



VAASAN YLIOPISTO

JUSSI JYLHÄSAARI

Johtamisen muutos kuntien perusterveydenhuollon organisaatioissa

Tietoista uudistamista vai realiteetteihin sopeutumista?

ACTA WASAENSIA NO 212

HALLINTOTIEDE 13

Esitarkastajat

Professori (ma) Antti Syväjärvi
Lapin yliopisto
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
PL 122
96101 Rovaniemi

Dosentti Marco Krogars
Vanha Viipurintie 38
07700 Koskenkylän Saha

Julkaisija Vaasan yliopisto	Julkaisuajankohta Marraskuu 2009	
Tekijä(t) Jussi Jylhäsaari	Julkaisun tyyppi Monografia	
	Julkaisusarjan nimi, osan numero Acta Wasaensia, 212	
Yhteystiedot Vaasan yliopisto Hallintotieteiden tiedekunta PL 700 65101 Vaasa	ISBN 978-952-476-274-8	
	ISSN 0355-2667, 1235-7863	
	Sivumäärä 234	Kieli Suomi
Julkaisun nimike Johtamisen muutos kuntien perusterveydenhuollon organisaatioissa: Tietoista uudistamista vai realiteetteihin sopeutumista?		
Tiivistelmä <p>Tutkimuksen kohde on kuntien järjestämän perusterveydenhuollon hallinnon kehitys. Tarkastelun viitekehyksen muodostaa yritysmaailmasta toimintamalleja hakeva New Public Management (NPM) doktriini.</p> <p>Tutkimustehtävänä on ymmärtää kuntien järjestämän perusterveydenhuollon hallinnon uudelleen määrittymistä kuntasektorin yleisten ja terveydenhuollon hallinnon erityisten uudistamispyrkimysten ja – realiteettien vuorovaikutuksena. Tutkimustehtävän toteuttaminen edellyttää, että tarkennetaan NPM – doktriinista piirteet joiden avulla voidaan analysoida Suomen kuntien että sosiaali- ja terveystoimen hallinnon kehitystä. Toiseksi arvioidaan miten NPM -doktriinin tarkennetut piirteet ilmenevät kahdeksan kaupungin perusterveydenhuollosta vastaavan organisaation hallinnon kehityksessä vuosina 1993–2004.</p> <p>Tarkennetut NPM:n piirteet ovat ostopalvelut, organisaatio- ja johtamisuudistukset, strateginen johtaminen sekä tulostulot. Tutkimuksen kohteena olevat kaupungit ovat Espoo, Lahti, Vaasa, Kajaani, Kerava, Nokia, Varkaus ja Raisio. Kaupunkeja koskeva empiirinen aineisto muodostuu kahdesta pääosasta, asiakirja-aineistosta ja sitä täydentäneistä asiantuntijatiedusteluista sekä kaupunkien sosiaali- ja terveystoimien johtavien viranhaltijoiden haastatteluista. Haastateltuja viranhaltijoita on yhteensä 21 kpl.</p> <p>Monista yhtäläisyyksistä huolimatta tarkasteltujen kaupunkien sosiaali- ja terveystoimet ovat toimineet hyvin erilaisiin realiteetteihin sopeutuen. Kaupungin kohtuullisen hyvä taloudellinen tilanne ja suotuisa maantieteellinen sijainti vaikuttasivat mahdollistavan NPM:n soveltamisen. Yhdessäkään tarkastelluista kaupungeista ei kuitenkaan harjoitettu NPM:n täysin tyrmäävää politiikkaa. Suhtautuminen NPM:n mahdollisuuksiin johtamisessa ja organisoimisessa vaikuttaa olleen hyvin käytännönläheinen. Päätaavoite on ollut palveluiden turvaaminen. Valtaosassa tarkastelun kohteena olleista kaupungeista NPM ei ole aito tahtotila vaan realiteetti, johon on ajauduttu ratkottaessa käytännön ongelmia käytettävissä olevilla keinoilla.</p>		
Asiasanat New Public Management, johtaminen, perusterveydenhuolto, kunnat		

Publisher University of Vaasa	Date of publication November 2009	
Author(s) Jussi Jylhäsaari	Type of publication Monograph	
	Name and number of series Acta Wasaensia, 212	
Contact information University of Vaasa Faculty of Public Administration P.O. Box 700 FI-65101 Vaasa Finland	ISBN 978-952-476-274-8	
	ISSN 0355-2667, 1235-7863	
	Number of pages 234	Language Finnish
Title of publication Change in the management of municipal primary health care organizations: Deliberate reforms or adaptation to realities?		
Abstract <p>The subject of this study is the development of administration in the municipal primary health care. Framework of this study is the New Public Management (NPM) doctrine, which aims at adopting private sector practices.</p> <p>The purpose of this study is to understand change in municipal health care administration as an interplay of deliberate reforms and adaptation. Reforms and adaptation take place at the level of municipalities in general, and also specifically in primary health care. Main theoretical task of this study is to specify those aspects of the New Public Management doctrine, which are applicable in the analysis of developments in health and social administration. These aspects are then used to describe and evaluate administrative developments in the primary health care of eight municipalities during years 1993–2004.</p> <p>In this study specified aspects of the NPM are contracting out, organization and management reforms, strategic management and performance measurement. Empirical data is collected from municipalities of Espoo, Lahti, Vaasa, Kajaani, Kerava, Nokia, Varkaus and Raisio. It includes two main parts, documented data and other complementing information, and interviews of health and social sector managers. Altogether 21 managers were interviewed for this study.</p> <p>Despite numerous similarities, health and social sector organisations have been adapting to different realities. Reasonable good financial situation and preferable location seem to make implementation of the NPM possible in primary health care. It has nevertheless affected reforms and adaptation in all eight municipalities. Managers' and local politicians' have maintained practical attitudes towards the possibilities the NPM. The emphasis has clearly been on securing the provision of services. In most municipalities NPM has not been what decision-makers actually want, but a reality which has emerged when dealing with practical problems they face.</p>		
Keywords New Public Management, management, primary health care, municipalities		

ESIPUHE

Useat henkilöt ja tahot ovat vaikuttaneet tämän tutkimuksen valmistumiseen. Esitän lämpimät kiitokseni väitöskirjatyöskentelyni monivuotisesta ohjauksesta professori Ari Salmiselle ja professori Esa Hyyryläiselle. Esa Hyyryläiselle esitän erityisen kiitokseni kärsivällisyydestä väitöskirjaprosessin loppuvaiheissa.

Kiinnostus väitöskirjatutkimuksen tekemiseen tarvitsee aina jonkinlaisen herätyksen. Lausunkin kiitokseni professori Ismo Lumijärvelle ja professori Pirkko Vartiainen sille siitä, että he aikanaan ohjasivat allekirjoittaneen tälle tielle. Professori Jarmo Vakkurille haluan puolestaan lausua kiitokset julkisten organisaatioiden taloutta koskevista neuvoista.

Väitöskirjani esitarkastajina toimivat professori (ma) Antti Syväjärvi ja dosentti Marco Krogars alan parhaiden perinteiden mukaisesti. Haluan kiittää molempia sekä huolellisesta perehtymisestä tutkimukseeni, että saamistani kommentteista.

Tutkimustyö vaatii resursseja. Ilman tukea ei pärjää. Väitöskirjatyöskentelyni taloudellisesta tukemisesta esitän lämpimät kiitokseni Kunnallisanalan kehittämissäätiölle, Vaasan yliopistosäätiölle, Etelä-Pohjanmaan kulttuurirahastolle, Jenny ja Antti Wihurin rahastolle sekä Vaasan yliopiston hallintotieteiden tiedekunnalle.

Perheen tuki on tutkijalle ehdottoman välttämätöntä. Lämpimät kiitokset tästä siskolleni Anna-Maria Pakalle ja hänen perheelleen, sekä äidilleni Anneli Jylhäsaarelle. Erityiset kiitokset haluan lausua kummipojilleni Aarolle ja Laurille rakentavista keskusteluista ja iloisista leikkihetkistä.

Mustasaarella 23.9.2009

Jussi Jylhäsaari

Sisällys

ESIPUHE	VII
1 JOHDANTO	1
1.1 Tutkimuksen kohde.....	1
1.2 Tutkimuksen kysymyksenasettelu ja rakenne.....	5
1.3 Terveydenhuollon hallinto tutkimuskohteena	7
2 PERUSTERVEYDENHUOLTO OSANA TERVEYDENHUOLTOJÄRJESTELMÄÄ	12
2.1 Eräiden Länsi-Euroopan maiden terveydenhuoltojärjestelmien kehitys	12
2.2 Suomen terveydenhuoltojärjestelmä.....	17
2.3 Terveydenhuollon hallinnon erityispiirteet.....	27
2.4 Terveydenhuoltojärjestelmän käytännön ongelmakohtia	31
3 NEW PUBLIC MANAGEMENT-DOKTRIINI TERVEYDENHUOLLON TOIMINTAYMPÄRISTÖSSÄ	35
3.1 NPM julkisjohtamisen uudistamisen taustana	35
3.1.1 Määritelmä ja näkökulmat	35
3.1.2 NPM:n teoreettiset taustat.....	42
3.2 NPM hyvinvointipalveluita tuottavissa julkisissa organisaatioissa	47
3.2.1 Julkisten organisaatioiden erityispiirteet.....	47
3.2.2 Julkisten asiantuntijaorganisaatioiden erityispiirteet	55
3.3 Yhteenvedo NPM:n perusmallin keskeisistä piirteistä	62
3.4 NPM:n perusmallin tarkentaminen tulkinnan välineeksi.....	65
3.4.1 Markkinaehtoisuus	69
3.4.2 Ohjattavuus	75
3.4.3 Strategisuus	85
3.4.4 Tuloksellisuus	88
4 EMPIIRISEN TUTKIMUKSEN KOHTEET JA AINEISTO	94
4.1 Tutkimuksen aineistot.....	94
4.2 Tarkasteltavien kaupunkien yleiset piirteet	99
4.3 Perusterveydenhuollon uudistamiseen vaikuttavat tekijät.....	105
5 MARKKINAEHTOISUUS, OHJATTAVUUS, STRATEGISUUS JA TULOSELLISUUS PERUSTERVEYDENHUOLLON UUDISTUKSISSA	109
5.1 Markkinaehtoisuus.....	109
5.1.1 Ostopalvelut perusterveydenhuollossa.....	109
5.1.2 Ostopalveluiden käytön taustat ja tavoitteet	112
5.2 Ohjattavuus	120
5.2.1 Kaupunkien sosiaali- ja terveystoimen organisaatio- ja johtamisuudistukset.....	121

5.2.2	Organisaatio- ja johtamisuudistusten kaupunkikohtainen tarkastelu.....	128
5.2.3	Organisaatio- ja johtamisuudistusten erityispiirteitä	135
5.3	Strategisuus	143
5.3.1	Strategisen johtamisen yleislinjat tutkimuksen kohteena olevien kaupunkien terveystalouksissa	144
5.3.2	Kaupunkikohtainen tarkastelu	146
5.4	Tuloksellisuus.....	155
5.4.1	Yleiset kehityslinjat	155
5.4.2	Tulosmittauksen kaupunkikohtainen tarkastelu	159
5.5	Kokoavia huomioita	162
6	JOHTOPÄÄTÖKSET	166
6.1	Keskeiset havainnot.....	167
6.2	Pohdinta.....	175
	LÄHTEET.....	178
	LIITTEET	194

Kuviot

Kuvio 1.	Valtavirran julkisjohtamisen kehitys Suomessa.....	8
Kuvio 2.	Kuntayhteistyötä ja yksittäisten kuntien toimintaa painottavat kehityssuunnat (mukaihen Kokko 2002: 50.)	24
Kuvio 3.	Hoodin (1991: 4–5) NPM – doktriinit ja empiirisen tarkastelun neljä näkökulmaa.	66
Kuvio 4.	Ohjattavuuden ja ohjauksen pääpiirteet kunnan ja valtion välillä sekä kunnassa.	77
Kuvio 5.	Tarkasteltavan hallinnollisen kohteen tarkentaminen.....	98
Kuvio 6.	Tutkimuksen kohteena olevien kaupunkien väkiluvun kehitys 1993–2004 (Sotka tietokanta 2006d).	101
Kuvio 7.	Tarkasteltavien kaupunkien lainakanta euroa/asukas 1995–2004, vuoden 2004 hinnoin (Kuntaliitto / Tilastokeskus 2006a).....	103

Taulukot

Taulukko 1.	Julkisen ja yksityisen sektorin organisaatioiden johtamisen erot (mukaihen Salminen 1995: 111).	28
Taulukko 2.	NPM:n doktriinit (Hood: 1991: 4–5).....	38
Taulukko 3.	Managerialismin ja professionalismin ideaalityyppien erot (Flynn 1999: 25, myös Sinclair 1997: 146).....	56
Taulukko 4.	Empiirisen aineiston neljä näkökulmaa sekä niiden perustana olevat Hoodin (1991: 4–5) mallin piirteet.	68

Taulukko 5.	Ostopalveluiden käytön edut (Domberger 1998: 51).	73
Taulukko 6.	Poliittisten päätöksentekijöiden ja viranhaltijoiden työnjako (Möttönen 1997: 86).	78
Taulukko 7.	Ohjattavuuden tasot ja pääasialliset toimijat kunnallishallinnossa.	80
Taulukko 8.	Tutkimuksen kohteena olevien kaupunkien väestömäärä, pinta- ala ja väestötiheys vuonna 2004 (Sotka tietokanta 2006c).	99
Taulukko 9.	Ostopalveluiden käytön yleislinjat tutkimuksen kohteena olevien kaupunkien perusterveydenhuollossa vuosina 1993– 2005.	111
Taulukko 10.	Tarkasteltavien kaupunkien sosiaali- ja terveystoimen organisaatiomuutokset terveystalouden näkökulmasta vuosina 1993–2005.	125
Taulukko 11.	Terveystalouden ja erityisesti perusterveydenhuollon strategisen johtamisen mahdollisuudet.	145
Taulukko 12.	Tulosmittauksen kehitys ja merkitys.	157
Taulukko 13.	Tiivistelmä NPM:n mukaisista uudistuksista ja edellyty- sistä toteuttaa NPM:n uudistuksia.	163
Taulukko 14.	Ostopalvelut markkinaehtoisuuden muotona.	168
Taulukko 15.	Organisaatio- ja johtamis uudistukset ohjattavuuden muotona.	170
Taulukko 16.	Strateginen johtaminen strategisuuden muotona.	171
Taulukko 17.	Tulosmittaus tuloksellisuuden muotona.	172
Taulukko 18.	Yhteenveto kaupunkien perusterveydenhuollon uudistuksista.	174

1 JOHDANTO

Tämän tutkimuksen kohteena on kuntien järjestämän perusterveydenhuollon hallinnon kehitys Suomen kunnissa. Kyse on kunnista, joilla on oma terveyskeskus ja jotka eivät ole kansanterveystyön kuntayhtymän jäseniä.

Perusterveydenhuollon (lyhennetään yleisesti PTH) kehitystä tarkastellaan New Public Management-doktriinin¹ (NPM) näkökulmia hyödyntäen. Tutkimuksen tavoitteena on analysoida kahdeksan kaupungin perusterveydenhuollon hallinnon kehitystä pitkällä aikavälillä hyödyntäen NPM:n piirteitä, jotka soveltuvat Suomen kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon analysoimiseen

1.1 Tutkimuksen kohde

Vaikka Suomessa ei ole toteutettu suurisuuntaisia terveydenhuoltosektorin rakenteita muuttaneita reformeja, on pääasiassa perusterveydenhuollosta vastaava kunnallishallinto ollut 1990-luvulta lähtien monien muutosten kohteena. Osa muutoksista, kuten valtionosuusjärjestelmän uudistus vuonna 1993, on tapahtunut valtion toimesta. Valtionosuusjärjestelmää on muutettu useamman kerran vielä tämän jälkeen. Valtionosuusjärjestelmän muutos vuonna 1993 ei tullut kuntien päättäjille yllätyksenä. Uudistusta oli valmisteltu pitkään mm. vapaakuntakokeilun kautta. Sen sijaan kuntien valtionosuuksien pieneneminen koko 1990-luvun näyttää olleen osittain yllättävä kehityssuunta.

Toiset muutokset, kuten kansanterveystyön kuntayhtymien purku on tapahtunut kuntien itsensä toimesta. Kuntayhtymien purkautuminen lisääntyi voimakkaasti vuosina 1993–1994. Tämä kehitys näkyi siten, että esim. vuosina 1998–2000 itsenäistä perusterveydenhuoltoa harjoittavien kuntien määrä kasvoi kymmenellä kappaleella. Kuntayhtymien purkautuminen ja toisaalta yhteistyön muotojen muuttuminen on jatkunut vuosina 1993–2007. Seuraavat muutoksen merkit alkoi näkyä vuonna 2004, minkä jälkeen kuntaliitokset ja kuntayhtymien toiminnan uudelleen muotoutuminen ovat olleet vallitsevia kehityssuuntia. (Suomen Kuntaliitto 1999; Suomen kuntaliitto 2002; Sjöholm 2007.) Toinen kuntien terveystoimien toimintamalleihin ja organisaatorakenteeseen vaikuttanut kehityssuunta on ollut sosiaalitoimen ja terveystoimen yhdistäminen toiminnallisesti ja taloudellisesti. Tässä kehityksessä vuosi 1993 näyttää olleen vedenjakaja. Sosiaali- ja ter-

¹ Doktriini (Kotimaisten kielten tutkimuskeskus 1990: 89): oppi(järjestelmä); oppilausuman.

veystoimien yhdistäminen ei ole koskenut kuin osittain tai välillisesti koko kuntien perusterveydenhuoltoa.

Tutkimuksen kohdistumista kuntien järjestämään perusterveydenhuoltoon, ja tätä kautta myös koko kunnan järjestämistä terveystoimista vastaavaan organisaatioon, voidaan perustella seuraavilla argumenteilla. Terveystoimi on sekä kansallisella että kunnallisella tasolla merkittävä menoerä, jonka merkitys tulee väestön ikääntyessä yhä kasvamaan. Terveystoimissa on useissa Euroopan maissa vähintään kokeiltu markkinapohjaisia reformeja, joiden vaikutukset ja toimintamallit ovat heijastuneet myös Suomeen. Kaikkien länsimaiden julkisen hallinnon kehitykseen on jollakin tasolla vaikuttanut ns. New Public Management doktriini, joka korostaa yritysmailman oppeja julkisen sektorin kehittämisessä.

Suomalaisen perusterveydenhuollon tutkimuksen tärkeyttä korostaa se, että kunnat ovat saaneet merkittävästi päätäntävaltaa ja toimintavapautta terveystoimensa organisoimiseksi. Kunnilla on ollut mahdollisuus toteuttaa omintakeisia ratkaisuja niin halutessaan. Kuntien terveystoimien eroista kertoo jotakin se tosiseikka, että useiden tutkimusten mukaan kuntien terveystoimien nettokustannuksissa on merkittäviä eroja (esim. Häkkinen & Laukkanen 1999: 41–48; Hujanen, Pekurinen & Häkkinen 2006b: 27). Kuntien saamaa toimintavapautta ovat taloudellisesti rajoittaneet 1990-luvun alun lama ja tätä seurannut voimakas yhteiskunnallinen rakennemuutos. Kunnille valtion asettamat velvoitteet terveydenhuollon osalta eivät ole vähentyneet. Lisäksi kuntien terveystoimien toimintaympäristössä on tapahtunut merkittäviä muutoksia mm. lääkäri työvoiman rekrytointiongelmien ja yleisen yhteiskunnallisen toimintaympäristön muutoksen johdosta.

Syitä kuntien sosiaali- ja terveystoimien meno ja tuottavuuseroihin voidaan perustella useilla syillä. Tarkasteltaessa syitä meno- ja tuottavuuseroihin Valtonen (2000) päätyy kuntien omaa toimintaa korostavaan johtopäätökseen. Kuntien ulkopuoliset tekijät kuten lama, talous ja valtionohjauksen muutos vaikuttavat oletettua vähemmän menoeroihin. Sen sijaan kunnan sisäiset tekijät vaikuttavat yleisesti oletettua enemmän. Vaikuttavia sisäisiä tekijöitä ovat esim. politiikka, rakenteet ja paikallinen toimintakulttuuri. Palvelutarpeet selittävät kunnan terveydenhuollon menoja enemmän kuin sosiaalitoimen tarpeet sosiaalitoimen menoja.

Perusterveydenhuolto terveydenhuollon kokonaisuuden osana

Terveydenhuolto käsittää terveyden edistämisen, sairauksien ehkäisemisen, sairaanhoidon, kuntoutuksen ja ns. saattohoidon. Sairaanhoidon katsotaan yleensä muodostuvan kahdesta osasta: perusterveydenhuollon antamasta perussairaanhoidosta sekä sairaalalaitoksen antamasta erikoissairaanhoidosta. (Isokoski 1988: 14.)

Suomalaisena erityispiirteenä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon (lyhennetään yleisesti ESH) raja on hämärtynyt terveystieteiden sairaaloiden toiminnan vilkastuttua 1990-luvulla. Joissakin terveystieteiden sairaaloiden toiminta on muuttunut sisällöltään ja palveluvalikoimaltaan kohti erikoissairaanhoidon. Voidaan katsoa, että missään muussa länsimaassa ei ole yhtä keskeisessä asemassa olevia yleislääkärijohtoisia sairaaloita. (Kokko 1997: 66–67.) Uudemmassa keskustelussa on tuotu esille Suomen terveydenhuoltojärjestelmän ongelmana perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon keinotekoisien jyrkkä erottaminen toisistaan. (esim. Lehto, Kananoja, Kokko & Taipale 2001: 124–125).

Perusterveydenhuollon (Primary Health Care; PHC) ehkä tunnetuin yleinen määritelmä on esitetty Alma-Atan julistuksessa vuodelta 1978. Julistuksen mukaan perusterveydenhuolto koskee yhteisön terveysongelmia käsittäen edistävän, ehkäisevän, parantavan ja kuntouttavan terveydenhuollon väestön tarpeiden mukaan (WHO 1978: 4-5):

- ”1. reflects and evolves from the economic conditions and sociocultural and political characteristics of the country and its communities and is based on application of the relevant results of social, biomedical and health services research and public health experience;
2. addresses the main health problems in community, providing promotive, preventive and curative and rehabilitative services accordingly;
3. includes at least education concerning prevailing health problems and the methods of preventing and controlling them; promotion of food supply and proper nutrition; an adequate supply of safe water and basic sanitation; maternal and child health care, including family planning; immunization against the major infectious diseases; prevention and control of locally endemic diseases; appropriate treatment of common diseases and injuries; and provision of essential drugs;
4. involves, in addition to the health sector, all related sectors and aspects of national and community development, in particular agriculture, animal husbandry, food, industry, education, housing, public works, communications and other sectors; and demands the coordinated efforts of all those sectors;
5. requires and promotes maximum community and individual self-reliance and participation in the planning, organization, operation and control of primary health care, making fullest use of local, national and other available resources; and to this end develops through appropriate education the ability of communities to participate;
6. should be sustained by integrated, functional and mutually-supportive referral system, leading to the progressive improvement of comprehensive health care for all, and giving priority to those most in need;
7. relies, at local and referral levels, on health workers, including physicians, nurses, midwives, auxiliaries and community workers as applicable, as well as traditional practitioners as needed, suitably trained socially and technically to work as health team and to respond to the expressed health needs of the community.”

Alma-Atan julistuksen perusterveydenhuollon määritelmä on hyvin laaja. Useat julistuksen osat perusterveydenhuollon määritelmästä, kuten puhdas juomavesi ovat itsestäänselvyyksiä läntisissä teollisuusmaissa. Julistus kuitenkin tarjosi maailmanlaajuiset suuntaviivat perusterveydenhuollon kehittämiseksi.

Perusterveydenhuollolle on olemassa useita määritelmiä Alma-Atan yleisen julistuksen lisäksi. Useat määritelmät lähtevät terveydenhuollon organisaatiosta, josta johdetaan perusterveydenhuollon määritelmä. Toiset kirjoittajat määrittelevät perusterveydenhuollon yleisin termein, toisten keskittyessä käytännön organisatorisiin kysymyksiin. Yleisesti voidaan katsoa, että perusterveydenhuolto pyrkii edistämään terveyttä yhteiskunnassa. Tavoitteena on vastata väestön terveydenhuollon tarpeeseen ja turvata, edistää ja palauttaa terveyttä. Terveys ei ole kuitenkaan tavoite itsessään, vaan tavoite on ihmisten terveydentilan kehittämisen edellytysten kehittäminen ja hyvinvoinnin turvaaminen. (Van Damme, Van Lerberghe & Boelaert 2002: 49.)

Terveydenhuoltoa ja sen kustannuksia käsiteltäessä tehdään perinteinen ero perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Ero voidaan määritellä kahdesta lähtökohdasta. Ensinnäkin määritelmän perustana voi olla kaksi seikkaa 1) toimija, joka toimii hoidon antajana ja 2) hoidon toteutuspaikka. Tämän määritelmän mukaan erikoissairaanhoidon tarjoajana toimivat erikoislääkärit ja hoito tapahtuu sairaanhoitolaitoksessa². (Sinkkonen & Nikkilä 1988: 75.) Perusterveydenhuolto tapahtuu terveystieteiden keskuksessa.

Määritelmä on ongelmallinen kahdesta syystä. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon rajaa voidaan pitää ongelmaisenä terveystieteiden sairaaloiden tarjoaman pitkälle kehittyneen erikoissairaanhoidon takia (Kokko 1997: 66–67). Tärkeä kehityssuunta Suomessa on, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon rajaa pyritään madaltamaan. Liiallista rajanvetoa on arvosteltu keinotekoiseksi ja terveystieteiden järjestämistä haittaavaksi. (esim. Ryyänen, Myllykangas & Kinnunen 2005).

² Toinen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon luokittelun perusta voi olla palvelujen saatavuus ja ensi asteen kontakti. Tämän kriteerin mukaan erikoissairaanhoidon käsittää kaiken erikoislääkärin johdolla annetun hoidon muualla kuin terveystieteiden keskuksessa. Perusterveydenhuolto käsittäisi tällöin terveystieteiden keskuksissa annetun hoidon kokonaisuudessaan. Määritelmä käsittäisi myös vanhainkotien sairausosastot. (Sinkkonen & Nikkilä 1988: 75.) Sinkkonen ja Nikkilän Suomen terveydenhuoltojärjestelmää käsittelevä kirja on vanha, mutta kirjan erityisesti terveydenhuoltojärjestelmän historiaa ja käsitteistöä koskevat osuudet ovat edelleen ajankohtaisia.

Kansainvälisen vertailtavuuden osalta on huomionarvoista, että suomalainen perusterveydenhuoltoon liittyvä käsite kansanterveystyö on laajempi kuin kansainvälinen käsite perusterveydenhuolto. Kansanterveystyö tarkoittaa kansanterveyslaissa kuntien terveyskeskuksille määriteltyjä tehtäviä. Kansanterveystyöhön kuuluvat terveysneuvonta, avosairaanhoido ja hammashuollon sektorit muodostavat yleensä perusterveydenhuollon³. (Lehto, Kananoja, Kokko & Taipale 2001: 107.)

Tässä tutkimuksessa perusterveydenhuollolla tarkoitetaan kuntien tuottamia ja järjestämiä perusterveydenhuollon palveluja tarkoittaen kunnille kansanterveyslaissa asetettuja tehtäviä (ks. sivu 18). Perusterveydenhuollon osista tarkastelun pääpaino on vastaanotto toiminnassa, jonka suorittajia voivat olla lääkärit tai terveydenhoitajat. Kunnan ei tarvitse olla palvelun tuottaja. Palvelun järjestämisen muotona voi olla ostopalvelu, jolloin varsinainen tuottaja on yksityisen tai ns. kolmannen sektorin organisaatio.

Tutkimuksen kohteena on erityisesti perusterveydenhuollon avosairaanhoido, eli terveyskeskuksissa tapahtuva vastaanotto toiminta. Yleisesti vastaanotto toiminnaksi mielletään terveyskeskuksen yleislääkäreiden toiminta, mutta myös terveydenhoitajilla on vastaanottoa potilaille, jotka eivät tarvitse lääkärin hoitoa. Tutkimuksen aineistossa on käsitelty tutkimusteknisistä syistä usein huomattavasti laajemman kokonaisuuden eli kunnan sosiaali- ja terveystoimen kehitystä. Tällöin aineiston käsittely on keskittynyt kaikkia sosiaali- ja terveystoimen toimialoja koskeviin tekijöihin ja erityisesti ns. perinteisen terveystoimen (eli kansanterveystyön) kehitykseen.

1.2 Tutkimuksen kysymyksenasettelu ja rakenne

Tutkimuksen lähtökohtana on vakuuttuneisuus siitä, että NPM – doktriini on vaikuttanut kuntien sosiaali- ja terveystoimen hallinnon kehitykseen. Tutkimusongelma ei kysy ensisijaisesti onko NPM:n mukainen johtaminen vaikuttanut tutkimuksen kohteena oleviin organisaatioihin. **Tutkimustehtävänä on ymmärtää kuntien järjestämän perusterveydenhuollon hallinnon uudelleenmäärittämistä kuntasektorin yleisten ja terveydenhuollon hallinnon erityisten uudistamispyrkimysten ja – realiteettien vuorovaikutuksena.**

³ Suomalaisten terveyskeskusten tehtäviin kuuluvaa sairaalahoitoa, ympäristöterveydenhuoltoa, sairaankuljetusta, kuntoutusta ja työterveydenhuoltoa ei yleensä mielletä kansainvälisessä terminologiassa perusterveydenhuollon piiriin kuuluviksi tehtäviksi (Lehto, Kananoja, Kokko & Taipale 2001: 107).

Myöhemmin käsiteltävän NPM – doktriinin erityispiirre on tulkintojen ja ilmenemismuotojen monimuotoisuus eri maissa, erityyppisissä organisaatioissa ja toimintaympäristöissä. Tästä johtuen NPM:n piirteistä rajataan ne ominaisuudet, joiden esiintymistä tutkimuksen empiirisessä aineistossa tarkastellaan. Tutkimustehtävän toteuttaminen edellyttää seuraavia tarkentavia kysymyksiä:

- Tarkennetaan NPM – doktriinista piirteet, joiden avulla voidaan analysoida Suomen kuntien sekä sosiaali- ja terveystoimen hallinnon kehitystä.
- Arvioidaan miten NPM – doktriinin tarkennetut piirteet ilmenevät kahdeksan kaupungin perusterveydenhuollosta vastaavan organisaation hallinnon kehityksessä vuosina 1993 – 2004.

Tutkimuksen pääasiallisen tarkastelun kohteena olevat ovat vuodet 1993 – 2004. Tarkastelun kohteena olevien organisaatioiden kehitystä myös vuoden 2004 jälkeen käsitellään tämän ollessa perusteltua. Tutkimuksen aikajännettä voidaan perustella seuraavilla argumenteilla. Vuoden 1993 jälkeen yleisenä tavoitteena on ollut kehittää Suomen kunnallishallintoa NPM:n suuntaa ja mukaisesti. Yleisellä tasolla Suomessa tapahtuikin siirtymä ”vanhasta” – ”uuteen” hallintoon laman jälkeen. Tähän kehitykseen vaikutti myös NPM. Selvimmin kehitys on havaittavissa valtionhallinnossa.

Aika on jonkinasteinen ongelma kaikille tutkimuksen tekijöille. Tulisiko tutkimus toteuttaa heti havaittujen muutosten jälkeen tai niiden ollessa vielä osittain kesken? Tämän tutkimuksen aikajännettä voidaan perustella ajan kulumisen positiivilla puolilla. Aika väli etäännyttää tutkijan tutkimuskohteista ja mahdollistaa laajemman objektiivisuuden.

Tutkimuksen rakenne

Tutkimustehtävän toteuttaminen on jäsennelty seuraavasti. Luvussa 1. kuvataan tutkimuksen kohde sekä perustellaan tutkimustehtävä. Luvussa 2. käsitellään Suomen terveydenhuoltojärjestelmä ja sen muutos kansallisella tasolla. Lisäksi kuvataan keskeisiä Länsi-Euroopan maiden terveydenhuoltojärjestelmien kehityspiirteitä.

Luvussa 3 käsitellään NPM – doktriini sekä sen taustat ja kritiikki. NPM:n perusmallista tarkennetaan neljä piirrettä, joilla empiiristä aineistoa tarkastellaan. Luvussa 4 käsitellään tutkimuksen empiirinen aineisto sekä aineiston hankinta ja muokkaus. Lisäksi esitetään kahdeksan tarkastelun kohteena olevan kaupungin perustiedot ja esitetään lyhyesti keskeiset tilastotiedot kaupunkien kehityksestä. Aineistolla luodaan katsaus tarkasteltavien kaupunkien perusterveydenhuollon

toimintaympäristöön sekä kaupunkien edellytyksiin toteuttaa NPM – doktriinin mukaisia uudistuksia. Luvussa 5 tarkastellaan empiiristä aineistoa, jonka jäsenitys perustuu neljään tarkennettuun NPM:n piirteeseen. Luku 6 eli johtopäätökset käsittelee keskeiset havainnot ja pohdinnan.

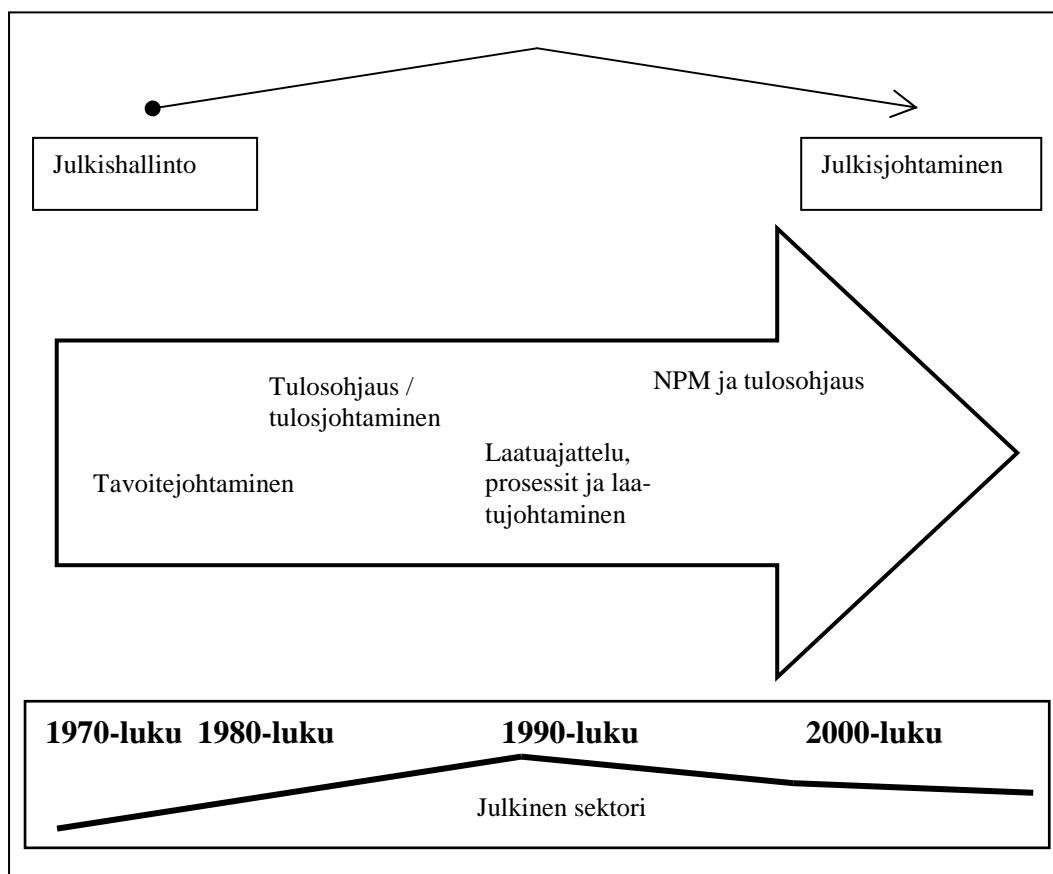
1.3 Terveysthuollon hallinto tutkimuskohteena

Tehokkaamman johtamisen ja tehokkaamman toiminnan tavoittelun lisäksi organisaatioiden toiminnan kehittämiseen on aina kuulunut työkalujen tai oikeammin menetelmien etsiminen mainittujen päämäärien saavuttamiseksi. Tutkimuksen kohteena olevalla kunnallishallinnon osa-alueella on omaksuttu valtionhallinnon ja yritysten hallinnon tavoin useita erilaisia johtamismalleja ja niihin liittyviä toimintamalleja.

Kunnissa omaksuttuja johtamisen malleja ja välineitä ovat olleet 1990-luvulta lähtien tulosjohtaminen, tasapainotettu mittaristo ja prosessijohtaminen. Prosessin hallinta on liittynyt joidenkin kuntien terveysthuollon kehittämässä laatu-työhön ja laatuhankeisiin. Tämän tutkimuksen kannalta keskeisiä johtamismalleja ja johtamisen työkaluja taustoitetaan käsittelemällä suomalaisen julkisjohtamisen kehitystä 1970-luvulta 2000-luvun alkuun. Johtamismallit ovat harvoin uusia ja ainutlaatuisia. Kysymys on jatkumosta ja kehityksestä, jossa kulloisenkin valtavirran julkisjohtamisen sisältö on muuttunut kansainvälisen kehityksen ja kansallisten tarpeiden mukanaan tuomien toimintamallien ja vaikutteiden mukana. Jatkumo on edennyt tavoitejohtamisesta tulosjohtamiseen ja tulosjohtamisen sisällön muuttumiseen kohti tulosohjausta sekä markkinaehtoisuutta painottavaa julkisjohtamista.

Kuvio 1 esittää valtavirran julkisjohtamisen kehityksen Suomen julkisella sektorilla (vertaa esim. Määttä & Ojala 2000: 18; Temmes 2008: 74–75). Valtavirran julkisjohtamisella tarkoitetaan tässä tutkimuksessa johtamisoppia tai doktriinia, jonka vaikutukset, periaatteet ja termistö ovat keskeisessä asemassa julkisen johtamisen ja hallinnon kehittämisessä.

Julkisen hallinnon kehitystä voidaan tarkastella myös keskittämisen ja hajauttamisen näkökulmasta. Temmes (2008: 74) käyttää tätä lähestymistapaa hallintopoliitiikan pitkien aaltojen tarkastelussa koko julkisen sektorin osalta. 1960-luvulta lähtien hajauttaminen on ollut eri muodoissa hallintopoliitiikan pitkän aallon suunta. Kuntien järjestämän terveysthuollon näkökulmasta kysymys hallinnon keskittämisestä ja hajauttamisesta on tämän tutkimuksen näkökulmasta tärkeä.



Kuvio 1. Valtavirran julkisjohtamisen kehitys Suomessa.

Kuviossa 1 esitetty valtavirran julkisjohtaminen 1970-luvulta 2000-luvun alkuun voidaan esittää jatkumona alkaen tavoitejohtamisesta ja päätyen NPM:n sekä tulosohjaukseen. Samalla kuvion 1. yläosassa esitetään terminologian muutos julkishallinnosta julkisjohtamiseen. Kuvion alaosassa puolestaan esitetään aikajana ja yleistävä esitys Suomen julkisen sektorin kehityksestä. Kyse on hyvinvointivaltion rakentamisesta ja kasvusta 1980-luvun loppuun mennessä ja toisaalta tämän jälkeen alkaneesta julkisen sektorin hitaasta supistamisesta.

Tavoitejohtamisena tunnettu johtamisfilosofia yleistyi yksityisellä sektorilla 1960-luvun alussa. Itse käsite ja malli ovat vanhempaa perua. Terminä ja sovellutuksina tulosjohtaminen ja tavoitejohtaminen ovat lähellä toisiaan. Termeistä on lisäksi olemassa eri kirjoittajien luomia variaatioita ja erilaisia sovellutuksia. Kummallakin johtamismallilla on laajasti ottaen sama käytännöllinen ja teoreettinen tausta. (Lumijärvi 1990: 38; Manninen 1992: 8, 34, 37; Salminen 1995: 131.) Lumijärven (1990: 38) mukaan tulosjohtamisen ja tavoitejohtamisen keskeinen

ero huomattavista yhtäläisyyksistä huolimatta on, että tavoitejohtamisessa huomio kiinnitetään koko organisaation tavoitteiden saavuttamiseen⁴. Tulosjohtamisessa huomio kiinnitetään organisaation osien eli lähinnä yksiköiden tuloksellisuuteen. Tulosjohtamisessa resurssien käytön kontrolli on keskeisemmällä sijalla kuin tavoitejohtamisessa.

Julkiselle sektorille sovitun tulosjohtamisen taustoja hahmotettaessa nousee esille perinteisen byrokraattisen julkisen hallinnon kritiikki. Hallintoa pidettiin liian jäykkänä ja byrokraattisena. Lisäksi hallinnossa oli kritiikin mukaan liikaa sitouduttu vanhoihin toimintakaavoihin ja -malleihin. (Virkkunen, Voutilainen, Laosmaa & Salmimies 1986: 14–32; Manninen 1992: 38–39.) Tulosjohtamista voidaan pitää keinona, jolla markkinaehtoisuutta ja managerialismia on tuotu Suomen julkiselle sektorille. (Möttönen 1997: 73.) 1990-luvun puolivälissä tulosjohtamisen perusosat olivat Suomessa pääpiirteissä NPM:n kanssa yhteneviä.

Niskanen (1997) ja Möttönen (1997) ovat käsitelleet väitöskirjoissaan tulosjohtamista ajanjaksolla, jolloin markkinaehtoisuutta painottavaa NPM:a käsittelevä kansainvälinen tieteellinen julkaisutoiminta oli jo varsin runsasta. Suomen julkisella sektorilla markkinaehtoisuuden painottaminen sisältyi tulosjohtamiseen ja tulosohjaukseen, joiden tosiasiallisen sisällön ja toimintamallien voidaan katsoa muuttuneen 1990-luvun puolivälistä lähtien.

Tarkasteltaessa Suomen julkisen johtamisen kehittämistä on selvää, että valtionhallinnon uudistaminen 1990-luvulla on tapahtunut NPM:n periaatteiden mukaisesti (esim. Lähdesmäki 2003; Temmes 2008). Kunnallishallinnon osalta uudistukset eivät ole yhtä selviä. Haveri (2002) katsoo kuitenkin, että kaikkien 1990-luvun merkittävien valtion toimesta tapahtuneiden kunnallishallinnon uudistusten taustalla ovat olleet NPM:n mukaiset toiminta- ja ajattelumallit. Valtio on toimillaan pyrkinyt edistämään tulosjohtamisen soveltamista myös kunnallishallinnossa (Haveri 2002: 14). Tämä kehitys herättääkin kysymyksen siitä, mikä on paikallisdemokratiaa edustavien kuntien itsensä panos tulosjohtamisen ja NPM:n kehittämisessä? On myös huomattava, että Suomen kunnissa ei ole toteutettu yhdenmuukaista uudistusohjelmaa markkinaehtoisuuden ja NPM:n edistämiseksi (Klausen & Ståhlberg 1998: 199; Temmes 2008: 73).

⁴ Tavoitejohtamisen taustalla vaikuttavat vahvasti Peter Druckerin laatimat periaatteet. Drucker oli ensimmäinen, joka käytti tätä termiä. Drucker (1954) kritisoi Taylorin tieteellistä liikkeenjohtoa ja ihmishuokoukuntaa sen ihmiskäsityksestä. Työntekijöillä täytyy olla tietoa organisaation tavoitteista ja johdon visioista. Tähän liittyy mm. johtamisen tavoitteellisuus ja työntekijöiden itsekontrolli. (Drucker 1954.)

Hallinto ja terveydenhuolto tutkimuskohteina

Johtaminen, johtamisuudistukset ja terveydenhuolto ovat erillisinä tai yhdistettyinä tutkimuskohteina paljon tutkittuja aiheita. Terveydenhuollon osalta erityisesti markkinaehtoisuus eri muodoissa on saanut viime vuosina huomiota suomalaisessa tutkimuksessa. Ministeriöt, virastot, etujärjestöt ja tutkimuslaitokset ovat laatineet tai rahoittaneet melko runsaasti raportteja, selvityksiä ja tutkimuksia Suomen terveydenhuoltojärjestelmästä ja markkinaehtoisuudesta. Erityisesti kilpailuttaminen ja terveydenhuollon tilaaja – tuottajamallit eri variaatioina ovat olleet kiinnostuksen kohteena. (esim. Kilpailuvirasto 2001; Ollila, Ilva & Koivusalo 2003; Kontinen 2005; Loikkanen & Susiluoto 2005; Lillrank & Haukkapää-Haara 2006).

Tämän tutkimuksen kysymyksenasettelun ja tutkimuskohteen valinnan yksi peruste oli havainto siitä, että suomalainen terveydenhuollon johtamista ja hallintoa käsittelevä tutkimus on keskittynyt pääasiassa erikoissairaanhoidon. Grönroos ja Perälä (2004) ovat päätyneet samaan johtopäätökseen laatimassaan terveydenhuollon kirjallisuuskatsauksessa, jossa tarkastellaan johtamistutkimusta terveydenhuollossa 1990-luvulla ja seuraavan vuosikymmenen alussa. Katsauksen johtopäätös on, että suurin osa johtamistutkimuksesta on kuvailevaa ja keskittynyt erikoissairaanhoidon.

Viimeaikaisia väitöskirjojen tutkimuskohteita terveydenhuollon hallinnossa ovat olleet mm. managerialismin soveltuvuus ja soveltaminen erikoissairaanhoidon (Torppa 2007) sekä sopimusohjaus sairaanhoitopiirien ja kuntien välisissä suhteissa (Sihvonen 2006; Ihalainen 2007). Kilpailuttamisen perusteita kahden kunnan sosiaali- ja terveystalveissa on tutkinut Willberg (2006).

Torppa (2007: 187) tulkitsee sairaanhoitopiirien johtamisen olevan yhdistelmä kolmenlaista johtamista. Byrokraattisen ja professionalistisen johtamisen piirteet ilmenevät selvemmin kuin managerialistisen johtamisen piirteet. Ratkaisuksi tehotomuuteen ehdotetaan ammattimaista johtamista ja liike-elämän tehokkuutta, jonka ei tulkita poissulkevan oikein käytettynä erikoissairaanhoidon liittyvää inhimillisyyttä.

Terveydenhuollon kustannukset sekä tuottavuus ovat paljon tutkittuja aiheita. Terveyskeskusten tuottavuudessa on suuria eroja⁵. Laman sekä vuoden 1993 val-

⁵ Tutkimuksen kohteena oli 159 terveystalvea, jotka tarjosivat vuodeosastohoitoa. Tutkimus kattoi vuodet 1988–1995. Tuottavuus ja tehokkuus eroja tarkasteltiin Malmquist – indeksillä. Panoskäytön mittareina olivat käyttömenot ja kolmen henkilöstöryhmän lukumäärä. Avohoi-

tionosuusuudistuksen arvioidaan kuitenkin lisänneen terveyskeskusten tuottavuutta. Terveyskeskusten tuottavuus laski vuosina 1988–1991 mutta parani vuoteen 1995 ulottuneen tarkastelujakson loppupuolella. Valtionosuusuudistukseen liittyen kannusteet säästää ja tehostaa terveyskeskusten toimintaa arvioidaan merkittäviksi erityisesti alimpiin kantokykyluokkiin kuuluvissa kunnissa. Tutkimus ei kuitenkaan osoittanut selvää yhteyttä kantokykyluokan ja tuottavuuden kehityksen välillä. Tulokset viittasivat siihen, että resurssien kasvaessa terveyskeskusten tuottavuus laski. Tulosta voidaan selittää sillä, että taloudellisen kasvun aikana resurssien käytön tehokkuuteen ei kiinnitetty yhtä paljon huomiota kuin resurssien pienentyessä. (Luoma 2000.)

Terveyskeskusten hallintoa ja johtamista on käsitelty pääasiassa artikkeleissa⁶. Kysymystä on käsitelty esim. työntekijöiden arvioimana Pahkalan, Braggen, Laippalan ja Pahkalan (2000) artikkelissa. Tutkimuksen kohteena oli esimiestoimintaa kuvaavien tekijöiden vertailu 21 terveyskeskuksessa ja yhdessä sairaanhoitopiirissä. Tutkimuksen tärkein tulos oli, että tutkittujen organisaatioiden työntekijät arvioivat asijahtamista korkeammalla keskiarvolla kuin henkilöstöjohtamista. Yksittäisistä arvioista heikoimman arvion saivat esimiesten kyky huolehtia ihmissuhdeongelmista ja alaiensa hyvinvoinnista. (Pahkala, Bragge, Laippala & Pahkala 2000.)

don tuotosmuuttujina käytettiin terveyskeskuskäyntien lukumäärää. Vuodeosastojen tuotosmuuttujia olivat hoitajakset ja hoitopäivät ikäryhmittäin. (Luoma 2000.)

⁶ Kinnunen (1990) käsitteli väitöskirjatutkimuksessaan terveyskeskuksen organisaatiokulttuuria.

2 PERUSTERVEYDENHUOLTO OSANA TERVEYDENHUOLTOJÄRJESTELMÄÄ

2.1 Eräiden Länsi-Euroopan maiden terveydenhuoltojärjestelmien kehitys

Euroopan maiden terveydenhuoltojärjestelmät voidaan luokitella useisiin ryhmiin esim. terveydenhuollon rahoittajien ja tuottajien perusteella. Ryhmien sisällä maa-kohtaisissa järjestelyissä on kuitenkin havaittavissa merkittäviä eroja. Yleisesti voidaan todeta, että ei ole olemassa yhtä yleiseurooppalaista terveydenhuoltojärjestelmän mallia. (esim. Saltman & Figueras 1997; Grosse-Tebbe & Figueras 2005.)

Terveydenhuoltojärjestelmien erot nousevat selvästi esiin tarkasteltaessa perusterveydenhuollon organisoimista ja NPM:n vaikutusta terveydenhuoltojärjestelmien uudistamiseen. Edellä mainitun perusteella tässä luvussa tarkastellaan lyhyesti Ruotsin, Norjan, Tanskan, Ison-Britannian ja Saksan terveydenhuoltojärjestelmien kehitystä.

Karkeasti luokitellen Länsi-Euroopan maiden terveydenhuoltojärjestelmät voidaan luokitella verorahoitteisiin ja vakuutusperusteisiin järjestelmiin. Saltman ja Figueras ovat vuonna 1997 luokitelleet Euroopan maiden terveydenhuoltojärjestelmät viiteen ryhmään: 1) Bismarck-mallin maat (vakuutusperusteinen järjestelmä); 2) Bismarck-mallin maat, jotka ovat muutostilassa; 3) Beveridge – mallin maat (verovaroin rahoitettu); 4) vakuutusperusteiset maat, jotka ovat muuttumassa verorahoitteisiksi; 5) Semeshko mallin maat, jotka ovat muutostilassa kohti vakuutusperusteista järjestelmää (entiset sosialistiset maat). (Saltman & Figueras 1997: 115.) Myös yksinkertaisempia esim. kolmiportaisia terveydenhoitojärjestelmien luokitteluja on esitetty.

Pääasiallisesti julkisen sektorin tuottamien palveluiden ja verovaroin rahoitetun terveydenhuoltojärjestelmän, eli ns. Beveridge – mallin maita ovat mm. Suomi, Norja, Ruotsi ja Iso-Britannia. Vaikka edellä mainitut maat kuuluvat yleisessä luokittelussa samaan ryhmään, on maiden terveydenhuoltojärjestelmissä eroja sen suhteen, kuka tuottaa ja järjestää perusterveydenhuollon palvelut sekä miten erikoissairaanhoidon palvelut on organisoitu. Perusterveydenhuollon pääasiallisia tuottajia voivat olla yksityisen sektorin organisaatiot/yritykset, jotka ovat sopimussuhteessa julkisen sektorin palveluiden rahoittajaan. Erikoissairaanhoidossa, lähinnä sairaalatoiminnassa, julkisen sektorin palvelutuotanto on yleisempää.

Kansainvälisissä julkaisuissa Ison-Britannian terveydenhoitojärjestelmän kehitys ja markkinaehtoisuuteen pyrkivät ratkaisut ovat olleet erityisen huomion kohteena 1980- ja 1990-luvulla. Iso-Britannia toimi joiltakin osin edelläkävijänä tässä kehityksessä. Ison-Britannian kehitystä koskevan tutkimusten taustalla ovat Ison-Britannian kansallisen terveydenhuoltojärjestelmän 1990-luvun alun näennäismarkkinoiden toiminnan ja vaikutuksien arviointi. Toinen tärkeä tekijä Ison-Britannian kehityksen saamasta huomiosta johtuu toimimisesta edelläkävijänä NPM:n soveltamisessa Euroopassa julkisen sektorin uudistamiseen. NPM:n vaikutukset ovat ulottuneet Ison-Britannian kansalliseen terveydenhuoltojärjestelmään mm. erilaisten johtamista ja tulostamasta koskeneiden uudistusten kautta⁷. (esim. Saltman & Otter 1992; Saltman & Figueras 1997.)

Kansainvälisen tarkastelun painottumista Ison-Britannian kehitykseen voidaan selittää myös Ison-Britannian yhteiskunnallisen kehityksen ja terveydenhuoltojärjestelmän ainutlaatuisuudella. Ison-Britannian kansallinen terveydenhuoltojärjestelmä NHS on ollut organisatorisesti Länsi-Euroopan keskitetyin. Suomen terveydenhuoltojärjestelmän voidaan katsoa edustavan tässä vertailussa vastakohtaa, äärimmäisen hajautettua järjestelmää (Saltman & Figueras 1997).⁸

Perusterveydenhuollon järjestämisen malleissa Suomessa, Ruotsissa, Norjassa, Tanskassa, Isossa-Britanniassa, ja Saksassa on selviä eroja. Perusterveydenhuolto on ostopalvelu, jonka tuottamisesta vastaavat yksityiset toimijat Isossa-Britanniassa, Norjassa ja Saksassa. Näissä maissa ei ole varsinaista julkista perusterveydenhuollon johtamista. Julkinen sektori vaikuttaa perusterveydenhuollon palveluihin rahoituksen, lupakäytäntöjen ja lainsäädännöllisen ohjauksen kautta. Ruotsin terveydenhuoltojärjestelmässä luotetaan pääasiassa julkiseen toimintaan, jota täydennetään yksityisillä palveluilla. Ruotsissa perusterveydenhuolto on järjestetty maakunnan tasolla. (Jylhäsaari 2002; Grosse-Tebbe & Figueras 2005.)

Tanskassa terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä ennen mittavia uudistuksia vastasi 14 maakuntaa. Uudistuksessa terveystalveluiden järjestäminen siirret-

⁷ Radikaalien NPM reformien vankkumaton toteuttaja pääministeri Margaret Thatcher esitti kahteen otteeseen Ison-Britannian terveydenhuoltojärjestelmän NHS:n yksityistämistä. Tavoitteena oli siirtyminen terveydenhuollon verorahoituksesta vakuutus pohjaiseen rahoitukseen. Molemmilla kerroilla esitys peruttiin nopeasti mm. työnantaja- ja työntekijäjärjestöjen vastustuksen takia. (Kokko 2003: 37.)

⁸ WHO ja OECD kummatkin julkaisevat terveydenhuoltojärjestelmien kehitystä, kustannuksia ja esim. kansanterveyttä koskevia tilastoja ja julkaisusarjoja. Erityisen maininnanarvoinen on vertailun näkökulmasta ”European Observatory on Health Care Systems” julkaisusarja ja sen maakohtaiset raportit. Maakohtaisten raporttien lisäksi julkaisuihin kuuluu erityisiä aihekohtaisia julkaisuja (esim. terveydenhuollon rahoitus ja ostopalveluiden käyttö).

tiin maakunnilta suurempien yksikköjen eli viiden alueellisen toimijan (sairaanhoitoalueiden) vastuulle vuosina 2005–2007. Sairaanhoitoalueilla on poliittisesti valittu johto, mutta rahoituksesta vastaa suurimmaksi osaksi valtio. Vanhassa järjestelmässä maakunnilla oli verotusoikeus. Perusterveydenhuollossa Tanskan palvelurakennemuutos ei merkinnyt suuria muutoksia. Järjestelmän perusta eli yksityiset palveluidentuottajat ovat uudessa järjestelmässä sopimussuhteessa maakuntien sijasta sairaanhoitoalueen kanssa. Kuntien roolina on Tanskassa vastuu terveyden edistämisestä ja kuntoutuspalveluista. (Jonssen 2008: 67–68.)

Tanskan terveydenhuoltojärjestelmän mittavaan uudistamiseen on liittynyt Suomessakin ajankohtainen kuntien asukasluvun kasvattaminen. Tanskassa kuntien yhdistyminen tapahtui vuoden 2006 jälkeen erittäin nopeasti. Kuntien lukumäärä on laskenut 275 alle 100. Uudistuksen tavoitteena oli vähintään 30000 asukkaan kuntakoko, mutta keskimääräinen kuntakoko on uudistuksen jälkeen yli 50000 asukasta. (Jonssen 2008: 68.)

Norjassa toteutettiin vuosina 2001–2002 kaksi laajaa terveydenhuollon uudistusta. Perusterveydenhuollon uudistuksen myötä palveluiden järjestämisestä vastaavat edelleen kunnat, joiden tulee ostaa ja järjestää palvelut sopimuksin yksityisten ammatinharjoittajien kanssa. Vuoden 2001 alusta voimaan astuneen uudistuksen myötä julkisen sektorin työntekijöinä toimineet perusterveydenhuollon lääkärit siirtyivät yrittäjiksi, jotka toimivat pääasiassa sopimussuhteessa kuntien kanssa. Johnsen (2006: 131) arvioi, että uudistus on NPM-doktriinin mukainen. Uudistukseen sisältyi osittainen aikaisemmin julkisen sektorin ylläpitämien yritysten yksityistäminen. Erikoissairaanhoidossa kehitys on ollut päinvastainen. Norjan erikoissairaanhoidossa toteuttama uudistus merkitsi sairaaloiden valtiollistamista. (Johnsen 2006: 93–94, 130–132; Jonsson 2008: 69.)

Perusterveydenhuollon uudistuksen tavoite Norjassa oli lääkäripalveluiden parempi ja tasaisempi laatu sekä valinnanvapauden lisääminen. Myös perusterveydenhuollon rahoitus muuttui. Valinnanvapauden edistämiseksi kunnilla on velvollisuus järjestää vähintään kaksi avointa lääkäriä kohtuullisen maantieteellisen etäisyyden päässä potilaasta. Periaatteessa potilaalla on oikeus vaihtaa lääkäriä kaksi kertaa vuodessa. Uudistuksen seurauksena Norjan valtion vakuutuskassan menot lisääntyivät merkittävästi. Menojen kasvu oli suorassa yhteydessä lääkäreiden potilaskontaktien kasvuun. Lääkäripalveluiden saatavuus on parantunut, mutta alueellista tasa-arvoa ei ole täysin pystytty saavuttamaan. Pienillä kunnilla on uudistuksen jälkeen edelleen vaikeuksia tarjota lääkäripalveluita sopimuslääkäreiden saatavuudesta johtuen. (Jonsson 2008: 69.)

Saksassa terveydenhuollon rahoituksesta vastaavat pääasiassa julkista sektoria lähellä olevat sairaskassat. Saksassa pääosalle väestöstä sairaskassat

tusrahaston jäsenyys on pakollista. Julkinen rahoitus on dominoivaa Suomessa, Ruotsissa, Norjassa, ja Isossa-Britanniassa. Norjassa ja Suomessa kunnat rahoittavat perusterveydenhuollon. Norjassa palveluiden tuottajat ovat kuitenkin pääasiassa yksityisiä yrityksiä. Ruotsissa perusterveydenhuollon palveluiden pääasiallinen tuottaja ja rahoittaja ovat maakunnat. Isossa-Britanniassa rahoittaja on kansallinen terveydenhuoltojärjestelmä, mutta perusterveydenhuollon palveluiden tuottajat ovat yksityisiä yrityksiä. (Jylhäsaari 2002; Grosse-Tebbe & Figueras 2005.)

Maakunnat vastaavat Ruotsissa pääasiassa perusterveydenhuollon palveluiden tuotannosta ja rahoituksesta. Maakunnilla on verotusoikeus. Useat maakunnat ovat desentralisoidun järjestelmän puitteissa toteuttaneet 1990-luvun alussa markkinaehtoisuutta hyödyntäviä uudistuksia, jotka ovat käsittäneet mm. näennäismarkkinat, tilaajan ja tuottajan erottamisen sekä ostopalveluiden käytön. 1990-luvulla ja sen jälkeen Ruotsin terveydenhuoltojärjestelmän uudistusten keskeinen teema on ollut kansalaisten valinnan vapauden lisääminen sekä oikeistottamalla vasemmistohallitusten aikana. (esim. Jylhäsaari 2002; Glenngård, Hjalte, Svensson, Anell & Bankauskaite 2005: 99–105; Forma, Niemelä & Saarinen 2006: 41–42.) Ruotsin eri maakunnissa tehtyjä tilaaja-tuottajamallisia kokeiluja voidaan luonnehtia epäonnistuneiksi. Vähittäin kilpailu ostajan ja tuottajan välillä on korvattu yhteistyöllä. Yhteistyötä on lisätty myös maakuntien välillä luomalla suurempia yksiköjä. (McCallum; Brommels, Robinson, Bergman & Palu 2006: 115; Saltman, Bankauskaite & Vrangbaek 2007: 283–295.)

Ruotsissa perusterveydenhuollon palveluiden tuottajan kehitykseen ovat vaikuttaneet merkittävästi parlamentin poliittiset voimasuhteet. Esim. vuonna 1995 oikeistohallituksen aloitteesta hyväksyttiin laki, joka mm. vei maakunnilta oikeuden säädellä perusterveydenhuollon yksityisten tuottajien määrää ja korvauksia hoidosta. Samana vuonna sosiaalidemokraattinen hallitus perui edellisen hallituksen säätämää terveydenhuollon lainsäädäntöä. Oikeistoenemmistöisissä maakunnissa markkinaehtoisien palvelutuotannon lisääminen jatkui mm. kannustamalla yksityistä palvelutuotantoa⁹. (Glenngård, Hjalte, Svensson, Anell & Bankauskaite 2005: 99–100.)

⁹ Kädenvääntö palveluiden tuotannosta jatkui kuitenkin. Tukholmassa ensiapuaseman sisältä sairaala myytiin vuonna 2000 yksityiselle yritykselle. Seuraavana vuonna astui voimaan sosiaalidemokraattien hallituksen toimesta hyväksytty laki, jolla vastaavanlaisten yksiköiden myyminen kaupallisille voittoa tavoitteleville toimijoille kiellettiin. (Glenngård, Hjalte, Svensson, Anell & Baukauskaite 2005: 103.)

Terveydenhuollon henkilöstön vuokraaminen alkoi Ruotsissa 2000-luvulla. Yleisintä lääkäri työvoiman vuokraus on ollut Ruotsissa perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa psykiatrian erikoisalalla. Kuten Suomessakin, myös Ruotsissa vuokratyövoiman käyttö arvioidaan ongelmaksi. Vuonna 2002 tehdyn selvityksen mukaan vuokratyövoiman käyttöön liittyviä ongelmia olivat mm. korkeammat kustannukset ja laatuongelmat potilasturvallisuuden vaarantumisena. Yhteistä Suomelle Ruotsin ja Ison-Britannian kehityksen kanssa on lääkäreiden kasvanut haluttomuus tehdä työtä, johon liittyy runsaasti päivystysvelvoitteita. Kaikissa kolmessa maassa on ollut pulaa lääkäreistä, vaikka heitä on enemmän kuin koskaan: Suomessa 3,1 lääkärinä / 1000 asukasta kohden, Ruotsissa 3 lääkärinä / 1000 asukasta kohden ja Ison-Britanniassa 2 lääkärinä / 1000 asukasta kohden. (Mikkola & Mattila 2006: 90–100.)

Mikkola ja Mattila arvioivat, että Suomen, Ruotsin ja Ison-Britannian lääkäripulasta ainoastaan Ison-Britannian lääkäripulaa voidaan pitää todellisena. Samalla on kuitenkin huomattava, että Ison-Britanniassa lääkärit ovat itsenäisiä ammatinharjoittajia eli perhelääkäreitä, eivätkä julkisen sektorin työntekijöitä kuten Suomessa ja Ruotsissa. Erona Suomeen, Ruotsissa lääkärit toimivat isommissa organisaatioissa, koska maakunnat vastaavat perusterveydenhuollosta. Mikkola ja Mattila päättelivät, että lääkäreiden motivaatio-ongelmat johtuvat Suomessa ja Ruotsissa siitä, että perusterveydenhuoltojärjestelmän kehittäminen on jäänyt erikoissairaanhoidon kehittämisen jalkoihin. (Mikkola & Mattila 2006: 98–100.)

Virallisesti näennäismarkkinat toimivat Ison-Britanniassa Kansallisen terveydenhuoltojärjestelmän (National Health Service; NHS) sisällä vuosina 1989–1997¹⁰. Konservatiivihallituksen aikaisen näennäismarkkinahankkeen kaksi keskeisintä osaa olivat sairaalat, joista muodostettiin ns. Trusteja ja perusterveydenhuollon varojenhaltijat (GP fundholders). Trustit olivat suurempaa taloudellista ja hallinnollista autonomiaa omaavia erikoissairaanhoidon organisaatioita. Perusterveydenhuollon varojenhaltijat olivat yksityisiä palveluidentuottajia, joiden hallintaan ostotoimintaa varten luovutettiin julkisia varoja. Työväenpuolue lupasi lakkauttaa näennäismarkkinat. Tilaajan ja tuottajan erottaminen on kuitenkin säilytetty Ison-Britannian terveydenhuoltojärjestelmässä. Eräänlaisen välivaiheen jälkeen pakolliset väestökattavuudeltaan suuremmat (50000–250000 asukasta) paikallisyhteisöihin kytketyt perusterveydenhuollon ryhmät (Primary Care Groups; PCG) korvasivat perusterveydenhuollon varojenhaltijat vuosina 1999–2002. Vuonna 2002 perustettiin perusterveydenhuollon trustit (Primary Care Trust;

¹⁰ NHS:n organisaatio vaihtelee hieman eri maissa Yhdistyneissä kuningaskunnissa (Englanti, Skotlanti, Wales ja Pohjois-Irlanti) (Saltman, Bankauskaite & Vrangbaek 2007: 287–290).

PCT) itsenäisinä organisaatioina, joiden tehtävänä on taata paikallisten palveluiden laatu ja taloudellinen kontrolli. Uuden toimijan tehtävät sisälsivät sekä ostajan ja järjestäjän tehtäviä. 1990-luvulla NHS:n kehittämisen keino oli markkinaehtoisuus. Tämän jälkeen näennäismarkkinoiden tuomasta hajautuksesta on luovuttu ja maan eri osien keskushallinnon valtaa on lisätty. (McCallum, Brommels, Robinson, Bergman & Palu 2006: 108–111; Saltman, Bankauskaite & Vrangbaek 2007: 283–290.)

Havaintoja terveydenhuoltojärjestelmien markkinaehtoisuudesta

Tutkimuksissa on tehty yleinen havainto, että monet Länsi-Euroopan maiden terveydenhuoltojärjestelmien alkujaan radikaaliin markkinaretoriikkaan perustuneet uudistushankkeet ovat käytännössä usein johtaneet selvästi varovaisempiin reformeihin. Varovaiset rahoitus- ja tuotantojärjestelmän muutokset ovat kuitenkin jääneet usein vain kokeilujen asteelle. (Kokko 2003: 38.) Norjan, Tanskan ja Ruotsin terveydenhuoltojärjestelmien uudistamisen keskeiseksi tavoitteeksi määriteltiin 1990-luvulla tuottavuuden ja kustannusvaikuttavuuden parantaminen, ts. tehokkuuden lisääminen. Myös NPM sai kannatusta. 2000-luvun alussa suuntauksena on ollut hajautetun järjestelmän ongelmien korjaaminen. Ratkaisuja ovat rahoituksen ja järjestämisvastuun keskittäminen sekä kansallinen ohjaus. Aiempia uudistuksia on arvosteltu kansanterveyden ja tasa-arvon näkökulmasta. (Jonsson 2008: 70.)

1990-luvun lopulla sekä Ruotsissa että Isossa-Britanniassa on siirrytty korostamaan koordinaatiota ja yhteistyötä julkisen terveydenhuollon kehittämisvälineenä markkinaratkaisujen rinnalla. Viimeaikainen tutkimus on yhä enemmän kiinnittänyt huomiota lähes kaikkien länsimaiden terveydenhuoltojärjestelmiä koskeviin yleisiin uhkiin ja ongelmiin. Näistä tunnetuimmat ovat terveydenhuoltojärjestelmän osien kustannustenhallinta ja väestön ikääntymisen tuomat haasteet.

2.2 Suomen terveydenhuoltojärjestelmä

Suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä kunnilla on keskeinen asema palveluiden tuottajina, järjestäjinä ja maksajina. Kunnat tuottavat ja järjestävät perusterveydenhuollon palveluja ja toimivat erikoissairaanhoidon palveluiden ostajina ja maksajina.

Perusterveydenhuolto

Historiallisessa tarkastelussa suomalaisen kunnallisen terveydenhuollon ja erityisesti perusterveydenhuollon kannalta vuosi 1972 oli merkittävä¹¹. Tällöin luotiin lainsäädännöllä Suomen nykyinen perusterveydenhuollon perusrakenne. Uudistus asetti kunnat vastuuseen perusterveydenhuollosta ja loi uudet palveluiden tuottajaorganisaatiot eli terveystilat, jotka vähensivät kansalaisten asuinpaikkaan liittyvää terveystilapalveluiden saatavuuden eriarvoisuutta sekä yleistä perusterveydenhuollon. (Järvelin 2002: 12–13, 45.)

Kuntien kansanterveyteen liittyvät tehtävät on määritelty kansanterveyslaissa (Kansanterveyslaki 28.1.1972/66 14 §) Lain perusteella kunnan tulee huolehtia seuraavien toimintojen järjestämisestä¹²:

- Järjestää kunnan asukkaille sairaanhoitoa sekä kiireellinen hoito asuinpaikasta riippumatta
- Järjestää kunnan asukkaiden yleiset terveystarkastukset ja seulontatutkimukset
- Hammashuolto
- Neuvolatoiminta (äitiys- ja lastenneuvolat)
- Koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto
- Kotisairaanhoito
- Sairaanhoito ja kuntoutus terveystilat vuodeosastolla
- Sairaankuljetus
- Työterveyshuolto

¹¹ Suomeen luotiin 1960-luvulla sairausvakuutusjärjestelmä, jolla korvattiin mm. yksityislääkärien käyttö. Järjestelmään kuuluivat perusterveydenhuollon osalta mm. kunnanlääkärit. Terveydenhuollon palvelut olivat keskittyneet voimakkaasti kaupunkeihin, jolloin asuinpaikka vaikutti merkittävästi palveluiden saatavuuteen. Voidaan myös tulkita, että 1960-luvun kehityksen suunta oli kohti keskieuropalaista vakuutusperusteista terveydenhuoltojärjestelmää. Kansanterveyslaki suuntasi kehityksen verorahoitteen kaikille yhteisten palveluiden järjestelmään (ns. Beveridge-malli). (Lehto, Kananen ym. 2001: 178–179; Järvelin 2002: 12–13.)

¹² Graafinen esitys perusterveydenhuollosta ja siihen kuuluvista moninaisista tehtävistä Suomessa (Taipale, Lehto, Mäkelä, Kokko, Muuri & Lahti 2004: 142).

- Huolehtia kansanterveydellisestä valistustyöstä

Toinen merkittävä vuosi kunnallisen perusterveydenhuollon kannalta oli vuosi 1993. Tällöin toteutettiin valtionosuusjärjestelmän uudistus. Uudistusta voidaan pitää Suomen terveydenhuoltojärjestelmän tärkeimpänä uudistuksena 1990-luvulla (Häkkinen 2005: 9). Ennen uudistusta valtio valvoi kuntien sosiaali- ja terveystoimen toimintaa erilaisten suunnittelu- ja raportointimenettelyjen kautta. Vuoden 1993 alussa tiukasta normiohjauksesta pääosin luovuttiin. Terveystoimen julkisten toimijoiden ohjausta pyrittiin harjoittamaan tämän jälkeen ns. informaatio-ohjauksen avulla. (Iivari 1995: 71; Häkkinen & Lehto 2005: 85–86.) Uudistuksen uskottiin lisäävän kilpailua palvelujen tuottajien kesken. Valtionosuusjärjestelmän uudistuksen jälkeen kunnat saivat, ainakin teoriassa, järjestää palvelut parhaaksi katsomallaan tavalla. Kuntien palveluja koskevat velvollisuudet eivät muuttuneet, eli kuntien tehtävänä on järjestää samat palvelut kuin ennen uudistusta. (Pekurinen 1993: 161; Iivari 1995: 79; Häkkinen 2005: 9–10.)

Kuntien järjestämät perusterveydenhuollon palvelut voidaan käytännössä tuottaa kolmella vaihtoehdolla. Kunta voi harjoittaa itsenäistä toimintaa eli kunnalla on oma terveyskeskus. Kunta voi myös järjestää perusterveydenhuollon palvelut olemalla jäsen kansanterveystyön kuntayhtymässä tai ostamalla palvelut yksityiseltä tai yksityisiltä palveluiden tuottajilta. Yksityinen palveluidentuottaja voi olla yritys tai voittoa tavoittelematon ns. kolmannen sektorin yhteisö. Palveluiden tuottaminen tai järjestäminen ei ole sidottu yhteen vaihtoehtoon. Palveluita voidaan järjestää yhdistämällä eri tuottamismalleja.

1990-luvulla Suomen terveydenhuoltosektorin palveluiden merkittäviä kehittämishankkeita ovat olleet väestövastuuseen perustuvan toimintamallin soveltamisen laajeneminen kuntien perusterveydenhuoltoon, kuntien sosiaali- ja terveystoimien hallinnollinen ja toiminnallinen yhdistäminen sekä kolmanneksi ns. palvelurakennemuutos. Tämä on merkinnyt psykiatrisen pitkäaikaishoidon, vanhuspalvelujen sekä kehitysvammapalveluiden muuttamista vähemmän laitoshoitoon perustuvaksi. Näitä tavoitteita on pyritty edistämään suuressa osassa kuntia. (Kokko 2002: 53.)

Kuntien järjestämän perusterveydenhuollon kannalta merkittävänä suuntauksena on ollut 1990-luvulla kansanterveystyön kuntayhtymien purkautuminen. Yhä useampi kunta järjestää itse terveyspalvelut. Tämä suuntaus on lisännyt pienten terveyskeskusten määrää. Toinen tähän liittyvä kehityssuunta on ollut sosiaali- ja terveyslautakuntien yhdistäminen. Tämä ei välttämättä ole merkinnyt sosiaali- ja terveystoimen organisaatioiden yhdentymistä. (kansanterveystyön kuntayhtymien purkautumisesta esim. Kokko 1997: 50–51)

Kansanterveystyön kuntayhtymien purkautumista on perusteltu sillä, että kuntayhtymiä usein pidetään hallinnollisesti kalliina ja raskaina. Valtionosuusuudistuksen jälkeen kunnat ovat halunneet yhä enemmän käyttää itsenäistä päätäntävaltaa terveydenhuollon palvelujen järjestämisessä. Kuntayhtymä on ollut este tälle. Lisäksi oma terveyskeskustoiminta mahdollistaa sosiaali- ja terveystoimen yhdistämisen. Tämän odotettiin tuovan rationaalisointihyötyjä sekä taloudellisia säästöjä. (Kokko 1997: 52–53)

Kokonaisuutena kansanterveystyön kuntayhtymän jäsenyys on tyypillisesti pienen kunnan ratkaisu. Vuonna 2005 yli 26 % Manner-Suomen väestöstä asui kansanterveystyön kuntayhtymään kuuluvissa kunnissa. Määrällisesti kuitenkin puolet eli 208 kuntaa Suomen 416 kunnasta kuului yhteensä 65 kansanterveystyön kuntayhtymään. (Suomen Kuntaliitto 2006.)

Terveyskeskuksia Manner-Suomen kunnissa oli vuoden 2005 alussa yhteensä 257. Näistä 191 oli yksittäisten kuntien terveyskeskuksia ja 65 kansanterveystyön kuntayhtymien. Kainuun maakuntahallintokokeilun 9 kuntaa muodostavat hallinnollisesti yhden terveyskeskuksen. Väestöpohjaltaan alle 20000 asukkaan terveyskeskuksia oli vuoden 2005 alussa 196 ja yli 20000 asukkaan 61. (Suomen Kuntaliitto 2006.) Siihen, että terveyskeskusten koko ja kunnan asukkaiden määrä terveyskeskuslääkärinä kohti vaihtelee merkittävästi, on kiinnitetty huomiota jo 1990-luvulla. Keskimäärin terveyskeskuksissa on yksi lääkäri 2000 asukasta kohden. (WHO 1996: 21; Järvelin 2002: 45.)

Vuonna 1991 18 % Suomen väestöstä kuului väestövastuujärjestelmän (eli omalääkärijärjestelmän) piiriin. Vuonna 1996 vastaava luku oli 40 % ja vuonna 2002 52 %. Palkkauskustannuksiin liittyviä taloudellisia tekijöitä voidaan pitää tärkeimpänä syynä siihen, miksi kaikki kunnat eivät ole omaksuneet omalääkärijärjestelmää. On myös kuntia, jotka ovat ottaneet käyttöön omalääkärijärjestelmän, mutta ovat myöhemmin peruneet päätöksensä¹³. Omalääkärijärjestelmään liittyvässä palkkausjärjestelmässä on paikallisia vaihteluja. (Häkkinen 2005: 15.)

Itsenäistä perusterveydenhuoltoa harjoittavissa kunnissa terveystoimi on organisoitu joko omaksi toimialakseen tai yhdistettyyn toimialaan sosiaalitoimen kans-

¹³ Kuntien palveluksessa olevien lääkäreiden palkkauksessa on kaksi vaihtoehtoa. Perusmalli on kuukausipalkka. Niissä kunnissa, joissa on otettu käyttöön väestövastuujärjestelmä, lääkäreiden palkka muodostuu useasta osasta. Peruspalkka on noin 60 % palkkasummasta. Lääkärille kirjattujen potilaiden määrän mukaan maksetaan noin 20 % palkasta. Palkkiot hoitokäynneistä muodostavat 15 % palkasta ja paikalliset palkkiot noin 5 %. (WHO 1996: 43; Järvelin 2002: 77; Häkkinen 2005: 15.) Väestövastuujärjestelmän lääkäreiden palkkauksesta sovitaan valtakunnallisessa väestövastuu virkaehtosopimuksessa.

sa. Kunnallisen itsehallinnon mukaisesti terveystoimen tai yhdistetyn sosiaali- ja terveystoimen kehitykseen vaikuttavat kunnanvaltuusto, kunnanhallitus sekä sosiaali- ja terveyslautakunta. Kunnissa, joissa sosiaali- ja terveyslautakunnat on yhdistetty, saattaa lautakunnan alaisena toimia jaosto tai jaostoja. Kunnan toimialan¹⁴, joka vastaa sosiaali- ja terveystoimen palveluista, nimestä on useita variaatioita eri kunnissa. Sosiaali- ja terveystoimi jakautuu useimmiten tehtäväkohtaisiin vastuualueisiin, esim. vastaanotto toiminnan vastuualue.

Erikoissairaanhoido

Kuntien on järjestettävä perusterveydenhuollon lisäksi asukkaidensa erikoissairaanhoido, jonka palvelut tuotetaan pääosin sairaanhoitopiireissä. Suomi on jaettu 20 sairaanhoitopiiriin. Jokaisessa piirissä on keskussairaala, joista viisi on yliopistollisia sairaaloita. Helsingin yliopistollinen keskussairaala muodostaa erillisen yksikön. Tavallisesti sairaanhoitopiiri käsittää 1-3 sairaalaa sekä 1-2 psykiatrista sairaalaa. Jokaisen kunnan tulee kuulua vähintään yhteen sairaanhoitopiiriin. Kunnilla on valinnanvapaus sen suhteen, mihin sairaanhoitopiiriin ne kuuluvat. Teoriassa kunnat voivat ostaa erikoissairaanhoidon palvelut toiselta sairaanhoitopiiriltä tai yksityiseltä tuottajalta. Kunnat ovat käyttäneet sairaanhoitopiireihin ja yksityiseen tuotantoon liittyvää valinnanvapauttaan vähän. (Järvelin 2002: 23; STM 2004: 16.)

Sairanhoitopiirien asema on vahva erikoissairaanhoidon tarjoajina. Erityisesti pienet kunnat ovat heikossa asemassa neuvoteltaessa erikoissairaanhoidon kustannuksista. Niiden neuvotteluasema on pienuuden ja puuttuvan terveystoimen tietotaidon takia heikko. On kuitenkin huomattava, että kunnat eivät neuvottele muodollisia sopimuksia sairaanhoitopiirien kanssa, vaan sopivat yksinkertaisesti erikoissairaanhoidon järjestämisestä sairaanhoitopiirin kanssa. Sopimusohjaus on yleistynyt erikoissairaanhoidon ohjausjärjestelmänä sairaanhoitopiirien ja kuntien tai kuntien muodostaman ryhmän kanssa. Kunnat eivät enää yhtä helposti hyväksy sairaanhoitopiirien tarjoamia palveluiden hintoja. (WHO 1996: 7–8, 41; Järvelin 2002: 23–24; Sihvonen 2006.)

Suomen terveydenhuoltojärjestelmän kehitys

Tarkasteltaessa Suomen terveydenhuoltojärjestelmän muutosta 1990-luvulla merkittäväksi kehitykseen vaikuttavaksi tekijäksi nousee 1990-luvun alun poikkeuksellisen syvä lama. Sen vaikutukset näkyivät voimakkaina sekä valtion että kunti-

¹⁴ Virasto nimikettä käytetään harvoin.

en talouksissa. (Häkkinen & Lehto 2005.) Muuttoliike kasvukeskuksiin ja pitkään ennustetun väestön ikääntymisen vaiheittainen alkaminen, ovat myös muuttaneet terveydenhuollon toimintaympäristöä.

Voidaan argumentoida, ettei Suomessa ole toteutettu merkittävää suunnitelmallista terveydenhuoltojärjestelmän perusrakenteita muuttavaa uudistusta 1990-luvulla. Varsinaista valtakunnallista suurta rakenteellista muutosta, joka koskisi joko perusterveydenhuoltoa tai erikoissairaanhoidtoa tai kumpaakin, ei ole toteutettu. Suomen terveydenhuoltojärjestelmän desentralisoituneisuus on osittain yhdessä laman kanssa toiminut muutoksia patoavana tekijänä. Uudistuksia on kuitenkin toteutettu 1990-luvulla, koskien mm. rahoitusta ja valtion harjoittamaa normiohjausta¹⁵. Suomen terveydenhuoltojärjestelmässä on toteutettu mm. seuraavia muutoksia vuoden 1990 jälkeen (Häkkinen & Lehto 2005):

- Valtion harjoittamasta tiukasta kuntien normiohjauksesta luovuttiin. Kuntien toimintavapaus terveydenhuollon hallinnon, palveluiden järjestämisen, henkilöstön ja käyttäjämaksujen suhteen lisääntyi merkittävästi.
- Toimialoihin suunnatuista valtionosuuksista siirryttiin kuntakohtaiseen ns. könttäsummaan.
- Kuntien valtionosuuksia leikattiin toistuvasti 1990-luvulla. Esim. vuosina 1991–1998 valtionosuuksien osuus kuntien keskimääräisistä terveydenhuoltomenoista laski 41 % – 25 %.
- 1990-luvun alusta lähtien toteutettiin merkittävässä määrässä kuntia sosiaali- ja terveystoimen yhdistäminen sekä toiminnallisesti ja taloudellisesti. Valtionhallinto kannusti tätä kehitystä.

Häkkinen ja Lehto (2005: 87) katsovat, että edellä mainittujen muutosten jälkeen, analysoitaessa suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän kustannuksia, rakennetta ja tehokkuutta, on Suomen terveydenhuoltojärjestelmässä tapahtunut merkittäviä muutoksia. Suuria muutoksia ovat mm. se, että kotitalouksien suora maksuosuus terveydenhuoltomenoista kasvoi, erikoissairaanhoidon vuodepaikkojen määrä väheni huomattavasti ja terveystoimen tuottavuudessa tapahtui merkittävää nousua. Terveydenhuollon vakinaisen henkilöstön määrä ei vähentynyt, vaan taloudellisia säästöjä haettiin lakkauttamalla tilapäisiä työsuhteita.

Suomen julkisen terveydenhuollon institutionaalisten peruspiirteiden voidaan katsoa silti säilyneen 1990-luvulla melko muuttumattomina. Kansalaisten oikeu-

¹⁵ Tiivis esitys suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän kehityksestä ja muutoksesta 1990-luvun alun laman jälkeen on esitetty esim. Häkkisen ja Lehton (2005) artikkelissa.

det palveluihin eivät supistuneet 1990-luvulla¹⁶. Hammashuollon palveluiden saatavuutta laajennettiin 1990-luvun lopussa. (Lehto 2003a: 137.) Toisaalta Häkkinen ja Lehto (2005: 92) toteavat Suomen terveydenhuoltojärjestelmän kehitystä 1990-luvulla käsittelevässä artikkelissa:

”The exceptionally severe economic recession in the early 1990s exerted a major impact. It might have created a window of opportunity for radical reforms, but it also seems to have restricted the scope for any high cost radical experiments.”

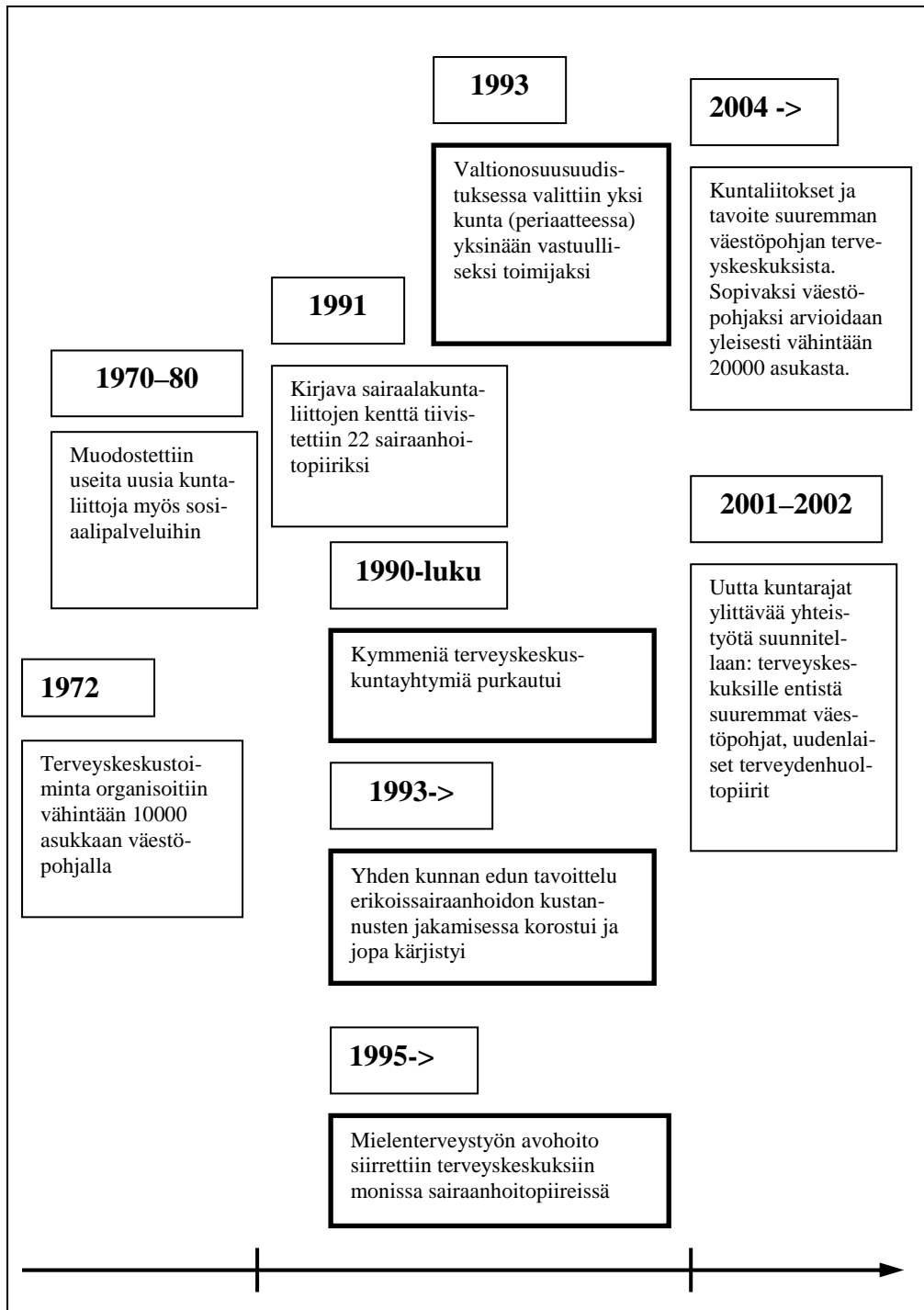
Selkeiden rakenteellisten uudistuksien sijasta kustannusten kontrolli ja menojen leikkaukset olivat pääasiallinen vastaus laman tuomiin taloudellisiin paineisiin. Häkkinen ja Lehto arvioivat tämän toimineen, ainakin lyhyellä aikavälillä. Laman voidaan jopa tulkita osittain vahvistaneen konsensusta koskien olemassa olevia terveydenhuoltojärjestelmän rakenteita. (Häkkinen & Lehto 2005: 93.)

Häkkinen ja Lehto (2005) tulkintaan lamasta selviämisestä kuntien terveystalouden osalta palataan tarkasteltavia kaupunkeja käsittelevässä luvussa 5. Olennaista kuitenkin oli, että valtio antoi mahdollisuudet kuntien kehittää terveystaloutta haluamallaan tavalla vallitsevissa taloudellisissa ja lainsäädännöllisissä raameissa. 2000-luvulle tultaessa voidaan havaita oletetun konsensuksen koskien terveydenhuoltojärjestelmää ja yleistä kuntarakennetta muuttuneen. Kriittisyys kuntien toimintaan ja kykyyn tuottaa palvelut tehokkaasti kasvoi.

Kokko (2002: 49) on verrannut Suomen kunnallisessa terveydenhuollossa vallinneita kahta kilpailevaa logiikkaa. Ensimmäinen ajattelu- ja kehityssuunta on hakenut kuntien välistä yhteistyötä ja yhtä kuntaa suurempia yksiköitä. Toinen kehityssuunta on korostanut kunnan omaa vastuuta sekä itsenäisemmän kunnan merkitystä. Kuvio 2. esittää yhteenvedon näistä kehityssuunnista. 1990-luvulla yksittäisten kuntien toimintaa painottava suuntaus on ollut hallitsevampi. Kuviota on täydennetty vuoden 2002 jälkeistä kehitystä koskevilla tiedoilla.

Kuntarajat ylittävä yhteistyö palasi keskusteluun 1990-luvun lopulla. Tällöin huomio kiinnitettiin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyöhön sekä alueellisten hoitokäytäntöjen suosituksiin ja sopimuksiin. (Kokko 2002: 51.) Lisäksi julkinen keskustelu liian pienistä kunnista ja niiden terveystalouksista on alkanut tuottaa tulosta. Kuntaliitokset ovat yleistyneet vuoden 2004 jälkeen.

¹⁶ Kansalaisten (asiakkaiden) oikeudesta terveystalouteen, oikeuden tulkinnasta ja sen muutoksesta 1990-luvulta lähtien esim. Pajukoski (2004: 182–185).



Kuvio 2. Kuntayhteistyötä ja yksittäisten kuntien toimintaa painottavat kehi-
tysuunnat (mukaillen Kokko 2002: 50.)

Vuoden 1993 valtionosuusuudistuksen tavoitteena oli hajauttaa päätösvaltaa Suomen terveydenhuoltojärjestelmässä. Uudistus ei kuitenkaan muuttanut järjestelmän perusrakenteita, mutta lisäsi kuntien päätäntävaltaa koskien peruspalvelujen organisointia, hallintoa ja ostopalveluiden käyttöä. Valtionosuusuudistuksen yhteydessä valtakunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon suunnitelman merkitystä muutettiin. Suunnitelma luo yleiset suuntaviivat terveyspalveluiden kehittämiseksi. (WHO 1996: 7; Lehto 2003a; Häkkinen & Lehto 2005.) Kokonaisuutena valtionosuusuudistus mahdollisti, ainakin teoriassa, kuntien uudenlaisen toimintapolitiikan. Uudistuksen yhteydessä purettiin myös palvelujen järjestämistä säätelevää lainsäädäntöä siten, että palvelujen ostaminen yksityiseltä tuottajalta tuli mahdolliseksi. Markkinaehtoisuuden hyödyntämiseen esim. ostopalveluissa luotiin ainakin teoreettiset mahdollisuudet. Tästä ei kuitenkaan ollut näkyvissä vahvoja merkkejä 1990-luvulla. Päinvastoin on ollut havaittavista merkkejä ostopalveluiden käytön vähenemisestä 1990-luvulla. Muutoksen hallinta taloudellisesti vaikeina aikoina on toteutettu perinteisessä julkisen sektorin tulosjohtamisympäristössä. (Lehto & Blomster 2000: 181–182.)

Markkinaehtoisten mallien soveltamisen kannalta suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä on havaittu useita ongelmia 1990-luvulla. Ongelmana voidaan pitää sitä, että sairaanhoitopiireillä on erikoissairaanhoidon tuotantomonopoli toimialueellaan. Kuntien on yhdessä rahoitettava sairaanhoitopiirin mahdollinen taloudellinen tappio. Kunnallisen perusterveydenhuollon johtamisen näkökulmasta ongelma on terveyspalvelujen tuottajien vähälukuisuus ja tilaajien runsaus. Pienet kunnat pystyvät harvoin toimimaan palvelujen tehokkaina hankkijoina. Markkinaperusteisuuden toteuttamisen kannalta on myös ongelmallista, että potilaiden valinnanvapaus hoitopaikan sekä hoitavan lääkärin suhteen on toteutunut heikosti Suomessa. Tämä estää kilpailun syntymistä. (Sintonen, Pekurinen & Linnakko 1997: 195–197.)

Kunnallinen luottamushenkilöjärjestelmä ei sovellu ongelmitta keskenään kilpaileviin tuottajaorganisaatioihin. Julkisia organisaatioita on vaikeaa johtaa tehokkaasti, mikäli niiltä edellytetään demokraattista päätöksentekoa ja tiukkaa taloudellista toimintaa kilpailullisessa toimintaympäristössä. Kokonaisuutena voidaan katsoa, että tilaajan ja tuottajan roolit ovat suomalaisessa terveydenhuollossa yhteen kietoutuneita ja selkeytymättömiä. (Sintonen, Pekurinen & Linnakko 1997: 196, 198.)

Tarkasteltaessa ostopalveluiden käytön kehitystä Suomen kuntien sosiaali- ja terveyspalveluissa, voidaan tehdä selvä ero sosiaalipalveluita ja terveyspalveluita koskevassa ostopalveluiden käytössä. Vuosina 1995–2006 yksityisen sektorin osuus palveluista kasvoi n. 10 %. Summa vastaa keskimäärin n. 16,4 % sosiaali-

palveluiden käyttökustannuksista. Terveysthuollossa kasvu vastaavana aikana oli n. kolme prosenttia. Keskimäärin ostopalveluihin käytetään terveysthuollossa alle neljä prosenttia kuntien menoista. Suurimman osan ostettavista sosiaalipalveluista tuottavat kolmannen sektorin järjestöt. Terveysthuollossa järjestöjen rooli on vähäinen ja on edelleen pienentynt. (Hyvärinen & Lith 2008: 126.)

Valtionosuusuudistus ja kunnallinen terveysthuolto

Vuoden 1993 valtionosuusuudistusta ja sen vaikutusta on tutkittu paljon. Vuoden 1992 loppuun toimineessa vanhassa valtionosuusjärjestelmässä nähtiin paljon vikoja. Vanhassa järjestelmässä kuntien valtionosuus määräytyi kantokykyluokan mukaan osuutena kunnan todellisista kustannuksista. Suuri osa valtionosuuksista oli lainsäädännöllä sidottu vain tiettyihin tehtäviin. Tehtävistä säädettiin lainsäädännössä ja muissa määräyksissä yksityiskohtaisesti. Leskinen (2001: 36) on esittänyt koosteen vanhan järjestelmän vioista:

- Järjestelmää pidettiin kalliina eikä sen katsottu palkinnee säästämistä
- Kustannusperusteinen järjestelmä ei kannustanut palvelujen järjestämiseen riittävän tehokkaasti
- Kunnat ja kuntainliitot joutuivat vastaamaan palveluiden lisäkustannuksista vain osittain, mikä kannusti palveluiden lisäämistä
- Järjestelmä ruokki kuntien menojen kasvattamista, koska se oli alueen talouden kannalta järkevää
- Järjestelmä houkutteli kuntia luomaan turhia palveluja

Vuonna 1993 toteutettu uudistus merkitsi, että kuntien valtionosuudet määräytyvät menojen sijasta laskennallisesti. Kuntien valtionosuus ei ole riippuvainen siitä miten kunta palvelut järjestää. Toiseksi valtionosuusrahoituksen korvamerkinnästä luovuttiin melko pitkälle. (Kokko & Lehto 1993: 11.)

Vaikka kuntien valtionosuuden perusteet muuttuivat, kuntien velvollisuus järjestää ja rahoittaa laeissa ja asetuksissa määritellyt palvelut säilyi ennallaan. Uudistukseen liittyen entisestä velvoittavasta sosiaali- ja terveysthuollon suunnittelukäytännöstä luovuttiin. Käytännössä ostopalveluiden käytön esteet ja rajoitukset poistettiin. Ostopalveluiden tulee kuitenkin vastata sitä tasoa, joka vastaavilla kunnallisilla palveluilla on. (Ahvenainen, Heikkilä & Pirhonen 1992: 24–25; Kokko & Lehto 1993: 11–13.)

Valtionosuusjärjestelmän uudistus poisti suunnittelujärjestelmän sisältämät rajoitukset terveydenhuollon henkilökunnan määrää ja laatua koskien. Suunnitelmassa ei ole enää rajoituksia koskien virkoja, virkajärjestelyjä eikä ostopalveluita. Kokonaisuutena suunnittelujärjestelmän uudistus korostaa kustannustietoisuutta ja tulostavastuuta. Eri tehtävien kustannuksilla ei ole vaikutusta valtionosuuksien määrään. Vastuu mahdollisesta tehottomasta toiminnasta on yksinomaan kunnalla. Toisaalta kustannussäästöt, leikkaukset, laajennukset ja laadun parantamiset ovat kunnan päätettävissä. (Ahvenainen, Heikkilä & Pirhonen 1992: 26.)

Leskinen on tarkastellut eri lähteissä asetettuja odotuksia valtionosuusuudistuksen vaikutuksista. Yleisimpiä odotuksia olivat kuntayhtymien purkautuminen, kuntayhtymien toiminnan muuttaminen osittain kuntien omaksi toiminnaksi, ostopalvelujen määrän kasvaminen sekä kilpailutuksen lisääntyminen. Erikoissairaanhoidon osalta odotettiin hinnoittelun ja kuntalaskutuksen uudistusta sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon suhteen muutosta. Lisäksi odotettiin kuntien hallintorakenteen muuttuvan (esim. lautakuntien yhdistäminen ja tulosohejaus) ja tilaaja - tuottajamallien yleistymistä. (Leskinen 2001: 41–42.)

2.3 Terveydenhuollon hallinnon erityispiirteet

Arvioitaessa terveydenhuollon ja erityisesti perusterveydenhuollon johtamisen erityisyyttä, on luonnollista aloittaa kysymällä mikä tekee julkisen sektorin johtamisesta erilaista yksityiseen sektoriin verrattuna. Tämän jälkeen voidaan tarkastelussa edetä terveydenhuollon johtamisen tarkasteluun suhteessa yksityiseen sektoriin ja muuhun julkiseen sektoriin.

Taulukko 1. esittää ideaalittyyppisesti julkisen ja yksityisen sektorin johtamisen eroja. Taulukon lähtökohtana on tulosjohdetun julkisen sektorin organisaation ja kilpailluilla markkinoilla toimivan yksityisen yrityksen vertailu. Esitettyssä tyypittelyssä sektoreiden organisaatioiden piirteitä on yksinkertaistettu. Tavoitteena on ideaalittyyppisesti nostaa esille yksityisen ja julkisen sektorin organisaatioiden keskeiset piirteet.

Vuori (1995: 93) on laatinut julkisen ja yksityisen sektorin organisaatioiden kulttuurillisen polarisaation. Vuoren väitöskirjatutkimuksessa nostettiin esiin julkisiin ja yksityisiin organisaatioihin liittyvät myytit kärjistetyssä muodossa. Tutkimuksessa korostuvat julkisen sektorin byrokraattiset ominaisuudet ja toisaalta yksityisen sektorin tehokkuutta tavoittelevat dynaamiset piirteet.

Taulukko 1. Julkisen ja yksityisen sektorin organisaatioiden johtamisen erot (mukaiillen Salminen 1995: 111).

	Julkinen organisaatio	Yksityinen organisaatio
Omistus	Julkinen	Yksityinen
Johtajien toimivapaus	Rajoitettu	Toimivapaus vähemmän rajoitettu: markkinatalouden periaatteet
Johtajan rooli	Usein kompromissijohtaja, neuvottelija ja koordinoija	Yksityinen johtaja on todellinen keulakuva tai yrittäjä
Organisaation autonomisuus ja toimintaympäristö	Organisaatio epäautonominen Toimintaympäristö vakaa	Organisaatio suhteellisen autonominen Toimintaympäristö turbulentti
Toiminnan avoimuus	Julkinen sektorin johtaminen on avointa	Yrityksen toimintaa suojaa liikesalaisuus tarpeellisilta osilta
Toiminnan tavoite	Yhteiskuntapoliittisten ja toiminnallisten tulostavoitteiden täyttäminen	Voiton maksimointi
Organisaatio palvelee	Kaikkia kansalaisia tasapuolisesti	Maksavia asiakkaita
Toiminnan tehokkuuden arvioiminen	Usein vaikeaa	Helppoa

Julkisen ja yksityisen eron tarkastelun jälkeen voidaan tarkastelua täsmentää terveydenhuollon organisaatioiden johtamisen erityispiirteisiin, jollaisina voidaan mainita seuraavia tekijöitä (Shortell & Kalunzy 1983: 13–14):

1. Tuotosten määrittely ja mittaaminen on vaikeaa
2. Työ mielletään monimutkaisemmaksi ja vaihtelevammaksi kuin muissa organisaatioissa

3. Työhön liittyy työskentely hätätilanteissa ja tilanteissa, jossa päätöksentekoa ei voida siirtää
4. Työ ei jätä juurikaan varaa epäselvyyteen tai virheisiin
5. Terveystieteiden ammattilaisten työskentely on hyvin itsenäistä, vaatiessa samalla merkittävässä määrin koordinaatiota eri ammattikuntia edustavien ryhmien kanssa
6. Työ vaatii vahvaa erikoistumista
7. Organisaation jäsenet ovat hyvin professionalistisia ja heidän pääasiallinen lojaliteettinsa kohdistuu professioon organisaation sijasta
8. Lääkäreiden organisatorinen tai hallinnollinen johtaminen on vaikeaa. Samalla kyseinen ryhmä luo merkittävimmän osan organisaation tuotosta ja kuluista
9. Useimmissa terveydenhuollon organisaatioissa (erityisesti sairaaloissa) vallitsee rinnakkain kaksi auktoriteettisuhdetta. Tämä aiheuttaa ongelmia koordinaatioon ja vastuusuhteisiin sekä sekoittaa henkilöstön rooleja

Shortell ja Kalunzy (1983: 13–14) eivät erottele tarkastelussaan julkisen ja yksityisen sektorin terveydenhuollon organisaatioita. Monet edellä kuvatut tekijät ilmenevät useissa organisaatioissa. Kirjoittajat kuitenkin katsovat, että vain sairaanhoidon organisaatioissa yhdistyvät kaikki esitetyt kombinaatiot. Esitetyistä terveydenhuollon organisaatioiden johtamiseen vaikuttavista tekijöistä, selvästi erottuvimman tekijän on professionalismi. Tähän viittaavat Shortellin ja Kalunzyin esittämät kohdat 5–9. Nämä kaikki tekijät viittaavat asiantuntijaorganisaatioiden johtamisen erityispiirteisiin. Tulosten määrittelyä ja mittaamista koskeva ongelma koskee koko julkista sektoria. Hätätilanteissa johtaminen ja työn virheettömyyden vaade viittaavat itse konkreettiseen hoitotyöhön. Tämän toiminnan välitön johtaminen on kaikissa terveydenhuollon organisaatioissa jätetty potilastyötä tekeville ammattilaisille.

Edellä mainitun lisäksi terveydenhuollon johtamisen tekee erityiseksi henkilötyövaltaisuus ja toimialan runsas säätely lainsäädännöllä. Terveystieteiden resurssi-vaativuus on mittasuhteiltaan ainutlaatuinen. Tähän vaikuttaa korkeastikoulutetun työvoiman tarpeen lisäksi korkean teknologian tarve. Terveystoimen toimenpiteiden kohteena ovat ihmiset, mikä nostaa esiin toiminnan korkeat eettiset vaatimukset sekä salassapidon että luottamuksellisuuden. Edellä mainitut tekijät lisäävät intymiteettisuojan tarvetta. Lisäksi toimiala on hyvin tunnepitoinen, koska toiminnan kohteena on ihmisten keho ja terveys. Leppo (1994: 17–18) arvioi, että on

tuskin olemassa muuta toimialaa, jossa henkilöstön johtaminen olisi yhtä tärkeää. Johtopäätös perustuu työvaltaisuuteen ja henkilöstön korkeaan ammattitaitoon.

Professionalismi ja johtaminen

Tarkasteltaessa hyvinvointisektorin ja erityisesti terveydenhuollon johtamista ei professionalismia ja sen tuomia erityispiirteitä ole syytä sivuuttaa tarkastelukohteenä. Tieteellisen ja taloudellisen kehityksen tuloksena koko väestön koulutustaso on noussut. Tämä kehitys on johtanut uusien korkean erityisosaamisen omaavien ammattikuntien eli professionaalisten ryhmien syntyyn. Näiden ammattikuntien vaikutusvalta ja ammatillisen statuksen vahvuus vaihtelee eri organisaatioissa. Julkisella sektorilla vahvan professionalistisen statuksen omaavia professioita ovat mm. sosiaali- ja terveystalveluiden sekä eri koulutussektoreiden työntekijät.

Professio eli ammattikunta voidaan määritellä tiettyjen tunnusmerkkien perusteella. Tärkein profession tunnusmerkki on tekninen tai muu erityisosaaminen ja sen saavuttamiseen liittyvä erityinen koulutus, joka muodostaa erityisosaamisen perustan. Erityisosaaminen luo puolestaan perustan professionaalille auktoriteetille, joka merkitsee ammattikunnan jäsenten kykyä harjoittaa legitimiinä pitämäänsä vallankäyttöä. Professionaalinen auktoriteetti eroaa organisatoriseen asemaan perustuvasta auktoriteetista, koska legitimitietin lähde on erilainen. Eri professionien auktoriteetin vahvuus eroaa toisistaan. Yleensä mitä korkeampi ammatillinen taito professionilla on, sitä korkeampi auktoriteetti on. Korkea auktoriteetti puolestaan lisää profession jäsenten kykyä kyseenalaistaa managerialistisen johdon asema. (Benveniste 1987: 27–35; Flynn 1999: 25.)

Professionilla on professionaalisen erityisosaamisen lisäksi useita muita tunnusmerkkejä. Sen jäsenyys rajataan usein formaaleilla pätevyysvaatimuksilla. Yksi edellä mainitun väline on järjestöt ja sertifikaatit. Pätevyyden lisäksi voidaan vaatia erillinen toimilupa. Professioneilla on usein omat eettiset säädökset, joihin voi liittyä tietty kutsumus tai käyttäytymiskoodi. Professioneille on myös ominaista sisäinen solidaarisuus ja luottamus. Niiden toiminnan päämääränä on tehokkuus ja ammattikunnan edellyttämä tekninen asiantuntemus. Vahva professio saattaa myös harjoittaa toimintansa jonkinasteista itsesääätelyä. (esim. Benveniste 1987: 27–44; Flynn 1999: 25.)

Profession toimintaan liittyvät usein kutsumus sekä erityiset professionaaliset arvot. Arvot liittyvät uskoon, että professio muodostaa erityisryhmän, joka tuottaa erityistä tietoa. Työssä yhdistyvät sekä ammatillinen että julkinen etu. Usein myös korostetaan että professio on julkisen edun palvelija. Tämä johtaa haluun professionaalista autonomiasta ja itsesääätelystä. Keskeistä arvoille on kuitenkin uskomus kutsumukseen. (Benveniste 1987: 44.)

Professionaalisten ryhmien koostumus ja painoarvo vaihtelevat eri maissa. Käytännössä erot ilmenevät eroina professionaalisten ryhmien autonomiassa ja muissa erityisissä tekijöissä. Perinteisimpiä professionaalisia ammattiryhmiä ovat lääkärit ja lakimiehet. On huomattava, että jo klassiset johtamisteorian kirjoittajat kiinnittivät huomiota kehittyneiden organisaatioiden tarpeeseen omata korkean ammatillisen statuksen omaavaa henkilökuntaa. Professionalismi on erityisen vahvasti esillä hyvinvointisektorilla. (esim. Flynn 1999: 18–23.)

2.4 Terveysthuoltojärjestelmän käytännön ongelmakohtia

Eurooppalaisessa kontekstissa Suomen terveydenhuoltojärjestelmää voidaan pitää esimerkkinä erittäin pitkälle viedystä desentralisoinnista. Suomalaisessa keskustelussa onkin esitetty huolestuneita puheenvuoroja Suomen terveydenhuoltojärjestelmän liiallisesta pirstaleisuudesta, mikä katsotaan heijastuvan liian pieninä palveluyksikköinä ja heikkona tuottavuutena. (Saltman & Figueras 1997: 47; Huttunen 2001.) Suomen terveydenhuoltojärjestelmän rakennetta koskeva kriittinen keskustelu alkoi yleistyä vuosituhaten vaihteen jälkeen. Rakenteiden kritiikin ja muutostarpeen voi arvioida patoutuneen osittain laman aikana¹⁷ ja osittain syntyneen yhteiskunnallisen muutoksen tuloksena.

Tarkasteltaessa Helsingin Sanomissa vuosina 2002 – 2007 julkaistuja uutisia sekä mielipide- ja asiantuntijakirjoituksia havaitaan, että kuntien järjestämä terveydenhuolto on ollut runsaan huomion ja kritiikin kohteena. Johtamisen ja kunnallisen päätöksenteon merkityksen korostaminen on ehkä uusin keskustelun teema. Yleisesti keskustelusta voidaan ryhmitellä esim. seuraavat teemat:

- Terveysthuoltojärjestelmän perusrakenteet. Terveysthuollon palveluiden organisointimallit, eli millaisen organisaation tulisi vastata palveluiden järjestämisestä ja rahoituksesta;
- Kuntien palvelutuotannon tehokkuus ja mikä on sopiva terveystkeskuksen väestöpohja pyrittäessä tehokkaaseen terveystpalveluiden järjestämiseen. Ehdotuksia palvelutuotannon kehittämiseksi kuntatasolla on esitetty useita. Tällöin on keskusteltu tilaaja - tuottajamallista, lääkäreiden ja terveydenhoitajien työtehtävistä ja mm. tuotantotalouden menetelmistä;

¹⁷ Häkkinen ja Lehto (2005: 93) arvioivat, että laman aikana toteutettiin perinteisiä menoleikkauksia ja konsensus olemassa olevia terveydenhuoltojärjestelmän rakenteita kohtaan jopa osittain vahvistui.

- Lääkäreiden rekrytointiongelmat kuntien terveyskeskuksissa ja tähän liittyvät muut näkökulmat;
- Ostopalveluiden käyttö ja kilpailuttaminen;
- Johtamisen kehittämisen merkitys terveystalouksissa

Palvelutuotannon kritiikin ääripäänä voidaan pitää Lillrankin, Kujalan ja Parvisen (2004: 8) näkemystä, jonka mukaan Suomen julkinen sektori tuottaa valtaosan hyvinvointipalveluista sosialistisella tuotantotavalla¹⁸. Ongelmia ovat hoidon saatavuus ja kokemus yleisestä resurssipulasta. Vastaavasti Koivusalo (2005: 22) arvioi, että kansainvälisten vertailujen perusteella on vaikeaa väittää Suomen terveydenhuoltojärjestelmän olevan matkalla kohti kriisiä sen perusteella, että palvelujen laatu olisi puutteellista, kansalaiset vieroksuisivat julkisia palveluita tai terveydenhuoltojärjestelmä olisi kustannuksiltaan liian kallis.

Kritisoitaessa kuntien palvelutuotannon tehokkuutta on Sosiaali- ja terveysministeriö kiinnittänyt huomiota mm. siihen, että pieniä terveyskeskuksia, tietojärjestelmiä, röntgeneitä ja laboratorioita on Suomessa paljon. Vuonna 2004 Suomessa oli 473 röntgenyksikköä, joista n. 300 julkisella sektorilla. Ruotsissa oli vastaavana ajankohtana 120 röntgenyksikköä. Laboratorioita Suomen julkisella sektorilla oli n. 400 ja yksityisellä sektorilla 728. Kritiikin perusteella kuntia kehoitetaan yhteistyöhön palveluiden järjestämisessä. (Lindberg 2004a; Lindberg 2004b.)

Esim. Ryytänen, Myllykangas ja Kinnunen (2005) ovat kiinnittäneet huomiota Suomen terveydenhuoltojärjestelmän pirstaleisuuteen. Kunnat ovat useimmiten liian pieniä toimijoita kansalaisten terveysvakuuttajiksi. Tämän lisäksi terveydenhuollon toimintaa vaikeuttavat tarpeettomat rajat perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä¹⁹. Pelkän terveydenhuollon resurssien lisäämisen ei uskota ratkaisevan ongelmia ilman rakenteellisia muutoksia.

Kärkkäinen (2004) on kohdistanut huomion perusterveydenhuollon ostopalvelutoiminnan laajenemiseen. Tärkeimpänä selittäjänä tekijänä Kärkkäinen näkee

¹⁸ Lillrank kyseenalaistaa hyvinvointipalveluiden tuotannon rakenteet markkinaehtoisuuden ja tuotantotalouden näkökulmasta. Hyvinvointipalveluiden tuotannon syynä on kustannuslaskennan puute. Päätelmänä esitetään, että tuotantotalouden perusoppikirjaan perehtymällä voidaan terveydenhuollon kustannuksista leikata helposti 20 %. Monopolioiden puolustamisen taustalla ei ole Lillrankin mukaan huoli kansalaisten hyvinvoinnista vaan poliitikkojen vallasta. (Lillrank 2004.)

¹⁹ Ryytänen, Myllykangas ja Kinnunen (2005) esittävät neljä terveydenhuollon järjestämisen mallia keskustelun pohjaksi. Esim. aluemallissa perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito yhdistettäisiin kuntien omistamiksi terveydenhoitopiireiksi. Muut mallit ovat kuntaliitosmalli, malli jossa yksi seudun kunta tuottaa ostajille palvelut ja täyden palvelun malli (kunnat eivät tuota palveluita, vaan muodostavat ostopooleja).

lääkäripulan. Terveyskeskustoiminnan ulkoistaminen ei ole kirjoittajan mukaan kansallisen terveystavoitteen tavoite. Ratkaisuksi ehdotetaan pienempien kuntien yhteisiä hankintarenkaita tai työvoiman hankinnan sopimisesta yhdessä sairaanhoitopiirin kanssa. Kärkkäinen pitää tärkeänä parantaa terveyskeskusten viihtyvyyttä työpaikkoina. Tähän liittyy esim. konsultaatioiden lisääminen, täydennyskoulutuksen kehittäminen, työajan kehittäminen lääkäreiden ja hoitajien kesken sekä yksilöllisistä työaikajärjestelyistä sopiminen.

Stakesin tutkimusprofessori Rimpilä (2004) arvioi kansallisten tavoitteiden ja kunnan itsemääräämisoikeuden suhdetta toisiinsa terveystavoitteenä. Väestövastuumalli on Rimpilän mukaan ajautunut vaikeuksiin. Ratkaisuksi lääkäreiden vetäytymiseen kansanterveystyöstä on tullut lääkärityön ostaminen yrityksiltä. Ongelmallista tällainen toiminta on silloin, kun henkilöstö toimii eri työnantajan palveluksessa. Lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan työajan uudistamista on korostettu. Toimiva yhteistyö edellyttää, että henkilöstö on saman työnantajan palveluksessa. Toisaalta päätökset sopivat 1990-luvun alun valtiosuudistuksen henkeen.

Rimpilän (2004) mukaan kansanterveystyön ja perusopetuksen vertaaminen toisiinsa paljastaa merkittävän yhteiskunnallisen arvovalinnan. Perusopetuksen lainsäädäntö on ajanmukaista sekä kansalliset tavoitteet ilmaistaan selkeästi. Tavoitteiden toteutumista seurataan. Päinvastaisesti kansanterveystyön lainsäädäntö on vanhentunutta ja valtakunnalliset kehittämisvastuu epäselviä. Rimpilä katsoo, että kansanterveystyölaki on menettänyt merkityksensä kansallisten tavoitteiden ilmaisijana. Suomessa ei ole kirjoittajan mukaan eduskunnan hyväksymiä ajanmukaisia tavoitteita kansanterveystyölle.

Uutta terveydenhuoltolakia valmistellut työryhmä jätti muistionsa keväällä 2008. Terveystavoitteenä on yhdistää kansanterveystyölaki ja erikoissairaanhoitolaki yhdeksi laiksi. Terveystavoitteenä esittää muistiossaan, että terveyspalvelut järjestettäisiin Suomessa kahden rinnakkain maan eri osissa sovellettavan mallin mukaan. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoitoon integroitua pyritään myös edistämään. (Terveystavoitteenä 2008: 3.)

Kuntien asemaan palveluiden tuottajina kohdistuu Paras – hanke ja toteutusta ohjaava puitelaki. Vuonna 2005 aloitetun hankkeen tavoitteena on, että palvelurakenteesta kehittyä elinvoimaa, toimintakykyinen ja eheä. Toiseksi tavoitteena on kehittää palvelurakennetta kattavammasi siten että varmistetaan laadukkaat ja tasapuoliset palvelut maan eri osissa. Puitelain voimassaolo päättyy vuoden 2012 lopussa. (Stenvall, Vakkala, Syväjärvi, Leinonen, Juntunen & Oulasvirta 2009.)

Hankkeen ehkä tunnetuin tavoite on muodostaa yli 20000 asukkaan kuntia vapaaehtoisten kuntaliitosten avulla. Valtio tukee kuntaliitoksia taloudellisesti. Kunta ja

palvelurakennemuutoksen suunnitteluvaiheen loppuraportti kiinnittää huomiota mm. tarpeeseen jatkaa uudistusta sekä informaatio-ohjauksen ja koordinaation merkitystä toteutettaessa hankkeen uudistuksia. Kehittämisen tulisi perustua selkeämpään ja koordinoitumpaan kuntien ja valtion yhteistyöhön. Toisaalta suositellaan vahvempia toimenpiteitä niitä kuntia kohtaan, jotka eivät täytä puitelain kriteerejä esim. taloudellisesta asemasta ja väestöpohjasta. (Stenvall, Vakkala, Syväjärvi, Leinonen, Juntunen & Oulasvirta 2009.)

3 NEW PUBLIC MANAGEMENT-DOKTRIINI TERVEYDENHUOLLON TOIMINTAYMPÄRISTÖSSÄ

3.1 NPM julkisjohtamisen uudistamisen taustana

Tarkasteltaessa länsimaiden julkisen sektorin johtamisen kehitystä 1980-luvulta 2000-luvulle, keskeiseksi yhteiseksi tekijäksi nousee New Public Management (NPM). NPM on myös tämän tutkimuksen tulkinnan teoria. Vaihtoehtoisia julkisen hallinnon tutkimuksessa käytettyjä teorioita on runsaasti (ks. Harmon & Mayers 1986; Shafritz, Hyde & Parkers 2004; Salminen 2004; Vartola 2004). NPM:n käyttöä voidaan kuitenkin perustella kolmella tekijällä. Ensinnäkin, NPM on selkeästi muutosta ja uudistamista edustava doktriini. Toiseksi, NPM poikkeaa useimmista muista julkisen sektorin tutkimuksessa käytetyistä teorioista siinä, että NPM on lähtökohtaisesti julkisjohtamisen teoria, ei julkisen hallinnon. Kolmanneksi, NPM:n käyttö teoriavalintana jatkaa Vaasan yliopistossa aikaisemmin tehtyä markkinaohjautuvuuden ja managerialismin tutkimusta (esim. Salminen 1987; Salminen 1995; Salminen & Niskanen 1996; Salminen & Viinamäki 2001; Lähdesmäki 2003; Ojala 2003; Hyyryläinen 2004; Salminen 2004).

NPM:n ongelmakohtaksi voidaan nähdä se, että kyse on lähtökohtaisesti doktriinista, ei teoriasta. Doktriini on aina luonteeltaan normatiivinen. Teoriassa puolestaan painottuu se, miten hyvin teoria pystyy kuvaamaan ja selittämään tarkasteltuja ilmiöitä. Tässä tutkimuksessa lähtökohtana kuitenkin on, että NPM:a voidaan hyödyntää teorian tapaan. Vaikka doktriini on normatiivinen, ei sen hyödyntäminen tutkimuksessa edellytä sitoutumista tähän normatiivisuuteen. NPM voi olla teoriaperustana myös kriittiselle tutkijalle, jolloin voidaan myös kyseenalais-taan NPM:n opinkappaleita kokonaisuutena tai joiltakin osin

3.1.1 Määritelmä ja näkökulmat

NPM-doktriini on vaikuttanut keskeisesti länsimaiden julkisen sektorin kehitykseen 1980-luvulta uuden vuosituhanen alkuun ja siitä eteenpäin. NPM ei ole ollut mikään nopeasti ohimenevä johtamisoppi tai pikaratkaisu organisaatioiden ongelmiin. Vaikutukset ovat kestäneet pitkään ja tuloksena on ollut todellisia institutionaalisia rakenteiden muutoksia eri maiden julkisella sektorilla. (Haveri 2002: 5; Pollitt 2003: 26; Salminen 2004: 71–72.)

Doktriinin vaikutus on ollut erityisen merkittävä Isossa-Britanniassa²⁰, Uudessa-Seelannissa ja Australiassa. Myös Saksassa, Hollannissa, Ruotsissa ja Suomessa NPM:n vaikutus on ollut voimakas erityisesti valtion hallinnossa. Manner-Euroopan maissa yksityisen sektorin merkitys on ollut pienempi hallinnon uudistamisessa²¹. Lisäksi hallinnon uudistamisen keinot voivat maavertailussa olla samansuuntaisia, mutta tavoitteet erilaisia. (Hyyryläinen 1999: 231–232; Haveri 2002: 5; Lähdesmäki 2003: 85–93; Pollitt 2003: 26; Pollitt & Bouckaert 2004: 98–99.)

Oleennaista on, että NPM ei ole selkeästi määriteltävissä oleva johtamisdoktriini. Tälle yleisellä tasolla perinteisiä tavoitteita eli julkisen sektorin taloudellisuutta ja toiminnan tehostamista painottavalle doktriinille voidaan antaa useita määritelmiä. Lisäksi lähdeaineistosta voidaan havaita, että NPM:n määritelmä on laajentunut 1990-luvulla. (vrt. esim. Hoggett 1991; Hood 1991, Walsh 1995; Foster & Plowden 1996: 45–60; Deakin & Walsh 1996: 36; Lane 2000: 4–15; Lähdesmäki 2003: 53–84; Pollitt 2003: 26–37; Hyyryläinen 2004: 43–51; Salminen 2004: 76–79.)

NPM:n kehitystä koskeva teoria ja käsitelmäärittely olivat muotoutumassa 1990-luvun alussa. Esimerkiksi vuonna 1990 *Governance*-lehdessä julkaistiin erikoisnumero koskien NPM:a (Hoggett 1991: 244). NPM:n teoreettisen tarkastelun lähtökohtina voidaan pitää Aucoinin vuonna 1990²² ja Hoodin vuonna 1991 ilmestyneitä artikkeleja, jotka hahmottavat selkeästi NPM:n peruseriaatteet ja teoreettisen taustan doktriinina.

Hoodin vuonna 1991 ilmestyneen artikkelin suurin ansio oli etupäässä Iso-Britannian, Australian ja Uuden-Seelannin julkista sektoria koskettaneen kehityksen systematisointi ja esittäminen jäsenmäärittelyselvään teoriataustaan liitettyinä²³. Hoodin taulukkomuotoinen esitys NPM-doktriinin sisällöstä antaa edelleen hyvän perustan tämän monipuolisen ja monia merkityksiä saaneen julkisen hallinnon muutoksen trendin tarkasteluun²⁴. Hoodin tulkinnan mukaan NPM:n teoreettisena

²⁰ Ison-Britannian hallintoreformeista konservatiivihallitusten aikana 1980- ja 1990-luvulla esim. Hyyryläinen (1999: 175–185).

²¹ NPM:n vaikutusta Suomen valtionhallinnon kehittämiseen on tutkinut esim. Lähdesmäki (2003).

²² Aikaisemmin NPM:a lähellä olevista tai käytännössä vastaavista reformeista kirjoitettiin *managerialismi* nimikkeeseen alla.

²³ Hoodin virkaanastujaisesityksensä London School of Economics:issa antoi NPM:lle kasvot Euroopassa.

²⁴ Hallintoreformeista ja uuden julkisjohtamisen maakohtaisista variaatioista esim. Pollitt & Bouckaert (2004).

taustana voidaan nähdä kaksi suuntausta; uusinstitutionaalinen taloustiede²⁵ ja julkisen valinnan (public choice) koulukunta sekä toisaalta yksityiseltä sektorilta vaikutteita saanut managerialismi. Aucoin puolestaan katsoo NPM:n taustalla olevan julkisen valinnan teorian ja managerialistisen koulukunnan. (Hood 1991: 5–6, katso myös Aucoin 1990: 115).

NPM:n taustateorioiden ristiriitaisuuteen on kiinnittänyt huomiota Peter Aucoin, joka tuo esille managerialismin ja julkisen valinnan koulukunnan sisältämät ristiriidat. Hänen mukaansa NPM:n taustalla olevien suuntausten organisaation luonnetta ja johtamista koskevat periaatteet osoittavat eri suuntiin. Lyhyesti ilmaistuna julkisen valinnan teoria suosii sentralisaatiota, koordinaatiota ja kontrollia virkamiesten toiminnan säätelyssä. Managerialismi puolestaan puoltaa desentralisaatiota, deregulaatiota ja delegointia. Erilaisten toimintamallien taustalla on erilaiset diagnoosit julkisen sektorin ns. byrokratian ongelmista. Julkisen valinnan teoria haluaa saavuttaa suuremman poliittisen kontrollin julkisesta hallinnosta. Managerialismi ei näe ongelmana byrokratian liian suurta valtaa. Sen sijaan ongelmaksi diagnosoidaan julkisen hallinnon byrokraattinen ylhäältä alas suuntautuva kontrollijärjestelmä. (Aucoin 1990: 125–129.)

Uudempaa näkökulmaa edustavan Lanen näkemys NPM:n taustoista on hyvin erilainen. Lanen mukaan NPM-doktriini on enemmän ja omaperäisempi, kuin pelkkä julkisen valinnan koulukunnan ja yksityisen sektorin managerialismin yhdistelmä. Julkisen valinnan koulukunta ja yksityisen sektorin managerialismi sisältävät Lanen mukaan ristiriitaisia elementtejä. Ensinmainittu puoltaa desentralisaatiota eli palveluseleitä ja markkinamekanismin hyödyntämistä eri tavoin. Yksityisen sektorin managerialismi puolestaan puoltaa sentralisaatiota. (Lane 2000: 7.)

NPM:n määritelmä

NPM:n määritelmiä ja kuvauksia tämän doktriinin piirteistä on lukuisia. Lyhyesti esitettynä NPM pyrkii ideaalitapauksessa korvaamaan perinteisen julkisen hallinnon hierarkiaan perustuvan kontrollin markkinamekanismin tuomalla kontrollilla²⁶, joustavuudella ja koordinaatiolla. Ammattimaisen johtamisen merkityksen korostaminen ja sopimuksellisuus eri toimijoiden kesken on keskeinen osa NPM:a. (esim. Hoggett 1991; Hood 1991, Walsh 1995; Foster & Plowden 1996:

²⁵ Sisältää transaktiokustannusteorian ja päämies – agenttiteorian.

²⁶ NPM:n määritelmässä kontrollilla viitataan vertailuun ja tarkastukseen. Esim. markkinamekanismin luoma kontrolli kohdistuu hyödykkeen hintaan ja laatuun kilpailluilla markkinoilla.

45–60; Deakin & Walsh 1996: 36; Lane 2000: 4–15; Pollitt 2003: 26–37; Salmi-
nen 2004: 76–79.)

Taulukko 2. NPM:n doktriinit (Hood: 1991: 4–5).

Doktriini	Merkitys	Perustelu
1) Ammattijohtajien va- paus johtaa	Organisaatioiden aktiivi- nen, näkyvä ja selvä joh- taminen: johtajien ”vapa- us johtaa”	Vastuullisuus ja tilivel- vollisuus vaativat selvän toimivallan
2) Selvät tasovaatimukset ja tulost mittarit	Tulostavoitteiden, pää- määrien ja indikaattorei- den ilmaiseminen	Tulosvastuu vaatii selviä tavoitteita; tehokkuuteen tarvitaan tavoitteiden uutta arvioimista
3) Tulokontrollin suu- rempi painotus	Resurssien ja palkkioiden liittäminen tuloksellisu- uteen. Keskitetyn henkilös- töhallinnon hajauttami- nen	Tulokset ovat tärkeämpiä kuin muotoseikat
4) Julkisen sektorin yksi- köiden uudelleen järjeste- ly	Monoliittisten organisaa- tioiden purkaminen ja yritysmäisten yksiköiden luominen tuotteiden yh- teyteen.	Tarve luoda johdettavis- sa olevia yksiköitä. Tuot- tajan ja tilaajan erottami- nen myös julkisen sekto- rin sisällä
5) Kilpailun korostami- nen julkisella sektorilla	Sopimuksellisuus ja jul- kisten toimintojen kilpai- luttaminen	Kilpailu on avain alhai- sempiin kustannuksiin ja korkeampaan laatuun
6) Yksityisen sektorin johtamismallit	Hierarkkisen julkisen sektorin etiikan hylkää- minen. Rekrytoinnin ja palkkauksen joustavuus ja tulospalkkaus. PR- tekniikoiden tuominen julkiselle sektorille.	Tehokkaiksi havaittujen yksityisen sektorin joh- tamisen menetelmien käyttäminen
7) Julkisten menojen pa- rempi kontrolli ja tarve- harkinta	Suorien menojen leikkaus	Tarve arvioida julkisen sektorin resurssien tarve ja tuottaa ”enemmän vähemmällä”

Doktriinin ytimen voidaan katsoa koostuvan taulukossa 2. esitetyistä elementeis-
tä. Taulukossa on esitetty Hoodin (1991: 45) alkuperäinen taulukko suomennettu-

na ja osittain tiivistettynä (vertaa esim. Lähdesmäki 2003: 58). Esitystä ei voida nykyisen tutkimustiedon perusteella pitää täysin kattavana. NPM:n määritelmän ja sisällön voidaan katsoa laajentuneen 1990-luvun alun jälkeen. Hoodin esitys kuvaa NPM:n sen ns. alkuperäisessä anglosaksisessa erityisesti markkinaehtoisuutta ja yksityisen sektorin palvelutuotantoa painottavassa merkityksessä²⁷.

NPM:n on liitetty joitakin uusia elementtejä 1990-luvun alun jälkeen eri maiden julkisen hallinnon reformeissa. Tähän liittyy keskustelu siitä, voidaanko reformeja pitää globaalina ilmiönä tai paradigmatena. (esim. Greve & Jespersen 1999: 148–149). Argumentteja on esitetty sekä puolesta että vastaan. Vastaukseen vaikuttaa myös se, millainen määritelmä NPM:lle annetaan. Useiden kirjoittajien mukaan voidaan yhtä mieltä olla siitä, ettei NPM:lle voida antaa yhtä selkeää määritelmää. Määritelmän voidaan katsoa vaihtelevan maan ja julkisen sektorin hallinnonalan mukaan. Edellä esitetyn Hoodin uuden julkisjohtamisen doktriinin tarkastelu kuitenkin antaa lähtökohdan tämän monimuotoisen julkisen hallinnon ilmiön tarkastelulle ja määrittelylle.

Lanen käsityksen mukaan NPM ei ole teoria hallinnasta (governance) eri maissa. Lanen mukaan NPM on teoria julkisen sektorin hallinnoimisesta. Kyse ei kuitenkaan ole valmiista teoriasta. Lähtökohdaksi ei Lanen mukaan voida ottaa yksittäisten maiden kuten Ison-Britannian tai Uuden-Seelannin kokemuksia julkisen hallinnon kehittämisestä. Jokaisen maan tapauksessa on erityispiirteitä, jotka tekevät uudistuksista maakohtaisia. Huomionarvoisesti Lane katsoo, että NPM on normatiivinen teoria siitä, miten julkisen hallinnon kehittämisessä voidaan käyttää uusia työkaluja, lähinnä sopimuksellisuutta eri muodoissa. (Lane 2000: 8, 224–225.)

Lanen (2000) NPM:n määritelmän voidaan katsoa edustavan suppeaa NPM:n määritelmää. Useat muut kirjoittajat määrittelevät doktriinin laajemmin erilaisia markkinaehtoisia toimintamalleja hyödyntävänä julkisen sektorin kehittämismallina. Erityisesti 1990-luvun alun kirjoitusten lähtökohtana olivat lähinnä englanninkielisissä maissa toteutetut julkisen hallinnon uudistukset, joiden pohjalta systematisoitiin teoria tai doktriini. Teoriaa ei siis ole erotettu käytännöstä Lanen ehdottamaan tapaan.

NPM:lle on esitetty eri lähteissä useita määritelmiä. Pollitt määrittelee NPM:n neljän tekijän perusteella. Pollittin mukaan NPM:n elementtejä ovat 1) markkinoiden ja näennäismarkkinoiden suosiminen; 2) desentralisaatio eri muodoissa; 3)

²⁷ Pollitt ja Bouckaert (2004: 98) käyttävät termiä ”core NPM group”.

palvelujen laadun painottaminen esim. palvelusitoumusten avulla; 4) julkisen hallinnon responsiivisuus kuluttajia/kansalaisia kohtaan. (Pollitt 1993: 180–185.)

Pollitt näkee NPM:n tärkeimpänä erona uustaylorismiin julkisten palvelujen laadun painottamisen julkisen sektorin kehittämisessä. Julkisten palvelujen julkista kuvaa pyritään muuttamaan. Hallinnossa pyritään pois paternalistisesta professionalismista ja byrokraattisesta pysäytyneisyydestä. Toisaalta uustaylorismille ja NPM:lle on yhteistä tehokkuuden painottaminen julkisen sektorin kehittämisessä. Laadua voidaan korostaa NPM:ssä, mutta pääasiallisena tavoitteena on saavuttaa laadun nousu julkisen sektorin toiminnan tehokkuutta lisäämällä. Uudet tai kasvavat julkiset menot eivät kuulu NPM:n keinovalikoimaan. Yhteenvetona Pollitt katsoo, että NPM:n keskeinen ominaisuus on hallintokulttuurin merkityksen korostaminen hallinnon kehittämisessä. Kokonaisuutena NPM on selvästi uustaylorismista erottuva hallinnon kehittämissuuntaus²⁸. (Pollitt 1993: 186–187.) Uustaylorismilla viitataan tehokkuutta painottavaan managerialismiin. Tällöin painottuvat talous, tehokkuus ja vaikuttavuus sekä vastinetta rahalle ajattelu julkisen sektorin kehittämisessä. Käytännössä tämä managerialismin muoto on merkinnyt pyrkimystä tuottaa enemmän vähemmällä. (Newman & Clarke 1994: 14–15.)

NPM johtamista Suomen kuntien hallinnossa edistäneitä valtion toimenpiteitä käsitellyt Haveri tulkitsee, että strategiat ja keinot julkisen hallinnon uudistamiseksi muodostuvat ideaalitasolla seuraavista kolmesta elementistä. Ensinnäkin parempi johtaminen on välttämätöntä taloudellisuuden, tehokkuuden ja joustavuuden arvojen toteuttamiseksi. Toiseksi taloudellisuus ja tehokkuus vaativat yksilön näkökulman huomioimista ja yksilön valintojen mahdollistamista julkisissa palveluissa. Kolmantena strategiana on itseohjautuvien ja taloudellisesti itsenäisten organisaatioiden muodostaminen. (Haveri 2002: 7–8.)

Haveri (2002: 8–9) katsoo, että NPM strategioiden toteuttamistavoista voidaan hahmottaa neljästä peruskeinoista koostuva työkalupakki. Keinot ovat hajauttaminen sekä järjestelmä- että organisaatiotasolla, markkinaehtoisuuden soveltaminen, huomion kiinnittäminen tuloksiin ja vaikutuksiin panosten ja prosessien sijasta sekä yksityisen sektorin johtamistyylien seuraaminen.

Fosteron ja Plowden (1996: 45–46) tiivistävät NPM:n keskeiset elementit kymmeneen periaatteeseen. Foster ja Plowden painottavat pitkälti samoja asioita kuin

²⁸ Yhteenvetona Pollitt (1993: 187) toteaa ”NPM, other words is not so much a charter for citizen empowerment as managerialism with a human face. Even this, of course, is a significant step away from neo-Taylorism, though whether the shift is a kind to begin to restore the bruised morale of public service staff remains an open question.”

Pollitt. Uutta ovat yhteisöjen toiminnan vahvistaminen palvelutuotannossa, deregulaatio, sekä konkreettisemmat näkemykset julkisen sektorin palvelutuotannon järjestämisestä. Esimerkiksi käsitys siitä, että NPM:n mukaan organisoidussa julkisessa hallinnossa painotetaan väljiä tulostavoitteita. Tähän liittyy tuotosten kontrolli panoksien sijasta. Lisäksi suunnittelun roolia julkisella sektorilla painotetaan ongelmien ennaltaehkäisy menetelmänä, ei niiden ratkaisuna. Foster ja Plowden NPM:n määritelmään on vaikuttanut Osbornen ja Gaeblerin (1992) kirja ”Reinventing Government”, jonka idealististen näkemysten taustalla oli tarve uudistaa Yhdysvaltojen liittovaltion hallintoa. Kirja sai aikanaan paljon huomiota erityisesti Yhdysvalloissa.

Kilpailun ja markkinamekanismin tuominen joissakin muodoissa julkiselle sektorille, ovat keskeisiä tekijöitä NPM:a. Kokonaisuutena korostetaan esim. kolmea E:tä (Economy, Efficiency ja Effectiveness) eli taloudellisuutta, tehokkuutta ja vaikuttavuutta, ns. vastinetta rahalle ajattelua (Value for Money; VFM). Konkreettiset tavoitteet ovat kunnianhimoisia ja moniulotteisia: julkisen sektorin tuotosten kustannusten sekä kasvun nousun hallinta, julkisen sektorin toiminnan tehokkuuden kohottaminen, palvelujen laadun nousu ja asiakaskeskeinen ajattelu sekä innovatiivisuuden lisääminen julkisella sektorilla. (esim. Foster & Plowden 1996: 43–60; Minogue 1998: 17–20; Haveri 2002: 6; Salminen 2004: 78–79.)

Kilpailun lisäämiseen kuuluu NPM markkinamekanismia hyödyntävä desentralisointi²⁹. Tärkeä tekijä on poliittisten päätöstentekijöiden ja virkamiesjohtajien erottaminen toisistaan. Lisäksi tuottajat erotetaan palveluiden tilaajista. Ideaalimallissa poliittiset päätöksentekijät päättävät päämääristä sekä strategisista tavoitteista. Tulostavastuulliset virkamiesjohtajat toteuttavat tavoitteet. Tähän tarvitaan uuden NPM:n mukaan johtajien toimintavapautta sekä taloudellisia kannustimia. Toisaalta poliittiset päätöksentekijät tarvitsevat tulostavastuuta kehityksen seurantaan. Mallin toimiminen edellyttää, että virkamiehillä todella on käytettävissään tarvittavat työvälineet ja valtuudet. Lisäksi asetettujen tulostavoitteiden ja tulostavastuun on oltava relevantteja. (Hoggett 1991: 249; Hood 1991; Walsh 1995: xix, 168–170.)

Hoodin (1991: 8) mukaan NPM:lle on ominaista sen puolustajien mukaan kaksi yleistä tekijää: 1) muunneltavuus ja siirrettävyys sekä 2) poliittinen neutraalius.

²⁹ Hoggett (1991) arvioi desentralisoinnin olevan keskeinen elementti NPM:n mukaisessa post-byrokratisessa julkisessa hallinnossa. Hoggetin mukaan desentralisaatiosta voidaan erottaa sisäinen ja ulkoinen muoto. Sisäinen desentralisaatio keskittyy toimivallan siirtämiseen julkisen sektorin sisällä. Ulkoinen desentralisaatio siirtää organisaatiot kokonaan julkisen sektorin ulkopuolelle esim. ostopalvelutoiminnan kautta. (Hoggett 1991: 249.)

Ensimmäinen tekijä merkitsee, että doktriinia voidaan soveltaa hyvin erilaisiin organisaatioihin hyvin erilaisissa toimintaympäristöissä. Se tarjoaa ratkaisun hallinnollisiin ongelmiin niin koulutussektorilla kuin terveydenhuollossakin. Toiseksi NPM-doktriini katsotaan epäpoliittiseksi välineeksi tehokkuuden tavoitteluun. Näistä lähtökohdista voidaan nähdä selviä yhtäläisyyksiä Taylorin tieteelliseen liikkeenjohtoon.

NPM-doktriinin suhteesta ideologioihin ja poliittisiin arvoihin on luonnollisesti käyty keskustelua. Yleensä NPM-doktriinin ja erityisesti sen taustalla vaikuttavan julkisen valinnan koulukunnan katsotaan edustavan uusliberalistista ajattelua. Toisaalta esim. Lane (2000: 15) katsoo NPM:n poliittisesta neutraalisuudesta todisteeksi sitä, että monet sosiaalidemokraattiset hallitukset ovat soveltaneet tätä hallinnon kehittämismallia julkisen sektorin uudistamisessa.

Edellä esitettyjen NPM tulkintojen perusteella voidaan tehdä päätelmiä NPM-doktriinin keskeisistä piirteistä. Tässä tutkimuksessa NPM määritellään muodostuvan kahdesta ajattelumallista ja niistä johdetusta toiminnasta, eli yksityisen sektorin johtamisopeista ja markkinaehtoista/yritystoimintaa julkisten palveluiden tuotannossa korostavasta toiminnasta. NPM:n määritelmiin liitetyt muut pehmeämmät toimintojen järjestämismallit tulkitaan mahdollisiksi, mutta kuitenkin tarkasteltaessa Suomen kunnallishallintoa ja erityisesti perusterveydenhuoltoa, melko marginaalisiksi toimintojen kehittämismalleiksi. Arvioitaessa NPM:n soveltamista on otettava huomioon, että kyseessä ei ole soveltaa tai älä soveltaa valinta. NPM:n toimintamalleista voidaan ottaa käyttöön kaupungin kannalta vain joitakin soveltuvia osia, sovelletussa muodossa.

3.1.2 *NPM:n teoreettiset taustat*

NPM:n taustoiksi on yleisimmissä tulkinnoissa esitetty jo mainitut kaksi elementtiä eli taloustieteellinen puoli ja yksityisen sektorin johtamisoppeja korostava managerialismin näkökulma. Managerialismi tai yksinkertaisesti johtaminen on pitkään ollut eri teorioissa mikrotason tarkastelussa keskeisemmällä sijalla julkisen sektorin organisaatioiden kehittämisessä. Taloustieteen puolelta kiinnostus julkisen sektorin organisaatioiden toimintaan ja toiminnan motiivien teoretisoimiseen alkoi laajemmassa mittakaavassa 1960-luvulla (esim. Downs 1967; Niskanen 1971) tullen laajempaan tietoisuuteen 1980-luvulla uusliberalismin ja tätä politiikkaa tukevan kirjallisuuden myötä (esim. Friedman 1982).

Koska johtaminen ja siihen liittyvät teoriat ja johtamisopit voidaan tulkita keskeisimmiksi elementeiksi organisaatioiden kehittämisen ja toiminnan ymmärtämisen kannalta, tulee näistä elementtejä tarkastella erillisenä kokonaisuutena. Johtamis-

teoriat muodostavat useita teoriasuuntauksia kattavan kokonaisuuden, jolle voidaan katsoa olevan yhteistä organisaatioiden ja niissä työskentelevien tehokkaan toiminnan tavoittelu.

Markkinamekanismien laajempaa hyödyntämistä tai julkisen sektorin toiminnan korvaamista yksityisen sektorin toiminnalla perustelevat taloustieteen koulukunnat, kuten julkisen valinnan koulukunta. Tämä koulukunta muodostaa yhden taustateorian yritysmaailman oppeja ja markkinoiden hyödyntämistä korostaville johtamismalleille kuten NPM:lle (Hood 1991). Markkinateoriat eivät sellaisenaan kuitenkaan luo selkeää kokonaisuutta julkisen sektorin hallinnosta. Alunperin julkisen valinnan koulukunnan lähtökohtana on hyvinvointivaltion ja ns. perinteisen julkisen hallinnon kritiikki sekä tähän liittyen julkisen sektorin toiminnan periaatteiden ja motiivien kyseenalaistaminen kansantaloustieteen menetelmin. Julkinen sektori nähdään tällöin liian suurena ja tehottomana.

Managerialismi

Christopher Pollitt (1993: 1) on esittänyt seuraavan managerialismin määritelmän:

”Managerialism is a set of beliefs and practices, at the core of which burns the seldom tested assumption that better management will prove an effective solvent for wide range of economic and social ills.”

Pollitt (1993: 1) tulkitsee, että managerialismi on enemmän kuin keino yksittäisten organisaatioiden ongelmien ratkaisuun. Managerialismin avulla voidaan pyrkiä ratkaisemaan laajemmin sekä taloudellisia ja sosiaalisia ongelmia.

Managerialismi itsessään voidaan määritellä hyvin eri tavoin. Managerialismi on joissakin lähteissä määritelty ideologiaksi. Myös tätä laajempia määritelmiä on esitetty. Tällöin managerialismi nähdään yhteiskuntajärjestyksenä. Lähtökohtana NPM:n managerialismille on yritysmaailman malleista kehitetty managerialistinen ajattelu. (Pollitt 1990: 1; Enteman 1993.)

Pollitt (1990: 2) tulkitsee, että managerialismiin tavallisimmin liitettyjä merkityksiä ja uskomuksia on käsitys, että taloudellinen kehitys on edellytys kaikelle sosiaaliselle kehitykselle. Lisäksi katsotaan, että taloudellisen kehityksen vaatima tuottavuuden kehitys edellyttää uusien tuotantotekniikoiden käyttöönottoa. Tämä tarkoittaa sekä organisaatioiden johtamista että uutta teknologiaa edustavia koneita. Teknologioiden soveltaminen edellyttää työvoiman hyödyntämistä tuottavimmalla tavalla. Tähän liittyvä johtaminen on erillinen ja keskeinen organisaation toiminto. Johtaminen on keskeisellä sijalla suunnittelussa, toteuttamisessa ja tuotannon kehityksen mittauksessa. Tehokas ja tuloksellinen johtaminen edellyttää johtajien toimintavapautta. (Pollitt 1990: 2.)

Managerialismin teoriatausta on pääasiassa lähtöisin yksityiseltä sektorilta. Managerialismi painottaa, että yksityisen ja julkisen sektorin johtamisen erot eivät ole suuria. Managerialismin taustalla voidaan nähdä myös ajatus, että muodollisen johtamisen painottuessa organisaatioissa vapaaehtoinen sosiaalinen vuorovaikutus ja yhteistyö, kuten poliittinen toiminta, vapaaehtoistyö sekä ystävyysuhteet menettävät merkitystään. (Pollitt 1990: 26–27.) Joidenkin kirjoittajien mukaan managerialismia ei pidä eikä voi lähestyä yhtenä kokonaisuutena. Managerialismista voidaan löytää useita vivahteita niin julkisella kuin yksityisellä sektorilla. Tällöin viitataan esim. uustayloristiseen julkisjohtamiseen ja uuden aallon managerialismiin, joka painottaa erinomaisuuden tavoittelua. Tärkeintä kuitenkin on huomata jälleen, että managerialismi ei ole staattinen käsite. Toisaalta managerialismi ei myöskään luo mitään täysin uutta järjestystä organisaatioihin. (Clarke, Cochrane & McLaughlin 1994: 5–6.)

Uuden aallon managerialismi tai ns. erinomaisuuden koulukunta on lisännyt edelliseen ihmispainotuksen pyrkimyksessä painottaa laatua ja tuottavuutta. Tällöin painotetaan laadun lisäksi kuluttajan käsitettä, yrityshenkisyyttä sekä julkisen sektorin innovatiivisuutta. Jälkimmäinen managerialismin käsite on laajempi, sisällyttäen osittain ensimmäisen. (Newman & Clarke 1994: 14–15.)

Edellä esitetyn lisäksi managerialismia voidaan lähestyä kahdesta muusta näkökulmasta. Tällöin managerialismi nähdään koostuvan kahdesta piirteestä. Ensimmäinen piirre on edellä kuvattu pyrkimys työskentelytapojen kontrolliin. Toinen piirre voidaan katsoa pyrkimykseksi epäsuoraan kontrolliin, jonka välineitä ovat taloudelliset kannusteet ja työntekijöiden arvojen sitoutuminen markkinamalleihin. (Walsh 1995: xiii–ivx.) Markkinamekanismin perustuvan managerialismin piirteitä ovat palvelujen laadun nousun painottaminen, delegointi, tiedon hallintajärjestelmät, sopimukset ja markkinat, tulostamattomuus sekä tilin- ja toiminnantarkastaminen. Tämä lähestymistapa perustuu markkinamekanismin kautta tapahtuvaan koordinaatioon. Ensimmäinen perinteisempi managerialismin piirre perustuu perinteisempään tayloristiseen lähestymistapaan. (Walsh 1995: ivx.)

Julkisen valinnan koulukunta ja valtavirran taloustiede

Julkisen valinnan kansantaloustieteellinen koulukunta syntyi 1950-luvulla. Koulukunnan teoreetikkojen tarkastelun kohteena ovat olleet julkinen hallinto, poliittinen toiminta, intressiryhmät sekä julkinen talous. Yleisesti julkisen valinnan koulukunta voidaan määritellä kansantaloustieteen soveltamiseksi yhteiskuntatieteisiin. Myös muita määritelmiä on esitetty. Tällöin julkinen valinta määritellään opiksi, joka tutkii markkinatoiminnan ulkopuolista voittoa tavoittelematonta päätöksentekoa. Koulukunta ei ole yhtenäinen, vaan siitä voidaan erotella eri aihealu-

eisiin ja teoriaperusteisiin painottuneita suuntauksia. (Niskanen & Salminen 1993: 16–17, 21; Salminen 1995: 92; Udehn 1996: 9, 17–32.)

Kansantaloustieteen teoriakentässä julkisen valinnan koulukunta on osa uuden institutionaalisen taloustieteen kolmea eri suuntausta. Julkisen valinnan lisäksi teoriakenttään kuuluvat transaktiokustannusteoria sekä päämies-agenttiteoria. Edellä mainitut tutkimussuuntaukset ovat relevantteja tarkasteltaessa NPM:a ja esimerkiksi tähän liittyvää sopimuksellisuutta tulossopimusten ja ostopalveluiden muodossa. (esim. Hyyryläinen 2004: 51–52.)

Useat julkisen valinnan koulukunnan kirjoittajat ovat esittäneet teoreettisia väittämiä julkisen sektorin johtajien eli byrokraattien käyttäytymisestä. Koulukunnan kirjoittajien tunnetuimpien teoreetikkojen julkisen sektorin toimintaa koskevat pääväittämät voidaan esittää lyhyesti (esim. Downs 1967; Niskanen 1971³⁰, julkisesta valinnasta laajemmin esim. Salminen & Niskanen 1996: 26–42):

- Julkisen sektorin organisaatioiden johtajat pyrkivät maksimoimaan virastonsa budjetin ja tätä kautta henkilökohtaisen hyötynsä
- Julkisen sektorin toiminta on pohjimmiltaan tehotonta markkinamekanismin puuttumisen takia
- Markkinamekanismin puuttumisen takia yksityiset yritykset ovat sekä mikro- että makrotasolla tehokkaampia hyödykkeiden tuottajia
- Julkisen sektorin organisaatiot ovat hyödykkeiden monopolituottajia
- Julkisen sektorin toiminta pyrkii laajenemaan itseintressinsä takia³¹

³⁰ Tunnetuimman ja eniten arvioidun teorian julkisen hallinnon toimintamekanismeista on esittänyt William A. Niskanen, joka on myöhemmin arvioinut vuoden 1971 kirjassaan ”Bureacracy and Representative Government” esittämänsä teoriaa julkisen hallinnon työntekijöiden käyttäytymisestä. Niskanen myöntää, että hänen teoriansa sisältää yksinkertaistuksia. Erityisen uudelleenarvioinnin kohteena on sponsorin (poliittisten päätöksentekijöiden) ja viraston rahoitusta koskeva suhde, joka ei uudelleenarvioinnissa ole yhtä viraston dominoima kuin alkuperäisessä teoriassa. Perusväittämänsä julkisen toiminnan tehotomuudesta Niskanen katsoo edelleen olevan oikea, vaikka aihe vaatii lisätutkimusta. (Niskanen 1994: 269–282.)

³¹ Niskanen (1971) katsoo julkisen valinnan koulukunnan byrokratiaa koskevassa perusteoksessa, että julkisen sektorin organisaatiot voivat ylituottaa hyödykkeitä jopa kaksi kertaa enemmän kuin olisi tarpeellista. Tämä tapahtuu siitä julkisen sektorin työntekijöille koituvan hyödyn takia. Uuden julkisjohtamisen puolustaja Lane kritisoi ylituotantopäätelmää. Sen sijaan Lane (2000: 72–75) korostaa julkisen sektorin organisaatioiden X-tehotomuutta, joka merkitsee ylisuuria yksikkökustannuksia. Tähän liittyy kustannustehottomuus, ylimääräinen toiminta ja haaskaus.

Teorioiden taustalla on ns. metodologinen individualismi ja homo economicus malli. Taloustieteen homo economicus mallin lähtökohtana on individualistinen ihminen, joka rationaalisesti valitsee parhaan toimintamallin maksimoidakseen taloudellisen ja materiaalisen hyvinvointinsa. Näistä lähtökohdista voidaan tehdä kaksi johtopäätöstä: 1) kaikki sosiaaliset kokonaisuudet ovat perusteiltaan koosteita yksilöllisistä toimijoista, jotka omaavat toiminnalleen erilaiset intressit; 2) yksilöt toimiessaan niin julkisessa kuin yksityisissä organisaatioissa pyrkivät maksimoimaan hyötynsä. Edellä kuvattujen perusteiden mukainen julkisen valinnan koulukunta esittää rationaalisen maailman, jossa jokainen yksilö pyrkii maksimoimaan hyötynsä, vaikka toiminta aiheuttaisi julkisten varojen tehotonta käyttöä³². (Lane 1993: 154–156; Niskanen & Salminen 1993: 17–22; Walsh 1995: 16–17.)

Julkisen sektorin toimijoiden oman edun tavoittelu on mahdollista, koska julkisen sektorin toimijat kuvataan julkisen valinnan teorioissa melko vapaiksi toimijoiksi. Tärkeä lähtökohta on, että julkisen sektorin toimijoiden katsotaan omaavan informaatioedun, jonka turvin haluttu toiminta on mahdollista. (Niskanen & Salminen 1993: 18–19; Walsh 1995: 18.) Virkamiesten tavoittelemalla hyödyllä viitataan lähinnä taloudellisiin tekijöihin, mutta myös aineettomiin tekijöihin kuten valtaan ja maineeseen. On huomattava, että merkittävä osa julkisen valinnan teoreetikkojen julkisen hallinnon ja talouden kritiikistä on esitetty aikaisemmin klasisisen liberalismiin piirissä. (Niskanen 1971: 38–39; Lane 1993: 160–161.)

Kokonaisuutena julkisen valinnan teorian julkisesta hallinnosta ovat luonteeltaan normatiivisia. Yleisesti kirjoittajat suosittelevat julkisen sektorin pienentämistä ja markkinamallisen toiminnan laajentamista yhteiskunnassa. Teorian kritiikki perustuu kansantalouden perusoletuksien mukaisen markkinamekanismin ja ihmisten motiiveja taloudellisina toimijoina koskevien teorioiden soveltamiseen julkiseen sektoriin. Julkisen valinnan teorioiden mukaan julkisen sektorin työntekijät tahtomattaan tai tietoisesti ajautuvat esitettyihin negatiivisiin toimintamalleihin.

Julkisen valinnan koulukunnan periaatteet ovat ymmärrettävästi olleet laajan tieteellisen keskustelun kohteena. Tässä esityksessä keskitytään julkisen valinnan byrokratiaa koskevan teorian ja kritiikin arvioimiseen johtamisen näkökulmasta. Self (1993: 34) toteaa Niskasen (1971) byrokratian laajenemista ja itseintressiä koskeva teorian olevan empiirisen tarkastelun perusteella väärä lähes kaikkien esitettyjen pääväittämiensä kohdalla. Kokonaisuutena Self katsoo julkisen valin-

³² Julkisen valinnan tunnettuja teoreetikkoja on myös Buchanan, joka kritisoi kirjoissaan kollektiivista toimintaa ja julkista sektoria (Buchananin tuotannosta laajemmin esim. Salminen 1987).

nan teorian yhdistettynä taloustieteen markkinateorioihin luoneen uuden voimakkaan ideologian. Julkinen valinta täyttää Selfin³³ mukaan ideologialle tavallisesti asetettavat tunnusmerkit. Useat kirjoittajat ovat kiinnittäneet huomiota julkisen valinnan koulukunnan ideologisiin sitoumuksiin. Lisäksi kriitikkojen mielestä on ollut väärin esittää julkisen valinnan koulukunta innovatiivisena ja uutena teoriasuuntauksena. (Lane 1993: 164, 152; Self 1993; Udehn: 1996: 188–189.)

Julkinen valinnan koulukunnan heikkoudeksi voidaan arvioida empiirisen tutkimuksen vähäisyyttä julkisen valinnan teorioiden voimakkaaseen vaikutukseen nähden. Esimerkiksi sosiologinen tarkastelu osoittaa, että julkisen valinnan peruslähtökohtana oleva homo economicus malli antaa liian suppean kuvan ihmisen käyttäytymismalleista. Julkisen valinnan yksityiskohtaista kritiikkiä onkin esitetty runsaasti, mutta tämän keskustelun laajempi esittäminen ei ole tässä yhteydessä tarpeellista. (Julkisen valinnan kritiikistä esim. Self 1993; Udehn 1996: 263; Self 2000.)

3.2 NPM hyvinvointipalveluita tuottavissa julkisissa organisaatioissa

3.2.1 *Julkisten organisaatioiden erityispiirteet*

Vuosituhaten vaihteen ja 1990-luvun yhteiskunnallisten kokeilujen jälkeen ei markkinataloudelle, markkinamekanismille ja yksityisesti järjestetyille palvelutuotannolle näyttänyt jäävän merkittäviä vaihtoehtoja. Aina ei kuitenkaan näin ole ollut. Markkinatalouden etuja ja julkisen sektorin koon rajoittamista ja supistamista ovat teoksissaan perustelleet ehkä tunnetuimpina niminä mm. Hayek ja Friedman. Vaikka demokratian ja markkinatalouden ylivoimaisuutta ei ole mitään syytä kiistää, on keskustelu jatkunut markkinatalouden ja markkinaehtoisuuden rajoista. Julkisen hallinnon kohdalla tämä on tarkoittanut keskustelua valtavirran julkisen johtamisen teorian eli NPM:n eduista ja ongelmista. NPM on käytännön sovellutuksina ja teoretisoituna doktriinina saanut osakseen paljon kriittistä tarkastelua, joka koskee lähes kaikkia sen osa-alueita.

Joistakin markkinaehtoisuutta käsittelevistä kirjoituksista voi saada käsityksen, että kyse on jostakin täysin uudesta ja ennen kokemattomasta julkisella sektorilla.

³³ Toisaalta myös Selfin (1993, 2000) esittämää julkisen valinnan ja NPM:n kritiikkiä voidaan arvostella ideologisista sitoumuksista.

Vasta-argumenttina tällaiselle katsontakannalle voidaan esittää, että julkisen sektorin yksittäiset markkinamallit eivät sellaisenaan ole mitään mullistavaa ja uutta. Hood (1998) on teoksessaan todistanut, että NPM:n menetelmiä on kokeiltu jo aikaisemmin. Useimpia markkinamalleja on kokeiltu ja kehitelty 1800-luvulla ja 1900-luvun alussa. Esimerkiksi liberalismiin klassiset kirjoittajat Adam Smith ja Jeremy Bentham kehittivät erilaisia tulospalkkaus- ja kilpailutusmalleja julkista sektoria varten 1800-luvulla. Malleja sovellettiin myös käytännön kokeiluissa³⁴.

Ryynänen (1999: 252–255) on tarkastellut kunnallishallinnon kontekstissa, mitkä osat NPM:n sisällöstä ovat uutta ja mitkä vanhaa. Ryynänen (1999: 254) johtopäätös NPM:n uusista osista on tyyli:

”Se, mikä NPM – oppien ajatuksissa on todella uutta, on suurelta osin käytökelvotonta ja epärealistista.”

Johtopäätöksen voidaan tulkita perustuvan huoleen demokratiasta ja sen kohtalosta tarkasteltaessa vapaita markkinoita julkisyhteisöjen paikallishallinnon toiminnan mallina.

NPM painottaa julkisen hallinnon tehokkuutta, mutta sivuuttaa Pollittin mukaan monia julkisen sektorin tehokkuuteen ja toimintaan merkittävästi vaikuttavia tekijöitä. Tällaisia tekijöitä ovat julkisen toiminnan eettinen ja laillinen tausta, tasa-puolisuus sekä tulonjakoon liittyvät tekijät. Lisäksi NPM ei kiinnitä huomiota kansalaisten demokraattiseen osallistumiseen, julkisten palveluiden tuotantoon ja palveluja tuottavan henkilökunnan työmotivaatioon. Kokonaisuutena Pollitt katsoo, että NPM:n perusmallin tulospalkkausta painottava työntekijöiden motiivintimalli on karkea ja epätäydellinen. (Pollitt 1993: 112–113, 118.)

Julkisen ja yksityisen sektorin ero

Yksityisen sektorin eli yritysmaailman johtamismallien tuominen julkiselle sektorille on johtanut keskusteluun siitä, kuinka erilainen julkinen sektori on, ja kuinka hyväksyttävä on ajatus ns. universaalista johtamisteoriasta. (esim. Metcalfe 1993; Self 1993; Liegl 1999). Yksityisen ja julkisen sektorin eroja koskeva kritiikki voidaan jakaa kahteen osaan. Ensinnäkin huomio kiinnitetään johtamisprosessien erilaisuuteen julkisella ja yksityisellä sektorilla. Toiseksi kritiikki kohdistuu organisaatioiden perusolemukseen. (Liegl 1999: 179.)

³⁴ Uutuuden puutetta koskeva havainto on tehtävissä myös NPM:n vastakohtana pidetystä Weberin byrokratiateorian mukaisesta julkisesta hallinnosta. Tällöin mallia voidaan hakea vieläkin kauempaa historiasta. Ensimmäiset modernin byrokratian tunnusmerkit täyttävä hallintomalli oli käytössä keisarillisen Kiinan hallinnossa 630 ekr. (Hood 1998.)

Yritysmaailman johtamismallien tuomista julkiselle sektorille voidaan kritisoida analysoimalla johtamisen erityispiirteitä julkisella sektorilla. Metcalfe (1993) suuntaa kritiikin yritysmaailman mallien liian suoraviivaiseen omaksumiseen julkisella sektorilla. Tällöin analyysin kohteena on johtamisen ero yksityisellä ja julkisella sektorilla. Metcalfen mukaan liiallisen yksityisen sektorin toimintamallien omaksumisen takia, julkisen sektorin oma teoreettinen ja looginen kehittäminen on jäänyt liian vähäiseksi. Johtaminen voidaan yleensä määritellä kyvyksi saada asiat tehdyksi toisten ihmisten avulla. Julkisen sektorin johtaminen merkitsee kuitenkin kykyä saada asiat tehdyksi toisten organisaatioiden avulla. Tällaisen erottelun lähtökohtana on, että julkisen sektorin johtamisessa on kyse monimutkaisesta suhteesta eri organisaatioiden välillä. Tämän suhteen toimiminen edellyttää koordinaatioita ja ohjausta organisaatioiden ylittävien verkostojen välillä. (Metcalfe 1993: 178–179.)

Johtamisesta voidaan erottaa mikro- ja makrojohtaminen. Johtaminen makrotasolla merkitsee huomion kiinnittämistä koko järjestelmän toimivuuteen. Yksityisen sektorin mikrojohtaminen merkitsee huomion kiinnittämistä osien toimintaan. Kritiikin ydin on, että liiallinen mikrojohtamisen painottaminen johtaa yhteiskunnan toiminnan kannalta keskeisen makrojohtamisen unohtumiseen. NPM vähentää organisaatioiden intressiä yhteistyöhön. Tämä merkitsee koordinaation heikentymistä, mikä johtaa uusiin ongelmiin, vaikka yleensä tavoiteltu taloudellinen tehokkuus mikrotasolla olisi saavutettu. (Metcalfe 1993: 179–182.) Yksityisen yrityksen ei tarvitse olla kiinnostunut ns. makrojohtamisesta, koska sille riittää voiton maksimointi omassa toiminnassaan. Yhteistyö ja toisten organisaatioiden huomioon ottaminen muuten kuin asiakkaina, ei talousteorian mukaan ole välttämättömyys toimittaessa kilpailullisessa ympäristössä. (Metcalfe 1993: 180–188.)

Julkisen sektorin organisaation tulee toiminnassaan ottaa huomioon ns. yleinen etu. Tämä johtaa ristiriitaan lyhyen ja pitkän aikavälin toiminnan etujen välillä. Lisäksi julkinen sektori operoi itsenäisten organisaatioiden verkoston avulla, eikä pelkästään omaa tavoitettaan ajavien täysin itsenäisten organisaatioiden avulla. NPM:n taustateorioihin luettavan julkisen valinnan teoriakenttä, joka korostaa yksilöiden itseintressiä, ei ole antanut vastausta tähän avoimeen kysymykseen. (Metcalfe 1993: 180–189.)

Organisaatioiden perusolemusta koskeva kritiikki kiinnittää huomiota siihen, että julkiselle sektorille ei pitäisi tuoda yritysmaailman taloudellisia laskentamalleja. Kriittiset kirjoittajat katsovat, että julkisen sektorin toimintaan liittyy kiinteästi politiikka. Tämä ja se tosiseikka, että palveluiden käyttäjäkunta ei usein maksa palveluista, johtaa siihen, että joidenkin kirjoittajien mukaan markkinapohjainen taloudellinen päätöksenteko ei sovellu julkiselle sektorille. Ongelmat kärjistyvät,

kun poliittisen päätöksenteon transaktiokustannuksia arvioidaan taloudellisesti. Poliitiikkaa ja demokratiaa ei voida täysin sivuuttaa. Toinen erityisen ongelmallinen aihealue on se, että yritysmaailman talousmallit vaativat sekä omistussuhteiden että toiminnan päämäärien tarkkaa määrittelyä myös julkisella sektorilla. (Liegl 1999: 179.)

Kickert (1997: 731–732) arvioi, että julkinen johtaminen (public management) on paljon laajempi käsite kuin anglosaksinen NPM. Demokraattisessa toimintaympäristössä toimiminen on julkisen johtamisen erityispiirre. Julkinen sektori tarvitsee tehokkuutta, mutta se ei riitä ainoaksi julkisen hallinnon uudistamisen perusteeksi. Kickert myöntää, että julkisen sektorin tulee kiinnittää huomiota tehokkuuteen ja taloudellisuuteen, mutta samalla on huomioitava NPM:n mallien rajoitukset. Toisaalta Kickert huomioi, että angloamerikkalaiselle managerialismille ei vielä pystytä tarjoamaan riittävää vaihtoehtoa. Kickert kuitenkin katsoo, että julkisen johtamisen (public management) konseptia tulee laajentaa julkisen hallinnoimisen (public governance) suuntaan. Tällöin huomioidaan julkisen sektorin ainutlaatuisen toimintaympäristö. (Kickert 1997: 731–321, 748–750.)

Demokratia ja arvot

Kuluttajan ja asiakkaan käsitteen tuominen julkiselle sektorille voidaan katsoa luovan ristiriitoja ja ongelmia monien julkisen sektorin perinteisten arvojen ja toimintamallien kanssa. Ongelmaksi voidaan nähdä se, että kuluttajan käsite julkisen sektorin toiminnassa johtaa ristiriitaan perinteisen kansalaisen käsitteen kanssa. Kansalaisella on subjektiivisia oikeuksia, mutta myös velvollisuuksia valtiota tai muuta yhteisöä kohtaan. Kuluttajalla tällaisia velvollisuuksia ei ole. Kuluttajan oikeudet riippuvat hänen maksukyvyystään markkinoilla. Asioidessa julkisella sektorilla kansalainen ei välttämättä maksa palveluista ainakaan täyttä hintaa. (Liegl 1999: 180.)

Kuluttajan käsitettä julkisella sektorilla vaikeuttaa lisäksi se, että julkisten palvelujen käyttäjällä ei useinkaan ole käytettävissään tavallisen kuluttajan valinnanvapautta palvelun suhteen. Julkinen sektori on usein monopolituottaja. Toisin kuin kulutushyödykkeiden tapauksessa, julkisen sektorin tarjoamien hyödykkeiden tarjonta ei aina kasva kysynnän mukaan. Päätös tarjonnan kasvattamisesta on aina poliittinen päätös. Lisäksi julkisen sektorin tuottamat hyödykkeet eroavat usein merkittävästi kulutushyödykkeistä. Julkisen sektorin tuottamat hyödykkeet ovat usein luonteeltaan monimutkaisia. Tämä koskee myös niihin liittyviä transaktioita. Tämän lisäksi verrattaessa perinteisiä kuluttajan ja kansalaisen käsitteitä havaitaan, että kuluttaja ei voi vaikuttaa palveluun etukäteen demokraattisen prosessin kautta. Kuluttaja – kansalainen vaikuttaa palveluun sekä etukäteen että jälkikäteen

mahdollisen valitusprosessin kautta. (Pollitt 1990: 126, 129; Pollitt 1993: 128; Liegl 1999: 180.)

NPM:n kuluttajan käsitettä voidaan kritisoida siitä, että se vähentää kansalaisten vaikutusmahdollisuuksia palveluiden tuotantoon. Toisaalta NPM julkisen sektorin johtajien toimivalta kasvaa. Tällä kritiikillä viitataan poliittisten päätöksentekijöiden ja toimeenpanevien elinten toimialan tarkkaan rajaukseen. Tämä yhdistettynä todellisen markkinamekanismin puutteeseen, heikentää kansalaisten mahdollisuutta vaikuttaa palvelujen laatuun. Kriittiset kirjoittajat katsovat myös, että NPM:n käytännön sovellutuksissa ei ole otettu riittävästi huomioon kansalaisten vaikutusmahdollisuuksia kuluttajaretoriikan sijasta. (Greve & Jespersen 1999: 147–148.)

Kelly (1998: 205) arvioi, että politiikkaa ja julkista hallintoa ei voida erottaa toisistaan NPM:n edellyttämällä tavalla. Tämä johtuu Kellyn mukaan siitä, että julkisten palvelujen määrittely on vaikeaa. Tämän lisäksi ei voida täysin selvästi rajata, ketkä ovat oikeutettuja erilaisiin julkisiin palveluihin. Tällöin tarvitaan poliittista päätöksentekoa sen määrittelemiseksi kenelle erilaisia palveluja tarjotaan ja missä muodossa. Kansalaisilla ei aina ole tietoa toimintamahdollisuuksista, jolloin he katsovat päätöksenteon kuuluvan poliittisille päätöksentekijöille. Kellyn mukaan suuri osa politiikan ja hallinnon erottamista painottavasta kirjallisuudesta perustuu teoreettisiin malleihin, jotka eivät täysin vastaa reaalia maailmaa. (Kelly 1998: 205–206.)

NPM korostaa taloudellisia arvoja. Pelkkien taloudellisten arvojen korostaminen on usein ristiriidassa julkisen sektorin toimintaa perinteisesti liitettyjen arvojen, kuten humanismin ja demokratian kanssa. Käytännössä tämä merkitsee sitä, että julkisen sektorin perinteiset arvot kyseenalaistetaan ja korvataan taloudellisilla arvoilla³⁵. (Greve & Jespersen 1999: 146–148.) Arvojen kannalta on huomioitavaa, että kritikkojen mukaan NPM perustuu stereotyyppiseen malliin yritysmailman johtamisesta. Esimerkiksi Mark Considine (1997) on löytänyt julkiselle sektorille tuodusta yritysmailman managerialismista useita piirteitä ja ristiriitaisuuksia, jotka eivät vastaa yritysmailman todellista toimintaa³⁶.

³⁵ Arvokeskustelu saa kuitenkin uusia muotoja, mikäli huomioidaan NPM:n taustalla olevien teorioiden käsityksiä julkisen sektorin arvoista. Julkisen valinnan byrokraateoreetikot (Downs 1967; Niskanen 1971) katsovat, että julkisen sektorin työntekijät eivät todellisuudessa ole kiinnostuneita kansalaisten hyvinvoinnista ja tarpeista. Julkinen sektori on byrokraateille väline oman hyvinvointinsa maksimoimiseksi.

³⁶ Itse yritysmailman managerialismin Considine (1997: 68) katsoo merkitsevän julkisella sektorilla seuraavaa ”...these new administrative procedures and relationships demand tighter

Byrokraattien vallan pienentämisen lisäksi NPM-doktriinin mukainen julkinen sektori toimii aikaisemmasta pienentyneellä toimialueella. Virkamiesten valtaa ja määrää on pienennetty useissa maissa. Mallina toimii erityisesti Iso-Britannia. Lisäksi virkamiesten ja poliitikkojen ennen käyttämää valtaa on siirretty markkinaehtoiseen toimintaan (liikelaitokset, yhtiöittäminen). Poliittisten päätöksentekijöiden vallan pieneminen on herättänyt huolestuneita puheenvuoroja demokraatiasta ja sen suhteesta markkinamekanismin ylivaltaan. Kysymys kuuluu tarvitaanko julkisen sektorin toiminnassa enemmän poliittista ohjausta markkinaehtoisuuden sijasta? Markkinat eivät ole kriitikkojen mukaan kiinnostuneita sosiaalisista kysymyksistä, ympäristönsuojelusta ja yhteiskunnan yleisestä kehittämisestä pitkällä aikavälillä. Eriytyneet julkisen hallinnon yksiköt pyrkivät vain täyttämään niille asetut tavoitteet annetuissa raameissa laajemman yhteiskunnallisen katsannon sijasta. (esim. Self 1993; Self 2000.)

Markkinaehtoisuus erityisesti hyvinvointisektorilla

Missä määrin hyvinvointisektorin palvelut, eli sosiaali- ja terveysterveystoimet, ovat erityisiä muuhun julkiseen sektoriin verrattuna, jos sovelletaan NPM:a? Erityisyyden tarkastelu perustuu kysymykseen markkinaehtoisuuden sopivuudesta terveydenhuollon palveluiden järjestämisen muotona. Tarkasteltavia näkökohtia on runsaasti, mm. terveysterveystoimien erityispiirteet, jotka rajoittavat ja edistävät markkinaehtoisuuteen kuuluvien mallien soveltamista, tutkimustieto kokemuksista mallien soveltamisesta, tuotantotapojen kustannustehokkuus ja vaikutus laatuun, sekä terveydenhuoltoon liittyvät eettiset kysymykset.

Tarkasteltaessa markkinaehtoisuuden soveltamista terveydenhuoltosektorille voidaan erotella aste tai malli, jonka rajoissa markkinamekanismi toimii. Toiseksi voidaan erottaa terveydenhuollon sektori tai toimialue, jolla markkinamekanismia sovelletaan. Esimerkiksi terveydenhuollon sektoreilla olevista eroista voidaan mainita maatasolla kaksi esimerkkiä: Tanskassa ja Norjassa perusterveydenhuollon palveluiden tuotannosta vastaavat pääasiassa yksityislääkärit, jotka ovat sopimussuhteessa maakunnan tai kunnan kanssa. Erikoissairaanhoidon palveluiden tuotannosta vastaa kummassakin maassa julkinen sektori.

Terveysterveystoimien ja markkinaehtoisuuden yhteensopivuudesta on kirjoitettu varsin runsaasti. Suomessa on terveysterveystoimien kehitysmalleihin liittyvään keskusteluun liittyen ilmestynyt useita aihealuetta monipuolisesti käsittelevää raport-

control, reduced lateral participation, narrowed definition of legitimate action and the expectation of greater levels of output on the part of less ambitious public programs.”

teja ja tutkimuksia (mm. Ollila, Ilva & Koivusalo 2003; Okko, Björkroth, Koponen, Lehtonen & Pelkonen 2007). Kaikki kirjoittajat eivät näe terveydenhuoltoa kaikilta osin erityisenä toimialana suhteessa markkinaehtoisuuteen. Terveydenhuollon erityisyyden korostamiseen kriittisesti suhtautuvien kirjoittajien mukaan monilla terveydenhuollon palveluilla ei ole juuri ollenkaan eroa muihin kuluttajien ostamiin arkipäivän palveluihin tai hyödykkeisiin³⁷. (Parvinen, Lillrank & Ilvonen 2005.)

Perusteluja terveydenhuollon huonosta soveltuvuudesta puhtaan markkinamekanismin kautta tuotettaviksi hyödykkeiksi on esitetty runsaasti. Taloustieteilijöistä joiden mukaan markkinaehtoisuuden periaatteet eivät sovellu terveydenhuoltoon lienee tunnetuin Kenneth Arrow. Terveyspalveluiden luonteessa voidaan nähdä useita tekijöitä, jotka vaikeuttavat markkinamekanismin soveltamista. Terveydenhuollon markkinat eroavat usealla tavalla kansantalousteorian ideaalimarkkinoista. Erityspiirteitä on mm, että niiden kysyntää ja tarvetta kansalaisen tai kuluttajan näkökulmasta on vaikeaa ennustaa. Tuotteena terveyspalveluihin liittyy ongelma, koska paraneminen sairaudesta on aina epävarmaa. Lisäksi markkinaehtoisessa terveydenhuollossa lääkäriellä ja muilla ammatillisilla on kaksoisrooli: hän toimii sekä myyjänä että asiakkaan etujen valvojana. Terveydenhuoltohenkilöstön hoitokäytännöt vaikuttavat merkittävästi terveydenhuollon palvelujen käyttöön potilaan ensin hakeuduttua hoitoon. Terveydenhuoltomarkkinat ovat myös rajoitetut, koska erilaisilla lupamenettelyillä säädellään lääkäreiden määrää. Viimeisenä tekijänä terveydenhuollon markkinoiden erikoisuus on se, että kuluttaja ei useinkaan maksa palvelusta täyttä hintaa³⁸. Syynä tähän ovat mm. terveyspalvelujen tarpeen epävarmuus ja ennakoimattomuus, epätasainen jakautuminen sekä mahdollisuus, että sairauden hoitomenot kohoavat hyvin suuriksi. (Valtonen 1993: 103–104, myös Vohlonen, Jaatinen & Ekroos 1999: 58–59.)

Ison-Britannian 1990-luvun kokemusten perusteella sosiaalihuollon ja markkinaehtoisuuden (tuottajan ja tilaajan erottelu, pakollinen kilpailuttaminen sekä ostopalveluiden käytön lisääminen) yhteensopivuudesta on koottu alan ammattilaisten näkemyksiä. Yksi: sosiaalihuollon asiakkaat ovat haavoittuvia ja voivat tarvita erityistä suojelua. Tähän liittyy se, että sosiaalihuollon asiakkailla saattaa olla

³⁷ ”Perusterveydenhuolto muistuttaa päivittäistavarakauppaa; tapahtumamäärät ovat suuria, toimenpiteet usein yksinkertaisia. Palvelujärjestelmän ongelmana on paikallisen saatavuuden, yksikkökustannusten ja valikoiman optimointi...” (Parvinen, Lillrank & Ilvonen 2005: 28)

³⁸ Usein katsotaan, että mikäli kuluttajat saavat palvelun korvauksetta tai maksavat vain osan todellisista kustannuksista, johtaa tällainen tilanne palveluiden liikakysyntään. Tällöin käyttöä ohjaa niiden saatavuus, palvelujen etäisyys, jonotusajat ja pitkäaikaiset potilas-lääkärisuhteet. (esim. Vohlonen, Jaatinen & Ekroos 1999: 59.)

hyvin erilaisia tarpeita, joihin standardiratkaisut eivät sovellu. Kaksi: kysymys asiakkaiden kyvystä toimia kuluttajina. Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon kolutuspäätökset saattavat olla hyvin pitkävaikutteisia päätöksiä. Tällaisten päätösten tekeminen eroaa täysin tavallisista kolutuspäätöksistä. (Wistow, Knapp, Handy, Forder, Kendall & Manning 1996: 28–29.)

Kysymys kansalaisten kyvystä toimia asiakkaana on nostettu usein esille terveydenhuollon yhteydessä. Yksiselitteistä käsitystä asiasta ei ole. On selvää, että mitä pidemmälle Suomessa erityissairaanhoidon piiriin kuuluviin terveystalveihin edetään, sitä enemmän kasvaa myös lääkkäreiden ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten merkitys päätöksenteossa. Terveydenhoidon talveuille on ominaista, että talvelujen tarjoajilla on huomattavasti enemmän tietoa talveluiden vaikutuksista ja ominaisuuksista kuin kuluttajilla. Lisäksi terveystalveluiden luonteeseen liittyy epävarmuustekijöitä. Talveluiden kysyntää on vaikeaa ennustaa, eikä ostettavaa tuotetta useinkaan voida etukäteen tarkasti määrittellä. (Vohlonen, Jaatinen & Ekroos 1999: 58).

Kolme: sosiaalihuollon erityinen tekijä on hoidon tulosten monimutkaisuus. Sellaisia hoidon tuloksia kuten elämänlaatu, arvostus, turvallisuus ja terveys on vaikeaa mitata ja määrittellä tarkasti. Neljä: hoidon jatkuvuus on tärkeä tekijä. Hyvin henkilökohtaisissa talveluissa kuten sosiaali- ja sairaanhoidossa talveluiden tuottajaa ei voida potilaiden tarvitseman hoidon jatkuvuuden takia vaihtaa helposti. Hoitoon liittyy myös jatkuva henkilökohtainen suhde potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä. Viisi: sosiaali- ja terveydenhuolto ovat poliittisesti arkoja aiheita. Toiminnan onnistuminen tai epäonnistuminen voi vaikuttaa poliittisten päätösten tekijöiden suosioon dramaattisesti. (Wistow, Knapp, Handy, Forder, Kendall & Manning 1996: 28–29.)

Empiirinen tutkimus antaa viitteitä markkinaehtoisuuden soveltamisen tuloksista terveydenhuollon osalta. Usein tulokset eivät ole yksiselitteisiä. Koivusalon (2005: 22–34) mukaan eri Euroopan maiden kokemukset markkinamallien soveltamisesta terveydenhuoltoon eivät ole tuoneet oletettuja taloudellisia säästöjä. Erilaisia markkinamalleja kuten näennäismarkkinoita ja kilpailuttamista on kehitetty mm. Isossa-Britanniassa, Hollannissa ja Ruotsissa. Yhteenvetona Koivusalon tulkinnan mukaan kokemukset eivät osoita oletettuja positiivisia vaikutuksia.

Okko, Björkroth, Koponen, Lehtonen ja Pelkonen (2007) ovat myös käsitelleet käytettävissä olevaa tutkimustietoa markkinaehtoisuudesta ja tehokkuudesta. Pääasiassa Yhdysvaltojen erikoissairaanhoidon toimintaa käsitelleet tutkimukset osoittavat voittotavoittelevan toiminnan olevan tehokkaampaa. Tutkimustulokset eivät kuitenkaan olleet yksiselitteisiä. Suomea koskeneet tapaustutkimukset osoit-

tivat, että ostopalveluiden käyttö ei välttämättä tuonut kustannussäästöjä. Hyötyjen voitiin katsoa toteutuneen lähinnä laatuiseikkoina.

Suomessa on selvitetty kyselytutkimuksen menetelmällä terveyspalveluiden tuottajien ja tilaajien mielipiteitä erilaisten terveyspalveluiden kilpailutuksesta. Selvästi parhaiten kilpailutuksen katsotaan soveltuvan laboratoriopalveluihin. Tämän jälkeen selvästi sopivimpia ovat kone- ja laitehankinnat, operatiiviset palvelut, röntgenpalvelut ja apuvälinehankinnat. Huonoiten kilpailutuksen katsotaan soveltuvan sairauksien ennaltaehkäisyyn. Lisäksi kilpailutuksen katsotaan sopivan huonosti psykiatriseen laitoshoittoon, perusterveydenhuollon vuodeosastohoitoon, kotisairaanhoidon sekä psykiatriseen avohoitoon. (Pekurinen 1994.) Aineisto viittaa jo aikaisemmassa NPM keskustelussa esille tulleeseen seikkaan, että sopivimpina markkinaehtoisuuden soveltamiseen pidetään teknisiä, yksilöitäviä ja helposti tuotteistettavia palveluita.

Markkinaehtoisuus voi pakottaa terveydenhuollon tasapainoilemaan perinteisen terveydenhuollon arvon eli solidaarisuuden ja kilpailun välillä. Markkinaehtoisuuden tuoman tehokkuuden ja toisaalta perinteisen tasa-arvoajattelun välillä voidaan katsoa vallitsevan jännite ja jonkinasteinen ristiriita. Jännitteen syntymiseen viittaavat selvästi kokemukset useiden maiden terveydenhuoltojärjestelmien reformeista. Markkinaehtoisuus on vähentänyt julkista rahoitusta ja lisännyt potilaiden omavastuusuutta. Tämän on nähty lisäävän epätasa-arvoa. (Chinitz, Preker & Wasem 1998: 55–77.)

Terveydenhuoltosektorista sekä koulutus- ja sosiaalisektorista voidaan käyttää yleisnimitystä pehmeä sektori näiden toimialojen erityispiirteiden takia. Vastavasti julkisen sektorin kovaan osaan kuuluvat esim. tekninentoimi ja yritystoimintaa lähellä olevat toiminnot. NPM:n sopimuksellisuutta korostavaa muotoa voimakkaasti puolustava Lane (2000) on tuonut esille eräitä pehmeän sektorin erityispiirteitä, jotka täytyy ottaa huomioon NPM:a sovellettaessa. Pehmeän sektorin palveluiden tarjoamisessa täytyy ottaa huomioon 1) palveluja tuottavan henkilökunnan vahvan professionalismin vaikutus; 2) palveluihin liittyvät merkittävässä määrin oikeudet tai sitoumukset; 3) palvelujen määrä ja laatu, joita ei usein pystytä määrittelemään; 4) palvelujen tarpeen kiireellisyys. Lane ennustaa, että kuvattujen ominaisuuksien takia NPM:n työkalut eivät toimi ongelmitta pehmeän sektorin organisaatioissa. (Lane 2000: 158.)

3.2.2 *Julkisten asiantuntijaorganisaatioiden erityispiirteet*

Organisaation henkilöstön korkea professionalismi luo johtamiselle erityisvaatimuksia. Professionalismia ja johtamisen sekä johtajien suhdetta on tutkittu melko

runsaasti (esim. Benveniste 1987; Flynn 1999; Dent & Barry 2004). Lisäjännitteitä professionalistien ja johtajien suhteelle luovat NPM-doktriinin mukaiset hallintouudistukset. Tällöin nousee esille professionalismin ja managerialismin vastakkainasettelu.

Ideaalityyppien tasolla professionalismi eroaa managerialismista merkittävästi. Managerialismin toiminnan oikeutus lähtee henkilön hierarkkisesta asemasta organisaatiossa. Professionalistin aseman perusta on erityiskoulutuksen tuoma asiantuntemus. Managerialismin toiminnan tavoite on tehokkuus. Professionalisti painottaa vaikuttavuutta ja teknistä pätevyyttä, joka saattaa sivuuttaa tehokkuusvaateen. Ideaalityyppien erot on esitetty taulukossa 3.

Verrattaessa professionalismin ja managerialismin voimavarojen eroja havaitaan, että professionalismin asema perustuu ns. kulttuurisiin tekijöihin. Näitä tekijöitä ovat koulutus ja henkilökohtainen asiantuntemus. Ns. managerialistiset johtajat ovat riippuvaisia organisatorisista tekijöistä. Tämä merkitsee työkokemusta tiettyssä kontekstissa sekä organisaation sääntöjen, käytäntöjen ja politiikan tunteesta. Ero käytännön työelämässä ei välttämättä ole näin selvä. Erityisesti NPM:n tuomat muutokset ovat sekoittaneet ideaalityyppjä. Lisäksi hallinnollisen koulutuksen kehityksen myötä johtamisesta on tullut yhä enemmän kulttuurinen voimatekijä. (Exworthy & Halford 1999: 133–134.)

Taulukko 3. Managerialismin ja professionalismin ideaalityyppien erot (Flynn 1999: 25, myös Sinclair 1997: 146).

	Managerialismi	Professionalismi
Toiminnan oikeutus	Hierarkkinen asema	Asiantuntemus
Tavoitteet	Tehokkuus / voiton maksimointi	Vaikuttavuus / tekninen pätevyys
Kontrolli	Säännöt	Luottamus / riippuvuus
Asiakkaat	Organisaatiot	Yksityishenkilöt
Viiteryhmä	Byrokratian esimiehet	Ammatillinen vertailuryhmä
Sääntely	Hierarkkinen	Kollegiaalinen / itsesäätely

Maissa, joissa on omaksuttu NPM:n mukaisia managerialismiin perustuvia toimintamalleja hyvinvointisektorilla, on havaittu konflikti vahvan profession ammattihenkilöstön ja uuden managerialistisen johtoportaan välillä. Managerialismi on merkinnyt ennen ns. vapaana pidetyn korkean professionalismin omaavan henkilökunnan alistamista tulostittaukselle ja markkinaehtoisuulle sekä muille NPM:n toimintamalleille. Useimmiten mahdollinen konflikti koskee resurssien käyttöoikeutta. Professionalismi ja managerialismi voivat toimia rinnakkain perustavaa laatua olevista eroista huolimatta. Muutos saattaa kuitenkin merkitä korkean profession omaavien henkilöiden hallinnollisen työn lisäämistä. (Esim. Exworthy & Halford 1999: 121–134.)

Tarkasteltaessa professionalismin ja johtamisen suhdetta on syytä huomioda, että nämä tekijät saattavat olla toisiaan rajoittavia. Vuori (2000) katsoo, että sairaalan johtava lääkäri, joka keskittyy lääkärin rooliin, on harvoin hyvä johtaja. Sama päätelmä koskee muita korkeasti koulutettuja ammattilaisia. Hyvän johtajan sekä insinöörin tai talousjohtajan rooleja onnistutaan harvoin menestyksellisesti yhdistämään. Tilannetta voidaan pitää rooliristiriitana, joka kuluttaa energiaa ja heikentää täysipainoista keskittymistä kumpaankaan tehtävään. (Vuori 2000; johtajien rooliristiriidasta myös Ojala 2003.)

Suomen julkisessa terveydenhuollossa ristiriitaa pahentaa se, että lääkärikunnan keskuudessa hallintotehtävät eivät ole olleet yhtä arvostettuja kuin potilastyö. Lääkärikunta haluaa kuitenkin säilyttää hallintotehtävät itsellään. Empiirisessä tutkimuksessa on havaittu, että osa johtavista lääkäreistä haluaa ensisijaisesti suuntautua hallinnollisen työn sijasta kliiniseen työhön. Tämä ei ainakaan vähennä rooliristiriidan mahdollisuutta. Rooliristiriidan mahdollinen ratkaisu on paluu kliiniseen työhön. (Hermanson 1989: 147–149.) Tuomiranta (2002: 127) päättelee erikoissairaanhoidon lääkäreitä koskeneessa väitöskirjatutkimuksessaan, että lääkärin johtamistyön ammatillisuutta tulisi korostaa. Nykyisin vallitseva lääkärijohtajan semiprofessio tulisi Tuomirannan mukaan muuttaa oikeaksi professioksi.

Johtavassa asemassa olevat lääkärit, lähinnä ylilääkärit ja johtavat lääkärit käyttävät miltei puolet työajasta kliiniseen työhön ja tähän liittyviin paperitöihin. Johtavassa asemassa olevat lääkärit haluaisivat tehdä vähemmän potilastyötä ja keskittyä enemmän asioiden ja henkilöiden johtamiseen. Muut sosiaali- ja terveystoimissa johtavassa asemassa työskentelevät haluaisivat, että kokouksia ja johtoryhmätyöskentelyä olisi vähemmän. Toisaalta lääkäreiden johtamistyön ympäristö on muuttunut markkinahenkisyyttä, laatua, tehokkuutta ja asiakaslähtöisyyttä korostavaan suuntaan. (Toikkanen 2004: 4576.)

Suomen terveydenhuoltojärjestelmässä organisaatioiden johtajista suurin osa on joko lääkäri- tai hoitajakuntaa. Heidän voidaan katsoa omaksuneen professionaa-

lisen orientaation ja varsinkin lääkärijohtajat tekevät potilastyötä aivan ylintä johtoa lukuun ottamatta. (Viitanen, Kokkinen, Konu, Simonen, Virtanen & Lehto 2007: 14.) Kansainvälisessä vertailussa Suomen terveydenhuoltojärjestelmän erityisominaisuus on lääkärien keskeinen asema terveydenhuollon johtamisessa. Esimerkiksi Ruotsissa, Yhdysvalloissa ja Isossa-Britanniassa lääkärien asema terveydenhuollon johdossa on huomattavasti vaatimattomampi. (Hermanson 1989: 31–33; Sinkkonen 1990: 385.) Suomen osalta erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon lääkärijohtajien asemassa ei ole tapahtunut merkittävää muutosta vuoden 1993 jälkeen.

NPM, professionalistit ja managerialistinen johto

Organisaatiomuutokset muuttavat aina henkilöstön asemaa sekä valta- ja vaikutussuhteita. Erityisesti näin on silloin kun on kyse perusrakenteita muuttavasta uudistuksesta. Tällaista muutosta edustaa NPM:n toimintamallien käyttöönotto perinteisellä julkisella sektorilla.

NPM on merkinnyt organisaatioiden tasolla hallinnollisen työn lisääntymistä myös professionalistien keskuudessa. Tällainen muutos saattaa heikentää organisaation sisällä yhteenkuuluvuutta ja keskinäistä solidaarisuutta. Samalla perinteinen jako hallinnollista työtä tekeviin johtajiin ja asiantuntijoihin muuttuu entistä merkityksettömämmäksi. (Exworthy & Halford 1999: 135.)

Toinen solidaarisuutta heikentävä tekijäryhmä on tilaajan ja tuottajan erottaminen, tulostittaus ja mahdollinen näennäismarkkinoiden käyttöönotto. Tilalle ei välttämättä synny uusien ryhmien välistä solidaarisuutta. Seurauksena saattaa olla eräänlainen tyhjiö. Entisen solidaarisuuden tilalle saattaa kuitenkin syntyä uusia verkostotyyppisiä suhteita ja järjestöihin liittyviä väljiä yhteistyösuhteita. Arvioitaessa muutoksia on huomioitava, että havaittavissa olevat muutokset vaihtelevat julkisen sektorin osien ja professioiden välillä. (Exworthy & Halford 1999: 136–137.)

NPM:n on myös liitetty Isossa-Britanniassa termi deprofessionalisoituminen. Tällä viitataan työsuhteiden muutokseen, henkilöstörakenteen hajautumiseen ja vähemmän koulutetun henkilökunnan käytön lisääntymiseen julkisella sektorilla. Edellä mainittuun kehitykseen liittyy paikallinen työehdoista sopiminen sekä tulospalkkaus. On kuitenkin huomioitava, että deprofessionalisoituminen koskee tavallisesti vähemmän koulutettua avustavaa henkilökuntaa. Sivuvaikutukset kuitenkin heijastuvat myös organisaation muuhun henkilökuntaan. (Flynn 1999: 31; Exworthy & Halford 1999: 137.)

Työntekijöiden keskinäisten suhteiden muuttamisen ohella NPM:n toimintamallit saattavat lisätä työntekijöihin suunnattua valvontaa. Valvonta on välttämätöntä mikäli organisaatio toimii ns. ylhäältä asetettujen tulosvaatimusten alaisuudessa. Tämä liittyy tulostamamiseen, tulospalkkaukseen ja näennäismarkkinoihin. Valvonnan lisääminen kiristää professionalistien ja johdon suhteita. Samalla konfliktin vaara organisaatioissa toimivien eri professioiden ja ammattiryhmien välillä kasvaa. (Flynn 1999: 29–31.)

Työntekijöiden valvonnan kiristyminen voi ilmetä professionaalisen autonomian vähenemisenä ja johdon managerialistisen vallan kasvuna. Tämä liittyy organisaatioiden sisäiseen toimivallan sentralisaatioon ja johdon autonomian kasvuun. Konfliktin mahdollisuutta kasvattaa se, että johto ja professionalistit johtavat toimintansa oikeutuksen hyvin eri lähtökohdista. Managerialistinen johto katsoo palvelevansa lähinnä asiakkaita kollektiivisena ryhmänä, professionalistien ollessa kiinnostuneita yksittäisten kansalaisten palvelemisesta. (Flynn 1999: 29–31; Dent & Barry 2004: 7–20.)

Sinclair (1991: 144–151) näkee managerialisen johdon ja professionalistien mahdollisen konfliktin erilaisten organisaatiokulttuurien yhteentörmäyksenä. Toisaalta ryhmien väliset erot ovat NPM:n leimaamassa toimintaympäristössä tasoittuneet professionalistien työkentän laajennuttua yhä enemmän koskemaan hallinnollisia tehtäviä. Ammattilaisten kulttuurille on kuitenkin ominaista autonomian ja oman harkinnan painottaminen. Managerialistisen johdon kulttuuri puolestaan painottaa valvontaa, seuranta ja suunnittelua.

E erityisesti tulostamituksen on koettu heikentävän professionaalista autonomiaa. Tähän liittyy myös NPM:n kuuluva vastinetta rahalle -ajattelu. Ison-Britannian esimerkit osoittavat, että myös laaturetoriikalla voidaan julkisen sektorin eri aloilla tiukentaa managerialistista kontrollia. Kehitys koskee niin koululaitosta kuin sosiaali- ja terveystalvveluja. NPM:n toimintamalleilla haettavalla rationalisoinnilla on kuitenkin rajansa. Ison-Britannian kokemukset terveydenhuollosta ja yliopistoista viittaavat siihen, että professionalistit oppivat elämään NPM:n kanssa sekä vaikuttamaan kehitykseen. (Luzio & Kirkpatrick 1995: 271–273; Dent & Barry 2004: 7–18.)

NPM:n tuominen terveydenhuoltosektorille ei ole helppo tehtävä. Ison-Britannian terveydenhuoltojärjestelmä NHS:n toiminnassa ammattijohtajien tarpeeseen alettiin kiinnittää huomiota jo 1980-luvun alussa. Ammattijohtajien ja taloushallinnon erikoisosaamisen korostaminen Ison-Britannian sairaaloissa on jatkunut työväen-

puolueen hallituskauden aikana. Ammattijohtajien määrä on kasvanut³⁹, mutta samalla tutkimustulos viittaa siihen, että kahden profession eli lääkäreiden ja hoitajien vaikutusvalta työhönsä ei ole vähentynyt. Taylorismia⁴⁰ ei ole pystytty tuomaan mainituista ammattiryhmistä heikomman eli hoitohenkilökunnan työhön. Kokonaisuutena taloudellisuuden painottaminen, tulosvastuullisuus ja läpinäkyvyys ovat lisääntyneet, mutta professioiden arvot, työtavat ja vaikutusvalta ovat vähentyneet muutosten toteuttamiseen sijoitettuihin resursseihin verrattuna vähän⁴¹. (Ackroyd, Kirkpatrick & Walker 2007.) Yhteenvetona voidaan todeta, että terveydenhuollon kahden profession, lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan, asema on ainakin Isossa-Britanniassa vahva.

Perinteisesti hyvää sosiaali- ja terveydenhuollon johtamista on kuvattu Suomessa kansainvälisellä poliittis-byrokraattis-professionaalisisella mallilla. Yksinkertaistamisen johtaminen jakautuu kolmeen mainittuun ulottuvuuteen. Myöhemmin malliin on liitetty managerialismi ja NPM. Käytännössä NPM on uusi, ja siinä on keskeisenä johtamisen ulottuvuus, sen kuitenkin olematta suoraan yksin vaihtoehto perinteiselle mallille. (Viitanen, Kokkinen, Konu, Simonen, Virtanen & Lehto 2007: 65.)

Vuonna 2003 toteutetun laajan kyselytutkimuksen⁴² mukaan suomalaisten lääkärijohtajien päätöksenteon tärkein perusta on professionaalinen työkokemus. Tutkimuksen mukaan organisatorisella asemalla (ylin johto tai keskijohto) ja sukupuolella ei ole vaikutusta päätöksenteon perustaan. (Viitanen, Lehto, Tampus-Jarvala, Mattila, Viljo, Isokoski, Hyppölä, Kumpusalo, Hanila, Kujala & Vänskä 2006.)

Tämän tutkimuksen kannalta huomion arvoinen tutkimustulos on, että perusterveydenhuollon lääkärijohtajat käyttivät päätöksenteossa laajempaa tietopohjaa, kuin erikoissairaanhoidon lääkärijohtajat. Tuloksen taustalla saattaa olla perusterveydenhuollon lääkärijohtajien suurempi kanssakäyminen kuntien muiden päätöksentekijöiden kanssa. Lisäksi perusterveydenhuollon lääkärijohtajien tietämys

³⁹ Vuonna 1997 21400 henkilöä toimi ammattijohtajan tehtävissä (senior manager) ja vuonna 2002 30900. Vuonna 2002 NHS palveluksessa oli 603077 työntekijää, joista valtaosa lääkäreitä ja hoitajia. (Ackroyd, Kirkpatrick & Walker 2007: 10, 16.)

⁴⁰ Perinteisiä työn tutkimuksen menetelmiä, kuten työprosessien aikojen mittausta, ei ole toteutettu (Ackroyd, Kirkpatrick & Walker 2007: 18–19).

⁴¹ Erään arvion mukaan NHS:n hallintokustannukset ovat nousseet vuoden 1981 viidestä prosentista vuoteen 1996 mennessä 12 prosenttiin (Ackroyd, Kirkpatrick & Walker 2007: 21). Huomion arvoista on, että kuvattu kehitys tapahtui konservatiivihallituksen kansainvälisesti paljon huomiota saaneiden ammattijohtamisen painottamisen ja näennäismarkkinaudistusten aikana.

⁴² Kysely lähetettiin 4144 vanhemmalle lääkärille. Vastausprosentti oli 66,4.

erilaisesta normistosta on suurempi. Ero koski mm. lainsäädäntöä, dokumentteja omasta organisaatiosta ja rahoittajan asettamia vaatimuksia. Tutkimuksen tekijät katsovat yhteenvedona, että julkisen sektorin johtamisen muutos NPM:n suuntaan, ei vielä näy suomalaisten lääkärijohtajien päätöksenteossa. (Viitanen, Lehto, Tampusi-Jarvala, Mattila, Viljo, Isokoski, Hyppölä, Kumpusalo, Hanila, Kujala & Vänskä 2006.)

Terveydenhuollon ja erityisesti erikoissairaanhoidon keskijohdossa on epäselvyyttä siitä, johdetaanko kokonaisia organisaatioita vai prosesseja. Lisäksi epäselvyyttä on siitä, kohdistuuko johtajien johtamistoiminta vain omaan ammattikuntaan ja sen osuuteen prosesseista. Tutkimuksen tekijät katsovat, että epäselvyys ei voi olla heikentämättä johtamisen roolia prosessien ja tuloksellisuuden kehittämisessä⁴³. (Viitanen, Kokkinen, Konu, Simonen, Virtanen & Lehto 2007: 70.)

Kaikki terveydenhuollon korkean professionaalisen statuksen omaavat työntekijät eivät toimi johtotehtävissä. Lääkäreillä on korostunut asema johtavissa tehtävissä Suomen terveydenhuolto-organisaatioissa. Tämä asettaa lääkärijohtajat ristiriitaiseen asemaan. Lääkärijohtajien rooliristiriita on todettu useassa tutkimuksessa (esim. Hermanson 1989; Tuomiranta 2002; Viitanen, Kokkinen, Konu, Simonen, Virtanen & Lehto 2007).

Keskijohdon johtamista ja johtamisen muutosta käsitelleen tutkimuksen yksi alustava tulos oli se yleinen johtopäätös, että perusterveydenhuollon lääkärijohtajille johtaminen on selkeästi kliinisestä työstä erottuvat hallintoon ja poliittisen päätöksenteon valmisteluun painottuva tehtäväalue. Perusterveydenhuollon johtaminen on myös managerialismin suuntaan kehittyvä tehtävä⁴⁴. Terveydenhuollon organisaatioiden keskijohdolla on kuitenkin epäselvyyttä johtamisrooliensa suhteen. Tämän on arvioitu vaikuttavan organisaatioiden kehittämiseen. (Viitanen, Kokkinen, Konu, Simonen, Virtanen & Lehto 2007: 67–70.)

⁴³ Tutkimuksen aineisto on kerätty vuosina 1999 – 2006 kysely- ja haastatteluaineistona Pirkanmaan erityisvastuualueen 66 kunnan alueelta. Tutkimuksen kohteena olivat lähiesimiehet ja keskijohto erikoissairaanhoidossa, perusterveydenhuollossa ja sosiaalitoimessa. (Viitanen, Kokkinen, Konu, Simonen, Virtanen & Lehto 2007: 7.)

⁴⁴ Erikoissairaanhoidon osalta tutkimus toteaa suunnan olevan kohti uusimuotoista ammatillisen senioriteetin ja managerialismin yhdistelmää (Viitanen, Kokkinen, Konu, Simonen, Virtanen & Lehto 2007: 67).

3.3 Yhteenvedo NPM:n perusmallin keskeisistä piirteistä

NPM:n perusmallin keskeisiä elementtejä ovat erilaiset markkinamallit sekä managerialismi ja sopimuksellisuus. Lane (2000) korostaa NPM:n luonnetta sopimuksellisuuteen perustuvana järjestelmänä⁴⁵. NPM – doktriinin mukaisessa hallinnossa julkista sektoria hallinnoidaan ja ohjataan merkittävässä määrin erimuotoisin sopimuksellisin järjestelmin. Tähän liittyy tehokkuuden tavoittelu. Sopimuksellisuuteen puolestaan liittyy yksityisoikeudellinen sopimusoikeus ja sen tuominen julkisen sektorin toimintaan⁴⁶. Sopimusten toteuttajina toimivat tulospalkatut johtajat. Yksityisoikeus ei missään oloissa täysin korvaa julkisoikeutta, vaikka onkin uuden julkisjohtamisen tavoittelemassa sopimuksellisessa hallinnoimisessa keskeisessä osassa julkisen sektorin kehittämisessä. (Lane 2000.)

Toinen NPM:n liittyvä tekijä on aina ajankohtainen pyrkimys nostaa organisaatioiden toiminnan tehokkuutta. Tämä on ollut aina julkisen sektorin tavoitteita. Tehokkuuden tavoitteluun NPM:a liittyvät tulostamittaus, tulostavoitteet ja näihin liittyvät kannustinjärjestelmät. Pyrkimys toimintojen mittaamiseen, luokitteluun ja kontrolliin ovat johtaneet syytöksiin ns. uustaylorismista.

NPM ei ole enää uutta julkisen hallinnon kehittämisessä. Sen voidaan katsoa olevan uutta ainoastaan siinä mielessä, että doktriini on vaikuttanut kaikkein eniten julkisen johtamisen uudistuksiin länsimaissa (Salminen 2004: 71). NPM:n vaikutuksen ei myöskään voida tulkita olevan ohi. Doktriinia täydennetään uusilla toimintamalleilla, minkä lisäksi monissa maissa uudistukset ovat vielä kesken tai niitä aloitetaan. Esim. Isossa-Britanniassa, jonka NPM uudistuksia on kansainvälisesti seurattu erittäin laajasti, Thatcherin ja konservatiivien hallitusten näennäismarkkinakokeilujen jälkeen NPM on jatkanut muutosta. Työväenpuoleen hallituskaudella managerialismin ja erilaisten valvontaa vahvistavien toimintamallien käyttö on lisääntynyt kilpailun korostamisen tilalla. Yksityisen sektorin

⁴⁵ Lanen (2000: 216) mukaan sopimuksellisuuteen perustuvan julkisen hallinnon edellytyksenä on: 1) tuottajan ja tilaajan erottaminen ja identifioiminen; 2) sekä tuottajalla että tilaajalla on itseintressi luoda optimaalinen sopimus; 3) tuottajalla ja tilaajalla on ristiriitaiset intressit siitä, miten jakaa optimaalisesta sopimuksesta koituva hyöty, miten tämä sisäistetään ja otetaan huomioon.

⁴⁶ Lanen (2000: 192) NPM:a koskeva ajattelu kiteytyy seuraavaan sitaattiin: ”Modern public governance in the governance by means of contracting, which requires a complicated web of different kind of contracts. By means of contracting regimes, one wishes to: (1) get the job done; (2) to use private law; (3) to level the playing field; and (4) integrate allocation and integration. To put these features in place, modern public government conceives of government contracting with managers; the CEOs, and regulators, as well as managers contracting with players, public and private.”

vaikutus julkisen sektorin kehitykseen on jatkunut esim. julkisen ja yksityisen sektorin kumppanuuden (Public/Private Partnership; PPP)⁴⁷ ja elinkaarimalli/yksityisrahoitusmalli (Private Finance Initiative; PFI)⁴⁸ kaltaisten toimintamallien kautta. (Pollitt 2003: 49; Dent, Chandler & Barry 2004: 1–2.)

Keski-ikään ehtineen NPM – doktriinin tutkimus voidaan Hoodin ja Petersin (2004) mukaan luokitella kolmeen kehitysvaiheeseen. Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa 1980-luvun lopulla jäseneltiin ja kuvattiin tapahtunutta kehitystä. Toisessa vaiheessa tutkittiin vertailevalla metodilla eri maiden ja julkisen hallinnon sektoreiden reformeja. Hood ja Peters liittävät kolmanteen vaiheeseen 1990-luvun lopulta lähtien älyllisen itsetietoisuuden lisääntymisen. Tutkimuksen kohteesta ilmestyivät ensimmäiset oppikirjat. Useat tutkijat havaitsivat paradokseja ja yllätyksiä toteutettujen julkisen johtamisen uudistusten tavoitteissa ja tuloksissa.

Hallintotieteelliseen tutkimukseen NPM on vaikuttanut luonnollisesti merkittävästi. Tutkijoiden primääri kiinnostus hallinnosta byrokraattisesti järjestettynä järjestelmänä, on vaihtunut hallinnossa tapahtuvan johtamistoiminnan tutkimiseen. Hallintoa ei myöskään nähdä monopolina, vaan potentiaalisesti monitoimisenä ja verkostomaisena ilmiönä. Englanninkielen terminologiassa on tapahtunut muutos ”government” käsitteestä ”governance” käsitteeseen. (Hyryläinen 2004: 47.)

Kuvaavaa on, että esim. Isossa-Britanniassa tavoitteena voidaan katsoa olleen julkisen sektorin pienentäminen ja yhteiskunnallisen merkityksen huomattava vähentäminen. Pohjoismaissa NPM – uudistusten yleiseksi tavoitteeksi on esitetty hyvinvointivaltion turvaaminen. NPM:n laaja soveltaminen länsimaiden julkisen hallinnon muokkaamiseen on merkinnyt, että siitä on tullut hallinnon järjestämisen ja uudistamisen valtavirta.

⁴⁷ Ryynänen arvioi, että PPP on yleiskäsite erilaiselle julkisen ja yksityisen sektorin väliselle yhteistyölle. Yhteistyöjärjestelyssä sinänsä ei ole mitään uutta. Esim. Ranskassa toimi 1920-luvulla erilaisia kaupunki- ja infrastruktuurihankkeissa tämän kaltaisia orgaaneja (Sociétés d’Economie Mixte). Uutuutena voidaan pitää hankkeiden määrällistä lisääntymistä. (Ryynänen 1999: 299.)

⁴⁸ PFI oli alun perin konservatiivihallituksen hanke, joka oli alkuvaiheessa hallitusvallan vaihduttua. Yksinkertaistettuna PFI nähdään vaihtoehtona perinteisille julkisen sektorin pääomaa vaativille investoinneille. PFI mallissa yksityiset yritykset rakentavat esim. sairaalan, joka vuokrataan julkisen sektorin organisaatiolle. Lisäksi yksityinen toimija tarjoaa tiettyjä tukipalveluita. Ostaja maksaa rakennuksen käytöstä ja palveluista pitkäaikaisessa sopimussuhteessa (yleensä 25–30 vuotta). Yksityinen rakennuttaja säilyttää rakennuksen omistuksen. (Cutler 2004: 211–212, keskustelua mallin positiivisista ja negatiivista puolista esim. Cutler 2004: 212–213.)

Esitetty NPM:n kritiikki on kohdistunut moniin doktriinin osa-alueisiin. Mikrotasolla kritiikki kohdistuu yksittäisiin toimintamalleihin ja teorioiden osiin. Makrotasolla kritiikki suuntautuu markkinaehtoisuuden lisäämistä julkisella sektorilla kannattavaan ajatteluun. NPM:n kritiikki voidaan tiivistää tiettyihin pääkohtiin. Yleisimmin NPM:a kritisoidaan seuraavista lähtökohdista, jotka sisältävät sekä mikro- että makrotason huomioita. (esim. Pollitt 1990: 125–127; Hood 1991: 8-9; Lane 1993: 134–145; Walsh 1995: 33–55; Minogue 1998: 28–30):

- Julkinen sektori on erilainen: yksityisen sektorin toimintamalleja ei voida sellaisenaan soveltaa julkisella sektorilla.
- NPM:n lähtökohtana oleva käsitys yritysmailman toiminnasta on stereotyyppi, joka ei vastaa yritysten todellista toimintaa.
- Tulospalkkaus on hankalaa, koska tuotoksen kvantitatiivinen ja ennen kaikkea merkityksellinen määrittely on usein vaikeaa tai jopa mahdotonta.
- Asiakkaan käsite on hankala julkisella sektorilla. Kansalaisen oikeudet ovat suuremmat kuin asiakkaan. Toisaalta kansalaisella on myös velvollisuuksia.
- Tulosityksikköjen muodostaminen korvaa luottamukseen perustuvan toiminnan epäluottamuksella, ts. sopimukset korvaavat luottamuksen. Julkisen sektorin perinteiset arvot vaarantuvat sopimuksellisuuden myötä.
- Ostopalvelusopimukseen liittyy transaktiokustannuksia, jotka voivat olla hyvin merkittäviä saavutettuihin hyötyihin nähden.

NPM:n mikrotason kritiikki on kiinnittänyt huomiota kuluttajan käsitteen ongelmallisuuteen julkisella sektorilla. Kuluttajan käsitteen käyttö on houkuttelevaa pyrittäessä muuttamaan mielikuvaa julkista sektorin toiminnasta dynaamisemmaksi. Kuluttajan käsitettä käytettäessä on muistettava, että markkinat reagoivat nopeasti kuluttajien antamiin ostopäätössiinaaleihin. Toisaalta julkisen sektorin tarjoamat hyödykkeet eivät useinkaan ole tavallisia kulutushyödykkeitä. Tämä koskee erityisesti terveydenhuoltoa. Lisäksi uudesta julkisjohtamisen periaatteista huolimatta julkinen sektori ei toimi kuin yritys kilpailuilla markkinoilla. Kuluttaja on myös kansalainen ja kuten kritiikissä on todettu, kansalaisen oikeudet julkista sektoria kohtaan ovat laajemmat kuin kuluttajan. Greve ja Jespersen (1999: 147) kysyvät, onko kuluttajan rooli riittävä kansalaisen ja julkisen organisaation suhteen ymmärtämiseksi.

NPM:n kritiikkiin voidaan myös liittää sopimuksellisuuteen, tulostittaukseen ja tulosvastuullisuuteen liittyvän valvonnan ja raportoinnin lisääntyminen. Toimin-

tamallien muuttuessa useat raportointimekanismit ovat teknistyneet ja formalisoituneet. Paradoksaalisesti hallinto on kasvanut.

Makrotason kritiikissä on noussut esille huoli julkisen sektorin arvoista, demokratiasta ja yleensä poliittisten päätöksentekijöiden kyvystä ohjata riittävässä määrin julkisen sektorin ja yhteiskunnan kehitystä. Yksi kritiikin kulmakivistä on markkinamekanismin mukaan hajautettu julkinen sektori. Kritiikin mukaan tällaisessa yhteiskunnassa kukaan ei ole kiinnostunut kokonaisuuden hallinnasta, eli niin sanotusta yleisestä edusta ja suuremmista koko yhteiskuntaa koskettavista kysymyksistä.

NPM:n soveltaminen organisaatioihin, joiden työntekijöiden professionaalinen status on korkea, ei ole ongelmatonta. Mahdollisia ristiriitoja voi syntyä lukuisista tekijöistä, erityisesti, jos organisaatioiden johto ja korkean profession omaava henkilökunta toimivat huomattavasti toisistaan eroavista lähtökohdista. Suomen kuntien terveyspalveluissa lääkäreillä on kuitenkin vahva asema myös koko toimialan johtajina.

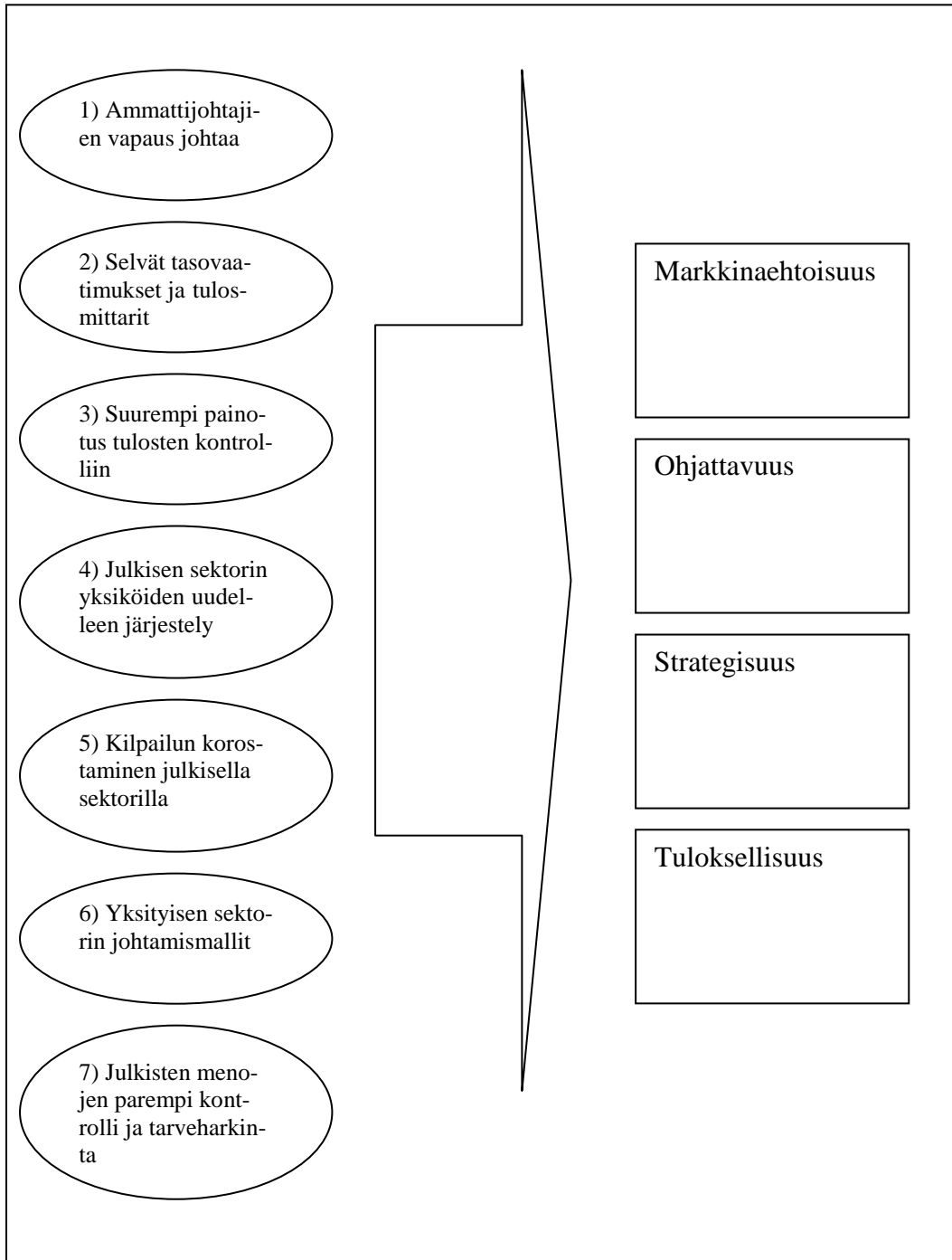
NPM:n soveltamisessa terveydenhuollon organisaatioihin on huomattava, että NPM:n perusmallia toteuttaneessa Isossa-Britanniassa lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan arvot, työtavat ja vaikutusvalta ovat muuttuneet vähän. Yleisesti korkean profession omaavat työntekijät kykenevät Ison-Britannian kokemusten perusteella omaksumaan muutokset ja tätä kautta vaikuttamaan kehitykseen.

Suomessa lääkärijohtajien rooliristiriitä voi korostua, koska vallitsevan johtamismallin mukaan lääkärijohtajien tehtävänä on toteuttaa tai tulee mahdollisten uudistusten myötä toteuttaa NPM:n toimintamalleihin kuuluvia uudistuksia. NPM:n toimintamallit ovat pitkään olleet osa Suomen julkisen sektorin muutosta. Tästä näkökulmasta lääkärijohtajat ovat jo voineet toteuttaa NPM:n periaatteita sisältäviä uudistuksia. Arvioitaessa NPM:n vaikutusta on kuitenkin huomioitava, että lääkäreiden asema professiona on perinteisesti ollut Suomessa vahva. Professiona lääkäreiden asema on todennäköisesti vahvistunut julkisella sektorilla lääkäri työvoiman rekrytointiongelmien myötä. Tästä näkökulmasta NPM:n vaikutukset voivat koskea terveydenhuoltosektorin työvoimaa hyvin eri muodossa.

3.4 NPM:n perusmallin tarkentaminen tulkinnan välineeksi

NPM ei ilman tarkennuksia ja rajoituksia sovellu tutkimuksen empiirisen aineiston analysointiin. Se käsittää laajan aspektin johtamisen menetelmiä ja työkaluja, joilla pyritään edistämään julkisen sektorin tehokkuutta. Myös tutkimuskohteen sekä

empiirisen aineiston luonne asettavat omat vaatimuksensa niille valtavirran julkisjohtamisen piirteille, joilla analyysi toteutetaan.



Kuvio 3. Hoodin (1991: 4–5) NPM – doktriinit ja empiirisen tarkastelun neljä näkökulmaa.

Kuvio 3 esittää Hoodin vuonna 1991 ilmestyneessä artikkelissa esitetyt NPM:n piirteet ja toisaalta näistä piirteistä johdettavat tarkastelukohteet tutkimuksen empiirisen aineiston neljäksi näkökulmaksi. Hoodin (1991) esitys on Pollittin ja Bouckaertin (2004: 98) Länsi-Euroopan maiden julkisen hallinnon uudistusten tarkastelun vertailussa NPM:n perusmalli. Tästä on muotoutunut myöhemmin muissa länsimaissa erilaisia variaatioita. Yleisesti Manner-Euroopan maissa tavoite julkisen sektorin roolin supistamisesta yhteiskunnassa ei ole yhtä merkittävässä roolissa kuin perusmallissa. (Pollitt & Bouckaert 2004: 98.) Edellä mainitun perusteella NPM:n perusmallin tiivistäminen tämän tutkimuksen tarpeisiin on perusteltua.

Kuviossa 3 on esitetty graafisesti Hoodin (1991) mallin osat, joista muodostuu neljä tämän tutkimuksen näkökulmaa empiirisen aineiston tulkintaan. Kuvion 3 tiedot on esitetty tiivistetysti taulukossa 4, jossa täsmennetään mitkä NPM-doktriinin osat muodostavat tutkimuksen empiirisen aineiston tulkinnan neljä näkökulmaa. Luvuissa 3.4.1–3.4.4 käsitellään tarkemmin näitä näkökulmia erityisesti terveydenhuollon kontekstissa.

Tutkimuksen kohteena olevien kaupunkien sosiaali- ja terveystointien tarkasteluun valitut neljä näkökulmaa ovat 1) markkinaehtoisuus; 2) hallittavuus; 3) strategisuus ja 4) tuloksellisuus. NPM on Hoodin (1991) esityksen jälkeen muodostunut valtavirran julkiseksi johtamiseksi Suomessa ja muissa Länsi-Euroopan maissa. Alkuperäistä äärimmäisen markkinapainotteista mallia on muokattu melko laajasti kussakin maassa vastaamaan kansallisia tarpeita (Pollitt & Bouckaert 2004: 98). Muokkaus on todennäköisesti tapahtunut eri hallinnonaloilla ja julkisen hallinnon tasoilla. Tämän vuoksi on oletettavaa, että myös perusterveydenhuollossa NPM on muotoutunut toimialan erityispiirteen huomioiden. Oletusta erityisestä muotoutumisesta voidaan perustella myös perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kansainvälisesti tiukalla erottelulla. Lisäksi perusterveydenhuollon palveluista vastaavat organisaatiot ovat osana kuntien tehtäviä läheisessä vuorovaikutuksessa kunnallishallinnon ja -politiikan kanssa.

Arvioitaessa neljää empiirisen aineiston käsittelyn näkökulmaa on huomioitava tarkasteltava toimiala ja sen organisaatioiden erityispiirteet. Tarkastelun näkökulmaan vaikuttaa myös organisaation asema koko Suomen julkisella sektorilla. Edellä mainitun lisäksi näkökulmien valintaan vaikuttaa empiirisen tarkastelun aikajänne ja tiedossa olleet muutokset toimintaympäristössä.

Markkinaehtoisuus on keskeisin osa NPM:n sisältöä ja ns. uutuutta. Kilpailluilla markkinoilla toimiminen on yritysten normaali toimintaympäristö. NPM:n yhdes-
sä taustateoriassa julkisen valinnan koulukunnassa julkisen sektorin organisaatiot nähdään hyödykkeiden monopolituottajina, joiden toiminta on tehotonta markki-

namekanismin tuomien kannusteiden puuttumisen takia. Markkinaehtoisuus tarkoittaa tässä tutkimuksessa pyrkimystä todellisten tai ns. näennäismarkkinoiden hyödyntämiseen julkisen sektorin organisaatioiden toiminnassa. Keskeistä on tällöin palvelun järjestäjän ja tuottajan erottaminen toimistaan.

Taulukko 4. Empiirisen aineiston neljä näkökulmaa sekä niiden perustana olevat Hoodin (1991: 4–5) mallin piirteet.

Empiirisen aineiston näkökulmat	Näkökulmien perustana olevat Hoodin (1991: 4-5) NPM – doktriinit
Markkinaehtoisuus	5) Kilpailun korostaminen julkisella sektorilla; 6) Yksityisen sektorin johtamismallit; 7) Julkisten menojen parempi kontrolli ja tarveharkinta
Ohjattavuus	1) Ammattijohtajien vapaus johtaa; 4) Julkisen sektorin yksiköiden uudelleen järjestely; 6) Yksityisen sektorin johtamismallit; 7) Julkisten menojen parempi kontrolli ja tarveharkinta
Strategisuus	1) Ammattijohtajien vapaus johtaa; 4) Julkisen sektorin yksiköiden uudelleen järjestely
Tuloksellisuus	2) Selvät tasovaatimukset ja tulosmittarit; 3) Suurempi painotus tulosten kontrolliin 7) Julkisten menojen parempi kontrolli ja tarveharkinta

NPM:n perusmallissa tavoitteena on kontrolloimattomaksi katsotun julkisen sektorin kesyttäminen ja julkisen sektorin kasvun pysäyttäminen sekä julkisen sektorin koon supistaminen. Ohjattavuus tarkoittaa toimenpiteitä, joilla pyritään taloudellisuuteen ja organisaation kehittämiseen palveluiden turvaamiseksi. Kunnan organisaatiossa ohjattavuutta voidaan periaatteessa tarkastella koko kunnan organisaation tasolla, toimialan tasolla tai toimialan sisällä yhden tulosalueen/vastuualueen tasolla. Ohjattavuus määritellään tässä tutkimuksessa pyrkimyks-

seksi kehittää julkisen sektorin organisaatioita sekä kontrolloida näiden organisaatioiden menojen kehitystä.

Strategisuus empiirisen aineiston näkökulmana perustuu tutkimuksen aikajänteseen ja kuntien toimintaympäristön muutoksiin ajanjaksolla. Strategisuus tarkoittaa tässä tutkimuksessa pitkäjänteistä tavoitteellista toimintaa. Perusterveydenhuollossa korostuu toiminnan strategisuuden merkitys henkilöstöhallinnon, infrastruktuurin ja teknologian asettamien vaatimusten takia. Tutkimuksen aikajänne on pitkä, 12 vuotta. Vuoden 1993 jälkeen kuntien toimintaympäristössä on tapahtunut merkittäviä muutoksia, jotka korostavat strategisuuden merkitystä toimintojen kehittämisessä. Voidaan myös kysyä onko strategisuus kaikissa tutkimuksen kohteena olleissa kaupungeissa ollut mahdollista turbulentissa toimintaympäristössä.

NPM:n perusmallin lähtökohtana ovat selvät tasovaatimukset ja tulostittarit julkisen sektorin organisaatioiden toiminnalle. Tuloksellisuus on laajempi käsite kuin pelkkä tulostittaus. Tulostittaukseen voidaan käyttää eri funktioita korostaen. Tulostittajien toiminnan tuloksellisuutta voidaan pyrkiä edistämään tulostittauksella. Monipuolinen tulostittaus voi myös toimia organisaation johdon työkaluna pyrittäessä kontrolloimaan menoja. Tuloksellisuudella tarkoitetaan tässä tutkimuksessa organisaation kykyä asettaa merkityksellisiä tavoitteita sekä kykyä seurata ja edistää näiden tavoitteiden toteutumista.

3.4.1 *Markkinaehtoisuus*

Tässä tutkimuksessa markkinaehtoisuudella tarkoitetaan ostopalveluiden käyttöä sekä tilaaja – tuottajamallia. NPM:n perusmallin markkinaehtoiset ratkaisut voidaan kuvata ääripäiden toimintamalleilla, joille on yhteistä tilaajan (järjestäjän) ja tuottajan erottaminen toisistaan sekä markkinamekanismin hyödyntäminen. Puhdainta markkinaehtoisuus saavutetaan yksityistämällä palvelutuotanto. Markkinaehtoisuuden maltillisimpana muotona voidaan pitää julkisen sektorin sisäisiä näennäismarkkinoita (kvasimarkkinat). Yleisimmin käytetään termiä tilaaja – tuottajamalli. Ääripäiden väliin jäävät ostopalvelut ja ulkoistaminen, palvelusetelit ja erilaiset yksityisen sektorin kanssa toteutetut kumppanuus- ja elinkaarimallit. Viimeksi mainittuja on käytetty esim. investointien rahoituksessa sekä investointikohteiden tukipalveluihin pitkän aikavälin pakettiratkaisuuksina. Kaikista esitetyistä markkinaehtoisuuden toteuttamismalleista on useita variaatioita, joihin vaikuttavat mm. kuka toimii palvelun maksajana sekä tilaajan tai palvelun käyttäjän valinnanvapaus koskien palvelun tuottajaa.

NPM:n perusmallin markkinaehtoisuuden käsitteestä voidaan erottaa perustelut sekä toisaalta käytännön soveltamismuodot julkisen sektorin uudistamisessa. Syitä markkinaehtoisuuden esiinnoustuun 1970-luvun lopulla ja 1980-luvun alussa mm. Isossa-Britanniassa on käsitelty runsaasti. Keskeiset perustelut liittyvät julkisen sektorin kokoon, tehokkuuteen, tuotettuihin hyödykkeisiin ja kustannuksiin. Edellä mainitut tekijät nähtiin valtaan nousseiden poliittisten päätöksentekijöiden ja ns. uusliberalismia edustaneiden taloustieteilijöiden mielestä esteenä talouskasvulle ja syynä kansantalouden ongelmille⁴⁹. (esim. Foster & Plowden 1996: 1–60; Pollitt & Bouckaert 2004: 65–102.)

Erityisesti kahdesta markkinaehtoisuuden muodosta, ostopalveluista ja tilaaja – tuottajamallista, on keskusteltu Suomen terveydenhuoltojärjestelmän kehittämistä vaihtoehtoina. Tilaaja – tuottajamallista on toteutettu Suomessa eri ministeriöiden ja tutkimuslaitosten toimesta 1990-luvulta lähtien useita raportteja ja tutkimuksia (esim. Kontinen 2005; Lillrank & Haukkipää-Haara 2006). Ostopalveluita on käsitelty suomalaisessa tutkimuksessa kilpailuttamisen nimikkeellä (esim. Ollila, Ilva & Koivusalo 2003; Frederiksson & Martikainen 2005). Tämä tuo esille ostopalveluiden käytön keskeisen hyötyjen ja ongelmien lähteen eli markkinamekanismin hyödyntämisen. Toisaalta kilpailuttamisen aspektiin keskittyminen rajaa ostopalveluiden käytön merkitystä ja laajempien organisatoristen ja taloudellisten seurausten tarkastelua.

Ostopalveluiden käytön mahdollistaminen ja lisääminen oli kuntien vuoden 1993 valtiosuusuudistuksen yksi taustatekijä. Ostopalveluiden käyttöön liittyy ulkoistaminen. Tässä tutkimuksessa toimintojen ulkoistaminen ymmärretään ostopalveluiden käytöksi. Jos julkinen sektori luopuu palvelun rahoituksesta ja järjestämisestä on kyse yksityistämisestä. Ostopalvelut sekä näihin toimintamalleihin liittyvä sopimuksellisuus ovat keskeinen osa NPM:a. Joidenkin tutkijoiden mukaan jopa keskeisin osa (esim. Lane 2000). Sopimuksellisuus julkisen sektorin toimijoiden välisten suhteiden määrittelyn muotona on laaja ja moniulotteinen tutkimuskohde⁵⁰. Näennäisestä yksinkertaisuudesta huolimatta sopimuksellisuus tuo monia uusia ulottuvuuksia ja rajauksia julkisen sektorin organisaatioiden toimintaan ja johtamiseen. Pelkästään ostopalvelusopimuksen laadinta ja palvelui-

⁴⁹ Foster & Plowden (1996: 43) tiivistävät argumentoinnin seuraavasti: ”Those for New Public Management (NPM) had much on their side: the shortcomings of old ways of doing this; the failure of the public sector to match improvement in efficiency made in private sector in recent decades; and the thoroughness of what is proposed.”

⁵⁰ Ostopalveluihin liittyvä sopimuksellisuus on vain yksi osa sopimuksellisuutta. Sopimuksellisuus voidaan tulkita paljon laajemmin, jolloin sopimuksellisuuden osapuolten erottaminen ei ole tarkoituksenmukaista. (Hyyryläinen 2004.)

den tarkka yksilöiminen (tuotteistaminen) voi olla vaativa tehtävä. Ostajan tulee myös seurata ja valvoa sopimuksen toteutumista. (esim. Lane 2000; Lehto 2003b: 39–41; Pollitt 2003: 32; Hyyryläinen 2004.)

Tässä tutkimuksessa sopimuksellisuudella tarkoitetaan primäärisesti kuntien ostopalvelutoimintaan liittyviä sopimuksia. Sopimukset voivat olla kunnan ja yksityisen toimijan välisiä tai kolmannen sektorin organisaation välisiä. Sopimuksellisuuteen liittyy myös kuntien yhteistyö ja yhteisyritykset/liikelaitokset palveluiden tuottamiseksi. Esitetty sopimuksellisuuden tulkinta on suppea. Sopimuksellisuudesta erotettavissa oleva sopimuksella johtaminen (sopimusohjaus) kuuluu myös NPM:n toimintamalleihin, vaikka jaottelua sopimuksella johtamiseen ja hankintatoimen sopimukseen voidaan pitää epärelevanttina sopimuksellisuuden käsitteellistämässä (Hyyryläinen 2004).

Sopimuksellisuus esim. ostopalveluiden käyttönä voidaan luokitella neljään muotoon: 1) sopimussuhde; 2) yhteistyösuhde; 3) kumppanuussuhde; 4) allianssisuhde. Sopimussuhde edustaa matalan luottamustason sopimuksellisuutta ja allianssisuhde korkea luottamuksen sopimuksellisuutta. Erona polarisoiduilla ääripäillä on sopimustekstin kunnioittamisen vaade, sopimussuhteen muodollisuus ja joustavuus. Allianssissa sopimussuhteeseen voidaan tarvittaessa sisällyttää uusia ulottuvuuksia. Sopimussuhde soveltuu erityisesti tukipalveluihin, joiden kilpailuttaminen ei tuota erityisiä ongelmia. (Hyyryläinen 2004: 137–141, vertaa esim. Pollitt 2003: 60⁵¹.)

Kiinnostus ostopalveluita kohtaan kasvoi kuntien sosiaali- ja terveystaloudessa 1990-luvun lopulta lähtien. Yhtenä syynä ostopalveluiden käytön lisääntymiseen voidaan pitää kuntien ammattitaitoisen työvoiman rekrytointiongelmia. (Mikkola, Pekurinen, McCallum & Järvelin 2005: 61.) Ns. keikkalääkäreiden ja vuokratyövoiman käytössä on kysymys äärimmäisen lyhytkestoisesta ostopalveluiden käytöstä sopimussuhteessa. Toisaalta esim. lyhytkestoinen lääkäripalveluiden ostaminen edellyttää luottamusta sopimussuhteen lyhyestä kestosta huolimatta. Vastaavasti vahvaan luottamukseen perustuva pitkäaikainen ostopalvelusuhde yksi-

⁵¹ Pollitt (2003: 60) on esittänyt julkisen ja yksityisen sektorin kumppanuudelle eli ns. PPP-toiminnalle (Public-Private Partnership; PPP) 10 asteisen luokittelun pääasiassa yksityisen sektorin merkityksen perusteella. Ääripäitä ovat matalan ja korkean asteen kumppanuus. Matalan asteen kumppanuudessa yksityinen sektori vastaa esim. palvelun tuottamisesta ja rakennuksen huollosta. Korkea asteen kumppanuudessa voidaan kysyä onko de facto kyse yksityistämistä. Tässä kumppanuuden muodossa yksityinen toimija rakentaa – omistaa – tuottaa palvelun ja tähän liittyvät toimitilat. (Pollitt 2003: 59–63.) Pollittin esityksessä korostuu julkisen ja yksityisen sektorin kumppanuuden merkitys erityisesti investointihankkeissa.

tyisen sektorin palvelutuottajaan voi koskea terveysaseman palveluita. Tällöin on kyse kumppanuudesta tai allianssista.

Lähtökohtaisesti voidaan kysyä millä perusteella julkisen sektorin organisaatioiden kannattaa käyttää yksityisiä tuottajia julkisesti rahoitettujen palveluiden tuottamiseen? Pelkkä uskomus siitä, että yksityinen yritys tuottaa palvelun aina ja kaikissa tilanteissa julkista organisaatiota tehokkaammin ei pitäisi olla modernin yhteiskunnan päätöksenteon perusta. Ostopalvelutoimintaa ja sopimuksellisuutta koskeva melko laaja teoreettinen ja empiirinen tutkimus tuo esille useita näkökulmia aihealueeseen (esim. Domberger 1998; Ollila, Ilva & Koivusalo 2003; Hyyryläinen 2004; Okko, Björkroth, Koponen, Lehtonen & Pelkonen 2007).

Tehokkuutta tarkasteltaessa taloustieteen näkökulmasta on ostopalveluiden käytössä keskeistä kilpailuilla markkinoilla toimivien yritysten pakko toimia tehokkaasti ylipäättään turvatakseen toimintansa jatkuminen. Kilpailuilla markkinoilla toimiminen pakottaa yritykset jatkuvasti kehittämään toimintaansa ja toimimaan tehokkaammin kuin monopoliasemassa olevien julkisen sektorin organisaatioiden. (esim. Domberger 1998: 33–51.) Vertailu ja johtopäätösten tekeminen ei kuitenkaan aina ole näin yksinkertaista, erityisesti silloin kun on kyse korkeaa ammattitaitoa ja moniulotteisia palvelukokonaisuuksia käsittävistä palveluista. Edellä mainitusta yritysten selviytymisestä kilpailuilla markkinoilla on myös käytetty termiä ”luova tuho”, tarkoittaen toimintansa kehittämiseen kykenemättömien yritysten poistumisesta markkinoilta.

Toinen keskeinen perustelu organisaation toimintojen ulkoistamiselle on ajatusmalli organisaation keskittymisestä ydintoimintoihin, jotka ovat yrityksen tai viraston keskeinen osaamisalue ja vahvuus. Ydintoimintoja avustavat erimuotoiset tukipalvelut voidaan tämän ajattelun mukaan ulkoistaa organisaatiolle, joka puolestaan on erikoistunut tietyn organisaation tarvitseman tukipalvelun tuotantoon. Tällöin voidaan ajatella, että organisaation tukipalvelu on toisen organisaation ydintoiminto.

Domberger (1998: 51) tiivistää ostopalveluiden käytön edut neljään tekijään, jotka on esitetty taulukossa 5. alkuperäistä lähdettä mukaillen. Erityisesti julkisen palveluiden osalta ostopalveluiden käytöstä voidaan nähdä neljä pääasiallista hyötyä: 1) tuottajan ja tilaajan erottaminen; 2) tarkkojen palvelumääritysten laatiminen; 3) kilpailun tuominen julkiselle sektorille; 4) palaute sopimussuhteessa olevien palvelutuottajien toiminnasta (Domberger 1998: 160).

Taulukko 5. Ostopalveluiden käytön edut (Domberger 1998: 51).

	Määritelmä	Arvio
Erikoistuminen	Keskittyminen niihin toimintoihin, joihin organisaatio on luonut erityisen osaamisen ja kyvyn. Toiset organisaatiot voivat tuottaa toimintaa tukevat palvelut ja hyödykkeet.	Erikoistuminen toimintoihin, joissa saavutetaan mittakaava etuja, tuo todistettavaa taloudellista lisäarvoa organisaation toimintaan.
Markkinajärjestys	Määrittelee ehdot, joilla ostaja on erotettu tuottajasta ja formaali sopimukseenmukainen vaihdanta tapahtuu.	Markkinajärjestys tuo merkittävän määrän etuja: ostajan keskittyminen tuotantoon, tuottajien välinen kilpailu, ostajan valinnanvapaus ja innovatiiviset työskentelytavat.
Joustavuus	Mahdollisuus säädellä tuotannon määrää nopeasti ja kustannustehokkaasti.	Pienten yritysten verkosto voi vastata palvelutarpeen muutoksiin nopeammin ja edullisemmin kuin yksi organisaatio.
Kustannussäästöt	Palvelut tuotetaan pienemmin kustannuksin.	Kansainvälisten tutkimusten mukaan kustannussäästöt ovat keskimäärin 20 %.

Tarkasteltaessa Dombergerin (1998: 51) taulukossa 5 esitettyjä ostopalveluiden käytön etuja huomio kiinnittyy nimenomaan siihen, että mainitut ostopalveluiden käytön ja kilpailuttamisen edut koskevan erityisesti tukipalveluita. Mikäli kunta esim. ulkoistaa koko tarjoamansa perusterveydenhuollon palvelukokonaisuuden tai yksittäisiä terveysasemia, havaitaan että kaikki kilpailuttamisen edut eivät voi toteutua. Edellä mainittu koskee erityisesti joustavuutta. Suurten ja monimutkaisten palvelukokonaisuuksien tuotannon määrää tuskin voidaan muuttaa nopeasti ja joustavasti. Vastaavasti voidaan argumentoida, että toiset ostopalvelutoiminnan edut kuten markkinajärjestys toteutuvat paremmin. Kunnan ostaessa esim. toisen terveysasemansa toiminnan, syntyy kilpailua ja vertailutilanne yksityisen ja julki-

sen terveysaseman välille. Toisaalta tällaista vertailua tehtäessä on otettava huomioon tasapuolisesti ne tekijät, joissa arvioidaan etuja ja haittoja aiheuttavat tekijät⁵².

Pelkästään todellisten ostajaorganisaatiolle aiheutuvien kustannusten arvioiminen esim. vertailtaessa ostopalvelu terveysaseman ja kunnan oman terveysaseman kustannuksia on vaikeaa. Esim. yksityisen yrityksen erilaiset käytännöt erikoissairaanhoidon käytössä verrattuna kunnan omiin käytäntöihin, voivat johtaa erikoissairaanhoidon kustannusten niin voimakkaaseen nousuun, että terveystoimen kokonaisuuden näkökulmasta kunnan oma toiminta on selvästi edullisempaa. (Rajala, Tammi & Meklin 2008: 142–147.)

Esitettyjen ostopalveluiden käytön etujen vastapainona voidaan määritellä ongelmia koskien julkisen sektorin ostopalveluiden käyttöä. Ongelmana voidaan nähdä se tosiasia, että kaikkien toimintojen osalta ei voida ostopalvelusopimuksessa määritellä palvelun laatua siten, että palvelu on valvottavissa ja varmistettavissa. Tällöin erityiseksi tarkastelukohteeksi voidaan nostaa sopimussuhteen kesto ja laatu eli luottamuksen asema sopimuksellisuudessa ja sopimussuhteessa. Muita ongelma-alueita ovat ostopalveluiden käytön vaikutukset työntekijöiden asemaan. Kansainvälisten kokemusten perusteella on esitetty arvioita, että raskaimman taakan ostopalveluilla haettavasta tehokkuudesta kantaa henkilöstö, jonka työehdot saattavat huonontua. Dombergerin esittämää arviota ostopalveluiden kautta saatavista keskimäärin 20 % säästöistä on myös kritisoitu. Todelliset säästöt on arvioitu huomattavasti pienemmiksi, 6–14 %. (Domberger 1998: 165–172; Hyyryläinen 2004: 143–144; sopimuksista ja sopimuksellisuuden tasoista tarkemmin esim. Hyyryläinen 2004: 92–118.)

Arvioitaessa henkilöstön asemaa, esim. jos henkilöstö siirtyy kilpailuttamisen jälkeen yksityisen palvelutuottajan palvelukseen, eri maiden kokemukset ovat hyvin erilaisia. Henkilöstön asemaan ja palkkaukseen vaikuttaa mm. toimiala ja työn vaativuus. Negatiivisimmat vaikutukset koskevat siivouspalveluiden ja jätehuollon henkilöstöä. Terveystoiminnan henkilöstön asema voi parantua esim. työhön liittyvien vaikuttamismahdollisuuksien kehittymisen myötä. (Haatainen 2005: 101–113.) Arvioitaessa kilpailuttamisen vaikutusta terveydenhuollon hen-

⁵² Tällaisen vertailun tekemiseen vaikuttavat esim. johdon toimintavapaus (uusi toimija voi aloittaa ns. puhtaalta pöydältä), työlainsäädäntö, henkilöstörakenne, henkilöstön ikärakenne, toiminnassa painotettavat tekijät (esim. hinta – laatu), vyörytettävät kustannuserät (hallinto, tilakustannukset), potilaiden hoidon tarpeen luonne ja sosio-ekonominen tausta, hoidon vaikuttavuus, asiakastyytyväisyys (myös imagon merkitys) jne. Lisäksi vertailun tulisi tapahtua useamman yli kahden vuoden aikajänteellä.

kilöstitön asemaan on otettava huomioon eri maiden työlainsäädäntö ja terveydenhuollon asema työmarkkinoilla.

Ostopalveluihin liittyy myös kysymys demokratiasta ja siihen liittyvästä vastuunkannosta. Toisaalta ostopalveluiden käytön on pelätty heikentävän julkisesti tuotettuihin palveluihin liittyviä julkisen sektorin arvoja. (Domberger 1998: 170–171.) Yksi näkökulma asiaan on palveluiden tarkka yksilöinti/tuotteistaminen ostopalvelusopimuksessa. Julkisen sektorin työntekijä voi palvella asiakasta monipuolisemmin ilman sopimukseen liittyviä tarkkoja ehtoja. Tähän keskusteluun liittyy käsitys julkisen sektorin työntekijöiden motiiveista ja markkinoiden puuttumisen merkityksestä julkisen sektorin toimintaan. Kriittisen näkökulman asiaan tarjoaa julkisen valinnan koulukunta.

Ostopalveluiden käyttöön eivät vaikuta pelkästään organisaation halu ja valmius käyttää ostopalveluita. Kansainväliset kokemukset sosiaali- ja terveystalvetaista viittaavat siihen, että kilpailu ja markkinat sekä palveluiden tarjonta eivät synny pelkästään avaamalla julkisen sektorin monopoli yksityisille tuottajille. Jos kilpailuvia tuottajia ei synny, tarvitaan julkisen sektorin aktiivista elinkeinopolitiikkaa. Markkinoiden lisäksi tarvitaan julkisen sektorin luomat mekanismit markkinahäiriöitä ja epätervettä kilpailua vastaan. (Lehto 2003b: 40.)

Niiranen (2001: 27) arvioi, että parhaiten ostopalveluita ja kilpailutusta voidaan soveltaa sellaisiin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin, joita voidaan tuotteistaa ja joiden vaikutukset ovat suoria ja helposti arvioitavia. Lisäksi voidaan katsoa, että kilpailuttaminen sopii palveluihin, joissa käyttäjillä on kyky arvioida palveluja ja todellinen mahdollisuus valita tarjolla olevien palveluiden välillä. Selvitys kiinnittää huomiota siihen, että sosiaalista tukea ja verkostoja ei voi tuotteistaa, joten ne eivät ole kilpailutettavissa. (Niiranen 2001: 27.)

3.4.2 Ohjattavuus

Ohjaus ja ohjattavuuden kehittäminen voidaan määritellä hallintotieteiden soveltamassa laajassa teoriakentässä hyvin erilaisin painotuksin. Käytettäessä NPM:n viitekehystä korostuvat johtajien rooli, kontrolli ja tulostallaus sekä julkisen sektorin resurssien käytön tehostaminen. Lähtökohtaisesti taustalla on ajatus, että julkisen sektorin organisaatioissa on tehottomuutta ja turhia toimintoja. Tutkimuksen rajauksena ohjattavuus määritellään pyrkimykseksi kehittää julkisen sektorin organisaatioita sekä kontrolloida näiden organisaatioiden menojen kehitystä. Pyrkimyksellä julkisen sektorin organisaatioiden ohjattavuuteen on eri maissa, hallinnonaloilla ja – tasoilla eroja, kuten muillakin NPM-doktriinin osa-alueilla (Pollitt & Bouckaert 2004: 96–102).

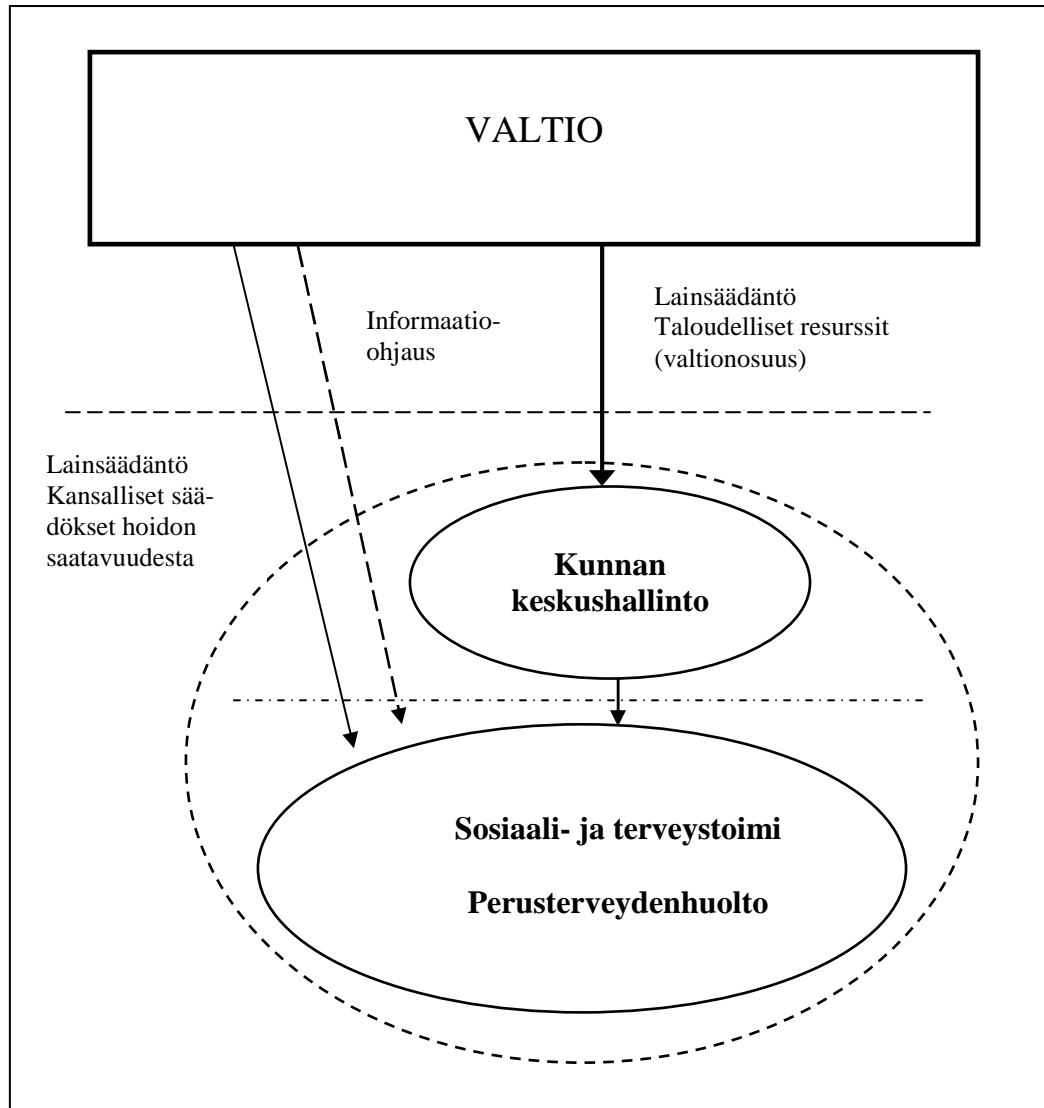
Ohjattavuus muodostuu johtamisesta ja kehittämistoiminnasta sekä toiseksi talou-
teen liittyvästä vallasta ja kontrollista. Ensinnäkin NPM-doktriini korostaa voi-
makasta päämäärätietoisten ammattijohtajien merkitystä organisaatioiden kehit-
tämiseksi. Toisen aspektin muodostavat valta ja kontrolli. Tällöin tarkastelun koh-
teena ovat kunnan poliittiset päätöksentekijät sekä johtavat viranhaltijat sekä hei-
dän asemansa ja toimintansa. NPM-doktriinin mukaan poliittiset päätöksentekijät
asettavat tavoitteet ja tulosvastuulliset virkamiehet toteuttavat tavoitteet parhaaksi
katsomillaan keinoilla.

Tarkasteltaessa ohjausta ja ohjattavuutta valtion ja kuntien suhteessa voidaan to-
deta, että valtion kuntiin kohdistama ohjaus on muuttunut normiohjauksesta in-
formaatio-ohjaukseksi. Sosiaali- ja terveystoimen osalta on purettu resurssiohjaus,
joka perustui valtionapujen jakamiseen kytkettyyn suunnittelujärjestelmään.
NPM:n doktriinin mukaan palveluiden järjestämisen muotoihin suhtaudutaan
joustavasti. Mikäli palveluiden tuottajan on yksityisen tai kolmannen sektorin
organisaatio, koskee ohjausproblematiikka myös näitä sektoreita. (Oulasvirta,
Ohtonen & Stenvall 2002.)

Tarkasteltaessa yksinkertaistetusti valtion ja kunnan ohjaussuhdetta voidaan asia
esittää kuvion 4. tavoin. Kuvio ei erittele valtion eri toimijoita kuten ministeriöitä
ja lääninhallituksia suhteessa kuntaan. Kunnan sosiaali- ja terveystoimen kannalta
tärkeitä valtion organisaatioita ovat sosiaali- ja terveysministeriö, lääninhallitus-
ten sosiaali- ja terveysosastot sekä informaatiota tuottava STAKES.

Valtion ja kunnan välinen ohjaussuhde sosiaali- ja terveydenhuollossa ja kunnan
taloudessa on muuttunut merkittävästi vuonna 1993. Kuntien lisääntyneen toimin-
tavapauden yhdessä informaatio-ohjauksen kanssa toivottiin antavan tilaa innova-
tiivisuudelle kuntien toiminnassa. Kuntien sosiaali- ja terveystoimeen kohdistuva
valtion valvonta on suuressa määrin jälkikäteistä ja passiivista kanteluihin rea-
goivaa. Kuntien palvelutuotannon monimuotoisuuden lisääntyminen on vaikeut-
tanut valvontaa. (Oulasvirta, Ohtonen & Stenvall 2002.) Tämän tutkimuksen
osakysymyksenä tarkastellaan primääristi kunnan sisäistä ohjattavuutta muuttu-
neessa toimintaympäristössä. Kunnan sosiaali- ja terveystoimi on kuitenkin ohjat-
tavuuden osalta edelleen valtion ohjauksen kohteena informaatio-ohjauksen muo-
dossa sekä lainsäädännön kunnille asettamien toimialan tehtävien osalta.

Valtionhallinnon harjoittamaa informaatio-ohjausta on kritisoitu heikosta vaikut-
tavuudesta ja informaatio-ohjauksen roolin selkeytymättömyydestä yleisen julki-
sen hallinnon tietotulvan joukossa. Toimijoiden roolit ovat selkiytymättömät eri-
tyisesti kunnissa. Parhaiten informaatio-ohjaus on onnistunut kuntien laatutyössä
sekä eräissä sosiaali- ja terveysministeriön toimialalla toteutetuissa hankkeissa.
(Stenvall & Syväjärvi 2006: 89–91.)



Kuvio 4. Ohjattavuuden ja ohjauksen pääpiirteet kunnan ja valtion välillä sekä kunnassa.

Suomen julkisella sektorilla ennen tulosohjauksen (ja NPM - termin) käyttöönottoa tulosjohtaminen toimi pitkään synonyymina NPM:n⁵³ periaatteiden mukaan

⁵³ Valtionhallintoa on Suomessa uudistettu NPM:n periaatteiden mukaisesti. Valtion ja kuntien välistä suhdetta on myös kehitetty uuden julkisjohtamisen periaatteiden mukaan. Valtio on myös toimillaan pyrkinyt edistämään tulosjohtamisen soveltamista myös kunnallishallinnossa. (Haveri 2002: 14).

kehitettävälle julkiselle hallinnolle⁵⁴. Tulosjohtamista käsittelevät teokset korostavat hallinnon (viranhaltijoiden) ja poliittisen päätöksenteon erottamista toisistaan. Tavoitteena on selkeyttää politiikan ja hallinnon välistä suhdetta ja luoda selkeä tehtävänjako. Ideaalimallissa poliittiset päätöksentekijät määrittelevät toiminta-ajatuksen ja strategiset päämäärät. Hallinnon operatiiviset asiat jäävät viranhaltijoiden vastuulle. (Möttönen 1997: 86–87.) Taulukko 6. esittää poliittisten päätöksentekijöiden ja viranhaltijoiden työnjaon tulosjohdetussa organisaatiossa.

Taulukko 6. Poliittisten päätöksentekijöiden ja viranhaltijoiden työnjako (Möttönen 1997: 86).

Poliittiset päätöksentekijät	Viranhaltijat
Toiminta-ajatuksen ja strategisten päämäärien määrittely	Omien yksiköiden toiminta-ajatusten ja päämäärien määrittely poliittisten päätöksentekijöiden toiminta-ajatusten ja päämäärien pohjalta.
Keskeisten tulosten määrittely	Keinojen valinta
Periaatepäätösten ja arvosidonnaisten päätösten tekeminen	Asioiden valmistelu, täytäntöönpano ja ratkaisut toimivallan rajoissa
Resurssien raamitus	Resurssien tarkempi jakaminen ja kohdentaminen sekä toiminta resurssien puitteissa
Tärkeimmistä investoinneista päättäminen	Investointien toteutus
Tulostavoitteiden seuranta ja arviointi	Tulosten seuranta ja arviointi oman toteutuksen osalta
Johtopäätösten tekeminen ja kehittämisstrategioista päättäminen	Toiminnan seuraaminen ja visioiden luominen luottamushenkilöille sekä itsensä kehittäminen

Taulukossa 6. esitetyllä jaolla operatiivisiin ja strategisiin toimintamalleihin viitataan liike-elämän toimintaperiaatteisiin. Tulosjohtamisen mukaan operatiiviset asiat ovat ainoastaan viranhaltijoiden vastuulla. Möttösen tulkinnan mukaan yleisemminkin markkinasuuntautuneet mallit ja managerialismi haluavat erottaa politiikan ja hallinnon toisistaan. (Möttönen 1997: 87, 92.)

⁵⁴ Esim. Möttösen (1997) lisäksi Niskanen (1997) on tarkastellut väitöskirjassaan terveydenhuoltoa tulosjohtamisen terminologialla ajanjaksolla, jolloin NPM ei ollut Suomessa yleisesti käytetty termi.

Edellä esitetty variaatio NPM:n perusmallin yksinkertaistetusta lähtökohdasta, poliittisista päätöksentekijöistä ja julkisen sektorin johtajista, joilla on vapaus johtaa, ei ole ongelmaton (Hood 1991: 4–7). Käytännössä johtajien toimintavapaus saavuttaa asetetut tavoitteet ei julkisella sektorilla, voi olla yhtä laaja kuin yksityisellä sektorilla. NPM:n teoriataustan lähtökohtana on, että julkisen sektorin johtajien ja työntekijöiden käyttäytymismallit johtavat tehottomuuteen. Tämän rajoittaminen edellyttää hyödykkeen tilaajan ja tuottajan erottamista sekä poliittista kontrollia. Keskeinen ongelma on joustavuuden ja kontrollin tasapaino. (esim. Foster & Plowden 1996: 46–60.)

Pollitt lähestyy edellä kuvattua ongelmaa hajauttamisen ja keskittämisen näkökulmasta. NPM:n perusmallia voidaan kritisoida käsitteen ja käytännön sovellutusten sisältämistä ristiriitaisuuksista ja epäjohtonmukaisuudesta. Suhde hajauttamiseen on Pollittin mukaan ongelmallinen. Yhtäältä johtamismalli suosittaa hajauttamista eli toimivallan siirtämistä paikallisille toimijoille. Toisaalta mallin käytännön sovellutukset NPM:n perusmallin maissa ovat edellyttäneet tiukempaa keskusjohton poliittista ja virkamieskontrollia hallinnon alayksiköihin, pyrittäessä tehokkuuteen ja kustannussäästöihin. (Pollitt 1993: 115–118.)

Möttösen johtopäätös empiirisen tutkimuksen perusteella suuren ja pienen kunnan teknisen toimen sekä sosiaali- ja terveystoimen valtasuhteista ja työnjaosta on, että tulosjohtamisen suositusmalli (taulukko 6.) ei toteutunut. Poliittiset päätöksentekijät katsoivat tarpeelliseksi osallistua myös operatiiviseen päätöksentekoon. (Möttönen 1997: 350–351.)

Ohjattavuus merkitsee kunnan poliittisten päätöksentekijöiden todellista kykyä ohjata sekä kontrolloida eri toimialojen kehitystä. Tähän liittyy mahdollisuus tarvittaessa muuttaa eri toimialojen rakenteita vastaamaan asetettuja tavoitteita. Edellä mainittu voi merkitä ristiriitatilannetta toimialojen johtavien virkamiesten ja korkean professionalismin omaavien viranhaltijoiden kanssa. Suomessa poliittisen ohjauksen ja kunnallistalouden ohjattavuuden ongelmaksi voidaan arvioida kuntien mahdolliset talousvaikeudet ja toisaalta lakisääteiset palvelut, joita kuntien tulee tuottaa kaikissa taloudellisissa tilanteissa.

Ohjattavuuden tarkastelu empiirisesti kunnallishallinnossa voi tapahtua kolmella tasolla: kunnan keskushallinto, toimialat ja toimialojen tulosalueet/vastuualueet. Tässä tutkimuksessa hallittavuutta tarkastellaan toimialan eli kaupunkien sosiaali- ja terveystoimen tasolla. Vastuualueiden kuten vastaanottotoiminnan / kansanterveystyön tarkastelu erillisenä kokonaisuutena ei ole tarpeellista tai edes mahdollista, koska vastuualueen ohjattavuus on voimakkaasti yhdistynyt koko sosiaali- ja terveystoimen kehitykseen. Vastuualueiden tai maantieteellisten väestövastuualueiden ohjattavuutta tarkastellaan erityiskysymyksenä, mikäli tämä on perustelua

koko toimialan näkökulmasta tai erityisesti perusterveydenhuollon näkökulmasta. Taulukko 7 esittää tiivistelmän ohjattavuuden tasoista sekä pääasialliset toimijat kunnallishallinnossa.

Taulukko 7. Ohjattavuuden tasot ja pääasialliset toimijat kunnallishallinnossa.

	Keskushallinto	(Sosiaali-) ja terveystoimi	Avoterveydenhuolto (vastaanotto toiminta)
Hallinnon taso ja vastuu	Koko kaupungin hallinto (konserni) Yleinen ja erityinen lainsäädäntö	Toimiala Lainsäädännössä asetetut tehtävät Kaupunginvaltuuston asettamat tavoitteet	Tulosityksikkö Kaupunginvaltuuston ja lautakunnan asettamat tavoitteet
Primääriset toimijat	Kaupungin johtavat virkamiehet Poliittiset päätöksentekijät	Toimialan johtaja Lautakunta (ja mahdolliset lautakunnan jaokset)	Johtava lääkäri

Ohjattavuuteen kunnan ja toimialojen tasolla vaikuttavat mm. seuraavat tekijät, joiden käytännön merkitystä tarkastellaan tarkemmin tutkimuksen empiirisessä osuudessa:

- Kunnallistalous
- Väestörakenne ja rakennemuutos
- Poliittisten puolueiden voimasuhteet

Tarkasteltaessa sosiaali- ja terveystoimen näkökulmasta ohjattavuutta, voidaan eritellä seuraavia tekijöitä, jotka otetaan huomioon tarkastelussa:

- Toimialan suhde kaupungin poliittiseen - ja virkamiesjohtoon
- Hallinnon kehitys:
 - koko kaupungin hallintoa koskeva kehitys
 - toimialan sisäinen kehittäminen
- Taloudellisten resurssien kehitys sosiaali- ja terveystoimessa
- Sosiaali- ja terveystoimessa mahdollisesti ilmenevät sisäiset jännitteet. Esim. aikaisemmin erillisinä toimialoina olleiden sosiaalitoimen ja terveystoimen kulttuurierot.
- Sosiaali- ja terveystoimen sekä perusterveydenhuollon johdon vaikutus kehitykseen

Esitetyistä ohjattavuuteen liittyvistä tekijöistä sosiaali- ja terveystoimen mahdolliset sisäiset jännitteet, johtuen aikaisemmin kahtena toimialana toimineiden sosiaalitoimen ja terveystoimen yhdistämisestä, on tutkimuksen kohteena olevan toimialan erityispiirre. Sosiaalitoimen ja terveystoimen yhdistämiseen on yleensä liitetty ongelmaksi kahden hyvin erilaisen organisaatiokulttuurin yhdistäminen sekä yhdistymisprosessin kautta syntyvät ongelmat (Taskinen 2005). Toimialojen yhdistämisestä syntyvät ongelmat voivat vaikuttaa pitkään.

Johdon vaikutus kehitykseen ja kehittämiseen tarkoittaa johtavien viranhaltijoiden henkilökohtaisia näkemyksiä tarpeellisesta kehityksen suunnasta. Toisaalta johdon merkitys sisältää myös toimialan johdon vaihtuvuuden. Toimialan johdon usein tapahtuva vaihtuminen saattaa vaikuttaa merkittävästi kehittämishankkeisiin.

Ohjattavuuden kehittämisen rajat muodostavat ne kunnallisen päätöksenteon reaaliset rajoitteet, joihin kunnan päätöksentekijät eivät voi vaikuttaa. Kunnan toimintaympäristössä tällaisten tekijöiden määrä on verrattain suuri. Keinojen rajoitteita ovat lainsäädännössä kunnille asetetut velvoitteet ja palveluiden järjestämistä, laatua ja määrää koskeva lainsäädäntö. Peruspalveluiden osuus kuntien menoista oli vuonna 2007 noin 75 % (Myllymäki 2007: 205). Julkisen talouden erityispiirteisiin kuuluu tulojen voimakas sidonnaisuus talouden suhdannevaihteluihin. Kuntien menot ovat huomattavasti hitaampia sopeutumaan tuloihin mm. lainsäädännössä asetetuista velvoitteista johtuen.

Tarkasteltaessa ohjattavuutta voidaan erottaa tähän vaikuttavat sisäiset ja ulkoiset tekijät. Ulkoisiin tekijöihin eli kunnan reaaliseen toimintaympäristöön, ei yksit-

täinen kunta pysty lyhyellä aikavälillä vaikuttamaan. Sisäiset tekijät on alue, jossa yksittäinen kunta voi toimia lainsäädännön antamien reunaehtojen mukaisesti. Tähän sisältyy mm. palveluiden järjestämisen muodot, johtavien viranhaltijoiden asema ja toimivaltuudet, kunnan toimialojen organisaatoratkaisut, ja yhteistyö muiden kuntien kanssa palvelutuotannossa.

Kuntien poliittisen- ja virkamiesjohdon aktiivisuuteen ohjattavuuden kehittämisessä 1990-luvulla voidaan arvioida vaikuttaneen ainakin viisi tekijää. Ensinnäkin kunnallistaloudet ovat joutuneet toimimaan supistunein taloudellisin resurssein 1990-luvun alun laman takia. Toiseksi osassa kuntia lama, taloudelliset rakenne- muutokset ja väestörakenteen muutosten vaikutukset ovat pysyviä tai vähintään pitkäaikaisia. Kolmanneksi valtion kattama osuus kuntien menoista valtionosuuk- sien muodossa on supistunut merkittävästi (esim. Lehto 2003: 135). Neljänneksi vuoden 1993 valtionosuusuudistuksen jälkeen kuntien päätäntävalta valtion- osuuksien käytöstä kasvoi. Valtionosuudet eivät olleet enää menoperustaisia eli kasvaneet menot eivät kasvattaneet valtionosuuksia. Viidenneksi kuntien toimin- tavapaus organisoida sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut kasvoivat vuoden 1993 valtionosuusuudistuksen myötä. Poliittisten päätöksentekijöiden mahdolli- suus vaikuttaa sosiaali- ja terveystoimen palvelutuotannon hallintoon kasvoi. Yleisesti voi arvioida, että kuntien taloudellisten resurssien pienentyessä ja re- surssien käytön rajoitusten vähennyttyä kuntien päätöksentekijöiden kiinnostus taloudellisten resurssien käytöstä luonnollisesti kasvoi.

Sosiaali- ja terveystointien organisaatiomuutoksista huomioitavaa on, että virasto- jen yhdistämisen määrä lisääntyi vuonna 1993 ja sen jälkeen⁵⁵. Syitä on esitetty useita, kuten kustannussäästöt, synergiaedut, muoti-ilmiö, osaamisen yhdistämi- nen ja palveluiden laadun parantaminen. Taskinen kiinnittää huomiota siihen, että Suomeen on syntynyt hyvin erimuotoisia sosiaali- ja terveystoimen organisaatioi- ta. Sosiaali- ja terveyslautakunnan yhdistäminen ei aina merkitse virastojen yhdis- tämistä. (Taskinen 2005: 22–36.)

Esimerkkinä kuntien halusta kehittää ohjattavuutta voidaan pitää myös kansanter- veystyön kuntayhtymien purkautumista. Kuntayhtymiä syytettiin usein niihin kohdistuneessa kritiikissä ns. isännättömiksi toimijoiksi, joissa jäsenkuntien rooli rajoittui pitkälti menojen kattamiseen. Kuntayhtymän purkautuminen mahdollis- taa kunnalle toimintavapauden kansanterveystyön organisoimisessa sekä mahdol- lisuuden suurempaan menojen kontrolliin. (Jylhäsaari 2001.)

⁵⁵ Taskinen (2005: 27) on koonnut sosiaali- ja terveyslautakuntien sekä sosiaali- ja terveystoimien yhdistämisten tiedot vuosilta 1973 – 2004.

Valtionosuusuudistusta on yleensä kiitetty kuntien menoja lisäävän menoauto-
maatin purkamisesta. Kriittisille huomioille on kuitenkin perusteluja. Vanhan
lainsäädännön taustalla oli halu perustaa kansalaisten yhdenvertaisuuden periaat-
teen toteuttamiseksi koko maan kattava palvelujärjestelmä. Toimintavapauden
lisäys ja valtionosuuksien korvamerkittämyys voidaan kritiikissä nähdä lähes it-
seisarvona. Valtionosuuslainsäädännön ja sen korjauksien voidaan arvioida sisäl-
täneen useita epäjohtonmukaisuuksia. Opetus- ja kulttuuritoimen sekä nuorisoi-
työn ja liikunnan valtionosuudet määräytyvät alkuperäisestä tavoitteesta poiketen
tai kuntien päätäntävalta menoista on minimoitu. Kuntien ns. toimintavapaus kos-
kee siis erityisesti sosiaali- ja terveystoimea. Toisaalta nykyisen tai vanhan järjes-
telmän mukaiset valtionosuudet eivät koskaan ole riittäneet kuntien sosiaali- ja
terveystoimen sekä opetus- ja kulttuuritoimen rahoittamiseen. Resurssien ja lain-
säädännön velvoitteiden ristiriitaisuudet voivat johtaa kuntien velvoitteiden tietoi-
seen laiminlyömiseen⁵⁶. (Myllymäki 2007: 295–298.)

Hallinto ja kehittämistoiminta

Alkuperäisenä anglosaksisessa muodossa NPM korosti tarvetta ”kesyttää kontrol-
loimaton” julkinen sektori ja sen toimijat eli byrokraatit. Kyseessä oli päämies –
agentti tulkinta toimijoiden suhteesta ja informaation kulusta niiden välillä (esim.
Niskanen 1971). Keinoja olivat johtajuuden sekä tulosvastuullisuuden korostami-
nen, tulostaus ja muut kontrollimekanismit sekä taloudelliset kannustimet.
Yleisesti tavoitteena oli julkisen sektorin ja talouden hallittavuuden parantaminen.
Johtamisen kehittäminen nähtiin korostetun tärkeänä tekijänä organisaatioiden ja
kokonaisten kansakuntien menestyksen kannalta. (Hood 1991; Pollitt 1993.)

NPM:n perusmallin voimakkaita keinoja ja tavoitteita sisältävästä johtamisesta
voidaan luokitella eri versioita. Manner-Euroopan maissa yleisesti sovelletussa
NPM:n mallissa, julkisen valinnan koulukunnan normatiivinen tavoite radikaalis-
ta julkisen sektorin supistamisesta, on saanut huomattavasti vähemmän painoar-
voa. NPM:n keinovalikoimaan soveltuvia johtamisen menetelmiä on kuitenkin
sovellettu. (Pollitt & Bouckaert 96–100.) Vähemmän normatiivisessa ja ideologi-
sesti sitoutuneessa NPM:n muodossa sovelletaan tulosohjausta ja muita NPM:n
toimintamalleja julkisen sektorin kehittämiseen, ilman voimakasta sitoutumista
julkisen sektorin supistamiseen.

NPM:n perusmallin toimintamalleihin on liitetty konsulttien käytön lisääminen
julkisen sektorin kehittämisessä. Konsulttien on katsottu tuovan julkiselle sekto-

⁵⁶ Myllymäki (2007: 296) käyttää termiä kuntatottelemattomuus.

rille yksityisen sektorin toimintamalleja, ideoita ja arvoja. Kriitikot ovat käyttäneet kehityksestä nimitystä ”konsulttikratia”, jolla lähinnä tarkoitetaan konsulttien liialliseksi kasvanutta valtaa julkisen sektorin kehittämisessä ja toimintapolitiikan linjauksissa. (Saint-Martin 1998: 319–322.)

Kuntien terveystalveluiden kehittäminen ja muutokset voivat sisältää esim. seuraavia tekijöitä:

- Organisaatiomuutokset
- Ostopalveluiden käytön lisääminen
- Yhteistoiminta lähialueen kuntien kanssa
- Johtamis- ja ohjausmallien kehittäminen (esim. tasapainotettu mittaristo, tilaaja – tuottajamallin sovellutukset, sopimusohjaus)
- Menojen leikkaukset (esim. terveysasemien lakkauttaminen ja yhdistäminen sekä henkilöstön määrän vähentäminen)

Organisaatiomuutoksien tavoitteet voivat koskea synergiaetujen tavoittelua, toiminnan tehokkaampia organisointimalleja tai uusien toimintamallien käyttöönottoa. Menojen leikkaukset voivat vaihdella melko pienistä säästöistä koko organisaatiota koskeviin merkittäviin säästöohjelmiin. Usein terveystoimen kehittäminen merkitsee useiden esitettyjen toimintamallien yhdistämistä.

Kuten useimmat NPM:n toimintamallit, ei konsulttien palveluiden käyttö sosiaali- ja terveystoimen johtamisen, organisaation ja toiminnan kehittämiseen ole uutta⁵⁷. Ideaalimallissa konsulttien toiminnan tavoitteena on vaikuttaa tai neuvoa asiakkaan mahdollista toimintaa, jotta saavutetaan kehitystä halutulla toiminnan alueella. Konsultilla ei ole virallista auktoriteettia tai konsultti päättää olla käyttämättä auktoriteettia mikä hänellä on. (Cockman, Evans & Reynolds 1992: 3.)

Konsulttien käytössä on kyse prosessista, jonka vaiheista on esitetty erilaisia versioita. Konsultin ja asiakkaan ongelmanratkaisuprosessin aktiviteettitaso voi vaihdella ei ohjaavasta – ohjaavaan konsultointiin. Ensimmäisessä ääripäässä konsultti nostaa esille kysymyksiä peilattavaksi. Aktiivisimmassa mallissa konsultti ehdottaa ohjeellisia malleja tai ohjaa ongelmanratkaisuprosessia. Onnistuneen konsultin käytön edellytyksenä pidetään yleensä luottamusta ja vuorovaikutusta. (Cockman, Evans & Reynolds 1992: 6, 12–14; Roodhooft & Abbeele 2006:

⁵⁷ Yleisimpiä konsulttien käytön syitä sekä julkisen ja yksityisen sektorin johdolla on neljä: 1) tarve vähentää työtaakkaa; 2) tarve lisätä tietämystä ja osaamista alueilla, joilla asiantuntemusta ei ole omassa organisaatiossa; 3) tarve saada kolmas osapuoli organisaatioon, jolla on riippumaton tai objektiivinen näkemys; 4) konsultit toimivat muutosagenteina (agents of change) (Roodhooft & Abbeele 2006: 493).

492–494.) Konsulttien vaikutusvalta NPM:n doktriiniin mukaisiin uudistuksiin esim. Isossa-Britanniassa ja Kanadassa voidaan päätellä olleen paljolti riippuvainen instituutionaalista ja poliittisista prosesseista. Konsulttien rooli voi olla merkittävimmillään konsulttien avustaessa keskeisten poliittisten päätöksentekijöiden tietotarvetta. (Saint-Martin 1998: 347–348.)

Suomen kuntien sosiaali- ja terveystoimen organisaatiota ja toimintamalleja on kehitetty myös konsulttien palveluiden avulla. Konsultin palkkaaminen voidaan nähdä yhtenä kunnan keskushallinnon keinona etsiä keinoja kehittää sosiaali- ja terveystoimea sekä etsiä vaihtoehtoisia palvelutuotannon järjestämismalleja. Konsultin toimeksianto voi sisältää myös tavoitteita säästötoimista sosiaali- ja terveystoimessa. Huomionarvoista tällöin on, kuka on konsultin asiakas.

Suomessa NPM-doktriinin mukaisen julkisjohtamisen voidaan katsoa kehittyneen 1980-luvun tulosjohtamisesta ja tämä johtamisopin suomalaisista sovellutuksista. Tulosjohtamista täydennettiin mm. strategisen johtamisen menetelmillä. Itkonen (2005: 353–354) tiivistää johtamisen kehityksen näkemykseen, jonka mukaan tulosjohtamisen peruselementit voidaan edelleen tunnistaa Suomen terveydenhuollosta, mutta keskeiseen asemaan ovat nousseet strateginen johtaminen ja erilaiset laadun hallinnan menetelmät.

Terveydenhuollossa muun julkisen sektorin ohella käyttöön otettu tulosjohtaminen ei toteutunut ilman ristiriitoja. Ylimmän johdon merkitystä korostettiin uudistusten alkuvaiheessa. Samalla kuitenkin korostettiin osallistuvia johtamismenetelmiä, jossa sairaaloiden ja terveyskeskusten henkilökunta otettiin enemmän mukaan kehittämistoimintaan ja päätöksentekoon. Tämän kehityksen taustalla oli tulosohjauksen peruslähtökohta, jossa johtamiseen liitetään käskemisen sijasta sopiminen. (Itkonen 2005: 353.) Puhdasoppiseen NPM:n ei sisälly lähtökohtaisesti työntekijöiden osallistuminen päätöksentekoon. Tulostavoitteet yhdistettynä tulossopimukseen ja taloudellisiin kannusteisiin ovat osa keinovalikoimaa. Toisaalta käskeminen ja päätöksenteko ilman työntekijöiden osallistumismahdollisuuksia, ei yleensä toimi organisaatioissa, joiden työntekijöiden professionaalinen status on korkea.

3.4.3 *Strategisuus*

Strategisuudella tarkoitetaan tässä tutkimuksessa pitkäjänteistä tavoitteellista toimintaa, jossa suunnittelun aikajänne asetetaan selvästi kauemmas, kuin päivittäinen operatiivinen toiminta edellyttäisi. Tämän tutkimuksen tutkimuskohde eli terveydenhuolto on toimiala, jossa strategisuuden tärkeys on erityisen korostunut. Terveydenhuollossa ja myös perusterveydenhuollossa nopeat ja suunnittelemaat-

tomat muutokset eivät yleensä ole mahdollisia tai toivottuja mm. toiminnan laajuuden ja henkilöstön korkean koulutustason takia.

Kuntien toimintoihin ja siten kuntien organisaatioiden kykyyn harjoittaa strategisuutta koko kunnan tai yksittäisen toimialan tasolla, ovat vaikuttaneet kuntien reaalisen toimintaympäristön muutokset. Strategisuus kunnan sosiaali- ja terveystoimen toiminnassa, liitettynä NPM:n kontekstiin, tarkoittaa laajempaa käsitettä kuin strateginen johtaminen. Strateginen johtaminen on tuloksellisuuden seurannan lisäksi keskeinen osa kaikkien organisaatioiden toimintaa. Strategisuus sisältää työkalunaan mm. tasapainotetun mittariston. Käsitteet ovat mainitusta erosta huolimatta sisällöltään lähes yhteneviä.

Kuntien tulee laatia laissa määritellyt suunnitteluasiakirjat, jotka liittyvät lähinnä kunnallistalouteen. Kunnan sosiaali- ja terveystoimen strategisuuteen (kuten ohjattavuuteen) vaikuttavat kuitenkin valtion kunnille asettamat tehtävät ja kuntien luonne itsehallinnollisina yksikköinä, joiden päätöksenteko perustuu kunnalliseen demokratiaan.

Suunniteltaessa organisaatioiden pitkän aikavälin kehitystä strateginen johtaminen on keskeinen työväline organisaatioiden toiminnan kehittämiseen sekä julkisella että yksityisellä sektorilla. Yleisesti strategiassa on kyse pitkän aikavälin suuntaviivojen asettamisesta organisaation kehitykselle siten, että organisaatio parhaiten hyödyntää käytävissä olevia resursseja asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi. (Johnson & Scholes 2002: 1–26.)

Strateginen johtaminen erottuu operatiivisesta johtamisesta mm. siten, että strateginen johtaminen koskee koko organisaatiota ja sen perustoimintoja. Monimutkaisia kokonaisuuksia pyritään hallitsemaan pitkällä aikavälillä epävarmassa toimintaympäristössä. (Johnson & Scholes 2002: 15–16.) Koska organisaatiot toimivat yhä enemmän muuttuvassa toimintaympäristössä, voi strateginen suunnittelu ja valmistautuminen prosessina, olla hyödyllisin aspekti strategista johtamista. Strategiaa ei välttämättä voida toteuttaa, mutta saavutetun tietopohjan ja organisaation ansiosta sopeutuminen uuteen tilanteeseen on helpompaa. Tässä strategisen johtamisen mallissa organisaation johtajien merkitys korostuu. (Mintzberg, Ahlstrand & Lampel 1998.)

NPM:n voidaan tulkita sisältävän ristiriidan strategisen johtamisen ja yleensä pitkän aikavälin suunnittelun osalta. Markkinamekanismin voimakas hyödyntäminen ja keskittyminen enemmän lyhyen ja keskipitkän aikavälin toimintaan voi heikentää mahdollisuuksia strategiseen johtamiseen julkisella sektorilla. Pyrittäessä yritysmaiseen toimintaan halutaan purkaa byrokraattisuuteen yleensä liitettävä pysähtyneisyys ja muuttaa julkinen sektori joustavammaksi. Lähestymistapa

saattaa johtaa ristiriitaisiin tilanteisiin useilla julkisen sektorin perinteisillä toiminta-alueilla, jossa pitkän aikavälin strategista suunnittelua ja resurssien ylläpitämistä, on yleensä pidetty yhteiskunnan toiminnan kannalta välttämättömänä. (esim. Foster & Plowden 1996: 56–57.) Kysymykseksi nousee NPM ja erityisesti sen perusmallin soveltamisen rajat julkisen sektorin toiminnassa.

Julkisen sektorin strateginen johtaminen muodostaa erityisen toimintaympäristön verrattuna yksityisen sektorin strategiseen johtamiseen. Julkisen sektorin organisaatioiden taloudellisista resursseista päätetään useimmiten poliittisen prosessin kautta. Poliitiikkaan liittyvät myös ideologiset näkökannat. Päätöksentekoon resursseista liittyy kilpailu niistä. Monessa julkisen sektorin organisaation toiminnassa kilpailun voidaan katsoa ilmenevän ainoastaan kilpailuna poliittisen prosessin kautta jaettavista taloudellisista resursseista. Tulosten painottumisen myötä julkisen sektorin organisaatioiden strategisen yhteistyön merkitys on kuitenkin kasvanut. Monella toimialalla vain organisaatioiden yhteistyöllä voidaan kehittää palveluita. Julkisen sektorin perinteisenä ongelmana nähty johdon toimivallan ja kannusteiden rajallisuus on muutoksen kohteena. (Johnson & Scholes 2002: 28–29; Salminen 2004: 90–92.) Organisaatioiden yhteistyöstä erinomaisia esimerkkejä ovat ne moniammatillista osaamista vaativat palvelut, joissa sosiaali- ja terveyshoitojen yhteistyö on välttämätöntä⁵⁸.

Kunnallishallinnon (paikallishallinnon) organisaatioiden ongelmana voivat Johnsonin ja Scholen (2002: 28–29) mukaan olla resurssit, mikäli strateginen johtaminen ilmenee ainoastaan tavoitteena tuottaa enemmän pienemmin resurssein. Tuottaa enemmän vähemmällä on yksi NPM:n perusmallin periaatteista (esim. Hood 1991: 5).

Rannisto (2005) on kuntien strategista johtamista käsittelevässä väitöskirjatutkimuksessaan tuonut esille NPM:n vaikutuksen julkisen sektorin johtamiseen sekä strategisen johtamisen tarpeen. Strategisen johtamisen tarve on tutkimuksen mukaan tunnustettu kunnissa, mutta tämä ei kuitenkaan näy käytännön toiminnassa. Tutkimuksen mukaan tutkittujen Seinänaapurikuntien⁵⁹ strateginen johtaminen muotoutui kunnanjohtajien persoonallisten mieltymysten mukaan. Rannisto kiinnittää huomiota siihen, että kuntien keskushallinnon sekä kunnanjohtajan rooli strategisena johtajana on kasvanut.

⁵⁸ Esim. kotisairaanhoidon ja päihdeongelmaisten hoito.

⁵⁹ Ranniston tutkimuksen kohteena oli seitsemän kuntaa, joiden väkiluku vaihteli vuonna 2002 Seinäjoen n. 31000 asukkaasta Perä-Seinäjoen hieman alle 3700 asukkaaseen. Seinäjokea lukuun ottamatta muiden kuuden kunnan väkiluku oli alle 11800 asukasta. (Rannisto 2005: 110–112.)

Tarkasteltaessa strategista johtamista koko kunnan tasolla ja toisaalta sosiaali- ja terveystoimen (erityisesti perusterveydenhuollon) tasolla voidaan havaita mahdollinen ristiriitojen lähde. Kysymys on siitä, kuinka kunnan strategiseen johtamiseen sovitetaan yksittäisen, mutta menoiltaan suuren, sosiaali- ja terveystoimen strateginen johtaminen. Tällöin keskeisiksi kysymyksiksi nousevat koordinaatio ja informaation kulku.

Tasapainotettu mittaristo (Balanced Scorecard; BSC) on tällä hetkellä merkittävässä asemassa kehitettäessä Suomen julkisen terveydenhuoltojärjestelmän strategista johtamista ja tulostamista. Tasapainotettu mittaristo sellaisenaan oli ensimmäisiä yrityksiä ottaa johtamiseen mukaan myös muita, kuin taloudellisia tulostimittareita. Tavoitteena on luoda organisaation johdolle työväline strategiseen johtamiseen tuottamalla yksinkertainen mutta kokonaisvaltainen käsitys organisaation tilasta. Mallissa pyritään käyttämään moniulotteisia, mutta keskenään yhteensopivia tulostimittareita. Mittariston kehittäjien Robert S. Kaplanin ja David P. Nortonin ensisijaisena kohteena olivat liikeyritykset, mutta se soveltuu mallin kehittäjien mukaan myös julkisen sektorin organisaatioille. Menojen ja budjetin asettamat rajoitteet ja mahdollisuudet eivät ole kirjoittajien mukaan julkisten organisaatioiden pääasiallinen tavoite. Julkisen sektorin organisaatioiden pääasiallisten tavoitteiden tulisi olla, kuinka tehokkaasti ja vaikuttavasti organisaatiot pystyvät vastaamaan palveluiden käyttäjien (asiakkaiden) ja valitsijakunnan (constituencies) asettamiin tavoitteisiin. (Kaplan & Norton 1996; Itkonen 2005: 354–355; Linnakko 2005: 323 ks. myös Määttä & Ojala 2000.)

3.4.4 *Tuloksellisuus*

Tuloksellisuus⁶⁰ on organisaation kykyä asettaa merkityksellisiä tavoitteita sekä kykyä seurata ja edistää näiden tavoitteiden toteutumista. Tämän tutkimuksen käsitteenä tuloksellisuus on enemmän kuin pelkkää tekninen tulostimittaus. Tulostimittaus voi olla myös johtamisen tekninen apuväline, jolla organisaation tuloksellisuutta voidaan tietyiltä osin arvioida.

Pyrkimys tuloksellisuuteen ja tulostimittaus ei ole uusi julkisen hallinnon työväline. Tulostimittauksen voidaan katsoa olevan hallinnon välineenä yhtä vanha kuin itse julkinen hallinto. Johtamisen välineenä tulostimittaus kuuluu kaikkien organisaatioiden toimintaan. Johtaminen edellyttää informaatiota organisaation toiminnan tuloksellisuudesta. (Pollitt & Bouckaert 2004: 90.)

⁶⁰ Tiivis esitys tehokkuudesta ja tuloksellisuudesta julkisella sektorilla Vakkuri (1998: 11–12).

Tuloksellisuuden ja suoritusten mittauksen menetelmät ja funktio eli tavoitteet ovat muuttuneet yhteiskunnallisen ja julkisen hallinnon kehityksen ja uudistusten myötä. Tulostittauksen korostaminen voidaan liittää uusiin tulostittauksen menetelmiin ja välineisiin, sekä ennen kaikkea haluun nostaa julkisen sektorin tehokkuutta. NPM:n kontekstissa tulostittauksen funktion voidaan katsoa muuttuneen enemmän valvontaan ja kontrolliin. Tulostittarit ovat perinteisesti olleet julkisten organisaatioiden johdon apuvälineitä ja toisaalta organisaation tuloksellisuuden seurannan ja ohjauksen apuvälineitä poliittisille päätöksentekijöille tai ylemmille organisaatiotasolle. Tulostittauksen muodonmuutoksen selittää NPM (Pollitt & Bouckaert 2004: 90–93).

Julkisen sektorin tulostittauksen 1990-luvulta lähtien kehittyneitä menetelmiä ovat mm. palvelusitoumukset. Kansainväliseen tietoisuuteen palvelusitoumukset toi Ison-Britannian Citizen's Charter ohjelma vuonna 1991. Yksinkertaisimmillaan palvelusitoumukset ovat kansalaisille (eli NPM terminologian mukaan asiakkaille) annettuja sitoumuksia siitä, kuinka nopeasti puhelimeen vastataan tiettyssä julkisen hallinnon organisaatiossa⁶¹. Suomessa terveydenhuollossa palvelusitoumuksien voidaan katsoa ilmenneen koko maan tasolla esim. kansallisen terveysthankkeen yhteydessä. Hanke asetti 1.3.2005 lähtien kuntien kiireettömille terveysthankkeille tiettyjä aikarajoja esim. hoidon tarpeen arvioimisesta ja puhelinthankkeiden saatavuudesta (STM 2004a).

Tuloksellisuus ja kunnat

Kunnissa valtuusto päättää toiminnan ja talouden keskeisistä tavoitteista. Kunnanhallituksen on puolestaan annettava toimintakertomuksessa selvitys tavoitteiden toteutumisesta. Tarkastuslautakunta arvioi ja valvoo osaltaan tavoitteiden saavuttamista. Tarkastuslautakunnan tehtäviin kuuluu myös arvioida, ovatko tulostittarit hyväksyttäviä. (Myllyntaus 2002: 70; Myllymäki 2007: 306, 323–324) Tarkastuslautakunnat tulivat pakollisiksi kunnissa vuoden 1995 kuntalaissa. Lakiin liittyen käytiin keskustelua siitä, mitkä ovat sitovia tavoitteita. Myllyntaus toteaa, että kyse on sitovuusasteesta. Tämä määräytyy sen mukaan, kuinka rajatusti tulostavoite määritellään. Toisin sanoen se, kuinka tarkasti ja numeerisin arvoin tulostavoite määritellään, vaikuttaa tavoitteen sitovuuteen. (Myllyntaus 2002: 70–71.)

⁶¹ Ison-Britannian Citizen Charter ohjelmasta ja tämän jälkeen kehitetyistä palvelusitoumuksista, laatuhankeista sekä hankkeisiin liittyneestä kriittisestä keskustelusta esim. Lumijärvi ja Jylhäsaari (1999: 146–160).

Kunnallisen työmarkkinalaitoksen (2000: 1) suosituksen⁶² mukaan kunnan palvelutoiminnan tulostavoitteissa ja tulosten seurannassa tulisi huomioida neljä tuloksellisuuden osatekijää: 1) palveluiden (kustannus)vaikuttavuus, riittävyys ja kohdentuvuus; 2) palvelujen laatu ja asiakastyytyväisyys, palvelujen saatavuus ja palveluyksiköiden keskinäinen yhteistyö; 3) tuottavuus, taloudellisuus ja palveluprosessien sujuvuus; 4) henkilöstön aikaansaannoskyky, kuten osaaminen innovatiivisuus, viihtyvyys, työmotivaatio ja työkyky. Olennaista edellä esitetyssä suosituksessa on sen perustuminen tasapainotettuun mittaristoon (BSC). Edelliseen vuodelta 1989 olevaan suositukseen verrattuna tulosindikaattoreiden määrä on kasvanut ja henkilöstön eli henkilöstövoimavarojen tilaa kuvaavien indikaattoreiden määrä on huomattavasti monipuolistunut. Kokonaisuutena tuloksellisuuden arviointi halutaan kytkeä tiiviimmin kuntien suunnittelu- ja seurantajärjestelmiin. (Kunnallinen työmarkkinalaitos 2000: 1.) Valtionhallinnon tulostuloksensa käsitteellisenä tulosindikaattoreiden käyttö on perustelua tulosindikaattoreiden tunnetuista ongelmista huolimatta, mikäli tulosindikaattorit ovat selviä, kuvaavia ja mitattavia (Salminen 2005: 45).

Vaikka julkisen sektorin toiminnan tulostuloksensa pidetään yleensä selvästi ongelmallisempina tai haastavampana tehtävänä kuin yksityisen sektorin, on tulostuloksensa hyödyistä selviä tutkimustuloksia. Julkisella sektorilla toteutetun tulostuloksensa positiivisia vaikutuksia ovat empiirisen tutkimuksen mukaan mm. se että tulostuloksensa luo läpinäkyvyyttä organisaatioiden toimintaan. Tähän liittyvät mm. kustannustiedot ja mahdollisesti toiminnassa aloitettavat rationalisointitoimet, mikäli tähän havaitaan tarvetta. Tulostuloksensa katsotaan myös luovan kannusteita tuotoksen (output) lisäämiseen. Edellisen lisäksi tulostuloksensa voidaan nähdä eleganttina keinona muokata tulostuloksensa vastuullisuutta. Julkisten organisaatioiden tehtävien muodostuessa yhä monimutkaisemmiksi, on organisaatioiden autonomian lisääminen usein tarpeellista. Autonomiaan liitetään tulostuloksensa vastuu, jota voidaan muokata mm. tulostuloksensa eri keinoilla. (de Bruijn 2002: 579–581.)

Kriittisiä huomioita tulostuloksensa julkisella sektorilla

Julkisen sektorin tulostuloksensa on tuotu esille lukuisia ongelmia. Esim. tulostuloksensa kuvaavien indikaattoreiden liiallisesta käytöstä voi aiheutua merkittävä määrä negatiivisia muutoksia julkisen sektorin organisaatioiden johtajien toimin-

⁶² Suositus korvaa Kunnallisen työmarkkinalaitoksen vuonna 1989 annetun kunnallisen palvelutoiminnan tulostuloksensa arviointia koskeneen suosituksen. Uuden suosituksen todetaan selkiyttävän käsitteistöä ja lisäävän arviointiin strategisen ulottuvuuden. Vuoden 1989 suosituksen perustaa pidetään kuitenkin edelleen käyttökelpoisena. (Kunnallinen työmarkkinalaitos 2000: 1.)

taan. Tulostittauksen ongelmaksiksi on mainittu se, että tulostittaus voi kannustaa esim. seuraaviin käyttäytymismalleihin 1) tunnelinäkö eli keskittymisen vain tulostittattuihin alueisiin; 2) alioptimointi: johdon keskittymisen rajattuihin tavoitteisiin strategisten tavoitteiden kustannuksella; 3) likinäköisyys: keskittymisen lyhyen aikavälin kysymyksiin pitkän aikavälin kriteerien kustannuksella, joiden tulokset näkyvät vasta useiden vuosien päästä; 4) konvergenssi: tavoite olla erotuva tai huomiota kiinnittävä missään tulostittarissa erinomaisuuden tavoittelun sijasta; 5) luutumisen: uusien tai innovatiivisten metodien välttely; 6) ”gaming” eli käytöksen muuttaminen strategisten etujen saavuttamiseksi; 7) Asioiden esittäminen sopivasta näkökulmasta (misrepresentantion, tähän liittyy myös luova kirjankäyttö ja petokset).⁶³ (Smith 1993: 227–241.)

Toimiakseen NPM edellyttää julkisen sektorin toiminnan tulostittauksen kehittämistä⁶⁴. Tulostittauksen laajenemiseen on liitetty useita vaaroja. Kriitikot katsovat, että useiden julkisen sektorin organisaatioiden toiminnot ovat sellaisia, että niitä ei voida tarkasti mitata. Tällöin vaarana on, että tulostittaus kohdistuu epäolennaisiin tekijöihin. Tähän liittyy se riski, että luodaan harhaanjohtavia odotuksia organisaation kyvystä kontrolloida tärkeitä ulkoisia ja sisäisiä suhteita. (Considine 1997: 58–59.)

Tulostittaukseen liittyy myös vaara, että se keskittyy organisaatioiden kvantitatiivisesti mitattavissa oleviin tuotoksiin⁶⁵. Tämä johtaa helposti mitattavien toimintojen painottamiseen verrattuna niihin tuotoksiin, joita ei voida mitata. Käytännön vaarana on, että sellaisiin toimintoihin kuin toimintapolitiikan suunnittelu, henkilökunnan koulutus ja työelämän laatu ei kiinnitetä huomiota, koska näiden toimintojen tuloksia on vaikeaa mitata. (Considine 1997: 60.) Kyse on klassisesta ongelmasta määrällisen ja laadullisen tulostittauksen välillä. Palveluiden laadun mittaaminen on usein hyvin vaikeaa.

Julkisen sektorin tulostittauksessa tulee huomata, että kyse on neuvottelujen tuloksena syntyneestä toiminnan välineestä. Tulostittauksen painottuessa helposti

⁶³ Esim. Ison-Britannian hallitus sitoutui vähentämään terveydenhuollon jonoja 100 000 potilaalla. Vuosina 1999–2000 terveydenhuollon priorisoinnissa esitettiin syytteitä tilastojen manipuloinnista, eli helppojen ja alhaisen kiireellisyydystason potilaiden hoidon lisääntymistä. Ison-Britannian valtion tarkastusviraston tutkimuksen mukaan 52 % lääkäreistä katsoi, että asetetut tavoitteet merkitsivät, että heidän tulisi hoitaa potilaita eri periaatteilla kuin ainoastaan kliinisillä perusteilla. (Cutler 2004: 208.)

⁶⁴ Considine (1997) suuntaa kritiikkinsä yritysmaailmasta tuodun managerialismin soveltamiseen julkiselle sektorille. Tällaisen managerialismin keskeinen lähtökohta on Considinen mukaan kontrollin korostaminen julkisen sektorin kehittämisessä.

⁶⁵ Considine (1997: 60) käyttää termiä teknokratia kuvaamaan määrällisten tuotosten painottamista.

määrällisiin indikaattoreihin, jää osa julkisen sektorin toimintaa ns. näkymättömäksi. Viime aikoina on kuitenkin tunnustettu joillakin julkisen sektorin toiminnan osa-alueilla, että niiden toimintaa ei voida standardisoida tulosmittareiksi. Tällaiset toiminnot ovat lähempänä itsenäisten ammattilaisten toimintaa kuin teollisuutta. (Trosa 1997: 244–245.)

Äärimmilleen vietyinä tulosmittaaminen merkitsee jäykän uustaylorismin soveltamista väärään toimintaympäristöön (Trosa 1997: 245):

”Managerialism, in so far as it pursues the standardised through quantification of throughput and output, may very well be a new incarnation of Taylorism, a rigid rationalisation of work procedures, captured by indicators and measurement, in spheres where entirely different approach and culture are required”

Runsaasta tulosmittauksen kritiikistä huolimatta on syytä huomata, että monet julkisen sektorin toiminnot esim. terveydenhuollon ja työhallinnon alueella ovat sopivia tulosmittaukselle. Tärkeimpänä tekijä voidaan pitää tulosmittauksen älykästä käyttöä tilanteesta riippuen. Mielekäs tulosmittauksen käyttö hyödyntää tulosmittareita työtapojen kehittämisen välineenä, ei työntekijöiden toiminnan tuloksellisuuden mittauksen välineenä. Tulosmittareita ei voida nähdä tarkkoina ja kaiken olennaisen esittävinä heijastuksina organisaatioiden toiminnan realiteeteista. (Trosa 1997: 245–246.)

Sanderson (1998) on käsitellyt tulosmittauksen kritiikkiä laajasti. Ongelma-alueita julkisen sektorin tulosmittauksessa ovat toimintaympäristön monimutkaisuus, ”myytti mittauksesta”, ”myytti kontrolloitavuudesta” sekä huomion ja toiminnan mahdollinen vääristyminen. Julkisen sektorin toimintaympäristön monimutkaisuus merkitsee, että kaikkia toimintoja ei voida mitata. Tämä johtaa helposti jo huomioituun seikkaan, että sellaisia näkökohtia laiminlyödään, joihin mittauksia ei voida ulottaa. ”Myytti mittauksesta” kiinnittää huomiota siihen, että monien julkisen sektorin toimintojen ymmärtäminen edellyttää laadullista lähestymistä. Tätäkin tärkeämpää on, se että tulosmittauksen harjoittaminen kollektiivisella tasolla on hyvin vaikeaa. Tämä koskee esimerkiksi koulutuksen taloudellisia vaikutuksia. (Sanderson 1998: 8–10.)

”Myytti kontrolloitavuudesta” tarkoittaa sitä, että tulosmittauksen lähtökohtana on usein epärealistinen käsitys julkisen sektorin organisaatioiden kyvystä kontrolloida sosiaalisia ja taloudellisia ongelmia. Julkisen sektorin organisaatioiden toiminnalla on usein myös ei-toivottuja vaikutuksia eli ulkoisvaikutuksia. Ongelman laajuus riippuu siitä, miten laajasti tavoitteiden määrittely ottaa huomioon organisaation toiminnan eri vaikutukset. Huomion ja toiminnan mahdollinen vääristy-

minen merkitsee, että organisaatio keskittyy tuloksellisuudessaan vain asetettujen tulostavoitteiden täyttämiseen ja niiden manipuloimiseen. Tämä johtaa helposti tehottomuuteen. (Sanderson 1998: 10–15.)

Kritiikkiä voidaan esittää lisäksi siitä, että tulostavoitteissa on usein kyse ylhäältä asetettujen tulostavoitteiden toteuttamisesta. Kuluttajien tai kansalaisten näkökulmaa ei kritiikin mukaan oteta riittävästi huomioon. Tällainen tulostavoitteiden instrumentaalinen rationaalisuus merkitsee epädemokraattisuutta julkisen hallinnon toiminnassa. Katsontakannalle on ominaista tulostavoitteiden korostaminen rationaalisena toimintamallina julkisen sektorin toiminnan jäsentämisessä. (Sanderson 1998: 14–15.)

4 EMPIIRISEN TUTKIMUKSEN KOHTEET JA AINEISTO

Tutkimuksen empiirisenä kohteena ovat Espoon, Lahden, Vaasan, Kajaanin, Keravan, Nokian, Varkauden ja Raision kaupunkien perusterveydenhuollosta vastaavat toimialat. Kaikki kahdeksan kuntaa on valittu niiden kuntien joukosta, joilla on ollut oma perusterveydenhuolto eli terveyskeskus koko tarkastelujakson. Tarkastelun kohteena on joko sosiaali- ja terveystoimi tai terveystoimi itsenäisenä toimialana. Tarkasteltaessa perusterveydenhuollon järjestämiseen ja uudistamiseen liittyviä edellytyksiä, tarkastelu koskee osittain kaupungin koko hallintoa.

Tarkastelun kohteena olevat kunnat ovat väestömäärältään hyvin erikokoisia ja sijaitsevat eri puolilla Suomea. Kunnilla on erilaiset taloudelliset resurssit käytävissään ja jossakin määrin erilainen palveluiden kysyntä, myös kuntien poliittisten päättäjien voimasuhteet vaihtelevat vasemmisto – oikeisto -akselilla.

4.1 Tutkimuksen aineistot

Tutkimuksen kohteena olevaa kahdeksaa kaupunkia koskeva aineisto muodostuu kahdesta pääosasta: 1) asiakirja-aineistosta ja asiakirjojen tietoja täydentäneestä asiantuntijatiedustelusta sekä 2) kaupunkien sosiaali- ja terveystointien johtavien viranhaltijoiden haastatteluista. Aineiston hankinta toteutettiin kolmessa vaiheessa, joista kaksi vaihetta käsitti asiakirja-aineiston ja niissä esitettyjen perustietojen täydentämisen. Pääasiallista aineistoa tukee suppea tilastollinen aineisto, joka käsittää väestökehitystä, taloutta ja poliittisia voimasuhteita koskevia tietoja. Tilastollista aineistoa käytetään pääasiassa taustoittamaan ja täsmentämään pääasiallisen empiirisen aineiston tulkintaa. Tavoitteena on ollut muodostaa kattava aineisto tutkimusta varten. Aineisto muodostaa kokonaisuuden, jonka kaikkia osia on hyödynnetty tutkimuksessa.

Asiakirja-aineisto ja täydentävät tiedustelut

Tutkimuksen asiakirja-aineisto muodostuu kaupunkien sosiaali- ja terveystointien toimintakertomuksista sekä kyseisen toimialan johto-, toiminta- ja ohjesäännöistä. Mikäli kaupungin sosiaali- ja terveystoimessa ei ole laadittu erillistä toimintakertomusta, on tutkimuksen lähteenä käytetty koko kaupungin toimintakertomusta tai yhdistettyä toimintakertomusta ja tilinpäätöstä soveltuvin osin.

Asiakirja-aineistosta saatavissa ollut informaatio vaihteli merkittävästi eri kaupunkien välillä. Tästä johtuen sosiaali- ja terveysvirastojen hallinto- tai talouspäälliköille lähetettiin kaupungeittain yksilöity asiantuntijatiedustelu, jolla täy-

dennettiin asiakirja-aineistosta saatua tietoa ja täydennettiin perustietoja. Tavoitteena oli kaupunkien sosiaali- ja terveystoimen perustietojen saaminen vertailukelpoiseksi. Perustiedot toimivat haastattelujen valmistelun keskeisenä taustatietona. Asiantuntijatiedustelussa käytetyn lomakkeen perusrakenne on liitteessä 2.

Erityisesti Keravan, Espoon ja Lahden sosiaali- ja terveystoimen toimintakertomukset vuosilta 1993–2004 olivat laajoja ja runsaasti informaatiota sisältäviä. Espoosta on huomioitava, että kaupungin suuren koon takia sosiaali- ja terveystoimen maantieteelliset alueet ovat laatineet omat toimintakertomuksensa hajaautetun organisaatiomallin aikana. Alueiden toimintakertomuksia ei kuitenkaan ole sisällytetty tutkimuksen aineistoon. Alueittaisten toimintakertomusten laatiminen on ymmärrettävää, koska Espoon sosiaali- ja terveystoimen maantieteelliset alueet vastaavat väestömäärältään suurimmillaan lähes 60000 asukkaan kaupunkeja. Espoon aikaisempi sosiaali- ja terveystoimen hajaautettu hallintomalli kannusti alueita omatoimiseen kehittämistoimintaan ja paikallisiin palveluratkaisuihin. Mallista on myöhemmin luovuttu.

Ennen asiantuntijatiedusteluja laadintaa tutkija analysoi asiakirja-aineiston⁶⁶. Asiantuntijatiedusteluihin vastasi useimmissa kaupungeissa useita viranhaltijoita yhteistyössä. Tämä on ymmärrettävää otettaessa huomioon tutkimuksen aikajänne ja asiantuntijatiedustelun kysymysten kattavuus.

Johtavien viranhaltijoiden haastattelut

Kaupunkien sosiaali- ja terveystoimien johtavien viranhaltijoiden haastattelut muodostavat empiirisen aineiston keskeisimmän osan. Haastateltavia viranhaltijoita olivat yleisimmin tutkimuksen kohteena olevien kaupunkien yhdistetyn sosiaali- ja terveystoimen johtaja. Useimmissa kaupungeissa haastateltiin myös eri henkilön alaisuudessa olevan vastaanottotoiminnasta vastaavan tulosalueen johtavaa viranhaltijaa. Useimmiten kyseessä on kansanterveystyön tai vastaanottotoiminnan johtava ylilääkäri.

Haastateltavien asemaa arvioitaessa on huomioitava, että varsin moni haastateltu on siirtynyt toiseen työtehtävään tai toisen työnantajan palvelukseen haastattelujen toteutuksen jälkeen. Näin ollen haastateltujen mainittu virka-asema ei kuvaa tämän hetkistä tilannetta. Yksi haastateltu viranhaltija ilmoitti jo haastattelun yhteydessä vaihtavansa työnantajaa varsin pian. Lisäksi suppean selvityksen perus-

⁶⁶ Asiakirja-aineistosta kertyi muistiinpanoja, alustava analyysi ja tietojen taulukointi mukaan lukien, yli 200 sivua rivivälillä yksi.

teella ainakin yksi haastateltava on jäänyt eläkkeelle ja kolme haastateltua ei ole enää haastattelun aikaisen työnantajan palveluksessa.

Haastattelut toteutettiin teemahaastatteluina, joista käytetään myös nimitystä puolistrukturoitu haastattelu. Metodisesti teemahaastattelu on lähempänä strukturoimatonta kuin strukturoitua haastattelua. Keskeistä teemahaastattelulle on, että haastattelun aihealue on kaikille haastateltaville sama. (Hirsjärvi & Hurme 2000: 47–48.) Haastateltaville viranhaltijoille lähetettiin ennen haastattelua haastattelu-runko, joka oli muokattu kaupunkikohtaiseksi asiakirja-aineiston ja täydentävän asiantuntijatiedustelun perusteella⁶⁷. Haastatteluihin oli varattu yleisimmin n. tun-ti aikaa, mutta osassa haastatteluja haastattelun kesto oli tätä pidempi. Kolmessa haastattelutilaisuudessa haastateltavia oli kaksi samassa tilaisuudessa.

Haastatteluille on tuonut oman haasteensa tutkimuksen aikajänne. Tutkimusjakso alkaa vuodesta 1993. Tämä on vaikuttanut haastateltujen valintaan ja määrään. Tutkimusekonomisista syistä, joissakin kaupungeissa kaikkia viranhaltijoita ei voitu haastatella, johtuen esim. johtavien viranhaltijoiden runsaasta vaihtuvuudesta. Tältä osin haastatteluista saadun tiedon vajoaus koskee pääasiassa tutkimusjakson alkuosaa. Toisaalta useat haastatellut viranhaltijat ovat työskennelleet aikaisemmin saman työnantajan palveluksessa toisessa tehtävässä.

Johtavia viranhaltijoita on haastateltu vähintään kaksi jokaisesta tutkimuksen kohteena olevasta kaupungista. Tyypillisimmät haastatellut ovat olleet esim. yhdistetyn sosiaali- ja terveystieteiden johtaja sekä vastaanottoiminnan tai kansanterveystyön tulosyksikön johtava lääkäri. Kolmessa kaupungissa haastateltuja viranhaltijoita oli enemmän kuin kaksi (Keravalla neljä, Espoossa, Lahdessa ja Raisiossa kolme). Haastateltuja on yhteensä 21 kpl. Keravalla ja Raisiossa haastateltiin myös eläkkeellä olevaa sosiaali- ja terveystoimen johtajaa. Haastattelut toteutettiin paikanpäällä kussakin kaupungissa yhtä haastattelua lukuun ottamatta⁶⁸.

Haastatelluista 2/3 oli koulutustaustaltaan lääkäreitä. Haastatelluista seitsemällä oli jokin muun alan koulutustausta. Koulutustaustaan ei kiinnitetty haastatteluissa erityistä huomiota, mutta kahdessa haastattelussa koulutustaustan merkitys organisaation johtamisessa ja kehittämisessä nousi esille. Yhdistetyn sosiaali- ja terveystoimen johtajien koulutustausta oli joko sosiaalialan- tai lääketieteellinen koulutus.

⁶⁷ Haastattelurungon perusmuoto on liitteenä 3.

⁶⁸ Haastatellut viranhaltijat kaupungeittain on esitetty liitteessä 1.

Haastatteluja on käytetty tutkimuksessa lähteenä kolmella tavalla. Tarkimmassa muodossa esitetään suora lainaus muutettuna puhekielestä kirjakieleksi sekä haastatellun nimi. Näissä tapauksissa haastatelluilta on pyydetty hyväksyntä suoran lainauksen käyttöön⁶⁹. Haastattelutilanteessa haastatelluille kerrottiin suorien lainausten käytön menettelytavasta. Suoria lainauksia on käytetty myös mainitsematta haastatellun nimeä. Ainostaan virka-asema mainitaan (toimialan johtaja tai tulosalueen johtaja). Haastattelujen nimi ja virka-asema on esitetty myös laajemmissa viittauksissa haastatteluun ilman suoraa lainausta.

Ennen varsinaisen tutkimusongelman käsittelyä, vastaukset eriteltiin ja jokaisen kahdeksan kaupungin sosiaali- ja terveystoimen kehityksestä kirjoitettiin ns. tarina. Kyseessä on eräänlainen organisaatiohistoria, jossa esitettiin aikajärjestyksessä tärkeimmät uudistukset ja muut tarkastelun kohteena olevan organisaation toimintaan vaikuttaneet tekijät erityisesti terveydenhuollon ja vastaanotto toiminnan näkökulmasta. Sosiaali- ja terveystoimen kehitys on esitetty lyhennettynä liitteessä 5. Edellä mainittuun perustuen on liitteessä 4. esitetty yhteenveto kaupunkien sosiaali- ja terveystoimen kehityksen yleisistä ja yhteisistä kehityslinjoista.

Täydentävä tilastollinen aineisto

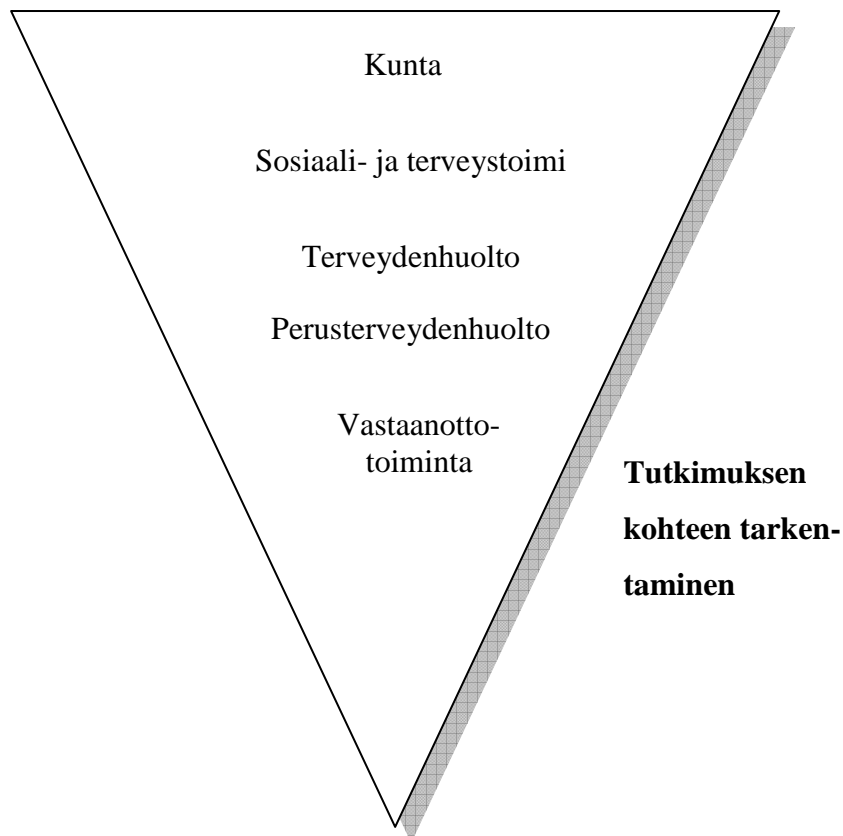
Tutkimuksen kohteena olevien kaupunkien tilastotietojen lähteenä ovat olleet Suomen kuntaliitto ja SOTKA tietokanta, jota ylläpitää STAKES. Tarkasteltaessa kaupunkien ja erityisesti perusterveydenhuollon kehitystä voidaan tilastoaineisto jakaa kahteen ryhmään. Kaupunkien kehitystä tarkastellaan neljästä tilastollisesta näkökulmasta: väestömäärä, väestön ikärakenne, kaupunkien taloutta kuvaavat indikaattorit ja poliittiset voimasuhteet kaupunginvaltuustoissa.

Aineiston moniulotteisuus tutkimuskohteiden tarkastelussa

Tämän hallintotieteellisen tutkimuksen tarkastelun kohde on perusterveydenhuolto kahdeksassa kaupungissa. Tutkimuksen tarkentaminen yleisestä erityiseen ns. suppiloperiaatteen mukaisesti on tieteellisen tutkimuksen keskeisiä periaatteita. Tarkasteltavien kohteiden erityispiirteet aiheuttavat joitakin muutoksia ns. suppiloperiaatteeseen. Kuvio 5 esittää tarkasteltavan kohteen tarkentumisen yleisestä erityiseen.

⁶⁹ Haastatelluille lähetettiin sähköpostina suorat lainaukset, joissa esitettiin haastatellun nimi. Kukaan haastatelluista ei kieltänyt esitettyjen suorien lainauksien käyttöä. Tarkennuksia ja kommentteja lainauksiin esitettiin.

Kuviossa 5 tutkimuksen kohde tarkennetaan erityisesti vastaanottoimintaan. Erityistä tarkasteltavassa kohteessa on hallinnontasojen tutkimukselle asettamat haasteet sekä aineiston että tarkastelun näkökulmina käytettävien neljän NPM:n tarkennetun piirteen osalta. Käytännössä tutkimus toteutetaan ns. suppilon eri tasoilla tutkimusaineiston ja kunnallishallinnon erityispiirteiden rajoitusten perusteella. Tämä ei kuitenkaan merkitse, että tarkastelun tulos ei koskisi primääristä kohdetta eli vastaanottoimintaa.



Kuvio 5. Tarkasteltavan hallinnollisen kohteen tarkentaminen.

Tutkimusongelmaan, perusterveydenhuollon hallinnon uudelleenmäärittämisestä kuntasektorin yleisten ja terveydenhuollon hallinnon erityisten uudistamispyrkimysten ja – realiteettien vuorovaikutuksena, joudutaan hakemaan vastausta tarkasteltavan ilmiön erityispiirteet huomioon ottaen. Tästä johtuen tutkittavien hallinnollisten ilmiöiden tarkastelu tapahtuu ns. suppilon erityispiirteiden asettamalla hallinnontasolla.

4.2 Tarkasteltavien kaupunkien yleiset piirteet

Kahdeksasta tarkasteltavasta kaupungista käsitellään lyhyesti kaupunkien valinta sekä väestömäärä, maantieteellinen sijainti, taloudellinen asema ja poliittiset voimasuhteet.

Valinta ja edustavuus kuntakentässä

Tutkimuksen kohteena olevat kaupungit valittiin vuonna 2003. Tarkastelu kohdistui niihin yli 20000 asukkaan kaupunkeihin, jotka ovat harjoittaneet itsenäistä perusterveydenhuoltoa vuodesta 1993. Kysymyksessä ovat kaupungit, joilla on ollut oma terveyskeskus. Tarkasteltavaksi valittiin alun perin yhdeksän kaupunkia, joista kahdeksan kaupunkia on säilynyt koko tutkimusprosessin tarkastelun kohteena⁷⁰.

Tarkastelun kohteena olevat kaupungit ja niiden perustiedot on esitetty taulukossa 8. Taulukko esittää tarkasteltavien kaupunkien väestömäärän, pinta-alan ja väestötiheyden vuonna 2004⁷¹. Kaupunkien pinta-alan ja väestötiheyden esittäminen liittyy perusterveydenhuollon palveluiden tarjoamiseen. Pinta-alaltaan pienissä ja väestötiheydeltään suomalaisittain korkeissa kaupungeissa, eli kompakteissa kunnissa, terveydenhuoltopalvelut voidaan esim. helpommin keskittää yhteen toimipisteeseen. Esim. Keravan väestötiheys on n. 30 kertaa suurempi kuin Kajaanin.

Taulukko 8. Tutkimuksen kohteena olevien kaupunkien väestömäärä, pinta-ala ja väestötiheys vuonna 2004 (Sotka tietokanta 2006c).

	Väestö	Maapinta-ala, km ² 01.01.	Koko pinta-ala, km ² 01.01.	Väestötiheys, asukkaita/km ²
Espoo	227472	312	330	729
Lahti	98281	135	155	728
Vaasa	57030	183	186	312
Kajaani	35675	1157	1369	31
Kerava	31361	31	31	1020
Nokia	28604	289	348	99
Varkaus	22675	87	112	261
Raisio	23594	49	49	483

⁷⁰ Yksi kaupunki jätettiin pois tutkimuksesta, koska keskeisessä asemassa ollut johtava viranhaltija ei halunnut osallistua tutkimukseen.

⁷¹ Kaupunkien tiedot on esitetty vuoden 1993 väestömäärän mukaisessa järjestyksessä. Tämän jälkeen Raision väestömäärä on noussut suuremmaksi kuin Varkauden.

Tarkasteltavat kaupungit voidaan luokitella kolmeen ryhmään väestömääränsä perusteella: 20000–40000, 40001–60000 ja yli 60000 asukasta. 20000–40000 asukkaan kaupunkeja tutkimuksen kohteeksi on valittu viisi. 40001–60000 asukkaan kaupunkeja tutkimuksessa on mukana yksi. Yli 60000 asukkaan kaupunkeja tutkimuksessa on mukana kaksi. Suurista kaupungeista Helsinki on jätetty lähtökohtaisesti tutkimuksen ulkopuolelle, koska kaupungin väestömäärä on suomalaisessa mittakaavassa poikkeuksellisen suuri. Vuonna 2002 Helsingin väkiluku oli 559 716 asukasta. Väkiluvultaan toiseksi suurimman kaupungin Espoon väkiluku oli 221 597 ollen selvästi alle puolet Helsingin väestömäärästä.

Tarkasteltavien kaupunkien edustavuutta Suomen kuntakentässä voidaan arvioida kahdesta näkökulmasta: mitä kaupungit edustavat kaikkien Suomen kuntien joukossa ja toisaalta, mitä kaupungit edustavat Suomen yli 20000 asukkaan kaupunkien joukossa. Tarkasteltaessa tutkimuksen kohteena olevien kaupunkien maantieteellistä sijaintia havaitaan, että kaupungit sijaitsevat pääosin Etelä- ja Väli-Suomessa.

Suomessa oli vuoden 2005 kuntajaolla yhteensä 53 kaupunkia, joiden väkiluku on ollut vuosina 1993–2004 vähintään yhden vuoden yli 20000. Kahdeksan kaupunkia on tästä joukosta n. 15 %. Kaikkien 53 kaupungin joukosta yhteensä 20 kaupunkia on ollut kansanterveystyön kuntayhtymän jäseniä vähintään osan vuosista 1993–2004. Tämän rajauksen jälkeen tutkimuksen kohteena olevat kaupungit edustavat n. 24 % yli 20000 asukkaan kaupungeista. Tutkimuksen kohteena olevien kaupunkien tutkimuksellista merkitystä lisää kaupunkien väestömääräisen edustavuuden jakautuminen yli 20000 asukkaan Varkaudesta selvästi yli 220000 asukkaan Espooseen.

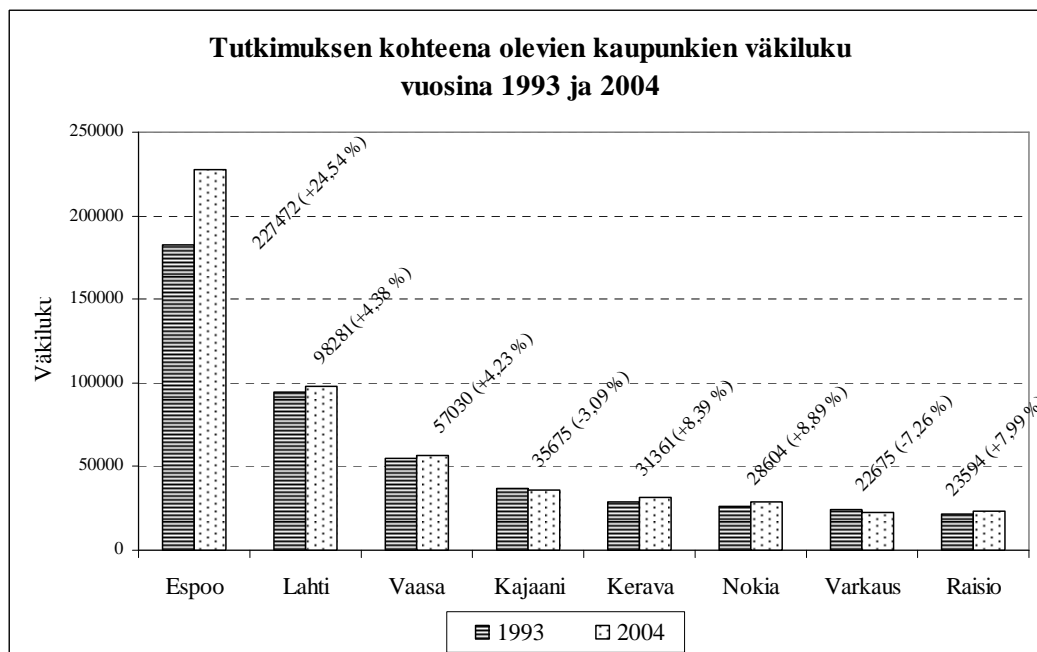
Väestömäärä, väestörakenne ja maantieteellinen sijainti

Tarkasteltavien kaupunkien väestömäärästä ja väestökehityksestä erottuu Espoo paitsi suurimmalla väestömäärällään, myös erittäin voimakkaalla väestömäärän kasvulla. Espoon väkiluku on kasvanut n. 24,5 % kahdessatoista vuodessa. Tarkasteltavien kaupunkien väestömäärän kehitys on esitetty kuviossa 6. Espoon nopean väkiluvun kasvun lisäksi Keravan, Nokian ja Raision väestökehitys on ollut myös vahvaa n. 8–9 % kasvulla. Väestökehitys on ollut maltillisempaa Lahdessa ja Vaasassa reilun 4 % kasvulla. Negatiivista väkiluvun kehitys on ollut Kajaanissa (-3,09 %) ja Varkaudessa (-7,26 %).

Vuonna 1993 Raisio oli väestömäärältään pienin tarkasteltavista kaupungeista 21 849 asukkaan väestöllä. Vuoden 2004 lopussa Raision väestömäärä oli kasvanut 23 594 asukkaaseen ohittaen Varkauden väestömäärässä. Raisio on ollut muuttoliikkeen kohde. Varkaus puolestaan on kärsinyt muuttotappiosta, kuten

myös Kajaani. Lahti on tutkimuksen kohteena olevista kaupungeista toiseksi suurin väestömäärältään. Väestömäärä on kasvanut ongelmista huolimatta.

Espoossa on tarkasteltavista kaupungeista selvästi nuorin väestö tarkastelujaksolla. Myös Keravan väestö on suhteellisen nuorta tarkastelujakson aikana. Hieman yllättäen, ottaen huomioon Keravan maantieteellisen sijainnin, alle 14-vuotiaiden osuus väestöstä laski varsin selvästi. Toisaalta Keravan väestöstä vuonna 2004 oli Espoon tavoin selvästi pienempi osuus yli 65 vuotta täyttäneitä, kuin muissa tarkastelun kohteena olevissa kaupungeissa. Väestön ikääntyminen on ollut voimakasta Kajaanissa ja Varkaudessa. Tiedot kaupunkien 0–14 ja yli 65 vuotta täyttäneiden % osuudesta väestöstä vuosina 1993 ja 2004 ovat esitetty graafisesti liitteessä 6.



Kuvio 6. Tutkimuksen kohteena olevien kaupunkien väkiluvun kehitys 1993–2004 (Sotka tietokanta 2006d).

Palveluiden järjestämiseen vaikuttaa osaltaan väestön äidinkieli. Tutkimuksen kohteena olevista kaupungeista kaksikielisiä ovat Espoo ja Vaasa. Espoossa ruotsinkielisen väestön osuus oli vuonna 2004 8,82 % ja Vaasassa 24,92 %. Keravalla ja Raisiossa ruotsia äidinkielenään käyttävien osuus oli hieman yli prosentin vuonna 2004. (Sotka tietokanta 2006b.)

Kaupunkien taloudelliseen kehitykseen sekä esim. ostopalveluiden käytön laajentamiseen tarjonnan muodossa vaikuttaa maantieteellinen sijainti. Osana pääkaupunkiseutua Espoo on kokenut taloudellisen rakennemuutoksen ja sen vaikutusten hyödyt ja ongelmat. Espoo on edullisessa erityisasemassa muihin tutkimuksen kohteena oleviin kaupunkeihin verrattaessa elinkeinorakennetta, korkeakoulujen sijaintia ja alueen infrastruktuuria.

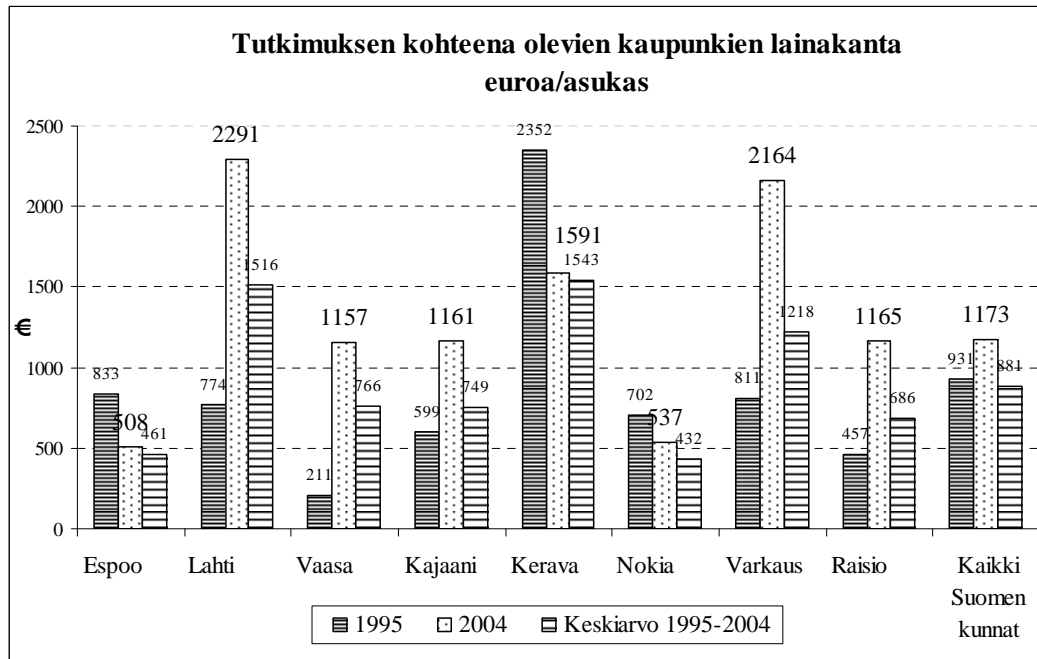
Lahden maantieteellistä sijaintia 100 km Helsingistä ei voi pitää epäedullisena. Lahden taloudelliset ongelmat tarkastelujaksolla juontuvat lamasta ja idänkaupan volyymin romahtamisesta. Vaasan maantieteellisen sijainnin vaikutuksen arvioiminen on vaikeampaa. Rannikkokaupunki on alueellinen keskus ja etelä – pohjoisen akselilla se sijaitsee Väli-Suomessa. Kajaani on tarkasteltavista kaupungeista maantieteelliseltä sijainniltaan pohjoisin kaupunki. Kajaani on alueellinen ja maakunnallinen keskus.

Kerava on tarkasteltavista kaupungeista maantieteelliseltä kooltaan pienin. Toisaalta Keravan väestötiheys on selvästi korkein tarkasteltavista kaupungeista. Keravan sijaintia lähellä Helsinkiä ns. radanvarsikuntana voi pitää edullisena. Nokia ja Raisio ovat suurempien kasvukeskusten kehyskuntia. Nokia on n. 28000 asukkaan perinteikäs teollisuuskaupunki, joka sijaitsee alle 15 minuutin junamatkan päässä Tampereelta. Nokian maantieteellistä sijaintia voidaan luonnehtia edulliseksi Tampereen kehyskuntana. Raisio on Turun kehyskunta. Linja-automatka Turusta Raisioon tai toisinpäin vie alle 15 minuuttia.

Nokian kaupungin tavoin Varkaus on perinteikäs teollisuuspaikkakunta. Maantieteelliseltä kooltaan ja rakenteeltaan Varkaus on kompakti vesistöjen halkoma kaupunki. Laajemmassa mittakaavassa maantieteelliseltä sijainniltaan Varkaus sijaitsee kolmen yliopistokaupungin eli Kuopion, Jyväskylän ja Joensuun muodostaman laajan kolmion alaosassa. Etäisyyttä jokaiseen suurempaan kaupunkiin on kuitenkin yli 100 km. Elinkeinoelämän rakennemuutoksen ja yliopistokaupunkien vetovoiman takia Varkauden maantieteellinen sijainti on ongelmallinen.

Taloudellinen asema

Kaupungin lainakanta euroa / asukas kuvaa yleisellä tasolla, miten kaupungin tulot ja menot ovat olleet tasapainossa. Kuvio 7 esittää tarkasteltavien kaupunkien asukaskohtaisen lainakannan kehityksen vuoden 2004 hinnoin. Espoon lainakanta on ollut lähtökohtaisesti matala ja hieman alle koko maan keskiarvon. Vuonna 2004 sen lainakanta asukasta kohden oli tarkasteltavista kaupungeista matalin, alle puolet koko maan keskiarvosta.



Kuvio 7. Tarkasteltavien kaupunkien lainakanta euroa/asukas 1995–2004, vuoden 2004 hinnoin (Kuntaliitto / Tilastokeskus 2006a).

Suurta kasvukeskusta lähellä sijaitsevilla Nokialla ja Raisiossa lainakannan asukaskohtainen kehitys on ollut päinvastainen toisiinsa nähden. Nokian lähtökohdasta pieni lainakanta on pienentynyt ja toisaalta Raision lainakanta on kasvanut selvästi. Keravalla oli vuonna 1995 selvästi korkein lainakanta suhteessa asukaslukuun. Lainakanta euroa/asukas on kuitenkin supistunut tarkastelujakson aikana voimakkaasti.

Asukaskohtaisen lainakannan kasvu on ollut selvästi voimakkainta Lahdessa ja Varkaudessa. Kummassakin kaupungissa lähtötaso oli melko lähellä toisiaan päätyen Lahden ja Varkauden osalta lähes kaksin kertaa koko maan keskiarvon ylitävään lainakantaan euroa/asukas. Hyvin pienellä asukaskohtaisella lainakannalla tarkastelujakson aloittaneen Vaasan lainakanta oli vuonna 2004 hyvin lähellä koko maan keskiarvoa.

Asukaskohtaisen lainakannan lisäksi toinen kuntien taloutta kuvaava tunnusluku on vuosikatteen prosenttiosuus poistoista⁷² (liite 7). Kunnan tulorahoituksen riit-

⁷² Tulojen ja menojen tasapainoon liittyy kaupungin vuosikatteen prosenttiosuus poistoista. Vuosikatteen ollessa negatiivinen kaupungin tulot eivät riitä kattamaan kaluston ja rakennus-

tävyyden arvioimisessa vuosikate % poistoista on vakiintunut tunnusluku. Lähtökohtana on, että vuosikatteen ollessa poistojen suuruinen, on kunnan tulorahoitus riittävä. Vuosikate on tulorahoitusta, joka on käytettävissä investointeihin, pitkäaikaisiin sijoituksiin ja lainan lyhennyksiin. (Myllyntaus 2002: 104.)

Kaupungeittain tarkasteltuna vuosikate % poistoista kehitys on vuosina 1997–2004 ollut melko paljon yhdensuuntainen lainakannan kehityksen kanssa. Espoon osalta tunnusluvut ovat erinomaisia. Keravan osalta vuosikate prosenttia poistoista vahvistuu selvästi vuoteen 2004 mennessä ja kaupungin lainakanta pienenee. Nokian kaupungin vuosikate prosenttia poistoista on hyvä tarkasteltavien kahdeksan kaupungin joukossa.

1990-luvun lama koetteli erityisen voimakkaasti Lahden ja Kajaanin kaupunkeja. Sen lisäksi, että lama koitteli Lahtea, on myös laman jälkeinen Lahden seudun taloudellinen toipuminen ollut muuta maata hitaampaa. Kajaanin kaupunki hävisi maksimaalisesti vuoden 1993 valtionosuusuudistuksessa (Kainuun maakuntayhtymän hallintojohtaja Kalevi Yliniemi, haastattelu). Lisäksi Kajaanin seudun toipuminen lamasta on ollut hidasta ja yleinen rakennemuutos on tuonut uusia ongelmia. Kajaanin kaupungin sosiaali- ja terveystoimi ja siten myös perusterveydenhuolto on poikkeuksellinen tutkimuskohde, koska vuoden 2005 alusta Kajaanin kaupungin ja kahdeksan muun Kajaanin ympäryskunnan sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottaminen siirtyi Kainuun maakuntayhtymälle⁷³. Maakuntayhtymäkokeilu on luonteeltaan Suomessa ainutlaatuinen.

Käytettävissä olevan aineiston perusteella voidaan tehdä joitakin johtopäätöksiä tarkasteltavien kaupunkien taloudellisesta tilanteesta tarkastelujaksolla. Vahvin kunnallistalous on ollut Espoolla ja Nokiolla. Myös Vaasan taloudellinen tilanne on ollut vähintään kohtuullinen. Kerava on ollut runsaan lainakannan kaupunki, mutta se on pystynyt vähentämään lainojaan. Raision lainakanta euroa/asukas on noussut selvästi Vaasan tavoin, vuosien 1995 ja 2004 välisenä aikana. Suurimmista ongelmista ovat kärsineet Lahti, Kajaani ja Varkaus.

ten tulevia uusinvestointeja ja korjauksia. Vuosikatteen yli 100 % menevä osa on teoriassa käytettävissä pelkästään esim. uusiin investointeihin tai kaupungin lainakannan pienentämiseen.

⁷³ Kainuun maakuntayhtymän alueella oli asukkaita n. 86300 ja kuntia yhdeksän sen ensimmäisenä toimintavuonna 2005. Lisäksi yksi kunta osallistui maakuntayhtymän toimintaan osittain.

Poliittiset voimasuhteet

Vuosille 1993–2004 ajoittui kolme valtuustokautta, 1993–1996, 1997–2000 ja 2001–2004. Perinteisesti poliittisia voimasuhteita tarkastellaan oikeiston ja vasemmiston kannatusta vertailemalla. Useiden kuntien politiikassa vaikuttavat myös erilaiset paikalliset poliittiset ryhmittymät, joiden sijoittelu perinteisellä oikeisto – vasemmisto akselilla voi olla vaikeaa. Toisaalta suomalaisessa politiikassa oikeisto – vasemmisto jaottelua ei voida pitää yhtä voimakkaana kuin esim. muissa Pohjoismaissa.

Poliittisten voimasuhteiden jakautumisesta kannatusprosenttien perusteella oikeisto – vasemmisto akselilla kolmen vaalikauden aikana voidaan havaita, että Espoossa oikeiston kannatus on ollut vahvinta ja Nokiolla vasemmiston kannatus on ollut vahvinta. Poliittiseen oikeistoon luettavilla puolueilla on ollut yli 50 % kaupunginvaltuustonpaikoista kaikkina kolmena vaalikautena Espoossa, Vaasassa, Keravalla ja Kajaanissa. Vasemmistopuolueilla on ollut kaupunginvaltuustojen paikoista yli 50 % kaikkina kolmena vaalikautena Nokiolla, Raisiossa ja Varkaudessa. Lahden kaupunginvaltuustossa oli niukka vasemmistoenemmistö (30/29) vaalikaudella 1993–1997. (Kuntaliitto / Tilastokeskus 2006.) Vuoden 2004 kuntavaalit eivät muuttaneet poliittisia voimasuhteita merkittävästi tarkasteltavissa kaupungeissa vaalikaudella 2005–2008 (Kuntaliitto / Tilastokeskus 2008).

4.3 Perusterveydenhuollon uudistamiseen vaikuttavat tekijät

Tarkasteltavien kaupunkien kehityksestä voidaan tehdä esitettyjen tietojen perusteella seuraavat huomiot:

- Kaupunkien talouden ja väestörakenteen kehityksessä on merkittäviä eroja.
- Kaupungit ovat maantieteelliseltä sijainniltaan hyvin erilaisessa asemassa.

Tarkasteltavista kaupungeista Varkaus ja Kajaani ovat maantieteelliseltä sijainniltaan epäedullisimmassa asemassa. Lahti on kärsinyt talousvaikeuksista ja yleisen rakennemuutoksen tuomista ongelmista. Toisaalta kaupungin maantieteellinen sijainti n. 100 km Helsingistä ei ole huono. Raisio ja Nokia ovat kasvukeskusten kehyskuntia. Vaasa on rannikkokaupunki, jonka maantieteellisen sijainnin merkityksen määrittely ei ole täysin ongelmatonta.

Osana pääkaupunkiseutua Espoo on kokonsa, taloudellisten resurssiensa ja väestökehityksensä osalta poikkeuksellisen edullisessa asemassa verrattuna muihin tarkastelun kohteena oleviin kaupunkeihin. Myös Keravan voidaan katsoa ns.

radanvarsikuntana olevan maantieteellisesti edullisessa asemassa lähellä pääkaupunkiseutua.

Kuntien sosiaali- ja terveystoimi muodostaa merkittävän osan niiden menoista. Sosiaali- ja terveystoimi on kuitenkin kuntien muiden toimialojen tavoin alisteinen kaupungin koko hallinnon kehitykselle. Tarkastelussa erottuvat Espoo, Kajaani ja Raisio omilla erityisratkaisuihillaan. Espoon koko kaupungin hallinto on ollut voimakkaassa muutosprosessissa mm. palvelukeskusten ja matriisiorganisaation muodostamisen myötä. Espoon kaupungin hallinnossa muodostetaan kolme palvelukeskusta, jotka palvelevat kaikkia toimialoja. Erityisosaamista pyritään keskittämään myös toimialojen sisällä. Kajaanin kaupungin palvelutuotantoon liittyvistä tehtävistä merkittävä osa on siirtynyt maakuntayhtymälle. Raisio on ottanut käyttöön tilaaja – tuottajamallin, joka koskee kaupungin koko hallintoa.

Väestömäärän ja kaupungin maantieteellisen sijainnin voidaan arvioida vaikuttavan perusterveydenhuollon uudistamistarpeeseen- ja mahdollisuuteen. Ylipäätään palveluiden muuttaminen ostopalveluksi tai uusien toiminnallisten kokonaisuuksien ostaminen on mahdollista, mikäli palveluita tarjoavia yrityksiä on saatavilla. Tähän liittyy myös toimivan kilpailuttamisen näkökulma.

Väestömäärällä on selvä suhde kaupungin organisaation kokoon. Organisaation koon kasvaessa hallinnollisen kehittämisen merkitys kasvaa. Väestömäärän ei voida kuitenkaan päätellä olevan pelkästään uudistamista estävä tai hidastava tekijä. Yleisellä tasolla voidaan arvioida, että pieni organisaatio tarjoaa helpomman lähtökohdan uudistuksille. Suuren organisaation strategisuuden ylläpito ja ohjattavuus asettavat omat haasteensa. Uudistusten toteuttamiseen täytyy myös varata huomattavasti enemmän aikaa.

Kaupungin taloudellinen tilanne voidaan uudistamisen edellytyksenä tulkita kahdella tavalla. Hyvä taloudellinen tilanne antaa mahdollisuuden kokeilla erilaisia toimintamalleja ja ostaa asiantuntijapalveluita. Toisaalta hyvä taloudellinen tilanne ei pakota toiminnan tehostamiseen ns. uusilla toimintamalleilla. Kaupungin hyvä taloudellinen tilanne ei toisaalta merkitse tehostamisvaateiden puuttumista esim. poliittisten päätöksentekijöiden ja kaupungin keskushallinnon toimesta, koska verotuksen taso on kaikkia kaupunkeja koskeva kilpailutekijä.

Kaupungin vaikean taloudellisen tilanteen voidaan tulkita lisäävän kiinnostusta uudistuksiin, etsittäessä keinoja tehostaa toimintaa ja tuottaa enemmän vähemmällä. Vastavuoroisesti niukat resurssit vähentävät mahdollisuutta kokeiluihin ja kaupungin toimialojen kykyyn ostaa ulkopuolista osaamista. Pitkään jatkuneen vaikean taloudellisen tilanteen ratkaisuna saattaa olla ainoastaan radikaali kokonaisuudistus. Rajoitettu taloudellinen liikkumavara, kaupungin maantieteellinen

sijainti ja organisaatiokoko, voivat kaikki toimia uudistuksia rajoittavina tekijöinä.

Poliittiset voimasuhteet epäilemättä vaikuttavat kaupungin päätöksentekijöiden valmiuteen toteuttaa uudistuksia. Arvioon vaikuttavat poliittisten puolueiden voimasuhteet. Kilpailuttamisen laajuutta ja taustatekijöitä tutkineet Hyvärinen ja Lith (2008) havaitsivat, että vasemmistoenemmistö ei ole kilpailuttamisen aktiivisuutta selittävä tekijä. Kilpailuttamisessa vasemmistoenemmistöiset kunnat eivät muodostaneet omaa ryhmää. Poliittisten tekijöiden vaikutus näkyi eniten Ruotsalaisen kansanpuolueen hallitsemisissa kunnissa, joissa sosiaalialan palveluita ostetaan vähemmän. Selittävä tekijä tälle tulokselle voi olla kuntien pieni koko. (Hyvärinen & Lith 2008: 130–131.)

Kaupunginvaltuuston oikeistoenemmistö voidaan tulkita uudistuksia jossain määrin edistäväksi tekijäksi. Vasemmistoenemmistö voidaan tulkita uudistuksia jossain määrin vähentäväksi tekijäksi. Kumpikin päätelmä on tehty tutkimuksen NPM:n kontekstissa. Vaikutusten arviointi ei kuitenkaan ole näin yksinkertaista. NPM:n alkuperäisenä taustana on uusliberaali poliittinen yhteiskunta- ja talousideologia. Tämä ei kuitenkaan ole estänyt esim. Pohjoismaissa sosiaalidemokraattisia hallituksia toteuttamasta uudistuksia julkisella sektorilla. NPM:n variaatiot on vertailututkimuksissa havaittu Euroopan maissa painotuksiltaan hyvin erilaisiksi. (esim. Lane 2000: 15; Pollitt 2003: 26; Pollitt & Bouckaert 2004: 98–99.) Yhteinen nimittäjä on tavoite julkisen sektorin toiminnan tehostamisesta. Tämä tavoite sellaisenaan ei ole uusi tavoite. NPM ei ole kokonaisuus, josta tehdään soveltaa tai älä soveltaa valinta. Tästä kertovat mm. maavertailut ja näiden pohjalta esiin nostetut uudistusten painotuserot. Toisaalta esim. kustannuksia koskevan informaation ollessa päätöksenteossa ristiriitaista, voivat poliittiset tekijät painottaa päätöksenteossa.

Arvioitaessa uudistuksiin vaikuttavia tekijöitä tarkasteltavissa kaupungeissa, vastakkaisia asetelmia edustavat Espoo ja Varkaus. Arvioinnissa käytetään taustatietona väestömäärää, maantieteellistä sijaintia, talouden kehitystä ja poliittisia voimasuhteita. Espoolla on ollut tarkasteltavista kaupungeista parhaat edellytykset toteuttaa uudistuksia. Varkaudella (myös Kajaanilla) puolestaan ovat suurimmat vaikeudet. Havainto ei ole mitenkään yllättävä. Suurempi mielenkiinto kohdistuu kaupunkeihin, joilla on mahdollisuus toteuttaa uudistuksia, mutta myös enemmän haasteita kuin esim. Espoolla.

Kajaanin osalta on huomioitava, että peruspalveluiden turvaamiseksi alueen kunnat ovat siirtäneet maakuntahallintokokeilun puitteissa vastuun palveluiden tuottamisesta suuremmalle julkisen sektorin organisaatiolle. Ratkaisua palveluiden

tuotantoon liittyvissä kysymyksissä on siis haettu kuntien yhteistyöllä ja suuremmalla yksikkökoolla.

Nokian ja Raision kaupungit ovat kaikkien uudistusten mahdollisuuteen vaikuttavien tekijöiden osalta lähellä toisiaan. Kummankin kaupungin edellytykset toteuttaa uudistuksia ovat olleet hyviä. Keravan edellytykset voidaan tulkita kohtuullisiksi kaupungin velkaisuudesta huolimatta. Lahden osalta edellytyksiä voidaan pitää tyydyttävinä tai hyvinä. Sama koskee Vaasaa, jonka maantieteellinen sijainti on kuitenkin epädullisempi kuin Lahden.

5 MARKKINAEHTOISUUS, OHJATTAVUUS, STRATEGISUUS JA TULOSELLISUUS PERUSTERVEYDENHUOLLON UUDISTUKSISSA

5.1 Markkinaehtoisuus

NPM:n markkinaehtoisuuteen liitettyistä muodoista tutkimus rajataan koskemaan ostopalveluiden käyttöä perusterveydenhuollon palveluiden järjestämisessä. Ostopalvelut kuntien järjestämän perusterveydenhuollon palveluiden tuottamisen muotona ei ole mitenkään mullistava tai uusi asia. Asiasta on käyty keskustelua pitkään ja tiedossa on kokemuksia muiden Pohjoismaiden hankkeista. Useissa Pohjoismaissa kuten Tanskassa ja Norjassa perusterveydenhuollon palveluiden järjestäminen perustuu ostopalveluihin.

5.1.1 *Ostopalvelut perusterveydenhuollossa*

Ostopalveluiden käytöstä tarkastellaan pidemmälle seuraavia kysymyksiä

- Mitä ostopalveluita käytetään?
- Miksi ostopalveluita käytetään?

Eräät tutkijat ovat pitäneet sopimuksellisuutta ja tähän usein liittyvää tilaajan ja tuottajan erottamista toisistaan keskeisimpänä osana NPM uudistuksia (esim. Lane 2000; Hyyryläinen 2004). Roolien erottaminen ostopalveluiden käytössä pakottaa ostajaorganisaation arvioimaan tehtävänsä ja asemansa monessa suhteessa uudelleen. Ostopalveluiden käyttö tuo tilaajalle uusi tehtäviä, kuten osto-osaamisen hankkimisen ja sen ylläpidon, ostettavien toimintojen yksilöimisen ja tuotteistamisen, sopimusten laadinnan ja seurannan.

Ostopalveluiden merkitys on hyvin erilainen tukipalvelussa ja organisaation ydinosaamiseen liittyvissä toiminnoissa. Edellä havaittiin, että tarkasteltavien kaupunkien edellytykset soveltaa NPM:n terveydenhuollossa vaihtelevat erittäin paljon. Myös ostopalveluiden käytön mahdollisuuksien osalta kaupungit ovat erilaisessa asemassa. Toisilla on mm. kokonsa ja sijaintinsa kautta enemmän vaihtoehtoja käytettävänä omalle toiminnalle.

Ostopalveluiden käyttö

Kuntien perusterveydenhuollon ostopalvelut voidaan luokitella useiden kriteerien mukaan. Ne saattavat koskea tietyn henkilöstön työpanosta rajattuna aikana. Ajallisesti rajattuna ostopalveluiden käyttö voi sijoittua normaaliin virka-aikaan tai

toiminnallisesti usein keskitettyihin palveluihin, kuten päivystykseen iltaisin, öisin ja viikonloppuisin. Ostopalveluiden luokittelu voidaan tehdä myös käytön laajuuden perusteella. Ne voivat laajimmillaan koskea kaikkia kunnan tarjoamia perusterveydenhuollon palveluita tai esimerkiksi yksittäisten terveysasemien toimintaa. Pienimuotoisimmillaan ostopalvelu koskee joitakin tunteja keikkalääkärin palveluita satunnaisesti tarpeen mukaan.

Tutkimuksen kohteena olevien kaupunkien perusterveydenhuollon ja erityisesti vastaanotto toiminnan ostopalveluiden käyttöä tarkasteltaessa havaitaan jonkinasteisen käänteen tapahtuneen 1990-luvun lopulta alkaneen lääkäripulan kanssa melko samanaikaisesti. Perusterveydenhuollon pääasiassa lääkäripalveluita koskevat ostopalvelut voidaan luokitella empiirisen aineiston perusteella kolmeen tyyppiin:

- Keikkalääkärit eri tehtävissä
- Yö-, ilta- ja viikonloppupäivystykset toiminnallisina kokonaisuuksina
- Terveysaseman toiminnan muuttaminen ostopalveluksi⁷⁴

Taulukko 9. esittää ostopalveluiden käytön tarkasteltavien kaupunkien perusterveydenhuollossa vuosina 1993–2005. Ostopalveluiden käytön laajuutta ja merkitystä arvioidaan kolmiportaisella asteikolla: pieni, huomionarvoinen ja merkittävä. Keikkalääkärit sekä yö-, ilta- ja viikonloppupäivystykset ovat toiminnallisina kokonaisuuksina tutkimuksen kohteena olevissa kaupungeissa yleisimpiä perusterveydenhuollon ostopalveluiden käytön muotoja. Useimmat ovat siirtäneet ainakin osan päivystyksestä ostopalveluksi. Perusterveydenhuollon ilta-, yö- ja viikonloppupäivystykset ostetaan sairaanhoitopiiriltä tai yksityiseltä tuottajalta vähintään lääkäri työvoiman osalta.

⁷⁴ Julkisen sektorin järjestämien palveluiden muutokseen liittyy termi ulkoistaminen. Käytännössä esim. kunnan terveysaseman palvelutuotannon ulkoistamisessa on arkisemmin kyse toiminnan muuttamisesta ostopalveluksi erityisesti, jos palveluiden tuottaja jatkaa toimintaa kaupungin toimitiloissa ja toiminta tapahtuu lääkäri työvoimaa lukuun ottamatta pääasiassa samalla henkilökunnalla. Ulkoistamisen käsitteen kohdalla voidaan arvioida terminologian merkitystä. Muuttaminen ostopalveluksi antaa muutoksesta ulkoistamista arkisemman sekä vähemmän modernin mielikuvan. NPM perusmalliin sisältyy Hoodin (1991) esityksessä PR:n tuominen julkisen sektorin toimintaan. Yritysmaailmassa ulkoistamisessa on kyse pääasiassa tukitoiminnoista luopumisesta kustannussyistä. Kumpikaan edellä mainitusta syistä ei toteudu tämän tutkimuksen tapauksissa.

Taulukko 9. Ostopalveluiden käytön yleislinjat tutkimuksen kohteena olevien kaupunkien perusterveydenhuollossa vuosina 1993–2005.

	Laajuus ja merkitys	Ostopalveluiden käytön kohde
Espoo	Pieni	Keikkalääkäreitä on käytetty vaihtelevasti viidellä maantieteellisellä alueella. Kuvantaminen ja laboratoriotuotanto on keskitetty sairaanhoitopiirille. Keskitetty yöpäivystys ostetaan yksityiseltä palveluidentuottajalta.
Lahti	Huomionarvoinen	Kaksi kaupungin neljästä terveysasemasta on muutettu ostopalveluksi
Vaasa	Pieni	Keskitetty päivystystoiminta ostetaan yksityiseltä palveluiden tuottajalta. Laboratoriotuotanto on muutettu sairaanhoitopiiriltä ostettavaksi palveluksi.
Kajaani	Pieni	Laboratorio ja röntgen siirrettiin kuntayhtymälle ennen maakuntahallintoa.
Kerava	Pieni	Päivystyspalveluja on ostettu yksityiseltä palveluiden tarjoajalta. Keravan laboratorio liitettiin HUS-labiin ja röntgen Peijaksen sairaalan röntgenyksikköön.
Nokia	Pieni	Viikonloppupäivystys ostetaan yksityiseltä palveluiden tarjoajalta. Laboratoriotuotanto on liitetty osaksi sairaanhoitopiirin liikelaitoksena toimivaa laboratoriokeskusta.
Raisio	Pieni	Yöpäivystyksestä vastaa keskitetty Turun seudun päivystys. Raision sairaalan ilta- ja yöpäivystys sekä päiväpäivystys ovat päättyneet.
Varkaus	Pieni	Yö-, ilta- ja viikonloppupäivystykset ostetaan yksityiseltä palveluidentuottajalta.

Taulukosta 9 voidaan havaita, että perusterveydenhuollon tuotannon kokonaisvoilymin kannalta ostopalveluiden käyttö ei ole ollut Lahtea lukuun ottamatta eri-

tyisen merkittävää. Käyttö on keskittynyt päivystystoimintaan ja tukipalveluihin kuten laboratorio- ja röntgenpalveluihin. Toiminta on keskitetty useassa kaupungissa toiselle julkisen sektorin organisaatiolle, lähinnä sairaanhoitopiirille, jolta palvelut ostetaan. Mainittujen ostopalveluiden käyttö on alkanut vuonna 1998 tai sen jälkeen. Vuonna 2002 ja sen jälkeen ostopalveluiden käyttö vaikuttaa lisääntyneen laajemmin.

Haastatteluissa kriittisimmin suhtauduttiin keikkalääkäreihin⁷⁵. Huomionarvoista on se, ettei ilta-, yö- ja viikonloppupäivystysten muuttamisesta ostopalveluksi esitetty haastatteluissa lainkaan kriittisiä mielipiteitä. Selitys tähän saattaa olla, että kokonaisuhyödyt arvioidaan vallitsevassa tilanteessa korkeampiin kustannuksiin nähden suuremmiksi. Haastateltu vastaanottotoiminnan ylilääkäri arvioi keikkalääkäreiden käyttöön suhtautumista päivystyksessä ja väestövastuutoiminnassa:

”Päivystyksessä se on ok. Ajatellaan, että paska duuni ja saavat saadakin vähän enemmän liksaa. Mutta keikkalääkäreistä terveysasemien vastaanototyössä on esitetty kritiikkiä. Maksamme keikkalääkärille paremmin, mutta osaavat työt huonommin ja käyvät vielä vähän väliä kysymässä neuvoja vanhemmalta lääkäriltä. Ei siinä mitään isoa skismaa ole niin kauan kun lääkäripula on paha ja keikkalääkärit tuovat siihen helpotusta.”

Ostopalveluiden käyttöä perusterveydenhuollossa tarkastellaan tarkemmin erityisesti Lahden osalta seuraavassa luvussa.

5.1.2 *Ostopalveluiden käytön taustat ja tavoitteet*

Asiakirja-aineiston ja haastattelujen perusteella ostopalveluiden käytön taustalla ovat pääasiassa lääkäripula ja harjoitettu henkilöstöpolitiikka. Jälkimmäisessä on kyse lähinnä henkilöstöhallintoon liittyvästä toimenpiteestä, jolla on haluttu parantaa kaupungin palveluksessa olevan lääkäri työvoiman työviihtyvyyttä sekä turvata lääkäri työvoiman pysyvyys ja saatavuus. Lääkäripulasta johtuen esimerkiksi Varkauden perusterveydenhuollon yö-, ilta- ja viikonloppupäivystykset ulkoistettiin vuonna 2004 yksityiseltä yritykseltä ostettavaksi palveluksi.

Mikäli kunnan perusterveydenhuollon toiminta ulkoistetaan pakon edessä, esimerkiksi rekrytointiongelmien takia tai ulkoistamisessa on kyse henkilöstöpolitiikasta, samalla kumoutuu myös moni ulkoistamiseen liitetty hyöty (vrt. Domber-

⁷⁵ Kritiikki käsitti jo aikaisemmin julkisessa keskustelussa esille tulleita tekijöitä kuten kustannukset, vaikutukset työyhteisöön sekä väestövastuujärjestelmän perusteiden mureneminen mikäli keikkalääkäreitä on käytetty omalääkärien korvaajina.

ger 1998: 51). Väestövastuutoiminnan hoitaminen osittain ostopalveluina koskee organisaation ydintoimintoja, ei tukitoimintoja. Lisäksi ulkoistamisen perustelut ovat täysin erilaiset, jolloin voidaan olettaa että ulkoistamiselta haettavat tavoite ja hyöty kunnan organisaatiolle ovat myös erilaiset. Tämä kumoaa taloudellisten säästöt ostopalveluiden käytön tavoitteena. Haastatteluaineisto tukee vahvasti tätä johtopäätöstä.

Lääkäripulan osalta kaupunkien tilanne on vaihdellut merkittävästi. Nokia ja Kajaani eivät ole kärsineet varsinaisesta lääkäripulasta. Ongelmat ovat koskeneet pääasiassa sijaisuuksia. Voimakkaimmin lääkäripulasta ovat kärsineet Lahti ja Vaasa.

Raisio ja Kajaani ovat käyttäneet keikkalääkäreitä ainoastaan päivystystoiminnassa. Vaasassa keikkalääkäri työvoiman tarjonta ei vastannut pahimman lääkäripulan aikana ostotarvetta. Lahdessa lääkäripulaan ja keikkalääkäreiden käyttöön valittiin ratkaisuksi kahden terveysaseman toiminnan muuttaminen ostopalveluksi. Raisiossa lääkäripula helpotti nopeasti väestövastuujärjestelmään siirtymisen jälkeen vuonna 2003.

Ostopalveluiden käyttö ja käyttämättömyys

Ostopalveluiden käyttöä käsitellään kaupungeittain. Lahden osalta ostopalveluiden käyttöä käsitellään laajemmin erikseen.

Espoo

Espoo on ollut aktiivinen koko kaupungin tasolla toimintamallien kehittämisessä yritysmaailman malleja soveltamalla. Strategiaan kuuluu myös yhteistoiminta yksityisen sektorin kanssa palvelutuotannossa. Yhteistoiminnan muotoja ovat mm. elinkaarimalli investoinneissa sekä ostopalveluiden käytön lisääminen. Luovussa 4 käsiteltiin tarkemmin kaupunkien edellytyksiä toteuttaa NPM tyyppisiä uudistuksia. Espoon edellytykset todettiin selvästi parhaiksi tarkasteltavien kaupunkien joukossa.

Espoon sosiaali- ja terveystoimen toimintakertomuksessa vuodelta 1994 tuodaan esille kaupungin halu lisätä kilpailuttamista. Hyväksyessään palvelusuunnitelman sosiaali- ja terveystoimen yleistavoitteet kaupunginvaltuusto hyväksyi samalla periaatteet, joiden mukaan kehitetään kilpailuttamista palvelutuotannon kehittämiseksi sekä vahvasti luettelon kaupungin peruspalveluista ohjeellisesti noudatettavaksi. Nopeasti laajenneen palvelujen kysynnän myötä sosiaali- ja terveystoiminnassa yksityisten yritysten tuottamia palveluita on käytetty erityisesti lasten päivähoidossa (haastattelu, Eeva Ahonen).

Espoon sosiaali- ja terveystoimessa perusterveydenhuollon osalta markkinaehtoisuuden vaikutus on kuitenkin ollut melko pieni tarkastelujakson aikana (haastattelu, Aulis Majuri; haastattelu, Eeva Ahonen). Espoon sosiaali- ja terveystoimi on ostanut keskitetyn yöpäivystyksen yksityiseltä palveluntuottajalta vuodesta 2001. Keikkalääkäreitä käytettiin pahimman lääkäripulan aikana joillakin viidestä alueesta rajoitetusti. Joillakin alueilla keikkalääkäreitä ei käytetty ollenkaan. (haastattelu, Eeva Ahonen).

Suuria perusterveydenhuoltoon liittyviä ostopalveluhankkeita ei ole toteutettu Espoossa. Tukipalveluista kuvantaminen ja laboratorio siirrettiin Uudenmaan sairaanhoitopiirille. Perusteluja olivat palveluiden saatavuus ja röntgenlääkäreiden rekrytointiongelmat. Taloudellisesti ratkaisu ei tullut välttämättä edullisemmaksi. (haastattelu, Aulis Majuri.)

Terveyspalveluiden johtaja Tuula Heinänen kiinnittää huomiota siihen, mitä lisäarvoa ostopalveluiden käytöllä olisi perusterveydenhuollossa:

”Kyllä ulkoistamisesta on tietysti käyty keskustelua. Eli olisiko ulkoistaminen ratkaisu? Ei ulkoistaminen sinällään mikään itseisarvo ole: olisiko näin mahdollisuus turvata paremmat palvelut?”

Heinänen ei näe periaatteellisia esteitä esim. ulkoistaa jonkun tai joidenkin terveysasemien toimintaa. Ulkoistaminen ei kuitenkaan ole itseisarvo. Heinänen asettaa ulkoistamisen ehdoksi, että näin pystyttäisiin tarjoamaan paremmat palvelut. Yksityisen palvelujen tarjoajan pitäisi pystyä tuottamaan parempi lopputulos kuin kaupungin omatoiminta. Tällöin palvelun tuotannon täytyy sisältää uuden konseptin tai uusia palvelukonsepteja.

Heinänen kiinnittää myös huomiota tiedossa oleviin Ruotsin huonoihin kokemuksiin perusterveydenhuollon palveluiden ulkoistamisesta. Lisäksi ostopalveluiden käyttöön liittyy käytännön ongelmia:

”Kilpailutettavan tuotteen määrittely voi olla ongenmallista, ehkä se ei olisi mahdollista. Pitäisi olla määriteltynä, että millä hinnalla vastaatte tämän väestön perusterveydenhuollosta. Lisäksi pitäisi pystyä määrittelemään laatu-kriteerit, mittari ja muut asiaan liittyvät tekijät. Eli aika iso työmäärä. Samaa asiaa me tietysti teemme omassa toiminnassamme. Mutta toisiko kilpailuttaminen ja ulkoistaminen mitään lisäarvoa? Sitä me emme tiedä. Tiedot Ruotsin kokemuksista eivät ole kauhean kannustavia. Senkin takia me olemme olleet hieman varovaisia.”

Vaasa

Pahasta lääkäripulasta kärsineessä Vaasassa keikkalääkäreitä on käytetty sekä vastaanottotoiminnassa että kaupunginsairaalan osastoilla. Keikkalääkäreiden käyttöä on rajoittanut se, että keikkalääkäreitä välittävät yritykset eivät aina ole pystyneet tarjoamaan kysyttyä määrää henkilöstöä. (haastattelu, Seppo Öhman) Vuoden 2004 joulukuussa aloitettiin lääkäripulan takia ja kaupungin palveluksessa olevien lääkäreiden työviihtyvyyden parantamiseksi koko pääterveysasemalle keskitetyn päivystystoiminnan ostaminen ulkopuoliselta yritykseltä (haastattelu, Markku Sirviö; Tilinpäätös 2004: 45)⁷⁶.

Tukitoiminnoista terveyskeskuksen laboratoriotointa siirtyi Vaasan keskussairaalaalta ostettavaksi palveluksi vuoden 2002 alusta. Laboratoriotoinnin keskitäminen oli hanke, johon osallistui useita Vaasan lähiseudun kuntia. Ainakin alkuvaiheessa laboratoriopalvelut tulivat Vaasan terveysvirastolle huomattavasti odotettua kalliimmiksi verrattuna omaan toimintaan. (haastattelu, Markku Sirviö.)

Kajaani

Vaikka Kainuun seutu on kärsinyt pahasta lääkäripulasta, Kajaanin kaupunki on muodostanut poikkeuksen. Varsinaista lääkäripulaa ei ole koettu ja virat on saatu pääasiassa täytettyä ja lääkäritilannetta on yleensä luonnehdittu kohtuulliseksi⁷⁷. Perusterveydenhuollon osalta ostopalveluiden käyttö on ollut merkitykseltään pientä Kajaanin sosiaali- ja terveystoimessa. Toisaalta yksityisten tuottajien perusterveydenhuollon palveluiden tarjonta on ollut vähäistä. Tarjotut palvelut ovat olleet erikoissairaanhoidon toimenpiteitä ja asiantuntijapalveluita. Lisäksi kilpailu tuottajien kesken on ollut vähäistä. Perusterveydenhuollossa keikkalääkäreitä ei ole käytetty varsinaisessa vastaanottotoiminnassa. Päivystystoiminnassa keikkalääkäreitä on käytetty.

Kerava

Keravan kaupungin perusterveydenhuollossa ostopalveluiden käyttö on ollut vähäistä⁷⁸. Erikoissairaanhoidossa Keravan sosiaali- ja terveystoimella on pitkät

⁷⁶ Tarjouspyyntö lähetettiin kolmelle yritykselle, joista tarjouksen teki kaksi yritystä.

⁷⁷ Yksi selittävä tekijä tähän on ollut Kajaanin kaupungin lääkäriytyövoiman pysyvyys tai vaihtuvuuden vähyys.

⁷⁸ Keravan varsinaisen perusterveydenhuollon ulkopuolella toteutettiin työterveydenhuollossa ilmeisen ainutlaatuinen kilpailuttaminen. Keravan kaupungin henkilöstön työterveyshuolto siirtyi vuonna 1999 kilpailutuksen jälkeen yksityisen lääkäriaseman hoidettavaksi. Kaupungin oman työterveyden toimintaa supistettiin.

perinteet yksityisten palvelutuottajien palveluiden käyttämisestä. Varsin laajamittaista yksityisten yritysten tuottamien erikoissairaanhoidon palveluiden käyttöä kuitenkin supistettiin kustannussyistä jo ennen 1990-lukua.

Keravan sosiaali- ja terveysjohtajan Pekka Saarenmaan mukaan perusterveydenhuollon kilpailuttamisen ongelmana on ollut se, että aitoa kilpailutilannetta ei ole ollut. Asiasta on käyty keskustelua Keravalla ja tässä asiassa linjaukset ovat olleet oikeisto – vasemmisto akselilla selkeästi puolesta ja vastaan. Vuoden 2005 alusta Keravan laboratorio liitettiin HUS-lab:iin ja röntgen Peijaksen sairaalan röntgenyksikön osaksi huhtikuussa 2005.

Keravan lääkäripulaan on saattanut vaikuttaa Keravan heikentynyt maine työnantajana. Vuodesta 1994 vuoteen 1996 mennessä toteutettiin Keravan sosiaali- ja terveystoimessa 71 työntekijän henkilöstövähennykset. Varsinaisia irtisanomisia oli 15 kappaletta. Lääkäriin virkoja lakkautettiin kaksi. Terveyskeskuslääkäriin irtisanominen oli ainutlaatuista Suomessa. Keravan sosiaali- ja terveystoimen kehitystä käsitellään tarkemmin osana lukua 5.2.3.

Nokia

Nokian terveystoimi ei ole kärsinyt varsinaisesta lääkäripulasta tarkastelujakson aikana⁷⁹. Terveyskeskuksen viikonloppupäivystysten ostaminen yksityiseltä palveluiden tarjoajalta aloitettiin vuonna 2005. Tavoitteena oli lisätä kaupungin terveyskeskuksessa työskentelevien lääkäreiden työtyytyväisyyttä ja siten taata riittävä lääkäri työvoima terveyskeskuksen palveluksessa. Yksityisten tuottajien tarjoamien ostopalveluiden hankkimista on helpottanut kilpailutilanne Tampereen läheisyydessä. Terveyskeskuksen johtaja Jorma Salonen katsoo että palveluiden tarjoajia on ollut riittävästi tulokselliseen kilpailutukseen esim. kevyemmissä erikoissairaanhoidon palveluissa⁸⁰.

Nokian terveystoimen laboratoriotoiminta liitettiin osaksi sairaanhoitopiirin laboratoriokeskuksen toimintaa vuonna 2000. Laboratoriokeskus on liikelaitos ja siihen kuuluu valtaosa Pirkanmaan 34 kunnasta. Nokialla järjestelyä on pidetty on-

⁷⁹ Syitä siihen, miksi Nokia ei ole kärsinyt lääkäripulasta ovat mm. Tampereen lääketieteellisen tiedekunnan läheisyys, Nokian oma terveyskeskussairaala ja toimialan tietoinen pyrkimys yllä pitää mainetta hyvänä työnantajana alkaen harjoittelussa olevista lääkäreistä. Erikoislääkäreiden läheisyyttä Nokian terveystoimessa pidetään myös yhtenä lääkärihenkilökunnan rekrytointia helpottavana tekijänä. (haastattelu, Jyrki Helenius.)

⁸⁰ Vuosi 2001 oli Nokian kaupungin ensimmäinen vuosi erikoissairaanhoidon tilaajarenkaassa. Yhteistyön tilaajarenkaassa todetaan toimivan hyvin. Kustannusten ennakoitavuus ja kontrollit eivät toimineet kuitenkaan odotetulla tavalla.

nistuneena⁸¹. Nokian maantieteellinen sijainti ja toimiva yhteistyö Tampereen kehyskuntien kanssa ovat helpottaneet ostopalveluiden käyttöä sekä tukipalveluiden toiminnan tehostamista suuremman yksikkökoon kautta.

Varkaus

Varkauden terveyskeskuksen ja sairaalan viikonloppupäivystyksestä on vastannut yksityinen yritys vuodesta 2004. Päivystyksen ostamisen taustalla oli näkemys siitä, että on parempi jos päivystyksistä, eli käytännössä lyhytjäteisestä työstä, huolehtii ulkopuolinen yritys. Tämä taas mahdollistaa oman lääkarityövoiman keskittämisen väestövastuuseen kuuluvaan vastaanotto toimintaan. Keikkalääkäreiden käyttö paikkaamaan lääkäripulaa aloitettiin Varkaudessa vuonna 2000. (haastattelu, Helena Kempainen.)

Raisio

Raision sosiaali- ja terveystoimen ostopalveluiden käyttö on käsittänyt lähinnä sosiaalipalveluja, erikoislääkäritutkimuksia ja konsultaatioita. Keikkalääkäreitä käytettiin perusterveydenhuollossa ilta- ja yöpäivystyksessä lääkäripulan aikana. Lääkäripula helpotti varsin nopeasti väestövastuujärjestelmään siirtymisen jälkeen. Kaikki lääkäreiden virat saatiin täytettyä.

Raision sosiaali- ja terveystoimenjohtaja Eero Vaissi luottaa oman palvelutuotannon laajuuteen ja hintakilpailukykyyn:

”Totuus on se, että meillä ei ole ollut kovin paljon tarvetta laajentaa ostoa ulkopuolelle. Ensinnäkin, koska oma palvelutuotanto on suhteellisen hyvin riittänyt. Ja vaikka me millä mittareilla, näillä tilaustaulukoilla ja kaikilla muilla vertaillaan omaa toimintaa yksityisiin tuottajiin, niin Raision terveyspalvelut ovat edullisia. Ei meidän kannata ulkoistaa toimintoja, jos siitä ei saada mitään hyötyä. Olisihan se pakko, jos tilanne olisi se, että kokonaistaloudellisesti ostaminen tulisi halvemmaksi. Mutta ei meillä ole sellaisia kohtia (tilaustaulukoissa), joista olisi nähtävissä mahdollisuus merkittäviin säästöihin.”

Raision kaupungin palvelutuotantoa on uudistettu vuoden 2006 alusta käyttöön otetulla tilauskorttijärjestelmällä, joka koskee kaupungin koko hallintoa ja palvelutuotantoa. Tavoitteena on selkeyttää toimintaa siten, että tilaaja eli keskushallinto näkee selkeästi mitä tilaa ja mitä tilaus maksaa. (haastattelu, Eero Vaissi) Raision

⁸¹ Lääkeapteekissa eli kaupunginsairaalan apteekissa on toteutettu myös vastaava järjestely.

kaupungin tilaaja-tuottajamalli on nimetty Raision malliksi⁸². Valtuusto- ja kaupunginhallitus toimivat tilaajina ja lautakunnat tuottajina. Raision mallin neljäksi kulmakiveksi mainitaan: 1) toiminnan läpinäkyvyys ja jatkuva reagointi kysyntään; 2) tilaajan ja tuottajan roolien erottaminen; 3) laadun ja kustannusten yhteys ja 4) prosessien virtaviivaistaminen. (Raision kaupunki 2007.)

Lahti: Kahden terveysaseman toiminnan muuttaminen ostopalveluksi

Lahti sai runsaasti huomiota osakseen kaupungin sosiaali- ja terveystoimen ulkoistaessa vuonna 2004 yhden terveysaseman toiminnan. Käytännössä kaupungin terveysaseman toiminta muutettiin täysin yksityiseltä yritykseltä hankittavaksi ostopalveluksi. Toisen terveysaseman toiminta ulkoistettiin 1.9.2005 lähtien. Syy terveysaseman toiminnan ulkoistamiseen oli johtavan ylilääkärin Hannu Hyvärisen mukaan Lahden terveysasemien erittäin paha lääkäripula.

Lahden terveysasemien ongelmana ollut vaikea lääkäripula ei kehittynyt yllättäen. Haastattelujen perusteella lääkäripulan syntyyn vaikutti mm. Lahden päätös luopua väestövastuuvirkaehtosopimuksesta 1993⁸³. Lääkärit myös kritisoivat voimakkaasti vuoden 2000 organisaatiouudistusta, jolla luotiin Lahden malli. Uudistuksessa muodostetuilla hyvinvointialueilla sovellettiin yksijohtaja periaatetta. Kaikkien hyvinvointialueiden johtaja ei ollut lääkäri.

Johtavan ylilääkärin Hannu Hyvärisen mukaan terveysaseman tarjoamien palveluiden ostaminen yksityiseltä tuottajalta ei tule kalliimmaksi kuin oma palvelutuotanto. Yritys, joka tuottaa palvelut, sopii tiettyjen palveluiden tuottamisesta tietystä summasta. Tämä oli ensimmäisen ulkoistetun terveysaseman kohdalla kyseisen terveysaseman vuosibudjettia vastaava summa. Toisaalta henkilöstömäärien ja lääkäreiden määrässä vaatimukset on mitoitettu yritysten osalta määrällisesti alhaisemmaksi kuin suoraan kaupungin palveluksessa olevien lääkärien määrä olisi:

”Idea ulkoistamisessa on, että käytetään vain budjettiin varattu määräraha. Palveluiden tarjoajalle on mitoitettu lääkäritoiminnan vaatimukset hiukan

⁸² Raision ratkaisua palvelutuotannon kehittämisessä ovat käsitelleet esim. Okko, Björkroth, Koponen, Lehtonen ja Pelkonen (2007: 99–112). SITRA on toteuttanut MAISEMA 1 – hankkeen, jonka päämääränä oli testata aitoa tilaaja-tuottajamallia (Raision mallia) ja suorittaa vertailuarviointia eri seutujen välillä (kustannustehokkuus/laatu). MAISEMA 2 – hankkeen tavoitteena on edelleen kehittää Raision mallin toimivuutta ja soveltuvuutta aiemmassa hankkeessa mukana olleissa kunnissa ja edistää mallin käyttöönottoa (SITRA 2007.)

⁸³ Lahden vuonna 1991 käyttöön otetun väestövastuujärjestelmän kehitys on ollut sikäli poikkeuksellinen, että lääkärien väestövastuuvirkaehtosopimuksesta luovuttiin vuonna 1993. Väestövastuujärjestelmää ei lopetettu. Väestövastuuvirkaehtosopimuksessa lääkäreiden palkkauksen yksi osatekijä on vastaanotolla käyneiden potilaiden määrä.

vähäisemmäksi kuin kaupungin toimintana virkapohja täysin edellyttäisi, jolloin he saavat pelivaraa toimintaan.”

Väitettä siitä, että yksityinen yritys olisi päässyt ”rahastamaan” Lahden kaupungin kustannuksella lääkäripulan takia, ei kukaan kolmesta haastatellusta allekirjoita. Johtava ylilääkäri Hannu Hyvärinen katsoo kilpailun toimivan:

”Ei, se ei pidä paikkaansa (rahastusväite). Itse asiassa trendi on nyt, että yksityisiä yrityksiä tulee lisääntyvässä määrin markkinoille, eli kilpailu kovee. Nyt marginaalit ovat aika pieniä. Todellista kilpailua on. Toiminta, ei se ole ainakaan perusterveydenhuollon osalta mikään iso bisnes.”

Tarjouskilpailuun osallistui ensimmäisellä kerralla kaksi yritystä. Toisen terveysaseman kohdalla tarjouskilpailuun osallistui kolme yritystä. Kummankin terveysaseman palveluiden tuottajaksi valittiin tarjouskilpailuiden jälkeen sama yritys. (haastattelu, Hannu Hyvärinen.)

Veikko Heinänen ja Hannu Hyvärinen katsovat, että päätökseen ensimmäisen terveysaseman ulkoistamisesta ei liittynyt ideologista vastarintaa poliittisten päätöksentekijöiden puolelta. Ideologian ja poliittisten puheiden vaikutus arvioidaan pieneksi käytännön realiteettien, kuten taloudellisten raamien ja lääkäripulan, paineessa. Yleensäkin haastatellut arvioivat poliittisten voimasuhteiden merkityksen Lahden terveystalouden kehitykseen pieneksi. (haastattelu, Veikko Heinänen ja Hannu Hyvärinen.)

Ostopalvelutoiminnan laajenemisen myötä on Lahden sosiaali- ja terveystoimessa kehitetty ostopalvelutoimintaan liittyviä laskentatoimen järjestelmiä ja järjestetty henkilökunnalle koulutusta ostopalvelutoiminnasta. Lisäksi toimialalle luotiin sopimusten hallintajärjestelmä. Kaikki toimialalla ennen hajautetusti olleet tiedot ostopalvelutoiminnasta koottiin yhteen tietokantaan. Tavoitteena oli, että ostopalvelutoiminnasta saataisiin paremmin hallittavaa, kun ostopalveluiden käyttöä koskevan tiedon lisäksi voitaisiin yhtenäistää ja vertailla hintoja sekä sopimusehdoja (haastattelu, Veikko Heinänen).

Lahden terveysasemien ulkoistamisen perusteluna eivät siis olleet haastattelujen perusteella taloudelliset säästöt, vaan lääkäri työvoiman rekrytointiongelmat. Ostopalveluiden kalleus suhteessa omaan toimintaan kuitenkin kiistetään. Kokonaisuutena Lahden terveysasemien ulkoistamisessa on kysymys pitkäaikaisesta sopimussuhteesta, jossa on kyse ostajana toimivan organisaation ydinosaamisesta.

Terveysasemien ulkoistaminen koski niiden koko henkilöstöä, joka siirtyi yksityisen työnantajan palvelukseen. Keskeisenä osana sopimussuhdetta palvelut tuottava yritys sitoutui järjestämään kaupunkiin puuttuvan lääkäri työvoiman. Lääkärei-

den osalta palkkauksessa tapahtui korotus kaupungin palveluksessa oleviin lääkäreihin nähden. Hoitohenkilökunnan ja avustavan henkilökunnan palkkaukseen ei liittynyt bonuksia, kuten lääkäreiden palkkoihin.

Ulkoistettujen terveysasemien vastuuhenkilöt osallistuvat kaupungin avopalveluiden johtoryhmän toimintaan sekä kehittämistoimintaan. Toimintamallissa ei ole havaittu ongelmia. (haastattelu, Veikko Heinänen ja Hannu Hyvärinen) Yksityisillä palveluiden tuottajilla oli mahdollisuus muokata terveysasemien henkilöstöresursseja ja työnjakoa tietyissä raameissa, lääkäriytyövoimaa lukuun ottamatta. Lääkäriytyövoiman määrä mitoitettiin hieman kaupungin omaa toimintaa alhaisemmaksi. Yksityinen palveluiden tuottaja on voinut harjoittaa mm. erilaisten palkkioiden ja muiden kannustimien osalta omaa toimintalinjaansa.

5.2 Ohjattavuus

Ohjattavuudella tarkoitetaan tässä tutkimuksessa toimenpiteitä, joilla pyritään taloudellisuuteen ja palveluja tuottavan organisaation kehittämiseen muuttuvassa toimintaympäristössä. NPM korostaa julkisen sektorin virkamiesjohtajien ja poliittisten päätöksentekijöiden erottamista toisistaan. Poliittiset päätöksentekijät määrittelevät tavoitteet ja laajoilla toimivaltuuksilla toimivat virkamiehet toteuttavat tavoitteet. NPM:n peruslähtökohtiin kuuluu kriittisyys julkista sektoria ja sen työntekijöitä kohtaan.

Tässä tutkimuksessa tarkastelu rajataan kahteen ohjauksen ja ohjattavuuden muotoon. Organisaatio- ja johtamisuudistukset voivat muodostaa kokonaisuuden tai näitä ohjattavuuden muutosmalleja voidaan toteuttaa erillisinä uudistuksina. Johtamisuudistukseen voi liittyä esim. johdon toimivaltuuksien arvioiminen. Laajemmassa uudistuksessa kyseessä saattaa olla koko kaupungin tai pelkästään yhtä toimialaa koskeva uuden johtamismallin tai johtamisvälineen käyttöönotto, joka vaikuttaa sekä organisaation johtajiin että muuhun henkilöstöön. Tasapainotetun mittariston käyttöönotto on tyypillinen laajempi uudistus.

Organisaatio- ja johtamisuudistusten tarkastelua ohjauksen ja ohjattavuuden muotona voidaan perustella Suomen kuntakentässä tapahtuneilla sosiaali- ja terveys-toimea koskevilla organisaatiomuutoksilla. Kaupunkien toimintaympäristön muutosten voidaan olettaa vaikuttaneen myös julkisia palveluita tuottavien organisaatioiden rakenteeseen. Johtamisen uudistukset ovat NPM:n olennaisinta sisältöä markkinaohjauksen lisäksi. NPM:n johtamista korostavaan puoleen kuuluu toimivaltaisen ja tulosvastuullisen johtamisen korostaminen.

5.2.1 *Kaupunkien sosiaali- ja terveystoimen organisaatio- ja johtamisuudistukset*

Tarkasteltavien kaupunkien perusterveydenhuoltoa koskevista organisaatio- ja johtamisuudistuksista käsitellään seuraavia kysymyksiä:

- Mitkä tekijät ovat olleet uudistusten taustalla ja ketkä ovat toimineet uudistusten aloitteentekijöinä?
- Mitkä ovat olleet uudistusten tavoitteet ja miten tavoitteet on saavutettu?
- Kuinka paljon uudistuksia on toteutettu määrällisesti, millä organisaatiotasolla ja millä laajuudella?
- Ovatko uudistukset olleet luonteeltaan hajauttavia vai keskittäviä?

Kaupunkien terveydenhuollon kohtaamissa haasteissa yksi toimintavaihtoehto on (sosiaali- ja) terveystoimen organisaation muuttaminen yhdessä tai ilman johtamisuudistusta. Kuntien taloudelliset vaikeudet ovat olleet tunnettuja, erityisesti 1990-luvulla. Tutkimuksen kohteena olevien kaupunkien asema on hyvin erilainen myös tässä suhteessa. Organisaatiomuutoksiin liittyy usein uusien toimintamallien etsiminen ja tavoite tehokkuuden nostamisesta esim. tehostamalla käytävissä olevien resurssien hyödyntämistä.

Sosiaali- ja terveystoimen organisaatiomuutosten päälinjat

Haastattelujen ja asiakirja-aineiston perusteella voidaan eritellä organisaatiomuutosten kolme päätyyppiä:

1. Sosiaali- ja terveystoimen yhdistäminen
2. Sosiaali- ja terveystoimen laajat organisaatio- ja johtamisuudistukset
3. Terveyspalveluista vastaavan toimialan organisaation pienimuotoiset muutokset

Edellä lueteltuun organisaatiomuutosten tyypittelyyn voidaan periaatteessa lisätä neljäntenä kohtana sosiaali- ja terveystoimen erottaminen kahdeksi toimialaksi. Tähän harvinaiseen ratkaisuun on päätyntä yksi tässä tutkimuksessa mukana olevista kaupungeista.

Yhdistetyssä sosiaali- ja terveystoimessa toteutetulla laajalla organisaatiomuutoksella tarkoitetaan tässä tutkimuksessa organisaatiomuutosta, jossa koko tai erittäin merkittävä osa toimialan organisaatiota muutetaan. Tällaisten muutosten kaksi päätyyppiä terveydenhuollon osalta ovat hajauttaminen alueorganisaatioita vahvistaen tai vastakohtana hallinnon, resurssien käytön ja kehittämistoiminnan keskittäminen, vaikka alueellisten organisaatioiden määrää ei muutettaisi. Toimialan

keskushallinnon roolia vahvistetaan tällöin alueellisten palvelujen tuottajien ja järjestäjien toimintavapautta kaventamalla.

Haastattelujen perusteella voidaan todeta, että sosiaali- ja terveystoimien hallinnon ja suunnittelun keskittäminen on ollut hallitseva suuntaus 1990-luvun puolivälin jälkeen. Tämä kehitys on koskenut erityisesti yli 50000 asukkaan kaupunkia, joissa sosiaali- ja terveystoimen alueellisille organisaatioille on annettu merkittävästi toimivaltaa.

Sosiaali- ja terveystoimen yhdistäminen

Sosiaali- ja terveystoimet ovat yleisimmin yhdistetyt tarkastelluissa kaupungeissa vuoden 1993 alusta. Poikkeuksen tähän tekee Kerava, jossa sosiaali- ja terveystoimi yhdistettiin jo vuonna 1973. Kajaanissa toimialojen yhdistäminen toteutettiin vuonna 1992. Kajaanin kaupungin sosiaali- ja terveystoimi on kuitenkin poikkeuksellinen tutkimuskohde, koska Kajaani luopui omasta sosiaali- ja terveystoimestaan vuonna 2005. Tällöin vastuu Kajaanin kaupungin ja kahdeksan muun Kajaanin ympäriskunnan sosiaali- ja terveystoimien tuottaminen siirtyi Kainuun maakuntayhtymälle.

Sosiaali- ja terveystoimen yhdistäminen on toteutettu Vaasassa (1.1.2005) ja Nokialla (1.1.2007) muita tarkasteltuja kaupunkeja myöhemmin. Nokian kaupungin osalta terveystoimen virkamiesjohto olisi ollut valmis toteuttamaan yhdistämisen aikaisemmin. Varkaudessa puolestaan vuonna 1993 yhdistetty sosiaali- ja terveystoimi erotettiin uudelleen kahdeksi toimialaksi vuoden 2005 alussa. Varkauden kaupunginvaltuusto päätti kuitenkin 23.4.2007, että perusturva ja terveystoimi yhdistetään toisen kerran vuoden 2009 alusta. Varkauden palvelustrategian mukaan yhdistämisellä tavoitellaan säästöjä mm. kotisairaanhoidosta ja kotipalveluista (Varkauden kaupunki 2007: 27–28).

Haastateltujen viranhaltijoiden näkemykset sosiaali- ja terveystoimen taloudellisen ja toiminnallisen yhdistämisen hyödyistä jakautuivat selvästi kolmeen ryhmään. Valtaosa haastatelluista viranhaltijoista arvioi sosiaali- ja terveystoimen yhdistämisen myönteisenä kehityksenä toimialojen laajan yhteisen rajapinnan takia. Yhteistoiminnan tarpeen katsottiin kasvavan tulevaisuudessa. Tämä koskee erityisesti vanhusten palveluja eri muodoissa, psykiatrasta kuntoutusta ja päihdeongelmaisten palveluita.

Useissa kaupungeissa on sosiaali- ja terveystoimen yhdistämisen jälkeen keskusteltu tai tehty selvityksiä toimialojen uudelleen erottamisesta. Haastattelujen perusteella useat lääkärit ovat suhtautuneet sosiaali- ja terveystoimen yhdistämiseen

kriittisesti. Eivät kuitenkaan kaikki. Sosiaali- ja terveystoimen johtajana toimivan lääkärin mielipide tuo asian selvästi esille:

”Kysymys: Onko kaupungissa keskusteltu organisaatioiden erottamisesta? Jonkinlaisesta sosiaali- ja terveystoimen erottamisesta toisistaan?”

Vastaus: Ei Luoja. Se ei ikinä onnistuisi. Minä lähdän pois täältä, jos sellainen tapahtuu.”

Pieni osa haastatteluista viranhaltijoista ei vastustanut tai erityisesti puoltanut toimialojen yhdistämistä. Asennetta kuvasi lähinnä ilmaisu ”ei siitä mitään haittaakaan ole” tai ”kyllä toiminta näin myös onnistuu”. Vähemmistö viranhaltijoista katsoi, että perinteisen terveystoimen ja sosiaalitoimen yhteisten palveluiden tai yhteistyötä edellyttävien palveluiden järjestäminen toimii paremmin erillisissä organisaatioissa. Tämän ryhmän muodostivat johtavassa asemassa olevat lääkärit, joiden mielestä sosiaalitoimen ja terveystoimen organisaatiokulttuurin ja toimintaperiaatteiden erot ovat liian suuria yhdistetyn organisaation onnistuneen toiminnan kannalta. Kyse saattoi olla asenteista, uuden organisaation mahdollisista valtasuhteista eli organisaation johtotehtävien jaosta ja yhteistoiminnan käytännön muodoista. Haastatteluissa sosiaali- ja terveystoimen yhdistämistä voitiin myös luonnehtia valtakunnalliseksi trendiksi, joka ei ohimenevänä ilmiönä ole välttämättä oikea suuntaus.

Sosiaali- ja terveystoimen yhdistäminen ei edes yhdistämistä toiminnallisilla syillä kannattavien mukaan ole helppoa lyhyellä aikavälillä. Ohessa vastuualueen johtajan kommentti perusteluun, että sosiaali- ja terveystoimen yhdistämisen kautta saavutettaisiin säästöjä hallinnossa:

”No, enpä kyllä oikein tiedä. Tietysti jos on ollut kunnalla varaa palkata hallinnointiin henkilökuntaa. Mutta jos kunnalla on ollut tiukka linja ja 90-alussahan karsittiin kaikki mahdollinen. Tällä hetkellä on enemmän ongelmia siitä että miten se hallinnointi esim. laskutuksen osalta pystytään toteuttamaan, kun ihmiset ovat jäämässä eläkkeelle. Se on näitä pyhäpuhe asioita. Nyt vannotaan jonkinlaisen seutuyhteistyön nimeen ja kuvitellaan että se säästää joitakin erityiskustannuksia. Minä en usko, että se merkittävästi säästää. Voi olla... tai sanotaan että toivottavasti olen väärässä.”

Haastatellut toivat myös esille näkökohdan, että sosiaali- ja terveystoimen yhdistäminen onnistunut yhteistyö ei ole pelkästään toiminnan organisaatiomuotoon perustuva kysymys. Yhteistyöhön ja sen onnistumiseen vaikuttavat lisäksi monet muut tekijät:

”Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhteistyön tai kotihoidon järjestämiseen on olemassa niin hyvin erilaisia tapoja. Tarkoitin sillä, että välttämättä tämä

organisaatiomalli ei ole paras mahdollinen. Mutta se voi kyllä toimia. Minulla itselläni on kokemusta kaupunki A:n osalta. Siellä oli vastaavan tyyppinen organisaatio vanhustenhuollon puolella, eli siellä oli terveydenhuollossa kotisairaanhoido tai vastaanotto toiminta ja siihen liittyvä kotisairaanhoido. Ja sitten on kotihoito, joka on sosiaaliosaston vanhustyössä ja siellä työnjaot on sovittu tietyllä tavalla. He ovat olleet hirveän tyytyväisiä.”

”Että, se on... minä katson, että yhteistyö voi toimia monessa organisaatiomallissa, jos toiminnalle on johdon tuki. asiat sovitaan johdon tasolla, jotta asiat toimivat. Yhteistyö viedään sitten kentälle saakka. Sitten tehdään linjaukset.” (toimialan johtaja)

”Totuus on se että yhteistyökuviot eivät oikeastaan riipu organisaatiosta. Ne toimivat hyvin monessa erilaisessa virityksessä tai huonosti missä tahansa virityksessä. Yhteistyö on täysin riippuvainen siitä mitkä ovat sissisota asetelmat ennestään. Miten ihmisten väliset suhteet onnistuvat ja tavat toimia, johtamiskysymykset ja sitten myös yhteydet luottamushenkilöihin. Lisäksi on myös kaupungin korkein keskushallinto, eli kaupunginjohtajat ja muut instanssit. Jos heillä on joku toinen näkemys, niin hekin vaikuttavat myös tähän kolmiodraamaan. Tämä on sellainen hieman hullu kuvio. Voi kaikinensa olla.” (vastuualueen johtaja)

Sosiaali- ja terveystoimen yhdistämisestä todellisuudessa saavutettavien hyötyjen lisäksi on ongelmana pidetty yhdistetyn toimialan kokoa. Yhdistetty sosiaali- ja terveystoimi voi muodostaa yli 60 % kaupungin menoista. Esimerkiksi vuoden 1998 talousarvion yhteydessä Keravan kaupunginhallitus kehotti sosiaali- ja terveystoimea laatimaan selvityksen toimialan jakamisesta. Keravan entinen sosiaali- ja terveystoimen johtaja Pekka Saarenmaa arvioi, että myös Keravan sosiaali- ja terveystoimen erottamisen harkitsemisen taustalla oli ajatus kaupungin talouden hallittavuudesta, koska yhdistetyn sosiaali- ja terveystoimen osuus kaupungin menoista oli yli puolet. Edellä mainittu vaikutti siihen, että lasten päivähoito siirrettiin Keravalla osaksi koulutoimea vuonna 1997.

Organisaatiouudistukset

Tutkimuksen kohteena olleiden kaupunkien sosiaali- ja terveystoimessa tai terveystoimessa suoritettavat muut organisaatiomuutokset on luokiteltu kahteen ryhmään taulukossa 10. Ensimmäisen, selvästi harvemmin toteutetun, ryhmän muodostavat laajat koko toimialaa koskevat organisaatiouudistukset. Sosiaali- ja terveystoimen yhdistäminen kuuluu tähän ryhmään. Toisen ryhmän muodostavat pienimuotoiset organisaatiomuutokset sekä organisaation tarkentaminen.

Pienimuotoisia organisaatiomuutoksia ovat esim. tuloyksiköiden tai tulosalueiden määrän muuttaminen ja niiden tehtävien uudelleen sijoittaminen tai määrittely. Lisäksi organisaatiomuutos voi merkitä tulosalueiden/tuloyksiköiden toiminnan

lopettamista esim. johtuen tulosalueiden yhdistämisestä tai siitä, että kaupunki luopuu kokonaan kyseisen tehtävän tuottamisesta. Tulosalueiden tehtävien muutoksissa voi olla myös kysymys siitä, että kaupunki ottaa aikaisemmin esim. sairaanhoitopiiriltä ostetun palvelukokonaisuuden omaksi toiminnakseen. Palvelukokonaisuuksia voidaan myös siirtää sairaanhoitopiirille tai alueen kuntien muodostamalle yhteiselle organisaatiolle. Organisaatiomuutokseksi ei luokitella muutosta, jossa esim. lakkautetaan yksi terveysasema. Tällainen muutos ei välttämättä sisällä toimivallan tai johtosuhteiden muutoksia.

Taulukko 10. Tarkasteltavien kaupunkien sosiaali- ja terveystoimen organisaatiomuutokset terveyspalveluiden näkökulmasta vuosina 1993–2005.

	Laajat organisaation uudistukset		Pienimuotoiset organisaation muutokset tai tarkistukset	
		Sosiaali- ja terveystoimen yhdistäminen		Toiminnoista luopuminen / toimintojen ottaminen
Espoo	1	1	3	1
Lahti	2	1	2	0
Vaasa	0	1	0	1
Kajaani	0	0	5	0
Kerava	0	0	5	0
Nokia	0	0	0	2
Raisio	0	1	2	0
Varkaus	0	2	0	0

Taulukko 10 esittää tarkasteltavien kaupunkien sosiaali- ja terveystoimen perusterveydenhuoltoa tai koko toimialaa koskevien organisaatiomuutosten lukumää-

rän luokiteltuna kahteen tyyppiin. Kyse on tutkijan tekemästä luokittelusta, josta tarkasteltujen kaupunkien viranhaltijoilla voi olla eri näkemys. Taulukon perusteella voidaan kuitenkin luoda yleiskuva organisaatiomuutoksien luonteesta ja lukumäärästä.

Taulukosta 10 erottuvat Lahti, Kajaani ja Kerava kaupungeina, joiden sosiaali- ja terveystoimen organisaatiota on muutettu aktiivisesti. Vaasan, Nokian ja Varkauden sosiaali- ja terveystoimen (Vaasan ja Nokian terveystoimen) organisaatiota ei ole muutettu tarkastelujakson aikana.

Espoon sosiaali- ja terveystoimen organisaation koko on asettanut omat vaatimuksensa muutosten aikataululle. Molemmista Espoon sosiaali- ja terveystoimen organisaatiomuutoksissa on tähdätty keskitetympään organisaatiomalliin, jota koskevaa varsin pitkää uudistusprosessia käsitellään tarkemmin osana lukua 5.3.2. Lahden sosiaali- ja terveystoimen Lahden malli oli toiminnassa vuosina 2001–2004. Tätä uudistusta käsitellään tarkemmin luvussa 5.2.3.

Tässä luvussa on käsitelty pääpiirteissään syyt tutkimuksen kohteena olevien kaupunkien sosiaali- ja terveystoimen organisaatioiden muuttamiseen. Haastattelussa esitettiin myös lukuisia muita syitä:

”Minä en tunne A:n historiaa. Mutta B:ssä tehtiin samoja laatikkoleikkejä. Minusta se on yleensä kunnallispoliitikkojen voimattomuuden merkki. Pitäisi tarkastella työn ja palveluiden sisältöjä ja palveluprosesseja. Taustalla on kuvitelma, että vähentämällä esimiehiä tai järjestämällä laatikot uuteen uskoon sosiaali- ja terveystoimen ongelmat ratkeavat.” (vastuualueen johtaja)

”...Oikeastaan olen itsekkin sitä joskus miettinyt. Kyse on ehkä vähän tällaisesta pakokauhureaktiosta. Jotain tarvitsisi tehdä ja sitten lähdettään tekemään jotain.

Monesti ihmiset pitävät minua intohimoisena sosiaali- ja terveystoimen puolustaja ja puolestapuhujana. Näen siinä hyvät puolet ja kyse on sinänsä tärkeästä asiasta. Mutta toisaalta hallinto voidaan järjestää hyvin monella tavalla ja päästä suurin piirtein samoihin lopputuloksiin. Ehkä jotkut asiat painottuvat vähän toisin tai muuta vastaavaa. Mutta kunnallinen tulos varmasti saavutetaan. Sosiaali- ja terveystoimen yhdistäminen ei ole mikään ainoa ratkaisu. Erillisessä hallintokuntajärjestelmässä tai jossakin muussa voidaan toimia yhtä hyvin. Siinä mielessä hallinnon uudistuksia voidaan tehdä, että ne ovat jotain sellaista, jolla rauhoitetaan itseä tai huonoa omaatuntoa tai haetaan jotain sellaista mikä ei ole hallinnon uudistamisella ratkaistavissa tai saavutettavissa. Eli turhaa työtä monesti tehdään.” (toimialan johtaja)

Johtamisuudistukset

Tulosjohtaminen on johtamismalli ja johtamisuudistus, jota on sovellettu runsaasti Suomen kunnissa. Tulosjohtamisen voidaan katsoa kehittyneen viimeistään 1990-luvun loppupuolella suomalaisten NPM – uudistusten keskeiseksi muodoksi. Myös monet tutkimuksen kohteena olevat kaupungit ovat soveltaneet tulosjohtamista vaihtelevalla menestyksellä. Henkilökunnan sitouttaminen tulosjohtamisen toimintamalleihin ei aina ole helppoa:

”Minä en kovin paljon muista asiasta. Muistan vain kun A oli jossakin meidän tulos... tällaisena sisäisenä kehittäjänä ja sitten A loukkaantui, kun hänet naurettiin ulos lääkäreidenkokouksesta. Eli ehkä se kuvastaa myös laajemmin suhtautumista tulosjohtamiseen.” (vastuualueen johtaja)

Lahden kaupungissa on otettu käyttöön sekä tulosjohtaminen että tasapainotettu mittaristo tarkastelujakson aikana. Vuonna 2000 luotuun Lahden sosiaali- ja terveystoimen hajautettuun organisaatiomalliin kuului tasapainotetun mittariston (BSC) ja tuloskorttien hyödyntäminen. Tasapainotettu mittaristo oli valittu koko Lahden kaupungin strategian mittariksi.

Lahden kaupungin strategiana oli ottaa käyttöön tulosjohtaminen vuosina 1992 – 1993 koko kaupungin organisaatiossa. Terveystoimen ja erityisesti perusterveydenhuollon näkökulmasta tulosjohtamisen merkitys vaikuttaa olleen varsin pieni (haastattelu, Hannu Hyvärinen):

”Tulosjohtaminen oli hieman surkuhupaisa homma kaiken kaikkiansa. Kyse oli valtakunnallisesta opista, joka oli siinä vaiheessa menossa. Niitä on ollut eri nimikkeillä ja joka kerta oli kyseessä suurin jumalansanasta... Ei tulosjohtaminen minun mielestäni elänyt kuin pari vuotta. Lopulta se tavallaan häipyi pois ja häipyi kaupungin strategiastakin eri tasoilta. Minun mielestä se ei oikeastaan saavuttanut missään vaiheessa mitään todellista merkitystä käytännön työn kannalta.”

Tulosjohtaminen otettiin käyttöön Kajaanin sosiaali- ja terveystoimessa vuonna 1992. Kalevi Yliniemi (haastattelu) arvioi, että henkilöstö ja keskijohto eivät sitoutuneet tulosjohtamiseen, jota vierastettiin. Tästä huolimatta Yliniemi arvioi, että asia eteni ja käytännöt kehittyivät, mikä oli selvä edistysaskel aikaisempaan verrattuna. Tulosjohtaminen ei Yliniemen mukaan hiipunut Kajaanin sosiaali- ja terveystoimessa, vaan tulosjohtamisajattelutapa ja -käytäntöjen läpivieminen vahvistuivat vähitellen. Tulosjohtamisesta siirryttiin tasapainotettuun mittaristoon, joka otettiin käyttöön vuonna 2002. Kyseessä oli koko Kajaanin kaupunkia koskeva uudistus.

Tasapainotettu mittaristo otettiin käyttöön vuonna 1999 myös Nokian terveystoimessa. Uudistuksen merkitys ei kuitenkaan vaikuta suurelta Nokian terveystoimen näkökulmasta tarkastelujakson aikana. Raision sosiaali- ja terveystoimessa on sovellettu prosessijohtamista vuodesta 2003. Raision koko kaupungin hallintoa koskevan tilaaja – tuottajamallin valmistelu aloitettiin vuonna 2004. Tasapainotettu mittaristo toimii pohjana Raision kaupungin tilaaja – tuottajamallille (Raision kaupunki 2007).

Selvimmin johtamismalleihin ja niiden kehittämiseen on panostanut Espoo. Esimerkiksi sosiaali- ja terveystoimen vuoden 1993 toimintakertomuksessa, johtamisen kehittämisen periaatteiksi mainitaan yksijohtajajärjestelmä ja tulosohjauksen kehittäminen. Tulosojohtaminen on edelleen merkittävässä asemassa Espoon sosiaali- ja terveystoimessa terminologian vaihtumisesta huolimatta (haastattelu, Aulis Majuri).

5.2.2 Organisaatio- ja johtamisuudistusten kaupunkikohtainen tarkastelu

Luvussa 5.2.3 käsitellään tarkemmin kolmea organisaatio- ja johtamisuudistusta. Lahden uudistuksia käsitellään kahtena tapauskuvauksena. Ostopalveluita käsitellessä luvussa 5.1.2 tarkastelussa oli Lahden kahden terveystoimen muuttaminen kaupungin omasta toiminnasta ostopalveluksi. Espoon sosiaali- ja terveystoimen organisaatio- ja johtamisreformia käsitellään osana strategista johtamista. Suuren kaupungin sosiaali- ja terveystoimen organisaation ja johtamisen muuttaminen on pitkä prosessi, johon ovat vaikuttaneet myös koko kaupungin hallinnon kehityssuunta. Yleisen käsityksen mukaan pienten organisaatioiden uudistaminen on helpompaa kuin isojen organisaatioiden. Johtamisen ja organisoimisen merkitys kasvaa organisaation koon ja toimintojen määrän kasvaessa. Johtamisen merkitystä ei kuitenkaan pidä vähätellä pienemmissä terveystoimista vastaavissa organisaatioissa.

Lahden lisäksi luvussa 5.2.3 käsitellään Varkauden sosiaali- ja terveystoimen jakaminen kahdeksi virastoksi sekä Keravan taloushallinnon uudistus ja sosiaali- ja terveystoimen henkilöstön vähentäminen. Keravan sosiaali- ja terveystoimen organisaatiota on muutettu useaan otteeseen. Tästä johtuen Keravan organisaatio- ja johtamisreformia käsitellään myös hieman laajemmin tässä luvussa.

Tarkastelun kohteena olevien kaupunkien sosiaali- ja terveystoimessa on tehty hyvin eri määrä organisaatio- ja johtamisuudistuksia. Tämä herättää luonnollisesti kysymyksen määrällisten erojen lisäksi uudistusten laadullisesta sisällöstä. Uudistusten toteuttamisympäristö tulee ottaa huomioon tarkastelussa.

Vaasa

Vaasa on väestömäärältään suurin niistä tutkimuksen kohteena olevista kaupungeista, joissa ei toteutettu useita organisaatiomuutoksia tutkimusjakson aikana. Laajin organisaatiomuutos on sosiaali- ja terveystoimen yhdistäminen vuoden 2005 alusta. Laboratoriotoiminta siirtyi sairaanhoitopiirille vuonna 2002. Haastattelujen perusteella voidaan sanoa, että terveystoimen kehitykseen ovat vaikuttaneet käytännön pakosta toteutetut muutokset, joihin on vastattu muutoksilla ilman suuria projekteja. Vaasan terveystoimen toimintaympäristön kaksi keskeistä muutosta vuoden 2000 jälkeen ovat olleet lääkäripula ja koko kaupungin talouden tasapainottamisohjelman tuomat säästötoimet.

Vaasan kaupungin talouden tilanne verrattuna maan yleiseen taloudelliseen tilanteeseen vaikutti mm. väestövastuujärjestelmän käyttöönottoon Vaasassa. Johtava ylilääkäri Markku Sirviö toteaa:

”...Silloin kun edellinen kaupunginjohtaja Juhani Turunen aloitti säästökuurin, niin muilla meni kovaa ja me säästimme. Kun muut menivät lamassa notkoon, niin meillä oli säästetty jo valmiiksi ja me pääsimme siitä ylöspäin. ...Tuli yhtäkkiä 600 lääkärin työttömyys. Meillä oli rahaa palkata lääkäreitä. Se oli tilanne, jossa me saatiin väestövastuu lähtemään ja virat täyteen...”

Lääkäripula alkoi Vaasassa vuonna 1998. Vuoden 1999 jälkeinen kehitys Vaasassa on johtanut kohti laajempaa ostopalveluiden käyttöä perusterveydenhuollon palvelutuotannossa.

Väestövastuujärjestelmään siirtymisen jälkeen tavoitteena oli alueellistaminen, jonka toteuttaminen jäi kesken. Tavoitteena oli saada kaupungin kaikille kuudelle väestövastuualueelle oma sosiaali- ja terveysasema (johtava ylilääkäri Markku Sirviö, haastattelu 15.6.2005). Tavoitteeseen ei päästy, mutta kolmella väestövastuualueella rakennettiin yhteinen sosiaali- ja terveysasema. Kolmen väestövastuualueen toimipisteet sijaitsevat pääterveysasemalla⁸⁴.

⁸⁴ Vaikka Vaasan kaupungin sosiaali- ja terveystoimet ovat toimineet erillisinä virastoina vuoteen 2005 saakka, on rakennushankkeissa virastojen toimipisteet sijoitettu samoihin rakennuksiin. Vuonna 1994 valmistui Vaasan ensimmäinen sosiaali- ja terveystoimen yhteinen toimipiste Ristinummen kaupunginosaan. Gerbyn kaupunginosaan valmistui vastaava toimipiste 1996 ja Hietalahteen vuonna 2000.

Kajaani

Kajaanin sosiaali- ja terveystoimen organisaatiota on muutettu viisi kertaa tarkastelujakson aikana. Organisaatiomuutokset ovat merkinneet, vuoden 1999 uudistuksia lukuun ottamatta, lähinnä vastuualueiden ja toiminnallisten kokonaisuuksien uudelleenjärjestelyjä. Kajaanin sosiaali- ja terveystoimessa toteutettiin merkittäviä säästöjä ja organisaatiomuutoksia vuonna 1999. Haastatellut toteavat, että kyseistä vuotta voidaan kuvata Kajaani-eräänlaiseksi kriisivuodeksi. Sosiaali- ja terveystoimen henkilöstömäärä väheni pysyvästi n. 100 työntekijällä. Myös irtisanomisista toteutettiin. Vähennykset eivät koskeneet lääkäreitä ja sosiaalityöntekijöitä. Säästöjen lisäksi sosiaali- ja terveystoimessa koottiin toimintoja suuremmiksi kokonaisuuksiksi. Tavoitteena oli saavuttaa säästöjä hallinto- ja toimitilakuluissa. (haastattelu, Kalevi Yliniemi; haastattelu, Tuula Sassi)

Kajaanin sosiaali- ja terveystoimessa aikaisemmin työskennelleet haastatellut johtavat viranhaltijat, korostivat taloudellisen liikkumavaran vähäisyyttä vuosina 1993–2004. (haastattelu, Kalevi Yliniemi; haastattelu, Tuula Sassi.) Sosiaali- ja terveystoimen menoja supistettiin henkilöstövähennyksillä ja mm. lakkauttamalla yksi terveysasema. Palveluiden tuottamisesta vastaavia vastuualueita järjestettiin uudelleen. Omalääkärijärjestelmä otettiin käyttöön vuonna 1996. Virka-ajan ulkopuolinen lääkäripäivystys siirtyi keskussairaalaan vuonna 1999. Tukipalveluita, kuten laboratorio- ja röntgenpalveluita (vuosina 2003 ja 1999), keskitettiin muille julkisen sektorin organisaatioille. Kajaanin terveystoimen kehittämisessä markkinaehtoisuudella on ollut hyvin pieni merkitys.

Tuula Sassi, joka toimi Kajaanin sosiaali- ja terveystoimen johtavana lääkärinä vuodesta 1996, kuvaa vastuualueiden ja rakenteiden muuttamisen päämäärää seuraavasti:

”Johtavana lankana meillä on ollut koko ajan, että meidän tarvitsee ja pitää muodostaa riittävän suuria kokonaisuuksia, jotka eivät ole haavoittuvia. Kun muodostetut kokonaisuudet ovat tarpeeksi suuria, pitää tämän jälkeen arvioida kuka kokonaisuuden sisällä tekee ja mitä.”

Tuula Sassi toteaa, että tavoitteena oli hakea niitä paletteja, joiden avulla saavutettaisiin synergiaetuja. Hyödyt voivat merkitä säästöjä tai järkeviksi koettuja toimintamalleja. Organisaatiomuutosten lisäksi Kajaanin perusterveydenhuollon kehittämistoimia ovat olleet hoitajien ja lääkäreiden työntehtävien muuttaminen,

kuten useissa muissakin kunnissa⁸⁵. Potilaan ensimmäistä kontaktia pyrittiin kehittämään siten, että päivystyksessä potilaan ensimmäinen kontakti on sairaanhoitajan kanssa. Lisäksi terveydenhoitajat – sairaanhoitajat pitivät itsenäistä vastaanottoa. (haastattelu, Tuula Sassi)

Kajaanin sosiaali- ja terveystoimen johtamiseen valtiosuusuudistus merkitsi suurta muutosta. Haastateltavat korostavat talouden johtamisen ja vastuullisuuden lisääntymistä. Tuula Sassin mukaan tiukka taloustilanne toi johtamiseen vapautta toimia annettujen taloudellisten raamien rajoissa:

”Kyllä minulla tällainen käsitys on. Itse asiassa joskus ihan tuskastuttavan vapaasti, mutta se vapaus tuo myös vastuuta.”

Säästämisen ja kehittämistoiminnan tuloksena Yliniemi katsoo, että Kajaanissa terveyspalveluiden tuottavuus kohosi merkittävästi. Keskeisiä syitä tuottavuuden nousuun olivat henkilöstökustannusten leikkaukset sekä uudet toimintamallit. Kalevi Yliniemi tiivistää kehityksen perusterveydenhuollossa vuodesta 1993 vuoteen 2004 seuraavasti:

”Pienemmällä henkilöstömäärällä saadaan jopa tyytyväisemmät asiakkaat kuin 1990-luvun lähtökohtatilanteessa oli. Lääkäreiden vastaanotto toiminta ei vetänyt ensinkään.”

Uusien taloudellisten säästöjen ja toiminnan tehostamiskeinojen etsiminen on ollut jatkuvaa vuodesta 1993 lähtien. (haastattelu, Kalevi Yliniemi) Vuonna 2004 Kajaanin sosiaali- ja terveystoimessa aloitettiin valmistautuminen maakuntahallinnon toteuttamiseen. Vuoden 2005 alusta Kainuun maakuntayhtymä otti vastuun sosiaali- ja terveystoimesta yhteistyöhön liittyneissä kunnissa.

Kerava

Kerava on kaupunki, jonka sosiaali- ja terveystoimen organisaatiota on muutettu usein. Vaihtoehtoisista organisointi- ja toimintamalleista on tehty useita selvityksiä. Erityisesti terveyspalveluiden ja perusterveydenhuollon näkökulmasta organisaatiomuutoksia on toteutettu seuraavasti:

⁸⁵ Palveluprosesseja ja niiden toimivuutta tarkasteltiin Kajaanin perusterveydenhuollossa laatu-työn osana. Käytännössä tämä tarkoitti palveluprosessien aukaisemista ja kuvaamista sekä vuokaavioiden laadintaa. Prosessien toimivuutta on seurattu vuosittain itsearviointin avulla. Ensimmäinen prosessien arviointia sisältävä laatuhanke toteutettiin vuonna 1997. (haastattelu, Kalevi Yliniemi)

- 1993: Sosiaali- ja terveystoimen peruspalvelut alueellistettiin kolmeksi maantieteelliseksi palvelualueeksi.
- 1995: Palveluiden tuotanto-organisaatiota tarkistettiin: neljän palvelualueetta aikaisemman kolmen sijasta. Lisäksi yhdistettiin laitospalvelut ja eräät terveydenhuollon tukipalvelut laitos- ja tukipalveluiden vastuualueeksi.
- 1997: Alueorganisaatiosta luovuttiin, palveluiden tuotanto organisoitiin neljäksi palvelulinjaksi. Lääkärien vastaanotto toiminta keskitettiin pääterveysasemalle.
- 1999: Sosiaalityön ja erityispalveluiden palvelulinjat yhdistettiin sosiaali- ja erityispalveluiden palvelulinjaksi. Perusterveydenhuollossa siirryttiin väestövastuujärjestelmään.
- 2005: Organisaatio- ja johtamisketju muutettiin vastaamaan käytäntöjä. Tavoitteena oli myös selkiyttää talousvastuuta ja talousseurantaa.

Keravan sosiaali- ja terveystoimen organisaation kehityksessä suunta on ollut 1990-luvulla hajauttamisesta (alueellistaminen) keskittämiseen. Toteutettujen organisaatiomuutosten lisäksi organisaation kehittämismalleja on etsitty konsulttien avulla. Kaupungin keskushallinto palkkasi konsultit, joita käytettiin terveystoimen organisaation ja toimintamallien kehittämiseen vuosina 1994–1998. Yhteenvedo konsulttien toimeksiannoista ja toiminnan tuloksista haastatteluihin ja dokumenttiaineistoon perustuen:

1994: Konsultin avustuksella valmisteltiin mittavia henkilöstösäästöjä ja palvelurakenteen muutosvaihtoehtoja.

1995: Konsultin toimeksiantona oli selvittää toimialan hallinnon kehittämistä⁸⁶.

1996: Kaupungin toimintojen kehittämisen osana sosiaali- ja terveystoimen kehittämishanke, jota varten palkattiin konsultti avustamaan toimialan johtoa. Konsultti totesi raporttinsa yhteenvedossa, että Kerava on tuottanut palvelut lähialueen

⁸⁶ Vuoden 1995 toimintakertomuksessa todetaan seuraavaa: ”Toimintavuonna ikävintä oli kaupungin keskushallinnon taholta selvästi osoitettu luottamuspuola sosiaali- ja terveystoimeen ja sen osaamiseen. Selvä osoitus tästä oli ulkopuolisen konsultin tilaaminen hallintokuntaa kuulematta tekemään selvitys sosiaali- ja terveystoimen palvelujen kehittämisestä. Rakentavaa vuoropuhelua ei pystytty käymään palvelujen ja talouden kehittämisestä, vaan yleistä oli erilaisten selvitysten pyytäminen ja niihin vastaaminen.”

kuntia edullisemmin ja että kustannusanalyysin perusteella kustannuksissa ei ole merkittävästi liikkumavaraa alaspäin.

1998: Konsultin tehtävänä oli laatia esitys sosiaali- ja terveystoimen hallinnon järjestämisestä. Suosituksena oli siirtyminen sopimusohjausjärjestelmään. Sosiaali- ja terveyslautakunta puolsi esitystä, mutta kaupunginhallitus palautti asian uudelleen valmisteltavaksi.

Konsulttien käytöstä Keravan sosiaali- ja terveystoimen kehittämiseksi esitettiin haastatteluissa kriittisiä kannanottoja:

”Kokonaisuutena kokemus näistä konsulttitoista on ollut, että ne vaativat paljon työtä sekä paljon tietojen korjaamista... En muista mitään sellaista, joka olisi pääasiallista työtämme tukenut tai olisimme saaneet hyötyä. Me olemme enemmän sosiaali- ja terveystoimessa tehneet selvityksiä ja korjanneet esitettyjä selvityksiä ja näkemyksiä.”

Keravan sosiaali- ja terveysjohtajana vuosina 1975–2001 toiminut Pekka Saarenmaa arvioi, että konsultit joita käytettiin vuosina 1994–1998, olivat hyvin eritasoisia valmiuksiensa suhteen. Useimpien konsulttien kanssa pystyttiin silti aitoon yhteistyöhön. Saarenmaa ei suhtaudu täysin kriittisesti konsulttien käyttöön, vaan toteaa joidenkin Keravan sosiaali- ja terveystoimen kehittämistä varten palkattujen konsulttien työskentelyssä olleen tavoitteena aidosti uusien toimintamallien etsiminen. Syyksi konsulttien runsaaseen käyttöön Saarenmaa esittää epäluottamuksen:

”Se, miksi konsultteja Keravalla on käytetty niin paljon, niin se varmasti juontaa siitä, että on ollut tietynlaista epäluottamusta sosiaali- ja terveystoimea kohtaan. Pysyykö se omiin toimiin ja pystyykö se pitämään talouden hallinnassa. Eli oleellinen kysymys on, että onko meillä ollut talous hallinnassa vai eikö se ole ollut hallinnassa. Minä olen jäävi sanomaan siihen juu tai ei, mutta konkreettisesti numerot näyttävät mitkä ovat olleet kustannukset.”

Keravan sosiaali- ja terveystoimen muutosintensiivisyyttä voidaan epäilemättä kuvata erittäin korkeaksi. Toteutetuille muutoksille on ollut ominaista muutosten ja uudistusten voimakkuus ja ainakin näennäisesti NPM:n liiketalouspiirteiden tuominen Keravan terveystoimen toimintaan.

Kerava oli edelläkävijä yhdistäessään sosiaali- ja terveystoimen vuonna 1973. Vuodesta 1993 Keravalla toteutettiin alueellistettua ja moniammatillista sosiaali- ja terveystoimen palvelujen järjestämismallia, joka kuitenkin lopetettiin vuoteen 1998 mennessä. Kustannusten pitäminen alhaisina on ollut sosiaali- ja terveystoimelle asetettu keskeinen tavoite. Vaikuttaa kuitenkin siltä, että tavoitetta ei ole

oltu valmiita edistämään uusilla ratkaisulla kuten tilaaja – tuottajamallilla, jota vuonna 1998 toiminut konsultti ehdotti sekä sosiaali- ja terveyslautakunta puolsi.

Keravan sosiaali- ja terveystoimen kehittämistä vuosina 1993–1998 on mahdotonta kuvata käytetyn aineiston perusteella järjestelmälliseksi. Tavoite oli selvästi kustannustason pitäminen mahdollisimman alhaisena. Keravan kaupungin kunnallispolitiikka ja henkilösuhteet ovat todennäköisesti vaikuttaneet päätöksentekoon tavalla, jota tämän tutkimuksen puitteissa ei voida selvittää.

Nokia

Nokian kaupungin terveyskeskuksen terveysasema- ja hammashoitolaverkosto eivät ole muuttunut vuosina 1993–2004. Terveysasemaverkosto käsittää pääterveysaseman ja yhden sivutoimipisteen. Organisaatiomuutoksia ei ole toteutettu, mutta tukipalveluiden osalta on toteutettu yhteistyöhankkeita muiden Tampereen kehyskuntien kanssa. Vastatessaan kysymykseen siitä, miksi Nokian terveystoimen organisaatorakennetta ei ole juurikaan muutettu, terveyskeskuksen johtaja Jorma Salonen viittaa siihen, että organisaatiomuutokset eivät ole itsetarkoitus ja toisaalta virkamiesjohdossa on jo pidemmän aikaa toivottu sosiaali- ja terveystoimien yhdistämistä:

”Muutos ei ole itsetarkoitus, vaan se että muutoksia pitää tehdä, jos niiden tarve havaitaan. Mutta ilmeisesti tämä organisaatio on ollut kohtuullisen toimiva. Ja kaikki nämä yhteistyö ja ostopalvelu kysymykset, mitä olemme käsitelleet... ei todellista tarvetta muutoksiin ole ollut, paitsi tietysti sosiaali- ja terveystoimen hallinnon yhdistäminen perusturvaksi.”

Varkaus

Varkauden sosiaali- ja terveystoimen kehityksen osalta johtava ylilääkäri Helena Kemppinen kiinnittää huomiota siihen, että merkittävät muutokset Varkauden perusterveydenhuollon osalta ajoittuvat ajallisesti juuri ennen vuotta 1993. Tällöin sosiaali- ja terveystoimi yhdistettiin, kuntaliitto purettiin ja käynnistettiin väestövastuu avoterveydenhuollossa. Kemppinen arvioi, että näiden kolmen ison muutoksen jälkeen ja laman tuomien säästöpainneiden takia, suurten uudistusten tekeminen ei ollut realistista. (haastattelu, Helena Kemppinen)

Raisio

Raision yhdistettyä sosiaali- ja terveystoimen vuonna 1993, toimiala jaettiin neljään vastuualueeseen. Vuoden 1995 sosiaali- ja terveystoimen organisaatiomuutoksessa vastuualueiden määrä nousi kuuteen. Organisaatiomuutoksen taustalla

oli mm. se, että Raision sosiaali- ja terveystoimi otti omaksi toiminnakseen aikaisemmin sairaanhoitopiirillä ja kuntayhtymillä olleita toimintoja.

Vuonna 2003 Raisiossa siirryttiin omalääkärijärjestelmään. Samana vuonna toteutettu organisaatiomuutos ei liittynyt omalääkärijärjestelmään siirtymiseen. Organisaatiomuutoksen taustalla oli toiminnan muuttuminen monelta osin. Uudessa hallintomallissa palvelut ovat tuoteryhmittäin kun toiminnallisesti samantyyppisiä toimintoja organisoitiin tulosyksiköiksi, joiden johdossa on tulosalueenjohtaja. Tulosalueiden määrä pysyi samana. (haastattelu, Eero Vaissi)

Kysymykseen perusterveydenhuollon organisoimisen merkityksestä toiminnalle Vaissi toteaa mm. omalääkärijärjestelmään siirtymisen osoittaneen selvästi tämän hyödyn päivystyskäyntien vähenemisen kautta. Lisäksi hän toteaa kehittämistoiminnan merkityksestä seuraavasti:

”...me joudumme kilpailemaan henkilökunnasta. Kehittämällä on myös imagollinen merkitys, yritetäänkö asioita edes hoitaa? On tärkeää, että henkilökunnalla ei ole sellainen olo, että tässä nyt vain odotetaan maailman loppua, vaan tosiaan yritetään korjata niitä ongelmia joita on. Se on myös imagollinen asia, jonka avulla saadaan rekrytoitua henkilökuntaa.”

Raision sosiaali- ja terveysvirastossa aloitettiin prosessijohtaminen ja prosessien kautta toiminnan kehittäminen vuonna 2003. Prosessien kehittämiseen on kuulunut myös ajankäytön mittaaminen esim. perusterveydenhuollossa⁸⁷. Prosessien selkiyttämiseen liittyvä kehittämistyö on tehty viraston oman henkilökunnan voimin. (haastattelu, Eero Vaissi)

5.2.3 *Organisaatio- ja johtamisuudistusten erityispiirteitä*

Organisaatio- ja johtamisreformista käsitellään tarkemmin kolmea tapausta, joissa kaikissa on joitakin erityispiirteitä. Tapaukset koskevat Keravan, Varkauden ja Lahden sosiaali- ja terveystoimia. Keravan tapaus käsittää henkilöstövähennykset ja taloushallinnon keskittämisen. Varkauden tapaus käsittelee sosiaali- ja terveystoimen jakamista kahdeksi toimialaksi. Lahden tapaus käsittelee organisaatiouudistusta, jonka tuloksena luotiin varsin lyhyen aikaa käytössä ollut Lahden malli.

⁸⁷ Raision terveysaseman apulaisylilääkäri Sirkka-Liisa Hiltunen arvioi, että Raision avoterveydenhuollon lääkärit eivät ole olleet ajankäytön mittausta ja prosessien selkiyttämistä vastaan, koska kehittämisen tuloksena lääkäreille jää enemmän aikaa perustehtävänsä ”oikeiden asioiden ollessa oikeissa paikoissa oikeaan aikaan”.

Kerava: Henkilöstön vähentäminen sekä taloushallinnon keskittäminen

Tarkasteltaessa Keravan (sosiaali- ja) terveystoimen kehitystä kokonaisuutena vuosina 1993–2004 huomio kiinnittyy erityisesti seuraaviin seikkoihin: 1) terveyspalveluiden organisaation muutosten suureen lukumäärän, 2) konsulttien palveluiden vilkkaaseen käyttöön organisaatiota ja toimintojen tehostamista koskevissa kysymyksissä sekä 3) tarkastelujakson alkupuolella sosiaali- ja terveystoimen henkilöstömäärän vähentämiseen, joka toteutettiin mm. irtisanomisten kautta.

Keravan kaupungin sosiaali- ja terveystoimeen kohdistui voimakkaita säästövaatimuksia 1990-luvulla. Vuonna 1994 säästöjä haettiin Keravalla mm. henkilöstön vähentämisen kautta. Palvelurakennetta selvittämään palkattiin konsultti kaupungin keskushallinnon toimesta. Kaupunginvaltuusto päätti vuosina 1995–1997 toteutettavasta 71 työntekijän vähentämisestä sosiaali- ja terveystoimessa. Keravan sosiaali- ja terveystoimen vuoden 1994 jälkeen vuoteen 1996 mennessä toteutamat henkilöstövähennykset olivat kaupunginvaltuuston edellyttämät 71 työntekijää. Virkoja ja toimia lakkautettiin 42, joista 16 oli täyttämättä. Varsinaisia irtisanomisia oli 15 kappaletta.

Henkilöstövähennykset koskivat erityisesti yhdistetyn sosiaali- ja terveystoimen hallintoa. Henkilöstövähennykset toimialan hallinnossa merkitsivät yhdeksän työntekijän irtisanomista. Irtisanottuja olivat mm. sosiaali- ja terveystoimen taluspäällikkö, johtava hoitaja, kaksi osastopäällikköä, laitospalveluista vastaava lääkäri, vanhainkodin johtaja ja kolme kanslistia. Kunnan palveluksessa olevan lääkärin irtisanominen taloudellisin perustein on erittäin harvinaista Suomessa. Lääkäri virkoja lakkautettiin Keravalla kaksi.

Taluspäällikön irtisanominen ei koskenut pelkästään sosiaali- ja terveystoimea, vaan kaikkia kaupungin toimialoja. Sosiaali- ja terveystoimen taluspäällikkönä toiminut henkilö oli kuitenkin irtisanotuista taluspäälliköistä ainoa, jolle ei järjestetty muuta työtehtävää Keravan kaupungin hallinnosta. (haastattelu, Pekka Saarenmaa)

Sosiaali- ja terveystoimen taluspäällikön viran lakkauttaminen ja tiukka kustannusten seuranta vaikuttavat ristiriitaisilta teoilta ja tavoitteilta. Keravan sosiaali- ja terveystoimen johtajana vuosina 1975–2001 toiminut Pekka Saarenmaa arvioi, että taustalla saattoi olla halu keskittää taloushallinnon osaamista kaupungin keskushallintoon. Tämä puolestaan olisi ajattelumallin mukaan helpottanut taloudellista kontrollia.

Taloushallinnon muuttaminen toteutetulla tavalla, ei jälkikäteen arvioituna voida pitää täysin onnistuneena ratkaisuna. Keravan avoterveydenhuollon palvelulinjan

johtava lääkäri Leena Piikivi arvioi taloushallinnon vajauksen hankaloittaneen esim. kustannusvertailuiden tekemistä ostopalveluita hankittaessa sekä yleistä yksikkökustannusten seurantaa:

”Minusta niitä hedelmiä täällä kerätään. Minä lääkärinä, johtavana lääkärinä käytän taloushallintoon niin paljon aikaa, enemmän kuin missään aikaisemmassa työpaikassa. Muualla ovat järjestelmät olleet kunnossa ja minun oletukseni silloin kun tulin tänne... en edes huomannut kysyä, että onko täällä systeemi kunnossa. Sitä on sitten joutunut rakentamaan.”

”Päätöksen taustoja minä en ymmärrä. Täällä on varmaan ollut sellainen harha, että kaupungin kamreeri pystyy tämän homman hoitamaan, kun tosiasiassa pitää ymmärtää rahankäytön mekanismit. Mihin raha menee, missä on mahdollista säästää. Kun täällä se tiukkuus sitten tehdään punakynä käy. No, olen minä aikaisemmassakin kunnassa tottunut siihen, että punakynä käy. Mutta jos se käy sellaisessa paikassa, että sitä ei vain voi olla antamatta sitä palvelua, niin eihän siinä ole mitään järkeä. Se on tavallaan keinotekois-ta budjetin tasapainottamista, joka aina johtaa siihen että tilinpäätösvaiheessa annetaan nuuskaa minusta syyttömille viranhaltijoille. No, nyt tämä kyllä meni rankan kritiikin puolelle.”

Irtisanomiset ja voimakkaat säästöratkaisut vaikuttivat sosiaali- ja terveystoimen henkilöstön toimintaan pitkään. Keravan johtavana lääkärinä toiminut Kyösti Haukipuro toteaa:

”Tuossa jo kuvasin, että kun tulin vuonna 1998 tehtävään, niin oli selvästi vielä aistittavissa jälkivaikutukset. Minun mielestäni oli ollut jonkinlaista lamaantumista. Tilanteesta ei oltu toivuttu. Ehkä oli turhautumista ja ei ollut aktiivisuutta siitä, miten tästä eteenpäin.”

Vuonna 2003 perustettiin Keravan sosiaali- ja terveystoimeen uudelleen joitakin aikaisemmin lakkautettuja virkoja, mm. sosiaali- ja terveystoimen talouspäällikön ja kahden terveyskeskuslääkärin virat.

Taloushallinnon keskittämistä ja hallintohenkilöstön vähentämistä sosiaali- ja terveystoimessa voidaan pitää NPM:n mukaisina toimintamalleina. Konsulttien käyttö julkisen sektorin kehittämisessä on myös liitetty NPM:n toimintamalleihin. NPM:n perusmalliin kuuluu julkisen sektorin poliittisen kontrollin ja poliittisen päätöksenteon vahvistaminen. Tiukalla taloudellisella kontrollilla tavoitellaan menojen leikkauksia ja palveluiden tuottamista ”enemmän vähemmällä” periaatteella. Keravan lainakanta euroa/asukas oli säästötoimenpiteiden toteuttamisen aikana korkea. Keravan mahdollisuuksia selvittää tulevaisuuden haasteista ei voi kuitenkaan arvioida huonoiksi, jo yksistään maantieteellisen sijainnin takia.

Varkaus: Sosiaali- ja terveystoimen jakaminen kahdeksi toimialaksi

Varkauden sosiaali- ja terveystoimen kehityksessä vuosina 1993–2004 ja 2005 huomiota herättää Varkauden sosiaali- ja terveystoimen yhdistäminen vuonna 1993 ja purkaminen vuonna 2005. Sosiaali- ja terveystoimen terveysasemaverkosto on ollut kaupungin maantieteelliseen kokoon ja väestömäärään nähden sangen runsas. Vaikka sosiaali- ja terveystoimessa ei ole toteutettu merkittäviä organisaatioon liittyviä muutoksia vuosina 1993–2004, on kaksi terveysasemaa lakkautettu vuosina 1993–2004⁸⁸.

Sosiaali- ja terveystoimen merkittävimmät muutokset ajoittuvat aikaan juuri ennen vuotta 1993, jolloin sosiaali- ja terveystoimi yhdistettiin, kuntaliitto purettiin ja käynnistettiin väestövastuu avoterveydenhuollossa. Vt. johtava ylilääkäri Helena Kempainen arvioi, että näiden kolmen ison muutoksen jälkeen ja laman tuomien säästöpainneiden takia, suurten uudistusten tekeminen ei ollut realistista. Vuonna 1997 Varkauden sosiaali- ja terveystoimen johtajana aloittanut Ulla Tuomainen arvioi, että muutosten tekemiseen on vaikuttanut myös se, että terveydenhuollon puolella toimialanjohto on vaihtunut useaan otteeseen. Lisäksi muutoksien tekemistä ovat vaikeuttaneet Varkauden kaupungin talouden tervehdyttämishojelmien edellyttämät menojen leikkaukset.

Taustalla toimialojen erottamiseen oli Helena Kempaisen ja Ulla Tuomaisen mukaan kunnan keskushallinnon ja poliittisten päättäjien näkemys siitä, että yhdistetyn sosiaali- ja terveystoimen n. 60 % osuus kaupungin menoista oli liian suuri ja tästä johtuen kustannusten kehitys ei olisi hallittavissa. Lisäksi esitettiin kriittisiä arvioita siitä, ettei sosiaali- ja terveystoimen yhdistämisellä tavoiteltuja etuja ole saavutettu. Helena Kempainen arvioi Varkauden sosiaali- ja terveystoimen erottamisen syynä olleen rakenteiden muuttumattomuuden:

”Luulen, että tässä on taustalla ollut se, että koska sosiaali- ja terveystoimi ovat olleet yhdessä yli kymmenen vuotta ja tänä aikana ei ole kuitenkaan mitään ihmeempää oikeastaan saatu läpivietyä. Vanhustenhuollon ja muita rakenteita ei ole onnistuttu muuttamaan. Kaikki on täsmälleen samoilla rakenteilla, kun silloin kun menttiin yhteen.”

Tapaa, jolla Varkauden sosiaali- ja terveystoimet yhdistettiin organisatorisesti, voidaan tarkastella kriittisesti. Varkauden sosiaalitoimenjohtaja Ulla Tuomainen

⁸⁸ Laajemman terveysasemaverkoston tarjoamat palvelut olivat 1 – 1,5 lääkärin terveysasemia, joita voitiin kuvata luonteeltaan lähipalveluiksi. Terveysasemien toimintojen keskittämisen taustalla ovat olleet sekä toiminnalliset että taloudelliset syyt. (haastattelu, Helena Kempainen)

luonnehti Varkauden yhdistetyn sosiaali- ja terveystoimen organisaatiota perinteiseksi:

”Minä kuvaisin sitä organisaatiota, mikä silloin aikoinaan tehtiin, hyvin perinteiseksi ratkaisuksi. Organisaatiomuoto, se ei ole yhteistyön tekemisen kannalta paras mahdollinen ratkaisu. Vanha rakenne ikään kuin säilytetään. Jos ajatellaan, mitä tavoitteita tälle yhdistämiselle oli asetettu, ne olivat samoja kuin muissakin kunnissa. Yhteistoiminta alueet ovat nimenomaan vanhustenhuolto ja psykososiaaliset palvelut. Niissä rakenne säilytettiin perinteisenä. Se oli varmaan yksi asia, mikä ei edesauttanut tavoitteiden saavuttamista.”

Sosiaali- ja terveystoimien erottamisesta toisistaan tehtiin päätös maaliskuussa vuonna 2004, ja erilliset virastot aloittivat toimintansa vuoden 2005 alusta. Aikataulua voidaan pitää nopeana. Sosiaalitoimenjohtaja Tuomainen esittää kritiikkiä koskien sosiaali- ja terveystoimen erottamista kahdeksi virastoksi. Tuomainen arvioi, että ennen päätöstä virastojen erottamisesta, ei toteutettu tarpeellista arviointia päätöksenteon taustaksi:

”Missään ei analysoitu systemaattisesti, että mitkä tavoitteet eivät ole toteutuneet ja miksi ne eivät ole toteutuneet sekä pitäisikö jotakin tehdä näille asioille. Arviointia ei tehty lainkaan vanhan organisaation toiminnasta eikä myöskään tämän uuden organisaation suunnittelussa. Se vain toteutettiin.”

Myös Helena Kemppinen suhtautuu kriittisesti sosiaali- ja terveystoimen erottamiseen. Virastojen erottaminen on tehnyt palvelurakenteen muuttamisen entistä vaikeammaksi. Lisäksi virastojen erottamisen jälkeen alkoi ilmetä ongelmia hoitoketjun toimivuudessa Varkauden väestön ikärakenteen takia tärkeässä vanhus-
tenhuollossa ja kustannusten jaossa sosiaali- ja terveystoimen välillä.

Tuomainen tiivistää, että niukkuuden oloissa vähenevistä taloudellisista resursseista ”riidellään” aina. Tuomainen kiinnittää huomiota kuitenkin tulevaisuuden palvelurakenteen kehittämistarpeeseen ja katsoo, että Varkauden kaupunki joutuu ennemmin tai myöhemmin yhdistämään sosiaali- ja terveystoimen uudelleen:

”...Ja nyt asia taas konkretisoituu budjetin käsittelyssä hallintokunnittain annetuissa kehyksissä. Meillä on sama miinusprosentti terveydenhuollon kanssa. Kuka se vastaa siitä, että miten palvelurakenne kehittyy? Se onkin mielenkiintoinen kysymys. Tämän takia olen sitä mieltä, että Varkauden kaupunki joutuu vielä miettimään tätä asiaa. Löytämään tavan miten tähän vaikutetaan.”

Varkaus on yksi harvoja kuntia, joissa sosiaali- ja terveystoimien erottaminen on toteutettu. Ennen Varkautta sosiaali- ja terveystoimen erotti kahdeksi toimialaksi

Varkauden n. 8000 asukkaan naapurikunta Joroinen. Vastaavaa menettelyä on harkittu myös muissa kaupungeissa.

Lahti: Alueellistaminen, matriisiorganisaatio ja keskittäminen

Lahden sosiaali- ja terveystoimen kehityksestä vuosina 1993–2004 nousee esiin kaksi muutosta. Vuonna 2001 otettiin käyttöön Lahden sosiaali- ja terveystoimessa Lahden malli. Uusi organisaatiomalli sai ilmeisen ristiriitaisen vastaanoton sosiaali- ja terveystoimen henkilökunnan keskuudessa. Uusi organisaatiomalli kehitettiin konsulttiyrityksen luotsaamana. Lahden malli oli toiminnassa vuosina 2001 – 2004. Toinen muutos kohdistui pelkästään perusterveydenhuoltoon. Lahden sosiaali- ja terveystoimi on muuttanut ostopalveluksi kahden terveysaseman toiminnan.

Vuonna 1998 palkattiin Lahden kaupungin keskushallinnon aloitteesta konsulttiyritys kehittämään sosiaali- ja terveystoimea. Työn tuloksena oli Lahden malli, joka perustui hajautettuun organisaatiomalliin sekä perinteisten sosiaali- ja terveystoimien tiiviimmin yhdistettyyn organisaatioon ja toimintaan neljällä hyvinvointialueella. Muodostettu organisaatio oli tyypiltään matriisiorganisaatio, jossa kolme yksikköä eli terveydenhuollon erityispalvelut, tukipalvelut ja kehityspalvelut toimivat kaikilla hyvinvointialueilla. Tavoitteena oli tiimityöskentely ja moniammatillisen työskentelyn vahvistaminen. Jokaisella hyvinvointialueella oli uudessa mallissa yksi johtaja, joka vastasi sekä sosiaali- että terveyspalveluista. Yksi johtajamalli korvasi aikaisemmin jokaisessa palvelupiirissä olleen oman ylilääkärin, sosiaalijohtajan ja ylihoitajan. Uudistuksella muodostettiin Lahden sosiaali- ja terveystoimen organisaation sisälle melko itsenäisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista vastaavia hyvinvointialueita.

Haastatellut johtavat viranhaltijat suhtautuvat kriittisesti useaan tekijään Lahden mallissa, josta luovuttiinkin vuonna 2004. Valtakunnallinen suuntaus oli Lahden mallin käyttöönoton aikana vastakkainen eli hajautetusta organisaatiomallista luopuminen kaupunkien sosiaali- ja terveystoimessa.

Lahden mallia koskeva kritiikki käsittää haastattelujen perusteella seuraavia tekijöitä:

- Mallin syntyprosessi, lähinnä henkilöstön todelliset vaikuttamismahdollisuudet uuteen organisaatiomalliin.
- Konsulttiyrityksen toiminnalle asetetut tavoitteet ja kaupungin keskushallinnon odotukset uuden organisaation hyödyistä. Kritiikin kohteena oli erityisesti odotettujen taloudellisten säästöjen realistisuus.

- Organisaatiomallin sisäänajo. Uusi organisaatio- ja toimintamalli tuotiin yhden pilottina toimineen hyvinvointialueen kautta muille kolmelle hyvinvointialueelle.
- Ongelmat johdon ja muun henkilöstön sitoutumisessa uuden organisaatiomallin luomiseen ja käyttöönottoon.
- Erityisesti lääkäreiden kriittisyys tiimityöskentelyä ja uusien hyvinvointialueiden yksijohtajamallia kohtaan.
- Mallin toimivuus ja mahdollinen liiallinen monimutkaisuus suhteessa mallin toimivuuteen vaikuttaviin tekijöihin, kuten kaupungin kireään taloudelliseen tilanteeseen ja henkilöstön sitoutumiseen hankkeeseen.

Johtava ylilääkäri Hannu Hyvärinen kritisoi sekä luodun organisaation toimivuutta että erityisesti prosessia, jonka puitteissa idean kehitellyt konsulttiyritys palkattiin ja Lahden sosiaali- ja terveystoimen uusi organisaatio luotiin:

”Konsultit markkinoivat aivan selvästi oman sapluunansa, joka sitten tuotiin tänne yhteistoiminnassa. Projektia varten oli sosiaali- ja terveystoimessa projektinjohtoryhmä jne. Johtoryhmä tietysti käsitteli asiat ja muodollisesti johti projektia. Toiminta kuitenkin tapahtui ja toteutettiin tietyn sapluunan mukaisesti, minkä konsulttifirma oli esittänyt.”

Hannu Hyvärisen mukaan jo pelkästään siinä, että Lahden kaupunginhallitus ja kaupunginvaltuusto päättivät palkata valitsemansa konsulttiyrityksen kehittämään sosiaali- ja terveystoimen organisaatiota, on ristiriita. Suurin ristiriita oli Hyvärisen mukaan siinä, että uutta organisaatiomallia markkinoitiin siten, että uusi organisaatiomalli on luotu yhdessä henkilöstön kanssa ja henkilöstö oli halunnut sitä. Organisaatiomallin epäonnistumisen syistä on esitetty useita näkökohtia. Lahden mallin epäonnistumisen syiksi mainitaan mm. erilaisista toimintakulttuureista tulevien työntekijöiden yhteistoiminnan ongelmat, organisaatiossa matriisiorganisaation mukaisesti toimivien kehittämispäällikköiden rooli ja liian hajautetun organisaatiomallin aiheuttamat erot ajatellen koko kaupungin kattavia yhdenmukaisia palveluita:

”Mutta uusi organisaatio ei missään toiminut kunnolla. Eikä myöskään kehityspäällikköjärjestelmä. Eri ammattiryhmien edustajia toimi hyvinvointialueidenpäällikköinä. Päällikköinä oli lääkäri, sosiaalipäällikkö ja terveystieteen maisteri. Se oli aika heterogeeninen joukko, joka muodosti päällikköidenryhmän.

Vastaava järjestelmä on purettu muualla Suomessa. Lopulta tehtiin johtopäätös, että toiminta oli liian hajautettua kaupungin yhdenmukaisten toimintojen organisoinnin kannalta. Yhteisten periaatteiden toteuttaminen ei toiminut. Mutta tämä oli valtakunnallinen trendikin siinä vaiheessa.”

Yhden hyvinvointialueen johtajana toiminut⁸⁹ hyvinvointijohtaja Ulla Sepponen toteaa johtamisen ongelmista:

”Terveysthuollon johtaminen uudessa tilanteessa, niin sehän jäi, se ei ollut enää aluejohtaja välttämättä joka johti sitä terveydenhuoltoa sellaisenaan. Hyvinvointialueilla oli johtajana ylilääkäri tai apulaisyllilääkäri tai kuka se sitten olikin esim. osastonhoitaja, jotka johtivat myös alueen terveydenhuollon osuuden. Esim. kun minä olin aluejohtaja, niin eivät lääkärit minun alaisuudessa suostuneet toimimaan.”

Organisaatiomalliin liittyvä johtamisen ongelma voidaan nähdä esim. lääkäreiden professionaalisen itsenäisyyden vaatimuksena. Ulla Sepponen arvioi, että erityisesti paljon yksin työskentelevien kuten lääkäreiden ja sosiaalityöntekijöiden osalta, oli vaikeaa nähdä tiimityöskentelyn hyötyjä. Tiimejä luotiin kaksi – kolme jokaiselle hyvinvointialueelle. Tiimeillä oli vetäjä, joka ei välttämättä ollut lääkäri. Edellä mainittu oli ongelmallista lääkäreille, jotka ovat perinteisesti tottuneet siihen, että heidän esimiehensä tai tiiminvetäjänsä oli myös lääkäri. Hyvärinen arvioi, että Lahden mallin mukainen organisaatiouudistus oli lopulta ratkaiseva tekijä, joka johti vakavan lääkäripulan syntymiseen Lahdessa⁹⁰. Lääkäripulan paheneminen alkoi erityisesti Keskustan terveysasemalla lumipalloilmiötä muistuttavassa muodossa. Keskustan terveysaseman toiminta ulkoistettiin vuonna 2004. (haastattelu, Hannu Hyvärinen)

Hyvinvointijohtaja Ulla Sepponen kiinnittää huomiota kahteen seikkaan, mitkä saattoivat osaltaan johtaa Lahden mallin epäonnistumiseen. Ensimmäinen kritiikin kohde on ollut se, millä perusteilla konsultit ”myivät itsensä” ostajalle, eli Lahden kaupunginhallitukselle. Tällöin kysymys on siitä, paljonko uuden organisaatio- ja toimintamallin oletettiin tuottavan taloudellisia säästöjä. Toinen näkökohta koskee uuden organisaatiomallin sisäanjaa. Pilottina toimi ensin yksi neljästä hyvinvointialueesta ja tämän jälkeen malli piti siirtää koko Lahden sosiaali- ja terveystoimeen:

”Mikä siinä olisi pitänyt hoitaa toisella lailla, niin on se kun sitä tehtiin yhdellä alueella ja hyvin tiukasti tammöisenä yhden alueen työnä. Ajateltiin että se on pilottina mallina muille ja myöhemmin siirrettävissä muualle. Ja siinä oli, ne tarpeeksi sitoutuneita tai sitoutettuja mukaan muiden alueiden esimiehet ja johtajat ja tekijät, että he eivät esim. aina tulleet niihin palaverihin taikka suunnittelukokouksiin. Tuli aina jotakin tärkeämpää tekemistä.

⁸⁹ Neljästä hyvinvointialueesta kahden johtaja oli koulutukseltaan lääkäri. Yhden hyvinvointialueen johtajana oli entinen sosiaalipäällikkö ja yhden terveystieteen maisteri.

⁹⁰ Ensimmäinen lääkäripulaan johtanut tekijä oli Hannu Hyvärisen mukaan väestövastuuvirkaehtosopimuksesta luopuminen.

Se sitoutuminen jäi liian ohueksi, jolloin sen mallin siirtäminen muualle on mahdotonta. Ei kukaan huoli toisen tekemää mallia, jollei itse ole ollut aktiivisesti sitä tekemässä. Että se on minusta sellainen oppi mitä siitä myös sai, että ei voi prosessia käymättä siirtää jotakin mallia toista noin vain jonnekin muulle.”

Kaikki Lahden mallin liittyvät kokemukset eivät ole negatiivisia. Esimerkiksi kotihoidossa tiimityöskentelyn avulla saavutettiin Ulla Sepposen mukaan hyviä tuloksia toiminnan kehittämisessä. Sepponen kiinnittää myös huomiota siihen, että tiimikoulutusta ei ehditty saada loppuun koko henkilöstön osalta ennen päätöstä luopua toimintamallista. Esimiehille annetun tasapainotettua mittaristoa koskevan koulutuksen ja muun johtamiskoulutuksen osalta tilanne oli sama. Malli toimi Sepposen mukaan niin lyhyen aikaa, että lopullisia johtopäätöksiä on kaikilta osin vaikeaa tehdä. Sosiaali- ja terveystoimi yhdistettiin Lahdessa 1993, ja vielä vuonna 1998 katsottiin tarpeelliseksi kehittää yhteistyötä. Sepponen korostaa, että sosiaali- ja terveystoimen yhteistoimintaan tarvittavan kulttuurin luominen on pitkä prosessi. (haastattelu, Ulla Sepponen)

Vuonna 2004 koko Lahden kaupungissa otettiin käyttöön toimialaorganisaatio. Sosiaali- ja terveystoimen organisaatiota muutettiin, ja tämän myötä hyvinvointialueiden toiminta lakkautettiin. Terveysasemien toimintaa häytti yhä paheneva lääkäripula, jonka vuoksi tarjouskilpailun jälkeen ulkoistettiin Keskustan terveysasema. Lääkäreiden lisäksi myös sairaanhoitajat ja terveyskeskusavustajat työskentelivät elokuusta alkaen kaksivuotisen sopimuksen mukaisesti yksityisen yrityksen palveluksessa.

Lahden organisaatio- ja johtamisuudistuksen taustalla oli haastattelujen mukaan kaupungin keskushallinnon tarve taloudellisiin säästöihin. Suurista kaupungintalouden ongelmista kärsineessä Lahdessa tämä ei ole yllättävä tavoite. Ongenmalista jälkikäteen arvioituna on vaativan matriisiorganisaatiomallin luominen, johon liittyvää koulutusta ja muuta toimintaa ei ehditty ennen mallin lopettamista toteuttaa.

5.3 Strategisuus

NPM:n ilmenemismuotona strategisuus rajataan tutkimuskohteena strategiseen johtamiseen. Rajausta voidaan perustella koko Suomen kuntakenttää koskeneilla kunnallistalouden ongelmilla, jotka ovat väistämättä vaikuttaneet strategisen johtamisen mahdollisuuksiin myös kaupunkien sosiaali- ja terveystoimissa. Strategisen johtamisen haasteellisuutta lisäävät myös muut kuin taloudelliset tekijät. Kuntien palvelutuotannon järjestämiseen on esitetty erilaisia toimintamalleja. Koko

maan tasolla terveydenhuollon organisointi on ollut kritiikin kohteena. Poliittiset päätöksentekijät ovat myös keskeisessä asemassa strategisen johtamisen näkökulmasta.

Tutkimuksen pääasiallinen tarkastelujakso on 12 vuotta, vuodet 1993–2004. Kaupunkien sosiaali- ja terveystoimen kehitystä tarkastellaan tarpeellisilta osin myös tämän jälkeen vuosilta 2005–2007. Pelkästään tutkimuksen aikajänteen pituuden perusteella huomion kiinnittäminen strategiseen johtamiseen on perusteltua.

5.3.1 Strategisen johtamisen yleislinjat tutkimuksen kohteena olevien kaupunkien terveyspalveluissa

Tutkimuksen kohteena olevien kaupunkien sosiaali- ja terveystoimen strategisesta johtamisesta⁹¹ tarkastellaan erityisesti seuraavia kysymyksiä:

- Mitkä ovat olleet strategisen johtamisen mahdollisuudet sosiaali- ja terveystoimessa?
- Millainen vaikutus toimialan johtajien ja johtotehtävissä olevien vaihtuvuudella on ollut kehittämistoimintaan ja strategiseen johtamiseen?
- Mikä on ollut poliittisten päätöksentekijöiden vaikutus strategisen johtamiseen perusterveydenhuollossa?
- Missä määrin toimialan käytössä olleet taloudelliset resurssit ovat vaikuttaneet strategiseen johtamiseen?

Taulukossa 11 on esitetty strategisen johtamisen mahdollisuudet tutkimuksen kohteena olevien kaupunkien terveyspalveluissa ja erityisesti perusterveydenhuollossa vuosina 1993–2004. Tulkinnan ensisijaisena lähteenä ovat haastattelut. Tulkinnaan vaikuttavia tekijöitä ovat terveyspalveluiden taloudellinen ja poliittinen toimintaympäristö, sekä henkilöstön saatavuus ja toimialanjohdon mahdollinen runsas vaihtuvuus. Sosiaali- ja terveystoimen johdon runsasta vaihtuvuutta ja lyhytaikaisia työsuhteita pidettiin selvänä kehittämistoimintaa ja uudistusten toteuttamista hidastavana tekijänä. Kahden kaupungin kohdalla vaihtuvuuden todettiin pysäyttäneen laajemman kehittämistoiminnan useiksi vuosiksi. Varsin suurissakin kaupungeissa uusi ja pysyvä sosiaali- ja terveystoimen johtaja voi muuttaa merkittävästi toimialan kehitystä.

⁹¹ Haastattelujen kysymyksissä käytettiin strategisen johtamisen lisäksi termejä strateginen kehittäminen ja pitkäjänteinen kehittämistoiminta.

Taulukko 11. Terveydenhuollon ja erityisesti perusterveydenhuollon strategisen johtamisen mahdollisuudet.

	Strategisen johtamisen mahdollisuudet	Tausta
Espoo	Hyvät mahdollisuudet	Vahva talous ja terveydenhuollosta vastaavan organisaation resurssit.
Lahti	Vaikeaa	Kaupungintalouden ongelmat ja hidas lamasta toipuminen. Toimialan johtavien viranhaltijoiden vaihtuvuus.
Vaasa	Kohtuulliset mahdollisuudet	Suhdannevaihteluista huolimatta taloudelliset raamit ovat olleet suhteellisen vakaat.
Kajaani	Vaikeaa	Kunnallistalouden ongelmat ja voimakas rakennemuutos.
Kerava	Kohtuulliset mahdollisuudet	Tilanne vaihdellut voimakkaasti. Kaupungin keskushallinnon epäluottamus sosiaali- ja terveystoimea kohtaan.
Nokia	Hyvät mahdollisuudet	Kaupungin taloudellinen tilanne on ollut suhteellisen hyvä koko tarkastelujakson.
Varkaus	Vaikeaa	Kaupungin taloudelliset ongelmat ja voimakas rakennemuutos.
Raisio	Hyvät mahdollisuudet	Kaupungin taloudellinen tilanne on ollut suhteellisen hyvä koko tarkastelujakson.

Taulukossa 11 arvioidaan strategisen johtamisen ja perusterveydenhuollon kehittämisen mahdollisuuksia kolmiportaisella asteikolla: vaikeaa, kohtuulliset mahdollisuudet tai hyvät mahdollisuudet.

Lähinnä alle 60000 asukaan kaupungeissa terveystalvveluiden ja perusterveydenhuollon kehittämistoiminta sekä strateginen johtaminen on tehty muun virkatyön ohella. Varsinaista kehittämistoimintaan palkattua henkilökuntaa ei ole ollut. Kehittämistoimintaan keskittyneen henkilökunnan palkkaus on tapahtunut melko usein ulkopuolisella projektirahoituksella. Osassa alle 60000 asukkaan kaupungeista kehittämistoiminnan edellytykset ovat parantuneet henkilöstönresurssien osalta ennen vuotta 2004.

5.3.2 *Kaupunkikohtainen tarkastelu*

Tarkasteltavista kaupungeista käsitellään laajemmin Espoon sosiaali- ja terveystoimen kehittämistä strategisen johtamisen näkökulmasta. Kyse on prosessista, jossa alueellisesta organisaatiomallista siirryttiin keskitettyyn organisaatioon samanaikaisesti kaupungin koko hallintoa koskeneiden uudistusten kanssa.

Espoo

Espoon sosiaali- ja terveystoimessa on toiminut vuodesta 2000 tieto, laatu ja kehittäminen-yksikkö sijoitettuna hallintopalveluihin. Yksikön tehtävänä on kehittämistoiminnan koordinointi sekä myös rahoituksen järjestely. Kysymys on valtionrahoituksen ja muun ulkopuolisen rahoitukseen hankkimisen prosessituesta ja projektien seurannan avustamisesta. Keskeinen vastuu projekteista on edelleen tulosityksiköillä. (haastattelu, Aulis Majuri)

Organisaatiomuutoksen jälkeen kehittämishankkeiden määrä on säilynyt pääpiirteissään samana. Toisaalta laajemmat kehittämishankkeet, kuten palveluprosessin laajempi uudistaminen, ovat vahvemmin esillä. Ongelmana on, että ulkopuolisia resursseja ei ole kovin paljon käytettävissä. Kokonaisuutena Aulis Majuri arvioi, että Espoon tuottamien perusterveydenhuollon palveluiden kehittäminen on ollut pitkäjänteistä ja määrätietoista toimintaa. Erikoissairaanhoidon osalta edes Espoon voimavarat ja vaikutusmahdollisuudet eivät ole riittäneet riittävään kehittämistoimintaan.

Espoossa aloitettiin yhdellä terveystalvvelulla (Tapiola) tuotantotalouden menetelmien soveltaminen perusterveydenhuollon palveluprosessien kehittämisessä. Terveystalvveluiden johtaja Tuula Heinänen kuvaa hanketta ja sen vaikutuksia:

”...Tutkimus kohdistui siihen miten kysyntä ja tarjonta kohtaavat. Tämän jälkeen yritettiin saada nämä paremmin kohtaamaan. Huomiota kiinnitettiin siihen, että meillä on melko paljon asiakaskuntaa joilla on suhteellisen pieniä asioita. Siis terveitä potilaita, joilla on pieniä asioita. Huomiota kiinnitettiin siihen, miten voisimme virtaviivaistaa ja nopeuttaa tavallaan helppoa

työtä, jotta meillä riittäisi aikaa vaativimmille potilaille. Tällä tiellä me vieläkin olemme. Projekti on johtanut siihen, että meillä yhteiset pelisäännöt, ei ihan niin radikaalit kuin alkuperäiset suunnitelmat, mutta kuitenkin yhteiset pelisäännöt on saatu aikaiseksi koko kaupunkiin. Ei siis enää vain Tapiolaan.”

Heinänen arvioi poikkitieteellisen lähestymistavan olevan erittäin hyödyllisen. Edellytyksenä yhteistyölle on kuitenkin se, että kaikkien osapuolten käsitys asemastaan kehittämishankkeessa on selkeä. Yhteistyö insinöörien ja terveydenhuollon henkilökunnan välillä on toimiva tarkasteltaessa palveluprosesseja⁹².

Käytännössä kehittämishanke aloitettiin mittauksella ja keskustelulla kehittämishankkeen luonteesta. Espoossa on toisessa hankkeessa aikaisemmin mitattu työntekijöiden ajankäyttöä. Tapiolan hankkeeseen ei kuulunut ns. kellokalle. Prosessin tärkein osa oli hahmottaa, että on havaittavissa erilaisia potilassegmenttejä, joilla on hyvin erilaiset tarpeet. Tämän jälkeen palveluita voidaan muokata kunkin potilassegmentin tarpeiden mukaisiksi. Hankkeen edetessä luotiin prosessikaavio ja jäsennettiin toimintamalli, jonka kokeilemisesta sovittiin. (haastattelu, Tuula Heinänen)

Kokemukset Tapiolan kehittämishankkeesta eivät kuitenkaan olleet pelkästään myönteisiä (haastattelu, Tuula Heinänen):

”Jälkeenpäin arvioituna uusi toimintamalli luotiin aika vauhdikkaasti. Tapiolan esimiehet olivat sitä mieltä, että jos ei edetä vauhdikkaasti niin asia jää tekemättä kokonaan. Vauhdin käänköpuolena oli että henkilökunta koki, etteivät he olleet saaneet riittävästi osallistua kehittämistoimintaan. Tästä seurasi puolen vuoden vastarinnankausi, jolloin pitäydyttiin tarkasti luotuun malliin, joka ei kuitenkaan ollut vielä valmis. Malli oli melko alkutekijöissä ja sitä olisi pitänyt jalostaa edelleen. Mallia ei suostuttu jalostamaan eikä toisaalta luopumaan mallista, joten malli jäi vähän siihen. Toimintamalli on viime kevään edennyt ja pikku hiljaa muilla alueilla lähdettiin jalostamaan omia malleja.”

”Siinä tapahtui tällaista. Hanke on ollut oikein hyvä oppitunti muutoksen johtamisesta. Siitä miten ammattiyhdistykset, virkaehtosopimukset ja käytäntöihin liittyvät tällaiset osittain vähän uskon asiatkin on aika vahvoja.”

⁹² Tapiolan terveysaseman kysynnänhallintaa tuotantotalouden menetelmillä ovat käsitelleet Lillrank, Kujala ja Parvinen (2004: 63–79). Omalääkärijärjestelmän havaittiin aiheuttavan keinotekoisesti esteen kysynnän ja tarjonnan kohtaamiselle. Ongelmiksi mainitaan myös lääkäreiden työn kirjavuus. Ratkaisuksi ehdotetaan omalääkärijärjestelmän sijasta prosessipohjaista järjestelmää, jossa tietyn henkilön tai ryhmän hoidettavaksi tulisi ainoastaan tietyn tyyppisiä tehtäviä.

Toisaalta kehittämissuhteissa käytetty terminologia vaikutti henkilöstön suhtautumiseen (haastattelu, Tuula Heinänen):

”...juuri terminologia. Puhutaan ansaintalogiikasta, siitä vaikuttaako työskentely tuloihin ja miten se vaikuttaa jos helppoja potilaita siirretään hoitajille. Lääkärillä on hankalampia potilaita, niin on onko heillä sitten vähemmän tuloja kun he saavat käyntipalkkioita ja kaikkea tällaista.”

”...Miten asia viedään työyhteisöön, sen sanoitus on aika tärkeää esimiesten taholta.”

Lääkärikunnalla on Heinäsen mukaan voimakas ideologia väestövastuusta, jossa omalääkäri hoitaa koko väestön, kaikki asiat ja aina. Toisaalta väestö ei välttämättä tätä pyydä. Mutta lääkärikunnalle asia on tärkeä.

”Viimekädessä potilaan ja ammattilaisen välistä kohtaamista ei voida standardoida. Kyse on ammattilaisen osaamisesta ja vuorovaikutuksesta. Tämä on jotenkin tämmöinen dikotomia, että on vuorovaikutteista toimintaa tai sitten on tuotantotaloutta. Mutta ne eivät ole toisiaan poissulkevia. Molempia tarvitaan.”

Tapiolassa aloitettiin yksi perusterveydenhuollon toimintamalli, josta ollaan siirtymässä seuraavaan. Konsulttityön tuloksena sovellettua mallia on muokattu edelleen paremmin toimivaksi. (haastattelu, Tuula Heinänen.)

Lahti

Kaupungintalouden huonosta tilanteesta koko tarkastelujakson kärsineen Lahden kaikki kolme haastateltua johtavaa viranhaltijaa katsoivat, että taloudelliset tekijät ovat olleet määräävässä asemassa arvioitaessa kehittämistoiminnan edellytyksiä. Pitkäjänteinen kehittämistoiminta on ollut hyvin vaikeaa. (haastattelu, Veikko Heinänen ja Hannu Hyvärinen; haastattelu, Ulla Sepponen) Toisaalta ulkoapäin tulleiden muutosten vaikutusta pidetään suurena. Tällöin viitataan erilaisiin ”opinkappaleisiin” ja ”ismeihin”, joita on tuotu sosiaali- ja terveystoimeen ehkä liian helposti (haastattelu, Veikko Heinänen ja Hannu Hyvärinen). Kehittämissuhteita on myös voinut osaltaan vaikeuttaa johtavien ylilääkäreiden runsas vaihtuvuus vuosina 1997–2001 (haastattelu, Ulla Sepponen).

Vaikean taloudellisen tilanteen kanssa toimineen Lahden sosiaali- ja terveystoimen johtava ylilääkäri Hannu Hyvärinen tiivistää näkemyksensä kehittämistoimintaan vaikuttavista tekijöistä seuraavasti:

”Kehittämissuhteita on ollut pääasiassa sellaista, että luovitaan ja sopeutetaan toimintaa: ensinnäkin taloudellisiin raameihin, siihen organisaatiomalliin ja valtion tuomioon velvoitteisiin. Tämä kolmijako hallitsee toiminnan

suunnittelua ja toteuttamista koko ajan. Mutta ei asia näin yksioikoinen ole. Tiettyä liikkumatilaa on tietysti ollut ja varsin positiivista toimintaa... Mutta mainitut asiat tulevat jatkuvasti vastaan enemmän tai vähemmän negatiivisina ja hallitsevina asioina.”

Vaasa

Vaasan terveystoimen johtava ylilääkäri Markku Sirviö toteaa Vaasan terveystoimen kehittämistoiminnasta seuraavaa:

”Meillä on entiseen verrattuna systeemit tai olosuhteet tai ympäristö muuttuneet niin, että muutoksia tulee koko ajan. Osin kaupungin oma byrokratian ja toisaalta ulkopuoliset seikat lisäävät hallinnoimista. Hallinnon väki on terveystoimessa viime vuosina jäänyt insufficientiksi. Joka tarkoittaa sitä, että kaikkeen ei ehditä mihin pitäisi. Kehittämisalueita on liikaa.”

Sirviö arvioi, että terveystoimen organisaatio on ollut matala ja että varsinaisen taloushallintohenkilöstön lisäksi terveystoimessa ei ole ollut hallinto- tai kehittämishenkilöstöä. Lisäksi vakava lääkäripula on johtanut siihen, että johtotehtävissä olevien lääkäreiden työajasta merkittävä osa on ollut kliinistä työtä. Vastava tilanne koskee monia johtavassa asemassa olevia lääkäreitä. Tampereen yliopiston tekemän kyselyn mukaan lääkärijohtajat (ylilääkärit ja johtavat lääkärit) käyttävät miltei puolet työajastaan potilaiden hoitoon ja tähän liittyviin tehtäviin (Toikkanen 2004: 4576).

Kajaani

Kajaanin kaupungissa vaikea taloudellinen tilanne ja erityisesti Kajaanin valtionosuuksien merkittävät leikkaukset, ovat merkinneet strategisen johtamisen vaikeutumista. Kalevi Yliniemen mukaan Kajaanissa uusien taloudellisten säästöjen ja toiminnan tehostamiskeinojen etsiminen on ollut jatkuvaa vuodesta 1993 lähtien.

Kerava

Pekka Saarenmaa arvioi, että vuoden 1993 valtionosuusuudistuksen vaikutukset eivät olleet erityisen dramaattisia Keravan kannalta. Saarenmaan mukaan kehityslinja ja sen vaikutukset olivat jo pidempään nähtävissä ”eikä se toimintaedellytyksiin juurikaan ole vaikuttanut”.

Keravan terveystoimen kehittämiseen ovat vaikuttaneet terveystoimelle asetetut tiukat kustannusvaatimukset ja keskushallinnon tilaamien konsulttien runsas käyttö taloudellisten säästöjen aikaansaamiseksi ja toimivamman organi-

saation kehittämiseksi. Lainakanta ja lama selittävät Keravan kaupungin talouden säästötoimia, mutta eivät kaikkia tähän liittyviä toimenpiteitä.

Nokia

Nokian kaupungin terveystoimen kehitystä voi kuvata tasaiseksi. Kaupungin taloudellinen tilanne ja poliittiset päätökset ovat mahdollistaneet strategisen johtamisen ja halutun kehityksen. Strategisena tavoitteena on ollut kaupungin oman sairaalan ylläpitäminen ja peruspalveluiden turvaaminen terveystoimen omalla toiminnalla. Tukipalveluissa ja erikoissairaanhoidossa on kehitetty seudullista yhteistyötä ja ostopalveluiden käyttöä.

Varkaus

Varkaudessa vuonna 1997 sosiaali- ja terveystoimen johtajana aloittanut Ulla Tuomainen arvioi, että muutosten tekemiseen terveydenhuollossa on vaikuttanut myös se, että terveydenhuollon johto on vaihtunut useaan otteeseen. Lisäksi muutoksien tekemistä ovat vaikeuttaneet Varkauden kaupungin talouden tervehdyttämishojelmien edellyttämät menojen leikkaukset.

Johtava ylilääkäri Helena Kemppinen arvioi yleisesti, että kehittämistoimintaa Varkauden tuottamissa terveystoimissa ovat vaikeuttaneet kaupungin tiukka taloudellinen tilanne ja toimintaympäristön muutokset esim. valtion toimesta. Lisäksi osassa projekteja, kuten laatutyötä koskevassa projektissa, keskeisen henkilöstön vaihtuminen projektin aikana vaikutti prosessin etenemiseen erittäin negatiivisesti.

Raisio

Raision sosiaali- ja terveysvirastossa aloitettiin prosessijohtaminen ja prosessien kautta toiminnan kehittäminen vuonna 2003. Prosessien kehittämiseen on kuulunut myös ajankäytön mittaaminen esim. perusterveydenhuollossa⁹³. Prosessien selkiyttämiseen liittyvä kehittämistyö on tehty viraston oman henkilökunnan voimin. Raision sosiaali- ja terveystoimissa ei ole ollut varsinaista kehittämistoiminnasta vastaavaa henkilöä, vaan kehittämistoiminta on pyritty saamaan normaalin toiminnan organisaation yhteyteen. (haastattelu, Eero Vaissi.)

⁹³ Raision terveysaseman apulaisylilääkäri Sirkka-Liisa Hiltunen arvioi, että Raision avoterveydenhuollon lääkärit eivät ole olleet ajankäytön mittausta ja prosessien selkiyttämistä vastaan, koska kehittämisen tuloksena lääkäreille jää enemmän aikaa perustehtäväänsä ”oikeiden asioiden ollessa oikeissa paikoissa oikeaan aikaan”.

Raision sosiaali- ja terveystoimen kehittämistoiminta aktivoitui vuosina 2003–2004. Taustalla tähän oli mm. pitkään valmistellun väestövastuujärjestelmän käynnistäminen, koko Raision kaupungin hallintoa koskeneet uudistukset ja sosiaali- ja terveystoimen johtavan viranhaltijan vaihtuminen.

Kaupungin keskushallinnon yhteistyö sosiaali- ja terveystoimen kanssa

Tiukentuneen taloudellisen tilanteen aikana kaupunkien eri toimialat joutuvat ”kilpailemaan” resursseista ja osuudestaan mahdollisista menojen leikkauksista. Yhdistetty sosiaali- ja terveystoimi on luonnollinen taloudellisten säästämahdollisuuksien kohde, koska usein yhdistetyn sosiaali- ja terveystoimen osuus kunnan kaikista menoista on n. 60 %. Lainsäädäntö asettaa kuntien eri toimialoja erilaiseen asemaan säästöjen kohdentamisen mahdollisina kohteina. Kysymys on siitä, kuinka tiukasti kunnan panostus kuhunkin toimialaan tai sen osatoimintoon on kunnan omassa harkinnassa.

Kunnallishallinnossa kaupungin keskushallinnon velvollisuus on valvoa kokonaisuutta, eli koko kaupungin taloutta ja sen pysymistä terveellä ja kestäväällä pohjalalla. Mainittu tehtävä nousi selvästi esille haastatteluissa. Tästä huolimatta keskushallinnon toimintatavat tietyissä tilanteissa saattoivat saada voimakasta kritiikkiä osakseen. Keskushallinto ei luonnollisestikaan ole vapaa toimija. Keskeistä on kunnallinen demokratia, eli kaupunginvaltuuston ja kaupunginhallituksen toiminta ja niiden tekemät päätökset pääasiassa viranhaltijoiden tekemän valmistelun perusteella.

Haastatteluaineiston ja osittain dokumenttiaineiston perusteella useammassa tarkastelun kohteena olleessa kaupungissa on ollut jonkinasteisia ongelmia kaupungin keskushallinnon ja sosiaali- ja terveystoimen välillä. Ongelmat ovat useimmin ilmenneet epäluottamuksena sekä ongelmina informaation kulussa. Ajallisesti yhteistyöhön liittyvät ongelmat ovat pisimmillään kestäneet n. kuusi vuotta. Ongelmien syitä ja seurauksia arvioitaessa on huomioitava tätä tutkimusta varten käytettävissä ollut empiirinen aineisto. Kaupunkien keskushallinnon näkökulma on välittynyt hyvin rajoitetusti dokumenttiaineistosta, käytännössä kaupunkien tilinpäätöksistä.

Ristiriitoja on syntynyt kaupungin keskushallinnon sekä sosiaali- ja terveystoimen välillä esim. kustannusten hallinnasta, keinoista leikata kustannuksia sekä sosiaali- ja terveystoimen organisaation ja toimintamallien kehittämisestä. Kahdessa tarkasteltavista kaupungeista keskushallinto on vaikuttanut sosiaali- ja terveystoimen kehitykseen palkkaamalla konsultin avustamaan ja toteuttamaan kehittämishakkeita. Konsultin palkkaaminen voi olla tapahtunut yhteistyössä toimialan kanssa tai pelkästään kaupungin keskushallinnon toimesta. Sosiaali- ja terveystoimen

toimen organisaatiomuutoksesta päättäminen voi tapahtua melko yksipuolisesti kaupungin keskushallinnon toimesta.

Espoon hallinnon kehittäminen strategisen johtamisen prosessina

Vuonna 1993 toteutettuun Espoon sosiaali- ja terveystoimen yhdistämiseen liittyi tulosjohtamisen, yksijohtajajärjestelmän⁹⁴ ja tulosohjauksen korostaminen. Perusterveydenhuollon kannalta tärkeitä oli moniammatillisen väestövastuutoiminta. Vuoden 1993 organisaatiossa Espoo jaettiin viiteen alueelliseen sosiaali- ja terveyskeskukseen, joilla oli oma budjetti (haastattelu, Eeva Ahonen). Sosiaali- ja terveystoimen yhdistämiseen liittyi useiden muiden kaupunkien tavoin tavoite hallinnon keventämisestä yhdistetyllä toimialalla. Kaupunginvaltuusto päätti, että vähintään kolmasosa hallinnon henkilökunnasta siirretään palvelutuotantoon.

Hallinnon ja toimintojen yleinen järkiperaistaminen näkyi Eeva Ahosen mukaan selvimmin kotihoidossa, jossa päällekkäisiä toimintoja purettiin merkittävästi. Hallinnon keventämisestä Leppävaaran sosiaali- ja terveyskeskuksen johtajana vuoteen 2001 toiminut Eeva Ahonen toteaa:

”Kun hallinto hajautettiin, niin meillä oli viisi alueellista toimistoa. Viisi hallintoyksikköä ja tehtiin viisi erillistä budjettia. Viisi erillistä toimintaker-
tomusta, että ei se ollut hirveän yksinkertaista hallinnointia, toisaalta se-
kään.”

Sosiaali- ja terveystoimen alueorganisaation ongelmaksi havaittiin melko pian alueellisten erojen kasvaminen. Toimintatavoissa ja palveluiden saatavuudessa havaittiin eroja, jotka vaaransivat kuntalaisten tasavertaisuuden. Terveyspalveluiden johtajan Tuula Heinäsen mukaan alueorganisaatiossa oli hyvät puolensa, mutta palvelutuotannon ja perusterveydenhuollon kannalta ei saavutettu niitä etuja mitä tavoiteltiin.

Vuonna 1998 toteutetun organisaatiomuutoksen taustalla oli tavoite yhdenmukaistaa sosiaali- ja terveystoimen toimintatapoja. Toimintojen yhdenmukaistaminen ja alueellisten erojen kaventaminen lähti tällöin liikkeelle. Muutokset eivät kuitenkaan tässä vaiheessa olleet kovin suuria. Toisaalta niin sosiaali- ja terveystoimessa kuin muillakin kaupungin toimialoilla haluttiin vahvistaa ohjausta ja helpottaa kaupungin johtamista kokonaisuutena. (haastattelu, Aulis Majuri.)

⁹⁴ Vuonna 1993 yksi Espoon viiden alueellisen sosiaali- ja terveyskeskuksen johtajista oli koulu-
tukseltaan lääkäri. Muut johtajat olivat taustoiltaan entisestä sosiaalitoimesta. Johtajat valittiin
viiden vuoden määräajaksi. Johtajien tehtävien täyttäminen seuraavan kerran vuonna 1998 ei
ollut muodollisuus. (haastattelu, Eeva Ahonen)

Merkittävin muutos sosiaali- ja terveystoimen organisaatiossa ja johtamisessa tapahtui kuitenkin vuonna 2004. Vuosien 1997–1998 uudistukset toimivat Majurin (haastattelu) mukaan pohjana seuraaville uudistuksille:

”Oikeastaan voi sanoa, että selvempi muutos tapahtui vuonna 2004. Tuolloin toteutettu organisaatiomuutos muodosti hyvän pohjan johtamisen, toimintatapojen ja palvelujen uudistamiselle. Mielestäni vuosien 1997–1998 muutokset tähtäsivät tähän isompaan organisaatiomuutokseen. Kyse oli oikeastaan pohjatyoystä. Siinä meni niinkin pitkään.”

Jako suuralueisiin oli käytännössä merkinnyt, että Espoolla oli viisi erillistä terveyskeskusta. Johtaminen tapahtui viidellä alueella. Suuralueista luovuttiin vuonna 2004. Uudessa organisaatiomallissa johtaminen alueilla tapahtuu tulosyksikön johtajan toimesta. Aluepohjaisesta johtamisesta on siirrytty sektoripohjaiseen johtamiseen (haastattelu, Tuula Heinänen).

Alueorganisaation aikana perusterveydenhuollon kehittäminen vaihteli eri alueilla. Aktiivisuuserojen, kuntalaisten yhdenvertaisuuden ja hyväksi koettujen toimintamallien siirtämisen takia Espoon sosiaali- ja terveystoimessa keskitettiin organisaatiomuutoksen yhteydessä kehittämistoiminta hallintopalveluihin kuuluvaan tietoon, laatuun, kehittämiseen -yksikköön.

Vuosien 1997–1998 uudistuksiin liittyi ajatus, että voimakkaammalla keskittämällä ja talousohjauksella saadaan kaupungin talous ”kuriin”. Tämä kehitysvaihe on kuitenkin ohi. Lähtökohdaksi esitetään, että tunnistetaan, ettei kehittäminen onnistu määräämisellä. Päähuomio siirrettiin prosessien kehittämiseen. Prosessien kehittämisen lähtökohdaksi esitetään, että prosessien tulee olla mahdollisimman helppokäyttöisiä. (haastattelu, Aulis Majuri.)

Yleisjohtamisella tarkoitetaan tässä yhteydessä vanhaan organisaatiomalliin liitynyttä ajatusta, että yleishallintoihminen pystyy ratkomaan myös terveydenhuoltoon liittyvät ongelmat. Ammatillisen osaamisen vahvistaminen merkitsee Aulis Majurin mukaan sitä, että:

”Halutaan nimenomaisesti, että johtajalla on johdettavan tehtäväalueen osaamista, että hän ymmärtää ratkaisut ja on myötävaikuttamassa parhaiden käytäntöjen omaksumiseen.”

Espoon sosiaali- ja terveystoimessa tulosjohtaminen ei ole enää yhtä näkyvää, eikä termiä edes välttämättä käytetä. Kuitenkin myös nykyinen johtamismalli täyttää samat elementit kuin tulosjohtaminen. (haastattelu, Aulis Majuri.)

Hallinnon keskittämisen etuihin kuuluu Tuula Heinäsen mukaan mm. se, että osaajat ovat tiiviimmässä kontaktissa ja sekä yksinäisiä, yksin toimivia johtajia ei

enää ole. Verkostoituminen on tiiviimpää aikaisempaan verrattuna. Etuihin katsotaan myös, että budjetin valmistelun laatu on parantunut huomattavasti.

Vuonna 2004 toteutettuun Espoon sosiaali- ja terveystoimen hallinnon uudistamiseen liittyy useita tekijöitä ja kaupungin koko hallintoa koskevia uudistushankkeita, kuten TOP-hanke ja tietojärjestelmä ERP. TOP-hankkeeseen sisältyvät hankintojen, henkilöstöhallinnon ja taloushallinnon tietojärjestelmien sekä toimintamallien kehittäminen. Henkilöstön rekrytointi on keskitetty koko kaupungin osalta erilliseen rekrytointiyksikköön. (haastattelu, Aulis Majuri)

TOP-hanke on pitkä ja monivaiheinen prosessi. Vuonna 2005 henkilöstöhallinnon uudistamisesta oli valmis rekrytoinnin keskittäminen. Vuosia vievä ja useita osioita käsittävä hanke oli siis vasta toteutuksensa alussa⁹⁵. TOP-hanke⁹⁶ käynnistettiin valmisteluvaiheella vuonna 2003. TOP II vaiheessa loppuvuodesta 2003 aloitettiin uusien toimintamallien käyttöönotto. Hallinnon erityisosaamisen keskittäminen tapahtui perustamalla kolme palvelukeskusta taloushallintoa, henkilöstöhallintoa ja hankintatoimintaa varten. Palvelukeskukset tuottavat palveluita kaikille Espoon kaupungin toimialoille ja niiden tulosityksiköille. Keskeistä on ollut prosessien, tietojärjestelmien ja toimintamallien kehittäminen. Talouden ja ohjauksen toimintamallin tavoitteena oli lisätä poliittisen johdon ohjausmahdollisuuksia. Kaupunkitasolla käytetään termiä konserniohjaus, jonka mahdollistavat kehitettävät johtamis- ja raportointimekanismit⁹⁷. Toimialoilla toiminnan- ja taloudenohjaustehtäviä keskitettiin toimialan esikuntaan. (Espoon kaupunki 2004a; Espoon kaupunki 2004b.)

TOP-hankkeeseen olennaisesti liittyvä ERP - hanke aloitettiin vuonna 2004. Käytännössä ERP hankkeessa korvataan eri toimialoilla käytössä olevat atk-ohjelmistosovellukset yhtenäisellä koko kaupunginhallinnon kattavalla ohjelmistolla. Ensimmäiset osat taloushallinnossa ja hankintatoimessa otettiin käyttöön vuonna 2005. Henkilöstöhallinnon sovellutusten pilottihankkeet ja käyttöönotto tapahtui vuonna 2008. Järjestelmän täyden hyödyntämisen henkilöstöhallinnon osalta arvioidaan tapahtuvan vuonna 2010. (Oracle 2008.)

⁹⁵ Aulis Majuri kuvasi TOP – hankkeeseen liittyviä kehittämishankkeita ja niiden vaihetta seuraavasti ”...Sitten on taloussuunnittelu, eli mikä mihinkä strategiasoioiden ja sen koko talousarviokirjan ja taloussuunnitelman tekeminen. Se on myös vielä... vielä sellaisessa vaiheessa, että se lähtee kilpailutettavaksi. Tarjouspyyntöjä oikeastaan ollaan vasta virittämässä. Siihen liittyy myös toimintolaskenta ja... aika paljon siinä on tämmöistä tekemistä, joka vie vuosia.”

⁹⁶ TOP on lyhennelmä tietojärjestelmien, osaamisen ja prosessien kehittämisen hankekokonaisuudesta. Hankkeen suunnittelussa ja toteuttamisessa on ollut mukana kansainvälinen konsulttiryitys. (Espoon kaupunki 2004.)

⁹⁷ Konserniohjauksen ohjausväline suhteessa palvelukeskuksiin on puitesopimus.

Majurin mukaan TOP-hankkeen sekä sosiaali- ja terveystoimen organisaatiouudistuksen malleja on haettu sekä yksityiseltä sektorilta että valtion hallinnosta:

”Näitä malleja löytyy oikeastaan yrityksistä ja myös valtion hallinnosta. Se, mikä minullakin oli käytettävissä, kun sosiaali- ja terveystoimen organisaatiouudistusta lähdettiin tekemään, oli tielaitoksen organisaatiomalli. Sielläkin oli keskitetty hallintoa. Keskittäminen oli jo tullut julkiselle sektorille aivan selkeästi.”

Tarkasteltaessa TOP-hanketta suhteessa Espoon sosiaali- ja terveystoimen vuoden 2004 organisaatiomuutokseen, on Tuula Heinäsen mukaan huomioitava, että:

”TOP-hanke tavallaan, se tuli samaan aikaan, sehän ei ollut meidän organisaatiouudistukseen liittyvä. TOP hanke alkoi eräällä tavalla rinnalla. Toisaalta meidänkin organisaatiouudistus työssä oli niitä samansuuntaisia ideoita, joten ihan niin vauhdikkaasti ei yksin olisi päästy liikkeelle, kun päästiin sitten. Lähdettiin kaupunkitasoisesti toteuttamaan uudistuksia.”

TOP- ja ERP-hankkeet sekä säästö- ja tuottavuusvelvoitteet tulivat myös mukaan organisaatiouudistukseen. Tästä johtuen erityisesti hallinnossa on tapahtunut runsaasti muutoksia lyhyellä aikataululla. Vaikka uudistukset olisivat periaatteessa oikeansuuntaisia, myönnetään että ”ehkä kaikki eivät pysy kelkassa mukana”. Henkilökunnan kannalta suuri organisaatiomuutos ja tämän lisäksi erilaisten järjestelmien uudistaminen liittyen TOP-hankkeeseen, on tuonut ongelmia. Majuri arvioi, että osaaminen ei ole ollut hallittavissa tavalla, jota uudistusten suunnitteluvaiheessa ajateltiin, ja että uudistusten yhteissumma varmasti rasittaa henkilöstöä.

5.4 Tuloksellisuus

Tulosmittauksen rajaaminen tarkasteltavaksi tuloksellisuuden muodoksi perustuu tulosmittauksen merkitykseen NPM:n perusmallissa. Julkisen sektorin tulosmittauksen ongelmia on nostettu esiin aika tavalla. Tosiasia kuitenkin on, että kunnallishallinnon tulosmittaus on yleistynyt esim. erilaisten tavoitetasojen esittämisen muodossa. Kehitys koskee kaikkia tutkimuksen kohteena olevien kaupunkien toimialoja.

5.4.1 Yleiset kehityslinjat

Tulosmittauksesta tarkastellaan tutkimuksen kohteena olevissa kaupungeissa ja niiden sosiaali- ja terveystoimessa seuraavia kysymyksiä:

- Mitkä ovat tulosmittaukset muodot ja niiden kehitys?

- Mikä on ollut tulostamituksen merkitys perusterveydenhuollon näkökulmasta?

Tutkimuksen kohteena olevien kaupunkien sosiaali- ja terveystoimen tai kaupungin kaikkien toimialojen tulostavoitteiden ja niiden toteutumisen julkinen esittäminen toteutettiin vuonna 1997. Tällöin sosiaali- ja terveystoimen toimintakertomuksessa tai kaupungin tilinpäätöksessä esitettiin tulostavoitteet ja niiden toteutuminen. Esitystapa ja tulostavoitteiden sitovuusasteen esiintuominen vaihteli merkittävästi kaupunkien välillä. Vuonna 1997 astui voimaan kuntien kirjanpito-uudistus. Tuloksellisuuden arvioimiseen tulostamituksen kautta vaikuttavat tarkastuslautakunnat, jotka tulivat pakollisiksi kaikissa kunnissa vuonna 1995. Tarkastuslautakunnan tehtävänä on arvioida sekä tulostavoitteiden saavuttamista että käytettyjä tulostamittareita.

Taulukko 12 esittää arvion tarkasteltujen kaupunkien tulostamituksen kehityksestä ja merkityksestä erityisesti terveydenhuollon ja vastaanottoiminnan näkökulmasta. Taulukon toisessa sarakkeessa on haastatteluihin perustuva arvio tulostamituksen kehityksestä kaupunkien terveystalveluiden näkökulmasta. Kolmas sarake esittää kokonaisarvion tulostamituksen merkityksestä perusterveydenhuollossa. Arviossa on käytetty kolmiportaista asteikkoa: tärkeä työväline, vaikuttava työväline ja pieni merkitys.

Haastattelujen perusteella sosiaali- ja terveystoimen tulostamitukseen liittyy ongelmia. Useammassa haastattelussa kyseenalaistettiin tulostamituksen käytännön merkitys. Huomiota kiinnitettiin myös terveydenhuollon tulostamituksen tunnetuihin ongelmiin. Usea haastateltu suhtautui kaupunginvaltuustoon nähden sitoviin tai ei sitoviin tulostavoitteisiin epäillen. Jotkut haastateltavat kyseenalaistivat kokonaan asetettujen tulostavoitteiden merkityksen. Perusteluna oli tulostavoitteiden saavuttamisen vähäinen merkitys erityisesti taloudellisesti. Ongelmaksi ilmoitettiin myös kaupungin taloudellisesta tilanteesta riippuvat toimialan resursit. Vaikeassa taloudellisesta tilanteesta tärkeintä on pysyä asetetussa budjetissa. Tulostamituksen ja kaupunginvaltuuston nähden sitovien tulostavoitteiden merkityksen kyseenalaistaminen ilmeni haastatteluissa mm. seuraavasti:

”Mekin olemme joskus yrittäneet etsiä sopivia tulostamittareita. Mutta on todella vaikeaa löytää järkeviä mittareita. Budjetissa on valtuustoon nähden sitovia tulostavoitteita, jotka ovat ihan höpö, höpö sellaisenaan. Tavoitteita voi olla, mutta jos kysyt Y:ltä, että mitä käytännössä tarkoittaa kun on tavalinen tavoite ja sitten on valtuustoon nähden sitova tavoite? Miten valtuusto on sen päättänyt?

Mitä se oikeasti tarkoittaa?”

”Y toteaa että se on sellainen tavoite, joka on kirjoitettu siihen paperiin. Onko tämä jotakin ihmeen leikkiä? Asiaa markkinoitiin mm. siten, että tulostavoitteiden ylittäminen voi olla peruste esim. lisäykseen määrärahoissa.” (toimialanjohtaja)

Taulukko 12. Tulostavoitteiden kehitys ja merkitys.

	Arvio tulostavoitteiden kehityksestä	Tulostavoitteiden merkitys
Espoo	Tulostavoitteet ja tulosohjaus selkiytyivät 1990-luvun alkuvaiheen jälkeen	Vaikuttava työväline
Lahti	Tulostavoiteet ovat kehittyneet kohti realistisempia ja mitattavampia tulostavoitteita. Tärkeintä on ollut kuitenkin edelleen pysyä budjetissa.	Pieni
Vaasa	Tulostavoitteet ovat kehittyneet pääasiassa toiminnan muutosprosesseja mukailleen.	Pieni
Kajaani	Tulostavoitteiden määrä väheni 1990-luvulla. Tulostavoitteet ovat selkeämpiä ja tiukemmin määriteltyjä.	Vaikuttava työväline
Kerava	Tulostavoitteet ovat vaihdelleet tarkoista kvantitatiivisista tavoitteista laajempiin kvalitatiivisiin tavoitteisiin.	Vaikuttava työväline (merkityksessä on ollut suurta vaihtelua)
Nokia	Tulostavoitteiden määrä on vähentynyt.	Vaikuttava työväline
Varkaus	Budjetissa pysyminen arvioitiin tärkeimmäksi tavoitteeksi.	Pieni
Raisio	Tulostavoitteet ovat selkiytyneet vuosina 2001–2004.	Vaikuttava työväline

Terveydenhuollon tulostamittauksen ongelmat tulivat esille haastatteluissa:

”Tulostamittaus sopii aika huonosti tähän nykyiseen johtamisajatteluun, koska ei ole mitään mittareita luotettavuudesta, miten sitä voi mitata? Kun talouselämä elää kvartaaliajattelulla, niin se ei kyllä sovi ollenkaan terveydenhuoltoon. Meillä eivät ole määrät ole niin ratkaisevia. Suorite määriä pitää tietysti olla. Mutta se mitä suoritteiden sisällä tapahtuu ratkaisee.” (vastaajan johtaja)

”Terveydenhuollossa järkeviä tulostamittareita on todella vähän. Sano yksi niin olet hyvä.” (toimialanjohtaja)

Haastatteluissa esitettiin ongelmana myös terveydenhuollon kannalta hyödyllisten ja merkityksellisten tulostamittareiden vähäisyys. Erityisesti pelkästään määrällisiä tulostavoitteita kritisoitiin:

”Ei, sellaisia ei ole ollut. Sellaisia ei luojan kiitos ole ollut. Sellainen ajattelu, että potilaskäyntejä pitää olla mahdollisimman paljon, niin se on täysin väärä. Tätä lääkärintyötä voi tietysti tehdä myös sillä tavalla, että pyörittää vain potilaskäyntimyllyä. Esim. jos on todella vähän aikaa, niin siinä ajassa pysty hoitamaan, kun vain jonkun tietyn asian. Vaarana on, että pääasia jää hoitamatta. Potilas joutuu tulemaan uudelleen tai menee toiselle lääkärille, joka taas perehtyy tai kolmannelle, neljännelle lääkärille. Näin tietysti muodostuu paljon käyntejä ja näyttää että yksiössä ollaan ahkeria ja tuottavia, kun on paljon potilaskäyntejä. Mutta niiden käyntien sisältö on tärkeää, se että... Tässä mielessä väestövastuujärjestelmä on briljantti keksintö.” (vastaajan johtaja)

Poliittiset päätöksentekijät ja kaupungin keskushallinto tarvitsevat toimintansa ja päätöksentekonsa tueksi informaatiota. Käsitys siitä, mitkä tulostamittarit ovat merkityksellisiä, voi olla tyystin erilainen terveystoimien vastaavan toimialan ja kaupungin keskushallinnon välillä:

”...Kyllä se on ollut välillä aika tiivistäkin keskustelu siitä, että miten hyvin mittarit kuvaavat toimintaa. Asia ei ole yksiselitteistä ja tulostamittareista on varmasti jännitetty sekä sosiaali- ja terveystoimen sekä kaupungin keskushallinnon ja varmaan myös sosiaali- ja terveystoimen ja poliittisten päätöksentekijöiden välillä.

Asiaa voi kuvata näin, että ulkopuolelta katsottuna halutaan selkeitä tulostamittareita, toimintalukumittareita jne. Toisaalta terveydenhuollon ammattilaiset haluaisivat jossakin muodossa tuoda esille mitä näiden lukujen sisällä on. Esimerkiksi ei ole itsestään selvyyttä että käyntien määrää lisääminen olisi toiminnan paremmuutta ja tuloksellisuutta voidaan kuvata sillä. Pitäisi myös tarkastella toiminnan vaikuttavuutta. Yleensä jos halutaan saavuttaa vaikuttavimpia tuloksia, niin tarvitaan enemmän aikaa. Eli ei pystytä tekemään suoritteita niin paljon.

Toinen asia on, että ammattilaiset kokevat työn sisällön muuttuvan vaikeammaksi ja asiat ovat monimutkaisempia. Silloin ei pystytä tietenkään samanlaisia suoritelmääriä tekemään. Se on toisella puolella tarpeen tiedostaa.” (vastuualueenjohtaja)

Tarkastuslautakunnan toiminnan aktivoitumisella voitiin nähdä myös positiivisia puolia:

”Minulla on sellainen käsitys, että tarkastuslautakunnassa tuli laadullista vaadetta myös mukaan. Aika vähän kuitenkin, se siinä on vahinko. Sitä debattia pitäisi käydä ja olisi silloinkin pitänyt käydä aina vain enemmän ja enemmän, jotta ne käsitykset niistä asioista olisivat yhtenevät tilaajan ja tuottajan puolella. Hehän edustivat tilaajan kantaa. Missään vaiheessa näissä asioissa ei ole päästy sellaiseen tilaaja – tuottaja ajatteluun, joka käytännössä, sehän olisi valtavan hedelmällinen. Mutta miten siihen ihan oikeasti pystyttäisiin näillä rahkeilla vastaamaan, niin se on minun mielestäni sellainen asia, että en tiedä vastausta. (vastuualueenjohtaja)

Tuloksellisuuden liittyä kustannusten seuranta ja kustannusten hallinta:

Kysymys: ”Talouteen liittyä laskentatoimi ja kyky pystyä vertailemaan omia kustannuksia mahdollisiin ostopalveluiden kustannuksiin. Onko tällainen kehittynyt?”

Vastaus: ”Ei. Me saamme olla täällä ihan herran kukkarossa. Minä en tunne yritysmailmaa, mutta tämän kokoinen yksikkö, näin monta ihmistä töissä ja tällaista budjettia pyöritetään. Uskomattoman heikosti taloutta seurataan ja mitataan.” (toimialanjohtaja)

Vuosittaisten valtuustoon nähden sitovien tulostavoitteiden ja tulostavoittamisen merkitys vaihtelee haastattelujen perusteella huomattavasti. Kokonaisuutena tulostavoittamista ja tulostavoitteita ei nähdä korostamisen arvoisena asiana toiminnan suunnan ohjauksessa.

5.4.2 Tulostavoittamisen kaupunkikohtainen tarkastelu

Espoo

Espoon sosiaali- ja terveystoimessa otettiin käyttöön tulostavoittamisjärjestelmä vuoden 1993 organisaatiomuutoksen yhteydessä. Tulostavoittamisjärjestelmän alkuvaiheeseen liittyi ongelmia. Tulostavoittamisjärjestelmän käyttöönoton kanssa samanaikaisesti toteutettiin säästötoimenpiteitä ja menojen leikkauksia.

Tulostavoitteluissa sovittiin toiminnalliset tavoitteet ja käytettävissä olevat resurssit. Tulostavoitteiden toteutuminen arvioitiin erikseen. Lisäksi alueellisten

toimintakertomusten yhteydessä arvioitiin tulostavoitteiden toteutuminen. Alueet laativat neljä kertaa vuodessa raportin tulostavoitteiden toteutumisesta. Ennen vuoden 2004 organisaatiouudistusta käytiin tulosneuvottelut tulosyksiköiden kanssa. Näin yritettiin toteuttaa kaupunkitasoinen ohjaus (haastattelu, Aulis Majuri).

Keskeinen ohjaava tekijä on koko kaupungin strategia, joka jakautuu osiin (haastattelu, Aulis Majuri):

”Perusidea on, että meillä on Espoo-strategia, joka jakaantuu eri osioihin. Erityisesti sosiaali- ja terveystoimessa on tärkeää palvelustrategia ja vuositason tulostavoitteet. Keskeisille palvelualueille, joissa onnistuminen on tärkeää, on asetettu tulostavoitteet”

”Edellä mainittuja tukevat erilaiset kehittämishankkeet. Me olemme erityisesti panostaneet esim. tuottavuus ja tulopohjahankkeisiin. Meillä on nyt nelisentoista tulostavoitetta tulossa ensivuodelle ja niitä on tukemassa lähes saman verran kehittämishankkeita.”

Tämän lisäksi on muita kehittämishankkeita, jotka liittyvät usein tulostavoitteisiin. Espoon tulostavoitteiden luonnetta arvioitaessa on otettava huomioon kaupungin koko ja uudistusprosessit, joihin tuloksellisuuden seuranta liittyy.

Lahti

Lahden sosiaali- ja terveystoimen tulostavoitteissa on haastatteluaineiston perusteella ollut keskeisenä ongelmana tulostavoitteiden ja käytettävissä olevien resurssien ristiriita. Käytännössä kaupungin keskushallinnon katsotaan olleen kiinnostunut pääasiassa taloudellista säästämismahdollisuuksista. Kehitystä on kuitenkin tapahtunut kohti tulostavoitteiden ja käytettävissä olevien resurssien huomioimista. Keskeisenä tekijänä pidetään kuitenkin budjetissa pysymistä.

Vaasa

Vaasan kaupungin tilinpäätöksessä esitettiin vuonna 2000 ensimmäisen kerran toimialojen kaupunginvaltuustoon nähden sitovat tavoitteet (toimenpide / tavoite-taso ja tavoitteen toteutuminen). Tulostavoitteiden merkityksen voi kokonaisuutena arvioida pieneksi.

Kajaani

Kajaanin sosiaali- ja terveystoimen tulostavoitteiden lukumäärä pieneni 1990-luvulla. Tulostavoitteiden kehitystä sosiaali- ja terveystoimessa voidaan luonnehtia siten, että talousarviossa asetetaan tulostavoitteita, jotka ovat selkeästi mitattavia.

Tuloksena oli selkeämpiä ja tiukemmin määriteltyjä tavoitteita. Tähän liittyy tasapainotetun mittariston käyttöönotto. (haastattelu, Kalevi Yliniemi)

Kerava

Keravan sosiaali- ja terveystoimen erilaisia talouden tunnuslukuja ja vertailutietoja on esitetty koko tarkastelujakson ajan toimialan toimintakertomuksissa. Vuoden 1999 toimintakertomuksessa esiteltiin hallintokunnan toiminta-ajatus, muutoksen tavoitteet sekä toimintokohtainen arvio tavoitteiden toteutumisesta. Vuoden 2000 toimintakertomus käsitti uudet strategiset tavoitteet, valtuuston asettamat tavoitteet ja käyttösuunnitelmatasoiset tavoitteet. Talouden tunnuslukujen ja vertailutietojen tarkka esittäminen Keravan sosiaali- ja terveystoimen toimintakertomuksissa on toteutettu poikkeuksellisen laajasti jo tarkastelujakson alussa.

Taloudellisesta suunnittelusta ja seurannasta Keravan sosiaali- ja terveystoimen osalta nousi haastatteluissa esille 1990-luvulla vuosia jatkunut alibudjetointi. Käytännössä menettely on tarkoittanut, että hyväksytyssä budjetissa on ollut mahdotonta pysyä, jos toimialan palvelutaso on haluttu säilyttää ennallaan.

Nokia

Nokian kaupungin valtuustotason tulostulostauksen kehityksen suuntana on ollut tulostavoitteiden määrällinen vähentyminen. Kehityssuuntana on ollut terveyskeskuksen johtaja Salosen mukaan se, että määrällisesti vähentyneissä tulostavoitteissa pyritään keskittymään vuosittain tiettyihin tai tiettyyn asiakokonaisuuteen. (haastattelu, Jorma Salonen)

Varkaus

Varkauden kaupungin sosiaali- ja terveystoimen tulostulostauksen ja tuloksellisuuden seurannan käytännön vaikutus ollut on pieni haastattelujen perusteella. Helena Kemppinen suhtautuu kriittisesti tulostulostaukseen ja sen merkitykseen terveyspalveluiden kehityksen ohjauksessa kaupungissa, jonka taloudellinen tilanne on ollut vaikea:

”Tärkeintä on, että pysytään budjetissa.”

”On niitä jossakin (tulostavoitteita), mutta ne ovat minusta sanahelinää. Se onko meillä paljon päivystyskäyntejä, sitä ei kukaan minulta kysy, että miksi meillä on niin paljon päivystyskäyntejä. Minä olen siitä huolissani. Minusta terveydenhuolto toimii hyvin, jos päivystyskäyntien osuus kaikista käynneistä on alle 20 %. Jos on oikein huono tilanne, se on 30 % tai yli. Meillä se on ollut suurin piirtein siinä välillä.”

Raisio

Raision kaupungin toimintakertomuksessa aloitettiin eri toimielinten sitovien tulostavoitteiden esittäminen vuonna 1997. Vähintään terminologisesti jokaiselle tulosalueelle määriteltiin toimintakertomuksessa vastuuhenkilö. Myös perusterveydenhuollolle asetettiin tulostavoitteet. Terminologia ja tulostavoitteiden esittämismuoto muuttuivat tämän jälkeen useaan otteeseen. Vuoden 2003 tilinpäätös sisälsi selvityksen esim. sosiaali- ja terveystoimen tulosalueiden toimintaympäristössä tapahtuneista muutoksista. Sosiaali- ja terveysjohtaja Eero Vaissi arvioi, että kokonaisuutena toimialan tulosmittaus on selkiytynyt vuosina 2001–2004.

5.5 Kokoavia huomioita

Poliittisten voimasuhteiden merkitys

Tämän tutkimuksen aineiston perusteella voidaan tulkita, että poliittisten voimasuhteiden merkitys kaupunkien terveyspalveluiden kehitykselle on useimmissa kaupungeissa vähäistä. Poliittisilla voimasuhteilla on ollut eniten merkitystä Espoon, Keravan ja Varkauden terveyspalveluiden uudistamisessa. Espoossa politiikan vaikutus terveyspalveluiden ja erityisesti perusterveydenhuollon kehittämiseen on tullut selvimmin esille kaupungin yleisten hallintouudistusten sekä tuotantotalouden menetelmiä hyväksikäyttävän toimintamallien kehittämisen kautta. Varkaudessa vasemmistoenemmistön arvioitiin vaikuttaneen selkeästi terveyspalveluiden kehittämiseen. Kattavista terveydenhuollon julkisista palveluista on haluttu pitää kiinni kaupungin taloudellisista vaikeuksista huolimatta.

Lahdessa, kuten useimmissa muissa tarkastelun kohteena olleissa kaupungeissa, korostettiin päätöksentekoa taloudellisten realiteettien perusteella. Vaasassa kiinnitettiin huomiota siihen, että oikeisto – vasemmisto tarkastelun lisäksi voidaan tarkastelu tehdä myös kolmikantana: oikeisto, vasemmisto ja Ruotsalainen kansanpuolue. Vasemmistoenemmistöisten Nokian ja Raision poliittisten voimasuhteiden vaikutus terveyspalveluiden kehittämiseen arvioitiin vähäiseksi. Raision osalta arvioitiin, että kehittämistoiminnassa ei ole pois suljettuja aihealueita. Nokian terveyskeskuksen johtaja Salonen arvioi tiivistetysti, että vasemmiston enemmistö näkyy Nokian terveystoimen toiminnassa lähinnä siinä, että omaa toimintaa tulee kehittää ja kunnan kuuluu huolehtia terveyspalveluiden ydintoiminnoista. Toisaalta yksityisten yritysten tuottamien ostopalveluiden käytölle ei ole ollut esteitä esim. tehtäessä ostopäätöksiä kevyemmistä erikoissairaanhoidon palveluista. Perusterveydenhuoltoon liittyvässä päätöksessä ostaa yksityiseltä

yritykseltä terveyskeskuksen viikonloppupäivystys, ei ollut erimielisyyttä. Asiasta syntyi yksimielinen päätös.

NPM ja perusterveydenhuolto

Taulukko 13 esittää tiivistelmän tarkasteltujen kaupunkien perusterveydenhuollossa toteutetuista NPM-doktriinin mukaisista uudistuksista sekä arvion kaupunkien edellytyksistä toteuttaa NPM:n mukaisia uudistuksia. Taulukossa käytetään kolmeportaista esitystä: NPM-uudistuksia on runsaasti, jonkin verran tai vähän. Kaupunkien edellytykset toteuttaa NPM-uudistuksia on luokiteltu asteikolla huonot, tyydyttävät ja hyvät. NPM-uudistukset sarake on yhteenveto esitetyistä empiirisen aineiston tarkasteluun käytetystä neljästä näkökulmasta.

Taulukko 13. Tiivistelmä NPM:n mukaisista uudistuksista ja edellytyksistä toteuttaa NPM:n uudistuksia.

	NPM – uudistuksia	Edellytykset
Espoo	Runsaasti	Hyvät
Lahti	Jonkin verran	Tyydyttävät
Vaasa	Vähän	Tyydyttävät
Kajaani	Vähän	Huonot
Kerava	Jonkin verran	Hyvät
Nokia	Vähän	Hyvät
Varkaus	Vähän	Huonot
Raisio	Jonkin verran	Hyvät

Taulukosta 13 voidaan havaita, että NPM:n soveltaminen on yhteydessä kaupungin edellytyksiin sen soveltajana⁹⁸. Haastatteluissa käsiteltiin markkinaehtoisuuden muotona perusterveydenhuollon ostopalveluita, mutta myös muiden sosiaali- ja terveystoimen palveluiden ostopalveluiden käyttöön liittyviä näkökohtia nousi esille haastatteluissa. Ongelmiksi koettiin kilpailun eli toimivien markkinoiden puuttuminen sekä kustannusten nopea nousu. Nämä tekijät nousivat esille koskien perinteisen sosiaalitoimen ostopalveluita. Tulosalueen johtaja kommentoi ostopalveluiden käyttöön liittyviä ongelmia seuraavasti:

”Meillä on tällä hetkellä esim. minun vastuualueellani asumispalvelut, jotka ostetaan kaikki. Meillä ei ole yhtään omia asumispalveluita ja se on todella hankala tilanne. Pitäisi olla jotakin omaakin, ettei kaikkea ostettaisi. Lastensuojelussa meillä on n. puolet omaa ja n. puolet ostetaan. Jotenkin tuntuisi, tämän hetken tuntuman mukaan, että se on järkevää.”

Sosiaalipalveluiden kilpailuttaminen nousi esille tulosalueen johtajan haastattelussa seuraavasti:

”Jos ollaan tyytyväisiä, niin ilman kilpailuttamista voidaan jatkaa vuosi tai kaksi. Tai mitkä ne optiot sitten ovat. Kilpailuttaminen on aina tilanne missä joudutaan tarkastelemaan uudestaan, että mitä kilpailutetaan, millä lailla, millä rahalla ja mitä toimintoja. Siinä saattaa, niin kuin nyt vanhusten asumispalveluiden osalta kävi, että kokonaiskustannukset nousivat 20 %, kun oli uusi kilpailutus. Ei viitsisi paljon kilpailuttaa, eikä viitsisi paljon ostaa, kun eivät rahat riitä mihinkään.”

”Tällä hetkellä me joudutaan ostamaan kaikki mitä on tarjolla. Tuottajat pystyvät määräämään hinnan. Nyt on käynyt niin, että ostopalveluiden hinnat nousevat moninkertaisesti enemmän kuin mihin meillä on varaa.

Tässä tilanteessa mietitään vaihtoehtoja. Missä tilanteessa meidän kannattaa enemmän tehdä itse kuin ostaa. Me joudumme tavallaan kotiuttamaan niitä kalliita ostopalveluita omaksi toiminnaksi. Toisaalta ostopalveluiden käytön lopettaminen estää markkinoiden syntymisen.” (tulosalueen johtaja)

Edellä esitetyt haastattelujen lainaukset tuovat esille kriittisiä näkökohtia sosiaalipalveluiden ostamisesta. Haastatellut eivät tuoneet oma-aloitteisesti esille positiivisia kokemuksia tai näkökohtia. Mahdollinen selitys tälle on, että sosiaalipalveluiden ostopalvelut olivat haastatteluissa perusterveydenhuollon sivujuonne. Voidaan myös pohtia sitä, tuodaanko haastatteluissa esille enemmän turhauttavia kokemuksia, kuin ongelmatonta ostopalveluiden käyttöä.

⁹⁸ Ration tarkastelussa on huomioitava, että markkinaehtoisuuden tarkennettu näkökulma ei sisältänyt tilaaja – tuottajamallia.

Määrällisesti ostopalveluiden käyttö oli vähäistä tutkimuksen kohteena olevien kaupunkien perusterveydenhuollossa. Käsitellyissä tukipalveluissa, eli laboratorio- ja röntgenpalveluissa suuntaus näyttää olevan kohti yhteistyötä ja suurempia julkisen sektorin yksiköitä. Tällä alueella yhteistyön ongelmat vaikuttavat pieniltä. Kehitystä on edistänyt sähköisen tiedonkulun kehittyminen.

Espoon sosiaali- ja terveystoimen organisaation muutoksessa toimintamalleihin on vaikuttanut koko kaupungin hallinnon yritysmaailmasta malleja hakevat kehitys. Avoin yritysmaailman mallien soveltaminen julkisen hallinnon kehittämiseen on NPM:n peruselementtejä. Keskeinen kysymys tämän tutkimuksen kannalta on, miten NPM on vaikuttanut perusterveydenhuollon organisaatio- ja johtamisreformeihin Espoossa. Vaikutus näyttää tulleen sekä toimialan omasta kehittämistoiminnasta että erityisesti koko kaupungin hallintoa koskevista reformeista.

Sosiaali- ja terveystoimen johtamisen ja ohjattavuuden kannalta tärkeä näkökulma on toimialan suhde kaupungin keskushallintoon. Ohjattavuuden kehittämisestä ei vastaa yksin toimialan johto, vaan kaupungin keskushallinnolla eli poliittisilla päätöksentekijöillä ja virkamiesjohdolla on viimekädessä päätösvalta kaikista toimenpiteistä. Sosiaali- ja terveystoimen lakisäätteiset palvelut asettavat rajat muutoksille.

Erilaisen mm. valtion myöntämän projektirahoituksen merkitys kehittämistoiminnassa nousi esille haastatteluissa. Haastatteluissa tuotiin esille myös se, että projektirahoitukseen liittyvä ongelma on kehitettyjen uusien toimintamallien ylläpitäminen ja levittäminen koko kaupungin terveystalouteen projektirahoituksen päätyttyä.

Strategisen johtamisen mahdollisuuksiin tutkimuksen kohteena olevien kaupunkien perusterveydenhuollossa vaikuttaa selvästi kolme asiaa: kaupungin taloudellinen tilanne, sosiaali- ja terveystoimen sekä kaupungin keskushallinnon yhteistyö ja perusterveydenhuollosta vastaavan toimialan johdon aloitteellisuus. Taloudelliset resurssit ja lainsäädännössä kunnille asetetut velvollisuudet järjestää perusterveydenhuollon palveluita ovat useassa kaupungissa johtaneet ristiriitaan. Haastatteluissa ilmeni, että kahden kaupungin sosiaali- ja terveystalouteen koskevissa tehtävissä lainsäädännön asettamia velvollisuuksia ei aina ole pystytty toteuttamaan.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän tutkimuksen kohteena on perusterveydenhuolto kahdeksan monelta osin varsin erilaisen kaupungin sosiaali- ja terveystoimessa. Tutkimuksen empiirisen aineiston tulkinta on toteutettu NPM-doktriinin näkökulmasta. **Tutkimustehtävänä oli ymmärtää kuntien järjestämän perusterveydenhuollon hallinnon uudelleenmäärittymistä kuntasektorin yleisten ja terveydenhuollon hallinnon erityisten uudistamispyrkimysten ja – realiteettien vuorovaikutuksena.**

Tutkimustehtävän toteuttaminen edellytti, että:

- tarkennetaan NPM-doktriinista piirteet, joiden avulla voidaan analysoida Suomen kuntien sekä sosiaali- ja terveystoimen hallinnon kehitystä.
- arvioidaan miten NPM-doktriinin tarkennetut piirteet ilmenevät kahdeksan kaupungin perusterveydenhuollosta vastaavan organisaation hallinnon kehityksessä vuosina 1993–2004.

Teoreettisen tarkastelun lähtökohdaksi valittiin NPM:n perusmalli, joka perustuu Hoodin (1991) lähinnä Ison-Britannian, Uuden-Seelannin ja Australian uudistusten perusteella laatimaan systematisointiin. Perusmallista tiivistettiin empiirisen aineiston analysoinnin lähtökohdaksi neljä keskeistä piirrettä: markkinaehtoisuus, ohjattavuus, strategisuus ja tuloksellisuus. Empiirisen aineiston tarkastelua varten näitä piirteitä tarkennettiin edelleen. Tarkennetuiksi piirteiksi valittiin ostopalvelut (markkinaehtoisuus), johtamis- ja organisaatiouudistukset (ohjattavuus), strateginen johtaminen (strategisuus) ja tulostmittaus (tuloksellisuus).

Myös tarkennettuja piirteitä koskevat edelleen NPM:n perusmallin peruslähtökohdat. Näitä ovat mm. yksityisen sektorin toimintamallien korostaminen ja tuominen julkiselle sektorille, tavoite tuottaa julkisia palveluita enemmän ja pienemmin resurssein, johtajuuden ja johtajien toimivallan korostaminen, tulostmittaus ja valmius korvata julkisen sektorin organisaatio palveluiden tuottajana yksityisen tai kolmannen sektorin organisaatiolla. Markkinamekanismi ja markkinaehtoisuuden etujen korostaminen on keskeistä NPM:n perusmallissa. Sopimuksellisuus eri muodoissa liittyy myös keskeisesti NPM:n toimintamalleihin.

Perusmallin vahvoista ideologista lähtökohdista huolimatta NPM on laaja ja perusmallista edelleen laajentunut kokoelman toimintamalleja. Kaupungin tai perusterveydenhuollon tasolla NPM:n toimintamallien soveltamisessa ei ole kyse sovelta tai älä sovelta -valinnasta. Soveltamista ja soveltamattomuutta voidaan perustella myös hyvin erilaisilla syillä. Valittuja toimintamalleja voidaan soveltaa

myös monissa eri muodoissa julkisen sektorin eri osa-alueilla. Useat toimintamallit eivät sellaisenaan ole täysin uusia ja ennen näkemättömiä julkisella sektorilla.

Tutkimuksen empiirinen aineisto muodostuu dokumenttiaineistosta ja näitä täydentävistä asiantuntijatiedustelusta sekä kaupunkien sosiaali- ja terveystointen johtavien viranhaltijoiden haastatteluista.

6.1 Keskeiset havainnot

Tarkasteltuja NPM:n tarkennettuja piirteitä koskevat keskeiset havainnot esitetään ohessa taulukkomuodossa. Esitysmuodon asettamien rajoitusten takia tarkennettuja piirteitä koskevia kysymyksiä on tiivistetty soveltuvin osin.

Markkinaehtoisuus

Ostopalveluiden käyttö on selvimmin havaittavissa oleva NPM:n toimintamalli. Ostopalveluiden käyttö tarkastelun kohteena olleiden kaupunkien perusterveydenhuollossa on esitetty taulukossa 14. Ostopalveluiden käytöstä voidaan tehdä kaksi havaintoa. Ensiksi, lähes kaikki tarkastellut kaupungit ovat olleet varovaisia ostopalveluiden käyttäjiä. Käytännössä ostopalveluiden käyttö on ollut vähäistä perusterveydenhuollon virka-aikana tapahtuvassa vastaanotto toiminnassa. Toiseksi, ostopalveluita on käytetty kaikkien tarkastelun kohteena olleiden kaupunkien perusterveydenhuollossa. Ostopalvelut painottuvat ns. keikkalääkäreihin, yö-, ilta- ja viikonloppupäivystyksiin pääasiassa lääkäri työvoiman osalta sekä tukipalveluihin.

Ostopalveluiden käytön keskeisin perustelu on ollut lääkäri työvoiman rekrytointiongelmien. Tarkastelluista kaupungeista vain yksi on ostanut kokonaisten terveysasemien palvelut yksityiseltä tuottajalta. Vastaanotto- tai päivystystoiminnan ostamisen taustalla eivät ole olleet taloudellisten säästöjen tavoittelu. Yksityiseltä tuottajalta ostamisen lisäksi päivystystoiminta voitiin järjestää yhteistyössä toisen julkisen sektorin organisaation kanssa (esim. sairaanhoitopiiri). Tukipalveluissa suuntauksena on ollut laboratorio- ja röntgentoiminnan yhdistäminen suurempiin yksiköihin julkisella sektorilla.

Päivystysten ja erityisesti niiden lääkäri työvoiman osalta ostopalveluiden käyttö on aloitettu useimmissa kaupungeissa tarkastelujakson loppupuolella. Päivystystoiminnan yleinen muuttuminen ostopalveluksi on suoraan tai välillisesti yhteydessä lääkäri työvoiman rekrytointiongelmiin. Päivystystoiminnan ostamisen toinen tärkeä syy on henkilöstöpolitiikka, jonka tavoitteena on lääkäri työvoiman työtyytyväisyyden ylläpitäminen ja kaupungin virassa toimivien lääkäreiden py-

syvyyden lisääminen. Yksikään haastateltu johtava viranhaltija ei esittänyt kritiikkiä päivystystoiminnan ostamisesta.

Taulukko 14. Ostopalvelut markkinaehtoisuuden muotona.

Teemat Kaupunki	Mitä ostopalveluita on käytetty?	Miksi ostopalveluita on käytetty?	Arvio kaupungista ostopalveluiden käyttäjänä
Espoo	Keikkalääkäreitä vaihtelevasti Yöpäivystys Röntgen	Valittu toimintamalli Lääkäripula pakottaa	Varovainen palveluiden ostaja
Lahti	Kahden terveysaseman palvelut	Lääkäripula	Aktiivinen palveluiden ostaja
Vaasa	Keikkalääkäreitä Keskitetty päivystystoiminta Laboratoriosta luovuttu	Lääkäripula Tukipalveluita keskittää	Varovainen palveluiden ostaja
Kajaani	Laboratorio ja röntgen Keikkalääkäreitä Lääkäripäivystys (keskussairaala)	Tukipalveluita keskittää	Varovainen palveluiden ostaja
Kerava	Päivystyspalveluita Laboratorio ja röntgen	Tukipalveluita keskittää	Varovainen palveluiden ostaja
Nokia	Viikonloppupäivystys Laboratoriosta luovuttu	Valittu toimintamalli Tukipalveluita keskittää	Varovainen palveluiden ostaja
Varkaus	Yö-, ilta- ja viikonloppupäivystykset Keikkalääkäreitä	Lääkäripula	Varovainen palveluiden ostaja
Raisio	Keikkalääkäreitä Yöpäivystys keskitetty Turun seudulla	Valittu toimintamalli Lääkäripula	Varovainen palveluiden ostaja

Ohjattavuus

Organisaatio- ja johtamisuudistukset käsittävät joukon uudistuksia joiden laajuus, lähtökohdat, tavoitteet sekä uudistuksen aloitteentekijä ovat voineet tapauskohtaisesti olla hyvin erilaisia. Sosiaali- ja terveystoimen yhdistäminen muodostaa yleisen mutta monilta piirteiltään erityisen uudistustyypin, jonka onnistumiseen liittyy huomattava määrä tekijöitä, jotka kuuluvat mm. organisaatiokulttuurin tutkimuskenttään. Kahdeksasta tarkastelun kohteena olleista kaupungista kahdessa sosiaali- ja terveystoimen yhdistäminen toteutettiin vuoden 1993 alun jälkeen ja

yhdessä kaupungissa sosiaali- ja terveystoimi erotettiin uudelleen kahdeksi toimialaksi.

Organisaatio- ja johtamisuudistuksen aloitteentekijä on voinut olla joko sosiaali- ja terveystoimi tai kaupungin keskushallinto. Usein keskushallinnon aloitteesta tapahtuneet organisaatio- ja johtamisuudistukset ovat olleet ristiriitaisesti vastaanotettuja. Kyse on voinut olla esim. mittavista henkilöstövähennyksistä tai organisaatiomallin radikaalista muutoksesta. Kaupunkien sosiaali- ja terveystoimen sekä keskushallinnon yhteistyössä ilmenneitä ongelmia ei kuitenkaan pidä liioitella.

Yhteenveto tarkastelun kohteena olleiden kaupunkien sosiaali- ja terveystoimen organisaatio- ja johtamisuudistuksista on esitetty taulukossa 15. Organisaatio- ja johtamisuudistusten määrässä on ollut huomattavia eroja kaupunkien välillä. Organisaatio- ja johtamisuudistusten aktiivisuus on osassa kaupungeja ollut erittäin runsasta. Valtaosa kaupungeista on ollut aktiivisia tai kohtalaisen aktiivisia organisaatio- ja johtamisuudistusten osalta. Varovaisia uudistajia yhdistää se, että ne ovat luovuttaneet päivystyksen ja laboratoripalveluiden tuottamisen toiselle organisaatiolle.

Kaupungeissa, joissa sosiaali- ja terveystoimen organisaatiota on uudistettu aktiivisesti, on toimialan sisällä toteutettu hyvin erimuotoisia palvelukokonaisuuksien järjestelyjä. Toiminnoista on voitu luopua tai niitä on voitu ottaa kaupungin omaksi toiminnaksi esim. sairaanhoitopiiriltä. Yleisimmin uudistusten taustalla ja tavoitteena on ollut taloudellisten säästöjen tavoittelu eri keinoin ja uudistettujen toimintamallien etsiminen. Yhdistetty sosiaali- ja terveystoimi vastaa n. 60 % kaupunkien menoista. Tämän johdosta on kahdessa kaupungissa koettu ongelmaksi kaupungin kokonaistalouden hallittavuus.

Erityisen ryhmän muodostavat laajat ja toteutukseltaan pitkään kestäneet uudistukset väkiluvultaan suuremmissa kaupungeissa. Yleinen kehitystrendi kaupunkien sosiaali- ja terveystoimen organisaatiomallissa on hajauttamisesta keskittämiseen. Alueellisista ja organisatorisesti hajautetuista palveluista on useissa kaupungeissa luovuttu. Suurimmissa kaupungeissa hajautetusta organisaatiomallista luopumisen syynä on ollut alueellisten erojen kasvaminen liian suuriksi sosiaali- ja terveystoimen palveluissa mm. alueellisten terveysasemien kehittämistoiminnan erojen seurauksena. Myös sosiaali- ja terveystoimen yhteistyön kehittämistarve vaikuttaa vaikeasti ratkaistavalta kysymykseltä. Sosiaali- ja terveystoimen yhteistyön kehittäminen ja synergiaetujen saavuttaminen on voinut olla uudistuksen tavoite, vaikka toimialat olisivat jo toimineet yhdistetyssä organisaatiossa lähes vuosikymmenen.

Taulukko 15. Organisaatio- ja johtamis uudistukset ohjattavuuden muotona.

Teemat	Uudistusten taustat ja tavoitteet	Uudistusten aktiiviteetin taso	Arvio organisaation ja johtamisen uudistamisesta
Kaupunki			
Espoo	Alueellisten erojen poistaminen Hallinnon keskittäminen Uusien toimintamallien etsiminen	Pitkä hallinnon ja sen tukipalveluiden uudistamisprosessi	Aktiivinen organisaation- ja johtamisen uudistaja
Lahti	Lahden malli (hajauttamisen) ja mallista luopuminen Kahden terveysaseman palveluiden ostaminen Alueellisten erojen poistaminen	Suuri uudistamisaktiiviteetti	Aktiivinen organisaation- ja johtamisen uudistaja
Vaasa	Taloudelliset säästöt	Pieni uudistamisaktiiviteetti	Varovainen organisaation- ja johtamisen uudistaja
Kajaani	Taloudelliset säästöt Uusien toimintamallien etsiminen	Kohtalaisen suuri uudistamisaktiiviteetti	Kohtalaisen aktiivinen organisaation- ja johtamisen uudistaja
Kerava	Taloudelliset säästöt Kaupungin talouden hallittavuus keskushallinnon näkökulmasta	Suuri uudistamisaktiiviteetti	Aktiivinen organisaation- ja johtamisen uudistaja
Nokia	Taloudelliset säästöt Yhteistyö kuntien välillä	Pieni uudistamisaktiiviteetti	Varovainen organisaation- ja johtamisen uudistaja
Varkaus	Kaupungin talouden hallittavuus keskushallinnon näkökulmasta	Pieni uudistamisaktiiviteetti	Varovainen organisaation- ja johtamisen uudistaja
Raisio	Taloudelliset säästöt Uusien toimintamallien etsiminen	Kohtalaisen suuri uudistamisaktiiviteetti	Kohtalaisen aktiivinen organisaation- ja johtamisen uudistaja

Strategisuus

Sosiaali- ja terveystoimen strategisen johtamisen mahdollisuudet ovat useiden tekijöiden summa. Tämän tutkimuksen perusteella strategisen johtamisen mahdollisuuksiin vaikuttavat erityisesti taloudelliset tekijät, johtavien viranhaltijoiden pysyvyys sekä sosiaali- ja terveystoimen sekä kaupungin keskushallinnon vuorovaikutus. Erityisesti taloudelliset tekijät korostuivat strategisen johtamisen mahdollistajana. Sosiaali- ja terveystoimen johtavan viranhaltijan vaihtuminen tai

vaihtuminen useasti lyhyellä aikavälillä, voi vaikuttaa merkittävästi strategiseen johtamiseen ja sen suuntaan. Laajemmat kehittämishankkeet ja niiden aloittaminen saattavat pysähtyä jopa useiksi vuosiksi. Sosiaali- ja terveystoimen sekä kaupungin keskushallinnon vuorovaikutus tarkoittaa käytännössä toimivaa yhteistyötä ja informaation kulkua.

Taulukko 16 esittää yhteenvedon strategisesta johtamisesta tarkastelluissa kaupungeissa. Sen mahdollisuudet ovat olleet hyvin erilaiset tarkasteltavien kaupunkien perusterveydenhuollon kehittämisessä. Yleisesti on havaittavissa, että kaupungin kohtuullisen vakaa talous ja päätöksentekijöiden yhteistyö ovat tukeneet strategisen johtamisen mahdollisuutta. Kaupungin taloudelliset ongelmat voivat konkretisoida esim. useana talouden tervehdyttämisohjelmina tai sosiaali- ja terveystoimeen suunnattuina merkittävänä menoleikkauksina, jotka toteutetaan varsin nopeasti. Taloudelliset seikat saattavat myös lisätä kaupungin keskushallinnon kiinnostusta sosiaali- ja terveystoimen kehittämiseen.

Taulukko 16. Strateginen johtaminen strategisuuden muotona.

Teemat	Mitkä ovat olleet strategisen johtamisen mahdollisuudet sosiaali- ja terveystoimessa?	Missä määrin taloudelliset resurssit ovat vaikuttaneet strategiseen johtamiseen?	Arvio kaupungista strategisen johtamisen harjoittajana
Kaupunki			
Espoo	Hyvät mahdollisuudet	Ei huomattavaa vaikutusta	Aktiivinen strategisessa johtamisessa
Lahti	Rajoitetut mahdollisuudet	Rajoittanut merkittävästi uudistamismahdollisuuksia	Varovainen strategisessa johtamisessa
Vaasa	Kohtuulliset mahdollisuudet	Ei huomattavaa vaikutusta	Kohtalaisen aktiivinen strategisessa johtamisessa
Kajaani	Rajoitetut mahdollisuudet	Rajoittanut merkittävästi uudistamismahdollisuuksia	Varovainen strategisessa johtamisessa
Kerava	Kohtuulliset mahdollisuudet	Rajoittanut merkittävästi uudistamismahdollisuuksia	Kohtalaisen varovainen strategisessa johtamisessa
Nokia	Hyvät mahdollisuudet	Ei huomattavaa vaikutusta	Aktiivinen strategisessa johtamisessa
Varkaus	Rajoitetut mahdollisuudet	Rajoittanut merkittävästi uudistamismahdollisuuksia	Varovainen strategisessa johtamisessa
Raisio	Hyvät mahdollisuudet	Ei huomattavaa vaikutusta	Kohtalaisen aktiivinen strategisessa johtamisessa

Taloudelliset resurssit ovat vaikuttaneet uudistamiseen merkittävästi puolessa tarkastelun kohteena olleista kaupungeista. Vain kahden kaupungin voidaan katsoa pystyneen harjoittamaan aktiivista strategista johtamista terveyspalveluissa.

Tuloksellisuus

Tulosmittaus on NPM:n osa-alue, joka liittyy tehokkuuden tavoitteeseen, tuloksellisuuteen ja toiminnan valvontaan. Tasapainotettu mittaristo on viimeisin nopeimmin yleistynyt tulosmittauksen muoto. Taulukko 17 esittää yhteenvedon tarkastelluista kaupungeista tulosmittauksen harjoittajina.

Taulukko 17. Tulosmittaus tuloksellisuuden muotona.

Teemat	Mitkä ovat tulosmittaukset muodot ja niiden kehitys?	Mikä on ollut tulosmittauksen merkitys?	Arvio kaupungista tulosmittauksen harjoittajana
Kunnat			
Espoo	Tulostavoitteet ja tulosohjaus selkiytyivät 1990-luvun alkuvaiheen jälkeen	Tärkeä työväline	Aktiivinen tulosmittauksen hyödyntäjä
Lahti	Tulosmittaus on kehittynyt kohti realistisempia ja mitattavampia tavoitteita. Budjetissa pysyminen on kuitenkin ollut tärkein tavoite.	Pieni	Varovainen tulosmittauksen hyödyntäjä
Vaasa	Tulosmittaus on kehittynyt pääasiassa muutosprosesseja mukaillen	Pieni	Kohtalaisen varovainen tulosmittauksen hyödyntäjä
Kajaani	Tulostavoitteiden määrä väheni 1990-luvulla. Tulostavoitteet selkeämpiä ja tiukemmin määriteltyjä	Tärkeä työväline	Aktiivinen tulosmittauksen hyödyntäjä
Kerava	Tulostavoitteet ovat vaihdelleet	Tärkeä työväline, jonka merkityksessä on ollut tarkastelujaksolla vaihtelua	Aktiivinen tulosmittauksen hyödyntäjä
Nokia	Tulostavoitteiden määrä on vähentynyt	Tärkeä työväline	Aktiivinen tulosmittauksen hyödyntäjä
Varkaus	Budjetissa pysyminen tärkein tulostavoite	Pieni	Varovainen tulosmittauksen hyödyntäjä
Raisio	Tulostavoitteet ovat selkiytyneet tarkastelujakson loppupuolella	Tärkeä työväline, jonka merkityksessä on ollut tarkastelujaksolla vaihtelua	Aktiivinen tulosmittauksen hyödyntäjä

Tulosmittauksen merkityksessä työvälineenä oli havaittavissa melko selkeä jako kahteen ryhmään. Ensimmäisen ryhmän muodostavat viisi kaupunkia, joissa tulosmittaus koettiin tärkeäksi työvälineeksi ja joita voidaan luonnehtia aktiiviseksi tai kohtalaisen aktiiviseksi tulosmittauksen hyödyntäjiksi. Toisen ryhmän muodostavat kolme kaupunkia, joissa tulosmittauksen merkitys työvälineenä on ollut pieni ja sen hyödyntäminen on ollut varovaista.

Arvioitaessa vaihtelua tulosmittauksen merkityksessä, selittäviksi tekijöiksi nousee samoja tekijöitä kuin strategisen johtamisen osalta. Pienintä tulosmittauksen merkitys on ollut kaupungeissa, joissa taloustilanne on ollut vaikea ja tästä johtuen budjetissa pysyminen on käytännössä ollut niiden tärkein tulostavoite. Esiin tullut valtuustotason tulostavoitteiden arvioiminen lähes merkityksettömiksi muodollisuuksiksi nostaa esiin monia kriittisiä kysymyksiä näiden kaupunkien osalta. Tämän tutkimuksen puitteissa ei kuitenkaan ole mahdollista tehdä täysin tyhjentävää selitystä tähän ristiriitaiseen tilanteeseen. Asian selvittäminen vaatisi erillisen tutkimuksen.

Kahdessa kaupungissa tulosmittaus perustui korostetusti tasapainotettuun mittaristoon. Tulosmittaus on johtamista avustava työväline, jonka ongelmista terveydenhuollossa on esitetty runsaasti perusteluja. Nämä kaksi tekijää, sekä valtuustotason tulostavoitteiden toteuttamisesta puuttuvat kannusteet ja sanktiot, ovat varmasti osaltaan vaikuttaneet arvioihin tulosmittauksen merkityksestä.

Yhteenveto tarkastelluista kaupungeista perusterveydenhuollon hallinnon ja johtamisen uudistajina

Tutkimuksen keskeisimmät havainnot on esitetty tiivistetyssä muodossa taulukossa 18. Tiivistäminen on toteutettu esittämällä yksinkertainen kyllä / ei -arvio jokaisesta neljästä teemasta kunkin kaupungin osalta. Aiemmissä taulukoissa käytetyt termit rohkeus ja kohtalainen rohkeus sekä varovaisuus ja kohtalainen varovaisuus, on tällöin yhdistetty samaan luokkaan.

Taulukon 18 antia arvioitaessa, voidaan huomioida kriittisesti luokittelun uudistuksia yksinkertaistava muoto. Käytetty luokittelu ei kerro tarkemmin esim. johtamisen ja organisaation uudistamisen muodoista, tavoitteista ja saavutetuista tuloksista tarkastellulla ajanjaksolla. Käytetty luokittelu on yksinkertaistava arvioitaessa organisaation ja johtamisen uudistamisen aktiivisuutta. Taulukko toimii kuitenkin yhteenvedon ja yleiskuvan luovana tiiviinä esityksenä.

Taulukon 18 tiivistyksen perusteella Espoo ja Raisio nousevat esiin aktiivisina uudistajina, kun uudistamista arvioidaan NPM:n perusmallista johdetuilla kriteereillä. Varkaus on tarkastelluista kaupungeista varovaisin. Vaasaa voidaan myös

pitää käytettyjen kriteerien perusteella varsin varovaisesti terveydenhuollon hallintoa uudistaneena kaupunkina. Lahtea, Kajaania, Keravaa ja Nokiaa voidaan käytetyillä kriteereillä luonnehtia keskiten kulkijoiksi.

Taulukko 18. Yhteenveto kaupunkien perusterveydenhuollon uudistuksista.

	Espoo	Lahti	Vaasa	Kajaani	Kerava	Nokia	Varkaus	Raisio
Aktiivinen palveluiden ostaja	Ei	Kyllä	Ei	Ei	Ei	Ei	Ei	Ei
Aktiivinen organisaation ja johtamisen uudistaja	Kyllä	Kyllä	Ei	Kyllä	Kyllä	Ei	Ei	Kyllä
Aktiivinen strategisessa johtamisessa	Kyllä	Ei	Kyllä	Ei	Ei	Kyllä	Ei	Kyllä
Aktiivinen tulostuloksen hyödyntäjä	Kyllä	Ei	Ei	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Ei	Kyllä

Mahdollisia selittäviä tekijöitä kaupunkien uudistamisaktiviteetille ovat kaupungin koko, taloudellinen tilanne, maantieteellinen sijainti ja päätöksentekijöiden aktiivisuus. Mikään näistä ei nouse selvästi ylitse muiden. Pikemminkin kaikkien osalta voidaan tehdä kriittisiä huomioita. Kaikkein aktiivisimpia uudistajia ovat mm. väkiluvultaan suurin Espoo ja toiseksi pienin Raisio. Voidaan todeta, että kaupungin koko ei ainakaan yksiselitteisesti selitä eroja. Myöskään kaupungin taloudellinen tilanne ei toimi selittävänä tekijänä kaikkien neljän teeman osalta. Selvimmin kaupungin talous yhdistyy aktiiviseen strategiseen johtamiseen, jonka edellytyksenä voidaan aineiston perusteella pitää melko vahvaa taloutta.

Maantieteellinen sijainti ei myöskään ongelmitta toimi selittävänä tekijänä. Esimerkiksi ruuhka-Suomi ei erotu ostopalveluiden käyttäjinä muista, vaikka mahdollisuudet ostopalveluiden käyttöön ovat selvästi paremmat. Selvin syy ostopalveluiden käyttöön on kaikissa kaupungeissa lääkäripula. Organisaation ja johta-

misen uudistamisen sekä tulostamituksen hyödyntämisen keskeisenä selittävänä tekijänä voidaan pitää kaupunkien omien päätöksentekijöiden aktiivisuutta. Aloitteen tekijöinä toimivat erityisesti sosiaali- ja terveystoimen johtavat viranhaltijat sekä kaupungin keskushallinto.

Arvioitaessa teemoittain taulukon 18 esitystä voidaan havaita, että organisaation ja johtamisen uudistaminen sekä tulostamituksen hyödyntäminen ovat aktiivisimmin eri kaupungeissa esillä olleita uudistamisteemoja. Ostopalveluiden käytössä jakauma on selvin. Ostopalveluiden käyttö on varovaista Lahtea lukuun ottamatta. Aktiivinen strateginen johtaminen jakaa kaupungit kahteen yhtä suureen ryhmään.

Eroja teemojen välisessä aktiivisuudessa vaikuttavat selittävän osin samat tekijät kuin kaupunkikohtaisen aktiivisuuden erojen tarkastelussa. Yhtenä erityisesti teemojen välisiä eroja selittävänä tekijänä voidaan arvioida teemojen luonnetta suhteessa perinteiseen terveystamiteluiden hallinnon uudistamiseen. Ostopalveluiden käyttöä lukuun ottamatta muut kolme teemaa sisältävät myös perinteisiä julkisen hallinnon uudistamisen muotoja.

6.2 Pohdinta

Tutkimuksen kohteena olevien kaupunkien perusterveydenhuollon uudistamisesta voidaan tehdä kaksi yleistä havaintoa. Kuten tutkimuksen lähtökohtana oletettiin, on NPM:n perustuvaa uudistamista toteutettu toimintamallien osalta vähintään pienessä mittakaavassa kaikissa tarkastelluissa kaupungeissa. On kuitenkin huomioitava, että *uudistamisen motiivit ja aktiivisuus ovat vaihdelleet merkittävästi*. Joiltakin osin ongelmat, joihin on etsitty ratkaisua, ovat vaihdelleet kaupunkikohtaisesti. Osa ongelmista on kaikkia kaupunkeja yhdistäviä. *Puhdasta NPM:n perusmallin periaatteisiin perustuvaa kokonaisuudistusta ei tarkasteltujen kaupunkien perusterveydenhuollossa ole toteutettu*.

Tarkasteltuna aikana kuntien järjestämä perusterveydenhuolto on noussut julkisen huomion kohteeksi. Kuntien toiminnan tehokkuus ja palveluyksikköjen koko ovat olleet voimakkaan kritiikin kohteena. Toinen paljon huomiota saanut tekijä on ns. lääkäripula. Kunnallistalouden ongelmat ja rakennemuutos ovat tarkastelujaksolla vaikuttaneet voimakkaasti useiden kuntien perusterveydenhuollon järjestämiseen. Valtakunnallisesti yleisistä uudistuksista sosiaali- ja terveystoimen yhdistäminen ja uudistuksen vaikutukset sekä etujen realisointi ovat vaikuttaneet toimialan sisällä. Terveystamiteluiden vastaanotto toimintaa on kehitetty useilla hankkeilla sekä

mm. muuttamalla työnjakoa terveysasemilla. Kokonaisuutena valtiovalta on hahmunnut edistää NPM:n soveltamista kunnissa.

Ostopalveluiden käyttö on teema, jossa yhdenmukaisuus on vahvinta. Lahtea lukuun ottamatta kaikki tarkastellut kaupungit ovat omaksuneet varovaisen rooli perusterveydenhuollon palveluiden ostajina. Suppeimmillaan NPM:n toimintamallit ilmenevät normaalin virka-ajan ulkopuolisen päivystystoiminnan muuttamisena ostopalveluiksi ns. keikkalääkärien käytön lisäksi. Kaupungin omasta toiminnasta luopuminen ei kuitenkaan merkitse aina yksityisten palvelutuottajien käytön lisääntymistä. Perusterveydenhuollon tukipalveluissa, kuten laboratorio- ja palveluissa, suuntana ovat olleet suuremmat julkisen sektorin yksiköt. Yksityisiä palveluidentarjoajia ei näissä uudistuksissa ole käytetty.

Kaupunkitasolla erilaisia uudistuksia ja hankkeita on toteutettu runsaasti. Uudistuksiin ja aktiivisuuden tasoon ovat vaikuttaneet taloudelliset tekijät sekä toimialan johdon aktiivisuus. Kunnallisen demokratian mukaisesti kaupungin keskushallinnon käsitys kehittämisen suunnasta on myös voinut merkittävästi vaikuttaa toteutettuihin uudistuksiin. Tietyt valtakunnallisesti muutostrendit, kuten päivystystoiminnan ostaminen ja laboratoriotoimintojen yhdistäminen laajemmiksi organisaatioiksi, ovat olleet myös osa tarkasteltujen kaupunkien uudistuksia. Ostopalveluiden käytön keskeisin peruste vastaanottotoiminnassa on ollut lääkäri-työvoiman rekrytointiongelmat. Taloudellisia säästöjä ei perusterveydenhuollon ostopalveluilla ole saavutettu. Tukipalveluissa tehokkuutta on tavoiteltu suuremman yksikkökoon kautta.

Kuntien perusterveydenhuollon yleisiä kehityspiirteitä ovat olleet keskittäminen ja alueellisista lähipalveluista luopuminen. Konkreettisimmillaan terveysasemien määrä on supistunut erityisesti pienemmissä kaupungeissa. Hallinnollinen keskittäminen on ollut suurempien kaupunkien kehityssuunta. Pienemmissä kaupungeissa perusterveydenhuollon organisaatiomuutokset ovat voineet koskea tulosyksiköiden uudelleenjärjestelyä. Syitä tähän ovat olleet mm. perusterveydenhuoltoon kuuluvien toimintojen ottaminen kaupungille tai niiden siirtäminen esim. kuntayhtymälle, organisaation muuttaminen vastaamaan tosiallista tilannetta tai toiminnan tehostaminen organisaatiota uudistamalla.

Monista yhtäläisyyksistä huolimatta kaupunkien sosiaali- ja terveystoimet ovat toimineet erilaisiin realiteetteihin sopeutuen. Suomen terveydenhuoltojärjestelmän rakenne on tehnyt mahdolliseksi myös valtavirrasta poikkeavat ratkaisut. Useimmissa kaupungeissa toimintaedellytysten realiteetit ja erityisesti taloudelliset tekijät ovat kuitenkin merkittävässä määrin ohjanneet kehittämistä ja uudistamista. Valtavirrasta jossakin määrin poikkeavia NPM:n toimintamalleja on sovellettu pääasiassa Etelä-Suomen kaupungeissa, joiden taloudellinen tilanne on ollut

hyvä tai vähintään tyydyttävä. NPM:n toimintamalleihin perustuva uudistuksia rajoittavia tekijöitä ovat ostopalveluiden tarjonta, kaupungin koko, taloudellinen tilanne sekä maantieteellinen sijainti. Hieman paradoksaalisesti kaupungin koh- tuullinen taloudellinen tilanne ja suotuisa maantieteellinen sijainti näyttävät mah- dollistavan NPM uudistukset.

Valtavirrasta poikkeaminen NPM:n uudistuksissa voidaan arvioida melko suh- teelliseksi käsitteeksi. Arvioon vaikuttaa uudistusten laajuus, lähtökohta ja tavoit- teet. Perusterveydenhuollon osalta hallinnon NPM:n uudistukset liittyvät usein koko kaupunkia koskeviin uudistuksiin. Uudistuksia voidaan myös arvioida suh- teessa koko Suomen julkisen sektorin kehitykseen.

Tarkastelun kohteena olleista kaupungeista ei yhdenkään kaupungin perustervey- denhuollossa ole empiirisen aineiston perusteella harjoitettu NPM:n täysin tyr- määvää kehittämisspolitiikkaa. *Suhtautuminen NPM:n mahdollisuuksiin peruster- veydenhuollon johtamisessa ja organisoimisessa vaikuttaa olleen hyvin käytän- nönläheistä pyrittäessä turvaamaan palvelutuotantoa.* Kun arvioidaan NPM:n toimintamallien ilmenemistä suhteessa kaupunkien edellytyksiin toteuttaa kysei- siä uudistuksia, ei ole havaittavissa yllätyksiä. NPM:n mukaisia toimintamalleja on toteutettu enemmän kaupungeissa, joissa edellytykset tällaisille uudistuksille ovat lähtökohtaisesti olleet suotuisat. *Valtaosassa tarkastelun kohteena olleista kaupungeista perusterveydenhuollon NPM ei ole aito tahtotila vaan realiteetti, johon on ajauduttu ratkottaessa käytännöllisiä ongelmia käytettävissä olevilla keinoilla.*

Lähteet

- Ackroyd, Stephen, Kirkpatrick, Ian & Walker, Richard M. (2007). Public Management Reform in the UK and its Consequences for Professional Organization: A Comparative Analysis. *Public Administration* 85: 1, 9–26.
- Ahvenainen, Taisto, Heikkilä Jouko & Pirhonen, Eeva-Riitta (1992). *Valtion-osuusjärjestelmän uudistus*. Kuntajulkaisut 4. Helsinki.
- Aucoin, Peter (1990). Administrative Reform in Public Management: Paradigms, Principles, Paradoxes and Pendulums. *Governance: An International Journal of Policy and Administration* 3: 2, 115–137.
- Benveniste, Guy (1987). *Professionalizing the Organization*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Clarke, John, Allan, Cochrane & McLaughlin, Eugene (1994). Introduction: Why Management Matters. In John Clarke, Allan Cochrane & Eugene McLaughlin (Eds). *Managing Social Policy*. London: Sage Publications. 1–12
- Chinitz, David, Alex, Preker & Jurgen, Wasem (1998). Balancing Competition and Solidarity in Health Care Financing. In Richard B. Saltman, Josep Figueras & Constantino, Sakellarides (Eds). *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Buckingham: Open University Press. 55–77.
- Cutler, Tony (2004). Making a “Success” Out of “Failure”: Darker Reflections on Private and Public Management. In Mike Dent, John Chandler & Jim Barry (Eds). *Questioning the New Public Management*. Aldershot: Ashgate. 208–224.
- Cockman, Peter, Bill Evans & Reynolds, Peter (1992). *Client-centered Consulting: A Practical Guide for Internal Advisers and Trainers*. London: McGRAW-HILL Book Company.
- Considine, Mark (1997). The Corporate Management Framework as Administrative Science: A Critique. In Mark Considine & Martin Painter (Eds). *Managerialism: The Great Debate*. Melbourne University Press. 44–71
- Deakin, Nichola & Walsh, Kieron (1996). Enabling State: The Role of Markets and Contracts. *Public Administration* 74: Spring, 33–38.
- de Bruijn, Hans (2002). Performance measurement in the public Sector: Strategies to cope with the risks of performance measurement. *The International Journal of Public Sector Management* 15: 7, 578–594.

- Dent, Mike & Jim Barry (2004). New Public Management and the Professions in the UK: Reconfiguring Control? In Mike, Dent, John Chandler & Jim Barry (Eds). *Questioning the New Public Management*. Aldershot: Ashgate. 7–20.
- Dent, Mike, John Chandler & Jim Barry (2004). Introduction: Questioning the New Public Management. In Mike Dent, John Chandler & Jim Barry (Eds). *Questioning the New Public Management*. Aldershot: Ashgate. 1–4.
- Domberger, Simon (1998). *The Contracting Organization: A Strategic Guide to Outsourcing*. Oxford: Oxford University Press.
- Downs, Anthony (1967). *Inside Bureaucracy*. Boston: Little, Brown.
- Drucker, Peter F. (1954). *Practice of Management*. New York: Harpe & Row Publishers.
- Enteman, Willard F. (1993). *Managerialism: The Emergence of a New Ideology*. Madison: The University of Wisconsin Press.
- Espoon kaupunki (2004a). *Espoon kaupungin TOP – hanke: Materiaalia ulkoi-seen viestintään*.
- Espoon kaupunki (2004b). *TOP II – hanke: Uudet toimintamallit loppuraportti*.
- Exworthy, Mark & Halford, Susan (1999). Assessment and Conclusions. In Mark Exworthy & Susan Halford (Eds). *Professionals and the New Managerialism in Public Sector*. Buckingham: Open University Press. 120–139.
- Flynn, Rob (1999). Managerialism, Professionalism and Quasi-Markets. In Mark Exworthy & Susan Halford (Eds). *Professionals and the New Managerialism in Public Sector*. Buckingham: Open University Press. 18–36.
- Forma, Pauli, Niemelä, Mikko & Saarinen, Arttu (2006). Julkisen sektorin uudistus ja hyvinvointipalveluiden muutos muissa Pohjoismaissa. Teoksessa Sami Fredriksson & Tuomo Martikainen (Toim.) . *Kilpailuttamisen kokemukset*. Helsinki: Kunnallisan kehittämissäätö. 39–51.
- Foster, Christopher D. & Plowden, Francis J. (1996). *The State Under Stress*. Buckingham: Open University Press.
- Fredriksson, Sami & Martikainen, Tuomo (2006). *Kilpailuttamisen kokemukset*. Helsinki: Kunnallisan kehittämissäätö.
- Friedman, Milton (1982). *Vapaus valita*. Helsinki: Otava.
- Glenngård, Anna H., Hjalte, Frida, Svensson, Marianne, Anell, Anders & Bankauskaite, Vaida (2005). *Health Systems in Transition: Sweden*. Copenhagen: WHO Regional office for Europe [viitattu 16.1.2008]. Saatavissa: <http://www.euro.who.int/observatory>.

Greve, Carsten & Jespersen, Peter Kragh (1999). New Public Management and Its Critics. Alternative Roads to Flexible Delivery to Citizens? In Luc Rouban (Ed.). *Citizens and the New Governance: Beyond New Public Management*. Amsterdam: IOS Press. 143–156.

Grosse-Tebbe, Susanne & Figueras, Josep (2005). *Snapshots of Health Systems* [Verkkodokumentti]. Copenhagen: WHO [25.10.2007]. Saatavissa: http://www.euro.who.int/observatory/Hits/20060518_1.

Grönroos, Eija & Perälä, Marja-Leena (2004). *Johtamistutkimus terveydenhuollossa – kirjallisuuskatsaus*. Aiheita 22. Helsinki: STAKES.

Haatainen, Jaana (2006). Kansainvälisiä kokemuksia kilpailuttamisen henkilöstövaikutuksista. Teoksessa Sami Fredriksson & Tuomo Martikainen (toim.). *Kilpailuttamisen kokemukset*. Helsinki: Kunnallisalan kehittämissäätiö. 101–114.

Harmon, Michael M. & Myers, Richard (1986). *Organization Theory for Public Administration*. Glenview: Scott, Foresman and Company.

Haveri, Arto (2002). Uusi julkisjohtaminen kunnallishallinnon reformeissa. *Hallinnon tutkimus* 1, 4–19.

Hermanson, Terhi (1989). *Lääkäri terveydenhuollon hallinnossa*. Lääkintöhallituksen tutkimuksia 49. Helsinki.

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena (2000). *Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki University Press.

Hoggett, Paul (1991). A New Management in the Public Sector? *Policy and Politics* 19: 4, 243–256.

Hood, Christopher (1991). A Public Management for All Seasons. *Public Administration* 69: Spring, 3–19.

Hood, Christopher (1998). *The Art of the State*. Oxford University Press.

Hood, Christopher & Peters, Guy (2004). The Middle Aging of New Public Management: Into the Age of Paradox? *Journal of Public Administration Research and Theory* 14: 3, 267–282.

Hujanen, Timo, Markku Pekurinen & Unto Häkkinen (2006a). *Erillisaineisto*. Helsinki: STAKES.

Hujanen, Timo, Pekurinen, Markku & Häkkinen, Unto (2006b). *Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon alueellinen tarve ja menot 1993–2004*. Työpapereita 11. Helsinki: STAKES.

Hyyryläinen, Esa (1999). *Reformit, hallintopolitiikka ja yhdenmukaistuminen: Vertaileva tutkimus neljän Euroopan valtion 1980- ja 1990-lukujen hallintopoliit-*

tisen päätöksenteon yhdenmukaistumisen edellytyksistä. Acta Wasaensia No 73, hallintotiede 5. Vaasan yliopisto.

Hyryläinen, Esa (2004). *Sopimuksellisuus, talous ja johtaminen: New Public Management sopimusohjauksessa ja julkisten organisaatioiden sopimusten hallinnassa.* Vaasa yliopisto julkaisuja. Tutkimuksia 256, Hallintotiede 31. Vaasa.

Hyvärinen, Olli & Lith, Pekka (2008). *Kilpailuttamisen laajuus ja taustatekijät Suomen kunnissa.* Kunnat ja kilpailu –sarjan julkaisu nro 10. Helsinki: Kunnallisan alan kehittämissäätiö KAKS.

Häkkinen, Unto & Laukkanen, Mika (1999). *Terveyspalvelujen tarve ja kustannukset alueittain 1990–1997.* Aiheita 30. Helsinki: STAKES.

Häkkinen, Unto (2005). *The Impact of Finnish Health Sector Reforms.* Discussion papers [Verkkodokumentti] 2 [2.10.2006]. Helsinki: STAKES. Saatavissa: <http://www.stakes.fi/chess/English/publications/discussionpapers.htm>.

Häkkinen, Unto & Lehto, Juhani (2005). Reform, Change, and Continuity in Finnish Health Care. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 30, 1–2. 79–96.

Ihalainen, Rauno (2007). *Sopimusohjaus erikoissairaanhoidon tuottamisen ohjauksessa.* Acta Universitatis Tamperensis 1234. Tampereen yliopisto.

Iivari, Juhani (1995). Pihavahdistista portinvartijaksi: Valtion ja kuntien välisestä suhteesta lama-Suomessa. Teoksessa Sakari Hänninen, Juhani Iivari & Juhani Lehto (Toim.). *Hallittu muutos sosiaali- ja terveydenhuollossa? Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon muutos ja muutoksen hallinta 1990-luvun alkuvuosina.* Raportteja 182. Helsinki: STAKES. 67–102.

Isokoski, Mauri (1988). Terveydenhuollon peruskäsitteitä. Teoksessa Tuula Tamminen (Toim.). *Perusterveydenhuolto.* Porvoo: Werner Söderström Osakeyhtiö. 14.

Itkonen, Pentti (2005). Informaatioteknologian merkitys strategiseen johtamiseen ja toiminnan organisointiin. Teoksessa Jari Vuori (toim.). *Terveys ja johtaminen: Terveyshallintotiede terveydenhuollon työyhteisöissä.* Porvoo: WSOY. 348–359.

Johnsen, Jan Roth (2006). *Health Systems in Transition: Norway* [Verkkodokumentti], Copenhagen: WHO [29.10.2007]. Saatavissa: <http://www.euro.who.int/Document/E88821.pdf>.

Johnson, Gerry & Scholes, Kevan (2002). *Exploring Corporate Strategy.* Sixth Edition. Harlow: Pearson Education Limited.

Jonsson, Pia Maria (2008). Perusterveydenhuollon kehityslinjoja Pohjoismaissa. *Suomen Lääkärilehti* 63: 1–2, 67–71.

Jylhäsaari, Jussi (2001). *Perusterveydenhuollon toimintamallit ja strategiset valinnat*. KuntaSuomi 2004 -tutkimuksia nro 29. ACTA nro 138. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Jylhäsaari, Jussi (2002). *Perusterveydenhuolto seitsemässä Euroopan maassa: Tarkastelussa organisaatiot, johtaminen ja markkinamallit*. Vaasan yliopisto, Julkisjohtaminen. Lisensiaattitutkimus.

Järvelin, Jutta (2002). *Health Care Systems in Transition: Finland* [Verkkodokumentti] European Observatory on Health Care Systems [25.6.2002]. Saatavissa: <http://www.euro.who.int/document/e74071.pdf>.

Kaplan, Robert S. & Norton, David P. (1996). *The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action*. Boston: Harvard Business School Press.

Kelly, Rita Mae (1998). An inclusive Democratic Polity, Representative Bureaucracies, and the New Public Management. *Public Administration Review* 58: 8, 201–208.

Kickert, Walter J. M. (1997). Public Governance in the Netherlands: An alternative to Anglo-American "Managerialism". *Public Administration* 75: Winter, 731–752.

Kilpailuvirasto (2001). *Markkinat ja kilpailu kuntien palvelutuotannossa*. Selvityksiä 1/2001. Helsinki.

Klausen, Kurt Klaudi & Ståhlberg, Krister (1998). New Public Management i Norden – en tredje väg. In Kurt Klaudi Klausen & Krister Ståhlberg (Eds). *New Public Management I Norden*. Odense Universitetsforlag. 194–216.

Kinnunen, Juha (1990). *Terveyskeskuksen organisaatiokulttuuri*. Kuopion yliopiston julkaisuja. Yhteiskuntatieteet. Alkuperäistutkimukset 4/1990.

Koivusalo, Meri (2003). Terveyspalvelut ja kilpailuttamisen kansainväliset ulottuvuudet. Teoksessa Eeva Ollila, Minna Ilva & Meri koivusalo (toim.). *Kilpailuttaminen sosiaali- ja terveyspolitiikan näkökulmasta*. Raportteja 276. Helsinki: STAKES. 23–34.

Kokko, Simo & Juhani Lehto (1993). *Mihin suuntaan sosiaali- ja terveydenhuolto? Valtionosuusuudistuksen avaamat vaihtoehdot ja uhat rahoituskriisin aikakaudella*. Raportteja 96. Helsinki: STAKES.

Kokko, Simo (1997). Kunnallisten sosiaali- ja terveyspalveluiden muuttuvat organisoitintavat. Teoksessa Mikko Staff (toim.). *Sosiaali – ja terveydenhuollon palvelukatsaus 1997*. Raportteja 214. Helsinki: Stakes. 49–71.

Kokko, Simo (2002). Vuosikymmen palvelujen hajautettua suunnittelua. Teoksessa Matti Heikkilä & Antti Parpo (toim.). *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2002*. Raportteja 268. Helsinki: Stakes. 48–59.

Konttinen, Mauno (2005). *Tilaaaja-tuottajamalli terveydenhuollossa: Stakesin asiantuntijoiden näkemyksiä*. Helsinki: Stakesin monistamo.

Kotimaisten kielten tutkimuskeskus (1990). *Suomen kielen perussanakirja: Ensimmäinen osa A – K*. Kotimaisten kielten tutkimuskeskuksen julkaisuja 35. Helsinki: VAPK-kustannus.

Kunnallinen työmarkkinalaitos (2000). *Kunnallisen palvelutoiminnan tuloksellisuuden arviointia koskeva suositus* [Verkkodokumentti] [17.9.2007]. Saatavissa: <http://www.kuntatyöntajat.fi/files/afced9b3983d4986aea8fb702ce951e4>.

Kärkkäinen, Jukka (2004). Julkinen terveydenhuolto vaarassa näivettyä. *Helsingin Sanomat*, Mieliopide 27.4.

Lane, Jan-Erik (1993). *The Public Sector: Concepts, Models and Approaches*. London: Sage Publications.

Lane, Jan-Erik (2000). *New Public Management*. London: Routledge.

Lehto, Juhani (1995). Kunnallisten sosiaali- ja terveystalvelujen muutossuunta 1990-luvun alun talouskriisin aikana. Teoksessa Hallittu muutos sosiaali- ja terveydenhuollossa? Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon muutos ja muutoksen hallinta 1990-luvun alkuvuosina,. Toim. Sakari Hänninen, Juhani Iivari & Juhani Lehto. Raportteja 182. STAKES. 13–66

Lehto, Juhani (2003a). Terveydenhuoltojärjestelmän muutos ja muuttumattomuus. Teoksessa Juho Saari (toim.). *Instituutiot ja sosiaalipolitiikka: Johdatus institutionaalisen muutoksen tutkimukseen*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry. 126–140.

Lehto, Juhani (2003b). Uusi julkissektorin hallinta ja kilpailuttaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Eeva Ollila, Minna Ilva & Meri Koivusalo (toim.). *Kilpailuttaminen sosiaali- ja terveystalveluolliikan näkökulmasta*. Raportteja 276. Helsinki: STAKES. 35–41.

Lehto, Juhani & Blomster, Peter (2000). Talouskriisin jäljet sosiaali- ja terveystalveluollijärjestelmässä. Teoksessa Hannu Uusitalo, Antti Parpo & Anni Hakkarainen (toim.). *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000*. Stakes raportteja 250. Helsinki. 161–184.

Lehto, Juhani, Kananoja, Aulikki, Kokko, Simo & Taipale, Vappu (2001). *Sosiaali- ja terveydenhuolto*. Juva: WS Bookwell Oy.

Leppo, Kimmo (1994). Muutoksen johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Sirpa Salo & Seppo Leisti (toim.). *Muutos ja johtajuus: Näkökulmia terveydenhuollon murrokseen*. Helsinki: Suomen kuntaliitto. 13–18.

Leskinen, Hannu (2001). *Kunta vastuuseen: Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennepolitiikan toimeenpano ja sen arviointi*. Acta väitöskirjasarja 1/2001. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Liegl, Barbara (1999). The Fallacies of New Public Management – Can They Still Be Prevented In Austrian Context. In Luc Rouban (Ed.). *Citizens And the New Governance: Beyond New Public Management*. Amsterdam: IOS Press. 175–186.

Lillrank, Paul (2004). Työ ei ole naisen vapauden ehto. *Helsingin Sanomat*, Sunnuntaidebatti 3.10. D5.

Lillrank, Paul, Kujala, Jaakko & Parvinen, Petteri (2004). *Keskeneräinen potilas: Terveydenhuollon tuotannonohjaus*. Helsinki: Talentum.

Lillrank, Paul & Haukkapää-Haara, Pirjo (2006). *Terveydenhuollon tilaaja-tuottaja-malli*. KTM rahoittamat tutkimukset 1. Helsinki: Kauppa- ja teollisuusministeriö.

Lindberg, Marjut (2004a). Ministeriö patistaa terveyskeskuksia yhteistyöhön. *Helsingin Sanomat* 25.10. A10, Kotimaa.

Lindberg, Marjut (2004b). Ministeriön kuntakierros paljasti: Terveyskeskuksissa yhä tehottomuutta. *Helsingin Sanomat* 12.10. A6, Kotimaa.

Linnakko, Eero (2005). Terveydenhuollon johtaminen ja talous. Teoksessa Jari Vuori (Ed.). *Terveys ja johtaminen: Terveyshallintotiede terveydenhuollon työyhteisöissä*. Porvoo: WSOY. 317–325.

Loikkanen & Susiluoto (2005). *Paljonko verorahoilla saa? Kuntien palvelutarjonnan erot ja niitä selittävät tekijät vuosina 1994–2002*. Kunnallisalan kehittämissäätiön tutkimusjulkaisu 5, nro 50. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Lucio, Miguel Martinez & Kirkpatrick, Ian (1995). Conclusions: The Politics of Quality and Emergence of New Issues and Tension within the Public Sector. In Ian Kirkpatrick & Miguel Martinez Lucio (Eds). *The Politics of Quality in the Public Sector: The Management of change*. London: Routledge. 271–281.

Lumijärvi, Ismo (1990). *Tuloksellisuuden arvioiminen julkisella sektorilla*. Tutkimuksia No 133. Hallintotiede 6. Vaasan korkeakoulun julkaisuja.

Lumijärvi, Ismo & Jylhäsaari, Jussi (1999). *Laatujohdaminen ja julkinen sektori: Laadun ja tuloksen tasapaino johtamishaasteena*. Helsinki: Gaudeamus.

Luoma, Kalevi (2000). Terveyskeskusten tuottavuus ja panosten käytön tehokkuus 1990-luvulla. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 37, 207–215.

Lähdesmäki, Kirsi (2003). *New Public Management ja julkisen sektorin uudistaminen: Tutkimus tehokkuusperiaatteista, julkisesta yrittämisestä ja tulosvastuusta sekä niiden määrittämisestä valtion keskushallinnon reformeista Suomessa 1980-*

luvun lopulta 2000-luvun alkuun. Acta Wasaensia No 113. Hallintotiede 7. Vaasan yliopisto.

Manninen (1992). *Tulosjohtaminen kunnassa.* Lapin yliopiston hallintotieteellisiä julkaisuja B. Tutkimusraportteja ja selvityksiä 2. Rovaniemi.

McCallum, Alison, Brommels, Mats, Robinson, Ray, Bergman, Sven-Eric & Palu, Toomas (2006). The Inpack of Primary Care Purchasing in Europe: A Comparative Case Study of Primary Care Reforms. In Richard B. Saltman, Ana Rico & Wienke G. W. Boerman (Eds.). *Primary Care In the Driver's Seat? Organizational Reform in European Primary Care.* Maidenhead: Open University Press. 105–128.

Metcalf, Les (1993). Public management: From Imitation to Innovation. In Jan Kooiman (Ed.). *Modern Governance: New Government – Society Interactions.* London: Sage Publications. 173–189.

Mikkola Hannemari, Pekurinen, Markku, McCallum, Alison & Järvelin, Jutta (2005). Kokemuksia perusterveydenhuollon kilpailutuksesta. Teoksessa Jan Klavus (toim.). *Terveystaloustiede 2005.* Aiheita 3/2005.. Helsinki: STAKES. 61–66.

Mikkola, Hannemari & Mattila, Inka (2006). Lääkäripalveluiden ulkoistaminen ja kilpailuttaminen Ruotsissa ja Britanniassa. Teoksessa Sami Fredriksson & Tuomo Martikainen (toim.). *Kilpailuttamisen kokemukset.* Helsinki: Kunnallissalan kehittämissätiö. 90–100.

Minogue, Martin (1998). Changing the State: Concepts and Practice in the Reform of the Public Sector. In Martin Minogue, Charles Polidano & David Hume (Eds.). *Beyond the New Public Management.* Cheltenham: Edward Elgar. 17–37

Mintzberg, Henry, Ahlstrand, Bruce & Lampel, Joseph (1998). *Strategy Safari: The Complete Guide through the Wilds of Strategic Management.* London: FT Prentice Hall.

Myllymäki, Arvo (2007). *Finanssihallinto-oikeus: Valtion ja kuntien varainkäyttö ja varainkäytön valvonta.* Toinen, uudistettu painos. Helsinki: WSOYpro.

Määttä, Seppo & Ojala, Timo (2000). *Tasapainoisen onnistumisen haaste: Johdaminen julkisella sektorilla ja Balanced Scorecard.* Helsinki: Edita.

Möttönen, Sakari (1997). *Tulosjohtaminen ja valta poliittisten päätöksentekijöiden ja viranhaltijoiden välisessä suhteessa: Kunnallisen tulosjohtamisen poliittisten päätöksentekijöiden ja viranhaltijoiden välistä tehtävänjakoa koskevat tavoitteet, niiden merkitys osapuolten väliseen valtasuhteeseen sekä tavoitteiden toteutuminen ja toteutumismahdollisuudet valtasuhteen näkökulmasta.* Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Newman, Janet & John, Clarke (1994). Going about Our Business? The Managerialization of Public Services. In John Clarke, Allan Cochrane & Eugene McLaughlin (Eds). *Managing Social Policy*. London: Sage Publications. 13–31.

Niiranen, Vuokko (2001). *Sosiaali- ja terveystoimen kilpailuttaminen – sosiaalipoliittinen näkökulma*. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY r.y. Kuopion yliopisto.

Niskanen, Jouni & Salminen, Ari (1993). *Henkilöstökasvun rajoittaminen kunnissa ja valtionhallinnossa*. Vaasan yliopiston julkaisuja. Tutkimuksia No 165. Hallintotiede 12.

Niskanen, Jouni (1997). *Markkinaohjautuvuuden vaikutus arvoihin julkisessa sairaanhoidossa*. Acta Wasaensia No 56. Hallintotiede 3. Vaasan yliopisto.

Niskanen, William A. (1971). *Bureaucracy and Representative Government*. Chicago: Aldine Atherton.

Niskanen, William A. (1994). A Reassessment. In *Bureacracy and Public Economics*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing Limited. 269–283.

Ojala, Ipo (2003). *Managerialismi ja oppilaitosjohtaminen*. Acta Wasaensia. No 119. Hallintotiede 8. Vaasan yliopisto.

Okko, Paavo, Björkroth, Torn, Koponen, Ari, Lehtonen, Annina & Pelkonen, Eija (2007). *Terveyspalveluiden hierarkiat ja markkinat*. Helsinki: Kunnallisan alan kehittämissätiö.

Ollila, Eeva, Ilva, Minna & Koivusalo, Meri (2003). *Kilpailuttaminen sosiaali- ja terveyspolitiikan näkökulmasta*. Raportteja 276. Helsinki: STAKES.

Oracle (2008). Espoon kaupunki tehostaa sisäistä toimintaa ERP-järjestelmän avulla [Verkkodokumentti]. Saatavissa: www.oracle.com/global/fi/asiakkaat/Espoon_kaupunki_case_study.pdf.

Osborne, David & Gaebler, Ted (1992). *Reinventing Government*. Reading: Addison-Wesley.

Oulasvirta, Lasse, Ohtonen, Jukka & Stenvall, Jari (2002). *Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus: Tasapainoista ratkaisua etsimässä*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 19. Helsinki.

Pahkala, Sami, Bragge, Airi, Laippala, Pekka & Pahkala, Kimmo (2000). Esi-miestoimintaa kuvaavien tekijöiden vertailu perusterveydenhuollossa ja erikois-sairaanhoidossa: Esimerkkiaineistona entisen Vaasan läänin 21 terveyskeskusta ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. *Hallinnon tutkimus* 3, 263–277.

Pajukoski, Marja (2004). Asiakkaiden asema sosiaali- ja terveydenhuollossa – oikeudellinen näkökulma. Teoksessa Matti Heikkilä & Milla Roos (toim.). *Sosi-*

aali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. Saarijärvi: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus ja kehittämiskeskus. 176–204

Parvinen, Petri, Lillrank Paul & Ilvonen, Karita (2005). *Johtaminen terveydenhuollossa: Käytännöt, vastuut, valvonta*. Helsinki: Talentum.

Pekurinen, Markku (1993). Terveydenhuollon uudistuksia meillä ja muualla. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 30, 161–168.

Pekurinen, Markku (1994). *Kilpailuolot Suomen terveydenhuollossa*. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 9. Helsinki.

Pollitt, Christopher (1990). *Managerialism and the Public Services: The Anglo-American Experience*. Oxford: Basil Blackwell.

Pollitt, Christopher (1993). *Managerialism and the Public Services: Cuts or Cultural Change in the 1990's*. Second Edition. Oxford: Blackwell Publishers.

Pollitt, Christopher (2003). *The Essential Public Manager*. Berkshire: Open University Press.

Pollitt, Christopher & Bouckaert, Geert (2004). *Public Management Reform: A Comparative Analysis*. Second Edition. Oxford: Oxford University Press.

Raisio kaupunki (2007). *Raisio malli: Toimintatapoja ja työkaluja kunnan talouden ja toiminnan ohjaukseen, hallintaan ja seurantaan* [Verkkodokumentti]. Saatavissa: http://www.raisio.fi/idastorage/Storage1/1/1308/1/raisio_mallin_yleisesittely_2007.pdf.

Rajala, Tuija, Tammi, Jari & Meklin, Pentti (2008). *Kilpailutuksen näkyvät ja näkymättömät kustannukset*. Kunnat ja kilpailu – sarjan julkaisu nro 11. Helsinki: Kunnallisan alan kehittämissätiö.

Rannisto, Pasi-Heikki (2005). *Kunnan strateginen johtaminen: Tutkimus Seinänaapurikuntien strategiaprosessien ominaispiirteistä ja kunnanjohtajista strategisina johtajina*. Acta Universitatis Tamperensis 1072. Tampereen yliopisto.

Rimpilä, Matti (2004). Kansanterveyslain merkitys katoamassa. *Helsingin Sanomat*, Mieli-pide 2.4. A5.

Roodhooft, Filip & Alexandra Van de Abbeele (2006). Public Procurement of Consulting Services: Evidence and Comparison with Private Companies. In *International Journal of Public Sector Management*, 19: 5, 490–512.

Ryynänen, Aimo (1999). *Muuttuva kunnallisoikeus*. Tampere: MERMERUS OY.

Ryynänen, Aimo, Myllykangas, Markku & Kinnunen, Juha (2005). Terveydenhuollon rakenteet täytyy uudistaa. *Helsingin Sanomat* 9.5. A5, Mieli-pide.

Saint-Martin, Denis (1998). The New Managerialism and the Policy Influence of Consultants in Government: An Historical-Institutionalist Analysis of Britain, Canada and France. In *Governance: An International Journal of Policy and Administration* 11: 3, 319–356.

Salminen, Ari (1987). Buchananin julkisen valinnan teoria osana uutta julkishallintotiedettä. *Hallinnon tutkimus* 1, 17–24.

Salminen, Ari (1995). *Hallintotiede: Organisaatioiden hallinnolliset perusteet*. Helsinki: Valtionhallinnon kehittämiskeskus.

Salminen, Ari (1999). *Vertailevan metodin tutkimuksellinen perusta? Johdatus hallintotieteellisen vertailun metodologiaan*. Vaasan yliopiston julkaisuja. Tutkimuksia 223. *Hallintotiede* 25.

Salminen, Ari (2004). *Julkisen toiminnan johtaminen: Hallintotieteen perusteet*. Helsinki: Edita.

Salminen, Ari & Niskanen, Jouni (1996). *Markkinoiden ehdoilla? Arvioita markkinaohjautuvuudesta julkisessa sektorissa*. Valtionvarainministeriö: Helsinki.

Salminen, Ari & Viinamäki, Olli-Pekka (2001). *Market Orientation in the Finnish Public Sector: From Public Agency to Privatised Company*. Tutkimukset ja selvitykset 2. Helsinki: Valtionvarainministeriö.

Salminen, Matti (toim.) (2005). *Tulosohjauksen käsikirja*. Valtionvarainministeriön hallinnon kehittämisosasto julkaisuja 2/2005. Valtionvarainministeriö: Helsinki.

Saltman, Richard & von Otter, Caster (1992). *Planned Markets and Public Competition: Strategic Reform in Northern European Health Systems*. Buckingham: Open University Press.

Saltman, Richard B., Bankauskaite, Vaida & Vrangbaek, Karsten (Eds) (2007). Description of the Structure and Development of Decentralization in Health Care in Selected Countries in Europe and Canada. *Decentralisation in Health Care: Strategies and Outcomes*. Maidenhead: Open University Press. 272–292.

Saltman, Richard B. & Figueras, Josep (1997). *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*. Who Regional Publications, European Series 72. Kööpenhamina: WHO.

Sanderson, Ian (1998). Beyond Performance Measurement? Assessing "Value" In Local Government. *Local Government Studies* 24: 4, 1–25.

Self, Peter (1993). *Government by the Market? The Politics of Public Choice*. London: The MacMillan Press Ltd.

Self, Peter (2000). *Rolling Back the Market*. New York: St. Martin's Press.

Shafritz, Jay M., Clyde, Albert & Parkers, Sandra J. (2004). *Classics of Public Administration* (Fifth Edition). Belmont: Thomson/Wadsworth.

Sihvonen, Maarit (2006). *Neuvottelujen kautta toimeenpanoon: Sopimusohjauksen implementaatio erikoissairaanhoidossa*. Acta Universitatis Tamperensis 1154. Tampereen yliopisto.

Sinkkonen, Sirkka & Nikkilä, Juhani (1988). *Suomen terveydenhuollon hallinto*. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Sinkkonen, Sirkka (1990). Terveydenhuollon johtaminen lääkärin ammattina. *Hallinnon tutkimus* 4, 384–386.

Sintonen, Harri, Pekurinen, Markku & Linnakko, Eero (1997). *Terveystaloustiede*. Helsinki: WSOY.

SITRA (2007). *Maisema: Loppuraportti* [Verkkodokumentti]. Helsinki [20.4.2008]. Saatavissa: <http://www.sitra.fi/julkaisut/muut/Maisemaloppuraportti.pdf?download=Lataa+pdf>.

Shortell, Stephen M. & Kalunzny, Arnold D. (1983). Organisation Theory and Health Care Management. In *Health Care Management: A Text in Organization Theory and Management*. New York: DELMAR PUBLISHERS INC. 5–37.

Sinclair, Amanda (1997). After Excellence: Models of Organisational Culture for Public Sector. In Mark Considine & Martin Painter (Eds). *Managerialism: The Great Debate*. Victoria: Melbourne University Press. 134–151

Sjöholm, Mari (2007). Muutokset terveydenhuollon kuntayhtymissä vuoteen 2007 [Verkkodokumentti]. Helsinki: Kuntaliitto [8.1.2008]. Saatavissa: http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;353;554;110521;116822.

Smith, Peter (1993). Outcome-related Performance Indicators and Organizational Control in the Public Sector. In: Stephen P. Osborne (Ed.). *Public Management: Critical Perspectives V*. London: Routledge. 218–245.

Stenvall, Jari & Syväjärvi, Antti (2006). *Onks tietoo? Valtion informaatio-ohjaus kuntien hyvinvointi tehtävissä*. Valtionvarainministeriö Hallinnon kehittämissasto, Tutkimukset ja selvitykset 3. Helsinki.

Stenvall, Jari, Vakkala, Hanna, Syväjärvi, Antti, Leinonen, Jaana, Juntunen, Pekka & Oulasvirta, Lasse (2009). *Parasta nyt – Kunta ja palvelurakennemuutoksen suunnitteluvaiheen loppuraportti*. Valtionvarainministeriön julkaisu 11. Helsinki.

STM (2004a). *Terveydenhuollon palvelu paranee: Kiireettömään hoitoon määräajassa* [Verkkodokumentti]. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2004: 13. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö [5.9.2007]. Saatavissa: <http://www.stm.fi/>

c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3537.pdf&title= Terveydenhuollon palvelu paranee__Kiireettomaan hoitoon maaraajassa_fi.pdf.

STM (2004b). *Terveydenhuolto Suomessa* [Verkkodokumentti]. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2004: 11. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö [3.10.2006]. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3479.pdf&title=Terveydenhuolto_Suomessa_fi.pdf

Suomen Kuntaliitto (1999). *Kunnallistilasto. Terveyskeskusten talous 1998: Perusterveydenhuolto*. Helsinki.

Suomen Kuntaliitto (2002). *Terveyskeskusten talous 2000: Perusterveydenhuolto*. Helsinki.

Suomen Kuntaliitto (2006). *Kuntien sosiaali- ja terveystoimen hallinto 2005* [Verkkodokumentti]. Helsinki: Suomen Kuntaliitto [1.10.2006]. Saatavissa: http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29:353;554;31458.

Taipale, Vappu, Lehto, Juhani, Mäkelä, Marjukka, Kokko, Simo, Muuri, Anu & Lahti, Tuukka (2004). *Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon perusteet*. 5. uudistettu painos. Porvoo: WS Bookwell Oy. ISBN 951-0-28545-5.

Taskinen, Helena (2005). *Oikeudenmukaisuus ja kulttuurien kohtaaminen sosiaali- ja terveysalojen organisaatioiden yhdistämisessä*. Kuopion yliopiston julkaisu- ja E. Yhteiskuntatieteet 126. Kuopio.

Temmes, Markku, Kiviniemi, Markku & Peltonen, Pauliina (2001). *Hallinto uudistuu, uudistuu johtaminen? Johtamisen kehittämisen arviointiraportti*. Tutkimukset ja selvitykset 4. Helsinki: Valtionvarainministeriö.

Temmes, Markku (2008). Suomen hallintopolitiikan pitkät aallot ja käännekohdat. *Hallinnon Tutkimus* 27: 3, 69–73.

Terveydenhuoltolakityöryhmä (2008). *Uusi terveydenhuoltolaki. Terveydenhuoltolakityöryhmän muistio* [Verkkodokumentti]. Helsinki: STM [1.12.2008]. Saatavissa: <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2008/06/pr1214211442205/passthru.pdf>

Toikkanen, Ulla (2004). Lääkärijohtajien työajasta lähes puolet potilastyöhön. *Suomen Lääkärilehti* 59: 47, 4576.

Torppa, Kaarina (2007). *Managerialismi suomalaisen julkisen erikoissairaanhoidon johtamisessa: Tutkimus yksityissektorin johtamisoppien soveltamisesta neljässä yliopistollisessa sairaanhoitopiirissä ja arvio managerialismin soveltuvuudesta julkisen erikoissairaanhoidon uudistamiseen*. ACTA UNIVERSITATIS OULUENSIS D Medica 951. Oulu.

Trosa, Silvie (1997). The Era of Post-Managerialism? In Mark Considine & Martin Painter (Eds). *Managerialism: The Great Debate*. Melbourne University Press. 239–254

Tuomiranta, Mirja (2002). *Lääkärijohtaja – lääkäri vai johtaja? Tutkimus lääkärijohtajan roolijännitteistä ja johtamisroolien omaksumisesta erikoissairaanhoidossa*. Tampereen yliopisto. Saatavissa: <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5291-7.pdf>.

Udehn, Lars (1996). *The Limits of Public Choice: A Sociological Critique of the Economic Theory of Politics*. London: Routledge.

Vakkuri, Jarmo (1998). *Tehokkuuden rajoilla: Data Envelopment Analysis – menetelmä tulostittauksessa, esimerkkeinä yliopistojen ainelaitokset*. Acta Universitatis Tampereensis 635. Tampere.

Valtonen, Hannu (1993). *Mikrotalousteorian rakenteesta ja ontologisista sitoumuksista*. Vaasan yliopiston julkaisuja. Tutkimuksia No 172. Kansantaloustiede 11.

Valtonen, Hannu (2000). Mikä selittää kuntien sosiaali- ja terveystoimen menojen eroja. Teoksessa Hannu Uusitalo, Antti Parpo & Anni Hakkarainen (toim.). *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000*. Stakes raportteja 250. Helsinki. 29–42.

Van Damme, Win, Van Lerberghe, Win & Boelaert, Marleen (2002). Primary Health Care vs. Emergency Medical Assistance: a Conceptual Framework. *Health Policy and Planning* 17: 1, 49–60.

Varkauden kaupunki (2007). *Varkauden kaupungin palvelustrategiat 2008–2011* [Verkkodokumentti]. Saatavissa: <http://www.varkaus.fi/index.asp?language=1>.

Vartiainen, Pirkko (2005). Wicked Health Care Issues: An Analysis of Finnish and Swedish Health Care Reforms. *International Health Care Management* 5, 159–182.

Vartola, Juha (2004). *Näkökulmia byrokratiaan*. Tampereen yliopisto.

Viitanen, Elina, Kokkinen, Lauri, Konu, Anne, Simonen, Outi, Virtanen, Juha V. & Lehto, Juhani (2007). *Johtajana sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Kunnallissalan kehittämissäätiön tutkimusjulkaisut, nro 59.

Viitanen, Elina, Lehto, Juhani, Tampusi-Jarvala, Tiina, Mattila, Kari, Viljo, Irma, Isokoski, Mauri, Hyppölä, Harri, Kumpusalo, Esko, Hanila, Hannu, Kujala, Santero & Vänskä, Jukka (2006). Doctor-Managers as Decision Makers in Hospitals and Health Centres. *Journal of Health Organization and Management* 20: 2, 85–94.

Virkkunen, Paavo, Voutilainen, Eero, Laosmaa, Martti & Salmimies, Pekka (1986). *Tulosjohtaminen julkishallinnossa*. Helsinki: Weilin+Göös.

Vohlonen, Ilkka, Jaatinen, Seppo & Ekroos, Vesa (1999). *Terveyspalvelujen tuottajien välinen kilpailu Suomessa, Arvio kilpailuympäristön taloudellisesta ja yhteiskunnallisesta merkityksestä*. Kauppa- ja teollisuusministeriö, tutkimuksia ja raportteja 9. Helsinki: Edita Oy.

Vuori, Jari (1995). *Kenen terveydenhuolto?* Ankkurikustannus Oy.

Vuori, Jari (2000). Sairaalojohtamisen haaste: Miten lääkäri unohtaisi lääketieteen? *Suomen lääkirilehti* 55: 8, 877–880.

Wahls, Kieron (1995). *Public Services and Market Mechanisms: Competition, Contracting and the New Public Management*. London: Macmillan Press Ltd.

WHO (1978). Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care Alma-Ata, USSR, 6-12- September 1978 [Verkkodokumentti]. [20.1.2003]. Saatavissa: [http:// whqlibdoc.who.int/publications/924180011.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/924180011.pdf)

WHO (1996). *Health Care Systems in Transition: Finland*. Köpenhamiina: WHO Regional Office for Europe.

Willberg, Mirja (2006). *Millä perusteella kilpailuttamaan? Tutkimus sosiaali- ja terveyspalveluiden kilpailuttamisesta ja sen toimijoiden tietoperustasta ja preferensseistä*. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 139.

Wistow, Gerald, Knapp, Martin, Handy, Brian, Forder, Julien, Kendall, Jeremy & Manning, Rob (1996). *Social Care Markets: Progress and Prospects*. Buckingham: Open University Press.

Tilastoaineisto

Kuntaliitto / Tilastokeskus (2006a). Kuntien lainakanta euroa/asukas 1995–2004: Kaikkien Suomen kuntien keskiarvo, Espoo, Lahti, Vaasa, Kajaani, Kerava, Nokia, Varkaus ja Raisio. Helsinki

Kuntaliitto / Tilastokeskus (2006b). PTH:n menot €/asukas 1993–2004: Kaikkien Suomen kuntien keskiarvo, Espoo, Lahti, Vaasa, Kajaani, Kerava, Nokia, Varkaus ja Raisio. Helsinki

Kuntaliitto / Tilastokeskus (2006c). ESH:n menot €/asukas 1993–2004: Kaikkien Suomen kuntien keskiarvo, Espoo, Lahti, Vaasa, Kajaani, Kerava, Nokia, Varkaus ja Raisio. Helsinki

Kuntaliitto / Tilastokeskus (2006d). Kuntien vuosikate prosenttia poistoista vuosina 1997–2004: Kaikkien Suomen kuntien keskiarvo, Espoon, Lahden, Vaasan, Kajaanin, Keravan, Nokian, Varkauden ja Raision. Helsinki

Kuntaliitto / Tilastokeskus (2006e). Puolueiden kunnanvaltuutettujen määrä kunnittain vaalikausina 1993–1996, 1997–2000 ja 2001–2004. Helsinki.

Kuntaliitto / Tilastokeskus (2008). Kuntavaalien 2004 tulos kunnittain. Helsinki

Sotka tietokanta (2006a). 0–14 vuoden ikäisten %-osuus väestöstä: Koko maa, Espoo, Lahti, Vaasa, Kajaani, Kerava, Nokia, Varkaus ja Raisio. Helsinki: STAKES.

Sotka tietokanta (2006b). Ruotsinkieltä äidinkielenään käyttävien osuus väestöstä vuosina 1993–2004: Koko maa, Espoo, Lahti, Vaasa, Kajaani, Kerava, Nokia, Varkaus ja Raisio. Helsinki: STAKES.

Sotka tietokanta (2006c). Maapinta-ala km², koko pinta-ala km² ja väestötiheys asukasta/km²: Espoo, Lahti, Vaasa, Kajaani, Kerava, Nokia, Varkaus ja Raisio. Helsinki: STAKES.

Sotka tietokanta (2006d). Väestömäärä vuosina 1993–2004: Espoo, Lahti, Vaasa, Kajaani, Kerava, Nokia, Varkaus ja Raisio. Helsinki: STAKES.

Sotka tietokanta (2006e). Yli 65-vuotta täyttäneiden %-osuus väestöstä: Koko maa, Espoo, Lahti, Vaasa, Kajaani, Kerava, Nokia, Varkaus ja Raisio. Helsinki: STAKES.

Liitteet

Liite 1

Haastattelut ja haastatellut

Vaasa: Johtava ylilääkäri Markku Sirviö. Haastattelu Vaasassa 15.6.2005 ja 24.5.2006.

Vastaanottotoiminnan ylilääkäri Seppo Öhman. Haastattelu Vaasassa 16.6.2005.

Nokia: Taluspäällikkö, terveyskeskuksen johtaja Jorma Salonen ja apulaisylilääkäri Jyrki Helenius.

Salosen ja Heleniuksen haastattelu Nokialla 28.8.2005.

Raisio: Sosiaali- ja terveystoimen johtaja Eero Vaissi ja apulaisylilääkäri Sirkka-Liisa Hiltunen.

Vaissin ja Hiltusen haastattelu Raisiossa 18.10.2005

Sosiaali- ja terveysjohtaja Marjatta Satokari (eläkkeellä). Haastattelu Raisiossa 18.10.2005.

Kerava: Johtava lääkäri (avoterveydenhuollon palvelulinja) Leena Piikivi
Haastattelu Keravalla 21.9.2005.

Henkilöstön kehittämispäällikkönä Ritva Siltanen (toiminut aikaisemmin Keravan sosiaali- ja terveystoimen hallintopäällikkönä).
Haastattelu Keravalla 21.9.2005.

Keravan entinen johtava lääkäri Kyösti Haukipuro. Keravan kaupunginhallituksen jäsen vuodesta 2005. Haastattelu Keravalla 30.8.2005

Keravan sosiaali- ja terveysjohtaja Pekka Saarenmaa (eläkkeellä vuodesta 2001). Haastattelu Keravalle 5.1.2006.

- Espoo: Terveyspalvelut, Johtaja Tuula Heinänen. Haastattelu Espoossa 5.1.2006.
- Talous- ja hallintojohtaja Aulis Majuri. Haastattelu Espoossa 24.10.2005.
- Eeva Ahonen (toimii seniorivakanssilla asiantuntijatehtävissä Espoon sosiaali- ja terveystoimessa). Haastattelu Espoossa 24.10.2005.
- Lahti: vt. Hallintoylilääkäri Risto Savilahti ja johtava ylilääkäri Hannu Hyvärinen.
- Savilahden ja Hyvärisen haastattelu Lahdessa 13.10.2005.
- Hyvinvointijohtaja Ulla Sepponen. Haastattelu Lahdessa 13.10.2005.
- Varkaus: Johtava ylilääkäri Helena Kemppinen. Haastattelu Varkaudessa 26.10.2005.
- Perusturvaviraston päällikkö Ulla Tuomainen (vuosina 1995–2004). Sosiaalitoimenjohtaja vuodesta 2005. Haastattelu Varkaudessa 26.10.2005.
- Kajaani: Kainuun maakuntayhtymän hallintojohtaja Kalevi Yliniemi (Kajaanin apulaiskaupunginjohtaja 1990–1991, Kajaanin perusturvajohtaja 1992–2004). Haastattelu Kajaanissa 22.11.2005.
- Kainuun maakuntayhtymän avohuollon ylilääkäri Tuula Sassi. Puhelinhaastattelu 19.12.2005.

Liite 2

Asiakirja-aineistoa täydentäneiden asiantuntijatiedusteluiden perusrakenne

Tutkijan yhteystiedot

Vastaanottaja

Puhelinkeskustelu, jossa kyselyn lähettämisestä on sovittu

ASiantuntijakysely

Toimin tutkijana Vaasan yliopistossa, hallintotieteiden tiedekunnan julkisjohtamisen laitoksella. Teen väitöskirjaa *kunnallisen perusterveydenhuollon toimintamallien, organisaation ja johtamisen muutoksesta vuosina 1993–2002*. Tutkimuksen kohteena on yhdeksän yli 20000 asukkaan kaupunkia, jotka ovat harjoittaneet itsenäistä perusterveydenhuoltoa vuodesta 1993. Kaupungit on valittu väkiluvun ja perusterveydenhuollon nettokustannuksiin asukasta kohden perustuvalla analyyysillä.

Olen pyytänyt asiakirjamateriaalia Raision sosiaali- ja terveystoimesta koskien vuosia 1993–2002. Perustietojen lähdemateriaalina ovat toimineet Raision kaupungin kunnalliskertomukset, toimintakertomukset ja tilinpäätöksen sekä Raision kaupungin sosiaali- ja terveystoimen johtosäännöt. Lisäksi tilastolähteenä ovat toimineet Stakesin Sotka-tietokanta ja Tilastokeskuksen sekä Kuntaliiton toimitamat tilastot.

Tämä tietopyyntölomakkeen tavoitteena on täydentää käytettävissäni olevissa tiedoissa olevia puutteita ja saattaa Raision terveystoimen kehitystä koskevat tiedot vertailukelpoisiksi muiden tutkimuksen kohteena olevien kaupunkien tietojen kanssa. Jokaiselle tutkimuksen kohteena olevan kaupungin (sosiaali-) ja terveystoimen hallinto- tai talouspäällikölle lähetään kaupungin tietojen perusteella yksilöity tietopyyntölomake.

Väitöskirjatutkimukseni kiinnostuksen kohteena on ns. kuntien perinteinen terveystoimi, vaikka tutkimuskohteen sosiaali- ja terveystoimi olisi yhdistetty. Tästä johtuen olen kiinnittänyt asiakirja-aineiston käsittelyssä huomiota ainoastaan sellaisiin uudistuksiin, jotka koskevat koko viraston toimintaa tai pelkästään terveystointia tai – palvelualueita.

Olen täyttänyt asiantuntijakyselyn saatavilla olevien tietojen perusteella. Pyydän Teitä ystävällisestä tutustumaan lomakkeeseen ja täydentämään tietoja sekä korjaamaan tiedoissa mahdollisesti olevia virheitä ja puutteita.

Kunnioittaen

Jussi Jylhäsaari

ASIAANTUNTIJAKYSELY:

Asiantuntijakyselyn pohjatietojen lähteinä on käytetty:

Raision kaupungin kunnalliskertomukset 1993–1996.

Raision kaupungin toimintakertomukset 1997 – 2000

Raision kaupungin tilinpäätökset 2001–2002

Raision kaupungin sosiaali- ja terveystoimen johtosääntö 1993–2003

Yleinen katsaus:

Kaupungin taloutta ja väestöä koskevat perustiedot vuosilta 1993–2002 sekä lyhyt tulkinta kehityksestä:

Kaupungin vuosikate

Työttömyys

PTH:n kustannukset/asukas

Kommentti:

1. Terveystoimi

1.1. Sosiaali- ja terveystoimen organisaation muutokset vuosina 1993–2002

Tiedot: Lähdeaineistossa mainitut olennaiset muutokset, niiden perustelut ja muutosten ajankohta:

Kysymys: Onko Raision kaupungin sosiaali- ja terveystoimessa (erityisesti ns. terveystoimessa) toteutettu muita hallinnon tai organisaation muutoksia vuosina

1993–2002 alla olevassa luettelossa mainittujen muutosten lisäksi? Voitteko täyttää mahdolliset puutteet ja tarvittaessa korjata tai täsmentää tietoja.

Vuosittainen kehitys ja tilaa täydentäville tiedoille

1.2. Sosiaali- ja terveystoimen yhdistäminen

Tiedot: Raision kaupungin sosiaali- ja terveystoimen yhdistettiin 1.1.1993.

Kysymys: Miksi Raision sosiaali- ja terveystoimi yhdistettiin vuonna 1993?

2. Terveystoimen toimintamallit ja johtaminen

2.1. Terveystoimen toimintamallien muutokset

Asiakirjoissa mainitut Raision (sosiaali-) ja terveystoimen toimintamallien muutokset:

- 1993 palvelut tuotetaan aluevastuu periaatteen mukaisesti, jolloin moniammatillinen työryhmä vastaa alueen palveluista.
- 1997 kaupungin toimintakertomuksessa esitetään tulosalueiden tulostavoitteet ja niiden toteutuminen.
- 2002 kuukausipalkkaisten palkkauksessa siirryttiin järjestelmään, joka edellytti töiden vaativuuden arviointia.

Kysymyksiä:

Raision kaupungin vuoden 1997 toimintakertomuksessa esitettiin uutuutena *tulostavoitteet* sekä *indikaattorit* (tulosalueen avaintulos, tulostavoitteet ja toteutumi-

nen) koskien kaikkia tulosalueita. Mitkä olivat uudistuksen taustat ja millainen vaikutus uudistuksella oli sosiaali- ja terveystoimen toimintaan, kehittämiseen ja suunnitteluun?

Onko Raision sosiaali- ja terveystoimi kehittänyt ja hyödyntänyt toiminnassaan omasta aloitteestaan tulostavutta tai julkisten tulostavoitteiden asettamista?

Raision sosiaali- ja terveystoimi ei ilmeisesti laadi toimintakertomusta. Miksi?

Mitä selvityksiä tai vertailuja on laadittu tai tilattu Raision (sosiaali-) ja terveystoimen toimintojen kustannusten, toiminnan edelleen kehittämisen tai vaihtoehtoisten tuotantotapojen arvioimiseksi?

Esim. Vuonna 1996 Stakes suoritti evaluointitutkimuksen sosiaali- ja terveystoimen yhdistämisen vaikutuksista ja vuonna 1999 Efektia Oy:ltä tilattiin konsulttiselvitys sosiaali- ja terveysviraston toiminnasta.

Miten työn vaativuuden arvioiminen on vaikuttanut Raision sosiaali- ja terveystoimen henkilöstöpolitiikkaan? Onko uudistuksen soveltamisessa ollut erityisiä ongelmia sosiaali- ja terveystoimessa?

Mitä toimintamalleja on Raision kaupungin (sosiaali-) ja terveystoimessa omakuttu? Esim.:

Kehityskeskustelut

Tulospalkkaus

Moniammatillinen tiimityöskentely yhdessä sosiaalitoimen kanssa

Omalääkärijärjestelmä

Väestövastuujärjestelmä

Ostopalveluiden käytön lisääminen

Toimintojen ulkoistaminen

Toimintojen avoin kilpailuttaminen

Palveluiden tuotteistus

Sisäinen laskutus

Tilaaaja- ja tuottajavastuiden erottaminen

ja sopimuksellisuus viraston sisällä

Uudet kirjanpitomallit (liikekirjanpito)

Laatuajattelu

(laatukoulutus, laatujärjestelmät, laatukäsikirjat...)

Tulosmittauksen kehittäminen:

Valtuuston asettamat tulostavoitteet

Lautakunnan asettamat tulostavoitteet

Tulossopimukset

Tulosityksikköorganisaation käyttöönotto

Asiakaskyselyt

Asiakaskyselyjen säännöllinen toteutus

Asiakkaiden valinnan vapauden lisääminen

2.2. Terveystoimen johtamismallien muutos

Asiakirjoissa mainitut johtamismallien muutokset:

Havaitut muutokset ja mahdollisuus kommentointiin

Mitä muita johtamiseen liittyviä uudistuksia on Raision (sosiaali-) ja terveystoimessa toteutettu vuodesta 1993?

Onko Raision (sosiaali-) ja terveystoimessa tai sen osissa otettu käyttöön joitakin seuraavista johtamiseen liittyvistä toimintamalleista:

Tulosjohtaminen jossain muodossa

Laatujohtaminen

Tulosyksiköiden tai palvelualueiden

johtajien toimivallan lisääminen

Tulosyksiköiden tai palvelualueiden

johtajien tulosvastuun lisääminen

3. Raision kaupungin terveystoimen muutosten intensiivisyys vuosina 1993–2002

Tutkijan tulkinta kehityksestä:

Useat sosiaali- ja terveystoimea koskevat uudistukset Raisiossa ovat olleet koko kaupungin hallintoa koskevia uudistuksia (esim. tulostavoitteet toimintakertomuksessa, työnarviointi). Onko sosiaali- ja terveystoimessa ollut erityisiä ongelmia uudistusten toimeenpanossa?

Mitä uudistuksia on tavoitteena toteutetaan lähitulevaisuudessa Raision kaupungin tuottamassa perusterveydenhuollossa?

KIITOS!

Liite 3

Teemahaastatteluissa käytettyjen haastattelurunkojen perusmuoto

Jussi Jylhäsaari

Yhteystiedot

päiväys

Teemahaastattelu

Johdanto ja kysymyksenasettelun tausta

Valtionosuusuudistus ja sen tuoma toimintavapaus

Lainsäädännön asettamat tehtävät ja toisaalta valtionosuuksien ”korvamerkkitsemisestä” luopuminen ja siirtyminen kokonaissummiin

Kuntien vapaus valita itse palveluiden tuottaja ja organisaatiomalli

Yksityisten palveluiden käytön lisääminen oli yksi keskeinen valtionosuusuudistuksen tavoite

Uuden yritysmaailmasta voimakkaasti malleja ottaneet johtamisopit, joita on Suomessa mm. laajasti sovellettu valtion hallinnossa

1. Valtionosuusuudistuksen ja laman jälkeinen toimintaympäristö kunnallisessa perusterveydenhuollossa

Mitä toimintavapaus on merkinnyt?

Toimintaympäristön muut muutokset

(väestörakenne, muuttoliike, valtionosuuksien leikkaukset, budjettivarojen jako kaupungin hallintokuntien kesken)

2. Organisaatorakenne, johtaminen ja hallinto sekä niiden merkitys perusterveydenhuollossa

Miksi terveystoimen organisaatorakennetta on muutettu?

Mitä merkitystä organisaatorakenteella on kunnallisessa perusterveydenhuollossa?

Kaupungin ja sen terveystoimien vastaavan yksikön kyky harjoittaa suunnitellua ja kehittämistoimintaa

3. Markkinamallit

Tässä yhteydessä markkinamalleilla tarkoitetaan kunnallisessa PTH:ssa:

Ostopalvelut ja kilpailutus

Toimintojen tai niiden osien ulkoistaminen eli muuttaminen ostopalveluiksi

Kysymyksiä:

Mitä markkinamallit ovat merkinneet ja onko niitä otettu käyttöön kaupunkinne terveystoimien palveluille?

Markkinamalleihin liittyvä ideologinen ”lataus” ja yksityisten palveluiden imago

4. Muut ”uudet” toimintamallit

Väestövastuujärjestelmä

Sosiaali- ja terveystoimen yhdistäminen ja yhteistyön eri muodot

5. Tulostilaus, toimivalta ja tulosvastuu sekä näiden muutos

Tulosjohtaminen, tasapainotettumittaristo ja tulostilaus

Tulosalueiden ja tulosyksiköiden johtajien toimivalta ja tulosvastuu

Kaupunginvaltuuston ja lautakunnan asettamien tulostavoitteiden kehitys ja tavoitteiden merkitys terveyspalveluiden käytännön toiminnan kannalta

6. Konsultit ja julkisten terveyspalveluiden kehittäminen

Miksi konsulttien palveluita on tai ei ole käytetty?

Kenen toimesta konsulttien palveluita on hankittu?

Konsulttipalvelujen käytön edut ja haitat

7. Kunnalliset terveyspalvelut ja poliittiset päätöksentekijät

Kunnan poliittisten voimasuhteiden vaikutus terveyspalveluiden kehittämiseen

8. Yhteenveto: kaupungin terveydenhuollon kokonaisstrategia ja kehityksen suunta

Mikä on näkemyksenne kaupungin terveyspalveluiden ja erityisesti PTH:n kehityksestä 1990-luvun alusta 2000-luvun puoliväliin?

Miksi toteutettu strategia valittiin ja miksi sitä mahdollisesti muutettiin?

Onko kaupunkinne PTH:n kehittäminen ollut mielestänne pitkäjänteistä strategista toimintaa?

Miten kommentoitte tutkijan alustavaa tulkintaa kehityksestä?

Kaupunkikohtaisia kysymyksiä

Liite 4

Asiakirja-aineistoon perustuva yhteenveto kehityksen yleispiirteistä:

- Vuosien 1993 ja 1995–1997 välillä keskeinen toimintaan vaikuttava tekijä oli akuutista talouskriisistä selviäminen ja kuntien talouden tasapainottaminen yhdistettynä pyrkimykseen riittävän laajan palvelutarjonnan turvaamiseksi. Keinoja olivat säästöjen etsiminen, henkilöstön vähentäminen ja sijaisten käytön tarkka harkinta, asiakasmaksujen nosto, palvelujen karsimisen sekä toimipisteiden lakkauttaminen ja yhdistäminen.
- Suurin piirtein vuosien 1995–1997 jälkeen henkilöstön hyvinvointiin liittyviin tekijöihin sekä työuupumukseen kiinnitettiin enemmän huomiota. TYKY - projekteja ja muita henkilöstön kehittämishankkeita esiintyy useissa kaupungeissa. Hankkeiden käytännön merkitys vaihteli haastattelujen perusteella tutkimuksen kohteena olevien kaupunkien terveystalouksissa merkittävästi. Joissain tapauksissa TYKY - toiminta vaikutti lisätystä tilinpäätökseen tai toimintakertomukseen ainoastaan toiminnan ajankohtaisuuden takia.
- Vuodesta 1997 tulostaus tai vähintään tulostavoitteiden julkinen esittäminen yleistyy useiden kaupunkien toimintakertomuksissa. 1990-luvun lopulla kuntatalous kiristyy jälleen useissa kaupungeissa.
- Akuuttien talouspainojen hellittäessä kutakuinkin vuosien 1997 ja 2000 välillä aloitettiin erilaisten vaihtoehtojen toimintamallien etsiminen ja organisaation uudistaminen. Pyrkimyksenä oli tarve pystyä turvaamaan laadukkaat ja taloudellisesti tuotetut peruspalvelut kaupungin väestölle.
- Vuosien 1998 – 2000 välillä lääkäreiden rekrytointiongelmien alkoivat kuntien perusterveydenhuollossa. Alkuvaiheessa sijaisten rekrytointi vaikeutui, hieman myöhemmin alkoi varsinainen lääkäripula. Myös sosiaalitoimen ammattitaitoisien väestön rekrytointi vaikeutui samaan aikaan. Osassa kaupungeista aloitettiin valmistautuminen työvoimapulaan ja vanhenevan väestön tuomiin palvelutarpeisiin.

Liite 5**Tutkimuksen kohteena olevien kaupunkien sosiaali- ja terveystoimen keskeiset muutokset vuosina 1993–2004 erityisesti perusterveydenhuollon näkökulmasta**

Espoo:

1993: Sosiaali- ja terveystoimi yhdistettiin vuoden alusta: kahdeksan tulosyksikköä yksijohtaja periaatteella. Käytössä tulosjohtaminen, tulosohjaus ja moniammatillinen väestövastuuperiaate. Tulossopimukset kehittämissivaiheessa. Koko kaupungin henkilöstö lomautettiin kolmeksi viikoksi.

1994: Kehittämistyössä keskityttiin erityisesti porrasteisiin hoito- ja palvelujärjestelmiin, moniammatillisen väestövastuun sekä tulosohjauksen kehittämiseen. Koko Espoon alue saatiin väestövastuun piiriin. KV hyväksyi periaatteet, joiden mukaan kehitetään kilpailuttamista palvelutuotannon edistämiseksi sekä määritteli peruspalvelut. Kertomusvuonna muutettiin tulosohjauksen ja johtamisen välineitä.

1995: Palvelut ylittivät useimmissa toiminnoissa vuoden 1994 tason. Lautakunnan asettamat tulostavoitteet toteutuivat joitakin poikkeuksia lukuun ottamatta.

Koko toimialaa koskeva laatuhanke aloitettiin syksyllä 1995. Hankkeessa toimi konsulttina ja yhteistyökumppanina Efektia Palvelu Oy. Työ eteni kaksivaiheisesti tulosyksiköistä/yksiköistä koko toimialalle

Tukipalveluyksikkö perustettiin vuoden 1995 alusta. Yksikön tehtävänä oli huolehtia keskitetysti ruokapalveluista, laskutuksesta ja perinnästä, kassatoiminnasta, hankintatehtävistä sekä palkkakirjanpidosta. Tukipalveluyksikkö oli organisoitu neljäksi palveluyksiköksi.

Tulosohjauksen ja tulosjohtamisen kehittämiseen liittyi palvelujen tuotteistaminen ja kustannuslaskentaprojekti. Kustannuslaskentaan liittyen tuotteistus on tehty päivähoidon, kotihoidon, vastaanottotoiminnan, laitoshuollon, hammashuollon, terveydenhoidon ja sosiaalityön palvelujen osalta.

1996: Tulosjohtamisen ja yhtenäisen palvelutason jännite asialistalle. Neuvotte- luissa ja kesäkuussa tehdyssä säästöohjelmassa jouduttiin kiinnittämään huomiota siihen, etteivät palvelujen alueelliset erot muodostuisi kohtuuttomiksi.

Tulosohjausjärjestelmä painotti väestön palvelutarpeen tuntemusta ja palveluiden järjestämistä erilaisilla palveluyhdistelmillä paikallisista lähtökohdista ja alueellisen väestövastuun periaatteiden mukaisesti.

1997: Sosiaali- ja terveystoimen organisaatiota ja johtosääntöä muutettiin. Toimiala jakautuu seuraaviin tulosyksiköihin: viisi sosiaali- ja terveyskeskusta, yhteiset palvelut, terveydensuojelu, sairaala- ja laitospalvelut, tukipalvelukeskus.

Espoon tulohajausjärjestelmä painotti väestön palvelutarpeen tuntemusta ja palvelujen järjestämistä väestövastuun puitteissa paikalliset olosuhteet huomioon ottaen. Erityisesti kiinnitettiin huomiota siihen, etteivät alueelliset erot muodostuisi kohtuuttomiksi.

1998: Toimialan uusi johtosääntö voimaan helmikuun 1. päivä. Uuden johtosääntön mukaan toimialan esikuntana on hallinto- ja kehittämissyksikkö, jota johtaa talous- ja hallintojohtaja (vastaa mm. siitä, että asetetut tavoitteet saavutetaan sekä hallinnon ja taloushallinnon kehittämisestä).

Viiden alueellisen sosiaali- ja terveyskeskuksen ja sairaala- ja laitospalveluiden sekä yhteisten palvelujen yksikön johtaja aloittivat viisivuotiskautensa helmikuun 1. päivä.

1999: Vastaanotto toiminta jatkui edellisvuosien toimintamallin mukaan. Tavoitteena oli pääsy lääkärin vastaanotolle keskimäärin 10 vuorokaudessa. Tavoite toteutui vain osalla terveysasemista. Lääkäripula alkoi vaikeuttaa palvelujen tarjontaan.

2000: Toimialan henkilöstö kasvoi edellisestä vuodesta n. 300 työntekijällä. Henkilöstö kehittämiseen ja turvallisuuteen todetaan panostetun kasvaneiden määrärahojen muodossa.

Vastaanotto toiminta toteutui kaikissa aluekeskuksissa moniammatillisella väestövastuuperiaatteella. Edellisvuoden tapaan väestön erilainen kuormittavuus ja väestönkasvu vaikeuttivat tilannetta. Lisäksi nopeasti vaikeutunut sijaisten saanti vaikeutti tilannetta.

2001: Jorvin sairaalassa sijaitseva terveyskeskuksen yöpäävystys ulkoistettiin kesällä.

2002: Vuoden aikana valmisteltiin sosiaali- ja terveystoimen mittavaa hallintouudistusta. KH päätti asiakaslähtöisen palveluorganisaation kehittämisestä. Lähtökohtana oli että asiakkaiden tulee saada kaikilla alueilla palvelut yhdenmukaisten toimintaperiaatteiden mukaisesti.

Organisaatiouudistuksen valmistelua varmistettiin käyttämällä Euroopan laatu-palkinnon ERQM - arviointiperusteita. Organisaatiouudistus käynnistettiin nykytilan kartoituksella, johon sisältyi laaja asiakirjapohjainen kustannusvertailu, hen-

kilökunnalle suunnattu kyselytutkimus sekä avainhenkilöiden haastattelut. Nykytilakartoituksen teki konsultti Efektia Oy. Kartoitukseen liittyi myös kehittämissuositusten valmistelu. Alueellisen palvelutason vertailu toteutettiin osana Efektian kartoitustyötä. Toimiala käynnisti myös omien toimintojen ja ostettavien palvelujen tarvearvioinnin.

Uuden hallintomallin valmistelu, siten että uusi organisaatio voidaan käynnistää vuoden 2004 alusta. Lautakunnalle esitettiin laaja PTH:n kehittämissuositus, jonka tavoitteena on pitkällä tähtäimellä parantaa palveluiden saatavuutta ja laatua. Toimenpiteinä on mm. johtamisjärjestelmän selkiyttäminen, koulutukseen panostaminen, rekrytoinnin tehostaminen sekä lääkäreiden ja sairaanhoitajien työnjaon selkiyttäminen. Työn vaatavuuden arviointi käynnistyi keväällä 2002. Tulospalkkauksen kehittämissuositus laajeni toimialalla.

2003: Uuden hallintomallin valmistelu jatkui. Uudistukset ovat mittavia hallinnon näkökulmasta, vaikka eivät tarkoita välittömiä muutoksia kuntalaisten kannalta. Todetaan, että rakenteellisten muutosten jälkeen päästään kehittämään palvelutarjontaa. Päämääränä on, että palvelut vastaavat nykyistä paremmin kuntalaisten palvelutarpeeseen ja ovat tasavertaiset kaikille Espoon alueella.

Vuoden aikana toimiala osallistui laajasti kaupungin TOP-hankkeeseen,

2004: Sosiaali- ja terveystoimen uusi organisaatio. Organisaatiouudistukseen sekä kaupungin taloushallinnon, henkilöstöhallinnon ja hankintatoimen kehittämiseen liittyneitä tehtävä- ja henkilöstöjärjestelyjä tehtiin koko vuoden ajan. Tapiolassa aloitettiin toukokuussa lääkärin vastaanotto toiminnan uuden toimintamallin kokeilu.

Lahti:

1993: Sosiaali- ja terveystoimi yhdistettiin vuoden alusta. Työterveyden kaksi palveluasemaa yhdistettiin. Lääkäreiden väestövastuu virkaehtosopimuksesta luovutettiin.

1994: Lomautuksia ja säästötoimenpiteitä. Toimintoja supistettiin sekä virkoja ja toimia lakkautettiin.

1995: Säästöt jatkuivat. Yhdistetty sosiaali- ja terveysasema valmistui.

1996: Organisaatiota muutettiin siten, että terveystoimesta vastaa johtava ylilääkäri ja sosiaalitoimesta virastopäällikkö. Kaupunginsairaalan ESH siirtyi Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirille.

1997: Organisaatiota muutettiin 6.10. siten, että varsinaisia vastuualueita oli kaksi, eli sosiaalipalvelut ja terveystoimen palvelut. Hallinnon ja talouden vastuualueesta luovuttiin. Vastaavia asioita hoitamaan perustettiin sosiaali- ja terveystoimen alainen tukipalveluyksikkö. Kaupunginsairaalan LAATU-projekti laajentui muualle virastossa.

Avohoidon ympärivuotokautinen päivystys keskitettiin kaupunginsairaalan päivystysasemalle.

1998: Koko sosiaali- ja terveystoimen toimintaa kehittämään valittiin tarjouskilpailun jälkeen yksityinen konsulttiyritys.

1999: Konsulttitoiminnan tuloksia: viraston arvot ja visio. Launeen palvelupiirissä pilottihanke, jossa palvelupiiristä muodostetaan hyvinvointialue, jonka sosiaali- ja terveystoimella on yhteinen johtaja. Tavoitteena moniammatillisen tiimityöskentelyn käynnistäminen ja tiimiorganisaatio: hyvinvointi- ja kotihoitotiimit.

2000: Vuoden lopussa otettiin käyttöön uusi organisaatio: Lahden malli. Uudessa organisaatiossa kaupunki oli jaettu neljään hyvinvointialueeseen, joiden johdossa vastuualuejohtaja. Erillisinä vastuualueina ovat sosiaalitoimen erityispalvelut ja terveystoimen erityispalvelut sekä päivähoidon vastuualue. Koko virastoa palvelevassa tukipalveluyksikössä kehityspalvelut, jonka tehtävänä edistää ja koordinoita viraston kehitystyötä. Toimintakertomuksessa ilmoitetut uudistusten tavoitteet ovat monimuotoiset ja vaativat. Koko toimialan johtaja vaihtui. Virasto aloitti oman henkilöstökertomuksen laadinnan.

2001: Konsulttityön säästöpotentiaalın toteutumisen valtuustotason arviointi. Itsearviointi jäi selvityksen seurauksena virastossa työkäyttöön. Terveystoimen erityispalveluissa uusi organisaatio otetaan käyttöön vuoden alusta. Vastuualueella muutos on lähinnä hallinnollinen. Tasapainotetun mittariston käyttöä harjoitettiin hyvinvointialueilla.

2002: Tiimikoulutusta sekä koulutettiin sisäisiä kehittäjiä hyvinvointialueilla. Työterveydenhuolto siirtyi nettobudjetointiin. Lääkäripula pakotti ostopalvelujen käytön selvään laajentamiseen.

2003: Päivystystoiminta ulkoistettiin lääkäriäryövoiman osalta. Yöpäivystyksestä vastaa keskussairaala.

2004: Koko Lahden kaupungissa otettiin käyttöön toimialaorganisaatio. Sosiaali- ja terveystoimen uusi organisaatio aloittaa 17.8.2004, tämän myötä hyvinvointialueiden toiminta lakkautettiin. Terveysasemien toimintaa häytti yhä paheneva lääkäripula, jonka vuoksi tarjouskilpailun jälkeen ulkoistettiin Keskustan terveysasema. Lääkäreiden lisäksi myös sairaanhoitajat ja terveyskeskusavustajat työskentelivät elokuusta alkaen 2-vuotisen sopimuksen mukaisesti yksityisen yrityksen palveluksessa.

Vaasa:

1993: Väestövastuujärjestelmä käyttöön avoterveydenhuollossa koko Vaasan kaupungin alueella.

1995: Terveysviraston uusi johtosääntö ja toimintasääntö voimaan 1.6.1995.

1997: Ensimmäinen vuosi, jolloin jokaisella väestövastuualueella oli oma terveysasemansa.

1998: Yöpäivystystoiminta Vaasan keskussairaalan kanssa aloitettiin. Aloite asiasta tuli Keskussairaaltalta.

Vaasan terveystoimen lääkäritilanne huononi selvästi vuoden aikana. Sijaisten saanti ja virkojen täyttö vaikeutui.

1999: Kotisairaaloiminta.

2000: Kaupungin tilinpäätöksessä esitetään terveysviraston ja kaikissa muissa hallintokunnissa kaupunginvaltuustoon nähden sitovat tavoitteet.

2002: Päivystystoiminta keskitettiin pääterveysasemalle lääkäripulan takia. Terveyskeskuksen laboratoriotoiminta siirtyi Vaasan keskussairaaltalta ostettavaksi palveluksi.

2003: Lääkäripulan takia päiväajan päivystystoiminta keskitettiin pääterveysasemalle. Ostopalvelulääkäreiden käyttö päivystystoiminnassa lisääntyi.

2004: Ostopalvelulääkäreiden käyttö lisääntyi vuoden aikana. Joulukuusta lähtien päivystyksen lääkäriyövoima ostettiin kokonaan yksityiseltä palvelujen tarjoajalta.

Kajaani:

1993: Lääkäreiden vastaanottojen painopistettä pyrittiin edelleen siirtämään alueiden soluille. Lääkäreiden lukumäärä säilyi ennallaan.

1994: Toimialan kehittämisen painopisteitä mm: keskittyä toiminta-ajatuksen mukaisten peruspalvelujen ylläpitoon ja parantaa tuottavuutta 2 % vuosittain sekä luoda säännöllinen asiakaspalautteen keruujärjestelmä.

1995: Kaupunginvaltuuston työryhmän toimeksiannosta STAKES suoritti koko perusturvatoimialan auditoinnin, jossa ei havaittu erityisiä puutteita perusturvan toiminnassa.

1996: Kajaanissa aloitettiin alueellisen omalääkärijärjestelmän mukainen toimintamalli 1.12, jossa kaupunki jaettiin 14 alueeseen. Toimialan palvelustrategiaa uudistettiin.

1998: Vastuualueissa kaksi muutosta. Mielenterveysyksikkö, joka aikaisemmin oli kuntayhtymällä, aloitti toiminnan osana Kajaanin perusterveydenhuoltoa. Perinteinen sosiaalihuollon kotipalvelu ja terveydenhuollon kotisairaanhoidon yhdistyi kotihoidon yksiköksi ja liitettiin avohoidon vastuualueeseen.

Kaupunginsairaalan lääkäreiden vaihtuvuuden lisääntymisen yhdeksi syyksi katsottiin selvä palkkaero sairaalalääkärien ja väestövastuuvirkaehtosopimuksen piirissä olevien avohoitolääkärien välillä.

1999: Merkittäviä säästöjä ja palvelujen uudelleen organisoimista. Henkilöstön määrä väheni n. 150 työntekijällä ja 2/3 henkilöstöstä lomautettiin. Pysyvä henkilöstövähennys n. 100 työntekijää. Palvelurakennetta ja organisaatiota muutettiin. Vanhusten- ja kotihoidonvastuualue (vanhainkodit, kotihoito, omaishoito sekä lyhytaikaishoito eli entinen kaupunginsairaalan osasto 1) muodostettiin vuoden 1999 alusta. Kaupunginsairaala muokostettiin oma vastuualue.

Keskeisin tavoite oli avohoidon osalta talouden tasapainottaminen. Virka-ajan ulkopuolinen lääkäripäivystys siirrettiin keskussairaalaan.

Röntgenkonsultaatiot ostettiin 1.1.1999 alkaen keskussairaalaan. Työuupumuksesta ja henkilöstön loppuun palamisen uhasta alettiin keskustella.

2000: Keskeisten ammattiryhmien rekrytoinnissa ongelmia. Lääkäripula näkyi selvästi pitkien sijaisuuksien täyttämässä.

2001: Vastuualueiden tehtävissä muutoksia ja uusi johtosääntö. Seitsemän vastuualuetta. Avohoidon vastuualue koostuu 11 tulosityksiköstä: 3 terveysasemaa, työterveyshuolto, mielenterveysyksikkö, a-klinikka, erityistyöntekijät, laboratorio, röntgen, fysioterapia ja päivystys ja yhteiset palvelut.

2002: Yhden terveysaseman toiminta siirrettiin pääterveysasemalle. Tämän jälkeen Kajaanissa oli kaksi terveysasemaa, joissa oli lääkärinvastaanottopalvelut.

2003: Äitiys- ja lastenneuvolatyö eriytettiin omaksi kokonaisuudeksi. Työterveyshuolto toimi omilla tuloillaan kulunsa kattavana puhtaana työterveyshuoltoyksikkönä. Laboratoriot toiminta siirtyi kuntayhtymälle.

2004: Valmistautuminen maakuntahallinnon toteuttamiseen. Lähes kaikki hallinnossa auki tulleet virat ja tehtävät jätettiin täyttämättä. Lääkärien osalta auki olleisiin virkoihin ei aina ollut hakijoita.

Kerava:

1993: Palvelurakenne- ja organisaatiouudistus. Sosiaali- ja terveystoimen uusi palveluorganisaatio perustui alueellistamiseen (kolme maantieteellistä palvelualueetta ja keskitetyt palvelut). Tavoitteena oli, että ulkopuolisten (ESH, laitoshoido) palveluiden käyttöä voidaan vähentää. Virastossa toteutetaan lomautuksia ja henkilöstövähennyksiä. Todetaan, että alueellisen toiminnan käynnistäminen joillakin alueilla vaikeaa.

1994: Säästöjä haetaan henkilöstön vähentämisen kautta. Konsultti palkataan selvittämään palvelurakennetta. Kaupunginvaltuusto päätti vuosina 1995–1997 toteutettavasta 71 työntekijän vähentämisestä. Lautakunta asettaa pitkän aikavälin tavoitteita, jotka sisältävät mm. omatoimisuuden lisäämistä, yksityisten palveluiden käytön lisäämistä ja priorisointia.

1995: Sosiaali- ja terveysviraston henkilöstön vähennys yhteensä 43 henkilöä, joista varsinaisia irtisanomisia oli yhteensä 15. Erityisesti vähennettiin hallinto- ja toimistohenkilökuntaa, josta irtisanottiin yhdeksän henkilöä.

Palveluiden tuottamisorganisaatiota tarkistettiin 1.6.1995 lukien. Ratkaisuna toteutettiin neljän palvelualueen malli aikaisemman kolmen sijasta. Lisäksi yhdistettiin laitospalvelut ja eräät terveydenhuollon tukipalvelut laitos- ja tukipalveluiden vastuualueeksi. Vuoden aikana toteutettiin useita palveluiden tarjontaan ja organisoimiseen liittyviä muutoksia. Toimintoja ja palveluja siirrettiin toisille hallintokunnille, yksityistettiin ja vähennettiin.

Keravan kaupungin keskushallinto tilasi konsultin, hallintokuntaa kuulematta, laatimaan selvityksen sosiaali- ja terveystoimen kehittämiseksi.

1996: Keväällä käynnistettiin kaupungin toimintojen kehittämisen osana sosiaali- ja terveystoimen kehittämishanke. Tätä varten palkattiin konsultti avustamaan toimialan johtoa. Kaupunginjohtajan määräyksestä laadittiin kaksi raporttia sosiaali- ja terveystoimen kehittämiseksi. Valtuuston päätöksen mukaiset henkilöstövähennykset vuoteen 1997 mennessä toteutuivat.

1997: Uusi lautakunta ja uusi organisaatio. Lasten päivähoito siirtyi koulutuslautakunnan vastuulle (sosiaali- ja terveystoimen henkilökunta 288, edellisenä vuonna 588). Hallinnollisesta alueorganisaatiosta luovuttiin ja toiminnot ryhmiteltiin neljäksi palvelulinjaksi. Kaikki lääkäreiden vastaanottopalvelut keskitettiin pääterveysasemalle.

1998: Sosiaali- ja terveystoimen hallinnon kehittämistä varten palkattiin Sisäasianministeriön tuella johdon konsultti. Konsultin tehtävänä oli laatia esitys sosiaali- ja terveystoimen hallinnon järjestämisestä. Konsultti suositteli sopimusohjauksjärjestelmään siirtymistä. Sosiaali- ja terveystoimen lautakunta ja tätä ennen ohjaus- ja seurantatoimikunta hyväksyivät esitetyn organisaatiomallin. Työterveyshuolto valmistautui vuoden 1999 kilpailutukseen tuotteistamalla toimintojaan ja kehittämällä hinnastoaan.

1999: Väestövastuujärjestelmään siirryttiin 1.10. Organisaatiomuutos, jossa sosiaalityön ja erityispalveluiden palvelulinjat yhdistetään sosiaali- ja erityispalveluiden palvelulinjaksi. Keravan kaupungin henkilöstön työterveyshuolto siirtyi kilpailutuksen jälkeen yksityisen lääkäriaseman hoidettavaksi. Kaupungin työterveyden toimintaa supistettiin.

2000: Väestövastuujärjestelmä ja tiimit toiminnassa ensimmäisen koko vuoden. Lääkäreiden sijaisten rekrytoinnissa alkaa esiintyä ongelmia.

2001: Henkilöstön saatavuudessa vaikeuksia. Toteutettiin asiakastutkimus avopalveluissa kuten edellisenäkin vuotena: tyytyväisyys Keravan sosiaali- ja terveystoimiin maan keskitasoa.

2002: Henkilöstön saatavuudessa vaikeuksia. Lääkäreiden päivystyspalveluja ostetaan yksityiseltä yritykseltä. Lääkärikäynnit vähenivät vaikka määrällistä tavoitetta laskettiin. Asiakastutkimuksen mukaan tyytyväisyys Keravan avopalveluihin oli laskenut, tavoitetta ei saavutettu. Syyksi katsotaan henkilöstön saatavuuden vaikeutuminen. Henkilöstömäärässä lievää nousua vuosina 2000–2002.

2003: Henkilöstön saatavuudessa edelleen vaikeuksia. Lääkäreiden päivystyspalveluja ostetaan yksityiseltä yritykseltä (talousarvio ylittyi ostopalveluiden osalta 63 %). Lääkärikäynnit vähenivät vaikka määrällistä tavoitetta laskettiin. Toimialan vakansseja lisättiin 16 kpl (mm. kaksi terveyskeskuslääkärin- ja talouspäällikönvirka).

2004: Terveyskeskuksen organisaation toiminnallinen uudelleenjärjestelyn valmistelu. Uudet kustannuspaikat ja organisaatiomalli otetaan käyttöön vuoden 2005 alusta.

Nokia:

1993: Kaupungin hallintouudistuksen sisäänajon vuosi. Hallintouudistuksessa siirrettiin eläinlääkintähuolto ja terveystoiminta ympäristökeskukseen. Terveyskeskuksen sisäistä toimintaa järjestettiin uudelleen aluejaon pohjalta. Nokian pohjoista, eteläistä ja keskistä osaa varten muodostettiin erilliset aluevastaanotot, jotka vastaavat alueensa neuvola-, lääkäri-, kouluterveydenhuolto- ja kotisairaanhoidopalveluista.

1994: Kaupunginhallitus lomautti lääkärit viideksi päiväksi lääkäreiden jäätyä paikallisen säästösopimuksen ulkopuolelle. Terveystoimen säästötoimien takia määräaikaisten ja osa-aikaisten työntekijöiden määrä on säilynyt merkittävänä.

1995: Terveyskeskuksen säästötoimista voitiin luopua.

1996: Toiminta- ja tilikertomuksessa todetaan että toiminta on vakiintunut lama-vuosien jälkeen. Huomiota on alettu kiinnittää enemmän laatuun ja palvelurakenteeseen. STAKES:in ja Simo Kokon sosiaali- ja terveyspalveluiden palvelurakente selvityksessä todetaan, että Nokian palvelurakenne on tutkimuksen ja numeroiden valossa yllättävän edullinen.

1999: Aikaisemmin sairaanhoitopiirin toimintana ollut mielenterveyskeskuksen toiminta siirtyi Nokian kaupungin toiminnaksi.

2000: Väestövastuutyöryhmä perustettu ja suunnittelu on aloitettu. Työterveyshuolto erotettiin omaksi tulosalueekseen, jossa otettiin käyttöön nettobudjetointi. Ensiapuun nimitettiin vastaava lääkäri. Nokian terveystoimen laboratoriotoiminta liitettiin osaksi sairaanhoitopiirin laboratoriokeskuksen toimintaa.

2001: Nokian ensimmäinen kertomusvuosi ESH:n tilaajarenkaassa. Yhteistyön tilaajarenkaassa todetaan toimivan hyvin. Kustannusten ennakoitavuus ja kontrolli eivät toimineet kuitenkaan odotetulla tavalla.

2002: Väestövastuujärjestelmä otettiin käyttöön 1.9.

2003: Väestövastuujärjestelmän ensimmäinen täysi toimintavuosi.

Työterveyshuollossa otettiin nettobudjetointi käyttöön.

2004: Väestövastuujärjestelmään siirtymisen jälkeen ensiavun lääkärikäyntien määrä laski edelleen.

Varkaus:

1993: Yhdistetyn sosiaali- ja terveystoimen ensimmäinen toimintavuosi.

1997: Säästötoimia. Yksi terveysasema lakkautettiin.

1999: Laadukas terveyskeskus – projekti aloitettiin syksyllä. Terveysasemilla asiakaskysely.

Hammashuollon toimintaa koskeneen konsulttiselvityksen jälkeen hammashuollon henkilökunnan määrä vähennettiin 25 %.

2000: Yksi terveysaseman lakkautettiin. Lääkäripulan takia aloitettiin keikkalääkäreiden käyttö.

2001: Palvelujen saatavuuteen vaikutti henkilöstön saatavuus: lääkäreiden ja sosiaalityöntekijöiden virkojen ja erityisesti sijaisuuksien täyttäminen oli vaikeaa. Terveysasemilla tehtiin asiakaskysely.

2002: Kaupunginhallituksen lokakuussa 2001 nimeämän työryhmän selvitys sosiaali- ja terveyspalvelujen nykytilasta ja kehittämistarpeista valmistui. Työryhmä kävi laajasti läpi eri palvelualueiden tietoja ja tuotti tilastoaineistoa käytettäväksi jatkotyöskentelyssä.

2003: Keväällä lääkäripula vaikeutti väestövastuutoimintaa kaikilla terveysasemilla.

2004: Kaupunginvaltuusto päätti keväällä sosiaali- ja terveystoimen hallinnollisesta eriyttämisestä vuoden 2005 alusta lukien. Vuoden aikana valmistauduttiin

virastojen eriyttämiseen, joka toteutettiin aikataulussa. 1.1.2004 Varkauden sairaala siirtyi kaupungin omistukseen Pohjois-Savon sairaanhoitopiiriltä.

Raisio:

1993: Sosiaali- ja terveysvirastot yhdistettiin vuoden alusta. Virasto jakautuu neljään vastuualueeseen. Palvelut tuotetaan aluevastuun periaatteen mukaisesti, jolloin moniammatillinen työryhmä vastaa alueen palveluista.

1995: Organisaatiomuutos, viraston vastuualueiden määrä nousee kuuteen.

1997: Sosiaali- ja terveysvirastossa useita projekteja, mm. aloitettiin laaja henkilöstön prosessikehittämisen projekti. Tähän liittyy kaikkien esimiesten johtamisen parantamiseen tähtäävä koulutus.

2000: Efektia Oy:ltä tilattu konsulttiselvitys sosiaali- ja terveysviraston toiminnasta valmistui. Selvityksen mukaan sosiaali- ja terveystoimen palvelut on järjestetty vähintään lain minimivaatimukset täyttäen.

Selvitettiin mahdollisuutta siirtyä omalääkärijärjestelmään, jonka aloittaminen päätettiin siirtää myöhempään ajankohtaan.

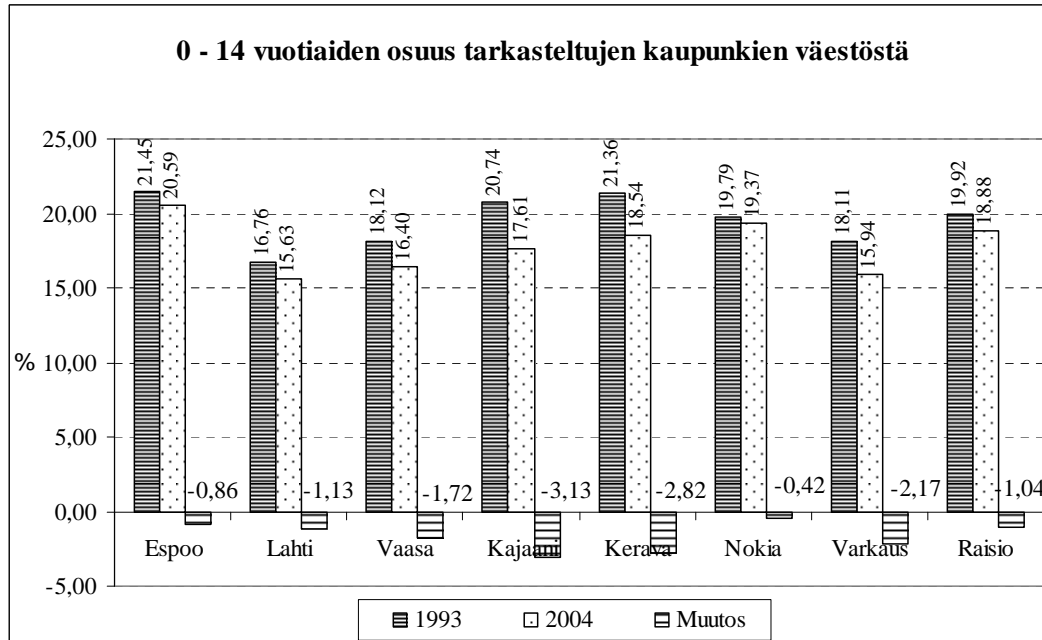
2001: Lääkäripula alkoi loppuvuodesta.

2003: Sosiaali- ja terveystoimen uusi organisaatio ja uusi johtosääntö. Omalääkärijärjestelmä otettiin käyttöön 1.5.

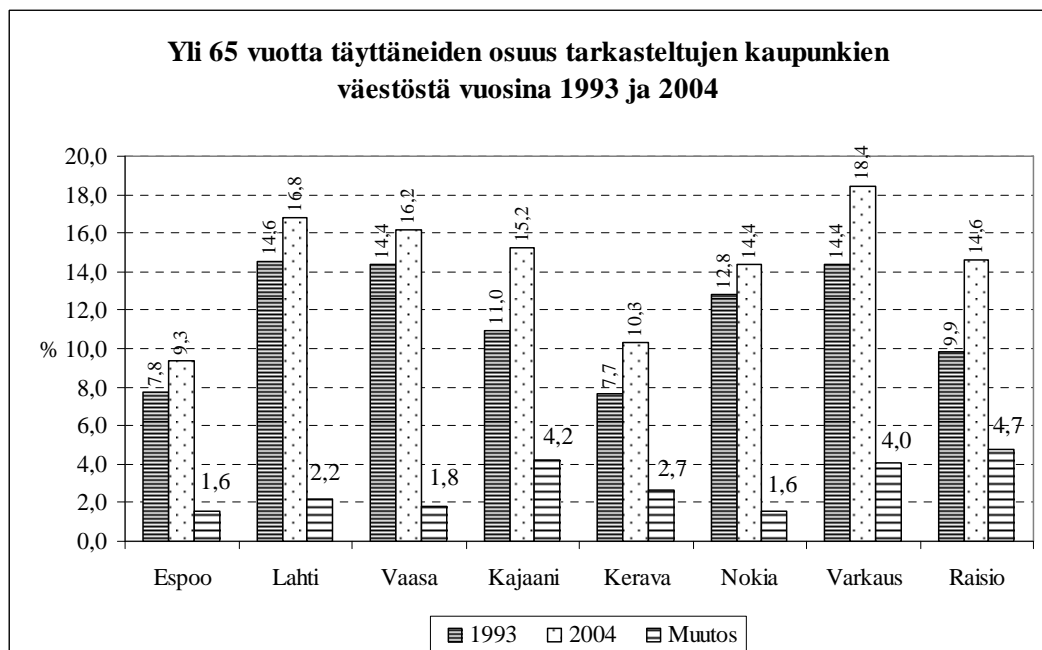
2004: Omalääkärijärjestelmään liittyvien toimintamallien kehittämiseen liittyi mm. ajanvarauksen kehittäminen prosessityömenetelmillä. Keskitetty Turun seudun yöpäivystys aloitti toimintansa 1.1.2004. Raision sairaalan ilta- ja yöpäivystys päättyi alkuvuonna ja päiväpäivystys 1.9.2004.

Liite 6

Tarkastelun kohteena olevien kaupunkien väestön ikärakenteen kehitys

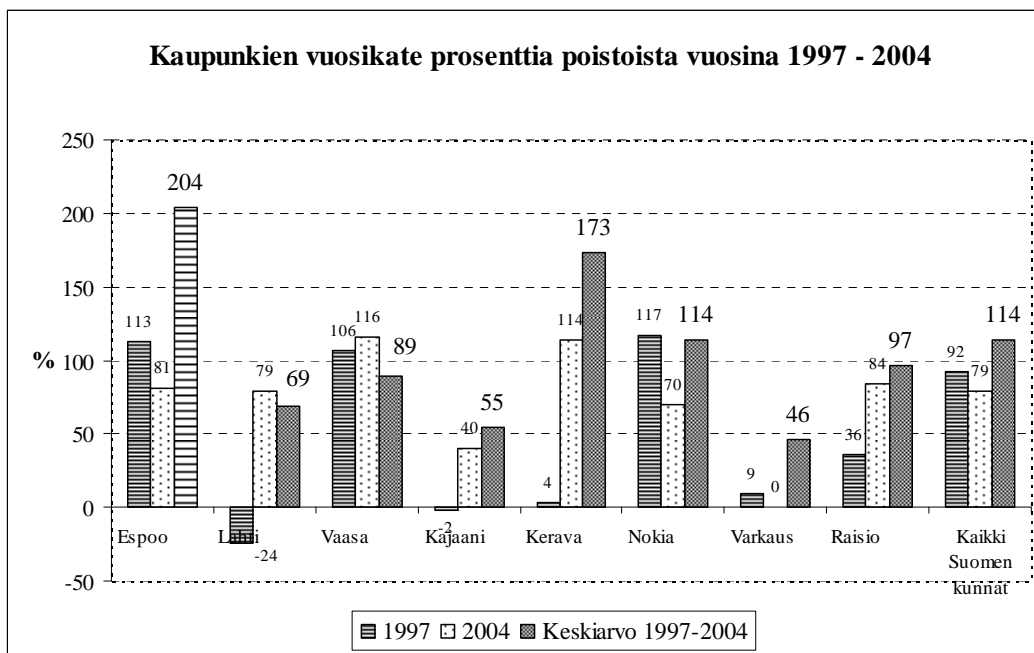


0–14 vuotta täyttäneiden osuus kaupunkien väestöstä vuosina 1993 ja 2004 (Sotkan tietokanta 2006a).



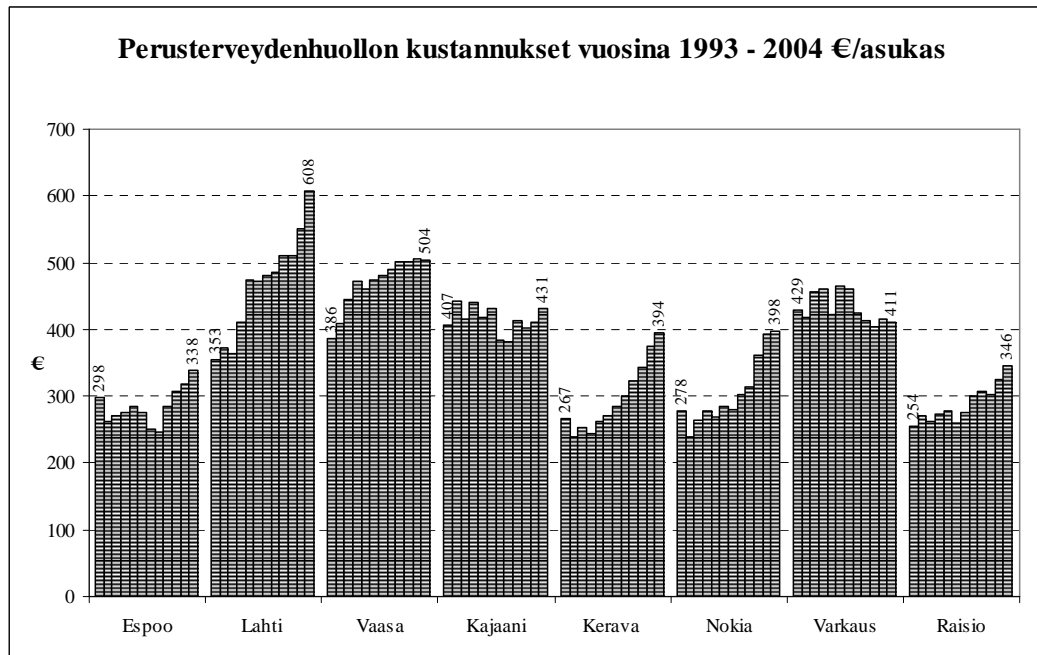
Yli 65-vuotiaiden osuus kaupunkien väestöstä vuosina 1993–2004 (Sotkan tietokanta 2006e).

Liite 7

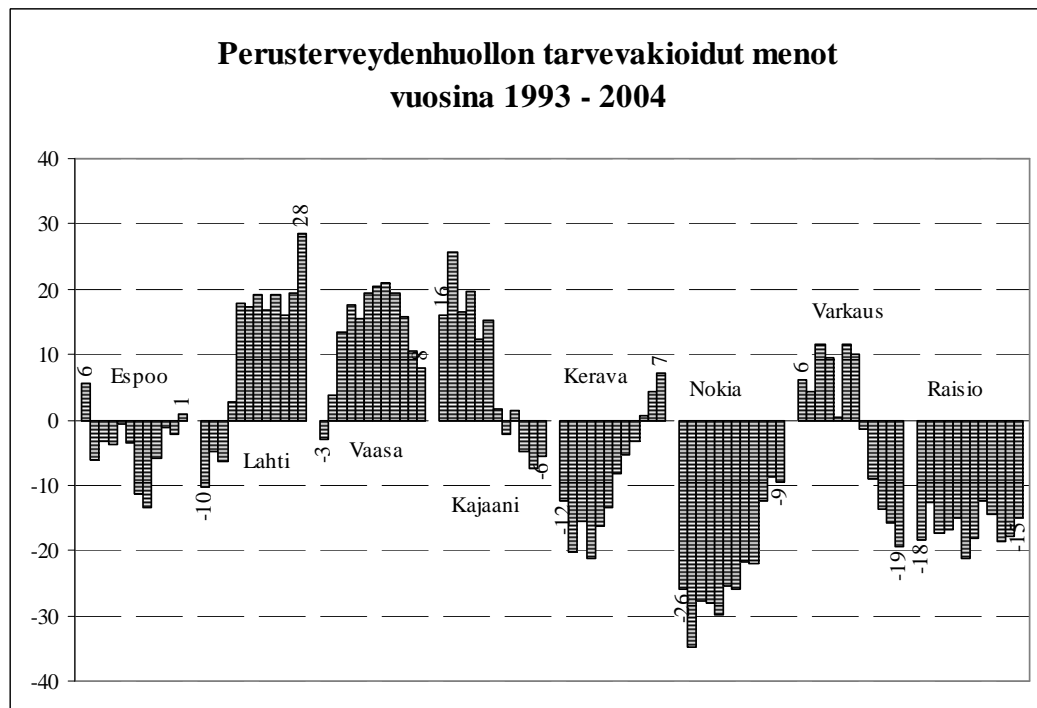


Tarkasteltujen kaupunkien vuosikate prosenttia poistoista (kuntaliitto / Tilastokeskus 2006d).

Liite 8

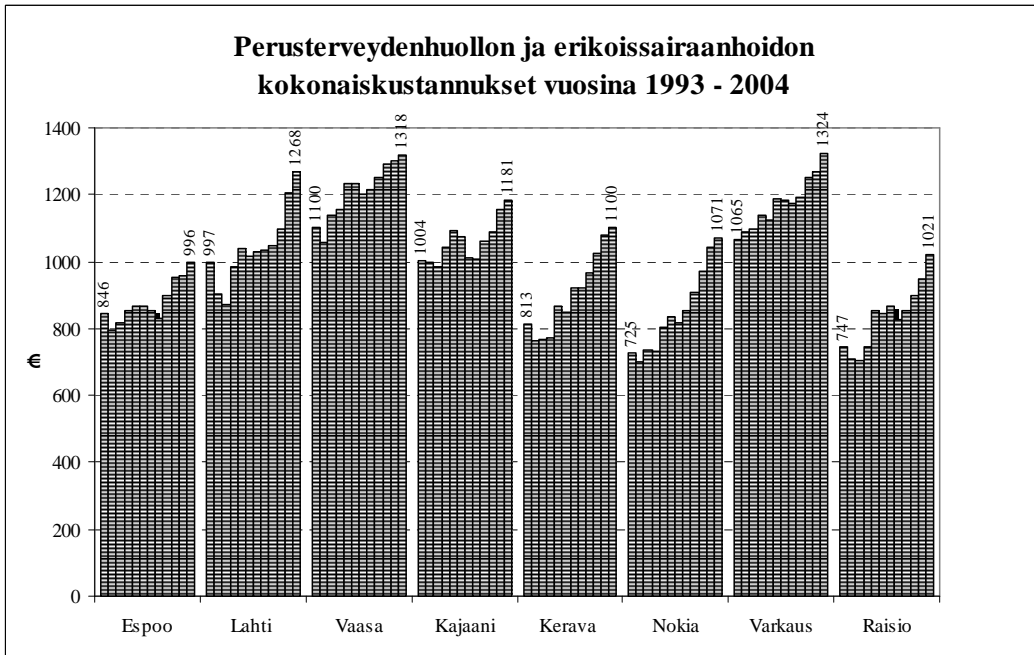


Tarkasteltujen kaupunkien perusterveydenhuollon menot €/asukas vuoden 2004 hinnoin (Kuntaliitto / Tilastokeskus 2006b).

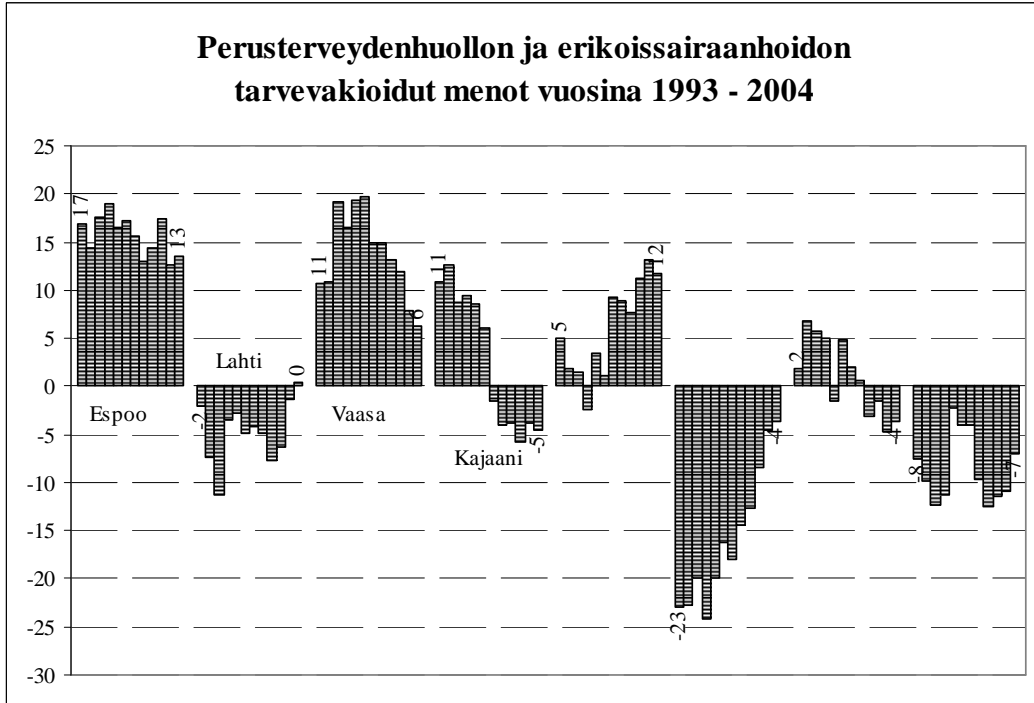


Tarkasteltujen Kaupunkien perusterveydenhuollon tarvekaioidut menot (Huja-nen, Pekurinen & Häkkinen 2006a).

Liite 9



Tarkasteltujen kaupunkien PTH:n ja ESH:n kokonaismenot vuosina 1993–2004 vuoden 2004 hinnoin (Kuntaliitto / tilastokeskus 2006c).



Tarkasteltujen kaupunkien terveydenhuollon tarvekioidut menot (Hujanen, Pekurinen & Häkkinen 2006a).