

PERUSTERVEYDENHUOLLON KUSTANNUS-VAIKUTTAUVUUS

Espoon, Helsingin, Kemin, Kuusankosken ja Tampereen
perusterveydenhuollon kustannusten sekä kuntalaisten
terveyskeskuspalveluihin tyytyväisyyden kohtaaminen
vuosina 1993, 1997 ja 2001

HÄMÄLÄINEN MARIA
Tampereen yliopisto
Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos
Sosiaalipolitiikan pro gradu -tutkielma
Huhtikuu 2005

Tampereen yliopisto

Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos

HÄMÄLÄINEN, MARIA: Perusterveydenhuollon kustannus-vaikuttavuus. Espoon, Helsingin, Kemin, Kuusankosken ja Tampereen perusterveydenhuollon kustannusten sekä kuntalaisten terveyskeskuspalveluihin tyytyväisyyden kohtaaminen vuosina 1993, 1997 ja 2001.

Pro gradu -tutkielma, 111 s., 22 liites.

Sosiaalipolitiikka

Huhtikuu 2005

Tutkimuksen yhteiskunnallisena taustana on laman jälkeinen hallinnollisten ja taloudellisten uudistusten aika Suomen kunnissa. Uusioikeistolaiset ideologiat rantautuivat kuntiin ja niiden johdannaisena tulivat myös hallinnon tehokkuusuudistukset, joita voidaan nimittää New Public Managementiksi. Samanaikaisesti asiakaslähtöisyyttä sekä toiminnan vaikuttavuutta pyrittiin lisäämään myös perusterveydenhuollossa. Kunnat laativat rahoituspainessa erilaisia strategioita laadun ja asiakaslähtöisyyden parantamiseksi. Uudet lait mahdollistivat yhä suuremman valinnanvapauden terveyspalveluiden tuottamisessa.

Tutkimuksen tarkoituksena oli vertailla Espoon, Helsingin, Kemin, Kuusankosken ja Tampereen perusterveydenhuollon kustannus-vaikuttavuutta vuosina 1993, 1997 ja 2001. Tutkimus on kvantitatiivinen ja aineistona käytettiin Suomen Kuntaliiton teettämiä kaupunkipalvelututkimuksia sekä SOTKA-tietokannasta saatuja kuntien yleisiä tunnuslukuja ja perusterveydenhuollon käyttökustannuksia. Lähteinä käytettiin myös kuntien laatimia asiakirjoja. Tutkimuksen päätutkimuskysymyksenä oli, miten kustannus-vaikuttava kuntien perusterveydenhuolto oli lamanjälkeisenä aikana ja miten kustannusten ja tyytyväisyyden suhde kehittyi. Analyysissä käytettiin SPSS -tilasto-ohjelmaa. Varianssianalyysin ja ristiintaulukoinnin avulla vertailtiin terveyskeskuspalveluihin tyytyväisyyden eroja ja vaihtelua tutkimuskaupungeissa. Kustannus-vaikuttavuusvertailussa kuntalaisten tyytyväisyys terveyskeskuspalveluihin valittiin kuvaamaan terveydenhuoltopolitiikan vaikuttavuutta, käyttökustannusten kuvatessa kuntien terveydenhuoltoon sijoittamia resursseja.

Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että valitulla muuttujilla tarkasteltuna kustannus-vaikuttavuus laski kaikissa tutkimuskaupungeissa vuodesta 1993 vuoteen 2001. Kokonaisuudessaan kustannukset nousivat, mutta tyytyväisyys laski, vaikka NPM:n teemat toistuivat tutkimuskuntien asiakirjoissa. Vuosien 1997 ja 2001 välillä tyytyväisyys kuitenkin nousi kolmessa tutkimuskaupungissa, muttei samassa suhteessa kustannusten kanssa. Vuoden 1993 tasoa ei kuitenkaan saavutettu. Kustannus-vaikuttavimmin toimi Espoon, vähiten kustannus-vaikuttavimmin Helsingin perusterveydenhuolto. Kaupunkien väliset erot kasvoivat useilla osa-alueilla. Kustannusvaikuttavuus laski vähemmän suuremmissa tutkimuskaupungeissa. Tulosten perusteella näyttäisi siltä, että laatu- ja asiakaslähtöisyydestavoitteet, perusterveydenhuollon kustannukset eivätkä poliittiset voimasuhteet täysin selitä tyytyväisyyttä terveyskeskuspalveluihin.

SISÄLLYSLUETTELO

1 JOHDANTO	6
2 TERVEYDENHUOLLON TOIMINTAYMPÄRISTÖN MUUTOKSET LAMAN JÄLKEISENÄ AIKANA	8
2.1 TAUSTALLA HYVINVOINTIVALTION MURROS	8
2.1.1 Kunnallistalouden kehitys	9
2.1.2 Kuntien erilaistumiskehityksen mahdollistuminen	10
2.2 HALLINNON MUUTOSTUULET	12
2.2.1 Uusliberalismi ja New Public Management	14
2.2.2 Menettelytapauudistusten omaksuminen kunnissa	17
2.2.3 Uudistukset kriittisen suurennuslasin alla	18
2.3 TEHOKKUUS, TULOSELLEISUUS JA VAIKUTTAVUUS TAVOITTEINA.....	19
2.3.1 Kustannus-vaikuttavuus	22
2.3.2 Mittaamisongelmasta	23
3 TERVEYDENHUOLTO KUNTIEN VASTUULLA.....	25
3.1 TERVEYSPOLITIikka OSANA SOSIAALIPOLITIikkaA	25
3.2 TERVEYDENHUOLTO VAIKEUKSISSA	25
3.2.1 Lainsäädännön kehitys.....	28
3.2.2 Terveydenhuoltojärjestelmän tasot.....	29
3.2.3 Terveyskeskus osana järjestelmää	31
3.2.4 Asiakslähtöisyys terveydenhuollon lähtökohtana	32
3.3 TERVEYDENHUOLLON PÄÄTÖKSENTEKIJÄT.....	35
3.3.1 Paikallistason strategiavalinnat	40
3.3.2 Poliittiset voimasuhteet.....	42
4 TERVEYSPALVELUIDEN KÄYTTÄJIEN NÄKÖKULMA	45
4.1 KESKUSTELUAIHEENA LAATU	45
4.2 TYYTYVÄISYYS ASIAKASLÄHTÖISYYDEN ULOTTUVUUTENA	47
4.2.1 Terveydenhuollon asiakastyytyväisyyden normatiivinen tausta	49
4.2.2 Tyytyväisyys subjektiivisena hyvinvointina.....	51
4.2.3 Eroja selittävät tekijät.....	52
4.3 TERVEYSPALVELUIDEN KYSYNTÄÄN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT.....	53
5 TUTKIMUKSEN TAVOITE.....	55
5.1 TUTKIMUSONGELMA JA TUTKIMUSKYSYMYKSET TARKEMMIN.....	55
5.2 AINEISTO	56
5.2.1 Kaupunkipalvelututkimukset	56
5.2.2 SOTKA-tietokanta	61
5.2.3 Kuntien asiakirjat.....	62
5.3 AIEMMAT TUTKIMUKSET	63
6 TUTKIMUSKAUPUNGIT.....	67
6.1 TUTKIMUSKAUPUNKIEN VALINNASTA	67
6.1.1 Espoo.....	67

Taulukko 7. KOLME SUURINTA PUOLUETTA TUTKUMUSKAUPUNGEISSA VUOSIEN 1992, 1996 JA 2000 KUNNALLIS- VAALIEN JÄLKEEN (SULUISSA PAIKKALUKU).....	85
Taulukko 8. TYYTYVÄISYYS AJANSAATIIN V. 1993, 1997 JA 2001.....	93
Taulukko 9. TYYTYVÄISYYS TERVEYSKESKUSTEN KULKUYHTEYKSIIN V. 1993, 1997 JA 2001	94
Taulukko 10. TYYTYVÄISYYS TERVEYSKESKUSTEN JONOTUSAIKAAN V. 1993, 1997 JA 2001	94
Taulukko 11. TYYTYVÄISYYS TERVEYSKESKUSHENKILÖKUNNAN KÄYTTÖKSEEN JA PALVELUALTTIUTEEN V. 1993, 1997 JA 2001.....	95
Taulukko 12. TYYTYVÄISYYS TERVEYSKESKUSTEN HOIDON LAATUUN V. 1993, 1997 JA 2001	96
Taulukko 13. TYYTYVÄISYYS TERVEYSKESKUSTEN TUTKIMUSTEN LAATUUN JA MÄÄRÄÄN V. 1993, 1997 JA 2001..	96
Taulukko 14. TYYTYVÄISYYS LÄÄKKEIDEN SANTIIN TERVEYSKESKUKSISTA V. 1993, 1997 JA 2001.....	97
Taulukko 15. TYYTYVÄISYYS HOITOTARVIKKEIDEN SAANTIIN TERVEYSKESKUKSISTA V. 1993, 1997 JA 2001.....	97
Taulukko 16. TYYTYVÄISYYS TERVEYSKESKUSTEN TILOIHIN V. 1993, 1997 JA 2001.....	98
Taulukko 17. KOKONAISTYYTYVÄISYYS TERVEYSKESKUSPALVELUIHIN V. 1993, 1997 JA 2001 JA KOKONAISTYY- TYVÄISYYDEN MUUTOS.....	99
Taulukko 18. YKSISUUNTAINEN VARIANSSIANALYYSI VUODEN 1993 VASTAUSTEN POHJALTA.....	101
Taulukko 19. YKSISUUNTAINEN VARIANSSIANALYYSI VUODEN 1997 VASTAUSTEN POHJALTA.....	101
Taulukko 20. YKSISUUNTAINEN VARIANSSIANALYYSI VUODEN 2001 VASTAUSTEN POHJALTA.....	101
Taulukko 21. TYYTYMÄTTÖMIEN, NEUTRAALIEN JA TYYTYVÄISTEN OSUUDET VUONNA 1993	102
Taulukko 22. TYYTYMÄTTÖMIEN, NEUTRAALIEN JA TYYTYVÄISTEN OSUUDET V.UONNA 1997	103
Taulukko 23. TYYTYMÄTTÖMIEN, NEUTRAALIEN JA TYYTYVÄISTEN OSUUDET VUONNA 2001	104
Taulukko 24. EROT TYYTYMÄTTÖMIEN, NEUTRAALIEN JA TYYTYVÄISTEN RYHMIEN SUURIMMAN JA PIENIMMÄN ARVON VÄLILLÄ VUOSINA 1993, 1997 JA 2001.....	106
Taulukko 25. KUSTANNUS-VAIKUTTAVUUS TUTKIMUSKAUPUNGEISSA VUOSINA 1993, 1997 JA 2001.....	107

KUVIOT

Kuvio 1. PAIKALLINEN PALVELUTUOTANTOPROSESSI	20
Kuvio 2. ASIAKASLÄHTÖISEN TOIMINNAN PROSESSI	34
Kuvio 3. PERUSTERVEYDENHUOLLON VUOSIEN 1993-2001 KÄYTTÖKUSTANNUSKEHITYKSEN KUVAAJA.....	77
Kuvio 4. TERVEYSKESKUSPALVELUIHIN TYYTYVÄISTEN OSUUDEN KEHITYS TUTKIMUSKAUPUNGEISSA VUOSINA 1993, 1997 JA 2001.....	104
Kuvio 5. TERVEYSKESKUSPALVELUIHIN TYYTYMÄTTÖMIEN OSUUDEN KEHITYS TUTKIMUSKAUPUNGEISSA VUOSINA 1993, 1997 JA 2001.....	105
Kuvio 6. KUSTANNUS-VAIKUTTAVUUDEN KUVAAJA.....	107

LIITTEET

Liite 1. KAUPUNKIPALVELUTUTKIMUKSEN KYSELYLOMAKE VUODELTA 1993 (OSA).....	136
Liite 2. KAUPUNKIPALVELUTUTKIMUKSEN KYSELYLOMAKE VUODELTA 1997 (OSA).....	139
Liite 3. KAUPUNKIPALVELUTUTKIMUKSEN KYSELYLOMAKE VUODELTA 2001 (OSA).....	142
Liite 4. TAUSTATIETOA TUTKIMUSKAUPUNGEISTA VUODELTA 1993.....	145
Liite 5. TAUSTATIETOA TUTKIMUSKAUPUNGEISTA VUODELTA 1997.....	146
Liite 6. TAUSTATIETOA TUTKIMUSKAUPUNGEISTA VUODELTA 2001.....	147
Liite 7. TUTKIMUSKAUPUNKIEN TERVEYSASEMAT, TERVEYSKESKUKSET SEKÄ TERVEYSKESKUSSAIRAALAT.....	148
Liite 8. VEROTULOJEN KEHITYS TUTKIMUSKAUPUNGEISSA VUOSINA 1990-2000.....	150
Liite 9. KÄYTTÖTALOUDEN VALTIONOSUUDET TUTKIMUSKAUPUNGEISSA VUOSINA 1990-2000.....	151
Liite 10. VUOSIKATE TUTKIMUSKAUPUNGEISSA VUOSINA 1990-2000.....	152
Liite 11. PERUSTERVEYDENHUOLLON KÄYTTÖKUSTANNUKSET (MK/ASUKAS).....	153
Liite 12. MUUTOKSET PERUSTERVEYDENHUOLLON KÄYTTÖKUSTANNUKSISSA (MK/ASUKAS) V.1993-2001.....	154
Liite 13. KUVAILEVAT TUNNUSLUVUT V.1993.....	155
Liite 14. KUVAILEVAT TUNNUSLUVUT V.1997.....	156
Liite 15. KUVAILEVAT TUNNUSLUVUT V.2001.....	157

1 JOHDANTO

Viime vuosina ei ole voinut välttyä kuulemasta ainakin jotain seuraavista kunnallista terveydenhuoltoa koskevista väitteistä: ”Hyvinvointivaltio on paisunut liian laajaksi eikä se pysty huolehtimaan perusterveydenhuollon järjestämisestä” tai ”Kuntien järjestämä terveydenhuolto on liian tehotonta ja se tulee veronmaksajille liian kalliiksi” tai ”Tehokkuuden puute on ratkaistavissa soveltamalla yksityissektorin oppeja terveydenhuoltoon”. Perusterveydenhuolto, sen epäkohdat ja sen järjestäminen on puhuttanut lähes kaikissa kunnissa. Aihe ei jätä kylmäksi, koska kaikki ihmiset tarvitsevat ainakin jossain elämänsä vaiheessa terveyspalveluja. Useimmilla meistä on omia kokemuksia julkisista terveyskeskuspalveluista ja sitä kautta ajan myötä muodostunut mielipide. Asiakaslähtöisyys-, laatu- ja potilaan oikeuksia korostavan keskustelu ovat värittyneet säästö- ja talouskeskustelulla. Oma kiinnostukseni tutkimusaiheeseen kumpuaa näistä lähtökohdista.

Tämän tutkimuksen yhteiskunnallisena taustana on 1990-luvun alun laman jälkeinen tilanne, jossa rahoituskriisiin joutuneet kunnat etsivät uusia tapoja terveydenhuoltopalvelujen järjestämiseen ja tehostamiseen. Samanaikaisesti uusliberalistinen ideologia ja sen johdannaisena yksityissektorin hallinnollisten oppien ihannoiti rantautuivat hyvinvointivaltioon. Tyypillistä näille uusliberalismiin pohjautuville ideologioille on muun muassa tehokkuuden ja vaikuttavuuden korostus sekä asiakaslähtöisyys-ajattelu. Kuntien saatua lisää vapauksia palveluiden järjestämiseen on kunnan poliittisilla päättäjillä ollut merkittävä rooli kunnan terveydenhuoltopolitiikan muotoilussa ja strategisten painopisteiden asettelussa. Samanaikaisesti terveyskeskukset ovat mitanneet asiakkaidensa tyytyväisyyttä erilaisin kyselyin. Asiakaslähtöisyys toiminnan lähtökohtana on korostunut pyrittäessä toiminnan tehostamiseen ja kustannus-vaikuttavuuteen. Toisaalta tehokkuus ja tuottavuus ovat paikoin muodostuneet mantroiksi ilman varsinaista sisältöä. Yhtä kaikki, taloudelliset kysymykset koetaan entistä tärkeämmiksi myös perusterveydenhuollossa. Väestön ikääntyessä kaikki keinot peruspalveluiden turvaamiseksi ja kehittämiseksi ovat tarpeen.

Tämän tutkimuksen tavoitteena on tarkastella kvantitatiivisin menetelmin terveydenhuollon kustannus-vaikuttavuutta viiden esimerkkikaupungin kautta. Tutkimukseen valitut kaupungit ovat Espoo, Helsinki, Kemi, Kuusankoski ja Tampere. Tavoitteena on tarkastella kuntalaisten terveyskeskuspalveluihin tyytyväisyyden ja terveydenhuollon kustannusten kohtaamista laman jälkeisenä ajanjaksona vuosina 1993, 1997 ja 2001. Aineistona käytet-

tiin Suomen Kuntaliiton teettämien kaupunkipalvelututkimusten terveyskeskuspalveluita koskeneita arvioita vuosilta 1993, 1997 ja 2001. Tutkimus rajoittuu valittujen viiden kaupungin välisen kehityksen tarkasteluun. Vaikuttavuutta kuvaamaan valittiin asukkaiden mielipiteet terveyskeskuspalveluista eli tyytyväisyys näihin palveluihin. Vaikuttavuutta voitaisiin kuvata myös esimerkiksi väestön terveydentilalla, mutta tässä tutkimuksessa on keskitytty nimenomaan palveluihin tyytyväisyyteen vaikuttavuuden kuvaajana, muun muassa koska tyytyväisyys on todettu laadun ja vaikuttavuuden mittariksi, jonka käyttö tulee jatkossa yleistymään. Kaupunkien perusterveydenhuollon käyttökustannukset valittiin kuvaamaan kaupunkien toteutuneita terveydenhuollon kustannuksia ja toteutettua terveydenhuoltopolitiikkaa. Palveluiden saattavuus ja riittävyys on rajattu tutkimusongelman ulkopuolelle. Tutkimuskaupunkien kautta havainnoidaan myös erilaistumiskehityksen etenemistä ja tarkemmin terveyskeskuspalveluiden eri osa-alueisiin tyytyväisyyttä.

Tutkimuskaupungit poikkeavat toisistaan niin taloudellisen tilanteen, väestön rakenteen kuin terveydenhuoltojärjestelmänkin osalta. Toisaalta kaupungeilla on myös yhteneväisiä piirteitä. Lähteinä käytettyjen asiakirjojen, kuten strategioiden ja toimintakertomusten, avulla on pohdittu terveydenhuoltopolitiikan asiakaslähtöisyys-painotuksia tutkimuskaupungeissa ja hallinnon uusien oppien esiintymistä tutkimuskaupunkien perusterveydenhuollon toimintaperiaatteina. Tutkimus on vertaileva ja tiettyyn ajanjaksoon sidonnainen. Laajaan yleistämiseen ei tämän aineiston rajoissa voida ryhtyä, tulokset antavat vain suuntaa. Tutkimus valottaa lamanjälkeistä perusterveydenhuollon kehitystä ja tutkimuskaupunkien suhdetta muuttuviin haasteisiin. Erilaisilla mittareilla olisi mahdollisesti saatu erilaisia tuloksia, mutta toisaalta tutkimusongelman kannalta juuri näiden mittareiden valinta oli hedelmällisintä. Tarkemmin tutkimusongelmaa esitellään kappaleessa 5.

Näkymättömän yhteiskunnallisen infrastruktuurin, kuten lakien ja asetusten muutosten voidaan nähdä mahdollistaneen kaupungeille ja kunnille enemmän valinnanmahdollisuuksia perusterveydenhuollon toteuttamiseen ja luoneen pohjaa erilaistumiskehitykselle. Valintojen tekeminen ei kuitenkaan ole aina yksinkertaista terveydenhuollossakaan eikä optimituloksia saavuteta hyvistä aikeista huolimatta. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on pohdita, onko tulosten kautta huomattavissa tutkimuskaupunkien siirtymistä kohti kustannusvaikuttavampaa, erilaistuvaa perusterveydenhuoltoa ja hallinnon muutosten omaksumisen kautta kohti uusliberaaleja arvoja sisältävää terveydenhuoltopolitiikkaa.

2 TERVEYDENHUOLLON TOIMINTAYMPÄRISTÖN MUUTOKSET LAMAN JÄLKEISENÄ AIKANA

2.1 TAUSTALLA HYVINVOINTIVALTION MURROS

Suomalainen hyvinvointivaltio näytti vielä 1990-lukua lähestyttäessä perustaltaan vahvalta. Kansantuotteen ja valtiontalouden ehdoilla toimivana se osoittautui kuitenkin haavoittuvaksi. (Haatanen 1992, 63.) 1980-luvun lopulla nousukausi kääntyi syvään lamaan muun muassa pääomaliikkeiden vapauttamisen, idänkaupan romahtamisen ja rahoitusmarkkinoiden säännöstelyn purkamisen myötä (Siirilä & Viljanen & Jousimäki 1999, 3). Lama osoittautui poikkeuksellisen vaikeaksi (Pohjola 1994, 26). Sosiaalipoliittista keskustelua alkoi leimata puhe hyvinvointivaltion kriisistä tilanteessa, jossa hyvinvointivaltion piti olla valmis (Karisto & Takala & Haapala 1998, 313). Vuodesta 1992 menojen nopea kasvu ja verotulojen samanaikainen supistuminen johtivat valtion syvään velkaantumiseen. Tulopohjaa yritettiin kasvattaa menojen kasvua hillitsemällä ja tulopohjaa kasvattamalla. Säästöjä toivottiin saatavan myös julkisen sektorin tehokkuutta ja taloudellisuutta lisäämällä. (Emt., 317.)

Julkunen (2001) jaottelee osuvasti 1990-luvun kolmeen jaksoon, jotka hän nimeää seuraavasti: syöksy lamaan (1990-1993), laman taittuminen (1994-1995) ja elpyminen (1996-1999). 1990-luvun alun lamaa on kuvattu Suomen historian synkimmäksi ja länsimaiden syvimmäksi sitten toisen maailmansodan. Kansantuote putosi kolmena peräkkäisenä vuonna ja työttömyys nousi 4 prosentista 18 prosenttiin. Lama horjutti ja tuhosi pilareita, joiden varassa sosiaalipoliittiset uudistukset olivat jatkuneet 1980-luvulla. Se myös jätti jälkeensä korkean työttömyyden, epävakaaat työmarkkinat sekä runsaan valtion velan. Näihin uusiin olosuhteisiin ja ehtoihin kunnat ovat pyrkineet mukauttamaan sosiaali- ja terveyspolitiikkaansa. (Emt., 64.)

Viime vuosien hallintoa koskeva keskustelu on kaikessa monitahoisuudessaan kulminoitunut väitteeksi hyvinvointivaltion syvenevästä kriisistä (Temmes 1991, 98). Hyvinvointivaltiota on arvosteltu muun muassa kasvavista kustannuksista, niukentuvista rahoitusmahdollisuuksista, tehottomuudesta ja ylipäättään sen hyväksyttävyydestä. Hyvinvointivaltion toi-

mijoiden legitimiyyttä on alettu epäillä. (Karisto ym., 316.) Julkista sektoria koskevissa tutkimuksissa on arvosteltu myös julkisen sektorin byrokraattisuutta ja vanhentuneisuutta. Uudistamiskeskustelun myötä on sekä Suomessa että muualla Euroopassa ajauduttu tilanteeseen, jossa on syntynyt jonkinlainen kahtiajako hyvinvointivaltion puolustajiin ja vastustajiin. (Salminen & Niskanen 1996, 10.)

2.1.1 Kunnallistalouden kehitys

Kansantalouden syvä lama yllätti suurimman osan kunnista (Helin 1999a, 21). 1990-luvun alkupuolella se leikkasi kuntien verotuloja ja aukkoa oli paikattava lainoilla ja erilaisilla säästöillä ja menojen leikkauksilla (emt., 11). Laman aikana keskeiseksi tuli peruspalveluiden turvaaminen ja tehostaminen (Lehto & Blomster 2000, 45). Tilanne oli kuitenkin eri kunnissa erilainen. Laman pohjan jälkeen vuosina 1993-1995 verotuksen kiristyminen lisäsi verotuloja yhteisöveron kasvun ohella. (Helin 1999a, 11.) Vuosikate pieneni ja verotulot vähenivät. Esimerkiksi pääkaupunkiseudulla verotulot supistuivat lähes 1 000 markkaa asukasta kohti vuosina 1990-1992. (Emt., 21.) Lisäksi muun muassa kuntien osuutta yhteisöveron tuotosta on useaan kertaan pienennetty (emt., 11).

Vuosia 1992-1996 voidaan kunnallistaloudessa nimittää myös lamasta toipumiseksi. Toipumista edesauttoivat muun muassa menojen karsinta ja veroprosentin korotukset. Myös kiinteistöveron käyttöönnotosta oli apua (ks. taulukko 1). Lisäksi kuntien talouteen vaikuttivat valtion toimenpiteet, kuten uusi valtiosuusjärjestelmä. Verotulojen kasvua oli erityisesti pääkaupunkiseudulla. Kuitenkin maaseutukuntien taloudellinen asema parani enemmän kuin kaupunkikeskusten sekä absoluuttisesti tunnusluvuilla mitaten että suhteellisesti. Talouden ylä- ja alamäessä olleet kunnat vaihtelivat. Koko 1990-luvun vaikeuksissa olleita kuntia on vähän. Asukasluvultaan suurten kuntien tilanne oli kokonaisuudessaan pieniä kuntia parempi. Kuntaryhmien sisällä oli kuitenkin suuriakin eroja. (Emt., 17-22.) Vuosina 1997-1998 kuntien talous kiristyi vuosikatteella mitaten. Verotulot kasvoivat, mutta valtionosuudet pienenivät. Osan kunnista vuosikate jäi negatiiviseksi. (Emt., 38.)

Taulukko 1. Kuntien taloudelliseen kehitykseen vaikuttaneet muutokset vuosina 1990-1999

1993	Uusi laskennallinen valtionosuusjärjestelmä kustannusperusteisen järjestelmän tilalle. Kaikki valtionosuudet peruskunnille. Verouudistus, käyttöön otettiin muun muassa yhteisö- ja kiinteistövero.
1996	Kantokykyluokituksen poistaminen.
1997	Valtionosuusjärjestelmän uudistus. Kirjanpitojärjestelmä vaihdettiin.
1999	Yhteisöveron jakoperusteiden muutos.
1994-1998	Valtionosuuksien leikkaukset eri perustein.

Lähde: Helin 1999a, 17.

Mitä suuremman osan verotuloistaan kunta joutuu käyttämään lakisääteisten tehtävien rahoittamiseen, sitä rajoitetumpi on sen itsenäinen talouttaan koskeva päätösvalta (Heuru 2002, 75). 1990-luvun alun lama kohteli, tässäkin suhteessa, kuntia eri tavoin. Myös valtion erilaiset toimenpiteet ilmenivät kunnissa eri lailla. (Helin 1999a, 11.) Riippuvuus valtion tulopohjaa koskevista ratkaisuista lisääntyi tutkimusajanjaksolla. Toiminnan järjestämisvapauden lisääntyä taloudellinen liikkumavara kunnissa pienentyi. (Nummela 2001, 56.)

Vuosikymmenen loppuun tultaessa kunnallistalous palasi lamaa edeltäneelle tasolle. On muistettava, että taloudentilan tarkastelu edellyttää useiden eri näkökulmien huomioon ottamista, mikä tekee arvioinnista haastavaa. Huomioon on otettava muun muassa kunnan toimintapoliittiset ratkaisut. (Helin 1999a, 11.) Tietoa rahoituskriisien syntymekanismeista on rajoitetusti. Ongelmat ovat niin monimutkaisia, että haitallisen kehän synnyttyä on päättäjien vaikea pysäyttää sitä. Kuntalaiset vaativat ratkaisua, mutta ratkaisun löytäminen oli ja on edelleen haastavaa. (Carmeli 2003, 1425-1428.) Kaiken kaikkiaan talouskriisi tuotti perusterveydenhuoltojärjestelmään pysyvämpiä muutoksia kuin vain lyhytaikaisen notkahduksen (Lehto & Blomster 2000, 57).

2.1.2 Kuntien erilaistumiskehityksen mahdollistuminen

Yhteiskuntanäkemyks 1960- ja 1970-luvuilla korosti yhtenäisyyttä. Hyvinvointivaltion syntymävaiheessa valtio säänteli tarkasti kuntien hallintoa ja toimintaa. Kuntien hallinto oli kai-

killä hallintoaloilla yhtenäinen. Tavoitteena oli alueellinen ja sosiaalinen tasa-arvo eli yhdenmukaisten palveluiden turvaaminen asuinpaikasta huolimatta. (Harjula & Prättälä 2004, 5.) Sääntelyn purku tuli eteen 1990-luvulla. Vuonna 1993 toteutuneella valtiosuusuuudistuksella valtiolta kunnille tuleva rahoitus irrotettiin tiukasta ohjauksesta. Ohjauksen annettiin rakentua uudistuksen jälkeen pitkälti paikallisen päätöksenteon, toisin sanoen kunnallisen demokratian, lainsäädännön sekä erilaisten laatusuosituksen varaan. (Heikkilä 2003, 119.) Terveystenhuollon yleisen valvontavastuun kuuluessa edelleen valtiolle vahvisti valtiosuusuuudistus merkittävästi kuntien asemaa. Kunnilla oli sen jälkeen aiempaa paremmat mahdollisuudet päättää itse paikallistasolla perusterveydenhuoltopalveluiden järjestämisestä ja tuottamisesta. Tämä on mahdollistanut kunnan olosuhteet paremmin huomioon ottavat ratkaisut entistä mallia paremmin. (Kauhanen & Myllykangas & Salonen & Nissinen 1998, 281.) Eri asia on, kokivatko kunnat sen aina pelkästään positiivisena mahdollisuutena.

Suomessa terveydenhuollon palveluita ohjataan keskeisiltä osiltaan valtakunnallisesti lainsäädännön ja sen perusteella annettavien määräysten kautta. Lisäksi valtioneuvosto hyväksyy joka vuonna suunnitelman terveydenhuollon järjestämisestä seuraavien neljän vuoden aikana. Suunnitelmaan sisältyvät tavoitteet eivät sido kuntia, vaan niiden toteuttaminen riippuu järjestämisvastuussa olevien kuntien paikallisista päätöksistä. Lainsäädäntö velvoittaa järjestämään terveydenhuoltoa kuntalaisille, mutta ei tarkemmin säätele toiminnan sisältöä, järjestämistapaa tai laajuutta. Kunnat voivat järjestää palvelut itsenäisesti, muodostaa kuntayhtymiä tai ostaa palvelut esimerkiksi yksityisiltä erityyksiltä. (Terveystenhuollon kehittämisprojekti 1998a, 5-6.)

Julkisten, lakisääteisten, hyvinvointipalveluiden laadun ja määrän sääntelyä viimeisen kymmenen vuoden aikana voidaan kuvata termillä *laissez faire*. Valtakunnallinen sääntely on purettu lähes minimiin ajatuksena, että kunnat ovat päteviä arvioimaan asukkaiden tarpeet ja niihin vastaamisen. Vuoden 1993 valtiosuusuuudistuksen jälkeistä vaihetta voidaan nimittää siirtymäksi ekspansiivisesta rakentamisen vaiheesta responsiivisen ylläpidon vaiheeseen. Yksinkertaistaen voidaan todeta, että valtiosuusuuudistuksen idea oli erilaistumisen salliminen. Joissakin palveluissa tämä erilaistuminen on kasvanut yli sen, mitä hyvinvointivaltiokäsitys ja moderni perusoikeusajattelu sallivat. Eri kuntien ja eri perusterveydenhuollon organisaatioiden tuottamien palveluiden laatu vaihtelee melko paljonkin. (Heikkilä 2003, 119.)

2.2 HALLINNON MUUTOSTUULET

Suomen oman hallinnon kehittymisen voidaan katsoa alkaneen autonomian ajasta vuonna 1809. Yhteys erilaisen hallintotradition mukaan hallittuun Venäjään on jättänyt jälkensä Suomen hallintoon. Avoimuus, aktiivisuus ja yhteistyö hallinnon ja poliittisten päättäjien kesken eivät ole vielääkään Suomen valtionhallinnon parhaita puolia. Vahvuutena voidaan ennemminkin pitää pohjoismaisen oikeusvaltioperiaatteen ja siihen liittyvän hallintolegalismin omaksumista. Hyvinvointivaltion oloissa tämä vahvuus on kuitenkin vähitellen kääntynyt heikkoudeksi. (Temmes & Kiviniemi 1997, 11.)

Hyvinvointivaltion hallinnon kehitys alkoi Suomessa muista Pohjoismaista jäljessä 1960-luvulla. Uutta suuntaa on etsitty siitä lähtien. Tuolloin alkanutta kehitystä voidaan pitää eräänlaisena esivaiheena vuosien 1987-1995 rajummalle uudistusaallolle. Suomalaisen hyvinvointivaltion kehityksen ongelmia voidaan pitää suurelta osin legalistisen poliittishallinnollisen tradition seurauksena. Hyvinvointivaltion rakennusvuosien 1960-1980 aikana käyttöön otetut ratkaisut eivät vastanneet enää modernin hyvinvointivaltion tarpeita. (Emt., 11-12.)

Muutos kansalaisten asenteissa hyvinvointivaltiota kohtaan asetti vaatimuksia julkisen hallinnon legitimitetille sekä palvelutasolle jo 1970-luvulla, jolloin ilmassa oli kasvavan kritiikin ensioireita. Ongelmia ei kuitenkaan kyetty ratkaisemaan ennen vuonna 1987 alkanutta uudistusaaltoa. Vuosien 1987-1995 hallintouudistusaalto oli ensimmäinen itsenäisen Suomen hallintokoneiston laajempi uudistus. Tätä uudistusaaltoa voidaan pitää volyymitaan ja merkitykseltään suurena. (Emt., 11-13).

Vuosien 1978-1995 uudistusaallon keskeisimmiksi hankkeiksi muodostuivat tulosohjaus- ja tulosjohtamisuudistus, valtionosuus- ja vapaakuntaudistus sekä liikelaitos- ja yhtiöittämisuudistus. Nämä kaikki ovat valtioneuvoston alulle laittamia valtakunnallisia uudistuksia, joilla on ollut huomattavia heijastusvaikutuksia kunnallishallintoon. Valtionosuusuudistus, jolla uudistettiin valtion ja kuntien talousohjaussuhteita, on kuntien kehityksen kannalta ollut merkittävin. Kuntien toimivaltaa lisäävät järjestelyt, jotka alkoivat vapaakuntakokeilulla, täydensivät valtionosuusuudistuksen vaikutuksia. (Emt., 1997, 18-19.) Desentralisointi, joka voidaan ymmärtää toimivallan ja vastuun siirtämisellä paikallishallintoon, on ollut yksi keskeisistä julkisen hallinnon uudistuksista (Saarelainen 2003, 198). Kunnat

ilmentävät julkisen hallinnon desentralisaatiota eli hajauttamista. Niille on uskottu valtionhallinnon tehtäviä, mutta ne eivät kuitenkaan ole osa valtionhallintoa. (Jyränki 2000, 151.)

2.2.1 Kohti uudenlaista hallintoa

Suomalaista hyvinvointivaltiota rakennettiin 1980-luvulle saakka kotimaisin ja pohjoismaisin opein. Kansainväliset mallit nousivat pinnalle Suomen kansainvälisen aseman muuttuessa. Vaikka Suomi on ollut sodan jälkeisen ajan jossain määrin jäljessä muiden hyvinvointivaltioiden hallintouudistusten tahdista, on ero anglosaksisiin ja Länsi-Euroopan maihin on hallintouudistusten myötä kutistunut muutamaan vuoteen. (Temmes & Kiviniemi 1997, 13.)

Konkreettinen muutos kohti markkinaohjautuvuutta lähti julkisella sektorilla liikkeelle 1980-luvulla. Ilmiön kehityshistoria on kuitenkin pidempi, alkaen keskusjohtoisten talousjärjestelmien ja kommunististen utopioiden romahduksesta. (Ks. esim. Salminen & Niskanen 1996, 9.) Useiden eurooppalaisten valtioiden tämänhetkisen terveydenhuoltopolitiikan taustalla on uusoikeistolaisen politiikan vaikutuksen lisääntyminen. Tämä on ollut yleinen reaktio 1970-luvun keynesiläistä talouspolitiikkaa vastaan. Valtion rooli nähtiin vanhentuneena. 1970-luvun hidas talouskasvu, jonka syyllisenä pidettiin hyvinvointivaltiota, antoi kasvualustan uusoikeistolaiselle ajattelulle. (Ferlie & Pettigrew & Ashburner & Fitzgerald 1996, 31.)

Uusoikeistolainen politiikka tarjoaa perinteisen hyvinvointivaltion tilalle markkinasuuntautuneisuutta ja yksityistämistä. Suunnan kannattajien mukaan nämä tuovat mukanaan niukkojen resurssien tehokasta allokaatiota sekä valinnanvapautta asiakkaille ja tuottajille. Tyypillisinä uusoikeistolaisina arvoina voidaan pitää myös individualismia ja epätasaarvon hyväksymistä. Poliittista järjestelmää pidetään kykenemättömänä tuottamaan taloudellista hyvinvointia. Sen sijaan markkinat nähdään tehokkaina. (Ferlie ym. 1996, 31; Farnham & Horton 1996, 12.) Uusoikeistolaiselle politiikalle on ollut tyypillistä hallinnon uudistamisen eteenpäin vienti yksityissektorilta omaksutuin keinoin. Yksityissektorilta omaksuttuja oppeja rationaalisesta, tehokkaasta ja taloudellisesta hallinnosta on pidetty ideaalina mallina, joiden avulla julkisten palveluiden laatua ja tehokkuutta on ajateltu voitavan parantaa. (Farnham & Horton, 1996, 41-42.) Uudistusaallon myötä hallintokoneiston palvelutasoa on pyritty parantamaan markkinoistamisen ja muiden liiketaloudellisten oppi-

en avulla sekä hallintoa hajauttamalla. Kansalaisten palvelun ohella arvioinnin kohteena on ollut myös kansalaisten osallistumismahdollisuuksien kehitys. (Temmes & Kiviniemi 1997, 12-13.)

Hallintokulttuurissa tapahtunut muutos on ollut merkittävä (Lähdesmäki 2003, 284). Eri-tyisesti 1990-luku oli hallintomme kehityksen kannalta käänntekevä (Temmes 2003, 233). Temmesin ja Kiviniemen (1997, 21) mukaan sen voidaan katsoa muuttuneen hallinto-legalistisesta managerialistisempaan. Myös Ferlien ym. (1996, 98) väittävät, että vallitsevassa hallintokulttuurissa on nähtävissä muutoksia managerialististen oppien hyväksymisen suuntaan. Julkisella sektorilla voidaan jopa sanoa alkaneen radikaalin muodonmuutoksen (emt., 113). Temmes (2003) muistuttaa kuitenkin myös hallintouudistusten epäonnistumisesta.

2.2.1 Uusliberalismi ja New Public Management

New Public Managementin (*lyh. NPM*) teoreettinen tausta on löydettävissä 1960-luvulla esiintyneestä laajan julkisen sektorin kritiikistä. New Public Management on teoria siitä viimeaikaisesta paradigmanmuutoksesta, miten julkinen hallinto tulee järjestää ja miten sitä tulee johtaa. Siinä on elementtejä sekä kansantaloustieteellisistä teorioista että lakien ja talouden lainalaisuuksista. (Lane 2000, 3.) NPM:n muodostama kokonaisuutta voidaan pitää eräänlaisena taitekohtana julkisen sektorin hallinnossa, joka vastasi tähän kritiikkiin (Ferlie ym. 1996, 9). Sitä voidaan myös pitää myös eräänlaisena kapeammin tai laajemmin ymmärrettävänä sateenvarjokäsitteenä uusille uusoikeistolaisille hallinnon kehityssuunnuksille. Kapeammassa tulkinnassa sillä tarkoitetaan liikkeenjohdollisten oppien soveltamista valtion tai kunnan hallintoon. Laajemmassa merkityksessä sateenvarjon alle sisällytetään se toimenpideohjelma, jonka kunnat integroivat kehityspolitiikkaansa. Tyypillisiä piirteitä NPM:lle ovat muun muassa tuloksellisuus, markkinatutkimukset sekä kilpailu. (Ståhlberg 1998, 51-52.)

Näitä uudistuksia on alettu nimittää yhteisesti New Public Managementiksi. Ilmiön perusteellisempi analysointi on kuitenkin alkanut vasta viime vuosina. Organisaatioteoreetikot ovat tunnistanee hitaasti NPM:n merkityksen ja laajuuden. (Ferlie ym. 1996, 1; ks. myös

Lane 2000, 6.) NPM:n suosion nousu on yhteydessä hallinnon purkamistavoitteisiin ja yksityistämiseen (Ferlie ym. 1996, 15-16).

Eräänä NPM:n tunnuspiirteenä voidaan pitää asiakaslähtöisyyttä (Kickert 1997, 18). Myös muun muassa Karilan (1998) mukaan juuri asiakassuuntautuneisuus erottaa uuden julkisen hallinnon mallin perinteisestä byrokraattisesta hallinnosta. Eroja perinteisen ja uuden julkisen hallinnon välillä voidaan tiivistäen kuvata taulukon 2 osoittamalla tavalla. Uudessa hallinnon mallissa sääntöohjauksen korvaa tulosohjaus, tulosbudjetointi sekä kilpailu. Funktionaalinen tehtäväpohjainen työnjako korvautuu prosesseihin tukeutuvalla työnjaolla. Voimakkaan hierarkian sijaan tulosyksiköt ovat autonomisia ja vähäisestä kilpailusta siirtyään toimintojen ulkoistamiseen ja markkinoistamiseen. Aikaisemmin vallinnut strategisen johtamisen puute ja tuottajien valta korvataan asiakassuuntautuneisuudella, asiakkaiden lähtökohdista lähtevällä toimintatavalla. (Emt., 57.)

Taulukko 2. Perinteisen byrokraattisen hallinnon ja uuden julkisen hallinnon eroja

Perinteinen byrokraattinen malli	Uuden julkisen hallinnon malli (NPM)
Sääntöohjaus	Tavoite/tulosohjaus, tulosbudjetointi, kilpailu
Funktionaalinen tehtäväpohjainen työnjako	Tuotepohjainen ja prosesseihin tukeutuva työnjako
Voimakas hierarkia	Autonomisten tulosyksikköjen väliset sopimussuhteet
Vähäinen kilpailuinstrumenttien käyttö	Toimintojen ulkoistaminen ja markkinoistaminen
Strategisen johtamisen puute	Tuottajien valta korvataan asiakassuuntautumisella

Lähde: mukailen Karila 1998, 57.

Lanen (2000, 224) mukaan NPM on hallinnon työväline, jonka avulla johtaa julkista sektoria. Ferlie ym. (1996, 10) puolestaan kuvailevat NPM:a tyhjäksi kankaaksi, jolle jokainen voi maalata mitä haluaa. Selkeää määritelmää sille, mitä NPM on ei ole olemassa. Ilmiöstä luodut mallit ovat havainnollistavia, mutta pelkistettyjä kategorioita, joilla pyritään hahmottamaan NPM:n laaja kokonaisuus (emt., 15)¹.

¹ Ks. lisää malleista Ferlie ym. 1996, 10-15

NPM kiinnittää huomiota myös palveluiden tuottamistapoihin. Sen oppien mukaan julkisten palveluiden tuottajana voi toimia kuka tahansa. Tuottajana voi näin ollen olla julkinen tai yksityinen organisaatio tai näiden välimuoto. (Lane 2000, 218.) Tätä terveystalouden tuottamista usean eri sektorin voimin kutsutaan myös nimellä hyvinvointisekoitus eli *welfare mix* (Heinonen 1993, 134).

NPM:n puolestapuhujien mukaan NPM ei pyri olemaan deskriptiivinen vaan pikemminkin normatiivinen teoria, joka pyrkii etsimään vastauksia siihen, miten julkista palvelutuotantoa pystyttäisiin tehostamaan. Se ei kuitenkaan ole teoria siitä, miten hallinto tulee järjestää ja on järjestetty eri maissa. Enemmänkin sen tavoitteena on esitellä miten hallintoon voidaan soveltaa uusia toimintatapoja. (Lane 2000, 224.) Muutos kohti NPM:a on useiden indikaattorien valossa ollut kansainvälisellä tasolla suurempaa terveydenhuollossa verrattuna esimerkiksi koulutuspalveluihin (Ferlie ym. 1996, 113). Vastakkainen näkökulma on, että perustavaa muutosta terveydenhuollossa ei ole tapahtunut (emt., 43).

Iso-Britanniaa voidaan pitää NPM:n synnyinmaana ja Britannian terveydenhuoltojärjestelmän (*National Health Service, lyh. NHS*) vuonna 1948 aloitettua uudistamista uusien terveydenhuollon toimintamallien edelläkävijänä (Farnham & Horton, 1996, 172)². Kulttuuriset variaatiot ovat kuitenkin huomattavia. Piirteiden korostumiseen ovat vaikuttaneet muun muassa alueen paikallishistoria sekä poliittinen ja hallinnollinen johtamistapa. (Ferlie ym. 1996, 16.) NPM:n ilmenemistä on tutkittu useissa maissa (ks. esim. Andrews 2003; Kitchener & Gask 2003). Suomessa hallinnon uudistamisen vertailukohdaksi on yleisesti omaksuttu anglosaksisten maiden uudistukset (Lähdesmäki 2003, 284).

“Tehdä enemmän vähemmän” –periaate kiteyttää julkisen sektorin uudistuslinjan, jota on toteutettu muualla maailmassa sekä täällä Suomessa (Lähdesmäki 2003, 283). Lisäksi NPM:n yhtenä pyrkimyksenä voidaan pitää kansalaisten palveluihin tyytymättömyyden alentamista tukemalla heidän osallistumistaan päätöksentekoon (Saarelainen 2003, 1999).

² ks. lisää esim: Watkin 1978; Allsop 1984; Ham 1985; Gabe & Calnan & Bury 1991

2.2.2 Menettelytapauudistusten omaksuminen kunnissa

Kunnat ovat sekä juridisessa että poliittisessa vastuussa taloudellisesta menestymisestään. Kunnan voidaan ajatella pyrkivän toimimaan omistajan tavoin. (Salminen & Niskanen 1996, 80.) Kunnallinen itsehallinto on antanut kunnille vapaudet valita, mitä uudistuksia ne haluavat toteuttaa (Niemi-Iilahti 2000, 277). Pohjoismaissa ja Suomessa NPM on kuitenkin otettu kehittämiss politiikan välineenä käyttöön anglosaksisia maita neutraalimmin (Haverinen 2000, 20).

Suomen kunnallishallinnossa kokeiltiin erilaisia uudistuksia laajassa mittakaavassa 1990-luvulla (Niemi-Iilahti 2000, 272). NPM:sta on muodostunut vedenjakaja hallintopoliittisessa keskustelussa. Sen vaikutuksia Suomessa ei voida sivuuttaa. NPM:lle tyypilliset uudistukset ovat 1990-luvulla olennaisesti muuttaneet hallintoamme ja samalla käsityksiä hallintouudistuksista. (Temmes 2003, 228.)

Terveystieteiden johtamisen on väitetty Suomessa olevan ajastaan jäljessä. Uusien toimintamallien hakeminen, innovatiivisuus ja kyseenalaistaminen eivät ole olleet hallintokulttuurissamme selviö. (Tuomainen & Tuomainen 166,172.) Myös vastakkaisia näkemyksiä on esitetty. Muun muassa Ståhlbergin (1998) mukaan NPM:lle tyypillisiä toimintamalleja on Suomen kunnissa laajalti käytössä. Uudistushalukkuus on hänen mukaansa sidoksissa kunnan resursseihin siten, että resursseiltaan vahvat kunnat ovat myönteisempiä uudistuksille. Myös historiallista jatkuvuutta on havaittavissa. Kunnat, jotka aikaisemminkin ovat tehneet uudistuksia, ovat suhtautuneet myönteisemmin myös NPM:n tuomiin toimintamalleihin. (Emt., 57-58.) Suhtautumisella NPM:iin on myös psykologinen puolensa. Usein kunnissa, joissa uudistuksia tehdään, halutaan niitä tehdä myös lisää (emt., 66).

Salmisen ja Niskasen (1996) mukaan kokemukset NPM:iin kuuluvista tulosohjauksesta ja -johtamisesta ovat olleet Suomessa valtion tasolla melko myönteisiä. Toimintaa on pystytty tehostamaan ja tätä kautta on saatu aikaan säästöjä. Tulosohjauksen käyttöönotossa on ilmennyt kuitenkin myös ongelmia. Sopivien mittareiden löytäminen on pidetty vaikeana, mikä on tehnyt muun muassa vaikuttavuuden arvioinnista hankalaa. Myös asiakaslähtöisyys ja laatu ovat paikoin kärsineet. (Emt., 103.)

Suomessa NPM:lle tyypillisiä uudistustoimenpiteitä on toteutettu enemmän valtion kuin kuntien tasolla. Paikallistason uudistukset ovat jääneet osittain jäsentymättömiksi ja hajanaisiksi. NPM:n aineksia on kuitenkin myös kuntatasolla selvästi olemassa. Suurin osa maan kunnista on uudistanut budjetoitinsa ja monet kunnat ovat ottaneet käyttöönsä nettobudjetoinnin ja tulosjohtamisen. Kilpailuttaminen ja kuntalaisten valinnanmahdollisuuksien lisääntyminen ovat myös osa useiden kuntien arkea. Samanaikaisesti kuntien aikaisempi vastuu palveluiden tuottamisesta on vaihtunut palveluiden järjestämisvastuuksi. Näitä piirteitä tarkastellessa voidaan Suomen todeta olleen 1990-luvun lopulla NPM:n soveltamisessa samassa vaiheessa kuin Ruotsi oli 1990-luvun alussa. Tälle vaiheelle on tyypillistä uusien toimintamallien runsas käyttöönotto. (Klausen & Ståhlberg 1998, 199-200.)

NPM:sta puhuttaessa voidaan Ståhlbergiin (1998) yhtyen kysyä tuoko se mukanaan perinteisen pohjoismaisen hyvinvointivaltion rajojen uudelleenarvioinnin? Ståhlbergin mielestä se ei aiheuta dramaattista murrosta perinteiseen hyvinvointivaltion perinteeseen. Uudistukset ennemminkin sulautuvat vanhaan traditioon. Terveyskeskuksia koskevissa asioissa päättävävaltaa käyttävät paljolti johtavat viranhaltijat ja heidän asenteensa vaikuttavat uusien toimintatapojen käyttöönottoon. (Ks. esim. Korttila & Kukkanen 1999.) Myös Swank (2002, 149) esittää, että Suomen hyvinvointivaltio palveluineen ei ole siirtynyt uusliberalismia kohti, vaan se on enimmäkseen säilyttänyt universaalien hyvinvointivaltion tunnuspiirteet.

2.2.3 Uudistukset kriittisen suurennuslasin alla

Laajan innostuksen lisäksi NPM:a on myös kritisoitu usealta eri taholta (Lähdesmäki 2003, 283). NPM:a on ajoittain syytetty demokratiavajeen aiheuttamisesta sen pyrkiessä muuttamaan perinteisiä vaikutusmahdollisuuksia. Puolustajat vetoavat NPM:n tarjoamiin uusiin vastuun muotoihin, muun muassa kuluttajan valinnanmahdollisuuksien lisääntymiseen. (Ferlie ym. 1996, 7.) Eniten kritiikkiä ideologia saa kuitenkin yksityissektorin oppien ja arvojen suorasta omaksumisesta julkiselle sektorille (emt., 165). NPM:n mallia voidaan pitää myös yksinkertaistavana ja rajoittuneena (emt., 16). Lanen (2000, 6) mukaan NPM:a on pidetty lähinnä ohimenevänä muoti-ilmionä, johon kuuluu nippu erilaisia asioita, jotka

eivät erityisesti liity toisiinsa. Sitä on hänen mielestään myös pidetty tehokkuutta ylikorostavana sekä laatua ja yksilöllisyyttä vähöksyvänä.

Myös Kickert (1997) muistuttaa NPM:n ongelmista. Toiminta-mallia on kritisoitu normatiiviselta ja teoreettiselta kannalta, eurooppalaisen oikeusvaltion ja poliittisen demokratian näkökulmasta. Demokratian ja laillisuuden periaatteiden tulisi johtaa julkisen hallinnon kehittämistä, vaikka demokratia ja tehokkuus voivatkin olla keskenään ristiriidassa. Tasa-arvo, legitimitetti, laillisuus, vapaus ja sosiaalinen oikeudenmukaisuus ovat julkishallinnon toteuttamisessa tärkeitä. (Emt., 5-35.) Osan hallinnon uudistuksista voidaan nähdä olevan etäällä näistä arvoista.

NPM:a on kritisoitu myös liian yleispätevistä ratkaisumalleista. Myös pelkoa julkisen sektorin perinteisten arvojen heikentymisestä on esiintynyt. Lisäksi on kysytty, että onko NPM:lla sittenkään ollut riittävästi vaikutusta? Julkiset menot jatkavat kasvuaan ja yhteiskunnalliset ongelmat lisääntyvät hallinnon kehittämisestä huolimatta. (Lähdesmäki 2003, 283.) Kritiikki on varsin aiheellista. Yksityisen sektorin ideologioita ja malleja siirrettäessä julkishallintoon sen tehostamisen toivossa tulee ottaa huomioon mitkä mallit valitaan ja miksi. Myös perusolettamus yksityisen sektorin mallien toimintaa tehostavasta vaikutuksesta tulee kyseenalaistaa. Ratkaisevaa on, millaiset julkiset palvelut päättäjät haluavat: yksityisiä palveluja muistuttavat vai perinteisemmät? (Ferlie ym. 1996, 121.)

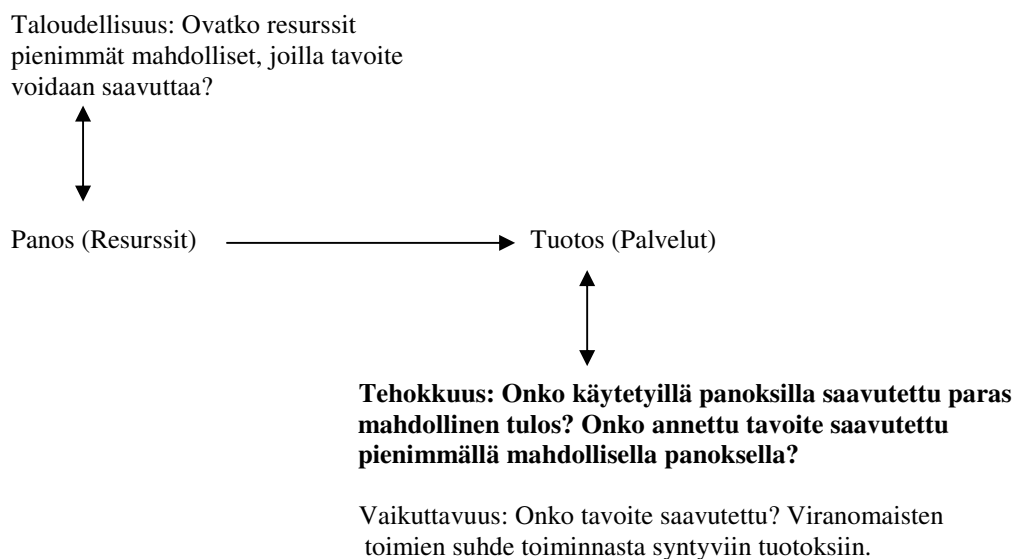
2.3 TEHOKKUUS, TULOKSELLISUUS JA VAIKUTTAVUUS TAVOITTEINA

NPM:n filosofian yhdeksi keskeisimmistä pyrkimyksistä nousee julkisten palveluiden tuotannon tehokkuuden lisääminen. Keinoina tähän ehdotetaan muun muassa yksityistämistä, tilaajan ja tuottajan erottamista (ns. tilaaja-tuottaja-malli) sekä käyttäjämaksuja. Tehokkuus mielletään positiiviseksi asiaksi ja sen käyttö asiakirjoissa on yleistynyt. (Lane 2000, 60-61.) Tehokkuuspyrkimyksellä tarkoitetaan sitä, että annetuilla panoksilla pyritään saamaan aikaan mahdollisimman suuri tavoitteen suuntainen vaikutus (Meklin 1999, 62), toisin sanoen tavoite pyritään saavuttamaan mahdollisimman pienin panoksin. Kuitenkaan terveydenhuollon lopputulosta ei voida mitata helposti suoritteiden (esimerkiksi työtuntien) avulla, kuten tavallisessa hyödyketuotannossa tehdään. (Kauhanen ym. 1998, 311.) Toiminta-

ja rahaprosessin puuttuvan yhteyden vuoksi kunnan tuloslaskelma ei kerro suoraan sitä, miten tehokkaasti kunta saamiaan verorahoja käyttää (Meklin 1999, 16).

Panos-tuotos -arvioinnissa suhteutetaan toisiinsa toiminnassa käytetyt resurssit ja aikaan-saadut tuotokset ja pyritään löytämään näiden optimisuhde (Hironniemi 1992, 48). Yksin-kertaistetusti paikallisen palvelutuotantoprosessin panos-tuotos –tehokkuuden problema-tiikkaa voidaan kuvata kuvion 1 osoittamalla tavalla. On huomattava, että kyseessä on vain malli. Käytännössä prosessi on usein kuvattua monimutkaisempi.

Kuvio 1. Paikallinen palvelutuotantoprosessi



Lähde: mukailten Skelcher 1992, 43.

NPM -uudistusten yhteydessä useissa maissa käytetään ilmaisua ”*Value for Money*”, jolla tarkoitetaan vastineen tuottamista verorahoille. ”*Value for Money*” jaetaan tavanomaisesti kolmeen sanaan: ”*economy, efficiency ja effectiveness*” (suom. taloudellisuus, tehokkuus ja vaikuttavuus). Suomessa on puhuttu tässä yhteydessä lähinnä tuloksellisuudesta, jonka määrittely on vaihdellut. (Meklin 1999, 16.)

Tuloksellisuudella tarkoitetaan niitä kriteerejä, joiden avulla arvioidaan kunnallista palvelutoimintaa ja kunnan menestymistä palveluiden tuottajana. Tuottavuudella ilmaistaan tuotosten tai suoritteiden määrän ja niiden tuottamiseen käytetyn panosmäärän suhde. Suoritteet voivat olla esimerkiksi asiakaskäyntejä tai hoitopäiviä. Panokset voidaan ilmaista ra-

hana tai henkilötyötunteina¹. Mitä enemmän panoksilla pystytään tuottamaan suoritteita tai mitä vähemmän panoksia tarvitaan suoritteiden tuottamiseen, sitä parempi tuottavuus on. Taloudellisuudella taas tarkoitetaan sitä, miten paljon rahaa tuotoksen tai suoritteen aikaansaamiseksi on tarvittu. Taloudellisuutta voidaan pitää tuottavuuden käänteislukuna, mutta panokset on aina muutettu rahamääräisiksi. Taloudellisuus ilmaisee myös yhden suoritteen hinnan. Vaikuttavuudella tarkoitetaan palvelutuotannon kykyä saada aikaan kuntalaisten tarpeita tyydyttäviä vaikutuksia (tarpeiden tyydyttämisaste) tai ainakin sellaisia vaikutuksia, jotka täyttävät kunnan asettamat tavoitteet (tavoitteiden toteuttamisaste) tai mahdollisesti molempia. (Hiironniemi 1992, 24-25.)

Yksi tuloksellisuuden elementeistä on palvelukyky, joka voidaan jakaa sekä sisäiseen että ulkoiseen palvelukykyyn. Sisäisellä palvelukyvyllä tarkoitetaan palvelujen tuottamisen katkeamattomuutta, joustavuutta, sujuvuutta sekä organisaation sisäistä terveyttä. Sisäinen palvelukyky riippuu paljolti organisaation rakenteesta, työjärjestelyistä, henkilöstön pätevyydestä, johtamistavoista sekä koko organisaatiokulttuurista. Ulkoinen palvelukyky ilmaisee palvelun vastaanottajan ja sen tuottajan välistä suhdetta ja tämän suhteen laatua. Laatua ilmaisee muun muassa asiakkaan pääsy palveluun, hänen tuntemansa tyytyväisyys sekä hänen saamansa vaikutelma palvelun pätevyydestä ja saamastaan kohtelusta. (Hiironniemi 1992, 25-26.) Ulkoista palvelukykyä arvioidaan usein asiakaspalautteen avulla (emt., 106). Kustannusten ja hyötyjen vastakkain asettelu on kuitenkin vaikeaa mittausongelmien vuoksi. Taloudellisia ja sosiaalisia seuraamuksia, eli tuloksellisuutta sanan laajassa merkityksessä, on edelleen vaikea määrittää. (Pohjola 1994, 28.)

Vaikuttavuus voidaan määritellä asiakkaassa tai kunnan toimintaympäristössä tapahtuvaksi, kunnan palveluiden aikaansaamaksi vaikutukseksi (Myllyntaus 2003, 93). Tuottavuus ja taloudellisuus ilmaisevat tuloksellisuuden taloudellista ulottuvuutta, kun taas vaikuttavuus ja palvelukyky ilmaisevat toiminnan onnistumista ilman talousnäkökulmaa. Tuottavuus ja taloudellisuus ilmaisevat, tehdäänkö asiat oikein annetuilla voimavaroilla vaikuttavuuden ja ulkoisen palvelukyvyn ilmaistessa sitä tehdäänkö voimavaroilla oikeita asioita. Kustannus-vaikuttavuus -ulottuvuudessa yhdistyvät nämä molemmat. (Hiironniemi 1992, 26.) Hallinnon tuottavuus näyttää useiden mittareiden valossa kasvaneen. Kansalaisten palvelu-

¹ Suoritevaihtoehtoista laajemmin ks. esim. Lane 2000, 62

tehtävässä se ei kuitenkaan ole välttämättä onnistunut aikaisempaa paremmin. (Niemi-
lilahti 2000, 271.)

Taloudellisuus, tehokkuus ja vaikuttavuus tulisi ottaa huomioon palveluja uudistettaessa. Eri viranomaisilla on kuitenkin erilaisia näkemyksiä ja arvoja, jolloin he etsivät taloudelli-
suutta ja tehokkuutta omista lähtökohdistaan ja omassa kontekstissaan. (Skelcher 1992,
43.) Pää tavoitteen ollessa terveyden edistäminen muodostuu tehokkuus tärkeämmäksi ta-
voitteeksi kuin tuottavuus (Kauhanen ym. 1998, 311). Raunio (1992, 471) muistuttaa ter-
veyspalveluiden tuottavuuden kasvattamisen olevan vaikeaa ja edellytysten palvelutuotan-
non tehostamiseen olevan niukat. Tehokkuuden arviointi on terveydenhuollon palveluissa
toimintaympäristöön sitoutunutta ja arvovälitteistä toimintaa. Monimuotoisuus ja laadun
arviointiin liittyvät vaikeudet sekä se, että terveydenhuolto ei tuota terveyttä vaan terveyttä
edistäviä palveluita, tekevät tuloksellisuuden mittaamisesta erityisen vaikeaa. (Mäkelä
1996, 179-180.) Tehokkuusperiaatteet ovat kuitenkin tulleet Suomen julkiseen hallintoon
jäädäkseen (Lähdesmäki 2003, 284).

2.3.1 Kustannus-vaikuttavuus

Kustannus-vaikuttavuudella ilmaistaan palvelujen vaikuttavuuden kustannuksia (Hiiron-
niemi 1992, 25). Kustannus-vaikuttavuus, jonka vertailuun tämä tutkimus keskittyy, voi-
daan ilmaista kaavaa käyttäen seuraavassa muodossa:

$$\text{Kustannus-vaikuttavuus} = \frac{\text{Kustannukset}}{\text{Vaikuttavuus}}$$

Kustannus-vaikuttavuus -analyysillä voidaan arvioida panos-tuotos -suhdetta. Tässä ana-
lyysissä hyötyjä ei ilmaista rahassa, vaan vaikutuksena toiminnan tavoitteeseen nähden.
Analyysissä suhteutetaan kustannukset ja vaikutukset toisiinsa. Analyysin teon edellytyk-
senä ovat konkreettisesti mitattavissa olevat vaikutukset, jotta vertailtavien suhdelukujen
laskeminen on mahdollista. Monia hyötyjä ei kuitenkaan ole mahdollista muuttaa kvantita-
tiivisiksi, jolloin joudutaan tyytymään niin sanottuihin sijaismittareihin tai käyttämään yk-

sinkertaisia tunnuslukuja. Vertailu voi kohdistua myös saman toiminnan aikaisempiin kustannus-vaikuttavuus -arvoihin, kuten tässä tutkimuksessa. (Emt., 49.) Kustannusten ja vaikuttavuuden suhde olisi voitu kääntää myös toisin päin (vaikuttavuus/kustannukset). Tällöin tulokseksi olisi saatu paljonko yksi tyytyväisyysaste tutkimuskaupungeille maksoi.

Isomäki (1998) kiteyttää osuvasti kustannus-vaikuttavuuden merkityksen terveydenhuollossa. Hänen mukaansa terveydenhuoltoa ei luotu lääkäreitä tai hallintoa varten, vaan sairauksien ehkäisemiseksi ja sairaiden auttamiseksi. Siksi koko järjestelmän on hyvä pyrkiä kustannus-vaikuttavuuteen terveystalouden ja terveydenhuollon suunnittelussa. (Emt., 52.) Terveydenhuoltojärjestelmän ja potilaiden intressinä on todennäköisemmin kustannus-vaikuttavuuden lisääminen kuin kustannusten kasvu (emt., 56).

2.3.2 Mittaamisongelmasta

Terveyspalveluiden vaikuttavuuden mittaamisongelmasta johtuen tuotosta on usein arvioitu aikaansaatuja suoritteita kautta (Mäkelä 1996, 171). Terveystaloustieteilijät pyrkivät etsimään vastauksia siihen, miten terveydenhuolto olisi taloudellista, mutta myös vaikuttavaa. Analysoinnissa käytetään apuna muun muassa kustannus- ja vaikuttavuusanalyysia. Vaikutus voidaan todeta ei-rahallisin indikaattorein, kuten hyvinvointi- tai terveysindeksillä. (Kantola & Lehtimäki & Talsi 1993, 88.)

Asiakastyytyväisyyttä on luonnehdittu yhdeksi keskeiseksi palveluiden laadun ja vaikuttavuuden mittariksi (Creutz & Sundquist 2002, 102). Tässä tutkimuksessa vaikuttavuutta kuvaamaan valittiin tutkimuskaupunkien asukkaiden tyytyväisyys terveyskeskuspalveluihin. Vaikuttavuutta on mahdollista pyrkiä kuvaamaan myös muilla mittareilla. Vaihtoehtoinen mittari on muun muassa väestön terveydentila (esimerkiksi koettu terveys) tai kuolleisuuden tai työkyvyttömyyden aleneminen. On huomattava, että tällöin todennäköisesti saataisiin erilaisia tuloksia kuin tässä valitulla mittarilla. Mäkelän (1996, 175-176) mukaan tulevaisuudessa tyytyväisyysmittaukset ovat keskeisessä asemassa. Asiakkaan itsearviointin merkitys laadun mittaamisessa tulee korostumaan.

Vaikuttavuuden käsitteeseen liittyvä problematiikka on erityisesti huomattava. Vaikuttavuuden mittaamisen vaikeus koskettaa myös tätä tutkimusta. Vaikuttavuus ei ole yksiselit-

teistä, koska varsinaiset vaikutukset voivat näkyä vasta vuosien kuluttua. Tähän tutkimukseen valittiin vaikuttavuuden mittariksi nimenomaan asiakastyytyväisyys, koska se on määritelty myös palveluiden laadun mittariksi. Kustannuksia kuvaavat tässä tutkimuksessa perusterveydenhuollon asukasta kohti muodostuneet käyttökustannukset. Myös kustannusmittarin valitseminen toisin olisi saattanut vaikuttaa tuloksiin.

Mittaamisongelmat koskettavat myös kunnan taloudellisen tilan mittaamista. Helinin (1999b) käytännössä ongelmana on usein analyysin kannalta oikeiden tunnuslukujen valinta. Kunnat ovat keskenään erilaisia ja saatavilla on runsaasti erilaisia taloutta kuvaavia tunnuslukuja. (Emt., 67.) Vuosikate, lainakanta, veroprosentti ja verotulot ovat keskeisimpiä mittareita kuntien talouden vertailussa. Niiden hyvä tai heikko tila edellyttää kuitenkin tarkempaa analyysia ja vertailussa on oltava varovainen. (Emt., 72.)

3 TERVEYDENHUOLTO KUNTIEN VASTUULLA

3.1 TERVEYSPOLITIikka OSANA SOSIAALIPOLITIikkaA

Perinteisesti yhteiskuntapolitiikka on jaettu kolmeen lohkoon: talouspolitiikkaan, sosiaalipolitiikkaan ja kulttuuripolitiikkaan (Kauhanen ym. 1998, 272). Suomalaisen terveystiikan viitekehys on muodostunut sosiaalipolitiikan osana, toisin kuin eräissä muissa maissa, joissa sosiaali- ja terveystiikka on eriytetty ja terveystiikka (*health policy*) viittaa terveydenhuollon järjestämistä koskevaan yhteiskunnalliseen sopimukseen. (Vohlonen 1998, 25.) Jakoa voidaan kuitenkin pitää epäselvänä. Terveystiikan voidaankin nähdä läpileikkaavan koko yhteiskuntapolitiikan kentän. Tämä edellyttää kuitenkin väestön terveyden ja hyvinvoinnin näkemistä voimavarana, arvona ja keskeisenä tavoitteena. (Kauhanen ym. 1998, 272.) Suomen sana politiikka johtaa siihen, että terveystiikkakin samastetaan usein puoluepolitiikkaan. Englanninkielisessä sanaparissa *policy* ja *politics* ero on selkeämpi: edeltävä viittaa toimintapolitiikkaan, jälkimmäinen puoluepolitiikkaan. (Vohlonen 1998, 65.) Käsitteenä *policy* sisältää sekä toimenpiteet että päätökset (Ham 1985, 157).

Terveystiikka nähdään sosiaalipolitiikan lohkona, jolla pyritään turvaamaan väestölle mahdollisimman hyvä fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen terveys. Lisäksi väestö pyritään saattamaan samanarvoiseen asemaan terveyden saavuttamisessa ja säilyttämisessä. Terveys katsotaan itseisarvoksi, johon kaikilla ihmisillä on oikeus. (Kantola ym. 1993, 74.) Terveystiikassa on tunnustettava myös muiden kuin terveysarvojen olemassaolo. Hyvinvoinnin kehittäminen edellyttää myös muita terveystiikan ulkopuolisia yhteisesti sovittuja toimintatapoja. (Vohlonen 1998, 25.) Terveydenhuolto taas on yksi tärkeistä terveystiikan välineistä, joiden avulla väestön terveyttä pyritään ylläpitämään ja edistämään. Terveydenhuollon perinteisinä tehtävinä on nähty sairauksien ehkäisy, sairaanhoito sekä kuntoutus. (Kauhanen ym. 1998, 279.) Kuntien ja valtion vastuu perusterveydenhuoltopalveluiden tuottamisessa on ollut Suomessa merkittävä. (Raunio 1992, 466).

3.2 TERVEYDENHUOLTO VAIKEUKSISSA

Itsenäisyyden ajan neljää ensimmäistä vuosikymmentä voidaan kutsua terveydenhuollon vakiintumis- ja laajentumisvaiheeksi (Bäckman 1992, 534). Palvelujärjestelmän voimakas

laajentuminen tapahtui kuitenkin vasta 1960-luvulla. 1970-luvun lopulla siirryttiin hidastuvan kasvun vaiheeseen, mikä ei kuitenkaan merkinnyt palveluiden laajentumisen pysähtymistä. (Raunio 1992, 465-466.) 1980-luku oli taas uudistusten aikaa (Julkunen 2001, 64).

Suomen kansantalouden ajauduttua 1990-luvun alussa vaikeaan tilanteeseen, alkoi lisääntyä keskustelu julkisen vallan väliintulon vähentämisestä terveydenhuollossa. Erityisesti keskustelua käytiin siitä, missä määrin terveydenhuollon menot on mahdollista jättää markkinatalouden mekanismien hoidettavaksi. Kunnilla oli, ja on paikoin edelleen, vaikeuksia julkisen rahoituksen turvin ylläpitää kaikkia niitä terveydenhuoltopalveluita, joita ennen lamaa suunniteltiin ja osin toteutettiin. Vaikeisiin olosuhteisiin etsittiin ratkaisua tehostamalla toimintaa ja parantamaan palveluiden laatua. Resurssien supistuessa terveyspoliittisten päätösten, hoitokäytäntöjen, kustannusten, vaikuttavuuden ja kustannustehokkuuden arviointi on nähty kuntatasolla yhä tärkeämpänä. (Kauhanen ym. 1998, 17-18.)

Merkittävimmin terveydenhuoltoon ovat 1990-luvulla vaikuttaneet jo edellä mainitut valtionosuusuudistus sekä taloudellinen lama, mutta myös palvelurakente- ja organisaatiomuutokset. Valtionosuusuudistus merkitsi kuntien päätösvallan lisääntymistä. Valtion ohjaus väheni ja kunnat saivat selkeämmän vallan ja vastuun terveydenhuoltopalveluiden järjestämisestä. Samanaikaisesti terveydenhuollon palvelutarpeet lisääntyivät huomattavasti, johtuen muun muassa väestön ikääntymisestä. Taloudellisen tilanteen vuoksi ei uusia palvelutarpeita voitu tyydyttää kaikissa kunnissa ja voimavaroja jouduttiin supistamaan. Taloudellisten vaikeuksien vuoksi palvelurakenteita muun muassa muutettiin avohoitopainotteisemmaksi. (Terveydenhuollon kehittämisprojekti 1998b, 11-17.) Heikkilä ja Rastas (2000) toteavat terveyspalveluiden silti olleen, sosiaalipalveluiden ohella, kuntien erityisessä suojeluksessa saneerausten aikana. Peruspalvelut pyrittiin säilyttämään ja lakeja noudattamaan.

Terveydenhuollon rahoituksessa julkisen rahoituksen osuus on pienentynyt ja kotitalouksien merkitys rahoittajana kasvanut. Valtion rahoituksen pienentyessä on kuntien rahoitusosuus noussut jonkin verran. (Terveydenhuolto Suomessa 1999, 24.) Vuonna 1996 terveydenhuoltomenot jakoutuivat Suomessa siten, että kunnat rahoittivat 37 prosenttia, valtio 24 prosenttia ja Kansaneläkelaitos 14 prosenttia. Koko 1990-luvun ajan terveyspalveluiden käyttäjien omarahoitusosuus kasvoi. Vuonna 1996 omarahoitusosuus oli 21,5 prosenttia. Loput 4 prosenttia rahoituksesta tuli yksityisten vakuutusten, avustuskassojen ja työnanta-

jien kautta. (Kauhanen ym. 1998, 304-305.) Vaikka Suomi onkin esimerkki maasta, jossa huomattava osa terveydenhuoltomenoista rahoitetaan julkisin varoin, jää kansalaisten maksettavaksi lääkkeet, yksityisen terveydenhuollon maksut sekä suurin osa hammashuollon menoista ja kuntoutuksesta (emt., 307). Terveydenhuollon menoja laskettaessa otetaan huomioon terveydenhuollosta välittömästi aiheutuneet menot, kuten terveystieteelliset tutkimukset ja terveystieteellisten rakentaminen (Kantola ym. 1993, 84-85).

Terveydenhuoltomenojen kasvusta ollaan oltu huolestuneita myös monissa muissa maissa (ks. esim Vatter & Rüefli 2003). Suomessa terveydenhuollon ja sosiaalihuollon kustannukset ovat olleet lähes samaa tasoa. Yhdessä koulutoimen kanssa ne muodostavat noin 80 prosenttia julkisista menoista. (Vohlonen 1998, 91-93.) Mitä suurempi yhteiskunnan taloudellinen hyvinvointi on, sitä suurempi osa kansantulosta käytetään terveydenhuoltoon (Kantola ym. 1993, 84).

Terveydenhuollon kokonaiskustannusten osuus bruttokansantuotteesta on Suomessa kasvanut jatkuvasti vuoden 1980 6,4 prosentista vuoden 2001 alun 7,0 prosenttiin (Stakesin tilastotiedote 5/2004). 1990-luvun alun lama nosti Suomen kansainvälisen vertailun kärkipäähän. Vuonna 1992 saavutettiin terveystieteellisten huippu. BKT-osuus oli tuolloin 9,3 prosenttia. Nousu johtui kuitenkin BKT voimakkaasta notkahduksesta eikä terveydenhuoltomenojen äkillisestä kasvusta. Päinvastoin menoja pystyttiin leikkausten ja säästöjen avulla jopa vähentämään. Vuonna 1996 laman pahin vaihe oli ohitettu ja terveydenhuollon kokonaismenot alkoivat jälleen kasvaa. Tuolloin BKT-osuus oli 7,7 prosenttia bruttokansantuotteesta ja hieman vähemmän kuin OECD-maissa keskimäärin. (Kauhanen ym. 1998, 303-304.)

Laajaa julkista panostusta terveydenhuoltoon ei voida kuitenkaan pitää kansantaloudellisten vaikeuksien syynä (emt., 305). Menojen kasvun syinä voidaan pitää myös muun muassa lääketieteellisen hoidon kehittymistä ja terveydenhuoltopalveluiden saamista ilmaiseksi tai nimellistä korvausta vastaan. Myös yhä laajempi kansalaisten tavoitettavuus sekä yhteiskunnan muuttumisen myötä terveystieteelliset hyväksytyt ongelmat, kuten alkoholismi ovat lisänneet terveydenhuollon menoja. Jatkossa menojen lisääntymistä aiheuttaa erityisesti vanhusväestön kasvava osuus. (Kantola ym. 1993, 84.) Menojen laskeminen ei kuitenkaan ole ongelmatonta, sillä tarkkaan ottaen tulisi laskea ne kaikki yhteiskunnan toimet, jotka edistävät tai ylläpitävät terveyttä. Näiden toimien määrittäminen tai laskemi-

nen on vaikeaa. Suomen terveydenhuoltomenot olivat kattavuudestaan huolimatta OECD-maiden keskitason alapuolella. (Kauhanen ym. 1998, 303-304.)

Kustannusten ohella terveydenhuollolla on myös positiivisia vaikutuksia kansantalouteen muun muassa kilpailukyvyn lisäämisen kautta (Pohjola 1994, 24). Terveyden ja talouden vuorovaikutus on monimutkaista (Abel-Smith 1976, 138). Lisääntyneet kustannukset terveydenhuollossa ovat johtaneet tilanteeseen, jossa ehkäisevään terveydenhuoltoon ja yksilöiden itsehoitoon kiinnitetään yhä enemmän huomiota. Kansanterveyslain (66/1972) myötä painopiste on vähitellen siirtynyt terveydenhoitoon ja avosairaanhoidon. Lain myötä kansanterveystyön määrärahoja on lisätty ja samanaikaisesti sairaanhoitolaitosten menojen kasvua on pyritty hillitsemään. Kantolan ym. (1993) mukaan kansantalouden ja kansanterveyden välillä vallitsee vuorovaikutussuhde. Kansanterveys voidaan nähdä hyvinvoinnin perustekijänä ja itseisarvona yhteiskuntapolitiikassa. Kansalaisten terveys on myös arvokas tuotannon tekijän eli työvoiman työkyvyn perustana. Terveen yksilön voidaan ajatella tuottavan yhteiskunnalle pääomaa ja samalla myös varoja, joita tarvitaan oman hyvinvoinnin ja terveyden ylläpitämiseen. (Emt., 87-88.)

3.2.1 Lainsäädännön kehitys

Suomen perustuslain (731/1999) mukaan julkisen vallan tulee taata riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut sekä edistää väestön terveyttä. Terveydenhoito on siis yhteiskunnan tehtävä eikä ainoastaan ihmisen omalla vastuulla. Yhteiskunnalliset muutokset aiheuttavat muutoksia myös terveyspolitiikkaan. Terveyspoliittisen ajattelun ottaminen mukaan kansallisten voimavarojen kehittämiseen on kuitenkin suhteellisen nuorta ihmiskunnan historiassa. Tulee myös huomata, että se ei ole tyypillistä vain hyvinvointivaltioille. (Vohlonen 1998, 17-21.)

Terveydenhuollon järjestelmien ja tehtävien kehitys on mukaillut yhteisön historian kehitystä (Kauhanen ym. 1998, 281). Vuonna 1972 maamme perusterveydenhuolto koki suuren muutoksen uuden Kansanterveyslain (66/1972) tullessa voimaan. Terveydenhuoltojärjestelmä uusittiin tällöin vastaamaan paremmin väestön tarpeita. Tavoitteena oli luoda järjestelmä, joka on mahdollisimman hyvin kaikkien kansalaisten ulottuvilla ja joka oli julkisin varoin rahoitettu. Kansanterveyslain 14 § mukaan kunnan tehtävänä on järjestää asukkailleen terveysneuvonta, äitiys- ja lastenneuvolatoiminta, sairaanhoito,

leen terveysneuvonta, äitiys- ja lastenneuvolatoiminta, sairaanhoito, sairaankuljetus, hammassairauksien vastustaminen ja hoito ja tutkimus, kouluterveydenhuolto, opiskelijaterveydenhuolto sekä työterveys niiltä osin kuin sitä ei muuten ole järjestetty. Kunnan tulee huolehtia myös muun muassa kansanterveydellisestä valistustyöstä, järjestää yleiset terveystarkastukset sekä seulontatutkimukset. Myös hammashuollon, sairaanhoidon sekä kiireellisen avosairanhoidon järjestäminen potilaan asuinpaikasta riippumatta kuuluu kunnille. Muita lakisääteisiä tehtäviä ovat muun muassa kotisairaanhoito ja sairaankuljetus.

Kansanterveyslakia on luonnehdittu sekä mahdollistavaksi että velvoittavaksi (Kantola ym. 1993, 76). Kunnan tulee sen mukaan joko yksin tai kuntayhtymässä huolehtia lain sisältämien ja myös muualla säädettyjen kunnallisten terveydenhuoltopalveluiden tarjoamisesta kuntalaisille (emt., 138). Kunnallisoikeudellista näkökulmaa edustavan Nummelan (2001) mukaan valtio ei ole huolehtinut riittävästi antamiensa tehtävien rahoituksesta (emt., 55).

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta (733/1992) antaa kunnalle vapauden järjestää kunnille kuuluvat terveydenhuollonalan tehtävät muutenkin kuin tuottamalla ne itse. Vaihtoehtoisesti kunta voi tuottaa palvelut yhdessä muun kunnan tai muiden kuntien kanssa, olemalla jäsenenä toimintaa hoitavassa kuntainliitossa tai ostamalla palveluita valtiolta, toiselta kunnalta tai yksityiseltä palveluiden tuottajalta. Tämä lainkohta lisäsi kuntien liikkumavaraa terveystalouden tuotantotavoissa.

3.2.2 Terveydenhuoltojärjestelmän tasot

Terveydenhuoltojärjestelmä on Suomessa rakennettu kolmitasoiseksi. Valtakunnallisella tasolla tehdään koko terveydenhuollon aluetta koskevia päätöksiä sekä päätetään terveydenhuollon painopistealueista. Käyttäessään budjetti- ja lainsäädäntövaltaa eduskunta määrittelee terveydenhuollon kehityssuunnan. Valtiovalta osallistuu lainsäädännön lisäksi terveydenhuoltoon ylläpitämällä omia sairaaloita ja tutkimuslaitoksia sekä antamalla valtionapua kunnille. Näillä toimilla pyritään turvaamaan kansalaisten mahdollisuus saada tasa-arvoisesti terveystalouden palveluita. (Kantola ym. 1993, 136.)

Valtakunnallisella tasolla terveydenhuollon erityisviranomaisena toimii sosiaali- ja terveysministeriö, jonka tehtävänä on muun muassa lakien valmistelu, valtion budjetin valmistelu sosiaali- ja terveydenhuollon osalta, terveydenhuollon valtakunnallinen suunnittelu ja suunnitelmien toteutumisen seuranta. Terveyden edistämisen kannalta merkittäviä päätöksiä tekevät kuitenkin myös useat muut viranomaiset, kuten Kansaneläkelaitos. Valtionhallintoa terveydenhuollossa edustaa läänitasolla lääninhallituksen sosiaali- ja terveystoimisto, joka vastaa alueen terveydenhuollon ohjaamisesta, valvonnasta ja johtamisesta. (Kantola ym. 1993, 136-137.)

Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä on monimuotoinen. Sen muodostavat kuntien ja kuntayhtymien omistamat terveyskeskukset ja sairaalat, valtion sairaalat, osakeyhtiömuotoiset lääkärikeskukset, itsenäiset ammatinharjoittajat, aatteellisesti riippumattomien yhteisöiden ja säätiöiden omistamat toimipaikat sekä muut hoitolaitokset. (Tuorila 2000, 10.) Kuntien, valtion, vapaaehtoisten kansalaisjärjestöjen sekä yksityisten kansalaisten rooli on vaihdellut eri aikakausina. Perustaksi vakiintui kuitenkin malli, jossa palveluiden järjestämisvastuu on laajaa itsehallintoa käyttävillä kunnilla ja kuntayhtymillä. Terveyspalveluiden rahoitus on hoidettu pääosin verovaroin tai erilaisin maksuin. (Kauhanen ym. 1998, 281.)

Useimmat kunnat eivät pysty yksin vastaamaan kaikkien erikoissairaanhoidon palveluiden tuottamisesta tai järjestämisestä ja tämän vuoksi on perustettu sairaanhoitopiirejä. Sairaanhoitopiirit ylläpitävät erikoissairaanhoidon tarjoavia aluesairaaloita, keskussairaaloita, psykiatrisia sairaaloita sekä avohuollon toimipisteitä. Keskittämisen avulla pyritään säästöihin ja toiminnan tehostamiseen. (Emt., 137.)

Vaikka kuntien terveystoimissa on tapahtunut merkittävä rakennemuutos 1990-luvun alkupuolella, on maamme terveydenhuoltojärjestelmä poikkeuksellisen laitosvaltainen. Avopalveluiden tarve on kasvanut sekä asiakasmäärien kasvun vuoksi että nopean laitoshuollon purkamisen seurauksena. Kaikissa kunnissa ei ole pystytty vastaamaan näihin haasteisiin. (Korttila & Kukkanen 1999, 84.) Julkista terveydenhuoltoa täydentävän yksityisen terveydenhuollon osuus terveydenhuoltopalveluista on merkittävä erityisesti suurilla paikkakunnilla (Terveydenhuollon kehittämisprojekti 1998b, 6).

3.2.3 Terveyskeskus osana järjestelmää

Perinteisessä terveyskeskusmallissa terveyskeskus vastaa alueensa väestön terveydenhuollosta (Korttila & Kukkanen 1999, 27). Kansanterveyslain mukaan kunnalla tulee olla joko oma tai useamman kunnan yhdessä omistama terveyskeskus. Lain tarkoituksena oli yhdistää kunnassa hajallaan oleva terveydenhuollon ammattilaisten tekemä työ. Korttilan ja Kukkasen (1999) mukaan se kuitenkin samalla korosti sektorirajoja ja vaikeutti yhteistyötä terveydenhuollon erikoisosaajien kesken. Näitä ongelmia on terveyskeskuksissa pyritty lievittämään erilaisin ratkaisuin. (Emt., 84-85.) Vuonna 1994 Suomen noin 450 kunnan perusterveydenhuolto oli järjestetty hieman yli 210 terveyskeskuksen johdolla (Kauhanen ym. 1998, 282). Vuonna 1999 terveyskeskuksia oli 265 (Terveydenhuolto Suomessa 1999, 10). Kokonaisuudessaan terveyskeskus on hallinnollinen ja toiminnallinen kokonaisuus, ei vain toimintojen sijoituspaikka tai rakennus (Kauhanen ym. 1998, 282).

Terveyskeskuksen tehtäväkenttä on laaja ja vastuullinen. Suuri osa perusterveydenhuoltopalveluista tarjotaan terveyskeskuksissa. Tarvittavat perusterveydenhuollon palvelut kunta voi toteuttaa monella tavalla, muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyönä. (Kauhanen ym. 1998, 141.) Terveyskeskuksesta potilaat lähetetään tarvittaessa jatkoselvityksiin ja hoitoon erityissairaanhoidon piiriin. Suomen erikoisuutena oleva järjestelmän porrasteisuus näkyy myös siinä, että kaikkein vaativimmat tehtävät pyritään järjestämään harvoihin keskuksiin. Kansainvälisesti ainutlaatuisia ovat myös terveyskeskussairaalat, joista käytetään yleisesti myös nimeä terveyskeskusten vuodeosasto. (Emt., 282-283.)

Suomen terveydenhuoltojärjestelmälle on ominaista myös alueellinen väestö- ja hoitovastuu. Lukuun ottamatta äkillisiä sairastapauksia kunnat on veloitettu järjestämään palveluita vain omille asukkailleen. Omasta väestöstä huolehtiminen on useissa kunnissa ja kaupungeissa jaettu terveyskeskuslääkäreiden kesken väestövastuuperiaatteenmukaisesti. (Emt., 281.) Vuonna 1995 noin kolmasosa kunnista oli jakanut väestönsä yhden tai useamman lääkiriryhmän vastuulle. Omalääkärijärjestelmä oli käytössä 18 prosentissa kunnista. Alle 5 000 asukkaan kunnissa vain 7 prosentissa oli käytössä omalääkärijärjestelmä ja nämä kaikki kunnat kuuluivat kuntayhtymiin. (Kokko 1997, 57-58.) Väestövastuu ja omalääkärijärjestelmällä on pyritty kehittämään erityisesti suurten kaupunkien ja kuntayhtymien terveyskeskusten vastaanottoa vastaamaan paremmin asiakkaiden tarpeisiin (emt. 54-56). Omalääkärijärjestelmä voidaan nähdä asiakaslähtöisyyttä korostavana.

3.2.4 Asiakslähtöisyys terveydenhuollon lähtökohtana

NPM:lle tyypillisen asiakslähtöisyyden eli asiakassuuntautuneisuuden asema terveydenhuollossa on useiden tekijöiden valossa vahvistunut kahden viimeisen vuosikymmenen kuluessa. Asiakslähtöisyyden voidaan katsoa edistävän kansalaisaktiivisuutta, palvelujen uudelleen organisointia sekä henkilöstön uudelleenorientoitumista. (Kiikkala 2000, 115.) Asiakslähtöisyys on sekä ajattelu- että toimintatapa. Toisaalta asiakslähtöisyys on muodostunut sanonnaksi, jonka sisältöä ei aina ole mietitty loppuun saakka. Asiakslähtöinen ajattelutapa lisääntyi Suomessa 1980-luvulla, mutta ei ollut tuntematon sitä aikaisempina. Toiminta- ja ajattelutapojen muutokset asiakslähtöisempään suuntaan ovat kuitenkin tapahtuneet hitaasti, eivät tietynä selkeänä ajankohtana. (Honkola & Jounela 1993, 13-15.)

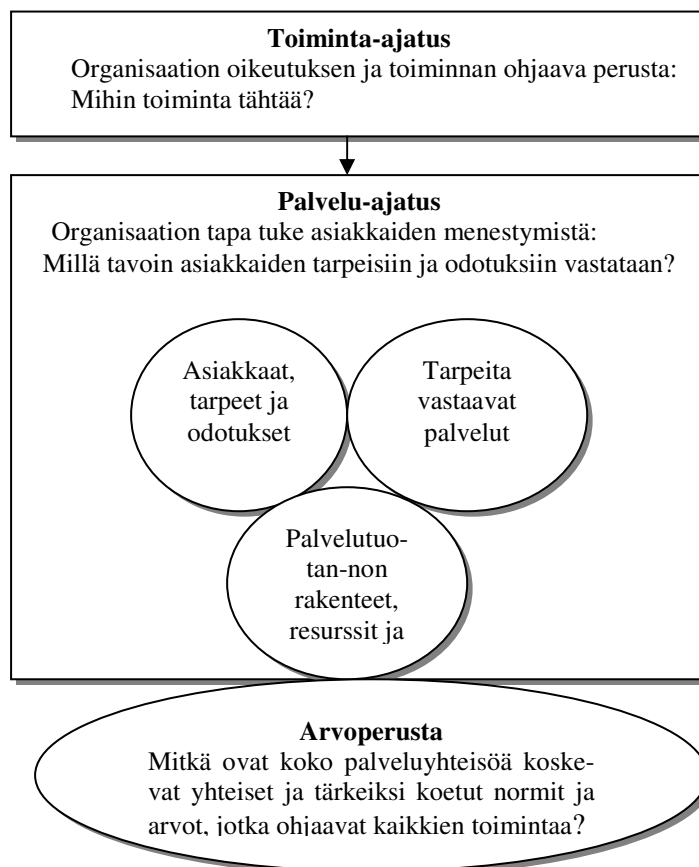
Asiakslähtöisyys ei välttämättä tarvitse merkitä luopumista tuloksellisuuden vaatimuksista. Asiakkaiden kannalta oikeiden asioiden tekeminen synnyttää tämän ajattelun mukaan tulosta. Toiminta on asiakslähtöistä, mikäli asiakkaan tarpeet ja odotukset tyydyttyvät. (Honkola & Jounela 1993, 14-15.) Asiakslähtöisyyden esteinä on nähty vuodesta toiseen palveluiden organisointi, henkilöstön asenteet sekä vaatimaton yhteistyö kuntalaisten kanssa. Tieto ei ole kaikkialla johtanut toimintojen tehokkaaseen uudelleenorganisointiin ja aitoon asiakasyhteistyöhön. Aito asiakslähtöisyys johtaa optimitilanteessa siihen, että kukin asiakas saa itselleen räätälöidyn hoito- ja palvelukokonaisuuden. (Kiikkala 2000, 120.) Tähän on kuitenkin julkisessa perusterveydenhuollossa vielä matkaa.

Kiikkala (2000) jakaa asiakslähtöisyyden sosiaali- ja terveydenhuollon periaatteena neljään eri ulottuvuuteen. Hänen mukaansa asiakslähtöisyys ilmenee 1) toiminnan arvoperustana, 2) näkemyksenä asiakkaasta, 3) näkemyksenä hoito- ja palvelutoiminnan luonteesta sekä 4) näkemyksenä työntekijästä. Nämä kietoutuvat toisiinsa ja ovat päällekkäisiä sisältäen samalla eettisen asiakastyötä leimaavan velvoitteen. Asiakslähtöisyyden ollessa toiminnan arvoperustana korostuu asiakkaan kohtaaminen yksilönä ja ihmisenä, ei pelkkänä sairautena. Keskeisenä piirteenä nähdään asiakkaan kunnioittaminen ja asiakkaan aktiivinen rooli sekä ihmisten yhdenvertaisuus ja kohtaaminen. Asiakslähtöisyyden arvoperustana voidaan näin ollen pitää muun muassa ihmisarvoa, aktiivisuutta ja yksilöllisyyttä. (Emt., 116.)

Vastaavasti asiakaslähtöisyys näkemyksenä asiakkaasta voidaan jakaa niin, että asiakas ymmärretään yksilönä, mutta toisaalta samalla myös perheensä tai muun lähiyhteisön jäsenenä. Asiakas edustaa omaa ikäryhmäänsä ja heijastaa omaa kulttuuri ja uskonnollista taustaansa. Asiakkaan yhteisöineen voidaan myös katsoa kuuluvan johonkin alueelliseen ja seutukunnalliseen väestöön. Asiakas kuuluu alueellisen yhteisönsä kautta myös yhteiskuntaan. (Emt., 117-119.)

Asiakaslähtöisen toiminnan lähtökohtana on palveluajatus (ks. kuvio 2). Palveluajatuksen ytimenä ovat ne tavat, joilla asiakkaiden tarpeisiin ja odotuksiin pyritään vastaamaan. Organisaatio nojaa arvoperustaansa, niihin arvoihin ja normeihin, jotka ohjaavat johdon ja työntekijöiden toimintaa. (Honkola & Jounela, 40-41.) Palvelu on laajasti nähtynä prosessi, pitkä asiakkaasta ja hänen tarpeistaan alkava tapahtumasarja. Asiakaslähtöisessä toiminnassa asiakkaan tulisi olla keskeinen lähtökohta koko palveluketjulle, laadulle ja kehittämiselle. Palveluketju myös päättyy asiakkaaseen. (Emt., 17-18.)

Kuvio 2. Asiakaslähtöisen toiminnan prosessi



Lähde: mukailen Honkola & Jounela 1993, 41

Organisaatiossa joudutaan miettimään myös palveluajatuksen pysyvyyttä. Organisaatio ei reagoi jokaiseen ympäristössä nopeasti tapahtuvaan muutokseen. Kuitenkin jos asiakkaiden tarpeissa tapahtuu merkittäviä muutoksia, on myös organisaation muutettava toimintaansa. Osa muuttuvista tarpeista on ennakoitavissa ympäristöstä. Nämä muutokset tulisi peilata asiakkaiden tarpeisiin. (Emt., 40.)

Asiakaslähtöisessä markkinaohjautuvuudessa on Salmisen ja Niskasen (1996) mukaan jossain määrin kyse julkisen sektorin hyvinvointiteollisista rakenteista luopumisesta. Optimitalanteessa se korvautuu alhaalta eli kansalaisista nousevalla, ihmisten yksilölliseen ja omaaloitteiseen valintaan perustuvalla organisoitumisella. Esimerkkinä tästä ovat palvelusetelit eli voucherit. Palvelusetelillä tarkoitetaan julkisen sektorin antamaa määrätyn summan suuruista shekkiä, jonka henkilö voi käyttää tietyn palvelun saamiseen. (Emt., 64-65.) Uudet haasteet ovat pakottaneet kunnat etsimään tämänkaltaisia uusia ratkaisuja.

Asiakaslähtöisyys on hyväksytty laatusuosituksiksi muun muassa Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle –asiakirjassa. Asiakirjan mukaan asiakaslähtöisyys on entistä hyväksytympi julkisten palveluiden kehittämistavoite ja yksi hallinnon uudistamisen perusajatuksista. Asiakirjassa korostetaan, että asiakaslähtöisesti toimittaessa asiakkaan ja organisaation välille syntyy vuoropuhelua. Toiminta vastaa tällöin asiakkaiden tarpeisiin heidän omasta näkökulmastaan käsin. (Emt., 11.)

Suomalaisessa terveystaloustieteessä on harvoja osa-alueita, joissa asiakkaiden valinnoista kilpaillaan. Vaihtoehtoisia palveluntuottajia ei useinkaan ole tarjolla ja valinnan tekevät asiakkaan puolesta kunnan päättäjät tai terveydenhuollon ammattilaiset. Vaikka valinnan mahdollisuudet olisivatkin olemassa, asiakkaan tiedot vaihtoehtoisista palveluista ja hinnoittelun perusteista saattavat olla riittämättömät kilpailuttamiseen. Julkisen sektorin asiakaslähtöisyyden tulisikin syntyä toiselta pohjalta kuin markkinaehtoisessa tavaratuotannossa. (Lehto 2000, 39.) Kokonaisuudessaan terveydenhuollon asiakaslähtöisyys on rakentunut usean tekijän varaan. Näitä tekijöitä ovat muun muassa asiakkaiden suorat vaikutus- ja palautemahdollisuudet, asiakaslähtöisyyden painotus johtamisessa, eri ammattikuntien asiakaslähtöisyyttä korostavat periaatteet sekä poliittisten päätöksentekijöiden halu ja mahdollisuus edellyttää terveydenhuollon toiminnalta asiakaslähtöisyyttä. (Emt., 39.)

3.3 TERVEYDENHUOLLON PÄÄTÖKSENTEKIJÄT

Kunnan hallinto perustuu Suomen perustuslain 121 § mukaan kunnan asukkaiden itsehallintoon, jonka vuoksi kunnallisen päätösvallan käyttöön liittyy paljon kunnan asukkaiden osallistumista. Kunnallisvaltuuston ja lautakuntien päätöksenteko ilmentää paikallistasolla toteutettua demokratiaa. (Jyränki 2000, 151.) Kuntalaki (365/1995) korostaa valtuuston vahvaa asemaa sekä kokonaisvastuuta kunnan taloudesta ja toiminnasta. Sen mukaan kunnassa ylintä päätösvaltaa käyttää kunnanvaltuusto. Valtuusto myös hyväksyy kunnan talousarvion ja taloussuunnitelman sekä asettaa keskeisimmät strategiset tavoitteet. Valtuusto vaikuttaa terveydenhuoltoon myös valitsemalla jäsenet terveyslautakuntaan sekä valitsemalla osan johtavista viranhaltijoista. (Harjula & Prättälä 2004, 173-174.) Myös kansanterveystyön järjestämistä säätelevä johtosääntö on valtuuston hyväksymä (Kantola ym., 138). Lisäksi valtuuston tulee pitää huolta siitä, että palveluiden käyttäjät voivat osallistua ja vaikuttaa kunnan toimintaan (Majoinen 2002, 60). Ryynäsen (1999, 213) mukaan nimenomaan juuri paikallishallinnon velvollisuus on taata palveluiden käyttäjien oikeudet ja pyrkiä luomaan mahdollisuudet vuorovaikutukseen palveluiden käyttäjien kanssa.

Heuru (2000) huomauttaa, että vaikka valtuusto kuntalain 65.1 § mukaan hyväksyykin talousarvion, on saman lain 14.1 § mukainen delegointikielto heikko. Budjettivaltaa siirtyy valtuuston määrärahat yksilöivälle orgaanille eli taholle, joka päättää talousarvion käyttösuunnitelmasta. (Emt., 314.) Valtuuston aseman heikkenemistä, demokratiaongelman ja managerialismin suhdetta ovat pohtineet väitöskirjoissaan myös muun muassa Tuittu (1994) sekä Karila (1997). Majoisen (2002) mukaan kuntien perustehtävä alistettiin taloudelle, kun kunnan talouden ja toiminnan yhteensovittaminen talousarvion ja taloussuunnitelman avulla nähtiin valtuuston tärkeimmäksi tehtäväksi. Tämä merkitsi uusliberalistisen ajattelun vahvistumista kunnallishallinnossa ja sitä voidaan pitää NPM:n ilmentymänä (Emt., 61.)

Koska yhteiskuntapolitiikassa on tärkeää hyvinvointi sekä tarpeentyydytyksen mittaaminen yhteiskunnallisia oloja havainnoimalla, hyvän poliittisen päätöksentekijän tulisi vaistota herkästi ihmisten toiveet ja subjektiiviset onnen tunteet (Allardt 1976, 34-35). Valtuustotasolla kunnan johtaminen edellyttää tulevaisuuteen suuntautuvaa toimintaotetta sekä kunnan sisäisten ja ulkoisten muutostekijöiden tunnistamista. Näkemyksen on ulotuttava yli valtuustokauden ja kuntalain edellyttämän suunnittelujakson. Lähtökohtana olisi hyvä olla

tulevaisuuden näkymien tarkastelu, nykytilan ja aikaisempien tavoitteiden arviointi sekä käytettävissä olevien resurssien tunteminen. (Creutz & Sundquist 2002, 8.) Myös päättäjien terveyskäsitteillä on merkitystä terveydenhuoltoa koskevia päätöksiä tehtäessä (Perttilä & Rimpelä & Winell 1996, 245).

Kunnanhallitus on valtuuston ohella tärkeä toimielin kunnallishallinnossa. Se toimii valtuuston päätösten valmistelijana ja täytäntöönpanijana. Lisäksi se valvoo valtuuston päätösten lainmukaisuutta. (Oulasvirta 1996, 82-85.) Kunnanhallituksen rooli on painottunut terveydenhuollon ja muiden kunnallisten hallinnonalojen yhteensovittamisessa (Kantola ym. 1993, 139).

Terveyslautakunnan tehtävänä on taas huolehtia siitä, että laeissa kunnille säädetyt velvoitteet tulevat täytetyiksi. Terveyslautakunta edustaa paikallista tuntemusta sovellettaessa säädöksiä käytäntöön. Terveyslautakunnalle kuuluu myös kunnan asukkaiden terveyden edistämiseen ja ylläpitämiseen tähtäävä kehittämistyö. Terveyslautakunta voi myös jakaantua jaostoihin, jolla kullakin on oma tehtäväalueensa. (Kantola ym. 1993, 139-140.) Lautakuntien lukumäärä on vähentynyt joissain kunnissa organisaatiouudistusten myötä jopa kolmannekseen aikaisemmasta (Laamanen & Brommels 1998, 223). Lautakunta valvoo ja ohjaa terveyskeskuksen toimintaa. Tämän luottamuselimen jäsenet on valittu kunnallispoliittisten voimasuhteiden mukaan. (Kauhanen ym. 1998, 282.)

Suuren osan kunnan koko talousarviosta muodostaa terveyslautakunnan talousarvio (Kantola ym. 1993, 139). Kunnan toiminnan tuloksellisuuden arvioinnissa tarkastuslautakunnalla on keskeinen asema. Se arvioi valtuuston asettamien tavoitteiden ja strategioiden toteutumista ja antaa valtuustolle palautetta päätösten vaikutuksista. (Creutz & Sundquist 2002, 111-112.) Kuntien taloudellisen tilanteen vaikeuduttua 1990-luvulla heikentyi kuitenkin myös lautakuntien asema toimialaansa koskevassa päätöksenteossa. Päätäntävaltaa siirrettiin muun muassa ylemmille päätöksenteko-organisaatioille. Lautakuntien päätöksenteon on todettu vaikeutuneen siirryttäessä kasvukauden sijasta niukkuuden jakamiseen. Demokrati-an vahvistaminen ja palveluiden vaikuttavuuden ja tehokkuuden lisääminen edellyttävät kuitenkin lautakunnilta vastuunkantajan roolia omalla toimialallaan. (Laamanen & Brommels 1998, 223-224.)

Tutkimuskaupungeissa toimii lisäksi myös sosiaali- ja terveystalouden alaisia johtoryhmiä. Tämänkin kaltainen organisaatioiden uudelleenmuotoilu on ollut osa prosessia, jossa on vähitellen siirrytty NPM:lle tyypillisiin piirteisiin. Olisi kuitenkin tärkeää, että paikallistasolla valitaan sopivin päätöksentekotapa eikä suoraan valita mallia yksityissektorilta. (Ferlie ym. 1996, 161.)

Terveydenhuoltopolitiikan kehitys riippuu yksilöllisten ja kollektiivisten päätösten luonteesta sekä kunta että valtiotasolla. Tämän vuoksi osallistuminen päätöksentekoon on olennainen asia. Osallistuminen toteutuu sekä organisoidun paikallishallinnon että järjestöjen puitteissa. Osallistumisessa ja yhteistyössä tulee korostua yksityisen kansalaisen merkitys terveyspoliittisena toimijana eikä toimenpiteiden passiivisena objektina. (Kantola ym. 1993, 75.)

Terveydenhuollon julkisen ohjauksen merkitys on suuri kysynnän ja tarjonnan järjestämisessä. Ohjauksen menetelmillä on mahdollista joko suoraan tai epäsuoraan vaikuttaa toiminnan taloudellisuuteen ja laatuun. Julkisen ohjauksen tulosvastuuna voidaan pitää yhteiskunnan kokonaisvoimavarojen optimaalista kehittämistä. Julkinen ohjaus ei kuitenkaan tarkoita valtiollista tai kunnallista toimintaa, vaan se tarkoittaa sitä, että päätöksenteko on yleisesti hyväksytyn demokraattisen menettelytavan mukaista. (Vohlonen 1998, 184.)

3.3.1 Päätöksentekoprosessi

Suuri osa hallinnollisesta toiminnasta on ryhmätoimintaa. Yksi ihminen ei pysty vastaamaan suurista kokonaisuuksista, jonka vuoksi ryhmätoiminnan organisoimiseksi luodaan hallinnollisia prosesseja. Nämä prosessit ovat päätöksentekoprosesseja. Organisaatio ottaa tällöin yksilöltä osan hänen päätöksentekoautonomiastaan ja se korvataan organisaation päätöksentekoprosessilla. Hallinnolliselle organisaatiolle on tyypillistä erikoistuminen, jossa tietyt tehtävät on delegoitu joillekin määrätyille organisaation osille. (Simon 1979, 51.)

Hallintotieteilijä Herbert A. Simonin (1979) mielestä päätöstä voidaan pitää oikeana silloin, kun on valittu oikeat keinot tavoitteen saavuttamiseksi. Rationaalisuutta pohtiessaan hän kiinnitti huomiota siihen, mitä oikeiden keinojen valinnalla tarkoitetaan. Tavoite-keino

–hierarkia ei välttämättä muodosta yhtenäistä ketjua, vaan organisaation toiminnan ja lopullisten päämäärien kytkennät voivat jäädä epäselviksi. Päämäärät saattavat olla epätäydellisesti muotoiltuja tai keinojen erottaminen tavoitteista saattaa käytännössä olla vaikeaa. (Emt., 100-104.) Myös tutkimuskaupunkien terveydenhuollon päätöksenteon taustalla voidaan nähdä vastaavia haasteita.

John (2000, 82) esittää, että usein toimintapolitiikan arvot ja ideat ovat lähtöisin pienestä ryhmästä ja toimintapolitiikka tulee esiin näiden osanottajien ideoiden kautta enemmän kuin laajemman demokraattisen keskustelun kautta. Hän muistuttaa myös politiikan ja toimintatapojen määrittelyn prosessin sekavuudesta (emt., 196). Poliittisessa järjestelmässä, jossa on useita eri intressejä, on helpompaa estää uudistukset kuin saavuttaa niitä (Ham 1985, 157).

Rationaalisen päätöksenteon tehtävänä on valita strategioista parhaimpiin seurauksiin johtava. On kuitenkin mahdotonta, että yksilö tietäisi kaikki vaihtoehtonsa saati sitten niiden seuraukset. (Simon 1979, 105.) Yksilö on rajoitetusti rationaalinen. Täydellinen rationaalisuus edellyttäisi sellaista ennakoimista ja täydellistä tietämystä kunkin valinnan seurauksista ettei niitä ole mahdollista saavuttaa. (Emt., 118-119.)

Huolimatta siitä, että terveydenhuoltosektorin koko ja rakenne vaihtelevat suuresti maittain ovat poliitikot vastanneet kasvaneisiin ongelmiin samantapaisesti (Ferlie ym. 1996, 42). Ståhlbergin (1998) mukaan uudistusten ajajina toimivat usein tunnetut paikalliset päättäjät. Uudistukset ovat yleisempiä suurissa ja tiheään asutuissa kaupungeissa, joiden resurssit mahdollistavat uudistusten teon ja joissa uudistushalukkuus on suurta. Päättäjien valtapeliä käydään uudistuspäätöksiä tehtäessä myös henkilötasolla. (Emt., 66.) Luottamushenkilöt pitäytyvät paljolti asiantuntijoiden mielipiteissä, koska heiltä puuttuu eksakti tieto monista terveydenhuollon käytännön asioista. Luottamushenkilöiden painottaessa asiantuntijavallan merkitystä ja heidän myötäillessä mieluummin lääkäreitä kuin taloushallinnollisen johdon näkemyksiä, pystyvät lääkärit paljolti määrittämään perusterveydenhuollon toiminnan sisältöä. (Isomäki 1998, 47.)

Päätöksentekijöille asian esittämisen ajankohdalla voidaan nähdä olevan merkitystä. Jos uusi yksityiskohta tuodaan mukaan vasta päätöksentekoprosessin loppuvaiheessa, on päätöksentekijöillä vähemmän aikaa tutustua uuteen ehdotukseen ja vähemmän vaikutusmah-

dollisuuksia. Myös valinnanmahdollisuuksia on näin ollen vähemmän, kun vasta loppuvaiheessa tuodaan esille uusi ehdotus. Tämänkaltaisessa tilanteessa viranomainen voi käyttää valtaansa ollessaan päävastuussa uusien toimintamallien ja asioiden esittelystä ja ajoituksesta. Myös sillä, millä tavoin asia esitellään, on merkitystä siihen millainen päätös saadaan aikaan. Suuri osa päätöksistä on kuitenkin edelleen nopeasti tehtäviä ”kumileimasinpäätöksiä” eikä asioihin perehtymiseen jää riittävästi aikaa. (Ferlie ym. 1996, 156-157.)

Julkisella sektorilla uudistusten läpivienti on dynaaminen ja pitkäjänteinen prosessi, jossa eri tasoilla mukana olevien henkilöiden määrä on suuri. Tällaisessa tilanteessa syntyy helposti erilaisia kokemuksia samasta uudistuksesta. Uudistukset eivät myöskään välttämättä toteudu tarkkaan ottaen sillä tavalla, miten oli tarkoitettu. (Temmes & Kiviniemi 1995, 16.) Uudistukset eivät tutkimuskaupungeissakaan välttämättä perustu aikaisemman kokemuksen pohjalle eikä tavoitetta ole ollut helppo määrittää. Uudistusten tarkoitus on paikoin saattanut hämäräksi. Asiakslähtöisyys ja kustannus-vaikuttavuus eivät ole helposti konkretisoitavissa tavoitteita asetettaessa. Ham (1985, 77) huomauttaa, että päätöksen seuraukset eivät aina ole aiottuja. Toisaalta paikallinen päätöksentekoautonomia voi parhaassa tapauksessa johtaa kekseliäisyyteen ja innovaatioihin joita keskitetyssä hallinnoissa ei välttämättä synny (emt., 157).

Kunnan koolla on vaikutusta kunnan toimintamahdollisuuksiin (Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet 1996, 4). Terveyspolitiikan ratkaisuja ohjaavat kunnissa paljolti taloudelliset voimavarat. Ratkaisuihin vaikuttavat myös vallitsevat ihmis- ja terveyskäsitteykset sekä yhteiskuntafilosofiset ja eettiset painotukset. (Kauhanen ym. 1998, 272-273.) KuntaSuomi 2004 –tutkimusohjelman tutkimusraportissa Pekola-Sjöblom (1998) toteaa, että mitä suuremmasta kunnasta on kyse, sitä negatiivisemmin suhtaudutaan päätöksentekojärjestelmään ja kuntalaisten asemaan päätöksentekojärjestelmässä. Alle 3 000 asukkaan kunnissa kunnallispolitiikka koetaan läheisemmäksi asiaksi kuin suuremmissa kunnissa ja kaupungeissa. (Emt., 133-155.)

Palvelurakenne, toimintatavat, hoitokäytännöt ja kustannukset vaihtelevat kunnittain. Tärkeimmäksi terveydenhuollon palveluiden kustannus-tehokkuuteen vaikuttavaksi tekijäksi muodostuu kunnan oma toimintapolitiikka. (Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet 1996, 4.) Managerialististen mallien omaksuminen ei voi olla vaikuttamatta paikallisiin sosiaali- ja terveyspoliittisiin ratkaisuihin (Haverinen 2000, 18).

3.3.1 Paikallistason strategiavalinnat

Strategialla on useita erilaisia määritelmiä. Se määritellään usein ylimmän johdon suunnitelmaksi, jonka avulla pyritään saavuttamaan organisaation tulokset ja päämäärät. (Mintzberg, Ahlstrand & Lampel 1998, 9.) Strategia viittaa sekä keinoihin että päämääriin. Strategia voidaan määritellä siten, että se on pitkántähtäimen päämäärien määrittäjä, toiminnan suunnannäyttävä ja se osoittaa päämäärien saavuttamiseksi tarvittavat resurssit. (Robbins 1990, 121.) Ideaalinen strategia on myös laaja ja päämäärähakuinen tahdonilmaus ja tämän tahdonilmauksen mukainen toiminta. Se kattaa kaikki päämäärän saavuttamisliittyvät tekijät, kuten asiakkaat, rakenteet ja talouden. Strategiaa voidaankin pitää yhtenä monista päätöksentekojärjestelmistä, joilla pyritään ohjaamaan toimintaa. (Honkola & Jounela 1993, 35.)

Simon (1979) nimittää strategiaksi käyttäytymistä tietynä ajanjaksona määrittävää päätösten sarjaa. Strategialle tyypillisenä piirteenä hän pitää sitä, että strategian valinnan tuloksena on tiettyjä seurauksia. (Emt., 105.) Strategia voidaan määritellä myös useiden eri määritelmien kautta vähemmän yksinkertaistavasti. Sen käyttö eri yhteyksissä on kuitenkin laajentunut ilman että sen sisältöä on varsinaisesti pohdittu, koska sanalla on vaikutusvaltaista kaikua. (Mintzberg ym. 1998, 9.)

Strategia sisältää kaksi näkökulmaa: strategisen suunnittelun, joka on analyyttinen prosessi sekä strategisen johtamisen, joka on organisaation toimintaprosessi. Strategisessa suunnittelussa valitaan ne asiat jotka tulevaisuudessa aiotaan tehdä. Strategisessa johtamisessa valitaan miten suunnitelmat viedään käytäntöön sekä toteuttavat ihmiset ja rahalliset resurssit. (Honkola & Jounela 1993, 35.) Strategisten johtajien tehtävänä on huolehtia, että organisaation kaikki yksiköt ja tasot sitoutuvat strategian toteuttamiseen. Tarvittaessa myös yksikkökohtaisten toimintasuunnitelmien tekeminen on hyödyllistä. (Ginter & Swayne & Duncan 2002, 313.) Yksikkökohtaiset suunnitelmat liittävätkin yksilöt paremmin osaksi kokonaisstrategiaa (emt., 319).

Mintzberg ym. (1998, 10-11) esittävät strategian olevan toisaalta vuorovaikutuksessa organisaation menneisyyden ja nykyisyyden kanssa. Heidän mukaansa organisaatiot kehittävät suunnitelmia tulevaisuutta varten, mutta ne myös luovat malleja menneisyytensä kautta.

Edeltävää voidaan nimittää aiotuksi strategiaksi ja jälkimmäistä toteutuneeksi strategiaksi. Käytännössä nämä mallit sekoittuvat keskenään. Kokonaisuudessaan toteutuneita strategioita voidaan kutsua harkituiksi strategioiksi ja strategioita, jotka eivät lainkaan toteudu, toteuttamattomiksi strategioiksi. Niin sanotut ”ilmaantuneet” strategiat ovat strategioita, joissa toteutunut malli tai toiminta ei ollut aiottua.

Strategisissa ajattelutavoissa on siirrytty vähitellen kohti asiakaslähtöisyyttä. Palveluajatus on kokonaisvaltainen ja käytännönläheinen kuvaus niistä menestystekijöistä, jotka mahdollistavat asiakaslähtöisen, menestyksellisen toiminnan. Asiakaslähtöisen toiminnan kannalta on tärkeää, että organisaatiolla on tiedot asiakkaiden tarpeista ja odotuksista. (Honkola & Jounela 1993, 37-38.) Asiakaslähtöisyys ohjaa useita kunnan kehittämiseen suuntautuneita strategioita. Perinteisesti strategia on nähty johdon tehtävänä. Ajattelutapa on johtanut henkilöstön vieraantumiseen strategioista ja strategioiden toteutumatta jäämiseen. (Emt., 32-34.) Terveystieteeseen soveltuu myös hyvin laatu- ja ajatteluun perustuva strategia. Laatu korostavaan strategiaan kuuluu jokaisen toiminta-alueen arviointi ja tulosten hyväksikäyttö strategiaa laadittaessa. (Ginter ym. 2002, 317-320.)

Kunnan visiosta ja strategiasta päättää poliittisten näkemysten ja arvojen määrittäjänä toimiva kunnanvaltuusto ja jossain määrin ylin viranhaltijajohto ja keskijohto. Haasteena on ollut, miten poliittinen tahto ja käytännön toiminta saadaan kohtaamaan. Jotta strategia vaikuttaisi jokaisen työhön, tulee henkilön omaksua strategian sisältö. Omaksuminen taas edellyttää vuorovaikutusta. Hienoinakin strategia on hyödytön, jos strategia ei muutu osaksi organisaation jäsenten ajattelua ja toimintaa tai vastaa käyttäjiltä saatua palautetta. Työkaluksi laatu- ja arviointiajatteluun sopivat palvelusitoumukset, asiakastyytyväisyysmittaukset sekä kuntalaisten kuulemistilaisuudet. (Creutz & Sundquist 2002, 47.) Aikataulullisesti strategioiden toteutumisen arviointia ei ole sidottu kaupunginhallituksen laatimaan toimintakertomukseen. Suurissa kaupungeissa valtuustotason arvioinnin yhteyttä taloussuunnitelmaan parantaa tarkastuslautakunnan erikseen laatima raportti kunnanvaltuustolle siitä, miten strategia on toteutunut. (Emt., 112-113.)

Vuositasen tavoitteet asetetaan yleensä talousarvioprosessin yhteydessä. Samalla voidaan määritellä myös arviointiprosessi ja -menetelmä sekä mittarit asetetuille tavoitteille. Tavoitteet voidaan asettaa erikseen myös lautakuntatasolle, yksikölle ja yksilölle. Tavoitteita tulisi kehittää vuorovaikutuksessa kuntalaisten kanssa, siten että jatkuva tavoitteiden tar-

kennus ja kehittäminen olisi mahdollista. (Creutz & Sundquist 2002, 48.) Resurssien niukkuus pakottaa arvioimaan, mitä palveluita tuotetaan ja minkä tasoisina (Hakamäki & Majoinen 1992, 35). Valtuustojen työ on yhä enenevässä määrin suuntautumassa strategiseen johtamiseen. Kuntalain edellyttämää valtuustotason tavoitteenasettelua ollaan kuitenkin vasta opettelemassa. Tuloksia siitä toimivatko valtuustot tosiasiaassa strategisesti ei vielä juurikaan ole. (Majoinen 2002, 61-62.)

3.3.2 Poliittiset voimasuhteet

Toteutuakseen uudistukset tarvitsevat taakseen poliittista tahtoa (Lähdesmäki 2003, 284). Terveyspolitiikka on, sosiaalipolitiikan ohella, sisältynyt vuosikymmeniä sosiaalidemokraattiseen puolueideologiaan. Oikeistolaisessa ideologiassa niitä on painotettu jossain määrin vähemmän. Terveystieteiden päätöksenteko on sidottu demokraattiseen päätöksentekoon, mikä tarkoittaa kunnallis- ja eduskuntavaalien ja niiden organisaatioiden kautta tapahtuvaa päätöksentekoa. Eri puolueiden painotukset ja terveyspoliittiset ohjelmat vaihtelevat. On kuitenkin tehtävä selkeä ero terveyspolitiikan ja puoluepolitiikan välillä. (Vohlonen 1998, 65-66.)

1990-luvulla terveyspoliittinen ohjelmallisuus ja käsitteistö olivat laajimmat Sosiaalidemokraattisen Puolueen asiakirjoissa. Lukuun ottamatta Vihreää liittoa muiden puolueiden ohjelmissa ilmeni ainoastaan joitain terveyspalveluiden järjestämiseen liittyviä julistuksia. Puoluepoliittiset asiakirjat painottivat yksittäisten keinojen soveltamista terveydenhuollon hallinnossa. Kokonaisuudessaan puolueet julistivat jo vallitsevia ja yleisesti hyväksytyjä yhteiskunnan arvoja. Terveyspoliittiset kannanotot jäivät varsin yleiselle tasolle eivätkä puolueiden arvot näyttäneet niiden perusteella poikkeavan hyvinvointiyhteiskunnan arvoista. (Emt., 88-90.)

Luottamushenkilöt ovat sidoksissa omiin puolueisiinsa sekä muihin omia etujaan ajaviin ryhmittymiin. Poliittinen perinne, puolueiden voimasuhteet sekä paikalliset olosuhteet vaikuttavat paikallisen puoluepolitiikan korostumiseen päätöksenteossa. Puoluesidonnaisuuden on toisaalta todettu vähentyneen. (Laamanen & Brommels, 224.) Poliittisten voimasuhteiden vähäinen merkitys taloudellisesti ahtaalla olevissa kunnissa on todettu laajassa kansainvälisessä vertailussa. Väljemässä taloudellisessa tilanteessa poliittiset voi-

masuhteet vaikuttivat enemmän. Konservatiivien johtamissa kaupungeissa suosittiin verojen alentamista ja vasemmistojen johtamissa kaupungeissa palveluiden parantaminen nähtiin tärkeämpänä. (Karila 1998, 169-170.) Suomessa poliittisten voimasuhteiden vähäisen merkityksen kunnan menoihin totesi aikaisemmin Sänkiaho (1973).

Paikallispoliitikkojen suhtautuminen NPM:lle tyypillisiin uudistustoimenpiteisiin on Ståhlbergin (1998) mukaan ollut ristiriitaista. Uudistukset ovat olleet tavallisempia kunnissa, joissa on vahva vasemmistoryhmän edustus. Toisaalta kuitenkin yksilötasolla suhtautuminen on ollut sitä myönteisempää mitä oikeistolaisempaan puolueeseen poliitikko kuului. Vasemmistoon ja sosiaalidemokraatteihin kuuluneet ovat kannattaneet palveluita korostavia toimintatapoja ja oikeistolaisempien puolueiden jäsenet enemmän talouteen kohdistuvia toimintamalleja. Vihreän liiton edustajat ovat pitäneet molempia kohteita yhtä tärkeinä. Naiset ja nuoremmat päättäjät ovat olleet palvelusuuntautuneempia kuin miehet, jotka ovat korostaneet talouteen kohdistuvia uusia toimintamalleja. Toisaalta niissä kunnissa, joissa kiinnostus uusia toimintamalleja kohtaan on suurta, on myös koettu puolueiden suhteiden toisiin puolueisiin olevan parempi kuin kunnissa joissa uudistuksia vastustetaan. (Emt., 61-66.)

Paikallisten luottamushenkilöiden ja NPM:n suhdetta voidaan tarkastella kahdesta eri näkökulmasta. Uudistustyö kunnissa kuvaillaan joskus mahdollisuutena ja joskus uhkana poliitikkoja vastaan. On huomattu, että vasemmisto-, keskusta- ja oikeistopuolueiden välillä on ilmeisiä eroja suhtautumisessa juuri NPM:n korostamiin kilpailuttamiseen ja valinnanvapauteen. Toisaalta, muuttuvatko luottamushenkilöiden asenteet kokemusten ja kilpailuttamisen lisääntyessä ja missä laajuudessa luottamushenkilöt ja paikalliset puolueyhdistykset ottavat osaa hallinnon muutoksia koskevaan keskusteluun? (Vrt. esim. Montin 1998, 96.)

Toisaalta korostetaan että luottamushenkilöiden tulee saada tilaa työskennellä strategisten kysymysten parissa. Esimerkiksi tilaaja-tuottajamalli tuo esiin poliitikon roolin siten, että poliitikon päämääränä on uudistus. Poliitikkojen tulisi näin ollen suuremmissa laajuudessa kuin aikaisemmin toimia kuntalaisten edustajina ja keskittyä enemmän pitkántähtäimen tavoitteenasetteluun ja arviointiin kuin pieniin päivänpolitiikan kysymyksiin. (Emt., 97.) Osittain nämä odotukset ovat epätodellisia. Poliitikot ovat pakotettuja organisaatorakenteissa ja hallintojärjestelmässä sellaiseen mitä he eivät itse ole valinneet. Poliitikon rooli

sopeutuu organisaation ratkaisuihin nopeammin kuin uudelleenmuotoiltu organisaatio sopeutuu poliitikkojen toiveisiin. Se voi aiheuttaa kodittomuutta ja identiteettiongelmia luottamushenkilöille. (Emt., 97.) Kilpailun ja riskinoton lisääntyminen voi lisätä myös omien etujen ajamista. Yksityissektorin mallinsiirtämistä julkiselle sektorille voidaankin pitää ongelmallisena juuri arvonäkökohtien kannalta. Perinteiset julkisen sektorin arvot joutuvatkin helposti törmäyskurssille yksityissektorille tyypillisten arvojen kanssa. (Ferlie ym. 1996, 121.)

4 TERVEYSPALVELUIDEN KÄYTTÄJIEN NÄKÖKULMA

4.1 KESKUSTELUAIHEENA LAATU

Terveyspalveluiden laatu on herättänyt runsaasti keskustelua eri foorumeilla. Aihetta voi lähestyä useasta näkökulmasta. Muun muassa Farnham & Horton (1996, 88) toteavat, että yhtenä laadun mittarina voidaan pitää palveluiden käyttäjien tyytyväisyyttä. Laadun tarkasteluun on avuksi otettu erilaisia mittareita, kuten *Balanced Scorecard* (lyh. *BSC*, suom. tasapainotettu tulosmittaristo). Mittaristossa on neljä keskeistä tulosaluetta, joista yksi on tässä tutkimuksessa korostuva asiakasnäkökulma. (Kaplan & Norton 1996.) Lumijärvi (1999) kehitti mallista sovelluksen, jossa hän nimeää yhdeksi tuloksellisuusarvioinnin perusnäkökulmista vaikuttavuusnäkökulman. BSC:n briljantein idea on kuitenkin se, että organisaation on säännöllisesti mitattava myös ”pehmeitä” asioita, sillä niiden onnistuminen on laadukkaan palvelun perusedellytys (Niskanen & Tuomi 2000, 290). Muista laatuun liittyvistä käsitteistä voidaan mainita muun muassa NPM:n mukanaan tuoma laatujohtaminen. Se voidaan määritellä niiden menettelytapojen kokonaisuudeksi, jolla laatu saavutetaan. Kokonaisuudessaan laadun käsite on lauantunut. (Emt., 285-286.)

Laatua ohjaavaa normistoa on viime vuosikymmeneltä lähtien purettu, mikä on johtanut laadun vaihtelevuuteen maan eri osissa. Palveluiden laatuun voidaan katsoa sisältyvän monia asioita. Laatua ovat niin odotusajat kuin henkilöstön osaaminenkin, mutta myös henkilöstön määrällinen mitoitus sekä palveluprosessi itsessään. (Heikkilä 2003, 120.) NPM korostaa henkilöstön motivaation merkitystä laadun aikaansaamisessa (Lane 2002, 218). Toisaalta erilaiset organisaatioiden uudelleenmuotoilut ja pyrkimys kustannusten vähentämiseen ovat vähentäneet terveydenhuollon henkilöstömäärää viime vuosina. Tätä kautta myös laatu on saattanut paikoin kärsiä. Terveyspalveluiden henkilöstömäärää jouduttiin supistamaan erityisesti 1990-luvun puolivälissä (Terveydenhuollon kehittämisprojekti 1998b, 17).

Creutz & Sundquist (2002) toteavat, että asiakaslähtöisellä laatuajattelulla tarkoitetaan sitä, ettei toimintaa tule nähdä vain kyvykkyytenä tuottaa laissa määrättyjä palveluita vaan myös pätevyytenä hoitaa asiakkaita, ymmärtää heidän yksilöllisiä tarpeitaan ja vastata ky-

syntään (emt., 10). Asiakaskeskeisellä laadulla tarkoitetaan määrättyyn hinta-tarve -haarukkaan mahtuvien ominaisuuksien kokonaisuutta eli esimerkiksi terveysterveystarvekeskuspalvelun erilaisten ominaisuuksien soveltumista asiakkaan tarpeisiin. Asiakaskeskeisen palveluiden menetelmien, kuten tyytyväisyysmittauksien, soveltamisen opettelu on kuitenkin vielä julkisella sektorilla kesken. (Niskanen & Tuomi 2000, 284.)

Jotta laadusta voitaisiin puhua järkevästi, olisi ensin määriteltävä mitä laadulla tarkoitetaan (Niskanen & Tuomi 2000, 283). Heikkilä (2003) ehdottaa valtakunnallisesti määriteltyjen laadun vähimmäisstandardien luomista. Vähimmäisstandardien tulee olla nykyisiä suosituksia sitovampia ja yksiselitteisiä normeja. Nämä standardit voisivat toimia myös arvioinnin lähtökohtana. Standardien avulla turvattaisiin valtakunnallinen laadun minimitaso kaikille kuntalaisille. Malli jättäisi kunnalliselle demokratialle tilaa määrittellä palveluiden tosiasiallisen laadun ja tason. (Emt., 120.)

Tutkimusajanjaksolla annettiin useita erilaisia laatusuosituksia. Esimerkiksi Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa (1996) –asiakirja on valtakunnallinen laatusuositus terveydenhuoltoa varten. Vuodelta 1997 olevassa Euroopan neuvoston terveydenhuollon laatusuosituksessa todetaan muun muassa laadukkaan hoidon olevan jokaisen perusoikeus. Tutkimusajanjakson loppupuolen suosituksia edustaa muun muassa Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle –asiakirja, jossa suositetaan asiakkaan osallistumista laadunarviointiin (emt., 11). Koska laatu on terveysterveystarvekeskusorganisaation keskeisten toimintojen lopputulos, tulee asiakastyytyväisyyttä seurata. Visiona voidaan pitää hyvän hoidon vaikuttavuutta sekä palveluun tyytyväisiä asiakkaita. (Niskanen & Tuomi 2000, 291-293.) Palvelun laatu kuvastaa sitä, missä määrin palvelu vastaa kuluttajan odotuksiaan ja miellyttää häntä (Lumijärvi 1997, 52).

Laadukkaaseen palveluun nähdään usein kuuluvan sekä pitkäaikainen asiakassuhde että käytännön tilanteessa onnistuminen. Palvelua voidaankin verrata jäävuoren näkyvään huippuun. Pinnan alla ovat kaikki ne toiminnot, joilla varmistetaan tyytyväisyys ja pysyvät asiakassuhteet. (Honkola & Jounela 1993, 16-17.) Tyytymätön asiakas äänestää jaloillaan. Julkisissa terveysterveystarvekeskuspalveluissa palveluissa tämä voi ilmetä yksityisten terveysterveystarvekeskuspalveluiden käyttämisenä terveysterveystarvekeskuksen sijaan. (Ks. esim. emt., 30.)

Myös priorisointi on yhteydessä laatuun. Priorisoinnilla tarkoitetaan laatutekijöiden kokeuksellista keskinäispunnintaa (Lumijärvi 1997, 51). Isomäki (1998) muotoilee priorisoinnin resurssien niukkuudesta johtuvan valinnan toteuttamiseksi eri hoitomuotojen ja eri potilaiden välillä sekä eri tautien, tautivaiheiden sekä tutkimusten ja hoitomenetelmien välillä (emt., 38-39). Raunion mukaan (1992, 471) tehostamisen vaikeudet johtavat helposti vaikeisiin valintatilanteisiin: kenelle annetaan hoito ja kuka jätetään ilman?

Priorisoinnista tulikin 1990-luvulla terveystalouden yhteydessä paljon käytetty käsite. Yksinkertaistetusti priorisoinnilla tarkoitetaan etusijajärjestyksen asettamista ja asian käsittelyaikataulua. Priorisoinneilla voidaan tarkoittaa myös strategiatason valintoja. Terveystaloudessa sillä tarkoitetaan muun muassa potilaiden asettamista toistensa edelle. Julkisin varoin rahoitetussa terveystaloudessa priorisoinnin tulee tapahtua tietoisin ratkaisuin demokraattisessa prosessissa. (Rintala 1998, 23-24; ks. myös Kauhanen ym. 1998, 315.) Priorisointi on vaikeinta silloin kun joudutaan päättämään kenelle hoito kuuluu ja kuinka kauan hoito voi kestää. Hyväksyttävää priorisointi on, jos se koskee kaikkia kansalaisia tasapuolisesti eivätkä valinnat ole sattumanvaraisia. Ikä tai omaisuus eivät ole eettisesti hyväksyttäviä perusteita priorisoinnille. (Klemola 2002, 124-125.)

Lumijärven (1997) mukaan potilaiden priorisoimia laatutekijöitä ovat muun muassa kaupunkipalvelututkimuksissakin kartoitetut hoitohenkilökunnan palvelualltius sekä hoitoon pääsyn nopeus. Henkilökunnan priorisoimia laatutekijöitä olivat muun muassa hoidon luotettavuus sekä myös palvelualltius. (Emt., 53-55.) Tutkimuskaupungeissa priorisointi oli esillä useissa terveystalouden asiakirjoissa. Esimerkiksi Espoon vuoden 1994 sosiaali- ja terveystoimen toimintakertomuksen mukaan kaupunginvaltuusto priorisoi terveystaloudet sellaisiksi palveluiksi, joista kaupungin tulee ensisijassa itse huolehtia, mutta joita täydennetään ostopalveluilla (emt., 18).

4.2 TYYTYVÄISYYS ASIAKASLÄHTÖISYYDEN ULOTTUVUUTENA

Terveystalouteen mennessään asiakkaalla on tarve saada apua vaivaan tai sairauteen. Joskus on mahdollista, että jonkin tietyn palvelun käytöllä saatetaan hakea myös yhteenkuuluvuuden tunnetta tai itsearvostuksen tarpeiden tyydyttymistä. Esimerkiksi julkisten terveystalouksien käytön sijaan saatetaan suosia yksityisiä terveystalouksia, koska julki-

set palvelut mielletään imagoltaan heikommiksi, vähävaraisten palveluiksi. Tiedostettu tyytyväisyyskokemus kuluttajan mielessä liittyy näin ollen hyötykimppuun, joka palvelun käytöstä seuraa. (Ylikoski 1999, 151.)

Asiakastyytyväisyydessä on kyse odotusten täyttymisestä. (Oliver 1980; vrt. Yi & La 2003). Tyytyväisyys muodostuu henkilön odotuksien ja kokemusten suhteesta. Odotustaso muodostaa vertailuperustan ja lähtökohdan kokemuksille. Kuntalaisilla saattaa olla suuremmat laatuodotukset yksityisistä terveystalouksista kuin julkisista. Korkean odotustason vallitessa toiminta saattaa tuottaa pettymyksen. Matalan odotustason vallitessa vastaavasti lopputuloksena voi olla positiivinen yllätys. Tyytyväisyydellä viitataan usein tyytyväisyysasteeseen asteikolla tyytyväinen - tyytymätön. (Rope & Pöllänen 1998, 29-30). Neutraalimpaa on puhua suhtautumisesta palveluun kuin palveluihin tyytyväisyydestä tai tyytymättömyydestä.

Tyytyväisyys voidaan jakaa aktiiviseen ja passiiviseen tyytyväisyyteen. Tyytyväisyydestä kuitenkin puhutaan usein ottamatta huomioon näitä kahta tyytyväisyyden lajia. Aktiivisella tyytyväisyydellä tarkoitetaan sitä, että henkilö on aidosti tyytyväinen esimerkiksi saamaansa palveluun. Hän on palvelun aktiivinen käyttäjä ja palvelun olemassaolo vaikuttaa hänen hyvinvointiinsa. Passiivinen tyytyväisyys sen sijaan on niin sanottua välinpitämätöntä tyytyväisyyttä. Tällöin kyselyyn vastattaessa saatetaan kertoa omasta tyytyväisyydestä esimerkiksi kunnalliseen terveystalouksien toimintaan, vaikka vastaaja ei olisikaan koskaan käyttänyt kyseistä palvelua. Sen olemassaolo saattaa olla vastaajalle täysin merkityksetöntä. (Koskiahho, 2002.)

Hallintotieteellistä näkökulmaa edustavien Ropen & Pöllänen (1998) mukaan asiakkaiden tyytyväisyys voidaan asteittain jakaa kokemuksen voimakkuuden mukaisesti. Organisaation kannalta tämä jakauma on merkityksellinen, koska asiakkaan reagointi sitä kohtaan muodostuu tämän tyytyväisyysasteen mukaisesti. Syvästi pettyneille asiakkaille on tyypillistä reagoida valituksin ja negatiivisen kuvan levittämällä. Lievästi pettyneet asiakkaat eivät sen sijaan yleensä omatoinisesti valita, mutta valitsevat seuraavalla kerralla toisen organisaation. Lisäksi he mahdollisesti suosittelvat muille jonkin toisen organisaation palveluiden käyttöä. Julkisia palveluita käytettäessä kyseinen reagointimalli tuskin aina toimii näin. Aina ei esimerkiksi ole mahdollista valita toista terveystalouksista. Odotusten mukaisen kokemuksen saaneet asiakkaat eroavat toisistaan sen mukaisesti millainen heidän

tyytyväisyysasteensa ja asiakassuhteen kiinteys ovat. Lievästi myönteisesti yllättyneet jatkavat asiakassuhdettaan ja suosittelevat palveluja muillekin. Vahvasti myönteisesti yllättyneillä asiakkaila on ollut yleensä matala odotustaso ja organisaation toiminta poikkeuksellisen hyvää. (Emt., 40-43.)

Terveydenhuoltopalveluissa asiakastyytyväisyys syntyy eri asioista kuin esimerkiksi ravintolapalveluissa. Negatiivisten kokemusten jälkeen asiakkaan luottamusta järjestelmää kohtaan saattaa olla vaikeaa saavuttaa uudelleen. (Emt., 149.) Luotettavuutta, uskottavuutta, vuorovaikutusta, joustavuutta ja nopeutta lisäämällä terveyskeskusten ja sairaaloiden asiakkaiden tyytyväisyyttä on ainakin jossain määrin mahdollista lisätä (Salmela 1997, 15).

Julkisten palveluiden järjestäminen ei ole ongelmaton. Vastassa ovat eri ryhmien, kuten veronmaksajien ja palveluiden käyttäjien, intressit. Nämä ryhmät eivät välttämättä muodostu samoista henkilöistä. Julkisten palveluista myös neuvotellaan tai äänestetään puolueiden kesken. Aikaisemmin näiden neuvottelujen ulkopuolelle jäivät varsinaiset asiakkaat, mutta uusien julkishallinnon oppien levitessä asiakkaiden osallistuminen on tullut jossain määrin mahdolliseksi. (Farnham & Horton 1996, 88.) Myös tutkimuskaupungeissa tehdyt tyytyväisyyskyselyt ovat tuoneet palveluiden käyttäjät mukaan ainakin palveluiden arviointiprosessiin. Tyytyväisyys ei kuitenkaan riitä organisaation tavoitteeksi, koska henkilö voi olla tyytyväinen, mikäli hänellä ei ole tietoa paremmasta palvelun tasosta. Ihmiset voivat myös tuoda esiin tyytymättömyytensä, kun heillä on aavistus siitä, että asiat voisivat olla paremmin. (Juusti & Pietiläinen & Ylikoski 1999, 32.)

Tyytyväisyys on edelleen käsitteenä varsin epämääräinen ja jäsentymätön. Tarkat käsitteanalyysit puuttuvat useimmilla tieteenaloilla, joissa sitä käytetään. Ei siis ole selvitetty tyhjentävästi mitä tyytyväisyys on. Tämä on yksi syy miksi asiakastyytyväisyysmittaukset jäävät helposti melko pinnallisiksi. (Salmela 1997, 15.)

4.2.1 Terveydenhuollon asiakastyytyväisyyden normatiivinen tausta

Keskustelu potilaan asemasta ja oikeuksista terveydenhuollossa käynnistyi 1980-luvun alkupuolella. Terveydenhuollon oikeussuojatoimikunta asetti toimikunnan miettimään ehdotuksia potilaan aseman parantamiseksi, koska siinä oli huomattu puutteita. (Kiikkala

2000, 112). Tuloksena ilmestyi Terveystieteiden tutkimuskeskuksen mietintö II (1982), joka sisälsi ehdotuksen laiksi potilaan oikeuksista.

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen asiakaslähtöisyyden kehittäminen eteni lain voimaantulon viipymisestä huolimatta. Esimerkiksi kansainvälistä ”Terveyttä kaikille vuoteen 2000” -ohjelmaa toteutettiin laajasti. Ohjelman mukaan asiakkaiden kokemuksellista tietoa tulisi hyödyntää palveluiden kehittämisessä ja laadun arvioinnissa entistä enemmän. Lisäksi ohjelmassa mainitaan, että maamme terveystietojärjestelmää on kehitettävä nykyistä enemmän asiakaslähtöiseksi. (Terveyttä kaikille vuoteen 2000 1993, 50). Myös potilasvahinkolaki (585/1986) vahvisti potilaan asemaa ja oikeuksia terveystieteiden tutkimuskeskuksessa. Edellä mainitussa ohjelmassa ja laissa potilas-nimityksen rinnalla ryhdyttiin terveystietopalvelun käyttäjää kutsumaan asiakkaaksi. (Kiikkala 2000, 113).

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) tuli voimaan vuonna 1992. Lain keskeisenä sisältönä on terveystieteiden tutkimuskeskuksen toiminnan asiakaslähtöisyys. Sen 3 § mukaan potilasta tulee kohdella ihmisarvoaan loukkaamatta, vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioittaen sekä yksilölliset ja kulttuuriset tarpeet mahdollisuuksien mukaan huomioon ottaen. Lisäksi saman lain 6 § mukaan potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. (Kiikkala 2000, 113). Laissa myös säädetään, että jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus hänen terveystietoiliansa edellyttämään terveystietohoitoon, mutta vain niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveystieteiden tutkimuskeskuksen käytettävissä. Myös perustuslain 19.1 § mukaan jokaisella, joka ei itse kykene sitä hankkimaan, on oikeus ihmisarvoisen elämän edellyttämään turvaan ja huolenpitoon. Heurun (2002, 69) mukaan kyseinen lainkohta voidaan tulkita niin, että turva käsittää myös sairaustapauksien hoidon subjektiivisena oikeutena.

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen vuonna 1996 julkaisemassa Terveystieteiden tutkimuskeskuksen suuntaviivat -raportissa todettiin, ettei asiakkaan ääni pääse riittävästi kuuluviin terveystieteiden tutkimuskeskuksessa, vaikka asiakkaan juridinen asema onkin vahva. Asiakasnäkökulman nähtiin tuolloin olevan edelleen kaukana terveystieteiden tutkimuskeskuksen päätöksenteosta ja suunnittelusta. (Emt., 10). Asiakirjassa ehdotettiin useita käytännön parannusehdotuksia, kuten kunnissa tehtäviä mielipidetiedusteluja. Asiakkaiden antamaa palautetta ehdotettiin kerättäväksi uudistusten pohjaksi. Samaan aikaan keskustelu kansalaisten osallistumisesta kunnan hyvinvointipalveluiden tuottamiseen lisääntyi. Hallintokeskeisestä toimintamallista siirtymistä kohti kansalaisyhteiskuntaa.

teiskuntaa haluttiin edistää myös terveydenhuollossa. Tässä muutoksessa asiakkaan aseman lujittuminen on nähty välttämättömänä. (Kiikkala 2000, 113). 1990-luvun loppupuolella sosiaali- ja terveysministeriö teetti laajahkon tutkimuksen, jonka perusteella voitiin tuolloin todeta asiakaslähtöisyydessä olevan puutteita (Pekurinen & Pokka, 1997). Toisenlainen näkökulma tuli esiin vuonna 1998 valmistuneissa Terveystieteiden tutkimuskeskuksen kehittämiprojektin selvitysmiesraporteissa 1 ja 2, joissa todettiin asiakkaan ja potilaan aseman olevan Suomessa hyvin turvattu.

Pääministeri Lipposen II hallituksen hallitusohjelman (1999) myötä aatteellinen kehitys kohti asiakaslähtöisyyttä vahvistui. Siinä mainitaan asiakaslähtöisyyden olevan yksi johtavista periaatteista asiakaslähtöisyyden kehittämisessä. Kiikkalan (2000, 114) mukaan demokraattisessa yhteiskunnassa hallitusohjelman kaltaisen valtakunnallisen yhteiskuntapolitiittisen linjauksen voidaan katsoa, ainakin jossain määrin, olevan kansalaisten tahdonilmaus. Sosiaali- ja terveysministeriö valmisteli vuonna 1999 silloisen meneillään olleen hallituskauden ajaksi sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman vuosille 2000-2003, jonka mukaan tavoitteiden ja toimenpiteiden on ollut tarkoitus keskittyä muun muassa kuntalaisten osallistumisen lisäämiseen ja asiakkaiden tarpeiden huomioonottamiseen (emt., 3-4). Tässä asiakirjassa asiakaslähtöisyys yhtenä sosiaali- ja terveystoimen pääperiaatteena saa yksityiskohtaista sisältöä. Julkisten palveluiden henkilöstön tulee sen mukaan kaikessa asiakastyössä työskennellä asiakaslähtöisesti. (Kiikkala 2000, 115).

4.2.2 Tyytyväisyys subjektiivisena hyvinvointina

Tässä tutkimuksessa keskitytään tarkastelemaan tyytyväisyyttä subjektiivisen hyvinvoinnin ilmentymänä, eikä niinkään suhteessa onnellisuuteen tai muihin laajempiin hyvinvointiteoreettisiin asetelmiin. Subjektiivisuus määritellään tässä yhteydessä Allardtin (1976) tarkoittamalla tavalla. Hänen mukaansa subjektiiviset kokemukset liittyvät ihmisten arvioihin omasta tilanteestaan ja tunnetilastaan ja osaksi heidän käsityksiinsä yhteiskunnan oloista. Subjektiivinen ei kuitenkaan merkitse mielivaltaista tai epäluotettavaa, vaan viittaa subjektin omiin kokemuksiin. Objektiviisia subjektiivisen tyytyväisyyden mittaukset ovat siinä mielessä, että ne ovat toistettavissa. Hyvinvointitutkimuksessa on usein hedelmällistä tutkia sekä objektiviisia että subjektiivisiä kokemuksia. Voidaan myös esittää, että objektiviisten olosuhteiden ja subjektiivisen hyvinvoinnin välillä vallitsee melko heikko yhteys.

(Emt., 180-183.) Allardt näkee hyvinvoinnin elintaso (*having*) laajempänä käsitteenä: siihen sisältyvät myös sosiaalisten suhteiden ulottuvuus (*loving*) sekä itsensä toteuttaminen (*being*). Hänen mukaansa pohjoismaisen hyvinvointitutkimuksen käsitejärjestelmään kuuluu kaksikin erottelua. Nämä erottelut ovat: hyvinvointi-onnellisuus sekä elintaso-elämänlaatu. (Emt., 32-33.)

Subjektiiivisesta hyvinvoinnista on erotettavissa tyytyväisyys - tyytymättömyys ja myönteinen tunne - kielteinen tunne komponentit. Nämä ovat melko lähellä toisiaan, mutta voivat joissain tapauksissa olla vastakkaisia. Muutokset subjektiiivisessä hyvinvoinnissa voivat olla seurausta ympäristön muutoksista tai yksilön suhtautumisen muutoksesta. (Kainulainen 1998, 33-34.) Vaikka ihminen ei ole tyytymätön, se ei merkitse, että hän olisi tyytyväinen (Allardt 1976, 185). Tässä tutkimuksessa tyytymättömyyden ja tyytyväisyyden väliin jäävää kuntalaisten ryhmä on nimetty *neutraaleiksi*.

Tyytyväisyys on vakaampi ajan ja tilan muutoksille kuin onnellisuus (Kainulainen 1998, 34). Hyvinvointi ja tyytyväisyys ovat myös onnellisuutta objektiivisempia käsitteitä (Allardt 1976, 181). Subjektiiivisiä kokemuksia on tutkittu muun muassa siksi, että ne liittyvät olennaisesti hyvinvointiin. Tietämättömyys ihmisten subjektiiivisistä kokemuksista johtaisi helposti dogmaattisuuteen. (Emt., 184.)

4.2.3 Eroja selittävät tekijät

Kuntalaisten valta ja valinnat tutkimusraportissa Sandberg (1998) analysoi 48 kunnan asukkaiden arvioita kunnallisista palveluista ja etsinyt syitä tyytyväisyyden sisäisille ja ulkoisille vaihteluille. Hänen mukaansa selittävät tekijät löytyvät toisaalta yksilötasolta toisaalta toiminta- ja kuntatasolta. Osa vaihtelusta voidaan selittää palveluiden tasolla ja kysynnällä. Lisäksi selityksenä voidaan käyttää yksilöiden erilaista vaatimustasoa, kunnassa vallitsevaa ilmapiiriä tai muita vastaavia vaikeasti mitattavia asioita. Syitä siihen, että pienempien kuntien asukkaat ovat tyytyväisempiä terveyspalveluihin voidaan nähdä useita. Syynä voidaan nähdä esimerkiksi se, että pienemmissä kunnissa palvelut ovat paremmat tai että pienempien kuntien asukkaat tyytyvät vähempään, vaikka objektiivisesti katsottuna palveluiden taso olisi heikompi. Tällaista suhtautumista, jossa palveluihin suhtaudutaan

sitä myönteisemmin mitä alhaisempi palvelutaso on, voidaan kutsua palveluparadoksiksi. (Emt., 176-177.)

Yhteydet yksilön ja kunnan ominaisuuksien sekä subjektiivisten ja objektiivisten tekijöiden välillä ovat paikoin monimutkaisia. Tyytyväisyysasteeseen vaikuttavat olennaisesti muun muassa arvot ja puoluekanta. Oikeistolaiseksi itsensä luokittelevat ovat yleensä vasemmistolaisia tyytyväisempiä ja maaseutuhenkiset urbaaneja ihmisiä tyytymättömpiä. ”Pehmeiksi” ihmisiksi itsensä luokittelevat ovat valmiimpia vaatimaan kunnalta lisäpanostusta palveluihin kuin ”koviksi” itsensä luokittelevat. Naiset ovat yleensä miehiä tyytymättömpiä ja ikäryhmistä nuoret vähiten tyytyväisiä. Ikä ja koulutus vaikuttavat myös kunta-laisten mielipiteisiin. Urbaanius on yleensä laskettu vaatimustasoa kohottaviin tekijöihin, mutta myös päinvastaisia tuloksia on saatu. (Sandberg 1998, 178-189.)

Pekola-Sjöblom & Helander (2002) havaitsivat palvelutyytyväisyyden olevan yhteydessä muun muassa hyvinvointiin, kunnan asukaslukuun ja korkea-asteen koulutuksen saaneiden määrään. He saivat hieman toisenlaisia tuloksia kuin Sandbergin esittämät: tyytyväisyys oli sitä suurempaa, mitä vähemmän kunnassa oli asukkaita ja korkea-asteen koulutuksen saaneita. Tyytyväisyyteen vaikuttavia asioita on siis useita ja erojen tarkka selittäminen on haastavaa.

4.3 TERVEYSPALVELUIDEN KYSYNTÄÄN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT

Keskeisin palveluiden kysyntään vaikuttava tekijä on ikärakenteeseen yhteydessä oleva sairastavuus. Sairastavuuden ja ikärakenteen ohella myös väkiluku vaikuttaa kunnassa muotoutuvaan terveyspalveluiden kysyntään. (Kallio 1998, 19-20; ks. myös Blomster 2001, 25.) Lisäksi kysyntään vaikuttaa sukupuoli. Naisten on todettu käyttävän enemmän terveyspalveluita kuin miesten (ks. esim. Häkkinen 1992). Tutkimuskuntien sukupuolijakauma noudattaa pitkälti koko Suomen väestön lievästi naisvaltaista sukupuolijakaumaa. Toisaalta myös sukupuolijakaumassa tapahtuu lieviä muutoksia. Esimerkiksi Espoossa miesten osuus on ollut vuosituhannen vaihteen jälkeen kasvussa (Espoon kaupungin kotisivut).

Stakesin terveystalvveluuta ja niiden käyttöä tulonjaon näkökulmasta tarkastelevan raportin mukaan terveystalvveluiden käyttö on tuloluokittain verrattain tasaista. Julkisista terveystalvveluista hyötyvät eniten pienituloiset. Talvveluiden käyttäjämaksut heikentävät kuitenkin suhteellisesti eniten juuri pienituloisten kotitalouksien kulutusmahdollisuuksia. (Klavus & Häkkinen 1995, 2.) Julkisella terveydenhuoltojärjestelmällä on selvä tuloja suurituloisilta kotitalouksilta pienituloisille uudelleenjakava vaikutus (Blomster 2001, 28). On kuitenkin huomattava, että Suomessa tulojen vaikuttavuus terveystalvveluiden kysyntään ei ole kovin voimakas, koska julkisissa talvveluissa ei juurikaan ole hinnanvaihtelua (emt., 25). Toisaalta hyvinvointitalvveluiden kysyntä on kuitenkin suurinta ylemmissä sosioekonomisissa ryhmissä. Myös tarjonnan määrällä on yhteys kysyntään. Lisäksi välimatka tai tieto talvveluista saattavat rajoittaa kysyntää. Myös kuntien kaupunkimaisuus vaikuttaa talvvelutarpeeseen. (Emt., 25.)

Sairastavuus luo perustan terveystalvveluiden käytölle, mutta hoitoalttiudessa on suuriakin alueellisia eroja, joita ei biolääketieteellisesti pystytä perustelemaan. Talvvelutarpeen kasvuun vaikuttaa lisääntyvän sairastavuuden ohella medikalisaatio, joka alentaa kynnystä hakeutua hoitoon. Sairastavuuden lisäksi kuolleisuus vaikuttaa terveystalvveluiden kysyntään. (Tuomainen & Tuomainen 2003, 172.)

Vaikka valtio ja kunnat voivat tehdä ennusteita siitä kuinka paljon terveystalvveluuta tulevaisuudessa tarvitaan, yksilöt eivät juurikaan voi ennustaa tulevaisuuden terveystalvveluiden käyttötarvettaan. Kroonisia sairauksia sairastavia henkilöitä lukuun ottamatta ihmiset eivät paljonkaan voi suunnitella terveystalvveluihin kohdistamansa kysynnän määrää ja ajoitusta tarkasti johtuen sairauksien ennalta arvaamattomuudesta. (Abel-Smith 1976, 35.)

5 TUTKIMUKSEN TAVOITE

5.1 TUTKIMUSONGELMA JA TUTKIMUSKYSYMYKSET TARKEMMIN

Tutkimuksen tarkoituksena on vertailla, miten kustannus-vaikuttavaa tutkimukseen valittujen kaupunkien perusterveydenhuolto oli laman jälkeisenä aikana. Tarkemmin sanottuna, miten kyseisten kaupunkien harjoittama terveydenhuoltopolitiikka menoineen ja terveyskeskuspalveluiden käyttäjien tyytyväisyys ovat kohdanneet toisensa vuosina 1993, 1997 ja 2001? Miten terveydenhuoltopolitiikka eli paikalliset poliittiset strategiavalinnat, terveydenhuoltoon suunnatut ja käytetyt resurssit sekä kuntalaisten tyytyväisyys terveyspalveluihin ovat kohdanneet ja miten niiden suhde on kehittynyt?

Tutkimuksen pääkysymyksenä oli:

- Miten kustannus-vaikuttavasti, tämän tutkimuksen tarkoittamassa mielessä, tutkimuskaupungit ovat toimineet hallinnon uudistusaallon levitessä? Mihin suuntaan kustannusvaikuttavuus on kehittynyt?
- Onko poliittisten päättäjien terveydenhuoltoon sijoittamalla resursseilla saatu aikaa tyytyväisyyttä? Ovatko terveyspalveluiden käyttäjät olleet tyytyväisempiä niissä kaupungeissa, joissa terveyspalveluihin on käytetty enemmän resursseja ja päinvastoin tyytymättömämpiä niissä kaupungeissa, joissa resursseja terveyspalveluihin on käytetty vähemmän vai vaikuttaako taloudellisten voimavarojen suuntaaminen tyytyväisyyteen?

Lisäkysymyksinä olivat:

- Onko tutkimuskaupunkien toiminnassa havaittavissa uusien hallinnon kehityssuuntauksien, kuten New Public Managementin mukaisia piirteitä?
- Näkyvätkö asiakaslähtöisyyden painotukset tyytyväisyydessä? Ovatko kuntalaiset olleet tyytyväisempiä asiakaslähtöisyyden korostumisen myötä?
- Mihin suuntaan erot tutkimuskaupunkien välillä ovat kehittyneet sekä tyytyväisyyden, perusterveydenhuollon kustannusten että kustannus-vaikuttavuuden osalta? Millaista tyytyväisyyskehitys on ollut terveyskeskusten eri osa-alueilla?

Asetelma on vertaileva ja tarkoituksena oli pohtia ovatko kaupungit erilaistuneet niin tyytyväisyyden kuin perusterveydenhuollon kustannustenkin suhteen. Tarkastelun alla oli erityisesti niin sanottu kustannus–vaikuttavuus, joka on tässä yhteydessä on määritelty perusterveydenhuollon käyttökustannusten ja terveyskeskuspalveluihin tyytyväisyyden suhteeksi. Pohdittavana on myös ovatko kaupungit toimineet tässä suhteessa uusien hallinnon suuntauksien mukaisesti. Lisäksi tässä tutkimuksessa tarkasteltiin kaupunkien yleisten strategioiden, terveydenhuollon strategioiden ja toimintakertomusten kautta asiakaslähtöisyyden korostumista tutkimuskaupunkien terveydenhuoltopolitiikassa.

5.2 AINEISTO

5.2.1 Kaupunkipalvelututkimukset

Tutkimuksen primääriaineistoksi valittiin Suomen Kuntaliiton Efektia Oy:llä teettämät kaupunkipalvelu-tutkimusten aineistot vuosilta 1993, 1997 ja 2001, jotka saatiin tutkimuskäyttöön Yhteiskuntatieteellisestä tietoaarkistosta. Näitä tutkimuksia on tehty myös vuosina 1983, 1985, 1987 ja 1989. Ennen vuotta 1993 tehdyistä tutkimuksista vastasi Suomen Kaupunkiliitto. Kaupunkipalvelututkimukset valittiin, koska niiden avulla voitiin kuvata kuntalaisten suhtautumista terveyskeskuspalveluihin laman jälkeisenä aikana. Suhtautuminen valittiin terveydenhuoltopolitiikan vaikuttavuuden kuvaajaksi. Toisenlaisella vaikuttavuuden mittarin valinnalla tulokset olisivat mahdollisesti olleet toisenlaiset. Tässä tutkimuksessa vaikuttavuus nähdään kuitenkin nimenomaan kuntalaisten tyytyväisyysasteena. Aiemmat kaupunkipalvelututkimusten aineistot on rajattu tutkimusongelman mukaisesti tämän tutkimuksen ulkopuolelle. Perusteluina valinnalle voidaan esittää, että tässä tutkimuksessa keskitytään laman jälkeiseen aikaan. Lisäksi tyytyväisyyden luonne on ollut jossain määrin erilainen 1980-luvun yhteiskunnallisessa viitekehysessä kuin laman jälkeisenä aikana. Tällä rajauksella vertailu on luotettavampaa.

Havaintoväliksi on tässä tutkimuksessa valittu neljä vuotta. Muun muassa Törnqvist (1974) muistuttaa havaintovälin pituuden merkityksestä: mitä lyhyempi aikaväli on, sitä yksityiskohtaisempaa informaatiota tutkittavasta ilmiöstä saadaan. Havaintoväli on hyvä valita niin, että aikasarja sisältää tutkimuksen tavoitteiden kannalta riittävästi informaatiota. Tä-

hän tutkimukseen valittu neljän vuoden tarkasteluväli on riittävän pitkä aika tyytyväisyyden muutosten havainnoinnille. Toisaalta tarkempi tyytyväisyyden vaihtelu ei tule esiin neljän vuoden tarkasteluvälillä. (Emt., 10.)

Kaupunkipalvelututkimuksen aineistot kerättiin kirjeitse strukturoidulla kyselylomakkeella (ks. liitteet 1, 2 ja 3). Havaintoyksikkönä oli henkilö. Otos koostui 18-70-vuotiaasta väestöstä ja otantamenetelmänä oli yksinkertainen satunnaisotanta. Otoksen koko vaihteli kunnan koon mukaan. Mukana olevat kunnat ilmoittautuivat tutkimukseen Efektia Oy:n tarjouksen perusteella ja vastaajat kustakin ilmoittautuneesta kunnasta valittiin satunnaisesti perusjoukosta. Tutkimusten pääpaino oli asukkaiden kuntapalveluja ja hallintoa koskevien mielipiteiden selvittämisessä. Taustakysymyksinä olivat muun muassa ikä, sukupuoli, elämäntilanne, koulutus, lasten lukumäärä ja ammattiasema. Vuonna 1993 koko kaupunkipalvelututkimusaineistossa oli 205 muuttujaa ja 11 022 havaintoa. Vuonna 1997 muuttujia oli 258 ja havaintoja 11 582 ja vuonna 2001 havaintoja oli 253, muuttujia 13 433. Vastausprosentti vaihteli koko aineistossa 50 prosentin molemmin puolin. Vuonna 1993 vastausprosentti oli 63,7, vuonna 1997 58,1 ja vuonna 2001 59,8. Kaupunkipalvelututkimukset ovat niin sanottuja poikkileikkausaineistoja.

Tutkimusongelman kannalta olennaisin kysymyslomakkeen terveyspalveluita koskeneista kysymyksistä oli jokaisena tutkimusvuonna samassa muodossa esitetty yhdeksän eri osaluuetta sisältävä kysymys: ”*Jos kävitte edellisen 12 kuukauden aikana julkisessa terveyskeskuksessa, miten tyytyväinen olitte viimeisellä käynnillänne seuraaviin asioihin*”:

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <i>1 Ajan saanti</i> | <i>6 Tutkimuksen laatu ja määrä</i> |
| <i>2 Kulkuyhteydet</i> | <i>7 Lääkkeiden saanti</i> |
| <i>3 Jonotusaika</i> | <i>8 Hoitotarvikkeiden saanti</i> |
| <i>4 Henkilökunnan palvelualltius</i> | <i>9 Terveyskeskuksen tilat</i> |
| <i>5 Hoidon laatu</i> | |

Vuoden 1993 kyselylomakkeessa arviointiasteikko oli seuraava:

- | | |
|-------------------------------|------------------------------|
| <i>1 Erittäin tyytyväinen</i> | <i>4 Erittäin tyytymätön</i> |
| <i>2 Melko tyytyväinen</i> | <i>5 Ei kokemusta</i> |
| <i>3 Melko tyytymätön</i> | |

Vuosina 1997 ja 2001 arviointi toteutettiin seuraavasti:

1 *Erittäin tyytymätön*

4 *Melko tyytyväinen*

2 *Melko tyytymätön*

5 *Erittäin tyytyväinen*

3 *En kumpaakaan*

Jotta eri vuosien vastausten vertailu tuli mahdolliseksi vuoden 1993 vastaukset käännettiin vastaamaan vuosia 1997 ja 2001. Pohdintaa aiheutti *ei kokemusta* -vaihtoehto, joka on päädytty sijoittamaan numeroksi kolme eli vastineeksi vuosien 1997 ja 2001 vastaukselle *en kumpaakaan*. Nämä eivät kuitenkaan toisaalta ole täysin verrannollisia keskenään. *En kumpaakaan* -vaihtoehto sijoittuu ihmisten mielessä todennäköisesti *melko tyytyväisen* ja *melko tyytymättömän* välille, kun taas *en osaa sanoa* -vaihtoehto kuvaa enemmän tilannetta, jolloin palvelusta ei ole mitään mielipidettä. Mielipidettä kysyttiin lomakkeessa palveluita 12 kuukauden sisällä käyttäneiltä, jotta vastaukset eivät perustuisi pelkkiin mielikuviin. Tämän kaltainen kysymyksen asettelu ei kuitenkaan välttämättä rajoita vastaamista, vaan vastanneissa saattaa olla myös niitä, jotka eivät kyseistä palvelua ole koskaan käyttäneet.

6.2.2 Kyselytutkimuksen edut ja karikat

Asiakaskyselyjen hyvinä puolina on pidetty muun muassa niiden suhteellista edullisuutta sekä mahdollisuutta tehdä erilaisia vertailuja. Kysymysten pysyessä samoina myös ajallinen vertailu on mahdollista. Vastaaja voi säilyttää anonymiteettinsä, ainakin mikäli kysely on laadittu oikein. Suurilla vastaajajoukoilla tehtävistä kyselyistä on myös mahdollista tehdä yleistyksiä tietyissä rajoissa. Asiakaspalautteen tutkiminen on helpottunut tietotekniikan antamien mahdollisuuksien myötä. Kyselytutkimuksen edut ovat suuret, mutta myös huonoja puolia on useita. (Salmela 1997, 81.)

Asiakaslähtöisen arvioinnin erottaa muista arviointityypeistä se, että kysely tehdään suoraan asiakkaalle. Vastaukset kertovat optimitilanteesta sekä kokemuksista että mielikuvista ja heijastavat odotuksia, vaatimuksia sekä asiakkaan itse tulkitsemia tarpeita. Palaute voi-

daan hankkia eri tavoin ja eri lähtökohdista. Asiakaspalautetutkimukset voivat olla esimerkiksi gallup- tai barometrityyppisiä. (Creutz & Sundquist 2002, 102.)

Survey-tutkimuksen epäkohtia on pohtinut muun muassa Galtung (1967), joka pitää ongelmana surveyn liiallista individualistisuutta. Tämä johtaa siihen, että kyselyyn vastataan vain oman kokemuksen perusteella. Toisaalta hänestä survey-tutkimus on liiankin staattinen, koska mielipiteet kertovat vain kyseisen hetken tilanteesta. Hän pitää surveytä myös liian keskiluokkaisena, koska ylemmät ja alemmat sosiaaliryhmät eivät välttämättä ole halukkaita tai jopa kykeneviä vastaamaan. Viidentenä väittämänä Galtung esittää, että survey on käyttökelpoinen vain sosiaalisella lähietäisyydellä, koska vastapuolelle ei haluta kertoa omaa mielipidettä. (Emt., 148-159.) Toivonen (1999, 185) liittyy tähän listaan vielä pinnallisuuden ongelman. Tätä tutkimusta koskevat useimmat samat ongelmat kuin muitakin survey-tutkimuksia.

Asiakaspalautteeseen vastaajat jäävät helposti yhtenäiseksi massaksi. Usein kyseessä on vain läpileikkaus tietyn hetken tilanteesta. (Salmela 1997, 81.) Subjektiiiviset kokemukset ovat nopeasti muuttuvia. Melko pysyviä ja sosiaalisia arvoja on kyllä olemassa, mutta asenteet muuttuvat nopeasti. Asennemuutoksia ei kuitenkaan aina voida kytkeä taloudellisten olosuhteiden muutoksiin. (Allardt 1976, 183.) Kaupunkipalvelututkimusten vahvuus on toistuvuus, samanlainen toteutus ja muoto useana vuotena.

Vastaajilla ei välttämättä ole riittäviä tietoja luotettavan mielipiteen muodostamiseksi (Salmela 1997, 81). Allardtin (1976) mukaan ihmiset eivät myöskään aina pysty ilmaisemaan mitä he haluavat. Kaikilla kansalaisilla ei ole tarvittavia tietoja, jotta heidän olisi mahdollista arvioida erilaisten yhteiskunnallisten toimenpiteiden vaikutusta heidän elämänsä. Yleensä huonommassa asemassa olevat kykenevät heikommin ilmaisemaan preferenssejään. (Emt., 181.) Surveyssä voidaan havaita näin ollen myös syrjiviä piirteitä.

Tyytyväisyystutkimusten ongelmana on, että niitä tehdään usein yrityskuvatutkimusten johdannaisina. Asiakastyytyväisyyttä mittaamaan luodut mittarit ovat usein karkeita ja puutteellisia, eivätkä ne aseta vastaajia samalle lähtöviivalle. Asiakkaalle ei useinkaan anneta vapaata vastaustilaa, jonne hän voisi kertoa mikä aiheutti tyytyväisyyden tai tyytymättömyyden. (Rope & Pöllänen 1998, 98-101.) Kuntapalvelututkimuksissa turvauduttiin pe-

rinteiseen muutaman numeron asteikkoon, jolta asiakkaan tulee valita tyytyväisyyttään kuvaava numero. Vapaata vastaustilaa ei varsinaisesti annettu.

Tutkimuksen teon kannalta olisi hedelmällistä aluksi selvittää laadullisin menetelmin asiakastyytyväisyyttä ja tyytymättömyyttä aiheuttavat tekijät. Näitä asiakkaalle ehdottoman tärkeitä tekijöitä kutsutaan kriittisiksi tekijöiksi. Kriittisillä tekijöillä on suuri merkitys asiakkaan kokeman kokonaisuustyytyväisyyden kannalta. Kovinkaan usein julkisen sektorin organisaatioissa ei kuitenkaan ole välttämättä aikaa tai muita resursseja lähteä tekemään asiakastyytyväisyystutkimusta näin perusteellisesti. (Ylikoski 1999, 158-159.)

Onnistumisen kannalta on hyödyllistä, jos tieto voidaan kerätä asiakaskontaktin yhteydessä (Rope & Pöllänen 1998, 102). Lomakkeella pystytään mittaamaan tyytyväisyyttä kvantitatiivisesti ja näin ollen tuottamaan tietoa tyytyväisyyden määrästä, muttei välttämättä laadusta (Hayes 1992, 15). Kyselylomakkeiden käyttö mahdollistaa kysymysten esittämisen kaikille samalla tavoin. Se ei kuitenkaan tarkoita sitä, että kaikki ymmärtäisivät ne samalla tavoin. (Ylikoski 1999, 160-161.) Asiakkaat saattavat ärsyntyä jatkuvista tyytyväisyysmittauksista ja samojen kysymysten kysymisestä uudelleen. Kyselyyn olisikin hyvä liittää perustelut siitä, miksi se toteutetaan. (Hayes 1992, 60-61.)

Koska kaikkien asiakkaiden mielipidettä on usein mahdotonta kysyä, otetaan tilastollinen näyte, joka pyritään saamaan palvelujen käyttäjäkuntaa vastaavaksi. Ongelmana on, että kaikkein tyytymättömmät jättävät usein kokonaan vastaamatta ja tulokseksi saadaan ”keskivertotyytyväisiä keskivertoasiakkaita”, joita ei välttämättä todellisuudessa ole edes olemassa. Kyselytutkimusten onkin katsottu parhaiten soveltuvan yhteiskunnan keskiryhmille, koska kysymykset muotoillaan siten, että ne soveltuisivat mahdollisimman monelle vastaajalle. (Salmela 1997, 81.)

Kyselyillä voidaan myös yrittää muuttaa asiakkaiden mielipidettä palvelusta (Hayes 1992, 29). Taustalla on kuitenkin optimistinen ajatus valintoja tekevästä kuluttajasta. Julkisissa palveluissa valinnan varaa ei kuitenkaan useinkaan ole. Kyselyt tuottavat usein samantyyppisiä vastauksia ja vastausjakaumia: ”80 prosenttia asiakkaista oli tyytyväisiä” on yleinen tulos. Tällaisen niin sanotun ylityytyväisyyden katsotaan kuuluvan länsimaisille yhteiskunnille tyypilliseen tyytyväisyyskulttuuriin. Ylityytyväisyys on ominaista tietyille yhteiskuntaryhmille. Tulosten luotettavuutta on syytä epäillä, jos kysymysasetelmaa ja

vastaustapaa muuttamalla tulokset muuttuisivat olennaisesti. (Salmela 1997, 14-15.) Nämä ongelmat koskevat myös kaupunkipalvelututkimuksia.

Kyselytutkimuksilla ei pystytä pureutumaan prosesseihin tai syy-seuraus-suhteisiin, jolloin todelliset vaikutukset voivat jäädä mitättömiksi (emt., 81). Myönteisesti kehittyessään asiakastutkimuksien käyttö voi johtaa asiointiprosessin kokonaisvaltaisempaan kehittämiseen sekä hallinnon responsiivisuuden ja kansalaisläheisyyden kasvuun. Lisäksi asiakastutkimukset voivat toimia yhtenä käyttäjädemokratian ulottuvuutena. (Hiironniemi 1992, 109.)

5.2.2 SOTKA-tietokanta

Tutkimuksen sekundaariaineistona käytettiin SOTKA-tietokantaa vuosilta 1993-2001. Tästä kattavasta rekisteriaineistosta olivat saatavissa kuntien tutkimusongelman kannalta olennaiset tiedot, kuten perusterveydenhuollon (pois lukien hammahuolto) käyttökustannukset asukasta kohden sekä kuntien talouden perustiedot, kuten valtionosuuksien määrä ja verotulot. Rahayksikkönä vuosien 1993, 1997 ja 2001 tiedoissa oli markka.

Tässä tutkimuksessa perusterveydenhuollon asukaskohtaiset käyttökustannukset eli perusterveydenhuoltoon käytetyt resurssit valittiin kuvaamaan kunnassa toteutettua terveydenhuoltopolitiikkaa. Inflaation vuoksi käyttökustannukset indeksoitiin siten, että koko maan vuoden 1993 käyttökustannusten keskiarvo sai arvon 100. Näin saatiin selville käyttökustannusten reaalikehitys. Koska terveydenhuoltoon käytetyt menot tarvitsevat valtuuston hyväksynnän voidaan toteutuneita kustannuksia, pitää tämän ylimmän demokraattisesti valitun kaupungin päättäjäorganin tahdonilmauksena.

Mittari ei kuitenkaan ole yksiselitteinen. Toisenlainen mittarinvalinta olisi tässäkin tuottanut mahdollisesti toisenlaisia tuloksia. Huomionarvoista on, etteivät toteutuneet menot täysin johdu poliittisesti asetetuista painotuksista. Käyttökustannukset kuitenkin kuvaavat terveydenhuollon toteutuneita kustannuksia ja antavat suuntaviivaa siitä, miten paljon kunnassa on haluttu panostaa tai on jouduttu panostamaan perusterveydenhuoltoon esimerkiksi väestörakenteen vuoksi. Toteutuneet kustannukset eivät kuitenkaan välttämättä suoravii-
vaisesti kuvaa suunniteltuja menoja. Erot suunniteltujen ja toteutuneiden kustannusten vä-

lillä voivat vaihdella. Lisäksi osa kustannuksista on lakisääteisiä. Terveysthuoltomenot asukasta kohden laskettuna totesivat luotettavaksi ja vertailukelpoiseksi mittariksi muun muassa Lahtinen & Laitinen (2001, 26) vertaillessaan keskisuurten kaupunkien terveydenhuollon vuoden 2000 kustannuksia.

Tietokannasta saatiin selville myös erityiskorvattavien lääkkeiden saajien lukumäärä ja kuolleisuus tutkimuskaupungeissa. Perusterveydenhuolto sisältää SOTKA-tietokannassa perusterveydenhuollon avohoidon lisäksi perusterveydenhuollon ylläpitämät mielenterveystoimistot ja vastaavan toiminnan, perusterveydenhuollon vuodeosastot sekä niin sanotut tukipalvelut, joita ovat muun muassa kiinteistöhuolto, radiologia ja laboratorio. Nämä kunnan terveydenhuoltopolitiikkaa kuvaavat luvut heijastavat, ainakin osittain, päättäjien halua ja mahdollisuuksia kohdentaa resursseja perusterveydenhuoltoon. Asetelmaa voidaan kritiikoida, koska perusterveydenhuollon kustannukset koostuvat useasta eri osa-alueesta, kun taas vertailuparina käytetty tyytyväisyys koski vain terveysthuoltopalveluita. Toisenlaisilla tunnuslukujen valinnoilla tulokset olivat voineet olla toisenlaisia.

5.2.3 Kuntien asiakirjat

Lisäksi aineistona on käytetty Espoon, Helsingin, Kemin, Kuusankosken ja Tampereen yleisiä kaupunkistrategioita, terveysthuoltamisen strategioita, toimintakertomuksia sekä talousarvioita ja erilaisia suunnitelmia, jotka kuvaavat millaista kaupunkien terveydenhuoltopolitiikka on kuluneina vuosina ollut ja mitä asioita palvelutuotannossa on painotettu. Tutkimusongelman kannalta tarkastelutasoksi valittiin melko yleinen taso. Espoossa, Helsingissä ja Tampereella asiakirjoja oli tehty jonkin verran runsaammin kuin Kemissä ja Kuusankoskella.

Vaikka asiakirjojen kirjo kunkin kaupungin kohdalla on yksilöllinen, lähtökohtana oli, että jokaisesta kaupungista on saatu yleisen tason kuvaus asiakaslähtöisyyden korostumisesta kunnan tavoitteena. Toimintaa ja sen tavoitteita kuvaavien asiakirjojen pohjalta on pyritty luomaan kuva yleisestä kehityssuuntauksesta. Käytössä ei kuitenkaan ollut kaikkia asiakirjoja tutkimusajanjaksolta, joten täydellistä kuvaa kuntien perusterveydenhuollon uudistuksista, painopisteistä tai tavoitteista asiakirjat eivät anna.

5.3 AIEMMAT TUTKIMUKSET

Tämä tutkimus sivuaa niin hallinto-, sosiaali- kuin terveystaloustieteellisiä tutkimusalueita. Seuraavassa esitellään tutkimusongelman kannalta huomionarvoisia aikaisempia tutkimuksia.

Suomessa on 1990-luvun alusta saakka ollut huomattavissa erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakaskyselyiden määrän huomattava kasvu. Esimerkiksi tässäkin tutkimuksessa aineistona käytetyissä Suomen Kuntaliiton Efektia Oy:llä vuodesta 1983 teettämässä kaupunkipalvelututkimuksissa kartoitettiin muun muassa kuntalaisten tyytyväisyyttä kunnalliseen terveyskeskukseen ja sen palveluihin. Kaupunkipalvelututkimuksia on analysoitu useassa tutkimuksessa (ks. esim. Outinen & Varhe 1985; Paasikallio & Miettinen & Varhe 1994; Miettinen & Paasikallio & Varhe 1997; Miettinen 2001; Keskinen 2002). Esimerkiksi Outisen & Varheen (1985) analyysissä kaikkien kaupunkien asukkaiden vastaukset osoittivat kuntalaisten tyytyväisyyttä terveydenhuoltopalveluihin. Muun muassa työpaikkaomavaraisuudella havaittiin olleen lievää yhteyttä tyytyväisyyteen. Myös asukasta kohti lasketuilla verotettavilla tuloilla ja tyytyväisyydellä havaittiin olevan yhteyttä: verotettavien tulojen kasvaessa asukkaiden tyytymättömyys terveyskeskuspalveluihin lisääntyi. Tyytyväisyys kunnan järjestämiin palveluihin (sisältäen kaikki palvelut) oli huipussaan vuoden 1993 tutkimuksessa. Alimmillaan tyytyväisyys oli tutkimuskaupungeissa 1980-luvun lopulla Kemiä lukuun ottamatta, jossa tyytyväisyys nousi koko 1980-luvun ajan. (HS 15.9.2001.) Miettisen (2001) mukaan kuntalaiset olivat vuosituhaten vaihteessa tyytymättömiä ajan saantiin ja jonotusaikoihin.

Allénin (1995) tutkimuksessa tulokset olivat aiempien tutkimusten suuntaisia: terveyskeskusten palvelut saivat korkeita arvosanoja. Miettisen (2001) mukaan kuntalaiset ovat varsin tyytyväisiä terveyskeskuspalveluihin vuonna 2001, kuten myös vuonna 1997. Eniten tyytymättömyyttä ovat aiheuttaneet kumpanakin vuonna jonotusajat. Myös Keskinen (2002) esittelee raportissaan tyytyväisyyden muutosta Espoossa, Helsingissä ja Tampereella. Nämä raportit keskittyvät yksinomaan kuntalaisten mielipiteisiin eivätkä tuo rinnalle muita muuttujia tai näkökulmia, kuten tämä tutkimus. Myös Pekola-Sjöblom & Helander (2002) toteavat raportoidessaan KuntaSuomi 2004 –tutkimuksen tuloksia kuntalaisten tyytyväisyyden kunnan tuottamiin palveluihin vähenneen hieman 1990-luvun puolivälistä 2000-luvun alkuun taloudellisesta kasvusta huolimatta.

Käsityksiä kunnallisista palveluista tutkitaan säännöllisesti (ks. esim. Vilmi 1993; Paasikallio & Miettinen & Varhe 1994; Kansalaismielipide ja kunnat 2002 ja 2003). Useiden tietojen raportointi jää kuitenkin varsin pinnalliseksi, koska syitä tyytyväisyyteen tai tyytymättömyyteen ei pohdita tarpeeksi (Sandberg 1998, 176). Tutkimuskaupungit ovat myös itse mitanneet terveydenhuollon käyttäjien tyytyväisyyttä erilaisin kyselyin. Esimerkiksi Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveystoimi on 1990-luvulta lähtien tehnyt yhdessä UKK-instituutin kanssa Tampereen terveys- ja sosiaalikeskusteluita, joissa on selvitetty laajasti muun muassa tamperelaisen aikuisväestön sosiaali- ja lääkäripalveluiden käyttöä, terveydentilaa ja mielipiteitä palveluiden riittävydestä. Vuonna 1993 viidennes vastaajista oli täysin tyytyväisiä terveyskeskuspalveluihin ja kolmannes melko tyytyväisiä. Melko tai täysin tyytymättömiä oli alle kymmenesosa. (Paronen & Kuusilinna & Pitkälä & Vuori 1995, 42.) Noin joka kymmenes arvioi palveluiden parantuneen ja noin 7 prosenttia vastaajista koki palveluiden huonontuneen parin viime vuoden aikana (emt., 50). Vuonna 2002 hyvin tyytymättömiä ja melko tyytymättömiä terveyskeskuspalveluihin oli kyselyiden mukaan vain 8 prosenttia vastanneista. Naiset olivat hieman tyytymättömämpiä kuin miehet. (Paronen & Kuusilinna 2002a, 57.) Tyytyväisyydessä oli myös alueittaista vaihtelua. (Paronen & Kuusilinna 2002b, 37.)

Myös muut tutkimuskaupungit ovat tehneet omia tyytyväisyyskyselyitä terveyspalveluiden käyttäjille sekä erilaisia laatumittauksia. Esimerkiksi Kemissä sosiaali- ja terveyslautakunta on kerännyt tietoa hyvinvointipalveluiden tarpeesta kuntalaisilta (Kemin kaupungin vuoden 1995 talousarvion ja vuosien 1995-1999 kuntasuunnitelman tavoitteisto). Kemissä on pyritty tietyn väliajoin mittaamaan palvelukokemuksia asiakasryhmittäin, muun muassa laatua ja vaikuttavuutta arvioimalla (Kemin kaupungin sosiaali- ja terveyslautakunnan toimintakertomus 1997, 3-6).

Lisäksi kaupungit ovat tehneet tai teettäneet lukuisia erilaisia terveydenhuoltoaan koskevia muita selvityksiä. Esimerkiksi vuonna 2002 Helsingin työterveyslaitoksen julkaisemassa tutkimuksessa kartoitettiin Helsingin julkisessa terveydenhuollossa toimivien näkemyksiä työskentelyoloistaan. Tutkimuksen mukaan monet pitävät työn määrää liiallisena, mutta samalla katsovat pystyvänsä pitämään työn laadun hyvänä. Erityisesti kunnallispoliittiseen päätöksentekoon oltiin tyytymättömiä. Valtaosa katsoi, etteivät päättäjät tunne potilaiden

tarpeita ja he säästövaatimuksillaan murentavat terveydenhuollon arvopohjaa. (Ref. Wickström & Laine & Pentti & Lindström & Elovainio 2002, 54-55.)

Vanhempaa tutkimusta edustaa muun muassa Uusikallion (1970) tutkimus, jossa selvitettiin potilaiden tyytyväisyyttä ja viihtyvyyteen vaikuttavia tekijöitä sairaalaympäristössä. Esille nousivat muun muassa henkilökunnan käyttäytyminen sekä hoito ja sen laatu. Tyytymättömyyttä vuorovaikutukseen lääkärin kanssa ilmeni jonkin verran. Erot eri potilasryhmien välillä olivat paikoin suuria. Uudempaa tutkimuskenttää edustaa muun muassa Tuorila (2000), joka pohtii väitöskirjassaan terveydenhuoltopalveluiden asiakkaan tyytymättömyyttä ja asiakaspalvelun toteutumista yksityisessä terveydenhuollossa.

Lahtinen (1998) vertaili suurten kaupunkien terveydenhuollon kustannuksia ikäryhmäkohtaisesti sekä toimintamuodoittain. Tutkimuksessaan hän toteaa, että korkeita erikoissairaanhoidon menoja vastaavat usein alhaiset perusterveydenhuollon kustannukset. Perusterveydenhuollon kustannukset alenivat suurissa kaupungeissa erikoissairaanhoidon kustannusten noustessa, mutta eivät vastaavassa määrin. Tutkimuskaupungeista mukana olivat Espoo, Helsinki ja Tampere. (Emt., 24.)

Kustannus-vaikuttavuus terveydenhuollossa ei ole laajalti tutkittu aihe. Kustannus-vaikuttavuutta useammin tutkimusaiheina ovat olleet tehokkuus ja tuottavuus. Aikaisempaa tuottavuus-tutkimusta edustaa muun muassa Luoman ja Järviön (1992) tutkimus, jonka mukaan terveyskeskusten tuottavuus aleni 1970- ja 1980-luvuilla ja palvelutuotannon tehokkuudessa oli huomattavia eroja 1990-luvun alussa. Myöhempi Luoman ja Järviön tutkimus (2000) osoitti terveyskeskusten tuottavuuden alenneen vuosina 1988-1991, jonka jälkeen tuottavuus kääntyi nousuun.

Rädyn, Luoman, Koskisen sekä Järviön (2002) tutkimuksen mukaan terveyskeskusten välisten tehokkuuserojen ja tuottavuuden säilyneen samalla tasolla vuosina 1997-1998. Vastaavasti Järviön ja Rädyn vuoden 2003 tutkimuksessa todettiin terveyskeskusten tuottavuuden kääntyneen laskuun 1990-luvun lopusta lähtien. Tuottavuuden keskimääräinen lasku (10-11 prosenttia) ei kuitenkaan kerro koko totuutta perusterveydenhuollon kehityksestä. Heikoimman tuottavuuden ja korkeimman tuottavuuden yksiköiden väliset erot kaventuivat. (Emt., 34-35.)

Palveluiden käyttäjien näkökulmaa edustaa Suomen Gallupin haastattelututkimus vuodelta 1994, jossa selvitettiin asenteita julkisten palveluiden tehokkuuteen ja laatuun. Yli puolet vastaajista oli sitä mieltä, että julkinen palvelutuotanto toimii tehokkaasti ja vain 15 prosenttia piti toimintaa tehottomana. Laatu nähtiin tehokkuutta parempana. (Ref. Allén 1995, 30-31.) Terveyskeskuspalveluihin tyytyväisyyden ja kustannusten kohtaamista ovat aikaisemmin tutkineet muun muassa Uitus-Mäntylä (2003) sekä Hämäläinen & Jokinen (2002). Näissä tutkimuksissa havaittiin, etteivät terveydenhuollon kustannukset selittäneet terveydenhuoltoon tyytyväisyyttä valituissa kaupungeissa. Tutkimukset koskivat vain vuotta 2001. Aineistona käytettiin kyseisen vuoden kuntapalvelututkimusaineistoa. Jonkinlaiseksi hypoteesiksi on näiden tutkimusten pohjalta mahdollista asettaa se, etteivät kustannukset selitä tyytyväisyyttä terveystalouteen.

Koska tämän tutkimuksen kaupunkipalvelututkimusten aineistoja on aikaisemmin analysoitu useassa muussa raportissa, ei tässä tutkimuksessa ole aiheellista toistaa jo tehtyjä tarkasteluja. Tässä tutkimuksessa keskitytään terveystalouteen tyytyväisyyden tarkasteluun kokonaisuutena ja rinnan taloudellisten tunnuslukujen ja muun yhteiskunnallisen kehityksen kanssa. Lisäksi näkökulma on vertaileva ja ajanjakso yhtä vuotta laajempi. Tutkimusongelma on rajattu niin, ettei tässä yhteydessä toisteta jo aiemmissa tutkimuksissa tehtyjä analyysejä eri taustamuuttujien, kuten koulutuksen ja sukupuolen, vaikutuksesta tyytyväisyyteen. Painopiste on terveystalouteen tyytyväisyydessä, mutta tyytyväisyyttä käytetään kuvaamaan terveystalouden vaikuttavuutta. Tutkimuksen tavoitteena on aiemmista samalla aineistolla tehdyistä tutkimuksista poiketen laman jälkeisen kehityksen hahmottaminen sekä kuntien terveydenhuoltopolitiikan erilaistumiskehityksen seuraaminen kustannus-vaikuttavuuden näkökulmasta.

6 TUTKIMUSKAUPUNGIT

6.1 TUTKIMUSKAUPUNKIEN VALINNASTA

Tutkimukseen valittiin viisi lähtökohdiltaan ja taustaltaan erilaista kaupunkia: Espoo, Helsinki, Kemi, Kuusankoski ja Tampere. Niistä Espoo ja Helsinki kuuluvat kasvavaan pääkaupunkiseutuun. Kemi ja Kuusankoski sen sijaan ovat taantuvia teollisuuskaupunkeja, joista Kuusankoski sijaitsee eteläisessä Suomessa, Kemi Pohjois-Suomen rannikolla. Tampere taas on voimakkaasti kasvava Väli-Suomen sisämaakaupunki.

Tärkeimpänä valintaperusteena oli vertailuasetelman luominen toisaalta kasvavien ja taantuvien kaupunkien välille sekä toisaalta elinkeinorakenteeltaan, historialtaan ja hyvinvointiulottuvuudeltaan erilaisten kaupunkien välille. Lisäksi valinnan perusteena oli ehjän aikasarjan saaminen terveyskeskuspalveluihin suhtautumisesta laman jälkeisenä aikana. Se löytyi kaupunkipalvelututkimusten aineistoista ja juuri näistä viidestä kaupungista. Yksi valintaperusteista oli myös vertailukaupunkien löytäminen eri puolilta maata.

Seuraavissa kappaleissa esitellään yleisesti tutkimuskaupunkien tilannetta ja kehitystä vuosina 1993-2001. SOTKA-tietokannasta peräisin olevat kuntien taustatiedot ovat löydettävissä tarkemmin liitteistä 4, 5 ja 6.

6.1.1 Espoo

Pääkaupunkiseutuun kuuluvan Espoon voimakas kehittyminen alkoi 1950-luvulla. Kaupunki Espoosta tuli vuonna 1972. Suomen toiseksi suurin kaupunki se on ollut vuodesta 1990 alkaen. (Espoon kaupungin kotisivut.) Kokonaisuudessaan Espoossa sekä väestökehitys, että taloudellinen kehitys olivat myönteisiä vuodesta 1993 vuoteen 2001. Edellytykset perusterveydenhuoltopalveluiden järjestämiselle olivat hyvät. Toisaalta väestönkasvu toi paineita myös palveluiden järjestämiseen.

Tutkimusajanjaksolla Espoon väkiluku on noussut Helsingin jälkeen toiseksi eniten (ks. liitteet 1, 2 ja 3). Ikärakenteeltaan Espoo on tutkimuskunnista nuorin: lasten ja nuorten (0-14-vuotiaiden) osuus väestöstä on pysynyt jatkuvasti yli 20 prosentin. Vastaavasti 65-vuotta täyttäneiden osuus on alhainen: vuonna 2001 8,7 prosenttia asukkaista. Huoltosuh-

de, joka tarkoittaa nuorempien ja vanhempien ikäluokkien suhdetta 15-64 –vuotiaisiin, oli koko tutkimusajanjakson alhainen muihin tutkimuskaupunkeihin verrattuna lukuun ottamatta Helsinkiä. Työttömien prosentuaalinen osuus työvoimasta oli Espoossa vertailun alhaisin, johtuen muun muassa väestön korkeasta koulutustasosta.

6.1.2 Helsinki

Vuonna 1550 perustettu Helsingin kaupunki nimettiin Suomen suurruhtinaskunnan pääkaupungiksi vuonna 1812. Vuonna 1917 Helsingistä tuli itsenäisen Suomen pääkaupunki. (Helsingin kaupungin kotisivut.) Tutkimuskaupungeista Helsinki kasvoi tutkimusjaksolla väkiluvultaan eniten, noin 50 000 asukkaalla päätyen vuonna 2001 noin 555 000 tuhanteen asukkaaseen. Verrattuna tutkimuskaupungeista Kemiin ja Kuusankoskeen, ominaista Helsingille on Espoon ja Tampereen tavoin myös muun muassa asukkaiden korkea koulutustaso sekä muun kuin suomenkielisen väestön nopeasti kasvava osuus (ks. esim. Helsingin kaupungin kotisivut).

Kokonaisuudessaan Helsingin kehitys on ollut myönteistä, joskaan ei ongelmatonta palveluiden järjestämisen kannalta. Lasten ja nuorten osuus Helsingin väestöstä on koko tutkimusajanjakson pysytellyt vertailun alhaisimpana ja yli 65-vuotiaiden osuus vertailun keskitasolla. Huoltosuhde oli Espoon ohella vertailun alhaisin. Työttömien osuus työvoimasta pysytteli tutkimusvuosina vertailun toiseksi alhaisimpana Espoon jälkeen. Kuitenkin lapsiperheiden vähyyys sekä aikuis- ja vanhusväestön kasvava osuus ovat Helsingissä haaste myös terveys palveluille. Kasvaneen asukasluvun myötä myös psykososiaaliset ongelmat ovat lisääntyneet (vrt. Kainulainen & Rintala & Heikkilä (2001), 83-84).

6.1.3 Kemi

Tutkimuskaupungeista pohjoisin, vuonna 1869 perustettu Kemi, on erikoistunut satama-, saha- ja terästeollisuuden sijaitessaan Perämeren kaaren rajaseudulla (Kemin kaupungin kotisivut). Kaupungin asukasluku laski tutkimusajanjaksolla vertailukaupungeista eniten, noin 1400 asukkaalla. Kokonaisuudessaan väkiluku oli vertailun toiseksi alin Kuusankos-

ken jälkeen. Lasten ja nuorten osuus väestöstä laski samana aikana vertailukaupungeista eniten. Toisaalta lasten osuus oli korkeampi kuin Helsingissä ja Tampereella. Yli 65-vuotiaiden osuus nousi vertailun eniten ja oli vertailun toiseksi korkein. Huoltosuhde nousi samana aikana vertailun toiseksi korkeimmaksi. Työttömien osuus työvoimasta oli Kemissä koko tutkimusajanjakson ajan vertailun korkein.

Kokonaisuudessaan Kemi ei toipunut lamasta suurempien tutkimuskaupunkien nopeudella. Väestö- ja talouskehitys eivät olleet tutkimusvuosina pelkästään myönteisiä. Useiden tunnuslukujen valossa Kemin väestökehitys oli tutkimusajanjaksolla vertailun heikoimpia, mikä teki osaltaan terveyspalveluiden järjestämisen haastavaksi. Suhteessa Helsingin, Espoon ja Tampereen kaltaisiin kasvukeskuksiin ongelmat olivat osittain erilaisia. Sen sijaan Kuusankosken kanssa yhteistä oli enemmän.

6.1.4 Kuusankoski

Pohjois-kymenlaaksolaiselle vuonna 1973 perustetulle Kuusankosken kaupungille oman leimansa on antanut Kymijoen läheisyys ja sen mahdollistama puunjalostusteollisuus (Kuusankosken kaupungin kotisivut). Kemin ohella myös Kuusankosken ongelmina voidaan pitää vanhuspainotteista väestörakennetta sekä väestön jatkuvaa vähenemistä. Kaupungin väkiluku laski vertailun toiseksi eniten, mutta pysytteli yli 20 000 asukkaassa. Yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä nousi vertailun korkeimmaksi. Lasten ja nuorten osuus oli tutkimuskunnista toiseksi korkein. Vastaavasti huoltosuhde nousi vertailun korkeimmaksi. Työttömien osuus työvoimasta päättyi vertailun toiseksi korkeimmaksi.

Kokonaiskehitys ei Kuusankoskella ollut tunnuslukujen valossa aivan yhtä myönteistä kuin pääkaupunkiseudulla sijaitsevilla tutkimuskaupungeissa. Toisaalta taloudellinen kehitys oli melko positiivista negatiivisesta väestökehityksestä huolimatta. Edellytykset laadukkaiden perusterveydenhuoltopalveluiden tuottamiselle olivat olemassa, joskin haasteet olivat suuria väestön sairastavuuden pysytellessä vertailukaupungeista korkeimmalla tasolla koko tutkimusajanjakson ajan.

6.1.5 Tampere

Tampereesta tuli kaupunki vuonna 1779 ja kehittyminen teollisuuskaupungiksi alkoi 1820-luvulla. Nykyisin Tampereella asuu yli 200 000 ihmistä ja se on maamme kolmanneksi suurin kaupunki. (Tampereen kaupungin kotisivut.) Vertailukaupungeista Tampereen väkiluku kasvoi tutkimusjaksolla kolmanneksi eniten. Ominaista Tampereelle on, muiden suurten kaupunkien tavoin, nopean väkilukukehityksen lisäksi korkea koulutusaste. 15 vuotta täyttäneestä väestöstä yli kaksi kolmesta on suorittanut perusasteen jälkeisiä tutkintoja. (Ks. esim. Tampereen kaupungin kotisivut.)

Samanaikaisesti lasten ja nuorten osuus väestöstä oli Tampereella Helsingin jälkeen toiseksi alhaisin. Yli 65-vuotiaiden osuus oli vertailun keskitasoa, kuten myös huoltosuhde. Ulkomaankielisen väestön osuus on pääkaupunkiseudun kaupunkien tavoin kasvava. Työttömien prosentuaalinen osuus työvoimasta oli Tampereella myös keskitasoa verrattuna muihin tutkimuskaupunkeihin. Tampereen haasteet ovat pitkälti muiden kasvukeskusten haasteiden kaltaisia. Kokonaisuudessaan kehitys oli myönteistä, mutta ei ongelmattonta. Lamas-ta toipuminen tapahtui kuitenkin Kemiä ja Kuusankoskea nopeammin.

6.2 HYVINVOINNIN ERILAISTUMINEN TUTKIMUSKAUPUNGEISSA

Vaikka aineellinen hyvinvointi on useilla mittareilla mitattuna lisääntynyt, ei hyvinvoinnin kehitys ole ollut samanlaista eri puolella Suomea (Karvonen & Rintala 2004, 159). Hyvinvointieroja tutkittaessa on paljolti käytetty rekisteripohjaisia kuntatilastoja, joiden pohjalta on noussut toistuvasti esiin kaksi hyvinvoinnin perustekijää: toinen niistä liittyy yleisiin hyvinvoinnin resursseihin ja sairastavuuseroihin, toinen kaupungistumiseen ja työnjaon kehittymiseen (Kääriäinen 2003, 397).

Alueiden hyvinvointieroja ovat tutkineet myös muun muassa Kainulainen ym. (2001), jotka erottivat tutkimuksessaan *Hyvinvoinnin alueellinen erilaistuminen 1990-luvun Suomessa* viisi erilaista kuntatyyppiä taloudellisen tilanteen ja psykososiaalisten ongelmien perusteella. Tutkimuksessa havaittiin hyvinvointierojen kasvaneen eri kuntaryhmien välillä kaupunkien hyväksi maaseudun kustannuksella (emt., 95). Rakenteellisista tekijöistä psykososiaalisia ongelmia havaittiin selittävän kunnan koko, työikäisten osuus väestöstä sekä

työttömien osuus työvoimasta. Jokaisen näiden kasvun havaittiin olevan yhteydessä psykososiaalisten ongelmien kasvuun. Ongelmia kasaantuu eniten tutkimuskaupunkien kaltaisiin kaupunkikuntiin harvaan asutun maaseudun lisäksi. (Emt., 83-84.) Toisaalta vertailukaupungeista Espoossa havaittiin vähemmän psykososiaalisia ongelmia kuin kaupunkikunnissa yleensä (emt., 86).

Siirilän & Viljasen & Jousimäen (1999) tutkimuksessa vertailtiin väestön elinolojen alueellisia eroja 1980- ja 1990-lukujen puolivälissä. Lähtökohtana oli ajatus hyvinvoinnin sidonnaisuudesta aluerakenteellisiin ominaisuuksiin, erityisesti maaseutu-kaupunki – ulottuvuuteen (emt., 3-4). Tutkimuksessa käytettiin Siirilän & Hautamäen & Kuitusen & Keski-Petäjän (1988) tyypittelyä, jossa kunnat jaettiin seitsemään erilaiseen kuntatyyppiin: suuriin keskuksiin, teollisuuskeskuksiin, esikaupunkikuntiin, maaseutukeskuksiin, maaseudun teollistuneisiin kuntiin, maaseudun pendelikuntiin ja alkutuotantokuntiin. Tutkimuskaupungeista suuriksi keskuksiksi tyypiteltiin Helsinki, Kemi ja Tampere. Kuusankoski sen sijaan tyypiteltiin teollisuuskeskukseksi ja Espoo esikaupunkikunnaksi.

Huono-osaisuus-vertailussa tutkimuskaupungit sijoittuivat seuraavasti: omien kuntatyyppiensä sisällä suhteellisesti vähiten ongelmallisten kuntien joukossa Helsinki sijoittui toiseksi, toisaalta myös pitkäaikaistyöttömyyden suhteen Helsinki oli toiseksi ongelmallisimman. Myös Espoo sijoittui korkealle pitkäaikaistyöttömyys vertailussa. (Siirilä ym. 1999, 18-25.) Köyhyys-indeksin suhteen ongelmallisimpien kuntien listalla korkealle sijoittuivat omassa ryhmässään Kemi (4. sija) ja Kuusankoski (4. sija). Saman indeksin vähiten ongelmallisimpiin kuuluivat omassa kuntatyypeissään Helsinki ja Tampere sekä esikaupungeista Espoo. Kurjistumis-indeksi osoitti Kemin olevan suurista keskuksista ongelmallisimman kurjistumiskehityksen suhteen. Vastaavasti Tampere ja Espoo sijoittuivat vähiten ongelmallisten kuntien joukkoon. Indeksit muodostettiin ahtaasti asuvien asutokuntien osuudesta sekä työkyvyttömyyseläkkeensaajien osuudesta. Muut kaupungeista eivät sijoittuneet ryhmässään viiden ensimmäisen joukkoon. (Emt., 29-33.)

Samassa tutkimuksessa vertailtiin myös turvattomuutta. Vähiten ongelmallisten kuntien listalle sijoittuivat toiseksi omassa kuntatyyppissään sekä Tampere että Kuusankoski (emt., 39). Alkoholin käytön suhteen vähiten ongelmallisten listalla toisella sijalla oli tutkimuksen kunnista Tampere. Huumeiden käytön suhteen ongelmallisimman suurista keskuksista oli Helsinki. (Emt. 42-45.) Hyväosaisuuden suhteen korkeimmat arvot saaneet kunnat sijaitse-

vat lähes poikkeuksetta eteläisessä Suomessa. Oman kuntatyyppinsä kärjessä oli Helsinki. Espoo oli toisena omassa kuntatyyppissään. Suhteellisesti vähän hyväosaisia oli tutkimuksen kunnista Kemissä (4. vähiten). Hyvinvoinnin alueellisissa ja kuntatyypeittäisessä eroissa ei havaittu suuria rakenteellisia muutoksia 1980- ja 1990- luvun puolivälien välillä. Eri-laistumiskehitystä on tapahtunut erityisesti turvattomuuden kohdalla. (Emt., 52-54.)

Alueellisesti voimakas kehityssuuntaus on ollut kasvanut muuttoliike Espoon, Helsingin ja Tampereen kaltaisiin suuriin keskuksiin. Samanaikaisesti muuttotappiokuntien elinvoimaisuus on kärsinyt ja kasvukeskukset ovat kärsineet väestöpaineen aiheuttamista ongelmista. Paikalliset köyhyyspesäkkeet ja pitkittynyt työttömyys ovat ongelmana useassa Suomen kaupungissa. 1990-luvun alun lama ja sen jälkeinen aika on tuonut esiin uudentyyppisiä sosiaalisia ongelmia eri alueilla. (Emt., 3.) Tutkimusajanjakson jälkeen on ollut myös havaittavissa ”heikkoja signaaleja” hyvinvoinnin kasvun tyrehtymisestä myös kaupungeissa. Esimerkiksi Helsingistä on tullut muuttotappiokunta. (Karvonen & Rintala 2004, 168.) Myös pääkaupunkiseudun ”ruuhkautuminen” voidaan nähdä kasvavana ongelmana.

6.2.1 Sairastavuus

Kuten edellä mainittiin, sairastavuus on merkittävin palveluiden kysyntään vaikuttava tekijä. Sairastavuus vaikuttaa myös terveystalouden kustannuksiin. Sairastavuutta voidaan kuvata erityiskorvattavien lääkkeiden saajien ikä- ja sukupuolivakioidulla indeksillä (vrt. Kääriäinen 2003, 397), joka muodostuu tässä yhteydessä seuraavasti: $100 \times \text{havaittu arvo} / \text{odotusarvo}$. Havaittu arvo on erityiskorvattavien lääkkeiden saajien vuotuinen lukumäärä kunnassa. Odotusarvo saadaan kertomalla koko maan ikä- ja sukupuoliryhmiä koskevilla vuotuisilla taajuusluvuilla kunnan vastaavat väestöositteet ja laskemalla saadut luvut yhteen ikä- ja sukupuoliryhmien ylitse. Koko maan indeksi on 100. (SOTKA-tietokanta 2003.)

Sairastavuutta tarkasteltaessa tutkimuskaupunkien erilaisuus tulee esiin. Sairastavuus on ollut tutkimuskaupungeista suurinta ja maan keskitason ylittävää Kemissä jokaisena tutkimusvuotena (ks. taulukko 3). Muiden tutkimuskuntiensa sairastavuus on alittanut jokaisena tutkimusvuotena maan keskitason. Toiseksi korkeinta sairastavuus on ollut Tampereella ja kolmanneksi korkeinta Kuusankoskella. Tutkimuksen terveimmät kuntalaiset asuvat Es-

poossa ja Helsingissä. Tutkimusajanjaksona sairastavuus on lisääntynyt Kemissä, Kuusankoskella ja Tampereella. Eniten erityiskorvattavien lääkkeiden saajien vakioitu indeksi on noussut Kuusankoskella. Sairastavuus on vähentynyt eniten Espoossa. Espoon lisäksi sairastavuus laski tutkimuskaupungeista vain Helsingissä. Erot korkeimman ja matalimman sairastavuuden välillä kasvoivat.

Taulukko 3. Erityiskorvattavien lääkkeiden saajien vakioitu indeksi tutkimuskaupungeissa vuosina 1993, 1997 ja 2001

	Espoo	Helsinki	Kemi	Kuusankoski	Tampere	Koko maa
1993	90	88	101	91	96	100
1997	88	87	102	94	95	100
2001	83	86	104	97	98	100

Lähde: SOTKA-tietokanta 2003

6.2.2 Kuolleisuus

Nykyisessä valtionosuuskaavassa ikävakioitua kuolleisuutta, joka muodostuu samalla periaatteella kuin erityiskorvattavien lääkkeiden saajien vakioitu indeksi, käytetään sairastavuuden kuvaamiseen. (Kallio 1998, 19-20.) Mitä suurempi kuolleisuus on, sitä suurempi on myös palveluiden kysyntä.

Tutkimuskaupungeissa erot kuolleisuuden osalta ovat suuret. Vain Espoossa vakioitu kuolleisuus on ollut alle maan keskitason (ks. taulukko 4). Tampere sijoittuu maan keskitasolle, kun taas Helsingin ja Kuusankosken asukkaiden kuolleisuus on ylittänyt joka vuosi maan keskitason. Suurinta kuolleisuus on ollut Kemissä. Kuolleisuus nousi vuodesta 1993 vuoteen 2001 Kuusankoskella ja Tampereella. Helsingissä ja Kemissä kuolleisuus laski. Espoossa kuolleisuus palasi vuonna 2001 vuoden 1993 tasolle. Erot korkeimman ja matalimman kuolleisuuden välillä pysyivät lähes ennallaan ja jopa hieman pienentyivät.

Taulukko 4. Vakioitu kuolleisuusindeksi tutkimuskaupungeissa vuosina 1993, 1997 ja 2001

	Espoo	Helsinki	Kemi	Kuusankoski	Tampere	Koko maa
1993	85	105	117	106	99	100
1997	86	102	119	110	100	100
2001	85	103	116	109	100	100

Lähde: SOTKA-tietokanta 2003

Kokonaisuudessaan voidaan todeta, että perusterveydenhuollon menoihin vaikuttavien sairastavuuden ja kuolleisuuden kasvu toi erityisesti haasteita Kuusankosken perusterveydenhuoltoon. Myös Kemissä ja Tampereella sairastavuus kasvoi. Perusterveydenhuollon käyttökustannusten nousu oli vastaavana aikana suurinta Kuusankoskella, toiseksi suurinta Kemissä ja kolmanneksi suurinta Helsingissä. Tampere on välttänyt suuren kustannusten nousun sairastavuuden lievästä kasvusta huolimatta.

6.3 TALOUSKEHITYS TUTKIMUSKAUPUNGEISSA

Tutkimuskaupunkien talouskehitystä voidaan kuvata vaihtelevaksi. Tämä luku on kirjoitettu SOTKA-tietokannasta saatujen kuntien tunnuslukujen pohjalta. Liitteissä 4, 5, 6, 7 ja 8 on esitetty tarkemmin tutkimuskaupunkien taloutta kuvaavia tunnuslukuja kuten verotulot, vuosikate, lainakanta, valtionosuudet sekä kassan riittävyys. Vuosikatteella tarkoitetaan varsinaisen toiminnan tulojen ja menojen erotusta. Valtionosuus on valtion varoista kunnalle harkinnanvaraisesti maksettava, kunnan hoitamasta tehtävästä aiheutuvista kustannuksista suoritettava osuus (Hallipelto & Helin & Oulasvirta & Ruuska 1992, 61). Kassa koostuu muun muassa kunnan käteisvaroista, tileistä, lyhytaikaisista sijoituksista sekä myyntisaamisista (emt., 130). Tunnusluvuissa ei ole huomioitu inflaation vaikutusta. Tunnusluvut ovat kuitenkin keskenään vertailukelpoisia.

Espoon kaupungin talouskehitys oli myönteistä, jopa kiihtyvää läpi koko tutkimusjakson. Asukasta kohti lasketut verotulot kaksinkertaistuivat ja samanaikaisesti lainakanta laski 1600 markkaan asukasta kohti. Vuosikate kohosi huomattavasti erityisesti vuosien 1997 ja 2001 välillä. Asukasta kohti lasketut käyttötalouden valtionosuudet laskivat muun myön-

teisen talouskehityksen ohessa. Tuloveroprosentti nousi puoli prosenttiyksikköä päätyen 17 prosenttiin. Erityisesti pienempiin tutkimuskaupunkeihin verraten Espoon talouskehitys oli positiivista.

Helsingin asukasta kohti lasketut verotulot olivat pitkälti samansuuntaisia kuin Espoon. Myös Helsingissä verotulot lähes kaksinkertaistuivat. Vuosikate nousi Espoon vuosikatetta aikaisemmin. Myös tuloveroprosentin puolen prosenttiyksikön korotus tapahtui aikaisemmin: 16,5 prosentin tuloveroon oli päädytty jo tarkastelujakson puolivälissä. Sama taso säilyi vuonna 2001. Lainakanta laski tasaisesti päätyen 2 400 markkaan asukasta kohti. Helsinki sai koko tarkasteluajan valtionosuuksia hieman enemmän kuin Espoo. Valtionosuudet kuitenkin laskivat koko tutkimusajanjakson. Helsingin kuntatalouden kehitys näyttää näiden lukujen valossa olleen vuosituhannen vaihdetta lähestyttäessä hieman hidastuvaa verrattaessa Espooseen, mutta Kemiin ja Kuusankoskeen verrattuna talous oli kuitenkin edelleen melko hyvällä tasolla.

Kemissä tuloveroprosentti oli 18,5 jokaisena tutkimusvuotena. Asukasta kohti lasketut verotulot pysyttelivät vuoteen 1997 saakka pääkaupunkiseudun Espoon ja Helsingin lukujen tuntumassa, mutta vuoteen 2001 mennessä erot olivat kasvaneet Helsingin eduksi. Dramaattisin lasku tapahtui vuosikatteessa. Vuonna 1993 Kemi ylitti Espoon asukasta kohti lasketun vuosikatteen selkeästi, mutta jo vuoteen 1997 mennessä vuosikate oli Kemissä painunut asukasta kohti lähes 60 markkaa miinukselle. Vuonna 2001 vuosikate oli positiivinen. Lainakanta nousi selkeästi yli Espoon ja Helsingin tason. Epäsuotuisasta talouskehityksestä johtuen Kemi sai valtionosuuksia vuosina 1997 ja 2001 lähes kuusinkertaisesti verrattuna pääkaupunkiseudun tutkimuskaupunkeihin.

Kuusankosken veroprosentti oli jokaisena tutkimusvuotena 17. Verotulot nousivat tasaisesti päätyen hieman Kemiä korkeammalle tasolle. Vuosikatteessa tapahtui notkahdus vuoden 1993 jälkeen: se painui yli 1 000 markasta alle 90 markan nousten kuitenkin vuoteen 2001 lähes 2 000 markkaan asukasta kohti. Samanaikaisesti lainakanta pieneni hieman vuodesta 1993 vuoteen 1997 nousten taas vuonna 2001. Käyttötalouden valtionosuudet lähes puolittuivat vuodesta 1993 vuoteen 2001 tultaessa. Valtionosuudet, kuten muukin Kuusankosken talouden tunnusluvut, olivat koko ajanjakson ajan vertailun keskitasoa.

Tampereen kuntatalous kehittyi vaihtelevasti tutkimusajanjaksona. Tuloveroprosentti päättyi vuoden 2001 17,25 prosenttiin. Verotulot asukasta kohti olivat jokaisena tutkimusvuonna hieman pienemmät kuin Kuusankoskella ja Kemissä lukuun ottamatta Kemiä vuonna 2001. Vuosikate oli tutkimusvuosista alimmillaan tarkastelun keskimmäisenä vuotena 1997. Tampereen vuosikate oli vielä vuonna 1993 Espoon ja Vantaan vuosikatetta korkeampi, mutta vuonna 2001 alitti reilusti pääkaupunkiseudun tutkimuskuntien vuosikatteen pysytellen kuitenkin Kemin ja Kuusankosken yläpuolella. Tampere pystyi pitämään asukasta kohti lasketun lainakantansa jokaisena tutkimusvuonna alle Espoon, Helsingin, Kemin ja Kuusankosken tason lukuun ottamatta Kuusankosken lainakannan tasoa vuonna 1993 ja Espoon tasoa vuonna 2001. Käyttötalouden valtionosuuksien osalta Tampere sijoittuu vertailussa pääkaupunkiseudun kaupunkien jälkeen ennen Kemiä ja Kuusankoskea lukuun ottamatta vuotta 2001, jolloin Tampere sai Kuusankoskea enemmän valtionosuuksia.

Yhteenvedon voidaan todeta, että kaikki tutkimuskaupungit olivat laman jälkeen kuntatalouden suhteen haastavassa tilanteessa. Myönteinen väestökehitys auttoi kasvukeskuksia nopeampaan toipumiseen. Toisaalta elpymistä tapahtui tutkimusajanjaksolla myös pienemmissä vertailukaupungeissa. Kuitenkin myös kuntatalouden suhteen kunnat erilaistui-
vat ja erot kasvoivat. Kunnat olivat tutkimusajanjaksolla eri asemassa taloudellisesti. Tämä ei voinut olla vaikuttamatta jossain määrin myös terveyspalveluiden järjestämiseen sekä uudistusten ja asiakaslähtöisyyden toteuttamismahdollisuuksiin.

6.3.1 Terveystuolitoimien kehitys

Seuraava taulukko ja kuvio havainnollistavat tutkimuskaupunkien perusterveydenhuolto-
toimien kehitystä tutkimusajanjaksolla. Kustannukset ovat kohonneet tutkimusjakson ai-
kana (ks. liite 11), mikä osittain selittyy inflaation vaikutuksella. Kohonneet kustannukset
eivät kuitenkaan selity pelkästään inflaatiolla. Reaalikehityksen vertailua varten käyttökus-
tannukset muutettiin indeksiin. Taulukossa perusterveydenhuollon käyttökustannukset on
indeksoitu niin, että koko maan keskiarvo vuonna 1993 sai arvon 100. Tarkemmin mark-
kamääräiset käyttökustannukset näkyvät liitteestä 11. Vertailua tehtäessä on huomattava,
että vertailu koko maan perusterveydenhuollon kustannusten keskiarvoon ei ole ainoa vaih-
toehto. Myös tekemällä vertailu käyvin hinnoin muuttamalla kustannukset vuoden 1993

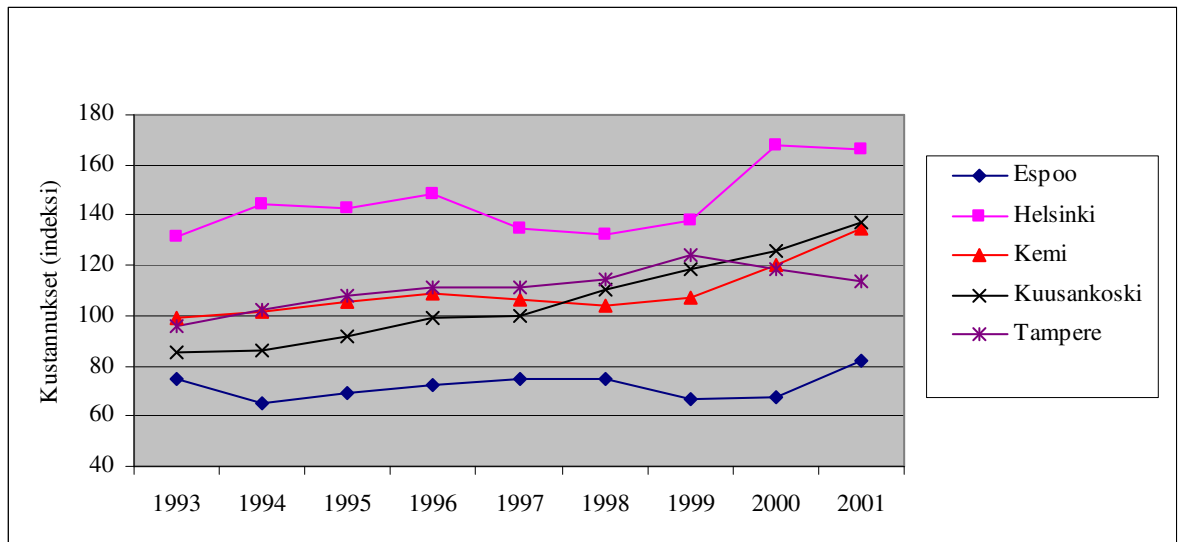
rahaksi olisi ollut vaihtoehto, mutta tämän tutkimuksen kannalta tarkkojen markkamäärien selvittäminen ei ollut tutkimusongelman kannalta välttämätöntä. Reaalikehitystä kuvaava indeksi on vertailun kannalta havainnollisempi. On myös huomattava, että muutamissa maamme kunnissa olevat erityisen korkeat perusterveydenhuollon käyttökustannukset nostavat koko maan keskiarvoa.

Taulukko 5. Perusterveydenhuollon (poislukien hammashuolto) käyttökustannukset asukasta kohti vuosina 1993-2001 (indeksoituna vuoden 1993 koko maan keskiarvoon)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	Muutos
Espoo	74,71	65,41	69,13	72,09	75,04	74,93	66,61	67,87	81,94	7,23
Helsinki	131,09	144,39	142,91	148,44	134,92	132,45	137,93	168,20	166,61	35,52
Kemi	99,01	101,75	105,91	109,03	106,24	103,67	107,44	120,31	135,03	36,02
Kuusankoski	85,17	85,77	91,84	98,97	100,16	110,07	118,56	125,78	136,73	51,56
Tampere	95,46	101,92	107,88	111,60	111,28	114,78	123,81	118,45	113,41	17,95
Koko maa	100	101,70	104,21	109,20	112,26	114,56	117,35	124,63	132,02	32,02

Lähde: Sotka tietokanta 2003

Kuvio 3. Perusterveydenhuollon vuosien 1993-2001 käyttökustannuskehityksen kuvaaja



Espoossa perusterveydenhuollon menojen kehitys oli melko tasaista. Vuonna 1994 menot laskivat, jonka jälkeen kustannuksissa oli kasvua vuoteen 1997. Tämän jälkeen laskua oli

parin vuoden ajan, kunnes vuonna 2001 indeksi ylitti 80 ja nousi lähelle 1500 markkaa asukasta kohti (ks. liite 11). Menot ovat kuitenkin vuodesta toiseen pysyneet vertailuryhmän matalimpina ja huomattavasti koko maan tasoa alhaisempina. Myös muutos menojen kehityksessä oli vähäistä. Menot kasvoivat asukasta kohden vain 132 markkaa kahdeksan vuoden aikana, indeksimuutos oli hieman yli seitsemän yksikköä. Lahtisen vuoden 1998 tutkimuksessa Espoossa terveydenhuollon ikävakioidut kustannukset olivat hieman alle keskiarvon (Lahtinen 1998, 20). Vuonna 2001 Espoon ikävakioidut terveydenhuollon kustannukset olivat Lahtisen (2002a, 26) mukaan suurten kaupunkien kolmanneksi suurimmat. Koko pääkaupunkiseutu sijoittui kustannusvertailun kärkeen.

Helsingin perusterveydenhuollon menot ovat jatkuvasti pysytelleet muuta vertailuryhmää ja koko maan keskiarvoa korkeampina. Menojen nousu aaltoili vuoteen 1996, jonka jälkeen menot laskivat hieman parin vuoden ajan. Vuonna 2000 kuitenkin ylitettiin markkamääräisissä kustannuksissa 3000 markkaa asukasta kohti (ks. liite 11). Muutosta vuoden 1993 indeksistä vuoden 2001 indeksiin oli 35,5 indeksiyksikköä. Markkoina mitattaessa muutos 649 markkaa, mikä on 64 markkaa enemmän kuin maassa keskimäärin. Lahtisen (1998, 18) mukaan Helsingin terveydenhuoltoa on totuttu pitämään maan kalleimpiin kuuluvana. Hänen tutkimuksessaan tehty ikävakioitu vertailu osoitti, että Helsingin asukasluokun suhteutetut terveydenhuollon kustannukset olivat suuret erityisesti terveyskeskusten laitoshoidossa ja erikoissairaanhoidossa. Myöhemmässä tutkimuksessa Helsingin ikävakioidut kustannukset olivat 14 prosenttia korkeammat kuin muissa suurissa kaupungeissa keskimäärin. Kustannukset eivät jääneet alle mediaanin missään toimintamuodossa eikä ikäryhmässä. Terveyskeskuksen laitoshoidon kustannukset olivat 55 prosenttia yli mediaanin. Vuonna 2001 terveydenhuollon kokonaiskustannuksista perusterveydenhuollon osuus oli hieman yli 50 prosenttia ja erikoissairaanhoidon hieman alle 50 prosenttia. (Lahtinen 2002a, 22.)

Kemissä perusterveydenhuollon kustannukset asukasta kohti olivat vertailun alussa vuonna 1993 toiseksi korkeimmat. Vuosina 1994-1996 menot nousivat. Kustannukset laskivat hieman siten, että ne olivat vertailun toiseksi alimmat vuosina 1998 ja 1999. Kustannukset kuitenkin nousivat vuosituhannen vaihteessa yli 2000 markan (ks. liite11). Muutosta kuluksen ajanjakson aikana oli indeksissä 36 yksikköä ja 658 markkaa, mikä on vertailuryhmän toiseksi eniten. Kustannukset pysyttelivät maan keskitasolla vertailun alkuvuosina. Vuodesta 1996 menot olivat alle maan keskitason, kunnes vuonna 2001 ylittivät sen. Tutki-

muskaupunkeihin verraten Kemin perusterveydenhuollon käyttökustannukset olivat keskitasoa.

Kuusankoskella perusterveydenhuollon menot asukasta kohti kasvoivat vertailuryhmän eniten. Muutosta indeksissä oli yli 50 yksikköä. Markkoina mitaten kasvua oli vuodesta 1993 vuoteen 2001 942 markkaa asukasta kohden (ks. liite 11). Kasvussa oli hyppäyksiä erityisesti vuosina 1998 ja 2001. Vuoteen 1997 perusterveydenhuollon käyttökustannukset olivat vertailun toiseksi alimmat, mutta nousivat Helsingin jälkeen toiseksi ylimmiksi vuosituhannen vaihteessa. Menot olivat maan keskitasoa alhaisemmat vuoteen 1998, mutta vuodesta 1999 kustannukset olivat maan keskitasolla.

Tampereen perusterveydenhuollon asukaskohtaisissa kustannuksissa kasvu on ollut melko tasaista. Vuosituhannen vaihteen jälkeen kustannukset laskivat alittaen vuonna 2001 lähes 350 markalla maan keskitason (ks. liite 11). Muutosta indeksissä oli lähes 18 yksikköä. Markoissa muutos oli 328 markkaa asukasta kohti. Vuosina 1993-1998 Tampere oli menoissa lähellä maan keskitasoa. Tuloksia tukee myös Lahtisen vuoden 1998 tutkimus, jossa Tampereen terveydenhuoltomenot osoittautuivat muista Suomen suurista kaupungeista alhaisimmiksi. Ikävakioidut terveydenhuollon kustannukset jäivät selvästi alle kaikkien kaupunkien keskitason. Muun muassa perusterveydenhuollon avohoidon ja erikoissairaanhoidon kustannukset olivat alhaiset muihin suuriin kaupunkiin verrattuna. (Lahtinen 1998, 21.) Vuonna 2001 Tampereen ikävakioidut terveydenhuollon kustannukset olivat noin kymmeneksen pienemmät kuin suurisaa kaupungeissa keskimäärin. Ainoastaan yli 75-vuotiaiden terveydenhuolto oli keskimääräistä kalliimpaa. (Lahtinen 2002a, 36.)

Kasvu oli suurinta ja koko maan keskitason ylittävää Kuusankoskella (942 mk/asukas), Kemissä (658 mk/asukas) ja Helsingissä (649 mk/asukas) (ks. liite 11). Alle keskitason menojen kasvussa olivat selvästi Espoo (132 mk/asukas) sekä Tampere (328 mk/asukas). Terveydenhuoltomenot ovat kasvaneet jokaisessa viidestä kaupungissa vuodesta 1993 vuoteen 2001. Erityisen voimakasta kasvu on ollut Kuusankoskella. Helsingissä kasvu on ollut lähes yhtä suurta kuin Kemissä. Pienintä menojen kasvu on ollut Espoossa ja Tampereella. Kuusankoskella asukasta kohti lasketut terveydenhuoltomenot nousivat 811 markkaa enemmän kuin Espoossa. Markkamäärät eivät kuitenkaan kerro koko totuutta, kuten aiemmin todettiin.

Espoon ja Tampereen terveydenhuoltomenot kasvoivat vertailukaupunkeja vähemmän. Täytyy kuitenkin huomata, että lähtötaso oli vuonna 1992 koko maan tasoa alhaisempi Espoossa, Kemissä, Kuusankoskella ja Tampereella. Helsingissä menot olivat koko maan tasoa korkeammat. Tasaisinta kasvu oli Kuusankoskella. Muissa tutkimuksen kaupungeissa kasvu oli epätasaisempaa. Menot enimmäkseen kasvoivat vuodesta 1993 kunnes vuosituhanen vaihteessa tai sitä edeltävänä aikana hieman laskivat. Vuosituhannen vaihteen jälkeen kasvua on ollut kaikissa muissa tutkimuskaupungeissa paitsi Tampereella ja Helsingissä. Korkeisiin kustannuksiin voi vaikuttaa muun muassa runsas hoitokysyntä tai toisaalta hoitotoiminnan tehottomuus. Säästöjä voi aiheuttaa muun muassa vähäinen kysyntä tai erityisen tehokkaasti järjestetty hoitotoiminta. Syyt molempiin ovat kuitenkin moninaiset.

Erot tutkimuskaupunkien asukasta kohti lasketuissa perusterveydenhuollon käyttökustannuksissa ovat lisääntyneet (ks. taulukko 6 ja liite 12). Kun vuonna 1993 eroa oli asetelman kaupunkien korkeimpien ja matalimpien käyttökustannusten indeksien välillä 56,4 (hieman yli 1000 mk/asukas), oli vastaava ero vuonna 2001 84,7 (1547 mk/asukas). Toisaalta erot perusterveydenhuollon käyttökustannuksissa tutkimuskaupunkien välillä kasvoivat vuoden 1993 jälkeen, mutta palasivat vuoden 1993 tasolle tarkastelujakson puolivälissä. Uudelleen erot kasvoivat juuri ennen vuosituhanen vaihdetta ja saavuttivat tarkastelujakson huipun vuonna 2000 100,3 (1833 mk/asukas).

Taulukko 6. Muutokset perusterveydenhuollon (poislukien hammashuolto) käyttökustannusten indeksien eroissa vuosina 1993-2001

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Korkein indeksi	131,09	144,39	142,91	148,44	134,92	132,45	137,93	168,20	166,61
Alin indeksi	74,71	65,41	69,13	72,09	75,04	74,93	66,61	67,87	81,94
Erotus	56,4	79,0	73,8	76,3	59,9	57,6	71,3	100,3	84,7

Lähde: Sotka-tietokanta 2003

Erot olivat tarkastelun viimeisenä vuonna 517 markkaa suuremmat asukasta kohti kuin tarkastelun alkuvuonna (ks. liite 12). Kustannusten erilaistumiskehitys näyttäisi edenneen tutkimuskaupungeissa 2000-luvulle tultaessa kuntien voidessa ja joutuessa entistä enemmän päättämään terveydenhuoltoon kohdistamista resursseistaan. Lahtinen (2002b, 51) toteaa, etteivät kustannuserot selity yksinomaan väestön erilaisen rakenteen perusteella.

Kustannusten pienuus tai suuruus ei myöskään ole yhteydessä siihen, oliko palveluiden järjestämisessä painotettu perusterveydenhuoltoa vai erikoissairaanhoidtoa.

6.3.2 Tutkimuskaupunkien terveydenhuoltojärjestelmät

Espoossa oli vuonna 2000 13 terveysasemaa (ks. liite 7), joissa oli yhteensä 390 sairaansijaa. Vuoteen 2003 mennessä sairaansijojen määrä oli kasvanut 416:een. Vuonna 2001 Espoossa oli asukaslukuun suhteutettuna yksi julkisen perusterveydenhuollon toimipiste (sisältäen terveysasemat ja -keskukset sekä kaupungin sairaalat, mutta ei sairaanhoitopiirien sairaaloita tai yliopistollisia sairaaloita) 10 700 asukasta kohti. Lisäksi Espoossa toimii viisi yhdistettyä sosiaali- ja terveystieteiden keskuksia. Haasteena Espoon perusterveydenhuollolle on ja oli myös tutkimusajanjaksoilla muun muassa kielijakauma. Suomenkielisten lisäksi kaupungin väestöstä ruotsinkielisiä on noin 9 prosenttia ja muunkielisiä yli 5 prosenttia. Espoossa on käytössä omalääkärijärjestelmä. (Espoon kaupungin kotisivut.) Espoo kuuluu Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kotisivut).

Espoon terveystieteiden keskuksjärjestelmä poikkeaa muista tutkimuskaupungeista rakenteensa osalta siten, että Espoossa osa sosiaali- ja terveystieteiden keskuksista on yhdistetty. Terveystieteiden keskuksia on suunnilleen yhtä monta kuin väkiluvultaan samaa luokkaa olevalla Tampereella. Kuusankosken ja Kemiin verrattuna Espoossa on useampia terveystieteiden keskuksia ja muita julkisen terveydenhuollon toimipisteitä. Helsingissä terveystieteiden keskuksia on runsaasti Espoota enemmän, samoin terveystieteiden keskuksissa sairaaloita.

Helsinki oli vuonna 2000 jaettu seitsemään suuripiiriin ja seitsemään terveystieteiden keskukseseen, joiden alaisuudessa toimi vuoden lopussa 31 terveystieteiden keskuksia (ks. liite 7) (Helsingin terveystieteiden keskuksien toimintakertomus 2000, 4-5). Rinnalla toimii myös kahdeksan terveystieteiden keskuksissa sairaalaa. Helsingin ollessa väkiluvultaan tutkimuskaupungeista suurin on myös sen terveystieteiden keskuksien verkosto tutkimuskaupunkien laajin. Verrattuna Kemin ja Kuusankosken vastaaviin palveluihin voidaan Helsingin terveydenhuollon toimipisteiden määrää kuvata massiiviseksi. Toisaalta väkilukuun suhteutettuna toimipisteitä ei kuitenkaan ole mitenkään erityisen runsaasti. Tässä tarkoitettuja kunnallisen perusterveydenhuollon toimipisteitä Helsingissä

oli noin 14 200 asukasta kohti yksi eli asiakkaita toimipistettä kohti oli enemmän kuin Espoossa.

Vuonna 2000 Uudenmaan ja Helsingin sairaanhoitopiirit sekä Helsingin yliopistollisen keskussairaalan kuntayhtymä lakkautettiin ja tilalle perustettiin uusi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä HUS. Pääosa Helsingin sairaanhoitopiiristä siirtyi tähän uuteen kuntayhtymään. Sairaanhoitopiiri uudistus heijastui myös terveysasemien toimintaan. Esimerkiksi vastuu lievien vammojen hoidosta siirtyi erikoissairaanhoidolta perusterveydenhuollon tehtäväksi, mikä lisäsi terveysasemalla käyntejä (Helsingin terveysviraston toimintakertomus vuodelta 2000, 4-5).

Kemissä toimii kolme terveysasemaa, joissa yhdessä on myös vuodeosasto (ks. liite 7). Lisäksi kuntalaisten käytössä on Kemin terveyskeskus. (Kemin kaupungin kotisivut.) Muiden keskisuurten kaupunkien tavoin julkiset terveydenhuoltopalvelut ovat keskittyneet muutamalle terveysasemalle, yhteen terveyskeskukseen ja yhteen terveyskeskussairaalaan. Espoon, Helsingin ja Tampereen terveyskeskusjärjestelmään verrattuna palvelupisteitä on vaatimaton määrä. Yhtä tässä tarkoitettua kunnallisen terveydenhuollon toimipistettä kohti on Kemissä kuitenkin vain 4 700 asukasta eli huomattavasti vähemmän kuin Espoossa ja Helsingissä. Kemi kuuluu Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiriin, joka on Suomen toiseksi pienin sairaanhoitopiiri. Kuntayhtymän ylläpitämät erikoissairaanhoidon palvelut keskittyvät Kemissä olevaan Länsi-Pohjan keskussairaalaan. (Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin kotisivut.)

Kuusankoskelaisten perusterveydenhuollosta huolehtii Kuusankosken terveyskeskus sekä Voikaan terveysasema (ks. liite 7). Lisäksi terveyskeskuksella on oma sairaala. (Kuusankosken kaupungin kotisivut.) Yhtä kunnallisen perusterveydenhuollon toimipistettä kohti Kuusankoskella on noin 6 900 asukasta eli vähemmän kuin Espoossa ja Kemissä. Myös Kuusankoskella on käytössä väestövastuu- eli omalääkärijärjestelmä (Kuusankosken kaupungin talousarvio 2001 ja taloussuunnitelma 2002-2003 osa B, 22). Kuusankoski kuuluu Kymenlaakson sairaanhoitopiiriin. Kaupungissa toimii myös sairaanhoitopiirin ylläpitämä aluesairaala (Kymenlaakson sairaanhoitopiirin kotisivut). Kuusankosken terveydenhuoltojärjestelmä ei ole niin massiivinen kuin suurempien kaupunkien, mutta alueen väestöön suhteutettuna se on sopusuhtainen.

Tampereella 11 lääkäriasemaa vastaavat oman alueensa perusterveydenhuollon palveluista (ks. liite 7). Lisäksi kaupungilla on oma Hatanpään sairaala (Tampereen kaupungin kotisivut). Yhtä kunnallisen perusterveydenhuollon toimipistettä kohti Tampereella oli vuonna 15 000 asukasta eli vertailun eniten. Tampereen terveydenhuoltojärjestelmän erityispiirteenä on sairaalapalveluiden keskittyminen Hatanpään sairaalaan. Tampere kuuluu 34 kunnan muodostamaan Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin. Tampereella toimii myös Tampereen yliopistollinen sairaala TAYS (Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kotisivut).

Tutkimuskaupunkien terveydenhuoltojärjestelmät olivat ja ovat edelleen toisistaan poikkeavia. Myös asukkaiden määrä toimipistettä kohti vaihteli. Eniten asukkaita toimipistettä kohti oli Tampereella, toiseksi eniten Helsingissä. Espoo sijoittui vertailun keskivaiheille. Vähiten asukkaita toimipistettä kohti oli Kemissä, toiseksi vähiten Kuusankoskella. Toisaalta suuremmissa tutkimuskaupungeissa terveydenhuoltopalveluiden järjestelmään kuuluvat myös yliopistolliset sairaalat sekä laajempi yksityisten terveystaloiden verkosto kuin esimerkiksi Kemissä ja Kuusankoskella. Myös toimipisteiden koko vaihteli, mikä osaltaan saattaa selittää kaupunkien eroja yhtä toimipistettä kohti olevassa asiakkaiden määrässä. Suurimpien tutkimuskaupunkien suurten toimipisteiden henkilökuntamäärä ja muu kapasiteetti mahdollistaa suuremman väestöpohjan toimipistettä kohti.

Muun muassa kaupunkien väestöpohjat ja taloudellinen tilanne ovat asettaneet tutkimuskaupungit erilaiseen asemaan terveydenhuoltopalveluja järjestettäessä. Pääkaupunkiseudun kaupunkien ja Tampereen terveyskeskusjärjestelmiin kohdistuvat paineet ovat jonkin verran erilaisia kuin esimerkiksi Kemin ja Kuusankosken terveyskeskusjärjestelmien paineet. Osa kustannuseroista on selitettävissä terveyskeskusjärjestelmän erojen kautta. Terveyskeskusjärjestelmän tiheys ja terveyskeskusten tarjoamien palveluiden määrä ja taso vaikuttavat kustannuksiin. Erilainen järjestelmä vaikuttaa todennäköisesti osaltaan myös erilaiseen tyytyväisyyteen. Myös kunnan sisäisillä alueellisilla tekijöillä on jonkin verran vaikutusta terveyskeskusten sijoitteluun.

Tutkimuskunnista Helsingissä ja Kuusankoskella on erillinen terveyslautakunta (Helsingin ja Kuusankosken kaupunkien kotisivut). Espoossa, Kemissä ja Tampereella toimii yhdistetty sosiaali- ja terveyslautakunta (Espoon, Kemin ja Tampereen kaupunkien kotisivut). Kaupungin koolla ei näytä olevan merkitystä siihen, onko lautakunnan yhdistetty. Osa lautakunnista on yhdistetty tutkimusvuosien aikana. Esimerkiksi Espoossa lautakunnat yhdis-

tettiin vuonna 1993 (Espoon sosiaali- ja terveydenhuollon toimintakertomus vuodelta 1993). Lautakunnan tehtäviksi mainitaan kaupungin sosiaali- ja terveystalouden johtaminen, toimintalinjojen ja painopistealueiden määrittely sekä kuntalaisten tasa-arvoisen palvelun turvaaminen (Espoon terveydenhuollon toimintakertomus vuodelta 1992).

6.4 POLIITTISET VOIMASUHTEET

Taulukosta 7 ilmenevät tutkimuksen kaupunkien kolme suurinta puoluetta vuosien 1992, 1996 ja 2000 kunnallisvaalien jälkeen. Espoossa, Kemissä ja Kuusankoskella kolme suurinta puoluetta säilyttivät asemansa lähes muuttumattomana kolmien vaalien läpi. Tampereella Kansallinen Kokoomus ja Sosiaalidemokraattinen Puolueet vaihtoivat paikkaa suurimpana puolueena siten että SDP menetti valtuustopaikkojaan Kokoomukselle. Helsingissä Kokoomuksen asema oli vahva erityisesti vuosien 1996 ja 2000 vaalien jälkeen. Myös SDP:n ja Vihreän liiton kannatus oli vahvaa.

Vuonna 1992 Kokoomuksella ja SDP:lla oli Helsingissä yhtä monta valtuustopaikkaa. Espoossa paikkoja oli eniten Kokoomuksella ja Kuusankoskella sekä Tampereella SDP:lla. Kemissä eniten valtuustopaikkoja oli Vasemmistoliitolla, kuten jo useita vuosikymmeniä oli ollut. Vuonna 1996 tilanne oli suurimman puolueen osalta sama Espoossa, Kemissä ja Kuusankoskella. Helsingissä Kokoomus sai enemmän paikkoja kuin SDP aikaisemman tasajaon sijaan ja Tampereella suurimman puolueen asema oli SDP:n sijaan Kokoomuksella. Vuonna 2000 Kokoomus oli suurin puolue suurimmissa tutkimuskaupungeissa Espoossa, Helsingissä ja Tampereella. Kemissä suurin puolue oli Vasemmistoliitto, Kuusankoskella SDP. Kuusankoskella jokaisena tutkimusvuotena toiseksi eniten valtuutettuja ovat saaneet sitoutumattomat, jotka tässä jaottelussa kuuluvat ryhmään muut. Espoossa ja Helsingissä Vihreän liiton asema on ollut vahva.

Taulukko 7. Kolme suurinta puoluetta tutkimuskaupungeissa vuosien 1992, 1996 ja 2000 kunnallisvaalien jälkeen (suluissa paikkaluku)

	v.1992	v.1996	v.2000
Espoo	KOK (21) SDP (14) VIHREÄT (11)	KOK (24) SDP (14) VIHREÄT (8)	KOK (25) SDP (13) VIHREÄT (11)
Helsinki	SDP (21) / KOK (21) VIHREÄT (15) RKP (8)	KOK (24) SDP (21) VIHREÄT (16)	KOK (25) VIHREÄT (21) SDP (18)
Kemi	VAS (18) SDP (14) KESK (4) / KOK (4)	VAS (17) SDP (13) KOK (6)	VAS (15) SDP (11) KESK (8)
Kuusankoski	SDP (24) MUUT* (8) KOK (5)	SDP (21) MUUT *(12) KOK (6)	SDP (21) MUUT *(11) KOK (6)
Tampere	SDP (21) KOK (16) VAS (10)	KOK (20) SDP (18) VAS (12)	KOK (19) SDP (16) VAS (10)

* Sitoutumattomat

Lähde: ALTIKA–aluetietokanta 2003, Tilastokeskus

Tarkasteltaessa kahta suurinta puoluetta huomataan, että kaupungit voidaan sijoittaa vasemmisto-oikeisto – akselilla siten, että Espoo, Helsinki ja Tampere edustivat vuonna 2000 oikeistolaisempaa ideologiaa ja Kemi sekä Kuusankoski vasemmistolaisempaa. Täytyy kuitenkin huomata, että Espoossa, Helsingissä ja Tampereella SDP oli kolmen suurimman puolueen joukossa ja Vihreän liiton vaikutus on huomattava Espoossa ja Helsingissä, joten mistään jakoa oikeisto ja vasemmisto –kaupunkeihin ei voida suoranaisesti tehdä. Päinvastoin kuin ensin voisi ajatella, Ståhlbergin (1998) mukaan kunnissa, joissa vasemmistolla on vahva edustus valtuustossa, olisi suhtauduttu jonkin verran myönteisemmin NPM:lle tyyppillisiin uudistuksiin.

6.4.1 Asiakirjat tavoitteiden määrittäjinä

Tutkimuskaupungit ovat muiden kaupunkien ja kuntien tavoin määritelleet terveydenhuoltopolitiikkaansa erilaisissa dokumenteissa, kuten talousarvioissa, taloussuunnitelmissa ja toimintakertomuksissa. Seuraavassa esiin tuodaan joitain esimerkkejä ja yleislinjauksia jokaisesta tutkimuskaupungista. Asiakirjojen kirjo oli laaja ja vaihteleva. Suurten kaupunkien mahdollisuudet panostaa selvitysten ja strategioiden tekoon ovat yleensä pienempiä

kaupunkeja paremmat ja näin ollen asiakirjavalikoima oli niissä myös laajempi ja monipuolisempi.

Vuonna 1993 laaditussa Espoon kunta- ja palvelusuunnitelmassa painopiste oli palveluiden priorisoinnissa, toimintojen tehostamisessa sekä taloudellisuuden lisäämisessä. Toisaalta tavoitteena oli myös laadun säilyttäminen. Tähän pyrittiin muun muassa rakenteita uudistamalla ja väestövastuuta kehittämällä. (Emt., 3-6). Suunnitelmassa korostuu myös tulohajautuksen- ja tulosjohtamisen kehittäminen, joita voidaan pitää NPM:n ilmentyminä (emt., 5). Myös kilpailuttamisen lisääminen tuotiin esiin (emt., 39-43). Sama linja jatkui myös vuoden 1994 toimintakertomuksessa: kasvaneeseen palvelutarpeeseen vastattiin tehostamalla toimintaa ja lisäämällä kustannustietoisuutta (emt., 11). Myös tulohajautusjärjestelmää kehitettiin (emt., 15). Vuoden 1995 sosiaali- ja terveystoimen toimintakertomuksessa tavoitteeksi hyväksyttiin NPM:n hengen mukaisesti uusien palveluiden tuottamistapojen kehittäminen ja käyttöönotto (emt., 12). Vastaavanlaisia tavoitteita asettivat laman aikana myös useat muut kaupungit taloudellisen tilanteen vaikeutuessa. Vuoden 2000 sosiaali- ja terveydenhuollon palvelustrategiassa tavoitteeksi asetettiin Espoossa palveluiden järjestäminen kustannus-laatusuhteelta tehokkaimmalla tavalla, siten että palvelujärjestelmä on toiminnaltaan vaikuttava ja taloudellisesti tarkoituksenmukainen (emt., 1). Kustannukset olivatkin Espoossa tutkimuskaupungeista alhaisimmat koko tutkimusajanjakson ajan.

Helsingin terveystoimen vuoden 2000 toimintakertomuksessa terveydenhuollon päämääräksi mainittiin muun muassa terveydenhuollon kustannusten aleneminen. Kaupungin ja terveystoimen yhteisiksi arvoiksi määriteltiin muun muassa taloudellisuus. (Emt., 4.) Helsingin kaupungin taloussuunnitelman 2004-2006 yhteisstrategiassa päämääräksi asetettiin palveluiden tuottaminen kustannustietoisesti niin, että kustannukset lähenevät viiden suurimman kaupungin keskiarvoa. Valinnanvapautta lisäämällä pyrittiin palveluiden kustannustehokkuuden lisäämiseen. Kilpailuttaminen nähtiin mahdollisuutena lisätä toiminnan taloudellisuutta ja sillä pyrittiin tuottavuuden ja kilpailukykyisyyden parantamiseen. Toimintaa pyrittiin tehostamaan muun muassa voimavarojen yhteiskäyttöä lisäämällä. Kustannukset pysyttelivät silti vertailukaupungeista korkeimmalla tasolla.

Vuoden 1995 talousarvion ja vuosien 1995-1999 kuntasuunnitelman tavoitteiston yhteydessä Kemin sosiaali- ja terveystoimen toiminta-ajatukseen palvelutuotannon kehittämisen sekä hyvinvointipalveluiden tuloksellisuuden arvioinnin yhdessä mui-

den palvelualueiden kanssa. Myös toiminnan tehostaminen tuotiin esiin useassa eri yhteydessä. (Emt., 4-5.) Tulostavoitteeksi asetettiin laadukkaat ja kustannusvaikutteiset palvelut (Kemin talousarvio 1995, 2), joiden tuloksellisuutta arvioidaan (emt., liite 2). Myös vuonna 2003 kaupunki määritteli toimintansa yhdeksi painopisteeksi palvelutuotannon tehostamisen. Terveyspalveluiden toiminta-ajatuksena oli samana vuonna väestön terveyden, työ- ja toimintakyvyn edistäminen sekä laadukas sairaanhoito. (Kemin kaupungin kotisivut.) Kemi-Tornion aluekeskushjelmassa (2001) puolestaan linjataan terveydenhuollon hallinnon uudistuksia siten, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhdistämisellä päästään muun muassa järkevään hoidon porrastukseen ja parempaan asiakaspalveluun. Hyvinvointipalvelut nähtiin yhtenä alueen vetovoimaisuuden lisääjänä (emt., 15.)

Kuusankoskella perusterveydenhuollon toiminta-ajatuksena oli esimerkiksi vuonna 2001 asukkaiden terveydentilan parantaminen, joka pyrittiin toteuttamaan tarjoamalla kaikenikäisille kuntalaisille korkeatasoisia perusterveydenhuollon palveluja tasapuolisesti. Voimavarat pyritään jakamaan tarkoituksenmukaisesti ja taloudellisesti kysynnän vaihteluihin vastaten. Toteutumisen apuna oli väestövastuu- eli omalääkärijärjestelmä. (Kuusankosken kaupungin talousarvio 2001 ja taloussuunnitelma 2002-2003 osa B, 22.) Kuusankoski on yhdessä alueensa muiden kuntien kanssa etsinyt ratkaisuja ongelmiin muun muassa laatimalla ”Suuren suunnitelman” kuntien yhteistyön lisäämisestä ja syventämisestä vuosille 2004-2008. Suunnitelman avulla kunnat ovat päättäneet tehostaa resurssiensa yhteiskäyttöä kaikilla kunnallisen palvelutoiminnan lohkoilla ottamalla käyttöön uusia toimintatapoja. Uusilla toimintatavoilla pyritään turvaamaan asukkaiden palvelut myös haja-asutusalueilla ja syrjäseuduilla. (Kuusankosken kaupungin kotisivut; ks. myös Suuren suunnitelman kotisivut.) Kuusankoski 2012 -strategiatyön loppuraportissa visiona on muun muassa, että Kuusankoski on jatkossa hyvinvointipalveluihin panostava kaupunki, jonka terveyspalvelut ovat keskimääräistä paremmat. Vahva kuntatalous ja edullinen kustannustaso ovat myös osa visiota.

Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveystoimi määrittelee terveydenhuoltoa ohjaavaksi toimintaperiaatteekseen muun muassa taloudellisuuden, tuottavuuden ja vaikuttavuuden. Myös demokraattisuus, hoidon kokonaisvaltaisuus sekä luottamuksellisuus mainitaan toimintaperiaatteina. (Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveystoiminnan ohjelma 1997, 16.) ”Kaikem pree Tampere” –kaupunkistrategiassa tuodaan esiin myös tehokkuus sekä yksi-

tyisen palvelutuotannon ja kolmannen sektorin osallistuminen palveluiden tuotantoon oman palvelutuotannon rinnalla (emt., 12). ”Terveyttä tamperelaisille – yhdessä tehden” -strategiassa perusterveydenhuollon visioksi on asetettu laadukkaat perusterveydenhuollon palvelut ja vaikuttavuuden näkökulmasta oikein kohdistetut resurssit (emt., 7). Kunnallista palvelujärjestelmää on täydennetty ostopalveluilla (Tampereen kaupungin vuosikertomus 2002, 23).

Tutkimuskuntien strategioista ilmeni selkeitä NPM:lle tyypillisiä piirteitä, kuten tehokkuuden, kilpailuttamisen ja tulosjohtamisen esiin tuominen. Strategioiden pohjalta on havaittavissa, että uudet hallinnon kehityssuuntaukset ovat rantautuneet ainakin jossain määrin myös tutkimuskaupunkeihin. Uudistukset hakevat kuitenkin vielä paikkaansa ja niiden laajuus on hajanaista.

6.4.2 Asiakslähtöisyys tavoitteena

Kunnat kehittävät toimintaansa muun muassa potilaan asemaa ja oikeuksia määrittelevän lain pohjalta. Myös NPM on tuonut oman lisänsä asiakslähtöisyysajatteluun (Honkola & Jounela 1993, 32). Tutkimuskaupungit toivat tutkimusajanjakson asiakirjoissaan monipuolisesti esiin asiakslähtöisyyden ja sen eri variaatiot. Esimerkiksi vuoden 1992 toiminta- ja talousstrategiassaan Espoon kaupunginhallitus päätti selvittää terveystalouden käyttäjien hyödyt suhteessa palvelun tehostamiseen (emt., 19). Vuoden 1994 kaupunkistrategiassa määritellään, että sosiaali- ja terveystalouden järjestämisessä noudatetaan asiakslähtöisyyden periaatetta (emt., 4). Sama linja nousee esille myös saman vuoden sosiaali- ja terveystoimen toimintakertomuksessa (emt., 18). Espoossa asiakasvoimavaroja on pyritty hyödyntämään palveluiden suunnittelussa, tuottamisessa ja laadunvalvonnassa asiakaspalautteen muodossa (Sosiaali- ja terveystoimen toimintakertomus vuodelta 1995). Myös vuoden 2000 sosiaali- ja terveystoimen palvelustrategiassa Espoo nostaa esiin kuntalaisten osallistumisen palvelujärjestelmän arviointiin. Strategiassa mainitaan tavoitteena kuntalaisten mielipiteiden seurannan hyödyntäminen päätöksenteossa sekä vaikutusmahdollisuuksien edistäminen. (Emt., 2.) Espoon kaupungin vuoden 2001 vuosikertomuksessa perusturva-johtaja tuo esiin, että terveystalouksissa painotettiin ja painotetaan jatkossa entistä voimakkaammin asiakslähtöisyyttä (emt., 14-17).

Vuonna 1999 terveystalouden uudistamisen lähtökohdaksi otettiin Helsingissä asiakaslähtöisyyden lisääminen (Helsingin kaupungin talousarvio vuodelle 2001). Myös vuoden 2000 terveystalouden toimintakertomuksessa mainitaan terveydenhuollon päämääränä olleen helsinkiläisten terveyden edistäminen muun muassa palveluja uudistamalla siten, että asiakaslähtöisyys ja vaikuttavuus lisääntyvät (emt., 4). Helsingin kaupungin yhteisstrategiassa (2003) yhdeksi kuudesta toimintaa ohjaavasta arvosta on määritelty asiakaslähtöisyys. Yhtenä päämääränä on tuottaa palvelut asiakaslähtöisesti. Palveluista on pyritty karsimaan sellaisia toimintoja, jotka eivät tue näitä kaupunkilaisten kannalta keskeisiä tavoitteita. Asiakkaiden valinnanvapauksia palveluiden käytössä sekä vuorovaikutusmahdollisuuksia hallinnon kanssa on strategian mukaan pyritty kehittämään.

Kemissä vuoden 1995 talousarvion yhteydessä määriteltiin vuosien 1995-1999 tavoitteisto sosiaali- ja terveystaloudelle. Yhtenä tavoitteena oli omalääkärijärjestelmän kehittäminen (emt., 2). Samassa tavoitteistossa tuotiin myös esiin muun muassa asiakkaiden palvelun parantamiseen tähdänneen kehittämistyön onnistuminen (emt., liite 1). Vuoden 1997 toimintakertomuksessa tavoitteeksi on asetettu se, että asiakkaat saavat nopeasti hoitoa (emt., 10). Sosiaali- ja terveystalouksille määriteltiin Kemissä myös vuosille 2001-2003 toiminnalliset tavoitteet. Asiakirjassa terveystalouden toiminnan painopistealueiksi määriteltiin muun muassa väestövastuuperiaate ja tavoitteeksi palvelutuotannon järjestäminen joustavasti ja oikea-aikaisesti asiakkaan oikeuksia kunnioittaen. Sairaanhoidon palveluiden toiminta-ajatuksiksi nostettiin laadukas asiakaskeskeinen sairaanhoito. (Kemin kaupungin sosiaali- ja terveystalouden toiminnalliset tavoitteet 2001-2003.)

Kuusankoskella asiakaslähtöisyydestä kertoo muun muassa 1998 käyttöön otettu väestövastuujärjestelmä, jonka kehittämistä jatkettiin edelleen muun muassa vuoden 2002 talousarviossa sekä toiminta-ajatuksiksi määritellyt korkeatasoiset, asukkaiden terveydentilaa parantavat palvelut (Kuusankosken kaupungin talousarvio 2001 ja taloussuunnitelma 2002-2003, 4). Valtuuston vuodeksi 2001 valitsemien 24 tärkeimmän tavoitteen joukossa ei ollut toiminnan asiakaslähtöisyydestä mainintaa. Terveystalouden osalta listalle oli kuitenkin päässyt asiakaslähtöisyyden johdannaisena muun muassa jonotusaikojen kohtuullisuudesta huolehtiminen. (Emt., 26.)

Tampereen kaupunki määrittelee esimerkiksi vuoden 1997 sosiaali- ja terveystaloudellisessa ohjelmassaan hyvän palvelujärjestelmän toimintaperiaatteeksi asiakaslähtöisyyden. Perus-

terveydenhuollon vuoteen 2012 ulottuvassa strategiassa nousee yhdeksi olennaiseksi asiakasvaikuttavuus. Asiakasvaikuttavuus jakaantuu vielä palveluiden hyvään laatuun, hyvään saatavuuteen, tehokkaaseen tiedottamiseen sekä ennaltaehkäisevän työn tehostamiseen. (Terveyttä tamperelaisille – yhdessä tehden 2002, 8.) Vuosille 2001-2012 laaditussa kaupunkistrategiassa ”Kaikem paree Tampere” mainitaan päämääräksi asukkaiden tarpeista ja osallistumisesta lähtevät palvelut. Myös vaikuttavuus, laadun turvaaminen ja palveluiden saatavuus sekä tätä kautta kuntalaisten palveluihin tyytyväisyyden lisääntyminen tuodaan esiin. (emt., 5-9). Palvelujärjestelmän uudistamisessa keskeiseksi tekijäksi nostetaan asiakasohjautuvuus ja asiakkaan omien valintojen mahdollistaminen. Valinnanmahdollisuuksia on pyritty lisäämään muun muassa palveluseleillä. (Emt., 12.) Hallintoa ja päätöksentekoa on pyritty pitämään avoimena tiedottamalla päätöksistä kuntalaisille (Tamperealaisten terveys 2015 –hyvinvointia kestäväällä kehityksellä 2001, 11).

Vaikka kaikissa lähteenä olleissa tutkimuskuntien asiakirjoissa ei asiakaslähtöisyyttä toiminnan johtavana periaatteena erikseen mainitakaan, on niistä havaittavissa asiakaslähtöisyyden epäsuoria piirteitä, kuten omalääkärijärjestelmän käyttöönotto. Asiakaslähtöisyys näyttäisi asiakirjojen valossa olevan terveydenhuollon toimintaperiaate myös tutkimuskaupungeissa. Onnistuneen asiakaslähtöisyyden voisi ajatella näkyvän jossain määrin palveluiden käyttäjien tyytyväisyydessä. Vai millaista on asiakaslähtöisyys, joka ei tuota tyytyväistä asiakasta? Toisaalta on muistettava, että kapeanäköinen asiakaslähtöisyys ja asiakaskeskeisyys voi johtaa niin sanottuun ylilaatuun eli laadun ja kustannusten epäsuhtaan (Niskanen & Tuomi 2000, 284).

6.4.3 Määränpäänä laatu

Tutkimuskaupungeissa myös laatu nostettiin asiakirjoissa tärkeäksi päämääräksi. Esimerkiksi Helsingissä nimettiin vuonna 2000 laatupäälliköt ja terveysvirastoon perustettiin laaturyhmä valmistelemaan laadunhallintaan liittyviä kysymyksiä. Tuolloin toteutettiin myös kahdeksannen kerran laatumittaus, jossa seurataan vuosittain muun muassa hoitoon pääsyä ja hoidon lääketieteellistä laatua. (Helsingin kaupungin terveysviraston toimintakertomus vuodelta 2000.) Espoossa laadun kehittäminen oli pinnalla muun muassa vuonna 1994, kun Espoonlahden sosiaali- ja terveyskeskus toimi Suomen Kuntaliiton ”Kunta ja laatu” –

hankkeen yhtenä pilottina (Espoon sosiaali- ja terveystoimen toimintakertomus vuodelta 1994). Laadunarvioinnissa on ollut pyrkimys jatkuvaan laadun parannukseen (Espoon sosiaali- ja terveystoimen toimintakertomus vuodelta 1995).

Kemissä muun muassa vuoden 2001 toimintakertomuksessa toiminnallisena tavoitteena mainitaan palvelun laatutason kehittäminen ja ylläpitäminen (emt., 2). Myös tavoitteena ollut laatuhankeeseen osallistuminen toteutui (emt., 20). Tampere sai vuonna 2001 päätökseen perusterveydenhuollon laatuprojektin, jonka teemana oli asiakaspalautejärjestelmän kehittäminen (Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveystoimen toimintakertomus 2001). Tampereella esimerkki laadun korostamisesta on myös vuonna 2002 valmistunut laatuoliittinen ohjelma (Tampereen kaupungin vuosikertomus 2002, 23).

Tutkimuskaupungeista esimerkiksi Helsingissä terveysviraston henkilökunnan määrä on vähentynyt vuosina 1994-2000 lähes 10 000 henkilöstä hieman yli 7 000 henkilöön. Tyypillistä on myös määräaikaisen henkilöstön runsaus. (Helsingin terveysviraston toimintakertomus 2000, 12.) Vastaavasti Espoossa henkilöstörakenteita ja –mitoituksia tarkistettiin ja vakansseja ja sijaisuuksia jätettiin säästösyistä täyttämättä (Espoon Sosiaali- ja terveystoimen toimintakertomus vuodelta 1994, 16). Kuusankosken vuoden 2004 henkilöstösuunnitelman mukaan näkyvissä oleva taloustilanne ei anna jatkossa mahdollisuuksia uusien vakanssien perustamiseen. Terveyspalveluissa varauduttiin myös työvoimapulaan: vuonna 2001 Espoon sosiaali- ja terveystoimeen perustettiin lähes 400 uutta vakanssia (Espoon kaupungin vuosikertomus 2001, 17).

7 ANALYSOINTI JA TUTKIMUSTULOKSET

7.1 ANALYYSIN VAIHEET JA KÄYTETYT MENETELMÄT

Tutkimuskaupunkien vertailu toteutettiin SPSS 11.0 -ohjelmalla. Analyysi on aloitettu erottamalla vuosien 1993, 1997 ja 2001 kaupunkipalvelututkimusten havaintomatriiseista erilleen tutkimuskuntien asukkaiden vastaukset omaksi havaintomatriisiksi. Analyysia jatkettiin laskemalla suorat jakaumat ja kuvailevat tunnusluvut kunkin tutkimuskaupungin kohdalla jokaisena tarkasteluvuonna. Näin saatiin selville mihin terveyskeskuksen osa-alueeseen kussakin kunnassa on oltu tyytyväisimpiä ja tyytymättömiä tutkimusvuosina (ks. liitteet 10-12) (vrt. Toivonen 1999,251) ja mihin suuntaan tyytyväisyserot kuntien välillä ovat kehittyneet tutkimusjaksolla. Kuvailevat tunnusluvut on laskettu siten, että toiseksi muuttujaksi valittiin kunta ja toiseksi terveyskeskuspalveluita koskevat kysymykset vastauksineen. Näin saatiin selville vastausten lukumäärät, keskiarvot ja keskihajonnat jokaisen osa-alueen osalta. Terveyskeskusta käsittelevät yhdeksän osa-aluetta yhdistettiin yhdeksi summamuuttujaksi, joka nimettiin kokonaistyytyväisyydeksi. Muuttuja muodostettiin siten, että vastaajien antamat arvosanat laskettiin yhteen. Tästä summasta laskemalla saatiin myös kunkin tutkimuskaupungin terveyskeskuspalveluiden käyttäjien antama vastausten keskiarvo. Kuntien välisiä eroja kokonaistyytyväisyyksissä tutkimusvuosina tarkasteltiin yksisuuntaisen varianssianalyysin avulla.

Lopuksi kokonaistyytyväisyys -summamuuttuja jaettiin kumulatiivista prosenttijakaumaa avuksi käyttäen kolmeen luokkaan. Ensimmäisen luokan muodostivat noin ensimmäinen kolmannes pienimmistä vastaussummista. Tämä ryhmä nimettiin *tyytymättömiksi*. Kesimmäisen, *neutraaleiksi* nimetyn luokan, muodostivat noin toinen kolmannes vastauksista. *Tyytyväisiksi* nimetyn viimeisen luokan muodosti noin viimeinen kolmannes eli ne vastaajat, joiden vastausten yhteenlaskettu summa oli suurin. Luokiteltu muuttuja luotiin ristiintaulukointia varten. Ristiintaulukoinnin avulla tarkasteltiin kokonaistyytyväisyys - muuttujan sekä kunta -muuttujan välistä riippuvuutta.

Tekemällä nämä vaiheet jokaisen tutkimusvuoden aineistolla ja yhdistämällä ne sen jälkeen aikasarjaksi ja yhteen kunnan perusterveydenhuollon käyttökustannusten kanssa on

analysoitu, miten kustannus-vaikuttavasti tutkimuskaupunkien terveydenhuolto on toiminut ja miten kuntien väliset erot ovat kehittyneet.

7.2 OSA-ALUEITTAINEN TYYTYVÄISYYSKEHITYS

7.2.1 Ajan saanti

Kokonaisuudessaan tyytyväisyys ajansaantiin laski tutkimusjaksolla (ks. taulukko 8). Vuonna 1993 tyytyväisimpiä ajan saantiin olivat kemiläiset ja tyytymättöimpiä tamperelaiset. Vastaavasti 1997 tehdyssä kyselyssä tyytyväisimpiä olivat kemiläiset ja tyytymättöimpiä kuusankoskelaiset. Vuonna 2001 tyytyväisimpiä olivat helsinkiläiset ja tyytymättöimpiä kemiläiset. Ainoastaan helsinkiläisten ja tamperelaisten tyytyväisyys ajansaantiin nousi tutkimusjaksolla.

Taulukko 8. Tyytyväisyys ajansaantiin tutkimuskaupungeissa vuosina 1993, 1997 ja 2001 (vastausten keskiarvot)

	1993	1997	2001
Espoo	3,75	3,57	3,52
Helsinki	3,59	3,74	3,72
Kemi	3,98	3,83	3,20
Kuusankoski	3,66	3,29	3,64
Tampere	3,55	3,53	3,59
Keskiarvo	3,65	3,62	3,59

7.2.2 Kulkuyhteydet

Myös tyytyväisyys kulkuyhteyksiin laski vuodesta 1993 vuoteen 2001 (ks. taulukko 9). Lasku oli kuitenkin vähäistä. Espoo ja Kemi pystyivät palaamaan vuoden 1993 tasolle ja Tampereella kyseisen vuoden taso ylittyi. Terveyskeskusten kulkuyhteyksiin oltiin lähes kauttaaltaan melko tyytyväisiä. Jokaisena tutkimusvuotena tyytyväisimpiä olivat helsinkiläiset. Tyytymättöimpiä olivat vuonna 1993 tamperelaiset, vuonna 1997 kuusankoskelaiset ja vuonna 2001 kemiläiset. Terveyskeskukset sijaitsevat yleensä kaupunkirakenteen kannalta keskeisissä paikoissa. Tyytyväisyyteen on saattanut vaikuttaa esimerkiksi joukko-liikennevälineyhteydet tai etäisyydet. Kaupungeissa, joiden pinta-ala on pieni ovat myös matkat terveyskeskukseen todennäköisesti lyhyempiä kuin alueeltaan laajemmissa kunnis-

sa. Suuremmissa kaupungeissa esimerkiksi joukkoliikenneverkosto on tiheämpi, mikä voi osaltaan vaikuttaa kulkuyhteyksiin suhtautumiseen.

Taulukko 9. Tyytyväisyys terveyskeskusten kulkuyhteyksiin vuosina 1993, 1997 ja 2001 (vastausten keskiarvot)

	1993	1997	2001
Espoo	4,06	3,99	4,06
Helsinki	4,47	4,46	4,37
Kemi	4,04	4,09	4,03
Kuusankoski	4,21	3,79	4,04
Tampere	3,83	3,93	4,04
Keskiarvo	4,17	4,14	4,14

7.2.3 Jonotusaika

Tyytyväisyys jonotusaikaan väheni tutkimusjakson aikana (ks. taulukko 10). Vuonna 1993 tyytymättömmimpiä olivat tamperelaiset, vuonna 1997 kuusankoskelaiset ja vuonna 2001 jälleen tamperelaiset terveyskeskuksen käyttäjät. Tyytyväisimpiä olivat vastaavasti ensimmäisenä tutkimusvuotena kemiläiset, toisena ja kolmantena helsinkiläiset. Muista osaluista poiketen jonotusaikaan tyytyväisyys nousi jokaisessa tutkimuskaupungissa vuodesta 1997 vuoteen 2001. Hoitoonpääsyn nopeus oli Lumijärven (1997) tutkimuksen mukaan asiakkaiden korkealle priorisoima ja näin ollen myös tyytyväisyyskokemukseen olennaisesti vaikuttava osa-alue.

Taulukko 10. Tyytyväisyys terveyskeskusten jonotusaikaan vuosina 1993, 1997 ja 2001 (vastausten keskiarvot)

	1993	1997	2001
Espoo	3,43	3,24	3,32
Helsinki	3,52	3,49	3,54
Kemi	3,65	3,45	2,73
Kuusankoski	3,52	2,99	3,30
Tampere	3,34	3,20	3,28
Yhteensä	3,46	3,32	3,35

7.2.4 Terveyskeskushenkilökunnan käytös ja palvelualltius

Vuonna 1993 kysyttiin tyytyväisyyttä henkilökunnan käytökseen. Vuosina 1997 ja 2001 kysymys oli muotoiltu siten, että kuntalaisilta kysyttiin tyytyväisyyttä henkilökunnan palvelualltiuteen. Kokonaisuudessaan tyytyväisyys laski myös tällä osa-alueella (ks. taulukko 11). Tyytyväisimpiä olivat vuonna 1993 kuusankoskelaiset, vuonna 1997 kemiläiset ja vuonna 2001 helsinkiläiset. Kehitys on ollut laskusuuntainen kaikissa tutkimuskaupungeissa. Laskusuuntaan ovat vaikuttaneet omalta osaltaan todennäköisesti muun muassa henkilökuntamäärän leikkaukset. Palvelualltius on tyytyväisyyden kannalta tärkeimpiä osa-alueita. Sen priorisoivat korkealle sekä asiakkaat että hoitohenkilökunta (Lumijärvi 1997).

Taulukko 11. Tyytyväisyys terveyskeskushenkilökunnan käytökseen vuonna 1993 ja palvelualltiuteen vuosina 1997 ja 2001 (vastausten keskiarvot)

	1993	1997	2001
Espoo	4,11	3,78	3,78
Helsinki	4,09	3,82	3,95
Kemi	3,96	3,89	3,59
Kuusankoski	4,15	3,86	3,81
Tampere	3,97	3,76	3,86
Keskiarvo	4,06	3,80	3,84

7.2.5 Hoidon laatu

Asiakirjoissa asetetuista laatutavoitteista huolimatta myös tyytyväisyys hoidon laatuun laski jokaisessa tutkimuskaupungissa (ks. taulukko 12). Tyytyväisimpiä olivat vuonna 1993 tamperelaiset, vuonna 1997 espoolaiset ja kuusankoskelaiset sekä vuonna 2001 helsinkiläiset. Tyytymättömmimpiä vastaavasti olivat vuonna 1993 ja 2001 kuusankoskelaiset sekä vuonna 1997 tamperelaiset. Vaikka hoidon laatuun asiakirjojen mukaan on pyritty panostamaan, on laatua ollut vaikea nostaa samanaikaisesti, kun kaupungissa on tehty säästötoimenpiteitä. Tyytyväisyyden suunta on ollut laskeva. laskua tapahtui jo vuosien 1993 ja 1997 välillä. Ainoastaan tamperelaisten tyytyväisyys hoidon laatuun nousi. Nousu tapahtui vuosien 1997 ja 2001 välillä. Toisaalta erot ovat melko pieniä.

Taulukko 12. Tyytyväisyys terveyskeskusten hoidon laatuun vuosina 1993, 1997 ja 2001 (vastausten keskiarvot)

	1993	1997	2001
Espoo	3,92	3,79	3,78
Helsinki	3,94	3,87	3,86
Kemi	3,87	3,82	3,73
Kuusankoski	3,85	3,79	3,67
Tampere	3,95	3,73	3,81
Keskiarvo	3,93	3,81	3,80

7.2.6 Tutkimusten laatu ja määrä

Tutkimusten laatuun ja määrään tyytymättömimmät kuntalaiset löytyivät jokaisena tarkasteluvuotena Kemistä (ks. taulukko 13). Tyytyväisimpiä olivat helsinkiläiset. Tämän osaluheen suhteen kehitys oli homogeenista, mutta kokonaisuudessaan tyytyväisyys laski. Kemiä lukuun ottamatta tyytyväisyys nousi kaikissa tutkimuskaupungeissa hieman vuosien 1997 ja 2001 välillä.

Taulukko 13. Tyytyväisyys terveyskeskusten tutkimusten laatuun ja määrään vuosina 1993, 1997 ja 2001 (vastausten keskiarvot)

	1993	1997	2001
Espoo	3,81	3,67	3,68
Helsinki	3,84	3,71	3,73
Kemi	3,71	3,59	3,51
Kuusankoski	3,73	3,60	3,61
Tampere	3,80	3,61	3,68
Keskiarvo	3,81	3,67	3,68

7.2.7 Lääkkeiden saanti

Tyytyväisyys lääkkeiden saantiin oli korkea vuodesta 1993 vuoteen 2001 ja tyytyväisyydessä tapahtui vain lievää laskua (ks. taulukko 14). Laskua oli lähinnä vuosien 1993 ja 1997 välillä. Tyytyväisimpiä vuonna 1993 olivat kuusankoskelaiset ja vuosina 1997 ja 2001 kemiläiset. Tyytymättömiä olivat vuonna 1993 tamperelaiset ja vuosina 1997 sekä 2001 espoolaiset. Vuodesta 1997 vuoteen 2001 tyytyväisyys nousi kaikissa tutkimuskaupungeissa Kemiä lukuun ottamatta.

Taulukko 14. Tyytyväisyys lääkkeiden saantiin terveyskeskuksista vuosina 1993, 1997 ja 2001 (vastausten keskiarvot)

	1993	1997	2001
Espoo	4,09	3,89	3,93
Helsinki	4,03	3,94	3,98
Kemi	4,23	4,07	4,05
Kuusankoski	4,32	3,93	3,97
Tampere	4,02	3,92	3,97
Keskiarvo	4,08	3,93	3,96

7.2.8 Hoitotarvikkeiden saanti

Hoitotarvikkeiden saantiin tyytyväisimmät kuntalaiset olivat ensimmäisenä tutkimusvuonna Kuusankoskella, toisena ja kolmantena tutkimusvuotena Kemissä (ks. taulukko 15). Vähiten tyytyväisiä olivat vuonna 1993 tamperelaiset ja vuonna 1997 sekä 2001 espoolaiset. Myös tällä osa-alueella tyytyväisyys kokonaisuudessaan laski. Helsingissä ja Tampereella tyytyväisyys kuitenkin nousi vuodesta 1997 vuoteen 2001.

Taulukko 15. Tyytyväisyys hoitotarvikkeiden saantiin terveyskeskuksista vuosina 1993, 1997 ja 2001 (vastausten keskiarvot)

	1993	1997	2001
Espoo	3,83	3,64	3,63
Helsinki	3,82	3,66	3,72
Kemi	3,95	3,86	3,75
Kuusankoski	4,04	3,74	3,67
Tampere	3,79	3,67	3,72
Yhteensä	3,84	3,67	3,68

7.2.9 Terveyskeskuksen tilat

Myös terveyskeskuksen tiloihin tyytyväisyys laski tutkimusajanjakson aloitusvuodesta viimeiseen tutkimusvuoteen (ks. taulukko 16). Tyytymättömiä olivat vuonna 1993 kemiläiset ja tyytyväisimpiä kuusankoskelaiset. Vuosina 1997 sekä 2001 espoolaiset olivat tyytymättömiä ja tyytyväisimpiä vuosina 1997 ja 2001 olivat kemiläiset. Tampereella ja Helsingissä tyytyväisyys nousi vuodesta 1997 vuoteen 2001. Kemissä kasvu tapahtui muista tutkimuskaupungeista poiketen vuosien 1993 ja 1997 välillä. Tyytyväisyyteen on voinut vaikuttaa muun muassa se, että osa terveyskeskuksista on tiloiltaan toisia huomatta-

vasti uudempia. Toisaalta tilat eivät ehkä ole merkittävimpiä tyytyväisyyskokemukseen vaikuttavia tekijöitä.

Taulukko 16. Tyytyväisyys terveystilojen tiloihin vuosina 1993, 1997 ja 2001 (vastausten keskiarvot)

	1993	1997	2001
Espoo	4,18	3,75	3,67
Helsinki	4,16	3,95	3,96
Kemi	3,88	4,08	4,06
Kuusankoski	4,44	4,08	3,96
Tampere	4,13	3,90	3,94
Yhteensä	4,16	3,88	3,85

Tyytyväisyydessä terveystilojen osa-alueisiin ei tapahtunut merkittäviä romahduksia tai nousuja. Tyytyväisyys ei kuitenkaan ole ollut täysin stabiilia. Korkeimpaan tyytyväisyyden tasoon yltävä kaupunki vaihteli tutkimusvuosittain, samoin kuin kaupunki, jossa tyytyväisyys oli alhaisinta. Vuodesta 1993 vuoteen 2001 erot tutkimuskaupunkien välillä kuntalaisten tyytyväisyydessä terveystilopalveluihin kasvoivat viidellä yhdeksästä osa-alueesta mitattaessa korkeimman ja matalimman arvosanan eroa. Nämä osa-alueet olivat ajan saanti, jonotusaika, henkilökunnan palvelualltius, hoidon laatu ja tutkimuksen laatu ja määrä. Vastaavasti tämä ero tyytyväisyyksien välillä kapeni kulkuyhteyksien, lääkkeiden saannin, hoitotarvikkeiden saannin sekä terveystilojen tiloihin tyytyväisyyden osalta. Eniten ero kasvoi jonotusaikoihin tyytyväisyydessä. Erojen kasvua eli erilaistumista oli näiden tulosten valossa tapahtunut eniten juuri niiden osa-alueiden kohdalla, joiden voidaan katsoa kuuluvat NPM:n tuoman asiakaslähtöisyysajattelun piiriin.

Kokonaisuudessaan terveystilopalveluiden osa-alueet eivät saaneet osakseen suurtakaan kritiikkiä. Voidaan jopa puhua edellä mainitusta ylityytyväisyyden problematiikasta. Eroja osa-alueiden välillä oli, mutta pääosin kuntalaiset ovat olleet melko tyytyväisiä ja vastausten keskiarvot lähentelivät arvosanaa 4. Vain kemiläisten jonotusajoista antama arvio vuonna 2001 alitti keskiarvon kolme (2,73) (ks. taulukko 10). Ylimmän arvon sai kuusankoskelaisten antama arvio terveystiloihinsa tiloista vuonna 1993 (4,44) (ks. taulukko 16). Toisaalta keskiarvot eivät kerro täysin vastausten jakaantumisesta. Avuksi tulee ottaa vastausten hajonta, joka havainnollistaa miten vastaukset ovat asteikolla jakaantuneet (ks. liitteet 13, 14 ja 15).

7.3 KOKONAISTYYTYVÄISYYS TERVEYSKESKUSPALVELUIHIN VUOSINA 1993, 1997 JA 2001

Asiakaslähtöisyys- ja laatuajattelun lisääntymisestä huolimatta kokonaistyytyväisyys terveyskeskuspalveluihin laski kaikissa tutkimuskaupungeissa vuodesta 1993 vuoteen 2001 (ks. taulukko 17). Eniten tyytyväisyys laski eniten Kemissä ja toiseksi eniten Kuusankoskella. Vähiten tyytyväisyys laski Tampereella ja toiseksi vähiten Helsingissä. Espoo sijoitui vertailun keskivaiheille. Toisaalta lähtötaso oli korkein Kuusankoskella. Tyytymättömmimpiä olivat vuonna 1993 tamperelaiset ja tyytyväisimpiä kuusankoskelaiset. Vuonna 1997 tyytyväisimpiä olivat kemiläiset ja vastaavasti tyytymättömmimpiä kuusankoskelaiset. Viimeisenä tutkimusvuotena tyytymättömmimpiä olivat kemiläiset ja tyytyväisimpiä helsinkiläiset. Toisaalta terveyspalveluihin oltiin jokaisena tutkimusvuotena keskimäärin melko tyytyväisiä. Erittäin kriittisesti suhtautuneita vastanneiden joukossa oli vähän.

Taulukko 17. Kokonaistyytyväisyys terveyskeskuspalveluihin vuosina 1993, 1997 ja 2001 (vastausten keskiarvo) ja kokonaistyytyväisyyden muutos

	1993	1997	2001	Muutos
Espoo	3,90	3,69	3,69	-0,21
Helsinki	3,93	3,83	3,85	-0,08
Kemi	3,91	3,89	3,61	-0,30
Kuusankoski	3,99	3,63	3,73	-0,26
Tampere	3,80	3,68	3,75	-0,05
Keskiarvo	3,91	3,74	3,73	-0,18

Tyytyväisyyden väheneminen tutkimuskaupungeissa laman jälkeisenä aikana oli kaiken kaikkiaan melko pientä. Kasvaneista menoista huolimatta kokonaistyytyväisyys ei kuitenkaan noussut vuosien 1993 ja 1997 välillä missään tutkimuskaupungeista. Vuosien 1997 ja 2001 välillä tyytyväisyys pysyi samana Espoossa ja nousi Helsingissä, Kuusankoskella ja Tampereella. Asiakaslähtöisyys ja laatuavoitteista huolimatta Kemissä tyytyväisyys laski koko tutkimusjakson ajan. Toisaalta missään tutkimuskaupungeista ei saavutettu uudelleen vuoden 1993 tasoa. Erot korkeimman ja matalimman tyytyväisyyden välillä kasvoivat vuodesta 1993 vuoteen 1997, mutta kapenivat jälleen vuosien 1997 ja 2001 välillä. Kokonaisuudessaan erot kuitenkin näin mitaten kasvoivat tutkimuskaupunkien välillä. Näin lasketuna erojen kasvu ei kuitenkaan kerro väliin jäävien kaupunkien sijoittumisesta.

7.3.1 Varianssianalyysin valinnasta

Keskiarvojen vertailuun suositellaan yleisesti yksisuuntaista varianssianalyysia (ks. esim. Erätuuli & Leino & Yli-Luoma 1994,77; Turner & Thayer 2001,45). Varianssianalyysi on tilastollinen menetelmä, jonka avulla on mahdollista tutkia yhtä aikaa useiden keskiarvojen merkitsevyyttä. Menetelmällä tutkitaan kriteerimuuttujan saamien arvojen vaihtelua jonkin tai joidenkin selittävien muuttujien luokissa. Varianssianalyysissa lasketaan keskiarvojen variansseja tarkoituksena saada selville ovatko saman otoksen ryhmien jonkin muuttujan keskiarvot erilaisia. Varianssianalyysistä käytetään usein nimitystä ANOVA, joka tulee sen englanninkielisestä nimestä *The Analysis of Variance*. (Emt., 77; ks. myös Miller 1997, 119-129.)

Varianssien tulisi olla suuria näytteiden kesken ja pieniä kunkin näytteen sisällä. Selitettävän muuttujan, joka tässä tutkimuksessa oli tyytyväisyys terveyskeskuspalveluihin, tulee olla välimatka-asteikollinen ja selittävän muuttujan, joka tässä tutkimuksessa oli kunta, on oltava luokitteleva. (Erätuuli ym. 1994, 77.) Myös Toivosen (1999) mukaan varianssianalyysi soveltuu parhaiten käytettäväksi tapauksissa, joissa riippumattomat muuttujat ovat laatueroasteikollisia (luokitettuja) ja riippuva muuttuja on suhdelukuasteikollinen eli jatkuva (emt., 250). Keskeisenä ideana varianssianalyysissä on, että varianssit ryhmässä johtuvat tuntemattomista tai satunnaisista tekijöistä, mutta ryhmän keskimääräinen taso johtuu tutkittavasta tekijästä (Erätuuli ym. 1994, 77). Analyysissa tarkastellaan, kuinka paljon tulosten vaihtelua eli varianssia selittää tutkittavien yksiköiden kuuluminen eri riippumattomien muuttujien ryhmiin. Tätä tulosta verrataan vaihteluun eri ryhmien sisällä. (Toivonen 1999, 250.)

Määriteltäessä ryhmien välinen variaatio verrataan ryhmien keskiarvoja. Mitä suurempi ero keskiarvojen välillä on ja mitä vähemmän variaatiota on ryhmien sisällä, sitä todennäköisemmin ryhmät poikkeavat toisistaan. (Turner & Thayer 2001, 9.) Yksisuuntaisesta varianssianalyysistä on kyse silloin, kun selittäviä tekijöitä on vain yksi. Useamman selittävän tekijän tapauksessa olisi kyse kaksi- tai useampisuuntaisesta varianssianalyysistä. (Erätuuli ym., 77.) Varianssianalyysia käytetään sen hyvistä puolista huolimatta melko vähän (Toivonen 1999, 250).

7.3.1 Vertailu varianssianalyysin avulla

Varianssianalyysin avulla voidaan huomata tyytyväisyyksien välillä eri tutkimuskaupungeissa olevan merkitseviä eroja. Vuoden 1993 varianssitaulun p-arvo 0,004 osoittaa ryhmäkeskiarvojen eroavan toisistaan ja eron olevan tilastollisesti merkitsevä (ks. taulukko 18).

Taulukko 18. Yksisuuntainen varianssianalyysi vuoden 1993 vastausten pohjalta. Ryhmitelymuuttujana kunta, jatkuvana muuttujana kokonaistyytyväisyys

	Neliöiden summa	df	Neliöiden keskiarvo	F	Merkitsevyys
Ryhmiä välillä	682,204	4	170,551	3,916	,004
Ryhmiä sisällä	111623,90	2563	43,552		
Yhteensä	112306,11	2567			

Vuosina 1997 ja 2001 erot olivat vieläkin merkitsevempiä (ks. taulukot 19 ja 20). Molempina vuosina p-arvo oli 0,000 eli tilastollisesti erittäin merkitsevä.

Taulukko 19. Yksisuuntainen varianssianalyysi vuoden 1997 vastausten pohjalta. Ryhmitelymuuttujana kunta, jatkuvana muuttujana kokonaistyytyväisyys

	Neliöiden summa	df	Neliöiden keskiarvo	F	Merkitsevyys
Ryhmiä välillä	1563,896	4	390,974	11,370	,000
Ryhmiä sisällä	108934,95	3168	34,386		
Yhteensä	110498,85	3172			

Taulukko 20. Yksisuuntainen varianssianalyysi vuoden 2001 vastausten pohjalta. Ryhmitelymuuttujana kunta, jatkuvana muuttujana kokonaistyytyväisyys

	Neliöiden summa	df	Neliöiden keskiarvo	F	Merkitsevyys
Ryhmiä välillä	951,675	4	237,919	6,574	,000
Ryhmiä sisällä	87470,018	2417	36,189		
Yhteensä	88421,693	2421			

Taulukot osoittavat terveyskeskuspalveluihin tyytyväisyyksissä olevan tilastollisesti merkittäviä eroja tutkimuskaupunkien välillä. Eroja olisi voitu yksisuuntaisen varianssianalyysin sijasta tarkastella myös esimerkiksi laskemalla luottamusvälit kokonaistyytyväisyyksille.

7.3.2 Ristiintaulukoinnin tulokset

Ristiintaulukointi on perusmenetelmä, jonka avulla on mahdollista tutkia kahden muuttujan välistä riippuvuutta ja vertailla muuttujien jakaumia eri ryhmissä. Ristiintaulukointi voidaan merkkijonomuuttujien lisäksi suorittaa myös valmiiksi luokitelluille numeerisille muuttujille. (Ks. esim. Muhli & Kanninen 2000, 67.) Tässä tutkimuksessa ristiintaulukointi toteutettiin kolmiluokkaiseksi luokitellun kokonaistyytyväisyys-muuttujan ja kunta-muuttujan avulla.

Ristiintaulukointi tuo esiin, että vuonna 1993 terveyskeskuspalveluihin tyytymättömien ryhmään kuuluvia oli eniten Tampereella ja toiseksi eniten Kemissä, jossa kolmasosa asukkaista kuului tyytymättömien ryhmään (ks. taulukko 21). Eniten tyytyväisten ryhmään kuuluvia oli Helsingissä ja Kemissä. Tyytymättömien ja neutraalien ryhmään kuuluvien osuudessa oli enemmän eroja kaupunkien välillä kuin tyytyväisten määrässä. Tyytyväisten osuudessa eroa oli 5,5 prosenttiyksikköä, kun taas vastaava luku oli tyytymättömien osalta 13 prosenttiyksikköä ja neutraalien osalta 9,8 prosenttiyksikköä. Tulokset olivat tilastollisesti merkitseviä.

Taulukko 21. Tyytymättömien, neutraalien ja tyytyväisten osuudet vuonna 1993 (%)

		Kokonaistyytyväisyys			Yhteensä (%)
		Tyytymättömät	Neutraalit	Tyytyväiset	
Asuinkunta	Espoo	31,8	36,4	31,8	100 (629)
	Helsinki	29,6	34,1	36,3	100 (973)
	Kemi	33,3	30,6	36,1	100 (180)
	Kuusankoski	25,9	40,1	34,0	100 (162)
	Tampere	38,9	30,3	30,8	100 (624)
Yhteensä		32,4	33,9	33,7	100 (2568)

$$\chi^2 = 23,33, df=8, p=0,003$$

Tarkastelun keskimmäisenä vuonna eli vuonna 1997 tyytyväisten ryhmään sijoittui prosentuaalisesti eniten kemiläisiä vastaajia (yli 43 prosenttia) ja toiseksi eniten helsinkiläisiä (yli 38 prosenttia) (ks. taulukko 22). Erot tyytyväisten ryhmiin kuuluneissa kasvoivat kaupunkien välillä vuodesta 1993. Tyytymättömien prosenttiosuus vaihteli nyt 12,5 prosenttiyksikköä, neutraalien 8,2 prosenttiyksikköä ja tyytyväisten osuus 17,8 prosenttiyksikköä kaupunkien välillä. Neutraaleiksi luokiteltujen vastaajien osuus oli Kemissä huomattavasti muita kuntia pienempi, vain 26,5 prosenttia, kun muissa kaupungeissa se oli 34 prosenttia tai vähän sen yli. Neutraalien ja tyytymättömien osalta erot olivat pysyneet lähes ennallaan. Vuoden 1997 aineistolla tarkasteltuna tulokset olivat tilastollisesti erittäin merkitseviä.

Taulukko 22. Tyytymättömien, neutraalien ja tyytyväisten osuudet vuonna 1997 (%)

		Kokonaistyytyväisyys			
		Tyytymättömät	Neutraalit	Tyytyväiset	Yhteensä (%)
Asuinkunta	Espoo	36,9	34,0	29,1	100 (1171)
	Helsinki	27,4	34,4	38,2	100 (1121)
	Kemi	30,1	26,5	43,4	100 (136)
	Kuusankoski	39,9	34,5	25,6	100 (168)
	Tampere	36,9	34,7	28,4	100 (577)
Yhteensä		33,4	34,0	32,6	100 (3173)

$$\chi^2 = 49,01, df=8, p=0,000$$

Viimeisenä tarkasteluvuonna eli vuonna 2001 eniten tyytyväisten luokkaan kuuluneita oli Helsingissä ja Tampereella (ks. taulukko 23). Helsingissä tyytyväisiin kuului lähes 40 prosenttia vastanneista, Tampereella 34 prosenttia. Vastaavasti Kemissä tyytyväisten osuus oli paljon pienempi, alle 23 prosenttia. Tyytymättömiä Kemissä oli lähes 40 prosenttia kyselyyn vastanneista. Neutraalien osuudet pienentyivät vuodesta 1997 Kemiä lukuun ottamatta, jossa neutraaleita oli lähes 40 prosenttia vastanneista. Tulokset olivat tilastollisesti erittäin merkitseviä. Erot tyytyväisten osuudessa kaventuivat hieman tutkimuskaupunkien välillä vuodesta 1997. Tyytymättömien osuudessa oli vaihtelua 10,9 prosenttiyksikköä, neutraalien osuudessa 6,2 prosenttiyksikköä sekä tyytyväisten osalta 17 prosenttiyksikköä. Erot olivat tilastollisesti erittäin merkitseviä myös vuoden 2001 osalta.

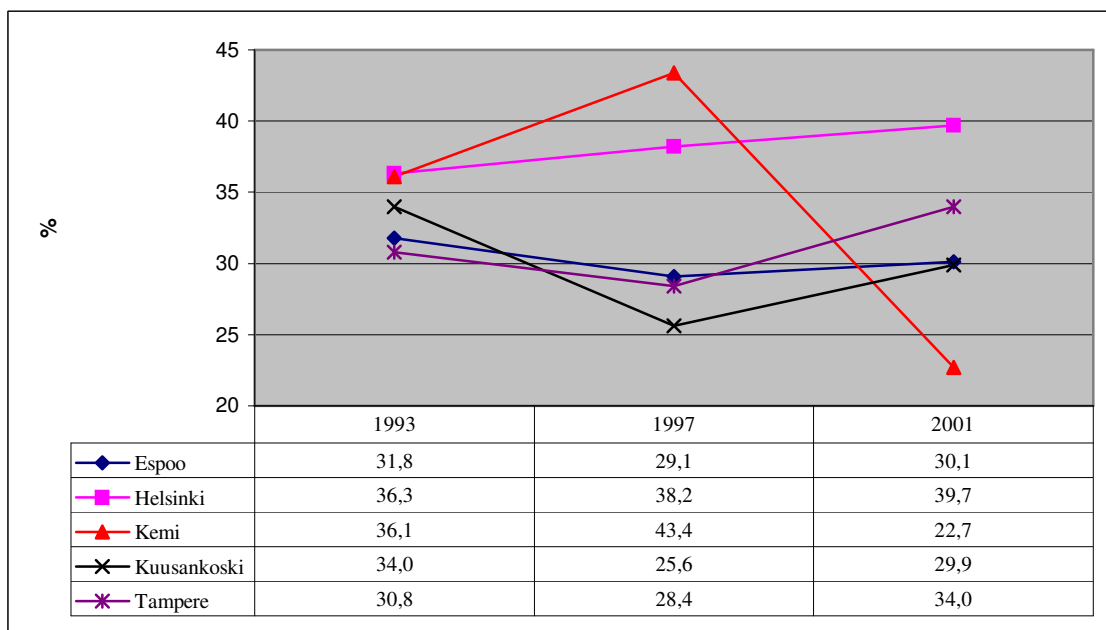
Taulukko 23. Tyytymättömien, neutraalien ja tyytyväisten osuudet vuonna 2001 (%)

		Kokonaistyytyväisyys			Yhteensä (%)
		Tyytymättömät	Neutraalit	Tyytyväiset	
Asuinkunta	Espoo	37,4	32,5	30,1	100 (976)
	Helsinki	28,2	32,2	39,7	100 (696)
	Kemi	39,1	38,2	22,7	100 (110)
	Kuusankoski	36,5	33,6	29,9	100 (137)
	Tampere	34,0	32,0	34,0	100 (503)
Yhteensä		34,1	32,6	33,3	100 (2422)

$$\chi^2 = 28,17, df=8, p=0,000$$

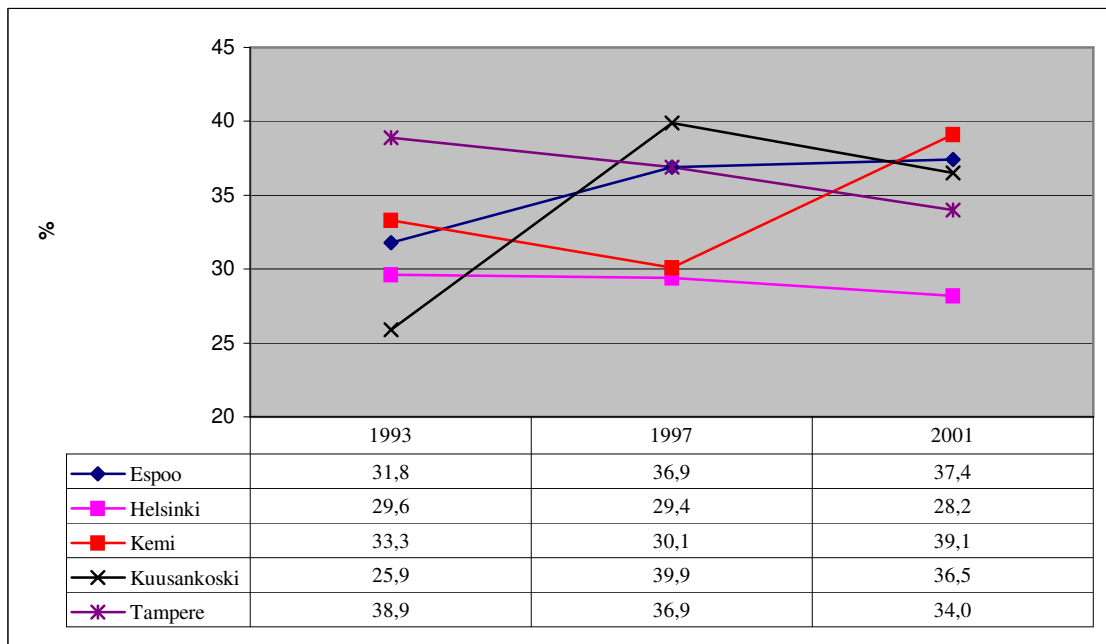
Tyytyväisten osuus terveyskeskuspalveluja käyttäneistä näyttää ristiintaulukoinnin kautta tarkasteltuna ja näin luokiteltuna kasvaneen vuodesta 1993 vuoteen 2001 Helsingissä ja Tampereella Vastaavasti tyytyväisten osuus on pienentynyt Espoossa, Kemissä ja Kuusankoskella. Suurin muutos tyytyväisten määrässä on tapahtunut Kemissä, jossa tyytyväisten määrä on laskenut 36,1 prosentista 22,7 prosenttiin. Tämä muutos tulee esille myös kuvios- ta 4.

Kuvio 4. Terveyskeskuspalveluihin tyytyväisten osuuden kehitys tutkimuksen kaupungeis- sa vuosina 1993, 1997 ja 2001 (%)



Vastaavasti tyytymättömien ryhmään kuuluvien osuus kasvoi vuodesta 1993 vuoteen 2001 muissa tutkimuskaupungeissa paitsi Tampereella ja Helsingissä (kuvio 5). Eniten tyytymättömien määrä kasvoi Kuusankoskella (10,6 prosenttiyksikköä) ja toiseksi eniten Kemissä (5,8 prosenttiyksikköä).

Kuvio 5. Terveyskeskuspalveluihin tyytymättömien osuuden kehitys tutkimuksen kaupungeissa vuosina 1993, 1997 ja 2001 (%)



Tyytyväisten osuus kasvoi tutkimusjaksolla eniten Helsingissä ja Tampereella ja vastaavasti tyytyväisten osuus pienentyi eniten Kemissä. Tyytyväisten osuus pienentyi myös Kuusankoskella ja Espoossa. Samanaikaisesti kustannukset kasvoivat eniten Kuusankoskella, Kemissä ja Helsingissä.

Erot terveyspalveluihin tyytyväisten ryhmään kuuluneiden osuudessa ovat kasvaneet tutkimuskaupunkien välillä vuodesta 1993 vuoteen 2001 11,5 prosenttiyksikköä (ks. taulukko 24). Erojen muuttumista mitattiin korkeimman ja matalimman osuuden mukaan. Ero kasvoi voimakkaimmin vuosien 1993 ja 1997 välillä. Vuodesta 1997 vuoteen 2001 erot hienan kapenivat. Kaupunkien väliset erot ovat sen sijaan pienentyneet sekä tyytymättömien että neutraalien ryhmissä.

Taulukko 24. Erot tyytymättömien, neutraalien ja tyytyväisten ryhmien suurimman ja pienimmän arvon välillä vuosina 1993, 1997 ja 2001 (prosenttiyksikköä)

	1993	1997	2001	Erojen kehitys
Tyytymättömät	13,0	12,5	10,9	-2,1
Neutraalit	9,5	8,2	6,2	-3,3
Tyytyväiset	5,5	17,8	17,0	11,5

Erojen kasvu näyttäisi edenneen tutkimuskaupungeissa myös terveyskeskuspalveluihin tyytyväisten osalta. Edellä hahmotellut toimintaympäristön muutokset ovat mahdollistaneet myös tämän kaltaisen erojen kasvamisen.

7.4 KUSTANNUS-VAIKUTTAVUUS TUTKIMUSKAUPUNGEISSA VUOSINA 1993, 1997 JA 2001

Tässä tutkimuksessa vaikuttavuutta kuvaamaan on valittu vastaajien terveyskeskuspalveluille antama kokonaisarvosana. Kustannuksia kuvaavat perusterveydenhuollon käyttökustannukset tutkimusajanjaksolla. Jo aiemmin mainittiin, että vaikuttavuutta sekä kustannuksia voitaisiin mitata myös muilla mittareilla, joten asetelma on jossain määrin kyseenalainen. Myös tulokset saattavat muuttua mittareita vaihdettaessa. Tässä tutkimuksessa kustannus-vaikuttavuutta kuvataan seuraavan, jo aikaisemmin esitetyn kaavan avulla.

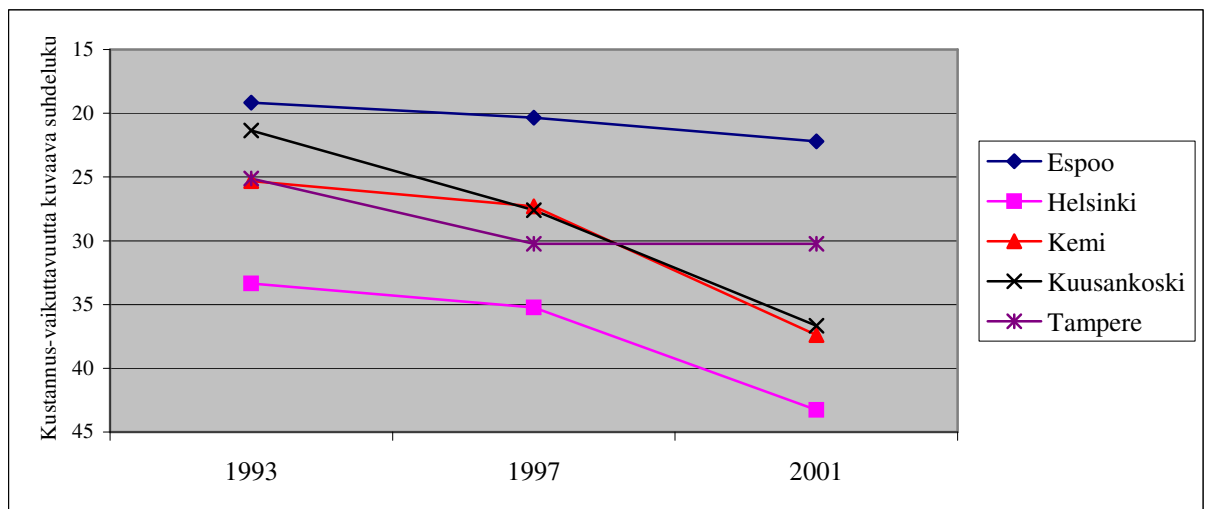
$$\text{Kustannus-vaikuttavuus} = \frac{\text{Perusterveydenhuollon käyttökustannukset}}{\text{Vaikuttavuus (tyytyväisyys)}}$$

Tarkemmin sanoen, suhdeluku kuvaa panoksilla saatua tuotosta eli kustannuksilla saavutettua tyytyväisyyden tasoa tutkimuskaupungeissa. *Mitä pienempi suhdeluku on, sitä kustannus-vaikuttavammin kaupungin perusterveydenhuolto on järjestetty. Vastaavasti mitä suurempi luku on, sitä vähemmän käytetyillä panoksilla on saatu aikaan tyytyväisyyttä.* Seuraavassa vertailussa perusterveydenhuollon käyttökustannuksia on kuvattu aikaisemmin esitetyllä indeksillä. Taulukossa 25 on kuvattu indeksin suhde kokonaistyytyväisyyteen. Kustannus-vaikuttavuuden kehitystä havainnollistaa myös kuvio 6.

Taulukko 25. Kustannus-vaikuttavuus tutkimuskaupungeissa vuosina 1993, 1997 ja 2001. Kustannusindeksin suhde kokonaistyytyväisyyteen

	1993	1997	2001	Muutos v.1993-1997
Espoo	74,71/3,90= 19,16	75,04/3,69= 20,34	81,94/3,69= 22,21	3,05
Helsinki	131,09/3,93= 33,36	134,92/3,83= 35,23	166,61/3,85= 43,28	9,92
Kemi	99,01/3,91= 25,32	106,24/3,89= 27,31	135,03/3,61= 37,40	12,08
Kuusankoski	85,17/3,99= 21,35	100,16/3,63= 27,59	136,73/3,73= 36,66	15,31
Tampere	95,46/3,80= 25,12	111,28/3,68= 30,24	113,41/3,75= 30,24	5,12
Keskiarvo	100,0/3,89= 25,71	112,26/3,74= 30,02	132,02/3,75= 35,21	9,15

Kuvio 6. Kustannus-vaikuttavuuden kuvaaja. Mitä pienempi suhdeluku on, sitä kustannus-vaikuttavampaa terveydenhuolto on ollut



Suhdeluvun voidaan havaita suurentuneen jokaisessa tutkimuskaupungissa vuodesta 1993 vuoteen 2001. Toisin sanoen, näillä mittareilla tarkasteltuna kustannusvaikuttavuus laski kaikissa tutkimuskaupungeissa, vaikka samanaikaisesti NPM:n tehokkuutta ja vaikuttavuutta ihannoivat opit levisivät. Tulosten mukaan kustannus-vaikuttavimmin on toiminut jokaisena tutkimusvuonna Espoon perusterveydenhuolto. Kärjistetyksi ilmaisten, Espoossa yhdellä terveydenhuoltoon käytetyllä markalla saatiin aikaan eniten tyytyväisyyttä jokaisena tutkimusvuotena. Vertailun heikoiten sijoittui Helsinki, yhdellä terveydenhuoltoon käytetyllä markalla saatiin aikaan vähiten tyytyväisyyttä. Toiseksi huonoiten sijoittui Kemi,

jossa kustannus-vaikuttavuus oli toiseksi alinta vuosina 1993 ja 2001. Toisaalta vuoden 1997 osalta Kemi sijoittuu vertailussa toiseksi parhaiten. Kuusankoski sijoittui aluksi toiseksi parhaiten, mutta tutkimusajanjakson edetessä päätyi vertailun keskimmäiseksi, joten kokonaissijoitus on vertailun toinen pistesijoilla mitaten. Tampere sijoittui vuonna 1993 vertailun puoliväliin, vuonna 1997 neljänneksi ja nousi vuonna 2001 vertailun toiseksi kustannus-vaikuttavimmaksi ja sijoittui näin ollen kokonaisvertailun puoliväliin.

Vertailusta voidaan toisaalta myös nähdä, että Kuusankoskella kustannus-vaikuttavuus laski vertailun eniten. Toiseksi eniten se laski Kemissä ja kolmanneksi eniten Helsingissä. Espoossa ja Tampereella kustannus-vaikuttavuus laski tutkimuskaupungeista maltillisimmin. Toisaalta erot erityisesti tyytyväisyydessä olivat pieniä ja toisilla mittareilla vaikuttavuutta mitattaessa tulokset olisivat voineet olla erilaiset. Erityisesti on huomattava, että kustannus-vaikuttavuus oli tässä tutkimuksessa nimenomaan vaikuttavuutta, joka ilmenee tyytyväisyytenä, ei siis vaikuttavuutta, joka näkyy väestön terveydentilan muutoksina. Vertailu tehtiin lisäksi vain viiden kunnan joukolla, joten laajoja yleistyksiä ei voida tehdä. Suurempi kuntajoukko olisi voinut tuoda erilaisia tuloksia.

8 YHTEENVETO

8.1 JOHTOPÄÄTÖKSET

Mitä nämä tulokset sitten kertovat kuntien terveydenhuollon kustannus-vaikuttavuudesta? Kaikki tutkimuskaupungit eivät laman jälkeisenä aikana pystyneet pitämään näillä muuttujilla mitattua perusterveydenhuollon kustannus-vaikuttavuutta ennallaan. Suuret kaupungit näyttävät paremmin voineen omaksua uusien hallinnon kehityssuuntauksien mukaisia oppeja siinä mielessä, että kustannus-vaikuttavuus ei niissä laskenut yhtä paljon kuin pienemmissä tutkimuskaupungeissa. Toisaalta uusista opeista huolimatta kustannus-vaikuttavuus laski kaikissa tutkimuskaupungeissa ja suurin kaupungeista sijoittui vertailun huonoiten. Pienin kaupungeista eli Kuusankoski sen sijaan sijoittui melko hyvin, kaikki pistesijat huomioiden toiseksi parhaiten Espoon jälkeen. Kustannus-vaikuttavuus kehitys oli tasaisinta Espoossa.

Tyytyväisyys ja sen lähtötaso vaihtelivat tutkimusajanjaksolla, samoin vaihtelivat kustannukset ja niiden lähtötaso. Esimerkiksi kustannus-vaikuttavimmaksi osoittautuneessa Espoossa tyytyväisyys oli alemmalla tasolla vuonna 1993 kuin muissa tutkimuskaupungeissa Tamperetta lukuun ottamatta. Myöskään vuosien 1997 ja 2001 osalta espoolaisten tyytyväisyys terveyskeskuspalveluihin ei nouse vertailun kärkisijoille. Kustannukset olivat samanaikaisesti vertailun alimmat. Asiakaslähtöisyyden korostus ei näin ollen ainakaan Espoossa näy tyytyväisyytenä. Helsingissä tyytyväisyys oli jokaisena tutkimusvuotena melko korkealla tasolla, minkä voisi ajatella kertovan jossain määrin asiakaslähtöisyyden arvioimisesta korkealle kaupungin toimintapolitiikassa. Suurista kuluista johtuen kustannus-vaikuttavuus oli kuitenkin jokaisena vuonna vertailun heikointa, vaikka kustannusten nousu nostikin tyytyväisyyttä vuosien 1997 ja 2001 välillä.

Kemissä tyytyväisyyden lähtötaso oli keskitasoa, mutta nousi vuoteen 1997 mennessä vertailun kärkeen kunnes vuoteen 2001 mennessä laski vertailun heikoimmaksi. Kustannus-vaikuttavuus laski Kemissä tarkastelujaksolla toiseksi eniten. Kuusankoskella tyytyväisyyden lähtötaso oli korkein, mutta tyytyväisyys ”romahti” vuoden 1993 jälkeen vertailun alimmaksi. Tyytyväisyys nousi jälleen vuoteen 2001 mennessä keskitasolle. Asiakaslähtöisyydestä ja tulokset antavat joitain viitteitä: tyytyväisyys kasvoi vuosien 1997-2001 välillä.

Tampere pysytteli koko vertailujakson ajan niin kustannus-vaikuttavuudessa vertailun keskiarvoilla, lukuun ottamatta vuoden 1993 kokonaistyytyväisyyden heikointa arvosanaa. Toisaalta Tampereella kustannus-vaikuttavuus laski vertailun toiseksi vähiten ja tyytyväisyys vähiten.

Vuosien 1993 ja 1997 välillä tyytyväisyys laski kaikissa tutkimuskaupungeissa. Tyytyväisyys kuitenkin nousi Tampereella, Helsingissä ja Kuusankoskella vuodesta 1997 vuoteen 2001. Laatu-ajattelu sekä asiakaslähtöisyys näyttävät tuottaneen näissä kaupungeissa tulosta. Tyytyväisyys oli kuitenkin kaikissa kaupungeissa kaikkina tarkasteluvuosina melko korkeaa lievästä laskusta huolimatta, joten asiakaslähtöisyysajattelun voidaan ajatella juurtuneen osaksi terveyspalveluiden ideologiaa ja arvoja. On muistettava, että kustannus-vaikuttavuus ei kerro palveluiden laadusta. Asiakkaiden kokemaa laatua kuvaa paremmin palveluihin tyytyväisyys.

Lähtökohtaisesti voidaan ajatella, että korkeampi laatu maksaa usein enemmän. Asiakkaiden kokema laatu ei kuitenkaan tutkimuskaupungeissa mukailut kustannuksia. Vaikka kustannukset nousivat, tyytyväisyys laski. Yksittäisten kaupunkien kohdalla on kuitenkin tarkemmin tarkasteltuna tyytyväisyyden ja menojen välillä on havaittavissa paikoin yhteys joidenkin vuosien kohdalla. Toisaalta esimerkiksi Helsingissä, jossa menot olivat vertailun korkeimmat, myös tyytyväisyys pysytteli korkealla, mutta ei kuitenkaan niin korkealla, että se näkyisi hyvänä kustannus-vaikuttavuutena. Vastaavasti Espoossa tyytyväisyys oli tutkimusajanjaksoilla keskitasoa tai sen alle ja kustannukset olivat matalimmat. Tampereella vuonna 1997 kustannukset olivat toiseksi suurimmat, mutta tyytyväisyys toiseksi vähäisintä. Paikoin tutkimuskaupungeissa, joissa perusterveydenhuoltoon on käytetty enemmän resursseja, saatiin aikaan myös korkeampi tyytyväisyyden taso, mutta kokonaisuudessaan korkeammat kustannukset eivät tuoneet tyytyväisempiä asiakkaita eli kustannukset eivät selitä tyytyväisyyttä.

Vuosien 1997 ja 2001 välillä kustannukset näyttävät selittävän tyytyväisyyttä kuitenkin jonkin verran. Kustannukset nousivat kaikissa tutkimuskaupungeissa, mutta myös tyytyväisyys nousi tai pysyi samana Kemiä lukuun ottamatta jokaisessa tutkimuskaupungissa kyseisten vuosien välillä. Vuosien 1993 ja 1997 välillä kustannukset eivät selitä tyytyväisyyttä. Kaiken kaikkiaan kustannusten vaikutus tyytyväisyyteen on kuitenkin monitahoinen asia eikä niiden välistä yhteyttä ole mahdollista selittää näiden tulosten kautta tyhjentävä-

ti. On myös muistettava, että kustannuksia on tarkasteltava rinnan sairastavuuden kanssa. Kustannus-vaikuttavuus heikkeni eniten Kemissä ja Kuusankoskella, joissa myös sairastavuus kasvoi eniten. Toisaalta kustannukset olivat suurimmat Helsingissä, jossa sairastavuus oli vertailun kahden matalimman joukossa.

Tyytyväisyyttä eivät selitä täysin myöskään kaupunkien asiakirjojen tavoitteet tai asiakaslähtöisyyden korostaminen. Vaikka tutkimuskaupunkien tavoitteena oli asiakaslähtöinen toiminta, tyytyväisyys laski. Vertailuryhmässä sijoitustaan nostivat Helsinki ja Tampere. Myöskään kustannusten kasvu ei taannut tyytyväisyyden kasvua eikä edes aikaisempaa tyytyväisyystasoa. Tämän kaltaiset tehokkuuserot saattavat johtua laadun eroista, organisaation toiminnasta ja toimintaympäristöstä, kuten hallinnollisista eroista ja organisaatiotyypistä. Myös organisaation toimintaperinteet vaikuttavat.

Kokoomuksen vahvan aseman valtuustossa ei voida suoraan nähdä vaikuttaneen suotuisasti kustannus-vaikuttavuuden kehittymiseen, vaikka jotain viitteitä siihen onkin havaittavissa. Espoossa Kansallisen Kokoomus on ollut suurin puolue jokaisena tutkimusvuonna ja kustannus-vaikuttavuus vertailun korkeinta. Toisaalta Helsingissä, jossa kustannus-vaikuttavuus oli vertailun heikointa, on Kansallinen Kokoomus vahvasti edustettuna valtuustossa. Suurimman ja toiseksi suurimman puolueen paikkamäärissä on Helsingissä kuitenkin vain pieni ero ja SDP:n sekä Vihreän liiton vaikutus on ollut merkittävä. Tampereella kustannus-vaikuttavuuden heikentyminen hidastui SDP:n valtakauden päätyttyä ja Kansallisen Kokoomuksen tultua valtuuston suurimmaksi puolueeksi vuoden 1996 kunnallisvaalien jälkeen. Jonkinlainen yhteys on löydettävissä vasemmistopuolueiden sekä kustannus-vaikuttavuuden vähenemisen väliltä. Kaupungeissa, joissa suurin puolue oli jokaisena tutkimusvuonna SDP (Kuusankoskella) tai Vasemmistoliitto (Kemissä) heikkeni kustannus-vaikuttavuus vertailun eniten.

Erot tutkimuskaupunkien välillä ovat kasvaneet niin kokonaistyytyväisyydessä, tyytyväisyydessä useisiin terveyskeskuspalveluiden osa-alueisiin kuin kustannus-vaikuttavuudessa. Uusliberalististen oppien mukaan erojen kasvu ei ole huono asia. Hyvinvointivaltion puolustajat kuitenkin suhtautuvat erojen kasvuun kielteisemmin. Miten käy kuntien, jotka eivät pysy mukana kehityksessä? Entä jos erot kuntien välillä kasvavat suuriksi? Erojen kasvaessa merkittävästi vaarana voi olla tasa-arvoisten perusterveydenhuoltopalveluiden turvaami-

nen kansalaisille asuinpaikasta riippumatta. Se taas on vakava uhka hyvinvointivaltion peruseriaatteiden kannalta.

Kustannus-vaikuttavuus ei välttämättä ole asiakaslähtöistä, mutta siinä onnistuneet kunnat ovat tuottaneet vastinetta verorahoille tyytyväisen asiakkaan muodossa ja olleet tässä mielessä panos-tuotos tehokkaita. Tulokset tukevat erojen kasvun osalta liberalististen oppien tietynlaista hyväksymistä. Toisaalta kustannus-vaikuttavuus on heikentynyt. Tämä päinvastaisesti osoittaa, että ainakaan valituilla mittareilla tarkasteltuna tässä tarkoitettu kustannus-vaikuttavuus uusliberalististen ajatusten johdannaisena ei ole vahvistunut käytännössä tutkimuskaupungeissa laman jälkeisenä aikana. Pitkälle meneviä yleistyksiä ei kuitenkaan näin pienen kuntajoukon ja tämän asetelman pohjalta voida luotettavasti tehdä. Koska vertailu tehtiin viiden suuren ja keskisuuren kaupungin välillä, tulokset eivät myöskään kerro pienempien ja maaseutumaisien kuntien tilanteesta. Niissä ongelmat ovat osittain erilaisia.

Asiakirjojen pohjalta voidaan havaita uusliberalismin johdannaisena syntyneiden hallinnon kehityssuuntausten vaikuttaneen myös terveydenhuollon strategia- ja tavoitteenmuodostukseen tutkimuskaupungeissa. Kaikissa lähteenä käytetyissä asiakirjoissa oli mainintoja NPM:lle tyypillisistä teemoista. Suuntauksista kertovat asiakirjoissa toistuvat NPM:iin liitettävät teemat, visiot, ilmaisut ja sanat. Tulokset kertovat myös terveydenhuollon kasvavista haasteista ja niihin vastaamisen vaikeudesta. Toisaalta käytössä ei ollut kaikkia asiakirjoja tutkimusajanjaksolta mikä heikentää tulosten luotettavuutta. Asiakirjojen teemat tukevat ajatusta siirtymästä hallinnon muutosten omaksumisen kautta kohti uusliberaaleja arvoja sisältävää kunnallista terveydenhuoltopolitiikkaa. Toisaalta kustannus-vaikuttavuus laski, joten sen pohjalta ei voida todeta NPM:n soveltamisen johtaneen käytännön tuloksiin.

Järjestelmän muuttuminen asiakaslähtöisemmäksi uusien hallinnon oppien piirteitä ihannoitaessa ei ole itsestään selvyys. Asiakkaat ja järjestelmä voivat olla kaukana toisistaan asiakaslähtöisyyttä korostavien strategioiden korulauseista huolimatta. Kunnat eivät välttämättä toimi tehokkaasti (vrt. rajoitettu rationaalisuus), jolloin käytetyillä panoksilla ei välttämättä saavuteta tyytyväistä asiakasta. Kustannuseroja selittävät muun muassa väestön demografiset tekijät, kuten ikä- ja sukupuolirakenne ja niistä johtuvat erot terveystalouden kysynnässä. Kustannusten kasvua selittää myös sairastavuus. Niissä tutkimuskunnissa

joissa sairastavuus nousi eniten (Kemi ja Kuusankoski) nousivat myös perusterveydenhuollon kustannukset eniten. Vastaavasti Espoossa, jossa kustannukset nousivat vertailun vähiten, myös sairastavuus oli alhaisinta ja laskevaa. Toisaalta Helsingissä kustannukset olivat korkeimmat, vaikka sairastavuus oli toiseksi matalinta vuoteen 2001 tultaessa ja jossa sairastavuus myös laski koko tutkimusjakson. Tampereella sairastavuus oli vertailun toiseksi korkeinta, mutta kustannukset laskivat vuosina 2000 ja 2001.

Tulokset nostavat esiin terveystalouden asiakkaan. Tyytyväisyys on herkästi haavoittuvaa eikä ole täysin yhteydessä käytettyihin panoksiin. Tyytyväisyys rakentuu yksityiskohdista eikä mukaile tehokkuusoppeja ja on subjektiivista. Se ei ole luotavissa päättäjien asettamien tavoitteiden mukaisesti. Tyytyväisyys elää osittain ”omaa elämäänsä” ja voi paikoin olla lähellä, paikoin kaukana asetetuista tavoitteista. Tyytyväisyys on subjektiivista ja sitä kautta herkkää muutoksille. Vuodesta toiseen toistuvaan tasaiseen tyytyväisyyteen on lähes mahdotonta päästä, vaikka asiakastyytyväisyys asetettaisiin erityisesti tavoitteeksi jokaisessa strategiassa. Kuntien erilaistumiskehityksen mahdollistaneet toimet ovat samalla luoneet mahdollisuuden myös tyytyväisyyden, asiakirjoissa asetettujen tavoitteiden sekä perusterveydenhuollon kustannusten erilaistumiskehitykselle. Kaiken kaikkiaan kuntalaiset ovat kuitenkin melko tyytyväisiä terveyskeskuspalveluihinsa laajasta julkisesta kritiikistä huolimatta. Tyytyväisyys pysyi tutkimusajanjaksolla melko tasaisena. Tutkimuskaupunkien voidaan nähdä tältä osin myös onnistuneen asiakaslähtöisyyden tavoittelussa. Ulkoinen palvelukyky on tutkimuskunnissa ollut hyvää tasoa. Suuresta tyytyväisyysasteesta voidaan ainakin päätellä, että perusterveydenhuoltopalveluita kunnioitetaan. Niitä ei pidetä itsensänselvyytenä.

Toiminnassa on kuntakohtaisia eroja paikallisten olosuhteiden ja väestöstä lähtevien tarpeiden mukaan. Kunnallisten luottamushenkilöiden sekä muiden päättäjien rooli korostuu tehtäessä terveyspolitiikkaa paikallistasolla. He vastaavat siitä, miten hyvin palveluiden laatu ja taso vastaavat kunnan asukkaiden tarpeita ja toiveita. Toisaalta kunta on kuitenkin asukkailleen paljon muutakin kuin tehokkaan vastikkeen antaja verorahoille. Kustannusvaikuttavuus ei näin mitattuna tai muutenkaan kerro kaikkea kunnan toiminnan onnistumisesta. Tutkimuskaupunkien päättäjillä on kuitenkin vielä opettelemista NPM:n oppien soveltamisessa ja kustannusvaikuttavuuden löytämisessä. Oikeita valintoja ei ole helppo tehdä.

Tutkimuskaupunkien taloudellinen tilanne oli vaihteleva ja se asetti ne osittain eriarvoiseen asemaan. Toisaalta tehokkuuspyrkimyksillä on tapana korostua taloudellisesti tiukkoina aikoina. Myös tämän tutkimuksen tulokset tukevat tätä ajatusta. Heti laman jälkeisenä aikana pienemmillä menoilla saatiin aikaan enemmän tyytyväisyyttä. Toisaalta yhtälö ei ole näin yksiselitteinen. Taloudellisesti tiukkoina aikoina kritiikki julkisia palveluita kohtaan usein laskee. Toisaalta tulokset ovat pienempien kaupunkien ja kuntien kannalta lohdullisia: suuremmilla resursseilla ei välttämättä saada aikaa suurempaa tyytyväisyyttä. Myös pienemmillä resursseilla voidaan saada aikaan laadukasta terveydenhuoltoa. Olennaisempaa kuin resurssien määrä on niiden oikea käyttö. Jokainen kunta tekee omat ratkaisunsa lainsäädännön ja suositusten asettamissa rajoissa.

Suurissa kaupungeissa, kuten Helsingissä ja Tampereella, psykososiaaliset ongelmat ovat yleisempiä ja palveluiden tarve sitä kautta keskimääräistä suurempi. Toisaalta sairastavuus, joka on tärkein terveystalouden kysyntään vaikuttava tekijä, oli suurinta pienemmissä tutkimuskaupungeissa. Laaja väestöpohja antaa mahdollisuuden palveluiden kehittämiseksi ja erikoispalveluiden ylläpitämiseksi. Pienemmissä kaupungeissa, kuten Kuusankoskella, on taas hyvät edellytykset asiakaslähtöisiin palveluihin pienempien asiakasmäärien vuoksi. Alueellinen yhteistyö on hyvä keino kuntien välisten erojen tasoittamiseen ja vahvuuksien, kuten asiakaslähtöisyyden, tehokkuuden ja vaikuttavuuden yhdistämiseen. Laadukkaat perusterveydenhuoltopalvelut ovat myös alueen sekä koko Suomen kilpailukykytekijä. On pelkästään järkevää pyrkiä tuottamaan laadukkaat palvelut mahdollisimman edullisesti.

Tulevaisuuden haasteena on kuntien välisten erojen pienentäminen ja erojen kasvun välttäminen. Kansalaisten luottamuksen palauttaminen poliittisiin järjestelmiin on haaste eikä kustannus-vaikuttavuuden lasku todennäköisesti lisää luottamusta. Verojen vastineeksi kuntalaisilla on oikeus vaatia laadukkaita palveluita. Julkisen toiminnan tehostaminen edellyttää selvää arvokeskustelua, jotta poliittiset valinnat tulevat mahdollisiksi. Yhteiskunnalla on palveluiden tuotannossa yksityisiä palveluiden tuottajia suurempi vastuu. Vastuu ei rajoitu vain asiakasvastuuseen vaan mukana on myös demokratian yhteiskunnallinen vastuu.

Julkinen hallinto saa oikeutuksen toiminnalleen kansalaisilta. Mikäli kuntien palvelutoiminnan ei koeta tuottavan riittävästi vastinetta maksetuille verorahoille, voi tuloksena olla legitimizeettikriisi. Hyvinvointivaltion legitimizeettiongelmat eivät tulleet esiin ainakaan korkean, joskin laskeneen, tyytyväisyyden kautta. Ennemmin voidaan puhua tehok-

kuusongelmista. Ottamalla kansalaiset paremmin mukaan palveluiden suunnitteluun ja arviointiin voitaisiin sekä legitimizeettiongelmia että tehokkuusongelmia mahdollisesti lieventää tai ainakin etsiä ratkaisuja yhdessä.

8.2. JATKOTUTKIMUSAIHEITA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli valottaa hieman kunnissa tapahtunutta perusterveydenhuollon kehitystä laman jälkeisenä aikana. Valittu tarkastelutapa ei ole yksiselitteinen tai ainoa mahdollinen tapa lähestyä perusterveydenhuollon kustannus-vaikuttavuutta. Aihetta voidaan lähestyä usealla eri tavalla, muun muassa eri muuttujia käyttäen ja eri kuntajoukoilla.

Aiheen ajankohtaisuus ja laaja-alaisuus tekevät jatkotutkimuksen mahdolliseksi, mutta myös rajauksen ja valintojen tekemisen haastavaksi. Tutkimusongelmaa on mahdollista laajentaa muun muassa tuomalla 1990-luvun kehityksen rinnalle aikaisempien vuosikymmenten kehitystä. Entä millaista kustannus-vaikuttavuuskehitys oli vuosien 1993, 1997 ja 2001 väliin jääneiden vuosien aikana? Vertailuasetelmaa voisi laajentaa myös muihin kaupunkeihin ja tehdä vertailuja maaseutukuntien ja kaupunkien välillä.

Toisaalta myös jatkokehityksen seuranta tutkimuskaupungeissa kiehtoo. Mihin suuntaan kustannus-vaikuttavuus kehittyy? Lisääntykö se vai väheneekö? Mihin suuntaan erot kehittyvät? Millaisia tuloksia tulisi vaihtamalla vaikuttavuuden mittaria? Oltaisiinko esimerkiksi erityissairaanhoidon yhtä tyytyväisiä? Kaupunkipalvelututkimusaineisto antaa lähes rajattomat mahdollisuudet uusien tutkimuskysymysten muotoiluun. Kiinnostavaa olisi tuoda esimerkiksi rinnalle kuntalaisten luottamusta päättäjiinsä käsittelevät kysymykset ja sosiaalipalveluihin tyytyväisyys sekä kunnan talouteen tyytyväisyys ja luottamushenkilöihin. Myös taustamuuttujia olisi mahdollista hyödyntää, samoin väestömuutoksia tai yksikkökustannuksia kuvaavia tietoja. Rinnalle olisi hyvä tuoda jatkossa myös jokin muu vaikuttavuuden mittari kuin tyytyväisyys.

Tulevaisuudessa terveydenhuoltoa koskevan tutkimuksen tarve ei ainakaan vähene. Yhä lisääntyvässä määrin tarvitaan terveydenhuoltotutkimusta myös poikkitieteellisistä, kuten yhteiskunta- ja taloustieteellisistä näkökulmista. Työvoiman eläköityminen, globalisaatio,

väestön vanheneminen ja sitä myötä palvelutarpeen kasvu sekä muun muassa hoitotakuun määrääminen asettavat perusterveydenhuollon haastavaan tilanteeseen. Perusterveydenhuoltopalvelut ovat kuitenkin jatkossakin vaikuttamassa merkittävästi väestön hyvinvointiin, koska ne ovat juurtuneet syvästi suomalaiseen yhteiskuntaan. Uusia teitä on kuitenkin etsittävä. Teiden etsiminen on haasteellista niin kunnille kuin tutkijoillekin. Usein etsintä kuitenkin palkitaan.

KIRJALLISUUS

Abel-Smith, Brian (1976) *Value for Money in Health Services*. London: Heinemann Educational Books Ltd.

Allardt, Erik (1976) *Hyvinvoinnin ulottuvuuksia*. Ensimmäisen painoksen muuttamaton lisäpainos (1980). Helsinki: WSOY.

Allén, Tuovi (1995) *Kunnallisten palvelujen kysyntä – tarpeet, kulutus ja kokemukset*. Tutkimuksia 58. Helsinki: Palkansaajien tutkimuslaitos.

Allsop, Judy (1984) *Health policy and the National Health Service*. London: Longman Inc.

Andrews, Matthew (2003) *New Public Management and Democratic Participation: Complementary of Competing Reforms? A South African Study*. *International Journal of Public Administration*. Vol 26., numbers 8 & 9, 991-1015.

Blomster, Peter (2001) *Katsaus sosiaali- ja terveystalouden kysyntää koskevaan kirjallisuuteen. Mitkä tekijät vaikuttavat palveluiden kysyntään? Aiheita -monistesarja 25/2001*. Helsinki: Stakes.

Bäckman, Guy (1992) *Terveyspolitiikka Suomessa*. Teoksessa: *Sosiaalipolitiikka 2017. Näkökulmia suomalaisen yhteiskunnan kehitykseen ja tulevaisuuteen*. (Toim.) Olavi Riihinen. Porvoo: WSOY, 533-554.

Carmeli, Abraham (2003) *Fiscal and Financial Crises of Local Governments*. Introduction. *International Journal of Public Administration*. Vol. 26, 13/2003, 1423-1430.

Creutz, Karin & Sundquist, Salme (toim.) (2002) *Miksi arvioida kunnan palveluja? ARVI II. Esimerkkejä valtuusto- ja lautakuntatason tavoitteista ja arvioinnista*. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Eräutuuli, Matti & Leino, Jarkko & Yli-Luoma, Pertti (1994) Kvantitatiiviset analyysimenetelmät ihmistieteissä. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Farnham, David & Horton, Sylvia (1996) *Managing the New Public Services*. Second Edition. Basingstoke: Macmillan Press LTD.

Ferlie, Ewan & Pettigrew, Andrew & Ashburner, Lynn & Fitzgerald, Louise (1996) *The New Public Management in Action*. Oxford: Oxford University press.

Gabe, Jonathan & Calnan, Michael & Bury, Michael (toim.) (1991) *The Sociology of the Health Service*. London: Routledge.

Galtung, Johan (1967) *Theory and Methods of Social Research*. London: George Allen & Unwin.

Ginter, Peter M. & Swayne, Linda E. & Duncan, W. Jack (2002) *Strategic Management of Health Care Organizations*. Fourth Edition. Oxford: Blackwell Publishers Ltd.

Haatanen, Pekka (1992) *Suomalaisen hyvinvointivaltion kehitys*. Teoksessa: *Sosiaalipolitiikka 2017. Näkökulmia suomalaisen yhteiskunnan kehitykseen ja tulevaisuuteen*. (toim.) Olavi Riihinen. Sitran julkaisusarja n:o 123. Porvoo:WSOY.

Hakamäki, Simo & Majoinen, Kaija (1992) *Uudistuva luottamushenkilötyö*. Helsinki: Vapokustannus.

Hallipelto, Aatos & Helin, Heikki & Oulasvirta, Lasse & Ruuska, Pertti (1992) *Kunnallistalouden perusteet*. Helsinki: Vapokustannus.

Ham, Christopher (1985) *Health Policy in Britain. The Politics and Organisation of the National Health Service*. Second Edition. London: Macmillan Publishers Ltd.

Harjula, Heikki & Prättälä, Kari (2004) *Kuntalaki. Tausta ja tulkinnat*. 5. uudistettu painos. Helsinki: Talentum.

Haverinen, Riitta (2000) Julkishallinnon modernisaatio ja paikallisen sosiaalipolitiikan vaihtoehdot. Kunnallistieteellinen aikakauskirja, 28. vuosikerta, 1/2000. Kunnallistieteen yhdistys ry, 17-29.

Hayes, Bob E. (1992) Measuring customer satisfaction. Development and Use of Questionnaires. Milwaukee, Wisconsin: ASQC Quality Press.

Heikkilä, Matti (2003) Palveluoikeudet ja laatustandardit määriteltävä. Pääkirjoitus. Yhteiskuntapolitiikka Vol. 68 2/2003, 119-120.

Heikkilä, Matti & Rastas Merja (2000) Lamastrategioiden yhteys sosiaalitoimen resursseihin. Kuuden kunnan tapaustutkimus. Yhteiskuntapolitiikka Vol. 65 3/2000. Stakes, 225-235.

Heinonen, Jari (1992) Kattotarinnasta monikärkiseen pohdintaan. Ajatuksia suomalaisesta sosiaalipolitiikasta. Helsinki: Gaudeamus.

Helin, Heikki (1999a) Kunnallistalouden 1990-luvun vuoristorata. KuntaSuomi 2004 – talousanalyysi. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Helin, Heikki (1999b) Uudet tunnusluvut ja kuntien talouden vertailu. Kunnallistieteellinen aikakauskirja. 27. vuosikerta, 1/1999, 67-72.

Helsingin sanomat 15.9.2001. Riitta Vainion artikkeli. Kunnan asukkaiden tyytyväisyys palveluihin heikentynyt. Artikkelin pohjana kaupunkipalvelututkimukset.

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

Heuru, Kauko (2002) Kunnan vastuu erityissairaanhoidosta ja taloudestaan. Kunnallistieteellinen aikakauskirja, 30. vuosikerta, 1/2002. Kunnallistieteen yhdistys ry, 68-76.

Hiironniemi, Silja (1992) Tuloksellisuuden arviointi. Käsikirja kunnallisille työpaikoille. Helsinki: Suomen kaupunkiliitto.

Honkola, Jaakko & Jounela, Tetta (1993) Menestyksen perusvoimat. Asiakaslähtöisyys - Yrittäjyys - Kehityshakuisuus. Aavaranta-sarja n:o 35. Helsinki: Otava.

Häkkinen, Unto (1992) Terveyspalveluiden käyttö, terveydentila ja sosioekonominen tasarvo Suomessa. Sosiaali- ja terveyshallitus. Tutkimuksia 20. Helsinki: VAPK.

Hämäläinen, Maria & Jokinen, Anna (2002) Julkiset terveyskeskuspalvelut kuntalaismieli-piteissä. Tutkimusprojektioipintojen lopputyö. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Tampereen yliopisto.

Isomäki, Veli-Pekka (1998) Terveysthuollon priorisoinnin potilaslähtöiset perusteet. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 61. Kuopio: Kuopin yliopisto. sosiaali-tieteiden laitos.

John, Peter (2000) Analysing Public Policy. Critical political studies. London: Continuum.

Julkunen, Raija (2001) Suunnanmuutos. 1990-luvun sosiaalipoliittinen reformi Suomessa. Tampere: Vastapaino.

Juusti, Jyri & Pietiläinen, Eija & Ylikoski, Päivi (1999) Näkökulmia laatuun. Teoksessa: Juusti, Jyri (1999) (toim.) Kiinni laatuun. Paikalliset järjestelmät projekti. Helsinki: Kehi-tysvammaliitto ry, 11-43.

Jyränki, Antero (2000) Uusi perustuslakimme. Turku: IURA NOVA –kustannus.

Järviö, Maija-Liisa & Rätty, Tarmo (2003) Terveysthuollon tuottavuus ja tehokkuus. Te-oksessa: Hjerppe, Reino & Kangasharju, Aki & Vuorento, Reijo (toim.) (2003) Kunnalliset palvelut. Terveysten- ja vanhustenhallituksen tuottavuus. VATT-julkaisuja 37. Helsinki: Valti-on taloudellinen tutkimuskeskus, 24-49.

Kainulainen, Sakari (1998) Elämäntapahtumat ja elämään tyytyväisyys eri sosiaaliluokissa. Kuopio: Kuopion yliopisto, sosiaalitieteiden laitos.

Kainulainen, Sakari & Rintala, Taina & Heikkilä, Matti (2001) Hyvinvoinnin alueellinen erilaistuminen 1990-luvun Suomessa. Kahtia jakautuva Suomi? –tutkimusprojektin julkaisu. Tutkimuksia 114. Helsinki: Stakes.

Kallio, Olavi (1998) Kuntiin kohdistuva hyvinvointipalvelujen kysyntä. Palvelukysyntä ja sen muutokset kuntatalouteen vaikuttavina tekijöinä uuden vuosituhannen kynnyksellä. Tampere: Tampereen yliopiston julkaisujen myynti TAJU.

Kantola, Pirkko & Lehtimäki, Raija & Talsi, Margetta (1993) Kansan terveys. 5. painos. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö.

Kansalaismielipide ja kunnat. Ilmapuntari 2002. Kunnallisalan kehittämissäätiön Polemia-sarjan julkaisu nro 47. Helsinki: Pole-Kuntatieto Oy.

Kansalaismielipide ja kunnat. Ilmapuntari 2003. Kunnallisalan kehittämissäätiön Polemia-sarjan julkaisu nro 53. Helsinki: Pole-Kuntatieto Oy.

Kaplan, Robert S. & Norton, David P. (1996) Translating Strategy Into Action: The Balanced Scorecard. Boston: Harvard Business School.

Karila, Alpo (1998) Kuntien talouden ohjaus ja sen muutos. Perinteisestä politiikasta rinnakkaisten ohjausjärjestelmien kokonaisuuteen. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Karisto, Antti & Takala, Pentti & Haapala, Ilkka (1998) Matkalla nykyaikaan. Elintason elämäntavan ja sosiaalipolitiikan muutos Suomessa. Porvoo: WSOY.

Karvonen, Sakari & Rintala, Taina (2004) Alueellisten hyvinvointierojen kasvu jatkuu. Yhteiskuntapolitiikka. Vol. 69, 2/2004. Stakes, 159-170.

Kauhanen, Jussi & Myllykangas, Markku & Salonen, Jukka T. & Nissinen, Aulikki (1998) Kansanterveystiede. Porvoo: WSOY .

Keskinen, Vesa (2002) Julkiset palvelut Helsingissä. Asukkaiden mielipiteitä 1983-2001. Tutkimuksia. Helsinki: Helsingin kaupungin tietokeskus.

Kickert, Walter (1997) Public Management and Administrative Reform in Western Europe. Cheltenham: Edward Elgar Publishing Limited.

Kiikkala, Irma (2000) Asiakaslähtöisyys toiminnan periaatteena sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa: Nouko-Juvonen, Susanna & Ruotsalainen Pekka & Kiikkala, Irma (toim.) (2000) Hyvinvointivaltion palveluketjut. Hygieia. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 112-121.

Kitchener, Martin & Gask, Linda (2003) NPM Merger Mania. Lessons from an early case. Public Management Review, Vol. 6, number 1 March.

Klausen, Kurt Klaudi & Ståhlberg, Krister (1998) New Public Management I Norden-en tredje väg. Teoksessa: Klausen, Kurt Klaudi & Ståhlberg, Krister (red.) (1998) New Public Management i Norden. Nye organisations- og ledelsesformer i den decentrale velfærdsstat. Odense: Odense universitetsforlag, 194-216.

Klavus, Jan & Häkkinen, Unto (1995) Terveyspalveluiden käyttö, rahoitus ja tulonjako. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Stakes. Raportteja 175.

Klein, Rudolf (1989) The Politics of The National Health Service. Second Edition. New York: Longman Publishing.

Klemola, Pertti (2002) Suomalaisen terveydenhuollon kriisi. Helsinki: Art House Oy.

Kokko, Simo (1997) Kunnallisten terveyspalveluiden muuttuvat organisointitavat. Teoksessa: Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 1997, 49-71. Toim. Uusitalo, Hannu & Staff, Mikko. Helsinki: Stakes.

Korttila, Kirsi & Kukkanen Leea (1999) Eri-laistuuko kunnallinen perusterveydenhuolto? KuntaSuomi 2004 –tutkimuksia nro 18. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet (1996) Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1997-2000. Helsinki: Edita.

Kääriäinen, Juha (2003) Alueelliset hyvinvointierot. Onko mittarilla väliä? Yhteiskuntapolitiikka Vol.68 4/2003. Stakes, 397-406.

Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa (1996) Valtakunnallinen suositus sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan järjestämisestä ja sisällöstä. 2. tarkistettu painos. Helsinki: Stakes.

Laamanen, Ritva & Brommels, Mats (1998) Sosiaali- ja terveyslautakuntien päätöksenteon piirteet ja asema toimialaansa koskevalla päätöksentekoaareenalla. Kunnallistieteellinen aikakauskirja, 26. vuosikerta, 3/1998. Kunnallistieteen yhdistys ry, 223-232.

Lahtinen, Yrjö (1998) Suurten kaupunkien terveydenhuollon kustannukset vuonna 1997. Espoo, Helsinki, Jyväskylä, Kotka, Kuopio, Lahti, Oulu, Pori, Tampere, Turku, Vantaa. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Lahtinen, Yrjö (2002a) Suurten kaupunkien terveydenhuollon kustannukset vuonna 2001. Espoo, Helsinki, Jyväskylä, Kotka, Kuopio, Lahti, Oulu, Pori, Tampere, Turku, Vantaa. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Lahtinen, Yrjö (2002b) Keskisuurten kaupunkien terveydenhuollon kustannukset vuonna 2001. Hämeenlinna, Imatra, Joensuu, Kajaani, Kokkola, Lappeenranta, Porvoo, Rauma, Rovaniemi, Vaasa. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Lahtinen, Yrjö & Laitinen Pertti (2001) Keskisuurten kaupunkien terveydenhuollon kustannukset vuonna 2000. Hämeenlinna, Imatra, Joensuu, Kajaani, Kokkola, Lappeenranta, Porvoo, Rauma, Rovaniemi, Vaasa. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Laine, Juha & Valtonen, Hannu (2004) Hoivapalveluiden tuottavuudesta ja laadusta. Yhteiskuntapolitiikka Vol. 69 4/2004. Stakes, 407-411.

Lane, Jan-Erik (2000) *New Public Management*. London: Routledge. Taylor & Francis group.

Lehto, Juhani (2000) Saumaton palveluketju mosaiikkimaisessa järjestelmässä. Teoksessa: Nouko-Juvonen, Susanna & Ruotsalainen Pekka & Kiikkala, Irma (toim.) (2000) *Hyvinvointivaltion palveluketjut*. Hygieia. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 33-48.

Lehto, Juhani & Blomster, Peter (2000) Talouskriisin jäljet sosiaali- ja terveystalouden järjestelmässä. *Kunnallistieteellinen aikakauskirja*, 28. vuosikerta, 1/2000. Kunnallistieteen yhdistys ry, 44-60.

Lumijärvi, Ismo (1997) Laatutekijöiden priorisointi sairaanhoitopalveluissa. *Kunnallistieteellinen aikakauskirja*, 25. vuosikerta, 1/1997. Kunnallistieteen yhdistys ry, 50-64.

Lumijärvi, Ismo (1999) Tasapainotetun mittariston malli ja kunta-alan tuloksellisuusarviointi. Helsinki: Työturvallisuuskeskus.

Luoma, Kalevi & Järviö, Maija-Liisa (1992) Health centre productivity in Finland. Productivity change from 1980 to 1990 and productivity differences in 1990. *VATT-keskustelualoitteita* 42. Helsinki: Valtion taloudellinen tutkimuskeskus.

Luoma, Kalevi & Järviö, Maija-Liisa (2000) Productive changes in Finnish health centres in 1988-1995: A Malmquist index approach. *VATT-keskustelualoitteita* 218. Helsinki: Valtion taloudellinen tutkimuskeskus.

Lähdesmäki, Kirsi (2003) *New Public Management ja julkisen sektorin uudistaminen*. Lectio praecursoria. *Hallinnon tutkimus*, Vol. 22, 3/2003. Hallinnon Tutkimuksen Seura ry, 283-284.

Majoinen, Kaija (2002) Mitä virkaa valtuustolla? –Kuntalailla säädetyn valtuuston perustehtävän monitahoarviointi. Lectio praecursoria 15.8.2001. Joensuun yliopisto. *Kunnallistieteellinen aikakauskirja*, 30. vuosikerta, 1/2002. Kunnallistieteen yhdistys ry, 60-63.

Meklin, Pentti (1999) Kunnan taloudellinen tulos ja sen mittarit. *Kunnallistieteellinen aikakauskirja*, 27. vuosikerta, 1/1999. Kunnallistieteen yhdistys ry, 9-21.

Miettinen, Heikki (2001) Kuntapalvelut 2001. Efektia Oy. Tutkimuksia 154. Helsinki: Kuntatalon painatuskeskus.

Miettinen, Heikki & Paasikallio, Martti & Varhe, Seppo (1997). Kaupunki- ja kuntapalvelut 1997. Tutkimuksia 94. Helsinki : Efektia. -

Miller, Rubert G. Jr. (1997) Beyond ANOVA. Basics of applied statistics. First edition. London: Chapman & Hall.

Mintzberg, Henry, Ahlstrand, Bruce & Lampel Josef (1998) Strategy Safari. The Complete Guide Through the Wilds of Strategic Management. London: Prentice Hall.

Montin, Stig (1998) Nytt offentligt lederskap och politikerrollen. Teoksessa: Klaudi, Kurt & Ståhlberg, Krister (red.) (1998) New Public Management i Norden. Nye organisations- og ledelsesformer i den decentrale velfærdsstat. Odense: Odense universitetsforlag, 91-110.

Muhli, Arto & Kanniainen, Aila (2000) SPSS for Windows. Perusteet. Oulu: Oulun yliopisto, ATK-keskus.

Myllyntaus, Oiva (2003) Laskentatoimen informaatio ja tuottavuustutkimus. Teoksessa: Hjerpe, Reino & Kangasharju, Aki & Vuorento, Reijo (toim.) (2003) Kunnalliset palvelut. Terveysten- ja vanhustenhuollon tuottavuus. VATT-julkaisuja 37. Helsinki: Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, 91-98.

Mäkelä, Tapio (1996) Toimintojen arviointi ja mittaaminen terveydenhuollon tehostamisessa. Kunnallistieteellinen aikakauskirja, 24. vuosikerta, 2/1996. Kunnallistieteen yhdistys ry, 170-182.

Niemi-Iilahti, Anita (2000) Hallinnon toimintamallien uudistaminen – paikallisagenda innovaatioiden katalysaattorina. Kunnallistieteellinen aikakauskirja, 28. vuosikerta, 4/2000. Kunnallistieteen yhdistys ry, 271-281.

Niskanen, Jouni & Tuomi, Ville (2000) Balansoituun mittaristoon pohjautuva laadunhallinta. Esimerkkimalli perusterveydenhuoltoon. Kunnallistieteellinen aikakauskirja. 28. vuosikerta, 4/2000. Kunnallistieteellinen yhdistys ry, 283-298.

Nummela, Juhani (2001) Valtio-kunta –suhteen kiikkulauta: muistumia 90-luvulta ja näkyjä tulevasta. Kunnallistieteellinen aikakauskirja, 29. vuosikerta, 1/2001. Kunnallistieteen yhdistys ry, 53-58.

Oliver, Richard L. (1980) A Cognitive model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions. Teoksessa Journal of Marketing Research. Vol. XVII (November 1980), 460-469.

Oulasvirta, Lasse (1996) Kuinka kunta toimii. 4. uudistettu painos. Helsinki: Kuntakoulutus Oy.

Outinen, Seppo & Varhe, Seppo (1985) Kaupunkipalvelututkimus. Kaupunkien palveluiden käyttö ja asukkaiden asennoituminen hallintoon ja palveluihin. Kaupunkiliiton julkaisu C 73. Helsinki: Suomen kaupunkiliitto.

Paasikallio, Matti & Miettinen, Heikki & Varhe, Seppo (1994) Kaupunkipalvelututkimus 1993. Asukaskyselyn tulokset 21 kaupungissa. Helsinki: Efektia Palvelu Oy. Tutkimuksia 42.

Paronen, Olavi & Kuusilinna, Pirjo & Pitkäjärvi, Timo & Ilkka, Vuori (1995) Tampereen terveysprofiili 1993. Tamperelaisten terveydentila, terveyspalveluiden käyttö ja niitä koskevat mielipiteet. Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveystoimen julkaisuja 2. Tampere: Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveystoimi ja UKK-instituutti.

Paronen, Olavi & Kuusilinna, Pirjo (2002a) Tampereen sosiaali- ja terveystutkimus 2002. Vastausjakaumat iän ja sukupuolen mukaan. Taulukkoraportti A. Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveystoimen monisteita 21/2002. UKK-instituutti. Tampere.

Paronen, Olavi & Kuusilinna, Pirjo (2002b) Tampereen sosiaali- ja terveystutkimus 2002. Vastausjakaumat palvelualueittain. Taulukkoraportti B. Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveystoimen monisteita 22/2002. UKK-instituutti. Tampere.

Pekola-Sjöblom, Marianne & Helander, Voitto (2002) Kuntalaisen monet roolit. Acta 147. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Pekurinen, Markku & Pokka, Marja (1997) Asiakkaiden valinnanvapauden toteutuminen Suomen terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1997:16. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Perttilä, Kerttu & Rimpelä, Matti & Winell, Klas (1996) Päättäjien käsityksiä terveydestä ja terveyden edistämisestä kunnallisessa toiminnassa. Kunnallistieteellinen aikakauskirja, 24. vuosikerta, 3/1996. Kunnallistieteen yhdistys ry, 245-260.

Pohjola, Immo (1994) Terveydenhuolto kansakunnan taloudessa. Teoksessa: Muutos ja johtajuus. Näkökulmia terveydenhuollon murrokseen. (Toim.) Salo, Sirpa & Leisti, Seppo. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 24-28.

Pääministeri Paavo Lipposen II hallituksen hallitusohjelma 15.4.1999.

Raunio, Kyösti (1992) Palvelujärjestelmien haasteet tulevaisuudessa. Teoksessa: Sosiaalipolitiikka 2017. Näkökulmia suomalaisen yhteiskunnan kehitykseen ja tulevaisuuteen. (Toim.) Olavi Riihinen. Porvoo: WSOY, 463-478.

Rintala, Eija (1998) Priorisointi julkisessa terveydenhuollossa. Erikoislääkäreiden kliiniseen ja hallinnolliseen priorisointiin vaikuttavat arvot. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Robbins, Stephen P. (1990) Organization Theory. Structure, Design and Applications. Third Edition. San Diego State University. Eaglewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.

Rope, Timo & Pöllänen, Jouni (1998) Asiakastytyväisyysjohtaminen. Neljäs painos. Helsinki: WSOY.

Räty, Tarmo & Luoma, Kalevi & Koskinen, Ville & Järviö, Maija-Liisa (2002) Terveyskeskusten tuottavuus vuosina 1997 ja 1998 sekä tuottavuuseroja selittävät tekijät. VATT-tutkimuksia 88. Helsinki: Valtion taloudellinen tutkimuskeskus.

Saarelainen, Tarja (2003) *Managing Local Networks: Impacts of Network Management on the Implementation of New Public Management and Citizen Participation*. *Lectio praecursoria*. Hallinnon tutkimus, Vol.22, 2/2003. Hallinnon Tutkimuksen seura ry, 198-200.

Salmela, Tuula (1997) *Asiakaspalautteen haaste. Menetelmiä ja esimerkkejä*. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Oppaita 32. Helsinki: Stakes.

Salminen, Ari & Niskanen, Jouni (1996) *Markkinoiden ehdoilla? Arvioita markkinaohjautuvuudesta julkisessa sektorissa*. Helsinki: Edita.

Sandberg, Siv (1998) *Mitä mieltä kuntalaiset ovat kunnallisista palveluista*. Teoksessa: Mäki-Lohiluoma, Kari-Pekka & Pekola-Sjöblom, Marianne & Ståhlberg, Krister (toim.) *Kuntalaisten valta ja valinnat. KuntaSuomi 2004 –tutkimuksia nro 13*. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 176-197.

Siirilä, Seppo & Hautamäki, Lauri & Kuitunen, Jorma & Keski-Petäjä, Timo (1988) *Hyvinvoinnin alueelliset erot Suomessa*. Aluetieteen laitos, sarja B 47. Tampere: Tampereen yliopisto.

Siirilä, Seppo & Viljanen, Ville & Jousimäki, Jussi (1999) *Elinolojen alueellinen erilaistuminen -huono-osaisuuden näkökulma*. Aluetieteen ja ympäristöpolitiikan laitos. Tutkimuksia Sarja B 71/1999. Tampere: Tampereen yliopisto.

Simon, Herber A. (1979) *Päätöksenteko ja hallinto*. *Ekonomia-sarja 58*. Espoo: Weilin+Göös.

Skelcher, C. (1992) *Managing For Service Quality*. Harlow: Longman Group.

Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle (1999) Valtakunnallinen suositus. (Toim.) Outinen, Maarit & Lindqvist, Tuija. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000-2003 (1999) Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö.

Ståhlberg, Krister (1998) Utvecklingspolitiken i finländska kommuner. Vad, var och vem? Teoksessa: Klausen, Kurt & Ståhlberg, Krister (red.) (1998) New Public Management i Norden. Nye organisations- og ledelsesformer i den decentrale velfærdsstat. Odense: Odense universitetsforlag, 50-68.

Suomen säädöskokoelma:

Kansanterveyslaki 66/1972. Tullut voimaan 28.1. 1972.

Kuntalaki 365/1995. Tullut voimaan 17.3.1995.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Tullut voimaan 17.8.1992.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta 733/1992. Tullut voimaan 3.8.1992.

Potilasvahinkolaki 585/1986. Tullut voimaan 25.7.1986.

Suomen perustuslaki 731/1999. Tullut voimaan 1.3.2000.

Swank, Duane (2002) Global Capital, Political Institutions and Policy Change in Developed Welfare States. Cambridge: Cambridge University press.

Sänkiäho, Risto (1973) Poliittinen päätöksentekijä, tutkija/suunnittelija ja suunnittelun menetelmät. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Kasvatustieteiden laitoksen julkaisuja; 197.

Temmes, Markku & Kiviniemi, Markku (1995) Muutoksen mahdollisuudet. Arvioiteja ja näkemyksiä julkisen sektorin ja hallinnon kehittämisestä 1990-luvulla. Valtiovarainministeriö. Hallinnon kehittämisosasto. Helsingin yliopisto. Yleisen valtio-opin laitos. Helsinki: painatuskeskus Oy.

Temmes, Markku & Kiviniemi, Markku (1997) Suomen hallinnon muuttuminen 1987-1995. Valtiovarainministeriö. Hallinnon kehittämisosasto. Helsingin yliopisto. Yleisen valtio-opin laitos. Helsinki: Oy Edita Ab.

Temmes, Markku (2003) Hallintouudistusten epäonnistumiset - syyt ja seuraukset. Hallinnon tutkimus, Vol. 22, 3/2003. Hallinnon Tutkimuksen Seura ry, 227-243.

Terveydenhuollon kehittämisprojekti. (1998a) Selvitysmiesraportti 1. Asiakkaan asema terveydenhuollossa. Työryhmämuistio 1. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Terveydenhuollon kehittämisprojekti (1998b) Selvitysmiesraportti 2. Terveydenhuollon toimivuus. Työryhmämuistio 2. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Terveydenhuollon oikeussuojatoimikunnan mietintö II. Ehdotus laiksi potilaan oikeuksista. 1982. Komiteamietintö. Valtion painatuskeskus, Helsinki.

Terveydenhuollon suuntaviivat. 1996. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, julkaisuja 1996:16.

Terveydenhuolto Suomessa (1999) Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 13/1999. Helsinki.

Terveyttä kaikille vuoteen 2000. Uudistettu yhteistyöohjelma. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1993:2.

Toivonen, Timo (1999) Empiirinen sosiaalitutkimus. Filosofia ja metodologia. WSOY: Porvoo.

Tuittu, Hannu (1994) Eliitti, valta ja budjetti. Tutkimus budjettieliitin käyttäytymisestä ja valtakäsityksistä suurissa kaupungeissa. Ser. A, vol 429. Tampere: Acta Universitatis Tamperensis.

Tuomainen, Raimo & Tuomainen Mauno (2003) Benchmarking-arviointi ja erikoissairaanhoidon alueelliset erot. Yhteiskuntapolitiikka Vol. 68 2/2003, 166-174.

Tuorila, Helena (2000) Potilaskuluttaja terveystarkkinoilla. Yksityisen terveydenhuolto- palvelusten käyttäjien oikeuksien toteutuminen lääkäriasemien asiakaspalvelussa. Acta Universitatis Tamperensis 764. Tampere: Tampereen yliopisto.

Turner, J. Rick & Thayer, Julian, F. (2001) *Introduction to Analyses of Variance. Design, Analyses & Interpretation*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.

Törnqvist, Leo (1974) *Aikasarjojen analyysi ja ennustaminen*. Helsinki: Oy Gaudeamus Ab.

Uitus-Mäntylä, Katja (2003) *Raha ratkaisee - vai ratkaiseeko? Palveluiden taloudellisen resurssoinnin vaikutus kuntalaisten mielipiteisiin kunnan sosiaali- ja terveystaloudesta*. Pro gradu –tutkielma. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Tampereen yliopisto.

Uusikallio, Irma (1970) *Sairaalaympäristö ja potilaan viihtyvyys*. Sarja C:13. Helsinki: Sairaallaliiton tutkimusosasto.

Vatter, Adrian & Rüefli, Christian (2003) *Do Political Factors Matter for Health Care Expenditure? A Comparative Study of Swiss Cantons*. *Journal of Public Policy*. Vol. 23, Part 3, September-December. Cambridge University Press, 301-323.

Vilmi, Veikko (1993) *Kuopiolaisten tyytyväisyys kaupunkiinsa ja sen palveluihin vuonna 1985*. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Vohlonen, Ilkka (1998) *Suomalainen terveystaloudellinen politiikka*. Tampere: Kirjayhtymä Oy. Tammer-Paino Oy.

Watkin, Brian (1978) *The National Health Service: The First Phase 1948-1974 and After*. London: George Allen & Unwin.

Wickström, Gustav & Laine, Marjukka & Pentti, Jaana & Lindström, Kari & Elovainio, Marko (2002) *Tyytyväisyys julkisen terveydenhuollon työssä*. Helsinki: Työterveyslaitos.

Yi, Youjue & La, Suna (2003) *The Moderating Role of Confidence in Expectations and the Asymmetric Influence of Disconfirmation on Customer satisfaction*. *The Service Industries Journal*. Vol. 23, number 5, November 2003, 20-47.

Ylikoski, Tuire (1999) Unohtuiko asiakas? Toinen uudistettu painos. Helsinki: Otavan Kirjapaino Oy.

Kuntien asiakirjat:

Espoon kaupungin kuntasuunnitelman tavoiteosa (1993) Palvelusuunnitelmat, Espoon kaupungin peruspalvelut, kilpailuttaminen. Kaupunginhallitus 19.10.1993. Espoo: Espoon kaupunki.

Espoon kaupungin sosiaali- ja terveystoimen palvelustrategia ja Espoo strategia (2000) Taloussuunnitelmaan 2002 perustuva. Liite 2. Espoo: Espoon kaupunki.

Espoon kaupungin sosiaali- ja terveystoimen toimintakertomus vuodelta 1992 (1993) Sosiaali- ja terveyslautakunta. Espoo: Espoon kaupunki.

Espoon kaupungin sosiaali- ja terveystoimen toimintakertomus vuodelta 1993 (1994) Sosiaali- ja terveyslautakunta. Espoo: Espoon kaupunki.

Espoon kaupungin sosiaali- ja terveystoimen toimintakertomus vuodelta 1994 (1995) Sosiaali- ja terveyslautakunta. Espoo: Espoon kaupunki.

Espoon kaupungin sosiaali- ja terveystoimen toimintakertomus vuodelta 1995 (1996) Sosiaali- ja terveyslautakunta. Espoo: Espoon kaupunki.

Espoon kaupungin toiminta- ja talousstrategia (1992) Espoo: Espoon kaupunki.

Espoon kaupungin vuosikertomus 2001 (2002) Espoo: Espoon kaupunki.

Espoon kaupunkistrategia – elinkeinopolitiikan suuntaviivat (1994) Espoo- osaamista ja elämänlaatua. Espoo: Espoon kaupunki.

Espoon kunta- ja palvelusuunnitelma (1993) Espoo: Espoon kaupunki.

Helsingin kaupungin talousarvio vuodelle 2001 (2000). Sosiaali- ja terveystoimi. Helsinki: Helsingin kaupunki.

Helsingin kaupungin taloussuunnitelman 2004-2006 yhteisstrategiat (2003) Helsinki: Helsingin kaupunki.

Helsingin kaupungin terveystoimen toimintakertomus vuodelta 2000 (2001). Helsinki: Helsingin kaupunki.

”Kaikem paree Tampere” – Tampereen tasapainoinen kaupunkistrategia 2001-2012 (2003) Talousarvion 2003 mukainen. Tampere: Tampereen kaupunki.

Kemin kaupungin sosiaali- ja terveystoimien toiminnalliset tavoitteet 2001-2003 (2001) Sosiaali- ja terveystoimien, hallinto. Kemi: Kemin kaupunki.

Kemin kaupungin sosiaali- ja terveystoimien toimintakertomus 1997 (1998) Sosiaali- ja terveystoimien, hallinto. Kemi: Kemin kaupunki.

Kemin kaupungin sosiaali- ja terveystoimien toimintakertomus 2001 (2002) Kemi: Kemin kaupunki.

Kemin kaupungin talousarvio vuodelle 1995 (1994) Kemi: Kemin kaupunki.

Kemin kaupungin vuoden 1995 talousarvion ja vuosien 1995-1999 kuntasuunnitelman tavoitteisto (1994). Sosiaali- ja terveystoimien, hallinto. Kemi: Kemin kaupunki.

Kemi-Tornion aluekeskusohjelma (2001) Kemi: Kemi-Tornio -alueen kehittämiskeskus.

Kuusankosken kaupungin talousarvio (2001) ja taloussuunnitelma (2002-2003) Kaupunginvaltuusto 30.10.2000. Kaupunginvaltuusto 13.11.2000. Kuusankoski: Kuusankosken kaupunki.

Kuusankosken kaupungin talousarvio 2001 ja taloussuunnitelma 2002-2003 (2000) Osa B, liite- ja informaatioaineisto. Kaupunginhallitus 30.10.2000. Kaupunginvaltuusto 13.11.2000. Kuusankoski: Kuusankosken kaupunki.

Kuusankosken kaupungin talousarvio (2002) Käyttösuunnitelmaosa. Terveystoimi. Kuusankoski: Kuusankosken kaupunki.

Kuusankosken kaupungin talousarvio (2002) Käyttösuunnitelmaosa. Terveystoimi. Yhteenvetotaulukot ja perustelut. Kuusankoski: Kuusankosken kaupunki.

Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveystoiminnan ohjelma (1997) Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveystoiminnan julkaisuja 3. Tampere: Tampereen kaupunki.

Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveystoiminnan toimintakertomus 2001 (2002) Tampere: Sosiaali- ja terveystoiminnan julkaisuja 19/2002.

Tampereen kaupungin vuosikertomus 2002 (2003) Tampere: Tampereen kaupunki.

Tamperelaisten terveys 2015 –hyvinvointia kestäväällä kehityksellä (2002) Tampere: Tampereen kaupunki.

Terveyttä tamperelaisille – yhdessä tehden (2002) Perusterveydenhuollon strategia vuoteen 2012. Tampere: Tampereen kaupunki.

Painamattomat lähteet:

Espoon kaupungin kotisivut. Espoon kaupungin taskutilasto 2004 (pdf-tiedosto). Saatavilla www-muodossa: <http://www.espoo.fi>. Haettu 6.11.2004.

Euroopan neuvosto (1997) Terveystoiminnan laatusuositus. European Health Committee (CDSP). Recommendation No. R (97) 17 of the Committee of Ministers to Member States on the Development and Implementation of Quality Improvement Systems (QIS) in Health Care. Saatavilla muodossa:

[http://www.coe.int/T/E/Social_Cohesion/Health/Recommendations/Rec\(1997\)17.asp](http://www.coe.int/T/E/Social_Cohesion/Health/Recommendations/Rec(1997)17.asp). Haettu 2.4.2005.

Helsingin kaupungin kotisivut. Saatavilla www-muodossa: <http://www.helsinki.fi>. Haettu 6.11.2004.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kotisivut. Saatavissa osoitteessa: <http://www.hus.fi>. Haettu 13.1.2005.

Kemin kaupungin kotisivut. Saatavilla osoitteessa: <http://www.kemi.fi>. Haettu 7.11.2004.

Koskiahö-Cronström, Briitta (2003) Sosiaalipolitiikan tutkielmaopintojen seminaarissa pidetty alustus 17.10.2002. Tampereen yliopisto, sosiaalipolitiikan- ja sosiaalityön laitos.

Kuusankosken kaupungin kotisivut. Saatavilla osoitteessa: <http://www.kuusankoski.fi> Haettu 2.3.2004.

Kuusankosken kaupungin henkilöstösuunnitelma vuodelle 2004. Saatavilla osoitteessa: <http://kuusankoski.fi>. Haettu 12.12.2004.

Kymenlaakson sairaanhoitopiirin kotisivut. Saatavilla osoitteessa: <http://www.kymshp.fi>. Haettu 3.2.2005.

Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin kotisivut. Saatavilla osoitteessa <http://www.lpshp.fi>. Haettu 14.1.2005.

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kotisivut. Saatavilla osoitteessa: <http://www.pshp.fi>. Haettu 13.1.2005.

Stakesin tilastotiedote 5/2004. Julkaistu 15.3.2004. Saatavilla muodossa: http://www.stakes.info/files/pdf/Tilastotiedotteet/Tt5_04.pdf . Haettu 29.11.2004.

Suuren suunnitelman kotisivut. Saatavilla osoitteessa: <http://www.kouvola.fi/suurisuunnitelma>. Haettu 1.4.2005.

Tampereen kaupungin kotisivut. Saatavilla www-muodossa: <http://www.tampere.fi>. Haettu 7.11.2004.

Muut lähteet:

ALTIKA-aluetietokanta (2003) Tilastokeskus.

Kaupunkipalvelututkimus 1993 [elektroninen aineisto]. Paasikallio, Martti & Miettinen, Heikki & Varhe, Seppo (Efektia) [tekijät]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto [jakaja],2002.

Kaupunkipalvelututkimus 1997 [elektroninen aineisto]. Miettinen, Heikki & Paasikallio, Martti & Varhe, Seppo (Efektia) [tekijät]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto [jakaja],2002.

Kaupunkipalvelututkimus 2001 [elektroninen aineisto]. Miettinen, Heikki & Varhe, Seppo (Efektia) [tekijät]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto [jakaja], 2002.

Kuntien tunnuslukutiedosto 1990-2001 (2002) Suomen Kuntaliitto. Laatijat: Heikki Pukki & Mikael Enberg.

SOTKA-tietokanta (2003) Stakes.

KYSELYLOMAKE

1 Mikä on postinumeronne? _ _ _ _ _

2 Minkä ikäinen olette? _ _ vuotta

3 Oletteko

1 Mies

2 Nainen

4 Oletteko

1 Naimisissa tai avoliitossa

2 Naimaton

3 Muu (leski, eronnut)

5 Millainen peruskoulutus Teillä on?

1 Perus-, kansa- tai keskikoulu

2 Ylioppilastutkinto

6 Jos Teillä on alle 18-vuotiaita lapsia, kuinka monta heitä on? ____ lasta

7 Jos olette ansiotyössä niin missä työskentelette?

1 Yksityisessä yrityksessä

2 Julkisella sektorilla (kunta, valtio, muu yleishyödyllinen järjestö)

8 Mikä on ammattiasemanne tällä hetkellä? Ympäröikää vain yksi vaihtoehto.

1 Apu- tai sekatyöntekijä, harjoittelija

2 Ammattitaitoinen työntekijä

3 Toimihenkilö tai virkamies, ei johtavassa asemassa

4 Toimihenkilö tai virkamies, johtavassa asemassa

5 Itsenäinen yrittäjä

6 Maanviljelijä, isäntä tai emäntä

7 Opiskelija tai koululainen

8 Kotirouva, kotiäiti tai koti-isä

9 Eläkeläinen

10 Työtön tai tilapäisesti poissa ansiotyöstä

9 Jos olette työssä, onko työpaikkanne

1 Asuinkaupungissanne

2 Muussa kunnassa

10 Mikä on työmatkanne pituus yhteen suuntaan? ____ kilometriä

11 Mitä kulkuvälinettä käytätte pääasiallisesti työmatkallanne?

- 1 Joukkoliikennettä (juna, linja-auto, jne.)
- 2 Henkilöautoa
- 3 Polkupyörää
- 4 Kuljen jalkaisin
- 5 Muuta
- 6 Työskentelen kotona

12 Asutteko

- 1 Kerrostalossa
- 2 Rivitalossa
- 3 Omakotitalossa
- 4 Muun tyyppisessä talossa

13 Mikä seuraavista vaihtoehdoista kuvaa parhaiten asuinalueettanne?

- 1 Kaupungin keskusta tai kantakaupunki
- 2 Esikaupunki tai lähiö
- 3 Haja-asutusalue

22 Ovatko asuinalueettanne terveyskeskuksen palvelut verrattuna vastaaviin yksityisiin palveluihin mielestänne

- 1 Paremmat
- 2 Samanlaiset
- 3 Huonommat
- 4 En osaa sanoa

23 Kuinka monta kertaa Te olette käynyt edellisten 12 kuukauden aikana kunnallisessa terveyskeskuksessa sairauden tai tapaturman vuoksi?

- 1 En yhtään
- 2 1-3 kertaa
- 3 4-9 kertaa
- 4 10 kertaa tai enemmän

24 Kuinka monta kertaa Te olette käynyt edellisten 12 kuukauden aikana yksityisellä lääkäriasemalla tai yksityislääkärin vastaanotolla sairauden tai tapaturman vuoksi?

- 1 En yhtään
- 2 1-3 kertaa
- 3 4-9 kertaa
- 4 10 kertaa tai enemmän

25 Jos kävitte edellisten 12 kuukauden aikana kunnallisessa terveyskeskuksessa, miten tyytyväinen olitte viimeisellä käynnillänne seuraaviin asioihin?

	Erittäin tyytyväinen	Melko tyytyväinen	Melko tyytymätön	Erittäin tyytymätön	Ei kokemusta
Ajan saanti	1	2	3	4	5
Kulkuyhteydet	1	2	3	4	5
Jonotusaika	1	2	3	4	5
Henkilökunnan käytös	1	2	3	4	5
Hoidon laatu	1	2	3	4	5
Tutkimusten laatu ja määrä	1	2	3	4	5
Lääkkeiden saanti	1	2	3	4	5
Hoitotarvikkeiden saanti	1	2	3	4	5
Terveyskeskuksen tilat	1	2	3	4	5

26 Jos Te saisitte lisätä kaupunkinne terveyskeskuksen lääkäripalveluja, jollakin seuraavista tavoista, minkä vaihtoehdon valitsisitte? Ympäröikää vain yksi vaihtoehto.

- 1 Erikoislääkäripalvelujen lisääminen
- 2 Lääkärin kotikäyntien lisääminen
- 3 Lisätä potilaan mahdollisuutta valita hoitava lääkäri
- 4 Omalääkärijärjestelmän käyttöönotto, lisääminen tai jatkaminen
- 5 Lääkäripalveluja ei tarvitse lisätä

Liite 2. Vuoden 1997 kaupunkipalvelututkimuksen taustamuuttajat ja terveystalveluita koskevat kysymykset

© Efektia Palvelu Oy 1997

1 Mikä on postinumeronne? _____

2 Minkä ikäinen olette? _____ vuotta

3 Oletteko

1 Mies 2 Nainen

4 Oletteko

- 1 Yksin asuva
- 2 Vanhempien luona asuva
- 3 Kaksinhuoltajaperheen isä tai äiti
- 4 Yksinhuoltaja
- 5 Lapseton puoliso
- 6 Muu kuin yllä mainittu

5 Millainen koulutus Teillä on?

- 1 Perus-, keski- tai kansakoulu
- 2 Ylioppilastutkinto tai ammatillinen koulutus (myös opistotasoinen)
- 3 Korkeakoulu- tai ammattikorkeakoulututkinto

6 Onko asuintalonne

- 1 Kerrostalo
- 2 Rivitalo
- 3 Paritalo
- 4 Omakotitalo
- 5 Muu

7 Mikä seuraavista kuvaa parhaiten asuinalueettanne?

- 1 Kaupungin keskusta, kantakaupunki tai kunnan keskustaajama
- 2 Esikaupunki, lähiö tai kunnan muu taajama
- 3 Haja-asutusalue

8 Jos olette työssä, onko työpaikkanne

- 1 Asuinkunnassa
- 2 Muualla

9 Kuinka kauan olette asunut nykyisessä asuinkunnassanne?

- 1 Alle vuoden
- 2 1-3 vuotta
- 3 4-9 vuotta
- 4 Kauemmin

10 Jos Teillä on alle 18- vuotiaita lapsia, kuinka monta heitä on? _____ lasta

11 Mikä on ammattiasemanne tällä hetkellä? **Ympäröikää vain yksi vaihtoehto.**

- 1 Työntekijä
- 2 Toimihenkilö tai virkamies
- 3 Itsenäinen yrittäjä tai maanviljelijä, isäntä tai emäntä
- 4 Opiskelija tai koululainen
- 5 Kotirouva, kotiäiti tai koti-isä
- 6 Eläkeläinen
- 7 Työtön tai tilapäisesti poissa ansiotyöstä
- 8 Muu

12 Onko perheenne **käytössä** henkilöauto?

- 1 Kyllä, yksi
- 2 Kyllä, useampia
- 3 Ei

13 Mitä kulkuvälinettä käytätte **pääasiallisesti** työmatkallanne?

- 1 Joukkoliikennettä (juna, linja-auto, jne.)
- 2 Henkilöautoa
- 3 Polkupyörää
- 4 Kuljen jalkaisin
- 5 Muuta
- 6 Työskentelen kotona
- 7 En ole työssä

14 Mikä on työmatkanne pituus yhteen suuntaan? _____ kilometriä

23 Ovatko asuinkuntanne terveyskeskuksen palvelut verrattuna vastaaviin yksityisiin palveluihin mielestänne

- 1 Paremmat
- 2 Samanlaiset
- 3 Huonommat
- 4 En osaa sanoa

24 Kuinka monta kertaa Te olette käynyt edellisten 12 kuukauden aikana **kunnallisessa terveyskeskuksessa** sairauden tai tapaturman vuoksi?

- 1 En yhtään
- 2 1-3 kertaa
- 3 4-9 kertaa
- 4 Useammin

25 Kuinka monta kertaa Te olette käynyt edellisten 12 kuukauden aikana **yksityisellä** lääkäriasemalla tai yksityislääkärin vastaanotolla sairauden tai tapaturman vuoksi?

- 1 En yhtään
- 2 1-3 kertaa
- 3 4-9 kertaa
- 4 Useammin

26 Jos Te saisitte lisätä asuinkuntanne terveyskeskuksen lääkäripalveluja, jollakin seuraavista tavoista, minkä vaihtoehdon valitsisitte? Ympäröikää vain yksi vaihtoehto

- 1 Erikoislääkäripalvelujen lisääminen
- 2 Lääkärin kotikäyntien lisääminen
- 3 Lisätä potilaan mahdollisuutta valita hoitava lääkäri
- 4 Omalääkärijärjestelmän käyttöönotto tai jatkaminen
- 5 Muiden lääkäripalvelujen lisääminen
- 6 Lääkäripalveluja ei tarvitse lisätä

Liite 3. Vuoden 2001 kaupunkipalvelututkimuksen taustamuuttujat ja terveystalveluita koskevat kysymykset

@ Efektia Oy 2001

- 1 Mikä on postinumeronne? _____
(viidellä numerolla)
- 2 Minkä ikäinen olette? ____ vuotta
- 3 Oletteko (ympäröikää numero)
- 1 Mies 2 Nainen
- 4 Oletteko
- 1 Yksin asuva
2 Vanhempien luona asuva
- 3 Kaksinhuoltajaperheen isä tai äiti
4 Yksinhuoltaja
5 Lapseton puoliso
6 Muu kuin yllä mainittu
- 5 Millainen koulutus, Teillä on?
- 1 Perus-, keski- tai kansakoulu
- 2 Ylioppilastutkinto tai ammatillinen koulutus (myös opistotasoinen)
3 Korkeakoulu- tai ammattikorkeakoulututkinto
- 6 Onko asuintalonne
- 1 Kerrostalo
2 Rivitalo
3 Paritalo
4 Omakotitalo
5 Muu
- 7 Mikä on asuntotyyppinne työmatkallanne?
- 1 Omistusasunto
2 Asumisoikeus- tai osaomistusasunto
3 Vuokra-asunto
4 Muu
- 10 Kuinka kauan olette asunut nykyisessä asuinkunnassanne?
- 1 Alle vuoden
2 1-3 vuotta
3 4-9 vuotta
4 Kauemmin
- 11 Jos Teillä on alle 18-vuotiaita lapsia, kuinka monta heitä on? _____ lasta
- 12 Mikä on ammattiasemanne tällä hetkellä?
Ympäröikää vain yksi vaihtoehto.
- 1 Työntekijä
2 Toimihenkilö tai virkamies
3 Itsenäinen yrittäjä tai maanviljelijä, isäntä tai emäntä
4 Opiskelija tai koululainen
5 Kotirouva, kotiäiti tai koti-isä
6 Eläkeläinen
7 Työtön tai tilapäisesti poissa ansiotyöstä
8 Muu
- 13 Onko perheenne käytössä henkilöauto?
- 1 Kyllä, yksi 2 Kyllä, useampia
- 14 Mitä kulkuvälineitä käytätte pääasiallisesti
- 1 Joukkoliikennettä (juna, linja-auto, jne.)
2 Henkilöautoa
3 Polkupyörää
4 Kuljen jalkaisin
5 Muuta
6 Työskentelen kotona
7 En ole työssä

8 Mikä seuraavista kuvaa parhaiten asuinalueettanne?

- 1 Kaupungin keskusta, kantakaupunki tai kunnan keskustaajama
- 2 Esikaupunki, lähiö tai kunnan muu taajama
- 3 Haja-asutusalue

15 Mikä on työmatkanne pituus yhteen suuntaan?

_____ kilometriä

9 Jos olette työssä, onko työpaikkanne

- 1 Asuinkunnassa
- 2 Muualla

24 Ovatko asuinkuntanne terveyskeskuksen palvelut verrattuna vastaaviin yksityisiin palvelu mielestänne

- 1 Paremmat
- 2 Samanlaiset
- 3 Huonommat
- 4 En osaa sanoa

25 Kuinka monta kertaa Te olette käynyt edellisten 12 kuukauden aikana kunnallisessa terveyskeskuksessa sairauden tai tapaturman vuoksi?

- 1 En yhtään
- 2 1-3 kertaa
- 3 4-9 kertaa
- 4 Useammin

26 Kuinka monta kertaa Te olette käynyt edellisten 12 kuukauden aikana yksityisellä lääkäriasemalla tai yksityislääkärin vastaanotolla sairauden tai tapaturman vuoksi?

- 1 En yhtään
- 2 1-3 kertaa
- 3 4-9 kertaa
- 4 Useammin

27 Jos Te saisitte lisätä asuinkuntanne terveyskeskuksen lääkäripalveluja, jollakin seuraavista

tavoista, minkä vaihtoehdon valitsisitte? Ympäröikää enintään kaksi vaihtoehtoa

- 1 Erikoislääkäripalvelujen lisääminen
- 2 Lääkärin kotikäyntien lisääminen
- 3 Lisätä potilaan mahdollisuutta valita hoitava lääkäri
- 4 Omalääkärijärjestelmän käyttöönotto tai jatkaminen
- 5 Muiden lääkäripalvelujen lisääminen
- 6 Lääkäripalveluja ei tarvitse lisätä

Liite 4. Taustatietoa tutkimuskaupungeista vuodelta 1993

	Espoo	Helsinki	Kemi	Kuusankoski	Tampere
Asukasluku**	182679	508588	25095	21695	176149
0-14-vuotiaat,% väestöstä	21,5	15,5	18,0	17,2	16,4
15-64-vuotiaat,% väestöstä	70,8	70,5	68,1	67,9	68,8
65-täyttäneet,% väestöstä	7,8	14,1	13,9	14,9	14,9
Huoltosuhde	41	42	47	47	45
Tuloveroprosentti*	16,5	16	18,5	17	17
Verotulot mk/asukas**	12964	12461	10677	10298	10231
Vuosikate mk/asukas**	1472	2885	2167	1048	3385
Lainakanta mk/asukas**	4934	6903	8114	3068	4519
Käyttötalouden valtionosuudet, mk/asukas**	4433	4916	9717	6223	5560
Kassan riittävyys (päiviä)*	15	61	3	33	46
Työttömät, % työvoimasta	14,0	17,5	26,0	23,2	23,8
Sairauspäivärahaa saavien vakioitu indeksi	83	97	114	115	97
Eriyiskorvattavien lääkkeiden saajien vakioitu indeksi	90	88	101	91	96
Työkyvyttömyyseläkettä saavien vakioitu indeksi	67	87	145	95	93
Kelan vammaisetuksia saavat /1000 asukasta	21	31	36	31	37
Vakioitu kuolleisuus, koko väestö	85	105	117	106	99
Erikoissairaanhoidon käyttökustannukset, 1000 mk	470832	1977717	90785	54724	450465
Perusterveydenhuollon %-osuus sosiaali- ja terveystoimen nettokustannuksista	16,1	20,4	16,4	18,2	18,4

Lähde: SOTKA-tietokanta 2003

* Lähde: Suomen Kuntaliitto. Kuntien tunnuslukutiedosto 1990-2001. Tiedot vuodelta 2001.

** lähde: Suomen Kuntaliitto. Kuntien tunnuslukutiedosto 1990-2001. Tiedot vuodelta 2000.

Liite 5. Taustatietoa tutkimuskaupungeista vuodelta 1997

	Espoo	Helsinki	Kemi	Kuusankoski	Tampere
Asukasluku**	200834	539363	24485	21156	188726
0-14-vuotiaat, % väestöstä	21,5	15,5	17,1	17,3	16,4
15-64-vuotiaat, % väestöstä	70,3	70,8	67,4	66,3	68,9
65-täyttäneet, % väestöstä	8,3	13,7	15,6	16,4	14,8
Huoltosuhde	42	41	48	51	45
Tuloveroprosentti*	17	16,5	18,5	17	16,75
Verotulot mk/asukas**	16978	18771	13368	13316	12423
Vuosikate mk/asukas**	1717	4585	-57	88	1949
Lainakanta mk/asukas**	3254	4814	10162	2884	2469
Käyttötalouden valtionosuudet, mk/asukas**	1410	1947	6860	3796	3486
Kassan riittävyys (päiviä)**	51	106	4	37	44
Työttömät, % työvoimasta	9,9	14,5	25,3	18,9	18,9
Sairauspäivärahaa saavien vakioitu indeksi	77	88	112	116	99
Erityiskorvattavien lääkkeiden saajien vakioitu indeksi	88	87	102	94	95
Työkyvyttömyyseläkettä saavien vakioitu indeksi	61	82	142	94	87
Kelan vammaisetuuksia saavat /1000 asukasta	21	28	40	34	40
Vakioitu kuolleisuus, koko väestö	86	102	119	110	100
Erikoissairaanhoidon käyttökustannukset, 1000 mk	581961	2012732	91352	58860	577093
Perusterveydenhuollon %-osuus sosiaali- ja terveystoimen nettokustannuksista	14,3	19,6	15,6	18,7	17,3

Lähde: SOTKA-tietokanta 2003

* merkityt: Suomen Kuntaliitto. Kuntien tunnuslukutiedosto 1990-2001. Tiedot vuodelta 2001.

** lähde: Suomen Kuntaliitto. Kuntien tunnuslukutiedosto 1990-2001. Tiedot vuodelta 2000.

Liite 6. Taustatietoa tutkimuskaupungeista vuodelta 2001

	Espoo	Helsinki	Kemi	Kuusankoski	Tampere
Asukasluku**	213271	555474	23689	20656	195468
0-14-vuotiaat, % väestöstä	21,0	14,9	15,9	16,7	15,6
15-64-vuotiaat, % väestöstä	70,3	71,7	67,0	65,3	69,7
65-täyttäneet, % väestöstä	8,7	13,4	17,1	18,0	14,7
Huoltosuhde	42	40	49	53	43
Tuloveroprosentti*	17	16,5	18,5	17	17,25
Verotulot mk/asukas**	24505	23154	14850	16172	15118
Vuosikate mk/asukas**	6928	5416	452	1986	2861
Lainakanta mk/asukas**	1603	2404	10438	3325	2220
Käyttötalouden valtionosuudet, mk/asukas**	898	1070	6585	3669	3911
Kassan riittävyys (päiviä)**	112	66	9	50	51
Työttömät, % työvoimasta (v.2000)	6,0	8,8	22,7	16,5	14,6
Sairauspäivärahaa saavien vakioitu indeksi	73	84	107	113	95
Erityiskorvattavien lääkkeiden saajien vakioitu indeksi	83	86	104	97	98
Työkyvyttömyyseläkettä saavien vakioitu indeksi (v.2000)	58	79	147	100	86
Kelan vammaisetuksia saavat /1000 asukasta	21	29	49	40	42
Vakioitu kuolleisuus, koko väestö (v.1999)	85	103	116	109	100
Erikoissairaanhoidon käyttökustannukset, 1000 mk	725183	2506821	99793	71723	768949
Perusterveydenhuollon %-osuus sosiaali- ja terveystoimen nettokustannuksista	17,9	23,4	22,8	23,3	19,7

Lähde: SOTKA-tietokanta 2003

* lähde: Suomen Kuntaliitto. Kuntien tunnuslukutiedosto 1990-2001. Tiedot vuodelta 2001

** lähde: Suomen Kuntaliitto. Kuntien tunnuslukutiedosto 1990-2001. Tiedot vuodelta 2000

Liite 7. Tutkimuskaupunkien terveysasemat, terveyskeskukset sekä terveyskeskussairaalat

ESPOO

Terveysasemat

Eestinmetsän terveysasema
Espoonlahden terveysasema
Kalajärven terveysasema
Kanta-Espoon sosiaali- ja terveystalo Samaria
Kauklauden terveysasema
Kilon terveysasema
Kivenlahden terveysasema
Leppävaaran terveysasema
Matinkylän terveysasema
Puolarmetsän terveysasema
Soukan terveysasema
Tapiolan terveysasema
Viherlaakson terveysasema

Sosiaali- ja terveyskeskukset

Espoon keskuksen sosiaali- ja terveyskeskus
Espoonlahden sosiaali- ja terveyskeskus
Leppävaaran sosiaali- ja terveyskeskus
Matinkylä-Olarin sosiaali- ja terveyskeskus
Tapiolan sosiaali- ja terveyskeskus

Sairaalat

Jorvin sairaala
Puolarmetsän sairaala

HELSINKI

Terveysasemat

Haagan terveysasema
Herttoniemen terveysasema
Itäkeskuksen terveysasema
Jakomäen terveysasema
Kallion terveysasema
Kannelmäen terveysasema
Kivikon terveysasema
Kontulan terveysasema
Koskelan terveysasema (ent. Käpylän terveysasema)
Laajasalon terveysasema
Laakson terveysasema
Lauttasaaren terveysasema
Malmin terveysasema
Malminkartanon terveysasema
Maunulan terveysasema
Meri-Rastilan terveysasema
Munkkiniemen terveysasema
Myllypuron terveysasema
Oulunkylän terveysasema
Paloheinän terveysasema
Pihlajamäen terveysasema
Pitäjänmäen terveysasema
Puistolan terveysasema
Pukinmäen terveysasema
Suutarilan terveysasema
Töölön terveysasema
Vallilan terveysasema
Viikin terveysasema
Viiskulman terveysasema
Vironniemen terveysasema
Vuosaaren terveysasema

Terveyskeskussairaalat

Auroran sairaala
Herttoniemen sairaala
Kivelän sairaala
Koskelan sairaala
Laakson sairaala
Malmin sairaala
Myllypuron sairaala
Suursuon sairaala

KEMI

Terveysasemat

Karihaaran terveysasema
Sauvosaaren terveysasema
Syväkankaan terveysasema

KUUSANKOSKI

Terveysasemat

Voikkaan terveysasema

Terveyskeskukset

Kuusankosken terveyskeskus

TAMPERE

Terveysasemat

Atalan lääkäriasema
Hatanpään lääkäriasema
Hervannan lääkäriasema
Kaukajärven lääkäriasema
Kämmenniemen lääkäriasema
Lielahden lääkäriasema
Linnainmaan lääkäriasema
Pyynikin lääkäriasema
Rahola-Pispalan lääkäriasema
Tammelakeskuksen lääkäriasema
Tesoman lääkäriasema

Terveyskeskukset

Kemin terveyskeskus

Sairaalat

Sauvosaaren sairaala

Sairaalat

Kuusankosken aluesairaala

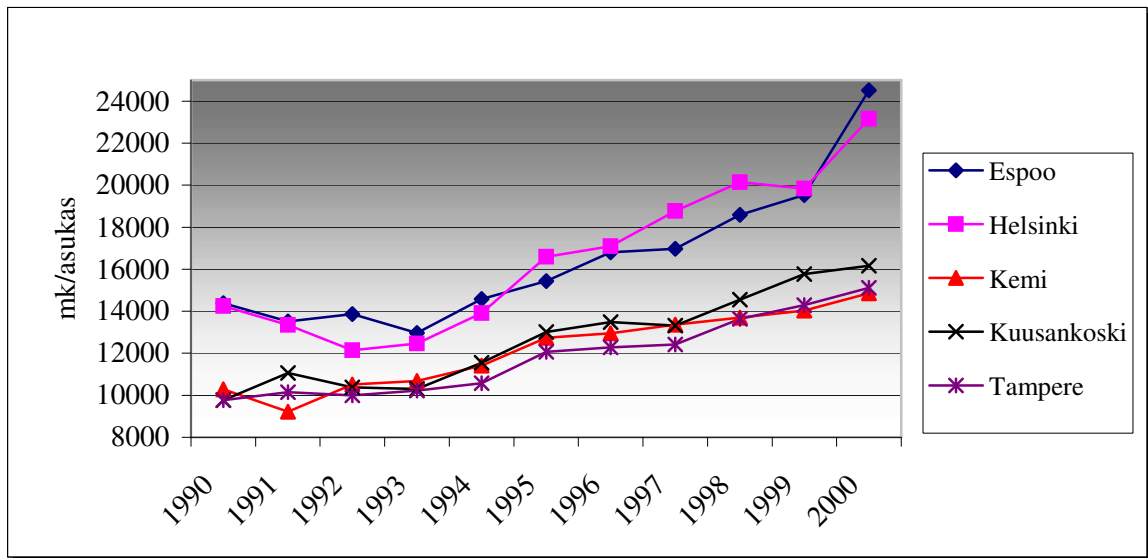
Terveyskeskukset

Hatanpään terveyskeskus

Sairaalat

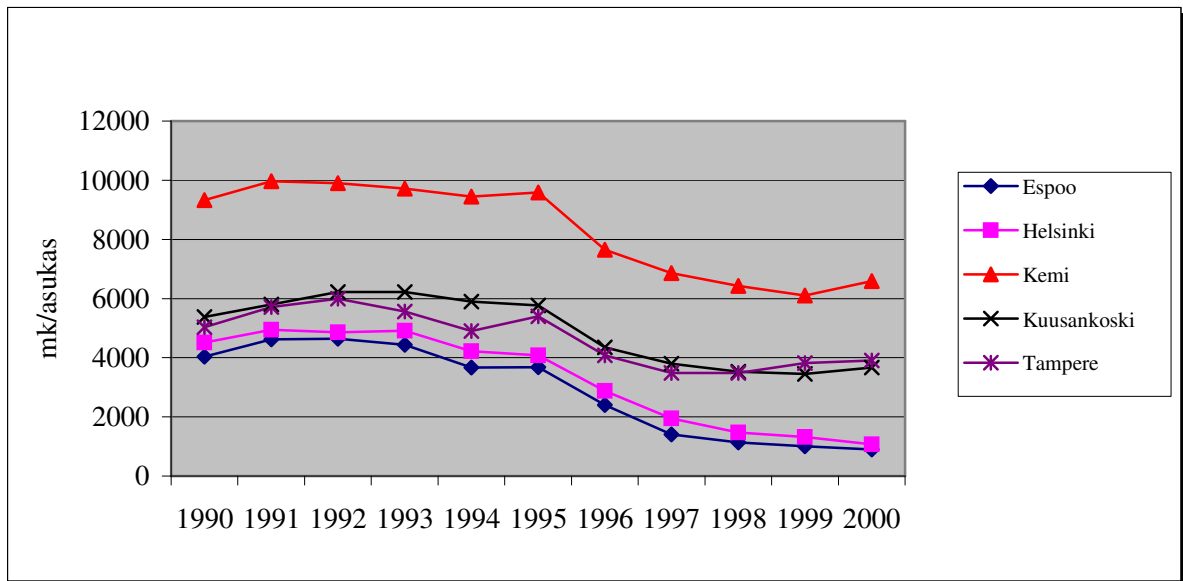
Hatanpään sairaala

Liite 8. Verotulojen (mk/asukas) kehitys tutkimuskaupungeissa vuosina 1990-2000



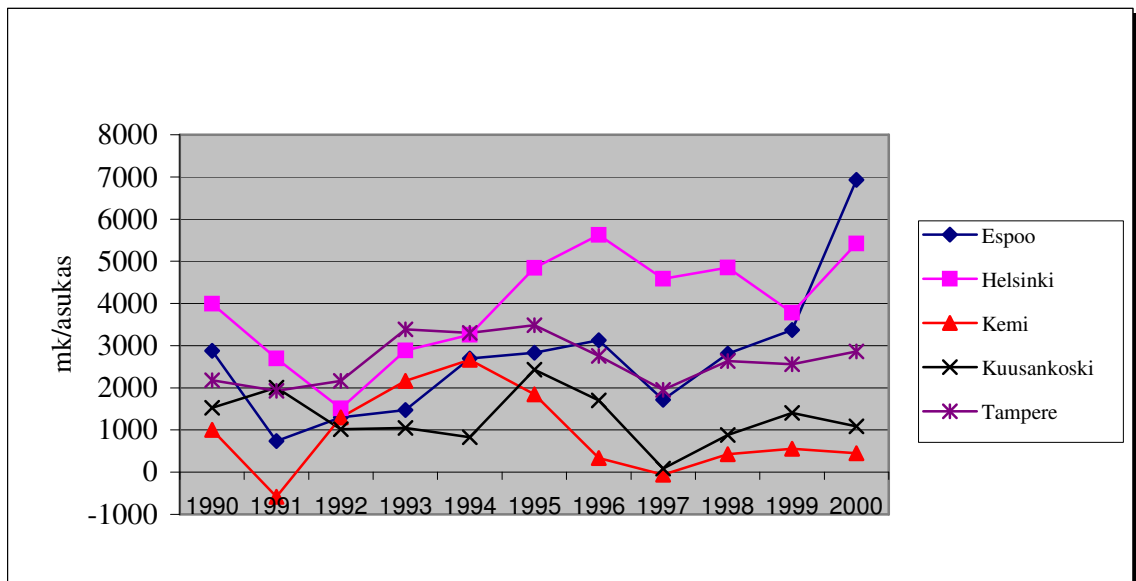
Lähde: Kuntien tunnuslukutiedosto (2002). Suomen Kuntaliitto.

Liite 9. Käyttötalouden valtionosuudet tutkimuskaupungeissa vuosina 1990-2000



Lähde: Kuntien tunnuslukutiedosto (2002). Suomen Kuntaliitto.

Liite 10. Vuosikate (mk/asukas) tutkimuskaupungeissa vuosina 1990-2000



Lähde: Kuntien tunnuslukutiedosto (2002). Suomen Kuntaliitto 2003.

Liite 11. Perusterveydenhuollon (poislukien hammashuolto) käyttökustannukset asukasta kohti (mk/asukas)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	kasvu
Espoo	1365	1195	1263	1317	1371	1369	1217	1240	1497	132
Helsinki	2395	2638	2611	2712	2465	2420	2520	3073	3044	649
Kemi	1809	1859	1935	1992	1941	1894	1963	2198	2467	658
Kuusankoski	1556	1567	1678	1790	1830	2011	2166	2298	2498	942
Tampere	1744	1862	1971	2039	2033	2097	2262	2164	2072	328
Koko maa	1827	1858	1904	1995	2051	2093	2144	2277	2412	585

Lähde: SOTKA-tietokanta 2003

Liite 12. Muutokset perusterveydenhuollon (poislukien hammashuolto) käyttökustannuksissa (mk/asukas) vuosina 1993-2001

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Korkein kustannus	2395	2638	2611	2712	2465	2420	2520	3073	3044
Alin kustannus	1365	1195	1263	1317	1371	1369	1217	1240	1497
Ero	1030	1443	1348	1395	1094	1051	1303	1833	1547

Lähde: SOTKA-tietokanta 2003

Liite 13. Kuvailevat tunnusluvut v.1993. Vastausten lukumäärä, keskiarvo ja keskihajonta

		N	Keskiarvo	Keskihajonta
Ajan saanti	Espoo	697	3,75	1,281
	Helsinki	1106	3,59	1,340
	Kemi	207	3,98	1,153
	Kuusankoski	186	3,66	1,344
	Tampere	713	3,55	1,365
	Yhteensä	2909	3,65	1,324
	Kulkuyhteydet	Espoo	683	4,06
Helsinki		1084	4,47	,843
Kemi		196	4,04	1,125
Kuusankoski		172	4,21	1,088
Tampere		689	3,83	1,224
Yhteensä		2824	4,17	1,100
Jonotusaika		Espoo	689	3,43
	Helsinki	1082	3,52	1,310
	Kemi	197	3,65	1,337
	Kuusankoski	182	3,52	1,312
	Tampere	694	3,34	1,383
	Yhteensä	2844	3,46	1,351
	Henkilökunnan käytös	Espoo	690	4,11
Helsinki		1094	4,09	1,100
Kemi		205	3,96	1,294
Kuusankoski		184	4,15	1,043
Tampere		698	3,97	1,179
Yhteensä		2871	4,06	1,120
Hoidon laatu		Espoo	687	3,92
	Helsinki	1088	3,94	1,125
	Kemi	195	3,87	1,166
	Kuusankoski	182	3,85	1,170
	Tampere	690	3,95	1,106
	Yhteensä	2842	3,93	1,139
	Tutkimusten laatu ja määrä	Espoo	680	3,81
Helsinki		1076	3,84	1,137
Kemi		197	3,71	1,196
Kuusankoski		182	3,73	1,244
Tampere		686	3,80	1,153
Yhteensä		2821	3,81	1,157
Lääkkeiden saanti		Espoo	665	4,09
	Helsinki	1058	4,03	1,019
	Kemi	196	4,23	,909
	Kuusankoski	180	4,32	,863
	Tampere	670	4,02	,968
	Yhteensä	2769	4,08	,985
	Hoitotarvikkeiden saanti	Espoo	643	3,83
Helsinki		1017	3,82	,969
Kemi		186	3,95	,960
Kuusankoski		168	4,04	,918
Tampere		646	3,79	,965
Yhteensä		2660	3,84	,965
Terveyskeskuksen tilat		Espoo	686	4,18
	Helsinki	1090	4,16	,985
	Kemi	201	3,88	1,127
	Kuusankoski	180	4,44	,687
	Tampere	687	4,13	,918
	Yhteensä	2844	4,16	,963

Liite 14. Kuvailevat tunnusluvut v.1997. Vastausten lukumäärä, keskiarvo ja keskihajonta

		N	Keskiarvo	Keskihajonta
Ajan saanti	Espoo	1323	3,57	1,200
	Helsinki	1284	3,74	1,120
	Kemi	149	3,83	1,081
	Kuusankoski	202	3,29	1,296
	Tampere	657	3,53	1,247
	Yhteensä	3615	3,62	1,188
Kulkuyhteydet	Espoo	1309	3,99	1,064
	Helsinki	1264	4,46	,777
	Kemi	141	4,09	1,055
	Kuusankoski	188	3,79	1,073
	Tampere	640	3,93	1,069
	Yhteensä	3542	4,14	1,002
Jonotusaika	Espoo	1309	3,24	1,241
	Helsinki	1273	3,49	1,138
	Kemi	145	3,45	1,136
	Kuusankoski	195	2,99	1,229
	Tampere	647	3,20	1,266
	Yhteensä	3569	3,32	1,214
Henkilökunnan palvelualttius	Espoo	1321	3,78	1,005
	Helsinki	1281	3,82	1,018
	Kemi	148	3,89	1,072
	Kuusankoski	199	3,86	,954
	Tampere	653	3,76	1,009
	Yhteensä	3602	3,80	1,010
Hoidon laatu	Espoo	1314	3,79	,968
	Helsinki	1273	3,87	,959
	Kemi	146	3,82	1,015
	Kuusankoski	199	3,79	,950
	Tampere	652	3,73	,987
	Yhteensä	3584	3,81	,970
Tutkimuksen laatu ja määrä	Espoo	1311	3,67	1,007
	Helsinki	1261	3,71	,993
	Kemi	145	3,59	1,017
	Kuusankoski	197	3,60	,993
	Tampere	646	3,61	1,019
	Yhteensä	3560	3,67	1,004
Lääkkeiden saanti	Espoo	1271	3,89	,887
	Helsinki	1215	3,94	,859
	Kemi	143	4,07	,861
	Kuusankoski	197	3,93	,918
	Tampere	628	3,92	,870
	Yhteensä	3454	3,93	,875
Hoitotarvikkeiden saanti	Espoo	1220	3,64	,838
	Helsinki	1163	3,66	,831
	Kemi	139	3,86	,856
	Kuusankoski	178	3,74	,825
	Tampere	599	3,67	,875
	Yhteensä	3299	3,67	,843
Terveyskeskuksen tilat	Espoo	1316	3,75	,929
	Helsinki	1276	3,95	,889
	Kemi	145	4,08	,862
	Kuusankoski	199	4,08	,681
	Tampere	650	3,90	,947
	Yhteensä	3586	3,88	,910

Liite 15. Kuvailevat tunnusluvut v.2001. Vastausten lukumäärä, keskiarvo ja keskihajonta

		N	Keskiarvo	Keskihajonta
Ajan saanti	Espoo	1140	3,52	1,229
	Helsinki	803	3,72	1,099
	Kemi	125	3,20	1,238
	Kuusankoski	166	3,64	1,270
	Tampere	575	3,59	1,188
	Yhteensä	2809	3,59	1,193
Kulkuyhteydet	Espoo	1122	4,06	1,030
	Helsinki	792	4,37	,853
	Kemi	124	4,03	1,004
	Kuusankoski	152	4,04	1,022
	Tampere	565	4,04	1,010
	Yhteensä	2755	4,14	,986
Jonotusaika	Espoo	1129	3,32	1,197
	Helsinki	785	3,54	1,128
	Kemi	124	2,73	1,237
	Kuusankoski	163	3,30	1,223
	Tampere	565	3,28	1,250
	Yhteensä	2766	3,35	1,203
Henkilökunnan palveluaittius	Espoo	1129	3,78	1,017
	Helsinki	799	3,95	,984
	Kemi	123	3,59	1,137
	Kuusankoski	161	3,81	1,020
	Tampere	569	3,86	1,027
	Yhteensä	2781	3,84	1,019
Hoidon laatu	Espoo	1129	3,78	1,012
	Helsinki	797	3,86	1,007
	Kemi	124	3,73	1,023
	Kuusankoski	163	3,67	,974
	Tampere	571	3,81	1,037
	Yhteensä	2784	3,80	1,015
Tutkimuksen laatu ja määrä	Espoo	1117	3,68	1,011
	Helsinki	793	3,73	1,018
	Kemi	122	3,51	1,070
	Kuusankoski	160	3,61	,972
	Tampere	566	3,68	1,040
	Yhteensä	2758	3,68	1,020
Lääkkeiden saanti	Espoo	1078	3,93	,883
	Helsinki	771	3,98	,891
	Kemi	121	4,05	,762
	Kuusankoski	158	3,97	,801
	Tampere	554	3,97	,863
	Yhteensä	2682	3,96	,871
Hoitotarvikkeiden saanti	Espoo	1027	3,63	,844
	Helsinki	729	3,72	,867
	Kemi	114	3,75	,881
	Kuusankoski	149	3,67	,826
	Tampere	528	3,72	,886
	Yhteensä	2547	3,68	,861
Terveyskeskuksen tilat	Espoo	1130	3,67	,994
	Helsinki	797	3,96	,901
	Kemi	124	4,06	,824
	Kuusankoski	159	3,96	,798
	Tampere	570	3,94	,895
	Yhteensä	2780	3,85	,941