

2009 • 2

*Minna Ylikännö*

**JULKISTEN HYVINVOINTIPALVELUIDEN  
JÄRJESTÄMINEN SUOMESSA**

*Minna Ylikännö*

**JULKISTEN HYVINVOINTIPALVELUIDEN  
JÄRJESTÄMINEN SUOMESSA**

## SISÄLTÖ

Johdanto .....	4
Julkinen palveluntuotanto ja sen haasteet .....	5
Kunnallinen itsehallinto ja sosiaalisten oikeuksien toteutuminen .....	7
Julkinen ja yksityinen hyvinvointivastuu .....	9
Yksityinen palveluntuotanto hyvinvointipalveluissa .....	10
Yksityisiä palveluja käyttävät vain hyvätuloiset.....	12
Kilpailuttaminen – hyviä ja huonoja kokemuksia .....	12
Valinnanvapaus – mitä on sateenkaaren päässä? .....	14
Miten julkisen palveluntuotannon haasteisiin voitaisiin vastata? .....	16
Lähteet .....	18

# Johdanto

Suomea on pidetty Ruotsin, Norjan ja Tanskan ohella pohjoismaisena hyvinvointivaltiona, jota kuvaa erityisesti se, että julkisella vallalla on keskeinen rooli hyvinvointipalveluiden rahoittajana, tuottajana ja järjestäjänä. Lähtökohtaisena ajatuksena pohjoismaisessa hyvinvointi-ideologiassa on, että palvelujen saannin perusteena on tarve, eivät esimerkiksi tulot, asuinpaikka tai sosioekonominen asema. Toisena keskeisenä ajatuksena on, että julkisten palvelujen kautta toteutetaan kansalaisten sosiaalisia oikeuksia.<sup>1</sup> Niiden perusteella ihmisillä tulee olla oikeus sellaiseen turvaan ja huolenpitoon, joka mahdollistaa kaikille inhimillisen arvokkuuden ja yhdenvertaisen osallistumisen yhteiskuntaelämän eri toimintoihin.<sup>2</sup>

Sosiaaliset oikeudet muodostavat melko monimutkaisen järjestelmän, mutta lyhyesti niiden voidaan sanoa olevan julkista valtaa velvoittavia suoriteoikeuksia, kuten toimeentuloturvan etuuskien myöntäminen tai sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen. Sosiaalisiin oikeuksiin kuuluvat mm. subjektiiviset oikeudet lastenhoitoon, maksuttomaan perusopetukseen sekä välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Perustuslaissa säädetään lisäksi kansalaisten oikeudesta perustoimentulon turvaan sekä riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin.<sup>3</sup>

Sosiaaliset oikeudet velvoittavat kuntia järjestämään hyvinvointipalveluja asukkaalleen. Kuntien järjestämisvastuulla olevista palveluista säädetään tarkemmin mm. sosiaalihuoltolaissa, kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoidolaissa. Näiden lakien nojalla kuntien on huolehdittava terveydenhuoltopalvelujen lisäksi muun muassa kotipalveluista, asumispalveluista, omaishoidon tuesta sekä vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista.<sup>4</sup> Lisäksi kunnilla on perusopetuslain nojalla velvollisuus järjestää perusopetusta alueensa oppivelvollisuusikäisille lapsille.

Se, miksi juuri kunnat ovat Suomessa vastuussa hyvinvointipalveluiden järjestämisestä, juontaa juurensa 1970-luvulta, jolloin perusta hyvinvointipalvelujärjestelmällemme luotiin. Laaja-alaisen maakuntahallinnon puuttuminen johti siihen, että valtio ohjasi rahoituksen kuntiin ja suunnitteli ja ohjasi samalla toimitilojen rakentamista ja virkojen perustamista. Näin luotiin kunnallinen palvelujärjestelmä, jossa palveluiden pääasiallisena tuottajana oli kunta itse.

Vaikka kunnat yhä tänä päivänä ovat palvelukuntia eli ne tuottavat pääosan hyvinvointipalveluistaan itse, on tarjolla myös muita vaihtoehtoja. Vuoden 1993 valtionosuusuudistus antoi kunnille mahdollisuuden tuottaa palveluja yhdessä muiden kuntien kanssa tai antaa palvelut tuotettaviksi joko kuntayhtymissä ja yksityisillä palveluntuottajilla. Näin kunnille annettiin laaja harkintavalta sen suhteen, tuotetaanko palvelut julkisella sektorilla vai ostetaanko ne yksityisiltä palveluntuottajilta.

Ostopalvelujen käytön lisääntyminen kunnissa johtuu osittain tuosta vuoden 1993 valtionosuusuudistuksesta, mutta myös 1990-luvun lamasta, jonka varjo ulottuu pitkälle 2000-luvulle. Sen lisäksi, että lama aiheutti julkisten palvelujen karsimista, se vahvisti myös jo aiemmin esiin nousutta ajattelutapaa: palveluja pitää tehostaa ja kansalaisten hyvinvointivastuuta lisätä.<sup>5</sup> Tällainen ajattelutapa omaksuttiin etenkin poliittisessa oikeistossa, jossa kunta nähdään tänä päivänä ennemmin palveluiden tilaajana ja markkinaosapuolena kuin palveluiden tuottajana.

<sup>1</sup> Raunio 2008, 4.

<sup>2</sup> Jääskinen 2006.

<sup>3</sup> Jääskinen 2006.

<sup>4</sup> Hellsten ym. 2006, 8.

<sup>5</sup> Raunio 2008, 5.

Tässä artikkelissa tarkastellaan hyvinvointipalvelujen nykytilaa kunnissa eli sitä, miten kunnat järjestävät sosiaali-, terveys- ja koulutuspalvelunsa. Lähtökohtaisena ajatuksena on se, että Suomi on yhä pohjoismainen hyvinvointivaltio ja siten julkisen vallan kuuluu järjestää kansalaisille riittävät hyvinvointipalvelut tuloihin ja asuinpaikkaan katsomatta. Sosiaalisten oikeuksien tulee toteutua, sillä niiden tarkoituksena on taata ihmisten välinen tasa-arvo palveluiden saannissa.

## Julkinen palveluntuotanto ja sen haasteet

Kunnilla on laaja hyvinvointipalveluiden järjestämisvastuu. Niiden ei kuitenkaan tarvitse tuottaa palveluja itse, vaan ne voivat ostaa niitä yksityisiltä palveluntuottajilta tai kuntayhtymiltä tai tuottaa niitä yhdessä muiden kuntien kanssa. Järjestöjen rooli etenkin sosiaalipalveluiden järjestämisessä on ollut Suomessa perinteisesti suuri. Tietyillä palvelualoilla, kuten päihdehuollossa ja lastensuojelussa, niillä on jo useiden vuosikymmenien mukanaan tuoma vakiintunut asema palveluiden tuottajina.

Yhdistysten tulevaisuuden toimintaedellytyksiin vaikuttaa kuitenkin vahvasti lisääntynyt palveluiden kilpailuttaminen. Yhä useammin yhdistykset ovat toimijoina markkinalakien mukaan toimivilla palvelumarkkinoilla, jossa kilpailun vääristymisen estämiseksi yhdistyksille suunnattuja avustuksia on vähennetty ja verovapautta rajoitettu. Osa sosiaalipalveluita tuottavista yhdistyksistä onkin perustanut yrityksiä, jotta niillä olisi paremmat edellytykset toimia. Myös kunnat ovat suurien haasteiden edessä lähdettyään kilpailuttamisen tielle. Kilpailuttamiseen liittyvä osaaminen ei aina ole kuitenkaan parasta mahdollista, mikä näkyy palveluiden saatavuudessa ja laadussa.

Toinen suuri haaste etenkin sosiaali- ja terveydenhuollossa on jo tänä päivänä näkyvä työvoimapula. Sosiaalityöntekijöistä on kova pula, eikä pätevän työvoiman saantia helpota se, että palkat kunta-alalla ovat pienet. Jo pelkästään sosiaalityön tekeminen, mutta myös sen kehittäminen on vaikeaa, kun pätevä työvoima valuu muihin töihin. Niin kauan kuin kuntien sosiaalitoimet toimivat alimitoitetuilla resursseilla, ei voida välttyä myöskään väsymiseltä. Sosiaalityöntekijät kohtaavat päivittäin ihmisiä, joiden elämässä vallitsee syvä epätoivo, ja perheitä, joissa lasten on paha olla. Tämä ei voi olla heijastumatta sosiaalialalla työskentelevien jaksamiseen.

Terveydenhuollon puolella haasteita aiheuttaa muun muassa se, että hoitotakuun toteutuminen takkuilee yhä. Tämä johtuu pitkälti resurssipulasta: Yhtäältä kuntien taloudellinen tilanne ei anna myöten palkata riittävästi henkilökuntaa ja toisaalta osassa kuntia henkilöstön saaminen on havaittu erittäin vaikeaksi. Joillain alueilla esimerkiksi lääkärien rekrytoiminen terveyskeskuksiin on vaikeaa, vaikka heille tarjottaisiin mahdollisuutta erikoistua työn ohessa. Tästä seuraa se, että terveyskeskuksien on pakko tilata lääkärinpalveluita yksityisiltä palveluntuottajilta. Kun terveyskeskukset ovat vähitellen menettäneet rekrytointikykyään, on mm. vuokralääkäritoiminnalle avautunut suuret markkinat. Ns. keikkalääkärit paikkaavat vakinaisten lääkärien vakansseja

ilman, että heillä olisi vastuuta kuntataloudesta, potilaiden tuntemusta, tai että heidän tarvitsisi pitkäjänteisesti sitoutua terveyskeskuksen toimintaan ja sen kehittämiseen<sup>6</sup>.

Kuntien haasteena on myös erikoissairaanhoito, joka on niille erittäin kallista. Vaikka laitoshoidon hoitopäivien määrä on lähtenyt laskuun johtuen ainakin osittain sakkomaksujärjestelmän käyttöönotosta, on avohoitokäyntien määrä kasvussa. Vuonna 2006 erikoissairaanhoidon avohoitokäyntejä oli yhteensä 6,9 miljoonaa, mikä oli 0,6 prosenttia edellisvuotta enemmän<sup>7</sup>. Vaikka luku ei sinänsä kuulosta suurelta, merkitsee se kuitenkin kuntien kannalta jatkuvia lisäpanostuksia erikoissairaanhoitoon.

Erikoissairaanhoidon palveluiden tarvetta lisää väestön vanheneminen. Vuonna 2006 erikoissairaanhoidon laitoshoidon hoitopäivistä yksistään 75 vuotta täyttäneisiin kohdentui 25 prosenttia<sup>8</sup>. Siten, jos erikoissairaanhoitoon ei ole tulevaisuudessa kohdentaa lisää resursseja, tarkoittavat demografiset muutokset palvelujen aiempaa vahvempaa priorisoimista. Tosin resurssien kohdentaminen erikoissairaanhoitoon tarkoittaa väistämättä niiden vähentämistä perusterveydenhuollosta, mikä puolestaan johtaa lisääntyvään erikoissairaanhoidon tarpeeseen. Ollaan siis tietynlaisessa kehässä, jonka suuntaa saataisiin käännettyä vain panostamalla selvästi nykyistä enemmän resursseja sairauksien ennaltaehkäisyyn.

Perusopetuksen puolella suurimmat haasteet liittyvät opetuskokoihin. Koululuokat voivat olla pahimmillaan reilusti yli 30 oppilaan kokoisia. On selvää, että näin suurissa luokissa oppilaiden yksilöllisiä tarpeita ei pystytä ottamaan huomioon. Näkymättömiin voivat jäädä juuri ne, jotka tarvitsisivat erityistä tukea oppimisessa. Syrjäytymisen kehitystä on myös vaikea havaita, jos yhdellä opettajalla on opetettavanaan lähes 40 lasta. Voidaan myös kysyä, missä menee opetushenkilökunnan jaksamisen raja.

Kunta-alalla on yleisesti eniten sairastavuutta ja siitä johtuvia sairaslomia. Koulumaailma ei liene tässä poikkeus. Toistuvat ja pidentyneet sairaslomat ovat yleensä seurausta täydellisestä uupumuksesta työssä. Uupumusta kokeekin kunta-alalla moni, jopa joka kolmas kuntatyöntekijä. Yli 30-vuotiaissa kuntatyöntekijöissä uupuneita on enemmän kuin hyvinvoivia. Työssäjaksamista heikentävää väsymistä ja uupumista esiintyy eniten terveydenhuollosta, mutta myös sosiaali- ja sivistyspalveluissa. Tämä ei sinänsä yllätä, sillä työ näillä sektoreilla on yleensä sekä henkisesti että fyysisesti kuormittavaa.

Terveydenhuollon, sosiaalihuollon ja perusopetuksen ongelmat eivät ole toisistaan irrallisia, vaan usein vahvasti yhteydessä toisiinsa. Tämä näkyy hyvin etenkin kouluterveydenhuollon osalta. Terveyskeskuksille suunnattu kysely paljastaa, että monissa kunnissa sekä kouluterveydenhuollon henkilöstöä että terveystarkastuksia on karsittu. Samaan aikaan oppilaiden ja perheiden ongelmat ovat muuttuneet vaikeammiksi ja niiden selvittäminen vaatii enemmän työtä. Tässä yhden hyvinvoinnin osa-alueen hoitaminen ei ratkaise olemassa olevia ongelmia, vaan ratkaisu löytyy eri tahojen yhteistyöstä.

Kunnissa tehtävät säästöt ja priorisoinnit palvelujen järjestämisessä voivat olla lyhyellä aikavälillä tehokkaita ja taloudellisia. Pidemmällä aikavälillä niiden aiheuttamat puutteet palveluiden laadussa ja saatavuudessa johtavat kuitenkin suuriin ongelmiin, kun kuntalaiset jäävät vaille asianmukaista hoitoa tai hoivaa.

---

6 Nykänen 2006, 9.

7 Stakes 2008c.

8 Stakes 2008c.

# Kunnallinen itsehallinto ja sosiaalisten oikeuksien toteutuminen

Vaikka useimmat hyvinvointipalvelujen järjestämistä koskevat ongelmat koskevat yhtäläisesti koko maata, niiden ratkominen käytännön tasolla tapahtuu yksittäisissä kunnissa. Koska kunnilla on Suomessa paljon harkintavaltaa palvelujen järjestämisessä ja taloudenpidossaan, voi ongelmiin puuttumisessa olla suuriakin eroja kunnasta riippuen. Valitettavaa on, että sinänsä hyvä kuntien itsehallinto voi asettaa kuntalaiset hyvinkin eriarvoiseen asemaan suhteessa heidän sosiaalisiin oikeuksiinsa.

Hyvä esimerkki tästä on omaishoidon tuki, jonka saamiseen liittyvistä ongelmista puhutaan jatkuvasti. Kun tuen myöntämiseen vaikuttavat kuntien sosiaalityöntekijöiden arviot hoidettavan henkilön avun ja hoidon tarpeesta sekä hoidon sitovuudesta sekä lisäksi hoitajan henkilökohtaisiin ominaisuuksiin liittyvät tekijät (esimerkiksi terveys tai hoitotaidot), hoitopaikan olosuhteet ja hoidettavan saamat palvelut ja sekä laitosten paikkatilanne, voidaan hyvällä syyllä sanoa, että omaishoitajien arki näyttäytyy kovin erilaisena kunnissa<sup>9</sup>.

Omaishoidon tuki kuuluu palveluna kunnan yleisen järjestämisvelvollisuuden piiriin, jolloin kunnalla on mahdollisuus asettaa eri etuuksien hakijoiden tarpeiden tyydyttäminen etusijajärjestykseen ja järjestää palvelut määrärahojen puitteissa. Tästä johtuen voivat eri kuntien asukkaat olla hyvinkin eriarvoisessa asemassa riippuen siitä, missä kunnassa he asuvat.

Suuri ongelma, mikä liittyy yleisen järjestämisvelvollisuuden piiriin kuuluviin palveluihin, on kuntien sosiaalitoimen alibudjetointi. Vaikka palveluihin olisikin oikeus, ei kunnilla välttämättä ole osoittaa rahoitusta niihin. Jos jokin palvelu on määrärahasidonnainen, voivat kunnat yksinkertaisesti todeta kesken vuoden, että määrärahat ovat loppu. Näin tapahtuu, vaikka palvelun tarvitsija täyttäisi lainmukaiset vaatimukset palvelun saamiseksi.<sup>10</sup> Vaikka kuntien kuuluisi varata talousarvioon määrärahoja palveluihin kunnassa esiintyvän tarpeen mukaisesti, puhutaan aivan avoimesti kuntien harrastamasta sosiaali- ja terveystoimen alibudjetoinnista. Siihen jopa kannustetaan sitouttamalla johto säästöihin ja sitomalla palkkaedut kunnan määrärahojen säästämiseen<sup>11</sup>.

Omaishoidon osalta todettiin, että asiakas voi olla kovinkin erilaisessa asemassa riippuen siitä, missä kunnassa hän asuu. Vastaavasti myös lastensuojelussa on paljon puutteita. Kunnat eroavat sekä resurssien että motivaation suhteen siinä, miten paljon lapsiperheisiin panostetaan. Lapsiperheiden kotipalvelua on vähennetty. Perheneuvoloihin, nuorisoasemille ja lasten psykiatriseen hoitoon on pitkät jonot. Sopivia sijaishuoltopaikkoja ei ole.<sup>12</sup> Ennaltaehkäisevään työhön ei osoiteta resursseja, jolloin akuutti lastensuojelu ruuhkautuu. Tämä näkyy mm. huostaanottojen määrän kasvuna.

Totuutta vältellen voidaan ajatella, että esimerkiksi lastensuojeluongelmia ei ole, jos ei ole lastensuojelutyöntekijöitä eikä siten huostaanottojakaan<sup>13</sup>. On kuitenkin itsensä petkuttamista ajatella, että ongelmat häviäisivät, jos niihin ei kiinnitetä huomiota. Lasten ja nuorten pahoinvointia esiintyy kaikkialla Suomessa paikkakunnasta riippumatta. Huostaanottojen määrät ovat

<sup>9</sup> Vaarama ym. 2003, 31; Hellsten ym. 2006, 14.

<sup>10</sup> Autti & Liukkonen 2008, 248.

<sup>11</sup> mt. 2008, 246.

<sup>12</sup> Autti & Liukkonen 2008, 248.

<sup>13</sup> Mäntysaari 2003, 3.

jatkuvasti lisääntyneet johtuen mm. vanhempien ja erityisesti äitien lisääntyneestä päihteiden käytöstä.

Uusi lastensuojelulaki velvoittaa kunnat laatimaan suunnitelman alueensa lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistämiseksi sekä lastensuojelun järjestämiseksi ja kehittämiseksi. Suunnitelman hyväksyy valtuusto ja se tarkistetaan neljän vuoden välein. Huomioitavaa on, että suunnitelmassa olevat toimet on otettava huomioon kunnan vuosittaisissa toiminta- ja taloussuunnitelmissa. Lastensuojelun suunnitelmassa on lisäksi esitettävä se, miten suunnitelmaa toteutetaan ja seurataan.<sup>14</sup> Lähtökohtaisena ajatuksena lakiuudistuksen taustalla on turvata lapsen ja perheen tarvitsemat tukitoimet ja palvelut. Varmaa on, että monilta inhimillisiltä tragedioilta vältyttäisiin, jos ennaltaehkäisyyn ja perheiden varhaiseen tukemiseen panostettaisiin riittävästi resursseja.<sup>15</sup> Nähtäväksi jää, miten kunnat tähän veloitteeseen vastaavat.

Kunnat vastaavat myös niistä vammaisille suunnatuista palveluista, jotka perustuvat vammaispalvelulakiin. Kunnan tulee esimerkiksi laatia yhdessä vammaisen henkilön ja hänen huoltajansa kanssa palvelusuunnitelma, josta ilmenee vammaisen henkilön tarvitsemat palvelut ja tukitoimet ja se, miten ne järjestetään. Palvelusuunnitelma on vammaiselle ihmiselle elämänlanka, joka yhdistää hajallaan olevat palvelut hallittavaksi kokonaisuudeksi. Sen avulla kunta saa tietoa asiakkaasta, hänen tarpeistaan ja palvelujärjestelmän tulevista haasteista. Kunnat siis tarvitsevat palvelusuunnitelmia, mutta valitettavasti osassa kuntia palvelusuunnitelmat nähdään uhkana, sillä ne tuovat samalla vammaisten henkilöiden tarpeet näkyville.<sup>16</sup>

Vammaisten ajatellaan olevan yhteiskunnassa marginaaliryhmä. Kuitenkin vammaispalveluiden piirissä on Suomessa 90 000 henkilöä.<sup>17</sup> Vanhasen II hallitus valmistelee paraikaa muutosta vammaispalvelulakiin. Muutoksen myötä vammaisille tulisi subjektiivinen oikeus henkilökohtaiseen avustajaan ja kunnille tulisi järjestämisvastuu asiassa. Tähän astihan henkilökohtaisen avustajan palkkaus on ollut riippuvaista siihen tarkoitukseen varatuista määrärahoista kunnassa. Uuden lain myötä kunnat eivät voisi enää evätä palvelua vedoten määrärahojen puutteeseen. Laki on parhaillaan eduskunnan käsittelyssä ja sen on tarkoitus tulla voimaan 1.9.2009.

Kuten näyttää olevan lähes kaikissa kuntien järjestämisvastuulla olevissa sosiaalipalveluissa, myös työttömyyden hoidossa on kuntien välillä selkeitä eroja. Kunnat ovat laissa veloitettuja yhdessä työvoimatoimiston ja pitkään työttömänä olleen kanssa tekemään aktivointisuunnitelman sekä järjestämään pitkäaikaistyöttömille kuntouttavaa työtoimintaa, jolla työllistymismahdollisuuksia voidaan edistää. Aktivointisuunnitelmien laatimiseen tai niiden toteutumiseen ja seurantaan ei ole kaikissa kunnissa riittävästi resursseja. Samaten kuntouttavan työtoiminnan paikkojen luominen tuntuu olevan erittäin vaikeaa joissain kunnissa.

Mielenterveyspalvelut ovat erittäin tärkeä, mutta selvästi aliresursoitu osa hyvinvointipalveluja. Viimeisten 20 vuoden ajan niissä on tapahtunut suuria hallinnollisia ja rakenteellisia muutoksia, joiden seurauksena vastuu mielenterveystyöstä on siirretty keskushallinnolta kunnille ja laitoshoitopainotteisesta mallista on siirrytty avohoitopalveluihin. Samalla myös palveluntuottajien kirjo on laajentunut. Palveluja järjestävät sairaanhoitopiirit, kunnat sekä yksityiset ja kolmannen sektorin toimijat.<sup>18</sup> Vaikka kehityksen myötä on tapahtunut hyvääkin, on siitä seurannut myös ongelmia.

Alueittaiset erot mielenterveyspalveluissa ovat suuret. Siihen löytyy useita syitä. Mielenterveysongelmien esiintymisten alueelliset erot vaikuttavat lähtökohtaisesti siihen, missä määrin mielenterveyspalveluita tarvitaan. Toisaalta mielenterveyspalveluiden saatavuuteen vaikuttaa se,

<sup>14</sup> Kuntaliitto 2007.

<sup>15</sup> Taskinen 2006.

<sup>16</sup> Raivio 2005, 42.

<sup>17</sup> Kirves 2008.

<sup>18</sup> Harjajärvi ym. 2006, 3.

miten mielenterveysalan asiantuntijat ovat sijoittuneet. Pääasiassa psykiatrian erikoislääkärit ja psykoterapeutit sijoittuvat yliopistollisten keskussairaaloiden ympärille.<sup>19</sup>

Alueelliset erot palveluiden tarpeessa ja niiden saatavuudessa vaikuttavat väistämättä siihen, miten harkinnanvaraisiin palveluihin päästään. Selkeitä eroja sairaanhoitopiirien välillä on mm. harkinnanvaraista psykoterapiaa saaneiden osuuksissa. Lisäksi kuntien sosiaalitoimen korvauspiiriin kuuluvien psykoosilääkkeiden korvauksien kriteerit vaihtelevat.<sup>20</sup> Viime aikoina paljon on puhututtanut erityisesti nuorten mielenterveyspalvelut ja niiden suoranaisten puute.

Yhteiskunnassamme on väestöryhmiä, jotka helposti jäävät vähemmälle huomiolle. Heillä ei ole samanlaisia mahdollisuuksia puolustaa oikeuksiaan ja ajaa asioitaan kuin muilla. Tällaisia ryhmiä ovat erityisesti vammaiset, vanhukset ja päihdeongelmaiset. Jos kunnat eivät varaa näiden ryhmien lakisääteisiinkään palveluihin riittävästi resursseja, on syytä kysyä, pitäisikö valtionosuuksia laajemmassa määrin korvamerkitä. Kuinka pitkälle olemme valmiita joustamaan kunnallisen itsehallinnon nimissä?

## Julkinen ja yksityinen hyvinvointivastuu

Suomessa muiden Pohjoismaiden tavoin kansalaisten hyvinvoinnin kehityksen ja jakautumisen hyviä tuloksia on perusteltu laajalla julkisella hyvinvointivastuulla. Julkinen hyvinvointivastuu tarkoittaa sitä, että perustuslailla tai muulla lailla julkinen valta velvoitetaan turvaamaan, tukemaan ja edistämään yksilön sosiaalisia oikeuksia: toimeentuloa ja palveluja. Pohjoismaiseen hyvinvointiajatteluun on olennaisena osana kuulunut, että julkisen vallan tarjoamat etuudet ja palvelut muodostavat eräänlaisen turvaverkon, jonka läpi ei voi pudota. 1990-luvun lama ja sen myötä vallalle tullut uusliberalistinen ajattelumalli muutti tätä ajattelua. Laaja julkinen sektori nähdään siinä kalliina ja kankeana.

Julkista vastuuta onkin alettu siirtää kansalaisille. Tänä päivänä korostetaan valinnanvapautta ja yksityistä vastuuta. Tulevaisuudessa vanhukset ja vammaiset hoidetaan kotona, sillä julkista sektoria ei haluta kasvattaa. Lasten kotihoidon tukea halutaan lisätä, jotta äidit hoitaisivat aiempaa useammin lapsensa kotona. Kuitenkin kansalaiset olisivat valmiita lisäämään veroja, jotta julkiset palvelut pystyttäisiin turvaamaan. Kenen toiveita kuunnellaan, kun julkisen ja yksityisen vastuun välille vedetään rajaa?

Kukapa ei haluaisi vanhoilla päivillään asua laitoksen sijaan kotona tai kodinomaisissa olosuhteissa? Se ei kuitenkaan ole mahdollista ilman säännöllisiä ja hyvin toimivia tukipalveluja. Vanhasen ensimmäinen hallitus asetti tavoitteekseen, että neljännes yli 75-vuotiaista saisi kotipalvelua. Kotihoitoon ei ole kunnissa kuitenkaan pystytty panostamaan siinä määrin, että tavoitteeseen oltaisiin päästy. Kunnille on jatkuvasti lisätty tehtäviä valtion taholta ilman, että niihin osoitetaan lisää taloudellisia resursseja, jolloin monet hienot tavoitteet jäävät saavuttamatta. Monesti vanhuksen tai sairaan hoito onkin kokonaan omaisten tai muiden läheisten varassa.

<sup>19</sup> Harjajärvi ym. 2006, 20.

<sup>20</sup> Harjajärvi 2006, 21.

Kotona tapahtuvaa hoivaa pyritään siis kannustamaan siksi, että se on useimpien mielestä paras paikka vanhuksen tai vammaisen olla, mutta myös siksi, että se on kunnalle edullisempaa. Sama koskee myös lasten päivähoitoa. Toisaalta on syytä kyseenalaistaa kuinka pitkälle vietynä tämä on tarkoituksenmukaista. Pitkäaikaiseen omaishoitoon kannustaminen ei liene työikäisen väestön kohdalla yhteiskunnallisesti kannattavaa tilanteessa, jossa työikäisten määrä vähenee ja tarve nostaa työllisyysastetta on suuri.

Julkisen ja yksityisen hyvinvointivastuun raja on asia, josta on monenlaisia näkemyksiä. Miten paljon julkisen vallan tulee puuttua kansalaisten hyvinvointiin? Mitä palveluja julkisen vallan tulee tarjota kansalaisille ja mihin vedetään raja? Laajan hyvinvointivaltion on todettu lisäävän pääomaa, oli se sitten taloudellista, kulttuurista tai sosiaalista. Se, että julkinen valta puuttuu kansalaisten elämään, on ainakin sen tosiasian valossa hyvä asia. Myös kansalaiset näkevät asian näin. Mielipidetutkimuksissa suomalaisista valtaosa näkee hyvinvointivaltion olevan hintansa arvoinen.

Se ei sinänsä ole mikään ihme, sillä pohjoismainen hyvinvointi-ideologia perustuu tasa-arvon, universalismin ja solidaarisuuden periaatteille. Kansalaiset kokevat, että yhteiskunnassa, jossa vallitsevat tällaiset arvot, on hyvä elää. Julkinen vastuu ei pohjoismaisessa hyvinvointivaltiossa merkitse ainoastaan valtion väliintuloa, vaan hyvinvoinnin rakentamista sosiaali- ja talouspolitiikan keinoin.

## Yksityinen palveluntuotanto hyvinvointipalveluissa

Yksityisten palveluntuottajien määrä on kasvussa etenkin sosiaalipalveluissa, mutta myös terveydenhuollossa ja pienessä määrin myös perusopetuksen puolella. Suomessa on jo pitkään käyty kiivasta keskustelua siitä, kenen kuuluu tuottaa kunnallisia palveluja. Tulisiko päävastuu palveluntuotannosta säilyttää kunnilla, vai onko esimerkiksi hyvinvointipalveluja hyväksyttävää ulkoistaa ja kilpailuttaa.

Suomessa kunnat voivat järjestää palveluita tuottamalla ne itse. Vaihtoehtona on tuottaa niitä yhdessä muiden kuntien kanssa tai ostaa niitä yksityisiltä palveluntuottajilta. Yksityisiin palveluntuottajiin lasketaan mukaan sekä yksityiset yritykset että kolmannen sektorin toimijat. Vaikka kunnat yhä pitkälti tuottavat palvelunsa itse, on yksityisten palveluntuottajien määrä lisääntynyt koko ajan. Stakesin tilastojen mukaan yksityisten sosiaalipalvelutoimipaikkojen määrä on kasvanut yli 35 prosenttia vuodesta 2001 vuoteen 2007. Vuonna 2007 niitä oli yhteensä 3909, joista järjestöjä oli 1640 ja yrityksiä 2249.<sup>21</sup>

Verorahoitteisten sosiaalipalvelujen osalta järjestöjen rooli verrattuna yksityisiin yrityksiin on suuri etenkin päihdehuollossa, päivätoiminnassa sekä työtoiminnassa ja työhön kuntoutuksessa. Myös ensi- ja turvakodeista valtaosa on järjestöjen omistuksessa. Yksityiset yritykset ovat suuntautuneet vanhusten palveluihin: koti- ja tukipalveluista selvästi suuremman osan tuottavat yksityiset yritykset kuin järjestöt. Lasten päivähoidossa järjestöjen ja yksityisten yritysten rooli

<sup>21</sup> *Stakes 2008a.*

on kutakuinkin yhtä suuri. Yksityiset yritykset ovat siis selvästi suuntautuneet aloille, jossa asiakkaat ovat maksukykyisiä ja suhteellisen helposti hoidettavia.

Terveydenhuollossa vuonna 2005 yksityisiä palveluntuottajia oli yhteensä 3196. Suurimman yksittäisen palveluntuottajien ryhmän muodostivat lääkinnälliseen kuntoutukseen erikoistuneet yritykset. Seuraavaksi suurin ryhmä oli yksityislääkärien vastaanotto toiminta. Myös työterveyshuolto ja laboratoriot toiminta ovat merkittäviä yksityisiä palvelualoja. Näistä suurin kasvu on ollut työterveydenhuollon palveluissa. Vuonna 2005 yksityisistä terveydenhuollon käynneistä jopa neljäsosa oli työterveyshuollon käyntejä<sup>22</sup>.

Perusopetuksessa yksityisiä palveluja on vähän. Yksityisiä peruskouluja oli Suomessa luvulla 2007/2008 yhteensä 68 ja niissä oppilaina vain noin kolme prosenttia kaikista Suomen oppivelvollisuusikässä olevista lapsista. Kouluista osa on kuntien kanssa sopimuksen tehneitä kouluja, osa puolestaan Steiner-kouluja, kristillisiä kouluja, ulkomailla toimivia kouluja tai esimerkiksi vieraskielisiä kouluja. Nykyinen Vanhasen II hallitus on myöntänyt uusia yksityisten koulujen lupia neljä kappaletta, sekä vakinaistanut osan määräaikaisten opetuksen järjestämisluvista.

Lasten päivähoito on eräs palvelu, jonka osalta kunnat täydentävät omia palvelujaan ostamalla palveluja yksityisiltä yrityksiltä ja järjestöiltä. Niiden määrä on kuitenkin pysynyt melko tasaisena koko 2000-luvun. Korkeimmillaan yksityisten palveluntuottajien määrä lastenhoitopalveluissa oli vuonna 2002 ja on siitä jopa hiukan vähentynyt tultaessa vuoteen 2007. Yksityisten päiväkotien määrä vaihtelee selvästi alueellisesti. Eniten niitä on Uudellamaalla, yhteensä 274. Seuraavaksi eniten niitä on Varsinais-Suomessa, 49 kappaletta.<sup>23</sup> Ero on siten melkoinen, kun siirrytään pois pääkaupunkiseudulta ja sen ympäristöstä.

Myös terveydenhuollossa palvelujen saanti jakautuu alueellisesti: pääkaupunkiseudulla, missä palvelujen tarjonta on runsainta, käytetään enemmän yksityis- ja työterveyslääkäripalveluja kuin muualla maassa<sup>24</sup>. Terveydenhuollon puolella on jo pitkään puhuttanut edellä kuvattu järjestelmän kaksijakoisuus. Julkisen sektorin tulee tarjota lakisääteiset terveydenhuollon palvelut kaikille yhtäläisesti ja tietyssä määräjassa. Silti yksityisten palveluntarjoajien määrä on ollut koko ajan kasvussa ja myös niiden palveluiden käyttö on jatkuvasti lisääntynyt. Pelkästään vuosien 2004 ja 2005 välillä yksityisten palvelujen tuottajien määrä kasvoi 3 038:sta 3 196:een<sup>25</sup>.

Suurin osa yksityisten palvelujen tuottajista toimii eteläisessä Suomessa ja suurimmissa kaupungeissa. Näillä alueilla julkista terveydenhuoltoa on helppo täydentää yksityisillä palveluilla joko ostopalveluna tai palveluseteleitä käyttäen. Vaarana on kuitenkin, että niiden alueiden toimintaedellytyksiin, joissa yksityistä palveluntuotantoa ei ole, ei kiinnitetä riittävästi huomiota. Terveydenhuollon palvelujen saatavuus ja laatu pitää pystyä takaamaan kaikille yhtäläisesti, mikä edellyttää riittävää panostusta julkisen terveydenhuollon kehittämiseen.

<sup>22</sup> *Stakes 2008b*.

<sup>23</sup> *Stakes 2008a*.

<sup>24</sup> *Klavus ym. 2008, 184*.

<sup>25</sup> *Stakes 2008b*.

# Yksityisiä palveluja käyttävät vain hyvätuloiset

Yksityisten palvelujen käyttöön liittyy paljon eriarvoisuutta, eikä yksistään johtuen alueellisista eroista palvelujen saannissa. Myös sosiaaliturvajärjestelmämme kannustaa tietynlaiseen käyttäytymiseen esimerkiksi juuri lastenhoitoon liittyvissä valinnoissa. Nuoret, matalan koulutuksen omaavat äidit, joilla ei ole pysyvää työsuhdetta, hoitavat muita useammin lapsia kotona kotihoitotuella. Vastaavasti korkeasti koulutetut ja hyvätuloiset käyttävät muita useammin yksityisiä lastenhoitopalveluja.<sup>26</sup> Kunnallisia palveluja käyttävät keskituloiset eli ne, jotka verovaroiltaan julkiset palvelut myös pääasiassa rahoittavat.

Yksityisiä palveluja sekä sosiaali- että terveyspalveluissa käyttävät parempituloiset ja korkeammin koulutetut. Tulotaso vaikuttaa esimerkiksi selvästi siihen, hakeutuvatko ihmiset lääkärin vastaanotolle terveyskeskukseen, työterveyslääkärille vai yksityislääkärille. Terveyskeskusvastaanotolle hakeutuvat ovat useammin alemmista tuloluokista, kun taas työterveyslääkärille hakeutuvat suurituloisemmat. Suurituloisimpaan tuloviidennekseen kuuluvat hakeutuvat puolestaan muista useammin yksityislääkärille.<sup>27</sup>

Sen lisäksi, että terveyskeskusten tulisi olla houkuttelevia kaikille, niiden pitäisi kiinnittää erityistä huomiota niihin ryhmiin, joilla ei ole resursseja tehdä todellisia valintoja julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välillä. Vaikka huonona ei missään nimessä voida pitää sitä, että pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon palvelujen järjestämiseen on valtion talousarviossa erikseen varattu vuosille 2007 ja 2008 yhteensä 1,5 miljoonaa euroa hankerahoitusta, on tämä vain esimerkki siitä, että julkinen terveydenhuolto ei ole kaiken kansan terveydenhuoltoa.

On noussut esiin, että joissain kunnissa enemmän tai vähemmän tietoisesti ohjataan asiakkaita yksityisten palvelujen piiriin. Työttömiä ohjataan työvoimatoimistojen kautta yksityisille lääkäriasemille terveystarkastuksiin ja työssäkäyviä neuvotaan kääntymään työterveyshuollon puoleen. Kun vielä yksityishenkilöihin kohdistuva mainonta sisältää sisään kirjoitetun viestin siitä, että vain vakuutus takaa hyvä hoidon, voidaan vanhan sanaleikin sanoin todeta että: kumpi ja kumpi tappeli, kumpi voitti.

## Kilpailuttaminen – hyviä ja huonoja kokemuksia

Kunnat voivat järjestää hyvinvointipalveluita ostamalla niitä yksityisiltä palveluntuottajilta. Se ei ole kuitenkaan aivan yksinkertaista. Jos hankinnan kokonaisarvo ylittää tietyn hankintarajan, pitää palveluntuottajat kilpailuttaa. Tällöin hankittavasta palvelusta laaditaan tarjouspyyntö, jossa määritellään palvelun sisältö ja laatu. Lisäksi siinä tulisi määritellä valinnan perusteet,

<sup>26</sup> Takala 2000.

<sup>27</sup> Klavus ym. 2008, 183.

laadun seurantaan liittyvät asiat sekä muut sopimuksen ehdot. Ehdoton edellytys kilpailuttamisen onnistumiselle on, että tarjouspyyntö laaditaan siten, että tarjoukset ovat yhteismitallisia ja vertailukelpoisia.

Kokemukset ovat osoittaneet, että hyvinvointipalvelujen kilpailuttaminen on vaikeaa. Tarjouspyynnöt on joko laadittu väärin tai alun alkaenkaan ei ole ollut täysin selvää, millaisia palveluja ollaan hankkimassa. Kilpailuttaminen vaatiikin virkamiehiltä ja myös poliittisilta päätöksentekijöiltä uudenlaista ja aiempaa laajempaa taloudellista ja juridista osaamista. Ei ole siten mikään ihme, että se koetaan kunnissa vaativaksi ja vaikeasti hallittavaksi asiaksi.<sup>28</sup>

Toisaalta ongelmallisinta kilpailuttamisessa ei ehkä kuitenkaan ole säännökset ja niiden oikeanlainen noudattaminen, vaan kuntien ja yritysten toimintatavat<sup>29</sup>. Yhtäältä kunnat voivat olla haluttomia ulkoistamaan omaa palveluntuotantoaan, toisaalta taas ideologiset näkemykset voivat johtaa palveluiden hallitsemattomaan ulkoistamiseen ilman riittävää keskustelua. Jokaisen palvelun kohdalla pitää pohtia, soveltuuko se lainkaan markkinoistettavaksi. Jos jokin palvelukokonaisuus on kovin monimutkainen, pitkäkestoinen ja edellyttää joustavuutta, on klassinen kilpailuttamisen ja sopimisen malli vaikea toteuttaa<sup>30</sup>.

Sosiaali- ja terveystaloudissa keskiössä on usein asiakkaan ja palveluntuottajan välinen ehdoton keskinäinen luottamus. Tällöin kilpailuttaminen vaatii erityistä herkkyyttä ja taitoa, sillä laadun merkitys korostuu hintaan nähden<sup>31</sup>. Hankintalainsäädäntö ei tee kuitenkaan eroa eri palvelujen välillä, vaan palveluja kilpailutettaessa pitää aina valita joko halvin tai kokonaistaloudellisesti edullisin. Sosiaali- ja terveystaloudien kilpailuttaminen vaatiikin erityisen paljon tietämystä siitä, mitä ollaan tilaamassa ja miten laatu pystytään määrittelemään jo tarjouspyyntövaiheessa.

Sosiaalipalveluiden osalta kunnat pääsääntöisesti kilpailuttavat mm. kuljetuspalveluja, lasten päivähoitopalveluja ja vanhusten hoivapalveluja. Vaikka varmasti on olemassa lukuisia esimerkkejä hyvin toteutetusta kilpailutuksesta, valitettavaa on, että myös huonoja kokemuksia on kertynyt paljon. Kuljetuspalveluiden osalta suurinta keskustelua on herättänyt Helsingin kaupungin vaikeavammaisten kuljetuspalveluiden uudelleenjärjestely ja kilpailutus. Aiemmin vaikeavammaisten kuljetuspalveluihin oikeutettu sai tilata taksin kuten muutkin taksipalveluja käyttävät. Säästääkseen kuljetuspalveluissa Helsingin kaupunki perusti matkapalvelukeskuksen ja kilpailutti kuljetuspalvelut. Kokemukset tästä ovat olleet pääasiassa huonoja. Vaikeasti vammaiset henkilöt ovat kokeneet palvelun tason heikkona ja ovat jopa rajoittaneet matkustamistaan vain pakollisiin menoihin. Säästöä tulee, kun palvelun käyttö vähenee. Voidaan kuitenkin kysyä, säästetäänkö siinä oikeassa paikassa.

Lasten päivähoitopalveluissa, kuten monissa muissakin sosiaalipalveluissa, ongelmana on se, että palveluntuottajia on rajatusti. Kun palveluja kilpailutetaan, tulisi palveluntuottajia olla määrällisesti sen verran, että syntyy aitoa kilpailua. Monissa tapauksissa yksityisiä palveluntuottajia on erittäin vähän tai niitä ei ole lainkaan. Tällöin kilpailutilanteessa halvin tarjous voi olla ainoa tarjous. Eikä siten siis välttämättä kovinkaan halpa. Jos kunnat ovat riippuvaisia näistä harvoista yksityisistä palveluntuottajista siksi, että niillä ei ole tarjolla riittävästi tai lainkaan omaa palveluntuotantoa, ei ns. kilpailuttaminen tuo toivottuja säästöjä tai parannuksia laatuun.

Vanhusten hoivapalvelujen osalta on myös huonoja kokemuksia. Vaikka kilpailutus itsessään onnistuisikin, voi valitun yksityisen palveluntuottajan laadun heikko taso tulla yllätyksenä. Sopimuksiin on vaikeaa kirjata kovin yksityiskohtaisesti niitä laadun kriteerejä, joiden katsotaan kuuluvan hyvää hoivaan. Sopimuksen purkamisen kesken sopimuskauden on tällöin vaikeaa, eikä se välttämättä muutoinkaan ole helppoa, sillä sopimuksen kohteena on kuitenkin aina

28 *Ylikännö 2008, 70.*

29 *Niiranen 2003, 76.*

30 *mt. 2003, 77.*

31 *Niiranen 2003, 77.*

viime kädessä ihminen, joka tarvitsee hoivapaikan riippumatta sopimuksista, muotoseikoista ja hankintalainsäädännöstä.

Terveydenhuollon puolella ehkä useimmiten ostopalveluna järjestetty palvelu on sairaankuljetus. Etenkin pienemmissä kunnissa oman sairaankuljetuskaluston ylläpito on nähty liian kalliiksi ja siten sairaankuljetus on ulkoistettu yksityiselle palveluntuottajalle. Kunnan tai kuntayhtymän terveyskeskuksen vastuulla on kuitenkin viime kädessä ohjata ja valvoa sairaankuljetustoimintaa.

Sairaan kuljetuspalveluiden kilpailuttamista kuten muutakin kilpailuttamista tehdään pitkälti säästöjen toivossa. Laadulla ei välttämättä ole merkitystä, kun halutaan katsoa vain palvelun hintaa. Valitettavan usein päätöksiä palvelujen ulkoistamisesta ja kilpailuttamisesta ovat tekemässä sellaiset henkilöt, joiden elämä ei ole ainakaan sillä hetkellä riippuvaista palvelun laadusta. Voisi kuvitella, että esimerkiksi kuljetuspalvelujen osalta päätökset olisivat toisenlaisia, jos päätöksiä olisivat tekemässä pääosin vaikeavammaiset henkilöt. Hekin voisivat löytää säästöjä, mutta huolehtisivat myös siitä, että laatu on riittävällä tasolla.

Kuljetuspalvelut on vain yksi esimerkki kuntien ongelmista palveluiden kilpailuttamisessa. Vastaavanlaisia esimerkkejä löytyy eri hallinnonaloilta laidasta laitaan. On kuitenkin eri asia, tapahtuuko kriittisiä virheitä terveydenhuollossa vai teknisessä toimessa. Kun on kyse ihmisille elintärkeistä palveluista, pitää heidän pystyä luottamaan siihen, että ne tuotetaan parhaalla mahdollisella tiedolla ja taidolla. Tässä kunnan rooli on keskeinen: sillä täytyy olla riittävä osaamista liittyen kilpailutukseen. Yksikin virhe voi olla liikaa, kun kyseessä on ihmisten luottamus julkiseen sektoriin.

## *Valinnanvapaus – mitä on sateenkaaren päässä?*

Uusien menettelytapojen kehittämistä hyvinvointipalvelujen järjestämisessä perustellaan usein sillä, että niiden avulla asiakkaan valinnanvapaus laajenee. Valinnanvapaus nähdään selkeästi positiivisena arvona ja hyvinvoinnin tekijänä. Kun ihmisellä on mahdollisuus vapaasti valita eri mahdollisuuksien välillä, hän on positiivisessa mielessä vapaa. Se, joka asettuu tällaista arvoa vastaan, voi ajatella lähtökohtaisesti olevan väärässä.

Valinnanvapaus voikin olla hyvä asia, jos se toteutuisi kaikkien kohdalla yhtäläisesti. Näin ei kuitenkaan ole. Kaikilla ei ole mahdollisuutta tehdä yhtä vapaasti valintoja esimerkiksi eri palveluntuottajien välillä. Jo aiemminhan todettiin, että yksityislääkärillä käyvät muita useammin parempituloiset ja korkeammin koulutetut henkilöt, kun taas pienituloiset käyttävät terveyskeskusten palveluja. Tulot ja etenkin niiden puute rajoittavat siis valinnanvapautta. Valinnanvapaus voi olla lisäksi melko abstrakti käsite alueilla, joissa yksityisiä palveluntuottajia ei ole.

Tuntuukin siltä, että valinnanvapaudesta puhuttaessa puhutaan vain tietystä väestöosasta, jolla on todelliset mahdollisuudet tehdä valintoja eli lähinnä pääkaupunkiseudulla asuvista hyvätuloisista. Valinnanvapaus on siten ratkaisu ongelmaan, jota ei ole. Luultavimmin palveluntuottajien määrän vähäisyys ei ole valtaosalle kuntalaisia mikään ongelma, niin kauan kuin tarvittavat palvelut ovat saatavilla ja ne ovat laadukkaita. Valinnanvapautta tarvitaan vasta, kun tarvitaan

parempia vaihtoehtoja olemassa olevien tilalle. Koska hyvinvointipalveluissa on ennemminkin kyse hoidon ja hoivan tasosta kuin makuun perustuvista asioista, yhden hyvän tilalle ei kaiken järjen mukaan pitäisi tarvita kahta tai useampaa huonoa.

Eräänä esimerkkinä valinnanvapauden lisäämisestä kunnallisissa palveluissa on palvelusetelijärjestelmän käyttöönotto. Teoriassa järjestelmä on hyvä ja lisää asiakkaan valinnanvapautta. Mutta kuten usein muutoinkin, tässäkin asiassa teoria ja käytäntö eivät kohtaa. Palvelusetelijärjestelmän lähtökohtaisena ajatuksena on asiakkaiden valinnanvapauden lisääminen ja sitä voidaan käyttää vaihtoehtona kunnan itse tuottamille tai ostopalveluina toteutettaville palveluille. Asiakas voi palvelusetelin saatuaan tilata palvelun itse suoraan yksityiseltä palvelutuottajalta ja hän maksaa palvelusta ainoastaan omavastuuosuuden, joka on palvelusetelin arvon ja palvelun hinnan välinen erotus.

Palveluseteleitä käytetään ennen kaikkea vanhuspalveluissa kotipalvelujen hankintaa varten. Kotipalveluyritysten määrä kasvaakin jatkuvasti; kun niitä vuonna 2001 oli 447 ja ne työllistivät yhteensä 745 henkilöä, niin viisi vuotta myöhemmin vuonna 2006 yritysten määrä oli 980 ja ne työllistivät 1890 henkilöä. Jos kasvu jatkuu samanlaisena, on kotipalvelua tarjoavia yrityksiä vuosikymmenen vaihteessa jo lähemmäs parituhatta ja ne työllistävät reilusti yli 3000 henkilöä<sup>32</sup>. Tosin kansainvälisten kokemusten valossa voitaneen ennustaa, että näin ei käy, vaan palveluntarjonta tulee keskittymään muutamaa suureen yritykseen.

Paljon keskustelua kotipalveluiden yksityistämiseen liittyen on herättänyt se, miten valinnanvapaus tosiasiallisesti toteutuu ja onko se missä määrin haluttu tavoite, kun puhutaan vanhuksista ja vammaisista, joilla valintojen tekeminen voi olla hyvinkin rajoittunutta. Aito valinnanvapaus edellyttää asiakkaan kykyä tehdä autonomisesti valintoja ja siinä mielessä kaikkien asiakkaiden kohdalla valinnanvapautta ei voida pitää todellisena<sup>33</sup>. Ajatukseen valinnanvapaudesta sisältyy myös se, että asiakkaalla on mahdollisuus valita myös kunnan itse tuottamia palveluita. Esimerkiksi tukipalveluita ei kuitenkaan kaikissa kunnissa juurikaan itse tarjota, vaan ne on ostettava yksityisiltä palveluntuottajilta tai sitten niihin on tietyin ehdoin saatavilla palveluseteli. Tällöinkin todellinen valinnanvapaus ei toteudu.<sup>34</sup>

Viimeaikaiset uutiset joidenkin palvelutalojen palvelujen laadusta ja suoraan sanoen kyseenalaisesta toiminnasta eivät edesauta vanhusten elinolojen parantamista, vaikka niissä toteutuisikin ajatus kodinomaisuudesta, itsenäisestä elämästä ja valinnanvapaudesta. Etenkin valinnanvapaus voi kääntyä itseään vastaan, jos vanhus ei tosiasiallisesti kykene tekemään valintoja informaation puutteen tai esimerkiksi muistihäiriöiden vuoksi. Esimerkiksi tukipalveluiden osalta vanhus on täysin riippuvainen omasta harkintakyvystään, jos hän toimii palvelun tilaajana avoimilla markkinoilla.

---

<sup>32</sup> *luvut Tilastokeskuksen toimialatilastoista, www.stat.fi.*

<sup>33</sup> *Bäcklund 2005, 40.*

<sup>34</sup> *Mt., 40.*

# Miten julkisen palveluntuotannon haasteisiin voitaisiin vastata?

Vaikka kunnan itse tuottamat palvelut ovat pääsääntöisesti laadukkaita, joudutaan tänä päivänä yhä enenevässä määrin puolustelemaan sitä, miksi jokin palvelu tuotetaan kunnassa. Erityisesti näin on silloin, kun on kyse palvelusta, jolle on olemassa markkinat ja yksityisiä palveluntuottajia. Tämä siksi, että on annettu uskoa, että kuntien ei kannata tuottaa palveluja itse, koska ne ovat tehottomia ja siksi kalliita. Palvelujen kilpailuttaminen nähdään usein kannatettavana vaihtoehtona, koska ajatellaan sen tuovan automaattisesti säästöjä kunnalle.

Lähtökohtana palveluiden järjestämisessä tulisi kuitenkin olla kuntalainen, ei se, mitä palvelu maksaa. Ensisijaisesti tulisi siis ajatella sitä, saako kuntalainen laadukkaita palveluja ja toteutuvatko hänen sosiaaliset oikeutensa palveluiden osalta. Kunnan tulee huolehtia siitä, että subjektiiviset oikeudet lastenhoitoon ja perusopetukseen toteutuvat, mutta sen ohella myös monista yleisen järjestämisvastuun piirissä olevista palveluista. Jälkimmäisiin liittyen ongelmaksi on noussut kuntien säännönmukainen alibudjetointi, mille ei välttämättä ole edes vaihtoehtoja liikuttaessa erittäin tiukoissa budjettiraameissa. Määrärahat eivät yksinkertaisesti tänä päivänä riitä turvaamaan riittäviä ja laadukkaita palveluita.

Määrärahojen riittävyys ei ole ainoa julkisen palveluntuotannon olemassa oleva haaste. Toinen suuri haaste on kilpailuttamiseen liittyvän osaamisen kehittäminen. Paljon kehitettävää on esimerkiksi siinä, miten palveluja markkinoistetaan eli määritetään laadulle ja saatavuudelle asetetut kriteerit siten, että kilpailutuksen tuloksena saadaan halutunlaisia palveluja. Selvää on, että tällöin pitää tietää, minkälaisia ja minkä tasoisia palveluja halutaan. Toisaalta voitaisiin myös tarkastella uudestaan koko kilpailutusideologiaa. Jo pelkästään naapurimaamme Ruotsin huonojen kokemusten luulisi toimivan jonkinlaisena herättäjänä maamme päättäjien keskuudessa.

Kolmas haaste on työvoimapula, joka ei vaivaa ainoastaan julkista sektoria. Tähän on esitetty monenlaisia lääkkeitä alkaen kunta-alan vetovoimaisuuden lisäämisestä. Tosiasia on, että kunta-alalla uupuminen on yleistä ja veto yksityiselle sektorille on kova. Hoito- ja hoiva-alalla raskaimmat työt tehdään julkisella sektorilla: terveyskeskuksissa ja sairaaloissa tehdään jatkuvaa vuorotyötä, samoin vanhainkodeissa ja vuoropäiväkodeissa. Palkkataso on matalampi kuin yksityisellä sektorilla ja hallinto kankea kaikessa byrokraattisuudessaan. Kunta-alasta onkin vaikeaa tehdä houkuttelevampaa, ellei työn vaatavuuteen, johdon osaamiseen ja organisaation toimivuuteen lähdetä hakemaan ratkaisumalleja, joissa näkyy myös työntekijöiden näkökulma. Ei siis teknistä uudelleenorganisointia vaan todellista muutosta.

Perusopetuksessa suurin haaste liittyy opetuskokoihin. Jostain syystä nuoret voivat huonommin kuin aikaisemmin ja yksi syy tähän voi olla se, että luokissa ei ole mahdollista huomioida yksilöllisiä tarpeita, kun oppilaita voi pahimmillaan olla samassa luokassa 40. Hyvinvointipalvelujen haasteet eivät ole toisistaan irrallisia ja hyvinvoinnin lisäämiseksi niihin pitäisi vastata hallinnonalojen rajojen yli tehtävällä yhteistyöllä. Pienissä kunnissa yhteistyötä hallinnonalojen rajojen yli voi olla vielä suhteellisen helppo tehdä, mutta esimerkiksi suurissa kaupungeissa se vaatii paljon työtä ja viitseliäisyyttä. Paljon on olemassa kauniita sanoja yhteistyön merkityksestä, mutta todellisuudessa rajat ovat henkisesti erittäin korkeat.

Hyvinvointia voitaisiin lisätä myös yhteistyöllä yli kuntarajojen. On surullista, että vasta pakotettuina kunnat ovat valmiita luomaan toimivia yhteistyömalleja. Kuntayhteistyön sijaan palveluiden järjestämisessä on usein ainoana vaihtoehtona nähty niiden ostaminen yksityisiltä

palveluntuottajilta. Todennäköistä on, että monelta huonolta kokemuksesta esimerkiksi palveluja kilpailutettaessa oltaisiin välttytty, jos palvelut olisi alun perin järjestetty tehokkaammin yhdistämällä kuntien resursseja. Kuntien itsenäisyys näyttäytyykin ehkä hivenen huonossa valossa, kun pohditaan, mikä olisi parasta kuntalaisille ja miksi se ei toteudu. Yhteistyömahdollisuuksia olisi paljon, mutta se vaatii nykyistä avoimempaa keskustelua kuntien välille ja uskallusta luoda uusia toimintamalleja myös julkisen sektorin sisällä tapahtuvalle palveluntuotannolle.

Jos Suomi haluaa vastaisuudessaakin itsensä mielletävän pohjoismaiseksi hyvinvointivaltioksi, pitää sen kantaa julkinen vastuu kansalaisten hyvinvoinnista. Vastuun siirtäminen liiaksi yksityisten ihmisten harteille valinnanvapauden nimissä ei luo pohjaa hyvinvoinnin tasaisemmalle jakautumiselle vaan päinvastoin. Valinnanvapaus ei koske kaikkia, vaan ainoastaan niitä, joilla on mahdollisuudet tehdä valintoja vapaasti ilman rajoituksia.

Koska kuntien tulee pystyä vastaisuudessaakin järjestämään alueensa asukkaille riittävät ja laadukkaat palvelut, on käytävä keskustelua siitä, miten kunnat tässä tehtävässä onnistuvat nykyisen väestökehityksen ja edessä olevan työvoimapulan asettaessa omat haasteensa. Tällä hetkellä tätä keskustelua käydään mm. Paras-hankkeen tiimoilta. Siinä ajatuksena on kehittää kuntien välisiä yhteistyömalleja siten, että hyvinvointi- ja muiden kunnallisten palveluiden järjestäminen pystytään turvaamaan riittävällä asukasohjalla.

Lähtökohtaisesti Paras-hankkeen ajatus asukasohjaan perustuvasta palveluiden järjestämisestä on hyvä. Ei yksityisenkään yrityksen kannata tuottaa palveluita, jos niille ei ole tarpeeksi kysyntää. Tästä johtuen yksityisten hyvinvointipalveluiden tuottajien määrä on sitä vähäisempi, mitä pohjoisemmaksi Suomessa mennään. Yksityisiä palveluntuottajia on eniten suurissa kaupungeissa, joissa potentiaalisia palveluiden käyttäjiä on varmasti riittävästi.

Yksityisten yritysten toimintaa määrittelee voiton tuottaminen. Vaikka yrityksellä olisi myös sosiaalisia päämääriä, on toiminta lähtökohtaisesti erilaista kuin julkisella sektorilla. Kunnat ja muu julkinen sektori tuottavat palveluja verovaroin, eivätkä pyri tuottamaan voittoa. Tämä ero yksityisen ja julkisen sektorin välillä on keskeinen, ja se määrittelee pitkälti resurssien kohdentamista ja palvelun hinnoittelua.

On selvää, että yksittäisen pienen kunnan tuottama palvelu ei ole tehokasta, jos panostukset resursseihin ovat suuret suhteessa palvelujen käyttäjien määrään. Usein perusteluna palveluiden ulkoistamiselle onkin käytetty juuri tätä argumenttia eli että kunnan ei kannata itse tuottaa palvelua, koska se tulisi niin kalliiksi. Yksittäisen kunnan kohdalla näin saattaa ollakin, mutta ainoa ratkaisu ei suinkaan ole palvelujen ulkoistaminen.

Julkisen sektorin tehokkuutta hyvinvointipalveluiden tuottamisessa voitaisiin kasvattaa lisäämällä kuntien yhteistyötä. Tämähän on tavoitteena myös Paras-hankkeessa. On laskettu, että noin 20 000 asukkaan asukasohjalla palvelut voitaisiin tuottaa järkevästi ja aiempaa tehokkaammin. Näin varmasti onkin. On vain valitettavaa, miten kitsaasti osa kunnista on ottanut vastaan vaateet yhteistyön lisäämisestä. Kuntalaisten etu ei toteudu, jos jääräpäisesti pitäydytään oman kunnan rajojen sisäpuolella ja suljetaan mahdollisuudet ylikunnalliselta yhteistyöltä.

Osittain paine kunnissa palvelujen ulkoistamiseen tulee siitä, että resursseja suuriin investointeihin ei ole. Esimerkiksi vanhustenhuollossa kunnille voi lyhyellä aikavälillä tulla edukaammaksi ostaa palveluja yksityisiltä palveluntuottajilta kuin investoida omaan vanhainkotiin tai palveluasuntojen rakentamiseen. Kuitenkin kun on havaittu, millaisia ongelmia yksityisen puolen tarjoamassa vanhusten hoivassa voi pahimmillaan olla ja miten palveluntuottajien valvonta on riittämätöntä, pitkässä juoksussa suuresta kertainvestoinnista kunnan itse tuottamaan palveluun olisi suurempi hyöty kunnalle ja kuntalaisille.

Pohdittaessa eri palvelutuotannon vaihtoehtojen välillä olisikin syytä ulottaa keskustelu ylikunnalliseksi ja pohtia aidosti mahdollisuutta tehdä kuntien yhteisiä investointeja. Tällainen askel vaatii kuitenkin sen, että kunnissa ajatellaan pitkälti samalla tavalla palveluiden tuottamiseen liittyvistä asioista. Sosialidemokraatit ovat systemaattisesti puolustaneet hyvinvointipalvelujen

tuottamista ensisijaisesti julkisella sektorilla, kun taas porvaripuolueiden näkemykset suuntautuvat enemmän yksityisille markkinoille. Vaikka vasemmisto ei yksikantaan vastusta palveluiden hankintaa yksityisiltä palveluntuottajilta, näkee se kuitenkin julkisen sektorin palvelutuotannon keskeisenä hyvinvoinnin tekijänä pohjoismaisessa hyvinvointivaltioideologiassa.

**Kirjoittaja Minna Ylikännö**, VTM, on sosiaalipolitiikan tutkija.

## Lähteet

- Autti, Lilli & Liukkonen, Miikkael 2008. Perusturvarikos. Teoksessa Hirvilampi, Tuuli & Laatu, Markku (toim.) Toinen vääryyskirja. Kela, Helsinki.
- Bäcklund, Sari 2005. Kotihoitoa palvelusetelillä. Julkisten ja hyvinvointialojen liitto, Helsinki.
- Harjajärvi, Minna & Pirkola, Sami & Wahlbeck, Kristian 2006. Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
- Hellsten, Katri & Kalliomaa-Puha, Laura & Komu, Merja & Sakslin, Maija 2006. Suomalaisen hoivan monet muodot. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 55/2006. Kelan tutkimusosasto, Helsinki.
- Jääskinen, N. 2006. Kunnallinen itsehallinto vs. kuntalaisten sosiaaliset oikeudet. Esitys Huoltaja-säätiön II Bruno Sarlin -seminaarissa Helsingissä 6.10.2006.
- Kirves, Virpi 2008. Uusi vammaislaki huolettaa ja ilahduttaa. [www.demari.fi](http://www.demari.fi). Luettu 1.11.2008.
- Klavus, Jan & Kapiainen, Satu & Nguyen, Lien & Pekurinen, Markku 2008. Suomalaisen terveys, terveyspalvelujen käyttö ja kokemukset. Teoksessa Moisio, Pasi & Karvonen, Sakari & Simpura, Jussi & Heikkilä, Matti (toim.) Suomalaisen hyvinvointi 2008. Vammalan kirjapaino, Vammala.
- Kuntaliitto 2007. Uusi lastensuojelulaki voimaan 1.1.2008. Tiedote 25.5.2007. [www.kunnat.net](http://www.kunnat.net)- Luettu 31.10.2008.
- Mäntysaari, Mikko 2003. Sosiaalityön tulevaisuuden visiot ja sen mukanaan tuomat haasteet sosiaalityön neuvottelukunnalle. Puheenvuoro Sosiaalityön vahvistaminen -seminaarissa Helsingissä 14.5.2003. <http://users.jyu.fi/~mmantys/sostyonhaasteet.pdf>. Luettu 1.11.2008.
- Niiranen, V. 2003. Kunnallisten sosiaalipalvelujen kilpailuttamisen sosiaalipoliittinen näkökulma. Teoksessa Ollila, E. & Iiva, M. & Koivusalo, M. (toim.) Kilpailuttaminen sosiaali- ja terveyspolitiikan näkökulmasta. Stakesin raportteja 276.
- Nykänen, Eino 2006. Keikkalääkärit murentavat terveydenhuoltoa. Kuntalehti 14/2008.
- Raivio, Kari 2005. Palvelusuunnitelma – vammaisen elämänlanka. Dialogi 1/2005.
- Raunio, K. 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä. Katsaus peruskäsitteisiin, palvelujen toteuttamiseen ja palvelujen käyttäjän asemaan. <http://www.uta.fi/laitokset/sostyo/hlokunta/raunio/luento.pdf>. Luettu 31.10.2008.
- Stakes 2006. Oikeus ja kohtuus. Arvioita ja ehdotuksia yksityisestä ja julkisesta hyvinvointivastuusta. Hyvinvointivaltion rajat -hanke. Stakes, Helsinki.
- Stakes 2008a. Yksityiset sosiaalipalvelut 2007. Tilastotiedote 19/2008. Suomen virallinen tilasto, Sosiaaliturva 2008.
- Stakes 2008b. Yksityiset terveyspalvelut 2005. Tilastotiedote 30/2006. Suomen virallinen tilasto, Terveys 2006.
- Stakes 2008c. Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2007. [www.stakes.fi](http://www.stakes.fi). Luettu 1.11.2008.

---

Takala, P. 2000. Lastenhoito ja sen julkinen tuki. Tutkimuksia 110. Stakes, Helsinki.

Taskinen, Sirpa 2006. Mihin tarvitaan uutta lastensuojelulakia? Kolumni lapsiasiavaltuutetun kotisivuilla [www.lapsiasia.fi](http://www.lapsiasia.fi).  
Luettu 31.10.2008.

Vaarama, Marja & Voutilainen, Päivi & Manninen, Milla 2003. Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna. Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihtelusta 1994–2002. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2003:8. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Ylikännö, M. 2008. Kunnallisessa terveydenhuollossa tapahtuneiden toimintatapojen muutosten vaikutukset poliittiseen päätöksentekoon. Teoksessa Forma, P. & Niemelä, M. & Saarinen, A. (toim.) Hyvinvointivaltion kilpailuttaminen. Kunnallissalan kehittämissäätiö.

