

Kestävyyssvajeen kurominen umpeen vaatii uusia malleja ja laskelmia

Valtio-opin professori Matti Wiberg Turun yliopistosta toteaa Helsingin Sanomien vieraskynässään ”Eduskunta tarvitsee laskelmia päätösten tueksi” 16.12.2013 muiden muassa:

”Perustuslaki takaa kansanedustajille laajennetun tietojensaantioikeuden, mutta miten kansanedustajatkaan voivat vakuuttua siitä, että laskelmia ylipäänsä on tehty, kun vain johtopäätökset julkistetaan? *Laskelmien oletuksista ei meillä käydä oikeastaan mitään julkista keskustelua*”...”Suomessa laskelmat salataan säännönmukaisesti, vaikka eduskunta niitä nimenomaisesti ja varta vasten pyytäisi.”...” Toteutettavan politiikan laatua ei voida varmistaa, *ellei politiikkaa linjattaessa käytettyjä laskelmia julkisteta*. Nykyinen tietovaje haittaa vakavasti eduskunnan työtä ja heikentää päätösten laatua.”...” Ministeriöiden laskentaosaamista on oleellisesti vahvistettava. Nykyiseen arvailuun ei ole varaa. osana strategista johtamista ministeriöiden on paneuduttava tieteellisiin mallinrakennustapoihin, käytettävä saatavilla olevia laajoja tietoaaineistoja ja hankittava niitä selvästi nykyistä enemmän.”¹

Ylen uutisen 2.12.2013 mukaan ”Sosiaali- ja terveysministeriö aikoo saada vuoden 2014 tammikuun loppuun mennessä valmiiksi suunnitelman vanhustenhuollon laitospaikkojen vähentämiseksi. Toimenpiteellä pyritään vähentämään kuntien menoja 300 miljoonan euroa. Vähennykset kohdistuvat etenkin terveyskeskusten osastoilla tehtävään pitkäaikaishoitoon. Samalla ministeriö aikoo vahvistaa kotona ja palvelutaloissa annettavaa apua ja hoitoa. STM korostaa, että laitoshuollon vähentäminen vahvistaa ja vauhdittaa kunnissa meneillään olevaa rakennemuutosta. Ministeriön mukaan vanhuspalvelulaki edellyttää, että kunnat vähentävät laitoshoidon ja parantavat avopalveluja. STM:n laskelmien mukaan yli 75 -vuotiaiden laitoshoidon vähentäminen 4,3 prosentista 2-3 prosenttiin vuoteen 2017 mennessä *vähentäisi kustannusten kasvua yli 300 miljoonaa euroa.*”²

Wibergin vieraskynän sekä yllämainitun STM:n kestävyysvajeen vähentämiseen tähtäävän hankkeen innoittamana katson velvollisuudekseni julkistaa vastaavaa hanketta koskevat laskelmani 1990-luvun alusta. Tuolloinkin Suomi joutui muuttamaan palvelurakenteitaan.

1

<http://www.hs.fi/paivanlehti/16122013/paakirjoitukset/Eduskunta+tarvitsee+laskelmia+p%C3%A4%C3%A4t%C3%B6sten+tueksi/a1387081225451> , kursivoinnit minun

² Teemu Hallamaa, Yle Uutiset, http://yle.fi/uutiset/vanhusten_laitoshuoltoa_vahennetaan_-_suunnitelma_valmis_tammikuun_loppuun_mennessa/6965080 ,kursivointi minun

Toimin sosiaali- ja terveysministeriön asettaman palvelurakennetyöryhmän (STM:n työryhmämuistio 1992:17) taloudellisena asiantuntijajäsenenä. Tein työryhmälle palvelurakenteen muutoksesta varsin perinpohjaiset taloudelliset arviot. Arvioissani myös ennakoin työryhmän ehdotusten vaikutuksia erityisesti kunnallistaloudellisesta näkökulmasta vuoteen 2000. Työni ”*Palvelurakenteen muutos ja sen kustannusvaikutukset*” julkaistiin työryhmämuistion liitteenä 3. Se on myös tämän paperin liitteenä.

Liitteessä 3 on 34 sivua menneisyyden faktoihin pohjautuvaa sosiaali- ja terveysjärjestelmän pääpiirteiden analyysia sekä vuoteen 2000 suuntautuvia tulevaisuuden mahdollisuuksia ja kehittämisohjelmia jäsentäviä laskelmia. Tein myös monia työryhmätyön aikana ”reunaehdoiltaan” jatkuvasti muuttuvia vaihtoehtolaskelmia, joita ei ole dokumentoitu. Tällainen opettaa laskijan tunnistamaan ja tunnustamaan olennaiset seikat epäolennaisista pankinjohtajan ja presidentin J.K. Paasikiven hengen mukaisesti.

Jälkeenpäin tehtyjen selvitysten mukaan liitteessä 3 esittämäni tulevaisuuden skenaariot toteutuivat varsin hyvin, voi sanoa ”yli puoliksi”, mutta ei tietenkään kaikilta osiltaan. Turhaa laitoshoidon onnistuttiin purkamaan. Sen sijaan laitoshoidon korvaavan avohuollon rakentamisessa ilmeni myöhemmin puutteita, erityisesti mielisairaiden kohdalla. Mutta ei laitoshoidon korvaavan avohuollon kehittämistä suinkaan täysin laiminlyöty.

Osoitin laskemin, että on edullista korvata laitoshoidon erityisesti palveluasumisella. Näin oli erityisesti *kuntien talouden kannalta* ja myös yritystalouden kannalta, mutta ei välttämättä koko julkistalouden tai kansantalouden kannalta.

Palveluasumiseen kohdistui ja kohdistui yhä kuntien talouden kannalta katsottuna suhteellisesti katsottuna enemmän julkisen vallan tukea kuin laitoshoidon. Tämä valtion tuki palveluasumiseen ja myös muuhun avohuoltoon kanavoitui erityisesti monien Kelan hoitamien tukien (asumistuki, lääkekorvaukset, täysimääräinen kansaneläke jne.) sekä asuntoviranomaisten ja Rayn tukien kautta (esim. palvelutalojen investointiavustukset). Laskemillani osoittamani kunnallistaloudelliset kannusteet purivat. Uusia kunnallisia ja yksityisiä palvelutaloja syntyi hyvin paljon 1990-luvulla ja 2000-luvun alussa.

Kehityksen tärkeitä syitä olivat laskelmissani osoittamani kunnallistaloudelliset kannusteet. Kannusteet olivat ja ovat luonteeltaan ns. *osaoptimointia*. Siitä minusta on välttämättä aina kyse. Osaoptimoinnin ja ”kokonaistaloudellisuuden” suhteet vaativat perinpohjaisen analyysin ja mallintamisen suomalaisten hyvinvointia nyt uhkaavan kestävyysvajeen kuromiseksi umpeen. Tässä esitän vain muutamia väljiä evästyksiä.

Termiä ”kokonaistaloudellisuus” ei kannata ilman perusteellista analyysia käyttää perustelemaan toimintamallia, kuten pitkäaikaisen laitoshoidon lakkauttamisesta saavutettavaa 300 miljoonan euron säästöä. Tuon toimintamallin toimeenpano edellyttää hyvin huolellista ja laaja-alaista taloustieteen ja yhteiskuntapolitiikan kognitiivisiin (tiedollisiin) ja eettisiin (yhteiskuntamoraalisiin) ”ytimiin ja aksioomiin” saakka ulottuvaa analyysia. Sellaista en ole nähnyt. Toistaiseksi kieltäydyn uskomasta tuon toimintamallin kokonaistaloudellisuuteen, hyödyllisyyteen ja tarkoituksenmukaisuuteen viisaan talous- yhteiskuntapolitiikan ohjenuorana, kun kuromme umpeen kestävyysvajeita.

Turhan laitoshoidon korvaamista avohuollolla edistäneet kunnallistaloudelliset kannusteet toimivat osaoptimointina hyvin 1990-luvulla. Ehkä ne toimivat hiukan vieläkin, koska kunnallistaloudelliset kannusteet ovat pääosin yhä olemassa. Kannusteet edistivät rationaalisen palvelurakenteen kehittämistä vaikeissa lamaoloissa 1990-luvulla. Silloin ne loivat myös uusia työpaikkoja rakennuslalla ja sosiaali- ja terveydenhuollossa Keynesin oppien mukaisesti.

Palvelurakennetyöryhmä sekä työni sen taloudellisena asiantuntijana käynnistivät noin 20 vuotta kestäneen laitospaikkojen ”purkurallin”. Heikki Laine, lääkäri, Mikkelistä kuvaa HS-mielipiteessään 2.12.2013 ”*Monessa kunnassa laitospaikkojen alasajo on johtanut Kelan maksamaan ambulanssiralliin*” prosessia osuvasti:

”Neljännesvuosisadan terveydenhuoltoalalla toimineena ja 1990-luvun laman nähneenä en voi muuta kuin hämmästellä niitä säästölaskelmia, joita hallitus ja ministeriöiden virkakoneistot ovat rakennepakettiin tuottaneet. *Viimeisimmät kaksikymmentä vuotta kunnissa ei ole muuta tehtykään kuin lopetettu laitospaikkoja.* Terveyskeskusten vuodeosastoja on lopetettu ja käytännössä kaikki vanhainkodit on lakkautettu”...

”Hallituksen, sosiaali- ja terveysministerin ja peruspalveluministerin on pakko olla tietoisia siitä, että hyvin raskas ja tuettu kotisairaanhoido, joka on *ainoa vaihtoehto* laitosasuminen sijaan, *maksaa enemmän kuin laitoshoido*. Ei tarvita matemaatikkoa ymmärtämään, että kymmenen käynnin vuorokausitarve on helpompi ja halvempi toteuttaa laitoksessa kuin kotona. Vai onko hallituksen suunnitelmissa jättää vanhukset omaisten hoidettaviksi? Pakettiin ei ilmeisesti sisälly kotihoidon tuen kasvattamista.”³

Olen asiaan perin juurin perehtyneenä taloudellisena asiantuntijana pitkälti samaa mieltä Laineen kanssa. Tuota purkurallia ei kannata enää juurikaan jatkaa; tai ainakin väärä on kuvitelma, että se vielä nykyoloissa käynnistäisi kestävyysvajetta merkittävästi vähentävä prosessin.

Maailma on muuttunut. Ihmiset ovat muuttuneet. Nyt olisi viranomaisten ja poliitikkojen korkea aika keksiä jotain muuta kuin matkia Suomeakin korkeamman veroasteen maana tunnetun Tanskan mallia, jossa lyhyet maantieteelliset etäisyydet ja kansan kulttuuri ovat mahdollistaneet kokonaan pitkäaikaisen laitoshoidon lakkauttamisen, maksoi mitä maksoi.

1990 luvun alun palvelurakennetyöryhmätyön ja sitä tukeneiden taloudellisten arvioitteni - joka jatkui monissa muodoissa myöhemmin - *rationaalis-eettinen päälinja* oli ja on minulle yhä varsin selvä lähtökohdaltaan:

Turhan pitkäaikaistavuosia jatkuvaa laitoshoidoa on viisasta purkaa asteittain ja korvata asiakkaiden tarpeita paremmin vastaavalla monipuolisella palveluasumisella ja muulla avohuollolla, myös muulla kuin julkistaloudellisesti käsittämättömän edullisella omaishoidolla. Tässä voidaan saavuttaa myös hiukan julkistaloudellisia säästöjä, jos asiakkaita, henkilöstöä, julkista rahaa ja muita julkisia

resursseja, kuten tietotaitoa, tietojärjestelmiä jne. siirretään asteittain laitosvaltaisesta kulttuurista avohuoltoa painottavan kulttuurin puolelle. Purettavaa laitoshoidtoa korvaava avohuolto kannattaa rakentaa investointiohjelmineen niin, että nykyiset ja tulevat asiakasvirrat eivät joudu heitteille oman onnensa nojaan.

Julkaisen tämän kirjeeni liitteenä vuonna 1992 tekemäni laskelman. Pahoittelen kopion huonoa laatua. *Uskon, että laskelmani yksityiskohdista kiinnostuneet saavat paremman sähköisen kopion tarvittaessa sosiaali- ja terveysministeriöstä.*

Minusta tuo kopio kannattaa pyytää. Esitin runsas 20 vuotta sitten analyysissani ja laskelmassani varsin yleispätevän kehikon. Sitä kannattaa nyt päivittää muuttuneen maailman olosuhteita vastaavaksi. *Mielelläni selvennän laskelmani päivitystä vaativia lähtökohtia ja rakenteita pyydettäessä.*

En tässä toista vanhan analyysini ja laskelmani lähtökohtia, rakenteita ja lopputuloksia. Kuitenkin palvelurakenteen kehittämisen **tärkeimmiksi lähtökohdiksi** soveltuvat yhä seuraavat vuonna 1992 kirjoittamani ajatukset, jotka palvelurakennetyöryhmän raportin liitteen 3 sivulle 31.

Perimmältään laitostalouden palvelurakenteen muuntaminen avohuollon suuntaan on eettinen kysymys. Niin monissa tutkimuksissa on osoitettu, että esim. vanhuksat haluavat elää myös viimeiset aikansa kotona tai ainakin kodinomaisesti. Palvelurakenteen muutos tähän suuntaan on taloudellista, yhteiskunnallista etiikkaa.

Taloudellisessa mielessä pitkäaikaishoidon järjestämisessä joko avohuollossa tai laitoshuollossa on sellainen kustannusrakenteellinen ero, että laitoshuollossa liki kaikki kustannukset on pantu saman katon alle, samaan laitokseen. Sen sijaan avohuollossa kustannukset ja tosiasiallinen rahoitusvastuu jakautuvat useiden tahojen kesken, ja myös useiden rahoituslähteiden kesken. **Nimenomaan tämä on se piirre, joka tekee avohuollosta taloudellisen. Jaettu kustannusvastuu on taloudellista ja helpompi kantaa kuin yhdelle sysätty.**

Viimeiseen virkkeeseen tiivistyy palvelurakennemuutoksen ydinsanoma. **Jaettu kustannusvastuu on taloudellista ja helpompi kantaa kuin yhdelle sysätty.** Tuota päivänselvää periaatetta kannattaa selventää nyt monista näkökulmista ja monissa tilanteissa. Sellaisen selvennyksen pohjalta on hyvä jatkaa kestävyysvajeemme kuromista umpeen; ei niin, että kaikki vanhat, vammaiset ja vaivaiset ahdettaisiin huipputehokkaisiin laitoksiin tai pantaisiin omaishoitajina hoitamaan toinen toistansa sosiaalisessa umpiossa taloudellisesti ja nopsasti hautaan; vaan niin, että kaikki ihmiset kokisivat elävänsä yhteisöissä muiden ihmisten joukossa sekä antavina että saavina osapuolina elämänsä loppuun saakka. Elämähän on antamista ja saamista.

...

Seuraavassa on sosiaali- ja terveysministeriön asettaman palvelurakennetyöryhmän (STM:n työryhmämuistio 1992:17) liite 3.

PALVELURAKENTTEEN MUUTOS JA SEN KUSTANNUSVAIKUTUKSET

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN
PALVELURAKENNETYÖRYHMÄN MUISTION LIITE 3

Timo Karjalainen
24.11.1992

PALVELURAKENTEEEN MUUTOS JA SEN KUSTANNUSVAIKUTUKSET

1. Muutokset laitoshoidon ja vuodeosastohoidon työnjaossa	2
2. Laitos- ja vuodeosastohoidon kustannusten muutokset	4
3. Laitos- ja vuodeosastohoidon yksikkökustannusten muutokset	5
4. Hoitojaksojen muutokset vuodeosastohoidossa	6
5. Terveystenhuollon avohuolto ja vuodeosastohoito	6
6. Sosiaalihuollon avohuolto ja laitoshuolto	9
7. Palvelurakenteen muutoksen suuntia	12
8. Lähtökohtia palvelurakenteen taloudellisuuden arvioinnille	13
9. Työryhmän esittämien tavoitevaihtoehtojen kustannusvaikutuksia	14
9.1 Laskelman lähtökohdat	14
9.2 Laitoshoidon vähentäminen	18
9.3 Korvaavan avohuollon luominen	21
9.4 Investointiohjelma	24
9.5 Vaihtoehtolaskelmia	28
10. Palvelurakenteen kehittämisestä syntyvät säästöt	32

Taululuettelo

Hoitokäytännön muutokset terveystenpalveluissa ja keskimääräiset hoitojaksot (s.7)
Terveystenhuollon avo- ja vuodeosastohoidon kehitys (s. 8)
Vanhustenhuollon avo- ja laitoshuollon kehitys (s. 10)
Kehitysvammahuollon kehitystä (s. 11)
Laitoshoidon ja vuodeosastohoidon tavoitevaihtoehto (s. 19)
Laitoshoidon korvaavan avohuollon luominen (s. 22)
Laitoksista vapautuvien resurssien käyttömahdollisuuksia (s. 29)
Vaihtoehtoisia investointiohjelmiä (s. 30)
Palvelurakenteen muutoksen aiheuttamat säästöt (s. 33)

Sairaaloiden vuodeosastohoidon, vanhainkotien ja kehitysvammahuoltolaitosten käyttömenot yhteensä ovat nousseet reaalisesti vuodesta 1980 vuoteen 1991 noin 47 %. Menot on muunnettu reaalisiksi elinkustannusindeksillä. Vuonna 1991 käyttömenot olivat noin 20 miljardia mk. Vastaavana aikana hoitopäivien määrä on alentunut noin 10 %.

Vuosina 1980–1991 sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaismenot ovat kasvaneet reaalisesti 119 %. Terveystenhuollon menojen reaalinen kasvu on ollut 88 % ja sosiaalitoimen 166 %. Sosiaalitoimen nopea kasvu johtuu suurelta osin lasten päivähoitojen erilaisten tukimuotojen laajenemisesta. Väestön määrä on kasvanut samana ajanjaksona 5 %, yli 64-vuotiaiden määrä 19 % ja yli 74-vuotiaiden määrä 44 %. Edellä mainittujen tietojen valossa voidaan tehdä seuraava johtopäätös:

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenne on kehittynyt kokonaisuutena avohuollon suuntaan. Laitoshoidon suhteellinen osuus palvelurakenteessa on vähentynyt. Laitoshoitopäivien kokonaismäärä on alentunut.

Ennen 1980-lukua sosiaali- ja terveydenhuollon vuodeosasto- ja laitospaikkoja vielä lisättiin. Kasvu jatkui 1980-luvun puoliväliin saakka. Käänte tapahtui 1980-luvun jälkimmäisellä puoliskolla.

1. Muutokset laitoshoidon ja vuodeosastohoidon työnjaossa

Erikoissairaanhoidossa on ollut jo 1980-luvun alusta selvä trendi kuntainliittopohjaisen erikoissairaanhoidon ja kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon väliseen työnjaon muutokseen. Tämä ilmenee mm. hoitopäivien määrien muutoksena.

	1980 miljoonaa hoitopäivää	1991	muutos, %
somaattinen erikoissairaanhoito	8,2	6,5	-20
mielisairaanhoito	6,6	2,6	-60
yl.lääk.joht.terveyskeskussairaalat	3,5	6,9	97
vanhainkodit	9,9	9,3	-6
kehitysvammalaitokset	2,0	1,7	-15
yhteensä	30,1	26,9	-10

Rakenteellista muutosta toiminnassa kuvaa myös oheinen asetelma, josta ilmenee hoitopäivien %-osuudet

	1980 hoitopäivien %-osuus	1991 hoitopäivien %-osuus
somaattinen erikoissairaanhoito	27	24
mielisairaanhoito	22	10
yl.lääk.joht.terveyskeskussairaalat	12	26
vanhainkodit	32	34
kehitysvammalaitokset	7	6
yhteensä	100	100

Jotkut vuoden 1991 tiedot perustuvat vuoden 1990 tiedon pohjalta tehtyyn arvioon. Arviot eivät kuitenkaan vaikuta johtopäätöksiin.

Laitoshoidon rakenne on muuttunut selvästi erikoistason hoidosta perustason suuntaan. Vuonna 1980 somaattisen erikoissairaanhoidon, mielisairaanhoidon sekä kehitysvammalaitosten hoitopäivien yhteismäärä oli 56 % kaikista hoitopäivistä. Vuonna 1991 osuus oli 40 %

Muutos alkoi psykiatrisesta sairaalahoidosta, jossa mielisairaaloiden paikkaluku aleni vuoden 1980-luvun alusta (19 000 paikkaa) vuoteen 1991 noin puoleen (8 500 paikkaa) ja hoitopäivien määrä jonkin verran enemmän. Huomattava osa vähenemisestä saatiin aikaan poistamalla mielisairaaloista sellaisia iäkkäitä pitkäaikaissairaita, jotka eivät olleet varsinaisen psykiatrisen hoidon tarpeessa. Siirrot ovat tapahtuneet jossain määrin vanhainkoteihin ja terveyskeskusten vuodeosastoille. Erilaisten tuettujen asumismuotojen ja kuntoutuskotien lisäämisellä on laitoshoidosta myös voitu siirtää siellä pitkään olleita omatoimisempaan ja itsenäisempään elämän piiriin. (Mielenterveystyön porrastustyöryhmän muistio, STM:n muistio 1992:10).

Somaattisessa erikoissairaanhoidossa vuodeosastohoidon käyttö on vähentynyt. Tutkittua valtakunnallista tietoa ei ole siitä, mihin korvaavaan hoitomuotoon asiakasvirrat ovat ohjautuneet somaattisesta erikoissairaanhoidosta. Ilmeisesti osa on ohjautunut terveyskeskusten vuodeosastoille ja vanhainkoteihin, osa sosiaali- ja terveydenhuollon avohuollon piiriin. Osa hoitopäivien vähenemisestä johtuu erikoissairaanhoidon toimintamuotojen tehostumisesta, kuten lyhytaikaiskirurgian ja päiväkirurgian yleistymisestä. Somaattisen erikoissairaanhoidon käyttö on vähentynyt erityisesti viimeisinä vuosina.

Yleislääkärijohtoisten terveyskeskussairaaloiden hoitopäivien määrä on noussut noin kaksinkertaiseksi kymmenessä vuodessa. Vanhainkotien hoitopäivien määrä on hiukan alentunut.

Kokonaisuudessaan **toiminnalliset** muutokset vuodeosastohoidon ja laitoshoidon keskinäisessä työnjaossa ovat olleet tarkoituksenmukaisia. Hoito erikoissairaanhoidossa on vähentynyt ja pitempiaikainen hoito on siirtynyt pienempiin ja taloudellisempiin yksiköihin, lähinnä terveyskeskusten

vuodeosastoille. Samalla hoitopaikka on todennäköisesti siirtynyt lähemmäksi asiakkaiden kotiympäristöä.

Osa laitoshoidon vähenemisestä on tapahtunut niin, että asiakkaat ovat ohjautuneet avohuollon piiriin.

2. Laitos- ja vuodeosastohoidon kustannusten muutokset

Seuraavat luvut kuvaavat vuodeosastohoidon ja laitoshoidon kustannuksia vuoden 1990 hintatasossa. Kehitysvammalaitosten käyttömenoista ei ole tarkkaa tietoa vuodelta 1980. Tämä sisältyy kuitenkin arviolta yhteensä-lukuun.

	1980 miljardia mk	1991	muutos,%
somaattinen erikoissairaanhoito	6,9	9,9	43
mielisairaanhoito	1,9	1,9	0
yl.lääk.joht.terveyskeskussairaalat	1,5	3,3	120
vanhainkodit	2,3	3,5	52
kehitysvammalaitokset	..	1,1	..
yhteensä	13,2	19,4	47

Käyttömenot ovat nousseet eniten yleislääkärijohtoisten terveyskeskusten vuodeosastoilla. Mielisairaaloissa kustannukset ovat elinkustannusindeksillä deflatoituna samalla tasolla vuonna 1991 kuin vuonna 1980. Mielisairaaloitten resurssit ovat vähentyneet. Palkkakehitys on ollut hintojen kehitystä nopeampaa 1980-luvulla. Jos suureet deflatoitaisiin esim. kunnallistalouden terveydenhuollon kustannusindeksillä, reaalin muutos mielisairaanhoidossa olisi negatiivinen ja vanhainkotien ja erikoissairaanhoidon kohdalla jokseenkin nollan suuruinen.¹

Laitoshoidon kustannusjakautuma eli kustannusrakenne on muuttunut noin kymmenessä vuodessa. Seuraava taulu kuvaa laitoshoidon käyttömenojen jakautumaa.

¹ Vuosina 1980–1991 elinkustannusindeksi nousi 100 %. Tilastokeskuksen tekemä kunnallistalouden kustannusindeksi terveydenhuollossa nousi 148 % ja sosiaalitoimessa 137 %. Kaikki markkamäärät on muunnettu kiinteiksi elinkustannusindeksillä, jotta esim. sosiaalitoimen ja terveydenhuollon erilainen palkkakehitys ei eliminoituisi pois vertailuista.

	1980 %	1991
somaattinen erikoissairaanhoito	52	51
mielisairaanhoito	14	10
yl.lääk.joht.terveyskeskussairaalat	11	17
vanhainkodit	17	17
kehitysvammalaitokset	n.6	5
yhteensä	100	100

Somaattisen erikoissairaanhoidon osuus laitoshoidon ja vuodeosastohoidon kustannuksista on noin puolet. Osuus on hieman alentunut vuodesta 1980. Terveyskeskussairaaloiden kustannukset ovat nousseet samansuuruisiksi kuin vanhainkotien. Mielisairaaloiden kustannusosuus on pienentynyt.

Vaikka toiminnallisesti sosiaali- ja terveydenhuollon vuodeosastohoidossa ja laitoshoidossa on tapahtunut selvä rakenteellinen muutos perusterveydenhuollon ja muun perustasoisen kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon suuntaan, somaattisen erikoissairaanhoidon kustannukset olivat vuonna 1991 yli puolet laitos- ja vuodeosastohoidon kokonaiskäyttömenoista.

3. Laitos- ja vuodeosastohoidon yksikkökustannusten muutokset

Laitoshoidon ja vuodeosastohoidon yksikkökustannukset ovat kehittyneet varsin eri tavalla. Seuraavassa on esitetty hoitopäiväkustannukset ja niiden reaalin kehitys elinkustannusindeksillä deflatoituna.

	hoitopäiväkustannus 1991, mk	reaalinen nousu vuodesta 1980, %
somaattinen erikoissairaanhoito	1520	90
mielisairaanhoito	700	154
terveyskesk.sairaalat, yl.lääk.j.	500	25
vanhainkodit	350	55
kehitysvammalaitokset	630	68
yhteensä	720	69

Luvut perustuvat osittain arvioihin. Suuruusluokaltaan hoitopäivien kustannuserot eri toimintamuodoissa ja niiden yksikkökustannusten kehitystä kuvaavat luvut ovat oikeita.

Hoitopäiväkustannus on noussut nopeammin erityistasoisessa kuin perustasoisessa hoidossa . Suurin nousu on ollut mielisairaanhoidossa ja pienin nousu on yleislääkärijohtoisissa terveyskeskuksissa, joskin tietojen epävarmuuden

takia vanhainkotien ja terveyskeskussairaaloiden yksikkökustannusten kehityksen eroihin tulee suhtautua varoen.

4. Hoitajaksojen muutokset vuodeosastohoidossa

Hoitopäiväkustannusten nopea nousu mielisairaanhoidossa johtuu osittain siitä, että hoitajakset ovat lyhentyneet vuoteen 1991 noin puoleen siitä, mitä ne olivat vuonna 1980. Asiakaskunnan keskimääräinen hoidon tarve on samalla noussut. Henkilöstöä hoidettavaa kohti tarvitaan nykyään enemmän kuin kymmenen vuotta sitten. Myös somaattisessa hoidossa yleissairaaloiden hoitajakset ovat lyhentyneet, mikä myös osaltaan selittää hoitopäiväkustannuksen nousua. Terveyskeskussairaaloissa keskimääräiset hoitajakset ovat säilyneet 1980-luvun lopulla samanpituisina. Vanhainkotien ja kehitysvammalaitosten hoitajaksojen pituuksista ei ole valtakunnallisia tilastoja.

Hoitajakson pituuden muutokset kuvaavat hoitokäytäntöjen muutoksia ja meneillään olevaa hoidon porrastuksen muutosta. Sosiaali- ja terveysministeriö on selvittänyt², miten henkilöstön määrä hoitajaksoa kohti laskettuna on muuttunut eri vuosina. Yleissairaaloissa vuosittaisten hoitajaksojen määrä sairaalan työntekijää kohti suhteutettuna on kasvanut keskimäärin 1,4 % vuodessa. Terveyskeskussairaaloissa luku on pienentynyt keskimäärin 1,5 % vuodessa. Mielisairaaloissa pieneneminen on ollut vajaan prosentin luokkaa keskimäärin vuodessa.

Asiakasvirtojen määrässä mitattuna työn tuottavuus on noussut somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidossa ja alentunut terveyskeskussairaaloissa. Toisaalta mittari on siinä suhteessa ongelmallinen, että hoidon porrastuksen toteuttaminen perustuu nimenomaan työnjakoon, jossa pitkäaikaishoitoa tarvitsevat siirretään alemmille hoidon portaille, nimenomaan terveyskeskuksiin. Näinollen mittari ei kuvaa niinkään toiminnan tuloksellisuuden muutoksia, vaan työnjaon muutosta hoitojärjestelmässä.

5. Terveystenhuollon avohuolto ja vuodeosastohoito

Oheisessa taulussa on verrattu terveydenhuollon osalta avohuollon ja vuodeosastohoidon kehitystä vuodesta 1980 vuoteen 1990.

1. Terveystenhuollossa avohuollon käyntikerrat ovat kasvaneet 23 % ja vuodeosastohoidossa hoitopäivät alentuneet 13 %. Vaikka valtaosa avohuollon käyntikertojen kasvusta onkin kohdistunut perusterveydenhuoltoon, käyntikertojen kasvuprosentit ovat olleet erikoissairaanhoidossa noin kaksinkertaiset perusterveydenhuoltoon verrattuna. **Avohuolto ei ole kehittynyt niin selvästi perusterveydenhuollon suuntaan kuin vuodeosastohoito.**

2. Avohuollon käyttömenojen kasvu on ollut jonkin verran suurempaa erikoissairaanhoidossa kuin perusterveydenhuollossa, päinvastoin kuin

² Julkaisussa Kohti Hyvää Suomea, stm:n julk. 1991:1

vuodeosastohoidossa. Kokonaisuutena avohuollon käyttömenot (vuoden 1990 hinnoin noin 5,6 miljardia mk) ovat kasvaneet jokseenkin saman verran kuin vuodeosastohoidossa (5,2 miljardia mk). Sen sijaan suhteellinen kasvu on ollut avohuollossa runsas kaksi kertaa niin suuri kuin vuodeosastohoidossa. Tämä voidaan tulkita palvelurakenteen muutokseksi avohuollon suuntaan. Olennaista on kuitenkin se, että terveydenhuollon resursseja (markoissa mitattuna) on lisätty jokseenkin samalla

Hoitokäytännön muutokset (tuottavuus) terveyspalveluissa vuosina 1980-90, prosenttia vuodessa

	Sairaalahoito, hoitajakset henkilöstöä kohti 1980-1990	Avohoito, lääkärisikäynnit henkilöstöä kohti 1980-1990
Tuottaja		
Julkinen sektori	-0,4	-2,2
Yleissairaalat	1,4	-2,7
Yliopistosairaalat	1,9	-4,3
Keskussairaalat	0,9	-1,2
Aluesairaalat	0,4	-0,8
Paikallissairaalat	2,7	-4,3
Terveyskeskussairaalat	-1,5	-1,8
Mielisairaalat	-0,8	-5,4
Yksityinen sektori yhteensä	0,9	-28,8
Terveyspalvelut yhteensä	-0,4	-2,5

Lähde: Kohti hyvää Suomea, STM:n julk. 1991:1
tuottav/tuottav2.xls

Keskimääräiset hoitajaksojen pituudet

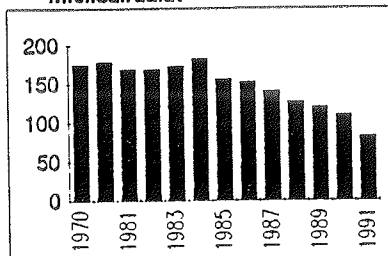
	Yleis- sairaa- lat	Mieli- sairaa- lat	Terveyskeskukset Yhteen- sä	Sii- tä erik.l.joht.
1970	12,6	175		
1980	8,3	179		23
1981	8,2	169		25,9
1982	7,9	169		24,9
1983	7,8	173		29
1984	8	183		32
1985	7,7	156		29,4
1986	7,6	152		25,2
1987	7,3	140		27,8
1988	7	126	35	24,9
1989	6,9	119	35	18,5
1990	6,6	109	34	17,9
1991	5,9	82	34	17,3

Vanhainkodit ja kehitysvammalaitokset

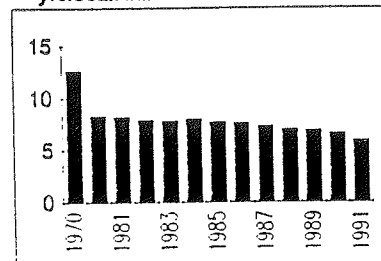
ei tietoa hoitajaksoista

Lähde: Sairaalalaitasto, Sairaalaliitto
tuottav/hojapit2.xls

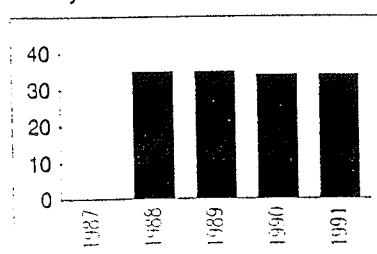
mielisairaalat



yleissairaalat



terveyskeskukset



Terveystenhuollon avo - ja vuodeosastohoidon kehitys

liite6/lopprap2.xls

	AVOHUOLTO		VUODEOSASTOHOITO	
	1980	1990 Muutos	1980	1990 Muutos
Somaattinen erikoissairaanhoido Mielisairaanhoido Perusterveydenhuolto Yhteensä	<i>Käyntikerrat, milj.</i>		<i>Hoitopäivät, milj.</i>	
	2,8	3,9	1,1	39%
	0,5	0,7	0,2	40%
	29,8	36,1	6,3	21%
	33,1	40,7	7,6	23%
Somaattinen erikoissairaanhoido Mielisairaanhoido Perusterveydenhuolto Yhteensä	<i>Käyttömäärät 1990 hinnoin, miljardia. mk</i>			
	1	2,5	1,5	150%
	0,1	0,3	0,2	200%
	3,2	7,1	3,9	122%
	4,3	9,9	5,6	130%
Somaattinen erikoissairaanhoido Mielisairaanhoido Perusterveydenhuolto Yhteensä	<i>Hoidojen keskipituus, pv</i>			
	..	..	8,3	6,6
	..	..	179	109
	..	..	..	34
	..	..	..	38
Somaattinen erikoissairaanhoido Mielisairaanhoido Perusterveydenhuolto Yhteensä	<i>Yksikkökustannukset, mk, 1990 hinnoin</i>			
	<i>Käyntikertaa kohti</i>		<i>Hoitopäivää kohti</i>	
	355	671	316	89%
	266	446	180	68%
	105	198	93	89%
	129	246	117	91%
Somaattinen erikoissairaanhoido Mielisairaanhoido Perusterveydenhuolto Yhteensä				
	..	..	..	..
	..	..	..	..
	..	..	..	..
	..	..	..	..

määrällä sekä avo- että vuodeosastohoidossa. **Rakenteellinen muutos ei ole siis tapahtunut niin, että avohuolto olisi terveydenhuollon sisällä korvannut vuodeosastohoitoa.**

3. Vuodeosastohoidossa hoitopäiväkustannus (käyttömenot hoitopäivää kohti laskettuna) oli vuonna 1990 keskimäärin noin 900 mk. Avohuollossa käyntikerran kustannus noin 250 mk eli keskimäärin neljännes vuodeosastohoidon kustannuksesta. Yksikkökustannusten vaihtelu on kuitenkin hyvin suurta sekä vuodeosastohoidossa että avohuollossa. **Käyntikerran hinta somaattisessa erikoissairaanhoidossa (671 mk) on samaa suuruusluokkaa kuin mielisairaanhoidossa hoitopäivän hinta (651 mk). Vuodeosastohoitopäivä terveystieteiden keskuksissa (noin 500 mk) on selvästi halvempaa kuin keskimääräinen käyntikerran kustannus erikoissairaanhoidossa.**

4. Hoitojakson keskipituudesta on tietoa vain vuodeosastohoidon osalta ja tietoa kymmenvuotisjaksolta vain erikoissairaanhoidosta. Hoitojakso-mittari sopii kuitenkin paremmin erikoissairaanhoitoon kuin perusterveydenhuoltoon. Avohuollossa on käytetty tehokkuusmittarina mm. lääkärikäyntien määrä työntekijää kohti (edellä esitetty stm:n tutkimustulos). Tällaisen mittarin mukaan vuosina 1980-90 tuottavuus olisi laskenut avohuollossa keskimäärin noin 2, 5 % vuodessa. Mittari on kuitenkin monessa suhteessa ongelmallinen. Väestön terveydentilaa voidaan tuskin parantaa yksiviivaisesti niin, että lyhennetään potilaskäyntiin varattua aikaa.

6. Sosiaalihuollon avohuolto ja laitoshuolto

Keskeistä tietoa vanhusten avo- ja laitoshuollosta sosiaalihuollon osalta on koottu oheiseen tauluun.

1. Vanhustenhuollossa kustannusrakenne on kehittynyt avohuollon suuntaan. Kuitenkin rakenne on vielä selvästi laitospainotteinen. Laitoshuollon eli vanhainkotien osuus kustannuksista oli vuonna 1990 kaksi kolmannesta. Vuonna 1986 osuus oli vajaa kolme neljännestä. Absoluuttisesti avohuollon menot ovat nousseet noin kaksi kertaa (634 milj. mk) niin paljon kuin vanhainkotien menot. Vanhainkotien paikkaluku on alentunut noin 2 % Kaiken kaikkiaan vanhustenhuollon menot olivat vuonna 1990 noin 4,9 miljardia markkaa, josta laitoshuollon osuus 3,2 miljardia mk.

2. Avohuollon sisäinen palvelurakenne on yksipuolinen. Kodinhoitoavun osuus avohuollon menoista on 63 % (jos palvelutalot luetaan avohuoltoon). Tilastot viittaavat myös kodinhoitoavun voimakkaaseen kustannuskehitykseen. Vaikka kodinhoitoavun volyymi työtunneissa tai kotitalouksissa mitattuna ei ole juurikaan kasvanut, reaaliset käyttömenot ovat nousseet yli 40 % neljässä vuodessa. Tilastojen mukaan käyttömenot työtuntia kohti nousivat reaalisesti 39 % Tietoon tulee kuitenkin suhtautua varauksellisesti mahdollisten tilastovirheiden takia.³

³ Yleinen sääntö sosiaalihuollon valtakunnallisissa tilastoissa on se, että mielenkiintoinen havainto voi johtua joko tilastovirheestä tai tosiasiallisesta tilanteesta. Koskaan ei voi varmasti tietää, kumpi selitys on oikea. Toivottavasti tietojärjestelmät ovat luotettavampia kunnissa.

Sosiaalihuollon avo - ja laitoshuollon kehitys - vanhustenhuolto

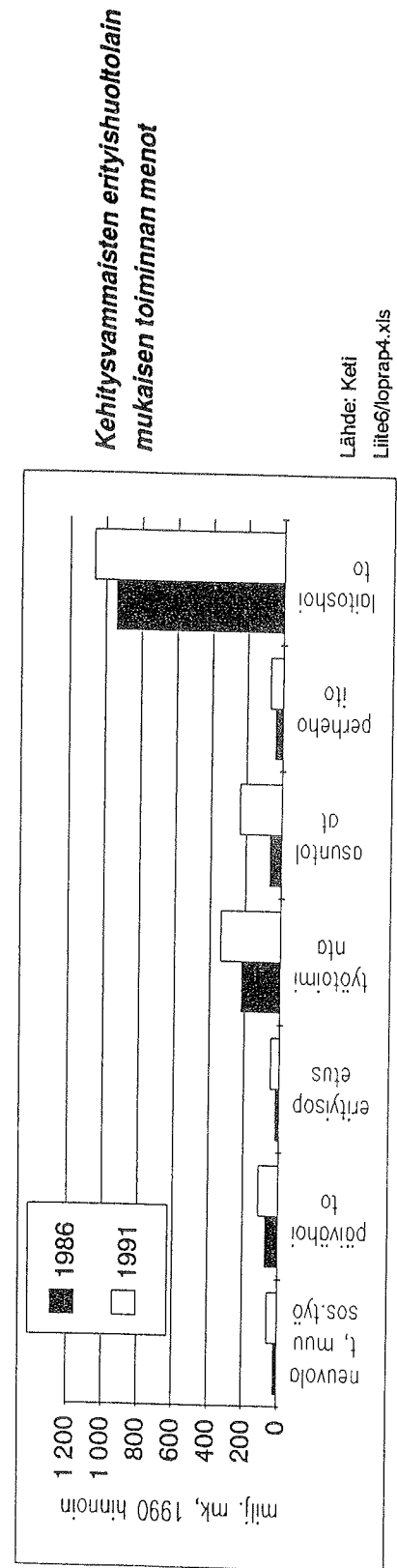
liite6/lopap3.xls

Kaikki markkamäärät on esitetty vuoden 1990 hinnoin

	1 986	1 990	Muutos	
Vanhainkodit				
Hoitopaikkoja	30 426	29 791	-635	-2%
Hoitopäivät, 1000	9 846	9 396	-450	-5%
Käyttömenot, milj. mk	2 875	3 242	367	13%
Käyttömenot /hoitopäivä, mk,	292	345	53	18%
Palvelutalot				
Asuntoja/hoitopaikkoja	3 931	5 579	1 648	42%
Käyttömenot, milj. mk	36	110	74	202%
Muut avohuollon tukimuodot				
Vanhusten kodinhoitoapu				
Kotitalouksia, 1000	119	127	8	7%
Työtunteja, 1000	9 387	9 664	277	3%
Käyttömenot, milj. mk	743	1 064	321	43%
Käyttömenot työtuntia kohti, mk	79	110	31	39%
Käyttömenot kotitaloutta kohti, mk vuodessa	5 411	7 429	2 018	37%
Tukipalvelut				
Sisältää myös vammaiset, joiden osuus tuen saajista vuonna 1990 oli 12 %.				
Kotitalouksia palvelujen piirissä, 1000	37	68	31	84%
Näistä ateriapalvelujen piirissä	22	34	12	55%
Käyttömenot, milj. mk	99	198	99	100%
Käyttömenot kotitaloutta kohti, mk vuodessa	2 703	2 924	221	8%
Vanhusten, vammaisten ja pitkäaikaissairaiden kotihoidon tuki				
Vuonna 1990 yli 64-vuotiaita tuen saajia oli 13 150 eli 63 %.				
Tuen saajia vuoden aikana, 1000	14	21	7	50%
Käyttömenot, milj. mk	156	288	132	85%
Muuta, 1986 arvioita				
Päivätoiminnan käyttömenot, milj. mk	5	10	5	100%
Sosiaalinen lomatoiminta, milj. mk	10	13	3	30%
Käyttömenot yhteensä, milj.mk	3 924	4 925	1 001	26%
<i>Siitä, avohuolto</i>	1 049	1 683	634	60%
<i>laitoshuolto</i>	2 875	3 242	367	13%
Kustannusrakenne	100%	100%		
<i>avohuolto</i>	27%	34%		
<i>laitoshuolto</i>	73%	66%		

Kehitysvammahuollon kehitystä

	Milj. mk, 1990 hinnoin		Rakenne	
	1986	1991	1986	1991
	Muutos			
Erityishuoltolain mukainen toiminta				
	Pääosin kuntainliittojen järjestämää			
neuvolat, muu sos.työ	21	58	37	178%
päivähoito	77	114	37	48%
erityisopetus	23	50	27	115%
työtoiminta	222	340	118	53%
asuntolat	67	238	171	255%
perhehoito	44	70	26	59%
laitoshoido	941	1 061	120	13%
YHTEENSÄ	1 396	1 931	535	38%
Muu kehitysvammaisten tuki				
	Pääosin peruskunnan järj. sos.huollon palveluja ja muiden terv. huoltopalveluja			
Kodinhoitoapu	Järjestetään usein muiden väestöryhmien palvelujen yhteydessä. Ei tietoa määrästä.			
Tukipalvelut				
Terveysterveystoimintat				
Ym.				



3. Vanhustenhuollossa avohuollon painoalueita ovat olleet palvelutalot, tukipalvelut ja kotihoito. Palvelutaloasuntojen määrä on ollut vuonna 1990 kuitenkin vain 5 600 eli vain 19 % vanhainkotipaikoista. Palvelutalojen tilastoidut käyttömenot olivat vain runsas 3 % vanhainkotien käyttömenoista. Myös palvelutalotoiminnan kustannuksiin tulee suhtautua varauksellisesti, koska palvelutaloratkaisut ja menojen kirjaamiskäytännöt vaihtelevat suuresti.

4. Tukipalvelujen reaaliset käyttömenot ovat nousseet neljässä vuodessa kaksinkertaisiksi ja ovat silti vähäisiä koko palvelujärjestelmässä (noin 200 milj. mk). Kotihoidon tukeen (vajaan 300 milj. mk) pätevät samat asiat.

Kehitysvammahuollon kustannusrakenne oli vuonna 1986 jokseenkin siinä tilanteessa kuin vanhustenhuolto vuonna 1990.

1. Vuonna 1986 kehitysvammahuollon menoista kaksi kolmannesta oli laitoshoidon menoja. Vuoteen 1991 osuus oli pudonnut 55 %:iin. Kehitysvammahuollossa on kehitetty viime vuosina voimallisesti asuntoloita, jotka toiminnallisesti vastaavat suurinpiirtein (joskaan ei välttämättä fyysisesti) vanhusten palvelutaloja. Kehitysvammahuollossa asuntoloiden käyttömenot olivat vuonna 1991 runsas kaksi kertaa niin suuret kuin tilastoidut palvelutalomenot vanhustenhuollossa. Kasvu on ollut 255 %.

2. Kokonaisuudessaan kehitysvammahuollon reaaliset käyttömenot kasvoivat viisivuotiskaudella keskimäärin 7,6 % vuodessa, kun vanhustenhuollossa kasvu oli nelivuotiskaudella keskimäärin 6,5 % vuodessa. Kehitysvammahuollossa rakennemuutos on perustunut ensisijaisesti kasvun varaan. Esim. laitoshoitopaikkojen määrää ei ole olennaisesti vähennetty.

7. Palvelurakenteen muutoksen suuntia

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenne on muuttunut koko maan tasolla avohuollon suuntaan. Muutosta voitaisiin kuvata oheisella kuviolla, joka on tehty erityisesti terveydenhuollon näkökulmasta:

<u>erikoistasoinen avohuolto</u>		erikoistasoinen laitoshoido tai vuodeosastohoido
		välimuoto
<u>perustasoinen avohuolto</u>		perustasoinen laitoshoido tai vuodeosastohoido
asuminen		

1. Avohuoltoa on kehitetty ensisijaisesti laitoshuollon ja vuodeosastohoidon rinnalle. Ja vaikka avohuolto olisi toiminnallisesti kyennyt osittain korvaamaan laitoshuoltoa tai vuodeosastohoitoa, laitos- ja vuodeosastohoidon kustannukset eivät ole pienentyneet siinä määrin kuin toiminnallinen muutos antaisi aiheen olettaa.

2. Toisaalta sekä avohuollossa että laitos- tai vuodeosastohoidossa on tapahtunut sisäisiä rakenteen muutoksia. Terveystenhuollossa avohuolto on kehittynyt suhteellisesti nopeammin somaattisessa erikoissairaanhoidossa kuin perustasoisessa avohuollossa terveyskeskuksissa. Vaikka valtaosa asiakasvirroista kulkee tai ohjautuu perusterveydenhuoltoon, **avohuolto on kasvanut suhteellisesti nopeammin erikoissairaanhoidossa kuin perusterveydenhuollossa.**

3. Vuodeosastohoidossa rakenne on muuttunut sekä toiminnaltaan että kustannuksiltaan perusterveydenhuollon suuntaan. Vuodeosastohoidon kustannukset ovat kuitenkin nousseet keskimäärin 1980-luvulla reaalisesti 4,3 % vuodessa, vaikka hoitopäivien määrä on vähentynyt noin 2 %:lla keskimäärin vuodessa.

4. Sosiaalihuollon vanhustenhuollossa ja etenkin kehitysvammahuollossa palvelurakenteen muutos avohuollon suuntaan on tapahtunut terveydenhuollon tapaan kokonaisresursseja lisäämällä. Lisäksi vanhustenhuollossa avohuollon palvelurakenne on yksipuolinen. Kaksi kolmannesta avohuollon kustannuksista oli vuonna 1990 kodinhoitoapua, vaikka tukipalveluja, palveluasumista ja kotihoidon tukea on kehitetty.

5. Palvelurakenteeseen on kehittymässä erilaisia välimuotoja. Näitä ovat hoivakodit, pienryhmäkodit ja palvelutalot avo- ja laitoshuollon välimaastossa. Toisaalta erikoistasoisen ja perustasoisien hoidon raja on muuttumassa. Toiminta on siinä suhteessa harmaata, että sen laajuudesta ei ole tarkkaa kuvaa, koska tilastot eivät erittele välimuotoja. Toisaalta se on harmaata sen takia, että tällä alueella perinteisen avo- ja laitoshuollon sekä perinteisen erikois- ja perustason välinen raja alkaa hämärtyä. Aina ei tiedetä, mihinkä laatikkoon kukin palvelumuoto tulisi lukea.

6. Erityisesti pitkäaikaishoitoa vaativien vanhusten palvelujen järjestämisessä on asumisella suuri merkitys sekä avo- että laitoshuollon tukena.

8. Lähtökohtia palvelurakenteen taloudellisuuden arvioinnille

Edellytyksenä taloudelliselle hoidon porrastukselle on se, että tehtäviä ja asiakkaita "luovuttavan" hoidon portaan kustannussäästöt ylittävät vastaanottavan tai "korvaavan" hoidon portaan lisäkustannukset. Tai ainakin samalla kokonaiskustannuksella "hoidettujen asiakkaiden läpivirtaus" koko järjestelmässä olisi aikaisempaa suurempi. Kokonaissäästöt tai kokonaislisäkustannukset muodostuvat lisäkustannusten ja kustannussäästöjen erotuksesta.

Palvelurakenteen kehittämiseen aikaisempaa taloudellisemmaksi liittyy monenlaisia mahdollisuuksia asiakasvirtojen ohjaamisessa ja henkilöstön joustavassa käytössä muuttuvien asiakasvirtojen ja tehtävien mukaan. Seuraavassa asiaa tarkastellaan ensisijassa pitkäaikaishoitoa vaativien näkökulmasta. Avohuollon kustannusten laskentaan liittyy joitakin mittaamisen ongelmia, esimerkiksi seuraavia:

1. Vaikka suurin osa korvaavista avohuollon tuen muodoista kuuluu sosiaali- ja terveystoimen pääluokkaan kunnan tulo- ja menoarviossa, merkittävä osa on sosiaali- ja terveystoimen ulkopuolista toimintaa, mm. asumiseen kohdistuvat tukitoimet. Myös erilaisilla Kelan maksamilla avohuollon tulotuen muodoilla on välillistä vaikutusta avohuollon palvelujen rahoituslähteenä.

2. Avohuollon tuki muodostuu joukosta erilaisia tuen muotoja, joita on mahdollista yhdistellä hyvin monilla tavoilla. Tilastojen avulla ei kyetä luomaan hallittavaa kuvaa erilaisista vaihtoehtoista ja niiden kustannuksista.

3. Avohuoltoa luonteeseen kuuluu, että erilaisten tukimuotojen intensiteettiä – esimerkiksi kodinhoitoapua ja kotisairaanhoidoa – voidaan tarvittaessa lisätä. Tähän erityisesti perustuu avohuollon taloudellisuus pitkäaikaiseen laitoshoidon verrattuna, jossa palvelujen määrä ja kustannukset eivät aina jousta samassa määrin yksilöllisesti vaihtelevien tarpeiden mukaan. Tilastot eivät kuvaa riittävästi avohuollon tukimuotojen intensiteetin vaihtelua.

4. Avohuollon palvelumuodot eivät ole kohderyhmiin sidottuja yhtä lailla kuin laitoshoidossa. Avohuoltoa tulee tarkastella yhtenä kokonaisuutena.

Seuraavassa pyritään antamaan mielikuvaa siitä, millaisilla erilaisilla avohuollon toimintamuodoilla olisi mahdollista korvata pitkäaikaista laitoshoidoa ja vuodeosastohoidoa sekä mitä nämä eri toimintamuodot maksavat. Pohjaksi laskelmassa on otettu työryhmän esittämät **koko maan** ohjeluvut pitkäaikaishoitopaikkojen tulevaisuudeksi määräksi.

9. Työryhmän esittämien tavoitevaihtoehtojen kustannusvaikutuksia

Seuraavassa laskelmassa on tavoitteena sellainen palvelurakenne, joka kykenee pitemmällä aikavälillä hoitamaan nykyistä taloudellisemmin erityisesti jatkuvia palveluja tarvitsevien asiakkaiden tarpeet.

9.1 Laskelman lähtökohdat

Laskelman **ensimmäinen lähtökohta** on, että vuonna 1990 käytössä olleella henkilöstömäärällä kyetään vastaamaan 1990-luvulla todennäköisesti jonkin verran lisääntyviin palvelutarpeisiin.

75 vuotta täyttäneiden vanhusten määrän ennustetaan kasvavaan kymmenessä vuodessa noin 15 % eli noin 44 000:lla. **Väestörakenteen muutos ei ole kovin suuri edelliseen vuosikymmeneen verrattuna**, jolloin kasvu oli 43 % (86 000). Suurimmat muutokset ovat vuoden 2000 jälkeen. **Ilmeisesti palvelujen tarve 75 vuotta täyttäneitä kohti on kuitenkin kasvussa.** Elinkeinorakenteen ja maassamuuton seurauksena aikaisempaa useampi vanhus joutuu turvautumaan julkisiin palveluihin tai muihin kodin ulkopuolisiin avun lähteisiin, koska turvaa ja palveluja ei ole mahdollista saada omaisilta ja lähiympäristöltä siinä määrin kuin menneinä vuosikymmeninä. Vanhusten – kuten myös muiden väestöryhmien – palvelutarpeiden kehitykseen vaikuttavat väestörakenteen muutoksen ohelle hyvin

monet yhteiskunnan rakenteen ja ns. elämänmuodon kehityssuunnat. Näiden yhteisvaikutusta on vaikeata arvioida ja ennakoida. Lisäksi muutokset ovat erilaisia maan eri puolilla.

Toinen lähtökohta on, että asiakasvirrat muuttuvat. Nykyistä taloudellisemman palvelujärjestelmän edellytys on, että tavoitetilassa **asiakkaat ohjautuvat** aikaisempaa herkemmin sellaisen hoidon tai palvelun piiriin, joka maksaa yhteiskunnalle vähemmän kuin se, jonka piiriin asiakkaat nykyisin ohjautuvat. Ohjautumiseen voidaan vaikuttaa monilla tavoilla, joista osa on vahvoja ohjauskeinoja ja osa heikkoja. Vahvin ohjauskeino on tarjonnan muutos. Laskelmassa oletetaan yksiviivaisesti, että laitospalvelujen kokonaistarjontaa vähennetään ja rakennetta muutetaan, jolloin asiakkaat ohjautuvat vahvimmalla mahdollisella tavalla avohuollon piiriin.

Kolmantena lähtökohtana on, että henkilöstön käyttö muuttuu. Toisaalta henkilöstön toimenkuvat ja tehtävät muuttuvat. Toisaalta työpaikka voi muuttua, myös toiselle paikkakunnalle. Henkilöstön oletetaan siirtyvän osittain asiakasvirtojen mukana; toisaalta mahdollisesti jokin verran laitoshoidon sisällä laitoksesta toiseen – esimerkiksi erikoistason sairaala – ja laitoshoidosta perustasoiseseen hoitoon terveyskeskuksissa. Pääosin henkilöstön oletetaan siirtyvän vuodeosasto- ja laitoshoidosta avohuoltoon. Laskelmassa arvioidaan nimenomaan tätä siirtymää.

Neljäntenä lähtökohtana on ns. kiinteän palvelurakenteen kahdensuuntainen muutos. Sairaalat ja laitokset samoin kuin erilaiset avohuollon toimintayksiköt (terveyskeskukset, palvelutalot, päiväkeskukset ym.) muodostavat nykyisen palvelurakenteen kiinteän rungon tai kiinteän infrastruktuurin.⁴

Osa sairaaloista ja laitoksista tai niiden osista oletetaan tyhjenevän, kuten jo on tapahtunutkin. Tyhjenevästä laitoksesta syntyviä kustannuksia ei ole otettu huomioon laskelmassa. Tyhjän laitoksen vaihtoehto on laitoksen käyttötarkoituksen muutos. Vaikka kiinteän infrastruktuurin maantieteellistä sijaintia ei voida muuttaa – tältä osin esim. sairaalarakennus on ns. uponnut kustannus – sen käyttötarkoitus voidaan muuttaa. Sadan paikan vanhainkodin peruskorjaus 50 paikan palvelutaloksi saattaa olla kannattavampaa kuin rakennuksen myyminen ja uuden palvelutalon rakentaminen – jos sellainen on pakko luoda.

Vähenevä laitospaasiteetti joudutaan osittain korvaamaan uudella kiinteällä palvelurakenteella. Jossain määrin joudutaan rakentamaan uusia asuntoja, joihin palvelut on mahdollista yhdistää joustavasti. Kolmi- ja nelikerroksisiin taloihin on järkevää ja taloudellista rakentaa hissejä. Asuntoja tulee peruskorjata ja muuttaa liikuntavammaisille sopiviksi. Hälytin ja turvajärjestelmiä tulee lisätä. Jne.

⁴ **Kiinteällä palvelurakenteella** tarkoitetaan tässä konkreettista, fyysistä tai aineellista palvelurakenteen osaa, joka on maantieteellisesti tiettyyn paikkaan sidottua ja jonka voi nähdä omilla silmillään. Mm. laitokset ovat tällaisia. Kiinteän rakenteen vastakohta on **liikkuva tai virtaava rakenne**. Tällaisia ovat esim. rahavirrat – jotka nykyään liikkuvat hyvin sukkelaan paikasta toiseen, tosin yleensä muualla kuin sosiaali- ja terveydenhuollossa – ja etenkin henkilöstövirrat. Käytännössä henkilöstössä on nykyään myös kiinteän palvelurakenteen piirteitä. Osa henkilöstöstä voi olla laitostunutta, kuten asiakkaansakin.

Viides laskennan lähtökohta koskee tarkasteltavan järjestelmän laajuutta ja laskennan laajuutta. Tässä laskennassa kohdennetaan asiakasvirtoja ja henkilöstöresursseja uudelleen järjestelmässä, joka muodostuu terveydenhuollosta sekä vanhuksille ja kehitysvammaisille palveluja tuottavasta sosiaalihuollon osasta. Myös tarpeelliset investoinnit on pyritty ottamaan huomioon. Kaikki kustannuslaskenta on aina – pakosta – jonkin järjestelmän sisäistä laskentaa. Sen yhteyksiä "ulkomaailmaan" ei koskaan voi ottaa riittävästi huomioon. Ulkopuolelle tässä tapauksessa on jouduttu jättämään esimerkiksi:

- lasten päivähoidon resurssit, joiden osittainen muunto esim. vanhustenhuollon tarpeisiin saattaa hyvinkin olla järkevää ja mahdollista, jos syntyvyysluvut alenevat niinkuin on ennustettu.

Laskennassa on kuitenkin otettu huomioon eräitä varsinaisen sosiaali- ja terveydenhuollon "ulkopuolisia" tahoja, esimerkiksi

- Asuntotoimen järkevällä kehittämisellä voidaan merkittävästi vähentää vanhusten ennen aikaista muuttoa pois kotoa tai joutumista laitoksiin .
- Kansaneläkelaitos maksaa erilaisia avohuoltoa tukevia etuuksia, joilla on merkitystä avohuollon rakenteen osina.

Kuudentena lähtökohtana ovat laskennan "filosofiaa" ja tekniikkaa koskevat rajaukset. Tämän laskelman tarkoituksena on luoda mielikuvia mahdollisuuksista kehittää palvelujärjestelmää kustannuslaskennan avulla. Hyvin tärkeätä on se, miten kustannuksiin ja kustannuslaskentaan suhtaudutaan. Yleinen suhtautuminen kustannukseen on kaksijakoinen: se joko kertoo jotain menneisyydestä tai se kuvaa jotain tulevaisuudesta. Tällainen passiivinen asenne kustannukseen on tyypillistä julkishallinnolle, jossa kustannuksiin liian usein suhtaudutaan pelkästään annettuina tekijöinä (budjettiraameina jne.). Tällöin kustannusten ajatellaan seuraavan toiminnasta tai ennakoivan sitä. Tällainen asenne kustannuksiin on väärä. Kustannukselle tulee antaa aktiivisempi osa toiminnan kehittämisessä. Budjettiraamiin tulee suhtautua mahdollisuutena ei mahdottomuutena. Parhaimmillaan budjettilaskenta vapauttaa näkemään erilaisia vaihtoehtoja saman raamin sisällä.

Jos kustannuslaskentaan suhtaudutaan aktiivisesti, on aika lailla mieletöntä kysyä: Kumpi on halvempaa, avo- vai laitoshuolto? Kysymys soveltuu passiiviseen kustannuslaskentaan, jossa kustannuslaskija ei yritäkään kehittää avo- ja laitoshuoltoa taloudellisempaan suuntaan, ei yritäkään eritellä hyviä kustannuksia huonoista kustannuksista jne. Aktiivisessa kustannuslaskennassa myönnetään mahdollisuus, että sekä avohuoltoa että laitoshuoltoa voidaan kehittää taloudellisesti tai epätaloudellisesti. Yleinen "totuus" jomman kumman taloudellisuudesta toiseen verrattuna perustuu passiiviseen kustannuslaskentaan. Ilmeisesti on myös niin, että avo- ja laitoshuoltoa ei tule laskea toisistaan irrallisina vaihtoehtoina, vaan pyrkiä vaihtoehtoihin, jossa ne täydentävät toisiaan. Kenties taloudellisimmat ja toimivimmat ratkaisut löytyvät avo- ja laitoshuollon välimaastosta.

Laskelman perusvuosi on 1990 ja tavoitevuosi 2000. Perusvuoden valintaan on vaikuttanut lähinnä tilastojen saatavuus. Laskennan lopullisen tavoitteen kannalta sillä ei ole kovin suurta merkitystä, että perusvuosi on jo historiaa. Markkasuureet esitetään

vuoden 1990 hintatasossa. Vuoden 2000 tavoitetasossa on otettu huomioon reaali-palkkojen nousu yhdellä prosentilla vuosittain. Investoinneille on asetettu 4 %:n korkovaatimus ja ne on jaksetettu annuiteettimenetelmällä investoinnin arvioidulle käyttö- eli hyötyiälle. Mainittakoon, että investointien kustannuslaskentaan sisältyy tässä laskelmassa vielä paljon ongelmia. Esimerkiksi: Miten arvioidaan investoinneista saatava hyöty?

Hyötyihin liittyy seuraavan laskennan suurin vaje. Hyötyjä ei ole tässä ehditty arvioimaan. Kustannuslaskelmat ilman hyöty- tai vaikuttavuusarvioita ovat puolinaisia. Tässä kohden laskennassa on vielä paljon kehittämistä.

Tavoitevaihtoehdon laskenta jakautuu kahteen osaan. Toisaalta voidaan karkein oletuksin arvioida, paljonko laitoshoidosta voisi vapautua resursseja avohuollon käyttöön, mikäli laitoshoidolle asetetaan palvelurakennetyöryhmän muistiossa asetetut määrälliset tavoitteet. Laitoshoidon määrää mitataan paikkaluvuilla ja hoitopäivillä. **Toisin sanoen paikkaluvut vuonna 2000 kiinnitettiin laskelmassa.** Muut suureet (laitoshoidossa lähinnä henkilöstömäärä, hoitopäivien määrä ja kuormitusprosentti ja avohuollossa laitoshuollosta vapautuvat henkilöstö, kelan tulotuki ja investointipaketti) tavallaan alistettiin tavoitteelle ja etsittiin kokeilemalla erilaisia vaihtoehtoja päämäärän saavuttamiseksi. Laskennan toinen puoli muodostuu laitoshoidosta vapautuvien resurssien vaihtoehtoisista käyttömahdollisuuksista avohuollossa. Avohuollon laskentaan liittyy myös "investointipaketti", jolla tuetaan laitoshoidoa osittain korvaavan avohuollon luomista.

Laskelman perusasetelmana on tietty **budjettiraami**. Henkilöstöresursseja siirretään laskennallisesti laitoshuollosta avohuoltoon. Se, millaisia resurssimääriä voidaan ajatella siirrettävän laitospuolelta avohuoltoon on luonnollisesti laskelman kriittisin vai vaikein kohta. Epäonnistumisen mahdollisuuksia on kahta päälajia.

Toisaalta asiakkaita (tai oikeammin asiakas – tai palveluvirtoja) ohjataan avohuoltoon ilman, että laitoksista vapautuisi riittävästi henkilöstöä, jotka järjestäisivät avohuollon uusille asiakkaille riittävästi palveluja.

Toisaalta laitoksista voidaan irrottaa liikaa resursseja, jolloin laitoksiin jäävien – yleensä vaikeampihoitoisten – asiakkaiden palvelut vaarantuvat.

Resurssien siirrot tulee mitoittaa ottaen huomioon palvelutarpeet molemmissa päissä. Kolmanneksi tulee huolehtia siitä, että siirron seurauksena syntyy synergiaa. Resurssien osittaisessa siirrosta avohuoltoon ei olisi mitään mieltä, ellei ole syytä olettaa, että näin pystytään hoitamaan aikaisempaa taloudellisemmin ihmisten palvelutarpeet. Ja koska lähtökohtana laskelmassa on kiinteä henkilöstöraami, taloudellisuuden tulee ilmetä niin, että samoilla yhteenlasketuilla resursseilla kyetään huolehtimaan laajemmasta joukosta väkeä kuin ennen siirtoa. Myös joukon laajeneminen tulee ottaa huomioon laskelmassa.

Edellä mainittujen tavoitteiden yhteensovittamiseksi tehtiin joukko vaihtoehtoisia laskelmia, joiden tuloksia tarkasteltiin kaikista kolmesta em. näkökulmasta. Vaihtoehdot liittyivät paikkaluvun ja henkilöstömäärän vähenemisen suhteeseen laitos- ja vuodeosastohoidossa. Kokeiltiin kolmea vaihtoehtoa:

a) paikkaluku ja henkilöstö vähenevät samassa suhteessa

- b) paikkaluvun vähentyessä kahdella henkilöstö vähenee yhdellä
- c) paikkaluvun vähentyessä kolmella henkilöstö vähenee yhdellä.

Vaihtoehto a) vaarantaa laitoshoidon tason. Vaihtoehto c):n havaittiin luovuttavan korvaavaan avohuollon käyttöön niin vähän resursseja, että se puolestaan vaarantaa avohuollon tason. Vaihtoehdon b) havaittiin antavan avohuollolle sen verran resursseja, että ne yhdessä kelan tulotuen ja investointiohjelman kanssa antavat riittävästi resursseja myös toiminnan piiriin laajentamiseen. Se siis valittiin jatkolaskentaan.

9.2 Laitoshoidon vähentäminen

Oheisessa taulussa on esitetty suuntaa-antavasti, kuinka paljon laitoshoidon supistaminen mahdollistaisi resursseja muuhun käyttöön.

Erikoissairaanhoidon paikoilla tarkoitetaan alue- ja keskussairaaloiden somaattisia hoitopaikkoja sekä erikoislääkärijohtoisia terveyskeskuspaikkoja.

Pitkäaikaishoidon paikoilla tarkoitetaan yleislääkärijohtoisten terveyskeskusten vuodeosastojen ja vanhainkotien yhteenlaskettua paikkalukua. Pitkäaikaishoitopaikkoihin voidaan lukea myös hoivakodit, pienryhmäkodit ja muut ns. välimuotoon kuuluvat laitostyyppiset yksiköt. Sen sijaan ei palvelutaloja ⁵

Psykiatrisella laitoshoidolla tarkoitetaan mielisairaalapaikkoja ja kehitysvammahuollon paikoilla keskuslaitospaikkoja.

Paikkalukujen mitoituspäätöksissä on otettu huomioon väestön määrän ja rakenteen muutokset, erityisesti vanhusten määrän kasvu.

Tavoitevaihtoehdossa laitospaikkojen määrän on oletettu vähenevän vuoden 1990 tasosta noin kolmanneksen eli noin 91 000 paikasta noin 62 000 paikkaan vuoteen 2000 mennessä. Vähentyminen on noin 3,3 % vuodessa. Suurimmat supistukset koskisivat pitkäaikaishoitoa vanhainkodeissa ja terveyskeskussairaaloissa (noin 15 000 paikkaa).

Hoitopäivien määrän oletetaan alenevan suhteellisesti vähemmän kuin paikkaluvun, jolloin laitosten kuormitus nousee. Itse asiassa hoitopäivien määrän muutos laskettiin asettamalla laitoksille "kuormitusprosentti-tavoitteet". Somaattisessa erikoissairaanhoidossa 90 % ja muissa 95 %.

Vuodeosastohoidon ja laitoshoidon tuntuva vähentäminen perustuu uusiin ajatuksiin laitosten toiminta-ajatuksista, jotka seuraavassa on pyritty karkeasti tiivistämään:

⁵ Termi ei ole paras mahdollinen, koska ilmeisesti myös terveyskeskusten vuodeosastoilla akuuttihoitoon osuus kasvaa sitä mukaa kuin toimintakyvyltään parempia vanhuksia kyetään hoitamaan tehostetussa avohuollossa. Tällä hetkellä noin 80-90 prosenttia ylläkäsk. joht. terveyskeskussairaalapaikoista on pitkäaikaishoidettavien käytössä. Tavoitetasossa osuus lienee noin 2/3. Vanhainkodeissa pitkäaikaishoidettavien osuus on noin 95 %. Myös vanhainkodeissa tavoitteeseen pääseminen merkitsee lyhytaikaishoidon kasvua.

Laitoshoidon ja vuodeosastohoidon tavoitevaihtoehdot

Oletukset resurssien vähenemisen suhtesta:

real.ansiot 1,1

Palkkaluvun vähentäminen kahdella vähentää henkilölukua yhdellä

henk.kerroin 0,5		Erikois- sairaan- hoito	Pitkäai- kais- hoito	Psyk. laitos- hoito	Keh.vam- ma- huolto	Yh- teensä
Mitoitus	1990 2000	5,3 3,5	16,5 10	2,3 1,5	1,1 0,5	18,2 12,1
Paikkaluku	1990 2000	26 167 19 086	47 742 32 600	11 278 7 644	5 349 2 548	90 536 61 878
Vähennys		-27%	-32%	-32%	-52%	-32%
Hoitopäivät, 1000	1990 2000	7 029 6 249	16 264 11 312	3 396 2 652	1 701 882	28 390 21 095
Vähennys		-11%	-30%	-22%	-48%	-26%
Kuormitus	1990 2000	74% 90%	93% 95%	82% 95%	87% 95%	86% 93%
Henkilöstö	1990 2000	40 398 34 932	31 197 26 250	10 435 8 754	4 923 3 634	86 953 73 570
Vähennys		-14%	-16%	-16%	-26%	-15%
Kustannukset, milj. mk						
Huom! reaaliansioiden nousu 1 % / vuosi	1990 2000	9 950 9 464	6 605 6 113	2 222 2 050	1 021 829	19 798 18 457
Vähennys		-5%	-7%	-8%	-19%	-7%
Muutokset 1990-2000						
Paikkaluku		-7 081	-15 142	-3 634	-2 801	-28 658
Henkilöstö 90-2000		-5 466	-4 947	-1 681	-1 289	-13 383
Henkilöstö, muutos per vuosi		-547	-495	-168	-129	-1 338
Kustannukset, milj.mk		-486	-492	-172	-192	-1 341
Kustannukset, muutos per vuosi		-49	-49	-17	-19	-134
Yksikkösuureita 1990 ja 2000						
Henkil./paikka	1990 2000	1,54 1,83	0,65 0,81	0,93 1,15	0,92 1,43	0,96 1,19
Kustannukset/paikka	1990 2000	380 496	138 188	197 268	191 325	219 298
1000 mk vuodessa						
Kustannukset/ hoitopäivä, mk	1990 2000	1 416 1 514	406 540	654 773	600 940	697 875

Mitoitusperusteet. Huom. reaali-palkkojen nousua ei ole otettu huomioon

Erikoissairaanhoito= yleissairaal- ja erik.lääkärihoitoiset terveyskeskussairaalapaikat

1000 asukasta kohti. Tavoitetasoon lisätty 1250 paikkaa yliopistollisen keskussair. erityishoitovelvoitteen takia

Pitkäaikaishoito (somaattinen) = vanhainkoti- ja yleislääkärihoitoiset terveyskeskuspaikat

75 vuotta täyttänyttä kohti

Psykiatrinen laitoshoido= mielisairaalapaikat 1000 asukasta kohti

Kehitysvammahuolto= kehitysvammahuollon laitospaikat 1000 asukasta kohti

Yhteensä = paikkaluku 1000 asukasta kohti

Lähde: liite6/laitosv2.xls/24.11.92

a) **Somaattinen erikoissairaanhoidon hoito keskittyy "korjaavaan", nopearytmiseen hoitoon.** Toisin sanoen siitä "puhdistetaan" majoitus- ja ylläpitopalvelut joko niin, että tarvittaessa operaation jälkeinen hoito hoidetaan saman organisaation puitteissa erillisessä "hotellipalvelutulosyksikössä" tai asiakas siirretään kotiin tehostettuun avohuoltoon, terveyskeskussairaalaan tai muuhun soveliaaseen paikkaan (hoivakoti, ym). Laskelmassa on ajateltu, että kaikki pitempiaikaiseen laitoshoidon kuuluvat majoitus- ja ylläpitopalvelut sisältyvät pitkäaikaishoitoon riippumatta siitä, että osa voi tapahtua erikoissairaanhoidon organisaatiossa. Tilastoista voidaan päätellä, että erikoissairaanhoidosta siirrettävät majoitus- ja ylläpitopalvelut maksavat noin 300-500 mk hoitopäivää kohti eli noin kolmanneksen siitä, mitä erikoissairaanhoidon hoitopäivä keskimäärin maksaa. **Erikoissairaanhoidosta vähenisi henkilöstöä noin 550 eli noin 1,4 %:a vuodessa.**

b) Osa erikoissairaanhoidon hoitopäivistä siirtyy pitkäaikaishoidon puolelle ja osa avohuoltoon. **Pitkäaikaishoidosta (vanhainkodit ja yleislääkärijohtoiset terveyskeskussairaalat) puolestaan siirtävät asiakkaita ja henkilöstöä avohuoltoon Henkilöstö vähenisi 500:lla vuodessa, mikä vastaa 1,6 %:n vähenemistä vuodessa.**

c) **Kehitysvammalaitokset keskittyvät syvästi kehitysvammaisten hoitoon.** Lievemmin kehitysvammaiset siirtyvät pääosin peruskuntien järjestämien avohuollon ja asumispalvelujen piiriin. Kehitysvammahuollossa henkilöstöä vähenisi 130 eli 2,6 % vuodessa.

d) **Psykiatrisessa hoidossa viedään loppuun jo alkanut laitoshoidon vähentäminen,** kuitenkin niin, että vain harvoissa tapauksissa pysyväishoidossa olevia siirretään toiseen laitokseen. **Mielisairaaloissa henkilöstö vähenisi 170 vuodessa eli 1,6 % prosenttia.**

Näillä oletuksin laitoshoidon käyttökustannukset olisivat tavoitetasossaan vuonna 2000 noin 1,3 miljardia markkaa pienemmät kuin vuonna 1990. Reaalinen väheneminen olisi 3,2 miljardia mk, mikäli ansiotason vuosittaista yhden prosentin reaaliuudosta ei otettaisi huomioon. Vuositasolla vapautuisi resursseja runsaan 130 miljoonan markan edestä. Laitoshoidon kustannukset vähenisivät 0,7 % vuodessa. Ansiotason muutoksesta "puhdistettu" reaalinen väheneminen olisi 1,7 %. Edellytyksenä edellä mainituille on, että henkilöstöä olisi valmis siirtymään laitosten ulkopuolelle vuosittain noin 1,5 % vuoden 1990 tasosta eli runsas 1 300.

Laitoshoidon henkilöstömitoitusta on tavoitetilassa korotettu vuoden 1990 tasosta (0,96 henkilö per paikka) noin neljänneksellä (1,19:ään), jolloin avohuoltoon on varaa siirtää henkilöstöä noin 13 400 kymmenessä vuodessa.

Arvion toteutuminen riippuu hyvin monista asioista, esimerkiksi

1. Miten uusi valtiosuusjärjestelmä vaikuttaa kehitykseen. Se todennäköiset vauhdittaa erikoissairaanhoidon supistumista. Jo nyt on erikoissairaanhoidon jonkin verran vähentänyt henkilöstöään ja jotkut toimipisteet ovat lakkautusuhan alla. Sen sijaan on epätodennäköisempää se, missä määrin vapautuvia henkilöstöresursseja voidaan siirtää muualle, lähinnä avohuoltoon .

2. Ei ole merkkejä siitä, että pitkäaikaishoitopaikat olisivat laman myötä vähentymässä.
3. Kehitysvammahuoltojärjestelmien suunnitelmien mukaan kehitysvammahuollon laitospaikkoja vähennetään vuoteen 1996 mennessä noin 400–500. Kehitysvammahuollon kehittämissuunnitelma asetti tavoitteeksi laitospaikkojen vähentämisen 30 %:lla vuoteen 2000. Tämä on noin 1600 paikkaa eli vähemmän kuin tässä laskelmassa.
4. Alueelliset erot nykyisessä laitospaikkatiedoissa ovat melko suuret. Tosin myös tavoitetasossa alueellinen vaihtelu on perusteltua, esimerkiksi kehitysvammahuollossa. Ilmeisesti valtakunnan tasolla tavoitetasoon pääseminen edellyttäisi tietyillä alueilla mitoitusnormin alittamista ja henkilöstön liikkumista myös alueellisesti.
5. Alueellisiin tekijöihin kuuluvat myös isojen laitosten sijaintikuntaedut ja -haitat, jotka voivat suurestikin vaikuttaa päätöksiin.

9.3 Korvaavan avohuollon luominen

Seuraavissa tauluissa on esitetty asetelma, jossa edellä kuvatus laitoshuollon vähentämisen vastapainona luodaan korvaavaa avohuoltoa. Vaihtoehtoja on luonnollisesti lukuisia eikä laskelmaan ole otettu mukaan kaikkia mahdollisia avohuollon muotoja.

Ensimmäisen taulun yläosassa on esitetty tiiviissä muodossa laitoshoidon vähentämistä vapautuvat resurssit. Henkilöstöä vapautuu 10-vuotiskautena 13 400 ja raharesursseja 1,3 miljardia mk, jos reaalipalkkojen muutos otetaan huomioon. Ilman reaalipalkkojen muutosta raharesurssit olisivat 3,2 miljardia mk.

Seuraavassa – kuten jo aiemminkin – on otettu huomioon reaalipalkkojen muutos.

Korvaava avohuoltojärjestelmä muodostuu kahdesta pääosasta: käyttömenoresursseista sekä investoinneista. Käyttömenoresurssit jakautuvat kahteen osaan: henkilöstöön, joka siirtyy laitos- ja vuodeosastohoidosta sekä sosiaalivakuutuksesta saatavat lisäresurssit. Siirtyvän henkilöstön käyttömenot ovat 3 368 milj. mk tavoitetasossa vuonna 2000. Kelan etuuxiin sisältyvä välillinen "tulotuki" on arviolta 400 milj. mk vuodessa. Yhteenselaskettuna käyttömenoresursseja on siis 3 768 milj. mk, mikä on henkilöstönä laskettuna noin 15 000 henkilötyövuotta.

Investoinnit jakautuvat myös kahteen pääryhmään: rakennusinvestointeihin sekä muihin investointeihin. Muihin investointeihin sisältyvät lähinnä teknologiaa – kuten turvalaitteita, vammaisvälineitä, tietojärjestelmiä jne. – koskevat investoinnit ja koulutus. Siis tieto-taito-investoinnit. Rakennusinvestointeihin sisältyy fyysisen, kiinteän palvelurakenteen investoinnit.

Laskelmasta puuttuvat arviot investoinneista saatavista hyödyistä. Avohuoltoa tukevat rakentamiskustannukset ja muut investoinnit on muunneltu taulun oikeassa reunassa

LAITOSHOITOA KORVAAVAN AVOHUOLLON LUOMINEN

Luonnos 24.11.92

A. LAITOSHOIDON VAHENTAMINEN		Vaihtoehto 1 suhde 2:een			
	Lähtötaso 1990	Tavoite 2000 Ilman reaali- palkkojen nousua	Muutos	Tavoite 2000 reaalipalkkojen nousu 1 % vuodessa	Muutos
Paikkaluku	90 500	61 900	-28 600		
Henkilöstö	87 000	73 600	-13 400		
Henk./paikka	0,96	1,19	0,23		
Kustannukset, mmk	19 800	16 650	-3 150	18 500	-1 300
Kustan./paikka, 1000 mk	219	269	50	299	80
Kustan./työntekijä, 1000 mk	228	226	-1	251	24

B. KORVAAVAN AVOHUOLLON LUOMINEN		Yksikkö- kustannukset '1000 mk	Käyttömenot ja investoinnit jakso- tettuna v. 2000 milj.mk/v reaalipalkkojen nousu 1 % pääoman korko 4%
Käyttömenot v. 2000 ja investoinnit 1990-2000			
KAYTTOMENORESURSSIT			
Laitoshuollosta vapautuvat henkilöstöresurssit			
Henkilöstö	13400	251 virka	
Kustannukset, mmk/v	3 368		3 368
Sosiaalivakuutuksesta saatavat lisäresurssit			
Maksukert. kasvu, mmk/v	400		400
Henkilöstöksi muuntaen	1 600	251 virka	
RAKENNUSINVESTOINNIT			
Asuntoja, kpl	10000	300 asunto	Hyötyaika vuosia
milj. mk/10 v.	3000		152 40 v.
Asuntojen peruskorj. kpl	5000	100 korjaus	
milj. mk/10 v.	500		112 5 v.
Asunnon muutostöitä, kpl	2000	50 korjaus	
milj. mk/10 v.	100		22 5 v.
Hissejä, kpl	5000	400 hissin	
milj. mk/10 v.	2000	"tukkuhinta"	101 40 v.
Päivätoiminta, paikkoja	1000	250 paikka	
milj. mk/10 v.	250		13 40 v.
Rak.investoinnit yht.	5850		400
MUUT INVESTOINNIT			
Teknologia, milj. mk/10 v.	2750	0,5 % st:n menoista	618 5 v.
Koulutus ym. kpl	9000	30 koulutuspaketti	
milj. mk/10 v.	270		33 10 v.
KAIKKIAAN			4 819 100%
Käyt. ol.lask. henkil.vuodet	15 000		
Lasken. henk./asiakas	0,50		
Käyttömenot, milj. mk	3 768		3 768 78%
/asiakas, 1000 mk	126		126
Investoinnit, milj. mk/v	887		1 051 22%
/asiakas, 1000 mk	30		35
svol:n per. hankkeet 1994	1200 milj.mk	liite6/kokkust2.xls	

vuosittaisiksi kustannuksiksi. Pääomalle on asetettu 4 %:n korkovaatimus ja jaksotuksessa on käytetty annuiteettimenetelmää.

Laskennan suurin haaste liittyy hyötyjen arvioimiseen. Erilaiset menot – investointi- tai käyttömenot – on helppo muuntaa tai jaksottaa kustannuksiksi. Sen sijaan hyötyjen arvioinnissa joudutaan useimmiten harkinnanvaraisiin, todennäköisyyksiin pohjautuviin arvioihin. Lopullinen hyötyluku täytyy haarukoida erilaisten vaihtoehtojen välimaastosta. Tässä kohtaa erityisesti sosiaalipuolella on paljon varaa kehittää laskenta- ja arviointimenetelmiä.

Laskenta-asetelman ulkopuolella ovat:

- a) Ne olemassa olevat avohuollon resurssit, jotka voitaisiin kohdistaa uudelleen tukemaan laitoshuoltoa korvaavaa avohuoltoa, esimerkiksi siirtää ns. "kevyestä" avohuollosta tukemaan laitoshuoltoa korvaavaa avohuoltoa. Tällaisia resursseja voi löytyä esimerkiksi kodinhoitoavun piiristä. Taulun alareunaan kuuluisi panna näinollen kolmas lohko C, joka voitaisiin otsikoida "vähemmän tarpeellisen avohuollon vähentäminen", josta yhtä lailla tulisi imeä resursseja tukemaan B-lohkoa. Nämä miljoonat eivät kuitenkaan todennäköisesti ole niin suuria, että niiden poisjättäminen olennaisesti harhauttaa kuvaa.
- b) Palvelujen porrastus laitoshoidon sisällä. Laskelmassa ei ole tutkittu muutoksia laitoshoidon sisällä, vaan pidetty tätä "mustana laatikkona" ja tutkittu ainoastaan laitoksista vapautuvien resurssien käyttöä avohuollossa.
- c) Tuottavuuskehitystä ei ole arvoitu sen paremmin avo- kuin laitoshoidossakaan.

Laskelmassa ei ole kiinnitetty avohuoltoon siirtyvää henkilöstöä mihinkään toimintamuotoon. Resurssien kiinnittäminen tiettyihin toimintamuotoihin johtaa toisaalta liian tarkkaan laskentaan. Erilaisia vaihtoehtoja avohuollon järjestämisessä on lukemattomia. Toisaalta resursseja ei pidä kiinnittää avohuollossakaan liian tiukasti tiettyihin toimintamuotoihin. 30 000 markan koulutuspaketilla per työntekijä pyritään kuitenkin siihen, että siirto voisi tapahtua joustavasti.

Ilmeisesti osa henkilöstöstä voi ja haluaa kouluttautua itsenäiseksi ammatinharjoittajaksi esim. vanhusten kotipalvelujen ja kotisairaanhoidon tehtäviin. Tilastot puolestaan kertovat siitä, että lisäresursseilla voitaisiin lisätä mm. tukipalveluja.

Korvaavan avohuollon luomisessa on myös otettu huomioon ne lisäresurssit, joilla sosiaalivakuutus tukee avohuoltoa erilaisten kansaneläkelaitoksen maksamien etuuksien muodossa (täysimääräinen ke-lisäosa, ke-asumistuki, eläkkeensaajien hoitotuet, vammaistuet ja lasten hoitotuet). Tällainen tulotuki ilmenee niin, että avohuollossa oleva pitkäaikaishoidon asiakas saa em. etuuksia, jotka voidaan ottaa huomioon avohuollon maksupolitiikassa asiakkaiden maksukykyä lisäävinä tekijöinä tiettyyn rajaan saakka. Sosiaalivakuutukseen sisältyvän avohuollon tuen arvioinnissa on jonkin verran epävarmuustekijöitä (esim. siinä suhteessa, miten kunnat määrittelevät avo-

huollon maksuperusteet). Voidaan kuitenkin arvioida, että kansaneläkelaitoksen etuudet antavat kunnille potentiaalista, "ylimääräistä" maksukertymäpohjaa vuositasolla noin 400 milj. mk, mikä merkitsee henkilöstöksi muunnettuna noin 1600 virkaa. Tosin maksukertymän kasvu riippuu myös siitä, miten eläkkeensaajien hoitotukea ja muita ns. vammaistukia kohdellaan maksupolitiikassa.⁶

Mainittakoon, että Kansaneläkelaitoksen tilastot vahvistavat käsitystä siitä, että pysyvään laitoshuoltoon on ainakin aikaisemmin siirtynyt varsin paljon toimintakyvyltään hyväkuntoisia vanhuksia. Noin 55 000:sta pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevasta vain 27 000 oli sellaisia, jotka olivat saaneet ennen laitoshoittoa sijoitusta eläkkeensaajien hoitotukea (tai aikaisempaa apu- tai hoitolisää). Näin arvioiden noin puolet asiakkaista on aikoinaan otettu laitoksiin muista kuin toimintakyvyn vajavuuteen liittyvistä syistä.

9.4 Investointiohjelma

Investointimenot on jaksotettu kustannuksiksi ottaen huomioon investoinnin arvioitu hyötyaika. Investointihankkeet jaksottuvat kymmenelle vuodelle. Vuosittaiset investointimenot (887 milj. mk) on mitoitettu niin, että ne mahtuvat valtakunnallisessa suunnitelmassa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1993–1996 varattuun perustamishankeintiöön (1 200 milj. mk vuodessa). Lisäksi osa investoinneista sopii erityisen hyvin Ray:n toimialaan ja osa ympäristöministeriön toimialaan.

Investointilaskelmassa on pohjana 887 milj. mk sovitettu kehyslaskelma, jonka sisällä voidaan laskea useampia vaihtoehtoja. Oheisena on myös esimerkkinä taulu, jossa on muunneltu kohteita kehyksen sisällä.

Investointiohjelman peruslaskelmaan on valittu seuraavia tekijöitä

1. Koska asuntopolitiikalla voidaan merkittävästi tukea avohuoltoa, laskelmassa on oletettu rakennettavan 10000 asuntoa eli 1000 asuntoa vuodessa. Tämä on noin 10 % viime vuosina rakennetuista aravarahoitettujen vuokra-asuntojen määrästä ja 3 % 75 vuotta täyttäneiden määrästä. Tämän laskentaoletuksen paikkansapitävyys tulee selvittää tarkemmin myöhemmin.

Laskentaoletus voidaan tulkita myös niin, että joka kuudes asiakas tarvitsee myös asunnon vaihtoehtona laitossijoitukselle. Keväällä 1991 oli erilaisissa laitoksissa asunnon puutteen takia noin 3 300 henkilöä kuntien antamien tietojen mukaan. Sosiaali- ja terveyshallituksen vuonna 1991 tekemän selvityksen mukaan vanhainkodeissa ja terveyskeskuksissa hoidettavista 2 400 olisi tullut toimeen palvelutalossa, laitoksen henkilökunnan arvion mukaan. Toisaalta vanhuksia asuu hyvin suuri määrä puutteellisesti, jolloin osalle näistä lienee tarpeen uusi asunto.

⁶ Uudessa sosiaali- ja terveydenhuollon maksuasetuksessa on kaavailtu mm. ,että eläkkeensaajien hoitotukea ei saisi ottaa tulona huomioon tulosidonnaisissa maksuissa. Ratkaisu tuntuu omituiselta, koska tukimuodolla nimenomaisesti halutaan kompensoida toimintakyvyn vajavuudesta aiheutuvia haittoja ja taloudellisia menetyksiä.

Kokonaisinvestointimenot 10 000 asunnosta kymmenessä vuodessa ovat noin 3 miljardia mk. (Asunnon hinnassa – 300 000 mk – on ennakoitu tuleva asuntojen hintojen nousua, vaikka nykyisin hinta lieene kolmanneksen pienempi). Vuosittaiset todelliset kustannukset olisivat kuitenkin vain noin 152 miljoonaa markkaa, kun otetaan huomioon asuntoinvestoinnin pitkä ikä. Ja kun otetaan huomioon, että asuntoinvestoinnit rahoitettaisiin pääosin valtion lainoin ⁷ ja osa mahdollisesti Ray-rahoin, asuntoinvestoinnista aiheutuvat kustannukset kunnille jäävät selvästi em. pienemmiksi. Itse asiassa aravatuotannon rahoitusperiaatteisiin kuuluu se, että asukkaat rahoittavat itse vuokrallaan investoinnin, jolloin kunnan lopulliseksi rahoitusosuudeksi jää järjestely- ja suunnittelukuluja ja kunnan pieni rahoitusosuus ke-asumistukeen.

2. Peruskorjattavia asuntoja on laskentaesimerkissä 5000.

Vanhusten asunnoista oli erittäin puutteellisesti varustettuja 43 000 (11,8 %) Tilastokeskuksen asuinolotilaston mukaan vuoden 1991 lopussa. Näistä 30 000 oli yhden vanhuksen asuntoja. Kaikkiaan 17 % vanhuksista asuu erittäin puutteellisesti varustetuissa asunnoissa. Luvut perustelevat korjattavien asuntojen määrän nostamista laskelmassa, mutta löytyy myös vastakkaisia perusteluja. ⁸

Peruskorjauksen kustannukseksi on arvioitu 100 000 mk.

Seppo Tiaisen tutkimuksen mukaan ⁹ Pohjois-Karjalan neljässä kunnassa vuosina 1990–91 toteutetussa kokeilussa peruskorjauksen keskihinta oli noin 100 000 mk. Kokeilun tulosten perusteella asuntojen perusparannus on niin asukkaan, kunnan kuin valtionkin kannalta järkevää ja kannattavaa, oli tutkijan johtopäätös. Hyötyajaksi kunnan kannalta on tässä laskelmassa arvioitu viisi vuotta. Tämä on peruskorjausinvestoinnin kriittinen kohta silloin, kun asiaa arvioidaan kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukustannusten näkökulmasta.

Asuntojen peruskorjausta varten on omat monimuotoiset hallinto-, tuki- ja rahoitusjärjestelmänsä, jotka voisivat olla yksinkertaisempia.

Tiainen kuvasi tutkimuksessaan asiaa kuviolla, jonka hän otsikoi nimellä: "Puutteellisen asumisen puuro". Korjausneuvojan palkkaaminen on P-K-kokeilun mukaan välttämätön edellytys, jotta vanhusten asumistaso saataisiin parantumaan, vaikka em. puurokin selkiintyisi.

Pohjois-Karjalan tutkimuksessa havaittiin, että lopulliset kustannukset kunnalle korjauksesta olivat vain 3 700 mk, josta korjausneuvojan osuus 2 700 mk ja sosiaalitoimen osuus 1 000 mk. Rahoitus asuntojen peruskorjauksesta kaatuu pääosin valtiolle.

⁷ Ellei järjestelmää romuteta.

⁸ On huomattava, että tämä investointiohjelma koskee niitä asuntoja, joiden peruskorjauksen aloite tulee sosiaali- ja terveydenhuollosta. Muu asuntojen peruskorjaus – kuten muukin asuntopolitiikka – on ulkopuolella.

⁹ Asuntojen perusparannus kannattaa, Pohjois-Karjalan Seutukaavaliiton julkaisu, 1992

Pohjois-Karjalan kokeilussa 355:stä korjauskohteesta 18 (eli 5 %) oli sellaista, joissa korjaus lykkäsi laitoshoidon siirtymistä. Lykkääntymisaikaa on vaikea arvioida, mutta olettaen sen keskim. kolmeksi vuodeksi Tiainen on laskenut 6,5 miljoonan markan säästön kokeilukunnissa. Kunnan kannalta 3 700 markalla, joka keskimäärin kului yhteen korjauskohteeseen, voitiin kustantaa yhden vanhuksen kuukauden hoito vanhainkodissa ja kolmen viikon hoito terveyskeskuksen vuodeosastolla. Kuukauden lykkäys laitokseen siirtymisessä siis riittäisi kattamaan kunnalle aiheutuvat korjauskustannukset.

Kunnalle asuntojen perusparannus on siis käytännössä liki ilmaista, jos se suhteutetaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukustannuksiin.

Asuntojen peruskorjaukseen liittyy paljon yhteiskuntataloudellisia näkökohtia, samein ongelmia hyödyn siirtymästä. Kunnallisesta peruskorjauksesta siirtyy hyöty suurelta osin – joskus pääosinkin – perikunnalle sen jälkeen, kun aika jättää edellisen asukkaan. Toisaalta merkittävä osa hyödystä realisoituu asukkaiden – myös muiden kuin vanhusten – asuinmukavuuden paranemisena eikä välittömästi palvelutarpeiden vähenemisenä tai laitostarpeen siirtymisenä. **Asunnon peruskorjaus – kuten yleensä asuntopoliittiset tukimuodot – tulee nähdä ennenkaikkea ennaltaehkäisevänä sosiaali- ja terveydenhuollon tukimuotona eikä palvelutarpeita korvaavana tai korjaavana.**

Hyötynäkökohdat voidaan ottaa huomioon monilla tavoin rahoitusjärjestelyissä. Perikunnan kanssa on mahdollista sopia mm. rahoituksen jaosta. Kaiken kaikkiaan puutteellisen asumisen puuro on niin monimuotoinen, että sen turvin kyettäneen hyvinkin joustaviin ja järkeviin rahoitussopimuksiin. Asuntojen perusparannukseen sisältyvää riskiä kuvaa se tosiasia, että 5000 asunnon perusparannuksen kustannukset ovat oheisessa laskelmassa kaksi kolmasosaa 10000 uuden asunnon rakentamisen kustannuksista. Vaikka uuden asunnon yksikkökustannus(300 000 mk) on kolme kertaa suurempi kuin peruskorjauksen kustannus, peruskorjaushyödyn "valuminen kohteen" ulkopuolelle tekee siitä kalliimman yhteiskunnan näkökulmasta.¹⁰

Vanhusten asuntojen peruskorjaukset liittyvät laajaan yhteiskunnalliseen kysymykseen. Tuleeko sosiaali- ja terveydenhuollon avulla ja tarpeisiin perustuen ylläpitää sellaista infrastruktuuria, jolla muuten ei olisi kovinkaan valoisia tulevaisuuden näkymiä? Sosiaali- ja terveyspalveluista muodostui tietyillä alueilla merkittäviä elinkeinon aloja, joilla kyettiin valtion tuella työllistämään muuten työttömiksi jääviä ihmisiä. Missä määrin tämä on jatkossa järkevää ja mahdollista, on keskeinen kysymys. Voivatko esim. maatalousyrittäjät laajentaa sivutoimiaan sosiaalipalveluihin, jolloin asuntojen peruskorjaus olisi osa tällaista yhteiskuntapolitiikkaa?

3. Asunnon muutostyöt ovat halvempia kuin peruskorjaukset. Ne voidaan rahoittaa erilaisten sosiaalihuollon lakien turvin, mutta myös jossain määrin asuntomäärärahoista. Asunnon muutostyöt ovat asuntopoliittista "hienomekaniikkaa", jossa rahoitus tuskin voi edes olla järkevän toiminnan este. Hyötysuhde muutostöissä on ilmeisesti hyvin korkea ja taulussa oleva määräravio alimitoitettu.

¹⁰ Luku pohjautuu ennen lamaa vallinneeseen hintatasoon. Vuonna 1992 hintataso lience noin 200–250 000. Lukua ei ole muutettu sen takia, että yksistään 5000 lisäasunnon rakentaminen varmasti nostaa hinnan jälleen lähelle 300 000 mk.

4. Palvelurakennetyöryhmän lopullisen muistion liitteenä on **Bengt-Vilhelm Levo'nin J Anders Ekmanin** lausunto hissien rakentamisesta olemassaoleviin kerrostaloihin. Ekmanin on myös tehnyt hissien asentamisen kansantaloudellisen hyötylaskelman. Laskelmien mukaan 14 000 hissi-investoinnilla saavutetaan optimaalinen tulos. **Investoinnin kansantaloudellinen tuotto on laskelman mukaan 2,5 miljardia mk.** Hissi-investoinnit olisivat 5,8 miljardia markkaa. Erilaisista säästyneistä julkisista palveluista – lähinnä laitoshoidossa ja palveluasumisessa – saavutettava säästö on kuitenkin pitemmällä aikavälillä selvästi suurempi. Tällöin investoinnin nettotulokseksi eli säästökseksi voidaan laskea mainittu 2,5 miljardia mk. Tämä hyöty jaksottuu hyvin pitkälle ajalle. Ekmanin laskelmassa hissien käyttöajaksi laskettiin 40 vuotta.

Pitkällä aikavälillä hissien rakentaminen lienee välttämätön edellytys sille, että pitkäaikaista laitoshoidoa tai palveluasumista voitaisiin vähentää. Ja vaikka kustannus- ja hyötylaskelmiin sisältyy monia epävarmuus- ja arvostustekijöitä, voidaan olla varsin vakuuttuneita siitä, että hissien rakentaminen kannattaa.

Hissien tuottoarviot ja hissien rakentamisen järjestely vaatii paljon jatkoselvittelyä. Tämän takia peruslaskelmaan pantiin toistaiseksi vain 5 000 kohdetta.

5. **Päivätoiminta sisältää myös päiväsairaalat.** Kokemukset päivätoiminnasta ovat niin vähäiset ja mittaamisen ongelmat niin suuret, että toiminnan kannattavuudesta voi esittää arvailuja.

6. **Korvaavaa avohuoltoa edistävään teknologiaan** on peruslaskelmassa kaavailtu investoitavan 0,5 % sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaismenoista. Tämä on noin 275 milj. mk vuodessa – siis varsin vähän. Ilmeisesti tämä potti pitäisi korottaa ainakin kolminkertaiseksi, mutta tällöin teknologia söisi investointikehyksen jo liki 100 %:sti. Erilaisesta vanhusten ja vammaisten elämää auttavasta ja helpottavasta teknologiasta saatava hyöty on päivänselvä; samoin atk:sta ja tietojärjestelmistä saatava hyöty, jos niitä jaksetaan kehittää ja ottaa käyttöön.

Teknologia vanhenee nopeasti ja tästä johtuu, että sen kustannukset ovat suuret (laskelmassa hyötyikä on 5 vuotta), mutta sen hyödyt ovat varmasti vielä suuremmat. Teknologiainvestoinnit tulee erikseen tutkia, arvioida ja perustella kuin rakennusinvestoinnit, joiden hyötykäyttö – peruskorjauksia ja asuntojen muutostöitä lukuunottamatta – mitataan vuosikymmenissä.

Laskelman tulos tiivistyy KAIKKIAAN- riville ja sen alla oleviin suureisiin.

Investointimenot kymmenessä vuodessa ovat noin 8,9 miljardia mk eli 890 miljoonaa mk vuodessa. Kustannuksiksi muunnettuna ne ovat noin 1 050 milj. mk vuodessa. Tämä suure on se, jota tulee verrata käyttömenoresursseihin, siis 3 768 milj. mk:aan.

Varsin mittavalta näyttävän investointiohjelman kustannusten osuus laitoshoidosta osittain korvaavan avohuoltojärjestelmän kokonaiskustannuksista on vain viidennes.

Terveystenhuollon sekä vanhuksia ja kehitysvammaisia koskevan sosiaalihoitoon palvelujärjestelmän kokonaiskustannukset olivat vuonna 1990 noin 34,4 miljardia mk. Investointiohjelman kustannukset ovat tästä 3 %.

Mikäli investointeilla kyetään edes hiukan vähentämään sellaisia palvelutarpeita, jotka muuten joudutaan hoitamaan palkatulla henkilöstöllä, investoinnit ovat kannattavia.

9.5 Vaihtoehtolaskelmia

Laitoshoitoa osittain korvaavassa avohuollossa sekä käyttömenoresursseista ja investointikehyksestä voidaan rakentaa rajaton määrä erilaisia vaihtoehtoja.

Valtakunnallisessa laskelmassa ei ole järkeä mennä näin syvälle. Järkevät mallit vaihtelevat kunnan ja alueen olosuhteiden ja toimintapolitiikan mukaan. Sen sijaan oheisessa taulussa on esitetty arvio siitä, millaisia mahdollisuuksia laitospuolelta siirretyt henkilöstöresurssit yhdessä Kelan tuen kanssa antavat laajentaa tuen saajien piiriä.

Jos asiakaspiiriä ei laajenneta, resurssit antavat mahdollisuuden järjestää palveluja 30 000 pitkäaikaishoidon asiakkaalle¹¹ niin, että laskennallista henkilöstöä on asiakasta kohti 0,5 eli jokseenkin sen verran kuin keskimääräinen vanhainkoti tarjoaa. Koska tarkoituksena ei ole luoda uusia vanhainkoteja, resursseja riittää laajemmalle välle. Esimerkiksi tyypillisen palvelutalon kustannukset ovat noin kaksi kolmasosaa vanhainkodin kustannuksista. On ilmeistä, että mikäli taulun alaosassa olevia avohuollon "palvelupalikoita" osataan yhdistellä investointiohjelman eri osasiin, ylletään asiakaspiirin laajentamisessa 40 000 – 50 000:een. Syntyy synergiaa.

Oheisessa taulussa on peruslaskelmasta poikkeava vaihtoehtoinen investointiohjelma.

Investointikehys on taulun yläosassa. Seuraavassa kentässä on vaihtoehtoiset investoinnit. On hyvin helppoa tehdä taulukkolaskentaohjelmalla – esim. EXCELillä, niin kuin tässä – ohjelma, jolla etsitään erilaisia variaatioita, jotka mahtuvat kehykseen. Esimerkissä muutettiin asuntojen, asunnon muutostöiden ja teknologian osuuksia investointiohjelmassa ja pysyttiin kehyksessä (kai sattumalta viimeistä miljoonaa myöten).

Vaihtoehtoisen investointi-ohjelman alimmassa kentässä on tiiviissä muodossa laskennan lopullinen tulos.

Investointien kustannusarvioiden vastapainona täytyy olla käsitys niistä säästöistä ja hyödyistä, joita investoinnit aiheuttavat. Ne synnyttävät aina hyötyjä, jotka realisoituvat jossain, joskus ja joillekin. Hyötyjä on vaikea muuntaa kokonaan numeroiksi, mutta osittain ne ovat muunnettavissa. Useimmat investointihyödyt edellyttävät tiettyjä asioita, joiden toteutumisen todennäköisyys tulee arvioida ja myös vaikuttaa että se toteutuu. Asiakkaan näkökulma on tärkein, siis vaikuttavuusarviot asiakkaiden kannalta, mutta tulee asiaa toki arvioida muittenkin kannalta.

¹¹ Kuten muistetaan laitoshoidosta vähennettiin paikkalukua 29 000:lla, joka on pyöristetty 30 000:ksi.

LAITOKSISTA VAPAUTUVIEN RESURSSIEN KÄYTTÖMAHDOLLISUUKSIA

KÄYTTÖMENORESSIT		Vaihtoehto 1 suhde 2:een
Laitoshuollosta vapautuvat henkilöstöresurssit		
Henkilöstö	13400	251 000 mk vuodessa per virka
Kustannukset, mmk/v	3 363	
Sosiaalivakuutuksesta saatavat lisäresurssit		
Maksukert. kasvu, mmk/v	400	
Henkilöstöksi muuntaen	1 600	251 000 mk vuodessa per virka
Laskennallinen henkilöstö	15 000	Yhteensä
Kustannukset, mmk/v	3 763	Yhteensä
Lask.henkilöstö/asiakas	0,50	30 000 asiakasta
Rahaa asiakasta kohti	125 447	mk/vuodessa lähtötilanne
Rahaa asiakasta kohti	10 454	mk/kuukaudessa
Rahaa asiakasta kohti	343	mk/päivässä
Lask.henkilöstö/asiakas	0,38	40 000 asiakasta
Rahaa asiakasta kohti	94 085	mk/vuodessa
Rahaa asiakasta kohti	7 840	mk/kuukaudessa
Rahaa asiakasta kohti	257	mk/päivässä
Lask.henkilöstö/asiakas	0,30	50 000 asiakasta
Rahaa asiakasta kohti	75 268	mk/vuodessa
Rahaa asiakasta kohti	6 272	mk/kuukaudessa
Rahaa asiakasta kohti	206	mk/päivässä

liite6/kokkust2.xls

Kustannusten mittapuita	1990 tilastoista	
	hoitopäivä käyntikerta	
	mk	mk
Yleissairaala	1521	671
Mielisairaala	651	446
Kehitysvammalaitos	598	
Terveyskeskus, yl.lääkärijohtoinen	490	198
Vanhainkoti	323	

Avohuollon palvelujen palikoita	Yksikkökust.	Käyttömenot
1990 tilastoista	mk	milj.mk
Kodinhoitoapu käyntikertaa kohti, mk	191	1455
Kodinhoitoapu kotitaloutta kohti vuodessa, mk	7400	
Tukipalvelut kotitaloutta kohti vuodessa, mk	2900	198
Kotihoidon tuki tuen saaja kohti, mk/päivä	50 arvio	288
Kotisairaanhoidon tuki, käyntikertaa kohti, mk	150	360

VAIHTOEHTOISIA INVESTOINTIOHJELMIA

Investointikehys	8870	milj. markkaa 10 vuodessa
	887	milj. markkaa vuodessa, jos tasainen ohjelma

ASUNNON MUUTOSTÖITÄ JA TEKNOLOGIAA PAINOTTAVA VAIHTOEHTO

	RAKENNUSINVESTOINNIT		KUSTANNUKSET mk/vuosi	Hyötyaika vuosia
	10 vuodessa	Yksikkökust. 1 000 mk		
Asuntoja, kpl	5000	300 asunto		
milj. mk/10 v.	1500			76 40 v.
Asuntojen peruskorj. kpl	5000	100 korjaus		
milj. mk/10 v.	500			112 5 v.
Asunnon muutostöitä, kpl	10000	50 korjaus		
milj. mk/10 v.	500			112 5 v.
Hissejä, kpl	5000	400 hissin		
milj. mk/10 v.	2000	"tukkuhinta"		101 40 v.
Päivätoiminta, paikkoja kpl	1000	250 paikka		
milj. mk/10 v.	250			13 40 v.
Rak.investoinnit yht.	4750		414	
	MUUT INVESTOINNIT			
Teknologia, milj. mk/10 v.	3850	0,7 % sth:n menoista	865 5 v	
Koulutus ym, kpl	9000	30 koulutuspaketti		
milj. mk/10 v.	270		33 10 v.	

Investoinnit, milj. mk/v	887	1 312
---------------------------------	------------	--------------

Ylijäämä kehyksestä	0	vuotuisesta investointivarasta, milj. mk
----------------------------	----------	---

liite6/kokkust2.xls

ARVIO INVESTOINTIOHJELMASTA SAATAVISTA HYÖDYISTÄ
SEKÄ SITÄ TUKEVISTA JA HAITTAAVISTA TEKIJÖISTÄ

Toimintamuoto	Hyöty/ säästö mk/vuosi	Edellytykset säästöille	Vaikuttavuus
			Uhat Haitat
Laitoshoito			
som. erikoissairaanhoito	xxxx	yyyyyyyyyy	zzzzzzzz
psykk. erikoissairaanhoito			
perusterveydenhuolto	xxxxxx	yyyyyyyyyy	zzzzzzzz
vanhainkotihoito			
kehitysvammahuolto			
Avohuolto			
kodinhuoltoapu		väestövastuutiimi	
tukipalvelut		tiimillä monipuolinen	
kotisairaanhoito		välineistö, esim.	
xxxxxxx		- palvelumaksujen sovitteluoikeus	
....		- tietojärjestelmiä	
		- budjettivaltaa ja -velvollisuuksia	
Kaikkiaan	xxxxxx	Onko suurempi kuin	1 312

Jo investoinnin kustannuksia arvioitaessa on vaikea välttää arvostuksia. Hyötyjen arvioinnissa arvojen esille nostaminen on jo välttämätöntä. Ja vaikka taulun alariville on pantu näkyville viitteellinen hyötyluku xxxxx, jonka tulisi olla suurempi kuin 1 312 milj. mk, jotta investointiohjelma olisi kannattava, voi olla, että xxxxx :ää ei koskaan ole mahdollista saada markkamääräisenä selville. Sitä on hyvä lähestyä, mutta sitä ei voi koskaan tarkkaan laskea, koska eettisiä asioita ei voi muuntaa rahaksi, paitsi ehkä kustannusten puolella.

Perimmältään laitosvaltaisen palvelurakenteen muuntaminen avohuollon suuntaan on eettinen kysymys. Niin monissa tutkimuksissa on osoitettu, että esim. vanhukset haluavat elää myös viimeiset aikansa kotona tai ainakin kodinomaisesti. Palvelurakenteen muutos tähän suuntaan on taloudellista, yhteiskunnallista etiikkaa.

Taloudellisessa mielessä pitkäaikaishoidon järjestämisessä joko avohuollossa tai laitoshuollossa on sellainen kustannusrakenteellinen ero, että laitoshuollossa liki kaikki kustannukset on pantu saman katon alle, samaan laitokseen. Sen sijaan avohuollossa kustannukset ja tosiasiallinen rahoitusvastuu jakautuvat useiden tahojen kesken, ja myös useiden rahoituslähteiden kesken. **Nimenomaan tämä on se piirre, joka tekee avohuollosta taloudellisen. Jaettu kustannusvastuu on taloudellista ja helpompi kantaa kuin yhdelle sysätty.**

Kustannusvastuun jakoon perustuu myös ennaltaehkäisevä toiminta. Sosiaali- ja terveydenhuolto on pitkäaikaishoidossaan hyvin suuressa määrin riippuvainen siitä, mitä tapahtuu muualla yhteiskunnassa; esimerkiksi, saadaanko taloihin hissit. Jos muut yhteiskunnan lohkot laiminlyövät liikuntavammaisille ja vanhuksille soveltuvan yhdyskunnan kehittelyn, kustannusvastuu sysätään sosiaali- ja terveydenhuollolle. Tällaisessa kustannusten "vyörytyspelissä" sosiaali- ja terveystoimelta on turha vaatia tehokkuutta ja taloudellisuutta, elleivät muut yhteiskunnan lohkot ole valmiita suhteellisen pienillä lisäpanoksilla ennaltaehkäisemään kustannuspaineiden kasautumista sosiaali- ja terveydenhuollolle – ja tätä kautta veronmaksajille.

Avohuollon suurin ongelma voi olla toiminnallisen vastuun jaossa. Avohuolto voi houkutella väärään toiminnallisen vastuun jakoon, jolloin kukaan ei kanna kokonaisvastuuta. Toiminnallista vastuuttomuutta on luonnollisesti myös se, että tehostetaan avohuolto pysyvästi sellaiselle tasolle, että sen kustannukset ylittävät roimasti vaihtoehtoisen laitoshoidon kustannukset. Ennen kustannuskelloja, tulisi kuitenkin jo muiden kellojen soida. Toimivaan palvelujärjestelmään ei oikeastaan voi vakiintua sellaista pysyvää toimintaa, jossa palvelujen kustannukset ylittävät laitoshoidon. Runsaasti hoitoa ja turvaa tarvitsevat ihmiset tulee vähintäänkin siirtää lähelle palveluja, kenties jopa laitoksen lisäsiipeen, jolloin he – sen paremmin kuin henkilökuntakaan tai kustannuslaskijat edes tietävät, ovatko he laitoksessa vai ei. Taloudellisimmillaan laitoksen ja avohuollon raja on kuin veteen piirretty viiva.

10. Palvelurakenteen kehittämisestä syntyvät säästöt

Kun laitoshoidtoa korvataan avohuollolla syntyy kahdenlaisia säästöjä: välittömiä säästöjä sekä säästöjä, jotka ilmenevät vasta pitemmän ajan kuluessa. Välittömiä säästöjä saadaan käyttömenoissa siirrettäessä henkilöstöä ja asiakkaita laitoksista avohuoltoon. Usein siirrot edellyttävät kuitenkin avohuoltoa tukevia investointeja, jolloin kokonaissäästöt siirtyvät tulevaisuuteen.

Oheisessa taulussa on arvioitu millaisia säästöjä on mahdollista saada avohuollossa kymmenentenä vuonna, mikäli henkilöstöä siirtyy laitoksista avohuoltoon edellä esitetyn laskelman mukaan 13 400 ja investointeja tehdään vuosittain 900 miljoonan markan edestä.

Edellytys sille, että henkilöstön siirrosta syntyy säästöjä käyttömenoissa on luonnollisesti se, että avohuoltoon siirtynyt työntekijä kykenee vastaamaan suuremman asiakasmäärän palvelutarpeista avohuollossa kuin laitoksissa. Laskentaesimerkissä on arvioitu, että laskennallista henkilöstöä asiakasta kohti tarvitaan avohuollossa keskimäärin 0,3. Mitoitus johtaa siihen, että käyttömenoissa säästetään rahaa noin 1,5 miljardia markkaa kymmenentenä vuonna. Henkilöstön määrä tavoitetilanteessa on noin 7 400 eli 45 % pienempi kuin lähtötilanteessa.

Se, millaiseksi keskimääräinen henkilöstömitoitus asiakasta kohti avohuollossa muotoutuu, vaikuttaa ratkaisevasti säästön suuruuteen. Mikäli mitoituksena olisi käytetty suhdelukua 0,5, säästö käyttömenoissa olisi jäänyt saamatta. Kaikki käyttömenot, jotka laitospuolelta olisi säästetty olisi käytetty saman suuruiselle asiakasjoukolle tarkoitetun korvaavan avohuollon luomiseen. Tällainen normi ja sitä vastaava summa rahaa (125 000 mk asiakasta kohti vuodessa) vastaa vanhainkotihoidon tasoa, joten on luonnollista, että pienemmällä resurssimäärällä tulee kyetä luomaan korvaava avohuolto.

Lukijaa saattaa hämmästyttää se, että laskelmassa henkilökunnan tai viran vuosikustannukseksi on tässä – kuten aikaisemminkin – arvioitu noin 250 000 mk vuodessa. Tämä on selvästi suurempi luku kuin yleensä on tapana käyttää viran tai työntekijän kustannuksia arvioitaessa. Esimerkiksi valtionosuuteen oikeuttavan sosiaalitoimen viran keskimääräiseksi kustannukseksi vuonna 1992 on arvioitu 160 000 mk vuodessa ja terveydenhuollon viran kustannukseksi noin 225 000 mk, jolloin sosiaali- ja terveydenhuollon viran keskimääräinen kustannus on vajaa 200 000 mk vuodessa.

Mainittu 250 000 mk saatiin jakamalla laitoshoidon kokonaiskäyttömenot henkilökunnan kokonaismäärällä, jolloin kustannus sisältää myös muita kuin henkilöstömenoja. Vastaavasti myös avohuollossa virkaan liittyy muita menoja. Esimerkiksi päivätoiminnassa, kotipalveluissa ja kotisairaanhoidossa syntyy matkakuluja, kotipalveluihin voi yhdistyä kotihoitoa tukea jne. Ylipäättään avohuollon kehittämisessä muodissa oleva ns. welfare-mix-toimintamalli tarkoittaa sitä, että avohuollon työntekijän ympärille luodaan kunnallista palvelua täydentävää ja osittain korvaavaa muuta palvelua. Tämä on tuskin kunnalle ilmaista, vaan sille tulee laskelmassa varata kustannuksensa.

Palvelurakenteen muutoksen aiheuttamat säästöt

Vaihtoehto, jossa :

laitoksista vapautuvasta henkilöstöstä 60 % siirtyy avohuoltoon ja uusista investoinneista rahoitetaan 50% vanhoja suunnitelmia karsimalla

Laitoksista avohuoltoon siirtyvät resurssit

	Lähtö- tilanne	Tilanne 10 vuoden päästä	Muutos	%
Laitokset				
Paikkoja/asiakkaita	90 000	60 000	-30 000	-33%
Henkilökuntaa	87 000	73 600	-13 400	-15%
Käyttömenot, milj. mk	19 800	18 500	-1 300	-7%
Huom! reaaliansioiden on oletettu nousevan 1% vuodessa				

Korvaavan avohuollon käyttömenot: Laitoksista avohuoltoon siirtyvät resurssit

Tilanne 10 vuoden päästä				
	maksimi- vaihtoehto	valittu vaihtoehto		
		resurssit	säästö	säästö
Henkilökuntaa laitoksista	13 400	7 400	6 000	45%
+ lask. henkilökuntaa Kelalta	1 600	1600		
Rahaa, milj.mk	3 763	2 250	1 513	40%
Rahaa/asiakas,mk	125 000	75 000	50 000	40%
Lask.henkilök./asiakas	0,5	0,3		

Investoinnit

kokonaisinvestoinnit, milj. mk/vuosi	900
investoinneista aiheutuvat lisäkustannukset, milj.mk/vuosi	-450

Säästö, milj. mk, kymmenentenä vuonna **1063** eli n. 1050 milj. mk

Vuosittaiset säästöt, milj. mk

vuosi	käyttö- meno- säästöt	inves- toinnit	yhteen- sä	kumulatiivinen säästö
1	150	-450	-300	-300
2	300	-450	-150	-450
3	450	-450	0	-450
4	600	-450	150	-300
5	750	-450	300	0
6	900	-450	450	450
7	1050	-450	600	1050
8	1200	-450	750	1800
9	1350	-450	900	2700
10	1500	-450	1050	3750

Investoinnit ovat edellytyksenä säästöille käyttömenoissa. Investointiohjelman aiheuttamat lisäkustannukset riippuvat kuitenkin siitä, missä määrin avohuollon uusilla investoinneilla kyetään korvaamaan niitä laitosinvestointeja, jotka olisivat välttämättömiä toteuttaa, mikäli korvaavaa avohuoltojärjestelmää ei luotaisi. Erityisesti vanhainkotikanta on iäkästä, jolloin tulevaisuudessa on usein puntaroitavana korvaava avohuoltoinvestointi vaihtoehtona laitosten saneeraukselle.

Näinollen 900 miljoonan markan vuosittainen investointi ei aiheuta lisäkustannuksia koko määrällään. Oheisessa laskelmassa on oletettu, että uusista investoinneista puolet on sellaisia, joilla korvataan muuten välttämättömiä laitosinvestointeja. Näinollen lisäkustannukset ovat vuositasona vain 450 milj. mk.

Kaiken kaikkiaan kokonaissäästöt ovat kymmenen vuoden päästä tämän laskelman mukaan runsas miljardi mk vuodessa.

Mikäli nettomääräiset lisäinvestoinnit ovat eri vuosina 450 milj. mk, kahtena ensimmäisenä vuotena lisäinvestoinnit ylittävät käyttömenoissa saavutettavat säästöt. Ensimmäisenä vuonna henkilöstön siirrosta saatava säästö on vain kymmenesosa kymmenentenä vuonna saatavasta vuotuisesta säästöstä, mikäli henkilöstöä siirtyy tasaisesti avohuoltoon. Vuosittainen henkilöstön siirtymä on 1340. Tällöin ensimmäisenä vuonna saatava säästö käyttömenoissa on noin 150 milj. mk. Oheisesta taulusta ilmenee, miten vuosittaiset säästöt muuttuvat positiivisiksi vasta kolmannesta vuodesta lähtien. Taulussa on kuvattu myös säästöjen kumuloituminen. Tällä tarkoitetaan vuosittain kertyvien säästöjen summaa. Kumuloituvat säästöt muuttuvat positiivisiksi vasta viidennestä vuodesta lähtien. Tämän jälkeen ne kuitenkin kasvavat nopeasti. Kymmentenä vuonna kumuloituvat säästöt ovat jo 3,8 milj. mk. Tästä eteenpäin säästöjen määrä kasvaa nopeasti.