

TIETO TERVEYDENHUOLTOPALVELUIDEN TUOTANNOSSA

Hyvinvointi-ideologian vaikutuksia kuntien terveydenhuollon ostopalvelukäytäntöihin

Jarno Talvitie
pro gradu –tutkielma
Sosiologia
Yhteiskuntatieteiden ja
filosofian laitos
Jyväskylän yliopisto
Kevät 2006

TIETO TERVEYDENHUOLTOPALVELUIDEN TUOTANNOSSA

Hyvinvointi-ideologian vaikutuksia kuntien terveydenhuollon ostopalvelukäytäntöihin

Jarno Talvitie
Jyväskylän yliopisto
Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos
Sosiologia
Jyrki Jyrkämä
Kevät 2006
175 sivua + 1 liite

TIIVISTELMÄ

Tutkielman tehtävänä oli selvittää, millaisen tiedon varassa ja ohjaamina kuntapäätäjät suunnittelevat ja toteuttavat alueensa terveydenhuoltoa. Tarkastelun keskiössä olivat kuntien terveydenhuollon ostopalvelut yksityiseltä terveydenhuoltosektorilta. Tutkimusta varten haastateltiin yhdeksää kuntavaikuttajaa yhteensä kolmesta kunnasta. Kustakin kunnasta haastateltiin johtavaa ylilääkärinä, sosiaali- ja terveystoimen johtajaa sekä sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtajaa. Tavoitteena oli selvittää, millainen merkitys näiden henkilöiden arvoilla ja laajemmin ideologialla on ostopalveluiden käyttöön kunnissa.

Tutkimusmenetelmänä käytettiin puolistrukturoitua teemahaastattelua. Haastattelut toteutettiin kesän ja alkusyksyn 2003 aikana. Aineiston analyysissä kiinnitettiin huomiota siihen, mitä kuntavaikuttajat ovat sanoneet, sen sijaan että olisi tarkasteltu sitä, miten he jonkin asian ovat sanoneet. Tutkimuksen teoreettisena taustana on seitsemän käsitettä sekä kuvaus suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän kehityksestä.

Halu säilyttää olemassa olevat rakenteet ja tavat tuottaa palveluja, ylläpitävät julkisen terveydenhuoltojärjestelmän ja palvelutuotannon hegemonia-asemaa. Yksityisten palveluntuottajien yhteiskunnallisen merkityksen korostumisen nähdään loitontavan Suomea pohjoismaisesta hyvinvointivaltiotraditiosta. Etenkin ydinpalveluiden osalta keskeinen palvelutuotannon kilpailuttamiseen ohjaava tekijä on pakko. Yksityisestä palvelutuotannosta tehdään ymmärrettävä ja hyväksyttävä osa hyvinvointivaltiota antamalla sille julkista sektoria täydentävä merkitys. Mielenpideilmasto ei kuitenkaan ole yhtenäinen. Intressieroista huolimatta ostopalvelut eivät nouse kunnissa avoimesti ideologiseksi kysymykseksi.

Avainsanat: hyvinvointivaltio, terveydenhuolto, yksityinen terveydenhuoltosektori, kilpailuttaminen, ostopalvelut, tieto, arvot ja ideologia

SISÄLLYS

1. JOHDANTO	5
1.1 AIHEEN AJANKOHTAISUUDESTA	6
1.2 LÄHTÖKOHTIA JA TAUSTAA	8
1.3 TUTKIMUSTEHTÄVÄ JA SEN TOTEUTTAMINEN	11
1.4 KESKEISET KÄSITTEET JA TUTKIELMAN RAKENNE	15
2. TEORIA	19
2.1 HYVINVOINTIVALTIO	19
2.2 TIETO YHTEISKUNNASSA	23
2.3 INSTITUUTIOITUMINEN	25
2.4 LEGITIMAATIO	29
2.4.1 <i>Legitimiteetin rapautumisesta</i>	31
2.5 ROOLIT	33
2.6 ARVOT JA IDEOLOGIA	35
3. TERVEYDENHUOLTO OSANA HYVINVOINTIVALTIOIDEEA	40
3.1 AIKA ENNEN TOISTA MAAILMANSOTAA	40
3.2 PERUSTAN LUOMINEN	45
3.3 LAAJENTUMISEN AIKAKAUSI	48
3.3.1 <i>Kansanterveyslaki</i>	51
3.4 VAKIINTUMISEN AIKAKAUSI	53
3.5 UUELLEENMÄÄRITTELYN AIKAKAUSI	56
3.6 YKSITYINEN TERVEYDENHUOLTOSEKTORI SUOMESSA	65
3.6.1 <i>Yrityssektorin rakenteesta</i>	68
3.6.2 <i>Yrityssektorin volyymistä</i>	70
4. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA AINEISTO	74
5. OSTOPALVELUT KUNTIEN TERVEYSPALVELUTUOTANNOSSA	77
5.1 KUNTIEN OSTOPALVELUKÄYTTÄYTYMISEN PROFILOINTIA	78
5.1.1 <i>Eritahitiset kunnat</i>	78
5.1.2 <i>Ostopalveluiden lähihistoriasta näytekunnissa</i>	81
5.1.3 <i>Ostopalvelutyypeistä ja motiiveista</i>	84

5.1.4 Muuttuva ostopalvelukäyttäytyminen	89
5.1.5 Suunnitelmallisuus	94
5.1.6 Yleinen ilmapiiri ja suhtautuminen ostopalveluihin	96
5.1.7 Kunnassa vallitseva halu ja tarve kehittää ostopalveluita yksityissektorilta	100
5.1.8 Arvot kunnallisessa keskustelussa	102
5.1.9 Vastustajat ja puolustajat	106
YHTEENVETO	109
5.2 HAASTATELTUJEN HENKILÖIDEN NÄKEMYS OSTOPALVELUISTA	112
5.2.1 Ostopalveluiden merkitys kuntien palvelutuotannossa	112
5.2.2 Miksi ei osteta?	117
5.2.3 Vastuu terveydenhuoltojärjestelmästä	125
5.2.4 Henkilövalintojen vaikutukset	129
5.2.5 Työskentely-ympäristön vaikutukset omiin käsityksiin	134
5.2.6 Ideologia ostopalveluissa	137
YHTEENVETO	139
5.3 KÄSITYKSIÄ SUOMALAISESTA HYVINVOINTIVALTIOSTA	141
5.3.1 Hyvinvointivaltion kannatus	141
5.3.2 Palvelutuotannon tulevaisuus hyvinvointivaltiossa	145
5.3.3 Terveydenhuolto hyvinvointivaltiossa	148
5.3.4 Suomalainen hyvinvointivaltioideologian olemassaolo	151
5.3.5 Ideologian ylläpito	154
YHTEENVETO	157
6. LOPPUPÄÄTELMIÄ	159
LÄHTEET	168
LIITE	176

1. JOHDANTO

Pohdinta terveydenhuoltopalveluiden tuottamiseen liittyvistä mahdollisuuksista ja vastuista ei ole pohdintaa vain yhden hyvinvointipalvelusektorin palvelutuotannon tulevaisuudesta. Kyse on koko hyvinvointivaltion haastavasta ja läpi yhteiskunnan ulottuvasta prosessista, jossa määritellään suomalaista hyvinvointivaltiota ja sen tulevaisuutta. Haastettuna on se vuosikymmenten kuluessa Suomeen rakentunut hyvinvointivaltiomalli, jolla on kansalaisten laaja tuki, jota pidetään menestystarinan ja jonka saavutukset tunnustetaan kansainvälisesti. Monilla tässä muutosprosessissa esille tulleilla vaatimuksilla on mallillemme vieraita tunnuksia ja päämääriä. Julkisessa keskustelussa nämä vaatimukset konkretisoituvat kysymyksiksi mm. terveydenhuoltopalveluiden tehokkuudesta ja tuottavuudesta, palveluiden tilaajan ja tuottajan erottamisesta, yksilön vastuista ja oikeuksista. Laajemmin tarkasteltuna kyse on hyvinvointivaltiomallimme ideologiseen perustaan kohdistuvista haasteista sekä paineista uudelleenarviointeihin.

Tässä tutkielmassa hyvinvointivaltiota ja käynnissä olevaa muutosta tarkastellaan terveydenhuollon näkökulmasta. Keskiössä ovat kuntien terveydenhuoltopalveluiden ostot yksityissektorilta. Suomalaisen hyvinvointivaltiosovelluksen perustana ovat kunnat, joilla on eurooppalaisen mittapuun mukaan varsin laaja vastuu hyvinvointipalvelujen ja siten myös terveydenhuoltopalvelujen tuotannosta. Mallisamme kunnat itsehallinnollisina ja demokraattisesti hallittuina paikallishallinnon yksikköinä vastaavat palvelujen järjestämisestä. Toinen mallillemme leimaa antava piirre on verorahoitteisuuden suuri osuus. Kolmas vakiintunut piirre on kuntien palvelutuotanto eli kunnat myös tuottavat valtaosan palveluista. (Hiironniemi 2002, 90.) Terveydenhuoltoon kohdistuvien muospaineiden edessä yhdeksi keskeiseksi kysymyksi on noussut se, kenen toimesta hyvinvointipalveluja tulevaisuudessa tuotetaan. Palveluiden kilpailuttaminen on noussut esiin yhtenä ideana lisätä tehokkuutta ja tuottavuutta kuntien terveystuotannossa, mutta tuovan myös monin tavoin järjestelmämme ajan vaatimuksia ja haasteita vastaavaksi.

Kuntien terveydenhuoltopalveluiden ostot yksityissektorilta ovat vaatimattomalla tasolla. Kunnat ovat pitäneet terveydenhuoltopalveluiden tuotannon omissa käsis-

sään ja soveltaneet markkinaehtoisia ratkaisuja lähinnä erilaisiin tukipalveluihin ja muuten marginaalisiin terveydenhuollon palveluihin (Kokko & Heikkilä 1995, 12). Vaikka käytännön esteet kilpailuttamiselta ja ostopalveluiden laajamittaiseltakin käytöltä on poistettu pääosin jo 1990-luvulla, ei kunnissa laajamittaisesti uskota ”uuden idean” mahdollisuuksiin turvata kuntalaisten terveystalvaeluja.

Tutkielman tavoitteena on haastattelujen avulla selvittää, minkälaisen tiedon varassa kuntien terveydenhuoltopalveluiden järjestämisestä vastaavat henkilöt palvelutuotantoa koskevia ratkaisuja tekevät. Terveydenhuollon palvelutuotantoon liittyvien tietojen monimutkaisuudesta johtuen, palvelujen järjestäminen on lopulta suhteellisen pienen joukon käsissä. Tästä tosiasiasta johtuen ei ole merkitykseltöntä, millaisen henkilökohtaisen arvomaailman ja ideologian ohjaamina kunnalliset toimijat terveydenhuoltopalveluja järjestävät. Tarkoituksena on löytää näihin arvoihin ja laajemmin mahdolliseen ideologiaan liittyviä perusteluita, jotka selittäisivät, miksi ostopalveluita ei nähdä ratkaisuna kuntien terveystalvaelutuotannossa esiintyviin häiriöihin.

1.1 Aiheen ajankohtaisuudesta

Viimeisten noin kolmen vuoden aikana olen tarkastellut terveydenhuoltojärjestelmäämme liittyviä kysymyksiä etenkin yksityissektorin näkökulmasta. Lääkärikeskusten yhdistykselle tekemissäni selvityksissä olen tutustunut yksityissektorin tilastointiin, toimintaan ja volyyymiin suomalaisessa terveydenhuollossa. Yhdistyksen seminaareissa olen päässyt seuraamaan aitiopaikalta sitä keskusteluita, jota yksityissektorin piirissä käydään suomalaisesta terveydenhuollosta ja etenkin yksityissektorin asemasta ja tavoitteista terveydenhuoltopalveluiden tuottajina. Näiden aiheiden lisäksi seminaareissa on käsitelty laajemminkin suomalaiseen hyvinvointivaltioon liittyviä kysymyksiä.

Syksyllä 2004 tein Toimihenkilökeskusjärjestö STTK:lle selvityksen suomalaisten hyvinvointipalveluiden tämän hetkisestä tilasta ja tulevaisuudesta nimellä ”Haasteen huomisen hyvinvointipalvelut”. Tämä työn kautta paneuduin hyvinvointipalveluiden tämän hetkiseen tilanteeseen, käynnissä olevaan laajempaan yhteiskunnal-

liseen muutokseen sekä niihin oletettaviin haasteisiin, joita suomalainen hyvinvointivaltio kohtaa tulevaisuudessa. Vaikka selvityksen keskiössä olivat hyvinvointipalvelut, korostui selvityksessä terveydenhuoltopalveluiden rooli.

Edellä mainittuja töiden yhteydessä en ole voinut välttyä käsitykseltä, että terveydenhuoltopalveluiden tuotanto ei olisi myös jotain muuta, kuin vain tekninen tai pragmaattinen (käytäntövaltainen, hyötyjä ja tuloksia korostava) kysymys. Matti Rimpelän mukaan terveydenhuoltojärjestelmän rakentamisesta ja tavoiteltavista päämääristä vallitsi Suomessa kohtalaisen korkea konsensus aina 1980-luvulle asti. Uudistusaineet alkoivat kuitenkin kasautua ja vielä saman vuosikymmenen aikana ne purkautuivat. Tästä seurasi valtion, kuntien, elinkeinoelämän ja kansalaisjärjestöjen välillä vallinneen konsensuksen ja rakenteen purkautuminen muutuen kilpailuksi sekä suhteiden kiristymiseksi. (Rimpelä 2004, 76.) Yhteistä näille ryhmille on hyvinvointivaltion säilyttäminen, mutta keinot sen säilyttämiseksi eroavat.

Terveydenhuoltoon liittyvien kysymysten korostumista 2000-luvun Suomessa voidaan selittää ainakin seuraavilla neljällä sisäisellä tekijällä. (i) Voimakkaasti subventoidut, tasokkaat ja tasa-arvon ihanteeseen pyrkivät terveydenhuoltopalvelut koskettavat kaikkia kansalaisia aina syntymästä kuolemaan. Niistä on muodostunut vuosikymmenten aikana ylpeydenaihe, osa kansallista identiteettiä ja yksi hyvinvointivaltioideologian peruspilareista. (ii) Toinen keskeinen syy on se, että kansantalouden näkökulmasta terveydenhuoltopalvelut ovat varsin merkittävä palvelusektori. Kuntien menoista merkittävä osa kohdistuu näiden palveluiden tuottamiseen. (iii) Kolmantena keskeisenä syynä on kasvava palvelutarve yhdistettynä pulaan talouden ja terveydenhuoltohenkilöstön resursseista. (iv) Neljäs huomio on se, että markkinapohjaisten organisaatioiden ja hyödykkeiden merkitys sosiaalipolitiikalle on niiden euromääristä osuutta suurempi, sillä ne voivat vaikuttaa sekä eri toimijoiden valtaresursseihin että sosiaalipoliittisen järjestelmän kollektiivisuuteen (Saari 2001, 149).

Näiden vahvasti kansallisten syiden lisäksi (v) viidentenä tekijänä on kansainvälistyminen. Siirtyminen avoimeen markkinatalouteen, liittyminen Euroopan unioniin ja rahaliittoon sekä laajemmin kansainvälisten vaikutteiden leviäminen yhteiskun-

taamme vaikuttavat myös terveydenhuoltosektoriin. Esimerkiksi liittyminen Euroopan unioniin on tuonut mukanaan oletuksen sitoutumisesta unionin strategioihin. Vielä tällä hetkellä palveluihin liittyvä normitus ja ohjaus eivät kosketa terveydenhuoltopalveluja, mutta politiikan eri sektoreilta tulevat ohjaukset vaikuttavat epäsuorasti myös terveydenhuoltosektorin toimintaan. Ylipäätään avoin markkinatalous ja kansainvälistyminen ovat tuoneet mukanaan uudenlaista ohjausta ja pyrkimystä uudentyypiseen konsensukseen, jonka rakentajina toimivat OECD, IMF ja jossain määrin myös EU (Kiander & Lönnqvist 2002, 3).

Viimevuosina terveydenhuolto on ollut esillä julkisuudessa näkyvimmin palveluiden saatavuuden, hoitotakuun, lääkäripulan, erilaisten markkinaehtoisten ratkaisujen ja jo edellä mainittujen rahoituskysymysten johdosta. Keskustelu on edennyt yksittäisistä huomioista ja kipupisteistä kohti perustavampaa laatua olevia kysymyksiä ja mallimme tulevaisuutta laajemmin pohtiviin kannanottoihin. Edellä mainitut tekijä ja keväällä 2005 käynnistetty kunta- ja palvelurakennemuutos tulevat varmistamaan terveydenhuollon säilymisen kiinnostuksen kohteena vielä vuosiksi eteenpäin.

1.2 Lähtökohtia ja taustaa

Modernin hyvinvointivaltion kehityksen juuret ulottuvat 1800-luvun lopun Saksaan ja sen sosiaalivakuutuslainsäädäntöön. Eurooppalaisten hyvinvointivaltioiden varsinainen synty ajoittuu toisen maailmansodan jälkeiseen talouskasvun aikaan. Eurooppalaisten maiden sosiaaliturvan kehityksessä on ollut monia yhdistäviä ratkaisuja ja taustatekijöitä, mistä johtuen niiden perusmalleissa on paljon yhteistä. Keskeinen tekijä on yleensä valtio-organisaation poliittisen ja hallinnollisen vallan käyttäminen sosiaalipolitiikan toteuttamisessa. Yhteiskuntajärjestyksen ja valtion legitimitietin perustana ovat sekä yksilölliset että yhteiset pyrkimykset – individualismi ja yhteisvastuullisuus. Euroopassa sijoitetaan runsaasti julkisia tai julkisesti ohjattuja voimavaroja hyvinvointipolitiikkaan ja kansalaisten sosiaalinen turvallisuus on laajasti hyväksytty tavoite. Nämä seikat tulevat esille vertailtaessa Länsi-Eurooppaa esimerkiksi Yhdysvaltoihin tai Japaniin. (Ferge, ym. 1997, 13.)

Yhteiskuntatieteilijät ovat eri tekijöiden perusteella luokitelleet myös eurooppalaisia hyvinvointivaltiomalleja. Pekka Kosonen (1998, 37) on erottanut toisistaan neljä länsieurooppalaista ryhmää: pohjoismainen, mannereurooppalainen, perifeerinen ja brittiläinen hyvinvointivaltiomalli. *Pohjoismaista mallia* luonnehtii Kososen mukaan laaja työhönosallistuminen, suhteellisen alhainen työttömyys ja kattava (universaali) hyvinvointipolitiikka, jossa valtion rooli on keskeinen. Järjestelmä on varsin uudelleenjakava ja vain harvat jäävät sen ulkopuolelle. *Mannereurooppalaisessa mallissa* sosiaalimenot on suhteellisen korkeita, mutta naiset eivät osallistu työelämään yhtä laajasti kuin Pohjoismaissa. Yksilön sosiaaliturva kiinnittyy enemmän työmarkkina-asemaan ja perheasemaan kuin maassa asumiseen. Järjestelmä ei toimi erityisen uudelleenjakavasti. *Perifeerisessä mallissa* viitataan Etelä-Eurooppaan ja Irlantiin. Näissä maissa sosiaalimenot jäävät melko alhaisiksi ja siinä on monia aukkoja. Perheen ja kirkon rooli korostuvat. *Iso-Britannia mallin* Kosonen on erottanut omaksi ryhmäkseen, koska viimeisten parinkymmenen vuoden suutaus on voimistanut tarveharkintaa ja yksityistämistä. Iso-Britanniaa hän pitää esimerkkinä ns. suuntaa muuttaneesta hyvinvointivaltiosta.

Kansallinen kulttuuri ja historia sekä erilaiset yhteiskunnalliset voimasuhteet ovat antaneet leimansa kunkin eurooppalaisen hyvinvointivaltion käytännön sosiaalipolitiikalle ja sen muotoutumiselle. Kehityksen eli ideoiden ja niiden käytännön toteutusten kerrostumisen kautta, kunkin maan järjestelmään on muodostunut myös ideologinen perusta eli yhteiset arvot, käsitykset ja olettamukset siitä, miten asioiden tulisi olla ja minkälainen on hyvä yhteiskunta. Suomalaisen mallin arvoperusta on rakentunut tasa-arvon, sosiaalisen turvallisuuden ja oikeudenmukaisuuden varaan (Ferge ym. 1997, 12–13). Suomalainen versio pohjoismaisesta hyvinvointivaltiomallista on kiistattomasti osoittanut toimivuutensa edellisen vuosisadan aikana. Elintason, eliniän, terveyden, bruttokansantuotteen, kilpailukyvyn ja vaikkapa tasa-arvon suotuisat kehitykset ovat esimerkkejä menestyksestä. Tällaiset keskeiset tosiasiat ovat jokaisen omin silmin nähtävissä, ja ne ovat useaan kertaan esimerkiksi kansainvälisissä vertailututkimuksissa osoitettu todeksi.

1900-lukua hallinnut pitkäjaksoinen ja suhteellisen tasainen kehittämisen aikakausi katkesi 1990-luvun alun talouslamaan. Suomessa alkoi muutosprosessi, jossa on suuressa määrin kysymys kasvuun perustuneen ajanjakson loppumisesta ja

siirtymisestä karsinnan, rajoittamisen ja sopeuttamisen aikaan (Julkunen 2001, 11). 1990-luvun jälkipuoliskolta asti jatkunut suotuisa talouskehitys ei ole pystynyt poistamaan laman esiin nostamia rakenteita ja koko järjestelmään koskevia haasteita. Monitahoinen läpi yhteiskunnan ulottuva kansainvälistyminen, siirtyminen markkinoihin nojautuvan talousteorian suuntaan, väestön ikääntyminen, muutokset työmarkkinoilla sekä sosiaalipolitiikassa ovat esimerkkejä näistä haasteista. Kehityksen seurauksena erilaiset sisäiset ja etenkin ulkoiset paineet vaativat uudenlaista hyvinvointipolitiikkaa (Kantola & Kautto 2002, 5). 2000-luvun alun suomalaiselle hyvinvointivaltiolle ja sen palvelujärjestelmälle asetetaan sekä jatkuvuuden että muutoksen vaatimuksia.

Myös Temmeksen ja Kiviniemen tulkinnan mukaan, muutos ja konsensuksen heikkeneminen käynnistyivät jo 1980-luvun loppupuolella. Tällöin Suomessa alettiin vaivihkaa toteuttaa laajaa hallintoreformia, jonka juuret ovat lähinnä anglosaksisten maiden poliittisessa uusliberalismissa. Keskeiset syyt reformille olivat uudistuspainneiden kasautuminen 1980-luvulla osana hyvinvointivaltion kriisiä, kansainväliset vaikutteet sekä hallintouudistuspolitiikan nouseminen poliittiseen keskusteluun. (Temmes & Kiviniemi 1997, 18, 21.) Tämän hallintoreformin logiikan mukaisesti markkinaohjattavuudesta muodostuu vaihtoehto tietoiselle poliittiselle ohjaukselle (Heuru 2000, 328). Uuden ideologian tavoitteena on supistaa julkisen sektorin roolia, tehostaa sen toimintaa ja avata palvelutuotantoa markkinavoimille (Sutela 2003, 19). Suomalainen sosiaalivaltioajattelu on saanut kilpailijan, jonka mukaan julkisin varoin rahoitettavaa lakisääteistä sosiaaliturvaa tulisi ryhtyä purkamaan liian kalliina, tehottomana ja työhön riittämättömästi kannustavana. Uuden ideologian mukaan tulisi korostaa yksilölliseen vastuuseen perustuvia yksityisiä järjestelyjä. Yhteisvastuuseen perustuva sosiaaliturva koskisi vain erityisessä tarpeessa olevia. Markkinat vastaisivat väestön hyvinvoinnin turvaamisesta.

Kehityksen seurauksena useat hyvinvointivaltiomme instituutiot ovat joutuneet uudelleenarvioitaviksi. Uudelleenorganisointia on toteutettu monin paikoin huomaamatta, vetoamalla lähinnä pakkoon taloudellisten realiteettien edessä. Vähitellen nämä ”pakot” ovat ulottautuneet myös mallimme ytimeen kuten terveydenhuoltoon. Uusien ideoiden läpivieminen ja soveltaminen käytäntöön, ”hyvinvointivaltiomallimme päivittäminen”, ei ole kuitenkaan ollut ongelmaton. Kiristyneiden

resurssien ja erilaisten muutos- ja sopeuttamisprosessien keskellä suomalainen järjestelmä on osoittanut vahvuutensa. Perustavaa laatua olevia muutoksia järjestelmään ei ole ainakaan vielä tehty.

1.3 Tutkimustehtävä ja sen toteuttaminen

Kuntien vaihtoehtoista palvelutoimintaa ja sen eri muotoja on selvitetty viimeisen kymmenen vuoden aikana vilkkaasti. Terveydenhuollon näkökulmasta palvelutuotannon ulkoistamisen kokonaistilannetta ja toiminnan yleisiä periaatteita ovat selvittäneet mm. Matti Liukko ja Aino-Maija Luukkonen (toim., 2002), Paavo Virkkunen ja Teuvo Komulainen (1997), Ilona Lundström (toim., 2003), Järvinen ja Tuorila (2002), Sosiaali- ja terveysministeriö (1994) sekä Valtion taloudellinen tutkimuskeskus (1995). Liikelaitostamista ja yhtiöittämistä ovat selvittäneet mm. Kiviniemi, Oittinen, Niskanen, Salminen ja Varhe (1994). Tilaajan ja tuottajan erottamiseen liittyviä kysymyksiä ja mallin soveltamiskokemuksia on tuotu esille Valtiovarainministeriön julkaisussa ”Tilaaja-tuottaja –ajattelu” sekä Paul Lillrankin julkaisussa ”Terveydenhuollon tilaaja-tuottaja-malli” (2006). Jorma Rasinmäki (1997) ja Marja Sutela (2003) ovat lähestyneet aihetta oikeudellisesta tarkastelukulmasta. Kilpailuttamiseen liittyviä tavoitteita, edellytyksiä ja periaatteita on selvitetty mm. Suomen Kuntaliiton julkaisemassa raportissa ”Kilpailuttamisen ABC”. Markkinoiden toimivuutta ja siellä mahdollisesti esiintyviä esteitä ja ongelmia ovat selvittäneet mm. Melin ja Paunio (2001), Lith (2001) sekä Sosiaali- ja terveysministeriö (1993).

Kuntien vaihtoehtoiseen palvelutuotantoon liittyy monia (ainakin poliittisia, oikeudellisia, taloudellisia, sosiaalisia ja ideologisia) näkökulmia ja motiiveja. Siksi tutkimuksen tuleekin olla moninaista. Ideologisten näkökulmien ja motiivien esiin nostaminen on jäänyt tähänastisessa tutkimuksessa vähäisemmälle huomiolle. Rajattaessa tarkastelu ostopalveluihin, vähenee ideologisten kysymysten huomiioon ottaminen entisestään. Hännisen, Iivarin ja Lehdon selvitys ”Hallittu muutos sosiaali- ja terveydenhuollossa?”, Heikkilän ja Lehdon selvitys ”Sopeutuminen vai kriisi?”, Ulla Isosaaren ”Perusterveydenhuolto koetuksella” ja Kirvelän artikkeli ”Kaksi jalkaa hyvä - neljä jalkaa huono!” Ilona Lundströmin toimittamassa kirjassa

”Parasta palvelua” huomioivat myös kuntavaikuttajien vaihtoehtoiseen palvelutuotantoon liittämiä arvolutautuneita näkemyksiä.

Työni johtoajatukseksi on selvittää, millaisen tiedon varassa ja ohjaamina kuntapäättäjät suunnittelevat ja toteuttavat alueensa terveydenhuoltoa. Tarkoituksena on löytää syitä ja merkityksiä ostopalveluiden käytölle ja käyttämättä jättämiselle kunnallisessa palvelutuotannossa. Pyrkimyksenä on löytää subjektien sanojen taakse mahdollisesti kätkeytyviä merkityksiä ja tarkoitusperiä. Taustalla on Karl Mannheimin (1979, 50) ajatus siitä, että haastateltujen henkilöiden sanojen ymmärtämiseksi tarvitaan tietoa niistä olosuhteista ja sosiaalisesta asemasta, joista käsin he vastauksensa antavat. Tavoitteenani on siis yhdistää kunnallinen terveydenhuoltopalvelujen tuotanto suomalaisen hyvinvointivaltion ja palvelutuotannon kehitykseen sekä siihen laajempaan muutosprosessiin, joka suomalaisessa hyvinvointivaltiossa on käynnissä. Tutkielman empiirinen aineisto pohjautuu kuntavaikuttajien haastatteluihin. Teoreettinen osuus rakentuu suomalaisen terveydenhuollon historiasta ja nykytilanteen kuvauksesta sekä sellaisista käsitteistä kuten hyvinvointivaltio, ideologia ja instituutioistuminen. Tutkimusongelma alakysymyksineen on seuraava:

Miten suomalaisen hyvinvointivaltion ideologinen perusta heijastuu kuntien terveydenhuoltopalvelujen tuotantoon?

- *Miten kuntapäättäjät suhtautuvat ostopalveluihin yksityissektorilta osana kunnallista terveydenhuollon palvelutuotantoa?*
- *Hidastavatko tai estävätkö kuntapäättäjien ratkaisut ostopalveluiden käyttöä ja kehitystä?*
- *Ovatko terveydenhuollon ostopalvelut yksityissektorilta kuntavaikuttajille ideologinen kysymys?*
- *Mikä merkitys kuntavaikuttajien arvopohjalla, laajemmin ideologialla, on terveydenhuoltojärjestelmän kehitykseen Suomessa?*

Oletan, että kunnissa palvelutuotantopäätösten suunnittelua ja tekoa ohjaa kuntaorganisaatioon mutta myös yksittäisiin henkilöihin vuosien ja vuosikymmenten aikana kasautunut arvopohja, laajemmin ideologia (mentaalinen malli). Raija Julkunen on käyttänyt käsitettä ”mentaalinen malli” kirjassaan ”Suunnanmuutos” ku-

vaamaan juuri tätä yksilöihin ja yhteiskuntaa kasautunutta ideologiaa (Julkunen 2001). Tämän ideologian katson perustuvan yleisesti hyväksytyjen käsitysten ja tutkitun tiedon lisäksi myös oletuksille, uskomuksille, intresseille ja erilaisille henkilökohtaisille ambitiolle. Vihiä ideologian merkityksestä olen saanut terveydenhuoltopalveluihin liittyviä selvityksiä tehdessäni. Alle olen kerännyt viisi mielestäni keskeistä ideologisen aspektin olemassaoloa selittävää väittämää. Väittämien tarkoituksena ei ole enempää kuin selventää niitä lähtökohtia ja taustaoletuksia, joista käsin olen tutkielmassani lähtenyt liikkeelle:

- Sekä julkisen että yksityisen terveydenhuoltosektorin tilastointi on osittain puutteellista, epäjohdonmukaista ja vertailukelvotonta.
- Tiedolla on yhteisöllinen alkuperä. Ihmistä ja yhteiskuntaa koskeva tieto on aina sidoksissa erilaisiin sosiaalisiin ryhmämuodostumiin tai yhteiskuntaluokkiin sekä niiden etuihin ja intresseihin.
- Hyvinvointivaltiota ”raivokkaasti” rakentaneet ikäluokat ovat yhä päättämässä mm. terveydenhuoltoon liittyvistä kysymyksistä.
- Terveydenhuolto kuuluu hyvinvointivaltion ydinpalveluihin. Hyvinvointivaltio itsessään on ideologinen rakennelma, mikä tekee terveydenhuoltopalveluiden tuottamisesta, järjestämisestä ja rahoittamisesta osan tuota ideologiaa.
- Terveydenhuoltopalvelut ovat erityislaatuisia. Ne sisältävät erilaisia arvopohjaisia ja moraalisia (laadullisia) latauksia.

Haastattelut

Empirian keräämisen metodiksi valitsin ns. teemahaastattelun. Haastattelujen avulla uskon saaneeni syvemmän ja täsmällisemmän kuvan haastateltavien työn aihepiiriin liittyvistä näkemyksistä. Haastateltaville etukäteen lähetetyn kysymysrungon (haastattelun teemat) strukturoituneisuuden aste oli kohtalaisen suuri. Viiden teeman lisäksi kunkin teeman alla oli muutamia valmiita kysymyksiä (liite 1). Näiden tarkentavien kysymysten tarkoituksena oli ohjata haastateltavat tutkielman aihepiiriin. Haastattelun tutkielmaa varten yhteensä yhdeksää henkilöä. Haastattelut tehtiin kolmessa kunnassa. Kustakin kunnasta haastattelin kolmea henkilöä: johtavaa ylläkäriä (asiantuntija), sosiaali- ja terveystoimen johtajaa (asiantuntija) sekä sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtajaa (poliittinen luottamushenki-

lö). Johtavan yllilääkärin sekä sosiaali- ja terveystoimen johtajan tehtävänä on valmistella esitykset ostopalveluiden käytöstä päättävälle elimille. Sosiaali- ja terveystoimen puheenjohtaja johtaa lautakuntaa, jossa terveydenhuoltoon liittyvistä kysymyksistä päätetään. Kunnissa voi olla myös toisenlaisia käytäntöjä. Esimerkiksi kunnanvaltuusto saattaa päättää ostopalveluiden käytöstä eikä lautakunta.

Sirkka Hirsjärven ja Helena Hurmeen (2001, 16–19) mukaan on olemassa tiettyjä perustavaa laatua olevia lähtökohtia, jotka tulee ottaa huomioon ihmisten kokemuksia, elämyksiä ja ajatuksia tutkittaessa. Näissä lähtökodissa on kyse ihmisestä ja hänen suhteestaan todellisuuteen sekä tiedon luonteesta. Esittelen lyhyesti neljä tämän työn kannalta huomionarvoisinta lähtökohtaa. (i) Tärkein lähtökohta on se, että ihminen luo ja tuottaa merkityksiä vuorovaikutuksessa toisten kanssa. (ii) Huomiota on kiinnitettävä myös siihen ympäristöön, kontekstiin, jossa hän on sosiaalistunut ja toimii. Oma vaikutuksensa ihmiseen on myös ympäristön historialla. (iii) Kolmanneksi on ymmärrettävä, että ihmisen käyttäytyminen ja toiminta on monimuotoista. Ihminen heijastelee sitä avointa systeemiä, jonka osa hän on. (iv) Neljäs tämän työn kannalta keskeinen huomio on se, että todellisuus on sosiaalisesti konstruoitua. Todellisuus on siis aina subjektiivisesti tulkittua.

Pertti Alasuutarin (2001, 24) mukaan laadullisten aineistojen analyysissä on aina kyse merkityksen käsitteestä ja merkityksellisen toiminnan tutkimuksesta. Laadullinen tutkimus mahdollistaa tilastollista tutkimusta paremmin mahdollisten ideologisten viritysten paljastumisen. Tarkoituksena on saada mahdollisimman monipuolinen kuva harjoitetun "politiikan" henkilökohtaisista perusteluista. Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara ovat todenneet, että laadullisessa tutkimuksessa saadut tulokset ovat vain ehdollisia selityksiä johonkin aikaan ja paikkaan rajoittuen. Lähtökohtana ei ole testata teoriaa tai hypoteeseja vaan pikemminkin paljastaa odottamattomia seikkoja ja tarkastella aineistoa monitahoisesti ja yksityiskohtaisesti. Tarkoituksena on saada tutkittavien näkökulmat ja "ääni" esille. (Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2005, 152.) Laadullisessa tutkimuksessa käytetään tyypillisesti induktiivista analyysiä eli tutkimus etenee yksityisestä yleiseen.

Tämäkään työ, kuten ei yleensä laadullinen tutkimus, ei pyri yleistämään tutkimustuloksia otoksesta perusjoukkoon. Kyse on pikemminkin kolmen kunnan ja yhdeksän henkilön sisältämästä näytteestä. Kvalitatiivisen tutkimuksen pyrkimyksenä on ymmärtää ihmisen toimintaa ja löytää ilmiöiden yhteisiä merkityksiä. Tavoitteena on ymmärtää ihmisten toiminnan tavoitteita, motiiveja ja taustalla vaikuttavia syitä. Tutkija pyrkii selvittämään ihmisten subjektiivisen maailmankatsomukseen sisältyviä merkityksiä eli tulkintojaan ympäristöstä ja itsestään. Ilmiöiden tulkinta on kontekstuaalista. Kontekstuaalisella tulkinnalla tarkoitetaan sitä, että asian tulkintaa ei irroteta asian taustasta eli asiayhteydestä. (Mäkelä 1990, 48.)

Tarkastelen tutkimusta varten haastateltuja henkilöitä kokonaisuuden osana ja suhteessa kokonaisuuteen. Pyrin sijoittamaan haastateltavat historialliseen ja sosiaaliseen kontekstiin. Tarkoitukseni ei ole niinkään pyrkiä yleistykseen. Pyrin pikemminkin ymmärtämään ilmiötä. Näen tutkimusta varten haastatellut henkilöt omien ajatustensa, arvojensa ja aiempien elämäkokemustensa ohjaamina yksilöinä. Oletan heidän olevan aktiivisia ja tavoitteisiin pyrkiviä henkilöitä.

1.4 Keskeiset käsitteet ja tutkielman rakenne

Kuntien vaihtoehtoinen palvelutuotantotoiminta, palvelujen ulkoistaminen, palvelujen uudelleenorganisointi, palvelujen yksityistäminen, ostopalvelut ja palvelujen kilpailuttaminen ovat esimerkkejä käsitteitä, joilla arjessa tarkoitetaan usein samaa asiaa – perinteisistä julkisen hallinnon ohjausmekanismeista poikkeavaa palveluiden tuotantoa. Näitä käsitteitä on toki määritelty aiheetta käsittelevässä kirjallisuudessa, mutta käsitteistö ei ole arjessa täysin vakiintunutta. Edelleen puhutaan usein virheellisesti palveluiden yksityistämisestä, joka on harvinaista terveydenhuoltosektorilla. Palveluiden yksityistäminen on vain yksi mahdollinen toimenpide ns. markkinaperusteisista toimintamuodoista puhuttaessa.

Käsite ”markkinaperusteiset toimintamuodot” samoin kuin käsite ”kuntien vaihtoehtoinen palvelutuotanto” ovat väljiä yläkäsitteitä, jotka sisältävät toimenpiteitä kuten ostopalvelut, kilpailuttamisen, liikelaitostamisen, yhtiöittämisen, sisäisten markkinoiden luomisen ja palveluista perittävät maksut. Yhteisenä tekijänä näillä

toimenpiteillä on riippuvuus markkinoista. Julkisten palvelujen markkinaehtoistaminen tarkoittaa markkinasignaalien ja markkinakannusteiden entistä laajamittaisempaa hyväksikäyttöä ja julkisen sektorin tuotantoyksiköiden monopolistisen aseman purkamista (VM 2005, 19). OECD käyttää samasta asiasta käsitettä ”markkinaluonteiset mekanismit” (”market-type mechanisms”). Ostopalvelut sijoituvat perinteisen hallintotoiminnan ja täydellisesti kilpailevien markkinoiden väli- maastoon. (Kiviniemi ym. 1994, 11.)

Tässä tutkielmassa ostopalveluilla tarkoitetaan kunnan yksityiseltä terveydenhuol- tosektorilta ostamia terveydenhuollon palveluja. Ostopalveluiden käytön keskei- nen idea on se, että julkisen sektorin organisaatio maksaa palveluista ja joku muu tuottaa ne. Ostopalveluihin voidaan sisällyttää sekä palvelut että tavarahankinnat. (Kiviniemi ym. 1994, 20.) Tavarahankinnoilla tarkoitetaan esimerkiksi hoitoon tar- vittavien tilojen vuokrausta. Ostopalvelut ja kilpailuttaminen liittyvät kiinteästi toi- siinsa. Kilpailuttaminen tapahtuu ennen palvelun ostamista ja tuottamista. Kilpai- luttamisprosessin päätteeksi julkinen yksikkö tekee sopimuksen yksityisen terve- yspalveluja tuottavan yksikön kanssa tietyn palvelun tai palvelukokonaisuuden tuottamisesta. Tämä tehtävä pyritään määrittelemään mahdollisimman tarkasti tilaajan ja tuottajan välisessä sopimuksessa.

Työtä varten haastatellut henkilöt työskentelevät ja toimivat kunnissa. Yhtenä hei- dän toimintansa keskeisenä tehtävänä on järjestää kuntalaisille perusterveyden- huollon palvelut. Perusterveydenhuollon käsitettä on käytetty ainakin kahdessa merkityksessä. Laajemmassa merkityksessä sillä on tarkoitettu kaikkia niitä terve- ydenhuollon palveluita, jotka ovat kansalaisten käytettävissä ilman eteenpäinlä- hettämismenettelyä. Tällöin perusterveydenhuollon katsotaan sisältävän terveys- keskusten lisäksi työpaikkaterveydenhuollon sekä yksityiset terveyspalvelut, silloin kun ne ovat kansalaisten käytettävissä. Suppeammassa merkityksessä, jota myös tässä työssä käytetään, perusterveydenhuollolla on tarkoitettu vain kunnallisten terveyskeskusten toimintaa. Laajemman tulkinnan on katsottu olevan epä johdon- mukainen erityisesti yksityisten lääkäripalvelujen kohdalla. (Kokko & Niskanen 1995, 34.) Tähän tutkielmaan suppeampi määritelmä soveltuu paremmin, sillä työn kannalta on olennaista erottaa kunnallinen toiminta yksityisestä toiminnasta.

Käsite ”palvelu” ymmärretään tässä työssä aineettomana tuotteena, jota erityinen organisaatio kuten terveyskeskus tuottaa. Terveystuotteen luonnehtii palveluiden tuottaminen ensisijaisesti asiakkaiden ongelmiin. Terveystuotteen osalta vaikeammin määriteltävä käsite on ”ydinpalvelu”. Kuntien strategioissa saatetaan mainita, että kunta pyrkii turvaamaan kuntalaisille ydinpalvelut. Vaikeasti määriteltävyys johtuu siitä, että kussakin kunnassa voidaan itse päättää, mitkä palvelut luetaan kuuluviksi ydinpalveluihin. Yleisesti voidaan sanoa, että terveyskeskuksissa annettava palvelu on lähtökohtaisesti ns. ydinpalvelua. Sen sijaan esimerkiksi sairaankuljetus ja fysioterapia ovat toimialan sisällä ns. tukipalveluita eli ne voidaan luokitella reunapalveluiksi. Kuvantamis- ja laboratoriopalvelut ovat esimerkki palveluista, joita tarjotaan monissa terveyskeskuksissa, mutta joita ei samalla tavoin lasketa kuuluviksi siihen ydinpalveluiden joukkoon, joita ei kokonaisuudesta voisi irrottaa. Tämä johtuu siitä, että ne ovat nykyään kohtalaisen hyvin irrotettavissa kokonaisuudesta ja esimerkiksi kilpailutettavissa ilman, että kokonaisuus kärsii.

Pääosa Suomessa tuotetuista yksityisistä terveydenhuoltopalveluista on yritysten tuottamia. Merkittävin yhteiskunnan yrityksille antama tukimuoto on Kelan sairausvakuutus. Yksityisiä terveydenhuoltopalveluita tuottavat myös ns. kolmannen sektorin toimijat. Näille toimijoille myönnetään lisäksi tukea mm. Raha-automaattiyhdistyksen varoista. Olennainen ero yritysten ja kolmannen sektorin toimijoiden välillä muodostuu siis erilaisten rahoitustukien kautta. Tässä tutkielmassa käsite ”yksityiset terveydenhuoltopalvelut” sisältävät sekä terveydenhuoltopalveluita tuottavat yritykset että kolmannen sektorin toimijat. Yksityiset terveyspalveluntuottajat voidaan jakaa vielä palvelujen tuottajiin eli käytännössä lääkärikeskuksiin ja -asemiin sekä itsenäisiin ammatinharjoittajiin. Itsenäiset ammatinharjoittajat ovat pääasiassa kunnallisen virkansa lisäksi lääkärikeskuksissa potilaita vastaanottavia lääkäreitä. Kunnat solmivat ostopalvelusopimuksia ennen kaikkea lääkärikeskusten kanssa eivätkä yksittäisten ammatinharjoittajien.

Tutkielman rakenne

Tutkielman toisessa luvussa tuon esille seitsemän sosiologialle keskeistä käsitettä, jotka luovat tutkielman teoreettisen perustan ja lähtökohdat haastattelujen tul-

kinnalle. Merkittävälle osalle käsitteistä antaa pohjan Peter Bergerin ja Thomas Luckmannin tiedonsosiologinen tutkielma ”todellisuuden sosiaalinen rakentuminen”. Käsitteiden avulla on mahdollista tarkastella yksilön kokemusmaailmaa ja sen muotoutumista. Keskeinen käsite on tieto. Tiedon yhteiskunnallisesta sidonnaisuudesta johtuen, tieto kehittyy, välittyy ja säilyy sosiaalisissa tilanteissa ja yksilöissä. Käsitteet liittyvät läheisesti toisiinsa, mistä johtuen tässä luvussa on hie- man toistoa. Ensimmäisenä esiteltävä käsite on ”hyvinvointivaltio”. Se ei pohjau- du Bergerin ja Luckmannin teoretisointiin. Käsite on kuitenkin olennainen, sillä siinä viitekehyksessä tutkielmaa varten haastatellut henkilöt ovat eläneet.

Kolmannessa luvussa tarkastelen terveydenhuollon näkökulmasta Suomen kehi- tystä hyvinvointivaltioksi. Luvussa on nostettu esiin eri aikakausina syntyneitä ide- oita ja niiden seurauksia. Näiden ideoiden voidaan katsoa keskeisesti vaikutta- neen suomalaisen yhteiskunnan ja etenkin terveydenhuoltojärjestelmän rakentei- siin, kehitykseen ja sisältöön. Historiallisella tarkastelulla pyritään jäljittämään niitä mahdollisia yhteiskunnassamme vallitsevien vakiintuneiden ajattelutapojen lähtö- kohtia, joiden voidaan olettaa vaikuttavan mm. haastateltujen henkilöiden suhtau- tumisiin heille esitettyihin kysymyksiin. Tutkielman kannalta ei ole tarkoituksenmu- kaista antaa tarkkaa kokonaiskuvaa suomalaisen terveydenhuollon kehityksestä. Useampia terveydenhuoltomme kannalta keskeisiä kehityspolkuja jää kuitenkin tarkastelematta. Luvun viimeisessä alaluvussa on katsaus yksityisen terveyden- huoltosektoriin 2000-luvun Suomessa.

Neljännessä luvussa tarkennan teemahaastattelua aineistonhankintamenetelmä- nä ja metodin soveltumista tähän tutkielmaan ja selvitetään tarkemmin haastatte- luihin liittyviä yksityiskohtia. Viidennessä luvussa keskiössä ovat kuntapäätäjien haastattelut. Tähän osaan olen valinnut tutkielman kannalta olennaisimmat kysy- mykset ja kuntavaikuttajien vastaukset näihin kysymyksiin. Luku koostuu kolmesta alaluvusta. Ensin tarkastelen kuntavaikuttajien näkemyksiä omasta kunnasta os- topalveluiden käyttäjänä. Tämän jälkeen keskiössä on kuntavaikuttajien omat suh- tautumiset ostopalveluihin ja kolmannessa alaluvussa kuntavaikuttajien näkemyk- set suomalaisesta hyvinvointivaltiosta.

2. TEORIA

Aittolan ja Pirttilän mukaan, Max Schelerin ja Karl Mannheim työn seurauksena ”tiedonsosiologia” itsenäistyi omaksi tutkimusalakseen 1920-luvulla. Monet sosiologian klassikot olivat kuitenkin jo ennen tätä kirjoittaneet omia tietoa ja ideologiaa koskevia analyysejä (esim. Karl Marx, Max Weber ja Emil Durkheim). Toisen maailmansodan jälkeen kiinnostus tiedonsosiologiaa kohtaan hiipui tutkijoiden kiinnostuksen kohdistuessa joukkotiedostustutkimukseen. Kiinnostus ihmisten arkitiedon, ideologian, tieteen ja vallan välisiin suhteisiin heräsi uudelleen 1960-luvulla (Aittola & Pirttilä 1989, 7.) Uudempaa tietoa käsitteleviä tarkasteluja ovat tehneet mm. Peter Berger ja Thomas Luckmann, Michel Foucault sekä Pier Bourdieu. Bergerin ja Luckmannin mukaan (2002, 14), tiedonsosiologian tutkimusalalla on saavutettu yksimielisyys siitä, että tiedonsosiologia tutkii inhimillisen ajattelun suhdetta yhteiskunnalliseen taustaansa.

Tiedonsosiologian perinteestä on löydettävissä useampia eri auktoriteetteja ja traditioita. En paneudu näihin traditioihin tai klassikoiden välisiin painotuseroihin tarkemmin, vaan esittelen yleisellä tasolla sitä, mistä ihmisen, tiedon ja yhteiskunnan välisissä suhteissa ylipäätään on kyse. Nostan esiin yksittäisiä tiedonsosiologialle keskeisiä käsitteitä kuten instituutioituminen, legitimizeetti, roolit ja ideologia. Näiden käsitteiden määrittely pohjaa Peter Bergerin ja Thomas Luckmannin tiedonsosiologiaa käsittelevään kirjaan ”The Social Construction of Reality”. Kirja on suomennettu nimellä ”Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen”. Käsitteiden määrittelyssä on käytetty paikoin tukena myös muita aihepiiriä selvittäneitä yhteiskuntatieteilijöitä. Aluksi kuitenkin määritellään se, mitä käsitteellä ”hyvinvointivaltio” tarkoitetaan tässä tutkielmassa ja luonnehditaan lyhyesti hyvinvointivaltiota, sen kehitystä ja tämän hetkistä tilannetta.

2.1 Hyvinvointivaltio

Anttosen ja Sipilän mukaan suomalainen hyvinvointivaltio ei ole minkään suuren yksimielisen suunnitelman lopputulos, vaan pikemminkin yksittäisistä ja odottamattomista toimenpiteistä ja päätöksistä sekä ristiriidoista muodostunut kokonai-

suus. Hyvinvointivaltion ja hyvinvointipalvelutarjonnan historian esittäminen loogisesti etenevänä kehitystarinana, projektina, peittää usein alleen järjestelmän hajanaisuuden sekä yksittäisistä kysymyksistä käydyn erimielisen keskustelun. Hyvinvointivaltiomme kehityksestä on löydettävissä ajanjaksoja, jolloin konsensus tavoiteltavista päämääristä on näyttäytynyt laajempaan kuin joinain toisina ajanjaksoina. Hyvinvointivaltiota on kuitenkin pidetty yhden aikakauden suurena projektina, ideana hyvästä yhteiskunnasta (Anttonen & Sipilä 2000, 13, 17).

Hyvinvointivaltiot ovat erilaisten toisiinsa liittyneiden ja toisiaan täydentävien ideoiden ja konkreettisten toteutusten suhteellisen systemaattisia kokonaisuuksia. Niihin on imeytynyt valtava määrä kansallisia merkityksiä. (Anttonen & Sipilä 2000 13.) Kaikki hyvinvointivaltiot kuitenkin eroavat jollain tapaa toisistaan kuten johdannossa tuli esille. Erilaisiin ideoihin ja konkreettisiin ratkaisuihin, eli järjestelmän ja sen rakenteiden muodostumiseen sekä mentaaliseen perimään, ovat vaikuttaneet mm. kirkolliset, kulttuuriset ja yhteiskunnalliset olot sekä taloudellinen ja poliittinen järjestelmä (Vauhkonen 1992, 144). Näin ollen hyvinvointivaltiot ovat vuosikymmenten aikana rakentuneita inhimillisen toiminnan ja vaikuttamisen tuloksia. Uusia ideoita on syntynyt ja niitä on sovellettu käytäntöön, vanhoja ideoita on kehitetty edelleen tai niistä on luovuttu. Hyvinvointivaltiolla on siis historiallisesti muuttuva luonne.

Kantola ja Kautto ovat esittäneet, että hyvinvointivaltiota on pidetty ennen kaikkea moraalisenä projektina. Ennen varsinaista hyvinvointiyhteiskuntaideaa varhaisimmat sovellukset "sosiaalipoliittisista palveluista" keskittyivät erilaisista marginaaliryhmistä huolehtimiseen. Lähinnä rajattu joukko ihmisiä oli näiden vaatimattomien palvelujen piirissä. Varsinainen sosiaalipoliittikka ja sen käytännön toteutukset, palvelut, syntyivät korjaamaan teollistuvan Suomen sosiaalisia ongelmia. Hyvinvointipalveluiden lähtökohtana on siis ollut poistaa taloudellista ja sosiaalista kurjuutta ja epävarmuutta mutta myös kontrolloida väestöä. (Kantola & Kautto 2002, 12.)

Modernissa hyvinvointiyhteiskunnassa palveluiden tehtävänä on ollut tukea ihmisiä elämän eri vaiheissa. Sosiaalipoliittinen järjestelmä on muodostunut erilaisista sosiaalisia riskejä jakavista ja toimintaa sääntelevistä mekanismeista. Sosiaalisia

riskejä liittyy mm. syntymään, terveyteen, asumiseen, koulutukseen ja vanhuuteen. Eri riskien ympärille on muodostunut vuosikymmenten aikana kunkin riskin hallinnasta vastaava tulonsiirtojen ja palvelujen joukko, eräänlainen riskienhallintajärjestelmä. (Saari 2001, 58.) Sosiaalipolitiikan ja sen tuotosten palveluiden seurauksena on nähty olleen mm. tuottavuuden lisääntyminen, työvoiman uusintaminen, taloudellinen kasvu, väestön koulutusmahdollisuuksien kasvu, turvallisuus ja tasa-arvo. Pohjoismaisen hyvinvointivaltiomallin normatiivisen perinnön kautta Suomen on katsottu sitoutuneen neljään yhteiskuntapoliittiseen tavoitteeseen: universaalit sosiaaliset oikeudet, julkisen vallan vastuu hyvinvoinnin takaamisessa, tasa-arvo ja täystyöllisyys (Kosonen 1998, 321).

Hyvinvointivaltio on myös joukko julkisen vallan toimenpiteitä ja ratkaisuja, joilla puututaan julkisten tulonsiirtojen ja palvelujen avulla markkinoiden esiin nostamiin pulmiin. Markkinatalous nähdään epätäydellisenä ja sen uskotaan tuottavan yhteiskuntaan lyhyellä aikavälillä ongelmia. Pitkälläkin aikavälillä, tehokkaasta resurssien kohdentamisesta huolimatta, puhdas markkinatalous nähdään ongelmallisena tasa-arvon ja oikeudenmukaisuuden suhteen. Pahimpien epäoikeudenmukaisuuksien poistamiseksi markkinavoimien toimintaa rajoitetaan ja ohjataan ”yhteisen hyvän” nimissä. Kansalaisten hyvinvoinnista huolehtiminen ei tarkoita kuitenkaan luopumista yksityisestä yritteliäisyydestä ja markkinoista. Hyvinvointivaltioinkin perusta on markkinoissa. (Kiander & Lönnqvist 2002, 14–16.)

1990-luvun alkupuolella hyvinvointivaltiopuhe vaihtui puheeksi hyvinvointiyhteiskunnasta. Tämän on nähty siirtäneen huomiota markkinaehtoihin ratkaisuihin, yksilöiden ja perheiden omaan vastuuseen sekä järjestökenttään. (Kantola & Kautto 2002, 13.) Terveystuotannosta ja sen ohjaamisesta tapahtuu kuitenkin edelleen julkisen sektorin toimesta, että on kuvaavampaa puhua tämän työn yhteydessä hyvinvointivaltiosta. Tässä tutkimuksessa hyvinvointivaltio nähdään Raija Julkusen tapaan (2001, 16) lukuisiin toiminta-alueisiin, toimijoihin, organisaatioihin ja politiikoihin hajautuneena kokonaisuutena, joka ei ole yhden tahdon tai idean ohjaama valtio.

Tähänastinen luonnehdinta hyvinvointivaltiosta tukee käsitystä siitä, että hyvinvointivaltio ei ole koskaan ollut, eikä siitä todennäköisesti koskaan tule staattista rakennelmaa. Muutosvoimat ja vaatimukset voivat tulla yhteiskunnan sisä- tai ulkopuolelta. Suomalaisen hyvinvointivaltion palvelutuotantoon kohdistuvista sisäisistä muospaineista keskeisimpiä ovat väestön ikääntyminen, pula taloudellisista resursseista sekä valtion, intressien osittainen eriytyminen. Nyt käsillä olevassa muutoksessa keskeisten muutosvoimien katsotaan tulevan yhteiskuntamme ulkopuolelta. Kansainvälistyminen, mallillemme osin hankalat ja ristiriitaiset vaatimukset sekä läpi yhteiskunnan ulottuvat riippuvuus muista ovat ulkoisen muospaineen avaintekijöitä. Hyvinvointiyhteiskuntamme ympäristössä tapahtuneet muutokset ovat pakottaneet arvioimaan malliamme uudelleen. Yhteiskunnallisessa keskustelussa erilaiset, usein kriittissävytteiset, luonnehdinnat ja analyysit hyvinvointimallimme tilasta ja kestävydestä ovat olleet varsin konkreettisesti esillä jo 1990-luvun alkuvuosista lähtien. Hyvinvointivaltiomme motiivien on sanottu osin hämärtyneen.

Hyvinvointivaltion kriisikeskustelu konkretisoitui Suomessa 1990-luvun talouslamman seurauksena. Samalla monet esiintuloa odottaneet muospaineet konkretisoituivat. Ihmisen tai yhteisön voidaan sanoa olevan kriisissä jos muutokseen herätään liian myöhään. Jos havahtuminen kuitenkin tapahtuu ajoissa, silloin kun muutoksen merkit ovat ilmassa, mutta eivät vielä kohdalla, merkitsee muutos pikemminkin mahdollisuutta, käännekohta. Käännekohta on tila, jossa muutos on edennyt niin pitkälle, että "jotain tarttis tehdä". (Södergård 1998, lukijalle.) Hans Södergårdin määritelmä muutoksen syvyydestä kriisin ja käännekohdan käsitteiden avulla kuvaa hyvin tämän tutkimuksen näkökulmaa hyvinvointivaltion tämän hetkiseen henkiseen tilaan ja muutosvaatimuksiin. Hyvinvointivaltion ns. laajentumisen aikakausi on ollut jo hyvän aikaa ohi ja uudenlaiset sisäiset ja ulkoiset paineet sekä haasteet ovat arkipäivää. Erilaisin yhteiskunnallisin intressein varustettuja ryhmittymiä on noussut uudella tavalla mukaan yhteiskunnan suuntaa ja sisältöä koskeviin keskusteluihin. Keskeisimpiä ryhmittymiä ovat elinkeinoelämä, tietyt ministeriöt sekä erilaiset liitot ja yhdistykset. Suomalaisen hyvinvointivaltiomallin vanhojen tavoitteiden rinnalle uskotaan nousseen uusia tunnuksia ja päämääriä (Kosonen 1998, 322).

Suomessa käynnissä olevaa muutosta ohjaavista tekijöistä monet saivat alkunsa jo 1980-luvulla. Viimeisten n. 15-vuoden aikana suomalaista hyvinvointivaltiomallia on jouduttu arvioimaan uudestaan aina perusrakenteita myöten. Suomalaisen hyvinvointivaltion tarjoamia palveluja on leikattu, priorisoitu, uudelleenorganisoitu ja asetettu vastaamaan uusia, ennen kaikkea taloudellisia realiteetteja. Vaikka päällimmäisenä olisi käsitys hyvinvointipalveluiden karsimisesta, on palveluja jollain sektoreilla myös laajennettu. Hyvinvointivaltiota on viritetty kohtaamaan uudenlainen ympäristö ja uudenlaiset vaatimukset, muuttunut maailma. Tilanne on sikäli ristiriitainen, että monilla eri mittareilla tarkasteltuna Suomi menestyy kansainvälisissä vertailuissa hyvin tai jopa erinomaisesti (Puoskari & Taimio 2002, 5). Mallimme on osoittanut monilta osin toimivaksi ja Suomi menestystarinaksi.

Monet valtion toimet ovat aina 1980-luvun lopulta lähtien avanneet suomalaista yhteiskuntaa kohti liberaalimpaa yhteiskuntamallia. Lähinnä talouden asettamat vaatimukset ja pakot näyttävät selittäneen arvopohjaiset ja ideologiset pyrkimykset niin kunnissa kuin valtionkin organisaatioissa ja instituutioissa. Kustannustietoisuuden ja tuottavuuden vaatimukset ovat levinneet kaikkialle. Uudet vaatimukset ovat lisänneet rahanjaosta päättävien tahojen mutta myös elinkeinoelämän yhteiskunnallista merkittävyyttä, valtaa. Viime vuosina mm. kilpailuviranomaiset ovat omaksuneet linja, jolla pyritään luomaan uusia markkinoita toimialoille, joissa kunta on perinteisesti toiminut elinkeinonharjoittajana (Kuntaliitto 2003, 7). Palvelutuotannossa liikelaitostaminen, yksityistäminen, ulkoistaminen ja ostopalvelut on nähty paitsi seurauksena niin myös osaltaan ratkaisuna yhteiskuntamme ongelmiin. Monin paikoin palvelutuotannon uudistaminen on ollut nopeaakin, mutta terveydenhuollossa ja etenkin sen ydintoiminnoissa muutos on ollut varsin hidasta.

2.2 Tieto yhteiskunnassa

Aittolan ja Pirttilän mukaan kaikenlainen tieto on kiinnittyneenä kokonaisyhteiskunnallisiin subjekteihin kuten teollinen yhteiskunta tai pohjoismainen hyvinvointivaltio mutta myös erilaisiin mikrotason subjekteihin kuten ihmisryhmät ja yksittäiset henkilöt. Sosiologian näkökulmasta tieto on mielenkiintoinen tutkimuskohde juuri sen yhteisöllisestä alkuperästä johtuen. Eri yhteisöissä mutta myös eri intres-

siryhmien välillä voi ja usein vallitseekin toisistaan poikkeavia tapoja jäsentää tietoa ja todellisuutta. Ihmistä ja yhteiskuntaa koskeva tieto onkin aina sidoksissa erilaisiin sosiaalisiin ryhmämuodostuksiin tai yhteiskuntaluokkiin sekä niiden etuihin ja intresseihin. (Aittola & Pirttilä 1989, 11, 32.) Aittola ja Pirttilä (1986, 1) näkevät tiedonsosiologian yhdeksi keskeiseksi tehtäväksi arkiymmärryksen mukaisen tieto- ja todellisuuskäsityksen problematisoinnin ja sen osoittamisen, miten tieto ja yhteiskunnallinen todellisuus liittyvät toisiinsa.

Perinteisen sosiologisen jaottelun mukaan tieto voidaan jakaa teoreettiseen tietoon (spesiaalitietoon), jota tuottavat erityiset ryhmät (intellektuellit) ja arkitietoon, joka on ihmisten arkielämään liittyvää yleistietoa. Karl Mannheim on erottanut ns. yhteiskunnallisesti määräytyneestä tiedosta toisaalta ”utopistisen tiedon” ja toisaalta ”ideologisen tiedon”. Utopistinen tieto on tulevaisuuteen suuntautuvaa ja dynaamisesti kehittyvää maailmankatsomustietoa. Se on Mannheimin mukaan alistettujen mutta nousevien yhteiskuntaryhmien aktiivista todellisuuden jäsentämistä. Ideologinen tieto on Mannheimin mukaan passiivista tietoa. Se liittyy hallitsevien ryhmien ja luokkien passiiviseen ja olemassa olevia rakenteita säilyttävään maailmankatsomustietoon. (Mannheim 1976, 36, 173–176) Erilaisia tiedon tyyppiä ovat tehneet useammat tutkijat ja eri tiedon lajeilla (esim. myytit ja legendat, uskonnollinen tieto sekä teknologinen tieto) katsotaan olevan erilaisia merkityksiä yhteiskunnassa (Aittola & Pirttilä 1989, 32–33.)

Berger ja Luckmann määrittivät kirjassaan ”Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen” tiedonsosiologian tutkimuskohteen uudelleen, toteavat Aittola ja Pirttilä. Bergerin ja Luckmannin mielestä tiedonsosiologian tulee tutkia kaikkea, mikä käy tiedosta yhteiskunnassa. Tarkastelussaan he siirtävät tiedonsosiologian painopistettä aatehistoriasta ja poliittisten maailmankatsomusten analyysistä kohti arkitiedon tarkastelua. Heidän mielestään tiedonsosiologian tehtävänä on empiirisen todellisuuden tarkastelu mieluummin kuin filosofisten, tiedonsosiologisen tiedon alkuperää (esim. totuudellisuus ja paikkansapitävyys) koskevien kysymysten ratkaiseminen. Tiedonsosiologian tulee Bergerin ja Luckmannin mukaan tutkia tietoa, sen sosiaalista rakentumista, tiedollista relatiivisuutta ja tiedon yhteiskunnallisia vaikutuksia. Sen tulee pidättäytyä ottamasta kantaa tiedon pätevyYTEEN. (Berger & Luckmann 2002, 216–217.)

Bergerin ja Luckmannin lähestymistapa tietoon on konstruktionistinen. Konstruktionistinen lähestymistapa lähtee siitä oletuksesta, että tieto todellisuudesta välittyy ja muotoutuu sosiaalisissa prosesseissa. Yhteiskunnassa vallitsevat ”tietämykset” eivät ole siten diskursiivisesti autonomisia ja neutraaleja, vaan jopa kaikkein konkreettisimmat tosiseikat ovat sosiaalisesti rakentuneita. Tästä voidaan vetää se johtopäätös, että koska inhimillinen todellisuus on sosiaalisesti rakentunut, se voitaisiin rakentaa myös toisin (Aittola & Pirttilä 2002, 226, 229.)

2.3 Instituutioituminen

Institutionaalituminen tarkoittaa laitostumista, aseman vakiinnuttamista, vakiintumista, kiinteän muodon saamista yhteiskunnassa, tapajärjestelmäksi muuttumista (Nurmi ym. 1996, 159.) Paavo Löppönen (1994, 143) määrittelee instituutiot sopimuksiksi, joilla on hyväksytty tavallista perustavammalla ja pysyvämmällä pelisäännöllä yhteiskunnan keskeisten tehtävien hoitamiseksi. Osa näistä sopimuksista on voimassa olevaa lainsäädäntöä, osa kokemuksesta hyväksi havaittua käytäntöä.

Tarkasteltaessa terveydenhuollossa käynnissä olevan muutoksen suuntaa ja pohdittaessa sen tulevaisuutta, kohdistuu huomio yhteiskunnassamme vallitsevien mentaalisten mallien lisäksi järjestelmään ja sen rakenteisiin. Ylipäätään yhteiskunnallista muutosta tai stabiilisuutta ei voida tarkastella huomioimatta vallitsevia rakenteita ja niiden kehitystä. Osaltaan tässäkin työssä on kyse vallitsevaan järjestelmään ja vallitseviin rakenteisiin kohdistuvista muutosvaatimuksista ja muutosvaatimusten välisestä jännitteestä. Käsitteiden instituutio ja instituutioituminen pohjustukseksi erittelen ensin lyhyesti sellaisia käsitteitä kuin yhteiskunta, järjestelmä ja rakenne.

Olavi Riihinen määrittelee yhteiskunnan sosiaalisesti järjestelmäksi, joka koostuu useista, mitä erilaisimmista sosiaalisista osajärjestelmistä. Näiden osajärjestelmien kokonaisuudesta syntyy se yhteiskunta ja järjestelmä, jonka tunnemme. Nämä lukuisat eri sosiaaliset järjestelmät voivat olla suhteellisen itsenäisiä mutta lähtö-

kohtaisesti niillä on keskinäisiä yhteyksiä ja ne ovat toisiinsa linkittyneitä. Ne voivat olla täysin yhteiskunnan sisäisiä, mutta ne voivat olla myös ns. moniyhteiskunnallisia järjestelmiä eli ulottua myös usean yhteiskunnan piiriin. Yhteiskunta ja valtio eivät ole sama asia vaikka ne jokapäiväisessä keskustelussa usein sekoituvatkin. (Riihinen 1990, 11.) Käsitteen ”yhteiskunta selventämiseksi Riihinen erottelee yhteiskunnalle lisäkriteerejä kuten kiinteän alueen, normatiiviset vaateet ja yhteinen identiteetti. Näitä lisäkriteerejä ei ole tarkoituksenmukaista tarkastella tässä työssä tarkemmin.

Järjestelmä, tai analogisesti sama asia ”sosiaalinen järjestelmä”, sekä sen osajärjestelmät muodostuvat Riihisen mukaan rakenteista. Yhteiskunnan rakennetta voidaan tarkastella ainakin kahdesta toisiaan täydentävästä lähtökohdasta käsin. Rakenteen voidaan ajatella muodostuvan erilaisista sosiaalisista instituutioista eli yhteiskunnallisista laitoksista. Ne liittyvät jollain tavalla toisiinsa ja ovat keskinäisessä riippuvuussuhteessa. Ne ovat muodostuneet yleensä pitkän ajanjakson kuluessa ja erinäisten tapahtumasarjojen vaikutuksesta. Niiden tehtävänä on palvella ihmisryhmien tarpeita ja ne ovat mukautuneet vuorovaikutuksen kautta omiin fyysisiin ja sosiaalisiin ympäristöihinsä. Riihisen mukaan kaikkia vakiintuneen eli institutionaalistuneen vuorovaikutuksen muotoja voidaan pitää yhteiskunnallisina laitoksina. (Riihinen 1990, 10.)

Institutionaalistumisessa on kysymys normien eli käyttäytymissääntöjen ja –tapojen sekä arvojen muovautumisesta pysyviksi standardeiksi ja ennustettavissa oleviksi kaavoiksi ja malleiksi. Sosiaalisilla instituutioilla voidaan viitata hyvin monenlaisiin vakiintuneen käyttäytymisen malleihin. Laitoksista puhuttaessa tarkoitetaan yleensä sellaisia instituutioita kuin perhe, avioliitto, omaisuus, laki, talous ja valtio eli yleiset ja tunnetut yhteiskunnalliset laitokset. Yhteiset arvot ja normit ovat välttämättömyys yhteisöjä muodostettaessa ja niissä eletessä. (Riihinen 1990, 10.) Toinen lähtökohta tarkastella yhteiskunnan rakennetta ovat roolit. Roolin käsitettä tarkastellaan hieman myöhemmin.

Peter Berger ja Thomas Luckmann nostavat instituutioistumisen keskeiseen asemaan yhteisöissä. Instituutioilla on heidän mukaansa varsin merkittäviä tehtäviä ja vaikutuksia yhteisössä ja yhteisöön. Ihmiset syntyvät, kehittyvät ja joutuvat mu-

kautumaan aina jo jollain tapaa järjestäytyneeseen yhteiskuntarakenteeseen. Ihmisen minuus muotoutuu vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa eli yksilöt tuottavat itsensä aina ja väistämättä sosiaalisessa vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa. Tässä prosessissa luonnollinen ja sosiaalinen ympäristö välittyvät merkityksellisten toisten kautta. Näitä merkityksellisiä toisia ovat esimerkiksi lähiomaiset, opettajat ja ystävät. Yksilön minuus voidaankin ymmärtää ainoastaan erityisen sosiaalisen kehityksen kautta. Inhimillinen maailma, yhteiskunnat ja edelleen esimerkiksi suomalainen hyvinvointivaltio kaikkine sosiokulttuurisine ja psykologisine muodostumisineen ovat ihmisten yhdessä tuottamaa. (Berger & Luckmann 2002, 62–63)

Bergerin ja Luckmannin mukaan yhteiskunnallinen järjestys on jatkuvaa inhimillistä tuotosta ja se on ymmärrettävissä ainoastaan inhimillisen tuotoksen tuloksena. He katsovat ihmisorganismien biologisiin lähtökohtiin vedoten, ihmisten tavoittelevan vakaata toimintaympäristöä. Yhteiskunnallinen järjestys voi säilyä ainoastaan, mikäli ihminen jatkuvasti tuottaa ja uusintaa sen toiminnallaan. Tuottamalla vaikutta ympäristöönsä ihminen pystyy suuntaamaan energiaansa tärkeisiin ja merkittäviin päätöksiin. Vakaassa ja ennakoitavassa ympäristössä ihmisen ei tarvitse tehdä jatkuvasti merkittäviä päätöksiä. (Berger & Luckmann 2002, 64–66.)

Totuttujen toimintamallien tuottaminen ja uusintaminen johtaa toiminnan totunnaistumiseen. Kaikki inhimillinen toiminta voi totunnaistua eli toiminta voidaan toistaa yhä uudelleen samalla tavalla ja alhaisella suoritusenergialla. Totunnaistumisesta seuraa instituutioistumista. Instituutiot ilmentävät historiallisuutta eli ne ovat aina oman historiansa tuotoksia. Tästä johtuen instituutiota kuten hyvinvointivaltiota ei voida ymmärtää, jos ei ymmärretä instituutiota tuottanutta historiallista kehitystä. Historiallisuuden lisäksi instituutiot ilmentävät myös säätelyä eli ne säätelevät inhimillistä käyttäytymistä asettamalla sille ennakolta määritellyjä käyttäytymismalleja. Jonkin inhimillisen käyttäytymisalueen instituutioituminen merkitsee jo itsessään tämän alueen alistumista sosiaaliselle säätelylle, eikä se sinänsä vaadi sosiaalista kontrollia kuten sanktioita. (Berger & Luckmann 2002, 65–67.)

Totutun käyttäytymisen välittyminen useammille yksilöille ja edelleen uusille ikä- ja sukupolville johtaa instituutioistumisen täydellistymiseen. Tottumukset ja tyyppityk-

set muuttuvat historiallisiksi instituutioiksi. Historiallistumisen myötä instituutio saavuttaa toisen tärkeän ominaisuuden, objektiivisuuden. Objektiivisuulla Berger ja Luckmann tarkoittavat ns. jo kiteytyneen instituution ominaisuutta, jossa instituutiota ei enää samaisteta yksilöihin vaan ne ilmentävät omaa todellisuuttaan, joka asettuu yksilöä vastaan ulkoisena ja pakottavana tosiseikkana. (Berger & Luckmann 2002, 65–67, 71.)

Työnjaon asteen kohoaminen ja taloudellisen ylijäämän syntyminen ovat johtaneet instituutioiden eriytymiseen. Eriytymisen myötä tietyt yksilöt ja ryhmät ovat voineet omistautua erikoistuneille toimialoille, jotka eivät ole suoraan yhteydessä elannon hankkimiseen. Erikoistuminen siis johtaa tietovarannon spesialisoitumiseen ja segmentoitumiseen. Tämä kehityksen seurauksena yhteiskunnan eri merkitysten kokonaisvaltaisesta yhteensovittamisesta tulee objektiivinen ongelma (vaikka instituutiot kaikesta huolimatta käyvät usein yksiin). Instituutiojärjestelmän segmentoitumisella on kahdensuuntaisia seurauksia. Ensinnäkin syntyy tarve tuottaa yhteenliittäviä merkityksiä, jotka kattavat koko yhteiskunnan ja asettavat yksilön pirstoutuneen kokemusmaailman kaikenkattavaan objektiivisesti merkitykselliseen viitekehukseen (vrt. hyvinvointivaltio). Toinen seuraus on yhteiskunnallisesti eriytyneiden merkitysmaailmojen muodostumisen mahdollisuus. Näillä erillisillä merkitysmaailmoilla pitää olla tietty kannattajajoukko, ryhmä, joka jatkuvasti tuottaa kyseiset merkitykset ja jonka sisällä ne ovat objektiivisesti todellisia. Erillisten merkitysmaailmojen muodostuminen tuottaa erilaisia näkökulmia yhteiskuntakokonaisuuteen. (Berger & Luckmann 2002, 93–100.)

Bergerin ja Luckmannin mukaan (2002, 95) instituutioiden luonteessa esiintyy historiallista muuntelua, eikä instituutioistuminen ole peruuttamaton prosessi, vaikka kerran muodostuttuaan niillä onkin taipumus säilyä. Instituutioiden taipumuksesta säilyä on kirjoittanut myös Gøsta Esping-Andersen (1999, 4). Hänen mukaansa on kyse ns. polkuriippuvuudesta. Hyvinvointivaltiomallit eriytyivät sodan jälkeen (etenkin 1960- ja 1970-luvuilla), tuottaen jälkiteollisia hyvinvointijärjestelmiä. Näinä vuosikymmeninä kristallisoituivat kukin mallin keskeiset piirteet. Tänä aikana niin kansalaiset kuin instituutiotkin sitoutuivat ja sopeutuivat tiettyihin käytäntöön sovellettuihin ideoihin. Esping-Andersen katsoo, että nämä institutionaalisiksi järjestelyiksi muodostuneet ideat määrittävät edelleen vahvasti hyvinvointivaltioiden

tulevaisuutta. Raija Julkusen mukaan Suomessa on 1990-luvun lopulla reformoitu sosiaalipoliittisia järjestelmiä siinä määrin, että hän ei ole valmis täysin hyväksymään käsitystä peruuttamattomista instituutioista. Hän allekirjoittaa ns. suunnanmuutoksen, mutta ei ole valmis, prosessin ollessa vielä käynnissä, sanomaan Suomen vaihtaneen polkua. (Julkunen 2001, 296–297.)

Juho Saari näkee, että organisaatioiden ja ihmisten valintoihin vaikuttavia instituutioita muuttamalla voidaan vaikuttaa niiden menestymiseen ja hyvinvointiin. 1990-luvulla Suomessa on pyritty määrittelemään uudelleen eri instituutioiden suhteita mutta myös muotoilemaan eri instituutioita. Instituutioiden muotoilu on yhteistoinnallinen prosessi eli muotoilu tapahtuu yleensä neuvottelun kautta. Lyhyellä aikavälillä lähtökohtaisesti toistensa kanssa kilpailevien intressitahojen kuten valtion, kuntien, palkansaajajärjestöjen ja yksityisten terveyspalveluiden tuottajien edut ovat usein ristiriitaisia. Instituutioiden tulisi kuitenkin olla yhdensuuntaisia asetettujen pitkän aikavälin tavoitteiden kanssa. Tällöin pyritään pääsemään sellaiseen (kompromissi)ratkaisuun, jossa pitkäaikainen yhteistoiminta on ristiriitoja ja kilpailua parempi ratkaisu. (Saari 2001, 37–38.)

2.4 Legitimaatio

Ihmisten tosiasioina kokemien asioiden luonteeseen kuuluu, että ne ovat mielettömiä, vailla erityistä arvoa ja merkitystä. Tosiasioiden ymmärrettäväksi ja hyväksyttäväksi tekemiseksi ihmiset liittävät niihin arvoja ja merkityksiä. Tosiasiat tehdään itselle subjektiivisesti mielekkäiksi. Tämä merkitysten anto on legitimointia. (Kyntäjä 1998, 40.) Instituutiot kuten hyvinvointivaltio tarvitsevat arvoja, uskomuksia ja merkityksiä toimiakseen ja säilyäkseen. Legitimoinnissa on kyse tietyn tietovarannon välittämisestä siten, että yksilöt omaksuvat tietovarannon objektiivisena totuutena ja sisäistävät sen subjektiivisena todellisuutena (Berger ja Luckmann 2002, 80). Työnjaoltaan eriytyneissä ja samalla demokraattisissa yhteiskunnissa legitimitetin ongelma sisältää aina kysymyksen hyvinvoinnin jakautumista koskevasta oikeudenmukaisuudesta (Riihinen 1993b, 263).

Uusi sukupolvi tuo aina mukanaan ns. kuuliaisuuden ongelman. Siksi uusien sukupolvien ilmaantuessa syntyy tarve legitimoida instituutiot eli selittää ja oikeuttaa ne. Legitimaatioprosessi sisältää sekä arvoja että tietoa. Uudet sukupolvet eivät tunne instituutioiden alkuperää ja tarkoituksia ja siksi ne pitää tulkita heille erilaisen legitimoivien muotoilujen avulla. Legitimaatioprosessissa uudelle sukupolvelle selvitetään, miksi heidän pitäisi toimia tai olla toimimatta tietyllä tavalla. Heille selvitetään miksi tietyt asiat ovat siten kuin ne ovat. Tieto siis edeltää arvoja instituutioiden legitimoinnissa. Tämän prosessin tulee olla johdonmukainen ja kattaa koko instituutiojärjestelmä. (Berger & Luckmann 2002, 75, 109.)

Mitä voimakkaammin uuden sukupolven käyttäytyminen instituutioituu sitä ennustettavampaa ja kontrolloidumpaa siitä tulee. Esimerkiksi koulutusjärjestelmällä on suuri merkitys legitimoimisprosessissa. Kuuliaisuuden ongelma perustuu siihen, että poikkeaminen totutuista käyttäytymismalleista on todennäköisempää niiden mallien kohdalla, jotka toiset ovat asettaneet kuin niistä, joiden vakiinnuttamisessa on itse oltu mukana. (Berger & Luckmann 2002, 75, 109.) Suomalaisen hyvinvointivaltiojärjestelmän erilaisten rakenteiden ja instituutioiden voidaan siten olettaa olevan ymmärrettävämpiä, hyväksyttävämpiä ja puolustettavampia sodan jälkeen syntyneille ikäluokille kuin 1990-luvulla syntyneille ikäluokille.

Moderneissa yhteiskunnissa on yleensä yksi yhteinen ja selviönä pidetty ydinuniversumi ja erilaisia osauniversumeja. Kaupungistuneisuus, pitkälle eriytynyt työnjako, korkea yhteiskuntarakenteen eriytyminen sekä taloudellinen ylijäämä ovat seurausta ja edellytyksiä pluralistiselle yhteiskunnalle. Tällöin eri merkitysmaailmojen edustajat eli intressiryhmät tulkitsevat saman yhteiskunnan kokonaisuniversumia eri tavoin. Erilaisten merkitysmaailmojen muodostumisesta seuraa erilaisia näkökulmia ja pyrkimyksiä yhteiskunnallisen kehityksen suhteen. Näillä eri merkitysmaailmoilla tulee olla tietty "kantajakollektiivi" eli ryhmä, joka jatkuvasti tuottaa ja uusintaa kyseiset merkitykset. Tämän ryhmän sisällä nämä tietyt merkitykset ovat objektiivisesti todellisia. (Berger & Luckmann 2002, 99–100, 141–142.)

Yhteiskunnassa esiintyvät ristiriidat voivat helposti muuttua ryhmien väliseksi kilpailuksi ja konflikteiksi, kunkin ryhmän pyrkiessä vakiinnuttamaan oma asemansa

ja heikentämään kilpailevan erityistiedon uskottavuutta. Osin eriytyneistä intresseistä huolimatta, eri universumit ovat mukautuneet moderneissa yhteiskunnissa rinnakkaiseloon. Osauniversumeilla on usein joitain ydinuniversumista poikkeavia ideologisia päämääriä, mutta suoranainen ideologinen konflikti korvataan vaihtelevalla keskinäisellä suvaitsevuudella ja jopa yhteistyöllä. (Berger & Luckmann 2002, 99–100, 142.) Suomalaisessa yhteiskunnassa eriytyneitä merkitysmaailmoja edustavat esimerkiksi julkisen ja yksityisen terveydenhuoltosektoreiden edustajat. Osin eriytyneistä merkitysmaailmoista huolimatta, näiden ryhmien edustajat ovat tehneet yhteistyötä.

Tieto on paitsi yhteiskunnallinen tuotos niin myös yhteiskunnallinen muutostekijä. Merkitysmaailmojen määrän ja monimutkaisuuden lisääntymisen myötä, on ulkopuolisten yhä vaikeampi ymmärtää yksittäiseen merkitysmaailmaan liittyviä kysymyksiä. Monimutkaisten rakenteiden, järjestelmien ja käytäntöjen ymmärtäminen vaatii perehtyneisyyttä aihealueen kysymyksiin. Toisaalta ulkopuoliset tulee pitääkin ulkopuolisina, jotta heille voidaan vakuuttaa menettelyn oikeutus. Ulkopuolisten ulkopuolisena pitämisessä käytetään pelottelua, irrationaalista ja rationaalista propagandaa, mystifiointia, jne. Jo merkitysmaailmassa sisäpuolella olevien sisällä pitämisessä turvaututaan teoreettisten ja käytännöllisten menetelmien kehittämiseen. Ulkopuolella pitämisestä Berger ja Luckmann antavat esimerkin lääketieteestä, jossa ihmisiä taivutellaan kuuliaisuuteen vetoamalla käytännön hyötyyn ja ihmisten sairauden ja kuoleman pelkoon. Sanoma verhotaan ikivanhoihin vallan ja mysteerin symboleihin kuten tiettyihin vaatteisiin ja käsittämättömään kieleen. Lääkärinkunnan sisällä pitämiseen puolestaan käytetään voimakkaita kontrollimenetelmiä ja ammatillista tietovarantoa, joka tarjoaa ”tieteellistä todistusaineistoa” siitä, että normeista poikkeaminen on mieletöntä. (Berger & Luckmann 2002, 101–102.)

2.4.1 Legitimiteetin rapautumisesta

Niin kauan kun symboliuniversumissa ei esiinny ongelmia, se legitimoit itse itseään pelkän objektiivisen olemisen kautta, toteavat Berger ja Luckmann. Käsitteellä ”symboliuniversumi” he tarkoittavat legitimaatiotasoa, jossa käytännöllisten sovel-

lusten alue ylittyy. Tällöin kaikki instituutiojärjestelmän alueet integroituvat kaikenkattavassa viitekehyksessä, jonka sisällä kaiken inhimillisen voidaan katsoa tapahtuvan. Symboliuniversumi on kehys, joka sisältää koko historiallisen yhteiskunnan ja yksilön elämänkulun. Symboliuniversumit ovat sosiaalisia tuotoksia, joilla on historia (sosiaalisia järjestelmiä). Ne legitimoivat tuottamalla järjestystä. Symboliuniversumin muodostuessa ongelmaksi sitä ylläpitävät toimenpiteet tulevat tarpeellisiksi. Käytännössä yksikään yhteiskunta ei perustu täysin legitimoituun symboliuniversumiin. Instituutioistumisprosessiin liittyy aina jännitteitä. Kaikki sosiaaliset järjestelmät ovat inhimillisen toiminnan historiallisesti tuottamia rakennelmia, mistä johtuen yksikään yhteiskunta ei ole harmoninen ja täydellisesti toimiva systeemi. Jokainen symboliuniversumi on alun alkaen ongelmallinen, kysymys on lähinnä siitä kuinka ongelmallinen. (Berger & Luckmann 2002, 111, 113, 121.)

Järjestelmän sukupolvelta toiselle välittäminen mainittiin jo aiemmin ongelmalliseksi prosessiksi. Järjestelmään sosiaalistaminen ei onnistu koskaan täydellisesti sillä osa uudesta sukupolvesta kiinnittyy järjestelmään tiukemmin kuin toiset. Myös järjestelmään tiukasti kiinnittyneiden henkilöiden välillä on eroja järjestelmän ymmärtämistavassa. Ongelma korostuu silloin kun järjestelmässä sisällä olevat henkilöt omaksuvat kilpailevia versioita samasta universumista. Tämä kilpaileva versio jäähmettyy omaksi todellisuudekseen ja sosiaalisesti vakiintuessaan kyseenalaistaa alkuperäisen symboliuniversumin todellisuusluonteen. Ryhmästä tulee vaihtoehtoisen todellisuuden kantaja. He muodostavat teoreettisen uhan symboliuniversumille ja uhkaavat käytännössä sen legitimoimaan instituutiojärjestelmää. (Berger & Luckmann 2002, 122.)

Vallitsevaa järjestelmää ylläpitävät käsitejärjestelmät ovat sosiaalisen toiminnan tuloksia ja käsitejärjestelmän menestyminen on sidoksissa erityisesti soveltajiensa yhteiskunnalliseen valtaan. Vaihtoehtoisen järjestelmän mukanaan tuomasta konfliktista seuraa vallan ongelma kummankin osapuolen pyrkiessä juurruttamaan oma todellisuusmääritelmänsä yhteiskuntaan. Molempien järjestelmien kannattajat pyrkivät kehittämään oman järjestelmänsä hegemonia-asemaan ja säilyttämiseen tähtääviä käsitejärjestelmiä. Se kummalla on enemmän valtaa voittaa. Mitätöinnillä kielletään kaikkien tähän universumiin sopimattomien tulkintojen tai ilmi-

öiden todellisuus. Uhka neutralisoidaan liittämällä siihen ontologinen ja sitä kautta ”ei vakavasti otettava” kognitiivinen status. Esimerkiksi yksityistä terveydenhuoltosektoria voidaan pitää tasa-arvoa vähentävinä sekä liian kalliita ja perusteellisia hoitoja antavina toimijoina. Toinen keino on alistaa poikkeavat käsitykset yksityiskohtaiseen teoreettiseen analyysiin. Prosessin tavoitteena on selittää kaikki poikkeavat todellisuuden määritykset omaan symboliuniversumiin kuuluvilla käsitteillä. (Berger & Luckmann 2002, 124–125, 132.)

Niin kauan kuin kilpailevien ryhmien välisiä ristiriitoja voidaan selvittää käytännön testitilanteissa, voidaan erimielisyydet ratkaista suhteellisen helposti. Kun liikutaan vaikeasti mitattavilla tai muuten vertailukelvottomilla alueilla, joudutaan turvautumaan abstraktiin argumentaatioon. Tämä ei ole luonteeltaan yhtä vakuuttavaa kuin käytännön testaus. Tällaisessa tapauksessa niiden määritelmät todellisuudesta, joilla on yhteiskunnallista valtaa konkretisoituvat käytännössä. Yhteiskunnallinen valta on siis valtaa määrätä ratkaisevat sosialisointiprosessit ja näin ollen tuottaa todellisuutta. (Berger & Luckmann 2002, 136.)

2.5 Roolit

Aiemmin tuli esille, että Olavi Riihisen näkemyksen mukaan on kaksi tapaa hahmottaa yhteiskunnan rakenne. Riihisen toinen mahdollinen tapa rakenteen hahmottamiseksi lähtee sosiaalisista asemista tai erilaisista vuorovaikutusverkostoista tai näistä molemmista. Tällöin järjestelmän rakennetta tarkastellaan erilaisten asemien ja statusten kautta. Näitä ovat esimerkiksi elinkeinot, ammatit, luokat, koulutusjakaumat, ikä- ja sukupuolijakaumat sekä alueellisen erilaisuuden piirteet. Eri asemissa olevien ihmisten välillä on moninaisia vuorovaikutusverkostoja (virallisia ja epävirallisia), jotka sitten muodostavat osan yhteiskunnan rakenteesta heijastuen elämäntavoissa ja arkipäivän rutiineissa. Eri sosiaalisille asemille ympäristö asettaa tiettyjä normiodotuksia, mistä seuraa toistuvaa enemmän tai vähemmän odotusten mukaista käyttäytymistä. Tällä viitataan sosiaalisten asemien muodostumiseen sellaisista rooleista, joissa ihmiset tiettyjen normiodotusten mukaisesti käyttäytyvät toistuvasti enemmän tai vähemmän samalla tavalla. Tästä

johtuen voidaan puhua institutionaalistuneesta käyttäytymisestä. (Riihinen 1990, 10–11.)

Bergerin ja Luckmannin mukaan ympäristön odotukset määrittelevät, millainen käyttäytyminen on kullekin henkilölle kussakin tilanteessa sopivaa ja millainen taas ei. Toisin sanoen instituutioihin liittyy sosiaalisesti välittyntä tietoa, joka määrittää hyväksyttävän käytöksen säännöt. Tämä sosiaalisesti välittynyt tieto määrittelee ja muotoilee roolit, joita esitetään institutionaalisilla alueilla. Tämä sukupolvilta toiselle välittyvä tiettyyn tietoon pohjautuva todellisuus puolestaan muo- vaa yksilöä. Kieli on tärkein väline tämän vuosikymmenten ja vuosisatojen aikana kerrostuneen tradition välittämisessä. Yhteiskunnan eriytymisen myötä monista käyttäytymisen ja tiedon alueista on muodostunut merkityksellisiä vain tietyille toimijatyypeille. (Berger & Luckmann 2002, 79–81.)

Institutionaalinen järjestys perustuu niin omien kuin toistenkin, yksittäisten suoritus- tusten tai toimintakokonaisuuksien tyypittelyyn. Toimintamuotojen tyypittely edel- lyttää toimintamuotojen objektivoitumista eli tilannetta, jossa toiminta ja sen merki- tys voidaan ymmärtää irrallaan toiminnan yksilösuorituksista ja niihin liittyvistä vaihtelevista subjektiivisista prosesseista. Esimerkiksi lääkäreiden ammattikunnal- le on muodostunut vuosisatojen aikana tietty kokonaisuus tietoa ja taitoa, jotka tulee hallita jos haluaa olla lääkäri. Huolimatta siitä kuka yksittäinen lääkäri on kyseessä, hänen tiedetään omaavan tietyt lääkärille ominaiset perustaidot ja tie- dot. Tämän tieto- ja osaamisvarannon lääkärit välittävät uudelle sukupolvelle, joka sosialisoinnin kuluessa omaksuu sen objektiivisena totuutena ja sisäistää subjek- tiivisena todellisuutena. Todellisuus muo- vaa yksilöä ja tuottaa tiettyntyyppisen yksi- lön, esimerkiksi lääkärin, jonka identiteetti ja elämä lääkärinä ovat mielekkäitä ammattikunnalle ominaisen tietovarannon kokonaan tai osittain jäsentämässä maailmassa (Berger & Luckmann 2002, 80, 85–86).

Rooleista voidaan puhua siinä vaiheessa kun toimivaa minää tai toimivia toisia ei koeta ainutkertaisiksi yksilöiksi vaan tyypeiksi. Roolit ovat toimijayhteisössä objek- tivoitujen tietovarannon muodostamassa viitekehyksessä vakiintuneita toimijatyyp- pejä. Tyyppisiä, jotka eivät ole enää ainutkertaisia yksilöitä vaan tyyppisiä, jotka ovat keskenään vaihdettavia. Roolien kautta yksilöt osallistuvat sosiaalisen maa-

ilman rakentamiseen. Roolit syntyvät samoissa totunnaistumisen ja objektivoitumisen prosesseissa kuin instituutiotkin. Bergerin ja Luckmannin mukaan kaikki insituutioitunut käyttäytyminen on sidoksissa rooleihin. Siten roolit kontrolloivat käyttäytymistä siinä missä instituutiotkin. Yksilöistä tulee roolien suorittajia, mikä alistaa heidät tietyyppiseen toimintaan ja ajatteluun. Roolit edustavat instituutiojärjestelmää ja instituutiojärjestelmä todellistuu roolisuorituksissa. Roolin oppimiseksi tulee rutiinitietojen lisäksi hankkia (sisäistää) rooliin suorasti tai epäsuorasti liittyviä arvoja, normeja ja jopa tunteita. (Berger & Luckmann 2002, 87–88, 92)

Niin instituutiot kuin roolitkin voivat ns. reifioitua. Instituutioiden reifikaatiolla Berger ja Luckmann tarkoittavat ihmisten tuottamien instituutioiden kokemista esineinä, ei-inhimillisinä. Roolin reifioituessa henkilön se itsensä tiedostamisen osa-alue, joka on objektivoitunut roolissa, reifioituu. Berger ja Luckmann antavat tästä malliesimerkin toteamuksen muodossa, ”minulla ei ole valinnanvaraa, joudun toimimaan näin asemani vuoksi”. Roolin reifioitumisen myötä henkilön itsensä ja roolin välimatka kaventuu. Yksilö voi samaistua täydellisesti sosiaalisesti määriteltyihin tyyppityksiin. Ihmisestä tulee, ei muuta kuin tietyn tyyppin edustaja. Samais-taminen tiettyyn tyyppiin voi saada positiivisen tai negatiivisen arvo- ja tunnepai-notuksen riippuen siitä, kuka tyyppiä arvioi. (Berger & Luckmann 2002, 106)

2.6 Arvot ja ideologia

Arvot

Sosiaalitieteissä arvoilla tarkoitetaan yleensä ihmisten ajattelussa ja yhteiskunnan kulttuurissa vallitsevia käsityksiä yksilöiden, yhteiskunnan ja ihmiskunnan päämääristä. Ne nähdään käsityksinä toivottavasta eli hyvästä elämästä, hyvästä yhteiskunnasta, hyvästä maailmasta ja hyväksyttävistä toimintatavoista. Ihmiset käyttävät arvoja kriteereinä valinnoilleen tai oikeutuksina aiotuille käyttäytymisille. (Hellsten 1993, 131.) Arvot ovat ympäristöstä opittuja, yleisiä ja pysyviä, tavoitteita koskevia valintataipumuksia. ”Arvo” ja ”asenne” ovat toisilleen läheisiä käsitteitä, mutta arvot eroavat asenteista juuri siinä, että ne ovat pysyvämpiä (vaativat sitou-

tumista) ja yleisempiä valintataipumuksia. (Toivonen 1998, 173.) Ne koskevat myös laajempia valintataipumuksia kuin asenteet.

Pysyvyytensä ansiosta arvot muodostavat kulttuurisia standardeja. Ne voivat muuttua olosuhteiden, tarpeiden ja kulttuurivaikutusten muuttumisen myötä. Arvopohjan muutosta hidastavat sosiaalisen järjestelmän yhdenmukaistamisprosessit sekä lukuisat keskinäiset riippuvuussuhteet arvo- ja uskomusjärjestelmissä. (Hellsten 1993, 131–132.) Hyvinvointivaltion perusarvoina voidaan pitää yhteisvastuuta, turvallisuutta ja tasa-arvoa. Näiden lisäksi hyvinvointivaltioon yhdistetään sellaisia arvoja kuin oikeudenmukaisuus, vapaus, solidaarisuus, integraatio sekä taloudellinen kasvu ja tehokkuus.

Terveydenhuollon näkökulmasta keskeisimpiä ja tällä hetkellä myös varsin ajankohtaisia arvoja (usein puhutaan myös tavoitteista) ovat tuottavuus, tehokkuus ja oikeudenmukaisuus. Nämä arvot lähtevät Teperin mukaan sellaisista terveystiikan usein julkilausutuista perustavoitteista kuin ”tasotavoite” ja ”jakaumatavoite”. Tasotavoitteella tarkoitetaan lyhyesti sanottuna väestön terveyden mahdollisimman korkeaa tasoa ja jakaumatavoitteella terveyden jakautumista koko väestölle. Tasotavoitteen toteuttamiseksi on välttämätöntä pyrkiä kohdentamaan voimavarat mahdollisimman paljon terveyshyötyä tuottaviin toimintoihin. Terveydenhuollon tulee olla tehokasta eli tuottaa panoksiin nähden mahdollisimman paljon terveyttä. Tämä näkökulma on korostunut voimavarojen rajallisuuden korostuessa. Jakotavoitteella viitataan oikeudenmukaisuuteen. Oikeudenmukaisuus tarkoittaa palveluiden jakautumista niiden todellisten tarpeiden mukaan eikä ns. toissijaisten tekijöiden (asuinpaikka, maksukyky, jne.) mukaan. (Teperi 2005, 70–71.)

Kahden perustavoitteen lisäksi terveydenhuoltoon kohdistuu monia muitakin arvolatautuneita tavoitteita ja odotuksia. Esimerkiksi tavoite terveydenhuollon responsiivisuudesta tarkoittaa järjestelmän kykyä vastata kunkin potilaan tarpeisiin riittävän yksilöllisesti. Yleisemmin meillä puhutaan asiakaslähtöisyydestä (asiakkaan kohtelu, yksilöllisten arvojen ja mieltymysten huomioiminen, jne.). Koko järjestelmän responsiivisuus-tavoitteella viitataan koko järjestelmän tapaan toimia (saumattomat hoitoketjut, hoito-ohjelmien suunnittelu potilaan näkökulmasta, jne.). Terveydenhuollon solidaarisuus puolestaan viittaa rahoituksen oikeudenmukai-

suuteen. Iso osa terveydenhuollon kustannuksista syntyy sattumanvaraisesti tapahtuvien sairaustapausten johdosta, mistä johtuen yksilölle koituvaa riskiä pyritään tasaamaan. Tutkimuksissa on tullut myös esille, että pieni osa väestöstä käyttää taloudellisilla kustannuksilla mitattuna suuren osa palveluista (esim. osa vanhuksista). (Teperi 2005, 72.) Arvot eivät ole aina keskenään ristiriidattomia. Keskeistä onkin se, kuinka näitä arvoja tai tavoitteita painotetaan suhteessa toisiinsa.

Ideologia

Käsitettä "ideologia" käytetään usein käsitteen "arvo" synonyymina. Tällöin käsite "ideologia" ymmärretään suhteellisen neutraalina, verraten kattavana ja systematisoituna yleensä yhteiskuntaa koskevana oppina tai ajatusjärjestelmänä. Käsitteenä "ideologia" voi tarkoittaa monia asioista. Se voi tarkoittaa yksilön, sosiaalisen ryhmän tai luokan, yhteisön tai jopa koko aikakauden ajatusrakennelmaa tai laajimmillaan koko inhimillisen elämän perustan muodostavaa uskomussysteemiä. (Alenius 1985, 13–27). Tässä tutkielmassa ideologia yhdistetään tietyn aikakauden ajatusrakennelmaan (hyvinvointivaltioon) sekä yksilöön. Ideologian katsotaan rakentuvan eri aikoina syntyneiden ideoiden varaan. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että esimerkiksi suomalaisen hyvinvointivaltion ideologia on rakentunut pidemmän ajanjakson aikana syntyneistä ideoista kuten lapsilisät, terveyskeskusjärjestelmä ja peruskoulutus. Tästä seuraa ideologian historiallisesti muuttuva luonne; uusia ideoita syntyy ja niitä sovelletaan käytäntöön, vanhoja ideoita kehitetään edelleen tai niistä luovutaan.

Käsite "hyvinvointivaltio" liittyy käsitteen "ideologia" historiallisessa kehityksessä määräytyneisiin tuotanto- ja hallitsemistapoihin. Nämä tavat eivät ole annettuja ikuisia tietoisuusmuotoja vaan ihmisen aikaansaamia ja siten myös heidän muutettavissaan. (Palonen 1975, 24, 154.) Karl Mannheimin tapaan käsite merkitsee kaikkea yhteiskunnallisesti välittynyttä tietoa. Mannheimin yhteiskunta on pluralistinen mutta yhteiskuntaa ja ihmistä koskeva tieto tukee vallassa olevia yhteiskunnallisia ryhmiä. Ideologisen tiedon vastakohtana on utopia eli alistettujen ryhmien yhteiskuntaa koskeva tieto, jonka he pyrkivät nostamaan vallitsevaksi ideologiaksi. (Mannheim 1979, 36.) Taustalla on István Mészárosen (1989, 3) huomio siitä,

että läntisissä kapitalistissa yhteiskunnissa kaikki asiat ovat upotettuja ideologiaan ("soaked in ideology"). Tästä lähtökohdasta käsin myös suomalainen hyvinvointivaltio on ideologinen rakennelma, joka on vuosikymmenten aikana eri intressiryhmien välisissä neuvotteluissa muokkautunut sellaiseksi kuin se nykyään on. Eri intressiryhmät ovat tietoisesti pyrkineet joko säilyttämään tai muuttamaan yhteiskuntaa omien intressiensä ja näkemystensä mukaiseksi.

Tässä työssä ideologia määritellään toisiinsa liittyvien ideoiden järjestelmäksi. Ideologia siis rakentuu useammista erillisistä, toisiaan täydentävistä ideoista. Ideoihin liittyvistä uskomuksista, normeista ja toteamuksista muodostuu tietynlainen suhteellisen systemaattinen rakenne, jota sitten kutsutaan ideologiaksi. Inhimillinen vaikuttaminen luo tarpeen ideoiden synnylle ja käytölle. Tämä erilaisten, toisiinsa jonkinlaisessa loogisessa suhteessa oleva ideoiden verkko, ei ole pelkästään satunnaisten inhimillisten ilmausten ja toteamusten kimppu. Käsitteeseen ideologia liittyy tyypillisesti tarkoitus- ja tavoitehakuisuutta sekä aktiivinen luonne. Ideologia nähdään historiallisesti muuttavana kahdella tasolla ilmentyvänä järjestelmänä. Ideamaailman tasolla ideologia konkretisoituu käsitteinä ja periaatteina kun taas käytännön tasolla ideologia ilmenee erilaisina sovelluksina yhteiskunnassa. Arjessa ideologiat kiinnittyvät erilaisiin instituutioihin kuten puolueisiin. Ideologiaan sisältyy siis ajattelun ja tiedon mutta myös toiminnan ulottuvuus. (Aleinus 1985, 13–27; Borg 1965, johdanto.)

Bergerin ja Luckmannin mukaan käsitettä "ideologia" tulee soveltaa tilanteeseen, jossa keskenään kamppailevat intressiryhmät tulkitsevat samaa yhteiskuntaa eri tavoin. Kyse on tilanteesta, jossa jokin tietty ryhmä omaksuu ideologian, jonka teoreettiset elementit käyvät yksiin ryhmän omien intressien kanssa. Esimerkiksi yksityisten lääkärikeskusten omistajille olisi eduksi, jos uusliberalistisen talousteorian mukaisesti markkinat myös terveydenhuoltosektorilla avautuisivat. Tietyn ideologian valitseminen ei kuitenkaan välttämättä perustu sen teoreettisiin perusteluihin, vaan ideologian valitseminen voi johtua yksinkertaisesti siitä, että kyseinen ideologia sattuu olemaan käytettävissä oikealla hetkellä. Valittuaan tietyn opin ideologiakseen ryhmä alkaa muuntaa oppia omien etunäkökohtiensa mukaiseksi. Alkuperäisestä teoreettisesta opista valikoidaan tiettyjä elementtejä ja siihen lisätään uusia. Berger ja Luckmann kuitenkin huomauttavat, että useimmat modernit

yhteiskunnat ovat pluralistisia. Näissä yhteiskunnissa on kussakin omanlaisensa kaikille yhteinen ydinuniversumi ja erilaisia osauniversumeja, jotka ovat mukautuneet rinnakkaiseloon. Vaikka eri ryhmien välillä esiintyykin näkemuseroja, ovat eri ideologioiden kannattajat mukautuneet rinnakkaiseloon. Varsinaiset konfliktit ovat korvautuneet vaihtelevalla keskinäisellä rinnakkaiselolla ja jopa yhteistyöllä. (Berger & Luckmann 2002, 141–142.)

Ele Aleniuksen mukaan ihmisellä on yleensä tarve vaikuttaa yhteiskuntaan omien olojensa ja tavoitteidensa mukaisesti. Tästä tarpeesta, ja silloin kun siihen liittyy myös aktiivinen asenne, alkaa yksilön yhteiskunnallisen ideologian muodostuminen. Sen pohjana ovat yksilölle eri vaikutteista syntyneet tietoisuus, maailmankuva ja koko maailmankatsomus. Kun yksilö katsoo voivansa vaikuttaa ympäristöönsä ja yhteiskuntaan, siirrytään maailmankatsomuksessa yhteiskunnallisen ideologian alueelle. Yhteiskunnallisen ideologian peruslähtökohtana on aktiivisuus. Aktiivinen suhtautuminen yhteiskuntaan merkitsee ensinnäkin sitä, että ihmisellä on aihetta pyrkiä vaikuttamaan yhteiskuntaan. Hän katsoo yksin tai yhdessä toisten kanssa voivansa vaikuttaa tavalla tai toisella yhteiskuntaan. Yksilö myös arvioi vaikuttamisellaan olevan jotain merkitystä. Toiseksi ihmisellä tulee olla mielessään kuva siitä, mihin hän pyrkii, millaisena hän haluaa yhteiskunnan olevan ja minkälaisen yhteiskuntakehityksen puolesta hän on valmis toimimaan. Kolmanneksi hänen täytyy ajatella sitä, millainen vaikuttamistapa näyttää tarkoituksenmukaiselta ja voi erilaiset tekijät huomioon ottaen johtaa tulokseen. Yhteiskunnallinen ideologia siis muodostuu kolmesta osasta; ideologian perusteista, päämäärästä ja toimintaperiaatteista. Toiminta sinänsä ei kuulu ideologiaan vaan se on sen toteuttamista. (Alenius 1985, 18–19)

3. TERVEYDENHUOLTO OSANA HYVINVOINTIVALTIODEAA

Terveyspoliittisten toimenpiteiden ja terveydenhuollon aloitusajankohta ei ole yksiselitteisesti määriteltävissä. Meidän tuntemamme sosiaalipolitiikka ja sen osa terveydenhuoltopolitiikka, syntyivät toisen maailmansodan jälkeen hyvinvointivaltioidean kehityksen ja konkretisoitumisen myötä. Kaikissa läntisissä maissa tämän ajan merkittävimpiä institutionaalisia muutoksia on ollut valtion toiminnan paitsi määrällinen kasvu, niin myös valtion tehtävien perinpohjainen muutos (Uusitalo 1990, 337). Suomen terveydenhuoltopolitiikka ja -järjestelmä ovat kuitenkin selvästi pidemmän ajanjakson muovaamia. Ruotsin ja Venäjän vallan ajoilla on ollut omat vaikutuksensa suomalaisen yhteiskunnan rakenteisiin ja järjestelmään. Keskeisimmät vieraan vallan aikana tehdyt ratkaisut liittyvät lähinnä laajempiin hallinnollisiin järjestelyihin sekä valtion ja kuntien suhteisiin. Ensimmäisten 200 vuoden voidaan olettaa heijastuvan myös ihmisten odotuksiin, käsityksiin ja tapoihin ajatella (mentaaliseen perimään) terveydenhuoltojärjestelmän, kuntien sekä valtion rooleista ja vastuista.

3.1 Aika ennen toista maailmansotaa

Ensimmäinen Ruotsin vallan aikana keskeisesti järjestelmämme rakentumista ohjannut tekijä on kunnallisen itsehallinnon ja kuntarakenteen muotoutuminen. Paikallishallinto syntyi Suomeen jo ennen kirkon ja Ruotsin kuninkaan vallan ilmaantumista. Varsinainen kunnallisen itsehallinnon perusta luotiin 1700-luvun alkupuolella kirkollisten pitäjäkokousten aikana. Tällöin hallintopitäjissä toimivat seurakunnat käsittelivät nykyiselle kunnallishallinnolle kuuluvia tehtäviä. Seurakuntien merkitys hallinnoinnissa lisääntyi ja oli vahvimmillaan ennen nykyaikaisen kunnallishallinnon syntyä vuonna 1865. Tällöin maallinen kunta erotettiin seurakunnasta, minkä seurauksena syntyi varsinainen kunnallinen itsehallintojärjestelmä. (Ohtonen & Koski & Vinni 1983, 55.)

Toinen keskeinen tekijä on terveydenhuollon perustan luominen ja järjestelmän kehityksen myötä syntynyt käsitys julkisen vallan vastuusta. 1600-luvun aikana

Ruotsi-Suomessa otettiin ensiaskeleet järjestetyn lääkintähuollon rakentamiseksi. Lähinnä vuosien 1663 ja 1688 lääkintäsäännöllä saatiin jonkinlainen kokonaisote lääkintätoimeen (Vauhkonen 1992, 193.) 1600-luvulla julkisesti ylläpidettyjä sairaanhoitolaitoksia ei vielä ollut. Valtakunnasta puuttui täsmällisesti määritelty, muihin hallinnonaloihin verrattava virkavalta sekä taloudelliset edellytykset täysipäiväiselle, jatkuvalla virkamiestoiminnalle. Sen sijaan kirkolla, jonka hallintoon ja toimialaan erilaiset hospitaalit ja hoiva- sekä hoitolaitokset kuuluivat, oli merkittävä rooli hoivan antajana. (Vauhkonen 1992, 193, 195). Terve väestö tosin vieroksi näitä paikkoja, sillä niiden tarkoitus oli lähinnä eristää sairaat ja kuolevat muusta väestöstä (Ohtonen ym. 1983, 31).

Piirinlääkäripiirien sekä piirinlääkäreiden virkojen luomista 1700-luvun lopulla ja 1800-luvulla pidetään Suomen lääkärinkunnan perustana ja Suomen terveydenhuollon kehityksen kannalta keskeisenä järjestelmänä. (Ohtonen ym. 1983, 5). Piirilääkärijärjestelmä antoi mahdollisuuden lääkintähallinnon vakiintumiselle ja yleisen terveydenhuollon edistämiseksi. (Vauhkonen 1992, 200.) Lääninsairaalat, joita Suomeen perustettiin 1700-luvun aikana seitsemän kappaletta, olivat ensimmäisiä sairaaloita, joiden tavoitteena oli potilaiden hoitaminen ja sairauksien parantaminen. Lääninsairaalat muodostivat ensimmäistä kertaa Suomen eri osiin ulottuvan terveydenhuollon organisaation ja niiden perustamista voidaan pitää suomalaisen sairaalalaitoksen syntyä. (Ohtonen ym. 1983, 31.)

Suomalaisen terveydenhuoltopolitiikan ja hyvinvointipalvelujärjestelmän juurten voidaan siis sanoa ulottuvan aina 1700-luvun alkupuolelle, mistä lähtien esimerkiksi terveydenhuoltoa on järjestetty ainakin osin julkisena toimintana. Ruotsin vallan aikana muodostui historiallisesti merkittävä käsitys terveydenhuollon järjestämisestä ”kruunun asiana”. Sotavuosien suuri kuolleisuus sekä 1750-luvun puolivälissä omaksutut myöhemmän merkantilismin käsitykset suuresta, terveestä ja työkykyisestä kansakunnasta valtiolle tärkeinä voimanlähteinä, siirsivät huomionta terveystalouteen. Julkinen valta katsoi jo omien etujensa puolesta tarpeelliseksi tiettyjen palvelujen tarjoamisen väestölle. (Vauhkonen 1992, 196, 203.) Väestöä yritettiin saada rahoittamaan toimintaa mutta heikoin tuloksin. Pakkotoimenpiteet ja maksullisuus sopivat huonosti yhteen, mistä johtuen hoidon tuli olla edullista. Tästä seurasi käsitys ”kruunun” antamien hoitojen halpuudesta. (Vauh-

konen 1992, 244.) Jo varhain suomalaisten mm. terveystaloudelliset odotukset ovat siis kohdistuneet julkiseen valtaan. Julkisen vallan on odotettu järjestävän, tuottavan ja rahoittavan hyvinvointipalveluja (Vauhkonen 1992, 203).

Suomen liittäminen Venäjään 1809 merkitsi muutosta terveydenhuollossa. Suomen lääkintälaitos todettiin alkeelliseksi ja sitä ryhdyttiin kehittämään. (Ohtonen ym. 1982, 7.) Suomelle myönnetty autonominen asema siirsi sairaalat ja koko lääkintähallinnon suomalaisten haltuun ja vastuulle vuonna 1814. Samalla terveydenhuolto valtiollistettiin ja taloudellinen vastuu siirtyi valtiolle (Vauhkonen 1992, 209). Vuoden 1814 päätökselle valtion alaisuuteen organisoitu terveydenhuolto muuttui 1865. Tällöin säätyvaltiopäivät mahdollistivat paikallisen hallintojärjestelmän syntyminen. Maallinen kunta erotettiin seurakunnasta, jonka seurauksena syntyi kunta ja kunnallishallinto eli kunnallinen itsehallintojärjestelmä. (Vauhkonen, 1992, 217.) Piirinlääkäreiden, joiden merkitys suomalaisessa terveydenhuollossa oli heidän lukumääräänsä merkittävämpi, tilalle alettiin jo 1800-luvun puolella palkata kunnanlääkäreitä. Kunnanlääkärijärjestelmän kehittyminen kiinnittyi kuntien vastuun kasvamiseen terveydenhuollon järjestämisessä. (Ohtonen ym. 1983, 55–56.)

Terveydenhoitosääntö vuonna 1879 antoi selkeitä ja yksityiskohtaisia määräyksiä kunnallisista terveydenhuoltoelimityksestä ja niiden tehtävistä (Vauhkonen 1992, 222). Mahdollisuuden tultua valtio alkoi vähitellen siirtää terveydenhoidollisia tehtäviä kunnille. 1800-luvun lopulle oli leimallista kuntien sekä pakollisten että vapaaehtoisten tehtävien nopea lisääntyminen muuallakin kuin terveydenhuollossa (Pyy 1998, 19). Kunnat kuitenkin tarvitsivat taloudellisia resursseja velvoitteiden täyttämiseen ja näin alkoi terveydenhuollon valtionapujen järjestelmä muotoutua (Vauhkonen 1992, 224). Tämä muutos oli sysäys myös avoterveydenhuollossa (Ohtonen ym. 1983, 57). Näin luotiin nykyisen kunnallisen terveydenhoitojärjestelmämme perusta. Terveydenhuollon lakisääteistämisestä huolimatta tehtävien hoito jäi vaillinaiseksi monissa kunnissa. Tähän oli syynä lähinnä niukat taloudelliset resurssit ja puutteet valvonnassa. (Pyy 1998, 19.) Kuntien vastuu laajentumisesta huolimatta sairaalalaitos jäi edelleen pääosin valtion vastuulle (Ojala ym. 1977, 23).

Aina 1900-luvun alkupuolelle asti kunnat ja valtio nähtiin toisistaan erillisinä kokonaisuuksina. Tämä, etenkin 1800-luvulla, Suomessakin vallalla ollut käsitys liittyi eteläsaksalaiseen liberalismiin, jonka mukaan kunnallisen itsehallinnon perustomerkkinä on riippumattomuus valtiosta ja sen vaikutusvallasta. 1900-luvun alussa alkanut muutos siirsi erilaisia tehtäviä kuntien velvollisuuksiksi. Tämä lakisääteisten tehtävien määrääminen kunnille oli myös sysäys hyvinvointivaltion synnylle. Jotta palveluista olisi saatu yhtäläisiä ja hallinnoltaan tehokkaita, tarvittiin keskitettyä ohjausta, normeja ja suunnittelua. Kuntien itsehallinto ei ollut enää vain vapautta valtiosta vaan toiminnalle asetettiin tuloksellisia tavoitteita. (Perttula 1994, 6.)

Ajalle ominaista oli myös monien eri tahojen toimiminen kansanterveyden hyväksi. Esimerkiksi vuosisadan lopulla alettiin perustaa erilaisia kansanterveyden edistämiseksi tarkoitettuja yhdistyksiä ja järjestöjä. Yhdistyksillä oli positiivinen vaikutus etenkin maaseudun paikallisen terveydenhuollon tilaan. Valtio myönsi näille yhdistyksille varoja alueen kehittämiseksi. Rahoitusta yhdistysten toimintaan tuli valtion lisäksi myös monista muista lähteistä. (Vauhkonen, 1992, 228.) Yleisesti terveydenhuoltoa vaivasi edelleen etenkin kaupunkien ulkopuolella ammattitaitoisen henkilökunnan puute. Kirkkojen ja seurakuntien merkitys terveydenhuollossa oli edelleen merkittävä.

Autonomian ajanjaksolla luodut terveydenhuollon rakenteet soveltuivat hyvin itsenäisen valtion perustaksi. Mihinkään suuriin muutoksiin ei ollut tarvetta. Ennen toista maailmansotaa elintaso Suomessa kohosi. Taloudellisten ja myös sosiaalipoliittisten mittareiden valossa Suomi tavoitti muuta Eurooppaa. Tässä vaiheessa valtion rooli kehityksen moottorina ei ollut keskeinen. Sen tavoitteena oli pikemminkin omien sosiaalimenojen alentaminen. Köyhä valtio antoi tehtävät mielellään kunnille, järjestöille ja yksityisille toimijoille. Valtio avusti toimintoja juuri sen verran, että se sai oikeuden ohjata ja valvoa toimintaa. (Haatainen 1993, 31–32.) Lakien avulla sosiaalitoimi, opetus sekä terveydenhoito siirrettiin yhä keskeisemmin kuntien vastuulle. Siirtyminen houkuttelusta kuntia velvoittavan lainsäädännön suuntaan, johti sellaisen käsitystavan yleistymiseen, jossa valtion lainsäädännön kautta tapahtuva ohjailu ei loukkaa kuntien itsehallintoa. Kehityksen seurauksena kunnallishallinnon oikeusvaltiolliset piirteet alkoivat ratkaisevasti vahvistua ja mo-

net tehtävät kunnallistua. Samalla säädettiin alku kunnallishallinnon virkavaltaistumiselle. (Pyy 1998, 20.)

Yksi keskeisimmistä itsenäisen Suomen terveystaloudellisten linjanvedoista oli maaseudun synnytyshuollon kehittäminen. Vuoden 1920 laissa kättilöiden asettamisesta maalaiskuntiin noudatettiin uudenlaista kustannusten jakoperustetta ns. suhteellista valtionapua, jossa terveydenhuollon kustannusten jaosta sovittiin valtion ja kuntien kesken. (Ohtonen ym. 1983, 13; Vauhkonen 1992, 254.) Vauhkonen (1992, 254) näkee taloudellisen tuen ohjaamisen juuri maaseudulle osoittaneen pyrkimystä alueelliseen tasa-arvoon synnytyshuollon tarjonnassa. Samana vuonna annettiin ensimmäinen yksityisiä terveydenhuollon laitoksia koskeva laki liittyen synnytyslaitoksiin ja kättilötoimen harjoittamiseen. Muita yksityisiä sairaanhoitolaitoksia koskeva laki säädettiin vasta vuonna 1938. Tämän lain jälkeen lääkintöhallinnollinen valvonta ulottui lähtökohtaisesti koko terveydenhuollon kenttää aina ammatinharjoittajista julkisiin ja yksityisiin laitoksiin. (Vauhkonen 1992, 266.)

1930-luvulla lamakauden väistyttyä ja poliittisten olojen rauhoituttua alkoi lääkintö- ja terveydenhuollon kehittäminen. Tämä on Vauhkonen mukaan alku sille prosessille, jonka seurauksena alkoi muotoutua ns. hyvinvointi-Suomi. Hyvinvointivaltioidean konkretisoitumisen kannalta keskeinen tämän ajanjakson terveystaloudellinen idea oli valtion ja kuntien yhteistyö juuri toiminnan taloudellisen pohjan varmistamisessa. (Vauhkonen 1992, 268.) Tuberkuloosiparantoloiden ja mielisairaaloiden rakentaminen ja ylläpito oli vielä vuosisadan alussa ensisijaisesti kuntien velvollisuus. 1930-luvulla tuli voimaan laki valtionavusta, jonka mukaan valtio maksoi suurimman osan laitosten perustamis- ja käyttökustannuksista. Lain seurauksena alkoi tuberkuloosisairaaloiden ja mielisairaaloiden laajamittainen rakentaminen. Kuntien ja valtion yhteistyö laajeni vielä 30-luvulla muidenkin sairaalahankkeiden piiriin. Käytännöstä tuli perusta kuntien ja valtion yhteistoiminnan muotoutumiselle keskussairaalalaitoksissa ja edelleen keskussairaaloiden rakentamisessa. Sairaaloimen kehitys 1900-luvun alussa oli pitkälle kuntien aktiivisen toiminnan ansiota, mikä puolestaan loi kunnallista identiteettiä sekä omatoimisuutta. (Ohtonen ym. 1982, 35.) Toinen hyvinvointivaltiota pohjastanut tämän ajanjakson terveystaloudellinen idea oli valtion ja kuntien yhteistyö sairauden yksilölle aiheuttaman riskin vähentämisessä. Näillä kahdella valtion ja kuntien yhteistyöhön perus-

tavalla ratkaisuilla luotiin samalla kestävä perusta soveltaa kehittyvän lääkintäteknikan mahdollisuuksia menestyksellisesti käytäntöön. (Vauhkonen 1992, 268.)

3.2 Perustan luominen

Hyvinvointivaltion ja hyvinvointijärjestelmän synty liitetään sosiaalipoliittisessa kirjallisuudessa yleensä toisen maailmansodan jälkeiseen aikaan (Kantola & Kautto 2002, 13). Taina Rintala (1995, 20) on käyttänyt kirjassaan ”Medikalisaatio ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän rakentuminen 1946–1991” Alestalon ja Uusitalon (1986, 200–292) luokittelua suomalaisen hyvinvointivaltion kehitysvaiheista. Käytän tätä kolmivaiheista luokittelua työssäni. Tämän luokittelun mukaan vuosina 1946–1960 luotiin suomalaisen hyvinvointivaltion perusta. Tätä aikaa on tulkittu vaiheeksi, jossa julkisen vallan ja etenkin valtion merkitys hyvinvointijärjestelmien kehittäjänä, ohjaajana ja rahoittajana vahvistuu. Tämän ajanjakson aikana palvelut alkoivat muodostua yhteiskunnan johdonmukaiseksi institutionaaliseksi osaksi. (Rauhala 1996, 21.)

Sodasta selvinnyt Suomi oli Rintalan mukaan monella tapaa hajanaisessa tilassa. Esimerkiksi infrastruktuuri piti rakentaa uudelleen, eri poliittiset intressiryhmät ajoivat omia tavoitteitaan ja ihmiset liikkuvat aivan uudella tavalla ja mittakaavassa etsiessään paikkaansa yhteiskunnassa. Lähtökohtana, hyvinvointivaltion rakentamisen päämäärärationaalisena tavoitteena, oli luoda edellytykset taloudelliselle kehitykselle. Varsinainen tavoite kuitenkin verhoitiin ideologiseen tavoitteeseen kansallisen eheyden saavuttamiseksi. Tällä ajanjaksolla tasa-arvon lisääminen ja vähäosaisista huolehtiminen olivat perusteluina hyvinvointivaltion rakentamiselle. Tavoitteena oli yhteisvastuullisuus, solidaarisuus ja yhteiskunnallisen oikeudenmukaisuuden toteutuminen. (Rintala 1995, 141.)

Yhteiskuntajärjestelmämme ei perustunut palveluihin ja kansalaisten näkemisenä palveluita vaativina yksilöinä vaan kansalaiset nähtiin hallinnon kohteina, joiden elämään puututtiin silloin, kun heidän toiminnan katsottiin vaarantavan sosiaalista järjestystä. Vielä maatalousvaltaisessa Suomessa valtion tavat puuttua ihmisten elämään olivat leimaavia ja häpeää tuottavia. Leimaavuus kohdistui myös yksilön

ympärillä oleviin ihmisiin, mistä johtuen pienyhteisöjen kuten perheen, lähisuvun sekä ystävien hoitava ja kontrolloiva merkitys oli suurta. Esimerkiksi terveydenhuollon palvelut pohjautuivat eristävään laitoshoittoon (esim. mieli- ja tuberkuloosisairaalat). Vähitellen 1950-luvun lopulla alettiin eristämisen sijaan kuitenkin puhua hoidosta. (Rintala 1995, 23, 143.)

1940-luvun lopulla sosiaalimenojen rahoituksessa tapahtui painopisteen siirtyminen kunnilta valtiolle. Tähän mennessä kuntien rahoitusosuus oli ollut selvästi valtion osuutta suurempi. (Haatainen 1993, 49.) Vielä 1950- ja osin 1960-luvullakin julkinen sektori, ensisijaisesti valtio, koettiin neutraalina toimijana, jonka intressinä oli toimia kansalaistensa hyväksi. Tässä vaiheessa valtio asetti sekä tavoitteet että palkkasi työntekijät. Myöhemmässä vaiheessa hyvinvointipalveluiden tuotanto muuttui kuntapainotteiseksi siten, että valtio asetti tavoitteet, joita kunnat sitten pyrkivät toteuttamaan. (Rintala 1995, 21.) Julkunen (2001, 116) on todennut valtion valjastaneen kunnat 1950-luvulla hyvinvointiyhteiskunnan toimeenpanijoiksi. Valtion toimenpiteiden seurauksena kunnat luopuivat vanhasta säästäväisyyteen perustuvasta toimintalinjastaan. (Kröger 1997, 52).

Keskussairaaloiden rakentaminen aloitettiin 1950-luvulla ja ylipäätään sairaalaverkoston rakentaminen oli merkittävä voimainponnistus 1950- ja 60-luvuilla (Teperi 2005, 61). Ennen 1960-luvun vaihdetta suurin osa sairaaloista oli siirretty kuntainliittojen ja kuntien hallintaan. Lopullisesti erikoislääkärijohteinen yleissairaalalaitos siirrettiin kuntien vastuulle vuonna 1965. Valtion tehtäväksi jäi taloudellisen tuen antaminen valtionapujen muodossa. (Vauhkonen 1992, 276–277.) Tältä nykyisen terveydenhuoltojärjestelmän muotoutumisen aikakaudelta on peräisin suomalaisen terveydenhuollon laitosvaltaisuuden perusta (Rintala 1995, 141).

Tällä perustan luomisen ajanjaksolla (1946–1960) alkoi kehitys toden teolla kohti byrokraattista ja kompleksista terveydenhuoltojärjestelmää. Keskussairaaloiden rakentamisella (1950–64) tasaisesti ympäri maata tavoiteltiin alueellista tasaa. Samalla se mahdollisti sosiaalisen kontrollin laajenemisen koko maata kattavaksi ja terveydenhuollon henkilöstön merkityksen lisääntymisen sosiaalisen järjestyksen ylläpitäjänä. (Rintala 1995, 144–145.) Terveydenhuollon ammattihenkilöiden koulutusmääriin ja vaatimuksiin alettiin kiinnittää kasvavaa huomiota. Ta-

loudellisen tilanteen parantuminen ja teknologian kehittäminen toivat mukanaan vaatimuksia uusien alojen ammattilaisten kuten laboratorio- ja röntgenhoitajien kouluttamisen. (Ohtonen ym. 1983, 9-20.) Lääketieteen kehittymisen ja uusien erikoisalojen myötä terveydenhuolto ja yksilöiden hoito alkoi jakautua yhtä pienempiin osasiin. Valtio kontrolloi ja määritteli lääketieteellisen henkilöstön koulutuksen kautta intresseilleen oikeansuuntaista kehitystä. (Rintala 1995, 144–145.) Lääketieteen kehityksen ja monimutkaistumisen myötä lääketieteen ammattikunnan (profession) valta järjestelmän kehittämisessä alkoi kasvaa. Monimutkaistumisen myötä yhä pienenevälle osalle väestöä jäi konkreettinen järjestelmän kehittäminen.

Rintalan mukaan valtion ideologia hyvinvointipalvelujen luomisen taustalla oli pyrkimystä hoitaa jo tapahtuneita ongelmia. Esimerkiksi terveystoliittisilla uudistuksilla ei niinkään pyritty ehkäisemään ongelmien syntymistä. Käytäntö johti siihen, että uudistukset tapahtuivat sektoreittain. Selkeä sosiaali- ja terveystoliittinen suunnittelujärjestelmä puuttui edelleen. (Rintala 1995, 22.) Pyrkimys jo puhjenneiden sairauksien hoidosta kohti sairauksien ehkäisemistä saatiin kuitenkin alulle. Eristämisen sijaan terveydenhuoltoon haettiin inhimillisempiä, näkymättömämpiä ja kaikkiin kansalaisiin ulottuvia sosiaalisen järjestyksen ylläpitomekanismeja. Nämä muutokset terveydenhuollossa perustuivat hyvinvointivaltion ideologian mukaiseen yhteiskunnan oikeutukseen huolehtia kansalaisten hyvinvoinnista. (Rintala 1995, 143.) Näiden vuosien aikana yleinen kansanterveystilanne koheni nopeasti (Teperi 2005, 61).

Tämän ajanjakson aikana pohjustettiin suhteellisen vaivaton, muuta Eurooppaa nopeammassa tahdissa tapahtunut siirtyminen maatalousvaltaisesta yhteiskunnasta (primaarinen tuotanto) jälkitekolliseen yhteiskuntaan (sekundaarinen tuotanto) ja kohti palveluvaltiota. (Rintala 1995, 20). Tämä kehitys pohjusti sellaisten tuotanto- ja yhteiskuntarakenteiden syntymisen, jotka mahdollistivat pohjoismaiseen hyvinvointivaltioon johtavan kehityksen (Teperi 2005, 61). Tämä tarkoitti myös ihmisten riippuvuuden lisääntymiseen valtiosta. Valtion ja kansalaisten välille alkoi muodostua vuorovaikutussuhde mutta myös uudenlainen molemminpuolinen riippuvuussuhde. (Rintala 1995, 23.)

3.3 Laajentumisen aikakausi

Alestalon ja Uusitalon (1986, 200–292) luokittelussa vuodet 1961–1981 ovat hyvinvointivaltion laajentumisen aikakautta. Ajanjaksolle on ominaista ja merkittävää Suomen nopea siirtyminen agrarisuuteen perustuvasta yhteiskunnasta jälkiteollisuuden perustuvaksi yhteiskunnaksi, kansallisen konsensuksen syntyminen, keskiluokan kasvu sekä universaalin ja kattavan sosiaali- ja terveydenhuoltosektorin muodostuminen. Palveluiden laajentamisen arkkitehtinä toimi valtio, joka otti enenevässä määrin vastuun hyvinvointipalveluiden järjestämisestä. (Rintala 1995, 24–25.) Monet tehtävät, jotka aiemmin olivat olleet ihmisten yksityisen vastuun varassa, siirtyivät julkisen vallan vastuulle (Kantola & Kautto 2002, 112). Avuksi ideoidensa toteuttamisessa valtio valjasti kunnat, mistä seurasi muutos valtion ja kuntien suhteissa. Tähän asti kunnat olivat pyrkineet säilyttämään autonomiansa, mutta taloudellisen kasvun turvin hyvinvointivaltio osti kuntien itsenäisyyden omien päämääriensä toteuttamiseksi. (Kröger 1997, 157–158.) Kaikki tämä johti julkisen sektorin sisäisen rakenteen muuttumiseen siten, että 1970-luvun aikana kuntien palveluksessa olevien osuus kasvoi valtion työvoimaosuutta huomattavasti enemmän. (Rintala 1995, 25.)

1960-luvulla hyvinvointivaltion ja sen tukirakenteiden kuten sosiaalipolitiikan yksi keskeisimmistä tavoitteista oli taata työmarkkinoiden häiriötön toiminta. Tämä tavoite oli osa laajempaa talouskasvun tavoittelua, joka sisälsi myös uskon talouskasvun hyvää tekevistä vaikutuksista. Tällöin hyvinvointivaltion ideologiassa korostui tasa-arvoa enemmän sosiaalinen turvallisuus eli lähinnä kansalaisten terveys. Kaikilla katsottiin olevan tasapuolinen oikeus saada samat palvelut ja tulonsiirrot. Siksi kansalaisten hyvinvointi pyrittiin turvaamaan lähinnä universaalien tulonsiirtojen avulla huomioimatta yksilöllisiä eroja. 1960-luvun ideologiassa ei erityisesti korostunut yhteiskuntaluokkien välisten tuloerojen tasaaminen. (Rintala 1995, 149–150; Riihinen 1993a, 2.)

Ideologian takana oli ennen kaikkea Pekka Kuusi, joka luotti rationaalisen yhteiskuntapolitiikan mahdollisuuksiin ja keynesiläiseen talouspolitiikkaan. (Riihinen 1993a, 2.) Olavi Riihinen on todennut (1993a, 3), ettei Kuusen logiikasta löydy 30 vuotta myöhemminkään mitään vikaa, mutta Kuusen lähtökohdat ovat Riihisen

mukaan osoittautuneet nopeasti vanheneviksi. Esimerkin Riihinen antaa terveydenhuollosta: Kuusen laatiessa ohjelmansa 1960-luvun alussa Suomen lääkäriheys oli Euroopan alhaisin ja 35–39-vuotiaiden miesten kuolleisuus Euroopan kolmanneksi korkeinta. Tässä tilanteessa lähes mikä tahansa investointi oli kansantaloudellisesti huipputuottavaa.

Rintalan mukaan universaalit tulonsiirrot eivät poistaneet sosiaalisia ja terveydellisiä ongelmia vaan ne monimuotoistuivat. Tulonsiirrot eivät pystyneet vastaamaan muuttuneen yhteiskuntarakenteen nostamiin haasteisiin. Jo 1960-luvun lopulla yksilöt ja yksilöiden sosiaaliset oikeudet sekä hyvinvointi nousivat keskusteluun, mikä muutti valtion ja yksilön välisiä suhteita. Aiemmin yksilöt olivat olleet kontrollonin kohteita mutta nyt tärkeäksi tuli yksilön hyvinvointi ja väestön palveleminen. Yksilöllä nähtiin olevan sosiaalisia oikeuksia ja valtion velvollisuutena taata oikeudet. Alkoi konkreettisten terveydenhuoltopalvelujen kehittäminen. Parissakymmenessä vuodessa hyvinvointivaltio siirtyi laitoshoidosta ja eristämisestä palveluihin, avohuoltoon, ennaltaehkäisyyn ja takaisin yhteiskuntaan integroivaan hoitoon. Kehityksen seurauksena sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoiden määrä kasvoi. Terveydenhuollon palvelujärjestelmä korvasi yhteisön henkilökohtaisuuteen perustuneen huolenpidon anonyymillä, kaikkia kontrolloivalla agentilla, hyvinvointivaltion palkkatyöläisellä. Kansalaiset hyväksyivät yhteiskunnan (ennen kaikkea valtion) vastuunkannon ja tulivat vähitellen yhä riippuvaisemmiksi palveluista. (Rintala 1995, 26, 149)

Henkilöstömäärien lisäyksiä tarkasteltaessa 1960-lukua voidaan pitää erikoissairaanhoidon vuosikymmenenä kun taas 1970-luku oli perusterveydenhuollon vuosikymmen (Rintala 1995, 153). Sairaalapainotteiseksi järjestelmää ruokki se, että potilaalle sairaalahoito oli avohoitoa edullisempaa. Jo 1950-luvulla oli syntynyt tilanne, jossa potilaan oma osuus sairaalahoitokustannuksista oli vain 15 prosenttia. Sen sijaan avopalveluista potilaat maksoivat suorina palkkioina noin kaksi kolmannesta. Tilanne oli kestävä myös siitä syystä, että maailman terveimmät lapset varttuivat sairiksi aikuisiksi. Palvelujärjestelmä oli alimitoitettu sekä maan hyvinvoivimpia alueita painottava. (Teperi 2005, 62.) Yllämainitut syyt johtivat osaltaan laajaan yhteiskunnalliseen konsensukseen terveydenhuollon voimallista uudistamisesta. Terveydenhuollosta haluttiin avohoitopainotteisempaa, mikä

johti kolmen erillisjärjestelmän syntyyn: (i) sairausvakuutukseen perustuvaan yksityiseen palvelutuotantoon, (ii) kansanterveyslakiin ja kunnalliseen terveyskeskusjärjestelmään sekä (iii) kolmikantamalliin perustuvaan työterveyshuoltoon. (Teperi 2005, 62–64.) Painotan tarkastelun kansanterveyslakiin ja kunnalliseen terveyskeskusjärjestelmään.

Sairausvakuutuslain keskeinen tavoite ja perustelu oli pyrkimys terveyspalvelujen käytön alueellisen ja sosiaaliryhmittäisen jakauman tasapainottamiseen. Lain avulla pyrittiin myös siirtämään hoidon painopistettä sairaaloista avopalveluihin ja nostamaan avopalveluiden tasoa Suomessa. (Lehto & Kokko 1996, 17.) Lakiin sisällytettiin kolme vakuutusmuotoa: sairaanhoitovakuutus (lääkärin antama hoito ja tutkimukset, lääkärin määräämät lääkkeet ja sairauden johdosta tehdyt välttämättömät matkat), työtulovakuutus (sairauspäiväraha) sekä äitiysvakuutus (äitiyspäiväraha). Painetta sairaaloissa haluttiin vähentää ja siksi sairaalahoitoa ei korvattu. (Teperi 2005, 62.) Palvelujen riittämättömyys ja epätasapainoinen jakautuminen maan eri osien välillä säilyivät laista huolimatta. (Haatainen 1993, 56.)

Työterveyslain tavoitteissa onnistuttiin hieman paremmin. Kiinnostavaksi lain tekee paitsi hyvinvointivaltion ideologian siirtymä kohti työssäkäyvän väestönosan tarpeiden tyydyttämistä niin myös sen ympäriltä virinnyt kansallinen konsensus. Poliittisessa kentässä tapahtuneiden muutosten ja työmarkkinajärjestöjen kasvaneen rooli myötä, Suomessa siirryttiin vielä 1960-luvun lopulla tulopoliittiseen järjestelmään. Esimerkiksi iso osa merkittävistä sosiaali- ja terveystaloudellisista uudistuksista on syntynyt tulopoliittisten kokonaisratkaisujen yhteydessä valtion tarjottua tavoitteidensa mukaisia sosiaalipoliittisia paketteja työnantaja ja työntekijäosapuolille. Valtion huomattava merkitys selittyy paitsi sen ohjaavan roolin vahvistumisella, niin myös sen toimimisena eri osapuolten intressit huomioon ottavana neutraalina välittäjänä. Kiinnostavaa tässä kehityksessä on yhteisten tavoitteiden - konsensuksen - saavuttaminen Suomen ja suomalaisten hyväksi 1970-luvun loppupuolella. Kansainvälisen kilpailukykyyn tavoittelun seurauksena poliittinen ajattelutapa siirtyi oikealle, puolueet irtaantuivat ”ideologisista ja sosiaalisista varustuksistaan”, mikä edisti konsensuksen laajentumista. Sopijaosapuolina olivat niin työnantajien kuin työntekijöidenkin etujärjestöt, vasemmistopuolueet ja maaseutu- väestön edunvalvojat. (Rintala 1995, 25–26.)

3.3.1 Kansanterveyslaki

Vuoden 1972 kansanterveyslain tarkoituksena oli järjestää perus- eli avoterveydenhuoltoa uudelleen kansanterveystyön tehostamiseksi. Tavoitteeseen pyrittiin luomalla hallinnolliset ja taloudelliset edellytykset kunnallisen perushoitajärjestelmän ripeälle ja suunnitelmalliselle kehittämiselle (Ojala ym. 1977, 90). Kansanterveyslaki oli ensimmäinen pitkän aikavälin valtakunnallinen terveydenhuoltosuunnitelma Suomessa (Rintala 1995, 151). Se muutti avoterveydenhuollon toimintatapa kenttätyöluonteisesta, runsaisiin kotikäynteihin perustuneesta terveydenhuollosta lähemmäksi kulutusyhteiskunnalle tyypillistä palvelujen tarjontaa. Uusi laki yhtenäisti erillislakeihin perustuneen hajanaisen avoterveydenhuollon lainsäädännön. (Ohtonen ym. 1983, 65.) Lain myötä kansanterveystyön varsinaiseksi toteuttajaksi tuli siis kunta tai kuntayhtymä. (Narikka 2001, 767.) Kuntien velvollisuudeksi tuli joko tuottaa palvelut itse, hankkia ne muilta kunnilta tai valtion tai yliopiston laitoksilta (Ojala ym. 1977, 90).

Lain pyrkimyksenä oli poistaa mm. maaseudun ja kaupunkien eroja, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon epätasapainoa, kunnanlääkäreiden toimintaedellytysten heikkenemistä sekä hallinto-organisaation, suunnittelun ja rahoitusjärjestelmän puutteita (Rintala 1995, 59). Suomen oloissa toimivaksi terveydenhuollon malliksi katsottiin noin paristakymmenestä erikoissairaanhoidon ja noin parista sadasta perusterveydenhuollon yksiköstä koostuva rationaalisesti organisoitu kokonaisuus. (Kokko, 2002, 49.) Lakiin sisältyi neljä periaatetta: (i) kokonaisvaltaisuus, (ii) suunnitelmallisuus, (iii) tasa-arvo ja (iv) maksuttomuus. Näitä periaatteita pyrittiin noudattamaan mahdollisuuksien mukaan säännöksiä laadittaessa. (Ojala ym, 1977, 90.)

Kokonaisvaltaisuudella tarkoitettiin tavoitetta luoda entisen organisatorisesti hajanaisen järjestelmän tilalle kokonaisvaltainen, terveyskeskuspohjainen järjestelmä. Kunnille annettiin mahdollisuus huolehtia velvoitteistaan joko yksin tai lääkintöhallituksen suostumuksella, yhteistoiminnassa toisten kuntien kanssa (kuntainliitot). Viranhaltijoiden kuten kunnanlääkäreiden, terveysisarten ja kättilöiden virat lopetettiin ja terveydenhuollon piiriin kuuluvat henkilöt sekä vanhat ja uudet tehtävät koottiin terveyskeskuksiin. Terveyskeskukset huolehtivat tehtävistä kollektiivina.

Terveyskeskusorganisaatiota johtamaan asetettiin terveyslautakunta (nykyään sosiaali- ja terveyslautakunta). Kansalaisten kannalta merkittävää uudistuksessa oli siirtyminen organisatorisesti hajanaisesta paikallisten kansanterveystehtävien hoitamisesta järjestelmään, jossa tietyistä tehtävistä kunnassa tai kuntaliitossa huolehtii yksi yhtenäinen organisaatio, terveyskeskus (Ojala ym. 1983, 90–92).

Suunnitelmallisuuden lähtökohtana oli tuoda kansanterveyslain avulla terveydenhuolto ensimmäistä kertaa Suomen historiassa lakisääteisen suunnittelun piiriin. Suunnitelmallisuutta toi lain kattavuus. Suunnitelmat luotiin kahdella tasolla. Lääkintöhallitus valmisteli ja valtioneuvosto hyväksyi valtakunnallisen suunnitelman. Paikallinen toimintasuunnitelma tehtiin kunnissa tai kuntainliitoissa. Viisivuotiskausiksi laadittuja suunnitelmia tarkastettiin vuosittain. Toimintasuunnitelmassa kunkin kunnan tuli selvittää miten se aikoo täyttää sille asetetut velvoitteet ja millaisia resursseja se velvoitteiden täyttämiseen tarvitsee. Toimintasuunnitelmat olivat mm. valtion kunnille myöntämien valtionosuuksien kannalta olennaisia asiakirjoja. (Ojala ym. 1977, 93–94.) 1970-luvulla Suomessa vallitsi henki, jossa palvelujen kehittäminen osattiin paremmin keskustasolla kuin kentällä (Kokko, 2002, 49). Kuntien vastuu terveydenhuollon järjestämisestä oli pikemminkin näennäistä.

Tasa-arvoisuus eli kansalaisten saattaminen kansanterveyspalvelujen saannin kannalta mahdollisimman samanarvoiseen asemaan asuinpaikasta riippumatta, oli eräs lain tärkeimmistä päämääristä (Ojala ym. 1977, 94–95). Tärkeänä työvälineenä tasa-arvoisuuden saavuttamisessa oli uudistettu valtionosuusjärjestelmä, jonka avulla edistettiin etenkin pienten, syrjäisten ja taloudelliselta kantokyvyltään heikkojen kuntien palveluntarjonnan kehittämistä. Tasa-arvoisuuden päämäärää pyrittiin edistämään myös aiemmin esille tulleella kansanterveystyön valtakunnallisella suunnitelmallisuudella sekä seuraavana esiteltävällä palvelujen maksuttomuudella. (Ojala ym. 1977, 94–95.) Lain säätämisen jälkeen, ensimmäiset 10–15 vuotta olivatkin voimavarojen lisäämisen ja uusien toimintojen käynnistämisen aikaa. (Kokko & Niskanen 1995, 34)

Kansanterveyspalvelujen maksuttomuutta ei toteutettu heti lain voimaan astumisen yhteydessä sillä maksujen poistamisen uskottiin nostavan menoja merkittävästi. Maksuttomuuden pelättiin myös vaikeuttavan palveluiden lisääntyvän ky-

synnän tyydyttymistä silloin vallinneen lääkäripulan vuoksi. Maksuttomuuteen oli tarkoitus siirtyä asteittain vuoden 1979 loppuun mennessä. Palvelujen maksuttomuudesta aiheutuvat kustannukset oli tarkoitus kattaa sairausvakuutuslain muutoksella. Maksuttomien kansanterveyspalvelujen ensisijaisena sosiaalipoliittisena tavoitteena oli taata kaikille varallisuudesta riippumatta mahdollisimman samantyyppiset terveyspalvelut sekä tasoittaa sairaudesta aiheutuvia kustannuksia. (Ojala ym.1977, 95–96.) Käyttäjämaksut poistuivat asteittain vuoteen 1980 mennessä (Teperi 2005, 64).

Kansanterveyslaki oli merkittävä uudistus myös yksityisen sektorin näkökulmasta. Lailla säädettiin perusterveydenhuollon toimintamallit koko maahan. Tarkoituksena oli taata koko kansalle maksuton terveyden- ja sairaanhoito. Yksityissektorilla kansanterveyslaki koettiin avaukseksi kehitykselle, joka johtaisi yksityislääkäritöiden hiipumiseen. (Partanen 2004, 21.) Lain tultua voimaan alkoikin terveyskeskusten toiminta nopeasti laajentua ja vastaavasti esim. yksityislääkärien vastaanotoilla käyntien lukumäärä laskea. Kehitys jatkui aina vuoteen 1984 asti, jonka jälkeen terveyskeskusten toiminnan kasvu hidastui ja yksityislääkärien vastaanotokäyntimäärät kääntyivät kasvuun. Ensin syynä kehityksen kääntymiseen oli mm. se, että kansanterveystyön virkoja oli yhä vaikeampi saada täytetyksi. Myöhemmin kuntien heikentynyt taloudellinen tilanne johti terveyskeskusten virkojen täyttämättä jättämiseen. (Kokko & Niskanen 1995, 52.)

3.4 Vakiintumisen aikakausi

Aina 1990-luvun alkuun asti perusterveydenhuoltoa ja terveyskeskusjärjestelmää rakennettiin ja kehitettiin määrätietoisesti. Noin kahdenkymmenen vuoden aikana palveluita laajennettiin, ne pyrittiin tuomaan kaiken kansan saataville ja niiden tasoa nostettiin. Tavoitteena oli halvempi, ihmisläheisempi ja epäbyrokrattisempi terveydenhuollon palvelujärjestelmä kuin mihin esimerkiksi sairaalat pystyivät. (Rintala 1995, 66.) Valtionosuus- ja suunnittelujärjestelmä ohjasivat palveluja lähinnä kasvamaan (Kokko 2002, 49). Edullisten taloudellisten olosuhteiden vallitessa terveydenhuollon epäkohtia pystyttiin korjaamaan ja kehittämään ennen kaikkea kasvua kanavoimalla (Leppo 1996, 9). Erikoissairaanhoito nähtiin vaihto-

ehdoksi siinä vaiheessa, kun terveyskeskusten ammattitaito tai välineistö eivät enää riittäneet tarvittavan hoidon antamiseen. Kehittämisen ja resursoinnin seurauksena monet terveyskeskukset nousivat lähes sairaaloiden tasolle. Esimerkiksi vuosien 1973–1991 aikana vuodeosastollisten terveyskeskusten määrä lisääntyi 70 prosenttia. Terveyskeskusten hoitohenkilökunnan määrä puolestaan lähes viisinkertaistui vuosien 1970–1990 aikana. (Rintala 1995, 66–67.)

Terveyskeskusten ongelmaksi muodostuivat jo 1970-luvulla pitkät jonot ja jonotusajat. Vuosien aikana asiakkaat ovat moittineet hoitoa pinnalliseksi, hoidon jatkuvuutta alhaiseksi ja palveluiden saatavuutta riittämättömäksi. Terveyskeskusten henkilöstö on arvostellut organisaatiota ja itse työtä byrokraattiseksi ja paljon paperityötä sisältäväksi. Lääkärit ovat kritisoineet turhia käyntejä sekä hankalia potilaita. Muu henkilökunta on kokenut lääkärit itsevaltaisiksi ja haluttomiksi tasaveritaiseen yhteistyöhön muun henkilökunnan kanssa. Toiminnan sisällön kehittäminen nousikin keskeiseen asemaan terveyskeskuksissa 1980-luvun puolivälin jälkeen. Tällöin alettiin kiinnittää huomiota palvelujen laatuun, jatkuvuuteen, terveydenhuoltohenkilökunnan työtyytyväisyyteen ja eri viranomaistahojen väliseen yhteistyöhön. (Rintala 1995, 60.) Tämä seurauksena syntyivät mm. käsitteet omalääkäri, oma hoitaja sekä väestövastuu. Tarvetta sisällön kehittämiseen ilmeni etenkin suurempien kaupunkien terveyskeskuksissa, joiden palvelukyky, palveluiden saatavuus ja hoidon jatkuvuus koettiin ongelmalliseksi. Mallia haettiin mm. pienempien paikkakuntien terveyskeskuksista, joissa oli onnistuttu kehittämään joustavia ja väestön tarpeisiin reagoivia toimintatapoja. (Kokko & Niskanen 1995, 34.)

Koko järjestelmän kehittämistä jatkettiin 1980-luvulla kansanterveystieteen viitoittamalla tiellä. Sosiaali- ja terveydenhuoltoon suunnatut voimavarat kohosivat ja toiminnan kokonaisvolyymi kasvoi tasaisesti. Suomeen oli syntynyt laaja kuntien ja valtion yhdessä hoitava alue ns. hyvinvointipalveluiden alue, jonka kustannukset olivat merkittävät (Haatainen 1993, 57). Palvelujärjestelmä vakiintui. 1980-luvun puolessavälissä toteutettu VALTAVA-uudistus saavutti merkittävän osan sille asetetuista tavoitteista. Valtionapujen määräytymisperusteet tulivat kuntien kannalta hallittavimmiksi. Samalla valtion ohjaus kuitenkin tehostui. Yllykkeitä menojen lisäämiseen se ei kuitenkaan pystynyt poistamaan. (Teperi 2005, 65–66.) Hyvin-

vointivaltion tavoitteiden määrittely ei muuttunut vaan pikemminkin painotukset. Turvallisuuden luomisesta ja tuloerojen tasaamisesta siirryttiin yhä enemmän tasa-arvoon palveluiden saannissa sekä epäaktiivisesta väestöstä huolehtimiseen. Tavoitteisiin pyrittiin avohuollon palvelujen avulla. (Rintala 1995, 160.)

Kuntien vakavaraisuus alkoi heiketä jo 1980-luvulla osin niiden oman käytöksen seurauksena, osin valtion asettamien velvoitteiden johdosta. Samalla kunnissa alkoi herätä tarve itsehallinnon palauttamiseen. (Julkunen 2001, 117.) Kritiikki valtionosuus- ja suunnittelujärjestelmää kohtaan kohosi molemmissa leireissä. Suunnittelu oli tarkoittanut pelkistetyimmillään lähinnä uusien investointien ja menokohteiden esittelyä ja perustelua. (Kokko 2002, 49.) Järjestelmä koettiin työlläksi ja se oli vinouttanut palveluiden rakennetta. Järjestelmä oli ohjannut kuntia investoimaan sinne, missä valtionapu oli suurinta. Esimerkiksi terveitä vanhuksia oli makuutettu terveyskeskuksissa, koska tälle toiminnalle saatiin valtiolta huomattavaa rahallista tukea. Avohoitoon tukea ei sen sijaan juurikaan annettu. (Haatainen, 1993, 57.) Käytännössä resursseja oli käytetty osin varsin marginaalisten lisäysten kohdentamiseen. 1980-luvun lopulla sekä valtio että kunnat olivat valmiita siihen muutokseen, josta oli puhuttu ja jota oli kaivattu jo hyvän aikaa. (Leppo 1996, 9.)

1980-luvulla alkoivat talouden rakenteiden muutokset, joiden seurauksena suomalainen hyvinvointivaltio tuli uudella tavalla riippuvaiseksi talouden realiteeteista. Muutosten perusta oli rahamarkkinoiden vapautumisessa, pääomien ja työvoiman liikkuvuuden lisääntymisessä ja hyödykemarkkinoiden yhdentymisessä. Muutoksista seurasi riippuvuuden lisääntymistä muista kansantalouksista ja omien taluspoliittisten keinojen supistumista. (Kiander & Lönnqvist 2002, 1.) Taloudellisten resurssien kaventumisesta seurasi valtiovallan tavoite ohjata kunnat säästäväsiksi ja vastuullisiksi. Kunnat puolestaan kaipasivat päätäntävaltaa omista asioistaan. Ne olivat kyllästyneitä valtion viranomaisten tiukkaan ohjaukseen. (Kokko 2002, 49.) Talouden rakennemuutos yhdistettynä edellä esille tulleelle muutoshalukkuudelle johti valtion ja kuntien konsensuksen hajoamiseen. Talouden rakenteiden muutokset olivat kimmoke myös elinkeinoelämän irtautumiselle konsensuksesta.

3.5 Uudelleenmäärittelyn aikakausi

Tämä alaluku ei ole enää osa Alestalon ja Uusitalon aikakausi-aiheista. Tämän ajanjakso alun sijoitan 1990-luvun ja talouslaman alkuun. Aikakauden nimeäminen ”uudelleenmäärittelyn aikakaudeksi” pohjaa mm. lamasta, Euroopan unioniin liittymisestä ja globalistumisesta seuranneisiin vaatimuksiin uudenlaisesta hyvinvointivaltiosta. On oletettavaa, että tämän aikakauden jälkeen hyvinvointivaltiolle on löytynyt uusi suunta, mutta myös uudenlainen ilme. Kunta- ja palvelurakennemuutos on seuraava mittava kansallinen hanke määrittämällä 2000-luvun hyvinvointivaltio.

Vakiintumisen aikakaudella, noin 20-vuoden ajan, hyvinvointivaltio ohjasi kuntia (i) ideologisten, (ii) hallinnollisten, (iii) professionalististen ja (iv) taloudellisten keinojen avulla. Ideologisella tasolla pyrittiin kontrollista koko väestön palvelemiseen, mikä käytännössä tarkoitti ideaa siirtyä kontrollista ja leimaamisesta kohti kansalaisten tarpeiden mukaisten palveluiden luomista sekä uudenlaisen käsitteistön ja terminologian istuttamista kuntiin. Hallinnollisella tasolla moderneja oppeja istutettiin kuntiin paikallisten toimipisteiden sekä erilaisten valvontajärjestelmien avulla. Professionalistisella strategialla, kouluttamalla ammattilaisia ja sijoittamalla näitä kuntiin, valtio sai uskollisen liittolaisverkoston kuntiin. Taloudellinen tuki on ollut kuitenkin kaikkein tehokkain keino ohjailla kuntia ja rakentaa valtakunnallinen palvelujärjestelmä. (Kröger 1997, 53.) Hyvinvointivaltion laajeneminen ja palvelujen lakisääteistäminen paitsi integroi kunnat valtioon ja normitti ja yhtenäisti niiden toimintakäytännöt niin se myös lisäsi selvästi kuntien merkitystä (Pyy 1998, 13).

Kuntien vakavaraisuuden heikkeneminen, konsensuksen hajoaminen, ”uuden” (liberalistisen) talousteorian voimistuminen, kansainvälistyminen sekä raha- ja tavaramarkkinoiden kansainvälistyminen (Julkunen 2001) olivat keskeisiä 1980-luvulla esiin nousseita hyvinvointivaltion muutosta ja suuntaa ohjanneita tekijöitä. 1990-luvun alun talouslamba konkretisoi muutospainetta. Suomessa siirryttiin ns. kannustavaan sosiaalipolitiikkaan, jossa yksilöt nähdään valintoja tekevinä ja hyötyjä maksimoivina kansalaisina (Julkunen 2001, 172).

1990-luku oli terveydenhuollon kentässä suurten muutosten aikaa. On kuitenkin vaikea sanoa, onko tärkein muutoksia synnyttänyt tekijä ollut lama vai valtion-osuusuudistus siihen liittyvine samanaikaisine toimintaperiaatteiden muutoksi-
neen. (Kokko & Heikkilä 1995, 11) Ylipäätään palvelurakenteen uudistamisesta on muodostunut 1990-luvun terveydenhuollossa keskeinen käsite. Uudistusten yhte-
nä tarkoituksena on ollut tehostaa palveluiden tuottamistapoja ja korvata kustan-
nuksiltaan kallista laitoshoidoa avohuollon palveluilla. Avohuollon palveluiden on
katsottu myös vastaavan paremmin käyttäjien tarpeita ja toiveita. (Kokko & Heikki-
lä 1995, 19.)

Palvelurakenneuudistus 1993

Sairausvakuutuslailla (1964), kansanterveyslailla (1972) ja valtava-uudistuksella (1984) pyrittiin palvelurakenteen vinoumaa oikaisemaan laajentamalla sairaaloille vaihtoehtoisten avo- ja sosiaalipalvelujen rahoitusmahdollisuuksia. Vuoden 1993 valtionosuusuudistuksessa strategia oli toinen. Sen avulla ei pyritti muuttamaan palvelurakennetta tai palvelujärjestelmän rakennetta vaan sillä tavoiteltiin tilannet-
ta, jossa kunnilla on paremmat kiihokkeet tehostaa palvelutuotantoa. (Lehto & Kokko 1996, 23.) Palvelurakenteen uudistamisen arvolähtökohtaisena tavoitteena oli sopeuttaa terveydenhuollon palvelut supistuvan talouden oloihin siten, että so-
pusointu pohjoismaisen hyvinvointiyhteiskunnan periaatteiden kanssa säilyisi. Pal-
velut haluttiin turvata, pitää laadukkaina ja sosiaalisesti oikeudenmukaisina. (Lep-
po 1996, 10.)

Palvelurakenteen uudistaminen sisälsi kolme keskeistä ideologista muutosta. Nämä muutokset nostivat kuntien ja kuntapäätäjien vastuuta palvelurakenteen kehittämisessä ja siihen kohdistuneiden uudistusten toteuttamisessa (Leppo 1996, 12). Ensimmäinen keskeinen ideologinen uudistus oli valtiovallan luopumi-
nen normiohjauksesta ja siirtyminen informaatio-ohjaukseen. Uudessa asetel-
massa merkittävimmät uudet ohjausinstrumentit ovat hallituskauden mittainen hallinnonalan tavoite- ja toimintaohjelma (Tato) sekä erilaiset laatusuositukset. Lisäksi valtio käyttää ohjaukseen erilaisia kertaluonteisia ohjelmia. (Teperi 2004a, 118.) Viimeisimpiä merkittäviä ohjelmia, joissa annetaan kansallista informaatio-
ohjausta, ovat vuonna 2001 hyväksytyt ”Terveys 2015-kansanterveysohjelma”

sekä vuonna 2003 käynnistetty ”Kansallinen terveydenhuollon hanke” (Rimpelä 2004, 125). Valtiovallan keskeiseksi tehtäväksi pelkistyi lainsäädännön luominen, sen toteuttamisen seuranta sekä ”ideologinen” johtaminen eli terveystalouden suurten tavoitteiden näkyväksi tekeminen (Teperi 2004a, 118).

Palvelurakennemuutoksen toinen keskeinen ideologinen toimenpide oli valtionosuuksien maksuperusteiden uudistaminen. Aiemmin kunnille oli maksettu valtionosuuksia jälkikäteen menoperusteiden mukaan. Uudistuksen myötä siirryttiin ns. etukäteisiin laskennallisiin valtionosuuksiin. (Kokko & Heikkilä 1995, 11.) Nykyään kunnille annetaan kiinteä määräraha sosiaali- ja terveydenhuollon, opetuksen ja kulttuuritoiminnan järjestämiseen. Lakien velvoitteet säilyivät ennallaan, mutta valtio ei enää valvo miten kunta kohdistaa saadut rahat. Rahojen loppuessa valtio ei enää tule apuun samalla tavoin kuin ennen. (Haatainen 1993, 57.)

Kolmas keskeinen ideologinen muutos liittyy palveluiden järjestämiseen ja tuottamiseen. Terveydenhuollossa aiemmin vallinnut lainsäädännöllis-hallinnollinen periaate, jonka mukaan kunnat saivat käyttää verovaroja – eräitä ostopalvelujärjestelyjä lukuun ottamatta – pääsääntöisesti vain julkisten palveluntuottajien toimintaan, purettiin. Kunnat voivat järjestää palvelut hyväksi katsomillaan tavoilla: itse, yhteistyössä toisten kuntien kanssa, kuulumalla kuntayhtymään tai – uutena mahdollisuutena – ostopalveluina yksityisiltä palveluntuottajilta. (Kokko & Heikkilä 1995, 11.) Uudistuksen avulla on pyritty muuttamaan sosiaali- ja terveyspalvelujen tuotantotapaa siten, että kunnan rooli palvelujen tuottajasta muuttuisi palvelujen ostajaksi ja koordinoijaksi. (Seppänen 1996, 151).

Tavoite palvelurakenteen uudistamiselle on ollut testi kuntien uudelle roolille. Uudistusten tulokset ovat Teperin mukaan kuitenkin jääneet vaatimattomiksi. Yhtenä syynä hankalaan liikkeellelähtöön on varmasti ollut talouslaman sijoittuminen juuri uudistuksen alkuvaiheeseen. Informaatio-ohjauksen ongelmana on ollut ohjausinstrumenttien sisällön painottuminen organisaatiotason kehittämiseen ja siten niiden jääminen melko pirstaleisiksi ja näkymättömiksi. Vielä suurempi syy heikolle ohjausvaikutukselle on Teperin mukaan ollut ristiriitaiset mielikuvat asiakirjojen luonteesta. Suositusluontaisten asiakirjojen voima voi hänen mukaan perustua vain yhdessä sopimiselle, mutta tähän mennessä asiakirjoja on laadittu

osin samalla tapaa kuin hierarkkisen ohjausjärjestelmän sitovia suunnitelmia ja ohjekirjeitä. Oma vaikutuksensa ohjauksen vaikuttavuuteen on ollut myös kansallisen tiedonkeruun väheneminen, jonka pitäisi olla informaatio-ohjauksen välttämättömän edellytys. (Teperi 2004a, 118.)

Uudistus ei ole myöskään merkittävästi muuttanut kuntien tapoja tuottaa terveydenhuoltopalveluja. Kunnallisia palveluntuottajia ei ole laajemmin syrjäytetty varsinaisessa henkilökohtaisten palveluiden tuotannossa. Erikoissairaanhoidon odotettiin uudentyyppisiä markkinamaisempia tilaaja-tuottaja-järjestelyjä, mutta muutoksia ovat jarruttaneet erikoissairaanhoidon periaatteet ja kuntien sitoutuneisuus sairaanhoitopiireihin ja niiden kustannuksista vastaamiseen. Ostopalvelut ja kilpailuttaminen ovatkin lisääntyneet lähinnä erilaisissa tuki- ja huoltopalveluissa. (Kokko & Heikkilä 1995, 12.) Vuoden 1993 valtionosuusuudistuksella on ollut merkittävämpi vaikutus etenkin yksityisten sosiaalipalvelujen lisääntymiseen. Kunnat ovat tasaisesti lisänneet sosiaalipalvelujen ostoa yksityisiltä palveluntuottajilta. (Kauppinen & Niskanen 2003, 13.) Terveydenhuollon osalta kunnat eivät ole pystyneet siirtämään kaikkea niille valtionosuusuudistuksen yhteydessä annettua valtaa käytäntöön. Osa vallasta on siirtynyt terveydenhuollon perinteisille valtakeskitymille, suurille organisaatioille ja vahvoille ammattikunnille. (Teperi 2004a, 119.)

Kohti kunta- ja palvelurakennemuutosta

Taloustaloustieteen OECD:n uudessa raportissa 2000-luvun alun suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä on kansainvälisesti tarkasteltaessa hyvässä kunnossa. Sen kustannukset ovat hyvin hallinnassa, tekninen laatu ja ammatillinen osaaminen ovat hyviä, ennaltaehkäisevään toimintaan on panostettu ja monin paikoin vaikuttavuus on keskimääräistä parempaa. Järjestelmän rasitteeksi raportti nostaa nopean lääkekustannusten nousun, pitkät jonotusajat, terveydenhuollon henkilöstön saatavuuden sekä tasa-arvon hoitoon pääsyssä. Järjestelmän haastaa myös väestön nopea ikääntyminen, teknologian muutos sekä kansalaisten vaatimustason nousu. (STM, Tiedote 527/2005.)

Edellä mainittujen haasteiden lisäksi terveydenhuoltojärjestelmään kohdistuu myös välillisiä, lähinnä rakenteista lähteviä haasteita. Enemmistö Suomen kunnista kamppailee riittämättömien taloudellisten resurssien kanssa, mistä kertoo mm. tuloveroprosenttien nostot. Vuodeksi 2005 136 kuntaa nosti kunnallisveroa ja vuodelle 2006 140 kuntaa suunnittelee veron nostoa. (Saarinen 2005, 5.) Kuntien taloudellinen ahdinko on seurausta mm. veloitteiden lisääntymisestä ja valtion ja kuntien rahanjaon muutoksista mutta myös sellaisilla tekijöillä kuin elinkeino-, ikärakenteilla on merkityksensä. Rakenteellinen haaste on myös se, että Suomen terveydenhuoltojärjestelmä on Euroopan mittakaavassa varsin hajautettu. Noin 400 kuntaa ovat kukin vastuussa palveluiden järjestämisestä. Juha Teperi toteaa, että terveysalan haasteet ovat monessa kunnassa lähes ylivoimaisia suhteessa omaan osaamiseen. Valtakunnallinen ohjaus on pelkistynyt erilaisiksi hankkeiksi ja kehittämisprojektien rahoittamiseksi (Teperi 2004b, 19). STM, Tekes, Sitra ja Työsuojelurahasto rahoittavat erilaisia hankkeita kunnissa ja sairaanhoitopiireissä kymmenillä jopa sadoilla miljoonilla euroilla vuosittain. Monien hankkeiden tulokset ovat olleet vaatimattomia jopa masentavia. Suunnitelmien läpivientiä ovat vaivanneet kuntatyöntekijöiden projektiväsymys, muutosvastarinta ja päättäjien haluttomuus ottaa hankkeita käyttöön. (Lindberg 2005, 6.)

Terveydenhuollon ongelmat ja haasteet ovat jo hyvin tiedossa, mutta esitetyt keinot terveydenhuoltopalveluiden takaamiseksi kansalaisille vaihtelevat. Karkeasti näkökannat palveluiden turvaamiseksi voidaan jakaa kahteen ryhmään. Toiseen ryhmään kuuluvat ne henkilöt ja tahot, jotka katsovat, että hyvinvointivaltio ja sen palvelut tulee tulevaisuudessakin järjestää, tuottaa ja rahoittaa pääosin julkisin voimavaroin. Tämän ryhmän sisällä keskustelu linkittyy sellaisiin asioihin kuin palveluita tuottavan julkisen yksikön koko (kuntaliitokset, seutukunnat vai kuntien yhteistyö, jne.) sekä kuntien ja valtion vastuut palvelutuotannossa ja rahoituksessa. Tämän ryhmän perustelut liittyvät pääsääntöisesti näkökohtiin tasa-arvosta, kansanterveystyön ja solidaarisuudesta riskien hallinnassa.

Toiseen ryhmään kuuluvat ne tahot, joiden mielestä palvelumarkkinoiden avaaminen ja kehittäminen ovat keinoja säilyttää hyvinvointivaltio ja taata palvelut kansalaisille. Heille tilaajan ja tuottajan erottaminen toisistaan sekä laajempi julkisten laitosten muuttaminen markkinaperusteisen logiikan mukaan toimiviksi yksiköiksi

(esimerkiksi osakeyhtiöksi) ovat avainkysymyksiä. Perustelut markkinaehtoistamiselle liittyvät tehokkuuteen, tuottavuuteen, suomalaisten palvelumarkkinoiden kehittymättömyyteen ja ennen kaikkea siihen laajempaan käynnissä olevaan globaalistumiseen linkittyvään muutosprosessiin.

Historiallisiin syihin vedoten Jukka Ohtonen toteaa terveydenhuollon markkinaohjauksen olevan Suomessa kehittymätöntä. Meiltä puuttuu myös markkinaohjaukseen tarvittavat toimivat rakenteet. Yli kymmenen vuotta sitten palveluiden päätös- ja ohjausvalta siirrettiin uudistukseen valmistautumattomille kunnille. Tilanne on edelleen epävakaa ja toimintakenttä täysin avoin. Ohtosen mukaan kuntien rooli voi olla keskeinen tulevaa palvelujärjestelmää määriteltäessä vaikka kunnat ovat olleetkin toistaiseksi passiivisia oman toiminnan rakenteellisessa kehittämisessä. (Ohtonen 2002, 81.) Kokemattomuus ja osaamattomuus uusien palvelutuotantomenetelmien käyttöönotossa heijastuu mm. markkinaoikeuteen, joka kuormittuu rajusti kilpailutustilanteisiin liittyvien valitusten seurauksena (Helsingin Sanomat 2005, 2). Seuraavaksi esittelen muutamia tutkimustuloksia kuntapäätäjien suhtautumisesta ostopalveluihin ja ylipäätään terveydenhuoltopalveluiden markkinaehtoistamiseen.

Perttulan mukaan Korhosen kyselytutkimuksessa (1993, 129–132) kunnallisjohtajat ja johtavat ylilääkärit uskoivat siirtymisen uuteen valtionosuusjärjestelmään lisäävän terveyspalvelujen kilpailuttamista. Johtavista lääkäreistä vähän alle puolet ja kunnallisjohtajista vähän yli puolet uskoi palveluita kilpailutettavan myös yksityisen sektorin kanssa. Hankintojen uskottiin kohdistuvan lähinnä erilaisiin polikliinisiin palveluihin, psykiatriisiin avopalveluihin sekä laboratorio ja röntgentutkimuksiin. (Perttula 1994, 24.) Heikkilän ja Lehdon (1992a) kyselytutkimuksessa palvelujen yksityistämisen mahdollisuuksiin strategiana uskoivat varsin harvat ja tuskin kukaan pienissä ja etäällä suurista keskuksista sijaitsevilla kunnissa. Tutkimuksen mukaan markkinoiden luomiseen ja yksityistämiseen pyrittiin esimerkiksi kuljetuspalveluissa, teknisessä huollossa ja elintarvikehuollossa. Heikkilän ja Lehdon tutkimus oli kaksiosainen. Ensin he suorittivat teemahaastattelun yhdeksän kunnan johdolle (kunnanjohtaja sekä kunnallishallituksen jäseniä), sosiaali- ja terveystoimen virkamiesjohdolle (terveyskeskusten johtavat ylilääkärit, sekä sosi-

aalijohtaja) sekä keskeisten henkilöstöjärjestöjen luottamushenkilöille. Tämä jälkeen he suorittavat 44 kuntaa kyselyn. (Heikkilä & Lehto 1992, 30, 42.)

Heikkilän haastattelututkimus vuodelta 1993 oli jatkoa Heikkilän ja Lehdon tutkimukselle vuodelta 1992. Otokseen valittiin 10 kuntaa ja haastattelut kohdistettiin samoissa tehtävissä työskenteleviin henkilöihin kuin vuonna 1992. Tutkimuksen mukaan signaaleja palvelutarjonnan monipuolistumisesta oli havaittavissa ja aitoa kilpailuttamista terveydenhuollossa yhä enemmän. Haastatellut henkilöt eivät uskoneet hyvinvointivaltion täysimääräiseen purkautumiseen. Heidän mukaansa valtion toimenpiteet olivat hyvinvointimallia purkavia kun taas kunnissa tätä kehitystä vastaan pyrittiin taistelemaan. Heikkilä tuo esille myös tuloksen, jonka mukaan kuntien toiminnassa oli havaittavissa terveystalouden de-privatisointia. Taloudellisesta ahdingosta johtuen ostopalvelujen määrää oli vähennetty ja toisaalta yksityisesti tuotettuja palveluja kunnallistettu. (Heikkilä 1993, 68, 70, 88–89.)

Katarina Perttula haastatteli puhelimitse 40 kunnallista vaikuttajaa (kunnanjohtaja tai muu kunnan yleisjohtajan edustaja, sosiaali- ja terveystoimen johtajaa, terveyskeskuksen johtavaa lääkäriä, kunnanhallituksen puheenjohtajaa ja sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtajaa). Tulosten mukaan lähes kaikki olivat sitä mieltä, että palveluja tulee arvioida uudelleen (osan mielestä perusteellisesti). Kaikki vastanneet olivat sitä mieltä, että vähintään osaa palveluista on arvioitava uudelleen. Tutkimukseen osallistuneet henkilöt eivät halunneet pitää ostopalveluita itseisarvona. Esille nousi mm. huoli julkisen sektorin henkilöstön tulevaisuudesta. Suhtautuminen oli periaatteiltaan myönteistä, mutta varauksella niihin ei suhtauduttu. Julkisen yksityistämistä ei nähty järkevänä. Tarkoituksenmukaisuus näytteli tärkeää osaa ostopalvelujen käytössä. Vastaajat olivat halukkaampia yksityistämään erikoissairaanhoidon kuin perusterveydenhuoltoa. (Perttula 1994, 32, 34, 41–42.)

Jussi Jylhäsaaren tutkimus oli osa Kunta-Suomi 2004 –tutkimusohjelmaa. Tässä esille tuotavat tulokset ovat tutkimusohjelman toiselta kyselykierrökseltä. Kaikkiaan kyselykierröksia oli kolme. Kaksiosainen kysely toteutettiin syksyllä 2000. Ensimmäinen kyselylomake oli suunnattu itsenäistä perusterveydenhuoltoa harjoittavien kuntien terveystoimen johtaville viranhaltijoille ja toinen lomake kansanterve-

ystyön kuntayhtymään kuuluvien kuntien terveystoimesta vastaaville viranhaltijoille. Kuntayhtymän viranhaltijat näkivät vuoden 1993 valtiosuusjärjestelmän muutoksen selvästi positiivisempänä asiana kuin itsenäistä toimintaa harjoittavien kuntien viranhaltijat. Muutos ei ole ylipäätään saanut mitään merkittävää muutosta aikaan kuntien terveystoimien tuotannossa. Uusista toimintamalleista terveydenhuollosta tuloksikkorakenne oli suosituin, jonka jälkeen kustannustehokkuuslaskujen hyödyntäminen, sisäinen laskutus ja palvelujen ostot yksityisiltä tuottajilta tulivat tasaisena joukkona perässä. Vertailtaessa vuonna 1997 ja 2000 saatuja tuloksia palveluiden kilpailutus on vähentynyt sairaankuljetusta lukuun ottamatta. (Jylhäsaari 2001, 36, 40,49.)

KuntaSuomi 2004 –tutkimusohjelman kolmannesta osasta löytyy kolmannen kyselykierroksen tulokset sekä yhteen koottuna kaikkien kolmen kyselykierroksen tulokset. Vuoden 2003 tutkimuksissa selvisi, että palvelujen tuotantotavat eivät eronneet oman terveyskeskuksen ja kuntayhtymän välillä selvästi. Itsenäisissä terveyskeskuksissa osto tietyissä palveluissa (esimerkiksi laboratorio ja röntgen) olivat yleisempiä kuin kuntayhtymissä. Itsenäiset terveyskeskukset olivat aktiivisempia ottamaan käyttöön uusia toimintatapoja ja aktiivisempia terveystoimen kehittäjiä kuin kuntayhtymät. Ylipäätään tämän hetken trendinä näyttää oleva palvelujen keskittäminen suurempiin yksiköihin. Kaikkien kolmen kyselykierroksen vertailu osoittaa, että sekä itsenäisissä terveyskeskuksissa että kuntayhtymissä palvelujen ostot yksityiseltä tuottajalta lisääntyivät vuodesta vuosien 1997–2000 välillä, mutta laskivat selvähkosti vuosien 2000 ja 2003 välillä. Perusterveydenhuollon osalta ennaltaehkäisevät palvelut tuotetaan edelleen pääosin kunnan/kuntayhtymän omana tuotantona (Isosaari 2004, 57–67). Helsingin Sanomat raportoi kymmenen vuotta kestäneen KuntaSuomi –tutkimusohjelman päätökseen saattamisesta marraskuussa 2005. Artikkelissa Kuntaliiton tutkimuspäällikkö Marianne Pekola-Sjöblom mm. toteaa, että tutkimus osoittaa päättäjien asenteiden muuttuvan yllättävän hitaasti (Tarkka-Tierala 2005, 9).

Sosiaalibarometri 2004 esitetään julkisten hyvinvointipalvelujen tuottajien ja järjestöjen näkemyksiä palvelujen kilpailuttamisesta. Yhteenvedossa todetaan, että sosiaalitoimen vastaajien näkökulmasta kilpailuttaminen tuottaa enemmän negatiivisia kuin positiivisia vaikutuksia. Sen arvioidaan soveltuvan huonosti sosiaali- ja

terveyspalveluihin. Kilpailuttamiseen liittyviä pelisääntöjä halutaan täsmentää sosiaali- ja terveysalan omista lähtökohdista käsin. Alueelle kaivataan kipeästi perusteellista tutkimusta. (Londén ym, 114.)

Suomen Lääkäriliiton uusi tutkimus terveyskeskusten lääkäritilanteesta osoittaa, että lääkärivajetta paikataan entistä enemmän vuokralääkäreillä. Lääkäri vajetta terveyskeskuksissa oli vuonna 2003 12,1 prosenttia, vuonna 2004 14,1 prosenttia ja vuonna 2005 15,3 prosenttia. Ostopalveluilla tätä vajetta paikattiin vuonna 2004 5,6 prosentilla ja vuonna 2005 6,8 prosentilla. Molempina vuosina 8,5 prosenttia viroista oli kokonaan hoitamatta. Monin paikoin, esimerkiksi Lahdessa ja Joensuuissa, kokonaisia toimintayksiköitä on ulkoistettu. Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiriin lääkäriinviroista yli 17 prosenttia hoitaa ostopalvelulääkäri. Vain harvat terveyskeskukset hoitavat päivystyksiä omana toimintana. (Parmanne & Vänskä 2005, elektroninen aineisto)

Stakesin pääjohtaja Vappu Taipale on todennut Suomessa sosiaali- ja terveyspalveluista käytävän keskustelun olevan varsin ideologisesti painottunutta ja puutteellisen näytön varassa (Taipale 2005, 4). Juho Saari on puolestaan kirjoittanut, ”Tuskin mihinkään muuhun käsitteeseen sisältyy sosiaalipolitiikassa yhtä paljon negatiivisia latauksia kuin markkinoihin” (Saari 2001, 110). Jukka Ohtonen on arvioinut klusteriretoriikan olevan mahdollinen vanhojen ideologisten rakenteiden ja julkisen ja yksityisen sektorin vastakkainasettelun murtaja (Ohtonen 2002, 63). Julkusen mukaan ideologisen muutoksen seurauksena palvelutuotannon yksityistämisen ja markkinaehtoistumisen poliittiset jarrut on poistettu, mutta julkisen palvelujärjestelmän jatkuvuus on merkillepantavaa. Tämä viestii institutionaalisista, poliittisista ja sosiaalisista esteistä (Julkunen 2001, 121). Sisäasiainministeriön julkaisussa on todettu, että kunnalliset päättäjät ovat hitaita muuttamaan palvelurakenteita olosuhteita vastaaviksi. Kuntien yhteistyö sekä palvelujen järjestämisessä että elinkeinojen kehittämisessä etenee hitaasti. Kokonaistilanteen hallinta vaatisi kunnilta jatkuvaa seuranta ja toimenpiteiden uudelleen arviointia. Osaimisen ja muiden resurssien kasvava tarve madaltaa valtion kynnystä puuttua toimintaan. (Sisäasiainministeriö 2004, 10.)

Yllämainittujen tutkimusten tulosten perusteella voidaan sanoa, että ostopalveluihin yksityissektorilta on suhtauduttu varauksellisesti jo 1990-luvun alkupuolelta lähtien. Ostopalveluita on käytetty tarvittaessa ja tarkoituksenmukaisuutta painottaen palvelutuotannossa esiintyvien ongelmien poistamiseksi. Lääkäriliiton tutkimus kuitenkin osoittaa, etteivät ongelmat ole kadonneet minnekään. Tutkimuksen perusteella näyttäisi siltä, että kunnat pyrkivät tuottamaan palveluja omana toimintana mahdollisimman kattavasti ja tarvittaessa ostetaan lääkäreitä täyttämään avoimia virkoja palvelutuotannon turvaamiseksi. Kuntien resurssit tai halu eivät ole riittäneet muuttamaan palvelutuotannon käytäntöjä ostopalveluita edistävään suuntaan. Tämä viittaisi siihen, että varsinaisia kauaskantoisempia rakenteellisia ja ideologisia muutoksia palveluiden tuotantotapoihin ei olla valmiita tekemään.

Kuntien palvelutuotannossa esiintyvien epäkohtien korjaamiseksi valtion on kiristänyt 2000-luvulla ohjaustaan. Esimerkiksi kansallisen terveysthankkeen yhteydessä kunnille määrättiin velvoitteet kansalaisten hoitopääsyn aikakriteereistä. Eri hoitoja on myös pisteytetty, jotta aivan turhimmista järjestelmää kuormittavista käynneistä päästäisiin eroon. Vuoden 2005 aikana on käynnistetty nopeassa aikataulussa ns. kunta- ja palvelurakennemuutos. Uudistuksen sisältö on vielä kiteytymättä ja siksi on mahdotonta sanoa, määritelläänkö uudistuksen yhteydessä uusi suunta hyvinvointivaltiolle ja sen palvelutuotannolle. Odotettavissa kuitenkin on, että tämän uudistuksen yhteydessä suoritetaan laajempia rakenteellisia muutoksia. Vielä on mahdotonta sanoa, miten nämä uudistukset tulevat vaikuttamaan yksityisiin terveystalouden tuottajiin ja ostopalvelutoimintaan.

3.6 Yksityinen terveydenhuoltosektori Suomessa

Tässä alaluvussa luodaan tilastojen avulla kuva suomalaisesta yksityissektorista. Ajoittain mukana tarkastelussa ovat myös kolmannen sektorin toimijat. Tilastoinnin näkökulmasta jako yrityksiin ja järjestöihin ei ole kaikilta osin täysin selkeä. Tässäkin työssä nämä kaksi sektoria on yhdistetty käsitteen ”yksityinen sektori” alle. Tarkoituksena on esitellä keskeisimmät toimintaa, henkilöstöä ja kustannuksia kuvaavat tunnusluvut. Oman huomionsa saavat myös sektorin rakenne, toimintalogiikka sekä tietyt erityispiirteet.

Suomessa terveydenhuoltoa on perinteisesti keskitytty tarkastelemaan julkisen sektorin näkökulmasta ja lähtökohdista. Yksityisen terveydenhuoltosektorin dokumentointi ja yhteiskunnallisen merkityksen esiintuominen ovat olleet pääasiassa järjestöjen, yhdistysten ja yksittäisten yritysten ja muiden varassa. Julkisten toimijoiden taholta yksityissektoria koskevan tiedon tuottaminen on ollut ohutta. Keskeisin yksityissektoriin liittyvän tiedon ongelma on ollut se, että tietoa on ollut useissa rekistereissä ja tilastoissa (esim. Kela, Tilastokeskus, Stakes, lääninhallitukset, liitot ja yhdistykset). Kukin taho on kerännyt ja pitänyt yllä omaan toimintaan ja intresseihin liittyviä rekistereitä ja tietokantoja. Hajautuneesta tiedonkeruusta on seurannut erilaisia, toisista poikkeavia määritelmiä ja tunnuksia, jonka seurauksena tietoja ei ole voinut yhdistää tai vertailla. (Kauppinen & Niskanen 2003, 15.) Saatavilla oleva tieto ei ole ollut myöskään ajantasaista. Nämä ongelmat vaivaavat tiedontuotantoa edelleen.

Yksityissektorin tilastointiin on ryhdytty kiinnittämään huomiota 1990-luvulla ja varsinaisia tuloksia on saatu aikaan 2000-luvulla. Stakesin raportti ”Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa” on tavoitteellinen aloite parantaa sektorin tiedontuotantoa. Raportti on julkaistu tähän mennessä kaksi kertaa (2003 ja 2005). Edelleen osa tiedoista on arvioita ja kaikista keskeisistä tiedoista ei julkaisuissa ole esitetty edes rohkeaa arvioita. Suomesta on puuttunut myös kattavampi analyysi yksityisen terveydenhuoltosektorin asemasta ja merkityksestä suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä ja ylipäätään hyvinvointivaltiossa.

Syynä marginaaliseen kiinnostukseen yksityissektoria kohtaan on varmasti ollut se, että tällaista tarkastelua ei ole tarvinnut tehdä. Suomalainen hyvinvointivaltio on perustunut 1970-luvulta lähtien idealle julkisesti tuotetuista, järjestetyistä ja rahoitetuista palveluista. Huomio ja resurssit on kiinnitetty julkisen sektorin kehittämiseen. Rakennettu järjestelmä on osoittautunut toimivaksi. Yksityissektorin osuus palvelutuotannosta on jäänyt vaatimattomaksi. Julkinen ja yksityinen sektori ovat toimineet meillä lähtökohtaisesti erillään, kumpikin omina ”putkinaan”. Julkisen sektorin ensisijaisuus sekä kiinnostuksen ja resurssien ohjaaminen sektorin toimintaan on johtanut osin myös siihen, ettei julkisenkaan sektorin toimintaa ole tilastoitu kattavasti. Viimeisten noin kymmenen vuoden aikana kiinnostus yksityis-

sektoria kohtaan on kuitenkin selvästi lisääntynyt. Yksityiset sosiaali- ja terveyspalvelut ovat yleistyneet tasaisesti 1990-luvun puolivälistä lähtien. Samalla on syntynyt tarve luotettavalle ja ajantasaiselle tiedolle. Yksityinen palvelutuotanto on vakiinnuttanut asemansa osana sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmää vaikka sillä ei olekaan tarjontaa kaikissa palveluissa ja toiminta ei kata koko Suomea (Kauppinen & Niskanen 2005, 19). Riittävän kattavan ja vertailukelpoisen tiedon tuotanto niin julkisen kuin yksityisenkin sektorin toiminnasta on osoittautunut tärkeäksi mm. palveluiden kilpailuttamisen yleistymisen myötä.

Yksityisten sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajien asiakkaina on julkisia laitoksia kuten kunnat, kuntayhtymät, Kela ja Valtionkonttori sekä yksityisiä asiakkaita kuten kotitaloudet ja työnantajat. Erot yksityisten sosiaali- ja terveyspalveluntuottajien asiakaskunnassa ovat selkeitä. Sosiaalipalveluntuottajien merkittävin asiakas-kunta ovat kunnat. Ne ostavat merkittävän osan sosiaalipuolen yritysten ja järjestöjen palvelutarjonnasta. Kotitaloudet ja työnantajat sen sijaan ostavat suhteellisen vähän yksityisiä sosiaalipalveluja. Yksityisten terveyspalvelujen merkittävimpiä asiakkaista ovat juuri kotitaloudet, työnantajat ja Kela. Asiakkaina ovat myös Valtionkonttori, työeläkelaitokset ja vakuutuslaitokset. Kuntien ja kuntayhtymien terveyspalveluostot ovat suhteessa selvästi pienempiä kuin sosiaalipuolella. (Kauppinen & Niskanen 2005, 34)

Yksi keskeinen yksityisiin palveluntuottajiin vaikuttava tekijä on se, lisäävätkö kunnat ja kuntayhtymät omaa tuotantoaan vai ostavatko ne enemmän palveluja muilta tuottajilta. Avataanko markkinoita ja annetaan niille mahdollisuus kehittyä vai pidetäänkö luotu järjestelmä rakenteineen ensisijaisena. Palvelujärjestelmän kehittämisen osalta voidaan mainita toinen Kauppisen ja Niskasen esiin nostama esimerkki, sähköinen asiointi. Kehitteillä olevasta järjestelmästä voidaan tehdä sellainen, joka joko edistää tai haittaa erilaisten palveluntuottajien mahdollisuuksia toimia osana palveluketjua. Kolmantena kysymyksenä voidaan nostaa esiin Kelan sairaanhoitovakuutus mutta myös muut yksityiseltä sektorilta palveluja ostavan asiakkaan tukimuotoja (esim. kotitalousvähennys). Ilman taloudellista tukea vain kourallisella suomalaisista olisi mahdollisuus käyttää yksityisiä palveluntuottajia. Ei siis ole merkityksetöntä, mitä palveluja korvataan ja kuinka suuri osuus palvelun kustannuksista kuluttajalle korvataan. Neljäs ja tulevaisuudessa kenties kaik-

kein merkittävin tekijä on lainsäädäntö. Muutokset kotimaisessa ja etenkin kansainvälisessä lainsäädännössä (EU) voivat vaikuttaa ratkaisevasti yksityisten tuottajien toimintamahdollisuuksiin. (Kauppinen & Niskanen 2005, 35.)

3.6.1 Yrityssektorin rakenteesta

Terveydenhuoltopalveluja tuottavia yrityksiä on mahdoton niputtaa yhden määritelmän alle. Toimijakenttä yritysten osalta on moninainen ja kirjava. Yksi mahdollisuus luoda kuva yrityksistä on tarkastella niiden omistuspohjaa, tuottamia palveluja sekä henkilöstöä. Taloudellisten tunnuslukujen avulla kuvan hahmottaminen on vaikeaa, sillä muutaman hengen yritys saattaa tehdä liikevaihdoltaan samansuurista tulosta kuin useamman kymmenen hengen yritys. Liikevaihdon suuruus on vahvasti riippuvainen yrityksen tuottamasta tai tuottamista palveluista.

Laajemmalla yhteiskunnallisella muutoksella on ollut omat vaikutuksensa myös terveydenhuollon yrityskenttään. Perinteisesti suomalaiset terveydenhuoltoalan yritykset ovat olleet lääkäreiden omistamia ja johtamia. Palvelujen tuotanto on ollut paikallista ja alueellista toimintaa. Keskeisin markkina-alue on ollut kotimaa ja palvelujen vienti vähäistä. (Partanen 2004, 20.) Toiminta ei ole ollut samalla tavoin tavoitteellista liiketoimintaa kuin monilla muilla elinkeinoelämän sektoreilla. Yritystoimintana tuotetut palvelut eroavat järjestöjen tuottamista palveluista mm. siinä, että yrityksillä ei juuri ole mahdollisuutta ylläpitää palveluita alueilla, joissa ei ole maksukykyisiä markkinoita. Tästä johtuen yritystoiminta laajenee tai uutta yritystoimintaa syntyy palveluihin, jotka ovat joko voimakkaassa kasvussa (esim. työterveyshuolto) tai joihin on mahdollisuus saada myös kotitalousasiakkaita (esim. kuvantaminen). (Kauppinen, Niskanen, Hämäläinen, Nylander 2004, 98.)

Useimmilla paikkakunnilla toimijakenttä on pysynyt suhteellisen stabiilina ja ”kilpailu” rauhallisena lähes koko 1900-luvun. Yritykset ovat sijoittuneet sinne, missä markkinat ovat (Partanen 2004, 15). Suurimmat yksittäiset yritykset toimivat suurimmissa kaupungeissa, joissa asiakaspohja on riittävän suuri. Näillä paikkakunnilla yritysten tuottama palvelutarjonta on kattavaa ja toimijoita on useampia. Mitä pienemmistä paikkakunnista on kyse (asukasmäärä ja tiheys), sitä vähäisemmäk-

si käy yritysten lukumäärä ja palvelukirjo. Jos niin sanottuja ”täyden palvelun taloja” on lähtökohtaisesti yli 50 000 asukkaan kaupungeissa, niin useissa alle 15 000 asukkaan kunnissa on tarjolla enää pieniä fysioterapiaa ja kenties hammashoitoa tarjoavia palveluntuottajia. Esimerkiksi lääkäripalveluja tuottavia yrityksiä ei useinkaan enää ole. Monet suomalaiset paikkakunnat ovat siis lähes tai täysin ilman terveydenhuollon yritystoimintaa.

Alueellisesti yritystoimintaa on selvästi eniten Uudellamaalla (4125 kappaletta). Tämän jälkeen tulevat Varsinais-Suomi ja Pirkanmaa lähes samansuuruisilla toimipaikkamäärillä (noin 1200 kappaletta). Vähinten toimipakkoja on Kainuussa (153 kappaletta). Yksityisiä terveyspalvelutuotannon toimipaikkoja on sijoittunut eniten kasvukeskusalueille Uudellemaalle, Varsinais-Suomeen, Pirkanmaalle ja Pohjois-Pohjanmaalle. Vuonna 2002 uusimaalaisten yritysten liikevaihto oli 41 prosenttia koko toimialan liikevaihdosta (Partanen 2004, 17).

Vuosituhaten vaihteen tienoilla alkoi sektorin sisällä uudenlainen kehitys. Suomeen oli jo aiemmin muodostunut muutamia konsernirakenteen omaavia yritysyryppäitä kuten Mehiläinen, Yhtyneet laboratoriot ja Medivire. Vuosituhannen vaihteessa ulkomaiset pääomasijoittajat kiinnostuivat suomalaisista terveydenhuoltoyrityksistä ja alkoivat sijoittaa niihin rahaa. Samalla syntyi uusi, ulkomaisen pääoman turvin markkinaosuuksia tavoitteleva konserni Suomen Terveystalo Oyj. Ulkomaisten sijoittajien myötä alkoi muutamien yritysten trimmaus pörssikuntoon. Tuloksen kohentamista uusia yrityksiä perustamalla ei ole nähty järkeväksi keinoksi, koska merkittäviä markkinoita uusille yrityksille ei Suomen kokoisessa maassa ole. Sen sijaa tulosta on parannettu ostamalla jo olemassa olevia yrityksiä ja kehittämällä niiden toimintaa.

Yritysjärjestelyistä, koventuneesta kilpailusta ja toimintaympäristön muutoksista huolimatta yksityiset terveydenhuoltopalvelut ovat edelleen pienyritysvaltainen toimiala. Toimipaikoista n. 98 prosentissa työskentelee alle kymmenen työntekijää (Partanen 2004, 10). Joukossa on kuitenkin muutamia yrityksiä, joissa työntekijöitä on yli 500 työntekijää (Kauppinen & Niskanen 2005, 55).

Merkittävä osuus yksityissektorin tuottamista palveluista on ns. erikoislääkäripainotteista avohoitoa. Pienyritysvaltaisuudesta seuraa mm. se, että vain pieni osa yrityksistä pystyy tuottamaan kunnille varsinaisia palvelukokonaisuuksia. Viimeisten vuosien aikana vahvasti kasvanut toimiala yksityissektorilla on ollut työterveyshuolto. Taustalla on vuosikymmenten takainen poliittinen päätös. Keskeiset työmarkkinajärjestöt tekivät sopimuksen työterveyshuollon kehittämisestä 1970-luvun alussa. Työterveyshuoltolain mukaan työnantaja on velvollinen järjestämään palvelut palveluksessaan oleville henkilöille. Palvelut voidaan järjestää useilla vaihtoehtoisilla tavoilla, joista yksi on yksityisten lääkärikeskusten tai joissain tapauksissa yksittäisten ammatinharjoittajien tarjoamien palvelujen kautta. (Kokko & Niskanen 1995, 46.)

3.6.2 Yrityssektorin volyyymistä

Yksityiset terveyspalvelutuottajat voidaan jakaa palvelujen tuottajiin ja ammatinharjoittajiin. Palvelujen tuottajilla tarkoitetaan yleensä niitä yksityisiä henkilöitä, yrityksiä tai järjestöjä, joilla on lain (152/1990) mukainen lääninhallituksen myöntämä lupa pitää yllä terveydenhuollon toimintayksikköä. Näillä yksiköillä on lupa palkata eri alojen työntekijöitä ja vuokrata toimitiloja itsenäisille ammatinharjoittajille. Itsenäiset ammatinharjoittajat tekevät ilmoituksen heitä valvovalle Terveydenhuollon oikeusturvakeskukselle. He eivät voi palkata muita työntekijöitä kuin henkilökohtaisen avustajan. Ammatinharjoittajien lukumäärästä on saatavissa vain arvioita. (Kauppinen & Niskanen 2005, 54.)

TAULUKKO 1. Yksityiset terveyspalveluntuottajat 1996–2003

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Palvelujen tuottajat	2200	2300	2450	2578	2732	2883	2967	3014
Ammatinharjoittajat	6069	6483	7085	6885	7533	7811	8111	..
Yhteensä	8269	8783	9535	9463	10265	10694	11078	..

(Kauppinen & Niskanen 2005, 54)

Suurin osa yksityisistä palveluntuottajista on yrityksiä. Yksityisistä sairaaloista merkittävä osa on järjestöjen omistamia. Sairaaloita yllä olevan taulukon palveluntuottajista on 41 kappaletta. (Kauppinen & Niskanen 2005, 54). Yksityisen tuotannon osuus vaihtelee selvästi palveluittain. Yleisin toimiala on fysioterapia, jossa

noin 80 % käynneistä tehdään yksityisten palveluntuottajan luo. Hammashuollossa vastaava osuus on hieman yli 50 prosenttia. (Kauppinen, Niskanen, Hämäläinen, Nylander 2004, 94). Vuonna 2002 fysioterapiapalveluja tuotti kaiken kaikkiaan 1425 tuottajaa. Seuraavina tulivat lääkärin vastaanottotoiminta (1027 tuottajaa) ja laboratoriotuotanto (668 tuottajaa). (Kauppinen & Niskanen 2005, 54.) Lääkäripalveluista noin 30 prosenttia on yksityissektorin hoitamia. Sen sijaan esimerkiksi vuodeosastohoidossa yksityissektorin osuus on vain noin viisi prosenttia. (Kauppinen, Niskanen, Hämäläinen, Nylander 2004, 94.) Viime vuosina suhteellisesti eniten on lisääntynyt työterveyshuollon ja lääkärin vastaanottotoiminnan tuottajien lukumäärä. Pääasiassa 2000-luvulla uutena toimialana mukaan on tullut työvoiman vuokraus. (Kauppinen, Niskanen, Hämäläinen, Nylander 2004, 97.)

Työvoimaa vuokraavat yritykset välittävät pääasiassa lääkäreitä terveyskeskusten päivystystoimintaan. Näitä yrityksiä on tällä hetkellä hieman yli kymmenen kappaletta ja niiden yhteenlaskettu liikevaihto on 20–40 miljoonaa euroa. Osa näistä yrityksistä toimii paikallisesti, kun taas osalla toiminta-alueena on koko Suomi. (Kauppinen, Niskanen, Hämäläinen, Nylander 2004, 97.) Työvoimaa vuokraavien yritysten menestys on lähtöisin lähinnä monia kuntia vaivaavasta lääkäripulasta. Tällaisissa kunnissa ei esimerkiksi haluta kuormittaa vakituisia lääkäreitä raskailla päivystyksillä vaan päivystyksiä hoitamaan palkataan vuokratyövoimaa. Pelkona on lähinnä paikkakunnalla olevien lääkäreiden siirtyminen muualle.

Ammatinharjoittajat harjoittavat ammattiaan yleensä joko palvelujen tuottajien toimitiloissa ”vuokralaisina” tai pitävät omaa ns. yhden miehen vastaanottoa (esim. hammaslääkärit). Ammatinharjoittajien tarkka tilastollinen selvittäminen on hankalaa mm. siitä syystä, että yksi lääkäri saattaa pitää vastaanottoa useammassa lääkärikeskuksessa eli hän kirjautuu tilastoihin useammin kuin yhden kerran. Ammatinharjoittajien lukumäärä (8111 kappaletta) taulukossa 1 onkin vain arvio (Kauppinen & Niskanen 2005, 54).

Yksityisen sektorin edustajat ovat pitäneet toimialansa tilastointia varsin turhauttavana. Ajaessaan oman sektorinsa etuja, heillä ei ole tarkkaa tietoa toimialansa merkitystä mittaavista tunnusluvuista. Puutteet ja rekisterinpitäjistä riippuvat vaihtelut ovat mahdollistaneet hedelmättömän väittelyn yksityisen terveydenhuoltosek-

torin asemasta suomalaisessa yhteiskunnassa. Yksi erimielisyyttä aiheuttanut kysymys on ollut se, tilastoidaanko kolmannen sektorin edustajat kuuluviksi yrityksiin vain pitäisikö heidät tilastoida erikseen. Tällä hetkellä tilanne on kuitenkin se, että taulukossa 2 esiintyvä henkilöstön ja kustannusten jaottelua ei saada kovin yksityiskohtaisesti eri toimijoiden välillä (julkinen, yritykset, järjestöt) (Kauppinen & Niskanen 2005, 31). Kauppisen ja Niskasen mukaan (2005, 24) toimialan kehitystä pystytään tällä hetkellä arvioimaan parhaiten henkilöstön ja kustannusten perusteella.

TAULUKKO 2. Julkisten ja yksityisten palveluntuottajien osuudet kustannuksista ja henkilöstöstä 2002

Kustannukset v. 2002	Julkkiset palveluntuottajat	Järjestöt	Yritykset	Yksityinen yhteensä
	%	%	%	%
Sosiaalipalvelut	76,2	17,1	6,7	23,8
Terveyspalvelut	77,7	4,9	17,5	22,3
Yhteensä	77,1	9,7	13,2	22,9
	€	€	€	€
Sosiaalipalvelut	3 835 143 000	861 976 200	336 943 000	1 198 919 200
Terveyspalvelut	6 055 810 000	379 366 900	1 362 143 000	1 741 509 900
Yhteensä	9 890 953 000	1 241 343 100	1 699 086 000	2 940 429 100
Henkilöstö 31.12.2002	Julkkiset palveluntuottajat	Järjestöt	Yritykset	Yksityinen yhteensä
	%	%	%	%
Sosiaalipalvelut	76,0	18,1	5,9	24,0
Terveyspalvelut	83,2	5,0	11,8	16,8
Yhteensä	79,6	11,5	8,9	20,4
	Lkm	Lkm	Lkm	Lkm
Sosiaalipalvelut	119 563	28 478	9 234	37 712
Terveyspalvelut	133 741	8 025	19 021	27 046
Yhteensä	253 304	36 503	28 255	64 758

(Kauppinen & Niskanen 2005, 25)

Kauppinen ja Niskanen (2005, 24) toteavat, että sekä kustannuksissa että henkilöstössä on omat epävarmuustekijät. Tarkasteltaessa molempia lukuja saadaan totuudenmukaisempi kuva yksityissektorin volyyymista. Terveyspalveluihin käytettiin vuonna 2002 noin 7,8 miljardia euroa, josta yritysten osuus oli reilut 1,6 miljardia euroa. Tämän on noin 17,5 % kokonaiskustannuksista. Terveyspalveluiden piirissä työskenteli vuoden 2002 lopussa 160 787 henkilöä, josta yrityksissä 19 021 henkilöä. Tämä on 11,8 % terveyspalveluiden piirissä työskentelevistä

henkilöistä. Henkilöstöön on laskettu mukaan vain ne henkilöt, jotka työskentelevät päätoimisesti yksityisellä sektorilla. Mukana eivät siis ole ne henkilöt, joilla on virka kunnallisessa terveydenhuollossa, mutta jotka tekevät osa-aikaisesti töitä myös yksityisen palveluntuottajan palveluksessa tai itsenäisenä ammatinharjoittajana. Tämä saattaa olla syynä siihen, että kustannusten mukaan yritysten rooli terveyspalveluiden tuottajana on merkittävämpi kuin henkilöstön lukumäärän mukaan. Toinen eroa selittävä tekijä saattaa johtua henkilöstörakenteista. Terveyspalveluyritykset ovat pääsääntöisesti varsin pieniä, minkä seurauksena niillä ei usein ole erillistä hallinnollista henkilökuntaa. (Kauppinen & Niskanen 2005, 26.)

Henkilöstöllä mitattuna yksityissektorin osuus on pysynyt 2000-luvun alkuvuosina samana. Vuoden 2000 alussa henkilöstön osuus oli 16,8 prosenttia. 1990-luvun alussa yksityisellä sektorilla työskenteli 14,2 prosenttia ja vuosikymmenen puolesavälissä 14,8 prosenttia terveyspalvelujen henkilöstöstä. Kauppinen ja Niskanen tulevat siihen johtopäätökseen, että yritysten osuus tuotannosta henkilöstöllä mitattuna ei ole oleellisesti muuttunut. (Kauppinen & Niskanen 2005, 26)

Vuonna 2002 yksityiset avohoitokäynnit muodostivat yli 30 prosenttia kaikista terveydenhuollon avohoitokäynneistä. Kaikkiaan yksityisiä avohoitokäyntejä tehtiin 16,5 miljoonaa kappaletta eli 3,2 käyntiä suomalaista kohden. Käyntimäärä lisääntyi vuodesta 2001 noin 2,5 prosenttia. Lisäys johtuu työterveyshuollon ja hammashuollon käyntien lisäyksestä. (Kauppinen & Niskanen 2005, 59.) Yksityislääkärien käyntimäärä oli noin 5,9 miljoonaa. Tämä on noin neljäsosa kaikista lääkärikäynneistä. Vuoden 1996 jälkeen yksityislääkärien käyntimäärä on lisääntynyt noin miljoonalla käynnillä. Yksityissektorin erikoislääkäripainotteisuudesta johtuen noin 60 prosenttia käynneistä on erikoislääkärikäyntejä. Alueelliset erot lääkärisäkäyntien määrissä väestömäärään suhteutettuna olivat erittäin suuria. (Kauppinen & Niskanen 2005, 60)

4. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA AINEISTO

Tutkimuksen aineisto, metodiset valinnat ja luotettavuuden arviointi

Haastattelujen keruuajankohdasta on kulunut noin kaksi vuotta. Tutkimuksen aineisto on kerätty kesän ja syksyn 2003 aikana kahdessa itsenäisessä kaupungissa ja yhdessä kuntayhtymään kuuluvassa kaupungissa tehdyissä teemahaastatteluisissa. Kaikista kolmesta kunnasta haastateltiin siis virkamiestä eli sosiaali- ja terveystoimen johtajaa, lääkäriä eli johtavaa ylilääkärinä ja poliitikkoa eli sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtajaa. Tutkimuksen kohteeksi halusin saada muutamien suuremman suomalaisen kaupungin, sillä näissä kaupungeissa terveydenhuoltoon liittyvät kysymykset ovat keskimäärin moninaisempia kuin pienissä kunnissa. Toisaalta suuremmista kunnista löytyy myös yksityisiä palveluntarjoajia, jolloin kilpailuttaminen ja ostopalveluiden käyttö on usein laajempaa tai ainakin mahdollisempaa. Pienemmän kunnan mukaan ottamisella halusin nähdä, ovatko näiden henkilöiden näkemykset ja kokemukset samansuuntaisia kuin suuremmissa kunnissa. Haastattelut kestivät tunnista noin kahteen tuntiin ja ne nauhoitettiin. Kaksi haastattelusta tehtiin haastateltavan kotona, loput työpaikoilla. Haastatteluja on käytetty tutkimuksessa siten, että haastateltujen tunnistaminen ei ole mahdollista.

Haastatteluilla ei pyritty saavuttamaan ns. saturaatiopistettä eli kohta, jossa uudet haastattelut eivät enää toisi merkittävästi uutta tietoa asiasta. Kolme kuntaa on varsin pieni näyte yli 400 kunnan perusjoukosta. Laadullisessa tutkimuksessa tiedeellisuuden kriteerinä ei kuitenkaan yleensä ole määrä vaan laatu, käsitteellistämisen kattavuus. Käsitteellistämisen kattavuus on pyritty takaamaan sijoittamalla haastateltavat yhteiskunnallisiin yhteyksiinsä ja antamaan siitä historiallisesti yksityiskohtainen ja tarkka kuva. (Eskola & Suoranta 2003, 18.) Olemassa olevan tiedon valossa voidaan kuitenkin sanoa, että kunnat ylipäätään ovat hyvin itseillisiä ja erilaisia. Yhdessä on terve ikärakenne, toisessa asuu enää lähinnä vanhuksia. Joissain kunnissa on vireää liiketoimintaa ja siten myös verotuloja, toisista kunnista palvelut ja verotulot ovat siirtyneet muualle. Kuntien tilanteita ja siten myös vastauksia erottelevia tekijöitä on lukuisia.

Aiemmin esittelemissäni kuntien ostopalvelukäytäntöjä selvittävässä tutkimuksessa kuntia on ollut mukana enemmän. Ottaen huomioon työn luonne ja metodi tiedon keräämiseksi, katsoin yhdeksän haastattelun riittävän. Toisin kuin kvantitatiivisessa tutkimuksessa, ei kvalitatiivisessa tutkimuksessa ole ensisijaisena tarkoituksena yleistää otoksesta saatuja tuloksia perusjoukkoon. Laadullisessa tutkimuksessa ei haeta universaaleja lainalaisuuksia vaan keskeistä on ilmiön paikallinen selittäminen (Alasuutari 1994, 46). Kyse on lähinnä näytteestä. Tämänkin tutkielman kolme kuntaa ovat yksittäisiä tapauksia, eikä vastauksia voida yleistää koskemaan kaikkia Suomen kuntia.

Ovatko haastateltujen henkilöiden vastaukset vielä ajankohtaisia? Antaisivatko he samanlaiset vastaukset vielä kahden vuoden jälkeenkin? Kysymyksiin on mahdoton vastata luotettavasti. Ainoa keino saada selvyys jälkimmäiseen kysymykseen olisi toistaa haastattelut. Katson kuitenkin vastausten olevan edelleen ajankohtaisia ja kuvaavan haastateltavien näkemyksiä mitä suuremmassa määrin. Perustelu näkemykselleni pohjautuu oletukselle arvojen hitaasta muuttumisesta. Joitain painotuseroja haastatteluissa saattaisi ilmetä, mutta haastatteluiden keskeinen sisältö tuskin poikkeaisi merkittävästi tehdyistä haastatteluista. Toisaalta tämän tutkielman tarkoituksena ei ole enempää kuin antaa tiettyyn aihepiiriin liittyen kuva kolmen suomalaisen kunnan tilanteesta vuodelta 2003. Tarkoituksena on saada selville, mitä haastatellut henkilöt sanovat, eikä niinkään sitä, miten he asioita ilmaisevat.

Olenainen kysymys on myös se, haastattelinco ylipäättään oikeita ihmisiä? Aiemmissa tutkielmani aiheita sivunneissa laadullisissa tutkimuksissa otos kuntien edustajista on ollut laajempi ja kysymykset on esitetty osin eri henkilöille. Useimmissa tutkimuksissa on haastateltu esimerkiksi kunnanjohtajaa. Haastateltaviksi pyrin valitsemaan sellaiset kunnan johtavien viranhaltijoiden ja luottamustoimien henkilöt, joiden katsoin vastaavan ja vaikuttavan keskeisesti kunnan ostopalveluihin yksityissektorilta. He ovat siis henkilöitä, joilla voidaan olettaa olevan keskivertoa kunnallista viranhaltijaa tai luottamustoimen omaavan henkilöä parempi käsitys sektorin asioihin liittyvistä kysymyksistä. Siten heidän toiminnallaan on selvä vaikutus ostopalveluiden kehittämiseen ja päätöksentekoon siitä, miten käytössä

olevia resursseja kuntalaisten hyväksi terveydenhuoltopalveluissa käytetään. KuntaSuomi –tutkimuksessa (2004, 116) nousi esille, että tutkimukseen haastatellut viranhaltijat arvioivat terveystoimesta vastaavan lautakunnan ja johtavan lääkärin vaikutukset kunnan toimintaan merkittäviksi. Sosiaali- ja terveystoimen johtajan merkitystä ei ollut asetettu arvioinnin kohteeksi.

Haastateltaville lähetettiin haastattelun runko (teemalista) etukäteen. Varsinaisia teemoja oli neljä kappaletta: ostopalvelut, haastateltavan suhtautuminen ostopalveluihin, politiikka ja markkinat sekä suomalainen yhteiskunta- ja terveydenhuoltojärjestelmä. Kunkin teeman alla oli useampia tarkentavia kysymyksiä. Tämän ratkaisun avulla tarkoitukseni oli ohjata haastateltavien valmistautumista haastatteluun. Vaikka strukturoituneisuuden aste oli teemahaastattelulle suhteellisen korkea, katson kyseessä olleen edelleen puolistrukturoitu teemahaastattelu. Teemat olivat samat kaikille haastateltaville. Teemahaastattelun luonteelle ominaisesti teemalistalla esiintyneistä kohdista keskusteltiin suhteellisen vapaasti. Kysymyksillä ei ollut haastattelutilanteessa tarkkaa muotoa ja niitä käytiin läpi tilanteen mukaan osin eri järjestyksessä. Haastatelluille henkilöille esitettiin vaihtelevasti kysymyksiä myös kysymysrunгон ulkopuolelta. Teemalistan keskeiset kysymykset tulivat esille kaikissa haastatteluissa, mutta vapaasta keskustelusta johtuen haastateltavat nostivat esiin erityyppisiä asioita. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 47.) Haastattelijana toimi koko ajan tutkielman tekijä itse.

Aikataulullisista kysymyksistä johtuen tutkimusta on tehty osissa. Työn tekeminen ei ole ollut selkeää jatkumo vaan työ on "levännyt" ajoittain jopa kuukausia. Työ ei siis ole edennyt laadulliselle tutkimukselle ominaiseen tapaan siten, että aineistoa kerätään ja analysoidaan rinnakkain. Tässä työssä aineiston kerääminen ja analysointi ovat olleet lähtökohtaisesti erilisiä työvaiheita. Laadulliselle tutkimukselle ominaista on tutkimussuunnitelman eläminen työn edetessä (Eskola & Suoranta 2003, 15). Näin on käynyt myös tässä tutkielmassa. Useampia alkuvaiheessa mukana olleita sisältöön liittyviä asiakokonaisuuksia on jätetty pois ja korvattu uusilla ideoilla.

Seuraavassa luvussa käyn läpi haastatteluilla kerätyn aineiston. Luvun kukin alaluku koostuu useammasta alaluvun alaluvusta. Nämä alaluvut rakentuvat siten,

että ensin esitän tiivistetysti kysymyksissä esiin nousseet keskeiset asiat (suoria lainauksia), jonka jälkeen luvun lopussa kommentoin saatuja tuloksia. Mahdollisesti liitän esille tulleet asiat alustavasti tutkielman teoriaan. Kussakin alaluvussa esille tulleet keskeiset asiat kootaan lopuksi yhteen ja liitetään tiiviimmin teoriaan. Koko aineistosta saadut tiedot analysoidaan johtopäätöksissä teorian avulla. Suorien lainausten loppuun on sulkeisiin merkitty kommentin antaneen henkilön status.

5. OSTOPALVELUT KUNTIEN TERVEYSPALVELUTUOTANNOSSA

Tarkastelen tutkimusta varten haastateltujen henkilöiden vastauksia kolmessa alaluvussa. Ensimmäisessä alaluvussa keskiössä ovat kuntavaikuttajien näkemykset oman kunnan suhteesta terveydenhuollon ostopalveluihin yksityissektorilta. Toisessa alaluvussa tarkastelen kuntavaikuttajien henkilökohtaista suhtautumista ja näkemyksiä terveydenhuollon ostopalveluista. Kolmannessa alaluvussa keskiössä on haastateltujen henkilöiden näkemykset suomalaisesta hyvinvointivaltiosta. Kunkin alaluvun lopussa on yhteenveto keskeisistä esille tulleista asioista.

Alaluvut rakentuvat useammasta kysymyksestä. Liitän kunkin kysymyksen ensin lyhyesti käsitteillä olevaan teemaan, jonka jälkeen selvitän lyhyesti, mitä on kysytty ja mihin kysymyksellä on pyritty. Tämän jälkeen esitän suorilla lainauksilla, mitä haastateltavat teemasta ovat ajatelleet. Joihinkin suoriin lainauksiin olen lisännyt sulkuihin luettavuutta helpottavia sanoja tai vaihtoehtoisesti poistanut tunnistamista helpottavia sanoja kuten paikan tai paikkakuntien nimiä. Lopuksi teen lyhyen yhteenvedon vastauksista. Kysymyskohtaisissa yhteenvedoissa nostan jonkin keskeisen esille tuleen asian esille ja/tai liitän aiheen alustavasti teoriaan.

5.1 Kuntien ostopalvelukäyttämisen profilointia

Tässä alaluvussa selvitetään näytekuntien ostopalvelukäytäntöjä. Tutkimusta varten haastateltujen kuntavaikuttajien esille nostamien asioiden pohjalta kunnille rakentuu väljä "ostopalveluprofiili". Profiili kuvataan alaluvun yhteenvedossa. Profiili koostuu haastateltujen henkilöiden näkemyksistä kuntien ostopalveluhistorias- ta ja kulttuurista, kunnissa vallitsevasta ostopalveluilmapiiristä, ostopalveluiden ympärillä käydystä keskustelusta sekä ostopalveluja vastustavien ja kannattavien ryhmien luokittelusta. Tarkoituksena on tuoda esille ennen kaikkea se, minkälai- nen suhtautuminen kunnissa on ostopalveluihin ja mikä merkitys suhtautumisella on kuntien terveydenhuoltopalveluiden tuotantoon. Kysymyksiin annettuja vasta- uksia olen luokitellut kunnittain tai henkilöittäin riippuen vastausten sisällöstä. Tässä ensimmäisessä alaluvussa kunnat luokitellaan kahteen suurempaan ja yh- teen pienempään kuntaan. Tätä jakoa tulen käyttämään myös kahdessa muussa alaluvussa joidenkin kysymysten kohdalla.

5.1.1 Eritahitiset kunnat

Terveydenhuoltopalveluiden järjestämiseen, tuottamiseen ja rahoittamiseen sovel- letuilla ideoilla on syynsä ja lähtökohtansa kunkin aikakauden olosuhteissa, tavoit- teissa ja arvoissa. 1990-luvun alun kriisivuosina sosiaali- ja terveydenhuoltoon odotettiin radikaaleja muutoksia, palvelujärjestelmän pluralisoimista ja yksityistä- mistä (Julkunen 2001, 240). Nämä ideat elävät yhteiskunnassamme edelleen vah- voina. Terveydenhuoltopalveluiden laajamittaisempi kilpailuttaminen on pysynyt yhtenä varteenotettavana ideana suomalaisen hyvinvointivaltio pyrkiessä tehok- kuuteen ja tuottavuuteen, palveluiden turvaamiseen ja 2000-luvun haasteisiin vas- taamiseen.

Kuntien palveluostoja terveydenhuoltosektorilla on pidetty marginaalisina (Parta- nen 2004, 4). Vuonna 1999 kuntien terveydenhuollon käyttömenot olivat 5,2 mil- jardia euroa, mistä hankintoihin yksityiseltä sektorilta käytettiin alle 100 miljoonaa euroa. Terveydenhuoltopalveluja tuottavien yritysten liikevaihdosta kuntien ostot muodostivat noin 5-10 prosenttia. (Lith 2001, 32). Tilanne ei ole tästä oleellisesti

muuttunut. Vuoden 2004 sosiaalibarometrin mukaan terveystaluiden tuotanto oli pääsääntöisesti lisääntynyt vuoden 2003 aikana. Saman ajanjakson aikana kuntien ostopalvelusopimukset järjestöjen ja yksityisten yritysten kanssa ovat puolestaan pysyneet suunnilleen ennallaan. (Lónden ym. 2004, 64, 92.)

Seuraavaksi luodaan kuntakohtainen yleiskuva siihen, millaisessa asemassa terveydenhuollon ostopalvelut yksityissektorilta näytekunnissa ovat. Pohjana ovat haastateltujen henkilöiden näkemykset oman kunnan tilanteesta.

Kunta 1

”Lähinnä tällä hetkellä me ostetaan tutkimuksia, täydennetään sillä meidän omaa palveluvalikoimaa. .. Meillä ei kauheesti ole sellaisia paineita lähteä laajentamaan sitä toimintaan.” (johtava lääkäri)

”Se on aika laaja sit se kirjo tänä päivänä. Sillä on aika pitkät perinteet joiltakin osin.” (sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja)

Kunta 2

”No terveydenhuollon osalta me käytetään aika paljon. Meillä on nyt esimerkiksi koko päivystys, siis virka-ajan ulkopuolinen päivystys ulkoistettu eli ostetaan. Sen lisäksi me on jouduttu ostamaan päivätoimintaankin lääkäreitä. .. Meillä on nyt suunnitteilla myöskin tämmönen palvelusetelityyppinen kokeilu, missä me ostetetaan sitten oikeestaan vähän samaan tyyppiin kun me ostetaan nyt erikoislääkärikonsultaatiota ni ostetetaan sitten niille meidän alueille, missä ei ole lääkäreitä taikka on huonosti lääkäreitä, ni ostetetaan sitten yksityiseltä myös näitä yleislääkäripalveluita. .. Meillä on pulaa (laitospaikoista) niin myös laitospaikkoja ostetaan. .. Onhan me lähetty esimerkiksi työterveyshuollossa tämmöseen nettobudjetointiasiaan, joka saattaa sitten johtaa tämmöseen liikelaitokseen, jollonka ollaan omasta organisaatiosta niinku vähä ulospäin. .. Näitä ollaan kyllä kehittelemässä mutta ei tässä aktiivisesti olla terveydenhuoltoon hakemassa uusia ulottuvuuksia. Mun mielestä terveydenhuollossa meil ei kyllä kauheen paljon niinkun laajentamisen varaa ole.” (johtava lääkäri)

”Mun mielestä niitä voitais käyttää huomattavasti laajemmin. Loppujen lopuksi voitais kilpailuttaa mahdollisesti paljon näitä asioita. Pieniä osa-alueita esimerkiksi ruokahuolto ja siivousta, joita nytten tehdään meillä vielä kaupungin omana työnä. Samoin voidaan varmasti kilpailuttaa tätä palkanlaskentaa, hallinnossa erilaisia ja sitten näitä niin kun yksityissektorin kanssa lääkäripalveluja. Mut meillä ei vielä ole ollut markkinoita. Nyttä nää niin sanotut keikkalääkärit on niinku alkua.” (sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja)

Kunta 3

”Siellä (sosiaalihuollossa) se on niinku ollut jo ihan selvä vaihtoehto asioille, mutta nimenomaan ei täällä terveydenhuollossa. .. Tällä hetkellä se perustilanne on minusta se, että yleensä potilaat voidaan jos ajatellaan tota terveystalouden pe-

rusterveidenhuollon palveluja, ni kyllä miedän pitäs niinkun pystyä ne kaikki antamaan. .. Viimesen viiden - kymmenen vuoden aikana, ni (ostopalveluita) haettu sillai hyvin harkiten ja hyvin yksin kappalein.” (johtava lääkäri)

”Sosiaalipuolella on enemmän tätä. .. Terveidenhuollon puolella ni täällä ei ole kovin paljon sellasia, että olis sitä käytetty. Tietysti ostetaan paljon tämmösiä tuki-palveluita mutta se ei ole sinänsä sama kuin terveydenhuollon palvelut.” (sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja)

”Aika vähin erin silloin tällöin joitakin yksittäisiä (ostopalvelukysymyksiä) nousee”. (sosiaali- ja terveystoimen johtaja)

Kaikissa kolmessa kunnassa on kokemusta ostopalveluista. Lainaukset osoittavat, että ostopalveluilla on erilainen rooli jokaisessa kunnassa. Kunnassa yksi ostopalveluilla ei ole samanlaista merkitystä kuin toisessa suuremmassa kunnassa, kunnassa kaksi. Toisaalta kunnassa yksi ostopalvelut ovat merkittävämpi osa palvelutuotantoa kuin pienimmässä kunnassa, kunnassa kolme, jossa ostopalvelut ovat näytekunnista kaikkein vaatimattomimmassa roolissa. Toisessa suuremmassa kunnassa, kunnassa kaksi, ostopalveluiden merkitys palvelutuotannossa on kaikkein suurin. Yksittäisenä huomiona nostan esiin sen, että käsitys palveluiden oston laajuudesta saattaa vaihdella yksilöiden välillä kuten kunnan yksi kohdalla tulee esille. Toinen huomio on se, että laaja kirjo ei välttämättä tarkoita suurta palvelujen oston volyymia vaan ostojen kohdistumista useisiin eri palveluartikkeleihin.

Vastaukset osoittavat myös kuntien palvelutuotantoon liittyvän itsenäisyyden. Kunnat saavat tuottaa palveluja parhaaksi katsomallaan tavalla. Kunnat ovat veloitettuja jäsenyyteen sairaanhoitopiirissä, mutta siihen ei liity kuin kaksi pakkoa: kuntien täytyy osallistua sairaanhoitopiirin kustannuksiin ja lähettää edustajansa hallintoelimiin. Pakkojäsenyys sairaanhoitopiirissä voidaan nähdä kilpailua estävänä tekijänä ainakin siitä johtuen, että käyttipä yksittäinen kunta sairaanhoitopiirin palveluja tai ei, on se velvollinen osallistumaan kustannuksiin. Harvalla jos yhdelläkään Suomen kunnalla on tänä päivänä taloudellisia resursseja maksaa palveluja ”kahteen kertaan”.

5.1.2 Ostopalveluiden lähihistoriasta näytekunnissa

Ostopalveluiden lähihistoriaa tarkastellaan kahdesta näkökulmasta. Ensin selvitetään kuntavaikuttajien näkemystä siitä, kuinka kauan ostopalvelut ovat olleet kunnissa keskustelun alla potentiaalisena vaihtoehtona tuottaa kuntalaisille palveluja. Tätä tarkastelua rajaa se tosiasia, että palveluiden osto yksityissektorilta tuli ylipäätään mahdolliseksi vuoden 1993 lakiuudistusten myötä. Sitä ennen kuntien oli mahdollista ostaa vain joitain tiettyjä palveluja yksityiseltä terveydenhuoltosektorilta. Jälkimmäisessä osassa selvitetään, milloin ostopalveluja konkreettisesti alettiin käyttää kunnissa.

Toisen suuremman kunnan sosiaali- ja terveystoimen johtaja totesi, *”sitä sitten niinkun 1980-luvun puolenvälin – loppupuolen vaiheilta tätä keskustelua alettiin käymään”*. Hän yhdisti keskustelun viriämisen yleiseen keskushallinnon kehitysuuntaan, jossa tulosjohtamista, markkinoita ja yksityisten palvelujen osuutta yhteiskunnassa ryhdyttiin korostamaan. Hän oli kuitenkin poikkeus, sillä lähes kaikki muut sijoittivat potentiaalisen ostopalvelukeskustelun alkamisen myöhempään ajankohtaan.

”On ihan selvästi lisääntynyt. Et jos me otetaan tämmönen viimeinen viisi vuotta tai yhdeksänkymmentäluvun puolivälistä tähän päivään, ni kyllähän tää on jatkuvasti kasvanut tää keskustelu siitä että, miten niinkun markkinat enemmän voisivat olla mukana tässä järjestelmässä. Sehän on myös yhteiskuntapoliittista ja ideologista keskustelua. Kyllähän tietysti voi sanoa, että eduskunta omilla ohjauskeinoillaan ja joku valtiovaraministeriö omillaan, ni on tietysti vaikuttanut siihen, että tämmönen markkinoiden huomioiminen on enemmän noussut poliittiseen keskiöön myös täällä kuntapäätännässä”. (sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja)

”No siis mun mielestä niistä alettiin keskustella ihan huomattavasti silloin ns. laman jälkeen siinä 1993 – 1995, siinä tavallaan. Kyllä silloin sitä keskusteltiin, mutta silloin ei ehkä niinku toimittu juurikaan sen puolesta. Sillai (ostoja) oli hyvin vähän, koska tavallaan oli tämmöstä saneeraustarvetta muutenkin, niin eihän siinä ulkopuolelta ostettu tavallaan niinku haluttu mitään. Ja nyt ehkä enemmänkin on tullut todelliseksi sen takia, et on tullut pulaa tavallaan työvoimasta osittain, ni siinä ehkä on tullut sitten kiinnostusta enemmän.” (sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja)

”Todella potentiaalisena vasta pari kolme vuotta”. (sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja)

”No mun on vaikea sanoa kuinka kauan, että aika vähin erin silloin tällöin joitakin yksittäisiä nousee”. (sosiaali- ja terveystoimen johtaja)

Kysymys keskustelun aloitusajankohdasta liittyy 1980-luvun loppupuolella virinneeseen kriittisyyteen paisunutta valtionosuus- ja suunnittelujärjestelmää kohtaan ja tätä seuranneeseen kansallisen konsensuksen heikkenemiseen. Esimerkiksi Julkusen mukaan tällöin alkoi heiketä pohjoismaisen normatiivisen perinnön poliittinen voima ja velvoittavuus. Perinnön heikkenemisen myötä politiikka, joka heikentää universalismia, lisää eriarvoisuutta ja vähentää julkista vastuuta kansalaisten elämässä, alkoi tulla mahdolliseksi. (Julkunen 2001, 259.)

Keskustelu palveluiden ostamisesta yksityissektorilta käynnistyi kunnissa haastateltavien mukaan vasta 1990-luvun puolessavälissä tai hieman sen jälkeen. Tämän perusteella kansallinen keskustelu ei ole ulottunut kunnalliseen terveydenhuoltoon. Myöskään 1990-luvun alussa toteutetut lakimuutokset eivät näytä erityisesti vaikuttaneen keskustelun viriämiseen. Tärkein ostopalveluihin liittyvää keskustelua herättävä tekijä on kunnan omassa palvelutuotannossa esiintyvät ongelmat, käytännössä palvelujen riittämättömyys. Tästä johtuen pienimmässä kunnassa ostopalveluiden nousu keskusteluun ei tullut vastauksissa samalla tavoin esille kuin suurempien kuntien kohdalla. Vain muutamat kuntavaikuttajat nostivat esille valtiollisten instituutioiden vaikutukset keskustelun herättäjinä. Tämä kertoo osaltaan ohjauksen heikkoudesta keinona ohjata kunnallista terveystalvutvotantoa.

Kunnat palveluiden ostajina

Ostettujen palvelujen historiaa koskeviin kysymyksiin tuli monenlaisia vastauksia. Osa kuntavaikuttajista antoi esimerkkejä ostetuista palveluista kun taas osa kommentoi kysymystä muulla tavalla. Joidenkin haastateltavien ensimmäiset muistikuvat ostopalveluista sijoittuivat aina 1980-luvun loppupuolelle asti. Vastauksissa annettiin pääasiassa esimerkkejä ostetuista palveluista: *"1990-luvun loppupuolella oli ehkä sellainen tietynlainen jakso jolloin..., "...ja sitten on tietysti tällöisiä erityissairauksia ja hoitoja joissa..."*. Vastausten perusteella historiaa voi kuvata suhteellisen pitkäksi, mutta moninaisuuksissaan vaikeaksi määritellä.

Pienimmän kunnan edustajat eivät nostaneet esiin mitään tiettyjä palveluja, joihin he olisivat ostaja kohdistaneet. Kunnan edustajien vastauksissa korostui suurem-

pia kuntia enemmän harkinta. Eräs kunnan edustajista sanoi, *”Viimesen viiden – kymmenen vuoden aikana (ostopalveluja) ni haettu sillai hyvin harkiten ja hyvin yksin kappalein”*. Toinen saman kunnan edustaja totesikin ostojen kohdistuneen enemmän sosiaalipalveluihin sekä terveydenhuoltoa tukeviin palveluihin. Kunnan linja ostopalveluiden suhteen katsottiin pysyneen johdonmukaisena pitkään. Heidän palveluostot ovat suuntautuneet ennen kaikkea julkisen järjestelmän sisälle, *”...mut ne on muita kuntayhtymän organisaatioita eli keskussairaaloita, sieltähän ostetaan tietysti todella paljon”*.

Suurempien kuntien edustajat kartoittivat pienen kunnan edustajia yksityiskohtaisemmin kuntien ostopalvelukäytäntöjä sekä ostopalveluiden historiaa ja tulevaisuutta. Vaikka ostopalvelut eivät määrällisesti ole merkittävä osa näidenkään kuntien palvelutuotantoa, ulottuu ostopalvelujen historia 1980-luvun puolelle. 1990-luvun puolenvälin jälkeen niiden käyttö on monipuolistunut.

”Tänä aikana, tänä kuutena vuotena, se trendi on lähtenyt”. (sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja)

”Mutta oletettavasti se (ostopalvelut) tuli tässä joskus viittisen vuotta sitten, terveydenhuollon osalta laajeni, kun täällä aloitettiin näitä erikoissairaanhoidon konsultaatiokäyntien ostamista ja tämmöstä”. (sosiaali- ja terveystoimen johtaja)

Palveluiden monipuolisempi ostaminen yksityissektorilta sijoittuu suuremmissa kunnissa 1990-luvun loppupuolelle eli suunnilleen samaan ajankohtaan kuin varsinaisen keskustelunkin alkaminen. Pienimmän kunnan oma tuotanto on sen sijaan pystynyt takaamaan palvelut kuntalaisille. Tämä selittää keskustelun viriämättömyyttä pienimmässä kunnassa. Suuremmissa kunnissa ongelmat palvelutuotannossa ovat pakottaneet kunnat tukemaan omaa palvelutuotantoa ostopalveluilla. Näyttäisi siis siltä, että palveluiden ostamisesta aletaan keskustella vasta siinä vaiheessa, kun niiden käyttö tulee jonkinasteisen pakon kautta ajankohtaiseksi. Yksityisestä palvelutuotannosta ei haeta terveydenhuoltosektorilla ennakkoivasti tai laajemmassa mittakaavassa vaihtoehtoja ja hyötyjä kuntien palvelutuotantoon.

Ostopalveluhistorian määrittelyn vaikeuden uskon liittyvän haastateltujen henkilöiden työhistoriaan. Kaikki eivät ole välttämättä toimineet kovinkaan pitkään nyky-

sissä tai ylipäättään sellaisissa tehtävissä, joissa heille olisi kertynyt jatkuvasti tietoa kunnan ostopalveluista. Omat vaikutuksensa on varmasti myös ostojen marginaalisuudella ja satunnaisuudella. Ostopalvelut yksityissektorilta ovat kuitenkin olleet mukana kuntien palvelutuotannossa vähintään palvelurakenneuudistuksesta lähtien.

5.1.3 Ostopalvelutyypeistä ja motiiveista

Pekka Lithin tutkimuksessa on tullut esille, että yritysten mielestä etenkin erikoissairaanhoito, työterveyshuolto, laboratorio-, röntgen- ja muut tutkimuspalvelut sekä valtaosa avoterveydenhuollosta olisi mahdollista avata kilpailulle. Tällöin kuntien huolehdittavaksi ja vastuulle jäisi lähinnä tehohoito ja pitkäaikainen laitoshoido. Vuonna 1999 asiakaspalveluiden ostot yksityissektorilta olivat perusterveydenhuollon käyttömenoista 1,9 prosenttia. Vastaava luku erikoissairaanhoidossa oli 1,8 prosenttia. (Lith 2001, 32.) Paul Lillrankin ja Pirjo Haukkapää-Haaran mukaan, suurin osa perusterveydenhuollon palveluista olisi mahdollista tuottaa tilaaja-tuottaja-mallia hyväksikäyttämällä ilman, että potilas joutuisi yhtään sen huonompaan asemaan kuin parturissa tai ruokakaupassa (Lillrank 2006, 12).

Tässä alaluvussa esittelen kuntien yksityissektorilta ostamia palveluja. Tarkastelussa olevissa kunnissa oli ostettu monentyyppisiä palveluja. Haastateltavien vastausten perusteella olen jakanut vastaukset tutkimuksiin ja toimenpiteisiin. Luokittelun avulla olen pyrkinyt nostamaan esiin keskeisimmät palveluostot sekä näiden ostojen motiivit. Keskeisiksi luokitteleviksi tekijöiksi olen valinnut ostojen vakiintuneisuuden ja yleisyyden. Luokittelu perustuu kahden suuremman kunnan edustajien antamiin vastauksiin, koska pienimmässä kunnassa ostot ovat olleet vähäisiä. Pienimmän kunnan edustajat eivät myöskään yksilöineet ostoja.

Tutkimukset

Terveystieteiden käytännössä tutkimukset edeltävät toimenpiteitä. Tutkimusten avulla pyritään selvittämään syy tai syyt asiakkaan tuntemiin vaivoihin. Tutkimusten perusteella päädytään diagnoosiin, jonka pohjalta aloitetaan tarvittava hoito tai

tehdään tarvittavat toimenpiteet. Erilaisia tutkimuksia ovat esimerkiksi röntgen- ja laboratoriotutkimukset. Koko väestölle sekä tietyille ikä- ja ihmisryhmille suunnattujen tutkimusten kautta kunnat toteuttavat myös kansanterveystyöhön liittyviä velvoitteitaan.

”Just tämmösiä niinkun valtakunnalliseen asetukseen pohjautuvat seurantatutkimukset esimerkiksi, ne on ostettu jo perinteisesti ja pitkään yksityiseltä tai yksityisiltä palveluntuottajilta.” (johtava lääkäri)

”Meillähän on aika pitkä perinne esimerkiksi tällasten niinkun syöpäseulontojen, esimerkiksi naisille suunnattujen erilaisten syöpäseulontojen osalta niinkun markkinoitten käytössä. Siinä puhutaan varmasti kymmenen – viidentoista, jopa kahdenkymmenen vuoden aikajänteestä.” (sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja)

”Nythän tää on varmaan tää tämmönen perusterveydenhuollon palveluiden osto hieman uutta ja vähän semmosta outoa, mutta esimerkiksi just kaikki tutkimukset, seulonnat ja kaikki tän tyyppiset palvelut, ni kyl niitten kilpailuttamisessa on aina järkeä.” (sosiaali- ja terveystoimen johtaja)

Tutkimuksiin olen luokitellut myös sellaiset esille tulleet kuntien ostamat palvelut, joiden tuottaminen yksityissektorilla on havaittu jo vuosia sitten taloudellisesti kannattavaksi. Nekin ovat osoittaneet toimivuutensa ja niillä on laajempaa hyväksyntää osana palveluketjua. Useampi vastaaja nosti esiin erikoislääkäreiden konsultaatiiovastaanotot. Toisen suuremman kunnan johtava lääkäri perusteli konsultaatiiovastaanottojen ostoa seuraavasti: *”kun potilas maksaa siitä sen maksusuosituksen mukaisen erikoissairaanhoidon poliklinikkamaksun, niin sehän on kunnalle erittäin edullista. Samalla hinnalla saadaan neljä viisi konsultaatiota (yksityissektorilla), kun mitä olis yksi erikoissairaanhoidon käynti tuolla erikoissairaanhoidossa”.*

Ainakin seuraavat esille tulleet syyt motivoivat kuntia hankkimaan tutkimuksia ostopalveluina:

”Luuston haurastuminen on kasvava tällanen kansanterveydellinen ongelma. .. On katottu, että nyt panostamalla vähän (tutkimuksiin), niin me pystytään estämään tulevaisuudessa niitten kustannusten realisoituminen (toimenpiteet).” (johtava lääkäri)

”Sellaisia toimintoja kun kunnalla on velvollisuus järjestää. Esimerkiksi rintarauhasten mammografia seurantatutkimuksia ei ole ollut mitään resurssimahdollisuuksia hoitaa omana toimintana, et sitä on hyvinkin pitkään jo toteutettu. Just tämmösiä niinkun valtakunnalliseen asetukseen pohjautuvat seurantatutkimukset

esimerkiksi, ne on ostettu jo perinteisesti ja pitkään yksityiseltä tai yksityisiltä palveluntuottajilta.” (johtava lääkäri)

“Onhan semmoisia asioita, mitä on niinkun helpompi kilpailuttaa kun toisia asioita. Sanotaan nyt tyyppiesimerkkinä ohitusleikkaukset, sydänleikkaukset, niin nehan pystytään aika hyvin niinkun laskemaan niiden hinnat ja laadut. .. Tämmönen terveyskeskuslääkärin toiminta tai päivystyslääkärin toiminta, niin kyllä se on myös niinkun mahdollista aika helposti laskea, hinnotella ja kilpailuttaa. ” (sosiaali- ja terveystoimen johtaja)

“Meidän nämä joukkotarkastukset, jossa on niinkun maanlaajunen tuota syöpäyhdistyksen järjestelmä, jossa sama tuottaja tekee eri kunnissa samaa työtä, jolloin se pystyy sillä tavalla rationalisoimaan sen toiminnan. Kuntien kannattaa mieluummin ostaa kun itse tuottaa, koska siellä näitä tapauksia on niin paljon, ni siellä säilyy myöskin se asiantuntemus.” (sosiaali- ja terveystoimen johtaja)

“Alueellisesti on huomioitava se, että esimerkiksi röntgenpalveluja tällä alueella ei kannata ruveta kilpailuttamaan. Mutta joitakin esimerkiksi fysioterapiapalveluja vois kilpailuttaa. Sehän riippuu niin toimialasta, että joillakin alalla on enemmän tarjontaa kuin toisella.” (sosiaali- ja terveystoimen johtaja)

Tutkimusten tuottamisesta ostopalveluina kunnilla on jo ”pidemmät ja vakiintuneemmat” perinteet. Tämän tyyppisiä palveluja ovat esimerkiksi kuntien vastuulla olevat valtakunnallisiin asetuksiin perustuvat seurantatutkimukset kuten naisille suunnatut syöpäseulonnat sekä luuntiheysmittaukset. Tiettyjen tutkimusten kilpailuttaminen ja hankkiminen ostopalveluina nähtiin paitsi välttämättömänä niin myös kannattavana. Tutkimusten ostoihin kuntia motivoi omien resurssien puute, haluttomuus laajentaa omaa toimintaa, tarve kontrolloida kustannuksia, kansanterveys-työhön liittyvät vastuut, hinnoiteltavuus sekä tuottajan asiantuntemus ja laatu.

Tutkimusten ostaminen yksityissektorilta on siten loogista, että niitä on huomattavasti kattavammin tarjolla kuin esimerkiksi lääkäripalveluja tai vaativia leikkauksia ja hoitoja. Markkinalogiikan mukaan toimiminen ohjaa yksityistä palvelutuotantoa tarjoamaan tuotteita, joilla on kysyntää. Tutkimusten kohdalla hinta ei nouse niin korkeaksi, ettei myös yksityisasiakkailla olisi taloudellisia mahdollisuuksia ostaa niitä. Monet tutkimukset kuuluvat kaiken lisäksi sairausvakuutuksen piiriin. Liiketoiminta edellyttää myös riittävän asiakaspotentiaalin sijoittumisen markkina-alueelle. Niille alueille, joilla markkinat ovat pienet, sijoittuu lähinnä sellaisia palvelujentarjoajia kuin fysioterapeutteja ja hammaslääkäreitä. Näille palveluille on yksityistä kysyntää, koska julkisen sektorin palvelutarjonta on rajallista. Myös lait ohjaavat toiminnan kehittymistä yksityissektorilla. Tästä esimerkkinä mainittiin valtakunnallisiin asetuksiin pohjautuvat seurantatutkimukset.

Toimenpiteet

Toiseen ryhmään kuuluvat toimenpiteet. Tutkimuksien ostot ovat toimenpiteiden ostoa reaktiivisempia. Reaktiivisuus tarkoittaa tässä tapauksessa oman palveluntuotannon täydentämistä ostopalveluilla yksityissektorilta ilman varsinaista pidemmälle tulevaisuuteen ohjattua suunnitelmaa. Näillä ostoilla ei ole samanlaista jatkuvuutta kuin tutkimuksilla. Niitä luonnehtii pikemminkin kertaluonteisuus, eivätkä ne ole volyymiltaan samaa suuruusluokkaa kuin tutkimuksiin sijoittuvat palveluostot.

”No esimerkiksi me ostettiin ortopedian erikoislääkärin polikliinisiä palveluja nimenomaan sen takia kun keskussairaalan jonot alkoivat olla kestävämmän pitkiä eli tällaisia yksittäisiä palveluja”. (johtava lääkäri)

”Kyllähän me tietysti ollaan käytetty yksityisiä sairaaloita, yksityisiä niinkun sairaalapalveluita vaativien leikkauksien osalta täydentämään julkisia järjestelmiä. .. Siinä on enemmän ollut kysymys juuri siitä, että kun palveluille on kysyntää ja julkisen järjestelmän tarjonta ei riitä tyydyttämään sitä, ni sitten käytetään yksityisiä palveluntuottajia. Ja tää on niinkun aika vanhan perinne ja sinänsä ihan hyvä. Se on mahdollistanut sen, että odotusajat eivät sitten ole olleet kohtuuttoman pitkiä esimerkiksi ohitusleikkauksiin.” (sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja)

”Siltä se näyttää, että tää järjestelmä ei muuten toimi, ellei me tiettyjä lisäpalveluita tai sitten näitä omaa toimintaa ennen kuuluneita peruspalveluita osteta markkinoilta ni tää koko järjestelmä vaarantuu.” (sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja)

Reaktiivisille ostoille löytyi kaksi keskeistä perustetta. Reaktiivisilla ostoilla täydennetään julkista palvelutuotantoa, jotta julkinen järjestelmä pysyy elinkelpoisena ja pystyy turvaamaan kuntalaisille riittävät palvelut. Ostoilla puretaan jonoja ja täydennetään omaa palvelutuotantoa. Kyse on siis julkisen järjestelmän kapasiteetin paikkaamisesta kysynnän ylittäessä tarjonnan. Järjestelmää täydentävät ostot ovat kohdistuneet keskisuuriin operaatioihin kuten lonkkaleikkauksiin sekä yksittäisiin vaativampiin leikkauksiin kuten ohitusleikkauksiin. Myös erilaiset erityissairauksiin liittyviin hoidot mainittiin. Vaativien leikkausten ja hoitojen ostot ovat volyymiltaan pieniä yksittäisostoja, joltain korkeasti erikoistuneelta ja hyvän ammattitaidon omaavalta yksityiseltä yritykseltä tai yksiköltä. Tämän tyyppisillä ostoilla on jo pidempi historia kuntien palvelutuotannossa. Yhden kuntavaikuttajan mukaan ostamisesta karttuneiden kokemusten ansiosta näiden toimenpiteiden ja hoitojen hinnat sekä laatu pystytään jo melko hyvin laskemaan ja arvioimaan.

Toinen tämän tyyppisten ostojen motiivi on turvata ns. ydintoiminnot. Idea ydintoimintojen turvaamisesta on siinä, että ostamalla tietty määrä palveluja kuten päivystyspalveluja estetään koko järjestelmän vaarantuminen. Tänä päivänä tämä tarkoittaa sitä, että palveluja ostetaan myös perusterveydenhuoltoon. Kyse on tässäkin tapauksessa kapasiteetin paikkaamisesta kysynnän ylittäessä omat resurssit.

Haastattelujen perusteella vaikuttaisi siltä, että toimenpiteiden ostot eivät nauti kaikilta osin samanlaista hyväksyntää kuin ensimmäisen kohdan ostot. Niihin turvaututaan tarvittaessa, eikä niitä ole hyväksytty samalla tavoin osaksi järjestelmää kuten tutkimusten ostoja. Reaktiivisissa ostoissa näyttäisi olevan tutkimuksia useammin mukana pakko. Pakko hankkia lisää resursseja korostui useimpien haastateltujen henkilöiden vastauksissa.

”Mutta sanotaan näin että, silloin kun ollaan siinä tilanteessa, että me ollaan hie- man niinku tavallaan sen palveluntuottajan armoilla, ni silloinhan se ei ole kos- kaan järkevää, koska jolla on se pääoma, ni kylhän hän osaa hinnotella sen. Mut- ta silloin jos me ollaan ihan aidossa kilpailutilanteessa, et meillä on myös omaa tuotantoa mahdollisuus kilpailuttaa, ni kylhän musta kilpailuttaminen on tämmönen elementti jos on markkinat olemassa.” (sosiaali- ja terveystoimen johtaja)

”Sitten jos ruvetaan puhumaan toimenpiteistä, ni ne ei sitten enää oookkaan edulli- sia. Ne on itse asiassa hinnoiteltu useimmiten halvemmaksi tuolla sairaanhoitopi- reissä elikkä sairaaloissa kun yksityisellä.” (sosiaali- ja terveystoimen johtaja)

Reaktiivisiksi luokiteltavien ostojen määrät ovat sidoksissa julkisen terveydenhuol- lon resursseihin täyttää sille asetettuja vaatimuksia. Ne ovat merkki järjestelmässä esiintyvistä puutteista ja häiriöistä (esimerkiksi henkilöstöpula). Kunnat ovat pako- tettu ostamaan tiettyjä palveluja, koska muuten kuntalaisten riittävä palvelutar- jonta vaarantuu. Ostopalvelut ylipäätään nauttivat hyväksyntää niin kauan, kun niillä ei korvata tai radikaalisti muuteta olemassa olevia palvelurakenteita.

Yhdessäkään kunnassa terveydenhuollon ostopalveluiden osuutta koko tervey- denhuoltopalveluiden tuotannosta ei voida pitää merkittävänä. Vastaukset vahvis- tavat Julkisen olettamusta siitä, että julkisen järjestelmän kustannuksia on pystyt- ty kontrolloimaan vanhoinkin rakentein tai julkista järjestelmää korjailemalla. Suu-

remmalle reformille ei ole ollut tilaa (Julkunen 2001, 247.) Kunnat ostavat palveluita yksityissektorilta edelleen täydentämään ja tukemaan omaa palvelutuotantoaan. Ostoilla pyritään turvaamaan ydinpalvelut. Ostot kohdistuvat ennen kaikkea sellaisiin palveluihin (tutkimukset ja seulonnat), jotka on helppo irrottaa kokonaisuudesta, jotka ovat taloudellisesti kannattavia ja joiden tuottamiseen löytyy vakiintunut, asiantunteva ja kapasiteetiltaan riittävän kokoinen yksityinen palveluntarjoaja. Ostopalveluiden käyttö ja käytön perustelut näyttävät varsinkin käytännössä valossa. Oman palvelutuotannon ollessa riittävää, ostopalvelut yksityissektorilta harkintaan tarkkaan ja valikoiden.

5.1.4 Muuttuva ostopalvelukäyttäytyminen

Kuntien vapaus tuottaa terveydenhuollon palveluja ostopalveluina yksityissektorilta toteutettiin laajemman uudistuksen yhteydessä, jonka keskeisenä tavoitteena oli tehostaa palvelutuotantoa. Tämä lainmuutos on esimerkki konkreettisesta muutoksesta, jolla muutettiin palvelutuotannon ehtoja. Muutoksen jälkeen tämä ”uusi idea” on altistunut monenlaiselle inhimilliselle toiminnalle ja vaikuttamiselle. Yhteiskunta ei siis ole stabiili. Erilaiset yhteiskunnalliset muutokset aiheuttavat muutoksia myös kuntien terveydenhuoltopalveluiden tuottamiseen liittyvissä olosuhteissa ja ehdoissa. Täten voidaan olettaa, että myös kuntien käytännöissä tuottaa palveluja tapahtuu muutoksia. Tässä alaluvussa selvitetään millaisia muutoksia kuntien palveluostoissa on tapahtunut viimeisten vuosien aikana ja mihin suuntaan ostopalveluiden käytössä ollaan mahdollisesti menossa. Pienimmän kunnan ostot ovat siinä määrin marginaalisia, että tässäkin alaluvussa muutosta esitellään pääasiassa kahden suuremman kunnan kautta.

Haastatteluiden perusteella keskeiseksi ostopalvelutoimintaan muuttavaksi tekijäksi nousi pula henkilökunnasta, etenkin lääkäreistä.

”Sanotaan näin, et terveyskeskuksissakin nykyään on kauhean vaikea saada pysyvästi sitoutumaan tämmöseen terveyskeskuspäivystykseen lääkäreitä”. (sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja)

”On tilanteita, joissa niinku joudutaan käyttämään yksityisiä palveluja. Tyypillinen on tää lääkärivaje, joka tulee hyvin taikka tuli vähän yllättäenkin mutta joka pakottaa... jos ei kerta kaikkiaan ole työvoimaa tuottaa palveluja, ni niitä joudutaan os-

tamaan siihen tilanteeseen. Me jouduttiin päivystyspalvelujen osalta kun tota lääkärivajetta on ja vakanssia ei saada täyteen ja tota me jouduttiin niinkun pakon sanelemassa... semmoseen tilanteeseen kun halutaan tietysti turvata kuntalaisten palvelut, me jouduttiin palveluita ostamaan.” (sosiaali- ja terveystoimen johtaja)

”Mut et aika helppo löytää sitten tämmösiä lääkäreitten firmoja, jotka myy niitä niinkun keikkatyypisesti, jolloin tää niinkun työntekijälääkärin tavallaan tämmönen oma oma lähtökohta, miten hän haluaa sitä työtä tehdä, ni se korostuu. Ovat sitten sen mukaan kun itse kokevat mielekkääksi. Järjestelmän tarve, joka olis niinkun pysyvä lääkäri jos meillä on väestövastuu ja omalääkärijärjestelmä ni se olis asiakkaiden kannalta hyvä, et siinä olis jonkun aikaa kuitenkin aina sama ihminen, niin sitä ei siinä määrin voida toteuttaa kuin ennen ”. (sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja)

Lääkärripula näyttää johtavan kahteen, ostopalveluihin linkittyvään, keskeiseen muutokseen. Ensimmäinen muutos on käynnistynyt selvästi 1990-luvun puolella. Esimerkiksi terveyskeskuslääkäreiden palveluja kuten päivystyspalveluja on ostettu ns. keikkalääkäriyrityksiltä.

”Mutta että, ehkä nyt sitten viime vuosien aikana on enemmän turvauduttu sitten ihan tämmöseen perussairaanhoidonkin ja siinä käytetty yksityistä sektoria. .. Et kun meille on syntynyt pahaä jonotusta erikoissairaanhoidosta perusterveydenhoitoon, ni me on ostettu paikkoja täältä yksityissairaalasta ja käytetty sitä ikään kuin omana lisäosastona. Ja nyt sitten viimeisen parin kolmen vuoden aikana on ostettu terveyskeskuslääkäripalveluita, päivystyspalveluita, yksityisiltä palveluntuottajilta esimerkiksi MedOne:lta.” (sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja)

”Nythän tää on varmaan tää tämmönen perusterveydenhuollon palveluiden osto hieman uutta ja vähän semmosta outoa”. (sosiaali- ja terveystoimen johtaja)

”Kyllä joo, niitä on lisätty ja nyt on nimenomaan, sanotaan näin että, nyt on sinne avoterveydenhuoltoon nimenomaan ostettu ja näitä keikkalääkäreitä ja myöskin on koko ajan keskusteltu näiden erilaisten päivystyskäyntien ja muiden tän tyyppisten ostojen kohdalla näistä ratkasuista.” (sosiaali- ja terveystoimen johtaja)

Toinen vastauksissa esille noussut vaihtoehto palvelutuotannon turvaamiseksi, on siirtyminen pois reaktiivisesta ja verrattain vaatimattomasta ostopalvelutoiminnasta kohti mittavampien ja pidempikestoisten sopimusten tekoa yksityissektorin kanssa. Tämäkin kehitys tuli esille etenkin toisen suuremman kunnan edustajien pohtiessa palvelutuotannon tulevaisuutta. Tällaisissa tapauksissa selvä kokonaisuus kuten psykiatristen avopotilaiden asumispalvelut tai tietyn terveyskeskuksen palvelutuotanto annettaisiin ostopalvelusopimuksella yksityisen yrityksen hoidettavaksi. Tässäkin kehityksessä keskeisenä tekijänä on pula henkilökunnasta, etenkin lääkäreistä.

”Nyt on jopa menty siihen suuntaan, et keskustellaan kokonaisvaltaisesta terveydenhuollon palvelun ostamisesta jollekin alueelle. Et kyllä se laajenee koko ajan”. (sosiaali- ja terveystoimen johtaja)

Kolmas vaihtoehto on oman toiminnan liikelaitostaminen. Toisessa suuremmassa kunnassa alueen laboratoriotoimintaa oli suunniteltu keskitettäväksi yhteen toimipisteeseen. Tässä kyse ei varmasti ole niinkään pakottavasti tarpeesta vaan pikemminkin läpinäkyvyyden ja tehokkuuden ja sitä kautta kustannussäästöjen aikaansaamisesta. Nämä ovat keskeisiä syitä liikelaitostaa jokin toiminta. Laboratoriopalvelut ovat selkeä oma kokonaisuutensa ja täten suhteellisen helposti irrotettavissa kokonaisuudesta. Kuten alla olevassa lainauksessa tulee esille ydinpalvelujen ollessa kyseessä, liikelaitostamista ei nähdä samanlaisena mahdollisuutena.

”Täällä ei ole vielä siihen päästy tai menty mutta esimerkiksi laboratoriotoiminta vois olla hyvinkin (liikelaitostettu). En näkis siinä erityisiä tällaisia eettisiä ongelmia sitten sen tyyppisessä toiminnassa, joka on pelkästään tutkimusta. Oikeestaan se vähän niinkun liittyy tietyllä tavalla siihen samaan ajatukseen, että tällaiset tukipalvelut tai tutkimukselliset palvelut voidaan ostopalveluilla järjestää. En taas kovin äkkiä menisi, enkä menisikään, niinkun tätä ydintehtävää ja perustehtävää kyllä liikelaitostamaan.” (johtava lääkäri)

Neljäs esille tullut muutosmahdollisuus on tilojen vuokraus niiden omistamisen sijaan. Iso osa Suomen terveydenhuoltokapasiteetista on rakennettu kymmeniä vuosia sitten. Esimerkiksi viimeiset keskussairaalat valmistuivat 1970-luvulla. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että rakennukset tarvitsevat mittaviakin kunnostuksia lähitulevaisuudessa. Yhdessä kunnassa oli mietitty yhtenä resursseja säästävänä ja niitä tehokkaammin kohdentavana vaihtoehtona terveydenhuoltopalvelujen tuottamiseen tarvittavien tilojen vuokrausta. Vuokrauksen idea perustuu siihen, että niukkoja taloudellisia resursseja ei laitettaisi esimerkiksi sairaaloiden seiniin vaan yksityinen toimija rakentaisi tarvittavat rakennukset, jotka kunta sitten vuokraisi omaan käyttöönsä.

”Nyt mietitään jopa sitä, että me rakennutettas se sairaala jollakin yksityisellä palveluntuottajalla ja me vuokrattas se käyttöön. Se on vahvasti esillä. Must aika raju muutos on tapahtunut. Siitähän ei ole tehty päätöstä mut tää on jo keskustelun alla. Mä olen heittänyt sen useamman kerran luottamushenkilönä esiin ja jopa esimerkiksi demarit on sitä mieltä, että ei meidän kannata, kun ei ole rahaa, panna rahaa sairaalan seiniin vaan sitä täytyy panna johonkin muuhun. Silloin meiltä

jäis pois kaikki nämä suuret ongelmat homeet ja semmoset, mitä nyt on kaikki meidän päiväkodit täynnä ja jotka on pelkkää harmia meille.” (sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja)

Viides haastatteluissa esille tullut merkittävä kehityskulku, joka kuormittaa terveydenhuoltoa etenkin lähitulevaisuudessa liittyy väestön ikääntymiseen ja kulminoituu osittain sosiaali- ja terveydenhuollon leikkauskohdissa. Tarve erilaisille terveyspalvelupainotteisille vanhusten asumis- ja hoivapalveluille on kasvanut ja tulee kasvamaan entisestään suurten ikäluokkien jäädessä eläkkeelle. Haastattelujen perusteella voidaan olettaa, että tästä sektorista muodostuu tulevaisuudessa alue, jossa kunnat turvautuvat vahvasti ostopalveluihin, eivätkä rakenna itse vanhusten asumiseen ja päivittäiseen perushoitoon liittyvää kapasiteettia. Vielä tällä hetkellä kilpailutuksista hankalia tekee paitsi kilpailun puute, niin myös epätasaiset ja siten vaikeasti vertailtavissa olevat palveluntarjoajat.

“Sosiaalipuolella on enemmän tätä (kilpailuttamista). Mä en niinkun ton sosiaalipuolen asioista niin tarkkaan tiedä mutta siellähän on selvästi näitä kodinhoitopalveluita ostettu niinkun jo useamman vuoden ajan. Mut se ei ole sillä lailla lisääntynyt. Esimerkiksi määrärahoja olis isompaankin ostoon, mutta ei ole niinkun tavallaan, ei ole tullut sellaista tarjontaa.” (sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja)

”Mun mielestä se kilpailuttaminen on kannattavaa, mut me kun kilpailutettiin nää vanhusten asumispalvelut, ni meillä ei ollut yhtään enempää tarjontaa, me ei joututtu karsimaan ketään pois. Ni todellisuudessa sehän on hirveen vaikee vanhusten asumispalvelujakin kilpailuttaa, koska ne yksiköt ovat kovin erilaisia. Joku Diakoniasäätiö vastaan joku muu, ni Diakoniasäätiöllä on esimerkiksi ympäristö laadukas ja viimesen päälle, sit joku omakotitalo, johka on rakennettu tommonen, se voi olla hyvin yksinkertainen, ni se on hirveen vaikee kilpailuttaa niitä”. (Sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja)

Edellä muutos on tuotu esille ensisijaisesti ostopalveluiden käytön laajenemisen näkökulmasta. Tämä ei ole kuitenkaan ainut muutos, jonka haastatellut henkilöt ostopalveluiden muutoksesta löysivät. Kahden johtavan lääkärin mielestä suurin into kilpailuttaa palveluja on laimentunut.

”Siinä on taas tapahtunut tällasta niinkun vähän suppuun vetäytymistä ja ehkä enemmän nimenomaan suuntautumista siihen suuntaa, että on enemmänkin keskustelua avattu niinkun sairaanhoitopiiriin päin”. (johtava lääkäri)

”Jotenkin on ollut hirveän hauska havaita, että tämä kilpailuttamishysteria, joka nyt on ollut tässä muutaman vuoden menossa, ja jonka piti ratkasta koko tää kustannushomma, ni mul on vähän semmonen tuntuma, että siellä on moni muukin tullut vähän pettyneenä takasin”. (johtava lääkäri)

Uudella vuosituhannella ostopalveluiden rooli julkisen palvelutuotannon venttiilinä ja tukijana on haastattelujen perusteella saamassa uusia muotoja. Ostopalveluita hankitaan tukemaan kuntien perusterveydenhuoltoa ja suurempiakin kokonaisuuksia ollaan valmiita kilpailuttamaan. Muutoksen syyt löytyvät etenkin kahdesta julkista terveydenhuoltoa kuormittavasta tekijästä, jotka lähinnä kahden suuremman kunnan edustajat nostivat esiin useammassa kohdassa. Ensimmäinen esille noussut tekijä on julkisen sektorin pula terveydenhuollon henkilöstöstä, etenkin lääkäreistä. Pidempikestoisen vajaatoiminnan seurauksena kunnat ovat pakotettuja etsimään uusia keinoja palvelutuotannon turvaamiseksi. Tämän vajeen paikkaamiseksi kunnissa on hankittu lääkäreitä etenkin keikkalääkäriyrityksistä. Jos resurssit riittäisivät, olisi ostopalvelutoiminta hyvin todennäköisesti suuremmissakin kunnissa samantyyppistä, kuin se oli pienimmässä kunnassa haastatteluhetkellä.

Oman toiminnan tehostamiseen ja säästöjen aikaansaamiseen liittyvät liikelaitostaminen sekä tarvittavien tilojen vuokraus itse rakentamisen sijaan. Tilojen vuokraus lienee yksi mahdollisuus turvata vanhenevalle väestölle tarvittavat tilat, hoiva ja hoito. Toinen mahdollisuus on ostaa hoivapalvelut kokonaan yksityisiltä palveluntuottajilta. Ikääntyvän väestön ja ylipäättään palvelutarpeen sekä käytössä olevien resurssien epäsuhta pakottaa kunnat miettimään uudenlaisia vaihtoehtoja palvelujen tuottamiseen. Kahden johtavan lääkärin huomio ostopalveluinnon laantumisesta on myös yksi varteenotettava vaihtoehto ostopalvelutoiminnan tulevaisuudessa. Viimeisten vuosien aikana julkisen järjestelmän ylläpitoon on panostettu valtiovallan taholta lisäämällä kuntien taloudellisia resursseja. Järjestelmän toimivuutta on pyritty parantamaan myös lainsäädännön avulla (esimerkiksi hoitotakuu).

5.1.5 Suunnitelmallisuus

Luopuminen kuntien toimintasuunnitelmista palvelurakennemuutoksen (1993) yhteydessä on siirtänyt vastuun palveluiden suunnittelusta kunnille. Kullakin kunnalla on oikeus ja vastuu päättää palveluiden tuottamisesta parhaaksi ja sopivimmaksi katsomallaan tavalla. Valtio roolina on tukea kuntien palvelutuotantoa ohjauskeinojen avulla, joista informaation tuottaminen on keskeinen keino. Kunnat kuitenkin lopulta päättävät, vallitsevan lainsäädännön puitteissa, mitä (uusia) ideoita käytetään ja otetaan käyttöön ja missä mittakaavassa.

Ikääntymiseen liitetyt skenaariot, niukat taloudelliset resurssit, kunnissa tehtyjen erillisten ohjelmien heikko vaikuttavuus sekä niukkojen henkilöstöresurssien seuraukset kuten jonot tiettyihin palveluihin, ovat saaneet valtion aktivoitumaan kuntien ohjauksessa. Esimerkiksi terveydenhuoltoon varattujen budjettien ylittyminen on ollut ongelmana monissa kunnissa. Etenkin pienissä kunnissa ongelmia aiheuttaa Kantolan ja Kauton mukaan yksin satunnaisvaihtelu. Terveysbudjettia saatavat murentaa muutamat kuntaan sattuneet isot leikkaukset tai operaatiot. Suunnittelu on vaikeaa ja sattumanvaraista. (Kantola & Kautto 2002, 115.) Valtio on peräänkuuluttanut kuntien terveyspalveluiden tuotantoon suunnitelmallisuutta ja tehokkuutta.

Tilannetta on pyritty parantamaan ja tasapainottamaan kehittämällä kuntia luomaan strategiat terveyspalveluiden tuottamiseen. Heikkalan, Rannanpihan, Heikkilän, Mönkäreen ja Schaumannin mukaan tavoitteena tulee olla kunnan hallintorajat ylittävä yhteistoiminta kaikkien sektorien kesken. Heidän mukaansa tähän tarvitaan selkeyttävää strategiatyötä, vanhojen työkalujen hylkäämistä, uusia käytännönläheisiä työkaluja ja kykyä reagoida uusiin haasteisiin ja uhkakuviin. (Heikkala ym. 2002, 2065.) Strategioiden myötä kuntiin on toivottu pidemmän aikavälin linjauksia myös ostopalvelutoiminnan osalta. Tämän on uskottu mm. helpottavan yksityissektoria suunnittelemaan toimintaansa, edistävän kilpailua sekä avaamaan myös markkinoita. Vallalla olevasta ostopalvelujen reaktiivisuudesta on haluttu päästä ainakin osin eroon.

Haastateltavilta ei kysytty, oliko heidän kunnassaan laadittu terveystalvaeluiden osalta kehittämishjelmaa tai strategiaa. Ostopalvelut ja kuntien tulevaisuuden suunnitelmat niiden suhteen tulivat kuitenkin esille haastattelujen aikana. Haastatteluiden pohjalta voi vetää sen johtopäätöksen, että tämän varsinaisia strategisia linjauksia kunnissa ei haastatteluajankohtana ollut vielä tehty. Toisen suuremman kunnan johtava lääkäri totesi, *"meillä ei ole esimerkiksi mitään sellaista niinkun tulevaisuussuunnitelmaa, että tällä ja tällä aikataululla me ruvetaan laajentamaan näin ja näin, vaan se on enemmänkin, ehkä se on reaktiivista toimintaa"*. Tulevaisuussuunnitelman puuttumisen ostopalveluiden osalta hän perusteli jatkamalla, *"mutta toisaalta meillä ei kauheesti ole sellaisia paineita lähteä laajentamaan sitä toimintaan."* Kunnassa oli kuitenkin linjattu terveydenhuoltopalveluiden tuottamista seuraavasti, *"tällä on hyvin selkeesti suuntauduttu kohti keskussairaalaan niinkun näitten erikoispalvelujen, terveydenhuollon erikoispalvelujen ostojen osalta"*. (johtava yllälääkäri)

Toisen suuremman kunnan osalta tilanne oli myös avoin. Sosiaali- ja terveystalvaelu- takunnan puheenjohtaja totesi, *"se keskustelu on käymättä ja jos puhun sosiaali- ja terveystoimesta niin se oli meillä tarkoitus käydä eli tavallaan welfare mix- palveluissa, et on omaa tuotantoa ja myöskin ostettua ja niin edelleen. Et tuota sen suhde olisi ollut tarkoitus määrittää ihan selkeästi. Eli meillä olisi selkeä kuva mitä kannattaa, kuinka paljon ni siihen olisi meidän päättäjät myöskin sitoutunut mutta se on jäänyt kesken"*.

Pienimmän kunnan osalta mahdollinen strategia tai linjanveto ei tullut aivan siinä määrin esille kuin suurempien kuntien kohdalla. Yksi kunnasta haastatelluista henkilöistä totesi, *"tällä hetkellä se perustilanne on minusta se, että yleensä potilaat voidaan jos ajatellaan tota terveystalvaeluksen perusterveydenhuollon palveluja, ni kyllä meidän pitäis niinkun pystyä ne kaikki antamaan. .. Mutta sitten kun mennään tonne erikoissairaanhoidon toimenpiteisiin niin kyllähän se semmonen raaka fakta ja semmonen raaka tosiasia on, että (paikkakunta) keskussairaalan jonot on paikoin sietämättömän pitkät. Ja sillon tietysti se houkutus tai se semmonen ajatus, saisko sen samalla hinnalla edullisesti ostopalveluna, ni se on semmonen, joka on niinkun pakko miettiä läpi."* Toinen kunnan edustajista totesi, *"tää*

alueellinen sairaala on niinku hyvin tavallaan jyrkästi, haluaa vetää niinku ne palvelut siihen tiettyyn, että heidän palveluja käytetään”.

Ostopalveluihin liittyvien strategisten linjausten puuttuminen sekä ostopalvelujen reaktiivispainotteisuuden voi katsoa kertovan osaltaan siitä, että pääsääntöisesti näissä kolmessa kunnassa ei ole pyritty ostopalvelutoiminnan vakiinnuttamiseen. Kunnat ovat käyttäneet varovasti sitä mahdollisuutta, joka heille vuoden 1993 lakiuudistusten myötä annettiin suunnitella ja linjata itsenäisesti kunnan terveydenhuoltopolitiikkaa. Sairaanhoidopiirin vaikutus julkista palvelutuotantoa ohjaavana tekijänä nousi useammassakin vastauksessa esille. Kuuluminen sairaanhoidopiiriin on lakisääteistä. Näytekunnat eivät ole mikään poikkeus suomalaisella kuntakartalla. KuntaSuomi 2004 tutkimuksessa tulee esille, että 23 tutkimuksessa tarkastellusta kunnasta kahdeksassa oli laadittu tai otettu käyttöön terveystalouden kehittämisohjelma tai strategia vuonna 2003 (Isosaari 2004, 111).

5.1.6 Yleinen ilmapiiri ja suhtautuminen ostopalveluihin

Aiemmin tehdyt ratkaisut, ristiriitaiset edut, eri intressiryhmien valtasuhteet sekä yksittäiset ideat ja päätökset ovat määränneet hyvinvointivaltion kehitystä. Suomalainen arvoilmasto, ihmisten ajattelussa ja yhteiskunnan kulttuurissa vallitsevat käsitykset yksilöiden sekä yhteiskunnan päämääristä ja hyvästä yhteiskunnasta ovat olleet moninaisia. Suomalaisen hyvinvointivaltion kehitystä on leimannut muita pohjoismaita suuremmat yhteiskunnalliset jännitteet (Salavuo 1992, 4). Suomessa julkisia lakisääteisiä toimintoja tukemassa ja täydentämässä on ollut muita Pohjoismaita enemmän yksityisiä palveluja (Salavuo 1992, 165). Suomalainen hyvinvointivaltion on ollut ja on edelleen lukuisten eri toimijatahojen rakentama ja ylläpitämä kokonaisuus.

Suomalaisten arvojen ja palvelutuotannon pluralismista johtuen voisi ajatella, että palvelutuotannon painottuminen markkinoiden suuntaan olisi Suomessa hyväksyttävämpää kuin esimerkiksi muissa Pohjoismaissa. Pluralismi, julkisen palvelutuotannon ongelmat, muuttunut toimintaympäristö tai mikään muukaan tekijä, ei ole kuitenkaan muuttanut suomalaisten käsityksiä. Merkittävä osa suomalaisista kat-

soo, että nimenomaan julkisen sektorin tulee tuottaa väestön tarvitsemat sosiaali- ja terveystalvet (Forma 1998, 147). Hyvinvointivaltion ja julkisen palvelutuotannon legitimitetti on pysynyt korkeana. Julkunen on koonnut eri tutkimuksissa esiin tulleita suhtautumisia hyvinvointivaltioon ja todennut, että ristiriitaisuuksia mielipiteissä löytyy. Yleiskuva on kuitenkin se, että suomalaisten suhde hyvinvointivaltioon on tullut johdonmukaisesti myönteisemmäksi vuodesta 1992 lähtien. (Julkunen 2001, 89–92.)

Miten haastatellut henkilöt näkivät Suomessa vallitsevan yleisen ilmapiirin ja suhtautumisen ostopalveluihin? Pääosa haastateltavista lähestyi aihetta oman kuntansa näkökulmasta. Monet tarkastelivat kysymystä omaan arkiympäristöönsä liittyvän ilmapiirin kautta. Vastauksista selviääkin ennen kaikkea se, millaisena kuntavaikuttajat näkevät kunnan ilmapiirin, millaisessa ympäristössä ja ilmapiirissä haastateltavat kokevat elävänsä ja työskentelevänsä sekä miten he näkemystään perustelevat. Haastateltujen henkilöiden näkemykset ilmapiiristä vaihtelivat. Olen luokitellut vastaukset kolmeen ryhmään, pluralistiseen ilmapiiriin, avartuneeseen ilmapiiriin ja pidättyväiseen ilmapiiriin.

Pluralistinen näkemys

”Niin täähän on vähän semmonen jännitteinen ja ristiriitanen, että on juuri semmosia tahoja, jotka hyvin voimakkaasti ajavat tämmöstä ostopalvelupolitiikkaa ja näkevät, siinä saadaan tehokkuuksia aikaan. .. Näissä (julkisten) palvelujen piirissä olevat ja sitä hyvin lähellä olevat ni kyllä aika voimakkaasti kannattavat julkista.” (sosiaali- ja terveystoimen johtaja)

”No se tietysti vähän riippuu siitä ketä kuuntelee. .. Se perustuu aika paljon just tämmöseen omaan kokemukseen ja omaan varallisuuteen tämä asennoituminen. Totta kai tässä on sitten myös poliittisia ja ideologisia virityksiä riippuen kenen kanssa keskustele. Eihän sitä yksiselitteistä kantaa ole.” (sosiaali- ja terveystalvutakunnan puheenjohtaja)

”Se on kahtiajakonen. Eli sanotaan näin että, selkeästi joillakin ihmisillä on aika tiukka asenne, että kunnan pitäis tehdä kaikki itse, joka voi tulla sieltä omasta taustasta. Osa kokee ja näkee sen, että niitä tarvitaan selkeästi.” (sosiaali- ja terveystoimen johtaja)

Neljän kuntavaikuttajan arvioissa ilmapiirin oli ennen muuta pluralistinen. Pluralismiin liittyvät käsitteet ”jännitteinen” ja ”ristiriitainen”. Kaksi tähän ryhmään luokiteltua henkilöä määritteli ilmapiirin kahtiajakautuneeksi, ostopalveluiden kannatta-

jiin ja vastustajiin. Siten kaikki tähän ryhmään sijoitetut henkilöt katsoivat, että kunnissa on ihmisiä ja/tai ihmisryhmiä, joilla on vähintään kaksi erilaista tapaa suhtautua ostopalveluihin. Suhtautumiserojen nähtiin syntyvän sellaisten tekijöiden kuin yksilöiden taloudellisen ja sosiaalisen (esimerkiksi ikä, elämäntilanne, koulutus) aseman, puoluekannan ja työskentelysektorin kautta. Mikään näistä tekijöistä ei kuitenkaan nähty automaattisesti määräävän yksilön suhtautumista ostopalveluihin vaan niiden katsottiin olevan pikemminkin yleisiä luokitteluja. Pluralistinen näkemys korostui etenkin toisen suuremman kunnan edustajien vastauksissa, jossa linjaus palvelutuotannon osalta oli tehty sairaanhoitopiiriin suuntaan.

Avartunut näkemys

”No kyllä se nykyään on aika myönteinen. .. Se on niinkun muuttunut ehkä positiiviseen suuntaan ja oikeestaan nyt sitten mekin on jouduttu turvautumaan tällaiseen tuota meidän päiväaikaisen päivystystoiminnan osalta ostopalvelu... keikkalääkärifirmaan. Mun mielestä se oli hyvin rakentava se keskustelu, mitä lautakunnassa siitä käytiin.” (johtava lääkäri)

”Nää tilanteet oikeestaan muuttaa sitä ilmastoa ja mielipidettä eli nyt esimerkiksi mejän tilanne on se, että kun me ei itse pystytä tuottamaan, niin nähdään ostopalvelut selkeänä ratkaisuna joihinkin asioihin”. (sosiaali- ja terveystoimen johtaja)

”Koska mä olen itse ostopalvelujen kannattaja, ni en ole mitään pahaa semmosta vastarintaa kokenut. Järki on tullut mukaan, et jos me saamme palvelua edullisemmin niin me ostamme sitä.” (sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja)

Neljän henkilön mielestä suhtautuminen ostopalveluihin oli avartunut tai muuttunut myönteisemmäksi. Tämä näkökulma korostui toisen suuremman kunnan edustajien vastauksissa. Tässä kunnassa palveluiden ostot yksityissektorilta nähtiin kaiken kaikkiaan suotavimpana. Kuten yllä olevat esimerkit osoittavat, mielipiteiden muuttuminen myönteisemmäksi linkittyy ainakin kunnan omaan kykyyn tuottaa palveluja. Yksityisten palveluiden käyttö myötä suhtautuminen niihin näyttäisi muuttuvan avoimemmaksi. Kuten eräs vastaaja totesi, jaottelu ”hyvät julkiset palvelut – voitonpyynteinen yksityissektori” on lieventynyt, eikä palveluiden julkisesti tuottamista nähdä enää samalla tavoin itseisarvona.

Pidättyväinen näkemys

"...missä mä siihen lähinnä olen niinkun törmännyt ja tommosena keskusteluna ni, (maantieteellinen alue) terveyskeskusten johtavat lääkärit kokoontuu säännöllisesti ja se on oikeestaan se porukka, joka terveyskeskusten puolesta sitä ostopalveluhommaa pyörittää ja ratkoo. Ja siellä on käyty sitä, sitä keskustelua ja tota sehän on nyt sitten semmonen porukka, joka edustaa nimenomaan sitä julkista terveydenhuoltoa ja vielä perusterveydenhuoltoa. Elikkä hyvin rajoittunut porukka ja tuota yleensä pitkän linjan terveyskeskuslääkäreitä, jotka ovat niinkun tän systeemin nähneet. Ja tota mulla on vähän sellanen tuntuma että (maantieteellinen alue) sillä porukalla on semmonen sanosko suhteellisen kriittinen, vähän pidättyväinen mutta ei tämmönen mikään umpisilmäinen näköala siihen. Niihin on suhtauduttu melko pidättyvästi ja melko kriittisesti." (johtava lääkäri)

"Niistä on hyvin vähän keskusteltu, koska on pidetty selvänä, että nää hoidetaan omana työnä. Ja niistä muutamista, mitkä ostopalveluina hoidetaan, niin ne on niin selkeitä asioita, että ei siis sitä keskustelua oikeestaan ole". (sosiaali- ja terveystoimen johtaja)

Pienimmän kunnan kohdalla ilmapiiri on pidättyväinen. Julkinen järjestelmä on pääsääntöisesti kyennyt tuottamaan kuntalaisten tarvitsemat perusterveydenhuollonpalvelut pääsääntöisesti. Palveluita on ostettu harkiten ja yksin kappalein. Kuten alla olevista lainauksista ilmenee, tällaisessa tapauksessa myös keskustelu ostopalveluista näyttäisi olevan vähäisempää tai ainakin suppeamman piirin käsissä. Kun pakko ei ohjaa ostopalveluiden käyttöön niin silloin ei myöskään näytä löytyvän halua kehittää tai helpottaa ostopalveluiden käyttöä.

Haastateltujen henkilöiden vastauksia määrittelee tässäkin tapauksessa selvästi kunnan kyky tuottaa palveluja. Näyttäisi siltä, että tarvetta muuttaa suhtautumista ostopalveluihin ei ole jos kunnan palvelutuotannon täydentämiselle ostopalveluilla ei ole laajemmassa mittakaavassa tarvetta. Tällöin myös julkisesti tuotettujen palvelujen legitimitetti säilyy korkeana. Vasta olosuhteissa tapahtuneet muutokset näyttäisivät muuttavan suhtautumista. Kun järjestelmä ei pysty vastaamaan ihmisten tarpeisiin ja odotuksiin, suhtautumista ollaan valmiita muuttamaan. Voidaan kuitenkin kysyä, kuinka perustavaa laatua olevasta arvomaailman muutoksesta on kyse, jos muutos tapahtuu olosuhteiden pakosta.

Ne palvelut, jotka kunnat pystyvät tuottamaan itse myös tuotetaan itse. Kunnat eivät hae aktiivisesti ostopalveluista vaihtoehtoa omalle tuotannolle. Kuten aiem-

missa alaluviissa tuli esille, suurimmalla osalla haastatelluista henkilöistä päämääränä on palvelutuotannon ytimen ja perustehtävien turvaaminen. Ostopalvelut ennen kaikkea tukevat tätä päämäärää.

5.1.7 Kunnassa vallitseva halu ja tarve kehittää ostopalveluita yksityissektorilta

Ostopalveluja ja ylipäätään hyvinvointivaltiota koskevaa keskustelua käyvät pääasiassa yhteiskunnan eri eliittitasot. Valtio-opin professori Matti Wiberg on esittänyt, että kunnissa valtaa käyttää pieni ”ukkoutuva” kaveriporukka, johon kuuluu muutama johtava poliitikko ja virkamiehiä (Niemeläinen 2005, 8). Raija Julkusen mukaan, valtakunnallisen tason mielipidetutkimukset tukeva sitä käsitystä, että tiettyjen eliittiryhmien näkemykset eroavat johdonmukaisesti kansalaisten enemmistöstä, kun kysymys on esimerkiksi kunnallisista palveluista ja julkisen sektorin koosta. Tähän eliittiin hän sijoittaa liike-elämän johdon, oikeistolaiset puolue-eliitit, kuntajohdon ja virkamiesjohdon. (Julkunen 2001, 84.) Tutkielmaa varten haastatellut henkilöt luen kuuluviksi kuntatason eliittiin. Kaikki heistä voivat omalla tavallaan vaikuttaa olennaisesti taloudellisiin ja poliittisiin päätöksiin kunnissa.

Kysymys kunnassa vallitsevasta halusta ja tarpeesta kehittää ja helpottaa ostopalveluiden käyttöä, linkittyy vahvasti kysymykseen kunnassa vallitsevasta ilmapiiristä ja suhtautumisesta ostopalveluihin. Tämäkin kysymys jakoi kuntavaikuttajat kolmeen ryhmään. Niihin, jotka katsoivat, ettei kunnassa ollut halua ja tarvetta kehittää ostopalveluiden käyttöä. Niihin, jotka katsoivat, että jonkinlaista halua on ja niihin, joille kyse ei ole halusta tai tarpeesta kehittää ostopalveluiden käyttöä vaan pakosta. Kysymystä ei esitetty jokaiselle kuntavaikuttajille.

Kahdesta kunnasta johtavat lääkärit sekä sosiaali- ja terveystoimen johtajat katsoivat, ettei kunnissa ole varsinaista halua tai tarvetta kehittää ostopalveluiden käyttöä terveydenhuollossa. Toisessa kunnassa tehdyt päätökset toimivat hillitsevinä tekijöinä ja toisessa kunnassa ei nähty tarvetta kehittämiselle.

“Meillä on semmonen periaatepäätös olemassa lautakunnalta, että lautakunta haluaa käsitellä jokaisen uuden ostopalvelusopimuksen ihan asiana. .. Lautakunta

on halunnut tämän aika tiukan otteen halunnut tässä hommassa säilyttää. .. Meillä ei kauheesti ole sellaisia paineita lähteä laajentamaan sitä toimintaan. ” (johtava lääkäri)

”Kysehän on oikeestaan yksityissektorista aika pitkälle tai yksityissairaaloista, ja miten sen raasti sanois, mitä se meille kuuluu, ei meidän kuulu sitä kehittää. Täähän on se asetelma siinä. Se, mistä siellä niinkun kannetaan huolta, on se, että tota tätä julkista terveydenhuoltoa, sitä pitäis kehittää. Ja niinkun jos ajatellaan sitä porukkaa, ni se on niinkun meidän syöämellä se asia. Ja tota lähinnä sitten pyritään arvioimaan se, että milloin se tosiaan se ostopalveluitten käyttö on sillai tasapainosta ja järkevää, että se ei sitten kuitenkaan syö tältä meidän julkiselta terveydenhuollolta maata alta”. (johtava ylilääkäri)

”Täällä ainakin (paikkakunta) on niinkun sillä lailla se ilmapiiri, että niitä niinku ostetaan sellaseksi tueksi tavallaan siihen rinnalle. Ei niinkun niinkään, että niillä jotain korvattaisiin tai muuta. Ne on niinkun tavallaan lisääntynyt vain sen takia, että se tarve on lisääntynyt eikä sitä pystytä tyydyttämään muuten. Et se on niinku siihen haluttu luoda vaihtoehtoja. Ei oikeestaan sellaseen todelliseen et sillä korvattas tai sitä vanhaa kilpailutettas. Mun mielestä täällä ei ole sellasta niinkun ei sitä ole oikeesti sellasta olemassa”. (sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja)

Kolmen henkilön, kahden sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtajan ja yhden sosiaali- ja terveystoimen johtajan mielestä kyse ei ole ainakaan kaikilla halusta vaan pikemminkin pakosta.

”Must tuntuu että, kaikilla ryhmillä se ei ole halusta kiinni vaan se on pakon sanelemaa. Mutta sitten toiset ryhmät, se linjaus mitä minäkin edustan, niin meillä on helpompi saada niitä asioita läpi. Mut jos meillä olis rahaa kuin roskaa niin ei varmaan lähettäisi vielä ostopalveluihin.” (sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja)

”Näyttää siltä, että oli halua tai ei, niin tarvetta on. Eli meillähän ollaan nyt terveydenhoitojärjestelmän kanssa jonkinmoisessa kriisissä tai ainakin tulossa kriisipisteeseen, jossa niinkun tän suoran julkisen rahoituksen ja julkisen järjestelmän kautta, ni kaikkia niitä terveystoimittisia tavoitteita, mitä on asetettu, ni ei voida toteuttaa. Ja eri syistä me joudutaan enempi ja enempi turvautumaan yksityisiin ostopalveluihin että, oli se hyvä tai paha, ni se on niinkun fakta tällä hetkellä.” (sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja)

Yhden kunnan johtavan lääkärin mielestä kunnasta löytyy halua palveluiden oston kehittämiseksi. Hänen mukaansa halua ja tarvetta on, koska ” se ei ole mikään itseisarvo, että homma tehdään itse”. Hän perusteli kantaansa sillä, että ostopalvelut ovat kilpailukykyisiä silloin, kun on tarpeeksi iso kokonaisuus tarjolla. Esi-

merkin hän antoi psykiatristen avopotilaiden asumispalveluista. Mahdollisten säästöjen kohdalla on hänen mukaansa kyse siitä, millä tasolla itse pystyy palvelun tuottamaan.

Kunnissa ei ole erityistä halua kehittää palveluiden ostoa. Tilanne, jossa tarve tai jopa pakko ohjaa kuntien ostopalvelupolitiikkaa nousee esiin myös tämän kohdan vastauksissa. Annettujen vastausten taustalla vaikuttaa varmasti monet eri tekijät kuten yksityissektorin kapeus ja taloudelliset kysymykset mutta kokonaisuutena vastauksista ilmenee, että myös suhtautuminen on yksi merkittävä tekijä ostopalvelukysymyksissä. Kunnissa näyttäisi olevan vain yksittäisiä henkilöitä, jotka ovat ostopalvelukäytäntöjen kehittämisen puolella. Tämä tekijä on osaltaan vaikuttamassa siihen, että ostopalvelut säilyttävän asemansa täydentävinä palveluina.

5.1.8 Arvot kunnallisessa keskustelussa

Ihmisten ajattelussa ja suomalaisessa kulttuurissa vallitsevat käsitykset yksilöiden ja yhteiskunnan päämääristä eli käsitykset hyvästä yhteiskunnasta, vaikuttavat yhteneväisemmiltä kuin käsitykset siitä, miten arvoperustan mukainen hyvä yhteiskunta ylläpidetään myös tulevaisuudessa. Esimerkiksi yli puoluerajojen ollaan sitä mieltä, että ihmisille pitää pystyä tarjoamaan työtä. Sen sijaan keinot, joilla työllisyystavoitteisiin päästää, jakaa puolueita. Samanlainen asetelma on myös terveydenhuollossa. Käsitys kaikkien ihmisten oikeudesta terveydenhuoltopalveluihin on yleisesti hyväksytty, mutta keinot päämäärän ylläpitämiseksi vaihtelevat. Ylläpidon problematiikka konkretisoituu ihmisiä jakavaan käsitykseen siitä, missä määrin palveluja voidaan tai tulee tuottaa markkinaehtoisesti. Markkinaehtoisen palvelutuotannon yleistymisen on pelätty horjuttavan hyvinvointivaltion normatiiviseen perintöön liitettyjä arvoja.

Terveydenhuoltopalveluiden tuottamiseen liittyvissä kysymyksissä arvot tulevat esille esimerkiksi yksilöiden tekemien palveluntuotantoa koskevien päätösten, epävirallisten keskustelujen tai demokraattisen päätöksentekoprosessin kautta. Seuraavaksi selvitetään käydäänkö kunnissa arvopohjaisia keskusteluja ostopalveluihin liittyen ja millaisia mahdollisia ne mahdollisesti ovat luonteeltaan.

“Mitä nyt tarkoitetaan arvopohjaisella keskustelulla. Musta tuntuu että se niinkun se mejän keskustelu siellä ni se on hvyin sanoisko kuitenkin pragmaattista. Se arvopohja on se, että miten tää homma hoitus hienosti. Et semmosta syvän ideologista tämmöstä sillä pohjalla olevaa keskustelua ni ei sitä käydä. .. Sen verran siellä sitten kuitenkin ne arvot tulee esille, että kyllähän se pakosta tekee sen, että siinä on tavallaan vertailu julkinen terveydenhuolto - yksityinen terveydenhuolto. Ja niitten tämmöset suhteet ja niitten väliset pelisäännöt. Jos sitä nyt sitten pide-tään arvopohjasena, niin sitten se on arvopohjasta.” (johtava lääkäri)

“No loppujen lopuksi hyvin vähän. .. Kyl se enemmänkin on tällanen sillä tavalla praktinen ajattelu, et se, mitä on järkevä tehdä ja sieltä (yksityissektorilta) voidaan niinkun täydentää ja kuntalaisille saada hyviä palveluja, ni se on niinkun asia asia-na. .. Ei ole sillä tavalla, että nyt siellä keskussairaala esimerkiksi pyrkii jonoutta-maan sitä, että ajetaan kunnat ostopalveluihin tai jotakin tällasta. Just niinkun ai-kasemmin mainitsinkin, että jotenkin ei myöskään, että joku poliittinen taho erityi-sesti suhtautus hyvin kielteisesti sellaiseen, että ostopalveluja ei missään tapauk- sessa... kaiken pitää olla julkista. Mulla on sellainen tuntuma, et ne (lautakunta) on niinkun kuntalaisten asialla, eikä niinku poliittisen ideologian asialla.” (johtava lääkäri)

“No enemmänkin olis saatu käydä. Kyl me enemmänkin on jouduttu tekemään tämmöisiä strategisia linjauksia. Et sosiaali- ja terveyslautakunta on sitten käynyt ne keskustelut ja tehnyt tämmöset priorisoinnit et, miten niinku edetään tällä mark- kina-alueella. Mut kyl niinku kaupunginhallituksen ja kaupunginvaltuuston rooli, jonka pitäis olla vahvempi tällaisissa keskusteluissa, ni se on jäänyt aika pieneksi.” (sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja)

“Mun mielestä on yllättävän vähän. .. Kyllähän valtuustotasolla käydään sano- massa, että omat työntekijät tekevät tämän, eikä me tarvita mitään, käy vasem- minto sanomassa, mutta esimerkiksi lautakunnassa ei.” (sosiaali- ja terveyslauta- kunnan puheenjohtaja)

“No joo, kyllä ehkä siellä valtuustotasolla. Kun siellä keskustellaan, ni siellä on ehkä käyty enemmän sellaisia keskusteluja, jossa mun käsittääkseni arvot on enemmänkin sitä, että halutaan luoda ihmisille niitä vaihtoehtoja. Koska rahat on totta kai vähissä, sehän on niinkun semmonen vakiofraasi tällä puolella, et rahat on vähissä, ni tavallaan niinku etitään myös niille ihmisille sopivia palveluja, jotka on niinkun ehkä paremmasta palvelusta valmiit maksamaan. Ja tässä tulee niin- kun just se sellanen ideologinen kynnys kyllä juuri siinä, että sen hyväksyminen, että joku voi itselleen rahalla ostaa parempaa palvelua kun toinen. Vaikka sen palvelun niinku osittain tarjoaa, siitä joutuu yhteiskunta niinkun osittain kustanta- maan. Tää on niinkun ehkä se suurin ideologinen kysymys.” (sosiaali- ja terveys- lautakunnan puheenjohtaja)

“Ei, mun mielestä ei ole. Mä en ainakaan ole kuullut kertaakaan.” (sosiaali- ja ter- veystoimen johtaja)

“Jos (paikkakunta) ajattelee, missä se keskustelu on vilkkainta, ni on lähinnä tam- mösten tukipalvelujen hankinta. Vähän se näyttää siltä, että se ilmapiiri on niinku sellanen, että poliitikot eivät ole kovin innokkaita eivätkä... ehkä kokevat että heil- lä ei ole asiantuntijuutta lähteä ihan tätä terveydenhuollon varsinaista palvelukent-

tää sinne tuomaan niitä ideoita, mitä pitäis ostaa ja mitä ei.” (sosiaali- ja terveystoimen johtaja)

”Ei. Missä mä olen ollut nyt puolentoista vuoden aikana, ni ei ole ollut mitään tämmöstä ideologia ja arvopohjakysymyksiä. Se on ihan puhtaasti sitä, että tota onko meillä omia... pystytäänkö me ite tuottamaan vai oisko tää taloudellisempaa ja järkevämpää ostaa. Kyl se on ihan puhtaasti siihen taloudellisuuteen perustuu tää keskustelu.” (sosiaali- ja terveystoimen johtaja)

Arvopohjaisten pohdintojen puuttumista ostopalveluihin liittyvästä keskustelusta perusteltiin seuraavasti.

”Se käsitellään sellaisena asiana, että nyt niinkun julkinen terveydenhuolto ei pysty selviytymään näistä kaikista tehtävistä esimerkiksi jostakin tutkimuksien tekemisestä ja on perusteltua ja tuota jopa (paikkakunnan) kannalta edullisempaa et säästää.” (johtava lääkäri)

”Kyllä se on aika paljolti tämmönen kylmä pragmaattinen asia, mitä siellä keskustellaan. (johtava lääkäri)

”Kyl kaupunginhallituksen ja kaupunginvaltuuston rooli, jonka pitäis niinkun olla vahvempi tällaisissa keskusteluissa, ni se on jäänyt aika pieneksi. Tietysti johtuu varmasti siitä, että nää on aika erikoislaatuset markkinat, joissa tietysti tämmöselä niin kutsutulla asiantuntemuksella on niinkun aika suuri osuus olevinaan. Ihmiset ei mielellään sitten lähde käymään tämmöstä keskustelua. Se jää sitten sosiaali- ja terveyslautakunnan alueelle. Meillä on tietysti mahdollisuudet perehtyä niihin taustoihin ja sitä kautta linjata asioita, mut se on pienempi piiri kuin kaupungin hallitus, kaupungin valtuusto olisi, joka taas kuntalain mukaan niinkun.... kaupunginvaltuustonhan pitäis tämmöset isot linjat päättää.” (sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja)

”Kyl meillä on se marka tai euro ratkassu sen, että ei siel oo ooikeestaan tarvinnut käydä.” (sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja)

”Vähän se näyttää, että se ilmapiiri on sellanen, että poliitikot eivät ole kovin innokkaita eivätkä... ehkä kokevat että heillä ei ole asiantuntijuutta lähteä ihan tätä terveydenhuollon varsinaista palvelukenttää sinne tuomaan niitä ideoita, mitä pitäis ostaa mitä ei. Ne meillä ovat olleet sellasia, ostopalvelut siis, jolla ei ole ollut juuri tämmöstä henkilöstövaikutusta, että me ollaan vaan toiminta lopetettu ja ostopalveluina, ni tuota tää on varmaan hillinnyt sitä keskustelua, kun rajataan nää terveyspalveluihin. Mut sitten kun mennään sinne tämmösille toimialueille kuin siivous, ruokahuolto ja kiinteistöhoitoa, tämmöstä missä on selvästi olemassa ulkoisia markkinoita, ni täällähän meillä on käyty aika voimakastakin keskustelua ja siinä on niinkun vähän ideologisia ja arvopohjasiakin näkemyksiä ja jossa on sitten se oma vivahteensa...sillä on jo vaikutusta tähän kaupungin henkilöstöön. Kun tätä ostopalvelua ei ole kovin voimakkaasti tehty, ni kovin vakavaa tämmöstä arvopohjaista keskusteluakaan... se on ollut aika voi sanoa sitten niinkun yksimielistäkin. Me on kyllä nähty vaara siinä, että jos tää terveydenhuolto lähtee sillä tavalla kehittymään, että kun tätä lääkärivajetta on ja lääkärit entistä enemmän niinkun hakeutuvat yksityisille markkinoille ja tota sehän aiheuttaa sen, että niinkun julkinen sektori joutuu ostamaan palveluja. Ni kyllä siinä enemmän vaaroja

nähdään ja ei sitä niinkun juuri semmosia mielipiteitä ole kuullut, että se olis hyvä vaan. Siinä vielä on se, että siinä ei ole toimivia markkinoita eikä kilpailua. Sehän on kaikkein huonoin jos tulee yksityisiä monopoleja.” (sosiaali- ja terveystoimen johtaja)

”Kyl se on ihan puhtaasti ihan siihen taloudellisuuteen perustuu tää keskustelu”. (sosiaali- ja terveystoimen johtaja)

Arvopohjaisen ja ideologissävytteisen keskustelun sijaan kunnissa on jouduttu haastateltavien mukaan tekemään pikemminkin terveydenhuoltoon liittyviä rationaalisia päätöksiä ja linjauksia talouspoliittisessa hengessä. Arvopohjaisen ja ideologisen keskustelun varsinaisiksi foorumeiksi haastateltavat nostivat kaupunginhallituksen ja kaupunginvaltuuston. Johtavat ylläkärit sekä sosiaali- ja terveystoimen johtajat näkivät oman roolinsa olevan ennen kaikkea asioita valmisteleva. He valmistelevat poliittisille päättäjille ehdotuksia siitä, miten palveluja olisi järkevintä tuottaa. Sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtajat sijoittavat itsensä ja lautakuntansa ostopalvelukysymyksiä valmistelevien tahojen ja poliittisten päättäjien välimaastoon. Heidät erottaa muista poliittisista päättäjistä laajempi terveydenhuollon tuntemus. Annettujen vastausten perusteella heidänkin työtään ohjaa pragmaattisuus.

Ylipäättään keskustelun ja etenkin arvopohjaisen ja ideologisen keskustelun vähyttä selittää viisi haastateltujen henkilöiden esiin tuomaa tekijää (eivät ole tärkeysjärjestyksessä). (i) Poliitikot eivät ole innokkaita tuomaan esiin ideoitaan palvelutuotannon järjestämisestä. Markkinat nähtiin siten erikoislaatuina, että asiantuntemuksella on merkittävä osuus ratkaisuja tehtäessä. Kun suurimmalta osalta poliittisista päättäjistä puuttuu riittävä asiantuntemus terveyspalvelujen tuottamiseen liittyvissä kysymyksissä, ei keskustelua rohjeta kunnolla edes aloittaa. Näin jäävät myös päättäjien palvelujen tuottamiseen liittyvät arvot ja ideologiat piiloon. Tästä johtuen esimerkiksi valtuustotasolle tulevat esitykset hyväksytään lähtökohdaisesti ilman suurempia keskusteluja. (ii) Toinen keskustelua hillitsevä tekijä on terveydenhuollon ostopalveluiden vähyys. Ne palvelut, joita kunnissa ostetaan, ostetaan harkiten ja ns. hyvien perustelujen pohjustamina.

(iii) Kolmas tekijä on kuntasektorilla työskentelevien henkilöiden kunta- ja julkis-sektorimyönteisyys. Julkisen terveydenhuollon piirissä työskentelevien henkilöi-

den suhtautuminen palveluiden ostamiseen yksityissektorilta nähtiin lähtökohdiltaan varaukselliseksi ja varovaiseksi. Tämän nähtiin heijastuvan myös kuntien politiikkaan. (iv) Neljäs tekijä on ostojen kohde. Ostot kohdistetaan sellaisiin palveluihin, joihin ei ole varattu riittävästi omaa kapasiteettia (esimerkiksi seulontoja) tai joista kunnassa on pulaa (vrt. reaktiivisuus). Ostoilla ei ole ollut henkilöstövaikutuksia julkisella sektorilla eli käytännössä kenenkään työtä ei korvata ostopalveluilla, eivätkä ostopalvelut siten aiheuta irtisanomisia. Sen sijaan tietyissä tukipalveluissa, joissa on selvät markkinat kuten siivous, ruokahuolto ja kiinteistönhoito, voimakastakin keskustelua mainittiin esiintyneen. Tällaisissa tapauksissa keskustelussa sanottiin olleen myös ideologisia ja arvopohjaisia sävyjä. (v) Viides rajoittava tekijä on yksityissektorin kapeus. Tämä tekijä tuli esille etenkin pienimmän kunnan kohdalla. Kun yksityisiä palveluntuottajia ei ole saatavilla mielekkään välimatkan päästä, ei niitä pidetä samalla tavalla vaihtoehtona tai mahdollisuutena kuin suuremmissa kunnissa. Tämä rajoittaa entisestään ostopalveluiden käyttöä ja siten myös keskustelu asiasta jää vähemmälle.

5.1.9 Vastustajat ja puolustajat

Julkisesti tuotettuihin palveluihin liitetään eri ominaisuuksia kuin markkinaehtoisesti tuotettuihin palveluihin. Julkisen tuotannon etuina nähdään esimerkiksi tasa-arvo sekä halpuus ja huonoina puolina tasapäistävyys sekä tehottomuus. Markkinoiden ehdoilla tuotettujen palvelujen etuina mainitaan usein esimerkiksi yksilöllisyys sekä joustavuus ja huonoina kalleus sekä epätasa-arvo. Harvemmin tuodaan selkeästi esille, ketkä lukeutuvat mitenkään tuotettujen palveluiden kannattajiin, ketkä vastustajiin. Kansallisella tasolla markkinaehtoisen tuotannon kannattajiksi ja julkisen tuotannon leikkaajiksi on mainittu yksityisen sektorin edustajat, elinkeinoelämä, kauppa- ja teollisuusministeriö sekä poliittisen kartan oikeassa reunassa olevat puolueet. Vastustajina on mainittu esimerkiksi merkittävä osa kansalaisista, ammattiyhdistysliike, sosiaali- ja terveysministeriö ja poliittisen kartan vasemmassa reunassa olevat puolueet.

Tässä alaluvussa selvitetään, miten kuntavaikuttajat näkivät palvelutuotantoon liittyvien kysymysten jakavan leirejä kunnissa. Ketkä heidän mielestään kannattaa ja ketkä vastustaa ostopalvelujen käyttöä?

”No musta ei ainakaan mitenkään erityisesti tunnu menevän poliittiseen jakamaan perusteella. Silloin kun sille on hyvät perustelut, ja se nimenomaan palvelee kuntalaisia tämä ostopalvelutoiminta, ni tuota ei se oikeestaan... ainakaan mulla ei ole tullut sellasta tuntumaan, että jotkut tahot esimerkiksi kauhiasti olis ajamassa ostopalvelutoimintaa. Silloin kun se on täällä pitkälti pohdittu ja on nähty perustelluksi ja sitten on ne perusteet myöskin lautakunnalle esitetty, ni ei tässä sillä tavalla. Aika hyvin sieltä on löytynyt sitten se sama niin kuin ikään kuin tuki sille näkemykselle. Ei tässä oikeestaan sellaista ole, että, toistuvasti sinne tulis vietyä tällaisia ostopalvelusopimuksia ja sitten tulis niin kun takasin että, hylätty”. (johtava lääkäri)

”En mä usko, että se sillai menee. Siinä mennään sit jo niin lähelle semmosia professio asioita, että miten tuo tai tää ranne, miten se hoidetaan, missä se hoidetaan. Vaikka semmonen kansalaiskeskustelu olis periaatteessa suotavaa ja hyvää, niin yleensä keskitason ihmisellä tai keskitason poliittisella päättäjällä, ei kerta kaikkiaan ole sitä tarvittavaa tietopohjaa, että siitä vois järkevästi keskustella. Tää on valitettavasti semmonen kuitenkin aika lailla kuitenkin profession sisäinen probleema. Siitä huolimatta, että ne rahatushommat on yhteiskunnallisia”. (johtava lääkäri)

”Jos nyt sanoo, että puoluepolitiikalla ei ole mitään merkitystä, ni kyllähän sillä tietysti sillä tavalla on. Kai sen nyt voi suoraankin sanoa, että useimmitenhan nää oikeistopuolueet, sanotaan nyt vaikka kokoomus suoraan, niin tuota hakee aktiivisemmin erilaisia ostopalveluvaihtoehtoja. Ikään kuin ajatuksella että, ostopalvelu on edullisempi ja ostopalvelu on tehokkaampaa, jne. Ei se välttämättä ole niin lainkaan, mutta että kyllä siinä jonkin verran eroa on. Sitten demarit suhtautuu aika lailla jalat maassa ja sitte voi olla että siellä vasemmalla puolella on vielä herkemmin vastustusta. Kylhän perinteisesti tietysti niinkun demarit ja vasemmisto on niinku tän hyvinvointiyhteiskunnan voimakkaampia puoltajia, joka tarkoittaa osittain kunnallisten palveluitten tukemista enemmän kun ehkä sitten joku kokoomuksen puoluekanta. Niitäkin löytyy sitten erilaisia ihmisiä toki sitten joka puolueesta.” (johtava lääkäri)

”Politiikka on keskeinen mutta ei se ainut ole tietenkään. Kyllähän ihmisten oman elämän todellisuus, joka taas on kytkössä tähän heidän mahdolliseen yhteiskuntapoliittiseen ajatteluun, vaikuttaa.” (sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja)

”No tuota ei mun mielestä ainakaan niin että, se selkeesti niinku et enemmän on yksilöeroja kun mitään poliittista jakaamaa, että joku ei mikään perinteinen vasemmisto oikeisto-keskusta akseli. Ei siinä ole niinku mun mielestä merkittäviä. .. Ehkä tämmönen perinteinen, että vasemmistolla enemmän halutaan tämmöstä yhteiskunnallista, et semmonen pieni ero on siinä, mut ei mun mielestä kauheen suuri.” (sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja)

”Ensinnäkin se on puolueissa. Mitä enemmän mennään vasemmalle, sen enemmän vastustetaan tätä yksityistämistä ja tätä kilpailuttamista. Sitte se on myös

ammattiryhmissä. Meil on valtuustossa paljon näitä ammattiyhdistys ihmisiä, aktiiveja, hehän vastustaa. Mitään ei, ettei vaan kaupungin työntekijöitä irtisanota. Ei oo mitään väliä mitä maksaa mut ei saa irtisanoa niitä, että ne on ammattiryhmät. Sit mun mielestä semmoset ammattihenkilöt, jotka tietää jostakin asiasta esimerkiksi meillä olevat lääkärit, ni ne on sitä mieltä et tottakai me kilpailutetaan nää. Mutta mitä matalampi koulutus on sit tulee tää ammattiyhdistys taustat ja myöskin poliittinen sidonnaisuus. (sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja)

”No kyllä sen pystyy mun mielestä tekemään. Se karkea jako kulkee oikeisto vasemmisto. Kyl se tää poliittinen tausta jonkin verran peilaa. Mä luulen, et se on hälvenemässä, mut kyllä siellä on enemmän ehkä siellä vasemmistossa niitä henkilöitä, jotka ei ehkä tätä kilpailuttamista niinkään koe. Mut että joka joukossa on kaikenlaisia.” (sosiaali- ja terveystoimenjohtaja)

”Ei ole sillä lailla totaalista vastustamista taikka laajaa yksityistämistä.” (sosiaali- ja terveystoimenjohtaja)

Poliittinen tausta nousi keskeisimmäksi ihmisiä ostopalvelujen kannattajiin ja vastustajiin jakavaksi tekijäksi. Ostopalveluiden kannattajat sijoitettiin poliittisen kartan oikeaan reunaan ja vastustajat enemmän vasemmalle. Perinteinen selkeä puoluerajoihin perustuva jaottelu vaikuttaisi vastausten mukaan ainakin osin hämärtyneen. Kokonaisuutta kuvaavana luokitteluna tämä jako kuitenkin pitää edelleen paikkansa. Muutamat henkilöt mainitsivat, että jako ei ole käytännössä näin selkeä ja kaikista ryhmistä löytyy sekä puolustajia ja kannattajia. Poliittista vakaumuksen rinnalle, mielipiteisiin vaikuttavaksi tekijäksi, nousi kunkin ihmisen henkilökohtaiset lähtökohdat. Eletty elämä sekä se todellisuus ja elämänvaihe, jossa yksilö kullakin hetkellä elää, vaikuttavat vahvasti yhteiskuntapoliittisiin näkemyksiin ja mm. suhtautumiseen ostopalveluihin.

Kahden johtavan lääkärin vastauksista ilmenee terveydenhuoltopalveluihin liittyvien kysymysten haasteellisuus. Aihealue vaatii vankkaa ammattiosaamista, minkä seurauksena esimerkiksi poliittiset päättäjät ovat näissä kysymyksissä asiantuntijoiden eli johtavien lääkäreiden ja myös sosiaali- ja terveystoimen johtajien esitysten varassa. Poliitikoilla tai muillakaan ”tavallisilla ihmisillä” ei ole riittävää tietopohjaa käydä syvällisempää keskustelua terveydenhuoltoon liittyvistä kysymyksistä. Tämän seurauksena kannanotot jäävät laimeiksi, eivätkä esimerkiksi ostopalveluiden puolustajat ja vastustajat nouse selvästi esille. Kuntakohtaisesti tarkasteltaessa vastauksista ei löytynyt selkeitä linjaeroja.

YHTEENVETO

Keskeinen huomio kuntien terveydenhuoltopalveluiden tuottamisessa on julkisen tuotannon ensisijaisuus. Julkinen ja yksityinen palvelutuotanto näyttävät selvästi omina, toisistaan erillään toimivina saman järjestelmän osina. Kuntien sitoutuminen ja sopeutuminen kansanterveyslain jälkeisten 20 vuoden aikana julkisesti tuotettuihin terveydenhuoltopalveluihin on vahvaa. Palveluiden osto yksityissektorilta on tuttua, mutta käynnissä oleva muutosprosessi ei ole merkittävästi muuttanut palvelutuotantoa. Palveluita ostetaan yksityissektorilta täydentämään omaa palvelutuotantoa. Huomio kohdistuu ensisijaisesti olemassa olevien rakenteiden ja järjestelmän ylläpitoon ja kehittämiseen. Ostopalveluista ei ole muodostunut kiinteää osaa näytekuntien palvelutuotantostратегioita. Näytekunnissa vallitseva ostopalveluilmapiiri tukee vanhoja, hyviksi todettuja ostopalvelukäytäntöjä, joissa reaktiivisuudella on oma asemansa.

Ostopalvelutoiminta yhtenä yhteistyön muotona sektoreiden välillä on täysin riippuvaista kuntien halusta ja etenkin tarpeesta ostaa terveydenhuollon palveluja. Ostot painottuvat tutkimuksiin. Tutkimusten ostamisessa motiiveina ovat haluttomuus laajentaa omaa palvelukapasiteettia. Ostotoiminnan painottumista tutkimuksiin selittää myös yksityissektorin palvelutuotantorakenne eli yksityisillä palveluntuottajilla on perinteet, osaaminen ja resursseja juuri tutkimusten tuottamiseen. Laajamittaisempi kilpailuttaminen vaatisi tilaajan ja tuottajan selvää erottamista. Tämän taas vaatisi ainakin osittaista kunnallisten yksiköiden saattamista kilpailun piiriin. Kun tämän suuntaisia pyrkimyksiä ei ole, ilmapiiri suhteessa ostopalveluihin pysyy harkitsevana ja omaa tuotantoa tukevana ja ylläpitävänä.

Aktiivisempi keskustelu ostopalveluista on virinnyt kunnissa suhteellisen myöhään, vasta 1990-luvun lopulla. Samaan ajankohtaan sijoittuu myös aktivoituminen palveluiden ostamisessa. On nähtävissä, että omassa palvelutuotannossa esiintyvien häiriöiden kasvaessa ostopalveluista keskusteleminen, niiden soveltaminen julkisessa palvelutuotannossa ja niiden hyväksyttävyyden lisääntyvät. Silloin kun palvelut pystytään tuottamaan itse, ne myös pääsääntöisesti tuotetaan itse. Tällöin niistä ei myöskään synny samalla tavoin keskustelua ja suhtautuminen

pysyy harkitsevana ja varautuneena. Arvopohjaiset ja ideologiset kannanotot palveluiden tuottamiseen liittyvissä kysymyksissä ovat pysyneet vähäisinä ja hillittyinä. Etenkin kahdessa suuremmassa kunnassa lähtökohdat arvopohjaiselle ja ideologiselle keskustelulle ovat kuitenkin olemassa. Ilmapiiri ja suhtautuminen ostopalveluihin on joko pluralistinen tai avartunut, ei neutraali. Keskeinen arvopohjaisten ja ideologissävyytteisten keskustelujen puuttumista tai vähäisyyttä selittävä tekijä on se, että kunnissa ei ole tehty pidemmälle suuntautuvia, rakenteita muuttavia, strategisia linjauksia ostopalveluiden käytön osalta. Palveluostot yksityiseltä terveydenhuoltosektorilta ovat pysyneet vaatimattomalla tasolla kuntien palvelutuotannon kokonaisvolyymiin suhteutettuna. Kunnat eivät korvaa ostoilla omaa tuotantoaan, eikä niillä siten ole vaikutusta esimerkiksi kunnan henkilöstöön tai laitosten käyttöasteeseen. Ostoilla täydennetään omaa tuotantoa.

Oma vaikutuksensa keskusteluun on myös sillä, että kunnissa vain pieni rajattu joukko ihmisiä pystyy keskustelemaan tasavertaisesti palvelutuotantoon liittyvistä kysymyksistä. Asiantuntijat oletettavasti käyvät keskusteluja ja perustelevat ehdotuksiaan asiantiedon ja kokemuksen avulla. Arvopohjaiset ja ideologiset keskustelut liittyvät voimakkaimmin poliittisiin toimijoihin. Heillä terveydenhuoltoon liittyvät asiantuntemus on lähtökohtaisesti vähäistä. Omien kokemusten puuttuminen ja asiaosaamisen rajallisuus johtaa siihen, että poliittiset toimijat eivät ole halukkaita aktiiviseen keskusteluun ja kannanottoihin. Keskustelu, päätökset ja päätösten perustelut pohjautuvat pragmaattisiin tekijöihin, joka on seurausta asiantuntijoiden roolin korostumisesta. Tiedon monimutkaistuminen on keskeinen syy siihen, että arvopohjaista ja ideologista keskustelua ei esiinny enää samassa määrin kuin joskus aikaisemmin. Poliittisten vastakkainasettelujen lieventyminen selittää osaltaan arvopohjaisen ja ideologisen keskustelun laimentumista. Yksilöiden taloudellissosiaalisilla lähtökohdilla on nykyään enemmän vaikutusta suhtautumisiin kuin poliittisella orientaatiolla.

Kunnissa ja kuntien ympäristössä tapahtuneet ja parhaillaan tapahtuvat muutokset vaikuttavat jatkuvasti kuntien olosuhteisiin tuottaen terveydenhuoltopalveluita. Kunnat ovat kuitenkin kaikki omanlaisiaan, mikä pätee myös kykyyn tuottaa palveluja. Pula lääkäreistä ja taloudellisista resursseista on kuitenkin jossain määrin yhteinen ongelma jokaiselle näytekunnalle. Nämä kaksi tekijää aiheuttavat siinä

määrin häiriöitä kuntien omassa palvelutuotannossa, että ne pakottavat kunnat hakemaan uudenlaisia tapoja tuottaa ja turvata palvelut. Etenkin peruspalveluiden ostaminen yksityissektorilta perustuu halun sijaan tarpeeseen. Kuntien on pakko turvautua palveluostoihin, jotta vaaditut ja tarpeelliset palvelut pystytään kuntalaisille tarjoamaan.

Muutokset kuntien kyvyssä tuottaa palveluja ovat johtanut siihen, että kunnat joutuvat pohtimaan merkittävämpiä linjanvetoja palvelutuotannon turvaamiseksi. Toinen suuremmista kunnista on kohdistanut aktiivisuutensa sairaanhoitopiiriin päin. Tämä muutossuunta on yhteydessä niihin näkemyksiin, joiden mukaan kovin ostopalveluinnotus alkaa kunnissa laantua. Toisessa suuremassa kunnassa on sen sijaan pohdittu mahdollisuutta antaa yksi kunnan terveyskeskuksista lääkäreitä vuokraavan yrityksen vastuulle. Vuoden 2006 alussa Suomessa on jo useampia kuntia, jotka ovat päätyneet perusterveydenhuollossa tähän ratkaisuun. Pienin kunta on pystynyt säilyttämään lääkärin kunnan ja siten myös palvelutason, eikä muutos täten näy niin selvänä tässä kunnassa.

Lääkäripulaa kunnat ovat paikanneet ennen kaikkea vuokraamalla lääkäreitä ns. keikkalääkäriyrityksiltä. Perinteisillä yksityisillä lääkärikeskuksilla ja -asemilla ei ole muutamia yksittäisiä yrityksiä lukuun ottamatta kapasiteettia ottaa vastatakseen laajempia palvelukokonaisuuksia. Tämän tyyppinen toiminta ei myöskään sovellu lääkärikeskusten toiminta-ajatukseseen. Huomattavalle osalle lääkärikeskusten lääkäreistä toiminta yksityissektorilla on sivutoimista toimintaa. Päivätyönsä he tekevät julkisella sektorilla. Toisaalta valtaosa yksityissektorin lääkäreistä on erikoislääkäreitä ja voidaan olettaa, että heillä ei ole suurempia intressejä esimerkiksi päivystystoimintaan terveyskeskuksissa. Vaikka ostopalveluiden käytöltä on poistettu useampia esteitä, hankaloittavat kehittymättömät markkinat ostopalvelutoimintaa. Tämän hetkinen yksityissektorin rakenne ei täysin vastaa kuntien tarpeita. Rakennemuutos yksityissektorilla kohti parempaa julkisen sektorin kysynnän kohtaamista on kuitenkin käynnissä.

5.2 Haastateltujen henkilöiden näkemys ostopalveluista.

Empiirisen osan perustan luovat ne merkitykset, joita haastateltavat antavat yksityiselle terveydenhuoltosektorille ja palveluiden ostoille yksityissektorilta. Yhtä lailla keskeisiä ovat myös ne merkitykset, joita he antavat julkiselle terveydenhuoltosektorille. Edellisessä alaluvussa esille nostetut asiat antavat perustan ja suunnan tässä alaluvussa esille tuleville asioille. Tässä alaluvussa tarkastellaan haastateltavien omia näkemyksiä ostopalveluiden ja yksityissektorin merkityksestä kunnissa, ostopalveluiden laajuudesta ja tulevaisuudesta.

5.2.1 Ostopalveluiden merkitys kuntien palvelutuotannossa

Aiemmissä tutkimuksissa ostopalveluille on annettu ainakin kaksi seuraavaa merkitystä kuntien palvelutuotannossa. Yksityissektorilta hankittujen palveluiden ensimmäinen merkitys on se, että niiden on katsottu, tarpeen niin vaatiessa, täydentävän ja monipuolistavan julkisen sektorin palvelutuotantoa. Kunnallisten yksiköiden tuotantoa on tuettu ostopalvelusopimuksilla esimerkiksi ruuhkapiikkien tasoitamiseksi. Näin on välttytty laajentamasta kunnallista organisaatiota. (VATT 1995, 11.) Ostopalvelut ovat toimineet venttiilinä myös toiseen suuntaan. Taloudellisen tilanteen kiristyessä kunnissa on karsittu ostopalveluista. Oma henkilöstö ja kapasiteetti on pyritty säilyttämään. (Lehto 1995, 54.) Tähän toiseen merkitykseen liittyen Juhani Lehto (1995, 54) toteaa kuntien toimivan kuin teollisuusyritysten: oma toiminta joustaa vähemmän kuin alihankkijoiden on pakko joustaa. Tämä selittää todennäköisesti hyvin pitkälle terveydenhuollon ostopalveluiden laskun 1990-luvun alun laman seurauksena. Matti Heikkilä toteaa (1993, 88) säästämisen johdaneet paikoin de-privatisointiin eli ostopalvelusopimusten ja -määrärahojen vähentämiseen ja jopa aiemmin yksityisesti tuotettujen palvelujen kunnallistamiseen.

Kysymyksellä kuntavaikuttajien näkemyksistä ostopalveluiden tulevaisuudesta suomalaisessa terveydenhuollossa on tarkoituksena selvittää, mihin kehityksen heidän mielestään tulisi johtaa ostopalvelutoiminnan osalta ja mikä yksityissektorin roolin tulisi olla. Peruslähtökohdiltaan kaikkien yhdeksän kuntavaikuttajan näkemykset olivat yhteneviä.

"Siis kyllä, joo, niinku valinnaisena, vaihtoehtoisena". (sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja)

"... Tietysti melkein toivoisi ite, että se olisi tämmönen täydentävä sen rooli. .. Jotenkin toivois kuitenkin, että tämä ei menisi ostopalveluiden varaan, eikä rakentuisi niille." (johtava lääkäri)

"Kyllä varmasti on (tulevaisuutta), mutta ei ne tule koskaan korvaamaan sitä peruskokonaisuutta, mikä niinkun muodostaa tän ydintoiminnan tai miksikä sitä sitten kutsuukaan. Mutta täydentävänä palveluna niillä tulee olemaan tulevaisuus vähintään siinä mittakaavassa, mitä niillä nyt on, vähintään." (johtava lääkäri)

"Kyllä on (tulevaisuutta), koska järjestelmä on valitettavasti menossa siihen suuntaan, että entistä enemmän tarvitaan näitä yksityisiä terveydenhuoltopalveluita, että niiden määrät ne tulevat lisääntymään. Että kyllä niillä tulevaisuutta on." (sosiaali- ja terveystoimen johtaja)

Kaikki asettivat julkisesti tuotetut palvelut terveydenhuollon perustaksi. Yksityisten palveluiden ei nähty pystyvän korvaavan sitä kokonaisuutta, joka muodostaa terveydenhuoltomme perustan. Tästä lähtökohdasta käsin yksityissektorin merkitys suhteessa julkiseen sektoriin määriteltiin palvelutuotantoa ja tarjontaa täydentäväksi. Pääsääntöisesti yksityissektorin roolin toivottiin myös pysyvän julkista sektoria täydentävänä. Roolien ei toivota muuttuvan perustuvaa laatua olevalla tavalla. Useampi kuntavaikuttaja kuitenkin uskoi, että tulevaisuudessa ostot yksityisiltä palveluntuottajilta tulevat maltillisesti kasvattamaan osuutta kuntien terveyspalvelutuotannosta. Yksikään haastateltavista ei kyseenalaistanut yksityissektorin tai ostopalveluiden roolia ja merkitystä osana suomalaista terveyspalveluiden tuotantoa.

Yllä on esitelty tutkimusta varten haastateltujen henkilöiden näkemykset kysymykseen ostopalveluiden tulevaisuudesta suomalaisessa terveydenhuollossa. Kyseessä oli haastattelujen ensimmäinen ostopalveluihin liittyvä kysymys. Tarkasteltaessa kunkin kuntavaikuttajan antamia vastauksia koko kysymysrunгон osalta, haastatellut henkilöt eivät näyttäyty ostopalveluiden tulevaisuuden suhteen yhtä samanmielisenä joukkona. Haastateltavien vastauksista löytyi sen verran merkittäviä periaatteellisia eroja, että näiden erojen esiintuomiseksi olen luokitellut haastateltavat kolmeen ryhmään. Tässä tapauksessa vastaajien sijoittaminen tiettyyn ryhmään ei ole kiinni pelkästään näkemyksestä ostopalveluiden tulevaisuudesta suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä, vaan laajemmin suhtautumisesta

julkisen ja yksityisen terveydenhuoltosektorin suhteisiin ja jopa suomalaisen hyvinvointivaltiomallin peruskysymyksiin.

Ensimmäiseen ryhmään sijoittuvat ne henkilöt (3 kpl), joiden mielestä suomalaisen terveydenhuollon tulee vahvasti perustua julkiseen palvelutuotantoon.

“...kyllä mä näen hyvin vahvasti, että kyllä tää suomalainen terveydenhuolto pitkälle tulevaisuuteen tulee perustumaan niinkun julkisiin ja julkis- ja verorahoitettiin terveydenhuoltoon. Myöskin sillä tavalla, että nää terveydenhuollon palvelujen tuotanto on vahvasti julkisen hallinnon käsissä”. (sosiaali- ja terveystoimen johtaja)

“Sitä en kyllä näe järkeväksi ja mahdolliseksi, että joku kaupunki nyt sitten lähtisi siitä, että se kauppais koko julkisen terveydenhuollon, et kuka tämän tulis ostamaan ja tuottamaan ja me alettas ostamaan palveluita. Tämmöstä ennaltaehkäisevää työtä, päivystystä, tämmöstä vanhusten huoltoa, missä on kyse palveluketjujen toimivuudesta... kylhän nämä täytyy sitten olla julkisen sektorin niinkun hallinnassa. Yksityistapauksissa vähän tämmönen marginaali... tärkeitä asioita tietysti, mutta koko järjestelmän kannalta ni tämmösiä marginaaleilla olevia toimintoja, ni tuota niissä ehkä ostopalvelut tulee lisääntymään.” (sosiaali- ja terveystoimen johtaja)

”Vaikka me säädeltäs miten, niin mitä enempi tää mejän yhteiskunnan tuki ja tää ohjaus painottuu sinne yksityispuolelle, ni sitä enempi on vaarassa tämmönen kansalaisten tasa-arvon periaate”. (johtava lääkäri)

Nämä henkilöt löytävät yksityissektorille ja ostopalveluille sijansa julkista palvelutuotantoa täydentävässä roolissa. Kehityksessä, jossa yksityissektorin ja ostopalveluiden merkitys julkisen sektorin kustannuksella korostuisi, he eivät näe positiivisia tekijöitä. Heille julkisesti tuotetut palvelut ovat lähtökohta ja tae tasa-arvolle, solidaarisuudelle ja tasapuolisuudelle. Näille henkilöille ostopalvelut ovat pääosin kunnan omassa palvelutuotannossa mahdollisesti esiintyvien puutteiden paikkaamista pakon edessä. He ostaisivat palveluja yksin kappalein ja harkitusti. Heistä voimavaroja tulisi suunnata julkisen palvelutuotannon kehittämiseen. Nämä henkilöt eivät ole valmiita merkittäviin rakenteita koskeviin muutoksiin kuten tilaajan ja tuottajan erottamiseen.

Toiseen ryhmään kuuluvat henkilöt (5 kpl), joiden mielestä julkisen palvelutuotannon ydin tulee turvata.

“Mä tota tossa sanoinkin, että mä olen welfare-mix mallin kannattaja, jossa on sekä omaa tuotantoa, että sitä ostopalvelutuotantoa. Mä koen, että se pitäis tehdä juuri niin, että se ois hallittu se kokonaisuus, eikä niin, että me eletään kädestä suuhun. Et se, joka on pakko, et se vaan ulkoistetaan. Et kyllä mä niinku koen, et osa kannattaa ehdottomasti tuottaa ulkoapäin. Ja sanotaan nyt näin että, se ei ole se pakko monta kertaa huono asia.” (sosiaali- ja terveystoimen johtaja)

“Eihän täällä niinku olla kovinkaan valmiita mihinkään yksilöllisyyteen tai muuhun. Oikeestaan täällähän aika useissa kommentteissa huomaa, että julkisesta terveydenhuollosta ei haluta tehdä sellasta rupusakki-terveydenhuoltoa, joka hoitaa ne, jotka muilta jää. Kyllä tää siellä kommentteissa hyvin tiukasti on.” (sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja)

”Kyllähän me joudutaan koko ajan miettimään sitä kokonaisuutta, josta ostopalvelut on ihan hyväksytyt ja hyvä osa, mutta se kokonaisuus on niinku se tärkein asia mietittäväksi”. (johtava lääkäri)

Näillekin henkilöille yksityissektori ja ostopalvelutoiminta ovat julkista palveluntuotantoa täydentäviä tekijöitä. He eivät näe toivottavana kehitystä, jossa järjestelmä rakentuu ostopalveluiden varaan. Heille julkisesti tuotetut palvelut eivät ole itseisarvo sinänsä, mutta he katsovat julkisesti tuotettujen palveluiden pystyvän takaamaan ostopalveluja paremmin hyvinvointivaltiomme perusarvoja kunnioittavia palveluja. Nämä henkilöt toivat haastatteluissa esille sellaisia, hyvinvointivaltiolle vieraita, käsitteitä tai ajatuksia kuten tarveharkinta, welfare-mix sekä mahdollisuuden lisätä omaa rahaa ja saada näin erilaista tai ”parempaa” palvelua. Tähän ryhmään kuuluvilla henkilöillä on joitain ajatuksia, jotka muuttaisivat terveydenhuoltopalveluiden tuotantoa ja jotka eivät ole yhteneväisiä hyvinvointivaltion normatiivisen perinnön kanssa. He ovat muutoshalukkaampia kuin ensimmäiseen ryhmään kuuluvat henkilöt.

Kolmanteen ryhmään sijoittuu vain yksi henkilö. Hänen suhtautumisensa yksityissektoriin oli selvästi myönteisempi kuin muiden haastateltavien.

“Suomalainen terveydenhuolto ei selviä enää näillä vanhoilla konsepteilla. Et jos emme käytä näitä ostopalveluita, ni palvelujen taso laskee. Se on ollu vaan tähän asti sellanen tapu, että kunta toimii tilaajana ja tuottajana”. (sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja)

”En mä tiedä voidaanko ihan kaikkea kilpailuttaa, silloin me romutetaan sitten tää nykyinen systeemi. Mut periaatteessa suurin osa voidaan varmaan kilpailuttaa niistä, et mut täytyy ehkä kilpailuttaa vähän pienempinä plokkeina, et ei kokonaan.” (sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja)

Tämä henkilö pyrkii omalla toiminnallaan edistämään ja lisäämään kilpailuttamista sekä ostopalveluiden käyttöä. Hän on myös valmis kilpailuttamaan ison osan terveydenhuoltopalveluista. Yksityissektorin ja ostopalvelutoiminnan rooli ei ole hänen visiossaan julkista sektoria täydentävä. Hän näkee yksityissektorin selvästi nykyistä tasavertaisempänä ja merkittävämpänä toimijana. Hän olisi valmis terveydenhuollon uudelleenjärjestelyihin (esimerkiksi tilaajan ja tuottajan erottaminen), vaikka se saattaisikin tarkoittaa esimerkiksi irtisanomisia julkisella sektorilla. Valtio ja/tai sairaanhoitopiiri eivät ole hänelle ensisijaisia tahoja, joilta löytyvät ratkaisut palvelutuotannon ongelmiin. Tarjonnan puutteet tämäkin kuntavaikuttaja näki ongelmana ostopalveluiden laajemmalle käytölle. Hyvinvointivaltion perusarvot ovat tärkeitä myös tälle henkilölle, mutta hän olisi niiden hengessä valmis hakemaan markkinoilta tehokuutta ja tuottavuutta myös terveydenhuoltoon.

Kuntavaikuttajien näkemyksissä on painotuseroja, mutta yhtä henkilöä lukuun ottamatta, ne ovat lieviä. Vastauksista huomataan, että julkisesti järjestetyllä, tuotetulla ja rahoitetulla terveydenhuollolla on vahva kannatus kuntavaikuttajien keskuudessa. Käsitteen ”täydentävä” kautta julkisen ja yksityisen terveydenhuoltosektorin asemat suhteessa toisiinsa on määritelty jo vuosikymmenten ajan. 1990-luvun alkupuolella alkanut kehitys ja jopa paine, ei näytä vaikuttaneen merkittävästi haastateltavien käsityksiin terveystalouden tuottamisesta. Yksityissektori ja ostopalvelut katsotaan hyväksi ja paikoin myös arvokkaaksi lisäksi palvelutuotantoon. Pääsääntöisesti niitä ei kuitenkaan nähdä ratkaisuksi terveydenhuollon ongelmiin. Suurimmalle osalla kuntavaikuttajista yksityissektori on väline turvata ja ylläpitää julkista palvelutuotantoa.

Tutkimusta varten haastateltujen henkilöiden vastaukset ovat linjassa KuntaSuomi 2004 – tutkimuksen kanssa, jonka mukaan kuntien uudistustoimenpiteet ovat kohdistuneet pääasiassa muualle kuin palveluiden tuottamistapoihin. Perusterveydenhuollon tuottamistavoissa ei ole tapahtunut merkittäviä muutoksia eli palvelut tuotetaan edelleen pääasiassa terveyskeskuksissa. Kaikista valtionhallinnon suosituksista huolimatta kuntien haaveena näyttää olevan perusterveydenhuollon järjestäminen itsenäisenä toimintana, toteaa Isosaari. Tutkimuksen mukaan viimeaikainen kehitys näyttää vähentäneen palveluiden kilpailuttamista. (Isosaari 2004, 82, 85.)

5.2.2 Miksi ei osteta?

Hankintamarkkinoiden epäkohtina mainitaan usein kuntien haluttomuus kilpailuttaa palvelujaan, oman palvelutuotannon puutteellinen kustannuslaskenta, kuntasektorin omaa palvelutuotantoa suosiva arvonnisäjärjestelmä, kilpailua vääristävät rahoitustuet kolmannen sektorin palveluntuottajille sekä julkisen sektorin sairaalatiilojen ja laitteiden vuokraus ilman avointa tarjouskilpailua julkisella sektorilla työskentelevien lääkäreiden yksityisvastaanotto toimintaan (esim. Lith 2001, 32–33). Lisäksi voidaan mainita mm. kilpailuttamiseen epäedullinen kuntakoko, puutteet kuntien osto-osaamisessa ja pakkojäsenyys sairaanhoitopiireissä.

Tähän alalukuun olen koonnut laajemmin kuntavaikuttajien näkemyksiä terveydenhuollon hankintamarkkinoihin liittyvistä epäkohdista sekä ostopalveluihin liittyvästä problematiikasta. Esille tulevat asiat selittävät sitä, miksi yksityissektori ja kuntien palveluostot yksityissektorilta ovat siinä roolissa ja merkityksessä kuin ne tällä hetkellä ovat. Olen jakanut syyt viiteen asiakokhtaan.

Tarjonnan puute

”No täällä on loppujen lopuksi aika huonosti tarjoajia. Nyt kun me tuota esimerkiksi tätä rintarauhastutkimuksen ostopalvelusopimus... tai sitä tarjouskierrosta tehtiin, ni siellä oli paikallisesti kuusi - seitsemän tuota tarjousta lähetetty, yksi ainoastaan pystyy tarjoamaan sen. Et ei oikeestaan täällä todellisuudessa ole kauheasti kilpailua”. (johtava lääkäri)

”Tämmösellä yhden kunnan alueella aatellaan sitä paikallisen terveydenhuollon järjestämistä, ni eihän siihen ole niinku tarjontaa. Ja tietysti ei tavallaan silloin ole myöskään kysyntää. Mä niinku nään sen, että tämmösessä pienessä tai tämmöselä maalaistason kumminkin pienemmän haja-asutusalueen ni siellä ei voi tulla sellasta aitoa kilpailua, koska ei ole tarjontaa, ei ole kysyntää. Ei ole toimivia markkinoita jos on käytännössä yksi toimija.” (sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja)

”Kyllä markkinat on kauhean ohkaset. Toki se tilanne koko ajan kehittyy ja muuttuu niinkun markkinoiden osalta sillä lailla parempaan suuntaan, että on vaihtoehtoja enempi, mutta tällä hetkellä nään on kyllä vielä aika rajalliset.” (sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja)

”On ne aika kapeat. Eihän musta semmosta oikein todellista kilpailua ole olemassa. .. Nyt varmaan alkaa pikku hiljaa musta tuntuu että tulee vaihtoehtoja. Mut et kyl ne on kuitenkin ja silloin jos puhutaan mun käsittääkseni kilpailuttamisesta ni pitäis olla ne markkinat, jotka tuottaa niitä palveluita.” (sosiaali- ja terveystoimen johtaja)

“Meillähän on näitä kilpailutuksia tehty. Kilpailun järjestäminenkin on hyvin raskas ja vaativa ja sitten tota aikaa vievää ja resursseja kuluttava prosessi. Sitten jos tuloksen on, että ei saada kuin yksi tarjous ja sekin on ylihintainen ni tota.... minä viittaen tosiaan siihen, että ei ole näitä terveydenhuollon markkinoita. Jotkuthan sanoo, että sen takia ei ole markkinoita kun ei ole niinku kilpailua mutta että minusta se on liian kallis kokeilu jos lähetään... Jossain voi olla Etelä-Suomessa ja siellä pääkaupunkiseudulla, ni siellä ehkä voi olla vielä ehkä paremmat mahdollisuudetkin kilpailutta kun pääosa terveydenhuollon palveluista on sellaisia, että siinä on se arvo sinänsä että ne palvelut on lähellä että niitä on saatavissa silloin kun tarvitaan.” (sosiaali- ja terveystoimen johtaja)

”Täällä on hyvin vähän tarjontaa. Se on yksi syy, miksi täällä on ostopalvelut niin vähäisiä kun täällä ei ole tarjontaa.” (sosiaali- ja terveystoimen johtaja)

Kaikki tutkielmaa varten haastatellut henkilöt nostivat tarjonnan puutteen jossain vaiheessa haastattelua esiin. Pienimmän kunnan ongelmana on yksinkertaisesti se, ettei palveluntarjoajia ole lähellä. Kahdessa suuremmassa kunnassa tarjontaa jonkin verran on, mutta markkinat nähtiin vielä ohuiksi ja kapeiksi. Kilpailutustilanteessa tarjouksia kyllä saadaan, mutta todellista kilpailua ei nähty syntyvän. Vastauksista ilmenee se tosiasia, että yksityiset terveydenhuoltopalvelut ovat keskittyneet suurempiin asutuskeskuksiin ja suuremmille talousalueille, mutta tämäkään ei vielä välttämättä tarkoita toimivia kilpailuolosuhteita. Kysyntä ja tarjonta eivät välttämättä kohta toisiaan, eikä aitoa kilpailua ainakaan kaikissa kilpailutustapauksissa synny. Muutamit suurempien kuntien edustajat katsoivat tilanteen paranevan pikku hiljaa. Pienemmällä paikkakunnilla lähin tarvittavia palveluja tarjoava yksityinen tuottaja toimii usein hankalan välimatkan takana. Tällöin mahdollisuudet ostopalveluihin ovat rajallisia. Tietty perustarjonta on pidettävä itse yllä ja ostopalveluja voidaan hakea esimerkiksi sellaisiin toimenpiteisiin, jotka eivät ole akuutteja ja jotka mahdollistavat pidemmät siirtymät palveluntarjoajan luo (esimerkiksi kaihi- ja lonkkaleikkaukset).

Kansalaisten tasa-arvo

“Mä olen joskus lääkäriiliiton järjestämässä toimittajien seminaarissa kuunnellut yksityispuolen edustajaa, joka esitteli oman järjestelmänsä tehokkuutta. Minusta se oli aika huikeeta puhetta ja kysyin siltä, mites teidän yksityispuoli vastaa hulluihin ja humalaisiin ja näihin pieniin ihmisiin, jotka ei huuda eikä tuu ja miten se vastaa niihin päivystysajan hommiin. Eihän se vastaa niihin. Mä katon sitä tietysti pikasen yksisilmäisesti, mutta mulla on joskus semmonen tuntuma, et se yksityispuoli pyrkii poimimaan rusinat pullasta. Eliikkä minustakin olis hirveen helppo hoitaa Helsingin kaupunkilaisrouvia, jotka tulee valittamaan oikeanpuoleista ohi-mosärkyä. Eliikkä sehän on semmonen, joka kuitenkin jos ei muulla ni sillä hinnal-

la se pystyy valitsemaan tietyn potilasaineiston. Eihän ne ole helppoja potilaita nekään, mutta siis tämmönen ympärivuorokautinen päivystys ja hullujen hoito ja humalaisten hoito, ni minusta ne on semmosia, että se yksityispuoli tuskin koskaan pystyy tai sen ideologian mukaista ei ole ottaa sitä vastuuta siitä. Se jää joka tapauksessa tällä niinku yhteisvastuulla hoidettavaksi ja tuota sitte jos meillä sen yhteisvastuun resurssit pienennetään ja siirretään sinne toiselle puolelle, ni silloin mä pelkään, et siinä voi tulla sitä tosiaan sitä eriarvoistumista vielä enempi kuin nyt. Kyllä ne on kuitenkin vaikka siellä on samat ihmiset ja aika paljon samat potilaat ja vaikkei se nyt Suomessa ole mikään tämmönen elitistinen instituutio käydä yksityislääkärillä, ni kyllä ne on kuitenkin eri maailmat ja arvopohjat ovat erilaiset pakosta.” (johtava lääkäri)

“Täällä ei ole vielä siihen päästy tai menty esimerkiksi laboratoriotoinnassa (liikelaitostamiseen). En näkis erityisiä tällaisia eettisiä ongelmia sitten sen tyyppi-sessä toiminnassa, joka on pelkästään tutkimusta. Eli oikeestaan vähän niinkun liittyy tietyllä tavalla siihen samaan ajatukseen, että tällaiset tukipalvelut tai tutkimukselliset palvelut voidaan ostopalveluilla järjestää, ni silloin siitä käytäs varsin hyvä konsepti mutta tuota en taas kovin äkkiä menisi enkä menisikään niinkun tätä ydintehtävää ja perustehtävää kyllä liikelaitostamaan sitten. .. Esimerkiksi se, että yksittäisten lääkäreiden vastaanottopalvelut pitäis kilpailuttaa ja sairaanhoitajien toiminta pitäisi ulkoistaa ja täällä olis sitten vaan kaupungilla joku tämmönen ostopalvelujen pyörittäjä organisaatio, ni tuota se, minkä mä nään siinä ongelmaksi on sitten se, että siinä on siis niin monta liikkuvaa osaa, että ainakaan ei voitais mitenkään mun mielestä turvata niinkun tasapuolisesti palvelujen saata-vuutta tai sitä laadukkuuttakaan. ” (johtava lääkäri)

“Semmosta kapasiteettia ei voi luoda, että meillä olis niinkun vapaasti kilpailutet-tavia paikkoja. .. Semmonen jollain tapaa maltillinen tai järkevä tämmönen yhteis-työkaverin valitseminen ni sehän on semmonen, että kyllä siihen voidaan mennä mutta mä en sitä oikein käyttäs sitä tuota kilpailuttamistermiä, koska se on minus-ta pikkasen tosiaan ruma, ihmistä halveksiva tässä yhteydessä.” (johtava lääkäri)

”Silloin kun pystytään keskittymään, ei kanneta kokonaisvastuuta, vaan niinkun keskittymään tiettyyn toimenpiteisiin ni ne pystytään tehokkaammin hoitamaan kun sillä toisella julkisella organisaatiolla täytyy olla sitten myöskin vastuu niistä ihmisistä. .. Useinhan se on jos tulee yksityiselle sektorille, ni se ihminen on tutkit-tu ja selvitetty taikka se on niin selvä se vaiva, että tämmönen niinkun tutkiminen mistähän nyt on kysymys, ni sitä ei sillä tavalla tarvitse tehdä. Julkinen organisaatio on tehnyt sen. Tavallaan valmistellut sen tilanteen niin, että joku pystyy sen tehokkaasti hoitamaan. Jossain tapauksessa se kannattaa käyttää hyväksi, ei siinä mitään, mut ei pidä verrata sitten sitä. .. Siinä on tämmönen ns. kermankuorin-ta ongelma, joka on taas sitten siinä että jos sitten se julkinen yksikkö ei tee näitä yksinkertaisempia toimenpiteitä, ni sitten se varmistujärjestelmä tulee entistä kal-liimmaksi. Siinä on tämmöstä myöskin vähän tämmöstä harhaa tän yksityisen sektorin tehokkuus silloin kun se pystyy niinkun valikoimaan asiakkaansa. Perus-ideahan täällä julkisella terveydenhuoltosektorilla on, että se ei voi valita asiak-kaansa tuota niinkun sen hoitoisuuden taikka sen helppohoitoisuuden taikka sen oman osaamisensa perusteella vaan sen pitää ottaa kaikki hoidettavaksi.” (sosi-aali- ja terveystoimen johtaja)

“Mun mielestä tää perusterveydenhuolto pitää hoitaa pää asiassa kunnallisena. Ja jos se kivi paalutetaan ja sieltä sitten tuleekin yksityiset laitokset ja sen jälkeen tää

julkinen lakkaa, niin sen jälkeen on vaarana se, että niitä palveluja saa vaan ne, jotka pystyy ostamaan niitä.” (sosiaali- ja terveystoimen johtaja)

Toinen usein esille noussut tekijä oli huoli kansalaisten tasa-arvo palveluiden saannissa. Palvelutuotannon siirtymisen yksityissektorin, ostopalveluiden ja ylipäätään markkinaehtoiseen suuntaan, katsottiin aikaansaavan tasa-arvon heikkenemistä palveluiden saatavuudessa ja laadussa. Etenkin terveydenhuollon ydintoiminnot halutaan tuottaa omana toimintana. Vastausten perusteella markkinaehtoistuvien palveluiden hyödyntämisessä etuoikeutettuun asemaan nousevat ne, joilla on riittävät taloudelliset edellytykset palveluiden käyttöön ja toisaalta riittävä tietotaito kuluttaa tämän tyyppisiä palveluja. Yksityissektorin ei katsottu pystyvän kantamaan kokonaisvastuuta terveydenhuollosta, eikä sitä nähty sektorin tarkoituksenakaan. Yksityisen sektorin yhtenä keskeisenä tavoitteena nähtiin taloudellisen voiton ja tehokkuuden tavoittelu, mikä ilmenee kapeana toimintana ja ”helpohoitaiseen” asiakasmateriaaliin keskittymisenä. Tämän kautta kyseenalaistetaan yksityisen palvelutuotannon edullisuus.

Kehittäminen ja ohjattavuus

”Nimenomaan sitten myöskin se, että sellasta hyvin moneen pieneen pirstoutunutta systeemiä olis hyvin vaikea niinkun lähteä johonkin suuntaan kehittämään. Koska silloin se olis niinkun aina yksilöiden välinen juttu ikään kuin se homma ja ikään kuin myöskin raamittamaan, että jossakin ne rajat sitten menis. .. En lähtisi kyllä sitä perustehtävää ja sitä ydintehtävää kyllä kilpailuttamaan just sen takia, että sen sellanen niinkun sanotaan nyt yhteiskunnallinen ohjattavuus olis hyvin hankalaa joka tapauksessa. Ja eikä voitais ikään kuin tällasessa asiassa niin äkkiä sais ikään kuin, mitä me täällä sovitaan, mikä me katsotaan tärkeimmäksi ja sitten lähetään toteuttamaan sitä niinkun voidaan tehdä silloin kun se on ikään kuin omana toimintana hoidettu.” (johtava lääkäri)

”Jos me sitten lähetään niinku kilpailuttamaan pala palalta, niin siitä häviää se kokonaisuus. Voihan olla esimerkiksi, että joku laskee, että jossakin kaupungissa satsataan paljon avohoitoon, että se että liikaa menee siihen rahaa, mut ei sitä voi niin edes lähteä arvioimaan. Täytyy kattoa samalla, että säästykö se esimerkiksi laitoshoidosta. Mä en tämmöstä isoa kokonaisuutta kun tää perusterveydenhuolto on, mikä se nyt sitten onkaan, ni se on ihan mahotonta kilpailuttaa, koska se sisältää niin paljon toisiinsa integroituvia toimintoja, että jos me revitään irti, siitä häviää se kokonaisuus. Eliikkä hukkuu pallo. Mä en niinku näe/usko, että koko kansanterveystyötä jos näin sanotaan vois kilpailuttaa vaikka niinkun tässä tuli mainittua. Onhan se tapahtunut yhdessä kunnassa mutta ei mitenkään onnistuneella tavalla.” (sosiaali- ja terveystoimen johtaja)

”Mulla on ainakin vähän semmonen ideologia tässä tekemisessäni, et se, mikä toimii hyvin, ni jos se on laatu ja hintasuhteessa ihan vertailukelpoinen, ni miksi

sitä tulisi muuttaa. En mä ihan taas semmosta, et kaikki laitettas irti ja auki ja ylös ja kilpailutettas. Musta se on aika kova juttu.” (sosiaali- ja terveystoimen johtaja)

Useampi kuntavaikuttaja katsoi laajamittaisen palveluiden kilpailuttamisen johtavan heikosti hallittavaan kokonaisuuteen. Palveluiden tuottamisen isommassa määrin ostopalveluina nähtiin johtavan vaikeaan järjestelmän ohjattavuuteen ja kehittämiseen. Ongelmia uskottiin syntyvän myös kokonaisuuden hallinnan kanssa, koska palveluketjujen tarkastelun uskottiin vaikeutuvan. Esimerkiksi kansanterveystyön ja väestön hyvinvoinnin edistämisen katsottiin hankaloituvan selvästi, jos ohjaus ja palvelutuotanto eivät ole selvästi yhden toimijan vastuulla. Terveystuotanto ei ole pelkkää sairaanhoitoa, vaan sillä on myös muita tehtäviä. Tämän hetkisen systeemin nähtiin myös toimivan monessa suhteessa hyvin, mikä ei puolesta radikaalien muutosten tekemistä.

Ostoksen laatu ja kokonaiskustannukset

”Kilpailuttamiseen kuitenkin sisältyy osittain sitten sitä rahan valtaa ja tuota kun riittävän edullisesti kilpailuttaa, ni no kyllä tietysti tänä päivänä pyritään niihin laatu- ja kokonaisedullisuuteen ilman muuta, mutta se kokonaisedullisuus on taas jo paljon vaikeampi niinkun laskea. Jos joku jotakin vastaanottopalvelua saa halvemmalla, ni onko se todella sitä kuitenkaan kun kattoo pitkässä juoksussa. .. Vaikka sitten yksittäiset esimerkiksi vastaanottokäynnit sinällään saattais tulla halvemmaksi ostaa, ostamalla tai kilpailuttamalla niin tuota yleensä kuitenkin on niin, että tällänen yksityistäminen kokonaisuudessaan nostaa kustannuksia. Vaikka yksikkökustannukset saattas olla pienempiä mutta se kokonais tuota kustannusten kasautuma tai kertymä niin se ei oikeestaan olis minkään systeemin rajaama sitten. Mä en usko, että me saatas niinkun niille verorahoille millä sitä systeemiä pitäis kuitenkin pyörittä, niin ikään kuin parasta vastinetta. .. Esimerkiksi jos ajatellaan amerikkalaista terveydenhuoltojärjestelmää, ni sehän on tosi paljon kalliimpi bruttokansantuotteellakin mitattuna ja siellä nimenomaan tällaset tuota muut seikat kun mitenkä yhteiskunta kattoo mihinkä tasolle se kattoo olevan järkevää nostaa joitakin toimintoja, ni se on täysin villiä taas siellä.” (johtava lääkäri)

“Mä en ole niinku vakuuttunut siitä, että joka asiassa kilpailu on aina semmonen konsti millä niinkun se lopullinen taloudellisuus saavutetaan. Tilanne on kuitenkin niin, että jos verrataan sitä johonkin teollisuuteen, ni siellä sijoitetaan miljoona, no 250 000 euroa siihen, että saahaan yksi työpaikka pois. Investoidaan siihen teknologiaan ja siihen. Mä en niinku näe, että terveydenhuollossa se olis niinku mahdollista, koska siihen tän yksityissektorin tehokkuus perustuu, tähän pääomien tehokkaampaan käyttöön. Ja tavallaan sillä tavalla teknologian ja ihmisten tehokkuuseen käyttöön. Ni mä en usko, että terveydenhuoltojärjestelmässä on niin paljon niinku sellasia elementtejä, että siellä niinku voitais koneisiin ja laitteisiin ja pääomaan sijoittamalla mihinkä yksi tällanen tehokkuus perustuu... että siellä voitais niin paljon nostaa tehokkuutta. Etta se niinkun olis olennaisesti tehokkaampi kun joku nykyinen systeemi. Mut se, että tietysti se, että pitääkö joitakin sektorei-

ta, voiko niitä kilpailuttaa, ni se on tietysti sillä lailla mahdollista mutta semmonen ihan se perusterveydenhuolto, ni mä en oikein usko, että se niinkun periaattessa sitten kuitenkaan niinkun olis oikeesti tehokkaampi tai oikeesti parempi. Saahaan sillä kauhea pyörytys aikaan mutta se et se niinkun oikeesti jotakin vaikuttas ni mä en suoraan sanoen usko siihen. Että mä en niinku näe sitä, et jos käsillä tehdään työtä, et jotkut toiset kädet voisivat olla niin paljon paremmat, että se olis olennaisesti parempi se lopputulos. .. Mä luulen, että nää sosiaalihuollon tota tehtävät on sellasia, että niissä on niinkun enemmän aikaa hoitaa niitä ihmisten niinkun... siinä hoidetaan tavallaan ihmisten elämää. Terveysthuollossa ehkä hoidetaan akuutimmin sellasia sairaustapauksia, joissa tavallaan se tämmönen ostopalvelu ei ole niin hyvin toimiva kuin sitten sosiaalipuolella. Et siellä (sosiaalipuolella) ehkä enemmän kun siellä niinkun ihmiset myös maksaa niistä palveluista tavallaan itse enemmän, ni ne tota sinne se semmonen valinnanmahdollisuus sopii.” (sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja)

”Siitä on jopa kokemuksia, miten tota markkinat toimii sit kun koko terveydenhuoltojärjestelmä on niinkun tavallaan markkinaehtoistettu. Yhdysvallathan on hyvä esimerkki tai hyvä huono esimerkki siitä ja Britannia on kokeillu tämmöstä järjestelmää. Osin siellä on vieläkin tää välitila, et siellä ei ole oikein ratkastu, miten se vastuu menee. Uudessa Seelannissa oli isot kokeilut laajemminkin mutta et terveydenhuollossa myös... ja kyl se nyt siltä näyttää... no asiantuntijat ainakin on sitä mieltä Suomessa ja Euroopassa, että ei se kauhean onnistunut ole se järjestelmä jos se markkinoistetaan täysin. Et se ei niinkun toimi. Kun lähtökohtaisesti taas tullaan siihen että terveydenhuolto on kallista bisnestä. Ja jos siinä tuota noin ei ole sitä julkista runkoa, verorahoitteista niinkun tiettyä juttua, mikä hoidetaan ni silloin tää on markkinaehtoinen järjestelmä, ni se hoitaakseen sit tämmösiä yhteiskunnalle kuuluvia tehtäviä, ni se on kyllä osoittautunut aika tehottomaksi, hirtittävän kalliiksi ja siitä huolimatta se jättää ihmisiä hoitamatta. .. Yhdysvallat esimerkiksi käyttää melkein tuplasti rahaa bkt:stä laskien niinkun terveydenhuoltoon mitä Suomi. Ja silti se jättää väestöstään tuota kolmanneksen hoitamatta kokonaan. Se on niinkun huono esimerkki ja se on nyt puhtain markkinaehtoinen järjestelmä, joka maailmasta löytyy. Ja sielläkin on sentään julkiset sairaalat, kunnalliset terveydenhoidot niinkun siellä pohjalla jossakin. Mut ne on todella niinkun eriarvostavia järjestelmiä, johon siihen pohjajärjestelmäänkään ei tahdo ihmiset päästä.” (sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja)

“Kun me hoidetaan ihmistä, niin me käytetään korkeita teknologiaa ja tota pitkälle koulutettua henkilökuntaa ja sitä on pikkasen hankalampi kaupan hyllylle laittaa ku jos se on joku ihan tämmönen perustoiminta, siivouspalvelu tai vastaava.” (Johtava lääkäri)

Laajamittaisen palveluiden kilpailuttamisen ei uskottu tuottavan edullisempia terveydenhuoltopalveluja, päinvastoin. Tiettyjen palvelukokonaisuuksien ja yksittäisten palvelujen ostaminen saattaa tulla halvemmaksi, mutta laajamittaisen palvelutuotannon kilpailuttamisen nähtiin nostavan kustannuksia. Ongelmaksi nousisi vastausten mukaan palvelutuotannon ja edelleen kustannusten kontrollointi. Eräs haastateltavista totesi terveydenhuoltopalveluiden olevan laadultaan sellaisia, että

tehokkuutta ja taloudellisuutta ei pystytä saavuttamaan samoin konstein kuin esimerkiksi teollisuudessa. Laajamittainen kilpailuttaminen aiheuttaisi uudenlaista byrokratiaa, jonka tuloksena tuskin olisi edullisemmin tuotetut palvelut. Muutamat haastateltavista nostivat esimerkeiksi maita, joissa terveydenhuoltopalveluita tuotettiin selvästi enemmän markkinoilla kuin Suomessa. He katsoivat, että nämä mallit ovat epätasa-arvostavia, tehottomia ja kalliita.

Lainsäädäntö

“Sanotaan näin, et julkisella puolella toimiessa tulee siis siitä järjestelmästä ja organisaatiosta johtuen ja säädöksistä ja laeista tulee hyvin paljon semmosia erilaisia kuormia siihen toimintaan. Ja tota jos esimerkiksi toimis yksityisellä puolella, ni paljon reippaammin vois tehdä asioita, koska sä voit tehdä niitä asioita, jotka on sulle tuottavia, kannattavia, sujuvia. Sun ei tarvitse vastata kaikesta. Ni mut kun sä olet kuntapuolella, ni sul on kaikki... ja siinä on se ero, mikä tulee”. (sosiaali- ja terveystoimen johtaja)

“Kai se johtuu aika paljon yhteiskuntapolitiikasta ja lainsäädännöstä. Kyllähän kansanterveyslaki tullessaan aika paljon niinkun määräs sen, miten suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä rakentuu. Silloinhan lähdettiin siitä, että kuntien vastuulla on hyvin laaja perusterveydenhuolto terveyskeskuksineen, lääkärin vastaanottoineen, terveyskeskusten vuodeosastoineen. Erikoissairaanhoidon koskeva lainsäädäntö toisaalta sitten edellyttää laajaa ja aika tehokasta sitten tämän erikoissairaanhoidon järjestämistä. Laeilla on tietyllä tavalla paalutettu tän terveydenhuoltojärjestelmän rakenne tässä maassa.” (sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja)

”Ei ole totuttu siihen, että sen jälkeen kun tää kansanterveyslaki tuli, että yksityisesti hoidettaisiin terveyttä. Ja sitten sitä kautta siellä on palvelujen tarjonta sitten vähäisempi.” (sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja)

Muutamit haastateltavista sanoivat lainsäädännön hankaloittavan ostopalvelutoimintaa. Tämän näkökulman esille nostaneet haastateltavat olivat sitä mieltä, että terveydenhuollon tuotantoon liittyvät kysymykset ovat niin tiukasti säänneltyjä, että tämä estää käytännössä kuntia poikkeamasta laajemmin vallitsevasta palveluiden tuottamistavasta. Järjestelmä on rakennettu vuosien aikana julkisen palvelutuotannon varaan, minkä seurauksena lait ja rakenne tukevat julkisesti tuotettuja palveluja. Kuntien tulee vastata kaikesta, kun taas yksityinen sektori pystyy valitsemaan palvelunsa. Kaikesta vastuun kantaminen ja kaikesta huolehtiminen kuormittaa julkista palvelutuotantoa.

Yllä olevat viisi asiakokonaisuutta sisältävät keskeiset perustelut julkisen palvelutuotannon aseman säilyttämiseksi. Osa näistä perusteluista pohjaa tutkittuun tietoon, osa on yhdistelmä tutkittua tietoa ja omaan kokemukseen ja osassa perusteluista oletuksilla ja uskomuksilla on suurempi rooli. Perustelu, jonka myös tutkittu tieto osoittaa, on yksityisten toimijoiden sijoittuminen suurempiin asutuskeskuksiin ja suuremmille talousalueille. Kokemuksen kautta kunnissa on todistettu, että vaikka alueella toimisi yksityisiä palveluntuottajia, niin palvelun kilpailuttaminen ei takaa tarjouspyyntöjä. Tätä saattaa selittää esimerkiksi kilpailutetun palvelun ja palveluntuottajien yhteensopimattomuus tai kiinnostuksen puute palvelun tuottamiseen. Joka tapauksessa kunnissa on edelleen pula yksityisistä palveluntarjoajista ja siksi toivotunkaltaisia kilpailutilanteita ei synny. Tästä tosiasiasta johtuen yksityissektoriin ja ostopalveluihin (markkinoin) vahvemmin tukeutuvaan systeemiin ei voida siirtyä. Tarjonta ei ole riittävää eikä kattavaa.

Loput perusteluista sisältävät mielestäni enemmän tai vähemmän käsityksiin ja mielikuviin perustuvia uskomuksia. Mielikuvat ja uskomukset tulevat mukaan lähinnä siitä syystä, että tutkittu tieto ja omakohtaiset kokemukset ovat rajallisia. Tasa-arvon kohdalla pelkona on ihmisten jakautuminen niihin, joilla on rahaa ja siksi mahdollisuus hakeutua hoitoon ja niihin, joilla ei ole rahaa ja siksi rajalliset mahdollisuudet hoitoon. Ainakaan palveluiden laadun ei uskota pysyvän tasa-arvoisena. Yksityissektorin ideologian mukaista ei ole hoitaa kaikkia vaan valita asiakkaansa. Järjestelmän kehittämisen ja ohjattavuuden ei uskottu olevan samaa tasoa kuin tällä hetkellä, jos palvelutuotanto pirstoutuu lukuisille yksityisille toimijoille. Markkinoin pohjautuvan systeemin hallinta, kehittäminen ja ohjaaminen haluttuun suuntaan nähtiin vaikeana ja jopa mahdottomana.

Laajamittaisempaa kilpailuttamista hillitsevinä tekijöinä esille tulivat myös ostoksen laatu sekä kustannukset. Terveystuotepalveluiden katsottiin olevan luonteeltaan sellaisia, että niitä ei pysty jokin toinen organisaatio tekemään merkittävästi edullisemmin. Toisaalta isoa osaa palveluista on hyvin vaikea järkevästi hinnoitella. Laajemman kilpailuttamisen ei uskottu laskevan kustannuksia. Yksittäiset ostot saattavat olla taloudellisesti kannattavia, mutta laajempien kokonaisuuksien kohdalla tähän ei enää uskottu. Viides perustelu hillitylle kilpailutukselle perustuu lainsäädäntöön. Merkittävä osa kuntien terveydenhuoltoon varaamista rahoista

menee lakisääteisten toimintojen hoitamiseen. Lakisääteisten toimintojen kuormittavuuden nähtiin rajoittavan mahdollisuuksia palvelujen kilpailuttamiseen.

Tiedoilla, jotka ovat kertyneet vaihtoehtoisesti tuotetuista terveydenhuoltopalveluista, voidaan perustella julkisen sektorin asemaa ja palveluiden tuottamistapaa monista näkökulmista. Yhdysvaltojen ja Englannin terveydenhuoltojärjestelmistä saadut tulokset ja kokemukset ovat osoittaneet nämä järjestelmät epätasa-arvoisiksi, kalliiksi ja silti tehottomammiksi ja vaikeasti ohjattavaksi. Suomesta saadut kokemukset ja tutkimustulokset esille tulleista asioista ovat vielä vähäisiä. Haastattelujen perusteella on vaikea sanoa, mikä merkitys näillä muista maista saaduilla esimerkeillä lopulta on suhtautumisessa markkinaehtoiseen palvelutuo-
tantoon. Useampi kuntavaikuttaja kuitenkin käytti tätä perustelukeinoa useamman kysymyksen kohdalla.

5.2.3 Vastuu terveydenhuoltojärjestelmästä

Kunnallisten valmistelu- ja päätöksentekoprosessien vastuu ja merkitys palveluiden järjestämisessä, tuottamisessa ja rahoittamisessa on merkittävä. Kunnallisessa järjestelmässä päätökset tehdään valtuustotasolla. Päätöksentekoprosessi on poliittinen prosessi, jossa etukäteisneuvottelut ja valmistelut eri ryhmien välillä ovat keskeisessä asemassa. Viranhaltijoiden rooli päätöksentekoprosessissa keskittyy valmisteluun ja päätöksentekoehdotuksiin. Heidän tehtävänä on luoda edellytykset luottamushenkilötoiminnalle työskentelemällä päätöksenteossa puolueettomina valmistelijoina, esittelijöinä ja asiantuntijoina. Kuntien tehtävien lisääntyminen ja muuttuminen entistä monimutkaisemmiksi ovat korostaneet viranhaltijatyön ja asiantuntemuksen merkitystä. (Oulasvirta 1996, 33.)

Terveydenhuoltopalveluiden osalta keskeisessä suunnitteluvastuussa on johtava lääkäri oman asiantuntemuksensa kautta. Sosiaali- ja terveystoimen johtaja rooli linkittyy myös suunnitteluvaiheeseen sektorin esimiesaseman kautta ja pohjaa sekin sektorin asiantuntemukseen. Sosiaali- ja terveydenhuoltolautakunnan puheenjohtaja on luottamushenkilö, jonka rooli terveydenhuoltoon liittyvissä kysymyksissä on korostunut. Kunnassa vallitsevasta käytännöstä riippuen osa tai suu-

rin osa ostopalvelupäätöksistä voidaan tehdä lautakuntatasolla. Tässä alaluvussa selvitetään vastaajien näkemyksiä valtasuhteiden jakautumisesta ostopalveluista päätettäessä. Kenellä valta on ja kenellä sen pitäisi olla?

”No sehän menee tietysti tän kunnallisen päätöksenteon mukaisesti. Siis tietysti päävastuu siinä mielessä, että kuka niinkun vastaa tai järjestää sen, että haetaan näitä ostopalveluita, kilpailutetaan niitä, niin sehän on virkamiesjohto. Mutta tietysti tässä kunnallisessa järjestelmässä niin siis päätäntävalta on sitten luottamushenkilöillä. Useimmissa kunnissahan, jos on hyvin valmistellut asiat, niin useimmitenhan päättäjät eli poliitikot päättää esitysten mukaisesti. Et sillä lailla tällanen todellinen järjestämistä vastuu on niinku virkamiespuolella. Mutta että kyllähän niin kun isot ostopalvelusopimukset menee ihan voi mennä ihan kaupunginvalluuteen asti päätettäväksi. .. Virkamiehelle jää kuitenkin se virkamiehen vastuu. Toisin sanoen jos on ihan höpöjä pistänyt sinne esittelyyn, ni kantaahan se siitä tiettyä vastuuta. Mutta sehän nyt ei tietenkään ole sama kun tossa kysyit sitä kysymystä, että kunnallisena viranhaltijana jos olis kysymys yksityisestä organisaatiosta, ni se vastuu olis sitten suunnilleen omasta taskusta. Tässähän se on lähinnä sitä että jos oikein munaa voi saada kenkää. Mutta siis ihan normaalin kunnallisen järjestelmän mukaanhan tässäkin vastuut jakautuu ja toiminta tapahtuu.” (johtava lääkäri)

”Poliitikot viime kädessä sitten näistä ikään kuin raameista lähinnä resurssien kannalta kuitenkin päättää. He joutuvat viime kädessä tekemään kuitenkin valintoja sitten että, rakennetaanko siltoja vai lisää vuodeosastopaikkoja tai ostetaanko lisää leikkauksia vai tehdäänkö oopperatalo.” (johtava lääkäri)

”Eihän tossa tarvii lukea kun perustuslakia. Valta suomessa kuuluu kansalle. Täähän on se lähtökohta. Sitten kun sitä tarkemmin revitään, ni sittenhän se kansa on delekoinut sen vallan näille päättäjille. Tässä kohtaa hirveen paljon kunnallisille päättäjille, koska se kunnan rahoitusosa on siellä aika iso. Ja sitten toinen on tää julkisen tai niinku valtiollisen päättäjätason hommeli. Ja tota täähän se on meillä se pelisääntö. Mutta sitten taas törmätään siihen, että kun nää on hirmusen monimutkaisia asioita, jossa on tää tämmönen hallinnollisesti säädelty rakenne ja sitten siellä on tää professio, tää ammattikunta, vahvasti mukana. Siel on lääketiede tai lääketaide ja sitten siellä on vielä enemmän tai vähemmän vajaavaisia ihmisiä mukana, ni tota eihän se ole semmonen homma, että joku vois niinkun selvästi olla määräälemässä että näin, näin ja näin. (johtava lääkäri)

”Peruslähtökohta on se, että sodasta ei saa päättää kenraalit ja terveydenhuollosta ei saa päättää lääkärit. Et sehän on aina tää klassinen tämmönen demokratia ni kansalaisyhteiskunnan lähtökohta, että asiantuntijat on niinku arvokkaita mut ne ei saa niinku yksinään päättää. Et sehän merkittis silloin sellasta niinku teknokraattista yhteiskuntaa, joka on aika lähellä fasismia sitten. Tässä on niinku se järkevä suhde vähän samanlainen ku armeijan ja poliittisen päätöksenteon välillä on että kuitenkin viime kädessä aina niinkun poliittista vastuuta kantavat kansalaiset päättävät siitä mitä tehdään.” (sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja)

Perusajatukseltaan haastatellut henkilöt pitivät tämän hetkistä käytäntöä hyvänä. Päätöksenteon tulisi tapahtua yhteistyössä luottamushenkilöiden ja viranhaltijoi-

den kanssa. Luottamushenkilöiden roolin tulisi kuntavaikuttajien mielestä olla suurempien linjojen suunnittelua ja varsinaista päätöksentekoa. Viranhaltijoiden tehtäväksi nähtiin näyttöön perustuvan tiedon tuominen päätöksentekoprosessiin esimerkiksi siitä, miten jokin palvelu olisi parasta tuottaa. Tässä prosessissa virkamiesten tulee olla luottamuksen arvoisia ja toisaalta poliitikkojen tehtävänä on luottaa.

Käytännössä tilanne ei ole näin selvä. Kaikki vastaajat kritisoivat palveluiden tuotantoon liittyvää päätöksentekoa jostain näkökulmasta.

”Varsinkin kun on keskusteltu tästä priorisoinnista. Tänä päivänähän se on sysätty pitkälti lääkäreitten syliin ja poliitikot tietenkä kieltää ja kaartaa sitä kysymystä. Ne on tietysti vaikeita linjanvetoja. Tietysti missään tapauksessa poliitikot ei yksin sitä pysty tekemään. Tänä päivänä kuitenkin lähdetään siitä että priorisoinnin tulee pohjautua tällaseen näyttöön perustuviin asioihin. Siellä pitää olla niinkun näyttöä niistä asioista mitä tehdään tai mitä ehkä jätetään tekemättä sitten. Eli siihen tarvitaan hyvin vahvasti kyllä tietoa. .. Et jotenkin tää tämmönen tasausjärjestelmä, joka niinkun turvaa sen Suomen mittakaavassa tän tasa-arvon toteutumisen ni... siksi sitä olis syytä levittää kyllä aika laajalle sitä eli valtakunnan tasolle mutta että siellä ihan pakkohan siellä on olla sitten poliittinen päätöksenteko ja sitten tietysti tuo terveydenhuollon toimijat hyvin tiukasti yhteistyössä.” (johtava lääkäri)

”Kyllähän meillä niinkun lääkärin kanssa on keskusteltu kaikista suurista päätöksistä. Esimerkiksi tän vuoden alusta kun ulkoistettiin tää päivystys, ni eihän sitä tietenkään sitä keskustelua taikka päätöstä tehty ilman, että lääkärit oli mukana siinä ajatuksessa, koska ei meillä ole varaa nyt oikein tehdä päätöksiä, missä lääkärit ei ole mukana. Kyllä mun mielestä lääkäreillä sillä lailla sellasiin asioihin, mitkä heitä selvästi koskee, kyllä yleensä kuulla. Tällä hetkellä varmaan vielä tarkempikorvasesti kun joskus aikasemmin.” (johtava lääkäri)

”Kyllä mä jotenkin vanhemmiten oon tullut semmoseen sanosko pikkusen kyyniseen ajatteluun, että vaikka olis kuin fiksu kunnallinen päättäjä tai kuin fiksu poliitikko, ni tän niinkun tän ihmisen hoitamisen nää tämmöset perusasiat, ni kyllä niitten on hirveän vaikea päästä niihin sisälle. Toisaalta tietty semmonen teknokratia valta, että lääkärit siellä huseeraa ja tekee systeemin sellai kun itse kattoo, ni eihän sekään mikään ideaali ole. Mutta semmonen tuntuma niin kuin oli äsken puhetta, että se on niin monimutkanen asia, että siellä kyllä niinku sen perusaineiston tuntemusta hirveen paljon tarvitaan jos sitä systeemiä lähdetään rakentamaan. Ja jotenkin siinä on se vanha väittämä, että kunnallisten luottamusmiesten tehtävä on luottaa. Se tulee jotenkin mieleen ja sitten tietysti näitten virkamiesten tehtävä on osoittautua sen luottamuksen arvoiseksi. Eli siellä pitäis olla asiaa ymmärtäviä viisaita esittelijöitä, jotka pystyvät tarvittaessa kääntämään poliitikkojen päät.” (johtava lääkäri)

”Terveydenhoidossahan ongelma on se, että poliittista vastuuta kantavat kansalaiset ei riittävässä määrin halua kantaa poliittista vastuuta. Se on niinku se ongelma, jonka itte kyllä huomaa, että näitä teemoja ei oikein ihmiset halua tuotavan

käsittelyyn, jossa päätettäis sit siitä, että minkä tyyppisiä hoitoja annetaan, minkä tyyppisiä ei. .. Poliittinen vastuu kuuluu poliittisille päättäjille mut poliittisten päättäjien pitäis haluta sit kantaa sitä. .. Lääkärit ehkä ihan oikeutetusti sanoo, et poliitikojen pitää tehdä niitä päätöksiä. Mä kannatan sitä, että nää asiat niinkun on agendalla ihan reilusti. Et siihen on opittava hyvällä tai pahalla.” (sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja)

”Nythän minun mielestä tilanne on se, että vastuuta ei ole oikeastaan kenelläkään. Siis se että, lääkärit toimii lääkärin etiikan mukaan ja niillä taas ei ole mitään vastuuta taloudesta siis näin lainausmerkeissä ei minkäänlaista siis kyllähän ne nyt ymmärtää mutta se, että ne toimii sen lääkärinetiikan mukaan, joka on ehkä niille ainut millä ne voi toimia. Ja sitten taas poliitikoilla tai päättäjillä ei ole yleensä lääketieteellistä tietoa, että miten toimitaan. Musta tuntuu, että sitä vastuuta ei ole niinku kenelläkään. Tää systeemi vaan menee jonnekin päin. Et esimerkiksi tavallaan nää pienet kunnat tai yleensäkin kunnat on aika lailla näitten sairaanhoitopiirien niinku talutusnuorassa sen takia. .. Tavallaan se todellinen valta on siellä josakin, siellä hallinto-organisaatiossa sisällä. Ei sitä suoraan niinku ei sitä ohjaa lääkärit eikä sitä ohjaa... se on tämmönen voi sanoa tietynlainen kauhun tasapaino, jossa sitten se itseksään ohjautuu se tilanne. .. Tyypillinen minun mielestä on se, että jokaisessa sairaanhoitopiirissä pitää hoitaa lähes kaikki asiat, mitä vastaan tulee kustannuksista piittaamatta. Silloin se kaatuu se terveydenhuollon kustannukset peruskuntiin aika mielettömänä vyörynä erikoissairaanhoidosta. Tää on justiin tavallaan se tilanne, et minun mielestä tuntuu, että se ei ole oikein kenelläkään se hallinta. Et kyllä mä osittain kaipaen niinku tämmöseen valtakunnalliseen terveydenhuoltotasoon, keskitetympää valtakunnallista hallinnointia, jossa myös näille sairaanhoitopiireille voidaan sanella, että erikoistukaa te tähän ja te tähän ja te tähän. Mä kaipaen enemmän semmosta... kun se että kaikki vaan yrittää tehdä kaikkea mahdollista.” (sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja)

”Tää (vastuu) on hirveen monessa tasossa mun mielestä. .. Mä nään tämmösen kokonaisvaltasen siis koko maata kattavan vision ja tämmösen ohjeistamisen, kyl mä nään tärkeänä. Ihan sen takia, että ei me vaan olla näissä kunnissa kypsiä tekemään päätöksiä. Jotenkin meillä pitää olla tämmönen kuitenkin tietyllä tavalla keskittynyt tonne ministeriöön ja niin edelleen, joista sitten... siellähän on sit ne poliittiset päättäjät eduskunnan kautta. Mut siellä on niin vahva ministeriöasiantuntijaporukka kuitenkin, elikkä ne pitää huolen siitä tasapainosta. .. Mä en erittelis sitä kamalasti. Joissakin asioissa on ne lääkärit silloin kun terveydenhuollosta varmasti päävastuullisia. Mut jos puhutaan jonkun kokonaisen organisaation toiminnasta, ni silloin on se ammattijohtaja eli se riippuu aina vähän siitä asiayhteydestä.” (sosiaali- ja terveystoimen johtaja)

”Terveydenhuollosta puhutaan, että jos se menee liian lääkäripainotteiseksi ne kuin ei ymmärrä ne jermut rahasta mitään. Siellä tehdään sitten ratkaisuja riippumatta maksaako ne vai ei. Sitten toisaalta luottamushenkilöt, ni ne ehkä ymmärtää rahan arvon mutta ne ei ymmärrä toiminnasta mitään. Ne pitää saada yhteisymmärryksessä kuitenkin niin, että asiantuntijoita kuullaan. Käytetään huomioon asiantuntijoiden näkemys.” (sosiaali- ja terveystoimen johtaja)

Keskeinen haastatteluista esiin nouseva huomio on se, että valta on monessa tasossa mutta ei varsinaisesti oikein kenelläkään. Terveystoimien liittyvien

kysymysten kohdalla ongelmana haastatellut henkilöt näkivät puutteet poliittisessa vastuunkannossa. Kuntien luottamushenkilöt eivät riittävästi halua ja rohkene kantaa heille annettua vastuuta. Toisaalta myöskään lääkärit eivät ole olleet innokkaita ottamaan sitä valtaa ja vastuuta, joka ei heille lähtökohtaisesti kuulu. Tällä hetkellä päätöksentekijöiden ja asiantuntijoiden roolit ja vastuut eivät ole selkeitä. Yhtenä esimerkkiongelmmana esiin nousi palveluiden priorisointiin liittyvät kysymykset.

Poliitikoiden haluttomuus kantaa heille kuuluvaa vastuuta nähtiin johtuvan terveydenhuoltoon liittyvien kysymysten monimutkaisuudesta. Tavallisella poliittisella päättäjällä ei nähty olevan riittävästi tietoa ja osaamista, jotta hän pystyisi tai haluaisi päätöksiä tekemään. Tämän seurauksena todellinen vastuu siitä, miten palveluja järjestetään, siirtyy virkamiesjohdolle. Johtavan lääkärin asema näyttäisi olevan keskeinen. Hyvin valmistellut asiat menevät haastateltavien mukaan yleensä hyvin läpi poliittisessa päätöksenteossa. Muutamat haastateltavista totesivat, että tällä hetkellä ollaan tilanteessa (lääkäripula), jossa ylipäätään lääkäreitä on kuunneltava tarkkakorvaisemmin kuin aiemmin. Lääkärikunnan merkitys palvelutuotantoon liittyvissä kysymyksissä korostuu tätäkin kautta.

Yhtenä ehdotuksena tilanteen selkiyttämiseksi ehdotettiin valtiotason merkittävämpää roolia palvelutuotantoon liittyvien kysymysten määrittelyssä. Jokaisesta kunnasta ainakin yksi vastaaja nosti tämän asian esille. Keskitetyemmän valtakunnallisen hallinnoinnin uskottiin parantavan tasa-arvoa, selkiyttävän eri instanssien roolia ja keventävän kuntien päätöksentekotaakkaa asioissa, joista ei olla kypsiä tai kykeneviä kantamaan vastuuta. Kuntien järjestämis- ja tuottamisvastuu jakoi kuitenkin mielipiteitä. Muutamat kuntavaikuttajat eivät nähneet suotuisana kehitystä, jossa valtion roolia nykyisestä lisättäisiin.

5.2.4 Henkilövalintojen vaikutukset

Edellisen kysymyksen kohdalla (5.2.3) tuli esille ne henkilöt, joilla on erityistä painoarvoa ostopalveluiden käyttöön liittyvissä kysymyksissä. Tässä alaluvussa tarkastellaan henkilövalintojen merkitystä ostopalveluiden käytön suhteen. Perustu-

vatko päätökset ostopalveluista puhtaasti teknisiin ja pragmaattisiin tekijöihin, vain onko tiettyyn rooliin (tehtävään) valitun henkilön arvomaailmalla ja ideologialla merkitystä ostopalveluiden käytön suhteen? Tehdyistä ostopalvelusuunnitelmista ja -esityksistä sekä päätöksistä vastaavat lopulta yksittäiset ihmiset. Taustalla on oletus roolien käyttäytymistä kontrolloivista vaikutuksista. Yksilöstä tulee tietyn roolin suorittaja, mikä alistaa heidät tietyn tyyppiseen toimintaan ja ajatteluun. Nämä odotukset määrittelevät, millainen käyttäytyminen on roolia edustavalle henkilölle sopivaa ja millainen ei.

Luottamushenkilöt, tässä tapauksessa sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtajat, vaikuttavat ostopalveluiden käyttöön pääasiassa oman ryhmänsä kautta. Oulasvirran mukaan yksittäisen luottamushenkilön vaikutusmahdollisuuden riippuvat tiedollisista valmiuksista, asemasta omassa ryhmässä ja kyvystä vaikuttaa oman ryhmän yhteisiin kannanottoihin. Yksittäinen luottamushenkilö voi vaikuttaa puolueensa sisäisiin toimintatapoihin ja koko kunnan asenneilmaston kehittämiseen. Toisaalta tulee huomioida myös ryhmän vaikutukset yksittäiseen luottamushenkilöön varsinkin silloin, jos luottamushenkilön valmiudet ja asema ryhmässä eivät ole vahvoja. Viranhaltijoidenkaan rooli ei ole käytännössä ongelmaton. Perinteisen käsityksen mukaan suunnittelijat ja valmistelijat ovat ensisijaisesti puolueettomia asiantuntijoita, jotka ammattitaitoonsa nojautuen edistävät yleistä etua. Toisen käsityksen mukaan he eivät ole puolueettomia. Tämä oletus lähtee siitä, että ei ole olemassa yhtä yhteistä etua ja edut ovat usein toisilleen vastakkaisia. Eri tahot ja intressiryhmät kohdistavat valmistelijoihin ja suunnittelijoihin odotuksia, jotka voivat olla keskenään ristiriitaisia. (Oulasvirta 1996, 32–33.)

Tämä kysymyksen kohdalla tulee huomioida se, että näytekunnissa päätöksenteko-organisaatiot, vastuut ja virkanimikkeet eivät täysin vastaa toisiaan. Annettujen vastausten perusteella olen jakanut vastaajat kahteen ryhmään. Seuraavassa niiden kuntavaikuttajien näkemyksiä, joiden mielestä henkilövalinnoilla ei ole huomattavampaa merkitystä.

“En mä nyt oikeestaan tiedä sitten kun meillä se on käytännössä... et varmasti jossakin muulla annetaan ehkä tai on annettu ikään kuin viranhaltijoille isommat vapausasteet jotenkin sitä asiaa hoidella. Esimerkiksi niin kun on joku budjetti annettu, ni budjetin puitteissa voitte tehdä ja järjestää ne palvelut niin kuin lystätte.

Mutta täällä se on niinkun perinteisesti ollut hyvin tiukkaa. Lautakunta on halunnut olla hyvin tietoinen missä mennään ja ottamaan kantaa niihin asioihin. Ei se niinkun sanoinkin niin ei oikeestaan sillä tavalla, että ne sitten sinne vietyjä esityksiä lähtis aina tai lähtis torpedoimaan, vaan se on ehkä enemmän tämmönen yhteistyössä tehtävä homma.” (johtava lääkäri)

”No on varmaankin, että jos ei ole mitään kokemusta siitä asiasta niin ens alkuun voi suhtautua niin ku varovaisesti ja ei lähde niin hakemaan niitä mutta en minä nyt oikein usko, että sillä tän päivän Suomessa enää mitään poliittista mittakaavaa sillä asialla ei se varmaan siihen enään millään lailla nivoudu. Ehkä joskus on voinut olla sitäkin. Totta kai semmoset, jotka on harrastanut sitä ja osaa niinku noukia niitä oikeita kohteita, ni ne sitä harrastaa ja jos ei ole sitä paljon tullut tehdyksi, ni ehkä on enemmän semmosta epäluuloa. Kyllä siihen nyt jokainen hallintovirassa tänä päivänä joutuu sen kanssa tekemisiin.” (johtava lääkäri)

”Kyllä se voi merkitä. .. Mutta Suomessa en kyllä ole tavannut ikinä oikeestaan tutkimustietoa siitä, että jotenkin niinkun poliittisten voimasuhteiden mukaan toimenpiteet kovin paljon eroaisi. Tämmönen keskusteluilmapiiri voi erota kyllä. .. Useinhan nämä on hyvin tämmösiä käytännönläheisiä ja käytännön tarpeisiin jota harkitaan ammatillisin perustein. Kun ei tehdä semmosia isoja ratkaisuja, että kunta luopus terveydenhuollosta ja ostas ne kokonaisuudessaan. No semmonenhan on se Karjaan poikkeustapaus, joka on oma tapauksensa. Sitten jotkut tuota pienet kunnat, jotka ovat suuren kaupungin läheisyydessä, ovat tavallaan ottaneet semmosen strategian niinku pystyvät ehkä sitä markkinoita hyödyntämään. Ne on usein tämmösiä niinkun tosiaan aika pragmaattisia kysymyksiä. Niitä harkitaan sillä tavalla aikatavalla ammatillisilta perusteilta ja jos terveydenhuollon ammattilaiset niitä päätöksiä sillä tavalla valmistelee ja tekee, ni ehkä se on se, jolla on enempi vaikutusta kun tämmönen yleinen keskusteluilmapiiri. Kyllähän mä sen nään, voihan siinä jotain vivahteita olla mutta että se ois merkittävästi erilaisempaa, ni sitä mä en ainakaan ole huomannut. .. Niitä on nyt sitten ihan ammattilaiset harkinnut, että tämä on nyt tässä tapauksessa tota järkevää hoitaa ostopalveluna, eikä kannata itse tuottaa ja sitten se on päätöksenteossa mennyt läpi. Mä en muista, että näistä olis meillä niinkun esimerkiksi jossain lautakunnassa koskaan äänestetty.” (sosiaali- ja terveystoimen johtaja)

”Kyllähän tietysti saattas olla merkitystä. Mut niin kuin mä sanoin, ni aika pitkälle hän se kuitenkin on niin, että et musta tuntuu et ne palvelut on kilpailutettu, joissa on tälläset markkinat esimerkiksi seulonnat ja muut ostot ja tän tyyppiset asiat. Mut nyt tavallaan se peruspalvelu, mitä ostetaan, jossa ei ole oikeestaan markkinoitakaan, ni siinä on kuitenkin olosuhteiden pakko tietyllä tasolla ostaa. Tietty määrä pakko ostaa. Voi olla, et sillä henkilöllökään ei ole näissä olosuhteissa merkitystä. Sitten ihan jos oltas tällasessa neutraalissa tilanteessa, ni silloin olis varmaan merkitystä, että kuka on sen tyyppinen henkilö, joka käyttää tämmösiä modernia ja vähän sitten... meillä on monenlaisia ajatuksia että... joku uskoo aika pitkälle, et kaikki pitää kunnissa tuottaa vaan omana tuotantona.” (sosiaali- ja terveystoimen johtaja)

Haastatelluista henkilöistä neljä ei nähnyt henkilövalinnoilla olevan suurempaa merkitystä ostopalveluiden käyttöön kunnassa. Nämä neljä henkilöä olivat kahden suuremman kunnan johtavat ylilääkärit sekä sosiaali- ja terveystoimen johtajat eli

juuri ne henkilöt, jotka toimivat asiantuntijoina ja valmistelevat esityksiä (mitä tulisi ostaa, kuinka paljon, jne.). Kukin pohti vaikutuksen olemassaolon mahdollisuutta, mutta heidän mielestään yksittäisen henkilön vaikutuksia kumoavat sellaiset seikat kuin yhteistyössä tehty valmistelutyö, kokemus ja osaaminen, kunnan koko ja sijainti sekä talouteen ja henkilöstöön liittyvät resurssit. Huomattavaa on toisessa kunnassa vallitseva tilanne, jossa poliittiset päättäjät (sosiaali- ja terveyslautakunta) on ottanut vahvan roolin ostopalveluiden käytöstä päätettäessä. Vastauksista on havaittavissa, että yksilöiden suhtautumista ostopalveluihin ei nähdä tässäkään ryhmässä täysin neutraalina.

Viiden henkilön mielestä ostopalveluita valmistelevien ja niistä päättävien henkilöiden arvomaailmalla ja ideologialla on merkitystä.

”Totta kai sillä on merkitystä. Ihmisethän ne päätökset tekee. Sitten kun meillä on tää kehys on semmonen, lainsäädäntökehys on nyt sillai vapaa, että siellä voi tehdä minkä hyväksi näkee, niin kyllähän se on aika paljon kiinni sitte tietysti siitä henkilöstä, joka päättää, sen ideologiasta tai sen näkemyksestä. Tietysti sitten myös siitä, niin kun siitä missä se hommia tekee eli mikä on järkevää sen toiminnan pyörittämisen kannalta. Siellähän voi olla sitten siinä samassa järjestelmässä siinä voi olla hyvin monenlaista ilmaa siihen suuntaan, mikä siellä on järkevää. Mutta kyllähän tää on tämmönen niin kun harkinta-asia ja sillä lailla henkilökohtainen ratkaisu aina.” (johtava lääkäri)

”Totta kai sillä on. Totta kai sillä on merkitystä siihen, että miten nämä asiat asetetaan niinkun esityslistalle. Nehän ei mistään tupsahda sinne vaan ne joudutaan valitsemaan. Ja silloin tietysti se, minkä tyyppinen maailmankatsomus ihmisillä on, ni se vaikuttaa siihen kuinka kiire ja kuinka laajasti ja millä periaatteella markkinoita sitten käytetään. Totta kai. Se on hyvinkin riippuvainen sit siitä minkälainen arvomaailma ja yhteiskunnallinen näkemys ihmisillä on.” (sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja)

” On sehän on ideologinen kysymys yksityistetäänkö vai eikö yksityistetä. Sehän on selvä, että tietyt tahot haluaa julkisia palveluja säilyttää ja toiset haluais lisätä yksityisiä palveluja. Kyllä sillä on merkitystä. Sitten kun mennään päätöksentekotasolle, että jos siihen luottamushenkilöitä tarvitaan, ni siellä se varsinkin korostuu, mutta kyllä viranhaltijoillakin on erilaisia ajatuksia. Ideologisista syistä joko vastustetaan tai puolustetaan. Ei niinkään taloudellisilla asioilla.” (sosiaali- ja terveystoimen johtaja)

”On, onhan niillä, kyllä. Käytännössähän tosiasiahan on se, että virkahenkilöstöhän sitä pääasiassa neuvottelee niistä kysymyksistä. Kyllä se siinä niinkun tulee selkeästi se niinkun se millä tavalla ko henkilö suhtautuu asiaan. Kyllähän sen näkee siitä, miten hän suosii tai ei suosi asioita. Se, että täällähän ei niinkun sellaista todellista tavallaan kustannuslaskentaa kaikilta osin aina ole. Tavallaan ei aina tiedetä, mitä se oma työ maksaa. Et millä tavalla niinkun vaihtoehtoisesti voi-

tas tehdä. Eli sehän tästä niinkun puuttuu. Ei se kokonaan puutu mutta kyllä siinä on sellanen aukko, että ei aina tiedetä, että mitä se oma työ maksaa. Ja jos ei olla valmiita maksaan näistä yksityispalveluista semmosta järkevää hintaa, ni eihän sitä kukaan niinkun ilmasiksi sitä työtä tee. Silloinhan ei myöskään synny sitä tarjontaa. Että kyllä niinkun se virkahenkilö on tavallaan sen jälkeen kun siihen on katsottu, että siihen panostetaan, ni sen jälkeen se virkahenkilö on ihan avainasemassa siinä, että syntykö niitä palveluja, minkälaisia sopimuksia”. .. Et jos ostetaan vaan tämmönen, et on semmonen linja, että niitä niinku osittain käytetään siinä sivussa, ni silloin on se virkahenkilö avainasemassa siitä, et kuinka paljon niitä syntyy. Mut jos tehtäs selvä poliittinen päätös siitä, että jotkut asiat selkeesti kilpailutetaan tai pilkotaan, ni silloinhan se virkahenkilö ei voi siihen vaikuttaa, koska senhän on noudatettava sitä päätöstä ja niinkun sit se lähtee eteenpäin”. (sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja)

”Kyl mä uskosin. Meil on varapuheenjohtaja vasemmistoliitosta. Mä uskosin, et jos meillä olis tota puheenjohtaja vasemmistoliitosta, ni paljon nihkeemmin tuotas niitä esille kun mitä mä olen aina valmis esittämään. Meillä sosiaali- ja terveyslautakuntahan on mejän suurin lautakunta ja mehän käytetään budjetista yli puolet. Tää on vaikea lautakunta, ni me ollaan ainoastaan kolme kertaa jouduttu nytte tän kahden ja puolen vuoden aikana kun mä olen ollut puheenjohtajana, ni äänestämään. Mun mielestä mä olen saanut kauheen kivasti sen yksimielisyyden. Tässä on otettu järki käteen ja mejän on ollut pakko unohtaa nää poliittiset kiistat kun rahaa on vähäsen. .. Kylhän siinä mun persoonalla on, ku mä tuon sen, mä määrättyllä tavalla varmaan painostankin sitä siinä mut että se on mennyt helpommin kuin mä aatteelin.” (sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja)

Loput viisi haastateltua katsoivat, että sillä on väliä, ketkä ovat päättämässä ostopalveluiden käytöstä. Kaikki sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtajat olivat tätä mieltä. He käsittelevät lautakunnissaan asiantuntijoiden tekemiä esityksiä ja näkivät, että henkilön arvomaailma on tunnistettavissa. Usko viranhaltijoiden ja luottamushenkilöiden vaikutusmahdollisuuksiin oli vahva etenkin pienimmässä kunnassa. Kaikki pienimmän kunnan edustajat sijoittuivat tähän ryhmään.

Yli puolet haastatelluista henkilöistä katsoi, että henkilövalinnoilla on merkitystä ostopalveluiden käyttöön kunnassa. Kaikki kolme sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtajaa katsoivat, että tehtävään valitulla henkilöllä on merkitystä ostopalveluiden käytön suhteen. Tätä selittänee heidän poliittinen roolinsa. Luottamustoimen kautta eri intressiryhmien olemassaolo näyttäytyy heille haastatelluista henkilöistä selvimpänä. Kaikkien pienimmän kunnan edustajien sijoittuminen samaan ryhmään voinee johtua siitä, että vaikka kunnassa on erisuuntaisia käsityksiä palveluiden tuottamisesta, ovat palveluiden ostot ainakin vielä hyvin vähäisiä.

Kahdessa suuremmassa kunnassa ostopalveluiden käyttö julkisen palvelutuotannon rinnalla on jo osin luonteva osa palvelutuotantoa. Juuri näiden kahden kunnan asiantuntijat, johtavat lääkärit ja sosiaali- ja terveystoimen johtajat, eivät katsoe tiettyyn tehtävään valitulla henkilöllä olevan mainittavaa merkitystä. Haastattelujen perusteella on vaikea sanoa tälle yhtä selittävää tekijää. Nämä henkilöt kuitenkin joko korostivat asiantuntijan rooliaan tai löysivät perustelut ostopalveluiden käytölle itsensä ulkopuolelta (esimerkiksi lautakunta ja pakko). He näyttäisivät kokevansa muita haastateltuja henkilöitä vahvemmin olevansa tilanteessa, jossa he suorittava tiettyä roolia ja joutuvat toimimaan sen johdosta tietyllä tavalla.

Aiemmissa on tullut esille, että asiantuntijoiden ja etenkin lääkäreiden rooli terveydenhuoltoon liittyvissä linjanvedoissa on keskeinen. Näillä henkilöillä on tarvittava osaaminen suhteessa muihin toimijoihin. Tämänkin kysymyksen yhteydessä tuli esille, että virkahenkilöiden rooli ostopalveluiden käytössä on merkittävä. Poliittiset päättäjät eivät yleensä lähde kyseenalaistamaan esityksiä vaan vahvistavat asiantuntijoiden esitykset. Luottamushenkilöiden rooliksi jää lähinnä puoltaa asiantuntijoiden ehdotuksia.

5.2.5 Työskentely-ympäristön vaikutukset omiin käsityksiin

Haastatelluille henkilöille on yhteistä oletus siitä, että heidän asemissaan olevien yksilöiden tehtävänä on tarkastella kuntalaisille järjestettäviä terveydenhuoltopalveluja kokonaisuutena ja kaikkien kuntalaisten näkökulmasta. Samalla heidän toimintamahdollisuutensa ovat alistettuja kunnassa laajemmin vallitseviin olosuhteisiin (erilaiset rakenteet kuten ikä- ja elinkeinorakenne, taloudelliset ja muut resurssit, poliittiset voimasuhteet, jne.), mutta oletettavasti myös kunnalliseen kulttuuriin ja henkiseen ilmapiiriin eli ”totuttuihin ja hyväksytyihin tapoihin hoitaa hommia”. Kunnat puolestaan ovat alisteisessa asemassa valtioon nähden ennen kaikkea lainsäädännön ja ohjauksen kautta. Nämä tekijät asettavat myös omat ehtonsa haastateltujen henkilöiden jokapäiväiseen toimintaan.

Johtava ylilääkäri ja sosiaali- ja terveystoimen johtaja ovat kunnallisia virkoja. Kunnanvaltuusto valitsee henkilöt hoitamaan näitä tehtäviä. Sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtajat saavat mandaatin tehtävänsä äänestäjiltä. He työs-

kentelevät mahdollisen oman toimensa ohessa poliittisessa luottamustoimessa, joka on määräaikainen. Odotukset heidän rooliinsa tulevat heidän edustamansa puolueen ja kansalaisten taholta. Myös heidän toimintamahdollisuutensa ovat alistettuja kunnassa laajemmin vallitseviin olosuhteisiin sekä kunnalliseen kulttuuriin ja ilmapiiriin. Samalla tavoin myös heidän toimintaan vaikuttavat valtakunnallinen lainsäädäntö ja ohjaus. Korvaus tehdystä työstä maksetaan kaikissa näissä tehtävissä kunnan verorahoista. Kysymys julkisella sektorilla työskentelyn vaikutuksista omiin käsityksiin terveydenhuollon järjestämisestä on sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtajien kohdalla hieman harhaanjohtava. Katson kuitenkin, että heidän rooliinsa kohdistuvat odotukset ja paineet ovat vahvasti samansuuntaisia kuin johtavilla ylilääkäreillä sekä sosiaali- ja terveystoimen johtajilla.

”No kyllä se varmasti vaikuttaa ja tota niin kuin mä tossa aikaisemmin ehkä itseleni uskottelin, et se liittyy siihen, että mä täältä näen sitä kokonaisuutta paremmin. Mutta tuota ja ehkä tietysti tässä asemassakin joutuu vähän miettimään sitä kokonaisuutta enemmän kuin ihan sitä yksittäisen yksilön kohdalta kylläkin. Ehkä se tehtävä vielä täällä niinkun muokkaa sitä käsitystä. Vaikka sinänsä vois ajatella, et niinkun poliittisella ideologialta voisin kovastikin olla yksityissektorin vankka kannattaja.” (johtava lääkäri)

”No eikö sen kuulu, vaikuttaahan se. Eli pakostakin se vaikuttaa. Eli tää on niinkun se tavallaan mun työpaikka ja tota se mun niinkun huolenpidon kohde tai tää julkinen puoli. Ja tota ei mun velvollisuus ole sitä yksityispuolta sillai niinkun paikkaamaan. .. Tiedän, että siellä on ihan päteviä lääkäreitä ja päteviä kollegoita ja niillä on se oma arvostuksensa siitä mutta mun näkemys on tullut kolmenkymmenen vuoden aikana niinku tästä työpaikasta. Sitten siel on pohjalla sanosko tämmönen kuitenkin hyvin minusta kaunis ajatus, että kansalaistenhan pitäis olla hyvin tasa-arvosia siinä hommassa. Kyllä mulla on semmonen näppituntuma, että vaikka me säädeltäs miten, niin mitä enempi tää mejän yhteiskunnan tuki ja tää ohjaus painottuu sinne yksityispuolelle, ni sitä enempi on vaarassa tämmönen kansalaisten tasa-arvon periaate. Kyllä siellä hyvin äkkiä ollaan siinä tilanteessa, että toiset, lähinnä varakkaamat, on sitten vähän tasa-arvosempia kun köyhemmät. Sehän on semmonen, että kansalaisyhteiskunnassa joudutaan koko ajan miettimään, että paljonko me ihan organisaation säännöillä pyritään sitä tasa-arvoa pitämään yllä.” (johtava lääkäri)

”Kyllähän me joudutaan koko ajan miettimään sitä kokonaisuutta, josta ostopalvelut on ihan hyväksytty ja hyvä osa mutta että se kokonaisuus on niinku se tärkein asia mietittäväksi”. (johtava lääkäri)

”Totta kai. Kaikillahan on vaikutus. Varsinkin noissa pienemmissä työyhteisöissä ehkä, koska niissä on niin paljon tuttuja niinkun kaikki, mitkä toimii, ni ei siihen voi ehkä niin kylmästi suhtautua kun jossakin isossa, jossa on tuhansia työntekijöitä. Et siinä mielessä vaikuttaa kyllä. Mutta se, että ehkä semmonen jos puhutaan otsikosta, ostopalveluista, ni ei ehkä siihen. No joo, ehkä se voi vaikuttaa taustalla sellaset henkilösuhteet siihen sitten mitenkä halukkaasti niitä ostopalveluita käyte-

tään. Ainakaan jos se niinku tietäs sitä, että että sillä niinku korvataan näitä nykyisiä. Mutta nyt kun täällä on noudatettu lähinnä sitä periaatetta, että on ostettu täydennykseksi, ni silloinhan sitä niinku moraalista ristiriitaa ei tule.” (sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja)

”Totta kai. Kyllä tietysti tuota oma tausta ja viiteryhmä vaikuttaa, että sitä on niinkun turha kuvitella, että kukaan pystys niinkun irrottautumaan siitä taustasta niin, että pystys täysin neutraalisti taikka sillä tavalla niinkun... eikä se ole tarpeenkaan.” (sosiaali- ja terveystoimen johtaja)

”Vaikuttaa tietysti. Varsinkin kun pienen ikänsä julkisella puolella toiminut, ettei päivääkään oikeestaan ole toiminut yksityissektorilla, ni kyllä se, kyl mä myönnän sen, että tämä vahvistaa näitä kannanottoja ja käsityksiä. Ei ole vertailupohjaa.” (sosiaali- ja terveystoimen johtaja)

”Kyl ne vaikuttaa jonkin verran”. (sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja)

”Jos nyt henkilökohtaisesti ajatellaan, ni mulle ei varmaan ole ihmisenä yhtään merkitystä mun mielestä. Ainoo vaan, että sieltä tulee ne lait ja asetukset kun mä olen viranhaltija, ni ne säätelee minua. Ei mua niinku jotenkin se, että mä olen siellä tai tuolla ei vaikuta musta mun toimintaan.” (sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja)

”En mä oikein tiedä vaikuttaako se sillä lailla mitenkään. Kuitenkin mun elämäntausta on enemmänkin teollisuustyöväestön, pienyrittäjä ihmisten tämmönen tausta. Et se maailmankuva, mistä mä olen tullut, ni se on varmaan vahvempi kun sen ajan vaikutus, jonka mä olen ollut kaupungilla hommissa että... et totta kai tää antaa sen edun että kun sisältäpäin näitä asioita kattelee ja sit saa olla niinkun mukana tämmösissä, mä olen ammattiyhdistysihminen myös ni, ni näkee sisältäpäin, miten tää organisaatio toimii”. (Sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja)

Kahta kuntavaikuttajaa lukuun ottamatta työskentelyn julkisella sektorilla nähtiin vaikuttavan käsityksiin terveydenhuoltopalvelujen tuottamisesta ja järjestämisestä. Selvin työtehtävien kautta tuleva vaikuttava tekijä on vaatimus tarkastella terveydenhuoltopalveluja kokonaisuutena. Tämä vaatimus tulee järjestelmästä ja organisaatiosta sekä toimintaa ohjaavista laeista ja säädöksistä. Oman vaikutuksensa mukaan tuovat myös työtoverit. Tiedolla ja sen vaihtamisella on keskeinen rooli haastateltujen henkilöiden työtehtävissä. He ovat riippuvaisia niistä henkilöistä, jota keräävät ja jalostavat tietoa heidän käyttöönsä ja toisaalta he vaikuttavat muihin omilla tiedoillaan. Etenkin pienemmissä työyhteisöissä tämän nähtiin korostuvan.

Muitakin vahvemmin omiin käsityksiin vaikuttavia tekijöitä tuotiin esiin. Merkitykselliseksi tekijäksi mainittiin se ympäristö ja viiteryhmä, jossa on kasvanut ja elä-

nyt. Näiden tekijöiden nähtiin määrittelevän suhtautumista ostopalveluihin jopa enemmän kuin työskentelyn julkisella sektorilla.

5.2.6 Ideologia ostopalveluissa

Osalta haastateltavista kysyttiin suoraan, ovatko ostopalvelut heidän mielestään arvopohjainen tai ideologinen kysymys. Aiemmin tuli esille, että kunnissa ei juurikaan käydä ostopalveluiden ympärillä ideologisia keskusteluja. Myös selvien ostopalveluita kannattavien tai vastustavien ryhmien nimeäminen ei ole käytännössä mahdollista. Erot ovat yksilökohtaisia vaikkakin oikeistopuolueiden katsottiin lähikohtaisesti olevan myötämielisempiä ostopalveluille kuin vasemmistopuolueiden. Tässä alaluvussa tarkastellaan haastateltujen henkilöiden näkemystä sitä, liittyykö heidän mielestään ostopalveluihin ideologisia kysymyksiä.

”Kyllä se on, että ei se ole semmonen täysin neutraali asia. Vois ajatella, että jos yksityinen silmälääkäri tarjoaa kaihileikkauksen täsmälleen samalla kustannuksella kuin julkinen palvelu, että silloin se ois niinkun täysin arvoneutraali, että vaan raha mennee eri paikasta toiseen, mutta se ei ole ihan näinkään. Elikkä silloin se yksityispuolelle menevä sama rahasumma, joka kunnan kukkarossa kirpasee just yhtä paljon, niin se on sitten kuitenkin pois sieltä silmäpoliklinikan tulopuolelta. Ja kun hyvin tiedetään, että paitsi näitä kaihileikkauksia, ni siellä pitää olla myös silmäpäivystys ja siellä pitää olla myös niitten hoito, joilla ei ole vara maksaa. Ni vaikka sen kuin niinkun markoissa tai euroissa asettas tämmöseksi neutraaliksi, ni siellä on kuitenkin koko ajan se se tavallaan se pohjavire, että paljonko se tämmösestä yhteiskunnan yhteisesti pyörittämää / rahoittamaa toimintaa. Kyllä se pakosta on myös tällänen ideologinen kysymys.” (johtava lääkäri)

”Kyllä se jossakin määrin on. Jossakin vaiheessa totesin, että kyllä sellanen keskustelu siitä, et onko se vaan tämmönen tämä laitos vaan se oikea vai pitääkö siihen rinnalle etsiä niitä muita, ni kyllä se siinä mielessä on, että kyllä selkeesti keskustelussa toiset enemmän aattelee, että näitä ostetaan. Mut se on nyt niinku siinä mielessä voi sanoa, että aika läpileikkaukselta positiivisesti, koska täällä vaan ostetaan lisää. Sillä vaan autetaan ja tuetaan niitä pääsääntöisesti näitä muita sektoreita. Ni silloin se ei ole niin kärjekäs tavallaan se ideologinen kysymys. Mutta kyllä se ehkä pohjimmiltaan kuitenkin on sitä. Ja kyllä siitä niinku kauan on puhuttu ennen ku se on vähääkään mennyt lävitse.” (sosiaali ja- terveyslautakunnan puheenjohtaja)

”Jos terveydenhuolto käsitellään tämmöisenä laajana kysymyksenä, niin silloin se, kuka järjestää nousee kysymykseksi - tärkeimmäksi kysymykseksi”. (sosiaali ja -terveystoimen johtaja)

Kolme haastateltavaa näki, että palveluiden tuottamiseen ostopalveluina liittyy myös ideologinen näkökulma. Perusteluissa esille nousi kysymys siitä, kumpi sektori halutaan säilyttää elinvoimaisena. Jos raha menee ostojen kautta yksityissektorille, niin se on samalla pois julkiselta sektorilta ja sitä kautta julkisen sektorin toimintaedellytykset heikkenevät. Näkemykseni mukaan haastatellun henkilön vastauksen taustalla on huoli siitä, että samalla kaventuvat mahdollisuudet taata tasa-arvoisia ja riskiä tasaavia palveluja. Toinen perustelu pohjautui siihen, että kunnasta löytyy henkilöitä, jotka vahvemmin ajavat ostopalveluiden käyttöä kuin toiset. Ideologiset erot tulevat siis esiin sanojen ja tekojen kautta. Kolmannen henkilön mukaan arvot tulevat mukaan kuvaan siinä vaiheessa kun siirrytään sairaudenhoidosta ennaltaehkäisyyn ja heikommasta huolehtimiseen. Hänelle julkisen sektorin yksi keskeisistä tehtävistä on ns. kansanterveystyö.

Yhdessä kunnassa kaikki kolme haastateltua henkilöä olivat puolestaan sitä mieltä, että ostopalvelut eivät lähtökohtaisesti ole ideologinen kysymys.

”Suhtautumiset voi olla pikkasen erilaisia mutta kaikki hyväksyvät sen jo nykyään kuitenkin. Näin minä olen nähnyt.” (johtava lääkäri)

”Ei mun mielestäni. Se, että näitä yksityistetään, ni ei se voi olla että se yksityistäminen tuhoaa sitä hyvinvointiyhteiskuntaa. Kyllähän kuiteski ni ihmiset haluaa tätä palvelua, ettei tätä esimerkiksi tehdä niin kuin amerikkassa tommonen vakuutus-pohjaseksi. Mut jollakin lailla katotaan, että hyvinvointiyhteiskunta on sama kuin kunta tekee kaiken oman työnään. Mun mielestä kunta toimii tilaajana ja katsoo, et hyvinvointipalveluja annetaan mut ei sen tartte itse tehdä niitä kaikkia. Ei sitä tartte romuttaa silti ja jos menee sanomaan että hyvinvointiyhteiskunta on romutettava, ni sehän on poliittinen itsemurha. Ei se voi olla niin et kaupungin työntekijät tekee kaiken.” (sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja)

Tämän kunnan kuntavaikuttajat suhtautuivat kaiken kaikkiaan myönteisimmin ostopalveluihin yksityissektorilta. Heille ostopalvelut eivät olleet siinä määrin ideologinen kysymys kuin kahden muun kunnan edustajille. Yksi vastaajista perusteli mielipiteensä sillä, että suhtautumisessa voi olla pieniä eroja, mutta nykyään kaikki lähtökohtaisesti hyväksyvät ostopalvelut. Toinen perusteli näkemyksensä sillä, että merkitystä on lähinnä sillä, pystytäänkö ihmisten asioita hoitamaan eikä niinkään sillä, kuka niitä hoitaa. Yksityinen sektori on osa hyvinvointivaltiota siinä missä julkinenkin sektori. Kolmas henkilö näki, että ei hyvinvointivaltiota tarvitse romuttaa, vaikka kunta erotettaisiinkin tilaajaksi ja tuottajina toimii kunnan lisäksi

muita palveluntuottajia. Kunnan tehtävänä on vain huolehtia, että palvelutuotanto toimii sovittujen ehtojen puitteissa.

YHTEENVETO

Tämä alaluku vahvistaa käsitystä siitä, että terveydenhuollon palveluhankinnat yksityissektorilta, eivät ole pelkästään pragmaattinen kysymys. Tähän liittyen vahvistuu myös käsitys siitä, että eri henkilöillä on erilaisia näkemyksiä ja suhtautumisia yksityiseen terveydenhuoltosektoriin ja ostopalveluihin. Näkemuserot ovat pääasiassa lieviä, mutta yhden kuntavaikuttajan vastaukset osoittavat, että selviä intressierojakin löytyy.

Alaluvussa 5.1 tuli esille, että kunnat käyttävät terveydenhuollon ostopalveluja tukemassa ja täydentämässä julkista palvelutuotantoa. Ostoilla ei korvata julkisia palveluja. Se linja, minkä kuntavaikuttajat olivat tunnistaneet omasta kunnastaan, vastasi pääsääntöisesti myös heidän omaa linjaansa ostopalveluiden käytöstä. He eivät uskoneet että, ostopalvelut tulisivat korvaamaan laajemmassa mittakaavassa julkisia terveydenhuoltopalveluja. Ostopalvelut ja yksityissektori ovat osa terveydenhuoltojärjestelmää, sitä ei kukaan kieltänyt tai kiistänyt. Ostopalveluiden merkityksen terveydenhuollon volyymin kasvavan, mutta terveydenhuollon ongelmien ratkaisijaksi sektorista ei nähty olevan. Yli puolet haastatelluista henkilöistä oli valmiita pohdintoihin ja muutoksiin, joiden kautta yksityissektorin asema palveluntuottajana kasvaisi ja tarkentuisi. Tämäkin kysymys osoitti, että suhtautuminen yksityiseen palvelutuotantoon ei ole yhtenäinen.

Kuntavaikuttajien yksityissektorille antamaa asemaa ja merkitystä suomalaisessa terveydenhuollossa selittää keskeisesti viisi tekijää: (i) tarjontaa ei ole riittävästi edes suuremman kokoluokan kaupungeissa, (ii) yksityissektorin toimintaperiaatteisiin ei sisälly samalla tavoin ideoita tasa-arvosta kuin julkisella sektorilla, (iii) markkinamekanismin mukaan toimivaa pirstaloitunutta järjestelmää olisi hyvin vaikea ohjata ja kehittää, (iv) lainsäädäntö ja siitä nouseva palvelutuotannon kulttuuri ohjaavat palvelut julkisesti tuotetuiksi ja (v) terveydenhuoltopalveluiden laadusta johtuen niitä on vaikea (jopa mahdotonta) saattaa kilpailun piiriin. Yksittäiset tut-

kimukset tai toimenpiteet saattavat olla edullisempia kuin julkisella sektorilla, mutta laajemman kilpailuttamisen ei katsottu olevan taloudellisesti edullista.

Tutkielmaa varten haastateltujen henkilöiden näkemykset yksityisen sektorin roolista suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä ja näkemysten keskeiset perustelut sisältävät osin tutkimuksista ja vahvasta omasta kokemuksesta saatuun tietoon. Osa mielipiteistä perustellaan selvemmin oletuksilla ja uskomuksilla. Tällöin näkemystä ohjaa hyvinvointivaltion normatiivinen perintö. Lähes kaikki haastateltavista kokivat työskentely-ympäristön muokkaavan omia käsityksiä terveydenhuollon palvelutuotannon järjestämisestä. Työympäristöstä tulevat vaikutukset painottavat niitä arvoja, joiden varaan hyvinvointivaltiota ja palvelutuotantoa on rakennettu kuluneiden vuosikymmenten aikana.

Luottamushenkilöiden tehtävistä tekee erityisen haasteellisia lisääntynyt ja monimutkaistunut tieto sekä tarve joustavaan, ympäristön muutoksiin reagoivaan, päätöksentekoon. Haastattelujen perusteella kunnissa ollaan tilanteessa, jossa asiantuntijoiden (johtavan lääkärin sekä sosiaali- ja terveystoimen johtajan) roolit päätöksentekoa ohjaavina henkilöinä ovat korostuneet. Lisäksi koko lääkärikunnan mielipiteet palvelutuotannon organisoinnista ja tuottamisesta ovat lähinnä lääkäripulasta johtuen nostaneet merkittävyyttään. Kahdessa palveluiden ostoa enemmän tehneessä kunnassa, juuri edellä mainitut asiantuntijat katsoivat painokkaimmin, että valta ja vastuukysymykset jakautuvat käytössä olevan päätöksentekoprosessin mukaan. Sen sijaa muille valta ja vastuukysymykset näyttäytyivät vähemmän selkeinä ja osa näistä henkilöistä mainitsi juuri lääkäreiden korostuneen aseman päätöksenteossa. Suurempi yksimielisyys kuntavaikuttajien keskuudessa vallitsi siitä, että poliitikot ovat luovuttaneet heille kuuluvan vallan ja vastuun muille toimijoille.

Pääsääntöisesti kuntavaikuttajat katsoivat, että työskentelysektorilla ja/tai tehtävään liittyvillä odotuksilla on vaikutuksia omiin käsityksiin palveluiden tuottamisesta. Kukaan ei nähnyt tarpeelliseksi irrottautua tehtävän mukaan tuomasta tausta. Julkisen palvelutuotannon parissa työskenteleville henkilöille vaatimus tarkastella terveydenhuoltopalveluiden tuottamista koko kunnan ja kaikkien kuntalaisten näkökulmasta, nousi esille yhtenä keskeisenä omaan toimintaan vaikuttavana teki-

jänä. Useampi kuntavaikuttaja oli kuitenkin sitä mieltä, että henkilön arvomaailmalla, joka tiettyä tehtävää hoitaa, on merkitystä. Niissä kunnissa, joissa ostopalveluista oli käytetty enemmän, asiantuntijat katsoivat, että henkilöllä sinänsä ei ole vaikutusta. Heidän mukaansa kyse on pikemminkin osaamisesta, käytännöistä ja kapeista markkinoista.

Terveydenhuollon ostopalvelut eivät ole neutraali asia. Tämä tulee joidenkin kuntavaikuttajien mukaan esille mm. siinä, että osa ihmisistä on valmis tuottamaan palveluja ostamalla niitä yksityissektorilta, kun taas osalle kynnys ostopalveluiden käyttöön on suurempi. Tällöin kysymykseksi nousee se, onko hyvinvointivaltio sama asia kuin julkisesti tuotetut palvelut. Mureneeko hyvinvointivaltio palvelutuotannon markkinaehtoistumisen myötä? Tutkielmaa varten haastatelluilla henkilöillä ei ole yhtä yhteistä mielipidettä ostopalvelujen ja hyvinvointivaltion suhteesta. Mielipiteet vaihtelevat harkitusti täydentävästä palveluiden ostamisesta laajamittaiseen kilpailuttamiseen ja tilaaja-tuottaja –mallin hyväksikäyttöön. Lähes kaikki ovat kuitenkin sitä mieltä, että julkinen palvelutuotanto tulee säilyttää selkeästi ensisijaisena palveluntuottajana ja ostopalveluiden merkitys on täydentää tätä tuotantoa.

5.3 Käsitteitä suomalaisesta hyvinvointivaltiosta

Tässä alaluvussa tarkastellaan kuntavaikuttajien suhtautumista hyvinvointivaltioon. Suomalaiselle hyvinvointivaltiomallille valtion huomattava rooli yhteiskuntapolitiikassa, universaalit julkiset palvelut ja uudelleenjakavuus ovat keskeisiä tunnuspiirteitä. Tässä alaluvussa olevien kysymysten avulla selvitetään kuntavaikuttajien näkemyksiä mm. julkisen sektorin asemaan palveluiden tuottajana, palvelutuotannon tulevaisuutta, hyvinvointi-ideologian olemassaoloa ja sen ylläpitoa.

5.3.1 Hyvinvointivaltion kannatus

Kysymys, ”Vastaako tämän hetkinen Suomi käsitystänne hyvästä yhteiskunnasta?”, on varsin laaja ja pohjimmiltaan filosofinen. Kysymyksen tarkoituksena ei ollut paneutua yksityiskohtaisesti haastateltujen henkilöiden näkemyksiin suoma-

laisesta yhteiskunnasta. Tarkoitukseni oli selvittää kuntavaikuttajien perussuhtautumista suomalaiseen hyvinvointivaltioon. Hyvinvoinnin ulottuvuuksia tarkastellessaan Erik Allardt on lainannut Armas Niemistä (1955), joka on todennut hyvinvoinnin olevan vaativa sana. Käsitteeseen ”hyvinvointi” ei sisälly ainoastaan ihmisten tarpeiden välttämätön, vaan myös varsin korkeatasoinen tyydyttäminen. Allardtin mukaan ongelmat hyvän yhteiskunnan mallin muodostamisessa ovat luonteeltaan lähtökohtaisesti käytännöllisiä. Siirtyminen yleisistä julistuksista kohti konkretiaa saa kuitenkin nopeasti aikaan erimielisyyksiä. (Nieminen 1955, Allardtin 1976, 13 mukaan.) Tässä tutkielmassa ”hyvää yhteiskuntaa” tarkastellaan julkisen palvelutuotannon näkökulmasta. Tutkielmaan varten haastateltujen henkilöiden vastuksissa korostui terveydenhuollon näkökulma.

“Kyllä, kyllä näin voidaan hyvin ajatella. Tietysti on varmasti sellaisia asioita, joitakin ongelma-alueita. Terveysthuollossakin just tiettyjen erikoisalojen osalta ja ehkä sitten myöskin jonkinlaisen tällasen alueellisen tasa-arvon toteutumisen osalta, terveydenhuollossa nimenomaan. Kyllä musta kautta linjan ajatellaan, ni meillä on tosi hyvin asiat.” (johtava lääkäri)

“Ei kyllä täysin. Täällä lääkäritilanne on niin huono, että se väistämättä niinku vaikuttaa asiakaspalveluun, kuntalaisten palveluun, tällä hetkellä huonontavasti. Eikä (paikkakunta) ole ainut. Kyllä tässä on tapahtunut huonontumista nyt viimesen parin vuoden aikana nimenomaan lääkäreitten osalta mut kun se heijastuu sitten aika laajasti tähän koko toimintaan. Tilanne on niin paljon huonontunut, että se selvästi vaikuttaa tämmöseen terveydenhuollon järjestämisen kokonaisimagoon. Meillähän saattaa olla neuvolatyöt ja kaikki ihan hyvin, mut jos meillä ei ihmiset pääse lääkäriin vastaanotolle, ni silloin koko terveydenhuolto on ihan onnetonta. Minusta nytte on jonkun näkönen kriisi menossa. Siihen mä just viittasin siinä, että tää on mielenkiintoista nähdä, miten pitkälle sitä kattellaan. Todetaan, että reppu-firmoja vaan lisää pystyy ja niin edelleen.” (johtava lääkäri)

”Kyl varmaan tämmöset yleiset ihmisten elämään vaikuttavat reunaehdot ja puitteet, ni kyllä me varmasti aika hyvässä yhteiskunnassa eletään.” (sosiaali- ja terveysthuolautakunnan puheenjohtaja)

“Tää suomalaisen kansalaisyhteiskunnan malli, niin mul on sellanen käsitys henkilökohtaisesti, et se on niinku onnistunut aika hyvin. Siellä on tasa-arvo ja semmonen solidaarisuus tai semmonen riskien tasaaminen, niin se on aika hyvin tasapainossa sen kanssa mitä se vois olla. Täyteen tasa- arvoonhan me ei päästä koskaan.” (Johtava lääkäri)

”Minusta perusta on mutta paljonhan on niinku sillä tavalla korjattavaa ja paljon kehittämishaasteita. Kyllä tässä Suomessa aika paljon vielä hyvinvointivaltion piirteitä on vielä olemassa.” (sosiaali- ja terveysthuolautuksen johtaja)

”Kun mä tarkastelen sitä näin maailmanlaajusesti ni kyllä se vastaa. .. Kyllähän me asutaan ihan upeassa maassa itse asiassa. Täällä on sitten näitä ikäviä väliinputoajia henkilöitä ja ihmisiä, jotka varmasti kokee, että tää on kamala maa ja

kurja maa. Mut noin kokonaisuutena kyl se on pakko myöntää, et meillähän on aika optimaalisen upeat olosuhteet.” (sosiaali- ja terveystoimen johtaja)

” Kyllä se aika hyvin vastaa vielä että, meillä nyt kuitenkin peruspalvelut on pääsääntöisesti kunnossa ja hyvinvointipalvelut pystytään turvaamaan ainakin toistaiseksi.” (sosiaali- ja terveystoimen johtaja)

Tämän hetkinen Suomi vastaa lähtökohdiltaan haastateltavien käsityksiä ns. hyvästä yhteiskunnasta. Vain yhden kuntavaikuttajan vastaus oli negatiivissävytteinen. Hänen mukaan ongelmia aiheuttavat tietyt epäkohdat kuten pula lääkäreistä. Muutamat muutkin kuntavaikuttajat nostivat esiin terveydenhuoltoon liittyviä epäkohtia, mutta vastaukset olivat kokonaisuutena positiivissävytteisempiä. Kuntavaikuttajat näkivät Suomen lähtökohdiltaan hyvänä yhteiskuntana.

Keskeinen perustelu näkemykselle on se, että Suomessa katsottiin olevan vielä aika paljon hyvinvointivaltion piirteitä. Tämä perustelu sisältää kahdenlaisia väittämiä. Ensimmäisenä perusteluna on se, että peruspalvelut ovat pääsääntöisesti kunnossa ja hyvinvointipalvelut pystytään turvaamaan toistaiseksi. Yhteiskunnan nähtiin siis pystyvän pääsääntöisesti täyttämään sille asetettuja tehtäviä ja odotuksia. Toinen perustelu näkemykselle lähtee siitä, että suomalainen järjestelmä pystyy edelleen tasaamaan yksilöiden riskiä. Joistain väliinputoaja ryhmistä huolimatta, tasa-arvoa ja solidaarisuutta tuottavat mekanismit toimivat pääsääntöisesti hyvin ja ovat myös suhteellisen hyvin tasapainossa. Annettujen vastausten perusteella ”hyvän yhteiskunnan” lähtökohdat löytyvät pohjoismaisen hyvinvointivaltion ydinarvoista.

Yhteiskunnan vastuu palvelutuotannossa

Modernissa hyvinvointivaltiossa palvelut tukevat ihmisiä elämän eri vaiheissa ja kamalla riskejä ja sääntelemällä toimintaa. Keskeiset riskiä tasaavat palvelut liittyvät sosiaali- ja terveydenhuoltoon sekä opetukseen. Tulonsiirrot ovat osaltaan keskeinen osa riskientasausjärjestelmää. Sosiaalipolitiikan tavoitteena ja lähtökohdana on ollut sosiaalisen turvallisuuden takaaminen jokaiselle kansalaiselle yhteisvastuuta hyväksikäyttämällä. Seuraavassa haastateltujen henkilöiden näkemykset siitä, tukeeko järjestelmä olennaisilta riskeiltä suojautumista ja onko yhteiskunnan tehtävänä suojata kansalaisia näiltä riskeiltä.

“Kyllä mä sen sillä tavalla näen. (Paikkakunta) vuositasolla terveydenhuollon palveluja käyttää pyöreesti 80 prosenttia väestöstä. Se on sellanen volyyymi sitten kuitenkin, että kyllä yhteiskunnan on hyvä järjestään niin isoon osaan ihmisistä kohdistuva toiminta. .. Yhteiskunnan tuleeikin tietyllä lailla itsekkäästi pyrkiä huolehtimaan kansalaisten terveydestä. Tietysti jos yhteiskunta vetäytyy kaikesta vastuusta, se on eri asia. Mut jotenkin mä en oikein sellasta kovin äkkiä haluaisi nähdä. Se kuitenkin kaatuu yhteiskunnan syliin. Sitä kautta yhteiskunnan on hyvä jollakin tavalla jonkinlainen hallinnan ote säilyttää, että se ei mene ihan hulluksi.” (johtava lääkäri)

”No se vaihtoehto on se, että jokainen niinkun takoo omillaan. Puurtaa siinä ja ottaa sen riskin. Kyllä minusta tää on sen verran sosiaalinen eläin tää ihmislaji, että ei sillä ole oikeestaan muuhun varaa kuin siihen yhteisvastuuseen. Sitten taas tullaan taas siihen kysymykseen, että missä määrin ja kuinka paljon sitten pitäis kantaa vastuuta ihmisestä ja kuinka paljon sitä pitäis hyysätä. .. Eli tuota tavallaan siitä tasapainosta, siitä huolenpidon määrästä ja sitten siitä, milloin me menään sinne hyysäämisen puolelle, milloin se potilaan itsemääräämisoikeus alkaa kärsiä siitä, ni siitä tasapainostahan siinä on kysymys. .. Siellähän on jos kunnan taloutta ajatellaan, ni ne kalliit kulmakivet on koulutus, terveydenhuolto ja sosiaalimenot. Ne on ne, jotka syö kunnan budjetin. Eihän se oikein mikään muu voi olla.” (johtava lääkäri)

”Kyllä se on ihan keskeinen jos aatellaan ni tämmönen yhteiskuntapoliittinen ja ideologinen lähtökohta se lähtökohtasten erojen taasaaminen.” (sosiaali- ja terveystalouden johtaja)

”Kyllä minun mielestä tää peruskoulutus ja tämä sosiaali- ja terveydenhuolto, kyllä ne mun mielestä on ne ykkösasiat. .. Tietysti aina voi keskustella, mikä on se taso ja näin. Mä itse nään sen jotenkin, että jos nuori terve ihminen elää niinkun yhteiskunnan voisko sanoa kustannukselle, ni se on minun mielestä jollakin tavalla kyllä sairasta. Mutta silti olen sitä mieltä, että niinkun vähempiosaisista pitää pitää huolta. Se niinku se perusidea on se. Mut ainahan sitä voi keskustella mikä siellä sisällä on se oikea taso.” (sosiaali- ja terveystalouden johtaja)

”Kyllä, se on se minusta se on ihan yhteiskunnan perustehtävä”. (sosiaali- ja terveystalouden johtaja)

”No kyl mä näen, että ne on”. (sosiaali- ja terveystalouden johtaja)

”Ehdottomasti. Jos ei yhteiskunta niitä kansalaisilleen turvaa, toteuta ja turvaa, ni mitä sellanen yhteiskunta sitten tekee. .. On kyllä, siis nää on niitä perusasioita, mitkä jokaisen pitää saada taloudellisesta tai muusta seikasta riippumatta. Jos yhteiskunta ei niitä tuota, ni se johtaa siihen, että osa jää niiden ulkopuolelle.” (sosiaali- ja terveystalouden johtaja)

Kuntavaikuttajat katsoivat, että yhteiskunnan tulee huolehtia tietyt kysymyksessä esille nostetut peruspalvelut kansalaisille. Tämä nähtiin yhdeksi yhteiskunnan perustehtäväksi. Näitä palveluja ovat sellaiset hyvinvointiyhteiskuntamme perinteiset ydinpalvelut kuin koulutus, sosiaali- ja terveydenhuolto ja minimitoimeentulo. Nämä ovat niitä osia palvelujärjestelmästä, jotka tällä hetkellä lohkaisevat ison osan

kuntien budjeteista. Pohdinnan kohteeksi nousivatkin palvelujen taso ja se, missä määrin kansalaisten tulee itse kantaa vastuuta omasta hyvinvoinnistaan. Yllä olevissa lainauksissa on vain yhden kuntavaikuttajan pohdintaa mahdollisesti liian pitkälle viedystä huolehtimisjärjestelmästä. Muissa yhteyksissä muutamat muutkin haastateltavat olivat valmiita pohtimaan tarveharkinnan lisäämistä. Huolta kannettiin nyky-yhteiskunnan kyvystä huolehtia henkilöistä, joilla on vaara syrjäytyä tai he ovat jo syrjäytyneet.

Kukaan haastatelluista henkilöistä ei nostanut esiin muita ratkaisuja näiden palveluiden järjestämiseksi tai tuottamiseksi. Julkisen sektorin roolin merkittävä kaventuminen järjestämis-, tuottamis- ja rahoittamisvastuussa nähtiin ongelmallisena. Julkisen sektorin nähtiin vastaavan aina viime kädessä mahdollisista ongelmista ja toisaalta takaavan kaikille tasa-arvon palvelujen saannissa.

5.3.2 Palvelutuotannon tulevaisuus hyvinvointivaltiossa

Sosialismin romahdus idässä ja sosiaalidemokraattisen hegemonian väistyminen lännessä rapauttivat uskoa kollektivismiin ja valtiolliseen ohjaukseen. Syvä lama ja integraatiokehitys Euroopassa ovat siirtäneet hyvinvointivaltio politiikan kehittämisen taka-alalle. Näiden muutosten Anttonen ja Sipilä katsovat johtaneen siihen, että esimerkiksi Suomessa poliittinen ilmapiiri oli jo 1990-luvun alkupuolella erinomaisen suotuisa keskusteluille sellaisista visioista, jotka johtaisivat julkisen vallan vastuun vähenemiseen. (Anttonen & Sipilä 1992, 437.) Kysymyksellä ”tulisiko hyvinvointivaltiota kehittää vai purkaa?” pyrin selvittämään, mihin suuntaan kunta-vaikuttajat hyvinvointivaltion kehityksen haluaisivat menevän. Olisiko olemassa olevia rakenteita ja käytäntöjä syytä vahvistaa vai voitaisiinko yhteiskunnan vastuuta paikka paikoin keventää lisäämällä yksilön vastuuta? Minkälaisen roolin he katsovat sopivan yksityisille toimijoille ja markkinaehtoiselle palvelutuotannolle suomalaisessa hyvinvointivaltiossa?

“Ainakin joiltain osin se on minusta lähtenyt menemään siihen suuntaan, minkä mä ite niinkun näkisin, et enemmän ikään kuin yhteiskunnan mukaan tuloon tarveharkintaisesti. Silloin kun on erityisiä perusteita, että yhteiskunnan on syytä ottaa siihen, et ihminen ei itte jaksakaan kantaa sitä omaa taakkaansa tai vastuutansa tai asioita, ni silloin yhteiskunta astuu mukaan kuvaan. Se, että se niinkun jakaisi vali-

koimatta kaikille sitä hyvää, ni se ikään kuin sen seurauksena sorsii niitä, jotka tarvitsisi sitä enemmän kun mitä tällä tasajakosysteemillä pystytään saamaan aikaiseksi. Et mun mielestä kyllä yhteiskunnan pitää niinkun niistä heikoimmistaan pitää huolta mutta tää nykysysteemi tosiaan ruokkii sitä, että kannattaa heittäytyä heikoksi. .. Pikku hiljaa toivottavasti päästään siihen priorisointikeskusteluun, että mihinkä julkinen terveydenhuolto panostaa, mikä katotaan sellaiseksi, joka niinkun turvaa väestön terveydenhuollon palvelut. Mutta et se niinkun ei suuntaudu sellaiseen toimintaan, mikä ei tuota lisäarvoa ikään kuin ihmisten terveydelle. Resurssit on rajalliset ja tarpeet on kyllä totaalisen rajattomat.” (johtava lääkäri)

“Ei oikeestaan välttämättä kumpaakaan. Pitäs lähtee niinkun arvoimaan sitä, että mikä on se kokonaisuus, joka väistämättä tuottaa hyötyä kun asiat tehdään sen kokonaisuuden palasina, eikä niin, että tehdään yksi asia tuolla toinen tuolla ja sitten on vain joku linkki, joka sitoo näitä yhteen. .. Ero voi olla ihan erilainen eri kunnissakin. Joku kunta joutuu tukeutumaan enemmän ostoihin, toinen vähemmän. (johtava lääkäri)

”Kaikki on varmaan sitä mieltä, että hyvinvointivaltion pitäs tulla vielä paremmaksi ja vielä hyvinvoivemmaksi. Mikä se tie siinä on? Ei siinä ole taas varmaan, se on se tasapainoleikki just tän ihmisestä välittämisen ja hoitamisen ja sitten ihmisen hyysäämisen välillä. Kuinka paljon meidän pitäs työttömiä ihmisiä rahallisesti auttaa, jotta niillä olis inhimillinen elämä ja turvattu toimeentulo mutta työmotivaatio säilyä. Tossa mejän työssä se sitten taas konkretisoituu sillai, että kun meillä on halvaantunut vanhus, ni kuinka paljon sitä pistäs nostaa ja taluttaa ja kuinka paljon sitä pitäs jättää omillaan kävelemään. Ja se on semmonen tasapainoleikki, että ei siinä varmasti ole semmosta yhtä ainoaa oikeaa prosenttilukua paljonko se vastuuosuus pitäs olla.” (johtava lääkäri)

”Tavoitetta voidaan toteuttaa yhdessä kehittämällä tätä systeemiä joustavammaksi. Luomalla siihen just tämmösiä ohjausjärjestelmiä ja reagointi- ja palautejärjestelmiä ja antamalla asiakkaalle, palvelun käyttäjälle, enemmän oikeuksia ja vaikutusmahdollisuuksia. Sitä kautta se järjestelmä väkisinkin muokkautuu. Mä en pidä niitä vastakkaisina vaan se on tämmönen haaste, joka on kohdattava ja se on mahdollista ratkasta.” (sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja)

”Tää on sellanen kauheen ristiriitanen tilanne. 1990-luvulla koko ajan puhuttiin, että sitä puretaan, hyvinvointiyhteiskuntaa puretaan ja vähennetään. Mutta esimerkiksi kuntien tehtäviähän on valtion tasolta lisätty pääsääntöisesti. Pääsääntöisesti nehän on lakisääteisiä tehtäviä. Varmaan joku 90 prosenttia kuntien tehtävistä on sellasia, jotka on täysin lakisääteisiä eli tavallaan eihän se oikeestihan ei ole mitään Suomessa purettu, sitähan on kehitetty jatkuvasti. Käytännössä koko laman ajan sitä oikeestaan vaan kehitettiin tai se pysy ainakin ennallaan ne pahimmat vuodet. Mä en tiedä, että voiko sitä enää niinku et, kuinka paljon on varaa kehittää.” (sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja)

”Sitä pitäisi kehittää ja tuota vahvistaa. Minusta niinkun olis aika tavallaan kattoo tavallaan tämän hyvinvointivaltion, hyvinvointiyhteiskunnan, heikot kohdat. Kattoo vakavasti sitä, että kohteleeeko tää hyvinvointivaltio kaikkia kansalaisia tasapuolisesti ja miten hyvinvointivaltio huolehtii kaikista kansalaisista. Nythän tietysti hyvinvointivaltiokeskustelussa tavallaan tää tasa-arvo ja tavallaan tää sosiaalipoliittinen heikkojen puolustamistehtävä, ni se ei ole sillä tavalla esillä kun hyvinvointivaltion rakentamisvaiheessa. Nyt tätä hyvinvointivaltiokeskustelua käydään, terveydenhuoltokeskustelu on tyyppiesimerkki, kyllä aika paljon myöskin vahvempi-

en ehdoilla. ... Minusta se keskustelu pitäis kääntää toiseen suuntaan.” (sosiaali- ja terveystoimen johtaja)

”Sanotaan näin, että mä olen aina enemmän kehittämisen kuin purkamisen, siis semmosen päättömän purkamisen jos ei tiedetä mitä tulee tilalle, puolella. Musta se on vaarallista. Meillä on kuitenkin niin isot rakenteet täällä. Mä näkisin, et semmonen avoin kehittäminen, että sitä todella nostetaan pöydälle ydinkysymyksiä ja mä en todellakaan näe kilpailuttamista mitenkään erillisenä tai siis musta se soveltuu varsin hyvin. Niin kun mä olen puhunut tästä, mä en tiedä käytetäänkö sitä termiä kauheen laajasti eli welfare-mix. Palvelutuotannossa on sekä omaa, kunnallista plus sitten tämmöstä ulkopuolista yksityisen tai järjestöjen tai säätiöitten tuotantoa. Musta se on semmonen ihannemalli. Mä kehittäisin tätä meidän yhteiskuntaa juuri tältä pohjalta. Katsoen aina sitä, mikä on aina siinä tilanteessa se optimaalinen hyvä ratkaisu. Myöskin tää jatkuvan parantamisen idea, että ei ole koskaan valmis et me vaan tost noin tehdään joku ja sit se jää siihen loppuelämäksi. Se on aika out.” (sosiaali- ja terveystoimen johtaja)

”Se on valtion asia ja yhteiskunnan asia huolehtia, että kaikilla on mahdollisuus käyttää kaikkia palveluja hyväkseen eli sitä on ehdottomasti kehitettävä”. (sosiaali- ja terveystoimen johtaja)

Haastateltavien mielestä hyvinvointivaltion kehittämistä tulisi jatkaa. Kehittämisellä he eivät kuitenkaan tarkoita yksioikaisesti yhteisvastuun lisäämistä ja toisaalta purkamisella yhteisvastuun vähentämistä. Lakisäätteisten tehtävien lisääminen ei ole ainoa tai välttämättä edes toivottava tie kehittää hyvinvointivaltiota. Kyse on tasapainon etsimisestä tarpeiden ja resurssien välille. Kuinka paljon työttömiä tulisi rahallisesti tukea, jotta heillä säilyy inhimillinen elämä, turvattu toimeentulo ja toisaalta työmotivaatio? Kuinka paljon halvaantunutta vanhusta tulisi nostaa ja taluttaa ja kuinka paljon hänet tulisi toisaalta jättää omillaan kävelemään? Mihin tulisi suunnata rajattomien tarpeiden vallitessa rajalliset resurssit, jotta resurssit tulisivat mahdollisimman tehokkaaseen käyttöön ja niistä saatu hyöty olisi mahdollisimman suuri?

Kehittämisen kautta tarkasteltuna haastatellut henkilöt jakautuivat kahteen ryhmään. Toiselle ryhmälle kehittäminen on painotetummin hyvinvointivaltion mahdollisten aukkojen tunnistamista ja vähäosaisista huolehtimista. Heille on keskeistä, että kaikilla ihmisillä on mahdollisuus saada ja käyttää palveluja tasapuolisesti ja tasa-arvoisesti hyväksi. Tähän ryhmään sijoittuvat henkilöt katsovat, että keskustelu ja kehitys, joissa edetään vahvempien ehdoilla, ei ole suotava. Terveystoimen mainittiin esimerkkinä sektorista, missä keskustelua käydään vahvempien ehdoilla.

Toiseen ryhmään sijoituville henkilöille hyvinvointivaltion kehittäminen tarkoittaa uudelleenarviointeja. Nämä henkilöt pohjaavat ajattelunsa painokkaammin siihen, että hyvinvointivaltio ei pysty kantamaan vastuuta kaikesta ja kaikista tasapuolisesti. Tasainen universaali uudelleenjako ei ole heille kaikissa tilanteissa se parasta tulosta tuova käytäntö. Näiden kuntavaikuttajien mielestä resursseja pitää painokkaammin suunnata kohteisiin, jotka ja mitkä niitä todella tarvitsevat. Avoin keskustelun ja kehittämisen kautta tulisi nostaa esiin hyvinvoinnin kannalta ns. ydinkysymykset ja palvelut, koska loppumattomien tarpeiden edessä resurssit eivät riitä kaikkeen. Esimerkiksi terveydenhuollossa julkisia resursseja tulee kohdistaa niihin asioihin ja toimenpiteisiin, joissa tulokset ovat todistetusti kannattavia. Nämä palvelut muodostaisivat esimerkiksi terveydenhuollossa julkisesti tuotettujen palveluiden kokonaisuuden, josta ei enää palasia voisi irrottaa tai muuten kokonaisuus alkaisi horjua. Tämä kokonaisuus voi vaihdella kuntakohtaisesti. Luomalla tietyissä rajoissa erilaisia ohjaus-, reagointi- ja palautejärjestelmiä ja lisäämällä asiakkaiden oikeuksia ja vaikutusmahdollisuuksia järjestelmään saadaan joustavuutta ja tavoitteita toteutettua.

5.3.3 Terveydenhuolto hyvinvointivaltiossa

Hyvinvointivaltion kehityksen myötä yhteiskunnallinen intressi liitettiin entistä tiukemmin viralliseen terveydenhuoltoon. Hyväksyttäväksi tuli vain yksi oppi, luonnontieteeseen sitoutunut lääketiede. Muut hoitomuodot jäivät julkisen tuen ja sääntelyn ulkopuolelle. Näin terveys- ja sairausasiat siirrettiin yksityiseltä alueelta julkiselle alueelle. (Tuomainen ym. 1999, 22.) Tässä prosessissa vaihtoehtolääkintä mutta myös yksityinen luonnontieteeseen perustunut terveyspalveluiden tuotanto menettivät asemiaan yhteiskunnassa. Vaikka yksityistä terveydenhuoltoa onkin tuettu jo vuosikymmeniä sairausvakuutuksen avulla, on julkisesta terveysterveystuotannosta muodostunut hallitseva ja legitiimi tapa tuottaa palveluja.

Kriittisyys julkista järjestelmää ja hallitsevaa palvelutuotantotapaa kohtaan on kasvanut esimerkiksi palveluiden saantiin liittyvistä ongelmista johtuen. Pitkittyneiden ongelmien seurauksena osa kunnista on aktivoitunut etsimään uudenlaisia vaih-

toehtoja tehdä yhteistyötä yksityisen sektorin kanssa. Tässä alaluvussa kuntavai-
kuttajat arvioivat julkisen järjestelmän kykyä vastata kansalaisten arjessaan ko-
kemiin haasteisiin ja täyttämään järjestelmälle asetetut tavoitteet.

“Ei se varmasti pysty. Terveystenhuollon mahdollisuudet vastata terveydenhuollon tarpeisiin kasvaa sen viisi prosenttia ja yhteiskunta pystyy vastaamaan noin kahdella ja puolella prosentilla siitä kasvusta sitten niillä omilla resursseilla. Sehän tarkoittaa sitä, että se jatkuvasti kasvaa se ero. .. Mun mielestä ei oikein voi lähteä siitä, että ihminen tulee kuin valintataloon ja painaa jotakin nappia. Eikä oikein voi lähteä siitäkään, että terveyspalvelujen ollessa kyseessä, että asiakas on aina oikeassa. .. Mehän ollaan julkinen palvelujärjestelmä. Eihän meidän tarvitsekaan joustaa kuin joku yksityinen palvelujärjestelmä. Tääl on varmasti paljon sellasta oppimista, joskin aina voi miettiä, että onko yksityissektorilla oppimista siitä, että siellä sitten myöskin tämä vastuullisuus.” (johtava lääkäri)

“Siitä voi vaan esittää arvion, että näissä olosuhteissa näillä taloudellisilla edellytyksillä niin tuota onko se onnistunut hyvin vai huonosti. Kyllä minusta tuo julkinen terveydenhuoltojärjestelmä tällä hetkellä on onnistunut hyvin. Elikkä on siinä määrin ne tavoitteet pystynyt täyttämään, mitä nyt on mahdollista yleensä. .. Ihmisten terveysvaatimuksiin ei pystyy kukaan koskaan vastaamaan. Se on se pohja. .. Mikä siellä on sitten semmonen sanosko kelvollinen taso tehdä se, mitä pystytään tekemään, ni se on toinen asia. Kyllähän tää kaikesta kritiikistä ja kaikesta rapsutumisesta huolimatta tää suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä ni on hieno systeemi. Tää on tällä hetkellä hyvin voi sanoa kauniisti demokraattinen ja kauniisti sitä riskiä tapaava ja tuota hyvin toimiva edelleen.” (johtava lääkäri)

”Kunnolla me ei pystytä vastaamaan niihin haasteisiin, mitä tämä päivä asettaa. .. Sen takiahan meillä on tämä terveysprojekti ja sen takia meillä on sitten näitä omia kehityshankkeita, et pystyttäs niinkun entistä enemmän ennalta ehkäisemään sellaisia tiedossa olevia kansansairauksia, jotka aiheuttaa paljon kustannuksia ja inhimillisiä kärsimyksiä. Kyllähän tässä niinku koko terveydenhuoltojärjestelmää rukataan tavallaan uuteen asentoon myös tältä osin.” (sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja)

”Ei se pysty tällä hetkellä kunnolla vastaamaan, et lääkäripula tekee sen, että ihmiset ei saa niin nopeasti apua kun ne tarvitsis. .. Mut en mä kyl sit tiedä, pystytäs-kö me jos meil yksityissektori tän tekis, että riittäskö meillä rahat. On väitetty, mitä enemmän annetaan sitä enemmän tarvetta, et se tarve on loputon.” (sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja)

“Kyllähän se mun mielestä kohtuullisen hyvin pystyy niitä toteuttamaan. .. Pääsääntöisesti oikeasti sairaut saadaan niinku aika nopeesti mutta ne, jotka on niinku siinä hilkun kilkun, ni ne joutuu sitten tähän jonokierteeseen. .. Mitä puhuit tästä kansallisesta terveysprojektista, ni ei sen tavoitteita ei kovin äkkiä saavuteta tai näyttäs siltä, ettei sitä pystytä aivan saavuttamaan kaikissa paikoissa. Et siinä mielessä ei pystytä ihan kaikkeen mitä halutaan.” (sosiaali- ja terveystoimen puheenjohtaja)

”Ei täydellisesti mutta voiko se koskaan täyttääkään. .. Siinä täytyy ottaa huomioon se, että koskaan julkinen eikä mikään järjestelmä pysty tavallaan ottamaan ihmisiltä niinkun kaikkea omaa vastuuta pois ja vastaamaan. Kyllä toinen kysymys

on se, että pyritäänkö joissain asioissa liian pitkälle hoitamaan ja liian marginaalisia ongelmiaakin jo ratkaisemaan terveydenhuollon piirissä. Se on minusta hyvin vakava ja tärkeä kysymys.” (sosiaali- ja terveystoimen johtaja)

“Se nyt on kuntakohtasta. Me ei pystytä täyttämään varmaan just tän vastaanotto-toiminnan ongelman takia. Ihan suoraan sanottuna, musta ne kansallisen terveysohjelman tavoitteet on hyviä, mut et ehkä sielläkin sit pitäis jotenkin miettiä sitä, et mitkä kaikki pitää olla ilmasta. Sit tehdään kaikkia tämmösiä päätöksiä, joissa sitten jälleen lisätään niitä paineita, ku ei oikein entisiäkään pystytä täyttämään. Ehkä siellä vois myöskin vähän rohkeammin laittaa, mitkä on nää asiat, mitkä pitää hoitaa. .. Sanotaan näin, että me ollaan ehkä vielä sillä tasolla, et kylhän täällä ihmiset saa palvelut. Eihän tästä paljon tarvis mennä alaspäin kun oltas sen optimin alapuolella eli ne ei ne tarpeet todella tyydyttys. Jos tää rahakuvio tästä heikkenee, ni sit se on semmonen kysymysmerkki ja väestö ikääntyy. Se tarve kasvaa ihan valtavasti koko ajan.” (sosiaali- ja terveystoimen johtaja)

”Pääsääntöisesti.. .. Kokonaisuutena kyllä pelaa hyvin ja pystytään vastaamaan huutoon.” (sosiaali- ja terveystoimen johtaja)

Julkisen terveydenhuoltosektorin ei katsottu täysin pystyvän täyttämään sille asetettuja tavoitteita ja vaatimuksia. Siten myös julkisen terveydenhuollon mahdollisuuksissa vastata kansalaisten arjessa eteen tuleviin haasteisiin nähtiin puutteita. Ongelmien ja puutteiden olemassaolosta kertovat muiden muassa kansallinen terveysprojekti sekä monissa kunnissa käynnissä olevat kehityshankkeet. Tavoitteiden asettamista pidettiin lähtökohtaisesti hyvänä asiana. Tavoitteiden tai ideaalin täyttymistä ei varsinaisesti kuitenkaan kaivattu. Käsite ”tavoite” sisältää jo itsessään oletuksen siitä, että on olemassa tiettyjä päämääriä joihin pyritään, mutta joita ei ole vielä saavutettu. Tavoitteiden onkin tarkoitus olla edellä arkipäivää. Haastattelujen perusteella voi sanoa, että tavoitteiden asettaminen ja ideaalitalanteen tavoittelu ylipäätään on tärkeää. Kokonaisuutena julkisen terveydenhuoltojärjestelmän nähtiin kuitenkin pärjävän olosuhteisiin nähden hyvin.

Haastattelujen perusteella keskeiseksi ongelmaksi nousi ihmisten rajattomien tarpeiden ja taloudellisten resurssien epäsuhta. Ihmisten vaatimuksia ja odotuksia nostaa jatkuvasti paraneva tietotaso. Toisaalta kohonnut tieto- ja elintaso eivät ole vähentäneet palvelutarvetta. Vaatimusten, odotusten ja tarpeiden toisella puolella ovat sen sijaa pikemminkin heikkenevät kuin kasvavat resurssit. Lääketieteen nopea kehitys kyllä mahdollistaisi paikoittain käytössä olevia hoitokeinoja tehokkaampien hoitojen antamisen, mutta taloudelliset resurssit eivät mahdollista näiden hoitojen laajamittaista käyttöä. Kyse ei siis välttämättä ole siitä, että hyvin-

vointivaltion ja terveydenhuollon arvot ja tavoitteet sen mukana olisivat jollain tapaa ylimitoitettuja tai ajalle vääriä. Kyse on pikemminkin siitä, että yksilöiden odotukset ja järjestelmän mahdollisuudet vastata odotuksiin eivät ole tasapainossa.

Pienimmän kunnan edustajat kokivat julkisen terveydenhuollon kyvyn vastata ihmisten arjessa kohtaamiin haasteisiin parempana kuin kahden suuremman kunnan edustajat. Myös julkisen terveydenhuoltosektorin kyky vasta sille asetettuihin odotuksiin nähtiin positiivisimmassa valossa pienimmässä kunnassa. Oletettavasti kyse on kunnan paremmasta julkisen sektorin tilasta eli häiriöt terveydenhuoltopalveluiden tuotannossa ovat vähäisempiä kuin kahdessa suuremmassa kunnassa. Tästä johtuen koko julkinen terveydenhuoltojärjestelmä asettui positiivisempaan valoon kuin kahdessa suuremmassa kunnassa.

5.3.4 Suomalainen hyvinvointivaltioideologian olemassaolo

Anttosen ja Sipilän mukaan Suomi joutui vasta 1990-luvun alussa samantapaiseen ideologiseen ja taloudelliseen kriisiin kuin ensimerkiksi Iso-Britannia vuosikymmentä aikaisemmin. Thatcherin uskonservatiivisen ja uusliberaalin sosiaalipolitiikan vaikutukset ovat ulottuneet vuosien aikana myös pohjoismaihin. Isosta-Britanniasta on Suomeen levinnyt mm. tässäkin tutkielmassa esille noussut palvelutuotannon welfare mix –malli, josta tuli Euroopassa 1980-luvulla Anttosen ja Sipilän mukaan suorastaan normatiivinen ideologia. Talouden ja hallinnon ylikuormittumiseen on tarjottu myös Suomessa ennen kaikkea palvelutuotannon yhteisöllistämistä ja yksityistämistä, mikä käytännössä tarkoittaa osittaista hyvinvointivaltiollisesta strategiasta luopumista. (Anttonen & Sipilä 1993, 436–438.)

Terveydenhuollossa tämä tarkoittaisi informaalisten (perhe, suku, ystävä, jne.) toimijoiden roolin kasvamista. Formaalisten toimijoiden (julkinen, yksityinen, kolmas sektori) osalta tapahtuisi painopisteen muutosta julkisesti tuotetuista palveluista markkinaehtoisesti tuotettuihin palveluihin. Tämän kaltainen rakenteellinen muutos terveydenhuoltopalveluiden tuotannossa muuttaisi julkisen terveydenhuoltosektorin keinoja ja mahdollisuuksia toteuttaa hyvinvointi-ideologiaa osana järjestelmää.

Tässä alaluvussa tarkastellaan kuntavaikuttajien näkemyksiä siitä, on Suomessa olemassa tietty ideoiden ja käytännön sovellutusten kokonaisuus, ideologia, joka vaikuttaa laajasti kaikkeen.

”No kyllä varmasti, tai en mä tiedä, onko se kuinka niinkun tarkasti yhteisesti hyväksytysti määritelty. Sitä mä en oikein tiedä. Kaikkihan tietysti vannoo hyvinvointiyhteiskuntaan. Jotenkin tuntuu että se hyvinvointiyhteiskunnan määritelmä ei ole sitten aina sama vaikka sitä puhutaan samalla nimikkeellä. Aika monenlaisia näkemyksiä. Ehkä se moniäänisyys on hyväksikin. Monenlaisia näkemyksiä siitä, että mitenkä tätä hommaa tulis kehittää ja mihinkä se tulis viedä ja minkälaisilla keinoilla sitä tulis viedä sinne. Terveystenhuollossa tosiaan... kyllähän monet sitten niinkun että laajempi, nykyistä olennaisesti laajempi yksityissektorin käyttö parantas tätä hommaa. Toiset taas hyvin vahvasti vannoo sitten sen nimiin, että sitä vaan pitää julkista järjestelmää vahvistaa. Jotkut sitten taas sitä, että pitäis tulla valtion niinkun, et valtion pitäis ottaa takaisin esimerkiksi joku erikoissairaanhoido.” (Johtava lääkäri)

”No en mä oikein niin sanois. Kyllä se on karsittu mun mielestä pois. Vois aatella, että tää pohjoismainen hyvinvointivaltioasia ei enää ole sitä, mitä se aikasemmin oli. Satsaukset eivät ole läheskään samaa suuruusluokkaa siitä kokonaisuudesta kun aikasemmin.” (johtava lääkäri)

”Mä en oikeestaan pysty kattomaan jos ajatellaan oman työn kannalta, ni muuta kun sen terveyden kannalta. Kyllä minusta siellä on selvä semmonen oma ideologiansa olemassa. Se on tää tämmönen kuitenkin tietynlainen yhteisvastuu ja vois sanoa kaunis solidaarisuus ja tää kansalaisten tasa-arvo myös terveydenhuoltopalveluissa.” (johtava lääkäri)

”On varmaan jollakin niinkun tarkkuudella. Totta kai tämmöset isot asiat niinku ei lähde, mut eihän ne kauhean suurella tarkkuudella ole olemassa.” (sosiaali- ja terveystalouden johtaja)

”Kyllä mä nään sen, että täällä on semmonen, on niinku aika pitkälle tämmönen tai hyvinkin pitkälle tämmönen hyvinvointiyhteiskunta, joskus mä nään, että jopa vähän liiankin pitkälle.” (sosiaali- ja terveystalouden johtaja)

”Semmosta yhteistä niinkun ideologiaa, joka liittyy esimerkiksi hyvinvointivaltion rakentamiseen taikka sitten ehkä sitä ennen Suomen teollistamiseen ja tämmösiin, ni siinä mielessähän tää on niinkun pirstaloitunut. Kyllä se siinä mielessä tää keskustelun painopiste on kyllä siirtynyt siihen, että aikasemmin kun se ideologia lähti siitä, että miten hyvinvointivaltiota rakennetaan ja kun havaittiin ongelmia, ni miten tätä yhteistä hyvinvointivaltiota taikka hyvinvointia taikka varallisuutta jaetaan niin, että se jakautus tasaisemmin, ni nythän semmosta suurta ideologiaa ei ole. Tässä kuitenkin käydään vähän hyvinvointiyhteiskunnan tavallaan tällästä puolustuskamppailua. Tällä hetkellä suurta ideaa niinkun palvelujen lisäämistä taikka järjestelmän kehittämistä ni sitä ei niinkun ole. Hyvinvointiyhteiskunta on siirtynyt tämmösestä expansiivisesta vaiheesta ni vähän tämmöseen defensiiviseen vaiheeseen.” (sosiaali- ja terveystoimen johtaja)

”Kyllä siis, kyllä mä nään sen. Mä nään sen oikeestaan 1990-luvun alkupuolella ja vähän ennen mä näen sen aika kovan alasajonkin.” (sosiaali- ja terveystoimen johtaja)

”On kyllä. Mä sanosin, että on. Nämä aikanaan hyvin voimakkaasti sitä korosti, taikka näin mä sen ainakin koen, ni nää peruskoulu ja kansanterveyslait, jotka on edelleen voimassa ja jotka voivat suht hyvin. Kyllä se on olemassa.” (sosiaali- ja terveystoimen johtaja)

Haastateltavat tunnistivat hyvinvointivaltion kuluneiden vuosikymmenten aikana syntyneiden ideoiden ja näiden ideoiden konkreettisten toteutusten suhteellisen systemaattiseksi kokonaisuudeksi. Esiin nousi sellaisia hyvinvointivaltiollemme keskeisiä käsitteitä ja arvoja kuten solidaarisuus, yhteisvastuu ja tasa-arvo. He tunnistivat myös tapahtuneen muutoksen, jossa yhteiset ideat ja konsensus eivät näyttäyty enää niin vahvoina kuin Suomen teollistamisen ja hyvinvointivaltion rakentamisen aikana. Ideologian katsottiin osin hämärtyneen ja pirstaloituneen. Tämä näkyy konkreettisesti siinä, että tänä päivänä on monia tapoja käsittää hyvinvointivaltio. Samalla esiintyy monenlaisia näkemyksiä siitä, miten hyvinvointivaltiota tulisi kehittää, mihin suuntaan ja millä keinoilla. Satsausten vähentymisen seurauksena suurempaa ideaa palvelujen ja järjestelmän kehittämisestä oli vaikea enää havaita.

Haastateltujen henkilöiden vastauksista heijastui sama monimielisyys suhteessa hyvinvointivaltioon. Osa näki ihan terveenä kehityksen, jossa on ravistauduttu ulos ylihuolehtivaisesta yhteiskunnasta. Osa taas vannoni selkeämmin julkisen sektorin nimeen ja he katsoivat, että sitä tulisi aktiivisemmin vahvistaa. Muutamat olivat esimerkiksi valmiita pohtimaan vakavasti erikoissairaanhoidon siirtämistä takaisin valtion vastuulle. Osa kuntavaikuttajista näki vahvistuvan valtion roolin tuovan mukanaan myös uudenlaisia ongelmia. Ylipäätään kuntien ja valtion suhteiden tarkistamisen toi esiin useampikin haastateltu henkilö. Terveystoimen ostopalveluiden suhteen eriävät mielipiteet näkyivät siinä, että joillekin laajempi ostopalveluiden käyttö yksityissektorilta ja ostopalvelukäytäntöjen kehittäminen tarkoittaa mahdollisuutta parempaan ja tehokkaampaan terveydenhuoltoon, kun taas monet haastateltavista näkivät, että panostusten tulisi suuntautua ensisijaisesti julkiseen terveydenhuoltoon.

Hyvinvointi-ideologian hämärtyminen, konsensuksen heikkeneminen ja erilaiset käsitykset hyvinvointivaltiosta tarkoittavat ainakin sitä, että yhteiskunnassa esiintyy yhä selvemmin eri intressiryhmiä. Esimerkiksi terveydenhuoltosektorilla toimijat voidaan jakaa julkisiin ja yksityisiin toimijoihin sekä kolmanteen sektoriin. Kuten eräs haastateltavista julkista ja yksityistä sektoria luonnehtiessaan karrikoidusti totesi, julkisen sektorin pyrkimyksenä on turvata kaikille edullinen ja tasa-arvoinen pääsy hoitoon. Yksityisen sektorin pyrkimyksenä on puolestaan tuottaa voittoa. Kolmannen sektorin nähdään toimivan näiden kahden välimaastossa, jonkin lähinnä aatteellisen tehtävän toteuttajina. Jako näiden toimijoiden välillä on periaatteessa selkeä, mutta käytännössä rajat hämärtyvät. Esimerkiksi ostopalveluiden kautta julkinen, yksityinen ja kolmas sektori saattavat olla kukin osana samaa palveluketjua.

5.3.5 Ideologian ylläpito

Tässä tutkielmassa käsite ”ideologia” liitetään paitsi yksilön ideologiaan, niin myös tietyn aikakauden ajatusrakennelmaan. Tämän kysymyksen kohdalla käsitettä tulkitaan ennen kaikkea yhden aikakauden ajatusrakennelmana. Terveydenhuollon näkökulmasta hyvinvointi-ideologia on konkretisoitunut yhteiskunnassamme erilaisina käsitteinä kuten julkinen terveydenhuolto ja tasa-arvo sekä toimintana kuten neuvolapalveluina ja seulontoina. Suomalainen arvo-ilmasto ei ole yhtenäinen, mistä seuraa se, että kansalaisten keskuudessa on näkemyseroja vallitsevista yhteiskunnallisista oloista. Yksinkertaistetun jaon mukaan ihmiset voidaan jakaa vallitsevan ideologian säilyttäjiin sekä niihin, jotka pyrkivät muuttamaan ja kehittämään yhteiskunnallisia olosuhteita. Tämän jaon syntyminen on seurausta siitä, että ihmisillä on yleensä tarve vaikuttaa yhteiskuntaan omien olojensa ja tavoitteidensa mukaisesti.

Aiempien kysymysten kohdalla on tullut esille, että pohjoismaisen hyvinvointivaltiomallin mukainen arvopohja ja ideologia ovat keskeinen osa myös tutkielmaa varten haastateltujen henkilöiden ajatusmaailmaa. Monenlaisen muutoksen keskellä näiden arvojen ja ideologian säilyminen ei ole itsestäänselvyys. Niiden säi-

lyminen edellyttää aktiivista ylläpitoa. Tässä alaluvussa selvitetään kuntavaikuttajien näkemyksiä siitä, miten tai ketkä ideologiaa ylläpitävät.

“Jotenkin kaikki on omaksunut sen hyvinvointiyhteiskunta nimityksen vaikka ne on vähän erilaisia tapoja, millä sitä niinkun ylläpidetään tai varsinkin tavoitellaan. Tänä päivänä ehkä sitä ei tavoitella kun koetaan, että se on olemassa. Mutta kyllä se varmasti tässä valtakunnan tason politiikassa... mut jotenkin niinkun sanoinkin, et ei ainakaan erityisesti jossakin lautakunnan tason työssä niin ei sellasta oikeestaan ole ollut näkyvissä. Se on käytännön asioita ja yksilöiden ja ehkä sitten poliitikoilla niinkun jotenkin sen äänestäjäkunnan, sen taustaryhmän, asiat päällimmäisenä.” (johtava lääkäri)

”Ei nyt ainakaan tän tason virkamiehet sitä ylläpidä. Kyllähän se tietysti parhaimmillaan leijuu silloin kun käydään eduskuntavaaleja, niissä keskusteluissa eli lupauksissa. Kyllä mä sanosin, että jos aatellaan näin että, kuka kansallisesti sitä ylläpitää, ni kyllä sitten mennään ihan tänne tosiaan hallitustasolle asti. Sillä mitä sieltä tulee, on paljon merkitystä. Täällä paikkakunnalla työskennellessä, ni täällä niinkun on ihan konkreettisia tämän päivän asioita enemmän kun arvoasioita, ni joudutaan pohtiin.” (johtava lääkäri)

“Ei kai siinä semmosta yhtä vastuutahoa voi nimetä. Jos sen taas vähän niinku pelkistäs, ni kyllähän se hyvinvointiyhteiskunnasta huolehtimisen tehtävä on hyvinvointiyhteiskunnalla. Täähän on aika lailla viritetty tää mejän yhteiskunta huolehtimaan hyvinvointiyhteiskunnasta. Se on tämmönen itteensä ruokkiva. Oikeestaan kaikki tämmöset järjestetyt elimet, hallintoelimet, kunnat nää tämmöset sairaanhoitopiirit ja muut, ni tota kyllähän ne tähtää siihen hyvinvointi-ideologiaan. Se on semmonen itteensä silittävä systeemi. Emmä taaskaan osaa siitä sanoa, kellä se on se päävastuu siitä säilyttämisestä. Kyllä kait se on sitten jotenkin aika arkisesti tietysti näillä päättäjillä, jotka ne lait ja muut tekee. .. Se pelkkä rakennehan ei sitä hyvinvointivaltiota tois. Kyllä tää aika paljolti on sillä lailla, että yksilöt siellä järjestelmän sisällä, kun ne on sen ideologian omineet, että koitetaan nyt elää rauhassa, eikä sohoteta toista silmään, ni tota ne yksilöthän sen sitten sen homman siellä pyörittää.” (johtava lääkäri)

“Kai sillä on joku tämmönen mielikuvamuoto, jota tietysti halutaan ylläpitää, joka nyt ei ihan varmaan ole se todellisuus missä ollaan. Mut niinhän yhteiskunnassa aina on tämmösiä mielikuvaharhoja. Nehän ei sinänsä ole pahoja tai hyviä vaan ne on tämmösiä niinkun identiteettiä rakentavia, talvisodan henki ja marskin ryppy. Nehän on tämmösiä metaforia, käsitteitä, jotka jäsentää asioita. Samalla tavalla varmasti tääkin on. En mä usko, että se on mikään tietoinen takahuoneessa sovittu juttu, jota sitten yhdessä käydään selittämässä vaan se on aika paljon yhteistä omaisuutta. Käsitys siitä, mitkä on suomalaisen hyvinvointiyhteiskunnan perusarvot. .. Totta kai toiset puhuu siitä aktiivisemmin ja toiset passiivisemmin, koska niinku ihmiset on eri intressiryhmät sitoutuneet enemmän tai vähemmän kuitenkin tähän hyvinvointivaltioon. Se määrittää myös sit sen volyymin, jolla siitä puhutaan, mut et ollaan kuitenkin yhtä mieltä. .. Ilman muuta kunnan hyvinvointipolitiikka heijastelee valtakunnallista myöskin niinkun arvoiltaan, sisällöltään ja myöskin niinkun jännitteiltään.” (sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja)

“Mä näen sen niinku niin, että niin kauan kun rahat riittää sen kannatus on vahva. Jos yhteiskunta pystyy ne palvelut niinkun jollakin tavalla maksamaan, ni niin kau-

anhan totta kai ihmiset ottaa positiivisen vastaan jos sitä tarjotaan. .. Se on niinku tämmönen yhteiskunnallinen juna, joka niinku itse ohjaa itseään. .. Nyt jos politiikassa vaihtuu yksi puolue kolmesta, ni eihän se vaihdu kauheesti ja virkamiehet vaihtuu paljon hitaammin. Ni tottakai tää yhteiskunta menee tietyllä tavalla vaikka joitain ideologisia eroja tulisikin. Sehän hyvin hitaasti siirtyy se juna mihinkään päin. Niin kauan kun tosiaan maksu ei ole suoraan omasta pussista pois, niin tottakai hyvinvointivaltiota kannatetaan.” (sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja)

”Tässä tullaan tähän eliittiin ja massaan, että onhan se selvästi tällänen poliittis- taloudellis- hallinnollinen eliitti, jossa niinkun valtalehdet on mukana. Sieltä se yhteiskunnallinen keskustelu niinkun ohjautuu. .. Eihän me olla irrallaan siitä. Eihän yksittäinen kunta... se on tässä yhteiskunnassa pakotettu olemaan osa sitä järjestelmää, ei se voi kulkea niinkun vastavirtaan. No onhan sillä liikkumavaraa mutta ei se voi ottaa ihan toisia... koska sen täytyy niinkun huolehtia kuntalaisista ja tavallaan niinkun hyödyntää niitä resursseja, mitä niinkun tulee. Totta kai näe valtiolliset trendit vaikuttaa (paikkakunta) politiikkaan.” (sosiaali- ja terveystoimen johtaja)

”Mehän ylläpidetään sitä laeilla, laeilla ja säädöksillä. Niin kuin mä tossa sanoin että, esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon päättävät viranhaltijat on aika pitkälle lakien ja asetusten kautta toimivia henkilöitä. Ei heillä hirveesti jää tämmöstä väljyyttä. Sitähän valtio ylläpitää näillä laeilla ja asetuksilla. Se määrää jonkun vaikka subjektiivisen oikeuden jollekin, ja sieltähän musta ne tulee. Sielhän käydään ne ideologiset taistelut siellä eduskunnassa kun päätetään laeista. .. Me voidaan tehdä tämmöstä kunnan sisäistä hyvää kehittämistyötä. .. Meillä on tämmösiä niinku tiettyjä markinaalimahdollisuuksia mut ne perusasiat tulee laeista ja asetuksista. Tätä ei varmaan aina ihan kunnallinen päätöksentekijäkään ymmärrä.” (sosiaali- ja terveystoimen johtaja)

”Päättäjät. Sitähän varten ne on olemassa, että kun noin kansalaiset antavat valtakirjan, että sitä ideologiaa, mitä ne on luvannut ylläpitää, ni sitä ylläpidetään. Sitä varten ne on ne päättäjät. Tekevät näitä linjauksia, että näin tehdään tätä ylläpidetään. Kyllä se siellä päättäjissä on. Ei kansalla mitään valtaa ole vaikka näin sanotaankin.” (sosiaali- ja terveystoimen johtaja)

Kuntavaikuttajien vastausten perusteella hyvinvointi-ideologian ylläpidossa on muutamia keskeisiä tekijöitä. Hyvinvointi-ideologian ylläpito ja ohjaus yhdistettiin vahvasti kansallisen tason politiikkaan ja poliittisiin päättäjiin. Valtakunnallisen politiikan linjanvedoilla on iso merkitys toimintaan kunnissa. Kunnallispolitiikan roolia ei nähty samalla tavoin merkittävänä. Eduskunnan ja hallituksen lisäksi ideologian ylläpitäjinä mainittiin taloudellis-hallinnollinen eliitti, jossa ovat myös valtalehdet mukana. Nämä tahot ovat niitä, joiden avausten ja linjausten mukaan valtakunnallinen keskustelu ja sitä kautta myös toiminta ohjautuu.

Muutamit haastatelluista henkilöistä eivät yhdistäneet ideologian ylläpitoa mihinkään tiettyyn ihmisryhmään tai organisaatioon. He näkivät järjestelmän eri osasten muodostavan kokonaisuuden, joka ylläpitää vallitsevaa hyvinvointi-ideologiaa. Nämä eri osat on kukin tahoillaan viritetty ylläpitämään ideologiaa. Monista osista koostuvaa systeemiä, joka on osin myös mielikuviin perustuva, ei kukaan pysty varsinaisesti ohjallemaan. Järjestelmä huolehtii itse itsestään eli niin kauan kun järjestelmä nauttii laajaa hyväksyntää, hyvinvointivaltio pitää huolen hyvinvointivaltion jatkuvuudesta.

Pohdinta kuntatason poliittisten päättäjien ja virkamiesten vaikutuksista ideologian ylläpidossa jäi vaatimattomaksi ja rajalliseksi. Kukaan vastaajista ei katsonut yksittäisen henkilön tai edes kunnan pystyvän vaikuttamaan merkittävästi vallitseviin olosuhteisiin. Kunnat ovat pikemminkin pakotettuja toteuttamaan valtionhallinnon tasolta tulevaa politiikkaa. Tämänkin kysymyksen kohdalla muutama haastateltava mainitsi kunnissa tehtävän työn keskittyvän enemmän konkreettisiin ja käytännönläheisiin kysymyksiin. Arvokeskustelu ja suuret linjaukset jäävät enemmässä määrin muiden toimijoiden pohdittavaksi. Vaikuttaisi siltä, että hallitseva ideologia ja sitä ylläpitävät instanssit ovat siinä määrin vahvoja ja dominoivia, että kuntavaikuttajien mahdollisuudet vaikuttaa kehitykseen koetaan vähäisiksi.

YHTEENVETO

Keskeisin tässä alaluvussa esille tullut asia on kuntavaikuttajien tuki suomalaiselle hyvinvointivaltiolle. Järjestelmämme kokonaisuuden, yleisten puitteiden ja reunaehtojen, nähtiin olevan kunnossa. Järjestelmämme pystyy edelleen täyttämään pääsääntöisesti sille asetettuja odotuksia ja vaatimuksia. Terveystuonon näkökulmasta tämä tarkoittaa mm. sitä, että olemassa oleviin rakenteisiin ei haluta merkittäviä muutoksia. Järjestämis-, tuottamis- ja rahoittamisvastuu halutaan säilyttää julkisella sektorilla, eikä kuntien asemaan, tehtäviin ja suhteeseen valtion kanssa toivota merkittäviä muutoksia. Yhteiskunnan, joka turvaa palvelutuotannossa vahvasti markkinoihin, ei nähdä pystyvän samassa määrin turvaamaan solidaarisempia, riskiä paremmin tasaavia, tehokkaampia ja tasa-arvoisempia palveluja kuin mihin tämän hetkinen järjestelmä pystyy.

Kyse ei ole kuitenkaan siitä, ”etteikö jotain tarttis tehdä”. Järjestelmää ei nähty aukottomana. Yhteiskunnasta katsottiin löytyvän erilaisia väliinputoajaryhmiä. Merkittävät ongelmat yhdistettiin universaaleihin sosiaalisiin oikeuksiin, julkisen vallan vastuuseen ja kykyyn hyvinvoinnin takaamisessa, tasa-arvoon tai työllisyyteen eli keskeisiin yhteiskuntapoliittisiin tavoitteisiin. Järjestelmän kyky säännellä ja tasata sosiaalisia riskejä arvostettiin korkealle mutta painotuksiin kaivattiin tarkastuksia. Tarkastelun paikka olisi myös siinä, mikä on optimaalinen yhteiskunnan vastuun taso. Suomessa tulisi tarkemmin määritellä ne ydintehtävät ja -palvelut, joiden tuottamisesta seuraa hyötyjä yhteiskuntaan ja joiden tuottaminen yhteiskunnan vastuulla ja resursseilla katsotaan siten olennaiseksi. Terveydenhuollossa palvelutason tarkastaminen eli tasapainon löytäminen tarpeiden ja resurssien välillä, tarkoittaa esimerkiksi annettujen hoitojen asettamista jonkinlaiseen arvohierarkiaan. Hyvinvointivaltion kehittäminen ei siis tarkoita yksioikoisesti resurssien lisäämistä vaan olemassa olevan järjestelmän analyyttistä tarkistamista.

Terveydenhuollon kyky täyttyä sille asetettuja tavoitteita, oli kuntasidonnaista. Silloin kun palvelutuotantotilanne omassa kunnassa oli pääsääntöisesti hyvä, nähtiin koko terveydenhuoltojärjestelmän pystyvän pääsääntöisesti täyttämään sille asetettuja tavoitteita ja vaatimuksia. Ongelmat oman kunnan palvelutuotannossa johtivat pessimistisempään tulkintaan koko terveydenhuoltojärjestelmän tilasta. Vaikka tilanne olosuhteisiin nähden olisikin vielä hyvä, niin tulevaisuudessa mieluummin heikkenevät kuin kasvavat resurssit herättivät pohdintaa. Eräs haastatelluista henkilöistä pohti, pystyisikö yksityinen sektori vallitsevissa olosuhteissa lopulta yhtään sen parempaan lopputulokseen. Erilaiset hankkeet ja kehittämisohjelmat nähtiin osoituksena tarpeesta kehittää palvelutuotantoa. Terveydenhuoltojärjestelmään kohdistettujen arvojen ja tavoitteiden ei nähty olevan ylimitoitettuja vaan kyse on siitä, että ihmisten odotukset ja järjestelmän resurssit vastata odotuksiin eivät ole tasapainossa.

Osa kuntavaikuttajista katsoi, että ns. hyvinvointi-ideologia on jo karsittu melko pitkälle pois suomalaisesta yhteiskunnasta. Kaikki käsitteen Suomessa tunnustavat ja yhdistävät sen Suomeen mutta määrittelyt eivät ole yhtenäisiä. Suomessa ei ole enää yhteistä ideaa sille, miten hyvinvointivaltiota viedään eteenpäin. Ne,

joille hyvinvointivaltio oli todellisempi, perustelivat käsitystään sillä, että meillä on edelleen voimassa ideologian mukaisia rakenteita ja lakeja. Ideologian ylläpitoa ei yhdistetty kuntiin vaan ennen kaikkea valtiotasolle ja hallitustason politiikkaan. Kuntien virkamiesten ja poliitikkojen työ on kunnan olosuhteiden ja kansallisen lainsäädännön rajamaa arkista ja käytännönläheistä työtä. Hyvinvointivaltioidean toteuttaminen ja ylläpito on siis keskeisillä valtakunnan tason sektoreilla toimivien eliittien tehtävä. Kunnat toimivat kansalliselta tasolta tulevien impulssien toteuttajina. Itse näkisin, että ns. toteuttava taso on yhtä keskeisessä roolissa ideologian ylläpidossa kuin se taso, joka ohjaa kehitystä. Siten erään kuntavaikuttajan toteamus siitä, että järjestelmä on itse itseään silittävä ja monessa eri tasossa toimiva systeemi ruokkii itse itseään, on osuva.

6. LOPPUPÄÄTELMIÄ

Tutkielman keskeisenä ideana oli tarkastella, minkälaisen tiedon varassa kuntavaikuttajat tekevät terveydenhuoltopalveluiden tuotantoa koskevia päätöksiä. Teoriaosuudessa toin lyhyesti esille muutamia tiedon eri tyyppityksiä osoittaakseni tiedolla olevan eri ominaisuuksia. Moderneissa länsimaissa tieteellinen tieto on syrjäyttänyt ns. pehmeän (filosofisen, maailmankatsomuksellisen) tiedon. Tieto käsitetään vahvasti rationaalisperäiseksi faktatiedoksi (spesiaalitiedoksi), jonka oikeellisuutta vahvistetaan usein numeerisella esittämisellä. Tieto on vakuuttavaa ja oikeaa kun se on huolellisesti ja yleisesti hyväksytyjen sääntöjen mukaisesti tuotettua ja todennettua ns. tieteellistä tietoa. Etenkin tekniikan ja talouden näkökulmasta asioita lähestyvä tieto korostuu ajassamme.

Ryhtyessäni tutkielman tekoon oletuksenani oli, että muunkinlaisen tiedon täytyy ohjata kuntavaikuttajia terveydenhuoltopalveluiden tuotantoon liittyvissä kysymyksissä. Oletus uskomusten, ambitioiden ja intressien vaikutuksista on vahvasti sisäänrakennettu myös tutkielman teoriaosuuteen. Teorian perusoletus oli, että tieto välittyy erilaisissa ihmisten välisissä sosiaalisissa prosesseissa ja näissä prosesseissa se myös värityy. Monenlainen inhimillisessä toiminnassa ja vaikuttamisessa käytetty tieto on vuosikymmenten aikana kiinnittynyt suomalaiseen hyvinvointivaltioon, ihmisryhmiin ja yksilöihin. Kuvauksella terveydenhuoltojärjestelmän kehi-

tyksestä halusin osoittaa, minkälainen sosiaalista todellisuutta muokkaava vaikutus tiedolla ja ideoilla sekä näiden kiinnittymisellä ja konkretisoitumisella on käytännössä.

Tarkastelin tutkielmaa varten haastateltujen henkilöiden suhtautumista terveydenhuollon ostopalveluihin kolmesta eri näkökulmasta. Ensimmäisessä laajemmassa teemassa selvitettiin kuntavaikuttajien näkemyksiä ostopalveluista heidän omassa kunnassaan. Toinen laajempi teema tarkasteli kuntavaikuttajien henkilökohtaista suhtautumistaan palveluostoihin yksityiseltä terveydenhuoltosektorilta. Kolmas mielenkiinnon kohde olivat kuntavaikuttajien näkemykset suomalaisesta hyvinvointivaltiosta. Annettujen vastausten pohjalta olen päätenyt seuraaviin päätelmiin.

Hyvinvointivaltiota halutaan ylläpitää ja kehittää, koska siinä konkretisoituu idea hyvästä yhteiskunnasta. Hyvinvointivaltio näyttäytyy moraalisenä järjestelmänä, jonka tehtävänä on taata (terveydenhuolto)palvelut kaikille. Erytistä huomiota tulee kiinnittää siihen, että heikommassa asemassa olevilla ihmisryhmillä on mahdollisuus yhdenvertaisiin palveluihin muiden kanssa. Kuntavaikuttajien käsitykset ”hyvän yhteiskunnan” arvoperustasta ovat yhteneviä suomalaisen hyvinvointivaltion arvoperustan kanssa. Minkään vaihtoehdoisen järjestelmän ei katsota samassa määrin pystyvän tasaamaan riskiä tai olemaan solidaarinen, tehokas ja tasa-arvoinen kuin mitä Suomeen juurtunut pohjoismainen hyvinvointivaltiomalli on. Nämä hyvinvointivaltioon liitetyt arvot ja merkitykset tekevät hyvinvointivaltios-ta kuntavaikuttajille mielekkään, merkityksellisen ja siten kehittämisen arvoisen.

Tulee huomata, että tässä vaiheessa palveluiden tuottajalla ei ole merkitystä. Merkitystä on sillä, toteuttavatko ja tuottavatko palvelut kuntavaikuttajien mielestä oikeanlaisia arvoja ja merkityksiä. Edellisessä kappaleessa hyvinvointivaltioon liitetyt arvot ja merkitykset liitettiin myös terveydenhuoltojärjestelmään. Samat arvot ja merkitykset tekevät siis myös terveydenhuoltojärjestelmästä ja palveluista kuntavaikuttajille hyviä, mielekkäitä ja merkityksellisiä. Koska Suomessa terveydenhuoltopalvelut on jo pidemmän ajanjakson ajan tuotettu pääasiassa julkisin resurssein, on hyvinvointivaltion ja julkisen terveydenhuoltojärjestelmän välille muodostunut vahva riippuvuussuhde. Julkisesti tuotetut terveydenhuoltopalvelut ovat sopeutu-

neet hyvin hyvinvointivaltion fyysiseen ja sosiaaliseen ympäristöön. Historiallisen kehityksen myötä niistä on muodostunut yksi hyvinvointivaltion keskeisistä instituutioista ja osa hyvinvointi-ideologiaa.

Erot yksilöiden välisissä tiedoissa tulevat esiin siinä, kenen tai keiden tuottamien terveydenhuoltopalveluiden katsotaan pystyvän turvaamaan ns. hyvä yhteiskunta. Suomalaisen hyvinvointivaltion tulkinnoissa on eroja. Tulkintaeroja selittävät erot yksilöiden tiedoissa. Näkemuserot konkretisoituivat mm. terveydenhuoltopalvelujen tuottamiseen liittyvissä kysymyksissä. Muutamat suhtautuvat ostopalveluihin kriittisesti ja harkiten, toivoen, etteivät ne tule mainittavasti lisääntymään. Nämä henkilöt ovat ns. muutoksen vastustajia. Pääjoukko on valmis avoimen maltillisesti selvittämään ja myös lisäämään ostopalvelujen osuutta kunnan palvelutuotannossa. He haluavat kuitenkin säilyttää terveydenhuoltojärjestelmän perusrakenteet ja luonteen. Yhdelle henkilölle markkinamuotoinen palvelutuotannon lisääminen ja edistäminen on keskeinen tavoite omassa toiminnassa. Hän on ns. edelläkävijä, joka katsoo, että nykyisiä rakenteita ja palvelutuotantotapoja tulee muuttaa, jotta yhteiskunnan perustoiminnot ja arvot voidaan säilyttää myös tulevaisuudessa.

Tätä yhtä henkilöä lukuun ottamatta kuntavaikuttajien näkemuserot olivat niin pieniä, että julkisesti tuotettujen palveluiden voidaan sanoa olevan tae hyvälle terveydenhuoltopalveluille. Yksityisten palveluntuottajien yhteiskunnallisen merkityksen kasvu tarkoittaa näille henkilöille luopumista siitä arvoperimästä ja niistä merkityksistä, jotka tekevät hyvinvointivaltion ja terveydenhuoltojärjestelmän heille mielekkääksi ja merkitykselliseksi. He näkevät idean hyvinvointivaltiosta hyvänä ja keskeisiltä osin oman arvoperustan mukaan toimivana ja sitä tukevana. Siksi he eivät näe tarvetta perustavaa laatua oleviin muutoksiin palvelutuotannossa.

Yksityisen terveydenhuoltosektorin kannalta tämä tarkoittaa sijoittumista toissijaiseen ja vaihtoehtoiseen asemaan. Yksityissektorin yhteiskunnallisen merkityksen ei toivota kasvavan, koska sen ei katsota pystyvän täyttämään sitä tehtävää, jonka julkisesti tuotetut terveydenhuoltopalvelut hyvinvointivaltiossa täyttävät. Tämä tehtävä ei ole vain sairaiden hoitoa vaan siihen liittyy kiinteästi monia yhteiskunnallisen moraalien, kehityksen ja järjestyksen kannalta keskeisiä merkityksiä.

Julkisesti tuotettujen terveydenhuoltopalveluiden hegemonia-asemaa ylläpidetään liittämällä yksityiseen palvelutuotantoon mitätöintejä. Terveydenhuoltopalvelujen kilpailuttamista ja edelleen ostopalveluiden käyttöä lisäävä kehitys nähdään hankalana, koska tämän kehityksen nähdään johtavan tasa-arvon, solidaarisuuden ja ohjattavuuden heikkenemiseen. Huolena on myös pirstaloituneen järjestelmän kyky tasata riskejä ja ennaltaehkäistä sairauksia. Tämän kaltaisten uskomuksiin, ambitiioihin ja intresseihin pohjautuvien määrittelyjen kautta, yksityiselle palvelutuotannolle annetaan ”ei vakavasti otettava” leima. Mitätöintien avulla katsotaan kuntavaikuttajien kieltävän ei toivotun ilmiön ja siihen liitettyjen positiivisten tulkintojen todellisuuden. Näiden mitätöintien seurauksena, ja mahdollisesti myös tietoisena tarkoituksena, on ylläpitää ja vahvistaa julkisesti tuotettujen terveydenhuoltopalvelujen hegemonia-asemaa.

Väite uskomusten, ambitioiden ja intressien olemassaolosta perustuu siihen, että vallitsevan ja vaihtoehtoisen palvelutuotantomallien välillä vallitsevaa ristiriitaa ei voida selvittää käytännön testitilanteessa. Toisaalta tutkittua ja ennen kaikkea yksiselitteistä ja vertailukelpoista tietoa on vain rajallisesti. Merkittävä osa terveydenhuollon markkinaehtoistamista koskevasta tiedosta ja käytännön kokemuksista tulee ulkomailta. Tätä tietoa tulee mielestäni käyttää harkitusti, koska hyvinvointivaltiot ovat historiallisen taustansa ja kehityksensä kautta omanlaisiaan kokonaisuuksia. Yhdessä kulttuurissa toimivat käytännöt eivät välttämättä sovellu suoraan kopioituina toiseen kulttuuriin tai käytännöillä ei saavuteta samanlaisia tuloksia.

Kaikki yksityissektorin toissijaisuutta ylläpitävät perustelut eivät ole arvo- tai ideologispohjaisia. Konkreettinen tosiasioihin pohjaava perustelu on esimerkiksi yksityisten palveluntuottajien rajallisuus ja siitä seuraavat kilpailuttamiseen ja palveluiden tuottamiseen liittyvät ongelmat. Faktatiedon rajallisuus kuitenkin tuottaa olosuhteet, joissa ennakkoluuloille ja intresseille löytyy tilaa.

Se, että vaihtoehtoista järjestelmää mitätöidään eikä sen asemaa haluta merkittävästi muuttaa, ei tarkoita sitä, etteivätkö kuntavaikuttajat tiedostaisi hallitsevassa järjestelmässä olevia ongelmia ja siihen tulevaisuudessa kohdistuvia haasteita. Palvelutuotannon keskeisiin ongelmiin ja haasteisiin vastaaminen vaatii kuntavai-

kuttajien mukaan uudelleenarviointeja, painopisteen muutoksia ja tarkennuksia. Hyvinvointivaltiossa vallitsevien arvojen ja hyvinvointivaltiolle asetettujen tavoitteiden ei koettu kuitenkaan olevan lähtökohtaisesti väärää tai ylimitoitettuja. Kyse on pikemminkin siitä, että ihmisten järjestelmälle asettamat odotukset ja vaatimukset eivät ole tasapainossa järjestelmän resurssien kanssa. Kuntavaikuttajat katsoivat, että uudelleenarvioinneista ja tarkennuksista huolimatta vastuu keskeisten palveluiden turvaamisesta kansalaisille tulee säilyttää yhteiskunnalla. Tämän seurauksena järjestelmän kehittämisessä pitäydytään vallitsevan järjestelmän sisällä.

Juuri mitätöinnit tuovat esiin ideologian olemassaolon terveydenhuoltopalveluiden tuottamiseen liittyvissä kysymyksissä. Mitätöintien, ennakkoluulojen ja myyttisten elementtien esiintuominen ei ole vain julkisen sektorin edustajien etuoikeus. Yhtä lailla yksityisen palvelutuotannon kannattajat esittävät mitätöintejä julkisesta palvelutuotannosta. Tällöin esiin nostetaan esimerkiksi julkisen terveydenhuoltosektorin joustamattomuus, kasvottomuus, ihmiset samaan muottiin asettava palvelutarjonta ja tehottomuus. Tämän kaltaiset käsitykset muuttuvat hitaasti.

Yksityinen terveydenhuoltosektori liitetään osaksi hyvinvointivaltiota antamalla sille julkista sektoria täydentävä status. Tämän merkityksen kautta yksityisestä palvelutuotannosta tehdään ymmärrettävä ja hyväksyttävä osa hyvinvointivaltiota. Tutkielmaa varten haastatellut kuntavaikuttajat katsoivat, että yksityissektorilla on sijansa suomalaisessa terveydenhuollossa. Sen osuutta palvelutuotannon kokonaisuudessa ei haluta merkittävästi lisätä, mutta se nähdään osana suomalaisen hyvinvointivaltion terveydenhuoltopalvelujärjestelmää. Tämä merkityksenannon katson perustuvan siihen, että vaikka merkittävä osa terveydenhuoltopalveluiden tuotannosta kollektivisoitiin 1970-luvun alussa, niin tietyillä toimialoilla julkiselle palvelutuotannolle ei annettu monopolistista asemaa. Näitä toimialoja ovat esimerkiksi hammashoito, fysioterapia ja työterveyshuolto. Myös tietyt tutkimukset kuten seulonnat ovat olleet perinteisesti erilaisten säätiöiden tuottamia.

Näiden palveluiden yksityinen tuottaminen ei ole noussut hyvinvointivaltion ja julkisen terveydenhuoltosektorin legitimizeettiä kyseenalaistavaksi tekijäksi, vaan niistä on muodostunut luonteva osa julkissektorivetoista terveydenhuoltoa. Ham-

mashoidon osalta on mainittava, että muutamia vuosia sitten kaikki Suomen kansalaiset saatettiin julkisen hammashoidon piiriin. Nämä esimerkit kuitenkin kertovat siitä, että hyvinvointivaltio arvoperustan ylläpito mahdollistaa erilaisia järjestelyjä. Markkinaehtoisesti tuotetut terveydenhuoltopalvelut voivat olla luonteva ja toimiva osa järjestelmää. Tällä hetkellä tuskin yhdessäkään Suomen kunnassa toivotaan mainittujen palvelujen tuottamisen saattamista kuntien vastuulle. Keinoja kuluttajien ohjaamiseen eri palveluntuottajien piiriin on olemassa. Yksityisen terveydenhuoltosektorin kannalta yksi keskeisistä kysyntää ohjaavista tekijöistä on sairausvakuutus. Sairausvakuutuksen taso ja se, mitkä palvelut ja tuotteet kuuluvat korvausten piiriin, ohjaavat kuluttajien kysyntää.

Mahdollinen sysäys merkittävämpiin terveydenhuoltopalveluiden tuottamiseen liittyviin muutoksiin ei tule tapahtumaan kunnissa. Tätä päätelmää tukevat niin aiemmat tutkimukset kuin myös tämän tutkielman tulokset. Kunnissa palveluiden tuotantoon liittyvä kehittäminen suuntautuu pääsääntöisesti olemassa olevaan järjestelmää kehittäviin ja sen rakenteita ylläpitäviin hankkeisiin. Vain yhdessä kunnassa oli keskusteltu ns. merkittävästä muutoksesta, mikä tämän tutkielman yhteydessä tarkoittaa terveyskeskuksen toiminnan ulkoistamista. Toisessa kunnassa suunniteltu laboratoriotoinnin liikelaitostaminen ei ole terveyskeskuksen toiminnan ulkoistamiseen rinnastettava muutos, koska sillä ei ole suoria vaikutuksia yksityiseen palvelutuotantoon. Toteutuessaan tälläkin ratkaisulla saattaa olla pidemmän aikavälin vaikutuksia palvelutuotannon markkinaehtoisuuteen.

Kuntien osalta hyvinvointivaltion virittäminen vastaamaan 2000-luvun haasteita on ennen muuta tarkoittanut resurssien karsimista. Sujuva muutos merkittävästi markkinaehtoisemman palvelutuotannon suuntaan vaatisi kunnalta erinäisiä resursseja ja ponnisteluja. Resurssit kunnissa ovat kuitenkin niukkoja. Tätäkin merkittävämpää on se, että halu tämän suuntaiseen muutokseen on kunnissa vähäistä. Mielestäni sysäys mahdolliselle muutokselle tulee tapahtumaan pakon kautta. Joko kunnan palvelutuotanto ajautuu tilanteeseen, jossa sen on oikeasti ryhdyttävä muuttamaan palvelutuotantokäytäntöjään tai sitten pakko tulee ylhäältä eli valtion suunnalta. Kunta- ja palvelurakennemuutoksen yhteydessä uskon selviävän sen, missä määrin kunnat ovat tänä päivänä ylhäältä ohjattavissa.

Suunnitelmallisuuden sijaan perinteet ja pakko ohjaavat kuntien ostopalveluiden käyttöä. Tällä hetkellä etenkin henkilöstöresursseissa esiintyvät häiriöt pakottavat kuntia ostamaan palveluja yksityiseltä sektorilta. Käsitteenä ”pakko” kertoo siitä, että kaikkea sitä, mitä tällä hetkellä ostetaan, ei ostettaisi jos oma palvelutuotanto toimisi häiriöttä. Konkreettisesti tämä tuli haastatteluissa esille niin, että siinä kunnassa, jossa oma tuotanto toimi parhaiten, ostot yksityissektorilta olivat vähäisimpiä. Samalla myös suhtautuminen ostopalveluihin oli pidättyväisintä. Tavoitteena kunnissa on päästä tilanteeseen, jossa ostopalveluiden käyttö olisi hallinnassa. Jos tavoitetilä tulee toteutumaan, katson tämän tarkoittavan harkinnan lisääntymistä ostopalveluiden käytössä. Edelleen kunnat ostaisivat tiettyjä hyväksi koettuja palveluja yksityissektorilta, mutta muuten pitäydyttäisiin julkisesti tuotetuissa palveluissa.

Tavoitetilan toteutuminen tarkoittaisi käytännössä paluuta kansanterveyslain jälkeisiin vuosiin. Julkisen sektorin ongelmat ovat kuitenkin olleet arkipäivää jo noin 20 vuotta. 1970-luvun jälkeen toteutettu kehittämistyö ei ole johtanut toivottuihin tuloksiin. Siinä määrin aikakausi on muuttunut, että suomalaisessa hyvinvointivaltiossa ja sen ympäristössä tapahtuneet muutokset eivät tue muutosta julkisen sektorin monopoliaseman vahvistamiseen. Suurin osa tällä hetkellä hyvinvointivaltioon kohdistuvista signaaleista ohjaa palveluiden tuottamista markkinoille. Tämän kehityksen terveydenhuoltopalveluille asettamat vaatimukset saavat varauksellisen vastaanoton suurimmalta osalta tutkielmaa varten haastatelluilta henkilöiltä. Kuntavaikuttajien tieto on enemmän vanhoja rakenteita säilyttävää kuin tulevaisuuteen suuntautuvaa innovatiivista tietoa.

Ostopalvelut eivät ole kunnissa avoimesti ideologinen kysymys. Kunnissa käyty terveydenhuoltopalveluihin liittyvä keskustelu miellettiin ennen kaikkea pragmaattiseksi. Arkiset ja konkreettiset palveluihin ja niiden tuottamiseen liittyvät kysymykset varmasti sitä ovatkin. Keskustelu tulee pysymään pragmaattisena niin pitkään kun järjestelmää ei merkittävästi muuteta. Järjestelmän merkittävällä muuttamisella tarkoitan tässä tapauksessa laajempaa julkisen tuotannon korvaamista yksityisesti tuotetuilla palveluilla ja siitä seuraavia erilaisia henkilöstöjärjestelyjä kuten irtisanomisia. Tähän mennessä palveluostoilla on näytekunnissa pai-

kattu palvelutuotannossa esiintyvää vajuusta. Tästä johtuen arvopohjaiset ja ideologiset keskustelut ovat olleet vähäisiä.

Toinen keskeinen arvopohjaisia ja ideologisia kannanottoja vähentävä tekijä on tiedon kasautuminen tietyille henkilöille. Näitä henkilöitä ovat lähinnä substanssiosaamisen omaavat asiantuntijat kuten lääkärit. Palveluiden tuottamiseen liittyvän tiedon monimutkaisuudesta seuraa poliitikkojen arkuutta ja haluttomuutta ottaa kantaa palvelutuotantoon liittyviin kysymyksiin. Näin juuri se foorumi, missä arvopohjaiset ja ideologiset kannanotot olisivat luontevimpia, jää vaille suurempaa merkitystä. Tästä seuraa ostopalveluiden käyttöä suunnittelevien henkilöiden arvopohjan ja ideologian toteutuminen kunnissa ilman huomattavampaa esillensottoa tai tarkastelua.

Kolmas arvopohjaisia ja ideologisia kannanottoja hillitsevä tekijä on järjestelmän legitimitteetti. Nykyinen järjestelmä on kuntavaikuttajille ymmärrettävä ja hyväksytty. Sitä se on myös siinä ympäristössä (etenkin työyhteisössä), jossa he päivittäin toimivat. Tämän lisäksi haastatteluissa tuli esille instituutioihin liitetty ominaisuus asettua yksilöä vastaan ulkoisena ja pakottavana tosiseikkana. Osa kuntavaikuttajista totesi lainsäädännön asettavan palvelutuotannolle tiukat raamit. Nykyisen lainsäädännön mukaan kunnat voivat kuitenkin järjestää palveluiden tuottamisen haluamallaan tavalla. Vaihtoehtona on myös palveluiden osto yksityissektorilta. Tästä huolimatta lainsäädännön katsottiin rajaavan huomattavasti vaihtoehtoja.

Tutkielman päätelmät tukevat arvopohjaisten ja ideologisten tekijöiden olemassaoloa ja vaikutuksia tapoihin tuottaa terveydenhuollon palveluja. Terveydenhuoltopalveluiden tuottaminen on kiinteässä yhteydessä hyvinvointi-ideologiaan. Tapa tuottaa terveydenhuoltopalveluita ei ole neutraali ja pragmaattinen kysymys vaan yhteiskuntaa mielekkääksi ja merkitykselliseksi tekevä ilmiö. Tästä johtuen tapa tuottaa palveluja ei ole ehdoitta valittavissa. Toiset ovat sitoutuneempia hyvinvointivaltioon ja julkisesti tuotettuihin terveydenhuoltopalveluihin kuin toiset. Arvot ja ideologia ovat kiinteä osa sitoutumista.

Tutkimustehtävän kannalta kerätty aineisto täytti odotukset. Kuntavaikuttajien argumentaatiot mahdollistivat tutkimuskysymyksiini vastaamisen. Osa haastatteluisa tekemistäni kysymyksistä osoittautui työn edetessä vähemmän merkitykselliseksi. Toisaalta osa sellaisista kysymyksistä, jotka analysointivaiheen alussa tuntuivat merkityksettömämmiltä, nousivat työn edetessä arvokkaiksi. Teoriaosuuteen valitsemani käsitteet tukivat ja helpottivat aineiston tulkintaa. Terveydenhuollon historiaa käsittelevä luku antoi tukevan pohjan, johon tutkimusta varten haastateltujen henkilöiden vastaukset saattoi sijoittaa.

Tutkielmasta haastavan teki haastatteluissakin esiin noussut terveydenhuoltopalveluihin liittyvän tiedon erityisyys. Samaistuin tutkielman teon aikana useamman kerran niihin ”normaalilla tiedolla” varustettuihin kuntapäittäjiin, joiden työskentelyä ns. substanssiosaaminen helpottaisi. Tulevaisuuden haasteena näen yksityiskohtaisemman kuntapäittäjien arvoihin liittyvän tiedon selvittämisen. Millaisia vaikutuksia esimerkiksi kuntavaikuttajien iällä ja työhistorialla on terveydenhuoltopalveluiden tuottamiseen liittyvissä arvostuksissa? Mielenkiintoista olisi myös selvittää tarkemmin, miten ostopalveluhistoria ja kokemus vaikuttavat näkemyksiin.

Tavoitteenani ei ole ollut ottaa kantaa julkisesti ja markkinaehtoisesti tuotettujen terveydenhuoltopalveluiden paremmuuteen. Tulevaisuus tulee näyttämään, onko markkinavoimien vahvistuminen tilapäinen taloudelliseen ahdinkoon ja hyvinvointivaltion muuttuneeseen ympäristöön liittyvä ilmiö vai nousevatko markkinaehtoisesti tuotetut palvelut suomalaisen hyvinvointivaltion menestyksen takaajiksi. Tässä hyvinvointivaltion suunnan määrittelyssä kuntien rooli tulee olemaan keskeinen. Haasteita terveydenhuoltopalveluiden tuotantoon liittyvistä kysymyksistä ei tule puuttumaan.

LÄHTEET

- Aittola, Tapio & Pirttilä, Ilkka. (1989). Tieto yhteiskunnassa. Tiedonsosiologinen tarkastelu. Painokaari Oy, Helsinki.
- Aittola, Tapio & Pirttilä, Ilkka. (1986). Johdatus tiedonsosiologiaan. Jyväskylän yliopiston sosiologian laitoksen julkaisuja nro 37/1986.
- Alasuutari, Pertti. (2001). Laadullinen tutkimus. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Alenius, Ele. (1985). Sosialismin ideologia ja aikakauden muutos. Oy Länsi-Suomi, Rauma
- Alestalo, Matti & Uusitalo, Hannu. (1986). Finland. Teoksessa Flora, Peter. (toim.). Growth to Limits. The Western European Welfare States Since World War Two. Walter de Gruyter & Co, Berlin. 197-266.
- Allardt, Erik. (1976). Hyvinvoinnin ulottuvuuksia. Laakapaino, Porvoo
- Anttonen, Anneli & Sipilä, Jorma. (2000). Suomalaista sosiaalipoliitikkaa. Vastapaino, Tampere.
- Anttonen, Anneli & Sipilä, Jorma. (1993). Julkinen, yhteisöllinen ja yksityinen sosiaalipoliitikassa. Sosiaalipalvelujen toimijat ja uudenlaiset yhteensovittamisen strategiat. Teoksessa Riihinen, Olavi (toim.). Sosiaalipoliitikka 2017. Näkökulmia suomalaisen yhteiskunnan kehitykseen ja tulevaisuuteen. WSOY, Juva. 435–463.
- Berger, Peter L. & Luckmann, Thomas. (2002). Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen. Yliopistopaino, Helsinki.
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha. (2003). Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Esping-Andersen, Gøsta. (1999). Social Foundations of Postindustrial Economies. Oxford University Press, Oxford.
- Ferge, Zsuzsa & Hellsten, Katri & Kalimo, Esko & Purola, Tapani. (1997). Sosiaalipoliitikan kilpailevien ideologioiden vertailua. Hyvinvointivaltion eurooppalainen malli ja uusliberalismi vaihtoehtoisina esikuvina. Kansaneläkelaitos, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 19. Kelan omatarvepaino, Helsinki.
- Forma, Pauli. (1998). Mielipiteiden muutos ja pysyvyys. Suomalaisten mielipiteet hyvinvointivaltiosta, sosiaaliturvasta ja hyvinvointipalveluista vuosina 1992–1996. Stakes, Raportteja 222. Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi.
- Haatainen, Pekka. (1993). Suomalaisen hyvinvointivaltion kehitys. Teoksessa Riihinen, Olavi (toim.). Sosiaalipoliitikka 2017. Näkökulmia Suomalaisen yhteiskunnan kehitykseen ja tulevaisuuteen. WSOY, Juva. 31–67.

Heikkala, Risto & Rannanpiha, Kari & Heikkilä, Kirsti & Mönkäre, Pirkko & Schau-
man Anja. (2002). Hyvinvointisuunnitelma ja –kertomus osana kuntasuunnitel-
maa. Suomen Lääkärilehti 18–19. Uusi Kivipaino. 2065–2068.

Heikkilä, Matti & Lehto, Juhani. (1992). Sopeutuminen vai kriisi? Sosiaali- ja ter-
veydenhuolto laman kourissa. Sosiaali- ja terveystieteiden raportteja 74. VAPK-
kustannus, Helsinki.

Heikkilä, Matti. (1993). Kuntien sosiaali- ja terveydenhuolto talousahdingossa.
Kriisejä ja selviytymisstrategioita. Teoksessa Heikkilä, Matti, Hänninen, Sakari
(ect.) (toim.). Hyvinvoinnin päätepäskyillä? Aineisto hyvinvointipolitiikkaa ja lamaa
koskevaan keskusteluun. Stakes, Raportteja 128. Gummerus Kirjapaino Oy, Jy-
väskylä. 57–104.

Hellsten, Katri. (1993). Muuttuva yhteiskunta ja sosiaalipolitiikan keskeiset arvot ja
päämäärät. Teoksessa Riihinen, Olavi (toim.). Sosiaalipolitiikka 2017. Näkökulmia
suomalaisen yhteiskunnan kehitykseen ja tulevaisuuteen. WSOY, Juva. 131–169.

Heuru, Kauko. (2000). Kunnan päätösvallan siirtyminen. Oikeudellinen tutkimus
kunnanvaltuuston vallasta suomalaisen kunnallishallinnon demokraattisten arvo-
jen ja tehokkuusarvojen ristipaineessa. Acta Universitatis Tamperensis 760.
Tampereen yliopisto. Tampere.

Hiironniemi, Silja. (2002). Julkisen terveydenhuollon, yksityisen ja kolmannen sek-
torin työnjako ja yhteistyö. Teoksessa Matti, Liukko & Aino-Maija, Luukkonen
(toim.). Kuntien uusi rooli terveystieteiden järjestäjinä ja hankkijoina. Suomen
Kuntaliitto. Kuntatalon paino, Helsinki. 88–94.

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena. (2001). Tutkimushaastattelu. Teemahaastatte-
lun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino, Helsinki.

Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula. (2005). Tutki ja kirjoita.
Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Isosaari, Ulla. (2004). Perusterveydenhuolto koetuksella. Tutkimus kunnallisesta
perusterveydenhuollosta 1997–2003. KuntaSuomi 2004 tutkimuksia nro 47. Acta
nro 167.

Vaasan yliopisto & Suomen Kuntaliitto. Helsinki.

Julkunen, Raija. (2001). Suunnanmuutos. 1990-luvun sosiaalipoliittinen reformi
Suomessa. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Jylhäsaari, Jussi. (2001). Perusterveydenhuollon toimintamallit ja strategiset va-
linnat. Suomen kuntaliitto, Acta nro 138. KuntaSuomi2004 –tutkimuksia nro 29.
Kuntaliiton painatuskeskus, Helsinki.

Kantola, Anu. & Kautto, Mikko. (2002). Hyvinvoinnin valinnat. Suomen malli 2000-
luvulla. Sitra 251. Edita Publishing Oy, Helsinki.

Kauppinen, Sari & Niskanen, Tapani. (2003). Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa. Stakes, Raportteja 274. Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi.

Kauppinen, Sari & Niskanen, Tapani. (2005). Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa. Stakes, Raportteja 288. Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi.

Kauppinen, Sari & Niskanen, Tapani & Hämäläinen, Hannu & Nylander, Olli. (2004) Yksityissektori sosiaali- ja terveystaloudessa. Teoksessa Heikkilä, Matti & Roos, Milla (toim.). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. Stakes. Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi. 92-106.

Kautto, Mikko et al. (1999). Nordic Social Policy. Changing welfare states. Routledge, London & New York. 262-273.

Kiander, Jaakko & Lönnqvist, Henrik. (2002). Hyvinvointivaltio, sosiaalipolitiikka ja taloudellinen kasvu. STM:n julkaisuja 2002:20. Edita Prima Oy, Helsinki.

Kiviniemi, Markku & Oittinen, Raili & Varhe, Seppo & Niskanen, Jouni & Salminen, Ari. (1994). Julkiset palvelut menevät markkinoille. Kokemuksia ja käsityksiä liikelaitostamisesta ja yhtiöittämisestä. Valtiohallinnon kehittämiskeskus, Efektia Palvelu Oy. Painatuskeskus Oy, Helsinki.

Kokko, Simo. (2002). Vuosikymmen palvelujen hajautettua suunnittelua. Teoksessa Heikkilä, Matti & Parpo, Antti (toim.). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2002. Stakes, Raportteja 268. Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi.

Kokko, Simo & Heikkilä, Matti. (1995). Palvelujärjestelmä muutoksessa. Teoksessa Uusitalo, Hannu & Konttinen, Mauno & Staff, Mikko (toim.). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Stakes, Raportteja 173. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä. 11–23.

Kokko, Simo & Niskanen, Tapani. (1995). Perusterveydenhuolto. Teoksessa Uusitalo, Hannu & Konttinen, Mauno & Staff, Mikko (toim.). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Stakes, Raportteja 173. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä. 34–57.

Kosonen, Pekka. (1998). Pohjoismaiset mallit murroksessa. Tammer-paino, Tampere.

Kröger, Teppo. (1997). Hyvinvointikunnan aika. Kunta hyvinvointivaltion sosiaalipalvelujen rakentajana. Acta Universitatis Tamperensis 561. Vammalan Kirjapaino Oy, Vammala.

Kyntäjä, Timo. (1998). Yksilö ja yhteiskunta. Teoksessa Koskinen, Keijo (toim.). Sosiologisia karttalehtiä. Tammer-Paino Oy, Tampere. 34–50.

Lehto, Juhani. (1995). Kunnallisten sosiaali- ja terveystaloudellisten palvelujen muutossuunta 1900-luvun alun talouskriisin aikana. Teoksessa Hänninen, Sakari & Iivari, Juhani

& Lehto, Juhani (toim.). Hallittu muutos sosiaali- ja terveydenhuollossa? Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon muutos ja muutoksen hallinta 1990-luvun alkuvuosina. Stakes, Raportteja 182. Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi. 13–67

Lehto, Juhani & Kokko, Simo. (1996). Palvelujen rakennemuutos. Kokemuksia lähihistoriasta ja muista maista. Teoksessa Viialainen, Riitta & Lehto, Juhani (toim.). Sosiaali- ja terveystalouden rakennemuutos. Laitoshoidon vähenemistä avopalvelujen kehittämiseen. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä. 17–37.

Leppo, Kimmo. (1996). Palvelujen rakenneuudistus – tausta, lähtökohdat ja prosessi. Teoksessa Viialainen, Riitta & Lehto, Juhani (toim.). Sosiaali- ja terveystalouden rakennemuutos. Laitoshoidon vähentämisestä avopalvelujen kehittämiseen. Stakes, Raportteja 192. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä. 9-15.

Lillrank, Paul & Haukkapää-Haara, Pirjo. (2006). Terveydenhuollon tilaaja-tuottaja-malli. KTM, rahoitetut tutkimukset 1/2006. Edita Publishing Oy, Helsinki.

Lith, Pekka. (2001). Julkisen sektorin palvelut ja palveluntuottajien kilpailutilanne. KTM:n teettämä selvitystyö.

Londén, Pia & Perälähti, Anne & Selkälä, Arto & Siltaniemi, Aki & Särkelä, Riitta. (2004). Sosiaalibarometri 2004. Sosiaali- ja terveystalouden keskusliitto ry. Haka-paino Oy, Helsinki.

Löppönen, Paavo. (1994). Millainen Suomi tulee ulos kriisistä? Teoksessa Niiniluoto, Ilkka & Löppönen, Paavo (toim.). Suomen henkinen tila ja tulevaisuus. WSOY, Juva. 137–155.

Mannheim, Karl. (1976). Ideology and Utopia. An Introduction to the Sociology of Knowledge. Routledge and Kegan Paul Ltd. London. (1936).

Mészáros, István. (1989). The Power of Ideology. Harvester Wheatsheaf, Hemmel Hempstead, Hertfordshire.

Mäkelä, Klaus. (1990). Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa Mäkelä, Klaus (toim.). Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Painokaari Oy, Helsinki. 42–59.

Nurmi, Timo & Rekiaro, Ilkka & Rekiaro, Päivi. (1996). Suomalaisen sivistys-sanakirja. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Ohtonen, Jukka. (2002). Sosiaali- ja terveydenhuollon yksityis palvelut ja markkinaohjaus. Teoksessa Sosiaali- ja terveysministeriö. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus. Tasapainoista ratkaisua etsimässä. Julkaisuja 2002:19. Edita Prima Oy, Helsinki. 63–82.

Ohtonen, Jukka & Koski, Paula & Vinni, Kari. (1983). Katsaus Suomen terveydenhuoltojärjestelmän kehitykseen. Sosiaali- terveysministeriö, Tutkimusosasto. Suomen virallinen tilasto, Sosiaalisia erikoistutkimuksia, SVT XXXII:96. Valtion painatuskeskus, Helsinki.

- Ojala, Aimo & Vataja, Pentti & Vintturi, Aulis. (1977). Kansanterveystyö. Kunnallispaino, Vantaa.
- Oulasvirta, Lasse. (1996). Kuinka kunta toimii. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Palonen, Kari. (1975). Aatetutkimus aatekriittinä. Erään tutkimusohjelman muodostaminen, kilpailukykyisyyden testaaminen ja soveltuvuus empiiriseen aatetutkimukseen. Oy Gaudeamus Ab, Helsinki.
- Partanen, Ismo. (2004). Terveyspalvelut. Toimialaraportti ennakoi liiketoimintaympäristön muutoksia. KTM:n ja TE-keskusten julkaisu.
- Pekurinen, Markku. (1993). Kilpailun esteitä Suomen terveydenhuollossa. STM:n monisteita 1993:4. Helsinki.
- Perttula, Katariina. (1994). Sosiaali- ja terveystalouden uudet tuulet. Kunnallisten vaikuttajien mielikuva ostopalveluista, kilpailuttamisesta ja julkisesta palvelurakenteesta. Stakes, Aiheita 25/1994. Helsinki.
- Puoskari, Pentti & Taimio, Heikki. (2002). Suomen julkisen sektorin tila ja tulevaisuuden näkymät. Palkansaajien tutkimuslaitos, Tutkimuksia 86.
- Pyy, Ilkka. (1998). Paikallisvaltion loppu? Hyvinvointivaltion murros syrjäisessä kunnassa. Joensuun yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja N:o 36. Joensuun yliopistopaino, Joensuu.
- Rauhala, Pirkko-Liisa. (1996). Miten sosiaalipalvelut ovat tulleet osaksi suomalais-ta sosiaaliturvaa? Acta Universitatis Tamperensis , ser A vol. 477. Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi.
- Riihinen, Olavi. (1990). Johdanto. Teoksessa Riihinen, Olavi (toim.). Suomi 2017. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä. 9-30.
- Riihinen, Olavi. 1993. Johdanto. Teoksessa Riihinen, Olavi (toim.). Sosiaalipolitiikka 2017. Näkökulmia suomalaisen yhteiskunnan kehitykseen ja tulevaisuuteen. WSOY, Juva. 1-27. (a)
- Riihinen, Olavi. (1993). Sosiaalipolitiikka ja legitimitetti. Teoksessa Riihinen, Olavi (toim.). Suomi 2017. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä. 257–290. (b)
- Rimpelä, Matti. (2004). Vaarantaako kansallinen terveyshanke kansan terveyden? Teoksessa M. Rimpelä & E. Ollila (toim.). Näkökulmia 2000-luvun terveystalouteen. Stakes, Aiheita 8/2004. Stakesin monistamo, Helsinki, 53–78.
- Rintala, Taina. (1995). Medikalisaatio ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän rakentuminen 1946–1991. Stakes, Tutkimuksia 54. Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi.
- Saari, Juho. (2001). Reformismi. Sosiaalipolitiikan perusteet 2000-luvun alussa. Tammer-Paino Oy, Tampere.

Salavuo, Kari. (1992). Sosiaalipolitiikka hyvinvointistrategiana. Vertaileva tutkimus eri hyvinvointistrategioiden vaikutuksista yhteiskunnan eri sektoreilla. STM:n julkaisuja 1992:9. Valtion painatuskeskus, Pasilan VALTIMO, Helsinki.

Seppänen, Riitta. (1996). Kokeilua, yritystä, uskallusta. Palvelurakenteen uusia ilmiöitä ja innovaatioita. Teoksessa Viialainen, Riitta & Lehto, Juhani (toim.). Sosiaali- ja terveystalouden rakennemuutos. Laitoshoidon vähentämisestä avopalvelujen kehittämiseen. Stakes, Raportteja 192. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä. 141–155.

Sisäasianministeriö. (2004). Lääninhallitusten keskeiset arviot peruspalvelujen tilasta 2003. Lääninhallitusten suorittama toimialansa peruspalvelujen arviointi. Julkaisu 27/2004. Sisäasianministeriö, Helsinki.

Sutela, Marja. (2003). Sosiaali- ja terveystalouden ulkoistaminen. Oikeudelliset reunaehdot. Edita Publishing Oy, Helsinki.

Södergård, Hans. (1998). Sosiaali- ja terveystalouden käännekohtassa. Yksityisen ja kolmannen sektorin perusanalyysi ja kehittämisen suuntaviivat. Sitra 170. Yliopistopaino, Helsinki.

Temmes, Markku & Kiviniemi, Markku. (1997). Suomen hallinnon muuttuminen 1987–1995. Valtiovarainministeriö. Helsingin yliopisto. Yleisen valtio-opin laitos. Helsinki.

Teperi, Juha. (2005). Pitääkö terveydenhuolto lupauksensa? Teoksessa Julkinen hyvinvointivastuu sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 5/2005. Edita Prima Oy, Helsinki. 60–91.

Teperi, Juha. (2004). Kuka saa terveystaloutta? Teoksessa Heikkilä, Matti & Roos, Milla. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. Stakes. Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi. 106–120. (a)

Teperi, Juha. (2004). Mikä ohjaa suomalaista terveydenhuoltopolitiikkaa – vai ohjaako mikään? Teoksessa Rimelä, Matti & Ollila, Eeva (toim.). Näkökulmia 2000-luvun terveystalouteen. Stakes, Aiheita 8/2004. 18–21. (b)

Toivonen, Timo. (1998). Elämäntapa ja kulutus. Teoksessa Koskinen, Keijo (toim.). Sosiologisia karttalehtiä. Tammer-Paino Oy, Tampere. 163–190.

Tuomainen, Raimo & Myllykangas, Markku & Elo, Jyrki & Rynänen, Olli-Pekka. (1999). Medikalisaatio. Aikamme sairaus. Tammer-Paino Oy, Tampere.

Turkkila, Ilona & Kirvelä, Torsti. (2003). Päätelmiä. Teoksessa Ilona Lundström (toim.). Parasta palvelua. Selvitys kuntapalvelujen järjestämisen vaihtoehtoista. Suomen Kuntaliitto, Helsinki. 92–95.

Uusitalo, Hannu. (1990). Hyvinvointivaltion kehitys ja tulevaisuuden haasteet. Teoksessa Riihinen, Olavi (toim.). Suomi 2017. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä. 337–353.

Vauhkonen, Onni. (1992). Terveydenhuollon historia. Yleiskatsaus Suomen lääkintälaitoksen ja terveydenhuollon kehitysvaiheisiin 1600-luvulta 1970-luvulle. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

VATT. (1995). Hyvinvointipalvelut. Kilpailua ja valinnanvapautta. VATT-Julkaisuja 19. J-Paino Ky, Helsinki.

Elektroniset lähteet

Kuntaliitto. 2003. Kilpailupoliittinen toimintaympäristö. Luettu 6.1.2006.
<http://www.kunnat.net/binary.asp?path=1;55264;55275;4332;4429;4437&field=FileAttachment&version=2>.

Parmanne, Piitu & Vänskä, Jukka. 2005. Terveyskeskusten lääkäritilanne loka-kuussa 2005. Suomen Lääkärilehti 49–50/2005 vsk 60. Luettu 19.12.2005.
<http://www.laakariliitto.fi/files/tklaakaritilanne05.pdf>

STM, Tiedote 527/2005. OECD: Suomen terveydenhuoltojärjestelmä hyvätasoinen - Järjestö kannustaa Suomea rakenteellisempiin uudistuksiin. Luettu 18.12.2005.
<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/5445/index.htx>

VM, Työryhmämuistioita 6/2005. Yksityisen palvelutuotannon rooli julkisessa palvelutuotannossa. Luettu 18.1.2006.
<http://www.vm.fi/vm/liston/page.lsp?r=97935&l=fi&menu=2625>

Lehtiartikkelit

Helsingin Sanomat. (2005). Markkinaoikeutta ei pidä tukehduuttaa. Helsingin Sanomat 14.12.2005, Kotimaa, 2.

Lindberg, Marjut. 2005. Kunnissa käytetään miljoonia päällekkäisiin kehityshankkeisiin. Helsingin Sanomat 1.7.2005, Kotimaa, 6.

Niemeläinen, Jussi. (2005). Professori: Pienen piirin valta estää kuntia muuttamasta ajoissa. Helsingin Sanomat 1.7.2005, Kotimaa, 8.

Ojansivu, Mervi. (2005). Markkinaoikeus tukehtuu kuntien hankinnoista tehtyihin valituksiin. Helsingin Sanomat 14.12.2005, Kotimaa, 6.

Saarinen, Juhani. (2005). Ennätysmäärä kuntia nostaa veroprosenttiaan. Helsingin Sanomat 19.11.2005, Kotimaa, 5.

Taipale, Vappu. (2005). Sosiaali- ja terveyspalvelujen rakenneuudistuksia arvioitava. Helsingin Sanomat 3.8.2005, Vieraskynä, 4.

Tarkka-Tierala, Hannele. (2005). Suuri kuntatutkimus ei anna vastausta kunnan ihannekokoon. Helsingin Sanomat 30.11.2005, Kotimaa, 9.

Liite

HAASTATTELUN TEEMAT

1. Taustatiedot

- ammatti, tämän hetkinen toimi, suhde ostopalveluihin

2. Ostopalvelut

- Ostopalveluiden tulevaisuus suomalaisessa terveydenhuollossa?
- Ostopalvelut kunnassanne?
- Kunnassa ostopalveluista käyty keskustelu?
- Ostopalveluiden päättävien henkilöiden merkitys?
- Kunnassa ostopalveluista käyty arvopohjainen tai ideologinen keskustelu?

3. Teidän suhtautuminen ostopalveluihin

- Ostopalveluiden käyttö kunnassanne?
- Kilpailuttamisen ja ostopalveluiden käytön laajuus?
- Kansallinen terveysprojekti?
- Julkisella sektorilla työskentelyn vaikutukset käsityksiin ostopalveluista?
- Ostopalvelut arvopohjaisena ja ideologisena kysymyksenä?

4. Poliitikka ja markkinat

- Päävastuu (henkilöt) terveydenhuoltojärjestelmää koskevissa kysymyksissä?
- Markkinamekanismin merkitys terveydenhuoltoon kuntatasolla?
- Yksityinen vastuu, tehokkuus ja yksilöllisyys vs. hyvinvointivaltion passivoivuus, tehottomuus ja samaan muottiin asettaminen?
- Arvot Suomessa?
- Järjestelmän kyky vastata arjen haasteisiin?

5. Suomalainen yhteiskunta- ja terveydenhuoltojärjestelmä

- Käsitys hyvästä yhteiskunnasta?
- Julkiselle terveydenhuoltosektorille asetettujen tavoitteiden täytyminen?
- Valtion rooli ja tehtävät ideologisena kysymyksenä?
- Hyvinvointivaltion ideologisen arvoperustan ylläpito?
- Hyvinvointivaltion kehittäminen vai purkaminen?