

Laitoksesta kotiin – syntyikö säästöjä?

Ikäihmisten palveluiden
muutosten kustannus-
vaikutukset Tampereella

Jarkko Lumio
Kesäkuu 2015



© Sitra 2015

Sitran selvityksiä 94

ISBN 978-951-563-916-5 (PDF) www.sitra.fi

ISSN 1796-7112 (PDF) www.sitra.fi

Julkaisua koskevat tiedustelut: julkaisut@sitra.fi

Kirjoittaja: Jarkko Lumio

Kuvat: Sari Gustafsson, Marika Haapala

Sitran selvityksiä -sarjassa julkaistaan
Sitran tulevaisuustyön ja kokeilujen tuloksia.

Esipuhe

SITRAN TAVOITTEENA ON KANNUSTAA KANSALAISIA ottamaan vastuuta omasta ja läheistensä hyvinvoinnista. Aktiivinen kansalainen – kaiken ikäinen – avainalueen hankkeet ovat edistäneet ja tukeneet ikäihmisten itsenäistä kotona asumista ja arjessa selviytymistä.

Kotihoidon ja laitoshoidon kustannuksia on selvitetty Tampereella toteutettavissa Sitran hankkeissa. Kotihoidon ja laitoshoidon kustannusten selvittäminen voivat parhaimmillaan tukea uusien toimintamallien kehittämistä ja käyttöönottoa.

Sitran tavoitteena on lisätä kustannusten läpinäkyvyyttä ja levittää hyväksi havaittuja toimintamalleja paikallistasolla. Kustannusten läpinäkyvyyttä lisäävien hankkeiden tavoitteena on edistää kestävien taloudellisten rakenteiden syntyä.

Tähän oppaaseen on koottu Tampereen ikäihmisten palvelujen kustannukset ja vertailut laitoshoidon, tehostetun palveluasumisen ja kotihoidon välillä.

Helsingissä 3.6.2015

Tuomo Melin

Johtava asiantuntija

Sitra



Sisällys

Esipuhe	3
Tiivistelmä	4
1 Rakennemuutos 2005–2014	6
1.1 Muutoksen kokonaiskuva	6
1.2 Eri palvelumuotojen kehitys vuosina 2009–2014	8
1.2.1 Sairaaloiden somaattisen ja psykiatrisen lyhytaikaishoidon kehitys vuosina 2009–2014	8
1.2.2 Terveyskeskusten pitkäaikaishoidon, vanhainkotihoitoon ja tehostetun palveluasumisen kehitys vuosina 2009–2014	10
1.2.3 Kotihoidon kehitys 2009–2014	12
1.2.4 Omaishoidon kehitys vuosina 2009–2013	15
1.2.5 Avopalveluiden kehitys vuosina 2009–2013	17
1.2.6 Yhteenveto palvelujärjestelmän volyymien muutoksesta	18
2 Yksikkökustannusten muutos	21
3 Mistä kustannusrakenteiden erot johtuvat?	23
3.1 Eri palvelumuotojen erot palvelusisällöissä ja kustannuksissa	23
3.2 Tehostetun palveluasumisen ja vanhainkotihoitoon kustannusvertailu	25
3.3 Kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon kustannusvertailu	28
3.3.1 Kotihoidon kokonaiskustannusten muodostuminen	28
3.3.2 Ympärivuorokautisen hoidon vertailukustannukset	33
3.3.3 Vertailu	33
3.4 Eri hoitomuotojen kustannusvertailu	35
4 Hoidon kustannusten kohdistuminen eri maksajille	36
4.1 Asiakasmaksujen vaikutuksen arvioinnista	36
4.2 Asiakkaan maksuosuus	37
4.2.1 Pitkäaikaishoidon asiakasmaksun määräytyminen	37
4.2.2 Tehostetun palveluasumisen asiakasmaksun määräytyminen	37
4.2.3 Kotihoidon asiakasmaksujen määräytyminen	42
4.3 Kustannusten kohdentuminen maksajatahoittain	43
5 Asiakstarpeen vertailu vaihtoehtoisissa palvelumuodoissa	48
6 Tampereen palvelujärjestelmä valtakunnallisessa tarkastelussa	51
Liite 1 Tampereen väestötilastoja	55
Liite 2 Tampereen vanhustenpalvelut vuonna 2013	56
Liite 3 Hoitoisuuden mittaamiseen käytettäviä mittareita	58

Tiivistelmä

TÄMÄN SELVITYKSEN TARKOITUKSENA on kuvata Tampereen aineiston valossa vanhustenpalvelujen rakenne- muutosta, ja näkökulmana ovat ensi sijassa kustannus- vaikutukset. Muutosta tarkastellaan asiakkaan ja muiden kustannusten maksajien näkökulmasta.

Selvityksen **aineistona** on käytetty ensi sijassa vanhus- palvelujen Kuusikko-vertailussa julkaistuja kuntien tilin- päätösten jälkilaskentalukuja, joita on tuotettu 2000-luvun alusta alkaen kuuden suurimman kaupungin palvelujen kustannusvertailua varten. Sairaaloiden yksikköhinnat on siirretty Kuusikko-vertailuun Kuntaliiton kymmenen suurimman kaupungin tuottavuusvertailusta. Joiltain osin Kuusikon tietoja on täydennetty ja korjattu Tampereen omilla suorite- ja kustannus seurannan luvuilla. Kotihoidon asiakkaiden kustannuslaskennan tulokset perustuvat KPMG Oy:n tekemiin asiakaskohtaisiin kustannuslaskelmiin.

Tampereella **ympäri vuorokautisen hoidon rakennemuutos** alkoi aiempaa laajemmassa mitassa vuonna 2009. Pitkäaikaisen laitoshoidon purkua koskevasta alkuperäisestä säästöpotentiaalista on vuoden 2014 lopussa realisoitunut jo 75 prosenttia. Pitkäaikaishoidon muoto on muuttunut laitoshoidosta tehostetuksi palveluasumiseksi. Kaupungin yli 65-vuotiaiden pitkäaikaishoidon (terveyskeskuksen vuodeosastot, vanhainkodit ja tehostettu palveluasuminen) bruttomenot olivat vuonna 2013 euromääräisesti samalla tasolla kuin vuonna 2009. Samalla pitkäaikaishoitoa tuotettiin 39 hoitopaikkaa (2,3 prosenttia) vastaava määrä enemmän kuin vuonna 2009. Vuoden 2014 aikana sairaalassa asuminen – jonottamista lukuun ottamatta – on loppunut lähes kokonaan.

Kun inflaatiokasvu ja asiakasmaksuerot otetaan huomioon, vuoden 2009 suuruisen paikkamäärän nettokustannukset pienenevät muutosten seurauksena 9,3 miljoonaa euroa vuodessa vuoden 2013 loppuun mennessä ja 15,3 miljoonaa euroa vuoden 2014 loppuun mennessä. Jäljellä oleviin paikkoihin liittyvä kustannussäästö on enimmillään enää noin 5 miljoonaa euroa, mikäli koko pitkäaikainen laitoshoido voitaisiin korvata nykyhintaisella tehostetulla palveluasumisella. Vuoden 2009 tilanteeseen verrattuna kokonaissäästö olisi näin 20,3 miljoonaa euroa vuodessa.

Vanhusväestön määrän lisääntymisestä johtuva **palvelutarpeen kasvu on ohjattu kotihoitoon**. Vuosina 2009–2013 yli 65-vuotiaiden kotihoidon hoitokäyntien määrä lisääntyi 61 prosenttia ja asiakasmäärä 71 prosenttia. Samana aikana kustannukset kasvoivat reaalisesti 7,7 miljoonaa euroa eli noin 23 prosenttia. Asiakkaan luona tehdyn työn osuutta kokonaistyöajasta on saatu lisättyä, mutta myös hoitokäyntien kesto on lyhentynyt.

Kun kotihoidon kannattavuutta arvioidaan hoitomuo- tona, käyntien kustannuksiin on lisättävä ne kotona asu- misen edellyttämät muut palvelut, jotka sisältyvät vastaavan ympärivuorokautisen hoidon vertailuhintoihin. Näin jää usein tekemättä. **Kotihoidon yleistyminen on lisännyt myös lyhytaikaisten sairaalapaikavaroituksen tarvetta**. 65 vuotta täyttäneiden lyhytaikaisen sairaalahoidon ja sairaaloiden avopalveluiden volyymi on vuosina 2009–2013 kasvanut reaalisesti 22,8 miljoonaa euroa, 6,8 miljoonaa enemmän kuin 65 vuotta täyttäneiden määrän kasvu olisi edellyttänyt. Sekä hoitajaksojen että kotiutukseen päättyneiden hoitajaksojen määrä on lisääntynyt joka vuosi noin 20 prosenttia. Tämä on ollut mahdollista, koska hoitajaksojen pituudet ovat lyhentyneet. Hoidettujen asiakkaiden määrät ovat vastaavasti lisääntyneet.

Kotihoidon asiakkaat käyttävät sairaalapaikavaroitusta koti- hoitoasiakkuutensa aikana keskimäärin 28,8 vuorokautta vuodessa. Määrä on viisinkertainen ympärivuorokautisen hoidon sairaalakäyttöön verrattuna. Runsaasta 600:sta yli 65-vuotiaiden lyhytaikaishoidon sairaalapaikasta kotihoitoasiakkaiden hoitoon sitoutuu kolmannes paikoista eli yli 200 paikkaa. Sairalahoidon kustannukset ovatkin kotihoidon kaikille asiakkuuspäiville kohdistettuina keskimäärin suuremmat kuin kotihoidon hoitokäyntien kustannukset.

Kun arvioidaan eri palvelumuodoista kunnalle aiheutuvia nettokustannuksia, kunnalle kertyvät asiakasmaksut muodostavat merkittävän erän. **Vaikka laitoshoidon ja palveluasumisen maksut määräytyvät erilaisella järjestelmällä, suurimmalla osalla asiakkaista asiakasmaksujen määrä on saman suuruinen**.

Asukkaan varallisuus voi estää Kelan maksaman asumistuen. Tähän tilanteeseen voivat joutua ne henkilöt, joiden kuukausittaiset nettotulot jäävät alle 1 800 euron ja joilla – tai joiden puolisoilla – on asumistuen myöntämisessä huomioon otettavaa varallisuutta. Noin 20 prosenttia tamperelaisista vanhuksista kuuluu tähän ryhmään, joka ei ole asumistukea hakenut tai jolta se on varallisuuden perusteella evätty. Menetyksen on enimmillään noin 430 euroa kuukaudessa. 1 900 euroa suuremmilla nettotuloilla asumistuki jää pois kaikilta, eikä eroa kustannuksissa juuri synny.

Laitoshoidon maksulainsäädännöstä hyötyisivät taloudellisesti varakkaat pienituloiset asiakkaat, mutta maksujen välttäminen ei ole lainmukainen peruste saada laitoshoitopaikkaa. Kotihoito voi suhteellisesta hintavuudestaan huolimatta olla näille asiakkaille, joita on 20 prosenttia kaikista, talousperusteisesti houkuttelevampi vaihtoehto kuin tehostettu palveluasuminen. Kunnalle paljon hoitoa tarvitsevien tehostettu palveluasuminen tulee edullisemmaksi kuin heidän kotona hoitaminen. Selvityksessä ei löytynyt muita esimerkkejä siitä, että asiakasvalinta suuntautuisi maksujärjestelmän vuoksi kalliimmilla kustannuksilla tuotettaviin palveluihin.

Jos Tampereen kustannussäästö toteutuu samanaikaisesti koko Suomessa, laitoshoidon purkaminen tuottaa kunnille noin 500 miljoonaa euroa säästöä. Tästä todennäköisesti suurin osa on jo Tampereen tapaan toteutunut. Kun toimitaan nykyisellä mallilla, kustannusten kasvu kotihoidossa, ja erityisesti siihen liittyvässä sairaalahoitossa, voi kyseenalaistaa säästön.

Osa kunnilta säästyvistä laitoshoidon kustannuksista, arviolta hieman alle 50 prosenttia, siirtyy valtion maksettavaksi erityisesti Kansaneläkelaitoksen asumistukina ja lääkemenojen korvauksina sekä ARAn tukina uusien palveluasuntojen rakennuskustannuksiin. Tampereen lukujen valossa koko muutoksen valtakunnallinen siirtymä on noin 200 miljoonaa euroa.

Säästömahdollisuuksia tuo jatkossa sairaalapäivien korvaaminen uudella teknologialla, omahoitoratkaisuilla ja kotona tuotettavilla palveluilla. Kaikki asiakasryhmät, eivät vain vanhustenpalvelut, hyötyvät tästä. Hyöty on suurimmillaan silloin, kun asiakas pärjää kotona ilman muuta merkittävää tukea tai vältetään kalliita, ennalta suunnittelemtomia erikoissairaanhoidon hoitopäiviä.

Kaupungin 1 000 kotihoitoasiakasta koskevat nettokustannukset ovat kalliimmat kuin ympärivuorokautinen hoito. Näiden asiakkaiden hoitomuodon uudelleen arvioiminen, ainakin asiakkaiden itse niin halutessa, muodostaa noin 8 miljoonan euron säästöpotentiaalin.

Vanhusten hoitokokonaisuuden **johtamisen kehittäminen** kustannustehokkaaksi edellyttää hoidon eri osien integroimista hallituksi järjestelmäksi. Tällöin kustannuksia ja tuloksia seurataan sekä johdetaan kokonaisuutena. Tämä koskee erityisesti kotihoitoasiakkaita ja konkretisoi tuu heidän asiakasohjauksessaan. Tarvitaankin laskentamalli, jolla kunkin asiakkaan palvelukokonaisuuden kustannuksia voitaisiin arvioida, kun asiakkaalle tarjottavien palvelujen muotoa suunnitellaan.

1 Rakennemuutos 2005–2014



Laitoshoidon paikkoja on korvattu tehostetulla palveluasumisella siten, että ympärivuorokautisen hoidon kokonaispaikkamäärä ei ole juurikaan muuttunut. Kunnan ympärivuorokautisen hoidon nettokustannukset ovat laskeneet 15,3 miljoonaa euroa. Samanaikaisesti lisääntynyt kysyntä on ohjattu kotihoitoon, jonka kustannukset ovat nousseet 7,7 miljoonaa euroa. Kotihoidon yleistyminen on lisännyt lyhytaikaisen sairaalahoidon määrää ja hoitajaksoja. Lyhytaikaisen hoidon kasvu on ollut 14,7 miljoonaa euroa eli 18 prosenttia, joka ylittää moninkertaisesti yli 65-vuotiaiden määrän lisääntymisen.

1.1 Muutoksen kokonaiskuva

Vuoden 2013 lopussa Tampereella oli 17 464 yli 75-vuotiaista. Ikäluokka kasvaa noin 500 henkilön vuosivauhtia. 65–74-vuotiaita oli vastaavasti 21 588 henkilöä. Suuret ikäluokat ovat sijoittuneet tähän ikäryhmään, joka on kasvanut noin 1 000 henkilöllä vuodessa. Tulevina vuosina suurimmat kasvuluvut siirtyvät vanhempiin ikäryhmiin.

Vuonna 2013 Tampereella oli 27,2 prosenttia yli 75-vuotiaista, jotka kuuluivat normaalit avopalvelut ylittävien vanhuspalveluiden piiriin. Suurten kaupunkien keskiarvo yli 75-vuotiaiden määrässä oli 26,7 prosenttia. Suurten kaupunkien palvelurakenteissa ei ole suuria eroja, joskin erityisesti Espoossa ja Vantaalla oli muita vähemmän säännöllisen kotihoidon asiakkaita ja palvelujen kattavuus oli siksi muita alhaisempi. Oulussa puolestaan palvelujen kattavuus oli muita kaupunkeja suurempi lähinnä omaishoidon suurempien asiakasmäärien vuoksi. Tampereen osuus kuuden suurimman kaupungin yli 75-vuotiaista oli 16,3 prosenttia.

Palvelurakennemuutosta on tehty jo useita vuosia. Muutoksilla on siirretty asiakkaita palvelumuodosta toiseen. Taulukko 1 on koottu Kuusikko-raporteista (Kuuden suurimman kaupungin vanhusten sosiaali- ja

terveyspalveluiden kustannusten vertailut 2010 ja 2013) ja Tampereen vuoden 2014 ennakkotiedoista.

65–74-vuotiaista palvelun piiriin kuuluu selvästi pienempi osuus väestöstä, mutta palvelujen kattavuuden kehitys on samanlainen. Alle 65-vuotiaiden osuus tarkasteltavista palveluiden käyttäjistä vaihtelee palveluittain. Vuonna 2013 esimerkiksi kotihoidon asiakkaista 7,4 prosenttia oli alle 65-vuotiaita ja 14,1 prosenttia oli 65–74-vuotiaita. Alle 75-vuotiaat käyttävät 27 prosenttia terveyskeskussairaaloiden hoitovuorokausista, ja vanhainkodeissa alle 75-vuotiaita on 10 prosenttia.

Kuusikko-kunnissa palvelujen piiriin kuuluvien yli 75-vuotiaiden osuus on laskenut keskimäärin 0,5 prosenttia vuodesta 2009 vuoteen 2013, kun ikääntyneen väestön määrä on lisääntynyt. Palvelujen peittävyys on lisääntynyt Oulussa ja Turussa noin 1,5 prosenttiyksiköllä.

Vuonna 2013 Kuusikko-kuntien vanhusten hoidon ikävakioidut vuosikustannukset olivat keskimäärin 7 279 euroa yhtä 65 vuotta täyttäneitä kohti. Tampereella kyseinen luku on 7 026 euroa, joka on 11,1 prosenttia vähemmän kuin vuonna 2009. Luvut on muutettu vuoden 2013 rahan arvoon (deflatoitu). Kuusikko-kunnissa vastaava muutos

oli -10,1 prosenttia. Vähiten kustannukset ovat laskeneet Oulussa ja Turussa, joissa kotihoitoa on lisätty ilman, että muiden palvelumuotojen määrät olisivat juurikaan muuttuneet.

Tampereella 75 vuotta täyttäneiden palveluiden kustannukset olivat 12 070 euroa yhtä asukasta kohti, ja Kuusikon keskiarvo oli 12 624 euroa. Tässä ikäryhmässä Tampereen kustannukset laskivat eniten vuodesta 2012, ja lasku oli Kuusikon suurin eli 4,9 prosenttia.

Vanhustenpalvelut muodostavat hoitoketjun kokonaisuuden, ja vuoden 2013 eri toimijoiden välisiä asiakasvirtoja kuvataan liitteen 2 kuviossa.

Tampereella sairaala- ja vanhainkotihoitossa on tapahtunut paitsi merkittävää toiminnallista kehitystä myös palvelumäärien luokitteluihin vaikuttaneita organisatiomuutoksia. Rakennemuutoksen myötä suurin osa vanhainkotipaikoista on korvattu tehostetun palveluasumisen paikoilla ja vuoden 2013 lopussa pitkäaikaisia terveyskeskuspaikkoja päästiin korvaamaan tehostetun palveluasumisen paikoilla.

Vuonna 2014 tehtyjen muutosten jälkeen erityisesti terveyskeskuksen pitkäaikaishoito on lähinnä ympärivuorokautisen hoitoon jonottajien hoitomuoto. Varsinaisia pitkäaikaishoidettavia on muutamia kymmeniä.

Useita vuosia jatkunut rakennemuutos on tuottanut kaupungille laitoshoidon vähenemisestä kertyneitä kustannussäästöjä ja siirtänyt ympärivuorokautisen hoidon kustannusvastuuta lähinnä Kelalle. Toisaalta kotihoidon yleistymisellä on pystytty vastaamaan lisääntyneeseen palvelukysyntään. Se ei kuitenkaan ole nykyisellä toimintatavalla kustannustehokasta, kun tarkastellaan paljon apua tarvitsevia vanhuksia. Näiden muutosten kustannusvaikutuksia tarkastellaan lähemmin jäljempänä.

Seuraavissa luvuissa tarkastellaan eri palvelumuotojen volyymimuutoksia vuosina 2009–2013. Tarkastelu perustuu Kuusikko-raportteihin. Vuosien 2013 sekä 2014 tarkastelu perustuu lisäksi Tampereen kaupungin toiminta- ja taloustietolähteisiin (SAP Toiminnan raportointi, kirjanpito ja palvelusopimukset). Tarkastelussa ovat mukana yli 65-vuotiaiden hoitopäivät. Siten luvut eivät kattavuudeltaan tuota samoja prosenttiosuuksia kuin Kuusikko-raportin 75 vuotta täyttäneiden palveluiden kattavuustarkastelu.

Taulukko 1. Palvelujen kattavuuden kehitys yli 75-vuotiaiden eri palvelumuodoissa Tampereella vuosina 2005–2014 (palvelua saaneiden %-osuus ikäryhmästä).

Säännöllisen kotihoidon luvuissa on mukana myös keskirasas palveluasuminen. Kuusikko-työryhmän julkaisut 7/2014 ja 6/2010, ikävakioidut luvut.
*) 2014 ennakkotieto.

	Vuosi				
	2005	2009	2012	2013	2014 *
Vanhainkotihoito	7,1	5,3	3,1	2,6	2,3
Terveyskeskus, pitkäaikaishoito	1,6	1,6	1,6	1,0	0,5
Tehostettu palveluasuminen	1,7	2,5	4,3	5,1	7,2
24 t, hoito yht.	10,4	9,4	9,0	8,7	10,0
Säännöllinen kotihoito	11,8	13,3	13,9	14,0	13,0
Omaishoito	1,0	2,1	2,4	2,1	2,3
Terveyskeskus, lyhytaikaishoito	1,6	1,7	1,3	1,2	
Erikoissairaanhoito	1,3	0,9	1,3	1,2	
Lyhytaikainen sairaanhoito yht.	2,9	2,6	2,6	2,4	
Palvelujen piirissä yht.	26,1	27,4	27,9	27,2	

1.2 Eri palvelumuotojen kehitys vuosina 2009–2014

1.2.1 Sairaaloiden somaattisen ja psykiatrisen lyhytaikashoidon kehitys vuosina 2009–2014

Tarkastelun kohteena ovat laitoshoidon geriatriset sairaalat, oma erikoissairaanhoido, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri (PSHP) ja Hatanpään Puistosairaalan ostopalveluosasto U3.

Taulukon 2 vuoden 2009 luvuista puuttuvat 2,3 prosentin tilaajakustannukset. Vuoden 2013 luvuista puolestaan puuttuvat Tammenlehväkeskukselta ostetut yli 65-vuotiaiden lyhytaikaiskuntoutuksen 12 304 hoitopäivää kustannuksineen (arvio 2,7 miljoonaa euroa).

75 vuotta täyttäneet käyttivät 75 prosenttia niistä lyhytaikaisairaanhoidon päivistä, jotka esitetään taulukossa 2. Mikäli halutaan tarkastella 75 vuotta täyttäneiden ikäryhmää, taulukon 2 luvuista ja sen perusteella tehdyistä volyymilaskelmista tulee jättää neljännes pois. Kehitystä kuvaavat ja muut suhdeluvut ovat todennäköisesti riittäväällä tarkkuudella samoja kuin yli 65-vuotiaita tarkasteltaessa.

Kun tarkastellaan vuosia 2009–2013, 65 vuotta täyttäneiden sairaalahoidon lyhytaikashoidon hoitovuorokausien määrä lisääntyi omassa tuotannossa (mukaan lukien MO/U3) 22 prosenttia eli noin 5,5 prosenttia vuodessa. Kustannukset kasvoivat 33 prosenttia eli 7,5 prosenttia vuodessa. Oman erikoissairaanhoidon määrä lisääntyi, koska neljä osastoa (124 paikkaa, 45 000 hoitovuorokautta) siirrettiin terveyskeskuksen vuodeosastohoidosta erikoissairaanhoidon. PSHP:n osuus vanhusten lyhytaikashoidon hoitopäivistä on laskenut noin kaksi prosenttiyksikköä 17,3 prosenttiin.

Kun lasketaan PSHP ja Tammenlehvään suunnatut ostot mukaan, lyhytaikashoidon hoitopäivien määrä lisääntyi 46 018 hoitopäivää eli 25 prosenttia, mikä tarkoittaa yli 6 prosentin kasvua vuodessa. Hoitopaikoiksi muutettuna kasvu on ollut 32 paikkaa eli yksi sairaalaosastollinen vuodessa. Yli 65-vuotiaan väestön määrä on vastaavana aikana lisääntynyt 4,1 prosenttia vuodessa.

Kotiutusten määrän kehitys

Kun arvioidaan sairaalatoiminnan tuottavuuden kehitystä, tarkoituksenmukaisin mittari on kotiutukseen päätyneiden hoitojaksojen kehitys. Näin tarkastelusta saadaan eliminotua sairaaloiden työnjaon muutoksiin liittyvät sisäiset siirrot. Kotiutukseen päätyneet hoitojaksot ovat lisääntyneet laitoshoidossa 1 200:sta (vuodesta 2010) 1 958:aan (vuoteen 2013) (63 prosenttia; +21 prosenttia/vuosi). (Ks. taulukko 3.)

Erikoissairaanhoidon yleislääketieteen ja geriatrian palvelulinjalla (siirtyneet osastot mukana) kotiutukset lisääntyivät samalla tavoin vuoden 1 892:sta (vuodesta 2011) 2 688:aan (vuoteen 2013) (+42 prosenttia, +21 prosenttia/vuosi). Kaikkiaan omien sairaaloiden (mukaan lukien osasto U3) kotiutukseen päätyneet hoitojaksot ovat vuosina 2011–2013 lisääntyneet noin 19 prosenttia vuodessa. Kotiutukseen päätyneiden hoitojaksojen lisääntyminen vastaa kaikkien hoitojaksojen määrän kehitystä. Pääosa, noin kaksi kolmasosaa, asiakastarpeen lisääntymisestä onkin hoidettu hoitojaksoja lyhentämällä ja tehostettu näin toimintaa. Ilman tätä lyhytaikaishoitoa sairaalapaikkojen määrä olisi lisääntynyt noin 100 paikkaa vuodessa.

Sairaalapaikat vuonna 2013

Vuoden 2014 aikana tehtyjen vähennysten jälkeen koko kaupungin yli 65-vuotiaiden hoitoon käytettävien sairaalapaikkojen määrä on alle 700. Lyhytaikashoidon osuus on noin 87 prosenttia tästä. (Ks. taulukko 4.)

Vuonna 2009 kaupungin PSHP:lle jonotuksesta maksamat siirtoviivemaksut olivat noin kaksi miljoonaa euroa. Hoidettavien määrää on voitu lisätä oman sairaalatoiminnan hoitojaksojen lyhenemisellä, eikä vanhusten hoidosta aiheutuneita siirtoviivemaksuja ole vuoden 2010 jälkeen tarvinnut maksaa.

Taulukko 2. 65 vuotta täyttäneiden lyhytaikaishoidon (0–3 kk) hoitovuorokausien ja kustannusten kehitys vuosina 2009–2013.

Lähde: Vanhuspalveluiden Kuusikko-vertailut kyseisiltä vuosilta.

		Laitoshoito	MO/U3 Ostop.	Esh	PSHP	Yhteensä oma (lh+esh)	Yhteensä kaikki
v. 2009	vrk	110 562		35 024	35 217	145 586	180 803
	t€	21 228		19 319	36 788	40 547	77 335
v. 2012	vrk	82 115	14 513	79 614 +44 590 vrk	39 135 +3 918 vrk	176 242 + 17 %	215 377 +19,1 %
	t€	17 391	2 929	32 436	42 861	52 756	95 617
v. 2013	vrk	102 702 +25,1 %	1 801 -87,6 %	72 877 -8,5 %	37 137 -5,1 %	177 380 +2,5 %	214 517 -0,3 %
	t€	22 506	400	30 095	46 285	53 001 €	99 286 €

Taulukko 3. Kotiutusten määrän kehitys vuosina 2010–2013.

	2010	2011	2012	2013	Kasvu-%
Kaupin sairaala	659	818	915	974	48
Hatanpään psykiatriinen	309	356	339	540	75
Rauhaniemen sairaala	232	321	362	444	91
Hasan yleislääketiede ja ger.		1 893	2 589	2 688	42
Yhteensä		3 388	4 205	4 646	37

Taulukko 4. Tampereen yli 65- ja yli 75-vuotiaiden sairaalahoitoon käyttämien paikkojen jakautuminen vuonna 2013.

Paikkamäärät on laskettu toteutuneista hoitopäivistä.

	Kaikki paikat yli 65-v.	Lyhyt- aikaishoito Yli 65-v.	Lyhyt- aikaishoito Yli 75-v.	Kaikki paikat yli 75-v.	Yksikön %-osuus yli 75-v. paikoista
Hatanpään kantasairaala (kaikki osastot + U3)	209	207	153	154	22,3
Kaupin sairaala	209	140	123	186	27,0
Hatanpään puistosairaala, psykiatria	123	45	30	80	11,6
Rauhaniemen sairaala	213	76	67	189	27,4
Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sairaalat	102	102	54	54	7,8
Tammenlehväkeskus	34	34	27	27	3,9
Yhteensä	890	604	454	690	100,0

Yhteenveto ja johtopäätökset

65 vuotta täyttäneiden lyhytaikaishoidon volyyymi kasvoi 46 018 hoitopäivää eli 24 prosenttia vuosina 2009–2013, ja kasvu vastaa 128 hoitopaikkaa. Yli 75-vuotiaiden osuus tästä oli noin 96 hoitopaikkaa.

Lyhytaikaishoidon kustannukset kasvoivat noin 24 miljoonaa euroa eli 31 prosenttia (arvioidut Tammenlehvän ostot mukana). Kun huomioidaan inflaatiokehitys, kustannukset kasvoivat 14,7 miljoonaa euroa eli noin 18 prosenttia. Lyhytaikaishoidon kustannusten kasvu vastaakin toiminnan volyymin lisääntymistä. Yli 75-vuotiaiden osuus kasvusta on noin 11 miljoonaa euroa.

Kustannusten kasvusta lähes puolet on katettu laitoshoidon sairaalatoiminnan sisäisellä siirtymällä pitkäaikaishoidosta lyhytaikaishoittoon. Jatkossa tämä ei ole mahdollista, koska sairaaloista toisaalle siirrettävissä olevat pitkäaikaishoidon potilaat on vuoden 2014 jälkeen saatu pääosin siirrettyä ja hoitopaikat on lopetettu.

Hoitojaksojen pituus on lyhentynyt merkittävästi, jolloin kaksi kolmasosaa asiakastarpeen lisääntymisestä on kyetty hoitamaan toiminnan tehostamisella.

Kun tarkastellaan eri asiakkaiden, hoitojaksojen ja kotiutuksiin päätyneiden hoitojaksojen määriä, asiakastarve on kasvanut vuosittain huomattavasti: lähes 20 prosenttia vuodessa. Näin suuri kasvu ei selity yli 65-vuotiaiden määrän noin neljän prosentin tai yli 75-vuotiaiden määrän noin 8,5 prosentin vuosikasvulla, vaan kasvu on ilmeisesti seurausta palvelurakenteiden muutoksesta: Vanhusten kotihoidon suhteellinen osuus on kasvanut. Entistä epävakaammassa terveydentilassa olevia vanhuksia hoidetaan kotona, jolloin nykyvuotoinen kotihoito tarvitsee nykyisellä toimintatavalla tuekseen entistä useammin lyhytaikaista sairaalahoitoa.

Tampereella vanhusten sairaalahoidon kustannukset ovat 4,9 miljoonaa euroa Kuusikko-kuntien keskiarvoa kalliimmat, koska Tampereella sairaalahoidon volyyymi on keskiarvoa suurempi ja hoito on erikoissairaanhoidon painotteista.

1.2.2 Terveyskeskusten pitkäaikaishoidon, vanhainkotihoito ja tehostetun palveluasumisen kehitys vuosina 2009–2014

Vuoden 2009 kustannuksista puuttuvat 2,3 prosentin tilaajakustannukset. Tehostetun palveluasumisen vuoden 2013 kustannuksiin on lisätty Kuusikko-raportista puuttuvat palveluseteliostojen 2 406 miljoonan euron kustannukset. Vastaavat päivät ovat mukana hoitopäivissä. (Ks. taulukko 5.) 75 vuotta täyttäneet käyttivät 89,3 prosenttia niistä pitkäaikaishoidon päivistä, jotka esitetään taulukossa 5. Mikäli halutaan tarkastella 75 vuotta täyttäneiden ikäryhmää, taulukon 2 luvuista ja sen perusteella tehdyistä volyymilaskelmista tulee jättää noin 10 prosenttia pois. Kehitystä kuvaavat ja muut suhdeluvut ovat todennäköisesti riittäväällä tarkkuudella samoja kuin yli 65-vuotiaita tarkasteltaessa. Alle viisi prosenttia pitkäaikaishoidon asiakkaista on alle 65-vuotiaita, ja sairaaloissa näitä potilaita on noin 9 prosenttia.

Neljän vanhainkotiostaston (146 paikkaa) muutos sairaalatoiminnaksi (vuosina 2010 ja 2011) vähensi vanhainkodin hoitopäiviä 53 000 vuorokautta. Muu vanhainkotihoito väheni 82 000 vuorokautta (225 paikkaa) vuodesta 2009 vuoteen 2013. Yhteensä vanhainkotipaikat vähenivät 371 paikkaa. Pitkäaikaisen sairaalahoidon volyyymi on laskenut

75 paikkaa vuodesta 2009. Siirtyneet vanhainkotipaikat mukaan lukien vähennys on ollut 221 paikkaa. Laitoshoidon paikat ovat vähentyneet vuoden 2013 loppuun mennessä yhteensä 445 paikkaa. Samanaikaisesti tehostetun palveluasumisen volyyymi on kasvanut 176 794 vuorokautta (484 paikkaa) ja pitkäaikaishoidon nettolisäys on ollut 39 paikkaa.

Vuonna 2013 terveyskeskussairaaloiden pitkäaikaishoidosta runsas 40 prosenttia (noin 150 paikkaa) koostui ympärivuorokautiseen hoitoon jonotuksesta. Ympärivuorokautiseen hoitoon jonottajien määrä ei ole merkittävästi muuttunut vuodesta 2009 vuoteen 2014. Vuoden 2014 loppussa lähes kolme neljäsosaa pitkäaikaishoidosta oli jonottamista muuhun ympärivuorokautiseen hoitoon.

Laitoshoidon keskimääräinen asiakasmaksu on noin 550 euroa kuukaudessa (18 euroa/vuorokausi) suurempi kuin tehostetun palveluasumisen kaupungille maksettavat maksut. Tehostetuksi palveluasumiseksi muutetuista paikoista (yhteensä 152 000 vuorokautta) laitoshoidona maksetut asiakasmaksut olisivat olleet 2,7 miljoonaa euroa suuremmat.

Vuodesta 2009 ympärivuorokautisen hoidon volyyymi on kasvanut 39 paikalla. Tämä on tuonut 2,1 miljoonaa euroa lisäkustannuksia.

Kun huomioidaan vuoden 2009 kustannuksista puuttuvat tilaajakustannukset (2,3 prosenttia, taulukko 5) ja vuonna 2013 tuotettu 39 paikkaa suurempi paikkamäärä (+2,3 prosenttia), vuonna 2013 samansuuruisen ympärivuorokautisen hoidon hoitopäivämäärän tuottamiseen käytettiin absoluuttisina euroina 1,3 miljoonaa euroa vähemmän kuin vuonna 2009. Inflaatiokehitys (11,65 prosenttia) huomioiden säästö oli 12,3 miljoonaa euroa. (Julkisten menojen indeksi sosiaali- ja terveystoimelle, SVT 2014a.) Tosin osa säästöstä on muodostunut siitä, että oman toiminnan kustannukset ovat nousseet yleistä kustannuskehitystä (11,65 prosenttia) vähemmän.

Samalla myös asiakasmaksutulot ovat pienentyneet noin kolme miljoonaa euroa rakennemuutoksen seurauksena. Näin toteutuneista menoista laskettu kustannussäästö on ollut 9,3 miljoonaa euroa. Summasta osa on oman tuotannon tehostamishyötyä.

Pitkäaikaishoidon kehitys vuonna 2014

Loppuvuonna 2013 valmistui uusia tehostetun palveluasumisen paikkoja, jolloin noin 114 paikkaa vastaava volyyymi siirrettiin omana tuotantona alkaneeseen tehostettuun palveluasumiseen. Samoin kesällä 2014 on valmistunut 45 sairaalapaikkaa korvaava volyyymi, joten vuonna 2014 kustannussäästöt olivat entistä suurempia. Jos arvioidaan, että sairaalahoidon ja tehostetun palveluasumisen hintaero on 65 euroa vuorokaudessa (asiaksmaksujen

kertymäerot huomioitu), vuoden 2014 aikana tehtävillä muutoksilla saavutettiin vuositasolla 3,7 miljoonan euron rakennemuutossäästö. Vuonna 2014 toteutettu 67 vanhainkotipaikan vähennys nosti säästön noin 6 miljoonaan euroon.

Hoitomuotojen kustannuserojen syitä käsitellään laajemmin jäljempänä, mutta pääsääntöisesti erot johtuvat asumis- ja lääkekustannusten siirtymisestä pois kunnalta sekä hoitoon käytettävän henkilöstön pienemmästä määrästä.

Vuosina 2009–2013 pitkäaikaisen sairaalahoidon kokonaisvolyymi väheni 75 paikkaa. Huomattavasti suurempi muutos on toteutettu vuoden 2014 aikana, jonka jälkeen vuoden 2013 hoitopäivämäärästä laskettu 285 hoitopaikkaa laski 92 paikkaan vuoden 2015 alkuun mennessä. Vähennys, 193 paikkaa, toteutettiin siirtämällä vastaavat resurssit tehostettuun palveluasumiseen ja lopettamalla sairaala-asuminen. Osa säästöstä on käytetty kotikuntoutuksen käynnistämiseen.

Vuoden 2014 muutosten jälkeen yli 65-vuotiaiden sairaalahoidon pitkäaikaishoitoon varattu osuus tulee olemaan noin 13 prosenttia. Tähän tarvittava paikkamäärä (92) alittaa aiemmin pelkästään ympärivuorokautiseen hoitoon jonottamiseen käytetyn paikkamäärän. Mikäli jonotus toteutetaan jatkossakin sairaaloissa, niiden kapasiteetti riittää vain, mikäli jonottajien määrä pystytään pitämään merkittävästi aiempaa pienempänä ja hoitokasojen lyhentämisessä onnistutaan vähintään aiempien vuosien tapaan.

Taulukko 5. Yli 65-vuotiaiden pitkäaikaishoidon hoitovuorokausien ja kustannusten kehitys vuosina 2009–2013.

		Tk-pitkäaik.	Vanhainkoti (omaa 87 %)	Tehostettu palv.as.	Yhteensä vk+teh.pa	Yhteensä kaikki
v. 2009	vrk	131 374	336 002	154 140	490 142	621 516
	t€	24 926	52 915	14 696	67 611	92 537
v. 2012	vrk	131 189	215 925	286 311	502 236 +2,5 %	633 425 +1,9 %
	t€	28 029	38 156	29 139	67 295 -0,5 %	95 324 +3,0 %
v. 2013 (vs. v.2012)	vrk	103 911 -12,9 %	200 948 -6,9 %	330 934 +15,5 %	531 882	635 793
	t€	23 436 -16,4 %	37 265 -2,3 %	34 896 +19,8 %	72 161 +7,2 %	95 597 0 %

Yhteenveto ja johtopäätökset

Kun tarkastellaan vuoden 2014 hintoja, terveyskeskusten pitkäaikaishoidon volyyymi on laskenut noin 4,4 miljoonaa euroa vuodesta 2009 vuoteen 2013 mennessä. Vanhainkotihoidon volyyymi on samanaikaisesti laskenut 21,8 miljoonaa euroa vuoden 2013 hinnoilla laskien. Vanhainkodeissa paikkamäärät ovat vähentyneet 370 paikkaa ja sairaaloiden pitkäaikaishoidossa 75 paikkaa.

Pitkäaikaisen laitoshoidon kokonaissästö on 26,2 miljoonaa euroa vuoden 2013 hoitopäivähinnoilla laskien. Kaupungille tehostetusta palveluasumisesta aiheutuneet kustannukset ovat nousseet samana aikana 20,2 miljoonaa euroa ja paikkamäärät ovat lisääntyneet 484 paikkaa.

Samansuuruisen ympärivuorokautisen hoidon hoitopäivämäärän tuottamiseen käytettiin vuonna 2013 absoluuttisina euroina 1,3 miljoonaa euroa vähemmän kuin vuonna 2009. Kun huomioidaan inflaatiokehitys, säästö on 12,3 miljoonaa euroa. Samalla myös asiakasmaksutulot ovat pienentyneet noin kolme miljoonaa euroa rakennemuutoksen seurauksena. Näin toteutuneista menoista laskettu kustannussäästö oli 9,3 miljoonaa euroa vuodesta 2009 vuoteen 2013. Summasta osa on oman tuotannon tehostamishyötyä.

Mikäli halutaan tarkastella yli 65-vuotiaiden pitkäaikaishoidon muutoksen sijasta yli 75-vuotiaiden hoidon muutosta, tulee edellä mainituista luvuista vähentää alle 75-vuotiaiden osuus eli noin 10 prosenttia. Näin

yli 75-vuotiaiden ikäryhmän osuus säästöistä on noin 8,4 miljoonaa euroa.

Vuonna 2014 toteutetusta terveyskeskuksen pitkäaikaishoidon muuttamisesta tehostetuksi palveluasumiseksi kertyy kaupungille jatkossa noin kuuden miljoonaa euron säästö vuodessa.

Taulukosta 1 nähdään, että laskennallisesta rakennemuutoksen hyödystä, joka voidaan saavuttaa lopettamalla kokonaan pitkäaikainen laitoshoido, oli vuoteen 2013 mennessä saavutettu jo 50 prosenttia. Vuonna 2014 suurin osa jäljellä olleesta potentiaalista toteutui. Tällöin jo noin 75 prosenttia vuoden 2009 tilanteen mukaisesta säästöpotentiaalista on realisoitu.

Mikäli pitkäaikainen laitoshoido lopetetaan kokonaan, kaupunki voi vuoden 2014 jälkeen saavuttaa enää noin 5 miljoonan euron säästöt. Tällöin oletetaan, että sama määrä korvaavaa palvelua tuotetaan tehostettuna palveluasumisena. Lisäksi hoito olisi toteutettavissa nykyisen tehostetun palveluasumisen henkilökuntamitoituksella, joka on hoitoon nykyisin sitoutuvaa laitoshoidon henkilöstömäärää pienempi. Ellei näin tapahdu, säästö jää 2,5 miljoonaan euroon.

Käytännössä muutoksen vauhti määräytyy vanhainkotikiinteistöjen peruskorjausajataulun mukaan, jolloin säästö voi realisoitua alle yhden miljoonan euron vuosivauhtia. Esimerkiksi vuonna 2015 ei ole valmistumassa uusia, rakennemuutoksen mahdollistavia rakennuksia.

1.2.3 Kotihoidon kehitys 2009–2014

Kuusikko-raporttien mukaan Tampereen yli 75-vuotiaan väestön kotihoidon (mukaan lukien keskiraskas palveluasuminen) kattavuus on vuosina 2009–2013 kasvanut 13,3 prosentista 13,9 prosenttiin. Kotihoidon muodostavat kotipalvelun peruskäyntien, kotisairaanhoidon sekä hoitotarvikejakelun kustannukset ja käynnit. Kustannuksissa ovat mukana myös tukipalvelukustannukset (ateria-, kauppa-, vaatehuolto-, kylvetys-, siivous-, kuljetus-, saattaja- ja turvapalvelujen kustannukset). Käynneissä eivät ole mukana pelkkien tukipalvelujen käynnit, eikä asiakasmäärissä ole niitä asiakkaita, jotka saavat pelkästään tukipalveluita. (Ks. taulukko 6.)

75 vuotta täyttäneet käyttivät 88,2 prosenttia niistä säännöllisen kotihoidon käynneistä, jotka esitetään taulukossa 6. Mikäli halutaan tarkastella 75 vuotta täyttäneiden ikäryhmää, taulukon 6 luvuista ja niiden perusteella

tehdystä volyymilaskelmista tulee jättää noin 12 prosenttia pois. Kehitystä kuvaavat ja muut suhdeluvut ovat todennäköisesti riittävällä tarkkuudella samoja kuin yli 65-vuotiaita tarkasteltaessa. Seitsemän prosenttia kaikista kotihoitoasiakkaista on alle 65-vuotiaita.

Kuusikko-raportteihin ei sisälly palvelutuntien määrän seuranta. Tampereen kotihoidon oman seurannan mukaan kotihoidossa tehtiin 390 683 palvelutuntia vuonna 2013. Kun tähän lisätään ostopalvelujen tunnit asiakasmäärän suhteessa arvioituna, palvelutunteja oli 458 388. 41,1 miljoonan euron kokonaiskustannus kyseisellä tuntimäärällä jaettuna antaa palvelun tuntihinnaksi 89,73 euroa. Palvelutunti kuvaa asiakkaan luona käytettyä aikaa, jolloin siitä puuttuvat muun muassa matka-ajat. Palvelumaksu määräytyy palvelutuntimäärän ja lautakunnan hyväksymän tulosidonnaisen maksutaulukon mukaan. Käyntien kesto määritellään hoito- ja palvelusuunnitelmassa

asiakkaan palvelutarpeiden mukaan yhdessä asiakkaan ja/tai hänen edustajansa kanssa.

Kotihoito muodostuu erilaisten palvelujen kokonaisuudesta. Kuusikko-vertailussa kotihoitokäynnin kustannuskokonaisuuteen sisältyvät kotihoidon tukipalvelut, joita ovat hoitotarvikkeet ja turva-, kauppa-, saunotus- sekä siivouspalvelut. Tämän erän osuus kustannuksista on noin 10 prosenttia.

Palvelun käyntimäärät ovat lisääntyneet vuodesta 2009 asiakasmäärän lisääntymisen mukaisesti. Asiakasmäärän lisääntyminen on painottunut jonkin verran siihen ryhmään, joka saa vähän palveluita. Käynnin yksikkökustannukset ilman tukipalveluita ovat laskeneet merkittävästi. Käyntien keston lyheneminen (Ks. taulukko 9) on osasy käyntien halpenemiseen. Lisäksi asiakkaan luona käytetty työntekijän osuus kokonaistyöajasta on kasvanut. Vuonna

2013 oman tuotannon osuus kustannuksista oli 76,3 prosenttia. Oman tuotannon ja ostopalvelukäynnin kustannuksissa ei Kuusikossa esitettyihin lukuihin tehdyn tarkistuslaskennan jälkeen ole merkittävää eroa (Ostopalvelut ovat noin 2 prosenttia kalliimpia.).

Kun huomioidaan inflaatiokerhoitus (11,65 prosenttia), menojen reaaliarvo on 7,7 miljoonaa euroa eli 22,9 prosenttia vuodesta 2009.

Muita kotona asuvan vanhuksen käyttämiä palveluita ovat muun muassa lyhytaikaiset sairaalahoidot ja poliklinikakäynnit, omalääkäripalvelut, hammashoito, päivätoiminta ja matkat sekä ateriapalvelut. Myös apuvälineistä ja asunnon muutostöistä voi kertyä kustannuksia kaupungille. Näitä muita kustannuseriä, jotka eivät Kuusikko-vertailussa sisälly kotihoitokäynnin kustannuksiin, käsitellään erikseen jäljempänä.

Taulukko 6. Kotihoidon yli 65-vuotiaiden säännöllisen kotihoidon asiakkaiden palvelujen muutos Tampereella vuosina 2009–2013.

Yli 65-vuotiaiden säännöllisen kotihoidon asiakkaiden määrät ja kustannukset vuosina 2009–2013.

v. 2009					
t/kk	alle 10 t	11–20 t	21–40 t	41–80 t	yli 80 t
Käyntiä/pv	alle 0,7	alle 1,5	alle 3	alle 5,5	yli 5,5
Asiakkaat*)	838	317	235	108	17
% asiakkaista	55,3	20,9	15,5	7,1	1,1

v. 2012					
t/kk	alle 10 t	11–20 t	21–40 t	41–80 t	yli 80 t
Käyntiä/pv	alle 0,7	alle 1,5	alle 3	alle 5,5	yli 5,5
Asiakkaat*)	1 383	402	368	146	10
% asiakkaista	59,9	17,4	15,9	6,3	0,4

v. 2013					
t/kk	alle 10 t	11–20 t	21–40 t	41–80 t	yli 80 t
Käyntiä/pv	alle 0,7	alle 1,5	alle 3	alle 5,5	yli 5,5
Asiakkaat*)	1 534	453	437	157	16
% asiakkaista	59,1	17,4	16,8	6,0	0,6

Asiakkaat yht.	1 516
(asiakasmäärä joulukuun lopussa)	
Käynnit	632 754
Kustannus	29 980 016 €
(perus- ja tukipalvelut / kaikki käynnit)	
€/käynti	47,38 €
(sisältää tukipalvelukustannukset)	

Asiakkaat yht.	2 309
(asiakasmäärä joulukuun lopussa; +52,3 %)	
Käynnit	947 704
(+314 950 käyntiä; +50 %)	
Kustannus	42 360 064 €
(+14 380 M€, +41 %)	
€/käynti	44,70 €
(sisältää tukipalvelukustannukset n. 4,50 €)	

Asiakkaat yht.	2 596
(asiakasmäärä joulukuun lopussa; +12,4 %)	
Käynnit	1 019 630
(+71 926 käyntiä; +7,6 %)	
Kustannus	41 132 893 €
(-1 227 171 M€, -2,9 %)	
€/käynti	40,34 €
(sisältää tukipalvelukustannukset n. 4,50 €)	

Kuusikko-raportit: vuosi 2009, liite 1(1), vuosi 2012, liite 3; sivut 58–59; vuosi 2013, liite 3; sivut 58–60

* Lukumäärä on laskettu kaikkien asiakkaiden (myös yli 65-vuotiaiden) mukaan ilmoitetun jaon perusteella. Osalla omaishoitoasiakkaista on myös säännöllisen kotihoidon palveluja, jolloin kotihoitoasiakkaiden kokonaismäärässä (2 596 vuonna 2013) on mukana asiakkaita, joiden pääasiallinen hoitomuoto on omaishoito.

Päiväkeskustoiminta

Vuonna 2013 päiväkeskustoiminnan yli 65-vuotiaista asiakkaista 86 prosenttia oli 75 vuotta täyttäneitä. Asiakkaat ovat pääsääntöisesti säännöllisen kotihoidon asiakkaita ja vähemmässä määrin kotihoidon tukipalveluasiakkaita. (Ks. taulukko 7.)

Kaikille vanhuksille ehkäisevänä vanhustyönä suunnattu päivätoiminta on palvelukeskus- ja korttelikerhotoimintaa, joka osaltaan tukee myös säännöllisessä kotihoidossa olevia vanhuksia. Näissä palveluissa kaupungin oman toiminnan volyyymi on alle 3 miljoonaa euroa vuodessa.

Keskiraskas palveluasuminen

Kuusikko-vertailussa keskiraskas palveluasuminen, jossa hoitohenkilöstön henkilöstömitoitus on 0,20–0,49 hoitajaa asukasta kohti, luetaan kotihoidon osaksi siten, että kyseisen palvelumuodon asiakkaat ovat mukana kotihoidon kattavuuslukuissa. (Ks. taulukko 8.)

75 vuotta täyttäneet käyttivät 91,1 prosenttia 65 vuotta täyttäneiden asumisvuorokausista.

Taulukko 7. Yli 65-vuotiaiden päivätoiminnan kehitys vuosina 2009–2013.

		Htp	Kustannus €	€/pv
v. 2009	Yli 65-vuotiaiden hoitopäiviä (62 paikkaa)	22 946	2 139 449	93,24
	Päiväsairaala	2 855	413 752	144,92
v. 2012	Yli 65-vuotiaiden hoitopäiviä (79 paikkaa)	28 851	2 729 031 (+589 582 €)	94,59
	Päiväsairaala lopetettu			
v. 2013	Yli 65-vuotiaiden hoitopäiviä (75 paikkaa)	27 412	2 796 641 (+67 610 €)	102,02

Taulukko 8. Yli 65-vuotiaiden keskiraskaan palveluasumisen kehitys.

		Htp	Kustannus €	€/pv
v. 2009	Yli 65-vuotiaiden hoitopäiviä (276 paikkaa)	101 008	3 603 272	35,67
v. 2012	Yli 65-vuotiaiden hoitopäiviä (275 paikkaa)	100 391	3 816 229 (+212 957 €)	38,01
v. 2013	Yli 65-vuotiaiden hoitopäiviä (261 paikkaa)	95 372	3 512 258 (-303 971 €)	36,83

Yhteenveto ja johtopäätökset

Kotihoidon kattavuus on noussut 13,5 prosentista 14,1 prosenttiin vuodesta 2009 vuoteen 2013. Käyntien määrä lisääntyi 61 prosenttia ja asiakasmäärä 71 prosenttia. Eniten on kasvanut vähän (alle 10 tuntia) kotihoitoa saaneiden ryhmä. Säännöllisen kotihoidon yli 65-vuotiaista asiakkaista lähes 90 prosenttia on yli 75-vuotiaita.

Säännöllisen kotihoidon kustannukset kasvoivat 11 miljoonaa euroa. Kun huomioidaan inflaatiokehitys, menojen reaaliarvo on vuodesta 2009 vuoteen 2013 ollut 7,7 miljoonaa euroa eli 22,9 prosenttia. Yli 75-vuotiaiden osuus säännöllisen kotihoidon kasvusta on noin 7 miljoonaa euroa.

Palvelun käyntimäärät ovat lisääntyneet vuodesta 2009 asiakasmäärän lisääntymisen mukaisesti. Käynnin yksikkökustannukset ilman tukipalveluita ovat laskeneet merkittävästi. Osasyynä käyntien halpenemiseen on käyntien keston lyheneminen ja välittömän, asiakkaan luona käytetyn työajan lisääntyminen.

Keskiraskaan palveluasumisen reaalkustannukset ovat pienentyneet samana aikana noin 0,5 miljoonaa euroa. Päivätoiminnan kustannukset ovat pysyneet reaalisesti vuoden 2009 tasolla, kun huomioidaan päiväsaaran lopettaminen.

1.2.4 Omaishoidon kehitys vuosina 2009–2013

Asiakas voi olla eri korvausluokissa vuoden aikana, jolloin korvausluokkien yhteenlaskettu asiakasmäärä ylittää taulukossa vuoden aikana asiakkaana olleiden määrän. (Ks. taulukko 9.)

75 vuotta täyttäneiden osuus omaishoidon asiakkaiden kustannuksista oli 73 prosenttia. 65–74-vuotiaiden osuus omaishoidettavista on selvästi suurempi kuin vastaava osuus ympärivuorokautisen hoidon asiakkaista. Hoitopalkkiot muodostivat 68,8 prosenttia omaishoidon kokonaiskustannuksista. Kuusikon kunnista Tampere käyttää suhteessa eniten rahaa omaishoidon tukipalveluihin.

Omaishoidon piirissä olevan vanhusväestön osuus, 2,1 prosenttia, ei ole kasvanut vuosien 2009 ja 2013 välillä. Hoidettavien määrän lisääntyminen näyttää keskittyneen alimpaan korvausluokkaan. Valtakunnallisten suositusten mukaisista asiakasmääristä (5–6 prosenttia) vain puolet täyttyy Tampereella, mikä on tilanne myös muissa suurissa kaupungeissa Oulua lukuun ottamatta.

Omaishoidon korvaukset ovat Tampereella keskimääräistä suuremmat. Kattavuutta ei ole lisättävissä enää pienin kustannuksin. Korvausten kansallinen yhtenäistäminen saattaa Tampereella johtaa korvausten alenemiseen ja siksi jopa tämän hoitomuodon supistumiseen.

Omaishoidon asiakkaiden erilaisten palvelujen käytöstä ei ole kattavaa seuranta. Esimerkiksi sairaalavuorokausia ei tilastoida erikseen muusta avohoidon piirissä olevasta vanhusväestöstä. Monelta osin erilaisten tuki- ja muiden palvelujen käyttö vastanee laajuudeltaan niiden vanhuspalvelujen käyttöä, jotka kuuluvat säännöllisen kotihoidon piiriin. Kotihoidon RAI-arvio on tehty niille omaishoidon asiakkaille, jotka saavat kotihoitoa tai kotihoidon tukipalveluita (päiväkeskus, sauna, kauppa, turva, kuljetus jne.). Kotihoidon asiakkaista noin seitsemän prosenttia eli noin 160 asiakasta on tällaisia asiakkaita. Kyseisten asiakkaiden RAI-mittiarvoja ei ole selvitetty.

Osalla omaishoitoasiakkaista on myös säännöllisen kotihoidon palveluja, jolloin kotihoitoasiakkaiden kokonaismäärässä (2 596 vuonna 2013) on mukana asiakkaita, joiden pääasiallinen hoitomuoto on omaishoito.

Taulukko 9. Yli 65-vuotiaiden omaishoidon kehitys vuosina 2009–2013.

Tukea sai vuoden aikana 615 asiakasta. 31.12.2009: 478		€	%	
v. 2009	Korvausluokka 1	351	44,6	
	Korvausluokka 2	600	13,4	
	Korvausluokka 3	900	27,7	
	Korvausluokka 4	1 400	9,7	
	Korvausluokka 5	2 000	4,3	
	Korvausluokka 6	yli 2 000	0,3	
Kustannukset yhteensä		4 204 153 €	570 €/as./kk	
Tukea sai vuoden aikana 686 asiakasta. 31.12.2012: 567		€	%	Asiakkaita
v. 2012	Korvausluokka 1	364	56,7	389
	Korvausluokka 2	600	2,2	15
	Korvausluokka 3	900	29,0	199
	Korvausluokka 4	1 400	7,9	54
	Korvausluokka 5	2 000	4,2	29
Kustannukset yhteensä		4 962 587 € (+758 434 €)	639 €/as./kk	
Tukea sai vuoden aikana 676 asiakasta. 31.12.2012: 522		€	%	Asiakkaita
v. 2009	Korvausluokka 1	381	55,3	432
	Korvausluokka 2	600	2,8	22
	Korvausluokka 3	900	28,4	222
	Korvausluokka 4	1 400	9,0	70
	Korvausluokka 5	2 000	4,5	35
Kustannukset yhteensä		5 195 293 € (+237 706 €)	641 €/as./kk	

Yhteenveto ja johtopäätökset

Omaishoidon kattavuus on vuodesta 2009 vuoteen 2013 säilynyt ennallaan 2,1 prosentissa. Kustannusten reaali-kasvusta eli noin 500 000 eurosta yli 75-vuotiaiden osuus on noin 370 000 euroa.

Yli puolet asiakkaista keskittyy alimpaan korvausluokkaan, joka on 381 euroa. Hoitopalkkiot muodostivat 68,8 prosenttia omaishoidon kokonaiskustannuksista.

Valtakunnallisten suositusten mukaisista asiakasmääristä (5–6 prosenttia) vain puolet täyttyy Tampereella, mikä on tilanne myös muissa suurissa kaupungeissa Oulua lukuun ottamatta.

1.2.5 Avopalveluiden kehitys vuosina 2009–2013

Omalääkäritoiminta

Avohoidon käyntimäärät vähenivät noin 92 000:een jo vuonna 2010. Samalla kustannukset nousivat noin 14,4 miljoonaan euroon. Syynä voi olla tilastoinnin tai toimintatavan muutos. (Ks. taulukko 10.)

Yli 75-vuotiaiden osuus 65 vuotta täyttäneiden avohoidon lääkärikäynneistä on 53,7 prosenttia. 65–74-vuotiaiden ikäluokkaan kuuluvat kävivät keskimäärin 2,0 kertaa avohoidon lääkäriässä vuonna 2013. Samana vuonna 75–84-vuotiaat kävivät 2,8 kertaa ja yli 85-vuotiaat 3,1 kertaa avohoidon lääkäriässä.

Avohoidon lääkärikäyntien kustannusten reaali-kasvu oli 2,8 miljoonaa euroa vuosina 2009–2013. Vuosina 2010–2013 reaali-kasvu oli vain 1,2 miljoonaa euroa, ja kasvusta noin puolet kohdistuu yli 75-vuotiaiden ikäluokkaan.

Poliklinikkatoiminta

65 vuotta täyttäneet käyttivät poliklinikoita keskimäärin 2,7 kertaa vuodessa. 75 vuotta täyttäneiden osuus 65 vuotta täyttäneiden poliklinikkakäytöstä on 49,5 prosenttia. (Ks. taulukko 11.)

Poliklinikkapalvelujen käyttö on lisääntynyt 37,9 prosenttia vuodesta 2009 vuoteen 2013. Kustannusten reaali-kasvu oli vastaavana aikana 8,1 miljoonaa euroa eli 39,8 prosenttia. 75 vuotta täyttäneiden osuus kasvusta on ollut noin neljä miljoonaa euroa.

Myös geriatristen perusterveydenhuollon sairaaloiden poliklinikkatoiminta (geriatrisen poliklinikan eri osat) tilastoituu Tampereella erikoissairaanhoidon poliklinikkakäytön osaksi.

Taulukko 10. 65 vuotta täyttäneiden avohoidon lääkärikäyntien kehitys vuosina 2009–2013.

Yli 65-vuotiaiden vastaanottokäyntejä	Asiakkaita	Käyntejä	Kustannus €	€/käynti
v. 2009	29 226	99 741	12 650 632	126,83
v. 2012	32 315	90 285	15 770 931	174,68
v. 2013	33 102	93 218	16 940 613	181,73

Taulukko 11. Yli 65-vuotiaiden erikoissairaanhoidotasoisten poliklinikkakäyntien kehitys vuosina 2009–2013.

Yli 65-vuotiaiden poliklinikkakäyntejä		Käyntejä	Kustannus €	€/pv
v. 2009	Oma toiminta	25 064	5 159 304	205,85
	Ostopalvelut (PSHP)	51 436	15 192 945	295,38
Yhteensä		76 500	20 352 249	
v. 2012	Oma toiminta	35 766	7 134 876	199,49
	Ostopalvelut (PSHP)	65 208	20 520 218	314,69
Yhteensä		100 974	27 655 094	
v. 2013	Oma toiminta	37 770	7 093 313	187,80
	Ostopalvelut (PSHP)	67 700	22 292 334	329,28
Yhteensä		105 470	29 385 647	

Yhteenveto ja johtopäätökset

Avohoidon lääkäripalveluissa käyntien määrät näyttävät vähentyneen vuodesta 2009 vuoteen 2010. Syynä voi olla toimintatavan muutos (terveyden- ja sairaanhoitajien antaman hoidon lisääntyminen tai tilastointitavan muutos). Vuodesta 2010 alkaen käyntimäärät ovat säilyneet suunnilleen samalla tasolla. Yli 65-vuotiaiden hoidon kustannukset ovat sen sijaan kasvaneet reaalisesti 1,2 miljoonaa

euroa. Kasvusta noin **0,6 miljoonaa euroa kohdistuu yli 75-vuotiaiden ikäluokkaan.**

Yli 65-vuotiaisiin kohdistuva poliklinikkatoiminta on laajentunut vuosina 2009–2013 huomattavasti: 8,1 miljoonaa euroa ja 39,8 prosenttia. **75 vuotta täyttäneiden osuus kasvusta on ollut noin neljä miljoonaa euroa.**

Avoterveydenhoidon ja sairaalapalvelujen käytön lisääntyminen on syönyt pitkäaikaishoidon vähentymisestä syntyneen säästön.

1.2.6 Yhteenveto palvelujärjestelmän volyymien muutoksesta

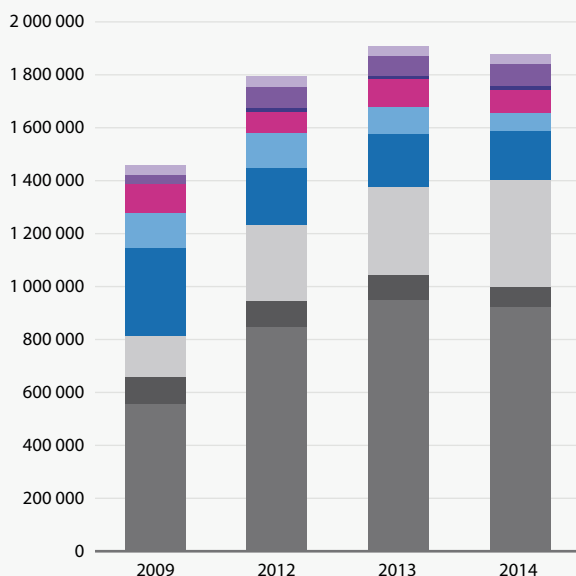
Hoitopäivät

Vuosien 2009–2013 aikana kotihoidon asiakkuuspäivät lisääntyivät 71 prosenttia. Ympäri vuorokautisen hoidon (laitoshoito ja tehostettu palveluasuminen) yhteenlasketut hoitopäivät lisääntyivät 2 prosenttia, ja lyhytaikaisen sairaalahoidon hoitopäivät lisääntyivät 25 prosenttia. (Ks. kuvio 1.)

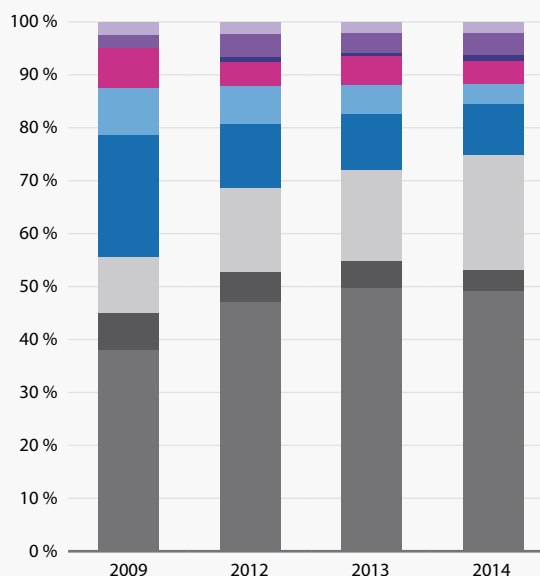
Vuoden 2014 luvut on saatu Tampereen kaupungin suorite seurannasta. Vuoden 2009 hoitopäivien kokonaismäärä oli 1 456 667 (3 991 asiakasta). Vuonna 2014 hoitopäiviä oli vastaavasti 1 874 940 (5 137 asiakasta). Hoitopäivien määrä lisääntyi 28,7 prosenttia vuodesta 2009 vuoteen 2013. Kotihoidon asiakkuuspäivät on laskettu poikkileikkauksena yhden päivän asiakasmäärän perusteella. Ostopalveluissa on esitetty Tammenlehvän ja Hatanpään sairaalan osasto U3:n hoitopäivät.

Kuvio 1. Palvelurakenteen muutos hoitopäivinä vuosina 2009–2014 yli 65-vuotiaiden ikäryhmässä.

Hoitopäivien absoluuttiset luvut



Hoitopäivien osuudet kokonaisuudesta



- PSHP
- Oma esh
- Ostopalvelut
- Tk-lyhytaikainen
- Tk-pitkäaikainen
- Vanhainkoti
- Tehostettu palv.as.
- Palveluasuminen
- Kotihoito

Kustannukset

Palvelujärjestelmän kokonaiskustannusten (mukaan lukien omalääkärit, poliklinikat ja omaishoito) reaaliarvo kasvoi 9,6 prosenttia vuosina 2009–2013, vaikka hoitopäivien määrä lisääntyi 28,7 prosenttia. Tämä johtuu pääosin siitä, että kotihoidon hoitokäyntikustannusten reaaliarvo oli 23 prosenttia, kun asiakasmäärä lisääntyi 71 prosenttia. (Ks. kuvio 2.)

Vuonna 2013 kotihoitoasiakkaita oli 1 080 enemmän kuin vuonna 2009. Muiden hoitomuotojen kasvuksi jää 66 asiakasta. Kotihoidon keskimääräiset kustannukset vastaavat halvimpia muiden ympärivuorokautisen hoidon kustannuksia, joten kehitys on ymmärrettävää.

Ympärivuorokautisen hoidon (laitoshoito ja tehostettu palveluasuminen) yhteenlasketut kustannukset laskivat kahdeksan prosenttia vuosina 2009–2013. Sairaaloitten lyhytaikaishoidon (lyhytaikainen terveyskeskushoito, ostopalvelut, oma erikoissairaanhoido ja PSHP) kustannukset puolestaan kasvoivat 18 prosenttia. Sairaalapalvelujen käytön lisääntyminen näyttää syöneen ympärivuorokautisessa hoidossa syntyneen säästön.

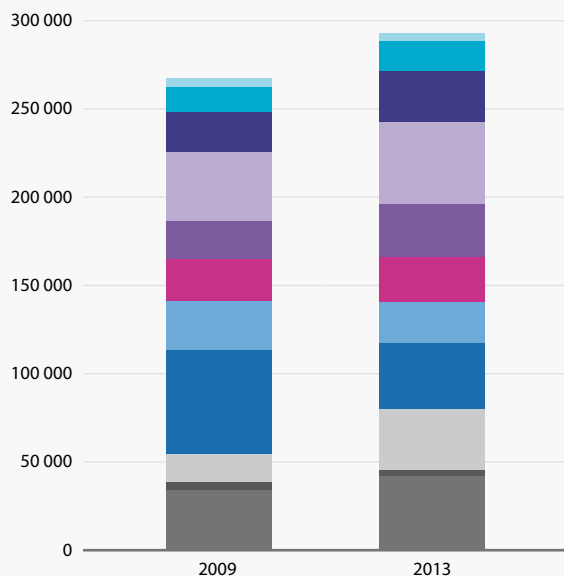
Myös sairaaloitten yhteydessä toimivien avoterveydenhoidon poliklinikoiden kasvu on ollut merkittävää (+29 prosenttia). Yli 65-vuotiaiden määrä lisääntyi vastaavana aikana 17 prosenttia, mikä osaltaan selittää palvelujen kysynnän kasvua.

Lyhytaikaishoidon kustannusten kasvusta lähes puolet on katettu terveyskeskustasoisien sairaalatoiminnan sisäisellä siirtymällä pitkäaikaishoidosta lyhytaikaishoittoon. Jatkossa tämä ei ole mahdollista, koska sairaaloista toisaalle siirrettävissä olevat pitkäaikaishoidon potilaat on vuoden 2014 jälkeen saatu siirrettyä ja hoitopaikat on pääosin lopetettu.

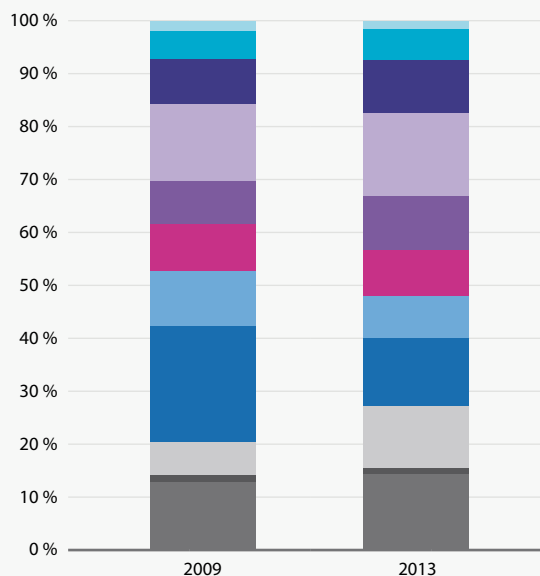
Kuvion 1 tarkasteluun on kuviossa 2 lisätty avohoitoikännit ja omaishoito. Luvut esitetään tuhansina euroina (vasen puoli) ja prosenttiosuuksina kokonaiskustannuksista (oikea puoli). Vuonna 2009 kustannukset olivat 267,4 miljoonaa euroa, ja vuonna 2013 ne olivat 293,2 miljoonaa euroa. Kustannukset kasvoivat 9,6 prosenttia. Vuoden 2009 luvut on muutettu vuoden 2013 rahan arvoon ja ostopalvelut on yhdistetty lyhytaikaiseen terveyskeskushoittoon.

Kuvio 2. Palvelurakenteen muutos euroina yli 65-vuotiaiden ikäryhmässä vuosina 2009–2013.

Tuhatta euroa



Osuudet kokonaisuudesta



■ Omaishoito ■ PSHP ■ Tk-pitkäaikainen ■ Palveluasuminen
■ Omalääkäri ■ Esh ■ Vanhainkoti ■ Kotihoito
■ Poliklinikat ■ Tk-lyhytaikainen + o ■ Tehostettu palv.as.

Muutos palvelumuodoittain yli 75-vuotiaiden ryhmässä

Kotihoidon kattavuus on noussut 13,5 prosentista 14,1 prosenttiin vuodesta 2009 vuoteen 2013. Yli 75-vuotiaiden osuus säännöllisen kotihoidon kasvusta (7,7 miljoonasta eurosta) on noin 7 miljoonaa euroa. Palvelujen käyntimäärät ovat lisääntyneet vuodesta 2009 asiakasmäärän kasvun mukaisesti.

Keskiraskaan palveluasumisen reaalikustannukset ovat pienentyneet samana aikana noin 500 000 euroa. Päivätoiminnan kustannukset ovat pysyneet reaalisesti vuoden 2009 tasolla.

Pitkäaikaisen laitoshoidon vuoden 2013 hoitopäivähinnoilla lasketusta kokonaissäästöstä (9,3 miljoonasta eurosta) yli 75-vuotiaiden osuus on noin 8,4 miljoonaa euroa.

Lyhytaikaishoidon kustannukset kasvoivat noin 15,6 miljoonaa euroa, kun otetaan huomioon inflaatiokehitys. Yli 75-vuotiaiden osuus tästä on 11 miljoonaa euroa.

Avohoidon lääkäripalveluissa käyntien määrät ovat säilyneet suunnilleen samalla tasolla vuodesta 2010 lähtien. Yli 75-vuotiaiden asiakasmäärät ovat lisääntyneet ja hoidon kustannukset ovat kasvaneet reaalisesti noin 600 000 euroa.

Sairaaloiden **poliklinikka- ja muut avopalvelut** ovat laajentuneet huomattavasti: noin 30 prosenttia vuosina 2009–2013. 75 vuotta täyttäneiden osuus kasvusta on ollut noin 3,3 miljoonaa euroa.

Omaishoidon kattavuus on säilynyt ennallaan 2,1 prosentissa vuodesta 2009 vuoteen 2013. Kustannusten reaalikasvu on ollut noin 500 000 euroa, ja yli 75-vuotiaiden osuus siitä on noin 370 000 euroa.

Yhteenveto ja johtopäätökset

65 vuotta täyttäneiden laitoshoidon ja tehostetun palveluasumisen yhteenlaskettujen hoitovuorokausien määrä on lisääntynyt vain 2 prosenttia vuosina 2009–2013. Vastaavana aikana hoidon kunnalle aiheuttamat kustannukset laskivat 10 prosenttia.

Kotihoidon asiakkuuspäivät lisääntyivät 71 prosenttia, ja kotihoidon hoitokäyntien kustannukset kasvoivat vain 23 prosenttia. Kun kotihoidon osuutta on lisätty, palvelun piirissä olevien osuus on säilynyt lähes ennallaan, vaikka vanhusten määrä on lisääntynyt. Asiakasta ja hoitopäivää kohden lasketut palvelujärjestelmän kokonaiskustannukset ovat pienentyneet erityisesti siksi, että toimintaa on tehostettu, vähän hoitoa saavien määrä on lisääntynyt kotihoidossa ja kotikäyntien kesto on lyhentynyt.

Lyhytaikaisen sairaalahoidon hoitopäivät lisääntyivät 25 prosenttia ja kustannukset kasvoivat 18 prosenttia. Avohoidon lääkäripalveluiden kustannukset kasvoivat asiakasmäärien kasvua vastaavasti 26 prosenttia.

Euromääräisen ja hoitopäiviin perustuvan tarkastelun rinnalla merkittävin muutos on sairaaloiden lyhytaikaishoidon hoitajaksojen määrän kehitys, joka johtuu hoitajaksojen lyhenemisestä. Sairaaloissa hoidettujen asiakkaiden määrä on lisääntynyt huomattavasti enemmän kuin hoitopäivien 25 prosentin kasvun perusteella voisi päätellä: eri asiakkaiden määrä on kasvanut noin 20 prosenttia vuodessa. Asiakastarpeen kasvusta noin kaksi kolmasosaa onkin pystytty hoitamaan hoitoaikoja lyhentämällä.

2 Yksikkökustannusten muutos



Yksikkökustannustarkastelussa Tampereen kustannustaso on Kuusikko-kuntiin verrattuna alhainen, mutta erikoissairaanhoidon suuri osuus syö muodostuvaa kustannushyötyä.

Lyhytaikaisen sairaalahoidon keskimääräinen hoitopäivähinta

Kuusikko-raportin mukaan erikoissairaanhoidon hoitopäivien yksikkökustannukset ovat omassa toiminnassa 413 euroa vuorokaudessa ja sairaanhoitopiiriltä ostetussa toiminnassa keskimäärin 1 246 euroa vuorokaudessa (PSHP:n somaattisessa hoidossa 1 379 euroa vuorokaudessa ja psykiatrisessa hoidossa 484 euroa vuorokaudessa). (Ks. taulukko 12.)

Erikoissairaanhoidon kokonaiskustannusten kohdistaminen hoitopäivien perusteella saattaa aiheuttaa virheen lopputulokseen muun muassa siksi, että esimerkiksi vuodeosastohoitoa kalliimman leikkaustoiminnan osuus ei ehkä ole vanhusten sairaalahoidossa niin suuri kuin nuoremilla ikäryhmillä. Mikäli leikkaustoimintaa ei huomioida, Tampereen oman erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon keskimääräinen jälkilaskentahinta on 357 euroa vuorokaudessa (13,6 prosenttia pienempi). Jos arvioidaan, että sairaanhoitopiirissä suhde on sama, sairaanhoitopiirin vuorokausikustannus olisi vastaavasti 1 076 euroa.

Kuusikon luvuilla laskettuna eri toimijoiden hoitopäiväosuuksien keskimääräinen (PSHP 17 prosenttia, erikoissairaanhoido 34 prosenttia ja terveyskeskuksen lyhyt- ja

pitkäaikainen hoito 49 prosenttia), painotettu lyhytaikaisen sairaalapäivän hinta on 461 euroa. Jos hoitopäivien kustannuksena käytetään alhaisempia, leikkaustoiminnan suuremmat kulut (erikoissairaanhoido ja PSHP yhteensä 10,0 miljoonaa euroa) kokonaan edellä mainitulla tavalla pois jättäviä vuodeosastohintoja, Tampereella vanhusten sairaalahoidon keskimääräinen lyhytaikaishoidon vuorokausihinta olisi 409 euroa (lähde: KPMG).

Leikkaustoiminnan kustannusten jättäminen pois tarkastelusta on perusteltua, kun vertaillaan vanhustenpalvelujen eri toteutusmuotoja ja arvioidaan, että leikkauksia vaativan hoidon määrä ei ole riippuvainen vanhuksen hoitomuodosta.

Tampere on ollut määrällisesti muiden kuntien tasolla (1,2 prosenttia) terveyskeskusten lyhytaikaishoidossa. Yksikkökustannukset ovat Tampereella selvästi muita kuntia pienemmät, mikä tuottaa vuoden 2013 volyymin (102 702 vuorokautta) ja muiden kuntien keskiarvoon verrattavan yksikköhinnan erolla (56 euroa/vuorokausi) 5,8 miljoonan euron vuotuisen säästön. Vastaavasti terveyskeskusten pitkäaikaishoidosta kertyi 4,4 miljoonaa euroa laskennallista säästöä (103 911 vuorokautta, 42 euroa/vuorokausi).

Taulukko 12. Eri palvelumuotojen yksikkökustannusten kehitys vuosina 2009–2013.

Kuusikko-raportti: vuosi 2012, sivu 146 ja vuosi 2013, sivu 144.

	v. 2009		v. 2012		v. 2013	
	Tampere	Kuusikko	Tampere	Kuusikko	Tampere	Kuusikko
Kotihoito (käynti) *	48,1	45,5	44,9	40,3	35	37
Tehost.palv.as. **	86,4	97,4	86,8	89,5	105,5	121
Vanhainkoti	174,3	175,8	181,2	197,3	187	200
Tk-pitkäaik.	208,1	238,4	213,7	258,4	226	268
Tk-lyhytaik.	203,2	297,3	211,8	303,3	223	279

* Kotihoidon yksikkönä on käynti ilman tukipalveluita (hoitotarvikkeet ym.). Kun kokonaiskustannukset on jaettu tasan keskimääräisellä asiakasmäärällä, saadaan kotihoidon hoitokäyntien ja tukipalvelujen keskimääräiseksi asiakkuuspäivän hinnaksi 36,5 euroa/vuorokausi. (Lähde KPMG.) Kotihoidon tuntikustannus tukipalveluineen on 89,73 euroa. Kotihoidon kokonaiskustannuksia tarkastellaan jäljempänä.

** Tehostetun palveluasumisen ja kotihoidon yksikköhinta ei ole vertailukelpoinen laitoshoitoon, koska asiakasmaksutulojen ero on huomioimatta ja hinnalla katettava palvelukokonaisuus, esimerkiksi asumiskulut, on sisällöltään erilainen.

Yli 65-vuotiaiden erikoissairaanhoidon aiheuttaa Tampereelle 76,4 miljoonan euron kustannukset (taulukko 2). Tampereella erikoissairaanhoidon osuus hoitoketjun kokonaisuudesta on 1,2 prosenttia, kun Kuusikon keskiarvo on 0,6 prosenttia. Muista kaupungeista poiketen Tampereella tuotetaan yli 65-vuotiaiden erikoissairaanhoidon hoitopäivistä 72 prosenttia (poliklinikakäynneistä 35 prosenttia) omana tuotantona.

Kuusikon muiden kuntien erikoissairaanhoidon määrällä (0,6 prosenttia) ja Kuusikon keskimääräisillä erikoissairaanhoidon hoitopäivähinnoilla (1 128 euroa/vuorokausi) Tampereen yli 65-vuotiaiden erikoissairaanhoidon maksaisi

62,0 miljoonaa euroa. Ero Tampereella toteutuneeseen on 14,4 miljoonaa euroa (Kuusikko: vuosi 2012; sivut 82, 132 ja 145).

Terveyskeskuksen ja erikoissairaanhoidon yhteenlaskettu kokonaiskustannus on tällä tarkastelulla 8,6 miljoonaa euroa (5,8–14,4) Kuusikko-kuntien lyhytaikaishoidon keskimääräisiä kustannuksia kalliimpaa. Edellä mainittu laskelma on tehty 65 vuotta täyttäneiden hoitopäivien ja kustannusten mukaan. 75-vuotiaiden osuus tästä on 6,5 miljoonaa euroa eli 75 prosenttia.

Tampereella voitaneen saavuttaa säästöjä sairaalatoiminnan uudelleen järjestämisellä.

Tampereella voidaan saavuttaa säästöjä sairaalatoiminnan uudelleen järjestämisellä.

3 Mistä kustannusrakenteiden erot johtuvat?



Tehostettu palveluasuminen on kunnalle edullisempaa kuin vanhainkotihoito, ja se johtuu ensi sijassa asumiskulujen pois jäämisestä. Laitoshoidon maksuissa asiakasmaksukertymä on lisäksi suurempi, joten hoitomuotojen eroksi jää 15 euroa vuorokaudessa. Tätä suurempaan kokonaissäästöön on päästy, koska tehostettuun palveluasumiseen on ohjattu asiakaskuntaa, jonka hoidon tarve on vähäisempi, ja sitä hoidetaan vanhainkotiä pienemmällä hoitajamäärällä. Pitkäaikaisen sairaalahoidon ja tehostetun palveluasumisen nettokustannusten ero on noin 50 euroa vuorokaudessa.

Paljon kotihoitoa tarvitsevien asiakkaiden kokonaiskustannukset ovat huomattavan korkeita. Tampereella on lähes 1 000 kotihoidon asiakasta, joiden hoitokustannukset ylittävät tehostetun palveluasumisen kustannukset. Kuusi prosenttia kotihoidon asiakkaista aiheuttaa neljänneksen kotihoidon hoitokäyntien kustannuksista ja 17 prosenttia puolet kustannuksista.

3.1 Eri palvelumuotojen erot palvelusisällöissä ja kustannuksissa

Eri palvelumuotojen kustannusvertailua vaikeuttavat palvelusisältöjen merkittävät erot ja toisaalta kustannusten kohdistuminen eri maksajille.

Kaupungin kirjanpidossa on laitoshoidon kohtaan merkitty pääosin kaikki hoidettavan henkilön elin- ja hoitokustannukset. Kun tehostetun palveluasumisen kustannuksia vertaillaan kaupungin maksuosuuden näkökulmasta, vertailun ulkopuolelle jäävät muun muassa asumisen, lääkkeiden, vaatetuksen hankinnan ja hygieniatuotteiden kustannukset, joita maksavat muun muassa Kela ja asiakas itse. Kotihoidossa kaupungille eivät edellisten lisäksi kohdistu esimerkiksi ateriakulut, ja merkittävä osa hoitokokonaisuuden kustannuksista ei kirjaudu kotihoidon kuluiksi.

Esimerkkinä kustannuseurannan ongelmista on vastaanottotoiminnan omalääkäreiden työ, joka kohdistuu

säännöllisen kotihoidon asiakkaille. Sen suuruudesta voidaan käyttää vain arviota. Vastaanottotoiminnan suoritteet rekisteröidään pääsääntöisesti siten, että yli 65- ja 75-vuotiaiden asiakkaiden käyntimäärät saadaan selvitettyä.

Kun käytetään keskimääräisiä käyntihintoja, saadaan selville oikeasuuntainen kustannus. Jää kuitenkin esimerkiksi toteamatta, kuinka paljon säännöllisen kotihoidon asiakaskunta käyttää palveluita ja kuinka paljon heidän käyttämänsä palvelut poikkeavat keskimääräisistä kustannuksista – esimerkiksi lääkäreiden suuremmasta kotikäyntimäärästä johtuen. Vastaavasti esimerkiksi apuvälinekuluja tai vammaispalvelulain mukaisia kuljetus- ja asunnon muutostyökustannuksia ei ole kohdistettu säännöllisen kotihoidon asiakkaille.

Eri palvelumuotojen kyvyssä täyttää asiakkaan palvelutarve on merkittäviä eroja. Tästä esimerkkinä on terveyspalveluiden saatavuus. Koska kotihoidon asiakkaat käyttävät ympärivuorokautisen hoidon asiakkaita selvästi enemmän sairaalahoitoa, kertoo se kotihoidon terveys- ja sairaanhoitopalveluiden puutteista. Jo tehostetun palveluasumisen tarjoamalla lähihoitajan ympärivuorokautisella läsnäololla voidaan välttää pääosa sairaalavuorokausista.

Tampereella vanhainkotihoidossa on käytössä myös yöaikainen sairaanhoitaja- ja lääkäripäivystys, joten tähän palvelumuotoon ohjautuu asiakkaita, joiden arvioidaan siitä enemmän hyötyvän. Koukkuniemen alueella kaupungin omana toimintana tuotettava tehostettu palveluasuminen tukeutuu alueen terveyspalveluihin, jolloin toiminta vastaa tältä osin laitoshoidon palvelutasoa. Myös kustannus on tällöin tavanomaista tehostetun palveluasumisen yksikköä korkeampi, mutta asukkaan muutot ja sairaalakäynnit jäävät pienemmiksi kuin eri puolilla kaupunkia sijaitseissa yksiköissä.

Pitkäaikaisen laitoshoidon (terveyskeskus ja vanhainkoti) palvelumaksuihin sisältyvät

- asuminen
- ympärivuorokautinen hoito
- ruoka
- lääkkeet
- hoitotarvikkeet
- apuvälineet
- lääkäripalvelut (mukaan lukien silmälääkäri)
- kuljetukset lääkärin määräämiin hoitoihin
- hammashoito
- vaatteet.

Tehostetussa palveluasumisessa asiakas maksaa itse

- vuokran ja muut asumismenot (muun muassa sähkön, veden ja kotivakuutuksen). Vuokran suuruus riippuu muun muassa asunnon koosta.
- lääkkeet (Kela-korvaus; lisäkorvaus, kun omavastuu ylittää 610 euroa vuonna 2014)
- hoitotarvikkeet (pois lukien asiakkaalle maksuttomat hoitotarvikejakelun piiriin kuuluvat tarvikkeet, esimerkiksi vaipat ja diabeteksen hoitoon liittyvät tarvikkeet)
- poliklinikka-, terveyskeskus- ja sairaalamaksut sekä lääkärissä käynnit (Tehostettuun palveluasumiseen sisältyvät geriatriin palvelut, joista ei peritä maksua asiakkaalta.)
- muut henkilökohtaiset menot, joita kotona asuvilla yleensäkin on, esimerkiksi vaatteet, puhelinlulut, matkat, kampaajalla käymiset ja lehtilaukset.

Palvelutaloilla on lisäksi omia lisäpalveluita, joita asukas voi halutessaan ostaa ja jotka eivät kuulu kaupungin ostamaan palvelupakettiin.

3.2 Tehostetun palveluasumisen ja vanhainkotihoiton kustannusvertailu

Tässä luvussa vertaillaan tammi–huhtikuun 2014 toteutujen perusteella kaupungin oman toiminnan kustannuksia sairaala- ja vanhainkotihoitossa sekä tehostetussa palveluasumisessa. Taulukossa 13 esitetään hoitopäiväkustannuksen jakaantuminen eri komponentteihin. Kaikki yksiköt toimivat samalla Koukkuniemen alueella, joten kustannuserot johtuvat pääosin erilaisesta toiminnasta sekä toimintamuodosta.

Suurimmat kustannuserot muodostuvat henkilöstökustannusten eroista. Erot selittyvät pääosin erilaisilla hoitohenkilökuntamitoituksilla. Sairaaloiminnassa tarvitaan lisäksi muun muassa lääkäreitä, ja hoitohenkilökunnan henkilöstörakenne tuottaa suurempia kustannuksia kuin vanhainkodissa tai tehostetussa palveluasumisessa. Taulukon 13 viimeisillä riveillä esitetään hoitohenkilökunnan mitoitustilusta menotarkastelua vastaavalla ajanjaksolla ja RAI-seurannasta saatava henkilökuntamitoituksen ohjearvo (CMI) jäljempänä esitettävissä yksiköissä (edellä mainituista mittareista, katso liite 3).

Henkilöstökuluja on myös kohdassa ”Vyörytykset”, jossa ovat ne hallintopalveluiden, sosiaalityön ja laitoshuollon kulut, joita hoitohenkilökunta ei tee. Kulut ovat yhteensä noin 15 euroa hoitopäivää kohti. Henkilöstökulujen suuruuteen vaikuttaa myös se, että Tampereella kaupungin aiemmin muodostuneita eläkevastuita ja -kuluja kohdistetaan laitoshoidolle tavalla, joka tuottaa normaalia suuremmat henkilöstökulut. Esimerkiksi tehostetun palveluasumisen vuorokausihinnassa näiden maksujen osuus on 9 euroa, joka osaltaan selittää kustannuseroa ulkopuolelta ostettuun palveluun.

Palvelujen ostoissa eri hoitomuotojen välinen ero muodostuu laboratorio- sekä sosiaali- ja terveyskuluista (muun muassa kuvantamisesta). Tehostetun palveluasumisen kulut kirjautuvat kotihoiton kuluihin ja muodostavat hoitopäivähintaan runsaan euron säästön. Lääkekuluissa kaupunki säästää vanhainkotihoitoon verrattuna lähes euron hoitopäivää kohti. Vuokrien ja kiinteistön lämmitykseen,

ylläpitoon sekä siivoukseen liittyvien kulujen puuttuminen tuo tehostetussa palveluasumisessa noin 23 euron säästön (Asiakas maksaa itse.).

Asukkaiden ateriat, 13,3 euroa/vuorokausi, muodostavat henkilöstökulujen lisäksi merkittävimmän yksittäisen menoerän. Niiden kustannus ylittää 2,3 euroa kaupungin asukkaalta perimän ateriakorvauksen, joka on 330 euroa kuukaudessa (11 euroa/vuorokausi).

Taulukon 13 vertailussa mukana olevan Rauhaniemen sairaalan hoitajaksoista 60 prosenttia on lyhytaikashoitoa. Jukola–Impivaaran osuudessa on jonkin verran kerta-luonteisia aloituskuluja. Jotta Pispaan laajeneva toiminta kattaisi kustannukset, loppuvuoden vuorokausihinnaksi on arvioitu 128 euroa.

Kokonaistarkastelussa tehostettu palveluasuminen tuottaa kaupungille toimintatapaan, vuokratuluihin ja lääkkeisiin liittyviä säästöjä noin 33 euroa vuorokaudessa.

Henkilöstömenoista saatu säästö riippuu toteutuneista henkilöstömitoituksista. Jukola–Impivaarassa välttämättömäksi koetulla mitoitustasolla kustannusero vanhainkotihoitoon oli 6 euroa vuorokaudessa alkuvuonna 2014. Tämä vastaa sitä eroa, joka tehostetun palveluasumisen toteutuneessa mitoituksessa (0,54) oli vanhainkotihoitoon (0,58) verrattuna. Tässä yksikössä on hoitoisuudeltaan selvästi keskimääräistä tehostettua palveluasumista vaativampia asiakkaita. Muun muassa aluehallintoviraston tarkastuksessa on arvioitu, että näiden asiakkaiden hoito tarvitsee tämän tasoisen henkilökuntamäärän.

Vuonna 2013 kaupungin oman organisaation ulkopuolelta ostetun tehostetun palveluasumisen tarkistettu keskihinta oli 111,3 euroa vuorokaudessa. Taulukosta 13 nähdään, että kaupungin itse tuottama tehostettu palveluasuminen maksoi 138,3 euroa vuorokaudessa. 27 euron ero ostettuun palveluun selittyy kunnan suuremmilla mitoituksilla (henkilöstökuluilla) ja eläkemenovyörytyksillä (9 euroa).

Taulukko 13. Yksikköhintojen muodostuminen eri hoitomuodoissa: suurimmat erot.

Kustannukset 1–4 2014	RAUHANIEMEN SAIRAALA kustannus / suorite		VANHAINKOTIHOITO kustannus / suorite		TEPA JUKOLA-IMPIVAARA kustannus / suorite	
Omakustannushinta (keskimääräinen)	214,32 €	%	172,57 €	%	138,28 €	%
Henkilöstökulut	-139,39	65,0 %	-101,30	58,7 %	-95,36	69,0 %
Maksetut kuukausipal						
Sairausvakuutuskorv.						
Työtapaturvamavak.korv.						
Muut palkk. korj.erä						
Jaksotetut palkat						
Eläkevakuutusmaksut						
Varhaiseläkemenoperu						
Eläkemenoperusteiset						
Jaksotetut eläkemen.						
Sosiaaliturvamaksut						
Työttömyysvak.maksut						
Tapaturmavak.maksut						
Ryhmänhenkivak.maks						
Vakuutuslaskun kannan						
Jaksotetut hlösivum						
Palvelujen ostot	-26,51	12,4 %	-20,41	11,8 %	-20,27	14,7 %
ICT-palvelut						
Toim., pankki-, palv						
Pain. ja ilmoitukset						
Posti- ja telepalv.						
Puht.pito ja pes.pal						
Kon. ja kal. kun.pit						
Majoit.- ja ravits.p						
Henk. maj.- ja rav.p						
Matk.- ja kulj.palv.						
Henk. matk.- ja kulj						
Sosiaali- ja terveys						
Laboratoriopalvelut						
Opetus- ja kulttuuri						
Muut palvelut						
Aineet tarvikkeet ja tavarat	-11,15	5,2 %	-10,02	5,8 %	-4,05	2,9 %
Toim.- ja koulut.ost						
Kirjallisuuden ostot						
Elintarvikkeiden ost						
Vaatteiston ostot						
Lääkk. ja hoitot.ost	-7,64	3,6 %	-6,14	3,6 %	-1,66	1,2 %
Lämmityksen ostot	-2,00	0,9 %	-2,16	1,2 %	0,00	0,0 %
Sähkön ostot	-0,15	0,1 %	-0,27	0,2 %	-0,01	0,0 %
Veden ostot	-0,06	0,0 %	-0,12	0,1 %		
Kaluston ostot						
Muun materiaalin ost						
Liiketoiminnan muut kulut	-20,65	9,6 %	-18,31	10,6 %	-0,18	0,1 %
Maa- ja vesial.vuokr	-1,44	0,7 %	-1,27	0,7 %	0,00	0,0 %
Rakenn. ja huon.vuokr	-18,81	8,8 %	-16,78	9,7 %	0,00	0,0 %
Kon. ja laitt. vuokr						
Vahingonkorvaukset						
Poistot	-1,07	0,5 %	-0,98	0,6 %	-1,76	1,3 %
Poistot kon. ja kal.						
Toimintamenot yhteensä	-198,77	92,7 %	-151,01	87,5 %	-121,63	88,0 %
Vyörytykset	-15,65	7,3 %	-22,05	12,8 %	-17,37	12,6 %
Laitoshoidon hallinnon kustannukset						
Laskennallinen korko						
Sairaalahoidon hallinnon kustannukset						
Vanhainkotihoito						
Rauhaniemen sairaalan lääkäreiden työpanos	5,12	-2,4 %	-0,96	0,6 %	-2,36	1,7 %
Rauhaniemen sairaalan yösairaanhoitajien työpanos	4,08	-1,9 %	0,00	0,0 %	0,00	0,0 %
Sosiaalityö	-1,51	0,7 %	-1,38	0,8 %	-2,15	1,6 %
KOVA puhtauspalvelut (siivoustoiminta)	-13,01	6,1 %	-11,97	6,9 %	-9,64	7,0 %
Kova Kiinteistöhuolto	-3,86	1,8 %	-3,05	1,8 %	0,00	0,0 %
Kova Kuljetuspalvelut	-1,05	0,5 %	-0,83	0,5 %	0,00	0,0 %
Virkistystoiminta						
Laitahuolto, hyvinvointitekniikka ja työllistämistoiminta						
Kustannukset yhteensä	-214,42		-173,06		-138,99	
Myyntitulot (muut kuin kumpp. 1110)						
Muiden rak.vuokratul						
Muut kuin tiltu-tulot yhteensä	0,10		0,50		0,72	
Suoritemäärä (1-4 2014)	19 592		64 896		13 225	
Alkuvuoden toteutunut mitoitus (31.12.13-4.5.14)	0,61		0,58		0,54	
Hoidon tarve: RUG III/34 CMI 2014 - 1	1.090		1.030		1.020	

Vanhainkotihoidossa on keskimäärin Jukola–Impivaaraakin vaikeahoitoisempia asiakkaita. Näin ollen säästöön, joka muodostuu toimintamuodon muuttamisesta, ei juurikaan voida laskea pienemmästä henkilökuntamäärästä aiheutuvaa säästöä – ellei muutoksella tavoitella myös hoidon määrän vähentämistä. Hoidon tarpeen mukaisella asiakasprofiloinnilla ja asiakkaiden ohjauksella oikein resursoituihin hoitopaikkoihin voidaan saavuttaa säästöjä. Toisaalta asiakastarve muuttuu usein nopeasti, ja resurssien mukauttaminen tarpeen mukaiseksi on eettisesti parempi vaihtoehto kuin vanhuksen siirtäminen toisen tasoiseksi määritellyyn hoitopaikkaan. Eri asiakasryhmien hoitoisuuseroja tarkastellaan laajemmin jäljempänä.

Ilman henkilökuntamitoitusten tuomaa mahdollista säästöä, muutos vanhainkotihoidosta tehostetuksi

palveluasumiseksi tuo kaupungille noin 33 euron kustannussäästön hoitopäivää kohden. Tämä säästö muodostuu pääosin vuokra- ja lääkekuluista. Tämä ei kuitenkaan tarkoita säästöä nettokustannuksiin, koska asiakasmaksujen tuotto puuttuu laskelmasta. Vanhainkotihoidossa ja muussa laitoshoidossa kaupungille maksetut keskimääräiset asiakasmaksut ovat kuukaudessa noin 550 euroa suurempia kuin tehostetussa palveluasumisessa. Hoitopäivän kustannusero on tällöin 18 euroa. **Asiakasmaksujen erot pienentävät vanhainkotihoidon ja tehostetun palveluasumisen kustannuksista kaupungille muodostuvaa säästöä, joka jää noin 15 euroon hoitovuorokaudessa.**

Kustannuksia, asiakasmaksuja ja kaupungin kokonaisyhtöjä sekä maksurasituksen kohdistumista eri tahoille tarkastellaan laajemmin luvussa 4.

Yhteenveto ja johtopäätökset

Kun vertaillaan vanhainkotihoidon ja tehostetun palveluasumisen kustannuksia, huoneistokulut ja lääkkeet muodostavat suurimmat kaupungille säästöjä tuovat erät. Niistä kertyy säästöjä yhteensä noin 33 euroa vuorokaudessa. Henkilöstömenot määräytyvät hoidon tarpeeseen suhteutettujen mitoitusten mukaan. Säästöä syntyy vain, jos hoitotyötä tehdään vähemmän. Tällöin mitoitukseen laskettava hoitohenkilökunta tekee esimerkiksi myös muuta kuin hoitotyötä.

Aluehallintoviraston vanhainkotitoiminnalle määräämät henkilöstön minimimitoitukset ovat tehostettua palveluasumista korkeammat. Tästä muodostuu Tampereella merkittävä osa rakennemuutossäästöä.

Asiakasmaksuissa on 18 euron ero vuorokaudessa. Näin rakennemuutoksen nettosäästökseksi jää 15 euroa vuorokaudessa ilman henkilöstömitoituksista johtuvaa eroa. Yksityisen ja kunnan kustannusten suurin ero muodostuu kunnan vanhojen eläkevastuiden määrästä (9 euroa/vuorokausi) ja nykymuotoisessa toiminnassa henkilöstömitoituksen eroista.

Resurssien mukauttaminen tarpeen mukaiseksi on eettisesti parempi vaihtoehto kuin vanhuksen siirtäminen toisen tasoiseksi määritellyyn hoitopaikkaan.

3.3 Kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon kustannusvertailu

3.3.1 Kotihoidon kokonaiskustannusten muodostuminen

Kotihoito muodostuu erilaisten palvelujen kokonaisuudesta. Kotihoitokäyntien lisäksi kotona asuvat vanhukset käyttävät muun muassa lyhytaikaisia sairaalapalveluita, poliklinikoita, omalääkäripalveluita, päivätoimintaa sekä matka- ja ateriapalveluita. Kaupungille kustannuksia kertyy myös esimerkiksi apuvälineistä ja asunnon muutostöistä.

Kotihoidon hoitokäyntien kustannukset

Kotihoidon käynnit muodostavat suurimman kustannuserän paljon kotihoitoa saavien säännöllisen kotihoidon asiakkaiden kustannuksiin.

Asiakkaiden kanssa tehdään palvelu- ja hoitosuunnitelmat, joissa määritellään käyntimäärät ja palvelutunnit. Maksut määräytyvät tuntien mukaan. Yksi palvelutunti sisältää keskimäärin hieman yli kaksi käyntiä. Noin 50 asiakkaalla on yli 60 palvelutuntia kuukaudessa (tehostettu kotihoito). Noin 120 asiakkaalla palvelutunteja on 40–60 ja 437 asiakkaalla 20–40 tuntia. Asiakkaita, joiden luona käydään useammin kuin 1,5 kertaa päivässä (vähintään 20 tuntia kuukaudessa), oli vuonna 2013 noin 600.

Keskimääräinen hoitokäynti tukipalveluineen maksoi 40,3 euroa vuonna 2013. Kotihoitoasiakkailla on

keskimäärin hieman alle yksi käynti päivässä. Tällöin hoitokäynneistä aiheutunut keskimääräinen asiakaspäivän kustannus on 36 euroa. Kustannuksissa on mukana 3,1 miljoonaa euroa tukitoimintakustannuksia, joita ovat esimerkiksi 1,2 miljoonan euron hoitotarvikejakelun kustannukset sekä omalääkäreiden kotihoidon asiakkaille määräämien laboratorionäytteiden 600 000 euron kustannukset. Kotihoitopalvelun keskimääräinen tuntikustannus on 89,73 euroa (mukaan lukien erillispalvelut).

Mikäli asiakkaat ryhmitellään hoitokäyntien kustannusten perusteella neljään ryhmään siten, että ryhmien kustannusosuudet ovat samansuuruiset, 17,3 prosenttia asiakkaista aiheuttaa puolet kotihoidon käyntikustannuksista. Mikäli asiakasmääriä tarkastellaan absoluuttisina lukuina siten, että tarkastelussa ovat mukana kaikki vuoden 2013 aikana asiakkaana olleet henkilöt, asiakkaita on 670. Vastava yhden poikkileikkauspäivän asiakasmäärä on noin 2 600, jolloin 17,3 prosenttia tästä määrästä on 450 asiakasta.

Taulukossa 14 asiakkaat on ryhmitelty kustannusten mukaan neljään kvartaaliin. Taulukossa esitetään kunkin asiakasryhmän hoitokäyntien keskimääräiset vuorokausikustannukset.

Kymmenen kalleimman kotihoitoasiakkaan keskimääräinen kotihoitokäyntien kustannus oli noin 271 euroa vuorokaudessa. (Ks. kuvio 3.)

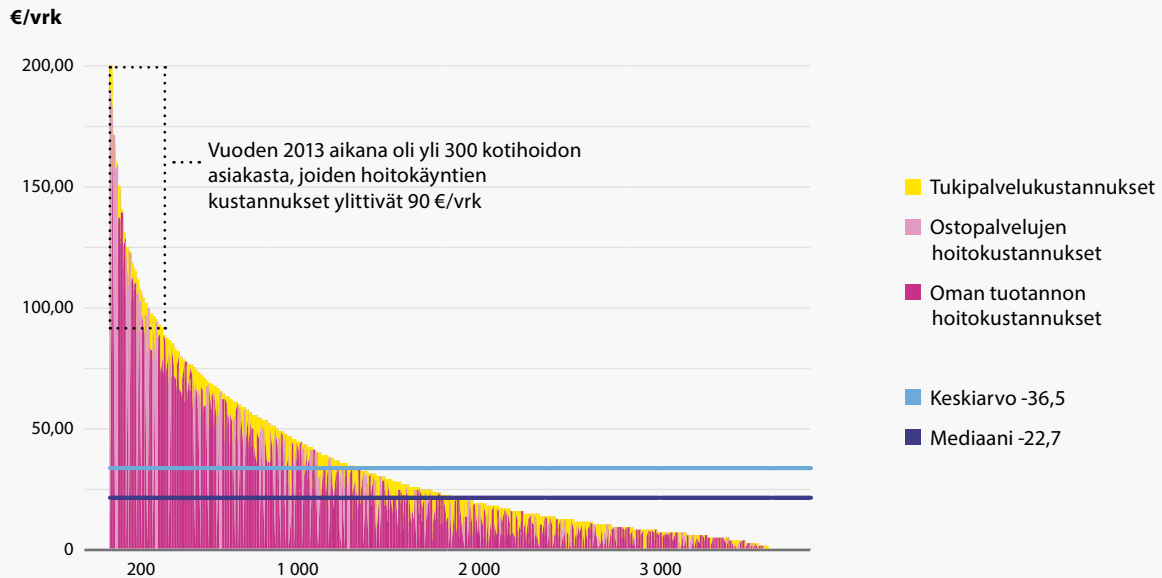
Taulukko 14. Kotihoitoasiakkaat kustannuskvartaaleittain ja kvartaalin keskimääräiset hoitokäyntien vuorokausikustannukset.

Lähde: KPMG.

2013	Kallein kustannuskvartaali	2. kallein kustannuskvartaali	3. kallein kustannuskvartaali	Edullisin kustannuskvartaali	Kvartaalit keskimäärin	€/asiakas/vrk keskimäärin (as.määrillä painotettu)
Asiakkaiden lkm, (n = 3 873)	247	423	702	2492	966	
Osuus kaikista, %	6,4	10,9	18,2	64,3		
Hoitokustannukset yht. / vrk	35 176 €	35 228 €	35 214 €	35 243 €	35 215 €	
Hoitokust./asiakas/vrk	142 €	83 €	50 €	14 €	72 €	36,5 €

Kuvio 3. Kotihoitoasiakkaiden vuorokausikohtaiset hoitokustannukset.

Asiakkaita yhteensä 3 873. Lähde KPMG.



Kotihoitoasiakkaiden sairaalajaksot

Kotihoitoasiakkaiden sairaalan käyttöä ei ole systemaattisesti seurattu. Asian selvittämiseksi KPMG:llä teetettiin asiakaskohtaiseen aineistoon perustuva erillistarkastelu. Tarkastelu koski niitä asiakkaita, joilla oli sairaalassa ollessaan voimassa oleva säännöllisen kotihoidon päätös. Selvityksen mukaan kotihoitoasiakas oli vuodessa 27,3 vuorokautta sairaalassa. Aineistosta puuttui Tammenlehvän hoitovuorokaudet (5,4 prosenttia kaikista), jotka nostavat sairaalapäivien määrän 28,8:aan.

Sairaalahoiton keskimääräisen hoitopäivähinnan muodostumista tarkastellaan luvussa 2. KPMG:n laskelman mukaan edellä mainittujen sairaalapäivien kustannusten jakaminen tasan kunkin asiakkaan kotihoidon asiakkuuspäivälle nostaa asiakkuuspäivän hintaa 37,2 eurolla. Kun hintaan lisätään Tammenlehvän hoitopäivät, asiakkuuspäivän hinta nousee 39,2 euroon. Summa on huomattavan suuri, ja se ylittää jopa kotihoitokäynnistä asiakkaille muodostuvan keskimääräisen vuorokausikustannuksen.

Kun lasketaan kotihoitoasiakkaiden hoidon edellyttämä sairaalapaikkojen määrä, keskimääräinen sairaalavuorokausien määrä (28,8 vuorokautta) kerrotaan yhtäaikaisten

kotihoitoasiakkaiden määrällä (2 596). Paikkatarpeeksi saadaan 204. Sairaalapaikan keskimääräisellä vuorokausikustannuksella (409 euroa) laskettuna kotihoitoasiakkaiden sairaalahoito maksaa 30,6 miljoonaa euroa vuodessa.

Asiakaskvartaalit on muodostettu kotihoitokäyntien kustannusten mukaan, eikä niiden sairaalakäyttö merkittävästi poikkea toisistaan. Sen sijaan sairaalapäivien määrä on viisinkertainen tehostetun palveluasumisen ja vanhainkodin asiakkaisiin nähden. Kotihoitoasiakkaan terveydenhuoltopalveluiden, sairaalahoidon sisällön – mukaan lukien kuntouttamisen ja kotiuttamisen – ja sen onnistumisen seurannan kehittämiseen näyttääkin olevan suuri tarve. Myös teknologian mahdollisuuksien hyödyntäminen on huomioitava. Vuodesta 2009 alkaen kehitetyllä geriatrian poliklinikkatoiminnalla on ollut tavoitteena välttää kalliita ennakoimattomia päivystys- ja erikoissairaanhoitojaksoja. Myönteistä kehitystä voidaan jatkaa vuoden 2014 aikana aloitetuilla kotihoitoasiakkaisiin keskittyvillä geriatripalveluilla, mutta niiden tuloksia ei ole vielä raportoitavissa.

Taulukossa 15 on yhdistetty kotihoitoasiakkaiden hoito- ja sairaalakustannukset.

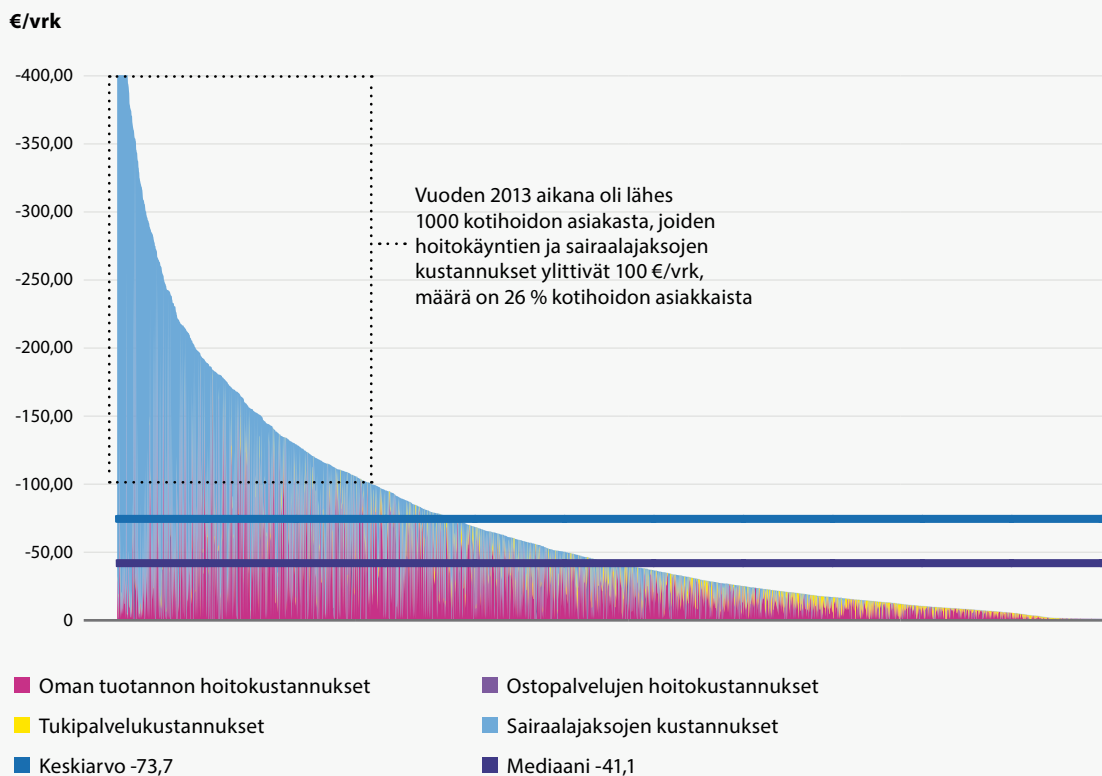
Taulukko 15. Kotihoitokäyntien ja sairaalajaksojen keskimääräiset kustannukset asiakaskvartaaleittain vuonna 2013.

(Lisätty Tammenlehvän osuus +2 euroa.) Lähde KPMG.

2013	Kallein kustannus-kvartaali	2. kallein kustannus-kvartaali	3. kallein kustannus-kvartaali	Edullisin kustannus-kvartaali	Kvartaalit keskimäärin	€/asiakas/vrk keskimäärin (as.määrillä painotettu)
Asiakkaiden lkm (n = 3 873)	247	423	702	2 492	966	
Osuus kaikista %	6,4	10,9	18,1	64,3		
Hoitokustannukset yht./vrk	35 176 €	35 228 €	35 214 €	35 243 €	35 215 €	
Hoitokust./asiakas/vrk	142 €	83 €	50 €	14 €	72 €	36,50 €
Sairaalakustannukset yht./vrk	6 924 €	15 505 €	31 251 €	90 228 €	35 977 €	
Sairaalakustannukset/asiakas/vrk	30 €	39 €	47 €	38 €	38 €	39,20 €
Hoitokäynnit ja sairaalapäivät yht./vrk	172 €	122 €	97 €	52 €	110 €	75,70 €

Kuvio 4. Kotihoitoasiakkaiden vuorokausikohtaiset hoidon ja sairaalajaksojen kustannukset 2013.

Yhteensä 3 873 asiakasta. Sairaalajaksojen kustannuksista puuttuu Tammenlehvän osuus, 2 euroa. Lähde: KPMG.



Muiden palvelujen käyttö

Kun kotihoidon kustannuksia vertaillaan ympärivuorokautisen hoidon kustannuksien kanssa, tulee huomioida myös ne kustannuserät, joilta ympärivuorokautisessa hoidossa pääosin vältytään. Tällaisia kustannuksia ovat esimerkiksi vastaanottotoiminnan omalääkäripalveluiden, poliklinikoiden, kotikuntoutuksen, akuuttipäivystyksen, apuvälineyksikön, matkojen sekä päivätoiminnan kustannukset.

Jos oletetaan, että säännöllisen kotihoidon asiakkaat käyttäisivät **omalääkäri- ja vastaanottotoiminnan palveluita** vain sen verran kuin yli 75-vuotiaat keskimäärin, heidän vuosikustannuksensa olisi 523 euroa eli 1,5 euroa vuorokaudessa. Kotihoitoasiakkaiden hoitokäyntien määrän mukaan ryhmiteltyjen viidentoista hengen asiakasryhmien tarkastelu ei osoittanut, että ryhmien omalääkäritarpeen tai vanhusväestön yleisen omalääkärikäytön välillä olisi eroja. Voi olla, että jo lähihoitajakäynnit korvaavat osan omalääkäritarpeesta. Suuri kotihoidon määrä sen sijaan näyttää ennustavan poliklinikoiden yleisempää käyttöä.

Säännöllisen kotihoidon asiakkaiden **poliklinikoiden** käyttöä ei ole erikseen seurattu. Kun käyttöä arvioidaan asiakasryhmäkohtaisen otannan perusteella, kotihoitoasiakas tarvitsee poliklinikkapalveluita **4,30 eurolla päivässä**.

Säännöllisen kotihoidon asiakkaat käyttävät myös muita terveyspalveluita. Vuonna 2013 **Acutan päivystyskäynneillä** kävi 1 589 kotihoidon asiakasta. Heillä oli 2 938 käyntiä. Asiakasryhmäkohtaisessa tarkastelussa tehostetun kotihoidon asiakkaat käyttivät Acutaa kaksi kertaa enemmän kuin muut, mutta yksilökohtaiset vaihtelut olivat suuria. Otoksessa suurin määrä vuoden aikana tehtyjä Acutakäyntejä oli 11. Keskimääräisen asiakkaan Acuta-käynnin kustannus on noin 150 euroa. Mikäli kotihoidon asiakkaiden päivystyskäynnin kustannus vastaa keskimääräistä kustannusta, keskimääräinen päivystyksen käytön vuorokausikustannus on 0,3 euroa tasaisesti kaikille kotihoitoasiakkaille jaettuna. Esimerkiksi Acutan tarkkailuosaston käyttö nostanee kustannuksen yli keskimääräisen käyntikustannuksen.

Päivätoiminnan kustannukset olivat 2,8 miljoonaa euroa vuonna 2013. Säännöllisen kotihoidon asiakkaiden osuutta vastaava kustannus oli 700 euroa vuodessa eli 2 euroa vuorokaudessa. Hoitopaikoiksi muutettuna päivätoiminnan hoitopäivät vastasivat 79:ää hoitopaikkaa vuonna 2013. Päivätoiminnan piirissä on jonkin verran myös muita kuin säännöllisen kotihoidon asiakkaita, esimerkiksi omaishoitoasiakkaita.

Hammashoidon kustannukset, muun muassa proteesikustannukset, ovat mukana laitoshoidon hoitopäivähinnoissa. Sen sijaan niiden määrää kotihoitoasiakkailta ei pystytä tässä arvioimaan.

Kotihoidossa kustannuksia aiheuttavat myös erilaiset **asiakkaiden matkat**, joita käytetään erilaisten palvelujen piiriin pääsemiseen. Säännöllisen kotihoidon asiakkaiden matkoja ei erikseen seurata, joten kustannukset joudutaan arvioimaan.

75-vuotiaat tamperelaiset käyttävät vammaispalvelu- ja sosiaalihuoltolain mukaisia matkoja noin kahden miljoonan euron edestä vuodessa (Tampereen logistiikan seuranta). Jos arvioidaan, että käyttäjissä on kotihoidon asiakkaita palvelutarpeensa vuoksi väestöosuuttaan (13,9 prosenttia) enemmän ja esimerkiksi 40 prosenttia kuluista on heidän aiheuttamia, heidän kustannusosuutensa on noin 800 000 euroa. Lisäksi päiväkeskustointiaan liittyviä kuljetuksia tehdään noin 500 000 eurolla vuodessa. Jos tästä arvioidaan säännöllisen kotihoidon asiakkaiden osuudeksi 75 prosenttia, edellä mainittujen kuljetusten yhteiskustannukseksi saadaan noin 1,3 miljoonaa euroa.

Palveluliikenteen noin miljoonan euron vuotuisten kokonaiskustannusten kohdistumista säännöllisen kotihoidon asiakkaisiin on vaikea arvioida. Todennäköisesti palvelun käyttö on vähäistä, eikä sitä huomioida tässä laskelmassa. Kun edellä mainittu 1,3 miljoonan euron kokonaiskustannus jaetaan säännöllisen kotihoidon asiakkaiden kesken, hoitopäivän keskimääräisiin kustannuksiin tulee noin **1,5 euroa** lisää vuorokaudessa. Asiakkaat maksavat merkittävän osan matkojen kustannuksista suoraan itse tai Kelan tukemana. Summaa ei tässä pystytä arvioimaan, joten se jää laskelmasta pois.

Kotihoidon asiakkaat käyttävät lisäksi Tampereen kaupungin apuvälineyksikön ja PSHP:n vastaavan yksikön palveluja. Säännöllisen kotihoidon asiakkaiden palvelujen käyttöä ei tilastoida. Yli 65-vuotiaiden kaupungin omien palvelujen **apuvälinekustannukset** ovat noin 350 000 euroa vuodessa (53 prosenttia kaikista). Jos opastus-, vaihto- ja huoltokäyntien 2,2 miljoonan euron toimintakulut jakaantuvat samassa suhteessa, yli 65-vuotiaiden osuus oman toiminnan vuosikustannuksista on noin 1,5 miljoonaa euroa. Säännöllisen kotihoidon asiakkaiden osuutta ei ole tiedossa. Vaikka heillä todennäköisesti on useampia apuvälineitä käytössään, heidän osuutensa toiminnan kustannuksista ei nousse yli 300 000 euron. Kustannusten vaikutus säännöllisen kotihoidon keskimääräiseen hoitopäivähintaan olisi tuolloin vain noin **0,4 euroa** vuorokaudessa. TAYSin apuvälineyksikkö huolehtii kalliimmista apuvälineistä (esimerkiksi sähköpyörätuoleista ja kuulolaitteista), joten tässä apuvälinetoimintojen kokonaiskustannuksiksi arvioidaan **1,0 euroa** vuorokaudessa.

Todennäköisesti paljon kotihoitoa saava asiakas käyttää myös muita palveluita keskimääräistä enemmän.

Taulukko 16. Kotihoitoasiakkaan käyttämien palveluiden keskimääräisiä kustannuksia, arvio euroa/vuorokausi.

Luvuista puuttuvat muun muassa yöpävystyksen kustannukset sekä erä, joita ei pystytty arvioimaan.

Vastaanottoiminta (mm. omalääkärit)	1,5
Erikoissairaanhoidon poliklinikat	4,3
Acutan päivystyskäynnit	0,3
Päivätoiminta	2,0
Matkat	1,5
Apuvälineet	1,0
Yhteensä	10,6

Taulukko 17. Kotihoidon kustannuskokonaisuus. Keskimääräiset kotihoitokäyntien, sairaalahoidon ja avopalveluiden kustannukset asiakaskvartaaleittain.

2013	Kallein kustannuskvartaali	2. kallein kustannuskvartaali	3. kallein kustannuskvartaali	Edullisin kustannuskvartaali	Kvartaalit keskimäärin	€/asiakas/vrk keskimäärin (as.määrillä painotettu)
Asiakkaiden lkm (n = 3 873)	247	423	702	2 492	966	
Osuus kaikista %	6,4	10,9	18,1	64,3		
Hoitokustannukset yht./vrk	35 176 €	35 228 €	35 214 €	35 243 €	35 215 €	
Hoitokust./asiakas/vrk	142 €	83 €	50 €	14 €	72 €	36,50 €
Sairaalakustannukset yht./vrk	6 924 €	15 505 €	31 251 €	90 228 €	35 977 €	
Sairaalakustannukset/asiakas/vrk	30 €	39 €	47 €	38 €	38 €	39,20 €
Hoitokäynnit ja sairaalapäivät yht. / vrk	172 €	122 €	97 €	52 €	110 €	75,70 €
Avopalvelut (omalääkäri, matkat ym.)	11 €	11 €	11 €	11 €	11 €	11 €
Kotihoito, sairaalat ja avohoito yht. / vrk	183 €	133 €	108 €	62 €	121 €	86,70 €

Laskelmasta puuttuvat kustannuserät

Yli 65-vuotiaiden avokuntoutuksen käytön määrä arvioidaan niin pieneksi, että sitä ei ole tässä selvitetty. Tässä selvityksessä ei tarkastella myöskään Valtiokonttorin kustantamaa sotavammalain mukaisen toiminnan tai muiden veteraaneille suunnattujen palveluiden kustannuksia, vaikka ne kohdistuvat kotona asuvaan vanhusväestöön ja niillä korvataan sitä kuntoutustoimintaa, joka muutoin olisi pääsääntöisesti kaupungin kustannettavaa ja sisältyy ympärivuorokautisen hoidon kustannuksiin. Oletuksena on, että veteraanikuntoutusta annetaan samaan lääketieteelliseen tarpeeseen kuin muuta kuntoutusta niille vanhuksille,

jotka eivät kuulu kyseisen toiminnan piiriin. Säännöllisen kotihoiton asiakkuus ei myöskään ole este veteraanietuuksille. Vastaavasti noin 55 sotaveteraanin ympärivuorokautinen hoito Tammenlehvässä (20 000 hoitopäivää) ei ole mukana pitkäaikaishoitoa koskevassa tarkastelussa.

Myöskään kustannuksia, jotka ovat muodostuneet vanhusten kotona asumisen mahdollistavien asuntojen muutostöistä, ei kohdenneta erikseen säännöllisen kotihoiton asiakkaille. ARAn maksamien vanhusten asuntojen korjausavustusten vuotuinen kokonaissumma jää alle 100 000 euron. Vanhusten asuntoihin tehdään noin 300 000 eurolla vuodessa vammaispuolustajan mukaisia

korjauksia. Todennäköisesti säännöllisen kotihoidon asiakkaiden osuus jää niin pieneksi, että sillä ei ole merkittävää osuutta hoitopäivän kustannusten muodostumisessa.

Myös yli 65-vuotiaille avopalveluina annettavan päihdehuollon kustannukset arvioidaan niin pieniksi, että summalla ei ole merkittävää vaikutusta tähän tarkasteluun. Vuonna 2014 kustannukset nousevat ikäihmisten Kotikat-kotoiminnan aloittamisen myötä.

Kotihoitoasiakkaan hoitokustannukset vaihtelevat hoidon tarpeen ja maksujen mukaan. Yleensä hoidon tarve sekä määrä lisääntyvät ja mahdollisuuksia erilaisiin tukiin joudutaan tarkastelemaan useaan otteeseen hoidon aikana. Tämä merkitsee sosiaalityöntekijöiden suurempaa tarvetta verrattuna niihin palvelumuotoihin, joissa tukijärjestelmä saadaan selvitettyä kerralla hoidon alussa. Kotihoidon asiakasohjauksen kuluja ei arvioida tässä.

Ateriat

Ympäri vuorokautisessa hoidossa ja sairaaloissa hoitopäiväkustannukseen sisältyvät myös ateriat. Tehostetussa palveluasumisessa asiakas maksaa aterioista kaupungille 330 euroa kuukaudessa ja laitoshoidossa kokonaismaksun osana. Ateriakustannukset ovat vastaavasti mukana kaupungin palveluntuottajalle maksamassa hinnassa, jota käytetään eri hoitomuotojen yksikkökustannuksia vertailtaessa. Jos vastaava kustannus lisätään säännöllisen kotihoidon kustannuksiin, hoitomuodon vertailukelpoinen päiväkustannus nousee **11 eurolla**. Aterioiden ja kuljetusten kustannukset ovat kaupungille runsaan euron kalliimpia kuin asiakkailta perittävä 11 euron hinta.

3.3.2 Ympäri vuorokautisen hoidon vertailukustannukset

Kun kotihoitoa ja ympärivuorokautista hoitoa vertaillaan kustannusnäkökulmasta, tulee ensi sijassa huomata, että asiakastarve, jota hoitomuodolla tyydytetään, ei ole keskimäärin samanlainen. Toisaalta joitakin asiakkaita koskevat palvelut voivat olla keskenään vaihtoehtoisia. Eri palvelumuotojen keskimääräiset kustannukset muodostuvat kuitenkin palvelumuodon asiakkaiden keskimääräisen hoitotarpeen mukaisesti. Tampereella käytettävän RAI-arvioinnin tulosten perusteella hoitomuotojen hoitoisuuserot ovat mitattavia ja selvästi nähtävissä. Asiaa käsitellään luvussa 5.

Kun kotihoitoa verrataan ympärivuorokautiseen hoitoon, tulee hoitoisuuserojen lisäksi ottaa huomioon palvelusällöt. Ne tulee huomioida siten, että mukana ovat kaikki kustannuserät, joista ympärivuorokautisen hoidon kustannukset muodostuvat. Osa ympärivuorokautisen hoidon

suuremmista kustannuksista katetaan asiakasmaksuilla, jotka ovat vastaavasti kotihoidon kustannuksia suuremmat. Tällaisia eriä ovat muun muassa ateria- ja turvapalvelumaksut. Sairaalapalveluiden käyttötarpeesta johtuva palvelumuotojen suuri kustannusero kertoo myös siitä, että terveydenhuollon palveluissa ympärivuorokautinen hoito on tällä hetkellä ja näin järjestettynä huomattavasti kattavampaa kuin kotona toteutettava hoito.

Laitoshoidon kustannuksia nostavat myös kiinteistö- ja lääkekustannukset, joista muodostuu vuorokausitasolla 33 euron lisäkustannus sekä kotihoitoon että tehostettuun palveluasumiseen verrattuna.

Vuoden 2013 tehostetun palveluasumisen hoitovuorokauden keskimääräinen kustannus oli 105 euroa. Summa sisältää myös palvelusetelikustannukset ja -vuorokaudet. Lisäksi siihen sisältyy 11 euron ateriamaksu, jota ilman kotihoitoon vertailukelpoinen vuorokausikustannus on 94 euroa. Vanhainkoti- ja tehostetun palveluasumisen asukas on sairaalahoidossa keskimäärin kuusi vuorokautta vuodessa. Tästä muodostuu noin seitsemän euron lisäkustannus hoitovuorokauteen. Tällöin sairaalakustannukset sisältävä kotihoidon kustannukseen vertailukelpoinen tehostetun palveluasumisen kustannus on 101 euroa vuorokaudessa.

3.3.3 Vertailu

Kotihoito on ympärivuorokautista hoitoa edullisempaa, ja se johtuu ensi sijassa kotihoitokäyntien määrästä. Tältä osin kotihoidon asiakaskunta on erittäin polarisoitunutta, kuten taulukossa 14 esitetään. Yksilökohtaisia eroja on luonnollisesti myös niiden avo- ja sairaalapalvelujen käytössä, joita kotihoitoasiakas tarvitsee ja saa. Näistä palveluista muodostuu edellä esitetyn mukaisesti keskimäärin 50 euron vuorokausikustannukset. Summa on suurempi kuin pelkkien kotihoitokäyntien keskimääräinen kustannus (37 euroa/vuorokausi). Taulukosta 17 nähdään, että kotihoidon keskimääräinen vertailukustannus, joka sisältää hoidon ja sairaalakäytön, on 87 euroa vuorokaudessa.

Asiakasmaksujen vaikutus

Kotihoidon asiakasmaksut muodostuvat hoidon määrän mukaan. Tehostetussa palveluasumisessa maksut määräytyvät Tampereella samoin kuin kotihoidossa. Tällöin paljon hoitoa saavien kuukausimaksu on sama sekä kotihoitossa että tehostetussa palveluasumisessa. Keskituloisen vanhuksen kuukausimaksu ateria- ja turvapalvelumaksu mukaan lukien on noin 550 euroa. Ateriapalvelujen osuus tästä on 330 euroa, joten muun palvelun osuudeksi jää 220 euroa.

Koska pääosa kotihoidon asiakkaista käyttää vähemmän palveluita, kotihoidon palvelu- ja turvapalvelumaksut ovat selvästi tehostetun palveluasumisen maksuja pienemmät. Kotihoidon maksulaskurin mukaan kotihoidon hoitomaksu on 80 euroa kuukaudessa keskimääräisellä 1 200 euron bruttotulolla ja alle 10 tunnin kuukausittaisella palvelumäärällä. Vain osa kotihoitoasiakkaista käyttää keskimäärin 24 euroa kuukaudessa maksavia turvapalveluita (<http://www.tampere.fi/cgi-bin/kotihoido/laskemaksu13.pl>).

Jos kotihoidon keskimääräiseksi asiakasmaksuksi arvioidaan ilman ateriapalvelumaksuja 90 euroa kuukaudessa, ero tehostettuun palveluasumiseen on 120 euroa kuukaudessa. Kotihoidon keskimääräinen asiakasmaksu on näin ollen noin neljä euroa vuorokaudessa pienempi kuin tehostetussa palveluasumisessa. Kun kustannuksia vertaillaan siten, että vertailussa käytetään kotihoidon keskimääräisiä kustannuksia, tehostettuun palveluasumisen vertailukelpoinen, asiakasmaksueron huomioiva vuorokausikustannus on 91 euroa.

Tehostetun palveluasumisen kustannustaso, 101 euroa vuorokaudessa, saavutetaan kotihoidossa lähes yhdellä päivittäisellä hoitokäynnillä.

Luvussa 3.2 tarkasteltiin tehostetun palveluasumisen ja vanhainkotihoidon kustannuseroja. Asiakasmaksuerot huomioiva kustannusero ilman hoitohenkilökunnan määrästä muodostuvia eroja on 15 euroa vuorokaudessa. Kun tämä summa lisätään tehostetun palveluasumisen vertailukelpoiseen 101 euron hintaan, vanhainkotihoidon asiakasmaksut huomioivaksi vertailuhinnaksi saadaan 116 euroa.

Vanhainkotihoidon ero kotihoidon keskimääräiseen kustannukseen on näin ollen 25 euroa. Kun kotihoidon keskimääräiseen kustannukseen, joka kattaa noin yhden hoitokäynnin vuorokaudessa, lisätään toisen hoitokäynnin 35 euron kustannus, ylitetään vanhainkotihoidon kustannustaso. Pitkäaikaisen sairaalahoidon kustannustaso saavutetaan noin kolmella päivittäisellä käynnillä.

Kustannuksia ja eri maksajatahojen maksuosuuksia vertaillaan tarkemmin luvuissa 3.4. ja 4.3.

Yhteenveto ja johtopäätökset

Kun tarkastellaan kunnalle aiheutuvia kustannuksia, tehostetun palveluasumisen 101 euron kustannustaso saavutetaan kotihoidossa jo lähes yhdellä päivittäisellä hoitokäynnillä. Vanhainkotihoidon kustannus ylitetään, kun kotihoidon keskimääräiseen kustannukseen lisätään toisen hoitokäynnin 35 euron kustannus. Pitkäaikaisen sairaalahoidon kustannustaso saavutetaan noin kolmella päivittäisellä käynnillä.

Tampereella on lähes 1 000 kotihoidon asiakasta, joiden hoitokustannukset ovat kalliimpia kuin halvimmat ympärivuorokautisen hoidon ratkaisut. Tämän ryhmän asiakkaista lähes puolella kustannukset ovat jopa kaksinkertaiset. Näiden asiakkaiden kokonaistilanteen arviointiin tarvitaan lisäselvitystä.

Merkittävä osa kotihoidon kustannuksista – keskivertoasiakkaalla yli puolet – muodostuu muista kotihoitoon

liittyvistä avo- ja sairaalapalveluista. Tältä osin palvelujen käyttöä ei ole seurattu tavalla, joka mahdollistaisi tarkat laskelmat tai kustannustietoisien asiakasohjauksen.

Sairaalajaksojen määrä on lisääntynyt vuodesta 2009 jatkuvasti noin 20 prosenttia vuodessa. Kehitys on todennäköisimmin seurausta siitä, että hoitoa tarvitsevia vanhuksia pyritään entistä enemmän hoitamaan kotihoitona. Kotihoitoasiakkaiden sairaalahoitoon tarvitaan nykyisellä järjestelytavalla yli 200 paikkaa. Se maksaa vuodessa yli 30 miljoonaa euroa. Kotihoitokäyntien kustannukset ovat 41 miljoonaa euroa.

Kotihoidon kustannuksia ja asiakkaan siirtelystä aiheutuvia laatuongelmia voidaan vähentää, kun parannetaan kotihoidon terveys- ja sairaanhoito- sekä kuntoutuspalveluita, kotihoidon suunnitelmallisuutta sekä asiakasohjauksen ja omahoitajan välistä yhteistyötä.

3.4 Eri hoitomuotojen kustannusvertailu

Edellä esitetyistä kustannusanalyseista voidaan tehdä vertaileva yhteenvedo eri palvelumuotojen kustannuksista. Taulukossa 18 tarkastellaan palvelumuotojen vuotuisia kokonaiskustannuksia hoidon vuorokausihintoina. Mukana ovat kaikki kustannukset riippumatta siitä, kuka ne maksaa. Luvussa 4.3 tarkastellaan kustannuksia maksajittain.

Palvelumuotojen kustannusvertailu

Kaikkia kustannuksia, jotka muodostuvat vuoden aikana ympärivuorokautisessa hoidossa olevien asiakkaiden erikoissairaanhoidosta, ei ole mahdollista välttää. Asiakasvirta-raporttien mukaan palveluasumisen ja vanhainkotihoitoon asiakkaille kertyi vuonna 2013 kaupungin omiin sairaaloihin 236 hoitopaksoa, yhteensä noin 9 500 hoitopäivää ja

keskimäärin 6 hoitopäivää asiakasta kohti. Vuodessa tästä kertyy noin 7 euron lisäkustannus vanhainkotihoitoon ja tehostetun palveluasumisen vuorokausihintoihin.

Ympäri vuorokautisesta hoidosta sairaaloihin tulevien RAI-arvioinneissa tämän ryhmän hoidon tarve aiemmin esimerkkinä käytetyssä Rauhaniemen sairaalassa on erittäin suuri: RUGIII/34 CMI -mittarilla mitattuna arvo on 1,225, kun se kaikilla potilailla on keskimäärin 1,095. Ympäri vuorokautisessa hoidossa pieniin ongelmiin ei haeta apua sairaalasta ja terveydenhuolto sekä sairaanhoito (geriatripalvelut) on kohtuullisen hyvin järjestetty.

Eri hoitomuotojen asiakaskunnan hoidon tarvetta ja siitä johtuvia kustannuseroja voidaan havainnoida Tampereella käytettävän RAI-arviointijärjestelmän avulla. Hoitoisuuden mittaamista tarkastellaan luvussa 5.

Taulukko 18. Eri palvelumuotojen kustannusvertailu.

Mukana ovat kustannukset maksajasta riippumatta.

Kustannukset €/vrk	Terveys- keskus, pitkä- aikaishoito	Vanhain- koti	Tehostettu palvelu- asuminen	Kotihoito kustannuskvartaaleittain			
				Kallein 6 % 247 as./v.	3. 11 % 423 as./v.	2. 18 % 702 as./v.	Halvin 64 % 2 492 as./v.
Hoito*	175	128	95	142	83	50	14
Ateriät	11	11	11	11	11	11	11
Sairaalajaksot**	2	7	7	30	39	47	38
Avopalvelu keskim.***			5	11	11	11	11
Lääkkeet****	8	7	7	7	7	7	7
Tilat/asuminen*****	34	34	23	18	18	18	18
Yhteensä €/vrk	228	193	148	256	169	144	99

* Kotihoitoon asiakaskohtaisesti selvitetty toteutuneet kvartaalikustannukset. Laitoshoidon kokonaiskustannuksista on vähennetty taulukon muut kustannuserät (sairaalajaksot lisätty Yhteensä-riville). Kotitalousvähennyksen avulla kotiin ostettujen hoitopalvelujen kustannukset puuttuvat taulukosta, koska tietoja ei ole saatavilla.

** Sairaalahoitoon vuotuinen käyttö on kohdistettu kullekin hoitomuodolle siinä laajuudessa, joka vastaa seuraavien asiakasryhmien suoritettuja vuosittain 2013 (Sairaalavuorokausien kustannuksista on vähennetty leikkaustoiminta.):

- pitkäaikaisen terveyskeskuspotilaan erikoissairaanhoidon tarve, arvio 2 euroa/vuorokausi
- vanhainkoti ja tehostettu palveluasuminen, 6 vuorokautta vuodessa = 7 euroa/vuorokausi
- kotihoito taulukossa 15 esitetyn, asiakaskohtaisesti tarkistetun tiedon perusteella (keskiarvo 39 euroa/vuorokausi).

*** Taulukon 17 mukaiset kustannukset kotihoitoasiakkailla. Tehostetun palveluasumisen asukkaalla ovat mukana poliklinikat, Acuta-käynnit, apuvälineet ja osa matkoista. Arvio on 5 euroa/vuorokausi.

**** Lääkekustannukset on arvioitu vanhainkoti- ja sairaalahoitoon kustannusten perusteella siten, että mukana ovat asiakkaan omavastuu ja Kelan lääkekorvaukset.

***** Kotihoitoasiakkaan asumiskulu on arviolta 550 euroa kuukaudessa (Kelan asumistuen yläraja). Tehostetussa palveluasumisessa tulee lisäksi mukaan arvioitu ARAn investointituki.

4 Hoidon kustannusten kohdistuminen eri maksajille



Kustannusvastuu jakaantuu eri hoitomuodoissa eri tavoin. Tehostettu palveluasuminen on valtiolle kallein hoitomuoto Kelan maksamien korvausten vuoksi. Alle 1 900 euroa ansaitsevat asiakkaat, joiden varallisuus estää asumistuen saamisen, maksavat tehostetun palveluasumisen hoidostaan laitoshoidoa enemmän.

Kotihoito tuo kunnalle tehostettuun palveluasumiseen verrattuna säästöä vain niistä asiakkaista, joiden hoitokäyntien määrä jää yhteen päivittäiseen käyntiin. Hoitomuotojen tarkoituksenmukaisen valinnan kaupungille mahdollistama säästöpotentiaali on Tampereella vähintään yhdeksän miljoonaa euroa.

4.1 Asiakasmaksujen vaikutuksen arvioinnista

Kun hoitumuotoja vertaillaan, kokonaiskustannusten selvittämistä vaikeuttaa se, että eri hoitomuodoissa maksurasite kohdistuu eri tahoille. Keskeiset maksajat ovat asiakas, kunta ja valtio, ja valtio rahoittaa palveluita paitsi Kelan eri tukimuotojen myös kotitalousvähennyksen sekä Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus ARAn kautta. Myös Valtiokonttorilla on rahoitustehtäviä. Tämän selvityksen puitteissa ei ole mahdollista selvittää Kelan vanhusten palvelujen rahoittamiseen käyttämää summaa.

Käytettävissä olleiden asiakasmaksupäätösten perusteella voidaan tehdä suuntaa antavia arvioita. Tässä yhteydessä jää kuitenkin selvittämättä, kuinka paljon valtion muilta rahoituskanavilta tulee rahoitusta avohoitoon ja tehostettuun palveluasumiseen. Myöskään kotitalousvähennyksen avulla hankittujen kotihoitopalveluiden määrää ja siitä valtiolle aiheutuneita kustannuksia ei ole tässä voitu selvittää.

Maksujen kohdentuminen eri maksajille vaihtelee palveluittain. Kaikissa palvelumuodoissa asiakkaan tulot, osassa palveluja myös asiakkaan varallisuus, vaikuttavat

siihen, miten maksurasitus jakaantuu asiakkaan ja yhteiskunnan välillä.

Kun hoitumuotojen kustannuksia verrataan, tulee muistaa, että pääosa kustannuseroista johtuu asiakkaiden hoidon tarpeen erilaisuudesta, ei kustannusrakenteista tai rahoitusmuodoista. Hoitomuodot ovat toisilleen vaihtoehtoisia vain osittain.

Asiakasmaksut

Selkein maksujärjestelmä on pitkäaikaisessa laitoshoidossa, jossa kunta perii 85 prosenttia asiakkaan nettotuloista asiakasmaksuna. Vuonna 2013 laitoshoidon keskimääräinen asiakasmaksu oli Tampereella hieman yli 1 100 euroa kuukaudessa. Tehostetun palveluasumisen keskimääräinen asiakasmaksu on alle 650 euroa kuukaudessa (palvelumaksu, turvapalvelumaksu ja ateriamaksu). Asiakasmaksut alentavat hoidon vuorokausikustannuksia: laitoshoidossa 37 euroa ja tehostetussa palveluasumisessa sekä paljon hoitoa saavien kotihoitossa 22 euroa.

4.2 Asiakkaan maksuosuus

4.2.1 Pitkäaikaishoidon asiakasmaksun määräytyminen

www.tampere.fi/perhejasosiaalipalvelut/ikaihmiset/asiakasmaksut.html

- Pitkäaikaisessa laitoshoidossa (vanhainkodit ja sairaalat) olevan henkilön laitoshoidon maksu määräytyy tulojen mukaan.
- Maksu voi olla enintään 85 prosenttia hoidossa olevan nettokuukausituloista, silloin kun laitoshoidossa on pienempituloinen puoliso, molemmat puoliset tai yksinäinen ihminen.
- Jos laitoshoidossa on suurempituloinen puoliso, hoitomaksu on enintään 42,5 prosenttia puolisojen yhteenlasketuista nettotuloista.
- Asiakkaan henkilökohtaiseen käyttöön on kuitenkin jätävä kuukausittain vähintään 105 euroa (pitkäaikaisen laitoshoidon käyttövara 1.1.2014 alkaen).
- Asiakkaalla on mahdollisuus hakea ja saada Kelasta eläkkeensaajan hoitotukea.
- Asiakasmaksut perustuvat sosiaali- terveydenhuollon asiakasmaksuista annettuun lakiin (734/92) ja asetukseen (912/92).

Esimerkki maksun määräytymisestä

- Nettotulot ovat 1 200 euroa kuukaudessa (ei sisällä asumistukea, mutta sisältää korotetun hoitotuen).
- Pitkäaikaishoidon maksu: 1 200 euroa kuukaudessa $\times 0,85 = 1\,020$ euroa kuukaudessa.
- Asiakkaalle jää omaan käyttöön 180 euroa kuukaudessa.

Pitkäaikaisen laitoshoidon palvelusisältöön kuuluvat myös useat menoerät, jotka esimerkiksi tehostetussa palveluasumisessa ja kotihoidossa kuuluvat asiakkaan maksettavaksi. Tällaisia menoeriä ovat muun muassa vaatetus, hammashoito ja silmälasit. Tämän vuoksi asiakkaan niin sanottu turvaosuus on vähintään 244,90 euroa.

Lyhytaikaishoidon maksut määräytyvät kaupunginvaltuuston hyväksymän hoitopäivähinnan mukaisesti, ja se on 34,80 euroa hoitopäivää kohti. Lyhytaikainen laitoshoido maksaa asiakkaalle maksukaton täyttymisen jälkeen 16,10 euroa hoitopäivää kohti.

4.2.2 Tehostetun palveluasumisen asiakasmaksun määräytyminen

www.tampere.fi/perhejasosiaalipalvelut/ikaihmiset/asiakasmaksut.html; Anne-Mari Salonen

- Kaupungin asiakkaalta perimät asumispalvelumaksut:
 - Maksut lasketaan asiakkaan bruttotuloista (eläkkeet, hoitotuki, talletusten korot, ylimääräinen rintamaliisa, metsän laskennallinen tuotto, vuokratulot vähennettynä yhtiövastikkeella, osinkotulot, sotavammalain mukainen huoltoeläke, vakuutusyhtiöitten maksama elinkorko, maataloustulo, osuus yhtymän tulosta, esimerkiksi kuolinpesä, syytinki ja liikenne- tai tapaturmakorvaus).
 - Maksut perustuvat lakiin sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista (734/92) ja asetukseen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista (912/92).
 - Maksujen määräämisessä noudatetaan kotona annettavan palvelun maksuperusteita.
- Tampereen kaupunki perii hoidosta
 - kotihoidon maksun (563 euroa ylittävät bruttotuloista 35 prosenttia yksinäisiltä ja 22 prosenttia samassa huoneistossa asuivilta pariskunnilta; keskimäärin 258 euroa kuukaudessa)
 - turvapalvelumaksun (tuloista riippuen 17–40 euroa kuukaudessa, keskimäärin 24 euroa kuukaudessa)
 - tehostetun palveluasumisen ateriamaksun (330 euroa kuukaudessa).

Lisäksi asiakas maksaa

- vuokran ja muut asumismenot (muun muassa sähkön, veden ja kotivakuutuksen). Vuokran suuruus riippuu muun muassa asunnon koosta.
- Vuokrat ovat keskimäärin arviolta Kelan hyväksymän ylärajan suuruisia (550 euroa kuukaudessa).
- lääkkeet (Kela-korvaus; lisäkorvaus, kun omavastuu ylittää 610 euroa / vuosi 2014)
 - Lääkekulut ovat arviolta 51 euroa kuukaudessa.
- hoitotarvikkeet (pois lukien asiakkaalle maksuttomat hoitotarvikkeiden piiriin kuuluvat tarvikkeet, esimerkiksi vaipat ja diabeteksen hoitoon liittyvät tarvikkeet)
 - Hoitotarvikekulut ovat keskimäärin 46 euroa kuukaudessa.
- poliklinikka-, terveyskeskus- ja sairaalamaksut, lääkärissä käynnit, hammashoidon ja silmälasit (Tehostettuun palveluasumiseen sisältyvät geriatriin palvelut, joista ei peritä maksua asiakkaalta.)
- muut henkilökohtaiset menot, kuten yleensäkin kotona asuvilla, esimerkiksi vaatteet, puhelinkulut, matkat, kampaajalla käynnit ja lehtitilaukset.

Asiakas voi saada Kelalta edellä mainittuihin maksuihin seuraavia tukia:

- eläkkeensaajan asumistuki (maksimissaan noin 430 euroa, keskimäärin noin 250 euroa kuukaudessa)
- eläkkeensaajan hoitotuki (vuonna 2014 perushoitotuki 62,21 euroa kuukaudessa, korotettu hoitotuki 154,86 euroa kuukaudessa ja ylin hoitotuki 327,46 euroa kuukaudessa)
- muut Kela-korvaukset, kuten muillakin kotona asuvilla, esimerkiksi yksityislääkäripalkkioista (silmlääkäri) ja matkakorvauksista
- terveydenhuollon kustannuksien vuotuinen yläraja eli maksukatto (vuonna 2014 maksukatto 679 euroa)
- maksualennus tai maksuvapautus Tampereen kaupungin perimiin asumispalvelumaksuihin
- toimeentulotuki.

Tyypillisen asiakkaan maksuvaralaskelma

Nettotulot:

1 575 euroa kuukaudessa (1 300 euroa + asumistuki 275 euroa)

Menot:

- vuokra 550 euroa kuukaudessa, sisältää veden ja sähkön
- lääkkeet 51 euroa kuukaudessa (Kelan maksukatto täyttynyt)
- kotivakuutus 9 euroa kuukaudessa (koko vuoden keskiarvo)
- Tampereen kaupungin perimät maksut 611,95 euroa kuukaudessa

Menot yhteensä 1 221,95 euroa kuukaudessa

1 575 euroa (nettotulot) -1 221,95 euroa (menot)
= 353,05 euroa

Asukkaalle jää toimeentulotuen laskennassa käytettävän, Kelan määrittämän perusosan (244,90 euroa) lisäksi muuhun käyttöön 108,15 euroa kuukaudessa. Perusosa on laskennallinen meno, jolla asukas kattaa esimerkiksi vaatteista, puhelinlaskuista ja lehtitilauksista aiheutuvat menot. Jos esimerkkiasiakkaan käyttöön jäävä tulo alittaisi 244,90 euroa, kaupunki myöntäisi perimistään maksuista maksualennusta.

Taulukossa 19 esitetään palveluasumisen maksut eri tulo- ja vertailu- ja laitoshoidosta perittäviin maksuihin.

Tehostetussa palveluasumisessa asiakkaan omaan käyttöön tulee Kelan normin mukaan jäädä 244,90 euroa, jolla asukas kattaa esimerkiksi vaatteista, puhelinlaskuista ja lehtitilauksista aiheutuvat menot, lääke- ja terveyspalveluiden maksukaton alle jäävät omavastuuosuudet sekä silmälasit- ja hammashoitokulut. Hoitopäivämaksut eivät kata asiakkaiden tarvitsemia hygieniatuotteita, vaan myös ne on katettava kyseisellä summalla. Jukola–Impivaarassa on tähän tarpeeseen tarjolla tuotepaketteja, joita on neljä eri kokoluokkaa. Keskimäärin asiakkaat käyttävät pakettia, jonka kuukausimaksu on 46 euroa.

Mikäli asunnon vuokra ylittää Kelan asumistuen maksimimäärän, tehostetun palveluasumisen kuukausikustannukset voivat nousta asiakkaan omia eläkkeitä ja tukia suuremmiksi. Asuntotuotantorahasto ARAn tuella rakennetuissa kohteissa tämä yleensä vältetään. Toisaalta ARAn investointituella (usein esimerkiksi 35 prosenttia kustannuksista) rakennettujen kohteiden asiakasvalintaan on asetettu varallisuusehto. Sen mukaan kohteisiin voidaan valita asiakkaiksi henkilöt, joiden varallisuus ei ylitä 210 000:ta euroa. Tampereen aineistossa tällaisia asiakkaita on noin 10 prosenttia kaikista asiakkaista. Toisaalta ARAn määrittelemän rajan ylittävä varallisuus ei kuitenkaan ole este tarkoituksenmukaisen palveluasumispaikan

saamiselle. Tarvittaessa tähän haetaan poikkeuslupa Tampereen asuntotoimelta. Esimerkiksi Jukola–Impivaara ja Pispala ovat profiililtaan erikoistuneita yksiköitä. Näin ollen asiakkaan tarpeen perusteella paikka on mahdollista saada myös niistä. Poikkeustapauksille myönnettyjen maksualennusten vuoksi maksukyvyttömyys ei ole Tampereella ollut kenellekään este asua tehostetussa palveluasumisessa.

Mikäli asiakkaalla on esimerkiksi silmälaseista tai hammashoidosta kertyviä suuria menoja, tehostetun palveluasumisen asiakkaan viimekätinen rahoituslähde on Kelan normien mukainen toimeentulotuki. Säästöt ja realisoitavissa oleva varallisuus kuitenkin rajaa toimeentulotuen saajien määrää.

Yhteenveto ja johtopäätökset

Mikäli vuokratulot pysyvät sellaisina, että täysi asumistuki (noin 430 euroa kuukaudessa) on mahdollinen, asumistuki takaa, että tehostetussa palveluasumisessa tulot riittävät normaalimenoihin. ARA-tuella rakennetuissa kohteissa vuokrataso on yleensä tätä luokkaa.

Noin 1 900 euron nettotuloilla asumistuki jää tuloista pois, ja sitä suuremmilla nettotuloilla alkaa myös omiin kuluihin jäädä enemmän rahaa. Tähän ryhmään kuuluu vain noin 20 prosenttia asiakkaista.

Noin 4 500 euron bruttotuloista (runsas 3 000 euron nettotulot) alkaen laitoshoidon on asiakkaalle epäedullisempi vaihtoehto. Tähän tulotasoon asti asiakkaan käyttöön jäävässä summassa ei ole kovin suurta eroa eri

palvelumuotojen välillä. Laitoshoidossa käteen jäävällä osuudella ei tarvitse kattaa aivan samaa määrää henkilökohtaisia menoja (esimerkiksi vaatteet).

Pienten kuukausittaisten nettotulojen (alle 1 900 euroa kuukaudessa) saaja, jolla on säästöjä tai realisoitavissa olevaa omaisuutta, joutuu käyttämään tehostetun palveluasumisen maksuihin todennäköisesti omaa tai puolisonsa varallisuutta, koska hänelle ei myönnetä asumistukea. Pienen otannan perusteella arvioituna tämä koskee noin 20:tä prosenttia asiakkaista. Laitoshoidon maksujärjestelmä ei huomioi maksuissa asiakkaan varallisuutta ja on näille henkilöille edullisempi. Kustannussäästö ei kuitenkaan ole lain mukainen peruste valita laitoshoidon hoitomuodoksi.

Taulukko 19. Asiaksmaksujen määräytyminen eri tulotasolla tehostetussa palveluasumisessa ja vertailu vastaavaan laitoshoidon maksuun. Esimerkilaskelmia.

	Esimerkki 1		Esimerkki 2		Esimerkki 3	
Asiaksmaksun perusteena olevat bruttotulot						
hoitotuki	154,86		327,46		327,46	
kansaneläke	604,47		87,26			
työeläke	145,67		1 217,50		1 589,93	
työeläke			17,98		112,40	
talletusten korot	0,65		0,18		14,12	
yht.	905,65		1 650,38		2 043,91	
Asiaksmaksu	119,93		380,58		518,32	
Kaikki tulot	brutto	netto	brutto	netto	brutto	netto
hoitotuki	154,86	154,86	327,46	327,46	327,46	327,46
kansaneläke	604,47	598,43	87,26	75,04		
työeläke	145,67	144,21	1 217,5	1 047,05	1 589,93	1 295,79
työeläke			17,98	15,46	112,40	91,61
talletusten korot	0,65	0,45	0,18	0,13	14,12	9,88
asumistuki	395,93	395,93	228,77	228,77	73,43	73,43
yht.	1 301,58	1 293,88	1 879,15	1 693,91	2 117,34	1 798,17
Laskelma						
menot						
asiaksmaksu	119,93		380,58		518,32	
turvapalvelu	17,00		24,00		40,00	
ateriat	330,00		330,00		330,00	
vuokra	547,46		569,51		581,05	
lääkkeet *	50,83		50,83		50,83	
perusosa (omaan käyttöön)	244,90		244,90		244,90	
yht.	1 310,12		1 599,82		1 765,10	

*lääkekatto 610 € v. 2014, + 51% perusosasta eli ilman ravintonormia

nettotulot	1 293,88	nettotulot	1 693,91	nettotulot	1 798,17
menot	1 310,12	menot	1 599,82	menot	1 765,1
erotus	-16,24	erotus	94,09	erotus	33,07

Vertailu, jos asiakas olisi pitkäaikaisessa laitoshoidossa:

	nettotulot	nettotulot	nettotulot
hoitotuki	154,86	327,46	327,46
kansaneläke	598,43	75,04	
työeläke	144,21	1 047,05	1 295,79
työeläke		15,46	91,61
talletusten korot	0,45	0,13	9,88
yht.	897,95	1 465,14	1 724,74
Laitoshoidon as.maksu	763,26	1 245,37	1 466,03
Omaan käyttöön	134,69	219,77	258,71

	Esimerkki 4	Esimerkki 5	Esimerkki 6	Esimerkki 7
Asiakasmaksun perusteena olevat bruttotulot				
hoitotuki	327,46	327,46	327,46	327,46
kansaneläke				462,88
työeläke	2 220,55	1 887,29	4 142,24	144,59
perhe-eläke		983,77		335,10
perhe-eläke		33,32		
talletusten korot	0,10	0,25		2,80
osinkotulot		14,57		
muu tulo	0,90		179,56	
yht.	2 549,01	3 246,66	4 649,26	1 272,83

Asiakasmaksu	695,10	939,28	1 430,19	248,44				
Kaikki tulot	brutto	netto	brutto	netto	brutto	netto		
hoitotuki	327,46	327,46	327,46	327,46	327,46	327,46	327,46	327,46
kansaneläke							462,88	451,31
työeläke	2 220,55	1 665,57	1 887,29	1 358,85	4 142,24	2 733,88	144,59	140,98
perhe-eläke			983,77	708,31			335,10	326,72
perhe-eläke			33,32	23,99				
talletusten korot	0,10	0,07	0,25	0,17			2,80	1,96
osinkotulot			14,57	11,51				
muu tulo	0,90	0,63			179,56	125,69		
asumistuki	0 *	0	0*	0	0*	0	296,27	296,27
yht.	2 549,01	1 993,73	3 246,66	2 430,29	4 649,26	3 187,03	1 569,10	1 544,70

*hakemus hylätty

*e haettu

*e haettu

Laskelma								
menot								
asiakasmaksu	695,10		939,28		1 430,19		248,44	
turvapalvelu	40,00		40,00		40,00		24,00	
ateriat	330,00		330,00		330,00		330,00	
vuokra	556,57		567,73		556,57		535,51	
lääkkeet *	50,83		50,83		50,83		50,83	
perusosa (omaan käyttöön)	244,90		244,90		244,90		244,90	
yht.	1 917,40		2 172,74		2 652,49		1 433,68	

*lääkekatto 610 € v. 2014, + 51% perusosasta eli ilman ravintonormia

nettotulot	1 993,73	nettotulot	2 430,29	nettotulot	3 187,03	nettotulot	1 544,70
menot	1 917,40	menot	2 172,74	menot	2 652,49	menot	1 433,68
erotus	76,33	erotus	257,55	erotus	534,54	erotus	111,02

Vertailu, jos asiakas olisi pitkäaikaisessa laitoshoidossa:

	nettotulot	nettotulot	nettotulot	nettotulot
hoitotuki	327,46	327,46	327,46	327,46
kansaneläke				451,31
työeläke	1 665,57	1 358,85	2 733,88	140,98
perhe-eläke		708,31		326,72
perhe-eläke	0,07	23,99		
talletusten korot		0,17		1,96
osinkotulot		11,51		
muu tulo	0,63		125,69	
yht.	1 993,73	2 430,29	3 187,03	1 248,43
Laitoshoidon as.maksu	1 694,67	2 065,75	2 708,98	1061,17
Omaan käyttöön	299,06	364,54	478,05	187,26

4.2.3 Kotihoidon asiakasmaksujen määräytyminen

Kotihoidon palvelumaksut määräytyvät Tampereella samoin kuin tehostetun palveluasumisen palvelumaksu, mutta kuitenkin siten, että alle 41 tuntia kuukaudessa palvelua käyttävät maksavat palvelun määrään suhteutettuja ja pienempiä maksuja. Perheenjäsenten määrä vaikuttaa palvelumaksuihin myös muun muassa siten, että esimerkiksi kahden hengen taloudessa paljon palvelua saavan maksuprosentti on 22, kuten myös tehostetussa palveluasumisessa yhdessä asuvilla. Vuonna 2012 Tampereella oli 156 kotihoidon asiakasta, joiden kuukausittainen palvelujen käyttö ylitti 40 tuntia ja joiden palvelumaksun suuruus oli sama kuin tehostetussa palveluasumisessa: 258 euroa kuukaudessa.

Kotihoidon tukipalveluista (ateria, kauppa, sauna ja kuljetus) peritään käytön mukaan määräytyviä asiakasmaksuja, ja siivouspalveluissa maksuun vaikuttavat myös asiakkaan tulot. Tukipalvelujen käytössä on suuria asiakas-kohtaisia eroja, ja niiden keskimääräistä käyttöä ei tässä kyetä arvioimaan. Jos arvioidaan, että kotona asuvan ateriakustannukset ovat ympärivuorokautisen hoidossa ateriarista perittävän maksun suuruiset eli 330 euroa ja niistä osa maksetaan kotipalveluaterioiden maksuina, kotihoitoasiakkaan aterian ja tukipalvelujen kuukausittainen kokonaiskustannus on maksimissaan noin 380 euroa.

Turvapalveluista peritään maksu tulojen mukaan, ja maksu on maksimissaan 40 euroa kuukaudessa ja keskimäärin **24 euroa** kuukaudessa.

Säännöllisen kotihoidon asiakas on **sairaalahoidossa** keskimäärin 28,8 vuorokautta vuodessa. Lyhytaikais-hoidon maksukatto, 679 euroa, täyttyy 20 vuorokauden kohdalla. Sen jälkeen peritään normaalia 34,80 euron hoitopäivämaksua alemmaa maksua, joka on 16,10 euroa vuorokaudessa. 28,8 sairaalapäivällä asiakkaan vuosittaiseksi kokonaiskustannukseksi muodostuu keskimäärin 837 euroa eli 70 euroa kuukaudessa.

Kyseisen maksukaton piiriin kuuluvat myös eräät muut maksut, muun muassa omalääkäri- ja poliklinikkamaksut. Kotihoidon asiakkailla kotiin tuotavat lääkäripalvelut ovat kokonaan maksuttomia. Kuitenkin muista palveluista,

esimerkiksi kuljetuspalveluista, peritään maksukaton piiriin kuulumattomia asiakasmaksuja ja omavastuita. Tässä maksujen yhteissummaksi arvioidaan **75 euroa** kuukaudessa.

Kotihoidosta asiakkaalle kertyy tehdyillä oletuksilla palvelumaksuja ja ateriakuluja **737 euroa** kuukaudessa (258+380+24+75 euroa).

Vuonna 2013 Tampereen kaupungin keskimääräiset kotihoitopalveluista perittävät maksut olivat alle 300 euroa kuukaudessa (ilman sairaala- ym. maksuja). Palvelumaksu määräytyy hoidon määrän mukaan, ja koska keskiarvo muodostuu vähän palvelua tarvitsevien asiakkaiden mukaan, se jää alhaiseksi. Yli 90 prosenttia asiakkaista ei maksa täyttä palvelumaksua. Myöskään kaikki ateriakulut eivät kulje kotipalvelun kautta.

Asumiskustannukset määräytyvät asumismuodon mukaan. Omistusasunnossa asujien kustannukset ovat pienemmät, ellei asumismuodon pääomakustannuksia lasketa mukaan. Vertailukustannuksena voidaan kuitenkin käyttää Kelan asumistuen ylärajaa, joka on **550 euroa** kuukaudessa.

Lääkekustannukset ovat (Kelan maksukaton täyttöyessä) noin **51 euroa** kuukaudessa. Osa lääkkeistä on kuitenkin sellaisia, joita ei hyväksytä laskettavaksi Kelan maksukattoon. Tällöin lääkekulut voivat eräissä tapauksissa olla huomattavasti tätä suuremmat.

Muiden elinkustannusten määränä voidaan käyttää Kelan toimeentulotuen laskennassa käytettyä perusosaa, joka on **244,90 euroa** kuukaudessa. Esimerkiksi hammaslääkärikustannukset voivat olla suuria, jolloin summa ylittyy helposti.

Edellä esitetyillä olettamilla paljon apua tarvitsevan kotihoitoasiakkaan hoidosta perittävistä maksuista ja elinkustannuksista kertyy 1 578 euroa kuukaudessa, jolloin Kelan olettaman mukaan muihin elinkustannuksiin kuluu 244,90 euroa kuukaudessa. (Laskelma: 732+550+51+245 euroa = 1 578 euroa)

Näiden olettamien perusteella suurin osa paljon hoitoa saavista asiakkaista tarvitsee toimeentulon tueksi Kelan etuuksia tai menoja katetaan muilla tulolähteillä, esimerkiksi puolison tuloilla tai säästöillä. Velaton omistusasunto voi pienentää kuluja.

Yhteenveto ja johtopäätökset

Kotihoidon asiakkaan maksut riippuvat palvelujen käytön määrästä.

Mikäli palvelutarve edellyttää ympärivuorokautista hoitoa, myös asiakasmaksut muodostuvat suuriksi. Kotihoidon palvelumaksu on sama kuin tehostetun

palveluasumisen palvelumaksu. Lisäksi asiakas maksaa erilaisia omavastuita. Kotihoitoasiakkaan kustannukset ovat keskimäärin 1 578 euroa kuukaudessa, mikäli asumiskuluina pidetään 550 euroa kuukaudessa.

Paljon palveluita tarvitsevalle asiakkaalle kotihoito voi olla kallein hoitomuoto.

4.3 Kustannusten kohdentuminen maksajatahoittain

Keskimääräisten asiakasmaksujen ja Kelan arvioitujen tukipäästösten perusteella on mahdollista hahmotella suuntaa antava yhteenveto maksurasituksen kohdistumisesta eri maksajille. Laskelmassa on käytetty esimerkkiasiakasta, joka on tulotasoltaan lähellä keskimääräistä laitoshoidon asiakasta (asiaksmaksu 1 061 euroa kuukaudessa ja nettotulo 1 248 euroa kuukaudessa).

Palvelumuotojen kustannusvertailu maksajittain

Seuraavassa on jatkettu eri hoitomuotojen kokonaiskustannusten tarkastelua ottamalla huomioon asiakkaan kaikki maksut (palvelumaksut, vuokrat, ym.).

Taulukko 20. Eri hoitomuotojen kustannukset maksajittain.

Keltaisella pohjalla ovat valtion kustannuksiin vaikuttavat kustannuserät.

Kustannukset €/vrk	Terveys- keskus, pitkä- aikaishoito	Vanhain- koti	Tehostettu palvelu- asuminen	Kotihoito kustannuskvartaaleittain			
				Kallein 6 % 247 as./v.	3. 11 % 423 as./v.	2. 18 % 702 as./v.	Halvin 64 % 2 492 as./v.
Hoito	175	128	95	142	83	50	14
Ateriat	11	11	11	11	11	11	11
Sairaalajaksot	2	7	7	30	39	47	38
Avopalvelu keskim.			5	11	11	11	11
Lääkkeet	8	7	7	7	7	7	7
Tilat/asuminen	34	34	23	18	18	18	18
Yhteensä €/vrk	228	193	148	219	169	144	99
Maksajat €/vrk							
Asiakas/hoitomaksut kaupungille	37	37	18	21	21	19	17
Kaupungin nettokustannus/vrk	191	156	100	173	123	100	57
Kela maksaa asiakkaalle (lääkekorvaus; asumistuki huomioitu vain tehostetussa palveluasumisessa)			21	6	6	6	6
ARAN osuus rakennuskustannuksista			7				
Asiakas/muut maksut			20	15	15	15	15
Asiakas/muut menot			8	13	13	13	13
Kaupungin netto-kustannus/kk (30 x vrk-hinta)	5 730	4 680	3 000	5 190	3 690	3 000	1 710
Julkisten menojen nettokustannus/kk Valtio + kaupunki	5 730	4 680	3 840	5 280	3 870	3 180	1 890

Taulukossa 20 on tehty seuraavat oletukset:

- hoitomaksut kaupungille: tehostetun palveluasumisen ja kotihoidon hoitomaksut (hoito, turva ja ateriat keskimäärin 550 euroa kuukaudessa ja 18 euroa vuorokaudessa). Kotihoitoasiakkaiden sairaalajaksoista ja avohoidon käyntimaksuista kertyy lisäksi 3 euroa vuorokaudessa. Aterioiden asiakasmaksut on huomioitu kaikissa ryhmissä samansuuruisina: 11 euroa vuorokaudessa. Muut kotona asumisen palvelumaksujen omavastuut on jätetty huomioimatta (kuluja esimerkiksi siivouspalveluista). Kotihoitokäyntien palvelumaksu eri tulotasolla saadaan laskurista www.tampere.fi/cgi-bin/kotihoito/laskemaksu13.pl.
- asiakkaan muissa maksuissa mukana keskimääräinen Kelan tuen jälkeen maksettavaksi jäävä asumiskulu (300 euroa; 10 euroa/vuorokausi), lääkemaksut ja tehostetun palveluasumisen hoitomaksuun kuulumattomat erät
- muut menot: Kela-normi muista menoista on 245 euroa/kuukausi ja 8 euroa/vuorokausi. Muiden kotona asumisen palvelujen kustannukset on jätetty huomioimatta (kuluja esimerkiksi siivouspalveluista).
- ARAn rakennushankkeille myöntämä tuki, esimerkiksi 30 prosenttia, alentaa vuokratasoa. Arvio tuen vaikutuksesta on 210 euroa/kuukausi ja 7 euroa/vuorokausi.

Valtion osuus tehostetun palveluasumisen kustannuksista on arvioitavissa seuraavasti (vertailukohteena laitoshoido):

- Kelan lääketuet 5 euroa/vuorokausi ja 150 euroa/kuukausi
- Kelan asumistuet 8,5 euroa/vuorokausi ja 255 euroa/kuukausi. Kotihoitoasiakkaille maksettavia asumistukia ei ole selvitetty.
- Aran investointituki hoitopaikan rakennuskustannuksesta (30 prosenttia 150 000 eurosta) on 50 000 euroa. 20 vuoden käyttöaika; 210 euroa/kuukausi ja 7 euroa/vuorokausi.

Kuviossa 5 kotihoidon kustannukset on jaettu neljään yhtä suureen ryhmään. Asiakasmaksujen vaikutus on huomioitu vähentämällä ne hoitokustannuksista. Valtion kustannusosuus lisää tehostetun palveluasumisen julkisia nettokustannuksia 28 euroa ja Kelan lääkekorvaukset kotihoidon julkisia nettokustannuksia 6 euroa vuorokaudessa. Kotihoidossa ateriat on huomioitu sekä kustannuksissa että asiakasmaksuissa. Tällöin halvimman kotihoitokvartaalin hoitokustannuserä tulee katettua kokonaan, koska hoitokäyntikustannukset ovat pienemmät kuin ateriamaksuilla lisätyt asiakasmaksut.

Edullisimman hoitopaikan tuoma säästöpotentiaali

Kun asiakasmaksut huomioidaan, nettovuorokausikustannus kaupungille oli vuonna 2013 pitkäaikaisessa sairaalahoidossa 191 euroa, vanhainkotihoidossa 156 euroa ja tehostetussa palveluasumisessa 100 euroa. Tehostetusta palveluasumisesta valtiolle kertyy kustannuksia enintään noin 28 euroa asiakkaan tulotasosta riippuen.

Kotihoidon kustannus riippuu palvelujen määrästä. Kotihoidon keskimääräisen kustannuksen käyttö vertailukustannuksena ei ole mielekäästä, koska vähäisen palvelutarpeen asiakkaiden suuri määrä vääristää tarkastelua ja johtaa virhepäätelmiin, että kotihoito olisi kustannustehokasta myös paljon hoitoa tarvitsevien hoitomuotona.

Kustannuskvartaalitarkastelun perusteella 247 kotihoidon asiakkaan hoitopäivän kustannus (173 euroa/vuorokausi) kaupungille on lähellä terveyskeskuksen pitkäaikais-hoidon hoitopäivän kustannusta, ja se on selvästi suurempi kuin ympärivuorokautisen hoidon kustannus (101 euroa/vuorokausi). Kaupungin kustannusosuuden näkökulmasta toiseksi edullisimman kotihoitokvartaalin keskimääräinen kustannus on sama kuin tehostetussa palveluasumisessa. Tämänkin kustannuskvartaalin 702 asiakkaasta siis puolella hoitokustannus ylittää halvimman ympärivuorokautisen hoidon kustannuksen.

Kaikkiaan Tampereella oli lähes 1 000 kotihoitoasiakasta, joiden hoidolle voisi kaupungin kustannusten näkökulmasta olla edullisempi hoitoratkaisu. Todellisuudessa kustannusvertailu ei riitä lopullisen hoitopäätöksen tekemiseen, joten jatkoselvittely kokonaisnäkemysten saamiseksi näistä asiakkaista on erityisen tärkeää.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista linjaa (14,1§), että *”kunnan on toteutettava iäkkään henkilön pitkäaikainen hoito ja huolenpito ensisijaisesti hänen yksityiskotiinsa tai muuhun kodinomaiseen asuinpaikkaansa järjestettävillä sosiaali- ja terveyspalveluilla, jotka sovitetaan sisällöltään ja määrältään vastaamaan iäkkään henkilön kulloisiakin palveluntarpeita. Pitkäaikainen hoito ja huolenpito voidaan toteuttaa laitoshoitona vain, jos siihen on lääketieteelliset perusteet tai jos se on iäkkään henkilön arvokkaan elämän ja turvallisen hoidon kannalta muuten perusteltua”*. Toisaalta lain tarkoituksena on (1.4§) *”vahvistaa iäkkään henkilön mahdollisuutta vaikuttaa hänelle järjestettävien sosiaali- ja terveyspalvelujen sisältöön ja toteuttamistapaan sekä osaltaan päättää niitä koskevista valinnoista”*.

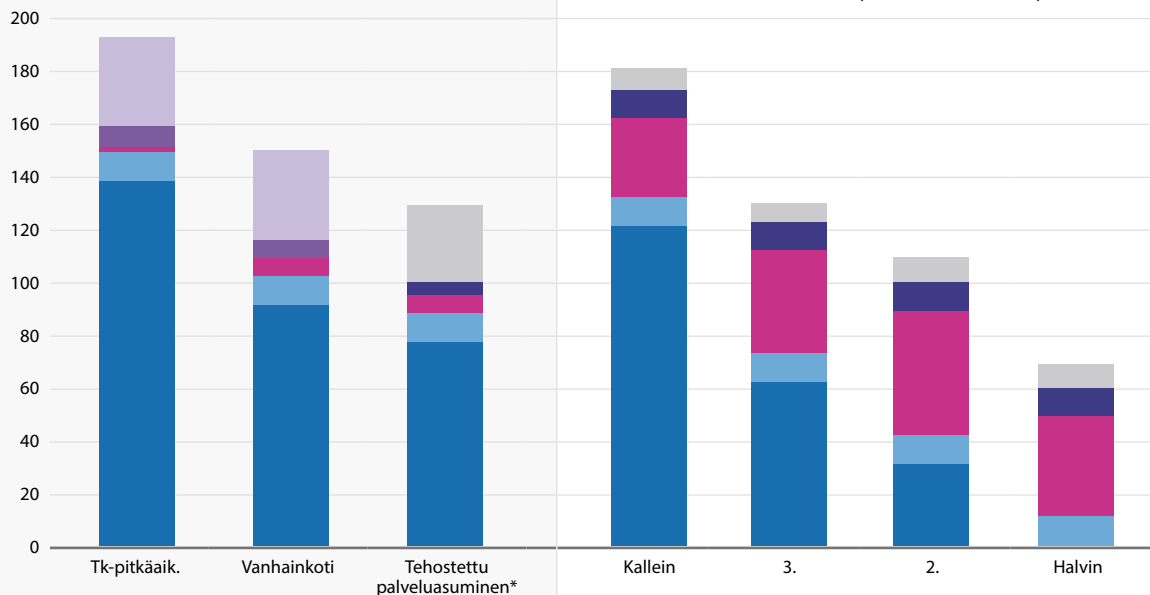
Näyttää siltä, että paljon hoitoa tarvitsevalle kotihoito on epätarvikkeen mukainen ratkaisu vain kustannusten näkökulmasta tarkasteltuna. Mikäli asiakas on sitä mieltä, että ympärivuorokautinen hoito olisi hänelle sopivampi

Kuvio 5. Kaupungin ja valtion nettokustannukset eri hoitomuodoissa.

Asiakasmaksujen vaikutus huomioitu vähentämällä ne hoitokustannuksista.

e/vrk

Kotihoidon kustannuskvartaalit



Tilat/asuminen

Sairaalajaksot

Valtion osuus
kustannuksista

* Asumisen tuet vain tehostetussa palveluasumisessa (ei kotona asuvilla)
Myös verotut kotipalveluihin puuttuvat

Lääkkeet

Ateriat

Avopalvelu keskim.

Hoito

hoitomuoto, olisi kustannusten näkökulmasta tällöin taroituksenmukaista järjestää hoito asiakkaan haluamalla tavalla. Tosin jos suuremman hoidon tarve on lyhytaikaista ja asiakas läheisineen haluaa asua kotona, asiakkaan hoitaminen pysyvällä ympärivuorokautisen hoidon paikalla ei ole kannattavaa eikä perusteltua mistään näkökulmasta.

Hoitomuotojen säästöpotentiaali Tampereella

Vuoden 2014 aikana tehtyjen rakennemuutosten jälkeen Tampereella terveyskeskuksen pitkäaikaishoito ei ole enää pysyvä hoitoratkaisu kuin muutamalle kymmenelle asiakkaalle. Nämä ovat pääosin niitä psykogeriatrisen hoidon tarpeessa olevia asiakkaita, joiden hoito ei ole järjestettävissä edes tälle asiakasryhmälle tarkoitettussa tehostetun palveluasumisen yksikössä. Sen sijaan ympärivuorokautiseen hoitoon joudutaan pitkäaikaishoitopäätöksen jälkeen edelleen jonottamaan sairaalassa.

Jonottajia näyttää olevan jatkuvasti yli 100 henkilöä. Jonotuksesta aiheutuu kaupungille **3,3 miljoonaa euroa** vuodessa (100 paikkaa * kustannusero 91 euroa/vuorokausi) ylimääräisiä kustannuksia tehostetun palveluasumisen vuorokausikustannuksiin verrattuna. Kun sairaaloiden kotiuttamistoimintaa ja uuden teknologian mahdollistamaa etähoitoa kehitetään, voidaan myös osa jonotuksesta pyrkiä siirtämään kotiin.

Vanhainkotihoitoon kustannusero tehostettuun palveluasumiseen on 15 euroa vuorokaudessa, jos hoitohenkilöstön määrä on sama ja eläkemaksukohdistukset otetaan huomioon (luku 3.2). Mikäli säästöpotentiaali lasketaan toteutuneiden kustannusten mukaan, joihin edellä mainittujen erojen lisäksi vaikuttavat myös palveluseteliasakkaiden edullisemmat kustannukset, kustannusero on 56 euroa vuorokaudessa. Lasketatavasta riippuen säästö noin 450:stä jäljellä olevasta vanhainkotipaikasta on **2,5–9,2 miljoonaa euroa**.

Jos arvioidaan, että asiakkaat, jotka nyt kuuluvat kolmeen kalleimpaan kotihoidon asiakaskvartaaliin, vaihtaisivat – paikkaa heille tarjottaessa – tehostettuun palveluasumiseen, kustannusvaikutukset olisivat taulukon 20 perusteella seuraavat:

- kallein kvartaali (247 asiakasta/2): 124 asiakasta, kustannusero 73 euroa/vuorokausi, säästö 3,3 miljoonaa euroa/vuosi
- toiseksi kallein kvartaali (423 asiakasta/2): 212 asiakasta, kustannusero 23 euroa/vuorokausi, säästö 1,8 miljoonaa euroa
- toiseksi halvin kvartaali (yli 100 €:n asiakkaita 702/2 = 300, näistä puolet 150 as.): kustannusero 6 euroa/vuorokausi, säästö 0,3 miljoonaa euroa.

Pelkän kustannustarkastelun näkökulmasta kotihoidon kustannussäästön potentiaali olisi **10,8 miljoonaa euroa**, jos tehostetun palveluasumisen kustannukset ylittävät asiakkaat hoidettaisiin tehostetussa palveluasumisessa. Jos oletetaan, että paikkaa tarjottaessa näistä asiakkaista puolet valitsisivat tehostetun palveluasumisen kotihoidon sijaan, kaupunki säästäisi **5,4 miljoonaa euroa**. Jos laskelmassa käytetään vuotuisten kotihoitoasiakkaiden määrän sijaan keskimääräistä, poikkileikkauspäivän asiakasmäärää, säästö on kolmanneksen pienempi: **3,6 miljoonaa euroa**.

Edullisimman hoitopaikan valinnalla saavutettava kustannussäästö on Tampereella yhteensä vähintään **9,4 miljoonaa euroa** (3,3 miljoonaa euroa + 2,5 miljoonaa euroa + 3,6 miljoonaa euroa). Oletuksena on, että puolet nykyisen kotihoidon kalleimmista asiakkaista valitsisivat asumismuodokseen tehostetun palveluasumisen ja tehostettu palveluasuminen vastaisi heidän hoidon sekä asumisen tarpeitaan.

Tällaisessa tilanteessa ympärivuorokautisessa hoidossa olisi noin 600 asiakasta nykyistä enemmän. Tällöin myös ympärivuorokautisen hoidon osuus ylittäisi noin kolmella prosenttiyksiköllä kansalliset suositukset kotona asuvien määrästä. Toisaalta ylitys vastaisi sitä asiakasmäärää, jonka hoitoa ei ole saatu järjestettyä omaishoitona (suositus 5–6 prosenttia, toteutuma 2,1 prosenttia). Vanhuspalvelujen strategisen ja ekologisen kehittämisen tai iäkkäiden itsenäisen asumisen mahdollistamisen näkökulmista tällaista palvelurakennetta ei ole pidetty tavoiteltavana.

Hoitomuotojen valinnassa tulisi lisätä asiakasohjauksen kustannustietoisuutta, jotta asiakkaan oma tahto otettaisiin huomioon aina silloin, kun se on hoitokustannusten kannalta tarkoituksenmukaista. Vuonna 2014 Tampere näyttää saavuttaneen kansallisten laatusuosituksen tason tehostetun palveluasumisen määrässä. Nykyisellä toimintatavalla ja Tampereen kustannustarkastelun valossa

laatusuosituksen mukainen palvelurakenne ei ole optimaalinen hoidon kustannusten kannalta. Erityisesti sairaalahoidon osuutta kotihoidon kustannusrakenteessa tulee selvittää eritoten asiakastarpeen ja palvelujen tarjonnan näkökulmista.

Kustannussäästöjä kotihoitoa kehittämällä

Sairaalajaksoja, jotka lisäävät huomattavasti kotihoidon kustannuksia, voidaan välttää myös lisäämällä ja kehittämällä kotiin annettavia palveluita. Näitä jo toteutettavia ratkaisuja ovat muun muassa geriatrian poliklinikka- ja kotihoidon tukisairaalatoiminta, kotihoidon omalääkäripalvelut sekä kotikuntoutus. Näihin palveluihin tulee kohdistaa osin myös lisää resursseja. Lääketieteellisen osaamisen ja saatavuuden lisäksi huomiota tulee kiinnittää siihen, miten hoitajien työssä oppimisen mahdollisuuksia voitaisiin parantaa. Lääkäri–hoitaja–työparityöskentelyn mahdollistaminen kotihoidossa voisi olla yksi mahdollisuus. Siihenkin teknologia tarjoaa uusia mahdollisuuksia.

Asiakkaita voidaan kannustaa panostamaan myös itse edellytyksiinsä asua kotona neuvonnalla, joka tukee kotitalousvähennyksellä hankittavien palvelujen käyttöä. Tampereella neuvontaa annetaan muun muassa Kotitorilla ja alueellisilla Lähitoreilla.

Ympärivuorokautiseen hoitoon halutaan usein yksin asumisesta johtuvan yksinäisyyden ja turvattomuuden vuoksi. Ongelmaa voidaan pyrkiä vähentämään erilaisin keinoin myös asumismuotoa muuttamatta. Etähoidon ja etäläsnäolon mahdollistaville teknologioille on suuret mahdollisuudet. Teknologioiden hyödyntäminen kuitenkin edellyttää, että niiden käytettävyyttä vastaisi asiakkaiden tarpeita sekä käyttötaitoja. Myös kehittyvä robotiikka tarjoaa aivan uusia mahdollisuuksia siitä kiinnostuneille.

Paljon kotikäyntejä saavien asiakkaiden hoitokustannukset ylittävät ympärivuorokautisen hoidon kustannukset pääosin kotikäyntien määrästä johtuen. Näiden asiakkaiden kotiin annettavien palvelujen lisääminen voi alentaa kokonaiskustannuksia. Se ei kuitenkaan muuta heidän palveluaan ympärivuorokautista hoitoa halvemmaksi, ellei ihmistyön määrä samalla vähene. Jatkotyötä ohjaavia kysymyksiä ovat esimerkiksi seuraavat: Millä tavoin sairaalan tarvetta voi korvata, kun näiden ihmisten hoitoa järjestetään? Millaiset mahdollisuudet hyvinvointiteknologialla olisi tukea turvallista kotona toteutettavaa hoitoa? Mitä mahdollisuuksia se antaisi, ja millaisia kustannusvaikutuksia sillä olisi?

Tampereella on Kuusikko-kunnista Vantaan jälkeen suurin osuus keskiraskasta palveluasumisesta. Näiden asukkaiden palvelujen käytön seuranta on kotihoitoasiakkaiden tapaan järjestämättä. On kuitenkin todennäköistä, että

tällä asumismuodolla voidaan vähentää vanhusten turvattomuuden tunnetta, johon nyt saatetaan hakea apua terveystaloukselta. Kevyemmälläkin palveluasumisella voitaneen saavuttaa ainakin osittain samoja tuloksia kuin ympärivuorokautisella hoidolla. Tällaisten palveluasumISRatkaisujen kehittämiseksi on paljon tehtävissä.

Vanhusten asuntovarallisuutta, joka nyt on usein sijainniltaan ja varustetasoltaan hyvän hoidon kannalta epä-tarkoituksenmukaista, voitaisiin nykyistä tehokkaammin hyödyntää palvelutalokonseptien kehittämiseen. Vanhukseille tarjottavia vaihtoehtoisia, omistusasumiseen perustuvia hoivaratkaisuja voitaisiin kehittää nykyistä aktiivisemmin. Yhtenä esimerkkinä tästä on palvelutalojen ja

-keskusten Tampereella toteuttama hoito, joka on suunnattu lähialueen asukkaiden kotiin.

Sairaalahoidon vähentämisestä saadaan suurimmat säästöt, kun nykyisin sairaalassa oloa edellyttäviä toimenpiteitä korvataan niille potilaille, joiden kotona pärjäämistä ei tarvitse muutoin mittavasti tukea. Tampereella on 40 000 yli 65-vuotiasta, joista 39 500:n hoitokustannukset tulevat halvemmiksi sairaalahoitoa korvaavalla kotihoidolla. Jo pysyvästi paljon apua tarvitsevat vanhukset, noin 500 henkeä, muodostavat sen ryhmän, jossa saatava kustannussäästö sairaalahoitoa korvaavalla, nykytavoitoteutetulla kotihoidolla on pienempi.

Yhteenveto ja johtopäätökset

Paljon apua tarvitsevien vanhusten hoito maksaa yhteiskunnalle hoitomuodosta riippuen 3 500–5 700 euroa kuukaudessa.

Terveyskeskuksen vuodeosastohoidosta voidaan saada 3,3 miljoonaa euroa kustannussäästöjä, jos tehostettuun palveluasumiseen siirtyminen toteutuisi jonottamatta paikkaa sairaalassa. Vanhainkotihoidon korvaaminen tehostetulla palveluasumisella säästäisi kaupungille 2,5 miljoonaa euroa, jos hoidon määrää ei samalla vähennetä.

Kustannuksiltaan kotihoitoasiakkaiden hoito tehostetun palveluasumisen kustannustasolla säästäisi laskutavasta riippuen 7,2–10,8 miljoonaa euroa. Oletuksella, että puolet näistä asiakkaista valitsisivat paikkaa tarjottaessa tehostetun palveluasumisen kotihoidon sijaan ja tehostettu palveluasuminen vastaisi heidän hoidon ja asumisen tarpeitaan, olisi säästö 3,6–5,4 miljoonaa euroa.

Näistä edullisimman hoitopaikan valinnoista saavutettavissa kokonaisäästö, joka olisi minimissään **9,4 miljoonaa euroa** hoitokustannusvertailun pohjalta arvioituna. Luvussa ei ole mukana säästöhyötyä, joka saataisiin erikoissairaanhoidon osuuden vähentämisellä.

Kun tarkastellaan pelkästään kustannuksia, lähes 1 000 kotihoitoasiakkaan hoitomuoto olisi tarkoituksenmukaista arvioida uudelleen. Tarkastelun keskiöön tulee ensin nostaa nykyiset, kotona toteutettavan hoidon toimintatavat sekä yhteistyöverkostojen toimivuus ja käyttö. On tärkeää, että keskitytään asiakkaiden tarpeisiin pohjautuvaan palvelujen kysyntään eikä korostetusti tueta nykyistä palvelujen tarjontaa eli ammattilaisten tapoja toimia sekä ratkaista asiakkaiden hoidon tarpeita.

Hoitomuotojen valinnassa tulee lisätä asiakasohjauksen kustannustietoisuutta. Lisäksi tulee keskittyä teknologian käyttöön ja tukea sen käyttöä, kun kehitetään turvallista kotona toteutettavaa hoitoa. Asiakkaiden ja heidän läheistensä kuuleminen sekä rohkaiseminen omiin valintoihin ovat ensisijaista, kun pyritään kokonaistaloudelliseen kotona toteutettavaan hoitoon.

Erilaisten kotihoitoasiakkaiden kustannusten muodostumista tulisi seurata nykyistä kattavammin. Lisäksi hoitomuotoa koskevaa kustannustietoisuutta tulisi lisätä, kun suunnitellaan palvelurakenteita kalliiden hoivaratkaisujen ja toimintakäytäntöjen välttämiseksi. Uusia, palvelutarpeen mukaan joustavasti muuttuvia palveluasumisen muotoja tulisi kehittää.

Kotiin annettavien, sairaalakäyttöä vähentävien palvelujen lisääminen sekä paljon hoitoa tarvitsevien kotihoitoasiakkaiden palvelumuodon kustannuskriittinen arvioiminen eivät ole vaihtoehtoisia toimenpiteitä. Molempia tarvitaan kustannustehokkaan sekä laadultaan nykyistä paremman palvelurakenteen luomiseksi.

Vanhukset, jotka haluavat tulla kotona hoidetuiksi, tarvitsevat jatkossakin kotihoitoa. Se voi olla myös muita hoitomuotoja kalliimpaa, jos tarvittava rahoitus pystytään järjestämään. Kuntien taloudellisen kantokyvyn kannalta olisi eduksi, jos asiakas voisi näissä tapauksissa panostaa myös itse kotona asumisensa edellytysten ylläpitoon hankkimalla osan palveluista kotitalousvähennyttä hyödyntämällä. Nykyisin asiakkaan omaa varallisuutta edellytetään käytettäväksi hoidon rahoitukseen ainoastaan tehostetussa palveluasumisessa.

5 Asiakstarpeen vertailu vaihtoehtoisissa palvelumuodoissa



Asiakkaiden erilainen hoidontarve on keskeisin eri hoitomuotojen välille kustannuseroja aiheuttava tekijä. Hoidon tarpeen mittaamiseksi on kehitetty mittareita, jotka osoittavat, että vanhuspalvelujen piirissä olevien asiakkaiden tarpeiden välillä on suuria eroja. Samoin hoitomuotojen kustannuseroja selittää hoitomuotojen väliset isot erot asiakkaan tarvitseman hoidon määrässä.

Tampereen kaupungilla on käytetty useiden vuosien ajan Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tukemana hoidon tarpeen arviointiin kansainvälisesti kehitettyä hoidon laadun ja kustannusvaikuttavuuden arviointi- ja seurantajärjestelmä RAlta. Pitkäaikaishoidon RAI (RAI Long Term Care) on ollut käytössä vanhainkotihoidossa, geriatrisessa sairaalahoidossa ja omassa tehostetussa palveluasumisessa. Sen käyttöönotto on menossa myös ulkopuolisten tuottajien tuottamassa tehostetussa palveluasumisessa.

Sairaalahoidossa on kokeiltu myös akuuttihoitoon tarkoitettua RAI-arviointia Hatanpään puistosairaalan geriatrisessa osastoryhmässä vuonna 2010, mutta sen käyttöönotosta luovuttiin, kun osastoryhmä siirtyi erikoissairaanhoidon osaksi. Pitkäaikaishoidon RAI:n mielen-terveyslisäosa on sen sijaan otettu käyttöön psykogeriatrian osastoryhmässä. Lisäksi vuodesta 2013 alkaen Kaupin sairaalassa ja Rauhaniemen sairaalan osastolla 24 on käytetty kuntoutushoidon RAlta (RAI-PAC, Post Acute Care). Kotihoito käyttää kotihoidon RAlta (RAI-HC).

RAI-arvioinnilla voidaan mitata asiakkaan fyysistä (ADLH) sekä sosiaalista ja älyllistä (CPS) toimintakykyä ja esimerkiksi ravitsemustilannetta. RAI-mittaristosta saadaan myös kustannuspainoindexi erilaisille asiakasryhmille. Laskennan peruslähdekohtana on esittää erilaisen hoidontarpeen vaatiman työmäärän erot suhdelukuina verrattuna keskimääräiseen tarpeeseen, jota kuvataan arvolla 1.000 (Esimerkiksi arvo 1.130 tarkoittaa 13 prosenttia keskiarvoa korkeampaa työvoimasta johtuvaa kustannusta.).

Seuraavassa on esitetty eräiden asiakasryhmien fyysisen ja älyllisen toimintakyvyn mittariarvoja. Mittareita esitellään laajemmin liitteessä 3.

Taulukon 21 arvoja voidaan pitää vain suuntaa antavina, koska käytetty otanta on vain muutamia kymmeniä henkilöitä. Luvuista on kuitenkin nähtävissä merkittäviä eroja ADLH-mittariarvoissa, joissa toimintakykyä mitataan asteikolla 0–6. Esimerkiksi säännöllisen kotihoidon palvelujen piirissä olevien vanhusten ADLH-arvot ovat keskimäärin 0,4, vanhainkotiin siirtyneiden arvo on 3,9, ja tehostettuun palveluasumiseen siirtyneiden arvo on 2,5.

Taulukko 21. Eräiden asiakasryhmien RAI-mittareiden keskiarvoja.

Yhteenveto sairaalaosastoilta (Kausa+Rausa) vanhainkotihoitoon tai ympärivuorokautiseen tehostettuun palveluasumiseen siirtyneistä

		ADLH (0-6) ka	CPS (0-6) ka	RUG ADL (4-18) ka	CMI ka
Vanhainkotihoitoon siirtyneet, RAI-keskiarvot:	Koukkuniemen vanhainkotiin siirtyneet	3,9	3,0	12	0,988
Tehostettuun palveluasumiseen siirtyneet, RAI-keskiarvot	Ulkopuoliseen tehostettuun palveluasumiseen siirtyneet	2,3	2,7	8	0,913
	Impivaaraan siirtyneet (18.11.2013), joilla RAI alle 6kk	3,3	2,9	11	1,035
	Jukolaan siirtyväksi suunnitellut (25.11.2013 saadun tiedon perusteella)	2,0	2,8	6	0,882
Tehostettuun palveluasumiseen siirtyneet, keskiarvo		2,5	2,8	8	0,943
Huom! Suuret erot Impivaaran ryhmäkodeissa, esim. Impi 4 ylin kerros:		4,5	3,1	15	1,218

Yhteenveto sairaalaosastoilta (Kausa+Rausa 24) muulle kuin ympärivuorokautiseen hoitoon kotiutuneet
Arvioinnit Rai-Pac laatumuodulilla ajanjaksolta 1.2.2013 - 1.2.2014 - puuttuu Rausan Rai_Ltc -tiedot

	ADLH (0-6) ka	CPS (0-6) ka	RUG ADL (4-18) ka	CMI ka
Koti tai vastaava -ei palveluja (RAI_PAC uloskirjausyy 1)	0,9	1,2		0,849
Koti tai vastaava + palvelut (RAI-PAC uloskirjausyyt 2-4)	1,4	1,6		0,856
Tavallinen palveluasuminen_ei ymp.vrk (RAI_PAC uloskirjausyy 5)	1,6	1,8		0,865
Koti tai vastaava + palvelut (RAI-PAC uloskirjausyyt 2-4)	1,4	1,6		0,856
Tavallinen palveluasuminen_ei ymp.vrk RAI_PAC uloskirjausyy 5)	1,6	1,8		0,865
Ka:t uloskirjausyyt 2-5 yhteensä	1,5	1,7		0,861

Tampereen kotihoito: oma tuotanto ja kilpailutetut alueet

	ADLH	CPS	IADL	Maple	CMI (kotihoito-hoitohenkilökunta)	CMI (kotihoito-kaikki)
RAI-mittarikeskiarvot palvelun piiriin tullessa	0,4	1,1	9,11	2,95		
RAI-mittarikeskiarvot poikkileikkaus palvelun piirissä olleet 11.3.2014	0,4	1,3	9,9	3,2	0,889	0,891
RAI-mittarikeskiarvot palvelun päättyessä		1,2	8,61	2,53		
RAI-mittarikeskiarvot tullessa + palvelunpiirissä ollessa + poistuttaessa	0,4	1,2	9,20	2,89		

Sairaalasta kotiutumisasiheessa fyysistä kuntoa mittaava ADLH-mittarin arvo (1,4) on myös selvästi säännöllisen kotihoidon keskimääräisen asiakkaan arvoa (0,4) suurempi. Jopa niillä asiakkailla, jotka eivät kuulu säännöllisen kotihoidon palvelujen piiriin, on sairaalasta kotiutuessaan kotihoidon piirissä olevien keskiarvoa huonompi fyysinen suorituskyky (0,9 vs. 0,4). Myös ajattelun ja ymmärtämisen tasoa mittaavat CPS-arvot näyttävät olevan sairaalasta kotiutuville hieman kotihoidon piirissä olevia huonompia.

Tampereen aineisto näyttää korreloivan hyvin THL:n tekemien selvitysten kanssa. Tampereella, kuten THL:n analyyseissakin, nähdään hajontaa myös ympärivuorokautisen hoidon asiakkaiden hoitoisuudessa, koska palvelun piirissä on myös vanhuksia, joiden hoidon tarve ei RAI-mittareilla mitattuna välttämättä edellyttäisi ympärivuorokautista hoitoa.

THL:n mukaan (Harriet Finne-Soveri, RAI-päivä 3.4.2014) tämä johtuu siitä, että aiempia palveluasumisyksiköitä on muutettu tehostetun palveluasumisen yksiköiksi ja osa asukkaista, joita muutos on koskenut, ei ole tämäntasoisien palvelun tarpeessa. Tampereella ilmiötä on pieneltä osin havaittu vanhainkotiasukkaissa, joiden sijoitus on tehty aikana, jolloin sijoituspäätöksiä vanhainkotiin tehtiin vielä sosiaalisin perustein.

Mikäli tavoitellaan kotona hoidettavien suhteellisen osuuden kasvua, on samalla asetettava tavoitteeksi toimintakykyymmäreillä yhä huonokuntoisempien asiakkaiden kotiuttaminen kuntouttavasta sairaalahoidosta. Samalla myös ympärivuorokautiseen hoitoon siirtyvien keskimääräiset kuntoisuusarvot heikkenevät.

Jotta tämä kehitys ei johdu aiempaa varhaisemmassa vaiheessa keskeytetystä kuntoutushoidosta, myös kuntoutuksen vaikuttavuutta on mitattava. Tähän on olemassa työkaluja jo käytössä olevan kuntoutus-RAIn (RAI-Post Acute Care) avulla. Kyseisellä mittarilla mitataan potilaan kuntoa hoitoon tulo- ja päättymisasiheessa. Samalla tulee mitattua aikaansaatu terveyshyöty.

Näyttää siltä, että RAI-arviointimittaria voidaan käyttää työkaluna, kun suunnitellaan erilaisten asiakasryhmien hoitomuotojen valintaa. Toistaiseksi ilman manuaalista poimintaa ei kuitenkaan ole käytettävissä tietoa esimerkiksi siitä, mitkä ovat kotihoidon erilaisten käynti-intensiteettien mukaan muodostettujen asiakasryhmien RAI-mittareiden keskiarvot. Edellä esitetyn kaltainen kustannustarkastelu voi osittain korvata erilaisten kotihoidon asiakasryhmien hoidon tarpeen ja tarkoituksenmukaisen hoitopaikan arviointia, koska kustannukset kertyvät hoidon määrän mukaisesti. Kustannusten seuranta ei kuitenkaan ole suunniteltu siten, että täsmällisiä lukuja olisi saatavilla.

Toisaalta vanhuksen kotiympäristö, sosiaaliset suhteet ja muu sosioekonominen kantokyky vaikuttavat paljon siihen, kuinka huonokuntoisena hän selviää kotihoidossa. Näiden olosuhteiden numeerinen mittaaminen kattavasti on lähes mahdotonta. Myös omaishoidon tuella hoidettavien vanhusten kyky asua kotona riippuu pitkälti omaishoitajan kapasiteetista, ja tässä joukossa on paljon myös raskashoitoisia vanhuksia. RAI-arvioita ei yleensä ole tehty omaishoidettaville.

Ympärivuorokautisen hoidon myöntämisperusteena on hoidon tarve, jota kotihoidossa mitataan Maple-asteikolla sekä kotihoidon RAI:lla. Ympärivuorokautisen paikan myöntämisen perusteena ovat arvot: Maple on 4 tai enemmän, CPS on 3 tai enemmän ja ADLH on 4 tai enemmän.

Maple 4 tai 5 -ehdon täyttää 1 152 henkilöä säännöllisen kotihoidon asiakasta (2 203 tehdystä RAI-arviosta). Näistä lisäksi täyttää 191 henkilöä täyttää CPS 3 -ehdon ja 53 henkilöä ADLH 4 -ehdon. CMI-mittarilla mitattuna ADLH 4 tai 5 -ehdon täyttävistä 1 152 henkilöstä 522:n CMI-arvo on yli 1.000.

Kotihoidosta siirrytään ympärivuorokautiseen hoitoon useimmiten sairaalajakson kautta. Kuntoutussairaaloiden RAI-PAC-seurannan mukaan toimintakyvystä saadaan palautettua keskimäärin yli puolet kuntoutusjakson aikana. 53 prosenttia kuntoutusyksiköihin sisään kirjatusta on nykyisin jo Maple 4- tai 5-tasoisia.

Yhteenveto ja johtopäätökset

RAI-arviointimittarilla saadaan kuvattua erilaisten asiakasryhmien hoidon tarvetta ja osoitettua eri hoitomuotojen erot asiakasrakenteessa. Tämän vuoksi RAI:ta on mahdollista käyttää erilaisten asiakasryhmien hoitomuotojen valinnan suunnittelun työkaluna.

Toistaiseksi ei ole vakiintunutta käytäntöä hoidettavuuden ja hoidon kustannusten suhteuttamiseen, mutta resurssien paremman kohdentamisen ja tarkoituksenmukaisen käytön vuoksi asian kehittämiseen kannattaa panostaa.

Kuntoutustoiminnan vaikuttavuutta voidaan seurata ja kehittää kuntoutustoimintaan suunnitellulla RAI-mittaristolla.

6 Tampereen palvelujärjestelmä valtakunnallisessa tarkastelussa



Vanhuspalvelujen rakennemuutos on eri kunnissa eri vaiheessa. Muutos on kuitenkin toteutunut nopeasti, ja laskelmat sen kustannusvaikutuksista saattavat perustua vanhentuneisiin tietoihin. Tampereen luvuilla arvioituna säästöpotentiaali Suomessa oli 500 miljoonaa euroa, josta todennäköisesti yli puolet on jo toteutunut. Kustannussiirtymä valtiolle olisi kokonaisuutena noin 200 miljoonaa euroa.

Kotihoidon lisäkustannukset ja erityisesti kotihoidon kasvuun liittyvä sairaalahoidon lisääntyvä tarve näyttää syövän säästön. Jotta hoitomuotojen kaikkia kustannuksia voitaisiin vertailla, pitäisi kehittää laskentamalli ja laskuri. Kehitystyö voitaisiin tehdä valtakunnallisena yhteishankkeena, johon myös Kela osallistuisi.

Kuntaliiton *Suurten kaupunkien terveydenhuollon kustannukset vuonna 2013 -vertailun* (Kunnat.net, 2014) mukaan Tampereen yli 65-vuotiaan väestön osuus on 17,7 prosenttia koko väestöstä. Luku on pienempi kuin koko maan vastaava luku 19,4 prosenttia. Kymmenen suurimman kaupungin keskiarvo on 16,6 prosenttia. Kuusikko-kunnista vain Turussa on enemmän vanhusväestöä kuin Tampereella.

Tampereella jo toteutettu palvelurakennemuutos on muuttanut merkittävästi eri palvelumuotojen osuuksia vanhustenpalveluissa.

Koko väestön terveydenhuollon kustannuksissa Tampere on edelleen kustannuksiltaan toiseksi kallein Kuntaliiton ikävakioidujen lukujen mukaan.

Ikäihmisten laitoshoidon ympärivuorokautisen hoidon vähentämisellä saadut säästöt (vuositasolla 15,3 miljoonaa

euroa vuoteen 2014 mennessä) ovat olleet verrattain vähäisiä siksi, että kyseisen laitoshoidon palvelujen kustannustaso on ollut ainakin suuriin kuntiin verrattuna alhainen. Säästö on vähäinen, jos sitä verrataan Kuntaliiton vertailussa laskettuihin Tampereen erikoissairaanhoidon keskimääräisiin kustannuksiin, jotka ovat 29,9 miljoonaa euroa vertailukuntien mediaania suurempia.

Osasy kalliisiin kokonaiskustannuksiin on se, että pitkäaikaista laitoshoidoa on pyritty korvaamaan kotihoidolla. Tällöin on samalla lisätty lyhytaikaisen sairaalahoidon tarvetta. Tämä on ohjautunut suurelta osin yhä erikoissairaanhoidon, koska kotihoidon terveyspalvelut ovat tarpeeseen nähden riittämättömät. Mahdollisesti myös turvattomuuteen haetaan apua sairaalahoidosta, jolloin muodostuu kalliita, niin sanottuja suunnittelemtomia sairaalahoidon jaksoja.

Kun vanhustenpalvelujen potentiaalisia kustannussäästöjä arvioidaan valtakunnallisesti Tampereen lukujen valossa, on ilmeistä, että erityisesti pitkäaikaisen terveyskeskushoidon eli sairaala-asumisen muuttaminen tehostetuksi palveluasumiseksi saisi aikaan merkittävät säästöt. Useissa kunnissa näin on kuitenkin jo tehty. Helsingissä muutos on toteutettu jo vuonna 2010 ja Espoossakin se toteutettiin vuoteen 2013 mennessä. Oulussa ja Vantaalla terveyskeskusten vuodeosastohoito ei ole ollut milloinkaan suurta, joten säästömahdollisuus on Kuusikko-kunnissa vain Turussa (hoitomuodon osuus väestöstä 2,9 prosenttia vs. muut alle 0,5 prosenttia).

Tampereella vanhainkotihoitoon ja tehostetun palveluasumisen yksikkökustannukset ovat pääkaupunkiseutua pienempiä. Vuoden 2009 lähtötilanteessa Tampereella vanhainkotihoitoa oli keskimääräistä enemmän (osuus ikäryhmästä 5,3 prosenttia, muut kunnat 4,4 prosenttia). Näin ollen sen korvaaminen tehostetulla palveluasumisella on tuonut Tampereella jonkin verran enemmän säästöä kuin muissa Kuusikko-kunnissa. Oulussa osuus on ollut vieläkin suurempi, eikä muutokseen ole edes merkittävästi ryhdytty. Säästöpotentiaali ei muissakaan Kuusikko-kunnissa ole jo toteutuneen muutoksen vuoksi enää yhtä suuri kuin vuonna 2009.

Kuusikko-kaupungeista lyhytaikaisen sairaalahoidon osuus vanhustenhoitossa on suurin Tampereella. Myös erikoissairaanhoidon suhteellinen osuus on suurin Tampereella. Muissa kaupungeissa lyhytaikaishoidon kasvu ei ole syönyt rakennemuutossäästöä Tampereen tapaan. Lyhytaikaisten sairaalapäivien määrän vähentämisessä Tampereella on muita kaupunkeja suurempi säästöpotentiaali.

Kuusikko-kuntien palvelurakenteissa merkittävimmät erot liittyvät Espoon ja Vantaan erilaisuuteen. Ne ovat sekä väestönsä iän että oman ikänsä puolesta nuoria kaupunkeja. Niillä ei ole ollut suurta tarvetta rakentaa aiemman lainsäädännön mukaista, paljolti vanhainkoteihin perustuvaa palveluverkkoa, koska vanhusväestön määrä on ollut pieni. Kun väestö on nyttemmin vanhentunut, ympärivuorokautisen hoidon tarve on hoidettu uudemman lainsäädännön mahdollistamalla tehostetun palveluasumisen paikoilla.

Myöskään uudempien rakennusstandardien mukainen rakennuskanta (asukkailla omat wc:t ja riittäväksi katsottu huonekoko) ei ole estänyt muutosta. Säännöllisen kotihoito-osuus on Espoossa ja Vantaalla muita pienempi.

Oulun erottaa muista kaupungeista lähinnä omaishoitettavien yli kaksinkertainen määrä muihin verrattuna. Myös kotihoito-osuus on Oulussa suuri. Nämä nostavat palvelun kattavuuden korkeaksi.

Muiden suomalaisten kuntien palvelurakenteita ei tässä ole kattavasti selvitetty. Kuitenkin esimerkiksi Kuntamaisema-raporttien perusteella voidaan arvioida, että pienempien kuntien erot vanhusten palvelurakenteissa ovat – kuntakoon pienyydestä johtuen – hyvinkin suuria. Esimerkiksi ympärivuorokautisen hoivan kattavuus, joka Kuusikossa vuonna 2012 vaihteli Tampereen 9,0 prosentin ja Turun 10,5 prosentin välillä, vaihtelee koko kuntakenttää tarkastellen paljon enemmän (Alajärvi 15,2 prosenttia, Lieksa 5,0 prosenttia).

Eroilla on merkitystä, kun Tampereella tehtyjen muutosten ja saatujen kustannussäästöjen vaikutusta pyritään arvioimaan koko maan mittakaavassa. Tampere oli vielä vuonna 2005 suuren vanhainkotimääränsä vuoksi laitospainotteisin Kuusikko-kunta (pitkäaikaisen laitoshoidon osuus 8,8 prosenttia). Vuonna 2009 (josta tässä tehdyt säästölaskelmat alkavat) Tampereen laitospaikkojen kattavuus oli enää 6,9 prosenttia, kuten Helsingissäkin. Turussa vastaava luku oli tuolloin 7,7 prosenttia.

Vuosina 2009–2013 Tampereella vanhainkotipaikkojen väheneminen on ollut selvästi muita Kuusikko-kuntia nopeampaa (5,3 prosentista 2,6 prosenttiin). Sairaala-asuminen (terveyskeskuksen pitkäaikaishoito) sen sijaan on Tampereella vähentynyt pääasiassa vasta vuodesta 2013 alkaen, ja vuonna 2014 se alittaa 0,5 prosentin tason, jossa muut Kuusikko-kaupungit (Turku lukuun ottamatta) ovat olleet jo aiemmin.

Vuonna 2014 Tampereen 15,3 miljoonaan euroon nousseista vuositasen säästöistä noin puolet on peräisin sairaaloiden pitkäaikaishoidon vähenemisestä. Vastaavaa säästöä ei muissa Kuusikko-kaupungeista ole tässä laajuudessa tehtävissä (pois lukien Turku, jossa potentiaali on Tampereettakin suurempi).

Jos arvioidaan, että Tampereen kokonaissäästö – mahdollinen laitoshoidosta kokonaan luopuminen (+5 miljoonaa euroa) mukaan laskien – on 20,3 miljoonaa euroa, ja oletetaan, että sama toteutuisi valtakunnallisesti myös muissa kunnissa (kuntien erot unohtaen), Tampereen 4 prosentin väestöosuus johtaisi noin 500 miljoonan euron säästöön koko maassa. Muutokset on jo monelta osin tehty kunnissa, joten esimerkiksi 250 miljoonan euron arvioikin vielä käytettävissä olevasta säästöpotentiaalista voi olla liian suuri. Tampereella säästöä vastaava, tai suurempi, summa on lisäksi kulunut vaihtoehtoisten palvelumuotojen kehittämiseen tai lisääntyneen kysynnän kattamiseen, joten budjettien tasapainottamiseen sitä ei ole jäänyt.

Tampereella Kelan ja ARAn panos kunnilta säästyvien kustannusten rahoittamisessa voidaan arvioida 7,9 miljoonaksi euroksi. Tällöin oletetaan, että 1 300 paikkaa korvataan asumismuodolla, jonka kuukausittaisiin kustannuksiin Kela osallistuu 255 euron asumistuella ja 150 euron lääkemenkukorvauksilla sekä ARA 250 euron investointituella. Valtakunnalliseksi muutettuna Tampereen prosentin osuus merkitsisi noin 200 miljoonan euron kustannussiirtymää kunnalta valtiolle.

Jotta Tampereen tulokset voitaisiin yleistää kansallisiksi tai siirtää toisen kunnan säästömahdollisuuksien arvioimisen pohjaksi, tarvittaisiin tarkempia tietoja vertailtavan kunnan tai muun kokonaisuuden nykyisen palvelurakenteen tilasta ja palvelujen yksikköhinnosta. Kun hyödynnetään Tampereen luvuilla laskettua esimerkkiä, voidaan kuitenkin luoda laskentamalli, jonka avulla kustannusvaihtokuituksia voidaan arvioida lähtötiedot muuttamalla.

Keskeinen kysymys on, millä palveluilla lopetettavat palvelut korvataan. On ongelmallista luoda nykyisillä toimintatavoilla toteutuva kotihoitoa painottava järjestelmä, joka olisi samalla kustannustehokas. Eri toimijoiden muodostaman kustannuskokonaisuuden hallinta on hankalaa, ja se johtaa helposti hoitomuodon kokonaiskustannuksien virhearvioihin.

Näyttääkin siltä, että eri intensiivisyystason kotihoito sekä hoitoon liittyvien tuki- ja lisäpalveluiden luettelointi

sekä niiden käyttömäärien ja kustannusten arviointi tulisi tehdä asiakaskohtaisesti. Tällöin olisi mahdollista tehdä ratkaisuja tarkoituksenmukaisista hoitopaikoista. Kuntien asiakasohjaukselle tarvitaan siis työkalu, jolla hoitomuodon kokonaiskustannuksia voidaan hallita asiakaskohtaisesti ja samalla kertoa myös asiakkaalle odotettavissa olevat hoito- ja muut maksut.

Asiakkaan omaan hoitomuodon valintaan koskevaan päätöksentekoon kaivattaisiin myös kansallisesti toteutettavia apuvälineitä. Kansaneläkelaitoksen maksamat palvelukustannukset pitäisi saada mukaan laskelmiin. Tarkoituksenmukaisen ja kustannustehokkaan palvelumuodon valitseminen on nykyisellään erittäin hankalaa, koska useiden palvelujen maksujärjestelmä perustuu moniin, osin tulositonnaisiin maksuihin ja tukiin.

Kotihoidon kustannuksia ei ole etukäteen laskien mahdollista ennustaa, koska tilanteen mukaan vaihtuva palvelutarve muuttaa myös maksuja – esimerkiksi sairaaloiden hoitopäivämaksut ja muut terveyspalvelujen maksut. Sosiaalityöntekijät voivat lisäksi joutua tarkastelemaan useaan kertaan paljon hoitoa tarvitsevan kotona asuvan vanhuksen taloutta.

Selvityksen tarkoituksena oli avata myös asiakasmaksujen mahdolliset epätarkoituksenmukaiset insentiivit ja vastata kysymykseen, ohjaako maksujärjestelmä asiakasvalintaa kalliimmilla kustannuksilla tuotettaviin palveluihin.

Käytännön asiakastyön perusongelma näyttää kuitenkin olevan se, että maksujärjestelmä on asiakkaan ja hänen omaistensa kannalta niin vaikeaselkoinen, että taloudellisesti rationaalista maksuihin perustuvaa hoitomuodon valintaa on erittäin vaikea tehdä. Laitoshoidon maksulainsäädäntö tuottaisi osalle asiakkaista taloudellista hyötyä, mutta maksujen välttäminen ei ole lainmukainen peruste laitoshoitopaikan saamiselle. Osalle asiakkaista, jotka eivät ole varallisuutensa vuoksi oikeutettuja Kelan maksamiin asumistukiin, kotihoito voi olla talousperusteinen houkuttelevampi vaihtoehto kuin tehostettu palveluasuminen. Tehostettu palveluasuminen puolestaan olisi kunnalle edullisin ratkaisu, jos asiakkaan palvelutarve on suuri.

Yhteenveto selvityksen keskeisistä tuloksista

Vanhainkotihoidon on vuosina 2009–2014 korvattu Tampereella tehostetulla palveluasumisella siten, että hoitomuotojen yli 65-vuotiaiden asiakkaiden määrä on pysynyt lähes ennallaan. Kun huomioidaan asiakasmaksut ja rahan arvon muutokset, kustannussäästö on ollut 15,3 miljoonaa euroa vuodessa. Kustannussäästö muodostuu pääosin toisaalta valtion vastuulle siirtyneistä asumis- ja lääkekustannuksista, toisaalta tehostetun palveluasumisen pienemmistä henkilöstökustannuksista. Vuonna 2014 toteutuneen muutoksen jälkeen rakennemuutoksen säästöpotentiaalista on toteutunut 75 prosenttia.

Kun tarkastellaan asiakkaiden näkökulmaa, 80 prosentille asiakkaista ympärivuorokautisen hoidon eri hoitomuodot eivät eroa hoidon kokonaiskustannuksiltaan.

Varallisuutensa vuoksi noin 20 prosenttia tehostetun palveluasumisen asiakkaista ei saa Kelan asumistukea, jolloin kuukausittainen tappio on maksimissaan 400 euroa kuukaudessa.

Vanhusten määrän lisääntyminen on myös lisännyt palvelutarvetta. Lisätarve on katettu lisäämällä säännöllisen kotihoidon piirissä olevien asiakkaiden määrää. Kotihoidon hoitokäyntien reaalit kustannukset ovat lisääntyneet 7,7 miljoonaa euroa. Samalla paljon hoitoa kotiin saavien asiakkaiden määrä on lisääntynyt. Noin 17 prosenttia kotihoitoasiakkaista aiheuttaa puolet kotihoidon käyntien kustannuksista.

Yli 65-vuotiaiden lyhytaikaisten sairaalajaksojen määrä on lisääntynyt lähes 20 prosenttia vuodessa vuosina 2009–2013. Määrä on noin nelinkertainen ikäryhmän asukkaiden määrän lisääntymiseen verrattuna.

Lyhytaikaishoidon kustannukset ovat samanaikaisesti kasvaneet 14,7 miljoonaa euroa ja sairaaloiden avopalvelut 8,1 miljoonaa euroa. Tämä kasvu on yhteensä 6,8 miljoonaa euroa suurempi kuin vanhusväestön määrän kasvu olisi edellyttänyt.

Kotihoidon asiakkaat tarvitsevat kotihoidon asiakkuutensa aikana keskimäärin 28,3 sairaalahoitopäivää. Määrä on viisinkertainen ympärivuorokautisen hoidon asiakkaisiin verrattuna. Kun kotihoidon hoitokäyntien kustannuksiin lisätään sairaalajaksojen kustannusten lisäksi omalääkäri-, matka- ym. muut hoitomuodon aiheuttamat kustannukset, vuonna 2013 Tampereella oli kotihoidossa lähes 1 000 asiakasta (noin 25 prosenttia), joiden kustannusten taso ylitti tehostetun palveluasumisen kustannustason.

Kotihoito on lain edellyttämä ensisijainen vanhuksen hoitomuoto. Monesti se on myös asiakkaan toivomaa tai muista syistä perusteltua kustannuksista riippumatta. Usein oletetaan, että kotihoito on aina raskaimpia hoitomuotoja edullisempi hoitomuoto, mutta oletamus on tämän selvityksen perusteella väärä. Mikäli kaikki kotihoitoon liittyvät kustannuserät otetaan huomioon, se ei ole kunnan nettokustannusten kannalta – nykyisellä tavalla toteutettuna ja nykyisellä asiakasrakenteella – edes tehostettua palveluasumista edullisempi hoitomuoto.

Jotta voidaan luoda kustannustehokas ja laadukas palvelujärjestelmä, yksilökohtaiseen, paljon kotihoitoa saavien hoidon suunniteluun kannattaakin kiinnittää runsaasti huomiota. Lisäksi raskaan kotihoidon toteutustapojen kehittämässä on paljon tehtävää.

Asiakasohjauksen ja asiakkaiden käyttöön tarvittaisiin hoitomuotojen tarkoituksenmukaista valintaa ja niiden kustannusvaikutuksia helpottavia työkaluja.

Liite 1 Tampereen väestötilastoja

Lähteet: www.tampere.fi/tampere-info/Tampere_sanoin_ja_kuvin/Tilastot_ja_tutkimukset/Tilastot_alueittain/Vaesto_ja_muuttoilike
- Väestö ja väestön muutokset 2013 (pdf 24.3.2014) sekä Väestösunnite vuoteen 2030 (pdf 20.5.2014)

Tampereen vanhusväestö v. 2009–2013

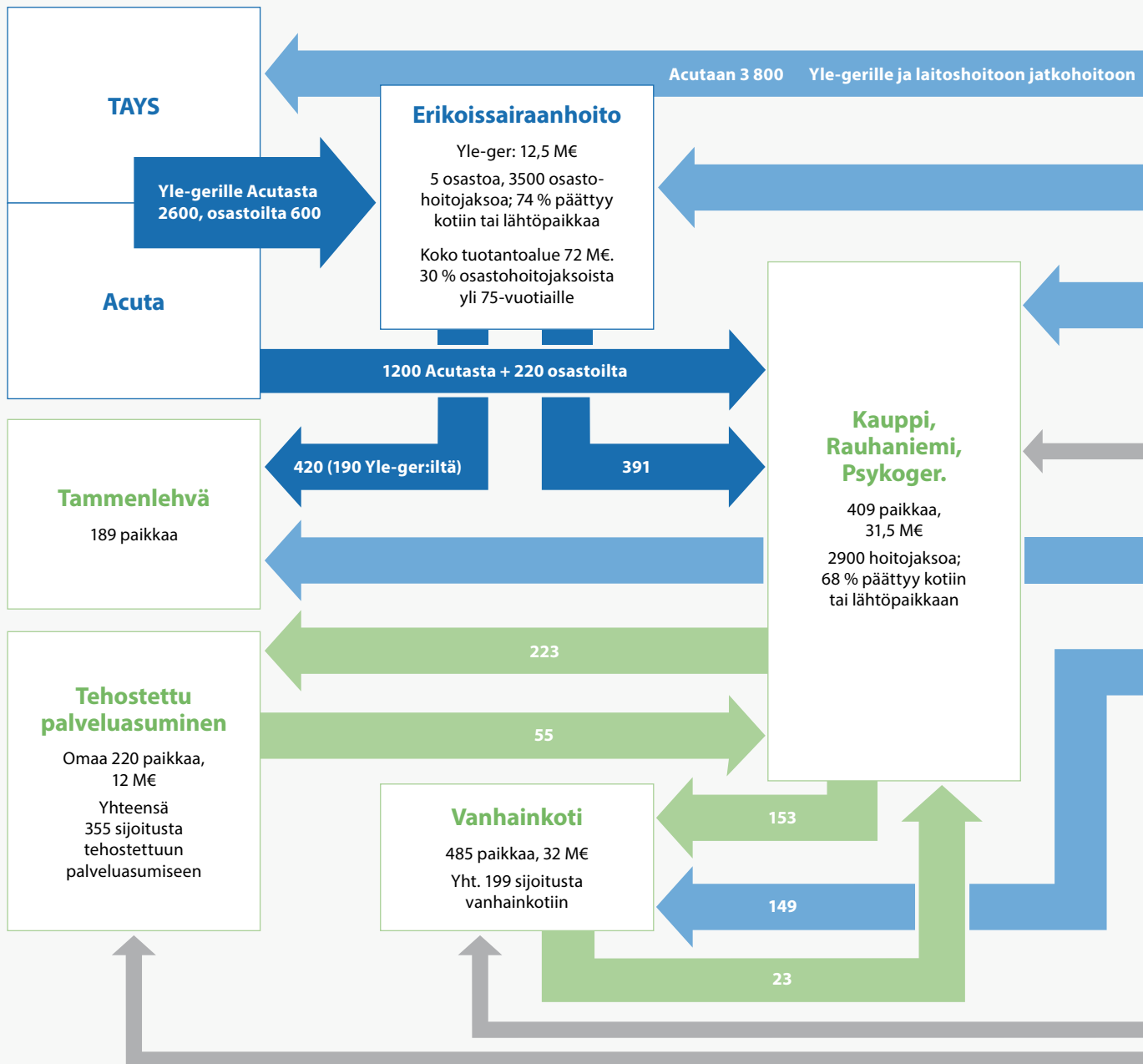
Ikä	2009	2010	2011	2012	2013	Keskim. muutos/ vuosi	% väestöstä v. 2013
65–74-vuotiaat	17 472	18 332	19 472	20 613	21 588	823	9,8 %
75–84-vuotiaat	11 932	12 005	12 149	12 362	12 501	114	5,7 %
yli 85-vuotiaat	4 156	4 323	4 506	4 695	4 963	161	2,2 %

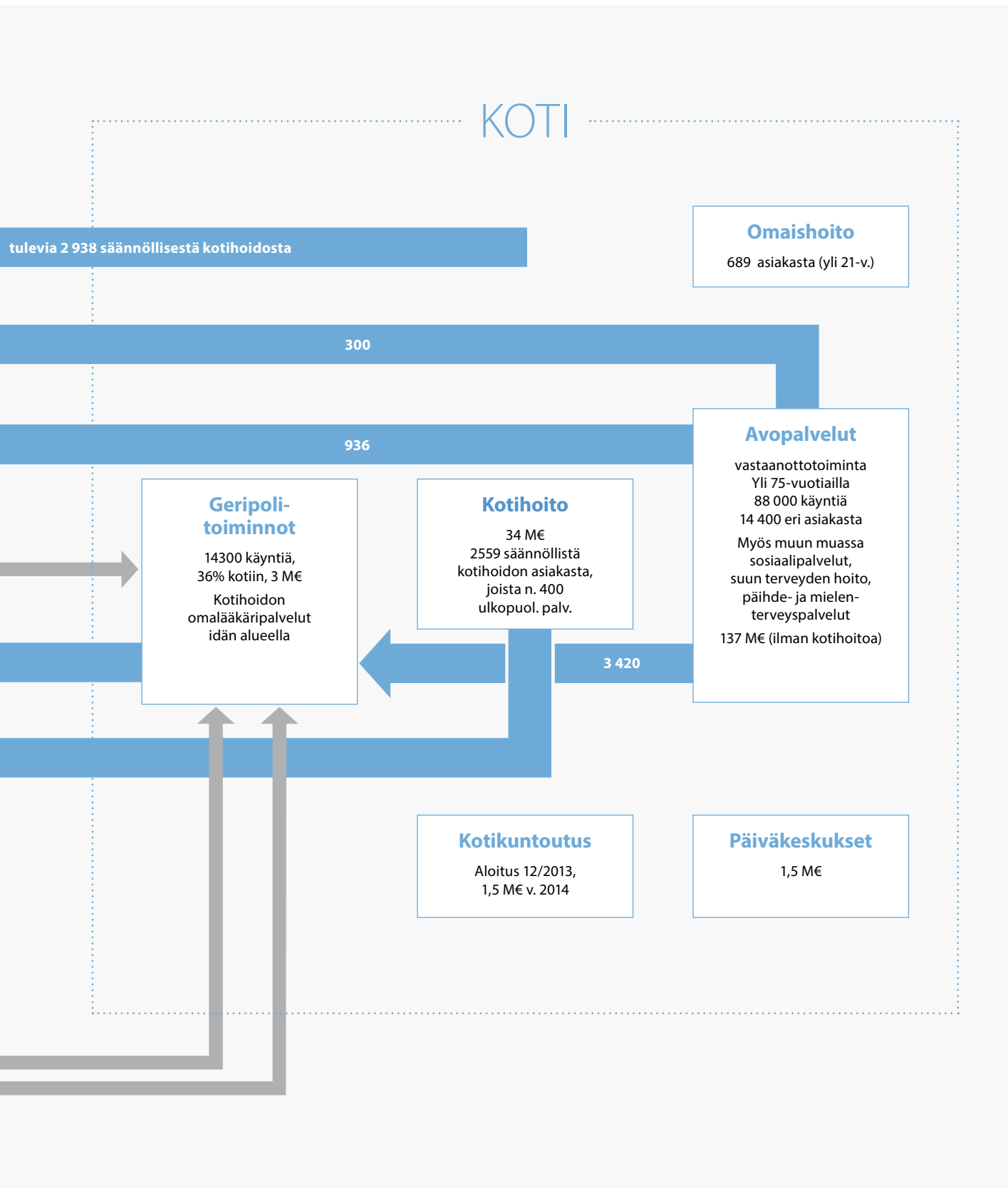
Tampereen väestösunnite v. 2014–2018

Ikä	2014	2015	2016	2017	2018	Keskim. muutos/ vuosi	% väestöstä v. 2018	2020	2025	2030
65–74-vuotiaat	22 500	23 300	23 600	24 400	24 900	480	10,7 %	25 100	24 000	24 100
75–84-vuotiaat	12 750	12 800	13 350	13 300	13 600	170	5,9 %	14 700	18 950	20 300
yli 85-vuotiaat	5 250	5 500	5 700	5 900	6 000	150	2,6 %	6 300	7 050	8 250

Liite 2 Tampereen vanhustenpalvelut vuonna 2013

Vanhusten hoitoketju: Toimijat 2014 ja hoidon volyymit 2013 + Siirtymät





Liite 3 Hoitoisuuden mittaamiseen käytettäviä mittareita

RAI-järjestelmä

Kansainvälinen asiakkaan hoidon sekä palveluiden laadun ja kustannusvaikuttavuuden arviointi- ja seurantajärjestelmä, joka sisältää Minimum Data Setiin tai sen vuonna 2006 päivitettyyn interRAI-kysymyslomakkeistoon perustuvat kysymyssarjat, käsikirjat, kysymyksistä koostetut mittarit sekä hoito- ja palvelusuunnitelman apuvälineet

RAI

Resident Assessment Instrument, asiakkaan arviointimenetelmä

RAI-HC

RAI Home Care, kotihoidon RAI

RAI-LTC

RAI Long Term Care, ympärivuorokautisen hoidon RAI

RAI-PAC

RAI Post Acute Care, jatkohoidon tai akuuttihoiton jälkeisen kuntoutushoidon RAI

ADL

Activities of Daily Living, päivittäiset toiminnot, jonka mittaamiseen käytetään RAI-järjestelmään sisältyviä mittareita: ADL_h, ADL_I ja ADL_RUG

ADL_h

RAI-järjestelmään sisältyvä hierarkkinen ADL-mittari, joka huomioi päivittäisistä toiminnoista liikkumisen yksikössä, WC:n käytön, henkilökohtaisen hygienian ja syömistä. Asteikko on 0–6, jossa 0 on itsenäinen ja 6 täysin autettava.

ADL_I

Laaja päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen mittari, joka huomioi seitsemää arvioitua ADL-toimintoa. Mittarin asteikko on 0–28: mitä suurempi arvo, sitä heikompi on asiakkaan toimintakyky päivittäisissä toiminnoissa.

ADL_RUG

Joukko RUG-III-luokitukseen liittyviä ADL-mittareita, jotka huomioivat päivittäisistä toiminnoista liikkumisen sängyssä, wc:n käytön, siirtymisen ja syömistä. Asteikot ovat RUG-III HC/22 4–15, RUG-III LTC/34 4–18 ja yhtenäinen RUG-III/18 4–15.

IADL

Instrumental Activities of Daily Living: kodinhoidollisista tai kodin ulkopuolisista tehtävistä suoriutumisen mittari RAI-HC- ja RAI-PAC -instrumenteissa.

CPS

Cognitive Performance Scale: kognitiivisten toimintojen mittari, joka huomioi lähimuistin, ymmärretyksi tulemisen, päätöksentekokyvyn, kyvyn syödä itse ja tajunnan tason. Asteikko on 0–6, jossa 0 on normaali ja 6 erittäin vaikea kognition vaje.

CMI


Case Mix Index: kustannuspaino, joka selittää hoitohenkilökunnan eri asiakasryhmille kohdistaman ajan vaihtelua verrattuna kaikkien asiakkaiden keskiarvoon

MAPLe

Method for Assigning Priority Levels: mittaria voidaan käyttää arvioitaessa asiakkaan palveluntarvetta. MAPLe_5 kuvaa asiakkaan palveluntarvetta asteikolla 1–5: mitä suurempi arvo, sitä enemmän palveluntarvetta. MAPLe_15-mittari vastaa sisällöltään MAPLe_5-mittaria, mutta tulos on jaettu 15 luokkaan: mitä suurempi arvo, sitä enemmän palveluntarvetta.

RUG

Resource Utilization Groups: luokitus, joka kuvaa RAI-järjestelmään sisältyvää asiakasrakennetta



Vanhusten palvelurakenne on kokenut merkittäviä muutoksia vuosina 2009–2014. Laitoshoidon on muutettu tehostetuksi palveluasumiseksi, ja kotihoidon osuus hoidosta on kasvanut. Syntyikö säästöjä? Kuka maksaa ja mitä?

Selvitys Tampereen muutoksista osoittaa, että lyhytaikaisen sairaalahoidon tarve on lisääntynyt ja se nostaa hoidon kokonaiskustannuksia jopa enemmän kuin laitoshoidon vähentämisestä kertyy säästöä. Kun tarkastellaan kunnan nettokustannuksia, kotihoitoasiakkaiden kahden kallemman kvartaalin hoitokustannukset nostavat kotihoidon tehostettua palveluasumista kalliimaksi hoitomuodoksi. Asiaksmaksujen määrää on selvityksessä tarkasteltu sekä asiakkaan että palvelujärjestelmän rahoituksen näkökulmista.

Sitran selvityksiä 94

Suomen itsenäisyyden juhlarahasto Sitra on tulevaisuusorganisaatio, joka tekee töitä Suomen kilpailukyvyyn ja suomalaisten hyvinvoinnin edistämiseksi. Ennakoimme yhteiskunnan muutosta, etsimme käytännön tekemisellä uusia toimintamalleja ja vauhditamme kestävään hyvinvointiin tähtäävää liiketoimintaa.