinvointivaltio, julkiset menot

Muut tiedot:

Sarjan nimi ja numero:

Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 5/2005

ISSN:

0782-6028

ISBN:

952-5354-83-0

Kokonaissivumäärä:

122

Kieli:

Fi

Hinta:

Luottamuksellisuus:

julkinen

Jakaja:

Valtioneuvoston kanslia

Kustantaja:

Valtioneuvoston kanslia

Utgivare:
STATSRÅDETS KANSLI

PRESENTATIONSBLAD
9.5.2005

Författare:
Matti Heikkilä, Mikko Kautto, Juha Teperi

Typ av publikation:
Rapport

Uppdragsgivare:
Statsrådets kansli

Publikation (även den finska titeln):
Ansvaret för den offentliga välfärden inom social- och hälsovården
Julkinen hyvinvointivastuu sosiaali- ja terveydenhuollossa

Publikationens delar:

Referat:

I publikationen utreds hur ansvaret för den offentliga välfärden har utformats, vilken ansvars omfattning är samt hur ansvaret har realiserats i Finland. I den första delen bedömer Mikko Kautto allmänt Finlands välfärdsmodell mot en internationell bakgrund, i synnerhet i förhållande till de andra nordiska länderna. I den andra delen behandlar Matti Heikkilä karaktären och omfattningen av det offentliga ansvaret samt hur detta har realiserats inom tre delområden: barnvården och det offentliga stödet till den äldreomsorgen samt säkerställandet av minimiskyddet. I den tredje delen beskriver och bedömer Juha Teperi det finländska hälso- och sjukvårdssystemet, hur det utvecklats samt hur effektivt och rättvist systemet är. I sammanfattningen och slutsatserna lägger skribenterna fram en helhetsbedömning av det finländska offentliga välfärdsansvarets karaktär och dess utmaningar samt ett antal rekommendationer. Utredningen och de frågor den gett upphov till kommenteras i respektive inlägg av Matti Tuomala, Pentti Vartia och Raija Volk.

Nyckelord:

offentligt ansvar, social- och hälsovård, välfärdsstat, offentliga utgifter

Övriga uppgifter:

Seriens namn och nummer:

Statsrådets kanslis publikationsserie 5/2005

ISSN:

0782-6028

ISBN:

952-5354-83-0

Sidantal:

122

Språk:

Fi

Pris:

Sekretessgrad:

offentligt

Distribution:

Statsrådets kansli

Förlag:

Statsrådets kansli

Esipuhe

Puhe hyvinvointivaltion kriisistä on viime kädessä keskustelua siitä, pystyykö julkinen valta huolehtimaan kansalaisten hyvinvoinnin perusedellytyksistä totutulla tai odotuksia vastaavalla tavalla. Uhka liittyy julkisten vastuiden aiheuttaman rahoitustaakan ja rahoitusmahdollisuuksien ristiriitaan.

Yhtäältä epäillään, ettei verotusta voida – kansainvälisen verokilpailun ja työn-
teon ja yrittämisen kannustimiin liittyvien haittavaikutusten takia – pitää nykyisellä tasollaan. Toisaalta julkisen sektorin rahoitusvastuut pyrkivät paisumaan väestön ikääntyessä ja julkisten palveluiden kustannusten noustessa. Kustannuksia nostavat mm. teknologisen kehityksen myötä sairaanhoidossa syntyvät uudet kalliit hoitomahdollisuudet ja se, että julkisen palvelutuotannon tuottavuus kehittyy heikommin kuin koko kansantalouden tuottavuus ja palkkataso.

Hallituksen väestökehitystä, väestöpolitiikkaa ja ikääntymiseen varautumista koskeneen tulevaisuusselonteon taustamateriaalin päätelmä viime vuoden syksyllä toisti jo useassa muussakin yhteydessä syntyneen perushavainnon: Useilla uskottavilla väestön, työllisyyden ja koko kansantalouden tuottavuuden kehitysurilla julkinen talous uhkaa tulevina vuosikymmeninä ajautua pysyvästi alijäämäiseksi, mikäli menoperusteet, kokonaisveroaste ja julkisten palveluiden tuottavuuden taso pysyvät nykyisellään.¹ Jos verotusta ei voida pitää edes nykytasollaan, alijäämä luonnollisesti kasvaa.

Pysyvä alijäämä ei käytännössä voi toteutua, vaan jonkin asian on muututtava laskelmissa oletetusta. Jos sopeutumisen osa jää yksin tai pääosin menoperusteiden muutosten varaan, voidaan perustellusti kysyä, mitä sopeutuminen vaikuttaa hyvinvointivaltioon.

Tulevaisuusselonteossa hallitus asetti tavoitteeksi lieventää syntyvää ristiriitaa rahoitusmahdollisuuksien ja menopaineiden välillä hyvin laaja-alaisesti. Julkisen talouden rahoituspohjaa pyritään vahvistamaan sekä työllisyysasteen noston että kansantalouden tuottavuuden kasvuvauhdin kohottamisen avulla. Julkisen talouden rahoituspaineiden hallinnassa on puolestaan keskeistä väestön terveyden ja toimintakyvyn edistämisen ohella julkisen palvelutuotannon tuottavuuden nosto. Julkispalveluiden tuottavuuden kohentaminen on päätavoite myös hallituksen käynnistämässä kunta- ja palvelurakenteen uudistamishankkeessa. Verotuksen mahdollista ja tarkoituksenmukaista tasoa ja rakennetta on tarkasteltu useissa selvityksissä viime vuosina.² Pää tulema on ollut, että verokilpailu on

¹ Talouskasvu ja julkistalous ikääntyneen väestön oloissa. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 4. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 32/2004.

² Ks. esim. Verotus kansainvälisessä toimintaympäristössä. Työryhmäraportti. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 2002/5 ja Verotuksen vaikutus työllisyyteen, Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 13/2004.

vakavasti otettava uhka ja että toisaalta varsinkin työn verotus on työllisyyden kannalta ongelmallisen korkea, vaikka verotuksen keventämisen työllisyshyötyjä onkin vaikea luotettavasti päätellä. Kahden aiemman hallituksen tapaan istuva hallitus on päättänyt merkittävistä verotuksen keventämistoimista.

Itse julkisen vastuun ala on jäänyt vähemmälle huomiolle kuin sitoumusten rahoitusmahdollisuudet tai julkisen palvelutuotannon tuottavuus. Tämä on ymmärrettävää siitä syystä, että julkisen sektorin itselleen ottamien velvoitteiden luonne ja kattavuus ovat viime kädessä arvovalintoja, jotka on luontevaa jättää poliittisen järjestelmän harkittavaksi.

Mutta väestökehityksen aiheuttaessa lisäpaineita julkisiin hyvinvointimenoihin ja siirtäessä niiden painopistettä ikääntyneeseen väestöön, on erilaisten vastuiden laajuutta tärkeää arvioida kunnollisen tietopohjan varassa. Viisas poliittinen harkinta voi onnistua hyvin vain, jos päätöksentekijöillä on mahdollisimman selkeä kuva siitä, millaiseksi julkinen vastuu kansalaisten hyvinvoinnista on muotoutunut ja kehittymässä: onko vastuu kansainvälisesti vertaillen laaja, kuinka täsmällisiä sitoumukset ovat, kuinka hyvin sitoumuksista on käytännössä pidetty kiinni, millaisia paineet vastuiden laajentamiseen eri osa-alueilla ovat, mitä muutoksia teknologinen kehitys aiheuttaa jne.?

Tämän raportin tarkoitus on kartoittaa julkisen vastuun alaa ja siihen liittyviä kysymyksiä sosiaali- ja terveydenhuollossa, jotka yhdessä koulutuksen kanssa muodostavat hyvinvointivaltion kansalaisille tarjoamien palveluiden ja turvan ytimen. Pääosin tarkastellaan palveluita, mutta esille tulevat myös vähimmäisturvaan liittyvät tulosiirrot.

Varsinaisen raportin ovat laatineet ylijohtaja Matti Heikkilä, tutkimuspäällikkö Mikko Kautto ja vt. ylijohtaja Juha Teperi Stakesista. Raporttia kommentoivat omissa kirjoituksissaan professori Matti Tuomala Tampereen yliopistosta, toimitusjohtaja Pentti Vartia Elinkeinoelämän Tutkimuslaitoksesta ja tutkimusjohtaja Raija Volk Pellervon taloudellisesta tutkimuslaitoksesta.

Raportti ei esitä uutta ”hyvinvointivastuiden arkkitehtuuria”, mutta tuo esille lähtökohtia sellaisen laatimiselle. Raportti ja siihen liittyvät kommentit kirjaavat eräitä keskeisiä suomalaista hyvinvointivastuuta koskevia tosiasioita ja identifioivat kysymyksiä, joihin on syytä ryhtyä pikaisesti etsimään vastauksia.

Vesa Vihriälä

Sisällys

Esipuhe	5
Johdanto	9
Osa 1: Kasvun jälkeen – Suomi pohjoismaisena hyvinvointivaltiona	11
<i>Mikko Kautto</i>	
Johdanto	11
1.1 Hyvinvointiregiimit.....	12
1.2 Pohjoismaisen mallin tunnusmerkkejä.....	14
1.3 Suomi pohjoismaisena hyvinvointivaltiona	16
1.4 Julkisen hyvinvointivastuun laajuus elintason ja työllisyyden näkökulmasta	18
1.5 Julkisen hyvinvointivastuun luonne rahoituksen näkökulmasta.....	26
1.6 Julkinen vastuu hyvinvoinnin jakautumisen näkökulmasta.....	29
Lähteet.....	33
Osa 2: Julkinen vastuu eräissä sosiaalipalveluissa	35
<i>Matti Heikkilä</i>	
Johdanto	35
2.1 Lastenhoito ja sen julkinen tuki	36
2.2 Vanhusten huolto	46
2.3 Vähimmäisturva.....	53
Lähteet.....	58
Osa 3: Pitääkö terveydenhuolto lupauksensa?	60
<i>Juha Teperi</i>	
Johdanto	60
3.1 Kolme rinnakkaista uudistusta	62
3.2 Ohjatusta kehittämisestä äärihajautukseen	65
3.3 Terveydenhuollon tavoitteiden toteutuminen vuosituhatosen vaihteen jälkeen	69
3.4 Kuinka parantaa terveydenhuollon tehokkuutta ja oikeudenmukaisuutta?	83
Lähteet.....	91
Yhteenvetoa ja päätelmiä	92
Kommenttikirjoitus/ <i>Matti Tuomala</i>	99
Kommenttikirjoitus/ <i>Pentti Vartia</i>	106
Kommenttikirjoitus/ <i>Raija Volk</i>	116

Johdanto

Viimeisen vuoden aikana Suomessa on käyty vaihtelevaa keskustelua hyvinvointivaltion kestävydestä niin käsitteen taloudellisessa kuin sosiaalisessakin merkityksessä. Hyvinvointipolitiikan haasteista ja reunaehdoista on myös valmistunut joukko selvityksiä. Näistä on erikseen syytä mainita muun muassa globalisaatio selvitys³ sekä valtioneuvoston tulevaisuusselonteko väestökehityksestä, väestöpolitiikasta ja ikärakenteen muutokseen varautumisesta. Lisäksi erilaiset yhteiskunnalliset intressiryhmät ja laitokset ovat tuottaneet aihepiiriin liittyvää aineistoa – selvityksiä ja kannanottoja.

Tässä valtioneuvoston kanslian tilaamassa selvityksessä pureudutaan julkisen hyvinvointivastuun kysymyksiin. Fokus on sosiaali- ja terveystaloudessa ja siinä poliittisessa ja historiallisessa prosessissa, joiden tuloksena julkinen valta, valtio ja kunnat, ovat ottaneet lakiin perustuvaa vastuuta erityisesti joistakin kansalaisten hyvinvoinnin osa-alueista, tarkasti ottaen hyvinvoinnin ulkoisten edellytysten turvaamisesta.

Raportti jakautuu kolmeen osaan.

Ensimmäisessä osassa taustoitetaan, että puhe Suomesta pohjoismaisena hyvinvointivaltiona liittyy vertailevaan hyvinvointitutkimukseen, erityisesti teoreettisiin ja empiirisiin keskusteluihin hyvinvointiregiimeistä ja hyvinvointivaltioiden samankaltaistumisesta (ns. konvergenssiteesi). Jaksossa hahmotetaan pohjoismaisen hyvinvointimallin peruspiirteet ja tämän jälkeen tarkastellaan empiirisesti, kuinka hyvin ja miltä osin Suomi istuu tähän malliin. Pääosa tämän jakson analyysistä tarkastelee Suomea suhteessa muihin läntisiin EU-maihin. Makrotason vertailuissa tarkastellaan julkisen hyvinvointivastuun luonnetta elintason, työllisyyden ja rahoituksen sekä hyvinvoinnin jakautumisen näkökulmista. Jakson on kirjoittanut Mikko Kautto.

Toisessa osassa paneudutaan julkisen vastuun ja ns. subjektiivisten oikeuksien kysymyksiin sosiaalihuollossa. Tarkastelu tapahtuu kolmen sektorin kautta. Tarkastelussa ovat lastenhoito ja sen julkisen tuen järjestelmä, vanhusten palvelut sekä vähimmäisturva, lähinnä kuntien tehtävät toimeentulotuessa. Nämä kolme esimerkkiä edustavat yhdessä yhteiskunnallisen vastuun muotoutumisen prosesseja kahdessa elämänkaaren vaiheessa, lapsuudessa ja ikääntymiseen liittyvien hoivatarpeiden kohdalla – sekä köyhyyden torjumisessa. Jakson on kirjoittanut Matti Heikkilä.

³ Osaava, avautuva ja uudistuva Suomi – Suomi maailmantaloudessa -selvityksen loppuraportti. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 19/2004.

Kolmannessa osassa tarkastelussa on terveydenhuolto. Alkuosan muodostaa taustoittava katsaus Suomen terveydenhuollon kehitykseen viime vuosikymmeninä. Tämän jälkeen tarkastellaan sitä, minkälaisen terveydenhuollon kehittämiseen julkinen valta on sitoutunut. Seuraavaksi arvioidaan sitä, kuinka hyvin terveydenhuolto on täyttänyt sille asetetut tavoitteet – erityisesti huomiota kiinnitetään terveydenhuollon tehokkuuteen ja oikeudenmukaisuuteen. Lopuksi etsitään tulevaisuuden terveydenhuoltopolitiikan vaihtoehtoja. Jakson on kirjoittanut Juha Teperi.

Lopuksi esitetään yhteenvedonomaaisesti pohdintaa ja päätelmiä.

OSA 1: Kasvun jälkeen – Suomi pohjoismaisena hyvinvointivaltiona

Johdanto

Suomea pidetään yleisesti pohjoismaisena hyvinvointivaltiona. "Pohjoismainen hyvinvointivaltio" on epämääräinen käsite, mutta usein siitä tai "pohjoismaisesta mallista" puhuttaessa viitataan tavalla tai toisella laajaan julkiseen vastuuseen. 1980-luvulla pohjoismainen malli oli puhtaan markkinatalouden ja kommunismin välillä kolmas tie, jossa yhdistyivät hyvä taloudellinen kehitys ja korkea sosiaalisten oikeuksien taso. Pohjoismaisella hyvinvointivaltiolla on edelleen sekä puolueiden että kansalaisten tuki. Mikään puolue tai muu varteenotettava taho ei ole ehdottanut luopumista pohjoismaisesta hyvinvointimallista. Toisaalta hyvinvointivaltiota kohtaan esitetään Suomessa myös voimakasta kritiikkiä. Kritiikin kohteena ovat useimmiten julkisen vastuun laajuus, korkeat julkiset menot, sosiaaliturvan aiheuttamat kustannukset ja näiden rahoittamiseksi vaadittu korkea veroaste. Tulevaisuuteen orientoituneet tarkastelut varoittavat erityisesti väestön ikärakenteen muutoksen aiheuttamista kustannuksista, erityisesti sosiaalimenojen noususta ja näiden seurauksista talouskasvulle sekä edelleen kehityksessä olevasta julkistalouden epätasapainosta. Viime vuosien talouskasvuakin nopeampi kustannusnousu sosiaali- ja terveyspalveluissa on vahvistanut epäilyjä siitä, onko julkinen vastuu Suomessa sopivasti mitoitettu.

Julkista vastuuta on 1990-luvun alun talouslaman luomasta epätavallisesta tilanteesta kavennettu. 1990-luvun alun talouskriisin seurauksena julkisia menoja, erityisesti sosiaalimenoja leikattiin. Laman jälkeisellä nousukaudella menoleikkauksia ei korjattu vaan vahvistettiin julkistaloutta ja pienennettiin julkista velkaa. Lamavuosista saakka korkeana pysynyt työttömyys on suunnannut huomiota talous- ja työllisyyspolitiikkaan. Viime aikoina on pyritty palauttamaan kokonaisveroastetta lamaa edeltävään aikaan. Veronalennusten takia ja toisaalta tuleviin kustannuksiin varautumiseksi on julkisen vastuun laajentamiseen suhtauduttu pidättyvästi. Tarkan rahoitusraamin sisällä on sosiaaliturvaan tehty lukuisia tarkistuksia ja kunnat ovat uudistaneet palvelujensa järjestämistä ja tuottamista. Yksityisten palvelujen määrä ja osuus on nopeasti kasvanut sosiaali- ja terveyspalveluissa, joskin vähäiseltä lähtötasolta. Muutokset 1990-luvun alusta ovat suuria ja monet sosiaalipoliitikot ovat pohtineet sitä, missä määrin Suomi tehtyjen muutosten seurauksena enää on pohjoismainen hyvinvointivaltio (Kosonen 1998, Lehtonen 2000, Julkunen 2001, Anttonen & Sipilä 2000).

Tässä talousneuvostolle tehdyssä työssä tarkastellaan aluksi julkisen sektorin laajuutta ja kehitystä vertailevasta näkökulmasta. Julkisen hyvinvointivastuun laajuutta arvioidaan lähinnä julkisia menoja, sosiaalimenoja ja terveysmenoja

koskevan tiedon valossa. Aineistona käytetään Eurostatin keräämiä vertailukelpoisia tietoja. Vertailut pohjautuvat kansantalouden tilinpitotietoihin, julkistalouksia kuvaaviin tietoihin (COFOG-luokitus) ja yhdenmukaistettuun eurooppalaiseen ESSPROS -sosiaalimenotietokantaan. Lisäksi vertailuun on otettu Lissabonin strategian toteutumista kuvaavia rakenneindikaattoreja eli työllisyyttä, työttömyyttä, tulonjakoa ja köyhyyttä kuvaavia muuttujia. Jälkimmäiset ovat yleisiä hyvinvointivaltioiden "tuotosten" mittareita.

Tarkastelulla asetetaan Suomi eurooppalaiseen kontekstiin. Kysymyksiä, jotka koskevat julkisen vastuun laajuutta, tai menokehityksen nopeutta voi tarkastella kansallisesti suhteessa menneeseen kehitykseen. Usein kuitenkin vasta vertaileva tieto auttaa suhteellistamaan niin tasoa kuin kehitystäkin koskevia kysymyksiä.

Ennen eurooppalaista vertailua luodaan lyhyt katsaus hyvinvointivaltioiden kehitystä ja vertailua koskevaan tutkimukselliseen keskusteluun. Vertailevassa hyvinvointivaltiotutkimuksessa tai ns. poliittisessa taloustieteessä teoreettiset ankkurit ovat usein *regiimiteoriassa*. Regiimiteoria antaa lähtökohtia maiden välisiin eroihin, yhtäläisyyksiin ja kehitykseen kiinnittyneelle empiiriselle tutkimukselle. Toisaalta vertaileva tutkimus on suuntautunut koettelemaan ns. *konvergenssiteesiä*, ts. ajatusta siitä, että hyvinvointivaltiot niihin kohdistuvien muutospaineiden seurauksena muuttuvat samankaltaisemmiksi. Yksittäisen kansallisen valtion kuten Suomen kehityksen arvioinnin kannalta regiimi- ja konvergenssi-kirjallisuus yhdistettynä eri maita kuvaavaan tietopohjaan antavat eväitä arvioida toteutuneen muutoksen laajuutta tai radikaalisuutta.

1.1 Hyvinvointiregiimit

Hyvinvointivaltion kehitystä on eri aikoina ja eri koulukuntien toimesta selitetty eri tavoin. 1990-luvun alussa kehittyi yleinen teoria hyvinvointiregiimeistä (*welfare regimes*). Teorian esitti Esping-Andersen 1990 ilmestyneessä kirjassa *Three Worlds of Welfare Capitalism*. Regiimiteoria on edelleen ajankohtainen yleinen teoria, johon viitataan usein muun muassa EU:n piirissä keskusteltaessa Euroopan sosiaalisesta mallista ja verrattaessa eurooppalaisia hyvinvointivaltioita esimerkiksi Yhdysvaltoihin.

Regiimiteorialla on sekä teoreettinen että empiirinen sisältönsä. Ensiksikin regiimiteorian mukaan hyvinvointivaltioiden kehitykseen ovat kaikissa maissa vaikuttaneet useat tekijät ja eri maiden kehitys on ymmärrettävissä nimenomaan useiden vaikuttavien tekijöiden kombinaatioina. Kaikissa maissa eri tekijöiden (talous, demografia, politiikka, instituutiot) rooli on korostunut eri aikoina eri tavoin. Toiseksi kehityksen tuloksena ei ole syntynyt ainoastaan hyvinvointivaltio sellaisena kuin se eri maissa ymmärretään vaan hyvinvointivaltion (julkisen sek-

torin vastuulle tulleet toimet), markkinoiden (erityisesti työmarkkinoiden) ja perheiden (tai kotitalouksien) luoma kokonaisuus, jossa nämä keskeiset hyvinvointia luovat ja turvaavat instituutiot ovat toisiinsa sidoksissa. Yhdessä näistä tapahtuvat muutokset heijastuvat muutostarpeina muissa instituutioissa. Kolmanneksi instituutioiden muodostama kokonaisuus on merkityksellinen siksi, että niillä on kaikilla vaikutusta hyvinvoinnin tuottamisessa ja jakautumisessa.

Regiimiteorian empiirinen sisältö on hyvinvointiregiimien typologia. Erilaisilla kriteereillä maiden välisiä eroja ja yhtäläisyyksiä mitattuaan Esping-Andersen päätyi tuloksenaan siihen, että regiimivaltiot ryhmittyvät *kolmeen erillaiseen klusteriin*. Klusterit olivat laadullisesti toisistaan poikkeavia kehitykseen vaikuttavien tekijöiden, harjoitetun hyvinvointipolitiikan ja sen tuotosten osalta. Empiirisen analyysin perusteella oli erotettavissa kolme regiimiä, joille Esping-Andersen antoi poliittisiin ideologioihin pohjautuvat nimet *liberaali, sosialidemokraattinen ja konservatiivinen regiimi*.

- *Liberaalissa regiimissä* markkinoiden rooli on etusijalla. Yksityiset, markkinapohjaiset ratkaisut turvaavat laajan enemmistön hyvinvointia. Julkisen vallan toimia kohdistetaan vain niihin, jotka eivät jostain syystä pysty huolehtimaan markkinoilla itsestään. Julkisen sektorin vastuulle jää vähimmäisturvan takaaminen matalalla turvan tasolla tai tarveharkinnalla. Etuuksien taso on matala, tulonjako epätasaista ja köyhyys korkealla tasolla. Perheen asema markkinoilla määrittää lasten kasvuedellytyksiä. Yhteiskunta on voimakkaasti rakenteistunut.
- *Sosialidemokraattisessa regiimissä* julkisen vallan roolina on ohjata markkinoiden toimintaa ja puuttua niiden tuottamiin jakoihin. Julkisen sektorin rooli on korostunut myös hyvinvointiin vaikuttamisessa. Poliitiikka on universalistista, koko väestöä koskettavaa. Toimeentuloturvan taso (tulojen menetystä korvaava aste) ja palveluiden laatu ovat korkeita. Toisaalta tulonjako on tasaista, eriarvoisuus ja köyhyys vähäistä.
- *Konservatiivisessa regiimissä* arvostetaan perhettä ja lähiyhteisöä yhteiskunnan keskeisenä yksikkönä ja luotetaan sen solidaarisuuteen. Sosiaalipolitiikan painopiste on työsuhteen perusteella muodostuvassa vakuutus-suhteessa. Työ- ja tulosidonnaisuutta, meriittejä ja mieselätäjyyden mallia korostaessaan järjestelmä pitää yllä yhteiskunnallisia eroja eri luokkien ja sukupuolien välillä. Konservatiivista regiimiä on kutsuttu myös korporatiiviseksi regiimiksi, sillä siinä painottuu työnantajien ja työntekijöiden järjestöjen välinen sopiminen ja sosiaalivakuutusten rooli. Sosiaalivakuutuksilla luodaan perheille edellytykset järjestää palvelutarpeensa haluamallaan tavalla eikä julkisen vallan vastuu juuri ulotu palveluiden tuottamisen alueelle. Palveluiden järjestäminen nähdään perheiden omaksi asiaksi, tai yksityisten tai (useammin) kirkon ja kansalaisjärjestöjen tehtäväksi.

Hiljattain julkaistu inventaario typologioihin kiinnittyneistä tutkimuksista toteaa, että Esping-Andersenin esittämät kolme regimiä ovat olleet useimmiten todettavissa mutta toisaalta tutkijat ovat halunneet laajentaa regimien määrää (Arts & Gelissen 2002). On mm. esitetty omanlaisensa *eteläeurooppalaisen regimin* piirteitä (Leibfried 1992, Ferrera 1993, Bonoli 1997). Toisaalta on laajennetun Euroopan unionin oloissa nähty, että EU:n oloissa tulisi puhua jo viidennestäkin, *itäeurooppalaisesta regimistä* (Pakaslahti 2002).

Taulukko 1 Viiden regimin tai mallin typologia ja kuhunkin malliin tyypillisesti sijoitettuja maita.

sosialidemokraattinen/ pohjoismainen	liberaali/ anglosaksinen	konservatiivinen/ mannermainen	eteläeurooppalainen	itäeurooppalainen
Ruotsi	USA	Saksa	Italia	Puola
Tanska	Iso-Britannia	Itävalta	Espanja	Unkari
Norja	Irlanti	Ranska	Portugali	Tsekki
Suomi	Australia	Belgia	Kreikka	
	Kanada	Alankomaat		

Sosialidemokraattisen mallin prototyyppinä tutkimuksissa esiintyy usein juuri Ruotsi. Liberaaliin regimiin paikannetaan toistuvasti Yhdysvallat, kun taas konservatiivisen regimin referenssimaanä pidetään Saksaa. Tutkimuksissa maiden sijoittuminen regimeihin ei aina ole ollut yhdenmukaista. Yhtäältä on esitetty erilaisia tuloksia regimien lukumäärästä ja siitä, mitkä maat kuuluvat mihinkin regimiin. Esimerkiksi Australian ja Uuden-Seelannin on nähty eroavan muista liberaaleista maista. Toisaalta joidenkin maiden luokittelussa on muita enemmän hankaluuksia. Tällaisia maita ovat olleet etenkin Alankomaat ja Italia.

1.2 Pohjoismaisen mallin tunnusmerkkejä

Empiirisessä tutkimuksessa on toistuvasti pystytty osoittamaan pohjoismaille yhteisiä piirteitä niin sosiaalipoliittisten tulonsiirtojärjestelmien ja palvelujärjestelmän piirteiden kuin kansalaisten hyvinvoinnin tason ja jakautumisen suhteen (Erikson ym. 1987, Esping-Andersen 1999, Korpi & Palme 1998, Kautto ym. 1999, 2001, Kuhnle 2000). Vertailevassa sosiaalipoliittisessa kirjallisuudessa on esitetty Pohjoismaille etenkin seuraavia yhteisiä piirteitä:

- julkisen sektorin ala on laaja
- julkiset menot ovat korkeaa tasoa
- verorahoituksen merkitys on suuri ja kokonaisveroaste on korkea
- pyrkimys täystyöllisyyteen on mallin toimivuuden edellytys ja tavoite
- sosiaalimenojen osuus bruttokansantuotteesta on korkea
- politiikan tavoitteena on universalismi (yhtäläiset oikeudet, samantasoiset etuudet ja palvelut)

- tulonsiirtojärjestelmien kattavuus on laaja
- tulonsiirtojen taso suhteessa ansiotasoon on korkea
- julkisten palveluiden ala on laaja
- palvelut rahoitetaan verovaroin
- palvelut tuotetaan julkisen sektorin, lähinnä kunnan toimesta
- tulonjako on tasainen ja väestöryhmien väliset elintaso- ja muut erot eivät ole suuria
- köyhyys ja huono-osaisuus on vähäistä
- sukupuolten välinen tasa-arvo on korkeaa tasoa
- kansalaisten kannatus on (edellisistä seuraten ja niitä tukien) korkealla tasolla

Pohjoismaiden välillä on runsaasti eroja eikä ole ajateltavissa että kaikki pohjoismaat täyttäisivät kaikki mallin tunnuspiirteet. Maat ovat enemmän tai vähemmän samankaltaisia, sukua toisilleen. Listan piirteet muodostavatkin eräänlaisen *ideaalityyppisen pohjoismaisen mallin*. Maiden välisiä eroja on mahdollista ja tulisikin tarkastella useilla kriteereillä, etenkin jos halutaan yleistää pohjoismaisesta mallista tai regiimistä.

Hyvinvointivaltioiden vertailussa ei ole kyse yhdentekevistä omenoita ja päärynöitä erottavien tekijöiden listaamisesta. Vertailuilla piirteillä on usein eksplisiittistä tai implisiittistä *normatiivista* sisältöä. Koska esimerkiksi köyhyyden ja tulonjaon tasaisuuden on osoitettu suuresti riippuvan hyvinvointivaltion toiminnasta (verotus ja tulonsiirtojen ominaisuudet), normatiivisuus ulottuu järjestelmän piirteitä kuvaavalle tasolle. Pohjimmiltaan vertailuissa ollaan kiinnostuneita siitä, mihin suuntaan kansalaisten hyvinvointi ja siihen vaikuttava politiikka kehittyvät.

Konvergenssiteesi erojen kutistumisesta

Ns. *konvergenssiteesi* hyvinvointivaltioiden kehityksestä korostaa ulkoisia voimia, globaalin kehityksen ja ikärakenteen muutoksen luomia pakkoja, joiden edessä poliittiset vaihtoehdot typistyvät yhden mahdollisen ratkaisun reagoinniksi. Kuten modernisoitumisteoriat aikanaan, konvergenssiteesi korostaa rakenteellisia muutostekijöitä (kuten globaali talous, ikärakenteen muutos, Euroopan integraatio) ja funktionaalista muutosta.⁴ Poliitikalle se ei jätä paljon sijaa.

Konvergenssiteesillä on erilaisia ilmenemismuotoja, mutta yhteistä niille on se, että niissä nähdään järjestelmien samankaltaistuvan. Kansainvälisessä kirjallisuudessa puhutaan transatlanttisesta konsensuksesta ja kilpailusta alaspäin (*race-to-the-bottom*). Euroopan unionin kontekstissa konvergenssiteesi ilmenee keskusteluna "eurooppalaistumisesta" (*Europeanisation*). Pohjoismaisille hyvin-

⁴ Konvergenssin ajatusta voisi perustella myös universaalien preferenssien kautta. Samankaltaistumista voi yrittää selittää myös diffuusiolla, kokemusten vaihdolla ja halulla oppia ja soveltaa muiden ratkaisuja.

vointivaltioille tämältyyppisissä kirjoituksissa nhdään vain yksi tie: julkisten menojen pienentäminen, sosiaaliturvan leikkaaminen ja "luksuksesta" eli korkeasta hyvinvoinnista tinkiminen.

Regiimiteorian yksi anti on siinä, että se osoittaa miten erilaisia ratkaisuja eri maissa on tehty periaatteessa samojen sosiaalisten tarpeiden ratkaisemiseksi.⁵ Esping-Andersen on uusimmissakin regiimikirjoituksissaan korostanut sitä, että erilaisten vaikuttavien tekijöiden tuloksena syntyneet työmarkkinoiden, hyvinvointivaltion ja perheiden keskinäissuhteet ratkaisevat haasteita regiimeille ominaisin tavoin. Yksistään Euroopan unionissa vallitsee suuri diversiteetti, mikä merkitsee myös sitä, että globaalin talouden, väestörakenteen muutoksen tai teknologisen kehityksen kaltaiset makromuutostekijät eivät ilmene samanlaisina haasteina kaikissa maissa (Kautto 2001). Regiimien erilaisuus muuntaa haasteet regiimispesifeiksi haasteiksi. Erilaisissa regiimeissä puolestaan keksitään olemassa olevista ratkaisuista käsin erilaisia tapoja reagoida haasteisiin. Näissä ratkaisuissa politiikalla on keskeinen rooli. Tämän seurauksena regiimien väliset erot eivät kutistu kuten konvergenssiteesi esittää.

1.3 Suomi pohjoismaisena hyvinvointivaltiona

Vertailevassa tutkimuksessa on osoitettu, että Suomesta tuli "pohjoismainen hyvinvointivaltio" vasta 1980-luvulla (Kangas 1993). Joiltakin osin Suomi ei koskaan saavuttanut pohjoismaista tasoa ja on myös nähty, ettei muissa pohjoismaissa yleinen normatiivinen ajattelu koskaan juurtunut Suomeen yhtä voimakkaana kuin muihin pohjoismaihin (Kosonen 1998). Pohjoismaisella normatiivisella perinnöllä on viitattu tasa-arvon, täystyöllisyyden, universalismin ja julkisen vastuun korostamiseen (Kosonen 1998).

Yhdenmukaisen pohjoismaisen mallin sijaan on esitetty, että on pikemminkin useampia pohjoismaisia malleja (Mjøset ym. 1986). Arvioijasta riippuen näitä on identifioitu yhtä monta kuin pohjoismaita, joskus on ryhmitelty Tanska ja Ruotsi erilaisiksi Suomeen ja Norjaan nähden. On myös esitetty, että Suomen olot, mm. agrarisuus ja myöhäinen teollistuminen sekä tämän seurauksena muista maista poikkeava poliittinen järjestäytyminen tuottivat omanlaisensa poliittiset valtasuhteet ja leimallisesti suomalaiset ratkaisut sosiaaliturvan kehittämiseen liittyneissä kiistakysymyksissä. Tulonsiirtojen osalta Suomelle on ollut tyypillistä ns. perustai vähimmäisturvan ja ansiosidonnaisen turvan kehittäminen vuorotellen ja jonkinlaisessa tasapainossa. Toisaalta juuri tällainen sekä/että -ratkaisu on nähty

⁵ Sosiaalimenojen nettotarkasteluissa maiden väliset erot kutistuvat hyvin pieniksi. Kun otetaan huomioon bruttopohjaisten sosiaalimenojen lisäksi niistä maksetut verot ja toisaalta yksityisiä reittejä hankitut vakuutukset niinkin erilaisissa maissa kuin USA:ssa, Hollannissa ja Ruotsissa päästään verraten samanlaisiin lukuihin sosiaaliturvan, koulutuksen ja terveyden tarpeiden luomista kustannuksista. Nettomenovertailuilla saadut vähäiset erot korostavat ratkaisujen eroja, mutta myös ratkaisujen seurausten eroja.

tyypillisesti pohjoismaiseksi piirteeksi (Korpi & Palme 1998). Toimeentuloturvaan verrattuna palveluiden kehittämisessä ajallinen kaari on ollut paljon lyhyempi. Varsinaisesti palveluiden kehittäminen alkoi vasta 1970-luvulla. 1970- ja 1980-luvut olivat nopean suunnitteluvaltaisen kehittämisen aikaa, jolloin palveluja luotiin valtion normi- ja resurssiohjauksella verorahoitteisiksi, kuntien vastuulle ja julkisen tuotannon varaan.

Toimeentuloturvan lisäksi myös palveluiden saannin turvaamisessa on poliittisten kamppailujen tuloksena syntyneitä järjestelyjä, joiden osalta Suomi poikkeaa muista pohjoismaista. Esimerkiksi lastenhoidon tukemiseksi on kehitetty kunnallisia päivähoitopalveluita (pohjoismaista julkista vastuuta), kotihoidon tukea (mannereurooppalaista perheiden omaa vastuuta) ja yksityisen hoidon tukea (liberaalia markkinaratkaisua).

Hyvinvointivaltion rakentuminen 1970- ja 1980-luvuilla pohjoismaisen mallin mukaiseksi ei ole ollut tietoinen projekti, jota olisi ohjannut visio halutusta mallista, vaan erilaisten kaupankäyntien ja kamppailujen tulos. Se, että Suomea on luonnehdittu pohjoismaiseksi hyvinvointivaltioksi, on useiden eri aloilla toteutettujen ratkaisujen yhteisvaikutuksena syntynyt tulos. Samoin on ilmeisesti todettava hyvinvointivaltion uudistamisesta 1990-luvulla ja 2000-luvun alussa. Järjestelmään tehtyjä muutoksia eivät ole ohjanneet halu rakentaa "aukoton kokonaisuus" vaan erilaiset ajankohtaiset ja objektiivisiksi tulkitut tarpeet, niihin reagoiminen ja poliittiset kompromissit.

Suomi ja EU 15: vertailun lähtökohdat

Edellä esitellyistä lähtökohdista käsin tarkastellaan seuraavassa suomalaista hyvinvointivaltiota eurooppalaisessa kontekstissa. Aineisto ulottuu pääsääntöisesti vuoteen 2002 asti. Aineiston saatavuuteen ja vertailtavuuteen liittyvistä syistä rajoitutaan EU 15 -alueen vertailuun. Aineistona käytetään Eurostatin New Cronos -tietokantaan vietyjä tunnuslukuja, jotka kuvaavat kansantalouden kokoa, julkista sektoria, sosiaalimenoja sekä kansalaisten hyvinvointia. Tarkoituksena on kuvata Suomen sijoittumista EU 15 -maiden joukossa ja antaa siten mahdollisimman ajantasaista tietoa tämänhetkisistä eroista länsieurooppalaisten hyvinvointivaltioiden välillä. Tehty vertailu on luonteeltaan makrotasoista vertailua.

Aikaisemman tutkimuksen nojalla tehty lista pohjoismaisen mallin tunnuspiirteistä antaa vertailulle lähtökohdat ja ohjaa sitä, mitä vertaillaan. Tyhjentävää vastausta sellaiseen kysymykseen kuin onko Suomi pohjoismainen hyvinvointivaltio, ei ole tila- eikä aineistoystä tässä mahdollista antaa. Kaikista em. kriteereistä ei ole saatavilla vertailutietoja. On myös niin, että pelkästään numerotiedoilla ei voida vastata kaikkiin mallikeskusteluista kumpuaviin kysymyksiin. Pohjoismaiseen malliin sisältyy myös hyvinvointia turvaavien instituutioiden rakenteellista

samankaltaisuutta. Myös eettisiin ja normatiivisiin näkökantoihin liittyvät erot ovat tärkeitä. Vertailemalla tunnuslukuja eri maista eri ajankohtina on mahdollista saada käsitystä suhteellisesta muutoksesta, sen alasta, nopeudesta ja rajuudesta. Vertailtavien tekijöiden laajuuden takia ajallista muutosta ei tässä juuri pystytä käsittelemään.

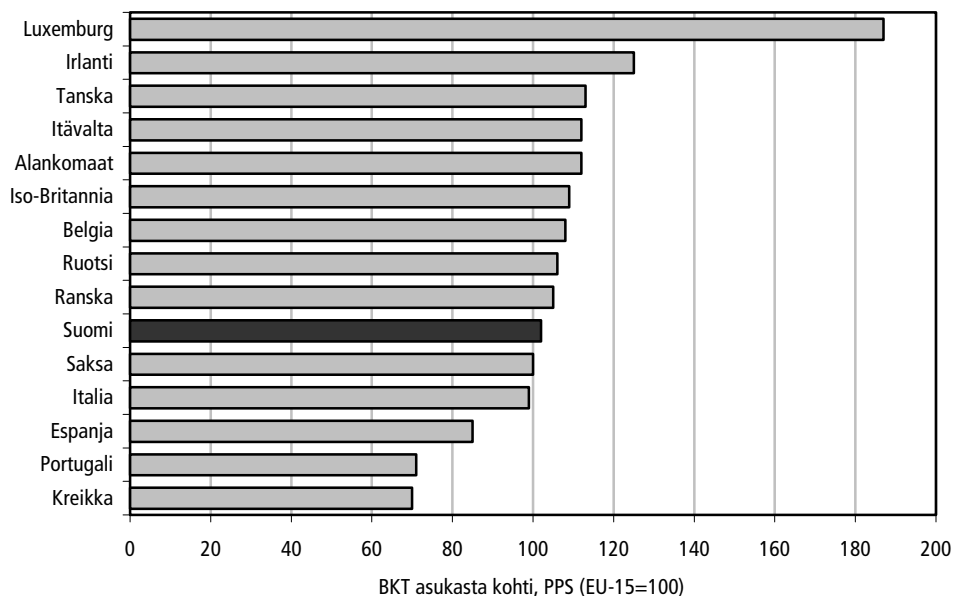
Vertailua julkisen vastuun laajuudesta EU 15 -alueella 2000-luvun alussa tehdään kolmesta näkökulmasta:

1. julkisen hyvinvointivastuun laajuus elintason (bruttokansantuotteen) ja työllisyyden näkökulmasta
2. julkisen hyvinvointivastuun luonne rahoituksen näkökulmasta
3. julkinen vastuu hyvinvoinnin jakautumisen näkökulmasta

1.4 Julkisen hyvinvointivastuun laajuus elintason ja työllisyyden näkökulmasta

Euroopan unionin 15 jäsenvaltion taloudellisessa kehityksessä on tapahtunut konvergenssia. Erityisen selvästi talouskasvua on tapahtunut Irlannissa, jossa 1990-luvun alussa BKT asukasta kohti ylsi noin 80 prosenttiin EU:n tuolloisesta keskiarvosta. Viimeisimpien tietojen perusteella vuonna 2002 Irlannin BKT asukasta kohti oli 25 prosenttia yli 15 EU-maan keskiarvon. Tieto ei ole aivan vertailukelpoinen muiden maiden kanssa, sillä osa Irlannissa tuotetusta BKT:sta virtaa pääomakorvauksina ulkomaisille sijoittajille. Myös Luxemburgin korkea BKT asukasta kohti on poikkeuksellisten tekijöiden tulosta. Eteläisen Euroopan maat, erityisesti Kreikka ja Portugali ovat elintasovertailussa edelleen muiden takana, joskin ero muihin maihin on ajan saatossa kaventunut. Muutoin EU 15 -alueella BKT asukasta kohti on kohtuullisen samalla tasolla. Suomi on BKT-vertailussa keskiarvon tietämissä. (kuvio 1, ks. myös kuvio 5)

Kuvio 1 Suhteellinen bruttokansantuote asukasta kohti ostovoimapariteeteilla vuonna 2002 (EU-15=100).



Lähde: Eurostat, New Cronos, Structural Indicators.

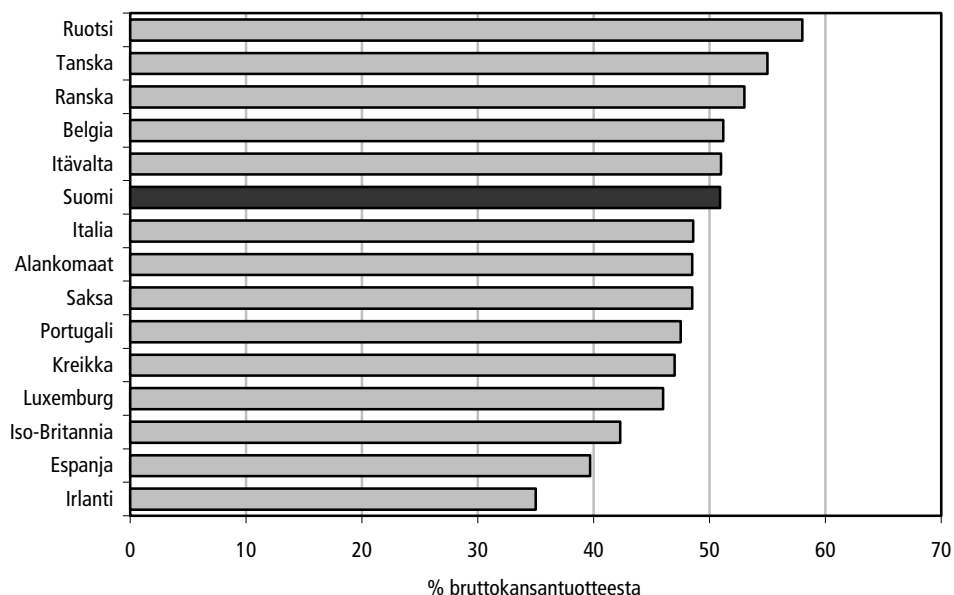
Hyvinvointivaltioiden kehitystä koskevassa tutkimuksessa yksi yhteinen piirre on nähdä hyvinvointivaltioiden saavuttaneen itujensa, kasvukauden ja juurtumisen jälkeen eräänlaisen "kypsän" tilan (esim. Flora 1986; Pierson 1991). Vertailevassa ja historiallisessa tutkimuksessa on osoitettu juuria 1800- ja 1900-luvun vaihteeseen, ituja maailmansotien välissä ja varsinaista kasvukautta 1950-luvulta vähintäänkin 1970-luvulle. Kasvunjälkeinen olotila on paikannettu useihin länsimaihin joskus öljykriisin jälkeen ja toisen maailmansodan jälkeisen täystyö-lisyyden väistyttyä enenevästi 1980-luvulle.

Yleistäen voi sanoa, että Pohjoismaat saavuttivat "kypsän aikakauden" muita maita myöhemmin. Hyvinvointivaltion laajentuminen päättyi Tanskassa ns. perunakuuriin 1980-luvulla ja viimeistään 1980-luvulla myös Ruotsissa alettiin tehdä julkisen vastuun alaa rajoittavia uudistuksia. Norjassa ja Suomessa hyvinvointivaltiot kasvoivat vielä 1980-luvulla, Norjassa on toteutettu sosiaalisia oikeuksia laajentavia uudistuksia sen jälkeenkin. Suomessa tehtiin mittavia julkista vastuuta lisänneitä uudistuksia vielä vaalivuonna 1989. 1990-luvulle tultaessa hyvinvointivaltion laajentaminen ei enää ole ollut politiikan keskiössä.

Julkisen vastuun laajuutta kuvataan usein julkisten menojen BKT-osuudella. Kriteeriä on käytetty myös pohjoismaista mallia kuvaavana keskeisenä piirteenä. Vuoden 2003 tilanteen perusteella julkiset menot ovat korkealla tasolla Ruotsissa ja Tanskassa mutta myös Ranskassa. Belgia, Itävalta ja Suomi tulevat näiden

maiden jälkeen muutamaa prosenttiyksikköä edellisiä pienemmällä tasolla. Irlannissa julkisten menojen BKT-osuus on selvästi pienin, yhtenä selityksenä tarjoillaan poikkeuksellisen korkeaa bruttokansantuotteen tasoa, toisaalta osuus ei ole ollut järin korkea aikaisemmissakaan vertailuissa. (kuvio 2)

Kuvio 2 Julkisten menojen BKT-osuus EU 15 -alueella vuonna 2003.



Lähde: VATT, Talouden rakenteet.

Suomen paikkaa arvioitaessa on olennaista ymmärtää sekä bruttokansantuotteessa että julkisissa menoissa tapahtuneet muutokset. Vuonna 1990 julkisten menojen BKT-osuus oli 48,6 prosenttia. Laman takia osuus oli korkeimmillaan 64,2 prosenttia vuonna 1993. Viimeisen kymmenen vuoden aikana Suomessa on koettu poikkeuksellisen voimakas talouskasvu. 2000-luvulla kasvu on sittemmin hidastunut mutta on ollut euroaluetta voimakkaampaa. Hyvä taloudellinen kehitys on osaltaan pudottanut julkisten menojen BKT-osuutta. Kehitykseen on myös vaikuttanut pidättyväisyys julkisten menojen laajentamisessa. Näiden tekijöiden tuloksena vuodesta 1995 vuoteen 2003 julkisten menojen BKT-osuus on pudonnut lähes yhdeksän prosenttiyksikköä. Tehtäväkohtaista jakoa tarkasteltaessa nähdään, että julkinen vastuu on ohentunut erityisesti sosiaaliturvassa. Sosiaaliturvamenojen pienentymistä on jonkin verran auttanut työttömyyden vähentyminen. (taulukko 2)

Taulukko 2 Julkisten menojen jakautuminen tehtävittäin ja niiden kehitys Suomessa vuosina 1995–2003, % bruttokansantuotteesta.

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Sosiaaliturva	26,0	25,9	24,3	22,5	22,4	20,6	20,6	21,2	21,7
Terveystenhoito	6,2	6,4	6,2	5,9	5,9	5,8	6,0	6,3	6,5
Koulutus	7,3	7,2	6,8	6,5	6,5	6,3	6,5	6,5	6,6
Muut menot	16,0	16,0	14,9	14,3	14,2	13,5	13,3	13,7	14,2
Korkomenot	4,0	4,3	4,2	3,6	3,1	2,9	2,7	2,2	2,0
Menot yhteensä	59,6	59,7	56,4	52,8	52,1	49,1	49,2	50,0	50,9

Lähde: Valtiovarainministeriö, kansantalousosasto 2005.

Korkeiden julkisten menojen on katsottu edellyttävän myös korkeaa kokonaisveroastetta. Suomessa kokonaisveroaste oli vuonna 1990 44,3 prosenttia. Kokonaisveroaste kehittyi sahaten ylös ja alas saavuttaen tähänastisen huippunsa vuonna 1999, jolloin se oli 48,6 prosenttia. Sen jälkeen kokonaisveroaste on veronalennusten ansiosta laskenut tasaisen oloisesti nykyiseen 44,4 prosenttiin. (Veronmaksajat 2005.) Verotuksessa on tapahtunut myös rakenteellista muutosta. Julkisten menojen BKT-osuuden ja kokonaisveroasteen perusteella julkinen vastuu on "huippuvuosista" pienentynyt. Toisaalta julkisten menojen BKT-osuus ja kokonaisveroaste olivat vuonna 2003 samalla tasolla kuin vuonna 1990.

Keskeinen rakenteellinen ero tämän hetken ja vuoden 1990 tilanteen välillä on työttömyydessä. Viimeisten tietojen mukaan myös toinen julkista vastuuta kuvaava keskeinen tunnusluku, sosiaalimenojen BKT-osuus, oli lähes samalla tasolla vuonna 2002 kuin vuonna 1990. Muutoksia on tapahtunut menojen rakenteessa. Tänä aikana ovat eläkkeisiin ja työttömyyden hoitoon käytetyt menot suurentuneet. Näissä tapahtunutta suhteellista kasvua on kompensoinut menojen suhteellinen pienentyminen toisaalla.

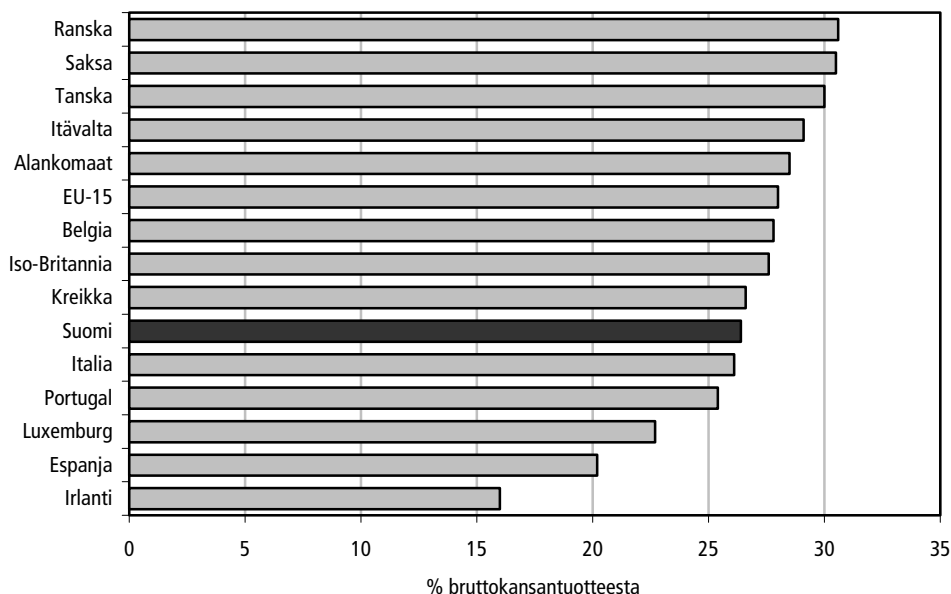
Eryteisesti Suomessa ja Ruotsissa kehittämisen suunta jopa kääntyi taloudellisen laman oloissa ja sen jälkeen. Sosiaalipoliittisia etuusjärjestelmiä, niiden anteliaisuutta (korvaustasoja ja saamisen edellytyksiä) leikattiin ja kattavuutta (etuuksiin oikeutettujen piirin laajuutta) rajoitettiin. Palveluiden kehitykseen vaikuttivat molemmissa maissa valtionosuuksiin tehdyt leikkaukset ja muut muutokset sekä toimintaan liittyneet uudet ajattelutavat. Muualla EU 15 -alueella sosiaalimenojen BKT-osuus on hitaasti kasvanut. Kasvu on ollut tuntuva Etelä-Euroopan maissa, jotka ovat kehittäneet sosiaaliturvaa ja -palveluita sekä terveydenhuoltojärjestelmiään.

Eri suuntiin tapahtuvan kehityksen tuloksena Suomen sosiaalimenojen BKT-osuus on tällä hetkellä alle EU 15:n keskiarvon. Bruttokansantuoteosuusvertailuissa Suomi on erikoisessa seurassa Kreikan ja Italian sekä Portugalin ja Ison-

Britannian kanssa. Ruotsi ja Tanska sen sijaan ovat kärkinelikossa välissään Ranska ja Saksa. (kuvio 3)

Suomella on siis EU-keskiarvoa korkeammat julkiset menot mutta pienemmät sosiaalimenot. Eroa sijoittumisessa selittää mm. elinkeinoelämän tukemiseen ja edistämiseen käytetyt varat.

Kuvio 3 Sosiaalimenojen bruttokansantuoteosuus EU 15 -alueella vuonna 2002.



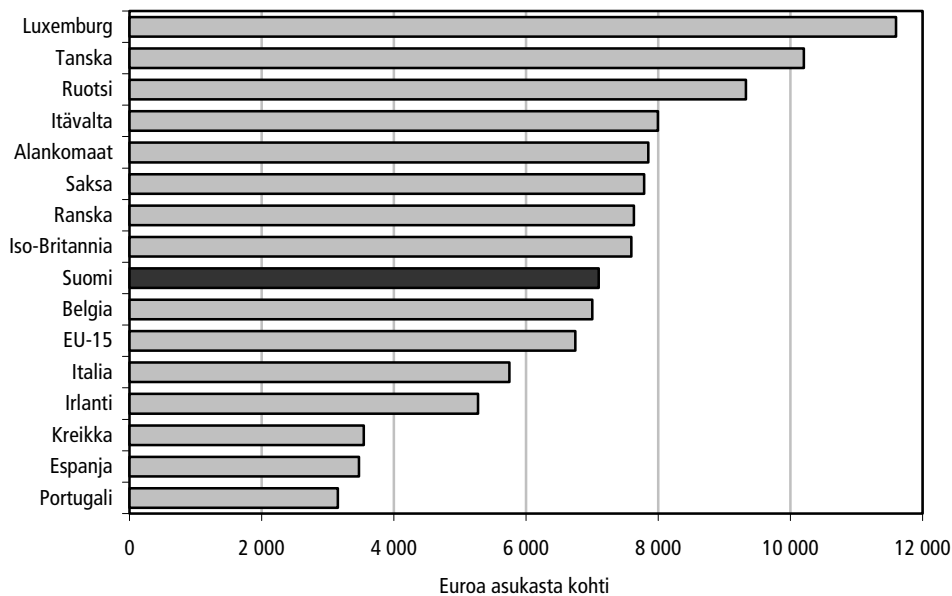
Lähde: Eurostat, New Cronos, ESSPROS.

BKT-osuuden käyttämisellä vertailuissa on omat pulmansa. Kriitikki on pohjannut lähinnä siihen, ettei esimerkiksi sosiaalimenojen BKT-osuus -indikaattori ota huomioon taloudellisia oloja ja niissä tapahtuvaa vaihtelua eikä toisaalta sosiaaliturvan tarpeessa tapahtuvaa muutosta. Yksinkertainen sosiaaliturvapanostusta kansantalouden kokoon suhteuttava indikaattori on kuitenkin paremman puutteessa puolustanut paikkaansa ja sitä käyttävät edelleen kaikki maat ja kansainväliset järjestöt.

Toinen tapa kuvata sosiaaliturvaan panostamisen laajuutta on suhteuttaa siihen käytettyjä resursseja asukasluukuun. Verrattaessa sosiaalimenoja euroina asukasta kohti maiden paikat muuttuvat hieman mutta radikaalisti uudenlaista kuvaa ei tämä mittari tuota (kuvio 4). Korkeiden sosiaalimenojen maat Tanska ja Ruotsi ovat tälläkin mittarilla kärkikastia ja Etelä-Euroopan maat pitävät perää. Vaihtelua tapahtuu lähinnä suhteellisen tasaisen keskijoukon välisissä järjestyksissä. Tällä mittarilla Suomi panostaa sosiaaliturvaansa hieman EU 15 -keskiarvoa

enemmän. Edelleen voidaan tehdä ostovoimapariteettivertailuja. Kun otetaan huomioon euron ostovoima eri maissa, Suomen asukasta kohti laittama sosiaaliturvapanostus jää jälleen alle EU 15 -keskiarvon. Vastaavasti terveydenhuoltoon käytetyissä ostovoimapariteettivertailuissa Suomi käyttää vähiten rahaa asukasta kohti yhdessä Kreikan, Portugalin ja Espanjan kanssa (VATT 2005).

Kuvio 4 Sosiaalimenot euroina asukasta kohti EU 15 -alueella vuonna 2002.



Lähde: Eurostat, New Cronos, ESSPROS.

Ainakin tällaisissa suhteellisissa vertailuissa Suomen paikka läntisen Euroopan maiden joukossa on 1990-luvulla muuttunut paljon. Ennen lamaa vuonna 1990 Suomi oli länsieurooppalaista keskitasoa. Lamavuosien kärkisijoilta on Suomi siirtynyt taloustilanteen ja julkisissa menoissa ja sosiaalimenoissa tapahtuneen kehityksen tuloksena länsieurooppalaiseen keskikastiin. Suomen suhteellisen aseman muuttuminen ei ole vain valittujen indikaattoreiden osoittajissa ja nimitäjissä tapahtuneen muutoksen tuottamaa sattumaa. Sosiaalimenoissa ja julkisissa menoissa ylipäätään tapahtunut kehitys on ollut muista maista poikkeavaa. Eri maiden ajallisessa vertailussa näkyy, että sosiaalimenojen reaalin kasvu on Suomessa ollut 1990-luvun puolenvälin jälkeen EU 15 -alueen hitainta (taulukko 3). Myös asukasta kohti laskettuna muutoksena sosiaalimenojen kasvuvauhti on Suomessa ollut EU 15 -alueen hitain.

Taulukko 3 Sosiaalimenojen reaalin kasvu EU 15 -alueella vuosina 1990–2002, %.

	1990–1993	1993–1996	1996–1999	1999–2002	1990–2002
Belgia	5,5	1,0	1,4	1,8	2,4
Tanska	4,3	2,8	0,8	1,6	2,3
Saksa	5,0	3,3	1,0	1,2	2,6
Kreikka	-0,7	3,6	8,1	5,8	4,1
Espanja	7,0	-0,4	1,6	3,7	3,0
Ranska	3,4	1,5	2,1	2,8	2,4
Irlanti	6,6	3,0	4,7	11,9	6,5
Italia	2,0	-0,4	2,4	2,5	1,6
Luxemburg	7,9	4,6	5,3	5,6	5,8
Alankomaat	2,3	0,3	1,5	2,8	1,7
Itävalta	4,0	2,8	2,5	1,7	2,8
Portugali	10,3	3,4	7,3	6,1	6,8
Suomi	4,2	1,7	-0,6	1,2	1,6
Ruotsi	3,0	-0,8	1,2	3,1	1,6
Iso-Britannia	7,5	1,9	1,5	4,7	3,9
EU-15	6,0	1,7	1,4	2,6	2,9

Huom. Vuoden 2002 osalta luvut eivät ole vahvistettuja lukuja. Saksan osalta vuoden 1990 tilalla käytetään vuotta 1991.

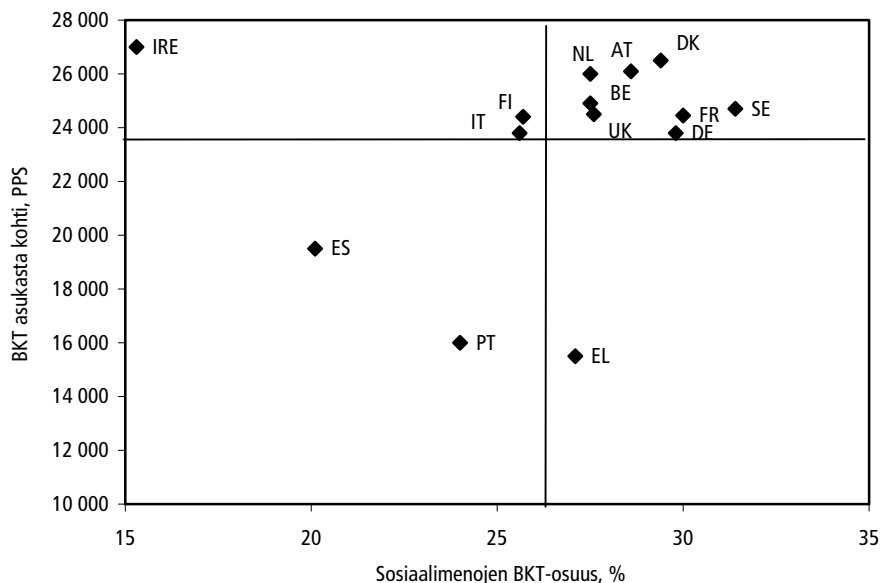
Lähde: SEC(2005) Joint Report on Social Protection and Social Inclusion, Technical Annex, Table 1.

Sosiaalimenoista suurin osa menee joka maassa vanhuuden turvaan (14 EU-maan keskiarvo on 38 % kaikista sosiaalimenoista). Toiseksi suurin menoerä on sairauden ja terveyden hoito (28 %). Toimintarajoitteisuus (9 %), työttömyys (7,2 %) ja perheiden tukeminen (8,5 %) ovat seuraavat suuret pääryhmät. Eri maissa eri sosiaalisiin riskeihin panostetaan eri tavalla. Eteläisen Euroopan maissa eläkkeet vievät lähes puolet kaikista sosiaalimenoista. Suomessa vanhuuden turva vie noin kolmasosan (32,8 %) kaikista sosiaalimenoista. Eri etuuslajien osuuksien vertailu näyttää toisaalta sen, että Suomessa panostetaan muita maita enemmän perheiden tukemiseen (11,7 % sosiaalimenoista). Myös toimintarajoitteisuus (13,3 %) ja työttömyys (9,8 %) vievät suhteessa enemmän menojä. (ESSPROS 2005.)

Kestävyyden näkökulmasta tärkeä keskustelunaihe on julkisen vastuun laajuuden vaikutus talouskasvuun ja työllisyyteen. Perinteisesti korkean bruttokansantuotteen maissa on ollut myös kohtuullisen korkeat julkiset menot ja sosiaalimenot. Tuoreimman aihepiiriin tehdyn review-tutkimuksen perusteella hyvinvointivaltion – ymmärrettynä julkisten menojen tai sosiaalimenojen kautta – vaikutusta taloudelliseen kehitykseen ei ole voitu selkeästi osoittaa. Tutkimustulokset ovat keskenään ristiriitaisia (Kiander & Lönnqvist 2003).

Tuoreimpien EU 15 -maiden bruttokansantuotetietoja ja sosiaalimenotietoja yhdistelemällä saadaan kuvion 5 kaltainen kuva. Keskiarvot jakavat hajontakuvion neljään kvadranttiin (samaa esitystapaa käytetään jatkossa muissakin kuvioissa). Suurin osa EU 15 -maista on kuviossa kohtuullisen tiiviissä ryppäessä oikean yläkulman kvadrantissa. Korkea BKT yhdistyy usein korkeisiin sosiaalimenoihin. Irlanti on selkeä *outlier*, myös eteläisen Euroopan maat sijoittuvat näillä kahdella ulottuvuudella kovin eri tavoin. Kuvion perusteella korkean bruttokansantuotteen maissa sosiaalimenojen BKT-osuus voi olla matala (Irlanti) tai korkea. Toisaalta Kreikka näyttää, että huono BKT on mahdollista myös keskimääräistä korkeammilla sosiaalimenoilla. Suomi on tässä kaksiulotteisessakin vertailussa kovin lähellä EU-keskiarvoa, kuten myös Italia. Sukulaismaat eivät ole muita pohjoismaita.

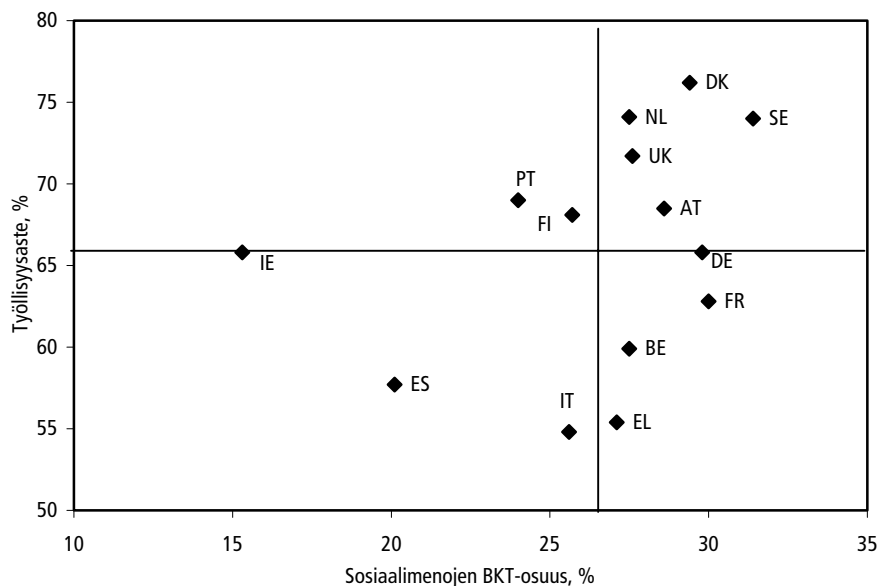
Kuvio 5 Sosiaalimenot ja bruttokansantuote EU 15 -alueella vuonna 2001.



Lähde: Eurostat, New Cronos, ESSPROS.

Euroopassa 1990-luvulla käynnistynyt kannustavuus- ja aktivointikeskustelu on korostanut korkean sosiaaliturvan tason haitallista vaikutusta työllisyyteen. Eurooppalainen diversiteetti kuitenkin kyseenalaistaa yksinkertaisia yhteisvaihteluita. Yleiskuva on se, että työllisyysaste on korkea maissa, joissa on myös korkea sosiaalimenojen BKT-osuus. Tanska ja Ruotsi erottuvat jälleen samankaltaisina maina oikean yläkulman kvadrantissa. Myös Alankomaissa, Itävallassa ja Isossa-Britanniassa on keskimääräistä korkeammat sosiaalimenot ja työllisyysaste. Suomi on tässäkin vertailussa varsin keskimääräinen maa. Lähin vertailukohde näillä mittareilla on Portugali. (kuvio 6)

Kuvio 6 Sosiaalimenot ja työllisyysaste EU 15 -alueella vuonna 2001.



Lähde: Eurostat, New Cronos, ESSPROS.

1.5 Julkisen hyvinvointivastuun luonne rahoituksen näkökulmasta

Pohjoismaisen mallin yhtenä kriteerinä esitetään usein yhtäältä korkeaa verotusta ylipäätään ja toisaalta verorahoituksen korkeaa osuutta sosiaalimenojen rahoituksessa. Taulukko 4:n perusteella yhtenäistä sosiaaliturvan rahoituksen pohjoismaista mallia ei ole. Ylipäätään rahoituksen osalta EU 15 -alueelta löytyy hyvin erilaisia ratkaisuja. Valtion ja kuntien rahoitusosuus sosiaalimenoista on korkein Tanskassa. Vastaavasti työnantajien rahoitusosuus on Tanskassa matalin. Vakuutettujen itsensä rooli on merkityksellisin Alankomaissa. Työnantajien rahoitusosuus taas on korostunut Belgiassa. Verovarojen osuus rahoituksessa on Suomea korostuneempi Tanskan lisäksi Irlannissa, Isossa-Britanniassa, Luxemburgissa ja Ruotsissa. Vakuutettujen oma rooli rahoituksessa on pienin Suomessa ja Ruotsissa. Työnantajien rahoitusosuus on Suomessa keskimääräistä EU 15 -tasoa.

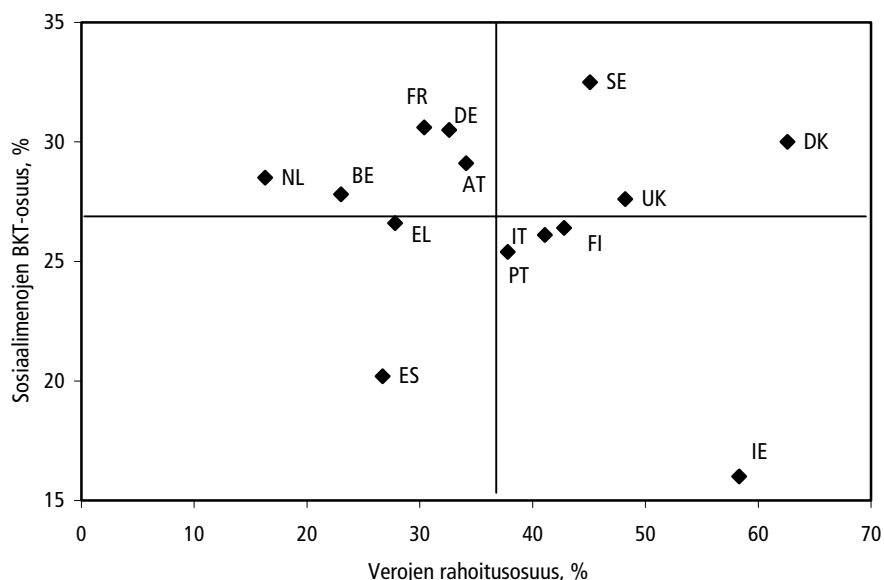
Taulukko 4 Sosiaalimenojen rahoitus EU 15 -alueella vuonna 2001.

	Valtio ja kunnat	Työnantajat	Vakuutetut	Muut	Yhteensä
Belgia	23,0	51,4	23,0	2,6	100
Tanska	62,6	9,3	21,1	7,0	100
Saksa	32,6	37,4	27,8	2,2	100
Kreikka	27,8	38,5	23,5	10,2	100
Espanja	26,7	52,9	16,3	4,1	100
Ranska	30,4	45,9	20,8	2,8	100
Irlanti	58,3	24,8	14,5	2,3	100
Italia	41,1	42,4	14,6	1,8	100
Luxemburg	46,2	24,5	24,4	4,9	100
Alankomaat	16,3	31,6	35,3	16,8	100
Itävalta	34,1	37,5	27,2	1,2	100
Portugali	37,8	36,4	18,0	7,8	100
Suomi	42,8	38,8	11,6	6,9	100
Ruotsi	45,1	43,4	9,1	2,3	100
Iso-Britannia	48,2	30,5	19,5	1,7	100
EU-15	36,0	38,8	21,7	3,4	100

Lähde: SVT (Suomen virallinen tilasto), Sosiaaliturva 2004.

Tarkasteltaessa julkisen vastuun laajuutta sosiaaliturvan rahoituksessa kaksiulotteisesti nähdään, että Suomi on tälläkin tavalla arvioiden hyvin lähellä keskimääräistä eurooppalaista ratkaisua. Ruotsi ja Tanska löytyvät jälleen kvadrantin oikeasta yläkulmasta, tällä kertaa Ison-Britannian kanssa. Suomen lähiseuralaisina ovat nyt Italia ja Portugal sekä Iso-Britannia. Mannermaiset maat ovat reikiimateorioiden mukaisesti samassa kvadrantissa korkeilla sosiaalimenoilla ja vähäisellä verorahoitteisuudella. (kuvio 7)

Kuvio 7 Sosiaalimenot ja verorahoituksen osuus sosiaalimenojen rahoituksesta EU 15 -alueella vuonna 2002.



Lähde: Eurostat, New Cronos, ESSPROS.

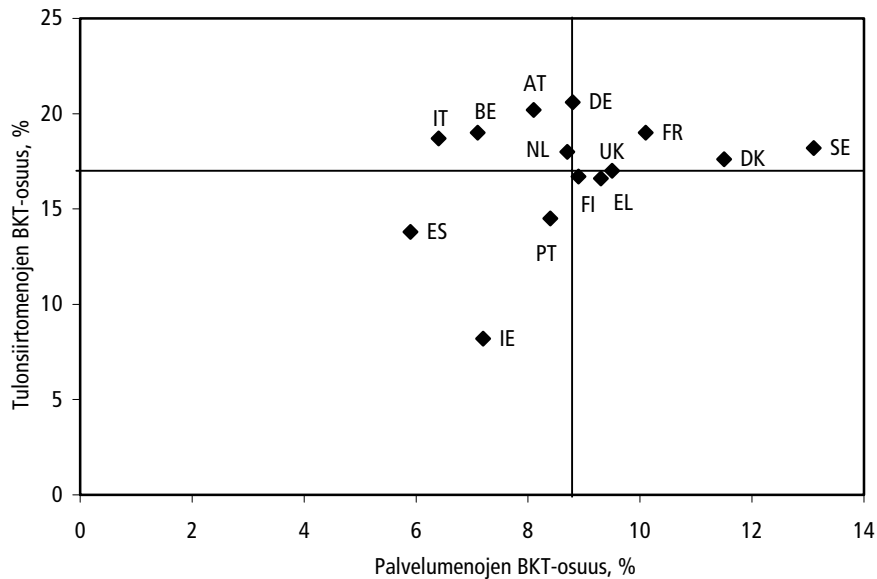
Pohjoismaita on kirjallisuudessa kuvattu mainia, jotka käyttävät paljon rahaa sekä tulonsiirtoihin että palveluihin. Korkeiden tulonsiirtomenojen ajatellaan olevan perua sekä laajasta kattavuudesta että korkeasta korvaavuusasteesta sosiaalivakuutusetuuksissa. Julkisesti tuotetut palvelut puolestaan ovat pohjoismaiden tavaramerkkejä, piirteitä, jotka kenties eniten erottavat pohjoismaita muista maista. Se miten eri maat painottavat näitä hyvinvointiin vaikuttamisen keinoja (annetaanko rahaa ja/tai palveluita?) kuvastaa sosiaalipoliittisen uudelleenjaon strategioita.

Kuviossa 8 on laskettu sosiaalimenojen jakautuminen rahallisiin etuuksiin (tulonsiirtoihin) ja palveluihin. Kirjallisuuden ja aikaisemman tutkimuksen perusteella mannermaiset maat pitäisi löytää tulonsiirtovaltioiden joukosta ja pohjoismaat molempien ulottuvuuksien huipulta. Iso-Britanniaa ja Irlantia tulisi kansallisten terveydenhuoltojärjestelmien ja vanhustenhuollon palveluiden perusteella etsiä palveluita vaan ei tulonsiirtoja korostavasta lokerosta. Etelä-Euroopan maiden taas on ajateltu profiloituvan matalasti molemmilla ulottuvuuksilla.

Tilastotiedot vuodelta 2002 eivät taaskaan tue omaleimaisen ja yhtenäisen pohjoismaisen mallin olemassaoloa. Tanska ja Ruotsi ovat siellä missä niiden tulisi olla mutta molemmilla ulottuvuuksilla korkeita lukemia saa myös Ranska. Etelä-Euroopan maista Espanja ja Portugal sijoittuvat odotusten mukaisesti. Regiimiteorian mukaista on, että korkeiden tulonsiirtomenojen ja vähäisten pal-

velumenojen maiden joukosta löytyy lähinnä mannermaisia hyvinvointivaltioita. Jonkinlaiseen välimaastoon sijoittuvat Iso-Britannia, Kreikka, Alankomaat ja Suomi, jotka ovat panostuksiansa jakautumisessa hyvin samankaltaisia. Suomi on molemmilla mittareilla jälleen aivan EU-keskiarvon tuntumassa.

Kuvio 8 Tulonsiirtomenot ja palvelumenot EU 14 -alueella vuonna 2002.



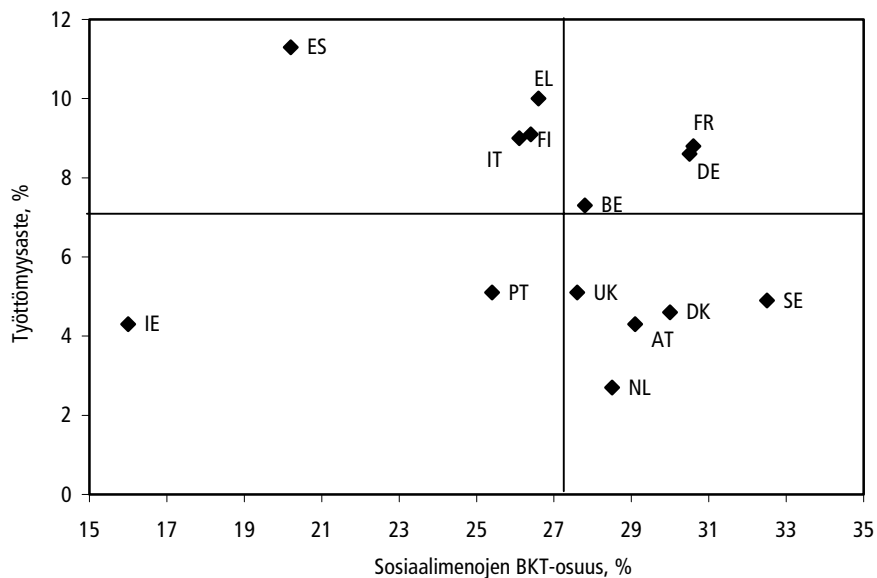
Lähde: Eurostat, New Cronos, ESSPROS.

1.6 Julkinen vastuu hyvinvoinnin jakautumisen näkökulmasta

Laajaa julkista vastuuta ja sosiaaliturvaan panostamista on pohjoismaissa perusteltu hyvillä tuloksilla kansalaisten hyvinvoinnin kehityksessä ja jakautumisessa. Hyvinvointia voidaan kuvata hyvin monilla eri mittareilla eikä tässä ole mahdollista ottaa esille kuin kolme. Ne ovat kuitenkin pohjoismaisen mallin näkökulmasta aivan oleellisia. Yhtäältä pohjoismaisen mallin tunnuspiirteenä on pidetty täystyöllisyyttä, tai kääntäen vähäistä työttömyyttä. Toisaalta pohjoismaissa on pyritty tasaamaan vahvalla verotuksen progressiolla ja tulojen uudelleenjaolla väestöryhmien välisiä tuloeroja ja luomaan mahdollisimman tasa-arvoista yhteiskuntaa. Edelleen pohjoismainen malli on maailmalla tunnettu siitä, että se on ollut kaikkein tehokkain vähentämään köyhyyttä. Pelkästään markkinatuloilla mitattuna tuloerojen eriarvoisuus on Suomessa hieman OECD:n keskiarvoa alempi. Markkinatuloilla laskettuna tuloerojen eriarvoisuus on Suomea vähäisempää Tanskassa, Japanissa, Alankomaissa ja Norjassa (viimeisimmät tulojako- ja köyhyysvertailut löytyvät julkaisusta OECD 2005).

Kuvio 9 näyttää eri maiden asemaa ja tilannetta työttömyyden ja sosiaalimenojen EU 14 -vertailussa. Alhaisen työttömyyden ja keskimääräistä korkeampien sosiaalimenojen maita ovat Tanska ja Ruotsi mutta yhtenäistä pohjoismaista klusteria ei muodostu. Yhtäällä vastaavan tilanteen saavuttavat Manner-Euroopan maista Itävalta ja Alankomaat, toisaalta Iso-Britannia. Vastaavasti Suomi on korkealla työttömyydellään ja keskimääräistä pienemmillä sosiaalimenoiltaan Etelä-Euroopan maiden (pl. Portugalili) joukossa. Mannermaista Saksa ja Ranska ovat jälleen varsin samankaltaisia.

Kuvio 9 Sosiaalimenot ja työttömyysaste EU 14 -alueella vuonna 2002.

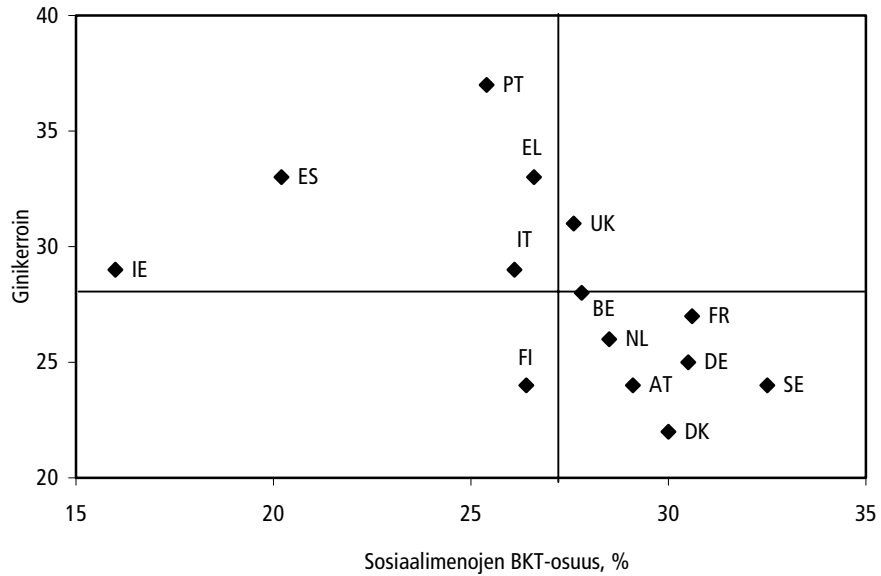


Lähde: Eurostat, New Cronos, Structural Indicators ja ESSPROS.

Korkeat sosiaalimenot ovat yhteydessä tulonjaon tasaisuuteen ja vähäiseen köyhyyteen (kuviot 10 ja 11). Ruotsi ja Tanska ovat molemmissa tarkasteluissa muodostuvan viuhkan kärjessä. Ne eivät kuitenkaan ole muista enää yhtä poikkeavia kuin vielä 1990-luvun alussa. Kohtuullisen tasainen tulonjako on myös Itävallassa ja Saksassa. Vastaavasti köyhyysriskissä olevia on verrattain vähän myös Alankomaissa, Itävallassa ja Ranskassa.

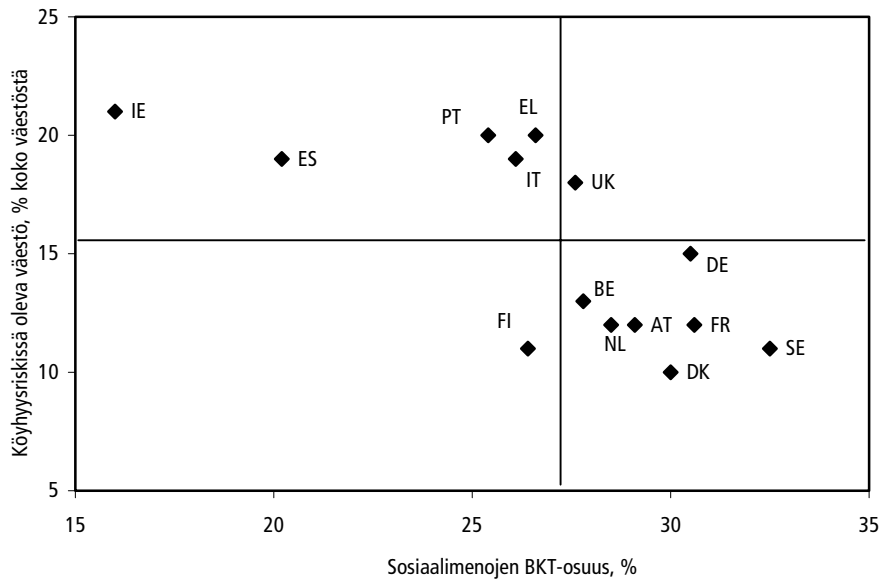
Suomi näyttyy näissä vertailuissa erityisen tehokkaalta maalta. Se onnistuu saavuttamaan hyvät tulokset tulonjaon tasaisuudessa ja köyhyyden vähäisyydessä keskimääräistä pienemmillä kustannuksilla EU 14 -alueen ainoana maana. Kummassakin vertailussa huonossa valossa ovat Etelä-Euroopan maat ja ns. liberaalin regimin maat Irlanti ja Iso-Britannia.

Kuvio 10 Sosiaalimenot ja tulonjako EU 14 -alueella vuonna 2002.



Lähde: Eurostat, New Cronos, ESSPROS.

Kuvio 11 Sosiaalimenot ja köyhyys EU 14 -alueella vuonna 2002.



Lähde: Eurostat, New Cronos, ESSPROS.

Huom. Euroopan unionin maille köyhyysaste lasketaan käytettävissä olevista tuloista käyttäen köyhyysrajana 60 prosenttia mediaanitulosta.

Kasvun jälkeen: hyvinvointivaltion karsiminen (*retrenchment*) ja uudistaminen (*reform*)

Paul Pierson on kuvannut *World Politics* -lehdessä ilmestyneessä artikkelissaan sitä, kuinka hyvinvointivaltiot ja niiden kohtalosta päättävät tahot ovat muuttuvassa toimintaympäristössä ja hyvinvointivaltion kasvun jälkeisellä kaudella joutuneet puun ja kuoren väliin. Yhtäältä globaalin talouden, väestörakenteen muutoksen, työllisyyden ja työttömyyden kehityksen, teknologisen kehityksen, perherakenteiden muutoksen ja (Euroopassa) Euroopan integraation seurauksena nähdään paineita tehdä suuriakin muutoksia hyvinvointivaltioon.

Toisaalta muutosten tekeminen on äänestäjien keskuudessa epäsuosittua. Hyvinvointivaltion muuttaminen merkitsee usein joidenkin ryhmien etuihin koskemista. Pierson näkee, että sosiaalipolitiikalla on myös luotu erilaisia intressiryhmiä. Vasemmiston ja oikeiston lisäksi on eläkepuoluetta ja kuntapuoluetta. Sosiaalipolitiikalla luodut ja rakennetut instituutiot ovat myös hyvin hanakoita pitämään saavutetuista asemistaan kiinni.

Erilaisten ulkoisten ja sisäisten muutostekijöiden yhteisvaikutuksesta hyvinvointivaltion rahoituspohja on ohentunut tai ainakin uhkaa ohentua. Samalla hyvinvointivaltion rakentamiseen liittyneet sitoumukset ovat kypsyttäneet järjestelmät ja kumuloineet niiden aiheuttamat menot. Tässä tilanteessa politiikan liikkumavara kapenee. Sosiaalipolitiikka on yhä selvemmin aiemmin tehtyjen päätösten ehdollistamaa.

Pierson puhuu pysyvän ahtauden (*permanent austerity*) tilasta ja karsinnan politiikasta (*politics of retrenchment*). Hänen teesinsä on, että tällainen hyvinvointivaltion kasvun jälkeinen aika tuo esille aivan erilaiset poliittiset kysymykset ja politiikan tekemisen tavat (Pierson 1996, 2001). Etuuksien luominen ja oikeuksia lisäävien uudistusten tekeminen on eri asia kuin etuuksien rajoittaminen ja julkisen vastuun vetäytyminen. Edelliseen kuuluu kilpailu maineesta ja julkisuudesta, jälkimmäiseen syyllisyyden vältteleminen (*blame avoidance*). Poliittiset puolueet eivät esitä uudistusohjelmia eikä uudistusten takana ole kansalaisten mobilisatiota. Uudistusten toteuttaminen jääkin kasvun jälkeisissä hyvinvointivaltioissa usein virkamiesten ja asiantuntijoiden tehtäväksi. Koska heillä ei ole tarvetta kommunikoida kansalaisille, kehittämisen linja ja tavoitteet eivät välttämättä tule julki tai ymmärretyiksi.

Ekspansion selittämiseen kelvanneet mallit eivät päde aikakaudella, jolloin on saavutettu kasvun rajat. Piersonin mukaan hyvinvointivaltion karsiminen tai uudistaminen ei tapahdu radikaalisti tai nopeasti juuri instituutioiden muutosjähmeyden takia. Hän puhuu polkuriippuvuuksista, ts. siitä kuinka menneisyydessä tehdyt ratkaisut ehdollistavat ja lukitsevat kehitystä. Vallitsevat rakenteet luovat puitteet uudistuksille ja siksi uudistukset eivät useinkaan muuta rakentei-

ta. Muutosjähmeyttä ja polkuriippuvuutta korostaessaan Pierson tavallaan asettuu samalla kannalle kuin Esping-Andersen suhteessa teesiin hyvinvointivaltioiden konvergoitumisesta.

Siinä missä kansainvälinen vertaileva hyvinvointivaltiotutkimus korostaa maiden välisten erojen ja regiimien pysyvyyttä, kotimaiset sosiaalipolitiikan tutkijat ovat nähneet irtiottoa pohjoismaisesta mallista. Suomessa koettiin 1990-luvulla tavattoman suuria muutoksia. Talous-, työllisyys- ja julkistalouden kriisi seurasi toisiaan. Hyvinvointivaltion kasvusta siirryttiin nopeasti julkistalouden tasapainottamiseen ja sosiaaliturvan leikkauksiin. Lamasta jäi jäljelle korkea työttömyys mutta siitä huolimatta sosiaalimenojen BKT-osuus on tällä hetkellä suurin piirtein samalla tasolla kuin ennen talouslamaa.

Tässä johdantoluvussa esitetyt makrotasoiset vertailu hyvinvointivaltioiden välisestä eroista osoittavat, ettei ainakaan EU 15 -alueella ole käytetyillä kriteereillä tunnistettavissa yhtenäistä pohjoismaista klusteria. Pohjoismaista klusteria ei voi identifioida yhtäältä siksi, että Suomen etäisyys kahdesta muusta pohjoismaasta Ruotsista ja Tanskasta on suuri ja toisaalta siksi, että näissä ja muissa maissa tapahtunut kehitys on pienentänyt maiden välisiä eroja. Monet mannereurooppalaiset hyvinvointivaltiot ovat vertailluilla kriteereillä lähempänä Ruotsia ja Tanskaa kuin Suomi.

Vertailun tehtävänä tässä johdannossa on ollut kuvata Suomen suhteellista asemaa länsieurooppalaisten hyvinvointivaltioiden joukossa. Vertailun perusteella Suomi ei vuonna 2002 erotu muista maista oikeastaan millään tavalla. Käytettyjen mittareiden valossa Suomi ei ole mitenkään korostuneesti laajan julkisen vastuun maa.

Lähteet

- Anttonen, A. & Sipilä, J. (2000): Suomalaista sosiaalipolitiikka. Tampere: Vastapaino.
- Arts, W. & Gelissen, J (2002): Three worlds of welfare capitalism or more? A state-of-the-art report, *Journal of European Social Policy* 12 (2): 137–158.
- Bonoli, G. (1997): Classifying Welfare States: a Two-Dimension Approach, *Journal of Social Policy*, 26 (3): 351–72.
- Erikson, R., Hansen, E.J., Ringen, S. & Uusitalo, H. (toim.) (1987): *The Scandinavian Model: Welfare States and Welfare Research*, Armonk: M.E.Sharpe
- Esping-Andersen, G. (1990): *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Oxford: Polity Press.
- Esping-Andersen, G. (1999): *Social Foundations of Postindustrial Economies*, Oxford: Oxford University Press.
- ESSPROS (2005): www.europa.eu.int/comm./eurostat/esspros-tietokanta.

- Ferrera, M. (1993): *Modelli di solidarieta*, Bologna: Il Mulino.
- Flora, P. (toim.) (1986): *Growth to Limits. The Western European Welfare States Since World War II, Volume 1: Sweden, Norway, Finland, Denmark*, Berlin: Walter de Gruyter.
- Julkunen, R. (2001): *Suunnanmuutos. 1990-luvun sosiaalipoliittinen reformi Suomessa*. Tampere: Vastapaino.
- Kangas, O. (1993): *The Rise and Fall of the Scandinavian Model? Suomen ICSW-neuvottelukunta, julkaisu 1/1993*, Helsinki.
- Kautto, M., Heikkilä, M., Hvinden, B., Marklund, S. & Ploug, N. (toim.) (1999): *Nordic Social Policy. Changing Welfare States*, London: Routledge.
- Kautto, M., Fritzell, J., Kvist, J., Hvinden, B. & Uusitalo, H. (toim.) (2001): *Nordic Welfare States in the European Context*, London: Routledge, 2001.
- Kautto, M. (2001): *Diversity among Welfare States – Comparative Studies on Welfare State Adjustment in Nordic Countries*, Stakes Research Report 118, Saarijärvi: Gummerus.
- Kiander, J. & Lönnqvist, H. (2002): *Hyvinvointivaltio, sosiaalipolitiikka ja taloudellinen kasvu, sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2002:20*.
- Korpi, W. & Palme, J. (1998): *The Paradox of Redistribution and the Strategy of Equality: Welfare State Institutions, Inequality and Poverty in the Western Countries*, *American Sociological Review* 63: 661–687.
- Kosonen, P. (1998): *Pohjoismaiset mallit murroksessa*. Tampere: Vastapaino.
- Kuhnle, S. (2000): *The Scandinavian Welfare State in the 1990s: Challenged but Viable*, *West European Politics*, 209–229.
- Leibfried, S. (1992): *Towards a European Welfare State? On Integrating Poverty Regimes into the European Community* in Z. Ferge and J.E. Kolberg (toim.) *Social Policy in a Changing Europe*, European Centre for Social Welfare Policy and Research, Frankfurt am Main: Campus/westview.
- Lehtonen, H. (2000): *Voiko suomalainen hyvinvointivaltiomalli muuttua?* *Sosiologia* 2/2000, 130–141.
- Mjøset, L. (toim.) (1986): *Norden dagen derpå. De nordiske økonomisk-politiske modellene og deres problemer på 70–80-tallet*, Oslo.
- OECD (2005): *Income distribution and poverty in OECD countries in the second half of the 1990s*, M. Förster & M. Mira d'Ercole, DELSA/ELSA/WD/SEM(2005)1.
- Pakaslahti, J. (2001): *Euroopan sosiaalisen mallin aineksia*, Helsinki: Gaudeamus.
- Pierson, C. (1991): *Beyond the Welfare State? The New Political Economy of Welfare*, Polity Press.
- Pierson, P. (1996): *The New Politics of the Welfare State*, *World Politics* 48 (2): 143–79.
- SVT (2004): *Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2004*, Stakes, Sosiaaliturva 2004.
- VATT (2005): www.vatt.fi, talouden rakenteet.
- Veronmaksajat (2005): www.veronmaksajat.fi; kokonaisveroaste.

OSA 2: Julkinen vastuu eräissä sosiaalipalveluissa

Johdanto

Tarkasteluun on valittu kolme palvelua, tai oikeammin kaksi palvelukokonaisuutta ja yksi sosiaaliavustus. Lasten hoito ja sen yhteiskunnallinen tukeminen on suomalaisessa sosiaalipolitiikassa ollut kolmenkymmenen vuoden pitkä marssi. Tulos on myös ihailtava. Suomalainen järjestelmä perhepoliittisine tukineen, hoitovapaineen ja vaihtoehtoisine hoitopalveluineen on merkittävä saavutus. Kuntien sosiaalitoimen kannalta päivähoitossa on tällä hetkellä sosiaalipalvelujen mittavin ja kallein subjektiivinen oikeus. Toinen esimerkki, vanhusten hoito, puolestaan edustaa palvelusektoria, jossa tarpeen ovat voimakkaassa kasvussa. Vanhusten palveluissa ei kuitenkaan ole mitään merkittäviä vahvoja palveluoikeuksia eikä palvelujen saamisen perusteita ole yksiselitteisesti määritelty. Voidaan siten puhua heikkojen palveluoikeuksien mallista. Kolmas esimerkki, toimeentulotuki, edustaa puolestaan yksiselitteisen vahvaa oikeutta, joka on johdettavissa perustuslaista. Aikojen saatossa tämä osa perusturvaamme on kehittynyt edustamaan kansainvälisessäkin vertailussa ns. vahvoja sosiaalisia oikeuksia.

Juuri näiden palvelusektorien valintaa erityistarkasteluun puoltaa myös niiden suhteellinen osuus kuntien kaikista sosiaalihuollon menoista.

Taulukko 5 Lastenhoidon, vanhuspalvelujen ja toimeentulotuen suhteelliset osuudet kuntien sosiaalimenoista (netto) vuosina 1999–2002.

Vuosi	Lasten päivähoito, kotihoidon tuki ja yksit. hoidon tuki		Ikääntyneiden sosiaalipalvelut		Toimeentulotuki		Yhteensä
	Milj. euroa	%	Milj. euroa	%	Milj. euroa	%	
1999	1 649	38	979	22	400	9	69
2000	1 627	36	1 049	23	395	9	68
2001	1 633	33	1 157	24	428	9	66
2002	1 659	32	1 229	24	446	9	65

Vanhusten, lastenhoidon sekä toimeentulotuen yhteenlaskettu osuus on noin kaksi kolmannesta kaikista kuntien sosiaalihuollon nettomenoista (asiakasmaksut tulot vähennetty). Näistä vain lastenhoidon suhteellinen kustannusosuus on alentunut yli vuosien.

Jokainen kolmesta tarkastelusta on kehystetty lyhyellä lähihistorian kertauksella. Näin on tehty siksi, että lukijat havaitsisivat, kuinka nuoria sosiaaliset oikeudet ja julkinen vastuu suhteellisesti sittenkin ovat. Edelleen on pyritty kuvaamaan

mahdollisuuksien mukaan sitä poliittista ja sosiaalipoliittista prosessia, jonka tuloksena kulloinkin on reformeja palveluoikeuksiin ja etuuksiin tuotettu.

2.1 Lastenhoito ja sen julkinen tuki

Lasten syntymän ja pienten lasten hoidon ja kasvatuksen ympärille rakentunut julkisen tuen ja palvelujen järjestelmä on eräs näyttävimpiä saavutuksia suomalaisessa sosiaali- ja perhepolitiikassa. Järjestelmä alkaa jo ennen lapsen syntymää äitiys- ja vanhempainloman ja -rahan muodossa ja ulottuu nykyisin pitkälle kouluikään. Viimeisin reformi tällä saralla on pienten koululaisten iltapäivähoidon järjestelmä, joka tuli voimaan syksyllä 2004 (1136/2003). Oikeus kunnan järjestämään päivähoitoon tai vaihtoehtoisesti kotihoidon tukeen tai yksityisen hoidon tukeen on yksi merkittävimmistä ja samalla puhutuimmista vahvoista eli subjektiivisista oikeuksista. Sen vuoksi järjestelmän kehitystä kuvataan seuraavassa kronologisesti tapahtumien jatkumona.

Kysymys tasa-arvosta ja elinkeinopoliitikasta

Suomalaisen päivähoitokeskustelun keskiöön nousi 1960-luvulta lähtien kysymys sukupuolten tasa-arvosta. Naisten osallistuminen kodin ulkopuoliseen ansiotyöhön laajeni merkittävästi tuona aikana ja kysymys ei ollut vain työväenluokan naisista vaan myös keskiluokasta. Puutteellisesti järjestetty lasten hoito alettiin nähdä entistä selvemmin yleiseksi sosiaalisesti kysymykseksi, johon haettiin yhteiskunnallista ratkaisua. Hyvinvointivaltion kehityksen myötä alettiin puhua myös ns. sukupuolisopimuksesta, jonka mukaan vaimojen ja äitien ansiotyö alettiin nähdä osana normaalia elämäntapaa ja lasten päivähoiton kohtuullinen järjestäminen ymmärrettiin osaksi tällaista sopimusta (esim. Takala 2000, Julkunen 1994).

Oleellista on myös todeta, että samaan aikaan, 1960-luvun jälkipuoliskolla lasten päivähoito alettiin nähdä myös elinkeinopoliittisena kysymyksenä. Naisten työvoiman kysyntä lisääntyi eikä tarjonta ollut riittävää. Tästä johtuen myös työnantajat alkoivat olla entistä selvemmin kiinnostuneita päivähoiton julkisesta järjestämisestä. Voisi ehkä sanoa, että juuri päivähoito edustaa sellaista sosiaalipalvelua, jonka kehittämisestä sekä työntekijöiden järjestöt että elinkeinoelämän edustajat saattoivat olla yhtä lailla kiinnostuneita.

Lasten hoidon julkisen järjestämisen keinoista vallitsi kuitenkin poliittinen erimielisyys vuosikymmeniä. Tämä poliittinen mielipide-ero myös osaltaan selittää hoitojärjestelmän nykyistä rakennetta. Vasemmistopuolueet ovat kautta vuosikymmenien kannattaneet julkisten päivähoitopalvelujen järjestämistä ja erityisesti päiväkotimallia. Vastaavasti maalaisliiton ja myöhemmin keskustapuolueen (nyk. Suomen Keskusta) edustajat sekä muutkin porvaripuolueet kannattivat kotona

tapahtuvan hoidon kehittämistä (mm. Takala, emt.). Keskustassa kannatettiin perinteisesti ns. äidinpalkkaa, jonka tukemana naiset voisivat jäädä kotiin itse hoitamaan pieniä lapsiaan (Ervasti 1996). Vastaavasti Kokoomus -puolueen ohjelmallisiin tavoitteisiin kuului mm. kotiapulaisen palkkaamisen helpottaminen erilaisin verohelpotuksin (Kangas 1986). Juuri keskustapuolueen ja sosialidemokraattien näkemuseroilla on merkitystä, koska nämä puolueet muodostivat perusrungon 1970- ja 1980-lukujen ns. punamultayhteistyön hallituksissa.

Päivähoitolaki 1973

Käänteentekevä vuosi lasten päivähoidon historiassa oli 1973. Tuolloin, 1.4. tuli voimaan laki lasten päivähoidosta (36/1973), jolla päivähoidon järjestäminen säädettiin kuntien velvollisuudeksi. Laki oli teknisestikin aiemmasta sosiaalipalvelulainsäädännöstä poikkeava. Kunnille myönnettiin palvelujen järjestämisestä aiheutuneisiin käyttökustannuksiin valtionosuutta 35–80 prosenttia hyväksyttävistä menoista kunnan kantokykyluokasta riippuen. Valtion kustannusosuus oli merkittävä ja ajan tavan mukaan merkittävä osa laadun ohjausta oli kytketty valtionosuuden saamisen ehtoihin. Uutta oli myös se, että kunnat veloitettiin vuosittain laatimaan viisi seuraavaa vuotta kattavat päivähoitosuunnitelmat, jotka alistamismenettelyllä sovitettiin valtakunnalliseen päivähoitosuunnitelmaan. Näin hoitopaikkoja ja niiden edellyttämiä henkilöstöresursseja saatettiin lisätä ja kohdentaa tehokkaasti ylimmän ohjauksen pisyessä poliittisella tasolla.

Lain mukaan kunnan tuli huolehtia sitä, että päivähoitopaikkoja oli saatavissa kunnan järjestämänä tai valvomana "siinä laajuudessa ja sellaisin toimintamuodoin kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää" (L 11§). Perheellä tai lapsella ei ollut mitään vahvaa tai subjektiivista oikeutta lain tarkoittamaan hoitoon. Käytännössä, kun tarjonta ei vuosiin vastannut tarvetta, hoitopaikat jaettiin sosiaalisin perustein. Merkitsevää oli lapsen mahdollinen erityistarve, lastensuojelulliset näkökohdat, mahdollinen yksinhuoltajuus sekä viime kädessä perheen tulot.

Kotihoidon tuki jatkuvana kokeiluna

Merkittävää poliittista konsensusta lastenhoidon suunnasta ei päivähoitolaki mukanaan tuonut. Koko 1970- ja osin 1980-luvun ajan toteutettiin sosiaali- ja terveysministeriön johtamana erilaisia alueellisia ja sittemmin valtakunnallisia kokeiluja pienten lasten kotona tapahtuvan hoidon tukemiseksi. Kokeilut perustuivat valtioneuvoston päätöksiin (684/77 ja 135/80). Kotihoidontukea ajoi pääsääntöisesti keskustapuolue, kun taas sosialidemokraatit painottivat kunnallista päivähoitoa. Tuen saamiselle asetettiin vaihtelevia, perheen lapsilukua ja tukeen oikeutetun lapsen ikää koskevia ehtoja. Jo ennen vuoden 1985 uudistusta kotihoidon tuki vakiintui alle 3-vuotiaiden lasten kotona tapahtuvan hoidon tueksi ja tarjosi vaihtoehdon hoidolle kodin ulkopuolella.

Vuoden 1985 kokonaisuudistus

Vuoden 1985 alusta tuli voimaan pienten lasten hoidon kehittämistä koskeva lainsäädäntö, jota myös "historialliseksi kompromissiksi" kutsutaan. Tässä uudistuksessa vihdoinkin sovittiin yhteen julkisen päivähoidon linja ja kotihoidon tukemisen linja (ks. esim. Takala 2000, 11–12).

Uudistuksella luotiin pohja myöhemmin toteutuneelle subjektiiviselle oikeudelle. Tarkoitus oli, että vuonna 1990 voitiin kaikille alle 3-vuotiaille lapsille järjestää vanhempainrahakauden jälkeen joko kunnallinen päivähoitopaikka tai kotihoidon tuki perheen oman valinnan mukaan (HE 202/84 vp.). Uudistuksessa tehtiin kolme lainsäädäntömuutosta. Säädettiin laki kotihoidon tuesta, joka korvasi aiemmat valtioneuvoston päätökset. Edelleen lasten päivähoidosta annettuun lakiin lisättiin uusi 11a §, jolla turvattiin alle 3-vuotiaille lapsille oikeus joko päivähoitopaikkaan tai kotihoidon tukeen huoltajan valinnan mukaan. Kolmanneksi, työsopimuslakia muutettiin siten, että toisella lapsen vanhemmista oli asteittain oikeus olla pois työstä kotona hoitamassa lastaan työsuhteen katkeamatta, kunnes lapsi täyttää kolme vuotta (hoitovapaa).

Uudistus tuli voimaan asteittain siten että kaikille alle kolmivuotiaiden lasten perheille hoitomuodon valintamahdollisuus toteutui viimeistään vuonna 1990. Päivähoitopaikkoja lisättiin vuosittain noin 7 000 paikalla, joista tarpeen vaatimaa osaa suunnattiin alle 3-vuotiaille.

Suomalaisessa päivähoitokeskustelussa keskeisellä sijalla oli perheiden valinnan vapautta painottava argumentaatio. Vuoden 1985 reformia koskevassa hallituksen esityksessä todettiin mm. että "hallitus selvittää erikseen, mille tasolle alle 3-vuotiaiden lasten päivähoitomaksut on asetettava, jotta uudessa järjestelmässä eri hoitomuodot perheen talouden kannalta ovat samassa asemassa" (emt.). Pienimpien lasten hoitomuoto näytti olleen keskeisin kysymys lastenhoitopolitiikassa kautta 1970-luvun ja siis myös 1980-luvun alussa. Vuonna 1979 silloinen hallitus muun muassa teki periaatepäätöksen, jonka mukaan luodaan mahdollisuus pienimpien lasten kotihoitoon yleisratkaisuna ja samalla parannetaan leikkiikäisten lasten osalta vanhempien mahdollisuuksia valita kotihoito päivähoidon vaihtoehtona (emt.).

Uudistuksen vaikutukset julkiseen talouteen arvioitiin vuonna 1985 verrattain maltillisiksi. Järjestelmän ollessa täydessä laajuudessaan vuonna 1990 kotihoidon tuen bruttokustannuksiksi arvioitiin 858 miljoonaa markkaa (1990). Vastavasti päivähoitopaikkojen lisääminen vuositason 7 000 paikalla merkitsi noin 130 miljoonan markan lisämenoa vuodessa. Tästä siis vain osa kohdentui alle 3-vuotiaille.

1980-luvun lopulla, päivähoitopaikkoihin kohdistuvan paineen helpottamiseksi, lisättiin kotihoidon tuen vetovoimaa siten, että monet kunnat maksoivat laissa määriteltyjen tasojen päälle kuntakohtaisia lisiä. Myös kotihoidon tuen tasoa korotettiin vielä 1990-luvun alkuvuosina. Täysimääräinen tuki oli vuonna 1993 oli yli 3 000 markkaa kuukaudessa, jonka päälle siis tulivat vielä kuntalisät. Tuki saavuttikin merkittävän suosion pienten lasten vanhempien keskuudessa, jopa niin että tuen saajien määrä oli selvästi suurempi kuin kunnallisen päivähoiton käyttäjien määrä. Pentti Takalan (2000, 12) mukaan enimmillään kotihoidon tuella hoidettiin 9–36 kuukauden ikäisistä lapsista 70 prosenttia vuonna 1993.

Talouslama ja leikkaukset

1990-luvun talouslaman seurauksena vuonna 1995 kotihoidon tukea supistettiin hieman ja seuraavana vuonna (1996) huomattavasti. Tuen nimellistaso laski neljänneksellä ja kotihoidon tuen kokonaismenot supistuivat yli miljardilla markalla. Edelleen lainsäädäntötoimin lykättiin vuoden 1996 alusta vuoden 1998 alkuun uudistus, jolla kotihoidon tukea ja kunnan järjestämää päivähoitopaikkaa koskeva valintaoikeus laajennettiin yhdellä ikäluokalla.

Laman vaikutukset näkyivät myös jo vuoden 1994 perhetukiuudistuksessa. Tällöinhän verotuksen lapsivähennykset sekä sairaus- ja vanhempainpäivärahan lapsikorotukset siirrettiin lapsilisiin. Seuraavana vuonna 1995 lapsilisiä kuitenkin leikattiin 750 miljoonalla markalla.

Ehdoton oikeus hoitopaikkaan

Tie täysimääräiseen subjektiiviseen päivähoito-oikeuteen on ollut mutkikas ja monien lykkäysten ja viivytysten sävyttämä. Jo vuonna 1991 muutettiin päivähoitolain 11a§ 1 momenttia siten että ehdoton oikeus kunnan järjestämään hoitopaikkaan tulisi voimaan vuoden 1995 elokuun alusta. Voimaantumista siirrettiin sittemmin vuoden 1996 alkuun, josta alkaen oikeus on ollut voimassa. Oikeutta kotihoidon tukeen ei kuitenkaan laajennettu vastaavalla tavalla.

Yksityisen hoidon tuki eriytyi kotihoidon tuesta 1997

Pyrkimykset selvittää erilaisia yksityisesti tuotetun hoidon tuen vaihtoehtoja sävyttivät 1990-luvun loppua. Sosiaali- ja terveysministeriön johdolla kokeiltiin ja arvioitiin mm. erityistä palvelusetelimallia. Tuloksena muutettiin pienten lasten hoitotukea jälleen kerran vuonna 1997. Yksityisen hoidon tuki erotettiin omaksi järjestelmäkseen kotihoidon tuesta, jota siis aikaisemmin oli voitu käyttää myös yksityisen päivähoiton maksamiseen. Uuden tuen ideana oli, että lapsesta voidaan maksaa yksityisen hoidon tukea siihen saakka, kun hän aloittaa peruskoulun. Kotihoidon tuki rajautuu edelleenkin vain alle 3-vuotiaisiin lapsiin. Yksityisen hoidon tuki maksetaan suoraan yksityiselle palvelujen tuottajalle, joko päivä-

kodille tai perhepäivähoitajalle. Tuella perhe voi myös palkata itselleen lastenhoitajan, jonka kuitenkin tulee olla työsuhteessa kuntaan.

Samana vuonna 1997 yhtenäistettiin myös kunnallisen päivähoidon maksujärjestelmä siten että maksut määräytyvät perheen koon ja tulojen mukaan. Maksujärjestelmän yhdenmukaistaminen oli osa ministeri Arja Alhon johtamaa ns. kannustinloukkutyöryhmän valmistelemaa laajempaa ohjelmaa.

Millainen on lapsiperheiden valinta

Kuten aiemmin on jo todettu, suomalaista poliittista lastenhoitokeskustelua on kautta vuosikymmenten luonnehtinut valinnanvapauden retoriikka. Niinpä hoitovaihtoehtojen kirjo ja kokonaisuus on kansainvälisestikin vaikuttava. Kenties juuri kotihoidon tukeminen on erityinen suomalainen tavaramerkki.

Julkisesti järjestetty tai tuettu lastenhoidon järjestelmä kostuu siis, vielä kerran, seuraavista elementeistä:

- äitiysloma ja -raha, joka myöhemmin muuttuu vanhempainlomaksi ja -rahaksi; sillä turvataan raskauden loppuvaihe ja vauvaikäisen lapsen hoito oman äidin ja isän toimesta;
- isyysvapaa sekä uusi isälisä eli jos isä pitää kaksi viikkoa vanhempainvapaata, saa kaksi ylimääräistä isyysvapaaviikkoa;
- lakisääteinen hoitovapaa, mikä turvaa työsuhteen aina lapsen kolmanteen ikävuoteen saakka;
- osittainen hoitovapaa (työajan palkaton lyhennys) aina siihen saakka, kunnes lapsi siirtyy peruskouluun; oikeutta laajennettiin vuonna 2003 niin, että hoitovapaata voi pitää lapsen toisen luokan loppuun asti;
- kotihoidon tuki, mikä mahdollistaa lapsen hoidon kotona lähinnä oman vanhemman toimesta aina lapsen kolmanteen ikävuoteen saakka;
- ehdoton oikeus kunnan järjestämään hoitopaikkaan aina siihen asti kun lapsi siirtyy oppivelvollisuuskouluun;
- yksityisen hoidon tuki, jonka tukemana perhe voi palkata lastenhoitajan kotiin tai järjestää lapsen hoidon yksityisessä päiväkodissa tai perhepäivähoidossa;
- harkinnanvarainen iltapäivähoito kouluikäiselle lapselle.

Kuinka perheet sitten valitsevat? Mitkä ovat ensisijaiset hoitomuodot ja järjestetyt eri-ikäisten lasten kohdalla? Vastauksia voidaan hakea tilastoista, mutta myös edustavista tutkimuksista. Seuraavassa esitetyt tiedot perustuvat Takalan edustavaan aineistoon nojautuvaan surveytutkimukseen vuodelta 2000.

Taulukko 6 Alle kouluikäisten lasten pääasiallinen hoitomuoto, %.

Isä tai äiti hoitaa kotona	46
Muu omainen hoitaa kotona	2
Palkattu hoitaja hoitaa kotona	1
Kunnallinen päiväkot	30
Kunnallinen perhepäivähoito	17
Yksityinen päiväkot tai perhepäivähoito	4
Muu	1

Lähde: Takala 2000.

Edelleen, joka toinen lapsi hoidetaan kotona – pääosin oman vanhemman toimesta. Kunnallisessa päivähoitossa lapsista on 47 prosenttia. Yksityiset hoitoratkaisut ovat marginaalisen vähäisiä. Kotihoidon suuri osuus selittyy 0-, 1- ja 2-vuotiaiden ikäluokilla, kuten seuraavasta taulukosta ilmenee.

Taulukko 7 Hoitomuoto lapsen iän mukaan, %.

Lapsen ikä	Kotihoito	Kunnallinen päivähoito	Yksityinen päivähoito
0	98	2	
1–2	64	33	3
3–5	36	58	5
6	25	69	5

Lähde: Takala 2000, 49.

Julkisen päivähoiton peitto kasvaa lasten iän myötä ja saavuttaa huippunsa 6-vuotiaiden kohdalla. Silti on huomattava, että vielä 6-vuotiaistakin peräti neljännes hoidetaan kotona, yleensä äidin tai isän toimesta.

Palvelujen käytön sosioekonominen jakauma

Eri hoito- ja tukimuotojen käyttö on merkittävän voimakkaasti sosiaalisesti mallintunutta (Takala 2000, 50–52). Käytännössä tämä tarkoittaa, että kotihoidon valinneet poikkeavat koulutuksensa ja tulojensa suhteen selkeästi kodin ulkopuolisen päivähoiton valinneista.

Taulukko 8 Lasten hoitomuoto äidin koulutuksen mukaan.

Äidin koulutusaste	Kotihoito	Lapsen hoitomuoto	
		Kunnallinen päivähoito	Yksityinen päivähoito
Peruskoulu	60	37	3
Ammattikoulu	57	41	2
Ammatillinen opisto	50	46	4
Ylioppilas	46	49	5
Korkeakoulututkinto	36	54	10

Lähde: Takala 2000, 50.

Kotihoito vaihtelee selvästi äidin koulutuksen mukaan. Mitä paremmin koulutettu äiti on, sitä harvemmin hän hoitaa lastaan kotona ja sitä useammin lapsi on joko kunnallisessa tai yksityisessä päivähoitossa. Kunnallisen päivähoiton osuus nousee selvästi äidin koulutusajan pidentyessä. Yksityisen päivähoiton kohdalla kuitenkin vasta korkeakoulututkinnon suorittaneet äidit poikkeavat muista. Isien koulutuksen yhteys hoitomuodon valintaan on samanlainen, mutta vaikutus ei ole yhtä jyrkkä (Takala 2000, 50).

Myös perheen käytettävissä olevat tulot ovat yhteydessä lapsen hoitomuotoon. Takalan (emt.) mukaan, mitä suuremmat ovat perheen tulot, sitä harvinaisemmaksi käy kotihoito ja sitä yleisemmäksi kodin ulkopuolinen, yleensä julkinen päivähoito. Ylimmän tulokvintiilin lapset ovat lisäksi selvästi muita useammin yksityisessä päivähoitossa.

Taulukko 9 Lasten hoitomuoto perheen käytettävissä olevien tulojen mukaan.

Tuloviidennes	Kotihoito	Kunnallinen päivähoito	Yksityinen päivähoito
I (alin)	74	24	2
II	60	38	2
III	47	50	4
IV	34	60	6
V (ylin)	24	65	11
Kaikki	49	47	5

Lähde: Takala 2000, 51.

Takala luonnehtii lasten hoitoon suunnatun yhteiskunnan taloudellisen tuen jakaumaa jakamalla perheet karkeasti kolmeen kategoriaan (emt., 140–141):

- (i) kotihoidon tukea saavat ja ilman julkista hoitotukea jäävät perheet. Niiden sosiaalinen asema on koulutus- ja tulomittarein matalin. Äidin koulutustaso on keskimääräistä alhaisempi ja perheen tulot ovat keskimääräistä pienemmät. Lisäksi työttömyys ja yrittäjänä toimiminen lisäävät todennäköisyyttä jäädä julkisen hoitotuen ulkopuolelle;
- (ii) kunnallisen päivähoidon käyttäjät ja vanhempainpäivärahan turvin lasta hoitavat. Heidän sosiaalinen asemansa on lapsiperheiden keskitasoa, kuitenkin niin, että hyvätulaisia ja toimihenkilöitä on kunnallisten päivähoitopalvelujen käyttäjissä keskimääräistä enemmän; ja
- (iii) yksityisen hoidon tuen saajat, joiden sosioekonominen profiili poikkeaa edellisistä ryhmistä selvästi. Näissä perheissä äidit ovat selvästi parhaimmin koulutettuja ja molemmat vanhemmat ovat työelämään paremmin sijoittuneita kuin edellisissä ryhmissä. Yksityisen hoidon tuen käyttäjät ovat myös useimmiten hyvätulaisia.

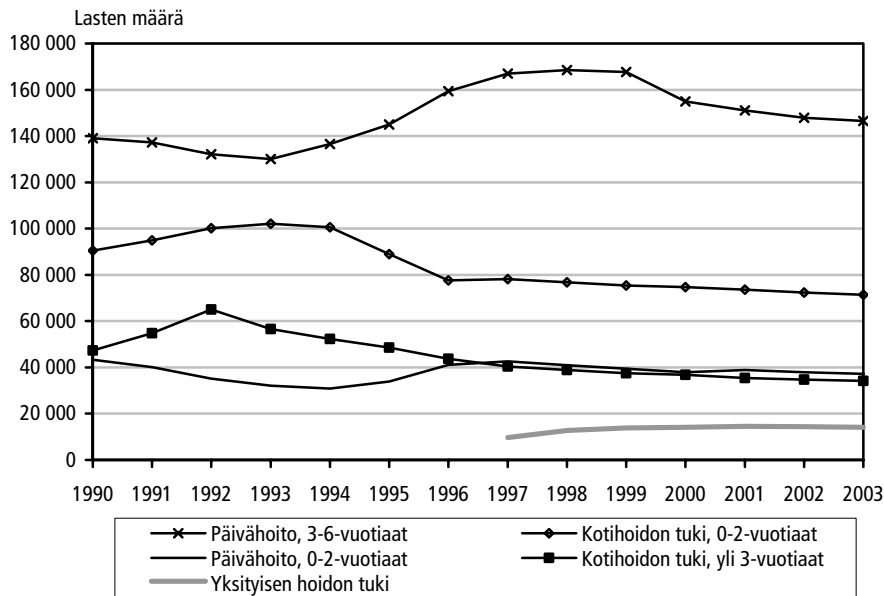
Viimeisin tutkimustieto päivähoidon ja kotihoidon sosiaalisesta jakautumisesta vahvistaa Takalan ym. tietoja. Perhevapaatutkimuksen mukaan pisimpään lasta hoitivat kotona ne äidit, joilla ei ollut voimassa olevaa työsopimusta eli työpaikkaa, mihin palata. Nuoret ja vähemmän koulutetut äidit olivat muita useammin olleet pätkätöissä tai työttömänä ennen lapsen syntymää (Lammi-Taskula 2004).

Julkisen lastenhoidon tuen käytön sosioekonomista jakaumaa voisi tulkita seuraavasti. Merkittävimmän hyödyn järjestelmästä saavat kodin ulkopuolisessa ansiotyössä käyvät vanhemmat, joilla todennäköisesti myös on työmarkkinoiden edellyttämä koulutus. Lapsen huoltajan (yhden tai kahden) ansiotyö tuottaa yleensä hoitorahaa ja kotihoidon tukea korkeamman tulotason. Vastaavasti kotihoidon tuki merkitsee ainakin lapsen toisen huoltajan palkkatulojen saamatta jäämistä ja siten alempaa tulotasoa. Tämä tilanne voi olla vapaaehtoinen väliaikainen jääminen pois työelämästä tai sitten ainoa vaihtoehto, so. vaihtoehto työttömän perusturvalle. Yksityisen hoidon tuen painottuminen hyvätuloisimpiin ja koulutetuimpiin saanee ainakin osaselityksen siitä, että näissä tapauksissa vanhemmat haluavat sijoittaa lapsensa pedagogisesti tai muutoin erikoistuneeseen päivähoitoon ja ottavat vastaan kaiken sen julkisen tuen, mikä on saatavissa.

Hoitojärjestelmän volyymeistä ja kustannuksista

Alla olevassa kuviossa on kuvattu eri hoitomuotojen käytön kehitystä yli ajan aina vuodesta 1990 vuoteen 2003.

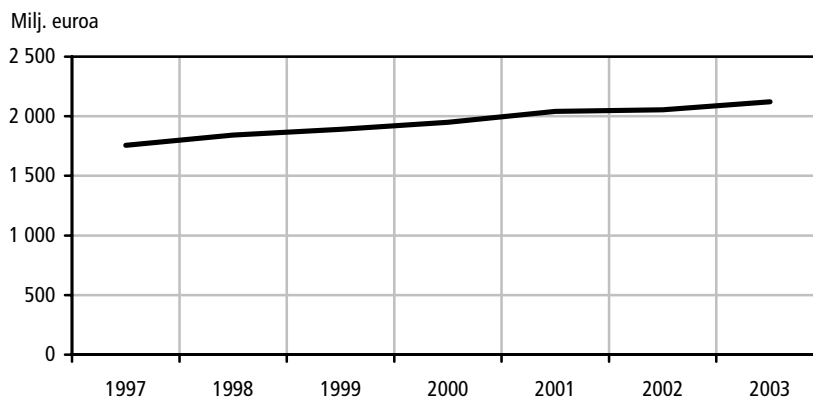
Kuvio 12 Kunnan järjestämässä päivähoitossa olevat lapset sekä kodin-hoidon tuella ja yksityisen hoidon tuella hoidetut lapset vuosina 1990–2003.



Kuviosta käy ilmi muun muassa lamavuosien vaikutus. Päivähoitopalvelujen käytössä oli ilmeinen alenema vuosina 1992–1993 ja vastaavasti kotihoidon tuki saavutti huippunsa vuosina 1992–1994. Työmarkkinoiden alkaessa jälleen vetää ja toisaalta subjektiivisen päivähoito-oikeuden tultua täysimääräisesti voimaan kasvoi päivähoiton volyymi aina vuoteen 1999 saakka. Vastaavasti kotihoidon tuen valinneiden lukumäärä aleni asettuen sitten hieman alle 80 000 lapsen tasolle (1–2-vuotiaat). Alle 3-vuotiaiden hoitoratkaisuna kotihoidon tuki on pitänyt suosionsa. Uusi yksityisen hoidon tuki on jäänyt verrattain vaatimattomalle lukumääräiselle tasolle.

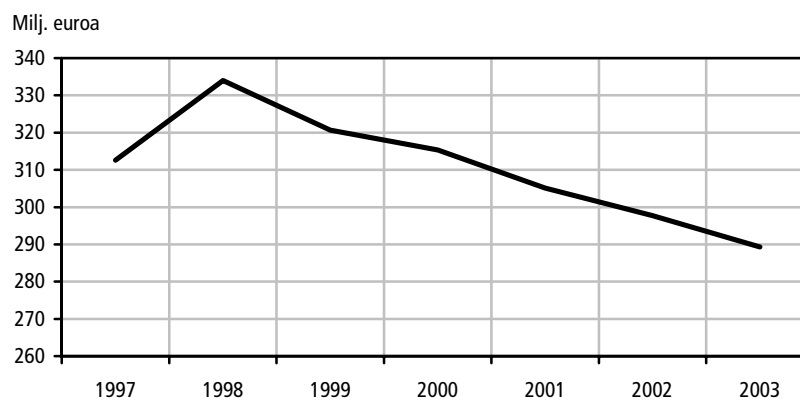
Eri päivähoitomuotojen kustannuskehitys ei suoraviivaisesti seuraa volyymien muutoksia. Yhtenä syynä tähän on luonnollisesti kotihoidon tuen kohdalla toteutetut leikkaukset vuosina 1995–1996, joskaan vaikutus ei näy kuvioissa.

Kuvio 13 Kunnallisen päivähoiton kustannukset vuosina 1997–2003.



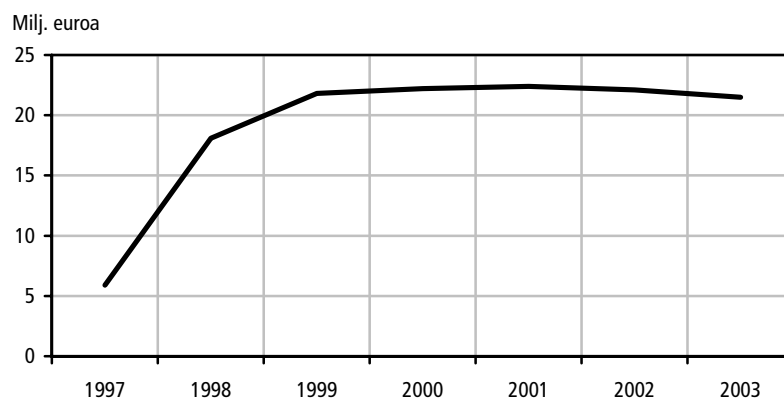
Lähde: SOTKA.

Kuvio 14 Lasten kotihoidon tuki vuosina 1997–2003 (lakisäätt.).



Lähde: Kela.

Kuvio 15 Lasten yksityisen hoidon tuki vuosina 1997–2003 (lakisäätt.).



Lähde: Kela.

Kunnallisen päivähoiton kustannukset ovat kasvaneet loivasti mutta johdonmukaisesti vuosina 1997–2003. Kahden miljardin euron katto puhkaistiin vuonna 2001. Kotihoidon tuen lakisääteisen osan (ei kuntalisiä) kustannuskehitys on vuodesta 1998 alkaen ollut aleneva, joskin kuvion pysty akselin katkaisu aiheuttaa hieman perspektiiviharhaa. Yksityisen hoidon tuen kustannukset näyttävät vakiintuneen 21,5 miljoonan euron vuositasolle.

2.2 Vanhusten huolto

Historia köyhäinhoidossa

Eriytyneiden vanhuspalvelujen historia on vahvasti kiinni köyhäinhoidossa ja ajassa, jolloin huolenpito vanhoista oli perheen ja lähiyhteisön asia. Aina vuoteen 1983 sosiaalihuollon ja -palvelujen yleislaki oli huoltoapulaki, peräisin vuodelta 1956. Näin ollen se edusti selkeästi sodanjälkeistä orastavaa hyvinvointivaltioideologiaa.

Muodollisesti ottaen aina 1980-luvun alkuun asti keskeinen julkinen vanhustenhuollon muoto oli siis huoltoapu, joka jakautui kotiavustukseen ja laitoshuoltoon. Laitoshuollon keskeiset muodot olivat hoito kunnalliskodissa (myöhemmin vanhainkodissa), sairaskodissa tai erityishoitolaitoksessa. On kuvaavaa, että viisikymmentä vuotta sitten, vuonna 1954, vielä todettiin ao. hallituksen esityksessä, että *"vaikka henkilö saa nostaa eläkettä, avustusta tai muuta sellaista etuutta, hän ei kykene syystä tai toisesta hankkimaan itselleen tarpeenmukaista hoitoa, vaan joutuu turvautumaan huoltolaitoksessa annettuun hoitoon. Sen vuoksi lakiehdotukseen on otettu säännös siitä, että sellainenkin henkilö, joka voi osaksi tai kokonaan korvata hoitonsa, saadaan sijoittaa kunnalliskotiin tai muuhun vastaavaan laitokseen"* (HE N:o 122 1954 VP). Teksti henkii ajalle ominaista näkemystä siitä, että periaatteessa vain vähävarainen vanhus turvautuu julkisiin palveluihin.

Toinen ajalle ominainen näkemys koskee huolenpitovelvollisuutta. Huoltoapulain 4 §:ssä säädettiin, että *"Jokainen on tarvittaessa velvollinen kykyjensä mukaan pitämään huolta vanhemmistaan..."* Perusteluissa todettiin vastaavasti, että *"lasten velvollisuus huoltaa vanhempiaan ja vanhempien velvollisuus pitää huolta myös täysi-ikäisistä lapsistaan on säilytetty lakiehdotuksessa"*.

Vuoden 1984 sosiaalihuoltolaki loi perustan modernille vanhustenhuollolle

Sosiaalihuoltolaki sosiaalipalvelujen puitelakina ja kansanterveyslain eräänlaisena paralleelina muodostaa edelleen säännöspohjan modernille sosiaalipalvelulle ja

siten myös vanhusten palveluille. Lakia on useaan otteeseen täydennetty ja myös muutettu.

On huomattava, että erillistä lainsäädäntöä ikäihmisille suunnatuista sosiaali- ja terveyspalveluista ei ole, vaan oikeuksista palveluihin on säädetty yleisissä kansallisissa säädöksissä ja osin myös kansainvälisissä sopimuksissa (Narikka ym. 2001, 212). Sosiaalihuoltolaissa säädetyt vanhusten kannalta keskeiset palvelut ovat kotipalvelut, asumispalvelut, laitoshuolto ja omaishoidon tuki.

Jo tässä vaiheessa on todettava (mm. emt., 213), että *ikäihmisillä tai muilla sosiaalihuollon asiakkailla ei ole subjektiivista oikeutta sosiaalihuoltolaissa säännelyihin avopalveluihin, vaan palvelut ovat määrärahasidonnaisia. Tämä on kenties oleellisin tämän Talousneuvostolle suunnatun selvityksen vanhuksia koskevan osion viesti. Samalla on todettava, että palvelujen saamisen perusteet on vanhustenhuollossa säädetty huomattavasti epätasemmalla ja ehdollisemmin kuin esimerkiksi alle kouluikäisten lasten hoitopalvelujen kohdalla.*

Lähtökohtana perusoikeudet

Sosiaali- ja terveydenhuollon kannalta keskeisin perustuslain TSS-oikeus (taloudelliset, sosiaaliset ja sivistykselliset oikeudet) on oikeus sosiaaliturvaan (PL 19 §). Tämän säännöksen (PL 19.1 §) mukaan jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Säännös on laadittu yksilöllisen ja ehdottoman oikeuden muotoon ja sitä voidaan pitää esimerkkinä suoraan perustuslaissa turvatusta subjektiivisesta oikeudesta (emt., 32).

Säännöksen sisältöä on arvioitu vuoden 1995 perusoikeusuudistusta koskevan hallituksen esityksen (HE 309/1993) perustelujen avulla. Näiden perustelujen mukaan avun saamisen edellytykset tulisi selvittää yksilöllisellä tarveharkinnalla. Näin ollen julkisen avun edellytykset eivät ole universaalisesti määriteltävissä – samalla tavoin kuin esimerkiksi lasten päivähoidossa tai vaikkapa sosiaalivakuutuksessa.

Oikeudesta sosiaali- ja terveyspalveluihin on perustuslaissa säädetty lähinnä 19.3 §:ssä. Sen mukaan "julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä". Säännös ei siis edellytä esimerkiksi palvelujen turvaamista subjektiivisina oikeuksina, vaan yksityiskohtaisempi päätöksenteko jää lainsäätäjän tehtäväksi.

On siis niin, että yksityinen henkilö voi eräissä tapauksissa saada subjektiivisen oikeuden suoraan perustuslain säännöksen perusteella, osin täydentävän (sektori)lainsäädännön perusteella. Yksilöille subjektiivisina oikeuksina turvattuja pal-

veluja vastaa kuntien erityinen velvollisuus järjestää palveluja kaikille säädetty ehdot täyttävälle henkilölle. Mikäli yksilön oikeus on subjektiivista oikeutta heikompi, on vastaava velvollisuus kuntaa heikommin sitova. Tällöin puhutaan yleensä kunnan yleisestä järjestämisvelvollisuudesta. Usein on tapana puhua määrärahasidonnaisista palveluista.

Tämä on pääsääntöisesti vanhuspalvelujen tilanne.

Keskeiset vanhuspalvelut

Ikäihmisten tarvitsemien palvelujen perussäännökset sisältyvät sosiaalihuoltolaikiin.

Keskeinen lain tarkoittama avopalvelu on kotipalvelu. Kotipalvelu on määritelty tarkemmin lain 20 §:ssä. Palvelujen luonnetta ja piiriä on edelleen tarkennettu sosiaalihuoltoasetuksen 9 §:ssä. Sanotun pykälän 2 momentissa on säädetty mm. ateria-, vaatehuolto-, kylvytys-, siivous-, kuljetus-, saattaja- ja sosiaalista kanssakäymistä edistävästä palveluista – siis osana kotipalvelun kokonaisuutta.

Vanhusten kotipalveluissa on tapahtunut voimakasta kohdentumista kahteen suuntaan – yhtäältä iän ja avuntarpeen suhteen ja toisaalta palveluvalikoiman suhteen.

Palvelut on viime vuosina kohdennettu intensiivistä kotihoitoa tarvitseville, yleensä varsin iäkkäille. Säännöllisen kotihoidon piirissä olleiden osuus 75 vuotta täyttäneistä on ajalla 1995–2003 laskenut 13,8 prosentista 11,4 prosenttiin. Edelleen merkittävässä osassa kuntia on luovuttu esimerkiksi siivouspalvelujen, usein myös kaupassa asiointipalvelujen järjestämisestä.

Kotiin tuotettavien palvelujen peitto on Suomessa supistunut tavalla, jota voidaan pitää poikkeuksellisen hyvinvointivaltioiden joukossa. Aikavälillä 1990–2000 väheni kotipalvelun henkilöstö tuhatta yli 75-vuotiaista kohti laskettuna yhdeksän prosenttia. Vastaavana aikana 1990–2000 ja tavalla laskettuna väheni vanhainkotien henkilöstö peräti 18 prosenttia ja perusterveydenhuollon vuodeosastohenkilöstö 25 prosenttia (per 1 000 75+). Suomen vanhustenhuollon henkilöstömäärät ja mitoitukset ovat huomattavan alhaiset muihin Pohjoismaihin verrattuna. Myös maan sisäinen aluevaihtelu on suurta.

Matti Vanhasen hallituskaudelle mitoitettun sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman (TATO) mukaan vanhusten kotihoidossa tavoite on vuoteen 2007 mennessä nostaa kotipalvelun kattavuus 25 prosenttiin yli 75-vuotiaista. Mikäli ja kun tähän tavoitteeseen edetään ja samalla nostetaan nykyinen viikoittaisen avun keskimäärä kahdesta neljään tuntiin asiakasta kohti, olisi kotipalve-

luhenkilöstön lisätarve 3 600, mikä nykyisillä keskipalkoilla merkitsisi noin 96 miljoonaa euroa.

Keskeinen palvelu vanhusten kannalta on myös asumispalvelut. Tällä sektorilla onkin tapahtunut merkittävää kasvua, lähinnä laitoshoidon kustannuksella. Palveluasumisen volyymin kasvu vuosina 1990–2000 oli 187 prosenttia ja vastavasti alenema vanhainkotihoito-osalla 22 prosenttia. Somaattisessa ja psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa vanhuksia hoidettiin merkittävästi vähemmän vuonna 2000 kuin kymmenen vuotta aiemmin.

Merkittävä toimintapoliittinen avaus vanhuspalveluissa on ollut omaishoidon tuen kehittäminen. Asiasta on säädetty sosiaalihuoltolain 27 a–c §:ssä. Omaishoidon tuen piirissä olevien yli 65- ja yli 75-vuotiaiden määrä (peitto ikäluokista) ei kuitenkaan absoluuttisesti kasvanut aikavälillä 1988–2000.

Voiko palvelujen saamisen perusteita täsmentää?

Vanhuspalvelujen keskeinen ongelma on se, että tosiasiallinen oikeus saada palveluja vaihtelee kunnasta toiseen eikä se ole välittömästi riippuvainen apua tarvitsevan ikäihmisen toimintakyvystä.

Enemmistössä Suomen kunnista sovelletaan vanhuspalvelujen tarpeen arvioinnissa ja myöntämisen perusteissa standardoituja toimintakykyskaaloja, useimmiten ns. RAVA -pisteistystä, jossa kootaan tietoa vanhuksen liikkumisesta, puheuttumisesta, syömisestä, hygienianhoidosta, mielialasta ja muistista.

Silti oleellinen kysymys koskee kynnystä päästä julkisten palvelujen tarpeen ammatilliseen arviointiin. Eri selvitysten mukaan yleistä on edelleen, että faktinen päätös tai ainakin kannanotto yksittäisen vanhuksen mahdollisuuksista saada apua kunnaltaan tapahtuu tai tehdään joko puhelinkeskustelussa tai muutoin dokumentoimatta.

Samanaikaisesti on voimassa verrattain tuore laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. Laki säätelee menettelytapoja, joiden mukaan asiakkaita tulee kohdella ja asiakkaita koskevia asioita ja asiakirjoja käsitellä. Asiakaslaissa säädetään myös palvelu- ja hoitosuunnitelmasta. Asiakaslain 6 § mukaan sosiaalihuollon järjestämisestä tulee aina tehdä joko viranomaisen päätös tai yksityisessä sosiaalihuollossa asiakkaan ja palvelujen tuottajan välinen kirjallinen sopimus.

Palvelu- ja hoitosuunnitelman osalta on säädetty, että sellainen on tehtävä mikäli kyseessä ei ole tilapäinen neuvonta ja ohjaus tai jollei suunnitelman tekeminen muutoin ole ilmeisen tarpeetonta. Suunnitelman ongelmana saattaa nykyisin olla pelko sen sitovuudesta, so. että se luo kunnalle jonkin asteisen velvollisuus-

loukun. Tätä pelkoa pyrkii osaltaan hälventämään 22.3.2005 päivätty sosiaali- ja terveysministeriön luonnos hallituksen esitykseksi sosiaalihoitolain muuttamisesta, jossa nimenomaan korostetaan, että "palvelu- ja hoitosuunnitelma ei ole luonteeltaan sellainen asiakirja, jonka perusteella asiakas voisi vaatia suunnitelmaan sisältyviä palveluja ja tukitoimia. Kyse on yhteisestä asiakkaan ja sosiaalihoillon toteuttajan välisestä toimintasuunnitelmasta."

Tulkinta on vähintäänkin pulmallinen asiakkaan oikeuksien toteutumisen kannalta, vaikka perustuukin jo asiakaslakia koskeviin esitöihin ja on oikeudellisesti siten kiistaton.

On ilmeistä, että makrotaloudelliset ja ideologiset edellytykset säättää lailla uusia vahvoja subjektiivisia palveluoikeuksia esimerkiksi vanhuksille ovat vähäiset. Tällöin jäljelle jää toinen tie – vahvistaa oikeudellisesti apua tarvitsevien kansalaisten, mahdollisten asiakkaiden, mahdollisuuksia saada asiansa arvioitavaksi. Sosiaali- ja terveysministeriössä on valmisteilla säännöksiä, joilla pyrittäisiin asettamaan lakiin enimmäisaikoja, joiden puitteissa avun ja palvelun tarve tulisi kunnan viranomaisessa selvittää – laskien yhteydenotosta viranomaiseen. Tämäntyyppistä valmistelua on tehty mm. koskien kiireellisen toimeentulotuen, lastensuojelun ja päihdehuollon tarvetta.

Näistä erikseen on sosiaali- ja terveysministeriössä valmisteltu hallituksen esitystä lainsäädännöksi (sosiaalihoitolain muutokseksi) koskien vanhusten oikeutta päästä palvelutarpeen arviointiin määräajassa. Ehdotuksen asiallinen sisältö on, että ei-kiireellisissä tapauksissa kunnan olisi järjestettävä pääsy palvelutarpeen arviointiin 80 vuotta täyttäneelle henkilölle ja kansaneläkelain mukaista erityishoitotukea saavalle viimeistään seitsemän vuorokauden kuluessa yhteydenotosta.

HE-luonnoksessa (22.3.2005) todetaan, että "sosiaalipalvelujärjestelmän uskottavuus ja väestön luottamus [...] edellyttävät vanhusten palvelujen saannin edellytysten nykyistä tarkempaa sääntelyä. Sääntelytavoite on rinnastettavissa terveydenhuollon hoidontarpeen arviointia ja hoitoon pääsyä koskevalle järjestelylle."

Edelleen todetaan myös, että "sääntely ehdotetaan säilytettäväksi ennalta järjestämiselvöllisyyden osalta. Ikäihmisille ei siten säädettäisi mitään uusia subjektiivisia oikeuksia saada sosiaalihoillon palveluja. Sen sijaan ehdotetaan vahvistettavaksi ja yhdenmukaistettavaksi menettelyjä, joilla palvelujen piirin tullaan ja palvelujen tarve arvioidaan."

Ikäsidonnaisten palvelujen kustannuskehityksestä

Kuntien tuottamien sosiaali- ja terveystalvelujen kustannuksista pääosa on ns. ikäsidonnaisia kustannuksia. Seuraavassa taulukossa kuvataan, kuinka väestörakenteen muutos maan eri osissa ja eri tyyppisissä kunnissa tulee vaikuttamaan sosiaali- ja terveydenhuollon laskennallisiin kustannuksiin.

Taulukko 10 Väestörakenteen muutoksen vaikutus sosiaali- ja terveydenhuollon laskennallisiin kustannuksiin, Manner-Suomi.

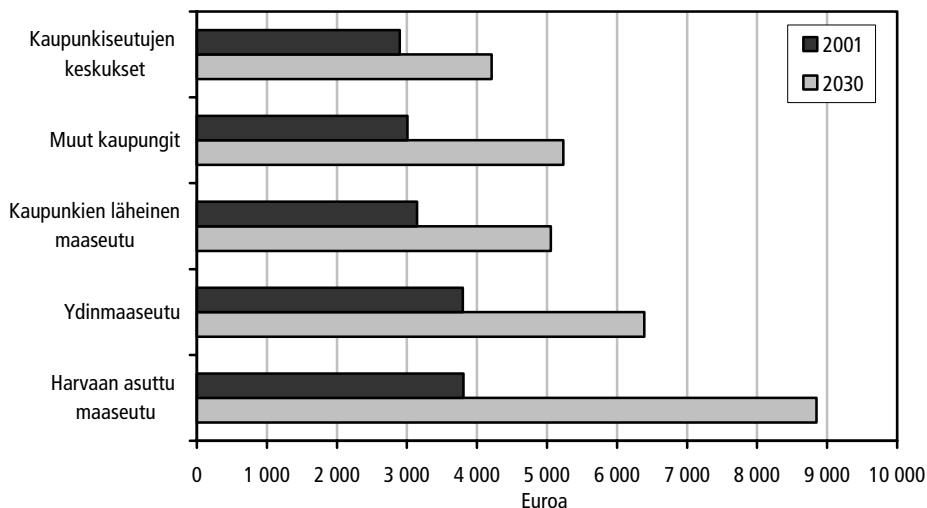
	STM:n valtion osuudet tasaus-erät ml.	Todelliset kustannukset	Laskennalliset ikäriippuiset kustannukset							
			2001 milj. €	2001 milj. €	2001 milj. €	2030 milj. €	Muutos, % 2001–2030	Kontribuutio, %-yksikköä		
						0–6	7–64	65–74	75–84	85–
Kaupunkiseutujen keskukset	711	5 585	4 602	6 426	40	-1	0	6	20	15
Muut kaupungit	80	489	444	663	49	-1	-4	8	27	20
Kaupunkien läheinen maaseutu	361	1 410	1 380	2 045	48	1	-1	8	24	16
Ydinmaaseutu	701	1 644	1 662	1 788	8	-6	-11	2	13	9
Harvaan asuttu maaseutu	499	1 053	990	959	-3	-10	-19	1	13	12

Lähde: Hyvinvointipalvelujen tulevaisuus maaseudulla -raportti 2003.

Vaikka ikääntyneiden määrän kasvu on kaupunkialueilla nopeampaa kuin maaseudulla, ikääntymisen tuomat muutokset alueiden elinvoimaisuuteen ja elin-kykyisyyteen ovat maaseudulla paljon dramaattisemmat. Maaseudulla työikäisen väestön määrä vähenee selvästi ja jos laskennallinen kustannusten muutos suhteutetaan työssäkäyvien määrään (tässä 20–59-vuotiaisiin), havaitaan, että kustannusrasitus on paljon suurempi maaseudulla (kuvio 16).

Ikäsidonnaisten sosiaali- ja terveystalvelujen kustannuskuorma kasvaa vääjäämättä siten, että pelkästään ikääntymisestä johtuen sosiaali- ja terveystalvelujen kustannukset lisääntyvät 45–50 prosenttia vuoteen 2030, kun vertailuvuosi on 2001. Alle kouluikäisten, sitä vanhempien lasten sekä työikäisten kohdalla muutos on miinusmerkkinen. On lisäksi huomattava, että Suomessa on jo nyt suuri joukko kuntia, joissa vanhusten osuus koko väestöstä on se, mitä koko maassa on odotettavissa vuosikymmenten päästä. Ylipäänsä näyttäisi siltä, että etenkin maaseutumaisissa kunnissa vanhustalveluista aiheutuva kustannuspaine kasvaa kohtuuttoman korkeaksi suhteessa työikäiseen väestöön ja myös ennakoitavissa olevaan kunnallisveron tuottoon

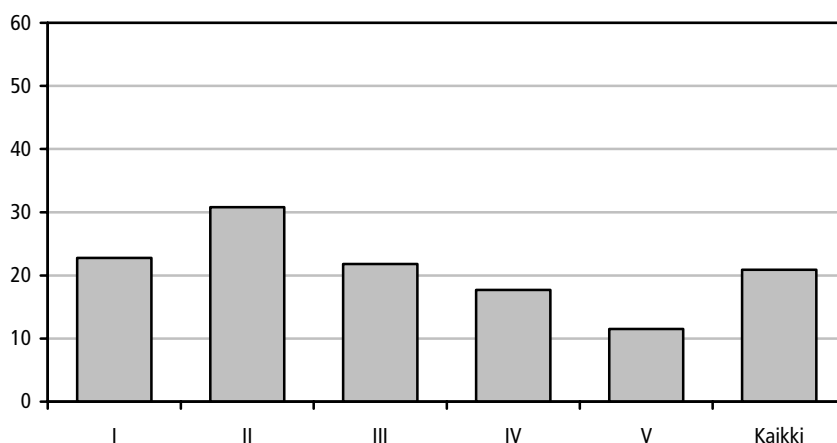
Kuvio 16 Sosiaali- ja terveydenhuollon laskennalliset ikäriippuvaiset kustannukset suhteessa 20–59-vuotiaisiin, Manner-Suomi.



Palvelujen käytön oikeudenmukaisuudesta

Vanhuspalvelut ovat luonteeltaan universaaleja eli tarkoitettu kaikille apua tarvitseville. Tarve on siis ratkaiseva, ei esimerkiksi vanhuksen taloudellinen asema. Seuraavat jakaumat, jotka perustuvat vuonna 2004 kerättyyn Stakesin hyvinvointisurveysiin, antavat tukea käsitykselle, että käyttö todella jakautuisi ainakin tulojen suhteen oikeudenmukaisesti.

Kuvio 17 Kunnan kotipalvelua kuluneen 12 kuukauden aikana hakeneiden osuudet (%) tuloviidenneksissä 80 vuotta täyttäneessä väestössä.

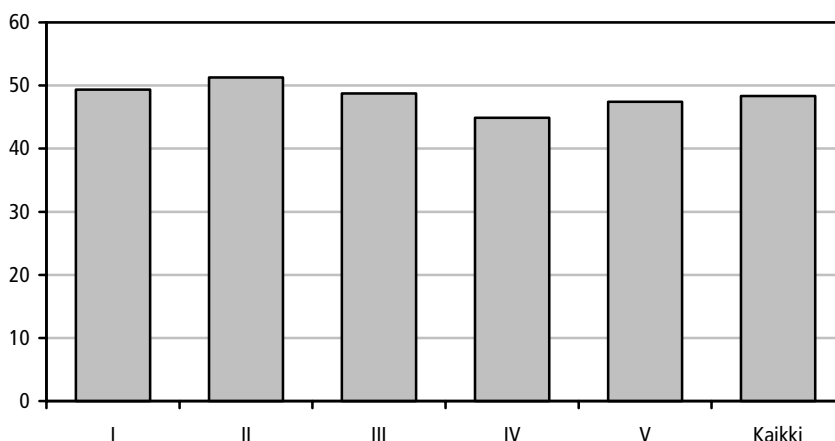


*Tuloviidennekset muodostettu henkilöiden kesken kotitalouden kulutusyksikköä (uusi OECD skaala) kohden lasketun käytettävissä olevien rahatulojen perusteella.

Lähde: Suomalaisten Hyvinvointitutkimus 2004, Stakes.

Kahdeksankymmentä vuotta täyttäneestä väestöstä aineiston mukaan joka viidennes oli vuoden aikana hakenut (ja käytännössä myös saanut) kunnaltaan kotipalvelua. Näin esiin saatu kotipalvelun käyttö näyttäisi jakautuvan verrattain tasaisesti tuloviidenneksittäin. Eroja kuitenkin oli, nimenomaan niin, että mitä hyvätuloisemmasta vanhuksesta oli kysymys, sitä epätodennäköisemmin hän oli tätä kunnan palvelua hakenut.

Kuvio 18 Jotain palvelua kuluneen 12 kuukauden aikana hakaneiden osuudet (%) tuloviidenneksissä 80 vuotta täyttäneessä väestössä.



* Hakenut kunnan tai yksityisen kotihoitopalvelua, ateriapalvelua, apuvälineitä tai muuta palvelua.

**Tuloviidennekset muodostettu henkilöiden kesken kotitalouden kulutusyksikköä (uusi OECD skaala) kohden lasketun käytettävissä olevien rahatulojen perusteella.

Lähde: Suomalaisten Hyvinvointitutkimus 2004, Stakes.

Jakauma kuitenkin tasoittuu, kun huomioon otetaan useampia palveluja. Kuviossa 18 on tuloviidenneksittäin esitetty ne vanhukset, jotka olivat käyttäneet mitä tahansa palvelua valikosta kunnallinen kotipalvelu, yksityinen kotipalvelu, ateriapalvelu, apuvälineet ja "muu". Oikaiseva vaikutus selittyy osin, joskaan ei täysin, yksityisten kotipalvelujen käytöllä, mikä odotetusti painottuu ylimpään tulonsaajaviidennekseen.

2.3 Vähimmäisturva

Suomen perustuslain 19.1 § mukaan, jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Toimeentulotuki on tämän oikeuden toteutumista turvaava keskeinen rahaetus. Perustuslain säännös on laadittu yksilöllisen ehdottoman oikeuden muotoon ja sitä on tapana pitää esimerkkinä suoraan perustuslaissa turvatusta subjektiivisesta oikeudesta. Toimeentulotuesta on säädetty erillinen lakinsa (1412/1997).

Toimeentulotuki on siis suomalaisen perusturvan keskeisin etuus. Se on luonteeltaan viimesijainen eli ennen tuen myöntämistä selvitetään hakijan mahdollisuudet saada muita sosiaaliturvaetuuksia.

Käytännössä perusturvan voi katsoa muodostuvan kolmesta keskeisestä toisiaan täydentävästä etuudesta: työmarkkinatuesta, asumistuesta ja toimeentulotuesta. Tämä kokonaisuus vastaa eurooppalaisessa vertailevassa tutkimuksessa sekä myös EU:n sosiaalisen suojelun politiikassa vakiintunutta käsitettä guaranteed minimum income (GMI) eli lailla turvattu vähimmäistulo.

Koska juuri toimeentulotuki on kunnille säädetty lakimääräinen tehtävä, keskitytään seuraavassa sen tarkasteluun. Asumistuki ja työmarkkinatuki ovat Kelan toimeenpanemia etuuksia ja rahoitettu valtion varoista.

Minimitulo sosiaalisena oikeutena

Sosiaalisista oikeuksista on tullut vakiintunut hyvinvointivaltion tunnusmerkki. Alan klassikon, T.H. Marshallin mukaan niillä tarkoitetaan sellaisia laillisia oikeuksia, jotka takaavat kaikille kansalaisille, yksilöille ja ryhmille, yhdenvertaiset mahdollisuudet osallistua täysivaltaisesti yhteiskunnan toimintaan ja yhteisön normaaliin elämään. Kansalaisuuden sosiaalinen ulottuvuus sisältää oikeuden sekä kohtuulliseen elintasoon että yhteiskunnan kulttuuriseen perimään. Yhdenvertainen sosiaalinen oikeus toteutetaan takaamalla kaikille lakisäteisesti yhtäläiset kulutusmahdollisuudet ja yhtäläiset mahdollisuudet peruspalveluihin (esim. Kuivalainen 2000, 11).

Kansalaisuuden käänköpuoli on köyhyys. Se asettaa olennaisia rajoituksia kansalaisuudelle, se estää ihmisiä toimimasta yhteisönsä täysivaltaisina jäseninä. Hyvinvointivaltioiden kehityksen myötä sosiaalisista oikeuksista on tullut ns. vaatimus -oikeuksia, joiden toteutumista kansalaiset voivat vaatia valtioltaan. Sosiaalisten oikeuksien voidaan katsoa olevan kehittyneimmillään laillisia oikeuksia silloin, kun niistä on säädetty laissa (emt. 13).

Näin tarkastellen Suomen perustuslain 19 §:ää sekä toimeentulotukilakia voidaan syystä pitää sosiaalisten perusoikeuksien vahvana turvamekanismina.

Toimeentulotuki täyttää sosiaaliavustuksen tunnusmerkit siten, että se on tarveharkintaan perustuva, viimesijainen, ja tarkoitettu turvamaan toimeentulo niille henkilöille, joiden tulot jäävät alle yhteiskunnan asettaman vähimmäistason.

Sosiaaliavustusjärjestelmillä (vähimmäisturvalla) on nähty olevan kaksi keskeistä yhteiskunnallista tehtävää. Yhtäältä ne estävät äärimmäistä köyhyyttä ja siihen liittyvää kärsimystä. Toisaalta, ja tämä on noussut keskeiseksi esimerkiksi EU:n

köyhyysretoriikassa, minimiturvan tehtävänä on ehkäistä sosiaalista syrjäytymistä ja marginalisaatiota sekä siten myötävaikuttaa yhteiskunnalliseen koheesioon.

Paikallisesta harkinnanvarasta poliittis-hallinnolliseksi köyhyysrajaksi

Suomalainen lainsäädäntökehitys toimeentulotuen kohdalla on ollut pitkälti saman tyyppistä kuin Ruotsissa. Vuoden 1956 huoltoapulaki määräsi huoltoavun myöntämisen kunnan ehdottomaksi velvollisuudeksi. Avustusmuotoina olivat aiempaan tapaan edelleen kotiaavustus, hoito yksityiskodissa ja laitoshoido. Suomessa avunsaajan tai elatusvelvollisen periaatteellinen velvollisuus korvata kunnan antama huoltoapu poistettiin vasta vuonna 1970. Tuona vuonna tehdyssä uudistuksessa myös avunsaajan oikeudellinen asema vahvistui. Suomessa loppuunsaatettiin 1970 alkanut tämän sosiaaliavun oikeudellistuminen vuoden 1984 sosiaalihuoltolaissa. Tuohon ajankohtaan saakka kunnalla on merkittävät vapausasteet päättää de facto avustuksen tasosta. Sosiaalihuoltolain myötä siirryttiin asteittain yhtenäiseen valtakunnalliseen normiin. Sosiaalihuoltolaissa ja siihen liittyvässä normistossa painotettiin jo toimeentulotuen luonnetta subjektiivisena oikeutena ja samalla siis luotiin yhtenäinen avustamisen perustaso. Tukeen oli oikeus kaikilla tuen tarpeessa olevilla henkilöillä. Sosiaalihuoltolaissa siis säädettiin tukea tarvitsevan oikeudesta saada tarpeenmukainen toimeentulo. Tässä suhteessa se erosi merkittävästi aiemmista laeista. (ks. van Aerschot 1996, Huhtanen 1994 ja Kuivalainen 2000)

Kun Suomessa siirryttiin yhtenäiseen valtakunnalliseen toimeentulotukinormiin, luotiin samalla eräänlainen poliittis-hallinnollinen köyhyysraja. Poliittinen päättäjä, nyttemmin siis eduskunta, määrittelee sen vähimmäiselintason (oikeammin tulotason) jonka alapuolella kenenkään maassa asuvan ei tarvitse elää.

Kun toimeentulotukinormi alun perin määriteltiin sosiaalihuoltolain puitteissa erillisellä valtioneuvoston päätöksellä, säädettiin etuudesta vuonna 1997 erillislaki. Näin eduskunta päättää suoraan minimiturvasta.

Minimitaso ja poikkeukset

Yksin asuvan henkilön tai yksinhuoltajan perusosan euromäärä on säädetty lain 9.1 §:ssä. Kotitalouden perusosa saadaan johtamalla se eräänlaisella sisäänrakennetulla ekvivalenssiskaalalla yksinäisen perusosasta. Perusosaa tarkistetaan kansaneläkeindeksin kautta. Tasokorotukset tekee eduskunta.

Vuonna 2001 lakiin tehtiin muutos (2a §), jolla työtön toimeentulotuen hakija veloitettiin ilmoittautumaan työttömäksi työnhakijaksi työvoimatoimistoon. Mikäli hakija tästä kieltäytyy, voidaan toimeentulotuen perusosan suuruutta alentaa. Vastaavasti, mikäli tuen tarve aiheutuu siitä, että hakija on kieltäytynyt tarjotusta työstä tai työvoimapolitiisesta toimenpiteestä, voidaan hänen perus-

osaansa alentaa määrääjäksi 20 prosentilla ja mikäli kieltäytyminen on toistuvaa, alennus voi maksimissaan olla 40 prosenttia laissa säädetyn perusosan määrästä. Näitä toimia voidaan pitää merkkeinä eurooppalaisesta suuntauksesta, jossa velvollisuus elättää itsensä omalla työllään (work test) on ensisijainen normi.

Lainkohdassa (2a §) on kuitenkin säädetty muun muassa "muu hyväksyttävä syy" olla ilmoittautumatta työvoimatoimistoon. Ao. hallituksen esityksen mukaan tällaisia syitä voivat olla mm. että henkilö hoitaa omaa alle kouluikäistä lastaan kotona tai on oikeutettu pienten lasten kotihoidon tukeen.

Suhde työttömyysturvaan

Viime vuosikymmenenä laajentuneen ja yhä korkeana pysyvän työttömyyden myötä osalle kotitalouksia tarveharkintaisesta toimeentulotuesta on muodostunut pysyvätkö osa toimeentuloa. Nykyinen työmarkkinatuen ja työttömyysturvan peruspäivärahan taso on johtanut siihen, että varsinkin pitkään työttömänä olleet joutuvat usein täydentämään toimeentuloturvaansa toimeentulotuella. Toimeentulotuen saannin suurin syy onkin työttömyys. Aikuisista toimeentulotuen saajista 48,6 prosenttia oli työttömiä vuoden 2002 lopussa (poikkileikkaustieto).

Yksi keino vähentää toimeentulotuen tarvetta työttömien keskuudessa on korottaa ensisijaisten sosiaaliturvaetuuksien tasoa. Työmarkkinatuen ja peruspäivärahan korotuksella voidaan vähentää tilanteita, joissa toimeentulotukea haetaan ensisijaisten etuuksien riittämättömyyden vuoksi. Jotta työttömyysturvan perusturvan korottaminen hyödyttäisi täysimääräisesti myös asumistukea saavien työttömien tilannetta, tulee työttömyysturvan korotuksen yhteydessä varmistaa, että täysimääräisen asumistuen saannin rajat noudattavat työttömyysturvassa tapahtuneita muutoksia.

Seuraavassa on esitetty Valtion taloudellisessa tutkimuskeskuksessa tehty laskelma (lokakuu 2004) siitä, miten toimeentulotuen tarve vähenee työttömyysturvaa saavien joukossa. Laskelma on tehty yksin asuvalle työttömälle siten, että työmarkkinatukea ja työttömyysturvan peruspäivärahaa korotetaan niin paljon, että tarve turvautua toimeentulotukeen poistuu. Laskelmassa työttömyysturvan perusturvan tasoa korotetaan nykyisestä 23,16 eurosta 24,62 euroon. Korotuksen suuruus olisi 1,46 euroa päivässä ja 31,39 euroa kuukaudessa. Uusi työttömyysturvan perusturvan taso olisi ilman lapsikorotuksia 529,23 euroa kuukaudessa. Täysimääräisen asumistuen saanti edellyttää, että asumistuen alimpia tuloarajoja nostettaisiin 510 eurosta 530 euroon kaikissa kuntaryhmissä.

Työttömyysturvan perusturvan tason korotuksesta hyötyisivät taloudellisesti ne työmarkkinatukea tai työttömyysturvan peruspäivärahaa saavat työttömät, jotka eivät saa toimeentulotukea sekä myös ansiosidonnaista työttömyyspäivärahaa

saavat. Toimeentulotukea saavilla työttömillä taloudelliset vaikutukset ovat vähäiset, mutta heillä tarve toimeentulotukeen vähenee.

Toimenpide lisää valtion menoja vuositasolla noin 60 miljoonaa euroa ja työttömyyskassojen menoja 15 miljoonaa euroa. Kuntien toimeentulotukimenot vähenevät puolestaan noin 17,5 miljoonaa euroa. Julkisten menojen nettolisäys on siten noin 37,5 miljoonaa euroa.

Toisaalta hallituksen työllisyys -politiikkaohjelmassa on valmisteltu esitys, jolla työmarkkinatuen vastikkeellisuutta lisätään ja työmarkkinatuen ja toimeentulotuen kustannukset yli 500 passiivisen työmarkkinatukipäivän osalta jaettaisiin valtion ja kuntien kesken. Tällöin kunnat tulisivat kustantamaan pitkäaikaistyöttömien toimeentuloturva.

Suhde muihin vähimmäisturvaetuuksiin

Kriittinen on luonnollisesti kysymys kaikkien keskeisten perusturvaetuuksien keskinäissuhteista. Seuraavassa on kuvattu neljän keskeisen etuuden – kansaneläkkeen, työttömän perusturvan, vähimmäispäivärahojen ja toimeentulotuen euromääräistä kehitystä vuosina 1993 ja 2004.

Taulukko 11

Vähimmäisturvan muutos	Kansaneläke (täysi kansaneläke on veroton)	Työttömän perusturva (verollinen) euroa/kuukausi	Vähimmäispäiväraha (verollinen) ¹	Toimeentulotuen perusosa (veroton)
1993	417	419	266	334
2004	496	498	286	377
Reaalimuutos %	+2,1	+1,8	-7,6	-3,0

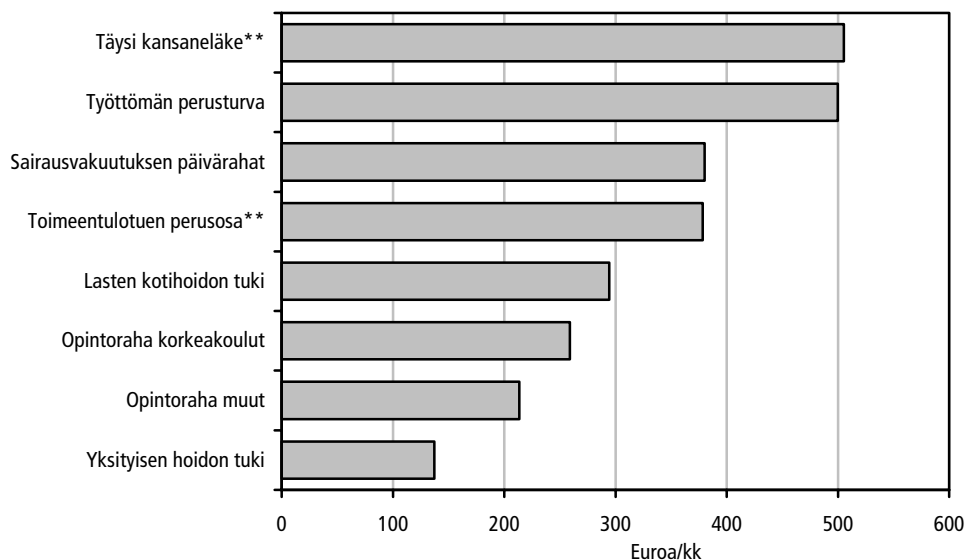
Reaaliansiotason muutos vuosina 1993–2004 oli +25,7 %

¹ Sairaus-, äitiys-, isyys- ja vanhempainpäivärahan vähimmäismäärä

Lähde: Heikki Niemelä 2004.

Kymmenen vuoden aikana vähimmäisturva on suhteellisesti heikentynyt. Tarkasteluajana reaaliansiotaso on parantunut neljänneksellä, kun taas vähimmäisturva on reaalisesti säilynyt suunnilleen ennallaan. Kuilu vähimmäisturvan varassa elävien ja muiden kansalaisten välillä on kasvanut. Seuraavasta kuviosta kuitenkin ilmenee se, että vuonna 2005 vähimmäispäivärahojen (sairaus-, äitiys-, isyys-, ja vanhempainpäivärahan) taso nousee tuntuvasti, joskaan ei silti saavuta reaaliansiotason nousua vuodesta 1993. Muussa vähimmäisturvassa ei tehtyjen päätösten perusteella tapahdu merkittäviä muutoksia vuonna 2005.

Kuvio 19 Eräät etuudet kuukaudessa* vuonna 2005, euroa/kk.



* Päiväkohtaisesti määräytyvät etuudet on arvioitu kuukausitasolle.

** 1. kuntaryhmä

Kuviossa on asetettu rinnan kuvaajat keskeisimpien perusturvaetuuksien euro-määräisistä tasoista yhden aikuisen kohdalla vuonna 2005. Pylväät eivät tee täysin oikeutta todellisuudelle, koska mm. asumistuki puuttuu ja työttömän perusturva on verollinen. Käy ilmi, että parhaan turvan antavat täysi kansaneläke sekä työttömän perusturva (työmarkkinatuki ja peruspäiväraha). Keskenään samalle tasolle asetuvat toimeentulotuki (perusosa) sekä sairausvakuutuksen minimipäiväraha. Lasten kotihoidon tuki jää tämän tason alapuolelle.

Lähteet

Alho, K., Kaitila, V. & Kotilainen, M., (2004): EU:n laajenemisen vaikutukset suomalaisten yritysten strategioihin, Elinkeinoelämän Tutkimuslaitos ETLA, Keskusteluaiheita No 885, Helsinki.

Ervasti, H. (1996): Kenen vastuu? Tutkimuksia hyvinvointipluralismista legitimitetin näkökulmasta. Stakes, Tutkimuksia 62. Helsinki.

HE 122/1954 VP.

Huhtanen, R. (1994): Toimeentulotuen myöntäminen. Julkisoikeudellinen tutkimus hallinto- ja hallintolainkäyttöviranomaisten soveltamiskäytännöstä. Suomalaisen lakimiesyhdistyksen julkaisu B-sarja n:o 202. Jyväskylä.

Hyvinvointipalvelujen tulevaisuus maaseudulla. Hyvinvointipalvelujen teemaryhmän raportti. Maaseutupolitiikan yhteistyöryhmä, Julkaisu 1/2003.

- Julkunen, R. (1994): "Suomalainen sukupuolimalli – 1960-luku käänteenä." Teoksessa Anttonen, A., Henriksson, L. & Nätkin R. (toim.) Naisten hyvinvointivaltio. Vastapaino, Tampere 1994.
- Kangas, O. (1986): Luokkaintressit ja hyvinvointivaltio. Sisältöanalyttinen tarkastelu suurimpien puolueiden ja etujärjestöjen sosiaalipoliittisista kannanotoista. Helsingin kauppakorkeakoulun julkaisuja D-84, Helsinki.
- Kuivalainen, S. (2000): Oikeus Toimeentuloon. Tutkimus sosiaalisesta oikeudesta viimesijaiseen sosiaaliturvaan eurooppalaisissa hyvinvointivaltioissa. Turun yliopisto. Sosiaalipolitiikan laitos.
- Lammi-Taskula, J. (2004): 'Äidit työmarkkinoilla – kahden kerroksen väkeä?', Yhteiskuntapolitiikka, vol. 69, no 2, ss. 202–206.
- Sosiaali- ja terveysministeriön luonnos hallituksen esitykseksi 22.3.2005.
- Sosiaali- ja terveyspalvelujen lainsäädäntö käytännössä. Toim. Narikka J. Tieto-sanoma, Pieksämäki 2001.
- Takala, P. (2000): Lastenhoito ja sen julkinen tuki. Stakes, Tutkimuksia 110. Saarijärvi.
- van Aerschoot, P. (1996): Köyhät ja laki. Toimeentulotukilainsäädäntö oikeudellistamisprosessin valossa. Suomalaisen lakimiesyhdistyksen julkaisuja A-sarja n:o 210. Vammala 1996.

OSA 3: Pitääkö terveydenhuolto lupauksensa?

Johdanto

Useimmissa maissa, mukaan lukien kaikki Länsi-Euroopan maat, riittävien terveyspalvelujen tarjoamista väestölle pidetään julkisen vallan tehtävänä. Suomessa tämä lähtökohta ei heijastu vain terveystalouteen asiakirjoihin ja terveydenhuoltoa koskevan lainsäädännön perusteluihin. Suomi on useiden kansainvälisten sopimusten kautta sitoutunut yhteiseen kansainväliseen terveydenhuollon kehittämisen arvopohjaan. Sopimukset sekä edellyttävät suoraan riittävän terveydenhuollon järjestämistä että asettavat epäsuoria velvoitteita, joiden toteutuminen ei olisi mahdollista ilman kattavien terveyspalvelujen järjestämistä. Esimerkkejä kansainvälisistä sitoumuksistamme ovat Kansainvälinen ihmisoikeuksien julistus, YK:n Kansainvälinen taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskeva yleissopimus sekä Maailman terveysjärjestön WHO:n perustamisasiakirja.

Luontevana jatkona aiemmille linjauksille oikeus riittävään (sosiaali- ja) terveydenhuoltoon kirjattiin 1990-luvulla uudistettuun perustuslakiin. Sen 19 §:n mukaan "julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut".

Riittävien – ja siis julkisen vastuun piiriin kuuluvien – terveyspalvelujen määrittely poikkeaa useimpien muiden hyvinvointipalvelujen kohdalla tehdyistä yhteiskunnan sitoumuksista. Perustuslaissa mainittuja tarkempia lakeja ei ole pääsääntöisesti säädetty osatoiminnoittain, tehden sairauksia tai hoitomuotoja koskevia rajauksia esimerkiksi yhteiskunnan taloudellisten voimavarojen perusteella. Taustalla on ollut ajattelumalli, jonka mukaan kaikki länsimaisen lääketieteen piirissä vakiintuneet (ja muualtakin tulleet, turvallisiksi ja tehokkaiksi osoitetut) hoitomuodot kuuluvat julkisen vastuun piiriin, jos potilaan arvioidaan saavan niistä merkittävää hyötyä.

Terveydenhuollon erityispiirre on palvelun tarpeen määrittely laillistetun ammattilaisen tekemänä ja yksittäisen potilaan tasolla. Muista hyvinvointipalveluista poiketen missään terveydenhuollon palveluissa ei siis ole subjektiivisia oikeuksia, eikä (ammattilaisen tekemistä) hoidon perusteltavuutta koskevista päätöksistä ole valitusoikeutta (pakkohoitopäätöksiä lukuun ottamatta).

Terveydenhuollon osalta julkisen vastuun laajuuden ja sitovuuden tarkastelu siis poikkeaa muista hyvinvointipalveluista. Tämän luvun alkuosa koostuu taustoittavasta katsauksesta viimeisten vuosikymmenten kehitykseen suomalaisessa terveydenhuollossa. Seuraavaksi tarkastellaan julkisia sitoumuksia kysyen, mitkä ovat eksplisiittisesti määritellyt terveydenhuollon tavoitteet (ja siis väestölle an-

netut terveydenhuollon toimintaa koskevat "lupaukset"). Tämän jälkeen käydään tiiviisti yhteen kooten läpi tutkimukseen ja seurantajärjestelmiin perustuvaa näyttöä siitä, kuinka hyvin terveydenhuoltomme selviytyy sille asetetuista tavoitteista. Lopuksi esitellään havaittujen ongelmien syntymekanismeja sekä nostetaan esiin eräitä niistä johdettuja mahdollisia ratkaisumalleja.

Terveydenhuollon kriisi 1960-luvulla

Merkittävimmät nykyterveydenhuollon pohjana olevat linjavalinnat valmisteltiin tai tehtiin 1960-luvulla. Tehtyjen uudistusten taustalla oli laaja konsensus siitä, että väestön terveyden ja terveydenhuollon tila oli kestävä.

Toisen maailmansodan jälkeen yleinen kansanterveystilanne oli kohentunut nopeasti. Vielä heti sotien jälkeen merkittävä kuolleisuus tarttuviin tauteihin oli pienentynyt nopeasti. Yleinen elinolojen kohentuminen ja myös kattava neuvola-järjestelmä olivat johtaneet hyvin myönteiseen imeväiskuolleisuuden kehitykseen: vuonna 1956 oltiin jo seitsemänneksi matalimmalla kansallisella tasolla koko maailmassa.

1950-luvun loppupuolella ja 1960-luvulla vastasyntyneen elinajanodotteen kehitys kuitenkin hidastui ja miesten kohdalla lähes pysähtyi. Merkittävin yksittäinen syy oli sepelvaltimotaudin yleistyminen. Vuoteen 1967 mennessä miesten kuolleisuus tähän kansansairauteen oli kymmenessä vuodessa noin puolitoistakertaistunut saavuttaen maailman korkeimman raportoidun kansallisen tason. Myös keuhkosityövän merkitys miesten ylikuolleisuudessa oli merkittävä. 1960-luvun lopulla 40-vuotiaan miehen jäljellä olevan elinajan odote oli samalla tasolla kuin heti sotien jälkeen (29 v.) ja samalla Euroopan alhaisin. Naisten terveyden kehitys kovilla kuolleisuusmittareilla ei ollut yhtä keho kuin miehillä, paljolti johtuen tupakoinnin harvinaisuudesta. Kuitenkin toinen merkittävä riskitekijä, rasvainen ja suolainen ruokavalio, aiheutti myös naisten sydän- ja verisuonitautitilanteen huononemisen.

Jo jatkosodan aikana säädetyn keskussairaalan käytännön toteuttamiseen päästiin vasta seuraavan vuosikymmenen vaihteessa. Vastuu sairaaloiden ylläpidosta siirrettiin 1950-luvulla kokonaan kunnille kuitenkin niin, että ne saivat kustannuksiin valtionapua. Terveydenhuoltopolitiikan suuri voimainponnistus 1950- ja 1960-luvuilla olikin sairaalaverkoston rakentaminen: yleissairaaloiden sairaansijojen määrä lähes kolminkertaistui, ja mielisairaaloidenkin kapasiteetti kaksinkertaistui (lähes maailmanennätystasolle).

Kehitys johti sairaalapainotteiseen terveydenhuoltoon: noin 90 prosenttia lääkäreistä työskenteli 1960-luvulla sairaaloissa. Väestön määrään suhteutettu lääkäreiden kokonaismäärä oli kuitenkin Euroopan pienin heti Turkin ja Albanian jälkeen. Tilannetta pahensi se, että potilaille sairaalahoito oli avopalveluja edulli-

sempaa: 1950-luvulla potilaiden oma osuus sairaalahoitokustannuksista oli vain 15 prosenttia, kun taas avopalveluista potilaat maksoivat suorina palkkioina noin kaksi kolmannesta. Alueellisesti palvelut jakaantuivat hyvin epätasaisesti niin, että suurimman sairastavuuden alueilla Itä- ja Pohjois-Suomessa palvelut olivat niukimpia.

1960-luvulla oli siis ajaututtu kestävämpään tilanteeseen: maailman terveimpiin kuuluvat lapset varttuivat sairaiksi aikuisiksi mm. haitallisten elintapojen vuoksi. Palvelujärjestelmä oli kuitenkin alimitoitettu, sairaalahoitoa ja maan hyvinvoimimpia alueita painottava. Oli ilmeistä, että rakenteellisen terveyspolitiikan painoarvoa sekä ehkäisevien ja muiden avopalvelujen saatavuutta oli ratkaisevasti lisättävä.

3.1 Kolme rinnakkaista uudistusta

1960-luvulla vallitsi laaja yhteiskunnallinen konsensus siitä, että terveydenhuolto oli uudistettava voimallisesti. Toisaalta tehtiin investointeja infrastruktuuriin: vuosina 1960–1972 perustettiin lääketieteelliset tiedekunnat Ouluun, Tampereelle ja Kuopioon. Toisaalta erillisissä, osin samanaikaisissa prosesseissa valmistettiin uudistuksia palvelujen tuotanto- ja rahoitusrakenteeseen. Näitä ei kuitenkaan sovitettu yhdeksi kokonaisuudeksi, vaan terveydenhuollon avopalveluja tuottamaan syntyi kolme erillisjärjestelmää.

Sairausvakuutukseen perustuva yksityinen palvelutuotanto

Vuonna 1963 säädettiin seuraavina vuosina vaiheittain voimaan tullut sairausvakuutuslaki, jonka toivottiin ratkaisevan avohoidon ongelmat. Tätä ennen oli ollut olemassa työpaikkakohtaisia vapaaehtoisia sairauskassoja. Uudistuksen suurin kädenvääntö käytiin järjestämismallista: sekä useat isot puolueet, asiaa valmistellut komitea että sosiaaliministeriön virkamiehet kannattivat kunnallisten kassojen muodostamista. Hallituksen esitys perustui kuitenkin ns. virastomalliin, joka erinäisten vaiheiden jälkeen sittemmin hyväksyttiin ja jonka mukaisesti järjestelmä rakennettiin osaksi Kansaneläkelaitoksen toimintaa.

Uusi sairausvakuutus ei ollut sidoksissa työsuhteeseen tai kansalaisuuteen, vaan sen piiriin hyväksyttiin kaikki Suomessa pysyvästi asuvat henkilöt. Lakiin sisältyi kolme vakuutusmuotoa: sairaanhoitovakuutus (lääkärin antama hoito ja tutkimukset, lääkärin määräämät lääkkeet ja sairaudesta johdosta tehdyt välttämättömät matkat), työtulovakuutus (sairauspäiväraha) ja äitiysvakuutus (äitiyspäiväraha). Sairaalahoitoa ei korvattu. Näin pyrittiin siihen, että paine sairaalahoittoon vähenisi. Rahoitus perustui vakuutettujen ja työnantajien maksuihin sekä valtion budjettiin.

Kansanterveyslaki ja kunnallinen terveyskeskusjärjestelmä

Tultaessa 1970-luvulle avoterveydenhuolto ja sen osana perustason sairaanhoito oli edelleen puutteellista. Sairausvakuutuksella ei ollut odotetun suuruista vaikutusta terveydenhuollon avopalvelujen käyttöön. Syitä olivat muun muassa lääkäripula ja lääkäreiden hakeutuminen suurimpiin kaupunkeihin.

Jo vuosina 1960–1965 työskenteli Kansanterveyskomitea. Sen työ johti käytännössä kaikkien puolueiden terveystoimien ohjelmien syntyyn 1960-luvun loppupuolella. Yhteistä ohjelmille olivat ehkäisevien toimien ja avopalvelujen korostaminen, eroina painotukset palvelujen tuotannon ja rahoituksen järjestämisessä. Vuosina 1968–1969 komitean linjauksia työstivät eteenpäin Kansanterveystoimikunta ja Terveydenhuollon suunnittelukomitea. Jälkimmäisen toimeksiantoon kuului pohtia, kuinka pitkäjänteisellä ja kokonaisvaltaisella suunnittelujärjestelmällä kyettäisiin pienentämään sairaalahoidon kustannuksia.

Vuonna 1972 tehtiin sodanjälkeisen ajan kenties merkittävin terveydenhuollon uudistus säätämällä Kansanterveyslaki. Terveydenhuollon kehittämisen tarvetta koskeva laaja konsensus näkyi mm. siinä, että laki hyväksyttiin Eduskunnassa yksimielisesti. Lain perustavoitteena oli siirtää terveydenhuollon painopistettä ehkäisevään terveydenhoitoon ja avosairaanhoitoon luomalla hallinnolliset ja taloudelliset edellytykset kunnallisen kansanterveystyön kehittämiseksi. Kansanterveystyöllä tarkoitettiin yksilöön ja hänen ympäristöönsä kohdistuvaa terveydenhoitoa, sairaanhoitoa sekä väestön terveyden ylläpitoa ja edistämistä. Lain mukaan kansanterveystyö oli kuntien velvollisuus ja sitä valvoivat lääkintöhallitus ja lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastot.

Kunnanlääkärijärjestelmä purettiin ja samalla jokainen kunta veloitettiin perustamaan terveyskeskus yksin tai yhdessä naapurikuntien kanssa. Terveyskeskuksessa yhdistettiin saman organisaation osiksi monet yleislääkärijohtoiset terveyspalvelut (esimerkiksi yleislääkärin vastaanotto, neuvola, hammashuolto, pitkäaikaissairaiden osastohoito ja kouluterveydenhuolto). Terveysneuvonnan tuli laajeta äitiys- ja lastenneuvolatoimintaa laajemmalle kattaen muun muassa raskauden ehkäisyn ja työikäisten terveystarkastukset. Lisäksi kunnan tuli järjestää sairaankuljetuspalvelu.

Terveyskeskusjärjestelmän rakentamisen ensi vaiheessa painotettiin Itä- ja Pohjois-Suomea. Suurin osa yleislääkärijohtoisista paikallissairaaloista siirrettiin terveyskeskusten vuodeosastoiksi. Myös uusia sairaansijoja rakennettiin. Perusterveydenhuollon sairaansijojen määrä kolminkertaistui 1970-luvun aikana.

Perusterveydenhuollossa työskentelevien lääkärien määrä lähes kolminkertaistui muutamassa vuodessa. Runsaassa kymmenessä vuodessa kansanterveystyön osuus terveydenhuollon voimavaroista nousi runsaasta kymmenestä prosentista

yli 40 prosenttiin. On kuitenkin huomattava, että merkittävä osa kasvusta kohdentui vuodeosastoihin eikä siis täysimääräisesti ehkäiseviin ja muihin avopalveluihin. (Pekurinen ym. 1988) Joka tapauksessa mittava uudelleen suuntaaminen myös alueellisesti onnistui niin, että terveydenhuollon kokonaiskustannukset pysyivät huomattavasti OECD-maiden keskitason alapuolella.

Kansanterveyslain myötä tulleet uudet kustannukset jaettiin valtion ja kunnan kesken valtion maksaessa osan kustannuksista kunnalle valtionosuutena. Käyttäjämaksut poistuivat asteittain vuoteen 1980 mennessä.

Kansanterveyslaki ei määritellyt kuntien ja kuntayhtymien velvollisuuksia kovin yksityiskohtaisesti, sillä paikallisiin olosuhteisiin sovittamiselle haluttiin jättää tilaa. Toisaalta puitelainomaisuus oli mahdollista siksi, että valtion ohjausvälineet tehostuivat. Kansanterveystyön toteutusta valvottiin myöntämällä valtionosuus hakemusten perusteella. Sekä lääkintöhallitus että kunnat velvoitettiin tekemään vuosittain toimintasuunnitelma seuraaviksi viideksi vuodeksi. Kunnan suunnitelma ja sen hyväksyminen olivat edellytyksenä valtionosuuden maksamiselle, joka oli kunnan kantokyvystä riippuen 39–70 prosenttia etukäteen hyväksytyistä ja kohtuullisista menoista. Investointeihin suunnatuista valtionosuuksista päätettiin valtioneuvoston tasolla. Valtioneuvosto saattoi myös velvoittaa kunnat yhteistoimiiin (kuntien etujärjestöjen ja Lääkintöhallituksen yhteisen kannan mukaan 10 000–13 000 asukasta oli minimiväestöpohja yhdelle terveyskeskukselle).

Kolmikantamalliin perustuva työterveyshuolto

Vapaaehtoista työterveyshuoltoa järjestettiin suurimmissa yrityksissä jo 1900-luvun alusta lähtien, mutta suurin osa pientyöpaikoista oli ilman vastaavia palveluja vielä 1970-luvulle tultaessa. Jo 1960-luvun aikana osa työterveyshuollon kustannuksista korvattiin yrityksille sairausvakuutuksesta. Pienten yritysten mahdollisuutta hankkia palveluja paransi erityisesti kansanterveyslaki, jonka seurauksena terveyskeskukset tarjosivat työterveyshuollon palveluja.

Työeläkelaki (1961) oli alku työmarkkinajärjestöjen vahvalle roolille sosiaalipolitiikan alueella. Työterveyskomitean (1971) ehdotuksen mukaisesti työterveyshuoltoa lähdettiin kehittämään korporatistisen mallin pohjalta. STK:n, SAK:n ja STTK:n sopimus työpaikkaterveydenhuollon kehittämisestä vuonna 1971 merkitsikin työterveyshuollon voimakkaan kehityksen alkua, aluksi vapaaehtoisen yhteistyön pohjalta. Työsuojelukomitean ja työterveyshuoltotoimikunnan työn pohjalta vuonna 1978 perustettiin Työsuojeluhallitus ja säädettiin työterveyshuoltolaki. Viimeksi mainitun tavoitteita olivat sairaanhoitopainotteisen toiminnan suuntaaminen ennaltaehkäiseväksi ja työterveyshuollon kattavuuden lisääminen. Vuosien 1964 ja 1995 välillä työterveyshuollon kattavuus nousikin hieman yli 20 prosentista noin 80 prosenttiin työvoimasta.

Työterveyspalvelut ovat maksuttomia työntekijälle, ja Kela korvaa runsaat puolet työnantajan kantamista kustannuksista. Palveluja tuotetaan yksityisillä terveysasemilla, yritysten omilla tai niiden yhteisillä työterveysasemilla ja terveyskeskuksissa.

Työterveyslain mukaan STM:n oli työterveyshuoltoa kehittäessään huomioitava Kansanterveyslain mukainen valtakunnallinen suunnitelma. STM:llä olikin keinot sovittaa yhteen työterveyshuoltoa ja kunnallista terveyskeskustoimintaa voimavaraohjauksen kautta. STM:n työkaluksi perustettiin Työterveyshuollon neuvottelukunta, jonka tehtävinä oli avustaa suunnittelussa ja kehittämisessä sekä valtioneuvoston päätösten valmistelussa.

3.2 Ohjatusta kehittämisestä äärihajautukseen

Mittavat reformit 1970-luvulla eivät tietenkään luoneet valmista järjestelmää, jota ei olisi tarvinnut välittömästi kehittää edelleen. 1970- ja 1980-lukujen terveydenhuoltopolitiikassa eri osa-alueita kehitettiin melko tiukassa valtiohallan ohjauksessa ja pääsääntöisesti kunkin osajärjestelmän (kansanterveystyö, työterveyshuolto, yksityiset palvelut, julkinen erikoissairaanhoito) sisällä. Sosiaali- ja terveydenhuoltoon suunnatut voimavarat lisääntyivät, ja toiminnan kokonaisvolyyymi kasvoi tasaisesti.

Painopiste terveydenhuollosta yleiseen terveystieteeseen

1980-luvulle tultaessa kiinnitettiin huomiota erityisesti kahteen keskeiseen kehittämishaasteeseen, terveystieteiden yksilökeskeisyyteen sekä terveydenhuollon raskaaseen voimavaraorientoituneeseen ohjausjärjestelmään. 1970-luvun terveystieteissä oli jo selkeästi ymmärretty yleisten yhteiskunnallisten tekijöiden ja yhteiskunnan eri lohkoilla tapahtuvan päätöksenteon ratkaiseva merkitys väestön terveydelle. Valtion rakenteellinen terveystieteen politiikka vaikutti työsuojelusta liikenteeseen ja asumisesta ravintoon ja päihteisiin. Kansanterveyslaki ja sen luoma kansanterveystyön suomalainen käsite olivat kuitenkin melko yksilökeskeisiä. Kansanterveyslain toimeenpano oli mittava haaste, joka ymmärrettävästi piti 1970-luvun terveystieteissä esillä terveydenhuoltopalvelujen, erityisesti avosairaanhoidon kehittämisen.

1980-luvulla terveystieteen politiikkaa linjaavat dokumentit painottivat laaja-alaista terveystieteen politiikkaa. WHO:n terveyden edistämisen mallin kehittämisessä ja toteuttamisessa Suomi olikin eturivissä. Vuoden 1986 ensimmäisessä Terveystietä Kaikille 2000 -strategia-asiakirjassa terveystieteen politiikan painopiste määriteltiin selkeästi terveyden huomioimiseksi kaikessa yhteiskunnallisessa päätöksenteossa. Myöhemmissä 1990-luvulla laadituissa kansallisissa terveysohjelmissa terveydenhuoltojärjestelmä näkyi enää rajoitetusti.

1970–1980-lukujen terveydenhuollon uudistamisen menestystarina luotiin paljolti voimavaraohjauksen kautta. Toiminnallinen kehittäminen oli jäänyt vähemmälle huomiolle ainakin kansallisen tason terveydenhuoltopolitiikassa. 1980-luvulla havaittiin, että sinänsä hyvin toimivassa järjestelmässä oli myös kipupisteitä. Maksuttoman terveyskeskuspalvelun kysyntä oli suurta, ja lisääntyntykään vastaanottokapasiteetti ei pystynyt siihen täysin vastaamaan. Monin paikoin ajaututtiin tilanteeseen, jossa ensisijainen paikka hakeutua lääkäriin oli terveyskeskuksen päivystyspoliklinikka. Tämä oli yhtä aikaa palvelujen kustannuksiin ja laatuun liittyvä ongelma: kalliiden ympärivuorokautisten päivystyspalvelujen puitteissa ei kyetty tarjoamaan sitä hoidon jatkuvuutta, joka useiden perusterveydenhuollossa kohdattujen ongelmien hoidossa on keskeisen tärkeitä. Vastauksena ongelmiin käynnistettiin erilaisten kokeilujen kautta omalääkäri- ja väestövastuumallit perusterveydenhuollossa, jotka ovat sittemmin levinneet laajalti perusterveydenhuollon rutiinimalliksi.

Voimavaraohjauksen koneistosta oli muodostunut monimutkainen ja raskas. Sosiaali- ja terveydenhuollossa oli 70 erillistä, eri toimintoihin kohdennettua valtionapuluokkaa, joilla oli erilaiset suuruudet ja määräytymisperusteet. Tämä loi epätarkoituksenmukaisia yllykkeitä, ja kunnalliset palvelut kehittyivät voimakkaammin suurimpien valtionosuuksien alueilla. Saatettiin olla jopa tilanteessa, jossa uuden henkilöstön palkkaamisesta aiheutuneet kunnan nettokustannukset olivat sen saamia uusia verotuloja pienemmät. Esimerkiksi kalliiden terveydenhuollon palvelujen käyttäminen pitkäaikaishoidossa saattoi olla kunnalle sosiaalipalveluja halvempaa. Järjestelmän ongelma oli myös raskas etu- ja jälkikäteinen valvontamenettely.

Vuonna 1984 tuli voimaan pitkään valmisteltu, niin sanottu VALTAVA-uudistus (VALtionapujen TAsauksen VAikutukset). Se onnistui merkittävässä osassa sille asetetuista tavoitteista. Kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon valtionavut koottiin yhdeksi kokonaisuudeksi, jolla oli yhtenäiset määräytymisperusteet. Samalla kun järjestelmä muuttui kuntien kannalta hallittavammaksi, valtion ohjaus tehostui. Kunnilta edellytettiin nyt aiempaa kattavammat terveydenhuollon ja sosiaalihuollon suunnitelmat, jotka oli sovitettu yhteen valtakunnallisen suunnitelman kanssa ja asianmukaisesti hyväksytetty. Esimerkiksi virkakiintiöiden myöntäminen oli luja ohjauksen väline, jolla varmistettiin maantieteellisten alueiden ja toimintasektoreiden välistä tasapainoa.

VALTAVA-uudistuksen oli toivottu myös poistavan yllykkeet menojen lisäämiseen. Tässä suhteessa ei päästy perille asti. Valtionapu säilytti luonteensa (kunnittaisen kantokyvyn mukaan laskettuna) osuutena menoista. Tavoitteena oli alun perin, että valtionosuuksien maksamisella peruskunnille olisi vahvistettu niiden asemaa suhteessa suuriin palveluja tuottaviin kuntayhtymiin. Vielä tämän uudistuksen jälkeenkin osuuksia maksettiin kuitenkin suoraan kuntayhtymille.

Äärihajautetun terveydenhuollon synty 1993

Ennen seuraavaa ja merkitykseltään vieläkin suurempaa voimavarojen jakamisen uudistusta (valtionosuusuudistus 1993) tehtiin toinen hallinnollinen reformi. Pitkään valmisteltu erikoissairaanhoidolaki astui voimaan vuoden 1991 alussa. Sen yhteydessä lakkautettiin erilliset mielisairaanhoidon, erityishuollon ja tuberkuloosihuollon organisaatiot. Lähes sata erikoissairaanhoidon kuntainliittoa yhdistettiin 21 sairaanhoitopiiriksi, joiden tehtävänä oli hoitaa aiemmin monille toimijoille kuuluneet tehtävät. Jokaisen kunnan oli liityttävä sairaanhoitopiiriin. Syntyi vahva alueellinen toimija, jonka tehtävä oli erityistasoisten (=erikoissairaanhoidon) palvelujen tuottaminen.

Pitkään valmisteltuna uudistuksena erikoissairaanhoidolaki oli valmisteltu "vanhaan maailmaan", ajatellen valtion (voimavara-)ohjausinstrumenttien säilyvän tehokkaina. Uusi laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta tuli kuitenkin voimaan jo vuonna 1993. Se merkitsi syvällistä muutosta siksi, että valtio luopui voimavarojen jakamiseen liittyneistä ohjausinstrumenteistaan. Vaikka terveydenhuollon järjestämisvastuu oli jo aiempina vuosikymmeninä siirtynyt selkeästi kunnille, oli valtiolla ollut mahdollisuus ohjata kunnallista terveydenhuoltoa esimerkiksi investointeihin ja uusien virkojen perustamiseen korvamerkittyjen valtionosuuksien avulla. Rahat oli maksettu toimintayksiköille tai kuntayhtymille sen jälkeen, kun käyttösuunnitelmat oli hyväksytty keskitetysti.

Uuden lain mukaan valtionosuudet maksetaan peruskunnille laskennallisen, palveluiden tarvetta kuvaavan laskukaavan mukaisina summina. Samassa yhteydessä kunnilta poistui lakisääteinen velvoite suunnitella ja seurata kansanterveysystyötä. Peruskunnilla on valta ja vastuu järjestää kaikki sosiaali- ja terveystalvet – mukaan lukien erikoissairaanhoido – parhaaksi katsomallaan tavalla. Purkamalla valtionhallinnon resurssiohjausjärjestelmä siirryttiinkin kansainvälisesti vertaillen äärihajautettuun terveydenhuoltoon.

Uudistuksen tärkeimpiä syitä lienevät olleet pelko aiemman kustannusperusteisen valtionapujärjestelmän menoja kasvattavasta vaikutuksesta, yleinen pyrkimys valtion keskushallinnon tehtävien hajauttamiseen sekä kansallisen terveyspolitiikan keskittyminen laaja-alaiseen terveyden edistämiseen yhteiskunnan eri lohkoilla. Samalla toivottiin, että peruskuntien (järjestäjien / "tilaajien") asema suhteessa suuriin kuntayhtymiin (tuottajiin) vahvenisi. Toisaalta uudistuksen tullessa voimaan pelättiin, että eri kuntien asukkaat joutuisivat eriarvoiseen asemaan: taloudelliset tai poliittiset syyt saattaisivat johtaa päätöksiin, joissa kaikkien kuntien asukkailla ei enää olisi tarjolla riittäviä terveystalvetuita.

Informaatio-ohjaus vahvistuu

Valtion rooli terveydenhuollon kehittämisessä kaventui 1990-luvulla merkittävästi. Kun voimavaraohjauksen työvälineistä luovuttiin eikä normiohjauksen osalta lähdetty merkittäviin uudistuksiin, alettiin korostaa "informaatio-ohjauksen" merkitystä.

Informaatio-ohjauksen käsitteelle ei ole vakiintunut yhtä selkeästi määriteltyä sisältöä. Kapeimmillaan sillä on viitattu kansallisen tilastotuotannon kunnille antamaan tietoon (sosiaali- ja) terveydenhuollon tunnusluvuista. Laajemmassa merkityksessä informaatio-ohjauksella tarkoitetaan tutkimus- ja seurantatietojen välittämisen lisäksi myös kansallisten kehittämisohjelmien luomista ja asiantuntemuksen ja osaamisen välittämistä terveydenhuollon toimijoille esimerkiksi kehittämishankkeissa.

Informaatio-ohjauksen kehittäminen on tapahtunut useiden, vain osin yhteiseen suuntaan vievien prosessien kautta. Samaan aikaan kun entisten keskusvirastojen pohjalle luotiin merkittävä informaatio-ohjauksen instrumentti (Stakes eli Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus), informaatio-ohjauksen edellytyksiä kavennettiin vähentämällä kansallisen seurantatiedon keruuta.

Terveydenhuolto 2000-luvulle -hanke (1998–2001) oli ensimmäinen kattava, sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton yhteinen kehittämisohjelma. Siinä määriteltiin 32 toimenpidesuosituksia, joiden suuntaan erityisesti kuntien ja kuntayhtymien mutta myös valtionhallinnon oletettiin toimivan. Kansallisten johto- sekä ohjaus- ja seurantaryhmien lisäksi toimeenpanoa tukivat alueelliset johtoryhmät ja koordinaattorit. Vaikka erällä osa-alueilla tapahtuikin merkittävää edistymistä, ohjelman kokonaisvaikutus jäi rajalliseksi. Lukuisiin toimenpiteisiin sirpaloituneen rakenteen ja osin siitä johtuvan huonon tunnettuuden lisäksi ohjelman erityiseksi ongelmaksi koettiin toimijoiden heikko sitoutuminen tavoitteisiin. Kertaluontoisen ohjelman toimenpiteiden toteuttamiseen ei ollut erityisiä kannustimia, eikä toteuttamatta jättämiseen liittynyt sanktioita (Viisainen ym. 2002).

Vielä Terveydenhuolto 2000-luvulle -hankkeen ollessa käynnissä luotiin uusi informaatio-ohjauksen väline, Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toiminta-ohjelma. "TATO" laaditaan kutakin nelivuotista hallituskautta varten. Se poikkesi TH2000-hankkeesta lakisääteisen asemansa vuoksi. Ensimmäinen TATO tuli voimaan vuonna 1999. TATOn suunnittelua ja toimeenpanoa varten perustettiin useista ryhmistä koostuva monitoimijainen suunnittelu- ja seurantajärjestelmä.

Mm. valtiontalouden tilintarkastajat ovat osaltaan kiinnittäneet huomiota siihen, että osa TH2000-hankkeen toteuttamisen esteistä koskee myös TATO-mallia. Perimmiltään on kysymys suosituksesta. Kunnallisilla tai muilla terveydenhuollon

toimijoilla ei ole velvollisuutta toimia niiden mukaan, eikä niitä voi arvostella tai rankaista ohjelman kanssa ristiriitaisesta toiminnasta.

Kuluvalla vuosikymmenellä otettiin käyttöön ensimmäiset laatusuositukset. Ne kattavat seitsemän keskeistä sosiaali- ja terveydenhuollon osa-aluetta. Nimensä mukaisesti ne kuuluvat informaatio-ohjauksen uusiin työkaluihin, vaikka niitä on jo pyritty käyttämään esimerkiksi valvonnan välineenä.

Vuosituhanne vaihteen jälkeen ja Kansallisen terveyshankkeen yhteydessä on terveydenhuollon ohjauksessa alettu puhua ohjelma-ohjauksesta. Se on ymmärrettävissä informaatio-ohjauksen muodoksi, jossa kansallisten suositusten toimeenpanon ylykkeeksi on suunnattu hankerahoitusta. Merkittävän hankerahoituksen (esim. 30 miljoonaa euroa vuonna 2005) rahoituspohjan muodostavat ne valtionavustukset, jotka aiemmin suunnattiin kunnallisen terveydenhuollon investointeihin. Entiset "betonirahat" on suunnattu terveydenhuollon toiminnalliseen uudistamiseen. Rahat myönnetään kuntien tekemien hakemusten pohjalta hankkeisiin, jotka toteuttavat kansallisella tasolla määritellyjä yleisiä kehittämispäämääriä kuntien, kuntayhtymien tai niiden välisissä hankkeissa.

Kansallisessa terveyshankkeessa ohjelma-ohjauksen käsite määrittyy informaatio-ohjausta laajemmaksi. Kaikilla hankkeen viidellä painoalueella (toimiva perusterveydenhuolto ja ennaltaehkäisevä työ, hoitoon pääsyn turvaaminen, henkilöstön saatavuuden ja osaamisen turvaaminen, toimintojen ja rakenteiden uudistaminen, terveydenhuollon rahoituksen vahvistaminen) on tehty selvitys- ja kehitystyötä. Konkreettisimmat toimenpiteet ovat liittyneet hoitoon pääsyn turvaamiseen. Tässä työssä keskeinen työväline on ollut uusi lainsäädäntö hoidon saamisesta määräajassa ("hoitotakuu"). Määräaikojen lisäksi samassa yhteydessä on säädetty muita toimintojen kehittämisen merkittäviä uusia linjauksia: esimerkiksi terveydenhuollon toiminnan kehittäminen yhtenä alueellisena kokonaisuutena on vastuutettu sairaanhoitopiirien tehtäväksi.

3.3 Terveydenhuollon tavoitteiden toteutuminen vuosituhanne vaihteen jälkeen

Suomalaisen terveydenhuollon kehitystä 1970- ja 1980-luvuilla on kansainvälisesti pidetty menestystarinana. Tälle käsityksen tueksi on myös ollut runsaasti empiiristä näyttöä: mittavin rakenteellisin uudistuksin onnistuttiin palvelujen määrän, sisällön ja kohdentumisen perusteellisessa uudistamisessa. Eurooppalaisittain osin takapajuinen 1960-luvun terveydenhuolto on noussut jopa malliksi muille maille.

Uudella vuosituhanneella Suomen terveydenhuollolla ei kuitenkaan ole varaa itse-tyytyväisyyteen. Uudet haasteet liittyvät yhteiskunnan suuriin trendeihin, kuten

väestörakenteen muutokseen, alueellisesti eriytyvään kehitykseen, teknologian kehitykseen ja kansalaisten odotusten kasvuun. Haasteisiin on kyettävä vastaamaan globaalistuvan talouden asettamissa puitteissa. Terveydenhuollon kansallisen kehittämisen työkaluja on käytettävissä rajallinen, 1990-luvulla pienennetty määrä.

Kuinka hyvin terveydenhuolto selviytyy tehtävistään tällä hetkellä? Kysymyksen tarkastelu on välttämätöntä, jos halutaan paikantaa mahdolliset ongelmat ja ratkaista ne tavoilla, jotka mahdollistavat tulevaisuuden haasteisiin vastaamisen.

Ennen analyysiä terveydenhuollon tilasta on syytä määritellä ne odotukset, joita vasten sen suorituskykyä arvioidaan. Alla esitellään ensin keskeisimpiä terveydenhuollon tavoitteita. Seuraavassa osassa tehdään lyhyt katsaus empiiriseen näyttöön suomalaisen terveydenhuollon suoriutumisesta tehtävistään. Esityksen rajatun laajuuden vuoksi on mahdollista esittää vain kaikkein keskeisimpiä tutkimustietoja, ja muilta osin esitetään useiden tutkimusten tuloksia yhteen koottuina johtopäätöksinä. Luvun loppuosa esittelee keskeisiä ongelmien syntyyn vaikuttavia mekanismeja sekä eräitä mahdollisia tapoja niiden ratkaisemiseen.

Tehokkuus ja oikeudenmukaisuus – terveydenhuollon perimmäiset tavoitteet

Käytännössä terveydenhuollon toiminnalle asetetaan yhtäaikaisesti lukuisia, osin keskenään ristiriitaisiakin tavoitteita. Sekä terveydenhuollon suorituskyvyn arvioinnin että sen kehittämisen kannalta on oleellista se, kuinka näitä tavoitteita painotetaan suhteessa toisiinsa.

Terveyspolitiikan monissa yhteyksissä julkilausutut perustavoitteet ovat kahtalaiset: tavoitteena on toisaalta varmistaa väestön terveyden mahdollisimman korkea taso ("tasotavoite"), ja toisaalta edistää terveyden jakautumista koko väestölle ("jakaumatavoite"). Useimmiten terveyden tasolla viitataan yhtä aikaa sekä elämän pituuteen että sen laatuun, joista viimeksi mainittu operationalisoidaan esimerkiksi toimintakyvyksi. Terveyden jakaumatavoite tarkoittaa sitä, että aktiivisilla toimenpiteillä pyritään takaamaan mahdollisuus hyvään terveyteen riippumatta esimerkiksi asuinpaikasta, yhteiskunnallisesta asemasta, sukupuolesta tai muusta henkilön taustaan liittyvästä määrittäjästä. Koska huono-osaisten terveys on hyväosaisia huonompi, terveyspolitiikan kaksi perustavoitetta lähestyvät toisiaan: suurin potentiaali väestön terveyden kokonaismäärän lisäämiseen on suurimman terveysvajeen ryhmissä. Samoilla toimenpiteillä voidaan usein edistää molempien perustavoitteiden toteutumista.

Terveydenhuolto on vain yksi lukuisista väestön terveyteen vaikuttavista tekijöistä. Yleisesti ymmärretään, että valtaosa terveyden tasoon ja jakautumiseen vaikuttavista olosuhteista ja aktiivisista toimenpiteistä on terveydenhuollon toi-

minnan ulottumattomissa. Toisaalta terveydenhuollon vähättelylle ei ole empiristä perustetta: pitkän ajan kehitystrendin mukaan terveydenhuollon merkitys terveyttä määrittävien tekijöiden joukossa on jatkuvasti kasvanut.

Riippumatta terveydenhuollon täsmällisestä osuudesta terveyden tuottajana lienee laajasti hyväksyttävissä, että terveydenhuollon toiminnan ja sen kehittämisen perimmäiset tavoitteet johdetaan terveystalouden taso- ja jakaumatavoitteista. Käytännössä tämä johtaa kahden ulottuvuuden nostamiseen terveydenhuollon suorituskyvyn arvioinnin perimmäisiksi kriteereiksi. Nämä ovat terveydenhuollon tehokkuus ja oikeudenmukaisuus.

Terveydenhuollon käytettäväksi tarjolla olevien menetelmien ja rajallisten voimavarojen epäsuhta kasvaa jatkuvasti. Jotta terveydenhuolto voi edistää terveyden tasotavoitteen toteutumista, sen on välttämätöntä kohdentaa voimavaroja eniten terveyshyötyä tuottaviin toimintoihin. *Tehokkuudella* viitataan terveydenhuollon tuottaman lisäterveyden ja sen edellyttämien voimavarojen suhteeseen.

Tehokkuus voidaan jakaa kahteen osaan, tuottavuuteen (eli " tekniseen tehokkuuteen") ja allokatiiviseen tehokkuuteen. Allokatiivisella tehokkuudella tarkoitetaan sitä, että voimavarat suunnataan oikeisiin, eniten terveyshyötyä tuottaviin toimintoihin. Paras tehokkuus on mahdollista vain, jos tehdään oikeita asioita (allokatiivinen tehokkuus) oikealla tavalla (tuottavuus).

Terveydenhuollon *oikeudenmukaisuudella* tarkoitetaan sitä, että palvelut kohdentuvat niiden todellisen tarpeen eivätkä toissijaisten tekijöiden (asuinpaikka, maksukyky jne.) mukaan. Kuten terveydenhuoltoa käsittelevän luvun alussa todettiin, julkisen vallan velvollisuus riittävien palvelujen järjestämiseen kaikille on kirjattu perustuslakiin, useisiin kansainvälisiin sopimuksiin sekä terveystaloudellisiin asiakirjoihin, mukaan lukien terveydenhuoltoa koskevan tarkemman lainsäädännön perustelut.

Klassisen filosofian mukainen jako horisontaaliseen ja vertikaaliseen oikeudenmukaisuuteen on hyödyllinen myös terveydenhuollon toimintaa arvioitaessa. Horisontaalisella oikeudenmukaisuudella tarkoitetaan sitä, että samanlainen saa samanlaista: esimerkiksi pienituloisen, Pohjois-Suomessa asuva rintasyöpäpotilas saa yhtä hyvän hoidon kuin samasta sairaudesta kärsivä hyvätuloisen ison kaupungin asukas. Vertikaalisella oikeudenmukaisuudella tarkoitetaan sitä, että erilainen saa erilaista: esimerkiksi vaikeasta toimintakykyä rajoittavasta pysyvistä vammasta kärsivälle uhrataan enemmän huomiota kuin banaalia pikkuvaivaa potevalle.

Tarve arvioidaan yksilökohtaiseksi, ja siihen vaikuttavat potilaan terveysongelman vaikeus, käytettävissä olevien ratkaisutapojen tehokkuus sekä potilaan

mahdollisuudet hyötyä niistä. Viime kädessä käsitys tarpeesta perustuu aina ammattilaisen arvioon, sillä objektiivista ja yhteismitallista "tarvemittaria" ei ole käytännössä käytettävissä.

Tehokkuuden ja oikeudenmukaisuuden tavoitteet voivat olla ristiriidassa keskenään. Maksimaalista väestötason terveyden tuottamisen tehokkuutta hakeva (ääriutilitaristinen) malli voisi johtaa esimerkiksi vakavaa toimintakyvyn vajetta aiheuttavien mutta harvinaisten ja kallishoitoisten terveysongelmien laiminlyöntiin. Äärioikeudenmukainen järjestelmä ei sallisi esimerkiksi paikallisten olosuhteiden huomioimista, ja pakottaisi järjestämään palvelut esimerkiksi ilman omien erityisvahvuuksien hyödyntämistä. Käytännössä tehokkuuden ja oikeudenmukaisuuden välinen jännite ei ole terveydenhuollon päällimmäinen ongelma: havaitut ongelmat oikeudenmukaisuudessa eivät johdu tehokkuuden ylikorostamisesta, tai päinvastoin.

Terveydenhuollosta odotetaan monia asioita

Merkittävänä yhteiskunnan toimintasektorina terveydenhuoltoon kohdistuu suuri joukko muitakin odotuksia kuin sen toiminnan tehokkuus ja oikeudenmukaisuus. Tässä yhteydessä ei ole mahdollista käydä läpi kattavaa esitystä terveydenhuollosektorin tavoitteista. Seuraavassa esitetään kuitenkin eräitä sellaisia ulottuvuuksia, jotka ovat olleet keskeisesti esillä sekä suomalaisessa että kansainvälisessä terveydenhuoltopoliittisessa keskustelussa.

Terveydenhuollon *responsiivisuudella* viitataan ainakin kahden tason ominaisuuksiin. Terveydenhuollon odotetaan kykenevän vastaamaan kunkin potilaan tarpeisiin riittävän yksilöllisesti – suomalaisessa kielenkäytössä yleistynyt käsite on *asiakslähtöisyys*. Asiakslähtöisyys tai sen puute ilmenee sekä yksittäisen potilaan hoitoprosessissa (kohtelu, osallistuminen omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon, yksilöllisten arvojen ja mieltymysten huomioiminen) sekä koko järjestelmän tavassa toimia (hoito-ohjelmien suunnittelu potilaan näkökulmasta, saumaton hoitoketju).

Koko järjestelmän responsiivisuus-tavoite lähestyy *tilivelvollisuuden* (accountability) käsitettä. Toimivalta terveydenhuoltojärjestelmältä odotetaan kykyä vastata sen palvelemaan väestön tarpeisiin, kykyä saattaa oma toimintansa avoimesti arvioitavaksi sekä kykyä ohjautua demokraattisesti.

Terveydenhuollon *solidaarisuudella* viitataan rahoituksen oikeudenmukaisuuteen. Koska sairastaminen ja siitä aiheutuvat suorat ja epäsuorat kustannukset kohdentuvat sattumanvaraisesti pieneen osaan väestöstä, terveydenhuoltojärjestelmät – rahoitusmallista riippumatta – pyrkivät tasaamaan yksilölle koituvaa riskiä. Eri terveydenhuoltomalleissa on kuitenkin eroja sen suhteen, missä suhteessa esimerkiksi eri tuloluokkiin kuuluvat ihmiset rahoittavat järjestelmän toimintaa.

Kaikki terveydenhuoltoon kohdistuvat odotukset eivät nouse terveys- tai sosiaalipolitiikan näkökulmista. Merkittävänä palvelusektorina terveydenhuollolla on työvoima-, koulutus-, talous- ja elinkeinopoliittiset ulottuvuutensa. Näitä teemoja ei tässä kirjoituksessa tarkastella tarkemmin. Esimerkkinä eri politiikkasfäärien kohtaamisesta terveydenhuollossa voidaan kuitenkin mainita elinkeino- ja terveyspolitiikan näkökulmat. Suomessakin on toistakymmentä vuotta käyty keskustelua mahdollisuuksista hyödyntää liiketoiminnan yleisiä periaatteita terveydenhuollon kehittämisessä. Keskustelun vaatimattomat tulokset selittynevät ainakin osittain sillä, että tavoiteltavia vaikutuksia ei ole aina avoimesti julkilausuttu. Kilpailua tai kilpailunomaista dynamiikkaa voidaan käyttää uudistamaan terveydenhuollon kokonaisuutta sellaiseksi, että se vastaa paremmin edellä esiteltyihin terveydenhuoltopoliittisiin odotuksiin. Toisaalta kilpailua edistävien rakenteellisten elementtien tavoitteena voi olla elinkeinopoliittinen liiketoiminnan kehittämisen ensisijainen intressi. Markkinatalouden elementtien hyödyntämisen käytännön toteutus riippuu ratkaisevasti siitä, kuinka näitä eri politiikka-alueiden tavoitteita priorisoidaan.

Kuinka tehokas on suomalainen terveydenhuolto?

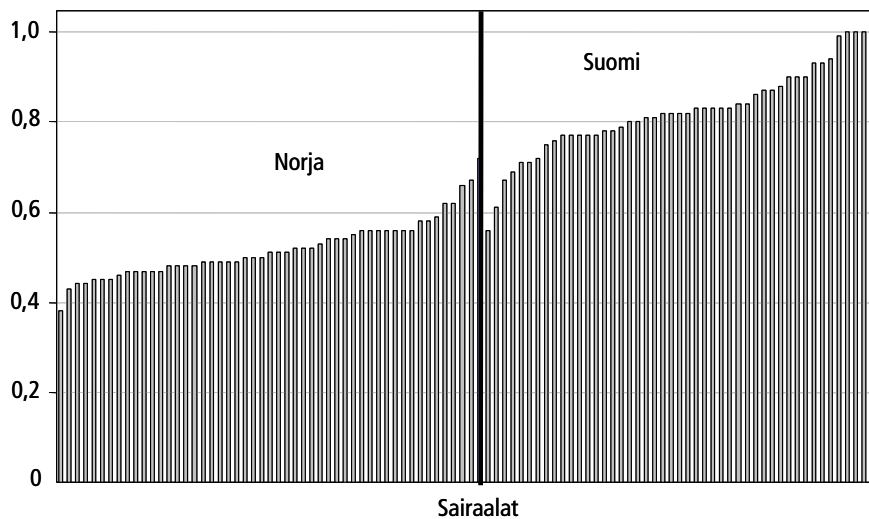
Käytettävissä olevasta tietopohjasta seuraa, että terveydenhuollon tuottavuudesta tiedetään huomattavasti tehokkuutta enemmän. Sairaanhoidosta on muuta terveydenhuoltoa yksityiskohtaisemmat tiedot. Seuraavassa tarkastellaan ensiksi etupäässä sairaanhoidon tuottavuutta, ja loppuosa on omistettu tiedoille terveydenhuollon tehokkuudesta.

Makrotason mittarit viittaavat siihen, että Suomen terveydenhuoltojärjestelmä toimii kansainvälisesti vertaillen tuottavasti. Vaikka useita keskeisimpiä palveluja tuotetaan väestömäärään suhteutettuna esimerkiksi muita pohjoismaita enemmän, koko järjestelmän vaatimat taloudelliset voimavarat (sekä euromääräisesti että osuutena bruttokansantuotteesta) ovat Länsi-Euroopan alhaisimpia (OECD Health Data 2004; katso Suomi ja EU 15 -vertailu edellä).

Järjestelmän kokonaisuutta kuvaavat yleiset tunnusluvut ovat kuitenkin liian yleisiä antamaan riittävän luotettavan ja monipuolisen kuvan järjestelmän tuottavuudesta. Tarkempaan analyysiin päästään silloin, kun tiedot hoidettavista potilaista ja heidän sairauksistaan, käytettävistä hoidoista sekä aiheutuvista kustannuksista kerätään yksilötasolla. Suomessa on erikoissairaanhoidon osalta käytössä tällainen seurantajärjestelmä Stakesin ja sairaanhoitopiirien yhteisen erikoissairaanhoidon benchmarking-tietokannan muodossa. Siinä yksilötason tiedot kyetään kokoamaan kokonaisiksi hoitopisodeiksi, jotka koostuvat usein monista hoitjaksoista ja -käynneistä. Tällä hetkellä on käynnissä kansainvälinen yhteistyö, jossa vastaava analyysimalli otetaan käyttöön myös muissa pohjoismaissa.

Alustavat tiedot tukevat käsitystä siitä, että suomalainen erikoissairaanhoidon kokonaisuutena menestyy hyvin kansainvälisessä tuottavuusvertailussa. Parhaiten on analysoitu Suomea ja Norjaa vertailevat tiedot. Niiden mukaan suomalainen sairaala hoitaa samanlaisesta terveysongelmasta kärsivän potilaan koko hoitopisodin 37 prosentilla pienemmillä kustannuksilla kuin norjalainen sairaala (kuviokuva 20). Noin kaksi kolmannesta selittyy suomalaisella palkkatasolla ja noin kolmannes tuotannollisella tehokkuudella (mukaan lukien henkilöstön määrä). Yhtä maata ja yhtä vuotta koskevista vertailutiedoista ei kuitenkaan pidä vetää liian pitkälle meneviä johtopäätöksiä.

Kuvio 20 Suomalaisien (n=47) ja norjalaisten (n=51) sairaaloiden tuottavuus vuonna 1999 (potilasmateriaalin erojen vaikutus poistettu; paras tuottavuus=1,0).

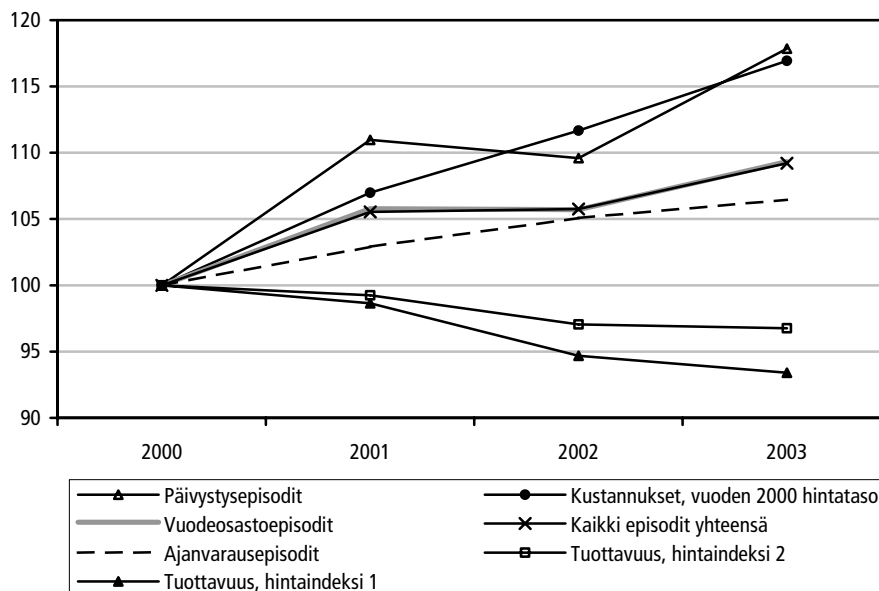


Lähde: Linna ym. 2003.

Toisaalta erikoissairaanhoidon benchmarking on osoittanut hyvin selkeästi, että suomalaisten sairaaloiden välillä on merkittäviä tuottavuuseroja. Tämä käy ilmi myös edellisestä, vuotta 1999 koskevasta kuvasta (kuviokuva 20). Samoista terveysongelmista kärsivien hoidon kustannuksissa on myös tämän jälkeen havaittu 40 prosentin eroja eri sairaaloiden välillä.

Kun sama benchmarking-tietokanta osoittaa erikoissairaanhoidon tuottavuuden pienentyneen 2000-luvun alussa (noin 0,5 % vuodessa) on ilmeistä, että tuottavuuden parantamiselle erikoissairaanhoidossa on edelleen runsaasti mahdollisuuksia (kuviokuva 21).

Kuvio 21 Tuottavuuden ja sen osatekijöiden kehitys keskussairaaloissa vuosina 2000–2003 (vuosi 2000=100).



Lähde: Stakes 2005: Tuottavuusraportti.

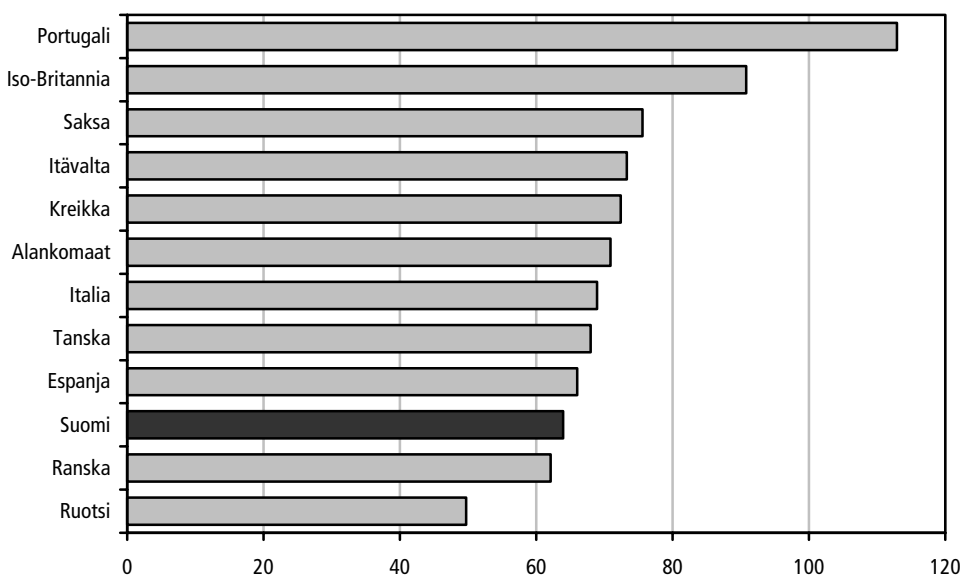
Muilla terveydenhuollon aloilla tuottavuuden arviointi on huomattavasti erikoissairaanhoidon heikommalla pohjalla. Stakesissa on käynnistetty kehitystyö, jonka lopputulemana on sekä sosiaali- että terveydenhuollon vanhustalvelujen tuottavuuden ja tehokkuuden vertailun mahdollistava tietokanta (Noro ym. 2005).

Perusterveydenhuollon osalta tuottavuusanalyysit joudutaan toistaiseksi perustamaan tietoihin käyntien määristä, ilman yksilötason tietoa käynnin syystä tai aiheutuneista kustannuksista. Analyysit viittaavat aiemman positiivisen kehityksen kääntymiseen viime vuosina laskeneeksi tuottavuuskehitykseksi terveyskeskuksissa, mutta tietopohjan karkeus asettaa rajoituksia tulosten tulkinnalle (Aaltonen ym. 2004).

Edellä on korostettu sitä, että terveydenhuollon perimmäinen tavoite ei ole tuottavuus vaan tehokkuus. Useimmat päätelmät terveydenhuollon tehokkuudesta perustuvat epäsuoraan näyttöön. Käsitystä terveydenhuollon tehokkuudesta on toisinaan perusteltu sillä, että sydän- ja verisuonitautikuolleisuus on Suomessa laskenut useimpia muita maita nopeammin. Korkea lähtötasomme 1970-luvun alussa sekä elintapojen muutoksen suuri merkitys huomioiden ei myönteistä kehitystä voida pitää riittävänä näyttönä terveydenhuollon tehokkuudesta.

Erityisesti kansainvälisissä vertailuissa on viime vuosina käytetty vältettävissä olevien kuolemien ("amenable deaths") käsitettä. Siinä kuolinsyyt on jaoteltu sen mukaan, olisiko terveydenhuollolla ollut mahdollisuudet kuoleman estämiseen. Tällaisissa vertailuissa Suomi on menestynyt melko hyvin, kuitenkin aina esimerkiksi Ruotsia huonommin (kuvio 22). Tämän näytön valossa terveydenhuoltomme tehokkuus on kohtalaisen hyvä, mutta edelleen selvästi parannettavissa.

Kuvio 22 Ikävakioitu kuolleisuus vältettävissä oleviin kuolemansyihin ("amenable deaths") 100 000 asukasta kohden eräissä Euroopan maissa.



Lähde: Nolte ja McKee 2003.

yksityiskohtaisempaa tietoa terveydenhuollon tehokkuudesta. Suomessa syöpäpotilaiden syöpätyypin ja iän mukaan vakioitu elinajanodote diagnoosin teon jälkeen on hyvää länsieurooppalaista tasoa. On ilmeistä, että merkittävä osa löydöksestä selittyy kohtuullisen hyvin toimivalla hoitojärjestelmällä (Engeland ym. 1998). Toisaalta vielä osin julkaisemattomat tiedot viittaavat siihen, että diabeteksen hoidossa ja sen vaikuttavuudessa on Suomessa merkittäviä puutteita (Keskimäki ym. 2003). Samoin näyttää siltä, että todennäköisyys selvitä ensimmäisestä sydäninfarktista hengissä on Suomessa monia muita maita pienempi (Häkkinen ym. 2005). On siis viitteitä siitä, että terveydenhuoltomme sijoitus kansainvälisessä tehokkuusvertailussa vaihtelee toimintalohkoittain ja sairausryhmittäin.

Jo huomattavasti ennen benchmarking-tietokannan luomista oli näytetty, että suomalaisten sairaaloiden hoitokäytännöt poikkeavat huomattavasti toisistaan (Keskimäki ym. 1993). Tilanne on pysynyt useimpien hoitojen osalta hyvin samankaltaisena viimeisten vuosien ajan. Tämä korostaa terveydenhuollon toiminnan allokaatiivisen tehokkuuden parantamisen tarvetta: voimavarat ja toiminta on kyettävä suuntaamaan niihin hoitoihin ja muihin toimenpiteisiin, joista on todistetusti merkittävää hyötyä. Hoitoprosessin tekninen hiominen yhä tuottavamaksi ei kannata, jos toiminnasta saatava terveyshyöty on pieni.

Kohdentuvatko terveydenhuollon palvelut oikeudenmukaisesti?

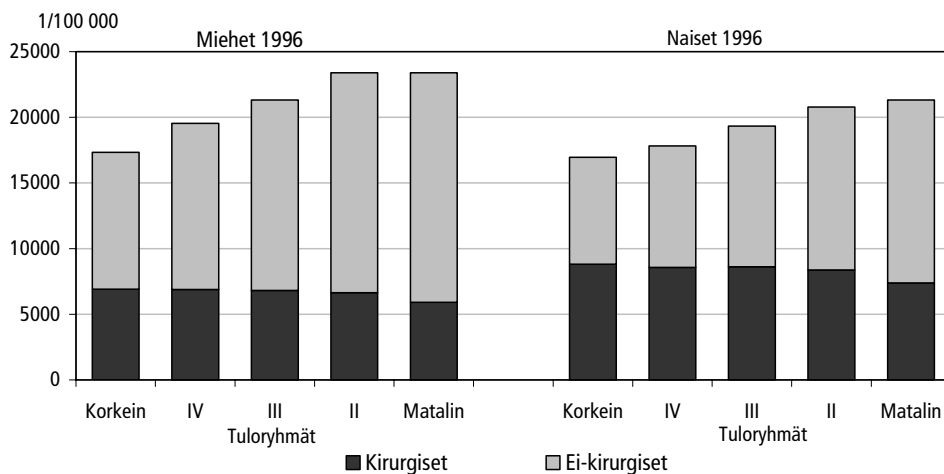
Äskettäin julkaistussa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsauksessa on julkaistu yhteenvetoartikkeli siitä, kuinka oikeudenmukaisesti terveydenhuollon palvelut kohdentuvat (Teperi 2005). Alla otetaan esiin vain keskeisimpiä havainnoja. Pääpaino on alueellisella ja sosiaalisella oikeudenmukaisuudella: terveydenhuollon osa-alueittain kuvataan tietoja siitä, vaikuttaako asuinpaikka tai maksukyky palvelujen saantiin.

Erikoissairaanhoidon vuodeosastohoitojen sosiaalisesta epäoikeudenmukaisuudesta on kertynyt tutkimustietoa 1990-luvun alkupuolelta lähtien. Vaikka hoitajaksojen kokonaismäärä on noudattanut pienituloisten korkeamman sairastavuuden mukaista tarvejakaumaa, kirurgisia toimenpiteitä sisältävät hoitajakset ovat kohdentuneet hyvätuloisia suosien (kuvio 23).

Ilmiö toistuu useiden merkittävien toimenpiteiden kohdalla: kuvioista 24 käy ilmi, että vaikka alimmassa tuloviidenneksessä vakavan sepelvaltimotaudin yleisyys on yli kaksinkertainen ylimpiin tuloluokkiin verrattuna, saivat ylempiin tuloluokkaan kuuluvat 1980-luvulla muita enemmän ohitusleikkauksia. Ohitusleikkausten määrän kasvu ja uusien invasiivisten hoitomuotojen käyttöönotto ei muuttanut tilannetta oleellisesti seuraavan vajaan kymmenen vuoden aikana. Vielä 1990-luvun puolessa välissä alimpien tuloluokkiin kuuluvat suomalaiset saivat muita vähemmän näitä hoitoja.

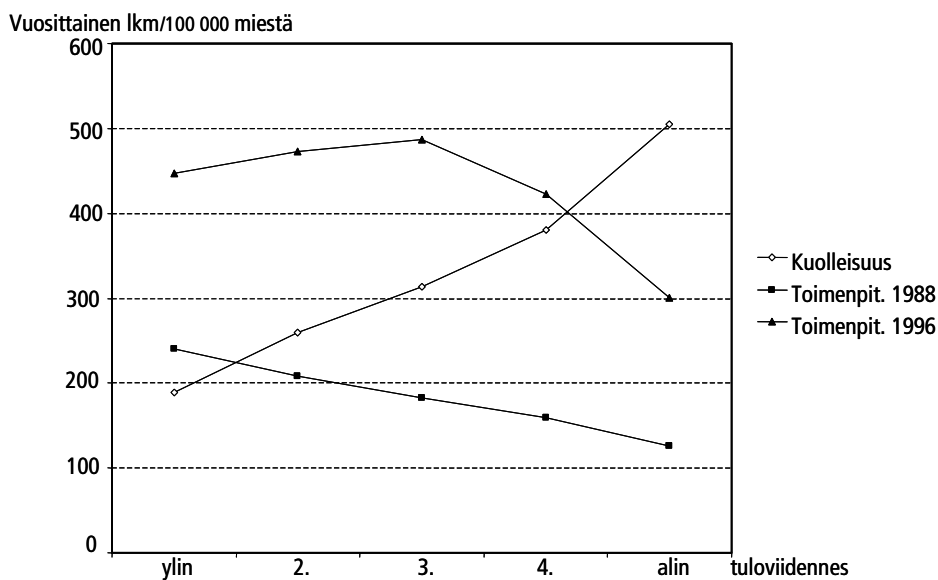
Alueellisen tasa-arvon kannalta somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon kohdentuminen ei ole yhtä epäedullista. Väestömäärään suhteutettuna sairaalaverkosto on säilynyt tiheänä ja se kattaa koko maan. Tarkasteltaessa yksittäisten sairauksien aiheuttamien hoitajaksojen tai hoitotoimenpiteiden alueellista jakaumaa löydetään suuriakin alueellisia vaihteluita. Ne eivät kuitenkaan ole systemaattisesti tiettyjä alueita syrjiviä, vaan johtuvat ensisijaisesti kliinisten hoitokäytäntöjen vaihteluista.

Kuvio 23 Hoitajaksot akuuttisairaalahoitossa perheen käytettävissä olevien tulojen mukaan 25–74-vuotiailla Suomessa vuonna 1996.



Lähde: Keskimäki 2003.

Kuvio 24 Invasiivisten sepelvaltimotoimenpiteiden (ohitusleikkaus, pallolaa-jennus) ikävakioitu ilmaantuvuus vuosina 1988 ja 1996 sekä sepel-valtimokuolleisuus vuosina 1991–1995 100 000 suomalaista miestä kohden käytettävissä olevien tulojen mukaan.

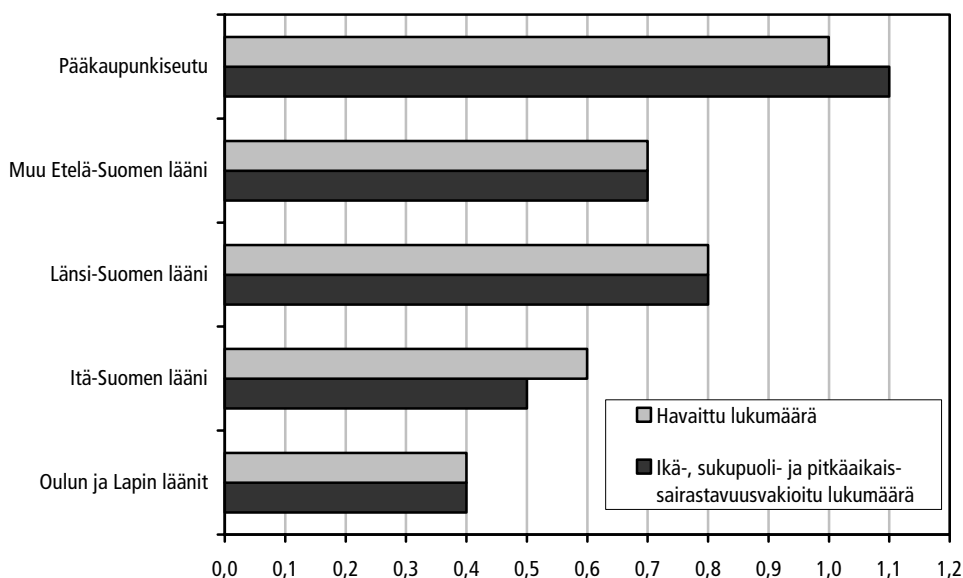


Lähde: Hetemaa ym. 2003.

Terveydenhuollon avopalvelujen osalta tilannetta on näihin aikoihin asti pidetty melko ongelmattomana. Terveyskeskusverkoston kattavuus on kokonaisuutena ottaen pysynyt hyvänä, vaikka viime vuosina lääkäri työvoimaa onkin siirtynyt kasvukeskuksiin ja erikoissairaanhoidon piiriin. Kunnallisen terveydenhuollon heikkoon kohtaan, erikoissairaanhoidon avopalvelujen määrään, saatiin 1990-luvun aikana jonkin verran korjausta.

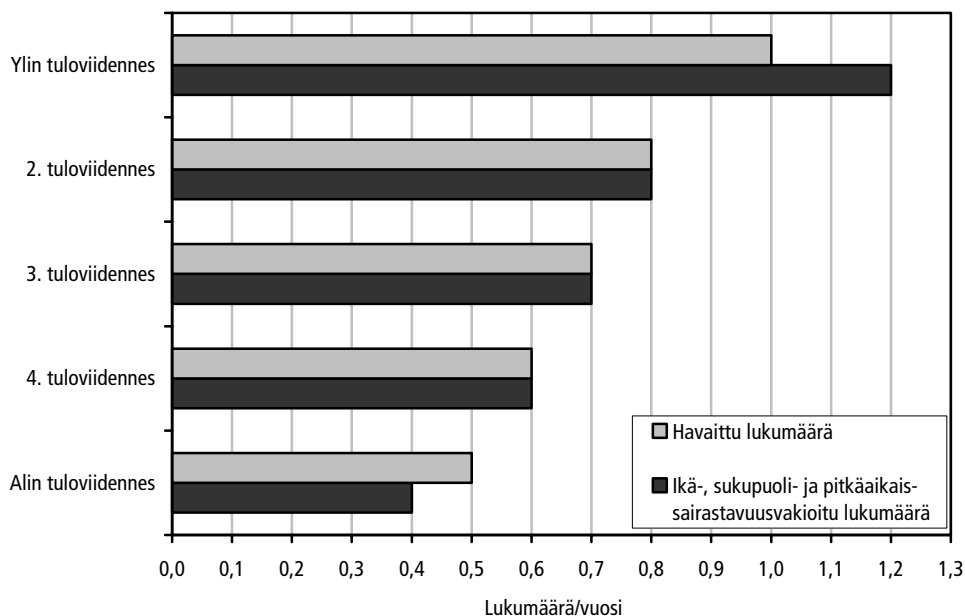
Jo pitkään on tiedetty, että työterveyshuollon ja yksityislääkäreiden käynnit painottuvat maan tiheään asuttuja osia ja ylempiä tuloluokkia suosien. Kuviota 25 tarkasteltaessa on muistettava, että laajojen alueiden erojen taakse kätkeytyy vielä suurempia, kuntatyyppiin liittyviä eroja. Samankin läänin alueella erot yksityislääkärikäynneissä saattavat olla (yliopisto)kaupungin ja pienen maalaiskunnan välillä huomattavasti suuremmat.

Kuvio 25 Yksityislääkärikäyntien alueittainen lukumäärä vuonna 1996.



Lähde: Arinen ym. 1998.

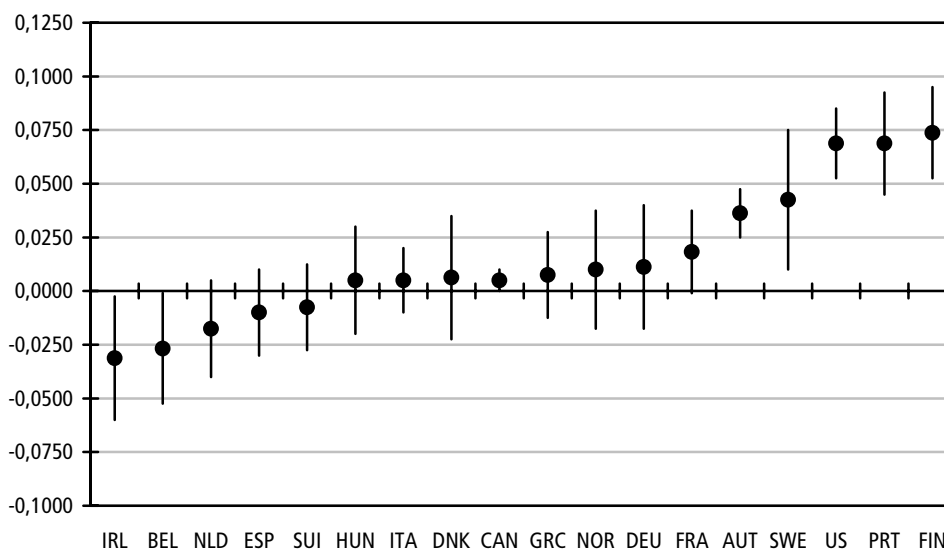
Kuvio 26 Yksityislääkärikäyntien tuloluokittainen lukumäärä vuonna 1996.



Lähde: Arinen ym. 1998.

OECD julkaisi vuonna 2004 kansainvälisen vertailututkimuksen, jonka tulokset yllättivät suomalaiset asiantuntijat (OECD 2004b). Kaikkien lääkärikäyntien tarvevakioitu jakauma oli tutkimukseen osallistuneista 21 maasta kaikkein eniten hyvätulaisia suosiva Yhdysvalloissa, Portugalissa ja Suomessa (kuviot 27). Aiemmat tutkimustulokset viittaavat siihen, että Suomen sijoittuminen vertailussa selittyy yksityislääkärikäynneillä ja työterveyshuollon palveluilla (Arinen ym. 1998). Alustavat tuoreemmat analyysit Terveys 2000 -tutkimusaineistossa vahvistavat tämän tuloksen (Häkkinen 2004).

Kuvio 27 Kaikkien lääkärikäyntien tuloluokittaisen kohdentumisen horisontaalinen oikeudenmukaisuusindeksi (HOI)¹⁾ 21 OECD-maassa.



¹⁾ HOI: mitä suurempi positiivinen arvo, sitä suurempi (palvelujen tarpeen suhteen vakioitu) suurituloisia suosiva epäoikeudenmukaisuus.

Lähde: The OECD Health Project, 2004.

Terveydenhuollon vertikaalisen oikeudenmukaisuuden arvioiminen on empiirisel-
le tutkimukselle vaikea haaste. Eri käyttäjäryhmien asemaa suhteessa toisiinsa
voidaan kuitenkin arvioida ainakin eri palvelukokonaisuuksien kehityksen erojen
kautta. Viimeisen runsaan kymmenen vuoden kehitystrendejä voi luonnehtia
niin, että parhaiten vaikeasta laman jälkeisestä ajasta ovat selvinneet akuutteja
somaattisia (ei-psykiatrisia) sairauksia hoitavat yksiköt. Toimintojen volyyymi on
pienentynyt eniten lapsille ja nuorille sekä lapsiperheille suunnatuissa ehkäise-
vissä palveluissa (neuvolat, koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto).

Vaikka mielenterveysongelmista kärsivien avopalvelut ovatkin lisääntyneet, ne
eivät näytä kykenevän täysin korvaamaan psykiatristen sairaansijojen radikaalia
vähentämistä. Kaikkein heikoimmassa asemassa lienevät samanaikaisesti mie-
lenterveys-, päihde- ja mahdollisesti muista sosiaalisista ongelmista kärsivät.
Vallitseva alkoholipoliittinen tilanne enteilee tämän asiakasryhmän kasvua, mutta
edes nykytason ongelmiin ei ole kyetty löytämään riittäviä ja tehokkaita palvelu-
ja.

Keskeinen johtopäätös edellä kuvatusta on se, että useat muutokset ovat hei-
kentäneet haavoittuvassa asemassa olevien ja pitkäaikaisista psykososiaalisista
ongelmista kärsivien palveluja työkäistä ja -kykyistä väestöä enemmän. Tämä

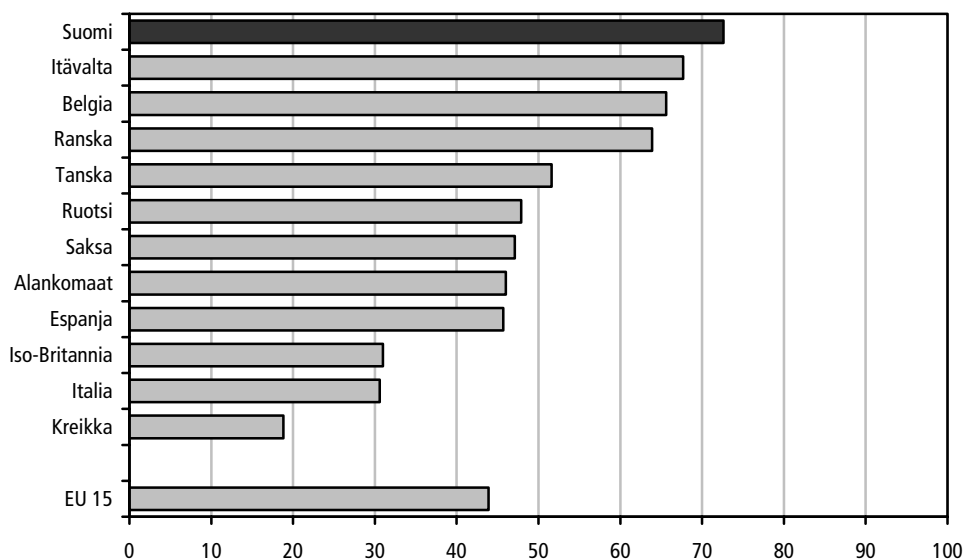
viittaa siihen, että vertikaalinen oikeudenmukaisuus on kehittymässä kielteiseen suuntaan.

Ehkäisevien palvelujen ja yleisen terveydenedistämisen asema suomalaisen terveydenhoitopolitiikan tavoitteenasettelussa on ollut keskeinen. Mikäli 1990-luvulla alkanut kielteinen kehityskulku ei muutu, on odotettavissa myös muita kuin oikeudenmukaisuuteen liittyviä ongelmia. Sairauksien ja niiden synnyttämän palvelutarpeen ehkäisy ennalta on pitkällä tähtäyksellä välttämätön edellytys palvelujärjestelmän ja sen rahoituksen kestävyydelle.

Terveydenhuollon asiakaslähtöisyydestä, tilivelvollisuudesta ja solidaarisuudesta

Suomen terveydenhuollon asiakaslähtöisyyttä arvioivaa tutkimusta on melko vähän. Kansainvälistä vertailevaa tutkimusta on tehty lähinnä väestön tyytyväisyydestä asiakaspalveluihin. Näissä tutkimuksissa Suomi on toistuvasti sijoittunut EU 15 -maiden kärkeen (kuviot 27 ja 28). Tuloksia tulkittaessa tulee muistaa, että tyytyväisyys on vain yksi näkökulma palvelujen asiakaslähtöisyyteen.

Kuvio 28 Terveydenhuoltoon tyytyväisten osuus väestössä vuonna 2002, %.



Lähde: Eurobarometer 2002.

Määrälliseen vertailevaan tutkimukseen perustuvaa kokonaiskuvaa terveydenhuoltomme tilivelvollisuuden toteutumisesta on mahdotonta antaa. Suomalaisen terveydenhuollon luja kytkös vahvaan paikallisdemokratiaan luo sille poikkeuksellisen vahvat edellytykset ohjautua demokraattisesti. Samalla melko yleinen näkemys on kuitenkin, että suuri osa terveydenhuollon toimintojen kehittämises-

tä on järjestelmälähtöistä. Tällä hetkellä osa asiantuntijoista pitää kunnallisdemokratian roolia liian vahvana: palvelujen rationalisoiminen kuntia suurempina kokonaisuuksina ei ole helppoa.

Kun terveydenhuollon solidaarisuudella viitataan rahoitusvastuun jakautumiseen, on käytettävissä melko yksityiskohtaista kansallista tietoa. Taulukosta 12 käy ilmi, että 1990-luvun alkupuolella terveydenhuollon rahoitus kääntyi progressiivisesta lievästi regressiiviseksi. Tämä tarkoittaa sitä, että pienituloisemmat käyttivät tutkimusjakson lopussa suuremman osan käytettävissä olevista tuloistaan terveydenhuollon rahoittamiseen kuin suurituloiset. Suurin selitys muutokselle oli nousseet käyttäjämaksut.

Taulukko 12 Terveydenhuollon rahoitusmuotojen progressiivisuusindeksi*) vuosina 1990 ja 1996.

	1990		1996	
	Rahoitus- osuus %	Progressiivisuus	Rahoitus- osuus %	Progressiivisuus
Valtion verotus	36	0,044	25	0,029
- välittömät verot	14	0,285	10	0,249
- välilliset verot	24	-0,097	15	-0,127
Kunnallisvero	37	0,068	39	0,039
Sairausvakuutus	11	0,094	14	0,053
Julkinen rahoitus yhteensä	86	0,060	78	0,039
Käyttäjämaksut	14	-0,242	22	-0,270
Rahoitus yhteensä	100	0,018	100	-0,035

*) progressiivisuusindeksi on positiivinen silloin, kun suurituloiset maksavat pienituloisia suuremman osuuden käytettävissä olevista tuloistaan terveydenhuollon rahoittamiseen.

Lähde: Häkkinen 2005.

3.4 Kuinka parantaa terveydenhuollon tehokkuutta ja oikeudenmukaisuutta?

Vaikka suomalaisen terveydenhuollon tuottavuus saattaa ainakin joiltakin osin olla kohtalaisen hyvällä kansainvälisellä tasolla, ei nykytilanteeseen saa olla tyytyväinen. Sekä huomattavat vaihtelut toimintayksiköiden välillä että aivan viime vuosien kielteinen kehitys osoittavat, että tuottavuuden parantamiselle on edelleen runsaasti tilaa. Tulevaisuudessa yhä suurempaa huomiota tullaan kiinnittämään tehokkuuteen eli tuotetun terveyshyödyn ja sen vaatimien voimavarojen väliseen suhteeseen. Tässä työssä on entistä vahvempi analyyttinen tietopohja saatava toiminnan kehittämisen käyttövoimaksi.

Monia asiantuntijoitakin on yllättänyt se, että suomalainen terveydenhuolto menestyy melko huonosti eräissä sosiaalisen oikeudenmukaisuuden kansainvälisissä vertailuissa. Alueellisen tasa-arvon osalta tilanne on vielä kohtuullisen hyvä, mutta paineet syrjäseutujen palveluja kohtaan kasvanevat edelleen tulevaisuudessa.

Palvelujärjestelmää on siis kyettävä uudistamaan. Muussa tapauksessa sitä uhkaa taantumisen kohti 1960-luvun tilannetta, jossa palvelujen tarve ja niiden tarjonta eivät kohdanneet määränsä, sisältönsä eivätkä sijaintinsa suhteen.

Eri toimijoiden roolit painottuvat eri tavoin eri haasteisiin vastattaessa. Vaikka myös kansallisin toimin voidaan vaikuttaa tuottavuuden kehitykseen, erityinen vastuu hoitoprosessien järjestämisestä on palvelujen tuottajilla. Palvelujärjestelmän tehokkuutta parannettaessa korostuu järjestelmän omistajan ja/tai palvelujen järjestäjän rooli: omistajan tehtävä on seurata sitä, että tuotetaan oikeita asioita.

Alueiden välinen oikeudenmukaisuus ei voi olla yksittäisten terveydenhuollon alueellisten tai paikallisten toimijoiden vastuulla. Myöhemmin tässä luvussa todetaan, että merkittävimmät sosiaalista epäoikeudenmukaisuutta aiheuttavat tekijät ovat rakenteellisia, koko järjestelmän arkkitehtuuria koskevia. Niinpä kansallisesta terveyspolitiikasta vastaavien tahojen vastuu korostuu oikeudenmukaisuutta edistettäessä.

Tehokkuuden parantaminen: uusia haasteita johtamiselle

Tuottavuuden jatkuva parantaminen on organisaatioiden välttämätön tehtävä kaikilla yhteiskunnan lohkoilla. Harvalla alalla kustannuspaineiden ja rahoitusmahdollisuuksien epäsuhta on yhtä suuri ja pysyväluonteisesti kasvava kuin terveydenhuollossa.

Tuottavuuden parantamisen imperatiivi ymmärretään terveydenhuollossa yhä paremmin. Nyt eletään vaihetta, jossa ongelmaan havahtumisen jälkeen etsitään aktiivisesti uusia työkaluja ja menettelytapoja tuottavuuden parantamiseksi. Viime vuosien aikana terveydenhuollon sisäinen ajattelu sen erityisluonteesta on lientynyt niin, että oppia haetaan yhä ennakkoluulottomammin muilta sektoreilta. Hyvä esimerkki ovat ne lukuisat kuntien, terveyskeskusten ja sairaanhoitopiirien hankkeet, joissa tuotantotalouden asiantuntemusta hyödynnetään hoito- ja hoitotoiminnan tukiprosessien uudistamisessa.

Haasteen suuruuden ja alan monitoimijaisuuden vuoksi tämän tyyppistä toimintaa on jatkossa voimistettava entisestään. Nykyisten prosessien hiominen ei aina ole oikea tapa edetä. Tarvitaan myös kokonaan uusia palvelukonsepteja. Asiak-

kaan tarpeista lähdetessä päästään usein entistä parempaan palveluun aiempaa matalammin kustannuksin.

Toistaiseksi tietoteknologian hyödyntäminen ei ole täyttänyt siihen kohdistettuja tuottavuuden lisäystoiveita. Suomessa erityishaasteena on äärihajautettu toimijakenttä. Jatkossa olisi löydettävä keinot riittävän kattavien kansallisten linjausten luomiseksi. Joiltakin osin ollaan jo nyt myöhässä – nyt käyttöön tulleiden järjestelmien yhteiskäytettävyyden takaaminen vaatii suurta lisäponnistusta.

Tällä hetkellä on käynnissä useita alueellisia prosesseja, joissa palvelujen tuotantoa ja järjestämisvastuuta kootaan suurempiin yksiköihin. Palvelutuotannon osalta merkittäviä etuja on saatavissa ainakin korkeaa erityisosaamista vaativien hoitojen sekä kuvantamisen ja laboratoriodiagnostiikan osalta. Sen sijaan yleisten sairauksien yleisissä hoitomuodoissa pitävää näyttöä skaalaeduista ei ole. Suurten yksiköiden etu saattaa olla niiden kyky tarjota joustavampia työolosuhteita.

Joissain yhteyksissä on asetettu suuria toiveita yksityisen palvelutuotannon kykyyn tuottaa terveydenhuollon palveluja julkisia yksiköitä tuottavammin. Vasta valmistuneen kansainvälisen tutkimuksen mukaan yksityisen ja julkisen terveyspalvelutuotannon välillä ei ole systemaattisia tuottavuuseroja suuntaan tai toiseen (OECD 2004). Tuottavuuden parantamisen kannalta on oleellista se, millä tavoin markkinatalouden dynamiikkaa hyödynnetään julkisen järjestelmän sisällä tai kuinka monituottajamallia (mukaan lukien yksityiset tuottajat) julkisesti ohjataan.

Pelkkä tuottavuuden kehittäminen ei tule koskaan riittämään tehokkaan ja taloudellisesti kestäväen terveydenhuollon varmistamiseksi. Tähän on useita syitä. Tälläkin hetkellä tunnetaan useita esimerkkejä yleisistä ja kalliista hoitomuodoista, joiden tuottama terveyshyöty on kovin pieni. Sen sijaan että tuotantoprosessia hiotaan yhä tuottavammaksi on voimavaroja kyettävä suuntaamaan vaikuttaviin hoitomuotoihin.

Merkittävimmät kustannusten nousua aiheuttavat tekijät ovat kokonaan terveydenhuollon oman prosessin ulkopuolella. Lääkekustannusten kehitys tunnetaan niiden erillisen tilastoinnin vuoksi parhaiten: 1990-luvun aikana lääkkeisiin käytetty rahamäärä kasvoi reaaliarvoltaan yli 1,8-kertaiseksi, ja sen osuus terveydenhuollon kokonaiskustannuksista nousi runsaasta 9 prosentista lähes 16 prosenttiin. Lääkkeet ovat vain esimerkki laajemmasta lääketieteellisen teknologian aiheuttamasta kustannuspaineesta. Vaikka uuteen teknologiaan liittyikin mahdollisuus vaikuttavampiin hoitoihin, on sen vaikutus kustannuksiin useimmissa tapauksissa ilmeisempi. Nykykeinoin vaikeasti hallittava paine kasvanee tulevana vuosina entisestään.

Voimavarojen siirtäminen tehottomista hoitomuodoista vaikuttavampiin on erittäin suuri haaste. Vuosikausia pysyneet, ilmeisen irrationaaliset vaihtelut hoitokäytännöissä kertovat tehtävän hankaluudesta. Perimmiltään on kyse johtamisen vahvistamisesta kaikilla tasoilla, omistajapolitiikasta johtamisjärjestelmien kehittämisen kautta ammattilaisten esimiestyöhön.

Välttämätön tuki johtamiselle on entistä paremman toiminnan ohjauksen tietopohjan luominen. Tämänhetkisten erikoissairaanhoidon ja vanhustenhuollon benchmarking-kokemusten pohjalta voidaan kehittää tapoja rutiinotoiminnan tehokkuuden seuraamiseen ja lisäämiseen. Tässä työssä Suomella on tietovarantojensa ja alan tutkimuksen vuoksi mahdollista toimia kansainvälisestikin suunnannäyttäjänä. Se edellyttää kuitenkin nykyistä suurempia voimavaroja uuden sukupolven työkalujen kehittämiseen.

Esimerkiksi erikoissairaanhoidon benchmarking-työ on osoittanut, että hyvätkään työkalut eivät yksin riitä takaamaan aktiivista muutosjohtamista. Työkalujen käyttö on saatava osaksi johtamisen perusrutiineja. Tarvitaan paljon työkalujen markkinointia enemmän: terveydenhuollon johtamista on kehitettävä kokonaisuutena. Nykyiset hyvätkään aloitteet johtamiskoulutuksesta tuskin yksin riittävät. Tarvitaan nykyistä selvempiä insentiivejä, joilla tehokkaammasta tuotannosta palkitaan. Terveydenhuollon johtamisessa on myös rakenteellisia ongelmia, joiden ratkaisu on välttämätöntä. Moniportainen ja useiden rinnakkaisten (ammattiryhmittäisten) rakenteiden johtamisjärjestelmä on usein liian jäykkä kyetäkseen riittäviin muutosprosesseihin.

Suomi ei ole erityisasemassa lääketieteellisen teknologian aiheuttamien kustannuspaineiden vuoksi. Itse asiassa Suomi on ollut eturintamassa etsimässä konkreettisia keinoja lääkekustannusten hallitsemiseksi. Ansiokkaasta työstä huolimatta tulokset eivät ole olleet riittäviä. Jatkossa olisikin – mahdollisesti yhdessä muiden EU-maiden kanssa – etsittävä tehokkaampia keinoja kaiken lääketieteellisen teknologian käytön ohjaamiseen. Pohjimmiltaan kyse ei ole vain uuden teknologian käyttöönotosta vaan niistä rakenteellisista keinoista, joilla terveydenhuollon käyttämiä menetelmiä säädellään yksittäisten organisaatioiden yläpuolella.

Oikeudenmukaisuuden parantaminen: tilaus rakenteellisille uudistuksille

Suomalaista terveydenhuoltoa on pidetty hyvin oikeudenmukaisena. Viime vuosina kertynyt tieto osoittaa, että tavoite onkin saavuttamatta ja osin ehkä jopa etäännyttämässä. Alueellisen ja sosiaalisen epätasa-arvon lisäksi uhkaavat haavoittuvat ryhmät jäädä kehityksen jalkoihin.

Tutkimusta terveydenhuollon palvelujen (epäoikeudenmukaisen) kohdentumisen selittäjistä on vähän. Teeman tulisi olla yksi terveydenhuoltotutkimuksen painopiste lähitulevaisuudessa.

Palvelujen epäoikeudenmukaisen kohdentumisen syyt ovat moninaisia. Suuri osa niistä liittyy järjestelmän makrotason rakenteisiin ja toimintaan, ja vain rajallinen osa niistä on ratkaistavissa toimintayksikkö-, kunta tai kuntayhtymätasolla. Sosiaaliryhmien välisiin palvelujen käyttöeroihin vaikuttavat merkittävästi palvelujen monikanavainen rahoitusjärjestelmä ja siihen kytkeytyvät suomalaisen terveydenhuollon maksupolitiikan erityisratkaisut (suuret omavastuuosuudet esimerkiksi erikoislääkäripalveluissa ja lääkeshoidossa, korkeat käyttäjämaksut, poistumassa oleva erikoismaksuluokka).

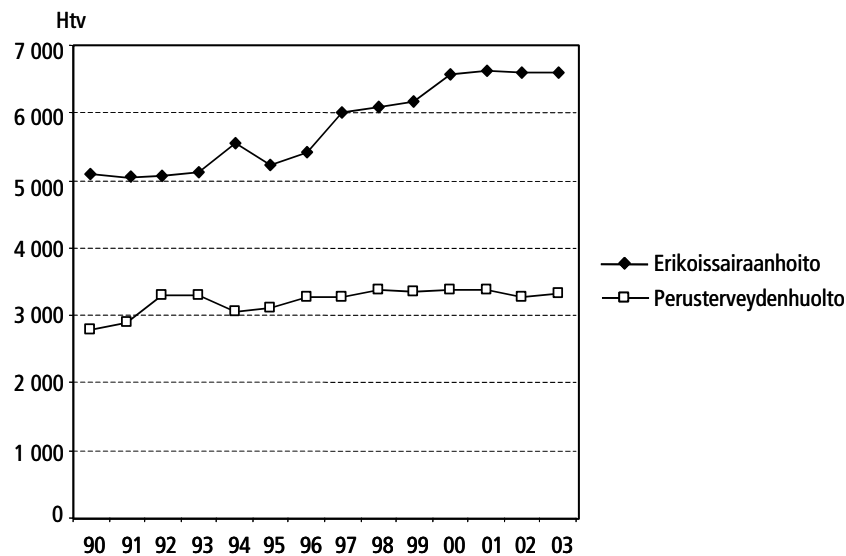
Merkittävä osuus erikoissairaanhoidon avopalveluista – erityisesti ensikäynneistä – tuotetaan yksityissektorilla. Koska sairausvakuutuksen omavastuuosuus on erittäin suuri (60–70 %), maksukyky ohjaa palvelujen käyttöä. Kun hoidon tarvetta arvioivat ensikäynnit jakautuvat epätasaisesti, ongelmat erikoissairaanhoidon avopalveluiden kohdentumisessa heijastuvat lähettämiskäytäntöjen kautta kunnallisten vuodeosastohoitajien käyttöön. Sairaaloissa tähän asti noudatettu erikoismaksuluokkakäytäntö, jossa potilaalle on jäänyt maksettavaksi huomattava omakustannusosuus, vahvistaa samaa vääristymää. Erikoisaloittain tarkasteltuna julkisen vuodeosastohoidon epäoikeudenmukainen kohdentuminen onkin voimakkainta siellä, missä avopalvelut nojaavat voimakkaimmin yksityissektoriin (esimerkiksi silmätaudeissa ja naistentauoissa).

Perusterveydenhuollon palveluja tuotetaan terveyskeskuksissa, työterveyshuollossa ja yksityisvastaanotoilla. Potilaalle lääkärikäynnit ovat ilmaisia vain työterveyshuollossa, jonka kattavuus on paras suurten ja keskisuurten työnantajien vakituisessa työsuhteessa olevien – ja usein keskimääräistä paremmin palkattujen – keskuudessa. Korkean omavastuuosuuden vuoksi myös yksityiset yleislääkärikäynnit jakautuvat suurituloisia suosien. Kun sekä työterveyshuollon että yksityisten palvelujen osuus perusterveydenhuollon käynneistä on viime vuosina kasvanut, kansainvälisissä vertailuissa todettu epäsuotuisa tilanne lienee kärjistynyt entisestään.

Monikanavaisella rahoitusjärjestelmällä on myös alueellista eriarvoisuutta lisääviä vaikutuksia. Kunnille suunnattuja sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksia määritettäessä otetaan huomioon väestön palvelutarvetekijät, mutta ei Kansaneläkelaitoksen kautta yksityissektorille ja työterveydenhuoltoon suunnattavia julkisia voimavaroja. Järjestelystä hyötyvät suuret ja kaupunkimaiset teollisuuspaikkakunnat. Vastaavasti pienet kunnat, joiden elinkeinorakenne nojaa maatalouteen ja muihin pientyöpaikkoihin, jäävät vähemmälle.

Alueellisen epäoikeudenmukaisuuden taustalla korostuvat (erityisesti lääkäri-) työvoiman riittävyysongelmat. Syitä erityisesti syrjäseutuja koettelemaan lääkäri- vajeeseen on useita. Jossain määrin kyseessä saattaa olla pienissä yksiköissä suureksi kasvava (päivystys)työrasitus sekä johtamiskäytännöt, jotka eivät luo houkuttelevaa työympäristöä. Tämän on nähty lisänsiirtymistä yksityissektorille. Myös tutkimusrahoituksen kasvun ja lääketieteellisuuden rekrytointien on katsottu johtaneen pulaan lääkäri-työvoimasta. Kuitenkin kunnallisessa terveydenhuollossa toimii enemmän lääkäreitä kuin koskaan aiemmin. Suurin yksittäinen tekijä terveyskeskusten lääkäripulan aiheuttajana lienee erikoissairaanhoidon nopeasti kasvanut virkojen määrä: 1990-luvun loppupuoliskolla lääkäri-työvoiman käyttö sairaaloissa lisääntyi lähes 1 400 henkilötyövuoden verran (kuviot 28 ja 29).

Kuvio 29 Lääkäreiden henkilötyövuodet (htv) perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa vuosina 1990–2003.



Lähteet: Tilastokeskus / Kunnallinen henkilökisteri; Stakes / SVT Sosiaaliturva 2004.

Lääkäri-työvoiman kohdistumisessa on ollut ongelmia jo ennen nykyistä terveydenhuollon ohjausmallia. Viime vuosikymmenen lopulla nähdyn kaltainen lääkäri-työvoiman nopea siirto erikoissairaanhoidon ja rintamaille olisi tuskin kuitenkaan ollut mahdollista ennen vuoden 1993 valtionosuusuudistusta. Aiemman suunnittelujärjestelmän aikana uusien virkojen ja investointien keskitetty hyväksyminen oli edellytys valtionosuuksien maksamiselle.

Suuri ohjausjärjestelmän murros on vaikuttanut myös yleisemmällä tasolla ja muiden mekanismien kautta. Kun kuntien määrävallan lisäämisen jälkeen val-

tionosuuksien määrä 1990-luvulla pieni, vähenivät valtiovallan keinot järjestelmän kehittämispoliitikan tavoitteiden selkeään esillä pitoon.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa ohjauksessa luotettiin 1990-luvulla informaatio-ohjaukseen, josta vuosikymmenen vaihteen jälkeen kehkeytyi ohjelmaohjaukseksi kutsuttu johdos. Informaatio-ohjauksen rajalliset vaikutusmahdollisuudet palvelujen kohdentumiskysymyksessä johtuvat monesta syystä. Kuntien erittäin suureksi kasvanut valta vei työkalut perinteiseltä valtion ylemmän hallinnolliseen asemaan perustuvalla suhteella. Jäljelle jäi "suostuttelun" tie.

Uudessa asetelmassa valtiovallan keskeiseksi tehtäväksi pelkistyi lainsäädännön luominen, sen toteutumisen seuranta sekä "ideologinen" johtaminen eli terveydenhuoltopoliitikan suurten tavoitteiden näkyväksi tekeminen. Kehittämisen perimmäisten päämäärien edistämisen sijasta informaatio-ohjaus on käytännössä usein merkinnyt teknistä järjestelmän nykytoiminnan hiomista. Hallituskauden mittainen hallinnonalan TATO-ohjelma ja laatusuositukset ovat yhdessä erilaisten kertaluonteisten ohjelmien kanssa informaatio-ohjauksen aikakauden merkittävimmät uudet ohjausinstrumentit. Sekä organisaatiotason kehittämiseen painottuvan sisältönsä että pirstaleiseksi ja siksi myös melko näkymättömäksi jääneen luonteensa takia ne eivät vaikuta merkittävästi palvelujen kohdentumisen oikeudenmukaisuuteen.

Tämän vuosikymmenen ohjelma-ohjaus on kytkenyt mukaan rahan kannustimena kunnille. Kunnille suunnattu kehittämishankerahoitus onkin lisääntynyt merkittävästi. Kunnallisten kehittämishankkeiden kautta ei kuitenkaan voida vaikuttaa niihin rakenteellisiin (rahoitus- ja maksupoliittikka-) kysymyksiin, jotka aiheuttavat epätasa-arvoa.

Nykyinen ohjausjärjestelmä on laittanut kunnat paljon vartijoiksi suomalaisessa terveydenhuollossa. Käytännössä kunnat eivät ole kyenneet ottamaan vastaan kaikkea niille annettua valtaa, vaan osa on siirtynyt terveydenhuollon perinteisille valtakeskittymille, suurille organisaatioille ja vahvoille ammattikunnille. Yksittäisten kuntien osaaminen ja väestöpohjan tuoma painoarvo ei useinkaan riitä erikoissairaanhoidon ohjaamiseen osana koko palvelutarjontaa. Isojen tuottajaorganisaatioiden vahva neuvotteluasema voi johtaa peruskunnissa järjestettyjen palvelujen suhteelliseen heikkenemiseen ainakin vaikeiden taloudellisten olosuhteiden vallitessa. Esimerkiksi ehkäisevien palvelujen ja mielenterveystyön aseman puolustaminen tiukan kuntatalouden tilanteessa vaatii kunnallisilta päättäjiltä ja johtavilta virkamiehiltä terveyspolitiikan tavoitteiden tuntemista ja niihin sitoutumista, mikä ei aina toteudu. Ilman terveydenhuoltopoliitikan suurten tavoitteiden kansallista esilläpitoa ja edistämistä tämä lienee lähes epärealistinen tavoite.

Edellä olevasta analyysistä on johdettavissa useita viestejä tulevaisuuden terveydenhuoltopolitiikalle. Erittäin hajautetun terveydenhuoltojärjestelmän mallissa tulee valtiovallan erityisesti harjoittaa aktiivista, terveyspolitiikan suuria tavoitteita esillä pitävää strategista ohjausta. Vaikka toiminnan tuottavuuden ja laadun takaamisessa tarvitaankin kansallisen tason toimia, perusvastuu niistä on kunnilla ja toimintayksiköillä. Alueellisesta ja sosiaalisesta oikeudenmukaisuudesta voidaan vastata vain koko maata koskevin toimenpitein ja koko järjestelmän toimintaperiaatteita tarvittaessa muuttaen.

Tuskin yksikään terveydenhuollon taho haluaisi paluuta 1970-luvun terveydenhuollon "suunnitelmatalouteen". Yhtä selvää on, että nykyiset kansallisen tason työkalut kehityksen ohjaamiseksi alueellisesti kestäväällä tavalla ovat riittämättömiä. Informaatio-ohjaus tulee jatkossa olemaan entistäkin tärkeämpää. Se ei kuitenkaan yksinään riitä. Jo tämän hetkiset kokemukset osoittavat, että esimerkiksi yhä kriittisemmäksi voimavaraksi muodostuvan ammattitaitoisen henkilöstön sijoittumista ei voida jättää yksin markkinoiden muokattavaksi. Tosiasioiden tunnustamisen tulisi johtaa siihen, että nykyistä selkeämpi kansallinen ohjaus tunnustetaan legitimiiksi tavoitteeksi. Tätä varten on seuraavana askeleena tuotettava ohjaukselle lainsäädännöllisiä edellytyksiä sekä konkreettisia työkaluja.

Suomalaisen terveydenhuollon akilleen kantapääksi on jo pitkään nähty monikanavainen rahoitusjärjestelmä. Viime aikaiset tutkimustulokset ovat yhä selvemmin osoittaneet hinnan, joka maksetaan sosiaalisena epäoikeudenmukaisuutena. Oikein ohjattuna yksityiset, julkiset ja kolmannen sektorin tuottamat palvelut voivat muodostaa toimivan kokonaisuuden. Erillisten rahoitusmallien järjestelmiä ei kuitenkaan voi käytännössä kehittää yhtenä kokonaisuutena. Yhteen sovittamattomina erilliset maksupolitiikat ja muut ohjauslylykkeet luovat terveyspolitiikan perimmäisten tavoitteiden vastaisia vaikutuksia ja kohdentavat varoja epätarkoituksenmukaisesti. Terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän uudistamiselle onkin vahva tilaus.

Tämän hetkisessä terveydenhuollossa erikoistuneiden palvelujen ja samalla suurimpien tuottajien asema on korostuneen vahva. Vastaavasti kaikkien palvelujen järjestämisvastuussa ja peruspalvelujen tuottamisvastuussa olevien peruskuntien käytännön edellytykset tehokkaaseen palvelujen kehittämiseen ovat rajoitetut. Tulevia uudistuksia suunniteltaessa tulisikin erityisesti kiinnittää huomiota palvelujen järjestäjien (tilaajien) riittävän vahvaan asemaan. Jo tällä hallituskaudella suunnitteilla olevassa palvelurakenneselvityksessä ja sen jatkotoimissa tämän näkökohdan tulisi olla keskeisessä asemassa.

Lähteet

- Aaltonen, J., Järviö, M-L., Luoma, K. & Rätty, T. (2004): Terveyskeskusten tuottavuuden ja tehokkuuserojen kehitys vuosina 1988–2002. VATT, Keskustelualoitteita 354.
- Arinen, S., Häkkinen, U., Klaukka, T., Klavus, J., Lehtonen, R. & Aro, S. (1998): Suomalaisen terveys ja terveystalouden käyttö. Terveystalouden väestötutkimuksen 1995/96 päätulokset ja muutokset vuodesta 1987. Terveys 1998:5. STAKES, SVT 1998.
- Engelard A., Haldorsen T., Dickman P.W., Hakulinen T., Möller T.R., Storm Hans H. & Tulinius H. (1998). Relative Survival of Cancer Patients. A Comparison between Denmark and the Other Nordic Countries. Acta Oncologica 1998.
- Hetemaa, T., Keskimäki, I., Manderbacka, K., Leyland, A.H. & Koskinen, S. (2003): How did the recent increase in the supply of coronary operations in Finland affect socio-economic and gender equity in their use? J Epidemiol Community Health 57:178–185.
- Häkkinen, U. (2005): The impact of Finnish health sector reforms. Stakes Discussion papers 2005 (painossa).
- Junnila, M., Linna, M., Juvonen, I., Häkkinen, U., Järvelin, J. & Pekurinen, M. (2005): Sairaaloitten tuottavuuden kehitys 2000–2003. Stakes, Tilastoraportti 2005 (ennakkotieto).
- Keskimäki, I., Teperi, J., Aro, S. & Pohjanlahti, J-P. (1993): Leikkaustoimenpiteiden yleisyyden alueellinen vaihtelu Suomessa. STAKES, Raportteja 83/1993, Helsinki.
- Keskimäki, I. (2003): How did Finland's economic recession in the early 1990s affect socio-economic equity in the use of hospital care? Social Science & Medicine. 56(7):1517–30.
- Linna, M., Häkkinen, U. & Magnusen J. (2003): Suomalaiset sairaalat norjalaisia kustannustehokkaampia. ss. 4–5 Chess Online 1/2003.
- Nolte, E. & McKee, M. (2003): Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care. BMJ 327(7424):1129.
- Noro, A., Finne-Soveri, H., Björkgren, M. & Vähäkangas P. (toim.) (2005): Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus – RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. STAKES.
- OECD (2004): Health Data 2004, 3rd edition. OECD, Paris.
- Pekurinen M., Vohlonen I., Häkkinen U. (1988): Kansanterveystyö ja terveydenhuollon menot. Sosiaalinen aikakauskirja 1/1988. ss. 9–14.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2004. STAKES, SVT 2004.
- Teperi, J. (2005): Kuka saa terveystaloutta? Kirjassa: Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. toim. Heikkilä M. & Roos M. STAKES.
- Viisainen, K., Saalasti-Koskinen, U., Perälä, M-L, Kinnunen, H. & Teperi J. (2002): Terveystalouden 2000-luvulle -hankkeen alueellisen toimeenpanon arviointi. Selvityksiä 8. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Yhteenvedoa ja päätelmiä

Tässä selvityksessä on tarkasteltu julkisen vastuun laajuutta suomalaisessa hyvinvointivaltiossa kokonaisuutena eri mittarein ja sen jälkeen erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollossa. Selvityksen taustalla on huoli hyvinvointivaltion nykymuotoonsa kehittyneen mallin kestävydestä. Merkittäviä paineita kaikkiin länsimaisiin hyvinvointivaltioihin aiheuttaa globalisoituvasta taloudesta, väestörakenteen muutoksesta, työllisyyden kehityksestä ja vaikkapa perherakenteiden muutoksesta. Samaan aikaan hyvinvointivaltion rahoituspohja on ohentunut tai ohentumassa. Vuosien kuluessa tehdyt sitoumukset ovat kypsyttäneet järjestelmiä ja kumuloineet niiden aiheuttamat menot.

Raportin osassa 1 tarkastellaan Suomen julkisen sektorin laajuutta, rakennetta ja kehitystä suhteessa muihin "vanhoihin" EU-maihin. Julkista hyvinvointivastuuta arvioidaan tarkemmin kolmesta näkökulmasta: (i) elintason (BKT) ja työllisyyden näkökulmasta; (ii) sosiaalipolitiikan rahoituksen näkökulmasta; ja (iii) hyvinvoinnin jakautumisen näkökulmasta.

Jakson keskeisimmät johtopäätökset voidaan listata seuraavasti:

1. Makrotasoiset vertailut hyvinvointivaltioiden välisistä eroista eivät anna tukea käsitykselle, että ainakaan EU 15 -alueella olisi tunnistettavissa erityistä pohjoismaista klusteria. Suomen etäisyys kahteen muuhun pohjoismaahan, Tanskaan ja Ruotsiin, on käytetyillä kriteereillä suuri ja monet mannereurooppalaiset hyvinvointivaltiot ovat lähempänä Ruotsia ja Tanskaa kuin Suomi.
2. Sama makrotason vertailu osoittaa, että Suomi hyvinvointivaltiona ei 2000-luvun alussa juurikaan poikkea muista länsieurooppalaisista hyvinvointivaltioista.
3. Suomi ei käytettyjen mittareiden valossa ole mitenkään korostuneesti laajan julkisen hyvinvointivastuun maa.
4. Sosiaalipoliittisessa retorikassa suomalainen malli kuitenkin samaistetaan pohjoismaiseen malliin. Kysymys onkin ennen muuta normatiivis-ideologisesta suuntautumisesta ja rakenteellisesti samankaltaisista ratkaisuista. Samanaikaisesti on kuitenkin myös todettava, että suomalaista kehitystä 1970- ja 1980-luvuilla tuskin ohjasi mikään tietoinen visio halutusta mallista, vaan vähitellen kehittynyt hyvinvointivaltio oli erilaisten kaupankäyntien ja kamppailujen tulos. Sama arvio pätee myös 1990- ja 2000-lukujen kehitystyöhön: tehtyjä ratkaisuja ei ohjannut pyrkimys kohti "aukotonta kokonaisuutta", vaan pikemminkin erilaiset ajankohtaiset tarpeet ja niihin reagoiminen vailla laajempaa käsikirjoitusta.

Raportin toisessa osassa tarkastelun kohteena ovat julkiset sosiaalipalvelut – erityisesti lastenhoito ja sen julkinen tuki, vanhusten palvelujen kokonaisuus sekä vähimmäisturva (toimeentulotuki). Tässä jaksossa keskeinen julkisen vastuun oikeudellinen kivijalka on perustuslain 19 §. Sanotun lainkohdan 1 momentissa säädetään oikeudesta välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon ja tätä säännöstä pidetään esimerkkinä suoraan perustuslaissa turvatusta subjektiivisesta oikeudesta. Toimeentulotuki on tämän oikeuden toteutumista turvaava keskeinen rahaetuus. Vanhuspalvelujen kohdalla kysymys on erillislainsäädännöllä kunnan yleisen järjestämisvelvollisuuden piiriin säädetystä ns. määrärahasidonnaisista palveluista. Lähtökohtana on perustuslain 19.3 § sanamuoto "julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvet ja edistettävä väestön terveyttä." Keskeinen laki tällä kohdin on sosiaalihuoltolaki.

Lasten päivähoito on suomalaisessa sosiaalipalvelujen kokonaisuudessa määrällisesti mittavin osa-alue ja ehdoton oikeus päivähoitopaikkaan on merkittävä poikkeus sosiaalipalvelujen yleiseen tilanteeseen nähden. Ehdoton oikeus hoitopaikkaan on säädetty laissa yksiselitteiseksi. Ehdottoman päivähoito-oikeuden kasvu täyteen mittaansa kulki käsi kädessä lakisääteisen hoitovapaan ja kotihoidon tuen kanssa. Päivähoidon mittava kehittäminen ja subjektiivisen oikeuden luominen ovat esimerkki yhtäältä vuosikymmeniä kestäneestä poliittisesta kompromissin teosta ja toisaalta sosiaalipolitiikasta, joka sai myös elinkeinoelämän varauksettoman tuen 1970- ja 1980-luvuilla. Lisäksi suomalaista lastenhoitoprojektia ovat sävyttäneet voimakas valinnanvapausretoriikka ja tasa-arvo-yrkimykset.

Tutkimukset osoittavat, että erilaisten lastenhoito- ja tukimuotojen käyttö on selkeästi perheiden sosiaalisen aseman mukaan rakentunut. Kotihoidon tukea saavien ja kokonaan vaille julkista hoitotukea jäävien perheiden sosiaalinen asema on koulutuksella ja tuloilla mitaten matalin. Kunnallista päivähoitoa käyttävien keskuuteen painottuvat keski- ja hyvätuloiset ja toimihenkilöt. Ja yksityisen hoidon tukea käyttävät perheet ovat muita useammin hyvätulaisia ja työelämään hyvin sijoittuneita.

Kuntien toimeenpanovastuulla oleva toimeentulotuki on perustuslaista johdettavissa oleva subjektiivinen oikeus, josta on voimassa erillislaki vuodelta 1997. Suomessa eduskunta päättää vähimmäisturvasta.

Perusturvaan tavataan lukea toimeentulotuen lisäksi ainakin työttömän perusturva, vähimmäispäivärahat sekä asumistuki. Koska näiden etuuksien myöntämisperusteet, keskinäinen ensisijaisuus ja rahoitus poikkeavat toisistaan, on tasoeroilla merkitystä. Aikavälillä 1993–2004 heikentyi vähimmäisturva suhteellisesti eli suhteessa reaaliansioiden kehitykseen. Kun reaaliensiot tuolla kaudella kasvoivat 25,7 prosenttia, oli esim. toimeentulotuen reaaliomuutos – 3,0 prosent-

tia, kansaneläkkeen 2,1 prosenttia ja työttömän perusturvan 1,8 prosenttia. Tämä osaltaan selittää viimesijaisesta toimeentuloturvasta riippuvaisten väestöryhmien (mm. yksinhuoltajat ja pitkäaikaistyöttömät) korkean köyhyysasteen. Edelleen kuntien kannalta pulmallista on kehitys, jossa merkittävän suuri osa pitkäaikaistyöttömistä on myös toimeentulotuen saajia.

Raportin kolmannessa osassa osoitetaan, että Suomen terveydenhuollon kehitys 1970- ja 1980-luvuilla on menestystarina. Silti viime vuosina on kertynyt uutta tietoa ongelmista terveydenhuollon tuottavuudessa ja tehokkuudessa sekä erityisesti sen oikeudenmukaisuudessa. Jotta tulevaisuuden mittaviin haasteisiin (esimerkkeinä väestörakenteen muutos, lääketieteellisen teknologian kehitys, väestön kasvavat odotukset ja rajalliset rahoitusmahdollisuudet) voidaan vastata menestyksellisesti, on terveydenhuoltoa päämäärätietoisesti uudistettava. Pahimmassa tapauksessa uhkana on taantuminen kohti 1960-luvun tilannetta, jossa terveystalouden tarve ja tuotanto eivät kohdanneet toisiaan määrältään, sisällöltään eivätkä sijainniltaan.

Nyt käynnissä olevia prosesseja, joissa terveydenhuollon tuottavuutta parannetaan, on voimistettava entisestään. Palvelujärjestelmän rakenteiden muuttaminen, palveluprosessien uudelleen järjestäminen, kokonaan uudet palvelukonseptit ja tietoteknologian nykyistä koordinoitumpi hyödyntäminen johtavat oikein toteutettuina tuottavuuden kasvuun.

Tehokkuuden lisääminen edellyttää tuottavuuden kasvattamisen lisäksi voimavarojen uudelleen suuntaamista vaikutukseltaan parhaisiin hoitomuotoihin. Tämä ei ole mahdollista ilman terveydenhuollon johtamisen kehittämistä kaikilla tasoilla – omistajapolitiikasta johtamisjärjestelmien uudistamisen kautta esimiestyöhön. Osana johtamisen kehittämistä tulee sen tietopohjaa, erityisesti palvelujärjestelmän tehokkuuslähtöistä tuotannon ohjausjärjestelmää, kehittää voimakkaasti.

Samalla kun lääketieteellisen teknologian kehitys luo mahdollisuuksia sairauksien parempaan hoitoon, se lisää voimakkaasti terveydenhuollon kustannuksia. Tämän hetkiset työkalut eivät riitä kehityksen hallitsemiseen – tarvitaan uusia rakenteellisia keinoja terveydenhuollon käyttämien menetelmien säätelyyn yksittäisten tuottajaorganisaatioiden yläpuolella.

Edellisten vuosikymmenten määrätietoinen linja perusterveydenhuollon vahvistamiseksi muuttui päinvastaiseksi kehitykseksi 1990-luvulla. Kun perusterveydenhuollon sisältö on samalla painottunut entistä enemmän sairaanhoitoon, on ehkäisevien palvelujen ja yleisemmän terveyden edistämisen osuus pienentynyt merkittävästi. Ellei kehityssuuntaa uudelleen muuteta, uhkana ovat väestön myönteisen terveyskehityksen hidastuminen sekä palvelutarpeen ja kustannusten kasvu.

Viime vuosikymmenellä siirryttiin (sosiaali- ja) terveydenhuollossa voimakkaasti hajautettuun hallintomalliin. Valtiovallan toiminnassa korostui informaatio-ohjauksen kehittäminen. Tulevaisuudessa tiedon ja asiantuntemuksen välittämisen merkitys korostuu entisestään.

Terveydenhuollon palvelujen kohdentumisen oikeudenmukaisuudessa (so. tarpeen mukaisuudessa) havaitut ongelmat tuovat samalla esiin tarpeen myös muiden valtiovallan ohjausinstrumenttien vahvistamiseksi.

Terveydenhuollon suuria tavoitteita esillä pitävää strategista ohjausta on vahvistettava. Samalla kun nykyistä vahvempi kansallisen tason ohjaus tulee tunnustaa legitimiiksi tavoitteeksi, sille on luotava uusia lainsäädännöllisiä edellytyksiä ja konkreettisia työkaluja. Nykyisen avosairaanhoidon rahoittaminen erillisten kanavien kautta on johtanut osin terveydenhuoltopolitiikan perustavoitteiden vastaisiin seurauksiin. Rinnakkaisjärjestelmiin sisältyvät erilaiset kannustimet johtavat sekä kokonaisvoimavarojen tehottomaan käyttöön että palvelujen epäoikeudenmukaiseen kohdentumiseen. Vaikka kunnallinen perusterveydenhuolto, työterveyshuolto ja yksityiset palvelut voidaan jatkossakin tuottaa eri organisaatioissa, rahoitusjärjestelmän yhteensovittamiselle on vahva tilaus.

Nykyisessä mallissa erikoistason suurten palvelutuottajien asema on vahva. Kaikkien terveyspalvelujen järjestämistä vastuussa ja myös peruspalvelujen tuottamisvastuussa olevien peruskuntien mahdollisuudet palvelujen kehittämiseksi yhtenä kokonaisuutena ovat rajoitetut. Tulevissa uudistuksissa tulee kiinnittää erityistä huomiota palvelujen järjestäjien (tilaajien) riittävän vahvaan asemaan.

Pohdintaa

Onnistunutta politiikkaa

Bruttokansantuotteella mitaten Suomi on tällä hetkellä rikkaampi kuin koskaan; se myös käyttää sosiaaliturvaan rahaa enemmän kuin koskaan. Sosiaaliturvaan käytetyissä resursseissa, sosiaaliturvan kohdentamisessa tulonsiirtoihin ja palvelumenoihin sekä sosiaaliturvan rahoituksen jakautumisessa se on silti länsieurooppalaista keskitasoa. Kansantalouden resursseihin suhteutettuna ja asukasta kohti laskettuna Suomi käyttää sosiaaliturvaan hieman muita EU 15 -maita vähemmän resursseja. Terveydenhuollon kokonaiskustannukset ovat näin vertailun lähes poikkeuksellisen pienet.

Karkeilla makroluvuilla arvioituna Suomi on palannut lamaa edeltävään tilanteeseen. Sosiaaliturvan sisäinen rakenne ja toimintasäännöt ovat kuitenkin 10 vuodessa muuttuneet oleellisesti. Korkea työttömyys vie sosiaalimenoista huomattavan suuren osan. Myös maksettujen eläkkeiden arvo on kasvanut. Näiden erien absoluuttinen ja suhteellinen kasvu on tapahtunut tinkimällä muusta sosiaalitur-

vasta. Suuria heikennyksiä on tapahtunut esimerkiksi vanhusten kotipalveluissa. Osin sosiaaliturvan muutosten seurauksena etenkin verotuksen ja tulonsiirtojen uudelleenjakovaikutus on selvästi pienentynyt ja tuloerot sekä suhteellinen köyhyys ovat kasvaneet.

Kansainvälinen vertailu osoittaa, että menojen hillintä on Suomessa ollut EU 15 - alueen tehokkainta. Vaikka sosiaalimenot ovat vuoteen 1990 verrattuna kasvaneet, ne ovat kasvaneet kaikissa muissa maissa Suomea nopeammin. Tutkimisen arvoinen kysymys olisikin se, miksi suomalaisessa hyvinvointivaltiossa uudistaminen ja menojen hillintä on onnistunut niin hyvin. Tällaisia piirteitä tuskin halutaan hukata. Globaalin talouden luomassa uudessa tilanteessa pohjoismaiset hyvinvointivaltiot näyttävät olleen muita maita kykenevämpiä tekemään uudistuksia ja hillitsemään menojen kasvua.

Julkinen vastuu nyt ja jatkossa

Suomalaisessa hyvinvointimallissa eivät julkisen vastuun ala ja toteuttamisen muodot näytä määräytyneen minkään yhden selkeän kokonaisnäkemyksen tai filosofian perusteella. Yhtenäisen "punaisen langan" sijaan kehitystä ovat ohjanneet poliittiset kompromissit ja jopa tilannesidonnaiset pragmaattiset tekijät. Silti tai kenties juuri sen vuoksi ovat ratkaisut koalitionhallituksissa pyrkineet muodostumaan kestäviksi niin taloudellisesti kuin sosiaalisestikin.

Julkisen vastuun täsmällisyys (oikeudellisessa mielessä) ja ala vaihtelevat merkittävästi.

Klassisen sosiaalipoliittisen doktriinin hengessä voisi odottaa, että (i) mitä perustavalaatuistemmat ovat yksilön tarpeet tai hyvinvoinnin uhkatekijät, ja (ii) mitä huono-osaisemmasta väestönosasta sosiaalisessa ja taloudellisessa mielessä on kysymys, sitä vahvemmat ovat sosiaaliset oikeudet ja sitä yksiselitteisempi on julkisen vallan vastuu.

Näin ei kuitenkaan ole asian laita.

Turva suhteellista köyhyyttä vastaan on vahva. Oikeus viimesijaiseen toimeentuloturvaan (toimeentulotukeen) on subjektiivinen oikeus. Poliittis-hallinnollinen köyhyysraja eli valtakunnallinen toimeentulotuen perusosan normi on eduskunnan määrittelemä eli lain kautta säädetty.

Sen sijaan muissa tilanteissa, joissa ihmisten perustavalaatuinen hyvinvointi on uhattuna (lastensuojelutilanteet, akuutti päihdeongelma ym.), on julkinen (kunnan) vastuu relativista, määrärahasidonnaista, epätäsmällistä ja asiantuntijaharkintaan perustuvaa. Tätä asiointilaa voidaan pitää epätyydyttävänä.

Voidaan sanoa, että 2000-luvun Suomessa julkinen vastuu terveiden lasten koptäiväisestä hoidosta on vahvempi kuin julkinen vastuu sosiaalisesti, psyykkisesti ja fyysisesti uhattujen lasten hoidosta ja kasvatuksesta. Tähän on ideologia, makrotaloudellisia ja poliittisia syitä. Lasten päivähoiton logiikka ja tehtävä on toinen kuin lastensuojelun.

Mittakaavaltaan myös taloudellisesti suurempi on kysymys ikääntyneiden ihmisten perusturvasta, hoivasta ja terveyspalveluista. Lyhyen aikavälin historiallisen kehityksen tuloksena ollaan Suomessa tilanteessa, jossa alle kouluikäisten lasten hoitotarpeet ovat verrattomasti paremmin turvatut kuin vanhojen vanhusten hoivan tarpeet. Vanhusväestön hoivan tarve on määrällisesti kasvava kun taas lasten yhteiskunnallisen hoidon ja kasvatuksen tuen tarve näyttää kokonaisuutena vähenevän – pääosin alentuneesta syntyvyydestä johtuen. Eikö siis jatkossa tulisikin vahvistaa lailla juuri vanhusväestön palveluoikeuksia, osin ja kasvavassa määrin heidän omalla kustannuksellaan?

Julkista hyvinvointivastuuta voitaisiin jatkossa toteuttaa (tuottaa) nykyistä enemmän yksityisesti tuotetuilla palveluilla. Tähän liittyy kuitenkin joukko kysymyksiä.

Julkisella vallalla täytyy olla uuteen dynamiikkaan sovitettut välineet monitoimijaisen järjestelmän ohjaamiseen. Muussa tapauksessa uhkana ovat yhtä aikaa kokonaiskustannusten kasvaminen sekä palvelujen alueellisesti ja sosiaalisesti epäoikeudenmukainen kohdentuminen.

Miksi yksityisesti tai ainakin nykyistä monipuolisemmin toteutettu palvelujen tuotanto olisi kansantaloudellisesti parempi ratkaisu kuin julkinen tuotanto? Näyttö yksityisen palvelutuotannon suuremmasta tehokkuudesta puuttuu. Mahdollinen hyöty tulisikin sitä kautta, että kilpailu lisäisi tuottavuutta koko palvelutuotannossa omistuspohjasta riippumatta. Mahdollinen ei-toivottu vaikutus olisi se, että niukkenevan työvoiman tilanteessa kilpailu johtaisi henkilöstökustannusten ja sitä kautta palvelujen yksikkökustannusten nousuun.

Työvoimavaltaisena sektorina sosiaali- ja terveysala tulee jatkossa olemaan entistä merkittävämpi työllistäjä Suomessa. Voisiko se siis tuoda helpotusta myös alhaisen tuottavuuden työn puutteeseen tahi esimerkiksi maaseudun työttömyyteen? Entä olisiko hoivapalvelujen työllistämisvaikutus merkittävämpi ensisijaisesti julkisesti vai nykyistä monipuolisemmalla tuotantorakenteella toteutettuna? Nämä ovat kysymyksiä, joihin tulisi etsiä vastauksia, kenties kokeilujen tietä.

Arviointia tarvitaan

Nykyhetken hyvä sosiaalimenojen hallinta ei ole tae tulevasta kehityksestä. Suomi on EU 15 -maiden joukossa poikkeuksellisen avoin talous ja väestöraken-

teen muutos on Euroopan nopeinta. Nämä haasteet ovat hyvin tiedossa ja niihin on varauduttu taloudellista kestävyyttä parantavilla uudistuksilla.

Sosiaaliturvan kehittämisessä ollaan tilanteessa, jossa kokonaisveroastetta ei haluta muuttaa ja jossa eläkkeiden osuus sosiaalimenoista ja julkisista menoista koko ajan kasvaa. Jos tämä yhtälö pidetään voimassa on selvää, että julkista vastuuta sosiaaliturvan muilla aloilla on supistettava.⁶ Valittu peruslinja voi merkitä hyvinvoinnin jakaumatavoitteessa tinkimistä, ts. tuloerojen ja köyhyyden kasvua. Syrjäytymisvaarassa ovat etenkin työttömyyttä kokevat kotitaloudet ja niiden lapset. Kehitys nostaa esiin kysymyksiä esim. sukupolvien välisestä oikeudenmukaisuudesta.

Raporttimme perusteella pohdittavaksi nousee se, ettei Suomessa ole tähän mennessä merkittäväällä vakavuudella pohdittu hyvinvoinnin turvaamisen arkkitehtuuria. Tulonsiirtojen ja palveluiden painotus erilaisissa hyvinvointitarpeissa muodostaa periaatteessa uudelleenjaon kokonaistrategian.

Tällä hetkellä hyvinvoinnin turvaamisen strategia Suomessa sisältää lähestulkoon kaikkia mahdollisia keinoja. Vastaavanlaajuisista tuki- ja palvelumuotojen kirjoa tuskin löytyy muista maista. Tämänhetkisessä tilanteessa tämä voi olla hyväkin asia, mutta tulevaisuudessa kun rahoitus käy vaikeammaksi ja tarpeet kasvavat on epäuskottavaa, että kaikki kukat voisivat kukkia.

Hyvinvoinnin jakamisen strategioita tulisi perusteellisesti arvioida. Arvioinnissa tulisi harjoittaa pohdintaa sekä sosiaalisista että taloudellisista näkökulmista. Yhtenä lähtökohtana voisi olla järjestelmän hyvin perusteltu yksinkertaistaminen. Sosiaaliturvan kehittämisessä ei tällä hetkellä ole tiekarttaa, joka ohjaisi valintojen tekemistä yksittäisissä ratkaisuissa. Epäselvyys julkisen vastuun alasta, keinoista ja työnjaosta vaikuttaa kaikkiin toimijoihin, palveluiden osalta kuntien, järjestöjen ja yksityisen sektorin tekemiin valintoihin. Sosiaalipolitiikan näkökulmasta keskeisiä peruskysymyksiä, joihin on aika ajoin palattava, ovat:

- julkisen vastuun laajuuden määrittely erilaisissa sosiaalisissa riskeissä (ja tätä kautta saatava kokonaiskuva)
- painotukset tulonsiirtojen ja palveluiden välillä
- rahoitusvastuun määrittely tulonsiirroissa ja palveluissa ja jälkimmäisissä myös järjestämis- ja tuottamisvastuun määrittely eri palveluissa
- julkisen vastuun jakaminen kuntien ja valtion kesken
- julkisen vastuun ala suhteessa järjestöihin ja yksityiseen sektoriin.

⁶ Tässä yhteydessä on tuotava esille se, ettei maailmasta löydy esimerkkejä maista, joissa olisi sekä vähäinen julkinen panostus sosiaaliturvaan (pienet sosiaalimenot) että korkea ja tasaisesti jakautuva hyvinvointi.

Kommenttikirjoitus

Matti Tuomala/Tampereen yliopisto

Sosiologeilla on tapana tehdä luokituksia. Hyvinvointivaltiotakin on luokiteltu monella tavalla. Luokittelulla päästään parhaimmillaan kiinnostavaan alkuasetelmaan. Isot kysymykset tulevat vasta tämän jälkeen. On varsin ilmeistä, että karkealla luokituksella Suomi kuuluu Pohjoismaiden ryhmään. Suomi poikkeaa kuitenkin monessa suhteessa muista Pohjoismaista. Mielestäni tärkein Suomea muista Pohjoismaista erottava seikka on julkisen sektorin työllisyys.

Julkisen sektorin työllisyys ei ole saanut suomalaisessa keskustelussa juuri mitään huomiota. Monet äskettäiset viralliset raportit ovat vaienneet aiheesta. Esimerkiksi Sailaksen työllisyysryhmän olisi luullut lausuvan siitä jotakin. Tämä on kummallista, koska Suomessa julkisen sektorin rooli työllistäjänä on selkeästi matalampi kuin muissa pohjoismaissa (ks. kuvio 1). Muissa pohjoismaissa julkisen sektorin osuus koko työllisyydestä on ollut viime vuodet 30 prosentin seutuvilla. Suomessa on jääty alle 25 prosentin.

Julkinen sektori ei juuri missään maassa rahoita suoraan kodinkoneiden, videopelien, lelujen tai huonekalujen kulutusta. Sen sijaan useissa maissa sillä on merkittävä rooli koulutuksen, terveydenhoidon ja erilaisten hoivapalvelujen rahoituksessa ja tuotannossa. Kehittyneissä maissa näiden palvelujen osuudet eivät kovin paljon poikkea toisistaan. Niiden osuus BKT:sta on varsin korkea, yleensä 15–20 prosenttia. Sen sijaan Ruotsissa, Norjassa ja Tanskassa julkinen sektorilla on näiden palvelujen tuottajana selvästi suurempi rooli kuin muissa maissa. Tästä syystä julkisen sektorin työllisyysosuus on huomattavasti korkeampi näissä pohjoismaissa kuin Suomessa ja muissa OECD-maissa. (ks. kuvio 1) On tärkeää tehdä ero julkisen sektorin tarjonnan tai rahoituksen ja julkisen tuotannon välillä. Julkinen sektori voi verotuksella rahoittaa palveluja tuottamatta niitä itse. Tai, kuten pohjoismaissa pääsääntöisesti, tuotanto tapahtuu julkisen sektorin toimesta. On hyvä muistaa, että näiden palvelujen julkinen rahoitusosuus ei ole aina ollut näin korkealla tasolla. Esimerkiksi vuonna 1960 julkisen rahoituksen osuus terveydenhuoltomenoista oli Suomessa 59 prosenttia ja vuonna 1980 79,6 prosenttia. Tämän jälkeen tuo osuus on pysynyt lähes ennallaan tai pikemminkin lievästi laskenut. Vuonna 1998 julkisen rahoituksen osuus oli 76,2 prosenttia. Pohjoismaissa julkisen rahoituksen osuus oli vuonna 1992 keskimäärin 85,4 prosenttia ja OECD-maissa 76,2 prosenttia. Pohjoismaista julkisen rahoituksen osuus oli suurin Norjassa ja pienin Suomessa.

Miksi julkisen sektorin tulisi tarjota (rahoittaa) näitä palveluja? Miksi markkinat eivät hoida kaikkien näiden palvelujen tarjontaa? Ovathan ne pääsääntöisesti yksityishyödykkeitä. Meidäthän on opetettu, kiitos taloustieteen perusoppikirjojen ensimmäisten lukujen, ajattelemaan, että markkinat ovat luontevin ja tehok-

kain tapa tarjota ja jakaa yksityishyödykkeitä. Miksi yksityishyödykkeiden julkinen tarjonta on sellaista, kuin me sen useissa maissa havaitsemme olevan?

Koulutuksen, terveydenhoidon ja sosiaalipalvelujen julkiselle tarjonnalle saamme tukea varsin tuoreesta teoreettisesta tutkimuksesta. (On toki muitakin perusteluita). Tuon tutkimuksen mukaan tietyn uudelleenjakotavoitteen saavuttamiseksi on parempi yhdistää esimerkiksi tuloverotus ja ko. hyvinvointipalvelujen tarjonta kuin luottaa pelkästään tuloverotukseen. Tulos perustuu siihen, että voimme väljentää tuloverotuksen kannustinrajoitusta tietynlaisella (työntarjontaan liittyvällä, kuten lasten päivähoito) hyvinvointipalvelujen julkisella tarjonnalla. Lisäksi nämä palvelut ovat luonteeltaan sellaisia, että niiden tuotanto on hyvin työvaltaista. Muissa pohjoismaissa tästä on ollut seurauksena julkisen sektorin korkea työllisyysosuus. Lisäksi ne ovat vapaa-aikaa korvaavia, ts. työntarjontaa täydentäviä. Tämä mahdollistaa sen, että niiden suoralla tarjonnalla voidaan lieventää rahatukeen liittyviä kannustinrajoitteita ja tehostaa hyvinvointi- ja uudelleenjakopolitiikkaa.

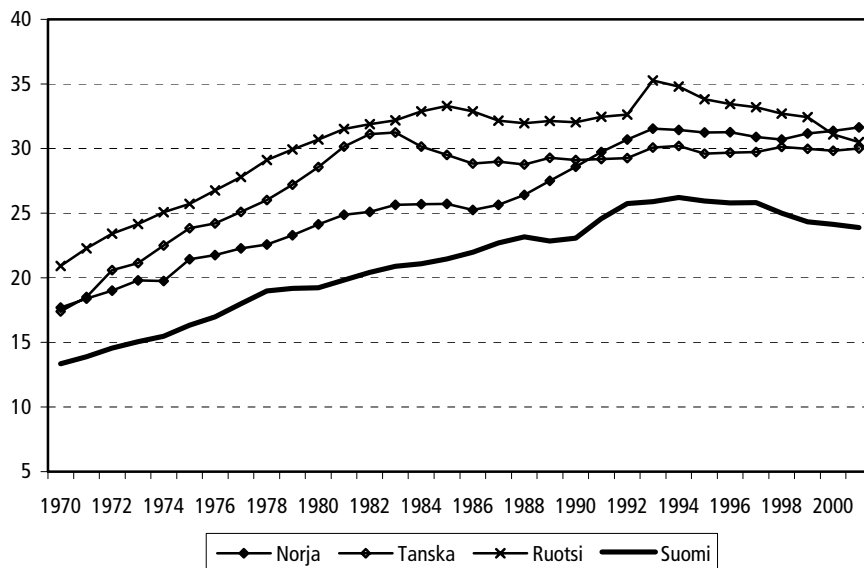
Eräs selitys muiden pohjoismaiden korkeaan julkisen sektorin työllisyysosuuteen ja sitä kautta laajaan yksityishyödykkeiden tuotantoon voi olla epäsuora uudelleenjako, jota toteutetaan julkisen työllisyyden avulla. (ks. Pirttilä & Tuomala, 2005). Laaja uudelleenjako pelkän vero- ja tulonsiirtojärjestelmän avulla synnyttää vääristymiä, joita ekonomistit kutsuvat hyvinvointitappioksi tai verotuksen marginaalikustannuksiksi. Julkisella tuotannolla ja työllisyydellä voi olla noita vääristymiä lieventävä rooli. Rooli syntyy siitä, että palkkaerot ovat keskeinen tuloerojen lähde ja että julkinen sektori voi vaikuttaa työmarkkinoiden lopputulokseen. Julkinen sektori voi halutessaan poiketa siitä tuotannontekijäyhdistelmästä, joka vastaa kustannusten minimointia. Se voi työllistää esimerkiksi enemmän niitä työntekijöitä, joita se haluaa uudelleenjaossa suosia.

Vaikka yllä olevat huomiot tulevat taloustieteellistä tutkimuksesta, ne ovat kuitenkin hyvin keskeisiä ko. raportin aiheen kannalta. Siksi olisin odottanut enemmän pohdintaa kaikissa kolmessa osassa siitä ovatko perustelut julkisen sektorin roolille näissä toiminnoissa jotenkin olennaisella tavalla muuttumassa? Useinhan väitetään, että entisenlainen julkisen sektorin rooli ei ole mahdollinen kansainvälistymisen kiristyessä. Tosin näitä väitteitä ei useinkaan vaivaiduta perustelemaan. Niitä pidetään itsestäänselvyksinä. Tämä on kovin kummallista, kun muistaa että hyvinvointivaltion ydinidea on syntynyt tarpeesta suojautua kansainvälistymisen tuomista riskeistä. Ikään kuin nyt oltaisiin tilanteessa missä kansallisille valinnoille ei olisi tilaa (ks. Atkinsonin KELA-luento toisenlaisesta näkemyksestä).

Julkinen sektori monopsonina: Julkinen sektori on monelle työntekijälle monopsonin asemassa. Monessa ammatissa julkinen sektori on ainoa työnantaja. Talousteorian mukaan monopsoni-voiman pitäisi hillitä kustannuksia. (Talous-

teorian perustelu sloganille: "Valtion pitkä mutta kapea leipä") Tästä lähtökohdasta on perusteltua kysyä onko esimerkiksi ulkoistamis- tai yksityistämispolitiikka sekä kustannustehokkuuden että työllistämisen kannalta viisasta politiikka. Suomen terveydenhoidon sekajärjestelmä (sekoitus julkista ja yksityistä) on hyvä esimerkki. Vielä paremman kontrastin tarjoaa vertailu USA:n puhtaasti yksityiseen vakuutusjärjestelmään nojaavan terveydenhoidon ja Kanadan julkisen terveydenhoitojärjestelmän välillä. Kustannukset ovat huomattavan paljon suuremmat USA:ssa kuin Kanadassa. Samoin muiden pohjoismaiden julkisten terveydenhoitojärjestelmien vertailu Suomen sekajärjestelmään ei mairittele meitä. Halutaanko julkisen sektorin käyttävän monopsoni-voimaansa?

Kuvio 1 Julkisen sektorin työllisyysosuudet Pohjoismaissa vuosina 1970–2001.



Hyvinvointivaltion rahoitus: Hyvinvointivaltioita luokitellaan myös rahoitustapojen suhteen. (ks. taulukko 4 raportissa). Usein sosiaalivakuutusmaksuja ja veroja pidetään tyystin eri asioina. Näin ei välttämättä ole: mitä enemmän maksut ja etuudet eroavat toisistaan, sitä enemmän sosiaalivakuutus on uudelleenjakavan veronjärjestelmän kaltainen. Lisäksi arkikeskustelussa usein sekoitetaan keskenään veron kohtaanto, ts. sen lopullinen maksaja, ja sen hallinnollinen tilittäjä.

Veroja voidaan kerätä usealla eri tavalla ja myös samasta tulolähteestä useaan kertaan. Samoin ne voidaan liittää etuuksiin eri tavoin. Vero tai maksu voi olla korvamerkitty. Tällöin yksilötasolla ei ole yhteyttä etujen ja verojen välillä. Sen sijaan yhteys on maksutuottojen ja kokonaismenojen välillä. Vero voidaan kerätä

myös sosiaalivakuutusmaksuna, joka tarjoaa tulevaisuudessa oikeuden tiettyihin etuisuuksiin. Lisäksi yksityisen eläkejärjestelmän pakollinen (vakuutus)maksu voidaan tulkita verona.

Hyvinvointivaltion budjetteja kuvaavat numerot, niin kuin ne normaalisti esitetään (kuten myös ko. raportissa), voivat olla harhaanjohtavia. Hyvinvointivaltion budjettien suuruudesta kannetaan huolta erityisesti siksi, että sillä on kannustinvaikutuksia. Kannustinvaikutukset riippuvat kuitenkin tavasta, jolla ansiotulot vaikuttavat aikanaan saataviin etuihin, tietysti nyt maksettavien sosiaaliturvaverojen vaikutus mukaan lukien. Jos edut riippuvat ansiotuloista, haitalliset kannustinvaikutukset ovat vähäiset, vaikka sosiaaliturvabudjetti olisi suuri. Näin ollen hyvinvointivaltion budjetti voikin heijastaa pikemminkin pakollista säästämistä ja vakuuttamista kuin verotusta. Näiden tekijöiden huomioonottaminen edellyttää hyvinvointivaltion budjetin koon uudelleen mittaamista.

Minne suomalainen hyvinvointivaltio on menossa?

Ollaanko menossa tynkähyvinvointivaltioon (hyvinvointivaltion supistamiseen), missä tarveharkintaisten tukien käytöllä pyritään minimoimaan taloudellisia kustannuksia?

Viime vuosina eräs suosittu ehdotus liki kaikkiin sosiaaliturvareformeihin on ollut etujen voimakkaampi kohdentaminen tarpeiden mukaan eli tarveharkinnaisuus. Tarkempi kohdennus on usein nähty kiistana kaiken kattavan (universaalisen sosiaalivakuutuksen) ja perinteisen köyhäinhoitonäkemyksen välillä. Tyypillisiä väitteitä on ollut, että tunnustetaan kaikenkattavan sosiaalipolitiikan estävän vähäosaisten joutumisen erikoiskohteluun ja sitä kautta sosiaalisen häpeän tuomiin paineisiin. Toisaalta on kuitenkin lähes samaan hengenvetoon todettu, että kaikenkattavasta ja yleisestä turvasta joudutaan jatkossa tietoisesti tinkimään. Sosiaalipolitiikka palaisi näiden näkemysten mukaan alkuperäiseen tehtävään eli vähäosaisista huolehtimiseen, siis köyhäinhoitoon. Hyvätuloiset taas voisivat halutessaan järjestää oman turvansa yksityisesti.

Syy, miksi etujen tarkempi kohdentaminen on kiehtova ajatus, on varsin ilmeinen. Eikä sovi ihmetellä, miksi valtiovarainministeriöt eri puolilla maailmaa tuntuvat viehättyneen tästä ideasta. Ajatus on, että jos tavoitteena on nostaa matalat tulot hyväksyttävälle tasolle, tämä voidaan tehdä suorien budjettikustannusten mielessä paljon halvemmalla sekä huomattavasti anteliaammin, jos edut menevät juuri niille joilla tarve on suurin. Jos mitään epäsuoria kustannuksia ei oteta huomioon, ihan-teellinen tarkka kohdennusohjelma olisi sellainen, jossa kullekin (perheelle, yksilölle), jonka tarpeet ylittävät sen voimavarat, siirretään tuloa täsmälleen niin paljon, että tuo kuilu, köyhyyskuilu, poistuu. Tämä tietysti edellyttää myös sitä, että pystymme määrittämään tarvetta kuvaavan kriteerin eli köyhyysrajan. Tällaisen järjestelmän toteuttaminen on kuitenkin monella tavalla kalliimpi kuin mitä suorat

budjettikustannukset heijastavat (ks. Kanbur ym.). Ensinnäkin on mielenkiintoista havaita, että oikeastaan samat tahot, jotka muuten korostavat työnteon kannustimien suurta merkitystä, eivät joko huomaa tai eivät pidä niitä tärkeinä vähäosaisten tapauksessa. Yllä hahmotellussa tarkan kohdennuksen järjestelmässä rajaverohan (etujen hupenemisaste) olisi köyhyysrajan alapuolella tasan 100 prosenttia. Toiseksi tällainen hienosäätöpolitiikan toteuttaminen vaatii melkoista informaatiota ja sen käsittelykapasiteettia. Jälleen tuntuu oudolta, että kunnon finanssikonservatiivi on jo kauan sitten luopunut finanssi- ja rahapolitiikassa hienosäädön keinoista. Miksi se olisi sitten mahdollista sosiaalipolitiikassa? Jos edun hakemisen ja edunsaajien osuuden välillä on positiivinen riippuvuus, tarveharkinnaisten etujen laajentaminen tekee ne yhteiskunnallisesti hyväksyttävimmiksi ja nostaa näin osallistumisastetta. Toisin sanoen entistä tarkempi kohdentaminen voi vähentää osallistumista. Tarkempaa kohdentamista vastaan puhuu myös se, että ne ovat pirstomassa yhteiskuntaa. Tietyt edut ovat suunnattu määrätyille ryhmille, jolloin ne luovat toisen luokan kansalaisia, jotka saavat toisen luokan kohtelun. Jos sosiaalista yhtenäisyyttä, joka on Pohjoismaille eräs leimaa-antavimpia piirteitä ja jota monet meistä pitävät niitten merkittävimpana saavutuksena, pidetään ensisijaisena tavoitteena, tällöin edut ja yhteiskunnalliset palvelut tulisi tarjota niin, että kaikki kansalaiset kokisivat ne omikseen.

Esimerkiksi tunnettu brittiläinen ekonomisti Tony Atkinson KELA-luennossaan viime syksynä piti juuri tarveharkintaisten tukien käytön (take-up) ongelmaa korkeiden implisiittisten rajaverojen (tulo tai köyhyysloukku) ohella tynkähyvinvointivaltion isoimpina vikoina. Toisin sanoen fiskaalisen konservatismiin tavoittelu ei näyttäisikään johtavan pienempiin kustannuksiin vaan päinvastaiseen tulokseen.

Verotuksen kohtaantoa ja kannustinkustannuksia tarkastellaan lähes pääsääntöisesti erillään julkisen sektorin tarjoamista palveluista. Menopuolen laiminlyönti antaa väärän kuvan todellisesta rajaverosta. Nimittäin osa rajaverosta on maksua julkisesti tarjotuista palveluista. Eturivin verotuksen tutkijat Sören Blomquist (Uppsala) ja Vidar Chistiansen (Oslo) ovat äskettäin osoittaneet julkisen päivähoidon tapauksessa, että korkeat marginaaliverot (heijastavat päivähoidon tarjonnan todellisia kustannuksia) voivat aiheuttaa vähemmän vääristymiä kuin matalammat rajaverot.

Uudelleenjakopolitiikka ja hyvinvoinnin jakautuminen

Raportti ottaa yllättävän varovaisen kannan julkisen hyvinvointivastuun rooliin hyvinvoinninjakautumisessa viimeisen kymmenen vuoden aikana. On hyvin kiistatonta sekä tulonjakotilasto- että kulutustutkimusaineiston perusteella, että verotuksen ja tulonsiirtojen uudelleenjakovaikutus on vähentynyt voimakkaasti 1990-luvun puolen välin jälkeen. Köyhyyden syventymisen ja huipputuloisten tulojen voimakkaan kasvun taustalla on hyvin keskeisessä roolissa harjoitettu

politiikka. Se on myös muuttanut hyvinvointivaltion luonnetta Suomessa tynkähyvinvointivaltion suuntaan. Aiheesta olisi toki tehtävä lisää tutkimusta. Nykyisen tiedon perusteella voi sanoa, että köyhyyden poistaminen olisi tulevaisuutta ajatellen tuottavimpia investointeja.

Julkinen terveydenhuolto

Raportin kolmas osa käsittelee julkisen terveydenhoidon roolia. Siinä tuodaan hyvin esille, vaikka turhan varovaisin sanakäantein, vuoden 1993 valtionosuusjärjestelmän muutoksen vaikutus julkiseen terveydenhoitoon. Tämä muutos on ollut tärkein syy kuntien keskinäisten taloudellisten erojen kasvuun. Tämä on vaikeuttanut etenkin pienempien kuntien selviytymistä terveydenhoitovelvoitteistaan. On myös ilmeistä, että se osaltaan selittää viime vuosina terveydenhuollossa havaitun eriarvoisuuden kasvua.

Usein väitetään että julkinen sektori tarjoaa palveluita (esim. osa terveydenhoitoa ja hoivapalveluita), jotka tulevat suhteellisesti kalliimmiksi ajan myötä, koska niiden tuottavuutta ei voida parantaa ja koska työntekijöiden palkat nousevat enemmän tai vähemmän muiden alojen palkkakehityksen mukana. Tätä ilmiötä kutsutaan Baumoulin "taudiksi" Jos esimerkiksi terveydenhoidon (julkisen tai yksityisen) hinta nousee enemmän kuin muiden hyödykkeiden hinnat, terveydenhoidon osuuden BKT:sta on noustava. Näin ollen julkisen tarjonnan ylläpito merkitsee verojen nousua. Verotuksen kasvavia rajakustannuksia on käytetty syynä, miksi julkista tarjontaa ei voi laajentaa ja miksi enemmän terveydenhoitoa hankitaan tai pitäisi hankkia markkinoilta. Tästä on jo merkkejä näkyvissä. Vaikka verotuksen rajakustannus olisikin nouseva, edelleen on mahdollista, että julkisesti tarjotun terveydenhoidon marginaalihyödyt ovat kasvavia. Oletetaan, että terveydenhoito rahoitetaan suhteellisella tuloverolla, siis käytetään aitoa tasaveroa. Kun veroaste nousee, verotukseen kannustinkustannukset nousevat. Voimme kuitenkin käyttää vähemmän yksinkertaista tuloverotusta, lineaarista tuloveroa. Tällöin korkeampi verotuksen taso ei välttämättä merkitse korkeampaa marginaaliveroa. Nimittäin könttäsummaosaa voidaan korottaa. Kannustinkustannukset eivät muutu.

Lähteet

- Atkinson, T. (2004): The Future of Social Protection in a Unifying Europe, The 1. KELA-lecture.
- Blomquist, S. & Christiansen, V. (1995): Public Provision of Private Goods as a Redistributive Device in an Optimum Income Tax Model, *Scandinavian Journal of Economics* 97.
- Blomquist, S. & Christiansen, V. (2005): Welfare Enhancing Marginal Tax Rates: The Case of Publicly Provided Day Care. *Julkaisematon muistio*.
- Kanbur, R., Keen, M. & Tuomala, M. (1995): Labour supply and targeting in poverty alleviation programs, *The World Bank Economic Review*, vol. 8(2) 191–211.
- Pirttilä, J. & Tuomala, M. (2005): Public versus private production decisions: Redistribution and the size of the public sector, *Finanz Archiv*.

Kommenttikirjoitus

Pentti Vartia/Elinkeinoelämän Tutkimuslaitos¹

Matti Heikkilän, Mikko Kauton ja Juha Teperin raportissa 31.3.2005 tarkastellaan Suomea pohjoismaisena hyvinvointivaltiona, julkista vastuuta eräissä sosiaalipalveluissa ja terveydenhuollon näkymiä.

Selvitykseen sisältyy ansiokas katsaus hyvinvoinnin tutkimuksessa käytettyyn kahteen lähestymistapaan, regiimiteoriaan ja kovergenssiteoriaan. Lähestymistavat täydentävät toisiaan, sillä useiden tekijöiden yhteisvaikutus on vuosikymmenten mittaan muovannut tapaa, jolla sosiaaliturva ja hyvinvointipalvelut on yksittäisissä maissa järjestetty. Olisi kovin rohkeaa olettaa, että jossakin olisi löydetty ”lopullinen regiimi”, ”oikea malli”, jota ei enää tarvitse muuttaa. Realistisempaa ja hedelmällisempää on lähteä siitä, että hyvinvointivaltion mallit voivat ja niiden pitää muuttua kun olosuhteet muuttuvat. Selvityksessä todetaankin, ettei ole olemassa mitään yhteistä pohjoismaista mallia, vaan kukin Pohjoismaa edustaa itse asiassa omaa muista erottuvaa regiimiään. Pyrkimys toteuttaa joi-tain yleispäteviä malleja saattaakin kääntää huomion pois itse pääasiasta.

Hyvinvointivaltion sijasta olisi usein parempi puhua suoraan kansalaisten hyvinvoinnista. Huomio pitäisi suunnata päämäärään, jotta keinoista ei pääsisi syntymään itsetarkoitusta. Ei ole mitään syytä olettaa a priori, että esimerkiksi julkisen palvelutuotannon kasvattaminen tai kansalaisten vuosittaisten tulojen mekaaninen tasaaminen on aina paras tapa lisätä kansalaisten hyvinvointia.

Viime aikoina taloustieteessä on tutkittu paljon sitä, miten ihmisten itse ilmoittama onnellisuus riippuu omasta sosio-ekonomisesta asemasta ja yhteiskunnan rakenteesta. Hyvinvointivaltion mallien ja yksilöiden kokeman hyvinvoinnin välillä ei ole voitu osoittaa olevan yksiselitteistä yhteyttä. Yksi mielenkiintoinen tulos on, ettei ihmisten onnellisuuden määrä ole pohjoismaisissa hyvinvointivaltioissa sen suurempi eikä jakauma sen tasaisempi kuin muissakaan hyvinvointiregiimeissä.²

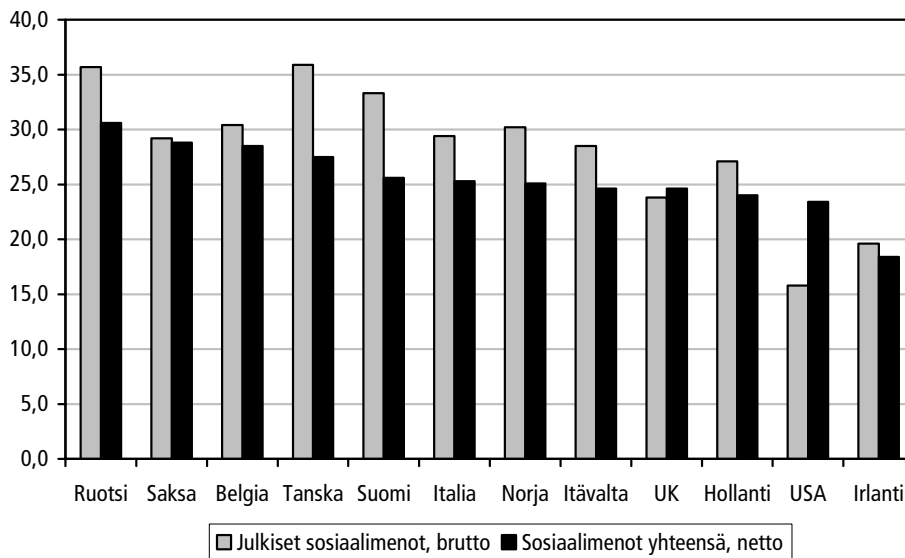
On myös tärkeää muistaa, kuten raportissakin todetaan, että sosiaaliturvan taso vertailtaessa on otettava huomioon eri mallien väliset erot. Sosiaalietuuksia voidaan antaa maksettuna tukena tai verovähennyksinä, maksettuja etuuksia voidaan verottaa tai olla verottamatta, etuudet voivat julkisen sektorin lisäksi kanavoitua myös ns. kolmannen sektorin kautta, ja myös eräät yksityiset järjestelyt voidaan tulkita osaksi sosiaaliturvaa. Kun nämä tekijät otetaan huomioon,

¹ Olen kiitollinen Timo Nikinmaalle muistion kirjoittamisessa saamastani avusta. Olen pohtinut joitain tässä esittämistäni kysymyksistä hieman laajemmin 2003 julkaistussa teoksessa Vartia & Ylä-Anttila: Kansantalous 2028.

² Ks. Veenhoven, 2000.

ja tarkastellaan vastaanotettuja etuuksia nettomääräisinä, erot eri mallien tarjoaman sosiaaliturvan tason välillä kaventuvat olennaisesti.³

Kuvio 1 Sosiaalimenot vuonna 1997, % BKT:sta.



Kun eri mallit voivat periaatteessa tarjota samantasoisien sosiaaliturvan, niitä voidaan arvioida myös sen perusteella, millaisia vaikutuksia kullakin mallilla on esimerkiksi taloudelliseen kasvuun ja siten tulevien sukupolvien hyvinvointiin. Heikkilän, Kauton ja Teperin lähtökohtana on aivan oikein se, että hyvinvointivaltio voi monella tavalla tukea kansakunnan vaurastumista. Hyvinvointivaltiolla on luontainen etu ns. julkishyödykkeiden tuottajana, se luo sosiaalista pääomaa ja vakautta, tukee riskinottoa, vastaa useiden keskeisten yhteiskunnallisten instituutioiden ylläpitämisestä, jne. Tehokas julkinen sektori on tärkeä paitsi kansakunnan elintason myös kansainvälisen kilpailukyvyyn kannalta.

Julkisen sektorin vastuun laajeneminen voi kuitenkin tuoda myös ongelmia. Suomalaisen sosiaalipolitiikan toimintatavat on luotu melko suljetussa taloudessa.⁴ Pohjoismaiset hyvinvointivaltiot ovat pärjänneet kansainvälisissä vertailuissa toistaiseksi hyvin, mutta ne joutuvat globaalitaloudessa kohtaamaan entistä kilpailullisemman toimintaympäristön. Yritykset, pääoma ja työntekijät voivat aiempaa helpommin siirtyä alueelta toiselle. Hyvinvointivaltiotkin joutuvat hukkuttelemaan tuotantotekijöitä (sijaintipaikkakilpailu) ja osallistumaan instituutioillaan ns. järjestelmäkilpailuun. Hyvinvointivaltion rahoittaminen siis vaikeutuu samalla, kun vastuut uhkaavat laajeta mm. väestön ikääntymisen vuoksi.

³ Adema, "Net Social Expenditure", OECD 2001.

⁴ Ks. esim. Sipilä (2004).

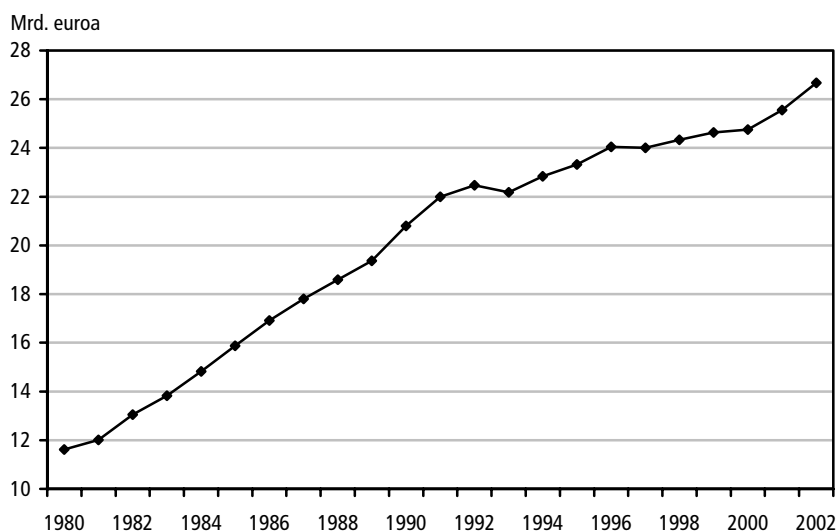
Ekonomistinäkökulmasta keskeisiä haasteita ovat – erityisesti korkean verotuksen pohjoismaisessa mallissa – julkisten toimien verorahoituksesta ja verojen käytöstä aiheutuvat kannustinongelmat. Kannustinongelmat ovat erityisen tärkeitä pohjoismaiselle mallille, joissa korkea työllisyysaste on ollut tärkeä välitavoite muiden päämäärien saavuttamiseksi. Kannustinongelmien pohdiskelu liittyy läheisesti myös oikeudenmukaisen hyvinvointivaltion problematiikkaan. Lisäksi julkisen sektorin omia toimintoja on pyrittävä tehostamaan (”jatkuva parantaminen”). Mitä paremmin hyvinvointivaltio ratkaisee nämä ongelmat, sitä laajempiin vastuihin sille syntyy oikeutus.

Aluksi kuitenkin muutama huomautus viimeaikaisesta kehityksestä.

Mitä julkiselle sektorille on tapahtunut laman jälkeen?

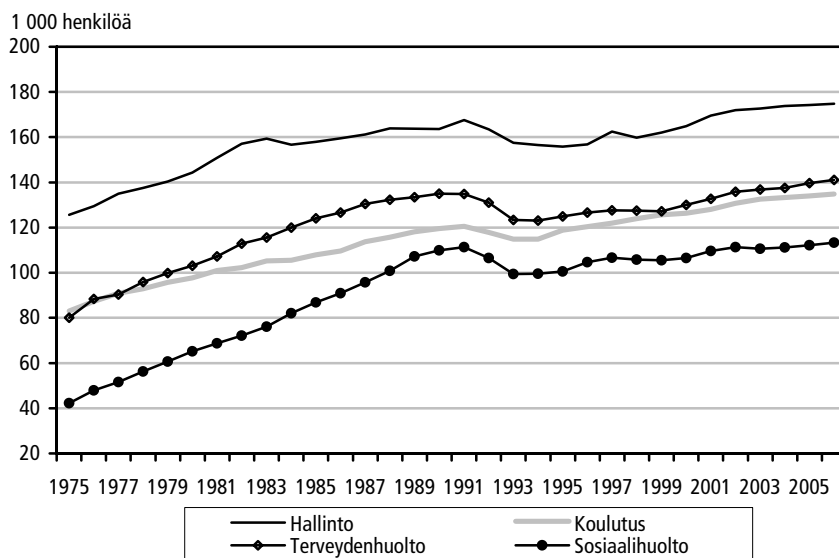
Raportissa pohditaan eräissä kohdin suomalaisen hyvinvointivaltion laajan vastuun ”kaventumista” ja lamaan aikaista ”sosiaalimenojen leikkaamista”. Lukijalle saattaa jäädä käsitys, että sosiaalimenojen leikkaus olisi jatkunut laman jälkeenkin, tai että edelleen oltaisiin sosiaalimenoissa lamaa edeltäneellä tasolla. Kuitenkin julkisella vallalla on inflaatiosta puhdistettuna käytettävissään nyt enemmän reaalisia varoja kuin koskaan ennen. Sosiaalitoimessa, koulutoimessa ja terveydenhuollon parissa on töissä enemmän ihmisiä kuin koskaan aiemmin. Lisäksi julkisella sektorilla töissä olevien reaalipalkka on korkeampi kuin koskaan aiemmin ja lakisääteinen työaika lyhyempi kuin koskaan aiemmin.

Kuvio 2 Sosiaalimenot ilman työttömyysmenoja vuosina 1980–2002 vuoden 1990 hinnoin.



Lähde: Stakes.

Kuvio 3 Julkisyhteisöjen työlliset vuosina 1975–2006.



Lähde: Tilastokeskus.

Julkisen sektorin laajuus ja kansallisvaltioiden järjestelmäkilpailu

Integraatiosta ja globalisaatiosta huolimatta kansallisvaltiolla on edelleen keskeinen rooli kilpailukyvyen turvaamisessa ja globalisaation seurausten hallinnassa. Toimivaltaa on kyllä luovutettu esimerkiksi EU:lle (esim. raha- ja valuuttakurssi-politiikka), mutta Suomen toimivaltaan kuuluvat edelleen mm. verotus, koulutus, tutkimus, instituutiot, infrastruktuuri, julkisten toimintojen organisointi ja työehtojen sopimusjärjestelmä.

Verojärjestelmällä käytävä kilpailu yrityksistä ja osaaajista on vain yksi esimerkki kansallisvaltioiden järjestelmäkilpailusta. Myös kaikenlainen julkisten toimintojen kehittäminen sekä kustannustehokkuuden ja vaikuttavuuden lisääminen ovat osa järjestelmäkilpailua. Samoin fyysisten ja henkisten investointien tehokkuudesta huolehtiminen (esim. koulutuksen kansantaloudellinen tuotto sekä tutkimus- ja tuotekehitystoiminnan tehokkuus) sekä siirtolaisten integroiminen ja siirtolaisuuspolitiikka. Eläkejärjestelmän kehittäminen on edennyt Suomessa hyvin, ja tältä osin suomalainen järjestelmä on nyt paljon kestävämpi, oikeudenmukaisempi ja siten ”kilpailukykyisempi” kuin vielä 10 vuotta sitten.

Julkisen sektorin toimintojen kehittäminen ja valtioiden välinen järjestelmäkilpailu ovat laajoja ongelmia, joita pohditaan myös muissa maissa. Tässä suhteessa Suomen tilanne on hyvin samantapainen kuin muuallakin Euroopassa. Paitsi omia, myös muiden maiden kokemuksia onkin käytettävä hyväksi Suomen julkista sektoria kehitettäessä. Hyvinvointivaltion monet kehityssuunnat on Suomessa

omaksuttu muilta, myös hyvinvointivaltion tuomien ongelmien ratkaisussa voidaan hyötyä muiden tekemistä sosiaalisista reformeista ja innovaatioista.⁵

Laajan hyvinvointivaltion kannattajilla on ollut tapana ajatella, että valtion tulisi paitsi taata kansalaisilleen tietyt hyvinvointipalvelut, myös itse tuottaa ne. Näin ei kuitenkaan tarvitse olla: osa palveluista voidaan tuottaa myös yksityisessä sektorissa, vaikka julkinen valta ne osin tai kokonaan rahoittaisikin. Tämä voi tapahtua joko alihankintana tai kansalaisille suunnattujen tulonsiirtojen avulla. Kuten raportin terveydenhuoltoa koskevassa osassa todetaan, monia hyvinvointitavoitteita voidaan ehkä toteuttaa tehokkaasti hyväksymällä yksityisen sektorin ammattijohtamiseen liittyviä toimintamalleja ja markkinamekanismin kannustinvaiikutuksia. Julkinen kontrolli ei välttämättä häviä, vaikka hyvinvointipalvelujen tuotanto tapahtuu yrityksissä. Julkinen sektori voi jatkuvasti säädellä laeilla, asetuksilla ja normeilla kansantalouden toimintaa. Institutionaalisille ja organisaatorisille keksinnöille julkisten palvelujen tuottamisessa on lähivuosina todellinen ”sosiaalinen tilaus”.

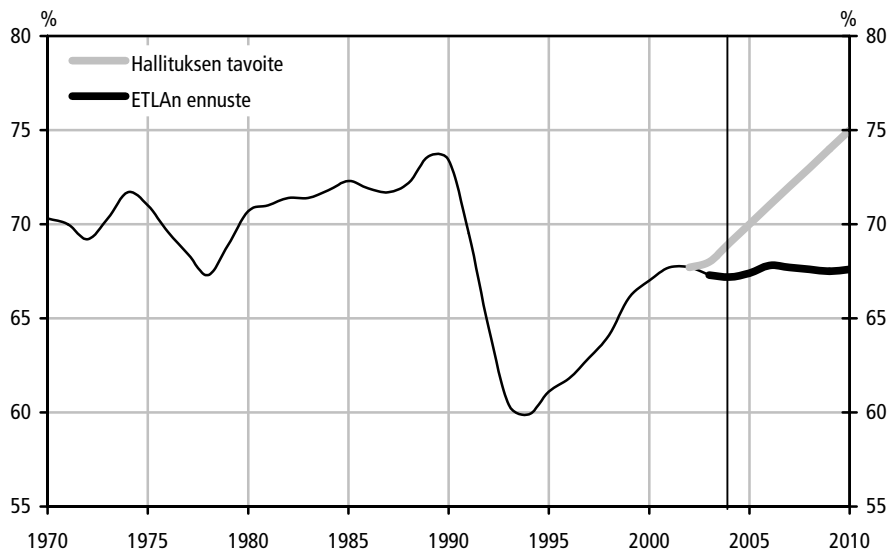
Kannustimet ja työllisyysaste

Arvioitaessa hyvinvointivaltion – esimerkiksi raportin luvussa 2 esitettyjen sosiaalipalvelujen – vaikutuksia hyvinvointiin on muistettava, että verotus ja tulonsiirrot vaikuttavat taloudellista toimintaa ylläpitäviin kannustimiin. Sinänsä perusteltu sosiaaliturvan lisäys voi joissain tilanteissa vähentää edunsaajien osallistumista työelämään ja johtaa jaettavan kakun pienenemiseen. Pitkällä aikavälillä hyvinvoinnin lisääminen edellyttää, että myös tehokkuudelle annetaan riittävästi huomiota. Sopeutuminen muutoksiin kansainvälisessä kilpailutilanteessa voi parantaa kokonaistuotannon kasvumahdollisuuksia ja luoda politiikalle lisää tilaa; pitäytyminen tietyssä regiimissä saattaa heikentää kasvumahdollisuuksia ja kaaventaa ennen pitkää myös hyvinvointipolitiikan liikkumavaraa.

Taloudellisten kannustimien ongelma liittyy läheisesti ajankohtaiseen keskusteluun työmarkkinoiden rakenteellisista uudistuksista. Nykyinen hallitus asetti kaksi kunnianhimoista tavoitetta – luoda 100 000 uutta työpaikkaa vaalikauden loppuun mennessä ja saada työllisyysaste kohoamaan 75 prosenttiin seuraavana hallituskauden lopulla vuonna 2011. ETLA arvioi uusimmassa ennusteessaan, että kuluvana vuonna työpaikkoja on keskimäärin 16 000 enemmän kuin hallituksen aloittaessa työnsä. Vuonna 2007 työpaikkoja arvioidaan olevan 40 000 enemmän kuin vuonna 2003. Niistä puolet syntyy yksityiseen sektoriin ja toinen puoli julkiseen sektoriin – sosiaalitoimeen, opetukseen ja terveydenhoitoon. Työllisyysaste näyttäisi jäävän 68 prosentin tuntumaan yhä vuonna 2011.

⁵ Tällaista toimintaa on myös systematisoitu, ks. esim. Bertelsmann-säätiön Social Reform Monitor-hanke ja Fondazione Rodolfo De Benedettin Social Reforms Database tai monet OECD:n tiedotot.

Kuvio 4 Työllisyysaste vuosina 1970–2010**.



Lähteet: Tilastokeskus, valtioneuvoston kanslia, ETLA.

Ns. Skogin työryhmän hiljattain esittämät muutokset työmarkkinatukeen ovat konkreettinen esimerkki kannustimiin liittyvistä ongelmista. Virta pitkittyneeseen työttömyyteen on jatkunut voimakkaan talouskasvun ja paranevan työllisyyden vuosina ja näyttää kääntyneen uudelleen kasvuun viime vuonna. Pitkäaikaistyöttömien joukko vähenee vuosittain kymmenillä tuhansilla, mutta kun uusia tulee hieman enemmän, määrä ei kokonaisuutena pienene.

Työmarkkinatuki oli alun perin tarkoitettu turvaamaan tuen saajien toimeentulo aktiivisten työllistämistoimien aikana. Työministeriön asettaman työmarkkinatuen aktivointityöryhmän mukaan kuitenkin ”yli puolet saajista on saanut niin pitkään työmarkkinatukea, että siitä on käytännössä muodostunut kansallispalkkaan verrattava toimeentulolähde”.

Pitkään jatkuva työttömyys heikentää tuen saajan mahdollisuuksia työllistyä. Muun muassa merkittävä joukko nuoria on vaarassa ajautua työmarkkinoiden ulkopuolelle. Siksi työryhmän esitys työmarkkinatuen muuttamisesta vastikkeelliseksi tietyn mittaisen työttömyyskauden jälkeen ja työmarkkinatuen saajien kannustaminen aktiiviseen työnhakuun ovat perusteltuja ehdotuksia. Yhteiskunnan tukijärjestelmät on lisäksi muutettava sellaisiksi, että osa-aikatyön ja pätkätyön vastaanottaminen on taloudellisesti kannattavaa, kuten sosiaali- ja terveysministeri Mönkäre on esittänyt. Pätkätyötä tekevien toimeentuloa voidaan täydentää muilla yhteiskunnan tuilla. Lisäksi on pohdittava koulutusjärjestelmän mahdollisuuksia estää laajaa nuorten syrjäytymistä.

Taloudelliset kiihokkeet pienenevät paitsi kotitalouksien saamien tulonsiirtojen vuoksi, myös sen vuoksi, että verotus heikentää taloudellisia kannustimia, ehkä enemmänkin kuin saadut tulonsiirrot. Hyvä esimerkki tilanteesta, jossa molemmat näkökulmat yhtyvät, on eläkkeelle siirtymisen ajoittaminen. Jos eläketurva on hyvä ja marginaaliveroaste korkea, ei käteen jäävä tulo eroa kovinkaan paljon työssä tai eläkkeellä ollessa. Eläkkeellä aika voidaan käyttää esimerkiksi harrastuksiin tai kotitöihin. Näin monen hyvinvointi itse asiassa nousee eläkkeelle siirryttäessä.⁶

Tuloloukkujen laajuutta ja merkitystä selvittäessä on siis otettava huomioon myös vapaa-ajan ja kotona tehdyn työn arvo. Kotitalouksien hyvinvointi riippuu oleellisesti paitsi markkinoilta saaduista tuloista ja julkisen sektorin antamista tulonsiirroista, myös vapaa-ajan ja kotona tehdyn työn arvosta. Nämä kasvattavat tuen varassa elävien hyvinvointia, joissakin tapauksissa jopa suuremmaksi kuin töissä olevilla. Kun kotitalouksien kokonaisajankäyttö otetaan huomioon, muuttuu käsityksemme erityyppisten kotitalouksien kannustinloukuista merkittävästi.

Lastenhoidon tukijärjestelmät ovat hyvä esimerkki päällekkäisten ja eri suuntaan kannustavien tukien ongelmista. Jos kotitaloudet, jotka saavat lastenhoidon tukea, saavat myös asumistukea tai työttömyyskorvauksia, voi syntyä tilanteita, joissa työn vastaanottaminen ei kannata. Vaikka kannustinloukkuja onkin menestyksekkäästi purettu, löytyy vielä ryhmiä, joille kannustimet työn vastaanottamiseen ovat heikot. Tämä korostuu erityisesti, jos rahallisten tukien lisäksi vapaa-ajalle lasketaan arvo. Esimerkiksi Olli-Pekka Ruuskasen tekemät laskelmat osoittavat, että erityisesti yksihuoltajaäitien ei kannata nykyisin ottaa vastaan kokopäivätyötä.⁷

Entä sukupolvien välinen tulonjako?

Yksi näkökulma, josta ei hyvinvointivaltiota rakennettaessa ole alunperin kannettu riittävästi huolta, on sukupolvien välinen oikeudenmukaisuus. Kun verotus kohdentuu pääosin työkään ja tulonsiirrot ja julkisten palvelujen käyttö pääosin eläkeikään, sukupolvien väliset tulonsiirrot ovat suuret. Järjestelmiä perustettaessa ensimmäiset etuuksia saavat sukupolvet hyötyvät, samoin kuin suuret ikäluokat pienempien kustannuksella.

Hyvä esimerkki tästä on ansioeläkejärjestelmä. Oheisen kuvion mukaan vanhemmat sukupolvet, joiden saatujen eläkkeiden ja maksettujen eläkemaksujen suhde on yli ykkösen, ovat voittajia. Laskun maksavat tulevat sukupolvet, joiden eläkemaksueuro tuottaa vain 80 senttiä saatuna eläkkeenä.⁸ Voi olla, etteivät

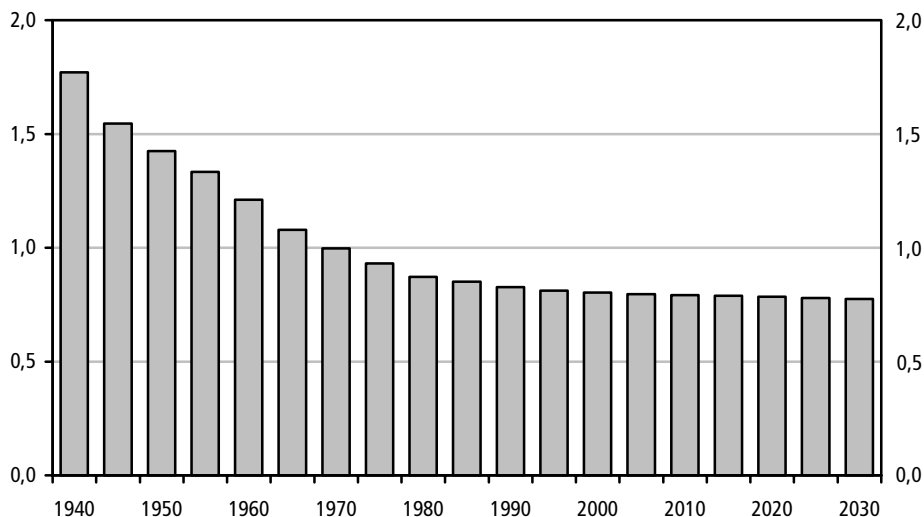
⁶ Ks. Piekkola & Leijola, 2004.

⁷ Ks. Ruuskanen, 2005.

⁸ Ks. Lassila & Valkonen, 2005.

nuoret hyväksy tällaista sukupolvien välistä tulonsiirtoa, kun sen maksamisen aika tulee. Jos poliittinen riski realisoituu, ikääntyneiden sopeutumiskeinot ovat vähäiset. Julkisen lupauksen pitäminen onkin paljon varmempaa sukupolvittain reilujen sääntöjen vallitessa.

Kuvio 5 Aktuaarisuusaste eläkeuudistuksen jälkeen.



Laskelmissa eläkeikä on osittain työntekijöiden valittavissa. Kunkin pylväs ilmaisee yhden kohortin koko elinkaaren yli lasketun aktuaarisuusasteen.

Kohortit on merkitty syntymävuoden kohdalle.

Lähde: ETLA.

Terveydenhuollon ongelmia

Raportti sisältää hyvän katsauksen terveydenhuollon piirissä meneillään olevasta palvelurakenteen muutoksesta. Terveydenhuollon kehittämisessä on tärkeää paitsi teknologisten (esim. informaatio- ja kommunikaatioteknologia), myös organisatoristen ja institutionaalisten innovaatioiden hyödyntäminen.

On myös helppo yhtyä näkemykseen, että suomalaisen terveydenhoitojärjestelmän kehitys viime vuosisadan lopulla – ainakin 1970- ja 1980-luvuilla – oli menestystarina. Objektiiivisilla terveydentilaindikaattoreilla mitattuna suomalaisien terveydentila onkin jatkuvasti parantunut eikä järjestelmä ole kansainvälisissä vertailuissa kallis.

Terveydenhuollon oikeudenmukaisuuden lisäämiseen liittyvää keskustelua selkeyttäisi se, että lukijalle kävisi ilmi minkälaiset täsmällisemmät ”oikeudenmukaisuuden” kriteerit järjestelmän tulisi täyttää. Raportissa esitellään mielenkiintoisesti esimerkiksi hoitojen määrää eri ryhmissä kun taustamuuttujia on vakioitu.

Pohdiskelua terveydenhuollon oikeudenmukaisuudesta helpottaisi se, että todettaisiin selkeämmin, mikä voi olla yksityisen sektorin rooli ja missä määrin omilla tuloilla voi yleensäkin ostaa terveyspalveluja ilman, että terveydenhuollon ”oikeudenmukaisuus” vaarantuu. Suomessa hyvin toimiva työterveyshuolto aiheuttaa ilmeisesti kirjoittajien mielestä jonkinlaista ”epätasa-arvoa”, mutta sitä voidaan perustella esimerkiksi sillä, että terveydenhuolto on myös investointia työikäiseen ja työkykyiseen väestöön.

Raportissa ollaan kovin pessimistisiä terveydenhuollon piirissä tapahtuvan nopeaan teknologisen muutoksen vaikutuksista tasa-arvoon. Paras mahdollinen hoito on usein niin kallista, että sitä on mahdotonta järjestää kaikille tarvitseville. Tätä kysymystä pohdittaessa joudutaan tekemään vaikeita lääketieteellisiä, taloudellisia ja eettisiä ratkaisuja. Ongelmaa kärjistää ikääntyminen, mutta kyseessä on kaksi eri asiaa. Jonkinlainen lohtu on tietysti se, että näinhän asiat ovat kautta historian olleet. Kun uudet teknologiat saadaan massakäyttöön, niistä aiheutuva epätasa-arvo pienenee. Antibioottien tai dialyysihoitojen tulo aiheutti aluksi tasa-arvo-ongelmia, mutta nyt lähes kaikki on saatu hoitojen piiriin. Köyhätkin saavat nykyisin korkean tulotason maissa monilta osin parempaa hoitoa kuin kuninkaas ennen. Jos uutta terveydenhuollon teknologiaa otetaan jatkossakin käyttöön, on ilmeisesti hyväksyttävä tietty määrä ”epätasa-arvoa” – riippumatta siitä, kuinka järjestelmä rahoitetaan.

Loppupäätelmät

Matti Heikkilän, Mikko Kauton ja Juha Teperin ansiokas selvitys tarjoaa paljon aineksia julkista hyvinvointivastuuta koskevan päätöksenteon pohjaksi. Omissa kommentteissani olen halunnut tuoda esiin joitakin selvitystä täydentäviä näkökohtia.

Suomalainen hyvinvointivaltio on syntynyt monien osatekijöiden vaikutuksesta tietyn historiallisen kehityksen tuloksena. Kun reunaehdot muuttuvat, myös julkisen vastuun sisältöä ja kattavuutta on syytä arvioida uudelleen. Se on mahdollista tehdä tinkimättä yhteisesti hyväksytystä arvopohjasta.

Hyvinvointivaltion perusarvoihin kuuluu, ettei ketään jätetä pelkästään oman onnensa nojaan. Toisaalta oikeudenmukainen hyvinvointivaltio sallii osaavien ja paljon työtä tekevien nauttia työnsä tuloksista. Talouden kasvu ja instituutioiden kehitys voivat tarjota kestävä pohjan hyvinvoinnin lisääntymiselle pitkällä aikavälillä.

Mitä joustavammin suomalainen yhteiskunta sopeutuu kansainvälisen talouden muuttuviin reunaehtoihin, sitä varmemmin suomalaiset saavat jatkossakin oman osansa maailmantalouden kakun kasvusta. Kun kansalaisten oikeudet ja sosiaali-

poliittiset toimet mitoitetaan niin, että taloudellisen kasvun edellytykset tulevat turvatuiksi, luodaan myös sosiaalipolitiikalle lisää liikkumavaraa tulevaisuudessa.

Lähteet

- Adema, W. (2001): "Net Social Expenditure", Labour Market and Social Policy Occasional Paper, No. 52, OECD, Paris, 44 s.
- Lassila, J. & Valkonen, T. (2005): "Yksityisalojen eläkeuudistuksen taloudelliset vaikutukset", ETLA B 211, Taloustieto Oy, Helsinki, 86 s.
- Piekkola, H. & Leijola, L. (2004): "Ageing, Health and Retirement in Europe: Time Use, Health and Retirement", Research Report No. 3 of the ENEPRI AGIR Project, European Network of Economic Policy Research Institutes, Brussels, 98 s.
- Ruuskanen, O.-P. (2005): "Ajankäytön muutosten vaikutus työllistymishalukkuuteen", ETLA, Keskustelunaiheita No. 967, 21.s.
- Sipilä, J. (2004): "Globalisaatio haastaa sosiaaliturvan", Unitas, nro 2, 76.vsk, Helsinki, ss. 4–9.
- Vartia, P. & Ylä-Anttila, P. (2003): "Kansantalous 2028", ETLA B 204, Taloustieto Oy, Helsinki, 335 s.
- Veenhoven, R. (2000): "Wellbeing in the welfare state - Level not higher, distribution not more equitable", Journal of Comparative Policy Analysis, vol. 2, pp 91–125.

Kommenttikirjoitus

Raija Volk/Pellervon taloudellinen tutkimuslaitos

Johdanto – hyvinvointivaltion hämmennyksen tila

Seppo Lindblom on kirjoittanut, että hyvinvointivaltion tila avautuu hänelle ennen muuta sen laajan ystäväpiirin syvänä hämmennyksenä. Lindblomin mainitsemaa hämmennystä synnyttäneeseen se, että vaikka suomalainen tapa tuottaa hyvinvointipalveluja on tunnustettu toimivaksi, palveluiden tuottamiseen kohdistuu uudistamistarpeita ja tehokkuuden lisäämispaineita. Nyt epävarmuuden maailmassa, jota luonnehtii uhkien ja mahdollisuuksien moninaisuus, on tullut tarve kyseenalaistaa uskomuksia, rutiineja, traditioita ja dogmeja.

Joissakin puheenvuoroissa tämä Lindblomin kuvaama hämmennys näkyy puheena hyvinvointivaltion kriisistä, jonka nähdään alkaneen 1990-luvun lamasta ja samaan aikaan alkaneesta ideologisesta muutoshalusta. Sosiaalipoliitikoista esimerkiksi Anttonen ja Sipilä (Tiede 7/2004) näkevät, että poliittisessa ajattelussa on hyvinvointi*valtiosta* siirrytty kolmessa mielessä hyvinvointi*yhteiskunnan* painottamiseen. Ensinnäkin kunnat saavat päättää entistä vapaammin, minkä tasoisia palveluja ne tuottavat, toiseksi kansalaisten suorat palvelumaksut ovat nousseet ja kolmanneksi palvelujen tuottamisessa toimii entistä enemmän yrityksiä ja järjestöjä. Jotkut, kuten Matti Heikkilä (Yhteiskuntapolitiikka 1/2005) puolestaan näkevät, että vahvan julkisen vastuun doktriinin haastajia on ollut verrattain vähän. Haastajana nähdään lähinnä julkisen hyvinvointi*mallin* (kuten Heikkilä Suomen mallia nimittää) taloudellisesta kestävydestä huolestuneet tahot. Haastajina ovat siis talouspoliitikot ja -virkamiehet. Sosiaalipoliitikot ja valtiollinen sosiaali- ja terveyshallinto puolestaan puolustaa.

Heikkilän, Kauton ja Teperin paperi on selkeästi kirjoitettu ja tutkimukset, joihin se nojautuu ovat asiallisia. Näkökulma on pitkälle sosiaali- ja terveyspolitiikan sisältä asioita tarkastelevana. Jos hyvinvointimallia katsoo ulkopuolelta, jakaantuu se kolmeen osa-alueeseen: rahoitukseen, järjestämiseen ja tuottamiseen. Se miten kukin näistä on järjestetty, vaikuttaa järjestelmän sisällä toimijoiden kannustimiin. Suomalaista veroperusteista rahoitusmallia ei ole julkisessa keskustelussa kyseenalaistettu. Syynä lienee se, että meidän universaali järjestelmämme tarjoaa pitkälle samat palvelut kaikille tulotasosta yms. riippumatta. Tällöin myös verojen kautta tapahtuva maksuhalukkuus on todennäköisesti suurempi kuin vakuutusperusteisessa järjestelmässä. Myöskään julkisen vallan järjestämisvastuuta kyseenalaistetaan harvoin. Itse asiassa siis Suomessa vallitsee yksimielisyys suurimmasta osasta hyvinvointimallin perusteista. Keskustelu kohdistuu järjestelmän toiminnalliseen osaan eli siihen kuka tuottaa ja miten tuotetaan sekä siihen rahoitusjärjestelmän osaan, jossa jaetaan rahoitusvastuuta valtion ja kuntien kesken.

Lindblomin mainitsema hämmennystä synnyttäne se, että vaikka suomalainen tapa tuottaa hyvinvointipalveluja on tunnustettu toimivaksi, palveluiden tuottamiseen kohdistuu uudistamis- ja tehokkuuden lisäämispaineita. Nyt keskustellaan ”kovista” asioista; kysymykset järjestelmän taloudellisesta kestävydestä, tuottavuudesta ja tehokkuudesta ovat etualalla ja sellaiset hyvinvointipalvelujen luomiskauden ismit kuin oikeudenmukaisuus tai tasa-arvo ovat taka-alalla, sillä niihin liittyvät ongelmat eivät ole juuri nyt suurimpia tai vaikeimmin ratkaistavia. Hämmennyksen saa aikaan myös se, että hyvinvointipalvelujen kokonaisuus on monikerroksinen kokonaisuus, joka osin avautuu kaikissa yksityiskohdissaan vain alan ammattilaisille.

Suomalainen hyvinvointimalli – keskiporto eurooppalainen

Heikkilä, Kautto ja Teperi tuovat esiin sen, että pääosin suomalainen julkiseen tuotantoon perustuva sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä on kansainvälisesti kelpollinen tuote sekä palvelutasoltaan että myös kustannuksiltaan. Luultavasti myös OECD tulee tähän tulokseen piakkoin ilmestyvässä Suomen maatutkinnassa. Kuitenkin samaan aikaan keskustellaan järjestelmän kestävyteen kohdistuvista paineista, kilpailuttamisesta, ulkoistamisesta, yksityisen tuotannon käytöstä julkisen partnerina. Jossain määrin asetetaan – jos ei kyseenalaiseksi niin ainakin keskustelun alaiseksi – yhteiskunnan vastuun rajat hyvinvoinnista eli, pysymmekö ylipäättään tulevaisuudessa pitämään yllä järjestelmää, jossa tarjotaan samanlaiset palvelut kaikille riippumatta asuinpaikasta, varakkuudesta tai muista tekijöistä. Pohjoismaisen mallin mukaanhan hyvinvointipalvelut kaikessa laajuudessaan kuuluvat niin rikkaille kuin vähätuloisillekin, eivätkä ne siis rajoitu heikko-osaisimpiin. Tämä ei ole mitenkään erikoista, sillä menojen pyrkiessä jatkuvasti kasvamaan, kaikissa maissa on tarve tehostaa ja parantaa toimintaa.

Sosiaali- tai terveydenhoitomenojen suhde bruttokansantuotteeseen tai asukaslukuun on yleisesti käytetty mittari, kun vertaillaan kansainvälisesti julkisen vastuun laajuutta tai järjestelmän kalleutta. Kirjoittajat toteavat, että Suomi sijoittuu sekä BKT- että asukas pohjaisessa vertailussa keskikastiin, julkinen vastuu ei siis ole meillä mitenkään laajaa. Tämä havainto heijastelee Suomen yleistä elintaso suhteessa muuhun Eurooppaan. Terveydenhuollon menoilla on jatkuva taipumus nousta. Yksilötasolla tulotaso nostaa kulutustutkimusten mukaan selvästi terveysmenoja. Kansantalouden tasolla näyttää myös olevan niin, että menot kasvavat ainakin yhtä nopeasti tai jopa nopeammin kuin BKT. Menojen pyrkimys kasvaa koko ajan tulotason noustessa näkyy siinä, että mitä rikkaampi maa sitä suuremmat ovat terveydenhuollon kulut.

Suomen sijoittuminen vertailussa keskikastiin kertoo kai lähinnä sen, että olemme onnistuneet pitämään menopaineet suhteellisen hyvin kurissa, tehokkuudesta se ei välttämättä kerro kovinkaan paljon. Kansainväliset vertailut viittaavat siihen, että julkisesti rahoitetussa ja tuotetussa järjestelmässä kustannusten

pitäminen alhaisina on helpompaa kuin yksityiseen vakuutukseen perustuvassa järjestelmässä. Tähän voi olla useita syitä, ensinnäkin palvelujen laajuus ei ole yhtä suuri kuin muissa maissa. (Poikkeuksena tästä on epäilemättä päivähoitojärjestelmä.) On mahdollista, että Suomessa poliittinen päätöksentekojärjestelmä on lisännyt etuisuuksia sen verran hitaasti, että menot ovat kasvaneet maltillisesti. Samaan suuntaan voi vaikuttaa suomalainen pitkälle julkiseen tuotantoon nojaava toimintamalli, jossa ei ole sisäistä kilpailua. Suomessa esimerkiksi hoitajajonoja on tähän vuoteen saakka ollut helppo pitää yllä, etuuksien taso on monelta osin keskinkertainen, ja osa hoidoista on kokonaan yksilöiden omalla vastuulla. Tällaisia ovat olleet Suomessa pitkään mm. hammashoito, silmälasit ja lääkemenot, jotka monissa maissa korvataan Suomea laajemmin. Suomessa asiakkaiden itsensä maksamat maksut ovatkin suhteessa terveydenhoitomeneihin selvästi korkeampi kuin esimerkiksi Tanskassa, Norjassa, Ranskassa tai Saksassa. Julkisesti rahoitetussa järjestelmässä saattaa myös olla mahdollista helpommin jarruttaa uusien erityisen kalliiden hoitomuotojen käyttöönottoa. Taustalla voi olla kustannustehokkuuskin, josta osa selittyy Suomen melko alhaisella palkkatasolla.

Hyvinvointivastuun laajennus – satunnaista poliittisten kompromissien tulosta

Kirjoittajat tuovat neutraalisti esiin ongelmia, esimerkiksi sen, että järjestelmä on laajentunut pala palalta ja siihen on liitetty uusia palveluja ja subjektiivisia oikeuksia paloittain ilman tietoista kokonaisvisiota. Provokatorisesti asiaa lähestyttäessä voisimme Heikkilää, Kauttoa ja Teperia suoremmin kysyä, miksi poliittiset päätöksentekijät ovat luoneet järjestelmän, jossa terveillä vanhemmilla ja lapsilla on subjektiivinen oikeus kokopäiväiseen lastenhoitopalveluun, kun samaan aikaan vanhuspalveluissa tosiasiallinen oikeus saada palveluja vaihtelee kunnasta toiseen eikä edes välittömästi ole riippuvainen apua tarvitsevan toimintakyvystä. Edelleen voisi kysyä jäävätkö pienryhmät kuten mielenterveyspalvelujen, lasten suojelun tai päihdetyön tarvitsijat nykyisessä järjestelmässä kolmannen sektorin harteille? Tämä viimeinen kysymys liittyy kuntien kykyyn järjestää ja priorisoida palveluja tilanteessa, jossa niitä ei ohjata korvamerkityillä rahoilla, ja jossa uusia laajoja velvoitteita kuten hammashoito ja koululaisten iltapäivähoito on otettu käyttöön. Heikkilän, Kauton ja Teperin paperissa tämä kysymys tuodaan esiin tarpeena lisätä työkaluja kansallisen tason ohjaukseen. Miksi siis vaikkapa hammashoito, mutta ei huumeiden käyttäjien hoito? Kun hyvinvointipalveluiden menojen kurissa pitämiseen on jatkuva tarve, kirjoittajat nostavat aivan perustellusti esiin tarpeen käydä keskustelua siitä, mitkä ovat ensisijaisia tarpeita ja mitkä toissijaisia, joita toteutetaan siinä laajuudessa kuin taloudellinen raamia antaa myöten.

Kirjoittajien esittämää ajatusta siitä, että sosiaalipolitiikan kehitystä ovat ohjanneet ajankohtaiset tarpeet eikä laajempi käsikirjoitus tai visio, on syytä jatkaa kysymällä, mitä tapahtuu tulevaisuudessa vanhusväestön määrän kasvaessa? Pitäisikö meillä olla kokonaisvaltainen visio siitä mihin tavoitetasoon palveluiden laajuudessa ja laadussa pyrimme? Voisimmeko laatia jonkinlaisen hyvinvointivastuun kehittämisen tiekartan vai kuuluuko demokraattiseen päätöksentekoon vääjäämättä tietynlainen ajankohtaisten tarpeiden esille pääsy ja poliittiset kompromissit ja sitä kautta satunnaisuus? Terveystieteiden ohella asia alkaa olla ajankohtainen ikääntyneiden palveluissa. Riittääkö se, että vanhus pääsee palvelutarpeen arviointiin määräajassa vai nouseeko paine siihen suuntaan, että myös sosiaalipalveluissa on saatava "hoitotakuu". Kysyntä ja vaatimukset kasvavat koulutuksen ja tulotason parantuessa myös sosiaalipalveluiden puolella.

Riittääkö palvelutarpeen arviointipakko siihen, että palveluja on tasaisesti saatavissa? Aikoinaan lasten päivähoiton järjestämisessä lain mukaan kunnan tuli huolehtia siitä, että paikkoja oli siinä laajuudessa kuin tarve edellyttää, mutta tarjonta ei käytännössä vastannut tarvetta. Tapahtuuko sama tulevaisuudessa nykyistä laajemmin myös vanhusten kohdalla? Vanhusten palveluissa on jo näkynyt rajoittuminen tarjoamaan yhteiskunnan taholta vain aivan välttämättömin hoiva ja jättää kotiin tuotavista palveluista osa omarahoitteisiksi.

Todennäköisyys palvelutasojen alueelliseen eriytymiseen kasvaa, koska ensinnäkin kunnissa ikääntyneiden määrät kasvavat eri tahtia ja erityisesti suurissa kaupungeissa määrälliset kasvut ja palvelujen kysynnän lisäys tulevat olemaan jossain vaiheessa nopeita. Samaan aikaan kuntien taloustilanne uhkaa eriytyä vielä nykyisestäänkin. Tällöin voi syntyä tilanteita, joissa palvelukapasiteettia ei lisätä tarpeeksi nopeasti.

Oikeudenmukaisuus

Oikeudenmukaisuus ei ole ollut viime aikoina julkisessa keskustelussa juurikaan esillä. Paperissa se nostetaan esiin useissakin kohdin. Eräänlainen oikeudenmukaisuuskysymys on perusturvan taso. Kuten kirjoittajat toteavat, se on Suomessa 1990- ja 2000-luvuilla suhteellisesti heikentynyt, kun ansiotaso on noussut perusturvaetuuksia nopeammin. Taloudellisesta näkökulmasta katsottuna kuitenkin tähän on selviä syitä. Tällä hetkellä suuri osa suomalaisesta vähätuloisuudesta aiheutuu työttömyydestä. Vuoteen 1990 verrattuna Kela työttömyysturvamenot ovat nyt lähes kahdeksankertaiset ja etuuksien saajia on aiempaa paljon enemmän. Näin ollen alimpien tuloluokkien aseman vahvistamiseksi tarvitaan etuustasojen tarkastelun ohella myös itse syihin meneviä toimenpiteitä, joista keskeisin on pitkäaikaistyöttömyyden alentaminen.

Oikeudenmukaisuus on usein ainakin jossain määrin ristiriidassa muiden tavoitteiden kanssa. Kirjoittajat näkevät suomalaisen järjestelmään kuuluvan monikanavaisen rahoituksen (eli mahdollisuuden käyttää yksityistä palvelua esimerkiksi lastenhoidossa ja terveydenhoidossa yhteiskunnan osarahoituksella) edesauttaneen sitä, että palvelujen käyttö kohdistuu epäoikeudenmukaisesti – varakkaat käyttävät enemmän palveluja ja nimenomaan yksityisiä (lääkäri)palveluja. Kansainvälisessä vertailussa Suomi sijoittuu yllättäen kärkipäähän epäoikeudenmukaisuusmittarissa, kun on kysymys lääkarissäkäyntien määrästä. Monikanavaisen järjestelmään kuten moneen muuhunkin yksityisen ja julkisen yhdistelmään liittyy sekä haasteita että etuja. Yksityisen tarjonnan käyttö lisää asiakkaan valinnanvapautta ja asiakas tai hänen työnantajansa osallistuu myös huomattavalta osin kustannuksiin. Samalla kuitenkin syntyy haasteita oikeudenmukaisuuden ja mahdollisesti myös kustannuskontrollin suhteen. Jos jaetaan kustannusvastuuta palveluiden käyttäjille, samalla heikennetään oikeudenmukaisuutta eri tuloryhmien välillä, mutta myös säädellään kustannusten nousua.

Monikanavaisesta rahoitusjärjestelmää vastaan esitetään usein arvostelua, mutta varsin vähän näyttää olevan analyysia siitä, mitkä arvostelua aiheuttavat tekijät olisivat muutettavissa ja mitä hyviä puolia järjestelmässä on. Monikanavainen järjestelmä on osa yksityisen ja julkisen palvelun rinnakkaisoloa, jota kehittämällä saadaan myös etuja. Järjestelmää voitaisiin käyttää myös nykyistä tehokkaammin hyväksi. Esimerkiksi julkisessa hammashoidossa on syntynyt hoitotakuun ylittäviä jonoja, vaikka rinnalla olisi yksityiset ammatinharjoittajat, joita voitaisiin hyödyntää.

Alueelliset erot eivät vielä ongelma

Kirjoittajat toteavat, että monikanavainen rahoitusmalli tuo myös alueellista eriarvoisuutta, koska valtionosuuksia määrättäessä ei oteta huomioon Kelan kautta yksityissektorille meneviä voimavaroja. Nehän suuntautuvat pääosin kaupunkeihin. Tämä ei kuitenkaan merkittävästi vaikuttane epätasa-arvoiseen suuntaan. Vastaavasti järjestelmässä on myös joitain pikkuasioita, jotka eivät suosi kaupunkeja. Kuten kirjoittajat toteavat tällä hetkellä alueellinen tasa-arvo palveluiden saannissa on vielä varsin hyvä. Valtionosuusjärjestelmä (ml. verotulotasaus) jakaa kaikesta monimutkaisuudestaan huolimatta varoja uudelleen taloudellisen kantokyvyn sekä sosiaalisten ja terveydellisten olosuhteiden mukaan. Palveluiden saannissa on eroja, mutta ne eivät näytä noudattavan mitään selkeää alueellista jakaumaa, vaan ovat kytköksissä eroihin toimintojen organisoinnissa ja organisaatioiden sisäisissä toimintavoissa.

Alueellisen eriarvoisuuden uhka tulevaisuudessa muodostuu kahdesta tekijästä. Palveluiden saatavuuteen voi vähitellen vaikuttaa se, että väestö harvenee monilla alueilla niin paljon, että nykyisillä toimintamalleilla palvelujen ylläpito kallistuu tai niiden laatu kärsii. Toisaalta teknologian kehittyminen antaa uusia

mahdollisuuksia järjestää myös palveluja uudella tavalla. Teknologian käyttö ei välttämättä tuo välittömiä taloudellisia hyötyjä, mutta voi parantaa palvelun laatua. Tosin lienee syytä kysyä, missä määrin hajautunut kunnallinen päätöksenteko taipuu peruspalveluissa teknologia-investointeihin ja missä määrin päästään yhtenäisiin alueellisiin ratkaisuihin.

Toinen uhka liittyy peruspalveluiden rahoitusjärjestelmään. Valtionosuusjärjestelmä on monimutkaistunut ja uhkaa monimutkaistua edelleen (esim. työmarkkinatuen uudistuksen myötä) ja alueellisesta näkökulmasta suuri asia on nimenomaan valtionosuusjärjestelmän toimiminen ja kehittäminen tulevina vuosina, kun menopaineet ikääntymisen vuoksi alkavat kasvaa. Kuntalaiset osallistuvat myös kunnallisveron kautta palveluidensa rahoitukseen ja kunnallisveroprosentit vaihtelevat suuresti kunnittain, veroprosentit ovat korkeita alueilla, joilla tulotasot ovat matalia – eivät alueilla, joilla on parhaat palvelut. Verotulojen tasaus tasaa tällä hetkellä voimakkaasti erilaisen veropohjan vaikutusta ja kuntien välisiä eroja, mutta heikoimmat alueet ovat jo riippuvaisempia valtionosuuksista kuin omista verotuloista. Syrjäisimpien alueiden näkökulmasta verotulojen tasaus on tulevaisuudessakin keskeisimpiä tekijöitä tasapuolisessa palvelujen rahoittamisessa. Kolmas olennainen tekijä on tietysti liikkeelle lähtevän palvelurakennehankkeen onnistuminen.

Menopaineiden lisääntyessä voi herätä laajemminkin kysymys, mikä on meidän universaalijärjestelmässämme yksilön ja alueen taloudellinen vastuu omasta hoivastaan. On puhuttu esimerkiksi nykyistä varakkaimmista ikäpolvista, jotka voisivat ikääntymisen edetessä käyttää tulojaan ja varallisuuttaan nykyistä laajemmin omaan hoivaansa ostamalla palveluja yksityisiltä markkinoilta. Alueellisesta näkökulmasta yksityisten palvelumarkkinoiden syntyminen suurille kaupunkialueille on mahdollista, mutta harvaan asutuilla alueilla markkinat eivät synny samalla tavalla. Esteinä ei ole pelkästään asiakkaiden vähyys ja heidän tulotasonsa mataluus, vaan myös se, että ohuilla markkinoilla jää kuntien oman tuotannon ohella vähän tilaa yksityisille yrityksille. Kilpailun toimivuus on heikko, jos palvelun tarjoajia on vähän ja myös asiakkaat olivatpa he kuntia tai yksityisiä ihmisiä, ovat informaatioltaan ja neuvotteluvoimaltaan heikkoja. Vaikkakaan julkinen tuotanto ei hyvin johdettuna tarvitse olla tuottavuudeltaan heikompaa kuin yksityinen, yksityisten markkinoiden läsnäolo ja kilpailu tuo yleensä lisäarvoa. Kilpailun vaikutusten mittaaminen on kuitenkin tällä hetkellä vaikeaa, koska vertailukelpoista tietoa yksityiseltä ja julkiselta ei paljon ole. Heikkilä, Kautto ja Teperi viittaavat OECD:n tulokseen, jonka mukaan yksityisen ja julkisen terveyspalveluiden tuotannon välillä ei ole systemaattista tuottavuuseroa. Kilpailun vaikutus tulee kuitenkin paljolti sitä kautta, että kilpailu pakottaa koko sektoria etsimään uusia tehokkaampia ratkaisuja ja toimintamalleja.

Rahoituksellinen kestävyys – tuottavuus, tehokkuus, vaikuttavuus

Raportissa on tarkasteltu lyhyesti myös terveydenhoidon tuottavuutta ja tehokkuutta ja niiden kohottamiseen liittyviä näkökohtia. Julkisessa keskustelussa keskustelu pelkistyy tuottavuuteen, mutta tuottavuuden toimenpiteitä suunniteltaessa on otetta huomioon, että tuottavuus ei riitä (suuri määrä toimenpiteitä pienellä rahalla), vaan rinnalle on otettava vaikuttavuus (potilas paranee) ja edelleen tehokkuus tai kustannusvaikuttavuus (potilas paranee pienimmällä mahdollisella kustannuksella). Tuottavuuden kohottaminen edellyttää hyvää johtajuutta, mutta meiltä myös puuttuu sekä kokemusta että tietoa siitä, miten rakenteelliset tekijät ja erilaiset tavat tuottaa palvelut vaikuttavat tuottavuuteen. Mitä on saavutettavissa kvasimarkkinoiden muodostamisella julkisen sektorin sisälle esimerkiksi tilaaja-tuottajamalleja käyttämällä, mitä taas yksityisen ja julkisen palvelutuotannon sekoitelmista, yksityisestä yrittäjyydestä, palvelusetelimallin toimivuudesta jne.

Monet laskelmat osoittavat, että ikääntymisen aiheuttamaa painetta kustannuksiin helposti liioitellaan. Eivätkä kansainväliset vertailutkaan anna suurempia terveydenhoitomenoja maille joissa on keskimääräistä ikääntyneempi väestö. Kuitenkin on otettava huomioon, että laskelmat tehdään aina nykyhoitokäytännöille ja tarve nostaa hoidon tasoa on koko ajan olemassa, samoin uudet alkuun kalliimmat hoidot syrjäyttävät vähemmän tehokkaita hoitoa. Yhdessä väestörakenteen muutos hoidon laadun ja tason parantamisen tarpeen kanssa kuitenkin tuo jo muutaman prosenttiyksikön nostotarpeen tuloveroihin, jos tuottavuus ei kasva. Lisäksi sosiaali- ja terveystenon nousu ei ole ainoa elementti ikääntymisessä. Julkisen talouden kestävyden kannalta kaikki menot on laskettava yhteen. Kustannuksiltaan suurin erä on eläkemenojen kasvu, jota ei voida välttää. Menopaine on hyvä suhteuttaa tuloihin, joita kertyy pienenevän aktiivi-iässä veronmaksajien joukosta. Varsinkin alhaisimman tulotason alueilla alueen omat verotulot suhteessa menoihin pyrkivät selvästi alenemaan ikärakenteen muutoksen vuoksi.



VALTIONEUVOSTON KANSLIA

SNELLMANINKATU 1, HELSINKI
PL 23, 00023 VALTIONEUVOSTO
p. (09) 16001 | (09) 57811
f. (09) 1602 2165
s-posti kirjaamo@vnk.fi
www.vnk.fi/julkaisut