

Petra Kinnula, Teemu Malmi ja
Erkki Vauramo

Miten sote-uudistus toteutetaan?

Miten sote-uudistus
toteutetaan?

Petra Kinnula, Teemu Malmi ja
Erkki Vauramo

Miten sote-uudistus toteutetaan?

KAKS — KUNNALLISALAN KEHITTÄMISSÄÄTIÖ

Raportti on osa Aalto-yliopiston, Kunnallisan kehittämissäätiön ja sairaanhoitopiirien tunnuslukuprojektia.

Tekijät: KTM Petra Kinnula ja professori Teemu Malmi,
Aalto-yliopiston kauppakorkeakoulun laskentatoimen laitos, sekä
professori Erkki Vauramo, Taiteiden ja suunnittelun korkeakoulu,
arkkitehtuurin laitos, Sotera-instituutti

Kieliasun tarkistus:
Sirpa Ovaskainen

Kunnallisan kehittämissäätiön
Tutkimusjulkaisu-sarjan julkaisu nro 91
© Pole-Kuntatieto Oy ja kirjoittajat

Vammalan Kirjapaino Oy, Sastamala 2015
ISBN 978-952-7072-38-7 nid
ISBN 978-952-7072-39-4 pdf
ISSN 1235-6956

Sisällys

ESIPUHE	9
1 NÄKÖKOHTIA SOSIAALI- JA TERVEYS PALVELUJEN NYKYTILAAN	11
1.1 Sote-sektorin käyttökustannukset ja niiden kehitys	11
1.2 Suomi ulkomaisten tarkkailijoiden silmin	15
1.3 Tämän raportin tavoite	16
2 MAAKUNNAT JA TULEVAT SOTE-ALUEET OVAT ERILAISIA	18
2.1 Eliniänodotteet maakunnittain	18
2.2 Keskeiset kuolinsyyt maakunnittain	20
2.3 Kuolemien määrän kehittyminen	22
2.4 Alueiden sosioekonomisia ominaisuuksia	23
2.5 Johtopäätös	24
3 MAAKUNTIEN NYKYISET RESURSSIT JA NIIDEN KÄYTTÖ	25
3.1 Suuria ja selittämättömiä kuntakohtaisia kustannuseroja	25

3.1.1	Sairastavuusindeksi palvelun tarpeen ja kustannustason selittäjänä	25
3.1.2	Tarvekerroin palvelujen tarpeen ja kustannus- tason selittäjänä	28
3.1.3	Valtionosuuksien rooli kustannusten määräytymisessä	30
3.1.4	Kunnan koko vaikuttaa palvelukäyttöön	33
3.2	Henkilöstö alueittain	34
3.3	Säästöpotentiaalin laskentamalleja	40
3.3.1	Kuntien kustannushuippujen leikkausmalli	41
3.3.2	Sairaanhoitopiirien tuotantotehokkuusmalli	45
3.3.3	Vertailupohjana 15 tehokkaimman kunnan kustannustaso	46
3.4	Vanhusten laitospalvelut – ylimitoitettu rakenne	47
3.4.1	Laitokseen tulosityt	50
3.4.2	Terveyskeskusten vuodeosastojen pitkäaikaishoito	51
3.4.3	Dementian hoito ja sen alueelliset erot	52
3.4.4	Pärjäämättömyys	58
3.4.5	Saattohoito	60
3.4.6	Pitkäaikaishoidon purku on kesken	65
3.4.7	Kuntoutus on myös modernisoitava	67
3.5	Avopalvelujärjestelmät ja alueet	68
3.5.1	Korkea sairastavuus ja kuntien resurssit	70
3.6	Laboratorioiden, kuvantamisen ja leikkaussalien käyttö	72
3.6.1	Kliininen laboratorio	73
3.6.2	Kuvantaminen	79
3.6.3	Leikkaustoiminta	83
3.6.4	Kelan roolista	84
3.7	Yhteenveto tarkasteluista ja laskelmista	85

4	SOTE-TOIMINTAYMPÄRISTÖN MUUTOS ON KANSAINVÄLINEN	87
4.1	Ikääntyminen on Euroopan yhteinen ongelma	87
4.2	Ison-Britannian visio toimintaympäristön muutoksesta	89
4.3	Sote-palveluiden integraatio Pohjois-Irlannissa	91
4.4	Ruotsin vanhuspoliittinen ohjelma	92
4.5	Keski-Euroopassa on vahva kolmas sektori	93
4.6	Trendit palvelujen järjestämisessä	94
5	PALVELUTARVE JA VÄESTÖENNUSTE	96
5.1	Sote-piirien väestöpohja	96
5.2	Erikoissairaanhoidon tarve	100
5.3	Ikääntyvän väestön tarpeet	104
5.3.1	Ikääntyvän väestön määrällinen kasvu	104
5.3.2	Yli 75-vuotiaiden kehitys kunnittain	106
5.3.3	Tarvevetoinen hoivapalvelutuotanto	108
5.3.4	Minne tarvitaan eläkeläisten kortteleita?	109
5.3.5	Vaihtoehtoiset tuotantomallit	111
5.3.6	Resurssien terve-ennusteet eri tuotantomalleilla ..	113
5.3.7	Johtopäätös	118
6	EHDOTUS SOTE-ALUEEN TOIMINTAMALLISTA	120
6.1	Uusi sote-organisaatio on palveluverkko	120
6.2	Kaksiportainen palvelujärjestelmä	122
6.3	Alueellinen kuntoutusjärjestelmä – onnistumisen avain	123
6.4	Hoiva-asumisen rooli	124
6.5	Uudistettu eläkeläisten asuminen	125
6.6	Ennaltaehkäisevä terveyden ylläpito	126
6.7	Kolmas sektori ja vapaaehtoistyö	127
6.8	Yhteenvedo sote-uudistuksesta	128
6.9	Selviämispolku ikääntyvän väestön palvelutarpeelle	129

7	NÄKÖKULMIA SOTE-ALUEIDEN OHJAUKSEEN, SUUNNITTELUUN JA TALOUDEN HALLINTAAN	133
7.1	Valtion rooli sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksessa	133
7.1.1	Normiohjauksesta kannusteiden käyttöön	133
7.1.2	Taloudellisten tavoitteiden taso	134
7.1.3	Sote-rahoitus	136
7.2	Sote-alueen suunnittelu	136
7.2.1	Sote-alueiden suunnittelulle on määriteltävä tavoitteet	137
7.2.2	Suunnittelun aikataulu	138
7.2.3	Kuinka alueilla voidaan säästää ikääntymisestä huolimatta?	139
7.2.4	Entäpä täysin uudet toimintamallit?	140
7.3	Kehitystyötä lisättävä ja tavoitteellistettava	140
7.3.1	Kehittämisen tueksi tarvitaan luotettavaa tuotantotietoa	141
7.4	Talousosaamista ja vastuuta on lisättävä	142
8	YHTEENVETO	143
	LÄHTEET	146
	KUVALUETTELO	149
	TAULUKKOLUETTELO	151
	LIITE 1	153

Esipuhe

Aalto-yliopiston, Kunnallisan kehittämissäitiön ja yhdeksän sairaanhoitopiirin yhteisessä tunnuslukuprojektissa on julkaistu kaksi raporttia, ”Sisältöä sote-uudistukseen” ja ”Saa-daanko sote-uudistuksella tasalaatua?” Kunnallisan kehittämissäitiön tutkimusjulkaisusarjassa. Raporteissa on todettu suuria alueellisia eroja sekä palvelujen tuotantotavoissa että palvelujen väestöön suhteutetuissa määrissä.

Sote-uudistus on siirtynyt alkuperäisestä aikataulusta kevään 2015 vaalien jälkeen. Uudistusten periaatteista vallitsee yhteisymmärrys: alueelliset julkiset palvelut liitetään yhteen alueelliseen organisaatioon. Pääosa palveluista on julkisvetoisia, mutta täydentäviä palveluita hankitaan ei-julkisilta palvelutuottajilta. Tätä on pidetty lähtökohtana seuraavassa tarkastelussa.

Tässä raportissa kuvaamme ensin väestön ikääntymisen kehitystä alueellisesti. Sen jälkeen tarkastelemme maakuntien nykyisiä resursseja, henkilöstöä ja kustannuksia sekä niiden käyttöä suhteessa tarpeisiin. Tällä tarkastelulla pyrimme haarukoimaan mahdollista säästöpotentiaalia sosiaali- ja terveydenhuollon menoissa. Osan näistä analyyseistä ja laskelmista julkaisimme jo erikseen tammikuussa 2015. Tämän jälkeen keskitymme tarkastelemaan väestön ikärakenteen muutoksen aiheuttamaa palvelutarpeen

muutosta ja esitämme ehdotuksen polusta, jolla sote-sektori voi selvitä nähtävissä olevasta niukkuuden ajasta. Lopuksi tarkastelemme vielä sitä, miten suunnittelua ja talouden hallintaa tulisi uudessa sote-rakenteessa tehdä.

Tunnuslukuprojektin tiedot ovat luottamuksellisia. Siksi kaikissa toimita kuvaavissa tilastoissa ei ole mainittu lähdettä nimeltä.

Kun arvioimme Suomen palvelujärjestelmää, on muistettava, että se toimii kansainvälisesti verrattuna palvelun käyttäjän näkökulmasta hyvin. Euroopan kuluttajajärjestön Euro Health Consumer Index 2014 sijoittaa Suomen terveyspalvelujärjestelmän Hollannin, Sveitsin ja Norjan jälkeen neljänneksi – saavutus, josta voimme olla ylpeitä. Siksi emme halua kritisoida nykyistä järjestelmää sinänsä vaan löytää selviämispolun, jota ikääntyvän väestön aiheuttama uusi tilanne vaatii. Mottomme tätä tehdessä on ollut sote-palvelujen tuottaminen vähemmällä rahalla entistä paremmin.

Raportti on osa Kunnallissalan kehittämissäätöön ja Etelä-Karjalan, Etelä-Pohjanmaan, Etelä-Savon, Kanta-Hämeen, Keski-Suomen, Kymenlaakson, Pirkanmaan, Pohjois-Pohjanmaan ja Vaasan sairaanhoitopiirien yhdessä rahoittamaa tunnuslukuprojektia. Kiitämme sairaanhoitopiirien yhteishenkilöitä saamastamme avusta.

Kiitämme myös Terveystieteiden ja hyvinvointilaitoksen, Säteilyturvakeskuksen sekä Tilastokeskuksen asiantuntijoita, jotka ovat tehneet pyynnöstämme erillisiä analyysejä.

Helsingissä elokuussa 2015

Tekijät

1 Näkökohtia sosiaali- ja terveyspalvelujen nykytilaan

Sosiaali- ja terveyspalvelujen nykyinen rakenne perustuu lääkintähallituksen ja sosiaalihallituksen tiukalla ohjauksella 1960–1990-luvuilla tekemiin päätöksiin. Valtion tiukka, erilaisiin tunnuslukuihin pohjautunut ohjaus lopetettiin vuonna 1991, jolloin palvelutuotanto siirtyi kuntien vastuulle. 25 vuodessa on syntynyt alueellisesti hyvin erilaisia palvelujärjestelmiä, joiden kyky tuottaa tasa-arvoisesti palveluja koko kansalle voidaan kyseenalaistaa ja jonka kustannukset ovat kasvaneet huomattavasti BKT:n kasvua nopeammin. Nyt ollaan luomassa uutta rakennetta.

Ihmiset ja heidän terveyspalveluidensa tarve eivät kuitenkaan oleellisesti muutu. Palvelu- ja tuotantojärjestelmän tarvetta ja rakenteita voidaan tarkastella nykyisistä pelisäännöistä riippumatta. Tämän raportin tavoitteena on määritellä ikääntymisestä johtuva palveluiden lisätarve ja etsiä selviämispolku, joka on taloudellisesti mahdollinen.

1.1 Sote-sektorin käyttökustannukset ja niiden kehitys

Suomen sote-sektorin käyttökustannusten rakenne edellisen kymmenen vuoden aikana esitetään taulukossa 1. Kustannuksista on poistettu kaikilta vuosilta lasten päivähoidon nettokustannukset.

Taulukko 1.

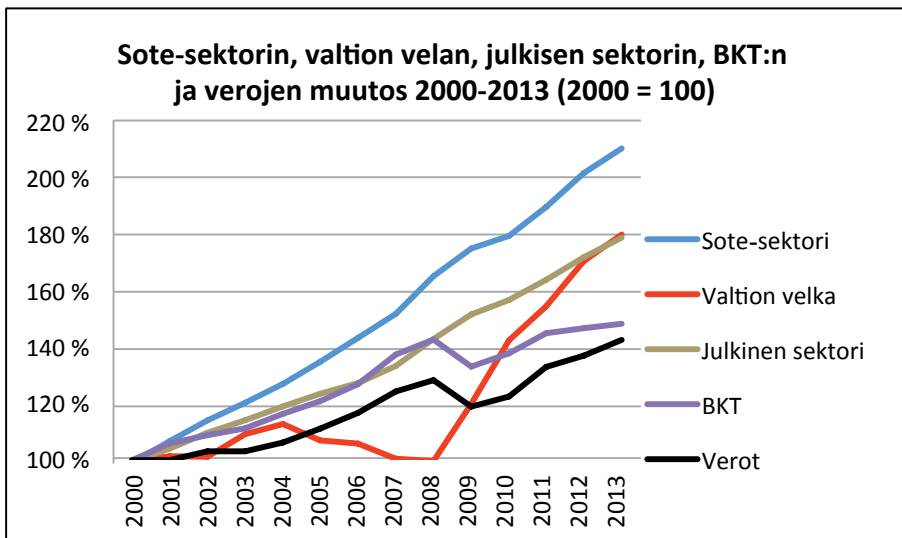
Sote-sektorin käyttökustannukset 2003, 2008 ja 2013

Sote-sektorin käyttökustannukset 2003, 2008 ja 2013	2003 M €	2008 M €	2013 M €	% kai- kesta 2003	% kai- kesta 2008	% kai- kesta 2013	Kasvu 2003 - 2013
Sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannukset (ei sis. Lasten päivähoito)	10 697	14 802	19 288	100 %	100 %	100 %	180 %
Erikoissairaanhoidon	3 635	4 954	6 767	34 %	33 %	35 %	186 %
Perusterveydenhuollon (pl. Hamm.)	2 396	3 244	3 785	22 %	22 %	20 %	158 %
Perusterveydenhuollon avohoidon (	0	1 993	2 493	0 %	13 %	13 %	0 %
Perusterveydenhuollon vuodeosasto	0	1 251	1 292	0 %	8 %	7 %	0 %
Perusterveydenhuollon hammashuoll	307	434	561	3 %	3 %	3 %	183 %
Ympäristöterveydenhuollon	69	84	124	1 %	1 %	1 %	179 %
Terveydenhuolto yhteensä	6 032	8 198	10 552	56 %	55 %	55 %	175 %
Vanhusten laitospalveluiden	737	946	891	7 %	6 %	5 %	121 %
Vammaishuollon laitospalveluiden	156	193	185	1 %	1 %	1 %	119 %
Vammaisten työllistämistoiminnan	142	167	195	1 %	1 %	1 %	137 %
Kotipalveluiden	544	699	869	5 %	5 %	5 %	160 %
Muiden vanhusten ja vammaisten pal	1 060	1 859	3 229	10 %	13 %	17 %	305 %
Päihdehuollon	118	165	204	1 %	1 %	1 %	172 %
Lastensuojelu, lasten ja perheiden pal	847	1 207	1 214	8 %	8 %	6 %	143 %
Esiopetuksen (sosiaalitoimessa)	181	191		2 %	1 %	0 %	0 %
Muiden lasten ja perheiden palvelui	412			4 %	0 %	0 %	0 %
Lastensuojelun laitos- ja perhehoito	0	550	740	0 %	4 %	4 %	0 %
Lasten ja nuorten laitoshuollon	253		0	2 %	0 %	0 %	0 %
Muiden lasten ja perheiden palvelui	0	467	474	0 %	3 %	2 %	0 %
Sosiaalisektori yhteensä	3 605	5 236	6 787	34 %	35 %	35 %	188 %
Sosiaali- ja terveystoimen hallinnon	263	304	334	2 %	2 %	2 %	127 %
Muun sosiaali- ja terveystoimen	798	1 065	1 615	7 %	7 %	8 %	202 %
Yhteiset menot	1 061	1 368	1 949	10 %	9 %	10 %	184 %
Lasten päivähoito	1 941	2 456	3 030				156 %

Lähde: Tilastokeskus 2015

Taulukosta nähdään, että erikoissairaanhoidon menot 6 767 milj. euroa ovat 35 prosenttia koko sosiaali- ja terveydenhuollon menoista 19 288 milj. euroa. Kuitenkin sote-keskustelussa puhutaan usein kalliista erikoissairaanhoidosta unohtaen, että 65 prosenttia kustannuksista on toistaiseksi suoraan kunnallisen päätöksenteon piirissä.

Julkisen sote-sektorin kasvu 2000-luvulla on ollut muuta julkista sektoria sekä BKT:n kasvua nopeampaa. Vuonna 2013 sote-sektorin osuus julkisen sektorin menoista oli 19 prosenttia, kun vastaava luku vuonna 2000 oli 16 prosenttia. Vuonna 2013 julkisen sektorin kasvusta 23 prosenttia oli sote-sektorin kasvua. On selvää, että julkinen sektori ei voi jatkuvasti kasvaa nopeammin kuin BKT.



Kuva 1. Sote-sektorin, valtion velan, julkisen sektorin, BKT:n ja verotulojen muutos 2000–2013

Lähde: Tilastokeskus 2015 ja veronmaksajat.fi 2015

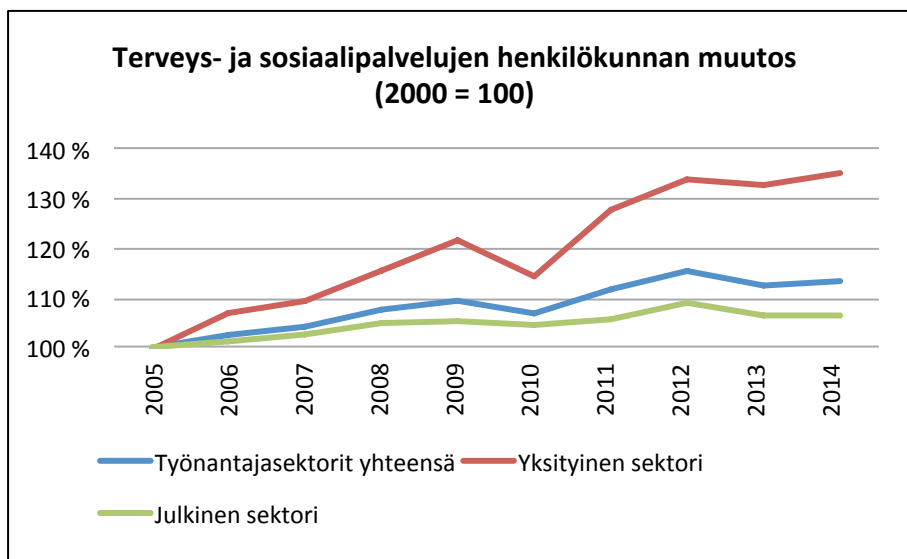
Kuvasta 1 käy hyvin ilmi, että vuoden 2008 jälkeen BKT:n kasvu on hidastunut merkittävästi. Samalla, kun BKT:n kasvu on hidastunut, julkinen sektori ja erityisesti sote-sektori ovat kasvaneet merkittävästi. Lisäksi verotulot, joilla rahoitetaan julkista sektoria, noudattelevat BKT:n muutosta, jolloin julkisen sektorin rahoittamiseen käytetyt verotulot pienenevät. Valtion velka on lähtenyt kasvuun julkisen sektorin rahoittamiseksi.

Julkisen sektorin menojen osuus bruttokansantuotteesta on kasvanut vuoden 2000 tasosta n. 48 prosenttia 58 prosenttiin vuoteen 2013 mennessä. Julkisen sektorin menot ovat kasvaneet vuodesta 2000 vuoteen 2013 mennessä noin 78 prosenttia, kun BKT on vastaavana aikana kasvanut 48

prosenttia (veronmaksajat.fi 2015 ja Tilastokeskus 2015). Suomen julkisen sektorin osuus BKT:stä on maailman korkeimmalla tasolla (HS 17.1.2014).

Sote-sektorilla on nyt noin 383 000 työntekijää (lasten päivähoido mukaan lukien). Näistä noin 277 000 on julkisella sektorilla ja noin 105 000 yksityisellä (28 %). Yksityissektori jakaantuu pääpiirteittäin vanhushuolteen, jossa asiakkaina ovat kunnat, ja sairausvakuutussektorin tukemiin lääkäreihin.

Sote-sektorin henkilökunta on kasvanut vuodesta 2005 vuoteen 2012 mennessä n. 14 prosenttia. Yksityisen sektorin henkilöstö on kasvanut enemmän kuin julkisen sektorin henkilöstö. Tätä selittää se, että kunnat ostavat palveluita yksityisiltä toimijoilta yhä enenevässä määrin. Osa voi selittyä myös yksityisen työterveyshuollon kasvulla.



Kuva 2. Sote-sektorin henkilöstö 2005–2014 sektoreittain

Lähde: Tilastokeskus 2015

Johtopäätös on selvä. Sosiaali- ja terveydenhuolto on uuden tilanteen edessä. Kasvu ei voi jatkua. Sektori joutuu sopeuttamaan toimintansa käytettävissä oleviin resursseihin.

1.2 Suomi ulkomaisten tarkkailijoiden silmin

Euroopan terveydenhuollosta on julkaistu kaksi kattavaa raporttia vuonna 2014, OECD:n Health at Glance: Europe 2014 ja Health Consumer Powerhousen julkaisema Euro Health Consumer Index 2014. Molemmat raportit osoittavat, että Suomen terveydenhuoltojärjestelmä on kansainvälisesti arvostettu ja kuuluu kärkipään palvelujärjestelmiin.

OECD:n raportti painottuu sekä terveyteen että terveydenhuoltoon. Raportissa tarkastellaan terveyttä kuuden osa-alueen kautta: terveyden tila, terveyteen vaikuttavat tekijät, terveydenhoidon resurssit ja aktiviteetit, hoidon laatu, hoitoon pääsy sekä terveydenhuollon kustannukset ja rahoitus. Suomi sijaitsee yleensä lähellä keskitasoa.

Tämän tilaston mukaan Suomen lääkärissä käyntien määrä on 3,3 henkilöä kohden vuodessa. Luku on Ruotsissa 3,9 ja Saksassa 4,0. Sekä Saksassa että Ruotsissa on merkittävä lääkäripula. Tätä taustaa vasten Suomen lääkärissä käyntimäärä vaikuttaa vähäiseltä. Kun tähän liitetään tieto siitä, että lääkäriä kohti Suomessa ja Ruotsissa on vain alle tuhat potilaskontaktia vuodessa, viittaa tämä siihen, että väestö ei pääse lääkäriin. Ranskassa on sama väestöön suhteutettu lääkärimäärä kuin Suomessa, mutta Ranskassa lääkäriä kohti on yli 2 000 käyntiä.

Tilastossa on ongelmia, sillä Suomen kokonaislääkäriiskäyntimäärä on raportin mukaan tasolla 2,5 käyntiä asukasta kohti vuodessa. Laatimassamme ”Saadaanko sote-uudistuksella tasalaatua?” -raportin mukaan (taulukko 25, s. 64) käyntimäärä vuonna 2012 oli 4,9 käyntiä asukasta kohti vuodessa. Sairaanhoitajia Suomessa on Tanskan jälkeen toiseksi eniten, 14 tuhatta asukasta kohti. EU-maiden keskiarvo on kahdeksan. Myös hoitajien määrä lääkäriä kohti on tässä tilastossa 4,3, EU:n keskiarvo puolestaan 2,3.

CT-laitteita on Suomessa hiukan keskiarvoa enemmän, 21,8 miljoonaa asukasta kohti. EU:n keskiarvo on 20 miljoonaa asukasta kohti. Suomessa näillä laitteilla kuitenkin tehdään vain 29 tutkimusta tuhatta asukasta kohti. EU:n keskiarvo on 98, ja esimerkiksi Tanska on tasolla 130. Magneettikameroissa laitetiheys Suomessa on yli kaksinkertainen Euroopan keskiarvoon verrattuna. Laitetiheydessä olemme kolmannella tilalla Italian ja Kreikan jälkeen. Nämä luvut herättävät väistämättä kysymyksen tehtyjen investointien mielekkyydestä.

Raportissa kiinnitetään huomiota siihen, että noin 30 prosenttia Suomen sairaansijoista on suunnattu pitkäaikaiseen hoitoon, koska paikallishallinto (kunnat) käyttää terveyskeskuksia hoivakoteina. Eri tauteja ja toimenpiteitä vertailtaessa Suomi on yleensä lähellä keskiarvoa. Poikkeuksena on lonkka- ja polvinivelleikkausten määrä, jossa Suomi on lonkkien osalta neljäntenä ja polvien osalta toisena.

Euro Health Consumer Index perustuu 48 indikaattoriin, ja mukana on 35 Euroopan maata. Indikaattorit on jaettu seitsemään eri ryhmään: potilaan oikeudet ja tiedonsaanti, hoitoon pääsy (odotusajat), tulokset, valikoima ja kattavuus, ennaltaehkäisy, lääkkeet. Maksimipistemäärä on tuhat.

Kärki muodostui seuraavaksi: Hollanti 872 pistettä, Sveitsi 855 pistettä, Norja 851 pistettä ja Suomi 846 pistettä. Suomen jälkeen seuraavat maat olivat Tanska, Belgia, Islanti, Luxemburg, Saksa, Itävalta, Ruotsi ja Englanti.

Suomesta todetaan, että se saavuttaa kärkituloksia pienin kustannuksin. Suomi on johtaja terveydenhuollon arvoa rahalle- eli panostuotos-sarjassa.

Kuluttajaorganisaation indikaattoreista ehkä kiistellyin on vaatimus potilaan suorasta pääsystä erikoislääkärille. Sen perusteluna on, ettei yleislääkärin roolilla erikoissairaanhoidon portinvartijana ole mitään vaikutusta terveydenhuollon kustannuksiin.

1.3 Tämän raportin tavoite

Sekä sosiaali- ja terveysministeriö, THL että Kuntaliitto ovat esittäneet jatkuvan kasvun olevan sosiaali- ja terveydenhuollossa välttämätöntä. Me lähdemme siitä, että jatkuva kasvu ei ole mahdollinen nykyisessä taloudellisessa tilanteessa. Jo edellisissä raporteissa ”Sisältöä sote-uudistukseen” ja ”Saadaanko sote-uudistuksella tasalaatua?” tarkastelimme järjestelmää ja totesimme siinä joukon kehittämiskohteita. Näihin tarttumalla laatua voitaisiin parantaa ja samanaikaisesti saavuttaa kustannussäästöjä. Kilpailun alla toimivissa yrityksissä toiminnan kehittämisen lähtökohta on aina ollut se, että vähemmällä rahalla eli pienemmillä resursseilla pitää pystyä tekemään aikaisempaa enemmän ja parempaa laatua. Tämän kaltaisesta kehittämisestä on hyviä esimerkkejä myös sote-sektorilta. Nyt olisi korkea aika ottaa oppia näistä edelläkävijöistä, jotta ikääntyvän väestön mukanaan tuomaan haasteeseen voidaan kunnialla vastata.

Tämän raportin tavoitteena on löytää ulospääsytie nykytilanteeseen, jossa käytettävissä oleva rahamäärä ei riitä tulevaisuuden tarpeeseen. Tässä raportissa kuvaamme ensin väestön ikääntymisen kehitystä alueellisesti. Sen jälkeen tarkastelemme maakuntien nykyisiä resursseja, henkilöstöä ja kustannuksia sekä niiden käyttöä suhteessa tarpeisiin. Tällä tarkastelulla pyrimme haarukoimaan mahdollista säästöpotentiaalia sosiaali- ja terveydenhuollon menoissa. Osan näistä analyyseistä ja laskelmista julkaisimme jo erikseen tammikuussa 2015. Tämän jälkeen keskitymme tarkastelemaan väestön ikärakenteen muutoksen aiheuttamaa palvelutarpeen muutosta ja esitämme ehdotuksen polusta, jolla sote-sektori voi selvitä nähtävissä olevasta niukkuuden ajasta. Lopuksi tarkastelemme vielä sitä, miten suunnittelua ja talouden hallintaa tulisi uudessa sote-rakenteessa tehdä.

Kun tarkastelemme nykyistä järjestelmää, teemme sen kunnioituksella, sillä järjestelmän saavutukset on kansainvälisesti arvostettu erittäin korkealle. Järjestelmä toimii monin tavoin ja monin paikoin hyvin, kuten luki- ja voi seuraavasta havaita.

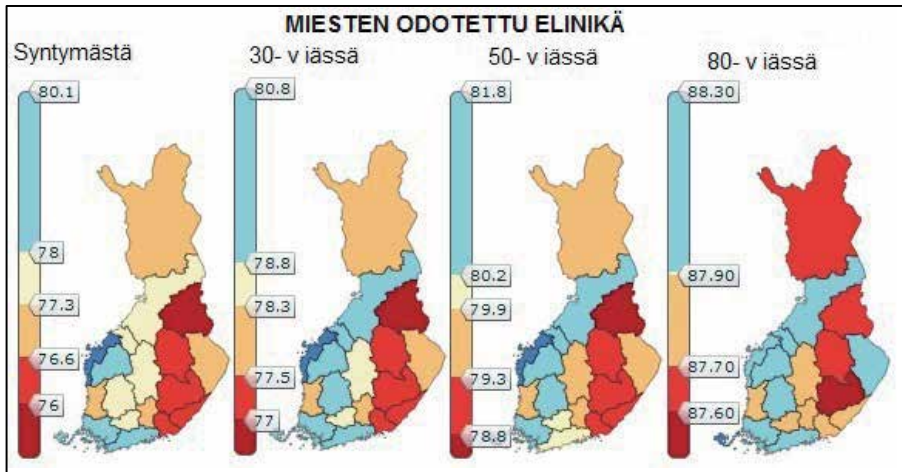
2 Maakunnat ja tulevat sote-alueet ovat erilaisia

Raportissamme ”Saadaanko sote-uudistuksella tasalaatua?” tarkastelimme väestön ja ikärakenteen kehitystä sekä niiden aiheuttamaa palveluiden tarvetta luvussa 1. Seuraavassa esitämme muutamia täydentäviä havaintoja.

2.1 Eliniänodotteet maakunnittain

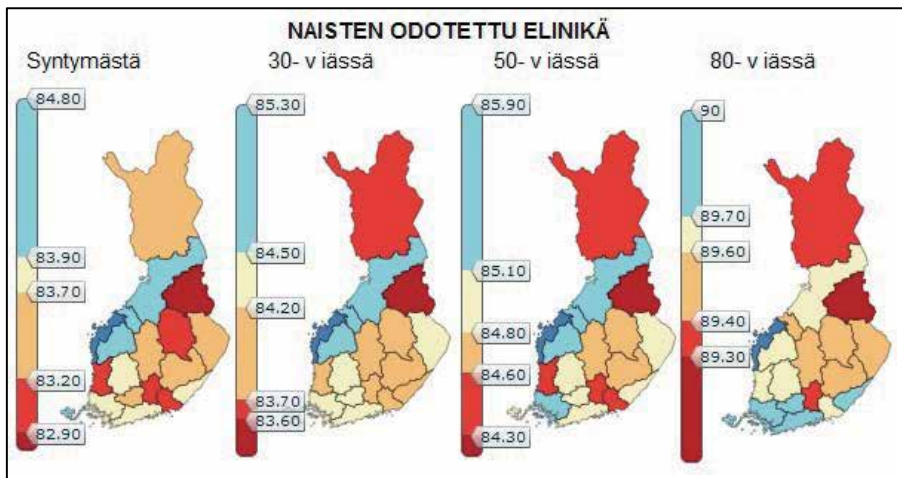
Eliniänodotteissa on tavallisesti tarkasteltu sukupuolten välisiä kuolleisuuseroja maittäin. Suomessa on myös keskitytty sosiaaliryhmien välisiin eliniänodotteen eroihin. Sen sijaan alueellisia tarkasteluja Suomen sisällä ei ole tietääksemme tehty.

Tilastokeskus on pyynnöstä laskenut alueelliset eliniänodotteet nyt syntyville sekä 30, 50, 65 ja 80 vuoden ikäisille.



Kuva 3. Miesten eliniänodote maakunnittain

Lähde: Tilastokeskus 2015, Markus Rapo, erillinen tulostus Tunnuslukuprojektille



Kuva 4. Naisten eliniänodote maakunnittain

Lähde: Tilastokeskus 2015, Markus Rapo, erillinen tulostus Tunnuslukuprojektille

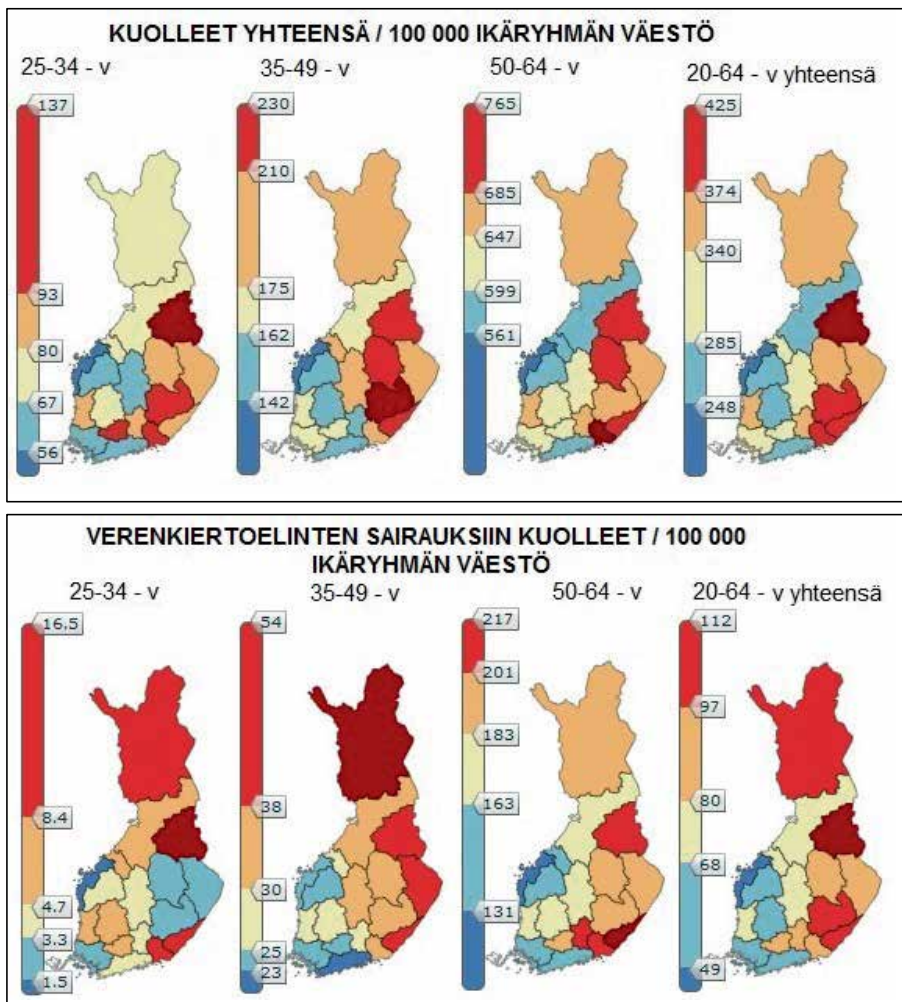
Eliniänodotteissa on alueellisia eroja. Miesten eliniänodotteessa korostuu Kainuusta Kotkaan kulkeva lyhemmän eliniän vyöhyke. Korkean eliniän odotteen vyöhyke 30-vuotiaiden miesten kohdalla noudattaa pääarataa Helsingistä Vaasaan ja edelleen Ouluun. Naisten osalta Kainuu, Lappi ja Päijät-

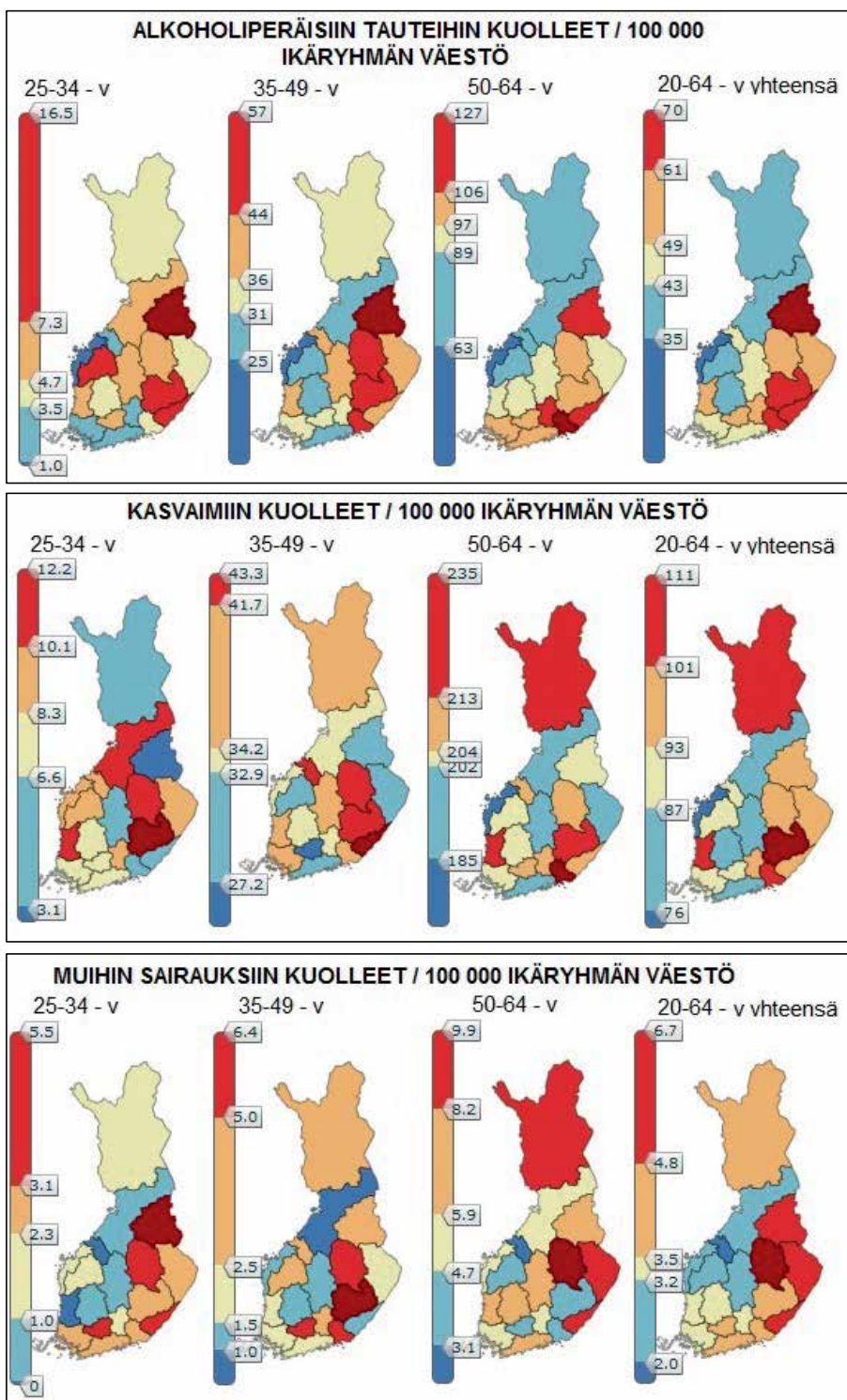
Häme korostuvat lyhyen sekä Pohjanmaan rannikko korkean eliniän odotteen alueena.

Kartoissa Pohjois-Karjala poikkeaa muusta Itä-Suomesta. Näkyykö Pohjois-Karjala-projektin myöhäisvaikutus yli 80-vuotiaiden miesten korkeampana eliniän odotteena ympäröiviin maakuntiin verrattuna?

2.2 Keskeiset kuolinsyyt maakunnittain

Seuraavalla karttasarjalla esitellään eri alueilla ilmeneviä ongelmia ja elintapoja, joilla on tärkeä merkitys.





Kuva 5. Keskeiset kuolinsyyt maakunnittain ja ikäryhmittäin

Lähde: THL:n poiminta 2015

Keski-ikäisten korkeaa kuolleisuutta kuvaavissa karttakuvissa korostuva Savo-ilmiö ei näy lääkäriissäkäyntikartoissa (kuva 22) palvelujen puutteluna.

Karttojen pohjalta tulee pohdittavaksi terveyden edistämishelmien sisältö. Tällä hetkellä ohjelmat ovat liian terveyskeskuskohtaisia eikä maakunnallinen kokonaisuus ole erityisen hyvin esillä. Ennaltaehkäisevän työn merkitys kasvaa, ja edellä olevien karttojen valossa alueellisia ohjelmia tarvitaan. Vastuu siitä tulee luonnollisesti maakunnalle tai tulevaisuudessa sote-alueelle.

2.3 Kuolemien määrän kehittyminen

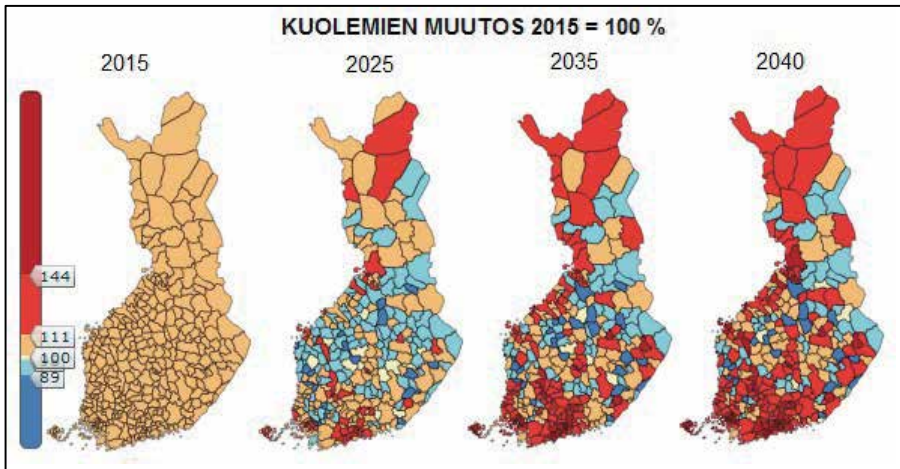
Yli 75-vuotiaiden lukumäärän muutos ei yksinään kuvaa tarvittavan hoivan tasoa. Voidaan ajatella, että kuolemien määrä kuvaa jollakin osuvuudella sairaanhoidon tarvetta. Seuraavaksi tarkastellaan Tilastokeskuksen väestöennusteeseen 9/2012 perustuen kuolemien muutosta vuosien 2015–2060 aikana.

Suuressa ikäluokassa kuolemien määrä kasvaa nopeasti vuoden 2025 jälkeen. Vuoteen 2045 mennessä suuri ikäluokka on poistunut. Vuonna 2015 on ennakoitu tapahtuvan 52 400 kuolemaa. Tähän tasoon verrattuna kuolemien määrä kasvaa vuoteen 2025 mennessä noin 10 prosenttia eli tasoon 53 200 ja vuoteen 2045 mennessä noin 28 prosenttia eli tasoon 67 400. Tämän jälkeen kuolemien määrän oletetaan laskevan lähelle 64 000:ta vuoteen 2060 mennessä.

Kuolemien määrän tarkastelu ei anna kokonaiskuvaa, koska väestönmäärä muuttuu. Väestö kasvaa vuoteen 2045 mennessä nykyisestä noin 5,5 miljoonasta asukkaasta 6,0 miljoonaan ja vuoteen 2060 mennessä 6,2 miljoonaan asukkaaseen. Kun kuolemisesta syntyvä hoitorasitus jakaantuu suuremmalle väestölle, on siitä asukasta kohti tuleva lisäresurssien tarpeen kasvu pienempi, vuonna 2045 noin 17 prosenttia ja vuonna 2060 noin 8 prosenttia nykytasoon verrattuna.

Kuolemien määrän kehitys vaihtelee maan eri osissa. Oheisissa kartoissa keltainen väri kuvaa vuoden 2015 kuolemien lähtötasoa. Sinisen värin alueilla kuolemien määrä laskee vuoteen 2015 verrattuna. Näillä alueilla palvelutarpeen voi ennakoida laskevan. Punainen väri kertoo kuolemien

kasvusta. Kuolemien määrän kasvu painottuu kaupunkien ympärille, jonne suuret ikäluokat ovat muuttaneet, ja Etelä-Suomessa kasvu on erityisen merkittävää.



Kuva 6. Kuolemien prosentuaalinen muutos kunnittain 2015–2040

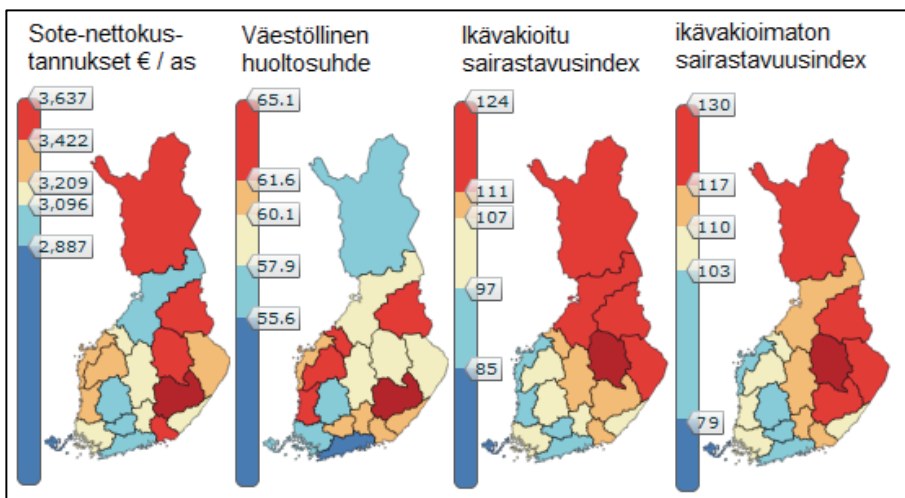
Lähde: Tilastokeskus, väestöennusteet 2015

Merkillepantavaa on, että muutos vuoteen 2025 on vähäistä. Kuolemien määrä pienenee useimmissa kunnissa Pohjanmaalla ja Pohjois-Savossa. Vuoden 2025 jälkeen kuolemien määrä kasvaa merkittävästi Uudellamaalla, Etelä-Hämeessä, Turun seudulla sekä Pohjois-Lapissa. Tämä vaikuttaa keskipitkällä tähtäimellä palvelutarpeeseen.

Eri maakunnat ja kunnat ovat hyvin erilaisen tilanteen edessä. Siksi sote-alueita ei voida panna kovin tiukkoihin raameihin, vaan paikallisille ratkaisuille on jätettävä pelivaraa.

2.4 Alueiden sosioekonomisia ominaisuuksia

Seuraavassa karttasarjassa on maakuntien sosioekonomisia ominaisuuksia. Tiedot on saatu Tilastokeskuksen julkisesta aineistosta. Kartat kuvaavat alueiden erilaisuutta.



Kuva 7. Maakuntien kustannukset, huoltosuhde ja sairastavuusindeksit 2013

Lähde: Tilastokeskus 2015 ja THL:n sairastavuusindeksi 2009–2011

Savon alue on runsaasti resursoitu. Sekä Kelan Terveyspuntari että THL:n Terveystemme ovat verkkosivuilla olevia sairastavuusindeksejä. Maakunnittain tarkasteltuna sairastavuudessa näyttäisi olevan melko jyrkkiä rajoja. Eliniän odotteet kuvissa 3 ja 4 ja sairastavuusindeksi eivät kohtaa, vaan Pohjois-Pohjanmaan alueella on korkea eliniänodote sairastavuusindeksistä huolimatta. Palvelujärjestelmän kannalta sairastavuusindeksi on keskeisesti huomioitu valtionavun kohdentamisessa.

2.5 Johtopäätös

Koska sote-alueet ovat erilaisia, alueen palvelurakenne on suunniteltava alueen lähtökohtien mukaisesti. Erilaiset lähtökohdat tarkoittavat myös sitä, että palvelujärjestelmän erilaisuuden vuoksi alueita sekä niiden tehokkuutta on vaikea vertailla keskenään riippumatta valitusta sote-mallista.

3 Maakuntien nykyiset resurssit ja niiden käyttö

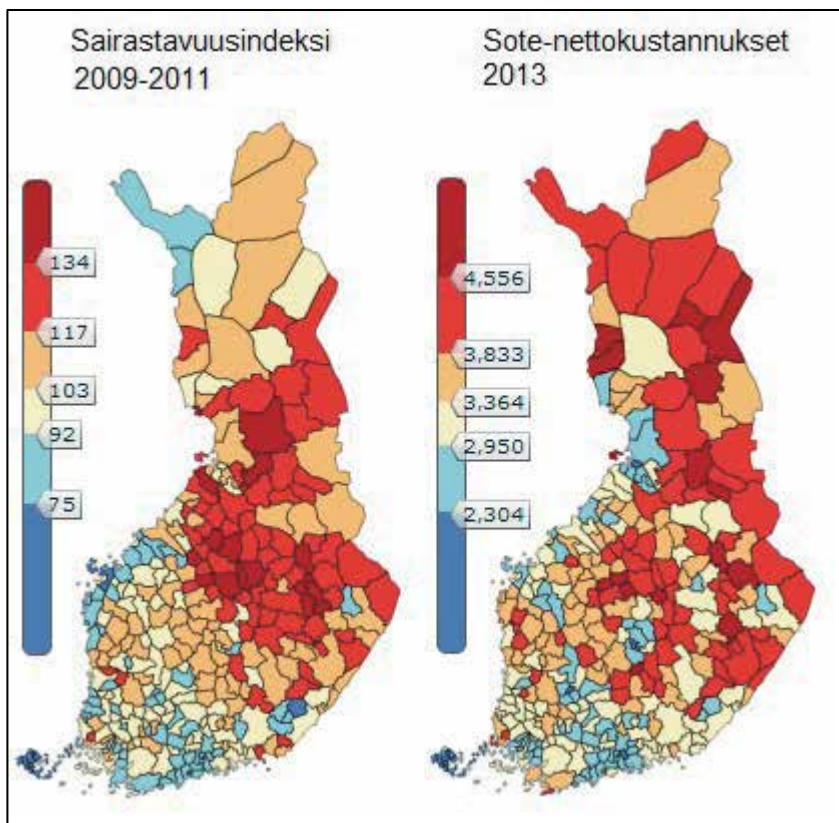
Tarkastellaan seuraavaksi maakuntien nykyisiä resursseja, henkilöstöä ja kustannuksia sekä niiden käyttöä suhteessa tarpeisiin. Kun tässä yhteydessä mietitään tarkastelualueita, tulee ensimmäiseksi esiin sairaanhoitopiiri. Sairaanhoitopiirikohtaisia tilastoja on runsaasti saatavissa. Pääosa sote-henkilökunnasta on kunnissa, joten sairaanhoitopiiri ei ole aina mielekkäin pohja tarkasteluille. Siksi myös maakunta on käyttökelpoinen ratkaisu. Seuraavassa on käytetty molempia alueita rinnan tietolähteen mukaan.

3.1 Suuria ja selittämättömiä kuntakohtaisia kustannuseroja

3.1.1 Sairastavuusindeksi palvelun tarpeen ja kustannustason selittäjänä

Sosiaali- ja terveystalouden palvelujen tarvetta perustellaan tavallisesti ikärakenteella tai erilaisilla tautipohjaisilla sairastavuusindekseillä. Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset riippuvat vain osittain sairastavuusindeksistä. Samalla sairastavuusindeksillä ja samalla yli 75-vuotiaiden prosenttiosuudel-

la on hyvin erilaiset kustannukset eri kunnissa. Tämä on osin ymmärrettävää, sillä sote-kustannuksista merkittävä summa käytetään muuhun kuin sairauksien hoitoon. Toisaalta palvelujen tuotantorakenne ilmeisesti vaikuttaa myös keskeisesti palvelujen tuotantokustannuksiin. Sairastavuusindeksin ja nettokustannusten heikkoa korrelaatiota on havainnollistettu kuvassa 8.



Kuva 8. Sote-sektorin nettokustannukset (ei sis. lasten pvh) vuonna 2013 ja THL:n sairastavuusindeksi 2009–2011

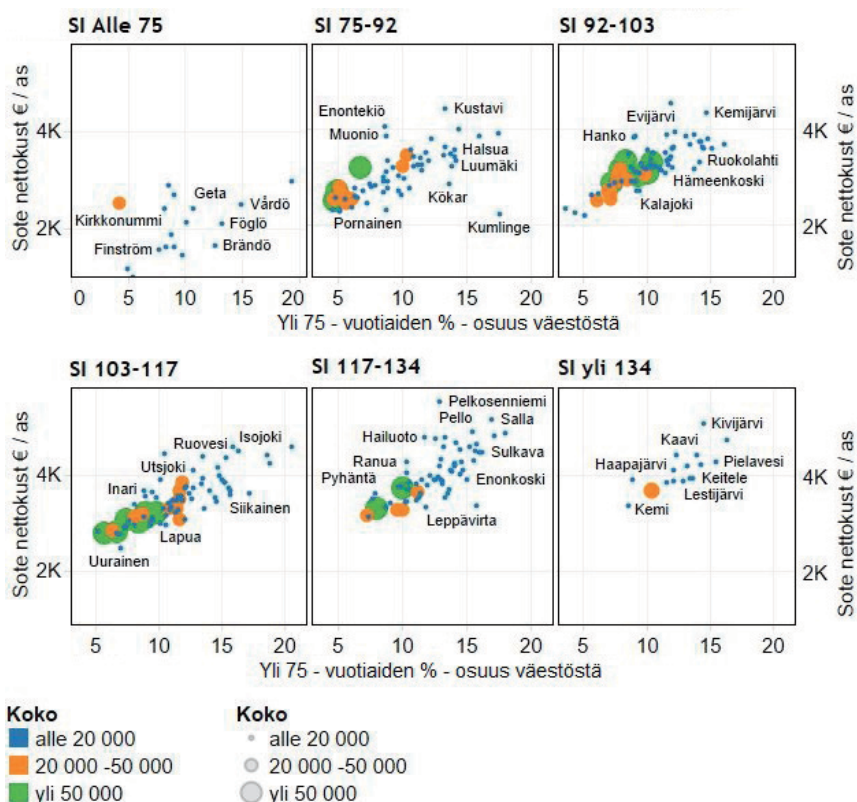
Lähde: THL:n sairastavuusindeksi 2009–2011 ja Tilastokeskus 2015

Kuvan 8 kuntakohtaisesta kustannuskartasta ilmenee haja-asustusalueen kalliimpi kustannustaso sote-palveluiden järjestämisessä. Alueet vaativat erillisen kohtelun sote-rahoitusta järjestettäessä.

Sairastavuusindeksikartta muodostaa alueellisia kokonaisuuksia. Merkilepantavaa on, että korkean sairastavuuden alueella on kuntia, joiden kustannustaso on ympäristöönsä selvästi matalampi, ja toisaalta matalan sairastavuuden alueella on kalliilla kustannustasolla toimivia palvelujärjestelmiä.

Sairastavuusindeksillä mitattuna erittäin sairasta väestöä ei ole paljon. Indeksiryhmässä 117–134 olevissa paljon sairastavissa kunnissa on yhteensä 538 196 asukasta. Kunnissa, joissa on erittäin sairasta väestöä ja indeksi on yli 134, on vain 89 351 asukasta.

Tarkastellaan vielä lähemmin sairastavuusindeksin ja kuntien kustannusten yhteyttä. Seuraavassa katsotaan kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon nettokustannuksia suhteuttamalla ne yli 75-vuotiaiden asukkaiden määrään eri sairastavuusindeksiluokissa. Tarkastelussa kunnat jaettiin sairastavuusindeksin mukaan viiteen tasaryhmään.



Kuva 9. Kunnat sairastavuusindeksiryhmittäin 1–6 vuonna 2013

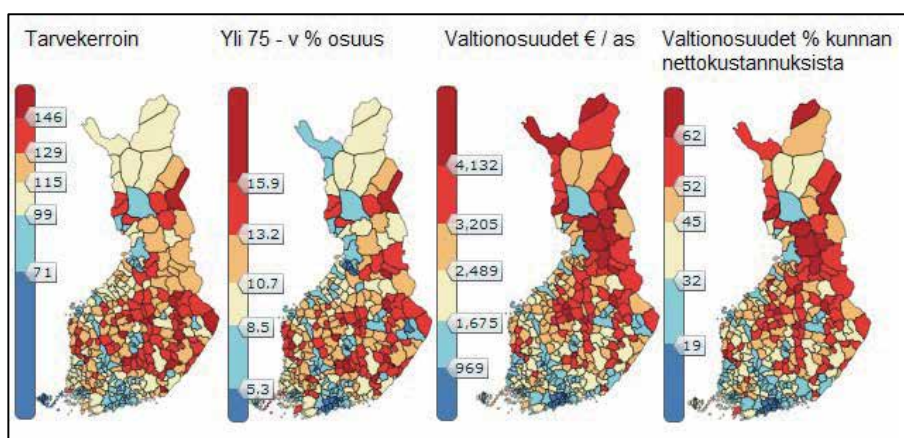
Lähde: Tilastokeskus 2015

Kuten kuvasta 9 nähdään, nykyisin kuntien kustannukset eivät riipu tai riippuvat vain vähän sairastavuusindeksistä. Etenkin ryhmässä 5, johon kuuluvat eniten sairastavat kunnat, on erot samalla yli 75-vuotiaiden prosenttiosuudella lähes 2 000 euroa asukasta kohti.

Kuten edellä olevasta käy hyvin ilmi, sairastavuusindeksi ei korreloi kovinkaan hyvin sote- kustannuksiin, kun tarkastelussa on mukana sekä sosiaali- että terveydenhuollon kustannukset. Todennäköisesti korrelaatio olisi parempi, jos vertailu tehtäisiin sairastavuusindeksin ja vain terveydenhuollon kustannusten välillä. THL:n tarvekerroin, jota tarkastellaan seuraavassa, on lähtökohtaisesti parempi indikaattori, kun arvioidaan sote-kustannusten mitoitusarvetta.

3.1.2 Tarvekerroin palvelujen tarpeen ja kustannustason selittäjänä

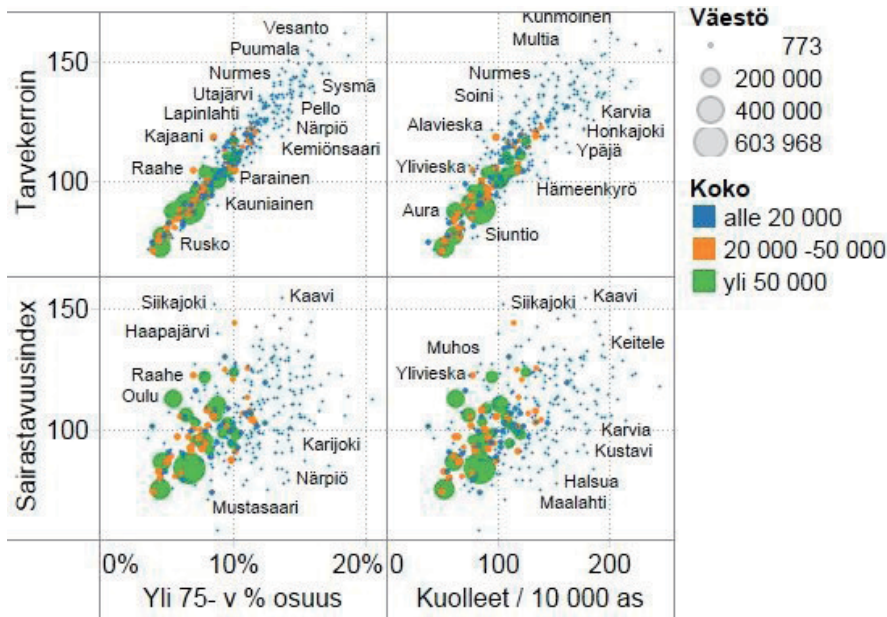
Useissa Euroopan maissa monisairaiden vanhusten määrää käytetään palvelutarpeen mittarina. Siitä ei Suomessa ole tilastoja. Käytettävissä olevat yli 75-vuotiaiden määrä ja THL:n tarvekerroin kuvaavat riittävän tarkasti palvelutarvetta.



Kuva 10. Yli 75-vuotiaiden prosenttiosuus väestöstä, tarvekerroin ja valtionosuudet 2013

Lähde: THL:n tarvekerroin 2012 ja Tilastokeskus 2015

Kuva 10 osoittaa, että tarvekerroin ja vanhusväestön osuus ovat käytännöllisesti katsoen sama asia. Sama asia käy vielä ilmi seuraavasta kuvasta 11.

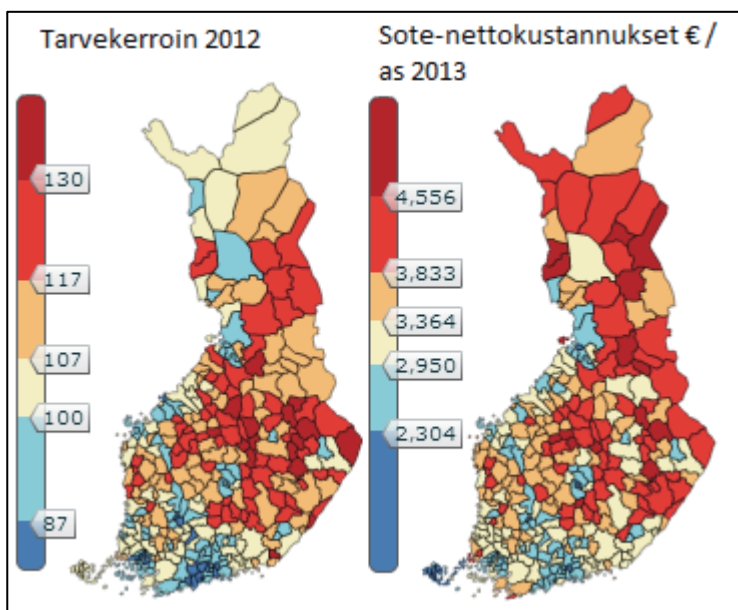


Kuva 11. Kuntien sote-suureiden ominaisuuksia 2013

Lähde: Tilastokeskus, väestörakenne 2015, THL:n sairastavuusindeksi 2015, THL:n tarvekerroin 2015

Tarvekerroin näyttäisi korreloivan kohtuullisen hyvin erityisesti vanhus-
ten mutta myös kuolemien määrään. Sairastavuusindeksi ei korreloi yhtä
selvästi vanhus- ja kuolemien määrään. Kun pohditaan ikääntyvän väes-
tön palvelun tarvetta, tarvekerroin näyttäisi toimivan sairastavuusindeksiä
paremmin.

On hyvä huomata, että myöskään tarvekertoimella ei ole selvää korrelaa-
tiota kustannuksiin, kuten kuvasta 12 käy ilmi. Toisin sanoen kuntien kus-
tannuserot ovat suuremmat kuin palvelutarve-erot.

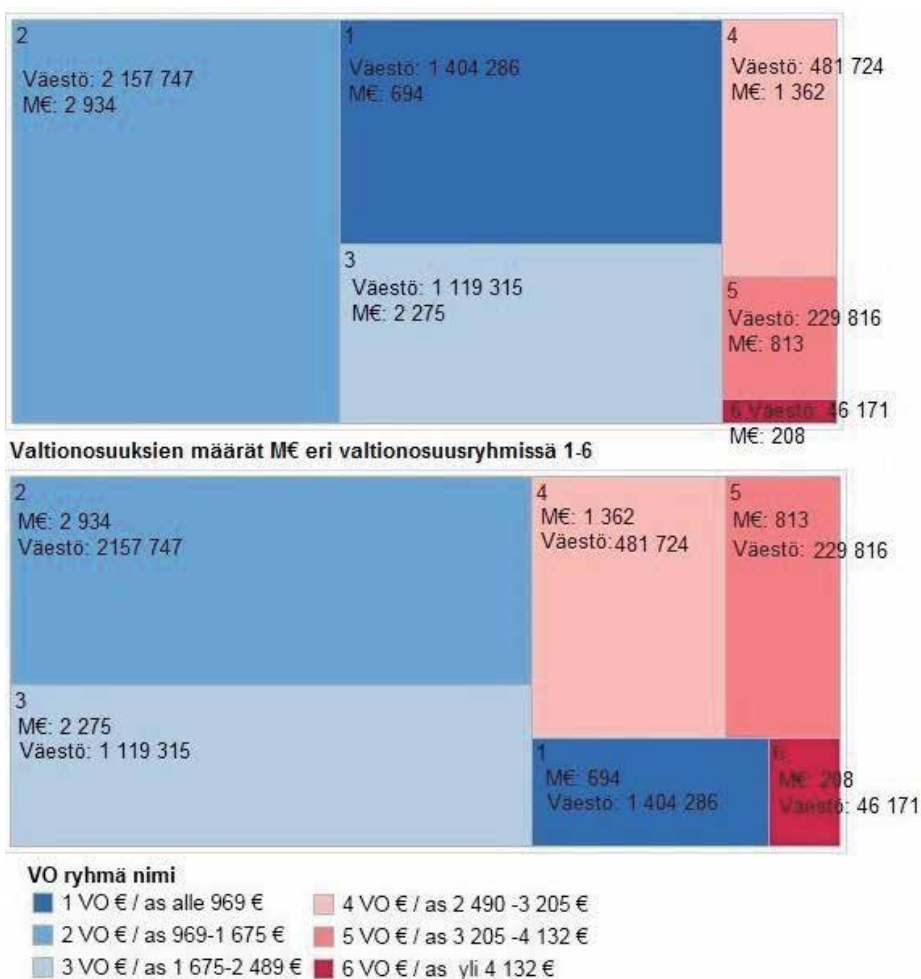


Kuva 12. Tarvekerroin 2012 ja sote-nettokustannukset/asukas 2013

Lähde: THL:n tarvekerroin 2009–2011 ja Tilastokeskus 2015

3.1.3 Valtionosuuksien rooli kustannusten määräytymisessä

On selvää, että haja-asustusalueilla on tarve korkeampaan valtion osuuteen. Toisaalta voisi kysyä, johtavatko runsaat valtionosuudet tilanteeseen, jossa tarvetta tai pakkoa toiminnan kehittämiseksi ei koeta vahvana, ja kustannustaso on tästäkin syystä näillä alueilla korkeampi. Seuraavassa kuvassa 13 esitetään valtionosuudet väestömäärään suhteutettuina ryhmittäin. Ryhmässä 1 valtionosuudet asukaslukuun suhteutettuna ovat pienimmät (alle 969 e/as.) ja ryhmässä 6 valtionosuudet asukaslukuun suhteutettuna ovat kaikista suurimmat (yli 4 132 e/as.).

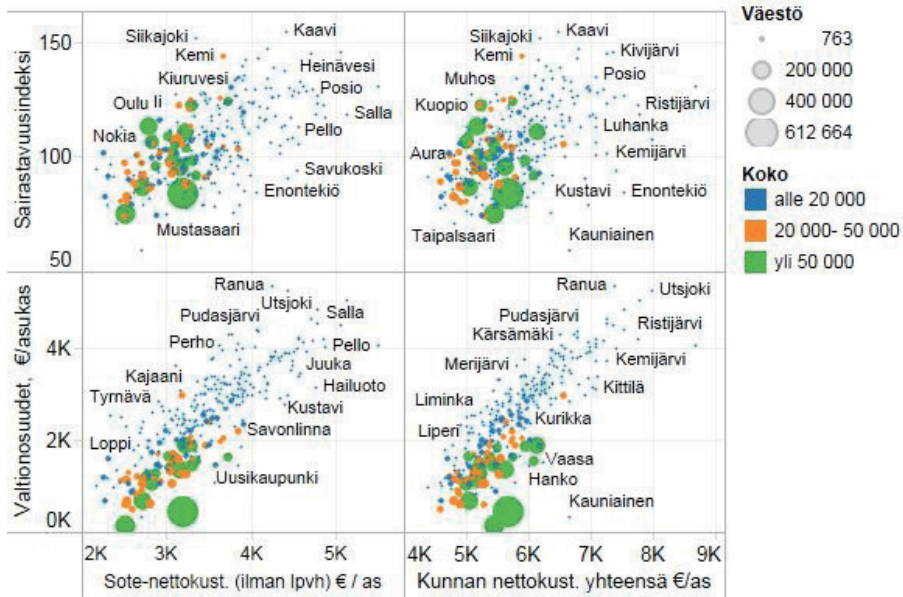


Kuva 13. Väestön ja valtionosuuksien milj. euron määrä eri valtionosuusluokissa 1–6 vuonna 2013

Lähde: Tilastokeskus 2015

Ryhmän 1 kunnat ovat suurimpia maksajia, näissä on yhteensä noin 1,4 miljoonaa asukasta. Asukaslukuun suhteutettuna suurimmat valtionosuudet ovat ryhmässä 5 ja 6, joissa valtionosuudet ovat yhteensä n. 1 mrd. euroa eli 12 prosenttia valtionosuuksista. Asukkaita oli näissä ryhmässä noin 276 000.

Tarkastellaan seuraavaksi kuntien kustannusten ja valtionavun yhteyttä.



Kuva 14. Kuntien kustannukset ja valtionapu kunnille vuonna 2013

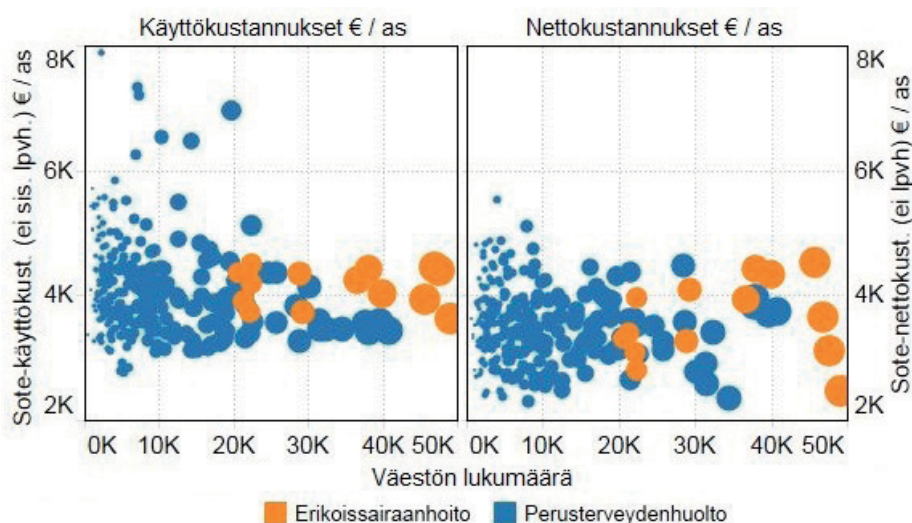
Lähde: Tilastokeskus 2015 ja THL:n sairastavuusindeksi 2009–2011

On toki odotettavaa, että jos valtionapu kohdistuu sitä oikeasti tarvitseville kunnille eli niille, joilla sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset ovat muita suurempia, kustannusten ja valtionavun välille löytyy korrelaatio. Jos kuitenkin on niin, että sairastavuus tai tarvevakio eivät selitä kustannuseroja kovinkaan hyvin, silloin täytyy kysyä, tukeeko valtionapu niitä kuntia, joissa sote-kustannusten suuruus johtuu toimintojen tehottomasta hoitamisesta. Vaikka pitkälle meneviä johtopäätöksiä edellisestä kuvasta voi tuskin tehdä, suuri valtionapu näyttäisi pitävän yllä kallista rakennetta.

Sote-tarkastelussa on kiinnitettävä huomio suurta valtionapua saavien kuntien palvelujärjestelmiin. Niiden toiminnallinen tehokkuus on arvioitava samalla tavalla kuin muidenkin kuntien toimintamallit.

3.1.4 Kunnan koko vaikuttaa palvelukäyttöön

Kunnan koko ja kustannukset näyttävät riippuvan toisistaan. Väestöpohjaltaan pienissä kunnissa kustannusten hajonta on suuri. Seuraavassa kuvassa on mukana pienet ja keskikokoiset kunnat, ylärajana on 50 000 asukasta.



Kuva 15. Etenkin pienissä kunnissa kustannusten hajonta on suuri. Kuvassa pienet ja keskikokoiset kunnat.

Lähde: Tilastokeskus 2015 ja Kuntaliitto 2015

Pienissä kunnissa kustannusten vaihteluväli on 3 000–6 000 euroa/asukasta kohti. Osa kustannuseroista voi selittyä jo sillä, että pienten kuntien kohdalla muutamien erittäin kalliiden yksittäisten potilaiden kustannukset näkyvät asukaskohtaisissa tarkasteluissa. Toisaalta näin suuri vaihteluväli viittaa myös palvelujen kalliiseen organisointiin joidenkin kuntien kohdalla.

Erikoissairaanhoitoa tuottavan yksikön sijainti kunnassa näyttää lisäävän kunnan kustannuksia (keltainen piste). Keskisuurissa sinisissä kunnissa on paljon nuoria kehyskuntia, jolloin vanhushpalveluiden tarve on nyt vielä vähäisempää, mutta kasvu tulee olemaan maan keskitasoa huomattavasti korkeampaa.

3.2 Henkilöstö alueittain

Kustannuseroja voidaan pitkälti selittää henkilöstömäärän eroilla, sillä henkilöstösidonnaiset kustannukset muodostavat suurimman yksittäisen erän sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaiskustannuksista.

Maakunnan alueella toimii useita eri sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajia. Väestö maksaa näiden tuottamat palvelut veroina, vakuutusmaksuina tai palvelumaksuina. Palveluiden tuottajat muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden, jossa yhtenä mittarina voidaan käyttää alueen palveluiden tuottamiseen käytettyjä henkilötyövuosia.

Aluksi tarkastelemme sairaanhoitopiirien kokonaistyöntekijämäärää kaikki sote-palvelut huomioiden. Lähteenä käytetään THL:n raporttia 8/2015 Terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2012.

Aluksi poistetaan kokonaisluvusta lasten päivähoidon henkilökunta. Seurauksena on, että sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaishenkilökunta pienenee THL:n henkilökuntatilaston kokonaisluvusta 383 000:sta 319 000:een.

Jos lastenpäivähoito on luvuissa mukana, Suomen sote-henkilökunnan määrä on OECD:n vuoden 2014 tilaston mukaan Norjan, Tanskan, Alankomaiden ja Ruotsin jälkeen viides eli 72 työntekijää 1 000 asukasta kohti. Tilastoista ei kuitenkaan selviä, onko muiden Pohjoismaiden luvuissa mukana varhaiskasvatus ja lasten päivähoito.

Ilman päivähoidon henkilöstöä määrä on 59 työntekijää 1 000 asukasta kohti, ja pääsemme sijalle 13, kun kaikkiaan mukana on 34 OECD-maata. Samassa ryhmässä ovat Yhdysvallat (62/1 000 as.), Kanada ja Australia (61), Britannia ja Luxemburg (60), Suomi (59) ja Saksa (56). Näin tarkasteltuna Suomessa on selvästi vähemmän sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöitä kuin muissa Pohjoismaissa.

Seuraavassa tarkastelemme kokonaisuutta neljällä eri tavalla. Tarkastelut tehdään ensin työntekijöiden kokonaismäärän suhteen, seuraavaksi työntekijät suhteutetaan tuhatta asukasta kohti, sitten tarkastellaan työntekijöiden jakautumista tuottajan juridisen aseman mukaan ja lopuksi työntekijöiden jakautumista eri tehtävien kesken sairaanhoitopiirin sisällä.

Koska lähtötilasto ei perustu tuotantoyksiköiden henkilökunnan tilastoihin vaan työssäkäyntitilastoihin, jako eri ryhmiin ei ole tarkka. Otsakkeet eivät siis sovi kovin täsmällisesti rakenteeseen. Kun sairaalat-sarake kuvaa

sekä erikoissairaanhoidon että terveyskeskusten yhteistä toimintaa, ennakoi jaottelu tulevaisuutta, jolloin kaikki vuodeosastot ovat yhden toimijan johtamia. Avohoidon palvelut kuvaavat lähipalveluja.

Taulukko 2.

Sote-palvelujen kokonaishenkilökunta piireittäin ja tehtäväalueittain 2012

Sairaanhoitopiirien henkilöstö 2012	Väestö 2013	Sai- raalat	Avoh. Lääkärit	Muut terv. (sis. Lab ja rtg yhtiöt)	Vanhus- tenpalv.	Muut sos.palv	Sote-hk yht.	Hk / 1 000 as
Koko maa	5 413 971	97 583	67 196	17 350	78 511	59 302	319 942	59
Ahvenanmaan shp	28 428	1 165	96	49	560	327	2 197	77
Pohjois-Savon shp	248 182	5 883	4 124	924	4 230	2 560	17 721	71
Vaasan shp	167 800	3 675	2 833	404	3 070	1 608	11 590	69
Itä-Savon shp	45 063	1 109	400	124	835	607	3 075	68
Etelä-Savon shp	105 127	1 732	1 150	276	2 050	1 876	7 084	67
Keski-Pohjanmaan s	75 221	1 318	1 005	291	1 424	689	4 727	63
Pohjois-Karjalan sh	169 615	2 912	2 096	648	3 160	1 782	10 598	62
Lapin shp	118 263	1 968	1 668	420	1 896	1 320	7 272	61
Varsinais-Suomen s	471 296	9 394	5 541	1 320	7 478	5 214	28 947	61
Etelä-Pohjanmaan s	198 808	3 487	2 871	516	3 314	1 976	12 164	61
Pohjois-Pohjanmaa	402 561	8 162	5 339	1 264	5 490	4 132	24 387	61
Satakunnan shp	225 118	3 808	2 575	783	4 192	2 159	13 517	60
Pirkanmaan shp	491 433	9 452	5 735	2 020	7 075	4 862	29 144	59
Kainuun shp	77 710	1 140	1 321	177	1 116	843	4 597	59
Kymenlaakson shp	174 647	2 533	1 768	412	3 499	1 986	10 198	58
Keski-Suomen shp	274 770	4 146	3 529	725	4 464	2 812	15 676	57
Päijät-Hämeen shp	213 402	3 181	3 539	430	2 266	2 578	11 994	56
Länsi-Pohjan shp	64 825	1 114	758	159	1 091	508	3 630	56
Helsingin ja Uudenr	1 553 915	27 067	18 220	5 331	16 234	18 134	84 986	55
Kanta-Hämeen shp	175 351	2 506	1 592	497	2 891	1 958	9 444	54
Etelä-Karjalan shp	132 441	1 831	1 036	580	2 172	1 371	6 990	53

Lähde: THL 2015: Terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2012

Seuraavaksi tarkastellaan henkilökunnan jakautumista eri toimialueille ja suhteutettuna 1 000 asukasta kohti. Seuraavassa taulukossa luvut ovat laskevassa järjestyksessä kokonaishenkilökunnan määrän mukaan.

Taulukko 3.

Sote-palvelujen henkilöstö toimialoittain ja piireittäin/1 000 as. 2012

Sairaanhoitopiirien henkilöstö / 1 000 as 2012	Sairaalat	Avoh. Lääkärit	Muut terv. (sis. Lab	Vanhus- tenpalv.	Muut sos.palv	Sote-hk yhteensä
Koko maa	18	12	3,2	15	11	59
Ahvenanmaan shp	41	3	1,7	20	12	77
Pohjois-Savon shp	24	17	3,7	17	10	71
Vaasan shp	22	17	2,4	18	10	69
Itä-Savon shp	25	9	2,8	19	13	68
Etelä-Savon shp	16	11	2,6	20	18	67
Keski-Pohjanmaan shp	18	13	3,9	19	9	63
Pohjois-Karjalan shp	17	12	3,8	19	11	62
Lapin shp	17	14	3,6	16	11	61
Varsinais-Suomen shp	20	12	2,8	16	11	61
Etelä-Pohjanmaan shp	18	14	2,6	17	10	61
Pohjois-Pohjanmaan shp	20	13	3,1	14	10	61
Satakunnan shp	17	11	3,5	19	10	60
Pirkanmaan shp	19	12	4,1	14	10	59
Kainuun shp	15	17	2,3	14	11	59
Kymenlaakson shp	15	10	2,4	20	11	58
Keski-Suomen shp	15	13	2,6	16	10	57
Päijät-Hämeen shp	15	17	2,0	11	12	56
Länsi-Pohjan shp	17	12	2,5	17	8	56
Helsingin ja Uudenmaan shp	17	12	3,4	10	12	55
Kanta-Hämeen shp	14	9	2,8	16	11	54
Etelä-Karjalan shp	14	8	4,4	16	10	53

Lähde: THL 2015: Terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2012

Tässä tarkastelussa kolme sairaanhoitopiiriä tulee esille tehokkuutensa ansiosta: Etelä-Karjalan, Helsingin ja Uudenmaan sekä Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirit, joissa on 53–54 työntekijää 1 000 asukasta kohti.

Kaikilla kolmella piirillä on erilainen toimintamalli. Etelä-Karjala on uusinut organisaation yhdistämällä sosiaali- ja terveyspalvelut uusiksi kokonaisuuksiksi sekä käynnistämällä uudenlaisen kuntoutuksen. Kanta-Hämeen toiminta on hajautettu kolmeen noin 60 000 asukkaan itsenäiseen alakeskukseen, joista etenkin Forssan alue toimii tehokkaasti. Aiemmin kallis HUS-piiri on jatkuvasti kehittänyt organisaatiota osaamiskeskusten pohjalta, Helsingin peruspalvelujen uudistus on viety läpi ja pääkaupunki-

seudun väestönkasvun aiheuttama lisätarve on hallittu Espoossa, Helsingissä ja Vantaalla ilman vastaavaa henkilökunnan lisäystä.

Ylivoimaisesti eniten henkilökuntaa, 77 työntekijää tuhatta asukasta kohti käyttää Ahvenanmaa. Manner-Suomen kolme eniten työntekijöitä käyttävää palvelujärjestelmää ovat Pohjois-Savo 71 sekä Itä-Savo ja Vaasa 69 henkeä tuhatta asukasta kohti. Taulukosta 4 nähdään, että työvoimavaltaimpien ja tehokkaimpien piirien erot ovat vuodeosastohoidossa 8–10 työntekijää 1 000 asukasta kohti ja avohoidossa noin 5–8 työntekijää.

Pohjois-Savon yliopistosairaalan osuus on noin 15 prosenttia shp:n tuotannosta (Risto Miettunen 10.6.2015, henkilökohtainen tiedonanto). Kun sairaanhoitopiirissä on 4 300 työntekijää, muualle tehty tuotanto merkitsee karkeasti arvioiden noin 3 hengen työpanosta tuhatta asukasta kohden. Näin korjattuna Pohjois-Savo sijoittuu edelleen kärkeen maakuntien joukossa.

Sosiaalisektorin mitoitus on tasaisempaa. Poikkeuksena on Etelä-Savo 18 henkilöllä ja Itä-Savo 14 henkilöllä 1 000 asukasta kohti. Pienimmällä mitoituksella erottuvat Länsi-Pohja 8:lla ja Keski-Pohjanmaa 9 henkilöllä tuhatta asukasta kohden.

Kun seuraavassa laskemme teoreettista alueen toiminnan tehokkuutta ja mahdollista säästöpotentiaalia, käytämme mittarina Eksoten määrittelemää alarajaa 53 henkilöä tuhatta asukasta kohti. Viimeiseen sarakkeeseen on laskettu, paljonko sairaanhoitopiiristä vähenisi henkilökuntaa, mikäli tämä taso olisi mittarina. Yhteensä tämä merkitsisi 34 200 henkilön vähennemistä.

Pyysimme lisäksi Eksotelta käyttöön vuoden 2015 henkilökuntatiedot. Ilmeni, että julkisen sektorin osalta henkilökuntamäärä oli edelleen pienentynyt vuoden 2012 tasosta 4 828 henkilöä kevään 2015 tasoon 4 583 henkilöä, eli vähennystä oli noin 250 henkilöä. Näillä luvuilla laskettuna ja olettaen, että henkilöstö ei ole siirtynyt julkiselta yksityiselle, olisi Eksoten alueella 51 työntekijää 1 000 henkeä kohti, mikä tarkoittaisi valtakunnan tasolla kokonaissäästöpotentiaalina 43 000 henkilöä.

Taulukko 4.

Sote-sektorin henkilökunta työnantajan sektorin mukaan 2012 sekä säästöpotentiaali verrattuna Eksoten tasoon 53 hlö/1 000 as.

Sote-henkilöstö piireittäin ja Eksoten tason (53 / 1 000 as) mukaan	Julkinen	Yksi- tyinen	Järjestöt	Ei tietoa	Yhteensä	Yht / 1 000 as laskeva	Erotus 53 hk / 1 000 as
Koko maa	220 885	63 815	34 750	505	319 955	59	34 215
Ahvenanmaan shp	1 963	162	67	5	2 197	77	697
Pohjois-Savon shp	12 791	3 260	1 648	22	17 721	71	4 622
Vaasan shp	9 275	1 565	740	10	11 590	69	2 734
Itä-Savon shp	1 955	684	430	6	3 075	68	697
Etelä-Savon shp	4 885	1 335	860	4	7 084	67	1 536
Keski-Pohjanmaan shp	3 629	681	416	1	4 727	63	757
Pohjois-Karjalan shp	7 241	2 213	1 133	11	10 598	62	1 646
Lapin shp	5 358	1 213	695	6	7 272	61	1 030
Varsinais-Suomen shp	20 947	5 730	2 240	30	28 947	61	4 073
Etelä-Pohjanmaan shp	9 303	2 059	793	9	12 164	61	1 671
Pohjois-Pohjanmaan shp	17 282	5 220	1 857	28	24 387	61	3 141
Satakunnan shp	9 721	2 517	1 269	10	13 517	60	1 636
Pirkanmaan shp	18 749	7 418	2 908	69	29 144	59	3 207
Kainuun shp	3 412	813	358	14	4 597	59	496
Kymenlaakson shp	6 964	1 633	1 591	10	10 198	58	980
Keski-Suomen shp	11 036	2 938	1 674	28	15 676	57	1 174
Päijät-Hämeen shp	8 510	2 031	1 433	20	11 994	56	731
Länsi-Pohjan shp	2 722	534	372	2	3 630	56	209
Helsingin ja Uudenmaan shp	53 838	18 668	12 312	168	84 986	55	2 973
Kanta-Hämeen shp	6 475	1 866	1 093	10	9 444	54	189
Etelä-Karjalan shp	4 828	1 273	861	28	6 990	53	0
Eksote 2015 Ennakko	4 583	1 273	861	28	6 745	51	-245

Lähde: THL 2015: Terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2012 ja Eksoten tiedot 2015

Taulukoissa olevia alueellisia eroja on mahdoton perustella muulla kuin tuotantorakenne-eroilla. Seuraavassa tarkastelemme resurssien jakautumista eli sitä, miten alueen henkilökunta jakaantuu prosentuaalisesti eri toimintojen kesken.

Taulukko 5.

Sairaanhoitopiirien henkilökunnan prosenttijakautuminen eri palveluiden välillä 2012

Sairaanhoitopiirien henkilöstön % jakautuminen	Sairaalat	Avoh. Lääkärit	Muut terv. (sis. Lab	Vanhus- tenpalv.	Muut sos.palv	Sote-hk yhteensä
Koko maa	31 %	21 %	5 %	25 %	19 %	100 %
Ahvenanmaan shp	53 %	4 %	2 %	25 %	15 %	100 %
Pohjois-Savon shp	33 %	23 %	5 %	24 %	14 %	100 %
Vaasan shp	32 %	24 %	3 %	26 %	14 %	100 %
Itä-Savon shp	36 %	13 %	4 %	27 %	20 %	100 %
Etelä-Savon shp	24 %	16 %	4 %	29 %	26 %	100 %
Keski-Pohjanmaan shp	28 %	21 %	6 %	30 %	15 %	100 %
Pohjois-Karjalan shp	27 %	20 %	6 %	30 %	17 %	100 %
Lapin shp	27 %	23 %	6 %	26 %	18 %	100 %
Varsinais-Suomen shp	32 %	19 %	5 %	26 %	18 %	100 %
Etelä-Pohjanmaan shp	29 %	24 %	4 %	27 %	16 %	100 %
Pohjois-Pohjanmaan shp	33 %	22 %	5 %	23 %	17 %	100 %
Satakunnan shp	28 %	19 %	6 %	31 %	16 %	100 %
Pirkanmaan shp	32 %	20 %	7 %	24 %	17 %	100 %
Kainuun shp	25 %	29 %	4 %	24 %	18 %	100 %
Kymenlaakson shp	25 %	17 %	4 %	34 %	19 %	100 %
Keski-Suomen shp	26 %	23 %	5 %	28 %	18 %	100 %
Päijät-Hämeen shp	27 %	30 %	4 %	19 %	21 %	100 %
Länsi-Pohjan shp	31 %	21 %	4 %	30 %	14 %	100 %
Helsingin ja Uudenmaan shp	32 %	21 %	6 %	19 %	21 %	100 %
Kanta-Hämeen shp	27 %	17 %	5 %	31 %	21 %	100 %
Etelä-Karjalan shp	26 %	15 %	8 %	31 %	20 %	100 %

Lähde: THL 2015: Terveys ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2012

Jos koko maassa olisi Pohjois-Savon sairaanhoitopiiriin käyttämän henkilökunnan mukaan 71 henkilöä tuhatta asukasta kohden, olisi sosiaali- ja terveystaloudessa 390 000 työntekijää, kun taas Eksoten taso 53 henkeä tuhatta asukasta kohti merkitsisi noin 290 000 työntekijää. Jos Pohjois-Savon korkean luvun katsotaan johtuvan Kuopion yliopistosairaalaan erikoistehävistä, voidaan vertailukohdaksi ottaa Itä-Savon tai Etelä-Savon taso. Tällöin yläraja olisi 380 000 työntekijän tasolla.

Itä-Savo käyttää eniten resursseja sairaaloihin, 36 prosenttia. Yliopistosairaalapiireissä henkilökunnasta on saman verran eli 32–33 prosenttia keskitetty sairaaloihin. Suhteellisesti vähiten henkilöstöresursseja sairaaloihin käytetään Etelä-Savossa, Kainuussa ja Kymenlaaksossa.

Avohoidossa on eroja. Etelä-Karjala, Kymenlaakso ja Etelä-Savo panostavat vähän avohoitoon, kun taas Päijät-Häme ja Kainuu ovat tässä korkealla. Vanhuspalveluissa ääripäät ovat Kymenlaakso ja Päijät-Häme. Muissa sosiaalipalveluissa herättää huomiota Etelä-Savon poikkeavan korkea osuus.

Jos katsomme Etelä-Savon maakunnan palvelurakennetta, sekä Mikkelisä että Savonlinnassa on keskussairaalat ja lisäksi Pieksämäellä ja Varkaudessa aluesairaalat. Näin alueelle ei ole muodostunut yhtä selvää ja vahvaa lääketieteellistä johtoa. Voisiko tällä olla jotain tekemistä aiemmin esitettyjen alueen eliniänodotteen ja keski-ikäisten poikkeuksellisen suureen kuolleisuuden (luku 2) kanssa? Resurssien käyttöä palvelurakenne selittää varmasti.

Kun nyt tiedetään Etelä-Karjalan sairaanhoitopiirin kehitystyön vaikutukset ja toisaalta Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin taso, voidaan päätellä, että noin 30 000 työntekijän säästöpotentiaali valtakunnallisesti on täysin realistista. Jos henkilötyövuoden hintana pidetään 50 000 euroa, merkitsee tämä luku noin 1,5 miljardia euroa.

3.3 Säästöpotentiaalin laskentamalleja

Sote-uudistuksen kustannusvaikutuksista on ollut käytettävissä THL:n laskelma, joka päättyy 100 milj. euron lisäkustannuksiin (4.12.2014). Laskelman perusteita ei ole saatettu julkisuuteen. Sote-uudistuksen valmistelu vaatii erilaisten lähtökohtien vertailua. Vaikutuksista voidaan esittää useita eri laskentamalleja. Laskentamallien esittäminen ei ole sama asia kuin päättöksenteko. Julkisuudessa esillä ollut malli perustuu rahoituksen jatkuvalle kasvulle, eikä siksi ole realistinen. Tarvitaan uusia näkökulmia.

Kysynnän tarpeen kasvuun liittyy kahdenlaista kasvua: väestön lukumäärä kasvaa ja ikärakenteen vanheneminen lisää tarvetta ja aiheuttaa kysynnän kasvua. Ikääntyminen aiheuttaa paineita julkisen sektorin taloudelle kysynnän lisääntymisen lisäksi myös siksi, että työikäisten veronmaksajien määrä pienenee. Näin ollen julkisen sektorin palveluihin käytettävissä olevat varat eivät kasva.

Jos sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksiin halutaan puuttua, tulisi ensin päättää tavoitetaso, jota kohti lähdetään pyrkimään. Tätä varten laadittiin neljä karkeaa koelaskelmaa kustannushyödyistä erilaisilla kustan-

nustavoitetasoilla per asukas. Liitteenä olevat laskelmat kertovat, mitä nämä eri tavoitetasot tarkoittaisivat euromääräisesti niissä kunnissa, joiden tulisi sopeuttaa toimintaansa päästäkseen tavoitekustannustasoon. Tämän jälkeen tarkastelemme vielä lyhyesti sitä, mitä nämä tavoitetasot tarkoittaisivat nykyisten sairaanhoitopiirien sekä sote-alueiden tasolla.

3.3.1 Kuntien kustannushuippujen leikkausmalli

Kun kuntien kustannuserot johtuvat väestön tarpeiden lisäksi palvelurakenteesta, voidaan määritellä se kustannustaso, jolle palvelurakenne on asetettava, eli soten tavoitekustannustaso. Tätä varten on seuraavassa laskettu vaihtoehtoisia malleja, joilla kestävyysvajeen sopeuttamispaineet kohdistetaan ensiksi kuntiin, joissa on suurimmat asukaskohtaiset sosiaali- ja terveydenhuollon nettokustannukset. Laskelmat on tehty käyttäen kuntien kustannustietoja vuodelta 2013. Kussakin laskelmassa tavoitetaso määriteltiin eri lähtökohdista. Kussakin laskelmassa tarkastellaan saavutettavien hyötyjen määrää, mikäli tavoitekustannusta kalliimmat kunnat pystyisivät painamaan kustannuksensa tavoitetasolle.

Laskelmaa varten kunnat ryhmitettiin sote-keskustelun mukaisesti ryhmiin alle 20 000 asukasta, 20 000–50 000 asukasta ja yli 50 000 asukasta. Tavoitetaso määriteltiin tarkastelemalla kuntien nykyistä kulurakennetta ja ottamalla sieltä hyvin toimivia kuntia malliksi. Menettely, jossa parhaita käytetään esimerkkinä, on tavallinen sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Laskelma 1: Huippujen leikkausmalli – säästö 5 %

Ensimmäinen laskelma perustuu koko maan keskimääräiseen kustannustasoon. Siinä säästöpainne kohdistetaan niihin 213 kuntaan, joiden kustannukset ylittävät maan keskitason. Laskelmassa kunnat, joiden kustannustaso on maan keskitasoa 3 209 euroa/asukas suurempi, palautettiin maan keskitasolle. Muut 91 kuntaa jäivät nykytasolle.

Taulukko 6.

Laskelman 1 kustannukset ja hyödyt

Laskelma 1 kustannustaso 3 209 € / asukas	Kuntien lkm	Väestö	Netto- kustannuk- set 2013 M €	Kust. poten- tiaali M €	Rationoin- ti potenti- aali M €	Netto- kust. € / as	% koko- nais- hyödyistä	Hyöty % kustan- nuksista
alle 20 000	189	1 067 339	3 986	3 425	561	3 209	69 %	14 %
20 000 - 50 000	15	420 620	1 447	1 350	97	3 209	12 %	7 %
Yli 50 000	9	1 444 296	4 786	4 635	151	3 209	19 %	3 %
Yhteensä	213	2 932 255	10 219	9 410	809	3 209	100 %	8 %
Manner-Suomi	304	5 410 389	17 363	16 555	809	3 060	100 %	5 %

Laskelmassa 1 kustannushyöty on noin 0,8 mrd. euroa eli noin 8 prosenttia tähän ryhmään kuuluvien kuntien vuoden 2013 kustannuksista. Mikäli nämä kunnat pystyisivät sopeuttamaan toimintaansa ja laskelmaan kustannuksiaan, koko Suomen kustannustaso laskisi tasolle 3 060 euroa/asukas.

Laskelma 2: Keskikokoisten kuntien malli – säästö 7 %

Koska keskikokoiset kunnat ovat kustannustasoltaan keskimäärin kaikista edullisimpia kuntia, otettiin laskelman pohjaksi keskikokoisten kuntien kustannusten keskiarvo 3 067 euroa/asukas. Ryhmään kuuluvat siis ne 238 kuntaa, joiden kustannustaso ylitti 3 067 euroa/asukas.

Taulukko 7.

Laskelman 2 kustannukset ja hyödyt

Laskelma 2 kustannustaso 3 067 € / asukas	Kuntien lkm	Väestö	Netto- kustannuk- set 2013 M €	Kust. poten- tiaali M €	Rationoin- ti potenti- aali M €	Netto- kust. € / as	% koko- nais- hyödyistä	Hyöty % kustan- nuksista
alle 20 000	204	1 156 200	4 265	3 546	719	3 067	56 %	17 %
20 000 - 50 000	19	563 527	1 894	1 728	165	3 067	13 %	9 %
Yli 50 000	15	1 893 452	6 197	5 807	389	3 067	31 %	6 %
Yhteensä	238	3 613 178	12 356	11 082	1 274	3 067	100 %	10 %
Manner-Suomi	304	5 410 389	17 363	16 089	1 274	2 974	100 %	7 %

Laskelman 2 kustannustaso 2 974 euroa/asukas on 3 prosenttia pienempi kuin laskelman 1 kustannustaso. Laskelmassa 2 kustannushyöty on n. 1,3 mrd. euroa.

Kustannushyödyt ovat 10 prosenttia tämän ryhmän kokonaiskustannuksista, eli ryhmään 2 kuuluvien 238 kunnan kustannusten tulisi laskea keskimäärin 6–17 prosenttia nykytasosta riippuen kunnan koosta. Koko Suomen kustannustaso laskisi tasolle 2 974 euroa/asukas.

Laskelma 3: Tehokkaiden kuntien malli – säästö 10 %

Kolmannessa laskelmassa keskikokoisten kuntien lisäksi huomioitiin suurimpien kuntien viisi kustannustehokkainta kuntaa: Espoo, Vantaa, Oulu, Jyväskylä ja Seinäjoki. Keskikustannukseksi tuli 2 955 euroa/asukas.

Taulukko 8.

Laskelman 3 kustannukset ja hyödyt

Laskelma 3 kustannustaso 2 955 € / asukas	Kuntien lkm	Väestö	Netto- kustannuk- set 2013 M €	Kust. poten- tiaali M €	Rationoi- ti potenti- aali M €	Netto- kust. € / as	% koko- nais- hyödystä	Hyöty % kustan- nuksista
alle 20 000	216	1 298 409	4 691	3 837	854	2 955	51 %	18 %
20 000 - 50 000	21	610 520	2 034	1 804	229	2 955	14 %	11 %
Yli 50 000	15	1 893 452	6 197	5 596	601	2 955	36 %	10 %
Yhteensä	252	3 802 381	12 922	11 237	1 685	2 955	100 %	13 %
Manner-Suomi	304	5 410 389	17 363	15 679	1 685	2 898	100 %	10 %

Ryhmään 3 kuuluu 252 kuntaa, ja kustannushyöty on 13 prosenttia ryhmän kokonaiskustannuksista. Kustannushyöty on tässä ryhmässä noin 1,7 mrd. euroa. Muut 52 kuntaa ovat jo nyt tällä tasolla tai sitä alempana. Koko Suomen kustannustaso laskisi tasolle 2 898 euroa/asukas.

Huomattakoon, että myös ryhmän 3 laskelmien pohjana ollut kustannustaso edustaa täysin realistista toimintamallia. Tavoitetason muodostaneeseen joukkoon kuuluu 36 keskisuurta kuntaa erilaisin ikärakentein ja viisi kaupunkia, joissa on hyvin toimivat terveydenhuoltojärjestelmät.

Laskelma 4: Tarvekorjattu huippujen leikkausmalli – säästö 5 %

Seuraavassa laskelmassa 4 on huomioitu laskelman 1 säästöpotentiaali (n. 0,8 mrd. euroa). Kun tämä otetaan lähtökohdaksi, saadaan kaikille kunnille uusi matalampi lähtökustannustaso (3 060 euroa/asukas). Seuraavassa uusi lähtötaso jaetaan kunnille THL:n tarvekerrointa (Häkkinen et al. 2009) hyödyntäen. Tarvekertoimessa on huomioitu erilaisia tekijöitä, kuten ikärakenne, kieli, sukupuoli, haja-asutus ja sairastavuus.

Taulukko 9.

Tarvekertoimen avulla laskettu rationointipotentiaali

Laskelma 4 tarvekertoimella kohdistetut kustannukset	Kuntien lkm	Väestö 2013	Netto- kustan- nukset 2013 M€	Tarveker- toimella kohdistetut kust. M €	Ratio- nointi potenti- aali M €	Tarveker- roin nettokust. € / as	% koko- nais hyödystä	Hyöty % kustan- nuksista
alle 20 000	248	1 573 707	5 424	5 187	237	3 296	29 %	4 %
20 000 - 50 000	36	1 091 389	3 347	3 289	58	3 014	7 %	2 %
Yli 50 000	20	2 745 293	8 592	8 078	514	2 942	64 %	6 %
Manner-Suomi	304	5 410 389	17 363	16 555	809	3 060	100 %	5 %

Kuntakohtaiset tiedot laskelmasta löytyvät liitteestä 1. Laskelmassa 4 on mukana kaikki Manner-Suomen 304 kuntaa. Laskelmassa 4 joidenkin kuntien kustannustaso nousee (negatiivinen luku) ja toisten laskee (positiivinen luku) riippuen kunnan tarvekertoimesta.

Yhteenvetona voidaan todeta, että kalliimpien palvelurakenteiden leikkaus toisi 5–10 prosenttia kustannussäästön näillä tavoitekustannusmäärittelyillä. Todettakoon, että edellä esitetyissä laskelmissa ei vielä asetettu maan kaikkein tehokkaimpia toimijoita tai kansainvälisiä toimijoita vertailukohdaksi. Tarkemmat laskelmat edellyttävät ikärakenteen huomiointia ja sairaskorjausperusteisen palvelujärjestelmän sekä työterveyshuollon huomiointia.

3.3.2 Sairaanhoidopiirien tuotantotehokkuusmalli

Huippujen leikkausmallin vaikutus sairaanhoidopiireihin

Jos sote-alueet muodostetaan sairaanhoidopiirien pohjalta, voidaan tarkastella, mitä eri huippujen leikkausmallit vaikuttavat sairaanhoidopiirin sosiaali- ja terveyspalvelujen muodostamaan kokonaisuuteen. Seuraavassa taulukossa olevat rationalisointikustannukset viittaavat edellä oleviin laskelmiin 1–3.

Kun koko sote-sektori otetaan sairaanhoidopiirikohtaisen tarkastelun kohteeksi, ovat erot suurimpien ja pienimpien asukaskohtaisten kustannusten osalta noin 1 000 euroa ja noin 30 prosenttia.

Taulukko 10.

Sairaanhoidopiirit laskevassa järjestyksessä asukaskohtaisten nettokustannusten mukaan 2013

Laskelmat 1-3 sairaanhoito- piireittäin M €	Väestö 2013	Netto- kust. 2013 M €	Netto- kust. € / as 2013 <i>laskeva</i>	Tarve- ker- roin	Sairas- tavuus- index	Laskelma 1 rationointi potentiaali M €	Laskelma 2 rationointi potentiaali M €	Laskelma 3 rationointi potentiaali M €
Manner-Suomi	5 410 389	17 363	3 209	100	100	809	1 274	1 685
Itä-Savon	44 663	176	3 951	111	106	33	39	44
Lapin	118 252	435	3 676	105	107	59	72	85
Kainuun	77 109	282	3 663	114	112	35	46	55
Etelä-Savon	104 605	373	3 563	114	110	37	52	64
Pohjois-Savon	248 332	878	3 535	113	124	87	119	145
Kymenlaakson	174 165	608	3 491	108	108	50	74	93
Länsi-Pohjan	64 428	224	3 483	109	119	23	29	34
Pohjois-Karjala	169 304	580	3 423	112	115	57	70	87
Etelä-Pohjanmaa	198 888	666	3 348	110	102	48	64	78
Keski-Pohjanmaa	78 261	262	3 346	103	105	11	22	31
Vaasan	168 480	561	3 329	98	86	32	51	66
Satakunnan	224 745	737	3 281	102	96	25	50	73
Päijät-Hämeen	213 485	685	3 208	103	105	17	39	58
Keski-Suomen	250 571	801	3 196	103	111	47	58	68
Varsinais-Suomi	473 096	1 503	3 176	98	104	37	82	121
Etelä-Karjalan	132 304	418	3 163	106	99	10	17	31
Pirkanmaan	519 849	1 643	3 161	98	97	61	112	154
Kanta-Hämeen	175 477	549	3 126	100	94	4	22	37
Pohjois-Pohjanmaa	402 257	1 257	3 124	105	119	63	82	99
Helsingin ja Uudenmaan	1 572 123	4 726	3 006	89	85	73	174	260

3.3.3 Vertailupohjana 15 tehokkaimman kunnan kustannustaso

On perusteetonta ajatella, etteikö Suomessa voitaisi päästä jopa selvästi tehokkaimpien kuntien tasoa pienempiin kustannuksiin. Erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen yhdistämisellä samaan organisaatioon voidaan varmasti rationalisoida toimintoja ja hoitoketjuja, sillä yksi peruste sote-uudistukselle olivat juuri ne mahdollisuudet, joita toimintojen koordinointi yli nykyisten hallinnollisten raja-aitojen tarjoaa. Samoin Suomen tehokkaimmat kunnat voivat varmasti ottaa oppia niin kansainvälisiltä toimijoilta kuin yksityiseltäkin sektorilta. Siksi tarkastelemme lopuksi tilannetta, jossa tällä hetkellä 15 tehokkaimman kunnan kustannustaso muodostaa tavoitetason. Ryhmään kuuluu kymmenen pientä, neljä keski-suurta ja yksi suuri kunta.

Taulukko 11.

Tehokkaimpien kuntien pohjalta laskettu rationointipotentiaali sairaanhoitopiireittäin

Sairaanhoitopiirien vertailu tehokkaimpien 15 kunnan tasoon 2 599 € / as	Väestö 2013	Netto- kust. 2013 M €	Netto- kust. € / as 2013 laskeva	Tarve- ker- roin	Sairas- tavuus- index	Tehokkaimpien kustannustaso, tarvekerto- mella kohdistettuna M €	Tehok- kaimpien kustan- nustaso € / as	Rationointi- potentiaali M €
Manner-Suomi	5 410 389	17 363	3 209	100	100	14 064	2 599	3 300
Itä-Savon	44 663	176	3 951	111	106	124	2 775	53
Lapin	118 252	435	3 676	105	107	329	2 785	105
Kainuun	77 109	282	3 663	114	112	224	2 905	58
Etelä-Savon	104 605	373	3 563	114	110	300	2 865	73
Pohjois-Savon	248 332	878	3 535	113	124	804	3 239	73
Kymenlaakson	174 165	608	3 491	108	108	493	2 833	115
Länsi-Pohjan	64 428	224	3 483	109	119	200	3 098	25
Pohjois-Karjalan	169 304	580	3 423	112	115	504	2 979	75
Etelä-Pohjanmaan	198 888	666	3 348	110	102	529	2 659	137
Keski-Pohjanmaan	78 261	262	3 346	103	105	216	2 761	46
Vaasan	168 480	561	3 329	98	86	381	2 263	180
Satakunnan	224 745	737	3 281	102	96	566	2 519	171
Päijät-Hämeen	213 485	685	3 208	103	105	583	2 732	102
Keski-Suomen	250 571	801	3 196	103	111	724	2 888	77
Varsinais-Suomen	473 096	1 503	3 176	98	104	1 281	2 708	221
Etelä-Karjalan	132 304	418	3 163	106	99	344	2 597	75
Pirkanmaan	519 849	1 643	3 161	98	97	1 316	2 531	328
Kanta-Hämeen	175 477	549	3 126	100	94	433	2 465	116
Pohjois-Pohjanmaa	402 257	1 257	3 124	105	119	1 234	3 068	23
Helsingin ja Uuden	1 572 123	4 726	3 006	89	85	3 479	2 213	1 247

Keskikustannukseksi muodostuu 2 599 euroa/asukas. Tämä tavoitetaso tarkoittaisi 3,3 mrd. euron säästöpotentiaalia.

Tällaisia laskelmia voidaan esittää muitakin erilaisin perustein. Lopputulos on kaikissa sama, palvelujärjestelmissä ja niiden kustannuksissa on merkittäviä eroja, joita ei voida selittää sairastavuudella tai muilla tarpeilla. Siksi sote-sektorilta voidaan vaatia rakenneuudistusta ja asettaa sille tavoitehinta.

3.4 Vanhusten laitospalvelut – ylimitoitettu rakenne

Kun pohditaan, mistä säästöjä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa voidaan saavuttaa, laitostenmuotoista hoitoa tulee tarkastella kriittisesti. THL tekee kunkin vuoden viimeisenä päivänä vanhusten laitospalvelujärjestelmän kaikissa yksiköissä laskennan, jossa jokaisen henkilön osalta kerätään hänen hoitoa tai hoivaa koskevia tietoja. Tämän poikkileikkausaineiston avulla tarkastelimme raportissamme ”Saadaanko sote-uudistuksella tasalaatua?” alueellisia eroja. Samaa tietopohjaa käytetään seuraavassa, kuitenkin siten, että vuoden 2012 tiedot on vaihdettu nyt saatavissa olevaan vuoteen 2013.

Vuosittaiseen laskentaan kuuluvat pitkäaikaiseen ja lyhytaikaiseen hoitoon jaetut terveystieteiden vuodeosastot, vanhainkodit, tehostetut palveluasunnot ja erikseen aikuisväestölle ja vanhuksille jaetut tavalliset palveluasunnot. Laitoskäsitteeseen kuuluvat ne yksiköt, jossa on ympärivuorokautisesti terveydenhoidon ammattilainen. Koska useissa kunnissa on vain yksi tai kaksi palveluyksikköä, on todennäköistä, että erinimisissä yksiköissä on samalla tavalla apua tarvitsevia henkilöitä.

THL:n laskenta on inventaario keskeneräisestä hoidosta. Koska koko järjestelmässä keskimääräinen hoitoaika on 677 vrk, tulee yhden vuoden kustannuksia tarkasteltaessa yksittäisen potilaan hoidon kustannuksista virheellinen kuva, koska yli vuoden kestävät hoitopäivät jäävät tarkastelusta pois.

Taulukossa 12 sarakejakson kustannus merkitsee arviota yhden henkilön hoitojakson keskimääräisestä kustannuksesta laitokseen tulohetkestä laskentapäivään 31.12.2013. Kertynyt kustannus kuvaa kaikkien hoito- tai hoivapäivien lukumäärää jakson alusta kerrottuna päivän kustannuksella.

Vuosikustannus saadaan kertomalla potilas- tai asukasmäärä yhden hoitopäivän hinnalla ja edelleen päivähinta 365:llä.

Hoitopäivien hinta on ongelma, koska niitä ei enää kerätä laitoksittain. Hinnoissa on suurta hajontaa. Tässä käytetyt hinnat saatiin alun perin arvioimalla keskihinnat yhdessä kuntaliiton kanssa. Vuoden 2013 laskennassa on käytetty seuraavia hintoja: vanhainkoti 130 e/vrk, tehostettu palveluasunto 130 e/vrk, tavallinen palveluasunto 90 e/vrk, terveyskeskuksen vuodeosasto lyhyt 230 e/vrk ja pitkä 180 e/vrk. Kaikkien järjestelmien keskihinta on 126 e/vrk.

Taulukko 12.

Vanhuspalvelujärjestelmä 31.12.2013

THL Laskenta 31.12.2013 Koko maa, kaikki järjestelmät	Lukumäärä	lkm %	Hoivapäivät 1 000 pv	Hp %	Hoitoaika	Keski-ikä	Päivänkustannus	Jaksonkustannus €	Vuosi-kust. M €	Kustannus %
Vanhainkodit	11 921	20 %	8 410	20 %	705	84	130	91 713	566	21 %
Tehostetut palveluasunnot	34 800	60 %	22 524	53 %	647	83	130	84 141	1 651	62 %
Tavall. Vanh. Palv.asunnot	6 394	11 %	8 340	20 %	1 304	81	90	117 393	210	8 %
TK pitkä	5 055	9 %	3 332	8 %	659	82	180	118 644	332	12 %
Yhteensä	58 170	100 %	42 606	100 %	677	82	126	92 346	2 669	100 %
Tavall. Aik. palv.asunnot	2 040	4 %	3 418	8 %	1 675	52	90	150 787	67	
TK, lyhyt	7 974	14 %	157	0 %	20	79	230	4 533	669	

Lähde: THL:n laskenta 31.12.2013

Kodin ulkopuolinen asuminen ja vanhustenhoito muodostuvat kuudesta edellä luetellusta osakokonaisuudesta, joissa on ollut yhteensä 58 000 vanhusta keski-ikänsä 82 vuotta. Tämä tekee noin 14 prosenttia yli 75-vuotiaista.

Tavalliset aikuisten palveluasunnot sisältävät yhteensä 2 040 paikkaa. Niissä asuu liikennevahinkojen ja tapaturmien seurauksena pysyvästi vammautuneita ja sairaita henkilöitä. Tämän ryhmän keski-ikä on 52 vuotta, eivätkä he kuulu ikääntymiskeskustelun piiriin.

Terveyskeskuksen vuodeosaston akuuttihoidon rajana pidetään 90 vrk:ta. Yleensä potilaan tilanne tiedetään kuukauden jälkeen. Useissa Euroopan maissa on lakimääräisesti rajattu vuodeosaston hoito-aika yhteen kuukauteen.

teen. Moni heistä, jotka jäävät yli kuukaudeksi vuodeosastolle, jäävät sinne pysyvästi. Jos asetamme rajan kuukauden kohdalle, käytetään alle kuukauden kestäviin hoitojaksoihin noin 6 000 paikkaa kaikkiaan noin 8 000 terveyskeskuksen lyhytaikaiseksi nimetyistä paikoista.

Jos sekä keski-ikäisten palveluasunnot 2 000 paikkaa ja terveyskeskusten vuodeosaston alle kuukauden kestäviin hoitojaksoihin käytetyt 6 000 paikkaa eli yhteensä 8 000 paikkaa jätetään tarkastelun ulkopuolelle, jää kodin ulkopuoliseen asumiseen jäljelle noin 60 000 vanhushoitoon suunnattua paikkaa eli 12,5 prosenttia yli 75-vuotiaiden määrästä. Kotona asuu siis 87,5 prosenttia yli 75-vuotiaista.

Ikäihmisten pitkään voimassa ollut laatusuositus on ollut vanhushuolulain pohjana. Suositus edellyttää, että tuettuna tai itsenäisesti kotona asuvia ikäihmisiä on 91–92 prosenttia yli 75 vuotiaista. Vuonna 2015 yli 75-vuotiaiden lukumäärä oli 483 000 henkilöä. Heistä 91 prosenttia kotona asuvaa merkitsisi 43 500 ja 92 prosenttia vastaavasti 38 500 laitospaikkaa.

Kun vanhuksille tarkoitettuja paikkoja on noin 60 000, merkitsee tämä, että Suomessa oli vuonna 2013 karkeasti ottaen 20 000 paikkaa yli vanhushuolulain esitetyn tavoitetason. Tältä osin vanhushuolulain tavoitteet eivät toteudu.

Vanhushuolulain suositusta suurempi laitospäämäärä on luonnollisesti kallista. Kustannuksia voidaan karkeasti arvioida perustuen käytettävissä oleviin tietoihin kotipalveluiden määrästä yhtä asiakasta kohti sekä Suomesta että Göteborgista. Molemmat lähteet ilmoittavat keskimääräisen käytön olevan noin 6–7 tuntia viikossa. Jos kotipalvelun hinta on 45 e/h ja laitos maksaa keskimäärin noin 130 e/vrk, voidaan ylimääräksi arvioida noin 85 e/vrk. Kun ylimäärää on 20 000 paikkaa ja yhden paikan vuosikustannus on noin 31 000 euroa enemmän kuin kotipalveluna hoidettuna, päädytään noin 620 milj. euron ylimääräisiin kustannuksiin.

Kun tällä hetkellä edelleen rakennetaan uutta kodin ulkopuolista asumiskapasiteettia, tulisi rahoituspäätöksiä tehtäessä huolehtia siitä, että vanhusten palveluasuntojen rakentamiseen varattu tukirahoitus suunnataan kuntiin, joissa siihen on todellinen tarve.

3.4.1 Laitokseen tulosityt

Tulositytä voidaan käyttää vanhusten toimintakyvyn mittarina. Se kuvaa paremmin vanhusten palvelutarvetta kuin diagnoosi. Useilla 50-vuotiailla on jo jotakin lääkitystä, 60-vuotiaalla hoidetaan kahtakin tautia ja 70-vuotiaalla on useita eri lääkkeitä. Näin ollen diagnoosi ja etenkin monet diagnoosit eivät sellaisenaan kuvaa sitä, kuinka hyvin vanha ihminen pärjää. Siksi toimintakykyä kuvaava tulosityt on otettava tarkastelun lähtökohdaksi aivan kuten THL ja aikoinaan Stakes ovat tehneet.

Taulukko 13.

Tulosityt palvelujärjestelmiin 31.12.2013

THL laskenta 31.12.2013 tulosityt kaikkiin järjestelmiin	Lukumäärä	Ikä %	Hoivapv 1 000 pv laskeva	Hp %	Hoito- aika	Keski- ikä	Päivä kust.	Jakson kustan- nus	Vuosi kustan- nus M €
2D Dementia, muistamattom	37 204	55 %	23 069	50 %	620	84	132	81 574	1 787
11 Itsensä huolehtimisen va	13 395	20 %	10 175	22 %	760	81	118	89 308	575
12 Liikkumiskyvyn vajavuud	3 251	5 %	3 661	8 %	1 126	76	108	121 583	128
3X Muut psyyk.-sosiaaliset s	1 778	3 %	1 880	4 %	1 057	77	110	116 657	72
6 Som.sairauden tutkim. + h	6 985	10 %	1 653	4 %	237	78	154	36 439	392
32 Muu psykiatr. sairaus/oi	1 135	2 %	1 488	3 %	1 311	73	116	151 935	48
34 Yksinäisyys,turvattomuus	1 276	2 %	1 471	3 %	1 152	86	102	117 888	48
35 Asumisongelmat	920	1 %	1 428	3 %	1 552	78	101	156 129	34
2X Muut hermostolliset syyt	732	1 %	1 067	2 %	1 458	74	107	155 320	28
4 Kuntoutus	1 032	2 %	228	0 %	220	79	154	34 012	58
37 Hoitajan loma	476	1 %	63	0 %	131	80	126	16 505	22
Yhteensä 31.12.2013	68 184	100 %	46 181	100 %	677	82	126	83 825	3 081
Yhteensä 31.12.2012	69 503	100 %	47 149	100 %	678	82	124	84 119	3 149
Muutos %	-2 %	0 %	-2 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	-2 %

Lähde: THL:n laskenta 31.12.2013

Vanhusten asumis- ja hoivapalvelujärjestelmään joutumisen syistä ylivertaisesti tärkein tulosityt on dementia ja toisena tulee kotona pärjäämättömyys. Nämä tekevät yhteensä noin 75 prosenttia asiakkaista ja yli 70 prosenttia kustannuksista.

Verrattaessa laskentaa vuodelta 2012 ja 2013 havaitaan vähäistä muutosta. Sekä vanhusten lukumäärä että hoitopäivien määrä ovat laskeneet 2 prosenttia.

3.4.2 Terveyskeskusten vuodeosastojen pitkäaikaishoito

Keski-Euroopassa vähennettiin 1970-luvulla noin 30 prosenttia konservatiivisista sairaansijoista, koska kehittyneiden hoitomuotojen vuoksi sairauksien hoito ei enää vaatinut pitkää sairaalassaoloaikaa. Sama prosessi johti Pohjoismaissa pitkäaikaishoidon purkamiseen. Muista Pohjoismaista Ruotsissa tämä lopetettiin viimeisenä 1992. Suomi on ainoa poikkeus, jossa on pitkäaikaista vuodelepoa terveyskeskuksissa.

Taulukko 14.

Terveyskeskusten vuodeosaston pitkäaikaishoito 31.12.2013

THL laskenta 31.12.2013 Koko maa, Tk-vuodeosasto pitkäaikainen Kestoluokka	Lukumäärä	lkm %	Hoito-päivät	Hp %	Hoito-aika	Keski-ikä	Jakson kustannus (180 €/ vrk)	Vuosi-kustannus M€
2D Dementia, muistamatto	2 885	57	2 035 088	61	705	84	126 973	190
6 Som.sairauden tutkim. +	1 396	28	723 029	22	518	79	93 227	92
11 Itsensä huolehtimisen v	383	8	272 454	8	711	80	128 046	25
4 Kuntoutus	180	4	104 916	3	583	79	104 916	12
12 Liikkumiskyvyn vajavuus	97	2	89 120	3	919	81	165 377	6
32 Muu psykiatr. sairaus/d	58	1	60 337	2	1 040	69	187 253	4
3X Muut psyyk.-sosiaaliset	37	1	15 612	0	422	79	75 950	2
2X Muut hermostolliset sy	13	0	9 643	0	742	72	133 518	1
34 Yksinäisyys,turvattomu	0	0	0	0	0	0	0	0
35 Asumisongelmat	0	0	0	0	0	0	0	0
37 Hoitajan loma	0	0	0	0	0	0	0	0
Yhteensä	5 055	100	3 331 906	100	659	82	118 620	332

Lähde: THL:n laskenta 31.12.2013

Kun tilannetta tarkastellaan 31.12.2013 laskennassa, todetaan, että yli 3 kk:n pitkäaikaisessa hoidossa oli 5 055 potilasta. Pääosa potilaista, 57 prosenttia, oli tullut dementin vuoksi. Sairauksien hoitoon käytetään vain 28 prosenttia paikoista ja 22 prosenttia hoitopäivistä. Kuntoutukseen käytetään vain 180 paikkaa eli 4 prosenttia paikoista.

Samaa asiaa voidaan tarkastella jakamalla potilaat hoidon kestoluokkiin. Kestoluokka merkitsee keskimääräistä aikaa, jonka potilas on ollut laskentapäivään vuodeosastolla. Nyt pitkien jaksojen kokonaiskustannus tulee esiin.

Taulukko 15.

Terveyskeskusten vuodeosastojen pitkäaikaishoito kestoluokittain 31.12.2013

THL laskenta 31.12.2013							Jakson	Vuosi-
Koko maa, Tk-vuodeosasto	Luku-		Hoito-		Hoito-	Keski-	kustannus €	kustan-
pitkäaikainen Kestoluokka	määrä	lkm %	päivät	Hp %	aika	ikä	(180 €/vrk)	nus M€
0 1-9	102	2	398	0	4	81	720	7
1 10-29	162	3	3 046	0	19	80	3 420	11
2 30-59	190	4	8 412	0	44	81	7 920	12
3 60-90	223	4	16 788	1	75	80	13 500	15
4 91-179	1 073	21	136 910	4	128	81	23 040	70
5 180-364	936	19	243 054	7	260	82	46 800	61
6 365-729	848	17	440 593	13	520	83	93 600	56
7 730-1094	512	10	458 454	14	895	83	161 100	34
8 1095-3599	945	19	1 699 519	51	1 798	82	323 640	62
9 3600-9999	64	1	324 732	10	5 074	78	913 320	4
Yhteensä	5 055	100	3 331 906	100	659	82	118 620	332

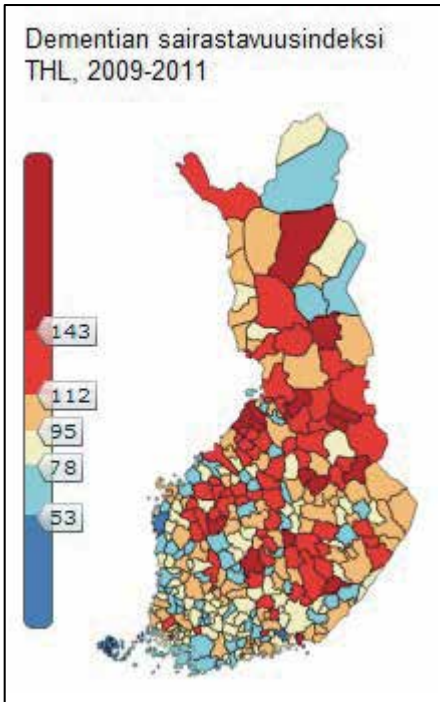
Lähde: THL:n laskenta 31.12.2013

EU:n terveysviraston DG SANCO:n valmisteluasiakirjoissa on ollut esillä suositus, joka rajaisi kodin ulkopuolisen asumisen kahteen vuoteen. Terveyskeskusten vuodeosastojen kapasiteetista 75 prosenttia käytetään potilaisiin, jotka ylittävät tämän suositusrajan.

Pisimmät hoitojaksot ryhmässä 9 ovat 14 vuotta. Neljäntoista vuoden asuminen vuodeosastolla on epäinhimillistä. Jos hoitoaika olisi rajattu 1 kk:een, kuten useissa EU-maissa on tehty, olisi tällä kapasiteetilla hoidettu 10 750 potilasta nykyisen 64 asemasta.

3.4.3 Dementian hoito ja sen alueelliset erot

Dementia on ryhmä sairauksia, joilla on erilaisia taustoja. Alzheimerin taudille on olemassa lääkitys, joten sitä voidaan käyttää tarkkana taudin määrän indeksinä. Tämän ulkopuolelle arvioidaan jäävän noin 30 prosenttia dementiaa sairastavista, joiden varhaista hoitotarvetta ei tunnisteta. Näin ollen dementian sairastavuusindeksi käsittää vain osan tautiryhmän tapauksista.



Kuva 16. Dementian sairastavuusindeksi 2009–2011

Lähde: THL:n sairastavuusindeksit 2009–2011

Dementiaa sairastavien vanhusten määrä kodin ulkopuolisessa palvelujärjestelmässä vaihtelee alueittain ja ikäryhmittäin. Taulukossa 16 on potilaiden tai hoivattavien määrä alueen palvelujärjestelmässä ikäryhmän 1 000 asukasta kohti.

Taulukko 16.

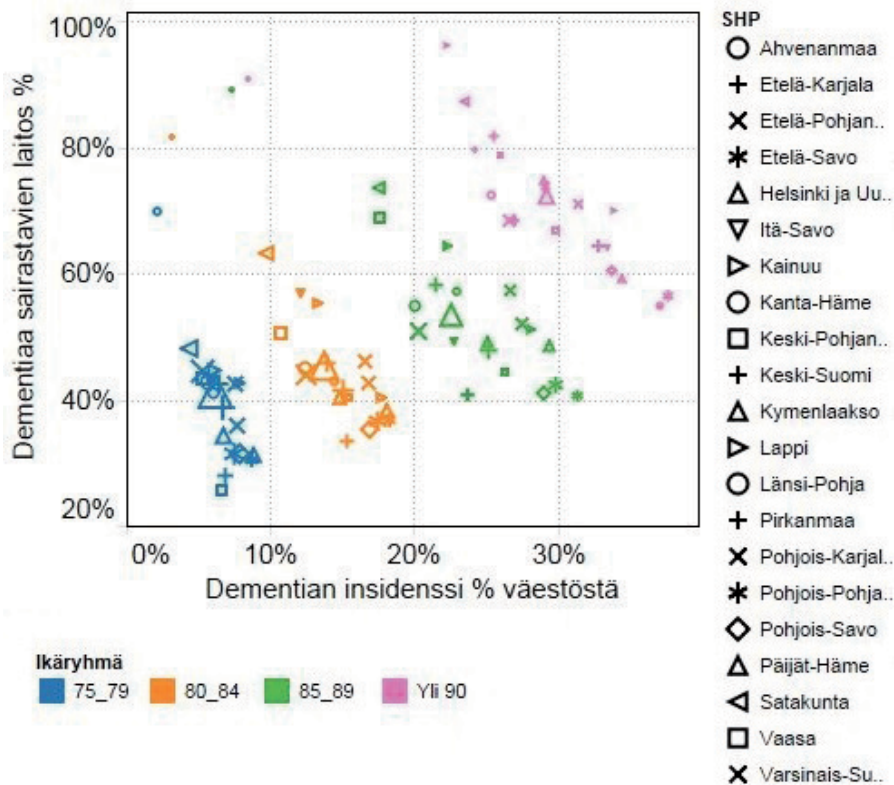
Dementiaa sairastavat ikäryhmän 1 000 asukasta kohti 31.12.2013

Tulosy dementia henkilöt 31.12.2013 / 1 000 ikäryhmän asukas									
75-79 v		80-84 v		85-89 v		Yli 90 v		Yli 75 ikäryhmät	
Koko maa	25	Koko maa	62	Koko maa	125	Koko maa	212	Koko maa	72
Kainuun sh	34	Pohjois-Kar	75	Pohjois-Kar	156	Keski-Suom	250	Pohjois-Kar	85
Pohjois-Kar	32	Lapin shp	74	Kainuun sh	149	Kainuun sh	250	Keski-Suom	84
Keski-Suom	32	Keski-Suom	72	Lapin shp	149	Lapin shp	229	Etelä-Pohja	84
Lapin shp	28	Kainuun sh	70	Keski-Suom	147	Pohjois-Poh	229	Kainuun sh	83
Kymenlaaks	28	Etelä-Pohja	70	Etelä-Pohja	146	Etelä-Pohja	227	Kymenlaaks	80
Etelä-Pohja	28	Kymenlaaks	69	Kymenlaaks	145	Pohjois-Kar	224	Lapin shp	76
Etelä-Savon	27	Itä-Savon sh	69	Länsi-Pohja	135	Päijät-Häm	223	Etelä-Savon	75
HUS	26	Etelä-Savon	67	Pohjois-Poh	132	Pohjois-Sav	218	Vaasan shp	73
Länsi-Pohja	25	Pohjois-Poh	65	Satakunnan	131	Itä-Savon sh	217	Pohjois-Poh	72
Pohjois-Sav	25	HUS	62	Etelä-Savon	131	HUS	214	Itä-Savon sh	72
Itä-Savon sh	25	Länsi-Pohja	61	Päijät-Häm	126	Etelä-Savon	213	Länsi-Pohja	72
Kanta-Häme	25	Satakunnan	60	HUS	123	Satakunnan	212	Satakunnan	71
Pirkanmaar	25	Päijät-Häm	60	Vaasan shp	122	Kymenlaaks	212	HUS	71
Pohjois-Poh	24	Pohjois-Sav	59	Pohjois-Sav	120	Keski-Pohja	207	Päijät-Häm	70
Varsinais-S	24	Keski-Pohja	58	Itä-Savon sh	117	Vaasan shp	204	Pohjois-Sav	70
Päijät-Häm	24	Pirkanmaar	58	Keski-Pohja	116	Pirkanmaar	202	Pirkanmaar	68
Vaasan shp	23	Kanta-Häme	55	Pirkanmaar	114	Länsi-Pohja	200	Keski-Pohja	67
Satakunnan	21	Varsinais-S	54	Kanta-Häme	112	Etelä-Karjal	192	Kanta-Häme	67
Etelä-Karjal	19	Vaasan shp	54	Varsinais-S	104	Kanta-Häme	191	Varsinais-S	65
Keski-Pohja	16	Etelä-Karjal	51	Etelä-Karjal	98	Varsinais-S	188	Etelä-Karjal	59
Ahvenanma	15	Ahvenanma	26	Ahvenanma	64	Ahvenanma	79	Ahvenanma	35

Lähde: THL:n laskenta 31.12.2013

Taulukosta näkyy hyvin dementian hoitotarpeen kasvu vanhusten ikään-tyessä. Niiden dementiaa sairastavien lukumäärä, jotka otetaan palvelujärjestelmään, vaihtelee sairaanhoitopiireittäin. Merkittäviä eroja on kaikissa ikäluokissa. Esimerkiksi 85–89-vuotiaiden osalta Etelä-Karjalan luku on 98 ja Pohjois-Karjalan 156 ikäryhmän tuhatta asukasta kohti. Näin suuri ero selittyy alueellisilla palvelukäytäntöeroilla.

Seuraavaan kuvaan 17 on otettu insidenssi Kelan tilastoista ja ikäryhmän laitoshoidossa olevien henkilöiden lukumäärä. Insidenssinä on käytetty THL:n dementian sairastavuusindeksissä käytettyä Alzheimer-tautiin myönnettyjen reseptilääkekorvausoikeuksien määrää eli Kelan korvauskoodiin 307 kuuluvaa väestöä. (THL:n terveydenhuoltotutkimus 2014.)



Kuva 17. Dementiaan insidenssi ja dementiaa sairastavien laitosprosentti ikäryhmittäin ja piireittäin 2013

Lähde: Kelasto 2015, THL:n laskenta 31.12.2015, Tilastokeskus 2015

Dementiaan hoito ei näytä riippuvan taudinkuvasta vaan paikallisesta hoitojärjestelmästä. Tai toisin sanoen, dementiaan insidenssi ja hoitotapa riippuvat liikaa maakunnasta. Erot ovat todella suuret, joten havainto vaatii terveydenhuollon asiantuntijoiden jatkokeskustelua.

Sama ilmiö on nähtävissä seuraavissa taulukoissa, joissa on tarkasteltu yhden potilaan keskimääräistä hoitoaikaa sekä dementiaan hoitoon käytettyjä hoivapäiviä ikäryhmän tuhatta asukasta kohden.

Taulukko 17.

Tulosy dementia, jakson keskimääräinen kesto 31.12.2013

Tulosy dementia, keskimääräinen hoitoaika hoitojakson alusta 31.12.2013									
75-79 v		80-84 v		85-89 v		Yli 90 v		Yli 75 ikäryhmät	
Koko maa	561	Koko maa	571	Koko maa	626	Koko maa	709	Koko maa	617
Kainuun sh	682	Lapin shp	687	Kainuun sh	860	Ahvenanma	819	Kainuun sh	745
HUS	640	Kainuun sh	669	Ahvenanma	780	HUS	799	HUS	707
Itä-Savon sh	639	HUS	654	HUS	733	Kainuun sh	769	Lapin shp	685
Lapin shp	619	Päijät-Häme	636	Lapin shp	722	Päijät-Häme	748	Ahvenanma	678
Länsi-Pohja	598	Etelä-Karjal	626	Kanta-Häme	702	Kanta-Häme	745	Itä-Savon sh	658
Ahvenanma	584	Vaasan shp	594	Etelä-Karjal	685	Itä-Savon sh	743	Kanta-Häme	647
Keski-Suom	581	Itä-Savon sh	591	Päijät-Häme	673	Keski-Suom	735	Päijät-Häme	643
Keski-Pohja	578	Pohjois-Poh	589	Itä-Savon sh	659	Keski-Pohja	720	Etelä-Karjal	636
Pirkanmaar	573	Pohjois-Kar	576	Etelä-Pohja	654	Vaasan shp	714	Keski-Suom	614
Kanta-Häme	571	Kanta-Häme	568	Keski-Suom	596	Lapin shp	711	Vaasan shp	608
Etelä-Karjal	558	Keski-Suom	542	Länsi-Pohja	590	Pirkanmaar	702	Pirkanmaar	597
Vaasan shp	555	Pirkanmaar	536	Varsinais-S	579	Pohjois-Poh	694	Pohjois-Poh	595
Pohjois-Poh	543	Etelä-Pohja	531	Pirkanmaar	576	Satakunnan	689	Länsi-Pohja	581
Pohjois-Kar	543	Ahvenanma	528	Vaasan shp	570	Etelä-Karjal	675	Etelä-Pohja	579
Varsinais-S	536	Varsinais-S	528	Etelä-Savon	566	Etelä-Pohja	671	Pohjois-Kar	577
Päijät-Häme	516	Satakunnan	510	Pohjois-Sav	561	Länsi-Pohja	662	Varsinais-S	576
Etelä-Savon	514	Kymenlaaks	490	Satakunnan	557	Varsinais-S	660	Keski-Pohja	569
Satakunnan	472	Länsi-Pohja	474	Pohjois-Poh	552	Etelä-Savon	656	Satakunnan	557
Kymenlaaks	472	Pohjois-Sav	463	Pohjois-Kar	550	Pohjois-Kar	637	Etelä-Savon	548
Etelä-Pohja	461	Etelä-Savon	457	Keski-Pohja	521	Pohjois-Sav	603	Pohjois-Sav	512
Pohjois-Sav	421	Keski-Pohja	456	Kymenlaaks	499	Kymenlaaks	559	Kymenlaaks	505

Lähde: THL:n laskenta 31.12.2013

Taulukko 18.

Dementian hoivapäivät / ikäryhmän asukas 31.12.2013 laskevassa järjestyksessä

Tulosyy dementia hoivapäivät jakson alusta / ikäryhmän asukas 31.12.2013									
75-79 v		80-84 v		85-89 v		Yli 90 v		Yli 75 ikäryhmät	
Koko maa	14	Koko maa	35	Koko maa	78	Koko maa	150	Koko maa	45
Kainuun shp	23	Lapin shp	51	Kainuun shp	129	Kainuun shp	192	Kainuun shp	63
Keski-Suom	18	Kainuun shp	47	Lapin shp	107	Keski-Suom	184	Lapin shp	52
Pohjois-Kar	18	Pohjois-Kar	43	Etelä-Pohja	96	HUS	171	Keski-Suom	52
Lapin shp	17	HUS	41	HUS	90	Päijät-Häme	167	HUS	51
HUS	17	Itä-Savon sh	41	Keski-Suom	88	Lapin shp	163	Etelä-Pohja	51
Itä-Savon sh	16	Keski-Suom	39	Pohjois-Kar	86	Itä-Savon sh	161	Pohjois-Kar	49
Länsi-Pohja	15	Pohjois-Poh	38	Päijät-Häme	85	Pohjois-Poh	159	Itä-Savon sh	47
Kanta-Häme	14	Päijät-Häme	38	Länsi-Pohja	80	Etelä-Pohja	152	Päijät-Häme	46
Pirkanmaar	14	Etelä-Pohja	37	Kanta-Häme	79	Keski-Pohja	149	Vaasan shp	45
Etelä-Savon	14	Kymenlaaks	34	Itä-Savon sh	77	Satakunnan	146	Kanta-Häme	44
Kymenlaaks	13	Vaasan shp	32	Etelä-Savon	74	Vaasan shp	146	Pohjois-Poh	43
Pohjois-Poh	13	Etelä-Karjal	32	Satakunnan	73	Pohjois-Kar	143	Länsi-Pohja	41
Vaasan shp	13	Kanta-Häme	31	Pohjois-Poh	73	Kanta-Häme	142	Etelä-Savon	41
Varsinais-S	13	Pirkanmaar	31	Kymenlaaks	72	Pirkanmaar	142	Satakunnan	41
Etelä-Pohja	13	Satakunnan	31	Vaasan shp	69	Etelä-Savon	139	Pirkanmaar	40
Päijät-Häme	12	Etelä-Savon	31	Pohjois-Sav	67	Länsi-Pohja	132	Kymenlaaks	40
Etelä-Karjal	11	Länsi-Pohja	29	Etelä-Karjal	67	Pohjois-Sav	131	Etelä-Karjal	38
Pohjois-Sav	11	Varsinais-S	29	Pirkanmaar	65	Etelä-Karjal	130	Keski-Pohja	38
Satakunnan	10	Pohjois-Sav	27	Varsinais-S	60	Varsinais-S	124	Varsinais-S	38
Keski-Pohja	10	Keski-Pohja	27	Keski-Pohja	60	Kymenlaaks	118	Pohjois-Sav	37
Ahvenanma	9	Ahvenanma	14	Ahvenanma	50	Ahvenanma	65	Ahvenanma	25

Lähde: THL:n laskenta 31.12.2013

Näiden suurten erojen taustana on erilaisia hoitopäätöksiä, organisaitioita ja rakennuksia. Kun tauti on sama ja ikäihmisten määrän lisääntyessä kasvava, pitäisi palvelujärjestelmän inhimillisyyteen ja kustannustehokkuuteen kiinnittää huomiota. Tässä inhimillisyyden ja kustannustehokkuuden kasvu voitaisiin poikkeuksellisesti saavuttaa samoin toimenpitein eli purkamalla dementian laitoshoidoa. Suurten erojen supistaminen voisi olla hyvä ensimmäinen tavoite.

3.4.4 Pärjäämättömyys

Suomen vanhusluokituksessa ei ole käsitettä hauras vanhus. Käsitteelle on ehdotettu suomenkielistä nimeä gerastenia. Sillä tarkoitetaan vanhuksen terveydentilan selkeää heikentymistä ilman selkeästi määritettävää sairautta. Tämän ryhmän on nostanut omaksi kategoriakseen mm. Britannian NHS. Lähinnä sitä on toiseksi yleisin tulosityy nimikkeellä itsestä huolehtimisen vajavuus. Tähän ryhmään kuuluvat hauraat vanhukset, jotka eivät selviä kotiaskareistaan. Arvioiden mukaan 10–20 prosenttia suomalaisista ikäihmisistä sairastaa hauraus-raihnaus-oireyhtymää eli gerasteniaa.

Taulukko 19.

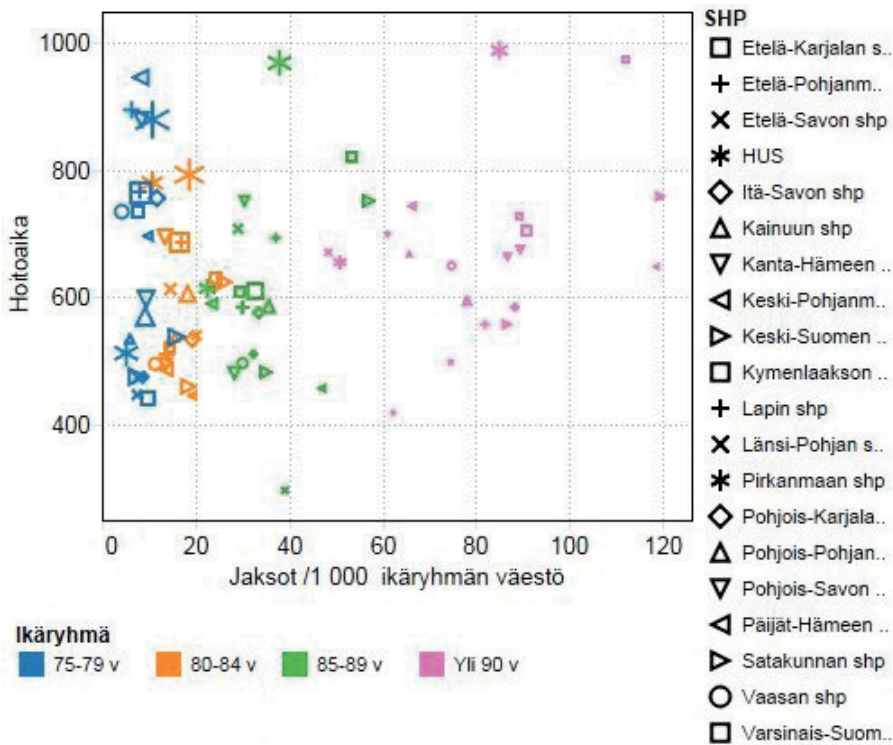
Tulosityy itsestä huolehtimisen vajavuus, henkilöt laitoksissa ikäryhmittäin 2013

Tulosityy itsestä huolehtimisen vajavuudet 31.12.2013 henkilöt laitoksissa / 1 000 ikäryhmän									
75-79 v		80-84 v		85-89 v		Yli 90 v		Yli 75 ikäryhmät	
Koko maa	9	Koko maa	17	Koko maa	34	Koko maa	83	Koko maa	23
Keski-Suom	16	Ahvenanmaa	49	Ahvenanmaa	91	Ahvenanmaa	201	Ahvenanmaa	60
Ahvenanmaa	15	Keski-Suom	26	Keski-Suom	57	Keski-Suom	119	Keski-Suom	35
Pohjois-Kar	12	Kymenlaaks	24	Kymenlaaks	53	Keski-Pohja	119	Kymenlaaks	32
HUS	10	Länsi-Pohja	20	Keski-Pohja	47	Kymenlaaks	112	Keski-Pohja	30
Kymenlaaks	10	Pohjois-Kar	19	Länsi-Pohja	39	Varsinais-S	91	HUS	24
Keski-Pohja	10	Keski-Pohja	19	HUS	38	Etelä-Karjal	89	Pohjois-Kar	24
Pohjois-Sav	9	HUS	19	Lapin shp	37	Pohjois-Sav	89	Varsinais-S	23
Pohjois-Poh	9	Satakunnan	18	Pohjois-Poh	36	Pohjois-Kar	88	Satakunnan	23
Itä-Savon sh	9	Pohjois-Poh	18	Satakunnan	35	Kanta-Häme	86	Länsi-Pohja	23
Varsinais-S	8	Lapin shp	17	Pohjois-Kar	33	Satakunnan	86	Pohjois-Poh	22
Päijät-Häme	8	Varsinais-S	17	Varsinais-S	33	HUS	85	Kanta-Häme	22
Kanta-Häme	8	Kainuun sh	16	Itä-Savon sh	32	Etelä-Pohja	82	Etelä-Karjal	21
Lapin shp	8	Etelä-Savon	15	Kanta-Häme	30	Pohjois-Poh	78	Pohjois-Sav	21
Etelä-Savon	8	Etelä-Karjal	14	Vaasan shp	30	Länsi-Pohja	75	Etelä-Pohja	21
Etelä-Karjal	8	Itä-Savon sh	14	Etelä-Pohja	30	Vaasan shp	75	Vaasan shp	19
Satakunnan	7	Etelä-Pohja	14	Etelä-Karjal	30	Päijät-Häme	66	Itä-Savon sh	19
Länsi-Pohja	7	Päijät-Häme	14	Etelä-Savon	29	Kainuun sh	65	Lapin shp	19
Etelä-Pohja	6	Kanta-Häme	14	Pohjois-Sav	28	Lapin shp	62	Päijät-Häme	17
Kainuun sh	6	Pohjois-Sav	13	Kainuun sh	23	Itä-Savon sh	61	Etelä-Savon	17
Pirkanmaari	5	Vaasan shp	11	Päijät-Häme	23	Pirkanmaari	51	Kainuun sh	17
Vaasan shp	4	Pirkanmaari	11	Pirkanmaari	22	Etelä-Savon	48	Pirkanmaari	14

Lähde: THL:n laskenta 31.12.2013

Suuret erot laitoksiin otettujen määrissä yli 75-vuotiaiden ikäryhmissä, esimerkiksi Keski-Suomen yli kaksinkertainen luku (35) Kainuun (17) verrattuna, johtuvat alueiden hoitokäytännöistä. Näyttäisi siltä, että alueet, joissa on poikkeuksellisen paljon paikkoja, nousevat listan kärkeen.

Seuraavassa on kuvattuna hoitoaikojen pituudet vuorokausina eri ikäryhmissä ja eri alueilla suhteutettuna ikäryhmän tuhanteen asukkaaseen.



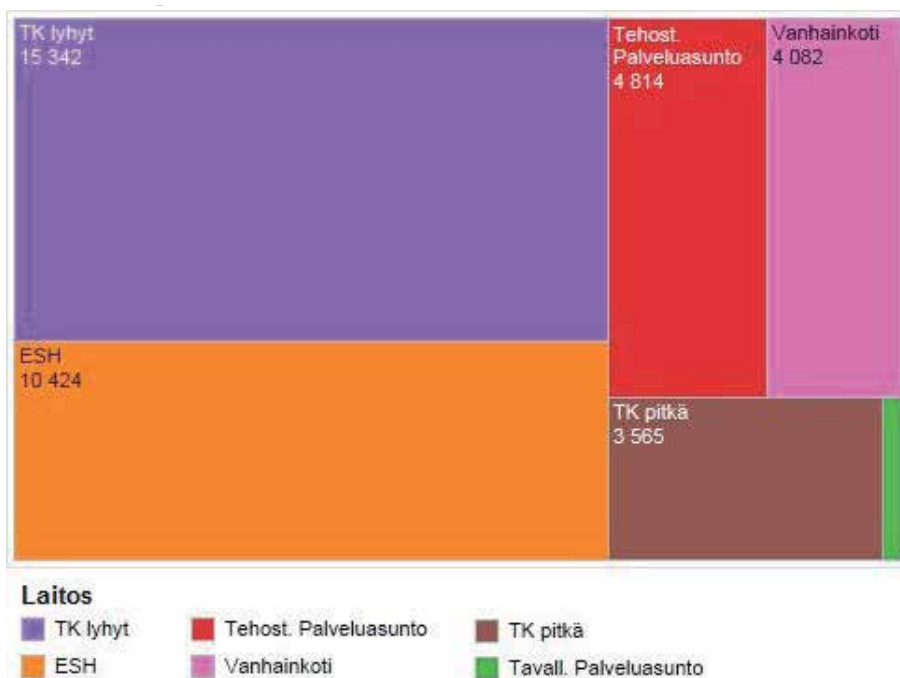
Kuva 18. Tulosy itsestä huolehtimisen vajavuus, laitospalveluihin tulleet 2013

Lähde: THL:n laskenta 31.12.2013 ja Tilastokeskus 2015

Tämän potilasryhmän hoitoaika vaihtelee sairaanhoitopiireittäin 420 ja lähes 1 000 päivän välillä. Hoitojaksojen määrä näyttää kasvavan yli 90-vuotiaiden kohdalla. Vaihteluvälit ovat liian suuret, jotta voitaisiin puhua tasalaatuisesta järjestelmästä.

3.4.5 Saattohoito

Seuraavassa on tarkasteltu suomalaisten kuolemista. Aineistona on Hilmosta tehty erillispoiminta, joka käsittää laitoksissa kuolleet vuonna 2013. Lukuihin ei sisälly kotona tai muualla kuolleet, 11 500 henkilöä. Aluksi tarkastelemme kuolemien määrän jakaantumista eri laitosten kesken.



Kuva 19. Laitoksissa kuolleet laitoksittain 2013

Lähde: THL:n poiminta 2015

Kuolevan potilaan hoito vaatii erikoisosaamista. Toisaalta asiantuntijat pitävät epätarkoituksen mukaisena kuolevan potilaan siirtämistä. Seuraavat taulukot kuvaavat tilannetta.

Taulukko 20.

Kuolemaan päättäneen hoitojakson tulopaikka laitokseen vuonna 2013, tulopaikan ja kuolinpaikan mukaan

Laitoksissa kuolleet tulopaikan ja laitoksen mukaan 2013	Vanhainkoti	Tehost. Palveluasunto	Tavall. Palveluasunto	TK vuodeosasto lyhyt	TK vuodeosasto pitkä	Erikoissairaanhoido	Kaikki yhteensä	Yhteensä %
1 Laitos	430	545	15	771	181	715	2 657	7 %
11 Sairaala	929	1 121	62	7 051	1 528	1 778	12 469	32 %
12 Terveyskeskus	1 506	1 359	30	1 282	531	744	5 452	14 %
13 Vanhainkoti	581	414	5	145	266	135	1 546	4 %
17 Muu laitos	29	24	5	465	114	47	684	2 %
2 Koti	169	371	52	879	112	4 617	6 200	16 %
21 Kotihoito	190	381	23	2 579	413	345	3 931	10 %
22 Koti	50	110	27	1 188	99	1 652	3 126	8 %
27 Muu ymp-vrk	198	489	18	982	321	391	2 399	6 %
Yhteensä	4 082	4 814	237	15 342	3 565	10 424	38 464	100 %
Yhteensä %	0	13 %	1 %	40 %	9 %	27 %	100 %	

Lähde: THL:n poiminta 2015

Tilastointi on epätarkka. Laitos tarkoittaa joko terveyskeskusta tai vanhainkotiä, mutta ilmoittaja ei ole eritellyt kumpaako. Koti pääotsikolla 2 tarkoittaa kotia, mutta ei ole eritelty, onko henkilö ollut kotihoidon piirissä vai ei. Näistä epämääräisyyksistä huolimatta taulukko on riittävän tarkka yleiskuvan saamiseksi.

Taulukosta 20 nähdään, että yhteensä 29 331 henkilöä eli 76 prosenttia kaikista kuolee sairaaloissa (tk lyhyt 39,9 %, tk pitkä 9,3 % ja ESH 27,1 %). Suoraan kotoa on tullut kuolinpaikkaan 16 prosenttia. Laitosten välinen siirto on merkittävää.

Taulukko 21.

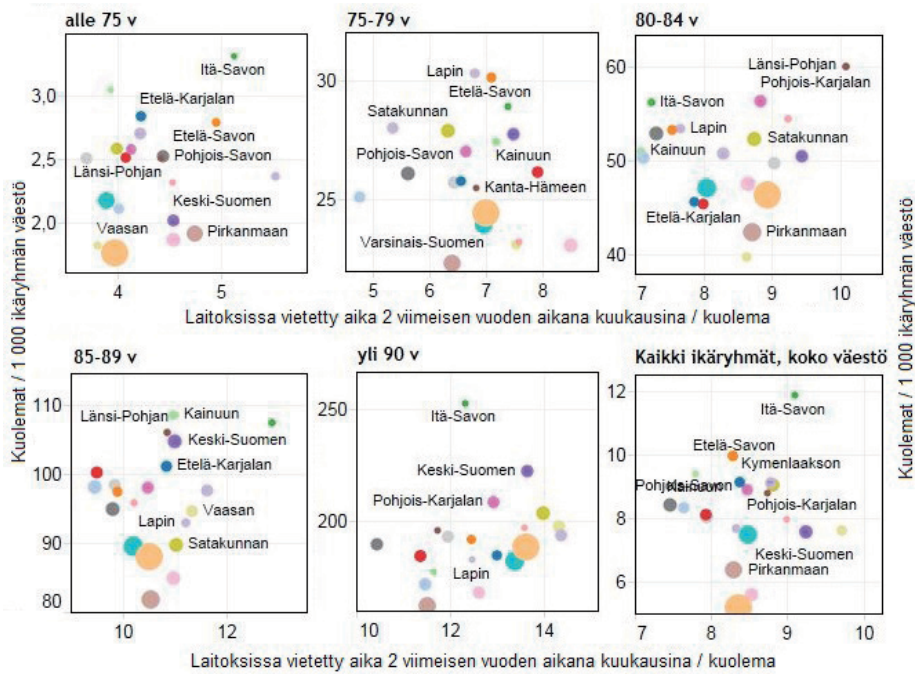
Kuolemaan päättneiden jaksojen kestot vuoden 2013 lopussa, kaikki laitokset

Kuolemaan johtaneiden jaksojen kesto jakson alusta kuolinpäivään	Vanhainkoti	Tehost. palveluasunto	Tavall. palveluasunto	TK vuodeosasto lyhyt	TK vuodeosasto pitkä	Erikoissairaanhoido	Kaikki yhteensä	Yhteensä %
0 1-9	301	406	13	6 800	405	7 890	15 815	41 %
1 10-29	406	510	11	5 177	314	2 094	8 512	22 %
2 30-59	288	383	11	2 527	203	325	3 737	10 %
3 60-90	222	257	4	838	167	63	1 551	4 %
4 91-179	391	521	20	0	959	37	1 928	5 %
5 180-364	534	627	31	0	512	7	1 711	4 %
6 365-729	690	858	29	0	398	3	1 978	5 %
7 730-1094	446	511	23	0	201	0	1 181	3 %
8 1095-3599	758	704	75	0	397	3	1 937	5 %
9 3600-9999	46	37	20	0	9	2	114	0 %
Yhteensä	4 082	4 814	237	15 342	3 565	10 424	38 464	100 %
Yhteensä %	11 %	13 %	1 %	40 %	9 %	27 %	100 %	

Lähde: THL:n poiminta 2015

Kaikista kuolemista 22 680 (59 %) tapahtuu alle kuukauden mittaisten sairaalajaksojen lopuksi. 6 921 (18 %) kuolemaan päättynyttä jaksoa kesti yli puoli vuotta.

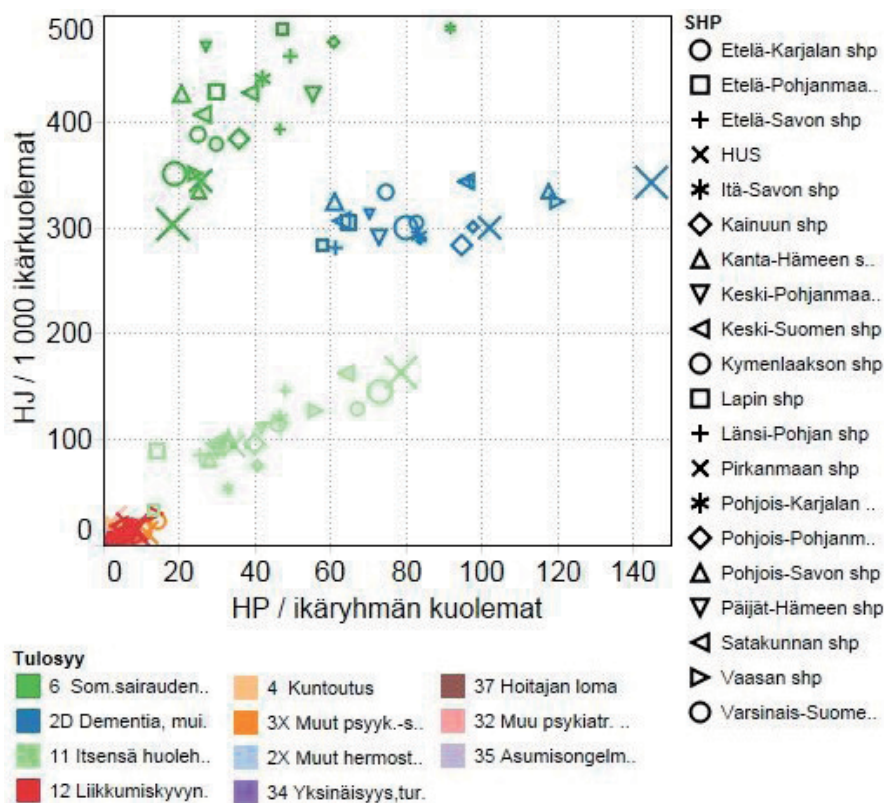
Alueellista kuolevan potilaan hoitokäytäntöä voidaan kuvata käyttämällä mittarina laitoksissa oloaikaa viimeisen kahden vuoden aikana. Mitään loogista hoitokäytäntöä ei ole nähtävissä.



Kuva 20. Kuolleiden laitoksissa oloaika kahden viimeisen elinvuoden aikana ikäryhmittäin 2013

Lähde: THL:n poiminta 2015

Seuraavassa kuvassa tarkastellaan vielä tulosityttäin kuolemia kohti käytettyjä hoitojaksoja.



Kuva 21. Kuolemaan päätyneet hoitajaksot ja hoitopäivät yli 75-vuotiaiden ikäryhmissä tulosyittäin ja piireittäin vuonna 2013

Lähde: THL:n poiminta 2015

Kuvasta erottuu kolme tyypillistä ryhmää: sairaa vanhus, hauras vanhus (itsestä huolehtimisen vajavuus) ja dementiaa poteva vanhus. Sairaita hoidetaan useilla jaksoilla lyhyitä aikoja. Hauraan vanhuksen hoito riippuu sairaanhoitopiiristä, jaksojen määrä ja kesto vaihtelevat. Dementtien vanhusten hoitajaksojen määrä vaihtelee melko vähän, mutta kesto vaihtelee sairaanhoitopiireittäin. Sairaanhoitopiirikohtaiset käytännöt poikkeavat toisistaan.

Suomalaisten kuolema on ensisijaisesti sairaalakuolema. Kun sairaalakuolemaa arvostellaan potilaan tarpeettomien siirtojen vuoksi, tarvitaan rinnalle tietoja siitä, kuinka moni päivystykseen tai muuna siirtona tullut vanhus selviää kriisistä tai hyötyy muuten erikoissairaanhoidon osaamisesta.

Näiden lukujen valossa näyttäisi saattohoito jäävän pääsääntöisesti lähisairaalan tehtäväksi.

3.4.6 Pitkäaikaishoidon purku on kesken

Vuodeosaston ongelmana on potilaan toimintakyvyn huononeminen. Soterainstituutti on tehnyt viiden sairaanhoitopiirin vanhainkotien ja terveyskeskusten vuodeosastojen inventaarion. Vuodeosastoista noin kolmannes on ollut niin ahtaita, että vanhukset joutuvat oleskelemaan pääosin sängyssä. Samalla osittain ahtauden vuoksi heistä syntyy pitkäaikaisia vuodeosastopotilaita.

EU:n alueella dementian hoito vuodeosastolla on erittäin poikkeuksellista (Sisältöä sote-uudistukseen, sivu 31.). Muualla kuntoa huonontava pitkäaikainen vuodelepo dementian hoitomuotona jo lopetettu, mutta Suomessa siihen käytetään pääosa terveyskeskussairaalan pitkäaikaisresursseista.

Jo vuoden 2008 Ikäihmisten palvelujen laatusuositus (Kuntaliitto ja STM) toteaa seuraavaa: *”Sellainen pitkäaikainen hoito terveyskeskusten vuodeosastoilla, joka ei ole lääketieteellisesti perusteltua, on korvattava muilla vaihtoehtoilla. Tällöin terveyskeskusten vuodeosastot voivat keskittyä joustavasti ja nopeasti tarjolla olevaan akuuttihoitoon ja kuntoutukseen.”* Kun sosiaali- ja terveysministeriön ja Kuntaliiton yhteisen suosituksen antamisesta on kulunut jo 7 vuotta, voidaan tätä aikaa pitää riittävän pitkänä, jotta muutos olisi voitu toteuttaa. Ongelmana on se, ettei toteutusta ole suunniteltu eikä toteutuksesta ole kukaan oikeasti vastuussa.

Sellaiset järjestelmät, jotka huonontavat potilaan selviytymiskykyä, pitäisi nopeasti purkaa (Kun tauti paranee, mutta potilas ei – sairaanhoitoon liittyvä toimintakyvyn heikentyminen. Esa Jämsen, Hanna Kerminen, Timo Strandberg, Timo Valvanne. Lääkärilehti 14–15/2015.). Jos vuodeosaston hoitokulttuuri muutetaan, saadaan lähes kaikki potilaat uudelleen käveleviksi. Tämä on jo toteutettu mm. Malax-Korsnäsin terveyskeskuksessa vaihtamalla kuntoutuksen sisältöä. Myös Eksotella on kokemuksia siitä, miten vuoteeseen sidotut potilaat saadaan uudelleen jalkeille.

Sote-uudistuksen yksi keskeisiä tehtäviä on modernisoida terveyskeskussairaala ja kehittää tilalle osaava ja kuntouttava lähisairaala. Tämä tehtiin

Euroopassa 1970-luvulla ja Pohjoismaissa viimeisenä Ruotsissa 1992, yli 20 vuotta sitten. Seuraavassa tarkastelemme 12 suurimman kaupungin kohdalta tilannetta.

Taulukko 22.

Terveyskeskussairaalan vuodeosastojen pitkäaikaishoidon tilanne 31.12.2013 isoissa kaupungeissa

Potilaslaskenta 31.12.2013 isoissa kaupungeissa	Yli 75 - väestö	Poti- laita	Potilaat / 1 000 yli 75- v	Hoito- päiviä	Hoitopäivät / 1 000 yli 75- v	Hoito- aika	Keski- ikä	Jakson kustan- nus €	kust. € / + 75 v laskeva
Lahti	9 389	470	50	390 562	41 598	831	82	149 577	7 488
Turku	16 158	290	18	207 990	12 872	717	84	129 097	2 317
Tampere	17 387	298	17	191 239	10 999	642	79	115 513	1 980
Lappeenranta	6 780	59	9	49 884	7 358	845	81	152 188	1 324
Espoo	12 624	80	6	63 044	4 994	788	81	141 849	899
Kuopio	7 834	31	4	20 113	2 567	649	83	116 785	462
Oulu	9 111	50	5	18 334	2 012	367	82	66 002	362
Salo	5 472	14	3	2 908	531	208	81	37 389	96
Kouvola	9 144	27	3	4 459	488	165	78	29 727	88
Helsinki	41 792	210	5	20 113	481	96	77	17 240	87
Vantaa	10 484	39	4	4 532	432	116	77	20 917	78
Jyväskylä	9 075	17	2	2 579	284	152	80	27 307	51

Lähde: THL:n laskenta 31.12.2013

Taulukosta nähdään, että 12 suurinta kaupunkia on ollut vuoden 2013 lopussa hyvin erilaisessa vaiheessa pitkäaikaishoidon purkamisessa. Jos mitarina käytetään keskeneräisen hoidon kustannusta yli 75-vuotiaista kohti, nähdään, että neljä viimeistä ovat purkaneet pitkäaikaisen sairaanhoidon ja ovat täysin kansainvälisellä tasolla. Neljässä ensimmäisessä ei modernisointi ole vielä alkanut. Lahdessa on hoitopäiviä yli 75-vuotiaista vanhusta kohti 150 kertaa Jyväskylään verrattuna. Lappeenrannan kaupunginsairaalan osalta uusi organisaatio alkoi vuoden 2014 alusta, joten tilanne on siellä nyt muuttunut.

3.4.7 Kuntoutus on myös modernisoitava

Vanhusten keskimääräinen hoitoaika laitoksissa 677 päivää (taulukko 13) on korkea. Ruotsissa ja Alankomaissa hoitoaika on noin vuosi. Saksassa tavoitellaan 6 kk:n hoitoaikaa. Kuoleman odottaminen ahtaissa sänkykeskeisissä pienissä huoneissa ei ole miellyttävä ratkaisu, jos hoitojärjestelmällä on keinot kuntouttaa henkilö kotiin. Siksi palvelujärjestelmän modernisointiin kuuluu myös kuntoutuksen arviointi ja kehittäminen.

Vanhusten kuntoutusta on nyt kolmenlaista:

- Tk-vuodeosastolla pyritään pitämään kuntoa yllä, ei välttämättä palauttamaan entiselle tasolle. Vuodeosastolla on fysioterapeutti, joka kuntouttaa vanhusta puoli tuntia – tunnin viikossa. Lopun ajan vanhus on vuoteessa.
- Kuntoutukseen erikoistuneessa yksikössä voi päivittäinen kuntoutusaika olla 2 tuntia, ja siihen liittyy toiset 2 tuntia viriketoimintaa.
- Ruotsin ja Keski-Euroopan ja nyt Eksoten kuntoutusmallissa on kuntouttavaa toimintaa kuusi tuntia päivässä. Kuntoutus jatkuu kotikuntoutuksena, kunnes on selvää, että vanhus pärjää kotona.

Eri toimintamalleilla on hyvin erilaiset tulokset. Eksotessa otettiin käyttöön uusi kuntoutusjärjestelmä vuonna 2014. Sitä edelsi huolellinen valmistelu sekä kotikuntoutuksen osaamisen siirto Ruotsista. Tavoitteet ovat selkeät: kuntoutuja on kotona 4 kk:n kuluttua kotiutumisesta, tavoite 95 prosenttia ja kuntoutuja ei ole tarvinnut sairaala- tai päivystyspalveluja 1 kk:n aikana kotiutumisestaan, tavoite 95 %.

Tulokset olivat nopeat ja merkittävät. Kuntoutusjakson jälkeen 95 prosenttia kuntoutetuista on kuukauden päästä edelleen asunut kotona. On vanhuksia, jotka kuntoutuksen jälkeen ovat luopuneet heillä aikaisemmin käytössä olevista siivous- ym. kotipalveluista.

Vuoden kuluttua yli 75-vuotiasta asui kotona 94 prosenttia. Vanhuspalvelulain tavoitetaso on 91–92 prosenttia. Eksoten uusi tavoitetaso on, että 97 prosenttia vanhuksista asuisi tuettuna kotona. Tämä merkitsisi sitä, että sellaista laitospalvelua, jossa on ympärivuokautinen terveydenhuollon ammattilainen, tarvittaisiin noin 30 000 paikkaa eli noin puolet nykyisestä määrästä.

Pitkäaikaishoitoa ei voida purkaa, ellei potilas tai vanhus saa kunnollista kuntoutusjaksoa ennen kotiutusta. Kuntoutusjärjestelmän uusiminen tulisi

tehdä jo hoidon inhimillistämiseksi. Samalla syntyvä kustannussäästö on merkittävä osa koko sote-sektorin kyvystä osallistua kestävyysvajeen supistamiseen.

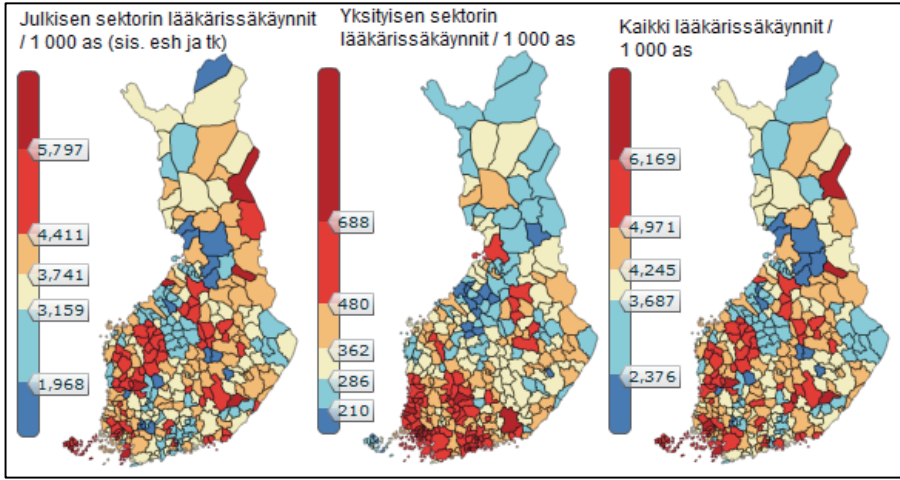
3.5 Avopalvelujärjestelmät ja alueet

Laitospainotteisuuden purkamisen lisäksi säästöjä voi hakea avopalvelujärjestelmän tehostamisesta.

Suomen kokonaislääkärikäyntien taso 4,9 käyntiä asukasta kohti vuodessa on lähellä muita Pohjoismaita. Luku on kuitenkin pienempi kuin Keski-Euroopan vakuutus pohjaisissa järjestelmissä, joissa taso on 6–8 käyntiä asukasta kohti vuodessa. Määrä on kuitenkin suurempi kuin Yhdysvaltain taso noin 4 käyntiä asukasta kohti vuodessa.

Seuraavissa karttakuvissa tarkastellaan julkisen sektorin ja yksityisen sektorin lääkarissäkäyntejä kunnittain vuonna 2013. Julkinen sektori sisältää sekä sairaaloiden avohoidon että terveyskeskusten lääkarissäkäynnit. Yksityinen sektori kattaa sv-pohjaisen käytön. Työterveyshuollosta ei saada alueellista karttaa, koska tilitykset tehdään ilman tuotantopaikkakuntatietoa.

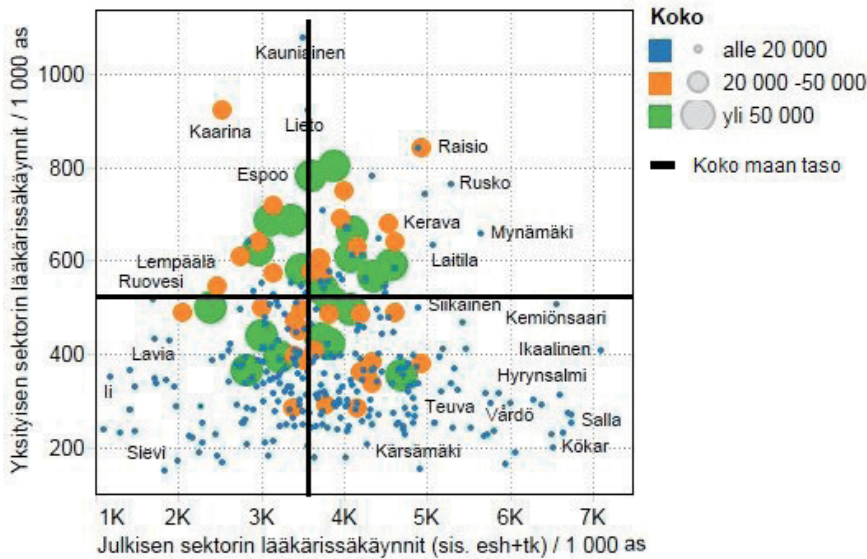
Yksityisen sektorin osuus lääkarissäkäynneistä on korkeimmillaan Helsingissä ja Uudellamaalla 15 prosenttia, koko maassa yksityisen sektorin osuus on 12 prosenttia. Pienin yksityisen sektorin osuus on Etelä-Savon ja Itä-Savon piireissä 7 prosenttia.



Kuva 22. Terveyskeskuksen ja sv-lääkärisikäynnit/1 000 as. vuonna 2013

Lähde: AvoHILMO 2015, Kelasto 2015 ja THL:n poiminta 2015

Kartta tuo esille jyrkkiä alueellisia eroja. Esimerkiksi Keski-Suomen sairaanhoitopiirin länsiosan ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin itäosan välillä on jyrkkä raja. Samanlainen raja löytyy Helsingin ja Lahden välistä, Oulun ja Kajaanin välistä ja Pohjois-Karjalasta.



Kuva 23. Sv- ja julkisen sektorin (sis. tk ja esh) lääkärisikäynnit/1 000 as. vuonna 2013

Lähde: AvoHILMO 2015, Kelasto 2015 ja THL:n poiminta 2015

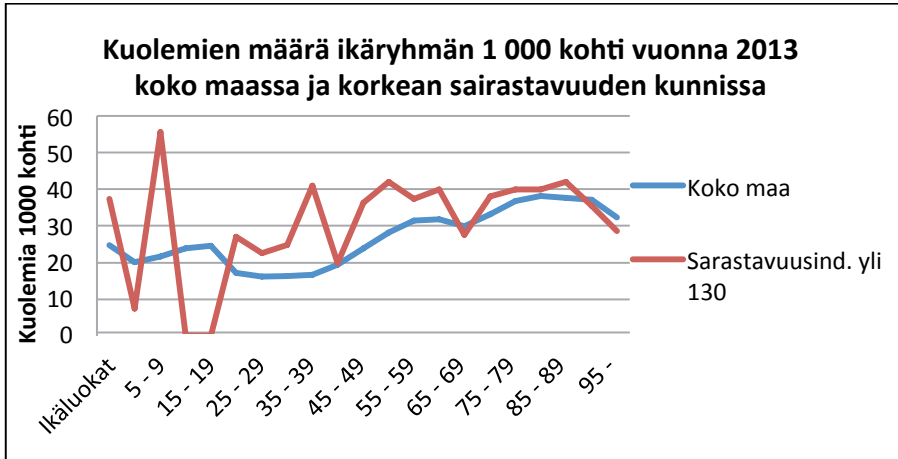
Kuvasta 23 käy ilmi, että lääkärisäkäyntien avulla kunnat voidaan jakaa neljään ryhmään seuraavasti. Kunnat, joissa on

- 1) paljon sekä yksityisen että julkisen sektorin käyttöä, kuten Turku tai Satakunnan shp
- 2) vähän julkisen sektorin käyttöä, mutta paljon yksityisen sektorin käyttöä, kuten Helsinki ja HUS
- 3) molempien sektoreiden käyttöä vähän, kuten Lahdessa tai Vaasan sh-piirissä
- 4) paljon julkisen sektorin käyttöä ja vähän yksityisen sektorin käyttöä, kuten Raahen tai Etelä-Savon piiri.

Jakautumasta ei voida yksiselitteisesti päätellä, että merkittävä yksityisen sektorin käyttö vähentäisi suoraan julkisen sektorin käyttöä. On alueita, kuten Turusta länteen olevat kunnat, joissa on paljon käyntejä kummallakin sektorilla.

3.5.1 Korkea sairastavuus ja kuntien resurssit

Korkea sairastavuus merkitsee korkeaa kuolleisuutta. Tämä näkyy kuvassa 24, jossa on vertailtu koko maan tilannetta niihin kuntiin, joissa sairastavuusindeksi on yli 130. Näitä kuntia oli yhteensä 32 ja näissä yhteensä 118 000 asukasta. Näiden kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaiskustannukset asukasta kohti olivat neljää kuntaa lukuun ottamatta maan keskiarvon yläpuolella.



Kuva 24. Kuolemien ikäryhmäkohtainen määrä koko maassa ja 32 sairastavimmassa kunnassa

Lähde: SOTKANet 2015 ja Tilastokeskus kuolleisuustilastot 2015

Kuvan 24 informaatio on selvä. Sairastavuusindeksin korkea arvo viittaa keski-ikäisten ihmisten ongelmiin. Vanhusten kuolemat ovat lähempänä muuta maata.

Taulukossa 23 on verrattu kuntien käytössä olevia resursseja ja kuntien sairastavuusindeksiä. Kunnat on jaettu kuuteen sairastavuusindeksiryhmään. Valitut suureet kuvaavat terveydenhuollon käytettävissä olevia resursseja.

Taulukko 23.

Kuntien resurssit sairastavuusindeksiryhmittäin 1–6 vuonna 2013

Lukuja sairastavuus- indeksi ryhmän 1-6 mukaan	Sairas- tavuus- index KA	Väestö	Julkisen sektorin lääkärikäynnit / 1 000 as (sis. Esh ja tk.)	Yksit. sektorin käynnit/ 1 000 as	Lääkäri- käynnit yht. (sis. Julk ja yksit.) / 1 000 as	Yli 75 V % väes- töstä	Kuole- mat / 1 000 as	Sote netto- kust. € / as	Valtion- osuus- det € / as	Valtion osuus % sote- netto- kust.
SI alle 75	70	70 654	3 380	769	4 149	6 %	6	2 622	862	33 %
SI 75-92	85	1 697 962	3 474	857	4 331	7 %	8	2 903	786	27 %
SI 92-103	98	1 537 951	3 558	702	4 260	9 %	10	3 078	1 583	51 %
SI 103-117	109	1 476 307	3 721	580	4 301	9 %	10	3 180	1 894	60 %
SI 117-134	125	538 196	3 880	474	4 354	11 %	12	3 669	2 506	68 %
SI yli 134	142	89 320	3 498	362	3 860	12 %	14	3 956	3 095	78 %
Manner-Suomi	100	5 410 389	3 605	690	4 295	8 %	9	3 118	1 525	49 %

Lähde: Kuntaliitto 2015, AvoHILMO 2015, THL:n poiminta 2013, Tilastokeskus 2015

Taulukosta 23 voidaan tehdä mielenkiintoisia havaintoja. Tervein 71 000 asukaan väestö käyttää lääkäripalveluja enemmän kuin sairain väestö. Kolmanneksi eniten lääkäripalveluita käytetään toiseksi terveimmässä väestössä, jossa sairastavuusindeksi on 75–92. Taulukon tietoja voidaan vielä täydentää toteamalla, että sairain väestönosa (sairastavuusindeksi oli yli 134) käyttää yhteensä 3,8 lääkäriiskäyntiä asukasta kohti vuodessa, joka on noin 90 prosenttia maan keskitasosta.

Sairaimmilla kunnilla on 29 prosenttia maan keskiarvoa enemmän rahaa käytettävissä. Lisäämällä järjestelmään rahaa ei todennäköisesti voida ostaa elämää, vaan kuntien terveydentilan parantamiseksi on ryhdyttävä tarkastelemaan rakenteellisia ja sisällöllisiä kysymyksiä.

3.6 Laboratorioiden, kuvantamisen ja leikkaussalien käyttö

Tarkastellaan vielä lopuksi laboratorioiden, kuvantamisen ja leikkaussalien käyttöä. Näissä kaikissa uskomme olevan selviä tehostamisen ja sitä kautta kustannussäästöjen mahdollisuuksia.

3.6.1 Kliininen laboratorio

Toimialan kokonaislaajuus ja kustannukset

Laboratoriotutkimusten tarkkaa määrää ei tilastoida. Kun Kuntaliiton Sairaalatilasto ja Terveyskeskustilasto lopetettiin 1990-luvulla, oli viimeisten raporttien ja Kelan tietojen mukaan maassamme kaikkiaan noin 50 miljoonaa laboratoriotutkimusta eli noin 10 tutkimusta asukasta kohti vuodessa. Tuosta ajasta väestö on kasvanut ja automatisointi lisännyt tuotantoa.

Käytettävissä olevien yliopistosairaaloiden asiantuntija-arvioiden mukaan Suomessa tehdään julkisella sektorilla nyt noin 60 miljoonaa laboratoriotutkimusta. Lisäksi tehdään Kelan tilastojen mukaan työterveyshuollossa 7 miljoonaa tutkimusta sekä sairasturvakuutustoimenpiteinä 1,8 miljoonaa tutkimusta. Yhteensä tämä merkitsee noin 70 miljoonaa tutkimusta eli 11–12 tutkimusta asukasta kohti vuodessa.

Tunnuslukuprojektin tietojen mukaan (taulukko 24) laboratoriotutkimusten keskihinta julkisella sektorilla on noin kuusi euroa. Jos käytetään keskikustannuksena 6 euroa/testi (sisältäen näytteenottokustannukset), saadaan julkisen sektorin 60 miljoonan näytteen tuotantokustannuksiksi arviolta noin 420 milj. euroa.

Laboratoriotutkimusten käytön kohdalla kiinnittyy huomio työterveyshuoltoon. Lääkärikäyntejä oli vuonna 2014 työterveyshuollossa 3,6 miljoonaa. Kun laboratoriotutkimuksia sv-sektorilla oli 0,5 lääkäriiskäyntiä kohti, niin työterveyshuollossa tehtiin 2 tutkimusta käyntiä kohden eli nelinkertainen määrä. Kun otetaan huomioon, että työterveyshuollossa käy pääosin tervettä työikäistä väestöä, voisi olettaa, että laboratoriotutkimusten käyttö olisi samaa tasoa kuin sv-pohjaisessa järjestelmässä, noin 0,5 tutkimusta käyntiä kohti eli yhteensä noin 1,8 miljoonaa tutkimusta. Noin viiden miljoonan ylimääräisen tutkimuksen käytön vaikuttavuutta voi pitää kyseenalaisena, ja sitä on vaikea selittää muilla kuin niiden myyntiin liittyvillä liiketoiminnallisilla tavoitteilla (Seuri, M., Mihin julkista tukea suunnataan? Suomen Lääkärilehti 16/2015:1056–1057).

Sv-sektorin 1,8 miljoonan laboratoriotutkimuksen kustannukset ovat noin 73 milj. euroa, josta sv-korvauksen osuus on 12 milj. euroa eli 16 prosenttia laskutushinnasta. Luvuista saadaan laskutukseksi 40 euroa tutkimusta kohti.

Erityisesti työterveyshuollossa laboratoriokustannukset ovat paisuneet ns. ehkäisevässä toiminnassa (Kelan korvausluokka I:ssä). Vuonna 2012 laboratoriokokeiden osuus kaikista yhtä henkilöä kohden lasketuista kustannuksista oli noin 25 euroa eli noin 30 prosenttia kaikista tämän ryhmän menoista. Yksityisillä tuottajilla (joista lääkäriasemaketjut muodostavat valtaosan) vastaavat luvut olivat noin 30 euroa ja 35 prosenttia (Seuri, M., Suomen Lääkärilehti 16/2015:1056–1057). Viiden miljoonan ylimääräisen tutkimuksen kustannus on näin ollen 125 milj. euroa, kun yksikköhinta tutkimukselle on 25 euroa.

Vertailukohtana mainittakoon, että julkisen erikoissairaanhoidon kustannuksista laboratoriokustannusten osuus on vain noin 4 prosenttia. Kun kokonaistutkimusmäärä on noin 9 miljoonaa tutkimusta ja keskihintana käytetään 30 euroa, saadaan alueen liikevaihdon arvioksi 270 miljoonaa euroa. Näin voidaan esittää melko luotettava arvio alan kokonaisliikevaihdosta, noin 600–650 milj. euroa.

Suhdelukuina edellä olevasta voidaan laskea, että julkisessa terveydenhuollossa tuotetaan noin 60 miljoonaa tutkimusta noin 360 milj. eurolla ja yksityisessä terveydenhuollossa työterveyshuolto mukaan lukien vajaat 9 miljoonaa tutkimusta noin 270 milj. eurolla. Yksityisen terveydenhuollon hintataso on siis julkisen sektorin tuotantoon nähden yli nelinkertainen.

Suomalaisten laboratorioden kesken on suuria eroja

Laboratoriosektorista on tehty STM:n toimesta raportti, joka pääosin on edelleen validi (Kliinisten laboratorioden korvausten määräysperustetta selvittävän työryhmän raportti, STM:n selvityksiä 2006:37). Kuten raportista selviää, laboratorioden tuotantokustannuksissa on merkittäviä eroja. Kustannukset vaihtelivat ääripäiden välillä kertoimella kaksi. Sama tilanne jatkuu edelleen, mutta julkisen sektorin laboratorioden erot ovat supistuneet, koska laboratoriot ovat sulautuneet suuremmiksi yksiköiksi. Sitä vastoin hintaerot julkisen ja yksityisen laboratoriotuotannon välillä ovat kasvaneet ääripäiden välillä jopa seitsemänkertaisiksi. (Punnonen, H., Laboratorioissa ja kuvantamisessa hurjat hinnanerot, Kuntalehti 2/2014:42–45.)

Taulukko 24.

Laboratoriotoiminnan tunnuslukuja sairaanhoitopiireissä 2012

Kemian ja mikrobiologian laboratoriot	Väestö /hk	Tutkimukset /hk	Tutkimukset /as	Tutkimuksen keski-hinta	Tutkimuksia / 100 m ²	Kustannus € / asukas
SHP 1	1 613	16 903	10	8,0	50 910	83
SHP 2	901	14 091	16	7,1	89 426	110
SHP 3	1 647	25 658	16	4,8	144 614	74
SHP 4	1 813	24 083	13	5,3	90 931	70
SHP 5			13	6,7	114 849	84

Lähde: Sairaanhoitopiirien ilmoittamat tiedot

Taulukon 24 tiedot sairaanhoitopiirien laboratorioista ovat sairaanhoitopiirien ilmoittamia. Vaikka tiedot voivat olla osin epätäydellisiä, taulukosta nähdään, että hajonta tutkimuksen keskihinnassa ja tutkimusten määrässä asukasta kohti on edelleen suurta. Osittain tämä johtuu siitä, että toimintojen vertailuja ei ole tehty. Vertailua vaikeuttaa se, että myös suoritteiden tilastointiperusteet eivät ole yhtenevät.

Kun tarkastelemme laboratoriota lähemmin, erottuvat yliopistosairaaloiden keskuslaboratorioluonteiset yksiköt suuremman akateemisen henkilökunnan vuoksi. Niillä on tärkeä rooli myös koko kasvavan biosektorin tuotteiden ja tuotannon kehittämisessä.

Vertailu Keski-Eurooppaan

Tunnuslukuprojektin käytössä olevat Keski-Euroopassa saadut luvut viittaavat siihen, että kliinisen kemian osa-alueella kustannustaso on alle yhden euron per testi, 0,3–0,5 euron paikkeilla. Pääosa kustannuserosta johtuu laboratoriotoiminnan tuotannon erilaisesta organisoimisesta.

Jos tarkastelemme todellisilla luvuilla esimerkkiä, nähdään laboratoriojärjestelmien erot. Kummassakin tapauksessa kyseessä on noin 200 000 asukkaan väestöpohjalla toimiva akuuttisairaalan laboratorio. Eurooppalaisessa esimerkksisairaalamme tutkimuksia käytetään selvästi enemmän hoidettavaa potilasta kohti. Lääkäreiden työtapa on erilainen, tautia etsi-

tään ja seurataan laboratorion kautta. Halpa laboratoriotutkimus lisää laboratorion käyttöä.

Taulukko 25.

Suomalainen ja keskieurooppalainen laboratoriovertailu

Laboratoriojärjestelmät Suomessa ja Euroopassa	m ²	Henkilökunta	Testejä	Testejä / hlö	Automaateilla 80 %	80 000 tutk. / hlö	Muita tutkimuksia	Hlö-kunta	Tutkimuksia / hlö
Suomi, Kliininen kemi	1 070	95	1 129 887	11 894	903 910	11	225 977	84	2 700
Euro, Kliininen kemi	1 234	67	2 648 000	39 522	2 118 400	26	529 600	41	13 070
Suomi, Mikrobiologia	28	16	105 000	6 563					
Euro, Mikrobiologia	410	16	300 000	18 750					

Lähde: Säteilyturvakeskus 2015

Suomalainen laboratorio tekee vähän yli miljoona ja keskieurooppalainen lähes kolme miljoonaa tutkimusta. Keskieurooppalaisessa laboratoriossa on 67 työntekijää, suomalaisessa 95.

Sekä Suomessa että Keski-Euroopassa 80 prosenttia tutkimuksista tehdään automaateilla. Automaatit ovat samojen valmistajien laitteita. Niiden ohjelma kattaa useita kymmeniä eri mittauksia. Automaattien käyttö laboratoriossa toiseen on samanlaista. Alalla käytetään yleisesti kapasiteettilaskelmissa noin 80 000 tutkimusta työntekijää kohti.

Tämän lisäksi on olemassa tutkimuksia, joita ei voida suoraan automatisoida. Näiden tutkimusten osuus työpanoksesta tulee tällä tarkastelulla isoksi. Suomessa tehdään noin 2 700 tutkimusta työntekijää kohti, selityksenä on näytteiden otto. Keski-Euroopassa tämä osa työstä tehdään viisi kertaa tehokkaammin eli noin 13 000 tutkimusta henkeä kohti. Testin keskihinta oli suomalaisessa laboratoriossa noin 6 euroa, kun taas vertailulaboratoriossa noin euro. Näytteenotto on eron suurin selittävä tekijä.

Laboratoriohenkilökunnan näytteenotto – suomalainen erikoisuus

Työn tehokkuuden ja keskihintojen vertailussa on otettava huomioon Suomen laboratorio-organisaation erityispiirteenä näytteenottotoiminnan

kuuluminen laboratorioden vastuulle. Tätä toimintamallia tiettävästi ei ole muualla käytössä lukuun ottamatta isojen sairaaloiden näytteenottoa. Keski-Euroopassa näytteenotosta vastaa pääsääntöisesti terveydenhuollon henkilöstö – sairaanhoitajat ja eräissä maissa myös lääkärit. Näytteenoton keskittäminen laboratoriohenkilökunnalle on merkittävä lisä keskimääräisiin laboratorioskustannuksiin. Näytteenoton keskihintana voidaan pitää optimiolosuhteissakin vähintään 5 euroa/näytteenotto edellyttäen, että henkilöresurssi on tehokkaassa käytössä. Erikoissairaanhoidossa noin 40 prosenttia ja perusterveydenhuollossa jopa kaksi kolmasosaa laboratoriotoinnin kustannuksista aiheutuu näytteenotosta sekä siihen liittyvästä varallaolosta.

Perusterveydenhuollossa lisäkustannuksia aiheutuu myös näytteenottoa varten ylläpidettävästä tiheästä toimipisteverkosta, jota perustellaan sillä, että laboratoriopalveluita pidetään välttämättöminä lähipalveluina. Peruste on kyseenalainen, sillä väestö käyttää laboratoriopalveluja keskimäärin vain kerran vuodessa. Verrattain harvojen suurkäyttäjien palvelutarve liittyy useimmiten vain yhteen tai kahteen tiheästi seurattavaan tutkimukseen, joiden tekeminen olisi mahdollista myös terveyden- ja sairaanhoitajien suorittamilla vieritesteillä.

Toimintamallin ääriesimerkkinä on, että täysipäiväisiä laboratoriohoitajia on sijoitettu lähiöiden ja kyläkeskusten näytteenottopisteisiin, joissa ei ole tarjolla lääkäripalveluja ja joissa laboratorioalan koulutusta edellyttävä tehokas työajan käyttötarve on vain pari tuntia aamulla. Muun ajan he käyttävät siirtymämatkoihin ja tekevät mahdollisesti avustavia laboratoriotöitä. Koulutuksesta seuraava toimenkuvarajaus estää resurssien laaja-alaisemman hyödyntämisen. Tällöin henkilöresurssista selvästi alle puolet saattaa olla tehokkaassa käytössä.

Näytteenotto kuuluu muualla sairaanhoitajien tehtävänkuvaan. Kun Suomessa on sairaanhoitajia Tanskan jälkeen toiseksi eniten (OECD, Health at Glance 2014), ei ole esteitä työaikajärjestelyille, jossa ainakin merkittävä osa laboratorion vastuulla olevista näytteenottotehtävistä siirretäisiin hoitajien tehtäviin muiden maiden mallien mukaan. Tämä poistaisi pienempien laboratorioden nykyisen tyhjäkäynnin. Näytteenotto tulisi näkyä laskutuksessa omana hintana, jolloin terveyskeskus voisi valita, tekeekö näytteenoton laboratorioskeksuksen työntekijä vai esimerkiksi terveyskeskuksen oma lähihoitaja.

Osana sote-uudistusta tarvitaan laboratoriuudistus

Laboratorioiden tehokkuudesta on tehnyt selvityksiä mm. Kuntaliitto. Laboratorioiden välillä on merkittäviä ja perusteettomia kustannuseroja, ja palvelut ovat poikkeuksellisen kalliita erityisesti sairausvakuutus pohjaisessa järjestelmässä. Kansalaisen kannalta ongelmana on, että julkinen sektori, joka pystyy tuottamaan tutkimukset noin 20 prosentilla siitä tasosta, mitä sairausvakuutus sektorilla laskutetaan, ei voi palvella kansalaisia halvoilla tuotteilla. Kunnallisten palvelujen tarjoaminen kilpailuille markkinoille on vuoden 2015 alusta lukien ollut mahdollista vain yhtiömuodossa. Kunnallisten laboratorio-organisaatioiden kehitys kohti yhtiömuotoa ei ole edennyt yhtä matkaa kilpailulainsäädännön muutosten kanssa.

Laboratorio on tyypillinen esimerkki terveydenhuollon alueesta, jossa työtä säästävät investoinnit eivät ole aina johtaneet kustannussäästöön. Kun Yhdysvalloissa ja Keski-Euroopassa vähittäinen automaation tulo pienensi laboratorioiden henkilökuntaa, Suomessa ei vastaavaa ilmiötä nähty. Laboratorion henkilökunta oli ikään kuin laboratorion omaa omaisuutta, jonka määrään eivät automaatioinvestoinnit vaikuttaneet.

Kun nyt pohditaan edessä olevia kuntasektorin kustannussäästöjä, laboratoriotoimintaa on tarkasteltava kriittisesti. Projektiksi kannattaisi ottaa laboratorioiden konsolidointi nykyistä huomattavasti suuremmiksi yksiköiksi sekä siirtyminen kohti yhtiömuotoa ja markkinaehtoista toimintaa. Tavoitteeksi tulisi asettaa suomalaisten laboratorioiden tuotantotehokkuuden kehittäminen keskieuropalaiselle tasolle. Tätä tavoitetta tuskin saavutetaan ilman kilpailun elementtejä.

Laboratorioiden lukumäärää tulisi vähentää ja laboratorioita porrastaa. Valtaosa näyttemateriaalista on ei-kiireellistä, ja sen tutkiminen voidaan epäilemättä keskittää suurempiin yksiköihin potilasturvallisuutta heikentämättä. Pienempien keskussairaaloiden asiantuntijapalvelut voidaan osittain saada keskitetysti telepalveluina yliopistosairaaloiden yhteydessä toimivista täyden palvelun keskuslaboratorioista. Edelleen on syytä harkita, mahtuuko maahan yleensä viittä täyden palvelun laboratoriota vai pitäisikö tyytyä 1–2 täyden palvelun laboratorioon ja kehittää muiden kesken yhteistyömahdollisuuksia. Samalla on mietittävä, miten yliopistojen ja yliopistosairaaloiden yhteistyö kasainvälisessä biotekniikan kehittämisessä turvataan nykyistä paremmin.

Tässä yhtenä tekijänä on Kelan korvausmenettelyjen tarkistaminen liittyen yksityisten toimijoiden laskuttamiin laboratoriopalveluihin. Kelan tulisi korvata vain ne tutkimukset tai toimenpiteet, jotka noudattavat Kelan hinnoa. Toisaalta ottaen huomioon laboratoriotutkimusten hintojen vaihtelun ja irtaantumisen tuotantokustannuksista ei tunnu mitenkään perustellulta, että tutkimuksista perityistä maksuista suoritetaan ylipäättään Kelan korvauksia – ei sv-puolella eikä työterveyshuollossa.

Laboratoriohoitajien koulutus muutettiin hiljattain 3,5-vuotiseksi bioanalytikkokoulutukseksi. Koulutusaika on sama kuin biokemian kandidaattitutkinnossa. Valtaosa Euroopan laboratorioista toimii kaksivuotisella koulutuksella. Tehtäviin kuului ennen automaation aikaa reagenssien valmistusta. Tällä hetkellä keskeinen työ on näytteiden käsittely, lajittelu, automaattien syöttö ja seuranta. Tähän koulutus ei anna valmiuksia, vaan käytännöt opitaan työpaikkakohtaisesti.

Bioanalytikkokoulutus on hyödyllinen lääketeollisuuden tai yliopistojen kehityslaboratorioissa, mutta kansainvälisesti poikkeuksellisen pitkä kliinisen rutiinilaboratorion tarpeisiin. Hallitusohjelmassa on tavoitteena lyhentää opiskeluaikoja. Laboratoriohenkilökunnan tutkintorakennetta ja opiskelijamääriä tulisi harkita hallitusohjelman tästä näkökulmasta.

Koko laboratoriosektorilta voidaan asettaa tavoitteeksi, että keskittämisen, rationointi- ja tehostamistoimenpiteillä saadaan noin 200 milj. euron kokonaissäästö.

3.6.2 Kuvantaminen

Sädevaarallisuuden vuoksi röntgentutkimusten määrää seurataan tarkasti, siitä ovat vastuussa eri maiden säteilyviranomaiset. Ruotsissa asetettiin 1970-luvulla röntgentutkimuksille turvallisuussyistä tavoitteellinen yläraja: 0,7 röntgentutkimusta asukasta kohti vuodessa. Suomessa tutkimusmäärät ovat olleet lähellä tätä rajaa.

Säteilyturvakeskuksen tietojen mukaan sädekuvantamistutkimuksia on tehty vuonna 2013 noin 3,6 miljoonaa eli 0,677 asukasta kohti vuodessa. Jos lukuun lisätään 650 000 ultraäänikuvausta, kasvaa luku 4,25 miljoonaan.

Sädekuvaus on toiminto, jossa säteilyhygienisistä syistä ei voida pyrkiä laitteiden maksimaaliseen tehoon. Laitteita on useita erilaisia, mutta niiden

käyttö ei ole eikä voikaan olla täysipäiväistä. Yleensä aamuisin on kiire ja iltapäivästä yksiköissä on vapaata kapasiteettia.

Taulukko 26.

Röntgentutkimusten jakautuminen sairaanhoitopiireihin

Röntgentutkimuksia asukasta kohti vuonna 2013					
Keski-Pohjanmaa	0,86	HUS	0,68	Pohjois-Pohjanmaan	0,61
Kainuun	0,84	Lapin	0,67	Etelä-Karjalan	0,60
Pohjois-Savon	0,81	Länsi-Pohjan	0,67	Keski-Suomen	0,58
Etelä-Savon	0,76	Kymenlaakson	0,66	Vaasan	0,56
Itä-Savon	0,72	Pohjois-Karjalan	0,66	Ahvenanmaa	0,50
Varsinais-Suomen	0,69	Satakunnan	0,66	Kanta-Hämeen	0,49
Pirkanmaan	0,69	Etelä-Pohjanmaan	0,62	Päijät-Hämeen	0,49

Lähde: Säteilyturvakeskus 2015

Kun tarkastellaan tutkimusten määrää asukasta kohti Suomessa (taulukko 26), nousee kärkeen väestöpohjaltaan pienet sairaanhoitopiirit. Näissä on tullut ilmi ylikäyttöön viittaavia piirteitä. Kuopion yliopistosairaalan tutkimukset kohdistuvat tilastoissa pelkästään Pohjois-Savon sairaanhoitopiiriin, vaikka potilaat tulevat koko Itä-Suomen erva-alueelta.

Taulukko 27.

Kuvantaminen tunnuslukuprojektin sairaanhoitopiireissä 2012

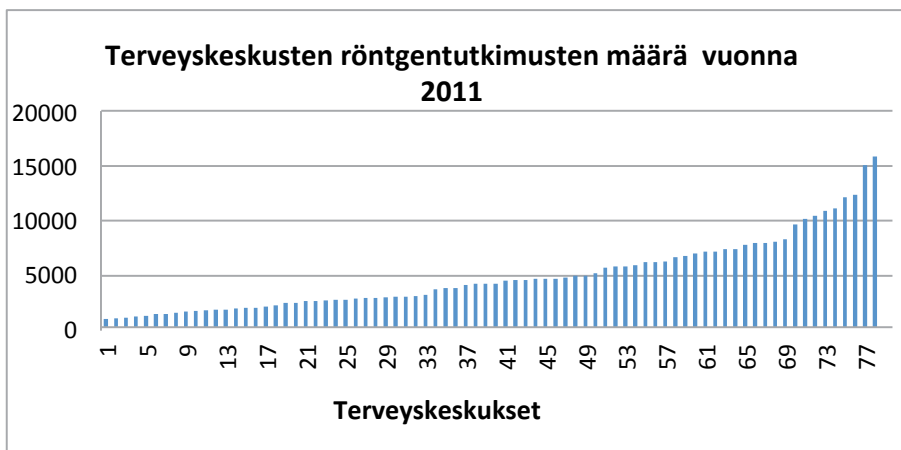
Kuvantaminen	Väestö /hk	Tutkimukset / hk	Tutkimukset /as	Tutkimuksen keski-hinta	Tutkimuksia / 100 m ²	Kustannus € / asukas
SHP 1	2 233	976	0,4	107		47
SHP 2	1 664	869	0,5	99	3 867	52
SHP 3	2 741	1 624	0,6	68	8 634	41
SHP 4	3 040	1 743	0,6	58	4 077	33
SHP 5	2 580		0,4	71	2 781	30
SHP 6			0,7	65	5 669	48
SHP 7	3 584	1 234	0,3	132	1 910	45
SHP 8	2 183	1 663	0,8	48	5 118	36

Lähde: Sairaanhoitopiirien ilmoittamat tiedot

Myös Tunnuslukuprojektin sairaanhoitopiirien itse ilmoittamissa tiedoissa (taulukko 27) näkyy huomattavaa hajontaa tutkimusten määrässä asukasta kohti ja tutkimusten keskihinnoina. Yliopistosairaanhoitopiireissä kuvantamistutkimusten vaikeusaste lienee keskussairaalaapiirejä korkeampi, ja täten niiden kuvantamisen yksikkökustannukset eivät ole täysin vertailukelpoisia keskussairaalaapiirien kuvantamisen kanssa. Tämä ei kuitenkaan selitä koko hajontaa piirien välillä.

Kun laitteet ovat kehittyneet tehokkaammiksi ja nopeammiksi, on niiden kapasiteetti kasvanut. Automaattikuvauslaitteiden kapasiteetti on merkittävästi lisännyt yhden röntgenhuoneen käyttöä. Kymenlaakson keskussairaalassa oleva luu- ja thorax-automaattia käytetään noin 23 000 tutkimukseen vuodessa. Kun tavallisesti luukuvaus- tai keuhkokuvaushuoneessa tehdään noin 8 000 tutkimusta, merkitsee automaattien käyttöönotto pinta-alavaatimuksen pienentymistä ja henkilökunnan käytön tehostumista.

Tehottoman käytön alarajaa voidaan pohtia. Noin kolmekymmentä terveyskeskussairaala otti vuodessa alle 3 000 kuvaa. Keskussairaalassa tehdään yleensä 8 000–12 000 tutkimusta laitetta kohti.



Kuva 25. Terveyskeskukset nousevassa järjestyksessä röntgentutkimusmäärän suhteen vuonna 2011

Lähde: Säteilyturvakeskus 2015

Kun kyseessä on myös naapurikunnissa olevia terveyskeskuksia, tulee väistämättä mieleen, voisiko kuvantamista pyrkiä keskittämään tai toisaalta terveyskeskuksia yhdistämään.

CT-laitteiden ja magneettikuvauslaitteiden lukumäärästä saadaan tilastot OECD:n Health Statistics 2014 -tiedostosta. Suomessa on 118 CT-laitetta, joilla tehtiin 1 328 874 tutkimusta eli 2 787 tutkimusta laitetta kohti. Magneettikuvauslaitteita on 120, joilla tehtiin yhteensä 261 732 tutkimusta eli 2 180 tutkimusta laitetta kohti. Seuraavassa tarkastellaan tilannetta magneettikuvauslaitteiden osalta. CT-laitteiden tilanne on samansuuntainen.

Taulukko 28.

Magneettikuvausten määrät asukasta kohti, tutkimusmäärät laitetta kohti ja laitetiheys 2012

Tutkimuksia / 1 000 as		Tutkimuksia / laite		Laitteita / milj. as	
Turkey	114	Hungary	12 085	Japan	46,9
United States	105	Turkey	11 549	United States	34,5
Germany	95	France	9 478	Italy	24,6
France	82	Israel	9 242	Korea	23,5
Iceland	79	Slovak Republic	6 499	Greece	22,9
Luxembourg	79	Czech Republic	6 222	Iceland	21,8
Belgium	77	Canada	6 081	Finland	21,6
Greece	68	Luxembourg	5 619	Austria	19,1
Denmark	67	Greece	5 000	Denmark	15,4
Spain	65	Estonia	4 763	Australia	15,0
Canada	54	Spain	4 375	Spain	14,8
Netherlands	50	Netherlands	3 881	Luxembourg	13,2
Estonia	47	Slovenia	3 791	Ireland	12,4
Czech Republic	43	Iceland	3 632	Netherlands	11,8
Finland	42	Denmark	3 475	New Zealand	11,1
Slovak Republic	41	Poland	3 301	Turkey	9,9
Hungary	34	United States	3 042	Estonia	9,8
Slovenia	33	Chile	2 703	Portugal	9,3
Israel	28	Finland	1 950	Canada	8,8
Australia	26	Australia	1 733	Slovenia	8,8
Korea	20	Korea	837	France	8,7
Poland	18			Czech Republic	7,0
Chile	11			United Kingdom	6,8
				Slovak Republic	6,3
				Poland	5,4
				Chile	4,4
				Israel	3,0
				Hungary	2,8
				Mexico	2,2

Lähde: OECD Health Statistics 2014

Vaikka tilasto on puutteellinen, herättää se kysymyksiä. Suomi sijoittuu outoon seuran tutkimusten lukumäärässä. Laitekohtaiset tutkimusmäärät ovat erittäin vähäiset. Laitetiheys taas on melko korkea. Johtopäätös on selvä. Radiologisen järjestelmän toiminnassa on parantamisen varaa. Käyttämällä laitteita Alankomaiden tapaan pääsemme Tanskan tasoon ilman uusinvestointeja.

Tämä kysymys on aiheellinen monella tavalla. Jos tarkastelemme magneettilaitteiden tiheyttä, on Kuopiossa yliopistosairaalassa neljä magneettikuvauslaitetta ja yksityissektorilla neljä, yhteensä kahdeksan. Kuopion yliopistosairaalan magneettikuvauslaitteilla tehdään noin 5 000 tutkimusta vuodessa. Tätä voidaan pitää isolle sairaalalle tyypillisenä.

Suomessa tehdään magneettikuvauslaitteilla keskimäärin noin 1 950 tutkimusta vuodessa. Jos sairaalalaitteiden tutkimusmäärä on noin 4 000–5 000, merkitsee tämä sitä, että koko tutkimusmäärä voitaisiin tehdä 65 laitteella, jos tutkimusmäärä olisi 4 000 laitetta kohti. Tarkastelu jättää sairausvakuutussektorille varsin pienen tutkimusmäärän laitetta kohti, noin 1 000 tutkimusta. Kun toiminta tälläkin kuormituksella on kannattavaa, voidaan epäillä, että sairausvakuutussektorilla on käytössä selkeä ylihinnoittelu.

Helsinkiin onkin tulossa uusi kuvauspiste, joka tarjoaa kiinteän hinnoittelun 130 euroa/magneettitutkimus tutkimuksen tyypistä riippumatta. Tässä käytiin lehdistössäkin keskustelua syksyllä. (HUS MRI 5 000 tutkimusta/laitte, yksityissektori 2 000. Asko-Seljavaara / Talouselämä 3.10.2014.)

3.6.3 Leikkaustoiminta

Leikkausten määrä vaihtelee sairaanhoitopiireittäin, kuten osoitettiin raportissa ”Saadaanko sote-uudistuksella tasalaatua?”. Oikeasta määrästä tulisi tehdä sairaalan lääketieteellisen johdon toimesta asiantuntijatason arvio.

Leikkausosaston peruslukuja ovat leikkaustoimenpiteiden kokonaismäärä ja toimenpiteiden lukumäärä salia kohti. Suomessa leikkaussalien käytöaste on alhainen. Useissa sairaaloissa on saleja, joita käytetään vain osan aikaa, noin 300–500 leikkaukseen vuodessa. Helsingin sairaaloiden keskimitoitus on 1 000 leikkausta pöytää kohti vuodessa. Vaikeat ja pitkäestoiset leikkaukset tarvitsevat saliaikaa paljon, jolloin kapasiteetti on noin 600–700

toimenpidettä vuodessa. Toisaalta esimerkiksi päiväkirurgiassa päästää lähelle 2 000 leikkauksen tasoa vuodessa.

Käyttöasteen nostaminen salien määrää vähentämällä voisi tuoda merkittäviä säästöjä.

3.6.4 Kelan roolista

Tämän raportin lukujen mukaan MRI- ja CT-laitteiden määrä Suomessa on kohtuullinen mutta käyttöaste alhainen. Raportti kertoo myös laboratorio- ja palveluiden tuotantokustannuksista sairaanhoitopiireissä. Laboratoriopalvelut maksavat yksityisillä terveysasemilla moninkertaisen määrän suhteessa tuotantokustannuksiin. Voidaan kysyä, johtuuko tämän kaltaiset ylimitoitettut investoinnit ja ylihinnointelu osaksi siitä, millä perusteilla Kela korvaa yksityisten toimijoiden tekemiä tutkimuksia. Usein käy niin, että hyvää tarkoittava taloudellinen tuki ei itse asiassa koidu asiakkaan tai potilaan eduksi. Tässä näyttää käyneen niin, että hyödyn Kelan tuista saavat palveluja tuottavat yritykset.

Kela ei toimi samoin kuin vakuutusperusteisessa terveyspalvelujärjestelmässä toimivat vakuutusyhtiöt normaalisti. Nämä neuvottelevat tuottajien kanssa hintatason ja tekevät sopimuksen vain niiden tuottajien kanssa, jotka noudattavat hintatasoa. Emme ole tässä kuitenkaan ehdottamassa, että Kela ryhtyisi Suomessa määrittelemään ”de facto” -hintakattoja erityyppisille palveluille, mutta koska Kelan toiminta rahoitetaan koko kansalta perittävällä tasamaksulla, olisi suotavaa, että näin rahoitetuista palveluista pääsisivät nauttimaan kaikki kansalaiset. Tällä hetkellä Kelan tukemasta yksityisestä terveydenhuollosta nauttivat ensisijaisesti työterveyshuollon piirissä oleva ja varakkaampi Etelä- ja Lounais-Suomessa oleva väestön osa. Samalla tämä vaikeuttaa kuntien keskinäistä vertailua, koska työterveyshuoltoa ja sv-sektorin käyttöä ei huomioida kuntien valtionavun perusteissa.

Kun sote-rahoituksen osalta tehdään päätöksiä, tulisi erilaisten rahoitus- ja tukimuotojen taloudellisia vaikutuksia ja niiden luomia taloudellisia kannustimia pohtia tarkasti sote-rahoituksen suunnittelun yhteydessä.

3.7 Yhteenveto tarkasteluista ja laskelmista

Edellä olemme esittäneet useilla laskentatavoilla terveydenhuollon rakenteellisia eroja. Nämä laskelmat paljastavat eroja tuotantokustannuksissa. Niille ei löydy selitystä sairastavuudessa tai väestön ikärakenteessa. Ne on tarkoitettu ongelman hahmottamiseen.

Mitään tarkkaa laskentaa säästöistä ei voida tehdä, koska palvelujärjestelmä on hajanainen sekä kapasiteetiltaan ja hoitotavoiltaan. Tämän voi jokainen todeta esimerkiksi kuvista 17 ja 18.

Kuntien nettokustannuksiin perustuvat laskelmat ovat ehkä näistä selkein tapa tarkastella säästöpotentiaalia. Niistä 15 tehokkaimman kunnan malli antaa korkeimman 3,3 mrd. euron säästöpotentiaalin. Nyt on muistettava, että kuntakohtaisista laskelmista puuttuu sv-rahoitettujen palvelujen käyttö ja työterveyshuollon osuus. Näiden huomiointi laskee säästöpotentiaalin ylärajaa. Toisaalta taas säästöjä voidaan hakea kaikista kustannuksista, ei yksinomaan nettokustannuksista.

THL:n henkilöstöraportin pohjalta tehty tarkastelu päättyy noin 43 000 työntekijän säästöpotentiaaliin, jos lähtökohdaksi otetaan Eksoten nykyinen taso 51 henkeä 1 000 asukasta kohti. Käyttäen henkilötyövuoden hintana 50 000 euroa päädytään noin 2,15 mrd. euron säästöpotentiaaliin. Kun palkat ovat noin 60–70 prosenttia kustannuksista, hipoo tämä taso noin 3 miljardin euron kokonaistasoa. Eksoten palvelutuotanto on perustuotantoitoinen, jonka lisäksi tarvitaan monipuolisempaa ja samalla kalliimpaa tuotantorakennetta.

Suurin yksittäinen säästökohde on 20 000 ylimääräisen laitospaikan purku. Sen edellytyksenä on parempi kuntoutusjärjestelmä ja tarvittaessa parempi asunto. Tämän uudistuksen tuloksena on palautuminen itsenäiseen elämään ja parempi elämänlaatu, ja noin 700–900 mrd. euron säästö syntyy paremman hoidon sivutuotteena.

Kasainvälisissä vertailuissa laboratorio- ja kuvausjärjestelmät osoittautuvat kalliiksi ja tehottomiksi.

Normaalin keskussairaalan laboratoriokustannustaso noin 6–9 euroa/testi on kaukana Keski-Euroopan noin alle 1 euro tasosta. Kun laboratorio-testejä tehdään noin 70 miljoonaa vuodessa, merkitsisi 2–3 euron tavoitetaso useamman sadan miljoonan euron säästöä. Työterveyshuollon suuri testimäärä perusterveen aikuisväestön osalta vaatii myös jatkoselvitystä.

Kun tähän lisätään arviot alikäytetyistä kuvantamisyksiköistä ja leikkaussaliresursseista sekä pienempien sairaanhoitopiirien palvelujen suhteellinen ylikäyttö (esim. taulukko 27), nähdään, että sairaalaverkon harventamisella ja toiminnan keskittämällä päästään säästöissä 400–600 milj. euron tasoon.

Näiden tarkastelujen pohjalta näyttäisi siltä, että noin 1,5 mrd. säästö olisi suhteellisen helposti saavutettavissa jopa niin, että kuntoutuksen avulla paranisi samalla vanhusväestön elämänlaatu. Kun muu säästö kohdistuisi ensisijaisesti rakenteisiin ja tukipalveluihin, ei palvelujen välttämättä tarvitse vähentyä.

Edellisessä ”suhteellisen helposti” viittaa toki siihen, että yksittäiset kunnat ja sairaanhoitopiirit ovat valmiita tarkastelemaan asiaa koko maan edun näkökulmasta eivätkä pyri siihen, että sosiaali- ja terveydenhuollon tuotanto omalla alueella maksimoidaan työpaikkojen ja verotulojen toivossa.

Seuraavassa vielä muutamia ajatuksia edellä esitetystä:

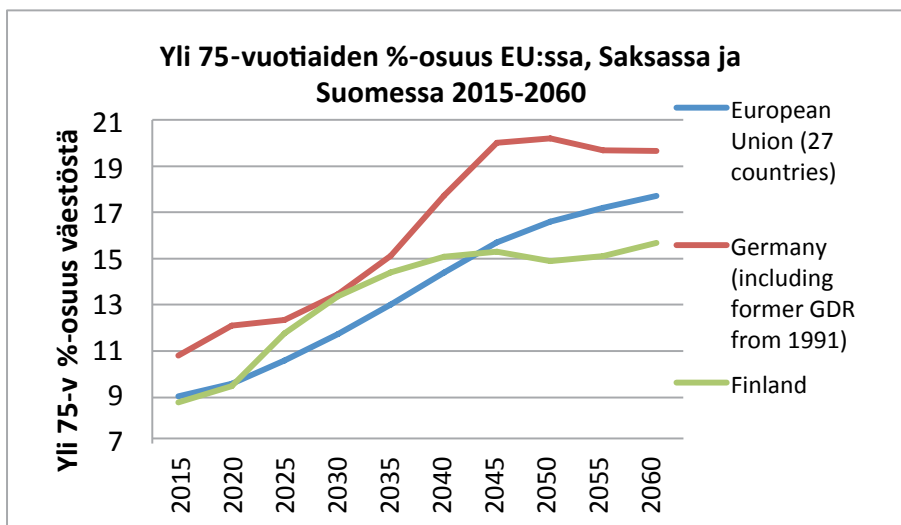
1. Maakuntien eliniän odotteessa, kuolleisuudessa ja sosioekonomisissa indikaattoreissa on eroja. Uskomme, että osa niistä olisi muutettavissa tehokkailla terveyden edistämishjelmilla, kuten Pohjois-Karjala-projekti osoittaa.
2. Taloudellisesti tehokkaaseen toimintaan on useita malleja. HUS-alueen tehokkuus puoltaa sairaanhoitopiirien yhdistämistä etenkin Itä-Suomessa.
3. Laboratoriotoinnin laajuus, merkitys bioteknisen tuotannon kehitykselle ja rutiinitutkimusten kustannustason alentaminen edellyttävät erillistä selvitystä osana sote-uudistusta.
4. Sote-alueiden sosioekonomisten erojen ja erilaisen yhdyskuntarakenteen vuoksi ei ole mahdollista tehdä yhtä yleispätevää sote-suunnitelmaa. Suunnittelutyö on tehtävä paikallisesti olemassa olevien lähtökohtien mukaan.

4 Sote-toimintaympäristön muutos on kansainvälinen

4.1 Ikääntyminen on Euroopan yhteinen ongelma

Usein kuulee sanottavan, että Suomen väestö ikääntyy nopeimmin EU-maista. Eurostatin verkkosivuilta poimitun tilaston mukaan olemme nyt EU-maiden keskiarvoa.

Suomen ikääntymisnopeus on hetkellisesti EU-maiden nopeinta vuosien 2020–2030 välillä. Suomi ottaa kiinni Saksaa ja saavuttaa suunnilleen saman tason vuonna 2030, mutta sen jälkeen Saksa ja monet Euroopan maat vanhenevat meitä nopeammin.



Kuva 26. Ikääntymistä johtaa Saksa, mutta Suomi tulee hetkellisesti lähelle Saksan tasoa

Lähde: OECD Health Statistics 2014

Jos tarkastelemme ikääntyvää Eurooppaa kokonaisuutena, on ensiksi pu-
rettava pois eräs myytti. Suomi ei ole erityisen kummallinen maa. Esimer-
kiksi Saksa on koko ajan ikärakenteeltaan meitä vanhempi maa.

Suomi ei ole tällä hetkellä yksin uudistamassa palvelujärjestelmäänsä.
Euroopan julkisen sektorin kriisi merkitsee sosiaali- ja terveydenhuollossa
nykyisten toimintamallien uudelleen arviointia koko EU:n alueella. Syynä
rakenteiden muutokseen on EU:n talouden taantuma, julkisen talouden
kriisi ja näistä johtuva resurssipula. Ongelma on sama myös Yhdysvalloissa
ja Aasiassa.

Kaikissa Euroopan yhteisön maissa on tällä hetkellä sama tilanne. Sodan
jälkeinen suuri ikäluokka vanhenee, mutta terveydenhuollon palvelujärjes-
telmä toimii WHO:n 1970-luvun alussa julkistamalla porrastetun tervey-
denhuollon rakenteella. Muu yhteiskunta on asettamassa sosiaali- ja tervey-
denhuollon uuden tilanteen eteen. Näin on jo tapahtunut Isossa-Britan-
niassa, jossa NHS:n kustannukset on jäädytetty puntamääräisesti vuoden
2012 tasolle. Käytännössä tämä merkitsee 2–4 prosentin vuotuista säästö-
painetta. Pääasiallisena säästökohteena nähdään sairaaloiden keskittymi-

nen akuuttihoitoon ja pitkäaikaisten potilaiden hoitaminen keveämmissä laitoksissa.

Resurssipula on pakottanut Tanskan uudistamaan järjestelmänsä. Akuutti hoito keskitetään 1 000-paikkaisiin suursairaaloihin, joiden väestöpohja on noin 700 000 asukasta. Suomessakin uudistuksilla tulisi pyrkiä saamaan yliopistosairaaloiden resurssit entistä paremmin käyttöön. Etenkin diagnostisissa resursseissa on tällä hetkellä runsaasti käyttämättömiä voimavaroja.

4.2 Ison-Britannian visio toimintaympäristön muutoksesta

Tässä yhteydessä ei ole mahdollista tehdä omia perusteellisia analyysejä tulevaisuudesta. Onneksi tässä voidaan hyödyntää muualla tehtyä työtä. Tulevaisuuden rakenteellisia muutoksia on tarkastellut PIRU (Political Innovation Research Unit), Imperial Collage Business School, London. Sen tulevaisuuden raportti *Twenty-Thirty- -, Health Care Scenarios – exploring potential changes in health care in England over the next 20 years* on tarkemman tarkastelun arvoinen.

Sosiaalipalvelujen toimintaympäristön muutos

Poliittinen

- Julkisten palvelujen paikallinen päätöksenteko lisääntyy.
- Väestön osallistuminen palvelujen järjestämiseen lisääntyy.
- Globalisaatio lisääntyy terveystalustoilla.
- Palvelujen kilpailutus lisääntyy.
- EU:n vaikutus terveystalouteen hidastuu.
- Ympäristön kestävä kehitys on kasvava merkitys.
- Uudet maksujärjestelmät kehitetään siten, että ne ovat enemmän tulokseen keskittyneitä ja pyrkivät tuottamaan enemmän arvoa väestölle.

Taloudellinen

- Suuri valtion velka ja rajallinen taloudellinen kasvu todennäköisesti rajoittavat julkisen sektorin rahoitusta useita vuosia.

- Terveydenhuollon BKT:n prosenttiosuuden arvioidaan silti edelleen nousevan.
- Kasvavien mielenterveysongelmien riski liittyy talouden taantumiaan.
- Kaikki markkinat globalisoituvat, ja uusia talousmahteja nousee, esim. Kiina, Intia.
- Työssäkäyvän väestön osuus on laskussa, ja samalla eliniänodote kasvaa.
- Lähennytään työllisyyden yhdenvertaisuutta sukupuolten kesken.

Sosiaalinen

- Väestön ikääntyminen, enemmän ihmisiä, joilla on komplisoituneet tarpeet.
- Enemmän yhden hengen talouksia ja heikot sosiaaliset tukiverkostot.
- Kasvatvat lihavuus- ja muut elämäntapaongelmat.
- Systemaattiset terveyserot ovat jääneet pysyviksi.
- Viestinnän vallankumous, sosiaalinen media / internet.
- Paikallisuus – yhteisöt ottaneet enemmän valvontaa.
- Demokratisointi alkaen läpinäkyvyydestä ja sosiaalisesta mediasta.
- Palvelujen yhdessä tuottaminen.
- Terveydenhuollon työvoiman erikoistuminen jatkuu.

Teknologinen

- Lisääntynyt tiedon saatavuus.
- Lisääntyneet diagnostiset mahdollisuudet yhteisössä/kotona.
- Lisääntyvä valikoima terveydentilan valvonta- ja seurantalaitteita.
- Erittäin pienillä leikkaushaavoilla tehtäviä / kuvaohjattuja robottileikkauksia.
- DNA-testaus, jolla pystytään ennustamaan tauti ja muokkaamaan hoidot yksilöllisiksi.
- Uusia elimiä kasvattava lääketiede.
- Lisääntyvä tiedon digitointi.

Vaikka edellä näkyvät Englannin painotukset, on ne pääosin trendinä hyväksyttävä Suomessakin. On kuitenkin muistettava, että lähipalveluilla ym-

märretään Englannissa 300 000 asukkaan aluetta. Alueen palvelutuottajat ovat NHS:n säätiöitä, joiden väestöpohja on miljoonia asukkaita.

4.3 Sote-palveluiden integraatio Pohjois-Irlannissa

Pohjois-Irlannissa sote-uudistus toteutettiin vuonna 2012. Tilanne ennen uudistusta muistutti Suomen tilannetta, jossa oli runsaasti erilaista päällekkäistä toimintaa ja järjestelmä oli kallis. Tavoitteena oli integroida sosiaali- ja terveydenhuolto toiminnalliseksi kokonaisuudeksi. Asiaa valmisteltiin jo viime vuosikymmenellä. Uudistus oli raju, 1 700 000 irlantilaista jaettiin neljään alueeseen ja Belfast oli oma viides piirinsä.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa toiminta jaettiin yhdeksään eri osa-alueeseen. Nämä olivat seuraavat:

1. akuutti sairaanhoito
2. äitiysneuvola ja vastasyntyneiden lasten terveydenhoito
3. perhehuolto ja lasten hoiva
4. vanhusten hoiva
5. mielenterveys
6. oppimisvaikeudet
7. fyysiset ja aistivammat
8. terveyden edistäminen ja sairauksien estäminen
9. perusterveydenhuolto ja aikuisväestö.

Näille jaettiin rahamäärät, määrättiin vastuuhenkilöt ja näillä pitää tulla toimeen. Järjestelmä toimii aluevastuullisesti.

Pohjois-Irlannissa pyritään tuomaan eriytynyt sosiaali- ja terveydenhuolto takaisin yhteiskunnan osaksi. Käytännössä tämä merkitsee sitä, että eri palveluja yhdistetään samaan tilaan palveluskortteliksi keskelle kaupunkirakennetta. Belfastiin on rakennettu erittäin arvostettu ja menestynyt koe-kortteli, jossa samassa rakennuksessa on kaupunginkirjasto, uimahalli, vanhusten kuntoutusyksikkö, vanhusten asuntoja ja perustason lääkäri- ja sosiaalipalveluja.

4.4 Ruotsin vanhuspoliittinen ohjelma

Ruotsin vanhuspalvelujärjestelmässä keskeinen merkitys on vanhuksen omalla vastuulla. Vanhus on oman hoitonsa paras resurssi. Tämä merkitsee motivointia ja vastuun antamista vanhukselle itselleen.

Käytännössä oma hoito on monen tasoista vastuun ottoa. Palveluasumissa osa siivouksesta, kuten pöyjen pyyhkiminen, jätetään vanhuksen tehtäväksi ja vaaditaan myös sen suorittamista. Tämä on osa vanhuksen hoitoa, jolla muistisairasta henkilöä pyritään pitämään reaaliaikaisessa.

Jo 1980-luvun lopussa ryhdyttiin Ruotsin pitkäaikaissairastojen suunnittelussa ihmettelemään sitä, että jos sairaalan vuodeosastopotilaille vaaditaan itsenäinen kahvinkeitto mahdollisuus, miksi nämä henkilöt yleensä ovat vuodeosastolla. Tämä kysymyksenasettelu johti pohjoismaisen pitkäaikaissairaanhoidon vuodeosastojen purkamiseen, joka vietiin läpi aluksi Tanskassa, sittemmin Norjassa lakkauttamalla paikallissairaalat ja Ruotsissa 1990-luvun puolivälissä. Osana prosessia Ruotsin valtiopäivät päättivät, että vanhusten pitkäaikaissijoituksessa vähimmäisneliömäärä on 34. Näin syntyivät Ruotsin vanhushoidon selkärankana olevat vanhustenasuintalot, joissa vanhus voi ylläpitää itse omaa kuntoaan.

Långsiktig efterfrågan på välfärdstjänster (LEV) -projekti on paras Ruotsin vanhushuoltoa käsittelevä tulevaisuusraportti. Siinä pohditaan monitieteellisesti ja perusteellisesti ikääntymisen ongelmia. Kustannusten nousuksi arvioidaan noin 100 mrd. kruunua, jos mitään ei tehdä.

Raportti päätty esittämään seuraavat kahdeksan toimenpidettä:

1. Panostetaan ennaltaehkäisevään hoitoon.
2. Pyritään estämään kaatumisia.
3. Vältetään hoitovirheitä.
4. Vähennetään hoitoon liittyviä infektioita.
5. Pyritään siirtämään dementian eteneminen myöhemmäksi.
6. Vähennetään korkean verenpaineen esiintyvyyttä ennaltaehkäisykeinoin.
7. Edellytetään kaikilta organisaatioilta parhaiden organisaatioiden tehokkuutta.
8. Edellytetään kaikilta kunnilta parhaiden kuntien kustannustasoa.

Näillä toimenpiteillä arvioidaan saavutettavan 54 mrd. kruunun säästö. Säästö merkitsee puolta Ruotsin ikääntymisen edellyttämästä hoitotarpeen lisääntymisestä.

4.5 Keski-Euroopassa on vahva kolmas sektori

Saksalla on kokemusta siitä, miten jo ikääntyneelle väestölle järjestetään palveluja. Suomessa tunnetaan valitettavan huonosti muitten maiden palvelujärjestelmiä ehkä Pohjoismaita lukuun ottamatta.

Saksassa on vuosittain käytettävissä olevat kustannukset rajoitettu vakuumatustyhtiön kulloiseenkin maksukykyyn. Lapset ja lastenlapset ovat velvoitettuja antamaan vanhemmilleen palveluja, mutta jos he asuvat eri paikkakunnalla, velvoite ei käytännössä toimi. Seurauksena on, että osa palveluista jää antamatta tai ne jäävät yhteiskunnan vastuulle. Keskustelu on käynnistynyt myös 65–74-vuotiaiden ihmisten käytöstä työvoimareservinä vanhustenhuollossa.

Saksan tilanteelle on tyypillistä työvoimapula. Nuoriso ei halua lähteä kaupungeista tai taajamista maaseudulle tai pieniin kaupunkeihin. Sama pätee lääkärikuntaan. Syrjäisemmän Saksan alueet ovat sitoutuneet maksamaan lääkärikoulutuksen edellyttäen, että opiskelijat ilmaista opetusta vastaan sitoutuvat työskentelemään tietyn ajan alueella.

Euroopan sosiaalipalvelujärjestelmien tulevaisuussuunnitelmissa esiintyy usein kolmas sektori. Kolmas sektori nähdään kunta- ja valtiokoisen järjestelmän resurssien loppuessa vaihtoehtona selvitä ikääntymisestä. Kuten tässä raportissa ja aikaisemminkin on todettu, merkitsee vanhustenhoidon ikääntyneiden ennuste huomattavasti suurempaa palvelutarvetta kuin mitä on arvioitu. Siihen eivät nähtävissä olevat resurssit riitä, joten kolmannen sektorin mukaan tulo on Suomessakin välttämättömyys.

Sekä Ruotsissa että Keski-Euroopassa kolmas sektori on keskeinen vanhustyön voimavara. Hollannissa oli kymmenen vuoden ajan valtion budjetissa erillinen rahoitus, joka tähtäsi yhteiskunnan toimivuuden parantamiseen. Tällä rahoituksella rakennettiin taajamiin toimintatiloja, kerhotiloja yleensä palvelukeskuksen lähelle tai yhteyteen osana kerrostaloja tai palvelublokkeja. Myös maaseudulla isojen rakennusten kellareita avattiin kerhotoiloiksi tai kokoontumispaikoiksi.

Kun esimerkiksi Saksan ja Hollannin palvelutuotannoissa pyritään lyhentämään ympärivuorokautisessa palvelussa oloaikaa yhden vuoden ta-
sosta kuuteen kuukauteen, tulee kolmannen sektorin rooli edelleen kas-
maan.

4.6 Trendit palvelujen järjestämisessä

Yhteenvedona edellä olevasta voidaan nähdä seuraavat trendit:

1. Koko EU:n alueella väestö vanhenee ja huoltosuhde huononee.
2. Koko EU:n alueella sosiaali- ja terveydenhuolto on taloudellisissa vai-
keuksissa. Verotuksella rahoitettu palvelusektori on rahoitusvaikeuk-
sissa, koska veronmaksukyky ja veronmaksuhalukkuus ovat pienene-
mässä.
3. Informaatiotekniikan hyödyntäminen on kaikkialla ongelmallista ja
yllättävän kallista. It-teknologian mahdollistama etävastaanottotoi-
minta voi vähentää aikuisväestön kasvokkaisia lääkärikontakteja mer-
kittävästi maissa, joissa kontakteja on runsaasti. Nykyinen vanhus-
väestö ei hallitse tätä teknologiaa.
4. Vakuutus pohjaisessa järjestelmässä vuosittain kerätään jaettava sum-
ma. Vakuutusmaksujen jatkuva nousu on pakottanut vakuutetut hake-
maan edullisempia vakuutuksia, joista on karsittu palveluja.
5. Rahoituksen tiukkeneminen ja väheneminen on pakottanut palvelu-
järjestelmät kehittämään rakennetta taloudellisempaan suuntaan.
Keskeinen keino on purkaa porrastetun ja sektoroidun palvelujärjes-
telmän rajat (erikoishoito, perushoito, sosiaalityö) ja ryhmitellä palve-
lut uudella tavalla. Uusia palveluinnovaatioita kokeillaan.
6. Vanhustenhuollossa asumispalvelut ja päiväpalvelut lisääntyvät ja ym-
päri vuorokautiset laitospalvelut vähenevät. Monipuolisen kuntoutuk-
sen merkitys kasvaa nopeasti. Vanhusten oma vastuu kunnon ylläpitä-
misestä lisääntyy. Ikääntyvien oma hoito voidaan varmistaa riittävällä
määrällä palvelujen ääressä olevia tavallisia asuntoja.
7. Yhteiskunnan palvelujen vähentyessä kolmannen sektorin rooli kas-
vaa. Julkisen sektorin tehtävänä on rakentaa vapaaehtoistoiminnalle
edellytykset.

8. Tuleva niukkuus koskee yhteiskuntaa kaikilla tasoilla. Ikääntyminen ja siihen liittyvien ongelmien helpottaminen yhteiskunnan suunnittelun keinoin nähdään kustannuksia säästävänä investointina.

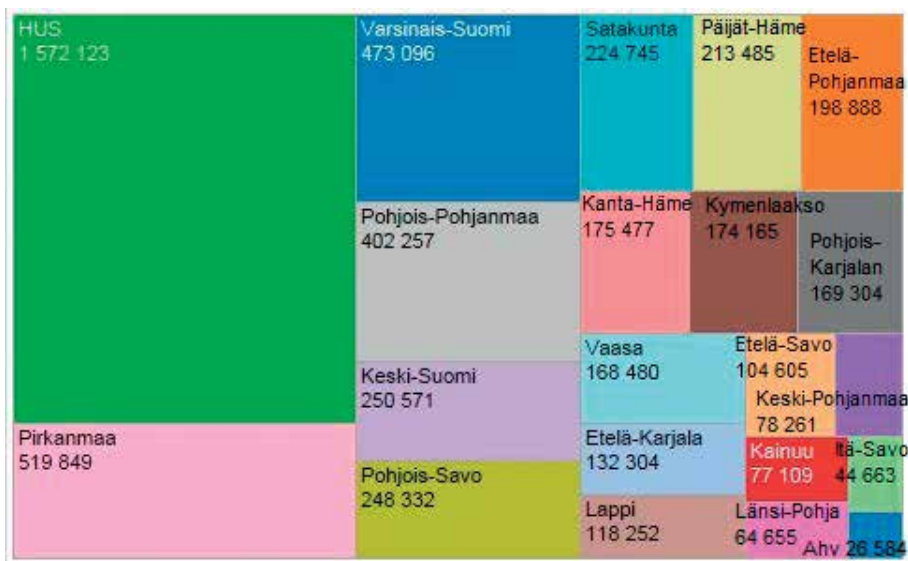
Edellä olevien esimerkkien ja lukuisten muiden vastaavien uusien ratkaisujen valossa voidaan puhua sosiaali- ja terveyspalveluissa uudesta megatrendistä, palvelujen horisontaalisesta verkottumisesta, arkipäiväistämisestä ja integroitumisesta takaisin yhteiskuntaan.

5 Palvelutarve ja väestöennuste

5.1 Sote-piirien väestöpohja

Kun keskustelu sote-piirien lukumäärästä avattiin uudelleen, on syytä tarkastella sote-piirien väestöpohjaa ja väestöennusteita. Tyypillinen valtakunnan tason päätös on piirien lukumäärä. Kansainvälisesti katsoen akuut-tisairaalan väestöpohja on kasvamassa noin 150 000 asukkaasta lähemmäksi 300 000 asukasta.

Sairaanhoitopiirien nykyiset väestöpohjat vaihtelevat alle 50 000 asukkaasta 1,5 miljoonaan asukkaaseen. Väestöpohja määrää palvelujen erikoistumisasteen. Sairaanhoitopiirit on kuvattu väestöpohjansa mukaisesti nelikuvana. Erikseen on huomattava, että yliopistosairaalat ovat ensisijaisesti oman alueen keskussairaaloita, ulkopuolisten potilaiden osuus on n. 4–12 prosenttia.



Kuva 27. Sairaanhoidopiirit väestön lukumäärän mukaisessa järjestyksessä vuonna 2013 (keski-
väkiluku)

Lähde: Tilastokeskus 2015

Lukijalle on selvää, ettei väestöpohjaltaan pienempien sairaanhoidopiirien palvelukyky ole sama kuin suurempien. Itä-Savon keskussairaalan väestöpohja on lähempänä keskikokoisen kaupungin terveyskeskusta kuin akuuttisairaala. Jos kyseessä olisi vahva valtion ohjaus, joka ajaisi kokonaisuuden etua, tai yksityinen palvelukonserni, olisi Etelä-Savossa sairaanhoidopiirit jo yhdistetty. Valtakunnan tasolla on pelko siitä, että jos nykyiset sairaanhoidopiirit muodostavat tulevien itsehallinnollisten sote-alueiden rungon, laajempaa toimintojen rationointia tuskin tapahtuu. Kukin alue pyrkii pitämään tuotannon ja työpaikat omalla alueellaan, eikä tämän raportin luvussa kolme kuvatussa paikoittaisesta tehottomuudesta ja ylituotannosta päästä eroon. Siksi olisi hyvä pyrkiä rakentamaan alueet niin, että niillä on riittävä väestöpohja ja mahdollisuudet aitoon toimintojen optimointiin.

Kun mietitään sote-alueen kokoa, on lähdettävä siitä, että alueella on päivystävä sairaala. Päivystävälle sairaalalle on olemassa tietty laatuvaatimus. Täydellisen päivystysvalmiuden ylläpito vaatii tietyn väestöpohjan. Euroo-

passa miniminä pidettiin 2000-luvun alussa noin 150 000 asukasta, mutta luku on kasvanut nyt noin 200 000 asukkaaseen. Hollannissa ollaan yhdistämässä nyt 200 000 asukkaan alueita tavoitteena saada kaksi erillistä sairaalaa yhdistymään kaksoissairaalaksi, joilla olisi erikoissairaanhoidossa erilainen profiili. Profilit yhdessä muodostaisivat väestön kannalta kattavan palveluvalikoiman. Tukipalvelut olisivat yhteisiä. Näin muodostuvalla kaksoissairaalalla saataisiin myös suppeiden erikoisalojen palvelut lähelle väestöä ja kustannuksia kohtuullistettua.

Keskussairaalan toiminnan muuttaminen voi aiheuttaa alueelle myös kerrannaisvaikutuksia. Sairaanhoidajakoulutuksen järjestäminen vaatii akuuttisairaalaa, jossa hoidetaan kirurgisia potilaita. Nyt esimerkiksi Savonlinnassa on pelko siitä, että leikkaustoiminnan loppuminen aiheuttaisi kerrannaisvaikutuksena sairaanhoidokoulutuksen keskittämistä ja vaikuttaisi samalla laajemmin elinkeinoelämään. Tähän kaksoissairaalakonsepti tai isompi sote-alue tarjoaisi ratkaisun.

Sote-alueella voisi olla useampia sairaalatyyppejä. Edellä kuvatun kaksoissairaalan lisäksi tarvitaan perustasolla toimiva kuntouttava lähisairaala. Pienemmät sairaalat voisivat erikoistua joidenkin palvelujen tuottamiseen koko piirin alueelle ja säilyttää siten paremman kyvyn palvella väestöä. Uudistuksen yhteydessä tulisi purkaa nykyinen terveystakeskussairaalajärjestelmä ja siihen liittyvä noin 10 000 vuodeosastopaikan ylikapasiteetti.

Lähtien näistä ajatuksista voitaisiin rakentaa kuvan 28 mukainen 12 sote-alueen malli. Mallissa on vähimmäisväestöpohjana 170 000 asukasta, joka on riittävä Suomen olosuhteissa. Rakenne voi toteutua vain, jos päätös sote-alueen väestöpohjasta tehdään sote-lain käsittelyn yhteydessä – mikään maakunta ei vapaaehtoisesti halua luopua omasta ”itsehallinnosta”. Kahdentoista alueen malli on vain yksi ehdotus, ja voi olla, että vielä parempaan tulokseen päästäisiin kahtatoista aluetta pienemmällä määrällä. Tätä poliitisten päätöksentekijöiden on syytä pohtia tasapainoillessaan toisaalta kustannus- ja laatuvaatimusten ja toisaalta paikallisen päätöksenteon vaatimusten ristitulessa.



Kuva 28. Vaihtoehtoinen ehdotus sote-piirin väestöpohjaksi

Kahdeksan nykyistä sairaanhoitopiiriä voisivat yhdistyä sote-piireiksi, joissa olisi riittävä väestöpohja kahdessa paikassa toimivalle akuuttihoitolle. Erikoissalat muodostaisivat yhdessä täyden palvelun järjestelmän. Suppeammat erikoissalat keskittyisivät vain jompaankumpaan sairaalaan. Kaksosairaaloita voisivat olla seuraavat neljä: Kanta-Häme ja Päijät-Häme; Etelä-Karjala ja Kymenlaakso; Etelä-Pohjanmaa ja Vaasa sekä Lappi ja Länsi-Pohja.

Etelä-Savon maakunnalle on tarjolla vaihtoehtoja. Maakunnassa on 150 000 asukasta. Alueelle mahtuu yksi akuuttisairaala, joka olisi muodostettavissa yhdistämällä Etelä-Savon 105 000:n ja Itä-Savon 44 500 asukkaan sairaanhoitopiirit. Mutta myös Etelä-Savon, Itä-Savon ja Pohjois-Savon sairaanhoitopiirien yhdistäminen Savon sairaanhoitopiiriksi olisi toimiva ratkaisu. Sillä olisi kolme akuuttisairaala, Kuopio, Mikkeli ja Savonlinna, joista kullakin olisi oma profiilinsa. Samalla Kuopion yliopistosairaala saisi noin 400 000 väestöpohjan, ja juuri uudistetulle Savonlinnan keskussairaalalle löytyisi mielekästä käyttöä osana koko piirin järjestelmää. Myös koko Itä-Suomen kattava sote-alue olisi mahdollinen, kuten ISTER-hankkeen valmistelussa todettiin. Ratkaisu on tältä osin tehtävä poliittisena päätöksinä.

Kainuun 77 000:n ja Keski-Pohjanmaan 78 000 asukkaan sairaanhoitopiirit nojaavat jo nyt Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin resursseihin. Keski-Pohjanmaan sairaala voisi oman akuuttitoiminnan lisäksi osana suurempaa kokonaisuutta erikoistua johonkin koko aluetta palvelevaan toimintaan. Kainuun keskussairaala on toiminut jo integroidulla mallilla ja nojautunut yliopistosairaalaan, joten suurta muutosta ei ole nähtävissä.

5.2 Erikoissairaanhoidon tarve

Erikoissairaanhoidon kokoa mitataan sairaansijoina tuhatta asukasta kohti. Kriitikot ovat huomauttaneet, ettei sairaansija ole järkevä mitta, mutta kun toistaiseksi parempaa ei ole keksitty, sitä käytetään edelleen sekä WHO:n ja OECD:n tilastoinneissa.

Ensimmäinen selkeä mitoitustuli 1930-luvun lopussa Saksasta, jolloin sekä paranevia että kuolevia potilaita hoitavan yleissairaalan tarpeeksi arvioitiin 6–7 sairaansijaa 1 000 asukasta kohti. WHO esitti 1950-luvun lopussa miljoonan asukkaan erikoissairaanhoidon keskittämistä kolmeen 1 000-paikkaiseen sairaalaan, jotka ovat keskenään yhteistyössä. Tällä mitoituksella rakennettiin pohjoismaiset keskussairaalat.

Mitoitusta on sittemmin tarkistettu. NHS alensi 1970-luvulla tarpeen 2,5 sairaansijaan 1 000 asukasta kohti. Yhdysvalloissa Kaiser Permanente vähensi Kaliforniassa sairaansijamäärän tasolle yksi sairaansija 1 000 asukasta kohti, mutta totesi mitoituksen liian pieneksi. Tällä hetkellä perusmitoitust on eurooppalaisissa suunnittelukilpailuissa noin kaksi sairaansijaa 1 000 asukasta kohti. Esimerkiksi Alankomaissa nykyinen vaihteluväli on 1,8–2,2 sairaansijaa 1 000 asukasta kohti. Suomessa erikoissairaaloiden sairaansijamäärä voisi olla 2 tuhatta asukasta kohti ja kuntoutussairaaloissa vastaavasti yksi sairaansija 1 000 asukasta kohti.

Seuraavassa on tarkasteltu akuuttisairaanhoidon tarvetta piireittäin vuoteen 2040. Lisäksi on verrattu tarpeen muutosta vuoteen 2040. Ensin tarkastellaan nykytilaa erikoissairaanhoidon ja akuutin hoidon sairaansijojen avulla. Nykytilan jälkeen on laskettu tarve vuodelle 2012 perustuen kolmeen sairaansijaan 1 000 asukasta kohti. Lisäksi taulukossa tarkastellaan vuoden 2040 tarvetta ja verrataan sitä vuoden 2012 tarpeeseen. Toteutuneet

erikoissairaanhoidon ja akuutin hoidon sairaansijat vuonna 2012 kattaisivat tarpeen vielä vuonna 2040.

Taulukko 29.

Erikoissairaanhoidon sairaansijojen tarpeen muutos vuoteen 2040

Erikoissairaanhoidon sairaansijat 2012 ja tarve 2040	Nykytila 2012			Tarve 2012	Tarve 2040		
	ESH ss 2012	Akuutti ss 2012	ESH+ akuutti ss 2012	Esh + kunt. 3 ss / 1 000 as	Esh+ kunt. 3 ss / 1 000 as 2040	Erotus 2040 tarve - 2012 sairaansijat	Tarve 2040 /2012 laskeva
Koko maa	12 391	6 206	18 597	16 242	17 955	-642	111 %
HUS	2 935	1 227	4 162	4 662	5 713	1 551	123 %
Pirkanmaa	1 238	502	1 740	1 474	1 723	-17	117 %
Kanta-Häme	406	139	545	526	601	56	114 %
Vaasa	329	239	568	503	573	5	114 %
Pohjois-Pohjanmaa	899	481	1 380	1 208	1 351	-29	112 %
Varsinais-Suomi	1 220	441	1 661	1 414	1 536	-125	109 %
Päijät-Häme	493	309	802	640	692	-110	108 %
Keski-Suomi	569	467	1 036	824	881	-155	107 %
Keski-Pohjanmaa	220	136	356	226	240	-116	106 %
Etelä-Pohjanmaa	482	372	854	596	620	-234	104 %
Lappi	340	186	526	355	361	-165	102 %
Pohjois-Savo	738	354	1 092	745	731	-361	98 %
Satakunta	500	338	838	675	652	-186	97 %
Pohjois-Karjala	457	255	712	509	491	-221	96 %
Etelä-Karjala	268	133	401	397	381	-20	96 %
Länsi-Pohja	174	93	267	194	186	-81	96 %
Kymenlaakso	385	385	770	524	497	-273	95 %
Etelä-Savo	305	150	455	315	287	-168	91 %
Kainuu	273	124	397	233	211	-186	91 %
Itä-Savo	160	58	218	135	117	-101	87 %

Lähde: Tilastokeskus, väestöennusteet 2012

Näin tarkasteluna erikoissairaanhoidon ja kuntoutussairaalan yhteenlaskettu tarve kasvaa lähtövuoden 2012 tasosta 16 242 sairaansijaa vuoteen 2040 mennessä tasoon 17 955 sairaansijaa, siis noin 1 713 sairaansijaa ja 11 prosenttia. Erikoissairaanhoidossa oli vuonna 2012 keskussairaaloissa ja aluesairaaloissa yhteensä 12 400 ja terveyskeskuksissa noin 13 000 sairaansijaa, yhteensä 25 400. Purettavaa vuodeosastokapasiteettia on nyt siis noin 9 000 sairaansijaa.

Jos edellä oleva kaksi sairaansijaa 1 000 asukasta kohti pätee akuuttiin erikoissairaanhoidon tarpeeseen, tarvitaan lisäksi pienempi ja kevyempi sairaalajärjestel-

mä kooltaan noin yksi sairaansija 1 000 asukasta kohti, ja sen tehtävänä on erikoistua vanhusten kriiseihin ja kuntoutukseen. Lähisairaalan tarkka koko ja tehtävät riippuvat paikallisista ratkaisuista.

Jotta kuntoutussairaala saataisiin toimimaan, tarvitaan nykyisen erikoissairaanhoidon lisäksi noin 5 600 sairaansijaa. Nämä saadaan muuttamalla osa terveyskeskuksien vuodeosastoista kuntoutussairaaloiksi. Tarvittava paikkamäärä on sairaanhoitopiireittäin kohdassa tarve (taulukko 29).

Sairaalat voivat keskittyä tiettyyn tehtävään. Ne voivat myös irrota itsenäisiksi organisaatioiksi oman sairaalan sisällä. Tunnetaan sairaala-sairaala-rakenne (hospital in hospital), josta Suomessa tunnetuin on Tampereella toimiva Coxa. Sairaaloiden sisäisten rakenteiden yksityiskohtainen tarkastelu ei kuulu tämän raportin piiriin.

Tarvittavan henkilökuntamäärän arviointi on vaikeampi tehtävä. Keski-eurooppalaisessa järjestelmässä avohoito on eriytetty sairaalatoiminnasta. Ruotsissa on suhteellisen vähän resursseja perussairaudenhoidossa. Kaikki sairaansijat ovat erikoislääkäreiden johtamia. Röntgenkuvaukset on keskitetty sairaaloihin. Yhdysvalloissa osa yhteiskunnan palveluja, kuten turvallisuus, hoidetaan sairaalan omasta toimesta. Taulukkoon 30 on malliksi laskettu henkilökunta käyttäen mitoituksena erikoissairaanhoidon viisi työntekijää sairaansijaa kohti ja kuntoutussairaalassa vastaavasti 3,5.

Taulukko 30.

Sairaaloiden henkilökunnan tarve teoreettisella mitoituksella

Sairaanhoito- piirien henkilöstö 2012	Väestö 2013	Erikoissai- raala 2 ss / 1 000 as	HK 5 työn- tekijää / ss	Kuntou- tussairaa- la 1 ss / 1 000 as	HK 3,5 työn- tekijää / ss	Työnte- kijät yh- teensä	Työnte- kijät / 1 000 as	Nykytila 2012 laskeva	Erotus
Koko maa	5 413 971	10 828	54 140	5 414	18 949	73 089	13,5	18,0	24 494
Ahvenanmaa	28 428	57	284	28	99	384	13,5	41,0	781
Itä-Savon shp	45 063	90	451	45	158	608	13,5	24,6	501
Pohjois-Savo	248 182	496	2 482	248	869	3 350	13,5	23,7	2 533
Vaasan shp	167 800	336	1 678	168	587	2 265	13,5	21,9	1 410
Pohjois-Pohja	402 561	805	4 026	403	1 409	5 435	13,5	20,3	2 727
Varsinais-Suomi	471 296	943	4 713	471	1 650	6 362	13,5	19,9	3 032
Pirkanmaan s	491 433	983	4 914	491	1 720	6 634	13,5	19,2	2 818
Etelä-Pohjanmaa	198 808	398	1 988	199	696	2 684	13,5	17,5	803
Keski-Pohjanmaa	75 221	150	752	75	263	1 015	13,5	17,5	303
Helsingin ja Uusimaa	1 553 915	3 108	15 539	1 554	5 439	20 978	13,5	17,4	6 089
Länsi-Pohjanmaa	64 825	130	648	65	227	875	13,5	17,2	239
Pohjois-Karjala	169 615	339	1 696	170	594	2 290	13,5	17,2	622
Satakunnan s	225 118	450	2 251	225	788	3 039	13,5	16,9	769
Lapin shp	118 263	237	1 183	118	414	1 597	13,5	16,6	371
Etelä-Savon s	105 127	210	1 051	105	368	1 419	13,5	16,5	313
Keski-Suomen s	274 770	550	2 748	275	962	3 709	13,5	15,1	437
Päijät-Hämeen s	213 402	427	2 134	213	747	2 881	13,5	14,9	300
Kainuun shp	77 710	155	777	78	272	1 049	13,5	14,7	91
Kymenlaakso	174 647	349	1 746	175	611	2 358	13,5	14,5	175
Kanta-Hämeen s	175 351	351	1 754	175	614	2 367	13,5	14,3	139
Etelä-Karjala	132 441	265	1 324	132	464	1 788	13,5	13,8	43

Taulukkoon 30 valittiin harkinnanvaraisesti henkilökuntamäärä. Luvut voivat vaihdella eri sote-alueilla alueen tehtävien ja tulevan rahoitusratkaisun mukaan.

Edellä kuvatulla mitoituksella vapautuisi siis 24 500 henkilötyövuotta. Ylimitoitus tulee siitä, että THL on tilastoinut erikoissairaanhoidon ja terveyskeskusten vuodeosaston henkilökunnan yhteen. Kun sairaansijoja on noin 9 000 liikaa, on henkilökuntaakin liikaa.

5.3 Ikääntyvän väestön tarpeet

5.3.1 Ikääntyvän väestön määrällinen kasvu

Raportissamme ”Saadaanko sote-uudistuksella tasalaatua?” teimme väestöennusteeseen perustuvat tarvearviot sekä erikoissairaanhoidon tarpeesta että vanhuspalveluista. Laskelmissa on käytetty väestöennustetta 9/2012. Uusi ennuste tulee lokakuussa 2015.

Erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon lisätarve olisi (taulukko 4) olisi noin 28 prosenttia ja avohoidon (taulukko 6) noin 18 prosenttia.

Samoin tehtiin myös vastaavat vanhuspalveluennusteet (taulukko 33). Vanhusten ennusteissa ikärajana pidetään 75-vuoden ikää. Tämä näkyy myös vanhuspalvelulaissa, jossa tarve on sidottu tähän ikärajaan. Lähtötasoksi otettiin STM:n ikäihmisten laatusuosituksen mukainen tavoitetaso, jonka mukaan 91 prosenttia yli 75-vuotiaista asuu kotona, eli paikkoja tarvittaisiin nyt 41 854.

Vanhusten erilaisessa asumiskäytössä vuonna 2012 oli terveyskeskusten akuuttikäyttö huomioiden kaikkiaan noin 69 500 paikkaa. Mikäli suhteessa sama määrä vanhuksia olisi laitoshoidossa vuonna 2040, ennusteen mukaan tarve olisi noin 85 000 paikkaa. Lisäys olisi nykytilanteeseen verrattuna noin 15 000 paikkaa eli 23 prosenttia.

Taulukko 31.

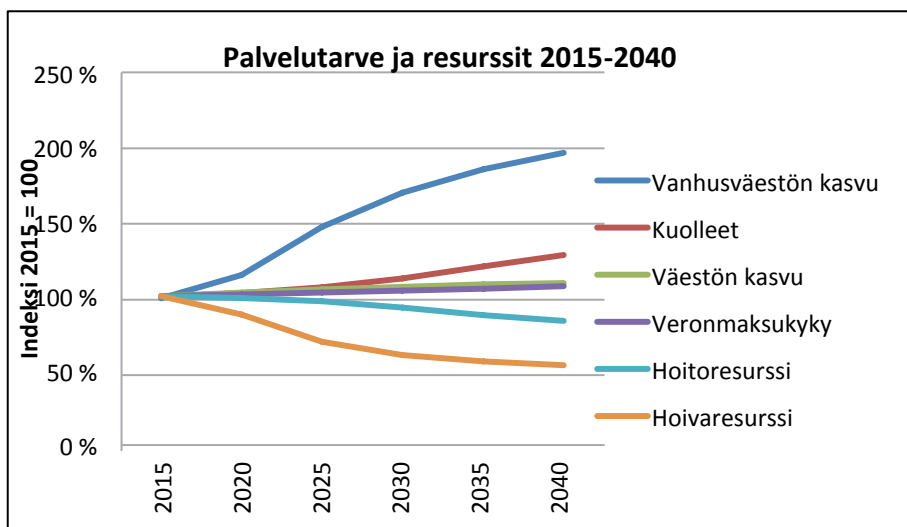
Sairaanhoitopiirien väestöennuste ja yli 75-vuotiaiden ennuste, %-muutos

Yli 75 - vuotiaat	2015	2040	Muutos % 2015 = 100	Koko väestö	2015	2040	Muutos % 2015 = 100
Koko maa	483 163	947 917	196 %	Koko maa	5 504 314	5 984 898	109 %
HUS	104 966	245 670	234 %	Ahvenanmaa -	29 598	36 876	125 %
Ahvenanmaa -	2 562	5 735	224 %	HUS	1 610 102	1 904 438	118 %
Pohjois-Pohja	30 801	65 991	214 %	Pirkanmaan S	505 239	574 303	114 %
Kanta-Hämeen	17 323	34 794	201 %	Kanta-Hämeen	179 372	200 256	112 %
Päijät-Hämeen	21 452	42 747	199 %	Vaasan SHP - V	171 635	191 100	111 %
Pirkanmaan S	43 854	85 907	196 %	Pohjois-Pohja	412 221	450 487	109 %
Varsinais-Suo	45 100	86 560	192 %	Varsinais-Suo	478 303	511 977	107 %
Lapin SHP - La	11 870	22 285	188 %	Päijät-Hämeen	215 741	230 629	107 %
Keski-Suomen	25 814	48 024	186 %	Keski-Suomen	278 237	293 756	106 %
Pohjois-Karjal	17 766	32 776	184 %	Keski-Pohjann	75 764	79 878	105 %
Pohjois-Savon	25 505	46 376	182 %	Etelä-Pohjanm	199 135	206 794	104 %
Keski-Pohjann	7 008	12 495	178 %	Lapin SHP - La	118 083	120 347	102 %
Länsi-Pohjan S	6 507	11 501	177 %	Pohjois-Savon	247 421	243 597	98 %
Vaasan SHP - V	16 525	28 614	173 %	Satakunnan SH	223 543	217 246	97 %
Etelä-Pohjanm	20 736	35 648	172 %	Pohjois-Karjal	168 601	163 532	97 %
Etelä-Savon SH	12 589	21 508	171 %	Länsi-Pohjan S	64 021	62 033	97 %
Kymenlaakson	18 849	32 143	171 %	Etelä-Karjalan	131 361	127 022	97 %
Kainuun SHP -	8 568	14 441	169 %	Kymenlaakson	173 010	165 547	96 %
Etelä-Karjalan	14 878	24 907	167 %	Kainuun SHP -	75 935	70 454	93 %
Satakunnan SH	24 732	40 542	164 %	Etelä-Savon SH	103 194	95 590	93 %
Itä-Savon SHP	5 758	9 253	161 %	Itä-Savon SHP	43 798	39 036	89 %

Lähde: Tilastokeskus 2015

Vanhusväestön kasvu vuoteen 2040 on yhteensä 460 000 uutta yli 75-vuotiaasta vanhusta. Huomio kiinnittyy siihen, että koko väestön kasvusta 480 000 asukasta Uudellemaalle keskittyy 294 000 asukasta eli yli 60 prosenttia. Uudenmaan noin 294 000 asukkaan kasvusta 140 000 eli puolet on yli 75-vuotiaita eli väestön vanhenemista. Kasvu on suurta lisäksi Hämeessä ja Varsinais-Suomessa. Itä-Suomi ja Savo ovat jo nyt vanhentuneet, jolloin suhteellisesti vanhusväestön kasvu on pienempää, mutta väestökadon vuoksi maksajia on vähemmän.

Väestöennusteen merkitys selviää kuvasta 29. Siinä veronmaksukyvyn arvio perustuu olettamukseen, jonka mukaan ikäluokkien 15–24, 65–74 ja 75+ veromaksukyky on vain puolet aikuisväestön tasosta.



Kuva 29. Palvelutarpeiden ja resurssien kehitys 2015–2040

Lähde: Tilastokeskus 2015

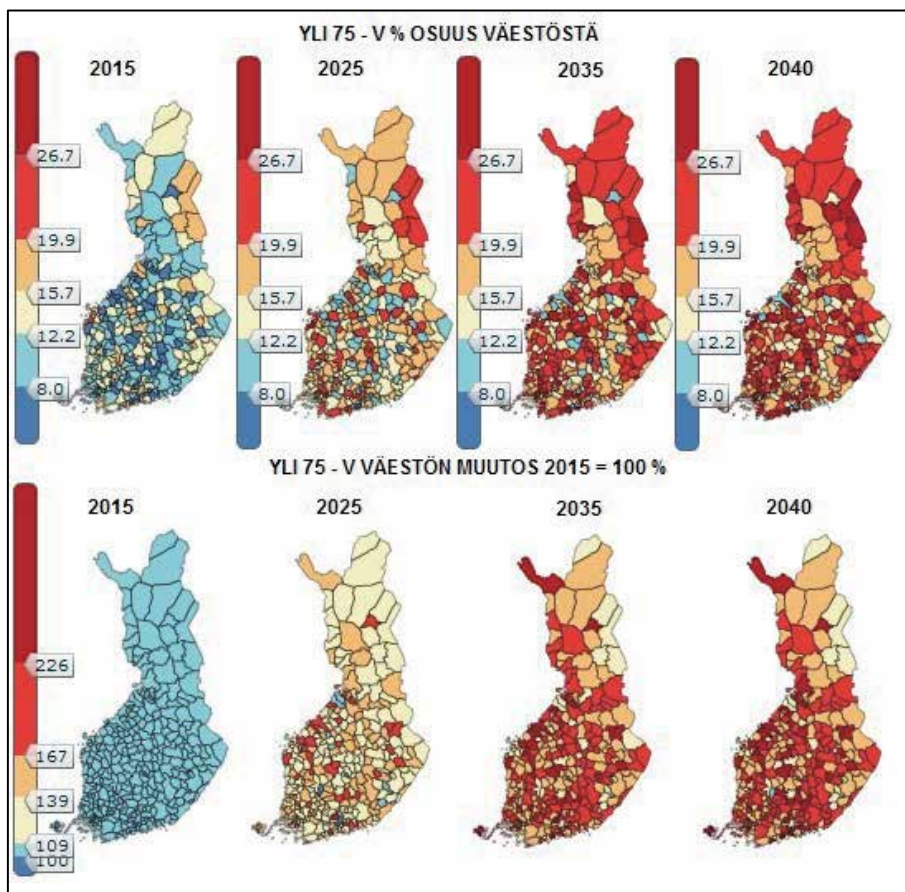
Jos jaetaan veronmaksukyky hoivaväestön määrällä, saadaan nopeasti laskeva käyrä.

Merkittävää on siis resurssien pienentyminen jo seuraavien kymmenen vuoden aikana. Tilanne on sama kuin muissa EU-maissa, eli on saatava aikaan enemmän palveluja vähemmällä rahalla.

5.3.2 Yli 75-vuotiaiden kehitys kunnittain

Tässä raportissa lähdetään siitä, että sote-alueet noudattavat suunnilleen sairaanhoitopiirien rajoja. Väestörakenteesta ja sen muutoksista johtuen palvelujen tarve jakautuu eri tavalla maan sisällä ja sairaanhoitopiirien kesken. Seuraavat kuvat selventävät lähtötilannetta.

Väestömuutoksia voidaan tarkastella vanhusten (yli 75-v.) lukumäärän kehittymisellä. Seuraavissa kartoissa on tarkasteltu vanhusten määrän muuttumista vuosien 2015–2040 välillä.



Kuva 30. Yli 75-vuotiaiden määrän kehitys kunnittain vuosina 2015–2040

Lähde: Tilastokeskus, väestöennuste 2012

Kuvan 30 ensimmäisessä karttasarjassa on tarkasteltu 75-vuotiaiden prosenttiosuuden muutosta koko väestöstä vuodesta 2015 vuoteen 2040. Muutos koskee lähes koko Suomea ja voimakkaasti maaseutua, ja ikääntyvien määrä kasvaa etenkin vuosina 2035–2040.

Jos sen sijaan katsotaan yli 75-vuotiaan väestön lukumäärän prosentuaalista kasvua, muuttuu kuva toisen näköiseksi. Voimakkain kasvu on Uudellamaalla. Osa Itä-Suomea on jo aikaisemmin niin vanhentunut, ettei siellä enää ole yli 75-vuotiaiden kasvulla väestöpohjaa.

Lisäpalvelutarpeen painopiste on Oulu–Kotka-ajan lounaispuolen taajamissa. Osassa rajan pohjoispuolella olevissa kunnissa palvelutarve ei enää kasva.

Toisaalta on kyseenalaistettava yli 75-vuotiaiden lukumäärään perustuva palvelutarpeen mitoitustapa, koska väestön terveydentila paranee jatkuvasti. Parantuneen terveydentilan seurauksena on, että palvelutarve siirtyy myöhemmäksi. Luvuissa 3.4.3 ja 3.4.4 näemme palvelutarpeen kasvua iän mukana, mutta myös isoja eroja palvelujen käytössä. Jos tarvetta ennustetaan nykyisten hoitokäytäntöjen pohjalta, saadaan erilainen tulos riippuen siitä, minkä maakunnan käytäntö otetaan lähtötilanteeksi. Näiden tietojen pohjalta voidaan olla varmoja, että yli 75-vuotiaiden määrään ja maan keskiarvoon perustuva ennuste antaa liian suuren tarvearvion. Todennäköisesti oikea ennustemalli edellyttää yksilökohtaista hoitopakettiajattelua ja keskiarvoisen tarvepaketin konstruktiota. Teeman jatkopohdinta ei kuulu tämän raportin piiriin.

5.3.3 Tarvevetoinen hoivapalvelutuotanto

Palveluasuntoajattelu tarvitsee uudelleenarviointia. Nykyisin suomalaiset palveluasunnot ovat rakenteeltaan ja toiminnaltaan kopioita sairaalan vuodeosastoista, joilla on oma osastokohtainen henkilökunta. Se merkitsee sitä, että noin 15–20 asukkaan rakennus ja vanhuksen oma tila varustetaan sänkykeskeisellä kalustuksella. Tuloksena ei ole oma asunto vaan laitospaikkajärjestelmän ratkaisu.

Pääosa tulevaisuuden vanhusten hoivasta järjestetään kotipalveluna. Kotipalvelua ei voida viedä kauas palvelupisteestä useamman kerran päivässä, koska silloin liikkumisen vuoksi hoitoon tarvittava työpanos kasvaa ohitse sen, mitä laitostyyppisessä hoidossa tarvitaan. Hoitohenkilökunnan työnä on hoitaminen, ei liikkuminen.

Siksi on lähettävä siitä, että vanhusväestö muuttaa pääsääntöisesti taajaman keskustassa sijaitsevaan palvelukortteliin, jossa vanhukset asuvat yksin normaalissa asunnossa. Henkilö saa palveluja tarpeen mukaan kävelymatkan päässä olevilta tuottajilta. Palvelukorttelissa voi olla sekä julkisia että yrittäjien tuottamia palveluja. Vanhukset voivat itse ostaa haluamiaan palveluja, tai he voivat käyttää palveluseteleitä, mikäli niin halutaan.

Palvelukortteli on kuvattu raportissamme ”Sisältää sote-uudistukseen”. Palvelukortteli on skaalautuva, joten se sopii myös pienenpiin taajamiin. Palvelukorttelissa vanhuksen tarvitsemat kotipalvelut tai hoivapalvelut tuo-

tetaan asunnosta kävelymatkan päässä olevasta palvelukeskuksesta. Näin palveluja tuotetaan vanhukselle eri päivinä eri tavoin. Se voi merkitä sitä, että joillekin palveluja annetaan sairastumisen vuoksi viikon aikana useita kertoja päivässä, kun seuraavalla viikolla paranemisen jälkeen peruspalvelu on riittävä.

Olennaista on ymmärtää, että osastotyyppinen palveluasuminen sitoo paljon henkilökuntaa kahdesta syystä. Yhtäältä palveluasunto on ahtaampi kuin normaaliasunto. Vuodekeskeisessä huoneessa vanhuksilla ei ole mahdollista liikua. Kunto huononee ja hoitotarve kasvaa.

Toisaalta vanhusten hoidon tarve vaihtelee. Osastotyyppisessä palvelujärjestelmässä palvelu mitoitetaan kiinteästi työntekijöinä asukasta kohti. Rakenteessa ei ole mahdollisuuksia suunnitella henkilökunnan käyttöä tarpeen mukaan, koska henkilökunta kokee itsensä aluevastuulliseksi. Jos henkilökunta sijoitetaan samassa rakennuksessa olevaan palvelukeskukseen, pystytään henkilökunnan hoivapanosta suuntaamaan kullekin vanhukselle päivittäisen tarpeen mukaan.

Hollannissa ja Ruotsissa uusimmat palveluasunnot rakennetaan palvelukortteliperiaatteella, koska se on ylivoimainen sekä vanhuksen että palveluntuottajan kannalta. Hyvä esimerkki toimivasta ratkaisusta on Palvelukeskus Vilhelmiina Helsingin Tilkassa.

Tarvevetoinen palvelujärjestelmä on oleellisesti joustavampi kuin kiinteään mitoitukseen perustuva järjestelmä. Työntekijöille ei synny ruuhka- huippuja, koska työpanos voidaan suunnata vaihtelevan tarpeen mukaan. Tämä on selkeästi parempi toimintamalli kuin nykyinen jäykkä rakenne, joka ei salli palvelun yksilöllisiä painotuksia.

5.3.4 Minne tarvitaan eläkeläisten kortteleita?

Mielenkiintoinen kysymys on, kuinka moni eläkeläisasunnoista on normaaleja ja kuinka monessa tarvitaan erilaisia kotipalveluina annettuja hoiva- ym. tukipalveluja. Kysymystä voisi lähestyä esimerkiksi nykytilanteesta, jossa 12 prosenttia vanhuksista asuu erilaisissa palvelujärjestelmissä. Jos lähdemme siitä, että vanhuspalvelulaki merkitsee noin 40 000 paikkaa eristeisissä palveluissa ja paikkoja on tällä hetkellä 60 000, voisimme ajatella, että nämä 20 000 henkilöä, jotka tällä hetkellä ovat laitoksissa yli vanhus-

palvelulain mitoituksen, muodostaisivat tuetun asumisen pääjoukon. Tämä tarkoittaisi, että noin 4 prosenttia yli 75-vuotiaista tarvitsee eläkeläisasuntoja, jotka ovat kävelymatkan päässä kotiin tuotavista palveluista. Laitosjärjestelmän purkamisesta johtuva palvelukorttelitarve on arvioitava kunta-kohtaisesti sote-uudistuksen yhteydessä.

Vanhusten määrän kasvu lisää palvelukortteleiden tarvetta. Seuraavaan taulukkoon poimittiin 20 paikkakuntaa, joissa yli 75-vuotiaiden määrän kasvu on suurinta. Laskennan pohjaksi arvioitiin, että palvelukorttelien tarve olisi suunnilleen nykyinen ylikäyttö 20 000 paikkaa eli noin 4 prosenttia yli 75-vuotiaiden vanhusten määrästä. Tämä kasvu on vuodesta 2015 vuoteen 2025 koko maassa 227 000, vuoteen 2035 noin 412 000 ja vuoteen 2040 noin 465 000. Palvelukorttelien tarpeen voisi ajatella kohdistuvan kuntiin, joissa yli 75-vuotiaiden määrän kasvu on suurinta. Kun lasketaan vanhusten määrän kasvu kunnittain ja otetaan siitä 4 prosenttia, saadaan taulukko 32. Listan kärjessä oleviin kahteenkymmeneen kuntaan kohdistuu lisätarpeesta noin puolet.

Taulukko 32.

Eläkeläisasumisen lisätarve 20 kunnassa, joissa kasvu on suurinta 2025–2040

Eläkeläisasumisen tarve	2 025	2 035	2 040
0 KOKO MAA	9 076	16 473	18 590
1 Helsinki - Helsingfors	892	1 545	1 843
2 Espoo - Esbo	462	795	947
3 Vantaa - Vanda	381	625	731
4 Tampere - Tammerfors	324	572	652
5 Oulu - Uleåborg	219	482	576
6 Turku - Åbo	266	442	488
7 Jyväskylä	216	397	450
8 Lahti - Lahtis	222	362	399
9 Kuopio	151	304	348
10 Joensuu	127	261	286
11 Hämeenlinna - Tavastinsalmi	126	236	273
12 Kouvola	146	253	272
13 Pori - Björneborg	138	218	238
14 Seinäjoki	105	206	235
15 Lappeenranta - Vilho	119	215	233
16 Rovaniemi	80	189	224
17 Salo	102	189	214
18 Porvoo - Borgå	100	173	199
19 Hyvinkää - Hyvinge	86	158	182
20 Järvenpää - Träskä	85	154	179

Lähde: Tilastokeskus 2015

Luvut kuvaavat lisätarvetta, mutta nykyisen järjestelmän purkaminen suurentaa osaltaan tarvetta ehkä toiset 4 prosenttia. Paine kohdistuu siis suuriin kaupunkeihin ja maakunnallisiin keskuksiin.

5.3.5 Vaihtoehtoiset tuotantomallit

Tulevaisuudesta voidaan tehdä eri skenaarioita. Kevään 2015 julkisessa sote-keskustelussa oli esillä seuraavat neljä erilaista lähtökohtaa:

1. Nykyinen kasvu jatkuu.
2. Vanhuspalvelulaki toteutetaan.
3. Otetaan tavoitteeksi Eksoten nykyinen taso, jonka mukaan 94 prosenttia asuu kotona.

4. Otetaan tavoitteeksi Eksoten tavoitetaso, jonka mukaan 97 prosenttia asuu kotona.

Malleilla on seuraavia ominaisuuksia.

1. Kasvu jatkuu hitaampana

Tässä mallissa ajatellaan, että kaikki tilat tarvitaan, kun vanhuksia tulee lisää. Tällä mallilla toimivia sairaanhoitopiirejä löytyy ”Saadaanko sote-uudistuksella tasalaatua?” -raportin (taulukko 32, s. 85) listasta, jossa on listattu alueiden ylikäyttö vanhushpalvelulakiin verrattuna. Tätä kasvumallia edustivat keväällä 2015 mm. Kuntaliitto, THL ja STM.

2. Vanhushpalvelulaki

Vanhushpalvelulain toimeenpano merkitsee sitä, että kotona asuu noin 91 tai 92 prosenttia vanhuksista. Moni yksittäinen kunta on jo päässyt tähän tasoon.

3. Eksote – kuntoutus keskiöön

Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri on tehnyt uuden toimintamallin, jossa kuntoutus nostettiin keskiöön. Osana tätä vanhustenhuollossa on tehty rakenneuudistus, jolla sairaanhoitopiiri on saavuttanut tason, jossa 94 prosenttia yli 75-vuotiaista asuu kotona. Kuntoutusjakson jälkeen osa vanhuksista on luopunut heille jo myönnettyistä kotipalveluista.

Kuntoutuksessa olleista henkilöistä osa palaa takaisin hoitolaitokseen. Tavallisesti sopivana määränä pidetään noin 15 prosentin palaamisastetta. Tämä luku on keväällä 2015 Eksoten kuntoutusyksikössä 2 prosenttia. Kuntoutus näyttäisi siis toimivan erittäin hyvin Eksoten alueella.

Taustalla oli osaamisen siirto Ruotsista, jossa vanhushpalvelulain taso 92 prosenttia kotona on saavutettu jo 2010. Kodin ulkopuoliseen asumiseen tarkoitettuja palveluasuntoja puretaan siellä edelleen. Nyt ennen kuolemaa palveluasunnoissa ollaan keskimäärin noin 400 vrk, vastaava luku Suomessa on 700 vrk.

4. Eksoten tavoitetaso

Eksote on ilmoittanut uudeksi tavoitetasokseen, että 97 prosenttia vanhuksista asuu kotonaan kotipalveluilla tuettuina. Mikäli koti on hankala sijain-

tinsa tai toimintansa vuoksi, on taajamien keskustoissa palvelurakennuksia ja vuokra-asuntoja.

Sakassa Dresdenissä on varattu laitoshoidtoa yhtä kuolemaa kohti noin 6 kuukautta. Kun tämä suhteutetaan Suomen nykytilaan, merkitsisi se noin 16 000 laitospaikkaa Suomessa. Eksoten tavoitetaso on samaa suuruusluokkaa.

5.3.6 Resurssien terve-ennusteet eri tuotantomalleilla

Jotta vanhusten palvelutarve voidaan tarkemmin ennakoida, tehtiin HILMO-rekisteristä ikäryhmäkohtainen poiminta tulosityttäin sairaanhoitopiirikohtaisesti. Poiminta tehtiin kodin ulkopuolisesta asumisesta, mukaan lukien terveyskeskusten vuodeosastot, vanhainkodit ja erityyppiset palveluasunnot. Ikäryhmiä valittiin viisi: alle 75-, 75–79-, 80–84-, 85–89- ja yli 90-vuotiaat.

Kuten edellä luvussa 3 on osoitettu, yli 85-vuotiaiden palvelutarve kasvaa. Jotta saisimme selville yli 85-vuotiaiden tarvelisäyksen merkityksen, teimme seuraavat laskelmat käyttäen tarkempaa ikäjakoa ja muuten samoilla periaatteilla kuin muutkin ennusteet: ensin lasketaan sairaanhoitopiirikohtaiset ennusteet ja näistä tehdään valtakunnallinen yhteenveto.

Ensimmäisissä ennusteissa taulukoissa 33–34 oletetaan nykyisen hoitomallin jatkuvan. Ensiksi tarkastellaan tulosityiden kasvua koko maan tasolla.

Taulukko 33.

Vanhusten kodin ulkopuolisen asumisen laitospaikat vuoden lopussa 2013–2040 koko maassa

Potilaita vuoden lopussa, ennuste piirien käytön mukaan koko maassa	2013	2020	2025	2030	2035	2040	Muutos %
11 Itsensä huolehtimisen	12 340	14 749	17 264	20 544	24 424	28 110	228 %
12 Liikkumiskyvyn vajavu	2 609	3 058	3 548	4 190	4 915	5 571	214 %
2D Dementia, muistamat	34 780	41 562	49 223	59 699	71 274	80 472	231 %
2X Muut hermostolliset s	542	622	694	805	950	1 069	197 %
32 Muu psykiatr. sairaus	965	1 068	1 222	1 341	1 429	1 476	153 %
34 Yksinäisyys,turvattom	1 221	1 493	1 745	2 144	2 660	3 131	256 %
35 Asumisongelmat	732	856	997	1 204	1 433	1 589	217 %
37 Hoitajan loma	365	423	496	573	655	719	197 %
3X Muut psyyk.-sosiaalis	1 563	1 816	2 097	2 435	2 821	3 178	203 %
4 Kuntoutus	558	661	780	945	1 109	1 247	223 %
6 Som.sairauden tutkim.	2 368	2 666	3 077	3 588	4 134	4 618	195 %
Yhteensä (ei Tk lyhyt+aik.)	58 169	69 154	81 403	97 792	116 187	131 642	226 %
Kaikki yhteensä	68 184	80 204	94 306	112 251	132 702	149 769	220 %

Lähde: THL:n laskenta 31.12.2013 ja Tilastokeskus, väestöennuste 2012

Kasvu tällä ennusteella olisi 74 000 paikkaa ja 126 prosenttia. Tulosyistä eniten prosentuaalisesti kasvavat yksinäisyys ja turvattomuus, eli ratkaisuna olisi toisenlainen asuminen.

Eniten lisäresursseja tarvitsee dementian hoito. Tämän tulossyyn lisätarve on 46 000 paikkaa, ja kasvu on 131 prosenttia. Vanhuuden hauraus eli kyky huolehtia itsestään kasvaa määrällisesti toiseksi eniten, 16 000 paikkaa ja 128 prosenttia.

Vastaavasti voidaan tehdä ennuste koko maan osalta vuosikustannuksista.

Taulukko 34.

Laskennalliset kustannukset vanhusten kodin ulkopuolisessa asumisessa vuositason 2013–2040 koko maassa

Laskennalliset kustannukset vuositason	2013	2020	2025	2030	2035	2040	Muutos %
11 Itsensä huolehtimisen	568	678	794	945	1 123	1 293	228 %
12 Liikkumiskyvyn vajavu	120	141	163	193	226	256	214 %
2D Dementia, muistamat	1 600	1 911	2 264	2 746	3 278	3 701	231 %
2X Muut hermostolliset s	25	29	32	37	44	49	197 %
32 Muu psykiatr. sairaus	44	49	56	62	66	68	153 %
34 Yksinäisyys,turvattom	56	69	80	99	122	144	256 %
35 Asumisongelmat	34	39	46	55	66	73	217 %
37 Hoitajan loma	17	19	23	26	30	33	197 %
3X Muut psyyk.-sosiaalis	72	84	96	112	130	146	203 %
4 Kuntoutus	26	30	36	43	51	57	223 %
6 Som.sairauden tutkim.	109	123	142	165	190	212	195 %
Yhteensä	2 669	3 172	3 732	4 483	5 326	6 033	226 %
Kaikki yhteensä	3 088	3 658	4 268	5 082	6 041	6 874	223 %

Lähde: THL:n laskenta 31.12.2013 ja Tilastokeskus, väestöennuste 2012

Ennuste kertoo, että nykyisen hoito-otteen jatkuminen merkitsee vanhusten huollon paikkamäärän ja kustannusten noin 2,3 kertaistumista. Vain harva pitää tätä realistisena.

Työn kuluessa havaittiin, että Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin toimintamalli on poikkeuksellisen tehokas. Se laskettiin omaksi sarakkeekseen seuraavissa taulukoissa.

Taulukoissa 35–36 on seuraavat mallit. SHP tarkoittaa nykytilanteen jatkumista. Tehokas vastaa Pohjois-Savon shp:n toimintamallia, jonka havaittiin tarkastelussa olevan selvästi keskimääräistä tehokkaampi. 9 prosenttia ja 8 prosenttia vastaavat vanhuspalvelulain suosituksia ja Eksote 6 prosenttia tarkoittaa tasoa, johon Etelä-Karjalassa on päästy keväällä 2015. Eksote 3 prosenttia tarkoittaa tasoa, joka on Eksoten tavoitetaso.

Taulukko 35.

Vanhusten kodin ulkopuolisen asumisen paikat eri ennusteiden mukaan 2013–2040

Vanhusten kodin ulkopuolisen asumisen laitospaikat	SHP	SHP	Tehokas	9 %	8 %	Eksote 6 %	Eksote 3 %
	2013	2040	2040	2040	2040	2040	2040
Koko maa	58 170	134 851	109 117	98 170	88 691	77 020	38 510
Ahvenanmaa	330	822	756	596	538	421	211
Etelä-Karjalan shp	1 527	3 113	2 916	2 502	2 253	1 996	998
Etelä-Pohjanmaan shp	2 848	5 653	3 971	3 645	3 289	2 784	1 392
Etelä-Savon shp	1 409	2 818	2 409	2 125	1 910	1 693	846
HUS	12 409	34 017	27 703	26 345	23 888	20 920	10 460
Itä-Savon shp	769	1 457	1 032	909	816	748	374
Kainuun shp	1 078	2 192	1 597	1 443	1 298	1 161	580
Kanta-Hämeen shp	1 998	4 571	4 169	3 554	3 206	2 696	1 348
Keski-Pohjanmaan shp	895	1 884	1 403	1 297	1 172	1 025	513
Keski-Suomen shp	3 315	8 398	6 505	4 949	4 469	3 955	1 978
Kymenlaakson shp	2 794	5 543	3 897	3 233	2 912	2 631	1 316
Lapin shp	1 484	3 444	2 433	2 256	2 033	1 876	938
Länsi-Pohjan shp	774	1 649	1 290	1 164	1 049	905	452
Pirkanmaan shp	4 918	10 738	9 045	8 978	8 119	6 942	3 471
Pohjois-Karjalan shp	2 520	5 336	3 579	3 284	2 956	2 681	1 341
Pohjois-Pohjanmaan s	3 540	9 273	7 654	6 921	6 261	5 200	2 600
Pohjois-Savon shp	2 808	6 009	5 234	4 677	4 214	3 562	1 781
Päijät-Hämeen shp	2 379	5 768	4 889	4 327	3 899	3 555	1 777
Satakunnan shp	2 985	6 079	4 826	4 100	3 694	3 290	1 645
Vaasan shp	2 097	4 202	3 528	2 990	2 704	2 226	1 113
Varsinais-Suomen shp	5 292	11 763	10 156	8 876	8 011	6 752	3 376

Lähde: THL:n laskenta 31.12.2013 ja Tilastokeskus, väestöennuste 2012

Samalla kun lukija ihmettelee 150 000 paikkatarvetta oletuksella, että nykyinen toimintamalli jatkuu, on muistettava, että kodin ulkopuolista asumista on nyt 20 000 paikkaa yli vanhuspalvelulain suosituksen ja siten STM:n toteaman tarpeen.

Kahdenkymmenen tuhannen laitospaikan purkaminen ja sitä vastaava henkilöstövähennys merkitsisi vuositasolla merkittävää säästöä. Osa säästyvistä varoista kuluu tehostetun kotipalvelun järjestämiseen. Eräissä pääkaupunkiseudun kunnissa ja Göteborgissa kotipalvelun keskimääräinen tuntimäärä asiakasta kohti on noin 6–7 tuntia viikossa. Jos tuntihinta on vaikkapa 45 euroa ja hoitopäivän hinta 130 euroa/vrk, muodostuu säästök-

si 85 euroa/vrk. Tämä merkitsee vuodessa yhtä paikkaa kohti 31 000 euroa ja 20 000 paikkaa kohti 620 milj. euroa.

Eksoten nykyiset kotihoidon kustannukset ovat noin 11 000 euroa/vuosi hoidettavaa kohti. Jos tehostetun palveluasumisen kustannukset ovat 130 euroa/vrk, vastaa tämä 47 459 euron vuosikustannusta hoidettavaa kohden. Erotus on 36 450 euroa yhtä paikkaa kohti ja 20 000 paikkaa kohti 720 milj. euroa.

Jos uudistuksessa osana lopetetaan 5 000 tk-pitkäaikaispaikkaa, joiden päiväkustannus on noin 180 euroa/vrk, kasvaa syntyvä säästö noin 90 milj. eurolla eli lähes 810 milj. euroon.

Tulevaisuuden ennakkoinnissa on suuria epävarmuustekijöitä. Siksi tarkastelun pitää olla toistuvaa. Jo syksyn 2015 uusi väestöennuste vaatii uutta tarkastelua.

Asialla on myös eettinen näkökulma. Jos palvelujärjestelmällä on kuntouttavia toimintamalleja, joilla kodin ulkopuolinen asuminen voidaan lyhentää nykyisestä noin 700 päivästä noin yhteen vuoteen, niin tähän kaikki haluavat. Saksassa on tavoitteena lyhentää loppuvaiheen kodin ulkopuolinen asuminen kuuteen kuukauteen. Suomen nykyistä ylimitoitusta on vaikea puolustaa millään järkisyyllä.

Kun useat kunnat ovat jo saavuttaneet kotona asumisessa 91 prosentin tason, on kasvun taittaminen tälle tasolle realistista. Myös 94 prosentin taso on saavutettu mm. Göteborgissa, muuallakin Ruotsissa ja Eksotessa keväällä 2015.

Terveystieteiden johtamisessa tulisi ottaa haastavat tavoitteet toiminnan suunnittelun lähtökohdaksi ja etsiä keinot, joilla näihin päästään. Koska esimerkkejä alueista, joissa haastaviin tavoitteisiin on jo päästy, löytyy, niin tehtävää voi tuskin pitää mahdottomana. Pikemminkin kyse on tarvittavasta asennemuutoksesta.

Seuraavassa on laskettu vastaavien toimintamallien kustannusennusteet. Luku 9 prosenttia tarkoittaa, että 91 prosenttia yli 75-vuotiaista asuu kotona. Eksoten 3 prosenttia tarkoittaa, että keväällä 2015 Eksotessa mietittiin uuden tavoitteen asettamista, jossa 97 prosenttia yli 75-vuotiaista asuu kuntoutettuna kotona.

Taulukko 36.

Sairaanhoitopiirikohtainen ennuste 2013–2040 eri malleilla vanhusten laitosasumisen vuosikustannuksista, milj. euroa

Kustannukset M €	SHP	SHP	Tehokas	9 %	8 %	Eksote 6 %	Eksote 3 %
	2013	2040	2040	2040	2040	2040	2040
Koko maa	2 669	6 226	5 338	4 455	4 016	3 482	1 741
Ahvenanmaa	16	39	32	27	24	20	10
Etelä-Karjalan shp	68	138	140	114	103	88	44
Etelä-Pohjanmaan shp	131	260	203	166	149	126	63
Etelä-Savon shp	67	135	119	97	87	79	39
HUS	558	1 527	1 385	1 190	1 076	917	458
Itä-Savon shp	37	70	51	42	37	35	18
Kainuun shp	46	95	80	66	59	48	24
Kanta-Hämeen shp	88	202	193	162	145	117	59
Keski-Pohjanmaan shp	41	86	73	59	53	45	23
Keski-Suomen shp	154	391	271	225	203	180	90
Kymenlaakson shp	124	246	181	147	132	114	57
Lapin shp	70	164	120	103	92	88	44
Länsi-Pohjan shp	38	82	65	53	48	45	22
Pirkanmaan shp	230	501	487	407	367	321	161
Pohjois-Karjalan shp	123	262	181	150	135	125	62
Pohjois-Pohjanmaan s	162	431	368	314	283	235	117
Pohjois-Savon shp	128	276	256	213	192	160	80
Päijät-Hämeen shp	121	296	240	197	177	177	89
Satakunnan shp	141	287	233	187	168	153	76
Vaasan shp	104	208	167	136	122	110	55
Varsinais-Suomen shp	237	533	491	403	363	300	150

Lähde: THL:n laskenta 31.12.2015 ja Tilastokeskus, väestöennuste 2012

5.3.7 Johtopäätös

Nykyisen toiminnan jatkaminen merkitsee vanhusten hoidossa resurssien kasvattamistarvetta lähes kaksinkertaiseksi. Tämä merkitsee noin 70 000 henkilön lisäystä ja kustannuksina noin 3–4 miljardia euroa. Taloudelliset resurssit eivät tähän riitä, eivätkä ne riitä edes vanhuspalvelulain mukaiseen mitoitukseen. Siksi on haettava toisenlainen ratkaisu. Vanhusten huollossa

tavoitetasoa on haettava Eksoten nykytasosta tai vielä pienemmästä laitospaikkamäärästä.

Edellytyksenä on systemaattinen panostus eläkeläisten asumiseen ja kunnan ylläpitoon sekä kuntoutuksen saaminen keskeiseen rooliin.

6 Ehdotus sote-alueen toimintamallista

S seuraavassa teemme ehdotuksen siitä, minkälaisella toimintamallilla Suomi selviää ikääntymisen tuomista haasteista. Uudistukset ovat hallintomallista riippumattomia. Ne voidaan toteuttaa hyvin erilaisilla organisaatioilla.

Sote-alueen sisäinen organisaatio nojaa vahvasti nykyiseen rakenteeseen. Palveluverkon johtaminen on kuitenkin vaikeampaa kuin yksittäisen isonkin organisaation johtaminen. On selvää, että kustannuslaskennan osaimista tulee lisätä ja kustannusten hallinta tulee johtamisessa keskeiseksi.

6.1 Uusi sote-organisaatio on palveluverkko

Hallitusohjelman mukaisesti sosiaali- ja terveysterveystuotot tuottaa jatkossa yksi maakunnallinen organisaatio. Erikoissairaanhoito, perusterveydenhuolto ja sosiaalipalvelut eivät enää jatka itsenäisinä osina, vaan olemassa olevista osista muodostetaan niitä yhdistelemällä uusi organisaatio, jossa hierarkkiset järjestelmät ovat korvattu ongelmakeskeisillä matalan hallintotason organisaatioilla. Ratkaisut voivat muistuttaa Eksoten mallia tai sisältää täysin uusia innovaatiota.

Terveysterveystuotosten kolmiportainen rakenne eli perustaso, erikoishoidon taso ja yliopistosairaaloiden erikoisvastuu muuttuu. Kun vaikkapa Eksoten

mallin mukaisesti palvelut ryhmitetään uudelleen, ei kyseessä ole enää porrastettu terveydenhuolto vaan yhtenäinen yhden johdon alla toimiva horisontaalinen palveluverkko. Tämä merkitsee isoa muutosta koko sosiaali- ja terveystalouden järjestelmän ajattelussa. Tähän asti on rakennettu yksittäisiin rakennuksiin perustuvia ”linnoja”. Nyt palvelu tai sairaala ei ole enää rakennus, vaan se on organisaatio. Alueelle tulee palveluverkko.

Seuraava kuudesta osa-alueesta rakentuva tulevaisuuden skenaario vaikuttaisi mahdolliselta selviämispolulta:

1. Rakennetaan alueelle horisontaalinen ja tasalaatuinen palveluverkko. Verkkoon kuuluu kaksipuolainen sairaala: päivystävä akuuttisairaala ja kuntouttava lähisairaala. Verkko suunnitellaan alueellisesti ja vastaamaan myös suuren ikäluokan lisätarpeeseen.
2. Nostetaan keskiöön vanhenevan väestön fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen kuntoutus ja kunnon ylläpito ja rakennetaan tätä varten alueellinen kuntoutusjärjestelmä.
3. Vanhusten kodin ulkopuolinen hoivalaitosasuminen eri järjestelmissä yhtenäistetään ja tavoitteeksi asetetaan korkeintaan vuoden keskimääräinen asumisaika.
4. Uudistetaan eläkeläisten asumista, ja taajamien keskustoihin rakennetaan palvelukortteleita, jonne tuodaan myös sosiaalisen lähipalvelut ja päivähoitokeskus.
5. Panostetaan väestön ennaltaehkäisevään terveydenhuoltoon suunnatusti maakunnallisin ohjelmin. Yksilön ja yhteisön omaa vastuuta lisätään. Vanhus on oman hoitonsa tärkein resurssi.
6. Kolmas sektori on tulevaisuudessa vanhustalouksissa keskeinen toimija, jonka edellytyksiä on vahvistettava.

Ehdotettu rakenne ei ole luonnollisesti ainoa mahdollinen, siitä on kehitettävissä useita variaatioita. Vaikka uuden rakenteen yksityiskohdat ovat epäselvät, merkitsee muutos sosiaali- ja terveystalouden osalta merkittävää hallinnollista muutosta. Ei riitä, että hallinto yhtenäistetään, vaan kaikki järjestelmät ja yksiköt tuotantoalueen sisällä verkotetaan kokonaisuudeksi. Järjestelyssä tulee luoda uusia rakenteita ja toiminnallisia kokonaisuuksia.

Tätä varten joudutaan luomaan uusi hallintomalli ja uusi toimintakulttuuri. Virastomallisesta toiminnasta tulee siirtyä yritysmailman toiminta-

malleihin. Kuten Eksoten malli osoittaa, ei ole käytännön esteitä toteuttaa uudistusta nopeasti, jos maakunnan johto sitä haluaa.

6.2 Kaksiportainen palvelujärjestelmä

Sote-palveluiden muutos merkitsee siirtymistä yksittäisten hallinnollisten yksiköiden toiminnan ohjaamisesta useiden erilaisten yksiköiden muodostaman kokonaisuuden hallintaan. Palvelut jakaantuvat keskitettyihin palveluihin ja lähipalveluihin.

Sote-palvelujen toimintamallin lähtökohdaksi tulee diagnostiikan, akuutien kriisien ja ongelmatapausten sekä resursseja vaativan hoidon, kuten leikkausten ja vastaavien toimenpiteiden, keskittäminen keskussairaalaan. Tällöin lääkärin hoitamat taudit ovat samat, mutta potilaat vaihtuvat.

Sote-uudistuksen seurauksena on, että linnamaisessa rakennuksessa toimivasta sairaalasta tulee alueellinen organisaatio, jolla on verkkomaisesti toimintaa useissa toimipisteissä. Tämä merkitsee sitä, että kaikki vuodeosastot ja kaikki poliklinikat hoidetaan saman organisaation puitteissa. Tämä sisältää automaattisesti tasaisen laadun vaatimuksen. Saavutettavuusnäkökohdat saavutetaan sekä palvelujen tuottajan liikkumisella että käyttäjän ohjautumisella.

Lähisairaala on alueellinen organisaatio, joka toimii useissa kunnissa. Yhtenäisen johdon avulla vuodeosastot tulevat toiminnallisesti samanarvoisiksi. Samalla keskussairaalassa oleva lääkärin osaaminen ulottuu tarvittavassa muodossa myös alueen kaikille muille vuodeosastoille. Lähisairaala huolehtii kuntoutuksen lisäksi monisairaiden vanhusten kriiseistä ja saattohoidosta. Lähisairaala muodostetaan terveystieteiden vuodeosastojen akuuttielementistä ja erikoissairaaloista vapautuvista resursseista. Samassa yhteydessä ja viimeistään silloin lopetetaan potilaan toimintakykyä huonontava pitkäaikainen vuodeosastohoito.

Pääosa kaikista avohoidon kontakteista tuotetaan lähipalveluina lähipalvelukeskuksissa. Lääkärissäkäyntejä on noin 10 miljoonaa ja hoitaja- ja muita käyntejä noin 10 miljoonaa. Yleislääkärit jäävät edelleen rajapinnaksi väestöön päin, ja he kantavat tästä suurimman vastuun.

Sokeritaudin, verenpainetaudin, erilaisten syöpätautien, reuman, demen-tian ja muiden vastaavien tautien krooninen vaihe hoidetaan lähipalveluna.

Palvelut tuodaan lähelle asukkaita siten, että erikoisalojen vastaanottoja järjestetään eri viikonpäivinä eri paikoissa. Esimerkiksi rintasyöpätiimi tai reumaryhmä voivat tulla taajamien keskustoihin 1–2 viikon välein. Lähipalveluun kuuluu myös vastuu väestön kunnon ylläpidosta ja ennaltaehkäisevästä terveydenhuollosta. Lääkärin hoitamat ihmiset ovat samoja, mutta heidän tautinsa vaihtelevat.

Sosiaalisektori yhdistetään lähipalveluihin paikallisesti. Osa sosiaalipalveluista tuotetaan keskitetysti kuten nyt. Tuotantoyksiköt on ratkaistava paikallisesti. Uudentyyppisessä rakenteessa erikoistiimit korvataan yhdellä lähipalvelutiimillä, jossa on monien erikoisryhmien osaajia. Näin terveyskeskuksessa ei ole enää esimerkiksi mielenterveystoimistoa, aikuisten sosiaalityötä tai perusterveydenhuollon sairaanhoitoa. Toiminta on organisoitu yhden moniammatillisen perustiimin puitteissa. Täällä on mahdollisuus muodostaa uusia ennakkoluulottomia yksiköitä. Esimerkiksi Eksote on yhdistänyt aikuisten sosiaalipalvelut ja psykiatrian samaan yksikköön. Lähipalvelujen suunnittelussa tapahtuu siis merkittävä muutos. Nykyisin on käytössä porrastettu palvelujärjestelmä: perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito. Kun palvelujen välinen raja-aita murretaan, syntyy uusi palvelujärjestelmä, jossa on tasalaatuinen osaaminen, joka voidaan tuoda lähelle väestöä.

6.3 Alueellinen kuntoutusjärjestelmä – onnistumisen avain

Kuntoutus on otettava keskiöön ja kuntoutusjärjestelmä uusittava kaikilla sote-alueilla. Tavoitteena on, että kuntoutujan kannalta hän saa tasalaatuisen palvelun kuntoutuspaikasta riippumatta koko sote-alueen kaikissa pisteissä.

Eksoten nykymallissa vanhus siirtyy kriisin jälkeen kuntoutusosastolle. Tehtävään kuntoutussuunnitelmaan sisältyy kotiutuspäivän päättäminen. Kotipalvelu saattaa vanhuksen kotiin ja katsoo, että hän selviytyy kotonaan. Kuntoutusyksikkö tekee päätöksen pysyväishoidosta vasta sitten, kun kuntoutuksen tulokset ovat käytettävissä.

Ongelmana on tällä hetkellä terveyskeskusten kuntoutuksen tehottomuus. Tilat ovat alkeellisia ja laitteisto puutteellista. (Ks. luku 3.4.4.)

Lähipalvelujen kuntoutusyksikköjen tilat avataan väestölle sen omaehtoista kuntoutumista varten.

Sote-alueiden kuntoutukselle voitaisiin antaa tavoite, että vanhuspalvelulain mukainen taso laitospalveluiden määrässä on saavutettava vuoteen 2017 mennessä. Toisaalta kuntien valtionavun leikkaus jouduttanee prosessia.

6.4 Hoiva-asumisen rooli

Vanhuspalvelujärjestelmässä useat eriaisteiset tai ongelmakeskeiset hoitokoti-nimikkeet korvataan kahdella luokalla, joita ovat 24 tunnin palvelut ja päiväpalvelut. Edellytys 24 tunnin palveluihin on, että vanhuksen toimintakyky on pysyvästi heikentynyt ja hän tarvitsee jatkuvaa auttamista päivittäistoiminnoissaan eli sekä pukeutumisessa että syömisessä.

Muiden Pohjoismaiden kokemusten mukaan tämä vaihe kestää noin yhden vuoden ennen kuolemaa. 24 tunnin palveluyksikön rakenteen täytyy olla inhimillinen. Pääsääntöisesti huone kalustetaan sänkyä lukuun ottamatta joko kokonaan tai osin vanhuksen omin kalustein. Huoneessa on oltava tilaa nojatuolille, pöydälle, joka mahdollistaa kirjan tai sanomalehden lukemisen, vierastuolille jne. Kansainvälisen kokemuksen mukaan yksikössä pitää olla tilaa noin 38–45 m² paikkaa kohti.

Osa nykyisistä hoivarakennuksista on rakennettu 22–27 m²:n mitoituksella paikkaa kohti. Seurauksena on, että vanhukset jäävät vuoteeseen, vaativat paljon hoitoa ja järjestelmän ylläpito tulee kalliiksi.

Sote-alueella uudistus tulee merkitsemään myös rakennusinvestointeja. Arviolta noin kolmannes nykyisistä vanhuspalvelurakennuksista ei tue vanhusten kunnon ylläpitoa sillä tavalla kuin edellytetään. Alueellinen tila-arviointi on siksi suoritettava nopeasti.

Jos alueella on kunnollinen kuntoutus, tavallisia asuntoja on saatavilla taajamassa ja kotipalvelut toimivat, voidaan lähteä siitä, että 94 prosenttia yli 75-vuotiaista asuu kotonaan. Taso on Ruotsin taso, ja Eksote on saavuttanut vastaavan tason vuoden kuluttua uudistetun kuntoutuksen ja kotihoidon käynnistymisestä.

6.5 Uudistettu eläkeläisten asuminen

Suomessa lähes miljoona ihmistä muuttaa vuosittain. Asuntoja rakennetaan nykyisin noin 30 000 vuosittain, näistä noin 15 000 on kerrostaloissa. Pääkaupunkialueella ja maakuntien keskuskaupungeissa kasvu jatkuu.

Tilanne on sama myös muissa Pohjoismaissa, vaikka esimerkiksi Ruotsissa kehitys onkin edennyt paljon Suomea pidemmälle: siellä 80 prosenttia väestöstä asuu kaupungeissa. Merenranta-alueet ovat suosittuja, sisämaa on tyhjentynyt.

Eläkeläiset ovat merkittävä osa tätä muuttoliikettä. He pyrkivät muuttamaan eläkkeelle jäädessään lopulliseen asuntoon. Tavoitteena on siirtyä haja-asustusalueelta taajamaan ja taajaman reunoilta taajaman keskusta. Taustalla on rakenteellisia tekijöitä. Suuren ikäluokan 1970-luvulla rakennetut asunnot ovat ahtaita ja usein kaukana palveluista. Tavoiteltu asunto sijaitsee taajaman keskustassa. Asunnot ovat tavallisia 1–3 huoneen huoneistoja kooltaan 40–90 m².

Vanhukset itse pelkäävät yksinäisyyttä ja haluavat tässä suhteessa yhteiskunnan apua. Palvelukorttelin tyyppinen asuminen, jossa on sekä omistus-asuntoja, vuokra-asuntoja että sosiaalisen asuntotuotannon asuntoja, on ratkaisu ongelmiin. Vanhusten valinnanvapautta hoitopaikan suhteen tulisi lisätä.

Suuntaamalla eläkeläisten asuntojen kysyntä jo asemakaavavaiheessa toisella tavalla siten, että huoneistot ryhmitetään palvelukortteliksi taajaman keskusta, ratkaistaan samalla vanhusten palvelutarpeen ongelma ja löydetään yhteiskunnan kannalta nykyistä taloudellisempi järjestelmä.

Palvelukorttelissa on kaupallisia palveluja tai muuten sosiaalisen palvelujärjestelmän palveluja. Näihin kuuluvat ravintola, joka on auki illalla, erilaiset kerho- ja harrastustilat, kuntosali. Nämä palvelut on tarkoitettu paitsi vanhuksille myös ympäristön asukkaille. Tämä on kuvattu tarkemmin raportissamme ”Sisältöä sote-uudistukseen” sivuilla 106–111.

Palvelukortteliin liittyy myös päiväkeskus. Päiväkeskustoiminta on osoittautunut tavaksi, jolla dementoituva vanhus pystyy asumaan omassa kodissaan, mutta voi viettää aikaansa päivän aikana muitten vanhusten kanssa vanhusyhteisössä. Kunnolliseen palvelukortteliin kuuluu katettuja sisäpihoja sekä suljettu alue, jossa dementit vanhukset voivat vapaasti ja itsenäisesti liikkua. Tällaisten yksikköjen vähimmäiskoko on noin 150 asukasta,

mutta varsin tavallisesti noin 300 hengen yksikkö on kaupunkiympäristössä sopiva koko.

Eläkeläisten tekemisen puute ja yksinäisyys on mielletävä ongelmaksi. Palvelukortteliin muodostuva sosiaalinen yhteisö ratkaisee merkittävän osan vanhusten yksinäisyyden ongelmaa. Siksi kolmannella sektorilla on keskeinen rooli palvelukorttelin toiminnassa sekä korttelin olohuoneen käyttäjinä että vanhusten ystävinä. Jos koti ja ympäröivä yhteisö ei pysty poistamaan yksinäisyyttä, on peli menetetty.

Terveen eläkeläisiän jälkeen alkaa tukipalvelujen tarve kasvaa. Palvelukorttelin kotipalvelut annetaan kävelymatkan päässä olevasta palvelupisteestä. Näin vältetään nykyinen hajallaan olevien asuntojen synnyttämä kiireinen hoitoviuhkaus. Jos kotihoidon työajasta nykyisin menee jopa 70 prosenttia kulkemiseen, voidaan palvelukorttelissa päästä 5–10 minuutin siirtymäaikoihin.

Vanhuksen kunto vaihtelee, ja hoivan tarve vaihtelee vastaavasti. Palvelukorttelissa hoivapalvelut voidaan suunnata vanhukselle kulloisenkin tarpeen mukaan, eri viikkoina eri tavalla. Kun vanhukset asuvat kotonaan itsenäisesti, he selviävät siellä tuettuina pidempään. Järjestelmä on palvelukykyisempi kuin nykyinen tehostettu palveluasunto, jossa vanhukset on sijoitettu usein ahtaisiin tiloihin ja hoitotyö panos on sidottu tilaan.

Jos kolmannes kerrostalorakentamisen resursseista eli 5 000 asuntoa vuodessa suunnattaisiin palvelukortteleiden rakentamiseen, olisi nykyään laitoksissa hoidettavien, yli vanhuspalvelulain normien mukainen 20 000 henkilön asumistarve kolmessa vuodessa hoidettu.

Ongelman ratkaisu on kuntien käsissä. Tarvitaan asemakaava ja sopivia tontteja.

6.6 Ennaltaehkäisevä terveyden ylläpito

Terveyden edistäminen sisältää terveiden elintapojen noudattamisen ja niiden edistämisen. Lisäksi on muita ennaltaehkäisyn muotoja, kuten lääkahoito. Tässä yhteydessä kannattaa kiinnittää huomiota kahteen havaintoon.

Luvussa 2 on tarkasteltu maakuntien eliniän odotteita. Pohjois-Karjala-projektista on kulunut jo 45 vuotta. Näissä kartoissa näkyy Pohjois-Karjala-projektin myöhäisvaikutus miesten kuolleisuuteen. Massiivisella projektilla

saavutettiin ilmeisesti varsin pysyvä terveysvaikutus silloiseen kohteena olevaan miesryhmään, joka nyt on yli 80-vuotias.

Kun tarkastellaan luvun 2 elin-ikä- ja kuolleisuuskarttoja, nousee Etelä-Savo ongelmalliseksi alueeksi etenkin miesten osalta. Alueella on runsaasti hoitohenkilökuntaa, mutta siitä huolimatta keski-ikäisten miesten kuolleisuus on korkea. Vaikuttaa siltä, ettei tilannetta pystytä hoitavan lääketieteen keinoin parantamaan. Olisiko tässä kohden syytä harkita Pohjois-Karjala-projektin tapaista maakunnallista ennaltaehkäisyprojektia, jonka painopiste olisi Etelä-Savon maakunta?

Maakunnalliselle terveydenedistämishjelmalle on tilaus. Se voisi hyödyntää nykyisiä informaatiotekniikan keinoja, terveyspelejä ja muuta, mikä tekisi toiminnasta hauskaa. Tämä kaipaa erityistä panostusta, koska etenkin nuorison ylipaino on ongelma, joista perheet eivät omin voimin selviä. Sama pätee myös ikääntyvään väestöön. Vanhuuteen liittyvä yksinäisyys ja psyykinen kunnan huononeminen ovat asioita, joihin voidaan vaikuttaa.

6.7 Kolmas sektori ja vapaaehtoistyö

Kolmas sektori perustuu siihen, että ihmisellä on perushalu auttaa ja vaikuttaa positiivisesti ympäristöön. Resurssina voisivat olla erityisesti keski-ikäiset, eläkkeellä olevat 65–75-vuotiaat henkilöt, sillä väestö siirtyy myös Suomessa työelämästä pois aikaisempaa terveempänä. Tämä ryhmä on nähty Keski-Euroopassa ja erityisesti Saksassa keskeisenä sosiaalipalvelujen tuottajana.

Yli 65-vuotiaiden työvoiman käyttö edellyttää erilaisia uusia pelisääntöjä. Ensisijaisesti on kyse vapaaehtoistyöstä, josta sinänsä ei saisi muodostua kuluja asianomaiselle henkilölle. Tähän kehitettäviä pelisääntöjä ja muotoja on ryhdyttävä aktiivisesti miettimään.

Suomessa vapaaehtoistyö on sote-sektorilla joskus katsottu perustyötä häiritseväksi. Vasta viime vuosina tähän asenteeseen on saatu muutosta. Tämän raportin selviämispolku sisältää siis nopeat toimenpiteet, jossa järjestelmästä hiotaan pois kustannusvuodot sekä sen jälkeen toteutetaan resurssien asteittainen lisäys vuoden 2025 jälkeen tarpeen mukaan. Palkallisen lisätyövoiman rinnalla nähdään vapaaehtoistyö ja kolmannen sektorin rooli keskeisenä.

Kolmannen sektorin periaatteisiin kuuluu, että toimitaan itsenäisesti vapaaehtoisuuden pohjalta. Tämä ei kuitenkaan merkitse sitä, että sektori pystyy omin eväin kehittämään perusedellytykset toiminnalle. Yhteiskunnan rakenteen on oltava sellainen, että kolmannella sektorilla on mahdollisuus toimia. Tämä merkitsee toimi- ja harrastetilojen saamista kohtuullisin edellytyksin yhteisön käyttöön. Taajaman olohuonekonsepti palvelukorttelissa on eräs perusedellytys kolmannen sektorin toiminnalle.

Yhteisöllisyyteen kuuluu erilainen harrastustoiminta, mutta myös altruistinen toisten auttaminen. Edellytyksenä on, että yhteisöllisyydelle annetaan tilaa ja sitä tuetaan järjestämällä puitteet toiminnalle. Yhteisö organisoit itse itsensä, eikä sitä pidä lähteä muulla tasolla hoitamaan.

Eli pääsääntöisesti yhteiskunnan ei tarvitse puuttua tähän toimintaan, mutta yhteiskunnan on kuitenkin luotava puitteet, jossa kolmas sektori voi toimia.

6.8 Yhteenveto sote-uudistuksesta

Sote-uudistuksen toimintaan liittyvät rakenteelliset tavoitteet on pelkistettyssä seuraavaan taulukkoon.

TOIMINTO	ENNEN	TULEVAISUUDESSA	MUUTOS
Sairaanhoito	Keskussairaala,	Päivystävä	
	aluesairaala 12 500 ss	akuuttisairaala 10 800 ss	- 1 700 ss
Kroonisen tilanteen	Terveyskeskuksen	Kuntouttava lähisairaala	- 5 000 -
	vuodeosasto 13 000 ss	5 500 - 8 000 ss	7 500 ss
Saattohoito	Vuodeosasto	Hoivakoti	
Vanhusten laitoshoido	Erityyppiset palveluasunnot 60 000 paikkaa	Hoivaratkaisuja 24 h / 7 pv 40 000 paikkaa	- 20 000 paikkaa
Vanhusten asuminen	24 h laitosasunnoissa	Asunnot palvelukorttelissa,	20 000 asuntoa
Eläkeläisten asunnot	Taajamissa hajallaan	Palvelukorttelissa	Kysynnän mukaan
Yhteisön oma	Mahdollisuuksia ei käytetä	Tuetaan lisäämällä edellytyksiä	Merkittävä lisäresurssi

Kuva 31. Sote-uudistus pelkistettynä

Tämä rakenne on johdettavissa nykyisistä päätöksistä ja täysin toteuttavissa. Edellytyksenä on uusi organisaatio ja suunnittelun hallinta. Muutoksen painopiste on vanhuspalvelujen radikaalissa uudistamisessa.

6.9 Selviämispolku ikääntyvän väestön palvelutarpeelle

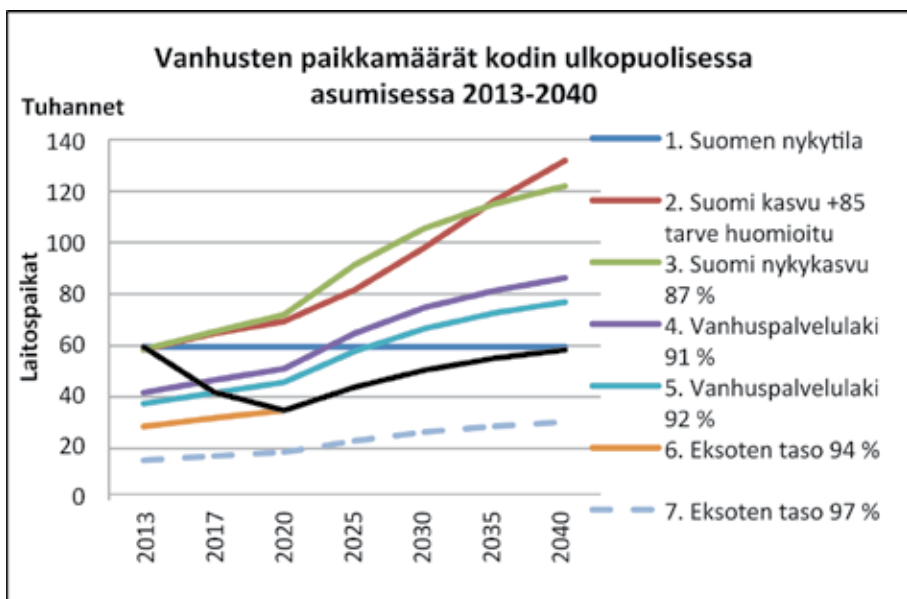
Akuuttisairaanhoidossa sote-uudistus sellaisenaan tuo merkittävää tehostumista, kun alueellinen yhdentyminen tapahtuu perusterveydenhuollon kanssa. Tässä raportissa on osoitettu merkittäviä kustannussäästötoimenpiteitä lääketieteellisten tukipalvelujen alueella. Perusongelmaksi jää suuren ikäluokan vanheneminen, johon seuraavassa esitämme selviämispolun.

Seuraavassa kuvassa 32 on yhteenveto eri mallien ominaisuuksista ja selviämispolku. Lähtökohtana on nopea rakenneuudistus, ylikapasiteetin purku, uusi organisaatio ja siitä saatava säästö. Lisäinvestoinnit tehdään suunnatusti siten, että sote-alueet ovat vastuussa tarvittavan palvelurakenteen suunnittelusta.

Useimmilla malleilla päästään aluksi merkittäviin säästöihin, mutta myöhemmin joudutaan lisäinvestointeihin.

Mallien edellytys on, että kriisien jälkeinen kuntoutus toimii ja että eläkeasuminen keskittyy taajamien keskustaani, jossa palvelut on saatavissa vanhuksen liikkumiskyvyn puitteissa.

Tarkemmalla ikäryhmäjaolla tehty laskelma (punainen) antaa pienemmän kokonaistarpeen vuosille 2020–2030 kuin yli 75-vuotiaiden määrään (vihreä) perustuva tarkastelutapa. Ilmiön vaikutus on 5–10 prosentin lisäys kokonaistarpeeseen. Ilmeinen syy on, että 75–85-vuotias väestö on paremmassa kunnossa ja tarvitsee vähemmän palveluja kuin yli 75-vuotiaiden keskiarvo edellyttää. Hoivatarpeen määrä kasvaa enemmän kuin vanhusten lukumäärä vasta 2030-luvulla, jolloin suuren ikäluokan vanhukset ovat yli 85-vuotiaita.



Kuva 32. Vanhusten kodin ulkopuolisen asumisen paikkamäärät 2013–2040 eri ennusteiden mukaisesti

Lähde: THL:n laskenta 31.12.2013 ja Tilastokeskus 2015

Seuraavassa tarkastelemme karkeasti selviämispolon kustannusvaikutusta. Jotta saataisiin arvio kuntoutuksen kustannusvaikutuksista, pyydettiin Eksotesta arvio kotihoitopäivän keskiarvoisesta kustannuksesta. Vanhusta kohti kotihoidon kustannukset ovat noin 30 euroa vuorokaudessa. Lukuun sisältyvät sekä vanhukset, joita tuetaan 1–2 käynnillä viikossa, että vanhukset, joita tuetaan tiheimmillään useampia kertoja päivässä. Useita käyntejä käytetään vain ohimenevästi jonkun parantuvan tilanteen hoitamiseen.

Kuntoutuksen kokonaishyöty ei vielä näy täysimääräisenä laskelmassa, koska siitä puuttuu kuntoutetun vanhusryhmän vähentyneet lääkäriin käynnit ja vuodeosastojaksot. Lisäksi laskelma pätee vain, jos vanhus kotiutetaan sellaisen kuntoutusjakson kautta, jossa hänen toimintakykynsä olennaisesti paranee (3.4.4).

Taulukossa sarake paikat sisältää vanhainkodit, palveluasumisen ja terveyskeskusten pitkäaikaishoidon.

Taulukko 37.

Arvio selviämispolun edellyttämän muutoksen kustannusvaikutuksista

Selviämispolun kustannusvaikutukset	Paikkoja 2013	Väestö 75 + 2015	Vaihtoehto paikkoja lkm	Paikkoja liikaa	Vuosikust. (126 €/vrk) M€	Kotihoidon lisäkust. 30 €/vrk M€	Erotus nyky- tasoon M€
Nykytilanne	58 170	483 000	58 170		2 669	0	
Vanhuspalvelulaki 91 %	58 170	483 000	43 470	14 700	1 999	161	509
Vanhuspalvelulaki 92 %	58 170	483 000	38 640	19 530	1 777	214	678
Eksote, taso 2015 94 %	58 170	483 000	28 980	29 190	1 333	320	1 016

Rakennemuutos merkitsee parempaa elämää vanhuksille ja miljardiluokan säästöä yhteiskunnalle.

Kaikilla tavoitteellisilla malleilla, mukaan lukien vanhuspalvelulaki, nykyinen kodin ulkopuolinen asuminen pitäisi olla noin 40 000 paikkaa. Vanhuspalvelulain mukaisella tasolla selvittää nykyisellä mitoituksella vuoteen 2030 asti. Jos otamme tavoitteeksi Eksoten nyt saavuttaman tason, selviämme nykymitoituksella vuoteen 2040 asti, jolloin suuret ikäluokat ovat jo poistuneet.

Vanhusten palvelutaloja rakennetaan ja rahoitetaan ARAn toimesta edelleen huolimatta olemassa olevasta ylikapasiteetista. Siksi rahoitusehtoja tulee tarkistaa. Ehdoton edellytys rahoitukselle on, että tarve todetaan laske-malla yhteen alueen laitospasiteetti ja tarkistamalla, että rakennusprojek-tilla ei lisätä alueella paikkoja yli vanhuspalvelulain tavoitetason eli 8–9 pro-senttia yli 75-vuotiaiden määrästä. Poikkeuksena on tilanne, jossa jokin yk-sikkö puretaan ja se korvataan uudisrakennuksella.

Ehdotettu selviämispolku, musta viiva, sisältää ikääntymisen hallitsemi-seksi seuraavat vaiheet:

1. Käynnistetään nopeasti alueellinen kuntoutus ja saadaan sillä osa vanhuksista takaisin kotiin, toteutettu vuoteen 2017 mennessä.
2. Suljetaan kuntoutuksen myötä nykyinen ylikapasiteetti eli 20 000 eri-asteista laitospaikkaa.
3. Hoidetaan henkilökunnan vähentämistarve eläköitymisellä.
4. Palvelutarve kasvaa vuodesta 2025 alkaen, jolloin ryhdytään lisää-mään resursseja asteittain.

5. Vanhuksille tarkoitettujen asuntojen uudisrakentaminen suunnataan taajaman keskustaan rakennettaviin eläkeläisasuntoihin ja palvelukortteleihin. Samalla varaudutaan siihen, että huoneistot sopivat elinkaarensa aikana kaikenikäisille.

7 Näkökulmia sote-alueiden ohjaukseen, suunnitteluun ja talouden hallintaan

7.1 Valtion rooli sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksessa

7.1.1 Normiohjauksesta kannusteiden käyttöön

STM ohjaa sote-toimintoja lainsäädännöllä, joista viimeaikaisia ovat olleet mm. päivystysasetus ja vanhuspalvelulaki. Näissä yksityiskohtaiset määräykset ovat herättäneet paljon keskustelua. Yksityiskohtainen lainsäädännöllä tapahtuva ohjaus johtaa usein jäykkiin rakenteisiin ja resurssien hukakäyttöön. Tiukkaa normiohjausta tulisikin purkaa ja siirtyä ohjaamaan taloudellisten kannusteiden ja pakotteiden avulla.

Maamme sote-palvelujen tuotannossa on toimiva ja THL:n ylläpitämä laadun ja vaikuttavuuden ohjaus, mutta valtakunnallinen tuotannon-ohjausjärjestelmä puuttuu. Kun markkinaohjausta ei ole ja kunnille ja kuntayhtymille jätetty päätäntävalta on johtanut tässä ja aikaisemmissa raporteissamme kuvattuun tilanteeseen, jossa palvelujen saanti on eriarvoista ja resursseja hukataan merkittävästi pitämällä yllä tehottomia käytänteitä ja ylikapasiteettia, voisi ajatella, että tarvitaan riippumaton ja riittävin vaikutusmahdollisuuksin varustettu asiantuntijayksikkö tuotannonohjaukseen ja seurantaan. Tehokkuutta ja taloudellisuutta koskevien tietojen keruun ja yl-

läpidon sekä taloudelliseen toimintaan liittyvän neuvonnan osalta tämän yksikkö voisi hyvin olla osa THL:ää.

Maakunnallisten itsehallintoalueiden ohjaaminen, kannustaminen ja pakottaminen tehokkaaseen toimintaan tulee tehdä budjettikehysten ja valtion-apujen kohdentamiseen liittyvien pelisääntöjen välityksellä. Tämän kaltaises- sa ohjauksessa luontevin toimija on STM, sillä toiminnallisen ja taloudellisen suunnittelun tulisi toimia käsi kädessä sekä valtakunnan, itsehallintoalueen että yksittäisten toimijoiden tasolla. Mikäli STM:n ei katsota kykenevän riit- tävän tiukkaan taloudelliseen ohjaamiseen, mandaatti tulisi olla VM:llä.

7.1.2 Taloudellisten tavoitteiden taso

Sote-uudistuksen keskeisenä tavoitteena järjestelmän toimivuuden ja tasa- arvoisuuden parantamisen lisäksi tulisi olla sektorin mitoittaminen kansa- kunnan taloudellista kantokykyä vastaavaksi. Tässä ei riitä, että kustannus- ten kasvu saadaan pysäytettyä – säästöjen tulee olla todellisia, jotta kestä- vyyssvaje saadaan kurottua umpeen. Onnistumisen edellytys suunnittelulle on, että kustannuksille on asetettu kustannuskatto. Sote-sektorin todellisen pienentämisen jälkeen sen kasvu tulee mitoittaa enintään BKT:n kasvua vastaavaksi.

Sote-uudistuksen onnistumisen kannalta olisi tarkoituksenmukaista määritellä se kustannustaso, johon uudistuksella pyritään. Tavoitetaso tulee päättää käytettävissä olevaa rahamäärää määrättäessä. Tehokkaimpien alueiden taso (laskelma 3, säästö 10 %) voisi hyvin toimia lähtökohtana. Laskelmat on tässä laadittu käyttämällä nettokustannuksia, mutta todellisia säästöjä voidaan lähteä hakemaan kokonaiskustannuksista. Siten edellä esi- tettyjen tarkastelujen valossa noin 10 prosentin säästö käyttökustannusten nykytasosta on mahdollinen ja realistinen. Tehokkaimpien alueiden taso on hyvä lähtökohta kapitaatiomaksulle siinäkin mielessä, että asiansa hyvin hoitaneita kuntia tai alueita ei pidä rangaista uudistuksen yhteydessä. Te- hokkailta alueilta mallia ottamalla ja rakenteita uusimalla on saatavissa ny- kyistä parempi järjestelmä pienemmin resurssein.

Sote-sektorin palvelurakenteen tehostaminen edellyttää sitä, ettei sote- rahoitusta kerätä nykyisen käytön ja kustannusten mukaan vaan tulevan ta- voitetaso mukaisten palvelujen tarvitsema määrä. Seuraavassa on vielä tii-

vistetysti ehdotuksemme ydinkohdat. Rahoitusmallin yksityiskohtien pohjimiseen on asetettu työryhmä.

1. Sote-alueen käytettävissä oleva rahamäärä uudistuksessa määräytyy tavoitetason pohjalta. Sote-alueet olisivat oikeutettuja keräämään kunnilta kapitaatiopohjaisen maksun, jonka perustaso määräytyy valtakunnallisesti tehokkaimpien alueiden mukaan. Rahamäärän kasvu voisi olla sidottu esimerkiksi BKT:n kasvuun tai elinkustannusindeksiin. Kunnilta perittävää summaa, samoin kuin valtion osuutta voitaisiin tarvittaessa tarkistaa esim. tarvekertoimilla. Nykyistä pienempi rahamäärä pakottaisi alueet aidosti rakenteellisten uudistusten tielle.
2. Valtion tuki kunnille olisi sidottu tähän sote-alueille yhteiseen perusmaksuun. Eli muita valtionapuja sote-perustein ei olisi mahdollista saada, mikäli kustannukset ylittävät näin valtakunnallisesti määrätyn katon. Sote-alueet/kuntayhtymät eivät saisi ottaa lainaa tappiollisen toiminnan kattamiseen.
3. Kunnallisen ja alueellisen itsehallinnon nimissä sote-alueille olisi voitava antaa oikeus kerätä lisämaksu korkeampaa palvelutasoa varten. Ehdottamamme malli ehkäisisi myös sen, että muiden alueiden tai kuntien tai valtion – eli meidän kaikkien – tulisi maksaa jonkin alueen haluttomuus rationalisoida omat sote-palvelunsa tehokkaimpien tasolle.
4. Kunnan sote-kustannuksia arvioitaessa on laskettava mukaan koko palvelusektori. Kunnan tai alueen kapitaatiomaksua suunniteltaessa on huomioitava kustannuksia keventävät tekijät, kuten työterveyshuolto ja sairausvakuutus pohjainen palvelujen käyttö. Nämä molemmat keventävät merkittävästi aikuisväestön julkiselle sektorille kohdentamaa palvelutarvetta.
5. Rahoitusmalliin tulee sisältää erityisolosuhteita koskeva poikkeussääntö. Haja-asutusalueiden korkeammat järjestämiskustannukset tulisi ottaa maksua määritettäessä huomioon. Poikkeussääntö koskisi Lapin, Kainuun ja Pohjois-Karjalan haja-asutusalueita. Jos isot kaupungit, Kajaani noin 40 000 asukasta ja Rovaniemi noin 60 000 asukasta, lasketaan pois, jää alueelle noin 100 000 etupäässä pienissä taajamissa asuvaa asukasta.

6. Siirtymäsääntö: jotta malli ei johtaisi kohtuuttomuuksiin, alueille voitaisiin taata siirtymääjaksi, esim. viideksi vuodeksi, oikeus periä lisämaksua alueensa kunnilta tai vaikkapa lisärahoitusta valtion toimesta. Tässä ajassa alueiden tulisi kyetä organisoimaan toimintansa niin, että kustannuksissa päästään maan tehokkaimpien tasolle.

Kuten tässä ja edellisissä raporteissamme olemme osoittaneet, sote-palveluiden käyttö ja kustannuserot kuntien välillä ovat merkittäviä eivätkä selity sairastavuudella. Syitä tulee hakea siitä, miten palveluiden tuotanto on järjestetty. Samoin säästöt tulee hakea rakenteita ja toimintatapoja uusimalla.

Jos kustannushyötyjen tavoitetaso on 2 miljardia euroa, merkitsee se noin 10 prosentin säästöä työntekijämäärässä. Suomessa on omia esimerkkejä yli 50 kunnasta, jotka jo toimivat tällä alhaisemmalla kustannustasolla. Tässä valossa tavoitetta voi tuskin pitää epärealistisena.

Ajallisesti rakenneuudistus pitää tehdä heti. Näin saadaan liikkumavaraa 2025 jälkeiselle ajalle, jossa suuren ikäluokan palvelutarve kasvaa ja edellyttää kapasiteetin lisäystä noin kymmenen vuoden ajaksi. Ajankohta on otollinen juuri nyt myös siksi, että sote-sektorilta eläköityy huomattava määrä työntekijöitä, jolloin mitoituksen muutos ei johda suuriin irtisanomisiin ja uudet työntekijät voidaan palkata uudistetun rakenteen mukaisiin tehtäviin.

7.1.3 Sote-rahoitus

Sote-uudistuksessa aivan keskeistä on se, miten rahoituskysymykset ratkaistaan. Tässä tulee miettiä, minkälaisia pakotteita tai kannusteita eri rahoitusmallit luovat, jotta sektorin toimijat pyrkisivät toiminnan tehokkuuden jatkuvaan kehittämiseen laadun ja tasa-arvon lisäksi.

7.2 Sote-alueen suunnittelu

Sote-itsehallintoalueiden perussuunnittelu on tehtävä huolellisesti. Tässä yhteydessä oletetaan alueiden vastaavan suunnilleen sairaanhoitopiiriä, joskin suotavaa olisi, että alueista muodostettaisiin riittävän suuria kokonaisuuksia, kuten edellä luvussa 5 totesimme. Riippumatta alueiden lopullisesta määrästä alueille on asetettava tavoitteet ja taloudelliset raamit. Val-

tion ohjauksen pitäisi antaa jo suuntaviivat, mutta viimekädessä itsehallintoalueen tehtävänä on määrittää itse tavoitteet ja taloudelliset raamit.

Alueen suunnitteluprosessissa on käsiteltävä seuraavia asioita. Asiat eivät ole välttämättä siinä järjestyksessä, kun ne tulevat tai kannattaa tehdä. Olemme kirjanneet ensimmäiseksi tavoitteiden asettamisen. Toki usein yrityksissä tehdään ensin erilaisia selvityksiä ja analyysyjä nykytilasta ja odotetuista tulevaisuuden näkymistä ja sitten päädytään asettamaan tavoitteet. Pelkomme tässä on kuitenkin se, että jos sote-alueilla tehdään paljon analytiikkaa ennen tavoitteiden asettamista, lopputulos on se, että tavoitteista ei tule tarpeeksi aggressiivisia, ainakaan mitä tulee talouteen ja toiminnan tehostamiseen. Siksi olisi ensin asetettava tavoitetaso, joka perustuu kansalliseen ja kansainväliseen vertailutietoon, ja sen jälkeen lähdettävä analysoimaan ja suunnittelemaan, miten usein mahdottomiltakin tuntuvat ja keskenään ristiriitaiset tavoitteet saavutetaan.

1. Määritellään alueen tavoitteet – sekä toiminnalliset että taloudelliset.
2. Arvioidaan nykytilanne ja sen ongelmat.
3. Tehdään väestöennusteeseen perustuva palvelutarve-ennuste 15–20 vuodeksi.
4. Inventoidaan rakennukset ja niiden kunto.
5. Arvioidaan realistisesti käytettävissä olevat resurssit.
6. Määritellään uusi palvelurakenne.
7. Tehdään toteuttamisohjelma ja siihen liittyvä rahoitusohjelma.
8. Käynnistetään toteutus ja siihen liittyvät investoinnit.
9. Evaluoidaan tulos ja tehdään uusi kierros viiden vuoden välein.

Kehitysprosessissa on siis useita eri vaiheita. Eräs nykytilanteen ongelma on vaiheiden 1–5 puutteellisuus. Seurauksena on mm. rakennusten hankesuunnitelmien liian varhainen käynnistäminen. Rakentamisen ohjelman tulisi syntyä vasta suunnittelun kuluessa vaiheissa 6–7.

7.2.1 Sote-alueiden suunnittelulle on määriteltävä tavoitteet

Sote-uudistuksessa tarvitaan nyt tavoitteita. Tavoitteiden määrittely on siinänsä vaativa tehtävä. Se edellyttää alueelta uudenlaista yhteishenkeä ja kunnilta alueen ja kokonaisuuden edun tavoittelua kuntakohtaisen opti-

moinnin sijaan. Ilman tavoitteessa olevaa taloudellista ylärajaa nykyinen meno jatkuu. Tavoitetaso tulisikin määrittää tavoiteltavana rationointihyötyinä. Se on poliittisten päättäjien eli vaaleilla valittujen valtuutettujen tehtävä. Tässä raportissa laskettujen mallien tarkoituksena on tämän poliittisen keskustelun ja päätöksenteon tukeminen, niitä ei pidä käsittää valmiina ehdotuksina. Vasta poliittisten päätösten jälkeen voidaan tehdä sitovat alueita ja kuntia koskevat laskelmat.

On keskeistä ymmärtää, että sote-alueen suunnittelu poikkeaa täysin nykyisestä suunnittelusta ja vaatii uutta osaamista. Nykyinen suunnittelu on ollut kasvukeskeistä, siinä on perusteltu virkoja ja haettu hyväksyntä kunnalliselta päättäjältä. Nähdäksemme koko sote-projektin onnistumisen kannalta on keskeistä saada henkilökunta kaikilla tasoilla ymmärtämään, että kasvun aika on ohi. Tämä merkitsee myös sitä, että sosiaali- ja terveysministeriö, THL ja Kuntaliitto joutuvat tarkistamaan ajatteluaan.

Sote-alueella lähtökohtana tulisi olla käytettävissä oleva resurssi ja sen sisäinen optimointi. Joudutaan pohtimaan, panostetaanko ennalta ehkäisevään toimintaan vai diagnostiikkaan, pyritäänkö rakentamaan kilpaileva järjestelmä vai lähetetäänkö potilas naapuriyksiköihin. Tavoitteena tulisi olla alueellinen suunnitelma 10–20 vuoden tähtäimellä. Verkostomallisten toimintojen suunnittelu on vaativaa. Tarvittavaa osaamista voisi löytyä esimerkiksi vähittäiskauppaverkkojen suunnittelun hallitsijoista tai hotelliketjujen toiminnan osaamisesta.

Julkisessa keskustelussa ei ole vielä mielletty sote-uudistuksen merkitystä. Keskustelussa puhutaan resurssien siirtämisestä perustasolle. Uudistus merkitsee sitä, että perustasoa tai erikoistasoa ei enää ole. Porrastettu hierarkia lakkautetaan. On vain hoidettavia ja huollettavia henkilöitä ja heitä palveleva toimijoiden verkosto.

7.2.2 Suunnittelun aikataulu

Tavoitteeksi on asetettava vuosi 2017, jolloin vaiheiden 1–7 tulisi olla valmiina kullakin itsehallintoalueella. Tällä järjestelyllä vapautuu sosiaalipuolen kustannuksista noin miljardi ja vanhuksat voivat paremmin. Tässä raportissa kuvattuun väestön ikääntymiseen vastataksemme uusi palvelurakenne on saatava valmiiksi noin vuoteen 2025 mennessä.

7.2.3 Kuinka alueilla voidaan säästää ikääntymisestä huolimatta?

Olemme edellä puhuneet taloudellisten tavoitteiden tärkeydestä. Tunnuslukuprojektin aikaisemmissa raporteissa todettujen päällekkäisyyksien, ylikapasiteetin ja vajaakäytön poistaminen antaa mahdollisuuden tuottaa palveluja edullisemmin.

”Sisältöä sote-uudistukseen” -raportissa, samoin kun tässä raportissa, on kiinnitetty huomiota vanhusten laitoshoidon ja esitetty, että sen normalisoinnilla voitaisiin saavuttaa noin 1 miljardin säästö.

Maassamme on kuntia ja alueita, joiden kustannustaso on selvästi muuta maata edullisempi. Olemme laatineet neljä koelaskelmaa säästöistä kuntien nettokustannuksiin perustuen. Laskelmissa hyödynnettiin tavoitekustannusajattelua siten, että laskelmat perustuivat tehokkaimpien kuntien kustannustasoon, ja säästöjä laskettiin kunnille, jotka ylittivät tehokkaimpien kuntien kustannustason. Laskelmat osoittavat 0,7–3,3 mrd. euron säästöjä. Laskelmat julkaistiin 19.1.2015 Kunnallisanon kehittämissäätiön sivuilla, ja ne löytyvät myös tästä raportista. Ottamalla näiden tehokkaimpien kuntien ja alueiden toimintamallit käyttöön voidaan päästä merkittäviin säästöihin. Myös Suomen jo nyt tehokkaimpien kuntien tulisi pyrkiä edelleen tehostamaan toimintaansa mm. kansainvälisen vertailun avulla. Mutta ensisijaisesti tehostamispaineet on kohdistettava kuntiin, joilla on kallis palvelurakenne. Asiansa hyvin hoitaneita kuntia ei saa panna maksamaan kalliimpien palvelurakenteiden kustannuksia.

Tässä raportissa on tarkasteltu mm. laboratorioiden, kuvantamisen ja leikkaussalien käyttöä. Suomessa on poikkeuksellisen korkea laboratorioiden kustannustaso. Kustannustason puolittaminen toisi noin 200 milj. euron säästön. Kalliiden kuvauslaitteiden käyttö on kaukana optimista, kustannusvaikutus on kymmenien miljoonien arvosta vajaakäyttöä. Leikkaussaleja on vajaakäytössä. Ei-lääketieteellisen henkilökunnan osuus nousee lähelle 30 prosenttia, kun luku Keski-Euroopassa on korkeintaan 15 prosenttia.

Samalla kun olemme kriittisiä, on kuitenkin muistettava, että Suomessa on yksi maailman parhaista järjestelmistä. Se on saatava tasalaatuiseksi ja modernisoitava. Ja vaikka tällä hetkellä nähdään järjestelmässä merkittävä uudelleenjärjestelyvara, joudutaan lisäinvestointeihin vuosina 2025–2040. Tätä investointia varten täytyy kehittää kansallinen strategia.

7.2.4 Entäpä täysin uudet toimintamallit?

Tulevaisuuden sote-palvelut ovat siis verkkomalleja. Toisaalta nykyinen sairaala ei ole kompakti yksikkö vaan pikemminkin erikoisalojen allianssi, jossa erikoisaloilla on omat intressit ja reviirit, joita puolustetaan. Soten sisäisestä organisaatiosta ei ole vielä paljon keskusteltu. Seuraavassa on keskustelun avaamiseksi yksi näkökulma.

Ongelmana ovat kuvantamisen nykytilanne ja laitteiden alhainen käyttöaste. Tämän maksavat lähinnä asiakkaat, joilla on varaa maksaa ylihintaisista palveluista silloin, kun he eivät jaksa odottaa vuoroaan potilasjonossa. Toisaalta tämä sitoo radiologien työpanosta ja julkisella sektorilla on työvoimapulaa. Tähän tarjoavat ratkaisua erilaiset henkilöstön vuokrausyritykset. Työpanoksen kustannustaso on erittäin korkea.

Olisiko ratkaisuna uusi tuotantomalli? Kuvantaminen tuotettaisiin maamme terveydenhoitojärjestelmälle 5–7 osakeyhtiöllä. Kun lausunto voidaan antaa periaatteessa nykytekniikalla kotoa käsin, on samantekevää, missä lausunnon antaja sijaitsee. Muutama, kaikkia sairaanhoitopiirejä palveleva yksikkö olisi varmasti tuotannollisesti tehokkaampi ratkaisu kuin nykyinen malli, jossa jokainen alue investoi omaan kapasiteettiin.

Tämänlaista rakennetta edustaa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin Coxa ja nyt myös Sydänkeskus. Tämä rakenne voisi sopia myös muihin palveluihin. Sote-piirin sisäinen rakenne kaipaa lisää keskustelua.

Toinen esimerkki löytyy kuntoutuksen alueelta. Nykyisissä järjestelmissä palveluntuottajan rahoitus riippuu vanhuksen hoidon tarpeesta. Tämä ei suosi kuntoutusta, koska vanhuksen kunnon parantaminen vähentää yksikön rahoitusta. Hoitojärjestelmään pitäisi kehittää elementti, joka palkitsisi kuntoutetusta vanhuksesta merkittävästi enemmän. Tämä merkitsee sitä, että kuntouttavan yksikön on oltava taloudellisesti erillään pysyvää hoitoa antavasta yksiköstä.

7.3 Kehitystyötä lisättävä ja tavoitteellistettava

Maamme terveydenhuollossa tehdään jatkuvasti merkittävää kehitystyötä. Esimerkkinä Eksoten kehitystyön tuloksena on täysin uudentyyppinen organisaatio ja sillä saavutetut säästöt. HUS-yhtymän lean-projektista oli erinomainen selostus Talouselämä-lehdessä (Talouselämä 3.5.2015:

Hukka pois, katse asiakkaaseen). Vastaavia projekteja on meneillään monella muulla alueella.

Kehitystyön ongelmana on usein se, että vastaavia kustannushyötyjä ei saavuteta, koska olemassa oleviin vakansseihin ei haluta puuttua. Kehittämisen tulisi olla osa normaalia työtä ja tämän kehittämisen tulisi näkyä myös kustannuksissa. Voitaisiin ajatella, että kehittäminen, jolla päästään tehokkuudessa samalle tasolle kuin parhaissa verrokkiryhmissä, ei oikeuta saavutettujen hyötyjen pitämiseen kehittävässä yksikössä. Toki kehittäjiä tulee näistäkin saavutuksista palkita. Sen jälkeen, kun yksikkö toimii tehokkaammin kuin verrokkiorganisaatiot, kehittämisen hyöty tulisi jakaa organisaation ja kehittäjien välillä niin, että halu ja into kehitystyön jatkamiseen säilyvät.

7.3.1 Kehittämisen tueksi tarvitaan luotettavaa tuotantotietoa

Suomessa oli 1990-luvun alkuun erinomainen tunnuslukujärjestelmä: sairaalatilasto ja terveyskeskustilasto, jotka perustuivat sosiaali- ja terveysministeriön kertomustiedosto KETIin. Nämä lopetettiin, kun tilastointi keskitettiin Stakesiin. Stakes ei ollut kiinnostunut taloustiedosta. Kuntaliitto tuottaa kunnista kustannustietoa, mutta kokonaiskustannusten seuranta ei avaa riittävästi erojen syitä.

Tänään avaintiedot puuttuvat ja ovat vaikeasti löydettäviä. Kun esimerkiksi työntekijätilastoja kerätään lähinnä ammattinimikkeen perusteella, ei varmuudella tiedetä, kuka on työnantaja. Etenkin sosiaali- ja vanhushuollon puolella tietojen saanti tältä osin on pehmeää. Tähän on saatava parannus. Sairaalatilastoa vastaava sote-tilasto on luotava uudestaan alueen kustannuksia ja tuottajien toimintaa kuvaamaan.

Suunnittelussa tarvittavia tunnuslukuja on useammanlaisia. Osa mittaa kapasiteettia, osa toimintaa ja osa prosessia. Työmme viimeisessä, loppuvuonna 2015 ilmestyvässä raportissamme teemme ehdotuksemme kerättävistä mittareista. Todettakoon jo tässä vaiheessa, että mittareiden käyttö vertailussa toimii melko hyvin laajempien kokonaisuuksien tasolla. Kun mennään yksityiskohtaisempaan tarkasteluun, vertailukelpoisten lukujen tuottaminen muuttuu heti vaikeaksi.

7.4 Talousosaamista ja vastuuta on lisättävä

Jotta taloudellinen suunnittelu ja viimekädessä taloudellinen toiminta sote-alueilla varmistetaan, tarvitaan sote-alueen johtoon talousosaamista. Taloushallinnon osalta kyseessä ei voi enää olla menokirjanpidon tilien tarkka valvonta, vaan taloushallinnon on noustava alueen terveydenhuoltojärjestelmän tuotantovastuuseen samalla tavoin kuin yrityksissä. Tänäpäin sosiaali- ja terveydenhuollossa taloudella ei ole vastaavaa roolia kuin yritysmaailmassa. Tästä kärsivät kaikki osapuolet. Kustannuslaskenta ei ole osuvaa, tai sitä ei tarvittavassa muodossa ole. Kannattavuuslaskelmia ei tehdä. Käyttökustannuksia ei verrata, tarkastellaan vain pääomakustannuksia. Rakennusinvestoinnit ylimitoitetaan ja samanaikaisesti jätetään huomioimatta tarvittava lisähenkilökunta. Viimeisin esimerkki tästä on julkisuudessa käyty keskustelu 200 henkilön lisätarpeesta Turun uuden sairaalan avauksen yhteydessä.

Sote-alueiden suunnitteluryhmässä on oltava riittävä asiantuntemus, jotta se pystyy laatimaan isojen investointien kannattavuuslaskelmat ja ymmärtämään niiden perusteet. Mikäli investointiin liittyy yksikön toimintaan tehtävät muutokset, joilla investointi kuoletetaan, on nämä saatava selvästi esiin.

Myös lääketieteellistä johtoa on kehitettävä. Liian suuret erot väestöön suhteutetuissa palveluissa ovat myös johtavan lääkärin vastuulla. Suoritteiden määrä ei ole enää yksinomaan profession oma asia, vaan se liittyy sote-alueen johdon tehtäviin. Palvelutuotanto on saatava ikkunaan, jossa on valtakunnallisesti määritelty ala- ja ylärajat. Tästä vastuu on viimekädessä lääketieteellisellä johdolla, ja vastuun tulisi merkitä sitä, että jos tehtävässä ei onnistuta, tehtävään nimitetään toinen tekijä.

8 Yhteenvedo

Aluksi on todettava kansainvälisiin vertailuihin yhtyen, että Suomen terveystalouden järjestelmä toimii pääsääntöisesti hyvin. Siitä huolimatta siinä on kehittämisen kohteita.

Sote-uudistuksella pystytään näin toteutettuna modernisoimaan palvelurakenne, saamaan se kustannustehokkaaksi ja siten jatkamaan Suomen terveydenhuollon kansainvälistä hyvää mainetta.

Palvelutuotannon kannalta on keskeistä, että tuotantoa seurataan valtakunnan tasolla asiantuntijaelimessä. Elimessä täytyy olla osaaminen, joka pystyy arvioimaan tarkoituksenmukaisuuden ja väestön terveydenhuollon kannalta riittävät palvelut.

Suomessa väestön kasvu on ensisijaisesti vanhusväestön kasvua. Keski-ikäisten määrän lisäys on pääsääntöisesti maahanmuuttajia. Kun vanhusväestö maksaa veroja vain puolet aktiiviväestön määrästä, ei verokertymä kasva. Uutena tekijänä sote-sektorille ovat pysyvästi tulleet taloudellisuuden vaatimukset. Jatkuvaan kasvuun ei ole enää mahdollisuuksia.

Verotuloja on siis käytettävissä vähemmän yhtä hoidettavaa vanhusta kohti. Jos yli 75-vuotiaista pidetään hoivan tarpeen mittarina, tulee jo seuraavan viiden vuoden aikana hoivaresurssi vähenemään noin 20–30 prosenttia alueen mukaan ja vuoteen 2025 mennessä käytettävissä oleva re-

surssi on puolet nykyisestä. Nämä luvut tarkentuvat syksyllä 2015, jolloin käytettävissä on uusi väestöennuste.

Jos kuolemien määrällä mitataan sairaanhoidon tarvetta, tulee tarve kasvamaan nopeasti vasta vuoden 2025 jälkeen noin 20 prosenttia. Huippu saavutetaan vuosina 2040–2045, minkä jälkeen väestön kasvuun suhteutettu tarve alkaa pienentyä vuotta 2060 lähestyttäessä. Luvut kannattaa tarkistaa uudesta väestöennusteesta, joka julkistetaan 10/2015.

Sosiaali- ja terveydenhuolto ei voi enää kasvaa nopeammin kuin BKT. Kuntien välillä on suuria eroja kustannuksissa, jotka eivät johdu kuin osin sairastavuudesta tai muista väestön tarpeista. Kustannuseroja selittävät erilaiset toimintatavat ja tuotantorakenteet.

Kun virallinen sote-valmistelu näkee mahdolliseksi ainoastaan kustannusten jatkuvan kasvun, on edellä olevan aineiston perusteella noussut mahdolliseksi myös toinen ratkaisu. Lopputuloksena on tiekartta ja toimintamalli, joka on taloudellisesti mahdollinen.

Uusi tiekartta on seuraava:

1. Luodaan palveluverkkopohjainen alueellinen sosiaali- ja terveydenhuolto.
2. Luodaan alueellinen tasalaatuinen kuntoutusjärjestelmä.
3. Uudistetaan hoivakotijärjestelmä.
4. Rakennetaan eläkeläisille kotihoidon sallivia palvelukortteita.
5. Panostetaan maakunnallisiin terveysohjelmiin.
6. Kehitetään yhteistyötä kolmannen sektorin kanssa.

Toimintamalli on kokonaisuus, jossa kaikki osat tukevat toisiaan. Tässä vaihtoehtoisessa ohjelmassa sosiaalisektori pystyy aluksi osallistumaan kestävyysvajeeseen ainakin 1,5 miljardilla eurolla, mutta tarvitsee vuoden 2025 jälkeen maltillisesti lisäresursseja joillekin väestönkasvualueille. Arvio 1,5 miljardin säästöpotentiaalista perustuu laitospaikkojen ylikapasiteetin purkamiseen sekä laboratorioden, kuvantamisen ja leikkaustoiminnan tehostamiseen.

Tätä suurempiinkin säästöihin on varmasti mahdollista päästä, sillä meillä on jo Suomessa näyttöä hyvin toimivista alueista, joiden kustannustasoon yltäminen koko maan osalta kaksinkertaistaisi säästöpotentiaalin. Nämä hyvin toimivat alueet, kuten kaikki muutkin alueet, voivat edelleen kehittää toimintaansa erikois- ja perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen

raja-aitojen kaatuessa ottamalla oppia muualta maailmasta siitä, miten palvelujen tuotanto voidaan tehokkaasti organisoida, sekä hyödyntämällä digitalisaation tuomia mahdollisuuksia.

Tulevaisuus ei synny itsestään, se tehdään päätöksin. Myöskään sote-uudistus ei synny itsestään, se tehdään poliittisin päätöksin. Sote voidaan toteuttaa nopeasti alueen omin päätöksin Eksoten mallin mukaan ilman uutta lainsäädäntöä. Tämä prosessi on jo nyt esimerkiksi Pohjois-Karjalassa meneillään. Myös tavoitteet asetetaan poliittisesti. Ministeri Rehulan (HS 22.6.2015) esittämä tavoite 3 miljardin säästöistä sote-sektorilla tuntuu edellä olevien tarkastelujen perusteella ja kuntoutuksen uudelleen järjestelyjen avulla mahdolliselta ilman, että hoidon laatu Suomessa kärsii.

Sote-uudistuksen tavoitteeksi on asetettava toimivampi ja taloudellisempi järjestelmä, jonka palvelut tuottavat väestölle enemmän terveyshyötyjä ja parempaa elämää. Jatkuvan kasvun aika on ohi, ja on aika hyödyntää maakuntien parhaat palvelumallit. Tilanne on sama koko Euroopassa, joten tunnuslause ”More with less – enemmän vähemmällä” sopii ohjeeksi Suomenkin sote-uudistukseen.

Lähteet

Kunnallisan kehittämissäätiö

- Kinnula, P., Malmi, T. & Vauramo, E. (2014a). Sisältöä sote-uudistukseen. Kunnallisan kehittämissäätiön tutkimusjulkaisusarjan julkaisu nro 78.
http://www.kaks.fi/sites/default/files/TutkJulk_78_net.pdf
- Kinnula, P., Malmi, T. & Vauramo, E. (2014b). Saadaanko sote-uudistuksella tasalaatua? Kunnallisan kehittämissäätiön tutkimusjulkaisusarjan julkaisu nro 82.
http://www.kaks.fi/sites/default/files/TutkJulk_82_net_II.pdf

Muut lähteet

- Hammarsten, H. (2015). Hukka pois sairaaloista, katse asiakkaaseen. Talouselämä 3.5.2015.
- Häkkinen, U., Nguyen, L., Pekurinen, M. & Peltola, M. (2009). Tutkimus terveyden- ja vanhustenhuollon tarve- ja valtionosuuskriteereistä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 3/2009. Helsinki.
- Jämsen, E., Kerminen, H., Strandberg, T. & Valvanne, T. (2015). Kun tauti paranee, mutta potilas ei – sairaanhoitoon liittyvä toimintakyvyn heikentyminen. Lääkärilehti 14–15/2015.
- Kato, Y. (1993). Target costing support systems: lessons from leading Japanese companies. Management Accounting Research.
- Niiranen, J. (2014). Kitulias kasvu on paisuttanut Suomen julkisen sektorin maailman suurimmaksi. Helsingin sanomat 17.1.2014.
- OECD Health at Glance: Europe 2014.

- PIRU 3/2013, Twenty-Thirty Health Care Scenarios – exploring potential changes in health care in England over the next 20 years. PIRU Publication 3/2013.
- Punnonen, H. (2014). Laboratorioissa ja kuvantamisessa hurjat hinnanerot. Kuntalehti 2/2014:42–45.
- Seuri, M. (2015). Mihin julkista tukea suunnataan? Suomen Lääkärilehti 16/2015:1056–1057.
- Säteilyturvakeskus 2015 (erillisselvitykset).
- Tani, T., Okano, H., Shimizu, N., Iwabuchi, Y., Fukuda, J. & Cooray, S. (1994). Target cost management in Japanese companies: current state of the art. Management Accounting Research.
- THL:n laskenta 31.12.2013, vanhusten laitosasuminen.
- THL:n pominnat 2015 (Rapo Markus ja Pelanteri Simo): Elinajanodote (Rapo), kuolinsyyt, laitoksissa kuolleet, laitoksissa vietetty aika viimeisen kahden vuoden aikana, laitoshoidon kestot sekä tulopaikka kuolemiin johtaneissa laitosjaksoissa (Pelanteri).
- THL (2015). Terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2012.

Internet-lähteet:

Healthpowerhouse.fi 2015

Euro Health Consumer Index 2014: <http://www.healthpowerhouse.com/index.php?Itemid=55>

Kelasto 2015

<http://www.kela.fi/kelasto>

Kuntaliitto 2015

<http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/asiaksmaksut-talous-rahoitus/talous/nettokustannukset/Sivut/default.aspx>

SOTKANet 2015

<https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/index>

OECD Health Statistics 2014

www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm

THL 2015

AvoHILMO: <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tiedonkeruut/perusterveidenhuollon-avohoidon-hoitoilmoitus-avohilmo>

Sairastavuusindeksi 2009–2011: <http://www.terveytemme.fi/sairastavuusindeksi/>

Tarvekerroin 2012: <http://www.thl.fi/fi/web/paatöksenteko-talous-ja-palvelujarjestelma/talous/tilastoja/terveyden-ja-vanhustenhuollon-tarvevakioidut-menot>

Tilastokeskus 2015

http://193.166.171.75/database/StatFin/databasetree_fi.asp

http://pxweb2.stat.fi/Dialog/varval.asp?ma=080_ktt14_2013_fi&ti=Kuntien+tunnusluvut+2013&path=../Database/Kuntien_talous_ja_toiminta/Kunnat/ktt14/&lang=3&multilang=fi

Veronmaksajat.fi 2015

<https://www.veronmaksajat.fi/luvut/Tilastot/Julkiset-menot/Julkisten-menojen-kehitys/>

Henkilöt

Dowdeswell Barrie, Research director, European Center for Health Care Asset and Architecture, Iso-Britannia.

Erskine Jonathan, CEO, European Health Property Network, Iso-Britannia.

van Laarhoven Henny, Director, Orbis Medical Group, Alankomaat.

Marquard Gesine, Prof., Dresden Technische Universität, Saksa.

Matthess Gerritt, Prof., Berlin Unfallkrankenhaus, Saksa.

Riippa Iris, tutkija, Aalto-yliopisto.

Sivak Edward, Prof., Case Western Reserve University, School of Medicine, Cleveland, Yhdysvallat.

Kuvaluettelo

Kuva 1. Sote-sektorin, valtion velan, julkisen sektorin, BKT:n ja verotulojen muutos 2000–2013	13
Kuva 2. Sote-sektorin henkilöstö 2005–2014 sektoreittain	14
Kuva 3. Miesten eliniänodote maakunnittain	19
Kuva 4. Naisten eliniänodote maakunnittain	19
Kuva 5. Keskeiset kuolinsyyt maakunnittain ja ikäryhmittäin	20
Kuva 6. Kuolemien prosentuaalinen muutos kunnittain 2015–2040	23
Kuva 7. Maakuntien kustannukset, huoltosuhde ja sairastavuusindeksit 2013	24
Kuva 8. Sote-sektorin nettokustannukset (ei sis. lasten pvh) vuonna 2013 ja THL:n sairastavuusindeksi 2009–2011	26
Kuva 9. Kunnat sairastavuusindeksiryhmittäin 1–6 vuonna 2013	27
Kuva 10. Yli 75-vuotiaiden prosenttiosuus väestöstä, tarvekerroin ja valtionosuudet 2013	28
Kuva 11. Kuntien sote-suureiden ominaisuuksia 2013	29
Kuva 12. Tarvekerroin 2012 ja sote-nettokustannukset/asukas 2013	30
Kuva 13. Väestön ja valtionosuuksien milj. euron määrä eri valtionosuusluokissa 1–6 vuonna 2013	31
Kuva 14. Kuntien kustannukset ja valtionapu kunnille vuonna 2013	32
Kuva 15. Etenkin pienissä kunnissa kustannusten hajonta on suuri. Kuvassa pienet ja keskikokoiset kunnat.	33
Kuva 16. Dementian sairastavuusindeksi 2009–2011	53
Kuva 17. Dementian insidenssi ja dementiaa sairastavien laitosprosentti ikäryhmittäin ja piireittäin 2013	55

Kuva 18. Tulosityy itsestä huolehtimisen vajavuus, laitospalveluihin tulleet 2013 ...	59
Kuva 19. Laitoksissa kuolleet laitoksittain 2013	60
Kuva 20. Kuolleiden laitoksissa oloaika kahden viimeisen elinvuoden aikana ikäryhmittäin 2013	63
Kuva 21. Kuolemaan päätyneet hoitajakset ja hoitopäivät yli 75-vuotiaiden ikäryhmissä tulosityttäin ja piireittäin vuonna 2013	64
Kuva 22. Terveyskeskuksen ja sv-lääkäriissäkäynnit/1 000 as vuonna 2013	69
Kuva 23. Sv- ja julkisen sektorin (sis. tk ja esh) lääkäriissäkäynnit/1 000 as vuonna 2013	69
Kuva 24. Kuolemien ikäryhmäkohtainen määrä koko maassa ja 32 sairastavimmassa kunnassa	71
Kuva 25. Terveyskeskukset nousevassa järjestyksessä röntgentutkimusmäärän suhteen vuonna 2011	81
Kuva 26. Ikääntymistä johtaa Saksa, mutta Suomi tulee hetkellisesti lähelle Saksan tasoa	88
Kuva 27. Sairaanhoidopiirit väestön lukumäärän mukaisessa järjestyksessä vuonna 2013 (keskiväkiluku)	97
Kuva 28. Vaihtoehtoinen ehdotus sote-piirin väestöpohjaksi	99
Kuva 29. Palvelutarpeiden ja resurssien kehitys 2015–2040	106
Kuva 30. Yli 75-vuotiaiden määrän kehitys kunnittain vuosina 2015–2040	107
Kuva 31. Sote-uudistus pelkistettynä	128
Kuva 32. Vanhusten kodin ulkopuolisen asumisen paikkamäärät 2013–2040 eri ennusteiden mukaisesti	130

Taulukkoluetelo

Taulukko 1. Sote-sektorin käyttökustannukset 2003, 2008 ja 2013	12
Taulukko 2. Sote-palvelujen kokonaishenkilökunta piireittäin ja tehtäväalueittain 2012	35
Taulukko 3. Sote-palvelujen henkilöstö toimialoittain ja piireittäin/1 000 as. 2012	36
Taulukko 4. Sote-sektorin henkilökunta työnantajan sektorin mukaan 2012 sekä säästöpotentiaali verrattuna Eksoten tasoon 53 hlö/1 000 as.	37
Taulukko 5. Sairaanhoidopiirien henkilökunnan prosenttijakautuminen eri palveluiden välillä 2012	38
Taulukko 6. Laskelman 1 kustannukset ja hyödyt	42
Taulukko 7. Laskelman 2 kustannukset ja hyödyt	42
Taulukko 8. Laskelman 3 kustannukset ja hyödyt	43
Taulukko 9. Tarvekertoimen avulla laskettu rationointipotentiaali	44
Taulukko 10. Sairaanhoidopiirit laskevassa järjestyksessä asukaskohtaisten nettokustannusten mukaan 2013	45
Taulukko 11. Tehokkaimpien kuntien pohjalta laskettu rationointipotentiaali sairaanhoidopiireittäin	46
Taulukko 12. Vanhuspalvelujärjestelmä 31.12.2013	48
Taulukko 13. Tulosyyt palvelujärjestelmiin 31.12.2013	50
Taulukko 14. Terveyskeskusten vuodeosaston pitkäaikaishoito 31.12.2013	51
Taulukko 15. Terveyskeskusten vuodeosastojen pitkäaikaishoito kestoluokittain 31.12.2013	52
Taulukko 16. Dementiaa sairastavat ikäryhmän 1 000 asukasta kohti 31.12.2013	54

Taulukko 17. Tulosity dementia, jakson keskimääräinen kesto 31.12.2013	56
Taulukko 18. Dementian hoivapäivät / ikäryhmän asukas 31.12.2013 laskevassa järjestyksessä	57
Taulukko 19. Tulosity itsestä huolehtimisen vajavuus, henkilöt laitoksissa ikäryhmittäin 2013	58
Taulukko 20. Kuolemaan päätyneen hoitojakson tulopaikka laitokseen vuonna 2013, tulopaikan ja kuolinpaikan mukaan	61
Taulukko 21. Kuolemaan päätyneiden jaksojen kestot vuoden 2013 lopussa, kaikki laitokset	62
Taulukko 22. Terveyskeskussairaalan vuodeosastojen pitkäaikaishoidon tilanne 31.12.2013 isoissa kaupungeissa	66
Taulukko 23. Kuntien resurssit sairastavuusindeksiryhmittäin 1–6 vuonna 2013	72
Taulukko 24. Laboratoriotoininnan tunnuslukuja sairaanhoitopiireissä 2012	75
Taulukko 25. Suomalainen ja keskieurooppalainen laboratoriovertailu	76
Taulukko 26. Röntgentutkimusten jakautuminen sairaanhoitopiireihin	80
Taulukko 27. Kuvantaminen tunnuslukuprojektin sairaanhoitopiireissä 2012	80
Taulukko 28. Magneettikuvausten määrät asukasta kohti, tutkimusmäärät laitetta kohti ja laitetiheys 2012	82
Taulukko 29. Erikoissairaanhoidon sairaansijojen tarpeen muutos vuoteen 2040	101
Taulukko 30. Sairaaloiden henkilökunnan tarve teoreettisella mitoituksella	103
Taulukko 31. Sairaanhoitopiirien väestöennuste ja yli 75-vuotiaiden ennuste, %-muutos	105
Taulukko 32. Eläkeläisasumisen lisätarve 20 kunnassa, joissa kasvu on suurinta 2025–2040	111
Taulukko 33. Vanhusten kodin ulkopuolisen asumisen laitospaikat vuoden lopussa 2013–2040 koko maassa	114
Taulukko 34. Laskennalliset kustannukset vanhusten kodin ulkopuolisessa asumisessa vuositasolla 2013–2040 koko maassa	115
Taulukko 35. Vanhusten kodin ulkopuolisen asumisen paikat eri ennusteiden mukaan 2013–2040	116
Taulukko 36. Sairaanhoitopiirikohtainen ennuste 2013–2040 eri malleilla vanhusten laitosasumisen vuosikustannuksista, milj. euroa	118
Taulukko 37. Arvio selviämispolun edellyttämän muutoksen kustannus- vaikutuksista	131

Liite 1

Laskelmat 1–4 kunnittain

Liitteessä olevissa laskelmissa 1–4 on käytetty kuntien Kuntaliitossa olevia nettokustannuksia vuodelta 2013. Positiivinen rationointipotentiaali tarkoittaa kustannustason laskua ja negatiivinen luku tarkoittaa kustannusten kasvua.

Kunnan koko selviää liitteestä myös väriluokituksen mukaan, siniset kunnat ovat pieniä kuntia, keskikokoiset ovat ruskeita ja suuret kunnat on merkitty vihreällä. Lisäksi laskelmat 1–4 on merkitty eri väreillä niiden erottamiseksi.

Kunta	Sairaanhoidopiiri	Erva	THL tarvekerroin	Väestö 2013	Kust € / as 2013 laskeva	Laskel-man 1 ratio-nointi-pot. 1 000 €	Laskel-man 2 ratio-nointi-pot. 1 000 €	Laskel-man 3 ratio-nointi-pot. 1 000 €	Laskel-man 4 ratio-nointi-pot. 1 000 €	Laskel-man 3 hyöty %
Pelkosenniemi	Lapin	OYS	112	965	5 531	2 239	2 377	2 484	2 020	47 %
Salla	Lapin	OYS	128	3 935	5 154	7 651	8 211	8 651	4 818	43 %
Kivijärvi	Keski-Suomen	KYS	132	1 281	5 106	2 430	2 613	2 756	1 364	42 %
Ristijärvi	Kainuun	OYS	114	1 439	4 906	2 441	2 646	2 806	2 011	40 %
Pello	Lapin	OYS	121	3 779	4 891	6 356	6 893	7 316	4 428	40 %
Vesanto	Pohjois-Savon	KYS	136	2 308	4 875	3 845	4 173	4 431	1 640	39 %
Puolanka	Kainuun	OYS	114	2 905	4 830	4 709	5 122	5 447	3 841	39 %
Hailuoto	Pohjois-Pohjanmaan	OYS	105	993	4 814	1 593	1 734	1 845	1 580	39 %
Posio	Lapin	OYS	125	3 693	4 761	5 728	6 254	6 666	3 395	38 %
Rautavaara	Pohjois-Savon	KYS	141	1 799	4 753	2 776	3 032	3 233	799	38 %
Juuka	Pohjois-Karjalan	KYS	131	5 264	4 695	7 821	8 570	9 158	3 535	37 %
Kannonkoski	Keski-Suomen	KYS	127	1 537	4 668	2 242	2 461	2 632	1 188	37 %
Kyyjärvi	Keski-Suomen	KYS	121	1 450	4 639	2 074	2 280	2 442	1 350	36 %
Luhanka	Keski-Suomen	KYS	123	768	4 623	1 085	1 195	1 281	645	36 %
Heinävesi	Pohjois-Karjalan	KYS	133	3 705	4 608	5 181	5 708	6 122	1 940	36 %
Savukoski	Lapin	OYS	110	1 127	4 597	1 563	1 723	1 849	1 393	36 %
Ylitornio	Länsi-Pohjan	OYS	125	4 519	4 585	6 216	6 859	7 364	3 420	36 %
Isojoki	Etelä-Pohjanmaan	TAYS	129	2 274	4 540	3 026	3 349	3 603	1 334	35 %
Hyrynsalmi	Kainuun	OYS	114	2 584	4 539	3 436	3 804	4 093	2 664	35 %
Tervo	Pohjois-Savon	KYS	132	1 687	4 522	2 214	2 454	2 642	805	35 %
Sulkava	Itä-Savon	KYS	121	2 819	4 488	3 605	4 006	4 321	2 197	34 %
Ilomantsi	Pohjois-Karjalan	KYS	136	5 654	4 477	7 165	7 970	8 601	1 798	34 %
Kustavi	Varsinais-Suomen	TYKS	109	879	4 464	1 103	1 228	1 326	980	34 %
Utsjoki	Lapin	OYS	106	1 282	4 448	1 588	1 770	1 914	1 547	34 %
Kaavi	Pohjois-Savon	KYS	140	3 288	4 440	4 048	4 516	4 883	497	33 %
Multia	Keski-Suomen	KYS	126	1 797	4 431	2 195	2 451	2 651	1 008	33 %
Juankoski	Pohjois-Savon	KYS	127	5 044	4 425	6 132	6 850	7 414	2 637	33 %
Suomussalmi	Kainuun	OYS	114	8 737	4 412	10 510	11 753	12 730	7 900	33 %
Siikalatva	Pohjois-Pohjanmaan	OYS	126	5 920	4 387	6 970	7 813	8 474	3 051	33 %
Kemijärvi	Lapin	OYS	118	8 038	4 372	9 342	10 486	11 384	6 131	32 %
Ruovesi	Pirkanmaan	TAYS	114	4 820	4 368	5 585	6 270	6 809	4 200	32 %
Ranua	Lapin	OYS	116	4 191	4 351	4 785	5 382	5 850	3 342	32 %
Pielavesi	Pohjois-Savon	KYS	130	4 875	4 313	5 380	6 073	6 618	1 593	31 %
Puumala	Etelä-Savon	KYS	126	2 347	4 308	2 579	2 913	3 175	1 073	31 %
Valtimo	Pohjois-Karjalan	KYS	134	2 400	4 299	2 616	2 958	3 226	447	31 %
Kuhmoinen	Pirkanmaan	TAYS	125	2 424	4 290	2 620	2 964	3 235	1 104	31 %
Lavia	Satakunnan	TYKS	121	1 909	4 288	2 060	2 331	2 544	1 090	31 %

Kunta	Sairaanhoidopiiri	Erva	THL tarve- ker- roin	Väestö 2013	Kust € / as 2013 laskeva	Laskel- man 1 ratio- nointi- pot. 1 000 €	Laskel- man 2 ratio- nointi- pot. 1 000 €	Laskel- man 3 ratio- nointi- pot. 1 000 €	Laskel- man 4 ratio- nointi- pot. 1 000 €	Laskel- man 3 hyöty %
Pyhäjärvi	Pohjois- Pohjanmaan	OYS	131	5 790	4 281	6 206	7 030	7 677	1 459	31 %
Suonenjoki	Pohjois-Savon	KYS	125	7 476	4 245	7 740	8 804	9 640	3 131	30 %
Rääkkylä	Pohjois- Karjalan	KYS	124	2 479	4 242	2 559	2 911	3 188	1 085	30 %
Viitasaari	Keski-Suomen	KYS	121	6 926	4 222	7 017	8 003	8 777	3 539	30 %
Hartola	Päijät-Hämeen	TAYS	117	3 152	4 202	3 130	3 578	3 930	1 906	30 %
Rantasalmi*	Itä-Savon	KYS	117	3 897	4 195	3 842	4 396	4 832	2 375	30 %
Rautalampi	Pohjois-Savon	KYS	130	3 435	4 170	3 301	3 789	4 173	590	29 %
Pudasjärvi	Pohjois- Pohjanmaan	OYS	124	8 579	4 148	8 051	9 272	10 231	3 011	29 %
Kuhmo	Kainuun	OYS	114	9 172	4 146	8 589	9 894	10 920	5 849	29 %
Liekksa	Pohjois- Karjalan	KYS	124	12 351	4 140	11 491	13 248	14 629	4 112	29 %
Enontekiö	Lapin	OYS	104	1 886	4 136	1 747	2 015	2 226	1 801	29 %
Reisjärvi	Keski- Pohjanmaan	OYS	122	2 943	4 099	2 618	3 037	3 366	1 027	28 %
Vaala	Pohjois- Pohjanmaan	OYS	133	3 222	4 086	2 826	3 284	3 644	30	28 %
Teuva	Etelä- Pohjanmaan	TAYS	118	5 712	4 051	4 808	5 621	6 259	2 474	27 %
Joutsa	Keski-Suomen	KYS	117	4 878	4 046	4 079	4 773	5 318	2 226	27 %
Kangasniemi	Etelä-Savon	KYS	124	5 820	4 032	4 786	5 614	6 264	1 288	27 %
Evijärvi*	Etelä- Pohjanmaan	TAYS	123	2 686	4 015	2 165	2 547	2 847	694	26 %
Paltamo	Kainuun	OYS	114	3 682	4 010	2 948	3 471	3 883	1 848	26 %
Hankasalmi	Keski-Suomen	KYS	122	5 429	3 996	4 273	5 046	5 652	1 347	26 %
Soini	Etelä- Pohjanmaan	TAYS	124	2 307	3 992	1 806	2 134	2 392	414	26 %
Pieksämäki	Etelä-Savon	KYS	121	19 348	3 980	14 904	17 657	19 820	5 209	26 %
Tuusniemi	Pohjois-Savon	KYS	134	2 799	3 979	2 154	2 552	2 865	-328	26 %
Haapajärvi	Pohjois- Pohjanmaan	OYS	116	7 629	3 975	5 843	6 928	7 781	3 096	26 %
Keitele	Pohjois-Savon	KYS	120	2 452	3 972	1 871	2 220	2 494	698	26 %
Sodankylä	Lapin	OYS	109	8 859	3 970	6 738	7 998	8 988	5 487	26 %
Karstula	Keski-Suomen	KYS	116	4 360	3 969	3 311	3 931	4 418	1 790	26 %
Vehmaa	Varsinais- Suomen	TYKS	107	2 327	3 952	1 728	2 059	2 319	1 546	25 %
Pihtipudas	Keski-Suomen	KYS	122	4 398	3 951	3 261	3 887	4 378	976	25 %
Savitaipale	Etelä-Karjalan	HYKS	117	3 747	3 950	2 775	3 308	3 726	1 332	25 %
Muonio	Lapin	OYS	97	2 389	3 943	1 752	2 092	2 359	2 298	25 %
Padasjoki	Päijät-Hämeen	TAYS	120	3 306	3 933	2 391	2 862	3 231	812	25 %
Enonkoski	Itä-Savon	KYS	119	1 527	3 932	1 103	1 320	1 491	430	25 %
Kihniö	Pirkanmaan	TAYS	119	2 129	3 929	1 533	1 836	2 074	587	25 %
Kitee	Pohjois- Karjalan	KYS	112	11 269	3 922	8 030	9 633	10 893	5 480	25 %

Kunta	Sairaanhoidopiiri	Erva	THL tarve- ker- roin	Väestö 2013	Kust € / as 2013 laskeva	Laskel- man 1 ratio- nointi- pot. 1 000 €	Laskel- man 2 ratio- nointi- pot. 1 000 €	Laskel- man 3 ratio- nointi- pot. 1 000 €	Laskel- man 4 ratio- nointi- pot. 1 000 €	Laskel- man 3 hyöty %
Harjavalta	Satakunnan	TYKS	108	7 447	3 918	5 275	6 334	7 167	4 610	25 %
Sonkajärvi	Pohjois-Savon	KYS	122	4 474	3 915	3 156	3 792	4 292	773	25 %
Utajärvi	Pohjois- Pohjanmaan	OYS	128	2 948	3 914	2 078	2 498	2 827	-46	25 %
Kittilä	Lapin	OYS	101	6 433	3 903	4 465	5 380	6 099	5 268	24 %
Parikkala	Etelä-Karjalan	HYKS	119	5 550	3 902	3 846	4 635	5 255	1 450	24 %
Lestijärvi	Keski- Pohjanmaan	OYS	128	827	3 901	572	689	782	-24	24 %
Kärsämäki	Pohjois- Pohjanmaan	OYS	122	2 741	3 889	1 864	2 254	2 560	364	24 %
Lapinlahti	Pohjois-Savon	KYS	123	10 233	3 888	6 949	8 405	9 548	1 250	24 %
Karjoki	Etelä- Pohjanmaan	TAYS	120	1 488	3 885	1 006	1 217	1 384	323	24 %
Savonlinna	Itä-Savon	KYS	109	36 420	3 884	24 591	29 773	33 844	19 763	24 %
Hanko	Helsingin ja Uudenmaan	HYKS	99	9 188	3 877	6 136	7 443	8 470	7 674	24 %
Outokumpu	Pohjois- Karjalan	KYS	122	7 303	3 877	4 876	5 915	6 731	937	24 %
Pertunmaa	Etelä-Savon	KYS	119	1 850	3 874	1 230	1 493	1 699	393	24 %
Kiuruvesi	Pohjois-Savon	KYS	125	8 928	3 868	5 878	7 148	8 146	411	24 %
Mänttä- Vilppula	Pirkanmaan	TAYS	115	11 010	3 860	7 167	8 734	9 964	3 669	23 %
Maalahti	Vaasan	TYKS	104	5 583	3 844	3 541	4 336	4 960	3 606	23 %
Lappajärvi*	Etelä- Pohjanmaan	TAYS	122	3 350	3 843	2 122	2 598	2 973	327	23 %
Kuusamo	Pohjois- Pohjanmaan	OYS	120	16 060	3 837	10 076	12 361	14 156	2 361	23 %
Kinnula	Keski-Suomen	KYS	116	1 767	3 836	1 107	1 359	1 556	465	23 %
Veteli	Keski- Pohjanmaan	OYS	114	3 357	3 820	2 050	2 528	2 903	1 067	23 %
Tervola	Länsi-Pohjan	OYS	115	3 323	3 793	1 941	2 414	2 785	833	22 %
Taivalkoski	Pohjois- Pohjanmaan	OYS	118	4 282	3 790	2 486	3 096	3 574	671	22 %
Konnevesi	Keski-Suomen	KYS	114	2 875	3 790	1 668	2 077	2 399	829	22 %
Kotka	Kymenlaakson	HYKS	112	54 822	3 776	31 077	38 877	45 004	17 936	22 %
Rautjärvi	Etelä-Karjalan	HYKS	131	3 733	3 768	2 087	2 618	3 035	-961	22 %
Saarijärvi*	Keski-Suomen	KYS	116	10 212	3 768	5 704	7 157	8 298	2 234	22 %
Ähtäri	Etelä- Pohjanmaan	TAYS	117	6 317	3 768	3 527	4 426	5 132	1 192	22 %
Ujala	Pirkanmaan	TAYS	110	5 140	3 743	2 744	3 475	4 050	1 859	21 %
Nurmes	Pohjois- Karjalan	KYS	130	8 250	3 740	4 377	5 551	6 473	-2 027	21 %
Punkalaidun	Varsinais- Suomen	TYKS	114	3 188	3 729	1 656	2 109	2 466	712	21 %
Simo	Länsi-Pohjan	OYS	107	3 393	3 724	1 745	2 228	2 607	1 466	21 %
Kemi	Länsi-Pohjan	OYS	116	22 189	3 723	11 391	14 548	17 028	3 419	21 %

Kunta	Sairaanhoidopiiri	Erva	THL tarve- ker- roin	Väestö 2013	Kust € / as 2013 laskeva	Laskel- man 1 ratio- nointi- pot. 1 000 €	Laskel- man 2 ratio- nointi- pot. 1 000 €	Laskel- man 3 ratio- nointi- pot. 1 000 €	Laskel- man 4 ratio- nointi- pot. 1 000 €	Laskel- man 3 hyöty %
Jämsä	Pirkanmaan	TAYS	113	22 246	3 721	11 373	14 539	17 025	5 649	21 %
Merikarvia	Satakunnan	TYKS	118	3 248	3 708	1 620	2 082	2 445	280	20 %
Inari	Lapin	OYS	101	6 763	3 705	3 355	4 317	5 073	4 139	20 %
Pyhäntä	Pohjois- Pohjanmaan	OYS	117	1 556	3 697	759	980	1 154	192	20 %
Kolari	Lapin	OYS	105	3 869	3 694	1 876	2 427	2 859	1 787	20 %
Juva	Etelä-Savon	KYS	120	6 734	3 691	3 241	4 199	4 952	54	20 %
Vimpeli	Etelä- Pohjanmaan	TAYS	118	3 188	3 688	1 526	1 979	2 335	211	20 %
Kuortane	Etelä- Pohjanmaan	TAYS	119	3 834	3 684	1 821	2 366	2 795	169	20 %
Alavieska*	Pohjois- Pohjanmaan	OYS	117	2 751	3 682	1 302	1 693	2 000	270	20 %
Varkaus	Pohjois-Savon	KYS	117	22 224	3 674	10 335	13 497	15 981	1 705	20 %
Juupajoki	Pirkanmaan	TAYS	105	2 031	3 671	939	1 228	1 455	895	20 %
Perho	Keski- Pohjanmaan	OYS	112	2 923	3 667	1 337	1 753	2 080	689	19 %
Kokemäki	Satakunnan	TYKS	111	7 831	3 665	3 572	4 687	5 562	1 960	19 %
Uusikaupunki	Varsinais- Suomen	TYKS	105	15 481	3 656	6 919	9 122	10 852	6 867	19 %
Korsnäs	Vaasan	TYKS	114	2 225	3 655	992	1 309	1 557	377	19 %
Loimaa	Varsinais- Suomen	TYKS	111	16 719	3 652	7 405	9 784	11 653	4 028	19 %
Siikainen	Satakunnan	TYKS	117	1 637	3 646	714	947	1 130	87	19 %
Mäntyharju	Etelä-Savon	KYS	119	6 322	3 646	2 759	3 659	4 365	-19	19 %
Sysmä	Päijät-Hämeen	TAYS	121	4 159	3 643	1 802	2 394	2 859	-262	19 %
Virrat	Pirkanmaan	TAYS	114	7 332	3 639	3 150	4 193	5 013	1 108	19 %
Kauhajoki	Etelä- Pohjanmaan	TAYS	116	14 124	3 630	5 948	7 958	9 537	960	19 %
Honkajoki	Satakunnan	TYKS	113	1 826	3 623	756	1 016	1 220	310	18 %
Hirvensalmi	Etelä-Savon	KYS	120	2 358	3 623	975	1 310	1 574	-101	18 %
Halsua	Keski- Pohjanmaan	OYS	114	1 239	3 622	512	688	826	147	18 %
Sievi*	Pohjois- Pohjanmaan	OYS	119	5 220	3 612	2 104	2 847	3 430	-246	18 %
Asikkala	Päijät-Hämeen	TAYS	104	8 433	3 597	3 273	4 473	5 415	3 521	18 %
Jalasjärvi	Etelä- Pohjanmaan	TAYS	115	8 029	3 587	3 036	4 179	5 076	549	18 %
Kaskinen	Vaasan	TYKS	102	1 366	3 580	506	701	853	634	17 %
Alajärvi	Etelä- Pohjanmaan	TAYS	120	10 248	3 578	3 776	5 234	6 380	-1 013	17 %
Vierämä*	Pohjois-Savon	KYS	115	3 902	3 576	1 431	1 986	2 422	131	17 %
Pomarkku	Satakunnan	TYKS	116	2 357	3 572	854	1 190	1 453	30	17 %
Orivesi	Pirkanmaan	TAYS	104	9 601	3 565	3 413	4 779	5 852	3 510	17 %
Tohmajärvi	Pohjois- Karjalan	KYS	119	4 887	3 565	1 736	2 432	2 978	-386	17 %

Kunta	Sairaanhoidopiiri	Erva	THL tarve-ker-roin	Väestö 2013	Kust € / as 2013 laskeva	Laskel-man 1 ratio-nointi-pot. 1 000 €	Laskel-man 2 ratio-nointi-pot. 1 000 €	Laskel-man 3 ratio-nointi-pot. 1 000 €	Laskel-man 4 ratio-nointi-pot. 1 000 €	Laskel-man 3 hyöty %
Pietarsaari	Vaasan	TYKS	102	19 657	3 561	6 912	9 708	11 905	8 369	17 %
Sastamala	Pirkanmaan	TAYS	109	25 629	3 560	8 995	12 641	15 506	5 917	17 %
Karvia	Satakunnan	TYKS	116	2 534	3 556	880	1 240	1 524	-5	17 %
Keuruu	Keski-Suomen	KYS	114	10 399	3 546	3 501	4 981	6 143	481	17 %
Kemiönsaari	Varsinais-Suomen	TYKS	103	7 044	3 538	2 317	3 319	4 106	2 667	16 %
Kurikka	Etelä-Pohjanmaan	TAYS	114	14 359	3 534	4 669	6 712	8 316	658	16 %
Haapavesi	Pohjois-Pohjanmaan	OYS	118	7 262	3 531	2 334	3 368	4 179	-685	16 %
Kärkölä	Päijät-Hämeen	TAYS	99	4 764	3 529	1 525	2 202	2 735	2 413	16 %
Alavus	Etelä-Pohjanmaan	TAYS	119	12 285	3 529	3 923	5 671	7 044	-1 648	16 %
Parkano	Pirkanmaan	TAYS	110	6 877	3 523	2 154	3 133	3 901	933	16 %
Raasepori	Helsingin ja Uudenmaan	HYKS	98	28 762	3 515	8 793	12 886	16 100	14 281	16 %
Jämijärvi*	Satakunnan	TYKS	112	1 979	3 510	595	876	1 097	133	16 %
Oulainen	Pohjois-Pohjanmaan	OYS	119	7 810	3 509	2 342	3 453	4 326	-1 187	16 %
Maaninka	Pohjois-Savon	KYS	114	3 799	3 508	1 133	1 673	2 098	70	16 %
Polvijärvi	Pohjois-Karjalan	KYS	121	4 696	3 507	1 397	2 066	2 590	-971	16 %
Kauhava	Etelä-Pohjanmaan	TAYS	115	17 134	3 498	4 955	7 392	9 307	-675	16 %
Kruunupyö	Keski-Pohjanmaan	OYS	98	6 674	3 486	1 849	2 799	3 545	3 171	15 %
Taivassalo	Varsinais-Suomen	TYKS	108	1 675	3 474	443	681	869	269	15 %
Joroinen	Etelä-Savon	KYS	113	5 252	3 472	1 380	2 128	2 715	-20	15 %
Närpiö	Vaasan	TYKS	103	9 358	3 454	2 286	3 617	4 663	2 729	14 %
Iitti	Päijät-Hämeen	TAYS	106	6 968	3 446	1 651	2 642	3 421	1 416	14 %
Ikaalinen	Pirkanmaan	TAYS	106	7 325	3 438	1 673	2 715	3 533	1 423	14 %
Siikajoki	Pohjois-Pohjanmaan	OYS	124	5 595	3 436	1 267	2 063	2 688	-2 097	14 %
Keminmaa	Länsi-Pohjan	OYS	99	8 575	3 431	1 901	3 121	4 079	3 439	14 %
Toholampi	Keski-Pohjanmaan	OYS	106	3 404	3 431	754	1 239	1 619	604	14 %
Laihia	Vaasan	TYKS	101	8 000	3 416	1 654	2 792	3 686	2 501	13 %
Nivala*	Pohjois-Pohjanmaan	OYS	116	10 964	3 414	2 241	3 800	5 026	-1 435	13 %
Pälkäne	Pirkanmaan	TAYS	107	6 817	3 412	1 383	2 353	3 115	902	13 %
Miehikkälä	Kymenlaakson	HYKS	131	2 161	3 409	431	739	980	-1 308	13 %
Vaasa	Vaasan	TYKS	97	65 998	3 408	13 127	22 517	29 893	27 970	13 %
Säkylä	Satakunnan	TYKS	99	4 599	3 399	873	1 528	2 042	1 664	13 %
Vöyri	Vaasan	TYKS	103	6 686	3 397	1 257	2 208	2 955	1 538	13 %
Hamina	Kymenlaakson	HYKS	105	21 230	3 394	3 926	6 946	9 319	3 486	13 %

Kunta	Sairaanhoidopiiri	Erva	THL tarvekerroin	Väestö 2013	Kust € / as 2013 laskeva	Laskelman 1 ratio-nointipot. 1 000 €	Laskelman 2 ratio-nointipot. 1 000 €	Laskelman 3 ratio-nointipot. 1 000 €	Laskelman 4 ratio-nointipot. 1 000 €	Laskelman 3 hyöty %
Ypäjä	Kanta-Hämeen	TAYS	102	2 496	3 392	457	812	1 091	670	13 %
Iisalmi	Pohjois-Savon	KYS	116	22 153	3 390	3 993	7 145	9 621	-3 577	13 %
Leppävirta	Pohjois-Savon	KYS	118	10 222	3 388	1 829	3 283	4 426	-2 226	13 %
Kristiinankaupunki	Vaasan	TYKS	108	7 028	3 383	1 222	2 222	3 007	430	13 %
Ruokolahti	Etelä-Karjalan	HYKS	109	5 542	3 374	915	1 704	2 323	152	12 %
Kouvola	Kymenlaakson	HYKS	106	87 111	3 374	14 333	26 727	36 464	10 231	12 %
Sotkamo	Kainuun	OYS	114	10 671	3 369	1 708	3 226	4 419	-1 480	12 %
Karkkila	Helsingin ja Uudenmaan	HYKS	103	9 097	3 362	1 393	2 687	3 703	1 838	12 %
Somero	Varsinais-Suomen	TYKS	107	9 188	3 351	1 306	2 613	3 640	737	12 %
Äänekoski	Keski-Suomen	KYS	112	20 171	3 343	2 692	5 562	7 816	-2 142	12 %
Kuopio	Pohjois-Savon	KYS	107	105 739	3 332	12 972	28 016	39 834	4 095	11 %
Eura	Satakunnan	TYKS	104	12 387	3 330	1 499	3 261	4 646	1 601	11 %
Heinola	Päijät-Hämeen	TAYS	110	20 015	3 330	2 419	5 267	7 504	-723	11 %
Huittinen	Satakunnan	TYKS	105	10 583	3 326	1 239	2 745	3 928	1 087	11 %
Myrskylä	Päijät-Hämeen	TAYS	101	1 990	3 325	229	513	735	444	11 %
Loviisa	Helsingin ja Uudenmaan	HYKS	103	15 506	3 320	1 722	3 928	5 661	2 388	11 %
Forssa	Kanta-Hämeen	TAYS	111	17 697	3 313	1 832	4 350	6 328	-1 546	11 %
Uusikaarlepyy	Vaasan	TYKS	97	7 528	3 310	758	1 829	2 670	2 554	11 %
Marttila	Varsinais-Suomen	TYKS	109	2 037	3 310	205	495	722	-80	11 %
Mikkeli	Etelä-Savon	KYS	109	54 577	3 304	5 190	12 955	19 055	-1 346	11 %
Rauma	Satakunnan	TYKS	100	39 911	3 304	3 786	9 464	13 925	9 003	11 %
Mynämäki	Varsinais-Suomen	TYKS	101	7 964	3 304	753	1 886	2 776	1 583	11 %
Helsinki	Helsingin ja Uudenmaan	HYKS	91	608 316	3 300	54 938	141 488	209 478	299 271	10 %
Köyliö	Satakunnan	TYKS	99	2 719	3 298	241	628	932	709	10 %
Luumäki	Etelä-Karjalan	HYKS	109	5 007	3 283	371	1 084	1 643	-243	10 %
Kaustinen	Keski-Pohjanmaan	OYS	102	4 288	3 282	314	924	1 403	675	10 %
Raahe	Pohjois-Pohjanmaan	OYS	111	25 583	3 279	1 776	5 416	8 276	-3 513	10 %
Turku	Varsinais-Suomen	TYKS	98	181 149	3 275	11 836	37 610	57 857	48 524	10 %
Akaa	Pirkanmaan	TAYS	100	17 121	3 271	1 064	3 500	5 413	3 466	10 %
Riihimäki	Kanta-Hämeen	TAYS	98	29 267	3 266	1 673	5 837	9 108	7 334	10 %
Kankaanpää	Satakunnan	TYKS	105	11 965	3 265	668	2 370	3 708	407	9 %
Muhos	Pohjois-Pohjanmaan	OYS	110	8 973	3 261	466	1 742	2 745	-955	9 %
Pöytyä	Varsinais-Suomen	TYKS	107	8 580	3 260	434	1 655	2 613	-127	9 %
Humppila	Kanta-Hämeen	TAYS	104	2 480	3 255	114	467	744	156	9 %

Kunta	Sairaanhoidopiiri	Erva	THL tarve- ker- roin	Väestö 2013	Kust € / as 2013 laskeva	Laskel- man 1 ratio- nointi- pot. 1 000 €	Laskel- man 2 ratio- nointi- pot. 1 000 €	Laskel- man 3 ratio- nointi- pot. 1 000 €	Laskel- man 4 ratio- nointi- pot. 1 000 €	Laskel- man 3 hyöty %
Hämeenkoski*	Päijät-Hämeen	TAYS	103	2 091	3 250	85	382	616	192	9 %
Parainen	Varsinais- Suomen	TYKS	94	15 534	3 248	608	2 818	4 554	5 879	9 %
Laitila	Varsinais- Suomen	TYKS	107	8 474	3 246	315	1 521	2 468	-250	9 %
Tampere	Pirkanmaan	TAYS	97	218 934	3 243	7 458	38 607	63 077	59 805	9 %
Koski	Varsinais- Suomen	TYKS	107	2 437	3 229	48	395	667	-102	8 %
Nakkila	Satakunnan	TYKS	102	5 727	3 229	110	925	1 565	583	8 %
Kajaani	Kainuun	OYS	114	37 921	3 227	659	6 055	10 293	-10 670	8 %
Kokkola	Keski- Pohjanmaan	OYS	101	46 902	3 224	668	7 341	12 583	5 693	8 %
Merijärvi	Pohjois- Pohjanmaan	OYS	117	1 165	3 213	5	170	301	-439	8 %
Hämeenlinna	Kanta-Hämeen	TAYS	102	67 652	3 211	147	9 772	17 333	6 169	8 %
Kannus	Keski- Pohjanmaan	OYS	107	5 706	3 207	0	800	1 438	-380	8 %
Isokyrö	Etelä- Pohjanmaan	TAYS	109	4 870	3 204	0	669	1 213	-734	8 %
Orimattila*	Päijät-Hämeen	TAYS	101	16 324	3 192	0	2 033	3 857	1 468	7 %
Lahti	Päijät-Hämeen	HYKS	103	103 190	3 189	0	12 541	24 075	4 191	7 %
Oripää	Varsinais- Suomen	TYKS	104	1 429	3 183	0	165	325	-5	7 %
Eurajoki	Satakunnan	TYKS	97	5 927	3 169	0	605	1 268	1 221	7 %
Pori	Satakunnan	TYKS	101	83 391	3 154	0	7 214	16 535	4 010	6 %
Pyhtää	Kymenlaakson	HYKS	101	5 381	3 147	0	429	1 030	240	6 %
Hyvinkää	Helsingin ja Uudenmaan	HYKS	98	45 890	3 146	0	3 638	8 767	6 712	6 %
Salo	Varsinais- Suomen	TYKS	101	54 668	3 145	0	4 284	10 394	2 209	6 %
Rovaniemi	Lapin	OYS	100	61 046	3 144	0	4 730	11 553	4 867	6 %
Luvia	Satakunnan	TYKS	90	3 358	3 126	0	198	574	1 180	5 %
Petäjävesi	Keski-Suomen	KYS	108	4 110	3 126	0	243	702	-737	5 %
Valkeakoski	Pirkanmaan	TAYS	100	21 151	3 125	0	1 220	3 584	954	5 %
Hausjärvi	Kanta-Hämeen	TAYS	95	8 837	3 120	0	471	1 459	1 896	5 %
Liperi	Pohjois- Karjalan	KYS	104	12 397	3 120	0	660	2 045	-924	5 %
Imatra	Etelä-Karjalan	HYKS	112	28 257	3 119	0	1 479	4 637	-8 649	5 %
Lapinjärvi	Helsingin ja Uudenmaan	HYKS	101	2 825	3 119	0	147	463	21	5 %
Lohja	Helsingin ja Uudenmaan	HYKS	96	47 610	3 112	0	2 158	7 479	8 397	5 %
Virolahti	Kymenlaakson	HYKS	116	3 461	3 095	0	99	485	-1 571	5 %
Joensuu	Pohjois- Karjalan	KYS	107	74 320	3 095	0	2 061	10 367	-13 105	5 %

Kunta	Sairaanhoitopiiri	Erva	THL tarve- ker- roin	Väestö 2013	Kust € / as 2013 laskeva	Laskel- man 1 ratio- nointi- pot. 1 000 €	Laskel- man 2 ratio- nointi- pot. 1 000 €	Laskel- man 3 ratio- nointi- pot. 1 000 €	Laskel- man 4 ratio- nointi- pot. 1 000 €	Laskel- man 3 hyöty %
Lappeenranta	Etelä-Karjalan	HYKS	102	72 541	3 094	0	1 987	10 095	-1 541	4 %
li	Pohjois- Pohjanmaan	OYS	105	9 592	3 082	0	145	1 217	-1 462	4 %
Pyhäranta	Varsinais- Suomen	TYKS	96	2 188	3 074	0	15	260	271	4 %
Toivakka	Keski-Suomen	KYS	100	2 461	3 073	0	15	290	8	4 %
Lapua	Etelä- Pohjanmaan	TAYS	109	14 671	3 063	0	0	1 576	-4 140	4 %
Lumijoki	Pohjois- Pohjanmaan	OYS	104	2 072	3 044	0	0	183	-312	3 %
Janakkala	Kanta-Hämeen	TAYS	96	16 882	3 033	0	0	1 316	1 353	3 %
Pyhäjoki	Pohjois- Pohjanmaan	OYS	117	3 334	3 019	0	0	212	-1 892	2 %
Hämeenkyrö	Pirkanmaan	TAYS	102	10 541	3 009	0	0	572	-1 287	2 %
Laukaa	Keski-Suomen	KYS	95	18 535	2 994	0	0	715	1 350	1 %
Ylivieska*	Pohjois- Pohjanmaan	OYS	104	14 641	2 989	0	0	497	-3 038	1 %
Raisio	Varsinais- Suomen	TYKS	97	24 564	2 989	0	0	821	-36	1 %
Naantali	Varsinais- Suomen	TYKS	92	18 842	2 983	0	0	531	2 922	1 %
Paimio	Varsinais- Suomen	TYKS	93	10 591	2 977	0	0	235	1 456	1 %
Tyrnävä	Pohjois- Pohjanmaan	OYS	99	6 628	2 970	0	0	95	-368	0 %
Tornio	Länsi-Pohjan	OYS	101	22 430	2 961	0	0	119	-3 059	0 %
Ilmajoki	Etelä- Pohjanmaan	TAYS	106	12 061	2 958	0	0	28	-3 505	0 %
Ulvila	Satakunnan	TYKS	95	13 416	2 957	0	0	22	677	0 %
Seinäjoki	Etelä- Pohjanmaan	TAYS	98	59 955	2 953	0	0	0	-4 062	0 %
Jyväskylä	Keski-Suomen	KYS	97	134 070	2 952	0	0	0	-4 823	0 %
Pukkila	Päijät-Hämeen	TAYS	96	2 042	2 948	0	0	0	27	0 %
Mustasaari	Vaasan	TYKS	89	19 083	2 945	0	0	0	3 941	0 %
Siilinjärvi	Pohjois-Savon	KYS	96	21 499	2 919	0	0	0	-562	0 %
Järvenpää	Helsingin ja Uudenmaan	HYKS	89	39 800	2 912	0	0	0	6 821	0 %
Inkoo	Helsingin ja Uudenmaan	HYKS	89	5 550	2 893	0	0	0	872	0 %
Oulu	Pohjois- Pohjanmaan	OYS	98	192 323	2 879	0	0	0	-25 959	0 %
Vesilahti	Pirkanmaan	TAYS	93	4 455	2 874	0	0	0	123	0 %
Nastola	Päijät-Hämeen	TAYS	96	15 034	2 868	0	0	0	-1 017	0 %
Askola	Helsingin ja Uudenmaan	HYKS	90	4 990	2 846	0	0	0	370	0 %
Tammela	Kanta-Hämeen	TAYS	103	6 508	2 833	0	0	0	-2 218	0 %

Kunta	Sairaanhoidopiiri	Erva	THL tarve-ker-roin	Väestö 2013	Kust € / as 2013 laskeva	Laskel-man 1 ratio-nointi-pot. 1 000 €	Laskel-man 2 ratio-nointi-pot. 1 000 €	Laskel-man 3 ratio-nointi-pot. 1 000 €	Laskel-man 4 ratio-nointi-pot. 1 000 €	Laskel-man 3 hyöty %
Nousiainen	Varsinais-Suomen	TYKS	91	4 859	2 833	0	0	0	245	0 %
Sauvo	Varsinais-Suomen	TYKS	95	3 033	2 823	0	0	0	-296	0 %
Hollola	Päijät-Hämeen	TAYS	94	22 021	2 819	0	0	0	-1 762	0 %
Vantaa	Helsingin ja Uudenmaan	HYKS	87	206 705	2 815	0	0	0	31 248	0 %
Kaarina	Varsinais-Suomen	TYKS	90	31 581	2 813	0	0	0	1 926	0 %
Pedersören kunta	Vaasan	TYKS	91	10 955	2 813	0	0	0	240	0 %
Kalajoki	Pohjois-Pohjanmaan	OYS	103	12 635	2 783	0	0	0	-4 892	0 %
Kauniainen	Helsingin ja Uudenmaan	HYKS	86	9 006	2 778	0	0	0	1 250	0 %
Porvoo	Helsingin ja Uudenmaan	HYKS	91	49 227	2 775	0	0	0	-1 288	0 %
Jokioinen	Kanta-Hämeen	TAYS	100	5 619	2 767	0	0	0	-1 644	0 %
Tarvasjoki	Varsinais-Suomen	TYKS	101	1 958	2 764	0	0	0	-654	0 %
Vihti*	Helsingin ja Uudenmaan	HYKS	86	28 802	2 757	0	0	0	3 664	0 %
Nokia	Pirkanmaan	TAYS	93	32 522	2 756	0	0	0	-3 536	0 %
Loppi	Kanta-Hämeen	TAYS	96	8 339	2 752	0	0	0	-1 627	0 %
Aura	Varsinais-Suomen	TYKS	93	3 967	2 727	0	0	0	-530	0 %
Kerava	Helsingin ja Uudenmaan	HYKS	92	34 702	2 722	0	0	0	-3 260	0 %
Sipoo	Helsingin ja Uudenmaan	HYKS	85	18 827	2 717	0	0	0	1 979	0 %
Siuntio	Helsingin ja Uudenmaan	HYKS	83	6 177	2 701	0	0	0	959	0 %
Masku	Varsinais-Suomen	TYKS	82	9 700	2 698	0	0	0	1 743	0 %
Mäntsälä	Helsingin ja Uudenmaan	HYKS	91	20 506	2 688	0	0	0	-1 954	0 %
Tuusula	Helsingin ja Uudenmaan	HYKS	87	38 031	2 683	0	0	0	973	0 %
Kirkkonummi	Helsingin ja Uudenmaan	HYKS	82	37 733	2 681	0	0	0	6 445	0 %
Luoto	Vaasan	TYKS	85	5 016	2 680	0	0	0	315	0 %
Lieto	Varsinais-Suomen	TYKS	86	17 098	2 672	0	0	0	567	0 %
Lemi	Etelä-Karjalan	HYKS	95	3 095	2 668	0	0	0	-722	0 %
Nurmijärvi	Helsingin ja Uudenmaan	HYKS	85	40 949	2 658	0	0	0	2 316	0 %
Espoo	Helsingin ja Uudenmaan	HYKS	81	258 789	2 655	0	0	0	44 476	0 %

Kunta	Sairaanhoitopiiri	Erva	THL tarve- ker- roin	Väestö 2013	Kust € / as 2013 laskeva	Laskel- man 1 ratio- nointi- pot. 1 000 €	Laskel- man 2 ratio- nointi- pot. 1 000 €	Laskel- man 3 ratio- nointi- pot. 1 000 €	Laskel- man 4 ratio- nointi- pot. 1 000 €	Laskel- man 3 hyöty %
Kangasala	Pirkanmaan	TAYS	92	30 236	2 640	0	0	0	-5 588	0 %
Ylöjärvi	Pirkanmaan	TAYS	89	31 629	2 584	0	0	0	-4 568	0 %
Uurainen	Keski-Suomen	KYS	99	3 582	2 576	0	0	0	-1 631	0 %
Lempäälä	Pirkanmaan	TAYS	86	21 635	2 559	0	0	0	-1 784	0 %
Hattula	Kanta-Hämeen	TAYS	86	9 702	2 556	0	0	0	-959	0 %
Liminka	Pohjois- Pohjanmaan	OYS	88	9 505	2 491	0	0	0	-2 058	0 %
Pornainen	Helsingin ja Uudenmaan	HYKS	87	5 141	2 489	0	0	0	-890	0 %
Taipalsaari	Etelä-Karjalan	HYKS	89	4 833	2 471	0	0	0	-1 194	0 %
Rusko	Varsinais- Suomen	TYKS	84	5 951	2 462	0	0	0	-719	0 %
Kontiolahti	Pohjois- Karjalan	KYS	92	14 334	2 412	0	0	0	-5 958	0 %
Pirkkala	Pirkanmaan	TAYS	83	18 249	2 391	0	0	0	-2 653	0 %
Kempele	Pohjois- Pohjanmaan	OYS	91	16 494	2 364	0	0	0	-6 826	0 %
Muurame	Keski-Suomen	KYS	87	9 571	2 310	0	0	0	-3 437	0 %

Kunnallisan kehittämissätiön tutkimusjulkaisujen sarjassa ovat ilmestyneet

- 1 Pirjo Mäkinen
KUNTARAKENNESELVITYS (1992)
- 2 HYVINVOINTIYHTEISKUNNAN TULEVAISUUS
Kolme näkökulmaa (1992)
- 3 Maria Lindbom
KUNNAT JA EUROOPPALAINEN ALUEKEHITYS (1994)
- 4 Jukka Jääskeläinen
KUNTA, KÄYTTÄJÄ, MARKKINAVOIMA
Kunnallisen monopolin ohjaus ja johtaminen (1994)
- 5 Torsti Kivistö
KEHITYKSEN MEGATRENDIT JA KUNTIEN TULEVAISUUS
Kohti ihmisläheistä kansalaisyhteiskuntaa (1995)
- 6 Kari Ilmonen–Jouni Kaipainen–Timo Tohmo
KUNTA JA MUSIIKKIJUHLAT (1995)
- 7 Juhani Laurinkari–Pauli Niemelä–Olli Pusa–Sakari Kainulainen
KUNTA VALINTATILANTEESSA
Kuka tuottaa ja rahoittaa palvelut? (1995)
- 8 Pirjo Mäkinen
KUNNALLISEN ITSEHALLINNON JÄLJILLÄ (1995)
- 9 Arvo Myllymäki–Asko Uoti
LEIKKAUKSET KUNTIEN UHKANA
Vaikeutuuko peruspalvelujen järjestäminen? (1995)
- 10 Heikki Helin–Markku Hyypiä–Markku Lankinen
ERILAISET KUNNAT
Kustannuserojen taustat (1996)
- 11 Juhani Laurinkari–Tuula Laukkanen–Antti Miettinen–Olli Pusa
VAIHTOEHDOKSI OSUUSKUNTA
– yhteisö kunnan palvelutuotannossa (1997)
- 12 Jari Hyvärinen–Paavo Okko
EMU – ALUEELLISET VAIKUTUKSET JA KUNTATALOUS (1997)
- 13 Arvo Myllymäki–Juha Salomaa–Virpi Poikkeus
MUUTTUMATON – MUUTTUVA KANSANELÄKELAITOS (1997)

- 14 Petri Böckerman
ALUEET TYÖTTÖMYYDEN KURIMUKSESSA (1998)
- 15 Heikki Helin–Seppo Laakso–Markku Lankinen–Ilkka Susiluoto
MUUTTOLIIKE JA KUNNAT (1998)
- 16 Kari Neilimo
STRATEGIAPROSESSIN KEHITTÄMINEN MAAKUNTATASOLLA
– case Pirkanmaa (1998)
- 17 Hannu Pirkola
RAKENNERAHASTOT
– ohjelmien valmistelu, täytäntöönpano ja valvonta (1998)
- 18 Marja-Liisa Nyholm–Heikki Suominen
PALVELUVERKOSSA YÖTÄPÄIVÄÄ (1999)
- 19 Jarmo J. Hukka–Tapio S. Katko
YKSITYISTÄMINEN VESIHUOLLOSSA? (1999)
- 20 Salme Näsi–Juha Keurulainen
KUNNAN KIRJANPITOUUDISTUS (1999)
- 21 Heikki Heikkilä–Risto Kunelius
JULKISUUSKOE
Kansalaiskeskustelun opetuksia koneistoille (2000)
- 22 Marjaana Kopperi
VASTUU HYVINVOINNISTA (2000)
- 23 Lauri Hautamäki
MAASEUDUN MENESTYJÄT
Yritykset kehityksen vetureina (2000)
- 24 Paavo Okko–Asko Miettälä–Elias Oikarinen
MUUTTOLIIKE PAKOTTAA RAKENNEMUUTOKSEEN (2000)
- 25 Olavi Borg
TIEDON VAJE KUNNISSA (2000)
- 26 Max Arhippainen–Perttu Pyykkönen
KIINTEISTÖVERO KUNNALLISTALOUEDESSA (2000)
- 27 Petri Böckerman
TYÖPAIKKOJEN SYNTYMINEN
JA HÄVIÄMINEN MAAKUNNISSA (2001)
- 28 Aimo Ryynänen
KUNTAYHTEISÖN JOHTAMINEN (2001)

- 29 Ilkka Ruostetsaari–Jari Holttinen
LUOTTAMUSHENKILÖ JA VALTA
Edustuksellisen kunnallisdemokratian mahdollisuudet (2001)
- 30 Terho Pursiainen
KUNTAETIIKKA
Kunnallisen arvokeskustelun kritiikkiä (2001)
- 31 Timo Tohmo–Jari Ritsilä–Tuomo Nenonen–Mika Haapanen
JARRUA MUUTTOLIIKKEELLE (2001)
- 32 Arvo Myllymäki–Eija Tetri
RAHA-AUTOMAATTIYHDISTYS KANSALAISPALVELUJEN
RAHOITTAJANA (2001)
- 33 Anu Pekki–Tuula Tamminen
LAPSEN EHDOILLA (2002)
- 34 Lauri Hautamäki
TEOLLISTUVA MAASEUTU
– menestyvät yritykset maaseudun voimavarana (2002)
- 35 Pertti Kettunen
KUNTIEN ELOONJÄÄMISEN TAITO (2002)
- 36 MAAKUNTIEN MERKITYS JA TEHTÄVÄT (2003)
- 37 Marko Taipale–Max Arhippainen
ANSIOTULOVÄHENNYS, JAETTAVAT YRITYSTULOT
JA KUNTIEN VEROPOHJA (2003)
- 38 Jukka Lassila–Tarmo Valkonen
HOIVARAHASTO (2003)
- 39 Pekka Kettunen
OSALLISTUA VAI VAIKUTTAA? (2004)
- 40 Arto Ikola–Timo Rothovius–Petri Sahlström
YRITYSTOIMINNAN TUKEMINEN KUNNISSA (2004)
- 41 Päivi Kuosmanen–Pentti Meklin–Tuija Rajala–Maarit Sihvonen
KUNNAT ERIKOISSAIRAANHOIDOSTA SOPIMASSA (2004)
- 42 Pauli Niemelä
SOSIAALINEN PÄÄOMA SUOMEN KUNNISSA (2004)
- 43 Ilkka Ruostetsaari–Jari Holttinen
TARKASTUSLAUTAKUNTA KUNNAN PÄÄTÖKSENTEOSSA (2004)
- 44 Aimo Ryytänen
KUNNAT VALTION VALVONNASSA (2004)

- 45 Antti Peltokorpi–Jaakko Kujala–Paul Lillrank
KESKENERÄISEN POTILAAN KUSTANNUKSET
Menetelmä kunnille terveyspalveluiden tuotannon suunnitteluun ja ohjaukseen (2004)
- 46 Pentti Puoskari
KUNTA JA AMMATTIKORKEAKOULU (2004)
- 47 Timo Nurmi
KUNTIEN ARVOPERHEET (2005)
- 48 Jarna Heinonen–Kaisu Paasio
SISÄINEN YRITTÄJYYS KUNTATYÖSSÄ (2005)
- 49 Soili Keskinen
TUTKIMUS ALAISTAIDOISTA KUNNISSA
(verkkojulkaisu 2005)
- 50 Heikki A. Loikkanen–Ilkka Susiluoto
PALJONKO VERORAHOILLA SAA? (2005)
- 51 Arvo Myllymäki–Päivi Kalliokoski
VALTIO, KUNTA JA EUROOPAN UNIONI
Unionijäsenyyden vaikutus valtion ja kuntien taloudelliseen päätösvaltaan (2006)
- 52 Aini Pehkonen
MAAHANMUUTTAJAN KOTIKUNTA (2006)
- 53 Toivo Pihlajaniemi
KUNTARAKENNE MURROKSESSA
(verkkojulkaisu 2006)
- 54 Satu Nivalainen
PENDELÖINKÖ VAI MUUTANKO?
Työvoiman liikkuvuus kuntien välillä (2006)
- 55 Jouni Kaipainen
KUNTIEN ROSKASOTA (2006)
- 56 Vesa Vesterinen
KUNTA JA YHTIÖITTÄMINEN (2006)
- 57 Maria Solakivi–Matti Virén
KUNTIEN HENKILÖSTÖ, TEHOKKUUS JA KUNTAKOKO (2006)
- 58 Jarmo J. Hukka–Tapio S. Katko
VESIHUOLLON HAAVOITTUVUUS
(verkkojulkaisu 2007)

- 59 Elina Viitanen–Lauri Kokkinen–Anne Konu–Outi Simonen–
Juha V. Virtanen–Juhani Lehto
JOHTAJANA SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLOSSA (2007)
- 60 Jouni Ponnikas–Timo Tiainen–Johanna Hätälä–Jarmo Rusanen
SUOMI JA ALUEET 2030
– toteutunut kehitys, ennakkointia ja skenaariot (2010)
- 61 Ritva Pihlaja
KOLMAS SEKTORI JA JULKINEN VALTA (2010)
- 62 Pekka Pietilä–Tapio Katko–Vuokko Kurki
VESI KUNTAYHTEISTYÖN VOITELUAINEENA (2010)
- 63 Pasi Holm–Janne Huovari
KUNNAT VEROUUDISTUKSEN MAKSAJINA? (2011)
- 64 Irene Roivainen–Jari Heinonen–Satu Ylinen
KÖYHÄ BYROKRATIAN RATTAISSA (2011)
- 65 Anu Hakonen–Kiisa Hulkko–Nyman
KUNNASTA HOUKUTTELEVA TYÖPAIKKA? (2011)
- 66 Markku Sotarauta–Toni Saarivirta–Jari Kolehmainen
MIKÄ ESTÄÄ KUNTIEN UUDISTUMISTA? (2012)
- 67 Eero Lehto
VOIKO ÄÄNESTÄMÄLLÄ VAIKUTTAA KUNTAVEROIHIIN? (2012)
- 68 Kirsi Kuusinen–James
TUOKO PALVELUSETELI VALINNANVAPAUTTA? (2012)
- 69 Leena Forma–Marja Jylhä–Mari Aaltonen–Jani Raitanen–
Pekka Rissanen
VANHUUDEN VIIMEISET VUODET
– pitkäaikaishoito ja siirtymät hoitopaikkojen välillä (2012)
- 70 Niina Mäntylä–Jonna Kivelä–Seija Ollila–Laura Perttola
PELASTAKAA KOULUKIUSATTU!
– koulun vastuu, puuttumisen muodot ja ongelmat oikeudellisessa
tarkastelussa (2013)
- 71 Juhani Laurinkari–Kirsi Rönkä–Anja Saarinen–Veli-Matti Poutanen
PALVELUT TOIMIMAAN
– tapaturmissa vammautuneiden nuorten puheenvuoro (2013)
- 72 Signe Jauhiainen–Janne Huovari
KUNTARAKENNE JA ALUEIDEN ELINVOIMA
– laskelmia väestöstä, työpaikoista ja kuntataloudesta (2013)

- 73 Riitta Laakso
MISTÄ KOTI HUOSTAANOTETULLE LAPSELLE?
(verkkojulkaisu 2013)
- 74 Vuokko Niiranen–Minna Joensuu–Mika Martikainen
MILLÄ TIEDOLLA KUNTIA JOHDETAAN? (2013)
- 75 Niko Hatakka–Erkka Railo–Sini Ruohonen
KUNTAVAALIT 2012 MEDIASSA (2013)
- 76 Hannu Kytö ja Monika Kral-Leszczyńska
MUUTTOLIIKKEEN VOITTAJAT JA HÄVIÄJÄT
– tutkimus alueiden välisistä muuttovirroista (2013)
- 77 Sakarias Sokka, Anita Kangas, Hannu Itkonen, Pertti Matilainen &
Petteri Räisänen
HYVINVOINTIA MYÖS KULTTUURI- JA LIIKUNTAPALVELUISTA
(2014)
- 78 Petra Kinnula, Teemu Malmi & Erkki Vauramo
SISÄLTÖÄ SOTE-UUDISTUKSEEN
Tunnuslukuja terveydenhuollon suunnitteluun (2014)
- 79 Hagen Henry, Jarmo Hänninen, Seija Paksu ja Päivi Pylkkänen
OSUUSTOIMINNASTA VALOA VANHUSPALVELUIHIN (2014)
- 80 Toni Mättö, Jukka Pellinen, Antti Rautiainen ja Kari Sippola
TALOUSOHJAUS TERVEYSASEMILLA
– näennäisohjaus luo näennäistehokkuutta (2014)
- 81 Tuija Rajala ja Jari Tammi
BUDJETOINTIA KUNTIEN MUUTOSKIERTEESSÄ (2014)
- 82 Petra Kinnula, Teemu Malmi & Erkki Vauramo
SAADAANKO SOTE-UUDISTUKSELLA TASALAATUA? (2014)
- 83 Maria Ohisalo & Juho Saari
KUKA SEISOO LEIPÄJONOSSA?
Ruoka-apu 2010-luvun Suomessa (2014)
- 84 Anna-Maria Isola, Elina Turunen, Sakari Hänninen, Jouko Karjalainen
ja Heikki Hiilamo
SYRJÄYTYNUT IHMINEN JA KUNTA (2015)
- 85 Heli Sjöblom-Immala
PUOLISONA MAAHANMUUTTAJA –
Monikulttuuristen perheiden viihtyminen Suomessa ja muuttosuunnitel-
mat (2015)

- 86 Arttu Saarinen, Mervi Ruokolainen, Heikki Taimio, Jukka Pirttilä ja Saija Mauno
PALVELUMOTIVAATIO JA TYÖHYVINVOINTI TERVEYDEN-
HUOLLOSSA (2015)
- 87 Olli-Pekka Viinamäki ja Maria Katajamäki
LUOTTAMUKSESTA ELINVOIMAA KUNNILLE (2015)
- 88 Seppo Penttilä, Janne Ruohonen, Asko Uoti ja Veikko Vahtera
KUNTAYHTIÖT LAINSÄÄDÄNNÖN RISTIAALLOKOSSA (2015)
- 89 Paula Saikkonen, Sanna Blomgren, Pekka Karjalainen ja Minna Kivipelto
POISTAAKO SOSIAALITYÖ HUONO-OSAISUUTTA? (2015)
- 90 Eija Kauppi, Niku Määttänen, Tomi Salminen ja Tarmo Valkonen
VANHUSTEN PITKÄAIKAISHOIDON TARVE VUOTEEN 2040
(2015)
- 91 Petra Kinnula, Teemu Malmi ja Erkki Vauramo
MITEN SOTE-UUDISTUS TOTEUTETAAN? (2015)



KAKS – Kunnallisalan kehittämissäätiö rahoittaa kuntia palvelevaa tutkimus- ja kehittämistoimintaa. Tavoitteena on tukea ja parantaa kuntien ja niiden organisaatioiden toimintamahdollisuuksia.

Rahoitamme hankkeita ja tutkimuksia, joiden arvioimme olevan kuntien tulevaisuuden kannalta keskeisimpiä. Tuloksien tulee olla sovellettavissa käytäntöön. Rahoitettavilta hankkeilta edellytetään ennakkoluu-
lotonta ja uutta uraa luovaa otetta.

Säätiöllä on *Polemiikki*-niminen asiakaslehti ja kaksi julkaisusarjaa:

Polemia-sarja, jossa käsitellään kunnille tärkeitä strategisia kysymyksiä ajattelua herättävällä tavalla.

Tutkimusjulkaisut-sarja, jossa julkaistaan osa säätiön rahoittamista tutkimuksista. Pääosa säätiön rahoittamista tutkimuksista julkaistaan tekijätahon omissa julkaisusarjoissa.

Toimintamme ja julkaisumme esitellään tarkasti kotisivuillamme www.kaks.fi.

Vuonna 1990 perustettu itsenäinen säätiö rahoittaa toimintansa sijoitus-
tuotoilla.

Osoite	Fredrikinkatu 61 A 00100 Helsinki
Asiamies	Antti Mykkänen, antti.mykkanen@kaks.fi , p. 0400 570 087
Tutkimusasiames	Veli Pelkonen, veli.pelkonen@kaks.fi , p. 0400 815 527
Taloudenhoitaja	Anja Kirves, anja.kirves@kaks.fi , p. 0400 722 682
Tutustu kotisivuihimme (www.kaks.fi)!	

Petra Kinnula, Teemu Malmi ja
Erkki Vauramo

Miten sote-uudistus toteutetaan?

Sosiaali- ja terveydenhuoltosektorin kasvu on ollut muuta julkista sektoria sekä BKT:n kasvua nopeampaa.

Miten sote-sektori voi osallistua kestävyysvajeen umpeen kuromiseen? Mikä on mahdollinen säästö-potentiaali? Miten laatua voitaisiin kohottaa samalla säästäten kustannuksissa? Miten suunnittelua ja talouden hallintaa tulisi sote-sektorilla parantaa?

On etsittävä muun muassa keinoja, joilla ikääntyvän väestön määrän kasvusta aiheutuvaan kysynnän kasvuun voidaan vastata pienemmillä resursseilla.

Tässä raportissa arvioidaan sote-sektorin säästö-potentiaalia ja näiden säästöjen saavuttamiskeinoja. Analyysien tuloksena Aalto-yliopiston tutkijat esittävät sote-sektorille väestöennusteeseen perustuvan kuuden kohdan ohjelman ja selviämispolun.

