

Tampereen yliopisto
Terveystieteen laitos

MAHDOLLISUUKSIEN IKKUNAA ETSIMÄSSÄ

– Yksityisen ja julkisen sektorin kumppanuuden esteet ja edellytykset suomalaisessa
silmäterveydenhuollossa

Pro gradu – tutkielma
Liina-Kaisa Tynkkynen
Tampereen yliopisto
Terveystieteen laitos
Huhtikuu 2009

TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO

Terveystieteen laitos

LIINA-KAISA TYNKKYNE: MAHDOLLISUUKSIEN IKKUNAA ETSIMÄSSÄ

– Yksityisen ja julkisen sektorin kumppanuuden esteet ja edellytykset suomalaisessa silmäterveydenhuollossa

Pro gradu –tutkielma, 65 s.

Ohjaaja: Juhani Lehto

Kansanterveystiede

Huhtikuu 2009

Väestörakenteen muutoksen sekä terveydenhuollon resurssien riittämättömyys suhteessa palveluiden kysyntään luovat paineita uudistaa käytäntöjä kaikilla terveydenhuollon aloilla. Yhtenä palveluiden uudelleen järjestämisen mallina on esitetty yksityisen ja julkisen sektorin yhteistyötä, jota Suomessa jo monessa muodossa harjoitetaan. Tässä tutkimuksessa teoreettinen tarkastelu keskittyykin julkisen ja yksityisen sektorin kumppanuuteen, jonka englanninkielinen termi Public-Private Partnership (PPP) on vakiintunut myös suomenkielisessä kirjallisuudessa. PPP voidaan määritellä julkisten ja yksityisten toimijoiden enemmän tai vähemmän pysyväisluonteiseksi yhteistyöksi, jonka kautta kehitetään ja tuotetaan yhteisiä tuotteita/palveluita ja jossa riskit, kustannukset ja voitot jaetaan.

Tutkimuksen empiirisessä osassa tarkastellaan PPP:n syntymahdollisuuksia suomalaisen silmäterveydenhuollon kontekstissa. Suurin osa silmäterveydenhuollon palveluista tarjotaan Suomessa yksityisellä sektorilla, mutta silmäterveydenhuollon kokonaisuutta ajatellen tilanne voidaan nähdä epäoptimaalisena esimerkiksi voimavarojen allokoinnin suhteen. PPP voidaan nähdä yhtenä ratkaisuvaihtoehtona silmäterveydenhuollon tilanteeseen. Aineistona tutkimuksessa käytettiin julkisten ja yksityisten silmäterveydenhuollon informanttien haastatteluita. Aineiston analyysi toteutettiin kirjallisuuden pohjalta muodostetun analyysikehikon avulla. Lisäksi analyysin tulkinnessa käytettiin Kingdonin (1995) kolmitasoista politiikan muutoksen mallia mahdollisuuksien ikkunan aukeamisesta. Näyttää siltä, että mahdollisuuksien ikkuna PPP:lle suomalaisessa silmäterveydenhuollossa on raollaan, mutta ikkunan täydellinen aukeaminen edellyttäisi aktiivista toimintaa, jotta kaikki osapuolet tiedostaisivat PPP:n mahdollisena ratkaisuvaihtoehtona.

ABSTRACT

UNIVERSITY OF TAMPERE
Tampere School of Public Health

LIINA-KAISA TYNKKYNEN: IN A SEARCH OF AN OPPORTUNITY WINDOW
– Public-Private Partnership in Finnish ophthalmology services
Pro gradu thesis, 65 p.
Instructor: Juhani Lehto
Public health
April 2009

The ageing of the population, new technologies and novel forms of care increase the challenges of health care and new health care policies are therefore needed. This study focuses on the Public-Private Partnership (PPP) can be defined as a more or less permanent cooperation between public and private actors, through which the joint products or services are developed and in which the risks, costs and profits are shared. The empirical part of the study is situated in a context of ophthalmology. The Finnish ophthalmology service system is heterogeneous with several different providers and can be regarded as sub-optimal when the aggregate resource use is concerned. What is more, the public sector suffers from a lack of ophthalmologists which further decreases its possibilities to meet the present needs. As ophthalmology has traditionally been a medical specialty with a substantial private sector involvement in the service production, PPP could be a feasible policy to be used in the field.

The research data consisted of 17 theme interviews collected from public and private experts in ophthalmology field. The analysis was conducted in two stages. First literature-based content analysis was used to explore the prerequisites for PPP. At a second stage Kingdon's (1995) multiple streams theory was used to study the opening of the opportunity window for PPP. Public and private parties described similar kind of problems in a current situation but defined them differently. In addition, a consensus on a policy alternatives wasn't possible to find. The analysis thus showed that albeit there are prerequisites for PPP, the opportunity window opens only partially. Should the window open fully, an emergence of a policy entrepreneur and a win-win situation in the organizational level is required.

SISÄLLYS

| | |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------|
| I OSA – KIRJALLISUUSKATSAUS..... | 1 |
| 1 JOHDANTO | 2 |
| 2 SUOMALAINEN TERVEYSPALVELUJÄRJESTELMÄ..... | 4 |
| 2.1 PALVELUT JA NIIDEN JÄRJESTÄMINEN..... | 4 |
| 2.2 RAHOITUS | 7 |
| 2.3 TYÖVOIMA | 8 |
| 3 SILMÄTERVEYDENHUOLTO SUOMESSA..... | 9 |
| 4 PUBLIC-PRIVATE PARTNESHIP | 11 |
| 4.1 YKSITYINEN JA JULKINEN KÄSITTEINÄ..... | 11 |
| 4.2 PPP KÄSITTEENÄ | 13 |
| 4.3 PPP:N KÄYTÄNNÖN SOVELLUKSIA..... | 14 |
| 4.3.1 PPP kansainvälisten kokemusten valossa..... | 14 |
| 4.3.2 PPP Suomessa | 15 |
| 4.4 PPP:N ESTEET JA EDELLYTYKSET | 16 |
| 4.4.1 Koettu tarve ja tiedostettu keskinäisriippuvuus..... | 16 |
| 4.4.2 Toimijoiden arvot ja asenteet sekä kulttuurien yhteen sopivuus | 18 |
| 4.4.3 Ammatilliset ja asiakkaat | 20 |
| 4.4.4 Laajempi yhteiskunnallinen konteksti..... | 21 |
| 4.4.5 Yhteenveto PPP:n esteistä ja edellytyksistä..... | 23 |
| 5 POHDINTA | 25 |
| LÄHTEET | 28 |
| II OSA – ARTIKKELI | 35 |

I OSA – KIRJALLISUUSKATSAUS

1 Johdanto

Väestön vanheneminen, terveydenhuollon työvoiman riittämättömyys ja sen epätasainen jakautuminen sekä niukkuus terveydenhuollon resursseista luovat paineita uudistaa käytäntöjä kaikilla terveydenhuollon aloilla. Myös paikkakunta-kohtainen eriarvoisuus hoitoon pääsyssä ja hoidon laadussa asettaa vaatimuksia terveydenhuoltojärjestelmän kehittämiseksi. Yhtenä palveluiden uudelleen järjestämisen mallina on esitetty yksityisen ja julkisen sektorin yhteistyötä, jota Suomessa jo monessa muodossa harjoitetaan. Erilaiset yksityisen ja julkisen sektori yhteistyön muodot voidaan nähdä seurauksena laajemmista, viime vuosikymmenten aikana alkunsa saaneista julkisen sektorin reformeista, joiden tavoitteina on ollut parantaa julkisen sektorin mahdollisuuksia vastata käsillä oleviin haasteisiin (Flinders, 2005). Suomessa julkisen ja yksityisen sektorin suhteesta on käyty aika-ajoin kiivastakin keskustelua, jonka seurauksena yhteiskunnan hyvinvointivastuun rajoja on ryhdytty uudelleen määrittelemään (Julkunen 2006). Tämän tutkimuksen teoreettinen tarkastelu keskittyy julkisen ja yksityisen sektorin kumppanuuteen. Sen englanninkielinen termi Public-Private Partnership (PPP) on vakiintunut myös suomenkielisessä kirjallisuudessa ja sitä käytetään tästä eteenpäin myös tässä tutkimuksessa.

Empiirisesti tutkimus sijoittuu silmäterveydenhuoltoon, johon katsotaan kuuluviksi silmälääketieteelliset palvelut sekä optikkotoiminta. Käytännössä keskitytään nimenomaan silmälääketieteellisiin palveluihin, joihin kuuluvat erikoissairaanhoidon sekä perusterveydenhuollon palvelut. Silmäterveydenhuollon alueelta voidaan löytää useita, laajemmasta toimintaympäristöstä kumpuavia haasteita. Yhtäältä väestön vanhenemisen myötä silmäterveydenhuollon kysyntäolosuhteet ovat muuttumassa ja etenkin kaihileikkausten kysynnän odotetaan kasvavan (esim. Räsänen ym., 2006; Tey ym., 2007; Yi, Flanagan, & McCarty, 2001). Potilaiden tietoisuus kaihileikkausten hyvistä hoitotuloksista ja vähäisistä riskeistä on alentanut kynnystä hakeutua leikkaushoitoon (Johansson & Lundh, 2003). Lisäksi toimenpiteen positiivinen vaikutus elämänlaatuun on todettu merkittäväksi (Tey ym., 2007), mikä onkin lisännyt lääkäreiden ja muun hoitohenkilökunnan positiivista suhtautumista leikkaushoitoa kohtaan. Toisaalta diabeteksen kasvava insidenssi tuo mukanaan

lisääntyvää tarvetta silmälääketieteelliselle osaamiselle (Kirkwood, Coster, & Essex, 2006) ja yhteiskunnan muuttuminen entistä visuaalisemmaksi nostaa vaatimustasoa myös näkökyvyn suhteen (Ojamo, 2007). Lisäksi jatkuva teknologioiden kehitys avaa uusia hoitomahdollisuuksia silmäterveydenhuollon alueella mahdollistaen muun muassa entistä vaativampia leikkauksia ja toisaalta keventäen rutiininomaisia hoitotoimenpiteitä. Kolikon kääntöpuolena on kuitenkin teknologian kehityksen mukanaan tuoma kustannusten kasvu, jonka asettamiin vaatimuksiin ei esimerkiksi julkinen sektori välttämättä kykene vastaamaan.

Silmäterveydenhuollon toimintakenttä voidaan nähdä melko sirpaleisena, usean toimijan löyhänä verkostona. Palveluita tarjotaan julkisella sektorilla, mutta sen mahdollisuudet vastata kysyntään ovat heikot muun muassa silmälääkäripulan vuoksi. Suuri osa palveluista tarjotaankin yksityisillä lääkäriasemilla sekä yksityisissä optikkoliikkeissä. Silmäterveydenhuollon kokonaisuutta ajatellen tilanne voidaan nähdä epäoptimaalisena kunkin toimijan pyrkiessä turvaamaan oman toimintansa jatkuvuuden ja kannattavuuden. Samaan aikaan toimijat ovat kuitenkin riippuvaisia toisistaan kilpaillen keskenään samoista työntekijöistä ja potilaista. Yhtenä ratkaisuvaihtoehtona silmäterveydenhuollon tilanteeseen voidaan nähdä Public-Private-Partnership (PPP). Tässä työssä tarkastellaankin PPP:n esteitä ja edellytyksiä silmäterveydenhuollon alueella.

Tässä yhteenveto-osassa keskitytään lähemmin PPP-tematiikkaan. Aluksi tehdään kuitenkin lyhyt yleinen katsaus suomalaiseen terveystalouteen ja palvelujärjestelmään, jonka jälkeen siirrytään kuvaamaan silmäterveydenhuollon nykytilannetta sekä alaan liittyviä ominaispiirteitä. Tämän jälkeen tarkastellaan PPP:n käsitettä sekä sen synnyn esteitä ja edellytyksiä aihealuetta käsittelevän teoreettisen ja empiirisen kirjallisuuden valossa. Pohdinnassa keskitytään PPP-mallin soveltamiseen yleisemmin terveydenhuollossa. Työn toisena osana esitetään englanninkielinen artikkeli, jossa tutkitaan PPP:n mahdollisuuksia silmäterveydenhuollossa. Lopuksi työssä tehdään selkoa prosessista, jonka tuloksena tieteellinen artikkeli on syntynyt.

2 Suomalainen terveystalvelujärjestelmä

Yleisesti kuvattuna Suomen terveydenhuoltojärjestelmä jakautuu kahteen rinnakkain toimivaan sektoriin, julkiseen ja yksityiseen (Nguyen & Häkkinen, 2006). Käytännössä toisistaan on kuitenkin erotettava kolme kanavaa, joiden kautta terveydenhuollon palveluita tarjotaan. Tällöin jako tehdään kunnallisiin terveystalveluihin, työterveyshuoltoon ja yksityisen sektorin tarjoamiin terveystalveluihin (Vuorenkoski 2008, 27; Manderbacka, Arffman, Karvonen & Keskimäki 2008). Seuraavassa tarkastellaan palvelujärjestelmää yksityiskohtaisemmin palveluiden järjestämisen, niiden rahoituksen sekä työvoiman suhteen.

2.1 Palvelut ja niiden järjestäminen

Kunnat ovat velvollisia huolehtimaan kunnan kansanterveystyöstä ja järjestämään kuntalaisille kansanterveyslaissa säädetyt perustalvelut (Kansanterveyslaki, 28.1.1972/66). Kunnat tarjoavat perusterveydenhuollon palveluita pääsääntöisesti terveyskeskusten kautta, joita vuonna 2007 oli Suomessa 237. Suuressa osassa terveyskeskuksista on myös vuodeosasto, jossa hoitoa pitkäaikaissairaille sekä erikoissairaanhoidosta kotiutuneille potilaille. (Vuorenkoski 2008, 106.) Perustalveluiden lisäksi kunta on velvollinen huolehtimaan kuntalaisille järjestettävästä erikoissairaanhoidosta. Tästä johtuen sen on kuuluttava yhteen maan 20 sairaanhoitopiiristä (Erikoissairaanhoidolaki, 1.12.1989/1062). Sairaanhoitopiirit ovat kuntayhtymiä, jotka huolehtivat jäsenkuntiensa asukkaiden erikoissairaanhoidosta. Jokaisella sairaanhoitopiirillä on oma keskussairaala ja näistä viisi on yliopistollisia keskussairaaloita. Jokaisella yliopistollisella keskussairaallalla on oma erityisvastuualueensa, johon kuuluu sairaanhoitopiirejä noin miljoonan asukkaan edestä. (Vuorenkoski 2008, 30.)

Kuntien vastuuta palveluiden järjestämisessä lisättiin vuonna 1993 tapahtuneen valtionosuusuudistuksen myötä, jonka seurauksena valtion ohjausta terveydenhuollon järjestämisestä höllennettiin (Vuorenkoski 2008, 25; Häkkinen & Lehto 2005).

Nykyään kunta voi järjestää palvelut yksin tai yhteistoiminnassa muiden kuntien tai kuntayhtymien kanssa. Lisäksi kunta voi hankkia sille määrättyjen tehtävien edellyttämiä palveluita myös muilta palveluntuottajilta. (Kuntalaki, 17.3.1995/365) Periaatteessa tällä tarkoitetaan palveluiden ostoa yksityisiltä palveluntarjoajilta.

Yksityisen sektorin on perinteisesti katsottu toimivan Suomessa julkisen sektorin palvelutarjontaa täydentävänä¹ toimijana (Lehtonen, Nieminen, & Lindén, 2005; Nguyen & Häkkinen, 2006). Erityisesti yksityiseltä sektorilta kysytään erikoislääkäripalveluita (Klaukka & Maljanen, 2001) ja niiden käytön on todettu olevan suurinta Varsinais-Suomen, Pirkanmaan, Satakunnan sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiireissä. Vähiten käyttöä on puolestaan havaittu Keski- ja Pohjois-Pohjanmaalla. (Halonen ym., 2006.) Yksityisen sektori eduksi suhteessa julkiseen sektoriin voidaan lukea se, että se tarjoaa potilaille mahdollisuuden päästä suoraan erikoislääkärin vastaanotolle ilman pitkiä jonotus aikoja. Lisäksi potilaan mahdollisuudet vaikuttaa omaan hoitoonsa, esimerkiksi hoitavan lääkärin valinnan kautta, voidaan lukea yksityissektorin hyviin puoliin (Hemminki & Tanninen, 2001; Klaukka & Maljanen, 2001). Toisaalta yksityisten terveyspalveluiden käytön omavastuuosuudet ovat kunnallisiin terveyspalveluihin verrattuna huomattavasti korkeammat.

Työterveyshuoltolain (Työterveyshuoltolaki 21.12.2001/1383) mukaan työnantaja on velvollinen järjestämään kustannuksellaan työterveyshuollon työntekijöilleen työstä ja työoloista johtuvien terveyshaittojen torjumiseksi sekä niiden ehkäisemiseksi. Tämänkaltaista ehkäisevän terveydenhuollon järjestämistä voidaan kutsua lakisääteiseksi työterveyshuoltosopimukseksi (Manninen, ym. 2007) ja vuonna 2004 sen piiriin kuului noin 84 % työntekijöistä (Vuorenkoski 2008, 35). Työterveyshuoltolain ulkopuolelle jäävät yrittäjät ja muut niin sanotusti omaa työtä tekevät, joille työterveyshuoltoon liittyminen on vapaaehtoista (Manninen ym. 2007). Lakisääteisen työterveyshuollon lisäksi työnantaja voi järjestää työntekijöilleen myös sairaanhoidon työterveyshuollon toimesta. Ennaltaehkäisyn ja sairaanhoidon kattavaa työterveyshuoltosopimusta kutsutaan kokonaisvaltaiseksi työterveyshuoltosopimukseksi ja sen piiriin kuuluu noin 90 % niistä työntekijöistä,

¹ Se, mitä käsitteellä ”täydentävä” lopulta tarkoitetaan, on kuitenkin epäselvää ja ilmaisun määrittelyyn on uhrattu melko vähän tilaa (katso kuitenkin esim. Julkunen 2006).

jotka kuuluvat työterveyshuollon piiriin. Palvelut työnantaja voi tuottaa itse tai yhteistyössä muiden työnantajien kanssa. Lisäksi työnantaja voi ostaa palvelut esimerkiksi toiselta työnantajalta, kunnalta tai yksityissektorilta. Käyttäjälleen työterveyspalvelut ovat maksuttomia. (Vuorenkoski 2008, 35.)

Terveydenhuollon jakautuminen useampiin sektoreihin aiheuttaa myös ongelmia. Esimerkiksi suunterveydenhuollosta tehdyt tutkimukset tarjoavat esimerkin siitä, miten sektoreiden erilaiset palkkiojärjestelmät sekä työvoiman epätasainen jakautuminen maan eri osien kesken voivat johtaa potilaiden eriarvoistumiseen niin kustannusten jakautumisen kuin hoidon saannin suhteen. Tämä siitäkin huolimatta, että miltei kaikkia palveluita rahoitetaan tavalla tai toisella julkisin varoin. (Nguyen, Häkkinen, & Rosenqvist, 2005; Nguyen & Häkkinen, 2006.) Yksityisen sektorin korkeiden omavastuuosuuksien vuoksi palvelut saattavat jäädä alimpiin tuloluokkiin kuuluvien saavuttamattomiin (Manderbacka ym., 2008; Øvretveit, 2003). Tällöin joidenkin palveluiden voidaankin tosiasiaassa sanoa olevan vain tiettyjen kansanryhmien käytössä. Eriarvoisuuteen liittyvän arvostelun lisäksi on esitetty arvioita, että yksityisen ja julkisen sektorin rinnakkaiselo sekä osittain vakuutusrahoitteinen järjestelmä lisäävät terveyspalveluiden kokonaiskäyttöä (Lehtonen ym., 2005).

Yksityissektoria on kritisoitu siitä, että se nojaa vahvasti julkisen sektorin tarjoamaan koulutukseen sekä päivystyspalveluihin (Øvretveit, 1996). Lisäksi arvostelua on herättänyt muun muassa yksityisille hammashoitopalveluidentuottajille tyypilliseksi todettu niin kutsuttu kysynnän luonti tapauksissa, joissa asiakkaat kuuluvat lääkärin kutsumenettelyn piiriin (Mikkola, Widström, Jauhiainen, & Vesivalo, 2005). Toisaalta on esitetty näkemyksiä, että etenkin silloin, jos sektoreiden välillä voidaan havaita eroja hoidon saatavuudessa, yksityissektorin palvelut paikkaavat osan julkisten palveluiden tarpeesta ja näin vähentävät kysyntää julkisella sektorilla (Lehtonen ym., 2005). Julkisen terveydenhuollon rinnalla toimivan yksityisen sektorin voidaan siis tulkita tuovan tietynlaista joustovaraa julkisiin palveluihin.

Yksityisen sektorin toiminta voidaan kuitenkin määrittää melko suhdanneherkäksi alaksi. Esimerkiksi koulutustason noustessa ja kansalaisten tulojen kasvaessa yksityisten terveyspalveluiden kysyntä kiihtyy (Mikkola ym., 2005). Jos kansalaisten

tulot laskevat voidaan arvioida, että yksityissektorin toiminta saattaa kysynnän vähentyessä supistua. Voi siis olla, että yksityisen sektorin luotettavuus palveluiden tarjonnan takaporttina ei ole kovinkaan hyvä.

2.2 Rahoitus

Vuonna 2005 terveydenhuollon kokonaiskustannukset olivat Suomessa noin 11,9 miljardia euroa ja terveydenhuoltomenojen osuus bruttokansantuotteesta (BKT) oli noin 7,5 %. Tämä jää hiukan alle EU-maiden keskiarvon, joka vuonna 2005 oli noin 9 % BKT:stä. Samana vuonna julkisen sektorin rahoitusosuus terveydenhuollossa oli noin 78 % terveydenhuollon kokonaiskustannuksista. Tämä osuus on hiukan pienempi verrattuna esimerkiksi muihin Pohjoismaihin. (Vuorenkoski 2008, 44 – 47.) Kaiken kaikkiaan terveyspalveluita rahoitetaan Suomessa kahden julkisen järjestelmän kautta ja lisäksi yksityisellä rahoituksella.

Julkinen sektori rahoittaa terveyspalveluita kaksikanavaiset rahoitusjärjestelmän kautta (Häkkinen & Lehto, 2005). Yhtäältä palveluita rahoitetaan kuntien keräämien verojen² sekä valtion kunnille maksamien valtionosuuksien kautta³. Toisena julkisena terveydenhuollon rahoituskanavana toimii kuntarahoitteiselle järjestelmälle rinnakkainen sairausvakuutusjärjestelmä⁴, jonka hallinnoinnista vastaa Kansaneläkelaitos (Kela). Sairausvakuutusrahoitteisen järjestelmän kautta Kela osallistuu kansalaisen yksityissektorilta ostamien palveluiden kustannuksiin maksamalla sairausvakuutuskorvausta. Lisäksi sairausvakuutusjärjestelmän kautta rahoitetaan työterveyspalveluita ja maksetaan muun muassa lääkekorvauksia, matkakorvauksia sekä sairauspäivärahaa. (Vuorenkoski 2008, 43 – 44; Okko, Björkroth, Koponen, Lehtonen, & Pelkonen, 2007, 18 – 20.)

Kahden julkisen rahoituskanavan lisäksi Suomen terveydenhuollon kokonaisrahoitukseen osallistuu myös muita tahoja. Vuonna 2005 yksityisen sektorin rahoitusosuuden arvioitiin olevan noin 22 % terveydenhuollon

² Noin 40 % terveydenhuollon kokonaiskustannuksista (Vuorenkoski 2008, 44)

³ Noin 21 % terveydenhuollon kokonaiskustannuksista (Vuorenkoski 2008, 44)

⁴ Noin 17 % terveydenhuollon kokonaiskustannuksista (Vuorenkoski 2008, 44)

kokonaiskustannuksista. Tästä summasta merkittävimmän osan maksoivat kotitaloudet⁵. Tämän lisäksi myös työnantajien maksut sekä yksityiset sairausvakuutukset voidaan lukea osaksi yksityistä terveydenhuollon rahoitusta. (Vuorenkoski 2008, 4.)

2.3 Työvoima

Terveydenhuollon työntekijöiden lukumäärä lisääntyi noin 15 % vuodesta 1995 vuoteen 2005. Kaiken kaikkiaan terveydenhuollon rekisteröityjä työntekijöitä oli Suomessa vuonna 2005 hiukan alle 200 000. Lääkäreiden lukumäärä vuonna 2005 oli noin 17 000, sairaanhoitajien noin 62 300 ja terveydenhoitajien noin 14 000. Väestöön suhteutettuna Suomessa oli vuonna 2003 noin 3,3 lääkäriä tuhatta asukasta kohden ja hoitajien vastaava osuus oli 7,6. Suomi sijoittuukin lääkäri- ja hoitajatyövoimaa tarkasteltaessa EU-maiden keskiarvon paikkeille. Suurin osa terveydenhuollon työvoimasta työskentelee kunnallisen terveydenhuollon palveluksessa. Vuonna 2005 kuntasektorilla työskenteli noin 123 700 työntekijää, joista yli puolet toimi erikoissairaanhoidossa. Vuonna 2004 yksityisen sektorin palveluksessa työskenteli oin 28 400 työntekijää. (Vuorenkoski 2008, 90 – 93.)

Perinteisesti on ajateltu, että yksityissektorilla työskentely mahdollistaa esimerkiksi lääkäreille korkeamman tulotason sekä lisää heidän vaikutusmahdollisuuksiaan oman työnsä suhteen (Hemminki & Tanninen, 2001). Monista yksityisen sektorin kannusteista huolimatta, suuri osa lääkäreistä toimii kuitenkin päätoimisesti julkisen sektorin palveluksessa ja tarjoaa yksityisiä lääkäripalveluita vain sivutoimenaan⁶ (Häkkinen & Lehto, 2005). Vuonna 2008 miltei 70 % työssä olevista lääkäreistä työskenteli päätoimisesti julkisen sektorin sairaaloissa (n=7716) tai terveyskeskuksissa (n=3548). Noin viidesosa puolestaan työskenteli päätoimisesti työterveyshuollossa (n=1016) tai piti päätoimisesti yksityisvastaanottoa (n=1800). (Suomen lääkäriliitto 2009.)

⁵ Noin 18 % terveydenhuollon kokonaiskustannuksista (Vuorenkoski 2008, 44)

⁶ Poikkeuksena muun muassa hammashuolto (Vuorenkoski 2008, 92)

3 Silmäterveydenhuolto Suomessa

Suomessa silmäterveydenhuollon toiminnan voidaan pääsääntöisesti katsoa keskittyneen sairaaloihin sekä yksityiselle sektorille (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2004). Julkisen sektorin tarjoamat silmäterveydenhuollon avopalvelut ovat, paikkakunnasta riippuen, vähäisiä tai niitä ei tarjota ollenkaan (Klaukka & Maljanen, 2001). Tällä hetkellä jopa kaksi kolmesta silmäsairaanhoidon potilaasta hoidetaankin yksityisen sektorin toimesta (Vaahtoranta-Lehtonen ym., 2007). Samankaltaisiksi yksityissektorivaltaisiksi erikoisaloiksi voidaan Suomessa lukea gynekologia (Hemminki & Tanninen, 2001), suun terveydenhoito (Chernichovsky, Bolotin, & de Leeuw, 2003; Mikkola ym., 2005) sekä työterveyshuolto ja farmasian ala (Häkkinen & Lehto, 2005).

Suomalaiselle silmäterveydenhuollolle on tyypillistä, että julkinen, perusterveydenhuoltotasoinen silmäterveydenhuolto puuttuu järjestelmästä lähes kokonaan (Tuulonen, 2003). Perusterveydenhuollossa kohdataan kuitenkin paljon silmäsairauksia ja esimerkiksi Iso-Britanniassa silmälääketieteellistä osaamista on pyritty viemään myös perusterveydenhuollon tasolle (Riad, Dart, & Cooling, 2003). Suomessa terveyskeskuslääkäreiden toimenkuvaan silmäterveydenhuollon puolella voidaan yleisesti katsoa kuuluviksi ainoastaan silmäongelmien ensihoidon aloittaminen ja potilaan edelleen ohjaus erikoissairaanhoidon. Pääsääntöisesti terveyskeskuksissa voidaankin hoitaa vain sellaisia silmäongelmia, jotka eivät välttämättä tarvitse silmälääkärin konsultaatiota. (Hietanen, Karma, & Uusitalo, 2005.) Lisäksi perusterveydenhuollossa tehdään näöntarkastuksia koululaisille sekä ajokorttiin vaadittavien lääkärintarkastusten yhteydessä. Silmälääketieteen osaamisen puuttuminen voidaan nähdä ongelmalliseksi, sillä silmälääkäripalveluita tarvitaan usein osana muidenkin kuin primaaristi oftalmologisten sairauksien hoitoa (Smith, 2006). Muun muassa tyypin kaksi diabeteksen yleistyminen länsimaissa voidaan nähdä yhtenä silmäsairaanhoidon palveluiden tarvetta lisäävänä tekijänä (Kirkwood ym., 2006). Silmänpohjakuvaukset onkin jo lisätty joidenkin terveyskeskusten palvelupertuaariin myös Suomessa (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2004).

Julkisen sektorin silmälääkärivaje on pysytellyt reilussa 20 %:ssa jo usean vuosikymmenen ajan (Tuulonen, 2003). Sen voidaankin uumoilla olevan yksi tärkeimmistä syistä yksityisen sektorin valta-asemaan silmäterveydenhuollossa. Suomen Lääkäriliiton vuonna 2007 tekemän lääkärikyselyn mukaan Suomessa oli kyseisenä vuonna 389 silmälääketieteen erikoislääkärinä. Heistä päätoimisesti yksityisellä sektorilla ilmoitti toimivansa lähes puolet (n=193) ja sivutoimisesti noin 40 % (n=163). (Suomen Lääkäriliitto, 2007.) Jakauma yksityisen ja julkisen sektorin välillä lienee pysynyt melko samanlaisena usean vuoden ajan, sillä 2000-luvun alussa tehdyn tutkimuksen mukaan vain noin 10 % silmälääkäreistä työskenteli pelkästään julkisen sektorin palveluksessa. Lisäksi vuosina 1996 - 2001 julkisen sektorin silmälääkäreiden osa-aikaisuus lisääntyi 11 prosenttiyksiköllä 22 %:sta 33 %:iin. (Tuulonen, 2003.)

Silmälääkäreiden hakeutumista yksityissektorille on selitetty muun muassa silmälääkäriprofession halulla toimia itsenäisesti irrallaan suuremmasta työyhteisöstä (Tuulonen, 2003). Silmälääkärit ovat perinteisesti toimineet itsenäisinä ammatinharjoittajina ja yksityisen sektorin työnantajat saattavat vastata asiantuntijoiden autonomiavaateisiin julkista sektoria paremmin. Yksityisen ammatinharjoittamisen perinteestä silmäterveydenhuollossa kertovat myös maassa toimivat sadat yksityiset optikkoliikkeet, joiden kanssa myös suuri osa silmälääkäreistä on sopimussuhteessa. Vuoden 2006 lopussa optikkoliikkeitä arvioitiin Suomessa olevan noin 750. Samaisena vuonna laillistettujen optikoiden määräksi arvioitiin noin 1800. Alan voidaan sanoa olevan kasvussa, sillä optikkojen määrä sekä optisen alan liikevaihto on kasvanut jokaisena vuonna kun tarkastellaan ajanjaksoa 2000 – 2006. (Optisen alan tiedotuskeskus 2007.) Viime vuosina markkinoille on tullut mukaan uusia ulkomaisia optikkoliikeketjuja (esimerkiksi Spec Savers), jotka hakevat kilpailuetua tarjoamalla silmälaseja huomattavasti kotimaisia toimijoita huokeampaan hintaan.

4 Public-Private Partnership

4.1 Yksityinen ja julkinen käsitteinä

Jako julkiseen ja yksityiseen juontaa juurensa Antiikin Roomasta, jossa ”julkisen” (public) katsottiin määrittävän yhteiskuntaa kokonaisuudessaan ja ”yksityisen” (private) koskevan enemmän yksittäisiä kansalaisia ja heidän toimiaan (Gobetti 1997: 107). Raja julkisen ja yksityisen välillä on kuitenkin häilyvä ja jatkuvasti muutoksessa (Elshtain 1997: 167). Siksi kahtiajako onkin nähtävä monimerkityksellisenä ja lopulta subjektiiviseen tulkintaan perustuvana dikotomiana, jossa käsitteet ”julkinen” ja ”yksityinen” määrittyvät asiayhteydestä riippuen (Weintraub 1997: 3, Elshtain 1997: 167, Wolfe 1997: 182).

Usein julkinen/yksityinen – jaottelua käytetään jäsenettäessä yhteiskunnallista toimintaa sekä sosiaalista ja fyysistä tilaa yhteiskunnassa (Weintraub 1997: 7). Yksi tapa jäsentää yksityistä ja julkista on tarkastella jakoa yhteiskunnallisten instituutioiden ideologisen luonteen kautta. Tällöin jaottelun sosiohistoriallisena lähtökohtana toimii kapitalismin perinteestä juontava erottelu valtion ja markkinoihin. Määrittely etenee erottaen toisistaan valtiollisen (governmental) julkisen sektorin ja ei-valtiollisen (nongovernmental) yksityisen sektorin, joista ensin mainittu voidaan mieltää luonteeltaan poliittiseksi ja viimeksi mainittu ei-poliittiseksi toiminnan kentäksi⁷. (Weintraub 1997: 7 – 10, 35 – 36.)

Jako julkiseen ja yksityiseen voidaan tehdä kuitenkin myös monella muulla tapaa. Jaottelu voidaan tehdä esimerkiksi määrittämällä julkinen ja yksityinen enemmän vertikaalisesti julkisesta yksityiseen liikkuvana jatkumona, jolloin ”yksityinen” nähdään henkilökohtaisena (esimerkiksi ystävyys, ks. Silver 1997, 46), piilossa tapahtuvana ja epämuodollisena (Elshtain, 172; Wolfe, 182–183). ”Julkinen” puolestaan tapahtuu yleisesti ja käsittää kansalaisosallistumisen sekä muita yhteiskunnallisen aktiivisuuden muotoja. Toisaalta, jos asiaa katsotaan julkisen vallan

⁷ Weintraub (1997: 6) kuitenkin huomauttaa, että jaolla julkiseen ja yksityiseen ei välttämättä ole mitään tekemistä poliittisen kanssa. Kuitenkin PPP:n kohdalla politiikka ulottuvuus tulee merkittäväksi.

näkökulmasta, kansalaisosallistuminen tai paremmin kansalaisyhteiskunta voidaan kytkeä ennemmin osaksi yksityistä, jolloin se nähdään yksityisten ihmisten muodostamana entiteettinä. Tällöin kahtiajako lähenee jakoa julkiseen ja yksityiseen elämään.

Kun tarkastelun alle otetaan Public-Private Partnership (PPP) voidaan todeta, että sen taustalla vaikuttava jako yksityiseen ja julkiseen tarkoittaa teoriassa jakoa poliittiseen valtioon (julkinen) ja vapaisiin markkinoihin (yksityinen). Omaksuttaessa tämänkaltaisen melko pelkistetty⁸ jako valtioksi ja markkinoiksi voidaan katsoa, että julkisen sektorin juuret juontavat osin Hobbesilaisesta poliittisesta filosofiasta (Weintraub 1997: 9). Taustalta voidaan löytää ajatus vahvasta valtiosta⁹, jonka tehtävän on huolehtia kansalaistensa turvallisuudesta ja hyvinvoinnista. Tämän ajattelun taustalla taas vaikuttaa näkemys yksilöiden kyvyttömyydestä järjestää omaa elämäänsä yhteistoiminnassa siten, että yhteiskunta olisi hyvä paikka elää. (Wiberg 1984: 77 – 78.) Tämän lisäksi julkisen sektorin eetoksen voidaan katsoa edustavan tietynlaista utilitarismia, jossa yleinen etu korostuu erityisen eli yksittäisen kansalaisen edun sijaan (Weintraub 1997: 9). Julkisen sektorin tehtävänä onkin perinteisesti ollut huolehtia yhteiskunnan huono-osaisista ja esimerkiksi kerätä veroja yhteisen hyvän aikaansaamiseksi.

Yksityinen sektori puolestaan korostaa erityistä yleisen sijaan. Sen juuret kiinnittyvät klassiseen liberalismiin, jossa yksilön vapaus nähtiin ensisijaisena yhteiseen etuun nähden (Pietarinen 1984: 91). Liberalismista vaikutteita saaneen Adam Smithin näkemykset määrittävät myös yksityisen sektorin toimintalogiikkaa. Smithin (ja samalla myös markkinatalouden) mukaan kansalaiset toimivat rationaalisesti omaa etuaan maksimoiden ja tuottavat tätä kautta hyvinvointia koko yhteiskuntaa (Weintraub 1997: 9). Yksityisen sektorin toiminta perustuukin yksityisten ihmisten tai yksityisten yritysten vapaaehtoisille sopimuksille sekä niiden väliselle markkinakilpailulle.

⁸ Pelkistetyllä tarkoitetaan tässä sitä, että maailma ei todellisuudessa ole näin yksinkertainen

⁹ Hobbesin ajatus oli jakamattomasta itsevaltiudesta (Leviathan 1651)

4.2 PPP käsitteenä

Public-Private Partnership (PPP) voidaan määritellä ”julkisten ja yksityisten toimijoiden enemmän tai vähemmän pysyväisluonteiseksi yhteistyöksi (*co-operation*), jonka kautta kehitetään ja tuotetaan yhteisiä tuotteita/palveluita ja jossa riskit, kustannukset ja voitot jaetaan” (esim. Klijn, Edelenbos, Hughes, 2007: 72). PPP nähdään toimintana, joka tapahtuu ennen kaikkea organisaatioiden tasolla ja siksi sen ulkopuolelle jäävät muun muassa yksityisten ammatinharjoittajien julkisten organisaatioiden kanssa tekemät sopimukset. Terveystieteissä käsittelevässä kirjallisuudessa PPP:n käsite alkoi esiintyä 1990-luvulla ja sen käyttö on lisääntynyt huomattavasti tultaessa 2000-luvulle (Barr, 2007).

PPP:n juuret voidaan sijoittaa 1970-luvulle, jolloin julkisen sektorin toimintaan alettiin vaatia uudistuksia sekä entistä kevyempiä ja tehokkaampia tapoja sen toiminnan organisoimiseksi. Vaadittuja julkisen sektorin reformeja alettiin 1970-luvulla toteuttaa niin kutsutun New Public Management¹⁰ (NPM) – käsitteen varjolla. Yhteisenä ajatuksena NPM:n taustalla vaikutti usko siihen, että yksityisen sektorin mukaan tulo tekee julkisen sektorin toiminnasta tehokkaampaa, kustannusvaikuttavampaa, asiakaslähtoisempää sekä tulorientoituneempaa. Toimet ongelmien ratkaisemiseksi kuitenkin vaihtelivat ja NPM-käsitteen alle mahtuikin monenlaisia tapoja uudistaa julkisen sektorin toimintaa. (Homburg ym. 2007: 1-5.) PPP voidaan nähdä yhtenä NPM:n mukana saapuneista toimintamalleista, joiden kautta julkisen sektorin toimintaa on pyritty uudistamaan yksityisen sektorin osaamista hyödyntäen (Klijn, Edelenbos, & Hughes 2007: 71).

On kuitenkin huomattava, että PPP ei ole vakiintunut toimintakonsepti ja se, mitä käsitteellä loppujen lopuksi tarkoitetaan, on epäselvää (Widdus, 2001). Esimerkiksi Klijn ja kollegoiden (2007: 72) mukaan PPP sisältää itsessään kaksi erilaista yhteistyön muotoa. Näistä toinen on *sopimukseen (contract)* ja toinen *kumppanuuteen (partnership)* perustuva PPP. Public-Private Partnership onkin nähtävä moniselitteisenä terminä, jota voidaan käyttää useissa yhteyksissä ja merkityksissä (Vrangbaek, 2008). Lisäksi kirjallisuudesta on mahdollista löytää myös muita PPP:n

¹⁰ Uusi julkisjohtaminen

kanssa yhteisen määritelmän jakavia käsitteitä¹¹ (Field & Peck, 2003; Richter, 2004). Yhtäkaikki PPP on nähty nimenomaan julkisen sektorin intresseistä kumpuavana toimintamallina (Klijn ym., 2007: 87). Sen avulla pyritäänkin nimenomaan julkisen sektorin toiminnan kehittämiseen.

4.3 PPP:n käytännön sovelluksia

Perinteisesti julkisen ja yksityisen sektorin kumppanuutta on toteutettu esimerkiksi kuljetus- ja rakennusalalla (McKee, Edwards, & Atun, 2006), mutta nykyään PPP-järjestelyjä on mahdollista löytää myös terveydenhuollon alueelta niin kehittyneistä kuin kehittyvistä maista. Kun tarkastelun alle otetaan esimerkiksi pohjoismaiset terveystalveluiden rahoitus- ja järjestämismallit, voidaan todeta, että erilaisia julkisen ja yksityisen sektorin kombinaatioita on mahdollista löytää kaikista näistä järjestelmistä (Øvretveit, 2003). Seuraavassa tehdään katsaus erilaisiin terveydenhuollossa sovellettuihin PPP-malleihin.

4.3.1 PPP kansainvälisten kokemusten valossa

Kansainvälisestä kirjallisuudesta voidaan löytää usean kaltaisia PPP-malleja. Iso-Britanniassa PPP hankkeet ovat yleistyneet lähinnä sairaalainfrastruktuurin rakentamisen alalla niin kutsutun Private Finance Initiative – konseptin muodossa (Nikolic & Maikisch, 2006; Vrangbaek, 2008). Ruotsissa taas monet terveystalvelukset ovat siirtyneet yksityisen sektorin alaisuuteen (Mason, 2008). Tanskassa julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyö on näkynyt muun muassa terveystalveluiden yhteistarjontana sekä yhteistyössä kehitetyn ja johdetun terveydenhuollon verkkoviestintä mallin muodossa (Vrangbaek, 2008). Myös Saksassa PPP on otettu käyttöön kehitettäessä IT-teknologioita terveydenhuoltosektorilla (Nikolic & Maikisch, 2006). Yhdysvalloissa PPP on valjastettu esimerkiksi kansanterveystyön käyttöön (Nelson, Rashid, Galvin, Essien, & Levine, 1999) ja Itävallassa

¹¹ Esimerkiksi: collaboration/alliance with the business sector; public-private joint initiative; voluntary initiative; multi-stakeholder initiative/dialogue; corporate social responsibility-/citizenship initiatives; cause related marketing. (Richter, 2004) s. 5 Myös: cooperation, networking, joint working (Field & Peck, 2003)

kumppanuutta on hyödynnetty terveystalvvelujärjestelmän kehittämässä (Nikolic & Maikisch, 2006).

Asiaa voidaan tarkastella myös terveydenhuollon erikoisalojen näkökulmasta. PPP-mallia on hyödynnetty muun muassa psykiatrian (Yung ym., 2005), hoivapalveluiden (Mur-Veeman, Hardy, Steenbergen, & Wistow, 2003) ja terveydenedistämisen alueilla (Anderson, 2002). Etenkin kehitysmaissa julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyöhankkeet ovat olleet yleisiä useissa tartuntatautien ehkäisy- ja hoitokampanjoissa (Curtis, Garbrah-Aidoo, & Scott, 2007; Dewan ym., 2006; Lonroth ym., 2004; Newell, Pande, Baral, Bam, & Malla, 2004; Schwartz & Bhushan, 2004). Kaiken kaikkiaan suuri osa kumppanuushankkeista on keskittynyt joidenkin tiettyjen tautitilojen ehkäisyyn ja hoitoon¹². PPP-hankkeet onkin koettu hyviksi keinoiksi taltuttaa esimerkiksi globaaleja terveysongelmia ja laajoja epidemioita (Barr, 2007). Muun muassa Maailman pankki (the World Bank), Maailman terveysjärjestö (WHO) sekä YK ovatkin suhtautuneet julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyöhön positiivisesti ja pyrkivät paikallisten järjestelyjen lisäksi luomaan myös globaaleja PPP-malleja (Richter, 2004).

4.3.2 PPP Suomessa

Suomessa kunnat ovat, kuten edellä on esitetty, vastuussa kuntalaisten terveystalvveluiden järjestämisestä ja ne voivat hankkia niille määrättyjen tehtävien edellyttämiä palveluita, myös yksityisiltä palveluntuottajilta. Siitäkin huolimatta, että palveluista suhteellisen pieni osa hankitaan yksityiseltä sektorilta (Vuorenkoski 2008, 135), on Suomesta mahdollista löytää sosiaali- ja terveystalvvelulla käyttöön otettuja yksityisen ja julkisen kumppanuusmalleja.

Lahdessa osa terveystalvvelukeskuksista on siirretty yksityisen palveluntuottajan toiminnaksi (Vuorenkoski 2008, 136) ja muutamissa sairaanhoitopiireissä on PPP:tä hyödynnetty puhelinneuvonta- ja internetpalveluita kehitettäessä (Kivisaari & Saranummi, 2006). Itä-Suomessa julkinen terveystalvveluasema sekä kaksi suurta yksityistä palveluntuottajaa toimivat samoissa toimitiloissa ”yhteisen vastaanottotiskin takaa” (Järvi, 2008).

¹² HIV/AIDS, malaria sekä tuberkuloosi

Pirkanmaalla PPP-malli on puolestaan löydettävissä tekonivelkirurgian alalta. Julkisten toimijoiden sekä yksityisten yritysten yhteisomistuksessa oleva Coxa oy., tuottaa tekonivelleikkauksia sekä julkisen sairaanhoidon piiriin kuuluville että itse hoitonsa maksaville potilaille (Vuorenkoski 2008, 135 – 136; Lehto ym., 2005). Tämän lisäksi yksityisen ja julkisen sektorin yhteistyötä on tehty myös työvoimapolitiittisten ongelmien, jonojen purkamisen sekä potilaiden erikoissairaanhoidosta kotiuttamisen yhteydessä (Holtari & Haapakoski, 2008).

On hyvä huomata, että PPP ei välttämättä tarkoita sopimusta julkisen ja voittoa tavoittelevan yksityisen välille. Esimerkkinä tästä toimii entisen Karjaan¹³ kunnan ja kolmannen sektorin kansanterveysjärjestö Folkhälsanin yhteistyösopimus perusterveydenhuollon ja vanhuspalveluiden järjestämisestä (Vuorenkoski 2008, 136).

4.4 PPP:n esteet ja edellytykset

4.4.1 Koettu tarve ja tiedostettu keskinäisriippuvuus

Julkisen ja yksityisen sektorin kumppanuus (PPP) edellyttää kokemusta yhteistyön tarpeellisuudesta (Lewis, Baeza, & Alexander, 2008). Esimerkiksi tietoisuus siitä, että organisaation toiminnalle asetettuja tavoitteita ei ole mahdollista saavuttaa ainoastaan oman toiminnan kautta, voidaan nähdä motivoivana tekijänä PPP-hankkeiden alullepanossa (Anderson, 2002; Widdus, 2001). Jatkuvasti muuttuva toimintaympäristö voi kannustaa kumppanuuteen, sillä sen kautta mahdollisuuden organisaation joustavampaan ja reaktiivisempaan toimintaan saattavat parantua (Grimshaw, Vincent, & Willmott, 2002; Nelson ym., 1999). Myös laadukkaammat palvelut sekä kustannusten ja riskien jakaminen kumppaneiden kesken, voidaan nähdä tavoitteina, joita PPP:n kautta pyritään saavuttamaan (Nikolic & Maikisch, 2006; Yung ym., 2005). Erityisesti terveydenhuollon alueella hoitotulosten optimointi (Yung ym., 2005) tai yksityisten palveluntarjoajien markkinoillepääsyn helpottaminen saattavat motivoida yhteistyöhön lähtemiseen (McKee ym., 2006).

¹³ 1.1.2009 alkaen osa Raaseporin kuntaa

Organisaatioiden välisen keskinäisriippuvuuden tiedostamisen on todettu olevan tekijä, joka vaikuttaa PPP:n synnyn todennäköisyyteen (Lasker ym., 2001), ja esimerkiksi toimijoiden toisiaan täydentävät voimavarat¹⁴ saattavat kannustaa osapuolia kumppanuussopimuksen muodostamiseen (Grimshaw ym., 2002). Julkisen sektorin näkökulmasta tarkasteltuna teknologioiden ja muun osaamisen leviäminen yksityiseltä julkiselle sektorille voi motivoida julkista sektoria kumppanuuteen. Tämän kaltaista osaamista voivat olla esimerkiksi sektorin johtamis- ja markkinointiosaaminen sekä tehokkaammat tuotantotavat. (Curtis ym., 2007; Nikolic & Maikisch, 2006) Yksityisen sektorin näkökulmasta PPP voi toimia esimerkiksi kysyntä olosuhteiden vakauttajana, sillä julkisella sektorilla palveluiden kysynnän voidaan katsoa olevan taattu (Vrangbaek, 2008). Voi myös olla, että julkisen sektorin substitutioista osalliseksi pääseminen (Widdus, 2001) tai esimerkiksi yliopistosairaalan kanssa tehdyn yhteistyön mukanaan tuoma imagoarvo motivoivat yksityistä sektoria hakeutumaan yhteistyöhön julkisen toimijan kanssa.

Yksityisen ja julkisen sektorin välinen työnjako sekä sektoreiden väliset vastuut voivat näyttäytyä toimijoille epäselvinä, jos kentällä vaikuttaa useita toimijoita ilman keskinäistä yhteistyösopimusta (Yung & Grigg, 2000). Tällöin toiminta saattaa ilmetä muun muassa epäoptimaalisena resurssien käyttönä ja päällekkäisenä palveluntarjontana. Kumppanuus voidaankin nähdä mahdollisuutena allokoida organisaatioiden voimavaroja uudella tavalla ja lisätä näin organisaation mahdollisuuksia joustavampaan palvelun tarjontaan (Lasker ym., 2001). Lisäksi PPP saatetaan kokea välineenä ymmärtää monimutkaista toimijoiden kenttää ja keinona vaikuttaa siinä tapahtuvaan toimintaan (Lewis ym., 2008, Klijn ym., 2007)

Weintraubin (1997) mukaan julkinen ja yksityinen sektorin toimijat jakavat yhteisen sosiokulttuurisen toimintaympäristön. Näin myös kulloinkin kohdattavat ongelmat ja saavutettavat tavoitteen saattavat muodostua yhteisiksi, vaikkakin ne saattavat määrittyä eri lähtökohdista käsin. Simonin ja Fieldingin (2006) antavat tästä hyvän esimerkin. He näkevät, että julkisen ja yksityisen sektorin toimijat jakavat yhteisen intressin terveestä väestöstä, jolloin esimerkiksi kumppanuus terveyspalveluiden järjestämisessä palvelee molempien intressejä. Julkinen sektori hakee yhteistyön

¹⁴ Tässä voimavarat ymmärretään sekä aineellisina että aineettomina.

kautta tehokkuutta ja palveluiden parempaa saatavuutta. Yksityinen sektori puolestaan näkee terveydenhuoltoon panostamisen taloudellisesti kannattavaksi sijoitukseksi. Tällöin yhteistoiminta muodostuu toimintapolitiikaksi, jonka kautta kummankin sektorin edustajat voivat ylittää tavoitteisiinsa. PPP:n kannalta olennaista onkin, että molemmat osapuolet hyötyvät yhteistyöstä, ja että yhteistyön vaatimat resurssit sekä valta on jaettu mielekkäästi kumppaneiden kesken (Anderson, 2002; Kivisaari & Saranummi, 2006; Widdus, 2001).

4.4.2 Toimijoiden arvot ja asenteet sekä kulttuurien yhteen sopivuus

PPP:n edellytyksistä puhuttaessa kysymys organisaatioiden arvojen ja toimintakulttuureiden eroista ja yhtäläisyyksistä on otettava huomioon. Jos toiminnan prioriteetit on asetettu sektoreiden välillä kovin erilaiseen järjestykseen, saattavat PPP:n toteutumismahdollisuudet heikentyä (Lewis ym., 2008; Nelson ym., 1999). Yhteisen vision olemassa olo onkin todettu tärkeäksi yhteistyön onnistumisen edellytykseksi (Kivisaari & Saranummi, 2006).

Toimintakulttuurien kohdalla esimerkiksi erot johtamiskäytännöissä saattavat vaikeuttaa kumppanuuden muodostumista (Grimshaw ym., 2002). Kun tarkastelun alle otetaan terveyden huolto, esimerkiksi erot potilasaineksen ja tätä kautta myös toiminnassa tarvittavan osaamisen suhteen saattavat muodostua PPP:n esteiksi (Yung ym., 2005). Tämän lisäksi eri arvopohjista kumpuavat painotukset hoidon laatua ja tehokkuutta kohtaan ovat myös esimerkkejä, jotka saattavat aiheuttaa ristiriitatilanteita ja jopa muodostua esteiksi yhteistyön syntymiselle (Grimshaw ym., 2002).

Julkisella sektorilla on lakisääteinen vastuu (terveys)palveluiden järjestämisessä. Lisäksi terveydenhuollon ammattilaisten koulutus, kehitystehtävät sekä tieteellinen tutkimus kuuluvat usein julkisen sektorin vastuualueelle (McKee ym., 2006). Näillä tekijöillä voikin olla vaikutuksia PPP:n sopimuksen syntymiseen, sillä julkisella sektorilla saatetaan pelätä, että kumppanuus yksityisen toimijan kanssa johtaa julkisen sektorin lakisääteisten velvollisuuksien laiminlyömiseen (Grimshaw ym., 2002; Nelson ym., 1999). Lisäksi kysymykset tasa-arvoisesta ja riittävästä palveluiden

saannista, julkisten varojen tehokkaasta käytöstä, yhteiskuntavastuusta sekä asianmukaisesta palveluiden turvallisuudesta saattavat nousta esiin kun julkisen ja yksityisen kumppanuudesta keskustellaan (Anderson, 2002; Widdus, 2001). Yhteistyön voittoa tavoittelevien palveluntuottajien kanssa saatetaan katsoa vaarantavan edellä mainitut tavoitteet. Julkisella sektorilla suhtaudutaankin yksityisen sektorin mukaan tuloon usein epäillen. (Barr, 2007; Bovaird, 2004)

Kun asiaa pohditaan yksityisen sektorin perspektiivistä, huomataan, että yhteistyön pelätään usein uhkaavan yksityisen sektorin voiton maksimointia sekä sen toiminnan tehokkuutta (Grimshaw ym., 2002; Kivisaari & Saranummi, 2006). Myös markkinakilpailun voidaan kokea vaarantuvan, jos markkinoilla ennen keskenään kilpailleet toimijat solmivat yhteistyösopimuksen (Bovaird, 2004). Edelleen, yksityisen toimijan markkina-asemaan liittyen, käsitykset julkisen sektorin riittämättömästä kompetenssista ja tehottomuudesta saattavat sulkea ovia yhteistyömahdollisuuksilta (Yung ym., 2005).

Yksityisten toimijoiden pelko autonomian ja riippumattomuuden menetyksestä yhteistyön seurauksena, saattaa synnyttää haluttomuutta yhteistoimintaan (Anderson, 2002; Bovaird, 2004). Tähän liittyy myös ajatus siitä, että mahdollisuudet vastata markkinoiden muuttuviin tilanteisiin huononevat PPP:n myötä (Vrangbaek, 2008). Lisäksi julkiselle sektorille ominainen poliittinen päätöksenteon luonne ja hitaammiksi mielletyt päätöksentekoprosessit ovat osoittautuneet tekijöiksi, jotka yksityisen sektorin mielestä vaikeuttavat PPP:n toteutumista (Kivisaari & Saranummi, 2006).

Loppujen lopuksi yksityisen ja julkisen sektorin yhteistyö voi kummuta niin osapuolten samankaltaisuudesta kuin kumppaneiden keskinäisestä erilaisuudestakin. Ensin mainitussa pyritään resursseja yhdistämällä saavuttamaan etulyöntiasema markkinoilla, kun taas viimeksi mainitussa tavoitellaan toiminnasta saattamista entistä kokonaisvaltaisemmaksi jaettujen voimavarojen avulla (Lasker ym., 2001). Tärkeäksi seikaksi muodostuu lopulta tapa, jolla eroavaisuudet tunnistetaan, tunnustetaan ja huomioidaan kumppanuutta suunniteltaessa (Nelson ym., 1999). Lisäksi toimijoiden keskinäinen luottamus on tärkeää (Ahgren & Axelsson, 2007; Nelson ym., 1999; Yung ym., 2005). Kaikenlaisten ennakkoluulojen hälventäminen, esimerkiksi

koulutuksen avulla, saattaakin olla edellytys sille, että kumppanuutta on mahdollista ylipäättään lähteä rakentamaan (Yung ym., 2005).

4.4.3 Ammatillaiset ja asiakkaat

Hyvinvointipalveluiden tärkeimpiä tuotannon tekijöitä ovat henkilöstö sekä sen osaaminen ja erikoistuminen (Mikkola ym., 2005). Terveystieteiden muutoksesta puhuttaessa organisaatioita tulisikin tarkastella monitahoisina, eri ammattilaisten muodostamina yhteistoimintajärjestelminä (Longo, 2007), jotka vaikuttavat omalla toiminnallaan muutoksen onnistumiseen. Yhteistoiminnan onnistumisen kannalta onkin olennaista, että organisaatioissa toimivat ammattilaiset ovat motivoituneita muutokseen, kokevat sen tarpeelliseksi ja hyväksyvät sen (Ahgren & Axelsson, 2007; Mur-Veeman, I., Hardy, B., Steenbergen, M., & Wistow, G., 2003; Yung & Grigg, 2000).

Terveystieteiden muutoksista puhuttaessa avaintoimijoiksi voidaan nimetä terveydenhuollon professiot (Adler, Seok-Woo, & Heckscher, 2008). Näistä vaikutusvaltaisimmaksi nähdään usein lääkäriprofession. Uudet toimintamallit, kuten PPP, voivat näyttäytyä organisaatiossa negatiivisessa valossa, koska ne uhkaavat terveydenhuollon kentällä valitsevia käytäntöjä (Christensen, Bohmer, & Kenagy, 2000) sekä ammattilaisten hierarkkisia suhteita (Stevens, van der Horst, & Hendrikse, 2002). Työntekijät saattavat esimerkiksi pelätä työpaikkojensa puolesta yhteistyön tullessa voimaan (Bovaird, 2004). Lisäksi ongelmia voi syntyä esimerkiksi tilanteissa, jossa julkisen ja yksityisen sektorityöntekijät ovat juridisesti eriarvoisessa asemassa työnsä ja oikeuksiensa suhteen (Vrangbaek, 2008).

Yksityisen ja julkisen kumppanuutta voidaan tarkastella myös palvelun käyttäjien näkökulmasta. Havaintoja löytyy siitä, että potilaat pitävät yksityisesti tuotettuja palveluita julkisen sektorin tarjoamia suoritteita parempina (Halonen ym., 2006; Waters, Hatt, & Peters, 2003). Toisaalta asia on koettu myös toisinpäin. Kansalaiset saattavat kyseenalaistaa voittoa tavoittelevien (for-profit) yritysten palvelun tarjonnan motiiveja ja tätä kautta pelätä joutuvansa markkinavetoisten yritysten voitontavoittelun välineiksi (Bovaird, 2004). On kuitenkin myös osoitusta siitä, että

kansalaiset eivät välttämättä edes tiedä kuka palvelun päätetapahtuman loppujen lopuksi tuottaa. Tällöin voidaan olettaa, että tärkeintä kansalaisen näkökulmasta näyttäisi olevan, että palveluiden saatavuus ja laatu on taattu. (esim. Flinders, 2005.) Suomessa yleinen kansalaismielipide yksityisiä palveluntuottajia kohtaan on epäselvä, mutta negatiivinen suhtautuminen näyttää viimeisen vuosikymmenen aikana hiukan lisääntyneen (Kunnallisalan kehittämissäätiö, 2006).

4.4.4 Laajempi yhteiskunnallinen konteksti

Terveydenhuolto on luettava osaksi laajempaa systeemiä, jonka toiminta määrittää pitkälti sitä, miten ja millaista toimintaa terveydenhuollossa voidaan harjoittaa (Potter & Harries, 2006). Toimintaympäristö määrittelee osaltaan myös sen arvopohjan, jolle toiminta perustuu, ja näin myös terveystalouden järjestelmän toiminnan tavoitteet määräytyvät toiminnan kontekstin mukaisesti (Chernichovsky, Bolotin, & de Leeuw, 2003). PPP:n mahdollisuuksia pohdittaessa, ei voidakaan ummistaa silmiä yhteiskunnan kulttuurisilta, hallinnollisilta, taloudellisista, lakisääteisiltä, tai sosiaalisilta tekijöiltä, jotka kukin vaikuttavat toistensa ja koko yhteiskunnan toimintaan (Potter & Harries, 2006).

Yhteiskunnassa säädetyt lait ovat usein jäykkiä ja rajoittavia kontekstissa, jossa vaadittaisiin innovatiivisuutta ja joustavuutta toiminnan kehittämiseksi. Lainsäädäntö voidaankin nähdä yhdeksi uudistuksia rajoittavaksi tekijäksi. (Mur-Veeman ym., 2003) Näin on myös PPP:n kohdalla, sillä säädettyjen lakien puitteissa kaikki kumppanuuden muodot yksityisen ja julkisen sektorin välillä eivät ole sallittuja (Sairausvakuutuslaki 21.12.2004/1224). Lisäksi epäselvyydet lainsäädännössä saattavat heikentää mahdollisuuksia rakentaa luottamuksellista kumppanuutta yksityisen ja julkisen sektorin välille, sillä epävarmuus kumppanuuden kautta järjestettävän toiminnan lainmukaisuudesta, ei kannusta toimijoita yhteistyön rakentamiseen. (Vrangbaek, 2008). Lainsäädäntö voi myös tehdä kumppanuuden osapuolten näkökulmasta kannattamattomaksi toimintavaihtoehdoksi. Jos kumppanuuden kautta menetetään oikeus rahoitukseen tai pudotaan vakuutusjärjestelmän ulkopuolelle, ei yhteistoiminta näyttäydy kovinkaan haluttavana toiminnan järjestämismallina (Mur-Veeman, van Raak, & Paulus, 1999).

Muutosten esteeksi syntyvä lakirajoite saattaa johtaa siihen, että kumppanuuden toteutumiseksi on tehtävä muutoksia voimassa olevaan lainsäädäntöön (Nikolic & Maikisch, 2006; Widdus, 2001). Koska lait ja asetukset muodostuvat poliittisen toiminnan tuloksena, voidaan poliittisen legitimitetin katsoa olevan olennainen kumppanuuden synnyn mahdollistaja (Ahgren & Axelsson, 2007; Glendinning, 2003). Lisäksi PPP:n kehittämisessä, kuten muissakin terveydenhuollon toimintamallien muutoksissa, on pohjimmiltaan kyse voimavarojen kohdentamisesta ja uudelleen jaosta. Siksi se onkin nähtävä loppujen lopuksi poliittisena prosessina, jossa vaikuttavat monenlaiset toimijat ja jonka puitteissa ajetaan useita erilaisia intressejä. (Thomas & Gilson, 2004)

Poliittisten päättäjien kannalta PPP ei ole ongelmaton toimintamalli. On arvioitu, että julkisen sektorin toiminnan kustannukset ja riskit saattavat jopa kasvaa PPP:n myötä. Päättäjillä voi olla taloudellisia intressejä epäillä PPP:tä ja poliitikkojen epävarmuus PPP:n tuottamasta rahallisesta tuloksesta saattaa vaikeuttaa kumppanuuden syntyä. Julkisella sektorilla saatetaan pelätä yksityisen organisaation talouden romahtamista ja siitä mahdollisesti julkiselle sektorille aiheutuvia lisäkuluja. (Vrangbaek, 2008.) Lisäksi PPP:n myötä poliittisten päättäjien vaikutusmahdollisuudet palveluiden tarjoamista koskeviin päätöksiin sekä strategiseen toiminnan suunnitteluun vähenevät (Bovaird, 2004; Flinders, 2005). Tätä kautta se hankaloittaa myös päättäjien mahdollisuuksia kontrolloida julkisen sektorin kustannuksia (Vrangbaek, 2008).

Yhteiskunnan poliittiset painotukset saattavat vaihtua huomattavasti nopeammin kuin tyypillisesti melko pitkäkestoisiksi tehdyt PPP-sopimukset. Flinders (2005) nostaa esille kysymyksen siitä, kuinka pitkäaikaisia sopimuksia kullakin hetkellä poliittista valtaa pitävät päättäjät uskaltavat solmia. Okko ja kumppanit (2007) kantavat taas enemmän huolta siitä, miten pitkän aikavälin PPP-sopimukset vaikuttavat yhtäältä niiden tarjoamien palveluiden laatuun ja motivaatioon kehittää palveluita entistä paremmiksi. Toisaalta he kysyvät, vaikeuttaako PPP-malli uusien yksityisten palveluntarjoajien mahdollisuuksia tulla mukaan markkinoille. Jälkimmäinen kysymys voitaneen tulkita peloksi siitä, että yhteistyö synnyttää palveluntarjonnan monopolin ja johtaa kilpailun tyrehtymiseen markkinoilla.

Keskustelut yksityisen ja julkisen sektorin suhteesta ovat usein ideologisesti värittyneitä eivätkä mielipiteet välttämättä perustu empiirisesti tutkittuun tietoon (Øvretveit, 2003). Kukin päättäjä toimii omien havaintojensa, kokemustensa ja intuitioidensa varassa, eikä päätöksenteko näin välttämättä perustu johdonmukaisesti rakennettuihin päätelmiin asioiden tilasta (Chernichovsky ym., 2003). Poliitikot saattavat pelätä oman asemansa puolesta ja välttää siksi ideologisesti arkojen aiheiden käsittelyä (Vrangbaek, 2008). Näin he pyrkivät voittamaan äänestäjiä puolelleen tai ainakin välttämään merkittävät tappiot seuraavissa poliittisissa vaaleissa.

Voimakkaita tunteita herättäviä päätöksiä saatetaan vältellä myös siinä toivossa, että nykytilan säilyttämisen myötä voidaan päätöksen tekijöiden pöydissä välttää suuria ideologisia yhteentörmäyksiä (Oliveira, Magone, & Pereira, 2005). Tätä päätöksenteon jäykkyyttä voidaan kutsua polkuriippuvuudeksi. Sen mukaan kulloisenkin hetken päätöksenteko perustuu aiemmin tehtyihin päätöksiin ja on vallitsevien instituutioiden rajoittamaa (Wilsford, 1994). Osin tästä johtuen, uusien toimintamallien, kuten PPP:n tuominen terveydenhuoltoon voi osoittautua vaikeaksi.

4.4.5 Yhteenveto PPP:n esteistä ja edellytyksistä

Terveydenhuollon muutoksesta puhuttaessa voidaan sen esteitä ja edellytyksiä löytää usealta eri yhteiskunnan tasolta. Yhtäältä toimijat voivat olla mikrotasolla vaikuttavia toimijoita, kuten yksittäisiä lääkäreitä, potilaita tai poliittisia päätöksentekijöitä (Watt, Sword, & Krueger, 2005). Toisaalta muutokseen voivat vaikuttaa mesotason tekijät, kuten ammattiryhmä ja potilasjärjestöt. Kolmanneksi muutokseen vaikuttavat makrotason tekijät, kuten lainsäädäntö ja kansalaismielipide. (Grol & Grimshaw, 2003). Kirjallisuuskatsauksen yhteenvetona on Taulukossa 1 esitetty kirjallisuudesta löydetyt PPP:n esteet ja edellytykset jaettuna mikro- ja makrotason vaikuttimiin.

Taulukko 1 Julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyön esteet ja edellytykset: yhteenvetotaulukko kirjallisuudesta

| | ESTEET | EDELLYTYKSET |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MIKRO | <p>Sisäisen legitimitietin puute</p> <p>Keskinäisriippuvuus jää tiedostamatta</p> <p>Koettua tarvetta kumppanuudelle ei ole</p> <p>Kumppanuutta ei nähdä mielekkäänä toimintapolitiikkana</p> <p>Pelko oman aseman¹⁵ puolesta</p> <p>Ennakkoluulot ja epäluottamus</p> <p>Päätöksentekotapojen ja toimintakulttuurien erot organisaatioissa</p> <p>Halu säilyttää nykytila</p> <p>Kumppanuuden pitkäkesto tai liiallinen sitovuus</p> | <p>Keskusteluyhteys, yhteinen kieli</p> <p>Tiedostettu keskinäisriippuvuus</p> <p>Koettu tarve</p> <p>Toiminnan kokeminen mielekkääksi ja lisäarvoa tuottavaksi</p> <p>Usko synergiaetujen saavuttamiseen</p> <p>Luottamus toimijoiden kesken</p> <p>Organisaation sisäisten arvojen ja asenteiden yhteensopivuus</p> <p>Toimintakulttuurien yhteensopivuus</p> |
| MAKRO | <p>Lainsäädäntö</p> <p>Poliittinen tahto puuttuu</p> <p>Budjettirajoite</p> <p>Kansalaisten tuki puuttuu</p> <p>Pelko markkinakilpailun heikkenemisestä ja monopoliasetelmista</p> <p>Kumppanuussopimusten pitkä ajallinen kesto</p> | <p>Muutokset lainsäädännössä</p> <p>Poliittinen tuki ja tahto</p> <p>Ulkoinen sokki joka muuttaa toimintaympäristöä</p> <p>Kumppanuuden sopivuus kansallisiin arvoihin</p> |

¹⁵ Asemalla voidaan tarkoittaa tässä yhtäältä organisaation makkina-asemaa tai julkisen sektorin erityisasemaa hyvinvointipalveluiden tuotannossa, toisaalta poliitikon tai muun päätöksen tekijän pelkoa oman (poliittisen) asemansa menetyksestä

5 Pohdinta

Pohjoismaissa terveydenhuollon järjestämisen on perinteisesti katsottu kuuluvan valtion tehtäviin ja yksityisen terveydenhuoltosektorin kasvuun on suhtauduttu varauksella (Øvretveit, 2003). Esimerkiksi markkinoiden epäonnistumista terveydenhuollon alueella on usein esitetty syyksi sille, miksi vahvaa julkista sektoria terveydenhuollon alalla tarvitaan (McKee, Edwards, & Atun, 2006). Markkinoiden epäonnistumiseen ovat syinä muun muassa potilaan ja lääkärin välillä vallitseva tiedon epäsymmetria, palvelun tarjoajien (esimerkiksi lääkäriprofessio) rajoitettu markkinoille pääsy sekä hintamekanismin toimimattomuus terveydenhuollon markkinoilla (Mooney 2003, 22 – 25). Suomessa keskustelussa julkisen ja yksityisen sektorin suhteesta esiin nousevat ”julkiseen” ja ”yksityiseen” liittyvät ideologiset ja normatiiviset lataukset.

Se, millaisin adjektiivein julkisia ja yksityisiä palvelun tuottajia kuvataan, on paljolti riippuvainen puhujan ideologisesta taustasta¹⁶. Vahvasti pohjoismaiseen hyvinvointivaltion ideaaliin nojaavat puheenvuorot tuntuvat pitävän palveluiden järjestämistä julkisen sektorin toimintana jopa olennaisempänä suhteessa siihen, mitä palveluilla saavutetaan. Yksityisten palveluntuottajien katsotaan uhkaavan julkisen terveystalouden tulevaisuutta. Lisäksi ajatus, että on epäeettistä tavoitella voittoa toisen sairauden kustannuksella, on toiminut argumenttina yksityisiä palveluntuottajia vastaan. Ideologiset seikat tuntuvatkin olevan yksi suurimmista esteistä yksityisen sektorin mukaantulolle hyvinvointipalveluiden tuotantoon Suomessa. Lisäksi yhteiskunnan instituutioille ominainen polkuriippuvuus, tekee järjestelmän muutoksista haastavia. Tiettyyn toimintatapaan sopeutuneille instituutioille ja kansalaisille järjestelmissä tapahtuvat muutokset muodostuvat usein epäedullisiksi toiminnan jatkuvuuteen verrattuna (Julkunen 2001, 19).

On esitetty, että merkittävät muutokset yhteiskunnan järjestelmissä eivät välttämättä suuria ja näkyviä. Sen sijaan innovatiivisina voidaan pitää muutoksia, jotka edelleen

¹⁶ Perinteisesti poliittisen vasemmiston on katsottu suhtautuvan markkinavoimien mukaan tuloon melko kielteisesti. Poliittinen oikeisto taas on tunnetusti puhunut melko voimakkaasti markkinavoimien mukaan tulon puolesta myös terveydenhuollossa. (Vuorenkoski 2008, 135)

mahdollistavat sellaiset muutokset, jotka aikaisemmin eivät ole olleet mahdollisia. (Bonoli & Palier 1998, Julkusen 2001, 21 mukaan). Suomessa valtiosuusuudistus vuonna 1993 voidaan nähdä eräänä esimerkkinä inkrementaalisesta muutoksesta, jonka seurauksena mahdollisuudet esimerkiksi PPP:lle ovat osin syntyneet. Vuoden 1993 valtiosuusuudistuksesta lähtien kunnat ovat olleet itsenäisesti vastuussa terveystalveluiden järjestämisestä asukkailleen ja näin paikalliset mallit terveystalveluiden järjestämisessä ovat lisääntyneet. Tämän seurauksena terveystalvelujärjestelmästä on muodostunut heterogeenisempi kokonaisuus, jossa talveluiden järjestämistavat vaihtelevat kuntien välillä ja jopa niiden sisällä. Lopulta voidaankin kysyä, mistä oikeastaan puhumme kun puhumme Suomen terveystalvelujärjestelmästä. Monimutkaista kokonaisuutta tarkasteltaessa herää ajatus siitä, voisiko järjestelmän sijaan olla osuvampaa puhua järjestelmien verkostosta, jossa kunnilla ja kuntayhtymillä on jokaisella oma ainutkertainen järjestelmänsä.

Jos PPP sijoitetaan Suomen terveystalvelujärjestelmän kontekstiin, voidaan se nähdä yhtenä mallina, jonka mukaisesti hyvinvointitalveluita paikallisesti järjestetään. Tällöin sen oikeutus riippuu osittain siitä, mihin suuntaan suomalaista terveystalvelujärjestelmää halutaan viedä. Jos intresseissä on jatkaa samalla epäjärjestelmällisellä terveystalveluiden kokonaisuudella, on PPP-mallin käyttö joissakin tilanteissa varmasti hyvä tapa talveluiden tuottamiseksi. Jos toimintaa halutaan suunnata entistä enemmän yhtenäisemmän järjestelmän suuntaan, on syytä pohtia ainakin sitä, millä tasolla¹⁷ PPP-malleja tulisi toteuttaa. Voidaankin kysyä, onko PPP mallina toimiva vain paikallisella tasolla vai voisiko sen soveltamista pohtia myös kansallisesti.

PPP edustaa toimintamallia, jonka avulla yksityisen sektorin osaamista ja resursseja hyödynnetään julkisen sektorin toiminnan, esimerkiksi talveluntuotannon, kehittämiseksi. Joissakin tilanteissa, joita edellä on kuvattu, PPP-mallin omaksuminen saattaa osoittautua toimivaksi ratkaisuksi. Esimerkiksi silmäterveydenhuollossa ja gynekologian tai hammashuollon alalla toiminta on jo nyt vahvasti yksityiselle sektorille painottuvaa. Tällöin PPP voikin vaikuttaa, etenkin julkisen sektorin

¹⁷ kunta, maakunta, lääni, koko maa

kannalta, rationaaliselta ratkaisulta järjestää toimintaa. Pääsääntöisesti julkisen sektorin intresseistä kumpuavien PPP-järjestelyjen avulla voidaan luoda eräänlainen toimintaa ohjaava koordinoitimekanismi, jolloin voidaan ajatella, että yksityisen sektorin toiminta valjastetaan palvelemaan julkisen sektorin intressejä (Klijn ym., 2007: 72 – 74).

PPP-malliin on kuitenkin sisään rakennettuna ajatus yksityisen sektorin toimintamallien paremmuudesta suhteessa julkisen sektorin toimintaan. PPP:n oikeutusta pohdittaessa onkin syytä yhtäältä kysyä, millaisille ideologioille ja arvoille julkinen sektori haluaa toimintaansa kehittää ja toisaalta, ovatko yksityisen sektorin toimintamallit niitä ainoita oikeita malleja toiminnan kehittämiseksi. Jos julkisen sektorin kehittämisessä nojaututaan sokeasti vain yhteen ideologiaan¹⁸, on vaarana, että muita mahdollisesti toimivampia toimintatapoja jää huomaamatta. Ei liene epäselvyyttä siitä, etteivätkö päätökset yhteiskunnassa syntyisi osin vallitsevien instituutioiden ja ideologioiden rajoittamina. Mitään uutta ei kuitenkaan koskaan synny, jos nykyisin käytössä olevia toimintatapoja ei kyseenalaisteta ja ajatteluamme tai toimintaamme rajoittavia tekijöitä – olivat ne sitten instituutioita, ideologioita tai muuta – pyritä tekemään näkyviksi.

Loppujen lopuksi palvelujärjestelmän kehittämisen ei tule olla itse tarkoitus. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma (Kaste) linjaa tavoitteikseen muun muassa terveyden ja hyvinvoinnin sekä palveluiden laadun ja vaikuttavuuden lisäämisen (STM 2009). Kaikkien palveluntuotannossa käytettyjen toimintamallien – myös PPP:n – oikeutuksen tulisikin perustua siihen, onko sen avulla mahdollista saavuttaa edellä mainittuja tavoitteita¹⁹. Tämä puolestaan edellyttää paikallisten mallien arviointia jo ennen niiden käyttöön ottoa. Lisäksi on seurattava, kuinka hyvin mallin avulla saavutetaan kulloinkin asetettuja tavoitteita. Koska palvelujärjestelmä on nähtävä välineenä parantaa kansalaisten hyvinvointia ja terveyttä, sen tarkoituksenmukaisuudesta sekä laadukkuudesta on huolehdittava niin paikallisesti kuin kansallisesti.

¹⁸ PPP:n kohdalla siis liiketalous, yritysmaailma

¹⁹ On tosin huomattava, että kysymykset palveluiden laadusta ja tietyn toimintamallin paremmuudesta suhteessa toiseen ovat kaikkea muuta kuin yksiselitteisiä tai helppoja (ks. esim. Mooney 2003: 27 – 40)

Lähteet

- Adler, P. S., Seok-Woo, K., & Heckscher, C. (2008). Professional work: The emergence of collaborative community. *Organization Science*, 19(2), 359-376.
- Ahgren, B., & Axelsson, R. (2007). Determinants of integrated health care development: Chains of care in Sweden. *International Journal of Health Planning & Management*, 22(2), 145-157.
- Anderson, P. (2002). Public-private partnerships to reduce tobacco dependence. *Addiction*, 97(8), 951-955.
- Barr, D. A. (2007). Ethics in public health research: A research protocol to evaluate the effectiveness of public-private partnerships as a means to improve health and welfare systems worldwide. *American Journal of Public Health*, 97(1), 19-25.
- Bovaird, T. (2004). Public-private partnerships: From contested concepts to prevalent practice. *International Review of Administrative Sciences*, 70, 199-214.
- Chernichovsky, D., Bolotin, A., & de Leeuw, D. (2003). A fuzzy logic approach toward solving the analytic enigma of health system financing. *Eur.J.Health.Econ.*, (4), 158-175.
- Christensen, C. M., Bohmer, R., & Kenagy, J. (2000). Will disruptive innovations cure health care? *Harvard Business Review*, 78(5), 102-112.
- Curtis, V. A., Garbrah-Aidoo, N., & Scott, B. (2007). Ethics in public health research: Masters of marketing: Bringing private sector skills to public health partnerships. *American Journal of Public Health*, 97(4), 634-641.
- Dewan, P. K., Lal, S. S., Lonroth, K., Wares, F., Uplekar, M., Sahu, S., et al. (2006). Improving tuberculosis control through public-private collaboration in India: Literature review. *BMJ*, 332(7541), 574-578.
- Elshtain, J.B. 1997. *The Displacement of Politics*. Teoksessa J. Weintraub & K. Kumar (toim.) *Public and Private in Thought and Practice*. Chicago: The University of Chicago Press, 166-181.
- Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062.
[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062?search\[type\]=pika&search\[pika\]=erikoissairaanhoitolaki](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062?search[type]=pika&search[pika]=erikoissairaanhoitolaki), luettu 22.3.2009.
- Field, J. E., & Peck, E. (2003). Public-private partnerships in healthcare: The managers' perspective. *Health & Social Care in the Community*, 11(6), 494-501.
- Flinders, M. (2005). The politics of public-private partnerships. *The Milbank Quarterly International Relations*, 7(2), 215-239.

- Glendinning, C. (2003). Breaking down barriers: Integrating health and care services for older people in England. *Health Policy*, 65(2), 139-151.
- Gobetti, D. 1997. Humankind as a System: private and Public Agency at the Origins of Modern Liberalism. Teoksessa J. Weintraub & K. Kumar (toim.) *Public and Private in Thought and Practice*. Chicago: The University of Chicago Press, 103-132.
- Grimshaw, D., Vincent, S., & Willmott, H. (2002). Going privately: Partnership and outsourcing in UK public services. *Public Administration*, 80(3), 475-502.
- Grol, R., & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: Effective implementation of change in patients' care. *Lancet*, 362(9391), 1225-1230.
- Halonen, P., Vehviläinen, A., Mäntyselkä, P., Takala, J., Lehto, S., Kaitokari, P., et al. (2006). Lääkäripalvelujen laatu väestön arvioimana. *Suomen Lääkärilehti - Finlands Läkartidning*, 61(15-16), 1739-1744.
- Hemminki, E., & Tanninen, K. (2001). Käynnit yksityisillä gynekologeilla: Lisätutkimusta kaipaava alue. *Suomen Lääkärilehti*, 56(20), 2291-2295.
- Hietanen, J., Karma, A., & Uusitalo, M. (2005). Silmätautien päivystysongelmia. *Suomen Lääkärilehti*, 60(34), 3247-3251.
- Holtari, S., & Haapakoski, K. (2008). Pelastajat ovat liian pieniä. *Talouselämä*, (31), 24-33.
- Homburg, V. Pollitt, C. Van Thiel, S. (2007) Introduction. Teoksessa C. Pollitt, S. Van Thiel, V. Homburg (toim.) *New Public Management in Europe. Adaptation and Alternatives*. New York: Palgrave Macmillan, 1-9.
- Häkkinen U & Alha P. toim. (2006) Terveyspalveluiden käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. Terveys 2000 –tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisu, B 10 / 2006 . Kansanterveyslaitos, Helsinki.
- Häkkinen, U., & Lehto, J. (2005). Reform, change, and continuity in Finnish health care. *Journal of Health Politics, Policy & Law*, 30(1-2), 79-96.
- Julkunen, R. (2006). *Kuka vastaa?: Hyvinvointivaltion rajat ja julkinen vastuu*. Stakes, Helsinki.
- Julkunen R. (2001) Suunnan muutos. 1990-luvun sosiaalipoliittinen reformi Suomessa. Vastapaino, Jyväskylä.
- Johansson, B. A., & Lundh, B. L. (2003). Bilateral same day phacoemulsification: 220 cases retrospectively reviewed. *British Journal of Ophthalmology*, 87(3), 285-290.
- Järvi, U. (2008). Miten mahtuvat yksityinen ja julkinen samalle vastaanotolle? *Suomen Lääkärilehti*, 63(14), 1257.

- Kansalaismielipide ja kunnat. Ilmapuntari.* (2008). Kunnallisalankehittämissäätiö, Vammala.
- Kansanterveyslaki 28.1.1972/66 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>, luettu 22.3.2009.
- Kirkwood, B. J., Coster, D. J., & Essex, R. W. (2006). Ophthalmic nurse practitioner led diabetic retinopathy screening. results of a 3-month trial. *Eye*, 20(2), 173-177.
- Kivisaari, S., & Saranummi, N. (2006). Terveysthuollon systemiset innovaatiot vuorovaikutteisen kehittämisen kohteena. Case pro viisikko. VTT:n tiedotteita 2324. www.vtt.fi/inf/pdf/tiedotteet/2006/T2324.pdf, luettu 15.3.2009.
- Klaukka, T., & Maljanen, T. (2001). Ketkä käyvät yksityislääkärisä? *Suomen Lääkärilehti*, 56(8), 911-914.
- Klijn, E-H. Edelenbos, J. Hughes, M. 2007. Public-Private Partnership: a Two-Headed Reform. A Comparison of PPP in England and the Netherlands. Teoksessa C. Pollitt, S. Van Thiel, V. Homburg (toim.) *New Public Management in Europe. Adaptation and Alternatives*. New York: Palgrave Macmillan, 71-89.
- Kuntalaki (17.3.1995/365). <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1995/19950365>, luettu 15.3.2009.
- Lasker, R. D., Weiss, E. S., & Miller, R. (2001). Partnership synergy: A practical framework for studying and strengthening the collaborative advantage. *Milbank Quarterly*, 79(2), 179-205.
- Lehto, M., Huhtala, J., Kärki, L., Moilanen, T., Pajamäki, J., & Rantala, T. (2005). Tekonivelkirurgiaa keskitetysti pirkanmaalla osakeyhtiömallin mukaan. *Suomen Lääkärilehti - Finlands Läkartidning*, 60(3), 299-303.
- Lehtonen, O., Nieminen, S., & Lindén, A. (2005). Yksityisen ja julkisen somaattisen erikoissairaanhoidon käyttö varsinais-suomessa 2001-03. *Suomen Lääkärilehti - Finlands Läkartidning*, 60(38), 3759-3764.
- Lewis, J. M., Baeza, J. I., & Alexander, D. (2008). Partnerships in primary care in Australia: Network structure, dynamics and sustainability. *Social Science & Medicine*, 67, 280-291.
- Longo, F. (2007). Implementing managerial innovations in primary care: Can we rank change drivers in complex adaptive organizations?. *Health Care Management Review*, 32(3), 213-225.
- Lonroth, K., Uplekar, M., Arora, V. K., Juvekar, S., Lan, N. T., Mwaniki, D., et al. (2004). Public-private mix for DOTS implementation: What makes it work?. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(8), 580-586.

- Manderbacka, K., Arffman, M., Karvonen, S., & Keskimäki, I. (2008). Huono-osaisuus terveydenhuollossa: Sosioekonomiset erot elektiivisessä kirurgiassa. *Suomen Lääkärilehti*, 63(22), 2025-2031.
- Manninen P, Peurala M, Pulkkinen-Närhi P, Rautio M, Husman K. (2007) Työterveyshuolto osana perusterveydenhuoltoa. *Suomen Lääkärilehti* 62(6): 529-533.
- Mason, C. (2008). Public-private health care delivery becoming the norm in sweden. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*, 179(2), 129-131.
- McKee, M., Edwards, N., & Atun, R. (2006). Public-private partnerships for hospitals. *Bulletin of the World Health Organization*, 84(11), 890-896.
- Mikkola, H., Widström, E., Jauhiainen, S., & Vesivalo, A. (2005). Yksityiset hammashoitopalvelut Isossa-Britanniassa, Ruotsissa ja Suomessa. toimialan kehitys, menestys ja haasteet. *Yhteiskuntapolitiikka*, 70(1), 15-27.
- Mooney, G. (2003) *Economics, Medicine and Health Care*. Pearson 3th edit. Education Limited: England.
- Mur-Veeman, I., Hardy, B., Steenbergen, M., & Wistow, G. (2003). Development of integrated care in england and the netherlands: Managing across public-private boundaries. *Health Policy*, 65(3), 227-241.
- Mur-Veeman, I., van Raak, A., & Paulus, A. (1999). Integrated care: The impact of governmental behaviour on collaborative networks. *Health Policy*, 49(3), 149-159.
- Nelson, J. C., Rashid, H., Galvin, V. G., Essien, J. D., & Levine, L. M. (1999). Public/private partners. key factors in creating a strategic alliance for community health. *American Journal of Preventive Medicine*, 16(3 Suppl), 94-102.
- Newell, J. N., Pande, S. B., Baral, S. C., Bam, D. S., & Malla, P. (2004). Control of tuberculosis in an urban setting in nepal: Public-private partnership. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(2), 92-98.
- Nguyen, L., & Hakkinen, U. (2006). Choices and utilization in dental care: Public vs. private dental sectors, and the impact of a two-channel financed health care system. *European Journal of Health Economics*, 7(2), 99-106.
- Nguyen, L., Hakkinen, U., & Rosenqvist, G. (2005). Determinants of dental service utilization among adults--the case of finland. *Health Care Management Science*, 8(4), 335-345.
- Nikolic, I. A., & Maikisch, H. (2006). *Public-private partnerships and collaboration in the health sector. an overview with case studies from recent european experience*. The World Bank.

- Ojamo M. (2007). *Näkövammarekisterin vuosikirja 2006*. Näkövammaisten Keskusliitto ry. ja Stakes, Helsinki.
- Okko P, Björkroth T, Koponen A, Lehtonen A, Pelkonen E. (2007) Terveyspalveluiden hierarkiat ja markkinat. Kunnallissalankehittämissätiö, Vammala.
- Oliveira, M. D., Magone, J. M., & Pereira, J. A. (2005). Nondecision making and inertia in portuguese health policy. *Journal of Health Politics, Policy & Law*, 30(1-2), 211-230.
- Optisen alan tiedotuskeskus. (2007) Optinen ala Suomessa 2006 – 2007. www.optometria.fi/pdf/Optinen_Ala_Suomessa_low.pdf, luettu 21.3.2009
- Øvretveit, J. (2003). Nordic privatization and private healthcare. *International Journal of Health Planning & Management*, 18(3), 233-246.
- Øvretveit, J. (1996). Beyond the public-private debate: The mixed economy of health. *Health Policy*, 35(1), 75-93.
- Potter, C. C., & Harries, J. (2006). The determinants of policy effectiveness. *Bulletin of the World Health Organization*, 84(11), 843.
- Rasanen, P., Krootila, K., Sintonen, H., Leivo, T., Koivisto, A. M., Ryyanen, O. P., et al. (2006). Cost-utility of routine cataract surgery. *Health & Quality of Life Outcomes*, 4, 74.
- Riad, S. F., Dart, J. K., & Cooling, R. J. (2003). Primary care and ophthalmology in the United Kingdom. *British Journal of Ophthalmology*, 87(4), 493-499.
- Richter, J. (2004). *Public-private partnerships and international health policy-making. how can public interests be safeguarded?*. Helsinki: Ulkoasiainministeriö.
- Sairausvakuutuslaki 21.12.2004/1224. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/20041224>, luettu 22.3.2009.
- Saarinen, A. (2007). Lääkäreiden näkemykset terveydenhuoltojärjestelmästä. *Suomen Lääkärilehti*, 62(47), 4441-4445.
- Schwartz, J. B., & Bhushan, I. (2004). Improving immunization equity through a public-private partnership in cambodia. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(9), 661-667.
- Silver, A. 1997. "Two Different Sorts of Commerce" – Friendship and Strangership in Civil Society. Teoksessa J. Weintraub & K. Kumar (toim.) *Public and Private in Thought and Practice*. Chicago: The University of Chicago Press, 43-74.
- Simon, P. A., & Fielding, J. E. (2006). Public health and business: A partnership that makes cents. *Health Affairs*, 25(4), 1029-1039.

- Smith, R. (2006). Primary care ophthalmology. *British Journal of Ophthalmology*, 90(6), 669-670.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2004). *Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. hoidon saatavuus ja jonojen hallinta*. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita No. 33, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste).
http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/kaste, luettu 15.3.2009.
- Stevens, F. C., van der Horst, F., & Hendrikse, F. (2002). The gatekeeper in vision care. an analysis of the co-ordination of professional services in the netherlands. *Health Policy*, 60(3), 285-297.
- Suomen lääkäriliitto (2009). Lääkäri 2009.
<http://www.laakariliitto.fi/tilastot/laakaritilastot/taskutilasto.html>, luettu 21.3.2009.
- Suomen lääkäriliitto (2007). Lääkärikysely 2007.
- Tey, A., Grant, B., Harbison, D., Sutherland, S., Kearns, P., & Sanders, R. (2007). Redesign and modernisation of an NHS cataract service (fife 1997-2004): Multifaceted approach. *BMJ*, 334(7585), 148-152.
- Thomas, S., & Gilson, L. (2004). Actor management in the development of health financing reform: Health insurance in south africa, 1994-1999. *Health Policy & Planning*, 19(5), 279-291.
- Tuulonen, A. (2005). The effects of structures on decision-making policies in health care. *Acta Ophthalmologica Scandinavica*, 83(5), 611-617.
- Tuulonen, A. (2003). Voidaanko kaihihionot poistaa? : Suomen silmäterveydenhuollon kehitys tilastojen valossa vuosina 1984-2000 : Hoidon saatavuus. osa 5. *Suomen Lääkärilehti - Finlands Läkartidning*, 58(24), 2657.
- Työterveyshuoltolaki 21.12.2001/1383.
[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20011383?search\[type\]=pika&search\[pika\]=ty%C3%B6terveyshuoltolaki](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20011383?search[type]=pika&search[pika]=ty%C3%B6terveyshuoltolaki), luettu 22.3.2009.
- Vaahtoranta-Lehtonen, H., Tuulonen, A., Aronen, P., Sintonen, H., Suoranta, L., Kovanen, N., et al. (2007). Cost effectiveness and cost utility of an organized screening programme for glaucoma. *Acta Ophthalmologica Scandinavica*, 85(5), 508-518.
- Vrangbaek, K. (2008). Public-private partnerships in the health sector: The danish experience. *Health Economics, Policy, & Law*, 3(Pt 2), 141-163.
- Waters, H., Hatt, L., & Peters, D. (2003). Working with the private sector for child health. *Health Policy & Planning*, 18(2), 127-137.

- Watt, S., Sword, W., & Krueger, P. (2005). Implementation of a health care policy: An analysis of barriers and facilitators to practice change. *BMC Health Services Research*, 5, 53.
- Weintraub, J. 1997. The Theory and Politics of the Public/Private Distinction. Teoksessa J. Weintraub & K. Kumar (toim.) Public and Private in Thought and Practice. Chicago: The University of Chicago Press, 1-42.
- Wiberg M. 1984. Thomas Hobbes. Teoksessa J. Kanerva (toim.) Poliittikan teorian klassikoita. Hämeenlinna: Arvi A. Karisto Oy:n kirjapaino, 72-91.
- Widdus, R. (2001). Public-private partnerships for health: Their main targets, their diversity, and their future directions. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(8), 713-720.
- Wilsford, D. (1994). Path dependency, of why history makes it difficult but not impossible to reform health care systems in a big way. *Journal of Public Policy*, 14(3), 251-283.
- Wolfe, A. 1997. Public and Private in Theory and Practice: Some Implications of an Uncertain Boundary. Teoksessa J. Weintraub & K. Kumar (toim.) Public and Private in Thought and Practice. Chicago: The University of Chicago Press, 182-203.
- Yi, Q., Flanagan, S. J., & McCarty, D. J. (2001). Trends in health service delivery for cataract surgery at a large Australian ophthalmic hospital. *Clinical & Experimental Ophthalmology*, 29(5), 291-295.
- Yung, A., Gill, L., Sommerville, E., Dowling, B., Simon, K., Pirkis, J., et al. (2005). Public and private psychiatry: Can they work together and is it worth the effort?. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(1-2), 67-73.
- Yung, A., & Grigg, M. (2000). Developing partnerships between public and private psychiatry. *Australian Psychiatry*, 8(4), 332-335.