

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ  
VALTIOVARAINMINISTERIÖ  
Sote- ja aluehallintouudistusprojekti

## Sote-uudistuksen säästömekanismit

### ALUSTAVA VIRKAMIESELVITYS

4.11.2015 klo 11.00

#### 1. Tiivistelmä

Hallitusohjelman mukaisesti sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistamisen tavoitteena on terveyserojen kaventaminen ja kustannusten hallinta. Tässä muistiossa esitetään alustavaa arviointia siitä, miten kustannusten kasvun hallinta on saavutettavissa. Kuvaus perustuu lähinnä Suomessa saatuihin kokemuksiin ja suomalaiseen tutkimustietoon. Kansainvälisiä kokemuksia on selostettu lyhyesti. Tarkastelu kohdistuu arvioihin tuotantopanosten käytön ja tuotantoprosessien tehostamisen vaikutuksista. Jatkovalmistelussa arviointia tarkennetaan tuotantotaloudellisella ja tuotantoprosessien johtamisen ja kehittämisen näkökulmilla sekä arvioinneilla digitalisaation mahdollistamista säästöistä ja uudistuksen mahdollisuuksista parantaa palvelujen vaikuttavuutta.

#### Julkisen talouden kestävyysvaje ja sote-uudistuksen säästötavoite

Kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannukset olivat noin 19 miljardia euroa vuonna 2013. Tulevaisuudessa ikääntyvän väestön palvelutarpeen kasvu, sairauskirjon muutokset sekä hoitomahdollisuuksien lisääntyminen ja väestön odotusten kasvu luovat paineita kustannusten nousulle, joka yhdistyneenä hitaaseen talouskasvuun ja jo lähtötilanteessa kansainvälisesti vertaillen korkeaan kokonaisveroasteeseen pakottaa hakemaan ratkaisuja kustannuskasvun hillitsemiseksi.

Hallitus on asettanut tavoitteeksi supistaa sote-uudistuksen avulla pitkän aikavälin kestävyysvajetta huomattavasti. Hallitusohjelman kolmen miljardin euron säästötavoite korjaisi reilun kolmanneksen eli noin 1,4 prosenttiyksikköä julkisen talouden kestävyysvajeesta, joka on valtiovarainministeriön syksyn 2015 arviossa noin 3,5 prosenttia suhteessa bruttokansantuotteeseen.<sup>1</sup>

Kestävyyslaskelman taustalla olevassa ennusteessa sote-menot kasvavat reaalisesti 2,4 prosenttia vuodessa välillä 2019–2029. Jos kolmen miljardin euron säästö julkisesti rahoitettuihin sote-menoihin toteutuisi täysimääräisesti vuoteen 2029 mennessä, menojen reaalisen vuosikasvun pitäisi jäädä 0,9 prosenttiin, joka on selvästi alle ennusteen ja myös vuosien 2008–2013 välisen keskimääräisen vuosikasvun (2,2 %).

<sup>1</sup> Laskelma perustuu tulkintaan hallitusohjelman sivulla 12 olevasta hallituksen säästö- ja rakenneuudistusohjelman vaikuttavuutta kuvaavasta kuviosta, joka ulottuu vuoteen 2030. Valtiovarainministeriön kestävyysvajelaskelmassa ei ole keskipitkän aikavälin tavoitetta, vaan siinä oletetaan jatkuva vuosittainen 0,5 prosentin sosiaali- ja terveyspalveluiden työn tuottavuuden kasvu aina tarkasteluajanjakson 2060 loppuun saakka.

Sote-uudistuksen rahoitusratkaisulla luodaan perusta kustannusten kasvun hillintään kannustavalle järjestelmälle. Kun uudistuksessa rahoitusvastuu on kokonaan tai pääosin valtiolla ja itsehallintoalueet järjestävät ja tuottavat palveluita ja palvelut on perustuslain mukaisesti turvattava, menot pyrkivät nousemaan, ellei järjestelmään liitetä myös jossain muodossa budjettirajoitetta.

*Kestävyysvajeen vähentämistä koskeva hallitusohjelman tavoite olisi tarpeen täsmentää sosiaali- ja terveydenhoidon uudistuksen toteuttamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistä koskevaksi tarkemmaksi tavoitteeksi, jonka valossa myös uudistuksessa tehtäviä ratkaisuja arvioidaan ja eri vaihtoehtojen välillä tehdään punnintaa.*

*Mahdollinen tavoite voitaisiin määritellä sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaiskustannusten muutoksena suhteessa nykyisen sosiaalimenoennusteen mukaisiin kustannuksiin. Hallitusohjelman perusteella on oletettavissa, että 3 miljardin euron kustannustason alenemista tavoitellaan 10 vuoden kuluessa nykyisen vaalikauden päättymisestä eli vuoden 2029 loppuun mennessä.*

*Tavoiteltua kustannusten kasvun hillinnän tasoa ei voida käytännössä saavuttaa yksinomaan tuottavuutta parantavilla toimilla. Niiden lisäksi olisi tehtävä avoimesti jo nyt käsillä olevan priorisointitarpeen edellyttämät toimenpiteet, joihin kuuluu muun muassa sairaalaverkon uudistaminen ja toimipisteiden karsinta. Lisäksi säästötavoitteen saavuttamiseksi olisi muutenkin selkiytettävä priorisointia ja määriteltävä hallitusohjelmassa tarkoitettu julkinen palvelulupaus siten, että palvelulupauksen kattama toiminta olisi osin nykyistä palvelua rajatumpi.*

*Lisäksi tarvitaan tulevaisuuden palvelukysynnän vähentämiseksi nykyistä parempaa onnistumista hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä kuten iäkkäiden toimintakyvyn ylläpitämisessä ja kansansairauksien ehkäisyssä. Tämä vaatii asiakkaiden ja potilaiden oman roolin kasvattamista, mikä edellyttää esimerkiksi sähköisiä palveluja hoidon tarpeen arviointiin ja itsehoidon tueksi.*

### **Sote-uudistuksen taloudellisista vaikutuksista Eksoten, Kainuun ja HUS:in kokemusten perusteella**

Tutkimustulokset osoittavat, että Eksoten, Kainuun ja HUS:in uudistusten aikaansaamat taloudelliset vaikutukset ovat varsin maltilliset. THL on arvioinut, että Eksoten esimerkin mukaisesti sote-uudistuksella voitaisiin hillitä kustannusten kasvua koko maan tasolla 190–450 miljoonaa euroa vuodessa.<sup>2</sup> VATT on puolestaan arvioinut, että Kainuun hallintokokeilulla saavutetut kustannussäästöt olivat vuosina 2005–2009 noin 4–34 miljoonaa euroa.<sup>3</sup> Väestöpohjaltaan Kainuuta ja Etelä-Karjalaa suurempien itsehallintoalueiden muodostaminen voisi mahdollistaa suuremman kustannusten nousun hillinnän.

HUS:n keskitetyn johtamismallin taloudellisia vaikutuksia koskeneen THL:n arvioinnin mukaan erikoissairaanhoidon nettokustannusten kasvuvauhtia pystyttiin alentamaan 1,7 prosenttiyksikköä vuodessa vuosina 2000–2013 ja se mahdollisesti vaikutti hidastavasti alueensa koko sosiaali- ja terveydenhuollon nettokustannusten kasvuvauhtiin noin 1,2 prosenttiyksikköä vuodessa.

*Kestävyysvajetavoitteen saavuttamisen vaativuutta vuoteen 2030 mennessä kuvaa se, että kustannusten kasvu koko maassa keskimäärin olisi saatava vielä jonkin verran alemmas kuin HUS*

<sup>2</sup> Erhola ym. 2014, SOTE-uudistuksen vaikutusten ennakoarviointi. THL Raportti 14/2014. Laskelma päivitetty THL:ssä vuoden 2013 luvuilla tätä muistiota varten.

<sup>3</sup> Hämäläinen & Moisio (2015): [One or Two Tiers of Local Government? – The Cost Effects of a Regional Experiment](#) VATT Working Papers 65

on saanut. Lisäksi edellä kuvattuja arvioita säästöpotentiaaleista täytyy pitää suuntaa-antavana kunkin tapauksen erikoispiirteistä johtuen.

### **Sote-uudistuksen mahdollistamien uusien toimintamallien vaikutukset kustannuksiin**

Sote-uudistus luo päätöksentekijöille ja johtamiselle aiempaa paremmat puitteet sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisen ja tuottamisen tehostamiseen. Kustannussäästöjen aikaansaaminen on mahdollista vain tavoitteellisen muutosjohtamisen kautta. Näin luodaan edellytyksiä tuottavuuden ja kustannusvaikuttavuuden kasvulle. Vaikutukset eivät kuitenkaan synny lineaarisesti vaan uudistuksen alussa tarvitaan uudelleenjärjestelyjä ja investointeja, jotka voivat alkuvaiheessa lisätä menoja. Myös henkilöstön palkkauksen yhdenmukaistaminen voi nostaa menoja.

Henkilöstömenot ovat sosiaali- ja terveyspalveluissa keskimäärin 50 % käyttökustannuksista ja niiden merkitys korostuu entisestään, kun menojen kasvupaine kohdistuu työvoimavaltaisimpiin hoivapalveluihin. *Työn tuottavuuden kohottamiseen on kiinnitettävä uudistuksessa selvästi nykyistä enemmän huomiota ja suunnattava ennakkoluulottomia toimenpiteitä.* Työn ohella myös muiden panosten käyttöä voidaan tehostaa. *Tässäkin kohden vaikutukset saadaan aikaan hyödyntämällä muutosjohtamisen avulla teknologista kehitystä ml. terveysteknologiaa, palvelujen tuottamisprosessien uudenlaisia malleja ja työtapoja.* Palvelujen tuotannossa on myös suurtuotannon etuja. Lääkinnälliset ja muut tukipalvelut kuten laboratorio- ja kuvantamistoiminnot ovat tästä esimerkkejä.

Merkittävä osa tuottavuuden kehityksestä tapahtuu teknologisen kehityksen kautta. Osa kehityksestä vähentää kustannuksia, mutta kansainvälisen tutkimustiedon mukaan uudet hoitomuodot ovat keskimäärin lisänneet terveysmenoja (Sorenson et al. 2013<sup>4</sup>). On kuitenkin hyvä huomata, että uusi teknologia voi olla kustannusvaikuttavaa, eli siitä saatava terveyshyöty on suuri suhteessa kustannuksiin, mutta siitä huolimatta kokonaiskustannuksia lisäävää<sup>5</sup>.

Väestön ikääntyminen on yksi merkittävä tekijä palvelutarpeen kasvun taustalla. Alueellisesti tarkasteltuna väestön kasvu ja väestörakenteessa tapahtuvat muutokset ovat hyvin erilaisia, mikä saa ajan mittaan aikaan sen, että fyysinen palveluverkko ja resurssit eivät sijoitu optimaalisesti. Samaan aikaan teknologinen kehitys on saanut aikaan sen, että esimerkiksi sairaalassa viivytään yhä lyhyemmän aikaa. Sairaala- ja muun palveluverkon optimointi onkin keskeinen keino, kun mietitään toiminnan tehostamisella saavutettavia kustannushyötyjä.

*Sote-rakennemuutos itsessään kuitenkin vain luo edellytyksiä muutokselle. Kustannushyötyjen toteutuminen vaatii sekä kustannusvaikuttavuuden että kustannusten kasvun hillinnän asettamista uudistuksen tavoitteissa kärkeen ja muutosjohtamisen suuntaamista niihin. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa eri ammattikuntien professioilla ja niiden käytännöillä on suuri vaikutus toimintaan. Muutosjohtaminen edellyttääkin, että professionaalisia käytäntöjä kehitetään ja uusi toimintamalli saadaan osaksi niitä.*

<sup>4</sup> Sorensen et al. (2013). Medical technology as a key driver of rising health expenditure: disentangling the relationship. *Clinicoecon Outcomes Res.* 2013; 5: 223–234. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3686328/>

<sup>5</sup> Näin voi käydä esimerkiksi tilanteessa, jossa vanhan hoitomuodon korvaava menetelmä on edeltäjäänsä kalliimpi mutta terveysvaikutuksiltaan parempi.

## 2. Perusteluosio

### 2.1 Taustaa

#### 2.1.1 Kuntien kustannukset

Kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannukset olivat 19,0 miljardia<sup>6</sup> euroa vuonna 2013. Julkisella rahoituksella eli kuntien verotuloilla ja valtionosuuksilla katettiin 15,9 miljardia euroa. Asiakasmaksujen osuus oli 1,3 miljardia euroa, ja loput käyttökustannukset rahoitettiin muilla tuloilla<sup>7</sup>. Vuosien 2008 ja 2013 välillä kustannukset kasvoivat reaalisesti keskimäärin 2,2 prosenttia vuodessa. Kuntien ja kuntayhtymien oman sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön<sup>8</sup> määrä on kasvanut viime vuosina hieman (keskimäärin 0,5 % vuodessa välillä 2010–2014) johtuen erityisesti sosiaalipalvelujen henkilöstömäärän kasvusta (2,9 %).<sup>9</sup> Terveyspalveluissa henkilöstö on samaan aikaan vähentynyt (-0,9 %). Tiedot kuntasektorin työvoimasta eivät tosin sisällä yksityisiltä tuottajilta ostettujen palveluiden henkilöstöä, eivätkä ne siten anna täyttä käsitystä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen tarvittavan työvoiman määrästä. Ostopalveluiden kustannukset nousivat reaalisesti keskimäärin 8 prosenttia vuodessa välillä 2008–2013, joten ostopalveluiden henkilöstönkin määrä on todennäköisesti noussut paljon.

Terveydenhuollon käyttömenojen suhde bruttokansantuotteeseen oli OECD-maissa keskimäärin 8,9 prosenttia vuonna 2013, kun Suomessa vastaava luku oli 8,6 prosenttia (sisältäen sekä julkiset palvelut että sairausvakuutuksen korvaamat yksityiset palvelut ja lääkkeet). Sosiaalihuollon menoista ei ole kansainvälistä vertailutietoa. Vaikka terveydenhuollon menot ovat kansainvälisesti vertaillen keskitasoa, tulevaisuuden näkökulmasta väestön ikääntyminen, sairauskirjon muutokset sekä hoitomahdollisuuksien lisääntyminen ja väestön odotusten kasvu luovat kustannusten nousupainetta. Yhdistettyinä hitaaseen talouskasvuun ja jo lähtötilanteessa kansainvälisesti vertaillen korkeaan kokonaisveroasteeseen nämä kustannuspaineet pakottavat tarkastelemaan sosiaali- ja terveydenhuollon ja rahoitusta sekä alentamaan kustannusten nousua.

#### 2.1.2. Sote-uudistuksen säästötavoite suhteessa kestävyysvajeeseen

Hallitus on asettanut tavoitteeksi supistaa kestävyysvajetta sote-uudistuksen avulla kolmen miljardin euron verran. Hallitusohjelman perusteella (hallitusohjelma s. 12) säästöjen toteutumista tavoitellaan 2020-luvun aikana eli vuoteen 2029 mennessä. Kolmen miljardin euron säästö julkisesti rahoitetuissa sote-menoissa laskisi kestävyysvajetta noin 1,4 prosenttiyksikköä suhteessa bruttokansantuotteeseen. Tämä riittäisi korjaamaan reilun kolmanneksen kestävyysvajeesta, joka on valtionvarainministeriön syksyn 2015 arvioissa noin 3,5 prosenttia suhteessa bruttokansantuotteeseen.

Kolmen miljardin euron säästötavoite on haastava. Vuonna 2013 sote-menojen julkisesti rahoitettu osuus oli noin 16 miljardia euroa. Kestävyyslaskelman taustalla olevassa sosiaalimenoennusteessa julkisesti rahoitetut sote-menot nousevat 21,3 miljardiin euroon<sup>10</sup> vuonna 2029 (reaalisina euroina vuoden 2013 hintatasossa). Säästötavoitteen toteutuminen laskisi siis menoennusteen 18,3

<sup>6</sup> Sosiaali- ja terveydenhuolto ilman toimeentulotukea ja ympäristöterveydenhuoltoa.

<sup>7</sup> Esimerkiksi kuntien yrityksille tuottaman työterveyshuollon myyntitulot sekä tulot valtiolle myydyistä palveluista.

<sup>8</sup> Mukaan lukien sosiaali- ja terveydenhuollon hallinto. Ilman lasten päivähoidon palveluita.

<sup>9</sup> THL, Kuntien terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2014.

<sup>10</sup> Sosiaali- ja terveydenhuollon menoennusteen perusvaihtoehdossa oletetaan, että vanhusten palvelutarve siirtyy osittain myöhempään ikään kuolleisuuden laskiessa (puolet lisäelinvuosista on terveitä) ja että palvelutuotannon tuottavuus ei muutu nykytasosta.

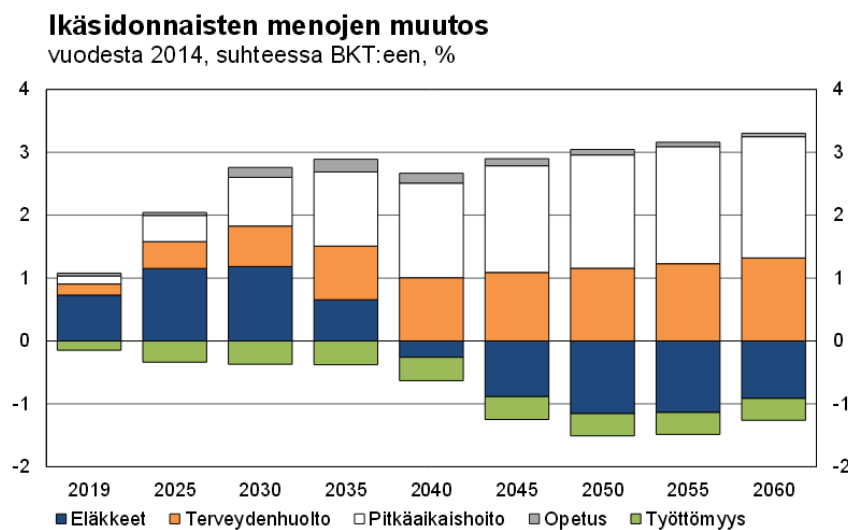
miljardiin euroon, jolloin vuoden 2029 sote-menojen julkisesti rahoitettu osuus olisi 14 prosenttia pienempi kuin nykyennusteessa. Säästötavoitteen saavuttamiseksi 2029 mennessä sote-menojen reaalisin vuosikasvun pitäisi jäädä 0,9 prosenttiin välillä 2019–2029, kun nykyisessä ennusteessa menot kasvavat 2,4 prosenttia vuodessa.

Säästöjen saavuttaminen edellyttäisi merkittävää palvelutuotannon tuottavuuden kasvua. Jos oletetaan, että palveluiden määrä kasvaa nykyisen sosiaalimenoen mukaisesti, sosiaali- ja terveydenhuollon tuottavuuden pitäisi nousta noin 16 prosenttia 2020-luvun loppuun mennessä säästötavoitteen saavuttamiseksi. Käytännössä säästötavoitteen saavuttaminen edellyttäisi todennäköisesti palvelujen volyymin rajoittamista, jolloin tuottavuustavoite olisi pienempi.

Valtiovarainministeriön julkaisema kestävyysvajelaskelma perustuu kuvion 1 kaltaiseen kehitykseen, jossa pitkäaikaishoivan ja osin myös terveydenhuollon menot nousevat ikääntyneiden määrän kasvamisen vuoksi. Eläkemenojen bkt-suhteen ennustetaan puolestaan laskevan 2020-luvun jälkeen johtuen eläkeuudistusten vaikutuksista sekä suurten ikäluokkien väestön vähenemisestä. Jos julkiset menot kasvaisivat ennusteen mukaisesti, seurauksena olisi joko julkisen velan kestämätön nousu tai kokonaisveroasteen merkittävä korotus.

Sote-uudistuksella tavoiteltavien säästöjen suhdetta kestävyysvajeeseen on tarkasteltu myös laskelmalla, jossa oletetaan sote-palveluihin jatkuva 0,5 prosentin vuosittainen työn tuottavuuden kasvu aina vuoteen 2060 saakka<sup>11</sup>. Peruslaskelmassa tuottavuuden ei oleteta kasvavan. Tällaisella tuottavuuskasvulla saataisiin aikaan reilun 3 miljardin euron kestävyysvajetta pienentävä vaikutus.

Kuvio 1. Ikäsidonnaiset menot<sup>12</sup>



Kuvio on laadittu STM:n kehittämällä SOME mallilla.

Lähde: VM

Kestävyysvajeen vähentämistä koskeva hallitusohjelman tavoite olisi tarpeen täsmentää sosiaali- ja terveydenhoidon uudistuksen toteuttamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistä koskevaksi tarkemmaksi tavoitteeksi, jonka valossa myös uudistuksessa tehtäviä ratkaisuja arvioidaan ja eri vaihtoehtojen välillä tehdään punnintaa. *Mahdollinen tavoite voitaisiin määrittellä sosiaali- ja*

<sup>11</sup> Vuosi 2060 on nykyisessä kestävyyslaskelmassa menoennusteen päätevuosi, jonka jälkeen sosiaali- ja terveysmenojen oletetaan pysyvän vakioina suhteessa bruttokansantuotteeseen.

<sup>12</sup> Lähde: Valtiovarainministeriö, Taloudellinen katsaus syksy 2015, s. 90

*terveydenhuollon kokonaiskustannusten muutoksena suhteessa nykyisen sosiaalimenoennusteen mukaisiin kustannuksiin.*

Säästötavoite on kunnianhimoinen, ja jos otetaan huomioon, että uudistuksesta tulee alkuvaiheessa myös huomattavia muutuskustannuksia, hallitusohjelman mukaista 3 miljardin euron säästötavoitetta ei voida käytännössä saavuttaa yksinomaan uudistuksen myötä toteutettavilla tuottavuutta parantavilla toimilla. *Niiden lisäksi on tehtävä avoimesti jo nyt käsillä olevan priorisointitarpeen edellyttämät toimenpiteet, joihin kuuluu muun muassa sairaalaverkon uudistaminen ja toimipisteiden karsinta. Lisäksi 3 miljardin kustannussäästötavoitteen saavuttamiseksi on muutenkin jatkettava priorisointia ja määriteltävä hallitusohjelmassa tarkoitettu julkinen palvelulupaus siten, että palvelulupauksen kattama toiminta on osin nykyistä palvelua rajatumpi.*

Lisäksi tarvitaan tulevaisuuden palvelukysynnän vähentämiseksi nykyistä parempaa onnistumista myös hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä kuten iäkkäiden toimintakyvyn ylläpitämisessä ja kansansairauksien ehkäisyssä. Tämä vaatii asiakkaiden ja potilaiden oman roolin kasvattamista, mikä edellyttää esimerkiksi sähköisiä palveluja hoidon tarpeen arviointiin ja itsehoidon tueksi.

Kestävyyslaskelman perusskenaariossa oletetaan, että hoidon ja hoivan tarve myöhentyy 50 prosenttiyksikköä suhteessa eliniän kehitykseen – toisin sanoen puolet lisäelinvuosista eletään terveinä. Valtion taloudellisen tutkimuskeskuksen analyysien mukaan ikäsidonnaisten menojen taso suhteessa bruttokansantuotteeseen on 0,4 prosenttiyksikköä pienempi vuonna 2060, jos kaikki lisäelinvuodet ovat terveitä ja hoidon tarve siirtyy myöhempään ikään samalla tahdilla kuin elinikä pitenee<sup>13</sup>. Ikääntyvän väestön toimintakykyä sekä hoidon ja hoivan tarpeen lykkäämistä edistävillä tekijöillä on kestävyysvajeen vähentämisen näkökulmasta suurta potentiaalia.

Kun uudistuksessa rahoitusvastuu on kokonaan tai pääosin valtiolla ja itsehallintoalueet järjestävät ja tuottavat palveluita ja palvelut on perustuslain mukaisesti turvattava, menot pyrkivät nousemaan ellei järjestelmään liitetä myös jossain muodossa menokattoa.

### 2.1.3. Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusrakenne

Vuonna 2013 kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannukset (ilman toimeentulotukea ja ympäristöterveydenhuoltoa) olivat 19 miljardia euroa. Kustannuksia (ja uudistuksen kustannusvaikutuksia) voidaan haarukoida toiminnoittain ja panoksittain. Suurimmat kustannukset ovat erikoissairaanhoidossa, joka kattaa 37 % käyttökustannuksista, sekä vanhusten ja vammaisten hoivapalveluissa<sup>14</sup>, joiden osuus on arviolta 24 %. Lisäksi perusterveydenhuollon avopalvelujen (ml. suun terveydenhuolto) kustannusosuus on 14 %. Toiminnoittain tarkastellen kustannuskehitykseen vaikuttaa väestön ikääntyminen: sosiaalimenoennusteen perusteella vanhusten hoivapalvelujen menot kasvavat kaikista nopeimmin.

Sosiaali- ja terveystoimen tuotannontekijöittäin tarkastellen suurimmat kustannukset aiheutuvat henkilöstöstä: työvoimakustannukset ovat lähes 60 % kuntien ja kuntayhtymien itse tuottamien palveluiden kustannuksista. Tulevaisuudessa henkilöstömenojen merkitys kasvaa, koska tuotannon kasvupaine kohdistuu työvoimavaltaisimpiin hoivapalveluihin. Muita merkittäviä kustannuseriä

<sup>13</sup> Klavus J. ja Pääkkönen Jenni 2014, Miksi kestävyysvajelaskelmat eroavat toisistaan? VATT Valmisteluraportit 20/2014

<sup>14</sup> Mukaan lukien laitoshoido, palveluasuminen, kotipalvelut ja terveyskeskusten vuodeosastot.

ovat asiakaspalvelujen ja muiden palvelujen ostot (ks. taulukko 1). Sosiaali- ja terveyspalveluiden menojen tarkempi jakauma esitetään muistion lopussa olevassa liitetaulukossa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon investoinneista suurin osa kohdistuu erikoissairaanhoidon. Vuonna 2013 erikoissairaanhoidon investointimenot olivat noin 430 miljoonaa euroa, perusterveydenhuollon noin 160 miljoonaa euroa ja sosiaalihuollossa noin 100 miljoonaa euroa eli yhteensä 690 miljoonaa euroa. Vuosittainen vaihtelu on kuitenkin suurta. Tämän hetkisen arvion mukaan meneillään olevien vuoteen 2020 ulottuvien erikoissairaanhoidon rakennushankkeiden kustannusarvio on 3,7 mrd. euroa, mikä näkyy lähivuosina käyttömenoissa kasvavina poistoina ja kokonaismenoissa myös rahoituskustannusten kasvuna.

### Taulukko 1. Kuntien ja kuntayhtymien kustannukset 2013:

sosiaali- ja terveydenhuolto (ilman toimeentulotukea, ympäristöterveydenhuoltoa ja lasten hoidon palveluita ja tukia)	miljoonaa euroa	osuudet
Työvoimakustannukset (oman henkilöstön palkat ja sos.vakuutusmaksut)	9 264	48,8 %
Asiakaspalvelujen ostot kuntasektorin ulkopuolelta (lopputuotepalveluita, joissa koko palvelu on ostettu)	2 597	13,7 %
Muiden palvelujen ostot (omassa tuotannossa käytetyt välituotepalvelut, esim. siivouspalvelut ja vuokratyövoima)	3 513	18,5 %
Aineet, tarvikkeet ja tavarat (mm. lääkkeet ja hoitotarvikkeet, siivous- ja puhdistusaineet)	1 466	7,7 %
Avustukset (mm. omaishoidon tuki ja palvelusetelimenot)	764	4,0 %
Vuokramenot, ulkoiset ja sisäiset (esim. kiinteistöjen vuokrat ja laitevuokrat)	804	4,2 %
Poistot ja arvonalentumiset	345	1,8 %
Vyörytyserät ja muut menot (kohdentamattomat yleiskustannukset; muita menoja mm. tietyt verot)	231	1,2 %
<b>Yhteensä</b>	<b>18 984</b>	<b>100,0 %</b>

## 2.2 Kustannusvaikuttavuus ja tuottavuus sote-sektorilla

### 2.2.1 Kustannusvaikuttavuuden ja tuottavuuden käsitteet

Sosiaali- ja terveydenhuollolle on ominaista, että tarpeet ja kysyntä kasvavat jatkuvasti muun muassa ikääntymisen ja aiempaa parempien menetelmien (diagnostiikka, laitteet, lääkkeet, toimenpiteet jne.) vuoksi. Siksi on tehtävä valintoja, joiden tavoitteena on mahdollisimman hyvä vaikuttavuus annetuilla resursseilla. Seurattaessa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen vaikutuksia talousnäkökulmasta on otettava huomioon sekä tuotantopanoksissa ja -kustannuksissa että saavutetuissa tuotoksissa ja vaikutuksissa tapahtuvat muutokset. Keskeisiä käsitteitä muutosten vaikutuksia hahmotettaessa ovat kustannusvaikuttavuus ja tuottavuus. Näiden tarkastelua varten kustannus-, laatu- ja vaikuttavuustietojen kerääminen ja rekisteröiminen on ensiarvoisen tärkeää.

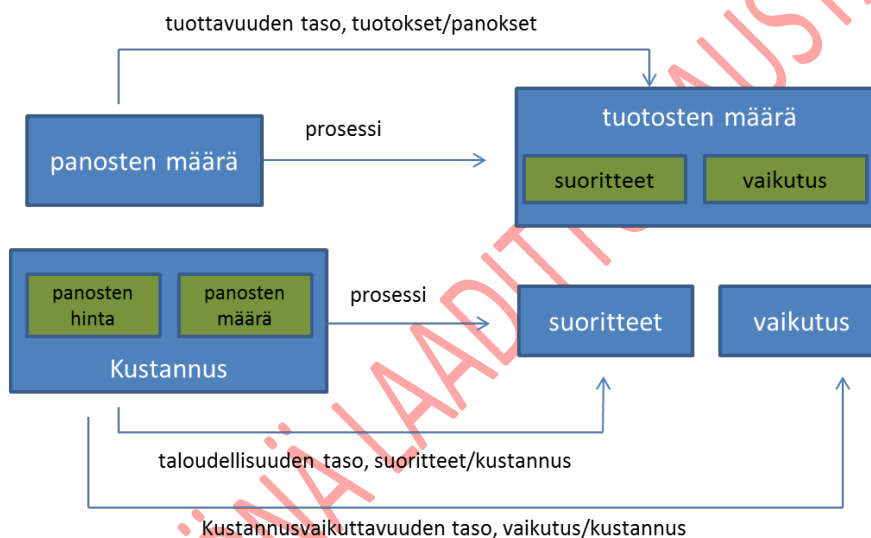
Kustannusvaikuttavuus tarkastelee palveluiden vaikutuksia suhteessa tuotantokustannuksiin. Kustannusvaikuttavuus voi nousta, jos sama vaikutus saadaan aikaiseksi pienemmällä panosten määrällä tai alhaisemmilla panosten hinnoilla. Vastaavasti voidaan pyrkiä parempiin vaikutuksiin ilman tuotantokustannusten kasvua. Joidenkin muutosten vaikutukset voivat olla kaksisuuntaisia: esimerkiksi uusi hoitomuoto voi lisätä sekä hoidon vaikuttavuutta että kustannuksia. Sosiaali- ja terveydenhuollossa vaikutuksia voidaan mitata esimerkiksi terveyspalvelun tuottamalla

laatupainotetun elinajan lisäyksellä tai hoivapalvelun asiakkaan kokemalla hyvinvoinnilla. Käytännössä palveluilta odotettujen vaikutusten määrittely ja mittaaminen on yleensä vaikeaa.

Usein tehokkuustavoitetta kuvataan tuottavuuden kasvun kautta, jolloin tarkastellaan tuotannon reaali-prosessia eli tuotosten määrää suhteessa panosten määrään (huomioimatta panosten hinnoissa tapahtuvia muutoksia). Laajemmin ajateltuna tuottavuudella voidaan tarkoittaa myös vaikutusten määrää suhteessa panoksiin - tällöin voidaan puhua laatupainotetusta tuottavuudesta. Verrattaessa suoritteiden määrää tuotantokustannuksiin puhutaan puolestaan taloudellisuudesta.

Joidenkin yksittäisten suoritteiden osalta tuottavuutta voidaan käyttää tehokkuutta tarkasteltaessa. Koko sektorin tuottavuuden mittaaminen käyttäen konkreettisia tuotoksia, kuten leikkausten määrän on kuitenkin sosiaali- ja terveydenhuollossa hankalaa: toiminnan tuotokset muuttuvat ajassa laadullisesti ja vaihtelevat tuottajien välillä. Lisäksi tuottavuus ei kerro sosiaali- ja terveydenhuollon palveluilla saavutetuista hyödyistä. Esimerkiksi lääkärin työpanoksen tuottavuus voi parantua, jos hän suorittaa enemmän leikkauksia entisessä ajassa, mutta se ei kerro potilaiden saamasta terveyshyödyistä eli leikkausten vaikuttavuudesta.

**Kuvio 2.** Tuottavuuden ja kustannusvaikuttavuuden määritelmät (Kangasharju 2008).



Usein puhutaan myös sosiaali- ja terveyspalveluiden tehokkuudesta. Palvelutuotanto on tehokasta silloin, kun resurssit käytetään hyväksi mahdollisimman hyödyllisellä tavalla. Tehokkuus mittaa sitä, kuinka paljon haluttuja tuotoksia tai vaikutuksia voidaan saada aikaan annetulla panosmäärällä. Kustannustehokkuudella tarkoitetaan vastaavasti sitä, kuinka paljon tuotoksia tai vaikutuksia voidaan saada aikaan annetuilla kustannuksilla.

### 2.2.2. Kustannusten karsimiseen ja vaikuttavuuden parantamiseen liittyviä näkökohtia

Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän kustannuksia on pystyttävä karsimaan ilman, että väestön palveluista saama hyvinvointi- tai terveysvaikutus suunnittelemattomasti vähenee. On siis pyrittävä parantamaan palveluiden kustannusvaikuttavuutta. Säästöjen aikaan saaminen edellyttää laajaa toimintatapojen muutosta ja muutoksen tavoitteellista johtamista sekä tietopohjan ja seurannan järjestämistä.



Sosiaali- ja terveystalouden kohdalla kustannusvaikuttavuuden tai tuottavuuden kasvusta ei kuitenkaan aina seuraa kustannusten alenemistä. Ensinnäkään julkisten sosiaali- ja terveystalouden nykyinen tarjonta ei välttämättä riitä kattamaan kaikkea kysyntää. Tuottavuuden kasvun seurauksena voi siten olla palvelujen tarjonnan kasvu, jolloin kustannukset saattavat jopa nousta. Lisäksi sosiaali- ja terveysjärjestelmä saattaa olla sote-uudistuksen jälkeen siinä mielessä toimivampi, että piilossa olevat ja harvinaisemmat palvelutarpeet havaitaan paremmin. Tosin näihin palvelutarpeisiin ajoissa vastaaminen saattaa tuottaa säästöjä myöhemmin. Sama koskee hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä ja ehkäiseviä palveluita.

On myös otettava huomioon, että tällä hetkellä sosiaali- ja terveystalouden laadussa on eroja julkisten tuottajien välillä. Jos sote-uudistuksen myötä palveluiden keskimääräinen laatu nousee ilman, että panoksia käytetään enemmän, on tuloksena laatu painotetun tuotoksen kasvu. Tällöin tuottavuus kasvaa, mutta tuotantokustannukset eivät laske. Lisäksi julkisten palvelujen parantunut tarjonta ja sairausvakuutuksen korvaustason lasku voi johtaa siihen, että yksityisten palveluiden nykyinen kysyntä kohdistuu jatkossa julkisiin palveluihin. Tämän seurauksena olisi julkisen rahoitusosuuden nousu. Edellä mainitut seikat kuvaavat sitä, että sosiaali- ja terveydenhuollossa on samanaikaisesti kustannuksia eri suuntaan vieviä tekijöitä.

Teknologinen kehitys on keskeinen tekijä terveydenhuollon tuottavuuden kehityksessä. Uudet menetelmät voivat kuitenkin lisätä kustannuksia (uusi hoitomuoto on vanhaa kalliimpi) tai vähentää niitä (vanhojen raskaiden hoitomuotojen korvaaminen kevyemmällä). Kansainvälisen tutkimustiedon mukaan uudet hoitomuodot ovat keskimäärin lisänneet terveystaloutta (Sorenson et al. 2013). On kuitenkin hyvä huomata, että uusi teknologia voi olla kustannusvaikuttavaa, eli siitä saatava terveyshyöty on suuri suhteessa kustannuksiin, mutta siitä huolimatta kokonaiskustannuksia lisäävää<sup>15</sup>. Tästä seuraa, että kokonaiskustannusten kasvun hillinnässä on punnittava myös jokaisen yksittäisen uuden hoitomuodon kustannusvaikuttavuutta. Esimerkiksi vaikka sydäninfarkti-, aivoinfarkti- ja lonkkamurtumapotilaiden kustannukset ovat kasvaneet 1-2 % vuodessa, on lisäkustannuksilla pystytty vähentämään kuolleisuutta ja lisäelinvuosia on pystytty aikaansaamaan 1200–4000 eurolla eli huomattavasti edullisemmin kuin taloudellisissa arviointitutkimuksissa on käytetty yhteiskunnallisena maksuhallintona lisäelinvuosille (50 000-75 000) euroa (Häkkinen 2008<sup>16</sup>)

Teknologinen kehitys (jos toimintatapojen muutoksia ei lueta teknologian muutokseksi) ei ole riippuvaista sote-uudistuksesta. Tosin suuremmilla järjestämisalueilla on mahdollista kerätä ja analysoida tietoa käytössä olevien hoitomuotojen kustannusvaikuttavuudesta järjestäytyneemmin ja sen perusteella ohjata kliinistä toimintaa. Linjaukset uusien, kalliiden hoitomenetelmien käyttöönotosta julkisessa terveydenhuollossa tehdään jatkossakin kansallisesti.

Uudistuksella saavutettavia säästöjä on tärkeää tarkastella myös koko julkisen talouden näkökulmasta. Jo keskipitkällä aikavälillä sosiaali- ja terveydenhuollossa tapahtuvat muutokset vaikuttavat niin sairauspäivärahoihin ja työkyvyttömyyseläkkeisiin ja tätä kautta työvoiman tarjontaan kuin sairausvakuutuksen lääke- ja matkakorvauksiin tai asumis- ja toimeentulotukeen. Tällaisia tarkasteluja on tehty yksittäisten hoitotoimenpiteiden tasolla esimerkiksi tarkastelemalla sairauspoissaoloja hitaan hoitoonpääsyn vuoksi, mutta kokonaistarkasteluja ei juuri ole.

<sup>15</sup> Näin voi käydä esimerkiksi tilanteessa, jossa vanhan hoitomuodon korvaava menetelmä on edeltäjänsä kalliimpi mutta terveysvaikutuksiltaan parempi.

<sup>16</sup> Häkkinen U. (2008), Palveluketjut: tapa mitata tuotosta ja tehostaa tuotantoa. Teoksessa Ilmakunnas S, (toim.) Hyvinvointipalveluja, entistä tehokkaammin. Uudistusten mahdollisuuksia ja keinoja. VATT-julkaisuja 48. Helsinki 2008,97-113

### 2.3. Sote-uudistuksen säästötavoite ja alkuvaiheen sopeutumiskustannukset

Tavoitteen mukaiset kustannusvaikutukset eivät synny tasaisesti heti uudistuksen alusta lähtien. Alkuvaiheessa tarvitaan investointeja esimerkiksi ICT-järjestelmiin, toimitilojen muokkaamiseen ja korjaamiseen sekä hallinnon ja muun toiminnan uudelleen järjestämiseen. Merkittäviä kustannusten lisäyksiä on odotettavissa myös henkilöstön työehtojen ja palkkojen yhtenäistämisestä.

Kainuun hallintokokeilussa tietotekniikkainvestointien kokonaissumma oli yhteensä noin 5,6 miljoonaa euroa. Summa sisältää vain osittain hankkeisiin käytetyn työpanoksen ja koulutuksen. Järjestelmien ylläpitoon tullaan seuraavan viiden vuoden aikana käyttämään noin 1,1 miljoonaa euroa. Mikäli selvityksessä olisi huomioitu myös oman henkilöstön kaikki työpanokset, olisi investointien kokonaiskustannus ollut jopa kaksinkertainen.

Valtakunnalliselle tasolle nostettuna Kainuun muutoksen kustannukset olisivat tietotekniikkainvestointien osalta noin 330 miljoonaa euroa ja vuotuisten ylläpitokustannusten noin 14 miljoonaa euroa. Kainuun perusteella arvioitiin, että investointien tuottaman säästön tulisi vuositasolla olla noin 93 miljoonaa euroa, jotta investoinnit kannattaisivat taloudellisesti. Edellä mainitut luvut antavat vain suuruusluokan, sillä eräillä alueilla on jo ryhdytty yhdenmukaistamaan tietotekniikkaa, ja investointitarpeet saattavat olla tästä syystä pienempiä kuin Kainuussa olivat. Toisaalta on myös alueita, joilla alkulähtökohdat ovat Kainuuta heterogeenisemmat. (Selvitys Kainuun maakuntakokeilun tietotekniikan kustannuksista ja hyödyistä, Suomen Kuntaliitto, tietoyhteiskunta helmikuu/2007.) Eri tahojen arviot kustannuksista ovat suuruusluokaltaan saman samantaisia, jopa hieman suurempia, noin 400 miljoonaa euroa (esim. JulkICT).

Työvoimakustannukset ovat suurin kustannuserä sote-palveluissa, mutta tehtävärakenteet, tehtävien vaativuusluokitukset ja palkkatasot eroavat alueiden välillä. Kainuussa siirtyi 3700 henkilöä 11 eri työnantajalta saman työnantajan alaisuuteen. Jos olisi tehty kerralla palkkojen harmonisointi, olisi kustannus ollut 12 miljoonaa euroa (Kuntalehti 7.5.2014). Harmonisointi vie pitkän ajan – Kainuussa kokeilu ehti jo loppua, ennen kuin koko palkkaharmonisointi oli ohi. Keväällä 2015 rauenneen hallituksen esityksen valmisteluvaiheessa Kuntatyönantajat arvioivat kustannuksiksi työnantajille 60-550 miljoonaa euroa.

Hallinnon uudelleen organisointi ei edellä mainittuja tekijöitä lukuun ottamatta tuo suuria kustannuksia. Toisaalta hallintohenkilökunnan vähenemisestä huolimatta ei myöskään voida odottaa kokonaistasolla suuria säästöjä, sillä puhtaiden hallintokustannusten osuus kokonaiskustannuksista on vain noin 3 %.

## 3. Arviot sosiaali- ja terveydenhuollon aiempien suomalaisuudistusten taloudellisista vaikutuksista

Sote-uudistuksen kaltaisesta yhtä laajasta sosiaali- ja terveystalouden integraatiosta ei ole kansallista eikä kansainvälistä kokemusta. Tästä syystä ei ole olemassa myöskään vahvaa tutkimusnäyttöä tämän kaltaisen uudistuksen kustannusvaikutuksista, vaikka yksittäiset esimerkit osoittavat, että potentiaalia kustannusten kasvun hillintään on monissa osissa järjestelmää.

Sote-uudistus luo johtamiselle aiempaa paremmat puitteet sosiaali- ja terveystalouden järjestämisen ja tuottamisen tehostamiseen. Näin luodaan edellytyksiä tuottavuuden kasvulle, joka näkyy hitaampana kustannusten nousuna tai kustannusvaikuttavuuden paranemisena. Näin ollen uudistuksen sisällöllisistä tavoitteista eli palvelujen laadusta ja saatavuudesta ei tingitä vaikka kustannusten kasvua jarrutetaan. Tavoitellut vaikutukset eivät synny ajassa lineaarisesti mm. siksi, että alussa tarvitaan toimintojen uudelleenjärjestelyjä, investointeja sekä tehtävien ja palkkojen harmonisointia, jotka voivat lisätä menoja.

Koska vertailukelpoisia kokemuksia yhtä laajasta muutoksesta ei ole, kustannushyötyjen arviointia tehdään ensin mittaluokaltaan pienempien Suomessa toteutettujen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusten kautta. Esimerkkinä toimivat Eksote ja Kainuun hallintokokeilu sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirien yhdistyminen vuonna 2000. Luvussa 4 tuodaan alustavasti joitakin havaintoja kansainvälisistä esimerkeistä ja arvioidaan tuottavuuden kasvuun vaikuttavien yksittäisten tekijöiden vaikutusta. Tarkastelu ei kuitenkaan ole kattava.

### 3.1 Vaikutukset Eksoten ja Kainuun esimerkkien pohjalta

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen integraation taloudellisia vaikutuksia voidaan arvioida suuntaa antavasti. Kainuun hallintokokeilussa ja Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirissä (Eksotessa) on toteutettu sote-uudistuksessa tavoiteltavaa toimintamallia, mutta niiden mittakaava on olennaisesti kaavailtuja sote-alueita pienempi, eivätkä nämä kaksi aluetta edusta koko maata. Sote-uudistuksen toimeenpano koko maan kattavasti voi aiheuttaa alueiden välisiä, ennakoimattomia vaikutuksia, joita ei ole voitu havaita yhteen maakuntaan rajautuneissa uudistuksissa.

Seuraavassa arvioidaan taloudellisten vaikutusten mahdollista suuruusluokkaa hyödyntäen havaintoja Kainuun hallintokokeilusta ja Eksoten sosiaali- ja terveystalouden järjestämisen ja tuottamisen integraatiosta. Sote-palvelujen järjestäminen ja tuottaminen on integroitu Kainuun hallintokokeilussa vuodesta 2005 ja Eksotessa vuodesta 2010. Alla oleva tarkastelu perustuu Erhola ym. (2014) arviointiraportissa esitettyyn tarkasteluun, jota on THL:ssä jatkettu vuoden 2013 tiedoilla<sup>17</sup>.

Arvion mukaan Eksoten muodostaminen hillitsi sosiaali- ja terveydenhuollon nettokustannusten kasvuvauhtia 2,7 prosenttia vuodessa vuosina 2010–2013 (menojen kasvu Eksotessa 0,5 % /v ja vertailualueella 3,1 % /v). Kainuun maakunnan sosiaali- ja terveysmenot sen sijaan kasvoivat prosentin vertailualueella nopeammin vuodessa vuosien 2005–2013 (menojen kasvu Kainuussa 3,9 % /v ja vertailualueella 2,9 % /v).

Eksoten tuloksiin on syytä suhtautua vielä varauksella, sillä seuranta-aika on vain neljä vuotta, mutta arviointihavainnot ovat yhdenmukaisia Eksotessa tehtyjen, palvelujen tuotantoa koskevien uudistusten kanssa. Eksotessa on vuoden 2010 jälkeen vähennetty pitkäaikaisten vuodeosastojen määrää, integroitu tietojärjestelmiä, vähennetty esimiestason henkilötyövuosia sekä optimoitu ja

<sup>17</sup>Erhola ym. (2014) SOTE-uudistuksen vaikutusten ennakoarviointi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 4/2014. Tätä muistiota varten laskelmat on päivitetty vuoden 2013 tiedoilla ja vuoden 2014 tiedot saadaan tämän vuoden lopussa, kun Tilastokeskus julkistaa kuntakohtaiset tiedot sosiaali- ja terveydenhuollon menoista.

automatisoitu kotihoidon palveluja. Eksoten tulosten taustalla on järjestelmällinen, vuosia kestänyt ja yhteiseen päämäärään pyrkinyt muutosjohtaminen, jota ilman säästöjä tuskin olisi syntynyt.

VATT on tuoreessa tutkimuksessaan arvioinut Kainuun hallintokokeilun kustannusvaikutuksia aiemmasta poikkeavalla menetelmällä (Hämäläinen & Moisio 2015). Sen mukaan kustannussäästöt ovat hyvin pienet, vuosina 2005–2009 yhteensä 4–34 miljoonaa euroa riippuen menoja koskevasta tilastotiedosta.

Kainuun kokeilun parhaina käytäntöinä on kokeilua koskevassa loppuraportissa nähty sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio, yhden järjestäjän koulutusmalli, rahoitusmalli ja talous sekä demokratiaan liittyen suorilla vaaleilla valittu maakuntavaltuusto. Toisaalta samaan aikaan oli erimielisyyksiä neuvottelukulttuurista ja yhteistyöstä sekä rahoitusjärjestelyistä<sup>18</sup>. Kainuun esimerkki osoittaa, että kustannusten kasvun merkittävä hillintä ei ole itsestään selvyys.

Jos kustannusvaikutusta arvioidaisiin suoraviivaisesti Eksoten tulosten mukaan, vähentäisi sote-uudistus nettokustannusten kasvua vuositasolla noin 2,7 prosenttiyksikköä lain voimaantulon ensimmäisinä vuosina. Koko maan tasolla kustannusten kasvun hillintä olisi *noin 450 miljoonaa euroa vuodessa*, vuoden 2013 tasossa. Tässä arviossa ei ole otettu huomioon Eksotessa sen ensimmäisten toimintavuosien aikana syntyntä alijäämää. On kuitenkin huomattava, että vertailualueille mahdollisesti syntyntä alijäämää ei ollut mahdollista ottaa tarkastelussa huomioon. Eksoten alijäämän huomioiden kustannusten kasvun hillintä olisi *noin 200 miljoonaa euroa vuodessa*.

THL:n Perfect-hankkeen (Hoitoketjun toimivuus, vaikuttavuus ja kustannukset<sup>19</sup>) tuloksista voidaan arvioida Kainuussa ja Eksotessa toteutetun toiminnan integraation hyötyjä. Mitään merkittävää poikkeamaa maan keskitasosta ei kummallakaan alueella ole havaittavissa esimerkiksi sydäninfarktikuoletisuuden, aivoinfarktin kotiutumisen tai lonkkamurtuman kotiutumisen osalta eikä Kainuu yllä esimerkiksi Pohjois-Karjalan tasolle.

Tuottavuutta voidaan puolestaan tarkastella Sairaaloiden hoitotoiminnan tuottavuus ja vaikuttavuus –hankkeen<sup>20</sup> tulosten avulla. Tuottavuuden kehitys on ollut Etelä-Karjan keskussairaалassa hieman parempaa kuin muissa keskussairaaloissa, vuonna 2014 kuitenkin keskussairaaloiden keskimääräisellä tasolla. Kainuussa keskussairaalan kehitys on ollut muiden sairaaloiden tasolla, vuonna 2014 hieman keskussairaaloiden keskitasoa parempaa.

Tuottavuuden kehitys on ollut Etelä-Karjan keskussairaалassa hieman parempaa kuin muissa keskussairaaloissa, vuonna 2014 kuitenkin keskussairaaloiden keskimääräisellä tasolla. Kainuussa keskussairaalan kehitys on ollut muiden sairaaloiden tasolla, vuonna 2014 hieman keskussairaaloiden keskitasoa parempaa.

### 3.2 Esimerkkejä vahvan johtamisen ja keskitetyn päätöksenteon vaikutuksesta sote-menoihin

<sup>18</sup> VM 5/2013, Kainuun hallintokokeilun päättymisen, seurantasihteeristön loppuraportti

<sup>19</sup> <sup>19</sup> <<https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/perfect>>

<sup>20</sup> <<https://www.thl.fi/fi/tilastot/tiedonkeruut/sairaaloiden-toiminta-ja-tuottavuus>>

Eksote toimii esimerkkinä paitsi sote-integraatiolla saavutettavista mahdollisista taloudellisista eduista myös koko sosiaali- ja terveydenhuollon vahvan johtamisen merkityksestä toimialan muutoksessa.

Toinen esimerkki päätöksenteon ja johtamisen keskittämisestä yhden johdon alaisuuteen toimii Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS). Aiemmin erilliset Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirit yhdistettiin yhdeksi sairaanhoitopiiriksi vuonna 2000. Ennen yhdistämistä ja vielä joitakin vuosia sen jälkeen muut kuin Helsingin sairaalat toimivat melko itsenäisesti alueellisten (sairaanhoitoalueiden) poliittisesti valittujen lautakuntien alaisuudessa. HUS:n muodostamisen myötä sairaanhoitoalueiden lautakunnat lakkautettiin ja sairaaloiden toiminta sulautettiin osaksi koko sairaanhoitopiirin toimintaa, jota johdetaan HUS:n keskushallinnosta ja päätökset tehdään kuntayhtymän hallituksen ja valtuuston toimesta.

HUS:n keskitetyn johtamismallin taloudellisia vaikutuksia arvioitiin samoilla menetelmillä kuin edellä sote-integraation vaikutuksia. Arvion mukaan HUS:n muodostaminen ja omaksuttu johtamis- ja organisoitumismalli hillitsi erikoissairaanhoidon nettokustannusten kasvuvauhtia 1,6 prosenttia vuodessa vuosina 2000–2013 (esh-menojen kasvu HUSn alueella 1,1 % /v ja vertailualueella 2,7 % /v) ja mahdollisesti vaikutti hidastavasti koko sosiaali- ja terveydenhuollon nettokustannusten kasvuvauhtiin noin 1,2 prosenttia vuodessa (sote-menojenkasvu HUSn alueella 1,2 % /v ja vertailualueella 2,4 %/v). Koko maan tasolla vastaava kustannusten kasvun hillintä tarkoittaisi *noin 230 miljoonaa euroa vuodessa*. HUS on esimerkki siitä, että tavoitteellisella toiminnalla saadaan aikaan maltillinen kustannusten kasvu.

Aiempien esimerkkien kautta tehtävään kustannusarviointiin liittyy kuitenkin runsaasti epävarmuutta. Eksoten ja HUSn tuottamat laskennalliset säästöt ovat vahvasti sidoksissa johtamiseen ja maakunnallisiin ja alueellisiin ratkaisuihin, jotka saattavat olla mielekkäitä vain kyseisillä alueilla. Lisäksi henkilöstörakenteilla ja johtamisella on ollut merkittävä rooli saatujen kustannushyötyjen tuottamisessa. Nämä eivät automaattisesti toteudu muilla alueilla. On myös huomioitava, että kustannuskehitykseen on Eksotessa ja HUSsa ovat vaikuttaneet myös monet muut seikat kuin sote-integraatio ja johtamis- ja päätöksentekojärjestelmien uudistukset. Näiden muiden tekijöiden vaikutusta ei tässä tarkastelussa ole ollut mahdollista ottaa huomioon. Toisaalta on esitetty myös kritiikkiä, että Eksoten ja Kainuun esimerkit eivät huomioi mahdollisuutta sairaalaverkon optimointiin. Lisäksi Eksoten ja Kainuun kokemuksia on peilattava kustannuskehityksen lisäksi myös palvelujen laadussa ja vaikuttavuudessa tapahtuneeseen kehitykseen.

## 4. Kustannusvaikuttavuuden paranemisen ja kustannussäästöjen lähteet

### 4.1.1. Taustaa: mikä selittää kustannuksia

Arvioitaessa uudistuksen kustannusvaikutuksia on olennaista pohtia, millä toimenpiteillä voidaan saada kertaluonteinen muutos kustannusten tasossa ja milloin saadaan pysyviä muutoksia kustannusten kasvuvauhdissa. Uudistuksessa tavoitellun 10 vuoden jatkuvan kustannusten kasvuvauhdin hillintä edellyttää huomion kiinnittämistä ikääntymisen ohella kaikkiin kustannusten tasoa ja kasvua selittäviin tekijöihin. Edellä tuotiin esiin se, että uudet hoitomuodot (teknologinen muutos) ovat tutkimustulosten mukaan tähän saakka lisänneet erityisesti terveydenhuollon

kustannuksia. Tähän vaikuttaa myös se, että tulotason noustessa ollaan valmiita maksamaan palveluista aiempaa enemmän.

Kustannusten kasvun hillintään on eri maissa järjestelmästä riippumatta pyritty menorajoitteiden asettamisella (kuten budjettikatto), asiakkaiden omavastuun lisäämisellä esimerkiksi asiakasmaksujen avulla sekä julkisen terveydenhuollon tai vakuutusjärjestelmässä korvattun palvelun palveluvalikoiman rajoittamisella. Yleensä verorahoitteisissa järjestelmissä on pystytty rajoittamaan menoja paremmin kuin vakuutusperusteisissa järjestelmissä. Tuotantopanoksista lääkekustannuksia on hillitty esimerkiksi erilaisin viitehintajärjestelmin. Lisäksi on pyritty rakentamaan taloudellisia kannustimia sekä järjestäjille, tuottajille että asiakkaille. Kannustimien luominen ei kuitenkaan ole kokonaisuuden näkökulmasta helppoa. Monissa järjestelmissä on myös pyritty ohjaamaan hoitoon hakeutumista ”portinvartijajärjestelmässä”. (OECD, 2010). Tutkimustulokset terveydenhuollon järjestämisvastuun keskittyneisyyden asteen yhteydestä kustannuksiin eivät ole kansainvälisten tulosten mukaan yksiselitteisiä (Martín Martín et al. (2011) ja Rättö et al. (2012)<sup>21</sup>).

Kustannusten taso ja niiden kasvuvauhti monen tekijän tulos alkaen edellä mainituista palveluiden järjestämisen ”makrotekijöistä” ja päätyen yksittäisten hoitotoimenpiteiden prosessien ohjaamiseen. Tutkimustulokset perustuvat historialliseen näyttöön ja on syytä ottaa huomioon, että nopea teknologinen kehitys avaa uusia mahdollisuuksia myös kustannusten hallinnan näkökulmasta.

#### 4.1.2. Sote-uudistuksen vaikutuskanavia kokonaistuottavuuden kasvuun

Kustannusten kasvun hillintä saadaan aikaan taloudellisella terminologialla ilmaistuna palvelutuotannon kokonaistuottavuuden nousulla, joka syntyy tuotantojärjestelmässä ja tuotantoprosesseissa tapahtuvien muutosten ansiosta. Se sisältää työvoiman, pääoman ja välituotteiden aiempaa tehokkaamman käytön lisäksi myös esimerkiksi paremman organisaation, prosessit ja johtamisen. Muutos edellyttää myös investointeja niin osaamiseen kuin uuteen teknologiaan. On kuitenkin muistettava, että sosiaali- ja terveyspalvelut ovat laaja ja monimutkainen kokonaisuus, ja palvelujen tuottavuuden tarkastelu yleensäkin on huomattavasti vaikeampaa kuin tavartuotannossa ja siksi seuraavassa tuodaan lähinnä esimerkein kohtia, joista tulevaisuudessa voidaan saada tuottavuuden paranemista ja kustannussäästöjä.

Tuottavuuden parantaminen vaatii syvällisen ymmärryksen tuotantoyksikön tuotannosta ja panoksista, sillä muuten on äärimmäisen hankalaa ohjata resurssikäyttöä kohti tehokkaampaa ja tuottavampaa toimintaa.<sup>22</sup> Edelleenkin moni terveyskeskus toimii ilman tuotannonohjausjärjestelmää ja suuri osa tuotannosta kirjautuu perustietojärjestelmiin epäspesifinä potilaskontaktina, josta ei ole diagnoositietoa. Tällöin tuotteistusta ei voi toteuttaa ja terveyskeskuksen johtajan edellytykset tuottavaan toimintaan ovat vajavaiset.

Sosiaali- ja terveyspalvelut voidaan nähdä joukkona erilaisia prosesseja, joissa kustannusvaikuttavuuteen vaikutetaan tuotantopanoksien käytön ohella hyvin olennaisesti prosesseja ja niiden ympärillä olevia toimintatapoja uudistamalla.

<sup>21</sup> Martín Martín, J. – González, P. – García, D. (2011): Review of the literature on the determinants of healthcare expenditure. Applied Economics Letters 43.

Rättö, H. – Jonsson, P. M. – Häkkinen, U. – Häkkinen, P. (2012): Somaattinen erikoissairaanhoito Pohjoismaissa: vertailututkimus. THL Raportti 51/2012.

<sup>22</sup> Seppälä, T. T., Linna, M. ja Elonheimo, O. (2014) Terveyskeskuksen tuottavuuden mittaamisen edellytykset – Havaintoja pilottihankkeesta, VATT Valmisteluraportti 22

Sote-uudistuksen vaikutuskanavat voidaan luokitella esimerkiksi seuraavasti:

Uudistuksen vaikutus mahdollisuuteen käyttää tuotantopanoksia tehokkaammin eli

- työtä
- pääomapanoksia kuten laitteita ja rakennuksia
- aineellisia välituotteita kuten käyttötarvikkeita ja
- aineettomia välituotteita kuten ostettuja palveluita.

Toiseksi suurempien järjestäjillä ja tuottajilla on mahdollisesti mittakaavaetuja. Kolmanneksi yksittäisten panosten käytön tehostamisen ohella vaikutuksia saadaan luomalla edellytyksiä palvelujen tuottamiseen tarpeen mukaisesti ja samalla kustannuksiltaan optimaalisessa paikassa tehokkaalla palvelujen valikoimalla.

Sote-uudistuksessa toimenpiteet kohdistuvat erityisesti palvelujen digitalisaatioon, vertikaaliseen ja horisontaaliseen integraatioon sekä toimitilojen optimaaliseen hyödyntämiseen. Lisäksi on suuri joukko muita toimintoja, joita tehostamalla on mahdollisuus saavuttaa merkittäviä säästöpotentiaaleja. Vaikutukset saadaan aikaan hyödyntämällä muutosjohtamisen avulla teknologista kehitystä ml. terveysteknologia sekä hallinnollisten prosessien uudet mallit ja työtavat.

Lisäksi tuottavuutta voidaan parantaa monissa kohdin yksittäisiä prosesseja eri keinoin kuten nostamalla kiinteistöjen ja laitteiden käyttöastetta sekä prosessien hukkaa vähentämällä. Tuottavuuden nousu edellyttää yhtäaikaaisesti investointeja uusiin teknologioihin ja toimintatapojen muutosta. Toimintatapojen muutokset ovat ehkä jopa keskeisin tuottavuuteen vaikuttava tekijä, mutta niiden mittaaminen on vaikeaa. Lisähaasteita mittaamiseen tuo sosiaali- ja terveyspalvelujen luonne. Jos toiminnan tuloksena seurataan konkreettisten tuotosten sijaan asiakkaan saamaa terveys- tai hyvinvointia hyötyä, tuottavuus parane silloinkin, kun asiakkaan kannalta samaan tulokseen päästään vähemmän resursseja vaativalla hoitomuodolla.

## 4.2. Tuotantopanosten tehokkaampi käyttö

### a) työpanos

Henkilöstömenot ovat suurin yksittäinen menoerä (48,8 % käyttökustannuksista). Henkilöstön määrä nousee sosiaalipalveluissa palvelutarpeiden lisääntymisen vuoksi. Lisäksi täytyy muistaa, että kunnat hankkivat monia sosiaalipalveluja myös ostopalveluina, joiden henkilöstö ei sisälly näihin lukuihin.

Kuntien ja kuntayhtymien sote-henkilöstön määrä

	2000	2014	Muutos	%
Sairaanhoito	125400	132387	6987	5,6
Sosiaalihuolto (pl. päivähoito)*	58000	71286	13286	22,9

Sote-hallinto

6143

\* sosiaalihuollon henkilöstöstä oli v. 2014 vanhustenhuollossa 46 913 henkeä.

Eksote on vähentänyt tähän mennessä (ml. 2015) henkilöstötyövuosina mitattuna henkilöstöään noin 2 % ja tavoitteena on aikavälillä 2013-2020 saavuttaa 5 prosentin vähennys. Jos palkkasumma ml. sivukulut laskisivat samassa suhteessa kuin henkilöstömäärä, kustannusten

hillintä olisi koko maan tasolle kohotettuna 5 % :n muutoksella 9,3 mrd. eurosta 460 miljoonaa. Koko maan tasolle korotettuna 5 prosentin henkilöstön väheneminen tarkoittaisi reilun 10 000 hengen vähenemistä. Eksotella ei ollut varsinaista sairaalaverkon karsintaa, joskin terveyskeskusten vuodeosastoja supistettiin ja terveysasemia vähennettiin. Käytännössä henkilöstömäärän potentiaalinen vähennyskyky on eri alueilla erilainen ja on käsiteltävä suhteessa vaihtoehtoiseen kustannusten muutoksen uraan, jossa uudistusta ei tehtäisi. Esimerkiksi Kainuun kokeilussa ei päästy henkilöstömenoissa samanlaiseen kehitykseen, vaan ne kokeilun loppupuolella nousivat. HUSissa työntekijöiden määrä on hieman lisääntynyt, mutta myös asukasmäärä kasvaa tasaisesti.

#### *b) Laitteet ja rakennukset*

##### *Laitteet:*

Laitteet sisältävät pääasiassa kuvantamisessa ja hoidossa käytettyjä sairaalalaitteita. Laitteiden kustannukset näkyvät pääsääntöisesti vuokramenoissa tai poistoissa. Sekä laitteiden sijoittamisen hyvässä suunnittelussa että yhteisillä hankinnoissa on mahdollista saavuttaa säästöjä. Laitekustannusten alentamismahdollisuuksia on käsitelty jäljempänä.

##### *Rakennukset:*

Omat rakennusinvestoinnit näkyvät käyttömenoissa poistoina. Tällä hetkellä on menossa isoja erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon investointeja, joten poistot kasvavat. Kun rakennusinvestoinnit usein rahoitetaan vieraalla pääomalla, myös rahoituskustannukset nousevat. Samaan aikaan terveydenhuollon toimintatapojen muutos ja vanheneva sairaalakanta voi vaikuttaa nopeasti uudenlaisten kiinteistöjen tarpeeseen ja käyttöön. Tämä toimintatapojen muutos näkyy esimerkiksi vanhojen aluesairaaloiden toimenkuviissa ja toimitilojen tarpeessa. Sairaalaverkon optimoinnilla saadaan säästöjä myös rakennus- ja laitekustannuksista.

#### *c) Käyttötarvikkeet*

Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon käyttömenoista aineet, tarvikkeet ja tavarat muodostavat 7,7 % (1,5 miljardia euroa vuonna 2013). Tarvikkeet ja tavarat sisältävät sairaalalääkkeitä (lähes puolet kustannuksista), hoitotarvikkeita (noin kolmasosa kustannuksista) sekä muita tarvikkeita. Lääkkeiden hankinta on useilla erä-alueilla jo tehty laajoissa hankintarenkaissa. Lisäsäästöjä on mahdollista saada erä-tasosten hankintarenkaiden toiminnan tehostamisella ja laajentamisella lääkkeiden lisäksi hoitotarvikkeisiin (esim. vaipat), apuvälineisiin ja muihin tarvikkeisiin. Esim. vuotuisella 7 % säästöillä hankinnoissa on mahdollista saavuttaa lähes 150 milj. euron menojen aleneminen.

STM:n selvityksessä<sup>23</sup> koko Suomen hoitotarvikejakelun kustannuksiksi vuositasolla muodostui laskennallisesti 93 miljoonaa euroa. Selvityksen mukaan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyötä tulee kehittää hoitotarvikejakelun toteuttamiseksi yhteisten käytäntöjen, erikoissairaanhoidossa aloitetun ja kokeillun vastaavan tuotteen saatavuuden varmistamiseksi perusterveydenhuollon hoitotarvikejakelusta. Näin toimien päästään kustannusten tehostamiseen tarvittavien hoitotarvikkeiden hankinnoissa ja jakelussa.

#### *d) Ostopalvelut*

<sup>23</sup> Selvitys kuntien hoitotarvikejakelusta. Helsinki 2014. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:28



Palveluiden ostot yksityiseltä toimijoilta (lopputuotepalvelut) ovat 13,7 % kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannuksista (2,6 miljardia euroa vuonna 2013). Näitä ovat tyypillisesti asumispalvelut ja lasten sijoituksiin liittyvät palvelut. Joidenkin yksityisten palveluiden hankinta edellyttää uuden palvelukonsepti kehittämistä ja uudentyypisiä, innovatiivisia hankintoja.

Yksityisiltä tuottajilta ostettujen ja julkisen palvelutuotannon tehokkuuden vertailua on melko vähän ja se on haastavaa, koska asiakkaat ja heidän hoitoisuutensa voivat erota. On myös otettava huomioon, että ostopalveluja hankittaessa tavoitteena voi hinnan ohella tai sijaan olla esimerkiksi aiempaa paremmat palvelut. Tulokset eivät ole yksiselitteisiä taloudellisten taikka muidenkaan vaikutusten osalta.

Lisäksi vertailua vaikeuttaa se, että palvelujen painopiste muuttuu, ja esimerkiksi ikääntyneiden tehostetussa palveluasumisessa hoidetaan yksityisen sektorin palveluissa parempikuntoisia vanhuksia kuin kuntien omassa tuotannossa, mikä vaikuttaa palvelujen yksikkökustannuseroihin. Toisaalta samaan aikaan palvelujen tarve ja käyttö eivät eri syistä kohtaa, sillä sekä yksityisellä että julkisella sektorilla on palveluasumisessa osin jopa huonompikuntoisia asiakkaita kuin laitoshoidossa.

Kilpailuttamisen tavoitteet ja tehostamisen vaikutukset voivat siis vaihdella tilannekohtaisesti huomattavasti<sup>24</sup>, mutta 5 prosentin keskimääräinen kustannusten alenema on realistinen ensimmäisellä tarjouskierroksella, eli vähintään 100 milj. euroa. Ostopalveluihin lastensuojelussa vaikutettaneen parhaiten varhaisemmalla tuella ja se on selvästi halvempaa kuin laitossijoitus. Imatralla lasten ja nuorten laitoshoidon kustannukset ovat laskeneet reilut 16 % vuosina 2011–2013. Jos vaikutusten havainnollistamiseksi oletetaan, että vastaavaa toiminta onnistuisi koko maan tasolla, voisi kertaluonteinen säästöpotentiaali olla jopa 120 miljoonan euroa muutamassa vuodessa ja pitkällä aikavälillä jopa enemmän. Samalla se lisää lasten ja nuorten hyvinvointia. Imatran toimintamallin levittämistä koko maahan ja se kustannusvaikutuksia pitäisi kuitenkin selvittää tarkemmin.

#### 4.3 Palveluprosessin tehokkaampi organisointi ja palvelujen optimaalinen suuntaaminen

Edellä on kuvattu mahdollisuuksia käyttää yksittäisiä tuotantopanoksia ja mittakaavaetuja aiempaa tehokkaammin. Toinen kustannuksiin ja kustannusvaikuttavuuteen liittyvä näkökohta on se, miten tuotantoprosessit eri tasoilla organisoidaan ja johdetaan. (Tämä liittyy luonnollisesti myös panosten käyttöön.) Tähän ”miten tuotetaan” kysymykseen liittyy myös se, mitä tuotetaan ja missä tuotetaan.

Kolmanneksi palvelujen kustannusvaikuttavuuteen liittyy olennaisesti se, miten palvelutuotantoa suunnataan ts. mitä tuotetaan ja kenelle tuotetaan siten, että kustannusvaikuttavuus on paras mahdollinen (vastaten ns. allokatiivista tehokkuutta). Seuraavaksi tarkastellaan, kuinka mitä mahdollisia vaikutuksia sote-uudistuksen keskeisillä tavoitteilla eli suuremmalla järjestäjän ja

<sup>24</sup> STM (2012): Sosiaali- ja terveyspalvelujen kilpailuttamisen toimivuus. Sosiaali- ja terveysministeriönraportteja ja muistioita 2012:1. Kähkönen, L. – Volk, R. (2008): Kuntien vanhuspalvelujen kilpailuttamiskokemuksia. Kunnallissalan kehittämissäätö. Suoniemi, Ilpo & Syrjä, Vesa & Taimio, Heikki (2005) Vanhusten asumispalvelujen kilpailuttaminen. Helsinki: Palkansaajien tutkimuslaitos.

Vesa Syrjä. Vanhusten asumispalvelujen kilpailuttamiskokemukset. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 35/2010. 102 sivua.

tuottajan koolla, palvelujen laaja-alaisella integraatiolla ja digitalisaatiolla on mahdollisuuksiin nostaa taloudellista tehokkuutta.

#### 4.3.1 Suuremmat järjestäjät

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu on jakaantunut yli 150 kunnalle, yhteistoiminta-alueelle tai kuntayhtymälle. Tästä erikoissairaanhoidon on kuitenkin keskittynyt 20 sairaanhoitopiirille ja 5 erityisvastuualueelle. Palveluista järjestämisvastuussa olevat pystyvät toimimaan hyvin autonomisesti toisistaan riippumatta. Tämä on johtanut yhteiskunnan hyvinvoinnin kannalta epäsuotuisaan osa-optimointiin, päällekkäisyyksiin ja sitä kautta tehottomuuteen, mihin muun muassa OECD on kiinnittänyt huomiota.

Skaalatuotot

Koska suuremmat järjestämis- ja tuotantoalueet mahdollistavat pitkällä aikavälillä tuotantoverkon uudelleenorganisoinnin, on sote-uudistuksen näkökulmasta yksi mielenkiintoinen asia, onko järjestäjien koolla yhteyttä tuottavuuteen tai kustannusvaikuttavuuteen ja onko tuotantoyksiköiden tasolla olemassa mittakaavaetuja? Suuruuden ekonomiasta (economies of scale) erikoissairaanhoidossa on tehty paljon tutkimuksia ja yleinen tulos on ollut, että sairaaloiden optimikoko on 200–400 sairaansijan välillä. Myös Tanskassa tehdyssä tutkimuksessa päädyttiin 277 sairaansijaan. (Kristensen et al. 2008<sup>25</sup>)

Edellisen tutkimustuloksen valossa asiaa tarkasteltuna vuonna 2013 yliopistosairaaloiden lisäksi 250 sairaansijan määrän ylitti yhteensä viisi keskussairaala (arvioituna hoitopäivien perusteella): Satakunnan keskussairaala (320 ss), Päijät-Häme (308 ss), Pohjois-Karjala (280), Keski-Suomi (280 ss) ja Etelä-Pohjanmaa (246 ss).

Sairaaloiden välillä on tuottavuuseroja sekä maiden välillä että maan sisällä, joskaan ei ole helppoa tutkia mistä erot aiheutuvat. Suomessa tuottavuuserot olivat THL:n tutkimuksen mukaan yliopistollisten sairaaloiden välillä vuonna 2013 keskimäärin 3 %. Tuottavimman ja tuottamattomimman yliopistollisen sairaalan välinen ero oli 7 %. Tuottavuuserot keskussairaaloiden välillä olivat keskimäärin 8 % ja muiden sairaaloiden välillä keskimäärin 7 %. Erot ovat kuitenkin kaventuneet viime vuosina. Erojen analyysi on vaikeaa koska havaintoyksikköjä (sairaaloita) on vähän, minkä takia mm. sairaalan koon vaikutusta tuottavuuteen ei voida helposti arvioida. 2000-luvun alussa tehdyt laskemat puoltavat sairaanhoitopiirien väestöpohjan suurentamista ja työnjaon lisäämistä (Häkkinen ja Linna Terveystaloustieteen päivä 2004). EuroHoPE tutkimuksen mukaan kustannussäästöjä voidaan Suomessa saavuttaa aivoinfarkti- ja lonkkamurtumapotilaiden hoidon keskittämisellä (Häkkinen ym. 2015).

<sup>25</sup> Kristensen ym.. 2008. Economies of scale and optimal size of hospitals: Empirical results for Danish public hospitals Health Economics Papers 2008:13. University of Southern Denmark.

Linna, M. (2008): Optimaalinen yksikkökoko, erikoistuminen ja käytännön organisointimallit. Teoksessa: Hyvinvointipalveluja entistä tehokkaammin – uudistusten mahdollisuuksia ja keinoja.

Toim. Ilmakunnas, S. VATT-julkaisuja 48.

Luoma, K. – Moisio, A. (2005): Kuntakoko, kuntien menot ja palvelujen tuotannon tehokkuuserot. VATT-muistio 69.

Moisio, A. (2008): Kuntarakenteen ja rahoituksen uudistushankkeet palvelujen tehokkaan tuotannon näkökulmasta.

Teoksessa: Hyvinvointipalveluja entistä tehokkaammin – uudistusten mahdollisuuksia ja keinoja. Toim. Ilmakunnas, S. VATT-julkaisuja 48.

Vihriälä Erkki Sosiaali- ja terveystaloustieteen uudistusten taloudellisten vaikutusten arviointi. Valtiovarainministeriö Keskustelualoitteita 2/2014

Tuottavuustutkimuksen ongelmat ovat erikoissairaanhoidon paljon suuremmat terveyskeskusten analysoinnissa, missä potilasrakennetta ei voida lainkaan ottaa huomioon. Väestöpohjan vaikutusta terveyskeskuksiin on selvitetty jonkin verran Rätty ym. (2002), Aaltonen ym. (2004) saivat viitteitä siitä, että väestöpohjaltaan pienet terveyskeskukset ovat muita tehottomampia. Luoman ja Moisio (2005) tulosten mukaan väestöpohjan ja terveyskeskuksen tehokkuuden välillä ei ole vahvaa yhteyttä, vaikka hyvin pienen väestöpohjan tuottajayksiköissä toiminta tehottomampaa ja keskimääräistä kalliimpaa.

Moisio (2008) tulosten mukaan terveyskeskusten asiakaskohtaiset menot ovat alhaisimmillaan noin 25 000 väestöpohjalla ja Luoma ja Moisio (2005) toteavat, että sekä hyvin pienen että suuren väestöpohjan terveyskeskukset ovat keskipitkiksi tehottomampia. Tuloksien tulkinnassa on kuitenkin vaikea erottaa todellisia mittakaavaetuja ja eroja palveluiden kysynnässä erilaisten kuntien välillä. Linna (2008) arvioi, että mittakaavaedut ovat todennäköisesti suurempia erikoisalajoilla, kuten keskusten hoidossa, kuin perusterveydenhuollossa. Tyypillistä tutkimustuloksille kuitenkin on, että tarkasti arvioimaan, mitkä tekijät vaikuttavat havaittuihin tuloksiin. Vihriälä (2014) kirjallisuuskatsauksen pohjalta katsoo, että yksi hypoteesi on, että sairaalapalvelut on syytä järjestää verrattain isolla alueella, jotta erikoistumishyödyt voidaan saavuttaa. Kortelainen ym. (2015) saivat tulokseksi, että terveyskeskuskuntayhtymän (1990-2003) purkaneiden kuntien perusterveydenhoidon menot ovat kasvaneet yli 20 % enemmän kuin vastaavan kaltaisten yhteistyötä jatkaneiden kuntien menot, mutta alustavan tarkastelun perusteella muutokset tehokkuudessa tai palvelujen laadussa eivät tilastollisesti merkitseviä.

## Järjestäjien kokoon liittyviä näkökulmia sote-uudistuksessa

Toimintojen tukipalveluissa on nähtävissä suurtuotannon etuja erityisesti taloushallinnossa ja tietohallinnossa, mutta myös muissa tukipalveluissa (ateria, pyykki, siivous ym.). Uudet itsehallintoalueet pystyvät hyödyntämään suurtuotannon etuja erityisesti teknisissä tukipalveluissa, mutta myös kliinisissä tukipalveluissa. Organisaation sisäisissä tukipalveluissa palkkojen osuus on suuri. Kainuun maakuntakokeilussa keskitetyksi johdetut, mutta hajautetusti tuotetut taloushallinnon, palkanlaskenta- ja tietohallintopalvelut saatiin 20 % alhaisemmilla kustannuksilla kuin kunnittain hoidettuna. Esimerkiksi HUS:n keskitetyllä talous-, henkilöstö- ja materiaalihallinnolla on saavutettu alkuvaiheessa 10–15 % ja myöhemmin 2–3 %:n vuotuinen kustannussäästö (yhteensä runsaat 5 euroa asukasta kohden kuuden vuoden aikana). Kuitenkin on muistettava, että kaikki sote-hallintokustannukset olivat 586 milj. euroa vuonna 2013 eli kustannuseränä melko pieni.

Keskittämällä saadaan skaalaetuja myös lääketieteellisten ja muiden tukipalvelujen tuottamiseen. Jo alkanut laboratorio- ja kuvantamispalvelujen keskittäminen on tuottanut huomattavaa kustannusten säästöä eri puolilla maata. Esimerkiksi Itä-Suomen alueella toimivan Islabin alueella on arvioitu, että laboratoriotoimintojen keskitetyllä tuottamisella voidaan saavuttaa vuositasolla jopa noin 5 euroa/asukas kustannusten säästö hajautettuun palvelutuotantoon verrattuna. TYKS-ervassa on puolestaan arvioitu, että lääketieteellisten tukipalveluiden osuus kaikista erikoissairaanhoidon kustannuksista on 15–25 %:a, joka vastaisi koko maan tasolla 1,1–1,7 mrd. €. Tällöin sosiaali- ja terveystalouden laajuisella yhteistyöllä saavutettavissa olevan 5–15 %:n tuottavuuskehityksen merkitys koko erikoissairaanhoidon kustannuksiin voi olla koko maan tasolla 50–250 miljoonaa euroa.

Sosiaalihuollossa esimerkiksi juridisten tukipalvelujen ja asiantuntija-avun keskittäminen alueellisesti yhdenvertaiseksi palveluksi saisi aikaan sekä säästöjä että toiminnan laadullista parantumista. Samalla tavalla hankintaosaamisen keskittäminen tuo parempia hankintoja ja myös kustannusten hillintää (tarvitaan vähemmän hankintahenkilöstöä, parempia onnistumisia)

Joidenkin yksityisten alueen asukkaille tuotettavien palveluiden (vanhuspalvelut, lastensuojelu) hankinta edellyttää uuden palvelukonsepti kehittämistä ja uudentyyppisiä, innovatiivisia hankintoja, johon tulevilla itsehallintoalueilla on todennäköisesti paremmat edellytykset kuin nykyisellä hajautetulla järjestelmällä.

Suuremmat järjestäjät pystyvät myös rakentamaan kustannustehokkaan tasapainon ennaltaehkäisevän ja korjaavan toiminnan välillä. Vanhusten ja vammaisten laitoshoidon purkamisen jatkuminen on merkittävä kustannusten nousun hillinnän edellytys, mutta sekä muutamat kansainväliset tutkimukset että suomalaiset kokemukset viittaavat siihen, että palveluasunnoissa tai laitoshoidossa elävät käyttävät sairaalapalveluja huomattavasti vähemmän kuin kotihoidossa olevat (esim. Bardsley ym. 2012)<sup>26</sup>. Lisäksi laskettaessa sote-uudistuksen kustannusten alentavaa vaikutusta on otettava huomioon se, että sama asia on tavoitteena myös hallitusohjelman tavoitteessa alentaa kuntien kustannuksia.

### 4.3.2 Palveluverkon optimointi

#### Sairaalaverkon optimointi

Suomessa on väestöpohjaan nähden paljon pieniä sairaaloita, mihin muun muassa OECD on maaraportissaan kiinnittänyt huomioita. Sairaalaverkosto koostuu viidestä yliopistosairaalaista, 20 keskussairaalaista sekä aluesairaaloitten ja kaupunginsairaaloitten verkostosta. Kustannusten hallinta edellyttää sairaala- ja muun palveluverkon optimointia kehittämällä palveluyksiköiden tehtäviä ja työnjakoa. Itsehallintoalueet kykenevät alueellaan suunnittelemaan palvelujen tuotannon kustannuksiltaan optimaalisessa paikassa ja tehokkaalla palvelujen valikoimalla.

Harvoin käytettäviä palveluita on tarpeen keskittää laadun ja turvallisuuden varmistamiseksi. Itsehallintoalueiden lukumäärää koskevaa tausta-aineistoa valmistellut Järjestämisen edellytykset ja aluejako -valmisteluryhmä on muistiossaan katsonut, että peruspalveluita integroidusti tukevien päivystävien sairaaloitten (perusterveydenhuolto, pääerikoissalat ja sosiaalipäivystys) optimaalinen lukumäärä olisi 12.

Käytännössä se tarkoittaisi nykyisten sairaaloitten toiminnan muuttamista siten, että niistä muodostuisi vaativien sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kokonaisuuksien toimintayksiköitä. Järjestelmä olisi tehokkaasti porrastettu siten, että viisi yliopistosairaala ja vaativin sosiaalihuolto sekä vastaavasti 5–7 muuta suurta sairaalaa (nykyisiä keskussairaaloita) tarjoaisivat kaikki vaativat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Keskiuurissa sairaaloissa (osa nykyisistä keskussairaaloista ja muutama aluesairaala) palveluvalikoima painottuisi suurimpiin erikoisaloihin ja osaan vaativimmista sosiaalipalveluista. Muiden aluesairaaloitten ja suurimpien terveyskeskussairaaloitten toiminta muuttuisi ja niistä muodostettaisiin fyysisistä, psyykkistä ja sosiaalista kuntoutumista edistäviä lähiyksiköitä, jotka nopeuttavat asiakkaiden ja potilaiden kotiutumista ja tukevat heidän elämistään kotona. Tällainen rakenne takaisi nykyistä paremman kustannusten hallinnan. On kuitenkin tässä

<sup>26</sup> Bardsley, M. – Georghiou, T. – Chassin, L. – Lewis, G. – Steventon, A. – Dixon, J. (2012). Overlap of hospital use and social care in older people in England. *Journal of Health Services Research & Policy*.

vaiheessa vaikea arvioida tarkkaan, millaisia kustannussäästöjä siitä saadaan, sillä uudistus kohdistuisi koko sairaalaverkkoon. Suuruusluokkaa voidaan hahmottaa karkeasti olettamalla, että osa sairaaloista suljettaisiin. Keskikokoisen aluesairaalan kustannukset ovat vuodessa hieman yli 20 miljoonaa.

## Integraatio

Sote-uudistuksen keskeinen tavoite on sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio (horisontaalinen integraatio) sekä perustason ja erikoistason integraatio (vertikaalinen integraatio). Tuottamalla palvelut ensisijaisesti jo perustasolla ja koordinoimalla palvelutarve terveydenhuollon ja sosiaalihuollon välillä voidaan saavuttaa merkittäviä kustannussäästöjä sekä parantaa palvelujen vaikuttavuutta ja asiakkaan kokemaa hyötyä.

## Horisontaalinen integraatio

Useiden tuoreiden tutkimusten mukaan 10 % Suomessa asuvista kerryttää 74- 80 % kaikista sosiaali- ja terveydenhuollon kunnallisista kustannuksista. (esim. Leskelä ym. 2013, Kapiainen ym. 2010<sup>27</sup>) Noin 40 % näistä kustannuksista syntyy pelkästään terveystalvija käyttävien kustannuksista (esim. diabetes) ja 60 % sekä sosiaali- että terveystalvija käyttävien kustannuksista (ks. edellä). Kallein 10 % käyttää keskimäärin neljää palvelua, kun muu väestö käyttää yleensä yhtä. Korkea ikä (kolmannes on ikäihmisiä), pitkäaikaissairaudet ja heikko sosiaalinen asema luonnehtivat eniten palveluja käyttävien ryhmää. Erityisen kallista on ympärivuorokautinen hoito ja hoiva. Integraatiosta hyötyisivät nämä ryhmät. Leskelä ym. näkevät, että heillä kriittinen kysymys on palvelujen koordinaatio ja asiakastietojen integraatio. Kalleimpien potilaiden kymmenyksessä vuosikustannukset olivat Oulussa keskimäärin 15 940 euroa asukasta kohden, alimmillaan 3 308 euroa. Loput 90 % oululaisista kuluttivat keskimäärin 417 euroa asukasta kohden.

Sosiaali- ja terveydenhuollon keskinäisen koordinaation puute voi johtaa myös merkittäviin lisäkustannuksiin. Esimerkiksi vuonna 2012 tehdyn kyselyn mukaan sairaaloihin psykiatrisille osastoille sisään kirjoitetuista potilasta 15 prosenttia oli joutunut sairaalaan riittämättömän asumisen tuen vuoksi. Sama syy vaikeutti kotiuttamista 13 prosentilla. (Ympäristöministeriön raportteja 10/2012).

Sosiaali- ja terveydenhuollon integraation vaikutukset palvelujen käyttöön, kustannuksiin, laatuun ja terveyteen eivät kuitenkaan ole tutkimusten mukaan yksiselitteisiä. Kansainvälisten tapaustutkimusten perusteella ei kuitenkaan voida tehdä johtopäätöstä sitä, että integraatiolla ei olisi kustannusvaikuttavuutta, sillä palveluiden yhteensovittamisella voidaan viitata hyvin erilaisiin järjestelyihin. Lisäksi tutkimuksiakin on suhteellisen vähän. Mason ym. (2014) kartoittivat 38 tutkimushanketta. Rahoituksen ja palvelujen tuotannon integraation vaikutuksia ei voitu erotella toisistaan.

<sup>27</sup>Riikka-Leena Leskelä, Vesa Komssi, Saana Sandström, Sirkku Pikkujämsä, Anna Haverinen, Sirkka-Liisa olli, Kirsti Ylitalo-Katajisto. Paljon sosiaali- ja terveystalvija käyttävät asukkaat Oulussa, Suomen lääkirilehti 48/2013 Kapiainen S, Seppälä TT, Häkkinen U, Lauharanta J ym., Pääkaupunkiseudun erittäin kalliit potilaat. THL Avauksia 3/2010.

Mason A, Goddard M, Weatherly H (2014) Financial mechanisms for integrating funds for health and social care : evidence review , CHE Research Paper, University of York .

Erikoissairaanhoidon koskevassa 34 hankkeessa saatiin seuraavanlaisia tuloksia:

- Ei vaikutusta käyttöön ja kustannuksiin 11 hankkeessa
- Kustannukset tai käyttö alenivat 3 hankkeessa
- Palvelujen käyttö (rate of admissions ) lisääntyi yhdessä hankkeessa
- Johtopäätöksiä ei voitu tehdä (tai ne olivat epäselviä) 19 hankkeessa.

Vanhusten laitoshoidon koskevat hankkeet (11 hanketta):

- Integraatio ei lisännyt eikä vähentänyt laitoshoidon todennäköisyyttä neljässä hankkeessa
- Integraatio lisäsi laitoshoidon yhdessä hankkeessa
- Integraatio vähensi laitoshoidon kahdessa hankkeessa
- Johtopäätöksiä ei voitu tehdä (tai ne olivat epäselviä) neljässä hankkeessa.

Johtopäätöksenä Linnosmaa<sup>28</sup> toteaa, että tutkimusten perusteella integraation taloudelliset vaikutukset (so. säästöt) näyttäisivät olevan maltillisia. Rakenteiden muuttaminen on mahdollisuus, toimivuus riippuu pitkälti päätöksenteosta ja johtamisesta. Näyttöä sosiaali- ja terveydenhuollon sektoreiden riippuvuudesta on olemassa<sup>29</sup> ja tämä tulisi syytä huomioida päätettäessä sosiaali- ja terveydenhuollon resursseista.

### Toiminnallinen integraatio

Huomattavia kustannuksia syntyy erityisesti myös suunnitteleemattomista ja koordinoimattomista käynneistä ja laitosjaksoista sekä lasten ja nuorten kiireellisistä sijoituksista. Suunnitteleemattomien, kalliiden palveluiden vähentäminen ja palveluketjujen sujuvoittaminen edellyttävät perustason palvelujen vahvistamista ja niiden sisällön kehittämistä, sekä integraatiota tukevia tiedonhallinnan ratkaisuja.

Toisaalta vältettävissä olevia kustannuksia syntyy myös perusterveyden asukkaiden joutuessa jonottamaan esimerkiksi ensin leikkaukseen pääsyä ja sen jälkeen kuntoutuksen järjestymistä. Esimerkiksi Kainuun ja Keski-Suomen tutkimustulokset tutkimuksen perusteella alueelliset erot palvelujen kustannuksissa ovat merkittäviä: Lonkkaleikkauksen kokonaiskustannukset olivat Kainuun alueella noin 20 000 euroa henkilöä kohti ja Keski-Suomen alueella noin 4 000 euroa korkeammat. Keski-Suomessa keskimääräinen työstäpoissaolo oli 183 päivää ja Kainuussa 150 päivää.<sup>30</sup>

Perusterveydenhuollossa on arvioitu 20 – 50 % potilaista olevan päivystyspotilaita ja sairaaloihin sisään otetuista potilaista puolet, joillakin erikoisaloilla jopa 70–80 % tulee sairaalaan päivystyspotilaina. Kiireellinen hoito on aina suunniteltuja ja päiväaikaisia palveluita kalliimpaa.

<sup>28</sup> Sosiaali- ja terveyspalvelujen integraation talousvaikutuksista. Ismo Linnosmaa.

<http://www2.uef.fi/documents/1084483/2649359/Linnosmaa+Ismo+150226.pdf/673e5a7a-5876-489b-b9f7-9fc2e8b5e29a>.

Forder (2008) : Consequences of local variations in social care on performance of the acute health care sector , Applied Economics 40:1503 - 1518 . Holmås T.H., Islam M.K., Kjerstad E., 2013. Between two beds : inappropriately delayed discharges from hospitals, International Journal of Health Care Finance and Economics , 13:201 - 217 . Fernandez and Forder (2008): Consequences of local variations in social care on performance of the acute health care sector , Applied Economics 40:1503 - 1518.

Mason A, Goddard M, Weatherly H (2014), Financial mechanisms for integrating funds for health and social care: evidence review , CHE Research Paper, University of York

<sup>30</sup> Huomisen sote • Eteneminen huomisen sosiaali- ja terveyspalveluihin. SITRAN SELVITYKSIÄ 92, Huhtikuu 2015.

Mikäli pienikin osa estettävissä olevasta kiireellisen hoidon tarpeesta pystyttäisiin hoitamaan oikea-aikaisesti tehostetuilla avohoidon palveluilla, olisi säästövaikutus merkittävä. Vuoden 2013 luvuin puutteellisesta toiminnallisesta integraatiosta seuraavien suunnittelemtomien tapahtumien kustannuksia ovat esimerkiksi:

- Lyhyaikainen (<90 vrk) vuodeosastohoito perusterveydenhuollossa 214 euroa/vrk
- Somaattinen vuodeosastohoito erikoissairaanhoidossa (kaikki sairaalat) 777 euroa/vrk
- Psykiatrinen vuodeosastohoito erikoissairaanhoidossa (kaikki sairaalat) 430 euroa/vrk
- Lapsen/nuoren kodin ulkopuolinen sijoitus (yleensä laitokseen) 265 euroa/vrk
- Psykiatrinen erikoissairaanhoido 430 euroa/vrk.

Integraation säästöpotentiaalia voi tarkastella erityisesti vältettävissä olevien kalliiden palveluiden näkökulmasta. Vuonna 2013 sijoitettiin kiireellisesti kodin ulkopuolelle 4 202 lasta. Monien lasten sijoitus jatkui myöhemmin huostaanottona. Vuorokausikustannukset ovat noin 265 euroa, mikä tarkoittaa yli 90 000 euroa vuodessa. Kodin ulkopuolelle sijoittamisen kokonaiskustannukset olivat 710 miljoonaa euroa vuonna 2013. Oikea-aikaiset perustason palvelut mahdollistavat merkittävän säästöpotentiaalin. Useissa kunnissa käytössä oleva hyvinvointineuvolamalli on esimerkki varhaisesta tuesta, jolla on jo saavutettu merkittäviä hyötyjä sekä asiakkaiden, että kustannussäästöjen kannalta.

## 4.4 Digitalisaatio ja tietojärjestelmät

### Itsehallintoalueiden ja SoTe-palvelutuotannon ICT-kustannusten hallinta

Tietohallinnon ja tieto- ja viestintätekniisten palvelutuotannon kustannuksista voidaan lähtökohtaisesti säästää samassa suhteessa kuin tuottavuuskasvu on saatavissa keskeisillä ICT:hen tukeutuvilla palvelutuotantoalueille. Toiminnalliset muutokset ja ICT:n kehittäminen vaativat kuitenkin myös investointeja. Oleellista ICT-kustannusten hallinnan näkökulmastakin on, että SOTE-toiminnan rakenteet ja niihin liittyvät tietojärjestelmäratkaisut muodostuvat siten, että toimintaa voidaan tehostaa, muun muassa päällekkäisten ratkaisujen poistamisella ja toiminnan digitalisoinnilla.

Tieto- ja viestintätekniisten palvelujen ja tietojärjestelmien ohella muutoksessa on panostettava myös tiedonhallintaan. ICT-kustannuksista saavutettavien säästöjen edellytyksenä ovat SoTe-toimintojen integraatio, yhteisten tietojärjestelmien käyttö sekä uusien toimintamallien käyttöönotto ICT:n tukemana. Esimerkkinä voidaan mainita ICT:n tuella tehtävien Kouvolan SoTe:n palveluverkon ja työnjakoratkaisujen kehittämisen säästöpotentiaaliksi on arvioitu 11 milj. euroa.

Kuntatieto-ohjelman kustannus-hyöty –analyysin avulla on arvioitavissa seuraavia säästöjä taloustietojen hallinnassa koko maan tasolla. Säästöä saadaan aikaan itsehallintoalueiden sekä tietohallinnon että tietohallinnon kehittämiskustannuksissa ja lisäksi raportointikustannuksissa. Vuosisäästöä nykytilanteeseen verrattuna voidaan seuraavan kymmenen vuoden aikana saavuttaa arviolta keskimäärin 21 miljoonaa euroa, josta 19 miljoonaa tietohallinnon ja 2 miljoonaa raportoinnin kustannuksista.

### Digitalisaation hyödyntäminen sosiaali- ja terveystaloudessa

Yleisellä tasolla tuottavuustutkimuksissa on havaittu digitalisaation hyödyntämisen tuovan noin puolet tuottavuuden kehittämisen mahdollisuuksista. Tämä voi olla tulevaisuudessa tilanne myös sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tuottavuushyötyjä erityisesti tuovat toiminnanohjausjärjestelmät, jotka antavat mahdollisuuden toiminnan ohjaamisen ja resurssien käyttöön tehokkaalla tavalla. Toinen huomattava tuottavuushyötyjen lähde ovat vaikuttavuutta ja kustannustehokkuutta lisäävät digitaalisen hyvinvointiteknologian ja etäpalvelun ratkaisut. Niillä voidaan tulevaisuudessa tukea myös asiakkaita huolehtimaan hyvinvoinnistaan ja toimintakyvystään.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa digitalisaatio tarkoittaa asiakkaita ja potilaita koskevan tiedon saattamista sähköiseen muotoon ja tiedon siirtämistä sähköisessä muodossa. Digitalisaation avulla kustannuksia voidaan karsia muun muassa vähentämällä potilastiedon käsittelyyn tarvittavaa työaika, mahdollistamalla uusia työtapoja ja vähentämällä hallinnollista työtä (OECD 2010). Potilasturvallisuuden paraneminen potilastietojen ja hoito-ohjeiden ajantasaisella ja kattavalla saatavuudella voi myös vähentää kustannuksia, jos hoitoon liittyviä riskejä pystytään paremmin hallitsemaan ja vaikuttamattomia hoitoja onnistutaan karsimaan. Sosiaali- ja terveysministeriön sähköisen tiedonhallinnan strategian (Sote-tieto hyötykäyttöön) mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon suurimmat säästöpotentiaalit ovat toimintaprosessien muutoksessa ja erityisesti sähköisten palveluiden käyttöönotossa.

Käytännön kokemukset digitalisaation kustannusvaikutuksista ovat kuitenkin ristiriitaisia (OECD 2010). Huonosti toteutettu käyttöönotto ja sähköisten järjestelmien huono käytettävyys voivat johtaa siihen, että digitalisaation hyödyt jäävät toteutumatta (Kulvik ym. 2013, Harrington 2015). Toisaalta saatavilla on esimerkkejä, joissa sähköisen tietojärjestelmän onnistunut käyttöönotto on nopeuttanut ja helpottanut työtä ja vähentänyt päällekkäistä työtä (Valta 2013). Toinen digitalisaation hyödynnettävyyttä häiritsevä tekijä on tietojärjestelmien hajanaisuus ja standardoinnin puute (OECD 2010). Sote-uudistuksen voidaan odottaa tuovan helpotusta tähän ongelmaan käytettävien järjestelmien yhtenäistämällä.

Omahoidon ja omavastuun tukeminen (ml. sähköiset palvelut) sekä muut sähköiset palvelut asiakkaille mahdollistavat toiminnan tehostumisen ja resurssien järkevän kohdentamisen. Tällaisia palveluita ovat muun muassa sähköinen ajanvaraus ja ilmoittautuminen, mahdollisuudet tehdä testejä ja mittauksia itse ja testitulosten sähköinen toimittaminen. Suomalaisia esimerkkejä ovat muun muassa YTHS:n etälääkärikokeilu (lääkärin konsultointi videoyhteydellä) sekä kotona käytettävän korvatulehdusmittarin käyttökokeilu Oulussa. Sähköisiä ajanvarausjärjestelmiä on käytössä jo useissa paikoissa.

VTV:n arvion mukaan potilastietojärjestelmien käytettävyyden parantamisella voidaan saavuttaa 80 milj. euron säästö vuositasolla. Tehostunut ajankäyttö mahdollistaisi laskennallisesti runsaasti lisää lääkärin vastaanottoaikoja terveyskeskuksiin. (VTV2012.) Merkittävimmät kustannussäästöt, joiden suuruusluokka on vähintään 100 milj. euroa vuositasolla, muodostuvat kuitenkin uusien ja aiempaa tehokkaampien IT-ratkaisujen mahdollistamista toiminnan muutoksista. Tällöin sama toiminta voidaan tuottaa asiakkaiden kannalta järkevämmin ja palvelutuotannon kannalta tehokkaammin, esim. sähköinen asiointi ja palvelut, liikkuvan työn suunnittelu (esim. kotihoito) sekä palveluiden laadun ja turvallisuuden varmistaminen.

Digitaalisten palveluiden onnistuneen hyödyntämisen vaikutuksista on saatavilla joitain arvioita. Laajan kroonikoiden etähoito-ohjelman yhteydessä tehdyn tutkimuksen arviointitulosten pohjalta onnistuneen etähoidon avulla voidaan saavuttaa 14–20 prosentin vähennyksiä käytettyjen palveluiden määrään ja vähentää kuolleisuutta (UK Department of Health, 2011). Sähköisellä palveluntarpeen itsearvioinnilla, älykkäällä palveluohjauksella ja sähköisesti toteutettavalla



hyvinvointitarkastuksella voitaisiin valtakunnallisesti saavuttaa sosiaali- ja terveydenhuoltoon arviolta 90 miljoonan euron vuosittainen laskennallinen kustannushyöty (Espoon kaupunki, Omahoito ja digitaaliset arvopalvelut -projekti). Sähköisten välineiden avulla tapahtuvalla mielenterveysongelman varhaisvaiheen tunnistamisella ja tarpeettomien toistokäyntien vähenemisellä on arvion mukaan saavutettavissa 12,8 miljoonan euron vuosisäästöt (Mielenterveystalo - hanke, HUS 2014). Sähköisen tiedonkulun ja tietojärjestelmäratkaisujen avulla tuettavalla palvelunantajien haulla sekä palveluseteli- ja ostopalveluprosessien automatisoinnilla voidaan saavuttaa 38 miljoonan euron laskennalliset vuosisäästöt (PSOP-hanke, Turun kaupunki 2015).

#### 4.5 Laadun ja vaikuttavuuden paraneminen ilman kustannusten nousua

Perfect hankkeessa on havaittu, että sydäninfarkti-, aivoinfarkti- ja lonkkamurtumapotilaiden sairaanhoitopiiri- ja tuottajakohtaiset vaikuttavuus- ja kustannuserot ovat vuosittaisia eroja huomattavasti suuremmat. Erot selittyvät osittain eroilla hoidon voimavaroissa mutta myös kulttuurilla, jotka eivät ole välttämättä yhteydessä hoidon kustannuksiin. 2000-luvun alkuvuosien tiedoista laskettuna kustannusten säästöpotentiaali sydän- ja aivoinfarktipotilailla (jos kaikissa sairaanhoitopiireissä kustannukset olisi ollut samat kuin edullisemmassa sairaanhoitopiirissä) oli yli 20 %. Toisaalta myös vaikuttavuus potentiaali on melkoinen: noin 500 kuolemaa olisi pystytty välttämään tai 7000 lisäelinvuotta tuottamaan, jos kyseisten potilasryhmien hoidon vaikuttavuus olisi ollut parhaimman sairaanhoitopiiriin tasolla (Häkkinen 2008). EuroHOPE hankkeessa tarkasteltiin kustannusten ja vaikuttavuuden välistä suhdetta näiden kolmen sairauden hoidossa. Sydäninfarktin hoidossa kustannukset ja vaikuttavuus olivat Suomessa yhteydessä siten, että mitä suurempi oli sairaalahoidon kustannukset, sitä matalampi oli kuolleisuus. Sen sijaan aivoinfarktin ja lonkkamurtumahoidossa ei tällaista yhteyttä havaittu, joten näiden potilasryhmien hoidossa on hyvät mahdollisuudet parantaa hoidon vaikuttavuutta ilman kustannusten nousua (Häkkinen ym. 2015).

Potilasturvallisuus on merkittävä osa terveydenhuollon laatua. Potilasturvattomuudesta (haittatapahtumat) ei ole olemassa tarkkaa tilastoa. Kansainvälisen tiedon perusteella on tehty Suomea koskeva arvio, että haittatapahtumia esiintyy 12,3 prosentissa hoitajaksoja. Tämä aiheuttaa koko terveydenhuollossa vuosittain lähes miljardin euron kustannukset. (Järvelin ym. 2010)<sup>31</sup> Sote-alueilla yhtenäisillä käytännöillä voidaan tästä esim. arvioida säästettävän 30 %, joka olisi noin 300 miljoonaa euroa vuodessa.

Kuntoutus esimerkiksi aivoverenkiertohäiriöiden tai tapaturmien jälkeen tuo yhteiskunnalle säästöjä parantuneen toimintakyvyn ja vähäisemmän myöhemmän avuntarpeen muodossa. Sote-uudistuksessa rakennemuutos tuo mahdollisuuden parantaa kuntoutuksen osaamista ja käytäntöjä.

<sup>31</sup> Järvelin J, Haavisto E, Kaila M., Potilasturvallisuuden kustannukset. Suomen Lääkärilehti 2010;65:1123–27

## 4.6 Muita näkökohtia

### Ohjaus ja budjettikehysjärjestelmä

Tärkeä merkitys sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten hillinnässä on menorajoitteilla (budjettirajoitteilla) ja rahoitusmalliin sisältyvillä kannusteilla, jotka muuttuvat sote-uudistuksen myötä. Hallitusohjelman mukaisesti sote-uudistukseen tullaan sisällyttämään kustannusten tehokkaan hallinnan toteuttava budjettikehysjärjestelmä. Kyseessä ei välttämättä ole tiukka kehys, vaan kyseeseen voi tulla pikemminkin ohjaussääntöjen muodostama kokonaisuus. Samalla tulee mietittyä valtion rooli itsehallintoalueiden ohjauksessa. Budjettikehysjärjestelmään liittyy olennaisesti myös valtion itsehallintoalueille kohdentama rahoitus ja sen varmistaminen, että rahoitus riittää lakisääteisten palvelujen järjestämiseen.

Budjettikehysjärjestelmään voi kuulua mahdollinen budjettirajoite sote-menoille. Muita elementtejä ovat mm. itsehallintoalueen talouden hoitoa koskevat säännökset, kuten tasapainotavoite ja lainanotto-oikeus, investointien ohjaus ja rahoitus, itsehallintoalueiden ja kuntien verokatto sekä valtion ja itsehallintoalueiden neuvottelumenettely.

Valmistelun edetessä selvitetään budjettikehysten tarkemmat yksityiskohdat esimerkiksi budjettirajoitteen sitovuudesta ja mahdollisista alueellisista eroista.

VIRKATYÖNÄ LAADITTU TAUSTAMATERIAALI

Sosiaali- ja terveydenhuolto yhteensä (ilman toimeentulotukea, ympäristöterveydenhuoltoa ja lasten hoidon palveluita ja tukia) (Lähde: Kuntien ja kuntayhtymien käyttötalous 2013, Tilastokeskus)											
Kustannukset, miljoonaa euroa	Hallinto (sote-alueille jäävä osa)	Lastensuojelu laitosten perhehoito sekä muut lasten ja perheiden palvelut	Päihdehuolto	Vanhusten ja vammaisten laitoshoidon (ml. pth:n vuodeosastohoito)	Tehostettu palveluasuminen ja kotipalvelut (arvio)	Muut vanhusten ja vammaisten palvelut (arvio)	Perusterveydenhuollon avopalvelut (pl. suun terveydenhuolto)	Perusterveydenhuollon hammashuolto	Erikoissairaanhoido	Muu sosiaali- ja terveyshuolto (ilman toimeentulotukea)	YHTEENSÄ
Työvoimakustannukset (oman henkilöstön palkat ja sos.vakuutusmaksut)	274	412	72	1 378	1 127	626	1 208	312	3 597	259	9 264
Asiakaspalvelujen ostot kuntasektorin ulkopuolelta (lopputuotepalveluita, joissa koko palvelu on ostettu)	0	520	83	130	577	563	156	36	322	212	2 597
Muiden palvelujen ostot (omassa tuotannossa käytetyt välituotepalvelut, esim. siivouspalvelut ja vuokratyövoima)	209	121	17	396	298	205	519	75	1 582	90	3 513
Aineet, tarvikkeet ja tavarat (mm. lääkkeet ja hoitotarvikkeet, siivous- ja puhdistusaineet)	20	9	6	112	40	26	165	32	1 044	10	1 466
Avustukset (mm. omaishoidon tuki ja palvelusetelimenot)	3	20	3	1	219	210	6	6	7	290	764
Vuokramenot, ulkoiset ja sisäiset (esim. kiinteistöjen ja maa-alueiden vuokrat, laitevuokrat)	27	42	13	167	99	89	127	26	176	39	804
Poistot ja arvonalentumiset	40	1	1	12	6	6	14	7	256	1	345
Vyörytyserät (menot) ja muut menot (mm. tietyt verot; kohdentamattomat yleiskustannukset)	14	13	2	36	32	22	36	10	51	14	231
<b>Yhteensä</b>	<b>586</b>	<b>1 138</b>	<b>198</b>	<b>2 231</b>	<b>2 398</b>	<b>1 748</b>	<b>2 231</b>	<b>505</b>	<b>7 035</b>	<b>914</b>	<b>18 984</b>
<b>Menolajien osuudet kussakin tehtäväluokassa</b>											
Työvoimakustannukset (oman henkilöstön palkat ja sos.vakuutusmaksut)	46,7 %	36,2 %	36,5 %	61,7 %	47,0 %	35,8 %	54,1 %	61,7 %	51,1 %	28,3 %	48,8 %
Asiakaspalvelujen ostot kuntasektorin ulkopuolelta (lopputuotepalveluita, joissa koko palvelu on ostettu)	0,0 %	45,7 %	42,0 %	5,8 %	24,0 %	32,2 %	7,0 %	7,1 %	4,6 %	23,2 %	13,7 %
Muiden palvelujen ostot (omassa tuotannossa käytetyt välituotepalvelut, esim. siivouspalvelut ja vuokratyövoima)	35,6 %	10,7 %	8,7 %	17,7 %	12,4 %	11,8 %	23,3 %	14,9 %	22,5 %	9,8 %	18,5 %
Aineet, tarvikkeet ja tavarat (mm. lääkkeet ja hoitotarvikkeet, siivous- ja puhdistusaineet)	3,5 %	0,8 %	3,2 %	5,0 %	1,7 %	1,5 %	7,4 %	6,4 %	14,8 %	1,1 %	7,7 %
Avustukset (mm. omaishoidon tuki ja palvelusetelimenot)	0,4 %	1,8 %	1,5 %	0,0 %	9,1 %	12,0 %	0,3 %	1,2 %	0,1 %	31,7 %	4,0 %
Vuokramenot, ulkoiset ja sisäiset (esim. kiinteistöjen ja maa-alueiden vuokrat, laitevuokrat)	4,6 %	3,7 %	6,5 %	7,5 %	4,1 %	5,1 %	5,7 %	5,2 %	2,5 %	4,3 %	4,2 %
Poistot ja arvonalentumiset	6,8 %	0,1 %	0,3 %	0,6 %	0,3 %	0,3 %	0,6 %	1,4 %	3,6 %	0,1 %	1,8 %
Vyörytyserät (menot) ja muut menot (mm. tietyt verot; kohdentamattomat yleiskustannukset)	2,3 %	1,2 %	1,3 %	1,6 %	1,3 %	1,3 %	1,6 %	2,0 %	0,7 %	1,5 %	1,2 %

