

Sairaspaikat ja terveystarkat

VALTAVA-UUDISTUKSEN TEHOKKUUSTAVAOITTEET JA NIIDEN TOTEUTTAMISEN MAHDOLLISUUDET KUNNALLISHALLINNOSSA. *

Silvo Kaasalainen

1. TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT, TAVOITTEET JA TOTEUTUS

Valtava-uudistuksella tarkoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelua ja valtionosuutta koskevan lainsäädännön uudistamista. Tiivistetysti uudistuksen keskeisenä tavoitteena on ollut toteuttaa periaatetta oikea potilas oikeassa ja samalla edullisimmassa paikassa. Kysymyksessä on siis kustannus-hyöty- tai kustannus-vaikuttavuusajattelun soveltaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Uudistus toteutettiin vuoden 1984 alusta.

Sosiaali- ja terveystarkinisteriön tutkimusosasto käynnisti vuonna 1985 laajan seuranta-tutkimusprojektin, johon kuuluu useita tutkimuksia. Kirjoittajan tutkimus (Kaasalainen 1986 b) on yksi näistä osatutkimuksista.

Erityisesti hyvinvointipalvelusten tuottamisessa valtio ja kunnat ovat integroituneet yhä kiinteämmin kokonaisuudeksi. Myös valtion tavoitteet toteutuvat kunnallisten toimintaorganisaatioiden kautta. Uudistuksen käytännön vaikutukset riippuvat siten suurella määrällä kunnallisen toteutusorganisaation toiminnasta sekä valtion ja kuntien yhteistyön onnistumisesta. Kirjoittajan *tutkimuksen selvityskohteenä* onkin Valtava-uudistuksen tavoitteiden toteutuminen sairaalakuntainliittojen ja kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon muodostamassa järjestelmässä. Tarkoituksena oli toisaalta selvittää *miten tavoitteet ovat toteutuneet* ja toisaalta saada esiin ne esteet, jotka vaikeuttavat tavoitteiden toteuttamista.

Tutkimus toteutettiin kahdessa erässä. Ensimmäinen osa muodosti tutkimuksen teoreettisen viitekehiksen. Tutkimuksen toinen empiirinen osa muodostui pääasiassa case-luonteisesta, Kanta-Hämeen keskussairaalapiirin kuntiin ja kuntainliittoihin kohdistetusta, kyselytutkimuksesta. Kyselyn saivat näiden organisaatioiden johtavat viranhaltijat. Vastausprosentiksi muodostui 85, mitä on pidettävä hyvänä ja riittävänä.

Tutkimuksessa on kyse hallinnon arvioinnista, joka käyttää hyväkseen Pertti Ahosen julkaisussa "Hallinnon arvioinnin lähestymistapoja" (1985) mainittuja menetelmiä. Tutkimus lähtee liikkeelle Valtavan tavoitteiden analyysistä ja pyrkii sitten selvittämään tavoitteiden toteutusta ja toteuttamisen esteitä.

2. TERVEYDENHUOLLON TEHOKKUUS JA VALTAVAN TAVOITTEET

2.1. Tavoitteiden tausta

Terveys- ja sosiaalitointa kuten muitakin hallinnonaloja on kehitetty sektoreittain inkrementaalisen suunnittelumallin mukaisesti pieninä osittaisuudistuksina. Näin on tultu monimutkaiseen hallinto- ja palvelujärjestelmään. Sen osat sopivat huonosti yhteen ja palvelurakenne on irronnut väestön tarverakenteesta. Valtionosuusjärjestelmä on suosinut monille vanhus- ja vammaisryhmille heikosti soveltuvaa ja kallista laitoshoidoa. Erityisesti sosiaalihuolto on jäänyt sairaalasektoria heikompaan asemaan. Vanhusväestön suhteellisen osuuden nopea lisääntyminen on lopulta tuonut eteen ongelman, jota ei ole enää mahdollista ratkaista entisin laitospainotteisin keinoin. On tarvittu rationaalisen päätöksentekomallin mukaista kokonaisuudistusta, jolla pyritään oikaisemaan vintoutunut palvelurakenne ja estämään sosiaali- ja terveydenhuollosta kansantaloudelle aiheutuvien kustannusten liiallinen kasvu. Uudistus on ollut välttämätön.

2.2. Tavoitetyypit

Analysoimalla erityisesti Valtava-uudistuksessa keskeistä hallituksen esitystä eduskunnalle (101/1982) ja uudistuksen perustana olevia ongelmia voidaan löytää uudistuksen keskeiset tavoitteet, jotka olen jaotellut seuraavasti:

* Artikkelellä perustuu tutkimukseen Kaasalainen 1986.

1. Ulkoiseen tehokkuuteen ja kustannus-vaikutavuuteen liittyvät tavoitteet.
2. Sisäiseen tehokkuuteen liittyvät tavoitteet.
3. Kunnalliseen demokratiaan ja responsiivisuuteen liittyvät tavoitteet.

4. Alueelliseen tasa-arvoon liittyvät tavoitteet.
Ulkoiseen tehokkuuteen liittyvät tavoitteet ja keinot pyrkivät toisaalta suuntaamaan resursit vaikuttavuuden kannalta parhaalla mahdollisella tavalla. Tällöin tarpeet ja palvelut vastaavat mahdollisimman hyvin toisiaan. Toisaalta ne pyrkivät edistämään kustannuksiltaan edullisimpien keinojen käyttöä. Tarkoituksena on palvelun rasittavuuden ja verorasituksen minimointi.

Sisäiseen tehokkuuteen liittyvät tavoitteet ja keinot pyrkivät ennen kaikkea minimoimaan sekä palvelutuotannon ohjauksjärjestelmän että itse tuotantoprosessin sisäiset kustannukset. Kysymyksessä on hallinnon ja tuotannon rationalisointi.

Itse asiassa kaksi viimeistäkin tavoiteryhmää voidaan liittää tehokkuustavoitteisiin. *Kunnallisen demokratian* eli kunnallisen päätätävällän lisäämisen kautta voidaan parhaiten taata päätöksenteon responsiivisuus ja myös hyödyntää alueellisesti erilaiset keinomahdollisuudet. Responsiivisuus parantaa tarpeiden ja hoidon yhteensopivuutta, toisin sanoen vaikuttavuutta. Samalla voidaan nopeuttaa päätöksentekoa, vähentää moninkertaista asioiden käsittelyä ja informaation vaihtoa. Kysymys on siis myös hallintokustannusten minimoinnista eli sisäisen tehokkuuden lisäämistä.

Alueellisen tasa-arvon lisääminen taas merkitsee resurssien ohjaamista juuri niille alueille, joilla on suurin palvelujen tarve. Samalla tämä resurssien ohjaus lisää vaikuttavuutta valtakunnan tasolla. Kustannusvaikuttavuuden näkökulmasta katsottuna on kuitenkin otettava huomioon palvelujen tuotantokustannusten suuri alueellinen vaihtelu. Mikäli halutaan tarjota alueittain samantasoiset palvelut joudutaan luopumaan puhtaasta kustannus-vaikutavuusarvioinnista tasa-arvon hyväksi.

3. TAVOITTEIDEN TOTEUTUMINEN JA JÄRJESTELMÄN KEHITTÄMISTARPEET

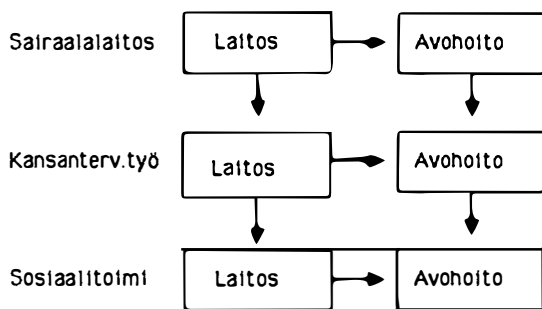
3.1. Hoidon porrastus

Ulkoista tehokkuutta tai kustannus-vaikuttavuutta pyritään uudistuksessa parantamaan seuraavin tavoittein ja keinoin.

- Muuttamalla palvelu- ja hoitorakennetta niin, että kutakin avun tarvitsijaa hoidettaisiin tarvetta vastaavassa ja samalla edullisimmassa hoitopaikassa. Tähän tähtääviä keinoja ovat:
- Sosiaalihuollon hallinnollisten ja taloudellisten edellytysten muuttaminen tasavertaisiksi terveydenhuollon kanssa. Tämä tapahtuu suunnittelujärjestelmän ja valtionosuusien yhdenmukaistamisella.
 - Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön parantamisella.
 - Hillitsemällä sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten kasvua. Tämä tapahtuu pitkän ajan kuluessa hoitorakenteen muutoksen kautta. Samaan tavoitteeseen tähtää myös valtionosuusien tehtäväkohtaisuudesta luopuminen.

Tavoitteiden olennaisin sisältö liittyy *hoidon porrastuksen* järjestyttämiseen. Asiaa voidaan havainnollistaa seuraavalla Hannu Wuoren esittämällä kuviolla.

Kuvio 1. Hoidon porrastuksen järjestäminen terveydenhuollon tehokkuuden lisäämiseksi.



Kuvioon sisältyy kolme läpikäyvä periaatetta, jotka kaikki pohjautuvat kustannus-vaikutavuusajatteluun. Asiakasta on edullisinta hoitaa alhaisimmalla hoidon tarvetta vastaavalla porrastustasolla. Kalleinta laitoshoidon on yliopistosairaalassa ja halvinta sosiaalitoimen laitoksissa. Hoidon tarvetta vastaamattomasti ylemmälle tasolle sijoitetut potilaat on syytä siirtää alemmalla hoitolaitostasolle.

Toinen kuvioon sisältyvä ajatus on siirtyminen entistä enemmän avohoitoon kullakin porrastustasolla. Hoitokustannusten halvenemisen lisäksi välttään tällöin investointikustannuksilta. Kolmas kuvioon sisältyvä ajatus on se, että myös avohoidossa käytetään tällä hetkellä tarpeettoman korkeaa porrasta.

Potilaankin kannalta uudella ajattelutavalla on merkitystä. Käyttämällä alhaista soveltuvaa

porrasta voidaan parantaa hoidon saavutettavuutta sekä vähentää matka- ja aikakustannuksia.

Miten nämä tavoitteet sitten ovat toteutuneet?

Uudistus on tuonut seuraavia positiivisia *tuloksia*:

- Sosiaalitoimen ja terveydenhuollon saattaminen samaan asemaan suunnittelussa ja valtionosuuksissa on tuonut erityisesti sosiaalitoimeen mutta myös perusterveydenhuoltoon ja avoterveydenhuoltoon lisää resursseja valtakunnallisten suunnitelmien välityksellä. Terveyskeskus-, vanhainkoti- ja palvelulokapasiteetti on lisääntymässä. Kotipalvelua, lasten päivähoitoa, toimeentulotukea ja asunto-oloja on kehitetty.
- Yhteistyö eri sektoreiden kesken on lisääntynyt. Tämä näkyy muun muassa erilaisten yhteistyöryhmien perustamisena.
- Porrastustasojen välisiä siirtoja on tapahtunut jossakin määrin. Suurimmalta osin nämä kuitenkin sisältyvät vasta suunnitelmiin. Kanta-Hämeen keskussairaalaapiirissä ilmeisesti odotetaan sairaanhoitopiiriin toteutumista. Sen toivotaan toteuttavan suuremmat muutokset.
- Entistä yksityiskohtaisemmat tarveselvitykset ovat myös lisääntyneet. Ne antavat pitävää pohjaa kustannus-vaikuttavuusmielessä perustelluille rakennemuutoksille. Rakennemuutosten toteuttamiseen ja eri sektoreiden väliseen yhteistyöhön liittyy kuitenkin myös merkittäviä *ongelmia*.
- Muutos on osoittautunut hitaaksi ja kalliiksi. Kansantalouden kannalta kokonaiskustannusten lisäys lyhyellä aikavälillä on ollut ilmeisesti odotettua suurempi. Luonnollisesti resursseja on tavoitteiden mukaisesti ohjattu entistä enemmän sosiaalitoimeen ja perusterveydenhuoltoon. Tästä huolimatta sairaaloiden vuodeosastohoidon *menot* kasvoivat siirtymävaiheessa vuodesta 1983 vuoteen 1984 kaikkiaan 15,7 %, mikä reaalisesti merkitsee noin 5 prosentin kasvun kiihtymistä edellisestä vuodesta. Sairaaloiden avohoidon menot kasvoivat 20 %, mikä reaalisesti merkitsee kasvun kiihtymistä n. 8 prosentilla. Tämä siirtymä avohoidon hyväksi on kuitenkin Valtavan tavoitteiden mukainen. Voidaan siis todeta, että kalliiksi käyneiden virheiden korjaaminen tulee myös kalliiksi.
- Henkilöstöresursseihin liittyvät *vir kakiintiöt* vaikeuttavat resurssien suuntaamista uu-

delleen. Suunnittelujärjestelmään sisältyvä virkakiintiöinti merkitsee kaikkien uusien virkojen ja virkamuutosten sisällyttämistä valtakunnalliseen suunnitelmaan ja jakamista alueittain määriteltyiksi kiintiöiksi. Perusteluna ovat erityisesti koulutusmäärien ja virkamäärien yhteensovittamisen tarpeet. Tällöin koulutussuunnittelun periaatteet ovat kuitenkin kääntyneet ylösalaisin. Koulutuksen tulisi palvella tarvelähtöisiä palvelun muutostarpeita eikä päinvastoin. Koulutus-tarvetiedot olisivat hyvin kerättävissä kuntien viisivuotissuunnitelmista. Peräti 84 % kyselyn vastaajista olikin sitä mieltä, että henkilöstökiintiöt haittaavat palvelujen järjestyksen järjestämistä.

- *Sairaansijojen määrä* on vahvistettu *kunta-kohtaisesti*. Tämä hankaloittaa rakenteellisia muutoksia, koska ylimääräisiä paikkoja ei mikään muukaan kunta osta. Epäkohta on korjattavissa joko lailla tai kuntainliittojen sääntömuutoksilla.
- Terveydenhuollon *tietojärjestelmät* eivät tuota kustannus-vaikuttavuusharkinnan pohjaksi soveltuvaa tietoa, vaan tieto palvelee lähinnä laitosten tuottavuusarviointia. Tämä selittääkin osaltaan miksi rakenneviinomat ovat päässeet syntymään. Kunnilla ei myöskään ole ollut riittävän yksityiskohtaista tarvetietoa. Kyselyn mukaan suurin osa kunnista on nyt tehnyt yksityiskohtaisen vanhus- ja vammaisryhmiä koskevan tarveselvityksen. Lähes kaikki sairaalat ovat myös selvittäneet ovatko heidän potilaansa "oikeassa" paikassa. Suunnittelun perustietoa alkaa siten olla.
- Vaikka *yhteistyö* eri organisaatioiden kesken onkin kaikkien näkemysten mukaan lisääntynyt, eivät yhteistyön tulokset toiminnallisella tasolla kuitenkaan näytä olevan riittäviä. Niinpä 73 % vastaajista katsoo, että sosiaalihuollon ja terveydenhuollon toimintaa ei suunnitella yhteisesti. Selvä enemmistö niin kuntien, terveyskeskusten kuin sairaaloidenkin johdosta katsoo, ettei niillä ole hyviä edellytyksiä vaikuttaa terveydenhuollon muiden osapuolien suunnitteluun. Ongelman perussyyn on ilmeisesti organisaatioiden liiallinen erillisuus ja koordinoinnissa esiintyvät puutteet.

3.2. Organisointi

Ne kaksi keskeistä tekijää, jotka toimintojen organisoinnissa joudutaan aina tarkoin harkit-

semaan ovat *erikoistuminen* ja toimintojen yhteensovittaminen eli *koordinointi*. Toimintojen laatuun liittyvällä erikoistumisella voidaan turvata riittävän syvällinen tiedon taso ja sen hyödyntäminen. Eri organisaatioiden toiminnot on kuitenkin myös sovittava yhteen, jotta kokonaisresursseja — verovaroja — voidaan käyttää viime kädessä poliittisella päätöksenteolla asetetun tärkeysjärjestyksen mukaisesti oikeassa suhteessa. Näin voidaan taata koko järjestelmän vaikuttavuus ja kokonaistehokkuus.

Nämä kaksi näkökulmaa ovat myös keskeisiä hallintotieteen piirissä kehitetyissä tehokkuuteen tähtäävissä *organisointiperiaatteissa*. Näiden joukosta on löydettävissä useita periaatteita, jotka nykyinen terveydenhuollon organisointi toteuttaa heikosti. Tällaisia ovat:

1. Yhden ainoan ylemmän johtajan vastuulla tulisi olla vastuu päämäärien muuntamisesta toimintasuunnitelmiksi ja -ohjeiksi.
2. Spesialistien taitojen taloudellisin ja tehokain käyttö saavutetaan, jos heitä käytetään erikoisfunktioihin ottaen huomioon riittävä koordinointi.
3. Vastuu tulisi delegoida alas linjaan lähelle toimintänäyttämöä, jolloin viestintälinjat lyhenevät ja päätökset nopeutuvat. Alin käytännöllinen taso on se, jolla kaikki välttämättömät resurssit voidaan kontrolloida ja koordinoida ja jolla on tarjolla välttämätön informaatio sekä tarvittava johtamiskapasiteetin taso. Delegoitu vastuu tulisi myös yhdistää päätöksenteon ja resurssien käytön toimivaltaan.
4. Organisaatiotasojen lukumäärän tulisi olla pienin mahdollinen. Tällöin vältytään ylimääräisiltä hallintokustannuksilta.

Jo valtion *keskushallinnon* tasolla ovat keskusvirastojen ja Sosiaali- ja terveysministeriön toiminnot osittain päällekkäisiä ja koordinoimien kannalta liiaksi hajautettuja. Vielä monimutkaisempi ja hajautetumpi järjestelmä on kuitenkin *välite*asteessa, jossa lääninhallitukset ja keskussairaalapierit toimivat osittain päällekkäisinä koordinaattoreina. Erikoissairaanhoidon toiminnallinen ja koordinoitivastuu on keskussairaalapierillä, jonka keskeisenä ohjauväliseinä on sairaanhoidon alueellinen suunnitelma. Lääninhallitus vastaa kuitenkin valtakunnallisten suunnitelmien nojalla yksityiskohtaisesti resurssien ohjauksesta. Terveyskeskusten ja kuntien tarpelden ja toimintojen yhteensovittaminen erikoissairaanhoidon tarpeisiin tapahtuu pääasiallisesti lääninhalli-

tuksessa, joilla ei kuitenkaan ole toiminnallista vastuuta. Lääninhallitusten rajat eivät myöskään satu yksiin kuntaliittojen rajojen kanssa. Edellä esitetyt tehokkaan organisoimisen periaatteet eivät siten toteudu.

Itse asiassa yhteensovittamisen pitäisi nykyjärjestelmässä tapahtua *kuntien* toimesta, koska kuntainliitot ovat kunnallislain mukaan perustetut vain kuntien apuorganisaatioiksi. Tämä ei kuitenkaan käytännössä ole mahdollista. Jo terveyskeskukset ovat yleensä kuntainliittomuotoisia. Sosiaalitoimi taas on kunnan omaa toimintaa. Sosiaalitoimen ja perusterveydenhuollon tiivistä yhteistyötä kaivattaisiin juuri Valtava-uudistukseen kiinteimmin liittyvien vanhus- ja vammaisryhmien hoidon järjestelyssä. Organisaatioiden erillisyyttä aiheuttavankin siinä määrin ongelmia, että ilmeisesti tarvittaisiin organisaatioiden yhdistämistä — pelkkä yhteistyö ei näytä riittävän.

Kyselyyn vastanneista 78 % katsoo, että kuntainliittojen alueiden epäyhteinäisyys haittaa palvelujen järjestämistä. Kuntavastaaajista 73 % näkee sosiaalitoimen ja kansanterveys-työn organisaatioiden erillisyyden tehokkaan toiminnan organisoimisen esteeksi. Juuri organisaatioiden erillisyyttä selittää sen, että näin suuri osa vastaajista katsoo, ettei sosiaalihuollon ja terveydenhuollon toimintoja suunnitella yhteisesti.

3.3. Suunnittelu- ja valtionosuusjärjestelmä

Myös hallinnon *sisäiseen tehokkuuteen* tähtäävät Valtavan tavoitteet liittyvät keskeisesti juuri suunnittelu- ja valtionosuusjärjestelmään. Tarkoituksena oli vähentää sekä valtion että kuntasektorin hallintokustannuksia. Tähän pyrittiin:

- suunnittelu- ja valtionosuusjärjestelmien yksinkertaistamisella,
- suunnitelmien ja talousarvioiden yhteensovittamisella,
- suunnitelmien rakenteen keventämisellä ja yhtenäistämällä ja
- valtionhallinnon ohjauksen keventämisellä.

Valtavan mukaisessa järjestelmässä *valtionosuudet* suoritetaan kunnalle ja kuntainliitolle yhtenä kokonaisuutena lääninhallituksen hyväksymän suunnitelman mukaisesti. Näin valtionosuussuoritusten arvioitiin laskevan kymmenteen osaan aikaisemmasta. Toisaalta *suunnitteluvuoro* laajeni myös sosiaalitoimeen, jossa lakisääteistä suunnittelua ei aikaisemmin harjoitettu. Sekä sosiaalitoimen että ter-

veydenhuollon suunnitelmat käsitellään samanaikaisesti valtion budjetin antamisen yhteydessä.

Samalla kun Valtava yhtenäisti valtionosuudet oli tarkoitus luopua yksityiskohtaisesta ohjauksesta. Hallituksen esityksen 26 §:ään tehtiin eduskuntakäsittelyn aikana kuitenkin muutokset, jonka mukaan ministeriöt ja keskusvirastot voivat antaa tarkempia ohjeita valtakunnallisten suunnitelmien nojalla. Samalla lääninhallituksille annettiin mahdollisuus jättää suunnitelmat vahvistamatta, mikäli ne ovat näiden ohjeiden vastaisia. Suunnittelun ja ohjauksen yksinkertaistuminen jäi täten riippuvaiseksi käytännön toteutuksesta. Onko menettely yksinkertaistunut?

Kyselyvastausten perusteella ei voida todeta menettelyn sanottavasti yksinkertaistuneen. Delegoinnissa voidaan todeta jopa negatiivista kehitystä. Niinpä 50 % kuntien vastaajista katsoo päättävävaltansa kaventuneen. Sairaaloiden kohdalla tilanne on entinen. Samoin 55 % kuntavastaajista katsoo ohjauksen tiukentuneen. Näin on tapahtunut erityisesti sosiaali-toimessa, jonka suunnitelmat joutuvat nyt terveydenhuollon kanssa samaan kontrolliin. Juuri tästä syystä myös sosiaalitoimen suunniteltuun tarvittava työ määrä on lisääntynyt. Sairaaloissa ei näissäkään suhteissa ole tapahtunut muutosta.

Voidaan hyvin pitää perusteltuna erään vastaajan näkemystä siitä, miten järjestelmää tulisi kehittää. Hän kirjoittaa: "Haluaisin yksinkertaistaa ja taas yksinkertaistaa. Olemme sidoksissa lukemattomiin säädöksiin ja määräyksiin, emmekä aina voi toimia vaikka järkipäinen ratkaisumalli olisikin olemassa. Haluaisin delegoida päätösvaltaa reilusti alaspäin missä tarpeet todella tiedetään ja ongelmat tuntaantaa. Toivoisin, ettei velvoitteita säilytettäisi enenkuin toteutumisen edellytykset on luotu."

Uudistus ei näytäkään lisääneen kunnallista demokratiaa esitetyistä tavoitteista huolimatta. Sen sijaan voidaan löytää lisää tekijöitä, jotka kaventavat kunnallista itsehallintoa.

Kuntien rasituksen kannalta on olennaista, että niiden rahoitusosuus sairaalamenoista kasvoi siirtymävaiheessa 1983—1984 koko maassa keskim. 40 %:sta yli 49 %:iin, kun taas valtionosuus laski 51 %:sta 42,5 %:iin (Sairaalatilasto 1984). Sosiaalitoimen puolella rasitus veroäyriä kohti laski esim. Kanta-Hämeen Keskussairaalapiirin kunnissa vain 0,18 penniä äyriä kohti, joten se ei korvannut terveydenhuollon rasittavuuden kasvua. Niinpä piirissä sosi-

aali- ja terveydenhuollon yhteenlaskettu rasittavuus kasvoi yli 0,5 penniä veroäyriä kohti. Rasittavuuden kasvu on niin voimakas, että sen seurauksena monet kunnat ovat joutuneet jopa supistamaan muiden hallinnonalojensa palveluja. Joissakin kunnissa sosiaali- ja terveydenhuolto viekin jo yli 10 penniä äyriä hinnasta. Näin itsehallinnolliselle päätöksenteolle on jäänyt entistä vähemmän liikkumavaraa.

Uudistuksen tavoitteisiin kuului myös alueellisen tasa-arvon lisääminen. Ainakin Kanta-Hämeen keskussairaalapiirissä näyttää lääninhallitus vakavasti pyrkivän resurssien ohjaamiseen niille alueille, joissa palvelut ovat heikoimminkin kehittyneet. On siis odotettavissa, että valtakunnallisten suunnitelmien kautta voidaan palvelullista tasa-arvoa vähitellen lisätä. Sen sijaan rahoitusmahdollisuuksiin liittyvä tasa-arvo ei näytä riittävästi toteutuvan valtionosuusjärjestelmän puutteiden vuoksi.

Valtava ei muuttanut valtionosuusjärjestelmän perusrakenteita. Niinpä valtionosuus maksetaan edelleen prosentteina menoista. Tällöin ne kunnat, joilla on eniten menoja saavat myös eniten valtionosuutta. Järjestelmä siis kannustaa menojen lisäämiseen eikä palvelujen rationalisointiin ja tehokkuuteen. Samalla tämä laskentaperusta johtaa myös kuntien väliseen eriarvoisuuteen, mikäli vertailun lähtökohdaksi otetaan tarvekriteerit.

Toisaalta valtionosuusjärjestelmään sisältyy myös rahoitusmahdollisuuksia tasoittavia elementtejä. Valtionosuusprosentit on porrastettu kantokykyluokituksen mukaan. Tähän väliin tulevaan muuttuun eli kantokykyluokitukseen sisältyy kuitenkin myös harkinnanvaraisia tekijöitä. Järjestelmä ei siis mittaa palvelutarve- ja rahoitustarve-eroja objektiivisin mittarein ja johtaa näin sattumanvaraiseen tulokseen. Näistä syistä erityisesti Norjassa ja Tanskassa onkin siirrytty objektiivisiin mittareihin perustuvaan järjestelmään. Valtionosuudet maksetaan myös vapaasti käytettävänä kehyyssummina. Tällöin voidaan minimoida hallintokustannukset ja järjestelmä kannustaa samalla tehokkuuteen.

4. TUTKIMUSTULOSTEN HYÖDYNTÄMINEN

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus on ollut välttämättömyys. Kyseessä on epätavallisen laajakantoinen kokonaisuus, jonka toteuttamisesta sosiaali- ja terveysministeriölle on syytä antaa tunnustus. Uudistus on tuottanut monia positiivisia tuloksia. Näin laaja uudistus

ej kuitenkaan voi olla täydellinen. Tutkimustulosten mukaan järjestelmää voidaan edelleen parantaa monin eri tavoin.

Osa korjaustarpeista on toteutettavissa kunnallishallinnon sisäisin toimenpitein ilman lainsäädännön muutoksia ja ilman Valtava-järjestelmään tehtäviä muutoksia. Merkittävät korjaustarpeet kuten virkakiintiöiden purkaminen vaativat kuitenkin ministeriön toimesta järjestelmään tehtäviä korjauksia. Kaikkein laajakantoisimmat muutostarpeet liittyvät väliasteen hallinnon uudelleen järjestämiseen ja valtionosuusjärjestelmän perusrakenteiden muuttamiseen. Näihin Valtava-uudistus ei ole lainkaan puuttunut. Uudenlaiset menettelyt olisivat hyvin kokeiltavissa vapaakuntakoelun yhteydessä.

LÄHTEET

- Ahonen, Pertti: Hallinnon arvioinnin lähestymistapoja, Valtion painatuskeskus, Helsinki 1985.
- Drummond, M.F.: Principles of Economic Appraisal in Health Care, Oxford University Press 1980.
- Eloranta, Kari T.: Johdatus organisaatiosuunnitteluun, Gaudamus, Helsinki 1977.
- Hallituksen esitys eduskunnalle sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelua ja valtionosuutta koskevan lainsäädännön uudistamisesta, 101/1982vp.
- Hallituksen terveystieteellinen selonteko eduskunnalle 26.3.1985.
- Kaasalainen, Silvo: Luottamushenkilöiden päätöksentekoongelmat ja päätöksenteon kehittämismahdollisuudet sairaalakuntainliitossa, Acta Universitatis Tamperensis, Ser. A., vol. 133, Tampere 1982.
- Kaasalainen, Silvo: VALTAVA ja kunnallisen terveydenhuoltojärjestelmän tehokkuus, Teoreettinen tarkastelu, Sosiaali- ja terveysministeriö, Tutkimusosasto, Julkaisuja 6/1986. (1986a).
- Kaasalainen, Silvo: Sairaspaikat ja terveystilat, Valtavan seurattutkimus, osa 7, Sosiaali- ja terveysministeriö, Tutkimusosasto, Suomen Virallinen Tilasto, Sosiaalisia erikoistutkimuksia, SVT XXII:125, Valtion painatuskeskus, Helsinki 1986. (1986b).
- Kanta-Hämeen keskussairaalan kuntainliitto: Kanta-Hämeen keskussairaalaosaston jäsenkuntien talousanalyysi, 1986.
- Kanta-Hämeen keskussairaalaosaston kuntien, terveyskeskusten ja sairaalakuntainliittojen kunnalliskertomukset vuosilta 1983—1985.
- Kotilainen, Heli: Kurjenmäki-projekti, Turun kaupungin terveydenhuollon julkaisuja N:o 6: 1985.
- Laakso, Markku: Näkökulmia terveydenhuollon hallinnon tutkimukseen, Helsingin yliopiston yleisen valtio-opin laitoksen tutkimuksia, Sarja B, 13/1981.
- Lindh, Reijo — Lappi, Hannu ja Gröhn, Kari: Valtavan seurattutkimus, Osa 1, Lähtökohdat ja tavoitteet, SVT XXXII: Helsinki 1985.
- Oulasvirta, Lasse: Valtavan seurattutkimus, Osa 2, Pohjoismaiden valtionapujärjestelmät erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollossa. SVT XXXIII: 112, Helsinki 1986.
- Pitkänen, Eero: Tehokkuus ja tuloksellisuus kunnan toiminnassa, Kunnallistieteiden aikakauskirja (1986):4.
- Sairaalaosasto: Suomen sairaalatilastot 1984 ja 1985, tilastojulkaisu 1/85 ja 111/1986.
- Sonkin, Leif: Hoitotehtaan tuottavuus. Tuottavuus (1985):2—3. Sosiaali- ja terveydenhuollon virkasiirtotyöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistio 1985:9.
- Suunnittelujärjestelmien arviointityöryhmän mietintö, Komiteamietintö 1985:41.
- Valtakunnalliset suunnitelmat sosiaalihuollon ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1984—1988, 1985—1989 ja 1986—1990.
- Valtava-koulutustyöryhmä: Valtava-uudistus, Toimittanut sosiaali- ja terveysministeriön asettama Valtava-koulutustyöryhmä 1983.
- Vapaakuntatyöryhmän mietintö, Komiteamietintö 1987:2.