

Sosiaali- ja terveyshallinnon vertailudilemmat

Institutionaalinen inertia ja epäadekvaattinen metodologia vertailun esteinä

Jari Vuori

1. TUTKIMUKSEN TAUSTA, TAVOITE JA LÄHTÖKOHDAT

Tutkin tässä kirjoituksessa sosiaali- ja terveyshallinnon vertailtavuuden mahdollisuuksia. Tarkasteluni kohdistuu erityisesti julkisten ja yksityisen palvelusektorin vertailtavuuteen, mutta myös taloudellisen vertailun ulottuvuuksiin. Tarkasteluni tavoitteena on etsiä vastausta siihen, miksi julkisen ja yksityisen sosiaali- ja terveyshallinnon vertailu on vähäistä ja vaativaa metodologisesti ja metodisesti.

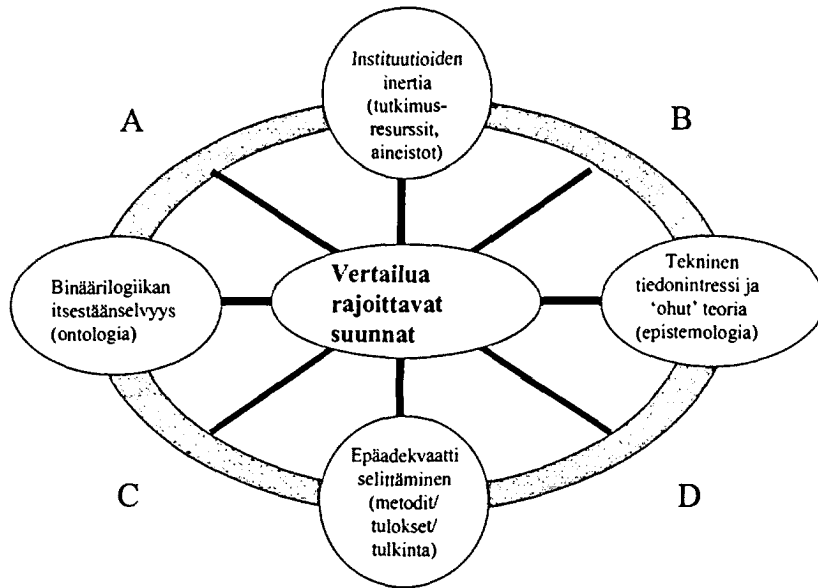
Tiedonintressiltään esitykseni näyttää lähinnä emansipatoriselta. Tavoitteena on vertailtavuutta koskevan syvemmän ymmärryksen lisääminen. Ymmärryksen lisääminen liittyy mm. siihen, miksi metodisten ja metodologisten kysymysten erittely toisistaan on tärkeää. Yhdyn niihin tutkijoihin, joille metodiset ja metodologiset kysymykset asettuvat eri tasoille tieteellisen työn kokonaisprosessissa (ks. esim. Raunio 1999, Silverman 1994, Bulmer 1982). Bulmerille (1982, xi) metodologia merkitsee tieteellisten väitteiden pätevyyden yleisiä perusteita, metodit tiedon keruuta ja analyysia. Tämän eron tiedostaminen on tärkeää siksi, että erityisesti julkisen ja yksityisen vertailu voi näyttää erheellisesti metodisesti kestävältä ja pätevältä, mutta vertailun tarkempi epistemologisen ja ontologisen perustan kriittinen arviointi metodin toimivuutta.

Kriittisen tarkasteluni perusoletuksena on, että julkisen ja yksityisen terveydenhuollon organisaatioiden vertailun puuttuminen on seurausta siitä, ettei metodologia ohjaa riittävästi vertailumetodin valintaa. Vaikka tämä ongelma on tässä ymmärretty lähinnä kansallisenä, niin julkisen ja yksityisen vertailuteorian kehittymättömyyden valossa se pätee myös kansainvälisesti, koska globaalisesikin vertailua koskevaa tietotuotantoa ohjaavat selvitykset teknisine tiedonintresseineen (vrt. Weintraub 1996, Bozeman 1993). Valitet-

tavasti ne näyttävät yhteiskunnallisen kontrollin tavoittelulta vertailuilmioista, jota ei ymmärretä sen enempää ontologisesti kuin epistemologisestiikaan riittävästi. Liian helposti sivuutetaan mm. se ontologinen tosiseikka, että julkisen ja yksityisen käsitteitä ohjaa länsimaiselle kielelle ominainen binäärilogiikka, joka sosiaali- ja terveydenhuollossa näkyy naivina jakona: ihminen on joko sairas tai terve, vajaakuntoinen tai täyskuntoinen (Ryynänen – Myllykangas 1996, Weintraub 1996). Vaarana on, että surveyyssa vastaajat joutuvat ottamaan ehkä muita enemmän vertailemaan täysin vieraita asioita (vrt. Kangas 1995, 130), joista heillä muiden asiayhteyksien osalta on selkeät uskomukset (vrt. poliittinen puoluekanta / julkinen –yksityinen, sairauden kokemus jne.).

Julkisen ja yksityisen vertailussa ollaan helposti taipuvaisia etsimään paremmuutta. Tällöin kyselytutkimuksen tulosten reliabiliteettia ja validiteettia unohdetaan arvioida suhteessa tutkimuksen metodologisiin sitoumuksiin. Kun selvityksistä usein puuttuvat metodologiset lähtökohdat (vrt. Sinkkonen – Kinnunen 1994), niin julkisen ja yksityisen eroja erittelevään keskiarvoon voi siten hukkua suuri osa tärkeästä informaatiosta – etenkin rakenteen vaikutus (vrt. Kuittinen 1996). Selvityksen metodologiset ongelmat avautuvat tutkijalle heti. Esimerkiksi lähteet eivät ole vertailtavuuden ja arvioinnin ydinkirjallisuutta, vaan kulloisenkin substanssialueen kirjallisuutta, jolla on vain marginaalisesti merkitystä metodien ja teorian kehittelylle. Valitettavan usein substanssialueen kirjallisuuskin elää ikään kuin omaa elämäänsä määrittämättä esimerkiksi organisaation käsitteellistä luonnetta suhteessa oikeaan metodivalintaan (vrt. esim. Vaarama 1999 ja dementiapotilaiden hoitaminen).

Etsinkin tässä vastausta siihen, *miten vertailua voitaisiin tehdä metodisesti kestäväällä pohjalta, kulloinkin adekvaatisti havaitun metodolo-*



Kuvio 1. Julkisen ja yksityisen sosiaali- ja terveyshallinnon vertailun navigointiongelmat

gian tavoitteisiin sitoutuen. Jäsenen kysymyksen-asettelua kuviossa 1. Kinnusen (1991, 203) konstruoi ruorimetafora soveltamalla. Tällä hetkellä erityisesti suomalaista sosiaali- ja terveydenhuollon navigointiongelmaa kuvastaa se, että ruori on lukittu kulkemaan tutkimusaineistojen ja metodien ehdoin suoraan vailla tietoa siitä mihin käsityksiin valittu suunta perustuu (ontologia) ja mihin tietoon se tulisi suhteuttaa (epistemologia). Näin ollen mm. aineistot ja resurssit ohjaavat metodivalintaa metodologiaa enemmän. Tämä perusolettamus nostaa esille neljä kysymystä siitä, miten vertailua tulisi ohjata, jotta jokaista tutkittavaa julkisen ja yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon vertailuilmioita lähestyttäisiin adekvaatisti. Kysymykset ovat seuraavia:

- a) Minkälaista ontologista, aineistojen ja tutkimustarjouspyyntöjen analyysia tarvitaan?
- b) Onko nykyinen epistemologia riittävää tutkimusresurssien uutta allokointia varten?
- c) Miten binäärilogiikan tiedostamattomuus johtaa arkitietämykselliseen kehäpäätelyyn?
- d) Miten teknisen tiedonintressin tiedostamattomuus johtaa binäärilogiseen kehäpäätelyyn?

2. JULKISEN JA YKSITYISEN SOSIAALI- JA TERVEYSHALLINNON VERTAILUN 'NAVIGOINTIA'

2.1. Pohjoinen: Instituutit vertailun teknisenä ja yhteiskunnallisena esteinä

Symbolisesti ilmaisten suomalainen hyvinvointijärjestelmä kulkee edelleenkin kohti pohjoista ilmansuuntaa tavalla, jossa hyvinvointi muuntuu käsitteellisesti ja tiedollisesti näkymättömäksi: ihmiset eivät tiedosta maksavansa sosiaali- ja terveydenhuollosta, jota itse joko käyttävät tai eivät käytä. Hyvinvointivaltion ideologian hyvyys, huonous tai neutraalisuus on poliittinen kysymys, mutta vertailtaessa tietoisuus tässä on välttämätöntä jo Descartesin ensimmäisen metodisääntönsä mukaan: "on vältettävä huolellisesti häitäilyä ja ennakkokäsityksiä, jotka huomaamattomasti nousevat arvoista" (Descartes 1899, 41).

Aihealuetta rahoittavien ja 'tutkivien' taholla tätä sääntöä on noudatettu varsin vähän (vrt. mm. Stakesin tietotuotannon profiili). Suomessa julkisen ja yksityisen sosiaali- ja terveyshallinnon vertailuusteet ovatkin merkittävästi teknisiä ja institutionaalisia. Sosiaali- ja terveydenhuollossa tasetietojen vertailukelpoisuus oli vielä 1999 tiedonkeruun erilaisuudesta johtuen ongelmallista

(Melin 1999, 54), mutta tästä oltiin tietoisia jo 1993 (ks. Kosonen 1994). Selvitykset alueelta korostavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudelleen organisoinnin tarvetta (ks. esim. Södergård 1998), vaikka siitä on puhuttu jo vuosia (vrt. esim. Ståhlberg 1994).

Kun esimerkiksi Södergård (1998, 142) kirjoittaa, että kolmas sektori voisi kehittää rooliaan sekä palvelujen tuottajana että asiakkaana, niin katsoo yli 80% Sosiaalialan hoiva- ja sairaankuljetuspalvelujen yrittäjistä (N=199), että yksityinen yritys on eriarvoisessa asemassa alan järjestöihin, jotka saavat RAY:n toiminta-avustusta. Niin ikään 72 % vastaajista näkivät, että toiminta-avustukset ohjaavat kuntien palveluja avustusten saajille (Suomen yrittäjät 1999). Kolmas sektori ei siis välttämättä kehitä markkinoita. Granqvistin (1997) mukaan kolmannen sektorin järjestöt tulisi rinnastaa yksityisiksi yrittäjiksi.

Tukijärjestelmät saavat sektorin näyttämään kilpailullisesti mitättömältä. Södergårdin (1998, 139) mukaan mm. Suomen Punaisen Ristin ja Raha-automaattiyhdistyksen roolit olisi selkiytettävä, koska ne luovat kvasimarkkinat. Yksin taloustilastoihin perustuva selvitys jopa osoittaa, että voittoa tavoittelemattoman sektorin tuotannon arvo on 7,4 miljardia ja henkilöstömäärä 25 527. Se on suurempi kuin voittoa tavoitteleva sektori, 6,1 miljardia ja 18 199.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen kysynnän kasvu on väistämätön. Kolmannen sektorin palvelujen kasvu saakin kysymään, miksei kilpailuun vaikuttavien yhdistysten taustaa ole tutkittu systemaattisemmin rakenteellisella tasolla. On naivia ajatella, että nykytilastaan hyötyvät kolmannen sektorin organisaatiot luopuisivat vapaaehtoisesti valta-asemastaan. Selkiyttäminen vaatii poliittis-hallinnollista päätöksentekoa ja toimeenpanoa ja yhteiskunnallista kokeiluhaluutta. Viime aikoina yksityisen sairaalan perustaminen kokeilu- luonteisestikin on silti ajautunut naiviin 'kyllä' ja 'ei' keskusteluun 'sekä-että' keskustelun sijasta (vrt. 'yksityis-Hyks -keskustelu).

Poliittisessa keskustelussa tähän haasteeseen ei ole haluttu tarttua, vaan useat muutokset ovat tehty ikään kuin pakon edessä ja osin harkitsemattomastikin (vrt. valtiosuusuudistus). Poliittisesti hyvinvointipalvelujen tarjonnassa yksityisen asemaa määritetään julkisen sektorin ylivoi- malla, vaikka työttömyyskriisi on jo käsillä. Esimerkiksi vuonna 2030 75-85-vuotiaiden määrä kaksinkertaistuu ja yli 85-vuotiaiden määrä lähes

kolminkertaistuu. On arvioitu, että vuonna 2010 palveluasuntojen tarve on noin 26 000 (Södergård 1998, 58). Julkinen järjestelmä ei selviä taa- kasta yksin ainakaan nykyjärjestelmällä.

Markkinoiden ja kysynnän olemassaoloa olisi siten tutkittava enemmän rahavirtoja tilasto- tieteellisesti analysoiden kuin asenneselvityksin. Julkisuudessa kysynnän hoetaan olevan keskeinen ongelmana (vrt. Partanen 1994, 62). Tätä oletusta ei näemmä haluta tutkia perusteellisesti, vaikka sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöaste lisääntyy jatkuvasti. Kun Porterin hyvinvointiklus- terimalli ajettiin sisään Suomessa (esim. Oulussa), muokattiin sitä julkisen vallan roolista johtu- en merkittävästi. Julkisen ja yksityisen vertailun näkökulmasta julkinen valta otettiin itsestään sel- vyytenä siinä määrin, että sosiaali- ja terveys- politiikan lohkossa oli myös yrityksiä, yhdistyk- siä, osuuskuntia ja säätiöitä. Kuten Södergård (1998, 88) toteaa Porterin malli korosti kilpailu- kyvyn lähteitä, mutta Suomessa politiikan keinoin etsittiin kilpailukyvyä edellytyksiä. Kriittisesti il- maisten yksityistä määritettiin sosiaali- ja terveys- poliittisten instituutioiden vallalla.

Hyvinvointiklusteri on siis muotoiltu pohjoismai- sesta hyvinvointivaltion ideasta. Palveluraken- teellisenä vaihtoehtona se hämärsi yksityisten hyvinvointipalvelun luonnetta entisestään ja vä- hensi mahdollisuuksia kilpailuun. Tällaisessa yhteiskunnassa ja poliittis-hallinnollisessa kulttuu- rissa tilanne voidaan liian helposti tiivistää selvityksenomaiseen väitteeseen "julkisen ja yk- sityisen sektorin tehokkuuden vertailu on vaike- aa, koska lähtökohdat ovat usein erilaiset: tasa- arvo vastaan tehokkuus (Södergård 1998, 94). Vastausta ilman jää silti kysymys: onko julkinen aina tasa-arvoista ja yksityinen tehokasta? Ja entä jos ei ole, niin mitä siitä sitten pitäisi päätel- lä?

Vertailusteitä voidaan ylläpitää mm. totea- malla, että terveyskeskusten aseman purkami- nen osana hyvinvointiverkkoa luo niin suuret yh- teiskunnalliset kustannukset ettei siirtyminen yk- sityiseen palvelutuotantoon kannata. Siitä huoli- matta vastuu terveydestä on yhä enemmän ta- loudellisten supistusten myötä siirretty kansalai- sille. Tämä ristiriita kuvaa miten vähän julkisen ja yksityisen hallinnon vertailutietoa on saatavil- la. Toimintastrategioita ohjaava binäärilogiikka: julkisen vallan itsestään selvyytä näkyy kaikkial- la. Samanaikaisesti sen kyseenalaistamattomuus johtaa Esping-Andersin (1990) tunnetun welfare-

mix –mallin mukaisesti tilaan, jossa hyvinvointivaltion vastuu palveluista siirtyy implisiittisesti perheille ja kotitalouksille sekä vapaaehtois-toiminnalle (ks. myös Laurinkari ym 1995, 21). Tämä ajautuminen ei ole vertailututkimusten tulos, vaan niiden laiminlyönnin seuraus.

Kilpailusteet terveydenhuollossa ovat kyllä tiedossa. Varsin usein 1990-luvulla julkisen ja yksityisen terveydenhuollon kilpailusteet on tulleet todetuksi milloin kenenkin tahon toimesta. Rakteellinen kritiikki on kohdistunut mm. siihen, etteivät potilaat saa kilpailuttaa terveydenhuollon organisaatioita. Niin ikään on kritisoitu sitä, ettei julkisen sektorin hintoihin ole sisällytetty pääomakustannuksia, sairaanhoitopiirit ovat monopoleja, palkkoja säädelään keskitetysti ja työsuhteet perustuvat virkasuhteisuuteen (Pekurinen 1994, 27-28).

Tärkeämpää olisi ehkä tutkia institutionaalisia tekijöitä ontologian ja epistemologian ehdoin, jotta tietäisimme mikä synnyttää kilpailusteet. Kansalaisten asenteita palvelutarjonnasta tulisi siis tutkia tieteellisen ankarasti, jotta näkisimme missä määrin ne ovat heijastusta tutkimattomasta arvoperustasta ja monopolien varjelusta tms. Asiaa voi kritisoida myös galileisen selittämisen ehdoin: mitä hyötyä on tietää erilaista kilpailusteiden eroista tai siihen liittyvistä kansalaisten asenne-eroista, jos emme tiedä miksi nämä erot ovat olemassa. Usein asenneselvityksissä unohdetaan vastaajien valmius arvioida toimintaa: hoiva-asiakkuus kun edellyttää mm. vanhukselta aktiivista asiakkuutta, tietoa ja osaamista (Risänen 1999, 153). Toiseksi ne antavat arvosidonnaisia vastauksia, mutteivat kerro mistä ne syntyvät, ja ovat alttiita kehäpäätelmille (vrt. 'aristoteililaisen' tiedekäsityksen kritiikki).

Esimerkiksi Knappin ja Wistowin (1996) ideoiden sovellus ei olekaan mielekästä Suomessa. Hehän kirjoittavat, että yksityisten hoivayritysten tulevaisuus riippuu siitä, miten ne täyttävät niille asetetut poliittiset, sosiaaliset ja taloudelliset odotukset. Suomessa poliittisia odotuksia ei ole selkeästi asetettu, sosiaalisuus on määritelty vain julkisen hyvinvoinnin kriteerein ja taloudellisista odotuksista ei välttämättä haluta tehdä päätöksiä. Kun kirurgifirma myy palveluksiaan julkisten sairaaloiden vajaa käytössä oleville leikkaussaleille ympäri Suomea (Väyrynen 1999), niin eniten tutkijana ihmettelee a) miksi leikkaussalien vajaakäyttöä ei ole tutkittu systemaattisesti ja b) miksi tilojen vuokraamista ei haluta tehdä. Julki-

sen ja yksityisen intressien yhdistämisestä kun olisi kyllä näyttöä muualta (ks. esim. Yates 1995). Kun Vaarama (1999, 167) tuoreessa selvityksessään mm. toteaa, että palvelusetelikoelun laski kunnan kustannuksia, toimintakäytännöt paranivat ja palvelutarjonta monipuolistui, niin keskustelu yksityistetystä ja kontrolloidusta palvelurakenteesta tulisi olla käynnissä. Ajopuu-teorian sudenkuopista ja käsitteiden epäselvyydestähän varoiteltiin jo 1990-luvun alkupuolella (Kokko – Lehto 1993, 108).

2.2. *Länsi: julkisen ja yksityisen dikotomian tuolle puolen*

Terveydenhuollossa julkisen ja yksityisen käsitteet ovat moniulotteisia. Elämismaailman tasolla julkinen terveydenhuolto on parhaimmillaan yksityistä, kun jokainen pitää huolta terveydestään yksilönä (vrt. preventiivinen terveydenhuolto). Filosofis-käsitteellinen ongelma tulee esille taulukossa 1. esitetyistä tuloksista, jossa samat ilmiöt voivat olla molemmissa luokissa esim. tehokas ja tehoton¹. Opiskelijoillekin tehokkuus määrittyy liiketaloudellisesti ja yhteiskunnallisesti. Yliopistosairaalan ylihoitajat rinnastavat julkiseen turhat tutkimukset, mutta näkevät yksityisen tutkimustietoa hyödyntävänä. Julkisen ja yksityisen hallinnon eroihin liittyy myös se, ettei julkista tarvitsisi mainostaa. Median ajoittainen julkisen terveydenhuollon kritisointi tarvitsisi silti ehkä mainostamista myös laadukkaista ja tehokkaistakin hoitokertomuksista. Voiko julkisen sairaalan jono olla koskaan yhtä myönteistä kuin yksityisen, josta helposti todetaan: siellä on niin erinomainen palvelu, että kaikki haluavat sinne. Taulukko synnyttää myös kysymyksen siitä, onko valinnanvapautta silloin kun palvelut keskittyvät pääkaupunkiseudulle hieman samalla tavoin kuin yksityiset bussipalvelut toimivat ruuhka-aikoina mutteivat sunnuntaisin (vrt. Perry - Babintsky 1986).

Taulukko 1. jo yksistään kuvaa miten eri tavoin julkisen ja yksityisen terveydenhuollon käsitteet aukeavat vastaajille. Jos asenneselvityksin pyritään kartoittamaan sitä, pitäisikö yksityisiä terveyspalveluja lisätä, periaatteessa tällaisilla asenneselvityksillä ei ole juurikaan merkitystä, jos vastaajat ymmärtävät ammattilaisten tasollakin nämä käsitteet varsin moninaisesti. Jos seuraavanlainen hammaslääkärin kuvaama todellisuus

Taulukko 1. Julkisen ja yksityisen terveydenhuollon mielikuvia.

Havainnoijat Kohde	Terveyshallinnon opiskelijat (n=60)	Ylihoitajat (n=18)
Julkinen terveydenhuolto	Veroveroin ylläpidetty (n=14) Jytkä raskasahallintoinen (n=13) Sossevilla julkisella (n=12) Melko tehokas (n=5) Jonoaminen (n=3) Monipuoliset palvelut (n=3) Ei kilpailua (n=2) Käytännöllisyys (n=2) Terveite hämättyyt Kysymyslainen maine Palvelujen parantaminen "Jumalans olo" -esenne Hallit välist -ots Tehotonta	Jonoista (n=4) Turhia tutkimuksia (n=3) Jytkä ja byrokraattinen (n=3) Tasa-arvo (n=2) Tutkimus ja uudet hoitomuodot (n=2) Asiakas ei voi valita Potilasta ei oteta mukaan hoitoon Ei tarvitse mainintaa Mielikava: tehoton
Yksityinen terveydenhuolto	Kalliimpi potilaalle, mutta yhteiskunta tukee (n=11) Jos ei laama, ei mielkkäin (n=8) Eriytyneet (n=8) Liiketoimintaperusteinen (n=7) Joustava ja tulosvoittoinen (n=6) Valuustalokasus (n=5) Parantamispalvelut (n=4) Tehokas (n=3) Korvas julkisia palveluja tyy- tyntymien osalta (n=3) Asiakkait valitsevat (n=3) Monet hierarkiset Palvelut kaupungissa	Ei jonoista (n=4) Joustava (n=3) Valinnavapaus (n=2) Epätasa-arvo (n=2) Hyvät palvelut (n=2) Julkista toimintaa erikseen tarkasteltavana Tyydyttävät Tutkimustiedon hyödyntäjä Mielikava: tehokas

on totta laajemminkin, on selvityksiin ja tilaus-
tutkimuksiin suhtauduttava entistä kriittisemmin:

"Kerron vielä lopuksi oivan esimerkin vanhemman väestön ajattelutavasta terveydenhuollon porrastuksen suhteen. Työskentelin aikoinaan sairaanhoitajana keskussairaalan ensiapupoliklinikalla, kun n. 70-vuotias rouvashenkilö haki apua venähäneensä polveen. Lääkärin hoidettua hänet, hoitelin hänen kotiutusasiat. Hän alkoi kertoa miten tyytyväinen oli meillä keskussairaalaissa saamaansa hoitoon, toisin kuin kuukausi sitten oli "joutunut" menemään samanlaisen asian takia terveyskeskukseen. Siellä lääkäri 'Katajakorpi' oli vaan taivutellut ja laittanut siteen polveen, mutta tämä keskussairaalan lääkäri tutki polven potilaan mielenmukaisesti, laitto siteen ja antoi kotihoito-ohjeet. Potilas oli huomattavasti tyytyväisempi samaansa samanlaiseen hoitoon keskussairaalan lääkärin antamana keskussairaalaissa kuin aikaisemmin terveyskeskuksessa. Potilas ei tosin tunnistanut, että hoitava lääkäri oli ollut tuo sama mies, joka nyt hoiti ns. seinistä riippuen potilaan mielestä asian täydellisesti". (Heinikainen 1997).

Tämä tarina toimii heuristisena mallina sille, että ihmisten odotukset voivat luoda julkisen ja yksityisen käsitteiden välille ylitse pääsemättömän binääriologiikan. On kuitenkin mahdollista, että

"hoiti potilaan mielenmukaisesti" voi yhtäältä tarkoittaa, että potilaalla oli odotuksia keskussairaalaissa, muttei terveyskeskuksessa. Toisaalta on myös mahdollista, että lääkäri todella kohteli potilasta paremmin ja ajallisesti häneen enemmän paneutuen kuin terveyskeskuksessa.

Lähes poikkeuksetta tutkijat tuovatkin esille sen, että käsitteet julkinen ja yksityinen ovat alttiita sekaannuksille (ks. esim. Weintraub 1997, Benn - Gaus 1983, 4). Julkinen ja yksityinen saavat merkityksiä niin tieteen, kontekstin kuin käyttöyhteyden mukaan ehkä enemmän kuin muut käsitteet. Tutkijat kiinnittävät varsin harvoin huomiota siihen, miten paljon julkisen ja yksityisen käsitteellisen päällekkäisyys vaikuttaa tutkimustuloksiin. Liian usein käsitteet ajatellaan länsimaiselle kielelle ominaisesti disjunktiviksi ottamatta lainkaan huomion esimerkiksi sitä, että joskus mm. julkinen intressi (preventiivinen hoito) voi olla yksityinen ja toisinpäin (itsehoito). On myös niin, että yksityistettäessä voi yksityiselle myös siirtyä julkista valtaa, jolloin yksityinen ei olekaan yksityinen mm. valvonnan osalta (Rasinmäki 1997, 479).

2.3. Länsi ja etelä: metodologia, kriteerit ja menetit

Terveydenhuollossa julkisen ja yksityisen vertailun metodologiset perustelut tulisi tehdä huolellisesti. Julkisen ja yksityisen eriyttäminen ei välttämättä edes kuvaa omistamisen ja toiminnan eri muotoja: julkinen rahoitus ei välttämättä vaadi julkista toimijaa (Ovretveit 1996). Yksityinen sairaalakin ylittää hyvään laatuun, jos potilaita on hoidettu jo aiemmin (Vuori 1995). Myös Williams (1988, 180-182) esittää, ettei valinta liberalistisen ja egalitaristisen terveydenhuollon ideologian väliltä ole yksikertaista. Länsimaisissa kulttuureissa julkisen intressin ja sosiaalisen solidaarisuuden ylläpito julkisen hallinnon taholta tahtoo jäädä helposti yksityisen järjestelmän varjoon, joka palvelee varakkaita, terveitä ja koulutettuja ihmisiä.

Metodologisesti olisi vertailukriteerien aikaansaamiseksi kyettävä identifioimaan ensin niin julkisen kuin yksityisenkin terveydenhuollon edut ja haitat kussakin vertailtavassa kontekstissa erikseen. Vertailtaessa terveys- ja lääkärikeskuksen verenpainepotilaiden palveluja, ei vertailun lähestymistapa voi olla sama kuin yksityisen hoivakodin ja julkisen psykiatrisen sairaalan vertailussa. Psykiatrinen hoito asettuu huonosti liiketoiminnalliseen viitekehukseen, kun esimerkiksi asiakkaiden ehdot eivät käytännössä täyty: pysyvästi sairaas on pikemminkin potilas, eikä asiakas. Tällöin vertailun lähestymistavassa on myös painotettava sitä, pystyykö yksityinen ylläpitämään ja takaamaan julkisen terveydenhoidon arvoja (mm. palvelun jatkuvuutta). Tämä vertailun metodologinen ehto on luonnollisesti sovellettavissa myös julkisen terveydenhuollon yksiköiden sisäiseen vertailuun (vrt. avohoito vs. laitoshoido).

Julkisten ja yksityisen mielenterveyspalvelujen vertailu onkin mm. yhteismitallisten muuttujien puuttuessa vaativa laji. 1990-luvulla yksityisten ja vapaaehtoisten psykiatristen hoivakotien määrä lisääntyi, mikä oli merkki siitä että sosiaali- ja terveydenhuollossa rahoituskriisi meni yli egalitarististen periaatteiden. Muutos ei ole ollut vertailututkimuksen tulosta, jossa olisi osoitettu yksityisen tarjoavan palveluja tehokkaammin, laadukkaammin ja tasapuolisemmin sekä jatkuvuuden taaten. Tämä muutos sivuuttaa myös tutkimustiedon siitä, ettei pelkän omistajuuden muutos takaa kustannusten vähentymistä ja laa-

dun paranemista (McCollum – Gentle-Marsh 1995).

Julkisen ja yksityisen terveydenhuollon vertailun metodologinen tausta on usein niukkaa. Toisin sanoen tutkijat pohtivat varsin rajatusti sitä, mitä ideologiaa valittu metodi voi tahattomastikin palvella. Kun terveystaloustieteilijä Sintonen (1986) vertaili 1980-luvun Suomessa julkisen ja yksityisen hammashuollon tuottavuutta, julkisten hammaslääkärien tuntikohtainen tuotos oli likimäärin sama, mutta suhteutettuna potilasainekseen, toimintakäytäntöihin ja markkinatilanteeseen yksityiset olivat keskimäärin 14 % julkisia tuottavampia. Kun tuotos suhteutettiin työvoimakustannuksiin oli se jopa 56% julkista suurempi, minkä uskottiin selittyvän sillä, että julkisten hammaslääkärien tuntikohtaiset pääomakustannukset oletettiin Ruotsin tapaa lähes kaksinkertaisiksi. Merkittävimmäksi eron selittäjäksi esitettiin julkisen hammaslääkärien työn huonoa organisointia ja johtamista, koska lääkäreillä oli useita tekemättömiä työntunteja työpäivän aikana. Tutkimustulos ei kerro, johtuvatko nuo tunnit terveyskasvatuksesta ja tulisiko ne sisällyttää osaksi tuotosta vai ei. Kun tutkija suhteuttaa tuloksia niin Yhdysvalloissa kuin Ruotsissa tehtyihin tutkimuksiin, hän ei tuo esille mahdollisen metakulttuurin vaikutusta mm. käsitteellisesti. Taidokkaasti Sintonen (1986, 232) viittaa silti loppuiksi vertailun monimutkaisuuteen, koska vertailukelpoisuus heikkenee erilaisten tuottavuusmittareiden, kohderyhmien, tuotosta ohjaavien tekijöiden suhteen. Vertailussa olisi ollut hyödyllistä mm. luotettavuuden osalta yhdistää terveyshallinto- ja taloustieteellinen tieto.

Jos valitsemme erittäin kriittisen ja egalitaristisen lähestymistavan ei tällaisessa vertailussa jää jäljelle muuta mielenkiinnon kohdetta kuin työtuntien huono organisointi julkisessa hammashuollossa. Terveyskasvatuksen merkitys hammas-huollossa on merkittävä preventiivinen tekijä. Edellä esitetty luotettavampi vertailu edellyttäisi sitä, että a) terveyskasvatus sisällytettäisiin osaksi tuotosta tietyllä arvolla, b) potilasryhmät homogenisoitaisiin, c) hammaslääkärien valmistusvuosi homogenisoitaisiin, c) alueellisen tekijät otettaisiin huomioon d) lääkäreiden mm. työntuntilistoihin ja potilaskortistotyöskentelyyn kuluva aika otettaisiin huomioon.

1990-luvun lopullahan terveyskeskusten hammashuollossa otettiin käyttöön 150 markan sakkokäytäntö toiminnan tehostamiseksi.

Metodologisesti julkisen ja yksityisen terveydenhuollon vertailuasetelma olisi konstruoitava tiukoin lähtöoletuksin: ankkuroidutaan liberalistiiseen tms. terveydenhoidon ideologiaan. Toisin sanoen julkisen ja yksityisen hammashuollon vertailua tehdään tässä tutkimuksessa liikelatoudellisen tehokkuuden määrein sulkemalla pois kaikki ne tekijät, jotka lukeutuvat mm. terveyskasvatuksellisiin aspekteihin. Suomalaisessa järjestelmässä julkinen hammashuolto keskittyy paljolti ikävuosien 0-18 välille. Käytännössä julkisessa hammashuollossa terveyskasvatus on kliinistä työtä tärkeämpää. Optimaalisessa tilanteessa yksityishammaslääkäri, joka tarjoaisi palveluja samanikäisille lapsille voisi mahdollistaa luotettavamman vertailun. Pitkäaikaisseuranta voisi paljastaa sen, missä määrin kliinistä työtä tehdään liikelatoudellista syistä yksityisellä puolella ja tehdäänkö. Iäkkäämpien potilaiden kohdalla tilanne vaikeutuu muista syistä, koska hyvän terveyskasvatuksen saaneet ja usein myös sosioekonomiselta asemaltaan parempiosaiset ihmiset käyttävät yksityishammaslääkärin palveluja. Yksityiselle hammaslääkärille on myös etua siitä, että terveyskasvatus on tehty huolella ja ihmiset ovat oppineet huoltamaan hampaitaan säännöllisesti. Näin ollen tehokkuusvertailua olisi mielekäästä tehdä maassa, jossa laki kieltää hammaslääkäriä käyttämästä työaikaa terveyskasvatukseen (vrt. Ranska).

Terveydenhuollossa tehokkuus, nopeus yksityisen palvelun hyötynä voi silti kääntyä varsin nopeasti rajahyödyltään negatiiviseksi. Julkisen tai yksityisen korkea tehokkuus ei takaa ihmisten hampaiden terveyttä, koska terveyskasvatus on usein vaikuttavinta hoitoa. Niin ikään ihmisten entistä nopeampi hoito sairaaloissa voi oikeastaan lisätä sairastumisriskiä sairaalainfektoiden vuoksi (Hyrylä 1993). Näin ollen terveyskeskus, jossa päähuomio siirtyy potilaasta jonon lyhentämiseen, voit itse asiassa pidentää niitä toisaalla. Yksityinen lääkärikeskus, jossa väärä diagnoosi synnyttää potilaan lääkitys-kierteen voi silti 'pelastaa julkisivunsa' antamalla lähetteen sairaalaan. Emme myöskään tiedä hyödyttääkö nopea yksityislääkärin vastaanotolla käynti enemmän lääkäriä ja lääketeollisuutta kuin potilasta itseään. Toisaalta voi olla myös niin, että kansalaiset haluaisivat lisää nopeita yksityispalveluja, mutta ihmisen terveyden kannalta se ei ole aina perusteltua. Ihmisen terveydentila kun voi myös parantua jonotusvaiheessa (Laamanen – Blom-

Lange – Sintonen 1999).

Terveydenhoitoidologian vaikutuksesta löytyy esimerkkejä Yhdysvalloista. Currien ja Thomasin (1995) tutkimus paljastaa terveysideologian ja terveydenhoidon yhteyden. Neljän eri ryhmän vertailu, mustien ja valkoisten lapsien, joilla on yksityinen tai julkinen terveysvakuutus, osoittaa, että parasta preventiivistä hoitoa eivät suinkaan saa ne, jotka siitä eniten maksavat eli valkoiset yksityisvakuutusten lapset, vaan valkoiset julkisen vakuutuksen lapset. Vakuutusyhtiön korvaukset kun perustuvat vain toimenpiteisiin, ei rutiinitarkastuksiin. Mustat lapset eivät puolestaan saa vanhempien alhaisen koulutusasteen vuoksi riittävästi ohjausta hoidon rutiinitarkastuksiin. Mustat lapset ovat silti preventiivisessä hoidossa yksityisesti vakuutettuja lapsia paremmassa asemassa. Kun vertailuasetelmaan lisätään viime vuonna Yhdysvaltojen terveystieteiden kohduttanut tutkimus siitä, että voittoa tuottamattomat terveysorganisaatiot tuottavat parempaa laatua mm. järjestelmällisemmän mammografian seulonnoin mitattuna kuin yksityiset, niin kysymys metodologisen perustan tärkeydestä vertailututkimusten onnistumiselle korostuu entisestään (Himmelstein ym. 1999).

3. KOHTI PERUSTELTUA ILMANSUUNTAAN: NAVIGOINNIN JOHTOPÄÄTÖKSIÄ

Kun metodologinen perusta ohjaa valittuja metodeja ja tutkimuksen 'tavoitesatamaa', syntyy vähitellen päämäärän tarkoituksenmukaisuutta palvelevat ja navigointia helpottavat vertailukriteerit. 'Hyvinvointilaivaa' on yhtä helppo ohjata satamaan kuin 'liberalismilaivaakin', mutta jos kummassakin tapauksessa miehistön hengissä selviäminen on kyseenalaista valitulla reitillä, on osattava löytää suuntia, joissa miehistö voi löytää perille turvallisesti ja nopeasti. Sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnon vertailussa navigointi edestakaisin metodologisen, ontologisen ja epistemologisen analyysin ehdoin on erittäin tärkeää useasta syystä.

Ensiksi, jos lähdemme siitä, terveys on hyvinvointivaltioidean mukaisesti jokaisen oikeus, lähtevät esimerkiksi yhdysvaltalaiset vertailututkimukset pääosin liikkeelle tehokkuuden liikelatoudellisesti ja liberalistisesti määrittävästä luonteesta.

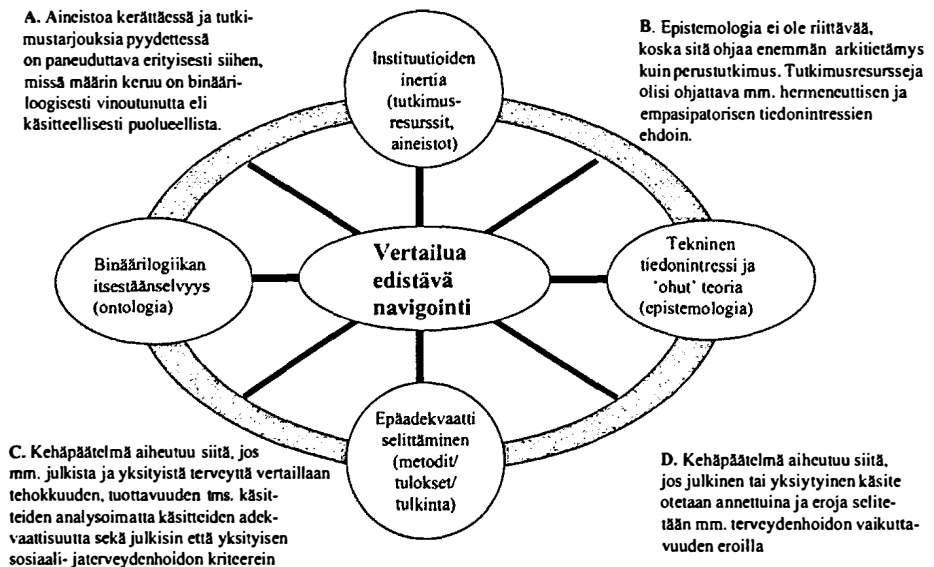
Tällöin sitä olisi perusteltava muillakin kuin liikeloudellisilla ehdoilla. On kysyttävä miksi terveysvalitus tai tutkimussairaaloiden opetukseen käytämä aika ei voisi olla julkisen intressin ehdot täyttävä kriteeri julkista ja yksityistä vertailtaessa. Toiseksi tutkittavan ilmiön perusluonne tulisi ymmärtää niin syvällisesti, että voitaisiin arvioida onko vertailua tehtäessä kiinnitettävä huomiota myös julkisen intressin kriteereihin tavalla, että myös yksityisen toiminnan tulisi ne täyttää. Joskus yksityinen palvelu kun ei joudu lainkaan ristiriitaan julkisen intressin kanssa (vrt. esim. kosmeettinen plastiikkakirurgia), mutta toisinaan se voi joutua merkittävästi (esim. psykiatria, vrt. myös sosiaalityn osa-alueet). Kolmanneksi vertailuja tehtäessä metodien tulisi noudattaa adekvaattisuuteen ehtoa eli esimerkiksi olisi kyettävä metodologisesti perustelemaan miksi palvelujen laatua on mahdollista tutkia survey-menetelmin esimerkiksi mielenterveyspotilailta. Niin ikään yksityistä hammashoitolaa tehokkaampaa terveyskeskustakaan ei siten tule automaattisesti tulkita paremmaksi vaihtoehdoksi ennen kuin mm. kliinistä tehokkuutta tulkitaan julkisen intressin kriteerein eli mm. terveyskasvatuksen vaikutusten valossa. Kuviossa 2. on esitetty tiivistetysti navigoinnin tulokset asetettuihin ky-

symyksiin.

Navigointi A:n suuntaan vaatii tutkijoita ja tutkimusten rahoittajia miettimään, mikä julkisesta ja yksityisestä sosiaali- ja terveydenhuollosta on piilossa, tutkimatonta, avointa, paljastettua tai tutkittavissa. Toisin sanoen tällä alueella on varsin helppo ohittaa vaativa ontologinen analyysi siitä, mitä julkinen ja yksityinen merkitsevät. Tällöin tutkimusta rahoittava taho voi päätyä vaikeasti hahmotettavan ilmiön edessä teknistä tiedonintressiä palvelevaan ratkaisuun: "pääasia, että saadaan edes kuvattua mitä näissä yksiköissä tehdään, jos ei pysytä vertaamaan."

Navigointi B:n suuntaan vaatii tutkijoilta ja tutkimusten rahoittajilta herkkyyttä tunnistaa mm. se, missä määrin tutkimushanke kietoutuu aidosti vertailuntutkimuksen ydinkirjallisuuteen ja metodologiseen adekvaattisuuteen esimerkiksi siten, että julkisen ja yksityisen käsitteet on määritelty selkeästi tietyn erityistieteen ehdoin.

Navigointi C:n osalta on kaikkein vaativinta. Länsimaisen kielen binäärilogiikka on sisäänrakennettu tuottamaamme tekstiin aina tavalla, ettei sen purkaminen ole yksinkertaista. Kun kirjoitamme vaikkapa jotain julkisesta ja yksityisestä terveydenhuollosta tekstimme rakentuu usein tiedostamattomasti binäärilogiikan jännit-



Kuvio 2. Julkisen ja yksityisen sosiaali- ja terveyshallinnon vertailun navigointiohjeet.

teen varaan. Huono / hyvä, hidas/nopea, suuri/ pieni/ tehokas / tehoton jne. ovat binäärioppositioita, jotka huomaamattamme tuottavat vertailututkimukseemme piilevän tutkimustuloksen, joka kuitenkin aukeaa mm. lukijalle, joka etsii vain tehokkuuden eroja, eikä erilaisuuden luomia eroja tehokkuudesta. Jos terveyshallinnon opiskelijat sanovat, että julkinen on tehokas siinä missä yksityinen, on tuolle tehokkuudelle löydettävä selkeämmät kriteerit.

Tutkijalta vaaditaan poikkeuksellista taitoa välttää tämä vastakkainasettelu, jossa jo yksistään hallintotieteen piirissä binäärioppositioihin assosioidaan omat merkitykset: huono = julkinen, hidas = julkinen, suuri = julkinen, tehoton = julkinen jne. Kun samalla tutkijoiden tulisi konstruoida mm. kustannusvertailua palvelevia muuttujia, niin tutkijoiden oltava kompetenssiltaan 'perinteisen' laadullinen ja määrällinen tutkija tyypittelyn ylittäviä.

Navigoinnin vaativuutta voisi kuvata Jacques Derridan ajatuksin: jokainen tutkimustulos on kuollut kirjain aina siihen asti kun lukija herättää sen henkiin (Derrida 1978). Lukeeko lukija sitä silmälasein, jotka antavat mm. julkisen terveydenhoidon toiminnan jatkuvuudelle ja kattavuudelle alhaisemman arvon kuin yksityiselle toiminnan markkinavetoiselle nopeudelle lyhyine jonoineen, vaikuttaa ratkaisevasti siihen, miten julkisen ja yksityisen terveydenhuollon eroja tulkitaan. Tästä syystä tutkijoiden on kirjoitettava auki tämä piilevä binääriologiikka ja varoitettava lukijaa sen tulkintaa ohjaavasta luonteesta. Etenkin, jos lähemme siitä, että tekstin ulkopuolella ei ole mitään, eikä ilmiötä ja tekstiä irroteta toisistaan hermeneutiikan tavoin, niin tällöin julkisen ja yksityisen ilmiöiden dekonstrukttiivinen luenta voi palauttaa niille historian kulussa annetut merkitykset. Myös diskurssianalyysi julkisen ja yksityisen vertailuista voisi tuottaa tietoa siitä, missä määrin tutkimukset ovat sosiaalisen todellisuuden tuotteita (vrt. Yanow 1992). On huomattava, ettei tällä alueella tehtävä navigointi, ontologinen analyysi ole mitenkään empiiristä analyysia parempaa tai huonompaa, mutta sen merkitystä ei saisi missään tutkimuksessa sivuuttaa. Julkisen ja yksityisen käsitteet ovat niin monikerroksisia, että jopa tutkimusten avainkäsitteinä käytettyinä ne liian usein "sanovat ikään kuin kaiken, mutteivat mitään". Dekonstruktivismi ja sumea logiikka voisivat siten tuoda vastausta siihen, miksi julkisen ja yksityisen käsitteiden kieltä, ajattelua

ja rakenteiden ylittävä käsitteistö kuulostaa varsin luonnottomalta. Se on jotenkin keinotekoisesti "tiedostamattomasti selkeään" julkinen vastaan yksityinen jakoon perustuvaa. Olettavaa on, että sama dilemma vaivaa muita elämään keskeisesti kiinnittyviä käsitteitä kuten sairaus ja terveys. Toteamalla olevansa sairaan terve kuulostaa luonnottomalta eikä siihen suhtauduta oksymoronin edellyttämällä vakavuudella.

Navigointi D. osalta edellyttää tutkijalta periaatteessa laaja lukeneisuutta ja ymmärrystä siitä, mitä julkisesta ja yksityisestä on eri erityistieteissä kirjoitettu ja miten ilmiötä on lähestytty. Cubrium ja Holstein (1995) esimerkiksi määrittelevät uudelleen julkista ja yksityistä jokapäiväisessä, postmodernissa elämässä (vrt. Eräsaari ym. 1995). Tämä tieto tutkijan on kyettävä suhteuttamaan ja soveltamaan julkisen ja yksityisen sosiaali- ja terveyshallinnon ilmiökenttään siten, että hän ymmärtää erityistieteensä vakiintuneet käsitteet. Vasta tämän jälkeen hän on kykenevä adekvaattiseen tutkimusasetelmaan, jossa hän voi olla varma lähestyvänsä esimerkiksi poikkitieteellistä julkisen ja yksityisen vertailun ilmiötä poikkitieteellisin käsittein ja metodein. Tällä hetkellä tutkijoilla näyttää olevan metodisesti käytettävissä vain "vasara, jolloin jokaisesta ongelmasta on taipumus tulla naula" (Morgan 1989).

Mikä olisi siten perusteltu 'ilman suunta', johon ruoria kannattaisi ensimmäiseksi kääntää? Eittämättä perusteltua olisi lähteä liikkeelle kohdasta C, minkä jälkeen siirtyminen kohtaan D tasapainottaisi tilannetta. Tutkijoiden tietoiseksi tuleminen länsimaisen kulttuurin binääriologiikasta on edellytys sille, että päästään luomaan kestävä metodologinen perusta ontologisesti. Tästä syystä on perusteltua lähteä liikkeelle kohdasta C. Tämän jälkeen olisi luontevaa siirtyä kohtaan A ja vasta sitten kohtaan B. Tutkittava ilmiö ja siihen liitettävät kriteerit edellyttävät silti usein omintakeista navigointia. Joka tapauksessa julkisen ja yksityisen vertailu niin yleensä kuin sosiaali- ja terveyshallinnon osalta edellyttää näiden kaikkien osa-alueiden analyysia lähes jokaisessa tutkimuksessa.

VIITTEET

¹ Terveydenhuollon hallinnon opiskelijat vastasivat Kuopion yliopistossa hallinnonteoria luennoilla 1996 ja 1997 kysymykseen: mikä mielikuva sinulle syntyy Julki-

sesta ja yksityisestä terveydenhuollosta? Helsingin yliopistollisen keskussairaalan ylihoitajat vastasivat samaan kysymykseen 1997 koulutuspäivän yhteydessä.

LÄHTEET

- Benn, S.I. – G.F. Gaus. *Public and Private in Social Life*. St Martins Press, New York 1983.
- Currie, J. – D. Thomas. *Medical care for children. Public Insurance, Private Insurance, and Racial Differences in Utilization. The Journal of Human Resource* 30(1995): 1, 135-162.
- Derrida, J. 1978. *Writing and difference*. Chicago, University of Chicago Press.
- Eräsaari, L. – R. Julkunen –H. Silius. *Naiset yksityisen ja julkisen rajalla*. Vastapaino, Tre 1995.
- Granqvist, N. *Privatisering in princip och praktik. En studie av privata inslag i finländska kommuners verksamhet*. Åbo Akademis förlag, Åbo 1997
- Gubrium J. F. – J. A. Holstein *Qualitative Inquiry and Deprivatization of Experience. Qualitative Inquiry* 1(1995), 2, 204-222.
- Heinikainen, M. *Hammaslääkärinä julkisessa ja yksityisessä terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnon opintojakson harjoitustyö, Terveystieteiden- ja talouden laitos, Kuopion yliopisto 1997 (julkaisematon)*. Himmelstein, D.U. – S. Wollhandler – I. Hellander – S. M. Wolfe. *Quality of Care in Investor-Owned vs. Not-forProfit HMOs. JAMA*, 282 (1999): 2, 159-163.
- Hyrälä, M.L. *Leikkaushaavatulehdukset leikkusten riskeinä ja niiden yhteiskunnalliset kustannukset Suomessa 1988-1990. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 12. Kuopio 1993.*
- Kinnunen, J. *Combining methods in organizational analyses. Hallinnon Tutkimus* 10(1991): 3, 201-209.
- Kokko, S. – J. Lehto. *Mihin suuntaan sosiaali- ja terveydenhuolto? Valtionosuusuudistuksen avaamat vaihtoehtot ja uhat rahoituskriisin aikakaudella. Stakes raportteja 96, Helsinki 1993.*
- Kuittinen, M. *Miten luotettavia keskiarvot ovat ilmapiiritutkimuksessa? Psykologia* 31(1996): 1, 25-30.
- Laamanen, P. – M. Blom-Lange – H. Sintonen. *Lonkanja polven tekoniivieleikkaushoidon vaikuttavuus, teoksessa Terveystalousteide 1999. toim. M. Nordberg- P Rissanen – S. Kerppilä, Sakes Aiheita 5, Helsinki, 1999, 66-69.*
- Laurinkari, J. – P. Niemelä – O.Pusa – S. Kainulainen. *Kuntava valinta tilanteessa. Kuka rahoittaa ja tuottaa palvelut? Kunnallisanalyyttämässä. Gummerus Jyväskylä 1995.*
- McCullum, J.K. – M. Gentle-Marsh *Privatization in Eight Former Socialist Countries of Eastern Europe. International Journal of Public Administration* 18(1995): 6, 941-985.
- Morgan, G. *Creative Organization Theory*. Sage, London 1989.
- Ovretveit, J. (1996). *Beyond the public-private debate: the mixed economy of health. Health Policy* 35, 75-93.
- Partanen, S. *Sosiaali- ja terveysalan yeitysten toimintamahdollisuudet yrittäjien ja yrittäjyyttä harkitsevien näkökulmasta. STM, Helsinki 1994.*
- Pekurinen, M. *Kilpailuolot Suomen terveydehuollossa. STM, Helsinki 1994.*
- Perry, J.L. – T.T. Babitsky. *Comparative Performance in Urban Bus Transit. Assessing Privatization Strategies. Public Administration Review* 46(1986): 1, 57-66.
- Pietilä, R. *Positivismi ja ihmistiede. Gaudeamus, Helsinki 1999.*
- Rasinmäki, J. *Yksityistäminen kunnallishallinnossa. Kauppakaari, Helsinki 1997.*
- Rissanen, S. *Omaishoito ja hoivayritykset vanhusten huolenpidon ratkaisuna?. Kuopio, Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 73.*
- Ryynänen, O.P. & M.Myllykangas. *Sumea logiikka ja terveydenhuollon valinnat. Suomen Lääkärilehti* 51(1996): 8, 841-843.
- Silverman, D. *Interpreting Qualitative Data. Methods for Analysing Talk, Text, and Interaction*. Sage, London 1994.
- Sintonen, H. *Comparing the productivity of public and private dentistry, teoksessa Public and Private Health Services. Complementarities and Conflicts ed. by A.J. Culyer and B.Jönsson. Basil Blackwell, Norwich, 1986, 219-239.*
- Ståhlberg, K. *Julkisen sektorin uudistaminen ja tutkimus., teoksessa Tutkimaton uudistus? Valtiovarainministeriö, Helsinki 1994.*
- Suomen yrittäjät Kyselytutkimus sosiaali- ja terveysalan kilpailuväestymistä. *Suomen yrittäjät, Helsinki 1999.*
- Södergård, H. (1998). *Sosiaali- ja terveysala käännekohtassa. Taloustieto, HKI 1998.*
- Vaarama, Marja- S. Törmä – S. Laaksonen – P. Voutilainen. *Omaishoitajien tuen tarve ja palvelusetelillä järjestetty tilapäishoito. Selvityksiä 10. STM, Helsinki 1999*
- Väyrynen, H. (1999). *Plastiikkakirurgifirma keikkailee useissa julkisissa sairaaloissa. Medi uutiset Nro 18, 21.10.*
- Weintraub, J. *Public/Private: The Limitations of a Grand Dichotomy. The Responsive Community, Spring, 1997, 13-24.*
- Williams, A. *Priority setting in public and private health care. Journal of Health Economics* 7(1988), 173-183.
- Yanow, D. *Silences in Public Policy Discourse: Organizational and Policy Myths. Journal of Public Administration Research and Theory* 2(1992):4, 399-423.
- Yates J. *Private Eye, Heart and Hip. Surgical consultants, the National Health Service and Private Medicine. Edinburgh: Churchill 1995.*