

VAASAN YLIOPISTO

JOHTAMISEN YKSIKKÖ

Henriikka Tammes

**SOTE-UUDISTUSTEN TAVOITTEET HALLITUSOHJELMIEN NÄKÖKUL-
MASTA TARKASTELTUNA**

Hallinnon päätöksenteko sote-uudistuksen kontekstissa

Sosiaali- ja
terveyshallintotieteen
pro gradu -tutkielma

VAASA 2018

SISÄLLYS

	sivu
KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO	3
LYHENTEET	4
1. JOHDANTO	7
1.1. Tutkimuksen tausta	7
1.2. Tutkimuksen tavoitteet ja tarkoitus	9
2. PÄÄTÖKSENTEKO SOTE-UUDISTUKSEN KONTEKSTISSA	11
2.1. Päätöksenteko	11
2.1.1. Rationaalinen ja rajoitetusti rationaalinen päätöksenteko	17
2.1.2. Ikrementaalinen päätöksenteko	22
2.1.3. Mixed-scanning -päätöksenteko	24
2.1.4. Teorioiden yhteenveto	25
3. HALLITUSOHJELMAT SOTE-UUDISTAMISEN TAUSTALLA	28
3.1. Sosiaali- ja terveydenhuollon perustilan kuvaus	28
3.2. Uudistus ja uudistaminen	33
3.3. Hallitusohjelmien rooli uudistamisessa	39
3.4. Hyvinvointivaltio peruspalveluiden takaajana	44
3.5. Suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisen yhteenveto	45
4. METODI JA MATERIAALILUKU	48
4.1. Tutkimusaineisto	48
4.2. Tutkimuksen menetelmälliset lähtökohdat	50
4.3. Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	57
5. TULOKSET	59
5.1. Päätöksenteko sote-uudistamisen valmistelussa	59
5.2. Hallitusohjelmien tavoitteet	65
5.3. Yhteenveto	72
6. POHDINTA	76

LÄHDELUETTELO

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

Kuvio 1. Simonin päätöksentekoprosessi täydennettynä implementoinnilla	14
Kuvio 2. Hallitusten sote-ratkaisut	42
Kuvio 3. Hallitusohjelmien keskeiset sote-uudistamisen tavoitteet	72
Kuvio 4. Sote-uudistamisen aikajana	64
Taulukko 1. Päätöksenteon mallien yhteenveto tiivistetysti	26
Taulukko 2. Terveyspalveluiden julkiset järjestäjät ja rahoittajat EU-maissa	31
Taulukko 3. Aineistona käytetyt dokumentit	50
Taulukko 4. Aineiston yksinkertaistaminen	55-56

LYHENTEET

HE	hallituksen esitys
HO	hallitusohjelma
OECD	Organisation for Economic Co-Operation and Development
PeVM	perustuslakivaliokunnan mietintö
PL	Suomen perustuslaki 731/1999
STM	sosiaali- ja terveysministeriö
SopS	Kansalaisoikeuksia ja poliittisia oikeuksia koskeva kansainvälinen yleis- sopimus
THL	Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos
VM	valtiovarainministeriö
VTV	valtionalouden tarkastusvirasto

VAASAN YLIOPISTO
Johtamisen yksikkö

Tekijä:	Henriikka Tammes	
Pro gradu -tutkielma:	Sote-uudistusten tavoitteet hallitusohjelmien näkökulmasta tarkasteltuna: Hallinnon päätöksenteko sote-uudistamisen kontekstissa	
Tutkinto:	Hallintotieteiden maisteri	
Oppiaine:	Sosiaali- ja terveyshallintotiede	
Työn ohjaaja:	Pirkko Vartiainen	
Valmistumisvuosi:	2018	Sivumäärä: 97

TIIVISTELMÄ:

Väestörakenteen muutos on tuottanut lisääntyviä paineita julkisen talouden kestävyydelle 2000-luvun aikana ja suunta näyttää menevän samaan suuntaan myös tulevaisuudessa. Terveysmenojen kasvu yhdistettynä samanaikaiseen rahoituspohjan heikkenemiseen tuottaa haasteita laadukkaan ja riittävän sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiselle tulevaisuudessa. Eri hallitukset ovat pyrkineet uudistamaan sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmäämme aina 2000-luvun alun pääministeri Paavo Lipposen II hallituksesta – pääministeri Juha Sipilän hallitukseen. Sote-uudistuksen valmistelussa on tapahtunut paljon erilaisia käännteitä, eikä uudistusta ole politiikan termein vielä saatu vietyä maaliin. Poliittisella kentällä yhteiseksi agendaksi on kyllä ymmärretty uudistuksen tarpeellisuus, mutta keinoista joilla sote-uudistus tulisi toteuttaa ei poliittisella kentällä vallitse yhteisymmärrystä. Sote-uudistuksen yhteydessä on lisäksi valmisteltu joko kunta- tai maakuntauudistusta.

Tutkimuksen teoreettinen tausta perustuu kolmelle päätösteorialle, rajoitetusti rationaaliselle, inkrementaalille ja mixed-scanningille. Tutkimuskysymysten avulla pyrittiin selvittämään minkälaista päätöksentekoa on ollut sote-uudistamisen kontekstissa ja minkälaisia tavoitteita sote-uudistamiselle on asetettu 2000-luvun hallitusohjelmissa. Tutkimus on laadullinen tutkimus, jonka empiria koostuu erilaisista sote-uudistuksen valmisteludokumenteista ja kirjoituksista, sekä 2000-luvun aikana hallinneiden pääministereiden hallitusohjelmista. Metodina tutkimuksessa käytettiin dokumenttianalyysia. Aineisto kerättiin kesällä 2018, jonka jälkeen aineisto pelkistettiin ja luokiteltiin, sekä analysointiin sisällönanalyysilla.

Tutkimustulosten mukanaan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamispäätökset näyttävät noudattavan tutkimukseen valittujen päätösteorioiden piirteitä. Lisäksi hallitusohjelmiin kirjatut uudistamisen keskeisimmät tavoitteet ovat pysyneet 2000-luvun aikana varsin yhteneväisinä, mutta tavoitteiden saavuttamiseen pyrkivät keinot ovat vaihdelleet hallitusten välillä. Sote-uudistamisen keskeisimpinä tavoitteina ovat olleet palveluiden saatavuuden, laadun ja riittävän määrän turvaaminen maan eri osissa, terveyserojen kaventaminen, palvelujen rahoituspohjan vakauttaminen ja turvaaminen sekä palvelujen kustannusten hallinta. Myös muut sosiaali- ja terveystieteelliset tavoitteet ovat näyttäneet pysyneen melko yhteneväisinä koko 2000-luvun alun ajan. Yhtenä johtopäätöksenä todettiin, että sote-uudistuksen sitominen kuntauudistamiseen on tuonut uudistuksen valmisteluun haasteita. Nämä haasteet ovat olleet erityisesti uudistusten tavoitteiden yhteensovittamisessa. Pohdittavaksi jää, onko näitä kahta massiivista uudistusta edes mahdollista toteuttaa samassa uudistuksessa.

AVAINSANAT: Sote-uudistus, hallinnon päätöksenteko, rajoitetusti rationaalinen, inkrementaalinen ja mixed-scanning päätösteoria, hallitusohjelmat, tavoitteet

1. JOHDANTO

1.1. Tutkimuksen tausta

Suomalaisten hyvinvoinnin tunnuspiirteinä on kaikkien ihmisten oikeus sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013.) Pohjoismaisen hyvinvointivaltion tapaan julkisen vallan tehtävänä on edistää ihmisten hyvinvointia, terveyttä ja toimeentuloa. Näistä on säädetty sosiaali- ja terveyslainsäädännössä. Lisäksi potilaan sekä sosiaalihuollon asiakkaan asemaa ja oikeuksia turvataan perustuslailla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005.)

Terveydenhuollon palveluita, niiden saatavuutta ja laatua on kehitetty viime vuosikymmenet. Nämä palvelut koostuvat perusterveydenhuollon ennaltaehkäisevistä ja tasavertaisista palveluista, joita täydentävät erikoissairaanhoidon palvelut sekä ympäristöterveydenhuolto. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013.) Tällä hetkellä sosiaali- ja terveystalouden järjestäminen on käytännössä kuntien tehtävä, jota yksityiset palveluntuottajat sekä erilaiset kolmannen sektorin toimijat täydentävät. (Kuntaliitto 2017; Sosiaali- ja terveysministeriö 2005.)

Kuten suuressa osassa Eurooppaa, on väestörakenteen muutos tuottanut lisääntyviä paineita julkisen talouden kestävyydelle. Terveysmenojen kasvu yhdistettynä samanaikaiseen rahoituspohjan heikkenemiseen tuottaa haasteita laadukkaan ja riittävän sosiaali- ja terveystalouden järjestämiselle tulevaisuudessa (Vaarama, Moisio & Karvonen 2010: 5-6; Palosuo & Lahelma 2013: 39). Kahdeksan viimeisen hallituskauden aikana on pyritty toteuttamaan Suomen kipeästi tarvitsemaa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta (jatkossa sote-uudistus), siinä kuitenkin onnistumatta. 2000-luvun alun pääministeri Paavo Lipposen II hallituksesta – pääministeri Juha Sipilän hallitukseen on nähty erilaisia yrityksiä, jotka ovat kaikki kaatuneet. Juha Sipilän hallituksella on toki vielä mahdollisuus onnistua maakunta- ja sote-uudistuksen toteuttamisessa, vaikka myös Sipilän hallitus on jo törmännyt uudistamisen ongelmiin.

Sote- ja kuntauudistuksen toteuttamiseen liittyvät ongelmat ovat siis varsin ajankohtaisia tutkimusteemoja, kun etsitään syitä siihen, että miksi uudistusta ei olla politiikan termein pystytty "viemään maaliin". Valtion velkaantuminen ja jatkuvasti kasvavat sosiaali- ja terveydenhuollon menot sekä huoltosuhteen vinouma aiheuttavat hallitukselle vuosi vuodelta enemmän paineita toteuttaa kyseinen uudistus. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015, 2017; Kuntaliitto 2017; Hukkanen 2016.)

Sote-uudistuksesta puhuttaessa on ensiksi tarkasteltava, mitä käsitteellä tarkoitetaan. Se koitamme helposti keskustelun sote-uudistuksesta, siihen mitä me palveluiden käyttäjät tahdomme saada sote-palveluista tai puhumme sote-palveluiden tuottajista eli julkisesta, yksityisestä tai kolmannen sektorin palveluntuottajista tai kaikista niistä tekijöistä joiden valossa uudistus kannattaisi tai pitäisi toteuttaa. (Hiilamo 2015: 13–18; Valtioneuvosto 2018). Kaikki edellä mainitut asiat ovat toki tärkeitä sote-uudistuksen kannalta ja ne kaikki liittyvät sote-uudistamiseen. Tässä tutkimuksessa sote-uudistuksella tarkoitetaan kuitenkin valtion toimesta toteutettavaa (lakisääteistä) sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteen ja palvelujen järjestämisen uudistusta, jonka tarkoituksena on edistää hallituksen asettamia tavoitteita sosiaali- ja terveydenhuollossa. Koska sote-uudistuksen yhteydessä ollaan valmisteltu myös kunta- tai maakuntauudistusta, kulkevat alueuudistamiseen tähtäävät uudistukset tässä tutkimuksessa mukana ikään kuin sivujuonena.

Tutkimukseni tarkoituksena on selvittää, minkälaista hallinnollinen päätöksenteko on sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisen kontekstissa. Tarkastelen sote-uudistamisen hallinnollista päätöksentekoa rajoitetusti rationaalisen, inkrementaalisen ja mixed-scanning päätösteorioiden pohjalta. Lisäksi tarkastelen minkälaisia tavoitteita sote-uudistamiselle on asetettu viimeisten kahdeksan eri hallitusohjelman mukaan. Pyrin kuvaamaan näiden tavoitteiden kehittymistä ja ongelmallisuutta. Tutkimuksen perustavoitteena on lisätä tietoa sote-uudistusten valmistelusta.

Muita tutkimuksen peruskäsitteitä ovat uudistus, päätöksenteko, hallitusohjelmat ja hallituksen päätöksenteko.

1.2. Tutkimuksen tavoitteet ja tarkoitus

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on laajentaa tutkimuksellista kuvaa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisen päätöksenteosta sekä hallitusten asettamista tavoitteista sote-uudistukselle. Tutkimuksessa tarkastellaan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisen kontekstissa tapahtuvaa päätöksentekoa sekä 2000-luvun hallitusten hallitusohjelmiin kirjattuja tavoitteita sote-uudistamisesta. Tutkimuksessa käytettiin dokumenttianalyysia ja sisällönanalyysia.

Tutkimuksen kohteena ovat pääministeri Lipposen II hallituksesta alkaen, Jääteenmäen, Vanhasen I ja II, Kiviniemen, Kataisen, Stubbin sekä vallassa olevan Sipilän hallitukset ja hallitusohjelmiin kirjatut tavoitteet sote- ja kuntauudistamisesta. 2000-luvun rajauksella tarkastellaan jälkiteollisen hyvinvointiyhteiskunnan yrityksiä järjestää toimivat, tehokkaat ja yhdenvertaiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut hallitusohjelmien linjausten ja perustuslain antamien raamien mukaisesti.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten päätöksentekoa voidaan määritellä, kun sitä tarkastellaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden uudistamisen kontekstissa.
2. Minkälaisia tavoitteita sote-uudistamiselle on esitetty 2000-luvun hallitusohjelmissä.

Tässä tutkimuksessa johdantoa seuraavissa kahdessa luvussa kuvataan tutkimuksen viitekehystä. Näistä ensimmäisessä kuvataan hallitusten päätöksentekoa päätösteorioiden valossa. Toisessa luvussa tarkastellaan hallitusohjelmien käyttöä sote-uudistuksen tavoitteiden asettamisessa ja toteuttamisessa. Toisessa luvussa esitellään lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon perustilaa 2000-luvulla, ulottaen tarkastelun hyvinvointivaltion kontekstin näkökulmaan. Luvussa neljä esitellään tutkimuksen metodologiset valinnat sekä arvioidaan tutkimukseen valittuja menetelmiä ja niiden luotettavuutta. Tutkimuksen tulokset käydään läpi viidennessä kappaleessa, jossa saadut tulokset esitellään

tutkimuskysymysten mukaisessa järjestyksessä. Tutkimuksen päättää tulosten yhteenveto ja pohdinta.

Tutkimuksessa ei oteta huomioon eri puolueiden omia intressejä, vaan pitäydytään koalitiollahitusten hallitusohjelmien tavoitteiden tarkastelussa.

2. PÄÄTÖKSENTEKO SOTE-UUDISTUKSEN KONTEKSTISSA

2.1. Päätöksenteko

Tässä tutkielmassa päätöksentekoa tarkastellaan julkisen vallan käytön näkökulmasta. Vapaasti käännettynä päätöksenteko kääntyy englanniksi *decision* ja *policy-making*, eli siis valinnaksi tai päätöksenteoksi ja julkiseksi politiikanteoksi. Julkinen politiikka mielletään siis kyvyksi tehdä päätöksiä, olivatpa ne sitten erilaisia päätöksiä, toimia, tai päätöksiä olla toimimatta tietyssä asiassa. (Harisalo, Aarrevaara, Stenvall & Virtanen 2007: 27–28; Heywood 2013: 352.) Päätöksenteko ja politiikkaprosessi ovat olennainen osa julkista politiikkaa. (Harisalo ym. 2007: 58). Myös niiden määritelmät ovat lähellä toisiaan, koska politiikassa on ennen kaikkea kyse päätöksenteosta.

Kurvisen ja Sippolan (1989: 2) mukaan päätöksenteko on yksinkertaisimmillaan valinnan suorittamista vaihtoehtojen väliltä. Valitsemme vaihtoehdon, jonka oletamme toteuttavan toiveemme joko välittömästi tai myöhemmin tulevaisuudessa. Simonin (1979: 46) mukaan valitsemalla yhden vaihtoehdon, hylkäämme muut tarkastelun ulkopuolelle. Kurvinen (1985: 12–13) tarkentaa, että päätöksenteossa pyrimme valitsemaan tavoitteen, taikka keinon, jolla tavoitteemme toteutuu. Toisin sanoen päätöksenteko on valintojen tekemistä joko tavoitteiden kautta tai eri keinoja valitsemalla. Cloughin (1984: 320) mukaan päätöksenteossa on kyse useista eri elementeistä. Päätöksenteko sisältää informaation etsimisen, haluttujen lopputulosten määrittelemisen sekä keinojen valinnan. Lisäksi meillä voi olla myös välitavoitteita, jotka vievät meitä askel askeleelta lähemmäs tosiasiallista tavoitetta kohden. Parosen (2015: 75) mukaan päätöksentekoa tapahtuu kaikessa toiminnassa, oli sitten kyse yksilön, organisaation tai valtion valinnoista. Choon (1996: 329–340) mukaan päätöksenteko on sitä helpompaa mitä selvempiä päämäärät ja tavoitteet ovat ja mitä paremmin eri vaihtoehdot tunnetaan.

Käytän läpi tämän tutkimuksen päätöksenteon synonyymina myös valintaa. Valintaa tehdessä on Kurvisen (1985: 13) mukaan täytyttävä ainakin kolme edellytystä, jotta päätöksenteko olisi mielekästä. Täytyy tuntea tilanne, jossa päätös tehdään. Toiseksi pitää tuntea aineellisen ja elollisen ympäristön lainalaisuudet sekä päätöksenteon oletetut seuraukset.

Kolmanneksi Kurvisen (1985) mukaan päätöksentekijän tulee omata todenmukainen käsitys siitä, että toteutunut tavoite vastaa haluttua lopputulemaa. Todellisuudessa päätöksenteko ei ole kuitenkaan näin yksioikoista. Muuttuvassa maailmassa tuntemattomien tekijöiden keskellä, voimme vain olettaa mitä päätöksistämme seuraa. Valinnan tekoa voi rajata lisäksi erilaiset tekijät kuten laki, moraalit tai tunteet. Emme siis voi aina valita suorinta reittiä tavoitteitamme kohti, minkä takia päätöksenteko ei aina ole tehokkainta tai rationaalisinta. (Kurvinen 1985.) Salminen (2004: 61) täydentää, että päätöksentekoprosessin takana ovat suunnittelu ja valmistelu, varsinainen päätöksenteko- ja valintatilanne, täytäntöönpano ja valvonta sekä seuranta.

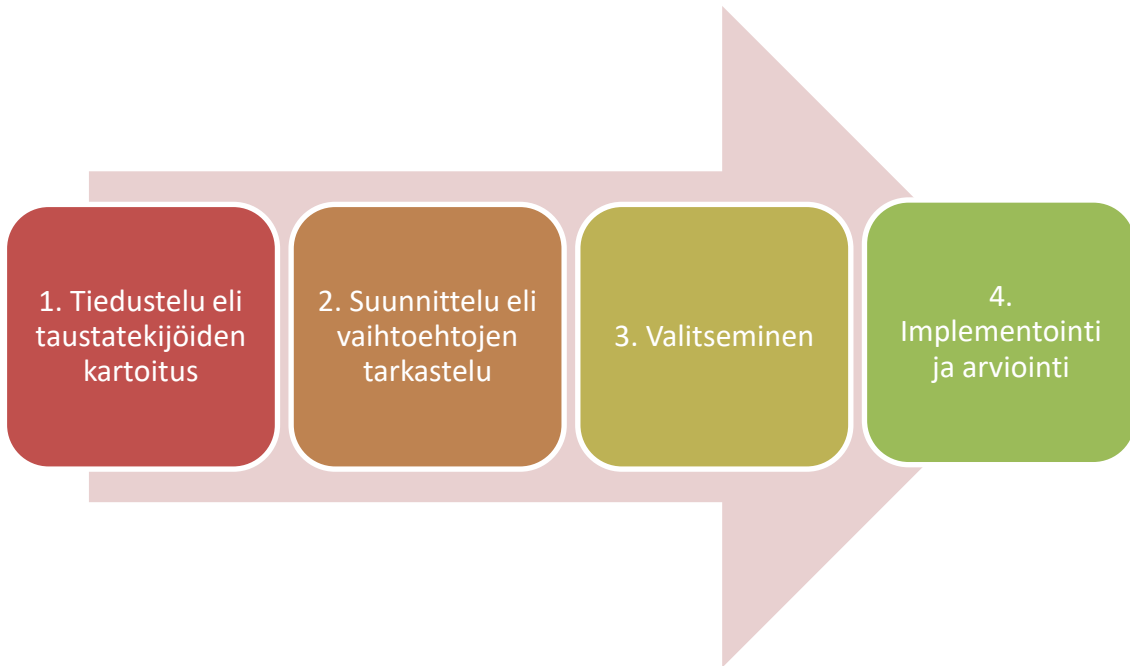
Paloheimo ja Wiberg (2012) jakavat päätöksenteon yksilölliseen, interaktiiviseen ja kollektiiviseen päätöksentekoon. Yksilöllinen päätöksenteko on kaikkea sellaista itseään koskevaa päätöksentekoa, jota yksilö päivänsä aikana tekee. On erilaisia käsityksiä, minkälaista tämä päätöksenteko on, onko se rationaalista, irrationaalista vai ainoastaan rutiinien noudattamista. Yhteiskuntatieteissä rationaalisesti toimivaa ihmistä kutsutaan termillä *homo economicus*. Homo economicus nähdään hyötyjen maksimoijana. Yksilöllisessä päätöksenteossa on paljon helpompi toteuttaa rationaalista päätöksentekoa, kuin vaikkapa kollektiivisessä päätöksenteossa. (Heywood 2013: 352; Paloheimo & Wiberg 2012: 261–264.)

Homo politicus eli poliittinen ihminen, on strategisessa vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa käyttäen vuorovaikutuksessa hyväkseen vallankäytön eri muotoja. Interaktiivisessa päätöksenteossa ihmiset ovat siis vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa. Ihmiset pyrkivät vaikuttamaan toisten ihmisten toimintaan edistääkseen omia tavoitteitaan. Ihmisille on tyypillistä, että luomme keskenään erilaisia organisaatioita, joissa muodostuu päätöksenteon kolmas taso, eli kollektiivinen päätöksenteon taso. Kollektiivinen päätöksenteko siis tapahtuu useimmiten organisaatioissa erilaisilla sopimuksilla, kilpailuilla, markkinoilla, vaaleilla tai auktoriteettivallalla. (Paloheimo ja Wiberg 2012: 262–263.)

Päätöksenteko julkisyhteisöissä on ratkaisujen tekoa, joka perustuu vaihtoehtojen valintaan. Tähän prosessiin kuuluvat päätöksentekijät, päätökset sekä

päätöksentekojärjestelmä. Julkishallinnossa poliittinen päätöksentekijä tai päättävässä asemassa oleva virkamies kuuluu poliittis-hallinnolliseen päätöksentekojärjestelmään. Päätöksentekijä julkishallinnossa voi siis olla poliittisen päätöksentekijän lisäksi myös virkamies, jolla on johtamisasema tai päätöksentekovaltuuksia. (Beach 1993: 215–220; Salminen 2004: 59–60.) Poliittinen päätöksentekoprosessi noudattaa pohjimmiltaan samaa kaavaa kuin tavallinen päätöksentekoprosessi. Päätöksentekoprosessi syntyy idean luomisesta, eli ehdotuksesta, mitä seuraa valmistelu, päätös, toimeenpano sekä päätöksen vaikutuksen seuranta ja mahdollinen päätöksen korjaaminen. Päätöksenteossa joudutaan sietämään nk. jäävuoren huippu ilmiötä, jossa päätöksentekohetkellä näkyvissä on vain jäävuoren huippu, lopun vuoren ollessa meren alla piilossa. Noponen (1992: 101) mukaan päätöksiin vaikuttaa päätöksentekijän oma asema, päätöksenteon päämäärät ja saatavilla oleva informaatio sekä päätöksentekijän omat motiivit. Lisäksi Noponen (1992) alleviivaa päätöshetkellä vallitsevan tilanteen ja asian kiireellisuuden merkityksen päätöksenteolle. Politiikassa rationaalisen päätöksenteon mahdollisuuksia heikentää toimijoiden usein hyvin erilaiset tavoitteet, joihin tulee löytää yhteinen konsensus (Noponen 1992: 101; Simon 1982; Palumbo 1975.)

Hallinnollista päätöksentekoa ja siihen liittyvää prosessia on lähes mahdotonta tarkastella ilman Herbert A. Simonin päätöksentekoteoriaa (1950) ja päätöksentekoprosessin mallia (1960). Simonin (1982) mukaan hallinnollinen päätöksenteko voidaan jakaa neljään eri vaiheeseen: 1) tiedusteluun eli taustatekijöiden kartoitukseen (intelligence), 2) suunnitteluun eli eri vaihtoehtojen tarkasteluun (design), 3) valintaan (choice) ja 4) arviointiin (review) (ks. kuvio 1.). Taustatekijöitä kartoittaessa tarkastellaan taloudellisia, poliittisia sekä sosiaalisia taustatekijöitä, jotka saattavat vaikuttaa päätöksentekoon. Toisessa vaiheessa tarkastellaan vaihtoehtoisia toimintamalleja ja kolmannessa vaiheessa näistä vaihtoehtoisista toimintamalleista valitaan yksi. Viimeisessä vaiheessa eli arvioinnissa tehtyjä päätöksiä ja implementointia arvioidaan. Viimeinen vaihe lisättiin päätöksentekoprosessiin vasta 1979. (Simon 1997:88-89, 1979: 48-55.)



Kuvio 1. Simonin hallinnollisen päätöksentekoprosessin vaiheet (1960) täydennettynä (1979) implementoinnilla. (Lähde Simon 1960, 1979, mukailten.)

Poliittinen päätöksentekoprosessi, eli politiikkaprosessi, ei eroa merkittävästi Simonin (1979) kuvaamasta päätöksentekoprosessista. Vihriälän (2008: 12) mukaan politiikkaprosessi rakentuu neljästä eri vaiheesta: 1) politiikka-agendan muodostumisesta, 2) toimenpiteiden valmistelusta ja päätöksenteosta, 3) politiikan toimeenpanosta ja 4) jälkikäiteisarviosta. Hogwoodin ja Gunnin (1984: 14-17) mukaan poliittinen päätöksenteko alkaa poliittisen agendan tai asialistan rakentumisella. Poliittista agenda seuraavat poliittisessa päätöksentekoprosessissa eri toimintavaihtoehtojen tarkastelu ja valitseminen sekä valmis toimintamalli tai päätös.

Vaikka tutkimus on hallintotieteellinen tutkimus, ei aihetta voida käsitellä ilman politiikka-termin avaamista, sillä vallankäyttö ja päätöksenteko valtiossa on aina poliittista toimintaa. Hallintoa voi olla yksinäänkin, mutta puhuttaessa julkisesta hallinnosta, siihen kytkeytyy aina myös mukaan politiikka. Poliittisesti väritynyt päätöksentekoprosessi erottaa julkisen hallinnon muusta hallinnosta. Poliittisessa päätöksentekoprosessissa toiminta perustuu hallinnon (virkamiesten) ja politiikan (valittujen luottamusmiesten)

vuorovaikutussuhteeseen. (Paloheimo & Wiberg 1996: 163.) Berndtson (2008: 36) toteaa, että poliittiseen prosessiin liittyy aina vallankäyttöä ja päätöksentekoa. Lasswell (1936) puolestaan kiteyttää politiikan olevan toimintaa, jossa perusajatuksena on ”kuka saa mitä, milloin ja miten”. Poliittika-termi esitellään tässä tutkimuksessa vain pinnallisesti, koska tämän tutkimuksen varsinainen fokus keskittyy tarkastelemaan minkälaista päätöksentekoa on ollut sote-uudistamisen kontekstissa. Tutkimuksessa huomioitiin kuitenkin se, että hallituksen kykyyn tehdä päätöksiä vaikuttaa myös poliittinen peli, jota politiikka riisutuimmillaan on. Tätä peliä pelaavat eri puolueet, jotka ajavat omia ideologioitaan sekä jäsentensä intressejä. (Laine 1999: 9–10.)

Berndtsonin (2008: 46) mukaan liberalistisen valtio- ja poliittikkäkäsityksen mukaan politiikka ymmärretään organisaatioiden hallitsemisena tai se nähdään valtion toimintana tai siihen liittyvänä toimintana. Poliittika määritellään usein sellaiseksi ihmisten väliseksi vuorovaikutukseksi, jossa eri toimijat pyrkivät vallankäytön eri keinoja käyttämällä edistämään omia tavoitteitaan. (Paloheimo & Wiberg, 1997:47–48.) Toisen näkemyksen mukaan politiikan nähdään olevan kaikkia niitä tekoja, joiden on suunniteltu vaikuttavan yksilöön, organisaatioihin tai erilaisiin poliittisiin järjestelmiin niin, että tavoiteltu vaikutus ilmenee yhteisössä. (Seavey, Aytur ja McGrath 2014: 2.) Heywood (2013: 4–8) puolestaan toteaa, ettei hallintoa ja poliittikkaa tarvitse erotella toisistaan. Hän toteaa, että nämä kaksi termiä ovat niin lähellä toistensa määritelmiä, ettei erillään tarkastelu ole edes mielekäästä.

Lasswell (1936: 295) jakaa politiikan toimijat ”vaikuttajiin” ja ”vaikutettaviin” joista voidaan käyttää termejä ”eliitti” ja ”muut”. Eliittiä ovat ne tahot, jotka saavat kaiken sen mitä on saatavissa. Paloheimon ja Wibergin (1996: 340) näkemys poliitikasta ei ole yhtä synkkä kuin Lasswellin. Heidän mukaansa politiikka on myös yhteiskunnallisen kehityksen ohjaaja. Ilman ohjattavia ei olisi myöskään poliittikkaa. Walt (1994: 3) täydentää, että poliitikassa on eri toimijoita ja motiiveja. Osa näistä toimijoista pyrkii kohti omia tavoitteitaan ja osa edistämään esimerkiksi kansalaisten terveyttä.

Poliittinen päätöksentekoa on vallankäyttöä, johon poliittinen johtajisto on oikeutettu ja velvoitettu. Poliittisessa päätöksenteossa valittu johtajisto (hallitus) tekee organisaation

jäsenten (kansalaisten) puolesta päätöksiä. (Noponen 1988: 90–91.) Kaikista edellä esitetystä määritelmistä voidaan vetää johtopäätös, että politiikassa yhteisinä tekijöinä voidaan nähdä vallankäyttäjät, vaikutettava, vallankäyttö ja vaikutus. Yksinkertaisimmillaan määriteltynä politiikka on siis halua saada aikaan jokin vaikutus yhteisössä. Berndtson (2008) kuitenkin toteaa, että politiikka-termin määrittely on riippuvaista siitä, kuinka määrittäjä itse näkee politiikan. Poliitiikan voidaan nähdä olevan yhteiskunnan kehittämistä, puolueiden ja hallitusten valtataistelua, politiikkojen omien etujen ajamista, ideologioiden taisteluna tai esimerkiksi ihmisryhmien tai konfliktien hallintana. Määritelmät ovat siis riippuvaisia siitä, kuka ja ketkä ne tekevät ja missä ajassa. Tässä tutkimuksessa politiikan nähdään olevan niin yhteisten asioiden hoitamista, kuin myös päätöksentekoa, jolla vallankäyttäjät käyttävät valtaansa saadakseen halutun vaikutuksen näkyviin yhteisössä. (Berndtson 2008: 32–35.) Tässä tutkimuksessa päätöksentekoa määritellään sote-uudistamisen kontekstissa.

Kuten politiikka käsite, myös hallinto käsite määritellään usein taidoksi saada asiat tehdyiksi. (Simonin 1982: 45). Salminen (2004: 59–61) täydentää, että erilaiset organisaatiot ja niiden hallintoelimet ovat alun perin perustettu ja organisoitu päätöksentekoa varten. Kurvinen ja Sippola (1989: 6–8) kuvailevat julkisyhteisöjen päätöksentekoa valinnaksi vaihtoehtoisten tavoitteiden tai niiden toteuttamiseksi käytettävissä olevien keinojen väliltä. Näitä valintoja tekevät tehtävään asetettu tai määrätty toimielin taikka luottamus- tai virkamies. (Kurvinen ja Sippola 1989: 6–8.) Yksinkertaisimmillaan hallinnon tehtävä on tehdä päätöksiä. Kuruvilla ja Dorstewitz (2010: 263–287) kuitenkin toteavat, että poliittisessa päätöksenteossa kilpailevat tieteellinen tieto, ideologiat, talous, politiikka, prosessit, kulttuurit sekä ympäristö, mikä usein aiheuttaa yhteensopimattomia tavoitteita.

Julkisyhteisöjen päätöksenteko poikkeaa yksityisestä päätöksenteosta muun muassa sillä, että viranomaisten järjestysmuoto ja ratkaisuvallta sekä asioiden käsittelyjärjestys ovat lakisääteisiä. Lisäksi julkisyhteisöjen päätöksenteolla on suurempi sitovuus. Laki velvoittaa julkisyhteisön itsensä, yhteisön tai kansalaisen, johon päätös kohdistuu kunnioittamaan ja noudattamaan päätöstä. (Kurvinen ja Sippola 1989: 6–8.) Julkisyhteisöjen ja etenkin maamme hallituksen kohdalla voidaan sanoa, että hallitus käyttää päätöksenteollaan julkista valtaa saavuttaakseen yhteiset tavoitteet. Julkisen hallinnon päätöksenteko

perustuu parlamentaarisesti vastuunalaisen hallituksen johtamiseen. Hallituksen vastuulla ovat kansallisen politiikan valmistelu ja toimeenpano. Poliittisesti valitut luottamusmiehet tekevät päätöksiä hallinnon valmistelusta ja esittelystä. Viimekädessä päätöksiä tehdään eduskunnan yleisistunnossa. Pysyvillä ja tilapäisillä valiokunnilla on myös tärkeä rooli päätöksenteossa ja valmistelussa. Valtioneuvoston kanslia ja ministeriöt muodostavat ministeristön, jota eri hallinnonalojen ministerit ja pääministeri johtavat. Ministeriöissä tapahtuva virkavalmistelu tapahtuu virkamiesten ja virkamiesjohdon toimesta. Heidän vastuullaan on esitysten lainmukaisuus. (Paloheimo & Wiberg 1996: 163; Temmes 2003: 192–195.)

Tarkasteltaessa poliittista päätöksentekoa, ei voida olla huomioimatta myös tiedon välittämisen kulttuuria. Poliittisessa päätöksenteossa on välttämätöntä, että poliittisten päätöksentekijöiden saatavilla on paras mahdollinen tieto sekä alustavat vaikutusarvioinnit päätösten seurauksista. Asiantuntijoiden ja virkamiesten tehtävänä on varmistaa tämä. Ilman vaikutustenarviointia on mahdotonta tietää, täyttyvätkö tehtyjen päätösten tavoitteet. Toisaalta tiedon välittämisen lisäksi, vähintäänkin yhtä tärkeää on poliitikkojen halu hyödyntää tutkimukseen perustuvaa tietoa päätöksenteossa. (Valtioneuvoston kanslia 2011; Jussila 2012: 38–40; Julnes 2013: 48–52.) Varsinkin Sote-uudistuksen yhteydessä on kirjoitettu paljon mielipidekirjoituksia ja uutisia asiantuntijatiedon sivuuttamisesta uudistuksen valmistelussa. (Paulavaara 2017; Merikanto 2018).

2.1.1. Rationaalinen ja rajoitetusti rationaalinen päätöksenteko

Rationaalisen valinnan teoria luo pohjan muille päätöksenteon teorioille ja siitä voidaan käyttää myös nimitystä julkisen valinnan teoria. Teoria on muun muassa käytössä taloustieteessä. (Hindmoor & Taylor 2015: 1). Teoria rakentuu erilaisista löyhistä malleista, jotka toimivat pikemminkin tieteenalan analyyttisinä apuvälineinä ja olettamuksina. (Herne & Setälä 2000: 186; Kelly & Palumbo 1992: 644–646). Rationaalisen valinnan lähtökohtana on rationaalinen toimija, ihminen, organisaatio tai esimerkiksi strateginen toimija kuten puolueet tai poliitikot. Rationaalisen valinnan kannattajat olettavat ihmisen toimivan rationaalisesti, eli järkevästi, tarkoituksenmukaisesti sekä suunnitelmallisesti

tehdessään valintoja. Puolueiden ja poliittisten toimijoiden, eli strategisten toimijoiden oletetaan käyttäytyvän niin, että he kykenevät asettamaan omat mieltymyksensä preferenssijärjestykseen jo ennen päätöksentekoa. Päätöksiä tehdessä kyetään arvioimaan itselle sopivin ja parhain vaihtoehto. Tämä edellyttää kykyä ymmärtää syy-seuraussuhteita ja valita systemaattisesti tavoitteet ja keinot, joilla lopulliseen tavoitteeseen päästään. Rationaalisen valinnan teorian keskeisiä edustajia ovat muun muassa Yehezkel Dror, Anthony Downs ja Thomas Peters. (Arrow 1951: 527–528; Paloheimo & Wiberg 2004: 264–272; Salminen 2004: 60; Mård 2012: 11; Hindmoor & Taylor 2015: 6.)

Organisaatitieteissä täydelliseen rationaalisuuteen tähtäävää päätöksentekoa kutsutaan klassiseksi päätösteoriaksi. (Harisalo 2008: 146-150). Klassinen ja rationaalinen päätöksentekoteoria ovat siis synonyymeja toisilleen. Selkeyden vuoksi käytän jatkossa teoriasta nimeä rationaalinen päätöksentekoteoria. Rationaalinen päätöksentekoteoria lähtee perusoletuksesta, että kaikki ihmiset ovat rationaalisia valitsijoita. Etenkin taloustieteessä rationaalisen valinnan teoretikot näkevät ihmisen ”economic man” -käsitteeseen perustuvana toimijana. Tässä mallissa ihmisen oletetaan olevan tietoinen ympäristöstään, preferenssijärjestyksestään, mahdollisuuksistaan arvioida päätöksensä seurauksia, sekä kykeneväinen tekemään matemaattisia laskutoimituksia valintojensa seurauksista sekä näkemään päätöksensä syy-seuraussuhteita. Lisäksi hänen oletetaan tekevän valintansa järki- eikä tunnepohjalta. (Heywood 2013:352; Simon 1966: 241, Arrow 1951; 527–528; Edwards 1967: 11–14.) Psykologien piirissä tällaisista näkökulmasta on esitetty kritiikkiä. Kritiikki kohdistuu etenkin ajatukseen, että ihmisillä olisi olemassa tietty preferenssijärjestys. Tällä tarkoitetaan sitä, että tavoitteet voitaisiin järjestää tärkeimmästä tavoitteesta vähintään tärkeään tavoitteeseen. Lisäksi kriitikot esittävät, että tavoitteet valikoituvat kussakin valintatilanteessa erikseen. (vrt. Payne, Bettman & Johnson 1992a, 1992b; Edwards 1967: 23–25.) Rationaalisissa malleissa yhteistä on kuitenkin tieteenalasta riippumatta se, että rationaaliset teoriat asettavat päätöksentekijän keskeiseen asemaan rationaalisten valintojen mahdollistamiseksi. (Etzioni 1967: 385).

Hindmoor ja Taylor (2015: 6) näkevät ihmisen rationaalisen toimijana, joka toimii kaikissa tilanteissa rationaalisten valintojen turvin saavuttaakseen halutun lopputuloksen. Toimija asettaa itselleen ensiksi tavoitteen ja tämän jälkeen miettii, millaisilla keinoilla

tavoitteet olisi mahdollista saavuttaa. Rationaalisuus näyttäytyy niiden keinojen valinnassa, mitkä auttavat haluttujen tavoitteiden saavuttamisessa. (Harisalo 2008: 146.) Parosen (2015: 28) mukaan päätöksenteossa valittuja päätöksiä voidaan selittää erilaisten valintateorioiden pohjalta. Täydellistä rationaalisuutta pidetään päätöksenteossa ihanne-tilana. (Harisalo ym. 2007: 66.) Salminen (2004: 60) täydentää, että rationaalinen päätöksenteko on kaikkien organisaatioiden keskeisimpiä tavoitteita vaikkei rationaalisuuden kaikki kriteerit aina täytyisikään.

Jaakolan (2012: 42) mukaan rationaalinen päätöksenteko on yksi yleisimmistä teorioista päätöksenteon tutkimuksessa. Rationaalinen päätöksenteon teoria pyrkii kuvailemaan päätöksentekoa, joka toteuttaa toimijan tavoitteet optimaalisimmin. (Paloheimo & Wiberg, 2012: 264–272; Harisalo 2008: 146.) Simonin (1979: 103) mukaan rationaalinen päätöksenteko edellyttää aina niiden vaihtoehtoisten keinojen vertaamista, jotka johtavat tiettyjen tavoitteiden toteutumiseen. Paloheimo ja Wiberg (2012) kuitenkin tarkentavat, että rationaalinen toiminta ei ole vain valitsemista annetuista vaihtoehdoista, vaan se on tavoitteellista toimintaa, missä toimijalla on motiivi toimia omien preferenssien pohjalta. Lisäksi rationaalisessa päätöksenteossa korostetaan päätösten tavoitteellisuutta, tehokkuutta ja kokonaisvaltaisuutta, joka painottuu hyödyn maksimointiin. (Edwards 1967: 14–18; Salminen 2004: 60).

Tarkasteltaessa rationaalista päätösteoriaa käsitteenä hallinnontutkimuksen yhteydessä ei voida välttyä Simon A. Herbertin rajoitetun rationaalisuuden käsitteeltä. (Harisalo 2008: 150–157; Paronen 2015: 32). Teoriaan törmätään usein tutkittaessa myös poliittisia perusteluita, sillä poliittisten organisaatioiden nähdään tyytyvän ja jopa tähtäävän tyydyttävään päätöksentekoon, jollaiseksi Simonin rajoitetusti rationaalinen toimijakin pyrkii. (Simon 1966: 196–205, 241–242; Jones 1999: 302). Simon (1966: 200–201) huomauttaa, ettei rajoitetusti rationaalinen päätöksentekoteoria ole rationaalisen päätösteorian vastakohta, vaikka se saatetaan usein virheellisesti nähdä irrationalisuuteen liittyvänä. Rajoitetusti rationaalinen päätöksentekoteoria täydentää ihmisen käyttäytymisen kuvaamista rationaalisessa päätösteoriassa. Simon (1966) toteaa, että rajoitetusti rationaalinen malli pyrkii selittämään ihmisen käyttäytymistä päätöksentekotilanteessa hieman realistisemmin. Rajoitetusti rationaalinen toimija nähdään *intendedly rational* eli tarkoituksellisesti

rationaalisena toimijana. Muita rajoitetun rationaalisuuden kannattajia ovat Richard Cyert ja James G. March omilla teorioillaan. (Harisalo ym. 2007: 68; Harisalo 2008: 158–159.)

Rationaalisen toimijan päätöksenteon rajoitteiden vuoksi päätöksenteko on usein rajoitunutta. Rikerin ja Ordeshookin (1973: 21–23) mukaan Simonin (1950) rajoitetun rationaalisuuden käsite vastaa myös taloustieteessä käytetyn rationaalisen valinnan teorian rationaalisuuskäsitettä, koska heidän mukaansa maksimaaliset ja tyydyttävät päätökset ovat sama asia, kuin tilanne, jossa kaikki hyödyn maksimoinnin kustannukset on otettu huomioon.

Herbert Simonin mukaan ihmiset ovat siis rajoitetusti rationaalisia toimijoita, joilla ei yksinkertaisesti ole kaikkea mahdollista tietoa, tai edes mahdollisuuksia käsitellä kaikkia mahdollisia valintoja päätöksiä tehdessään. Simonin (1975) mukaan ihmiset ovat rajoitetusti rationaalisia toimijoita kolmesta eri syystä, he eivät kykene tekemään kokonaisvaltaisia päätöksiä, koska he pyrkivät tekemään yksittäisiä päätöksiä kykenemättä ottamaan huomioon, miten yksi päätös voi vaikuttaa muihin tuleviin päätöksiin. He eivät harkitse päätöksiä tehdessään kaikkia mahdollisia vaihtoehtoja, eivätkä he pysty arvioimaan kaikkia mahdollisia seurauksia, joita heidän valinnoistaan seuraa. (Hindmoor & Taylor 2015: 6; Heywood 2013: 353; Salminen 2004: 63–65.) Simon (1957) kutsuu siksi näitä päätöksiä tyydyttäväiksi päätöksiksi.

Harisalo kumppaneineen (2007) luettelevat neljä syytä, miksi päätöksenteko noudattaa rajoitetun rationaalisuuden määritelmää paremmin kuin rationaalisen. Ensimmäiseksi ihmisen tiedolliset resurssit ovat rajatut. Kuten Simon (1982) mainitsee, kukaan ei voi olla kaikkien alojen asiantuntija, vaikka poliitikot yrittävätkin kantaa tämänkaltaista viittaa hartioillaan. Kansanedustajat joutuvat työssään olemaan tekemissä monien eri alojen kanssa, mutta se ei tee heistä kaikkien alojen asiantuntijoita. (Salminen 2004: 63–64.) Hiilamo (2015: 9) mainitsee, että poliitikot ovat opetelleet asiantuntijoiden käyttämän sote-kielen ja voivat sen turvin esiintyä äänestäjilleen alan asiantuntijoina, vaikka he eivät todellisuudessa aina ymmärtäisikään, mistä sote-uudistuksessa on todella kysymys. Lisäksi Harisalo ja kumppanit (2007) lisäävät, että ihmiset tarkastelevat asioita enemmän tunteiden kuin järjen avulla. Toiseksi täydellistä rationaalisuutta rajoittava tekijä on

tiedon muoto. Tietoa on rajattomasti saatavilla ja välillä sen hankkimiseen voi mennä aikaa ja resursseja, mihin kaikilla ei ole edellytyksiä. Kolmanneksi päätöksenteossa korostuu tänä päivänä nopeus. Ihmisillä ei ole aina aikaa punnita kaikkia mahdollisia vaihtoehtoja, koska päätöksiä pitää pystyä tekemään nopeasti. Neljäs tekijä, joka rajoittaa täydellistä rationaalisuutta on ongelmien kompleksisuus ja määrä. Jos tarkastelemme esimerkiksi sote-uudistusta, on lähtötilanteen kompleksisuus (kuntien erilainen tilanne) sekä ongelmat (mm. yhdenvertaisuuden puute, monikanavainen rahoitus, sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen painottuminen erikoissairaanhoidon) hyvin moninaisia. Päätäjien on varsin vaikea asettaa ongelmien ratkaisujärjestys tärkeysjärjestykseen. (Harisalo ym. 2007: 67–69.)

Päätöksentekijät kuten poliittiset päättäjät Simon näkee ”administrative man-mallin” mukaisina rajoitetusti rationaalisina toimijoina. (Simon 1966: 196–205, 241–242.) Simonin mukaan päätöksentekijällä ei yksinkertaisesti voi olla kaikkea tietämystä kaikista eri asioista. Tästä johtuen päätöksiä joudutaan tekemään rajallisin tiedoin. Päätöksenteon seurauksia on usein vaikea ja jopa mahdotonta arvioida. Hallinnollisille ongelmille on lisäksi ominaista vaikea lähtötilanne. Lähtötilanteen haasteellisuudesta johtuen myös vaikutusten seurauksia on tästä syystä hyvin vaikea arvioida. (Salminen 1993: 63, 84.) Lähtötilanteen kompleksisuuden vuoksi on hyvin vaikea arvioida tarkasti esimerkiksi suuren uudistuksen seurauksia, josta sote-uudistus on hyvä esimerkki. Simonin (1966) mukaan myös päätösvaihtoehtojen rajallisuus aiheuttaa rajoitetun rationaalisuuden mukaisia päätöksiä. Hänen mukaansa emme voi olettaa, että kaikki käsillä olevat vaihtoehdot toteuttaa sote-uudistus on tullut edes valmistelijoiden mieleen tai, että kaikkia ratkaisuehdotuksia olisi ollut mahdollista käsitellä, eri koalitiollahitusten tavoitteiden näkökulmasta. (Salminen 1993: 84.)

Simonin (1966: 198–200) ja Salmisen (2004: 60) mukaan rationaalista päätöksentekoa ei juuri esiinny sen mahdottomuuden takia. Tästä syystä toimijat usein rajoittavat erilaisten vaihtoehtojen tarkastelun pelkästään joihinkin vaihtoehtoihin. Näistä tarkastelun kohteeksi valituista vaihtoehtoista sitten valitaan jokin, joka riittävän hyvin tyydyttää päättäjien tavoitteet. Rajoitetussa rationaalisuudessa, ei siis välttämättä valita parhaita

mahdollisia vaihtoehtoja, vaan valinnaksi kelpaa sellainen vaihtoehto, joka on riittävän hyvä tyydyttämään asetetut tavoitteet. (Paloheimo & Wiberg 2012: 264–272.)

Valtioiden toiminta voidaan nähdä rajoitettuun rationaalisuuteen perustuvana toimintana. (Harisalo 2008.) Simon (1966: 199) toteaaakin, että ihmisjoukkojen on vaikea toimia rationaalisesti, koska eri toimijoilla on eri tavoitteita. Tästä esimerkkinä hallitusten päätöksenteko. Koalitionhallituksissa risteilevät eri puolueiden tavoitteiden lisäksi myös yksittäisten toimijoiden eli kansanedustajien ja ministereiden näkemykset ja tavoitteet. Poliittiselle päätöksenteolle on yleistä, että päätöksenteolla pyritään saamaan konsensus useiden eri päämäärien välille, mikä saattaa heikentää päätösten rationaalisuutta. (Simon 1982: 138–142; Palumbo 1975.)

2.1.2. Inkrementaalinen päätöksenteko

Rationaalisen ja rajoitetusti rationaalisen teorian rinnalle ilmestyi vuonna 1963 David Braybrooken ja Charles E. Lindblomin teoksen *Strategy of decision* myötä rationaalisuuden logiikan päinvastaiseksi kääntävä Inkrementaalinen päätöksenteko. Kaksikko haastoi rationaalisuuden esittämällä argumentin siitä, että keinot määrittävät tavoitteet, eikä toisinpäin. Tähän ajatukseen he päätyivät siitä syystä, että ajattelivat päättäjien kohdistavan huomionsa käytössä oleviin keinoihin päätöksiä tehdessään. Päättäjät ennemmin ottavat askelia eteenpäin, vaikka ne eivät suoranaisesti veisikään kohti tavoitetta. Tällä ilmauksella viitataan siihen, että päätöksentekijät yrittävät päästä ongelmasta poispäin, mikäli muuta ratkaisua ei sillä hetkellä ole tarjolla. Tästä ilmiöstä on käytetty suomenkielessä nimitystä jotenkuten selviämisen tiede, *muddling through*. (Heywood 2013: 353; Harisalo ym. 2007: 69–70; Dror 1968: 3–5; Etzioni 1967: 385.)

Inkrementalismi tarkoittaa sananmukaisesti jaksottaisuutta (Salminen 2004: 61; Harisalo ym. 2007: 69–70). Inkrementaalisisessa päätöksenteossa korostuu jaksottaisuus ja lisäyksellisyys. Tämä tarkoittaa sitä, että tässä päätöksenteon luonnetta kuvaavassa mallissa tavoitteisiin pyritään pääsemään ottamalla pieniä askelia eteenpäin. Tavoitteita kohti mennään siis jaksottaisten päätösten kautta tavoitteita uudelleen muotoilemalla. Muita

inkrementaalisen päätösteorioiden kehittäjiä ovat muun muassa Kenneth Arrow, Aaron Wildavsky, James Brian Quinn ja Robert Dahl. (Harisalo 2008:160–166; Stillman 2005: 223-224; Salminen 1993: 76; Etzioni 1967: 385.)

Inkrementaalisisessa päätöksenteon luonnetta kuvaavassa strategiassa voidaan nähdä samankaltaisuuksia Simonin (1950) kuvaamien tyydyttävien päätösten kanssa. Kuten rajoitetussa rationaalisuudessa inkrementaalisen mallin ihmisoletus on sama. Ihmisellä katsotaan olevan rajallinen kyky tehdä päätöksiä. Päätöksiä pyritään saamaan aikaiseksi kompromisseja hakemalla ja tukeutumalla konsensuspäätöksiin. Tässä lähestymistavassa päätöksenteossa on tavoitteena löytää mahdollisimman suuri yksimielisyys. Lisäksi inkrementaalisisessa lähtötavassa ajatellaan, että toimijan mahdollisuudet vaikuttaa ympäristöönsä ovat rajalliset. (Mård 2015: 14–15; Harisalo ym. 2007: 70–71; Salminen 2004: 61; Hawkesworth & Kogan 1992: 644–648; Etzioni 1967: 385.)

Inkrementaalisisessa mallissa hyvä päätös on sellainen, joka saa mahdollisimman monen päättäjän puolelleen. Asioita ei ole tarkoitus tarkastella laaja-alaisesti ja syvällisesti, vaan päätöksentekijät tarkastelevat nykyhetkeä ja rajoittavat tarkastelun nykytilaa muokkaviin tekijöihin. Päätöksenteossa päätöksiä epävarmuus, ongelmien laajuus ja päättäjien lukumäärä rajoittavat mahdollisuuksia ottaa kaikkien arvot, tavoitteet ja toimintatavat mukaan päätöksenteossa. Inkrementaalisisessa lähestymistavassa päätöksentekoa pyritään hajauttamaan ja välttämään päätöksenteon keskittymistä vain eliitin käsiin. Se sopii käytettäväksi erityisesti sellaisissa päätöksentekotilanteissa, joissa on vähäiset ristiriitojen mahdollisuudet. Tyypillistä tälle mallille on hidas eteneminen, kokeileminen, etsiminen ja oppimisen kautta. Hidas eteneminen voi pitkällä aikavälillä kuitenkin myös aiheuttaa ongelmia. (Harisalo ym. 2007: 69–71; Hakeworth ym. 1992: 647–648; Salminen 2004: 59–70.) Kellyn ja Balumbon (1992: 643–649) mukaan mitä enemmän politiikassa on ruutiinomaisia päätöksiä, sitä varmemmin inkrementaalinen malli sopii päätöksentekoon.

Braybrooke ja Lindblom ovat sitä mieltä, että inkrementalismissa suhtaudutaan politiikkaan ja yhteiskuntaan realistisesti. Heidän mukaan politiikkaprosessilta ei pidä odottaa liian suuria. (Harisalo ym. 2007: 71). Harisalo kumppaneineen (2007) täydentävät, että inkrementaalisisessa päätöksenteossa päättäjillä nähdään olevan vain rajoitetusti valtaa

toimia haluamallaan tavalla. Tästä johtuen poliittiset päättäjät voivat saada aikaan varsin vähän. Yhteiskunnallisia ongelmia nousee päätöksenteon keskiöön ja ne ratkaistaan aina vain osittain. Näitä päätöksiä sitten myöhemmin uudelleen muovailaan ja täydennetään jatkuvan prosessin tapaan. Heywoodin (2013: 353) mukaan inkrementaalisen päätöksenteon on katsottu tarjoavan Simonin (1950) rajoitetusti rationaaliselle päätöksenteon mallille vaihtoehdon.

Pääministeri Juha Sipilän hallituskauden sote-uudistamisen päätöksenteko näyttäytyy inkrementaalista päätöksentekomallia noudattavana. Tavoitteita on asetettu ja niitä on uudelleen muotoiltu ongelmien sattuessa, tästä esimerkkinä yhtiöittämisvelvollisuuden poistaminen tai sote-keskuksen sosiaalihuollon hallintopäätöksen siirtäminen vain julkisen toimijan kuten maakunnanliikelaitoksen työntekijöiden käsiin. (Merikanto & Grün 2017) Inkrementaalisen päätöksenteon luonteen katsotaan olevan lähellä poliittis-hallinnollista päätöksenteon luonnetta. Inkrementaalisisessa päätöksenteossa tavoitteena ovat siis tyydyttävät päätökset, joihin päästään konsensus- ja kompromissipäätöksillä. (Salminen 1993: 76). Tässä strategiassa korostetaan keinoja, joilla tavoitteisiin päästää. Inkrementaalisiselle teorialiselle on tyypillistä, että ongelmatilanteita pyritään välttämään. (Harisalo ym. 2007: 71.)

2.1.3. Mixed-scanning -pätöksenteko

Mixed-scanning-lähestymistavassa päätöksenteko sisältää niin rationaaliselle, kuin inkrementaalisiselle lähestymistavalle ominaisia piirteitä. (Etzioni 1987: 385). Lähestymistavalle on keskeistä jakaa päätökset kahteen tyyppiin, peruspäätöksiin ja rajoitettuihin päätöksiin. Peruspäätöksillä on pitkäaikaisia seurauksia ja ne rakentuvat tavoitteiden ympärille. Rajoitetut päätökset puolestaan ovat ikään kuin jatko-osa peruspäätöksistä ja niitä tehdään peruspäätösten puitteissa. Mixed-scanning malli pyrkii välttämään ongelmia ja puutteita, joita sekä rationaalinen että inkrementaalisisen päätöksentekomalli pitää sisälleen. (Heywood 2013: 254; Salminen 1993: 76–78.)

Verrattuna inkrementalismiin mixed-scanningissa on Etzionin (1967: 385) mukaan kaksi etua; mixed-scanning lähestymistapa tarjoaa mahdollisuuden strategiseen arviointiin, lisäksi se ei sisällä piilotettuja rakenteellisia olettamuksia. Mixed-scanning mallin voidaan kuvailla olevan hakuprosessi, joka yhdistää mahdollisimman laajan näkökulman poliittisiin ratkaisuihin sekä syvällisen analyysin vakuuttavimmista vaihtoehdoista saaden poliittisen ongelman näyttäytymään ongelmattomalta. (Kuruvilla & Dorstewitz 2010: 263–287.) Sipilän hallituksen sote- ja maakuntauudistuksen valmistelussa voidaan nähdä myös mixed-scanningin piirteitä. Uudistuksen valmistelussa maakuntien muodostaminen voidaan nähdä mixed-scanningin peruspäätöksenä ja asiakkaan valinnanvapauden lisääminen taas puolestaan rajoitettuna päätöksenä. Myös Kataisen hallituksen kunta- ja palvelurakenteen uudistuksen puitelaki voitaisiin nähdä mixed-scanningin peruspäätöksenä ja terveydenhuoltolain muodostaminen kyseisen uudistuksen rajoitettuna päätöksenä.

Heywoodin (2013: 354) mukaan mixed-scanning päätöksentekotapa yrittää tuoda rationaalisen ja inkrementaalisen päätöksenteon lähemmäs toisiaan. Toisin kuin rationaalissa päätöksenteossa, mixed-scanning päätöksenteossa ei vaadita epärealistiseksi esitettyä kaikkien vaihtoehtojen punnitsemista. Mixed-scanningissa analysoidaan vaihtoehdot, jotka ovat sillä hetkellä löydettävissä. Verrattuna puolestaan inkrementalismiin, mixed-scanningissa arvioidaan myös kauaskantoisia seurauksia ja pyritään päätöksenteossa arvioimaan myös pidempiaikaisia ratkaisuja. Dualistinen mixed-scanning lähestymistapa tarjoaa päätöksentekijälle joustavan tavan tarkastella päätöksentekoa, joka tapahtuu eri toimijoiden kuten esimerkiksi poliitikkojen välillä. (Etzionin 1967: 385.)

2.1.4. Teorioiden yhteenveto

Seuraavaan taulukkoon (ks. taulukko 1.) on kerätty tässä tutkimuksessa käytettyjen päätöksentekoteorioiden perusideat tiivistetysti yhteen. Vaikka Simon A. Herbert kehitti päätöksenteonteoriansa enemmän talous- ja käyttäytymistieteelliseltä kannalta, käytetään hänen teoriaansa laajalti poliittisten perusteluiden tutkimiseen. (Salminen 2004:60.) Salmisen (2004: 60) mukaan organisaatioteorioissa hallinnon päätöksentekoa jaotellaan kolmeen päätöksenteon luonnetta kuvaavaan strategiaan, jotka ovat rationaalinen,

inkrementaalinen sekä mixed-scanning-päätöksenteko. Tässä tutkimuksessa päätöksentekoa tarkastellaan poliittisella areenalla unohtamatta organisaatioteorian mukaista hallintoa ja päätöksentekoa.

Taulukko 1. Päätöksenteon mallien yhteenveto tiivistetysti.

Vuosi	Päätöksenteon malli	Kehittäjä/tutkija	Mallin perusidea
1950	Rationaalinen päätöksenteko	Herbert A. Simon	Päätöksenteossa luotetaan rationaalisuuteen, tehokkuuteen ja tavoitteellisuuteen.
1950	Rajoitetusti rationaalinen päätöksenteko	Herbert A. Simon	Koska päätöksenteossa ei pystytä täydelliseen rationaalisuuteen, päätöksenteossa tavoitteena ovat tyydyttävät ratkaisut.
1960	Inkrementaalinen päätöksenteko	Charles E. Lindblom ja David Braybrooke	Päätöksenteossa edetään lisäyksellisesti tavoitteita ja keinoja uudelleen muokkaamalla eteenpäin kohti tyydyttäviä päätöksiä.
1967	Mixed-scanning päätöksenteko	Amitai Etzioni	Päätöksenteossa noudatetaan sekä rationaalisen että inkrementaalisen päätöksenteon piirteitä.

Simonin (1982) mukaan pelkkää rationaalista päätöksentekoa ei siis juuri esiinny. Sen sijaan päätöksenteossa esiintyy rajoitetun rationaalisuuden mukaista päätöksentekoa, joka ei siis välttämättä ole järkipäistä parhaiden mahdollisten päätösten tekemistä, vaan omien intressien pohjalta tehtyä mahdollisimman optimaalista päätöksentekoa tai tyydyttävää päätöksentekoa. Koalitionhallitusten erilaisista agendoista johtuen hallitusneuvotteiluissa tehdyt päätökset ovat usein pikemminkin tyydyttävää päätöksentekoa, jossa päätöksiä tehdään erilaisten kompromissiratkaisujen tai rajattujen vaihtoehtojen väliltä.

Sote-uudistuksen valmistelussa päätöksentekoprosessilla on ollut auttamatta suuri rooli uudistuksen valmistelussa. Päätösprosessissa valitaan ne vaihtoehdot, joiden avulla oletetaan saavan aikaan haluttu vaikutus. Kuten rationaalinen päätöksentekomalli osoittaa

pyritään tehdyillä päätöksillä aikaansaamaan halutut tavoitteet. Selkeät tavoitteet voivat rajoitettujen päätösten takia kuitenkin muuttua. Tästä esimerkkinä hallitusohjelmiin asetetut tavoitteet, jotka muodostuvat usean hallituspuolueen tavoitteista.

Päätösteorioiden tarkastelu antaa uusia näkökulmia sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisen valmisteluun. Erityisesti päätösteoriat antavat mahdollisuuden pohtia uudistamista päättäjien näkökulmasta. Teoriaa ja aineistoa läpikäydessä heräsi esimerkiksi kysymys siitä, että ohjaavatko tavoitteet sote-uudistamisen toteuttamiseksi valittuja keinoja vai keinot tavoitteita?

3. HALLITUSOHJELMAT SOTE-UUDISTAMISEN TAUSTALLA

3.1. Sosiaali- ja terveydenhuollon perustilan kuvaus

Suomen väestö on terveempää kuin koskaan. Ihmiset ovat pääsääntöisesti tyytyväisiä (70% kansalaisista vuonna 2013) saamiinsa terveydenhuollon palveluihin, vaikka terveydenhuoltoon käytetty kansantulo-osuus on pari prosenttia pienempi, kuin mitä OECD maiden keskiarvo. (Alanen 2008: 17; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014.) Monelta osalta voimme olla ylpeitä Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmästä. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, etteikö meillä olisi myös parannettavan varaa. Suomen sosiaali- ja terveystalouden piirteet näyttävät paradoksaalisilta, sillä vaikka ihmiset ovat järjestelmäämme pääosin tyytyväisiä, katsotaan terveydenhuollon olevan samanaikaisesti kriisissä. Tämän kriisin yhtenä perussyynä pidetään ikärakenteen muutosta ja sen seurauksena tapahtuvaa kustannusten nousua. (OECD 2015; Alanen 2008: 17; Mattila 2011: 13.) STM:n (2011) raportin mukaan muina sosiaali- ja terveydenhuollon uhkina nähdään yhteisen vision puuttuminen, sisäinen muuttoliike, talouden kehitys, kilpailu vähenevästä työvoimasta, medikalisaatio, koulutusjärjestelmien pirstaleisuus, yhteiskunnan eriarvoisuus sekä kansainvälisen säätelyn ennakoimattomat vaikutukset.

Hyvinvointivaltion myötä Suomeen on kehittynyt kaikille kansalaisille kuuluvat peruspalvelut. Nämä peruspalvelut on turvattu perustuslaissa. Suomessa julkisen vallan tehtävänä on huolehtia siitä, että kansalaisten perusoikeudet toteutuvat, ja että kunnallisia peruspalveluja on saatavissa yhdenvertaisella tavalla maan kaikissa osissa. Julkisella valalla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa valtiota ja kuntia (myöhemmin myös maakuntia). (Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301; Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326; Hirvikorpi 2006: 24.) Väestöryhmien välinen tasa-arvo on yksi suomalaisen sosiaali- ja terveystalouden peruseriaaiteista. Tästä huolimatta Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteelliset tekijät ovat johtaneet sote-palveluiden epäoikeudenmukaiseen jakautumiseen sekä kohdentumiseen. (Rissanen 2014: 18; Keskimäki, Manderbacka & Teperi 2008: 50–66.)

Terveydenhuoltomme koostuu kolmesta pääasiallisesta osiosta: julkisesta perusterveydenhuollosta ja erikoissairaanhoidosta, työntekijöiden ja yrittäjien työterveyshuollosta sekä yksityisestä terveydenhuollosta. (Mattila 2011:11). Tämä on yksi rakenteellinen tekijä, joka mahdollistaa terveydenhuollon eriarvoisen jakautumisen väestöryhmien välillä. Työssäkäyvät pääsevät työterveyshuollon peruspalveluiden piiriin huomattavan paljon nopeammin, kuin julkisen perusterveydenhuollon puolella olevat asiakkaat. Lisäksi vaikka julkinen sairaanvakuutus korvaa osan yksityisen lääkärinpalkkion osuudesta, jää asiakkaan omavastuuosuudeksi noin 60-70% palvelumaksusta, mikä on aiheuttanut sen, että vain varakkaimmilla on mahdollisuus mennä yksityisen terveydenhuollon pariin. Lisäksi työterveydenhuollon palvelut ovat sen asiakkailleen ilmaiset. (Keskimäki, Manderbacka & Teperi 2008: 50–66.) OECD-maiden vertailussa (2009) Suomen terveydenhuollon katsottiin olevan neljänneksi eriarvoisinta Puolan, Yhdysvaltojen ja Espanjan jälkeen.

Palvelujärjestelmämme toinen ongelma ilmenee perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon voimavarojen kehittämisessä erikoissairaanhoidon suuntaan. (Rissanen 2014: 20). Hiilamo (2015: 19) toteaa, että erityisesti sairaanhoitopiirien vahva asema on vaikuttanut tähän. Erikoissairaanhoidon voimakkaasti kehitetty ja siellä lääkärimäärät ovat kasvaneet. Puolestaan perusterveydenhuollon puolella lääkärimäärät ovat pysyneet paikoillaan ja vastaanottojen määrät ovat jopa vähentyneet. (Keskimäki, Manderbacka & Teperi, 2008: 50–66.) Vaikka erikoissairaanhoidon tuottavuus on kansainvälisesti vertailtuna huippuluokkaa, ei se poista sitä tosiasiaa, että terveydenhuoltomme hoitaa tällä hetkellä itse sairautta, eikä pyri ennaltaehkäisemään sairauden syyn syntymistä. (Rissanen 2014: 20; Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.) Vuosina 2006-2011 terveyskeskusten menot lisääntyivät prosentilla, kun vastaava kehitys erikoissairaanhoidon puolella oli 74 prosenttia (ml. lääkemenot). (Hiilamo 2015: 18–21.) Hiilamo (2015) toteaa, että peruspalveluiden heikkous näkyy edelleen kasvavina erikoissairaanhoidon tarpeena ja siitä syystä aikaisempaakin suurempina kustannuksina.

Vaikka Suomessa terveyspalvelut rahoitetaan pääosin verovaroin, potilaat joutuvat maksamaan palveluistaan huomattavan suuria määriä itse, huolimatta siitä olivatko palvelut yksityisiä tai julkisia. OECD:n (2015) maakohtaisen raportin mukaan *out-of-pocket-money* eli kotitalouksien käyttämät terveydenhoitomaksut ovat pysyneet korkeampina kuin

muualla pohjoismaissa. Lisäksi monissa muissa maissa kuten esimerkiksi Isossa-Britanniassa ja Tanskassa julkiset terveystaloudet ovat ilmaisia, tai kuten naapurimaassamme Ruotsissa ovat maksut pienempiä. (OECD 2015; Mattila 2011:15.)

Tällä hetkellä (loppuvuodesta 2018) Suomessa sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän perusta on valtion tuella toteutetussa kunnallisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa, jota yksityinen ja kolmas sektori täydentävät. Lisäksi kunta tai kuntayhtymä voi halutessaan ostaa sosiaali- ja terveystaloudet, kuten esimerkiksi laitoshoidon yksityisiltä palveluntarjoajilta. Käytännössä tämä siis kuitenkin tarkoittaa sitä, että vastuu kuntalaisten hyvinvoinnista sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä on kunnilla ja kuntayhtymillä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 2018; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014.) Nykyisin perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelut voi järjestää lisäksi myös yhteistoiminta-alue (Kuntaliitto 2017).

Vuonna 2017 Manner-Suomessa oli yhteensä 295 kuntaa. Kuntaliiton selvityksen (2017) mukaan näistä 295 kunnasta, 83 kuntaa järjesti perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelut itse ja lopuissa 212 kunnassa palvelut järjestettiin 59:llä yhteistoiminta-alueella. Manner-Suomi on lisäksi jaettu 20 sairaanhoitopiiriin (+ Ahvenenmaa), joissa jokaisessa on keskussairaala ja muita sairaaloita. Erikoissairaanhoitolain (1063/1989) mukaan kunnan on kuuluttava johonkin näistä sairaanhoitopiireistä. Sairaanhoitopiirit puolestaan jakautuvat viiteen erityisvastuualueeseen, jotka muodostuvat viiden yliopistosairaalan ympärille. Näistä erityisvastuualueista käytetään nimitystä erva-alue. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.)

Kansainvälisesti Suomi erottuu muista EU-maista sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuuta tarkasteltaessa kahdesta eri syystä: Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäjiä on suurimäärä (kunnat) sekä asukkaita suhteellisen pieni määrä järjestäjää kohden. Missään muualla EU:ssa ei ole vastaavaa tehtävää annettu taloudellisesti niin heikkojen yksiköiden vastuulle (kuntien) kuin Suomessa. (Hiilamo 2015: 35–38; Rissanen 2014; Mattila 2011.) Taulukkoon 2 on esitetty EU:ssa julkisten terveystaloudet kolme asukasluvultaan (asukkaita/järjestäjiä) pienintä ja suurinta (asukkaita/järjestäjiä) järjestäjää. Suomi sijoittuu listalla pienimmäksi, koska meillä järjestävää tahoja kohti on vain

keskimäärin reilu 15 000 asukasta (mediaanikunta on kooltaan noin 6000 asukasta), kun esimerkiksi Puolassa luku on yli 38 milj. asukasta järjestäjää kohden. (STM 2011.)

Taulukko 2. Terveyspalveluiden julkiset järjestäjät ja rahoittajat EU-maissa. (Lähde: Thompson ym. 2009; THL 2012 mukailten.)

Maa	Lukumäärä	Asukkaita/järjestäjä	Lukumäärä	Asukkaita/rahoittaja
Suomi	336	15 795	336	15 795
Luxemburg	9	52 000	1	571 00
Bulgaria	28	269 000	1	70 528 000
Unkari	1	10 035 000	1	10 035 000
Ranska	3	20 613 000	1	61 840 000
Puola	1	38 116 000	1	38 116 000

Niin asiantuntijoita, kuin poliitikkoja yhdistää yhteinen konsensus siitä, että terveydenhuollon järjestäjä tulisi olla kuntia laajemmilla hartioilla. (Hiilamo 2015: 38–39; Sipponeen 2016: 153, 156; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012; Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.) Myös Raivio (2006: 186-192) toteaa että, valtioneuvoston mielestä kaikki peruskunnat eivät pysty tulevaisuudessa turvaamaan hyvinvointi palveluja, minkä takia on välttämätöntä, että kuntarajan ylittävää yhteistyötä sekä kuntajaon muutoksia tehdään. Hiilamo (2015: 33–38) toteaa, että pienten väestöpohjien ongelma ilmenee esimerkiksi siinä, ettei kunta kykene muodostamaan yhteneväisiä hoitoketjuja vaativissa ongelmissa jääden helposti sairaanhoitopiirien jalkoihin.

Vuonna 2009 sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestäjiä oli 336 (ks. taulukko 2.). Tämän lisäksi näiden palvelujen rahoittajia oli samainen määrä. Rahoittajien lukumäärällä tarkoitetaan kuntia. Taulukko 2 osoittaa, että Suomessa sote-palvelujen rahoitus on hyvin erilailla järjestetty, kuin muualla EU:ssa. Tämän lisäksi Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus on monikanavainen. Tällä tarkoitetaan sitä, että sote-palvelut rahoitetaan monen eri kanavan kautta. Kaiken kaikkiaan sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus muodostuu valtionosuuksista, kuntien verotuloista, työntajamaksuista, yksityisten vakuutusyhtiöiden maksuista sekä kansaneläkelaitoksen lisäksi yksittäisten kotitalouksien

palvelumaksuista. Rahoituksen monikanavaisuus aiheuttaa palveluiden heikkoa ohjattavuutta ja johdettavuutta. Lisäksi useista eri lähteistä koostuvan rahoitusvirran katsotaan synnyttävän katkoksia asiakkaan palveluketjuihin. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010, 2014; Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.)

Sosioekonomisten tekijöiden tai kunnan koosta riippuen kunnat ovat hyvin erilaisessa asemassa palvelujen rahoittamisen suhteen. Tämä korostuu erityisesti siksi, että lähtökohdaisesti kaikilla kunnilla on yhtäläiset palvelujen järjestämisvelvoitteet. Valtio osallistuu kuntatalouden rahoitukseen myöntämällä kunnille valtionosuuksia. Näiden osuuksien avulla on pyritty tasaamaan kuntien rahoitusmahdollisuuksia. Valtionosuus on laskennallinen ja se perustuu erilaisiin kunnan olosuhdetekijöihin. Valtionosuus kattaa kunnan erilaisia tehtäväalueita kuten esimerkiksi, sosiaali- ja terveydenhuollon, varhaiskasvatuksen tai vaikka taiteen perusopetuksen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011; Valtiovarainministeriö 2018.) Tällä hetkellä valmisteilla olevassa pääministeri Sipilän maakunta- ja sote-uudistuksessa sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus on tarkoitus järjestää hyvin eri tavalla.

Pienten kuntien palvelujen rahoituksen kantokyvyn heikentyessä, kunnat ovat turvautuneet palvelujen tuottamisessa yksityisiin tuottajiin. Pienet kunnat ovat tehneet erilaisia sote-palvelujen ulkoistamissopimuksia turvatakseen alueensa palvelut sote-uudistusten kipuillessa. Ulkoistuksen kohteina ovat voineet olla osaulkoistukset, kuten esimerkiksi yksittäinen terveyskeskus tai äärimmilleen vietyinä jopa sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisulkoistus, joissa yksityinen palveluntuottaja tuottaa kaikkia alueen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Kuntien vapaus toteuttaa peruspalvelut haluamallaan tavalla, on aiheuttanut palveluiden pirstaleisuutta, mikä on omiaan asettamaan asukkaat asuinpaikkakuntansa mukaan hyvinkin eriarvoiseen asemaan palveluiden saatavuudessa. Myös ICT:n hyödyntäminen on jäänyt kunnissa heikoksi. (Parhiala & Hetemaa 2017; Tiitinen 2017; Hiilamo 2015: 39; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012; Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.)

3.2. Uudistus ja uudistaminen

Muutokseen rinnastettavia lähikäsitteitä ovat uudistus ja reformi. Kaikki kolme käsitettä sisältävät jonkinlaisen muutoksen nykytilaan verrattuna. Uudistuksessa ja reformissa on kyse aina tietoisesta pyrkimyksestä saada aikaan muutos. (Paronen 2015: 49–51.) Kumpikin näistä termeistä, uudistus ja reformi sisältävät kehittämisajattelua, jossa jokin asia pyritään järjestämään toisella tavalla. (Pollitt & Bouckaert 2000: 8). Julkisessa hallinnossa kehittämisajattelussa on kolme erilaista näkökulmaa, sillä pyritään ratkaisemaan julkisen hallinnon konkreettisia ongelmia tai vahvistetaan sisäistä tai ulkoista toimintakykyä. (Harisalo ym. 2007: 106–107; Stenvall & Virtanen 2012: 75.)

Muutosten tarkoituksena on tähdätä uuteen rakenteeseen, muutokselle asetettuihin tavoitteisiin tai uuteen ja aikaisempaa parempaan toimintatapaan. (Nelson 2003: 18). Organisaatiomuutokset voivat olla kovia tai pehmeitä muutoksia. Walkerin ja Damanpourin (2009: 221–222) mukaan pehmeitä muutoksia ovat sellaiset muutokset, jotka kohdistuvat organisaation henkilökuntaan tai esimerkiksi organisaatiokulttuuriin. Kovissa muutoksissa on puolestaan kyse, kun muutokset kohdistuvat organisaation rakenteisiin tai säästöihin. Sote-uudistamisessa on usein kyse kovista muutoksista, koska uudistamispäätökset tähtäävät juuri organisaatioiden rakenteiden muutoksiin. Perinteisesti terveydenhuoltoa uudistaessa arvot, joita muutoksilla pyritään saamaan aikaan, ovat vahvasti esillä muutosten perusteina. (Mattila 2011: 41.) Mattila (2011) toteaaakin, että tällaisia arvoja voivat olla esimerkiksi kansalaisten tasa-arvo, ja oikeus saada terveyspalveluja. 2000-luvun hallitusohjelmien perusteissa esiintyykin esimerkiksi eriarvoisuuden vähentäminen ja terveyserojen kaventaminen.

Salminen (1993: 32) toteaa, että vaikka hallinnon uudistaminen saattaa näyttäytyä lyhyellä aikavälillä kehittämistyönä ja uudistamisena, se itseasiassa on enemmän mukautumista ja sopeutumista siihen, mikä on väistämätöntä. Hyvänä esimerkkinä toimii juuri sote-uudistus, jolla pyritään juuri ennakoimaan ja valmistautumaan siihen, mitä tulevaisuus tuo tullessaan, esimerkiksi ikärakenteen muutokseen. Tässä tutkimuksella uudistuksella tarkoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen ja palvelurakenteen sekä kuntien

alueiden uudistamiseen tähtäävää toimintaa. Käytän termejä reformi ja uudistus toistensa synonyymeina läpi tutkimuksen.

Julkisen vallan tai hallinnon uudistamista kutsutaan reformiksi. Reformin ajatellaan tarkoittavan julkisen hallinnon uudistamista siten, että uudistamisen yhteydessä pystytään tekemään säästöjä ja hillitsemään julkisten menojen kustannuksia sekä parantamaan palveluiden laatua ja tehokkuutta. Reformi nähdään myös helposti byrokratian ”kahleiden” vapauttajana sekä politikkojen konkreettisina aikaansaannoksina. (Pollitt & Bouckaert 2004: 6.) Salminen (1993: 32) kuvailee reformiksi muutosta, jossa tietoisesti uudistetaan hallinnon rakenteita ja prosesseja.

Julkisorganisaatioihin kohdistuvilla uudistuksilla tavoitellaan Ashworthin, Boynen ja Delbrigden (2007:165) mukaan toiminnan joustavuutta, tehokkuutta, taloudellisuutta sekä palvelujen ja asiakkuuksien parempaa vastaavuutta. 1990-luvulla Suomessakin toteutetuissa useissa erilaisissa uudistuksissa tavoiteltiin toiminnan parempaa sujuvuutta. (Paronen 2015: 51; Temmes 2003: 196.) Stenvall ja Virtanen (2012: 76) toteavatkin, että sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestelmää on Suomessa uudistettu pala palalta koko sen elinoloajan. Tämä asteittain tapahtuva uudistaminen on aiheuttanut sen, että sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin on kehittynyt rinnakkaisia järjestelmiä. Tällä hetkellä perusterveydenhuollon palveluja esimerkiksi tuotetaankin kolmessa rinnakkaisessa järjestelmässä, eli julkisissa terveyskeskuksissa, työterveyshuollossa sekä yksityisvastaanotoilla. (Sihto, Palosuo, Topo, Vuorenkoski & Leppo 2013: 262; Keskimäki, Manderbacka & Teperi 2008: 50–52.)

Stenvallin ja Virtasen (2012: 80–81) mukaan uudistaminen voi toteutua radikaalilla kertarysäyksellä tai vähitellen kuten inkrementaalisenä muutoksena. Radikaalisessa uudistamisessa pyritään kokonaisvaltaiseen ja näkyvään muutokseen, jossa esimerkiksi organisaation strategia tai visio muutetaan. Sote-uudistamisen näkökulmasta kuntaliitokset tai maakuntauudistus ovat esimerkkeinä radikaalista uudistamisesta. Inkrementaalinen muutos eli askeltava uudistaminen etenee askel askeleelta. Tässä uudistamisen mallissa etuna on hallittavissa oleva määrä tavoitteita ja seurauksia. Lindblomin ja Braybrooken (1970) mukaan inkrementaalisisessa mallissa pystytään hallitsemaan paremmin muutoksen

monimutkaisuutta. Radikaaleina alkaneet uudistukset, saattavat ajan kuluessa muuttua vähittäisiksi innovaatioiksi, koska toimintaa ei saada muutettua kokonaisvaltaisesti. Tästä esimerkkinä toimii kuntauudistaminen ja kuntaliitokset, joissa uudistamistyö on lähinnä merkinnyt kuntarajojen siirtelemistä varsinaisen sisällöllisen ja palvelujärjestelmän uudistamisen sijaan. Palvelujärjestelmän sisälle ulottuviin muutoksiin on näissä tapauksissa päästy vasta vuosia varsinaisten kuntaliitosten jälkeen. (Stenvall & Virtanen 2012: 80–81.) Stenvall kumppaneineen (2007: 25) toteavatkin, että Suomessa on ollut tavallista korostaa sote-uudistusten mullistavia ja radikaaleja tavoitteita, vaikka lopulta uudistamisen tuloksena on ollut ennemminkin pieniä parannuksia olemassa olevaan tilanteeseen.

Perinteisesti Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistaminen on ollut pienten askelten politiikkaa. Saarinen ja Niemelä (2013, 2012) tuovat esiin, että 1960- ja 1970-luvuilla käynnistyneet julkisen sektorin uudistamishankkeet antoivat kunnille enemmän vapauksia, mutta myös vastuita järjestää kuntalaisten palvelut. Näiden reformien taustalla oli päätöksenteon hajauttaminen ja kuntien itsehallinnon vahvistaminen, jotka näkyivät myös 1990-luvun uudistuksissa. Vuoden 1993 valtiosuusuudistus ja vuoden 1995 kuntalain uudistus ovat esimerkkejä päätöksenteon hajauttamiseen ja kuntien itsehallinnon vahvistamiseen tähtäävästä päätöksenteosta (Rissanen 2014: 18; Saarinen & Niemelä 2013: 127–138; Niemelä & Saarinen 2012; Niemelä 2008.)

Epäonnistunut uudistaminen voi johtaa myös alkuperäistä huonompaan tilanteeseen. Tämä on hyvä mainita uudistus käsitteen yhteydessä, jotta uudistamiseksi ei aina mielletäisi paremmaksi lopputulokseksi. Uudistamista ei tulisikaan harjoittaa vain uudistamisen vuoksi, koska uudistaminen voi johtaa myös alkuperäistä huonompaan lopputulokseen, mikäli uudistus ei esimerkiksi tapahdu niissä olosuhteissa, johon uudistus on alunperin suunniteltu. Historiallisesta näkökulmasta vuonna 1993 toteutettu sosiaali- ja terveydenhuollon valtiosuusuudistus on esimerkki uudistamisen negatiivisista vaikutuksista. Valtiosuusuudistus toteutui keskellä lamaa, eli täysin erilaisissa olosuhteissa, kun mitä uudistusta oli lähdetty alun perin valmistelemaan. (Hiilamo 2015: 16.) Silloinen uudistus vaikutti radikaalisti valtion ja kuntien väliseen suhteeseen. Uudistuksen myötä valtionosuus ei perustunut enää kunnan suunnitelmiin vaan oli puhtaasti laskennallinen. Tällä pyrittiin saamaan aikaan kuntien kehittämistoimintaa ja palveluiden tehokkuutta

(Hiilamo 2015; Välimäki 2013: 26; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014: 11; Lehto 2005; Virtanen 2000.) Kun kehittämistoiminta ei ottanutkaan laman aiheuttamien ongelmien takia tuulta purjeisiin alkoi sosiaali- ja terveydenhuollon alueelliset erot palveluiden tasossa ja saatavuudessa kasvaa. Lisäksi malli johti siihen, että valtion ohjauksen sisältö muuttui pikemminkin raamiohjaukseksi, jonka pelkistetty sisältö vaati kuntia järjestämään asukkailleen vaaditut palvelut, laskennallisen valtionosuuksien turvin. Käytännössä tämä mahdollisti sen, että hallitus toisensa jälkeen on lisännyt kuntien velvoitteita riippumatta siitä, ettei kaikilla kunnilla ole edes ollut mahdollisuuksia toteuttaa velvoitteita käytännössä. Tämä puolestaan on johtanut niin kustannus- kuin ohjaukskriisiin sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden erilaistumiseen. (Välimäki 2013: 26–27; Lehto 2005: 18–22).

Niemelän ja Saarisen (2013, 2012) mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisessa on tapahtunut 2000-luvulle siirryttäessä paradigman muutos. Heidän mukaansa uudistamisen paradigma on siirtynyt päätöksenteon hajauttamisesta palvelujen tuottavuutta korostavaan ideologiaan. Tämä uusi paradigma näkyy keskeisesti pääministeri Vanhasen ensimmäisen hallituksen käynnistämässä kunta- ja palvelurakennemuutoksen tavoitteissa. Mattila (2011: 41) mukaan paradigmaa pidetään yleisesti hyväksyttynä ja auktoriteetti asemassa olevana teoriana tai viitekehyksenä. Kuhnin (1962) mukaan paradigmat muuttuvat useimmiten pitkän ajan kuluessa. Tästä syystä onkin erikoista, että viimeisten 20-vuoden aikana sote-uudistamisessa ollaan voitu nähdä useampia eri paradigman muutoksia. Viimeisempänä paradigman muutoksena Hellman, Monni ja Alanko (2017: 17) näkevät Sipilän hallituksen maakunta- ja sote-uudistuksessa yksilön vastuun korostamisen.

Uudistamiseen liittyy vahvasti poliittinen kädenvääntö. Julkisen sektorin reformeissa poliittikkaprosessiin vaikuttaa keskeisesti se, miten uudistuksia on perusteltu poliittisella agendalla. (Niemelä ja Saarinen 2013: 128). Julkunen ja Saari (2013: 320–321) tuovat esiin, että uudistamista vaativat poliittisten päättäjien lisäksi myös kansalaiset. He tuovat ilmi, että maamme on ollut jatkuvan rekalibroinnin kohteena. Julkisessa keskustelussa nousee jatkuvasti esiin uusia kohteita, jotka kaipaavat uudistamista ja lisäresurssointia. Etenkin sosiaali- ja terveydenhuolto näyttäytyy yhtenä suosittuna kehittämisen kohteena.

Paloheimo ja Wiberg (2012: 286) toteavat, että politiikan päiväjärjestys koostuu asioista, jotka ovat laajan huomion kohteena, jotka virittävät keskustelua poliittisen päätöksenteon tarpeellisuudesta tai jotka kuuluvat ainakin joidenkin vaikutusvaltaisten poliittisten toimijoiden mielestä poliittisen järjestelmän hoidettavaksi. Poliittisen päiväjärjestyksen lisäksi päättäjät, joutuvat ottamaan huomioon myös julkisella agendalla esitettyjä näkemyksiä, sekä osallistumaan tähän keskusteluun. (Kingdon, 1995.)

Ministeriöissä tehtävä lainvalmistelu ja uudistaminen ovat aina olleet poliittisesti ohjattua ja sidottu kunkin hallituksen hallitusohjelmiin. Virkamiesten tehtävänä on valmistella hallitusohjelmien mukaisia uudistuksia. Uudistukset valmistellaan poliittisista lähtökohdista, asiantuntijatietoon nojaten lainsäädännön raameissa. Reformien reunaehdot lähtevät siis laista ja lait voivat uudistua hallitusohjelmien pohjalta. Perustuslailla turvatut yksilöiden perusoikeudet sekä kansainvälisillä sopimuksilla säädetyt ihmisoikeudet asettavat tietyt raamit sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamiselle. Keskeisten reunaehto- jen lisäksi ne asettavat myös vaatimuksen toteuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus, mikäli sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisellä ei pystytä turvaamaan yksilöiden perus- ja ihmisoikeuksia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011; Suomen perustuslaki 731/1999; Kansalaisyhteiskuntaa ja poliittisia oikeuksia koskeva kansainvälinen yleissopimus 7-8/1976; SopS 18-19/1990.)

Perustuslain kymmenen pykälää asettavat keskeisimmät raamit sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamiselle. Näihin keskeisimpiin perustuslain momentteihin kuuluvat vaatimus oikeudellisesta yhdenvertaisuudesta, oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen, oikeus yksityiselämän suojaan, oikeus vaali- ja osallistumisoikeuteen, oikeus omaisuuden suojaan, oikeus omaan kieleen ja kulttuuriin, oikeus työhön ja elinkeinovapauteen, oikeus sosiaaliturvaan sekä julkisen vallan yleinen velvollisuus turvata perus- ja ihmisoikeuksien toteutuminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011; Suomen perustuslaki 731/1999).

Suomen liittyminen EU:n on tuonut sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamiseen myös uusia kansainvälisiä piirteitä. EU:ssa tehdyt yhteiset linjaukset, kuten esimerkiksi potilasdirektiivin valmistelu vaikuttavat keskeisesti myös suomalaiseen sote-uudistamiseen ja

sen kontekstissa tehtävään päätöksentekoon. Kansainvälisten sopimusten myötä olemme sidoksissa myös muuhun Eurooppaan ja päätöksenteossa joudumme tarkastelemaan asioita kansainvälisesti. Kansainväliset organisaatiot kuten EU, OECD ja IMF antavat lisäksi ehdotuksia ja suosituksia Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamiselle. Kyseiset organisaatiot ovat olleet erityisen huolissaan Suomen julkisen talouden kantokyvystä ja ovatkin antaneet useita suosituksia Suomen sote-uudistamiselle. (Euroopan komissio 2017: 8–9; IMF 2017; OECD 2016: 14, 2012: 32; Mattila 2011: 243.)

Erilaisten hallituskoalitioiden pohjalta on päädytty lukuisiin erilaisiin sote-uudistuksiin. Erilaisten sote-mallien valmistelua ovat tehneet niin ministeriön omat työryhmät kuin erilaiset selvitysmiesryhmät ja -hankkeet ja yhden hallituskauden aikana ovat voineet olla jopa kaikki nämä kolme ryhmää toiminnassa. (Hiilamo 2015:45-55). Aulan (2003: 100) mukaan 2000-luvulle tultaessa uudistusten parlamentaarinen valmistelu on vähentynyt. Parlamentarisessa järjestelmässä hallituksen vastuulla on lakien valmistelu, johon perinteisesti kansanedustajat ovat osallistuneet joko erilaisten toimikuntien tai neuvottelukuntien jäseninä. Kansanedustajien osallistuminen lainvalmisteluun on vähentynyt 1990-luvulta lähtien, kun uudistusten valmistelua on usein siirtynyt virkatyönä virkamiehille ja selvityshenkilöille (Aula 2003: 100; Jussila 2012: 17.)

Parlamentaaristen komiteoiden ja toimikuntien käyttö on vähentynyt 1970-luvulta asti, minkä takia hallitus-opposition yhteistyönä tehdyt uudistukset ovat myös vähentyneet. Tämä on korostanut valiokuntien tekemää hallituksen esitysten arviointia sekä asiantuntijakuulemisten merkitystä. (Jussila 2012: 17; Aula 2003: 99-100.) Jussila (2012: 17) toteaa, että poikkeuksiakin tällä vuosituhanella on ollut, kun sosiaaliturvan uudistamista varten asetettiin vuonna 2007 Sata-komitea. Valli-Lintu (2017:49) katsoo, että sote-uudistamisessa parlamentaarisen valmistelun puuttuminen on näkynyt uudistuksissa myös kuntien yhteistyön heikkenemisenä. Kunnat ovat saattaneet jäädä odottelemaan toimeenpanon aloitusta, koska ovat pelänneet, että seuraava hallitus ei kuitenkaan toteuta uudistusta.

Temmes (2003:195) puolestaan mainitsee uudistusten valmistelun muuttumisen kaksijakoiseksi. Vaikka toisaalta ministeriöiden asettamat työryhmät ja virkavalmistelu

mahdollistaa valmistelun tehokkuuden ja joustavuuden, mahdollistaa se myös sen, että valmistelun laatutaso ja eri tahojen osallistuminen valmisteluun on saattanut heikentyä. Valmistelu on siirtynyt enemmän ministeriöiden ad hoc-valmisteluun, eikä vanhasta komitealaitoksesta enää näy merkkejä. (Hellman, Monni ja Alanko 2017).

3.3. Hallitusohjelmien rooli uudistamisessa

Suomessa valtiovalta kuuluu kansalle, jota edustaa demokraattisilla vaaleilla valittu eduskunta. (Kurvinen ja Sippola 1989: 7). Eduskunnan tehtäviä ovat toimintakykyisen enemmistöhallituksen muodostaminen ja sen ylläpitäminen, valtionvarojen käytöstä päättäminen, lakien säätäminen, sekä hallituksen ja toimeenpanovallan ohjaaminen ja valvominen. Valtioneuvosto eli kansankielellä yleisemmin tunnettu hallitus (jatkossa hallitus) on Suomen hallinnosta vastaava toimielin, jota johtaa pääministeri. (Aula 2003: 102–103; Murto 2003: 127-138.) Julkiseksi hallinnoksi kutsutaan valtiota ja kunnallista itsehallintoa. (Harisalon ym 2007:21).

Hallituksen tehtävänä on tehdä kansalaisia koskevia päätöksiä, eli siis julkista politiikkaa, johon myös englanninkielinen käänös *public policy* ja *policy-making* viittaavat. (Harisalo ym. 2007: 27–28). Hallituksen yhteisistä suuntaviivoista sovitaan hallitusneuvotte- lujen yhteydessä ja ne kirjataan hallitusohjelmaan, kun hallitus on muodostunut. Halli- tusohjelma on kunkin hallituksen neljän vuoden mittainen toimintasuunnitelma, jonka hallitukseen osallistuvat puolueet ovat yhteisesti hyväksyneet. Sen valmisteluun osallis- tuvat hallitukseen osallistuvat puolueet. Todellisuudessa hallitusohjelmien valmisteluun vaikuttavat lisäksi ministeriöt ja järjestökentät. Järjestökenttä esittää omia tavoitteitaan pyrkien saamaan tavoitteitaan, niin ministeriöiden kuin puolueidenkin valmisteluun. Hal- litusohjelmassa sovitaan hallituksen tärkeimmistä tehtäväalueista ja yhteensovitetaan puolueiden tavoitteet. Ohjelmien sisältö on laajentunut ja muuttunut 2000-luvulla yleis- täviksi strategioiksi, joissa toisaalta saattaa olla yksittäisten puolueiden mukaan saamat pienemmät asiat. Puolueiden roolia sekä vaikutusmahdollisuuksia on heikentänyt ohjel- mien ”yleiskattavuus”. (Heinämäki 2012: 55; Wiberg 2006: 214.)

Hallituksen uudistukset heijastavat vallassa olevien eturyhmien intressejä ja arvoja. Intressit ovat eturyhmien vakiintuneita näkemyksiä yhteiskunnallisista asioista. Nämä intressiryhmät ovat usein luokkapohjaisia, minkä takia uudistusten perusta rakentuu näiden ryhmien yhteiskunnallisen, tuotannollisen, sosioekonomisen ja alueellisen aseman pohjalta. (Saari 2011: 7; Paloheimo & Wiberg 1997: 340–341.) Suomessa vallitsevassa monipuoluejärjestelmässä (koalitionhallitus) hallituksen puoluepohja muuttuu usein vain osittain. Tästä syystä hallitusohjelmissa ei välttämättä tapahdu niin dramaattisia muutoksia, kuin esimerkiksi sellaisissa maissa, joissa on toiminnassa kaksipuoluejärjestelmä. (Paloheimo & Wiberg 2012: 340–341; Wiberg 2006: 214–218.) Hellman, Monni ja Alanko (2017) katsovat, että koalitionhallitukset ovat toimineet osittain hyvinvointivaltion takajina. Koalitionhallitukset pakottavat hallituskumppaneita neuvottelemaan omista tavoitteistaan sekä tekemään kompromisseja muiden hallituspuolueiden kanssa. Tästä syystä poliittinen agenda ei ole vuosien saatossa muuttunut kovinkaan dramaattisesti. Lisäksi hallitusohjelmiin kirjoitetut yksityiskohtaiset poliittiset tavoitteet ovat varmistaneet, että hyvinvointivaltion rakenteet eivät ole kadonneet hallitusohjelmista. Toisaalta Hellman, Monni ja Alanko (2017) toteavat, että Stubbin (2014) ja Sipilän (2015) hallitusohjelmissä näkyy pohjoismaisen hyvinvointivaltion keskeisten käsitteiden poisjättäminen.

Suomessa hallitusohjelma on kehittynyt hallituksen keskeiseksi politiikan ohjausvälineeksi, joka ilmentää hallituksen tahtotilaa ja tavoitteita tulevan vaalikauden aikana. (Aula 2003: 99–103.) Tahtotilan lisäksi se toimii julkishallinnolle hallituksen poliittisten linjausten ilmaisijana sekä koalitionhallitusten aatteiden yhteensovittajana. Lisäksi ehkä yksi sen tärkeimmistä rooleista on sitoa puolueet yhteisen suunnitelman taakse. (Wiberg 2006: 214–218.) Sosiaali- ja terveystalouden suuntaa ja rahoitusta ohjataan hallitusohjelmilla sekä valtion talousarviolla. (Nyberg 2000; Virén & Jokinen 2001: 573–580).

Hallintoa uudistettiin Suomessa 1990-luvulla nostaen esiin strategisen johtamisen kehittämisen. Heinämäki (2015: 19, 83) tuo esiin, että 2000-luvun keskushallintohankkeen myötä alettiin puhua ohjelmajohtamisesta, jolla pyrittiin organisoimaan laajoja tehtäväkokonaisuuksia. Saukkola (2003: 132) täydentää, että uudistamishankkeen tarkoituksena oli terävöittää hallitusohjelmia sekä tehostaa johtamista ja seurantaa. Lisäksi tavoitteena oli lyhentää hallitusohjelmia, jotta niissä olisi vain keskeiset tavoitteet sekä uutena

elementtinä organisoidut tehtäväkokonaisuudet eli politiikkaohjelmat. Valtiovarainministeriö määritteli vuonna 2003 ohjelmajohtamisen periaatteiksi: hallitusohjelmien kokonaisjohtamisen parantamisen, verkostomaisen työskentelyotteen, poliittisen ohjauksen vahvistamisen, harjoitetun politiikan säännönmukaisen seurannan ja arvioinnin sekä muutosvalmiuden. (Valtiovarainministeriö 2003: 1). Näillä keinoilla pyrittiin vahvistamaan hallituksen kokonaisjohtamista sekä koordinoitua. Sosiaali- ja terveysministeriön ohjelmajohtamisen esimerkkinä voidaan käyttää esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon kansallista kehittämisohjelmaa eli Kaste-ohjelmaa. (Heinämäki 2012: 101–102; Saukkola 2003:132.)

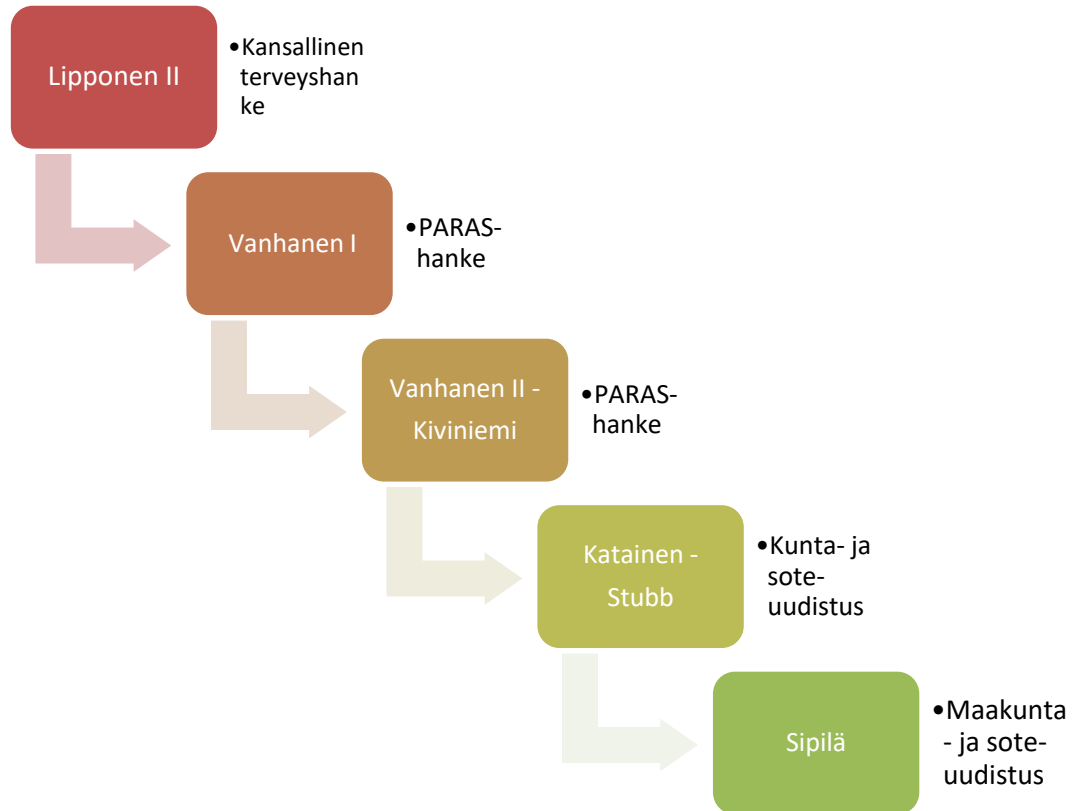
Pääministeri Sipilän hallitusohjelma näyttäytyy ulkoasultaan muista hallitusohjelmista poikkeavana. Tämä johtuu siitä, että Sipilän hallitusohjelman taustalla on valtion ohjauksen järjestelmän kehittämis-hanke (OHRA-hanke), jonka taustalla on ollut tulosohjauksen laaja uudistaminen. Hankkeen keskeisenä tavoitteena on varmistaa hallituksen tärkeinä pitämien asioiden toteutuminen. (Valtioneuvoston kanslia 2015; Valtiovarainministeriö 2013.)

Hellmanin, Monnin ja Alangon (2017) mukaan nykyinen hallitusohjelma muistuttaa enemmän liikemaaailman toimintasuunnitelmaa, kuin valtion hallitusohjelmaa. Heidän mukaansa tämä mahdollistaa managerialismin ja ylhäältä alas johtamisen. Toisaalta tutkijat toteavat, että hallitusohjelman nykyisen muodon katsotaan mahdollistaneen ad hoc -tyylisen päätöksenteon ja sote-uudistamisen ripeän valmistelun.

”Hallitusohjelman rooli politiikan sisällön määrittäjänä on Suomessa keskeinen.” (VTV 2017.)

Vaikka hallintoa on uudistettu ja hallitusohjelmissa on tapahtunut muutoksia, nähdään valtionalouden tarkastusvirastossa, että hallitusohjelman rooli politiikan sisällön määrittäjänä on edelleen keskeinen. Tästä syystä valitsin nimenomaan hallitusohjelmien tarkastelun tämän tutkimuksen keskiöön. Tarkastelen tässä tutkimuksessa hallitusohjelmiin kirjattuja sote- ja kuntauudistamisen tavoitteita sekä pyrin tuomaan esiin keskeisiä muita sosiaali- ja terveystalouden politiikan linjauksia. Tutkimuksen ulkopuolelle on jätetty tarkoituksella eri puolueiden omat tavoitteet ja keskitytty vain hallitusohjelmien myötä asetettuihin

yhteisiin tavoitteisiin. Tiedostan kuitenkin tutkimustani tehdessä, että puolueiden omilla intresseillä on ollut suuri merkitys uudistusten tavoitteiden asettamisessa sekä uudistusten epäonnistumisissa.



Kuvio 2. Hallitusten sote-ratkaisut.

Hallitus toisensa jälkeen on valmistellut erilaisia sote-uudistamiseen tähtääviä malleja. Kuvioon 2 on listattu jokaisen hallituksen ajama viimeisin malli. Lukuun ottamatta Vanhasen ensimmäistä hallitusohjelmaa reformien taustalla ovat olleet hallitusohjelmien kirjaukset sote-uudistamisesta. Vaikka Kansallinen terveyshanke ei ollut Lipposen toisen hallituksen varsinainen sote-uudistus, loi se merkittäväällä tavalla suuntaa tuleville sote-uudistuksille, minkä takia se löytyy kuvioista 2. Kansallisen terveyshankeen keskeisimpänä tavoitteena oli STM:n (2008) arviointiselvityksen mukaan terveydenhuollon tulevaisuuden turvaaminen sekä väestön terveystarpeista lähtevän hoidon saatavuuden,

laadun ja riittävän määrän turvaaminen maan eri osissa asukkaan maksukyvyystä riippumatta. Perusterveydenhuollon toimivuuden parantaminen asetettiin hankkeen keskeisimmäksi tavoitteeksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008:22).

Pääministeri Vanhasen I hallituksen liikkeelle lähettämä kunta- ja palvelurakenteen uudistuksesta (jatkossa PARAS-hanke) annetun puitelain tavoitteena oli tehostaa kunnallisen toiminnan ja palveluiden rakennetta. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden osalta laki edellytti, että perusterveydenhuollon palvelut ja perusterveydenhuoltoon läheisesti liittyvät sosiaalipalvelut toteutettaisiin vähintään 20 000 asukkaan väestöpohjilla. 20 000 asukkaan väestöpohjan vaatimus käytännössä velvoitti kuntia joko yhdistymään toisten kuntien kanssa tai vaihtoehtoisesti muodostamaan yhdessä muiden kuntien kanssa yhteistoiminta-alueita. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009.)

Vanhasen II hallituksen aikana PARAS-hanketta jatkettiin. Kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoitolaki yhdistettiin terveydenhuoltolaiksi. PARAS-hankkeen ollessa käynnissä Kiviniemen hallituksessa pohdittiin 20 suurkunnan perustamista. PARAS-hankkeen aikana puolueilla oli yhteinen käsitys suuruuden ekonomiasta. Palveluiden järjestämiseen tarvittiin riittävä väestöpohja, mutta kysymykseksi jäi, onko tämä suuri väestöpohja kunnissa vai suuremmilla alueilla. (Hirvikorpi 2006: 36.) Kataisen hallituksen kaadettua PARAS-hanke, joissain kunnissa on PARAS-hankkeen mukaisessa hengessä ymmärretty suuremman väestöpohjan merkitys. Tämän osoittaa eri yhteistoiminta-alueiden vapaaehtoinen muodostuminen kuten Siun sotessa ja Eksotessa 2010-luvulla. (Mattila 2011: 242.)

PARAS-hankkeen kaaduttua Kataisen hallitus lähti valmistelemaan omaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistusta, joka paremmin tunnetaan kunta- ja sote-uudistuksena (jatkossa kunta- ja sote-uudistus). Alun perin sote-uudistusta valmisteltiin Kataisen hallitusohjelman mukaisesti kuntauudistuksen lisäosana. Lopullisessa kunta- ja sote-uudistusmallissa nojattiin kuitenkin viiteen järjestämisvastuualueeseen, joka alkuperäisestä valmistelusta poiketen ei tullut tehtävään asetetuilta valmisteluryhmiltä. Viiden suuralueen malli syrjäytti aikaisemman kuntapohjaisen mallin ja poisti kuntauudistuskytöksen sote-uudistuksen valmistelusta sekä mahdollisti tarpeeksi suuret väestöpohjat

sote-palveluiden järjestämiseen. (Sipponen 2016: 164; Hiilamo 2015: 58–62; Kataisen hallitusohjelma.)

Stubbin hallituksen myötä Parlamentaarisessa ohjausryhmässä saatiin sopu aikaiseksi 19 tuottamisvastuualueesta, mutta hallitusten vaihtuessa uudistus muovautui uudelleen. Pääministeri Sipilän hallituksen astuttua valtaan viimeisemmäksi sote-malliksi valikoitui sote- ja maakunta uudistus. Tällä hetkellä lokakuussa 2018 uudistus kantaa nimeä maakunta- ja sote-uudistus. Maakunta- ja sote-uudistuksessa kunnallisesta järjestämisvastuusta on tarkoitus luopua ja uudistusta päätettiin lähteä valmistelemaan 18 maakunnan pohjalta lisäten asiakkaan valinnanvapautta palvelurakenteen uudistamisen myötä. Kyseinen malli on tällä hetkellä ministeriöiden valmistelussa. (Valtioneuvosto 2018; Hiilamo 2015: 63-68; Stubb hallitusohjelma; Sipilä hallitusohjelma.)

3.4. Hyvinvointivaltio peruspalveluiden takaajana

Hyvinvointivaltio on suomalaisen poliittisen järjestelmän ja yhteiskunnan yksi peruskäsitteistä. (Saari & Taipale 2013: 28–29). Möttönen ja Niemelä (2005: 31–33) täydentävät, että suomalaisella yhteiskuntapolitiikalla on ollut pitkä valtio- ja julkishallintokeskeinen perinne, joka näkyi juuri hyvinvointivaltion rakentamisessa valtiojohtoisesti. Toisen maailmansodan jälkeisen uudelleenrakentamisen aikakaudella hyvinvointivaltion teema on ohjannut maamme rakentamista tähän päivään saakka. (Saari & Taipale 2013: 28–29.) Perustuslaki ja erilaiset kansainväliset sopimukset ovat turvanneet yksilöille perus- ja ihmisoikeudet, joita myös hyvinvointivaltion rakentamisessa ja uudistamisessa on sitouduttu noudattamaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.)

Hyvinvointivaltiota on pyritty tarkastelemaan joko sosiaalimenojen julkismeno-osuuden perusteella tai instituutionaaliseen näkökulmasta. Instituutionaalisen näkökulman mukaan valtio täyttää hyvinvointivaltion kriteerit, mikäli siellä on lainsäädäntöön perustuva koko väestön kattavat riskiperustaiset sosiaaliturvajärjestelmät. Näiden sosiaalijärjestelmien tulisi vastata ainakin lapsuuteen, sairauteen, vanhuuteen työttömyyteen ja työtapa- turmiin kytkeytyviin riskeihin. (Saari & Taipale 2013: 29–30; Social Security Administration 2016.) Toisen näkökulman eli meno perusteisuuden mukaan valtiosta tulee

hyvinvointivaltio vasta sitten, kun julkisista menoista puolet kohdennetaan sosiaaliturvaan. (Saari & Taipale 2013: 30.)

Pohjoismaisen hyvinvointivaltion keskeisiksi piirteiksi voidaan luetella universaalit sosiaaliset oikeudet, julkisen vallan vastuu ihmisen hyvinvoinnista, pyrkimys sukupuolten väliseen, taloudelliseen ja alueelliseen tasa-arvoon sekä täystyöllisyyden tavoitteluun ja korkeaan työhön osallistumisen asteeseen. (Möttönen & Niemelä 2005: 203; Metteri 2004: 17.) Pohjoismaisessa hyvinvointivaltion periaatteessa on perinteisesti myös korostettu julkista vastuuta eli valtiota ja kuntia hyvinvointipolitiikan ensisijaisina toteuttajina. (Metteri 2004: 17). Hieman tarkastelukulmasta riippuen Suomi lasketaan vielä toistaiseksi pohjoismaiseksi hyvinvointivaltioksi. Toistaisuus johtuu 1990-luvun aikana tapahtuneesta muutoksesta, jonka seurauksena hyvinvointivaltiota alettiin kutsua hyvinvointiyhteiskunnaksi ja oikeuksien sijasta alettiin puhumaan velvollisuuksista. Ilmiö näkyi myös konkreettisella tasolla, kun hyvinvointivaltiota alettiin karsia. (Heiskala & Luhtakallio 2006; Julkunen 2001.)

Tässä tutkimuksessa hyvinvointivaltio nähdään instituutiona, joka järjestää kansalaisilleen tarvittavat sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelut valtiojohtoisesti, noudattaen yksilöille turvattuja perus- ja ihmisoikeuksia. (SopS 78/2002; PL 731/1999). Sote-uudistaminen voidaan nähdä siis hyvinvointivaltion turvaamisen näkökulmasta. Uudistamisella tähdätään hyvinvointivaltion peruselementtien säilyttämiseen, jonka johdosta voidaan vetää johtopäätös, että kaikki 2000-luvun hallitukset ovat yhteisymmärryksessä halunneet pitää näitä rakenteita yllä. Myös hallitusohjelmien kirjausten perusteella voidaan tehdä samainen johtopäätös. Sipposen (2016: 28) mukaan sekä sote- että kuntauudistaminen pohjautuvat hyvinvointivaltion arvopohjalle.

3.5. Suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisen yhteenveto

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuolto on kehittynyt kunnallisen itsehallinnon rinnalla osaksi kunnan hyvinvointipalveluja. Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmämme on siis kiinteässä yhteydessä perustuslailla suojattuun kunnalliseen itsehallintoon. Ei siis ole ihme, että 2000-luvun sote-uudistuksissa on ollut kyse myös kuntauudistamisesta. Näissä

erilaisissa uudistuksissa on ollut kyse julkisen hallinnon tietoisesta pyrkimyksestä saada aikaan muutos käytännössä. Uudistusten valmistelulla on pyritty ratkaisemaan sosiaali- ja terveydenhuollon ongelmia, kuten esimerkiksi eriarvoistavaa palvelurakennetta, purkamaan monikanavaista rahoitusta, lisäämään järjestäjän kantokykyä ja alueen tulopohjaa sekä varautumaan ja sopeutumaan pitkän aikavälin haasteisiin, kuten esimerkiksi väestön ikääntymiseen ja kasvaviin sosiaali- ja terveydenhuollon menoihin. (Rissanen 2014; Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.)

PARAS-hankkeen aikaiset kuntaliitokset ja 2000-luvun aluepolitiikka ovat näyttäneet sekä sosiaali- ja terveydenhuollon, että paikallishallinnon näkökulmasta tavoitteellisena siirtymisenä kohti alueellista hallintoa. (Anttiroiko & Valkama 2016). Tutkijoiden mukaan kehityksessä on nähtävissä polkuriippuvuutta jo 1990-luvulta saakka. Lisäksi erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämis- ja tuottamisrakenteen uudistaminen on ollut kaikkien viimeisten hallitusten agendalla. Uudistamista on perusteltu julkisessa keskustelussa etenkin kansalaisten palveluiden eroilla, kuntia leveämpien hartioiden tarpeella, kuntien yhteistoiminta organisaatioiden epädemokraattisuudella sekä koko toimialan kattavan järjestämisorganisaation muutos tarpeella. (Luukkonen 2018: 13–14; Anttiroiko & Valkama 2016: 13–16; Lehto 2012: 292.)

Koska suomalainen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä on rakentunut lisäyksellisesti, on järjestelmässä myös valuvikoja. Lisäyksellisen uudistamisen johdosta Suomeen on rakentunut järjestelmä, jossa esimerkiksi perusterveydenhuollon palveluita tuotetaan kolmessa rinnakkaisessa järjestelmässä. Rahoituksen kerääminen monikanavaisesti on vaikeuttanut kustannusten käytön suunnittelua ja arviointia sekä heikentänyt rahoituksen ohjaavaa vaikutusta. Rahoitus on myös ohjautunut erikoissairaanhoidon painottaen, jättäen kunnat kädettömiksi perusterveydenhuollon vahvistamisessa ja terveyden edistämisessä. Lisäksi kansalliset muutokset, kuten ikärakenteen muutos ja kaupungistuminen ovat aiheuttaneet ja tulevat myös jatkossa aiheuttamaan tarvetta uudistaa sosiaali- ja terveydenhuoltoa, koska nykyinen järjestelmämme ei enää katsota selviytyvän uusien haasteiden edessä.

Sosiaali- ja terveydenhuollolla on suuri merkitys koko Suomen kansantaloutta tarkasteltaessa. Ala työllistää noin 386 000 henkilöä (2014), mikä on valtavan suuri osuus koko työikäisestä väestöstä. Lisäksi pelkästään terveydenhuollon menot olivat vuonna 2016 noin 20,5 miljardia euroa. Sosiaali- ja terveydenhuollon menot ovat jatkaneet kasvua 2000-luvulla. Osaksi tähän ovat vaikuttaneet luonnollinen väestösuhteen muutos, sekä kuntien toteuttamat organisatoriset ja toiminnalliset muutokset. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018; Tilastokeskus 2016; Stenvall & Virtanen 2012: 12.) Puhuttaessa sote-uudistamisesta on kuitenkin hyvä tarkastella uudistuksen lähtötavoitteita. Keskusteltaessa uudistuksen tavoitteista, ei ole yhdentekevää toteuttamisko uudistusta valtiontalouden kestävyysvajeen hillinnän, kuntatalouden vakauttamisen vai eriarvoistavan palvelurakenteen näkökulmasta. Tämänkaltaisten tavoitteiden yhteensovittaminen on hyvin haasteellista, kun ottaa huomioon, että esimerkiksi kestävyysvajeen näkökulmasta meidän tulisi tuottaa peruspalvelumme pienemmillä kustannuksilla ja toisaalta eriarvoistavan palvelurakenteen näkökulmasta meidän tulisi tuottaa laadukkaampia ja paremmin saatavilla olevia palveluja.

4. METODI JA MATERIAALILUKU

Hallintotieteessä hallinnon ja organisaatioiden tutkiminen kuuluvat Salmisen (1993: 18) mukaan yhteiskuntatieteisiin. Yhteiskuntatieteiden on tarkoitus selittää yhteiskunnan ilmiöitä, jotka ovat rakentuneet ihmisten toimesta. Yhteiskuntatieteelliselle tutkimukselle tyypillinen kompleksisuus ilmenee myös tämän tutkimuksen aiheesta. Sote-uudistus tutkimuskohteena pakottaa tutkimaan sekä yhteiskuntaa itsenään että yhteiskunnan päätöksentekojärjestelmää omana hallinnollisena toimijana. (Salminen 1993:18–20.) Lisäksi aiheeseen sisältyy sosiaalisen järjestelmän tuottama kompleksisuuden tarkastelu (mm. politiikka ja talous).

Hallintotiede määritellään soveltavaksi yhteiskuntatieteeksi (Salminen 2004: 10). Se on eriytynyt sosiologian, taloustieteen, valtio- ja oikeusopin perinteestä. (Salminen 1993: 24–25.) Hallinto, organisaatio, julkinen toiminta ja hallintokulttuuri ovat hallintotieteen avainkäsitteitä. Hallinto nähdään osana yhteiskuntaa. Se on ihmisten järjestäytyntä toimintaa yhteiskunnassa ja erityisesti valtiossa. Toisaalta hallinto myös määritellään toiminnaksi, jolla pyritään toteuttamaan yhteisiä tavoitteita. (Salminen 2004: 11.) Tämä tutkimus on sosiaali- ja terveyshallintotieteen tutkimus, joka käsittelee alalle tyypillistä aiheetta, eli sote-uudistamisen vaikeutta organisaation (hallituksen) päätöksenteon näkökulmasta. (Niiranen & Lammintakanen 2011: 113).

4.1. Tutkimusaineisto

Tässä tutkimuksessa aineistoksi valikoituivat kahdeksan edellisen hallituksen (Lipposen II hallituksesta – Sipilän hallitukseen) hallitusohjelmat. Uudistusten valmisteluaineistosta haettiin lisämateriaalia ja ymmärrystä aiheen laajempaan tarkasteluun. Tutkimuksen oheismateriaalina aiheesta luettiin myös muita dokumentteja kuten esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriön, kuntaliiton, valtiovarainministeriön, valtiontalouden tarkastusviraston sekä terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen selvityksiä, raportteja sekä tutkimuksia

2000-luvulta. Lisäksi tutkimuksessa käytettiin apuna kunnallisalan keittämissäätöön po-
leemisia kirjoituksia sekä uutisartikkeleita (muun muassa Tiina Merikanto).

Hallitusohjelmista käytettiin lyhennystä HO ja se kytkettiin jokaisen pääministerin suku-
nimen taakse. Esimerkiksi Lipponen II HO jne. Koska Vanhasen I HO on Jäätteenmäen
hallitusohjelman kanssa yhteneväinen ei Jäätteenmäen hallitusohjelmaa tarkasteltu erik-
seen. Kuten ei Jäätteenmäen ja Vanhasen I hallituksen HO:ssa ollut tutkimuskysymysten
kannalta eroja, ei myöskään Vanhasen II HO:sta ja Kiviniemen HO:sta tai Kataisen ja
Stubb:n HO:sta löytynyt sellaisia eroja, jotka olisivat vaikuttaneet tulosten analysointiin.
Mikäli kuitenkin eroja ilmeni, puhutaan näissä tapauksissa erikseen Kiviniemen tai Stub-
bin HO:sta.

Hallituskausista puhutaan pääasiallisesti tässä tutkimuksessa sen kauden pääministerin
nimen perusteella. 2000-luvun aikana pääministeri on vaihtunut suhteellisen usein, ottaen
huomioon, ettei pääministerien vaihdokset ole tapahtuneet eduskuntavaalien seurauk-
sena. Taulukkoon 3 on rajattu analyysissa käytetyt dokumentit. Luokiksi on jaoteltu hal-
litusohjelmat sekä dokumentit, joista löytyy sote-uudistamisen tavoitteita. Kaikki tutki-
muksessa käytetyt materiaalit olivat valmiita julkisia dokumentteja ja ne kerättiin touko-
– syyskuun 2018 aikana.

Taulukko 3. Aineistona käytetyt dokumentit.

Hallitusohjelmat	Valitut dokumentit joissa mainittiin kansallisen terveysthankkeen, PARAS-hankkeen, kunta- ja sote-uudistuksen tai maankunta- ja sote-uudistuksen tavoitteita.
Lipposen II hallitusohjelma Jätteenmäen hallitusohjelma Vanhasen I hallitusohjelma Vanhasen II hallitusohjelma Kiviniemen hallitusohjelma Kataisen hallitusohjelma Stubbin hallitusohjelma Sipilän hallitusohjelma	Arviointiselvitys vuosina 2002-2007 toteutetusta kansallisesta terveysthankkeesta. STM 2008. Aluevaiheen materiaalit I, Peruspalveluohjelmaa valmistelevan ministeriryhmän linjaukset aluevaiheeseen. Sisäministeriö 2005. PARAS-hanke Suomea muokkaamassa. Kari Raivio, 2006. Kunta- ja palvelurakennemuutoksen lähtökohdista ja tavoitteista. Veli Laine, 2006. Kuntaliitosten tavoitteet ja perustelut. Mikko Niemelä, 2008. Kunta- ja palvelurakennemuutoksen toteutuminen. THL, 2009. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistaminen peruslinjauksia valmistelevan työryhmän loppuraportti. STM, 2011. Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä. Yrjö Mattila, 2011. Palvelurakennetyöryhmän väliraportti. STM, 2012. Palvelurakennetyöryhmän loppuraportti. STM, 2012. Valtioneuvoston selonteko kunta- ja palvelurakennemuutuksesta. VM, 2009. Julkisen talouden riskit: Kansainväliset suositukset. VTV, 2017. Julkinen päätöksenteko totuuden jälkeisessä ajassa. Olli-Pekka Heinonen, 2017. Matkalla maakunnallisiin sosiaali- ja terveyspalveluihin, Tutkimus maakunnallisten sosiaali- ja terveyspalvelukuntayhtymien syntyprosesseista. Jouko Luukkonen, 2018. PARAS-hankkeen aikana toteutettujen kuntaliitosten vaikutukset. Saari- maa & Tukiainen, 2018. Uudistuksen tavoitteet. Valtioneuvosto, 2018.

4.2. Tutkimuksen menetelmälliset lähtökohdat

Hermeneuttinen tiedekäsitys on yhteydessä valittuun kvalitatiiviseen tutkimustapaan. Valitussa tiedekäsityksessä hallinnon ja organisaation analyysit perustuvat ihmistieteiden metodologiaan. Ihmistieteiden metodologiassa havainnot nojaavat ihmisten kokemusmaailmaan, tavoitteisiin ja tarkoituksiin. Ilmiöitä pyritään ymmärtämään, selittämään ja tulkitsemaan. Voisikin sanoa, että laadullisessa tutkimuksessa pyritään lisäämään ilmiön parempaa ymmärtämistä. Tämän tutkimuksen yhtenä perustavoitteena on lisätä ymmärrystä siitä, että minkälaisia tavoitteita hallitusohjelmissa on sote-uudistukselle asetettu. Laadulliselle tutkimukselle tyypillistä on, että tutkimus kohdistuu ilmiöön, joka on ainutlaatuinen ja kompleksinen, kuten käsillä oleva sote-uudistus. (Salminen 1993: 185–188.)

Tutkimuksen metodiksi valittiin dokumenttianalyysi. Dokumenttianalyysi sopii laadulliseen tutkimusentekoon, koska se mahdollistaa laadulliselle tutkimukselle ominaisen tiedon kuvailemisen. Tuomi ja Sarajärvi (2009) toteavatkin, ettei laadullisella tutkimuksella pyritä tilastollisiin yleistyksiin, kuten esimerkiksi määrällisessä tutkimuksessa. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään lisäämään ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä tai asiasta tai esimerkiksi selittämään tiettyä ilmiötä teorialähtöisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009: 85.)

Dokumenttianalyysi mahdollistaa ajankäytöllisesti ja taloudellisesti tehokkaan työskentelytavan, joka myös tässä tutkimuksessa oli yksi keskeisimmistä syistä metodin valinnassa. Dokumenttianalyysissa käytetään hyväksi olemassa olevaa materiaalia, ilman pakottavaa tarvetta luoda uutta aineistoa. Olemassa olevasta materiaalista on mahdollista löytää uusia merkityksiä kokoamalla aineistoa. Valmiit dokumentit ovat usein myös helposti ja ilmaiseksi saatavilla, eikä niihin liity tutkijan omaa osallistumista. Lisäksi metodi mahdollistaa aineiston valinnan perinteisen aineistonkeruun sijaan. (Bowen 2009: 31; Anttila 1996: 277–278.)

Bowen (2009: 31) toteaa dokumenttianalyysin eduiksi aineistojen käytön laajuuden. Aineistot voivat olla kerättynä pitkän ajan sisällä, jolloin aineisto sisältää monia erilaisia tapahtumia ja asetelmia. Tämä oli toinen keskeinen syy valita dokumenttianalyysi metodiksi tähän tutkimukseen. Anttilan (1996: 277) ja Bowen (2009: 27) mukaan dokumenttianalyysissa voidaan hyväksikäyttää lähes kaikkea dokumentoitua aineistoa, kuten esimerkiksi kirjoja, artikkeleita, päiväkirjoja, kirjeitä, taustamuistioita, puheita, raportteja tai esimerkiksi kuvia tai televisio-ohjelmia. Hallin (1999) puolestaan määrittelee dokumenttianalyysin aineistoksi ihmisten jättämät jäljet. Hallin yksinkertainen määritys on erittäin käyttökelpoinen, koska analyysimateriaaliksi kirjallisuuden perusteella käy oikeastaan mikä tahansa ihmisen tuottama materiaali, oli kyseessä sitten seinämaalaukset tai radio-ohjelma. Sote-uudistukseen kytkeytyviä materiaaleja on valtavat määrät. Materiaalit ovat lisäksi hyvin erilaisia. Materiaaleina on selvityksiä, raportteja, tausta-aineistoja, lakitekstejä, pohdintoja sekä uutisraportteja. Laajan materiaalijoukon vuoksi dokumenttianalyysi toimii hyvin tämän aineistojoukon käsittelyyn. Metodi mahdollistaa eri näkökulmien huomioimisen sekä yhdistämisen.

Dokumenttianalyysin avulla tutkittavasta ilmiöstä voidaan paljastaa merkityksiä, joita ei välttämättä löydetä, kun käytössä on vain rajatut dokumenttityypit. (Bowen 2009: 29–30). Merriamin ja Tisdellin (2016: 189) mukaan erityyppisten dokumenttien avulla tutkijat pystyvät kehittämään ymmärrystään sekä tekemään oivalluksia tutkittavasta aiheesta. Bowenin (2009: 29–30) mukaan erilaiset menneet tapahtumat, asiakirjat ja taustamuistiot mahdollistavat tutkijan syventymisen aiheeseen ja auttavat ymmärtämään ilmiön historiallisia juuria. Tässä tutkimuksessa sote-uudistuksen historiaan syventyminen aina 1950-luvulta lähtien lisää ymmärrystä syy-seuraussuhteista sekä auttaa näkemään olosuhteet, jotka voivat vaikuttaa vallitseviin tavoitteisiin ja tehtyihin päätöksiin. Ensimmäisen tutkimuskysymyksen perustelut lähtevät tutkimuksessa käytetyistä kolmesta päätöksentekoteoriasta: rajoitetusti rationaalisesta, inkrementaalista ja mixed-scanning teoriasta. Tutkimuksessa haluttiin lisätä lisäksi teorian ja aineiston vuoropuhelua, minkä takia sote-uudistuksen valmistelusta luotiin 2000-luvun sote-aikajana (ks. kuvio 4.).

Ensimmäisen tutkimuskysymyksen pohja on teoriassa, mutta perustelut rakentuvat sekä aineisto- että teorialähtöisesti (ks. kuvio 4.). Teoriaohjaava analyysi mahdollistaa teorian ja aineistojen vuoropuhelun. Ensimmäisen tutkimuskysymyksen aineistona käytettiin lukuisia erilaisia dokumentteja, joiden avulla pystyttiin luomaan sote:n aikajana. Sote-aikajan avulla pystyttiin vetämään induktiivisia johtopäätöksiä sote-uudistuksen valmistelusta päätöksentekoteorioihin peilaten. Sote-aikajan tapahtumista voitiin tehdä teoriaa tukevia johtopäätöksiä valmistelun etenemisestä sekä päätöksenteon rajallisuudesta sekä vaikeudesta koalitionhallitusten kanssa. (Tuomi & Sarjajärvi 2013: 97.)

Dokumenttianalyysissa tutkimusta tehdään sisällönanalyysia apuna käyttäen, mikä mahdollistaa aineistolähtöisyyden. Toisen tutkimuskysymyksen: ”Minkälaisia tavoitteita sote-uudistamiselle on esitetty 2000-luvun hallitusohjelmissa?” avulla hahmotetaan tutkimuksen perustaa, eli sitä, miksi koko sote-uudistusta on lähdetty tekemään ja mitä sote-uudistuksella on tavoiteltu. Eskola ja Suoranta (2000: 19) toteavatkin, että aineistolähtöisessä analyysissä täytyy selvittää mitä ilmiö tai asia perusolemukseltaan pitää sisällään.

Dokumenttianalyysin käyttö tutkimusmetodinä tässä tutkimuksessa tukee tutkimusaineistoa. Tutkimuksen aineistona käytettiin julkisia dokumentteja, kuten muun muassa

hallitusohjelmia, aiheesta tehtyjä raportteja ja selvityksiä, sote-uudistuksessa mukana olleiden asiantuntijoiden kirjoittamia poleemisia kirjoituksia sote-uudistuksen valmistelusta, sekä useita eri virallisdokumentteja mm. sosiaali- ja terveysministeriöstä, sekä valtioneuvoston kansliasta. Dokumenttianalyysin valinta mahdollisti useiden erilaisten valmiiden dokumenttien tarkastelun ja soveltui hyvin tähän laajan aiheen selvittelyyn. Menetelmä on myös hyvin ajankohtainen tutkimusmenetelmä, koska sähköisen kirjaamisen myötä valmisteludokumenttien määrä ja saatavuus on räjähtänyt. Erilaisista asioista on saatavilla runsaasti tietoa ja tätä tietoa voidaan analysoida ja hyödyntää aikaista nopeammin ja monipuolisemmin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009; 175-185.)

Dokumenttien analysointia ohjaa tutkimuskysymykset ja mahdollinen hypoteesi. Dokumenteista pyritään etsimään vastaus tutkittavaan ongelmaan, eli tässä tapauksessa tutkimuskysymyksiin. Analysoinnin tarkoituksena on tunnistaa aineistosta erilaisia merkityksiä sekä tiivistää löydökset tuloksiksi. Aineisto redusoidaan ja siitä etsitään samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Lopulta luokat tiivistetään lopullisiksi johtopäätöksiksi. Analysointiin sisältyy aina myös tutkijan omaa tulkintaa. (Tuomi & Sarajärvi 2009:110; Miller 2005; Hall 1999; Caulley 1983.) Sisällönanalyysin avulla dokumentteja voidaan analysoida systemaattisesti ja objektiivisesti. Aineistoa tarkastellaan eritellen, yhtäläisyyksiä ja eroja etsien ja lopulta tuloksia tiivistäen. Sisällönanalyysi on diskurssianalyysin tapaan tekstianalyysia, jossa tarkastellaan tekstimuotoisia aineistoja. Aineistoista pyritään löytämään tekstin takaa erilaisia merkityksiä. Sisällönanalyysissa pyritään kuvaamaan dokumenttien sisältöä sanallisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2002: 105.)

Toisen tutkimuskysymyksen aineistona toimivat 2000-luvun hallitusohjelmat. Hallitusohjelmat luettiin useaan kertaan läpi, painottaen sosiaali- ja terveyspolitiikan, kuntapolitiikan sekä aluepolitiikkaan liittyviä kappaleita. Näistä kappaleista pyrittiin löytämään keskeisiä tavoitteita, joiden takia sosiaali- ja terveydenhuollon rakennetta sekä palveluiden järjestämistä pyritään uudistamaan. Toisin sanoen aineistosta etsittiin tavoitteita, joita sote-uudistamisella pyritään saamaan aikaan. Muuna tukimateriaalina ja tutkimuksen syvyyttä lisäävinä materiaaleina käytettiin taulukkoon 3. listattuja dokumentteja. Näitä dokumentteja käytettiin hallitusohjelmien tavoitteiden peilaajina, mutta näille dokumenteille ei esitetty hallitusohjelmien tavoin kysymyksiä. Koska tutkittavasta aiheesta on

tehty lukemattomia määriä erilaisia kirjoituksia, otettiin tukiaineistoksi erilaisia virallisdokumentteja, artikkeleita, selvityksiä sekä tutkimuksia. Dokumenttien sisäänoton aikana arvioitiin dokumentin laatua, sekä käytettävyyttä. Tärkeimpänä sisäänottokriteerinä pidettiin selkeää ilmaisua sote-uudistuksen tavoitteista. Näitä tavoitteita esitetään tuloksissa hallitusohjelmien tavoitteiden yhteydessä kuvaamaan tavoitteiden monimutkaisuutta sekä erilaisuutta.

Aineistona käytettyjä materiaaleja etsittiin ja luettiin toukokuusta – syyskuuhun 2018. Varsinaiseen aineistoon eli 2000-luvun hallitusohjelmiin perehtymisen jälkeen aineistolle esitettiin kysymys: ”Mitä sote-uudistamisella pyritään saamaan aikaan?” Kysymyksenasettelulla pyrittiin saamaan esiin niitä tavoitteita, joita sote-uudistamiselle ollaan eri hallituskausina asetettu. Kysymyksen asettelu ei kuitenkaan toiminut, koska hallitusohjelmien kirjaustavat ja muotoilut vaihtelivat ja tavoitteita ei oltu kovinkaan yksiselitteisesti tuotu esille. Tästä johtuen aineisto läpi käytiin yhä uudelleen etsien kaikenlaisia ilmaisuja, jotka kuvasivat, mitä sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen tulisi turvata, saada aikaan tai parantaa. Myös yleiset ilmaukset siitä, minkälaisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tulisi jatkossa olla otettiin mukaan analyysiin. Alkuperäisilmauksista mukaan otettiin kuitenkin ainoastaan ne ilmaisut, jotka liittyivät sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen tai rakenteeseen. Pois jäivät yksittäiset asiakasryhmät tai yksittäisten palvelujen, kuten esimerkiksi jonkun tietyn erikoisalain maininnat. Alkuperäisilmaukset pelkistettiin ja jaettiin alaluokkiin (ks. taulukko 4.) Osa pelkistetyistä ilmauksista sopi useampaan alaluokkaan, minkä takia samoja pelkistettyjä ilmauksia voi olla useamman alaluokan perusteluissa. Alaluokat jaoteltiin yhdistäviksi luokiksi, joista muodostui toisen tutkimuskysymyksen tulokset. Hallitusohjelmien sote-uudistamisen keskeisimmät tavoitteet on tiivistetty tuloksista löytyvään kuvioon (kuvio 3.).

Hallitusohjelmista nostettiin esiin lisäksi sosiaali- ja terveystalouden yleisiä tavoitteita kuvaavia ilmaisuja sekä vertailtiin näiden yleisten tavoitteiden kehittymistä aina pääministeri Lipposen II hallituskaudelta – nykyisen pääministeri Sipilän hallituskauten asti. Näiden yleisten tavoitteiden kuvaaminen sanallisesti luo tutkimuksen kannalta lisäsyvyyttä aiheeseen. Nämä sosiaali- ja terveystalouden yleiset tavoitteet ovat esitelty sanallisesti tulosten yhteydessä.

Taulukko 4. Aineiston yksinkertaistaminen.

Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yhdistävä luokka
<p>Kuntien peruspalveluiden turvaaminen</p> <p>Teknologian käyttöönotto</p> <p>Alueiden tasavertaisuuden turvaaminen palveluiden saatavuudessa</p> <p>Palvelut tulee olla kaikkien saatavilla</p> <p>Palveluiden turvaaminen suomen- ja ruotsin kielellä</p> <p>Palvelujen turvaaminen pysyvillä henkilöstön palvelusuhteilla</p> <p>Peruspalveluiden riittävän saatavuuden turvaaminen</p> <p>Peruspalveluiden vahvistaminen</p> <p>Alueellisen tasapainon kehittäminen</p> <p>Perusterveydenhuollon vahvistaminen</p> <p>Teknologian hyödyntäminen</p> <p>Uusien tuotantotapojen kehittäminen</p> <p>Työntekijöiden työolojen kehittäminen</p> <p>Varmistetaan lääkärinkoulutettavien riittävä määrä</p> <p>Palvelumaksujen kehittäminen</p> <p>Kehitellään uusia palvelujen järjestäjien tuottamistapoja</p> <p>Palveluiden kehittäminen</p> <p>Henkilöstön hyvinvoinnista huolehtiminen</p> <p>Palvelutuotannon kehittäminen</p> <p>Sähköisten palveluiden kehittäminen</p> <p>Terveyskeskusten toiminnan vahvistaminen</p> <p>Nopean hoitoon pääsyn turvaaminen</p>	<p>Peruspalveluiden turvaaminen</p> <p>Teknologian ja sähköisten palveluiden hyödyntäminen</p> <p>Palveluiden saatavuuden turvaaminen</p> <p>Henkilöstön saatavuuden turvaaminen</p> <p>Palvelutuotannon kehittäminen</p>	<p>Palveluiden saatavuuden turvaaminen</p>
<p>Teknologian hyödyntäminen</p> <p>Alueellisen tasapainon kehittäminen</p> <p>Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden riittävän määrän turvaaminen maan eri osissa</p> <p>Uusien tuotantotapojen kehittäminen</p> <p>Varmistetaan lääkärinkoulutettavien riittävä määrä</p> <p>Sosiaalipalvelujen turvaaminen kaikkialla Suomessa</p> <p>Kansalaisten yhdenvertaisuuden turvaaminen</p> <p>Tehostetaan sähköisten palveluiden hyödyntämistä</p> <p>Palveluiden järjestäjän kantokyvyn vahvistaminen</p> <p>Toimivien palvelujen saatavuuden turvaaminen asuinpaikasta riippumatta</p>	<p>Palvelutuotannon riittävästä määrästä huolehtiminen</p> <p>Teknologian ja sähköisten palveluiden hyödyntäminen</p> <p>Henkilöstön saatavuuden turvaaminen</p> <p>Alueellinen yhdenvertaisuus</p>	<p>Palveluiden riittävän määrän turvaaminen maan eri osissa</p>

<p>Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen laadun turvaaminen Uuden teknologian käyttöönotto Tehokkaiden ja saumattomien hoitoketjujen luominen Hoitosuhteiden jatkuvuuden turvaaminen lisäämällä henkilöstön pysyviä palvelusuhteita Henkilöstön hyvinvoinnin kehittäminen Asiakaslähtöisyyden lisääminen Palveluiden kehittäminen Palveluiden turvaaminen suomen- ja ruotsinkielellä Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyön vahvistaminen Asiakaslähtöisten palveluiden kehittäminen Palveluiden laadun kehittäminen Palveluiden valvonnan ja ohjauksen tehostaminen Eri sektoreiden yhteistyön vahvistaminen Hoitotahojen yhteistyön kehittäminen Valinnanvapauden lisääminen Hoitoketjujen toimivuuden parantaminen Sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimuksen kehittäminen Vaikuttavuustutkimuksen kehittäminen Palveluiden integraation kehittäminen Tietojärjestelmien kehittäminen</p>	<p>Palvelutuotannon laadun kehittäminen Teknologian ja sähköisten palveluiden hyödyntäminen Henkilöstön saatavuuden turvaaminen Asiakaslähtöisyyden kehittäminen Palveluiden integraation lisääminen Tutkimuksen hyödyntäminen Palveluiden laadun kehittäminen</p>	<p>Palveluiden laadun turvaaminen</p>
<p>Kuntien tulopohjan vakautus Palveluiden kustannustehokkuuden kehittäminen Kuntien ja kuntatalouden kehittäminen Teknologian hyödyntäminen Vahvan taloudellisen perustan turvaaminen Uusien tuottamistapojen kehittäminen Sosiaali- ja terveydenhuollon vakaan rahoituksen turvaaminen Palvelujen menokasvujen hillitseminen Monikanavaisen rahoitusjärjestelmän kehittäminen Palvelujen kokonaiskustannusten hallinta Palvelujen järjestäjän kantokyvyn vahvistaminen Kestävyysvajeen supistaminen</p>	<p>Menojen hillitseminen ja hallinta Palvelujen tuottavuuden ja kustannustehokkuuden parantaminen Palvelujen järjestäjän tulopohjan vakauttaminen Palvelujen rahoituksen kehittäminen</p>	<p>Palvelujen rahoituspohjan vakauttaminen ja turvaaminen sekä kustannusten hallinta</p>
<p>Terveyserojen kaventaminen Eriarvoisuuden vähentäminen Syrjäytymisen ehkäisy Palvelujen saatavuuden turvaaminen</p>	<p>Kansalaisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin kehittäminen</p>	<p>Terveyserojen kaventaminen</p>

4.3. Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Kuten tieteessä aina, tutkijan tulee pohtia tutkimuksensa eettisyyttä ja luotettavuutta. Tutkimusprosessin aikana tutkijan tulee tehdä jatkuvaa pohdintaa ja arviointia tehdystä työstään ja hänen on pyrittävä puolueettomuuteen. (Tuomi & Sarajärvi (2009: 132, 134.) Saaranen-Kauppinen & Puusniekka (2006: 2) kuvailevat, että tutkija tekee jatkuvasti päätöksiä ja valintoja, jotka ohjaavat tutkimuksen suuntaa. Hyvän tieteellisen käytännön mukaan tutkijan tulee perustella ja argumentoida valintojaan mahdollisimman kattavasti koko tutkimuksen ajan. Tässä tutkimuksessa pyrittiin huomioimaan Suomen Akatemian tutkimuseettiset ohjeet (2008). (Tuomi & Sarajärvi 2009:132-133).

Tutkimuskohde valikoitui oman kiinnostuksen sekä edellisen työpaikan seurauksena. Olen ollut töissä sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksessa vuoden 2017 aikana ja mukana viimeisimmän sote-uudistuksen valmistelussa. Tiedostan tutkimusta tehdessäni valmistelijan (virkamiehen) sekä tutkijan roolin. Roolillani on varmasti vaikutusta tutkimukseeni ja tämä mitä luultavimmin näkyy aineiston valinnassa sekä tutkimustulosten analysoinnissa. Ihmistieteissä tutkimukseen kuitenkin kuuluu, että tutkija on osa sosiaalista todellisuutta, osa tutkimusta. Tutkimuksen tarkoituksena kuitenkin on, että tutkimus heijastaa tutkittavaa aineistoa, eikä tutkijan omia subjektiivisia näkemyksiä. Tutkimuksessa ei ole tarkoitus, että tutkija sekoittaa omia uskomuksiaan tai asenteitaan tutkimuskohteeseen. Tutkijan tulee arvioida kriittisesti omia näkemyksiään tutkittavasta aiheesta. Jotta tässä tutkimuksessa tutkijan omat näkemykset saatiin mahdollisimman neutraaleiksi valittiin aiheeksi tarkoituksella hallituksen päätöksentekokyvyn tarkastelu sekä sote-uudistamisen tavoitteiden asettelu. Tutkimuksen tarkoituksena ei ole siis subjektiivisesti arvioida, miksi sote-uudistus ei ole onnistunut, vaan tuottaa tietoa sote-uudistuksen valmistelusta päätöksentekoteorioihin peilaten. (Hirsjärvi & Hurme 2001: 18; Eskola & Suoranta 2000: 22.)

Oman tutkimusposition tarkastelun lisäksi tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden kannalta on tärkeää, että tutkija suhtautuu kriittisesti sekä lähdeaineistoon että lähdekirjallisuuteen. Tutkijan on arvioitava käytettävää lähdemateriaalin soveltuvuutta, ikää ja kirjoittaja tahoja. (Hirsjärvi, Remes & Saajavaara 1997:105.) Tässä tutkimuksessa

lähdeaineistoon on viitattu selkeästi ja alkuperäisten lähteiden käyttö on merkitty osaksi tekstiä. Aineistoksi on pyritty valikoimaan niin uudempaa kuin vanhempaakin kirjallisuutta, jotta tutkittavasta aiheesta on voitu luoda kattava käsitys.

Koska tutkimusaineistona käytettiin jo valmiiksi luotuja dokumentteja, dokumenttianalyysille tyypilliseen tapaan, ei tutkija ollut osallisena aineiston luomisessa. (vrt. haastattelututkimus). (Bowen 2009: 31.) Sen sijaan aineiston valinta oli tutkijasta riippuvaista. Aineiston valinnassa otettiin huomioon tiedon läpinäkyvyys ja aineiston laatu, esimerkiksi sote-uudistamisen aikajanaa luodessa (kuviot 4.) aikajanan tapahtumien tieto tuli löytyä useammasta kuin yhdestä dokumentista. Tutkimuksessa käytetyt dokumentit ovat universaaleja ja ne ovat kaikkien saatavilla.

Tämän tutkimuksen tavoitteena on tutkimuskysymyksiin vastaamisen lisäksi tuottaa tietoa poliittisesti herkästä aiheesta. Tutkimuksen tarkoituksena on pyrkiä selittämään ja kuvailemaan sote-uudistuksien valmistelua sekä lisäämään ymmärrystä tutkittavan aiheen kompleksisuudesta.

5. TULOKSET

5.1. Päätöksenteko sote-uudistamisen valmistelussa

Yhteiskunta on sen valintojensa summa. Tästä syystä ei ole ihan sama, minkälaisia päätöksiä maamme hallinnossa syntyy. Valinnoilla ja päätöksillä on merkitystä siihen mihin suuntaan yhteiskuntaamme kehitetään. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamiseen tähtäävässä päätöksenteossa, päätöksillä on kauaskantoisia seurauksia. Mikäli tarkastelme historiassa tehtyjä sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamispäätöksiä voimme nähdä kausaalisia yhteyksiä sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä ja väestön hyvinvoinnissa. (Ståhl & Rimpelä 2010: 3–5.)

Tässä tutkielmassa päätöksentekijä nähtiin Simonin (1950) rajoitetusti rationaalisena toimijana, joka kuitenkin kykenee arvioimaan rationaalisen toimijan tavoin syy-seuraussuhteita ja asettamaan tavoitteensa preferenssijärjestykseen. Erona rationaaliseen toimijaan, rajoitetusti rationaalisen toimijan käsitteen myötä hyväksytään toimijan rajallisuus tiedon suhteen. Tehdessään päätöksiä rajoitetusti rationaalinen toimija ei erittele kaikkia mahdollisia vaihtoehtoja ja niiden seurauksia, vaan pyrkii rajaamaan tarkastelunsa joihinkin vaihtoehtoihin. Näistä vaihtoehtoista toimija valitsee vaihtoehdon, joka riittävän hyvin tyydyttää päättäjän tavoitteet.

Jones (1999: 302) mainitsee, että hallitusten päätöksentekoa voidaan tarkastella Simonin rajoitetusti rationaalisen päätöksenteon näkökulmasta, koska poliittisten organisaatioiden voidaan nähdä pyrkivän kohti tyydyttäviä konsensusratkaisuja ja päätöksiä. Lisäksi päätöksentekijät eli poliitikot voidaan nähdä rajoitetusti rationaalisin toimijoina, jotka kyllä pyrkivät päätöksissään rationaalisuuteen, mutta jotka todellisuudessa eivät kykene käsittelemään kaikkea saatavissa olevaa tietoa, saati sitten ennustamaan päätöstensä kaikkia mahdollisia seurauksia.

Harisalon (2008) mukaan valtioiden toiminta on rajoitetusti rationaalista. Tätä näkemystä tukee myös Simonin (1966: 199) näkemys siitä, että ihmisjoukkojen on vaikea toimia

rationaalisesti, koska kaikilla on eri tavoitteita. Hallitusten päätöksenteossa risteilevät eri puolueiden näkemykset ja toiveet politiikasta. Palumbon (1975) mukaan poliittiselle päätöksenteolle on yleistä, että päätöksenteolla pyritään saamaan konsensus erilaisten päämäärien välille. Yhteisen konsensuksen etsiminen saattaa kuitenkin johtaa siihen, että päätökset eivät ole kaikista rationaalisimpia. Mikäli hallitusten päätökset eivät ole kaikista rationaalisimpia, miten voimme kuitenkin asettaa näiden päätösten pohjalta esimerkiksi sote-uudistamiselle tavoitteita?

Poliittisessa päätöksenteossa on usein hyvin haastava lähtötilanne. Tästä hyvänä esimerkkinä toimii sote-uudistuksen lähtötilanne, jossa uudistuksella pyritään ratkaisemaan samanaikaisesti useita eri tavoitteita, kuten esimerkiksi hallitsemaan kustannusten nousua, parantamaan palveluiden laatua sekä turvaamaan palveluiden yhdenvertainen saatavuus kaikkialla Suomessa. Tästä syystä päätöksenteossa usein turvaudutaan tyydyttäviin päätöksiin, joilla pyritään valitsemaan vaihtoehto, joka riittävän hyvin tyydyttää mahdollisimman monen päätöksenteolle asetetun tavoitteen. (Simon 1966: 198–200; Paloheimo & Wiberg 2012: 261–279.)

Sote-uudistuksen kontekstissa päätöksenteossa voidaan nähdä Simonin rajoitetusti rationaalisen päätöksenteon tunnuspiirteitä. Hallitusohjelmien kokoaminen näyttäytyy tyydyttävänä päätöksentekona, jossa puolueiden näkemyksiä pyritään sovittamaan yhteen. Koa-liotiohallitusten erilaisten agendojen yhteensovittaminen noudattaa rajoitetusti rationaalista päätöksentekoteoriaa, jossa neuvottelut eivät väistämättä tuo aina kaikista rationaalisinta vaihtoehtoa pöydälle. Sen lisäksi hallitusohjelmien myötä tehdyssä päätöksenteossa on lisäksi myös inkrementaalille päätöksenteolle ominaisia piirteitä. Inkrementaalisuus näkyy hallitusohjelmien neuvotteluissa siten, että hallitusohjelmien poliittinen agenda ei ole vuosien saatossa muuttunut kovin dramaattisesti. Tämä johtuu siitä, että 2000-luvun hallituksissa on keskimäärin vaihdellut samat puolueet hieman eri järjestyksessä, mikä on johtanut päätöksenteon jaksottaisuuteen ja lisäykselliseen uudistamiseen. (Hellman ym. 2017.)

Poliittinen päätöksenteko on teoriaohjaavan analyysin perusteella rajoitetusti rationaalista. Vaikka päätöksenteossa ihannelatana olisi rationaalinen päätöksenteko olisi vaikea

nähdä koalitionhallitusten päätöksenteossa puhtaasti rationaalista päätöksentekoa, jossa puolueiden eri arvot eivät risteäisi. Teoriavalintani tutkimuksen viitekehyksenä näyttää tukevan havaintojani päätöksenteosta sosiaali- ja terveydenhuoltoa uudistaessa. Päätöksenteossa pyritään rationaalisuuteen ja resurssien tasaiseen ja järkevään allokaatioon. Simonin (1950) rajoitetun rationaalisuuden teoria tuo realistisuutta rationaaliseen päätöksentekoon. Teoriat eivät siis kilpaile keskenään, kuten monesti virheellisesti ymmärretään. Rajoitetusti rationaalinen päättäjä kuten esimerkiksi poliittiset päätöksentekijät asettavat tavoitteensa preferenssijärjestykseen, mutta ovat valmiita joustamaan ja tekemään kompromissiratkaisuita siten, että päätöksenteko on kaikkien osapuolien mukaan tyydyttävää. Lisäksi rajoitetusti rationaalinen teoria hyväksyy tiedon rajallisuuden ja ymmärtäen, ettei kaikkea tietoa ole edes mahdollista käyttää päätöksentekotilanteessa. Tästä syystä toimijat pyrkivät usein rajaamaan tarkastelunsa muutamien vaihtoehtojen tarkasteluun, kuten voidaan todeta myös sote-uudistuksen valmistelussa tapahtuneen. Jokainen hallitus 2000-luvulla on lähtenyt valmistelemaan sote-uudistusta joidenkin tiettyjen mallivaihtoehtojen pohjalta. Esimerkiksi kuntamallien valmistelu on perustunut juuri joidenkin rajattujen mallivaihtoehtojen valintaan. Esimerkkinä Vanhasen I hallituksen PARAS-hankkeen valmistelu, jossa kolmesta vaihtoehdosta peruskuntamalli, piirimalli ja aluekuntamallista PARAS-hankkeen pohjaksi valittiin aluekuntamalli (ks. kuvio 4.). (Mykkänen 2016: 14–17; Hirvikorpi 2006: 35–37, Valtiovarainministeriö 2009). Simonin (1957) teorian mukaan voidaan ajatella, ettei tarjolla ollut edes kaikkia mahdollisia malleja, minkä takia aluekuntamallin valinta ilmentää juuri rajoitetusti rationaalista valintaa tyydyttävien vaihtoehtojen väliltä.

Kuviosta 2. käy ilmi erilaiset hallitusten eteenpäin valmistelemat sote-ratkaisut. Pohjaratkaisujen lukumäärästä voidaan vetää johtopäätös, että sote-uudistuksen pohjaratkaisuksi ovat käyneet hallituskoalitioista riippuen erilaiset tyydyttävät pohjaratkaisut. Kuvion mallien lisäksi valmisteilla on ollut ainakin noin 10 muuta ehdotusta uudistusten pohjaratkaisuksi. Kuten Paloheimo ja Wiberg (2004: 264–272) tuovatkin hyvin esiin, ei päätöksenteossa välttämättä valita aina parhaita mahdollisia vaihtoehtoja, vaan valinnaksi kelpaavat myös sellaiset vaihtoehdot, jotka päätöksenteon hetkellä tyydyttävät asetetut tavoitteet riittävän hyvin. Sote- ja kuntauudistamisen pohjaratkaisujen lukumäärä näyttää tukevan tätä väittämää.

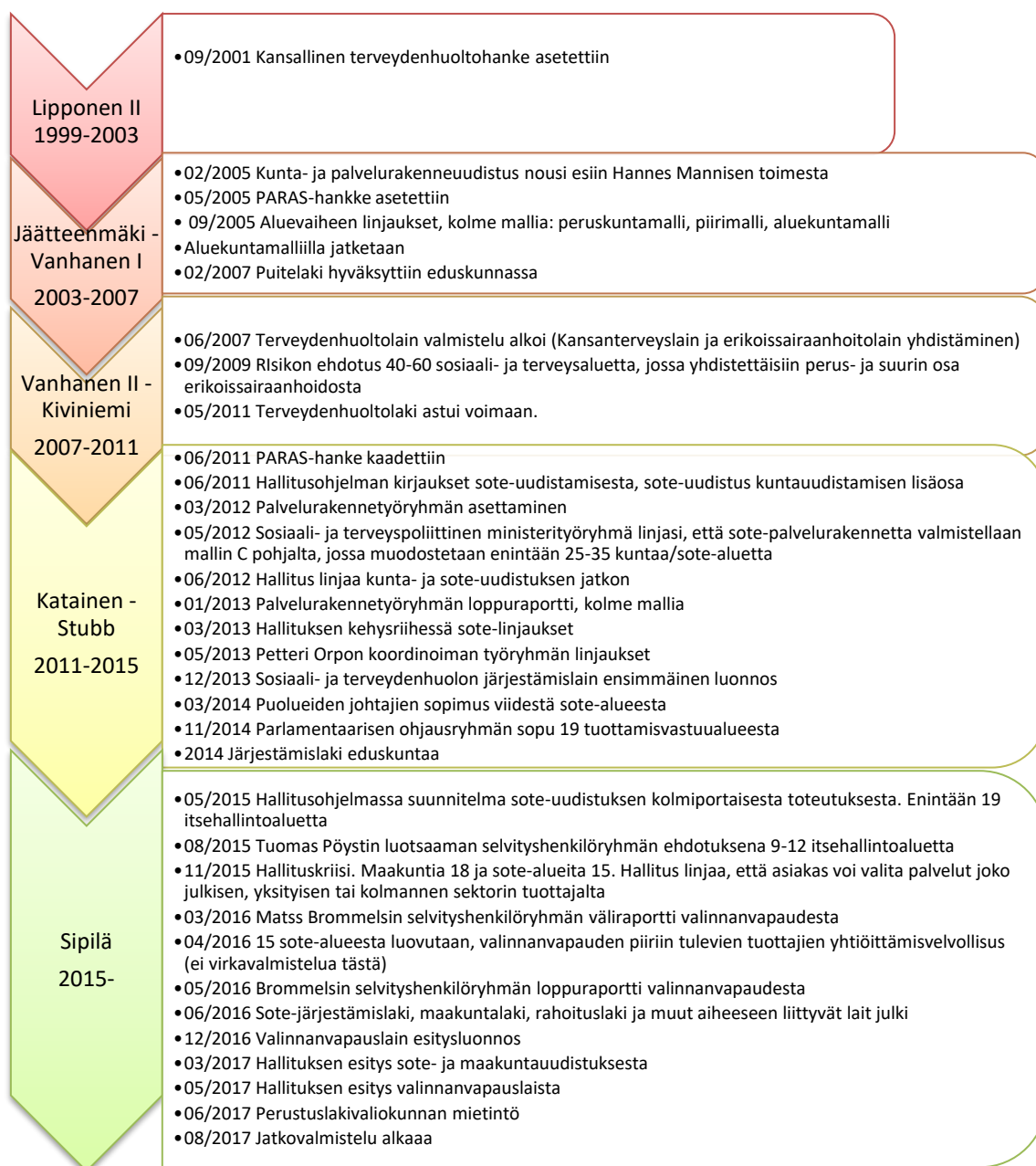
Päätöksenteon inkrementaalisuus näkyy niin hallitusohjelmien samankaltaisissa kirjauksissa, kuin myös sote-mallien samankaltaisuudessa. Tarkasteltaessa hallitusohjelmien kirjauksia sote-uudistamisesta, ovat perustavoitteet säilyneet pitkään hyvinkin samanlaisina. Inkrementaalisessa päätöksenteossa voidaan nähdä samankaltaisuuksia Simonin (1950) kuvaamien tyydyttävien päätösten kanssa. Siinä päätöksenteon keskeisenä tavoitteena on löytää mahdollisimman suuri yksimielisyys päätöksenteon taakse, mikä myös kuvaa hyvin sote-mallien ja hallitusohjelmien valmistelua. Hallituskauden aikana sote-uudistamiselle asetetut tavoitteet ovat tarkentuneet ja rakentuneet lisäyksellisesti vanhojen tavoitteiden pohjalta. Lisäksi ongelmiin törmätessä tavoitteita ja keinoja uudelleen muotoilemalla on pyritty pääsemään eteenpäin reformien valmistelussa. Tästä hyvänä esimerkkinä toimii Kataisen hallituksen aikana tehty kunta- ja sote-uudistuksen valmistelu, jossa eri työryhmät aina parlamentaariseen ohjausryhmään asti rakensivat uudelleen ehdotuksia sote-järjestäjän koosta ja palvelurakenteesta poliitikkojen ohjeiden mukaisesti. (Hiilamo 2015: 33-71.) Inkrementaaliselle päätöksenteolle on lisäksi tyypillistä keinojen korostaminen. (Harisalo ym. 2007: 71). Tämä on näkynyt erityisesti Sipilän hallituksen maakunta- ja sote-uudistuksen valmistelussa, jossa juuri keskeisiä keinoja: maakunnallisen järjestäjän ja asiakkaan valinnanvapauden lisäämistä on jopa ylikorostettu kaikessa sote-uudistukseen liittyvässä tiedotuksessa.

Reformien valmistelussa inkrementaalisuus näkyy tilanteissa jossa sote-uudistusta kohti yritetään päästä jaksottaisilla päätöksillä. Tämä ei ehkä ole ollut alkuperäinen tarkoitus, mutta uudistusten kaatuessa on lähdetty valmistelemaan uutta esitystä osaksi vanhan pohjalta tavoitteita uudelleen muokkaamalla. Kuten Paloheimo ja Wiberg (2012: 266–269) toteavat on suurin osa organisaatioiden päätöksenteosta vahvasti inkrementaalista. Päätökset perustuvat joko edellisvuoden tai edellisen esityksen valmisteluun. Kaksikko mainitsee suomalaisen sosiaaliturvajärjestelmän uudistamisen pohjautuneen juuri inkrementalisiin. Järjestelmää on muuteltu tekemällä rajoitettuja uudistuksia joillakin sosiaaliturvan erityisalueilla.

Mixed-scanningissa päätöksenteolle on tyypillistä jakaa päätökset kahteen osaan, peruspäätöksiin ja rajoitettuihin päätöksiin. Sote-uudistamisen valmistelussa peruspäätöksiä voidaan nähdä erilaiset sote-järjestäjän pohjaratkaisut. Esimerkiksi kuntakoon

muuttaminen, aluerajojen tai maakuntien muodostaminen voidaan nähdä mixed-scanningin mukaisina peruspäätöksinä, jotka rakentuvat tiettyjen tavoitteiden ympärille. Näitä peruspäätöksiä seuraa rajoitetut päätökset, joita tehdään peruspäätösten puitteissa. Esimerkkinä rajoiteuista päätöksistä voisi toimia nykyisen pääministeri Sipilän hallituksen valinnanvapauslainsäädäntö. Valinnanvapauslainsäädännön voitaisiin nähdä olevan ikään kuin jatko-osa varsinaiselle maakunta- ja sote-uudistukselle, vaikka se tällä hetkellä toteutetaankin yhdessä uudistuksen kanssa. Toisena esimerkkinä voisi käyttää Vanhasen I ja II hallituksen kunta- ja palvelurakennemuutoksen yhteydessä asetettua puitelakia, joka säädettiin vuosiksi 2009-2013 ja jonka pohjalta visioitiin kauaskantoisia linjauksia sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen rakenteen kehittämiseksi. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009.)

Kirjallisuutta mukailen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamiseen liittyvällä poliittisella päätöksenteolla näyttäisi olevan niin rajoitetusti rationaaliselle, inkrementaalille kuin myös mixed-scanning päätöksenteolle ominaisia piirteitä. Hallitusohjelmiin kirjatujen sote-uudistamisen tavoitteiden voidaan nähdä olevan konsensus ratkaisuihin päätyvää rajoitetusti rationaalista päätöksentekoa, joissa yhteisestä linjasta sovitaan eri hallituskumppaneiden kesken. Lisäksi hallitusohjelmien kirjaukset voidaan nähdä sekä inkrementaalina että mixed-scanning päätöksenteon mallien mukaisina, koska päätöksenteossa ja eri sote-malleissa on edetty ottamalla pieniä askelia eteenpäin sekä muokkaamalla tavoitteita uudestaan niin hallitusten vaihtuessa, kuin itse valmisteluiden ajanakin. Kaikkia mahdollisia vaihtoehtoja on mahdotonta tarkastella ja siksi päätöksenteossa yleisimmin päädytään tarkastelemaan muutamia erilaisia malleja, joista jatkoon pääsee malli, joka täyttää mahdollisimman monen uudistamiselle asetetun tavoitteen. Sote-mallien valmistelussa on pyritty mixed-scanning mallin mukaisesti tarkastelemaan kauaskantoisia seurauksia ja arvioimaan pidempiaikaisia ratkaisuja sekä niiden vaikutuksia tulevaisuuteen. Sote-uudistuksen kontekstissa hallitusten päätöksenteon voidaan määritellä siis olevan ajoittain rajoitetusti rationaaliseen, inkrementaaliseen sekä mixed-scanning päätöksenteon malliin pohjautuvaa päätöksentekoa.



Kuvio 4. Sote-uudistamisen aikajana. (Lähde: Merikanto & Grönn (2017) mukailen.)

5.2. Hallitusohjelmien tavoitteet

Tutkimuksen keskeisenä tarkoituksena oli selvittää minkälaisia tavoitteita hallitusohjelmiin on kirjattu sote-uudistamisesta. Kuvailen lisäksi hallitusohjelmissa esitettyjä yleisiä hyvinvointipolitiikan tavoitteita sekä muita hallitusohjelmiin kirjattuja linjauksia. Kuvioon 3. on tiivistetty kahdeksan hallitusohjelman keskeisimmät sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisen tavoitteet. Hallitusohjelmien tarkastelusta rajattiin ulos sosiaalihuollon tarkempi tarkastelu, koska kuten sote-uudistuksessa, sen rooli on ollut valmistelussa pikemminkin nimellinen. (Miettinen 2017.) Lisäksi tutkimuksessa ei tarkasteltu eri väestö- tai potilasryhmiin kohdistuvia kirjauksia. Mukaan otetut kohdat sijoittuivat pääosin hallitusohjelmien sosiaali- ja terveydenhuollon, rakenneuudistuksen, sosiaali- ja terveys-, hyvinvointi-, alue- ja kuntapolitiikkalukujen alle.

Hallitusohjelmien tarkastelu aloitettiin pääministeri Paavo Lipposen II hallitusohjelmasta, koska sen voidaan katsoa aloittaneen 2000-luvun sote-uudistamisen Kansallisen terveyshankkeen muodossa. Koska Lipposen hallituskaudella ei lähdetty toteuttamaan varsinaista sote-uudistusta, vaan annettiin pikemminkin suuntaviivoja uudistamiselle, kuvaan Kansallisen terveyshankkeen tavoitteet ikään kuin sote-uudistamisen näkökulmasta.

Paavo Lipposen II hallitusohjelma eroaa muista 2000-luvun hallitusohjelmista ulkomuodoltaan ja sisällöltään. Hellman ym. (2017) toteavat, että Lipposen II hallitusohjelmassa hyvinvointivaltion ideologia on hyvin vahvasti näkyvillä. Lisäksi valtion roolia hyvinvointivaltion toteuttajana korostetaan hallitusohjelmassa. (Hellman, Monni & Alanko, 2017: 9–22.)

”Hallituksen sosiaalipolitiikan lähtökohtana on pohjoismaisen hyvinvointiyhteiskunnan säilyttäminen. Tavoitteena on kehittyvä yhteiskunta, joka takaa kaikille mahdollisuuden oman elämänsä hallintaan ja aktiiviseen osallistumiseen. Hallituksen keskeisenä painopistealueena on edistää toimia, joilla ehkäistään ja vähennetään vakavia köyhyysongelmia, syrjäytymistä ja huono-osaisuuden kasautumista. Sosiaali- ja terveyspalvelujen laatu ja saatavuus turvataan koko maassa.” (Lipposen II hallitusohjelma.)

Lipposen II HO:ssa ei ollut suoria viittauksia sote-uudistamisesta. Lipposen II HO:n pohjalta alettiin kuitenkin valmistella Kansallista terveyshanketta, jonka keskeisinä

tavoitteina olivat väestön terveystarpeista lähtevä hoidon, saatavuuden ja riittävän määrän turvaaminen maan eri osissa asiakkaan maksukyvyistä riippumatta sekä perusterveydenhuollon toimivuuden parantaminen. Kansallisen terveystarpeiden tavoitteet olivat melko yhteneväiset Lipposen II HO:n tavoitteiden näkökulmasta. Lipposen II HO:ssa painotettiin, että julkiset terveystarpeet tulee kustantaa verovaroin ja että julkisia palveluja täydentävät yksityisen ja kolmannen sektorin palveluntarjoajat. Lisäksi HO:ssa todettiin, että kunnallisten peruspalveluiden laatu ja saatavuus turvataan. (Lipposen II hallitusohjelma; Sosiaali- ja terveysministeriö 2008.) STM:n arviointiselvityksen (2008) mukaan hallituksen periaatepäätös ei toteutunut Kansallisen terveystarpeiden myötä kaikilta osin annettujen tavoitteiden mukaisesti, mutta se on luonut pohjaa muille sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamispäätöksille.

Lipposen II hallitusohjelman sosiaali- ja terveyspolitiikan luvussa ei mainita väestön ikääntymistä tulevaisuuden sosiaali- ja terveydenhuollon haasteena. Sen sijaan HO:n on kirjattu, että hallituksen sosiaalipolitiikan lähtökohtana on pohjoismaisen hyvinvointiyhteiskunnan säilyttäminen. Lisäksi HO:ssa mainitaan, että väestön terveys ja sen edistäminen otetaan yhdeksi julkista ja yleistä päätöksentekoa ja toimintaa ohjaavaksi ja siihen vaikuttavaksi tekijäksi. (Lipposen II hallitusohjelma.)

Pääministeri Jäätteenmäen ja Vanhasen I hallitusohjelmat olivat yhteneväiset, minkä takia Jäätteenmäen hallitusohjelmaa ei olla erikseen eritelty. Jäätteenmäen ja Vanhasen hallitusohjelmassa hallituksen sosiaali- ja terveyspolitiittisena päätavoitteena oli hyvinvointiyhteiskunnan kehittäminen.

”...kehittää hyvinvointiyhteiskuntaa parantamalla työllisyyttä ja vähentämällä työttömyyttä, vahvistamalla peruspalveluja ja toimeentuloturva sekä tasapainottamalla alueellista kehitystä”. (Vanhasen I hallitusohjelma.)

Lisäksi Vanhasen I HO:n keskeisinä sosiaali- ja terveyspolitiikan tavoitteina olivat väestön terveyden edistäminen, sairauksien ennaltaehkäisy, yksilön elämänhallinnan, työ- ja toimintakyvyn ja omatoimisuuden tukeminen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon parempi yhteensovittaminen. Päätöksenteon osalta hallitusohjelmien mukaan yhteiskunnallisessa päätöksenteossa ja toiminnassa vahvistetaan terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin näkökulmaa. (Vanhasen II hallitusohjelma.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen osalta hallitusohjelmiin kirjattiin, että julkisten sosiaali- ja terveyspalveluiden on oltava kaikkien kansalaisten saatavilla tasa-arvoisesti. Vanhasen I HO:ssa todetaan, että sosiaali- ja terveydenhuoltoon kehitetään yhdessä kuntien kanssa kansallisen terveysprojektin periaatepäätöksen mukaisesti. Lisäksi kuten Lipposen hallitusohjelmassa Vanhasen I hallitusohjelmaan kirjattiin, että palveluiden järjestämisvastuu tulee säilyttää kunnilla ja että palvelut on rahoitettava pääosin verovaroin. (Vanhasen I hallitusohjelma)

Toisin kuin Lipposen II hallituksen aikana, Vanhasen I hallituksen aikana aloitettiin ensimmäisen 2000-luvun sote-uudistuksen valmistelu. Erikoista tästä kuitenkin tekee se, ettei kunta- ja palvelurakenteen uudistamista ole kirjattu Vanhasen I hallitusohjelmaan. (Vanhasen I hallitusohjelma; Hirvikorpi 2006: 13.) Raivio (2006: 186) ja Valli-Lintu (2017: 3) tuovat esiin, että hanke nostettiin poliittiselle agendalle hallitusohjelman ulkopuolelta sen jälkeen, kun se oli noussut esiin vuoden 2005 helmikuussa pidetyssä hallituksen politiikkariihessä. Sisäministeriön peruspalveluohjelmaa valmisteleavan ministeriryhmän -raportista (2005) käy ilmi, että valtioneuvosto asetti (11.5.2005) kunta- ja palvelurakenneuudistus -hankkeen sen jälkeen, kun asia oli ollut valtioneuvoston raha-asiainvaliokunnan käsiteltävänä. (Raivio 2006: 186). Tästä syystä tarkastelen Kunta- ja palvelurakenneuudistuksen (PARAS-hanke) keskeisiä tavoitteita Vanhasen I hallitusohjelman yhteydessä.

Saarimaa ja Tukiainen (2018: 256) toteavat, että PARAS-hankkeella oli useita erilaisia tavoitteita. Hankkeen tuli uudistaa kuntien rahoitus- ja valtionosuusjärjestelmä, tarkistaa kuntien ja valtion välistä tehtäväjakoja sekä parantaa tuottavuutta ja hillitä kuntien menojen kasvua. Mattilan (2011: 241) mukaan uudistuksen tavoitteena oli parantaa sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituspohjaa ja lisätä asiakkaan valinnan vapautta. Laine (2006: 401) puolestaan toteaa, että hankkeen tavoitteena oli turvata kuntien vastuulla olevien palvelujen rakenteellinen ja taloudellinen perusta.

”Sisäasiainministeriö asetti kunta- ja palvelurakenneuudistushankkeen toukuussa 2005. Hankkeen tavoitteena on turvata nykyisin kuntien vastuulla olevien palvelujen rakenteellinen ja taloudellinen perusta. Hankkeen tarkoituksena on

parantaa tuottavuutta ja hillitää kuntien menojen kasvua sekä luoda edellytyksiä kuntien järjestämien palveluiden ohjauksen kehittämiseksi.” (Laine 2006; 401.)

Valtiovarainministeriön (2009) kunta- ja palvelurakennemuutoksen selonteossa todetaan, että kunnallisen kansanvallan lähtökohdista uudistuksen oli tarkoitus vahvistaa kunta- ja palvelurakennetta, kehittää palvelujen tuotantotapoja ja organisointia, uudistaa kuntien rahoitus- ja valtionosuusjärjestelmää sekä tarkistaa valtion ja kuntien välistä tehtävänkokoja. Tarkoituksena oli parantaa tuottavuutta ja hillitää kuntien menojen kasvua sekä luoda edellytyksiä kuntien järjestämien palveluiden ohjauksen kehittämiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön näkökulmasta PARAS-uudistuksen tärkeimpinä tavoitteina oli väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen sekä laadukkaiden palveluiden turvaaminen. (Valtiovarainministeriö 2009: 37.)

Vanhasen II hallitusohjelmaan päästäessä sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevat kirjaukset olivat vaihtuneet ”Hyvinvointipolitiikka” luvun alle. Lisäksi osuuden alkuun oli ensimmäistä kertaa kirjattu erilaisia suomalaisen hyvinvointiyhteiskunnan ja työelämän tulevaisuuden haasteita, kuten väestön ikääntyminen, työelämän murros ja globalisaatio. Yleisiksi hallitusohjelman tavoitteiksi oli asetettu ihmisten perusturvan ja arjen turvallisuuden vahvistaminen, palveluiden vaikuttavuuden ja monipuolisuuden parantaminen sekä inhimillisen hyvinvoinnin lisääminen. Lisäksi sosiaali- ja terveyspolitiikan tavoitteeksi asetettiin terveyden, toimintakyvyn ja omatoimisuuden edistäminen sekä väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen.

”...väestön ikärakenteen muutos tuovat poliittisiin päätöksiin sukupolvet ylittävän ulottuvuuden.” (Vanhasen II hallitusohjelma.)

” Sosiaali- ja terveyspolitiikan tavoitteena on edistää terveyttä, toimintakykyä ja omatoimisuutta sekä kaventaa eri väestöryhmien välisiä terveyseroja.” (Vanhasen II hallitusohjelma.)

” Hallituksen tavoitteena on turvata sosiaali- ja terveydenhuollon vakaa rahoitus ja palvelujen saatavuus. Varmistetaan kunta- ja palvelurakennemuutoksen tavoitteiden toteutuminen ja valmistellaan tarvittavat lainsäädäntömuutokset. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon raja-aitojen madaltamiseksi ja yhteistyön lisäämiseksi kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoidonlaki yhdistetään laiksi terveydenhuollosta.” (Vanhasen II hallitusohjelma.)

Vanhasen II HO:ssa PARAS-hankkeen kirjaukset sijoituivat sekä ”kuntapolitiikka ja palvelut” että ”hyvinvointipolitiikka” luvun alle. Kuntapolitiikka ja palvelut otsakkeen alla todettiin, että PARAS-hankkeen toteutusta jatketaan hyväksytyin puitelain, päätettyjen tavoitteiden ja aikataulun mukaisesti. Hallitusohjelmassa todetaan, että peruspalvelujen turvaaminen edellyttää uusia palvelujen järjestämis- ja tuottamistapoja sekä tasapainoista taloudellista perustaa. Näin ollen hallituksen tavoitteeksi nähtiin sosiaali- ja terveydenhuollon vakaan rahoituksen sekä palveluiden saatavuuden turvaaminen. (Mattila 2011: 243.) Koska pääministeri Kiviniemen hallitusohjelma on jatkoa Vanhasen II hallitukselle, jäivät hallitusohjelman kirjaukset niukoiksi. Kiviniemen hallitusohjelman mukaan PARAS-hanketta jatkettiin suunnitelmien mukaisesti. Tavoitteena oli palveluiden laadun ja saatavuuden turvaaminen, sekä menokasvujen hillitseminen. (Kiviniemen hallitusohjelma.)

”Kunta- ja palvelurakenteen uudistamista jatketaan palveluiden laadun ja saatavuuden turvaamiseksi sekä menokasvun hillitsemiseksi. Julkisen palvelujärjestelmän tuottavuutta parantavat toimet ovat olennaisia kestävyysvajeen supistamisen kannalta. Niiden avulla voidaan turvata laadukkaat palvelut tulevaisuudessa. Kuntien järjestämisvastuulla olevien hoito- ja hoivapalvelujen toimivuutta ja tuottavuutta parannetaan” (Kiviniemen hallitusohjelma.)

Pääministeri Kataisen astuttua valtaan hallitus kaatoi PARAS-hankkeen tuoden oman uudistuksensa hallitusohjelmaan. Kataisen hallitusohjelman poikkeaa muista 2000-luvun hallitusohjelmista siten, että Kataisen hallituksen kunta- ja soteuudistus on kirjattu hallitusohjelmaan hyvin yksityiskohtaisesti. Lisäksi sote-uudistamisen todettiin olevan ikään kuin kuntarakenteen uudistamisen lisäosa.

” Sosiaali- ja terveydenhuollon laadukkaiden, vaikuttavien ja oikea-aikaisten palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden varmistamiseksi uudistetaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta osana kuntarakenteen uudistamista.” (Kataisen hallitusohjelma.)

Myös Kataisen HO:ssa kuten myös edellisissä HO:ssa korostettiin hyvinvointivaltion ideologiaa. Lisäksi hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sekä eriarvoisuuden vähentäminen asetettiin kaikkea yhteiskunnallista päätöksentekoa ohjaavaksi tekijäksi.

”Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sekä eriarvoisuuden vähentäminen otetaan huomioon kaikessa yhteiskunnallisessa päätöksenteossa...” (Kataisen hallitusohjelma.)

Kuten pääministeri Kiviniemen, niin pääministeri Stubbinkin hallitusohjelma perustui edeltävän pääministerin ohjelmaan. Stubbin HO:ssa todetaan, että *”...Kataisen hallituksen ohjelma vaalikaudelle 2011-2015 ja sen tavoitteet ovat edelleen voimassa.”* Stubbin HO:ssa kunta- ja sote-uudistuksesta puhutaan perusteellisena sosiaali- ja terveystalouden uudistuksena ja sen yhteyteen tavoitteeksi asetettiin kestävyysvajeen supistaminen.

”Hallitus sitoutuu pääministeri Kataisen hallituksen yhdessä oppositiopuolueiden kanssa tekemään linjaukseen, jonka mukaisesti suomalaisten keskeiset hyvinvointipalvelut turvataan toteuttamalla perusteellinen sosiaali- ja terveystalouden uudistus. Kansallisella ja sote-alueiden ohjauksella varmistetaan, että uudistukselle asetettu tavoite kestävyysvajeen supistamisesta saavutetaan.” (Stubbin hallitusohjelma.)

Tällä hetkellä syksyllä 2018 Suomen hallitusta johtaa pääministeri Sipilä. Sipilän HO:ssa ”hyvinvointi ja terveys” otsikon alle asetettiin kymmenen vuoden tavoite, jossa sosiaali- ja terveydenhuollon painopisteeksi asetettiin ennaltaehkäisy, hoitoketjujen sujuvuus, henkilöstön hyvinvointi ja tietojärjestelmien toimivuus.

”Sosiaali- ja terveydenhuollossa painopiste on ennaltaehkäisyssä, hoitoketjut ovat sujuvia, henkilöstö voi hyvin ja tietojärjestelmät toimivat.” (Sipilän hallitusohjelma.)

Hallituskauden 10 vuoden tavoitteeksi asetettiin lisäksi, että terveyden edistäminen ja varhainen tuki vahvistuisivat poikkihallinnollisesti päätöksenteossa, palveluissa ja työelämässä lainsäädäntömuutoksilla sekä paremmalla toimeenpanolla. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen tavoitteeksi kirjattiin puolestaan peruspalvelujen ja tietojärjestelmien parantuminen. Sipilän hallitusohjelma poikkeaa muista 2000-luvun hallitusohjelmista hallitusohjelman rakenteen takia. Hallitusohjelmasta löytyy ”hyvinvointi ja terveys” otsikon lisäksi ”rakennepoliittiset uudistukset” otsikko, jonka alta varsinaisen sote-uudistuksen tavoitteet löytyvät. Sote-uudistuksen tavoitteeksi on asetettu terveystalouden kaventaminen, kustannusten hallinta, ihmisen hyvinvoinnin ja terveyden kannalta tärkeiden palveluketjujen saumaton kokonaisuus, perustason palveluiden vahvistaminen sekä ihmisten nopea hoitoon pääsyn turvaaminen. (Sipilän hallitusohjelma.)

Kun Sipilän hallitusohjelman pohjalta lähdettiin valmistelemaan sote-uudistusta, kulki se aluksi nimellä sote- ja maakuntauudistus. Erilaisten vaiheiden jälkeen uudistuksen nimeksi on vaihdettu maakunta- ja sote-uudistus ja uudistuksen sisältö on muuttunut alkuperäisestä sisällöstä. Valtioneuvoston ylläpitämien uudistuksen valmistelusivujen mukaan sote-uudistuksen tämän hetkiseksi tavoitteiksi on kirjattu ihmisten hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen, palvelujen yhdenvertaisuuden sekä saatavuuden parantaminen sekä kustannusten hillintä. (Valtioneuvosto 2018.)

2000-luvun hallitusohjelmia tarkasteltaessa voidaan nähdä sote-uudistamisen tavoitteiden kumuloitumista. Vaikka hallitusohjelmat ovat tyyliltään hyvin erilaisia, ovat hallitusohjelmien sosiaali- ja terveystaloudelliset tavoitteet, kuten myös sote-uudistamiselle asetetut tavoitteet pysyneet 2000-luvun aikana hyvin samanlaisina. Lipposen Kansallisesta terveyshankkeesta – Sipilän maakunta- ja sote-uudistukseen uudistusten päätavoitteina ovat olleet hoidon saatavuuden, laadun ja riittävän määrän turvaaminen maan eri osissa, kuten myös palveluiden rahoituspohjan vakauttaminen ja turvaaminen sekä terveyserojen kaventaminen (ks. kuvio 3). Julkisen talouden kestävyysvajeen hillitsemisestä on alettu puhua vasta viime vuosina sote-uudistuksen yhteydessä, mutta kustannusten hillitseminen on mainittu jo pidempään uudistusten yhteydessä. Viimeisimmissä uudistuksissa valinnanvapausjärjestelmän myötä edellä mainittujen tavoitteiden lisäksi tavoitteeksi, ovat nousseet palvelutuotannon monipuolistaminen sekä yksilön itsemääräämisoikeuden vahvistaminen. (Valli-Lintu 2017: 40.)



Kuvio 3. Hallitusohjelmien keskeiset sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisen tavoitteet.

Sosiaali- ja terveystoiminnat ovat myös pysyneet hyvin samanlaisina läpi 2000-luvun. Tavoitteena ovat olleet terveyden edistäminen, ihmisten itsensä vastuunoton tukeminen, sosiaali- ja terveystoiminnan yhdensuuntainen kehittäminen, yleishyödyllisten järjestöjen toiminnan mahdollistaminen sekä väestön terveyden ja sen edistämisen huomioon ottaminen päätöksenteossa. Lisäksi Lipposen II hallitusohjelmasta – Stubbin hallitusohjelmaan asti hallitusohjelmiin on linjattu syrjäytymisen, huono-osaisuuden ja/tai köyhyyden ehkäiseminen, verovaroin kustannettu sosiaali- ja terveydenhuolto, sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisen säilyttäminen kunnilla. Ainoastaan Sipilän hallitusohjelmasta eivät löytyneet edellä mainitut linjaukset syrjäytymisestä, verovaroin kustannetusta peruspalveluista sekä kunnallisesta sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä.

5.3. Yhteenveto

Tutkimuksen mukaan hallitusohjelmissa esitetyt sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevat tavoitteet eivät ole näyttäneet muuttuneen viimeisten kahdeksan hallituksen aikana.

Sipilän hallituksen sote- ja maakuntauudistuksen keskeisimmät tavoitteet ovat yhteneväisiä Lipposen II hallituksen käynnistämän kansallisen terveydenhuolto hankkeen tavoitteiden kanssa. Tavoitteet ovat esitetty hieman erilaisessa muodossa ja tarkennuksia on tapahtunut, mutta keskeiset perustavoitteet eivät ole juuri muuttuneet. Tämä tukee myös ensimmäisen tutkimuskysymyksen päätelmiä. Hallitusohjelmissa esitetyt sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet ovat kumuloituneet aina vuodelle 2015 asti. Lisäksi uudistusten valmistelussa on edetty inkrementaalista ja mixed- scanning päätöksentekoteoriaa noudattaen. Hallituskausien sote-uudistusten keskeinen ero näkyy keinoissa joilla sote-uudistuksen tavoitteita on lähdetty toteuttamaan. Näitä keinoja ei kuitenkaan ollut mahdollista tämän tutkimuksen yhteydessä vertailla. Mainitsen vain esimerkin vuoksi, että näitä keinoja ovat esimerkiksi Sipilän hallituksen maakuntaratkaisu, sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio sekä asiakkaan valinnanvapaus.

Sote-uudistusten kytkeytyessä kunta- ja maakuntauudistuksiin, sote-uudistusten tavoitteet ovat sekoittuneet myös kunta- ja maakuntauudistuksen tavoitteisiin. Toisinaan sote-uudistuksen tavoitteina esitetään erilaisissa asiakirjoissa myös kunta- ja maakuntauudistukselle asetettuja tavoitteita. Lisäksi uudistusten tavoitteiden on katsottu olevan tosinaan ristiriidassa. Valtiontalouden tarkastusviraston (2017:41) raportissa käy ilmi, että esimerkiksi Sipilän hallituksen sote- ja maakuntauudistuksen sisällön laajuus katsottiin olevan ristiriidassa uudistuksen eri tavoitteiden ja osa-alueiden välillä.

”Lisäksi valinnanvapausmallin suhde hallituksen esitysluonnoksessa ja sen valmistelumateriaaleissa keskeisellä sijalla olevaan palvelujen integraation tavoitteeseen on ongelmallinen. Valinnanvapausmallin esitysluonnoksen mukaan malli heikentää maakunnan kykyä toteuttaa sosiaali- ja terveystalouden integraatiota alueellaan, koska maakunnan ohjausvalta palvelutuotantoon heikkenee.” (VTV 2017.)

Lisäksi Olli-Pekka Heinonen (2017: 97) toteaa, että Kataisen hallituskaudella sote-ongelmaa ratkaistiin juuri useasta eri lähtökohdasta. Yhdestä suunnasta sote-uudistus nähtiin julkisen talouden kestävyysvajeen ratkaisuna, toisesta osana paikallishallinnon uudistamisena ja kolmannen tavoitteen mukaan sillä kehitettiin mahdollisimman laadukkaita sosiaali- ja terveydenhuollonpalveluita. Tästä syystä on ymmärrettävää, että jos ollaan ratkaisemassa eri ongelmia, ei lopputuloskaan voi olla kovin yhteneväinen.

Valmistelumateriaaleja läpikäydessä ei voitu lisäksi välttyä valmistelijoiden kommenteilta, jossa valmistelijat totesivat uudistamisen hankaluuden, juuri siitä syystä, että sekä kunta- ja sote-uudistus yritetään tehdä samassa uudistuksessa. Myös Mattila (2011:42) mainitsee suomalaisten terveystalouden problemaattisen läheisen suhteen kunnalliseen itsehallintoon.

”Palvelurakennemuutos on hallitusohjelmassa kytketty kuntarakennemuutukseen. Näin ollen kuntamuutuksen tavoitteet ovat vaikuttaneet myös palvelurakennemuutuksen tekemiseen. Koska poliittiset linjaukset ovat rajanneet työryhmän toimeksiantoa, eivät ehdotukset perustu puhtaaseen asiantuntijanäkemykseen vaan ehdotuksessa on pyritty annettujen linjausten puitteissa hakemaan poliittisesti toteutettavissa olevaa ratkaisua.” (Palvelurakennemuutuksen loppuraportti 30/2012.)

”Työryhmä on toimeksiantonsa mukaisesti valmistellut kolme erilaista mallia kuntamuutuksen myötä mahdollisesti muodostuvien kuntien pohjalta niin, että pääsääntöisesti palveluiden rahoitus ja järjestämisvastuu on kunnilla.” (Palvelurakennemuutuksen väliraportti 17/2012.)

Samaan hengenvetoon täytyy kuitenkin nostaa esiin Sipposen (2016: 11-112) toteamus, että kunnallishallinnon uudistamisen keskeisimpinä tavoitteina ovat olleet yleensä hyvinvointipalvelujen turvaaminen ja kuntien toimintakyvyn vahvistaminen, eli toisin sanoen myös sote-palveluiden turvaaminen. Aineistoa läpikäydessä herää kuitenkin kysymys, onko näitä kahta uudistusta edes mahdollista toteuttaa saman uudistuksen alla?

2000-luvun hallitusohjelmien asettamat sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisen tavoitteet näyttävät pysyneen samanlaisina. Tästä huolimatta tutkimukseen otetut oheismateriaalit näyttävät sote-uudistamisen tavoitteet hieman erilaisessa valossa. Vertailemalla hallitusohjelmien tavoitteita muiden dokumenttien näkemyksiin eri uudistusten tavoitteista, näyttävät tavoitteet hyvinkin erilaisina. Kysymykseni kuuluukin, kuka päättää nämä hallitusohjelmien ulkopuolelta tulevat tavoitteet, vai ymmärtävätkö esimerkiksi valmistelijat, asiantuntijat ja poliitikot hallitusohjelmien tavoitteet hyvin eri tavalla?

Päätösteorioihin ja sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisen historiaan peilaten pohdin, miksi 2000-luvun aikana sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamiseen tähtäävässä

päätöksenteossa on pyritty radikaaliin ja kertarysäyksellä tapahtuvaan uudistamiseen. Jos tutkimustiedon valossa asiaa tarkasteltaisiin, voitaisiin todeta, että päätöksenteossa kannattaisi hyväksyä lisäyksellinen ja portaittainen uudistaminen massiivisen uudistamisen sijaan. Kuten aiemmin todettiin, on Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä rakentunut lisäyksellisesti koko sen olemassa olon ajan. Miksemme siis poliittisessa päätöksenteossa voisi noudattaa tätä samaa kaavaa, korjaamalla ja parantamalla palvelujärjestelmäämme tavoite kerrallaan.

6. POHDINTA

Kuten tuloksista käy ilmi näyttää sosiaali- ja terveydenhuollon pitkän aikavälin uudistamis päätökset noudattavan kolmea päätöksenteon mallia. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamis päätökset rakentuvat rajoitetusti rationaalisen, inkrementaalisen ja mixed-scannig päätösteorioita noudattaen. Toisaalta jos unohdamme pitkän aikavälin tarkastelun näyttäytyy sote-uudistaminen hieman erilaisessa valossa. Yhden hallituskauden aikana valmistelussa saattaa tapahtua kymmenittäin erilaisia käännteitä. Jatko tutkimusaiheena olisikin mielenkiintoista selvittää, että kuka lopulta päättää mihin suuntaa uudistusta lopulta valmistellaan.

Kun tarkastellaan poliittista päätöksentekoa, ei voida olla kysymättä, kenellä on valta ja kuka määrittelee ongelmat ja vaihtoehdot, joita yhdessä ratkaistaan. Kuten Harisalo kumppaneineen (2007:60) toteavat, ”*poliittisen kädenväännön tuloksena syntyviä ratkaisuja ei voida pitää yleisenä etuna tai hyötynä käsitteen perimmäisessä merkityksessä.*” Mikään poliittinen taho ei voi edistää yhtä aikaa kaikkia haluttuja tavoitteita. Olisiko siis syytä valita sote-uudistuksen kontekstissa vain muutama tavoite ja miettiä muita tavoitteita vasta ensimmäisten täytyttyä? Pääministeri Sipilän hallitusohjelmasta löytyvä kuvio SOTE-ratkaisun etenemisestä on mielestäni hyvä esimerkki maltillisesta tavoitteiden asettamisesta. Kuviossa uudistuksen valmistelu kuvattiin kolmen tason kautta. Ensimmäisenä tasona ja tavoitteena oli toteuttaa julkisten sosiaali- ja terveystalveluiden integraatio ja rakenneuudistus. Tämän toteuduttua oli tarkoitus purkaa monikanavainen sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus ja siirtyä yksikanavaiseen rahoitukseen ja viimeiselle eli kolmannelle tasolle siirryttäessä oli tarkoitus lisätä asiakkaan valinnanvapautta ja tuotannon monipuolistumista. (Sipilän hallitusohjelma.) Kysymykseksi herää olisimmeko syyskuussa 2018 saaneet uudistuksen ensimmäisen ja jopa toisen tason valmiiksi, jos uudistusta olisi lähdetty viemään eteenpäin hallitusohjelmaan kirjatun mallin mukaisesti ja valmisteltu uudistusta taso kerrallaan? Tai olisimmeko Sipilän hallituskaudella voineet unohtaa koko sote-uudistuksen valmistelun, jos olisimme eri hallituskausilla pysyneet yhden sote-mallin valmistelussa ja esimerkiksi luottaneet kuntaliitosten luonnolliseen

muodostumiseen PARAS-hankkeen pohjalta. Tästä luonnollisesta muodostumisesta Ek-sote ja Siunsote ovat hyviä esimerkkejä.

Kun lähdin alun perin vertailemaan hallitusohjelmien tavoitteita sote-uudistamisen näkökulmasta oletin, että hallitusohjelmien tavoitteet olisivat eronneet toisistaan hieman enemmän. Ajatukseni pohjautui lukuisien sote-mallien näkemiseen. Tutkimuksen aikana kävi kuitenkin ilmi, että hallitusohjelmiin kirjatut yleiset sosiaali- ja terveystaloudelliset tavoitteet ovat hyvin yhteneväisiä jokaisen hallitusohjelman kohdalla. Uudistusten erot (PARAS-hanke, kunta- ja sote-uudistus ja maakunta- ja sote-uudistus) eivät siis ole joutuneet sote-uudistusten tavoitteiden muuttumisesta, vaan jostain muusta. Tämä herättää osaltaan toisen kysymyksen, jos uudistuksen tavoitteet eivät ole juuri muuttuneet niin, miten on mahdollista, että sote-uudistuksen pohjaratkaisuksi on ehdotettu jokaisella hallituskaudella erilainen ratkaisu.

Pohdin myös tutkimusta tehdessäni, että sopivatko hallitusohjelmat uudistusten tavoitteiden asettajaksi. Mikäli tavoitteet asetetaan epäselvinä ja monitulkintaisina hallitusohjelmiin, onko mikään ihme, että uudistusten valmistelussa ajaudutaan ristiriitoihin? Sipilän hallitusohjelman kirjaukset sote-uudistuksen tavoitteista ovat selkeämpiä, kuin muiden 2000-luvun hallitusohjelmien kirjaukset. Pidän tätä myönteisenä kehityksenä ja merkinä siitä, että OHRA-hanke on ainakin selkeyttänyt hallitusohjelmien kirjauksia. Nähtäväksi jää, toteutuuko OHRA-hankkeen keskeisin tavoite, eli hallituksen toimien yhteiskunnallisen vaikuttavuuden parantaminen.

”Uudella toimintamallilla on tarkoitus varmistaa, että hallituksen tärkeinä pitämät asiat pystytään toteuttamaan.” (Valtioneuvosto 2015.)

Käytyäni läpi loputtomalta tuntuvan määrän eri valmisteluasiakirjoja esitän tutkimuksen loppuun huomion siitä, että onko sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta todella tehty viimeiset 18-vuotta, vai olemmeko sote-uudistamisen varjon alla yrittäneet toteuttaa todellisuudessa kunta- tai maakuntauudistusta? Huomioni perustuu lukuisiin sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen malleihin ja yrityksiin toteuttaa uudistus. Toisena jatko tutkimusaiheena pohdin selontekoa siitä, mihin uudistukset tai uudistuksen valmistelut ovat kaatuneet näiden 18-vuoden aikana. Aineistoa läpikäydessä reformien kaatumisiin

vaikuttavia syitä on esitetty lukuisia erilaisia. Syitä on esitetty yhtä monta, kuin mitä on mielipiteiden esittäjiäkin. Luettelen seuraavaksi niistä muutamia: sote- ja kuntauudistamisen yhdistäminen, perustuslailliset vaikeudet, poliittiset erimielisyydet ja ”lehmänkaupt”, uudistuksen tavoitteiden ristiriitaisuus, asiantuntijatiedon ohittaminen, asiantuntijoiden sekä poliitikkojen pyrkimykset ratkaista uudistus eri näkökulmista, ainainen kiire, sosiaali- ja terveysministerin, kuntaministerin ja peruspalveluministerin kiistat sekä liian radikaalilla rysäyksellä tapahtuva uudistaminen asteittaisen uudistamisen sijaan. Pro gradu -tutkielmaa lopetellessani Sipilän hallituksen maakunta- ja sote-uudistus ei ole edennyt eduskunnan täysistuntoon. Hallituksen esitykset maakunta- ja sote-uudistamisesta ovat sosiaali- ja terveysvaliokunnan tarkastettavana lokakuussa 2018 kun tämä tutkielma palautettiin.

LÄHDELUETTELO

- Alanen, Pentti (2008). Seurausten hoidosta syiden poistoon. Teoksessa: Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta, 17-29. Ashorn Ulla ja Lehto Juhani (toim.). Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus, STAKES.
- Anttila, Pirkko (1996). Tutkimisen taito ja tiedon hankinta: Taito-, taide- ja muotoilualojen tutkimuksen työvälineet. 2. painos. Helsinki: Akatiimi.
- Anttiroiko, Ari-Veikko & Valkama Pekka (2016). The role of localism in the development of regional structures in post-war Finland. *Public Policy and Administration*, 1 – 21.
- Aula, Maria, Kaisa (2003). Eduskunta Suomen poliittisessa järjestelmässä. Teoksessa: Paikkana politiikka: Tietoa ja tulkintoja Suomen poliittisesta järjestelmästä, 92-126. Toim. Pasi Saukkonen. Helsinki: Helsingin yliopistopaino.
- Arrow, Kennet J. (1951). *Social Choice and Individual Values*. John Wiley and Sons, New York, 99.
- Arrow, Kennet J. (1951). An Extension of the Basic Theorems of Classical Welfare Economics. Teoksessa Neyman, J. 1974, 507–532.
- Ashworth, Rachel, Boyne, George & Delbridge, Rick (2007). Escape from the Cage? Organizational Change and Isomorphic Pressures in the Public Sector. *Journal of Administration Research and Theory* 19, 1.
- Berndtson, Erkki (2008). *Politiikka tieteenä: Johdatus valtio-opilliseen ajatteluun*. Helsinki: Hallinnon kehittämiskeskus Edita.

- Bowen, Glenn (2009). Document Analysis as a Qualitative Research Method. *Qualitative Research Journal* 9: 2, 27–40.
- Caulley, DN. (1983). Document analysis in program evaluation. *Evaluation and Program Planning*. 6, 19-29.
- Choo, Chun W. (1996). The knowing organization: How organizations use information of *Information Management*, 16 (5).
- Clough, Donald J. (1984). *Decisions in public and private sectors*. New Jersey: Englewood cliffs.
- Dror, Yehezkel (1968). *Public policy making reexamined*. London & New York: Chandler-publishing company.
- Edwards, Ward & Tversky Amos (1976). *Decision making: selected readings*. Penguin book, Harmondsworth, Australia.
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha (2000). *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.
- Etzioni, Amitai (1967). Mixed-scanning: A Third approach to decision-Making. *Public Administration Review*, Vol. 27, No. 5 (Dec. 1967) Blackwell Publishing on behalf of the American Society for Public Administration.
- Euroopan komissio (2017). Neuvoston suositus: Suomen vuoden 2017 kansallisesta uudistusohjelmasta sekä samassa yhteydessä annettu Suomen vuoden 2017 vakausohjelmaa koskeva neuvoston lausunto. Brysseli: Euroopan komissio. Saatavissa 1.10.2018: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/2017-european-semester-country-specific-recommendations-commission-recommendations_-_finland-fi.pdf.

- Hall AL. & Rist RC. (1999). Integrating multiple qualitative research methods (or avoiding the precariousness of a one-legged stool). *Psychology & Marketing*. 16(4), 291–304.
- Harisalo, Risto (2008). *Organisaatioteoriat*. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.
- Hawkesworth Mary & Kogan Maurice (1992). *Encyclopedia of government and politics*. Volume 1 and 11. New York: Routledge.
- Heinonen, Olli-Pekka (2017). Julkinen päätöksenteko totuudenjälkeisessä ajassa. *Yhteiskuntapolitiikka* 82/2017: 1, 94-99.
- Heinämäki, Liisa (2012). Valtionhallinnon ohjelmaohjaus kuntien sosiaali- ja terveydenhuollossa 2000-luvulla. *Tutkimus* 75/2012. Helsinki: THL.
- Hellman, Matilda, Monni Marjukka & Alanko Anna (2017). Declaring, shepherding, managing: The welfare state ethos in Finnish government programmes, 1950-2015. *Research on Finnish society*, vol. 10, no.1, 9-22.
- Heiskala, Risto & Luhtakallio Eeva (2006). *Uusi jako. Miten Suomesta tuli kilpailukyky-yhteiskunta?* Helsinki: Gaudeamus.
- Heywood, Andrew (2013). *Politics*. 4th edition. London: Palgrave Macmillian.
- Hiilamo, Heikki (2015). *Hyvinvoinnin vakuutusyhtiö: Mistä SOTE-uudistuksesta on kysymys?* Helsinki: Into kustannus Oy.
- Hindmoor, Andrew & Taylor Brad (2015). *Rational choice*. Palgrave in the UK is an imprint of Macmillan Publishers Limited, registered in England, London.
- Hirsjärvi, Sirkka, Pirkko Remes & Paula Sajavaara (1997). *Tutki ja kirjoita*. Kirjayhtymä Oy. Helsinki.

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme Helena (2001). Tutkimushaastattelu. Helsinki: Gaudeamus.

Hirvikorpi, Helinä (2006). Paras tuoreeltaan tutkittuna. Helsinki: Kunnallisan kehittämissäätiö.

Hallitusohjelma (1999). Pääministeri Paavo Lipposen II hallituksen ohjelma 15.4.1999.

Hallitusohjelma(2003). Pääministeri Anneli Jäätteenmäen hallituksen ohjelma 17.4.2003.

Hallitusohjelma (2003). Pääministeri Matti Vanhasen hallituksen ohjelma 24.6.2003.

Hallitusohjelma (2007). Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelma 19.4.2007.

Hallitusohjelma (2010). Pääministeri Mari Kiviniemen hallituksen ohjelma 22.6.2010.

Hallitusohjelma (2012). Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma 22.6.2011.

Hallitusohjelma (2014). Pääministeri Alexander Stubbin hallituksen ohjelma 24.6.2014.

Hallitusohjelma (2015). Pääministeri Juha Sipilän hallituksen ohjelma. 29.5.2015.

Hogwood, Brian & Gunn Lewis (1984). Policy analysis for the real world. Oxford: Oxford University Press.

Hukkanen, Virpi (2016). Valtion budjetti: Velka kasvaa – menot pysyvät kurissa. Yle 11.8.2016. Saatavissa 12.10.2018: <https://yle.fi/uutiset/3-9087896>.

International monetary fund (2017). Finland: Staff Concluding Statement of the 2017 Article IV Mission. IMF. Saatavissa 11.10.2018: <https://www.imf.org/en/News/Articles/2017/11/01/mcs1112017-finland-staff-concluding-statement-of-the-2017-article-iv-mission>.

- Jaakola, Vesa (2012). Vaalikoneen käyttö ja mielen heuristiikat. *Politiikka* 54:1, 39-60.
- Jones, Bryan D. (1999). Bounded rationality. *Annual Review of Political Science* 2.
- Julkunen, Raija (2001). Suunnanmuutos: 1990-luvun sosiaalipoliittinen reformi Suomessa. Tampere: Vastapaino.
- Julkunen, Raija & Saari, Juho (2013). Hyvinvointivaltion reformointi: Paul Piersonin institutionalismi. Teoksessa: Hyvinvointivaltion moderneja klassikoita: 307-326. Toim. Sakari Kainulainen, Juho Saari & Sakari Taipale. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuaja A Tutkimuksia 38.
- Julnes, George, (2013). Evaluation in support of the public interest. Teoksessa Hyvinvointijärjestelmät muuttuvassa toimintaympäristössä: 37-55. Ollila Seija & Raisio Harri (toim.) Juhlakirja professori Pirkko Vartiaisen 60-vuotisjuhlan kunniaksi. *Acta Wasaensia* nro 277. Sosiaali- ja terveyshallintotiede, 1–3.
- Jussila, Henrik (2012). Päätöksenteon tukena vai hyllyssä pölyttymässä? Sosiaalipoliittisen tutkiustiedon käyttö eduskuntatyössä. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 121. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- Kankkunen, Päivi & Katri Vehviläinen-Julkunen (2009). Tutkimus hoitotieteessä. 1.painos. WSOY.
- Kelly, Rita Mae & Palumbo Dennis (1992). Theories of Policy-Making. In the *Encyclopedia of Government and Politics*: 643-655. Mary Hawkesworth and Maurice Kogan (ed.). London: Routledge.
- Keskimäki Ilmo, Manderbacka Kristiina & Teperi Juha (2008). Oikeudenmukaisuus terveydenhuollossa edellyttää palvelujärjestelmän uudistamista. Teoksessa: Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta, 50-66. Ashorn Ulla ja Lehto Juhani (toim.). Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, STAKES.

- Kuruville, Shyama & Philipp Dorstewitz (2010). There is no “point” in decision-making: a model of transactive rationality for public policy and administration. *Policy Sci* (2010) 43:263–287. Saatavissa 12.7.2018: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs11077-009-9098-y.pdf>.
- Kingdon, John W. (1995). *Agendas, alternatives, and public policies*. New York: Harper-Collins College Publishers.
- Kuhn, Thomas S. (1994) *Tieteellisten vallankumousten rakenne*. (The structure of scientific revolutions, 1962.) Suomentanut Kimmo Pietiläinen. Helsinki: Art House.
- Kuntaliitto (2017). *Huoltosuhde*. Saatavissa 26.10.2018: <https://www.kuntaliitto.fi/tilastot-ja-julkaisut/kuntakuvaajat/huoltosuhde>.
- Kuntaliitto (2017). *Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen 2017*. Saatavissa 26.10.2018: <https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntijapalvelut/sosiaali-ja-terveysasiat/sosiaali-ja-terveydenhuollon-jarjestaminen-2017>.
- Kurvinen, Pekka & Sippola, Sakari (1989). *Päätöksenteko hallinnossa*. 2. uudistettu painos. Helsinki: Lakimiesliiton kustannus.
- Kurvinen, Pekka (1985). *Päätöksenteko hallinnossa*. Helsinki: Suomen lakimiesliiton kustannus.
- Laine, Jarmo (1993). *Kyky, taito vaiko koeteltu poliittinen kunto: poliittiset virkanimitykset maan tapana*. Helsinki. Art House.
- Laine, Veli (2006). *Kunta- ja palvelurakenneuudistuksen lähtökohdista ja tavoitteista*, 401-409. *Kansantaloudellinen aikakauskirja* 102. vsk. 3 /2006.
- Lasswell Harold D (1936). *Politics: Who Gets What, When, How*. New York: Whittlesey House. Saatavissa: <http://www.policysciences.org/classics/politics.pdf>.

- Lehto, Markku (2005). Takaisin tulevaisuuteen. Valtion ja kuntien yhteinen taival. Kunnallissalan kehittämissäätiön Polemia-sarjan julkaisu nro 56.
- Lee Roy, Beach (1993). Broadening the Definition of Decision Making: The Role of Pre-choice Screening of Options. Julkaisussa *Psychological Science* July 1993, Vol.4(4), 215-220.
- Luukkonen, Jouko (2018). Matkalla maakunnallisiin sosiaali- ja terveystalouteihin, Tutkimus maakunnallisten sosiaali- ja terveystaloutenkuntayhtymien syntyprosesseista. Tampere: Tampereen yliopisto. Saatavissa 10.10.2018: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/103792/978-952-03-0789-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Mattila, Yrjö (2011). Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä? Tutkimus Suomen terveydenhuollon suuntaviivoista. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 116/2011. Helsinki: Kela.
- Metteri, Anna (2004). Hyvinvointivaltion lupaukset ja kohtuuttomat tapaukset. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Merikanto, Tiina (2018). Analyysi: Ei käy kateeksi poliitikkoja, joiden on ratkaistava itse aiheuttamansa sote-ongelma. Yle 8.3.2018. Saatavissa 26.10.2018: <https://yle.fi/uutiset/3-10104893>.
- Merikanto, Tiina & Grönn Emma (2017). Sote sitä, sote tätä: Missä nyt oikein mennään? Yle 5.7.2018. Saatavissa 26.10.2018: <https://yle.fi/uutiset/3-9707855>.
- Merriam B. Sharan & Tisdell Elizabeth J. (2016). *Qualitative research. A guide to design and implementation*. 4. edition. San Francisco: Jossey-Bas.
- Miettinen, Ville (2017). Sosiaalihuolto marginaalissa sote-uudistuksessa – hyvinvoinnin huomiointi suitsisi kustannuksia. Kuntalehti 19.2.2017. Luettavissa 11.09.2018:

<https://kunta-lehti.fi/uutiset/sote/sosiaalihuolto-marginaalissa-sote-uudistuksessa-hyvinvoinnin-huomiointi-suitsisi-kustannuksia/>.

Miller FA. & Alvarado K. (2005). Incorporating documents into qualitative nursing research. *Journal of Nursing Scholarship*. 37(4), 348-353.

Murto, Eero (2003). Valtioneuvosto Suomen poliittisessa järjestelmässä, 127-165. Teoksessa: Paikkana politiikka: Tietoa ja tulkintoja Suomen poliittisesta järjestelmästä. Toim. Pasi Saukkonen. Helsinki: Helsingin Yliopistopaino.

Mykkänen, Antti (2016). Maakuntaitsehallinto. Kunnallisan kehittämässätiön Polemia-sarjan julkaisu nro 103.

Möttönen, Sakari & Niemelä Jorma (2005). Kunta ja kolmassektori – Yhteistyön uudet muodot. Jyväskylä: PS-kustannus.

Mård, Markku (2012). Puolueohjelmista hallitusohjelmaan ja valtion talousarvioon. Tutkimus SDP:n ja kansallisen kokoomuksen hyvinvointi- ja terveystalitiikan ohjelmallisista linjoista ja talousarvioaloitteista. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.

Nelson, Lindsay (2003). A case study in organizational change: implications for theory. *The Learning Organization*, 10 (1), 18–30.

Niemelä, Mikko & Saarinen Arttu (2008). Kuntaliitosten tavoitteet ja perustelut. *Janus: sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti*, 16(1), 58-63.

Niemelä, Mikko (2008). Julkisen sektorin reformin pitkä kaari Valtava-uudistuksesta Paras-hankkeeseen. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.

Niemelä, Mikko & Saarinen Arttu (2012). The role of ideas and institutional change in Finnish public sector reform. *Policy & Politics* 2012:40, 171–191.

Noponen Martti (1992). *Politiikka tutkimuksen kohteena*. Juva: WSOY:n graafiset laitokset.

Noponen Martti (1988). *Politiikka tutkimuskohteena*. Viides paino. Porvoo: WSOY:n graafiset laitokset.

Niiranen, Vuokko & Lammintakanen, Johanna (2011). *Hallintotieteen rajapinnoilla – sosiaalihalintotieteen ja terveyshallintotieteen tutkimuksen alan ja kohteen näkökulma*. Teoksessa: Virtanen Turo, Ahonen Pertti, Syväjärvi Antti, Vartiainen Pirkko, Vartola Juha & Vuori Jari. *Suomalainen hallinnon tutkimus – mistä, mitä, minne?* Tampereen yliopistopaino Oy. Tampere.

Nyberg, Martti (2000). *Talouden ja politiikan vuorovaikutus Suomessa*. *Kansantaloudellinen aikakauskirja* 96 (4), 601–604.

OECD (2015). *Country note: How does health spending in Finland compare*. *Health statistics 2015*. Saatavissa 26.10.2018: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Country-Note-FINLAND-OECD-Health-Statistics-2015.pdf>.

OECD (2016). *OECD economic surveys Finland january 2016 overview*. Saatavissa 27.10.2018: <https://www.oecd.org/eco/surveys/Overview-OECD-Finland-2016.pdf>.

Paloheimo, Heikki & Wiberg, Matti (2012, 2004, 1997, 1996). *Politiikan perusteet*. WSOY. Porvoo.

Palosuo, Hannele & Lahelma Eero (2013). *Terveyden sosiaaliset määrittäjät*. Teoksessa: *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt 39-55*. Toim. Marita sihto, Hannele Palosuo, Päivi Topo, Lauri Vuorenkoski & Kimmo Leppo. Helsinki: THL.

Palumbo, Dennis J. (1975). *Organization theory and political science*. Teoksessa Greenstein & Polsby. vol 2.

- Parhiala Kimmo & Hetemaa Tiina (2017). Terveysasemien ulkoistukset Suomessa – Tilanne alkuvuonna 2017. Tutkimuksesta tiiviisti 6/2017. Helsinki: THL. Saatavissa 2.5.2018: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/132159/URN_ISBN_978-952-302-841-8.pdf?sequence=1.
- Paronen, Elsa (2015). Rationaalinen päätöksenteko sosiaali- ja terveystalouden uudistuksissa -tapaustudkimus kahdesta sosiaali- ja terveystalouden uudistuksesta Pohjois-Savossa. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.
- Paulavaara, Päivi (2017). Sote-uudistus on täynnä suden-kuoppia, sanoo professori Jussi Huttunen – Riskejä ovat verorahojen hassaus, pompottelun lisääntyminen ja maailman parhaan hoidon romuttuminen. Helsingin Sanomat 20.11.2017. Saatavissa 26.10.2018: <https://www.hs.fi/kotimaa/art-2000005455978.html>.
- Payne, John W., Bettman, James R. ja Johnson, Eric J. (1992a). Behavioral Decision Research: A Constructive Processing Perspective. *Annual Review of Psychology*, 43 (1), 87–131.
- Payne, John W., Bettman, James R., Coupey, Eloise & Johnson, Eric J. (1992b). A Constructive Process View of Decision Making: Multiple Strategies in Judgement and Choice. *Acta Psychologica* 80 (1–3), 107–141.
- Pollitt, Christopher & Bouckaert, Geert (2004). *Public Management Reform. A Comparative Analysis*. 2. edition. Oxford: Oxford University Press.
- Pollitt, Christopher & Bouckaert, Geert (2000). *Public Management Reform. A Comparative Analysis*. Oxford: Oxford University Press.
- Raivio, Kari (2006). Paras-hanke Suomea muokkaamassa. *Yhteiskuntapolitiikka* 71: 2, 186-192.

- Riker, William H. & Ordeshook, P.C. (1973). *An Introduction to Positive Political Theory*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Rissanen, Pekka (2014). Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen pitkä tie. *Talous ja yhteiskunta* 1/2014, 18–23.
- Saari, Juho (2011). Pienten askelten politiikka ja hyvinvointivaltion muutos. Teoksessa: *Politiikan polut ja hyvinvointivaltion muutos*, 7-25. Toim. Mikko Niemelä & Juho Saari. Kelan tutkimusosasto. Tampere: Juvenes Print.
- Saari, Juho & Taipale Sakari (2013). Sosiaalipolitiikka ja hyvinvointivaltio. Teoksessa: *Hyvinvointivaltion moderneja klassikoita: 17-40*. Toim. Sakari Kainulainen, Juho Saari & Sakari Taipale. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja A Tutkimuksia 38.
- Saaranen-Kauppinen, Anita & Anna Puusniekka (2009). Menetelmäopetuksen tietovaranto KvaliMOTV. Kvalitatiivisten menetelmien verkko-oppikirja. Yhteiskuntatieteellisen tietoarkiston julkaisuja. Saatavissa 23.7.2018: http://www.fsd.uta.fi/fi/julkaisut/motv_pdf/KvaliMOTV.pdf.
- Saarimaa, Tuukka & Tukiainen Janne (2018). PARAS-hankkeen aikana toteutettujen kuntaliitosten vaikutukset, 256-269. *Kansantaloudellinen aikakauskirja* – 114. vsk. – 2/2018 KTT
- Saarinen, Arttu & Niemelä Mikko (2013). Terveydenhuolto osana kunta- ja palvelurakenteiden uudistamista Helsingin Sanomien mukaan vuosina 2003–2012. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2013: 50, 127–138
- Salminen, Ari (1993). *Hallintotiede: Organisaatioiden hallinnolliset perusteet*. Helsinki: Valtionhallinnon kehittämiskeskus.

- Salminen, Ari (2004). Julkisen toiminnan johtaminen: Hallintotieteen perusteet. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Seavey W. John, Aytur Semra A. & McGrath Robert J. 2014. Health policy Analysis – Framework and tools for success. New York.: Springer Publishing Company LLC.
- Simon, Herbert A. (1957) Models of Man, Social and Rational: Mathematical Essays on Rational Human Behavior in a Social Setting, New York: John Wiley and Sons.
- Simon, Herbert. A (1966). The sciences of the artificial. Cambridge: The M.I.T. Press.
- Simon, Herbert. A (1979). Rational decision making in business organizations. American Economic Review, 69 (4) 493-513.
- Simon, Herbert A. (1982). Päätöksenteko ja hallinto. Ekonomia-sarja 58. Helsinki. Suomen Ekonomiliitto ja Weilin+Göös. Alkuperäisteos: Administrative Behavior, suomennanut Pirkko Rajala.
- Simon, Herbert A. (1997). Administrative behavior. A study of decision-making processes in administrative organizations. New York: Free Press.
- Sisäministeriö (2005). Aluevaiheen materiaalit I: Peruspalveluohjelmaa valmisteleavan ministeriryhmän linjaukset aluevaiheeseen. Helsinki: SM.
- Sipponen, Kauko (2016). Se suuri kuntauudistus. Kunnallisan kehittämissäätiön Polemia-sarjan julkaisu nro 100.
- Stillman, Richard J. (2005). Public administration. Concepts and Cases. USA: Houghton Mifflin Company.

Stenvall, Jari & Virtanen Petri (2012). Sosiaali- ja terveystalouden uudistaminen. Kehittämisen mallit, toimintatavat ja periaatteet. Helsinki: Tietosanoma Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2005). Sosiaali- ja terveydenhuollon lakisäätöiset palvelut. Esite: 2005:7. Saatavissa 26.10.2018: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70009/Es200507.pdf?sequence=1>.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2008). Arviointiselvitys vuosina 2002-2007 toteutetusta Kansallisesta terveyshankkeesta. Selvitys: 2008:22. Helsinki: STM. Saatavissa 27.10.2018: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74145/Arviointiselvitys_vuosina_2002_2007_toteutetusta_Kansallisesta_terveyshankkeesta_fi.pdf?sequence=1.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2011). Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistaminen peruslinjauksia valmistelevan työryhmän loppuraportti. Raportti: 7/2011.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2012). Palvelurakennetyöryhmän väliraportti. Raportti: 2012:17. Saatavissa 10.10.2018: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74246/URN%3aNBN%3afi-fe201504227021.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2012). Palvelurakennetyöryhmän loppuraportti. Raportti: 2012:30. Saatavissa 26.10.2018: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74263/URN%3aNBN%3afi-fe201504224684.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2013). Terveystalouden Suomessa. Esite 2/2013. Helsinki: STM. Saatavissa 29.10.2018: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/69928/URN_ISBN_978-952-00-3389-7.pdf.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2018). Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä ja vastuut. Saatavissa 26.10.2018: <http://stm.fi/sotepalvelut/jarjestelma-vastuut>.

Social Security Administration (2016). Social Security Programs Throughout the World: Europe 2016. Saatavissa: <https://www.ssa.gov/policy/docs/prog-desc/ssptw/2016-2017/europe/ssptw16europe.pdf>.

Ståhl, Timo & Rimpelä, Arja (2010). Terveystieteen edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. Helsinki: Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos.

Temmes, Markku. (2003). Valtionhallinto: Jatkuvuutta ja muutosta. Teoksessa: Paikkana politiikka: Tietoa ja tulkintoja Suomen poliittisesta järjestelmästä, 187-212. Toim. Pasi Saukkonen. Helsinki: Helsingin yliopistopaino.

Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos (2009). Kunta- ja palvelurakennemuutoksen toteutuminen: Kuntakysely sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen järjestämisestä ja tuottamisesta. Raportti: 36/2009. Helsinki: THL. Saatavissa 5.6.2018: <http://www.julkari.fi/handle/10024/80033>.

Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos (2010). Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Asiantuntijaryhmän raportti 17.11.2010. Helsinki: THL.

Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos (2012). Sitä saa mitä tilaa – Tilaaja-tuottaja-toimintatavan kehittyminen sosiaali- ja terveystieteiden palveluissa. Raportti 42/2012. Helsinki: THL. Saatavissa 3.5.2018: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90822/URN_ISBN_978-952-245-680-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos (2012). Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen kehittäminen: Kohti yksikanavaista alueellista järjestäjä-rahoittajaa. Raportti 21:2012. Helsinki: THL.

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2014). Sosiaali- ja terveystalouden tilastollinen vuosikirja 2014. Helsinki: THL.
- Terveyden ja hyvinvoinnin (2014). Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset rahavirrat. Raportti 22/2014. Helsinki: THL. Saatavissa 26.10.2018: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116653/THL_RAP022_2014verkko.pdf.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2017). Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2015. Tilastoraportti 26/2017. Helsinki: THL. Saatavissa 26.10.2018: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134862/Tr26_17.pdf?sequence=6.
- Terveyden ja hyvinvoinnin (2017). Palvelujen järjestämisen nykytilanne Suomessa. Helsinki: THL. Saatavissa 26.10.2018: <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-jarjestaminen/palvelujen-jarjestamisen-nykytilanne-suomessa>.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2018). Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2016. Tilastoraportti 20/2018. Saatavissa 12.10.2018: <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/sosiaali-ja-terveydenhuollon-talous/terveydenhuollon-menot-ja-rahoitus>.
- Thompson S, Foubister T, & Mossialos E. (2009). Financing health care in the European Union. Challenges and policy responses. European Observatory on Health.
- Tiitinen, Kalevi (2017). Mänttä-Vilppula ulkoisti koko soten: Pelätty loikka poiki oikeusriitoja - ja isoja säästöjä. Iltalehti 6.4.2017. Saatavissa 6.10.2018: http://www.iltalehti.fi/uutiset/201704062200098035_uu.shtml.
- Tilastokeskus (2016). Vuonna 2014 eniten työpaikkoja terveys- ja sosiaalipalvelujen toimialalla: Työssäkäynti.

- Tuomi, Jouni & Sarajärvi Anneli (2009). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Vaarama, Marja, Moisio Pasi & Karvonen Sakari (2010). Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki: THL.
- Valli-Lintu, Auli (2017). Sote- ja kuntarakenteen pitkä kujanjuoksu. Kunnallisan kehittämissäätiön Polemia-sarjan julkaisu nro 10.
- Valtioneuvoston kanslia (2011). Poliittisen päätöksenteon tietopohjan parantaminen – tavoitteet todeksi. Raportti 8/2011. Saatavissa 26.10.2018: https://vnk.fi/documents/10616/622966/J0811_Poliittisen+p%C3%A4%C3%A4t%C3%B6ksenteon.pdf/4ea23e0a-a322-4e4f-b65b-9f7b9e29fd19?version=1.0.
- Valtioneuvosto (2015). Ohra-hanke: hallitukselle uudenlainen strategisen päätöksenteon malli. Saatavissa 26.10.2018: <https://vnk.fi/ohra>.
- Valtioneuvosto (2018). Maakunta- ja sote-uudistuksen yleisesittely. Saatavissa 25.10.2018: <https://alueuudistus.fi/uudistuksen-yleisesittely>.
- Valtioneuvosto (2018). Sote-uudistuksen tavoitteet. Saatavissa 25.10.2018 <https://alueuudistus.fi/soteuudistus/tavoitteet>.
- Valtiontalouden tarkastusvirasto (2017). Julkisen talouden riskit: Kansainväliset suositukset. Selvitys 2/2017. Helsinki: VTV.
- Valtiovarainministeriö (2009). Valtioneuvoston selonteko kunta- ja palvelurakennemuutoksesta. VNS 9/2009. VM. Saatavissa 8.10.2018: https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/selonteko/Documents/vns_9+2009.pdf.

- Valtiovarainministeriö (2013). Päätöksistä muutoksiin. Valtion ohjausjärjestelmän kehittäminen – hankkeen raportti ja toimenpidesuosituksset. Raportti 142:00/2013. Helsinki: VM.
- Valtiovarainministeriö (2018). Kunnan peruspalvelujen valtionosuus. Saatavissa 26.10.2018: <https://vm.fi/kunnan-peruspalvelujen-valtiosuus>.
- Valtiovarainministeriö (2003). Ohjelmajohtaminen uudistaa hallituksen työskentelyä. Valtiovarainministeriö ja valtioneuvoston kanslia. Edita Prima Oyj. Helsinki.
- Välimäki, Kari (2013). Kakkua jaettavaksi. Kunnallissalan kehittämissäätöön Polemia-sarjan julkaisu nro 89.
- Vihriälä Vesa (2008). Poliittikka-analyysi (talous)politiikassa. Julkaisussa: Ilmakunnas Seija, Junka Teuvo & Uusitalo Roope. Vaikuttavaa tutkimusta. Miten arviointitutkimus palvelee päätöksenteon tarpeita? Helsinki: Valtiontaloudellinen tutkimuskeskus, VATT-julkaisuja 47, 2008: 11–38.
- Virén Matti & Jokinen Jouni (2001). Suomessako poliittisia suhdannevaihteluja? Eduskunnan tekemät muutokset budjettiin tarkastelun kohteena. Kansantaloudellinen aikakauskirja 97 (4), 573–580.
- Matti, Virtanen (2000). Normit ja informaatio-ohjaus. Yhteiskuntapolitiikka-YP 65: 5, (2000): 385-386.
- Walt, Gillian (1994). Health policy: an introduction to process and power. Johannesburg: Witwatersrand University Press.
- Walker, Richard M. & Damanpour, Fariborz (2009). Changing organizational values and actions in public sector services: a longitudinal empirical analysis. Teoksessa: Todnem By, R. & Macleod, C. (toim.). Managing Organizational Change in Public Services. London, New York, Routledge, 217–238.

Wiberg, Matti (2006). *Politiikka Suomessa*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.