

MARKKINAPERSPEKTIIVI SUOMEN JA RUOTSIN PÄIHDEHUOLTOON

Yksityisillä instituutioilla on aina ollut sijansa päihteiden väärinkäyttäjien kuntoutuksessa ja erityisesti laitoshoidossa sekä Suomessa että Ruotsissa. Ensimmäiset hoitolaitokset, jotka olivat tarkoitettuja köyhille alkoholisteille, olivat hyväntekeväisyisyhdistysten perustamia. Yksityiset hoitolaitokset sulautuivat kuitenkin vähitellen kasvavaan julkiseen hoitojärjestelmään. Alkoholismin hoitoa koskeva laki tuli voimaan Ruotsissa vuonna 1913 ja Suomessa Ruotsin mallia seuraten vuonna 1936. Lakien tullessa voimaan kummankin maan yksityiset hoitolaitokset olivat jo siirtyneet julkiseen omistukseen tai muuten tulleet täysin riippuvaisiksi julkisesta rahoituksesta.

Yksi pohjoismaisen hyvinvointivaltion kulkemaviä toisen maailmansodan jälkeisestä ajasta lähtien on ollut viranomaisten kantama vastuu terveyden- ja sosiaalihuollon järjestämisestä. Yksityisen voitontavoittelun ja markkinamekanismin vaikutukset ovat siis tällä alalla olleet marginaalisia (Rosenqvist & Kurube 1992).

Päihdehuoltojärjestelmissä on kuitenkin tapahtunut useita tärkeitä muutoksia 1980-luvulla.

Ensimmäinen muutos oli se, että vastuu päihteiden väärinkäyttäjien hoidosta siirrettiin kunnalliselle tasolle. Tämä on johtanut hoitojärjestelmien vaihtelevuuteen, ja tästä johtuen on myös hankalampi luoda kokonaiskuva kummankin maan järjestelmien kehityksestä.

Toiseksi laitoshoidon järjestelmä kasvoi nopeasti erityisesti vuosisadan jälkimmäisellä puoliskolla. Kasvu oli noin 35–45 prosenttia sekä Suomessa että Ruotsissa.

Kolmanneksi yksityisten laitosten osuus kasvoi. Tämä oli erityisen näkyvää Ruotsissa, jossa ilmestyi myös liiketaloudelliselta perustalta toimivia hoitolaitoksia, jotka jatkuvasti kasvattivat osuuttaan tuotetuista palveluista.

Hyvinvointivaltion kriisi 1990-luvun laman aikana on pysäyttänyt kasvun myös alkoholismin hoidossa. Seuraukset ovat olleet erilaisia julkiselle ja yksityiselle hoitosektorille Suomessa ja Ruotsissa (taulukot 1 ja 2).

Vaikka sekä Ruotsi että Suomi ovat pohjoismaisia hyvinvointivaltioita, näiden yhteiskuntien välillä on eroja suhtautumisessa alkoholisteihin ja heidän hoitamiseensa. Näyttää esimerkiksi siltä, että henkeä kohti Ruotsissa annetaan pyöreästi kymmenen kertaa enemmän alkoholin käyttöön liittyvää psykiatrista laitoshoidoa kuin Suomessa (Nordisk alkoholstatistik 1987–1991, 1993, taulukko 9). Alkoholistien psykiatrinen hoito on kuitenkin vähenemässä Ruotsissakin. Toisaalta juopumuspidätykset ovat kolme kertaa yleisempiä Suomessa kuin Ruotsissa. (Nordisk alkoholstatistik 1987–1991, 1993, taulukko 6). Edelleen erona on, että alkoholistien avohoito on Suomessa organisatorisesti ja ideologisesti yhtenäisempää kuin Ruotsissa.

Kuitenkin molemmissa maissa on tähän asti päihdehuollolle eniten aiheuttanut kustan-

Taulukko 1. Aikuisille päihteiden väärinkäyttäjille tarkoitetut laitoshoitopaikat Ruotsissa vuosina 1982, 1987, 1990 ja 1993, vuodepaikkojen lukumäärät ja prosenttiosuudet

omistaja	1982		1987		1990		1993	
	lkm	%	lkm	%	lkm	%	lkm	%
julkinen taho	4 857	87	3 494	59	3 622	47	3 415	44
yksityinen	737	13	2 456	41	4 158	53	4 397	56
– voittoa tavoittelematon	705	12,5	2 041	34	2 933	37	2 583	33
– liiketaloudellinen	32	0,5	415	7	1 255	16	1 814	23
yhteensä	5 594		5 950		7 780		7 812	

Lähteet: SoS-rapport 1991: 27, 28; Suullinen keskustelu Gerd Skansin (Socialstyrelsen) kanssa toukokuussa 1993

Taulukko 2. Julkiset ja yksityiset katkaisuhuoltoasemat, kuntoutuslaitokset ja asumispalveluyksiköt aikuisille päihteiden väärinkäyttäjille Suomessa vuosina 1985, 1988, 1991 ja 1993, vuodepaikkojen lukumäärä ja prosenttiosuus kaikista vuodepaikoista

omistaja	1985		1988		1991		1993	
	lkm	%	lkm	%	lkm	%	lkm	%
julkinen taho	1 944	70	2 238	55	2 344	55	2 091	55
yksityinen	852	30	1 814	45	1 920	45	1 756	46
– voittoa tavoittelematon	852	30	1 814	45	1 900	44,5	1 736	45,5
– liiketaloudellinen	0	0	0	0	20	0,5	20	0,5
yhteensä	2 796		4 052		4 264		3 847	

Lähteet: Alkohol- och narkotikaproblem?, 1985, 1988 & 1991; Päihdehuollon erityispalvelut, 1993

nuksia laitoshoido. Näin ollen hoitojärjestelmää tarkasteltaessa markkinoina vaikuttaa laitoshoidon pitäytyminen kohtuulliselta.

Alkoholisteille hoitoa tarjoavat laitokset jakautuvat Suomessa kahteen pääryhmään: julkisiin ja voittoa tavoittelemattomiin yksityisiin. Suurin osa julkisista laitoksista on kuntien omistuksessa. Yksityisiä laitoksia on karkeasti ottaen kahdentyypisiä. Osa on säätiöiden ylläpitämiä, ja ne käyttävät toiminnassaan usein korkeata ammatillista profiilia ja

etsivät aktiivisesti uusia hoitomalleja. Hyvän-tekeväisyysjärjestöjen tai entisten alkoholistien tai heidän omaistensa ylläpitämät laitokset ovat kuitenkin lukuisampia. Nämä laitokset eivät yleensä panosta samalla tavalla professionaalisuuteen. Ensimmäinen liiketaloudelliselta pohjalta toimiva laitos rekisteröitiin Suomessa vasta vuonna 1991. Tässä yhteydessä voidaan pohtia, saavuttiko Suomi vuonna 1991 jossain mielessä saman vaiheen, jonka Ruotsi oli saavuttanut vuonna 1982, mutta

merkittävää on, että tämä tapahtui taloudellisesti kovin erilaisessa tilanteessa.

Ruotsin julkiset laitokset ovat kuntien tai läänien ylläpitämiä. Suurin osa voittoa tavoittelemattomista laitoksista Ruotsissa korostaa ammattimaisuutta; hyväntekeväisyysjärjestöillä ei ole yhtä merkittävä asema kuin Suomessa. Liiketaloudelliselta perustalta toimivia laitoksia on monentyyppisiä alkaen hyvin pienistä, yhden tai kahden yksityisen omistajan ylläpitämistä aina muutamiin isoihin laitoksetjuihin, joiden rahoitus on yhteydessä yksityisiin terveydenhuoltoalan yhtiöihin tai muihin yrityksiin.

Erytisesti Ruotsissa käyttöön otettujen markkinaohjausmallien takia erot julkisten, voittoa tavoittelemattomien yksityisten ja liiketaloudelliselta pohjalta toimivien yksityisten laitosten toiminnassa ovat vähitellen pienentyneet. Tästä huolimatta vaikuttaa kohtuulliselta käsitellä näitä kolmea tyyppiä erikseen.

Laitoshoidon lisääntyminen tai yksityistyminen, ainakaan siinä mitassa kuin sitä on tapahtunut, ei ollut erityisenä tavoitteena Suomen eikä Ruotsin alkoholihaittojen hoitosuunnitelmissa 1980-luvulla. Suunnittelun painopiste oli ennemminkin avohoidon kehittämisessä ja varhaisessa hoitoon ohjaamisessa (Rosenqvist & Stenius 1986).

Lainsäädännön mukaan alan tulisi edelleen olla julkisen sektorin dominoima ja julkisen valvonnan alaisena. Tätä linjaa vastaan toimittiin kuitenkin eri tavoin molemmissa maissa. Ruotsissa tehtiin muutoksia valtion alkoholihaittojen hoidon tukijärjestelmään, mikä avasi uusia mahdollisuuksia paikallisilla hoitomarkkinoilla. Näitä mahdollisuuksia käyttivät pääasiassa yksityiset samalla, kun monia julkisia laitoksia suljettiin (Stenius 1988). Suomessa alettiin tukea yksityisiä alkoholihaittojen hoitoa tarjoavia järjestöjä. Varat saatiin Raha-automaattiyhdistykseltä.

Odottamaton ja ei-toivottu laitoshoidon kasvu ja yksityistyminen, joka oli varsinkin Ruotsissa paljon voimakkaampaa kuin oli ollut tarkoitus, osoittaa, että tilanne ei ole ollut

valtiovallan kontrollissa.

Voidaan tietenkin kysyä, voiko alkoholisti- en hoitojärjestelmien kehitys koskaan olla täysin hallittavissa. Kuitenkin näyttää siltä, että poliitikoilla ja viranomaisilla on vaikeuksia hallita tilannetta, jossa yksityisillä toimijoilla on yhä enemmän jalansijaa, tai, että markkinamalli sinänsä luo ongelmia.

TALOUSKRIISI JA MARKKINAMALLIT

Suomi ja Ruotsi yrittävät nyt ratkaista hyvinvointivaltion taloudellista kriisiä vastaavalla tavalla kuin Yhdysvallat ja Englanti 80-luvulla eli turvautumalla malleihin, joissa ohjausvaltaa siirretään markkinavoimille. Julkisten hoitolaitosten pitäisi kilpailla yksityisten kanssa ”sekalaisilla markkinoilla” (mixed market). Hoidon rahoitus säilytetään kuitenkin pääosin julkisena (Saltman & von Otter 1992).

Markkinavetoisia malleja on puolustettu pääosin taloudellisin perustein: kilpailu johtaa suurempaan tehokkuuteen ja alhaisempiin kustannuksiin. Toinen argumentti on ollut, että markkinamallit suovat palvelujen käyttäjille suuremman vapauden valita erilaisten hoitomuotojen ja hoidon tuottajien välillä.

Ruotsissa monet kunnat, jollei jopa enemmistö kunnista, ovat organisoineet omat alkoholi- ja huumehaittojen hoitoyksikkönsä erillisiksi tulosvastuuyksiköiksi, joilla jokaisella on oma erillinen taloushallintonsa. Taloudellinen vastuu on siirretty alemmille hallintoportaille kunnissa (ks. esim. Revisionsrapport 1991). Suomessa kehitys ei ole mennyt aivan näin pitkälle, mutta Helsinki on aikeissa ottaa käyttöön tilaaja–tuottaja-mallin vuonna 1995 (Päihdehuollon strategiat..., 1993), ja kaikki julkiset hoitoyksiköt toimivat jo nyt tulosvastuun periaatteella.

Käsittelen seuraavaksi muutamia markkinamallin piirteitä ja ongelmia, joihin on törmätty, kun sitä on sovellettu päihdehuollon kenttään näissä kahdessa maassa.

EPÄTYDYTTÄVÄT JA ENNALTA ARVAAMATTOMAT MARKKINAT

Markkinatalousmallin käyttöönottoon tiedetään liittyvän isoja ongelmia sellaisella alueella kuin päihteen väärinkäyttäjien hoito.

Puhtaassa markkinamallissa ei ole mitään sääntöjä, jotka velvoittaisivat jonkin palvelun tuottamiseen tai määräisivät, miten tuo palvelu pitää tuottaa, tai sanoisivat, että kuluttajalla on oikeus vaikuttaa sen tuottamiseen.

Toisin on esimerkiksi päihdehuollossa. Ruotsin sosiaalilainsäädäntö edellyttää, että kunnat pitävät saatavilla sellaisia päihteen väärinkäyttäjien hoito- ja tukipalveluita kuin kunnan asukkaat tarvitsevat. Edelleen asiakkaalla on velvollisuus osallistua tarpeelliseen hoitoon mutta myös oikeus valita haluamansa hoito (Revisionsrapport 1991, sammanfattning). Ruotsin lainsäädäntö on siis hyvin pitkälle menevä. Yksilön oikeudet saada apua ja juuri haluamaansa apua on eritelty. Tämä lain muotoilu on itse asiassa nähty yhdeksi syyksi laitoshoidon kasvuun ja myös yksityisten laitosten kukoistukseen (Ågren 1992). Kunnat eivät ole pystyneet asettamaan hoitotarpeelle rahallista ylärajaa.

Suomen päihdehuoltoa koskeva laki velvoittaa kuntia huolehtimaan siitä, että päihdehuolto järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. Tämä muotoilu on paljon yleisempi kuin ruotsalainen ja avoin erilaisille rahoitus- ja poliittisille tulkinnoille. Nykyisen laman aikana hoitojärjestelmissä tehdyt leikkaukset ovat olleet paljon dramaattisempia Suomessa kuin Ruotsissa, ehkä muun muassa tämän takia.

Jonkin hoidon saatavuus ei Ruotsissa eikä Suomessa voi olla riippuvainen siitä, onko sen tuottaminen kannattavaa. Edelleen, lainsäädännön mukaan, kokonaisvastuuta hoidon järjestämisestä ei voida antaa yksityisille taholle tai vapaasti markkinamekanismin säädeltäväksi.

Yleinen sääntö terveyden- ja sosiaalihuollon alueella on, että yksityinen sektori keskit-

tyy verrattain yksinkertaisiin ja kustannuksiltaan edullisiin palveluihin ja jättää monimutkaisemmat ja kalliimmat toiminnot julkiselle sektorille (vrt. Salavuo 1992; Schlesinger & al. 1987). Tämä on nähtävissä erityisen selvästi voittoa tavoittelevien laitosten toiminnassa.

Tuntuu kohtuulliselta väittää, että yksityistäminen alkoi Ruotsissa 80-luvulla alueilta, joilla ammatillisen erikoistumisen vaatimukset olivat melko pieniä. Yleisesti päihteen väärinkäyttäjien hoidon ei katsota vaativan kovin pitkälle menevää ammatillista erikoistumista, ja ainakin Ruotsissa on todettu nimenomaan tämän alan kokeneen ”vuosisadan yksityistämisen” (SoS-rapport 1991:27). Suomessa on päihdehuollon sisällä yksityistetty lähinnä asumispalveluyksiköjä, jotka – toisin kuin katkaisuhoidoasemat ja kuntoutuslaitokset – yleensä eivät pyri tarjoamaan erikoistunutta kliinistä hoitoa. (Minnesota-malli, joka Ruotsissa on ollut yksityistämisen lippulaiva, on ollut haaste perinteisten hoitosuuntien edustajien ammattitaidolle ja tehnyt tilaa maallikkujen ylläpitämille laitoksille, vaikkakin toisaalta monissa Minnesota-mallin mukaisesti toimivissa laitoksissa on ammatillisesti erittäin pätevä henkilökunta.)

Samanaikaisesti kun hoitosektori laajeni ja yksityistyi Ruotsissa 80-luvun loppupuoliskolla, viranomaiset toivat jatkuvasti esille huolensa siitä, että kaikkein vaikeaongelmaisimmille väärinkäyttäjille ei ole riittäviä hoitomahdollisuuksia. ”Raskaansarjan” väärinkäyttäjille tarkoitettujen hoitopaikkojen määrä putosi. Uudet, yksityiset laitokset olivat ensisijaisesti kiinnostuneita väärinkäyttäjistä, joilla vielä oli sosiaalisia siteitä jäljellä (SOU 1987:22, 93). Avainasemassa olevat viranomaiset yrittivät toimia tätä kehitystä vastaan järjestämällä muutoksia valtion tukijärjestelmään, mutta vuosikymmenen lopulla valtioneuvoston tarkastusvirasto tuli siihen tulokseen, että tukijärjestelmä oli ollut kykenemätön ohjaamaan tai asettamaan rajoja päihteen väärinkäyttäjien hoitojärjestelmien muodoille paikallisella tasolla (SOU

1992:18). Näyttää siltä, että markkinoilla oli oma logiikkansa.

Päihdehuoltomarkkinoiden epätydyttävä toiminta kytkeytyy kysynnän määrittelyyn.

Puhtaassa markkinatilanteessa kysyntä on ilmausta asiakkaiden tarpeista. Hoitomarkkinat ja palvelumarkkinat yleensä toimivat eri tavalla. Hoitopalvelun tuottaja on suuressa määrin myös hoidon tai huolenpidon tarpeen määrittelijä (vrt. Kotler & Clarke 1987). Lääkäri, sosiaalityöntekijä tai laitos on se, joka määrittelee ongelman ja sanoo, miten sitä on hoidettava.

Niinpä tällaisiin markkinoihin on sisäänrakennettuna hoidon ylikulutuksen vaara. Hoidon maksaja (kunta) tai kuluttaja ei päättää tuotteen määrästä vaan ennemminkin palvelun tarjoaja. Tähän ongelmaan ovat myös suunnittelijat Ruotsissa kiinnittäneet huomiota (Ds 1992:108, 53). Tilanteessa, jossa yksityisillä palvelujen tuottajilla on dominoiva markkina-asema – kuten Ruotsissa –, julkisen tahon mahdollisuudet hallita tilannetta ovat rajoitetut siitä huolimatta, että se toimii rahoittajana.

Hoitotarpeen määrittely on monisäikeistä ja vaihtelevaa. 80-luku oli sekä Suomessa että Ruotsissa hyvinvointivaltion laajenemisen aikaa. Laajeneminen oli hitaampaa Ruotsissa, mutta lähtötaso olikin siellä korkeampi (Marklund 1988, 35–41). Palvelukoneiston ratkaistavaksi tulevien ongelmien kirjo kasvoi. Myös juomisongelmiin liittyvien hoitotarpeiden määrittely laaja-alaisesti Suomessa kuin Ruotsissa. Perinteisen kohderyhmän, varattomien alkoholistien, ohella pyrittiin hoitamaan myös paljon isompaa joukkoa ongelmajoujia ja suurkuluttajia, jotka vielä olivat työssä ja joilla oli perhesiteitä tallalla (Rosenqvist & Stenius 1986). Hoidon kokonaiskysyntä kasvoi. Yksityiset palvelujen tuottajat pystyivät erityisesti Ruotsissa hyötymään nopeasti kasvavien markkinoiden tarjoamista mahdollisuuksista (ks. taulukko 1). Tämä tuntuu olevan yleinen sääntö. Tutkimuksessa (Schlesinger & al. 1987), joka käsittelee julkisten, voittoa tavoittelemattomien ja liiketa-

loudellisin periaattein toimivien tahojen suhteita Yhdysvaltojen terveydenhuollossa tällä vuosisadalla, on kiinnitetty huomiota siihen, että yksityisellä sektorilla liikkuvuus on suurempi, hallinnollinen painolasti pienempi ja uusien pääomien hankkiminen helpompaa kuin julkisella sektorilla.

Laitoshoidon kysyntä on vähentynyt viime vuosien aikana sekä Suomessa että Ruotsissa (vrt. Mäki 1992; Begler & al. 1992). Hoitopaikkojen käyttöasteen pieneneminen on tullut merkiksi ylikapasiteetista ja laitosten sulkeminen merkiksi markkinamekanismin toimivuudesta. Vielä on kuitenkin mielestäni avoinna kysymys, kuinka paljon tällä kehityksellä on tekemistä väestön hoitotarpeen todellisen muuttumisen kanssa. Kysyntä ei ole tässä tapauksessa sama kuin tarve. Kysyntä ilmentää kulloisiakin asenteita ja poliittisia katsantokantoja, samoin kuin siihen vaikuttavat (lyhyen aikavälin) hoitokustannukset ja hoidon vaihtoehtojen tarjonta (vrt. SOU 1992:18, 59). On selvää, että ainakaan kaikki tarpeet eivät tule tyydytetyiksi yhtä hyvin nyt laman aikana kuin aikaisemmin ja että sosiaalisesti syrjäytyneet kärsivät tästä eniten (vrt. Ågren 1992).

Hoitopalveluiden yleinen yli- ja alitarjonta näyttävät olevan sellaisia ongelmia, joita ei voida ratkaista kilpailun ja markkinamallien avulla.

Sen sijaan näyttää perustellulta pelätä, että kokonaisvaltainen suunnittelu tulee vieläkin hankalammaksi kilpailutilanteessa ja tilanteessa, jossa yksityisillä hoidontuottajilla on huomattava markkinaosuus. Suunnittelun ongelmat tulevat erityisen näkyviksi taloudellisen kriisin aikana. Yksi tähän vaikuttava tekijä on se, että useat yksityiset hoidontuottajat ovat melkein kokonaan riippuvaisia yhdestä, julkisesta tilaajasta. Jos tämä tilaaja irtisanoo sopimuksensa, esimerkiksi säästöjen vuoksi, laitos on heti suurissa vaikeuksissa.

Vaikka vähemmän yksityistyneessä Suomessakin tehdään nyt laajoja leikkauksia, niin kaikkalainen epävakaisuus on vielä suurempaa Ruotsin hoitomarkkinoilla. Taulukko

Taulukko 3. Vastaperustetut (+) ja suljetut (-) Minnesota-mallin mukaan toimivat laitokset Ruotsissa vuosina 1985–1993 ylläpitäjän tyyppin mukaan luokiteltuna

ylläpitäjä	1985		1987		1989		1991		1993	
	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-
julkinen	1		10	0	6	3	4	1	3	5
voittoa tavoittelematon			4	0	3	1	5	0	1	4
liiketaloudellinen			4	0	14	0	15	6	11	8
yhteensä	1		18	0	23	4	24	7	15	17
kumuloiuvasti	1		1+18 = 19		19+23-4 = 38		38+24-7 = 55		55+15-17 = 53	

Lähteet: Förteckning över hem..., 1985; Förteckning över hem..., 1987, 1989, 1991 och 1993

3 kuvaa Minnesota-mallin mukaan toimivien laitosten perustamista ja sulkemista Ruotsissa vuodesta 1985 – jolloin ensimmäinen perustettiin – nykypäivään saakka. Se kuvaa osaltaan myös liikkuvuutta päihdehuolto-markkinoilla.

Tällainen liikkuvuus ehkä voidaan nähdä osoituksena siitä, että markkinat toimivat niin kuin pitäisi. Kuitenkin on myös totta, että laitoksen sulkeminen voi merkitä asiantuntemuksen menetystä, terapettisten siteiden katkaisemista tai jonkin erikoishoidon lopettamista kokonaan.

ALENTAAKO KILPAILU KUSTANNUKSIA?

Pääargumentti markkinamallien ja kilpailun puolesta on ollut taloudellisuus ja tehokkuus.

Suomen ja Ruotsin kehitystä tarkasteltaessa eivät taloudelliset säästöt näytä olevan yksityisten ja julkisten palvelujen tuottajien välisen kilpailun itsestään selviä seurauksia. Ruotsalaisen sairaanhoidon vaihtoehtoisia toimintamuotoja käsittelevän raportin (Ds 1992:108, 53) mukaan kilpailun ja yksityisten palvelujen tuottajien ei odotetakaan lyhyellä aikavälillä saavan aikaan säästöjä sosia-

lisektorilla vaan ennemminkin ”laadullista parantumista”. Pitkällä aikavälillä tämän toivotaan synnyttävän julkisissa laitoksissa paineita kulujen alentamiseen ja tehokkuuden lisäämiseen.

Vasta talouden laman myötä Ruotsin kuntia alkoi kiinnostaa päihdehuollon hinnoittelu. Nykyisin sosiaalityöntekijöitä kehoitetaan käymään neuvotteluja myös hintatasosta laitosten kanssa (vrt. Begler & al. 1992).

Jos kilpailu nimetään tieksi yhteiskunnan säästöihin hoidon alalla, niin julkisen – eikä yksityisen – sektorin on kannettava vastuu kilpailutilanteen säilymisestä. Kunnalle saat-
taa olla ”kannattavaa” ylläpitää omaa laitosta – vaikkei toiminta itsessään olisikaan taloudellisesti järkevää – yksinkertaisesti luomaan taloudellisia paineita yksityisille palvelujen tuottajille, jotka monopoliasemassa voisivat nostaa hintoja. Mutta onko tämä poliittisesti tai laman aikana taloudellisesti mahdollista? Tukholman sosiaalilautakunta on nyt painottanut kaupungin omien laitosten käyttöä, koska ”ei ole järkevää maksaa kaksinkertaista hintaa maksamalla samaan aikaan sekä kaupungin ylläpitämälle laitokselle että yksityiselle laitokselle, johon asiakas on sijoitettu” (SoN 1992-09-07, 20). Suomessa esitetään

samansuuntaisia argumentteja. Laitokset, joihin leikkaukset tällä hetkellä kohdistuvat, eivät ole kaikkein kalleimpia vaan niitä, joilta kunnat ostavat palveluita (Mäki 1992, taulukko 8 ja 12).

Tästä huolimatta ei näytä siltä, että yksityisten palvelujen tuottajien osuus olisi pienentynyt laman myötä Suomessa tai Ruotsissa.

Yksi hintakilpailuun sisältyvä riski on se, että hinnasta tulee liian tärkeä tekijä hoitoa valittaessa ja että sen painottaminen peittää alleen haluttavan vaikutuksen arvioinnin. Halpa mutta väärin valittu hoito saattaa vain siirtää kustannukset myöhempään ajankohtaan tai siirtää ne kunnan jollekin toiselle kustannuspaikalle. Tukholman kaupungin tilintarkastusviraston (Revisionsrapport 1991) mukaan markkinamallien perustana ovat kapea-alaisuus ja toimenpiteet, joilla on yksinkertaiset, mitattavissa olevat vaikutukset. ”Sosiaalilainsäädännössä puhutaan yhteiskunnan ulkopuolelle jäämisestä, syrjinnästä, köyhyydestä, kokonaisvaltaisuudesta tai yksilöstä, sosiaaliturvasta, elämänlaadusta jne. On suuri vaara, että hoitovaikutukset, joita on vaikea esittää yhtenäisessä muodossa, jätetään mitattavien tulosten varjoon – –” (Revisionsrapport 1991, 29).

Jotta yhteiskunta saavuttaisi maksimaalisen taloudellisen hyödyn, ei kilpailu markkinoilla riitä, vaan tarvitaan myös vaikutusten arviointia ja kansantaloudellisia laskelmia.

Kilpailu voi johtaa myös korkeampiin hoitokustannuksiin, koska julkiset instituutiot joutuvat, samoin kuin yksityisetkin, käyttämään voimavaroja hinnoitteluun ja markkinointiin. Tukholmalaisilla hoitolaitoksilla on jo nyt oikeus sisällyttää PR-kulunsa hoitomaksuihinsa (Revisionsrapport 1991, 30).

Markkinamallien myötä kilpailu tapahtuu yksityisten ja erityisesti liiketaloudellisiin perusteisiin toimivien palvelujen tuottajien ehdoilla. Ne edustavat markkinoiden logiikkaa, ja niistä tulee myös voittoa tavoittelemattomien ja julkisten laitosten esikuvia.

Jo 1970-luvun lopulla Ruotsin sosialidemokraatit korostivat voittoa tavoittelemattomien järjestöjen ja yhdistysten aktiivisen roolin tärkeyttä pyrittäessä suurempaan joustavuuteen ja demokratiaan yhteiskunnan eri alueilla (Montin 1992, 33). Ruotsissa keskustelu siitä, miten voidaan laajentaa yksilön valinnanvapautta, on jatkunut pitkään eri muodoissa. Ruotsin tämänhetkinen, ei-sosialistinen hallitus vetoaa ”valinnanvapauden vallankumous” -konseptioonsa puhuessaan kilpailusta yksityisten ja julkisten tahojen välillä keinoana antaa kuluttajalle enemmän vaikutusvaltaa.

Kustannuspainotteisessa kilpailumallissa kuluttajien tai palvelujen käyttäjien tarpeet eivät kuitenkaan ole ylimpänä ohjenuorana. Muutosten aikaansaaja ei tässä mallissa ole ongelmajoukoja tai huumeaddikti, joka itse valitsee oman hoitonsa ja vaikuttaa samalla tarjontaan, vaan viranomainen, sosiaalilautakunta, joka istuu rahakirstun päällä ja tekee sopimuksia ja valitsee palvelujen tuottajan tai yrittäjän (ks. Saltman & von Otter 1992, ”sekamarkkinoita” koskeva kritiikki). Tässä mielessä tämä järjestelmä ei vähennä byrokratian vaikutusvaltaa; se vain antaa sille uuden, taloudellisemmin määritellyn toimintaperustan. Valintoja tekevästä asiakkaasta saattaa tulla (tai hän saattaa edelleen olla) asioita mutkistava tekijä, joka ”ei kenties aina valitse halvinta ja parasta vaihtoehtoa” (SoN 1992-09-07).

Kilpailu sinänsä todennäköisesti lisää käyttäjän valinnanvapautta ainoastaan hyvinä aikoina, jolloin rahaa on tarjolla. Siitä todennäköisesti hyötyvät pääasiassa sellaiset väärinkäyttäjät, joiden lähtökohdat ovat suhteellisen hyvät ja joita näin ollen voidaan pitää ”tuottavina sijoituskohteina”.

Oletukseen, että kilpailu toimisi sekä kustannuksia alentavana tekijänä että valinnanvapauden lisääjänä, sisältyy ristiriita. Tukholman kaupungin tilintarkastusvirasto on huomannut tämän päihteiden väärinkäyttäjien

hoidon yhteydessä: ”Hoidon hinnan, odotusajan ja hoitotarjonnan monipuolistamisen välillä on ilmeinen riippuvuus. Pääoma ja henkilöstövoimavarat tulevat sitä paremmin hyödynnettyiksi, mitä suurempi määrä vuoteista tai hoitopaikoista on käytössä, mikä taas mahdollistaa hintojen alentamisen. Eri vaihtoehtojen tarjoaminen, jota on peräänkuulutettu, todennäköisesti nostaisi hintoja. Miten pikaista hoitopäätöstä/hoitotulosta sitten tulisi arvosta suhteessa hoidon hintaan?” (Revisionsrapport 1991, 28).

Sekamarkkinamallin mukainen kilpailu johtaa yhä suurempaan samankaltaistumiseen, kun talouspainotteinen ajattelutapa ja liike-elämän hallintomallit leviävät julkiselle ja voittoa tavoittelemattomalle sektorille. Hoidon suuntaukset ja kohderyhmät saattavat tulla myös yhtenäisemmiksi.

Lopullinen vastuu ennalta ehkäisevän hoidon, koulutuksen ja erityisesti köyhimpien ja sairaimpien hoidon järjestämisestä on julkisella taholla. Joitakin tai monia näistä toiminnoista ei voida pitää ”tuottavina”, ei ainakaan lyhyellä aikavälillä. Jos jokaisen julkisen laitoksen pitäisi pystyä esittämään ylijäämäinen taloudellinen tulos, niiden pitäisi yksityisten laitosten tavoin keskittyä niihin vääriinkäyttäjryhmiin, jotka helpoimmin saavat hoitonsa maksetuksi. Julkinen sektori on vaarassa tulla yksityisen puolen peilikuvaksi, kuten Richard Saltman ja Casten von Otter (1992) väittävät. Erityisesti matalan tai pysähtyneen hoitokäytön tilanteessa, kuten tämän hetken Suomessa tai Ruotsissa, saattaa olla huono ratkaisu pakottaa päättäjät ajamaan kaikki julkinen hoitotarjonta kustannuskilpailuun, mikäli päämääränä on palvella kaikkien kansalaisten tarpeita. Sen sijaan erityisesti ”ei-kannattavaa” hoitoa tukeviin poliittisiin päätöksiin voisi olla tarvetta (vrt. Schlesinger & al. 1987).

Kun liiketaloudellinen ajattelu dominoi koko sektoria, myös julkista, kun markkinat ovat hyvin epävakaita ja kun raha enemmän kuin laatu näyttää olevan päätöksenteon ohjenuorana, niin julkinen sektori on vaarassa

menettää legitimitettinsä kauaskantoisten poliittisten päämäärien saavuttamisen välillä. Julkisista laitoksista tulee hajanaisen ja epävakaita järjestelmän osia. Saltman ja von Otter (1992) toteavat, että ”yksi sekamarkkinamallin kustannus voi mahdollisesti olla julkisen, yleisen terveydenhoidon tärkeyttä koskevan yksimielisyyden katoaminen”. Koko sosiaaliseksi saattaa kohdata vastaavanlainen legitimitettikriisi.

HOITOTAVOITTEET JA TALOUDELLISET INTRESSIT

Väitetään (Schlesinger & al. 1987), että yksityiset taloudelliset tavoitteet sosiaali- ja terveydenhuollon alalla ovat ristiriidassa hoitoyrityksien kanssa. Liiketaloudellisiin periaattein johdetussa terveydenhuolto- tai hoitoorganisaatiossa taloushallinnollinen porras on asetettu hoitotavoitteiden yläpuolella. Erityisesti jos hoitoammattilaisten ryhmä on heikko, taloudellisella portaalla voi olla paljon vaikutusvaltaa. Siellä, missä ammattimaisen hoidon arvot ja tavoitteet ovat heikosti kehittyneet, liiketaloudellisiin perusteisiin toimivat laitokset voivat ottaa hoitomarkkinoita haltuunsa asiakkaiden kustannuksella, toisin sanoen tarjoamalla ala-arvoista hoitoa. Markkinoiden ohjaamassa järjestelmässä, jossa tarjottavia palveluksia ei ole standardoitu tai etukäteen säännelty, saattaa olla erityisen tärkeää taata hoitotavoitteiden vaikutus, toisin sanoen laatu ja eettisten näkökohtien huomiointi. Tämä kuitenkin edellyttää laajamittaista (julkista) valvontaa.

70- ja 80-luvulla Suomen ja Ruotsin sosiaalitoimistojen sosiaalityöntekijöiden oletettiin roolissaan tarjoavan sekä terapeuttista apua että solidaarisuutta. Nykyisin painotetaan toisenlaisia tekijöitä. ”Käy koko ajan ilmeisemmäksi, että hankintoja koskeva koulutus, tietoinen hintavertailu samanarvoisten hoitovaihtoehtojen välillä tai hintaneuvottelut laitosten kanssa ovat tai tulevat olemaan tärkeitä” (Budget 1993 för Stockholms stad, SoT:8,

198). Sosiaalityöntekijän ammattirooli on supistumassa ja vähitellen saamassa piirteitä kustannus-hyöty-laskijan toimenkuvasta. Hänestä on tulossa portinvarijia, joka määrittelee asiakkaan ongelmat, jolla on hyvä tietämys hoitotarjonnasta ja joka arvioi hoitokustannuksia oletettuja hoitotuloksia vasten. Tässä kehityksessä voi olla sekä hyviä että pulmallisia puolia.

Yksi laman ja markkinamallin vaikutuksia on vaatimus arvioida hoitotuloksia maksajan näkökulmasta. Itse asiassa voisi ehkä sanoa, että tämä tarve on tuotu esille voimakkaammin kuin koskaan aikaisemmin. Johtaako tämä evaluoinnin vaatiminen todelliseen tutkimusten kasvuun, ei ole vielä selvää, niin kuin ei ole helppo sanoa sitäkään, tulevatko tutkimusten tulokset vaikuttamaan hoitavoitteisiin hoitoyksiköiden sisällä.

Toinen vaikutus on se, että hoitolaitosten tämänhetkiset ongelmat hoitopaikkojensa täyttämässä tulevat, ehkä ainakin niin kauan kuin lama jatkuu, vaikeuttamaan erityisesti sellaisten hoitolaitosten toimintaa, jotka ovat hoitomarkkinoilla yrittäneet myydä itseään muodikkailta merkkituotteilla. Nykyisin ainakin Ruotsissa on kysyntää yksilöllisesti suunnitelluille hoito-ohjelmille. "Laitosten aikaisempi ajattelutapa, jonka mukaan kaikkien asiakkaiden täytyi hyväksyä yleisesti laadittu hoito-ohjelma, on selvästi väistymässä" (Budget 1993 tc., Sot:8, 197).

Yksi laman, joskaan ei ehkä markkinamallin, selviä seurauksia on kaikissa kirjatuiissa tavoitteissa näkyvä painopisteen asettaminen avohoitoon sekä Ruotsissa että Suomessa (ks. esim. Mäki 1992). Lisääntykö avohoito ja tuleeeko siitä halvempi, mutta kuitenkin tehokas laitoshoidon korvaaja vai tuleeeko siitä vain halvempi, vähemmän kunnianhimoinen vaihtoehto, jää vielä nähtäväksi.

LOPPUPÄÄTELMÄ

1980-luvun laajeneva hyvinvointivaltio avasi yksityisille yrittäjille pääsyn hoitoalalle sekä

Suomessa että erityisesti Ruotsissa. Markkinamallia luotaessa toimijoina olivat julkinen taho, yksityiset voittoa tavoittelemattomat toimijat ja liiketaloudelliselta perustalta toimivat yritykset, ja mallin ajateltiin johtavan kulojen pienenemiseen ja tehokkuuden kasvamiseen. Päättäjät eivät ole tottuneet tällaiseen sekamarkkina-asetelmaan, ja kysymys sen ohjauksesta aiheuttaa laajalti epävarmuuden tunnetta. Voidaan väittää, että markkinoiden dynamiikkaa koskeva kokonaiskuva on kaikille epäselvä. Tässä artikkelissa on esitelty vain muutamia esimerkkejä ja näkökulmia joihinkin ongelmiin tai mahdollisiin seurauksiin.

Näyttää vaikealta uskoa, että pohjoismaiset hyvinvointivaltiot voisivat palata optimistiseen ongelmienratkaisutapaan ja kattavaan, sosiaalialan ammattilaisten työhön perustuvaan palvelujärjestelmään, jota voitiin pitää tarjolla 80-luvulla. 1990-luvun "rajoistaan tietoinen" hyvinvointivaltio on entistä enemmän kiinnostunut riskeistä ja riskien mukanaan tuomista rajoituksista, määritelmistä, yhteensovittamisesta ja ongelmien ennakoinnista; sosiaalipoliittikan kenttä täytyy todennäköisesti erilaisista "yrittäjistä", myös tällä kentällä toimivista yksilöistä ja perheistä (vrt. Eräsaari 1993).

En yhdy siihen näkemykseen pohjoismaisten hyvinvointivaltioiden kehityksestä, jonka mukaan solidaarisuudesta ja heikoimman oikeuksien puolustamisesta olisi kokonaan luovuttu. Taistelu ei ole päättynyt.

On totta, että yksityistämisen myötä kasvaa riski yhteiskunnallisen vallan siirtymisestä niille, jotka voittavat sen markkinoilla itselleen. Yksityistäminen on näin ollen enemmän poliittinen kuin taloudellinen ilmiö (Kamerman & Kahn 1989).

Mutta niin kauan kuin yhteiskunnalla lain mukaan on lopullinen vastuu sosiaalipalvelujen tarjoamisesta kansalaisilleen ja niin kauan kuin hoidon rahoittaminen on pääasiassa julkisen tahon vastuulla, liiketaloudellinen ajattelu ei voi vaientaa kansantalouden kokonaisuutta puolustavien eikä yhtäläisiä oikeuk-

sia kaikille kansalaisille vaativien ääntä. Nämä äänet ovat selvästi luettavissa lähes kaikista suunnitteluasiakirjoista, joihin olen tutustunut kummassakin maassa, eikä vähiten taloudellisten asiantuntijoiden kirjoittamista papereista (esim. Revisionsrapport 1992).

Uusia toimijoita on ilmestynyt kentälle. Vanhat roolit ovat muuttuneet.

Englannin kielestä suomentanut Tea Berndtson

KIRJALLISUUS

Alkohol- och narkotikaproblem? Vem hjälper? Åren 1985, 1988, 1991. Helsingfors: Socialstyrelsen, 1985, 1988 och 1991

Begler, Anne-Marie & Holmberg, Stina & Skans, Gerd: Vad får man för pengarna. Kommunernas beställarkompetens vid köp av institutionsvård. Aktiv uppföljning. Projektrapport från socialstyrelsen, Barn- och familjeenheten, februari 1992

Budget 1993 för Stockholms stad. Inriktning för 1994 och 1995. Antagen av kommunfullmäktige 23–25 november 1992

Ds 1992:108. Alternativa verksamhetsformer inom vård och omsorg. Stockholm: Norstedts tryckeri, 1992

Eräsaari, Risto: The idea of the welfare state and its problems. P. 7–25. In: Kosonen, Pekka (ed.): The Nordic welfare state as an idea and as reality. Renvall-institute, Publications 5. Helsinki 1993

Förteckning över hem för vård och boende 1985. Stockholm: Socialstyrelsen, 1985

Förteckning över hem för vård och boende samt familjevårdsenheter 1987, 1989, 1991 och 1993. Stockholm: Socialstyrelsen, 1987, 1989, 1991 och 1993

Kammerman, Sheila & Kahn, Alfred J. (eds.): Privatization and the welfare state. Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 1989

Kotler, Philip & Clarke, N.: Marketing for health care organizations. New Jersey: Prentice-Hall, 1987

Marklund, Staffan: Paradise lost? The Nordic welfare state and the recession 1975–1985. Lund: Arkiv förlag, 1988

Montin, Stig: Privatiseringsprocesser i kommunerna – teoretiska utgångspunkter och empiriska exempel. Statsvetenskaplig Tidskrift 95 (1992): 1, 35–37

Mäki, Jukka: Päihdekuntoutuksen näköalat la-

Päihdeiden väärinkäyttäjien hoidon alueella hoitoammattilaisten rooli on kenties vähenemässä ja taloudellisten asiantuntijoiden roolista on tulossa yhä tärkeämpi.

Entä päihdeiden väärinkäyttäjien itsensä rooli, onko se muuttumassa? Tähän mennessä nähtävissä on hyvin vähän merkkejä hoitopalvelujen käyttäjien valinnanvapauden lisääntymisestä.

masyksynä 1992. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1992:29. Helsinki 1992

Nordisk alkoholstatistik 1987–1991. Helsingfors: Alko, 1993

Päihdehuollon erityispalvelut. Stakes, Luetelloita 5. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 1993

Päihdehuollon strategiat ja kehittäminen 1990-luvulla. Sosiaaliviraston julkaisusarja A 4/1993. Helsinki: Helsingin kaupunki, sosiaalivirasto, 1993

Revisionsrapport. Stockholms stad. Revisionskontoret. Revisionsenhet 3. Dnr 420/60-91. Nr 1991:19

Rosenqvist, Pia & Kurube, Noriko: Dissolving the Swedish alcohol treatment system. In: Klingemann, Harald & Takala, Jukka-Pekka & Hunt, Geoffrey: Cure, care or control: Alcohol treatment in sixteen countries. Albany: State University of New York Press, 1992

Rosenqvist, Pia & Stenius, Kerstin: Nya målgrupper för alkoholistvården. Alkoholpolitik – Tidskrift för nordisk alkoholforskning 3 (1986): 4, 215–219

Salavuo, Kari: Sosiaalipolitiikka hyvinvointistrategiana. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1992:9. Helsinki 1992

Saltman, Richard & Otter, Casten von: Planned markets and public competition. Strategic reform in Northern European health systems. Buckingham and Philadelphia: Open University Press, 1992

Schlesinger, Mark & Marmor, Theodore R. & Smithey, Richard: Nonprofit and for-profit medical care: Shifting roles and implications for health policy. Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 12, Fall 1987: 427–457

Skans, Gerd, Socialstyrelsen, Stockholm. Intervju, maj, 1993

SoN 1992-09-17. Stockholms socialnämnds mötesprotokoll 9.17.1992, par. 16: Förslag till

budget för 1993 och treårsprogram för åren 1993–1995 för den samlade socialtjänsten

SoS-rapport 1991:27. Privat och offentligt i vården – en analys av utvecklingen under 1980-talet inom barn-, ungdoms- och missbrukarvård. Stockholm: Socialstyrelsen, 1991

SOU 1987:22. Missbrukarna, socialtjänsten, tvånget. Stockholm 1987

SOU 1992:18. Tvångsvård i socialtjänsten –

ansvar och innehåll. Stockholm: Socialdepartementet, 1992

Stenius, Kerstin: Market forces in a welfare society: privatizing the treatment of alcoholics, a local example. The Drinking and Drug Practice Surveyor No. 22, May 1988: 13–20

Ågren, Gunnar: Missbrukarvården och marknadsanpassningen. Intervju. Nordisk Alkoholtidskrift 9 (1992): 4, 219–222.

ENGLISH SUMMARY

Kerstin Stenius: Market perspective on the alcohol and drug treatment system in Finland and Sweden (Markkinaperspektiivi Suomen ja Ruotsin päihdehuoltoon)

Several dramatic changes in the Finnish and Swedish alcohol and drug treatment systems occurred in the 1980's. The institutional treatment system grew rapidly, especially in the second half of the decade; namely by about 35–45% in both Finland and Sweden. At the same time, the share of privately owned institutions increased. This development was especially prominent in Sweden, where for-profit institutions emerged and raised their share of the market. Neither the growth of institutional care nor the extent of the privatization were explicit goals in the Finnish and Swedish planning for the treatment system.

Finland and Sweden are now trying to solve the

economic crises of the welfare state in the manner that the US and England did in the 80's, by introducing market steering models. Public treatment institutions shall compete with the private ones within a "mixed market", keeping the financing of the treatment still predominantly public. The arguments for introducing a market model have mainly been economic, i.e. that competition leads to higher effectiveness and lower costs, but also that a market model gives the users a greater freedom of choice between different types of services.

The article discusses the consequences of the market model for the alcohol and drug treatment sector, according to the literature on the changing welfare state and to the experiences, especially in Sweden, of the reform. Neither lower costs nor greater freedom of choice are self-evident outcomes. In fact, it is as justified to expect that the consequences will be the opposite.

KEY WORDS:

Care of alcoholics, Sweden, Finland, welfare state, market structure, privatization, treatment