

1996:8

**SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON  
VALTIONOSUUSUUDISTUKSEN VAIKUTUKSIA  
SELVITTÄVÄN TYÖRYHMÄN MUISTIO**

---



**Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1996:8**

**SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON  
VALTIONOSUUSUUDISTUKSEN VAIKUTUKSIA  
SELVITTÄVÄN TYÖRYHMÄN MUISTIO**

**Helsinki 1996**

**ISBN 952-00-0149-2**



## KUVAILELEHTI

Julkaisija  
Sosiaali- ja terveysministeriö

Julkaisun päivämäärä  
17.4.1996

Tekijät (toimielimestä: toimielimen nimi, puheenjohtaja, sihteeri)  
Sosiaali- ja terveydenhuollon valtiosuusuudistuksen vaikutuksia selvittävä työryhmä  
puheenjohtaja: **Kimmo Leppo**  
sihteeri: **Pekka Järvinen**

Julkaisun laji  
työryhmämuistio

Toimeksiantaja  
Sosiaali- ja terveysministeriö

Toimielimen asettamispm  
12.1.1995

Julkaisun nimi (myös ruotsinkielinen)  
Sosiaali- ja terveydenhuollon valtiosuusuudistuksen vaikutuksia selvittäneen työryhmän muistio

Julkaisun osat

Tiivistelmä

Työryhmä selvitti, miten 1.1.1996 voimaan tullut valtiosuusuudistus vaikutti sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Selvitys oli tarkoitettu pohjaksi eduskunnan edellyttämään valtiosuuselontekoon. Selontekoa ei kuitenkaan anneta, koska parhaillaan valmistellaan valtiosuusjärjestelmän kokonaisuudistusta.

Muistiossa kuvataan sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännöllinen perusta, valtiosuusuudistuksen määräytymisperusteet, menettelytavat, jotka liittyvät sosiaali- ja terveydenhuollon valtiosuusuudistusta koskevaan laskentaan, päätöksentekoon ja maksatukseen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon valtiosuusuudistuksen vuodesta 1993 lukien kohdistuneet leikkaukset. Muistiossa kuvataan myös kuntien ohjausjärjestelmässä tapahtuneita muutoksia.

Valtiosuusuudistuksen tavoitteet olivat talous- ja organisaatiopainotteisia ja uudistusta arvioidaan pääosin näistä näkökulmista. Lisäksi tarkastellaan uudistuksen vaikutuksia kunnallisten palveluiden määrään ja laatuun sekä palvelun käyttäjien asemaan. Taloudellisia vaikutuksia voidaan arvioida vain rajoitetusti, koska seuranta-aikana on joka vuosi leikattu valtiosuusuudistusta, kuntien verotuloissa on tapahtunut merkittäviä muutoksia ja tilastotiedot palveluiden ja kunnallistalouden kehityksestä ovat puuttellisia.

Työryhmä esittää valtiosuusjärjestelmää kehitettäväksi seuraavasti: Käyttökustannusten laskennalliset määräytymistekijät ja niiden painoarvot arvioidaan meneillään olevaan valtiosuusjärjestelmän uudistukseen liittyvien selvitysten ja tutkimusten perusteella. Valtiosuudet vahvistetaan lopullisesti valtion talousarvion eduskuntakäsittelyn yhteydessä ja luovutetaan jälkikäteisistä hintatarkistuksista. Valtion toimenpiteiden ja valtiosuusuudistuksen määrän yhteys palautetaan sellaiseksi kuin se oli ennen vuotta 1996. Selvitetään toimeentulotuen asema ja tarve muuttaa sen kustannusten jako sekä maksatuksen toimeenpano. Määritellään valtion ja kuntien välinen kustannusten jako lainsäädännöllä. Varmistetaan, että tilasto- ja tietojärjestelmistä saadaan riittävät tiedot toiminnan kustannuksista. Sosiaalihuollon suurten kustannusten tasausjärjestelmä otetaan käyttöön vuoden 1997 alusta.

Avainsana: (asiasanat)

Sosiaalihuolto, terveydenhuolto, valtiosuus, käyttökustannukset, perustamishankkeet, normipurku, ohjausjärjestelmä, valtakunnallinen suunnitelma, perusturvalautakunta, tilastointi, kuntayhtymät, sosiaali- ja terveyspalvelut

Muut tiedot

Sarjan nimi ja numero  
Sosiaali- ja terveysministeriön  
työryhmämuistioita 1996:8

ISSN  
1237-0606

ISBN  
952-00-0149-2

Kokonaissivumäärä  
123

Kieli  
Suomi

Hinta  
78,- (sis. alv. 8,36)

Luottamuksellisuus

Jakaja  
Sosiaali- ja terveysministeriö

Kustantaja  
Sosiaali- ja terveysministeriö



Sosiaali- ja terveysministeriölle

Hyväksyessään 1.1.1993 voimaan tulleet valtiosuusmuutostukseen sisältyvät lait 733/92, 688/92 ja 705/92 eduskunta edellytti, että sille annetaan vuoden 1996 alussa selonteko valtiosuusjärjestelmän kokonaisuudistuksen vaikutuksista. Tavoitteena oli antaa yksi selonteko, johon olisi sisällytetty sisäasiainministeriön, opetusministeriön sekä sosiaali- ja terveysministeriön valtiosuusjärjestelmien arviointi. Sisäasiainministeriön oli määrä koordinoida selonteon valmistelu.

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 12.1.1995 työryhmän valmistelemaan eduskunnalle annettavaa selontekoa sosiaali- ja terveydenhuollon osalta. Työryhmän tuli kiinnittää erityistä huomiota valtionosuuden laskennallisten perusteiden oikeellisuuteen ja vaikutuksiin, kuntien tosiasialliseen palvelujen tasoon, asiakkaan aseman kehittymiseen, valtion ja kuntien kustannustenjaon tosiasiallisiin muutoksiin, sosiaali- ja terveydenhuoltoon kokonaisuudessaan käytettyjen voimavarojen muutoksiin ja niiden suhteeseen kansantalouden kokonaisuuteen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kehittymisen kansantaloudellisesti myönteisiin vaikutuksiin.

Lisäksi työryhmän tuli ottaa työssään huomioon seuraavat eduskunnan vastaukseen sisältyneet ponnet: 1) Tietojärjestelmiä tulee keventää. 2) Hallituksen tulee ratkaista ongelma, joka voi kohdata kuntia yllättävien ja suurten sosiaali- ja terveydenhuollon menojen muodossa. 3) Seurannan ja kehittämisen nimissä ei saa synnyttää uutta tarpeetonta byrokratiaa.

Työryhmään kuuluivat seuraavat sosiaali- ja terveysministeriön edustajat: puheenjohtajana osastopäällikkö Kimmo Leppo, varapuheenjohtajana apulaisosastopäällikkö Anne Manninen sekä jäseninä osastopäällikkö Arto V. Klemola, apulaisosastopäällikkö Raimo Ikonen, osastopäällikkö Kari Välimäki, apulaisosastopäällikkö Matti Toiviainen, apulaisosastopäällikkö Riitta Viitala, neuvotteleva virkamies Marja-Liisa Partanen sekä hallitusneuvos Varpu-Leena Aalto. Työryhmän sihteerinä toimi apulaisosastopäällikkö Pekka Järvinen.

Työryhmän alaisuuteen asetettiin kaksi jaostoa:

1) Valtionosuusuudistuksen vaikutuksia kunnalliseen sosiaali- ja terveydenhuoltoon ja asiakkaiden asemaan selvittävä jaosto. Sen puheenjohtajana oli apulaisosastopäällikkö Pekka Järvinen sekä jäseninä hallitusneuvos Aino-Inkeri Hansson, neuvotteleva virkamies Martti Rissanen, neuvotteleva virkamies Kaija Hasunen, neuvotteleva virkamies Raimo Jämsen, nuorempi hallitussihteeriksi Pekka Humalto, ylitarkastaja Kari Ilmonen, ylitarkastaja Jukka Mäki, ylitarkastaja Eeva-Liisa Vakkilainen sekä tutkija Pirjo Marjamäki.



2) Valtionosuusuudistuksen taloudellisia vaikutuksia ja laskennallisten valtionosuuksien määräytymisperusteiden asianmukaisuutta selvittävä jaosto. Sen puheenjohtajana toimi neuvotteleva virkamies Raimo Jämsen ja jäsenenä neuvotteleva virkamies Martti Rissanen, ylitarkastaja Pekka Viljanen, ylitarkastaja Kauko Salo, suunnittelusihteeri Arto Salmela, tutkija Anna-Kaisa Iivari, vanhempi hallitussihteeri Jouko Narikka, finanssisihteeri Ritva Cantell, järjestelmäpäällikkö Liisa Laine sekä apulaisosastopäällikkö Pekka Järvinen.

Jaostojen sihteerinä toimi nuorempi hallitussihteeri Tuula Aantaa.

Työryhmän edellytettiin työnsä aikana kuulevan kuntia, sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttäjiä sekä asiantuntijoita muista ministeriöistä.

Työryhmän tuli saada työnsä valmiiksi 31.12.1995 mennessä. Sosiaali- ja terveysministeriö pidensi 11.11.1995 työryhmän määräaikaa 31.1.1996 saakka.


Jaostot ovat kuulleet kokouksissaan seuraavia asiantuntijoita valtionhallinnosta, tutkimuslaitoksista ja kuntasektorilta: ylitarkastaja Rainer Alanen sisäasiainministeriöstä, erikoistutkija Heikki Helin, Helsingin kaupungin tietokeskuksesta, erikoistutkija Unto Häkkinen sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakesista, tutkija Mirjam Kalland Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY r.y:stä, sosiaali- ja terveystoimen päällikkö Olli Kerola Suomen Kuntaliitosta, Kehittämispäällikkö Simo Kokko Stakesista, budjettineuvos Raija Koskinen valtiovarainministeriöstä, kehittämispäällikkö Juhani Lehto Stakesista, kehittämispäällikkö Aino-Elina Mäkimattila Suomen Kuntaliitosta sekä tutkija Lasse Oulasvirta Tampereen yliopistosta.

Sisäasiainministeriö asetti 17.2.1995 työryhmän, jonka tehtävänä oli valmistella eduskunnalle annettava selonteko valtionosuusjärjestelmän kokonaisuudistuksesta. Tämän muistion oli tarkoitus olla pohjana sosiaali- ja terveysministeriön osuudelle ministeriöiden yhteisessä selonteossa. Koska valmisteilla on parhaillaan valtionosuusjärjestelmän kokonaisuudistus, ei tarkoitettua valtionosuusselontekoa kuitenkaan anneta eduskunnalle.

Saatuaan työnsä valmiiksi työryhmä jättää kunnioittavasti muistionsa sosiaali- ja terveystieteiden ministeriölle.

Helsingissä 17 päivänä huhtikuuta 1996

  
Kimmo Leppo

  
Arto V. Klemola

  
Raimo Ikonen

  
Kari Välimäki

  
Matti Toiviainen

  
Riitta Viitala

  
Marja-Liisa Partanen

  
Varpu Leena Aalto

  
Pekka Järvinen

# SISÄLLYSLUETTELO

	sivu
<b>1. JOHDANTO</b>	1
<b>2. SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON VALTIONOSUUS- JÄRJESTELMÄN KUVAUS</b>	3
2.1. Valtionosuusjärjestelmien yleiset tavoitteet	3
2.2. Ennen vuotta 1993 voimassa ollut valtionosuusjärjestelmä	3
2.3. Valtionosuusuudistuksen tavoitteet ja keskeiset keinot tavoitteiden toteuttamiseksi	4
2.4. Palvelujen järjestäminen	8
2.5. Käyttökustannusten valtionosuusjärjestelmä	10
2.5.1. Määräytymisperusteiden valintakriteerit ja perusteiden kuvaus	10
2.5.2. Vuoden 1996 alusta voimaan tulleet muutokset	13
2.5.3. Käyttökustannusten valtionosuuksien laskenta ja maksatus	15
2.6. Perustamishankkeiden valtionosuusjärjestelmä	16
2.6.1. Vuoden 1993 alusta voimaan tullut uudistus	16
2.6.2. Vuoden 1996 alusta voimaan tulleet muutokset	18
2.6.3. Perustamishankkeiden käsittely ja valtionosuuksien maksaminen	18
2.7. Normipurku vuoden 1993 valtionosuusuudistuksen yhteydessä	20
2.7.1. Normipurku 1980-luvulla	20
2.7.2. Valtionosuusuudistus	21
2.7.3. Kunnallislain osittaisuudistus vuonna 1993	22
2.7.4. Kuntalaki	22
2.8. Asiakasmaksut	23
2.8.1. Valtionosuusuudistusta edeltäneet maksusäännökset	23
2.8.2. Vuoden 1993 alusta voimaan tulleet maksusäännökset	24
2.9. Ohjausjärjestelmä	25
2.9.1. Valtakunnallinen suunnitelma	26
2.9.2. Valtakunnallisen suunnitelman merkitys uudistuksen jälkeen	27
2.10. Seuranta ja tilastointi	28
2.11. Perusturvalautakunta	30

<b>3. VALTIONOSUUSUUDISTUKSEN TALOUDELLISET JA TOIMINNALLISET VAIKUTUKSET</b>	<b>32</b>
3.1. Valtionosuusuudistuksen seuranta ja arviointi sosiaali- ja terveysministeriössä	32
3.1.1. Ajantasainen seuranta	32
3.1.2. Vaikutusten arviointi	33
3.2. Vaikutukset voimavaroihin	34
3.2.1. Käyttökustannukset	34
3.2.2. Käyttökustannusten valtionosuuksien leikkaukset 1993 - 1996	36
3.2.3. Perustamishankkeet	39
3.2.4. Henkilöstö	42
3.3. Palvelujen järjestämistavat	43
3.3.1. Muutokset kuntayhtymien toiminnassa	44
3.3.2. Ostopalvelut	47
3.3.3. Kilpailuttaminen	48
3.3.4. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen suhde	49
3.3.5. Muutokset kuntien päätöksenteossa	51
3.3.6. Vaikutukset kansaneläkelaitoksen myöntämien etuuksien ja kunnallisten palvelujen väliseen suhteeseen	53
3.4. Palvelujen määrä, laatu ja saatavuus	55
3.4.1. Perusterveydenhuolto	55
3.4.2. Erikoissairaanhoidon hoito	58
3.4.3. Sosiaalipalvelut	60
3.4.3.1. Lapsille järjestetyt palvelut	60
3.4.3.2. Vanhusten hoito- ja huolenpitopalvelut	62
3.4.3.3. Kunnallinen toimeentuloturva	64
3.4.4. Erityisryhmien palvelut	65
3.4.4.1. Vammaispalvelut	65
3.4.4.2. Päihdehuollon palvelut	66
3.4.5. Ympäristöterveydenhuolto ja ympäristösuojelun hallinto	68
3.5. Asiakkaiden asema ja väestön hyvinvointi	69
3.6. Alueelliset erot	72
3.7. Perustamishankkeiden kohdentuminen ja niihin liittyvä päätöksentekomenettely	74
<b>4. VALTIONOSUUSJÄRJESTELMÄN KEHITTÄMISTARPEET</b>	<b>78</b>
4.1. Käyttökustannusten valtionosuuksien määräytymistekijöiden muutostarpeet	78
4.1.1. Ikäryhmittäiset asukaskohtaiset valtionosuudet	78
4.1.2. Sairastavuus	79
4.1.3. Asukastiheys, pinta-ala ja saaristoisuus	79

4.1.4. Työttömyys	80
4.1.5. Uudet määräytymisperusteet	81
4.2. Perustamishankejärjestelmän korjaustarpeet	82
4.3. Muut järjestelmän kehittämistarpeet	83
4.3.1. Kustannustasotarkistukset	84
4.3.2. Valtionosuuslainsäädännön ulkopuolisen lainsäädännön muutokset ja niiden vaikutuksen huomioon ottaminen valtionosuuden määrässä	85
4.3.3. Toimeentulotuen irrottaminen laskennallisesta valtionosuudesta	86
4.4. Ohjausjärjestelmän kehittäminen	86
4.5. Valtion ja kuntien välinen kustannustenjakko	87
4.6. Kalliin hoidon tasaus/pientien kuntien asema	88
4.7. Valtionosuuksien suhde muuhun rahoitukseen	90
<b>5. YHTEENVETO</b>	92
5.1. Valtionosuusuudistuksen keskeiset tavoitteet ja valitut keinot	92
5.2. Muutokset käyttökustannusten valtionosuuksissa	92
5.2.1. Käyttökustannusten valtionosuuden määräytymisperusteet	92
5.2.2. Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset ja valtionosuudet	93
5.3. Muutokset sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausjärjestelmässä	94
5.4. Valtionosuusuudistuksen vaikutukset sosiaali- ja terveystalouteen	95
5.4.1. Palvelujen järjestämistavat	95
5.4.2. Palvelujen määrä, laatu ja saatavuus	96
5.5. Työryhmän ehdotuksen valtionosuusjärjestelmän kehittämiseksi	99
5.5.1. Käyttökustannusten laskennallisen valtionosuuden määräytymistekijät	99
5.5.2. Perustamishankejärjestelmä	100
5.5.3. Muut järjestelmän kehittämistarpeet	100
<b>LÄHTEET</b>	103
<b>LIITE 1: Kuullut asiantuntijat</b>	
<b>LIITE 2: Yhteenveto kuulemistilaisuudessa esitetyistä lausunnoista</b>	



## 1. JOHDANTO

Kuntien valtionosuusjärjestelmä uudistettiin perusteellisesti vuonna 1992 annetuilla kolmella lailla, kuntien valtionosuuslailla (688/92), lailla sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta (733/92, STVOL) sekä lailla opetus- ja kulttuuritoimen rahoituksesta (705/92). Samassa yhteydessä tehtiin merkittäviä muutoksia myös kunnallisia hyvinvointipalveluja koskevaan lainsäädäntöön.

Hyväksyessään 1.1.1993 voimaan tulleet edellä mainitut lait eduskunta edellytti, että sille annetaan vuoden 1996 alussa selonteko valtionosuusjärjestelmän kokonaisuudistuksen vaikutuksista. Eduskunnan mukaan selonteossa tulee sosiaali- ja terveydenhuollon kannalta kiinnittää erityistä huomiota siihen, ovatko valtionosuuden laskennalliset perusteet oikeat sekä mitkä niiden vaikutukset ovat olleet kuntien tosiasialliseen palvelujen tasoon, asiakkaiden aseman kehittymiseen, valtion ja kuntien kustannustenjaon tosiasiallisiin muutoksiin, sosiaali- ja terveydenhuoltoon kokonaisuudessaan käytettyjen voimavarojen muutoksiin ja niiden suhteeseen kansantalouden kokonaisuuteen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kehittymisen kansantaloudellisesti myönteisiin vaikutuksiin.

Valtionosuusuudistuksen keskeisimpiä tavoitteita olivat kunnallisen itsehallinnon vahvistaminen ja toimintojen taloudellisuuden ja tehokkuuden edistäminen. Vaikka uudistus ei muuttanut kuntien sosiaali- ja terveystalouden järjestämistä eikä velvollisuutta vastata lakisääteisistä sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävistä, se tarjosi kunnille uudenlaisia mahdollisuuksia järjestää keskeiset palvelut itse haluamallaan tavalla.

Kun käyttökustannusten valtionosuuksia ryhdyttiin maksamaan suoraan kunnille laskennallisten tekijöiden perusteella lopullisesti määräytyvinä, oletettiin, että monissa kunnissa uudistus tulisi aiheuttamaan merkittäviä muutoksia sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä. Käsiteltäessä valtionosuusuudistusta koskevia hallituksen esityksiä eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunnassa sekä hallintovaliokunnassa pidettiin valtionosuusuudistuksen uhkakuvana sosiaali- ja terveystalouden laadun ja määrän heikentymistä, jopa palvelujen järjestämättä jättämistä. Huolena oli myös, että tiettyjen ryhmien kuten lasten, kehitysvammaisten tai vanhusten asema huononisi. Pelättiin lisäksi, että asiakkaat, jotka eivät itse kykene puhumaan oikeuksiensa puolesta, saattaisivat jäädä muiden varjoon. Samoin sekä taloudellisen että alueellisen eriarvoisuuden pelättiin kasvavan.

Tässä muistiossa on kuvattu sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuusjärjestelmän lainsäädännöllinen perusta, valtionosuuksien määräytymisperusteet ja niiden valintakriteerit, päätöksentekoon, valtionosuuksien laskentaan ja maksatukseen liittyvät menettelytavat sekä vuodesta 1993 alkaen toteutetut sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuden leikkaukset. Valtionosuusuudistuksen vaikutuksia arvioidaan sosiaali- ja terveydenhuoltoon käytettyjen voimavarojen, palvelujen järjestämistapojen, palvelujen

määrän, saatavuuden ja laadun sekä väestön terveydentilan ja sosiaalisen selviytymisen kannalta. Uuden valtionosuusjärjestelmän muutostarpeita on arvioitu sekä teknisten että periaatteellisempien näkökohtien kannalta. Valtionosuuksien laskentaperusteisiin ja eräisiin hallintomenettelyihin liittyvät muutostarpeet on esitetty yksityiskohtaisesti.

Valtionosuusuudistuksen tavoitteet olivat pitkälti talous- ja organisaatiopainotteisia. Siksi vaikutuksia tarkasteltaessa on näkökulma ollut pitkälle näiden tavoitteiden toteutumista selvittävä. Tämän lisäksi muistiossa on tarkasteltu erityisesti eduskuntakäsittelyn yhteydessä esiin nousseiden arvioiden johdosta uudistuksen vaikutuksia kunnallisten palvelujen määrään ja laatuun sekä palvelujen käyttäjien asemaan.

Valtionosuusuudistuksen taloudellisten vaikutusten arviointi jää melko karkeaksi useastakin syystä. Näistä voidaan nostaa esille erityisesti seuraavat:

Valtionosuuksien määräytyminen ei ole yhtenäkkään uuden valtionosuusjärjestelmän voimassaolovuonna tapahtunut pelkästään pysyvän valtionosuuslainsäädännön perusteella. Osana valtiontalouden tasapainottamistoimenpiteitä on kuntien valtionosuuksia vähennetty yksivuotisilla laeilla. Uudistuksen taloudellisia vaikutuksia ei siten voida arvioida ottamatta huomioon valtionosuuksien leikkauksia.

Säästötoimien ja valtionosuusuudistuksen ohella kuntien rahoitusasemassa on tapahtunut kuluneena aikana myös muita huomattavia muutoksia. Kuntien verotulopohja on laajentunut, mutta toisaalta taloudellinen lama ja korkea työttömyys ovat vaikuttaneet kunnallisveron tuottoa vähentävästi. Sittemmin kuntien rahoitusasema on 1990-luvun alkuvuosien jälkeen alkanut kohentua. Kuntien kokonaisverotulot ovat kasvaneet vuodesta 1994 alkaen lähinnä verotuksen lapsivähennysten poistamisen ja lisääntyneen yhteisöveron tuoton ansiosta. Monet kunnat ovat myös korottaneet veroäyrin hintaa.

Kaikkia kuntia koskevia tilastotietoja siitä, miten palvelut ja kunnallistalous ovat kehittyneet uudistuksen jälkeen, on saatavana vain vuosilta 1993 ja 1994. Kahden vuoden tiedot eivät kuitenkaan anna riittävää pohjaa syvälliselle talousanalyysille. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevien tilastojärjestelmien muutokset vaikeuttavat valtionosuusuudistuksen taloudellisten vaikutusten arviointia, koska uudistusta edeltävät tiedot eivät kaikin osin ole vertailukelpoisia uudistuksen voimaantulon jälkeen kerättyjen tietojen kanssa.



## **2. SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON VALTIONOSUUSJÄRJESTELMÄN KUVAUS**

### **2.1. Valtionosuusjärjestelmien yleiset tavoitteet**

Valtionosuuksien yleisenä tavoitteena on turvata kunnille riittävät taloudelliset mahdollisuudet lakisääteisten palvelujen järjestämiseen. Valtionapu- tai -osuusjärjestelmillä on alusta lähtien ollut keskeinen merkitys erityisryhmien ja huono-osaisten palvelujen järjestämisen ja kehittymisen turvaamisessa kunnissa. Tällä hetkellä valtion näkökulmasta valtionosuudet mahdollistavat sellaisten toimintojen järjestämisen, jotka lainsäädännössä on säädetty kuntien hoidettavaksi ja joita kunnat eivät voi itse kokonaisuudessaan rahoittaa.

### **2.2. Ennen vuotta 1993 voimassa ollut valtionosuusjärjestelmä**

Sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksia maksettiin vielä 1970-luvulla useiden kymmenien eri lakien perusteella. Eri lakien mukaan maksettavien valtionosuuksien määrät vaihtelivat myös huomattavasti ja osa sosiaalihuollosta jäi kokonaan valtionosuuden ulkopuolelle. Tämä johti siihen, että palvelujen kehittäminen kohdistui erityisesti niihin toimintoihin, joihin sai korkean valtionosuuden. Samanaikaisesti väestön hyvinvoinnin kannalta tärkeämmät palvelut saattoivat valtionosuusperusteiden erilaisuudesta johtuen jäädä vähemmälle huomiolle.

Todettujen epäkohtien poistamiseksi toteutettiin niin sanottu VALTAVA-uudistus, jolla erilliset valtionosuussäännökset koottiin yhteen ja samalla valtionosuusperusteet yhdenmukaistettiin. Uudistus tuli voimaan vuoden 1984 alusta. Keskeisen osan uudistusta muodosti sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annettu laki (677/82).

Mainitun lain mukaan valtionosuus suoritettiin kunnille (ja kuntainliitoille) niihin kustannuksiin, jotka syntyivät lääninhallituksen vahvistaman toteuttamissuunnitelman mukaisesta toiminnasta. Valtionosuus oli kantokykyluokasta riippuen 29 - 66 prosenttia hyväksyttävistä käyttömenoista. Lisäksi valtionosuutta suoritettiin erikseen hankkeisiin. Niihin suoritettava valtionosuus määräytyi saman asteikon mukaan kuin käyttömenoihinkin. Valtionosuusjärjestelmään kytkeytyi lisäksi tiiviisti suunnittelujärjestelmä, jossa valtakunnallisella taholla määriteltiin valtionosuuden saamisen kannalta sitovia ohjeita toiminnan järjestämisestä sekä kiintiöitiin valtionosuuden maksamisen perusteena olevan henkilökunnan määrä.

Vuoden 1984 alusta voimassa olleen sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuusjärjestelmän piirissä oli kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon ohella myös kunnallinen ympäristöterveydenhuolto (terveydensuojelu), josta yleinen terveydensuojelu kuuluu sosiaali- ja terveysministeriön, eläinlääkintähuolto ja siihen liittyvä hygienia- ja valvonta maa- ja metsätalousministeriön sekä muu elintarvikevalvonta ja tuoteturvallisuusvalvonta kauppa- ja teollisuusministeriön hallinnonalalle. Järjestelmän piiriin otettiin myös raittiustyö vuoden 1989 alusta lukien sekä ympäristöministeriön hallinnonalalle kuuluva ympäristönsuojelun hallinto vuoden 1990 alusta lukien.

### 2.3. Valtionosuusuudistuksen tavoitteet ja keskeiset keinot tavoitteiden toteuttamiseksi

Valtionosuusuudistuksen toteutukseen johtanut valmistelu käynnistyi vuonna 1989. Pääministeri Harri Holkerin hallituksen ohjelmaan perustuen valtioneuvoston kanslia kutsui 9.2.1989 valtiosihteri Teemu Hiltusen selvitysmieheksi valmistelemaan valtionosuus- ja -avustusjärjestelmien uudistusta siten, että valtionosuudet määräytyisivät laskennallisista perusteista. Selvitysmiehen toimeksiannossa tai hänen 7.12.1989 valmistuneessa muistiossaan ei ollut tarkemmin määritelty valmisteltavan uudistuksen tavoitteita.

Selvitysmies Hiltunen ehdotti siirtymistä laskennalliseen järjestelmään, jossa esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuus olisi määräytynyt kunnan asukasluvun, ikärakenteen ja asukastiheyden perusteella. Kantokykyluokitus ei olisi ehdotuksen mukaan vaikuttanut sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuden määrään.

Koska selvitysmies Hiltusen ehdotuksia ei etenäkään sosiaali- ja terveysministeriössä eikä opetusministeriössä katsottu toteuttamiskelpoisiksi, asetti valtioneuvosto 10.4.1990 työryhmän valmistelemaan valtionosuusjärjestelmän uudistamista. Työryhmän puheenjohtajana oli virastovaltuutettu Pekka Ojala ja jäseninä viiden ministeriön valtiosihteerit tai kansliapäälliköt sekä kuntien keskusjärjestöjen johtoa.

Työryhmän toimeksiannon mukaan ehdotusten tuli olla muun muassa seuraavien periaatteiden mukaisia:

- valtionosuusjärjestelmä luo edellytykset julkisten palvelujen tason nostamiseen sekä joustavaan ja kunta- ja hallinnonalakohtaiset erityistarpeet huomioon ottavaan kehitykseen,
- valtionosuusjärjestelmä kannustaa kuntia taloudelliseen toimintaan,
- valtionosuudet määräytyvät laskennallisista perusteista,
- samanaikaisesti valtionosuusperusteiden uudistamisen kanssa kuntien päätös- ja harkintavaltaa sekä taloudellista liikkumavaraa valtionosuuksien käytössä lisätään olennaisesti,
- valtionosuusjärjestelmän hallinto on mahdollisimman yksinkertainen, sekä

- valtion ja kuntien välisessä kustannustenjaossa ei siirtymävaiheessa eikä pitemmällä aikavälillä tapahdu merkittäviä muutoksia.

Ehdotuksessaan työryhmä määritteli uudistuksen tavoitteen seuraavasti:

"Uudistuksen tavoitteena on saada aikaan kuntien valtionosuusjärjestelmä, jossa opetus- ja kulttuuritoimen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäväkohtaisten valtionosuuksien laskennallinen määrä perustuu jäljempänä esitettyihin tekijöihin. Kuntien välisiä taloudellisia eroja tasataan sekä kantokykyluokitukseen perustuvilla tehtäväkohtaisilla valtionosuuksilla että verotulojen täydennyksellä ja yleisillä valtionosuuksilla.

Lähtökohtana on, että valtion ja kuntien välinen kustannustenjako ei uudistuksen vuoksi muutu."

Edellä olevan mukaisesti niin Hiltusen kuin Ojalan työssä asetetut tavoitteet olivat lähinnä järjestelmäkeskeisiä, tavoitteena oli siirtyminen laskennalliseen järjestelmään ilman sen suurempia julkilausuttuja perusteluja. Ojalan työryhmän toimeksiannossa oli todettu syvempiäkin tavoitteita, mutta ne eivät näkyneet enää työryhmän ehdotuksessa.

Kaikkiaan uudistuksen valmistelun taustalla olivat pitkälti taloudelliset tekijät, valtion taholta haluttiin hillitä valtionosuusmenojen kasvua ja toisaalta kunnat halusivat saada lisää taloudellista liikkumavaraa.

Ojalan työryhmän ehdotusten pohjalta alkoi säädösvalmistelutyö, joka sitten johti uudistuksen toteutukseen. Ensi vaiheessa valmistelu tapahtui valtiosihteeri Matti Korhosen johdolla ja vuoden 1991 eduskuntavaalien jälkeisen hallituksen vaihdoksen toteuduttua valtiosihteeri Pekka Tuomiston johdolla.

Valtionosuusuudistuksen lopulliset julkilausutut tavoitteet määriteltiin uudistuksen perusteena olevissa hallituksen esityksessä laiksi kuntien valtionosuuslaiksi ja siihen liittyväksi lainsäädännöksi (HE 214/1991) ja hallituksen esityksessä sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelu- ja valtionosuusjärjestelmän uudistamiseksi (HE 216/1991).

Näiden hallituksen esitysten mukaan tavoitteena oli uudistaa järjestelmä siten, että vanhan suunnittelujärjestelmän ja siihen liittyneen kustannusperusteisen valtionosuusjärjestelmän ongelmat voitaisiin poistaa. Tällainen ongelma oli muun muassa se, että järjestelmä ei riittävästi korostanut kuntien omaa vastuuta järjestää palvelut paikalliset olot huomioon ottaen parhaalla mahdollisella tavalla. Kustannusperusteisen valtionosuiden ei myöskään katsottu kannustaneen toimintojen järjestämiseen riittävän taloudelli-

sesti. Järjestelmä oli myös hallinnollisesti raskas ja eri valtionosuusjärjestelmät poikkesivat keskeisiltä osiltaan toisistaan.

Näiden ongelmien poistamiseksi perustavoitteeksi asetettiin valtionosuusjärjestelmän uudistaminen siten, että se takaisi riittävät palvelut kaikille niitä tarvitseville samalla kun se olisi taloudellinen, tehokas, mahdollistaisi kunnille laajan toimintavapauden ja olisi hallinnollisesti yksinkertainen. Samalla tavoitteena oli kuntien ohjaus- ja seuranta-järjestelmien uudistaminen ja tähän liittyvä normien purku. Tavoitteena oli kuitenkin säilyttää valtioneuvostolla mahdollisuus osoittaa kunnille sosiaali- ja terveydenhuollossa keskeiset tavoitteet palvelujen kehittämiseksi.

Todellisiin kustannuksiin perustuneen ja tehtäviin sidotun valtionosuuden ei katsottu kaikissa tapauksissa kannustaneen riittävästi kuntia taloudelliseen toimintaan, koska ne joutuivat vastaamaan ainoastaan osasta mahdollisesti syntyviä lisäkustannuksia. Jos kunnan valtionosuusprosentti oli 66, oli sen oma vastuu esimerkiksi miljoonan markan lisäkustannuksista vain 340 000 markkaa lopun 660 000 markan jäädessä valtion vastuulle.

Tavoitteena olikin sellainen valtionosuusjärjestelmä, jossa valtionosuuden suuruus määräytyisi kunnan omasta kustannuskehityksestä riippumatta kustannuksiin vaikuttavien objektiivisten tekijöiden perusteella. Tämän arvioitiin johtavan siihen, että toiminnan tarpeellisuus ja tehokkuus nousisivat aikaisempaa tärkeämmiksi tekijöiksi kunnallisessa päätöksenteossa.

Valtionosuusjärjestelmät ovat yleensä edellyttäneet tarkkaa kustannusten ja toiminnan selvittelyä ja eri viranomaisten päätöksiä. Tämä merkitsi runsaasti hallinnollista työtä, jonka katsottiin alentaneen palvelutuotannon tehokkuutta. Jotta palvelujen järjestäminen ja niiden toimivuus muodostuisivat sosiaali- ja terveydenhuollossa keskeiseksi, tavoitteena oli tähän toimintaan vaikuttavan valtionosuuksien hallintomenettelyn yksinkertaistaminen.

Toisaalta toiminnan jatkuvan kehittämisen kannalta tärkeäksi katsottiin, että valtionosuus seuraa koko maan tasolla kustannusten kehittymistä. Sen vuoksi lähtökohtana oli valtion ja kuntien välisen kustannustenjaon säilyttäminen vakaana.

Valtionosuusuudistuksen yhteydessä tavoitteena oli lisäksi kuntien toimintavapauden lisääminen siten, että hallintoa ja toiminnan järjestämistapoja sääntelevää normistoa purettaisiin. Tämän katsottiin mahdollistavan aikaisempaa paremmin paikallisten olosuhteiden huomioon ottamisen palveluja järjestettäessä ja tuotettaessa.

Uudistuksen tavoitteena ei sen sijaan ollut itse palveluja koskevien välittömien muutosten aikaansaaminen. Kuntien lakisäätteiset velvoitteet palvelujen järjestämiseksi säilytettiin ennallaan. Palvelujen näkökulmasta tavoitteena oli lähinnä se, että valtionosuuden käyttöön sekä hallinnon ja toiminnan järjestämiseen liittyvien rajoitusten poistaminen mahdollistaisi aikaisempaa paremmin paikallisten olosuhteiden huomioon ottamisen. Näin palvelujen käyttäjien tarpeiden arvioitiin tulevan parhaiten tyydytetyiksi.

Keinoina asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi nähtiin aikaisemman suunnittelujärjestelmän ja siihen liittyneen valtionosuusjärjestelmän uudistaminen kokonaisuudessaan. Suunnittelujärjestelmässä lähtökohdaksi asetettiin edelleenkin se, että valtioneuvosto voi osoittaa valtakunnallisella suunnitelmalla kunnille ja kuntayhtymille keskeiset tavoitteet toiminnan kehittämiseksi. Valtakunnallisen suunnitelman sitovuudesta katsottiin kuitenkin perustelluksi luopua.

Samalla luovuttiin aikaisemmin lääninhallituksille alistettujen kuntien ja kuntayhtymien toteuttamissuunnitelmien laatimisesta ja vahvistamisesta. Tällöin kuntien oma vastuu toimintansa suunnittelemisesta ja kehittämisestä korostui. Säilyttämällä valtakunnallinen suunnitelma varmistettiin kuitenkin se, että valtakunnallisesti voidaan osoittaa keskeiset tavoitteet sosiaali- ja terveydenhuollolle.

Valtionosuuksien kohdalla keinona tavoitteiden saavuttamiseksi nähtiin käyttökustannusten valtionosuuden määrittäminen jatkossa laskennallisesti, valtionosuuksien maksaminen vain kunnille (aikaisemmin myös kuntayhtymät saivat käyttökustannusten valtionosuutta) sekä valtionosuuden käyttötarkoitussidonnaisuuden poistamisen.

Jotta kunnat voivat saamansa valtionosuuden ja kunnallisveron tuotolla vastata palvelujen tarpeeseen, tuli valtionosuuden laskennallisten määräytymisperusteiden kuvata palvelujen tarvetta ja tätä kautta niiden tuottamisesta syntyviä kustannuksia. Lähtökohtana oli siten objektiivisten perusteiden määrittäminen. Tehtyjen selvitysten perusteella tällaisiksi todettiin muun muassa kunnan asukkaiden määrä, ikärakenne, asukkaiden sairastavuus sekä työttömyysaste kunnassa, mitkä tekijät otettiin laskentaperusteiksi. Lisäksi yhtenä määräytymisperusteena säilyi edelleenkin kunnan kantokykyluokka, jonka avulla tasattiin kuntien välisessä taloudellisessa asemassa olevia eroja.

Laskennallisessa valtionosuudessa voi olla vaarana se, että valtionosuuksien määrä ei seuraa todellista kustannusten kehitystä. Tämä voisi johtaa siihen, että tavoitteena ollut valtion ja kuntien välisen kustannusten jaon säilyttäminen ei olisi toteutunut. Siksi valtionosuuksien kokonaismäärä haluttiin sitoa koko valtakunnan tasolla kustannuskehitykseen. Tämä tapahtuu siten, että vuosittain kustannuskehitys otetaan huomioon laskennallisesti. Joka neljäs vuosi selvitetään lisäksi todellinen kustannuskehitys, jonka

perusteella valtion ja kuntien välinen kustannustenjakko tulee palauttaa alkuperäiselle tasolle.

Keinona valtionosuusjärjestelmän hallinnolliseksi keventämiseksi nähtiin se, että kunnilta ei enää edellytettäisi toimenpiteitä valtionosuuden saamiseksi. Kunnat voisivat saada valtionosuudet hakemuksetta. Menettely poistaisi kunnista kaiken valtionosuuksien saamiseksi tarvittun hallinnollisen työn. Lisäksi uusi järjestelmä olisi valtionhallinnossa selvästi aikaisempaa yksinkertaisempi. Valtionosuus voidaan laskea kunnille automaattisen tietojenkäsittelyn avulla yleisistä tilastoista saatavien tietojen pohjalta. Tämä merkitsee kunnittaisten yksityiskohtaisten tilinpäätös- ja muiden vastaavien tietojen käsittelyn jäämistä pois valtionhallinnosta.

#### 2.4. Palvelujen järjestäminen

Vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä on kunnalla. Keskeinen nykyisen valtionosuusjärjestelmän piirissä oleva erityislainsäädäntö, jossa säädetään kunnan lakisääteisistä tehtävistä sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisessä ovat sosiaalihuoltolaki (710/82), lastensuojelulaki (683/83), laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista (380/87), kehitysvammaisten erityishuollosta annettu laki (519/77), päihdehuoltolaki (41/86), laki lasten päivähoidosta (36/73), raittiustyölaki (828/82), kansanterveystalvelu (66/72), erikoissairaanhoidot (1062/89), mielenterveystalvelu (1116/90), terveydensuojelulaki (763/94) ja tartuntatautilaki (583/86).

Lisäksi järjestelmän piiriin kuuluu maa- ja metsätaloustalveluministeriön hallinnonalalta eläinlääkintöhuoltolaki (90/685), kalahygienialaki (330/94), lihahygienialaki (511/94), muna-valmistehygienialaki (517/94) ja maitohygienialaki (671/94), kauppa- ja teollisuusministeriön hallinnonalalta elintarvikelaki (361/95) ja tuoteturvallisuustalvelu (914/86) sekä ympäristöministeriön hallinnonalalta kuntien ympäristönsuojelun hallinnosta annettu laki (64/86).

Järjestettävien lakisääteisten talvelujen vähimmäislaajuus määräytyy mainittujen erityislakien sekä sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain perusteella.

Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain mukaan kunta voi järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon alaan kuuluvat tehtävät hoitamalla toiminnan itse, sopimuksin yhdessä muun kunnan taikka muiden kuntien kanssa, olemalla jäsenenä toimintaa hoitavassa kuntayhtymässä tai hankkimalla talveluja valtiolta, toiselta kunnalta, kuntayhtymältä tai muulta julkiselta tai yksityiseltä talvelujen tuottajalta.

Hankkiessaan palveluja yksityiseltä palvelujen tuottajalta, on kunnan ja kuntayhtymän huolehdittava siitä, että ostetun palvelun taso vastaa kunnalliselta toiminnalta edellytettävää tasoa. Käytännössä tämä merkitsee sitä, että erityislainsäädännön edellyttämiä laaduntakeita, kuten kelpoisuusehtoja ja ryhmäkokoja, on noudatettava. Lisäksi palvelun käyttäjältä on perittävä samat maksut kuin kunnan itse järjestämistä vastaavista palveluista.

Säädettäessä kuntien tehtävistä ja toisaalta kuntien järjestäessä lakisääteisiä toimintojaan tulee huomioon ottaa erityislainsäädännön ohella myös hallitusmuodon säännökset kuntien asemasta ja toisaalta perusoikeussäännökset.

Kuntien itsehallinnolla on perustuslain suoja. Suomen Hallitusmuodon (jäljempänä hallitusmuoto) 50 §:n mukaan kuntajaotus on hallinnollinen perusjaotus. Hallitusmuodon 51 §:n 2 momentin mukaan kuntain hallinnon tulee perustua kansalaisten itsehallintoon, niinkuin erityisissä laeissa siitä säädetään.

Elokuun 1995 alussa tulivat voimaan uudet perusoikeussäännökset (969/95). Perusoikeusuudistuksen yhteydessä ei muutettu hallitusmuodon kuntien itsehallinnon suoja-säännöksiä. Kunnille perusoikeusuudistuksesta mahdollisesti aiheutuvista uusista tehtävistä ja velvoitteista on säädettävä lailla. Lainsäätäjä on velvollinen säätämään tai pitämään voimassa lait, jotka turvaavat perusoikeudet.

Uuteen hallitusmuodon 15 a §:ään on koottu keskeiset sosiaaliturvaan liittyvät perusoikeussäännökset. Sen mukaan jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Lailla taataan jokaiselle oikeus perustoimeentulon turvaan työttömyyden, sairauden, työkyvyttömyyden ja vanhuuden aikana sekä lapsen syntymän ja huoltajan menetyksen perusteella. Julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Julkisen vallan on myös tuettava lapsen huolenpidosta vastaavien mahdollisuuksia turvata lapsen hyvinvointi ja yksilöllinen kasvu. Julkisen vallan tehtävänä on edistää jokaisen oikeutta asuntoon ja tukea asumisen omatoimista järjestämistä.

Hallitusmuodon 5 §:n yhdenvertaisuussäännöksen 1 momentti takaa ihmisille yhdenvertaisen aseman lain edessä. Uuden 2 momentin syrjäntäkiellolla on erityistä merkitystä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää kehitettäessä.

Hallitusmuodon 16 § edellyttää muun muassa asioiden asianmukaista ja joutuisaa käsitteilyä viranomaisissa. Säännös velvoittaa julkista valtaa huolehtimaan toimintojensa järjestämisestä hyvää hallintokäytäntöä noudattaen.

Uuteen hallitusmuodon 16 a §:n 1 momenttiin on kirjattu julkiselle vallalle asetettu velvollisuus edistää ihmisoikeuksien ja perusoikeuksien toteutumista.

## **2.5. Käyttökustannusten valtionosuusjärjestelmä**

Sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannusten valtionosuus määräytyy laskennallisesti kunnan asukasluvun, väestön ikärakenteen, sairastavuuden ja työttömyyden perusteella. Kunta voi lisäksi saada korotuksen valtionosuuteen laajan pinta-alan, harvan asutuksen tai saaristoisuuden perusteella. Kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannusten valtionosuus suoritetaan yhtenä kokonaisuutena, mutta valtionosuus lasketaan erikseen terveydenhuollon ja sosiaalihuollon tekijöiden perusteella. Ennen vuotta 1996 myös kunnan kantokykyluokka vaikutti valtionosuuden suuruuteen, mutta vuoden 1996 alusta lukien luokitus on poistettu.

### **2.5.1. Määräytymisperusteiden valintakriteerit ja perusteiden kuvaus**

Sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannusten valtionosuuden laskennallisten määräytymistekijöiden valinta vuoden 1993 valtionosuusuudistusta valmisteltaessa perustui kustannusperusteisen valtionosuusjärjestelmän seurantatietoihin ja selvityksiin sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusrakenteesta.

Uudistusta valmisteltaessa asetettiin valtionosuuden määräytymisperusteille eräitä sisältöön ja tietojen saatavuuteen liittyviä vaatimuksia. Ensinnäkin määräytymisperusteen tuli kuvata sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tarvetta kunnassa tai sellaisia kunnan erityisolosuhteita, joilla on merkitystä palveluiden tuotantokustannusten kannalta. Tärkeänä pidettiin sitä, että tekijää koskevat tiedot saadaan säännönmukaisesti yleisistä tilastoista kaikkia kuntia koskevinä. Erillistä valtionosuuksien määräytymistekijöihin liittyvää tiedonkeruuta haluttiin välttää. Niin ikään tekijöiden valinnan kriteerinä pidettiin sitä, että tekijän arvoon ei voida suoraan kuntien eikä muidenkaan tahojen päätöksenteon avulla vaikuttaa. Valtionosuuden määräytymisperusteita ei haluttu kovin useita, jotta ei käytettäisi samaa ilmiötä kuvaavia tekijöitä aiheettomasti ja jotta voidaan arvioida kunkin tekijän merkitys valtionosuuden kannalta. Valinnassa korostettiin myös sitä, ettei määräytymisperusteen arvo saisi yleensä muuttua vuosittain voimakkaasti. Näin haluttiin taata valtionosuuksien markkamäärän ennakoitavuus myös väestömäärältään pienissä kunnissa.

Suurin osa valtionosuudesta määräytyy kunnan väestön ikärakenteen mukaan. Vuosittain määritellään ne markkamäärät, joiden perusteella kunta saa valtionosuutta asukasta kohden 0 - 6-vuotiaiden, 7 - 64-vuotiaiden, 65 - 74-vuotiaiden ja 75 vuotta täyttäneiden ikäryhmissä.



Taulukko 1. Vuosien 1995 ja 1996 ikäryhmittäiset valtionosuudet.

	terveydenhuolto		sosiaalihuolto	
	mk/as		mk/as	
	1995	1996	1995	1996
0 - 6-v.	984	1 163	7 409	8 603
7 - 64-v.	928	1 097	355	434
65 - 74-v.	2 310	2 724	3 249	3 833
75 - v.	3 709	4 374	2 998	3 533

Ikärakenteen perusteella määräytyy vuoden 1996 sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksista koko maan tasolla 85,7 prosenttia.

Terveydenhuollon valtionosuutta laskettaessa otetaan huomioon myös kunnan asukkaiden sairastavuus. Sitä mitataan ikävakioidulla kuolleisuudella, joka lasketaan vertaamalla kunnan ikärakennetta ja kuolleisuutta viiden vuoden ajalta koko maan ikäryhmittäiseen kuolleisuuteen vastaavana aikana. Koko maassa ikävakioitu kuolleisuus on 1; kuntien kertoimet vaihtelevat välillä 0,6 - 1,5. Sairastavuuden perusteella määräytyvä valtionosuuden markkamäärä saadaan, kun kerrotaan sairastavuuden mukaan määräytyvä keskimääräinen markkamäärä (vuonna 1996 455 mk) kunnan asukkaiden sairastavuuden mukaisella kertoimella ja kunnan asukasluvulla. Koko maassa sairastavuustekijän perusteella määräytyy 12,7 prosenttia sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuudesta.

Mikäli kunnassa on alle 4 asukasta maaneliökilometriä kohti, korotetaan ikärakenteen ja sairastavuuden perusteella määräytyvää terveydenhuollon valtionosuutta kertomalla se luvulla  $1 + 4 * (4 - \text{kunnan asukastiheys})/100$ . Vuonna 1996 korotusta saa 46 kuntaa. Korotus on näiden kuntien osalta keskimäärin 6 prosenttia terveydenhuollon valtionosuuteen. Saaristokunnat (14 kpl) saavat ikärakenteen perusteella määräytyvään terveydenhuollon valtionosuuteen 10 prosentin korotuksen. Koko maan puitteissa asukastiheyden ja saaristotekijän perusteella määräytyy vain 0,2 prosenttia sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuudesta.

Terveydenhuollon valtionosuutta laskettaessa otetaan huomioon myös kunnan pinta-ala. Mikäli kunnan maapinta-ala ylittää  $1\,250\text{ km}^2$ , korotetaan terveydenhuollon ikärakenteen perusteella määräytyvää valtionosuutta kertomalla se luvulla  $1 + 4 * (\text{kunnan pinta-ala}/1\,250 * 100)$ . Vuonna 1996 pinta-alakorotuksen saa 37 kuntaa. Korotus on keskimäärin 12 prosenttia, mutta yksittäisellä kunnalla korotus voi olla tätä huomattavasti suurempikin, enimmillään 49 prosenttia. Koko maan osalta tekijän merkitys jää 0,4 prosenttiin sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuden kokonaismäärästä.

Sosiaalihuollon valtionosuutta laskettaessa otetaan ikärakenteen lisäksi huomioon työttömyys. Jos kunnan työttömyysaste on suurempi kuin maassa keskimäärin, korotetaan sosiaalihuollon valtionosuutta kertomalla se luvulla  $1,4 * (\text{kunnan työttömyysaste} - \text{koko maan työttömyysaste})/100$ . Vuonna 1996 korotuksen saa 190 kuntaa. Korotusta saavien kuntien lukumäärä vaihtelee kuitenkin vuosittain melko paljon. Yksittäisille kunnille työttömyystekijällä on merkitystä. Koko maan osalta tekijän perusteella määräytyy 1 prosentti sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuden kokonaismäärästä.

Ennen vuotta 1996 voimassa olleiden säännösten mukaan kunnan lopullinen sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuus saatiin, kun edellä kerrotulla tavalla erikseen määritellyt terveydenhuollon valtionosuus ja sosiaalihuollon valtionosuus laskettiin yhteen ja saatu summa kerrottiin kunnan kantokykyluokkakertoimella. Vuoden 1996 alusta lukien kantokykyluokitus poistettiin ja sen seurauksena myös kantokykyluokkakertoimista luovuttiin.

#### Taulukko 2. Kantokykyluokkakertoimet (ennen vuotta 1996).

Kantokykyluokka	Kerroin
1-5	1,5
6	1,4
7	1,3
8	1,2
9	1,1
10	1,0

Koko maassa sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuden kokonaismäärästä 27 prosenttia määräytyi kantokykyluokan perusteella.

Toteutettaessa vuoden 1993 valtionosuusuudistus siirrettiin tehtäväkohtaisista valtionosuuksista (OPM ja STM) toistakymmentä prosenttia kuntien verotulojen täydennykseen ja yleiseen valtionosuuteen. Samalla uudistuksen yksi lähtökohdista oli, että valtion ja kuntien välinen kustannustenjakko säilytetään vuoden 1992 tasolla, eli valtionosuuden kokonaismäärä on noin 41 prosenttia kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaiskustannuksista. Tämä johti siihen, että tehtäväkohtaisiin valtionosuuksiin vaikuttavien tekijöiden muuttuessa tuli myös kuntien yleistä valtionosuutta tarkistaa, jotta kustannustenjakko säilyisi laskennallisesti samana kuin ennen uudistusta.

STM:n ja SM:n valtionosuuksien välinen yhteys on merkinnyt sitä, että valtion toimenpiteistä johtuvan sosiaali- tai terveydenhuollon menojen lisääntyessä esimerkiksi 100 miljoonalla markalla on STM:n valtionosuuksia korotettu noin 36 miljoonalla markalla ja SM:n valtionosuuksia noin 5 miljoonalla markalla.

Lainsäädännön edellyttämä menettely on kuitenkin osoittautunut hallinnollisesti hankalaksi ja epätarkoituksenmukaiseksi. Kaikkien toimintamuutosten yhteydessä on jouduttu erikseen selvittämään ja budjetoimaan muutokset myös kuntien yleisiin valtionosuuksiin. Käytännön hankaluuksia on syntynyt erityisesti silloin kun muutokset ovat olleet pieniä.

### **2.5.2. Vuoden 1996 alusta voimaan tulleet muutokset**

Kuntien valtionosuuslainsäädäntöä muutettiin vuoden 1996 alusta osana vireillä olevaa valtion ja kuntien välisten taloudellisten ja toiminnallisten suhteiden uudistamisprojektia. Projektin tavoitteena on lisäksi uudistaa valtionosuusjärjestelmää edelleen vuoden 1997 alusta lukien.

Vuoden 1996 alusta voimaan tulleista muutoksista säädettiin eräistä kuntien valtionosuuksien järjestelyistä vuonna 1996 annetussa laissa (1443/95, jäljempänä poikkeuslaki), sekä kuntien valtionosuuslain muuttamisesta annetussa laissa (1444/95) ja sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain muuttamisesta annetussa laissa (1446/95). Tärkein muutos oli kantokykyluokitukseen perustuvan valtionosuuksien porrastuksen poisto. Kantokykyluokituksen poistaminen sekä aikaisempien vuosien valtionosuusleikkaukset otettiin huomioon ikäryhmittäisten valtionosuuksien markkamäärissä. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannusten valtionosuuksia vähennettiin edelleen 1 984 miljoonalla markalla. Valtionosuuksiin ei tehty vuonna 1996 myöskään kustannustason muutoksesta aiheutuvia tarkistuksia.

Poikkeuslain perusteella on luovuttu vuonna 1996 toteutettavasta valtion ja kuntien välisestä kustannustenjaon tarkistuksesta. Tämän vuoksi valtion ja kuntien välistä kustannustenjakoa ei palauteta vuoden 1996 aikana sellaiseksi kuin se oli vuonna 1992. Voimassa olevan lainsäädännön mukaan kustannustenjaon tarkistaminen tehtäisiin seuraavan kerran vuonna 2000.

Kantokykyluokituksen poistamisen vuoksi sekä vuonna 1995 toteutettujen valtionosuusleikkausten ottamiseksi huomioon korotettiin vuoden 1996 ikäryhmittäisten valtionosuuksien markkamääriä sekä sairastavuuden perusteella määräytyvää asukas kohtaista keskimääräistä markkamäärää kertomalla vuoden 1995 markkamäärät luvulla 1,182. Muut valtionosuuteen vaikuttavat tekijät pysyivät ennallaan.

Vuoden 1996 valtionosuus lasketaan erikseen sosiaalihuollon ja terveydenhuollon osalta. Niiden yhteismäärästä vähennetään mainitun 1 984 miljoonan markan valtionosuusvähenyksen toteuttamiseksi kunnan asukasta kohden 391 markkaa. Lisäksi kunnalle maksettavassa valtionosuudessa otetaan huomioon kuntien valtionosuuslaissa säädetyllä tavalla verotulojen tasaus ja muut valtionosuusjärjestelmän muutoksesta aiheutuvat tasaukset.

**Taulukko 3. Eri määrätymistekijöiden osuus sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannusten valtionosuudesta vuosina 1995 ja 1996**

	1995 milj. mk	%	1996 milj. mk	%
Sosiaalihuolto				
- ikärakenteen perusteella	6 916,5	33,3	8 250,6	45,7
- työttömyysastekorotus	<u>149,0</u>	<u>0,7</u>	<u>185,3</u>	<u>1,0</u>
	7 065,5	34,0	8 435,9	46,7
Terveydenhuolto				
- ikärakenteen perusteella	6 090,0	29,4	7 238,4	40,0
- sairastavuuden perusteella	1 935,2	9,3	2 295,6	12,7
- asukastiheyskorotus	22,9	0,1	27,3	0,2
- saaristokorotus	4,7	-	5,5	-
- pinta-alakorotus	<u>61,9</u>	<u>0,3</u>	<u>73,1</u>	<u>0,4</u>
	8 114,7	39,1	9 639,9	53,3
Kantokykyluokan perusteella	<u>5 580,6</u>	<u>26,9</u>	-	-
Yhteensä	20 760,8	100,0	18 075,8	100,0
Valtionosuuksien leikkaus <sup>1)</sup>	- 2 819,0	- 13,6	-	-
Valtionosuuksien lisä- leikkaus vuonna 1996	-	-	<u>- 1 983,8</u>	<u>- 11,0</u>
Valtionosuus	17 941,8	86,4	-	89,0

1) Sisältyy vuonna 1996 ikärakenne- ja sairastavuuskriteereihin

Hallinnollisen työn vähentämiseksi sosiaali- ja terveysministeriö tuli 1.1.1996 lukien lääninhallitusten sijasta valtionapuviranomaiseksi käyttökustannusten valtionosuuksia koskevassa päätöksenteossa ja maksatuksessa. Muutoksen johdosta myös oikaisumenetelyä koskevaa säännöstöä muutettiin vastaavasti.

Vuoden 1996 alusta lukien katkaistiin myös sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksien ja kuntien yleisen valtionosuuden välinen yhteys. Eri valtionosuuksia hoitavien hallinnonalojen sisällä tapahtuvat määrätymisperusteiden muutokset otetaan jatkossa huomioon vain asianomaisen hallinnonalan valtionosuuksissa.

### 2.5.3. Käyttökustannusten valtionosuuksien laskenta ja maksatus

Valtionosuusuudistusta valmisteltaessa pidettiin tarkoituksenmukaisena säilyttää suunnittelun ja käyttökustannusten valtionosuusjärjestelmän tehtävät lääninhallituksilla aikaisemman lainsäädännön mukaisesti. Valtionosuuksien kunnittainen laskenta ja maksatus toteutettiin kuitenkin sosiaali- ja terveysministeriön ylläpitämän keskitetyn tietojenkäsittelyjärjestelmän avulla, vaikka lääninhallitukset tekivät vuoteen 1995 asti kuntakohtaiset valtionosuuspäätökset. Lääninhallituksilla on suora yhteys ministeriön atk-järjestelmään. Laskennan tulokset hyväksyttiin lääninhallituksissa ennen valtionosuuspäätösten tekemistä. Päätöksiin kohdistuvia oikaisuvaatimuksia kunnat ovat tehneet erittäin harvoin, eikä päätöksiä ole näiden oikaisuvaatimusten perusteella jouduttu muuttamaan.

Hallituksen esityksessä (216/91) arvioitiin käyttökustannusten valtionosuuksien laskemisen automaattisen tietojenkäsittelyn avulla merkitsevän lääninhallituksissa merkittävän työpanoksen (noin 30 - 40 henkilötyövuotta) vapautumista sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuustehtävistä. Esitetty arvio on kuitenkin osoittautunut ylimitoitetuksi. Valtionosuusuudistuksen myötä vapautui lääninhallituksissa niiden oman ilmoituksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuustehtävistä noin 22 henkilötyövuotta vastaava työpanos. Vastaavaa tietoa valtionosuusuudistuksen vaikutuksista kunnallishallinnon puolella ei ole saatavissa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon käyttömenojen valtionosuuksien laskenta perustuu julkishallinnon, kuten Väestörekisterikeskuksen, työministeriön ja Maanmittauslaitoksen rekistereistä ja Tilastokeskuksen tilastoista saataviin tietoihin. Tietojärjestelmä kehitettiin ennen valtionosuusuudistuksen voimaantuloa vuoden 1992 syksyllä sosiaali- ja terveysministeriössä.

Tiedot atk-järjestelmään hankitaan valtionosuusvuotta edeltävän vuoden lopulla ja valtionosuudet lasketaan yleensä vuoden viimeisinä päivinä. Vaikka lääninhallitukset ovat ennen vuotta 1996 olleet sosiaali- ja terveydenhuollon asioissa valtionosuusviranomaisina, on laskenta ollut perusteltua tehdä yhdellä valtakunnallisella atk-järjestelmällä. Esimerkiksi kunnan sairastavuuskertoimen määrittäminen vaatii kaikkien kuntien kuolleisuustietojen samanaikaista käsittelyä. Tietokanta kokonaisuudessaan on varsin pieni. Keskitetyn atk-järjestelmän ansiosta on käsittely samanaikaista ja yhtenäistä koko maan osalta.

Vuoden 1996 alusta lukien käyttökustannusten valtionosuustehtävät siirtyivät kokonaisuudessaan sosiaali- ja terveysministeriölle. Ministeriö tekee kuntien valtionosuuksia

koskevat päätökset ja käsittelee myös niitä koskevat mahdolliset oikaisuvaatimukset.

## **2.6. Perustamishankkeiden valtionosuusjärjestelmä**

### **2.6.1. Vuoden 1993 alusta voimaan tullut uudistus**

Vuoden 1993 alusta voimaan tulleen STVOL:n myötä ei perustamishankkeiden sääntelyssä tapahtunut asiallisesti suuria muutoksia. Perustamishankkeet jaetaan suuriin ja pieniin hankkeisiin kustannusten suuruuden perusteella. Suuret perustamishankkeet, niiden valtionosuuteen oikeuttavat enimmäiskustannukset ja aloittamisvuodet hyväksytään erikseen valtioneuvoston hyväksymässä sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisessa suunnitelmassa. Vuosille 1996 - 1999 hyväksytyn valtakunnallisen suunnitelman mukaan suuria hankkeita ovat kokonaiskustannuksiltaan yli 25 miljoonan markan hankkeet.

Pieniä hankkeita ovat valtakunnallisen suunnitelman mukaan kustannuksiltaan 2 - 25 miljoonan markan hankkeet. Pienistä hankkeista on valtakunnallisessa suunnitelmassa ainoastaan niiden kustannusten enimmäismäärä koko maassa. Lääninhallitukset vahvistavat pienet hankkeet valtion talousarviossa hyväksytyn ja sosiaali- ja terveysministeriön lääneille alueellistaman kiintiön rajoissa.

Kustannuksiltaan alle 2 miljoonan markan hankkeita varten ei pääsääntöisesti myönnetä erillistä hankkeiden valtionosuutta. Tätä rajaa pienempiä hankkeita voidaan poikkeuksellisesti hyväksyä, jos hankkeen rahoitus muodostuisi kunnan tai kuntayhtymän jäsenkuntien asukasmäärän ja taloudellisen aseman vuoksi kunnalle tai kuntayhtymälle erityisen rasittavaksi. Harkinta on tässä suhteessa suoritettava jo ennakolta hankekiintiötä vahvistettaessa. Käytännössä on toisaalta lähdetty siitä, että kustannuksiltaan aivan vähäisiä hankintoja tai toimenpiteitä ei voida pitää perustamishankkeina.

Perustamishankkeen valtionosuus laskettiin ennen vuotta 1996 kunnittain kantokyykyluokkien perusteella. Kantokyykyluokittainen porrastus oli seuraava:

**Taulukko 4. Perustamishankkeiden valtionosuusprosentti kunnan kantokyykyluokituksen mukaan ennen vuotta 1996.**

kantokyykyluokka	valtionosuusprosentti
1	70
2	65
3	60
4	55
5	50
6	45
7	40
8	35
9	30
10	25

Lääninhallitus vahvistaa kunnalle tai kuntayhtymälle ainoastaan pienten hankkeiden valtionosuuteen oikeuttavat enimmäiskustannukset (kiintiön). Valtion viranomaisen ei vahvista hankkeen piirustuksia, tilaohjelmaa tai muitakaan yksityiskohtia. Kunnallista päätösvaltaa rajoittaa ainoastaan se, että hankkeen tulee olla siihen käyttötarkoitukseen, joka on ollut vahvistuksen perusteena ja se, että valtionosuutta maksetaan enintään hankkeelle vahvistetun kiintiön mukaisiin kustannuksiin.

Uudistuksen yhteydessä myös perustamishankkeen aineellinen sisältö pysyi pääosin ennallaan. Merkittävin ero on se, että nykyisessä järjestelmässä maa-alueen hankintaa ja siitä aiheutuvia kustannuksia ei voida sisällyttää perustamishankkeeseen. Muutoksella yhdenmukaistettiin perustamishankkeen käsite opetus- ja kulttuuritoimen vastaavien hankkeiden kanssa.

Perustamishankkeen määrittelyä täsmennettiin lisäksi aiempaan verrattuna siten, että hankkeen edellytetään muodostavan toiminnallisen kokonaisuuden. Toiminnallisen kokonaisuuden määrittämisen avulla voidaan selvittää hankkeiden käsittelyä erityisesti silloin, kun kustannukset ovat lähellä perustamishankkeen vähimmäiskustannusten rajaa ja kysymys siitä, onko kyseessä erillisen valtionosuuden piiriin tuleva hanke vai ei, on tulkinnanvarainen.

Käytännössä samaan toiminnalliseen kokonaisuuteen sisällytetään kaikki toiminnot, jotka ovat välttämättömiä ennen kuin toiminta voi alkaa suunnitellussa muodossa. Näin ollen

toiminnalliseen kokonaisuuteen kuuluu esimerkiksi rakennukseen liittyvä toimintavarustus. Toiminnallista kokonaisuutta voidaan arvioida myös sillä perusteella, voitaisiinko toiminnot toteuttaa toisistaan riippumatta vai ei. Sen sijaan toiminnallista kokonaisuutta ei voida arvioida pelkästään sillä perusteella, miten hankkeen kustannukset jakautuvat eri vuosille tai onko kyse yhdestä vai useammasta rakennuksesta tai laitehankinnasta.

### **2.6.2. Vuoden 1996 alusta voimaan tulleet muutokset**

Valtionosuuslainsäädäntöä muutettiin vuoden 1996 alusta siten kuin edellä kohdassa 2.5.2. todettiin. Tässä yhteydessä toteutettu kuntien kantokykyluokituksen poisto vaikutti myös perustamishankkeiden valtionosuuden määräytymisperusteisiin. Uudessa järjestelmässä valtionosuuden määrä perustuu kuntien tasattuihin laskennallisiin verotuloihin. Samassa yhteydessä hankkeiden valtionosuusasteikkoa muutettiin siten, että valtionosuuden enimmäismäärä aleni 70 prosentista 50 prosenttiin kustannuksista. Kuntien ja kuntayhtymien omarahoitusosuuden korottamisen arvioidaan johtavan siihen, että hankkeiden tarve ja mitoitus arvioitaisiin aiempaa perusteellisemmin. Valtionosuus on pienimmillään edelleen 25 prosenttia.

Valtionosuuden suuruus on uudessa järjestelmässä 50 prosenttia niille kunnille, joiden tasattu laskennallinen verotulo on tasausrajalta, josta säädetään kuntien valtionosuuslain 9 §:n 1 momentissa. Jos kunnan laskennallinen tasattu verotulo ylittää tasausrajan vähintään täydellä prosentilla, alenee valtionosuus vastaavasti yhdellä prosenttiyksiköllä jokaista tasausrajaa laskettua täyttä ylitysprosenttia kohden. Koska valtionosuuden suuruus on toisaalta vähintään 25 prosenttia, muodostuu lopputuloksena 26 eri valtionosuusporrasta yhden prosenttiyksikön välein. Valtionosuuden porrastus on tällöin aiempaa valtionosuusasteikkoa selvästi matalampi.

### **2.6.3. Perustamishankkeiden käsittely ja valtionosuuksien maksaminen**

#### *Perustamishankkeiden yleinen käsittelyprosessi*

Perustamishankkeiden toteuttamisen lähtökohtana ovat kuntien ja kuntayhtymien esitykset toteutettavista hankkeista. Kunnat ja kuntayhtymät tekevät lääninhallituksille esityksensä tulevien neljän vuoden (= suunnitelmakauden) hankkeista joulukuun loppuun mennessä. Kuntien esitysten perusteella lääninhallitus vahvistaa helmikuun loppuun mennessä STVOL 31 §:n nojalla suunnitelmakauden ensimmäisenä vuonna aloitettavat suuret hankkeet sekä pienten hankkeiden valtionosuuteen oikeuttavien kustannusten enimmäismäärän (= kiintiön). Myöhemmille vuosille lääninhallitus antaa hankkeita koskevan ennakkoratkaisun.



Lääninhallitus ei näin ollen vahvista yksittäisiä pieniä hankkeita tai niiden toteuttamistapaa, vaan ainoastaan kiintiön. Hankekiintiön markkamääräinen muuttaminen tai yksittäisen hankkeen merkittävä laadullinen muuttaminen edellyttää kuitenkin, että lääninhallitus vahvistaa kunnan tai kuntayhtymän esityksestä hankesuunnitelman muutoksen. Lainsäädännön periaatteellisena lähtökohtana on kuitenkin se, että lääninhallitusten päätöksenteolla ei voida sitovasti määrätä yksittäisen pienen hankkeen toiminnallista sisältöä.

Lääninhallitukset voivat vahvistaa pieniä perustamishankkeita niille alueellistetun kiintiön rajoissa. Lääneille alueellistetut kiintiöt perustuvat valtion talousarviossa ja valtakunnallisessa suunnitelmassa hyväksytyyn kokonaiskiintiöön, jonka sosiaali- ja terveysministeriö jakaa läänien kesken. Hankekiintiöt alueellistetaan vuosittain sen jälkeen, kun valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä on hyväksytty. Alueellistettaessa kiintiöitä eri lääneille on otettu huomioon erityisesti läänien aiempien kiintiöiden suuruus sekä kiintiön osuus suhteutettuna kuntien hanke-esityksiin ja läänin väestömäärään.

Helpottaakseen perustamishankkeiden käytännön käsittelyä sosiaali- ja terveysministeriö vahvistaa hankesuunnitelman ja hankkeista tehtävän valtiosuusselvityksen kaavat STVOL 38 §:n perusteella. Perustamishankkeen toteuttaminen on STVOL 25 §:n mukaan aloitettava joko sinä vuonna, jona se on vahvistettu toteutettavaksi, tai seuraavana vuonna. Sosiaali- ja terveysministeriö voi erityisestä syystä hakemuksesta päättää, että hanketta saadaan ryhtyä toteuttamaan jo ennen kuin se on vahvistettu toteutettavaksi. Käytännössä tätä menettelyä on käytetty kuitenkin melko vähän.

### *Valtionosuuden maksaminen*

Perustamishankkeiden päätöksenteko ja valtionosuuden laskenta hoidetaan sosiaali- ja terveysministeriön kehittämän yhteiskäyttöisen atk-järjestelmän avulla. Perustamishankkeiden tietokantaan kootaan kaikkien hallinnonalan hankkeiden ominaisuus- ja kustannustiedot sekä valtionosuuksien maksatustiedot koko toteutusajalta. Tietojärjestelmän avulla voidaan seurata valtakunnallisen suunnitelman tavoitteiden ja lääneittäisten hankekiintiöiden toteutumista.

Perustamishankkeeseen suoritettavan valtionosuuden maksatus perustuu kaavamaiseen ennakkomaksujärjestelmään. Valtionosuus maksetaan kunnalle tai kuntayhtymälle kuukausittain viimeistään kuukauden 20. päivänä yhtä suurissa erissä hankkeen arvioituna toteuttamisaikana. Ensimmäinen erä suoritetaan hankkeen aloitusta koskevan ilmoituksen saapumista seuraavan kuukauden aikana.

Perustamishankkeiden valmistumisen jälkeen seuraa valtiosuusselvitysvaihe. Lopullinen valtiosuusselvitys tehdään siinä vaiheessa, kun suuri perustamishanke tai saman toteuttajan kaikki saman vuoden kiintiöstä aloitetut pienet perustamishankkeet ovat valmistuneet. Myös valtiosuusselvitykset käsitellään hankkeiden atk-järjestelmällä.

## **2.7. Normipurku vuoden 1993 valtiosuusuudistuksen yhteydessä**

### **2.7.1. Normipurku 1980-luvulla**

Valtiosuusuudistuksen keskeisiä tavoitteita oli vahvistaa kunnallista itsehallintoa, edistää toimintojen taloudellisuutta ja tehokkuutta sekä parantaa kansalaisten vaikuttamismahdollisuuksia. Samalla tavoitteena oli uudistaa kuntien ohjaus- ja seurantajärjestelmä sekä tähän liittyen normien purku.

Normipurun taustalla oli myös se, että nykymittaan kehittyneellä kunnallisella sosiaali- ja terveydenhuollolla arvioitiin olevan muun muassa henkilöstön hyvän koulutustason perusteella riittävät edellytykset ja voimavarat itsenäiseen päätöksentekoon ja vastuunottoon kuntalaisten hyvinvointipalveluista.

Kunnallista toimintaa koskeva sääntely oli lisääntynyt osana puite- ja tavoitelainsäädännön toimeenpanoa erityisesti 1970-luvulla. Tultaessa 1980-luvulle tähän normintaan kiinnitettiin lisääntyvässä määrin huomiota ja erityisesti keskusvirastojen normintaa ryhdyttiin karsimaan osana niin sanottua normihanketta. Kuntiin kohdistettua normiohjausta rajoitettiin lisäksi viranomaisten määräyksiä ja ohjeita koskevista toimenpiteistä annetulla lailla (573/89) eli niin sanotulla normilailla. Lain mukaan kuntia ja kuntayhtymiä koskevien sitovien määräysten tulee perustua laissa olevaan yksilöityyn valtuutukseen. Laki ja sitä täydentävä valtioneuvoston päätös hallintoviranomaisten määräyksiä ja ohjeita koskevista toimenpiteistä (786/89) ovat määräaikaisina voimassa vuoden 1996 loppuun.

Kunnallisen päätösvallan lisäämiseen ja normien purkuun tähtäsi myös vapaakuntakokeilu. Vapaakuntakokeilusta annetun lain (718/88) ja sitä täydentävien säännösten nojalla on vuoden 1989 alusta kokeilua toteutettu 56 vapaakunnassa ja yli 200 hallinnon kokeilukunnassa. Myöhemmin kokeilu on ulotettu koskemaan myös kuntayhtymiä. Kokeilun tavoitteena on kuntien itsehallinnollisen aseman vahvistaminen, kuntien hallinnon ja palvelujen kehittäminen, voimavarojen käytön tehostaminen sekä kansanvaltaisen päätöksenteon ja kuntalaisten osallistumismahdollisuuksien lisääminen. Kokeilua on jatkettu (1052/92) vuoden 1996 loppuun ja se on tehty mahdolliseksi kaikille kunnille.

### 2.7.2. Valtionosuusuudistus

Valtionosuusuudistuksen yhteydessä jatkettiin 1980-luvulla alkanutta normipurkua. Erityislainsäädännön hallintosäännöksiä uudistettiin siten, että pakollisista lautakunnista (sosiaalilautakunta, terveyslautakunta ja raittiuslautakunta) luovuttiin ja erityislaeissa säädetään, että kunnalla tulee olla asianomaista tehtävää varten monijäseninen toimielin. Kunnanvaltuusto päättää hallinnon järjestämisestä kuntalain, aikaisemmin kunnallislain, säännösten perusteella. Kunnan toimielimiä ovat kunnanhallitus ja sen jaostot, lautakunnat ja niiden jaostot, johtokunnat ja niiden jaostot sekä toimikunnat.

Myös erityislaeissa olevat säännökset johtosäännöistä kumottiin. Johtosääntö annetaan ja sen sisältö määräytyy kuntalain perusteella. Kehitysvammalaista kumottiin liittohallitusta, erityishuoltoneuvostoa, erityishuoltopiirin johtajaa ja toimintayksikön vastaavaa johtajaa koskevat säännökset. Erikoissairaanhoidolaista kumottiin liittohallitusta, sairaalan johtokuntaa sekä yliopistollisen sairaalan johtokuntaa ja ylilääkäritoimikuntaa koskevat säännökset. Lisäksi samanaikaisesti valtionosuusuudistuksen voimaantulon kanssa muutettiin erikoissairaanhoidolakia siten, että kunta voi hankkia erikoissairaanhoidon palveluja muultakin sairaanhoitopiiriltä kuin siltä, johon kunta kuuluu.

Mainittujen säännösten kumoamisen jälkeen kunnanvaltuusto/yhtymävaltuusto päättää hallinnon järjestämisestä kuntalain perusteella. Lisäksi kuntien päätösvaltaa lisättiin muun muassa palveluista perittävien maksujen, henkilökunnan kelpoisuusehtojen ja virkarakenteen määrittämisessä.

Aikaisempaan suunnittelujärjestelmään sisältynyt henkilökunnan määrän ja rakenteen ohjaus poistettiin. Lainsäädäntö mahdollistaa kuitenkin henkilökunnan enimmäismäärän säätelyn valtakunnallisella suunnitelmalla eräissä tapauksissa. Tällaista säätelyä ei ole kuitenkaan toteutettu yhtenäkkään vuonna. Erityislaeista poistettiin säännökset pakollisista virkanimikkeistä ja kumottiin muita virkoja koskevia säännöksiä. Lakisääteinen täydennyskoulutusvelvoite poistettiin lukuunottamatta työterveyshuoltoa.

Sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusehtoja uudistettiin 1 päivänä tammi-kuuta 1993 voimaan tulleella asetuksella (804/92). Kelpoisuusehdoissa siirryttiin yleisesti ottaen nimikekohtaisista kelpoisuuksista koulutustasokohtaisiin kelpoisuusehtovaatimuksiin. Ainoastaan sosiaalityöntekijöiden kohdalla säilyi nimikekohtainen kelpoisuusvaatimus. Koulutustasoiksi muodostuivat ylempi korkeakoulututkinto, opistoasteinen ammatillinen tutkinto, kouluasteinen ammatillinen tutkinto sekä riittävän koulutuksen taso.

Lasten päivähoidossa luovuttiin ryhmäkokosäätelystä ja siirryttiin käyttämään lasten sekä hoito- ja kasvatushenkilöstön keskinäiseen suhdeluukuun perustuvaa säätelyä. Päivähoidon asetusmuutos säädettiin olemaan voimassa määräaikaaisesti 31.7.1996 saakka. Asetusta valmisteltaessa edellytettiin, että ennen määräajan umpeutumista on selvitettävä uudistuksen vaikutukset päiväkotien toiminnassa ja lasten hoidossa.

Lisäksi kansanterveislain pakkokuntayhtymiä koskeva säännös kumottiin. Erityishuoltopiirin ja sairaanhoitopiirin yhdistämiseen ei myöskään tarvita enää valtioneuvoston lupaa. Myös kuntayhtymien jäsenkuntien keskinäisiä taloudellisia suhteita koskevia säännöksiä kumottiin.

Valtion viranomaisen mahdollisuus kutsua terveyslautakunta koolle poistettiin. Sosiaali- huoltolain ja kansanterveislain säännökset tietojen antamisesta lääninhallituksille kumottiin. Terveyskeskuksen ja sosiaalihuollon toimintayksikön käyttäminen opetustoimintaan perustuu jatkossa aina sopimukseen.

### **2.7.3. Kunnallislain osittaisuudistus vuonna 1993**

Vuoden 1976 kunnallislakia muutettiin useita eri kertoja. Periaatteellisesti merkittävin kunnallislain muutos (979/92) toteutettiin vuoden 1993 alusta eli samaan aikaan kun valtiosuus uudistus tuli voimaan.

Kunnallislain uudistuksella pyrittiin joustavoittamaan päätöksentekoa ja hallinnon järjestämistä. Erityisesti pyrittiin edistämään kuntien välistä yhteistoimintaa. Kunnallislain mainitulla muutoksella kuntainliitot muuttuivat vuoden 1993 alusta lukien kuntayhtymiksi. Kuntayhtymäsäännöksillä kuntayhtymän jäsenkunnat sopivat hallinnon muodoista, taloudesta ja muista asioista kuntayhtymän perussopimuksessa. Tavoitteet olivat etenkin hallintoa koskevien säännösten osalta pitkälti saman suuntaiset kuin valtiosuus uudistuksen yhteydessä toteutetulla normipurulla.

### **2.7.4. Kuntalaki**

Pääosin 1.7.1995 voimaan tullut kuntalaki (365/95), jolla kumottiin vuoden 1976 kunnallislaki siihen myöhemmin tehtyine muutoksineen, on kunnallishallintoa koskeva yleislaki, joka sisältää perussäännökset kunnallishallinnon yleisestä järjestysmuodosta. Sillä säännellään kuntien itsehallinnon välttämättömät edellytykset. Kuntalain mukaan kaikissa kunnissa tulee olla kunnanvaltuusto, kunnanhallitus, kunnanjohtaja, tilintarkastuksesta vastaava tarkastuslautakunta ja varsinainen tilintarkastaja. Kunnan hallintomenettely järjestetään hallintosäännöllä.

Kuntalain 8 §:ssä on kunnan ja valtion suhteita koskeva yleissäännös. Kuntien toiminnan ja talouden yleinen seuranta kuuluu sisäasiainministeriölle. Lääninhallituksella ei ole enää kuntalain nojalla yleistä toimivaltaa puuttua oma-aloitteisesti kuntien toiminnassa havaitsemiinsa laillisuusvirheisiin. Lääninhallitus voi kantelun johdosta tutkia, onko kunta toiminut voimassa olevien lakien mukaan.

Kunnan eri hallinnonaloilla valtion viranomaisten oikeus ohjata ja valvoa kunnan ja sen viranomaisten toimintaa säilyy edelleen kuntalaista huolimatta. Laaja-alaisin kuntiin kohdistuva toimivalta lääninhallituksilla on valtiosuuslainsäädännön perusteella. Valvonnan tehostamiseksi lääninhallituksille on säädetty mahdollisuus asettaa uhkasakko silloin, kun kunta tai kuntayhtymä on jättänyt noudattamatta laissa tai lain nojalla säädetyn tai määrätyn velvoitteen. Tätä koskevat säännökset sisältyvät STVOL 42 §:ään ja kuntien valtiosuuslain (688/92) 27 §:ään. Sellaisia valtiosuusustehtäviä, joissa lääninhallituksella on ohjaus- ja valvontavaltaa, ovat muun muassa kansanterveystyö, erikoissairaanhoido, ympäristöterveydenhuolto, sosiaalihuolto ja kehitysvammaisten erityishuolto.

## **2.8. Asiakasmaksut**

### **2.8.1. Valtiosuusuuudistusta edeltäneet maksusäännökset**

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista perittävät asiakasmaksut määräytyivät ennen valtiosuusuuudistusta erityislainsäädäntöön perustuvien useiden erillisten asetusten mukaan. Koska maksusäännökset olivat useissa eri laeissa ja asetuksissa, merkitsi tämä samalla sitä, että eri palveluissa maksusäännökset olivat ainakin yksityiskohdissaan toisistaan poikkeavia.

Lähtökohtana säännöksille oli yleensä se, että maksuja voitiin periä ainoastaan silloin kun siitä oli nimenomaisesti säädetty. Maksun suuruus oli lisäksi määrätty täsmällisesti siten, että kunnilla ei juurikaan ollut mahdollisuutta poiketa säädetystä maksusta. Jos todellisuudessa perityt maksut alittivat asetuksella säädettyt maksut, oli tästä seuraamuk- sena valtiosuuden vähennys.

### **2.8.2. Vuoden 1993 alusta voimaan tulleet maksusäännökset**

Valtiosuusuuudistuksen yhteydessä uudistettiin myös asiakasmaksuja koskevat säännökset kokonaisuudessaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista perittäviä maksuja koskevat säännökset ovat nyt sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetussa laissa

(834/92, jäljempänä asiakasmaksulaki) ja asetuksessa (916/92, jäljempänä asiakasmaksuasetus). Säännökset tulivat voimaan vuoden 1993 alusta.

Asiakasmaksuja koskevia säädöksiä uudistettaessa oli lähtökohtana aikaisemmin hajallaan olleiden säännösten kokoaminen yhteen siten, että kaikki asiakasmaksuja koskevat säännökset olisivat mahdollisimman helposti löydettävissä. Lisäksi tavoitteena oli kunnallisen päätösvallan lisääminen ja keskenään erilaisten maksusäännösten ja -periaatteiden yhdenmukaistaminen.

Asiakasmaksulain mukaan kunnallisista sosiaali- ja terveyspalveluista voidaan periä kunnan päättämä maksu. Maksu ei saa kuitenkaan ylittää palvelun tuottamisesta aiheutuvia kustannuksia. Kunnan päätösvaltaa voidaan rajoittaa siten, että lailla voidaan palvelu säätää maksuttomaksi ja asetuksella voidaan säätää palvelusta perittävän maksun enimmäismäärä.

Maksuttomat palvelut on säädetty lain 4 ja 5 §:ssä. Lakia säädettäessä lähtökohtana oli, että pääosa aikaisemmin maksuttomista palveluista säilyisi jatkossakin maksuttomina. Maksuttomia palveluja koskevia säännöksiä muutettiin kuitenkin jo ennen lain voimaantuloa siten, että terveyskeskuksen avosairaanhoidon lääkarissä käynnistä ja kotisairaanhoidosta voidaan periä maksu.

Lisäksi laissa on omat erityissäännöksensä lastensuojelun, työterveyshuollon ja erikoissairaanhoidon erikoismaksuluokan maksuista. Laissa määritellään myös perusteet, joiden mukaan otetaan huomioon erilaiset perhesuhteet määriteltäessä maksukyvyn mukaan määräytyviä maksuja sekä perusteet maksujen perimiselle muilta kuin Suomessa vakituisesti asuvilta. Laissa on lisäksi eräitä muita maksujen määräämiseen liittyviä säännöksiä, kuten käyttämättä jätetystä ajasta perittävä sakkomaksu, viivästyskorko ja maksujen ulosotto.

Lain merkittävin periaatteellinen muutos aikaisempiin säännöksiin verrattuna oli kunnallisen päätösvallan lisääminen. Asiakasmaksulain mukaan kunnat voivat päättää maksuista, jollei lailla tai asetuksella ole toisin säädetty. Aikaisemmin maksuja voitiin yleensä periä ainoastaan silloin kun maksusta oli erikseen säädetty. Lisäksi asetuksella voidaan säätää ainoastaan enimmäismaksu, kunnat voivat päättää, että ne perivät säädettyä alhaisempaa maksua tai että palvelu on kokonaan maksutonta.

Asiakasmaksuasetuksella on määritelty enimmäismaksut esimerkiksi kotona annettavasta palvelusta (kotipalvelu ja kotisairaanhoido), lasten päivähoitosta, terveyskeskuslääkärin vastaanotolla käynnistä, sairaaloiden poliklinikkakäynnistä ja laitoshoidosta. Lisäksi

asetuksella määritellään muun muassa tulot, jotka otetaan huomioon määrättäessä maksukyvyn mukaan määräytyviä maksuja.

Yksittäisiä maksuja koskevat suurimmat muutokset kohdistuivat kotona annettavasta palvelusta (kotipalvelu ja kotisairaanhoido), lasten päivähoitosta ja pitkäaikaisesta laitoshoidosta perittäviä maksuja koskeviin säännöksiin. Kotona annettavassa palvelussa otettiin käyttöön kuukausimaksu aikaisemman työtunteihin perustuvan maksun sijasta, lasten päivähoitossa poistettiin alle 3-vuotiaiden erillinen maksuasteikko ja pitkäaikaisessa laitoshoidossa yhdistettiin sosiaalihuollon ja terveydenhuollon maksusäännökset.

## 2.9. Ohjausjärjestelmä

Edellä todettu normipurku oli samalla osa ohjausjärjestelmän uudistamista. Normipurun lisäksi valtionosuusuudistukseen sisältyi myös muita kunnallisen toiminnan ohjaukseen vaikuttavia muutoksia.

Aikaisempi kustannusperusteinen järjestelmä oli kytkenyt valtionosuudet sekä kunnalliseen toimintaan kohdistuneen valtion ohjauksen tiiviisti toisiinsa. Valtionosuuden saamisen edellytyksenä oli, että kunnat ja kuntayhtymät laativat toteuttamissuunnitelman ja alistivat sen lääninhallituksen vahvistettavaksi. Toteuttamissuunnitelmassa tuli olla selvitys muun muassa toiminnan merkittävistä muutoksista ja voimavaroista. Toteuttamissuunnitelmaa laadittaessa ja vahvistettaessa oli otettava huomioon valtioneuvoston hyväksymä sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallinen suunnitelma. Valtakunnallisessa suunnitelmassa oli runsaasti toiminnan sisältöä säänteleviä normeja, jotka kuntien tuli ottaa huomioon, mikäli ne halusivat saada valtionosuutta. Lisäksi suunnittelujärjestelmän avulla ohjattiin (= säänneltiin) kunnallisen henkilökunnan määrää ja investointeja.

Valtionosuusuudistuksen yhteydessä aikaisempi ohjausjärjestelmä uudistettiin kokonaisuudessaan. Laskennalliseen valtionosuuteen siirtyminen merkitsi samalla, että aikaisemman kaltainen yhteys suunnitelmien ja käyttökustannusten valtionosuuden välillä katkaistiin. Valtionosuuden saamisen ehtona ei enää ole valtioneuvoston hyväksymän valtakunnallisen suunnitelman ohjeiden ja lääninhallituksen vahvistaman toteuttamissuunnitelman noudattaminen. Ohjausjärjestelmän muutos ei sellaisenaan kuitenkaan koskenut perustamishankkeita, joiden osalta järjestelmää on kuvattu edellä kohdassa 2.6.3.1.

Osana valtionosuusuudistusta luovuttiin kuntien ja kuntayhtymien velvollisuudesta laatia toteuttamissuunnitelma. Sen sijaan valtakunnallinen suunnitelma säilytettiin, mutta sen merkitys muuttui aikaisemmasta.

### 2.9.1. Valtakunnallinen suunnitelma

STVOL 5 §:n mukaan valtioneuvoston on kalenterivuositain valtion talousarvion antamisen yhteydessä hyväksyttävä valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä hyväksymisvuotta seuraavan neljän vuoden ajalle.

Valtakunnallisen suunnitelman tulee mainitun lain 6 §:n mukaan sisältää

- 1) sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiselle asetettavat tavoitteet ja ohjeet;
- 2) laissa olevan valtuutussäännöksen nojalla annettavat määräykset;
- 3) sosiaalihuoltoon ja terveydenhuoltoon suoritettavien valtionosuuksien määrät, ikäryhmittäiset valtionosuudet asukasta kohden ja sairastavuuden perusteella määräytyvän valtionosuuden keskimääräisen markkamäärän asukasta kohden sekä arvion kuntien järjestämien sosiaalihuollon ja terveydenhuollon käyttökustannusten yhteismäärästä;
- 4) valtionosuuden määrittämisen perusteena olevan sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön määrän;
- 5) luettelon kokonaiskustannuksiltaan suurista perustamishankkeista, niiden valtionosuuteen oikeuttavat enimmäiskustannukset ja aloittamisvuoden sekä muiden perustamishankkeiden kustannusten enimmäismäärän; sekä
- 6) voimavarojen alueellisen jakamisen perusteet.

Lisäksi suunnitelmassa hyväksytään markkamäärä, jonka ylittävät investoinnit katsotaan perustamishankkeeksi sekä kokonaiskustannuksiltaan suurten perustamishankkeiden ja muiden perustamishankkeiden markkamääräinen raja ja arvio perustamishankkeisiin suoritettavasta valtionosuudesta.

Valtakunnallisessa suunnitelmassa voi olla myös määräyksiä sellaisen keskeisessä asemassa olevan henkilöstön enimmäismäärästä, joiden saatavuuteen liittyvät ongelmat selvästi ovat vaarantamassa yhdenvertaisten palvelujen saamista maan eri osissa. Perusteena tällaisen mahdollisuuden varmistamiseen oli 1980-luvun lopulla vallinnut lääkäripula. Tällöin oli huolta lääkäreiden tarjonnan liiallisesta alueellisesta keskittymisestä samalla kun maan muilla alueilla saattaisi syntyä huomattavaa alitarjontaa.

Valtakunnallisessa suunnitelmassa olevat tavoitteet ja ohjeet eivät ole kuntia ja kuntayhtymiä sitovia. Sosiaali- ja terveystalouden palvelujen järjestämisen näkökulmasta sitovia määräyksiä voisivat olla ainoastaan edellä mainitut STVOL 6 §:n 2 kohdassa mainitut määräyk-



set sekä henkilökunnan enimmäismäärää koskevat määräykset. Käytännössä tällaisia määräyksiä ei kuitenkaan ole annettu. Valtakunnallinen suunnitelma on siten kuntia sitomaton valtioneuvoston tahdonilmaisu.

Suunnitelman valmistelee sosiaali- ja terveysministeriö, maa- ja metsätalousministeriö, kauppa- ja teollisuusministeriö sekä ympäristöministeriö. Suunnitelman kokoaa ja esittelee sosiaali- ja terveysministeriö, jolle muiden ministeriöiden on jätettävä valmistelunsa esitykset vuosittain maaliskuun 15. päivään mennessä. Suunnitelman kokoomisen yhteydessä on kuultava kuntien keskusjärjestöjä.

### **2.9.2. Valtakunnallisen suunnitelman merkitys uudistuksen jälkeen**

Valtakunnallisessa suunnitelmassa on edellä olevan mukaisesti valtioneuvoston hyväksymät tavoitteet ja ohjeet kunnalliselle sosiaali- ja terveydenhuollolle. Nämä eivät ole kuntia sitovia.

Viimeisten vuosien aikana valtakunnallisissa suunnitelmissa on painotettu erityisesti ehkäisevän sosiaali- ja terveyspolitiikan merkitystä, palvelurakenteen uudistamista avohoitopainotteiseksi sekä palvelujen saatavuuden ja laadun turvaamista.

Valtakunnallisen suunnitelman merkitystä kunnallisen toiminnan ohjauksessa selvitettiin keväällä 1993 tehdyssä kuntahaastattelussa, jossa oli mukana noin 100 kuntaa. Haastattelun mukaan vuosien 1993 - 1996 valtakunnallisesta suunnitelmasta ja sen tavoitteista oli keskusteltu joko vilkkaasti tai jonkin verran kunnan sosiaali- ja terveystoimen talousarvion ja toimintasuunnitelman yhteydessä 93 prosentissa kunnista. Lisäksi 96 prosenttia kunnista ilmoitti, että suunnitelman tavoitteita oli otettu huomioon paljon (29 %) tai ainakin jonkin verran (67 %). Suunnitelman tavoitteet olivat lisäksi varsin hyvin kuntien virkamiesten tiedossa.

Arvioita valtakunnallisen suunnitelman merkityksestä on saatu vuosittain myös suunnitelmaluonnoksesta saaduissa lausunnoissa. Lausunnot on saatu vuosittain noin 60 eri taholta. Vuosina 1992 - 1995 annetuista lausunnoista on tehty yhteenveto, jossa on tarkasteltu eräiden lausunnonantajien näkemysten kehitystä näinä vuosina. Tämän yhteenvedon perusteella voidaan arvioida myös lausunnonantajien näkemyksiä suunnitelman tarpeellisuudesta.

Ainoastaan muutamissa lausunnoissa on suhtauduttu voimakkaan kriittisesti koko suunnitelmaan, mutta näissäkin kritiikki on kohdistunut lähinnä suunnitelman sisältöön. Pääsääntöisesti esitetyt kommentit ja mahdollinen kritiikki on kohdistunut suunnitelman

yksityiskohtiin. Yksikään lausunnonantaja ei ole esittänyt näkemystä, jonka mukaan suunnitelmasta tulisi kokonaan luopua. Ainoastaan 2 - 3 lausunnonantajaa on todennut, että suunnitelma ei nykyisellään ole merkittävä kunnallisen toiminnan ohjaaja ja että sitä tulisi merkittävästi uudistaa.

Pääosalla lausunnonantajia, joita ovat muun muassa lääninhallitukset, eri ammattijärjestöt, jotkin ministeriöt ja eräät kansalaisjärjestöt, näkemykset suunnitelman sisällöstä näyttävät olevan varsin vaihtelevia. Osa haluaisi suunnitelmaan hyvinkin yksityiskohtaisia ohjeita toimintojen järjestämisestä, osa taas kaipaa varsin yleisluonteisia linjauksia. Valtakunnallisen suunnitelman tarvetta ei kuitenkaan ole asetettu kyseenalaiseksi.

## 2.10 Seuranta ja tilastointi

Valtionosuusuudistuksen yhteydessä uudistettiin myös sosiaali- ja terveydenhuollon tilastojärjestelmä. Tilastouudistuksen pohjatyötä oli tehty jo 1980-luvun lopusta alkaen sosiaali- ja terveysministeriön asetettua vuonna 1989 sosiaali- ja terveystilastojen kehittämistoimikunnan, jonka tehtävänä oli "tehdä ehdotukset tarvittaviksi toimenpiteiksi sosiaali- ja terveystilastojen ja niihin liittyvien tietojärjestelmien yhteensovittamiseksi ja kehittämiseksi".

Toimikunnan ehdotuksen mukaan tuli pyrkiä siihen, että valtakunnallinen tietotuotanto sisällöltään

- vastaa mahdollisimman hyvin tietotarpeita
- on tarkoituksenmukaisesti organisoitu
- eikä sisällä päällekkäistä tiedonkeruuta.

Toimikunta piti tärkeänä myös sitä, että eri tahojen keräämiä tietoja viedään keskitettyihin tietokantoihin.

Toimikunnan ehdotusten perusteella käynnistettiin varsinainen tilastojärjestelmien uudistustyö vuonna 1993. Tilastouudistus tuli pääosin voimaan vuoden 1994 alusta. Uudistuksen keskeiseksi tavoitteeksi nousi kunnittaisen tiedon tarpeen rationalisointi, tiedon keruun vähentäminen ja jo olemassa olevan tiedon hyödyntäminen. Myös jo kerätyn tiedon saattaminen käyttäjille ja erilaisten tietopalveluvälineiden (esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon tilastotietokanta, SOTKA) kehittäminen koettiin tärkeäksi. Tavoitteisiin pyrittiin muun muassa koordinoimalla eri viranomaisten välistä tiedonkeruuta sekä yhdenmukaistamalla määritelmiä.

Uudistuksen yhteydessä sovittiin, että tilastolain mukaisina tilastoviranomaisina toimivat Stakes ja tilastokeskus. Tilastoviranomaiset voivat tehdä sopimuksia muiden tahojen kanssa tietojen kokoamisesta ja tilastojen tuottamisesta.

Kuntien talous- ja toimintatilaston tiedot kerää tilastokeskus. Stakes on tehnyt tilastokeskuksen kanssa sopimuksen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhteenvetotietojen tuottamisesta taloustilaston yhteydessä. Tilastokeskus toimittaa Stakesin pyytämät tiedot suoraan SOTKAan. Kuntayhteenvetotiedot ovat korvanneet sekä tilastokeskuksen että sosiaali- ja terveysministeriön aiemmin keräämät tiedot. Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelua ja valtionosuuksien seurantaa palvellut sosiaali- ja terveydenhuollon kertomustietojärjestelmä lakkautettiin tilastovuoden 1994 alusta lähtien.

Erikoissairaanhoidon talous- ja toimintatietojen keräämisestä on tehty sopimus Suomen Kuntaliiton ja tilastokeskuksen välillä siten, että tiedot kokoaa Suomen Kuntaliitto joka toimittaa ne tilastokeskuksen käyttöön. Terveydenhuollon toimintatietojen tuottamisesta Stakes on tehnyt sopimuksen Suomen Kuntaliiton kanssa, joka toimittaa kuntien ja kuntayhtymien tiedot suoraan SOTKAan.

Stakes tuottaa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöön liittyvät tiedot tilastokeskuksen palkka- ja työssäkäyntitilaston avulla. Lisäksi terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen terveydenhuollon ammattihenkilöstön keskusrekisteri, jota ylläpidetään yhdessä Stakesin kanssa, antaa lisätietoja työvoimavarannosta.

Tilastouudistuksen yhteydessä uudistettiin myös Stakesin asiakastilastoja ja -rekistereitä, joista merkittävin on hoitoilmoitusjärjestelmä (HILMO). Stakesin hoitoilmoitusrekisteri (entinen poistoilmoitusrekisteri) kuvaa terveydenhuollon laitoshoidon käyttöä ja sairauksien esiintyvyyttä. Vuoden 1995 alusta lukien hoitoilmoitusjärjestelmä kattaa myös sosiaalihuollon laitoshoidon ja niin sanotut välimuotoiset palvelut sekä asiakaslaskentana kotipalvelun ja kotisairaanhoidon. Tämä merkitsee sitä, että eri palveluiden käytöstä, käyttäjäryhmistä sekä palvelurakenteesta ja sen muutoksista on jatkossa mahdollista saada entistä käyttökelpoisempaa tietoa.

Tilastouudistuksen periaatteita oli myös tiedon tuottamisen nopeuttaminen. Tietojen valmistumisajat ovatkin joissain tapauksissa lyhentyneet ja tällä hetkellä muun muassa Stakesissa ollaan tilanteessa, jossa tiedot ovat pääosin valmiina tilastovuotta seuraavana kesänä. Toisaalta esimerkiksi vuosia 1993 ja 1994 koskevan kuntien taloustilaston valmistuminen vuosina 1994 ja 1995 vasta toimintavuotta seuraavan vuoden lopussa on merkinnyt monilta osin tietojen saatavuuden selvää myöhentymistä aikaisempaan verrattuna. Näin esimerkiksi niiden tietojen osalta, jotka aiemmin saatiin sosiaali- ja ter-

veydenhuollon kertomustietojärjestelmästä, sillä kertomustietojärjestelmän tiedot olivat käytettävissä jo toimintavuotta seuraavan vuoden kesällä.

Tilastouudistuksen periaatteena oli myös, että tiedon käyttöä edistetään. Koska valtionosuusuudistuksen ideana oli siirtää kunnille itsenäisempi vastuu palvelujen järjestämisestä, tuli kuntia varten kehittää tätä tukeva tietojärjestelmä. Tietojärjestelmällä kunnat voisivat seurata palvelujensa järjestämistä, tehdä suunnittelua, seurantaa ja vertailua sekä kehittää tutkimus- ja kehittämistoimintaa.

Tällaiseksi tietojärjestelmäksi kehitettiin sosiaali- ja terveydenhuollon tilastotietokanta SOTKA, joka on ollut käytössä syksystä 1995 alkaen. Tietokanta rakennettiin yhteistyössä Stakesin, sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön, Suomen Kuntaliiton, tilastokeskuksen ja kuntien edustajien kanssa.

Stakesin ylläpitämää SOTKA-tietokantaa voidaan pitää käyttäjäystävällisenä, koska eri tiedon tuottajien, esimerkiksi tilastokeskus, Stakes tai KELA, keräämät tiedot on koottu SOTKAan. Tällöin yksittäisen tiedonhakijan ei tarvitse enää miettiä kuka on tiedon tuottaja ja mistä yksittäiset tiedot löytyisi.

SOTKA-tietokantaan on koottu hallinnonalan ja siihen tiiviisti liittyviä kuntakohtaisia tietoja vuodesta 1990 alkaen noin 20 tiedon tuottajalta yli 2 700 tietoa kultakin vuodelta. SOTKAN tietolähteitä ovat muun muassa tilastokeskuksen kuntien talous- ja toimintatilasto, väestötiedot, palkkatilasto, työssäkäyntitilasto, Kuntaliiton terveyskeskustilasto ja sairaalatilasto sekä KELA:n sairastavuustiedot.

SOTKA antaa mahdollisuuden kuntien palvelujärjestelmän, käytettyjen resurssien ja kustannusten vertailuun. Syksyn 1995 aikana järjestettiin kunnille mittava koulutus, jossa kuntia ja lääninhallituksia koulutettiin, ei vain tietokannan, vaan myös tietojen käyttöön.

## **2.11. Perusturvalautakunta**

Valtionosuusuudistuksen yhteydessä perustettiin sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön yhteyteen valtakunnallinen perusturvalautakunta. Lautakunnan tavoitteeksi asetettiin välttämättömiä peruspalvelujen tasavertaisen saatavuuden turvaaminen maan eri osissa. Tasavertaisuuden turvaaminen on tarkoitus toteuttaa siten, että perusturvalautakunta voi sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön aloitteesta selvittää, vastaavatko yksittäisen kunnan järjestämät palvelut maassa yleisesti hyväksytyä tasoa. Jos lautakunta toteaa, että palvelujärjestelmässä on kunnasta johtuvasta syystä vakavia puutteita, voi se antaa suosituksen puutteiden korjaamisesta.

Eduskunnalle annetun hallituksen esityksen mukaan perusturvalautakunnan suositusten toteuttamatta jättäminen olisi voinut johtaa kunnan saaman valtionosuuden perimiseen ta-  
kaisin valtiolle joko kokonaan tai osittain siltä ajalta kun palvelut ovat lautakunnan to-  
teamalla tavalla puutteelliset. Eduskuntakäsittelyn yhteydessä lautakunnan suosituksen  
laiminlyöntiin sidottu mahdollisuus valtionosuussanktioon kuitenkin poistettiin.

Lähtökohtana perusturvalautakunnan asettamiselle oli pitkälti ajatus, että tietoisuus  
lautakunnan olemassaolosta on jo sinällään kuntien päätöksentekoon vaikuttava tekijä.  
Tämän vuoksi lautakunnan käsittelyyn tulevien asioiden määrä arvioitiin varsin vähäisek-  
si.

Vuoden 1995 loppuun mennessä sosiaali- ja terveysministeriölle on tullut 27 pääosin  
yksittäisten kansalaisten tai järjestöjen tekemää aloitetta, joissa on esitetty, että kuntien  
palvelujärjestelmän asianmukaisuus tulisi saattaa perusturvalautakunnan selvitettäväksi.  
Valtaosa aloitteista on koskenut yksittäisen kansalaisen saamaa palvelua tai etuutta ja  
palveluihin ja etuuksiin liittyviä oikeusturvakysymyksiä. Aloitteista ainoastaan yksi on  
ollut sellainen, jonka perusteella sosiaali- ja terveysministeriö on tehnyt päätöksen asian  
saattamisesta perusturvalautakunnan selvitettäväksi. Vuonna 1995 tehty päätös koski  
lasten päivähoiton järjestämistä. Päätöksessään lautakunta totesi kunnan lasten päivä-  
hoidon palvelujärjestelmässä olleen vakavia puutteita. Perusturvalautakunta ei kuitenkaan  
antanut suositusta puutteiden korjaamisesta määrääjassa muun muassa siksi, että kunta  
oli myöhemmin ryhtynyt toimiin puutteiden korjaamiseksi.

### **3. VALTIONOSUUSUUDISTUKSEN TALOUDELLISET JA TOIMINNALLISET VAIKUTUKSET**

#### **3.1. Valtionosuusuudistuksen seuranta ja arviointi sosiaali- ja terveysministeriössä**

##### **3.1.1. Ajantasainen seuranta**

Vuoden 1993 alusta sosiaali- ja terveysministeriö aloitti sosiaali- ja terveyspalvelujen ajantasaisen seurannan. Tarkoitus oli kevyellä ja joustavalla tavalla pysyä ajantasalla siitä, minkälaisia sosiaali- ja terveyspalveluja koskevia ratkaisuja kunnat tekevät. Ajantasainen seuranta suunniteltiin tilanteisiin, joissa on tapahtumassa nopeita muutoksia ja joissa on pyrittävä myös ennakoimaan tulevaa. Vuoden, parin takainen tilastotieto ei riitä sosiaali- ja terveyspoliittisten päätösten valmisteluun silloin kun eletään nopeiden muutosten aikaa. Valtionosuusuudistus lisäsi kunnallista päätösvaltaa järjestää palvelut uudella tavalla, mikä olisi voinut vaikuttaa palvelutasoon nopeasti.

Aineistot kerätään tietokoneavusteisin puhelinhaastatteluin. Lääninhallituksen asiantuntijat haastattelevat kuntien johtavia virkamiehiä, tallettavat tiedot samantien levykkeelle ja toimittavat sosiaali- ja terveysministeriöön. Tiedot analysoidaan ja raportoidaan kuukauden sisällä aineiston keruusta. Kullakin haastattelukierroksella haastatellaan otos kunnista sekä kymmenen suurinta kaupunkia. Otokseen kuuluu joka neljäs kunta eli isoja kaupunkeja lukuunottamatta sama kunta tulee haastatelluksi kahden vuoden aikana 1 - 2 kertaa.

Haastattelukierroksia tehtiin vuosina 1993 - 1995 kuusi. Aiheet valittiin aina ajankohittaisen tilanteen mukaan ja ne olivat seuraavat:

- Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksut kunnissa (1993)
- Tingitään valikoiden, laajennetaan harkiten (1993)
- Muutokset eräissä ehkäisevän sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnoissa (1994)
- Sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuus ja riittävyys (1994)
- Apuvälineiden saatavuus (1994)
- Työvoiman käyttö kuntien sosiaali- ja terveydenhuollossa (1995).

### 3.1.2. Vaikutusten arviointi

Sosiaali- ja terveysministeriön tutkimus- ja kehittämismäärärahoilla käynnistettiin eräitä valtionosuusuudistuksen vaikutuksia arvioivia tutkimuksia. Osa tutkimustuloksista on ollut käytettävissä tätä raporttia tehtäessä, osa on vielä raportoimatta. Rahoitetut tutkimukset ovat seuraavat:

Tampereen yliopisto, THL, YTK Jukka Ohtonen; Pienten kuntien terveydenhuollon toimintaedellytysten muutokset

Helsingin yliopisto, THT Ritva Laamanen; Kuntien toimintastrategiat ja palvelurakennepiiri.

Yty ry.; Valtionosuusuudistuksen vaikutus erityisryhmien asemaan.

Oy Suomen Terveystutkimus Ab; Kilpailuolot Suomen terveydenhuollossa.

Oy Suomen Terveystutkimus Ab; Asukkaiden valinnanmahdollisuuksien toteutuminen julkisessa terveydenhuollossa.

Valtionosuusuudistuksen vaikutuksia arvioivaa tutkimusta on tehty runsaasti myös ministeriön alaisissa tutkimuslaitoksissa. Muun muassa sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (Stakes) tulossopimuksessa yhtenä osa-alueena on ollut valtionosuusuudistuksen vaikutusten arviointi. Keskeisintä tältä kannalta ovat valtionosuusuudistuksen määräytymisperusteita koskeva tutkimus ja koko kunnallista palvelutuotantoa koskeva palvelukatsaus.

Tutkimus- ja kehittämismäärärahoista on tuettu myös yksittäisiä tutkimushankkeita, jotka aiheensa ja aineistonkeruunsa perusteella mahdollistavat myös valtionosuusuudistuksen vaikutusten arvioinnin, vaikka se ei niiden tutkimusten päätarkoitus olekaan. Tällaisia tutkimuksia ovat tehneet muun muassa seuraavat:

Stakes ja KELA; Terveydenhuollon väestötutkimus 1995.

Sosiaaliturvan Keskusliitto; Kansalaisten hyvinvoinnin alueelliset tukiverkostot.

Stakes; Kuntien sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiskäytäntöjen selvitys.

Kuopion yliopisto; Lääkäreiden lähete- ja palautekäytäntö.

## **3.2. Vaikutukset voimavaroihin**

### **3.2.1. Käyttökustannukset**

Sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannukset kasvoivat koko 1980-luvun ajan ja kasvu jatkui vielä 1990-luvun alussa vanhan valtiosuusjärjestelmän aikana. Lamasta johtuen kasvu kuitenkin hidastui 90-luvun ensimmäisinä vuosina. Lisäksi voidaan todeta, että eräillä toimintaloikoilla kustannukset kääntyivät laskuun 1992, näin esimerkiksi erikoissairaanhoidossa.

Valtiosuus uudistuksen toteutumisen jälkeisestä kehityksestä käytettävät tiedot eivät ole tilastoinnin muutosten johdosta täysin yhteismitallisia edeltävien vuosien tietojen kanssa. Tämän vuoksi vuosien 1992 ja 1993 välisestä kehityksestä ei ole täsmällistä tietoa.



Vuosien 1993 ja 1994 tietojen perusteella menojen kasvu pysähtyi kyseisinä vuosina. Menojen kehitystä on kuvattu taulukossa 1.

**Taulukko 5. SVOL/STVOL-toiminnan käyttökustannusten rahoitus vuosina 1989-1994, milj. mk**

Vuosi	valtionosuuteen oikeuttavat		muut käyttötulot	valtio	kunnat
	käyttömenot	asiakasmaksut			
1989	41 898	3 050	3 260	17 208	18 380
1990	48 556	3 409	3 698	19 997	21 452
1991	53 832	3 750	4 601	21 942	23 539
1992	55 031	4 376	4 762	22 151	23 742
-----					
1993	49 938	3 230	2 009	20 570	24 129
1994	50 201	3 414	2 100	18 425	26 262

Vuoteen 1992 saakka käyttökustannuksiin maksettu valtionosuus sisältää myös valtionosuuden käyttökustannushankkeisiin (vähintään 1,5 milj. mk ja alle 15,0 milj. mk hankkeet vuonna 1992). Vuodesta 1993 alkaen pienten hankkeiden (2,0 - 25,0 milj. mk) valtionosuudet sisältyvät perustamiskustannusten valtionosuuteen.

Vuosien 1989 - 1992 asiakasmaksut KETI 89-92 rekistereistä, ja muut tiedot VOS 89-92 rekistereistä.

Vuosien 1993 ja 1994 tiedot kuntien taloustilastosta. Eri tilastolähteistä johtuen 1993 ja 1994 tiedot eivät ole vertailukelpoisia aiempien vuosien tietojen kanssa. Merkittävin eroja aiheuttava tekijä on kuntayhtymien tietojen kirjautuminen "nettona", minkä vuoksi 1993 ja 1994 menot ja tulot ovat liian pieniä ja kuntien osuus liian suuri. Vuosien 1993 ja 1994 osalta on lisäksi otettava huomioon, että uudistuksen yhteydessä siirrettiin sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksista kuntien yleisiin valtionosuuksiin ja verotulojen täydennykseen noin 3,1 miljardia markkaa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon koko valtakunnan tason kustannuskehityksen rinnalla yksittäisten kuntien kustannukset voivat kehittyä aivan eri tahtiin. Muutokset voivat olla myös huomattavasti nopeampia kuin koko valtakunnan tasolla, sillä etenkin pienissä

kunnissa kunnan omalla toimintapolitiikalla voidaan vaikuttaa valtakunnantasaosa nopeammin esimerkiksi palvelurakenteeseen tai palvelujen hankintaan. Tämän vuoksi on tarpeen seurata myös kuntakohtaista kehitystä.

Kunnittaisissa kustannuksissa on aina ollut suuria eroja. Asukasta kohden laskettujen kustannusten erot ovat olleet pitkään yli kaksinkertaisia. Vuonna 1990 korkeimmat kustannukset olivat 2,4-kertaiset alimpiin kustannuksiin verrattuna. Erot eivät ole juurikaan muuttuneet valtionosuusuudistuksen jälkeen, sillä vuonna 1994 ero oli 2,3-kertainen (Taulukko ). Kuntakohtaisten kustannusten perusteella näyttäisi siten siltä, että ennen uudistusta esitetyt arviot kuntien välisten erojen kasvamisesta eivät olisi toteutuneet. Kustannusten perusteella ei kuitenkaan voi suoraan arvioida palveluissa tapahtuneita muutoksia tai sitä, ovatko palvelujen saatavuudessa esiintyneet ero kasvaneet.

**Taulukko 6. Sosiaali- ja terveydenhuollon käyttömenot kunnissa vuosina 1990-1994, mk/as.**

	1990	1991	1992	1993	1994
minimi	5 332	5 903	5 812	5 641	5 833
maksimi	12 601	13 533	13 995	13 017	13 242
keskimäärin	8 246	9 037	9 120	8 840	8 792

Lähde: Vuosien 1990-92 käyttömenot KETI 1990-92 rekistereistä ja vuosien 1993 ja 1994 tiedot SOTKA-tietokannasta.

### 3.2.2. Käyttökustannusten valtionosuuksien leikkaukset 1993 - 1996

Valtionosuusuudistuksen voimaantuloavuodesta 1993 alkaen on kuntien käyttökustannusten valtionosuuksia leikattu yksivuotisilla laeilla. Hallitus teki 14.10.1992 periaatepäätöksen julkisen talouden tasapainon parantamisesta. Tähän liittyen valtion vuoden 1993 talousarvion käsittelyn yhteydessä eduskunta hyväksyi lain sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain muuttamisesta siten, että vuonna 1993 kunnan käyttökustannusten valtionosuudesta vähennettiin kutakin kunnan asukasta kohden markkamäärä, joka perustui sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun asetuksen (734/92) mukaisten asiakasmaksutulojen kokonaismäärän muutoksiin vuonna 1993. Tämän perusteella vähennettiin kunkin kunnan valtionosuudesta asukasta kohti 53 markkaa vuonna 1993. Valtionosuuden kokonaismäärä väheni 264 miljoonaa markkaa.

Lisäksi edellä mainitun periaatepäätöksen mukainen vuosia 1993-1995 koskeva palkkaus- ja muiden kulutusmenojen 4 prosentin säästövelvoite toteutettiin korottamalla kuntien osuutta kansaneläkkeiden lisäosamenoista 1 500 miljoonalla markalla.

Julkisen talouden säästöjen aikaansaamiseksi sekä valtion ja kuntien välisten rahoitus-suhteiden tasapainottamiseksi käyttökustannusten valtionosuuksia leikattiin myös valtion vuoden 1994 talousarviossa. Yksivuotisella lainmuutoksella sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuudesta vähennettiin 2 819 miljoonaa markkaa. Tästä 40 prosenttia määräytyi kunnan asukasluvun ja 60 prosenttia veroäyrimäärän perusteella.

Vuoden 1994 valtionosuusleikkausten mitoituksen perusteita ei päätöksissä ole yksilöity. Leikkausten taustalaskelmat perustuivat kuitenkin seuraaviin tekijöihin:

	milj. mk
1. Asiakasmaksutuottojen lisäyksen (vuosina 1993 ja 1994 toteutetut maksukorotukset) "imuroiminen"	502
2. Vuoden 1994 henkilöstömenojen 6,5 prosentin säästövelvoitteeseen liittyvä vähennys	390
3. Perhetukipakettiin liittyen kuntien verotulojen kasvun "imuroiminen"	2 260
4. Vuoden 1993 palkkaus- ja kulutusmenojen 4 prosentin säästövelvoitteeseen liittyen (vuonna 1993 korotettu kuntien osuus kansaneläkkeiden lisäosamenoista ei riittänyt säästövelvoitteen toteuttamiseen)	70
5. Vuoden 1994 indeksikorotusten "imuroiminen"	750
6. Opetusministeriön eräät lisäleikkaukset	<u>385</u>
Yhteensä,	4 357
josta sosiaali- ja terveysministeriön osuus	2 819

Valtion vuoden 1995 talousarvion käsittelyn yhteydessä eduskunta hyväksyi lain, jolla jatkettiin vuodelle 1994 päätettyjä käyttökustannusten valtionosuuksien vähennyksiä. Lisäksi valtionosuuksien keskimääräisiä markkamääriä alennettiin 2,6 prosenttia vuoden 1994 tasosta. Siten vuoden 1995 leikkaukset olivat yhteensä 3 362 miljoonaa markkaa, josta 543 miljoonaa markkaa oli uutta leikkausta. Tämän lisäksi käyttökustannusten valtionosuuksien keskimääräisiin markkamääriin ei tehty kustannustason muutoksesta johtuvia korjauksia.

Valtion vuoden 1996 talousarviossa vuodelle 1995 päätettyjä yhteensä 3 362 miljoonan markan käyttökustannusten valtionosuuksien väliaikaisia leikkauksia jatketaan alentamalla asukaskohtaisia ikäryhmittäisiä markkamääriä. Lisäksi valtionosuuksia alennetaan 1 982 miljoonaa markkaa vuonna 1996. Näin vuoden 1996 sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannusten valtionosuuksien leikkausten yhteismääräksi tulee 5 344 miljoonaa markkaa alkuperäisen valtionosuuslain mukaiseen tasoon verrattuna. Myöskään vuodelle 1996 ei tehdä valtionosuuksien keskimääräisiin markkamääriin kustannustason muutoksen aiheuttamia tarkistuksia.

Valtion vuoden 1996 talousarvioesitystä koskeneissa neuvotteluissa hallitus sopi vuosien 1997 - 1999 lisäsäästöistä. Kuntien valtionosuuksia leikataan yhteensä 1 500 miljoonaa markkaa vuonna 1997 ja 1 300 miljoonaa markkaa vuonna 1998. Jos leikkaus kohdennetaan hallinnonaloittain valtionosuuksien mukaisessa suhteessa, on sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan osuus molempien vuosien säästöistä yhteensä noin 1 500 miljoonaa markkaa.

Näiden leikkausten lisäksi päätettiin kuntien valtionosuuksia leikata valtioneuvoston päätöksellä vuosien 1997 - 1999 menokeyhysiksi 1 000 miljoonaa markkaa vuosittain 1997 - 1999, mistä sosiaali- ja terveydenhuollon osuus on 540 miljoonaa markkaa/vuosi. Hallinnonalojen menokeyhysissä on otettu huomioon myös hallitusohjelman lisäpöytäkirjan mukaiset, julkisten toimintojen tehostamisesta aiheutuvat säästöt, yhteensä 600 miljoonaa markkaa, joista sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalle kohdentuu vuonna 75 miljoonaa markkaa vuonna 1997, 150 miljoonaa markkaa vuonna 1998 sekä 250 miljoonaa markkaa vuonna 1999.

Kustannustason tarkistamatta jättäminen on lisäksi vähentänyt sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannusten valtionosuuksia. Vuoden 1994 talousarvioesityksen valmistelun yhteydessä kustannustason muutokseksi arvioitu 415 miljoonaa markkaa sisällytettiin varsinaisiin laskelmiin, mutta hintakorjaus "imuroitiin" valtionosuusleikkauksen yhteydessä pois. Mikäli kustannustason tarkistukset olisi tehty alkuperäisen valtionosuuslain mukaisina, hintakorjaukset olisivat noin 530 miljoonaa markkaa vuonna 1994, noin 950 miljoonaa markkaa vuonna 1995 ja noin 500 miljoonaa markkaa vuonna 1996. Tällöin vuoden 1996 valtionosuus olisi lähes 2 000 miljoonaa markkaa vuoden 1996 talousarvion mukaista tasoa korkeampi.

**Taulukko 7. Yhteenveto sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannusten valtionosuusleikkauksista ja valtionosuuksista vuosina 1993-1999**

Vuosi	Uusi vähennys milj. mk	Vähennykset yhteensä milj. mk	Valtionosuus milj. mk
1993	264	264	20 570
1994	2 555	2 819	18 425
1995	543	3 362	17 944
1996	1 982	5 344	15 938
1997	1 425	6 769	
1998	777	7 546	
1999	100	7 646	

Jos vuoden 1996 käyttökustannusten valtionosuus maksettaisiin STVOL:n mukaisena ilman leikkauksia ja kustannustason tarkistamatta jättämistä, olisi valtionosuus noin 6,9 miljardia markkaa suurempi. Vuoden 1996 sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannusten valtionosuus on siten lähes kolmanneksen pienempi verrattuna tasoon, joka olisi toteutunut ilman edellä todettuja säästöjä.

Valtionosuusleikkausten ja indeksitarkistusten tekemättä jättämisen vaikutuksia arvioitaessa on otettava huomioon myös muut kunnallistalouteen vaikuttavat tekijät. Näitä tekijöitä on arvioitu kunnallistalouden ja -hallinnon neuvottelukunnan talousjaoston tekemässä selvityksessä "Kunnallistalouden kehitys vuosina 1993 - 1999". Selvityksen mukaan kuntatalous olisi selvästi ylijäämäinen vuosina 1994 ja 1995. Ylijäämän muodostuminen johtui pääasiassa kunnissa toteutetuista säästöistä sekä ennakoitua paremmasta verotulojen kehityksestä.

Kuntien verotulojen kasvun takana on eräitä "kertaluonteisia" tekijöitä. Tällaisena voidaan todeta erityisesti vuonna 1994 toteutettu verotuksen lapsivähennysten poisto. Lisäksi yhteisöveron tuotto on kasvanut ja monet kunnat ovat nostaneet veroäyrin hintaa.

Vuonna 1996 kuntataloutta heikentää edellä mainitun selvityksen mukaan valtionosuuksien leikkaukset ja ylijäämää pienentää myös investointien voimakas kasvu. Vuonna 1997 kuntien menoja lisää ainakin arvonlisäveron palautusten takaisinperinnän muuttuminen täysimääräiseksi. Kuitenkin kuntasektorin talous kokonaisuutena pysyy näinäkin vuosina ylijäämäisenä vuosien 1994 ja 1995 ylijäämien turvin. Kuntien väliset erot rahoitusasemassa voivat kuitenkin olla suuria.

Tarkastelukauden lopussa ylijäämää ei enää arvioitu olevan ja kuntien rahoitusasema heikkenee. Pidemmällä aikavälillä kuntien taloudellinen asema heikkenisi verrattuna sitä tämänhetkiseen ja lähivuosien tilanteeseen. Selvityksen mukaan kuntien talous pysyisi kuitenkin koko tarkastelujakson kohtuullisen hyvässä tasapainossa edellyttäen, että kuntien käyttömenot eivät kasva vuosina 1996 ja 1997 arvioitua enemmän.

### 3.2.3. Perustamishankkeet

Vuodesta 1993 lähtien perustamishankekiintiöiden taso on ollut jatkuvan muutoksen kohteena. Vuosien 1993 - 1996 valtakunnallisessa suunnitelmassa hankekiintiöt olivat 1 200 miljoonaa markkaa vuosittain eli 300 - 400 miljoonaa markkaa pienemmät aikaisempien vuosien tasoon verrattuna. Työllisyyden parantamiseksi vuoden 1993 toisessa ja viidennessä lisätalousarviossa hankekiintiötä korotettiin yhteensä 225 miljoonalla markalla aikaistamalla hankkeita myöhemmiltä vuosilta vuodelle 1993.

Alkuperäisessä vuosien 1994 - 1997 valtakunnallisessa suunnitelmassa vuoden 1994 hankekiintiö oli 775 miljoonaa markkaa ja myöhemmät vuodet 1 200 miljoonaa markkaa vuosittain. Edellisen vuoden tapaan työllisyyden parantamiseksi vuoden 1994 ensimmäisessä lisätalousarviossa hankekiintiötä korotettiin 150 miljoonalla markalla aikaistamalla hankkeita myöhemmiltä vuosilta vuodelle 1994. Tämänkin jälkeen 925 miljoonan markan hankekiintiö vuonna 1994 jäi selvästi matalammalle tasolle valtionosuus-uudistusta edeltäneeseen tasoon verrattuna.

Vuosia 1995 - 1998 koskevassa valtakunnallisessa suunnitelmassa hankekiintiötä leikattiin merkittävästi aikaisemmasta tasosta. Vuoden 1995 hankekiintiö oli alunperin ainoastaan 500 miljoonaa markkaa ja koko suunnitelmakauden kiintiö 2 900 miljoonaa markkaa eli keskimäärin 725 miljoonaa markkaa vuosittain. Jälleen kerran työllisyyden parantamiseksi vuoden 1995 ensimmäisessä lisätalousarviossa hankekiintiötä korotettiin 665 miljoonalla markalla aikaistamalla hankkeita myöhemmiltä vuosilta vuodelle 1995, minkä seurauksena vuoden 1995 hankekiintiöksi muodostui 1 165 miljoonaa markkaa.

Myös vuoden 1996 lisätalousarviossa on osoitettu perustamishankkeisiin 290 miljoonan markan lisäkiintiötä, joka on tarkoitus käyttää kiireellisiin peruskorjaushankkeisiin. Siten vuoden 1996 hankekiintiö on kokonaisuudessaan 700 miljoonaa markkaa.

**Taulukko 8. Sosiaali- ja terveydenhuollon hankekiintiöt vuosina 1989 - 1996 (milj. mk)**

Vuosi	käyttö- kustannus- hankkeet <sup>1)</sup>	perustamis- kustannus- hankkeet <sup>1)</sup>	yhteensä
1989	942,5	671,6	1 614,1
1990	861,5	832,4	1 693,9
1991	1 015,0	650,0	1 665,0
1992	723,1	784,3	1 507,4
	pienet perustamis- hankkeet <sup>2)</sup>	suuret perustamis- hankkeet <sup>2)</sup>	yhteensä
1993	1 013,8	411,2	1 425,0
1994	925,0	-	925,0
1995	893,1	271,9	1 165,0
1996	622,3	77,7	700,0

1) Vuonna 1989 sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannushankkeita olivat kokonaiskustannuksiltaan vähintään 1,2 miljoonan ja alle 12,0 miljoonan markan määräisiksi arvioitut hankkeet, vuonna 1990 vähintään 1,4 miljoonan ja alle 14,0 miljoonan markan hankkeet ja vuosina 1991 - 1992 vähintään 1,5 miljoonan ja alle 15,0 miljoonan markan hankkeet. Edellä todettua pienemmät hankkeet sisältyivät käyttökustannuksiin ja suuremmat hankkeet olivat perustamiskustannushankkeita.

2) Vuoden 1993 alusta voimaan tulleen valtiosuusuudistuksen yhteydessä hankkeet ryhmiteltiin suuriin ja pieniin perustamishankkeisiin. Vuosina 1993 - 1996 kokonaiskustannuksiltaan 2 - 25 miljoonan markan hankkeet ovat olleet pieniä hankkeita ja yli 25 miljoonan markan hankkeet suuria hankkeita. Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta annetun lain (733/92) 21 §:n 2 momentin mukaan perustamishankkeena voidaan pitää myös vahvistettua markkamäärää pienempää toimenpidettä, jos hankkeen rahoitus muodostuisi kunnan tai kuntayhtymän jäsenkuntien asukasmäärän ja taloudellisen aseman vuoksi kunnalle tai kuntayhtymälle erityisen rasittavaksi.

Kustannuksiltaan alle 2 miljoonan markan perustamishankkeita on hyväksytty vain harvoissa tapauksissa. Vuosina 1993 - 1995 on vahvistettu ainoastaan neljä tällaista hanketta. Hankkeet ovat sijainneet Västanfjärdissä, Isojoella, Muoniossa ja Pellossa ja ne ovat olleet laitehankintoja tai pienimuotoisia rakennuskohteita. Mahdollisuutta säädetyn kustannusrajan alittavien hankkeiden hyväksymiseen ei ole siis sovellettu useiden läänien alueella lainkaan. Toisaalta voidaan arvioida, että näiden hankkeiden vähäisestä lukumäärästä johtuen erityistä tarvetta poikkeussäännöksen soveltamisalan tarkempaan sääntelyyn ei ole olemassa.

### 3.2.4. Henkilöstö

Viitteitä sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön määrässä tapahtuneista muutoksista saadaan tarkastelemalla taulukossa olevaa kuntasektorin kuukausipalkkaisten henkilöstörekisteriin perustuvaa yhden päivän poikkileikkausaineistoa. Vuodesta 1990 vuoteen 1994 on kuntasektorin sosiaali- ja terveystoimen henkilöstön määrä vähentynyt 2,8 prosentilla. Kokoaikaista henkilöstöä on jossain määrin korvattu muulla henkilöstöllä. Näin on tehty erityisesti sosiaalitoimessa.

Suurin muutos tapahtui valtionosuusuudistuksen siirtymävaiheessa, jolloin myös taloudellinen lama oli syvimmillään. Kuntasektorin kuukausipalkkaisten henkilöstön määrä väheni sosiaali- ja terveydenhuollossa yli 10 000:lla (lähes 5 %) lokakuusta 1992 lokakuuhun 1993. Muutos johtui erityisesti kokoaikaisen henkilöstön vähenemisestä ja osittaisesta korvaamisesta muulla henkilöstöllä. Sosiaalitoimen kokoaikaista henkilöstöä oli vuonna 1993 lähes kymmenen tuhatta edellistä vuotta vähemmän. Terveydenhuollon henkilöstön määrä väheni noin 2 600:lla. Muun kuin kokoaikaisen henkilökunnan lukumäärä lisääntyi sosiaalitoimessa noin kolmella tuhannella ja terveydenhuollossa noin kuudella tuhannella. Vuoteen 1994 mennessä tilanne tasaantui siten, että kokopäiväisen henkilöstön määrä kasvoi edellisvuodesta runsaalla 4 000:lla ja muun henkilöstön määrä väheni vajalla 2 000:lla. Vuoden 1995 tiedot eivät ole vielä käytettävissä.

**Taulukko . Kuntien sosiaali- ja terveystoimen henkilöstö**

	1990	1992	1993	1994	muutos 90-94 %
sosiaalitoimi	100 744	105 329	98 471	99 741	-1,0
kokoaikaiset	80 897	84 483	74 744	76 976	-4,8
muut	19 847	20 846	23 727	22 765	14,7
terveystoimi	119 716	116 831	113 238	114 445	-4,4
kokoaikaiset	96 110	97 932	88 392	90 412	-5,9
muut	23 606	18 899	24 846	24 033	1,8
yhteensä	220 460	222 160	211 709	214 186	-2,8
kokoaikaiset	177 007	182 415	163 136	167 388	-5,4
muut	43 453	39 746	48 573	46 798	7,7

Lähde: Tilastokeskuksen kuntasektorin kuukausipalkkaisten henkilöstörekisteri, kuukausipalkkaisten lukumäärä 1.10. Lukumääriin ei sisälly virkavapaalla oleva henkilöstö.



Työllistettyjen lukumäärä on kasvanut 1990-luvulla voimakkaasti varsinkin sosiaalitoimen henkilöstössä. Vuonna 1990 työllistettyjen lukumäärä oli sosiaalitoimessa 3 079 (3,1 prosenttia sosiaalitoimen henkilöstöstä) ja terveystoimessa 1 328 (1,1 prosenttia terveystoimen henkilöstöstä). Vuonna 1994 vastaavat lukumäärät olivat 7 162 (7,2 prosenttia) ja 2 465 (2,2 prosenttia).

Merkittävä piirre 1990-luvun kehityksessä on myös sosiaali- ja terveystoimen henkilöstön työttömyyden voimakas kasvu. Kun esimerkiksi vuosikymmenen vaihteessa työttömyysaste oli sosiaalitoimen henkilöstön osalta 3,9 prosenttia, oli se vuonna 1993 17,6 prosenttia ja vuonna 1994 19,1 prosenttia. Vastaavasti terveydenhuollon henkilöstön työttömyysaste oli vuonna 1990 1,7 prosenttia, vuonna 1993 8,0 prosenttia ja vuonna 1994 8,4 prosenttia.

### 3.3. Palvelujen järjestämistavat

Valtionosuusuudistus muutti kunnan ja muiden palvelun tuottajien välisiä suhteita. Käyttökustannusten valtionosuuksia ryhdyttiin maksamaan vain kunnille, ei enää kuntayhtymille. Kuntien vastuu palvelujen järjestämisestä korostui ja samalla mahdollisuudet hankkia niitä aikaisempaa laajemmin yksityisiltä tuottajilta paranivat.

Kuntalaisille tuottavat palveluja oman kunnan lisäksi erikoissairaanhoidon kuntayhtymät (sairaanhoitopiirit), kansanterveystyön kuntayhtymät, kehitysvammahuollon kuntayhtymät (erityishuoltopiirit), ja eräät muut yleensä erityispalveluja tuottavat kuntayhtymät, yksityiset joko järjestöjen ylläpitämät, osuuskunnalliset tai kaupalliset yksiköt ja yritykset sekä valtio.

Ennen valtionosuusuudistuksen voimaantuloa uudistuksen oletettiin vaikuttavan palvelujen tuottamistapoihin ainakin seuraavilla tavoilla:

- kuntayhtymiä puretaan
- kuntayhtymien toimintoja muutetaan osittain kunnan omaksi toiminnaksi
- ostopalvelujen määrä kasvaa
- kilpailuttaminen lisääntyy
- erikoissairaanhoidon hinnoittelu ja kantalaskutus uudistetaan
- perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon suhde muuttuu

- kunnan hallintorakenteet muuttuvat, esimerkiksi lautakuntia yhdistetään ja siirrytään tulosoajukseen
- tilaaja-tuottajamallit yleistyvät.

Tapa, jolla kunta järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelunsa, on sidoksissa moniin eri tekijöihin. Tärkeitä ovat kunta - kuntayhtymä -suhteeseen liittyvät rajoitteet ja ongelmat. Ideologisilla ja moraalisisilla näkökohdilla on myös varsin paljon vaikutusta. Palvelujen tuottajien perimällä hinnalla on vaikutusta ehkä eniten kunnissa, joissa taloudellinen tilanne on vaikea. (Laamanen 1994).

Kuntatutkimuksen mukaan (Laamanen 1994 ja 1995) kunnan talous määrittelee kunnan ylimmän johdon mielestä eniten sitä, miten palvelut järjestetään ja tuotetaan. Kunnan talouden vaikutus palvelujen järjestämisen ja tuottamistapoja koskeviin päätöksiin on lisääntynyt valtionosuusuudistuksen jälkeen verrattuna tilanteeseen ennen uudistusta.

Raha ei kuitenkaan yksin määrittele palvelustrategioita. Esimerkiksi palvelurakennemuutosta on perusteltu myös hoitoideologialla. Väestön tarpeet palvelujen kehittämisessä on useimpien sosiaalijohtajien mielestä voitu ottaa entistä paremmin huomioon. Tarvetekijöiden (väestön ikärakenne, sosioekonominen taso, sairastavuus) vaikutus on vähän suurentunut valtionosuusuudistuksen jälkeen. Kunnan aluerakenne (haja-asutus) vaikuttaa paljolti myös strategiavalintoihin. (Laamanen 1995).

Seuraavissa luvuissa (3.3.1. - 3.3.6.) kuvataan palvelujen järjestämistavoissa tapahtuneiden muutosten yleisyyttä, sitä miten yleisesti kunnat ovat käyttäneet hyväkseen valtionosuusuudistuksen suomia mahdollisuuksia.

### **3.3.1. Muutokset kuntayhtymien toiminnassa**

Viime vuosien merkittävin muutos palvelujen järjestämistavoissa on ollut kunnan oman palvelutuotannon laajentamisstrategia, johon on pyritty muun muassa purkamalla kuntayhtymiä, hajauttamalla palveluja kuntiin tai korvaamalla niiltä hankittuja palveluja muilla palveluilla. Muutos alkoi jo vuosikymmenen alussa mutta valtionosuusuudistus yhdessä kustannusten alentamispaineiden kanssa nopeutti kuntayhtymien purkamista. Käyttökustannusten valtionosuuden siirryttyä kuntayhtymiltä kunnille on kuntien kiinnostus ja halu vaikuttaa kuntayhtymien toimintaan ja varsinkin sen kustannuksiin lisääntynyt.

### *Kansanterveystyön kuntayhtymät*

Kansanterveystyön kuntayhtymien purku alkoi vuosikymmenen alussa. Kun vuonna 1991 kuntayhtymiä oli 192, niin vuonna 1995 niitä oli enää 154. Tällä hetkellä 304 kuntaa on osallisena kansanterveystyön kuntayhtymissä, loput 135 kuntaa järjestävät terveyspalvelunsa itse ja yksi pieni kunta ostaa palvelut kokonaan naapurikunnalta. Terveyskeskustoiminnan kunnan omana toimintana järjestävissä kunnissa asuu 3,3 miljoonaa ihmistä ja kuntayhtymätoimintana järjestävissä loput 1,8 miljoonaa.

Kansanterveystyön kuntayhtymien purku on nostettu esiin lähes kaikissa yhtymää ylläpitävissä kunnissa ja niiden kannattavuuksista on tehty perusteellisia selvityksiä. Purkamisen lisäksi toimintoja on myös osittain siirretty peruskuntien tuottamiksi ja kuntayhtymän toimintaa on supistettu. Kuntayhtymiä on korvattu vapaamuotoisemmalla kuntien välisellä yhteistyöllä.

Kuntayhtymät olivat ennen valtiosuus uudistusta hyvin itsenäisiä saarekkeita. Kuntayhtymille on ollut tärkeää itsenäisyys ja niiden on väitetty vieraantuneen peruskunnan tarpeista. Peruskunnissa taas koetaan terveydenhuollon olevan irrallaan kunnallisesta päätöksenteosta. Kunnallinen terveyspolitiikka syntyy usein kuntayhtymän sisällä. Tämä koetaan ongelmalliseksi, koska kunnilla on vastuu kuntalaisille terveyspalveluista. (Laamanen 1995).

Valtiosuus uudistus vaikutti kuntayhtymien asemaan. Muutos on näkynyt siten, että kunnat ovat pyrkineet lisäämään otettaan kuntayhtymissä. Vaikka kuntayhtymä olisi säilytetty, ovat kunnat pyrkineet terävöittämään päätöksentekoaan niissä.

Kansanterveystyön kuntayhtymien purkautumisen on arvioitu helpottaneen sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä. Tällä hetkellä sosiaali- ja terveydenhuolto on hallinnollisesti yhdistetty 125 kunnassa; 85 prosentissa niistä kunnista, joissa on oma terveyskeskus.

### *Erityispalveluja tuottavat kuntayhtymät*

Erityispalvelut - kuten mielenterveyspalvelut, kasvatus- ja perheneuvolapalvelut, päihdehuollon avo- ja laitospalvelut ja kehitysvammaisten palvelut - olivat ennen valtiosuus uudistusta hyvin yhdenmukaisesti järjestetyt kaikissa kunnissa. Viime vuosina perhe- ja kasvatusneuvolakuntayhtymiä ja päihdehuollon kuntayhtymiä on yleisesti purettu ja mielenterveyspalveluja on siirretty erikoissairaanhoidon kuntayhtymiltä kunnan omaan terveyskeskukseen. Perusteluina on käytetty muun muassa työllistämisenäkökohtia ja

kustannusten säästöjä (Laamanen 1995). Kun jotkut kunnat eroavat kuntayhtymästä ei enää haluta tai uskalleta jäädä maksajaksi yhtymää ylläpitävien harvojen kuntien joukkoon. Perustelu kuntayhtymän järjestämien palvelujen hajauttamiselle kuntiin on pyrkimys tuoda palvelu lähelle sen käyttäjää ja siihen toimintaympäristöön, jonka tarpeista on kyse. Näin ei kuitenkaan aina ole käynyt vaan kuntayhtymiä on purettu ennenkuin vastaavia palveluja on kuntiin perustettu.

Mielenterveyspalvelut tuotti ennen valtiosuusuudistusta erikoissairaanhoidon sairaanhoitopiirit. Vuoteen 1995 mennessä 22 prosentissa kuntia on tapahtunut muutos entiseen nähden. Tavallisinta on, että mielenterveystoimistojen koko työ on muutettu terveyskeskuksen toiminnaksi. (Kokko 1995).

Kasvatus- ja perheneuvolapalvelut ovat paikoin supistuneet tuntuvasti kuntayhtymien purkamisen myötä. Vuonna 1995 palvelut jakoutuivat melko tasaisesti itse tuotettuihin, terveyskeskuskuntayhtymän tuottamiin ja perheneuvolakuntayhtymältä hankittuihin.

Kehitysvammaisten erityishuoltopiirien toiminta on supistunut. Kehitysvammalaitosten hoitopaikat ovat vähentyneet vuosina 1990-95 noin 32 prosentilla. Kunnan on edelleen kuuluttava erityishuoltopiirin kuntayhtymään mutta kuntayhtymän osuus palvelun tuottajana on merkittävästi vähentynyt. Kunnat ovat siirtäneet kuntayhtymien toimintoja omakseen (asumistoimintoja, suojatyötä) ja osin perustaneet aivan uusia yksiköitä. Kehitysvamma-alalle on perustettu myös useita yksityisiä hoito- ja palvelukoteja.

Kuntayhtymien merkitys on oleellisesti vähentynyt myös päihdehuollon palvelujen tuottajina. Noin 150 kuntaa on viime vuosina eronnut kuntayhtymistä. Osa on purettu ja jäljelle jääneistä kahdeksasta enin osa on suurissa vaikeuksissa. Kuntayhtymät tuottavat vain vähän polikliinisiä avopalveluja. Kunnat vastaavat noin 40-prosenttisesti palveluvoimista ja saman verran tuottaa yksityinen A-klinikkasäätiö. Kuntayhtymien tuottama laitospäätyhoito hoitopäivinä arvioituna on laskenut 52 prosentilla vuodesta 1991 vuoteen 1994. Vuonna 1994 kuntayhtymät tuottivat tästä noin neljänneksen, kunnat 36 prosenttia ja päihdehuollon järjestöt 38 prosenttia. Valtion kaikki kuntoutuslaitokset ovat lopettaneet toimintansa Järvenpään sosiaalisairaalaan lukuun ottamatta, joka sekin siirtyi A-klinikkasäätiön hallintaan. Päihdehuollon asumispalveluista noin 60 prosenttia hankitaan yksityisiltä tuottajilta. Purettaessa päihdehuollon kuntayhtymiä ei henkilövoimavaroja tai toimintoja ole lainkaan siirretty kuntiin. (Mäki ja Tiensuu 1995).

Psykososiaalisten erityispalveluiden järjestämiskäytännöt kunnissa ovat hyvin kirjavia. Toisessa ääripäässä ovat kunnat jotka juuri ja juuri täyttävät erityislainsäädännön

vaatimukset tuottaa palveluja tarvetta vastaavasti. Toisessa laidassa ovat kunnat, joissa palvelut on järjestetty hyvin innovatiivisesti ja palvelutaso säilyttäen. (Kokko 1995).

### 3.3.2. Ostopalvelut

Ennen valtionosuusuudistusta yksityisiltä palveluntuottajilta hankittavien ostopalvelujen määrä oli kiintiöity kunnille ja kuntainliitoille vahvistetuilla markkamääräisillä rajoilla. Lisäksi eräissä laeissa, muun muassa kansanterveyslaissa, oli säännöksiä, jotka rajoittivat mahdollisuutta järjestää palveluja ostamalla niitä yksityissektorilta. Ostopalvelujen kiintiöintiä väljennettiin kuitenkin asteittain siten, että kunnilla ja kuntainliitoilla oli 90-luvun alussa melko vapaa mahdollisuus päättää siitä, järjestetäänkö palvelut omana toimintana vai hankitaanko ne ostopalveluna.

Valtionosuusuudistus lisäsi edelleen kuntien mahdollisuuksia järjestää toiminta myös ostopalveluna, sillä kaikki määrälliset ja lainsäädännössä olleet muut rajoitukset poistui-  
vat. Kunnat voivat uudistuksen jälkeen päättää varsin vapaasti sen, miten niiden järjestämisvastuulle kuuluvat palvelut tuotetaan.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa kuntien ostamat palvelut ovat suurelta osin järjestöjen tuottamia. Esimerkiksi päihde- ja vammaishuollossa, vanhusten hoivakotipalveluissa ja ehkäisevässä terveydenhoidossa sosiaali- ja terveysalan järjestöjen rooli on ollut merkittävä. Järjestöjen tuottamat palvelut ovat olleet perinteisesti toisiaan täydentävässä ja varsin vähän toistensa kanssa kilpailevassa suhteessa. Silloin kun kilpailua on syntynyt, se on koskenut pikemminkin laatua kuin hintaa. Valtionosuusuudistuksen myötä tilanne on muuttunut. Terveydenhuollon puolella ostopalveluja on hankittu sosiaali- ja terveydenhuollon järjestöjen ohella melko paljon myös kaupallisilta palvelujen tuottajilta, kuten yksityisiltä lääkäriasemilta ja laboratorioilta.

Viime vuosien aikana yksityisten ostopalvelujen lisääntyminen pysähtyi ja kääntyi sitten laskuun. Lasku on ollut erityisen selvää päihdehuollossa, ehkäisevässä päihdetyössä ja terveydenhuollossa. Jos vastakkain on ollut kunnan oman henkilöstön irtisanominen tai ostopalvelumäärärahojen supistaminen, lähes kaikissa kunnissa on asetettu etusijalle oma henkilöstö. Tämä on merkinnyt sitä, että ne toimintasektorit, joissa yksityisten palveluntuottajien rooli on ollut suuri - esimerkiksi päihdehuolto, fysioterapia ja kuntoutus - ovat joutuneet keskimääräistä suurempien supistusten kohteeksi. Vastoin ennako-  
odusta kunnat ovat siis supistaneet yksityisiltä ostettuja palveluja ja korvanneet niitä osit-  
tain laajentamalla omaa palvelutuotantoa. Päinvastaiset esimerkit ovat harvinaisempia. On kuitenkin myös joitakin kuntia, jotka ovat esimerkiksi ryhtyneet ostamaan yksityisiltä lääkäripalveluja.

Varsinaisten supistusten lisäksi myös muita muutoksia kuntien ja järjestöjen välisissä palveluiden tuotannon suhteissa on tapahtunut. Esimerkiksi vanhuksille ja kehitysvammaisille suunnattu palveluasuminen on kasvanut voimakkaasti viime vuosina sitä on ostettu merkittävästi yksityisiltä palveluntuottajilta, jotka ovat saaneet rahoitusta Raha-automaattiyhdistykseltä.

Valtionosuusuudistuksen jälkeen on kuntien ja palvelujen tuottajien välisissä sopimuksissa tapahtunut eräitä muutoksia. Sopimukset tehdään usein aikaisempaa lyhyemmäksi ajaksi ja sopimusten irtisanomisajat ovat lyhentyneet. Kunnat ovat myös pyrkineet siirtämään sopimukseen perustuvia riskejä palvelujen tuottajille. Tähän ovat tähdänneet esimerkiksi kiinteähintaiset sopimukset lähinnä pienten palvelun tuottajien kanssa (lastensuojelussa, päihdehuollossa). (Kettunen 1994).

### *Uusien yksityisten palvelujen syntyminen*

Yksityisten sosiaalipalveluiden tuottajien määrä on lisääntynyt valtionosuusuudistuksen jälkeen jonkin verran. Stakesin selvityksiinsä saamien vastausten mukaan vuonna 1994 sosiaalihuollon yksityisiä palveluja tuotti 724 palveluntuottajaa tai toimipaikkaa. Eniten yksityisiä palveluntuottajia on lasten päivähoidossa, palveluasumisessa ja vanhusten laitospalveluissa. (Kauppinen 1995). Osuustoiminnallisia yrityksiä on maassa tällä hetkellä joitakin kymmeniä. (Miettinen ja Partanen 1995).

### **3.3.3. Kilpailuttaminen**

Valtionosuusuudistukseen valmistauduttaessa keskusteltiin vilkkaasti siitä, voisiko palveluntuottajien kilpailun aikaansaaminen parantaa palvelujen laatua, lisätä palvelunkäyttäjien valinnanmahdollisuuksia ja tehostaa palvelujen tuotantoa. Palvelujen kilpailuttaminen on kuitenkin osoittautunut vähäiseksi.

Terveydenhuollossa kilpailun taloudellinen merkitys oli vielä vuonna 1994 sangen pieni. Kilpailun arvioitiin koskevan noin 8 - 11 prosenttia tilaajien (terveyskeskusten ja kaupunkien) ja tuottajien (sairaanhoidopiirien sekä julkisten ja yksityisten sairaaloiden) terveysbudjeteista. Vaikka kilpailuttamisen suhteellinen osuus terveysbudjeteista ei ole vielä kovin suuri, oli kilpailun taloudellinen merkitys suurempi, noin 3,5 miljardia markkaa vuonna 1994. (Pekurinen 1994).

Terveydenhuollossa kilpailusta arvioidaan olevan eniten hyötyä laboratorio- ja röntgenpalveluissa, operatiivisissa palveluissa sekä kone-, laite- ja apuvälinehankinnoissa.

Vähiten hyötyä kilpailusta arvioidaan koituvan ennaltaehkäisyssä, psykiatriassa, perusterveydenhuollon vuodeosastohoidossa ja kotisairaanhoidossa.

Tällä hetkellä näyttää siltä, että erikoissairaanhoidon palveluita ei haluta ryhtyä kilpailuttamaan. Kunnat arvioivat realistisesti, että oman sairaanhoitopiirin palveluvalmius ja suurin piirtein nykyisen tason kustannukset on joka tapauksessa katettava. Ennen valtiosuusuudistusta esitettiin arvioita, joiden mukaan valtiosuusuudistus johtaisi siirtymiseen budjettiohjatusta palveluiden käytöstä kysyntäohjattuun. Nyt näyttää kuitenkin siltä, että kunnat pyrkivät sairaanhoitopiirien hallintoelinten kautta vaikuttamaan menoihinsa entistä tarkemmin säätelemällä palvelujen tarjontaa. (Kokko 1996).

Sosiaalitoimessa kilpailuttaminen on harvinaista. Lähinnä sitä toteutetaan vammaisten kuljetuspalveluissa ja joissakin kotipalvelun tukipalveluissa.

Yksi tapa kannustaa palvelun tuottajia kilpailuun tai synnyttää uutta tuotantoa on antaa palvelua tarvitsevalle palveluseteli, voucher. Näin jätetään käyttäjän päätettäväksi, mistä hän palvelunsa hankkii. Palvelusetelikokeiluja on käynnistetty rajatusti lähinnä lasten päivähoitossa sekä kotipalvelun tukipalveluissa.

Perusteluna kilpailun vähäisyydelle on esitetty, että on mahdollista tehostaa myös julkisia palveluja, etäisyydet palveluntuottajien välillä ovat pitkät, tuotteiden välisiä hintoja on vaikea verrata ja yksityisiä yrittäjiä on vaikea löytää.

### **3.3.4. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen suhde**

Kunnat ostavat muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta lähes kaiken asukkaidensa tarvitseman erikoissairaanhoidon kuntayhtymiltä, sairaanhoitopiireiltä. Viime vuosina kuntien virkamiesjohdon huoli erikoissairaanhoidon kustannuksista on kasvanut siitä huolimatta, että kustannukset ovat pienentyneet. Syynä on mainittu muun muassa, että aikaisemman valtiosuudella vähennetyn kuntaosuuden sijasta kunnat maksavat nyt kaikki erikoissairaanhoidon kustannukset. Edelleen aluekohtaiset erot erikoissairaanhoidon kustannuksissa ovat suuret.

Yhtenä keinona hallita kustannuksia on nähty palvelujen hinnoittelu todellisia kustannuksia vastaavaksi. Kuntalaskutuksen uudistamisen suunnittelu aloitettiin jo valmistauduttaessa valtiosuusuudistukseen. Vuonna 1995 on siirrytty keskimääräisistä sairaalakohtaisista hinnoista eriytyneempään laskutukseen. Yleisimmin on käytössä usea hoitopäivähinta erikoisalaa kohti. Poliklinikkatoiminnan osalta noin puolet sairaanhoitopiireistä laskuttaa pitkälle eriytyneiden toimenpidekohtaisten hintojen mukaan ja noin

puolet perustaa laskutuksen eriteltyihin käyntihintoihin. Kalliin hoidon tasausjärjestelmä on käytössä koko maassa, tosin kattavuus ja rahoitus vaihtelevat. (Iivari 1995).

Ongelmaksi kunnissa koetaan, että siellä ei riittävästi voida vaikuttaa siihen, miten potilaat saavat läheteitä sairaanhoitopiirien toimintayksiköihin. Ajatuksesta rajoittaa sekä yksityislääkärien että terveyskeskuslääkärien lähetekäytäntöä on kunnissa kuitenkin pääosin luovuttu. Viimeisimmissä kuntahaastatteluisissa (Laamanen 1995) on tullut esiin, että erikoissairaanhoidon menoja voidaan pääasiassa hallita rajoittamalla palvelujen tarjontaa. Tähän pyritään lisäämällä kunnan aktiivisuutta sairaanhoitopiirien hallintoelinten kautta.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen työnjako palvelujen tuottamisessa on pysynyt lähes entisellään. Suurin muutos on mielenterveystoimistojen siirtäminen erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Terveyskeskukset ovat jonkin verran ryhtyneet itse tekemään sellaisia tutkimuksia, joiden vuoksi potilaat aikaisemmin lähetettiin sairaaloihin (esim. gastroskopioiden, kystoskopioiden, koekaavinnat). (Laamanen 1995). Pelkona tällaisesta kehityksestä on esitetty, että pienissä terveyskeskuksissa asiantuntemus ei aina olisi riittävä. Myös laboratorio- ja röntgenpalveluja on organisoitu uudelleen. Laboratoriotutkimukset on pyritty keskittämään enemmän omaan terveyskeskukseen. Esimerkiksi allergiatutkimukset tai diabetesneuvola on saatettu siirtää omaksi toiminnaksi.

Terveyskeskusten vuodeosastojen toimintaa on laajennettu ja niiden luonne on muuttunut enemmän akuuttihoitoon suuntaan. Yleinen suuntaus on, että akuuttipotilaiden osuus terveyskeskusten vuodeosastoilla on kasvanut ja pitkäaikaispotilaiden osuus vähentynyt. Kolmasosa johtavista virkamiehistä oli kuntatutkimuksessa sitä mieltä, että terveyskeskuksessa hoidetaan nykyisin enemmän sellaisia potilaita, jotka aikaisemmin jouduttiin hoitamaan sairaalassa.

Terveyskeskussairaalahoito on monipuolistunut ja laajentunut (Laamanen 1995) erityisesti seuraavilla toiminta-alueilla:

- päihdevieroitus
- psykogeriatria
- vanhusten akuuttisairauksien hoito
- sairaalapotilaiden jatkohoito
- kuntoutushoito ja jaksoittaishoito
- päiväsaarialatoiminta.



### 3.3.5. Muutokset kuntien päätöksenteossa

Kunnallista päätöksentekoa on kehitetty koko tämän vuosikymmenen ajan; valtuutettujen roolia on korostettu, lautakuntien roolia on vahvistettu ja päätösvaltaa on delegoitu lautakunnille ja virkamiehille. Kunnissa arvioidaan että niin kunnanvaltuuston, kunnanhallituksen, lautakuntien kuin johtavien viranhaltijoidenkin vaikutusvalta sosiaali- ja terveyspoliittisten tavoitteiden asetteluun, kustannusten kohdentamiseen ja palvelujen järjestämistapoihin on suurempi valtiosuus uudistuksen jälkeen kuin sitä ennen. (Laamanen 1995). Myös kunnan keskusjohdon ja sosiaali- ja terveystoimen yhteistyö on lisääntynyt, mikä näkyy esimerkiksi palvelurakennemuutoksessa.

#### *Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö*

Sosiaali- ja terveyslautakunnat on yhdistetty yleisesti. Lautakuntien roolissa on viimeisellä vaalikaudella tapahtunut erityisen suuri muutos. Lautakunnan arvioidaan muuttuneen perinteisestä 'nuijankoputtajasta' keskustelevaksi, aktiiviseksi ja määrätietoiseksi sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittäjäksi ja vastuunkantajaksi. Useissa kunnissa onkin viime vuosina tehty lautakuntien ohjeistamat monipuoliseen selvitystyöhön perustuvat strategiasuunnitelmat.

Valtiosuus uudistus on lisännyt itsenäisyyttä päätöksenteossa ja mahdollisuuksia toimia taloudellisemmin ja tehokkaammin erityisesti hallintokuntien sisällä. Samalla kun se on lisännyt itsenäisyyttä se on lisännyt myös vastuuta. Tosin tehtäviä on delegoitu jo ennen valtiosuus uudistusta. Enemmistö johtavista viranhaltijoista on sitä mieltä, että päätöksentekoa rajoittavia lakeja ja normeja on edelleen liikaa. (Laamanen 1995).

Sosiaali- ja terveystoimen yhdistyminen lautakuntatasolla ei ole välttämättä johtanut sektoreiden yhdistymiseen käytännössä, joskin siihen suuntaan ollaan pyrkimässä. Tällä hetkellä sosiaali- ja terveyspalvelut on vähintään lautakuntahallinnon tasolla yhdistetty 125 kunnassa. Näiden kuntien väkiluku on 2,1 miljoonaa. Uudistus on osassa kuntia jäänyt vielä hallinnolliseksi uudistukseksi, jossa sektorijohtajuus on haluttu säilyttää. Se näyttäisi liittyvän johtamiskulttuuriin ja professioiden vahvaan asemaan ja valtaan sekä niihin liittyviin raja-aitoihin.

Hallinnollisen tason yhteistyö on ongelmallista varsinkin kunnissa joissa kansanterveys-työn järjestäminen perustuu kuntayhtymiin. Näissä suunnittelutason resurssien yhteinen ohjaaminen on vaikeutunut. Yhteistyövaikeudet hankaloittavat palvelujen järkevää kehittämistä. Toimintayksikkötasolla yhteistyötä on parannettu.

### *Henkilöstörakenteiden uudistukset*

Valtionosuusuudistuksen yhteydessä luovuttiin virkakiintiöistä ja valtion resurssiohjauksesta. Näin jätettiin aikaisempaa enemmän tilaa kunnalliselle työvoimapolitiikalle. Tätä ennen oli maahamme jo ehditty luomaan melko yhtenäinen työvoimarakenne. Valtionosuusuudistuksen yhteydessä myös sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden kelpoisuusehdot väljentyivät joiltakin osin. Henkilöstörakenteiden uudelleenjärjestelyt ovat olleetkin yleisiä ja paikkakuntaakohtaisia.

Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoima on vähentynyt. Työntekijöiden vähentäminen on tapahtunut pääosin siten, että vapautuvien virkojen tehtävät on hoidettu sisäisin järjestelyin eikä sijaisia ole palkattu. Työvoiman puutetta paikataan työllisyysvaroin palkatulla tilapäisellä ja vaihtuvalla henkilöstöllä.

Taloudellinen tilanne on pakottanut supistamaan henkilöstömenoja ja se on mahdollista tehdä monin eri keinoin. Säästämisen ohessa sosiaali- ja terveydenhuollossa on viime vuosina tehty useita toiminnallisia uudistuksia, jotka kaikki ovat heijastuneet myös työvoiman käyttöön.

Kunnat itse arvioivat kustannusten alentamispaineen vaikuttaneen eniten työvoiman käyttöön. Toiseksi eniten on vaikuttanut palvelurakennemuutos eli laitoshoidon vähentäminen ja sen korvaaminen avohuollon palveluilla. Kolmanneksi eniten on vaikuttanut sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö.

Säästäminen hallintomenoissa on usein merkinnyt lähiesimiesten eli keskijohdon virkojen vähentämistä. Tehtäviä on lakkautettu tai niihin on yhdistetty myös asiakaspalvelua. Eniten on lakkautettu perhepäivähoidon ohjaajan virkoja, arviolta 150 kunnassa. Kotipalvelunohjaajan tehtävä on voitu lakkauttaa kun kodinhoitajien- ja avustajien itsenäisyyttä työn organisoinnissa on lisätty. Ylihoitajan, osastonhoitajan, vanhainkodin johtajan, sosiaalijohtajan, sosiaalisihteerin, johtavan sosiaalityöntekijän ja talousjohtajan virkoja on lakkautettu kun hallintoa on kevennetty.

Henkilöstön toimenkuvia on laajennettu ja joustavoitettu ja henkilöstökiertoa lisätty. Virkojen ja toimien yhteiskäyttöä on lisätty. Esimerkiksi kuntayhtymien palvelujen muuttamisella kunnan omaksi toiminnaksi on ollut suuri vaikutus työvoiman käyttöön. Potilaita hoidetaan yhä enemmän avohuollossa mutta laitoksista on siirretty tuskin lainkaan työvoimaa avohuoltoon.

Vaikka työntekijöiden kelpoisuusehdot väljenivätkin joiltakin osin valtiosuusuudistuksen yhteydessä niin terveydenhuollon ammatinharjoittamislainsäädäntö ja sosiaalihuollon henkilöstön kelpoisuusehdot säätelevät edelleen työntekijöiden koulutusta. Kunnissa työskenteleekin tällä hetkellä valtaosin vakituissa tehtävissä asianmukaisen koulutuksen saanut henkilökunta. Vakituisten työntekijöiden vaihtuvuus on ollut viime aikoina vähäistä. Sen sijaan työllisyysvaroin palkattu, puolen vuoden välein vaihtuva väki on selvästi lisääntynyt.

Valtiosuusuudistuksen yhteydessä sosiaalihuoltolaista ja kansanterveyslaista poistettiin säädös, että työntekijöillä on oikeus saada täydennyskoulutusta kerran 5 vuodessa. Puolet kunnista arvioi, että velvoite edelleen kuitenkin toteutuu ja kolmasosa puolestaan arvioi, että se ei toteudu lähimainkaan. Täydennyskoulutukseen käytetty rahasumma on useimmissa kunnissa vähentynyt viimeisten vuosien aikana.

### **3.3.6. Vaikutukset kansaneläkelaitoksen myöntämien etuuksien ja kunnallisten palvelujen väliseen suhteeseen**

Valtiosuusuudistuksen tarkoituksena ei ollut muuttaa kunnallisen toiminnan ja muun, esimerkiksi sairausvakuutuskorvausten piirissä olevan toiminnan välistä suhdetta. Uudistusta valmisteltaessa arvioitiin kuitenkin, että siirtyminen laskennalliseen valtiosuuteen saattaisi joissain tapauksissa johtaa tilanteisiin, joissa kunta pyrkisi saamaan yksityisiltä palvelujen tuottajilta hankkimiinsa palveluihin korvausta sairausvakuutuksesta. Tämän vuoksi lisättiin sairausvakuutuslain 11 a §:ään selvyuden vuoksi uusi momentti, jossa todettiin, että ostopalveluna järjestettyyn toimintaan ei suoriteta sairausvakuutuskorvausta. Säännöksen nimenomaisena tarkoituksena oli säilyttää kunnallisen toiminnan ja sairausvakuutuksen välinen suhde entisellään.

Valtiosuusuudistuksen voimaantulon jälkeen voitiin kuitenkin todeta, että Kansaneläkelaitos on osittain joutunut muuttamaan korvauskäytäntöään. Kustannuksiin, joihin sai sairausvakuutuskorvauksen vuonna 1992 ei aina maksettu korvausta enää vuonna 1993 tai sen jälkeen.

Tyypillinen ongelmatilanne on syntynyt silloin, kun kunta on katsonut, että sillä ei ole lakiin perustuvaa velvollisuutta järjestää jotain palvelua tai etuutta. Tällöin kunnan asukas on joutunut hankkimaan itse omalla kustannuksellaan palveluja yksityissektorilta. Saman aikaisesti Kansaneläkelaitos on soveltanut voimassa olevia säännöksiä siten, että henkilön kotikunnan olisi tullut vastata palveluista ja kustannuksista, jolloin vakuutetulle ei ole voitu katsoa syntyneen sairausvakuutuslain nojalla korvattavia kustannuksia esi-

merkiksi lääkekustannuksista tai yksityisen sairaanhoidon kustannuksista. KELA:n päätöksiä ovat tukeneet useat muutoksenhakuelinten valitusasioihin annetut ratkaisut.

Merkittävimmät ongelmat kunnallisen toiminnan ja kansaneläkelaitoksen etuuksien välisessä suhteessa syntyivät valtionosuusuudistuksen jälkeen määriteltäessä, onko jokin toiminta julkista laitoshoidoa vai ei. Tämä rajanveto vaikuttaa pitkälti siihen, mitä kansaneläkelaitoksen myöntämiä etuuksia henkilö voi saada.

Ongelmia syntyi lähinnä joidenkin yksityisten palveluasuntojen kohdalla silloin kun kunta oli ostanut palveluja niiltä. Kansaneläkelaitos tulkitsi ostetut palvelut eräissä tapauksissa laitoshoidoksi, vaikka esimerkiksi sosiaalihuoltolain näkökulmasta toiminta olisi ollut avohoitoa.

Avohoidon ja laitoshoidon välisen rajanvedon määrittelyllä on huomattava merkitys niin kuntien kuin Kansaneläkelaitoksen näkökulmasta. Laitoshoidossa olevan osalta kunnilla on kokonaisvastuu hoidosta ja ylläpidosta sekä näiden aiheuttamista kustannuksista. Kansaneläkelaitoksen näkökulmasta julkinen laitoshoido aiheuttaa pienimmät kustannukset, sillä tällöin ovat kansaneläkkeet ja muut eläke-etuudet pienimmillään, eikä laitoshoidossa olevalla ole lainkaan oikeutta sairausvakuutus- ja kuntoutusetuuksiin.

Syntyneiden ongelmien vuoksi muutettiin lainsäädäntöä 1.4.1995 lukien siten, että aikaisemmat ristiriidat on voitu ratkaista viimekädessä sosiaali- ja terveysministeriön antaman lausunnon perusteella.

Lisäksi eräät muut asiat ovat osoittautuneet laintulkinnallisesti ongelmallisiksi. Tällaisia ovat olleet muun muassa:

**\* Yksityinen terveydenhuolto kunnan omistamissa tiloissa**

- Kela on eräissä tapauksissa katsonut, että kunnan vuokratessa tiloja esimerkiksi yksityislääkärille, on toiminta tosiasiallisesti kunnallista toimintaa, eikä asiakkaalle ole myönnetty sairausvakuutuskorvausta lääkärinpalkkioihin. On kuitenkin tapauksia, joissa korvauksia maksetaan (esimerkiksi sairaalalääkärien yksityisvastaanotot). Lisäksi sairausvakuutuskorvauksia maksetaan joihinkin kunnallisiin maksuihin (erikoismaksuluokan lisämaksut).

**\* Kunnallisten palvelujen myynti yksityissektorille**

- Kunnalliset laitokset voisivat eräissä tapauksissa myydä palveluja (lähinnä laboratorio- ja röntgenpalveluja) yksityissektorille. Tällä tavalla järjestetyn toiminnan kustannuksiin ei kuitenkaan makseta nyt sairausvakuutuskorvausta.

Kaikki edellä todetut kysymykset ovat olleet suurelta osalta riippumattomia valtionosuusuudistuksesta, mutta uudistus ja sen yhteydessä toteutuneet muutokset kuntien rahoituksessa ovat osaltaan korostaneet jo aiemmin esiintyneitä ongelmia.

### **3.4. Palvelujen määrä, laatu ja saatavuus**

Hallituksen esityksessä Eduskunnalle sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelua ja valtionosuutta koskevan lainsäädännön uudistamisesta luotiin katsaus palvelujen tarjontaan ja sen kehitykseen vuodesta 1970 aina vuoteen 1989. Tässä luvussa kuvataan, mitä tapahtui sen jälkeen. Monet muutokset palvelurakenteessa alkoivat jo paljon ennen valtionosuusuudistusta, mutta osa muutoksista sai lisävauhtia sekä valtionosuusuudistuksesta että ennen kaikkea taloudellisesta lamasta.

Muutoksia palvelujen määrässä, laadussa ja saatavuudessa kuvataan laajemmin silloin kun muutos on selvästi yhteydessä valtionosuusuudistukseen. Palvelut - kuten lasten päivähoito ja toimeentulotuki - jotka ovat kyllä volyymiltaan laajoja ja jotka ovat kokeneet myös suuria muutoksia viime vuosina sivuutetaan lyhemmin, koska muutosten taustalla ovat kokonaan muut seikat kuin valtionosuusuudistus.

Läheisimmin valtionosuusuudistukseen liittyvät sellaiset muutokset palvelujen määrässä ja laadussa, jotka ovat seurausta muuttuneesta tavasta tuottaa palveluja. Näitä muutoksia kuvattiin edellisessä luvussa.

#### **3.4.1. Perusterveydenhuolto**

Valtionosuusuudistus on vauhdittanut kansanterveystyön kuntayhtymien purkua ja samalla palvelujen järjestämistä joko omana toimintana tai vapaamuotoisena yhteistyönä muiden kuntien kanssa, kuntien aktiivisempaa osallistumista kansanterveystyön kuntayhtymien toimintaan, terveyslautakunnista luopumista ja lisääntyvää yhteistyötä kuntien kanssa.

#### ***Määrällinen kehitys***

Sairaanhoitokäynnit terveyskeskuksen yleislääkärille lisääntyivät vuosina 89 - 93 muutamilla prosenteilla. Sen sijaan ehkäisevä terveydenhoito ja kotikäynnit ovat vähentyneet mutta väheneminen alkoi jo ennen lamavuosia. Terveyskeskuksen vuodeosastolla lyhyiden hoitajaksojen määrä ja osuus on kasvanut. Vuodeosastojen hoitopäivät, ko-

tisairaanhoidon ja hammashuollon suoritteet ovat pysyneet ennallaan. Koska menojen tiedetään supistuneen, merkitsee suoritteiden pysyminen ennallaan toiminnan tehostumista. (Lehto 1995).

### *Laadullinen kehitys*

Avohoidossa väestövastuuperiaatteen toteuttaminen on yleistynyt ja tämä on monin paikoin johtanut selvästi sekä parempaan palveluiden saatavuuteen että myös työn tehokkaampaan organisointiin. Vuonna 1995 väestöstä 3,8 miljoonaa asui niissä 172 kunnassa, joissa väestö oli jaettu perusterveydenhuollon palveluiden käyttöä varten maantieteellisiin osiin. Puoli miljoonaa kansalaista asui kunnissa, joissa asukasluku on alle 5 000 ja joissa väestövastuun työtavan voi arvioida toteutuvan jo kunnan koon vuoksi. (Kokko 1995).

Sosiaali- ja terveydenhuolto toimii tällä hetkellä yhdistettynä joka kolmannessa kunnassa. Päivystystoimintoja on rationalisoitu ja keskitetty. Terveyskeskukset ovat yleisesti lakauttaneet omia päivystyspalvelujansa ja hankkivat ne nyt joko toisesta terveystaloksesta tai sairaanhoitopiiristä.

Terveystaloksen jonotietoja on käytössä syksyiltä 1993 ja syksyiltä 1994. Terveystaloksesta tavoite on hoitoonpääsy kolmen arkipäivän sisällä. Tavoite toteutui vuonna 1994 kolmasosassa terveystalokseista, muualla jonotusaika oli pidempi. Keskimäärin se oli kuusi arkipäivää vuonna 1994.

Palvelujen laadun kannalta on merkille pantavaa se, että viimeisen kolmen vuoden ajan terveystaloksissa on ollut vakaasti työpaikassaan pysynyt henkilöstö. Se on yhdessä väestövastuun työtavan kanssa parantanut hoitosuhteiden jatkuvuutta.

### *Työterveyshuolto*

Valtionosuusuudistuksen vaikutuksia työterveyshuoltoon on vaikea arvioida. Aikaisemman valtionosuusjärjestelmän mukaan työnantajien kunnalle työterveyshuollosta maksamat korvaukset vähennettiin kunnan valtionosuudesta. Siirryttäessä laskennalliseen valtionosuusjärjestelmään kyseisiä vähennyksiä ei enää tehdä yksittäisen kunnan kohdalla.

Valtiontalouden tarkastusvirasto on tarkastuskertomuksessaan (6/1995) kritisoinut työterveyshuoltoa päällekkäisinvestoinneista, toiminnan koordinoimattomuudesta ja

tehottomuudesta. Lisäksi työterveyshuolto on tarkastusviraston näkemyksen mukaan painottunut liikaa sairaanhoitoon ja aiheuttaa näin osittain päällekkäisyyttä kunnallisen terveydenhuollon kanssa.

Työterveyshuolto on kuitenkin nähtävä työelämään osallistuvien terveystalvvelujärjestelmänä, joka on kehittynyt työelämän tarpeiden pohjalta. Työterveyshuolto vähentää myös kunnallisen työterveydenhuollon tarvetta ja keventää siten kuntien kustannuksia. Se parantaa kunnallisen terveydenhuollon mahdollisuuksia vastata muun väestön palveluista ja tarjoaa toisaalta työntekijöille saavutettavissa olevat palvelut.

Työterveyshuollon kustannusten korvaamista koskevia säännöksiä muutettiin 1.1.1995. Työnantajalla on edelleen vastuu työterveyshuollon järjestämisestä, mutta puolet aiheutuneista kustannuksista korvataan Kansaneläkelaitoksen sairausvakuutusrahastosta. Uudistuksen tavoitteena on työpaikkaterveydenhuollon tehostaminen suuntaamalla voimavaroja nykyistä enemmän työympäristöön ja työyhteisöön sekä yksilöihin suuntautuvaan ehkäisevään ja työkykyä ylläpitävään toimintaan.

### *Yksityisten tuottama terveydenhuolto*

Muutokset sairausvakuutuksen korvaamien palvelujen käytössä saattavat olla seurausta kunnallisissa palveluissa tapahtuneista muutoksista. Sen vuoksi myös valtiosuusuu-  
distuksen vaikutuksia arvioitaessa yksityisten palvelujen käytössä tapahtuneet muutokset ovat kiinnostavia. Jos kunnallisia palveluja ei ole tarjolla tai jos niiden laatu on huono, on mahdollista, että väestö yhä suuremmissa määrin turvautuu yksityisiin sairaanhoito-  
palveluihin. Yksityispalvelujen käyttö riippuu ratkaisevasti myös siitä, paljonko siitä koituu kustannuksia käyttäjälle.

Yksityislääkäreiden osuus palvelujen tarjoajina on kaikilla tunnusluvuilla arvioiden vähentynyt viimeisten vuosien aikana: potilaat, käynnit, ja kustannukset ovat vähentyneet. Yksityislääkäreille tehtiin 3,2 miljoonaa käyntiä vuonna 1994, joka on 742 000 käyntiä vähemmän kuin vuosikymmenen vaihteessa. Samoin on käynyt yksityisten tuottamille tutkimus- ja hoitopalveluille (kuten laboratorio ja röntgentutkimuksille). Sen sijaan yksityisten hammaslääkäripalvelujen käyttö on lisääntynyt: sekä käynnit, potilaat että kustannukset ovat kasvaneet.

Vuonna 1994 Suomessa toimi 2 489 yksityistä terveydenhuollon laitosta. Näistä suurin osa on erilaisia kuntoutuslaitoksia sekä hoiva- ja toipilaskoteja. Uusia laitoksia perustetaan jatkuvasti mutta samanaikaisesti suunnilleen sama määrä lopettaa toimintansa.

Oleellista määrällistä lisäystä ei parina viime vuonna ole tapahtunut. Varsinkin jos yksityistä kapasiteettia arvioidaan henkilökunnan määrällä, ei kapasiteetti juuri ole lisääntynyt. Viime vuosina on perustettu pääasiassa pieniä, muutaman työntekijän yksiköjä. (Kokko ja Niskanen 1995).

### 3.4.2. Erikoissairaanhoito

Valtionosuusuudistus vaikutti erikoissairaanhoitoon jo ennen uudistuksen voimaantuloa. Koska tiedettiin, että sairaanhoitopiirien rahoitus tulee riippuvaiseksi kunnista, ennakoitiin sen merkitsevän paineita kustannusten alentamiseen. Erikoissairaanhoidon muutokset - tuottavuuden parantaminen, kuntalaskutuksen ja hinnoittelun valmistelu - alkoivatkin jo vuosikymmenen alussa.

#### *Määrällinen muutos*

Erikoissairaanhoidossa vuodesta 1970 lähtien sairaansijojen määrä ja samalla myös hoitopäivien määrä on vähentynyt merkittävästi. Vuonna 1970 hoitopäiviä erikoissairaanhoidossa oli noin 14 miljoonaa. Vuoteen 1989 mennessä hoitopäivien määrä väheni alle 10 miljoonaan. Tähän mennessä vähentyminen oli suhteellisesti saman suuruista yleissairaaloissa ja psykiatrisessa sairaanhoidossa. Paikkojen vähentyminen tapahtui hoitoideologisista perusteista; avohoitoa ja asumispalveluja ryhdyttiin suosimaan inhimillisempänä hoitotapana.

Hoitopäivien määrät ovat vähentyneet edelleen vuoteen 1995 mennessä. Vuonna 1994 hoitopäiviä oli kuntien ja kuntayhtymien sairaaloissa 6,5 miljoonaa. Viime vuosina psykiatristen sairaaloiden hoitopäivät ovat vähentyneet nopeammin kuin muiden sairaaloiden. Hoitoideologian lisäksi psykiatrista sairaanhoitoa on ilmeisesti ryhdytty aikaisempaa korostetummin vähentämään myös taloudellisia säästöjä tavoitellen.

Erikoissairaanhoidon avohoitokäyntien määrä lisääntyi vastaavasti vuoden 1979 3,2 miljoonasta käynnistä 4,3 miljoonaan käyntiin vuonna 1989 ja ne ovat edelleen sen jälkeen lisääntyneet. Vuonna 1994 avohoitokäyntejä sairaaloiden poliklinikoille tehtiin 5 miljoonaa.

Muutokset erikoissairaanhoidossa ovat olleet suurempia kuin millään muulla sosiaali- ja terveydenhuollon sektorilla. Samalla kun hoitopaikat ovat vähentyneet on hoidettujen potilaiden määrä kasvanut. Läheteiden määrä on kasvanut. Sairaaloiden tuottavuus on parantunut merkittävästi. Potilaat ovat olleet sairaalassa aiempaa selvästi lyhyemmän



ajan. Poliklinikkakäynnit, sairaalahoitajaksot ja useimmat operatiiviset toimenpiteet ovat lisääntyneet.

Hoitojaksot ovat lyhentyneet erityisesti psykiatrisessa sairaanhoidossa. Siellä myös hoitopaikat ovat merkittävästi vähentyneet. Psykiatristen sairaansijojen määrä asukasta kohti kuitenkin vaihtelee - erilaisesta väestörakenteesta, hoitokäytännöistä ja historiallisista syistä - huomattavasti eri sairaanhoitopiirien välillä. Esimerkiksi Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä sairaansijojen määrä oli vuonna 1993 alle 0,5 paikkaa tuhatta asukasta kohti kun taas Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä sairaansijoja tuhatta asukasta kohti oli lähes 2,5. (Wahlberg ja Sohlman 1993).

Mielenterveyshuollon avopalvelut eivät ole kehittyneet samassa määrin kuin laitoshoidon on purettu. Avohoitokäynnit ovat kyllä lisääntyneet jatkuvasti. Puoliavoimien (asunto-oloita, kuntoutus- ja pienkoteja) ja avohoidon tukevien (päivätoimintakeskuksia, päiväsaaralapaikkoja, suojatyökeskuksia) toimintojen kehittyminen ei ole ollut riittävää.

Erikoissairaanhoito on keskittynyt entistä selkeämmin diagnoosin tekoon ja sairaanhoidon toimenpiteisiin. Muuttuneiden hoitokäytäntöjen vuoksi niihin liittyvää hoivaa, huolenpitoa ja perushoitoa on supistettu. (Lehto 1995). Muutos alkoi jo ennen lamaa ja valtionosuusuudistusta.

### *Laadullinen kehitys*

Vaikka somaattisen erikoissairaanhoidon menot ovat supistuneet, on palvelujen saatavuus joitakin osin kehittynyt myönteiseen suuntaan. Esimerkiksi jonotusajat leikkauksiin ovat lyhentyneet kautta linjan. Tosin aivan viime ajoilta on tietoja joidenkin jonotusaikojen kääntymisestä uudelleen kasvuun.

Palvelujen laatuun on alettu kiinnittää entistä enemmän huomiota. Esimerkiksi hoidon laadullinen arviointi (auditointi) on yleistynyt.

Viime vuosien tavoitteena on ollut oikaista hoidonporrastuksen vinoumia. Liian usein potilaita on hoidettu erityistason sairaaloissa silloinkin kun se ei hoidon kannalta ole ollut välttämätöntä. Hoitomahdollisuudet keskus- ja aluesairaloissa ovat kohentuneet ja potilaat tarvitsevat yhä harvemmin erityistason (yliopistollisten keskussairaaloiden) hoitoa. Pyrkimys siirtää hoitoa erityistasolta erikoistasolle tai erikoistasolta perustasolle on aiheuttanut myös joitakin epäkohtia silloin, kun alemmalla tasolla ei ole riittävästi asiantuntemusta.

### 3.4.3. Sosiaalipalvelut

#### 3.4.3.1. *Lapsille järjestetyt palvelut*

Siirtyminen kustannusperusteisesta valtionosuudesta laskennalliseen on saattanut merkitä joillekin ryhmille tarkoitettujen palvelujen korostumista joidenkin toisten kustannuksella. Lapsille järjestettävistä palveluista uhattuna pelättiin ennen uudistusta olevan lastensuojelun.

Valtionosuusuudistus on heijastunut lapsille järjestettyihin palveluihin myös siten, että perhe- ja kasvatusneuvolakuntayhtymiä ja lastenkotia ylläpitäviä kuntayhtymiä on purettu. Toiminnot on muutettu kunnan omiksi, jolloin usein pienten kuntien mahdollisuudet tarjota palveluja ovat saattaneet heiketä. Valtionosuusuudistus omalta osaltaan on vaikuttanut myös yksityisiltä ostettuihin lastensuojelupalveluihin.

#### *Määrällinen kehitys*

Lasten päivähoito kehittyi nopeasti vuodesta 1973 vuoteen 1989. Päivähoito alkoi supistua työttömyyden myötä, jolloin päivähoitopalvelujen tarve pieneni. Lapsia oli vuonna 1994 kunnallisessa päivähoidossa noin 180 000, mikä on noin 20 000 vähemmän kuin vuonna 1989. Vuoden 1996 alkuun mennessä päivähoidossa olevien lasten määrä nousi 201 000 lapseen.

Lasten päivähoiton rakenne on merkittävästi muuttunut. Kokopäiväisen päiväkotihoidon volyyymi on lievästi kasvanut. Sen sijaan perhepäivähoidossa oli vuonna noin 30 000 lasta vähemmän kuin ennen lamaa. (Lehto 1995). Lasten päivähoiton osapäivähoitoa, kuten koululaisten iltapäivähoitoa, esiopetusta ja leikkikenttätoimintaa on supistettu.

Lastensuojelutoimia ovat avohuollon tukitoimet, huostaanotto ja sijaishuolto sekä jälkihuolto. Lastensuojeluasiakkaiden määrä on ilmeisesti kasvanut, vaikkakin muuttuneiden tilastointiperusteiden vuoksi asiaa on vaikea tarkasti osoittaa. Kuntien ilmoituksen mukaan avohuollon asiakkaana oli vuonna 1994 lähes 28 000 lasta ja nuorta, mikä on noin 3 500 enemmän kuin edellisellä vuonna ja merkitsee, että asiakkaina oli 2,4 prosenttia kaikista alle 18-vuotiaista. (Muuri 1995).

Huostaanotot vähentyivät noin puoleen vuodesta 1970 vuoteen 1994. Muutamana viimeisenä vuotena huostaanotettujen lasten määrä on pysynyt lähes samana. Sen sijaan kodin ulkopuolelle sijoitettujen ja huostassaolevien lasten kokonaismäärä on kasvanut (vuonna 1994), vaikkei uusien huostaanottojen määrä ole juurikaan noussut. Huos-

taanoton syy on ilmeisesti entistä vakavampi ja vaikeammin korjattavissa. Kodin ulkopuolelle sijoitettuna oli vuonna 1994 reilut 10 000 lasta ja nuorta. (Muuri 1995).

On todennäköistä, että kuntien taloudellinen tilanne on nostanut huostaanottopäätösten kynnystä. Laitossijoitukset ovat vähentyneet ja nykyisin perhehoito on yleisempää kuin laitoshoidon. Tosin raja perhehoidon ja laitoshuollon välillä on muuttunut liukuvaksi 1990-luvulla, kun ammatillisten, yksityisten perhekotien määrä on kasvanut. Sekä huostaanottojen väheneminen että perhehoidon suosiminen alkoivat jo ennen valtioneuvoston suositusta. (Lastensuojelulain muutokset 1990 ja erillinen perhehoitajalaki vuonna 1992).

Laitoshuollon kirjo on yksipuolistunut. Kalliita erityispalveluita tuottavia yksiköitä on lakkautettu, kun kunnat ovat säästösyistä lisänneet sijoituksia perheisiin ja kuntien omiin laitoksiin silloinkin, kun ne eivät ole olleet lapsen edun kannalta tarkoituksenmukaisimpia.

Avohuollon palveluissa kehitys on sama kuin sijoitettujenkin kohdalla. Lastensuojelun piiriin otetaan entistä vähemmän asiakkaita, mutta asiakkuusajat pitenevät.

Valtioneuvosto on antanut eduskunnalle lastensuojelua ja lapsipolitiikkaa koskevan selonteon (VNS 2/1995 vp) 11.10.1995. Eduskunta on 22.3.1996 hyväksynyt selonteon johdosta sosiaali- ja terveysvaliokunnan mietinnön (StVM 3/1996 vp) mukaisen lausunnon.

### *Laadullinen kehitys*

Lasten päivähoitossa luopuminen ryhmäkokosääntelystä ja siirtyminen lasten sekä hoito- ja kasvatushenkilöstön keskinäiseen suhdeluun perustuvaan säätelyyn lisäsi päiväkotikohtaista jouston mahdollisuutta. Samassa yhteydessä kunnille annettiin aikaisempaa laajempi mahdollisuus hyödyntää vajaakäyttöisten päivähoitoyksiköiden toimintakapasiteettia. Hoitopaikan henkilöstö-lapsi suhdelukua voidaan ylittää väliaikaisesti, jos lapsilla on jatkuvasti hoidosta poissaoloja ja tästä syystä suhdeluku suurenee.

Stakes on sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta selvittänyt päiväkotien toiminnassa asetuksen muutoksen jälkeen tapahtuneita muutoksia. Selvityksen (Stakes Aiheita 22/1995) mukaan päiväkodeissa lapsiryhmät ovat nyt hieman suurempia kuin aikaisemmin. Muutos on tapahtunut siten, että lasten määrää on kasvatettu vaikka henkilökuntaa ei ole samanaikaisesti lisätty. Tämä on heikentänyt mahdollisuuksia vastata erityistä hoitoa ja kasvatusta vaativien lasten tarpeisiin. Henkilökunnan koulutustaustassa

ei ole kuitenkaan tapahtunut oleellisia muutoksia. Vuosi- ja sairauslomasijaisuuksiin ei useimmiten oteta sijaisia.

Stakesin selvityksen perusteella voidaan arvioida, että tehdyt ryhmäkokosäännösten muutokset ovat heikentäneet lasten päivähoiton laatua. Entistä useampia lapsia hoidetaan entisillä voimavaroilla ja kunnille annettua tilapäistä mahdollisuutta joustaa yhdessä hoidettavien lasten määrässä on useissa tapauksissa käytetty pysyvänä menetelmänä hoitokapasiteetin lisäämiseksi. Samoin erityistä hoitoa ja kasvatusta vaativien lasten huomioon ottaminen päivähoitoryhmien koossa on vähentynyt.

Valtaosassa kuntia on avohuollon sosiaalityössä siirrytty väestövastuiseen, alueelliseen toimintaan. Tämä on usein toteutettu integroiden sosiaalityön eri tehtävät samalle työntekijälle. Työmalli helpottaa sekä lastensuojelun tarpeen havaitsemista mahdollisimman varhain että myös perheen tukemista laajasti. Ongelmana taas on se, että toimintamalli ei kerrytä lastensuojelun erityisosaamista. Ongelmia on syntynyt myös siitä, että toimeentulotukiasiat ovat vieneet voimavaroja lastensuojelutyöltä.

Laadun kannalta myönteistä on, että lastensuojelun palvelurakennetta on muokattu paikoin innovatiivisesti uudella tavalla. Raja avohuollon ja laitoshuollon välillä on tullut joustavammaksi, kun avohuollon työtä on tehostettu käyttämällä lastensuojelulaitosten työntekijöitä perheen tukena. Lastensuojelulaitosten ja psykiatristen hoitoyksiköiden yhteistoimintakokeilusta on saatu hyviä kokemuksia ja toimintamuoto on laajenemassa.

Perhe- ja kasvatusneuvolapalveluja on organisoitu uudelleen sekä paikoin supistettu merkittävästi samaan aikaan kun palveluiden kysyntä on selvästi kasvanut. Kuntayhtymiä on purettu ja osa työntekijöistä siirretty kunnan palvelukseen. Huolena muutoksissa on ollut, että erityisosaaminen katoaa kun kolmen eri ammattikunnan (lääkäri, psykologi, sosiaalityöntekijä) tiimi on saattanut hajota. Etuna taas on, että yhteistyö muiden samaa perhettä palvelevien työntekijöiden kanssa helpottuu.

#### ***3.4.3.2. Vanhusten hoito- ja huolenpitopalvelut***

Yleinen kustannustietoisuuden kasvaminen on luonnollisesti heijastunut myös vanhustenhuollon palveluihin. Kunnat ovat esimerkiksi ryhtyneet hakemaan uusia rahoituskanavia muun muassa asumispalveluille. Joitakin vanhainkotikuntayhtymiä on purettu, yksityiset asumispalvelut ovat jonkin verran yleistyneet ja sosiaali- ja terveydenhuollon lähentyminen on vaikuttanut palvelujen laatuun.

### *Määrällinen kehitys*

Vanhusten kodinhoitoapu lisääntyi voimakkaasti vuosina 1975 - 1989. Edelleen vuoteen 1993 käynnit lisääntyivät, mutta asiakkaiden määrä väheni. Vuonna 1994 kodinhoitoapua sai noin 92 000 vanhuskotitaloutta. Tämä on noin 34 000 kotitaloutta vähemmän kuin vuonna 1990. Ne, jotka palvelua viime vuosina ovat saaneet, ovat saaneet sitä keskimäärin useammin ja enemmän kuin mitä keskimääräinen kotitalous sai vuonna 1990. Kotipalvelussa on keskitytty kaikkein eniten apua tarvitsevien, iäkkäiden palvelemiseen. Tukipalvelut - kuten ateria ja siivouspalvelut - on eriytetty muusta kotipalvelusta ja niitä on siirretty osittain vapailta markkinoilta hankittaviksi. Kotipalvelussa onkin tapahtunut viime vuosina selvä rakenteellinen muutos.

Vanhusten pitkäaikainen laitoshoido vähentyi vuosina 1989 - 1993; eniten erikoissairaanhoidossa, hieman myös terveyskeskussairaaloissa ja vanhainkodeissa. Jos toimintatavoissa ei olisi tapahtunut muutoksia, olisi pitkäaikaishoidon suoritteiden määrän pitänyt lisääntyä, ei vähentyä. Vanhainkodeissa on nyt keskimäärin huonompikuntoisia asukkaita kuin aiemmin. (Lehto 1995).

Laitoshoidon korvaavia hoivan, huolenpidon ja perushoidon mahdollistavia palveluita ovat vanhusten palveluasunnot, päiväkeskukset, kotiin saatavat tukipalvelut sekä kotisairaanhoito ja kodinhoitoapu. Erityisesti päiväkeskustoiminta ja vanhusten palveluasuminen ovatkin selvästi lisääntyneet, myös lamavuosina. (Lehto 1995). Kunnat ovat etsineet uusia tapoja järjestää palvelut. Muun muassa palveluasumista on ostettu yksityisiltä palveluntuottajilta, jotka ovat saaneet rahoitusta Raha-automaattiyhdistykseltä.

### *Laadullinen kehitys*

Kehitys avopalvelujen suuntaan ja vanhusten hoitaminen kodeissa ja palveluasumistyyppisissä paikoissa on elämänlaadun kannalta hyvä asia. Kotona annettava hoito on muuttunut intensiivisemmäksi, yhden vanhuksen luo tehdään nykyisin enemmän käyntejä kuin aikaisemmin. Tämä on kuitenkin merkinnyt vähemmän hoitoa tarvitsevien jäämistä kokonaan kunnallisten palvelujen ulkopuolelle. Myös tukipalvelujen eriytynyt organisointi ja loitontuminen henkilökohtaisista palveluista voi joissakin olosuhteissa heikentää kotipalvelun ja kotisairaanhoidon ammattihenkilöiden mahdollisuuksia havaita alkavia ongelmia ja puuttua niihin ajoissa.

Omaishoidon tuki on omalta osaltaan tullut korvaamaan kunnallisia kotipalveluja ja laitoshoidon. Omaishoidon tuen saajien määrä on laskenut mutta hoidettavat ovat entistä huonokuntoisempia. Vuonna 1994 yhteensä 13 000 henkilöä sai omaishoidon tukea. Kuntien esittämän arvion mukaan omaishoidon tuella on korvattu noin 8 100 laitospaikkaa.

### 3.4.3.3. *Kunnallinen toimeentuloturva*

Kunnallisen toimeentuloturvan muotoja ovat toimeentulotuki ja elatustuki. Näiden molempien tukimuotojen, erityisesti toimeentulotuen, saajamäärät ja kustannukset ovat kasvaneet voimakkaasti vuoden 1989 jälkeen lähinnä taloudellisen laman seurauksena. Työttömien ja erityisesti pitkäaikaistyöttömien määrän pysyessä edelleen suurena, jatkavat toimeentulotukimenot kasvuaan, vaikka taloudellinen taantuma on jo ohitettu. Toimeentulotukimenojen kasvuun ovat lisäksi vaikuttaneet niin sanotussa ensisijaisessa sosiaaliturvassa, lähinnä työttömyysturvassa ja asumistuessa tehdyt leikkaukset. Näiden, samoin kuin muidenkin tekijöiden vaikutusta toimeentulotukimenoihin on ollut valtion-osuusudistuksen aikana vaikea ennakoida.

Toimeentulotukimenoille ovat ominaista suuret kuntakohtaiset erot ja erityisesti pienissä kunnissa myös suuret vaihtelut eri vuosina maksettujen menojen kesken. Vuonna 1994 toimeentulotuen bruttomenot olivat koko maassa keskimäärin 497 mk/asukas. Suurimmillaan ne olivat 907 mk/asukas. Kahdessa kunnassa toimeentulotukimenoja ei vuonna 1994 ollut lainkaan.

#### *Määrällinen kehitys*

Sekä toimeentulotuen saajien määrä että toimeentulotuen kustannukset ovat kasvaneet nopeasti viime vuosina. Vuonna 1989 toimeentulotukea sai alle 6 prosenttia väestöstä mutta viisi vuotta myöhemmin (1994) jo yli 11 prosenttia väestöstä. Samana aikana kustannukset kasvoivat 2,6-kertaisesti.

Elatustuen määrällinen kehitys on ollut samansuuntainen mutta kasvu on ollut loivempi. Elatustukea saaneiden lasten määrä on viiden vuoden aikana kasvanut 84 000:sta 110 000:een. Maksettujen elatustukien määrä on samana aikana 1,3-kertaistunut.

#### *Laadullinen kehitys*

Toimeentulotukiasiakkaiden voimakas kasvu on aiheuttanut jonotusaikojen merkittävän pidentymisen erityisesti suuremmissa kunnissa. Vuoden 1993 lokakuussa tehdyn selvityksen mukaan keskimääräinen jonotusaika toimeentulotukiasioissa oli 7 päivää. Sen sijaan kymmenessä suurimmassa kunnassa jonotusaika oli keskimäärin 23 päivää, mitä viimesijaisen toimeentuloturvan kohdalla on pidettävä kohtuuttoman suurena. Pisin jonotusaika vuoden 1993 syksyllä oli 35 päivää.

Tilannetta asiakkaiden kannalta on tosin helpottanut se, että erittäin kiireellisiä tapauksia varten useimmissa kunnissa on järjestetty päivystysluonteisia vastaanottoja, mutta tämänkin toiminnan osalta on olemassa suuria kuntakohtaisia eroja.

Sosiaalityöntekijöiden hoidettavana olevien toimeentulotukiasioiden ylisuureksi kasvanut määrä on vaikeuttanut heidän mahdollisuuksiaan suorittaa muuta sosiaalityötä, mikä osaltaan vaikeuttaa mm. päihdehuollon, lastensuojelun ja ehkäisevän sosiaalityön toteuttamista, vaikka myös näiden sosiaalityön lohkojen tarve on taloudellisen laman seurausilmiönä merkittävästi lisääntynyt.

#### **3.4.4. Erityisryhmien palvelut**

Valtionosuudella on aikaisemmin ollut suuri merkitys erityisryhmien palvelujen kehittämisessä kunnallisena toimintana. Pitkästi hyväntekeväisyyteen perustuva järjestötoiminta saatiin näin vakiinnutettua kunnalliseksi vastuunotoksi erityisryhmistä. Tämä johti myös nykyiseen erityisryhmiä koskevan erityislainsäädännön kehittämiseen.

Harvaan asutussa maassa pienten tai poliittiselta painoarvoltaan heikkojen erityisryhmien palvelut on usein mahdollista turvata vain keskitettyinä tai alueellisina palveluina. Tämä edellyttää kuntien keskinäistä ja palveluita tuottavien järjestöjen välistä yhteistyötä ja alueellista tai valtakunnallista vastuunottoa.

##### ***3.4.4.1. Vammaispalvelut***

Valtionosuusuudistus on vauhdittanut kehitysvammahuollon palvelujen siirtymistä erityishuoltopiireiltä kuntien järjestämäksi. Erityishuoltopiirien toiminta on supistunut kaikilta osiltaan ja vastaavasti kuntien järjestämä palveluasuminen on laajentunut. Avohuollon palveluissa alueelliset erot eräissä asioissa ovat kasvaneet, mitä voi osittain pitää valtionosuusuudistuksen seurauksena.

##### ***Määrällinen kehitys***

Vammaispalvelujen kehitykseen on merkittävästi vaikuttanut laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista, joka tulisi voimaan asteittain 1980-luvun lopussa ja 1990-luvun alussa. Laki on täsmentänyt vaikeavammaisten henkilöiden asemaa säätämällä subjektiivisen oikeuden muun muassa kuljetus- ja tulkkipalveluihin sekä palveluasumiseen. Suojatyö ei kuulu tällaisella subjektiivisella oikeudella turvattuihin palveluihin. Apuvälineistä säädetään, että niitä on annettava silloin kun ne vamman laadun kannalta ovat tarpeellisia.

Vuosina 1989 - 1993 kuljetuspalveluja, tulkkipalveluja ja palveluasuntoja saaneiden asiakkaiden määrä onkin selvästi kasvanut. Sen sijaan suojatyö on jonkin verran supistunut. Kuitenkin samalla kun asiakasmäärät ovat kasvaneet, kunnissa on pyritty rajoittamaan asiakasta kohti annettavien kuljetuspalvelujen ja tulkkipalvelujen määrää. (Lehto 1995).

Apuvälineiden myöntämistä on valtiosuusuudistuksen jälkeisinä vuosina seurattu tarkoin, koska epäiltiin niiden myöntämisessä syntyvän alueellisia eroja. Selvitykset ovatkin osoittaneet, että apuvälineitä saadaan aikaisempaa epäyhtenäisemmin perustein eri puolilla maata. Apuvälineiden saatavuutta on eniten heikentänyt sellaisten rajoitusten asettaminen, joiden perusteella tiettyjä apuvälineitä tai tietyn hintaisia apuvälineitä ei anneta lainkaan. (Sillanpää ym. 1995).

Kehitysvammahuollossa on hoitoideologiaan perustuva palvelurakennemuutos alkanut jo 1980-luvulla; laitospaikkoja on vähennetty ja asumispalveluja laajennettu vähitellen. Voimavaroja on kohdennettu selkeästi avohuoltoon. Saatujen selvitysten mukaan keskuslaitoksissa oli vuonna 1994 asukkaita 3 295, vuonna 1989 laitoksissa oli asukkaita reilu 1 000 enemmän. (Karjalainen 1995). Vain vaikeasti vammaiset ja runsaasti palveluja tarvitsevat ovat jääneet laitoksiin. Päivätoiminta ei ole kehittynyt toivotulla tavalla vaan siinä on edelleen puutteita.

#### **3.4.4.2. Päihdehuollon palvelut**

Päihdehuollon asiakkaat ovat tyypillisesti niitä, jotka taloudellisen laman oloissa uhkaavat jäädä muiden asiakasryhmien varjoon, jos palvelujen järjestämistä ei ole erikseen lainsäädännöllä tai resursseilla turvattu. Valtiosuusuudistus vauhditti supistuksia päihdehuollossa, koska kiinnostus kuntayhtymien purkuun lisääntyi. Kuntien väliset erot päihdehuollon palvelujen määrässä, laadussa ja järjestämistavassa ovat suuret. Päihdehuollon kuntayhtymien purku ja päihdehuoltoon kohdistuneet säästöt ovat vaikeuttaneet erityisesti haja-asutusalueilla palvelujen ja asiantuntemuksen saatavuutta.

#### ***Määrällinen kehitys***

Palveluasumisen, tukiasumisen ja vuokra-asumistilanteen paraneminen johti aikanaan päihdehuollon laitoshuollon ylikapasiteettiin. Kehitystä tuki toiminnan laajentuminen yksityiselle palvelusektorille, jota Raha-automaattiyhdistys tuki. Vaikka kuntoutuslaitosten paikkaluku on viimeisten viiden vuoden aikana vähentynyt noin kolmanneksella, on



laitosten vajaakäyttö edelleen suuri ongelma. Erityisen vaikea tilanne on kuntayhtymien laitoksilla. Kuntien omien laitosten tilanne on ollut helpompi. Järjestöjen ylläpitämät yksiköt ovat joutuneet säästöjen kohteeksi silloinkin, kun niiden hinta-laatu -taso on ollut kilpailukykyinen. Tällä hetkellä on jopa jonoja joihinkin järjestöjen päihdehuollon laitoksiin.

Vuoteen 1993 asti vähenivät sekä hoitopaikat, asiakkaat että hoitopäivät merkittävästi. Vaikka paikkaluku on edelleen sen jälkeen vähentynyt, kasvoi kuntoutuslaitosten asiakkaiden määrä vuonna 1994, mutta samalla hoitoajat lyhenivät. Kehitys kertoo siitä, että päihdehuollon säästöt olivat olleet liian nopeita; oli syntynyt patoutunutta hoidon tarvetta, jonka oli pakko purkautua. Tilanne muuttuu vielä huolestuttavammaksi, kun ottaa huomioon, että sitä on pehmentänyt vuosien 1990 - 1994 tilastoidun alkoholin kulutuksen väheneminen 14 prosentilla. Vuonna 1994 päihdehuollon kuntoutuslaitoksissa ja katkaisuhuoltoasemilla oli paikkoja 1 231 ja eri asiakkaita hoidettiin 16 507. (Kaukonen ja Mäki 1996).

A-klinikoita ja nuorisoasemia on 75, joilla on toimintaa noin 100 paikkakunnalla. Niille tehtiin vuonna 1993 noin 342 000 asiakaskäyntiä. Asiakkaita oli kaikkiaan noin 37 500. Asiakkaiden määrä vähentyi vuoteen 1993, mutta hoitokäynnit lisääntyivät eli sama asiakas kävi hoidossa keskimäärin useamman kerran kuin aikaisemmin. Vuonna 1994 asiakkaiden määrä kääntyi kasvuun samoin kuin laitospäihdehuollossa. (Kaukonen ja Mäki 1996).

Päihdehuollon palveluasumisyksiköissä ja ensisuojoissa oli vuonna 1992 kaikkiaan noin 8 900 asiakasta ja asumisvuorokausia kertyi lähes 690 000. Asumisjaksot olivat yleensä pitkiä. Päihdehuollon palveluasuntojen (hoito- ja huoltokodit, asumisyhteisöt jne) kapasiteetti oli vielä 1990-luvun alussa huomattavassa kasvussa. Paikkoja lisättiin muutamassa vuodessa lähes kolmanneksella. Paikkaluvun kasvu taittui vuonna 1992. Ensisuojojen sekä asuntoloiden paikkaluvut ja yöpymiset ovat sen sijaan tasaisesti vähentyneet. Ensisuojia on lakkautettu ja muutettu osin päivätoimintayksiköiksi, joiden määrä on muutenkin lisääntynyt voimakkaasti lähinnä järjestöjen rahoittamina. (Kaukonen 1995).

Sosiaalihuollon erillisissä palvelu- ja tukiasunnoissa asui vuonna 1992 noin 4 500 päihdeongelmaista. Lisäksi samana vuonna kunnilla oli käytössä noin 6 700 tukiasumispaikkaa, joissa asui runsaasti myös päihdeongelmaisia. (Kaukonen 1995).

### *Laadullinen kehitys*

Talouden heikentyminen hidasti, osin pysäytti päihdehuollon rakennemuutoksen avohoitopainotteisemmaksi ja kuntoutukseen keskittyväksi. Asumistilanteen helpottuminen paransi kuitenkin monien elinolosuhteita. Järjestösektorin ja siihen liittyvän vapaaehtois- ja työllistämistoiminnan avulla kyettiin päivätoimintoja ja asumispalveluja kehittämällä päihdeongelmaisille turvaamaan uudenlaista arkipäivää. Laitoskuntoutukseen pääsyn vaikeutuminen heikensi samalla kuitenkin vaikeimmin päihdeongelmaisten tilannetta.

Sosiaalitoimistojen sosiaalityöntekijöiden mahdollisuudet päihdeongelmaisten asiakkaiden tukemiseen ja hoitoon motivoimiseen heikkenivät olemattomiksi nopeasti kasvaneen toimeentulokiasiakkaiden määrän vuoksi. Erityisesti huono-osaisimpien päihdeongelmaisten asema vaikeutui. Laitoskuntoutukseen pääsyn vaikeutuminen ja hoitoaikojen lyheneminen ovat heikentäneet merkittävimmin heidän kuntoutumismahdollisuuksiaan.

#### **3.4.5. Ympäristöterveydenhuolto ja ympäristönsuojelun hallinto**

Valtionosuusuudistuksen jälkeen terveydensuojelussa on tapahtunut merkittäviä muutoksia kunnissa. Terveydensuojelun toteuttamisesta vastaavat kunnalliset toimielimet on useissa kunnissa siirretty aiemmasta yhteydestään sosiaali- ja terveystoimesta mm. rakennus-, kaavoitus- tai ympäristönsuojeluorganisaatioihin.

Sisäasiainministeriön asettama kuntien markkinavalvontatyöryhmä on muistiossaan (SM 3/1994) arvioinut, että noin 110 kunnassa terveydensuojeluun kuuluvat tehtävät on siirretty muun organisaation alalle. Tämä on vaikuttanut merkittävästi terveydensuojelun toimintamahdollisuuksiin kunnissa. Kuntien valvontaresurssit ovat vähentyneet. Em. työryhmän arvion mukaan ympäristöterveydenhuollon henkilökuntaa oli kunnissa vuonna 1992 1 778, kun vuonna 1994 heitä oli enää 1 518.

Myös ympäristönsuojelun hallinnossa on tapahtunut muutoksia. Ympäristöministeriö on seurannut kuntien ympäristöhallinnon kehitystä yhdessä Suomen Kuntaliiton kanssa vuosittain tehdyin kuntakyselyin. Kyselyjen mukaan erityisesti lautakuntia ja jossain määrin myös virkoja on järjestetty uudelleen. Muutokset ovat samansuuntaisia kuin terveydensuojelussa.

Sisäasiainministeriön työryhmän selvityksen mukaan kuntien terveydensuojeluhenkilöstön keskeiset tehtävät olivat vuonna 1994; elintarvikevalvonta (32 % henkilötyövuosista), terveydensuojelulain mukainen valvonta (27 %), eläinlääkintähuolto ja eläinsuojelu (24 %), tuoteturvallisuusvalvonta (5 %) ja muut tehtävät (12 %). Vuoden 1994 alusta

toteutunut Suomen ETA-jäsenyys sekä liittyminen Euroopan unionin jäseneksi vuoden 1995 alusta ovat merkittävästi lisänneet kuntien velvoitteita elintarvikkeiden sisämarkkinakaupan valvonnassa. Muun terveydensuojelun alalla on asuntojen sisäilman terveys-haittatapausten määrä lisääntynyt voimakkaasti 1990-luvun alkupuolella.

### **3.5. Asiakkaiden asema ja väestön hyvinvointi**

Sosiaali- ja terveydenhuollon näkökulmasta suunnittelu- ja valtionosuusjärjestelmällä ei ole itsenäistä asemaa vaan se on väline väestön tarvitsemien palvelujen kehittämisessä. Uudistusta valmisteltaessa oli laajasti esillä asiakkaiden aseman vahvistaminen. Suunnittelu- ja valtionosuusjärjestelmän ohella asiakkaille tarjottavien palvelujen kehittämistä ohjaavat keskeisesti toimintaa säätelevä lainsäädäntö sekä siinä asetetut tehtävät ja tavoitteet. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/92) tuli voimaan 1.3.1993, vastavaa lainsäädäntöä valmistellaan sosiaalihuoltoon.

Laskennallinen valtionosuusjärjestelmä merkitsee sitä, että valtion rahoitus ei ohjaa aikaisemmalla tavalla palvelujen järjestämistä. Näin kunnan omiin tarpeisiin ja päätöksentekoon perustuva palvelujen priorisointi on helpompaa kuin aiemmin. Kunnan päätettävissä on myös se, miten laajasti asukkaiden valinnanvapautta kunnioitetaan ja miten suuri paino asukkaiden toiveilla ja tarpeilla on kunnan päätöksenteossa. Maassamme onkin viime vuosina käyty laajaa yhteiskunnallista keskustelua priorisoinnista.

Valtionosuuslainsäädäntöä uudistettaessa korostettiin, että palvelut tulee turvata kaikille niitä tarvitseville. Taloudellisten voimavarojen rajallisuus herätti epäilyjä yksilötasolla mahdollisista palveluja vaille jäävistä ryhmistä. Tavoitteena oli vahvistaa väestön oikeutta saada sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Erityisesti nähtiin tarpeelliseksi pitää huolta pienistä ryhmistä, jotka eivät itse kykene valvomaan tai vaatimaan oikeuksiaan. Pidettiin tärkeänä, että käydään yhteiskunnallista arvokeskustelua, jonka tulee olla asiakkaan tarpeista lähtevää ja sen tavoitteena tulee olla toiminnan tehostaminen sekä laadun parantaminen ja varmentaminen.

#### ***Terveydentilan muutokset***

Arvioitaessa valtionosuusuudistuksen mahdollista vaikutusta väestön terveydentilaan, voidaan tässä vaiheessa selkeästi todeta, että kolme vuotta uudistuksen voimaantulon jälkeen tästä ei voida esittää arviota. Muutokset väestön yleisessä terveydentilassa tapahtuvat suhteellisen hitaasti.

Väestön terveydentilaa seurataan maassamme laajoilla väestötutkimuksilla. Seurantatietoa on olemassa aina 1960-luvulta asti. Viimeisin väestötutkimus tehtiin keväällä 1995. Seuraavat tiedot terveydentilan muutoksista käyvät ilmi tästä Kansaneläkelaitoksen ja Stakesin Terveysturvan väestötutkimuksesta. (Klaukka ym. 1995).

Vuosien 1987 ja 1995 välisenä aikana väestön ilmoittama terveydentila on muuttunut osin myönteiseen ja osin huolestuttavaan suuntaan. Sekä aikuisten että lasten keskuudessa on itsensä pitkäaikaisesti sairaaksi ilmoittaneiden osuus kasvanut selvästi. Vuonna 1987 ilmoitti aikuisista 41 prosenttia ja lapsista 12 prosenttia sairastavansa jotakin pitkäaikaista sairautta. Vuonna 1995 vastaavat osuudet olivat 47 prosenttia aikuisista ja 20 prosenttia lapsista.

Osa aikuisten sairastavuuden kasvusta on aiheutunut väestön ikärakenteen muutoksesta. Se selittää kasvusta pari prosenttiyksikköä. Muun kasvun taustalla on astman ja allergioiden yleistyminen erityisesti nuorilla aikuisilla sekä kohonneen kolesterolin sekä laktoosintoleranssin aikaisempaa parempi tiedossaolo väestössä. Lisääntyneestä pitkäaikais-sairastavuudesta sekä elämisen muista ongelmista kertoo psyykkisten oireiden yleisyyden kasvu vuosien 1987 ja 1995 välillä. Ylirasittuneisuus, masentuneisuus, hermostuneisuus, voimattomuus, väsymys ja unettomuus ovat yleistyneet.

Aikuisten terveydentilassa on tapahtunut myös myönteistä kehitystä. Vuodesta 1964 alkaen todettu tuki- ja liikuntaelinsairauksien voimakas kasvu näyttäisi vuoden 1995 tietojen mukaan pysähtyneen. Myös sepelvaltimosairaus ja sydämen vajaatoiminta ovat vähentyneet, ensin mainittu etenkin työikäisillä ja jälkimmäinen iäkkäillä. Oman terveydentilansa hyväksi tai melko hyväksi ilmoittaneiden aikuisten osuus oli sekä vuonna 1987 että 1995 noin kolmasosa koko väestöstä.

Lasten selvästi yleisimpiä pitkäaikaissairauksia ovat astma ja muut allergiaperäiset sairaudet, jotka kaikki ovat yleistyneet lapsiväestössä selvästi vuosien 1987 ja 1995 välisenä aikana. Muut lasten pitkäaikaissairastavuuden muutokset ovat vähäisiä.

Kunnallisessa palvelujen tarjonnassa tapahtuneiden muutosten yhteyttä kuntalaisten terveydentilaan ei käytössä olevien aineistojen perusteella voi arvioida. Yksittäisten kuntien järjestämien palvelujen tarjonta ei yleisesti ole heikentynyt niin paljon, että sen voisi olettaa näin lyhyellä aikavälillä vaikuttaneen kuntalaisten terveydentilaan yleisesti. On kuitenkin mahdollista, että eräiden sairausryhmien palvelut ovat heikentyneet siinä määrin, että se näkyy myös yksilöiden huonompana terveytenä. (Kalland 1995). Koko maata koskevat tiedot terveydentilasta eivät myöskään osoita sitä, että ennalta ehkäisevä

työ olisi yleisesti heikentynyt ja näkynyt lisääntyneenä sairastavuutena. Päinvastoin suurien kansansairauksien yleisyys on vähentynyt kuten edellä todettiin.

### *Sosiaalisen selviytymisen muutokset*

Toimeentulotukiasiakkaiden määrän lisääntyessä sosiaalityöntekijöiden mahdollisuudet ohjauksen, neuvonnan ja tiedotuksen järjestämiseen ovat vähentyneet. Samoin mahdollisuudet toimia asiantuntijana muiden hallinnonalojen suuntaan sekä asiakasyhteyksissä saadun tiedon työstäminen suunnittelu- ja päätöksentekotiedoksi on vaikeutunut. Sosiaali- ja terveydenhuollon ennaltaehkäisevät toimenpiteet ovat vähentyneet. Myöskään asiakkaiden ja asukkaiden elinolojen parantamiseen liittyvät yleiset yhteiskuntapolitiikkaan vaikuttavat sosiaalisten ja terveydellisten vaikutusten arvioinnit eivät ole saaneet korjaavien palvelujen tarpeen lisääntyessä sitä asemaa, joka pitkällä aikavälillä olisi myös kustannuksia säästävää. Asiakkaiden ja asukkaiden omatoimisuuden ja osallistumisen tukeminen uuden kuntalain säännöksetkin huomioon ottaen ei ole vielä toteutunut siinä laajuudessa kuin se ennaltaehkäisevän sosiaali- ja terveyspolitiikan kannalta olisi toivottavaa.

Taloudellinen lama on heijastunut perheiden ja yksilöiden sosiaaliseen selviytymiseen. Työttömyys merkitsee toimeentulovaikeuksien lisäksi uhkaa syrjäytyä yhteiskunnasta, päihteiden käytön lisääntymistä ja mielenterveysongelmia. Keskeinen kysymys kunnissa on, miten saada syrjäytymisuhassa olevat ihmiset aktivoitumaan ja millä keinoin voitaisiin edistää ihmisten selviytymistä ja elämänhallintaa sekä ehkäistä ongelmien syntymistä.

Kuntatutkimusten perusteella (Laamanen 1995) tiedetään, että kunnissa - tosin usein järjestöjen tukemana - on selvästi havaittavissa innovatiivista ja rohkeaa lähestymistä näihin ajankohtaisiin ongelmiin. Esimerkkeinä kuntalaisten sosiaalisen selviytymisen tukemisesta mainittakoon alueelliset avoimet palvelu- ja toimintakeskukset työttömille ja nuorille, kriisikeskukset muun muassa mielenterveysongelmallisille tai muille henkisessä hädässä oleville, projekteja eri väestöryhmille, joilla pyritään elämänhallinnan ja terveydentilan parantamiseen, vaihtoehtoiset päivähoitomuodot, alueelliset palvelukeskukset, joissa yhdistyy mielenterveyshuollon, päihdehuollon ja perhe- ja kasvatusneuvolan palvelut ja nuorten työllistämistä tukevat projektit. Hankkeet nojaavat usein Ray-avustuksiin ja on epävarmaa miten niille käy rahoituksen päättyessä.

Väestön vaikuttamismahdollisuuksien kannalta ongelmallista on se, että päätöksenteko irrottautuu helposti arkielämästä ja poliittiset päättäjät näkevät talouden ongelmat

helpommin kuin ihmisten ongelmat. Kuntatutkimuksen perusteella (Laamanen 1995) näyttäisi kuitenkin vahvistuneen pyrkimykset aktivoida väestöä osallistumaan.

Väestön mahdollisuuksia osallistua on parannettu monin eri tavoin, erityisesti oman asuinalueensa palvelujen kehittämiseen. Joissakin kunnissa tehdään säännöllisiä kyselyjä väestön tarpeista ja kehittämisen painopistealueista. Omaisjärjestöjen vaikuttamismahdollisuudet ovat lisääntyneet.

### 3.6. Alueelliset erot

Kuntien toimintavapauden kasvun pelättiin lisäävän alueellisia eroja palvelujen tarjonnassa ja asettavan näin eri puolilla maata asuvan väestön eriarvoiseen asemaan. Sosiaali- ja terveystalouksia koskeva lainsäädäntö pysyi asiakasmaksulakia lukuun ottamatta ennallaan valtionosuusuudistuksen tultua voimaan. Alemmanasteista normiohjausta sen sijaan purettiin. Kuntien taloudelliset mahdollisuudet palvelujen järjestämiseen ovat kuitenkin erilaiset ja se saattaa johtaa palvelujen erilaiseen priorisointiin eri kunnissa.

Kuntien väliset erot sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksina arvioituna olivat ennen valtionosuusuudistusta suuret ja ovat edelleen. Terveystalouksien kustannuseroja tutkittaessa on esimerkiksi tullut esiin, että Pirkkalan, Ruskon ja Maskun kunnissa kansanterveysystyön ja erikoissairaanhoidon menot olivat vuonna 1993 alle 3000 markkaa asukasta kohden kun Rautavaaralla ja Vehmersalmella menot olivat lähes 7 000 markkaa sekä Utsjoella yli 7 000 markkaa asukasta kohden. Menot vaihtelevat jopa vierekkäin sijaitsevien kuntien välillä. (Häkkinen, Salonen ja Nordberg 1995). Vaikka otettaisiin huomioon kuntien erilainen väestörakenne, tarve-erot tai henkilöstön palkkaerot esimerkiksi syrjäseutulisien takia, jää jäljelle vielä huomattavia eroja kustannuksissa. On arvioitu, että terveydenhuoltomenojen alueelliset erot olisivat 1990-luvun ensimmäisinä vuosina aluksi aavistuksen verran pienentyneet mutta valtionosuusuudistuksen jälkeen hieman kasvaneet, joskaan yhden vuoden (1993) perusteella ei voida tehdä pitkälle meneviä päätelmiä uudistuksen vaikutuksista. Kun terveydenhuollon kokonaismenoja tarkastellaan yhdessä vanhustenhuollon menojen kanssa, vähenee alueellinen vaihtelu.

Erilaisissa sosiaalipalveluissa on todettu olevan suuria määrällisiä eroja kuntien välillä. Esimerkiksi kodinhoitoavun ja tukipalvelujen kattavuudessa tai palveluasuntojen määrässä on huomattavia eroja. Sosiaalipalvelujen kunnittaisen menokehityksen erot ovat olleet viime vuosina suuret; 28 prosentin kasvusta 12 prosentin alenemiseen. (Aho ja Lehto 1996).

Kuntayhtymien purku yleistyi valtionosuusuudistuksen jälkeen ja sillä on ollut merkitystä myös kuntien välisten erojen kannalta. Kuuluminen kuntayhtymään on turvannut sen, että myös pienessä kunnassa asuvat ovat saaneet erityistason palveluja. Kun kuntayhtymä puretaan ja kunta ryhtyy itse tuottamaan palvelut syntyy eroja palvelutarjonnassa. Tämä koskee muun muassa päihdehuollon kuntayhtymiä ja perhe- ja kasvatusneuvolakuntayhtymiä. Myös mielenterveyspalveluja ja kehitysvammaisten palveluja on muutettu kunnan omaksi toiminnaksi.

Valtionosuusuudistuksen vaikutuksia erityisryhmien kannalta arvioivan tutkimuksen johtopäätös on, että erityisryhmät ovat alueellisesti eriarvoisessa asemassa. (Kalland 1996). Tutkimuksessa esitetään myös viitteitä erityisryhmien alueellisen eriarvoisuuden kasvamisesta esimerkiksi apuvälineiden ja tukipalvelujen saamisessa.

Sosiaali- ja terveysministeriö selvitti apuvälineiden saatavuutta 1994. Johtopäätöksenä selvityksestä oli, että apuvälinepalvelujen saatavuus oli heikentynyt joillakin alueilla ja joidenkin apuvälineiden osalta. Kehitys ei kuitenkaan ollut yhdensuuntainen kaikissa maan terveyskeskuksissa tai sairaanhoitopiireissä. Tiukennukset apuvälineiden myöntämiskäytännöissä on kohdennettu eri tavalla eri terveyskeskuksissa ja sairaanhoitopiireissä. Minkään apuvälineen antamiskäytäntö ei ollut täysin yhdenmukainen. Kuntakohtaisia eroja korostaa myös se, että samojen apuvälineiden antamista on toisissa terveyskeskuksissa helpotettu, toisissa tiukennettu. (Sillanpää, Marjamäki ja Paatero 1994).

Tiedot asiakasmaksuista osoittavat myös kuntien välisistä eroista. Vuonna 1993 tehty selvitys osoitti, että kunnat käyttävät asiakasmaksuissa harkintaa niin laajasti kuin laki sallii. Kun esimerkiksi lääkärintodistuksesta perittävän maksun ylärajaksi on säädetty 126 mk, perivät jotkut kunnat tämän enimmäismäärän ja toiset kunnat antavat saman todistuksen potilaalle maksutta. (Marjamäki 1993).

Esimerkit kuntien välisistä eroista osoittavat, että erot ovat kyllä kasvaneet joissakin palveluissa. On kuitenkin oletettavaa, että on palveluja joissa erot ovat pienentyneet. Taloudellinen lama on pakottanut kunnat supistamaan palvelujaan ja silloin on jäänyt jäljelle vain välttämättömimmät palvelut ja kaikki ylimääräinen kuntakohtaisessa harkinnassa oleva on karsittu.

Tiedot alueellisten erojen kehittymisestä koskevat vain joitakin palveluja. Tutkimusta viime vuosien tilanteesta ei vielä ole riittävästi tarjolla. Vuonna 1993 toteutettu tilastouudistus tekee ajallisen vertailun vaikeaksi ja niinpä on vaikea vastata siihen, ovatko alueelliset erot valtionosuusuudistuksen jälkeen suuremmat kuin ne olivat sitä ennen.

### 3.7. Perustamishankkeiden kohdentuminen ja niihin liittyvä päätöksentekomenetely

Perustamishankkeiden kohdentumista on pyritty ohjaamaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annettavan valtakunnallisen suunnitelman avulla. Esimerkiksi 4.9.1995 hyväksytyn sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä vuosina 1996 - 1999 koskevan valtakunnallisen suunnitelman mukaan hankkeiden toteuttamisessa etusijalla ovat palvelujen häiriöttömän järjestämisen kannalta välttämättömät toimenpiteet ja hankinnat. Lisäksi on edellytetty, että lasten päivähoitovelvoitteen laajentumisen edellyttämien päivähoitopaikkojen rakentaminen otetaan huomioon.

Muista hankkeista on etusijalle asetettu sellaiset olemassa olevien tilojen peruskorjaus- ja saneeraustoimenpiteet sekä rakentamistoimenpiteet, joiden avulla laitospaikkoja vähennetään ja avohuollon monimuotoisia palveluja ja kotona asumista tukevia palveluja lisätään. Laitospaikkoja lisäävää rakentamista ei pääsääntöisesti tueta.

Valtionosuuslainsäädännössä hanke määritellään toiminnalliseksi kokonaisuudeksi. Närittely on alaltaan varsin väljä, joten perustamishankkeina voi tulla toteutettaviksi hyvin erilaisia hankkeita. Yksityiskohtaisia tietoja perustamishankkeiden kohdentumisesta erityyppisiin käyttötarkoituksiin ja tiloihin voidaan saada vain suhteellisen rajoitetusti.

1990-luvun alkuvuosina pienet perustamishankkeet ovat jakautuneet lähes puoliiksi terveydenhuollon hankkeisiin ja toisaalta sosiaalihuollon hankkeisiin. Tässä suhteessa tilanne ei ole merkittävästi muuttunut valtionosuusuudistuksen myötä. Suurissa hankkeissa sosiaalihuollon hankkeiden osuus on ollut pienempi, mutta hankkeiden lukumäärä on ollut erityisesti viime vuosina niin vähäinen, että se vaikeuttaa tilanteen arviointia.

Perustamishankkeiden jakautumista rakennushankkeisiin ja muihin hankkeisiin voidaan myös arvioida tarkemmin. Vuosina 1993 - 1995 uudisrakennus- ja peruskorjaushankkeiden yhteenlaskettu osuus on ollut noin 80 prosentin luokkaa kaikista hankkeista. Rakennushankkeissa peruskorjaushankkeiden osuus on ollut jonkin verran suurempi kuin uudisrakennushankkeiden osuus. Muista hankkeista olemassa olevien kiinteistöjen hankinnat ovat määrältään viime vuosina supistuneet muutamaa prosenttiin kaikista hankkeista. Laitehankintojen osuus on ollut puolestaan noin 10 prosentin tasolla.

Tämänhetkisten suunnitelmätietojen perusteella perustamishankkeet ovat myös lähivuosina valtaosin erilaisia rakennushankkeita. Laitehankintojen osuus kaikista hankkeista tulee kasvamaan.



Sosiaali- ja terveysministeriön ja lääninhallitusten vuodelle 1995 solmimien tulossopimusten toteutumisen seurannan perusteella voidaan arvioida, että lääninhallitusten perustamishankeintiöt kohdentuvat varsin tehokkaasti juuri edellä mainittuihin valtakunnallisessa suunnitelmassa painopistealueiksi määriteltyihin hanketyyppeihin. Useiden lääninhallitusten antamissa raporteissa on nimenomaisesti todettu, että suurin osa tai käytännössä kaikki hyväksytyt hankkeet ovat olleet palvelurakenteen muuttamista tukevia hankkeita.

Edellä kohdassa 2.6.1. todetut perustamishankkeiden kustannuksiin liittyvät erilaiset enimmäis- tai vähimmäisrajat ovat osaltaan pyrkineet ohjaamaan kuntien päätöksentekoa ja hankkeiden toteuttamistapaa suuntaan, joka muodostuisi kunnan kannalta edullisimmaksi. Yksittäistapauksissa on tullut esille myös sellaisia menettelytapoja, jotka eivät ole lainsäädännön näkökulmasta hyväksyttäviä.

Ennen vuotta 1993 voimassa olleen lainsäädännön mukaan tietyn kustannusrajan alittaviin hankkeisiin suoritettiin valtionosuus automaattisesti osana käyttökustannusten valtionosuuksia. Tämä johti siihen, että hankekiintiöiden ollessa tiukat hankkeita pyrittiin pilkkomaan sellaisiksi kustannuksiltaan pienemmiksi osiksi, jotka voisivat tulla valtionosuuden piiriin käyttökustannuksina. Käyttökustannusten valtionosuuden kohdentaminen tosiasiallisiin kustannuksiin johti myös siihen, että sosiaali- ja terveydenhuollon toimintoja sijoitettiin usein vuokratiloihin, koska vuokramenoihin saatiin aina valtionosuutta.

Vuoden 1993 alusta voimaan tulleen lainsäädännön myötä on tilanne edellä mainituissa suhteissa muuttunut. Koska sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannusten valtionosuus on muuttunut perusteiltaan laskennalliseksi, ei kunta voi omilla toimintojen järjestämiskäytöksillään välittömästi vaikuttaa käyttökustannusten valtionosuuden määrään. Näin ollen uudet investoinnit on kunnan näkökulmasta edullista pyrkiä mitoittamaan siten, että ne ylittäisivät perustamishankkeiden kustannusten suuruudelle asetetun vähimmäisrajan, jolloin ne voisivat tulla hyväksytyiksi erillisinä perustamishankkeina. Tämä johtaa puolestaan pyrkimykseen koota yhteen hankkeeseen mahdollisuuksien mukaan eri osia siten, että kustannusraja ylittyisi.

Uuden valtionosuusjärjestelmän toisena vaikutuksena on ollut se, että kuntien näkökulmasta toimintoja ei ole enää yhtä edullista ylläpitää vuokratiloissa, koska käyttökustannusten valtionosuus ei riipu todellisista vuokramenoista. Tämä muutos on tullut erityisesti esille sellaisissa ennen vuotta 1993 järjestetyissä kiinteistöosakeyhtiö-muotoisissa hankkeissa, joissa kunta on vuokrannut tilat (itse perustamaltaan ja omistamaltaan) yhteisöltä ja joissa investointi on suurelta osin rahoitettu suhteellisen lyhytaikaisella lainalla. Tällaisissa tapauksissa kunnan vuokramenot muodostuvat suuriksi eikä niitä oteta enää

uudessa valtiosuusjärjestelmässä erikseen huomioon. Tilanne on eräissä tapauksissa johtanut siihen, että vuokratiloja on pyritty lunastamaan kunnan omistukseen uusina erillisinä hankkeina. Sosiaali- ja terveysministeriö on ohjannut lääninhallituksia siten, ettei tämäntyyppisiä hankkeita, jotka eivät toisi mitään uutta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin, hyväksyttäisi ilman erityistä syytä.

Edellä mainitut ongelmalliset yksittäistapaukset ovat määrältään jääneet suhteellisen vähäisiksi verrattuna hankejärjestelmän kokonaisuuteen. Esimerkiksi vuoden 1993 alusta lakiin sisällytetyllä toiminnallisen kokonaisuuden käsitteellä on voitu yhdenmukaistaa tulkintoja sellaisissa tapauksissa, joissa hankkeen kustannukset sijoittuvat lähelle perustamishankkeen vähimmäisrajaa.

Vuoden 1996 alusta voimaan tullut muutos perustamishankkeiden valtiosuuden suuruuden määräytymiseen johti puolestaan aikaisemman noin 49 prosentin keskimääräisen valtiosuuden alenemiseen noin 42 prosenttiin kustannuksista. Tällöin valtiosuuden suuruus on hyvin lähellä sitä laskennallista osuutta, joka tulee korvattavaksi käyttökustannusten valtiosuuden kautta.

Edellä mainitulla perusteella voidaan arvioida, että perustamishankkeiden hyväksymistä koskevaan menettelyyn tai hankkeiden sääntelyyn lainsäädännöllisellä tasolla ei ole suuria muutostarpeita. Hankkeiden juridisten tulkintalinjojen yhdenmukaisuuden varmistamiseksi on sosiaali- ja terveysministeriön kuitenkin perusteltua ohjata niin lääninhallituksia kuin kuntia informaatio-ohjauksen keinoin.

Toteutettavien perustamishankkeiden kustannustason valvonta ja sääntely on valtiosuuslainsäädännössä jäänyt vähäiseen asemaan. Lähtökohtana on ollut, että kunnat ja kuntayhtymät ovat ensi sijassa vastuussa hankkeiden mahdollisimman taloudellisesta toteuttamisesta. Lääninhallituksilla ei ole ollut resursseja eikä lainsäädännössä asetettua velvollisuuttakaan kustannuskysymysten valvontaan.

Valtiosuusjärjestelmän toiminnasta saatujen kokemusten perusteella voidaan arvioida, että kunnilla on hyvin eritasoiset edellytykset omien hankkeidensa kustannustason hallintaan ja valvontaan. Erityisesti pienissä kunnissa, joissa on ollut vähäiset resurssit hankkeiden ohjaukseen ja valtiosuus on ollut toisaalta suuri, on ollut ongelmia hankkeiden kustannusten hallinnassa. Myös lääninhallitukset ovat vuonna 1995 suoritetun tiedustelun perusteella osittain epävarmoja sen suhteen, mikä niiden rooli hankkeiden kustannustason valvonnassa on. Lääninhallitukset ovat suhteellisen yksimielisesti toivoneet ainakin nykyistä parempaa tietopohjaa hankkeiden kustannustason vaikuttavista tekijöistä.

Edellä mainituista ongelmista huolimatta nykyistä perustamishankkeiden hyväksymismenettelyä voidaan pitää toimivaltasuhteiltaan edelleen perusteltuna. Vuoden 1996 alusta voimaan tullut perustamishankkeiden valtionosuuden suuruuden keskimääräinen aleneminen lisää osaltaan kuntien omaa vastuuta hankkeiden taloudellisesta toteuttamisesta. Varsinaisiin muihin lainsäädännöllisiin muutoksiin ei ole aihetta. Lääninhallitusten edellytyksiä ohjata alueensa kuntia nykyistä paremmalla informaatiolla tulee kuitenkin parantaa. Tässä tarkoituksessa sosiaali- ja terveysministeriö on tehostanut lääninhallituksille suunnattua informaatio-ohjausta.

Viime aikoina on esille noussut myös uusia paineita, jotka todennäköisesti edellyttävät perustamishankkeista edellytettyjen tietojen tarkistamista ja kehittämistä. Vaikean työttömyyden vallitessa perustamishankkeiden työllistävää vaikutusta on eri yhteyksissä jouduttu arvioimaan aiempaa perusteellisemmin. Toisaalta on tiedossa, että tulevaisuudessa yhä suurempi osa julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon rakennuskantaa on tulossa peruskorjausvaiheeseen, johon tulisi päätöksenteossa varautua riittävän ajoissa.

Erityiskysymyksenä voidaan vielä mainita erilaisen toimintavarustuksen vanheneminen, mikä saattaa edellyttää esimerkiksi huomattavia, samaan ajankohtaan keskittyviä investointeja röntgen- ja laboratoriolaitteisiin. Nämä kehityssuunnat edellyttäisivät nykyisen sosiaali- ja terveydenhuollon rakennus- ja laitekannan riittävän tarkkaa inventointia päätöksenteon pohjaksi. Aluekohtaisessa tarkastelussa tulisi ottaa huomioon myös yksityisten palvelujen tuottajien osuus.

## 4. VALTIONOSUUSJÄRJESTELMÄN KEHITTÄMISTARPEET

### 4.1. Käyttökustannusten valtionosuuksien määräytymistekijöiden muutostarpeet

Käyttökustannusten valtionosuuksien määräytymisperusteiden (ikä rakenne, sairastavuus, asukastiheys, pinta-ala, työttömyys ja kantokyky luokka) valintakriteerit ja perusteiden kuvaus on esitetty edellä 2. jakson kohdassa 2.5.1. (määräytymisperusteiden valintakriteerit ja perusteiden kuvaus). Kun valtionosuusjärjestelmää ollaan kehittämässä, ovat samat perusteet edelleen relevantteja.

Työryhmän kuultavana oli keväällä 1995 asiantuntijoita valtionhallinnosta, tutkimuslaitoksista ja kuntasektorilta. Asiantuntijoita pyydettiin arvioimaan sekä järjestelmän toimivuutta kokonaisuutena sekä erikseen kutakin määräytymistekijää. Yleisenä arvioinnaksi kaikki asiantuntijat esittivät, että sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuusjärjestelmä on periaatteiltaan oikeansuuntainen. Järjestelmä on selkeä ja yksinkertainen sekä kannustaa kuntia taloudellisuuteen. Kritiikkinä esitettiin, että tutkimus- ja seurantatietoa määräytymisperusteiden oikeellisuudesta on liian vähän saatavilla. Puutteena nähtiin myös se, ettei valtionosuusjärjestelmää nähdä osana suurempaa kokonaisuutta. Esimerkiksi kuntaan muuta kautta tuleva julkinen rahoitus kuten sairausvakuutus korvaukset ja Raha-automaattiyhdistyksen investointiavustukset ovat valtionosuusjärjestelmästä erillään. Samansuuntainen oli palaute kuulemistilaisuudessa, jossa muistion luonnosta kommentoi 17 lausunnonantajaa. (Yhteenvedot liitteinä 1 ja 2.)

Seuraavassa esitetään kunkin tekijän osalta työryhmän arvio määräytymistekijän tarkistamistarpeesta.

#### 4.1.1. Ikäryhmittäiset asukaskohtaiset valtionosuudet

Sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksien kohdentamista väestön ikärakenteen mukaan voidaan pitää perusteltuna. Ikärakenne on määräytymistekijänä myös muissa Pohjoismaissa.

Ikäryhmien painoja ja ikäryhmäjaottelua on kuitenkin syytä tarkistaa. Tämä edellyttää terveydenhuoltoa koskevan valmiin tutkimustiedon hyödyntämistä sekä sosiaalipalvelujen kustannusten ja kunnan ikärakenteen yhteyttä koskevan tutkimustyön välitöntä käynnistämistä. Selvitysmies Heikki Kosken työhön liittyen on Stakesissa tehty kaksi tutkimusta, joiden avulla pyritään muun muassa tarkentamaan ikäryhmittäiset valtionosuuden painot sosiaali- ja terveydenhuollossa (Häkkinen - Mikkonen - Norberg - Salonen sekä Valtonen).

**Ikäryhmien painojen ja ikäryhmäjaottelun tarkistus tehdään tutkimuksista ja selvityksistä saatujen tietojen perusteella.**

#### **4.1.2. Sairastavuus**

Sairastavuustekijää kritisoitiin aluksi varsin paljon. Sitä pidettiin kannustinvaikutukseltaan huonona ottaen huomioon muun muassa ehkäisevän terveystalouden tavoitteet. Lisäksi tämän tekijän satunnaisvaihtelun arveltiin olevan pienessä kunnassa suurta. Kritiikki on parin viime vuoden aikana laantunut.

Sairastavuustekijän vaihtelun osalta työryhmä teki vuosien 1993 - 1994 valtiosuunnitelman avulla laskelmia satunnaisvaihtelun merkityksestä. Laskelmat eivät osoittaneet sairastavuuskertoimen vuosittaisella vaihtelulla olevan merkitystä pienimmissäkään kunnissa; vain noin kymmenessä kunnassa sairastavuustekijän vaihtelu muutti kunnan saaman sosiaali- ja terveydenhuollon valtiosuuden yhteismäärää enemmän kuin yhden prosentin, enimmillään kaksi prosenttia.

Keskustelussa on ollut esillä myös vaihtoehtoisia sairastavuusmittareita, joista ehkä parhaaksi on arvioitu työkyvyttömyyseläkeläisten osuutta kunnan väestöstä.

Sairastavuuden käyttäminen valtiosuuden perusteena tulee arvioida Stakesissa tehdyn tutkimuksen pohjalta

**Työryhmässä ei nähdä välitöntä tarvetta sairastavuustekijän korjaamiselle.**

#### **4.1.3. Asukastiheys, pinta-ala ja saaristoisuus**

Näiden niin sanottujen kustannusrakennetekijöiden osalta on kritisoitu erityisesti tutkimustiedon puutteellisuutta. Myös kaupungistumista ja siihen liittyviä erityisongelmia kuvaavien tekijöiden puuttuminen valtiosuunnitelma-alueista on koettu ongelmalliseksi. Kustannusrakennetekijöiksi on keskustelussa esitetty lisäksi myös muun muassa ilmaston ja siitä aiheutuvien lämmityskustannusten huomioon ottamista valtiosuunnitelmissa.

Kustannusrakennetekijöiden valinnan ohella on kritisoitu niiden muotoa. Esimerkiksi saaristokertoimen on katsottu olevan liian ylimalkainen ja jättävän ottamatta huomioon väestön sijoittumisen saaristokunnissa. Pinta-alakertoimen on arvioitu tuovan korotuksen myös sellaisiin kuntiin, joissa pinta-alasta ei aiheudu lisärasitusta. On myös katsottu, että

pinta-alaltaan suurimmat kunnat saavat kohtuuttoman suuren korotuksen valtionosuuksiin.

Ongelmaksi on koettu myös asukastiheys- ja pinta-alalisten vaikutusten kertaantuminen. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksien sisällä kantokykyluokitus kertaannutti vuoteen 1995 saakka lisien vaikutukset. Kantokykyluokituksen poistuessa 1996 alusta, poistui tämä vaikutus. Lisäksi muiden hallinnonalojen valtionosuuksien määräytymistekijöinä käytetään samoja kustannusrakennetekijöitä, joskin erilaisin kaavoin.

**Kustannusrakennetekijöitä koskevaan selvitystyön perusteella arvioidaan myös sitä, säilytetäänkö sektorikohtaisissa valtionosuuksissa omat kustannusrakennetekijänsä omine kaavoineen vai pyritäänkö kustannusrakennetekijät kokoamaan yhteen esimerkiksi yleisen valtionosuuden yhteyteen.**

#### 4.1.4. Työttömyys

Työttömyyden huomioon ottamista valtionosuuden määräytymisessä on pidetty tarpeellisena, vaikkakaan työttömyyden ja sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten yhteydestä ei juurikaan ole tutkimuksellista evidenssiä. Yhteys on selvin työttömyyden ja toimeentulotukimenojen osalta. Esimerkiksi Vähätalon 1 300 työttömän aineistossa toimeentulotukeen turvautui jossain vaiheessa puolet peruspäivärahan saajista ja kolmannes ansiosidonnaista korvausta saavista työttömistä.

Käytännössä kunnan työttömyysaste selittää kuitenkin huonosti toimeentulotukimenojen määrää eri kunnissa. Esimerkiksi maaseudulla toimeentulotukimenot olivat kaupunkikuntia pienemmät työttömyydestä riippumatta. Työttömyyden ja muiden sosiaali- ja terveysmenojen yhteydestä ei tutkimustietoa juuri ole. Lasten päivähoidon tarpeen on todettu olevan pienempi korkean työttömyysasteen kunnissa. Terveyspalveluja työttömät käyttävät keskimääräistä enemmän. Tutkijoiden mukaan kyse on pikemminkin siitä, että esimerkiksi pitkäaikaissairailta on suurempi riski joutua työttömäksi kuin siitä, että työttömyys itsessään lisäisi palvelutarvetta. Työttömyyttä ei siten tarvitsisi terveysmenojen osalta ottaa huomioon valtionosuutta määriteltäessä, mikäli käytössä on sairastavuutta kuvaava valtionosuuden määräytymisperuste.

Enemmän kuin työttömyysmittaria sinänsä on kritisoitu nykyisen työttömyyskertoimen muotoa. Kerroin ei kaikissa tilanteissa ota huomioon työttömyyden noususta aiheutuva toimeentulotukimenojen kasvua kunnassa. Kunnan saama työttömyyskorotus voi laskea, vaikka kunnan työttömyysaste pysyy vuodesta toiseen samana. Näin on, mikäli maan keskimääräinen työttömyysaste kasvaa. Keskimääräistä työttömyysastetta taas säätelee

voimakkaasti suurimpien kaupunkien työttömyystilanne. Kritiikkiä on esitetty myös työttömyyden suhteuttamisesta asukasluvun sijasta työvoiman lukumäärään. On myös esitetty ajatus työttömyyskertoimen tarkentamisesta siten, että pitkäaikaistyöttömyys tulisi otettua erikseen huomioon.

**Työryhmä pitää perusteltuna työttömyystekijän analysointia valtionosuusjärjestelmän kannalta. Tarpeista tulee päättää selvitystyön perusteella.**

#### **4.1.5. Uudet määräytymisperusteet**

Muissa Pohjoismaissa valtionosuuden määräytymisperusteiden määrä näyttää olleen ja olevan edelleen kasvamassa. Tätä kehitystä ei voida kuitenkaan pitää meillä tavoitteena. Järjestelmän selkeydelle, läpinäkyvyydelle sekä hallinnolliselle yksinkertaisuudelle on syytä antaa meillä selvä painotus.

Uusien määräytymistekijöiden ohella on pohjoismaisessa keskustelussa ollut esillä myös kunnallistettuun tasoitukseen siirtyminen. Tällöin valtionapu jaettaisiin kaikille kunnille asukaskohtaisesti samansuuruisena ja tasoitus hoidettaisiin kuntien omien tulojen uudelleenjaolla laskennallisten kriteerien perusteella. Tämän tyyppinen järjestelmä on käytössä Tanskassa. Myös Ruotsissa vastaavaan järjestelmään siirtyminen on ollut esillä.

Keskustelussa esille tulleita uusia määräytymistekijöitä - esimerkiksi kunnan väestön sukupuolirakennetta, yksin asuvien eläkeläisten osuutta, yksin asuvien miesten osuutta ja väestön sosioekonomista asemaa - ei toistaiseksi ole osoitettu nykyisiä tekijöitä paremmiksi. Selvältä ja perustellulta näyttää, että väestön ikärakenteen ja sairastavuuden tulee olla myös jatkossakin sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuden määräytymisperusteina. Lisäksi nyt käytössä oleville kustannusrakennetekijöille sekä työttömyydelle näyttää olevan perusteita, joskin niiden painotuksesta voi olla vielä kovinkin erilaisia näkemyksiä.

**Valtionosuuden määräytymisperusteita voidaan muuttaa käynnissä olevista tutkimuksista ja selvityksistä saatujen tietojen perusteella. Lähtökohtana muutoksille tulee tällöin olla se, että muutokset ja mahdolliset uudet tekijät kuvaavat nykyistä paremmin niitä tekijöitä, jotka vaikuttavat sosiaali- ja terveydenhuollon kunnittaisiin kustannuksiin.**

#### 4.2. Perustamishankejärjestelmän korjaustarpeet

Vuoden 1996 alusta voimaan tulleen uudistuksen myötä perustamishankkeiden keskimääräinen valtionosuus aleni 7 prosenttiyksiköllä noin 49 prosentista 42 prosenttiin. Kunta-kohtaiset muutokset ovat kuitenkin hyvin erilaisia. Esimerkiksi kaikissa ensimmäisen kantokyläluokan kunnissa (joiden lukumäärä on 148) 70 prosentin valtionosuus aleni vähintään 50 prosenttiin eli 20 prosenttiyksiköllä. Yksittäisissä kunnissa valtionosuus aleni tätäkin enemmän. Toisaalta eräissä kunnissa perustamishankkeen valtionosuuden suuruus pysyi lähes ennallaan tai saattoi jopa hieman kasvaa.

Edellä mainittua perustamishankkeiden valtionosuuden asteikon supistamista ja sen vaikutuksia voidaan pitää perusteltuina. Jos perustamishankkeen valtionosuus kattaa suurimman osan kustannuksista, voi tällaisella järjestelmällä olla liian ohjaava vaikutus kuntien investointipäätöksiin. Yksittäisissä tapauksissa valtionosuus voi lisätä riskiä yli-imitoitettuihin hankkeisiin.

Vuoden 1996 alusta toteutuneen uudistuksen jälkeen sosiaali- ja terveydenhuollon perustamishankkeiden valtionosuusjärjestelmään ei liity selvää nopeaa muutostarvetta. Valtionosuusjärjestelmää edelleen kehitettäessä joudutaan ottamaan kantaa siihen, tulisiko eri kuntien perustamishankkeiden valtionosuuden määräytymistä edelleen yhdenmukaistaa. Eräänä vaihtoehtona voisi tällöin olla se, että siirryttäisiin yhteen vakioituun valtionosuusprosenttiin, jolloin järjestelmä olisi hyvin yksinkertainen. Tätä tukisi osaltaan se, että kuntien käyttökustannusten valtionosuusjärjestelmässä kuntien taloudellisia eroja otetaan jo huomioon verotulojen tasauksen kautta, jolloin hankkeiden valtionosuusjärjestelmään ei ole niin painavia perusteita sisällyttää erillistä tasauselementtiä.

Valtionosuusprosentin vakioimista vaikeuttaa se, että hyvässä taloudellisessa asemassa olevien kuntien perustamishankkeiden valtionosuutta ei ole perusteltua selvästi nostaa. Toisaalta valtionosuusprosenttia ei voitaisi määrätä liian pieneksi, koska se johtaisi liialliseen paineeseen rahoittaa hankkeita muiden järjestelmien kautta.

Edellä mainituin perustein on vaikeaa esittää vakioituneen valtionosuusprosentin suuruutta. Myös erot kuntien verotuloissa tulevat todennäköisesti säilymään suurina, mikä osaltaan antaisi perusteita tietyn porrastuksen säilyttämiseen hankkeiden valtionosuuden suuruudessa.

Yhtenä vaihtoehtona on tullut esille myös erillisestä perustamishankkeiden valtionosuusjärjestelmästä luopuminen. Perustamishankkeiden erillisestä valtionosuudesta luopumalla voitaisiin valtionosuusjärjestelmää edelleen yksinkertaistaa. Kuntien tulisi



tällöin toteuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon investointinsa omilla verotuloillaan, laskennallisella valtionosuudella ja mahdollisella muulla rahoituksella. Tällaisella periaatteellisella muutoksella olisi kuitenkin hyvin erilaisia vaikutuksia eri kunnissa. Erityisesti pienten tai taloudellisesti heikkojen kuntien olisi usein mahdotonta toteuttaa suurempia investointeja ilman erillistä valtion tukea. Tällöin syntyisi paine käyttää hankkeisiin muita tukimuotoja kuin sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuutta, jolloin myös sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteiden ohjaus hankepolitiikan avulla menettäisi merkitystään.

Perustamishankkeiden erillisestä valtionosuudesta luopuminen edellyttäisi kuntien erilaisten olosuhdetekijöiden huomioon ottamista. Heikossa taloudellisessa asemassa oleville kunnille tulisi varata riittävän pitkä siirtymäaika. Pelkkää siirtymäaika ei kuitenkaan voitane pitää riittävänä keinona, vaan tämän lisäksi tulisi kunnittain kartoittaa sosiaali- ja terveydenhuollon investointitarpeet sekä kunnan mahdollisuudet selviytyä niistä. Joillakin kunnilla investointitarpeet saattavat olla perustellusti niin suuret, ettei kunta kykenisi selviytymään niistä edes siirtymäaika huomioon ottaen. Tällöin jouduttaisiin harkitsemaan esimerkiksi erillisen harkinnanvaraisen valtionavustuksen käyttöönottoa, joka tosin osaltaan vähentäisi järjestelmän yksinkertaisuutta.

Perustamishankkeiden valtionosuudesta voitaisiin harkita luovuttavaksi myös osittain eräiden kuntayhtymien hankkeissa. Esimerkiksi eräät sairaanhoitopiirit kattavat hankkustannuksia osittain kunnilta perittävinä palvelujen myyntihintoina. Tällöin hankejärjestelmän kautta kanavoituu tukea sellaisiin kustannuksiin, jotka joka tapauksessa kateetaan muulla tavoin. Ongelmana pelkkien kuntayhtymien sulkemisessa hankkeiden valtionosuusjärjestelmän ulkopuolelle olisi se, että tällöin hankkeita saatettaisiin pyrkiä toteuttamaan myös epätarkoituksenmukaisella tavalla jäsenkuntien erillisinä hankkeina.

**Työryhmä ei näe välitöntä tarvetta perustamishankkeiden valtionosuusjärjestelmän perusteiden muuttamiseen.**

### **4.3. Muut järjestelmän kehittämistarpeet**

#### **4.3.1. Kustannustasotarkistukset**

Kuntien valtionosuuslain mukaan valtionosuuksien mitoituksessa otetaan huomioon kustannustason arvioitu muutos (kuntien valtionosuuslaki, KuVOL 3 §:n 1 mom.). Arviota tarkistetaan toimintavuoden aikana sekä toimintavuoden jälkeen (KuVOL 4 §:n

1 ja 2 mom.). Kustannustason muutosten laskennassa käytetyt hintaindeksitiedot on vuosittain saatu valtiovarainministeriön kansantalousosastolta.

Kustannustasotarkistusta ei ole minkään vuoden osalta suoritettu alkuperäisen lain mukaisesti. Vuonna 1993 tehtiin tarkistus toimintavuoden aikana, mutta sen jälkeisestä tarkistuksesta luovuttiin poikkeussäännöksellä. Myöhempien vuosien tarkistuksista on luovuttu kokonaan määräaikaisilla laeilla.

Valtion vuoden 1993 talousarviossa kustannustason muutos vuodesta 1992 vuoteen 1993 arvioitiin 1,6 prosentiksi. Vuoden 1993 syksyllä kustannustason muutosarvio oli 1,8 prosenttia, minkä johdosta toimintavuoden aikana maksettavia tarkistuksia varten (KuVOL 4 §:n 1 mom.) lisäbudjetilla osoitettiin 44,7 miljoonaa markkaa. Kyseinen tarkistus otettiin huomioon myös vuoden 1994 talousarvion pohjalaskelmissa. Toteutumatietao kustannustason muutoksesta vuodesta 1992 vuoteen 1993 on kuitenkin vain 1,5 prosenttia. Tämän perusteella kunnilta olisi pitänyt periä valtiolle vuonna 1994 takautuvasti liikaa maksettuja valtionosuuksia noin 70 miljoonaa markkaa.

Vuoden 1993 kokemukset osoittivat, että menettely, jossa kustannustason arvioituja muutoksia jouduttaisiin korjaamaan kahdesti, on hankala valtion lisätalousarvioineen ja valtionosuuksien jälkikäteisine korotuksineen tai takaisinperimisineen. Vuoden 1996 alusta voimaan tulleella KuVOL:n muutoksella luovuttiin pysyvästi varainhoitovuoden aikana tehtävästä kustannustason tarkistuksesta. Toteutunut kustannuskehitys on kuitenkin tarkoitus ottaa huomioon talousarvioesityksen valmistelun yhteydessä valtionosuuksien pohjalaskelmissa ja vahvistettavissa valtionosuuksien asukaskohtaisissa markkamäärissä. Tämänkin jälkeen jää vielä tehtäväksi varainhoitovuoden jälkeen tehtävä tarkistus, josta vuoden 1996 osalta tosin on poikkeuslailla luovuttu.

**Työryhmän mielestä on perusteltua lähteä siitä, että eduskunnan talousarviossa vahvistamat valtionosuudet olisivat samalla lopullisia. Siten toimintavuoden jälkeen suoritettavista markkamääriltään vähäisistä, mutta hallinnollisesti työllistävästä hintatarkistuksista tulee luopua. Tarkistuksista luopuminen hillitsisi myös omalta osaltaan kustannuskehitystä, koska valtionosuudet eivät muuttuisi ennalta vahvistetusta tasosta.**

Työryhmän mielestä nykyisin käytettävät indeksit (yleinen ansiotasoindeksi ja kuluttajahintaindeksi) voidaan tarvittaessa korvata paremmin kuntien kustannuskehitystä kuvaavilla indekseillä sekä tarkistaa niiden painoarvot.

#### **4.3.2. Valtionosuuslainsäädännön ulkopuolisen lainsäädännön muutokset ja niiden vaikutuksen huomioon ottaminen valtionosuuden määrässä**

Vuoden 1995 loppuun voimassa olevan KuVOL 5 §:n 1 momentin mukaan lainsäädännöstä tai muista valtion toimenpiteistä aiheutuvat muutokset valtionosuustoiminnan kustannuksissa otetaan huomioon valtionosuuksien määrässä. Tällöin otettiin huomioon kaikki valtion toimenpiteet, niin valtionosuuden piirissä olevaan toimintaan kohdistuvat kuin muutkin muutokset. Tällaisia ulkopuolisia muutoksia voivat olla muun muassa työttömyysturvaan tai asumistukeen kohdistuvat muutokset, jotka vaikuttavat kuntien toimeentulotukimenoihin.

Mainittua KuVOL 5 §:n 1 momenttia muutettiin 1.1.1996 lukien siten, että valtionosuuksia tarkistetaan jatkossa vain siltä osin kuin valtion toimenpiteistä aiheutuvat kustannusten muutokset kohdistuvat siihen tehtävään, jota koskevia säännöksiä muutetaan. Tällöin esimerkiksi työttömyysturvan muutosten vaikutus kuntien toimeentulotukimenoihin ei vaikuta enää valtionosuuden määrään.

Mainittu muutos merkitsee sitä, että valtio voi omin toimenpitein vaikuttaa merkittävästi toimeentulotukimenoihin ilman, että tätä otetaan valtionosuuksissa huomioon. Käytännössä kysymys on valtion säästötoimenpiteiden kunnille aiheuttamien lisäkustannusten siirtämisestä kokonaan kuntien vastattavaksi. Näin erityisesti siinä tapauksessa, mikäli valtion ja kuntien välisen kustannustenjaon selvittämisestä luovutaan pysyvästi.

Valtion toimenpiteistä aiheutuvien sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten muutosten ja valtionosuuksien määrän muutosten välisen yhteyden poistaminen hämärtää valtion toimenpiteiden vaikutusta koko julkistalouteen. Samalla kuntien tehtävien ja riittävien taloudellisten voimavarojen lakiin perustuva yhteys katkeaa.

Tehty lainmuutos voidaan nähdä siinä valossa, että kuntien talouden katsotaan olevan nyt niin paljon parempi, että ne voivat rahoittaa nykyistä suuremman osan sosiaali- ja terveydenhuollosta. Tämä saattaa olla totta tällä hetkellä. Kuitenkaan tällä perusteella ei tulisi poistaa pysyvästi valtion toimenpiteiden ja valtionosuuksien yhteyttä, koska muutoin on pelättävissä tilanne, jossa kuntien velvoitteiden ja rahoituksen yhteys katkeaa ja pitkällä tähtäimellä näin vaarannetaan kuntien toimintamahdollisuudet. Tässä yhteydessä voi viitata myös Suomea sitovan Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 9 artiklaan, joka edellyttää paikallisviranomaisille riittäviä taloudellisia voimavaroja niille säädettyjen tehtävien hoitamiseksi.

Lähtökohtana tulee olla myös jatkossa se, että valtion toimenpiteistä aiheutuvat muutokset kuntien valtionosuustoiminnan kustannuksissa otetaan huomioon valtionosuuksissa. Jos valtiontalouden ja kunnallistalouden keskinäinen suhde edellyttää kuntien rahoitusosuuden lisäämistä, tulee tämä tehdä muuttamalla rahoituksen jakautumista koskevia säännöksiä.

**Edellä olevan perusteella valtion toimenpiteiden ja valtionosuuksien määrän yhteys tulee palauttaa sellaiseksi kuin se oli ennen vuotta 1996. Jos valtion ja kuntien välistä kustannustenjakoa halutaan muuttaa, tulee tämä tehdä suoraan kustannustenjakoon puuttamalla.**

#### **4.3.3. Toimeentulotuen irrottaminen laskennallisesta valtionosuudesta**

Toimeentulotukimenoille ominaista ovat suuret kuntakohtaiset erot ja erityisesti pienissä kunnissa myös suuret vaihtelut eri vuosien menojen kesken. Koska toimeentulotukimenojen taso vaihtelee erittäin paljon eri kunnissa ja monet kunnista riippumattomat tekijät voivat aiheuttaa huomattavaakin vaihtelua menoissa eri vuosina, toimeentulotuki kustannustekijänä soveltuu huonosti laskennalliseen valtionosuusjärjestelmään. Kuntakohtaisille vaihteluille ei ole löydettävissä mitoituserustetta, jonka mukaisesti nämä vaihtelut voitaisiin ottaa huomioon.

**Vireillä olevan valtion ja kuntien välisten suhteiden uudistamisprojektin yhteydessä selvitetään tarve irrottaa toimeentulotuki laskennallisesta valtionosuudesta ja siirtää sen osalta kustannusperusteiseen valtionosuusjärjestelmään tai normitettavissa olevan osan siirtämistä kokonaan valtion rahoittamaksi, jolloin tuen toimeenpano tulisi samalla siirtää KELA:lle.**

#### **4.4. Ohjausjärjestelmän kehittäminen**

Ohjausta kehitettäessä tavoitteena tulee olla sellaisten menettelytapojen löytäminen, jotka edistävät kunnallisen palvelujärjestelmän toimimista sosiaali- ja terveystaloudellisten tavoitteiden mukaisesti. Eräät aikaisemmin käytössä olleet keinot eivät enää ole juurikaan käytettävissä, esimerkiksi valtionosuusohjaus tai asetuksia alemmanasteinen normiohjaus. Toisaalta kokonaan uudet keinot, kuten kuntien ja kuntayhtymien tulosohjaus ovat myös sellaisia, että niiden käyttöönotto ja kytkeminen osaksi valtionosuusjärjestelmää on varsin vaikeaa, eikä tällaista ohjausta voida toteuttaa ainakaan kovin nopeasti.

Ohjauksen kehittämisen tuleekin kohdistua nykyisten menetelmien edelleen parantamiseen. Tämä on kuitenkin pitkälti valtionosuusjärjestelmästä ja sen uudistuksesta riippumatonta. Lainsäädäntöä, informaatio-ohjausta ym. voidaan ja tuleekin kehittää jatkuvasti osana yhteiskunnan kehitystä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuusjärjestelmän näkökulmasta ohjausjärjestelmän kehittämisessä nousee tällä hetkellä esille lähinnä valtakunnallinen suunnitelma. Suunnitelmaa on tarpeen uudistaa siten, että se nostaa nykyistä terävämmin esiin kaikkein keskeisimmät tavoitteet sekä eri keinoja niiden toteuttamiseksi. Suunnitelma kattaa nykyään 2/3 terveydenhuollon palveluista. Se voisi sisältää myös muun julkisin varoin katetun palvelun. Lisäksi jatkossa tulee toimia siten, että suunnitelma saisi nykyistä enemmän julkisuutta eri tasoilla. Tämän vuoksi sisällössä tulisi pyrkiä siihen, että se herättää sekä valtakunnallisella että paikallisella tasolla keskustelua. Suunnitelman ja sen tavoitteiden saama myönteinen julkisuus eri tasoilla voivat parhaiten edistää tavoitteiden toteutumista.

Uuden valtionosuusjärjestelmän aikana on koko ajan ollut jonkin verran keskustelua kuntien halusta ja kyvystä toimia sosiaali- ja terveystieteiden tavoitteiden mukaisesti. Osa keskustelusta on liittynyt kuntien ja sairaanhoitopiirien väliseen suhteeseen. Useiden kuntien on sanottu kokevan vaikeuksia vaikuttaa haluamallaan tavalla sairaanhoitopiirin toimintaan. Silloin tällöin on otettu esille valtion ohjauksen tiukentaminen esimerkiksi lainsäädäntökeinoin.

**Uudistetaan valtakunnallisen suunnitelman sisältöä siten, että siinä nostetaan esiin vielä nykyistä selkeämmin kaikkein keskeisimmät tavoitteet. Suunnitelman tulisi kattaa koko sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä. Lisäksi suunnitelman julkisuutta tulee lisätä eri keinoin sosiaali- ja terveystieteiden keskustelun herättämiseksi siinä esitetyistä tavoitteista.**

#### **4.5. Valtion ja kuntien välinen kustannustenjakko**

Nykyisen valtionosuusjärjestelmän yksi kantavia periaatteita oli valtion ja kuntien välisen kustannustenjaon säilyttäminen vuoden 1992 tasolla. Lähtökohtaisesti ajatus on oikean suuntainen. Niin valtio kuin kunnatkin osallistuvat hyvinvointipalvelujen kustantamiseen omalla selkeällä osuudellaan. Valtiontalouden vaikeasta tilanteesta johtuen tästä periaatteesta ei kuitenkaan ole voitu pitää kiinni vaan valtionosuuksia on jouduttu leikkaamaan vuosittain. Lisäksi vuonna 1996 tehtäväksi tarkoitettu valtion ja kuntien välisen kustannustenjaon tarkistuksesta on päätetty luopua.

Toiminnan ja rahoituksen välillä tarvitaan kuitenkin jokin yhteys, sillä muutoin käy helposti niin, että nämä alkavat elää omaa elämäänsä. Vähitellen tilanne voi johtaa sekä kuntien että asiakkaiden näkökulmasta kestäättömiin tilanteisiin kun lainsäädännön velvoitteet ja käytännön taloudelliset mahdollisuudet ovat täysin epäsuhtaisia.

Valtion ja kuntien välisen kustannustenjaon säilyttämisen periaatteesta ei ole siten perusteltua luopua pysyvästi, mutta sen käytännön toteutusta on tarpeen selvittää. Kustannustenjaon säilyttämistä arvioitaessa on otettava huomioon muun muassa valtion- ja kunnallistalous sekä yleensä kaikki julkisen rahoituksen jakaantumiseen liittyvät seikat. Valtion talouden ollessa heikommassa tilassa kuin kuntatalouden, tulee valtion rahoitusosuuden voida pienentyä. Päinvastaisessa tilanteessa tulisi vastaavasti voida toimia siten, että valtion rahoitusosuus kasvaa.

Tarkasteltaessa valtion ja kuntien väliseen kustannustenjakoon liittyviä kysymyksiä, on lisäksi otettava huomioon käytännön tekniset kysymykset. Ei ole lainkaan varmaa, että kunnallisen valtionosuustoiminnan kustannuksista on saatavissa riittävän tarkasti tietoja. Tässä voidaan lähteä siitä, että myös tältä osin järjestelmän on oltava riittävän joustava. Tavoitteena ei pidäkään olla kustannusten selvittäminen aivan täsmällisesti vaan lähinnä suuruusluokan selvittäminen. Tämän pohjalta voidaan riittävän hyvin huolehtia kustannustenjaon säilyttämisestä halutulla tasolla.

**Valtion ja kuntien välinen kustannustenjako määritellään lainsäädännöllä. Samalla varmistetaan, että tilasto- ja tietojärjestelmät mahdollistavat riittävällä tarkkuudella tietojen saannin toiminnan aiheuttamista kustannuksista.**

#### **4.6. Kalliin hoidon kustannusten tasaus**

Valtionosuuksien muuttamisen menoperusteisista laskennallisiksi pelättiin tuovan ongelmia pienille kunnille yllättäviin suuriin kustannuksiin sopeutumisessa. Ennakoimattomat suuret kustannukset ovat rahoituksellinen riski esimerkiksi erikoissairaanhoidossa, etenkin kun samaan aikaan valtionosuusudistuksen voimaan tullessa sairaaloiden kuntalaskutuksessa ruvettiin siirtymään keskimääräisistä hinnoista erityyneempään laskutukseen. Pienten kuntien aseman turvaamiseksi nähtiin tarpeelliseksi säätää kalliin hoidon tasauksen järjestämisen toteuttaminen sairaanhoitopiireissä viimeistään vuonna 1995.

Sosiaali- ja terveysministeriön tekemän selvityksen mukaan kalliin hoidon tasausjärjestelmä on otettu käyttöön kaikissa sairaanhoitopiireissä Uudenmaan sairaanhoitopiiriä lukuun ottamatta. Uudenmaan osalta erityistason hoito annetaan HYKS:ssa, joka myös

vastaa kalliin hoidon tasauksen toteuttamisesta. Kalliin hoidon tasausjärjestelmä rahoitetaan useimmiten keräämällä jäsenkunnilta asukaskohtainen maksu. Järjestelmän laajuus ja kattavuus vaihtelevat sairaanhoitopiirien välillä melko suuresti, mikä on saattanut johtaa eriarvoisuuteen esimerkiksi lastenpsykiatrasta hoitoa tarvitsevien potilaiden osalta. Pienten kuntien kannalta järjestelmä on osoittanut toimivuutensa. Myös hallinnollisesti malli on osoittautunut hyväksi.

Jo valtiosuusluudistusta valmisteltaessa voitiin ennakoida, että kustannusperusteisesta laskennalliseen järjestelmään siirtyminen tulee merkitsemään ongelmia myös sosiaalihuollon erityispalvelujen järjestämisessä erityisesti pienissä kunnissa. Esimerkiksi lasten pitkäaikaisten huostaanottojen voitiin jo ennalta arvioida merkitsevän niin huomattavaa kustannusrasitusta pienimmille kunnille, ettei huostaanottopäätöksiä tulisi aina käytännössä tekemään, vaikka lastensuojelun tarve tätä edellyttäisi. Lisäksi arvioitiin myös kehitysvammahuollon ja päihdehuollon erityispalvelujen saatavuuden vaarantuvan pienissä kunnissa.

Ongelmaa pyrittiin ratkaisemaan sopimalla sisäasiainministeriön kanssa, että kuntien valtiosuuslakiin perustuvaa harkinnanvaraista avustusta myönnettäessä otettaisiin huomioon muun ohella sosiaalihuollon ennalta arvaamattomat suuret kustannukset. Tätä koskeva maininta on sisältynyt myös vuosittain hyväksyttävään sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnalliseen suunnitelmaan. Käytännössä kunnat eivät kuitenkaan näytä juurikaan käyttäneen mahdollisuutta hakea harkinnanvaraista avustusta sosiaalihuollon menojen perusteella, joten ongelmaa ei ole pystytty tyydyttävästi ratkaisemaan.

Asia on tullut esille erityisesti lastensuojelun näkökulmasta. Muun muassa lapsen oikeuksien Suomen raporttia käsitellessään hallitus edellytti, että tilanne korjataan joko kehittämällä kuntien harkinnanvaraista valtiovastusta tai luomalla kuntien keskinäinen tasausjärjestelmä tarvittaessa lainsäädännön keinoin. Tämän pohjalta sosiaali- ja terveysministeriö käynnisti yhdessä Suomen Kuntaliiton kanssa valmistelutyön sosiaalihuollon suurten kustannusten tasauksen toteuttamiseksi. Valmistelussa päädyttiin arvioon, jonka mukaan nopealla aikataululla ongelmaan olisi saatavissa ratkaisu kehittämällä kuntien valtiosuuslakiin perustuvaa harkinnanvaraisen avustuksen myöntämismenettelyä siten, että tukea olisi myönnetty "jatkuvan haun" periaatteella eikä vuosittain jälkikäteen. Tuen myöntämiskriteerejä esitettiin myös kaavamaistettavaksi ja muutettavaksi siten, että määritellyn vähimmäiskustannuksen ylittävistä kustannuksista olisi korvattu määritelty prosenttiosuus. Lisäksi esitettiin kriteeriksi syntyneiden kustannusten suhdetta kunnan veroäyrikertymään.

Neuvotteluja järjestelmästä ei ehditty kesällä 1995 saada niin pitkälle, että muutos olisi voitu sisällyttää valtion vuoden 1996 talousarvioesitykseen.

Hallituksen eduskunnalle lokakuussa 1995 antamaan lapsipoliittiseen selontekoon sisältyy kannanotto, jonka mukaan on tarpeen selvittää, miten turvataan lasten oikeus saada tarvitsemansa erityispalvelut myös pienissä kunnissa. Pidemmällä aikavälillä on tavoitteena kannanoton mukaan kehittää kuntien toiminnallista yhteistyötä.

**Sosiaalihuollon suurten kustannusten tasausjärjestelmä on tarpeellinen. Järjestelmä tulee valmistella valtion ja kuntien välisten suhteiden uudistamisprojektin yhteydessä siten, että se tulee voimaan vuoden 1997 alusta.**

#### 4.7. Valtionosuuksien suhde muuhun rahoitukseen

Sosiaali- ja terveydenhuoltoa rahoitetaan valtionosuuksien ohella myös muun muassa sairausvakuutuksen, tapaturmaviraston ja Raha-automaattiyhdistyksen kautta. Eri rahoituskanavat eivät ole keskenään koordinoituja, mikä näyttäisi johtavan päällekkäisyyksiin ja tarpeettomiin kokonaiskustannuksiin. Pidemmällä tähtäimellä näihin ongelmiin tulisi puuttua.

Jatkossa tulisi erikseen selvittää rahoitus kokonaisuutena ja mahdollisuudet päällekkäisyyksien poistamiseen. Samalla tulisi ottaa tarkasteluun eri rahoituskanavien aiheuttamat toiminnalliset ongelmat.

Perustamishankkeiden mukaisiin investointeihin on käytettävissä myös eräiden muiden hallinnonalojen rahoitusta. Toisaalta on olemassa myös sellaisia rahoituskanavia, jotka muodollisesti kohdentuvat eri hankkeisiin, mutta jotka kuitenkin liittyvät sosiaali- ja terveydenhuollon infrastruktuurin kehittämiseen. Nämä erilaiset rahoituskanavat tulisi ottaa huomioon perustamishankejärjestelmää koskevassa päätöksenteossa.

Perustamishankkeet ovat viime vuosina suurelta osin kohdistuneet palvelurakennemuutosta tukeviin hankkeisiin. Tällöin nousee erityisen tärkeään asemaan suhde asunto-rahoitukseen. Ympäristöministeriön hallinnonalan aravalainat ja korkotukilainat ovat käytettävissä myös esimerkiksi sellaisiin kuntien asuntoinvestointeihin, joihin sisältyy alle 25 prosentin osuus muita tiloja kuin asuntoja tai asumista välittömästi palvelevia tiloja. Jo tämä rajaus mahdollistaa sen, että näiden lainojen avulla rahoitettaviin taloihin voidaan sisällyttää erilaisia hoito- ja palvelutiloja. Erityisesti on syytä ottaa huomioon, että vanhustentalohankkeet toteutetaan useissa tapauksissa asuntolainoituksen ja Raha-



automaattiyhdistyksen turvin. Tällöin Raha-automaattiyhdistyksen avustus voidaan kohdentaa juuri yhteisiin tiloihin.

Raha-automaattiyhdistyksen investointiavustuksia ei myönnetä kunnille tai sellaisille yhteisöille, joissa kunnalla on todellinen määräysvalta. Tästä rajauksesta huolimatta on selvää, että edellä mainitut yhteishankkeet ovat usein käyttötarkoitukseltaan sellaisia, että ne voisivat tulla rahoitettaviksi myös kuntien perustamishankkeina. Raha-automaattiyhdistyksen päätöksenteossa onkin pyydetty lääninhallituksilta lausunto siitä, miten avustusta hakeneet hankkeet ovat perusteltavissa verrattuna kuntien omiin investointeihin läänin alueella. Myös valtion asuntorahaston päätöksenteossa on mahdollisuus pyytää lääninhallitusten arvioita läänin tilanteesta, mutta tässä suhteessa yhteydenpito on ilmeisesti jäänyt melko vähäiseksi.

Edellä mainittujen rahoituskanavien lisäksi myös työministeriön hallinnonalan työllisyysmäärärahoja voidaan kohdentaa sellaisiin investointiavustuksiin, jotka liittyvät sosiaali- ja terveydenhuollon tarkoituksia palvelemaan rakentamiseen. Nämä avustukset ovat yksittäisissä tapauksissa voineet kohdistua täydentävänä rahoituksena sellaisiin sosiaali- ja terveydenhuollon investointeihin, jotka on hyväksytty perustamishankkeiksi. Työllisyysmäärärahat kohdistuvat kuitenkin pääosin muun tyyppisiin työllisyyttä tukeviin hankkeisiin.

Yhteenvetona voidaan todeta, että valtionosuusjärjestelmän ja erityisesti perustamishankkeiden näkökulmasta ei tällä hetkellä ole selvää tai kiireellistä tarvetta säännösten tai päätöksentekomenettelyjen muuttamiseen ajateltaessa järjestelmän suhdetta muihin julkisiin rahoituskanaviin. Erilaisten investointien monimuotoisuus huomioon ottaen on ymmärrettävää, että eri rahoituskanavat voivat osittain peittää toisiaan. Perustamishankejärjestelmän suhde muihin rahoituskanaviin on kuitenkin syytä pitää mielessä harkittaessa esimerkiksi perustamishankejärjestelmän tulevaa käyttöalaa. Toteutusta perustamishankkeena voitaisiin välttää esimerkiksi niissä tapauksissa, joissa investointiin on käytävissä muuta julkista tukea, joka liittyy lisäksi välittömämmin investoinnin luonteeseen (esimerkiksi asuntorahoitus). Toisaalta tulisi ottaa huomioon, että jos perustamishankkeiden käyttöalaa supistetaan, rahoitus voi osittain korvautua muiden julkisten tukijärjestelmien kautta, jolloin myös tähän liittyvä ohjausvaikutus siirtyy.

## **5. YHTEENVETO**

### **5.1. Valtionosuusuudistuksen keskeiset tavoitteet ja valitut keinot**

Kuntien valtionosuuksilla pyritään turvaamaan kunnille riittävät taloudelliset mahdollisuudet järjestää lakisääteiset palvelut asukkailleen. Ennen uudistusta valtionosuusjärjestelmä liittyi tiiviisti suunnittelujärjestelmään, jonka avulla ohjattiin sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa sekä alalla toimivan henkilöstön määriä.

Valtionosuusuudistuksella haluttiin hillitä kustannusperusteisen järjestelmän aiheuttamaa valtionosuusmenojen kasvua sekä lisätä kuntien valtaa ja vastuuta järjestää palvelut tehokkaasti ottaen huomioon paikalliset olot ja asukkaiden tarpeet. Tavoite oli myös keventää valtionosuuksiin liittyvää hallintoa ja yhdenmukaistaa eri valtionosuusjärjestelmiä.

Vuoden 1996 alusta lukien valtionosuuslainsäädäntöä muutettiin edelleen. Tämä uudistus oli osa valtion ja kuntien välisten taloudellisten ja toiminnallisten suhteiden uudistamisprojektia. Projektin tavoitteena on uudistaa valtionosuusjärjestelmää edelleen vuoden 1997 alusta lukien.

### **5.2. Muutokset käyttökustannusten valtionosuuksissa**

Valtionosuusuudistuksen yhteydessä siirryttiin maksamaan kaikki käyttökustannusten valtionosuudet kunnille, kun niitä aiemmin oli maksettu myös suoraan kuntayhtymille. Asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi uudistuksessa poistettiin valtionosuuden käyttötarkoitussidonnaisuus ja siirryttiin määrittämään sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannusten valtionosuus laskennallisten perusteiden mukaan. Kun kuntien valtionosuudet määräytyvät laskennallisista kriteereistä, ne voidaan laskea automaattisen tietojenkäsittelyn avulla yleisistä tilastoista saatavien tietojen perusteella ja maksaa kunnille hakemuksetta.

Tarkoitus oli, ettei uudistuksella muuteta valtion ja kuntien keskinäistä kustannustenjakoa. Siksi valtionosuuksien kokonaisuus sidottiin valtakunnan tasolla toteutuneeseen kustannuskehitykseen, joka otetaan huomioon laskennallisesti.

#### **5.2.1. Käyttökustannusten valtionosuuden määräytymisperusteet**

Valtionosuusuudistuksessa jouduttiin valitsemaan käyttökustannusten valtionosuuksien laskennalliset määräytymiskijät. Valinta tehtiin kustannusperusteisen valtionosuus-

järjestelmän seurantatietojen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusrakenteesta tehtyjen selvitysten perusteella.

Määräytymisperusteille asetettiin seuraavat ehdot: 1) Niiden tulee kuvata palveluiden tarvetta kunnassa tai sellaisia kunnan erityisolosuhteita, joilla on merkitystä palveluiden tuotantokustannusten kannalta. 2) Ne tulee saada yleisistä tilastoista. 3) Eri päätöksentekotahot eivät voi suoraan vaikuttaa tekijän arvoon. 4) Määräytymisperusteita ei saa olla kovin useita. 5) Perusteen arvo ei saa muuttua vuosittain voimakkaasti.

Määräytymisperusteiksi valittiin seuraavat tekijät: kunnan asukasluku ja väestön ikärakenne (koko maan tasolla 85,7 % valtionosuudesta määräytyy tällä perusteella), kunnan asukkaiden sairastavuus (12,7 %) sekä kunnan suhteellinen työttömyysaste (1 %). Lisäksi kunta voi saada korotuksen valtionosuuteen harvan asutuksen ja saaristoisuuden vuoksi (yhteensä 0,2 %) sekä laajan pinta-alan perusteella (0,4 %). Vuoteen 1996 asti valtionosuuden suuruuteen vaikutti myös kunnan kantokykyluokka, mutta luokitus on poistunut vuoden 1996 alusta lukien.

#### **5.2.2. Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset ja valtionosuudet**

Näyttäisi siltä, että sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan kustannukset laskivat vuodesta 1992 vuoteen 1993, jonka jälkeen ne ovat säilyneet suhteellisen vakaina. Sitä, miten valtionosuusuudistus on vaikuttanut kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten kehitykseen, ei voida arvioida täsmällisten tietojen puuttuessa. Tähän on useita syitä.

Ensinnäkin sosiaali- ja terveydenhuollon tilastointijärjestelmät uudistettiin samanaikaisesti valtionosuusuudistuksen kanssa. Tilastotiedot vuosilta 1993 ja 1994 ovat puuttellisia eivätkä ne ole suoraan vertailukelpoisia aiempia vuosia koskevien tilastojen kanssa. Toisaalta kuntien taloudelliseen tilanteeseen ovat kaikkina uudistuksen jälkeisinä vuosina vaikuttaneet leikkaukset valtionosuuksissa sekä muutokset kuntien verotuloissa, jotka ovat toisaalta vähentyneet laman vuoksi ja toisaalta kasvaneet verotusjärjestelmän muutosten vuoksi.

Valtionosuusjärjestelmän muutos ja toteutetut valtionosuusleikkaukset ovat pudottaneet valtionosuuksien kokonaismäärän yli 22 miljardista markasta vuonna 1992 noin 16 miljardiin markkaan vuonna 1996. Valtionosuuksien vähennysten vastapainona kuntien verotulot ovat kasvaneet ja kuntien kokonaistulot lisääntyneet koko ajan vuodesta 1992 alkaen.

### 5.3. Muutokset sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausjärjestelmässä

Valtionosuusuudistuksen yhteydessä jatkettiin kuntien toimintaa ohjaavien normien purkua, joka oli aloitettu jo 1980-luvulla. Kunnat saivat myös lisää valtaa päättää hallintonsa järjestämisestä, asiakasmaksuista, kelpoisuusehdoista ja täydennyskoulutuksesta sekä virkarakenteesta. Myös kunnallislain muutos vuoden 1993 alusta lukien sekä uusi kuntalaki joustavoittivat hallintoa ja päätöksen tekoa.

Normipurku oli osa ohjausjärjestelmän uudistusta. Valtionosuusuudistukseen liittyi myös muita muutoksia, jotka vaikuttivat kunnallisen toiminnan ohjaukseen. Uudistuksen jälkeen valtionosuudet eivät ole käyttötarkoitussidonaisia eikä niiden saaminen edellytä lääninhallituksen vahvistamaa toteuttamissuunnitelmaa.

Valtioneuvosto hyväksyy edelleen vuosittain sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisen suunnitelman, jossa vahvistetaan kunnalliselle sosiaali- ja terveydenhuollolle tavoitteet ja ohjeet. Suunnitelma ei kuitenkaan enää ole kuntia sitova eikä se ilmeisesti nykymuodossaan toimi merkittävänä kuntien toiminnan ohjausvälineenä.

Sitovan normiohjauksen sijaan on pyritty luomaan keinoja kuntien informaatio-ohjaukseen. Valtionosuusuudistukseen kytkeytyi keskeisesti sosiaali- ja terveydenhuollon tilastouudistus. Kun valtionosuusuudistuksella siirrettiin kunnille entistä itsenäisempi vastuu järjestää palvelut, tarvittiin tietojärjestelmä, jota kunnat voivat käyttää hyödykseen suunnitellessaan, kehittäessään ja seuratessaan palvelujärjestelmäänsä. Tähän tarkoitukseen kehitettiin Stakesin ylläpitämä SOTKA-tietokanta, johon kootaan eri tiedontuottajien keräämiä tietoja.

Kun valtionosuusuudistus ja siihen liittyvä normipurku antoivat kunnille lisää vapautta järjestää palvelut haluamallaan tavalla, pelättiin, että palveluiden taso ja saatavuus vaihtelevat huomattavasti eri kunnissa. Aasukkaiden tasavertaisuuden turvaamiseksi perustettiin sosiaali- ja terveysministeriön yhteyteen valtakunnallinen perusturvalautakunta, joka voi sosiaali- ja terveysministeriön aloitteesta selvittää, vastaavatko yksittäisen kunnan järjestämät palvelut maassa yleisesti hyväksytyä tasoa. Tarvittaessa lautakunta voi antaa suosituksen puutteiden korjaamiseksi. Perusturvalautakunta on tehnyt toistaiseksi vain yhden päätöksen.

## 5.4. Valtionosuusuudistuksen vaikutukset sosiaali- ja terveystalouteen

### 5.4.1. Palvelujen järjestämistavat

Valtionosuusuudistus muutti kunnan ja muiden palvelun tuottajien - kuntayhtymien ja yksityisten palvelun tuottajien - välisiä suhteita. Kunnat ovat kasvattaneet määräysvaltaansa kuntayhtymissä tai kokonaan lopettaneet kuntayhtymiä ja vastaavasti laajentaneet omaa palvelutuotantoaan.

Erityisesti on purettu kuntayhtymiä, jotka tuottavat erityispalveluja - kuten mielenterveyspalveluja, kasvatus- ja perheneuvolapalveluja, päihdehuollon avo- ja laitospalveluja ja kehitysvammaisten palveluja. Perusteluna näiden palvelujen hajauttamiselle kuntiin on esitetty pyrkimys tuoda palvelu lähelle sen käyttäjää ja siihen toimintaympäristöön, joka tarjoaa väestölle muutkin palvelut. Näin ei kuitenkaan aina ole käynyt vaan kuntayhtymiä on purettu ennenkuin vastaavia palveluja on perustettu kuntiin. Vaarana on, että varsinkin pienissä kunnissa asuvien erityisasiantuntemukseen nojaavien palveluiden saatavuus on heikentynyt.

Kuntien mahdollisuuksia hankkia palveluja ostopalveluna yksityisiltä palvelujen tuottajilta on vuosikymmenen alusta asti asteittain väljennetty. Valtionosuusuudistuksessa loputkin rajoitukset poistettiin. Siitä huolimatta kuntien yksityisiltä ostamien palvelujen määrä on vähentynyt. Syynä on se, että talouden heikentymisen myötä on ollut helpompi vähentää ostopalveluja kuin esimerkiksi irtisanoa omaa henkilöstöä.

Ennen valtionosuusuudistusta kunnat hankkivat sosiaali- ja terveydenhuollon ostopalvelut suurelta osin järjestöiltä. Valtionosuusuudistuksen myötä palveluja on ryhdytty hankkimaan myös kaupallisilta palvelujen tuottajilta.

Huolimatta päinvastaisista odotuksista palveluja on kilpailutettu vain vähän. Perusteluina on esitetty, että vaihtoehtoisia palvelun tuottajia ei ole, palveluntuottajien väliset etäisyydet ovat pitkiä ja hintojen vertailu on vaikeaa. Kilpailuttamiseen ei haluta ryhtyä vaan kustannussäästöjä etsitään pikemminkin omia palveluja tehostamalla. Jonkin verran kilpailuttamista on käynnistetty palvelusetelikojeilla lasten päivähoitossa ja kotipalvelun tukipalveluissa.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen työnjako palvelujen tuottamisessa on pysynyt pääpiirteissään entisellään. Suurin muutos on ollut siirtyminen erikoissairaanhoidossa keskimääräisistä hinnoista eriytyneempään laskutukseen. Eräänä keinona hallita kustannuksia on nähty palvelujen hinnoittelu todellisia kustannuksia vastaavaksi;

käytännössä hintavertailuja on kuitenkin hankalaa tehdä ja kuntia kiinnostavat pikemmin erikoissairaanhoidon kokonaiskustannukset kuin yksikkökustannukset. Kuntien aktiivisuus sairaanhoitopiirien hallinnossa onkin lisääntynyt.

Kunnissa arvioidaan että kunnanvaltuuston, kunnanhallituksen, lautakuntien ja johtavien viranhaltijoiden vaikutusvalta sosiaali- ja terveystaloudellisten tavoitteiden asetteluun, kustannusten kohdentamiseen ja palvelujen järjestämistapoihin on suurempi valtionosuusuudistuksen jälkeen kuin sitä ennen.

Valtionosuusuudistuksen yhteydessä luovuttiin virkakiintiöistä ja resurssiohjauksesta ja näin jätettiin aikaisempaa enemmän tilaa kunnalliselle työvoimapolitiikalle. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöä on vähennetty, henkilöstön toimenkuvia on laajennettu ja joustavoitettu ja henkilöstökiertoa lisätty. Sosiaalihuollon henkilöstön kelpoisuusehtoja lievennettiin valtionosuusuudistuksessa. Terveystalouden henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista on säädetty tarkoin ammatinharjoittamislainsäädännössä.

#### **5.4.2. Palvelujen määrä, laatu ja saatavuus**

##### *Perusterveydenhuolto*

Palvelujen määrälliseen ja laadulliseen kehittymiseen viimeisten vuosien aikana ovat vaikuttaneet eniten taloudelliset seikat. Kunnat ovat joutuneet supistamaan myös sosiaali- ja terveydenhuollon menojaan. Valtionosuusuudistus on antanut kunnille enemmän liikkumavaraa supistamisstrategioissaan kuin mitä niillä ilman valtionosuusuudistusta olisi ollut.

Perusterveydenhuollossa valtionosuusuudistus on lisännyt kuntien aktiivista osallistumista kuntayhtymien toimintaan, myös kuntayhtymien purkamista ja luopumista, erillisistä terveystaloudellista sekä kannustanut yhteistyöhön muiden kuntien kanssa. Määrälliset suoritteet ja palvelujen saatavuus ovat pysyneet lähes ennallaan. Koska menojen tiedetään pienentyneen, merkitsee tämä toiminnan tehostumista. Väestövastuuperiaatteen toteuttaminen on yleistynyt, mikä on johtanut sekä parempaan palveluiden saatavuuteen että myös työn tehokkaampaan organisointiin.

##### *Erikoissairaanhoido*

Valtionosuusuudistus vaikutti erikoissairaanhoidon jo ennen uudistuksen voimaantuloa koska erikoissairaanhoidon kuntayhtymät varautuivat ennakolta muun muassa ostopal-

velurajoitusten poistumiseen. Tuottavuuden parantaminen sekä kuntalaskutuksen ja hinnoittelun uudistamisen valmistelu alkoivatkin myös jo ennen valtiosuusuudistuksen voimaantuloa.

Erikoissairaanhoidossa tuottavuus on parantunut enemmän kuin millään muulla palvelusektorilla; hoidettujen potilaiden määrä on kasvanut samalla kun hoitopäivät ja kustannukset ovat vähentyneet. Hoitojaksot ovat lyhentyneet kaikkialla mutta erityisesti psykiatrisessa sairaanhoidossa. Erikoissairaanhoito on keskittynyt entistä selkeämmin diagnoosin tekoon ja sairaanhoitotoimenpiteisiin. Näihin liittymätöntä hoivaa, huolenpitoa ja perushoitoa on supistettu hoitokäytäntöjen muutosten myötä.

Mielenterveyshuollon avopalvelut eivät ole kehittyneet samassa määrin kuin laitoshoidoa on purettu. Asuntoloita ja kuntoutus- ja pienkoteja, päivätoimintakeskuksia, päiväsaaralapaikkoja ja suojatyökeskuksia ei ole lisätty siinä määrin kuin olisi ollut tarpeen.

### *Sosiaalipalvelut*

Valtiosuusuudistus on heijastunut lapsille järjestettyihin sosiaalipalveluihin lähinnä perhe- ja kasvatusneuvolakuntayhtymien purun kautta ja yksityisiltä ostettujen lastensuojelupalvelujen vähentämisenä. Laitoshuollon kirjo on yksipuolistunut. Kalliita erityispalveluita tuottavia yksiköitä on lakkautettu, koska kunnat ovat säästösyistä lisänneet sijoituksia perheisiin ja kuntien omiin laitoksiin silloinkin, kun ne eivät ole olleet lapsen edun kannalta tarkoituksenmukaisimpia.

Päiväkotien ryhmäkokosäätelystä luopumisen arvioidaan heikentäneen kunnallisen päivähoidon laatua. Päiväkodeissa lapsiryhmät ovat nyt hieman suurempia kuin aikaisemmin.

Yleinen kustannustietoisuuden kasvaminen on heijastunut myös vanhustenhuollon palveluihin. Kunnat ovat esimerkiksi ryhtyneet hakemaan uusia rahoituskanavia muun muassa asumispalveluille. Joitakin vanhainkotikuntayhtymiä on purettu, yksityiset asumispalvelut ovat jonkin verran yleistyneet ja sosiaali- ja terveydenhuollon lähentyminen on parantanut palvelujen laatua.

Valtiosuusuudistus on vauhdittanut kehitysvammahuollon toimintojen siirtymistä erityishuollon kuntayhtymiltä kuntiin. Erityishuoltopiirien toiminta on supistunut kaikilta osiltaan ja vastaavasti kuntien järjestämä palveluasuminen ja muut avohuollon palvelut ovat laajentuneet. Avohuollon palveluissa alueelliset erot joissain palveluissa ovat kasvaneet.

Valtionosuusuudistus vauhditti päihdehuollossa tehtyjä supistuksia. Kiinnostus kuntayhtymien purkuun lisääntyi, samoin kiinnostus tehdä yksityisten palvelun tuottajien kanssa kiinteähintaisia, niin sanottuja rajallisia ostopalvelusopimuksia. Kuntien väliset erot päihdehuollon palvelujen määrässä, laadussa ja järjestämistavoissa ovat kasvaneet. Päihdehuollon kuntayhtymien purku ja päihdehuollon säästöt ovat vaikeuttaneet erityisesti haja-asutusalueella palvelujen saatavuutta.

Toimeentulotukea tarvitsevien määrä on kasvanut voimakkaasti viime vuosina. Asiakkaiden kasvava määrä sosiaalitoimistoissa ja toimeentulotukimenojen 2,6 kertaistuminen on osaltaan heikentänyt muiden sosiaalipalvelujen saatavuutta.

### *Asiakkaiden asema ja väestön hyvinvointi*

Valtionosuusuudistusta valmisteltaessa oli esillä asiakkaiden aseman vahvistaminen. Rahoitusjärjestelmän muutos kannusti muun muuassa palvelujen priorisointiin kunnissa. Kunnan päätettävissä on se, miten laajasti asukkaiden valinnanvapautta kunnioitetaan ja miten suuri paino asukkaiden toiveilla ja tarpeilla on kunnan päätöksenteossa. Maassamme onkin viime vuosina käyty laajaa yhteiskunnallista keskustelua priorisoinnista.

Taloudellinen lama on heijastunut perheiden ja yksilöiden sosiaaliseen selviytymiseen. Työttömyys merkitsee toimeentulovaikeuksien lisäksi uhkaa syrjäytyä yhteiskunnasta, päihteiden käytön lisääntymistä ja mielenterveysongelmia. Kuntatutkimusten perusteella tiedetään, että kunnissa on järjestöjen tukemana syntynyt innovatiivisia ja rohkeita hankkeita näiden ajankohtaisten ongelmien lievittämiseksi. Näyttäisi myös vahvistuneen pyrkimys aktivoida väestöä osallistuman.

Väestön terveydentilassa ei tutkimuksissa ole tullut esiin yleistä heikkenemistä lukuunottamatta psyykkisten oireiden yleisyyden kasvua vuosien 1987 ja 1995 välillä. On kuitenkin mahdollista, että eräiden sairausryhmien palvelut ovat heikentyneet siinä määrin, että se näkyisi myös yksilöiden huonompana terveytenä.

### *Alueelliset erot*

Kuntien toimintavapauden kasvun pelättiin lisäävän alueellisia eroja palvelujen tarjonnassa ja asettavan näin eri puolilla maata asuvan väestön eriarvoiseen asemaan. Alueellisten erojen kehittymisestä on käytössä vain vähän tilasto- ja tutkimustietoa. Terveystuhoon alueellisia kustannustietoja on analysoitu vuoteen 1993 asti. Erot kuntien välisissä kustannuksissa on havaittu suuriksi vaikka otettaisiin huomioon erilainen väestörakenne, muut tarve-erot ja henkilöstön palkkauserot. On arvioitu, että terveydenhuoltomenojen



alueelliset erot olisivat 1990-luvun ensimmäisinä vuosina aavistuksen verran pienentyneet mutta valtionosuusuudistuksen jälkeen hieman kasvaneet.

Kuntayhtymien purku yleistyi valtionosuusuudistuksen jälkeen ja sillä on ollut merkitystä myös kuntien välisten erojen kannalta. Kuuluminen kuntayhtymään on aikaisemmin turvannut sen, että myös pienessä kunnassa asuvat ovat saaneet erityisasiantuntemusta edellyttäviä palveluja.

Erilaiset esimerkit kuntien välisistä eroista osoittavat, että erot ovat kyllä kasvaneet joissakin palveluissa. On kuitenkin oletettavaa, että joissakin palveluissa erot puolestaan ovat pienentyneet. Taloudellinen lama on pakottanut kunnat supistamaan palvelujaan ja silloin on jäänyt jäljelle vain välttämättömimmät palvelut.

## **5.5. Työryhmän ehdotukset valtionosuusjärjestelmän kehittämiseksi**

### **5.5.1. Käyttökustannusten laskennallisen valtionosuuden määräytymistekijät**

Työryhmä katsoo, että valtionosuuksien määräytymistekijät on valtaosin valittu oikein, mutta toteaa joitakin muutostarpeita. Muutosten tulee pohjautua Stakesissa tehtyjen tutkimusten tuloksiin.

\* Ikäryhmien painojen ja ikäryhmäjaottelun tarkistus tehdään tutkimuksista ja selvityksistä saatujen tietojen perusteella.

Työryhmä pohti myös sairastavuusperusteen muuttamista työkyvyttömyysperusteeksi, mutta totesi:

\* Työryhmässä ei nähdä tässä vaiheessa valtionosuusjärjestelmän muutoksen vireillä ollessa välitöntä tarvetta sairastavuustekijän korjaamiselle vaikka se ei kannustakaan ehkäisevään työhön.

Työryhmä suhtautui kriittisesti valittuihin kustannusrakennetekijöihin, joista nyt käytössä ovat asukastiheys, kunnan laaja pinta-alan ja saaristoisuus. Näistä työryhmä totesi seuraavaa:

\* Kustannustekijöitä koskeva selvitystyön perusteella arvioidaan myös sitä, säilytetäänkö sektorikohtaisissa valtionosuuksissa omat kustannusrakennetekijänsä omine kaavoineen vai pyritäänkö kustannusrakennetekijät kokoamaan yhteen esimerkiksi yleisen valtionosuuden yhteyteen.

Myöskään työttömyystekijää ei pidetty itsestään selvästi oikeanosuneena perusteena.

\* Työryhmä pitää perusteltuna työttömyystekijän analysointia valtionosuusjärjestelmän kannalta. Muutostarpeista tulee päättää selvitystyön perusteella.

Työryhmä piti tärkeänä, ettei valtionosuuden määräytymisperusteita merkittävästi lisätä, jotta järjestelmä voidaan säilyttää selkeänä, läpinäkyvänä ja hallinnollisesti yksinkertaisena. Yhteenvetona määräytymisperusteiden muuttamisesta työryhmä toteaa seuraavasti:

\* Valtionosuuden määräytymisperusteita voidaan muuttaa käynnissä olevista tutkimuksista ja selvityksistä saatujen tietojen perusteella. Lähtökohtana muutoksille tulee tällöin olla se, että muutokset ja mahdolliset uudet tekijät kuvaavat nykyistä paremmin niitä tekijöitä, jotka vaikuttavat sosiaali- ja terveydenhuollon kunnittaisiin kustannuksiin.

### 5.5.2 Perustamishankejärjestelmä

Työryhmä pohtii mahdollisuutta luopua kokonaan tai osittain perustamishenkkeiden valtionosuusjärjestelmästä, mutta toteaa:

\* Työryhmä ei näe välitöntä tarvetta perustamishankkeiden valtionosuusjärjestelmän perusteiden muuttamiseen.

### 5.5.3. Muut järjestelmän kehittämistarpeet

#### *Valtionosuuksien kustannustasotarkistukset*

\* Työryhmän mielestä on perusteltua lähteä siitä, että eduskunnan talousarviossa vahvistamat valtionosuudet olisivat samalla lopullisia. Siten toimintavuoden jälkeen suoritettavista markkamääriltään vähäisistä, mutta hallinnollisesti työllistävistä hintatarkistuksista tulee luopua. Tarkistuksista luopuminen hillitsisi myös omalta osaltaan kustannuskehitystä, koska valtionosuudet eivät muuttuisi ennalta vahvistetusta tasosta.

#### *Muun kuin valtionosuuksia koskevan lainsäädännön muutosten vaikutukset valtionosuuden määrään*

Työryhmä suhtautuu kriittisesti 1.1.1996 voimaan tuleeseen KuVOL 5 §:n muutokseen, jonka mukaan valtionosuuksia tarkistetaan jatkossa vain siltä osin kuin valtion toimenpiteistä aiheutuvat kustannusten muutokset kohdistuvat siihen tehtävään, jota koskevia säännöksiä ollaan muuttamassa. Muutoksesta seuraa, että valtio voi omin toimenpitein

vaikuttaa merkittävästi kuntien menoihin ilman, että sitä otetaan huomioon valtionosuuksissa. Tällöin kuntien tehtävien ja niihin tarvittavien voimavarojen lakiin perustuva yhteys katkeaa. Työryhmän mielestä

\* valtion toimenpiteiden ja valtionosuuksien määrän yhteys tulee palauttaa sellaiseksi kuin se oli ennen vuotta 1996. Jos valtion ja kuntien välistä kustannustenjakoa halutaan muuttaa, tulee tämä tehdä suoraan kustannustenjakoon puuttumalla.

### *Toimeentulotuen irrottaminen laskennallisesta valtionosuudesta*

Toimeentulotukimenot vaihtelevat huomattavasti kuntien kesken ja eri vuosina samassa kunnassakin. Tästä syystä työryhmä pitää aiheellisena, että

\* vireillä olevan valtion ja kuntien välisten suhteiden uudistamisprojektin yhteydessä selvitetään tarve irrottaa toimeentulotuki laskennallisesta valtionosuudesta ja siirtyä sen osalta kustannusperusteiseen valtionosuusjärjestelmään tai normitettavissa olevan osan siirtämistä kokonaan valtion rahoittamaksi, jolloin tuen toimeenpano tulisi samalla siirtää KELA:lle.

### *Ohjausjärjestelmän kehittäminen*

Enää ei juurikaan voida varmistaa valtionosuusohjauksen tai normiohjauksen keinoin, että valtakunnalliset sosiaali- ja terveystaloudelliset tavoitteet toteutettaisiin kuntatasolla. Toistaiseksi ei myöskään ole keinoja toteuttaa kuntien ja kuntayhtymien tulosoajasta kytkettyä valtionosuusjärjestelmään.

Ohjausta voidaan ja tulee kehittää valtionosuusjärjestelmästä ja sen uudistamisesta riippumattakin muun muassa lainsäädännön ja informaatio-ohjauksen keinoin. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuusjärjestelmän näkökulmasta ohjausjärjestelmää voidaan kehittää lähinnä valtakunnallisen suunnitelman avulla. Tässä tarkoituksessa

\* uudistetaan valtakunnallisen suunnitelman sisältöä siten, että siinä nostetaan esiin vielä nykyistä selkeämmin kaikkein keskeisimmät tavoitteet. Suunnitelman tulisi kattaa koko sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä. Lisäksi suunnitelman julkisuutta tulee lisätä eri keinoin sosiaali- ja terveystaloudellisen keskustelun herättämiseksi siinä esitetyistä tavoitteista.

### *Valtion ja kuntien välinen kustannustenjako*

Valtionosuusjärjestelmää uudistettaessa keskeinen periaate oli, että valtion ja kuntien välinen kustannustenjako säilytetään vuoden 1992 tasolla. Valtiontalouden vaikean tilanteen vuoksi periaatteesta on jouduttu tinkimään. Joustot suuntaan tai toiseen voivat olla tarpeen jatkossakin, mutta toiminnan ja rahoituksen välillä tarvitaan jokin yhteys. Työryhmä esittää, että

\* valtion ja kuntien välinen kustannustenjako määritellään lainsäädännöllä. Samalla varmistetaan, että tilasto- ja tietojärjestelmät mahdollistavat riittävällä tarkkuudella tietojen saannin toiminnan aiheuttamista kustannuksista.

### *Kalliin hoidon tasaus*

Laskennallisessa valtionosuusjärjestelmässä syntyy erityisesti pienissä kunnissa ongelmia rahoittaa kalliit, satunnaisesti tarvittavat erityispalvelut. Ongelmia on valtionosuusuudistuksen jälkeen odotetusti todettu erityisesti lastensuojelussa, mutta myös vammaispalveluissa sekä kehitysvamma- ja päihdehuollossa. Erikoissairaanhoidossa tilanne on hoidettu sairaanhoitopiireittäin kustannusten tasausjärjestelmällä. Työryhmä katsoo, että myös

\* sosiaalihuollon suurten kustannusten tasausjärjestelmä on tarpeellinen. Järjestelmä tulee valmistella valtion ja kuntien välisten suhteiden uudistamisprojektin yhteydessä siten, että se tulee voimaan vuoden 1997 alusta.

## LÄHTEET

Aho Kari ja Lehto Juhani; 25 suurimman kunnan palvelurakenne-erot. Palvelurakenne-muutosta arvioiva Stakesin julkaisu. Tulossa.

Ailasmaa Reijo; Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoima kuntasektorilla 1994. Stakes, tilastotiedote 1995:28.

Hallituksen esitys Eduskunnalle sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelua ja valtionosuutta koskevan lainsäädännön uudistamisesta 216/91.

Heiskanen M-L.; Vammaispalvelut. Teoksessa Uusitalo H., Konttinen M., Staff M, (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Stakesin raportteja 173. Jyväskylä 1995.

Häkkinen Unto, Salonen Markku, Nordberg Mai; Alueelliset erot sairastavuudessa, sairaalakäytössä ja terveydenhuollon kustannuksissa. Stakesin Aiheita 13/1995.

Häkkinen, Unto - Mikkola, Hennamari - Nordberg, Maj - Salonen, Markku: Tutkimus kuntien terveystalouden perusteista, Sisäasiainministeriön kuntaosaston julkaisuja 3/1996.

Hänninen S., Iivari J. ja Lehto J.; Hallittu muutos sosiaali- ja terveydenhuollossa? Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon muutos ja muutoksen hallinta 1990-luvun alkuvuosina. Stakes 1995. Raportteja 182.

Iivari A-K.; Kuntalaskutuskäytännöissä eroja sairaanhoitopiirien välillä. Sairaala 8/1995.

Kalimo E. ym.; Terveydenhuollon väestötutkimus. Ennakkotietoja 30.10.1995.

Kalland M.; Munuais- ja maksatautia sairastavien terveydenhoitopalveluiden toteutuminen vuonna 1994. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY ry:n raportteja 1994.

Kalland M.; Sosiaali- ja terveystalouden toteutuminen reumaa sairastavien näkökulmasta. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY ry:n raportteja 1995.

Kalland M.; Hyvin leikattu - huonosti ommeltu. Erityisryhmien palveluihin kohdistuneet säästöt valtionosuusuudistuksen jälkeen. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY ry. EDITA, Helsinki 1996.

Karjalainen T.; Kuntoutus. Teoksessa Uusitalo H., Konttinen M., Staff M., (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Stakesin raportteja 173. Jyväskylä 1995.

Karjalainen T.; Kehitysvammahuolto. Teoksessa Uusitalo H., Konttinen M., Staff M., (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Stakesin raportteja 173. Jyväskylä 1995.

Kaukonen O.; Leikatut päihdepalvelut - kuntoutuksesta pysyviin hoitosuhteisiin. Teoksessa Uusitalo H., Konttinen M., Staff M., (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Stakesin raportteja 173. Jyväskylä 1995.

Kaukonen O. & Mäki J.; Rakennemuutos vai sopeutus? Päihdepalvelut 1990-luvun alkuvuosina. Teoksessa: Viialainen R. & Lehto J. (toim.): Sosiaali- ja terveystalouden rakennemuutos - laitoshoidon vähentämisestä avopalvelujen kehittämiseen. Stakes raportteja 192. Sosiaali- ja terveysministeriö & Stakes 1996.

Kauppinen Sari; Yksityiset sosiaalipalvelut 1994, tilastotiedote 1995:30

Kettunen P.; Kuntien käyttämät ostopalvelut ja maksusitoumukset. Sopimukselliset ja määrälliset kehityspiirteet järjestöjen myymissä palveluissa vuosina 1991-1994. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY ry:n raportteja 1994.

Klaukka T.; Ennakkotietoja Väestön terveysturvattomuudesta 1995.

Kokko S. ja Niskanen T.; Perusterveydenhuolto. Teoksessa Uusitalo H., Konttinen M., Staff M., (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Stakesin raportteja 173. Jyväskylä 1995.

Kokko S. ja Heikkilä M.; Palvelujärjestelmä muutoksessa. Teoksessa Uusitalo H., Konttinen M., Staff M., (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Stakesin raportteja 173. Jyväskylä 1995.

Kokko S.; Muutokset palvelujen järjestämistavoissa. Stakesin julkaisuja 1995. Käsikirjoitus.

Laamanen R.; Kuntien toimintastrategiat ja päätöksenteko. STM:n julkaisuja 1994:8.

Laamanen R.; Valtionosuusuudistuksen toiminnalliset vaikutukset. Julkaisematon käsikirjoitus 1995.

Lastensuojelusta kohti lapsipolitiikkaa. Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle 11.10.1995. STM:n julkaisuja 1995:6.

Lehto J.; Kunnallisten sosiaali- ja terveystalouden muutossuunta 1990-luvun alun talouskriisin aikana. Teoksessa Hänninen S., Iivari J. ja Lehto J.; Hallittu muutos sosiaali- ja terveydenhuollossa? Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon muutos ja muutoksen hallinta 1990-luvun alkuvuosina. Stakes 1995. Raportteja 182.

Lounamaa A.; Psykiatrinen sairaanhoito. Ennakkotietoja 1995.

Marjamäki Pirjo; Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksut kunnissa. STM:n monisteita 1993:12. Helsinki 1993.

Marjamäki Pirjo; Tingitään valikoiden, laajennetaan harkiten. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1993:33. Helsinki 1993.

- Marjamäki Pirjo; Muutokset eräissä ehkäisevän sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnoissa. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1994:12. Helsinki 1994.
- Marjamäki Pirjo; Sosiaali- ja terveystalouden saatavuus ja riittävyys. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1994:28. Helsinki 1994.
- Marjamäki Pirjo; Työvoiman käyttö kuntien sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1995:18. Helsinki 1995.
- Miettinen A. ja Partanen T.; Osuuskunnat hyvinvointipalvelujen tuottajana raportti uusosuustoiminnasta Suomessa 1995. Käsikirjoitus.
- Muuri A.; Lasten huolenpitopalvelut. Teoksessa Uusitalo H., Konttinen M., Staff M., (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Stakesin raportteja 173. Jyväskylä 1995.
- Mäki J.; Ennakkotietoja päihdehuollon palveluista 1995.
- Mäki J. & Tiensuu T.; Päihdehuollon asiakasmäärä kasvussa, hoitoajoissa säästetään. Sosiaaliturva 3/1996.
- Pekurinen M.; Kilpailuolot Suomen terveydenhuollossa. STM:n raportteja ?/1994
- Pelanteri S. ja Salmela R.; Vuodeosastopalvelujen käyttö vuonna 1994. Stakesin tilastotiedote 1995:32.
- Sairaalatilasto 1994. Suomen Kuntaliitto. 32. julkaisu. Helsinki 1995
- Salmela R.; Somaattinen erikoissairaanhoito. Teoksessa Uusitalo H., Konttinen M., Staff M., (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Stakesin raportteja 173. Jyväskylä 1995.
- Salmela Reijo. Sairaaloiminta tehostui edelleen vuonna 1994. Dialogi 1996:1.
- Sillanpää M-L., Marjamäki P. ja Paatero H.; Apuvälineiden saatavuus 1994. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1995:1. Helsinki 1995.
- Uusitalo H., Konttinen M. ja Staff M., (toim.); Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Stakes 1995. Raportteja 173.
- Vaarama M.; Vanhusten julkisrahoitteiset hoivapalvelut. Teoksessa Uusitalo H., Konttinen M., Staff M., (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Stakesin raportteja 173. Jyväskylä 1995.
- Wahlberg H. ja Sohlman B.; Minne mielisairaalapotilaat ovat kadonneet? Stakesin Aiheita no 51/1993.
- Valtonen, Hannu, Tutkimus kuntien sosiaalihuollon valtionosuuksien perusteista. Sisäasiainministeriön kuntaosaston julkaisu 4/1996.





**YHTEENVETO ASIANTUNTIJOIDEN ESITTÄMISTÄ SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON VALTIONOSUUSJÄRJESTELMÄÄ KOSKEVISTA KEHITTÄMIS- JA KORJAAMISTARPEISTA.**

Työryhmän jaostot kuulivat keväällä 1995 seuraavia asiantuntijoita valtionhallinnosta, tutkimuslaitoksista ja kuntasektorilta:

- Ylitarkastaja Rainer Alanen, Sisäasiainministeriö
- Erikoistutkija Heikki Helin, Helsingin kaupungin tietokeskus
- Erikoistutkija Unto Häkkinen, Stakes
- Tutkija Mirjam Kalland, Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY r.y.
- Sosiaali- ja terveystoimen päällikkö Olli Kerola, Suomen Kuntaliitto
- Kehittämispäällikkö Simo Kokko, Stakes
- Budjettineuvos Raija Koskinen, Valtiovarainministeriö
- Kehittämispäällikkö Juhani Lehto, Stakes
- Kehittämispäällikkö Aino-Elina Mäkimattila, Suomen Kuntaliitto
- Tutkija Lasse Oulasvirta, Tampereen yliopisto

Asiantuntijoita pyydettiin arvioimaan sekä järjestelmän toimivuutta kokonaisuutena sekä erikseen kutakin määrääntekijää. Yleisenä arvionaan kaikki asiantuntijat esittivät, että sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuusjärjestelmä on periaatteiltaan oikeansuuntainen. Järjestelmä on selkeä ja yksinkertainen sekä kannustaa kuntia taloudellisuuteen. Kritiikkinä esitettiin se, että tutkimus- ja seurantatietoa määrääntymisperusteiden oikeellisuudesta on liian vähän saatavilla. Puutteena nähtiin myös se, ettei valtionosuusjärjestelmää mielletä osana suurempaa kokonaisuutta. Esimerkiksi kuntaan muuta kautta tuleva julkinen rahoitus kuten sairausvakuutuskorvaukset ja Raha-automaattiyhdistyksen investointiavustukset ovat valtionosuusjärjestelmästä erillään.

Seuraavassa käydään läpi nykyisiä valtionosuuden määrääntekijöitä kohtaan esitettyä kritiikkiä kohta kohdalta.

## Ikäryhmittäiset asukaskohtaiset valtionosuudet

Kaikki asiantuntijat pitivät perusteltuna sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksien kohdentamista väestön ikärakenteen mukaan. Ikärakenne on määräytymistekijänä myös muissa Pohjoismaissa. Useat asiantuntijat toivat esille, että ikäryhmien painoja olisi syytä tarkistaa. Alle 7-vuotiaiden markkamäärää pidettiin liian suurena ja vastaavasti vanhusten markkamäärä arvioitiin liian pieneksi. Esitettiin myös harkittavaksi, että otettaisiin vielä kolmaskin vanhusikäryhmä eli 85-vuotta täyttäneet. Esille otettiin myös sosiaali- ja terveydenhuollon ikäryhmittäisten markkamäärien yhdistäminen.

## Sairastavuus

Sairastavuustekijää kritisoitiin aluksi varsin paljon. Sitä pidettiin kannustinvaikutukseltaan huonona. Lisäksi tämän tekijän satunnaisvaihtelun arveltiin olevan pienessä kunnassa suurta. Kritiikki on parin viime vuoden aikana laantunut.

Asiantuntijat esittivät, että sairastavuusmittarina olisi perusteltua käyttää nykyisen ikävakioidun kuolleisuuden sijasta ikä- ja sukupuolivakioitua kuolleisuutta.

Keskustelussa on ollut esillä myös vaihtoehtoisia sairastavuusmittareita, joista ehkä tärkeimmäksi on noussut työkyvyttömyyseläkeläisten osuus kunnan väestöstä.

Häkkisen ym. tutkimuksen (1995) johtopäätösosassa on pohdittu tapoja määritellä vaihtoehtoisia sairastavuusmittareita. Tarvekaavan laatimisen tulisi Häkkisen mukaan perustua joko erilaisten tarvetekijöiden ja terveyspalvelujen kustannusten alueelliseen analyysiin tai yksilötason tekijöiden analyysiin. Nykyisin käytetyn ikävakioidun kuolleisuuden todetaan korreloivan vain heikosti muiden sairastavuusmittareiden ja terveystennojen kanssa.

### Asukastiheys, pinta-ala ja saaristoisuus

Näiden ns. kustannusrakennetekijöiden osalta on kritisoitu erityisesti tutkimustiedon puutteellisuutta. Myös kaupungistumista ja siihen liittyviä erityisongelmia kuvaavien tekijöiden puuttuminen valtionosuusperusteista on koettu ongelmalliseksi. Kustannusrakennetekijöiksi on keskustelussa esitetty lisäksi myös muun muassa ilmaston ja siitä aiheutuvien lämmityskustannusten huomioon ottamista valtionosuuksissa.

Kustannusrakennetekijöiden valinnan ohella on kritisoitu niiden muotoa. Esimerkiksi saaristokertoimen on katsottu olevan liian ylimalkainen ja jättävän huomioimatta väestön sijoittumisen saaristokunnissa. Pinta-alakertoimen on arvioitu tuovan korotuksen myös sellaisiin kuntiin, joissa pinta-alasta ei aiheudu lisärasitusta. On myös katsottu, että pinta-alaltaan suurimmat kunnat saavat kohtuuttoman suuren korotuksen valtionosuuksiin.

Ongelmaksi on koettu myös asukastiheys- ja pinta-alalisien vaikutusten kertaantuminen. Eri valtionosuuskanavilla käytetään samoja kustannusrakennetekijöitä, joskin erilaisin kaavoin. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksien sisällä kantokykyluokitus kertaannuttaa lisien vaikutukset.

Asiantuntijat korostivat myös järjestelmän läpinäkyvyyden tärkeyttä. Pidettiin parempana määritellä erikoislisiä ongelmakunnille, kuin verhota sama tarkoitus monimutkaisiin kaavoihin. Esimerkiksi Norjassa on käytössä suurkaupunkiliissä Oslolle ja erillinen pohjoisten kuntien lisä.

### Työttömyys

Työttömyyden huomioon ottamista valtionosuuden määräytymisessä on pidetty tarpeellisena, vaikkakaan työttömyyden ja sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten yhteydestä ei juurikaan ole tutkimuksellista evidenssiä. Yhteys on selvän työttömyyden ja toimeentulotukimenojen osalta. Esimerkiksi Vähätalon 1 300 työttömän aineistossa toimeentulotukeen

turvautui jossain vaiheessa puolet peruspäivärahan saajista ja kolmannes ansiosidonnaista korvausta saavista työttömistä. Maaseudulla toimeentulomenot olivat kaupunkikuntia pienemmät työttömyydestä riippumatta. Työttömyyden ja muiden sosiaali- ja terveystenonien yhteydestä ei tutkimustietoa juuri ole. Lasten päivähoiton tarpeen on huomattu olevan pienempi korkean työttömyysasteen kunnissa. Terveyspalvelu- ja työttömät käyttävät keskimääräistä enemmän. Tutkijoiden mukaan kyse on pikemminkin siitä, että esimerkiksi pitkäaikaissairailta on suurempi riski joutua työttömäksi kuin siitä, että työttömyys itsessään lisääisi palvelutarvetta. Työttömyyttä ei siten tarvitsi terveystenonien osalta huomioida valtiosuutta määriteltäessä, mikäli käytössä on sairastavuutta kuvaava valtiosuuden määräytymisperuste.

Enemmän kuin työttömyysmittaria sinänsä on kritisoitu nykyisen työttömyyskertoimen muotoa, sillä kerroin ei kaikissa tilanteissa ota huomioon työttömyyden noususta aiheutuva toimeentulotukimien kasvu kunnassa. Joissakin tilanteissa kunnan saama työttömyyskorotus voi laskea, vaikka kunnan työttömyysaste pysyy vuodesta toiseen samana. Näin on, mikäli maan keskimääräinen työttömyysaste kasvaa. Keskimääräistä työttömyysastetta taas säätelee voimakkaasti suurimpien kaupunkien työttömyystilanne. Kritiikkiä on esitetty myös työttömyyden suhteuttamisesta asukasluvun sijasta työvoiman lukumäärään. On myös esitetty ajatus työttömyyskertoimen tarkentamisesta siten, että pitkäaikaistyöttömyys tulisi erikseen huomioitua.

### Kantokykyluokkakerroin

Valtiosuusperusteet ja kantokykyluokkakerroin sisältävät päällekkäisiä porrastusperusteita, mikä tekee järjestelmästä vaikeaselkoisen. Lisäksi kantokykyluokituksen pohjana olevat tiedot eivät kuvaa kuntien nykyistä tilannetta ja keskinäistä asemaa. Kuntien kantokykyluokkiin ei ole vuoden 1992 jälkeen tehty muutoksia ja tätäkin edeltävät muutokset olivat varsin vähäisiä usean vuoden aikana.

Yleinen kanta asiantuntijoilla oli, että kuntien tulopohjan tasaamista ei tulisi tehdä sektorikohtaisissa valtionosuuksissa. Sektorivaltionosuuksien pitäisi perustua vain tarve- ja kustannusrakennetekijöihin.

#### **Asiantuntijoiden näkemykset perustamishankkeiden valtionosuudesta**

Eräät jaoston kuulemat asiantuntijat esittivät näkemyksen siitä, että perustamishankkeiden erillisestä valtionosuusjärjestelmästä ei voida luopua ainakaan pienten kuntien osalta, koska näillä ei ole muuten resursseja välttämättömiin investointeihin.

Toisaalta katsottiin, ettei perustamishankkeiden kiintiöimistä lääneittäin voida pitää perusteltuna, kun tavoitteena pidetään ylikapasiteetin purkamista ja kuntien palvelurakenteen muuttamista tarkoituksenmukaisemmaksi.

Esitettiin myös, että perustamishankkeiden erillisestä valtionosuusjärjestelmästä tulisi siirtymäkauden jälkeen luopua kokonaan.

#### **Sektorikohtaiset valtionosuudet**

Eräät jaoston kuulemat asiantuntijat esittivät näkemyksiä, joiden mukaan kaikkien valtionosuuksien (tai ainakin opetus- ja kulttuuritoimen, sosiaali- ja terveydenhuollon ja kuntien yleiset valtionosuudet) tulisi määräytyä yhden lain perusteella yhden ministeriön hallinnonalalta.

#### **Kustannustenjakotarkistus**

Esitettiin, että kustannustenjakotarkistuksesta tulisi luopua.

### Kustannustasotarkistukset

Esitettiin näkemyksiä siitä, että kesken vuotta ja toimintavuoden jälkeen suoritettavista hintatarkistuksista tulee luopua ja että hintaindeksijärjestelmä tulee uusia siten, että käytettävät indeksit sekä niiden painot tarkistetaan.

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ  
 Sosiaali- ja terveyspalveluosasto

MUISTIO  
 22.1.1996

KUULEMIS- JA KESKUSTELUTILAISUUS 8.1.1996  
 Sosiaali- ja terveydenhuollon vuoden 1993  
 valtionosuusuudistuksen vaikutuksista

Tässä muistiossa on yhteenveto keskeisistä kannanotoista, jotka esitettiin sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuusuudistuksen vaikutuksia sevittävän työryhmän muistio-luonnoksesta 8.1.1996 järjestetyssä kuulemistilaisuudessa. Siinä on myös huomioitu kirjalliset lausunnot, joita ovat toimittaneet sosiaali- ja terveysministeriölle sekä kuulemistilaisuuteen osallistuneet että muutamat muut tahot. Lausunnot ovat muistion liitteenä.

Kuulemistilaisuuden ohjelmasta käy ilmi pidetyt puheenvuorot sekä kirjallisina toimitettujen puheenvuorojen liitenumerot. Niistä puheenvuoroista, jotka esitettiin vain suullisina, on referaatti muistion lopussa (Valtiovarainministeriö, Sisäasiainministeriö ja Akava).

#### Kuulemistilaisuuden ohjelma

- 13.00 Tilaisuuden avaus  
 Osastopäällikkö, ylijohdaja Kimmo Leppo,  
 sosiaali- ja terveysministeriö
- 13.10 Kuultavien valmistellut puheenvuorot  
 noin 5 minuuttia/ kuultava tahon
- Maa- ja metsätalousministeriö**  
 - Apulaisosastopäällikkö Olli Sorvettula  
 liite 1
- Ympäristöministeriö**  
 - Ylitarkastaja Pirjo Vesanen  
 liite 2 (ja 3)
- Valtiovarainministeriö**  
 - Budjettineuvos Raija Koskinen
- Sisäasiainministeriö**  
 - Ylitarkastaja Rainer Alanen
- Stakes**  
 - Erikoistutkija Unto Häkkinen  
 liite 4
- Keski-Suomen lääninhallitus**  
 - Lääninsosiaalineuvos Marketta Korhonen  
 liite 5
- Uudenmaan lääninhallitus**  
 - Toimintayksikön päällikkö, vanhempi lääninsihteeri  
 Ilkka Virtanen  
 liite 6

**Kansaneläkelaitos**

- Osastopäällikkö Kaarina Ronkainen  
liite 7 ja 7a

**Suomen Kuntaliitto**

- Sosiaali- ja terveystoimen päällikkö Tuula Taskula  
liite 8

**Toimihenkilöjärjestö STTK**

- Sosiaalis sihteeri Veikko Simpanen  
liite 9

**Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys  
YTY ry**

- Pääsihteeri Jouko Vasama  
liite 10

**Suomen Ammattiliittojen Keskusjärjestö SAK ry**

- Tutkimussihteeri Kaija Kallinen  
liite 11

**AKAVA**

- Apulaistoiminnanjohtaja Santero Kujala, Suomen lääkäri-  
liitto

**Paltamon kunta**

- Kunnanjohtaja Arto Laurikainen  
liite 12

**Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä**

- Johtaja Rauno Ihalainen  
liite 13

**Kaarinan-Piikkiön kansanterveystyön kuntayhtymä**

- Talousjohtaja Pekka Harju  
liite 14

**Honkalammen kuntayhtymä**

- Johtaja Markku Niemelä  
liite 15

15.30 Keskustelua

16.00 Tilaisuuden päättäminen

Tilaisuuden puheenjohtajana toimi osastopäällikkö Kimmo Leppo sosiaali- ja terveysministeriöstä.

**Kirjallisen lausunnon toimittivat lisäksi seuraavat tahot, jotka eivät käyttäneet puheenvuoroa tilaisuudessa:**

Sosiaaliturvan Keskusliitto r.y.  
- liite 16

Terveyden- ja sosiaalihuoltoalan ammattijärjestö Tehy ry  
- liite 17

Va. sosiaali- ja terveysjohtaja Markku Ahtikari  
Hyvinkään kaupunki, perusturvakeskus  
- liite 18



## YHTEENVETO KESKEISISTÄ KANNANOTOISTA

Yleisarvio oli, että muistio kuvaa hyvin valtiosuusuudistusta hallinnon, talouden ja lainsäädännön näkökulmasta. Sen sijaan puutteeksi koettiin, ettei uudistuksen vaikutuksia ole muistiossa tarkasteltu juurikaan asiakasnäkökulmasta. Tosin sen arvioiminen olisi yleisen käsityksen mukaan vaikeaa useastakin syystä.

Kritiikkiä kohdistettiin lisäksi arvioihin sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöstä, sen määrien kehityksestä ja vaikutuksista työvoimakysymyksiin. Osa kuultavista myös kaipasi tarkastelua kunnan kaikkien rahoituslähteiden yhteisvaikutuksista: muistiossa tulisi tarkastella kokonaisuutena kaikkia kunnan saamia valtiosuusia, verotulojen tasausta sekä sosiaali- ja terveydenhuollon osalta myös mm. raha-automaattiyhdistyksen tukemaa toimintaa ja KELA:n maksamia korvauksia.

Osa lausunnonantajista piti tärkeänä, että selonteko valtiosuusuudistuksen vaikutuksista annettaisiin eduskunnalle.

### Valtiosuusuudistuksen vaikutusten arviointi - vaikeuksia ja mahdollisuuksia

Valtiosuusuudistus toteutettiin aikana, jolloin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin ja niiden järjestämiseen vaikuttivat voimakkaasti myös taloudellinen lama sekä siitä seuranneet työttömyys, julkistalouden menojen kasvu, muutokset valtion ja kuntien verokertymissä, valtionvelan kasvu ja toteutetut leikkaukset kuntien valtiosuusuissa. Ei ole luotettavasti eriteltävissä, mikä osuus todennettävissä olevista muutoksista johtuu valtiosuusuudistuksesta, mikä muista mainituista tekijöistä.

Yhtä aikaa valtiosuusuudistuksen kanssa ja siitä riippumattakin on tarkoituksellisesti muutettu palvelurakennetta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Mikä osa toteutuneesta palvelurakenteen muutoksesta johtuu valtiosuusuudistuksesta, mikä lamasta ja mikä toiminnallisista tavoitteista, ei ole selvitettävissä.

Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon tilastouudistus toteutettiin samanaikaisesti valtiosuusuudistuksen kanssa. Tilastouudistuksen seurauksena tilastotiedot ennen ja jälkeen valtiosuusuudistuksen eivät ole vertailukelpoisia keskenään. Tilastot eivät siten anna riittävää tietoa muutoksista, joita sosiaali- ja terveydenhuollon kustannus- ja palvelurakenteessa on todellisuudessa tapahtunut.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön toteutettava ajantasaseuranta sekä Stakesissa lyhyellä aikavälillä toteutetut kyselytutkimukset todettiin tärkeiksi muutosvaiheessa. Osin ne korvaavat tilastojärjestelmän puutteita, osin tarjoavat

nopeampaa informaatiota muutostilanteesta kuin vuosittaiset jälkikäteen koottavat tilastot. Tällaisen seurannan toivottiin yleisesti jatkuvan edelleen. Ongelmaksi näissä selvietyksissä koettiin näkökulma - ne on valtaosin suunnattu kuntien sosiaalijohdolle.

Tarve kehittää sosiaali- ja terveydenhuollon tietotuotantoa sekä hyödyntää sitä erilaisista näkökulmista nousi lausunnoissa esiin voimakkaasti. Jatkossa toivottiin myös asiakas- ja työntekijätasolle suunnattuja selvityksiä. Tällaisia selvityksiä ovat toistaiseksi toteuttaneet muun muassa Kuopion yliopisto, sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY ry sekä Terveyden- ja sosiaalihuoltoalan ammattijärjestö Tehy ry.

Mahdollisuudet lisätä sosiaali- ja terveydenhuoltoa kilpailuttamalla palveluita on todettu useissa lausunnoissa toivottua heikommiksi. Yksi syy tähän on esimerkiksi sairaaloiden erilaiset hinnoittelukriteerit, jotka tekevät kustannusvertailun mahdottomaksi. Usea lausunnonantaja toivoi valtakunnallisia kriteereitä terveydenhuollon palveluiden hinnoittelulle Suomeen soveltuvien tilaaja-tuottaja-mallien kehittämiseksi valtakunnallisesti.

#### Havaittavissa olevia valtionosuusuudistuksen vaikutuksia

Yleinen arvio oli, että valtionosuusuudistus ja siihen liittyvä normipurku ovat päälinjoiltaan onnistuneita. Uudistusten arveltiin olennaisesti auttaneen kuntia selviytymään laman aiheuttamista säästötarpeista ja osaltaan myös organisoimaan innovatiivisesti palveluita uudelleen.

Laskennallinen järjestelmä on yksinkertaistanut hallinnointia ja lisännyt ennakoitavuutta kuntien kannalta. Samanlaisesti tosin vuosittaiset leikkaukset kuntien valtionosuuksissa ovat vähentäneet sekä järjestelmän ennakoitavuutta että mahdollisuuksia arvoida tarkoitettun järjestelmän toimivuutta.

Merkittäväksi on osoittautunut valtionosuuden maksaminen suoraan kunnille. Järjestely on lisännyt olennaisesti kuntien kiinnostusta niihin palveluihin, joita perinteisesti on tuotettu kuntainliitoissa ja kuntayhtymissä. Uudistuksen seurauksena kuntayhtymien osuus palvelujen järjestämisessä ja tuottamisessa on vähentynyt. Vapaaehtoisia kuntayhtymiä on purettu runsaasti ja niiden toimintoja siirretty kuntien itsensä tehtäviksi tai hankittaviksi yksityisiltä ostopalveluina.

Kuntayhtymissä uudistuksen on koettu johtaneen kiristyneisiin väleihin kuntien ja kuntayhtymien välillä. Toimintaa arvioitiin ohjattavan yksipuolisesti taloudellisiin perusteisiin ja lyhyen aikavälin tavoitteiden mukaan. Osa kuultavista arvioi, että kunnissa on syntynyt epätarkoituksenmukaistakin pyrkimystä tuottaa erityistä asiantuntemusta edellyttäviä tehtäviä kunnissa ja perustasolla, jolloin ei aina turvata asiakkaalle hänen tarvitsemaansa erityispalvelua eikä myöskään sitä, että tarvittava erityisosaaminen

säilyy ja kehittyy. Samoin arvioitiin, että erityispalveluiden kysyntää on pyritty ohjaamaan rajoittamalla niiden tarjontaa taloudellisin päätöksin, jolloin uudistuksessa tavoiteltu asiakasohjautuvuus ei ole päässyt toteutumaan.

Yleinen arvio oli, että häviäjiä laskennallisessa valtionosuusjärjestelmässä ovat pienet, heikot ja paljon kalliita palveluita tarvitsevat erityisryhmät, kuten lastensuojelun, kehitysvammahuollon ja päihdehuollon asiakkaat sekä pitkäaikaista psykiatrasta hoitoa tarvitsevat. Heidän palveluidensa turvaamiseksi arvioitiin tarvittavan erityisjärjestelyitä. Lausunnonantajat pitivät tärkeänä muistiossa ehdotettua sosiaalihuollon suurten kustannusten tasausjärjestelmää. Myös sairaanhoidon tasausjärjestelmää ehdotettiin laajennettavaksi.

### Ehdotuksia valtionosuusjärjestelmän kehittämiseksi

Useat lausunnonantajat totesivat, ettei uusia, tiheästi toistuvia uudistuksia valtionosuusjärjestelmässä tulisi tehdä ennen kuin aika ja seurantajärjestelmät antavat mahdollisuuden arvioida riittävästi aiempien uudistusten vaikutuksia.

Valtionosuusjärjestelmän laskennallisuus halutaan jatkossakin säilyttää. Tärkeänä pidettiin järjestelmän yksinkertaisuutta, selkeyttä, ennustettavuutta ja läpinäkyvyyttä sekä sitä, etteivät kunnat voi omin toimenpitein vaikuttaa laskennallisiin perusteisiin.

Vastakkaisia kannanottoja oli siitä, tulisiko vuosittaiset valtionosuudet määrätä lopullisesti vai tulisiko kustannustason muutoksen huomioonottavia tarkistuksia toteuttaa jälkikäteen.

Useissa lausunnoissa korostettiin, että uudistuksessa oli tarkoituksena säilyttää valtion ja kuntien keskinäinen kustannustenjako entisellään. Toteutuneet ja suunnitellut leikkaukset kuntien valtionosuuksissa sekä valtion menoissa toteutetut säästöt ovat kuitenkin olennaisella tavoin siirtäneet kustannuksia kuntien maksettavaksi. Lausunnonantajat pitivät tärkeänä, että kuntien ja valtion keskinäinen kustannustenjako palautetaan pikaisesti sellaiseksi, kuin se oli ennen vuotta 1993.

Tärkeäksi koettiin yleisesti se, että valtion toimenpiteiden ja valtionosuuksien yhteys säilytetään. Jos lainsäädännöllä asetetaan kunnille uusia tehtäviä, tulee tämä huomioida myös valtionosuuksia laskettaessa ja siten turvata kuntien mahdollisuudet täyttää velvoittensa. Tämän katsottiin merkitsevän, ettei sektorikohtaisista valtionosuuksista voida luopua. Toiminnalla ja rahoituksella tulee olla yhteys valtio - kunta -akselilla ja saman yhteyden haluaisivat jotkut lausunnonantajat toimivan myös kunnissa.

Käyttökustannusten valtionosuuden määräytymiskriteereistä toivottiin eniten muutoksia työttömyys-, asukastiheys- ja ikärakennetekijöihin. Useissa lausunnoissa arvioitiin, että

työttömyyden vaikutukset sosiaali- ja terveydenhuollossa ovat suurempia kuin nykyinen kerroin ottaa huomioon. Lisäksi työttömyyden muutokset yksittäisessä kunnassa saattavat olla vuodessakin todella merkittäviä. Tästä syystä arvioitiin, että absoluuttiset työttömyysluvut olisivat oikeudenmukaisempi laskentaperuste kuin nykyisin käytetyt suhteelliset työttömyysluvut.

Kriittisesti suhtauduttiin ehdotukseen, jonka mukaan alle 7-vuotiaiden ikäryhmän painoa pienennettäisiin. Alle kouluikäisten todettiin tarvitsevan runsaasti perusterveydenhuollon, sairaanhoidon, päivähoidon ja yleensäkin sosiaalihuollon palveluita. Vanhusväestön kerrointa haluttiin korottaa tai luoda yli 85-vuotiaille oma, korkeampi kertomensa.

Nykyinen kerroin ei vastaa asukastiheyden, kunnan koon ja saaristoisuuden vaikutuksia sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksiin. Maaseutumainen, harva asutus saattaa esimerkiksi olla terveyttä ja sosiaalista hyvinvointia lisäävä tekijä. Toisaalta kaupungistuminen negatiivisine lieveilmiöineen aiheuttaa sosiaalisia, terveydellisiä ja mielenterveydellisiä ongelmia, joiden vaikutus korostuu kaupungeissa erityisesti pitkäaikaistyöttömyyden vallitessa.

Investointien valtionosuudet haluttiin lähes yksimielisesti säilyttää entisellään.

Lähes varauksettoman kannatuksen sai muistiossa esitetty ehdotus, että normitettavissa oleva toimeentulotuki irrotettaisiin laskennallisen valtionosuuden piiristä ja siirrettäisiin kansaneläkelaitoksen maksettavaksi. Tämä kuitenkin edellytyksin, että edelleen säilytettäisiin mahdollisuus sosiaalityöhön liittyvään harkinnanvaraiseen toimeentulotukeen (joka huomioitaisiin sosiaalihuollon valtionosuuksia laskettaessa).

### Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallinen ohjausjärjestelmä

Yleisesti oltiin tyytyväisiä siihen, että valtakunnallisen ohjausjärjestelmän muutos oli uudistuksessa tavoitellulla tavoin merkittävästi vähentänyt hallinnollista työtä valtionhallinnossa ja myös kunnissa. Kuntien lisääntyneen päätösvallan nähtiin myös luoneen edellytyksiä järjestää palvelut entistä tarkoituksenmukaisemmin, lisänneen kuntien kiinnostusta toiminta-alueisiin, joita ennen oli hoidettu kuntayhtymissä sekä auttaneen kuntia sopeuttamaan toimintaa laman ja leikkausten edellyttämällä tavoin.

Huolta kuitenkin aiheutti se, ettei nykyinen ohjausjärjestelmä takaa valtiolle tehokasta keinoa puuttua tarvittaessa kuntien toimintaan. Yleisesti arvioitiin, että valtionosuuksien yleiskatteisuus ja kuntien lisääntynyt päätösvalta on paikoin johtanut siihen, etteivät kaikki kuntalaiset saa tarvitsemiaan palveluita, jotka sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö edellyttää kunnan heille järjestävän. Suurin huoli kohdistui pienten, kalliita sosiaali- ja

terveydenhuollon erityispalveluita tarvitsevien asiakasryhmien asemaan.

Koko sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausjärjestelmää edellytettiin kehitettäväksi sekä erityisesti valtakunnallisen suunnitelman ja perusturvalautakunnan luonnetta ja tehtäviä tarkistettavaksi ja terävöitettäväksi. Informaatio-ohjaus olisi keino, joka edellyttää tilastojen kehittämistä.

***Valtakunnallisen suunnitelman asema sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä***

Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisen suunnitelman merkitystä ja painoarvoa haluttiin nostaa kolmella tavoin. Paluuta entisenlaiseen kuntien toimintaa tiukasti sitovaan suunnitelmaan ei kaivattu. Osa lausunnonantajista esitti, että valtakunnallisesta suunnitelmasta tulisi luoda politiikkapaperi, joka annettaisiin selontekojen tapaan eduskunnalle esimerkiksi kerran vaalikaudessa ja jonka pohjalta pyrittäisiin synnyttämään laajempaa keskustelua sosiaali- ja terveyspolitiikan keskeisistä tavoitteista ja keinoista.

Yleinen toivomus oli, että valtakunnallisessa suunnitelmassa keskityttäisiin toisaalta luomaan sosiaali- ja terveydenhuollon keskeisiä toimintalinjauksia, toisaalta kohdennettaisiin tarkennettua huomiota erityisryhmien tarpeisiin. Osa toivoi, että erityisesti pienten, erityispalveluita tarvitsevien asiakasryhmien palveluista annettaisiin sitovampia määräyksiä valtakunnallisessa suunnitelmassa.

**REFERAATTI VAIN SUULLISESTI ESITETYISTÄ PUHEENVUOROISTA:**

Valtiovarainministeriö, budjettineuvos Raija Koskinen

Valtionosuusuudistuksen taloudelliset ja toiminnallisten vaikutukset tulisi arvioida tarkemmin ja kattavammin. Kuvauksen kuntien tulojen ja menojen kehityksestä tulisi olla laajempi, koska sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuus on vain osa kokonaisuudesta. Kuntien selviytymisen edellytyksiin ovat vaikuttaneet muun muassa perhetuki-uudistus sekä työttömyysvakuutusmaksun alennus vuonna 1996. Asiakasmaksuja koskevaa uudistusta vuodelta 1993 ei pitäisi käsitellä leikkauksena. Erikseen ja tarkemmin tulisi käsitellä käyttökustannushankkeiden valtionosuuden palautukset vuodelta 1992.

Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstömäärien kehityksestä kertovat luvut ovat eri tilastoissa kovin erilaiset ja ne tulisi selvittää tarkemmin. Työministeriön tilastojen mukaan hävinnyt kuntasektorilta on hävinnyt 40.000 työpaikkaa, muistion mukaan sosiaali- ja terveydenhuollosta vain 6.000. Ovatko myös työllistetyt mukana työntekijöiden luvussa?

Palveluiden määriä kuvataan vanhoilla luvuilla. Luvut tulisi esittää selkeämmin erillisinä vuodesta 1993 alkaen ja selvitykseen tulisi saada lukuja vuosilta 1994 -1995.

Päivähoidon ryhmäkokosäännösten merkitys korostuu liiaksi. Määrä ei takaa laatua.

Kustannusrakennetekijät ja niiden vaikutukset tulisi koota yhteen.

Toimeentulotukea ei tulisi irrottaa laskennallisesta valtionosuudesta.

Sisäasiainministeriö, ylitarkastaja Rainer Alanen

Sisäasiainministeriössä valtionosuusuudistus ei aiheuttanut merkittäviä uudistuksia.

Lähtökohta arvioinnille on, että valtionosuusuudistuksen kanssa yhtäaikaan toteutettiin valtionosuusleikkaukset. Myös kuntien verotulot vähenivät samanaikaisesti, joten kuntien on ollut pakko käyttää verotulonsa toisin kuin ennen.

Sisäasiainministeriön keräämät tiedot valtionosuusuudistuksen vaikutuksista osoittavat, että kunnallinen itsehallinto on vahvistunut ja kustannustietoisuus lisääntynyt. Myös kuntayhtymien kustannusvalvonta on tehostunut.

Valtionosuuksien yleiskatteisuus on johtanut priorisointia oikeaan suuntaan: laitospalveluista avopalveluihin. Toiminnalliset tarpeet määräävät nyt enemmän kuin se, mihin aikaisemmin maksettiin valtionosuutta. Hallintokuntien väliset raja-aidat ovat vähentyneet.

Myönteisenä on kunnissa koettu se, että valtionosuusselvityksiin perustuva tilitys- ja kontrollijärjestelmä poistui. Valtionosuuksien määräytymisperusteet ovat edelleen monimutkaisia, mutta selvitysmies Heikki Kosken työ tuonee tähän ratkaisuja.

Yhteenvetona voi todeta, että valtionosuusuudistus auttoi kuntia sopeutumaan laman synnyttämään tilanteeseen ja lisäsi toimintojen tehokkuutta.

Akava, apulaistoiminnanjohtaja Santero Kujala, Suomen Lääkäriliitto

Arviointia on vaikeuttanut se, että sosiaali- ja terveydenhuollon tietopohja on pettänyt ja toimii jälkijättöisesti. Sen paikkaaminen on ensiarvoisen tärkeää.

Selvityksessä tulisi korostaa enemmän toiminnallisuutta.

Henkilöstökysymys on esitetty suppeasti. Pelkät henkilöstömäärien kuvaukset eivät anna oikeaa käsitystä henkilöstökehityksestä. Vakinainen, hyvin koulutettu väki on osittain korvattu vähemmän koulutetulla, vaihtuvalla tilapäistyövoimalla.

Palvelurakennemuutos on toteutettu vain osittain, kun laitoshuoltoa on vähennetty mutta avohoitoa ei ole vastaavasti lisätty.

Valtionosuusuudistuksella on ollut merkitystä sosiaali- ja terveydenhuollon sekä terveydenhuollon eri sektoreiden välisiin suhteisiin. Uudistus on johtanut kuntayhtymät vaikeuksiin sekä aiheuttanut kitkaa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä hoidon porrastuksessa. Kunnat pyrkivät rajoittamaan hallinnon toimin erikoissairaanhoidon palveluiden käyttöä. Tulisi miettiä uusia ratkaisuja.

Valtionosuuden määräytymiskriteereitä on tarpeen kehittää. Ikärakenneporrastus ei ole terveydenhuollon kannalta tarkoituksenmukainen. Yli 85-vuotiaiden tulisi olla omassa ryhmässään.

Valtakunnallista tavoitellisuutta tulisi lisätä. Tulisi olla valtakunnallista keskustelua herättävä, selontekotyyppinen instrumentti.

## Tilaisuuteen osallistuivat:

Eeva Ahokas	KELA
Rainer Alanen	SM
Ritva Cantell	STM
Aino-Inkeri Hansson	STM
Pekka Harju	Kaarinan-Piikkiön kansanterveystyön ky
Jouko Heikkilä	Kuntaliitto
Pia-Liisa Heiliö	STM
Unto Häkkinen	STAKES
Pekka Humalto	STM
Rauno Ihalainen	Pirkanmaan sh-piiri
Kari Ilmonen	STM
Raimo Jämsen	STM
Pekka Järvinen	STM
Arto V. Klemola	STM
Raija Koskinen	VM
Marketta Korhonen	Keski-Suomen LH
Santero Kujala	AKAVA/SLI
Arto Laurikainen	Paltamon kunta
Pirjo Marjamäki	STM
Jukka Mäki	STM
Jouko Narikka	STM
Markku Niemelä	Honkalammen kuntayhtymä
Marja-Liisa Partanen	STM
Martti Rissanen	STM
Kaarina Ronkainen	KELA
Leif Rönnerberg	Sos.turvan kl.
Kauko Salo	STM
Arto Salmela	STM
Veikko Sinisalo	STTK
Olli Sorvettula	MMM
Aune Turpeinen	STM
Jouko Vasama	STM
Eeva-Liisa Vakkilainen	STM
Pirjo Vesanen	YM
Riitta Viitala	STM
Pekka Viljanen	STM
Ilkka Virtanen	ULH



**SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN TYÖRYHMÄMUISTIOITA ISSN 1237-0606**

- 1996: 1 Säteilylomatyöryhmä -95:n muistio.  
ISBN 952-00-0114-X
- 2 Suurten kustannusten tasaus sosiaalihuollossa. Sosiaalihuollon suurten kustannusten tasausta ja toiminnallista yhteistyötä selvittävän työryhmän väliraportti.  
ISBN 952-00-0129-8
- 3 Jussi Huttunen. Yliopistosairaaloiden erityisvaltionosuusjärjestelmän kehittäminen. Selvitysmiehen raportti.  
ISBN 952-00-0133-6
- 4 Esko Hänninen, Jussi Huttunen. Kohti sopimusaikaa ja yhteistyötä. Uudenmaan erikoissairaanhoidon selvitystehtävä. Loppuraportti.  
ISBN 952-00-0134-4
- 5 Tapani Kallanranta, Paavo Rissanen. Vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen tehtäväjako ja yhteistyö. Selvitysmiesten raportti.  
ISBN 952-00-0141-7
- 6 Ehdotus kansanterveyskertomukseksi 1996.  
ISBN 952-00-0138-7
- 7 Sairaanhoidon korvaaminen kunnille ja kuntien välillä kansainvälisissä ja eräissä muissa tilanteissa.  
ISBN 952-00-0150-6
- 8 Sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuusuudistuksen vaikutuksia selvittävän työryhmän muistio.  
ISBN 952-00-0149-2

