

LAURI VUORENKOSKI, MAUNO KONTTINEN, MINNA SINKKONEN

Signaaleja

Stakesin tulevaisuusraportti 2006



Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus
postimyynti: Stakes / Asiakaspalvelut PL 220, 00531 Helsinki
puhelin: (09) 3967 2190, (09) 3967 2308 (automaatti)
faksi: (09) 3967 2450 • Internet: www.stakes.fi

Lauri Vuorenkoski, Mauno Konttinen, Minna Sinkkonen
(toim.)

Signaaleja

Stakesin tulevaisuusraportti 2006

© Kirjoittajat ja Stakes

Taitto: Lauri Vuorenkoski

ISBN 951-33-1679-3 (paperimoniste)

ISSN 1795-8091

ISBN 951-33-1680-7 (verkkokirja)

ISSN 1795-8105

Stakesin monistamo

Helsinki 2006



Sosiaali- ja terveysalan
tutkimus- ja kehittämiskeskus

Helsinki 2006

Tiivistelmä

Lauri Vuorenkoski, Mauno Konttinen ja Minna Sinkkonen (toim.). Signaaleja - Stakesin tulevaisuusraportti 2006. Stakes, Työpapereita 8/2006. Helsinki 2006. 51 sivua, 16 Eur. ISBN 951-33-1679-3

Stakesissa on toiminut vuodesta 2003 lähtien tulevaisuuden ennakoinnin työryhmä. Sen tehtävänä on tulevaisuuden tietämyksen hankkiminen, kokoaminen ja kohdentaminen sosiaali- ja terveysalan tutkimuksen ja kehittämisen avuksi sekä Stakesin strategisen johtamisen tueksi. Tämä raportti on työryhmän kokoama vuosittainen tulevaisuusraportti.

Raportin ensimmäinen artikkeli on työryhmän sihteerin Minna Sinkkosen kartoitus ja analyysi viime vuosina ilmestyneistä lukuisista suomalaisista sosiaali- ja terveysalan kannalta keskeisistä tulevaisuuden ennakoivia käsittelevistä raporteista. Yhtenäistä kokonaiskuvaa tulevaisuudesta näistä raporteista ei luonnollisesti rakentunut, mutta sen sijaan niistä nousi esiin monia erilaisia toisiaan rikastuttavia näkökulmia, joista on varmasti hyötyä sosiaali- ja terveydenhuollon tulevaisuutta ennakoitaessa. Seuraavassa artikkelissa työryhmän jäsen Ronald Wiman ottaa vauhtia historiasta ja myös aiemmista yrityksistä tulevaisuuden ennakoimiseksi tarkastelleessaan mm. taloudellisen kasvun tulevaisuutta. Suomalaisen terveydenhuollon tulevaisuudenkuvia kunta- ja palvelurakennemuutoksen näkökulmasta pohtii puolestaan kirjoituksessaan työryhmän puheenjohtaja Mauno Konttinen.

Jonathan Tritter Iso-Britanniasta käsittelee artikkelissaan potilaiden muuttuvaa roolia terveydenhuollossa ja erityisesti potilaiden osallistumista terveydenhuollon päätöksentekoon. Tällä ei tarkoiteta pelkästään osallistumista omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon, vaan myös osallistumista yleisemmällä tasolla terveyspalvelujen arviointiin ja kehittämiseen. Myös potilaiden valinnanvapaus on osa tätä tematiikkaa. Näkökulmia väestön ikääntymiseen varautumisesta valtioneuvoston tulevaisuusselonteon pohjalta tuo esiin puolestaan Mikko Kautto kirjoituksessaan. Lopuksi Elina Palola ruotii EU:n Lissabonin strategian sosiaalisia ulottuvuuksia ja EU:n piirissä esitettyä ideaa Euroopan sosiaalisesta mallista.

Avainsanat: Tulevaisuuden ennakointi, toimintaympäristön muutokset

Sisällys

Esipuhe: Ennakointia sosiaali- ja terveydenhuollossa	7
<i>Vappu Taipale</i>	
Katsaus tulevaisuusraportteihin.....	9
<i>Minna Sinkkonen</i>	
Tulevaisuuden ikkunoita	22
<i>Ronald Wiman</i>	
Mitä kunta- ja palvelurakennemuutos saattaisi tuoda tullessaan?	30
<i>Mauno Konttinen</i>	
Patient-Centred Healthcare: Contesting patient choice and public involvement	37
<i>Jonathan Tritter</i>	
Pärjäämmekö vanhemman väestön oloissa?.....	45
<i>Mikko Kautto</i>	
Milainen on "sosiaalinen Eurooppa maailmantaloudessa"?.....	47
<i>Elina Palola</i>	

Esipuhe: Ennakointia sosiaali- ja terveydenhuollossa

Vappu Taipale
pääjohtaja
Stakes

2000-luvulle siirryttäessä STM käynnisti työvoiman ja koulutuksen ennakointihankkeen ensin toimikuntatyön muodossa ja sittemmin OPM:n, STM:n ja lukuisien muiden toimijoiden yhteistyöryhmänä. Vähitellen oli käynyt selväksi, että nämä kaksi ministeriötä tarvitsevat toisiaan vakiintuneessa muodossa. Aiemmat säännölliset yhteydenpidonmuodot olivat hapertuneet sen jälkeen kun valtionosuus uudistus vuonna 1993 lopetti kuntatyönantajan täydennyskoulutusvelvollisuuden sekä sosiaali- että terveydenhuollossa. Menikin melkein kymmenen vuotta ennen kuin yhteistyön tarve nousi välttämättömänä esille. Yhteistyötä tarvitaan työvoiman suunnitteluun, erityisesti koulutuksen aloituspaikkojen määrän ja laadun tarkintaan. Mutta laadullisiakin tarpeita on toki hyvin paljon.

Ennakoinnista on tullut vähitellen vakiintunutta toimintaa eri sektoreilla. Valtioneuvostolla on oma ennakointiverkostonsa, jossa sisäministeriö on ollut hyvin aktiivisena. Sosiaali- ja terveydenhuoltoon sana ennakointi ei ole oikein vielä istunut. Johtuukohan se siitä, että meillä ovat käytössä prevention ja promootion käsitteet, tosin kömpelösti suomennettuina? Ennakoivasta työstä voitaisiin mielestäni puhua varsin hyvin ehkäisevän työn sijasta.

Ennakoinnin yhteistyöryhmä, jota vedin kolme vuotta, joutui lähtemään aika alkutekijöistä. Henkilöstön tilastointi oli rapautunut juuri tällaisessa vaiheessa kun odotettavissa on kaikissa ammattiryhmissä massiivinen eläkkeellesiirtyminen. Yhteistyöryhmässä oli työministeriön mainio asiantuntija Pekka Tiainen, jonka työvoiman ennakoinnit kulkivat kohti vuotta 2050, samoin kuin kuntien eläkevakuutuksen ja tilastokeskuksen vankka edustus. Stakesissa Reijo Ailasmaa lähti innostuneesti erikoistumaan henkilöstötilastoihin.

Monen vuoden yhteistyön tuloksena meillä nyt on melkoisen hyvä kuva sosiaali- ja terveydenhuollon tulevasta henkilöstötilanteesta samoin kuin ajankohtaisista tapahtumista. Eläkkeelle menoa voidaan nyt ennakoida sekä seurata todellisia eläköitymisen tapahtumia. Seuraamme nyt esimerkiksi ulkomaille muuttoa ja palaamista, ja tiedämme paluumuuton hiljalleen vahvistuvan. Tiedämme nyt minne sairaanhoitajat ovat kadonneet tai oikeastaan eivät ole kadonneet lainkaan, vaan ovat hyvin pitkälle ammattiaan vastaavissa tehtävissä. Tunnetta kunnallisen ja yksityisen puolen henkilöstön ikärakenteen. Tiedämme, että vanhempainlomat ovat paljon harvinaisempia kuin olettaisi näin naisvaltaisessa joukossa. Mutta kun ajattelee ikärakennetta (keski-ikä 44,7 vuotta), vähäinen äitiyslomien määrä käy ymmärrettäväksi. Tunnetta vakinaistumisen vauhdin lähes aina määrääkäsä aloittavassa henkilöstössä. Eli saatavissa on paljon mielenkiintoista tietoa!

Tärkeä ennakointitehtävä on ollut yhteydenpito opetushallintoon aloituspaikkojen suhteen. Opetusministeriön suunnitteluperiodi on toinen kuin meidän ministeriössämme, mutta yhteistyöllä on ollut mahdollista vaikuttaa esimerkiksi sairaanhoitajien ja lähihoitajien määrän suhteeseen. Sosiaalihuollossa ja erityisesti vanhustenhuollossa on erilaiset tarpeet kuin terveydenhuollossa, jossa näytään kuljettavan yhä tiukempaa erikoistumista kohti.

Koska tehtävänä oli ennakoinnin kehittäminen, pyrimme etsimään kansainvälisiä esimerkkejä niin hallinnon kuin tutkimuksen tasolta. Yllätys, yllätys – ennakointia ei sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön suhteen harjoiteta määrätietoisesti, systemaattisesti ja tieteellisesti juuri missään. Professori Mikko Mäntysaari, joka vetää sosiaalialan henkilöstön

ennakoinnin tutkimusta, joutui toteamaan saman lähtötilanteen. Joissakin maissa, kuten Britanniassa, on käytössä peribrittiläinen systemaattinen ja pitkälle kehitetty rekrytointijärjestelmä. Hehän rekrytoivat sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöä muualta maailmasta niin että esimerkiksi Manchesterissa on tällä hetkellä enemmän malawilaisia lääkäreitä kuin Malawissa. Mutta hekään eivät seuraa maasta lähtevien virtaa, saati että tulevaisuuden ennakointi olisi kovin kehittynyttä. Käännymme sitten luonnollisesti WHO:n puoleen. Jotain siellä tiedetään, mutta paljon apua meille itsellemme ei kuitenkaan löytynyt. Kiinnostava juttu! Aina sanotaan, että henkilöstö on paras voimavara, ja meidän alallamme se on myös melkoinen kustannustekijä, mutta silti ennakointi on vähäistä.

Yhteistyöryhmän vaativin tehtävä oli kuitenkin tulevan koulutuksen ennakointi. Kävimme STM:n kansliapäällikön puheilla kysymässä, millaisia visioita STM:llä on tulevaisuuden palveluista. STM:n strategia toteaa lakonisesti suunnilleen niin, että pyritään kattaviin ja riittäviin palveluihin. Koulutusta varten tarvitaan kuitenkin pitkäjänteistä suunnittelua niistä osaa-

misalueista, jotka olisi katettava. Ministeriön taholta todettiin, että ryhmän on itse lähdeittävä visiointiin, valmista näkyä ei löytynyt.

Teimme sitten Tulevaisuuden tutkimuskeskuksen kanssa projektin, jossa pyrittiin kentän asiantuntijoiden kanssa visioimaan tulevaa palvelurakennetta väestön tarpeiden pohjalta, henkilöstön ja koulutuksen näkökulmasta. Vuoden systemaattisen työn tuloksena valmistuu vuonna 2006 raportti, joka kertoo työn tulokset. Ryhmää hämmästytti, että kentän yhteiset visiot olivat niin samansuuntaisia kuin tämän päivän tilanne. Karkeasti yleistäen voisi sanoa, että mitään innovatiivista, kokonaan uutta ei tällä menetelmällä löytynyt. Miten tämä on tulkittavissa? Onko meillä yhdenmukaistava koulutus, onko arki niin uuvuttavaa, että tulevaisuuteen ei jakseta kurottautua, vai onko tämä merkki siitä, että olemme oikeilla jäljillä jo nyt, jolloin tarvitaan vain hienosäätöä? Nettiversiönakin julkaistavaan raporttiin kannattaa silti tutustua.

Ennakoinnin kehittämistä siis tarvitaan alallamme.

Katsaus tulevaisuusraportteihin

Minna Sinkkonen
 projektipäällikkö
 Stakes

Vuonna 2003 perustetun Stakesin tulevaisuuden ennakoinnin työryhmän tehtävänä on tulevaisuustietämyksen hankkiminen, kokoaminen ja kohdentaminen sosiaali- ja terveysalan tutkimuksen ja kehittämisen sekä Stakesin strategisen johtamisen tueksi. Tässä tarkoituksessa Stakesin tulevaisuustyöryhmä päätti kartoittaa ja analysoida viime vuosina ilmestyneitä lukuisia sosiaali- ja terveysalan tulevaisuudenennakointiraportteja.

Aineiston keruun ja kartoituksen jälkeen varsinaiseen analyysiin valittiin kaikkiaan 18 raporttia. Valintakriteerinä käytettiin relevanssia Stakesin tulevaisuudenennakointityöskentelyn kannalta sekä raporttien tuottamisessa käytettyä metodia. Analyysiin valituista raporteista osa keskittyy selkeästi sosiaali- ja terveyssektorille, osa tarkastelee yhteiskunnan kehitystä laajemmin. Painopiste on raporteissa, joissa on käytetty tulevaisuudentutkimuksen piirissä kehitettyjä kvalitatiivisia tutkimusmenetelmiä (mm. Delfoi, tulevaisuustyöpajat ja verstaat). Niiden avulla voidaan joko tuottaa suoraan skenaarioita, tai hahmottaa vaihtoehtoja, joista laaditaan varsinaisia skenaarioita. Skenaarioiden avulla voidaan tarkastella tulevaisuutta usean erilaisen vaihtoehtoisen kehityspolun näkökulmasta. Kvalitatiiviset menetelmät tuottavat näin moniselitteisiä ja laaja-alaisia kuvia mahdollisista tulevaisuuksista, jotka toimivat edelleen työkaluina ja lähtökohtana strategiselle päätöksenteolle ja toimintamallien valinnalle. Vain yhden vaihtoehdon hahmottaminen saattaa tuottaa harhaisen käsityksen ja aiheuttaa väärin strategisten päätösten ja toimintamallien valinnan.

Valittuja tulevaisuusraportteja analysoitiin kahdeksan eri tekijän avulla. Kunkin tekijän osalta tarkasteltiin raportissa esitettyä nykytilanteen kuvausta, vahvuuksia ja heikkouksia

sekä ulkoisia mahdollisuuksia ja uhkia (SWOT-analyysi).

- toimintaympäristö (globaali, alueellinen, sosiaalinen, taloudellinen, kulttuurinen/ideologinen)
- väestön tarpeet (väestön määrän kehitys, tarpeet)
- esitetyt arvot, ideologia, "teoria" (taloudelliset, sosiaaliset, eettiset, ympäristölliset)
- käytettävissä olevat resurssit (ihmiset, raha, sosiaalinen pääoma ym.)
- toimijat/roolit (julkisen, yksityisen, yhteisön, perhe, yksilö)
- teknologian rooli
- instituutiot, järjestelmät (pätöksenteko, tuotanto, jakelu, yksilön vs. julkisen vastuu)
- jakaumakysymykset (alueellinen, väestöryhmät, tulonjako, menojen jako)

Yhteenvetoa raporteissa esitetyistä vahvuuksista ja mahdollisuuksista sekä heikkouksista ja uhista

Osa analyysiin valituista raporteista tarkasteli yhteiskunnan kehitystä laajemmin. Näissä raporteissa sosiaali- ja terveyssektorin rooli nousee vahvasti esille. Raporttien mukaan Suomen peruspilarina ja erityisenä vahvuutena pidetään hyvinvointiyhteiskuntaa, joka perustuu vahvalle yhteiselle arvoperustalle: oikeudenmukaisuudelle ja tasa-arvolle. Koko väestöllä on mahdollisuus osallistua yhteiskunnan kehittämiseen ja saada osansa yhteisestä hyvästä. Hyvinvointiyhteiskunta on tukenut voimakkaasti Suomen kilpailukykyä, ja hyvinvointipalveluiden vienti Kiinaan ja Aasiaan avaa uusia mahdollisuuksia tulevaisuudessa. Työpaikat hoito- ja hoivapal-

veluissa tulevat lisääntymään väestön ikääntymisen myötä. Toisaalta työvoiman määrän vähentyessä on kiinnitettävä huomiota työssä jaksamiseen ja maahanmuuton lisäämiseen. Terveystiedon edistäminen ja syrjäytymisen ehkäisy ovat keskeisiä haasteita joihin on kiinnitettävä erityistä huomiota, jotta väestön hyvinvointi ei olisi uhattuna.

Solidaarisuuden ja vastuun toisista katsotaan säilyvän osana eurooppalaisuutta, mutta niiden käytännön merkitys riippuu resursseista ja muun maailman kehityksestä. EU toimii minimisäätelijänä sosiaalisissa kysymyksissä kilpailutilanteen tasoittamiseksi. Yhtenä mahdollisuutena nähdään, että vastuuta solidaarisuus- ja hyvinvointipolitiikasta siirtyy valtiolta yritysille, kansalaisille ja kansalaisjärjestöille.

Vahvuudet ja mahdollisuudet

Tehdyn analyysin pohjalta mukana olleista raporteista nousivat esille seuraavat vahvuudet ja mahdollisuudet: Suomen vahvuuksia ovat turvallisuus, puhdas luonto ja kohtuullinen palkkataso. Vahvuuksina ovat lisäksi vahva yhteinen arvoperusta, hyvinvointiyhteiskunta, osaaminen ja yrittäjäisyys. Pohjoismainen hyvinvointimalli turvaa kaikille mahdollisuuden osallistua täysipainoisesti yhteiskuntaan, sukupuolten tasa-arvoa edistetään ja eriarvoistumista torjutaan ehkäisemällä syrjäytymistä. Hyvinvointiyhteiskunta myös tukee Suomen kilpailukykyä. Sosiaaliturvamme ei ole ylimitoitettu Keski- ja Pohjois-Eurooppalaisiin kilpailijoihin nähden.

Tämän hetkisinä vahvuuksina nähdään raporteissa lisäksi se, että Euroopan rooli on vahvistunut ja yhteistyö hakee uusia muotoja ja mahdollisuuksia. Myös aikuisten ja ikääntyneiden toimintakyky on parantunut. Heidän voimavarojaan tulisi tukea ja hyödyntää. Elin-aika on pidentynyt, ja pitenee edelleen. Yhteiskunnallinen moninaisuus lisääntyy maahanmuuton myötä. Suomi on panostanut koulutukseen, osaamiseen, tutkimus- ja kehittämistoimintaan ja innovaatioihin myös sosiaali- ja terveyssektorilla, ja koulutusta ja elinikäistä oppimista arvostetaan.

Väestörakenteen merkittävä muutos lisää palvelujen tarvetta ja avaa uusia mahdollisuuksia,

koska se lisää työpaikkoja kotipalvelu- ja hoiva-aloilla. Terveys- ja sosiaalipalveluyritysten ja järjestöjen merkitys palvelujentarjoajina ja työllistäjinä on kasvamassa. Suuret ikäluokat ovat myös aikaisempaa aktiivisempia ja varakkaampia ja vaativat uudenlaisia palveluja. Tulotason nousu tarjoaa myös uusia vaihtoehtoja palvelujen rahoitukseen. Hyvinvointiklustereita muodostuu ja monituottajamalli kehittyy. Eri toimijoiden yhteistyöstä ja vuorovaikutuksesta muodostuu sosiaalinen pääoma, jonka merkitys kansallisena kilpailutekijänä korostuu. Globalisaatiokehityksen myötä myös palvelut kansainvälistyvät, tarjoten myös mahdollisuuksia vientitoimintaan erityisesti Kiinaan ja Aasiaan.

Suomalainen tietotekniikkaosaaminen ja tietotekniikan hyödyntäminen ovat maailman huippuluokkaa. Tietoteknologia yleistyy ja kehittyy nopeasti. Suomessa teknologian kehittämisellä on yhteys hyvinvoinnin kehittämiseen: hyvinvointivaltio luo pohjan tietoyhteiskunnan kehittymiselle, toisaalta taloudellisesti menestyvä tietoyhteiskunta mahdollistaa hyvinvointivaltion jatkuvan ylläpitämisen. Teknologian kehittyminen on merkittävä muutoksen ajuri terveyspalveluissa. Hoitomuotojen lisääntymisessä ja hoitomahdollisuuksien kehittyessä palveluiden kysyntä kasvaa. Uudet hoidot ovat tehokkaampia ja niillä on vähemmän sivuvaikutuksia. Toipuminen on nopeampaa, ja hoitoajat lyhenevät. Hoivapalveluissa teknologiaa voidaan käyttää potilaiden turvallisuuden takaamiseen ja hoitohenkilökunnan ja potilaiden väliseen kommunikointiin. Merkittävä osa rutiinipalveluista siirtyy sähköisen asioinnin piiriin.

Heikkoudet ja uhat

Heikkouksina ja uhkina puolestaan raporteissa esitettiin seuraavia asioita: Uhkana Suomelle on globalisoituva talous ja tuotannon siirtyminen Aasiaan. Uhkana on myös riskienhallinta nopeasti muuttuvassa globaalissa toimintaympäristössä. Epävarmuus lisääntyy. Talous saattaa hiipua, jolloin verotulot vähenevät. Uudet EU-maat ovat haastamassa uusia jäsenmaita.

Työelämä on muuttunut: palkkaerot ovat kasvaneet, työtahti nopeutunut ja määräaikaiset työsuhteet ovat lisääntyneet. Merkittävää

on myös se, että alhaisen tuottavuuden työtehtävät ovat vähentyneet.

Suomen väestömäärä on kääntymässä laskuun ja väestön ikärakenne vanhenee. Erityisen nopeasti kasvaa 80 -vuotta täyttäneiden määrä. Työvoimapulaa korostaa vanhempien työikäisten jääminen työvoiman ulkopuolelle. Mm. näistä syistä veropohja ja työvoiman saatavuus heikkenevät erityisesti valtiolla ja kunnissa. Kilpailu maahanmuuttajista ja eri alojen osaajista kiristyy.

Ikääntyvien palveluissa on puutteita ja tiukka talous on padonnut kustannuksia tulevaisuuteen. Ikääntyvien luovuutta ja innovatiivisuutta on hyödynnetty vain rajallisesti. Eläke-terveys- ja hoivamenojen kasvu uhkaavat.

Henkisessä ilmapiirissä on heikkouksia: itseriitaisuus, muutospelko ja vanhoihin ratkaisuihin pitäytyminen. Julkinen sektori kokee epäluuloa ja jopa pelkoa liiketoimintaa kohtaan. Yrityksiä on liian vähän ja uusiakin perustetaan vain vähän, erityisesti naisten toimesta ja maaseudun yritykset ovat pieniä.

Kuntien rahoituspohja on epävakaa ja kuntarakenne poikkeuksellisen hajanainen. Hyvinvointivaltion ohjaus- ja vastuujärjestelmät ovat vanhentuneet. Kotimaan markkinat erityisesti sosiaali- ja terveyspalveluissa ovat kehittymättömät ja kunnilla on puutteellinen kilpailuttamis- ja hankintaosaaminen

Suomalaisen yhteiskunnan heikkoutena raporteissa nähtiin nopeasti kasvava syrjäytyneiden joukko. Lisäksi nähtiin, että väestö on keskittynyt kaupunkeihin, sukupuolten välinen kuolleisuusero on pienentynyt hitaasti, alueellinen eriarvoisuus pysynyt suhteellisesti ennallaan ja sosioekonominen eriarvoisuus kasvanut. Alimmat sosiaaliryhmät ovat syrjäytyneet terveydenhuoltopalveluissa ja väestöryhmien välillä on terveyseroja. Myös koulutus- ja tietotarjonta sekä kulttuuri ovat alueellisesti eriytyneet. Köyhien lapsiperheiden määrä on kasvanut. Uhkana nähdään, että monisairaiden ja erityisesti moniongelmaisten lasten ja nuorten sosiaali-, koulutus- ja terveyspalvelujen tarve kasvaa. Dementia ja Alzheimer tulevat lisääntymään väestön ikääntyessä.

Elämäntapa ja arvot ovat muuttumassa. Perheiden yhteinen aika on vähentynyt. Ihmisten

lähisuhteet ovat muuttuneet ja sinkku-elämä on trendikästä. Kaupunkimainen elämäntapa, individualismin eri ilmenemismuodot ja yksinasuminen voivat aiheuttaa odottamattomia paineita. Työn eetos on muuttunut, epätyypillinen työ lisääntyy ja uhkaa työssä jaksamista ja työn ja perhe-elämän yhteensovittamista ja ikääntyvien auttamista.

Stressin lisääntyminen, lihominen, liikunnan vähäisyys ja epäterveelliset nautintoainetottumukset uhkaavat kansanterveyttä. Kansainväliset tautiepidemiat ovat mahdollisia. Sosiaaliset ja henkiset ongelmat kumuloituvat ja monimutkaistuvat, mielenterveysongelmat lisääntyvät.

Taloukasvu on painottunut arvona. Taloudellinen tehokkuus korostuu oikeudenmukaisuuden sijaan. Myös talouslähtöinen argumentaatio on lisääntynyt sosiaali- ja terveyspolitiikan sektoreilla.

Tulevaisuusraporttien esittely

Askelmerkit tulevaisuuteen. Suomi 2015-ohjelman loppuraportti. Sitran raportteja 34/2003

Sitra järjesti vuosina 2000-2003 kuusi erillistä Suomi 2015-kurssia suomalaisen yhteiskunnan eri tahojen ylimmän tason päättäjille ja vaikuttajille ja yhden Tulevaisuuden tekijät 2015 -kurssin nuoremmille ikäluokille osana Suomi 2015 -koulutus- ja kehitysohjelmaa. Ohjelman tavoitteena oli ylimmän tason päättäjien tietojen, taitojen ja verkostojen kehittämien suomalaisen yhteiskunnan tulevaisuutta koskevissa asioissa. Ohjelma on yksi keino Sitran tavoitteiden toteuttamisessa: Suomi kolmen menestyneimmän kansakunnan joukossa vuoteen 2010 mennessä.

Suomi 2015-kurseille osallistui yhteensä noin 150 poliittisen päätöksenteon, julkisen hallinnon, puolustusvoimien, kirkon, elinkeinoelämän, etujärjestöjen, kolmannen sektorin, viestinnän, tutkimuksen, koulutuksen ja kulttuurin johtavissa tehtävissä toimivaa henkilöä ja Tulevaisuuden tekijät -kurssille runsaat kaksikymmentä vuoden 1968 jälkeen syntynyttä

tulevaisuuden päättäjää ja nuorta vaikuttajaa. Kurssit koostuivat seminaari- ja pienryhmätyöskentelystä ja verkkopohjaisen oppimisympäristön hyödyntämisestä. Kurseilla käsiteltiin useita ajankohtaisia aiheita kuten globalisaatiota, innovaatioita ja teknologiaa, Venäjän yhteiskunnallista kehitystä ja Euroopan unionin tulevaisuutta. Uusia teemoja nousi esille kurssien raporteissa kuten monikulttuurisuus ja koulutus.

Raportissa esitellään kurssien sekä päätösseminaarin ja sitä valmistelleiden kurssien osallistujista koostuvan viiden työryhmän työn tuloksia. Työryhmien aiheet olivat: yhteiskunta ja turvallisuus, teknologian ennakointi, oppiminen ja lahjakkuus, Kiinan ja Itä-Aasian merkitys Suomelle ja kilpailukykyinen hallinta. Työryhmät keskustelivat alustuksen pohjalta teemasta ja toimenpide-ehdotuksista.

Raportissa todetaan, että Suomen vahvuudet ovat neljä peruspilaria: vahva yhteinen arvoperusta, hyvinvointiyhteiskunta, osaaminen ja yrittäjyys. Haasteina ovat globalisaatio: koveleva kansainvälinen kilpailu, esimerkkinä Kiina-ilmiö ja Suomen sisäinen kehitys: työttömyys ja suurien ikäluokkien siirtyminen eläkkeelle ja siitä seuraava työvoimapula. Prosessista nousee selkeä visio: Suomen kilpailukyky rakentuu huippuosaamiselle ja palkitsevalle yrittäjyydelle. Tämä strategia luo vaurautta, joka mahdollistaa hyvinvointiyhteiskunnan ylläpitämisen. Jatkossa tarvitaan kykyä toteuttaa strategia aikailematta ja johdonmukaisesti, muutosta pelkäämättä.

Ennakointitutkimus hyvinvointipalveluiden tulevaisuudesta Pirkanmaalla. Riitta-Liisa Larjovuori. Pirkanmaan TE-Keskuksen julkaisuja 8, 2004

Tutkimuksen tavoitteena oli hahmottaa hyvinvointiklusterin tulevaisuuden liiketoiminta potentiaaleja ja osaamistarpeita Pirkanmaalla seuraavan 5-15 vuoden aikajänteellä. Tutkimus oli osa laajempaa Pirkanmaan TE-keskuksen ennakointipalvelua, jonka tavoitteena oli kehittää alueelle elinkeinoelämää, koulutusta ja aluekehitystä palveleva klusteriperustainen ennakointijärjestelmä. Tutkimusaineisto on koottu pääasiassa laadullisin menetelmin, alan asiantunti-

joiden teemahaastatteluin, joita tehtiin kaikkiaan 28 kappaletta. Määrällistä aineistoa on hyödynnetty jalostamalla valmiiden tilastoaineiston tietoja. Tutkimuskysymyksiä työstettiin vielä ennakoitifoorumityöskentelyn avulla. Foorumi toteutettiin työryhmätyöskentelynä, jossa alan asiantuntijat, tutkijat sekä palveluntuottajat yhdessä pohtivat tärkeimpien megatrendien vaikutusta Pirkanmaan hyvinvointipalveluiden klusterissa.

Klusterin tärkeimpinä kilpailukykytekijöinä tutkimus piti seuraavia asioita: Yksityisen sektorin rooli on sosiaali- ja terveystalouden tuotannossa kokonaisuudessaan vielä melko pieni, mutta toimintamahdollisuuksia luovat kuntien toimintamallien muutokset, asiakkaiden kohonnut vaatimustaso ja lisääntyvät resurssit palveluiden hankintaan sekä valtiovallan yksityistä palvelutuotantoa tukevat ratkaisut. Toiminnallisia kilpailukykytekijöitä ovat joustavuus, palvelutarjonnan asiakaslähtöisyys ja innovatiivisuus. Keskeisimmät klusteriin vaikuttavat muutostekijät tulevaisuudessa ovat ikääntyneiden määrän kasvu ja palveluiden tarpeen lisääntyminen ja teknologian kehitys. Sosiaali- ja terveystaloudessa nähdään runsaasti uusia liiketoimintamahdollisuuksia ja kasvupotentiaalia kunhan markkinat saadaan toimiviksi, yksityisten palvelutuottajien liiketoiminta- ja markkinointiosaamista kehitetään ja henkilöstön saatavuus turvataan.

EU Vuonna 2020. Peter Ekholm. Sitra 42/2004

Raportin tarkoituksena on arvioida EU:n tilaa noin vuonna 2020 evoluution näkökulmasta. Kustakin käsiteltävästä asiasta tai poliittisesta prosessista esitetään keskeiset piirteet ja ominaisuudet ja pohditaan, mihin se johtaa tulevaisuudessa. Kaikkia mahdollisia vaihtoehtoja ei tarjota vaan todennäköisiä tulevaisuudenkuvia. Raportti on osa Sitran vuonna 2000 aloitettua ja talvella 2005 päätyneenä Eurooppa 2020 -projektia. Projektin tarkoituksena oli kartoittaa tärkeitä kehityssuuntia, joilla rakennetaan kestävää tietä menestykselliseen unioniin tulevaisuudessa. Raportin on kirjoittanut Eurooppa 2020 -hankkeen projektinjohtaja Peter Ekholm,

jonka lähtökohtana raportille on se, että Euroopassa olevat ihmiset tekevät EU:n sellaiseksi, kun se on viidentoista vuoden kuluttua.

Raportin mukaan EU:n identiteetti on nyt vasta kehitysvaiheessa. Vuonna 2020 EU-identiteetti ja integraation tarve ovat voimistuneet. EU taiteilee reaktiivisen toiminnan ja proaktiivisen toiminnan välillä. Poliitiikan solidaarinen malli ei tule muuttumaan mutta vastuuta on siirretty yrityksille ja kansalaisille. Yritykset ottavat osaltaan itselleen työntekijöitään koskevia aiemmin hyvinvointivaltiolle kuuluneita tehtäviä. Ansiosidonnaista mallia yksityistetään ja kansalaiset ja kansalaisjärjestöt paikkaavat enenevästi repeilevää turvaverkkoa. On kuitenkin mahdollista, että vuonna 2020 haikaillaan jo julkisen sektorin suurempaa roolia.

Globalisaatio ja työn loppu? Talous ja työllisyys vuoteen 2030. VATT, 2000

Raportti arvioi Suomen kansantaloutta vuoteen 2030 asti kuvaamalla teknologisen kehityksen, tuottavuuden ja työllisyyden välistä riippuvuutta ja arvioimalla talouden pitkän ajan kasvunäkymiä taustana ennustettu väestön ja sen ikärakenteen kehitys. Väestö- ja tuottavuusennusteiden pohjalta arvioidaan julkisen talouden pitkän ajan tasapainoa sekä vero- ja menopaineita. Tutkimus pohjautuu menneen kehityksen tutkimiseen ja parhaiten ennakoitavissa oleviin tietoihin mm. Eläketurvakeskuksen raporttiin eläkemenosta, -rahastoista ja -maksuista ja Tilastokeskuksen väestöennusteisiin.

Raportin keskeiset johtopäätökset ovat: täystyöllisyys on realistinen mahdollisuus, teknologinen kehitys lisää reaalitylöitä, täystyöllisyys edellyttää vakautta ja onnistunutta talouspolitiikkaa ja julkisen talouden on varauduttava väestön ikääntymiseen. Hyvä sosiaaliturva ja sen vaatima verotus eivät estä täystyöllisyyttä, jos kannustinrakenne tukee työpaikkojen syntymistä ja työhön osallistumista. Työikäisen väestön vahva osallistuminen työelämään on nykyisen hyvinvointijärjestelmän välttämätön edellytys.

Hyvä yhteiskunta kaikenikäisille. Valtioneuvoston tulevaisuusselonteko väestökehityksestä, väestöpolitiikasta ja ikärakenteen muutok-

seen varautumisesta. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 27/2004

Valtioneuvoston tulevaisuusselonteko käsittelee väestökehitystä, väestöpolitiikkaa ja ikärakenteen muutokseen varautumista. Selonteon valmistelu käynnistettiin siksi, että väestörakenteen muutokseen varautuminen on Suomen tulevaisuuden avainkysymyksiä. Selonteon oheismateriaalina on julkaistu viisi asiantuntijaraporttia. Selonteon valmistelua varten on lisäksi järjestetty laaja asiantuntijaseminaari alueellisesta väestökehityksestä, väestöpoliittinen tulevaisuusfoorumi yhteistyössä tulevaisuusvaliokunnan kanssa sekä lukuisia pienempiä seminaareja. Selonteko on osa Valtioneuvoston ja eduskunnan tulevaisuusdialogia. Tulevaisuusselonteolla Valtioneuvosto osoittaa väestöpoliittisen keskustelun tarpeellisuuden, laajentaa ikärakenteen muutokseen varautumista sekä tehostaa toimenpiteitä kriittisiksi katsomillaan alueilla.

Ikärakenteen muutokseen tulee varautua koordinoitusti, laaja-alaisesti ja pitkäjänteisesti. Tarvitaan tavoitteenasettelua, kokoavaa näkemystä ja yhtenäisiä lähtökohtia. Ensisijaisen tärkeää on jo päätettyjen toimien vaikuttavuuden varmistaminen. Valtioneuvoston johtopäätökset väestökehityksestä ja sen seurauksista ovat seuraavat:

- Väestön ikärakenteen kehitys vaatii nykyaikaista väestöpolitiikkaa
- Näköpiirissä oleva palvelutarpeen kasvu edellyttää nykyistä suurempaa huomiota eri-ikäisten ihmisten toimintakyvyn ja terveyden edistämiseen
- Lasten ja nuorten kasvuolosuhteista huolehtiminen on tärkeää
- Väestö- ja terveyspolitiikan lisäksi tarvitaan toimenpiteitä talouskasvun vauhdittamiseksi
- Tulonsiirtojärjestelmä on sopeutettava väestömuutokseen
- Aluekehitys ja palveluiden turvaaminen vaativat rakenteiden ja toimintatapojen uudistuksia

Tämä strategia on laaja-alainen ja edellyttää toimenpiteitä useilla politiikan lohkoilla. Tavoitteiden ajaminen edellyttää poikkihallinnollista otetta, yhteistyötä ja aktiivisuutta useilta

toimijoilta. Toimien kohteena on koko väestö ja tavoitteena on kaikkien ikäryhmien kannalta hyvä yhteiskunta.

Ikääntyneiden itsenäistä selviytymistä tukeva tulevaisuuspolitiikka ja geronteknologia. Geronteknologia-arvioinnin loppuraportti. Eduskunnan kanslian julkaisu 7/2001

Eduskunta käynnisti geronteknologiaan liittyvän arviointihankkeen syksyllä 1998 asettamalla sille kansanedustajista muodostuvan ohjausryhmän. Arvioinnin tarkoituksena on tukea eduskunnan pitkäjänteistä ja kokonaisuuksien hallintaan tähtäävää tulevaisuuspolitiikkaa.

Arviointihanke on rajattu koskemaan yli 60-vuotiaiden itsenäistä kotona selviytymistä. Ohjausryhmä käynnisti arviointiprosessin eettisten ongelmien tarkastelulla. Sitä tukemaan tilattiin kaksi raporttia, joiden tutkimusmenetelminä olivat mm. käyttäjähaastattelut ja minidelfoi tutkimus. Näiden raporttien pohjalta muodostettiin arviointikriteerit, jotka ohjausryhmä ja tulevaisuusvaliokunta painottivat. Kriteereitä käytettiin sekä arvioinnin kohteiden valinnassa että varsinaisessa arviointityössä. Lopuksi arviointitulokset suhteutettiin alan yleiseen tulevaisuuskarttaan puiteskenaarioiden muodossa. Loppuraportissa on myös kokoavasti tarkasteltu geronteknologiaa ja sen kaikkia sovelluskohteita.

Valiokunta korostaa, että ikääntyneiden itsenäinen selviäminen ja mahdollisuus määrätä mahdollisimman pitkään omasta elämästään tulee olla vanhuspolitiikan keskeisenä tavoitteena. Ikääntyneiden itsenäistä selviytymistä edistettäessä on erityisesti kiinnitettävä huomiota siihen, ettei se johda ikääntyneiden eristymiseen toisista ikääntyneistä, toisista ikäryhmistä tai ylipäätään yhteiskunnan toiminnoista. Geronteknologian käyttöönoton tulee perustua pitkäjänteiseen ja kokonaisuuksien hallintaan tähtäävään tulevaisuuspolitiikkaan. Teknologian suhteen tehtäviä ratkaisuja ei saa käsitellä irrallaan muista toimenpiteistä, jotka pitkällä aikavälillä vaikuttavat ikääntyneiden itsenäiseen selviämiseen.

Raportissa esitellään viisi erilaista tulevaisuuden skenaariota käyttämällä 11 keskeistä

vaikuttavaa tekijää ja niiden eri kehitysmahdollisuuksia seuraavan 15 vuoden aikana: talouskasvu, suurten ikäluokkien siirtyminen eläkkeelle, suurten ikäluokkien tapa hakea hyvinvointia, osallistuminen ikääntyneiden hoitoon vapaaehtoistyönä (myös omaisapu), suurten ikäluokkien fyysiset ja henkiset valmiudet itsenäiseen selviytymiseen työelämästä poistuttaessa, yli 60-vuotiaiden suomalaisten asuminen ulkomailla 30 vuoden tähtäyksellä, siirtolaisten määrä, siirtolaisten lähde, siirtolaisten peruskoulutus, itsenäistä suoriutumista tukevan teknologian käyttö ja hoivatyön tarve.

Kuntien tulevaisuus. Kuntajohdon ja asiantuntijoiden näkemyksiä kuntien tulevaisuudesta. Suomen Kuntaliitto, 2005

Keskusteluasiakirja perustuu Suomen Kuntaliiton, Svenska Kulturfondenin ja eduskunnan tulevaisuusvaliokunnan yhteistyönä toteuttaman Kuntien tulevaisuus 2005 -tutkimushankkeen alustaviin tuloksiin. Hankkeen tavoitteena oli hahmottaa Suomen kuntien tulevaisuutta asiantuntijoiden ja kuntien johdon esittämien näkemyksien perusteella. Keskusteluasiakirjan pääpaino on hankkeen ensimmäisen kyselykierroksen tuloksissa. Kyselykierroksella hahmotettiin laajasti kuntien toimintaympäristössä tapahtuvia muutoksia sekä edessä avautuvia mahdollisia kehityskulkuja avoimilla kysymyksillä. Ensisijaisesti tarkasteltiin pitkän aikajänteen kehitystä (vuoteen 2025), mutta kuntatalouden, elinkeinojen ja työllisyyden osalta myös lyhyen aikavälin kehitystä (vuoteen 2010).

Kyselyn vastauksissa nousivat esille seuraavat toimintaympäristön kehityskulut:

- Aluerakenteen osalta tuotannon työpaikkojen ja väestön keskittyminen elinvoimaisiin kasvukeskuksiin ja niiden vaikutusalueella oleviin kehyskuntiin kiihtyy ja kunnat jakautuvat selkeästi elinvoimaisiin menestyjiin ja taantuviin häviäjiin.
- Yritykset pyrkivät sijoittumaan lähelle markkinoita ja niille alueille, joilla on saatavissa osaavaa työvoimaa tai jotka muutoin tarjoavat parhaat edellytykset kannattavalle toiminnalle.

- Nuoret ja työikäinen väestö muuttavat keskuksiin.
- Maahanmuutto kohdistuu ensisijaisesti suuriin kaupunkikuntiin.
- Työllisyyden osalta työvoimatarpeen ja työvoimatarjonnan suhde vaihtelee voimakkaasti eri tehtävien, toimialojen, ja ennen kaikkea maan eri osien välillä.

Kuntatalouden ennakoitiin heikkenevän. Palveluita pidettiin keskeisenä haasteena ja palvelutuotannon organisointi ja rahoittamisen muodostaman kokonaisuuden todettiin olevan kohtalonkysymys. Arvioiden mukaan kuntien mahdollisuudet tuottaa ja tarjota palveluita nykyperusteiden pienenevät. Kuntien merkitys päätöksenteossa vähenee ja siirtyy yhä enemmän seudulliselle tai maakunnalliselle tasolle. Kuntajohtamisesta tulee yhä enemmän liikkeenjohdon kaltaista. Kunta-valtiosuhteen kehityksestä esitettiin varsin erilaisia näkemyksiä: valtion merkitys ja kyky toimia säilyy, valtion merkitys vähenee ja kuntatason merkitys korostuu, kuntien ja valtion merkitys vähenee ja maakunta- ja seututason merkitys kasvaa.

Osaava, avautuva ja uudistuva Suomi. Suomi maailmantaloudessa -selvityksen loppuraportti. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 19/2004

Pääministeri Matti Vanhasen aloitteesta valtioneuvoston kanslia käynnisti alkuvuodesta 2004 selvityksen Kiinan ja muiden nopeasti kasvavien talouksien nousun vaikutuksista Suomen talous- ja työllisyysstrategiaan. Selvityksen tavoitteena oli toimeksiannon mukaisesti arvioida, miten käynnissä oleva maailmantalouden murros vaikuttaa Suomessa eri toimialoihin ja niiden työllisyysnäkömiin sekä mitä haasteita muuttuva toimintaympäristö synnyttää yhteiskuntapolitiikan eri lohkoilla. Raportin pohjana ovat useat ulkopuolisilta asiantuntijoilta tilatut taustaselvitykset, yli 20 toimialalla käydyt työnantaja- ja työntekijäjärjestöjen väliset toimialavuoropuhelut sekä asetetun ohjausryhmän työskentely.

Raportissa hahmotellaan strategiaa, jolla Suomi pystyy hyödyntämään globalisaation tuomat uudet mahdollisuudet ja torjumaan kove-

nevaan kilpailuun liittyviä uhkia. Hahmoteltu strategia perustuu osaamisen vahvistamiseen, talouden ja yhteiskunnan avoimuuden lisäämiseen ja ennen kaikkea uudistumiseen. Raportin painopiste on koulutus- ja innovaatiojärjestelmien vahvistamista koskevissa ehdotuksissa. Tämän ohella tarkastellaan hyödyke- ja työmarkkinoiden sekä julkisen sektorin toimintaa ja tehdään ehdotuksia niiden toiminnan parantamiseksi.

Parasta ennen 01012015. Tulevaisuuden tekijät - Suomi 2015. Sitra, 2003

Sitran Tulevaisuuden tekijät 2015- kurssilla haettiin vuoden 1968 jälkeen syntyneiden mielipiteitä Suomen ja suomalaisten tulevaisuudesta. Tarkoituksena oli etsiä maailmankuvan arvojärjestystä ilman ennalta määrättyä käsitystä. Teemoja ei valittu etukäteen, vaan esiin nousivat aiheet, joita kurssilaiset itse pitivät olennaisina.

Kurssin loppuraportti syntyi vaiheittain: alkuun osallistujat kirjoittivat kukin esseensä tulevaisuudesta. Toisessa vaiheessa kurssilaisille esiteltiin asiantuntijakatsauksia ja he valitsivat tärkeiksi koetut aihepiirit. Lopuksi kolme ryhmää tuottivat joukon toimenpide-ehdotuksia ja perusteluita, joihin raportti pohjautuu yhdessä puolen vuoden aikana käytyjen keskustelujen kanssa. Kurssin teki erityiseksi se, että mitä syvemmälle yhteiskuntaan pureuduttiin, niin sitä selvemmäksi kävi, että on kyse asenteesta. Maailman tila on mitä on, mutta siihen suhtautumiseen pitää olla asennetta. Maailmaa katsottiin toiveikkaasti: asiat voidaan tehdä paremmin ja ihmisillä on halua ja kykyä muuttua. Toinen keskustelua leimannut piirre oli näkökulma, suomalaisille tyypillinen valtiokeskeinen ajattelu kaippa muutosta.

Tavoitteena on, että jatkossa Suomeen liitetään sellaisia määritteitä kuten monikulttuurisuus, moniäänisyys ja osallistuminen. Miten Suomesta muokataan maa, jonka vastuulliset kansalaiset osaavat ja haluavat osallistua oikeudenmukaisen hyvinvointiyhteiskunnan ylläpitoon? Suomen tulevaisuuden haasteet on jaettu viiden otsikon alle. Uusi Suomi -teemassa johtoaikatuksena on maahanmuuttajien välttä-

mättömyys Suomelle. Tavoitteena on suvaitsevainen Suomi, jossa maahanmuuttajilla on mahdollisuus elää täysipainoista, osallistuvaa ja onnellista elämää. Työn tulevaisuus ja elämän uusi eetos -teemassa käsitellään työkuulttuurin murrosta ja sitä, kuinka työntekijän olojen kasvava epävarmuutta voitaisiin hallita. Etuisuuksien uusjako -teeman mukaan työkuulttuurin murros ja väestön vanheneminen pakottavat pohtimaan hyvinvointivaltiota uudesta näkökulmasta. Osallistumisen onni -teemassa pohditaan, kuinka ehkäistä syrjäytymistä ja lisätä osallisuutta kansalaisyhteiskunnassa. Yhteisöllisyyden luomisessa kolmannella sektorilla on suuri rooli. Moninapainen maailma -teemassa ovat megaluokan kysymykset: EU, globalisaatio, ihmisoikeudet, reilu maailmankauppa, ympäristövastuu. Mikä on Suomen rooli kansainvälisellä näyttämöllä?

Sosiaalinen alkupääoma ja tietotekniikka. Eduskunnan Tulevaisuusvaliokunta: Teknologian arviointeja 14, Eduskunnan kanslian julkaisu 1/2003

Keväällä 2002 eduskunnan tulevaisuusvaliokunta toteutti esiselvityksen "Sosiaalinen pääoma ja tieto- ja viestintätekniikan kehitys". Tämä selvitys valotti erityisesti sosiaalisen pääoman yhteyttä nuorten ja lasten kehitykseen sekä alueiden menestykseen. Tämä selvitys sosiaalisen alkupääoman ja tietotekniikan suhteesta tarjoaa aihetta koskevan yleisen tarkastelun lisäksi yksityiskohtaista tietoa erilaisten teknologioiden vaikutuksista lasten ja nuorten elämään. Eri näkökulmiin tarttuva ja toimenpide-ehdotuksia esittävä arviointi antaa myös käytännöllistä tietoa kasvatukselta vastaaville. Raportin mukaan olisi tärkeää, että Suomi tietotekniikan edelläkävijämaana kehittäisi myös ihmisten tarpeita huomioivaa sekä sosiaalisesti ja eettisesti kestävä teknologiaa

Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2010 - kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Sosiaali- ja terveysministeriö, 2001

Raportissa esitetään sosiaali- ja terveysministeriön näkemys sosiaali- ja terveyspolitiikan lähivuosien strategisista painotuksista. Raportti on syntynyt ministeriön asiantuntijoiden voimin ja ministeriön johto on aktiivisesti linjannut työtä. Raportin mukaan tavoitteena on, että Suomi on vuonna 2010 sosiaalisesti elinvoimainen, taloudellisesti kestävä, toiminnoiltaan tehokas ja dynaaminen yhteiskunta. Tulevaisuudessakin sosiaaliturvajärjestelmän perustana on kattava yhteisvastuu. Suomi osallistuu aktiivisesti eurooppalaisen sosiaalipolitiikan muotoiluun. Tulevaisuudessa hyvinvoinnin kulmakivet ovat työ- ja toimintakyvyn ylläpito sekä omatoimisuus.

Raportin mukaan vuonna 2010 työssä jatketaan keskimäärin 2–3 vuotta nykyistä kauemmin, väestön toimintakyky on parantunut, iäkkäiden hoivan tarve on siirtynyt myöhemmäksi ja väestön terveyserot ovat kaventuneet. Palvelujen laatua ja saatavuutta on parannettu tehostamalla alueellista yhteistyötä, kohtuullisen toimeentulon takaavat tulonsiirrot tukevat työhön osallistumista, sosiaaliturvan rahoitus on kestäväällä pohjalla ja köyhyys pysyy viime vuosikymmenien alhaisella tasolla.

Ministeriö kiteyttää lähivuosisikymmenen sosiaaliturvan suunnan neljään strategiseen linjaukseen:

- Terveyden ja toimintakyvyn edistäminen
- Työelämän vetovoiman lisääminen
- Syrjäytymisen ehkäisy ja hoito
- Toimivat palvelut ja kohtuullinen toimeentuloturva

Raportin mukaan sosiaalimenot kasvavat alkuvuosina nykyilainsäädännön mukaista uraa nopeammin. Vuoden 2015 tienoilla tilanne kuitenkin tulee muuttumaan: työllisyysasteen nousu, eläkkeelle siirtymisen myöhentyminen, toimintakyvyn koheneminen, hoivan tarpeen myöhentyminen, syrjäytymisen väheneminen sekä rahoituksen läpinäkyvyys hidastavat sosiaalimenojen kasvua alkuperäisestä kehitys-

urasta. Suurten ikäluokkien sosiaali- ja terveyspalvelut sekä toimeentuloturva voidaan hoitaa hallitusti.

Sosiaaliturvajärjestelmän tulevaisuuden haasteet ja Kela. Kela, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 56, 2003

Raportissa tutkimusmenetelmänä on käytetty Delfoi-menetelmää, jonka avulla kerättiin asiantuntijoiden mielipiteitä sosiaaliturvajärjestelmän tulevaisuuden haasteista. Tässä tutkimuksessa tulevaisuudella tarkoitetaan aikaa vuoteen 2010 mennessä. Tutkimuksen tulokset kuvaavat sosiaaliturvajärjestelmän mahdollisia ja todennäköisiä haasteita. Koko sosiaaliturvajärjestelmän tulevaisuuden haasteista tärkeimmiksi nousivat väestön ikääntyminen, väestön taloudellinen ja sosiaalinen polarisaatio, työssä jaksaminen, Kelan hoitamien toimeentuloturvaetuuksien kehittäminen, sosiaali- ja terveystennojen kasvu, työttömyys ja Kelan hoitamien toimeentuloturvaetuuksien rahoitus.

Suomen aluekehittämisstrategia 2013. Aluekehittämisstrategia-työryhmän mietintö. Sisäasiainministeriön julkaisu 10/2003

Työryhmän tehtävänä oli valmistella vuoteen 2013 ulottuva Suomen aluekehittämisstrategia, jonka tuli määritellä pitkän tähtäyksen aluekehityksen peruslinjaukset ja toteuttamispolitiikka sekä erityisesti varautua EU:n vuoden 2006 jälkeiseen rakennerahastokautteen. Työryhmän tuli selvittää globaaleja ja kansallisia haasteita, jotka vaikuttavat talouden ja yhteiskunnan rakenteiden uudistumiseen ja alueiden kehittymiseen, hahmotella kestävää alue- ja yhdyskuntarakennetta lähtien muun muassa väestönkehityksestä, rakennetusta ympäristöstä sekä taloudellisista edellytyksistä, varautua vuoden 2006 jälkeiseen EU:n alue- ja rakennepolitiikkaan sekä valmistella ehdotus kansallisesta pitkän aikavälin alueiden kehittämisen toimintalinjoista, koordinoinnista ja toimenpiteiden vaikuttavuuden seurannasta.

Työryhmä tekee mietinnössään ehdotuksen alueiden kehittämisen strategiaksi. Strategia sisältää vision alueellisen kehityksen tilasta

vuonna 2013, alueiden kehittämisen tavoitteet ja ehdotuksen strategisista linjauksista. Mietinnössä kuvataan nykyisen aluepolitiikan sisältöä sekä aluekehittämisen menettelytapojen ja keinojen muuttumista, viimeaikaista alueellista kehitystä sekä arvioidaan tulevaa alueiden kehityksen suuntaa ja tarkastellaan siihen vaikuttavia tekijöitä. Aluekehittämisstrategian tavoitteena on monikeskuksinen aluerakenne, joka pitää kaikki maakunnat elinvoimaisena ja mahdollistaa nykyistä tasaisemman kasvun koko maassa. Monipuolisella ja tehokkaalla aluepolitiikalla vahvistetaan heikoimpien alueiden kehitystä. Työryhmä korostaa, että alueiden erilaisuus ja erilaistumisen jatkuminen vaativat entistä selvemmin myös erilaistuvaa aluepolitiikkaa. Työryhmän esiin nostamia strategisia painopisteitä ovat hyvän elämän edellytysten turvaaminen koko maassa, alueiden kilpailukyvyn parantaminen, alueiden kehittämisen hallinnan keinojen kehittäminen ja rahoituksen riittävydestä huolehtiminen sekä EU:n alue- ja rakennepolitiikan voimavarojen käytön tehostaminen Suomessa. Kilpailukyvyn osatekijöinä korostetaan osaamista, aluerakenteen monikeskuksisuutta sekä alueiden erikoistumista ja verkostoitumista, yritystoiminnan edellytysten kehittämistä, työmarkkinoiden toimivuutta, liikenne- ja viestintäyhteyksiä, hyvää elinympäristöä ja kulttuuria sekä liikunta- ja nuorisopalveluita.

Suomen avainklusterit ja niiden tulevaisuus - Tuotanto, työllisyys ja osaaminen. ESR-julkaisu 88/01

Tutkimusraportti tuotettiin Euroopan sosiaalirahaston (ESR) ja työministeriön rahoittamassa tavoite 4-ohjelman työelämän muutosten ja koulutustarpeiden ennakoitihankkeessa Suomen avainklusterien tulevaisuus. Projekti toteutettiin vuosina 2000-2001. Hankkeessa tunnistettiin ja muodostettiin yhdeksän Suomen kannalta keskeistä klusteria perustuen niiden panokseen tuotannon kasvulle, työllisyyden kehitykselle ja viennille. Tutkimusraportti sisältää toimialoittaiset keskipitkän ja pitkän ajan työllisyys- ja tuotantoennusteet, jotka esitetään avainklustereittain ryhmiteltynä. Raportissa on

myös tunnistettu keskeiset megatrendit, joilla on omat vaikutuksensa kuhunkin avainklusteriin. Tutkimuksen laadullisessa osassa analysoitiin lisäksi kolmen avainklusterin kehitysnäkymiä mm. toimintaympäristössä tapahtuvien muutosten sekä erityisesti näiden alojen organisaatioiden henkilöstöön kohdistuvien osaamistarpeiden osalta. Laadullisina tutkimusmenetelminä käytettiin Delfoi-tutkimusta ja case-tutkimusta.

Suomen avainklustereiksi määrittäytyvät seuraavat yhdeksän klusteria: informaatio- ja kommunikaatioklusteri, metsäklusteri, metallinjalostusklusteri, koneenrakennusklusteri, elintarvikkeklusteri, liike-elämän palvelujen klusteri, rakennusklusteri, energiaklusteri ja hyvinvointi-klusteri. Kansakunnan hyvinvointi riippuu pitkälle näiden klustereiden ja niiden avaintoimialojenmenestyksestä – tuotannon kasvusta, työllisyyden kehityksestä ja niiden hankkimista vientituloista. Muut toimialat, joista osa on isojakin kuten kauppa sekä kuljetukset ja liikenne, seuraavat avainklusterien toimialojen kehitystä.

Työllisyysmielessä Suomen tulevaisuuden avainklusterit ovat liike-elämän palvelut ja hyvinvointi-klusteri. Niissä työtä ei voida automatisoida kuten teollisuudessa. Näin tuotannon kasvu vaatii myös työllisyyden kasvua. Hyvinvointi-klusteri työllistää noin 310 000 ihmistä. Työllisyyden keskimääräiseksi vuosikasvuksi arvioidaan 1.5 %. Näin hyvinvointi-klusterin keskeiset toimialat työllistäisivät vuonna 2015 jo 390 000 henkilöä.

Avainklustereiden tulevaan kehitykseen vaikuttaviksi megatrendeiksi projektissa tunnistettiin seuraavat: 1) Globaali integraatio, 2) Osaaminen työn muovaajana, 3) Kasvava ympäristötietoisuus, 4) Teknologian muutosvoimat, 5) Palveluyhteiskunnan murros ja 6) Väestön ikääntyminen. Nämä megatrendit vaikuttavat tavalla tai toisella voimakkaasti kaikkiin klustereihin ja synnyttävät uusia osaamisvaatimuksia.

Hyvinvointi-klusteri oli yksi niistä, joiden osaamisvaatimusten kehitystä tutkittiin Delfoi-menetelmällä. Tavoitteeksi asetettiin kartoittaa vuoden 2015 tilanne. Hyvinvointi-klusterin Delfoi-tutkimuksessa nousi esiin ihminen, joka

antaa hyvinvointikäsitteelle sisällön, viranomaisen, jonka tehtäväksi koettiin kansalaisen itsenäisen elämänhallinnan tukeminen sekä opettaja tai kouluttaja, jolta edellytettävä asiaosaaminen ei ole alan murrosvaiheessa yhden henkilön hallittavissa.

Raportin yhteenvedon mukaan asiantuntijoiden käsitys tulevasta kehityksestä herättää toiveita siitä, että pakollisesta menokohteesta kehittyisi elävää elinkeinotoimintaa, joka tuottaa nykyistä enemmän lisäarvoa. Hyvinvointi on vuonna 2015 yhdessäoloa, älykästä rakentamista ja rakennusten ylläpitoa, puhdasta ympäristöä, toimivaa lääketeollisuutta, yritysten, koulutuksen, tutkimuksen ja palvelujärjestelmien yhteistoimintaa. Hyvinvointi-klusteri muodostuu vahvojen teknologiaveturien ympärille syntyneistä verkoista, joista vahvimpia ovat informaatioteknologiaa ja elektroniikkaa sekä kudos- ja biomateriaalitekniikkaa soveltavien yritysten ryppäät.

Suomen terveydenhuollon tulevaisuudet. Skenaariot ja strategiat palvelujärjestelmän turvaamiseksi. Esiselvitys. Eduskunnan Tulevaisuusvaliokunta: Teknologian arviointeja 20, Eduskunnan kanslian julkaisu 8/2004

Esiselvitys on laadittu eduskunnan tulevaisuusvaliokunnan aloitteesta. Sen tarkoituksena oli kuvata terveydenhuollon mahdollisia tulevaisuudenkuvia, niihin vaikuttavia tekijöitä ja mahdollisia seurauksia. Raportin tarkastelun kohteena ovat erityisesti vuodet 2012-2020. Joitakin ilmiöitä siinä tarkastellaan myös pidemmällä aikavälillä. Raportissa terveydenhuoltoa tarkastellaan osana yhteiskuntaa ja hyvinvointipolitiikkaa ja painopiste on terveydenhuollon järjestelmätason tulevaisuuden arvioinnissa

Esiselvityksen perusteella näyttää, että kansalaisten terveyspalvelujen tarpeisiin, kysyntään ja käyttöön liittyy jo lyhyelläkin aikavälillä voimakkaita muospaineita. Nykyisen kaltaisella järjestelmällä terveyden ja terveyspalvelujen tulevaisuuden haasteisiin ei voida vastata. Ratkaisuvaihtoehdot näyttäisivät suuntaavan todennäköisimmän kehityskulun palve-

lun tuotannon verkostomaisiin sekamalleihin, joissa julkisella sektorilla on rahoitus- ja ohjausvastuu, mutta palvelujen tarjonta monimuotoistuu.

Selvityksen mukaan poliittis-taloudellisen toimintaympäristön muutokset heijastuvat väistämättä terveyspalvelujärjestelmään. Tulevaisuudessa Suomen terveydenhuollon kehitystä määrittävät nykyistä enemmän yleiseurooppalaiset ja EU:n hyvinvointi- ja talouspoliittiset linjaukset. Globalisaatio voi tuoda myös koko Euroopan tasolla merkittäviä uusia asetelmia, jotka voivat nopeasti vaikuttaa terveydenhuollon toimintaedellytyksiin tai palvelujen tarpeeseen (esim. epidemiat, uudenlainen tautikirjo, uudenlaiset palvelut tai monikulttuuriset asiakkaat).

Väestön ikääntymisestä seuraavat hoito- ja hoivatarpeiden muutokset ovat kohtuullisen hyvin ennakoitavissa. Sen sijaan kaupunkimaiseen elämäntapaan, individualismin eri ilmenemismuotoihin ja yksinasumiseen liittyvät elämänpolitiikan muutokset voivat aiheuttaa odottamattomia paineita sosiaali- ja terveyspalveluille. Suurten ikäluokkien siirtyminen sosiaali- ja terveyspalveluista eläkkeelle massoittain aiheuttaa vakavia uuden henkilöstön rekrytointiongelmia. Ne kärjistyvät eri tahtiin ja eri voimakkuudella maan eri osissa (kasvukeskukset/periferia), järjestelmän eri osissa (vanhustyö/perusterveydenhuolto/erikoissairaanhoido) ja erityisosaajaryhmissä (mm. anestesia, psykiatria ja radiologia).

Raportin mukaan biolääketieteelliset läpimurrot johtanevat kokonaan uudenlaisten tutkimus- ja hoitomahdollisuuksien avautumiseen. Uudet teknologiat tarjoavat mahdollisuuksia palvelujärjestelmän tehokkuuden ja tuottavuuden kasvuun, palvelujen laadun kehittymiseen sekä hoidon vaikuttavuuden paranemiseen. Terveys- ja hyvinvointiteknologia voi tuottaa taloudellista kasvua ja synnyttää uusia vientituotteita.

Informaatioteknologian sovellutukset muuttavat merkittävän osan rutiinipalveluista sähköisen asioinnin piiriin ja virtuaalisiksi. Tietoverkkojen käyttöön tottuneille kehitys voi merkitä kokonaan uusia, aika- ja paikkariippumattomia palveluvaihtoehtoja ja itsehoidon

asiantuntijatukea. Toisaalta ikääntyneille ja syrjäytyneille informaatioteknologia voi aiheuttaa yhä eriarvoisempaa asemaa ja palvelujen saatavuuden heikennyksiä. Terveysteen liittyvien tutkimus- ja hoitomahdollisuuksien monipuolistumien lisää väestön ja yksilöiden kiinnostusta, halua ja vaateita sekä siten palvelujen kysyntää ja käyttöä.

Monisairaiden ja erityisesti moniongelmaisten lasten ja nuorten sosiaali-, koulutus- ja terveyspalvelujen tarve kasvaa. Samoin iäkkäiden henkilöiden palvelujen tarve kasvaa. Kansalaisyhteisön, asiakkaiden ja potilaiden rooli ja vastuu palvelujensa turvaamisessa vahvistuu. Palvelujen universaalisuudesta ja maksuttomuudesta joudutaan osittain luopumaan.

Väestön ikääntyminen - haaste ja mahdollisuus teknologian ennakoinnille ja kehittämiselle, innovaatioille ja elinkeinotoiminnalle sekä niitä koskevalle politiikalle -VIHMA. Esitutkimus, 2003

Esitutkimuksen taustalla on KTM:n syksyllä 2001 käynnistämä teknologian ennakoinnin kehittämishanke, joka tarkastelee teknologia- ja innovaatiopolitiikan päätöksentekoa tukevaa teknologian ennakointitoimintaa. Väestön ikääntyminen on nähty yhtenä mahdollisena teeman teknologian ennakoinnille. Tässä yhteydessä teknologian ennakoinnilla tarkoitetaan vuorovaikutteista ja järjestelmällistä prosessia, jossa syntyy perusteltuja näkemyksiä teknologian tulevasta kehityksestä sekä kehityksen edellytyksistä ja vaikutuksista yhteiskunnan eri lohkoilla.

Selvityksen mukaan ikääntymiskysymyksen tarkastelussa ovat yleensä korostuneet uhkat ja ongelmat, ja selvityksessä on tästä poiketen näkökulmana ikääntymiskehityksen tunnistaminen haasteiden ohella myös myönteisenä taloudellisena mahdollisuutena. Esitutkimuksessa ehdotettiin ikääntymistä tarkastelevan ennakointihankkeen toteuttamista ja aihepiireiksi tarve- ja teknologialähtöistä tarkastelua: työ ja vapaa-aika, elinympäristö, hoiva ja hoito sekä uusien teknologioiden käyttöönotto.

Uhasta mahdollisuudeksi? - Väestön ikärakenteen muutokset ja sen seuraamukset Suomen elinkeino-, teknologia- ja innovaatiopolitiikalle. Tapio Wallenius ja Mari Hjelt. Kauppa- ja Teollisuusministeriö, 2005

Kauppa- ja teollisuusministeriö (KTM) on toteuttanut vuoden 2004 aikana ennakoitihankkeen, jossa tavoitteena oli tunnistaa mahdollisuuksia, joita elinkeinoelämälle syntyy väestön ikärakenteen muutoksen seurauksena ja tuottaa suosituksia innovaatiopolitiikalle. Tämän kansallisen hankkeen rinnalla toteutettiin sisäasiainministeriön ja maakuntien liittojen rahoituksella kaksi alueellista vastaavaa hanketta, joissa hyödynnettiin hankkeen tuloksia ja tuotettiin suosituksia alueellisesta näkökulmasta tarkasteltuna.

Hankkeessa omaksuttiin hyvin laaja näkemys ennakoinnista siten, että kyse on ensisijaisesti vuoropuheluprosessista, jossa tavoitteena on yhteiskunnallisen ilmiön laaja-alainen hahmottaminen. Tähän sopien hanke toteutettiin neljän, toistensa tuloksille perustuvan työpajan ketjuna. Työpajoihin kutsuttiin osallistujia erilaisista organisaatioista yksityiseltä, julkiselta ja kolmannelta sektorilta. Työpajojen osallistujille valmisteltiin taustamateriaali, joka kertoo tunnettuja kehityskulkuja ja ennusteita Suomen väestön määrästä ja ikärakenteesta.

Raportin mukaan palveluiden kysyntä kasvaa kotimaassa ja globaalisti. Tämän mahdollisuuden hyödyntäminen edellyttää, että julkisin toimin tuetaan palvelutuotteisiin liittyvien innovaatioiden kehittämistä ja markkinoille saattamista. Innovaatiopolitiikka ei ole vielä reagoinut tarpeeksi selkeästi näihin haasteisiin.

Työvoiman saatavuuden turvaamiseksi työllisyysaste tulisi saada nousemaan ja ihmiset pysymään töissä pidempään, mikä edellyttää työhön osallistumisen lisäämistä myös varsinaisen työiän jälkeen. Myös ulkomaiselle työvoimalle Suomi tulisi kyetä tarjoamaan houkuttavana vaihtoehtona. Senioriyrittäjyyteen on rohkaistava.

Innovaatiopolitiikan tulisi kohdistua enemmän työn tuottavuuden kasvattamiseen uusien

innovaatioiden avulla. Usein näissä tuottavuutta parantavissa innovaatioissa kyse on teknologioiden ja prosessi-innovaatioiden yhdistämisestä. Näiden kehittäminen edellyttää monitieteisyyttä ja erilaisen osaamisen sekä käyttäjien kokemusten yhdistämistä.

Ikääntyvien innovatiivisuuden ja kokemuksen hyödyntämiseksi ikääntyviä työntekijöitä koskeviin asenteisiin on saatava muutos. Siihen on sekä yritysten että julkisten organisaatioiden sitouduttava oman etunsa takia. Suomen kansantaloudella ei ole varaa tuhjata kokeneimman työvoimansa osaamista kuten nykyään tehdään.

Välittävä, kannustava ja luova Suomi. Katsaus tietoyhteiskuntamme syviin haasteisiin. Eduskunnan Tulevaisuusvaliokunta: Teknologian arviointeja 18. Eduskunnan kanslian julkaisu 4/2004

Tulevaisuusvaliokunta aloitti lokakuussa 2003 työn tietoyhteiskunnan tulevaisuuden syvien haasteiden kartoittamiseksi. Valiokuntaa yhdisti havainto, että suomalainen tietoyhteiskuntakehitys on kriittisessä vaiheessa, jossa tarvitaan uudenlaisia rohkeita toimia. Valiokunta pyysi filosofian tohtori Pekka Himasta (Helsinki Institute for Information Technology) kirjoittamaan tältä pohjalta valiokunnalle katsauksen maamme tietoyhteiskunnan avainhaasteista sellaisessa tiiviissä ja konkreettisessa muodossa, jonka pohjalta voitaisiin käydä käytännön keskustelua tarvittavista poliittisista toimenpiteistä. Hankkeen aikana on kuultu lisäksi suurta joukkoa asiantuntijoita niin ulkomailta kuin kotimaasta. Tämä julkaisu on Himasen loppuraportti.

Katsauksen tehtävä oli arvioida tietoyhteiskunnassa vuoteen 2010 ulottuvia syviä haasteita, joihin menestyksellisesti vastaamiseksi Suomen on toimittava jo nyt. Raportin mukaan pelkistäen ilmaistuna tietoyhteiskunta tarkoittaa vuorovaikutukselle perustuvaa luovuuden yhteiskuntaa. Tietoyhteiskunnassa olennaisinta ei ole uusi tekniikka, vaan uusi toimintatapa. Teoreettisesta näkökulmasta ilmaisten avainkä-

sitteitä ovat verkostomainen organisaatiomuoto ja innovaatioille perustuva kasvu. ”Uudentalouden” hypestä poiketen nimenomaan innovaatioille perustuva tuottavuuden kasvu on informaatiotalouden ydin. Vastaavasti työmarkkinat ovat muuttumassa verkostomaisemmiksi ja niilläkin innovatiivisuuden rooli on kasvamassa. Luovuus on ymmärrettävä sanan laajassa mielessä: luovuus ei rajaudu vain ensimmäisenä mieleen tuleviin töihin, kuten vaikka taiteilijaan, tutkijaan tai insinööriin, vaan luovuutta voi yhtä hyvin olla ihmisten vuorovai-
kutuksessa, kädentaidoissa jne.

Katsauksen fokuksessa ovat vuoteen 2010 nähtävissä olevat, jo voimakkaasti käynnissä

olevat muutostrendit, joihin onnistuneesti vastaaminen edellyttää ennakoivaa toimintaa kahden vuoden sisällä. Raportissa tunnistetut muutostrendit ovat: kansainvälisen verokilpailun koveneminen, globaali uusi työnjako, väestön ikääntyminen, hyvinvointivaltion paineiden kasvu, tietoyhteiskunnan kakkosvaihe, kulttuuri-alojen nousu, bioalan nousu, alueellinen keskittyminen, globaalin kuilun syveneminen ja hätätilan kulttuuri (talouden volatilitteetti ja työelämän jatkuva hätätilassa toimiminen).

Tulevaisuuden ikkunoita

Ronald Wiman

kehittämispäällikkö

Stakes

Minkä kokoinen kunta on oikean kokoinen? Paljonko Suomessa tulisi olla väkeä? Pitääkö väestön kasvaa vaikka se lisää kasvihuonekaasuja ja ilmastonmuutos tappaa ihmisiä? Mikä on oikea veroaste? Kuinka paljon on paljon?

Joihinkin noista kysymyksistä on jokin "oikea" vastaus. Oikeita vastauksia on tosin monia koska sen "oikean" kriteerit vaihtelevat. Millainen Suomi on vuonna 2025? Millainen sen pitäisi olla? Myös näihin kysymyksiin on annettu monia vastauksia, kuten tämän julkaisun muissa artikkeleissa osoitetaan.

Visioita ja ennusteita on hyvin erilaisia koska ihmisillä on eri näkökulmia, joiden pohjalta niitä rakennetaan. Myös tietopohjassa ja ennakkointimenetelmissä on usein eroja. On kuitenkin myös olemassa erilaisia ajatusarkkitehtuureja. Niiden peruspilarit ovat monelta osaltaan rakennettu hyvin kauan sitten. Tässä artikkelissa kuvataan eräitä peruskysymyksiä, joihin kaikki tulevaisuudenkuvien rakentajat ja suunnittelijat joutuvat - tietoisesti tai tietämättään - ottamaan kantaa. Jo Platon joutui (428-347 eaa).

Ei uutta auringon alla¹

Platon etsi lukumystiikalla vastausta kysymykseen kuinka paljon kaupungissa pitäisi olla ihmisiä, jotta poliittinen vakaus säilyisi. Vastaus oli 5040 vapaata miestä. Kun naisia, orjia yms. ei laskettu voisi arvata, että väkeä kaupungissa oli optimissaan sellainen kaksi- kolmekymmentä tuhatta. Toisaalta, rikkaiden ja köyhien varallisuusero sai olla enimmillään nelinkertainen. Muuten kaupunkivaltiota uhkaisi sisällissota.

Jätetään nyt pari vuosituhatta väliin ja tullaan 1500-luvulle, aikaan jolloin rahasta ja rikkaudesta oli tullut hallitsijoiden tavoite numero yksi ja aikaan joka synnytti taloustieteen siemenet. Ranskan Henry IV totesi, että kuninkaan vallan ja vaurauden lähde on alaisten vauraus ja määrä. Totta, koska kuninkaalla oli rajaton verotusoikeus. Ja oikeus pakkovärvätä sotilaita. Merkantilismin aikana suurta väkimäärää suosittiin myös taloudellisin perustein: mitä enemmän väkeä, sitä enemmän työväkeä, sitä halvemmat *tuotantokustannukset* ja sitä parempi *"kilpailukyky"* myydä tuotteita kalliimpien tuotantokustannusten maihin.

Tehtiin myös *sosiaalisia innovaatioita*: Ne maat, jotka keksivät ottaa käyttöön pienet työvoimakustannukset takaavan orjuuden ja siirtomaiden valtaamisen - mikä takasi halvat raaka-aineet ja isot markkinat - tekivät sen ajan kilpailukyky-yhtälöstä vielä suotuisamman. Kun vielä oli todistettu, että maa on pyöreä tehtiin - täsmälleen väärä - johtopäätös: maapallo on rajaton ja lisää tuotantoa samassa suhteessa kuin väkeä on sitä hyödyntämään, kirjoitti Fenelon. Ajatus *suurtuotannon skaalaeduista* oli syntynyt.

Merkantilisteja ja monarkkeja eivät köyhyys ja epätasa-arvo vaivanneet. Tavoite oli rikkaiden rikastuminen. Tosin jo 1516 Sir Thomas Moore oli nähnyt toisenlaisen vision, "Utopian" tasa-arvoon perustuvasta yhteiskunnasta, joka pystyisi *säätämään sosiaalisia ongelmia* hyödyntämään vaurauden lähteet tehokkaammin. Merkantilismi oli raunioittanut maatalouden monissa maissa. Fysiokraatit alkoivat 1700-luvun puolivälissä epäillä, että oltiin

¹ARTIKKELIN HISTORIAALLINEN OSUUS PERUSTUU JULKAISUUN RONALD WIMAN: DEVELOPMENT OF POPULATION THOUGHT FROM ANCIENT TIMES TO CURRENT POLICY DEBATE. HELSINGIN YLIOPISTO SOJSIOLOGIAN LAITOS. OPETUSJULK. 45/1986

oltu väärällä tiellä: väkeä oli paljon, hallitsijat olivat rikkaita, mutta nälkä ja köyhyys rehottivat. Väkeä taisi olla liikaa suhteessa elinmahdollisuuksiin.

Merkantilistit halusivat tietää miten talous saataisiin toimimaan rikkaiden rikastuttamiseksi. Fysiokraatit alkoivat tutkia sitä, miten talous oikein toimii. Jo fysiokraatit olivat alkaneet uumoilla että köyhätkin osaavat ajatella omaa etuaan. Lopulta 1776 Adam Smith väitti, että yksittäisten ihmisten itsekkyyden on luonnonvoiman kaltainen hyve, joka johtaa yhteishyvään kuin näkymättömän käden ohjaamana. Smith myös ensimmäisenä keksi dynaamisen talousteorian ja myös keinon millä tuo ikuinen itseään säätelevä kasvu saavutetaan: pannaan *pääoma töihin*. Säädelty muuttoliike ja kaupan esteet olivat vauruserojen syy. *Ihmisten liikkumisen vapauttaminen ja kaupan esteiden poistaminen* tasaisivat siksi vauruseroja kasvun avulla.

Lopulta 1789 porvaristo otti Ranskassa vallan totalitaariselta valtiomahdin ja rikkaiden liitolta. Uusi sosiaalinen optimismi oli syntynyt. Kapitalismi kehittyi alkuvaiheiden kaosten jälkeen kuitenkin pääosin lisääntyvän sääntelyn kautta ja vaurastutti vähitellen lähes kaikkia kansankerroksia. Valtiovallan rooli *makrotalouden vakauden* turvaajana nousi erityisen selväksi 1930 laman jälkiselvittelyissä. *Sosiaaliturvan* kehittäminen nähtiin Euroopassa ja etenkin Pohjoismaissa välineenä myös yhteiskunnallisten konfliktien säätelyssä. Esimerkiksi Suomessa tämä mahdollisti myös nopean teollistamisen kun kehityspennistuksiin liittyviin taloudellisiin ja sosiaalisiin riskeihin voitiin tarjota kansankattavat hallintakeinot.²

Meren yli vietyinä vapaus, veljeys ja tasa-arvo yhdistettynä Smithin taloustieteeseen jalostettiin kuitenkin Vapauden fundamentalismiksi. *Markkinaliberalismi* päästettiin lopulta maailmanlaajuisesti valloilleen 1980-luvulla Margaret Thatcherin ja Ronald Reaganin valtakausilla ja usko markkinoiden vapauttamisen siunaukseen on siitä lähtien ollut talouden ankkurina. Uskotaan, että vapaat markkinat vähentävät köy-

hyyttä ja mm. että markkinoiden avulla voidaan ratkaista ihmiskuntaa uhkaava ilmastonmuutos.

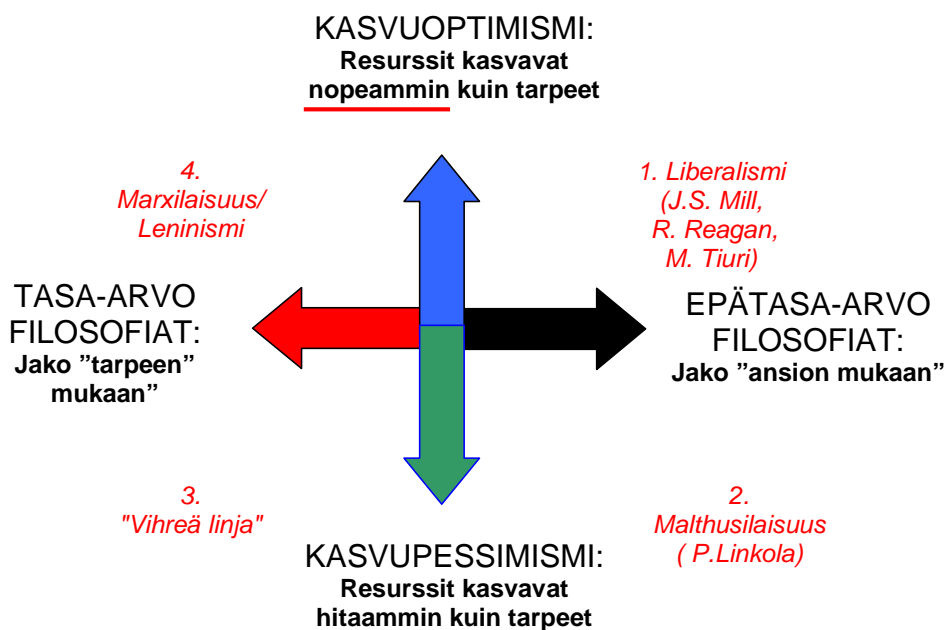
Myös pessimistiset maailmankuvat juontuvat kaukaa historiasta. Valistuksen aika uskoi, että ihminen "löytää Luonnonlait ja avaa Paratiisin portit". Näin halusi myös eräs isä opettaa pojalleen. Poika oli Robert Thomas Malthus. Isän ja pojan välille syntyi rakentava henkien taistelu, joka sitten julkaistiin nimettömänä pamflettina: "Väestöprinsiippi, ja miten se vaikuttaa tulevaan yhteiskunnan parantumiseen - huomautuksia herrojen Godwin ja Concorcet ja muiden kirjoitelmiin (1789)."

Kun Smith oli kirjoittanut kansakuntien vaurauden syistä, Malthus päätyi kirjoittamaan kansakuntien köyhyyden syistä. "Ensiksi, ruoka on välttämättömyys ihmisen olemassaololle. Toiseksi sukupuolten välinen vetovoima pysyy kutakuinkin nykyisellä tasollaan..." Johdtopäätös oli, että väestö kasvaa aina ruuantuotantoa nopeammin koska ruuantuotannossa pätee *vähenevien tuottojen laki*.

Niin kauan kuin talouden kysymysten pohdinnassa on ollut piirteitä joilla tiedettä yleensä luonnehditaan, taloustieteen peruskysymyksen voi yksinkertaistaen tiivistää kahteen sanaan: tuotanto ja jako.³ Jaon tasaisuuden ja tuotannon tehokkuuden välillä on moni taloustieteilijä nähnyt sovittamattoman ristiriidan. Jo Malthusilaisten ja Smithiläisten erimielisyys koski kysymystä, lisääntyykö tuotanto nopeammin kuin väestö ja sen tarpeet. Smithin mielestä kyllä, jos taloudellisen toimeliaisuuden esteet puretaan. Malthusin mielestä ei, koska ihmisen lisääntymispotentiaali on suuri ja vähenevien tuottojen laki rajoittaa tuotannon kasvumahdollisuuksia. Molemmat koulukunnat olivat kuitenkin sitä mieltä, että tuotannon tulosten jakaantumisen täytyykin olla epätasainen. Kun Smith piti epätasaista jakoa kannustimena Malthus vuorostaan piti sitä välttämättömänä, jotta köyhyys ei riistäytyisi käsistä. Köyhyyden lievittäminen lisäisi köyhien määrää, koska syntyvyys nousisi ja kuolleisuus lasisi. Hän totesi, että köyhillä ei ole oikeutta is-

² ESIM. WORLD BANK: WORLD DEVELOPMENT REPORT 2006, s.121

³ KS. ESIM NICHOLAS BARR: THE ECONOMICS OF THE WELFARE STATE. STANFORD UNIVERSITY PRESS, STANFORD, CALIFORNIA 1998



Kuvio: Talouspolitiikan suunnat

tua luonnon runsaassa ruokapöydässä ellei armeliaisuus pidä heitä elossa.

Mooren tasa-arvoinen Utopia ja myöhemmin Karl Marxin sosialistinen malli uskottelivat, että tasa-arvo luo hyvinvointia. Marxilainen taloustiede ei pitänyt väestöongelmaa tai resurssiniukkuutta mahdollisena kunhan yhteiskunnan rakenteet muutetaan. Engels totesi että sosialistinen yhteiskunta pystyy "muuttamaan automaattikin ruusutarhoiksi". Historia tosin osoitti, että kävi juuri päinvastoin.

Kaksi aatteellista ulottuvuutta - neljä tulevaisuuden visiota

Edellä lyhyesti kuvattujen taloustieteen koulukuntien perusteet elävät tämänkin päivän keskustelussa ja suunnitelmissa. Tulevaisuusoptimismi, joka perustuu uskoon teknologian nopeasta kehityksestä ja kaikkivoipaisuudesta tai yhteiskunnan mahdollisuuksiin vastata haasteisiin on dialogissa pessimistien kanssa. Vihreän liikkeen aatemaailma perustuu pitkälti pessimistisiin oletuksiin luonnon resurssien riittävyy-

destä ja/tai teknologian rajallisuudesta. Markkinat sellaisenaan eivät näitä haasteita pysty ratkaisemaan. Toinen pessimistinen suuntaus on esimerkiksi se malthusilainen tai darvinistinen maailmankuva, jota esimerkiksi Pentti Linkola on Suomessa edustanut.

Nämä taloustieteen historian perustavat oppisuuntaukset on koottu seuraavaan kuvaan. Pystyakselina on kysymys taloudellisen kasvun riittävyys suhteessa ihmisten tarpeisiin. Vaaka-akselina on uskomus tasaisen vs. epätasaisen jaon taloudellisesta, sosiaalisesta tai moraalista hyvinvoinnista.

Tulevaisuuteen on katsottu ja edelleen kiikaroidaan näiden neljän ikkunan kautta. Tacheerilais-Reaganilainen maailmankuva väitti markkinoiden vapauttamisen ja tuloerojen leventämisen johtavan talouden nousuun. Toiset perustavat tulevaisuudenuskonsa teknologisiin innovaatioihin.⁴ Sosialistinen maailmankuva näki tulevaisuuden sääntelytaloudessa ja tasaisessa - ja matalassa -tulotasossa.

"Vihertävän linjan" usko sosiaalisten innovaatioiden voimaan resurssiongelmien ratkaisussa on vahvasti esillä sekä globaalilla että

⁴ ESIM: JOSEPH HUBER(2004): NEW TECHNOLOGICAL AND ENVIRONMENTAL INNOVATION. CHELTENHAM: EDWARD ELGAR, 2004.

paikallistasolla. Esimerkiksi Johannesburgin huippukokouksen erää johtava teema oli "decoupling" eli tarve kytkeä tuotannon lisääminen irti energian ja luonnonvarojen käytön lisääntymisestä.

Sekä Suomen kansantalouden tasolla että kunnissa painiskellaan samojen kysymysten äärellä: kasvavatko resurssit samaa tahtia tarpeiden kasvun kanssa? Kuinka paljon tulo- ja hyvinvointieroja sallitaan. Onko pakko priorisoida ja esimerkiksi jättää jokin osa väestöstä hoitamatta. Pitäisikö esimerkiksi itse aiheutettujen sairauksien hoidosta tinkiä?

Neljä skenaariota n. 20 vuoden takaa

Katsotaanpa vähän peruutuspeiliin. Tulevaisuuden ennakkointia on täytynyt harjoittaa ennenkin. Seuraavassa lainataan parinkymmenen vuoden takaista julkaisuani. Sanatarkasti lainattu teksti on joiltain sanavalinnoiltaan osin huvittavaa, mutta toisaalta joissain noista skenaarioista taitaa sittenkin olla paljon tämän päivän todellisuutta.

Sosiaalihuolto laati 1980-luvun lopulla sosiaalihuollon tulevaisuuden skenaarioita.⁵ Neljä perusskenaariota, jotka perustuivat edellä kuvatuille, talousteorian peruslinjoille, olivat seuraavat:

Ruutu 1: Sinimusta tulevaisuus

Jaettava henkeä kohti kasvaa ja jako tahtuu markkinavoimien ehdoilla. Sosiaalihuolto markkinavoimien ehdoilla, yksityiset palvelut ja vakuutukset maksukykyisille; niin kauan kuin reaalitytöiden kasvu jatkuu, yhä useammilla on varaa yksityisiin palveluihin ja vakuutuksiin; vain vapaaehtoisuuspohjainen laupeudentyö niitä varten joilla varaa ei ole. Markkinoiden näkymätön käsi aktorina. Organisaatio: vapaa kilpailu. Esimerkki: USA, Englanti.

Sinimusta vanhustenhuolto:

Taloudellinen kasvu jatkuu, reaalitytöt nousevat edelleen. Vaikka vanhusten määrä kasvaa (väistämättä), resurssija olisi jaettavissa henkeä kohti enemmän

kuin nyt. Mutta poliittinen ilmapiiri muuttuu Thatcherilaiseksi. Eduskunta taipuu uskomaan, että yksityiset markkinat tuottavat vahaustenhuollon palvelut tehokkaammin. Toisaalta on oikeudenmukaisista, että vanhuudenturvan taso on "ansioon mukaan". Koska vanhuksilla on paljon rahaa käytettävissä, he voivat hankkia palvelut ja eläketurvan yksityisiltä markkinoilta. Keskitetty suunnittelu minimoidaan. Ongelmaksi jää, että olemme perintönä saaneet huonosti toimeentulevan vanhusten B-joukon: tämän päivän työttömät nuoret, jotka eivät ole päässeet hankkimaan omaisuutta ja joilla lisäksi on pienet ansioeläkkeet. Nämä B-ryhmät hoidetaan yksityisen armeliaisuuden tai julkisen minimiturvan ja -huollon putkeen.

Ruutu 2: Mustanvihreä tulevaisuus

Tarpeet (esimerkiksi väestönkasvun takia) kasvavat nopeammin kuin jaettava. Ei varaa organisoituaan sosiaalihuoltoon. Jokainen on oman onnensa seppä, vastuussa vain itsestään; vahvan valta, keskiluokka pyrkii saamaan pienenevästä kakusta yhtä paljon kuin ennen -köyhät köyhtyvät keskimääräistä nopeammin; yhteiskunta jakaantuu kahtia. Yksilö aktorina. Organisaatio säätelemätön kilpailuanarkia. Esimerkki : syökykierteinen kehitysmaa (useita).

Mustanvihreä vanhustenhuolto

Taloudellinen kasvu taittuu, ja sosiaalihuolto saa pienenevät osan julkisista varoista. Vanhusten määrän kasvu kärjistää ongelma entisestään. Taloudellisen kasvunkaan ei tarvitse taittua. Sama tilanne syntyisi, jos resurssit pysyisivät nykytasolla ja jatkaisivat kasvuaan nykyvauhtia: tarpeet kasvaisivat huomattavasti nopeammin kuin resurssit. Julkisia järjestelmiä puretaan, ja jokainen yksilö saa tulla toimeen miten parhaaksi näkee. Niukkuus jaetaan siten, että vanhuksat jaetaan A ja B ryhmiin: ne joilla on, niille annetaan ja niiltä joilla ei ole otetaan loputkin pois: vanhustenhuolto-

⁵ RONALD WIMAN: TULEVAISUUDENKUVIEN KEHYKSIÄ. SOSIAALIHUOLLON TULEVAISUUS. KESKUSTELUALOITTEITA No 1. SOSIAALIHALLITUS 1988.

laitoksiin otetaan vain ne, joilla on vielä toivoa selvitä omille jaloilleen, muut jätetään kotiin kuolemaan.

Ruutu 3: Punavihreä tulevaisuus

Jaettava kasvaa hitaammin kuin tarpeet mutta niukkuus jaetaan tasan. Pienyhteisöpohjainen sosiaaliturva ilman keskusorganisaatiota; perhe tai kotitalous tai laajempi pienyhteisö aktorina. Pehmeä työvaltainen tuotantoteknologia. Organisaatio: solidaarinen yhteisö "community" tai kommuuni. Esimerkki: Kiina.

Punavihreä vanhustenhoolto

Vanhusten määrä kasvaa nopeammin kuin vanhustenhooltoon osoitettavissa olevat resurssit. Julkiset järjestelmät eivät pysy vanhusten määrän kasvun tahdissa. Niukkuus jaetaan tasan ottamalla kaikilta pois. Vanhustenhoollon taso ei kuitenkaan välttämättä laske, jos keksitään jokin uusi teknologia, jolla sama hyvinvoinnin ja turvan taso voidaan tuottaa pienemmillä yksikkökustannuksilla. Sen sijaan että turvataisiin markkinoiden epätasaisesti jakavaan käteen, vanhustenhoolto organisoidaan pienyhteisötasolle. Rahaa korvataan työllä. Taloyhteisöjen asukkaat osallistuvat yhteisönsä vanhusten hoitoon ja julkinen panos tulee mukaan vain vanhustenhoollon ohjaajan muodossa, joka asuu lähitalossa.

Ruutu 4: Tulipunainen tulevaisuus

Jaettava kasvaa nopeammin kuin tarpeet, tasajakoon pyritään yksityiskohtaisen keskusjohtoisen ohjauksen ja rakenteiden suunnittelun avulla. Varsinainen sosiaalihuolto ei tarpeen. Aktorina valtio. Kova tuotantoteknologia. Organisaatio keskusjohtoinen suunnitelmatalous. Esimerkki Neuvostoliitto.

Tulipunainen vanhustenhoolto

Resurssit kasvavat nopeammin kuin tarpeet. Ne jaetaan kullekin tarpeen mukaan, tasaisesti. Järjestelmä on kuitenkin keskusjohtoinen syystä, että näin taataan riittävä kontrolli estämään pimeiden markkinoiden syntyä ja tasajaon toteutumista. Seurauksena on pitäytyminen suurissa yksiköissä, joissa tällaisen kontrollin har-

joittamisen on helpommin toteutettavissa.

Huomattakoon, että tuolloin kaikki käyrät näyttivät vielä ylöspäin. Pohjoismaainen sosiaalinen innovaatio, hyvinvointivaltio, oli käytännössä hävittänyt köyhyyden. Neuvostoliitto oli vielä olemassa. Elettiin sekatalouden tai säännellyn markkinatalouden aikaa. Amerikkaa pidettiin amerikkalaisena, mutta ei uskottu Reaganin oppien valtaavan maailmaa. Julkista Sosiaali- ja terveydenhuoltoa odotti loistava kasvu-ura.

Suomi lähti markkinaliberalismin tielle 1990-luvun taitteessa. Rahamarkkinat vapautettiin, pääomat lähtivät ulkomaille tienamaan ja devalvaatio jakoi elintasoja uudelleen. Kun lisäksi suurin kauppakumppani, Neuvostoliitto lakkasi olemasta, seurauksena oli talouden romahdus. Työ on sittemmin jaettu uudelleen siten, että työssäoloerien tulotaso ja sosiaaliturva on korkealla tasolla - mutta samaan aikaan vallitsee suuri työttömyys. Tuloja jaetaan vuosi vuodelta yhä epätasaisemmin ja sitä pidetään "oikeana" ja etenkin talouden kannalta hyödyllisenä, suorastaan vaihtoehdottomana välttämättömyytenä. Myös sukupolvien välillä taapuu tulojen ja vaurauden uusjakoa.

Suomi ja pohjoismaat ovat pysyneet kasvu-uralla. Kaikille on riittänyt jaettavaa - tosin eri suhteessa. Ei niinkään ekotehokkuuden kasvun ansiosta vaan siksi, että teknologiatuotanto on jaksanut vetää vientiä. Olemme kuitenkin ilmiselvästi siirtyneet kohti kuviomme "koilliskulmaa": kasvuoptimismin ja epätasaisen jaon yhdistelmään.

Suomea pidetään edelleen mm. Maailman kehitysraportissa 2006 historiallisena esimerkkinä: se on pystynyt yhdistämään nopean tuotannon kasvun ja oikeudenmukaisen, aika tasaisen jaon. Se on siis mahdollista! Mutta onko tämä sittenkin jo menneen talven unia? Köyhyshän on palannut Suomeen 1990 luvulla. Talouspolitiikan valinta oli turvata työvoiman valtaosalle korkeammat tulot ja samalla sallia lähes joka viidennen pudota pois työmarkkinoilta. Olisiko voitu valita toisin? Voidaanko valita toisin? Miksi ei.

Vähemmästä enemmän

Tämän päivän teorioilla, visioilla ja retoriikalla on siis vanhat juuret. Suuri osa noista perustuksista ei suinkaan perustu kiistattomaan empiiriseen näyttöön. Esimerkiksi Suomen historiallinen kokemus tasa-arvon ja kasvun yhdistymisestä ei ole luonnonlaki vaan historiallisesti hyvin spesifiin ajanjaksoon ja tapahtumiin liittyvä ilmiö. Talouspolitiikka ei ole arvovapaata ja sitä on siksi vaikea perustella kiistattomasti ja siinä mielessä objektiivisesti. Toisaalta, joltavat talusopit ovat joutuneet ottamaan pakkia kun niiden reseptien soveltaminen on tuottanut rankkoja sivuvaikutuksia. Esimerkiksi rakennesopeutusohjelmat monesti epäonnistuvat ja varsin puhtaaksi viljellyn markkinatalousopin soveltaminen Aasian talouksiin vei miljoonilta lapsilta mahdollisuuden koulunkäyntiin. Eräässä keskustelussa maailmanpankin edustaja totesi, että "olimme väärässä". Vain tulevaisuuden historia kertoo ollaanko seuraavalla kerralla suuria uudistuksia tehtäessä enemmän oikeassa.

Suomen tulevaisuus asettuu maapallostuneeseen maailmaan. Kun minä synnyin, ihmisiä oli 2.393.501.183 (dd.mm.yyyy?). Nyt, 22.11.2005 klo 12:36 ihmisiä on 6.480.511.991 Princetonin yliopiston väestökellon mukaan ⁶. Eli 56,5 vuodessa olen saanut yli neljä miljardia uutta naapuria. Vuonna 2050 väkeä on YK:n ennusteen mukaan 7.7 - 10.9 miljardia. Todenäköisin estimaatti on 9.6.⁷ Kasvuluvut ovat edelleen uhkaavan korkeita. Myös epävarmuus on suurta. Varmaa on, että kilpailu energiasta, maasta, raaka-aineista ja etenkin vedestä kiristyy ennennäkemättömiin mittoihin jo syntyneiden sukupolvien aikana. Jopa ilmastosta käydään jo nyt kauppaa.

On vaikea väittää, että tällä ei tulisi olemaan vaikutusta Suomen ja suomalaisten tulevaisuuteen. Kansainvälinen neuvotteluasetelma ei kuitenkaan väestö- ja resurssikysymyksissä ole rikkaille maille yksinkertaisesti suojea. Esimerkiksi USA:n väestö on vain neljäsosa Intian väestöstä, mutta USA:n ekologinen jalanjäl-

ki on kominkertainen Intian ekologiseen jalanjälkeen verrattuna. Näin siksi, että yhden amerikkalaisen jälki luonnonvaroihin on 12-kertainen yhden intialaisen jättämään verrattuna.

Optimistit uskovat, että kasvulla ei ole rajoja. Uhkaava niukkuus siirtyy aina edemmäs teknologian kehittyessä. Pystytään ottamaan vähemmästä irti enemmän. Väkirikkaiden maiden talouden huimat kasvulukujen ekologista vaikutusta ei ekotehokkuuden mahdollinen kasvu kuitenkaan pysty kumoamaan. Niin ikään kysynnän kasvun vaikutus raaka-aineiden ja etenkin energian hintoihin tulee olemaan ennen kokematon. Energian saatavuus on ennenkin turvattu keinoilla millä hyvänsä.

Kasvun rajat eivät tule vastaan globaalisti yhtäkkiä. Kasvuoimistit uskovat markkinoiden reagoivan ajoissa. Jälleen kvartaalitalouden perspektiivin lyhyys tekee tuon uskomuksen vähemmän vakuuttavaksi. Neoliberalistisen talousopin - ja moraalin - mukaan on oikein kasvattaa omaa vaurauttaan kun se ei vähennä toisten hyvinvointia. Teoreettisesti tämä itsekkyyden oppi kasvattaa hyvinvointia. Se myös olettaa vaurauden valuvan vähitellen köyhillekin. Reaalimaailmassa oletukset pettävät. Ensinnäkin kaikkien hyvinvointi riippuu samoista rajallisista luonnonvaroista. Toisaalta tuloerojen kasvulla on sosiaalisia sivuvaikutuksia, jotka pidemmällä aikavälillä tulevat hyvinkin kalliiksi. Nämä eivät sisälly nykytalouden laskelmiin koska "kolmas osapuoli" maksaa.

Ennen yrittäjä tuotti tavaroita ja palveluita ja samalla tuloja itselleen. Kvartaalitaloudessa lähes kaiken suuremman liiketoiminnan lopputuote on raha persoonattomille osakkeenomistajille. Itse välituote voi olla hyödyke tai haitake. Myös tällainen talousjärjestelmä harhauttaa Mr. Markkinoita lyhytnäköiseen ja kokonaisuudelle sokeaan toimintaan, mikä helposti johtaa kasvun rajojen ylittymiseen.

Erilaisia kasvun rajoja ylitetään ja on jo ylitetty paikallisesti. Esimerkiksi Saharan eteläpuolisessa Afrikassa ollaan monessa suhteessa umpikujassa. Kasvun rajat ovat myös suhteellisia. Ne riippuvat ympäristön ominaisuuksista.

⁶ <http://opr.princeton.edu/popclock/>

⁷ JUHA ALHO & BRUCE D. SPENCER (2005): STATISTICAL DEMOGRAPHY AND FORECASTING. SPRINGER SCIENCE + BUSINESS CO

sien ohella käytettävästä tuotantoteknologiasta ja yhteiskunnallisista rakenteista. Afrikassa näissä kaikissa suhteissa on ylitsepääsemättömiä haasteita. Talouden ekologisten rajojen vastaan tuleminen on yksi vaan ei ainoa tekijä, joka lisää ihmisten kansainvälistä liikkuvuutta. Se voi saada hyvin ennustamattomia ja mahdollisesti väkivaltaisiakin muotoja.

Energian hinta, globalisaation vaikutukset kotimaisen tuotannon muihin edellytyksiin, kansainvälinen liikkuvuus, eri kulttuurien ja uskontojen painoarvojen ja vaikutuksen muuttuminen ovat niitä väistämättömiä muutoksia, joihin Suomi ja suomalaiset joutuvat sopeutumaan. Itsestään selvää ei ole, että jaettava edelleen kasvaa tasaisesti.

Kotimaisessa toimintaympäristössä vastaan tulee väestörakenteen muutos. Väestö ikääntyy sekä ikääntyvien ihmisten palvelujen tarve ja kysyntä lisääntyvät. Yli 75 -vuotiaiden määrä kasvaa välillä 2000 -2030 kaksinkertaiseksi. Rahoituspohja rapautuu entisestään etenkin alue- ja kunta-tasolla.

Yleiselle kasvuoptimismille jää niukasti tilaa. Olemme viivan alla tai sitä tilannetta lähestymässä. Kuntatasolla ollaan monessa tapauksessa jo viivan alapuolella - tarpeet ovat kasvaaneet nopeammin kuin resurssit. Tehostamisella ja rakenneuudistuksilla pyritään nyt saamaan aikaan enemmän vähemmällä. Teknologisten ja sosiaalisten innovaatioiden tarve kasvaa väestön ikääntymisen tahdissa.

Kasvua voi jakaa antamalla kaikille lisää. Niukkuustilanteessa kellekään ei voi antaa lisää ottamatta joltain pois. Tulevaisuuden avainkysymys on miten niukkuutta pitäisi ja miten sitä tullaan jakamaan. Neuvottelupöydässä ovat kunnat, alueelliset elimet, valtio ja kansalainen. Kansalaisten joukoissa tasapainotellaan monien ryhmien välillä: sukupolvet, ikäryhmät, maaseutu- ja kaupunkilaiset, suomalaistaustaiset ja maahanmuuttajataustaiset jne. Teknistä ratkaisua ei ole. Kyse on siitä, millainen jako on yhteiskunnallisesti hyödyllistä ja moraalisesti oikein. Vakaan sosiaalisen kehityksen edellyttämästä oikeudenmukaisuudesta tulee keskeinen sosiaalipoliittinen ja poliittinen haaste.

Suomen tulevaisuuden skenaariot ovat voittopuolisesti optimistisia. Minna Sinkkosen

artikkeli toisaalla tässä julkaisussa sisältää analyysin joukosta viimeaikaisia skenaarioita. Niiden mukaan optimismi perustuu Suomen menestystekijöihin, joissa keskeisellä sijalla ovat teknologinen kehitys, innovaatiot ja inhimillinen pääoma ja sosiaalinen pääoma. Jälkimmäiseen kuuluu mm. yhtenäinen arvoperusta, hyvä hallinto, turvallisuus ja tasa-arvo. Inhimillinen ja sosiaalinen pääoma on tuotettu sosiaalisella innovaatiolla jota on ollut tapana kutsua hyvinvointivaltioksi. Vallitseva suunta on kuitenkin kuviomme "koilliseen": markkinat toimimaan, se takaa kasvun. Sillä tavoin myös voidaan pelastaa hyvinvointivaltio. Eriarvoisuuden kasvusta ja sen haitoista huoli on korkeintaan toissijainen.

Suomalaiset skenaariot kirjaavat kuitenkin myös joukon heikkouksia ja uhkia, jotka liittyvät Suomen väestörakenteeseen ja -dynamiikkaan, talouden rakenteisiin, julkisten palveluiden rahoitukseen, syrjäytyneisyyteen jne. Vaikka globaalissa ympäristössä nähdään uhkia, varsinaisia katastrofiskenaarioita ei ole esitetty.

Lopuksi

Tässä artikkelissa haettiin ajankohtaisia teemoja ja ajatuksia muutaman vuosisadan ja vuosikymmenien takaa. Taloustiede ja -politiikka on painanut ja käynyt dialogia samojen teemojen ympärillä ilman että lopullista voittajaa olisi julistettu. Talusteoriat - ja etenkin niistä johdetut talouspolitiikat - perustuvat moniin oletuksiin, joiden todentaminen tai toteuttaminen on monimutkaistuvassa reaali maailmassa vaikeata tai mahdotonta. Kasvuoptimismi/ pessimismi perustuu oletuksiin luonnonjärjestelmän, talouden, teknologian ja yhteiskuntien toiminnasta ja vuorovaikutuksesta. Tutkimisesta huolimatta paljon jää uskon varaan. Kysymys siitä, mikä on hyödyllinen tai moraalisesti oikea jakoperusta, mekanismi ja jaon tulos on vain osittain empiirisesti lähestyttävissä.

Talusteoreettista ja -poliittista keskustelua tiivistäen voidaan kiteyttää neljä erilaista poliittista ajatussuuntaa: liberaali, malthusilainen, "vihertävä" ja sosialistinen. Tässä artikkelissa kuvattiin millaisiin vaihtoehtoihin visi-

oihin ne johtivat pari vuosikymmentä sitten, hyvinvointivaltion kukkeimmassa vaiheessa. Lukija voi arvioida mihin suuntaan lopulta kuljettiin ja kuinka kaukana todellisuutta noiden historian ajatusvirroista johdettujen visioiden kuvaukset ovat nykypäivästä.

Entä tästä eteenpäin? Missä ollaan, minne ollaan menossa, minne pitäisi mennä, minne todennäköisimmin mennään. Perussuuntia on neljä. Marxilainen ajatusmalli on lähes kuollut, mutta sen uudelleen nousu on hyvinkin uskottavaa vauruserojen kasvaessa maailmassa ja maiden sisällä. Liberalistinen poliittinen visio on tämän hetken valtavirtaa, jonka oletusten va-

raan tulevaisuuttamme rakennetaan. Pessimistiset skenaariot eivät juuri näy koko Suomea koskevassa keskustelussa. Paikallisella tasolla nuo skenaariot ovat monen kunnan tätä päivää.

Globaalit trendit antavat pessimismillekin aiheetta. Myös sillä tasolla trendejä pyritään maailmanyhteisön voimin kääntämään kohti Vuosituhattavoitteita. Skenaarioiden tarkoituksena ei ole olla itseään toteuttavia ennusteita. Tulevaisuuteen kiikaroiminen on välttämätöntä, jotta kehitystä voidaan ajoissa alkaa kammeta toivottuun - ja mahdolliseen - suuntaan.

Mitä kunta- ja palvelurakennemuutos saattaisi tuoda tullessaan?

Mauno Konttinen
ylijohtaja
Stakes

Maan hallitus päätti keväällä 2005 käynnistää maanlaajuisen, perusteellisen kunta- ja palvelurakennemuutoksen. Syynä oli jatkuvasti kiristyvä kuntatalous ja pienten kuntien jo pitkään tiedetty vaikeus lakisääteisten peruspalvelujen järjestämisessä. Missään muualla ei lie nekään maata, jossa peruskunnalle olisi sälytetty niin paljon tehtäviä kuin Suomessa. Eri tyisenä pontimena tai työkaluna uudistukseen on ollut sosiaali- ja terveyspalvelujen uudelleen järjestäminen - ensisijaisina vaikuttimina kai keti muodikkaat taloudellisuuden ja tuottavuuden näkökulmat.

Niinpä sisäasianministeriö alue- ja kunta- ministeri Hannes Mannisen johdolla asetti 11.5.2005 valtakunnallisen kunta- ja palvelurakenneprojektin, jonka päälliköksi nimitettiin valtiosihteeriksi Jukka Peltomäki. Sosiaali- ja terveysalan uudistusta muotoilemaan sosiaali- ja terveysministeriö (STM) asetti laaja-alaisen PARAS -työryhmän. Koko uudistuksen aikataulu on tiukka: työn tulokset pitäisi esittää valtionneuvostolle jo toukokuussa 2006.

Pian projektin julkistamisen jälkeen Stakesin pääjohtaja ja johtoryhmä katsoivat, että Stakesin pitkäaikaista kokemusta ja osaamista erilaisissa rakennemuutoksissa tulisi hyödyntää, ja niinpä pääjohtaja asetti 20.6.2005 Stakesin oman kunta- ja aluerakennetyöryhmän tukemaan STM:n PARAS -työryhmän ja erityisesti sen Stakesin edustajan työskentelyä. Ryhmään nimettiin peräti 17 stakelaista, puheenjohtajina talon molemmat ylijohtajat.

Eräs Stakesin työryhmän tärkeimmistä tehtävistä on arvioida julkisuudessa olevia vaihtoehtoisia rakennemalleja nimenomaan sosiaali- ja terveysalan näkökulmista ja lähtökohdistta, jättäen muun alue- ja kuntarakenteen ja -politiikan arvioinnin muiden tahojen harteille. Alun perin esiin tuoduista 7-8 mallista on "vi-

rallisesti" ollut esillä kolme, joista keskustellaan ja joita alueellisesti arvioidaan.

"Peruskuntamalli" (Suomen Kuntaliitto) jakaisi Suomen uusiin peruskuntiin, jotka olisivat kansalaisten luontaisia työssäkäynti- ja asuointialueita, suuruudeltaan keskimäärin 20 000 - 30 000 asukasta. Näillä "isäntäkunnilla" olisi palvelujen järjestämis- ja rahoitusvastuu. Siirtymäkaudella perustettaisiin tarvittaessa "peruspalvelupiirejä" huolehtimaan mm. sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä. Erikoissairaanhoidon vaativat palvelut ostettaisiin edelleen sairaanhoitopiireiltä, joiden lukumäärää yritetään vähentää nykyisestäään. Mallilla pyritäisiin kuntaliitoksiin, joilla päästäisiin noin 80-100 peruskuntaan.

"Piirimalli", jota STM:n PARAS -työryhmä on erityisesti työstänyt, perustuisi sosiaali- ja terveyspiireihin, joissa olisi 100 000 - 200 000 asukasta ja joissa yhdistyisivät kansanterveys- ja erikoissairaanhoidon ja ainakin osa sosiaalipalveluista (vanhustyö, mielenterveys- ja päihdepalvelut sekä keskitettävät sosiaalitoimen erityispalvelut). Piirit jaettaisiin palvelualueisiin järjestämään lähialueita. Niiden väestöpohja voisi olla noin 20 000 asukasta. Nykyiseen kuntarakenteeseen itseensä ei välttämättä kajottaisi.

"Aluekuntamalli", jonka lanseerasi Jukka Peltomäki elokuussa 2005, perustuu ajatukseen 20-25:sta vahvasta aluekunnasta sekä lähikunnista. Pääkaupunkiseutu vaatisi oman erillistarkastelunsa. Maakuntien liitot ja suurin osa kuntayhtymistä voitaisiin lakkauttaa tai sulauttaa aluekuntiin. Tällöin vahva aluekunta ja sen lähikunnat muodostaisivat yhden alueellisen kokonaisuuden.

Miten kunta- ja palvelurakennemalleja tulisi arvioida?

Stakesin työryhmä on syksyllä 2005 työstänyt arviointikriteerejä esitetyille malleille. Työryhmä katsoo, että uudistustyössä tulee edetä oikeassa marssijärjestyksessä eli arvoista tavoiteisiin, tavoitteista toiminnallisiin päämääriin ja niistä edelleen konkreettisiin keinoihin. Vastatämän analyysiketjun perusteella päästään määrittelemään ne kriteerit, joilla esillä olevia palvelurakennemalleja voidaan arvioida.

Sosiaali- ja terveysalan perimmäiset arvot ovat johdettavissa Suomen perustuslaista, kansainvälisistä sopimuksista sekä hyvinvointi- ja terveyspolitiikkamme keskeisistä linjauksista. Tällaisia arvoja ovat esimerkiksi yhdenvertaisuus, yhteisvastuullisuus, osallisuus, asiakaslähtöisyys, valinnan vapaus ja demokraattisuus. Taloudellisuus ja tehokkuus ovat toiminnallisia ominaisuuksia, jotka toki ovat välttämättömiä arvojen mukaisen toiminnan saavuttamiseksi käytännössä.

Ehdotuksia arviointikriteereiksi asiakkaan ja potilaan näkökulmasta

Oikeudenmukaisuus ja tasa-arvo merkitsevät samaa kuin mitä perustuslaki ja esimerkiksi lait asiakkaan ja potilaan oikeuksista jo sisältävät: kaikilla Suomessa asuvilla on yhtäläiset oikeudet riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin, ja kaikilla kuntalaisilla on yhtäläiset, tasavertaiset oikeudet kaikkiin julkisiin sosiaali- ja terveysalan palveluihin.

Palvelujen saavutettavuudesta on huolehdittava. On erikseen määriteltävä joka kylässä, taajamassa ja lähiossa saatavat lähipalvelut, sekä erikseen kauempana sijaitsevat keskitetyimmät palvelut. On tarkasteltava sekä maantieteellisiä etäisyyksiä että matkustus- ja odotusaikoja. Oletettavasti tässä suhteessa ei täydellistä tasa-arvoa ole saavutettavissa mm. maan pohjoisosan pitkien etäisyyksien johdosta.

Asiakkaan/potilaan valinnanvapaus ei nykyisessä palvelujärjestelmässä aina toteudu tyydyttävällä tavalla, joten palveluita uudelleen järjestettäessä valinnanvapautta tulisi lisätä.

Palvelukokonaisuuksien toimivuus tarkoittaa nykyisten sektoroitujen toimintojen raja-aitojen poistamista siten, että kaikki asiakkaan/potilaan tarvitsemat palvelut voidaan yhdistää joustavaksi, saumattomaksi palveluketjuksi. Erityistä huomiota tulee kiinnittää muutamiin sosiaali- ja terveyssektorien yhteisiin toimintalueisiin eli vanhustenhuoltoon, mielenterveys-työhön ja päihdehuoltoon. Asiakkaalla/potilaalla tulee olla mahdollisuudet olla kiinteässä yhteydessä palvelukokonaisuuteen ja sen osiin nykyaikaisten tietoliikenneyhteyksien välityksellä.

Osallistuminen tarvitsemiensa palvelujen, hoidon ja hoivan suunnitteluun sekä päätöksentekoon on lakeihin kirjattu jokaisen asiakkaan ja potilaan oikeus. Yksilön itsensä tulee voida osallistua hoitonsa ja hoivansa suunnitteluun sen kaikissa vaiheissa ja aivan erityisesti laadittaessa pitkäjänteisiä hoito- ja palvelusuunnitelmia. Yksilön itsemääräämisoikeutta on kunnioitettava niin pitkälle kuin mahdollista.

Ehdotuksia arviointikriteereiksi palvelujärjestelmän näkökulmasta

Peruspalvelujen ensisijaisuus tulee taata siten, että olipa uusi palvelujärjestelmä millainen tahansa, nykyiset erillislajeissa määritellyt peruspalvelut tulee rakentaa kaikkien kansalaisten ulottuville. Yksi peruspalvelujen tehtävistä on varmistaa, että erityisosaamista edellyttävät, etäämmälle keskitettävät palvelut kohdentuvat niitä eniten tarvitseville.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja ehkäisevä työ tulee asettaa nykyistä tärkeämpään asemaan, kuten kansanedustajatkin ovat edellyttäneet. Hyvinvointia ja terveyttä edistetään enemmän tai vähemmän kaikilla hallinnonaloilla, ei suinkaan yksinomaan terveyden- ja sairaanhoidossa. Eri hallinnonalojen yhteistyötä tuleekin lisätä kaikilla hallinnon tasoilla, mikä on otettava huomioon rakennemallien tarkastelussa.

Rahoituksen toimivuus ja vakaus on varmistettava siten, että nykyinen heilahtelu ja monikanavaisuuden aiheuttamat väärät ohjauvaikutukset (osa-optimointi, palvelujen kohdentuminen huonotuloisia syrjiä) saadaan kitke-

tyksi pois, ja rahoitusjärjestely tukee toiminnan tarkoituksenmukaista ohjautumista. Tässä yhteydessä tulee tarkastella eri rakennemallien taloudellisuutta, tuottavuutta ja tehokkuutta, erityisesti kustannusvaikuttavuutta.

Sosiaali- ja terveystalouden integraation tulee mallissa toteutua parhaalla mahdollisella tavalla, jotta päällekkäisiltä toiminnoilta ja palveluketjujen aukoilta vältyttäisiin. Moniammatillisen yhteistyön kehittämisen tulee olla mahdollista, ja tietojärjestelmien yhteensopivuuteen tulee panostaa. Tämä koskee erityisesti vanhustenhuoltoa, mielenterveystyötä, päihdehuoltoa ja kuntoutusta.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelujen yhdistyminen kokonaisuudeksi on myös välttämätöntä, jotta nykyiset päällekkäisyydet, tehottomuudet ja puutteet saadaan korjatuiksi. Tukitoimintojen yhdistäminen sekä hankinta- ja kilpailutusosaamisen keskittäminen saattavat johtaa merkittäviin synergia- ja taloushyötyihin. Samalla tulisi tarkistaa terveyskeskusten ja sairaaloiden keskinäinen työnjako sekä erikoislääkäriäryvoiman tarkoituksenmukainen käyttö terveyskeskuksissa.

Tilaja-tuottajamallin soveltuvuus ja toimivuus tulee arvioida kussakin organisaatiomallissa erikseen, liittyen myös palvelujen rahoitustalouteen. Tämän arviointityön pohjaksi Stakes on tuottanut erillisen muistion, jossa suhtaudutaan varauksellisesti tilaja-tuottajamallin soveltamiseen terveydenhuollossa (Konttinen 2005). Julkisen palvelujärjestelmän ensisijainen tehtävä on yhteiskunnallisen hyvinvointivastuun toteuttaminen ja julkisen sektorin on oltava vastuussa sosiaali- ja terveystalouden järjestämisestä ja rahoituksesta tulevaisuudessakin. Tulevaisuudessa kunnallisen palvelujärjestelmän, yksityissektorin sekä kolmannen sektorin integroituminen toimivaksi kokonaisuudeksi tulee kuitenkin entistä tärkeämmäksi palvelujen tuottamisen malliksi.

Mitä terveysalan tehtäviä ja rahoitusvastuita voitaisiin siirtää kunnilta valtiolle?

Kunnat joutuvat silloin tällöin järjestämään satumanvaraisia, harvoin tarvittavia ja joskus varsin kalliitakin erityispalveluja ja pohtimaan yksittäistapauksissa keskitetyn erityisosaamisen tarvetta ja saatavuutta. Tätä silmälläpitäen Sosiaali- ja terveystalouden PARAS -työryhmä on laatinut luetteloon tehtävistä, joiden siirtoa kunnilta valtiolle voitaisiin harkita. Oleellista on se, että tehtävien ja rahoitusvastuiden siirroilla parannettaisiin kansalaisten tasa-arvoa, erityisesti pienten erityisryhmien kohdalla. Näitä muutoksia voitaisiin toteuttaa välittömästi, riippumatta käynnissä olevasta kunta- ja palvelurakennehankkeesta.

Erityiskallis sairaanhoito

Erityiskalliisiin hoitoihin kuuluu joukko verrattain tavanmukaisia hoitotoimia, joiden kalleus perustuu nimenomaan niiden pitkäaikaisuuteen (esimerkkeinä tietyt psykiatriset hoidot, erityisesti skitsofrenia ja oikeuspsykiatriset potilaat). Samaan kategoriaan voitaisiin sijoittaa myös dementiapotilaiden pitkäaikainen laitoshoido, jota tosin ei luokitella terveydenhuollon tehtäviin. Näiden hoitojen korvaaminen valtion varoista ei kuitenkaan tekisi sairaanhoitopiirien tasausjärjestelmää tarpeettomaksi, vaan sen tulisi edelleen toimia vakuutuksena suurten katastrofien ja muiden satunnaisten kalliiden hoitojen korvaamiseksi, esimerkkeinä elinsiirrot ja tietyt pahanlaatuiset verisairaudet.

Joissakin aiemmissa puheenvuoroissa on esitetty, että koko yliopistosairaalasoinen erikoissairaanhoito tai ainakin sosiaali- ja terveystalouden asetuksella vain muutamiin sairaaloihin ohjattavat erityistason hoidot tulisi korvata valtion varoista. Stakesin mielestä jälkimmäistä ajatusta tulisi vakavasti pohtia, jotta lähte- ja maksusitoumuskäytäntö koko maassa toimisivat samansuuntaisesti ja tukisi potilaiden tasa-arvoisuutta samalla vähentäen pienten kuntien sairaanhoitomenojen äkillisiä heilahteluja, joita tasausjärjestelmäkään ei täysin

kykene poistamaan. Tällaisia pieniä erityisryhmiä ovat esimerkiksi elinsiirrot, vastasyntyneiden avosydänkirurgia, tietyt kalliit syöpähoitot sekä pienet, harvinaiset ja keskitettyä erikoisosaamista edellyttävät sairaudet ja vammat, esimerkkinä lasten vaikeat kallion ja kasvojen epämuodostumat, jotka pohjoismaisen konsensuksen nojalla lähetetään operatiiviseen hoitoon Göteborgiin. Muita tällaisia diagnooseja ovat mm. huuli-suulakihalkiot ja Marfanin syndrooma.

Hengityshalvauspotilaat

Hengityshalvauksen käsite on lääketieteellisesti epämääräinen ja juontanee juurensa 1950-luvun polioepidemian jälkiseurauksista. Hengityksen ja hapensaannin vajausta esiintyy useiden eri diagnoosien perusteella, kuten keuhkolaajentumataudissa (COPD) ja joissakin neurologisissa sairauksissa (ALS), joiden hoito edellyttää samanlaista laitteistoa ja avustavaa henkilökuntaa kuin perinteisessä "hengityshalvauksessa". Korkeat kustannukset johtuvat käytännössä sairauden pitkäaikaisuudesta ja avustavan henkilöstön runsaasta käytöstä. Nykyisin tiedoin näiden potilaiden kustannusten korvaaminen valtion varoista ei vaikuta tarkoitukseenmukaiselta, vaan hoito kuuluu kuntien kustannettavaksi, sairaanhoitopiirin tasausjärjestelmien turvaamana.

Ulkomailla asuvien sairaanhoitokustannukset

EU/ETA-maista satunnaisesti Suomessa käyvien akuuttisairaanhoidosta ja myös hakeutumisesta ei-kiireelliseen hoitoon muuhun jäsenmaahan säättää EY-asetus 1408/71. Tietyt maat laskuttavat toisiltaan akuuttihoidoista koituneet kustannukset. Suomessa tätä maksuliikennettä hoitaa Kela, joka kuitenkin ei tulouta perimään kustannuksia palvelujen tuottajille, vaan ne jäävät valtion kassaan. Tästä ja muutamista muistakin syistä järjestelmä ei ole toiminut tyydyttävästi. Tällä hetkellä Suomessa akuuttisairaanhoidon kustannukset kohdentuvat siihen kuntaan, missä sairaus todetaan tai missä tapaturma tai katastrofi sattuu (ei edes välttämättä siihen, missä hoidetaan). Järjestelmä kohtelee kuntia siis varsin sattumanvaraisesti.

Stakesin näkemyksen mukaan ulkomailla asuvien EU/ETA -kansalaisten akuuttisairaanhoido tulee siirtää valtion kokonaan korvattavaksi, kuten asia olikin ennen vuoden 1984 Mini-Valtava -uudistusta. Kela voisi huolehti maiden välisestä maksuliikenteestä edelleen. Palveluntuottajien ja valtiomaksajan keskinäisen laskutusjärjestelmän tulee olla läpinäkyvä ja hyvin kontrolloitu, puolin jos toisinkin, mikä edellyttää huolellista valmistelutyötä.

Rikoksesta syytettyjen ja tuomitsematta jätettyjen väkivaltarikollisten hoito- ja rahoitusvastuu

Näiden potilaiden hoito tapahtuu Niuvanniemen ja Vanhan Vaasan mielisairaaloissa, joiden hallinnointi on Stakesin vastuulla. Nämä ns. valtion mielisairaalat rahoittavat toimintansa kunnilta perittävillä hoitomaksuilla (pitkäaikaishoitettavat 22 milj. Eur/v) sekä terveydenhuollon oikeusturvakeskukselta ym. saatavilta mielentilatutkimusmaksuilla (8 milj. Eur/v). Yksittäisten hoitojen kalleus johtuu hoitojaksojen pituudesta; hoitopäivähinnat ovat kohtuullisella tasolla.

Kyseessä on erittäin vaikeiden väkivaltarikoksiin syyllistyneiden henkilöiden pitkäaikainen, suljettu laitoshoido. Rikokset eivät ole välttämättä kohdistuneet näiden henkilöiden kotikunnissa asuviin, vaan ovat tapahtuneet satunnaisesti pitkin maata. Kyseessä ei yksinomaan ole näiden potilaiden lääketieteellisestä hoidosta, vaan myös koko suomalaisen yhteiskunnan turvaamisesta, eli ongelma ei ole pelkästään lääketieteellinen, vaan oikeuspoliittinenkin, joka koskettaa kaikkien Suomessa asuvien turvallisuutta. Valtion mielisairaaloiden nykyinen kuntiin kohdistuva kriminaalipotilaita koskeva laskutus voitaisiinkin siirtää korvattavaksi valtion varoista.

Lasten seksuaalisen hyväksikäytön selvittäminen

Poliisin virka-apupyynnönä tehtävät lapsiin kohdistuvien rikosepäilyjen esitutkimukset tulisi korvata valtion varoista. Suomessa esitetään vuosittain lähes tuhat lapsiin kohdistuvan seksuaalisen hyväksikäytön epäilyä. Näistä noin

kolmasosa kohdistuu alle kouluikäisten lasten hyväksikäyttöön. Esitutkintaa varten poliisi pyytää pääsääntöisesti keskussairaaloilta virka-apua pienten lasten tutkimuksissa ja muissakin tapauksissa, joissa joudutaan tekemään perusteellisempia selvityksiä. Suositusten mukaan poliisiin pyytämä selvitys tulisi tehdä keskussairaalassa kiireellisenä vähintään kahden kuukauden sisällä pyynnön päivämäärästä.

Tällä hetkellä tutkimusten suorittaminen vaihtelee kohtuuttoman paljon maan eri puolilla. Eräissä keskussairaaloissa ei ole riittävästi resursseja vastata esitutkintaa varten tehtyihin virka-apupyynnöihin ohjeiden mukaisessa määrääjässä. Suurimmat ongelmat keskittyvät pääkaupunkiseudulle ja Pirkanmaalle, joissa tapauksia on lukumääräisesti eniten. Eroihin näyttäisi vaikuttavan myös se, kuinka perusteellisia tutkimuksia yksiköissä tehdään. Ilmeisesti myös poliisin virka-apupyynnöjen täsmällisyys vaikuttaa tutkimusten laajuuteen.

Uusien hoitomuotojen vaikuttavuuden selvittäminen

Uusien hoitomuotojen vaikuttavuuden selvittäminen kuuluu ilman muuta FinOHTAn ja sen katto-organisaation eli Stakesin selvitettäviin asioihin ja ilman muuta valtion budjettirahoituksen piiriin. Kunnilla ja kuntayhtymillä on toki vastuunsa vaikuttavuuden toteuttamisessa jokapäiväisessä työssä, ja tässä suhteessa yhteistyö FinOHTAn, muiden tutkimuslaitosten ja kuntien kesken on välttämätöntä. Mitään kunta-valtio -siirtoja ei siis tarvita, vaan pikemminkin pohdintaa siitä, voisiko näissä asioissa Stakesilla ja FinOHTAlla olla jokin määräävä viranomaisasema? Tämänhetkinen Stakesin kanta on, että FinOHTAn vaikutusvallan tulee perustua hyvin perusteltuihin suosituksiin, ei viranomaisvaltaan.

Kirjoittajan pohdintoja

Tätä kirjoitettaessa maan alueet valmisteleivat uudistusesityksiään sisäministeriölle, joka rakentaa niistä koosteen valtioneuvoston pohdittavaksi toukokuulle 2006. Seuraavat ajatukset ja näkemykset eivät edusta Stakesin virallista

kantaa, vaan kirjoittajan henkilökohtaisia havaintoja ja johtopäätöksiä.

Kunnat, alueelliset rakenteet

1.1.2006 Suomessa on 431 kuntaa, joista noin 200 on alle 4 000 asukkaan kuntia. Vain noin 50:ssä on yli 20 000 asukasta. Nykyinen kuntajako perustuu 1600-luvulla alkaneeseen kehitykseen, jolloin seurakuntien perustaminen loi edellytykset kirkonkylien ja pitäjien perustamiselle ja määrittelylle. Silloisella tiestöllä ja ehkä hevosvetoisen ajopelin suorituskyvyllä oli kaikei oma osuutensa pitäjien rajoja määriteltäessä. Nykyaikana voisi kuvitella, että pisin mukava ajomatka autolla kotoa "kirkolle" ja lähipalveluihin tai lähiöstä keskikaupungille voisi olla enintään puolen tunnin mittainen.

Maa on nyt jaettu 19+1 maakuntien liittoon ja 20+1 sairaanhoitopiiriin, mutta näiden organisaatioiden maantieteelliset rajat eivät ole yhteneväiset. Kuntaliiton lanseeraama "peruskuntamalli" jakaisi maan noin 80-100 peruskuntaan. "Aluekuntamalli" puolestaan 20-25 aluekuntaan, joiden alle nykykunnat jäisivät "lähikunniksi", eli kuntarakenteesta tulisi kaksikerroksinen. Aluekuntiin sulautettaisiin maakuntien liitot ja sairaanhoitopiiri-kuntayhtymät.

Hankkeeseen kuuluneella syksyn 2005 alueellisella kuulemiskierroksella oli havaittavissa, että yhteistyötä yli kuntarajojen tehdään jo hyvin monilla seuduilla ja seutukunnissa lukuisin eri tavoin, mm. erilaisten sopimusten ja sairaanhoitoalueiden muodossa ilman kuntayhtymärakenteitakin. Uusia yhteistyökuvioita on runsaasti vireillä. Yhä useammin yhteistyö halutaan rajata työssäkäynti- ja asiointialueiden mukaan. Asumis- ja nukkumapaikoilla ja -alueilla ei näytä olevan yhtä suurta merkitystä, vaikka niiltä sukkuloidaan töihin ja muille asioille. Esimerkiksi länsi- ja keskiuusmaalaiset kilvan todistavat, että kuntarajoilla sinänsä ei ole merkitystä, koska he ylittävät monta kuntarajaa päivässä mennessä tullen. Toisaalta monissa pienissä kunnissa on vahva kotikuntaidentiteetti, jota esimerkiksi Espooseen ja Vantaalle muuttavien uudisasukkaiden lienee vaikea omaksua.

Maassa on vireillä monia kymmeniä kuntaliitoksia – tätä kirjoitettaessa noin 80 – joilla

ei kuitenkaan ratkaista kokonaisproblematiikkaa. Jotta päästäisiin peruskuntamallin mukaiseen ratkaisuun, kuntaliitoksia tarvittaisiin sadoittain. Tämä tuskin onnistuu pakottamatta, mutta millä mahtikäskyllä valtiovaltakaan voisi pakottaa autonomiset kunnat - perinteiset pitäjät ja kirkonkylät - moiseen? Valtion tarjoama porkkanaraha kuntaliitoksiin lienee aivan liian pieni houkutin. Aluekuntamalliin siirtyminen edellyttäisi myös perustuslain muutosta, johon yhteinen poliittinen tahto ei riittäne.

Uudet sosiaali- ja terveystoimet

Olivatpa uusien peruskuntien rajat tai muut kuntarajat millaiset tahansa, keskitettävien sosiaali- ja terveystoimien järjestäminen edellyttää piirijakoa. Kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon sekä kyseisten erityislakien yhdistämisestä on keskusteltu jo kymmenkunta vuotta. Tällöin nykyisten sairaanhoitopiirien perustalle olisi rakennettu uudet terveystoimet. Nyt käytävässä keskustelussa on hahmoteltu uudenlaisia sosiaali- ja terveystoimireitoja, jotka ottaisivat huolehtiakseen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon lisäksi ainakin mielenterveys-, päihde- ja vanhuspalvelujen järjestämisestä. Uusi sosiaali- ja terveystoimi voi toki järjestää myös joka kylässä, taajamassa ja lähiössä tarvittavat lähipalvelut.

Jotta päästäisiin järkeviin väestöpohjiin, ainakin Länsi-Pohjan (68 500 as) ja Itä-Savon (66 500 as) - ehkä myös Keski-Pohjanmaan (78 000 as) - sairaanhoitopiirit tulisi fuusoida sopiviksi katsottuihin naapureihinsa. Valtavan HUS-piirin tuore perussopimuksen muutos jakaa piirin hallinnon kahtia, joka ehkä ennakoitua jakoa: näemme ehkä HYKS-piiriin (Helsinki, Espoo, Vantaa, Kauniainen) ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin. Uudet sosiaali- ja terveystoimet voisivat siis pääosin rakentua nykyisten sairaanhoitopiirien hallinnollisen ja infrastruktuurin pohjalta.

Mikä sitten olisi uuden sosiaali- ja terveystoimin rooli? Nykyisen erikoissairaanhoidollaan astuttua voimaan vuonna 1991 useimmat sairaanhoitopiirit mielsivät itsensä sekä palvelujen järjestäjiksi että tuottajiksi, kun taas jotkut katsoivat olevansa ensisijaisesti jäsenkuntien ja kukkaroiden vartijoita. Nyt – sopimusohja-

uksen sekä palvelujen kilpailuttamisen ja hankkimisen yksityissektorilta yleistyessä – voitaisiin ajatella sitäkin, että sosiaali- ja terveystoimi toimisi ensisijaisesti palvelujen tilaajana ja ostajana. Tämä edellyttää sitä, että piirin hallinnossa olisi vahvaa tilaamisen, kilpailuttamisen ja ostamisen osaamista. Tarvittaisiin myös terveydenhuollon ja kliinisen lääketieteen asiantuntemusta, sosiaalitoimen eri sektoreiden asiantuntemusta sekä laadunhallinnan ymmärrystä. Tällöin nykyisistä kunnallisista sairaaloista, terveyskeskuksista ja vanhustenhuollon laitoksista voitaisiin tehdä vaikkapa kunnallisia liikelaitoksia, jotka kilpailisivat tasavertaisesti yksityissektorin ja kolmannen sektorin palveluntuottajien kanssa.

Miten tällaisen palvelujen hankkijana toimivan sosiaali- ja terveystoimin rahoitus voitaisiin järjestää? Esimerkiksi kuntakohtaisin, väestöpohjaan perustuvien jäsenmaksuin (kapitaatioperiaate), jolloin järjestelmä lähestyisi vakuutusperusteista mallia. On mahdollista sekin, että osa rahoitettaisiin väestömäärään ja sen tarpeisiin perustuvalla kapitaatiopohjalla, osa suoriteperusteisesti (erikoissairaanhoidossa esim. NordDRG). Tällöin itse asiassa lähestyttäisiin ajatusta, että peruskunta vakuuttaisi asukkaansa pahan päivän varalle maksamalla piirille sopivan vakuutusmaksun ja sitoutumalla tiettyjen selkeästi rajattujen erityispalvelujen korvaamiseen.

Tällä tavoin saataisiin puhtia perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja tiettyjen sosiaalitoimen sektorien yhteistyöhön sekä synkronoituun hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyöhön. Voitaisiin teknisesti kuvitella, että hyvin monien samankaltaisten toimintojen keskitetty hallinta toisi merkittäviä tuottavuushyötyjä, esimerkkeinä henkilöstön tarkoituksenmukainen käyttö, henkilöstöhallinto, yhteensopivat tietojärjestelmät, keskitetyt hankinnat, kiinteistöhuolto, ravitsemuspalvelut, laboratorio- ja kuvantamispalvelut jne. Kokonaisuudessaan sosiaali- ja terveystoimien keskitetty piirimuotoinen järjestäminen merkitsisi peruskunnalle huomattavaa palvelujen järjestämisvelvollisuuden kevenemistä sekä todennäköisesti myös taloudellisen taakan ja sen heilahtelun vähenemistä. Piirien päätöksenteko ja hallin-

nointi tulee järjestää aluetasolla - ei valtakunnallisesti - niiden omaleimaisuutta ja autonomiaa kunnioittaen. Edellä kuvattu piirimalli muistuttaa läheisesti Päijät-Hämeen terveydenhuoltopiirin kokeilumallia.

Kuten sanottu, jonkinlainen piirijärjestelmä joka tapauksessa tarvitaan tulevaisuudessakin huolehtimaan keskitettävien, erityisosamista vaativien palvelujen järjestämisestä. Sama järjestelmä voisi ottaa saman tien huolehtiakseen sosiaali- ja terveysalan monien perus- ja lähipalvelujen järjestämisestä? Jo valmisteltuja suunnitelmia, kuten Päijät-Hämeen ja Itä-Savon sairaanhoitopiirien suunnitelmat, sekä ko-

kemuksia Forssan ja Mäntän sairaanhoitoalueilta tulisi nyt seurata ja analysoida tarkoin. Kuntaudistuksella on omat ymmärrettävät kiireensä, mutta piiriudistukset voitaisiin toteuttaa rauhallisemmalla tahdilla, mahdollisia uusia kunta- ja aluerajoja soveltaen - ja poliittisia tahotilojakin myötäillen.

Lähteitä

Mauno Konttinen (toim.): Tilaaja-tuottajamalli terveydenhuollossa - Stakesin asiantuntijoiden näkemyksiä, Työpapereita 10/2005, Stakes, Helsinki 2005. <http://www.stakes.fi/verkkojulk/pdf/tp05/Tp10-Sisus.indd.pdf>

Patient-Centred Healthcare: Contesting patient choice and public involvement

Jonathan Tritter

Institute of Governance and Public Management
Warwick Business School
United Kingdom

The integration of market forces or some form of competition has been a key aspect of public-sector reform over the last decade. Reforms inspired by neoliberalism or promulgated under the banner of third-way ideologies have focused on individual users of public sector services and sought to build mechanisms for services to become more responsive at the point of contact to the public they serve. This trend is particularly apparent in public healthcare services where the increasing application of patient co-payment and the growth in provision from voluntary, not-for-profit and private sector organisations is a redrawing of the relationship between the state and citizens and between the public, patients and organisations.

More recently, health policies across OECD countries have sought to promote opportunities for users (patients and the public) to be involved in various aspects of healthcare: from treatment decision making to service evaluation and development. A range of justifications for public and patient involvement exist from the promotion of democratic and taxpayer accountability to ensuring more appropriately tailored services and fully informed consent. Even in healthcare systems with limited private sector involvement market models of consumer choice are being used to promote reorganisations based on a rhetoric of strengthening patient choice. However, often such policies have been linked to a broader agenda of promoting 'patient choice' in state provided healthcare systems. Both choice and involvement are presented as mechanisms of generating locally responsive high quality healthcare systems and ensuring a model of accountability that is less reliant on medical self-regulation. Drawing primarily on examples from the British National Health

Service (NHS) this article outlines the concept of user involvement in healthcare before exploring the tensions between choice and involvement for a healthcare system.

Types of User Involvement in Healthcare

Patient participation in treatment decisions is one type of user involvement but, as a form of patient centred care is not innovative. Similarly, involvement in service development, typically a consultation exercise with the local community, has a long history in the British NHS. Attempts to ask users to prioritise services (for example, care for one condition over another) occur less frequently, particularly in primary care. The evaluation of services by users, however, has become common practice; simple satisfaction questionnaires, and more robust investigations, are now part of many audit exercises. Complaints and appeals are seen as a source of service evaluation data.

A final category of user involvement relates to participation in research. The promotion of randomised controlled trials as the gold standard research methodology has increased calls for greater user involvement in research strategy. The advice on research governance in the British NHS identifies the involvement of users in developing good. Users, as patients, have been involved in teaching medical students through testimonials about their own experience and, more recently, through participation in curriculum development.

Clearly, there are interactions and linkages between different categories of user involvement: service development may have a

direct impact on the range of individual treatment options that exist and service evaluation may identify inequities in access that affect individual participation in treatment. User participation in setting a research agenda may have an impact on shaping provision and service organisation, and therefore options for treatment.

A number of methods may be employed to generate user's views, proposals for research and to change the organisation and delivery of services. The methods – whether questionnaire, focus group or membership of a board – are not particular to the category of involvement being sought or the type of users being involved; often multiple methods are necessary to reflect the diverse range of relevant users and their views.

The impact or potential impact of user involvement is contested. The vast majority of primary research into user involvement in the United Kingdom (UK) and abroad comprises small qualitative evaluation studies of local initiatives. Existing reviews conclude that whilst user involvement is taking place, most studies attempt to describe the benefits of, and barriers to, involvement and focus on how and why it is done rather than what effect it has. Two further systematic reviews identified aimed to assess the frequency and quality of involvement of older people in care and service planning (Cook and Klein, 2005; Andrews et al., 2004). The political imperative, as well as the underlying justifications for involving the public have been far more influential in shaping the development and implementation of user involvement. The key rhetoric behind the imperative is that user involvement can change the culture of a health service by reshaping the relationship between those who provide healthcare and the recipients of care. User involvement is thus endowed with the ability to reorient health services to be truly patient centred.

The Internationalisation of User Involvement

The promotion of user involvement has been encouraged by international bodies such as the Council of Europe and the World Health Organisation (see for example: Committee of Ministers Council of Europe, 2000; WHO European Region, 1994). Governments in several European countries have implemented mechanisms to support and promote the role of patients and the public within health care systems, although the development has varied from country to country (Tritter and McCallum, 2005). German health insurance companies are required to provide funding for self-help support groups (Coulter and Magee, 2003), while in Austria patient-centred policies rely on a mix of patients' charters, obligatory patient advocacy and government support for self-help groups.

The degree of user involvement in developed countries differs but appears to be relatively independent of the type of health system. The Nordic countries, the Netherlands, the UK and Canada all claim to provide universal healthcare, are committed to equity and expect health services to engage with community organisations. In addition Canada and England consider lay members on the boards of healthcare organisations as the primary form of public involvement.

Developments in the Netherlands, for example, reflect specific aspects of user involvement, with a greater emphasis on legislation than those in the UK (Blaauwbroek, 2002). Since 1974, patients and patient organisations have had opportunities to be active in decision-making about treatment and service provision. Until recently, however, representatives, drawn from patient groups, were simply included in consultative bodies charged with developing consensus on specific healthcare issues. The limited ability of this approach to respond adequately to the rapidly changing and increasingly complex healthcare environment, led the Netherlands

government to shift from a consultative to an enabling approach (Vos, 2002).

Since 1996, patients and the public have also had a right to participate in national and local healthcare decision making. Current user involvement in the Netherlands focuses on patient platforms, which have a campaigning and advocacy role and are complemented by condition-specific and general patient groups. Providers are required to establish client councils and the Government also envisages that users would be involved in policymaking. Dutch legislation links user involvement to diverse aspects of healthcare processes including assuring rights for compulsorily detained patients, and independent advocacy (mentoring) for patients whose physical or mental health problems limit their ability to exercise self-determination. While good progress has been made under most aspects of user involvement, participation in policymaking has been slow to develop, in part because of hostility from healthcare professionals (Blaauwbroek, 2002).

Denmark, like the other Nordic countries, involves patients and the public in the health service through local democratic mechanisms. In addition to patients' rights and complaints systems found in all Nordic countries, patient organisations contribute actively to health service development and debate. By comparison, in Finland, involvement is mostly passive and largely exercised through local elections. In most areas, although agenda and minutes are available health (or health and social services) board meetings are private and patients and the public have no right to contribute. Patient organisations circumvent the limitations of this approach through direct provision of services in response to patient's needs and preferences, and through regular, often unsolicited, communication with municipalities and provider organisations. Their involvement in policymaking is usually limited to participation in working groups established by the Ministry of Health and Social Affairs to tackle specific issues.

Sweden distinctively employs a policy gradient approach (Ray, 1997) to patient

involvement in health service development; those most likely to be adversely affected by any policy changes must be consulted, particularly people with mental health problems, physical or sensory disabilities. Some local authorities are developing more extensive dialogues with their local communities, but without a structural or policy framework, this requires the enthusiasm of local politicians and civil servants (North & Werkö, 2002). Users and voters in Finland and Sweden have few opportunities to challenge the existing power of professionals and politicians despite the local democratic accountability, high levels of voter turnout and, particularly in Finland, the importance of local taxation and co-payments for health service financing.

Despite its long history, the legitimacy of existing forms of user involvement in Canadian health services continues to be challenged. Current structures are similar to those in England with an emphasis on competent citizen governors, public reporting of performance and various mechanisms to ensure that patients can access care and have their complaints addressed. The Romanow Commission (2002) proposed enhancing citizen involvement in policy development and strengthening accountability between citizens and policymakers. Implementation, however, remains at an early stage and a recent review identified shortcomings in consultation and reporting processes (Fooks, 2004).

Across these different healthcare systems, the varied approaches to user involvement illustrate the underlying tensions in the relationship between professionals, public and service users. While evidence of their success is mixed, only the Dutch and English systems incorporate a systematic approach to engagement with users, patients and the public in policymaking although in practice the outcomes are more mixed. Despite a general shift towards greater patient and public involvement internationally, how this manifests itself differs from country to country.

The Policy Background for User Involvement in England

The British NHS has long sought to demonstrate user involvement and patient centred care; the potential has existed since Community Health Councils (CHCs) were established in 1974. Despite their achievements, criticisms including geographical variation in working practices, and an inability to reflect the diversity of local communities led, at least indirectly, to their abolition in 2002. Other developments over the last decade have responded to the growing pressure to be proactive in seeking community views (DoH, 1992) while the Patient's Charter focussed on responsiveness to individual expectations by using the rhetoric of patient rights to clarify service aspirations nationally and from local providers. However, the perception of a centralist bureaucracy has remained, reflecting a widespread view that patient-centred services require direct local democracy and demand-led care.

In response to these criticisms, new legislation, particularly Section 11 of the Health and Social Care Act 2001, mandates more direct forms of user involvement. This requires all NHS organisations to engage with users in service planning and evaluation, and facilitate participation in individual treatment decision-making. The NHS Reform and Healthcare Professionals Act 2002 established the bodies responsible for implementation while Shifting the Balance of Power (DoH, 2001) set out the organisational changes needed to deliver The NHS Plan (DoH, 2000) all of which set significant challenges for more effective and inclusive patient and public involvement.

Further stress on the need for a changed relationship between the public and British NHS staff is apparent in the Health and Social Care (Community Health and Standards) Act 2003, which established Foundation Trusts. These new bodies are accountable through local 'members' of the foundation and an elected board of 'user' governors; "empowering patients collectively by increasing the

accountability of local health services to local communities." (Health and Social Care Act, 2003: 13). The future policy agenda includes changes to the funding of providers and increased opportunities for patient choice over the place and nature of treatment.

Theoretical foundations for user involvement: Voters, taxpayers and consumers

Justifications and definitions of user involvement in public services occupy a continuum between democratic and consumerist models (Croft and Beresford, 1993; Feldberg and Vipond, 1999). Typically, the distinctions relate to rights inherent in citizenship versus those of individual choice in the marketplace. The diversity of approaches to user involvement is often a reflection of different theoretical bases but chief among these is the need for health services to be accountable to users as taxpayers, voters and consumers. These three aspects of accountability are highlighted in UK policy and are often used interchangeably. The aims of user involvement, however and the methods used to engage users can only be understood with regard to the relative primacy of one of these justifications.

In England, recent legislation creating Foundation Trusts has stressed patient and public involvement grounded in local democratic processes. This mandatory approach seeks to ensure that current user's views are not prioritised over other residents (or employees), who may be future service users (Health and Social Care Act, 2003). Unfortunately, however, delegating power by expanding opportunities for electing local residents does not guarantee local accountability or engagement with the spectrum of users. Current local democratic processes have key weaknesses that limit their ability to deliver the promised improvements in local ownership and citizen centredness.

There are difficulties recruiting and retaining involved users and once elected, user members may not participate. Most user involvement initiatives require a critical mass of interested people who will stand for election, attend regular meetings and participate in training. In one North London area, during 1999-2000, more than half of the members attended less than two-thirds of the full Community Health Council meetings and only a third attended more than two thirds of the meetings of project groups for which they had volunteered. The results of the elections of the Board of Governors of Foundation Trusts and the composition of Patient Forums in England reinforce this trend.

A second justification for greater user involvement is based on users being citizens and taxpayer and relates to the public funding of national health services. Emerging from a decade of neo-liberal inspired public sector reform many Governments remain concerned with 'value for money' justifications for public spending and increasingly feel the need to strengthen the public's voice in decisions about the organisation and delivery of health services. More recent reforms embrace this philosophy by seeking to empower staff to be responsive to the expressed needs of users (DoH, 2001a).

The shift from patient involvement to patient and citizen involvement and the current categorization as public and patient involvement appears to recognise that most residents who are not citizens remain taxpayers and potential patients. Within EU countries, media representations of the impact of health tourists and asylum seekers on strained health services and Government concerns may lead to the evaluation of patient entitlement on the basis of citizenship and country of residence. While all citizens of EU countries have a right to access health services in any other member state these are limited to services at the equivalent level as those provided by their home country. That is, the level of health care provided as part of a public health service, and the costs to the individual vary significantly across the EU.

A final justification for greater patient and public involvement relates to the promotion of a patient choice agenda has redefined the focus of health service provision and reframed healthcare providers as vendors and patients as consumers. User involvement is presented as the feedback mechanism for the expression of consumer views; an essential component of markets. However, to be consumers, patients must have the necessary information to choose, and their choices must change service provision.

The Patient Choice Agenda: Promoting individual health consumers

The evolution of consumerism in health policy is, in part, justified as promoting patient-focused care, drives performance and remains affordable within the constraints of a tax-funded system. Similarly, consumerism is presented as a mechanism for redressing the power inequality between health professionals and patients and as the logical extension of informed consent. The marketization and privatization of health care must be based on creating opportunities for alternative providers of health care and mechanisms for patients to choose them instead of publicly provided offerings. The exercise of choice is predicated on a surplus in supply; an inefficiency in the system. Further the availability of information to enable the consumer, or those purchasing on their behalf, to choose.

These intentions are apparent in British health policy. "NHS care has to be shaped around the convenience and concerns of patients. To bring this about, patients must have more say in their own treatment and more influence over the way the NHS works." (DoH, 2000: 88). The consequences are far more dramatic and "are transforming the NHS from a public monopoly insurer and provider of health care, governed largely from Whitehall, to an insurer with devolved commissioners

buying services from a mixed market of providers.” (Lewis and Dixon, 2005: 1).

There is now a requirement for commissioners of services on behalf of British NHS patients to purchase 15% of all provision to be sourced from non-NHS providers (the voluntary and independent sectors). This was a policy first trailed in 2001: “By constructing the right partnerships the NHS can harness the capacity of private and voluntary providers to treat more patients.” (DoH, 2000). Market entry for these providers has been enabled by the creation of a fixed national tariff based system linked to specific health interventions paid only when they have been delivered. Payment by Results is being promoted as a mechanism to “underpin choice” (DoH 2003: 18) and currently covers only a minority of procedures but is to be extended to covering 90% of hospital care by 2008.

This has opened up opportunities for private sector health providers such as BUPA as well as community and voluntary organisations to obtain contracts to provide specific treatments to specific kinds of patients. The treatments tend to be clearly defined with relatively straightforward measures of outcomes (such as hip replacements) and only patients with no likelihood of complications are accepted. This minimizes the risk on the independent provider who retains the right to schedule the delivery of the intervention at a time convenient to them; usually a time with little take-up from other ‘paying’ members of a health plan. This approach has helped to clear the queues of patients waiting for common operations and has allowed alternative providers to claim to have generated significant cost savings.

This has created, at least to an extent, a number of possible providers for some medical interventions. For the NHS patient, the Choose and Book system will be operationalised from December 2005 for all patients needing interventions from acute services during a seven minute consultation with a GP. This interaction will include choosing between five possible providers shown on a computer. The five providers, one of which must be from the

independent sector are intended to be the closest in geographical terms and details of likely waiting times is also to be included. That is, choice is of the location for the delivery of the intervention; neither the exact procedure nor the actually clinician delivering the procedure will form part of this choice.

The consequence of markets in healthcare and choice for individual patients is not necessarily efficient allocation of scarce resources. A system that is driven by demand (even if mediated by referring physicians) and pays producers a ‘piece rate’ for the delivery of services creates incentives to ‘overproduce’. There is clear evidence from the US that tariff-based public systems lead to significant fraud and requires. Further, the administration costs associated with a more diverse market system are significantly greater and generate less coherent accountability structures. Public health systems depend on both risk and cost sharing to provide adequate health coverage to an entire population; subsidizing high-cost patients with those requiring little expenditure.

Information and opportunity to exercise choice are unevenly distributed across the population leading to inequitable outcomes as those more able to choose and with greater access and comprehension of relevant information will benefit to the detriment of the rest. In addition, the willingness to demand services and voice expectations is also associated with higher socio-economic position. Thus health outcomes are likely to exacerbate existing inequalities in society and reinforce the inverse care law. In Britain patient choice was piloted on coronary heart disease patients in London and the outcomes show clear evidence of the loss of equity as some patients were better able to make ‘good’ choices than others.

Conclusions

Responsible public expenditure is a key role of central government and problematic in the case of health care costs continue to increase and demand always seems to outstrip supply. Markets and enabling greater choice by

individual members of the public appears a political panacea; shifting responsibility for allocation from government to a 'rational' and objective market. But the outcomes of choice in the market are inequitable and therefore the health outcomes will reinforce the inverse care law as well as undermining the public ethos of a public health system. For more than a decade we have known that "...fundamental economic principles...put efficient, competitive health care markets in the same class as powdered unicorn horn." (Scientific American, 1993: 109 quoted in Evans, 1997: 45).

For patients and the public equity is a key concern but so too is the integration of care to ensure that the follow-up of acute services is linked to primary care provision and appropriate social care support. The diversity of provision that is the basis of markets and choice undermines such integration and the opportunity for risk-sharing and cross-subsidization. The promotion of user involvement provides a mechanism for engaging with populations and collectivities rather than simply individuals and aims at reorganising services to better meet the views and needs of patients and the public. This provides far more evidence to reshape service provision than that provided solely by individual choice of available provision: patient choice is a far weaker mechanism for ensuring local responsiveness.

Markets within healthcare are being promoted within a European context as a form of economic development. This is an example of 'trade-creep' risks population health gain and is likely to increase health inequalities. The opportunity for freedom of movement within Europe creates increased opportunities for health tourism and immigration linked to service provision. Without risk sharing such movements have potentially dire consequences for the financial feasibility and legitimacy of public healthcare systems.

Patient choice is increasingly presented as the best way to ensure local service responsiveness and flexibility undermining the argument for user involvement. User involvement, however, holds the promise of

changing the culture of health services and reshaping the relationships between patients, the public and health care providers. More importantly, perhaps it shifts responsibility for supporting and promoting health from the healthcare system to the partnership between patient and providers; very different than simply making the individual patient responsible for the choice of their intervention. At its heart, user involvement is also about educating and engaging patients and the public about the nature of the healthcare systems and the trade-offs associated with strategic decisions and provision; it draws the public into the collective consequences of individual action.

References

- Andrews, J., Manthorpe, J. and Watson, R. (2004) Involving older people in intermediate care *Journal of Advanced Nursing* 46 (3): 303-310.
- Blaauwbroek, H. (2002) Patient organizations and patients' rights. In E. Van Rooij, L. Kodener, T. Rijsemus & G. Schrijvers (Eds.) *Health and Healthcare in the Netherlands* (pp. 323-337) Maarssen, Elsevier gezondheidszorg.
- Committee of Ministers Council of Europe (2000) Recommendation No. 5 of the Committee of Ministers on the Development of Structures for Citizen and Patient Participation in the Decision Making Process affecting Health Care, Brussels: Council of Europe.
- Cook, G. and Klien, B. (2005) Involvement of older people in care, service and policy planning *Journal of Clinical Nursing* 14 (3a): 43-47.
- Coulter, A. and Magee, H. (2003) *The European Patient of the Future*, Maidenhead: OUP.
- Croft, S. & Beresford, P. (1993) User involvement, citizenship and social policy. *Critical Social Policy*, 9(26), 5-18.
- Department of Health (1992) *Local Voices*. London: NHS Management Executive
- Department of Health. (2000) *The NHS Plan* (Cm 4818-I). London: Department of Health.
- Department of Health. (2001) *Shifting the Balance of Power*. Leeds: Department of Health.
- Department of Health. (2001a) *The Expert Patient*. Leeds: Department of Health.
- Department of Health (2003) *Building on the Best: Choice, Responsiveness and Equity in the NHS* (Cm 6079). London: HMSO.
- Evans, R. (1997) 'Health care reform: Who's selling the market and why?', *Journal of Public Health Medicine* 19 1: 45-49.
- Feldberg, G. & Vipond, R. (1999) The virus of consumerism. In D. Drache, & T. Sullivan (Eds.) *Health Reform: Public Success Private Failure* (pp. 448-464). London: Routledge.

- Fooks, C. (2004) Rhetoric, fallacy or dream? Examining the accountability of Canadian healthcare to citizens. Ottawa: Canadian Policy Research Networks.
- Lewis, R. And Dixon, J. (2005) NHS Market Futures: Exploring the impact of health service market reforms. London: King's Fund.
- North, N. & Werko, S. (2002) Widening the debate? Consultation and participation in local healthcare planning in the English and Swedish health services, *International Journal of Health Services*, 32(4), 781-798.
- Ray, W. (1997) Policy and program analysis using administrative databases. *Annals of Internal Medicine*, 127(8), 712-718.
- Tritter, J. and McCallum, A. (2005) "The Snakes and Ladders of User Involvement: Moving beyond Arnstein". *Health Policy* (accepted for publication).
- Vos, P. (2002) *Health and Healthcare in the Netherlands*. Maarssen, Elsevier gezondheidszorg.
- WHO European Region (1994) *Declaration on the promotion of patients' rights in Europe*, Amsterdam: WHO European Region.

Pärjäämmekö vanhemman väestön oloissa?

Mikko Kautto
tulosaluejohtaja
Stakes

On kulunut kymmenen vuotta siitä, kun Maa-ILMANPANKKI varoitti kirjassaan *Averting the Old Age Crisis* väestön ikääntymisen seurauksista. Ikääntyneiden määrän kasvusta tuli kriisikysymys ja alettiin puhua eläkepommeista. Ikääntymisen taloudellisten seurauksien arviointi on ollut siitä lähtien vahvasti eri maiden ja kansainvälisten järjestöjen asialistalla. Poliitikkasuosituksen kärjessä ovat olleet eläkejärjestelmien uudistaminen sekä elinikäisen työajan pidentäminen.

Tuoreimmat OECD:n arviot esittävät, että ikääntymisen kustannukset olisivat hallinnassa, mikäli teollisuusmaissa onnistutaan lisäämään elinikäistä työaika keskimäärin viidellä vuodella pitkällä aikavälillä. Hiljattain työpanoksen lisäämisen tärkeyttä korosti EU-alueen kasvua ja työllisyyttä arvioinut Wim Kokin työryhmä. Se myös moitti jäsenmaita poliittisen tahdon puutteesta tavoitteiden toimeenpanossa. Kun työllisyys ei ole kohonnut toivotulla tavalla, ollaan jo pitkään oltu tilanteessa, jossa hyvinvointivaltion taloudellista kestävyyttä arvioineilla tahoilla ei ole ollut uutta sanottavaa aiheesta. Maalattu tulevaisuudenkuva ei ole kovin ruusuinen.

Asiantuntijoiden esittämien toimenpidelistojen viesti ei ole kansalaisten näkökulmasta kovin puhutteleva. Ikääntyneistä puhutaan yleisesti taakkana ja kustannusten aiheuttajina. Työikäisiltä taas vaaditaan suurempaa ja tehokkaampaa työpanosta vaikka samaan aikaan vapaa-ajan arvostus on noussut. Nuorilta toivotaan perheellistymistä vaikka työnäkymät ovat epävarmat.

Suomessa väestörakenne muuttuu tästä eteenpäin erittäin nopeasti. 65 vuotta täyttäneiden määrä kasvaa yli 600 000 hengellä vuoteen 2030 mennessä samalla kun lasten ja työikäisten määrä vähenee. Näin voimakas väes-

tön ikärakenteen muutos vaikuttaa talouskehitykseen ja työllisyyteen. Sillä on mittavia julkistaloudellisia seurauksia ja se muuttaa varmasti hyvinvointipolitiikan painopisteitä.

Silti Suomessa monet ajattelevat asian olevan hoidossa. Joitakin perusteita optimismiin toki on. Eläkejärjestelmä on uusittu ja työn kannustimiakin on tarkistettu. Työurien pidentymistä tavoitellaan erilaisten ohjelmien ja kampanjoiden avulla. Julkinen talous on kansainvälisessä vertailussa vahva.

Kuitenkin lähitulevaisuuteen kurottavassa ennakkointityössä ollaan oltu hyvin yksimielisiä siitä, että ikärakenteen muutoksen haasteita ei ole ratkaistu. Kun vielä ottaa huomioon sen, miten kauan politiikkamuutosten tekeminen ja tulosten aikaansaaminen vie, muutokseen valmistautumisen ikkuna alkaa pian sulkeutua. Kun työelämässä vielä olevat suuret ikäluokat alkavat siirtyä eläkkeelle lähivuosina, huoltosuhteet heikkenevät nopeasti ja väestörakenteen muutoksen seuraukset alkavat tuntua eri puolilla.

Päähuoli ei ole hävinnyt mihinkään. Työikäisen väestön pienentyessä työpanos vähenee ja työvoiman keski-ikä kohotessa tuottavuus uhkaa heikentyä. Ikärakenteen muutos siis vaikuttaa talouskasvun potentiaalia heikentävällä tavalla. Samaan aikaan 65 vuotta täyttäneen väestön määrä melkein kaksinkertaistuu vuoteen 2030 ja eläke- ja hoivamenot nousevat.

Tammikuussa voimaantullut eläkeuudistus kohentaa taloudellista kestävyyttä. Toivottavasti tyytyväisyys mittavasta uudistuksesta ei puodota ikärakenteen muutokseen varautumista politiikan asialistalta. Tässä tilanteessa lisäpohdintaa ja varautumistoimia tarvitaan erityisesti sosiaalisen kestävyuden varmistamiseksi, avautuvien mahdollisuuksien hyödyntämiseksi sekä hyvinvointipalveluiden turvaamiseksi.

Ehkä merkittävin kysymys tästä eteenpäin on se, miten hyvin sosiaali- ja terveystalouden järjestelmä on varautunut edessä olevaan muutokseen. Syitä on monta.

- Alijäämäisten kuntien määrä on jo nyt suuri ja niiden määrän lasketaan kasvavan.
- Asukasluvultaan pienten kuntien määrä ennakoitaan kasvavan väestömuutoksen ja muuttoliikkeen seurauksena.
- Työikäisten vähetessä verotulot ja kuntatalous kehittyvät monissa kunnissa heikosti.
- Ikääntyneiden määrän kasvaessa taas palvelumenojen ennakoitaan nousevan.
- Julkisten palvelujen henkilöstörakenne on vino ja poistuma eläkkeelle lähivuosina suurta.

On epävarmuutta siitä, riittääkö työikäisen väestön vähetessä korvaavaa väkeä näille aloille ja kaikilla paikkakunnilla. Kun vanhuuteen liittyvät palvelumenot taas nousevat nimenomaan suurissa keskuksissa, voivat näiden valmiudet kustannusten tasaamiseen olla koetuksella.

Suomessa ikärakenteen muutokseen on varauduttu monin eri tavoin ja kansainvälisesti vertaillen lähtökohdat väestömuutoksen kohtaamiseen ovat hyvät. Tähänastinen varautuminen on kuitenkin ollut pitkälti taloudellista varautumista. Varautumisen tarvetta on myös muilla aloilla. Varautuminen ei onnistu yhden konstin politiikalla. Tulevaisuusselonteossa nostetaan esille seitsemän keskeistä asiakokonaisuutta, joilla kaikilla voidaan vaikuttaa siihen miten pärjäämme vanhemman väestön oloissa.

1. Väestön ikärakenteen kehitys vaatii väestöpoliittista ajattelua. Selonteko linjaa sekä syntyvyyden turvaamista että maahanmuuton lisäämistä.

2. Näköpiirissä oleva palvelutarpeen kasvu edellyttää nykyistä suurempaa huomiota eri ikäisten ihmisten toimintakyvyn ja terveyden edistämiseen.
3. Lasten ja nuorten kasvuolosuhteisiin sekä tietoihin ja taitoihin investoiminen on järkevää ikäpolitiikkaa.
4. Lisäksi vaaditaan sekä työllisyysasteen että tuottavuuden kohottamiseen tähtäviä toimia.
5. Koska väestön ja talouden kehitys on kuitenkin epävarmaa, selonteossa todetaan myös tarve uudistaa sosiaaliturvaa.
6. Alueellisen väestökehityksen ja hyvinvointipalveluiden turvaamisen näkökulmasta on olennaista huolehtia kuntataloudesta ja tukea kuntarajat ylittävää yhteistyötä sekä toimintatapojen ja rakenteiden muutoksia.
7. On myös tartuttava muutoksen luomiin mahdollisuuksiin. Kun tulevaisuudessa joka neljäs väestöstä on täyttänyt 65 vuotta, on jatkossa paremmin osattava tukea ja hyödyntää ikääntyneiden monia voimavaroja ja aktiivista osallistumista.

Lähteitä

Hyvä yhteiskunta kaikenikäisille. Valtioneuvoston tulevaisuusselonteko väestökehityksestä, väestöpolitiikasta ja ikärakenteen muutokseen varautumisesta. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 27/2004.

Tulevaisuusselonteon yhteydessä julkaistiin samassa sarjassa viisi teemaa eri näkökulmista arvioivaa asiantuntijaraporttia. Kaikki julkaisut ovat saatavilla maksutta valtioneuvoston tiedotuksesta ja myös verkosta www.vn.fi

Millainen on "sosiaalinen Eurooppa maailmantaloudessa"?

Elina Palola

tutkija

Stakes

Lässätänyt Eurooppa?

Kun Euroopan komissio julkisti strategiset tavoitteensa vuosiksi 2005 – 2009, se oli varsin toiveikas. Puheenjohtajan tiedonannossa todettiin, että Eurooppa on yllättänyt poliittisesti arvostelijansa ja osoittanut pystyvänsä kehittämään edelleen. Tiedonanto julisti Euroopan olevan tärkeän ratkaisun edessä: ”*Unionin on osoitettava eurooppalaisille, että ymmärrämme tulevaisuuden haasteet ja että käytettävissämme on uskottavia strategioita niihin vastaamiseksi. Eurooppa voi voittaa kansalaisten luottamuksen takaisin, jos sen johtajat pystyvät muodostamaan selkeän ja vakuuttavan vision siitä, mihin suuntaan unionin olisi kehitettävä... ja osoittamaan, että unionin käytössä olevat politiikat vastaavat tätä visiota*”. Seuraavan viiden vuoden tavoitteeksi asetettiin Euroopan saaminen takaisin pitkäaikaisen hyvinvoinnin polulle. (KOM(2005)12.)

Tämän ”pitkäaikaisen hyvinvoinnin polun” löytäminen on kuitenkin osoittautunut unionille kovin työlääksi: vuonna 2005 komissio ei (enää) yllättänyt arvostelijoitaan, vaan arvostelijat yllättivät komission... ja nimenomaan poliittisesti. Kaksi unionin kunnianhimoista uudistusohjelmaa (uudistettu Lissabonin strategia ja ehdotus palveludirektiiviksi) kaatoivat kolmannen eli Euroopan perustuslain. Euroopan komission puheenjohtaja José Manuel Barroso varoitti kesällä 2005, että unioni voi ajautua pysyvään kriisiin, ellei se pysty palauttamaan kansalaistensa luottamusta perustuslakia vastustaneiden kansanäänestysten jälkeen.

Mikä Eurooppaa sitten oikeastaan vaivaa ja mihin sen olisi nyt suunnistettava? Mielipiteitä on yhtä monta kuin niiden esittäjiäkin. Professoreiden Castells & Himanen (2005) diagnoosin mukaan Eurooppa sairastaa, ja tau-

din nimi on *lässätäminen*: äänestäessään EU:n uutta perustuslakia vastaan ranskalaiset ja hollantilaiset ilmaisivat tyytymättömyytensä Euroopan talouden ja hyvinvointimallin lässätäneeseen tilaan, jonka parantamiseksi ei saada mitään aikaan. Vapaan kilpailun, talouskasvun ja tuottavuuden ideologia yhdistettynä unionin nopeaan laajenemiseen elintasoltaan kovin erilaisiin maihin on hajottanut eurooppalaista yhteisöllisyyttä ja nostanut esiin protektionistisia äänenpajoja, jotka ovat kulminoituneet puolaisten putkimiesten pelättyyn mihinnoisuun Ranskassa. Eurooppalaiset ovat huolestuneita kansallisten sosiaaliturvajärjestelmiensä tulevaisuudesta – eivätkä aivan suotta – sillä komission argumentaatiossa tulevat vuodet vaativat voimakkaita ja välittömiä uudistuksia (Palola 2005): ”*on tullut tekojen aika*” (KOM(2005)330).

Hyvinvointipolitiikan perustelujen muutos

Lissabonin huippukokous maaliskuussa 2000 muutti Euroopan unionin sosiaalipolitiikan asemaa eurooppalaisessa hallinnassa. Tuolloin lanseeratun Lissabonin uudistusstrategian myötä vakiintui idea ”Euroopan sosiaalisesta mallista”, joka ei rasittaisi liikaa Euroopan kilpailukykyä ja julkista taloutta. Mallin perusajatuksia ovat tuottavuus, kannustavuus ja aktiivisuus. Tavoitteena ovat rakenteelliset uudistukset, nopea talouskasvu, korkea työllisyys ja kaikkia työntekoon kannustavat etuusjärjestelmät. Euroopan sosiaalinen malli sisältää sosiaali-, koulutus-, työllisyys- ja talouspolitiikan toimenpiteitä, ja vaikka unionin oikeudellinen toimivalta näillä kaikilla politiikkalohkoilla on erilainen, niiden haluttiin olevan poliittisesti samois-

sa lähtökuopissa. Sosiaalipoliitikassa puuttuvaa oikeudellista toimivaltaa ryhdyttiin täydentämään ja rakentamaan ns. avoimen koordinaation menetelmällä.

Avoim koordinaatio on poliittista tulosaajausta, jossa jäsenvaltioilta edellytetään kansallisia toimintaohjelmia unionin yhteisten tavoitteiden toimeenpanemiseksi. Koordinaatiomekanismit sisältävät yhteisen kielen ja yhteiset käsitteet, yhteisen tieto- ja tilastojärjestelmän sekä vertailujen ja arviointien strategisen käyttämisen. Sosiaalisen suojelun koordinaatiossa ollaan nyt siinä vaiheessa, että oikea käsitteistö on jäsenmaissa omaksuttu, ja painopiste halutaan siirtää tavoitteiden listaamisesta uudistusten tehokkaaseen implementointiin. Otetta jäsenvaltioiden sosiaalipoliittikan uudistamiseksi tiivistetään "virtaviivaistamalla" (*streamlining*) avoimen koordinaation osiot – eläkkeet, sosiaalinen osallisuus sekä terveyden- ja pitkäaikaishoito – yhteen vuonna 2006 ja synkronoimalla tämä kokonaisuus talous- ja työllisyyspolitiikkaan. Sen sijaan, että enää koordinoitaisiin erillisiä kansallisen sosiaalipoliittikan lohkoja, rakennetaan nyt uudenlaista sosiaalisen suojelun kokonaisuutta, jonka on tuettava talouskasvua, kilpailukykyä ja työllisyyttä. (KOM(2003)261.)

Komission kevään 2005 EU-huippukokoukselle antamassa tiedonannossa (KOM(2005)24) Lissabonin strategian uudistamisesta puhuttiinkin sosiaalipoliittikan sijaan *sosiaalisesti inklusiivisesta taloudesta*. Tämä sosiaalipoliittisen retoriikan muutos kävi ilmeiseksi viimeistään, kun komissio esitteli uuden sosiaalipoliittisen ohjelmansa, joka jatkuu vuoteen 2010 saakka. Komissio toteaa sosiaalipoliittisen ohjelman täydentävän ja tukevan Lissabonin strategiaa, joka keskittyy talouskasvuun ja työllisyyteen. Sosiaalisesta Euroopasta on tehty *talouskasvun sosiaalinen ulottuvuus*. Sosiaalipoliittikan tehtävänä on ruokkia – ”*feed in*” – Lissabonin strategiaa.

Uuden sosiaalipoliittisen ohjelman ydin paljastuu jo komission tiedonannon kolmesta ensimmäisestä sanasta: *sosiaalinen Eurooppa maailmantaloudesta*. Ohjelmassa korostetaan, ettei sen tavoitteita voi erottaa globalisoituneesta taloudesta, jossa ”Euroopan kilpailukyky ja kiin-

nostavuus punnitaan”. Toisin sanoen halutaan varmistaa se, ettei sosiaalipoliitikasta tule este Euroopan menestymiselle globaalissa taloudessa. Lähtökohtana ei enää ole kansallisen ja eurooppalaisen hyvinvointiajattelun suhde, vaan eurooppalaisen hyvinvointiajattelun sovittaminen globaalin talouden vaatimuksiin. Tämä lähtökohta voi muuttaa tavoiteltavan sosiaalipoliittikan prioriteetteja ja reunaehtoja pitkällä tähtäimellä hyvinkin olennaisesti. Selvää on, että kansallisen sosiaalipoliittikan liikkumatilaa kaventuu tämän kehityksen seurauksena jatkuvasti.

Taloudellisen ja sosiaalisen välistä suhdetta muokataan uudelleen

Osana Lissabonin strategian *uutta alkua* jäsenmaat veloitettiin laatimaan kansalliset toimenpideohjelmat, sillä ”onnistuminen riippuu pääasiassa jäsenvaltioista ja siitä, miten päättäväisesti ne toteuttavat tarvittavat rakenneuudistukset” (KOM(2005)330, 3). Suomen kansallisessa Lissabon –toimenpideohjelmassa 2005 – 2008 todetaankin, että toimintaympäristön muutokset ja niihin vastaaminen edellyttävät *merkittäviä uudistuksia palvelujen järjestämisessä* (2005, 32). Ohjelman mukaan julkista sektoria kehitetään mahdollisimman tehokkaaksi ja taloudelliseksi, ja tämä tehdään mm. *jatkamalla liikelaitostamista, yhtiöittämistä ja palvelujen ostamista yksityiseltä ja kolmannelta sektorilta, uudistamalla palvelutuotannon rakenteita ja toimintatapoja, hyödyntämällä erikoistumisen ja suurempien kokonaisuuksien tuomia mittakaavaetuja, käyttämällä tehokkaammin tieto- ja viestintätekniikkaa sekä tehostamalla hankintatoimintaa* (2005, 31).

Lisäksi toimenpideohjelmassa todetaan (2005, 44), että ”EU-tasolla Suomi tukee vahvasti palvelumarkkinoiden avaamista, joka loisi kannustimia toimintojen tehostumiseen ja tuottavuuden parantamiseen. Kilpailupoliittikan entistä tehokkaammalla soveltamisella pyritään puuttumaan niihin tekijöihin, jotka ylläpitävät huonosti toimivaa kilpailua.” Ohjelma päättyykin juhlavasti toteamalla, että *Suomen uudistusohjelman mukaiset tavoitteet ja toimenpi-*

teet vahvistavat EU:n kilpailukykyä ja sisämarkkinaominaisuuksia.

Nämä Lissabonin strategian linjaukset kyseenalaistavat avoimesti vanhojen hyvinvointijärjestelyjen pätevyuden, ja tarjoavat tilalle sosiaalisen alueen uutta hallinnointitapaa, joka ilmentää samalla uutta retoriikkaa: talouden hallintaa puhdistetaan sosiaalisista periaatteista, ja sosiaalisten ja poliittisten asioiden hallinnassa käytetään yhä enemmän talousteorian ajatusmalleja, argumentteja ja käsitteitä (Julkinen 2001, 292 - 293).

Taloudellisen ja sosiaalisen suhdetta muotoillaan uudelleen monella rintamalla eikä vähiten unionin sisämarkkinasääntelyn kautta. Komissio toteaa yleishyödyllisiä palveluja koskevassa Valkoisessa kirjassa (KOM(2004)374), että ”*jatkossakin on toki jäsenvaltioiden asia tehdä poliittiset päätökset siitä, käyttävätkö ne tällaisia (markkinapohjaisia) järjestelyjä vai tarjoavatko ne palvelut suoraan verorahoitteisten elinten kautta.*” Jos viranomainen itse tuottaa lakisääteisiä sosiaali- ja terveyspalveluja peruspalveluina, eivät sisämarkkina- ja kilpailusäännöt tule sovellettaviksi. Mutta kun näitä toimintoja tuotetaan markkinapohjaisten palvelujen avulla, hyvinvointivaltio liukuu kohti taloudellisten toimintojen aluetta ja näin sisämarkkinasääntelyn alaiseksi. Mitä enemmän sosiaali- ja terveyspolitiikassa turvaututaan markkinaperusteisiin ratkaisuihin, sitä pienemmäksi kansallisen tai paikallisen itsemääräämisoikeuden ala siis käytännössä kapenee.

Moderni sosiaalinen oikeudenmukaisuus?

Komissiolle Euroopan sosiaalinen malli näyttää tarkoittavan sosiaalisen hylkäämistä omalla alueellaan, siirtymistä puolustautumisesta liittoutumiseen talouspolitiikan kanssa, vanhentuneiksi leimattujen mallien ja asenteiden hylkäämistä sekä muutosten arvon näkemistä. Toiminnan suunta ja keinot esitetään vaihtoehdottomina. Käytetyt kielikuvat ja sanavalinnat ovat erityisen tärkeitä: muutokset tapahtuvat usein pienillä siirroilla ja asiat ikään kuin suoritetaan oikein niitä politisoimatta. (Palola 2004.)

Varsin kuvaavaa on syksyllä 2005 unionin puheenjohtajamaa Ison-Britannian johdolla käyty keskustelu Euroopan sosiaalisesta mallista. Samaan aikaan kun jäsenmaat ovat kansallisten poliittisten paineiden myötä alkaneet taas korostaa omia hyvinvointimallejaan, on komission retoriikassa sukkellettu yhä syvemmälle kohti yhteisiä arvoja. Uusi sosiaalinen vaatii *uudenlaisia arvoja*. Nyt etsitään modernia sosiaalisen oikeudenmukaisuuden käsitettä koskevaa uutta konsensusta. Lokakuussa 2005 annetun komission tiedonannon ”Eurooppalaiset arvot globalisoituneessa maailmassa” (KOM(2005)525) viesti on selkeä: eurooppalaisten on omaksuttava *uusi asenne työhön ja sosiaaliturvajärjestelmillemme on oltava uusi asenne ihmisiin*. Unionin potentiaalia tämän modernisaatioprosessin helpottajana ei tulisi jäsenmaissa aliarvioida, komissio toteaa.

Mitä nämä uudet asenteet sitten voivat olla? Unionin historian ensimmäinen terveyskomissaari David Byrne vaati pari vuotta sitten terveyspolitiikan argumenttien kääntämistä päällelleen: meidän ei enää pidä kysyä, mitä ekonomistit voivat tehdä terveyden hyväksi, vaan mitä terveys voi tehdä taloudelle. Niinpä EU:n taloutta palvellaan parhaiten antamalla kilpailuvoimien – myös verokilpailun – toimia vapaasti, ja sekä terveys- että sosiaalipolitiikka pyritään integroimaan Lissabonin strategiaan kilpailukykyyn edistäjiksi. Unioni on kiinnostunut väestönsä hyvinvoinnista, sillä terve ja aktiivinen väestö on resurssi talouden menestykselle. Komissio tavoittelee uutta poliittista sopimusta kansalaisten kanssa: jokaisen on otettava kontrolli ja vastuu omasta kohtalostaan. (Palola 2005.)

Komission luoman hyvinvointiretoriikan lähtökohta on sama kuin markkinoiden; kansalaiset nähdään (ja heitä kehitetään) itsenäisinä, rationaalisina toimijoina. Vapaata kilpailua ja kilpailukykyyn voimaa korostavan ”talouden Euroopan” ja ”sosiaalisen Euroopan” tilojen välillä tapahtuvan identifikaation kautta markkinoiden toimintaideaa siirretään yhä syvemmälle sosiaali- ja terveyspolitiikkaan. Kun ”sosiaaliset” kansalaiset alkavat ajatella itseään kuluttajina, asiantuntijuuden ja politiikan suhteet muuttuvat, ja luodaan uudenlainen suhde

yksilöiden ja asiantuntijoiden välillä. Tämä suhde ei perustu hyvinvoinnin byrokraatiaan, vaan markkinamekanismeihin (Rose 1995).

Tarvitaan uudenlaista analyysiä

Raija Julkunen (2001) analysoi suomalaisen hyvinvointivaltion tilaa tämän vuosituhannen alussa toteamalla, että laskettiinpa sosiaali- ja terveysmenojamme henkeä kohti tai osuutena kansantuotteesta, ne ovat painuneet EU-maiden keskiarvon alapuolelle. Ja vaikka olisimme kuinka kustannustehokkaita ja kilpailukykyisiä tahansa, on nykyisellä menojen tasolla vaikea saada aikaan sellaista sosiaaliturvaa ja sellaisia palveluja, joilla pohjoismainen malli itseään markkeeraa. Kun trendinä on yksilöllisyyden korostaminen universalismin sijaan, rahoitusvastuuta siirretään palvelujen käyttäjille ja vakuutetuille ja lopputuloksen tasa-arvo jää prosessien tasa-arvon varjoon. Tämä on osa kehitystä, jonka myötä sosiaalipolitiikka kytetään yhä voimakkaammin osaksi työllisyys- ja talouspolitiikkaa.

Tässä tilanteessa tarvitaankin uudenlaista analyysiä hyvinvointipolitiikan linjauksista ja muuntuvista käytännöistä. Ihan aluksi olisi luovuttava jatkuvasta synkistelystä ja uhkakuvien maalaamisesta. Tutkimusprofessori Mika Pantzar (Helsingin Sanomat 10.10.2005) kiinnitti äskettäin huomiota synkkyiden lietsomiseen: synkkyyttä levitetään hokemalla sitä, kuinka Eurooppa ja Suomi uhkaavat muuttua ulkoilmamuseoiksi, jos talouden rakenteisiin ja sosiaaliturvajärjestelmiin ei puututa kovalla kädellä. Varallisuuden luominen edellyttää kuitenkin ennen kaikkea uskoa tulevaisuuteen. Jos usko viedään, mitä järkeä on opiskelussa, yrittämissä ja työnteossa?

Synkistelyn sijaan olisi luotava yhteistä tulevaisuutta, hyvinvointiyhteiskuntaa, eikä jokaiselle omaa yksilöllistä tulevaisuuttaan oikeine kompetensseineen ja asenteineen: on vaikea kuvitella menestyvää kansantaloutta, jossa jokainen ajattelee vain itseään. On myös vaikea ajatella menestyvää yhteiskuntaa, jota ei kiinnosta muu kuin tuottavuus, tehokkuus, talouskasvu ja kilpailukyky.

Kirjallisuus:

- Castells, Manuel & Himanen, Pekka (2005): Onko Eurooppa sairastunut lässähdystautiin? Helsingin Sanomat, Sunnuntai, 9.10.2005.
- Julkunen, Raija (2001): Hyvinvointivaltion suunnanmuutos. 1990-luvun sosiaalipoliittinen reformi Suomessa. Tampere: Vastapaino.
- KOM(2005)525: European values in the globalised world. Contribution of the Commission to the October Meeting of Heads of State and Government.
- KOM(2005)330: Yhteiset toimet kasvun ja työllisyyden hyväksi - Yhteisön Lissabon-ohjelma.
- KOM(2005)24: Tiedonanto kevään Eurooppa-neuvostolle. Kasvua ja työtä Euroopan tulevaisuuden hyväksi, Uusi alku Lissabonin strategialle.
- KOM(2005)12: Strategiset tavoitteet vuosiksi 2005-2009, Eurooppa 2010: kumppanuus Euroopan uudistamiseksi. Hyvinvointi, solidaarisuus ja turvallisuus. Puheenjohtajan tiedonanto yhdessä varapuheenjohtaja Wallströmin kanssa.
- KOM(2004)374: Valkoinen kirja yleishyödyllisistä palveluista.
- KOM(2003)261: Lissabonin strategian vahvistaminen: avoimen koordinoinnin selkeyttäminen sosiaalisen suojelun alalla.
- Lissabonin strategia kasvun ja työllisyyden parantamiseksi – Suomen kansallinen toimenpideohjelma 2005-2008. valtiovarainministeriö, kansantalousosasto: taloudelliset ja poliittiset katsaukset 3a/2005.
- Palola, Elina (2004): Euroopan sosiaalinen malli. Yhteiskuntapolitiikka 69:6, 569-582.
- Palola, Elina (2005): Mihin "terveyden Eurooppaa" tarvitaan? Yhteiskuntapolitiikka 70:4, 375-385.
- Rose, Nikolas (1995): Eriarvoisuus ja valta hyvinvointivaltion jälkeen. Teoksessa Eräsaari, Risto & Rahkonen, Keijo (toim.): Hyvinvointivaltion tragedia. Keskustelua eurooppalaisesta hyvinvointivaltioista. Tampere: Gaudeamus, 1995.

TYÖPAPEREITA-sarjassa aiemmin ilmestyneet

2006

Pasi Moisio: HYPÄ 2004 aineistokuvaus. Hyvinvointi & Palvelut 2004 -kyselyn aineistokuvaus
Työpapereita 6/2006 Tilausnro T6/2006

Elise Kosunen: Seksuaaliterveyden edistäminen Suomessa. Muistio seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmaa laativaa työryhmää varten
Työpapereita 5/2006 Tilausnro T5/2006

Kristiina Poikajärvi, Kerttu Perttilä: Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnassa. Raportti kunnanjohtajien ja luottamushenkilöjohdon kyselystä 2004
Työpapereita 4/2006 Tilausnro T4/2006

Ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit. Työryhmämuistio 25.1.2006
Työpapereita 3/2006 Tilausnro T3/2006

Jan Klavus (toim.): Terveystaloustiede 2006
Työpapereita 2/2006 Tilausnro T2/2006

Maija Ritamo (toim.): IX Terve Kunta -päivät 25.–26.1.2006
Työpapereita 1/2006 Tilausnro T1/2006

2005

Matti Rimpelä, Anni Ojajärvi, Pauliina Luopa, Hanne Kivimäki: Kouluterveyskysely, kouluterveydenhuolto ja terveystieto. Peruseräraportti kyselystä yläkouluille ja terveyskeskuksille
Työpapereita 1/2005 Tilausnro T1/2005

Kalle Reinikainen, Timo P. Karjalainen: Sosiaalisten vaikutusten arviointi voimajohtohankkeissa
Työpapereita 2/2005 Tilausnro T2/2005

Mauno Konttinen, Milla Roos (toim.): Annus Medicus Fenniae 2005. Nordiskt hälsodirektörsmöte. Tórs-havn, 21.–23. augusti 2005
Työpapereita 3/2005 Tilausnro T3/2005

Stakes: Laadullisen sosiaalitutkimuksen eettiset kysymykset. Kutsuseminaari 2.5.2005
Työpapereita 4/2005 Tilausnro T4/2005

Tarja Heino, Tuula Kuoppala, Salla Säkkinen: Lastensuojelun avoimuuden tilaston haasteet; kuntakyselyn yhteenveto
Työpapereita 5/2005 Tilausnro T5/2005

Victor Savtschenko, Suvi-Maaria Tepora: Vammaiset ja pitkäaikaissairaat ansiotyössä. Invalidivähennystä ansiotuloistaan vuonna 2002 saaneet henkilöt. Alustavaa tarkastelua
Työpapereita 6/2005 Tilausnro T6/2005

Milla Roos (red.): Annus Socialis Fenniae 2005. Nordiskt socialdirektörsmöte. Mariehamn, 22.–23. september 2005
Työpapereita 7/2005 Tilausnro T7/2005