

MUUTTUUKO POHJOISMAINEN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUMALLI?

Pohjoismaista hyvinvointivaltiotyyppejä luonnehditaan usein julkispalveluvaltioksi sen lisäksi, että se on muiden hyvinvointivaltioiden tapaan myös julkisten tulonsiirtojen valtio tai jakovaltio (Kosonen 1987). Pohjoismaisia hyvinvointipalveluja kuvattaessa on käytetty universaalisuuden ja sosiaalisen kansalaisoikeuden käsitteitä (Sihvo 1991) tai puhuttu kansanomaisemmin kaikille yhtäläisistä sosiaali- ja terveyspalveluista (Uusitalo 1993).

Universaalisuuden ja sosiaalisen kansalaisoikeuden käsitteillä on yleisimmin kuvattu rahamuotoisen sosiaaliturvajärjestelmän olemusta. Sosiaalisen kansalaisoikeuden käsite korostaa sitä, että oikeus hyvinvointitietuksiin syntyy kansalaisuuden perusteella eikä vain niille, jotka ovat työmarkkinoilla ansainneet tämän oikeuden. Universaalisuuden käsite taas korostaa, että julkisten etuuskien piirissä ovat periaatteessa kaikki eivätkä vain esimerkiksi köyhät, syrjäytyneet tai palkkatyötä tehneet. Molemmat käsitteet rinnastavat sosiaaliset oikeudet poliittisiin kansalaisoikeuksiin, joiden yleisesti edellytetään kuuluvan kaikille kansalaisille.

Rahamuotoisen sosiaaliturvan osalta universaali sosiaalinen oikeus takaa lain voimalla kaikille tietyssä tilanteessa oleville (esim. 65 vuotta täyttäneet, sairauden vuoksi työkyvyttömät, työttömät työnhakijat) kuukausittaisen rahasumman, jonka suuruus määritellään kaikille yhtäläisin säännöin.

Palvelujen osalta lakitekstit ovat harvoin yhtä täsmällisiä. Oikeuden luovan tilanteen määrittely on usein paljon yleisluonteisempi viittaus kyseisen palvelun tarpeeseen. Oikeuden kohteena oleva palvelu jää myös laeissa

varsin yleisesti määritellyksi. Ja monien palvelujen osalta käyttäjän on maksettava käyttäjämaksu, joka tosin on yleensä palvelun tuotantokustannuksia huomattavasti alempi.

Pohjoismaissa on syntynyt poliittisia ja taloudellisia paineita hyvinvointivaltiomenojen kasvun pysäyttämiseen, hyvinvointipoliittikojen uudelleen suuntaamiseen ja etuuskien leikkaamiseen. Tanskassa paineet kasvoivat jo 1980-luvun puolivälissä ja Suomessa, Ruotsissa ja Norjassa erityisesti 1990-luvulla (Heikkilä & al., tulossa; Kautto & Heikkilä 1998). Palveluiden suhteen keskeiset reformivaatimukset voidaan kiteyttää seuraaviin (Deakin & al. 1995; Ferlie & al. 1996; European Health..., 1996):

- paineet hyvinvointipalvelujen aiheuttamien julkisten menojen pienentämiseen;
- paineet vastata kasvaviin palvelutarpeisiin, joita syntyy esimerkiksi työttömyyden lisääntymisen, perherakenteen muutosten ja väestön ikääntymisen myötä;
- paineet hyödyntää teknologian kehityksen tuomat uudet mahdollisuudet palvelutuotannossa;
- paineet muuttaa palvelujen käyttäjän roolia muun muassa lisäämällä valinnan mahdollisuuksia, vaikutusmahdollisuuksia ja laadun valvontaa ja
- paineet yhdistää menojen kasvun hillintä ja kasvaviin ja erilaistuviin tarpeisiin vastaaminen parantamalla palvelujärjestelmän taloudellisuutta, tehokkuutta ja joustavuutta.

Esimerkiksi Pekka Kosonen (1998) sekä Mikko Kautto ja Matti Heikkilä (1998) arvioivat, että pohjoismaiset hyvinvointivaltiot ovat säilyttäneet institutionaaliset peruspiirteensä

ja erityisyytensä kasvavista paineista huolimatta. Tulonsiirtojärjestelmät ovat myös kyenneet lievittämään merkittävästi työttömyyden rajuun kasvuun liittyviä kansalaisten taloudellisia ja sosiaalisia ongelmia.

On kuitenkin kysyttävä ainakin kaksi lisäkysymystä. Ensinnäkin: voiko institutionaalisten peruspiirteiden säilymisen rajoissa tapahtua muutoksia, joita ei ole oletettu määriteltäessä pohjoismaisen mallin olemusta? Ja toiseksi: onko peruspiirteiden säilyminen pelkästään myönteinen asia vai voiko "säilyminen" merkitä myös sitä, ettei muuttuviin ja erilaistuviin tarpeisiin, odotuksiin ja elämänpolitiikkoihin kyetä vastaamaan? Tässä artikkelissa tutkin hyvinvointipalvelujen, erityisesti sosiaali- ja terveyspalvelujen, osalta ensimmäistä kysymystä. Jossakin määrin sivuan myös toisen kysymyksen aihepiiriä. Nojautun pääosin laajan yhteispohjoismaisen tutkimuksen (ks. Kautto & Heikkilä 1998) osana tehdyn sosiaali- ja terveyspalvelujen muutosta koskevan osahankkeen (Lehto & al., tulossa) tutkimusaineistoon.

SOSIAALINEN OIKEUS HYVINVOINTIPALVELUIHIN

Keskeisimmät universaaleiksi sanotut hyvinvointipalvelut ovat jo kauan olleet koulutus ja terveydenhuolto. Myös pohjoismaista sosiaalipalvelumallia, erityisesti lasten päivähoitoa ja vanhusten arkielämässä selviytymistä tukevia palveluja, on luonnehdittu universaalisuuden käsitteellä (Sipilä 1997).

KUKA ON OIKEUTETTU?

Oikeus peruskoulutukseen kuuluu kaikille oppivelvollisuusikäisille. Samalla se on velvollisuus vanhemmille tuoda lapsensa koulun tai muuten huolehtia oppivelvollisuuden toteutumisesta. Sosiaalinen oikeus on siis myös velvollisuus. Myös ylempiin koulutuksen tasoihin on kaikilla oikeus, mutta sisään-

pääsy voidaan rajoittaa pääsyvaatimuksilla ja pääsykokeilla (numerus clausus).

Oikeus terveydenhuoltoon merkitsee ennen muuta oikeutta terveyspalveluihin ja lääkkeisiin. Varsin usein oikeus on kuitenkin rajattu vain tilanteisiin, joissa lääkäri arvioi palvelun tai lääkkeen tarpeelliseksi. Oikeutta siis rajoittaa lääkärin asiantuntijuuteen perustuva yksilö- ja tilannekohtainen tarveharkinta. Vain poikkeustilanteissa, vakavien tarttuvien tautien ja mielenterveyden häiriöiden kohdalla, palvelujen käyttö on laissa määritelty velvollisuus. Palvelun tai lääkkeen saanti edellyttää usein myös potilasmaksun tai omavastuusuuden maksamista.

Oikeus lasten päivähoitoon on kehittynyt Pohjoismaissa lakisääteisen oikeuden suuntaan (Lehto & al., tulossa). Muodoltaan oikeus lähenee oikeutta peruskoulutukseen. Oikeuden piiriä on voitu rajata hallinnollisilla ohjeilla, joskin mahdollisuudet rajauksiin ovat olennaisesti supistuneet viime vuosina. Päivähoidon käytön ehtona on myös käytettävissä olevien tulojen mukaan porrastettu käyttäjämaksu.

Oikeus vanhuspalveluihin on ehkä tässä käsiteltävistä palveluista heikoimmin kehittynyt. Käytössä on niin asiantuntijan tekemää yksilö- ja tilannekohtaista tarveharkintaa, hallinnollisin ohjein määriteltyjä rajoituksia kuin myös tulojen mukaan porrastettuja käyttäjämaksuja.

Eri sektoreiden tavat määritellä universaalisuutta ja menetelmät asettaa sille rajoituksia näyttävät varsin pysyviltä ja vaikeasti muutettavilta. Esimerkiksi esitykset käyttäjämaksujen tuomisesta yleiseen koulutusjärjestelmään Suomessa on hylätty, koska niiden on ymmärretty rikkovan vakavasti koulutuksen universaalisuuden periaattia. Yksi keskeinen syy siihen, että 5-vuotiaiden lasten esi-koulua ei siirretty koululainsäädäntöön sitä uudistettaessa oli aiotun suppean muutoksen kustannusvaikutus: jos esiopetusta annetaan lasten päivähoiton osana, siitä voidaan periä tulosidonnainen maksu, kun taas peruskoulun esiasteena sen katsottiin ilman muuta olevan maksutonta.

Taulukko 1. Potentiaalisia rajoituksia universaaliseen oikeuteen käyttää hyvinvointipalveluja Pohjoismaissa

rajoitus	peruskoulu	korkeampi koulutus	terveydenhuolto	lasten päivähoido	vanhuspalvelut
käyttö myös velvollisuus	kyllä	ei	ei	ei	ei
numerus clausus	ei	kyllä	ei	ei	ei
asiantuntijan tarveharkinta	ei	ei	kyllä	ei	kyllä
hallinnollinen tarveharkinta	ei	ei	ei	kyllä	kyllä
maksu	ei	ei	kyllä	kyllä	kyllä
porrastettu maksu	ei	ei	ei	kyllä	kyllä

Myös sosiaalihuollon ja terveydenhuollon välinen ero käyttäjämaksujen porrastuksessa näyttää varsin pysyvältä, vaikka näiden kahden sektorin hallinnollinen yhdistäminen on edennyt nopeasti. Kun esimerkiksi tasasuuruiset sairaalahoitopäivämaksut usein vaikeuttivat pienituloisten mielenterveyspotilaiden asemaa, ratkaisu oli yleisesti alentaa tasasuuruksia maksuja (Taipale 1997). Sosiaalipalvelujen perinteessä ongelma olisi ehkä ratkaistu siten, että maksuja olisi porrastettu tai porrastusta muutettu.

Oikeus palveluun voi siis olla sillä, joka on siihen velvoitettu (peruskoulu). Se voi olla vain niillä, jotka läpäisevät numerus clausuksen (korkeampi koulutus). Se voi olla vain niillä, joiden tarpeet asiantuntija määrittelee ja vahvistaa ja jotka maksavat kaikille yhtäläisen maksun (terveydenhuolto). Tai se voi olla vain niillä, jotka täyttävät hallinnollisten ohjeiden kriteerit, joiden tarpeet asiantuntija määrittelee ja vahvistaa ja jotka maksavat tuloihinsa suhteutetun maksun (vanhuspalvelut) (taulukko 1).

OIKEUS MIHIN?

Rahamuotoisessa sosiaaliturvassa voidaan varsin tarkkaan määritellä, mihin etuuteen kansalainen on oikeutettu. Tosin kaukana tulevaisuudessa toteutuvat eläkeoikeudet voi-

vat olla riippuvaisia inflaatiouuuhdistista ja indeksiehdosta. Palvelujen osalta oikeuden aineellinen sisältö on paljon epätarkemmin määriteltävissä ja määritelty. Hyvä esimerkki on suomalaisten peruskoulunopettajien lomautukset. Oikeus peruskoulupalveluun säilyi, mutta palvelun laatu heikkeni useiden viikkojen ajaksi. Ainakin rahana mitaten nykypäivän peruskouluvuosi on kuitenkin tuotantokustannuksiltaan aivan toisenlainen etuus kuin suurten ikäluokkien vastaavat kouluvuodet. Luokat ovat pienemmät, opetusvälineitä on enemmän ja opettajien koulutus-taso on noussut.

Oikeuksien kohteena olevien palvelujen laatua on voitu määritellä esimerkiksi päivähoiton ryhmäkokosäännöksillä, henkilökunnan kelpoisuusvaatimuksilla ja säätelemällä eräitä muita laatutekijöitä. Käytännössä kuitenkin samat universaalit oikeudet voivat toteutua laadultaan varsin erilaisissa palveluissa. Usein laatua voivat käytännössä arvioida vain ne samat asiantuntijat, jotka palveluja tuottavat. Laatu on tällöin profession määrittelemää ja profession kollegiaalisella valvonnalla taattua laatua (esim. Salter 1998).

Periaatteessa on siis monia mahdollisuuksia sosiaalisten palveluoikeuksien etuussisällön muuttamiseen ilman, että oikeuksien juridisen määritelmän tarvitsisi muuttua lainkaan.

Palveluoikeuden sisällön voi myös suhteut-

taa tarpeentyydytyksen asteeseen. Onko universalismia se, että kaikki saavat samat standardinmuotoiset peruspalvelut, vai edellytetäänkö, että kaikkien palvelutarpeet kyetään tyydyttämään yhtä hyvin? Kysymys tulee entistä haastavammaksi, jos pitää paikkansa olettaen tarpeiden ja henkilökohtaisten elämäntyylien erilaistumisesta myöhäismodernissa yhteiskunnissa (vrt. Carter 1998). Riittääkö esimerkiksi se, että palveluita on tarjolla lähinnä virka-aikaan, jos monien on sopeutettava henkilökohtainen ajankäyttönsä joustavien työsuhteiden vaatimuksiin? Tai koskeeko päivähoito-oikeus vain peruspäivähoitoa, mutta ei esimerkiksi kielikylpyjä, musiikkia, erityisiä vuorovaikutustaitoja tai muita erityisyyksiä sisältävää päivähoitoa? Tai miten suhtaudutaan esteettisiin terveyspalveluihin (plastiikkakirurgia, hampaiden valkaisu jne.), jos joillekin pinnan ulkonäkö on ammatinkin takia tärkeämpää kuin se, mitä patologista tapahtuu pinnan alla lääketieteen näkökulmasta?

Rahamuotoinen sosiaaliturva joustaa tarpeiden erilaistumisen mukaan niin kauan, kuin tarpeet voidaan tyydyttää rahalla ostettavilla hyödykkeillä. Palvelut ovat taas kyenneet vastaamaan joustavasti tarpeiden erilaisuuteen niin kauan, kuin kysymys on ollut asiantuntijoiden määrittelemästä erilaisuudesta. Kyetäänhän esimerkiksi samassa terveydenhuollon yksikössä hoitamaan diagnoosiltaan ja hoitoennusteeltaan erilaisia potilaita varsin yksilöllisesti. Mutta kykenevätkö palvelut samaan, jos kyse ei olekaan asiantuntijoiden vaan asiakkaiden määrittelemästä erilaisuudesta?

TERVEYS- JA VANHUSPALVELUJEN MUUTOSTEN VAIKUTUKSET SOSIAALISIIN OIKEUKSIIN

Pohjoismaiden terveys- ja vanhuspalvelujärjestelmissä on tapahtunut 1980-luvun alun jälkeen yhdenmukaistumista. Suuret muutostrendit näyttävät eräitä poikkeuksia lukuun ottamatta olleen samat myös 1990-luvulla

huolimatta maiden erilaisesta taloudellisesta kehityksestä (taulukko 2).

Terveyspalvelujärjestelmän kehitystä luonnehtii entistä suurempi korkeasti koulutetun työvoiman käyttö yhdistyneenä laitoshoidon ja hoidettujen henkilöiden määrä on kasvanut, mutta vielä enemmän lyhyiden hoitokäyntien ja hoitajaksojen nopeaan lyhenemiseen. Vuosittain hoidettujen henkilöiden määrä on kasvanut, mutta vielä enemmän lyhyiden hoitokäyntien ja hoitajaksojen määrä. Tällainen muutos voidaan tulkita hoitoteknologian ja hoidon tehostumisen tuottamana kehityksenä. Se voidaan osittain liittää myös potilaiden parantuneisiin elinolosuhteisiin, jotka mahdollistavat lyhemät hoitajakset erityisesti vanhuspotilailta.

Terveyspalvelujärjestelmän muutos ei kuitenkaan ole vain järjestelmän sisäistä muutosta. Kysymys on myös työnjaon muuttumisesta terveyspalvelujen suhteessa sosiaalipalveluihin, potilaisiin ja näiden omaisiin.

Erityisesti vanhusten hoidossa on tapahtunut hoivavastuun siirtymä terveydenhuollosta sosiaalipalveluihin. Terveydenhuollon pitkäaikaishoidon laitoksia on hallinnollisestikin siirretty sosiaalihuoltoon, erityisesti Ruotsissa (NOMESCO 1996). Samaan aikaan vanhainkodit ja vanhustenhuollon laajeneva sektori, palvelutalot, ottavat vastaan sellaista hoivavastuuta, joka aiemmin on ollut sairaaloiden kannettavana. Painetta vanhainkoteihin ja palvelutaloihin yritetään helpottaa lisäämällä aiempaa huonokuntoisempien vanhusten hoitoa kotona. Mielenterveyshuollossa on tapahtunut pitkälti samansuuntaista kehitystä.

Pohjoismaiden kehitystrendit näyttävät muuten jokseenkin samansuuntaisilta, mutta hoivavastuun siirto kotiin on tapahtunut 1990-luvun lamavuosina Ruotsissa ja Suomessa ilman julkisen kodinhoitoavun lisäämistä (Social service..., 1996; Lehto 1997). Asiakkaiden palvelutarpeen kasvuun on vastattu supistamalla jyrkästi asiakasmäärää.

VAIKUTUKSET SOSIAALISIIN OIKEUKSIIN

Edellä kuvatuilla järjestelmämuutoksilla on merkittäviä vaikutuksia sosiaalisten palvelu-

Taulukko 2. Muutoksia Pohjoismaiden terveyden- ja vanhustenhoitopalveluissa 1980- ja 1990-luvulla

	Tanska	Suomi	Norja	Ruotsi
psykiatrisia sairaalapaikkoja/ 1 000 asukasta				
1980	1,8	4,0	1,9	3,2
1990	0,7	2,3	0,8	1,7
1994	0,4	1,5	0,8	1,1
akuutteja somaattisia sairaalapaikkoja/1 000 asukasta				
1980	5,6	4,9	5,4	5,1
1990	4,6	3,6	3,8	4,1
1994	4,1	4,1	3,5	3,2
aktiivitoiminnassa olevia lääkäreitä/1 000 asukasta				
1980	2,2	1,7	2,0	2,2
1990	2,8	2,4	3,1	2,9
1994	2,9	2,7	3,2	3,0
rekisteröityjä sairaanhoitajia/ 1 000 asukasta				
1980	5,1	8,3	ei tietoa	7,0
1990	6,5	10,2	14,3	9,2
1994	6,7	12,0	16,4	10,1
sairaalaan sisäännotettujen osuus (%) väestöstä				
1980	18,3	21,0	15,5	18,3
1990	21,2	21,2	ei tietoa	19,5
1994	20,4	25,1	16,5	19,0
avohoidon lääkärissä käyntejä vuoden aikana (milj.)				
1981	17,0	14,0	22,0	ei tietoa
1990	21,8	16,2	24,2	ei tietoa
1996	24,8	20,3	ei tietoa	26,1
65 vuotta täyttäneistä (%) vanhainkodissa tai palvelutalossa				
1984	7,2	6,7	10,7	9,5
1990	6,5	5,6	6,5	5,0
1996	8,4	6,6	9,4	8,2
65 vuotta täyttäneistä (%) sai kotipalvelua				
1984	17	14	18	24
1990	18	22	17	18
1996	23	12	16	11

Lähteen: Health Data 1997; NOMESCO 1992 ja 1998; NOSOSCO 1993 ja 1998; Nordic Statistical Secretariat 1984 ja 1987

oikeuksien toteutumiseen:

1. Vastuun siirto terveydenhuollosta sosiaalihuoltoon merkitsee myös siirtoa terveydenhuollon universalismista sosiaalihuollon universalismiin. Siirrytään esimerkiksi kohti korkeampia ja yleisemmin tulosidonnaisia asiakasmaksuja, hallinnollisin perustein tehtävää tarveharkintaa sekä toisenlaista laadunhallinnan perinnettä.

2. Laitoshoidon vähentäminen merkitsee vastuun siirtoa asiakkaalle ja hänen perheelleen. Palkattoman hoivan osuus kasvaa. Myös potilaan hoitomaksut kasvavat usein. Sairaalan hoitopäivämaksu on sama riippumatta potilaan saamien lääkkeiden määrästä ja hinnasta ja hänelle tehtyjen tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden määrästä. Avohoidossa joudutaan maksamaan omavastuuosuus jokaisesta erillisestä lääkkeestä ja tutkimukset ja hoidot voivat myös jakaantua useisiin yksiköihin ja useisiin hoitokäynteihin, joista jokaisesta maksetaan erikseen. Lisäksi tulevat vielä järjestelyt ja maksut kunkin käynnin edellyttämästä kuljetuksesta.

3. Ainakin Suomessa ja Ruotsissa on 1990-luvulla kodinhoitoavun asiakasmäärää tietoisesti supistettu kiristämällä palvelujen saannin ammatillista ja hallinnollista tarveharkintaa sekä nostamalla erityisesti tilapäisen kodinhoitoavun asiakasmaksuja (Social service..., 1996; Lehto 1997).

4. Asiakkaan maksuosuus saamistaan palveluista on kaikissa Pohjoismaissa ja erityisesti Suomessa keskimäärin merkittävästi suurempi palveluasumisessa kuin perinteisessä laitoshoidossa (Lehto & al., tulossa). Täten painopisteen siirto perinteisistä laitoksista palvelutaloihin merkitsee maksujen määräytymisperiaatteen muutosta.

5. Pohjoismainen periaate sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisesta julkisen vallan toimesta on kaikkein laajimmin toteutunut sairaala- ja vanhainkotihoitossa. Sen sijaan monien avohoidon palvelujen ja palveluasumisen tuottajana on jo perinteisesti ja varsinkin viime aikoina ollut enemmän yksityisiä yrittäjiä ja järjestöjä (Lehto & al., tulossa).

Usein julkinen palvelutuottajuus on nähty universalismin takeeksi, esimerkiksi varmistamassa palvelujen tarjonnan oikeudenmukaista alueellista jakaumaa tai laatua. Tällöin palvelujärjestelmän rakennemuutokseen liittyvä yksityistyminen näyttää yhä uhkana perinteiselle pohjoismaiselle tavalle ymmärtää universaalisuus.

POHJOISMAIDEN KESKEN MERKITTÄVIÄ EROJA

Pohjoismaiden trendit näyttävät kahdessa merkittävässä suhteessa erilaisilta. Ensimmäkin Ruotsi ja Suomi ovat toteuttaneet 1990-luvulla kotien hoivavastuun lisäämisen palveluoikeuksia supistaen, kun taas erityisesti Tanska on kyennyt ylläpitämään laajemmat palveluoikeudet myös kotihoiton kokonaisuuteen kasvaessa. Toiseksi Suomi ja Ruotsi ovat vaarantaneet universalismin toteutumisen supistamalla merkittävästi julkisen rahoituksen osuutta terveydenhuollossa, kun taas Tanska ja Norja ovat säilyttäneet julkisen rahoituksen entisellä tasolla tai jopa kasvattaneet sitä (taulukko 3). Ainakin laman oloissa toimeenpannut palvelujärjestelmämuutokset uhkaavat universaaleja palveluoikeuksia.

LASTEN PÄIVÄHOITO KOULUTUKSEN KALTAISEKSI OIKEUDEKSI?

Julkinen lasten päivähoitojärjestelmä on laajentunut nopeasti kaikissa Pohjoismaissa, ensin Tanskassa ja Ruotsissa ja myöhemmin Suomessa ja Norjassa (taulukko 4). Aiemmin julkisissa päivähoitojärjestelmissä sovellettiin tarpeen ja maksukyvyn harkintaa, mutta niistä on luovuttu nopeasti 1980- ja 1990-luvulla. Verrattuna vanhuspalvelujärjestelmän kehitykseen erityisen huomionarvoista on, että lasten päivähoitolaajeneminen jatkui 1990-luvun laman läpi myös Suomessa ja Ruotsissa.

Lasten päivähoitossa *vanhempien* palvelutarpeen arviointi on huomattavasti yksinker-

Taulukko 3. Julkisen rahoituksen osuus (%) terveydenhuollon kokonaiskustannuksista

vuosi	Tanska	Suomi	Norja	Ruotsi
1980	85,2	79,0	98,4	92,5
1990	82,3	80,9	94,5	89,7
1994	83,0	75,2	94,5	83,4

Lähde: Health Data 1997. Lukujen vertailukelpoisuuteen sisältyy eräitä ongelmia. Niitä voi kuitenkin pitää hyvin karkean yleiskuvan antavina.

Taulukko 4. Julkisessa päivähoitossa hoidettujen lasten osuus (%) ikäluokasta

	Tanska	Suomi	Norja	Ruotsi
3-6-vuotiaista lapsista vuonna				
1981	47	37	36	65
1987	65	49	50	79
1990	66	59	58	79
1993	74	51	63	77
1996	83	63	61	83
0-2-vuotiaista lapsista vuonna				
1981	37	17	6	24
1987	45	26	8	31
1990	47	31	12	29
1993	47	16	20	32
1996	48	22	23	40

Lähteet: Yearbook of Nordic Statistics 1996; NOSOSCO 1998

taisempaa kuin terveys- ja vanhuspalveluisa. Arvioinnin kohteena on lähinnä vanhempien työssäkäynti, opiskelu tai muu syy, joka voi estää heitä hoitamasta lastaan itse. Toinen arvioinnin kohde voisi olla isovanhempien ja muiden sukulaisten, ystävien tai naapurien edellytykset hoitaa lasta vanhempien ollessa työssä tai opiskelemassa. Jälkimmäisestä tarveharkinnasta on Pohjoismaissa luovuttu käytännössä kokonaan. Ensimmäisestä tarveharkinnasta käydään ainakin Tanskassa, Ruotsissa ja Suomessa keskustelua. Keskustelun kohteena on työttömän vanhemman oikeus käyttää lapsensa hoidossa julkista palvelua. Tanskassa ja Ruotsissa tämä oikeus voidaan

kiistää ja sitä on myös eräissä tapauksissa käytännössä rajoitettu ilman lainsäädännön muutosta. Suomessa oikeus päivähoitoon on niin sitovasti säädetty, että oikeuden rajoittaminen edellyttäisi lain muuttamista (Lehto & al., tulossa). Joka tapauksessa voidaan sanoa, että lasten päivähoitosta on muodostunut universaalisen oikeuden määrittelytavan vuoksi ainoalaatuinen osa pohjoismaista palveluvaltiota.¹

Lasten päivähoitoa voidaan ja on syytä tarkastella myös lapsen palvelutarpeen kannalta. Tällöin myös oikeus julkiseen päivähoitoon olisi lapsen oikeus. Vanhemmille taas muodostuisi velvollisuus edesauttaa lapsensa

oikeuden toteutumista tuomalla lapsensa julkiseen päivähoidon. Näinhän määrityy lapsen oikeus ja vanhempien velvollisuus lapsen peruskouluun.

Pohjoismaisessa lasten päivähoitomallissa on edelleen paljon aineksia sosiaalihuollon perinteestä, esimerkiksi tulosidonnaiset asiakasmaksut, jotka kattavat Suomessa ja Ruotsissa noin 10–15 prosenttia tuotantokustannuksista ja Tanskassa ja Norjassa jopa 20–30 prosenttia (Lehto & al., tulossa). Myös vastustus työttömän vanhemman lapsen julkista päivähoitoa kohtaan ilmentää päivähoiton tarkastelemista sosiaalihuollon perinteen pohjalta.

Päivähoidosta keskustellaan kuitenkin yhä enemmän myös koulutuksen viitekehyksessä. Päivähoidon pedagoginen taso on ollut keskiössä säädettäessä päivähoiton sisällöstä ja henkilöstön koulutusvaatimuksista. Päivähoito on kokonaisuudessaan Ruotsissa ja 6-vuotiaiden osalta Norjassa siirretty kouluhallinnon alaisuuteen. Sama pyrkimys on ilmennyt myös Suomessa 6-vuotiaiden esikoulun osalta valtakunnallisesti ja koko päivähoiton osalta useissa kunnissa (Lehto & al., tulossa; Rauhala & al. 1997).

MIKÄ ON PÄIVÄHOITO-OIKEUDEN SISÄLTÖ?

Sosiaalihuollon perinteen ja voimistuvan koulutusnäkökulman törmäys synnyttää ristiriitoja. Lapsen oikeudeksi nähdään esimerkiksi yhtäältä emotionaalisesti turvallisessa kotihoidossa kasvaminen, mutta toisaalta pedago-

¹Pohjoismaisissa palvelulaeissa on toki säädetty joitakin muitakin ”subjektiivisia oikeuksia”. Suomalainen esimerkki on eräät vaikeavammaisille ”subjektiivisina oikeuksina” taatut sosiaalipalvelut. Itse oikeutta ei voida rajoittaa, mutta professionaalista tarveharkintaa käytetään arvioitaessa, kuka on ”vaikeavammaisen” ja kuka ei. Esimerkiksi mielenterveyspotilaiden on ollut vaikeaa päästä vaikeavammaisten oikeuksien piiriin (Taipale 1997).

gisesti korkeatasoisen ja virikkeellisen sekä sosiaalisuutta kasvattavan päiväkotihoidon saaminen. Vanhemmille syntyy vastaava moraalisten velvollisuuksien ristiriita. Kuten edellä on todettu, ristiriita syntyy myös sosiaalihuollon perinteen mukaisen maksullisuuden ja peruskoulun perinteen mukaisen maksuttomuuden välille. Sama ristiriita elää myös päivähoiton henkilökunnan koulutusvaatimuksista ja päivähoiton hallinnollista sijaintia (kouluhallinto vai sosiaalihuollon hallinto) koskevassa keskustelussa.

Lasten päivähoiton kehityksessä näkyy myös ristiriita oikeutettujen määrän ja oikeuden aineellisen sisällön välillä. Samaan aikaan, kun oikeutettujen määrä on nopeasti kasvanut, on kaikissa Pohjoismaissa ilmennyt tendenssi päivähoiton ryhmäkokojen kasvuun. Tanskassa, jossa päivähoitoon osallistuvien osuus ikäluokasta on suurin, on myös suhteellisesti eniten kouluttamatonta päivähoiton henkilökuntaa. Suomessa ja Ruotsissa on myös pyritty lyhentämään keskimääräisiä päiväkotien aukioloaikoja 1990-luvun alkupuolella (Lehto & al., tulossa; Hedengren 1994; Taskinen & Muuri 1997).

Pohjoismaiseen lasten päivähoitoon kohdistuu myös sisällön ja toimintatapojen suhteen monipuolistuvia ja erilaistuvia tarpeita. Esiin nousee toiveita erityistä pedagogista suuntausta edustavasta päivähoitosta, musiikkiin, kuvaamataitoon, kieliin tai luonnonympäristöön painottuvasta päivähoiton sisällöstä, erityisistä kodin ja koulun yhteistyömuodoista, erityisistä aukioloajoista jne. Tällaiset tarpeet luovat kaikissa Pohjoismaissa kysyntää yksityisille päivähoiton tuottajille. Monissa tapauksissa julkinen rahoitus ei kata tällaisesta erityispäivähoidosta aivan yhtä suurta osaa kuin ”normaalipäivähoidosta” (Social service..., 1996; Offentlige..., 1996; Heikkilä & al., tulossa). Sekä vanhempien maksuosuuden nousu että vanhemmilta edellytettävä suurempi aktiivisuus erityisen päivähoiton valitsemiseksi ja käyttämiseksi uhkaavat tällaisen erityisen päivähoiton universaalisuutta.

JOHTOPÄÄTÖKSIÄ JA KESKUSTELUA

Universaalisuuden ja sosiaalisen kansalaisoikeuden käsitteet sisältävät julkisiin hyvinvointipalveluihin sovellettuna monia ongelmia. Oikeuksia on vaikea määritellä lainsäädännössä yhtä täsmällisesti kuin oikeuksia rahamuotoiseen sosiaaliturvaan. Sekä oikeutettujen piirin että oikeuksien aineellisen ja laadullisen sisällön osalta paljon jää voimavaroja koskevien poliittisten päätösten, hallinnollisten käytäntöjen ja professionaalisten asiantuntijoiden harkinnan varaan. Myös käyttäjämaksut muodostavat kynnyksiä palvelujen käytölle ja rajoittavat siten oikeutettujen piiriä.

Universaalisten palveluoikeuksien potentiaalisen rajoittamisen hyväksyttävyyttä vaihtelee palvelutyyppistä ja -sektorista toiseen. Erot näyttävät perustuvan varsin vahvoihin sektori-kohtaisiin perinteisiin ja toimintakulttuureihin. Oikeus peruskouluun näyttää selvästi "universaalimmalta". Oikeus terveyspalveluihin on tiukasti asiantuntijan (lääkärin) harkinnan ehdollistamaa, mutta muuten "universaalimpaa" kuin oikeus sosiaalipalveluihin. Sosiaalipalveluiden sisällä oikeus lasten päivähoidon on selvästi rajoittamattomampi kuin oikeus vanhuspalveluihin.

OIKEUDET OVAT JATKUVASSA MUUTOKSESSA

Palvelujärjestelmän rakennemuutoksissa syntyy tarvetta ylittää perinteisiä sektorirajoja. Erityisesti vanhuspalveluissa ja myös mielenterveyspalveluissa on toimintavastuuta siirretty terveydenhuollosta sosiaalihuoltoon. Tämä on merkinnyt selvästi universaalisuuden piirin rajoittumista. Myös siirtymä laitoshuollosta avohoitoon ja palveluasumiseen saa seurakseen universaalisuuden piirin supistumisen.

Rakennemuutosten poliittis-taloudellinen konteksti näyttää vaikuttavan merkittävästi siihen, miten sosiaalisten palveluoikeuksien rajat ja sisällöt muuttuvat. Ruotsin ja Suomen

tapa toteuttaa rakennemuutosta 1990-luvulla on rajoittanut palveluoikeuksia huomattavasti enemmän kuin Tanskassa ja Norjassa on tapahtunut.

Lasten päivähoidon kehitys näyttää kulkevan sosiaalipalvelujen rajatusta universalismista kohti peruskoulutuksen kaltaista laajempaa universalismia. Tällä hetkellä päivähoidokeskustelu sisältää monia ristiriitaisuuksia, jotka on mahdollista palauttaa sosiaalihuollon perinteen ja koulun perinteen erilaisuuteen ja mahdollisuuteen soveltaa molempien perinteiden pohjalta nousevia periaatteita samanaikaisesti.

Lasten päivähoidon kehityksessä ei ole nähtävissä samanlaista Ruotsin ja Suomen 1990-luvun eroa Tanskaan ja Norjaan kuin terveys- ja vanhuspalveluissa. Mahdollisesti kuitenkin maiden erilaisen taloudellisen kehityksen vaikutukset ovat näkyneet päivähoidon sisällön muutoksessa, vaikka ne eivät juuri ilmene päivähoidon laajuuden muutoksissa.

Palvelusektorien rajojen ylitysten ongelmat tulisivat oletettavasti monella tavoin esiin myös koulutuksen ja aktiivoivan työvoimapolitiikan rajapintoja tarkastelemalla. Esimerkiksi työmarkkinatuen saannin sitominen alle 25-vuotiailla aktiivisuuteen koulutukseen pyrkimisessä tuottaa uudenlaisen oppivelvollisuuden myös ammatilliseen ja korkeampaan koulutukseen. Samassa yhteydessä ei ole pohdittu, voisiko myös sosiaalista oikeutta koulutukseen – esimerkiksi riittävän opintotuen muodossa – laajentaa vastaavasti. Aktiivoivan työvoimapolitiikan kautta muutkin koulutukseen – esimerkiksi jatko-, täydennys- ja uudelleen koulutukseen – liittyvät oikeudet ja velvollisuudet ovat koulutussektorin perinteiden ja työvoimahallinnon perinteiden ristipaineissa.

Palvelujen hallinnan ja rahoituksen muutoksilla voi olla merkittävä vaikutus niiden oikeuksien toteutumiseen, jotka on lainsäädännössä määritelty vain periaatteellisella tasolla. Edellä tätä sivuttiin lasten päivähoidon erityissisältöjen rahoituksen yhteydessä. Vii-

me aikoina palvelujen rahoitusta ja hallintaa on uudistettu sellaisiin tunnussanoihin kuin de-sentralisaatio, tilaajan ja tuottajan erottaminen, tulosjohtaminen, laadunhallinta, kiinteät budjetit, nollabudjetointi, tehokkuusensenttiivit, yritysjohtaminen, tuottajien välinen kilpailuttaminen ja yksityistäminen. Ne voivat kaikki vaikuttaa siihen, miten palveluoikeuksien rajaaminen hallinnollisessa ja professionaalissa käytännössä tapahtuu. Uudistusyrityksissä ilmenee piirteitä, joita Englannin hyvinvointipalvelujen hallinnan muutoksen perspektiivistä on luonnehdittu yrityksiksi ”byrokraattis-poliittis-professionaalisen” vallan korvaamiseksi ”manageriaalisella” vallalla (Clarke & Newman 1997).

Englannin radikaaleista palvelujen hallinnan ja rahoituksen muutoksista tehdyt tutkimukset ovat osoittaneet, että reformit voivat vaikuttaa hyvinkin ristiriitaisella ja usein suunnittelemattomalla tavalla palveluiden käyttäjien etuihin ja oikeuksiin (ks. esim. Clarke & Newman 1997; Ferlie & al. 1996; Salter 1998; Wistow & al. 1996). Pohjoismaiset reformit ovat olleet varovaisempia, mutta on niilläkin tavoiteltu esimerkiksi rajoittavampaa potilasohjausta erikoissairaanhoidon, ”lääkäreiden itsensä synnyttämän palvelukysynnän” rajoittamista (Alban & Christensen 1995) ja omaisten osallistumisen lisäämistä (Social service..., 1996).

Yksi keskeinen tavoite monilla rahoituksen ja hallinnan uudistuksilla on palvelujen *priorisoinnin* edistäminen. Priorisoinnin keskeinen vaatimus on, että rajalliset voimavarat olisi kohdennettava sinne, missä toimintojen tuottama arvo on suurin. Käytännössä tämä merkitsee, että erilaiset toiminnot asetetaan priorisointijärjestykseen ja julkinen rahoitus leikataan alimpana priorisointilistalla olevilta toiminnoilta (From Values..., 1995). Priorisointikeskustelut eivät ole johtaneet Pohjoismaissa varsinaisiin poliittisiin priorisointipäätöksiin. Keskusteluiden voi kuitenkin olettaa sekä heijastavan että ohjaavan hallinnollisia ja asiantuntijoiden käytännöllisiä valintoja väistämättömissä priorisointitilanteis-

sa. Tässä muodossa priorisointi merkitsee siis asiantuntijaharkinnan voimistuvaa roolia palveluoikeuksien aineellisen sisällön rajoittamisessa. Johtaessaan julkisen rahoituksen uusiin rajanvetoihin priorisointi merkitsee universaalisen palveluoikeuden aineellisen sisällön rajaamista vain priorisointilistalla riittävän ylhäällä oleviin palveluihin.

ONKO UNIVERSAALI HYVINVOINTIPALVELUOIKEUS UTOPIAA?

Kuten Göran Therborn (1995) on todennut, pohjoismaainen universalismi ei kehittynyt niinkään abstraktin universalismin ideaalin kuin maaseutua ja teollisuustyöväestöä edustavien poliittisten ryhmien käytännöllisten kompromissien tuloksena. Ei ollut ensin universaalien palvelujärjestelmän ideaalia ja vasta sen pohjalta kehitys kohti tätä ihannetta. Ehkä siksi ei ole ollut tarpeen myöskään täsmällisesti määrittellä, mitä universaalilla kansalaisoikeuksilla hyvinvointipalveluihin täsmälleen ottaen tarkoitetaan. Siksi on myös voitu elää varsin monenlaisten universaalisuuden tulkintojen kanssa ilman, että esimerkiksi eri sektorien erilaiset tulkinnat olisivat pahemmin häirinneet.

Saattaa myös olla, että universaalisuus oli helpommin sovitettavissa modernin teollisuusyhteiskunnan kulminaatiovaiheessa (Therborn 1995), mikäli pitää paikkansa, että siinä palvelutarpeet ja palvelutuotanto olivat helpommin standardisoitavissa. Universalisuushan on helppo hahmottaa samanlaisiin tarpeisiin annettavina samanlaisina palveluina. Jos myöhäismodernissa tieto- ja palveluyhteiskunnassa tarpeet ja preferenssit erilaisuvat, kuten monet olettavat (ks. esim. Carter 1998), voi universalismin operationalisointi muodostua paljon vaikeammaksi. Tästä on edellä nähty merkkejä sekä terveys- ja vanhushpalvelujen että lasten päivähoidon osalta. Jää kysymään, voidaanko hyvinvointipalvelujen kokonaisuudesta erottaa kaikille yhtäläiset palvelut, joita universalismin periaate enti-

seen tapaan koskisi. Ja millä periaatteella julkinen valta osallistuisi niiden hyvinvointipalvelujen järjestämiseen, jotka mahdollistavat ei-yhtäläisten tarpeiden ja preferenssien tyydyttämisen. Jos "ei-yhtäläiset" tarpeetkin ovat olennaisia ihmisten hyvinvoinnin kannalta, todennäköisesti niitä ei tulla kokonaan jättämään julkisen vallan vastuun ulkopuolelle.

Kaiken kaikkiaan voi kysyä, missä määrin universaalisen sosiaalisen kansalaisoikeuden

käsite soveltuu pohjoismaisten hyvinvointipalvelujen luonnehdintaan. Ehkä käsitettä pitäisi käyttää eräänlaisen ideaalityypin tai koskaan saavuttamattoman tavoitetilan mielessä. Tällöin käsite näyttäisi suuntaa, johon halutaan kehittyä, tai toimisi kriteerinä, jonka perusteella järjestelmää ja sen muutoksia on syytä arvioida. Sen sijaan olemassa olevan tilanteen kuvaamiseen se voi olla ongelmallisempi.

KIRJALLISUUS

Alban, A. & Christensen, T. (eds.): *The Nordic Lights. New Initiatives in Health Care Systems*. Odense: Odense University Press, 1995

Carter, John (ed.): *Postmodernity and the Fragmentation of Welfare*. London: Routledge, 1998

Clarke, John & Newman, Janet: *The Managerial State*. London: Sage, 1997

Deakin, Nicholas & Davis, Ann & Thomas, Neil: *Public Welfare Services and Social Exclusion. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions*. EC, Luxembourg 1995

European Health Care Reforms. Analysis of Current Strategies. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1996

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

From Values to Choices. Report of the working group on health care prioritisation. Jyväskylä: Stakes, 1995

Health Data 1997. Paris: OECD, 1997

Health Statistics in the Nordic Countries 1990. Copenhagen: Nordic Council of Ministers, 1992. (NOMESCO 1992)

Health Statistics in the Nordic Countries 1994. Copenhagen: Nordic Council of Ministers, 1996. (NOMESCO 1996)

Health Statistics in the Nordic Countries 1996. Copenhagen: Nordic Council of Ministers, 1998. (NOMESCO 1998)

Hedengren, Gunilla: Vad händer inom barnomsorgen? *Välfärdsbulletinen* 1994: 6

Heikkilä, Matti & Hvinden, Bjørn & Kautto, Mikko & Marklund, Staffan & Ploug, Niels (eds.): *The Welfare States in a Colder Climate*. London: Routledge (tulossa)

Kautto, Mikko & Heikkilä, Matti: Pohjoismaiden selviytymistarina. *Yhteiskuntapolitiikka* 63 (1998): 4, 301-316

Kosonen, Pekka: *Pohjoismaiset mallit murroksessa*. Tampere: Vastapaino, 1998

Kosonen, Pekka: *Hyvinvointivaltion haasteet ja pohjoismaiset mallit*. Mänttä: Vastapaino, 1987

Lehto, Juhani: *Rahoituksen ja rakenteen muutoksia sosiaali- ja terveyspalveluissa*. Teoksessa: Uusitalo, Hannu & Staff, Mikko (toim): *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 1997*. Raportteja 214. Jyväskylä: Stakes, 1997

Lehto, Juhani & Moss, Nina & Rostgaard, Tine: *Universal Public Social Care and Health Services? In: Heikkilä, Matti & Hvinden, Bjørn & Kautto, Mikko & Marklund, Staffan & Ploug, Niels (eds.): The Welfare States in a Colder Climate*. London: Routledge (tulossa)

Nordic Statistical Secretariat. *Social Security in the Nordic Countries*. Copenhagen 1984

Nordic Statistical Secretariat. *Social Security in the Nordic Countries*. Copenhagen 1987

Offentlige overforinger til barnefamilier. Oslo: Norges offentlige utredninger, 1996

Rauhala, Pirkko-Liisa & Andersson, M. & Eydal, G. & Ketola, O. & Warming Nielsen, H.: Why are social care services a gender issue? In: Sipilä, Jorma (ed.): *Social Care Services: The Key to the Scandinavian Welfare Model*. Aldershot: Avebury, 1997

Salter, Brian: *The Politics of Change in the Health Service*. Hongkong: Macmillan, 1998

Sihvo, Tuire: *Kansalaisuus ja sosiaalihuolto. Sosiaali- ja terveyshallituksen tutkimuksia 9*. Helsinki 1991

Sipilä, Jorma (ed.): *Social Care Services: The Key to the Scandinavian Welfare Model*. Aldershot: Avebury, 1997

Social Security in the Nordic Countries. Copenhagen: Nordic Council of Ministers, 1993. (NOMESCO 1993)

Social service, vård och omsorg i Sverige. Stockholm: Socialstyrelsen, 1996

Social tryghed i de nordiske lande 1996. København

havn: Nordisk Ministerrådet, 1998. (NOSOSCO 1998)

Taipale, Vappu: Hallitusta muutoksesta hallitsemattomaan alasajoon? Teoksessa: Uusitalo, Hannu & Staff, Mikko (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 1997. Raportteja 214. Jyväskylä: Stakes, 1997

Taskinen, Sirpa & Muuri, Anu: Lasten huolenpito- ja palvelut. Teoksessa: Uusitalo, Hannu & Staff, Mikko (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 1997. Raportteja 214. Jyväskylä: Stakes, 1997

Terveydenhuollon suuntaviivat. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 1996

Therborn, Göran: European Modernity and Beyond. London: Sage, 1995

Uusitalo, Hannu: Pohjoismaisen hyvinvointivaltion arvot ja käytäntö. Teoksessa: Andersson, Jan-Otto & Hautamäki, Antti & Jallinoja, Riitta & Niiniluoto, Ilkka & Uusitalo, Hannu: Hyvinvointivaltio ristiaallokossa. Porvoo: WSOY, 1993

Wistow, Gerald & Knapp, Martin & Hardy, Brian & Forder, Julian & Kendall, John & Manning, Roger: Social Care Markets. Progress and Prospects. Buckingham: Open University Press, 1996

Yearbook of Nordic Statistics 1996. Copenhagen: Nordic Council of Ministers, 1996.

ENGLISH SUMMARY

Juhani Lehto: Is the Nordic social and health care model changing? (Muuttuuko pohjoismainen sosiaali- ja terveyspalvelumalli?)

Nordic welfare states are often characterized as public service states as well as being distributive states. The Nordic model in education, health care and social welfare is also described by concepts such as universalism and social citizenship rights.

The article starts by analysing the feasibility of the concepts of universalism and universal social right to services. It is argued that these concepts are quite unambiguous when applied to cash benefit systems. However, there are many potential sources for restrictions of legal universalism in the practices of service systems. Restrictions such as numerus clausus, professional discretion, administrative rules, client charges and variation in service quality are described. It is pointed out that the feasibility of these restrictions varies between professional and institutional sectors. Education allows least restrictions, social care most.

Empirical analysis of changes in the most significant health and social care systems in the Nordic countries in 1980-1995 indicates that the content of social rights to services has significantly changed.

Within the health care systems, broad universal-

ism has been sustained through significant structural changes. However, the decrease in the proportion of public funding in total health expenditure in Finland and Sweden may indicate a slight rupture in the scope of universal rights. Prioritization in health care may also challenge the traditional scope of the universal right to health care.

The care for the elderly and the mentally ill has seen a rapid structural change. There has been a major shift from broader universalism of health care to narrower universalism of social care. Here, too, Finland and Sweden have been more restrictive during their economic difficulties in the 1990s.

Universalism in child day care seems to be moving from the restricted social rights of social welfare to the much broader concept of social right applied in primary education.

The article concludes with a discussion of the problems involved in applying a concept such as universalism to services which have to respond to differentiating needs and preferences of the population and different population groups. It seems that the idea of universalism in services was developed on the basis of an image of rather homogenous needs and preferences. In the period of late modernity, there seems to be a need to rethink the concept.

KEY WORDS:

Social welfare systems, health care systems, universalism, welfare state, public funding, social change, structural change, social differentiation, Nordic countries.