



Laskentatyöryhmän raportti

Palliativisen hoidon ja saattohoidon säädosmuutosten kustannusvaikutusten arviointi

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon säädosmuutosten kustannusvaikutusten arviointi

Laskentatyöryhmän raportti

Harriet Finne-Soveri, Mia Malmila, Sari Kehusmaa,
Sirku Jyrkkiö, Pirita Forsius

Julkaisujen jakelu

Distribution av publikationer

**Valtioneuvoston
julkaisuarkisto Valto**

Publikations-
arkivet Valto

julkaisut.valtioneuvosto.fi

Julkaisumyynti

Beställningar av publikationer

**Valtioneuvoston
verkkokirjakauppa**

Statsrådets
nätbokhandel

vnjulkaisumyynti.fi

Publication distribution**Institutional Repository
for the Government
of Finland Valto**

julkaisut.valtioneuvosto.fi

Publication sale**Online bookstore
of the Finnish
Government**

vnjulkaisumyynti.fi

Sosiaali- ja terveysministeriö

© 2021 tekijät ja Sosiaali- ja terveysministeriö

ISBN pdf: 978-952-00-5594-3

ISSN pdf: 2242-0037

Taitto: Valtioneuvoston hallintoyksikkö, Julkaisutuotanto

Helsinki 2021

Palliativisen hoidon ja saattohoidon säädösmuutosten kustannusvaikutusten arviointi Laskentatyöryhmän raportti

Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2021:21

Julkaisija Sosiaali- ja terveysministeriö

Tekijä/t Harriet Finne-Soveri, Mia Malmila, Sari Kehusmaa, Sirkku Jyrkkiö, Pirita Forsius

Kieli suomi **Sivumäärä** 72

Tiivistelmä STM:n asettama Elämän loppuvaiheen hoito -työryhmä on julkaissut kaksi selvitysraporttia (2019a, 2019b), joissa on esitetty suositukset elämän loppuvaiheen hoidon järjestämisestä Suomessa. Tässä raportissa esitetään laskelmia suositusten pohjalta esitettyjen toimintamallien ja lainsäädännön muutosehdotusten kustannusvaikutuksista. Taloudellisten vaikutusten arviointi kohdistetaan uusille tai laajeneville tehtäville. Kustannusten alueittainen jakautuminen riippuu siitä, ovatko tarkastelun kohteena erityisvastuu- vai hyvinvointialueet.

Valtaosa odotetuista uusista menoista (noin 40 miljoonaa euroa) koostuisi henkilöstön palkkauksesta (noin 33 miljoonaa euroa). Sairaanhoitajien osuus olisi 370–418 henkilötyövuotta, lääkäreiden 46–53 ja psykologien 55 henkilötyövuotta. Perustettavien professuurien kustannuksiksi arvioitiin 0,5 miljoonaa euroa. Ruotsin mallin mukainen saattohoitovapaata koskeva erityismääräraha tuottaisi noin 6–7 miljoonan euron kustannukset. Tilamuutosten ja koulutuksen aiheuttamia kustannuksia ei arvioitu raportissa.

Kustannussäästöjä on mahdollista saavuttaa omaksumalla valtakunnallisesti käytössä olevia alueiden parhaita käytäntöjä iäkkäiden palveluissa. Säästöt kumuloiduvat ja hillitsevät merkittävästi kustannuskehitystä lähivuosikymmenien tulevaisuuden skenaariossa. Kustannusten hallinnassa oleellista on suositusten mukainen osaamistason nosto. Säästö tulee viiveellä ja edellyttää raportissa esitettyjä investointeja.

Asiasanat Palliativinen hoito, saattohoito, säädösmuutokset, kustannusvaikutukset, sosiaali- ja terveyspalvelut

ISBN PDF 978-952-00-5594-3

ISSN PDF 2242-0037

Julkaisun osoite <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5594-3>

Rapport av arbetsgruppen för bedömning av kostnadseffekterna av palliativ vård och vård i livets slutskede

Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2021:21

Utgivare Social- och hälsovårdsministeriet

Författare Harriet Finne-Soveri, Mia Malmila, Sari Kehusmaa, Sirkku Jyrkkiö, Pirita Forsius

Språk finska **Sidantal** 72

Referat Social- och hälsovårdsministeriets arbetsgrupp för vård i livets slutskede har publicerat två rapporter (2019a, 2019b) med rekommendationer om hur vården i livets slutskede ska ordnas i Finland. Utifrån rekommendationerna framförs i denna rapport beräkningar av kostnadseffekterna av förslagen till verksamhetsmodeller och lagändringar. Bedömningen av de ekonomiska konsekvenserna gäller de uppgifter som är nya eller som utvidgas. Hur kostnaderna fördelas regionalt beror på om det är ett specialupptagningsområde eller ett välfärdsområde som är föremål för granskningen.

Största delen av de nya utgifterna (cirka 40 mn euro) föranleds av lönerna till personalen. Sjukskötarens andel är 370–418 årsverken, läkarnas 46–53 årsverken och psykologernas 55 årsverken. De uppskattade kostnaderna för inrättandet av professurer uppgår till 0,5 miljoner euro. Det särskilda anslag som föreslås för ledigheten för vård av närstående i livets slutskede skulle föranleda kostnader för cirka 6–7 miljoner euro. I rapporten bedöms inte kostnader för lokaler och utbildning.

Kostnadsbesparingar kan uppnås genom att etablera den goda praxis som tillämpas i regionernas tjänster för äldre. Enligt framtidsscenarioet för de närmaste årtiondena kommer inbesparingarna att ackumuleras och i betydande grad bromsa kostnadsökningen. Det väsentliga vid hanteringen av kostnaderna är att höja kompetensen till den nivå som behövs enligt rekommendationerna. Inbesparingarna kommer att synas med fördröjning och förutsätter att man gör de investeringar som föreslås i rapporten.

Nyckelord palliativ vård, vård i livets slutskede, lagändringar, kostnadseffekter, social- och hälsovård

ISBN PDF 978-952-00-5594-3 **ISSN PDF** 2242-0037

URN-adress <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5594-3>

Assessment of the cost effects of the legislative amendments
concerning palliative and terminal care
Report of the working group

Reports and Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health 2021:21

Publisher Ministry of Social Affairs and Health

Author(s) Harriet Finne-Soveri, Mia Malmila, Sari Kehusmaa, Sirkku Jyrkkiö, Pirita Forsius

Language Finnish **Pages** 72

Abstract The working group appointed by the Ministry of Social Affairs and Health to examine end-of-life care has published two reports (2019a, 2019b) with recommendations on how to arrange end-of-life care in Finland. This report presents calculations of the cost effects of the operating models and legislative amendments proposed on the basis of the recommendations. The economic impact assessment focuses on new or expanding tasks. The regional distribution of costs depends on whether the focus is on catchment areas for highly specialised medical care or on wellbeing services counties.

The majority of the expected new expenditure (about EUR 40 million) would arise from the salaries of personnel (about EUR 33 million). Nurses would account for 370–418 person-years, doctors for 46–53 person-years and psychologists for 55 person-years. It is estimated that the costs of the professorships to be established would amount to EUR 0.5 million. Allocating a special appropriation to terminal care leave, according to the Swedish model, would generate costs of approximately EUR 6–7 million. The costs incurred by training and changes to premises were not estimated in the report.

It is possible to achieve cost savings by adopting regions' best practices in services for older people that are already in use at the national level. The savings will cumulate and substantially curb the rise in costs in the future scenario for the next few decades. When managing costs, it is essential to raise the level of competence in accordance with the recommendations. However, savings will not be generated immediately, and they will call for investments as described in the report.

Keywords Palliative care, terminal care, legislative amendments, cost effects, health and social services

ISBN PDF 978-952-00-5594-3 **ISSN PDF** 2242-0037

URN address <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5594-3>

Sisältö

1	Tausta.....	8
2	Toimeksianto	10
3	Nykytilan kuvaus ja kehittämishaasteet	13
3.1	Suomen palliatiivinen hoito ja saattohoito maailmankartalla	13
3.2	Kuolinsyyt Suomessa.....	13
4	Uudistuksen tavoite	16
5	lääkäiden henkilöiden akuuttihoiton kustannukset elämän loppuvaiheessa	19
5.1	Kuolemaa edeltävät hoidon ja hoivan kustannukset	19
5.2	Lakisääteiset kustannuksiin vaikuttavat muutokset iäkkäiden henkilöiden palveluissa	20
5.3	Ehdotetun uuden lain kustannusvaikutukset tehostetun palveluasumisen ja laitoshoidon asukkailla	21
5.4	Ehdotetun lain kustannusvaikutukset kotihoidon asiakkailla	23
5.5	Pohdintaa muista mahdollisista heijastusvaikutuksista	25
6	Säädösten muut kustannusvaikutukset sosiaali- ja terveydenhuollossa.....	27
6.1	Saattohoitovapaata koskeva järjestelmän mahdollinen muutos.....	27
6.2	Mahdolliset muutokset potilaan asemasta ja oikeuksista annettuun lakiin.....	29
6.3	Hoitotahtoa koskeva sääntely	30
6.4	Mahdolliset lisäykset terveydenhuoltolakiin.....	30
6.5	Kunnan on järjestettävä palliatiivinen hoito ja saattohoito	31
6.6	Henkilöstöresurssi.....	31
6.7	Talousresurssi.....	39
6.8	Kiireellinen hoito.....	41
6.9	Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon vuodeosastotoiminnan kehittäminen ja siihen liittyvät kustannukset.....	42
6.10	Lasten ja nuorten palliatiivinen hoito ja saattohoito	42
6.11	Päivystyskustannukset.....	43

6.12	Säästöpotentiaalin arviointi ja skenaariolaskenta vuosille 2030–2040.....	45
7	Taloudellisten vaikutusten arviointi yhteiskunnassa	49
7.1	Lakimuutokset (taloudellisten vaikutusten luonne).....	49
7.2	Taloudellisten vaikutusten osa-alueet	50
7.3	Vaikutukset kotitalouksien asemaan	50
7.4	Vaikutukset yrityksiin.....	50
7.5	Vaikutukset julkiseen talouteen.....	51
8	Myöhemmin annettavan asetuksen vaikutusten arviointia.....	52
9	Arvioinnin vahvuudet ja rajoitukset.....	54
10	Tiivistelmä tuloksista ja johtopäätökset.....	56
	Liite 1. Taulukot A ja B.....	58
	Liite 2. Taulukot C ja D. Säädosmuutosten kustannusarvio sairaanhoitopiireittäin, malli 1.....	60
	Liite 3. Taulukot E ja F: Säädosmuutosten kustannusarvio hyvinvointialuerakenteessa, malli 2.....	64
	Liite 4. Potilasmäärien siirtymät erikoissairaanhoidosta perustasolle ja ympärivuorokautiseen hoitoon.	68
	Lähteet	69

1 Tausta

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) on julkaissut vuonna 2017 asiantuntijatyöryhmän suosituksen palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämisen osaamis- ja laatukriteereistä osana valtakunnallisen hoidon saatavuuden ja yhtenäisten hoidon perusteiden työryhmän työtä (Saarto ym. 2017, Saarto ja Lehto 2019). Syksyllä 2017 eduskunta on myöntänyt yhden miljoonan euron määrärahan käytettäväksi vuoteen 2020 mennessä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittämiseen. Sosiaali- ja terveysministeriö on asettanut elämän loppuvaiheen hoitoa, itsemääräämisoikeutta, saattohoitoa ja eutanasiaa koskevan [lainsäädäntötyöryhmän](#) toimikaudeksi 8.5.2018 - 30.6.2021. Asiantuntijatyöryhmän alaisuuteen on asetettu alatyöryhmiä. Asiantuntijaryhmällä ja alatyöryhmillä on ollut mahdollisuus pyytää ulkopuolisia selvityksiä tai perustaa alatyöryhmiä harkintansa mukaisesti.

Työryhmien [väliraportissa](#) (Saarto ym. 2019a) on kuvattu terveydenhuollon yksiköiden palliatiivisen hoidon ja saattohoidon **palveluiden saatavuutta koskevat laatukriteerit** hoidon porrastuksen eri tasoille sekä palveluiden silloinen nykytila. Raportin mukaan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa on alueellisesti epäyhtenäinen. Saattohoitoa toteutetaan terveydenhuollossa vaihtelevan osaamisen ja konsultaatioavun turvin pääasiallisesti perustasolla. Saatavuutta koskevissa laatukriteereissä korostuvat henkilöstön osaamisen, koulutuksen, moniammatillisuuden ja riittävyyden tarve terveydenhuollon eri portailla.

Työryhmien [loppuraportissa](#) (Saarto ym. 2019b) on kuvattu terveydenhuollon ja sosiaalihuollon palliatiivisen hoidon kehittämistarpeet ja valtakunnallinen palveluketjumalli. Loppuraportti sisältää suosituksen siitä, miten palliatiivisen hoidon palveluita pitäisi tuottaa ja miten hoidon **sisällöllistä laatua** parannetaan huomioiden erityisesti sosiaalipalvelujen asiakkaiden tarpeet. Palliatiivisen hoidon saatavuuden suuren alueellisen vaihtelun vuoksi terveydenhuollon osalta on esitetty laatukriteereiden mukainen suositus palliatiivisen hoidon kokonaisuudesta sekä erityisvastuualueittain että sairaanhoitopiireittäin. Lisäksi raportissa on kuvattu palveluketjun integraatio päivystyksen ja ensihoidon, lasten ja nuorten palveluiden sekä iäkkäiden henkilöiden sosiaalipalveluiden kanssa.

Sosiaalipalvelujen nykytilan kartoituksessa (koskee vuotta 2016) on todettu, että iäkkäät henkilöt ovat käyttäneet runsaasti akuuttipalveluita ennen kuolemaansa, akuuttipalveluiden käyttö on vaihdellut suuresti alueittain ja hoitohenkilöstön palliatiivisen hoidon osaaminen on ollut puutteellista, mikä on korostunut erityisesti kotihoidossa (Saarto ym. 2019b). Sosiaalihuollon hoivapaikkoihin liittyvä henkilömitoitusta koskeva lainsäädäntö on tullut voimaan osittaisena 1.10.2020. Osa saattohoidon kannalta oleellisesta määrällisestä henkilöstövajeesta kuitenkin ratkennee, kun lakimuutokset tulevat voimaan täysimääräisinä. Vammaisten henkilöiden sekä kulttuuristen ja etnisten vähemmistöjen palliatiivisen hoidon järjestäminen on tätä raporttia kirjoitettaessa vielä selviteltävänä.

STM:n raporteissa esitettyjen erityisvastuualue- ja sairaanhoitopiirikohtaisten suositusten noudattaminen edellyttää palliatiivisten keskusten, kotisairaalaverkoston, osastohoidon, poliklinikoiden, konsultaatiotoiminnan ja palveluketjujen muodostamista. Lisäksi ne edellyttävät palveluketjujen integraatiota päivystyspalveluiden ja iäkkäiden henkilöiden sosiaalipalveluiden kanssa (kotihoito ja ympärivuorokautinen hoito) sekä lasten ja nuorten palliatiivisen hoidon kehittämistä. Osaamistason nostaminen sosiaalipalveluiden lisäksi myös terveydenhuollon eri portailla edellyttää puolestaan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon koulutuksen uudistamista ja standardoimista.

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon säädösmuutosten kustannusvaikutuksia kartoitava ryhmä (myöhemmin laskentatyöryhmä) on kutsuttu koolle Sosiaali- ja terveysministeriön asettamispäätökseen [STM/2286/2018](#), [STM055:00/2018](#) perustuen. Laskentatyöryhmän jäseniksi on kutsuttu Harriet Finne-Soveri (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), vieraileva), Sari Kehusmaa (THL), Sirkku Jyrkkiö (Turun yliopistollinen keskussairaala (Tyks)) ja Mia Malmila (Suomen Kuntaliitto ry). Laskentatyöryhmää täydennettiin Pirita Forsiuksella (THL, raportin toimitus ja taitto). Juha Honkatukia (THL) teki ennusteen ehdotusten mukaisesta menokehityksestä vuoteen 2040 saakka. Laskentaryhmän toimikaudeksi sovittiin 1.6. - 31.12.2020.

Tähän laskentatyöryhmän raporttiin on koottu toimeksiannon mukaisesti laskennallisia arvioita selvitysraporteissa ([Saarto ym. 2019a](#), [Saarto ym. 2019b](#)) esitettyjen suositusten aiheuttamista muutuskustannuksista sekä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon säädösmuutosten kustannusvaikutuksista sosiaali- ja terveyspalveluissa. Lisäksi on arvioitu säästöpotentiaaleja, jotka voitaisiin saavuttaa kehittämällä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toimintaa suositusten mukaisesti. Laskentatyöryhmä on arvioinut muutoksia sekä koko Suomen mittakaavassa että erilaisilla aluerakenteilla. Raportin pohjana on käytetty Oikeusministeriön (2007:6) [ohjeistusta](#).

2 Toimeksianto

Palliativisen hoidon ja saattohoidon lainsäädäntömuutosten kustannusvaikutusten selvitystyö on alkanut kesä-elokuussa 2020 ja työn pohjana ovat olleet taustatiedoissa esiteltyjen kahden raportin suositukset.

Säädösalaryhmä on edeltävästi todennut, että palliativisesta hoidosta ja saattohoidosta tulee sisällyttää olemassa oleviin terveydenhuoltoalan säädöksiin täydentäviä säännöksiä, jolloin palliativinen hoito ja saattohoito nähdään erityisinä hoidon lajeina. Pelkästään suosituksen luonteisen sääntelyn ei ole katsottu olevan riittävän vahvaa tai sitovaa. Useissa muissa länsimaissa on säännöksiä sitovasta hoitotahdosta, palliativisen hoidon tukemisesta, oikeudesta palliativiseen hoitoon sekä ammatinharjoittajiin liittyvää sääntelyä. Säädöstyöryhmän muutosehdotukset lainsäädäntöön on kuvattu pääsääntöisesti kahta lakia koskien.

[Terveyslainsäädäntö](#) (1326/2010, 24a §:n 5–7 momentti) mukaan kunnan on järjestettävä palliativinen hoito ja saattohoito. Palliativinen hoito ja saattohoito järjestetään porrasteisesti osaamistasojen (perustaso, erityistaso ja vaativa erityistaso) laatuksiteereiden mukaisesti niin, että valtakunnallisesti tasa-arvoinen, tarvelähtöinen hoitoon pääsy turvataan.

Tarkoituksena on, että sairaanhoitopiireissä (tulevaisuudessa hyvinvointialueet) on monipuoliset ja moniammatilliset erityistason palliativiset keskuksset, jotka tarjoavat erityistason avo- ja vuodeosastopalveluita sekä vastaavat konsultaatio- ja päivystystuen järjestämisestä ympärivuorokautisesti. Palliativisissa keskuksissa tulee olla erityistason vuodeosastopaikkoja vähintään 10/100 000 asukasta kohti, ja sairaaloissa tulee olla liikkuvat palliativiset hoitoryhmät (palliativinen konsultaatiotiimi). Sairaanhoitopiireissä tulee myös olla koko sairaanhoitopiirin kattavat kotisairaalaverkostot, joita koskevat palvelut tulee olla saatavilla ympärivuorokautisesti.

Perustasolla sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä, joissa hoidetaan elämän loppuvaiheen potilaita muun toiminnan yhteydessä, toimitaan perustasolle laadittujen palliativisen hoidon laatuksiteereiden mukaan.

Yliopistosairaanhoitopiireissä tulee olla palliativiset keskuksset, jotka vastaavat vaativan erityistason palliativisen hoidon palveluista omalla alueellaan ja koordinoivat koko erityisvastuualueen palliativista hoitoa ja saattohoitoa, ja jotka vastaavat lisäksi lasten ja nuorten palliativisen hoidon ja saattohoidon toteuttamissuunnitelmien laadinnasta ([Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä 582/2017](#)).

Tarkemmat säännökset palliatiivisen hoidon ja saattohoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta annettaneen jatkossa valtioneuvoston asetuksella.

Muina aihioina oli esitetty lisättäväksi terveydenhuoltolain 50§ alle lause: "Kiireellinen sairaanhoito, mukaan lukien saattohoito, sekä kiireellinen suun terveydenhuolto, mielenterveyshoito, päihdehoito ja sosiaalinen tuki, on annettava sitä tarvitsevalle potilaalle hänen asuinpaikastaan riippumatta".

Lisäksi oli ehdotettu [sairausvakuutuslakiin](#) (1224/2004) 10 luvun 1 §:n 1 momenttiin lisättäväksi erityishoitoraha. Erityishoitoraha on tarkoitettu korvaamaan lyhytaikaista tai tilapäistä ansionmenetystä, joka aiheutuu vakuutetun osallistumisesta lapsen sairaudesta tai vammasta johtuvaan hoitoon tai kuntoutukseen taikka hänen osallistumisestaan vakavasti sairaan kuolevan läheisensä saattohoitoon. (Lisäksi tulisi vastaavia muutoksia sairausvakuutuslain 10 luvun muihin säännöksiin.)

Palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa koskevasta täydennyskoulutusvelvollisuudesta voitaisiin säätää terveydenhuoltolain 5 §:n nojalla annetussa sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa.

Mahdolliset lisäykset/muutokset [potilaan asemasta ja oikeuksista annettuun lakiin](#) (potilaslaki, 785/1992) sisältävät sen, että hoitotahtoa koskevaa sääntelyä tarkistetaan (potilaslaki §6).

Säädöstyöryhmä on esittänyt seuraavat tarkennukset:

Terveydenhuoltolain 24a §, palliatiivinen ja saattohoito:

Sairaanhoitopiireissä tulee myös olla koko sairaanhoitopiirin kattavat palliatiiviset kotisairaalaverkostot, joita koskevat palvelut tulee olla saatavilla 24 tuntia joka vuorokausi. "Palliatiivisissa keskuksissa tulee olla erityistason vuodeosastopaikkoja vähintään 10/100 000 asukasta kohti, ja sairaaloissa tulee olla liikkuvat palliatiiviset hoitoryhmät".

Terveydenhuoltolain 50§, kiireellinen hoito:

Kiireellinen sairaanhoito, mukaan lukien saattohoito, sekä kiireellinen suun terveydenhuolto, mielenterveyshoito, päihdehoito ja sosiaalinen tuki, on annettava sitä tarvitsevalle potilaalle hänen asuinpaikastaan riippumatta.

Täydennyskoulutusvelvollisuus:

Palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa koskevasta täydennyskoulutusvelvollisuudesta tulisi säätää terveydenhuoltolain 5 §:n nojalla annetussa sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa.

Saattohoitovapaata koskeva järjestelmä ja mahdollinen lisäys sairausvakuutuslakiin (1224/2004):

Harkitaan Ruotsin mallin mukaista lainsäädäntöratkaisua, jossa turvataan tuen antaminen henkilöille, jotka hoitavat vakavasti sairasta läheistään. Nykyisessä sairausvakuutuslain (1224/2004) 10 luvussa on säädetty erityishoitorahasta. Se on tarkoitettu korvaamaan lyhytaikaista tai tilapäistä ansionmenetystä, joka aiheutuu vakuutetun osallistumisesta lapsensa sairaudesta tai vammasta johtuvaan hoitoon tai kuntoutukseen.

Sairausvakuutuslain 10 luvun 1 §:n 1 momentti:

Erityishoitoraha. Erityishoitoraha on tarkoitettu korvaamaan lyhytaikaista tai tilapäistä ansionmenetystä, joka aiheutuu vakuutetun osallistumisesta lapsen sairaudesta tai vammasta johtuvaan hoitoon tai kuntoutukseen taikka hänen osallistumisestaan vakavasti sairaan läheisensä [saatto]hoitoon.

3 Nykytilan kuvaus ja kehittämishaasteet

3.1 Suomen palliatiivinen hoito ja saattohoito maailmankartalla

World Palliative Care Association (WPCA) on yhteistyössä Maailman terveysjärjestön (WHO) kanssa luokitellut maailman maat neljään kategoriaan palliatiivisen hoidon kehitystason mukaan (Connor & Sepulveda Bermedo 2014). Vaikka Suomi onkin luokiteltu palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osalta edistyneimpään, eli neljänteen luokkaan, vielä vuonna 2014 se sijoittui luokkansa heikomman lohkon häntäpäähän ja heikommaksi kuin valtaosa muista Euroopan maista. Tämän lisäksi kehitysmuutokset Suomessa ovat olleet vaatimattomia vuosien 2007 ja 2013 välillä, minä aikana Suomi putosi 12. sijalta 21. sijalle 28 EU-maan joukossa (Woitha ym. 2016). Erityistason saattohoitoyksiköt eivät ole jakautuneet Suomessa tasaisesti. Saarto ja Lehto (2019) ovat kiinnittäneet huomiota yhdenvertaiseen oikeuteen saada palliatiivista hoitoa tarvelähtöisesti diagnoosista, asuinpaikasta tai varallisuudesta riippumatta. Lisäksi he ovat edellyttäneet, että opetuksen ja koulutuksen tulee olla systemaattisesti järjestettyä.

3.2 Kuolinsyyt Suomessa

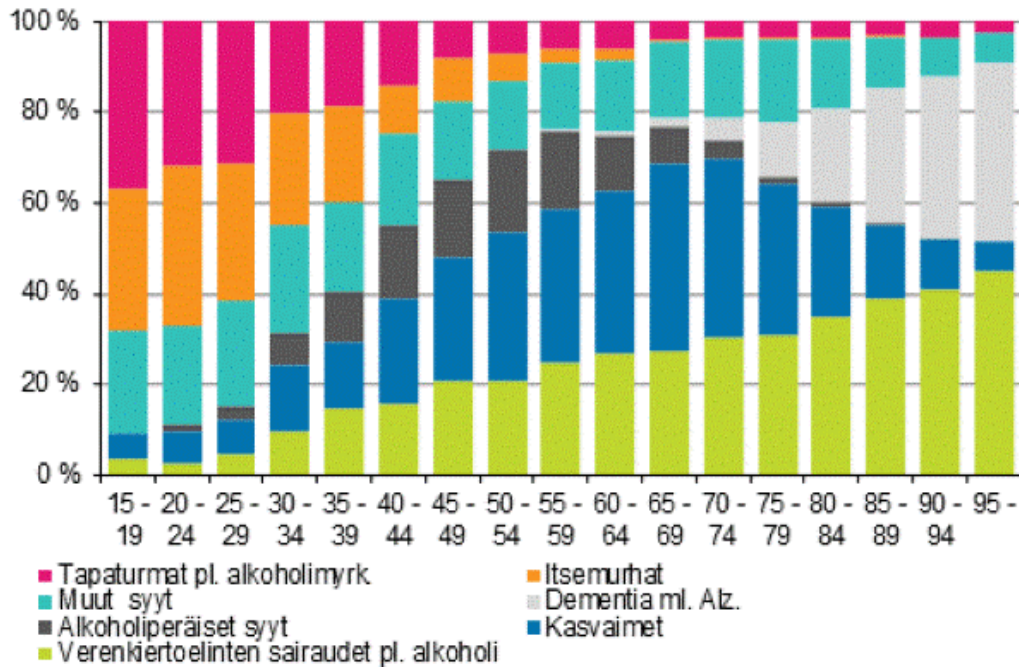
Suomessa kuolleeksi tilastoidaan ne henkilöt, jotka kuollessaan asuvat vakituisesti Suomessa. Tilastoja ylläpitää Tilastokeskus. Yleisimmät kuolinsyyt Suomessa vuonna 2019 on esitetty taulukossa 1. ja kuviossa 1. ([Tilastokeskus 2020](#)).

Viimeksi kuluneina vuosina kasvaimet ovat olleet yleisin kuolinsyy työikäisellä väestöllä, kun taas verenkiertoelinten sairaudet yleistyvät iän karttuessa. Muistisairauksien osuus alkaa näkyä vasta varttuneella iällä ja niiden osuus kasvaa paitsi iän myötä, myös absoluuttisesti väestön eläessä yhä vanhemmaksi. Kustannuskehitykseen vaikuttavat kuoleman läheisyydessä diagnoosien ja käytettävän lääketieteellisen hoidon ohella erityisesti akuuttisairaanhoidon ja hoivapalvelujen määrä iäkkäällä väestöllä (Halminen ym. 2018).

Taulukko 1. Kuolemansyy rakenne Suomessa vuonna 2019. Lähde: Tilastokeskus.

54-luokkainen aikasarja- luokitus	Yhteensä lkm	Miehet lkm	Naiset lkm	Yhteensä %	Miehet %	Naiset %	Ikävakioitu kuolleisuus, 2018–2019 %	Ikävakioitu kuolleisuus, 2009–2019, %
Kuolleita yhteensä	53 962	27 088	26 874	100	100	100	-3,3	-14,3
Verenkierto- elinten sairaudet	18 267	9 255	9 012	34	34	34	-5,5	-30,6
Kasvaimet	13 267	7 097	6 170	25	26	23	0,9	-4,3
Dementia, Alzheimerin tauti	10 153	3 401	6 752	19	13	25	-2,7	34,7
Tapaturmat (pl. alkoholi- myrkytykset)	2 245	1 412	833	4	5	3	-7,4	-21,1
Hengityselinten sairaudet	1 969	1 205	764	4	4	3	-14,3	-30,6
Alkoholiperäiset taudit ja tapaturmainen alkoholimyrsytys	1 718	1 306	412	3	5	2	1	-22,1
Itsemurhat	746	567	179	1	2	1	-6,8	-29,9
Muut kuolemansyyt	5 597	2 845	2 752	10	11	10	-	-

Kuvio 1. Kuolinsyyt ikäryhmittäin Suomessa vuonna 2019. Lähde: Tilastokeskus.



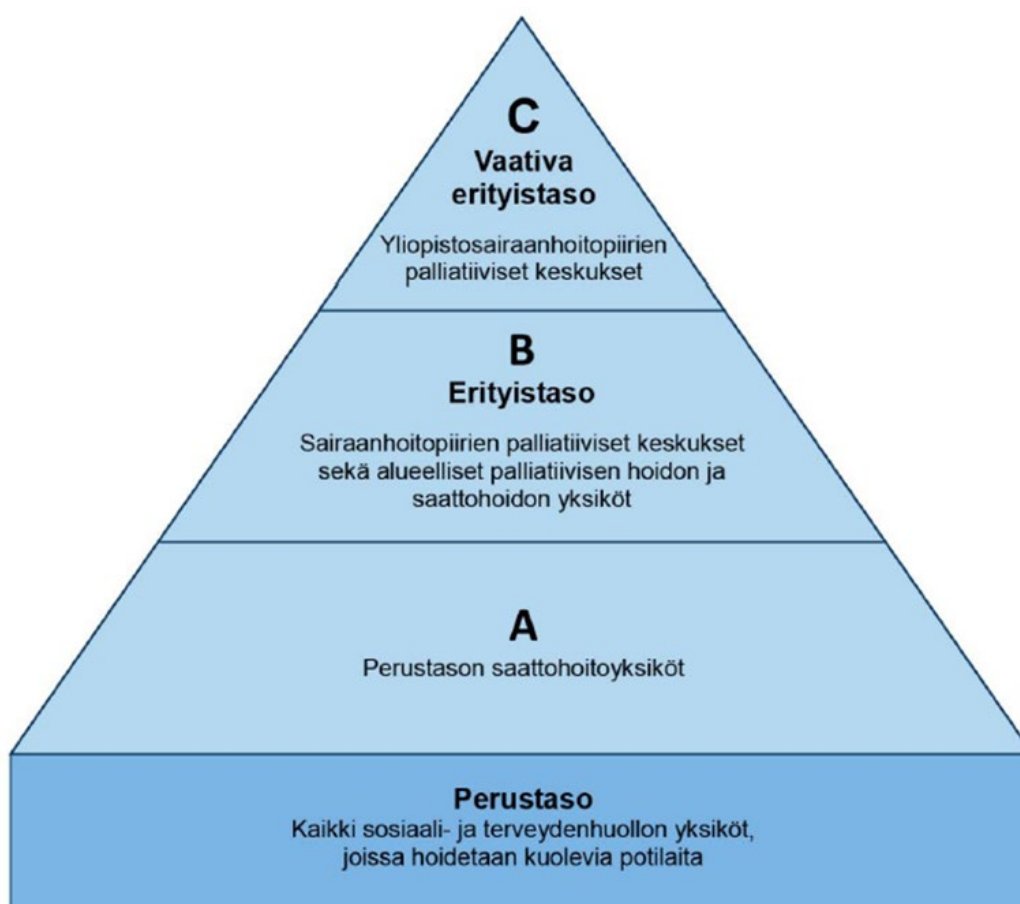
Yhteenveto

- Palliativisen ja saattohoidon järjestäminen on Suomessa muita kehittyneitä maita jäljessä
- Elämän loppuvaiheen kustannuskehitykseen vaikuttavat erityisesti akuutti- ja hoivapalvelujen määrä
- Tärkeimmät kuolinsyyt (verenkiertoelinten sairaudet, kasvaimet, muistisairaudet ja tapaturmat) ovat eri tavoin edustettuna eri ikäryhmissä

4 Uudistuksen tavoite

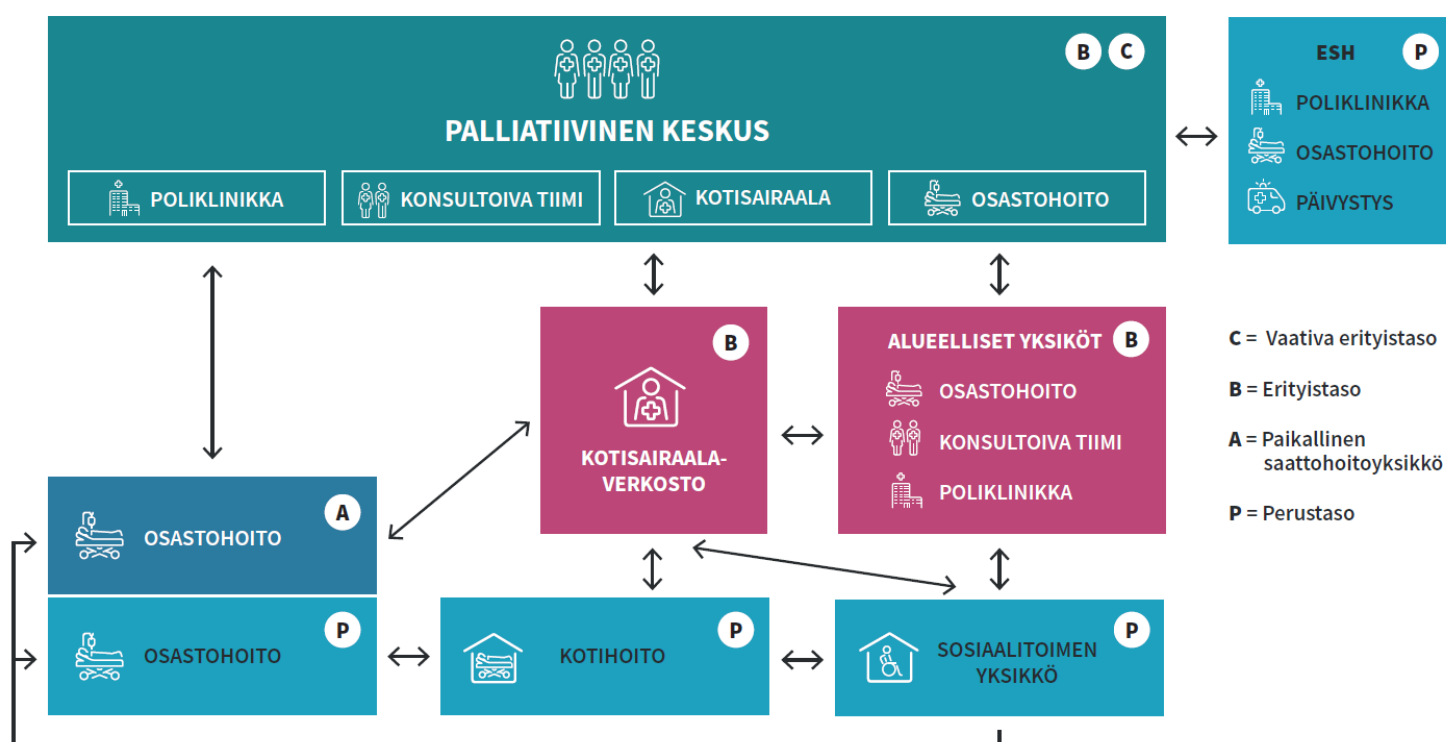
Suosituksessa palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa (Saarto ym. 2019b) on esitetty tavoitetila palliatiivisen hoidon valtakunnallisesta organisoinnista (kuvio 2). Tavoitteessa korostuvat 1) kaikkien suomalaisten yhtäläinen oikeus hyvään palliatiiviseen hoitoon asuinalueesta riippumatta 2) näiden palveluiden integroinnin tarve yli hallinnonalojen sekä 3) osaamisen saataavuus.

Kuvio 2. Suositus palliatiivisen hoidon ja saattohoidon porrastuksesta Suomessa. Lähde: Saarto ym. 2017, Saarto ym. 2019b.



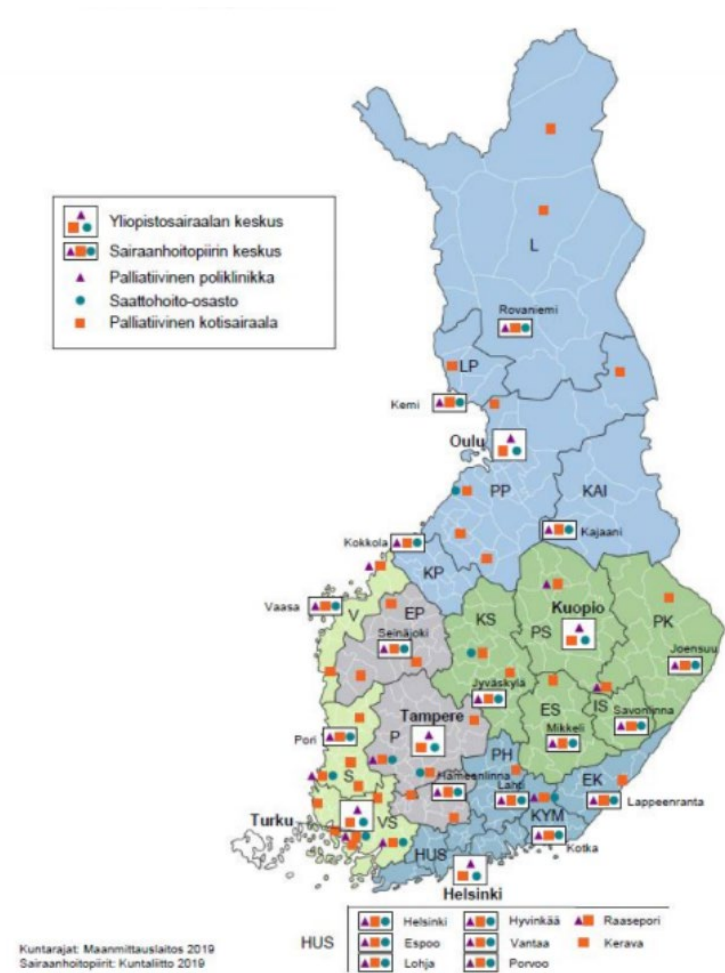
Palliativisen hoidon ja saattohoidon saatavuuden varmistamiseksi ja asiantuntijuuden järjestämiseksi on päädytty kolmiomalliin (Saarto ym. 2017, Saarto ym. 2019b), missä kolmio seisoo sosiaali- ja terveyspalvelujen kivijalalla. Perustasoa (P) edustavat kaikki ne sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt, missä hoidon ja huolenpidon sisältönä on muu kuin elämän loppuvaihe. A-tasoa edustavat perustason saattohoitoyksiköt, B-tasoa sairaanhoitopiirien palliativiset keskuksset ja alueelliset palliativisen hoidon ja saattohoidon yksiköt. C-tasoa edustaa erittäin vaativaa yliopistotasosta hoitoa, joka suunnitelman mukaan annettaisiin yliopistollisissa palliativisissa keskuksissa (kuviot 2 ja 3). Suosituksen mukainen palliativisten keskusten verkosto ja kotisairaalaverkosto vuoden 2020 erityisvastuualuein on esitetty kuviossa 3, josta ilmenee kotisairaalan keskeinen asema kolmiomallin toteuttamisessa yli hallinnonalojen ja palveluketjun.

Kuvio 3. Palliativisen hoidon valtakunnallinen organisointi. Lähde: Saarto ym. 2019b.

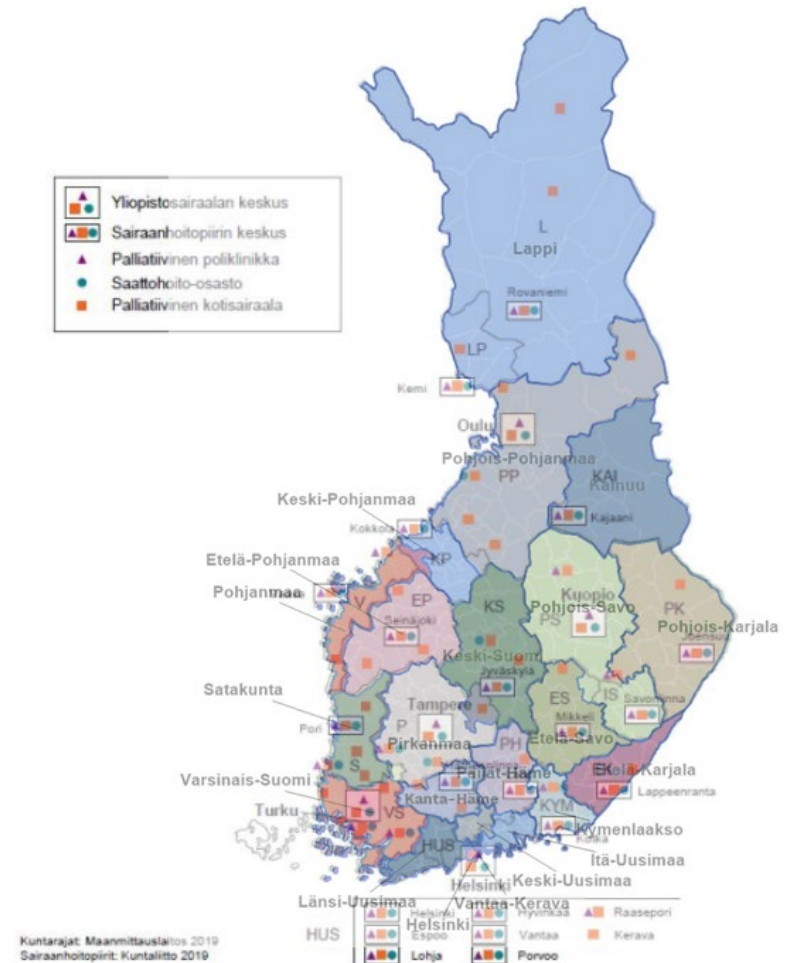


Suosituksen mukainen palliativisten keskusten verkosto ja kotisairaalaverkosto vuoden 2020 erityisvastuualuein on esitetty kuviossa 4 ja jakautuminen hyvinvointialueittain kuviossa 5.

Kuvio 4. Suunnitelma palliatiivisen hoidon erityistason keskuksista ja yksiköistä erityisvastuualueittain. Lähde: Saarto ym. 2019b



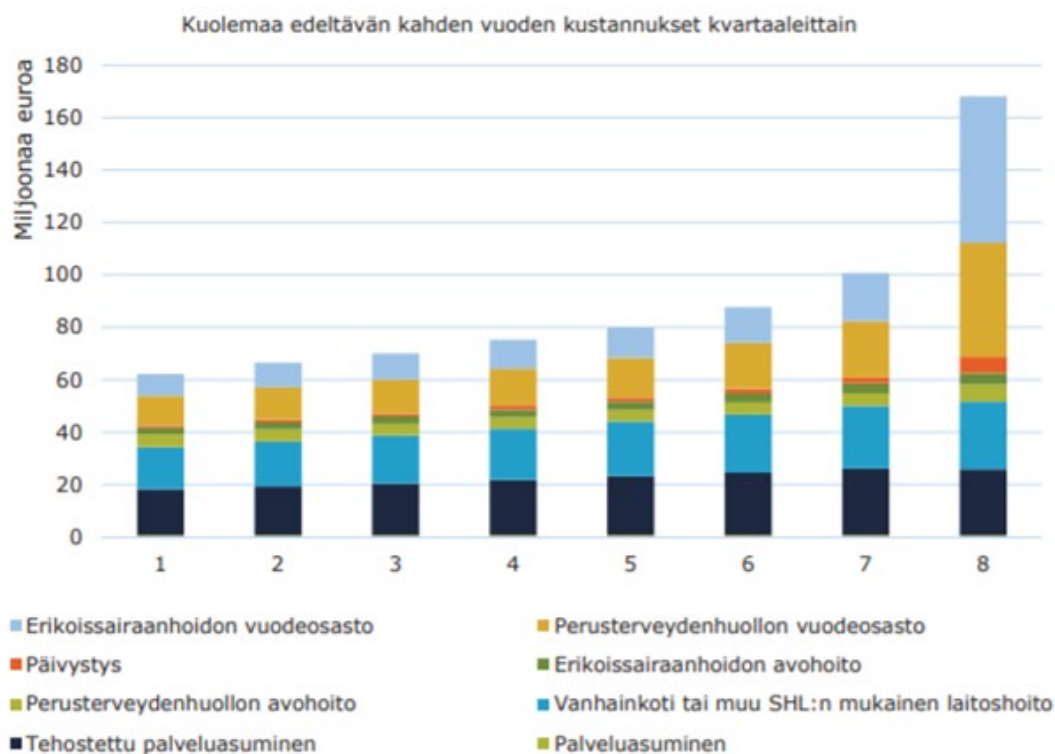
Kuvio 5. Hahmotelma hyvinvointialueiden palliatiivisen hoidon keskuksista ja yksiköistä. Lähde: Saarto ym. 2019b ja HE 241/2020.



5 Iäkkäiden henkilöiden akuuttihoidon kustannukset elämän loppuvaiheessa

5.1 Kuolemaa edeltävät hoidon ja hoivan kustannukset

Useat tutkimukset ovat osoittaneet, että sairaalahoidon ja päivystyspalvelujen käyttö kasvavat viimeisten kolmen elinkuukauden aikana voimakkaasti (kuvio 6). Halminen työryhmineen (2018) osoitti tutkimuksessaan, että erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon vuodeosastokustannukset sekä päivystyskustannukset kaksinkertaistuvat kuolemaa lähestyttäessä. Tulosten mukaan iäkkäiden henkilöiden yleisin kuolinpaikka oli terveyskeskuksen (33 %) tai erikoissairaanhoidon (24 %) vuodeosasto. Vaikka vielä vuotta ennen kuolemaa 60 prosenttia iäkkäistä henkilöistä asui kotonaan, kuukautta ennen kuolemaa näin oli enää 40 prosentin laita ja kotonaan kuoli vain 16 prosenttia vanhuksista. Siirtyminen vuodeosastoille kiihtyi viimeisen elinkuukauden aikana. Tehostetun palveluasumisen asukkaita siirtyi sairaalaan viimeisen elinkuukauden aikana reilu neljännes (Halminen ym. 2018). Voidaan siis olettaa, että kotisairaalan toimintaa tehostamalla ja siirtämällä sen painopistettä palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon, olisi mahdollista vähentää sekä päivystyspalvelun että sairaalan vuodeosastohoidon käyttöä sekä kotona että palvelutaloissa asuvilla ihmisillä. Eriytisesti muistisairaiden elämän loppuvaiheen tukeminen kotisairaalaan käsin oletettavasti vähentäisi oleellisesti päivystyspalvelujen ja vuodeosastohoidon tarvetta.

Kuvio 6. Kuolemaa edeltävän hoidon ja hoivan kustannukset. Lähde: Halminen ym. 2018.

5.2 Lakisääteiset kustannuksiin vaikuttavat muutokset iäkkäiden henkilöiden palveluissa

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (2012/980) uudistui lokakuussa 2020 ja toi tullessaan kaksi elämän loppuvaiheen kustannusten kannalta merkittävää asteittaista muutosta. Toinen niistä on RAI-järjestelmän valtakunnallinen käyttöönotto asiakkaan hoitoa ja huolenpidon tarvetta arvioitaessa säännöllisen kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon (tehostettu palveluasuminen ja laitoshoido) iäkkäillä käyttäjillä. Toinen on henkilöstömitoituksen nosto tehostetussa palveluasumisessa ja laitoshoidossa. RAI järjestelmän käyttöönotto edistää saattohoidon alkamistarpeen tunnistamista ja henkilöstömitoituksen nosto saattohoidon toteuttamista perushoidon osalta ympärivuorokautisessa hoidossa (tavoite: vähintään 0,7 hoitajaa huhtikuuhun 2023 mennessä per hoidettava).

5.3 Ehdotetun uuden lain kustannusvaikutukset tehostetun palveluasumisen ja laitoshoidon asukkailla

Kustannuskehityksen kannalta oleellisinta on, että palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteuttaminen tehostetussa palveluasumisessa ja laitoshoidossa onnistunee perushoidon osalta ilman lisäresursseja, kunhan henkilöstömitoitus on saatettu 2020 voimaan astuneen lain edellyttämälle tasolle. Asiantuntijaryhmien loppuraportissa (Saarto ym. 2019b) ehdotetut kotisairaalaan koskevat lisäresurssit saattohoidon organisoimisessa on tässä raportissa huomioitu luvussa 6.

Työryhmien loppuraportista (Saarto ym. 2019b) ilmenee, että vuoden 2016 aikana kuolleista 65 vuotta täyttäneistä tehostetun palveluasumisen ja laitoshoidon asukkaista (n=16 818) joka toinen oli saanut sairaalahoitoa vähintään kerran ja 43 prosenttia oli käyttänyt päivystyspoliklinikan palveluita vähintään kerran elämänsä viimeisen kolmen kuukauden aikana. Maakunniksi aiottujen alueiden väliset erot akuuttipalvelujen käytössä olivat tuolloin kuitenkin suuret tehostetun palveluasumisen ja laitoshoidon asukkailla. Sairaalapalveluita käytti enimmillään kolmen viimeisen elinkuukauden aikana 49 prosenttia ja vähimmillään 21 prosenttia näistä asukkaista. Päivystyspoliklinikoiden käytön osalta maakuntien väliset erot olivat hieman suuremmat (63 vs. 23 %).

Taulukkoon 2. on laskettu mittaluokka sille säästölle, joka olisi saavutettu tehostetussa palveluasumisessa ja laitoshoidossa akuuttipalvelujen käytössä jo vuonna 2016, mikäli kaikki maakunnat olisivat kyenneet toimimaan yhtä tehokkaasti kuolemaa edeltäneen kolmen kuukauden aikana kuin vähiten akuuttipalveluita käyttäneet maakunnat.

Tämän mittaluokaltaan noin 15 miljoonan euron säästön kerrannaisvaikutuksia tarkastellaan myös tulevaisuusskenaarioissa kohdassa 6.12.

Taulukko 2. Potentiaalinen säästö vuonna 2016 jos kaikki maakunniksi aiotut alueet olisivat toimineet vähiten palveluasumisessa ja laitoshoidossa akuuttipalveluja käyttäneiden SOTE-maakuntien mukaan (HE 15/2017 vp)

	Kuolleita yhteensä (n)	Palvelujen toteutunut käyttö (n)	Kustannukset	Vältettävissä oleva käyttö	Muut oletukset	Säästö
PPKL* palveluita 90 vrk** ennen kuolemaa käyttäneet asukkaat	16 818	7 268	PPKL käyntikerta n. 500€, kuljetus + saattajakustannukset n. 200€ = 700€	Kaksi kolmasosaa vuonna 2016 todetusta käytöstä, n= 4200 asukasta	Vältetyt käyntikerrat / asukas = 1/kk (n=3)	8,8 ME
Vähintään yhden sairaalaepisodin verran sairaalaa 90 vrk aikana ennen kuolemaa käyttäneet asukkaat		8 193	Vrk-kustannus (350€/vrk) vähennettynä ympärivuorokautisen hoidon km***-hinnalla (125€) =225€ /vrk	Puolet 2016 todetusta käytöstä, n= 4000 asukasta	Vältetty 7 vrk	6,3 ME

*PPKL=päivystyspoliklinikka **vrk=vuorokausi ***km=keskimääräinen

Taulukon 2. oletuksiin liittyy epävarmuustekijöitä molempiin suuntiin. Taulukossa esitettyä vähäisemmän säästön suuntaan vaikuttavat pääkaupunkiseudun ja suurten kaupunkien tässä oletettua pienemmät sairaala- ja päivystyspoliklinikkakäyntien hinnat sekä oletettua lyhyempi vältetyn sairaalaepisodin pituus.

Taulukossa esitettyä suuremman säästön suuntaan vaikuttavat suurempi vältettyjen käyntikertojen määrä, tehokas kotisairaalatyöskentely ja standardoitu osaaminen tehostetussa palveluasumisessa ja laitoshoidossa. Ne vähentänevät sairaalahoidon tarvetta useamman kuin yhden seitsemän vuorokauden episodin verran. Diagnostisten ja hoitavien liikkuvien peruspalveluiden vieminen tehostetun palveluasumisen ja laitoshoidon ulottuville vähentänevät osaltaan päivystyspoliklinikan käyttöä (kts. LiiSa-palvelu, kohta 6.11).

Taulukossa 2. esitettyihin sairaalapalveluihin on laskettu henkilöt, joilla on yksi tai useampi käynti missä tahansa sairaalassa (n=8 193). Erikoissairaalan palvelujen käyttäjiä oli tässä ryhmässä 5 377. On epäselvää, johtuiko erikoissairaanhoidon runsas käyttö asumispalvelujen henkilöstön puutteellisesta oirehoidon ohjeistuksesta, oirehoidon osaamisvajeesta, näistä molemmista vai siitä, että muutakaan apua ei ollut sairaalaan hakeutumisen ajankohtana tarjolla. Erikoissairaanhoidon käyttö voi myös joskus johtua erikoissairaanhoidon todellisesta tarpeesta. Kaikkea kuolemaa edeltävää akuuttipalvelujen käyttöä ei voida, eikä pidäkään voida eliminoida. Aina

ei palveluihin hakeuduttaessa kuoleman läheisyys vielä - korkeasta iästä ja monista sairauksista huolimattakaan – ole näköpiirissä.

Sairaalapalvelujen ja päivystyspoliklinikan käytön voidaan odottaa vähenevän kaikkien niiden ympärivuorokautisen hoidon käyttäjien osalta, joilla ennakoivat hoitosuunnitelmat on laadittu asianmukaisesti ja joilla on käytettävissä etukäteen suunniteltu vastuulääkärin ja kotisairaalan tuki.

Kustannusarvioinnin aikataulusyistä yksittäisten henkilöiden käyntikertojen tai sairaalaeepisodien lukumäärä ei tätä kirjoitettaessa ole tiedossa, ainoastaan palveluja käyttäneiden henkilöiden lukumäärä. Päivystyspoliikkapalveluiden hinnat on saatu kyselemällä, eivätkä ne ole valtakunnallisia keskiarvoja. Muiden akuuttipalveluiden hintojen lähde on Kuusikkoraportti (2018).

5.4 Ehdotetun lain kustannusvaikutukset kotihoidon asiakkaila

Ehdotetun lain mahdolliset kustannukset eivät kohdennu suoraan kotihoitoon vaan kotisairaalaan. Palliatiivisen hoidon toteuttaminen sairaalahoitajaksoja ja päivystyspoliikkakäyntejä välttämällä on mahdollista elämän loppuun asti kotihoidon ja kotisairaalan turvin erityisesti silloin, jos saatavilla on omaisten tai läheisten aikaa ja apua. Heidän työpanokselleen ei ole laskettu raportissa kustannuksia (Gardiner ym. 2017).

Kotihoidon säännöllisiä palveluja saavilla iäkkäillä asiakkailla on jo lähtökohtaisesti suuri palvelutarve. Saattohoitovaihe edellyttää usein ympärivuorokautista apua tai valmiutta siihen. Koska kotihoidon henkilöstön määrä ei lähiaikoina ainakaan lakisääteisesti näytä nousevan, elämän viimeisen vaiheen arki on usein epävirallisen avun varassa. Omaisen uupussa turvaututaan päivystys- ja sairaalapalveluihin, vaikka kotisairaalan tuki olisikin saatavilla.

Kun kuolema lähestyy, päivystyksen ja sairaalahoidon sijasta voitaisiin hyödyntää tehostetun palveluasumisen ja laitospalveluiden lyhytaikaishoitoa tai kriisipalveluja eri tahojen kanssa yhteistyössä suunnitellen. Ehdotettu kotisairaalan toiminnan lisäys ei vaikuttane avun tarpeeseen päivittäisissä toiminnoissa (Instrumental activities of daily living (IADL) ja Activities of daily living (ADL)), mutta antanee turvallisuuden tunteen hoitavalle omaiselle ja luottamuksen siihen, että on osaava taho, jolta kysyä.

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon asiantuntijaryhmän loppuraportin (Saarto ym. 2019b) tulokset osoittavat, että pääasiallisesti kotihoidon palveluita saaneista 65

vuotta täyttäneistä asiakkaista 13 657 kuoli vuoden 2016 aikana. Heistä 89 prosenttia oli käyttänyt vähintään kerran sairaalapalveluita ja vastaavasti 70 prosenttia päivystyspoliklinikan palveluita kuolemaa edeltäneen kolmen kuukauden aikana. Maakunniksi aiottujen alueiden (tätä kirjoitettaessa hyvinvointialueet, [HE 241/2020](#) eduskunnan käsittelyssä 8.12.2020 alkaen) väliset erot palvelujen käytössä vaihtelivat sairaalahoidon osalta 78–92 % ja päivystyskäyntien osalta 51–84 % säännöllisen kotihoiton asiakkaista.

Taulukkoon 3. on laskettu mittaluokka niistä säästöistä, jotka olisi saavutettu tehostetussa palveluasumisessa ja laitoshoidossa akuuttipalvelujen käytössä jo vuonna 2016, mikäli kaikki maakunnat olisivat kyenneet toimimaan yhtä tehokkaasti kuolemaa edeltäneen kolmen kuukauden aikana kuin vähiten akuuttipalveluita käyttäneet maakunnat.

On mahdollista, että sairaalapalveluita vältettäessä olisi jouduttu turvautuman sosiaalipalveluiden lyhytaikaishoidon tai kriisipaikkojen palveluihin. Mikäli sairaalapalvelut olisivat korvautuneet näillä palveluilla, säästö olisi jäänyt 2,7 miljoonaan euroon vältettyjen sairaalaepisodien kohdalla (yhteensä 9,4 miljoonaa euroa).

Tätä mittaluokaltaan noin 9–12 miljoonan euron säästöä tarkastellaan myös tulevaisuuden skenaariossa luvussa 6. Koska yksittäisten käyttäjien käyntikertojen määrä ei ole tiedossa tätä kirjoitettaessa, ainoastaan henkilöiden lukumäärä, säästö voi olla moninkertainen tässä arvioituun verraten.

Taulukko 3. Potentiaalinen säästö vuonna 2016 jos kaikki maakunniksi aiotut alueet olisivat toimineet vähiten kotihoidossa akuuttipalveluja käyttäneiden maakuntien mukaan.

	Kuolleita yhteensä (n)	Palvelujen toteutunut käyttö (n)	Kustannukset	Vältettävissä oleva käyttö	Muut oletukset	Säästö
PPKL palveluita 90 vrk aikana ennen kuolemaansa käyttäneet asiakkaat	13 657	9 614	PPKL käyntikerta n. 500€, kuljetus + saattaja-kustannukset n. 200€ = 700€	33 % (n=3172) kaikista PPKL palveluita käyttäneistä asiakkaista (n=9614)	Vältetyt käyntikerrat / hlö = 1/kk (n=3)	6,7 ME
Vähintään yhden sairaalaepisodin verran sairaalaa 90 vrk aikana ennen kuolemaa käyttäneet asukkaat		12 089	350€/vrk	14 % (n=1690) kaikista sairaalahoitoa käyttäneistä	Vältetty 7 vrk	4,1 ME

*PPKL=päivystyspoliklinikka **vrk=vuorokausi ***km=keskimääräinen

5.5 Pohdintaa muista mahdollisista heijastusvaikutuksista

Mikäli edellä mainituin toimin kyettäisiin vähentämään koko maan iäkkäiden palveluita saavan väestön akuuttipalvelujen käyttöä elämän loppuvaiheessa edes sille tasolle, millä vähiten käyttävät alueet olivat vuonna 2016, samalla vapautuisi sairaalahoidon kapasiteettia muuhun käyttöön. Skenaariossa arvioimme (5.3), että perustasolla vapautuisi yli 4 700 hoitojaksoa. Tästä kapasiteetista puolet käytetään skenaariossa erikoissairaanhoidosta perustasolle siirrettävien potilaiden hoitoon.

Vuonna 2016 joka kymmenes 65-vuotiaana tai sitä vanhempana kuollut henkilö ei ollut käyttänyt lainkaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja kuolemaansa edeltäneen kolmen kuukauden aikana. Joka neljäs (23 %) sellainen henkilö, jolla ei ollut kotihoidon tai asumispalvelujen käyttöä kuolemaa edeltäneen kolmen kuukauden aikana, oli käyttänyt sairaalapalveluita vähintään kerran (n=10 493). Heistä valtaosa (85 %) oli käyttänyt erikoissairaanhoidon palveluita ja 77 prosenttia päivystyspoliklinikan palveluita (Mäkelä 2019). Tässä analyysissä heidän osuutensa sisältyy luvun 5. skenaarioihin.

Yhteenveto

- Iäkkäiden henkilöiden yleisin kuolinpaikka on erikoissairaanhoidon tai perusterveydenhuollon vuodeosasto. Näiden palveluiden sekä päivystyspalvelujen kustannusten tiedetään kaksinkertaistuvan kuolemaa lähestyttäessä.
- Väestön vanhetessa elämän loppuvaiheen kustannukset kasvavat
- Hoidon parempi kohdentaminen elämän loppuvaiheessa kotiin ja hoivayksiköihin kotisairaalapalvelujen avulla johtaa oletettavasti vähäisempään akuuttipalvelujen kysyntään ja sitä kautta nykyistä vähäisempiin kustannuksiin
- Ehdotettu uusi laki ei nosta tehostetun palveluasumisen tai laitoshoidon kustannuksia, koska päivitetty vanhuspalvelulaki turvaa yhtäältä riittävän henkilöstömitoituksen ja toisaalta laadun arvioinnin ja seurannan RAI-järjestelmän avulla
- Työryhmän arvion mukaan pelkästään kaikkien maakunniksi aiottujen alueiden (nyk. hyvinvointialueet) nostaminen tasolle, jolla parhaat alueet toimivat jo vuonna 2016, johtaisi noin 15 miljoonan euron säästöihin jo palveluasumisen ja laitoshoidon osalta.
- Kotihoidon kustannuksia lisäävät vaikutukset kohdentuvat pääasiallisesti kotisairaalaan. Kustannussäästöt aiheutuisivat yhtäältä kotisairaalan osaamisesta sekä sitä kautta vähentyneestä akuuttipalvelujen tarpeesta ja toisaalta mahdollisuudesta hyödyntää aiempaa tehokkaammin palveluasumisen ja laitoshoidon lyhytaikaisia palveluita sairaalapalvelujen sijaan (niin ikään kotisairaalan turvin). Tällöin vähimmillään päästäisiin 9-12 miljoonan euron kustannussäästöihin.

6 Säästösten muut kustannusvaikutukset sosiaali- ja terveydenhuollossa

6.1 Saattohoitovapaata koskeva järjestelmän mahdollinen muutos

Saattohoitovapaata koskevaan järjestelmään mahdollisesti tehtävä muutos koskisi sairausvakuutuslakiin (1224/2004) sisältyvää erityishoitorahaa. Palkkatyön ja kuolevan läheisen hoivaamisen yhdistämiseen on työ sopimuslaissa jo nykyisin soveltuvia järjestelyjä, kuten joustavat työaikajärjestelyt ja tilapäinen työstä poissaolo. Nämä järjestelyt eivät kuitenkaan anna taloudellista turvaa työstä poissaolon ajaksi. Ansionmenetyksen korvaamiseksi esitetään Kelan erityishoitorahaan lisäystä, joka mahdollistaisi erityishoitorahan myöntämisen vakavasti sairaan läheiselle saattohoitotilanteessa.

Ansionmenetyksen korvaaminen todennäköisesti helpottaa läheisten jäämistä työstä vapaalle ja mahdollistaa yhdessäolon elämän viimeisinä viikkoina. Saattohoitotilanteessa läheisten työkyky voi olla alentunut ja moni saakin sairauslomaa läheisen saattohoitovaiheessa.

Tällä hetkellä Kelan erityishoitorahaa voi saada lapsen huoltaja. Mikäli erityishoitoraha laajentuu kattamaan saattohoitotilanteet, laissa määritellään ketkä ja millä edellytyksillä ovat oikeutettuja saamaan erityishoitorahaa. Vastaava saattohoitotilanteisiin suunnattu etuus on käytössä Ruotsissa nimellä närståendepenning (suom. saattohoitokorvaus). Se on kuolevan henkilökohtainen etuus, jonka käyttöön hoidettavan on annettava läheiselleen lupa. Ellei hoidettava kykene antamaan lupaa, tarvitaan lääkärin todistus. Saattohoitovapaa voidaan jakaa läheisten kesken ja sitä voidaan käyttää myös osissa, joko koko- tai osapäiväisesti, kuitenkin siten, että vain yksi läheinen kerrallaan voi saada etuutta. (Kalliomaa-Puha 2018).

Ruotsissa saattohoitovapaan kesto on rajattu 100 päivään. Försäkringskassanin (suomeksi "vakuutuskassa") tilaston mukaan saattohoitovapaata on käytetty keskimäärin 12 päivää saattohoidossa olevaa kohden (2019). Toteuma on pieni suhteessa etuuteen oikeutettujen määrään. Vuonna 2019 etuutta saavia läheisiä oli 16 300 ja etuuden menot olivat 170 miljoonaa kruunua (16,6 miljoonaa euroa). Ruotsissa kuoli

vuonna 2019 yhteensä 88 882 henkilöä. Kun saattohoitoetuuden käyttäjien määrä suhteutetaan vuoden aikana kuolleisiin, oli etuuden käyttäjiä 15,5 prosenttia kuolleista. (Statistik om närståendepenning, Försäkringskassan 2020).

Esitetyn Kelan erityishoitorahan saattohoitoon kohdentuvien kustannusten arvioinnissa on hyödynnetty Ruotsin saattohoitokorvauksen etuuden käyttö- ja kustannustietoja. Mikäli Suomessa vastaavassa tilanteessa etuutta käyttäisi 15,5 prosenttia kuolevista, kuten Ruotsissa, uuden etuuden käyttäjiä olisi vuoden 2018 Tilastokeskuksen kuolinsyytilaston mukaan noin 8 500. Jos etuuden käyttäjiä olisi Ruotsia enemmän, 20 prosenttia kuolleista, olisi uuden etuuden käyttäjiä noin 10 900 henkilöä.

Realisoituvii etuusmenoihin vaikuttaa se, kuinka pitkäksi etuuden käyttö rajataan. Ruotsista saatujen kokemusten mukaan etuuden keston kasvattaminen vaikutti vain vähän keskimääräisen etuusjakson pituuteen. Vuonna 2019 etuuden keskimääräinen kesto oli 12 päivää. Maksimikesto vaikuttaa kuitenkin siihen, kuinka hyvin etuus soveltuu eri elämäntilanteisiin ja eri-ikäisten saattohoidossa käytettäväksi.

Erityishoitorahan, jonka maksimikesto on 30 päivää, kustannukset olisivat 5,8 miljoonaa euroa. Työryhmä ei pidä todennäköisenä, että Suomessa tukea käytettäisi oleellisesti enemmän kuin Ruotsissa. Mikäli kuitenkin etuutta kuitenkin käytettäisiin Suomessa Ruotsia enemmän siten, että käyttäjiä olisi 20 prosenttia kuolevista, etuuden menot nousisivat 7,4 miljoonaan euroon (taulukko 4).

Ruotsissa etuuden korvaustaso on Kelan erityishoitorahaa korkeampi. Keskimääräinen saattohoitovapaan korvaus oli Ruotsissa 1018 euroa / läheinen, kun Kelan erityishoitorahan suuruus on keskimäärin 62 euroa/päivä, joten keskimääräisen jakson korvaussummaksi Suomessa tulisi 744 euroa. Tästä syystä työryhmä arvioi, että Suomessa etuusmenot jäisivät Ruotsin tasoa matalammiksi.

Taulukko 4. Arvioidut etuusmenojen toteumat eri vaihtoehdoissa.

	Kustannukset, mikäli etuutta käyttää 15,5 % vuoden aikana kuolleista (n=8 500)**	Kustannukset, mikäli etuutta käyttää 20 % vuoden aikana kuolleista (n=10 900)
Vaihtoehto 1	5,8 miljoonaa euroa	7,4 miljoonaa euroa
Etuuden maksimipituus 30 päivää		
Arvioitu toteuma keskimäärin 11 päivää / saattohoidossa ollut etuutta käyttänyt*		

Laskelmassa on käytetty keskimääräistä Kelan erityishoitotuen saajan etuutta 62€/päivä.

* Vuonna 2009 Närståendepenningin toteuma oli keskimäärin 11,78 päivää / saattohoidossa ollut etuutta käyttänyt. Tuolloin maksimietuus oli 60 päivää. Vuonna 2019 vastaava toteuma oli keskimäärin 12,10 päivää / saattohoidossa ollut etuutta käyttänyt. Tuolloin maksimietuus on 100 päivää. Vuonna 2010 maksimipituus nousi 60 päivästä 100 päivään. Tämän perusteella on arvioitu, että 30 päivän maksimioikeus johtaisi siihen, että keskimäärin etuuden toteuma olisi 11 päivää / saattohoidossa ollut etuutta käyttänyt ja 100 päivän maksimioikeus johtaisi vastaavasti 12 päivän maksimitoteumaan.

**Arvio perustuu Ruotsissa toteutuneeseen Närståendepenningin käyttöön.

Erytishoitoraha korvaisi osan läheisille nykyisin myönnetystä sairauslomasta. Tällöin erityishoitorahan laajentaminen saattohoitotilanteisiin vähentäisi voimaansaamassa samalla Kelan sairauspäivärahan menoja. Työryhmä arvioi, että sairauslomia korvautuisi läheisiltä erityisesti syöpäsairauksien yhteydessä. Kuolinsyytilaston mukaan kasvaimista johtuvia kuolemia oli työikäisistä 2369 henkilöllä vuonna 2018. Erityisesti tässä ryhmässä on omaisia, joille kohdentuu sairauslomaa saattohoitotilanteissa. Mikäli näistä läheisistä kolmannes pitäisi sairausloman, joka jatkossa korvautuisi erityishoitorahalla, laskisi se erityishoitorahan kattamiseen tarvittavaa rahoitusta noin 500 000 euroa vuositasolla, koska keskimääräinen sairauspäiväraha vuonna 2019 oli 53,83 euroa/päivä (Kelan sairausvakuutuslaskelma 2019, Helsinki, Kela 2020).

6.2 Mahdolliset muutokset potilaan asemasta ja oikeuksista annettuun lakiin

Potilaslain (785/1992) mukaan itsemääräämisoikeus ei toistaiseksi käsitä asiakkaan subjektiivista oikeutta määrätä henkilöstöä velvoittavasti hoidostaan tai palveluistaan. Itsemääräämisoikeuden lakisääteisesti velvoittava osuus pitää sisällään pyrkimyksen

yhteisymmärrykseen sekä potilaan tai asiakkaan oikeuden kieltäytyä vastaanottamasta tarjottua hoitoa tai palvelua. Näiltä osin kustannusvaikutuksia ei ole odotettavissa. Mahdollisten asetusten tarkempi sisältö ja sitä kautta mahdolliset uudet kustannusvaikutukset eivät tätä kirjoitettaessa ole tiedossa.

Palliatiivinen hoito ja saattohoito tulee järjestää kiireellisesti, kun henkilön oireet pahe-nevat elämän loppuvaiheessa ja hän tarvitsee välitöntä apua. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että kaikilla elämänsä loppuvaihetta elävillä ihmisillä tulee olla elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. Henkilön itsensä ja hänen niin salliessaan hänen läheistensä kanssa on suunniteltu, miten toimitaan, jos kärsimyksiä aiheuttavia oireita alkaa ilmetä. Henkilöllä tulee olla tiedossa puhelinnumero, josta hän saa apua ja neuvoja ympärivuorokauden viikon jokaisena päivänä. Saattohoitosuunnitelma on laadittuna ja sovittuna mahdollisuus päästä tarvittaessa vuodeosastohoitoon mihin vuorokauden aikaan tahansa käymättä päivystyksessä (Saarto ym. 2019b).

Laskentatyöryhmän näkemyksen mukaan tiedossa olevilla säädösmuutoksilla ei ole kustannusvaikutusta siltä osin, kun ne koskevat ennakoivaa hoitosuunnitelmaa ja potilaan tiedon tarpeita.

6.3 Hoitotahtoa koskeva sääntely

Hoitotahto on potilaan itsensä laatima asiakirja, joka sisältää hänen oman toiveensa elämän loppuvaiheen hoidon toteutuksesta (Potilaslaki 785/1992, 6§ 6a§). Hoitotahtoa koskeva asiakirja on ennakoivan hoitosuunnitelman yksi osa, eikä sillä ole kustannusvaikutuksia koska lain velvoittava osuus liittyy ainoastaan hoidon rajauksiin. Näin ollen tälläkään säädösmuutoksella ei ole kustannusvaikutusta.

6.4 Mahdolliset lisäykset terveydenhuoltolakiin

Suomessa on samaan aikaan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon uudistuksen kanssa uudistumassa koko sosiaali- ja terveydenhuolto. Nykyisen lainsäädännön (Terveydenhuoltolaki (1326/2010) mukaan erityisvastuualue on kahden tai useamman sairaanhoitopiirin muodostama alue ja erityisvastuualueen hallinto tukeutuu yliopistollisen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän hallintoon. Erityisvastuualueeseen kuuluvien sairaanhoitopiirien on tarkoitus sopia ensihoitokeskuksen tehtävien hoitamisesta. (Terveydenhuoltolaki 3 §; VN asetus erityistason sairaanhoidon erityisvastuu-

alueista; VN:n asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä; HE 241/2020, s. 41). Laskentatyöryhmän työssä on arvioitu sää-dösvaikutuksia vuoden 2020 järjestämistilanteessa (malli 1) ja tilanteessa, jossa eduskunnalle annettu rakennemuutosesitys hyvinvointialueineen (HE 241/2020) olisi voimassa (malli 2). Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon suosituksessa (Saarto ym. 2019b) määritelty resurssi/ 100 000 asukasta säilyisi ennallaan myös mallissa 2, mutta eri alueiden asukasmäärät muuttuisivat maantieteellisten aluemuutosten vuoksi (kuviot 4–5, liite 1).

6.5 Kunnan on järjestettävä palliatiivinen hoito ja saattohoito

Terveydenhuoltolain (24a §) mukaan kunnan on järjestettävä palliatiivinen hoito ja saattohoito. Asiantuntijakuulemisten perusteella osa palliatiivisen hoidon erityistason keskusten ja yksiköiden resurssitarpeesta voitaisiin kattaa jo olemassa olevin resurssein kohdentamalla niitä nykytilaa tarkoituksenmukaisemmin. Resursseja on arvioitu vapautuvan esimerkiksi ympärivuorokautisesta hoidosta siirrettäessä painopistettä kotisaattohoitoon. Vuodeosastohoidon uudelleenorganisointi ei aiheuttaisi muutostannuksia täydennyskoulutusta lukuun ottamatta. Osa palliatiivisen hoidon vuodeosastokapasiteetin lisäystarpeesta lienee jo kirjattu sairaanhoitopiirien kuntayhtymien investointi- ja taloussuunnitelmiin. Asiantuntijakuulemisten perusteella uusiksi tai laajeneviksi tehtäviksi jäisivät palliatiivisten kotisairaaloiden resurssien varmistaminen siten, että palliatiivisen hoidon valtakunnallisia suosituksia noudatetaan (vrt. Saarto ym. 2019b sekä kuviot 2 ja 3). Lisäksi lisäresurssia edellytetään kohdennettavaksi perustason sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden (P-taso) sekä perustason saattohoidon yksiköiden (A-taso) palliatiiviseen konsultaatiotukeen ympäri vuorokauden toimivalla vapaamuotoista päivystystä lisäämällä. Tämä tarkoittaisi valtakunnallisen palliatiivisen puhelinpäivystysringin perustamista ja ylläpitoa.

6.6 Henkilöstöresurssi

Henkilöstöressurssina tarkastellen kokonaisuudistus merkitsisi valtakunnallisesti palliatiivisen kotisairaalan osalta henkilötöpanoksina vähintään seuraavassa kuvattua lisäystarvetta henkilötövuosissa (htv):

- Lääkärit yhteensä + 46–53 htv
- Sairaanhoitajat yhteensä + 370–421 htv
- Psykologit yhteensä + 55 htv

Laskelma on tehty vuoden 2020 alun väestötiedoin. Kyseinen työntekijäresurssi tulisi olla käytettävissä vuosittain lain tultua voimaan, jotta suunnitelma palliatiivisen hoidon erityistason keskuksista ja yksiköistä voisi toteutua suosituksen mukaisesti. Väkiluvun muuttuessa henkilöstöresurssin määrää joudutaan arvioimaan uudelleen, jotta työvoima säilyisi suosituksen tasolla. Laskelmassa on huomioitu henkilöresurssitarvetta vähentävänä tekijänä STM:n valtakunnallisessa selvityksessä ilmoitettu erityisvastuualueiden alueellisilla vastuilla olevien väestön määriin suhteutettu erityistason kotisairaalan kattavuustieto raporttia kirjoitettaessa vallitsevalla sairaanhoitopiirirakenteella (taulukko 5, malli 1) sekä hyvinvointialuerakenteessa (taulukko 5, malli 2), jossa erityisvastuualueiden väestömäärät muuttuvat vuoden 2020 (kuvio 4) tilanteesta (kuviot 5 ja 7). Vrt. Saarto ym. 2019b.

Taulukko 5. Henkilöstöresurssin lisätarve erityisvastuualueittain vuonna 2020, keskiarvoin.

Lisähenkilöstön tarve erityisvastuu-alueittain / htv	Malli 1: nykyinen sairaanhoitopiirirakenne säilyy, väestömäärä huomioidaan erityisvastuualueittain	Malli 2: väestömäärä huomioidaan hyvinvointialueittain, väestön jakautuminen erityisvastuualueille muuttuu	Mallien ero / % ¹⁾
Hyks			
Lääkäri	4	4	0,0 %
Sairaanhoitaja	32	32	0,0 %
Psykologi	22	22	0,0 %
Kys			
Lääkäri	14	14	2,5 %
Sairaanhoitaja	113	116	2,5 %
Psykologi	8	8	2,5 %
Oys			
Lääkäri	7	7	-0,9 %
Sairaanhoitaja	55	55	-0,9 %
Psykologi	7	7	-0,9 %
Tays			
Lääkäri	11	11	-1,9 %

Lisähenkilöstön tarve erityisvastuu-alueittain / htv	Malli 1: nykyinen sairaanhoitopiirirakenne säilyy, väestömäärä huomioidaan erityisvastuualueittain	Malli 2: väestömäärä huomioidaan hyvinvointialueittain, väestön jakautuminen erityisvastuualueille muuttuu	Mallien ero / % ¹⁾
Sairaanhoitaja	87	85	-1,9 %
Psykologi	9	9	-1,9 %
Tyks			
Lääkäri	10	10	0,4 %
Sairaanhoitaja	83	84	0,4 %
Psykologi	9	9	0,4 %
Suomi			
Lääkäri	46	46	0,3 %
Sairaanhoitaja	370	371	0,3 %
Psykologi	55	55	0,0 %

¹⁾ Mallissa 2 alueellinen väestömäärä muuttuu verrattuna malliin 1. Laskentaperusteena säilyy suosituksen mukainen resurssi/100 000 asukasta.

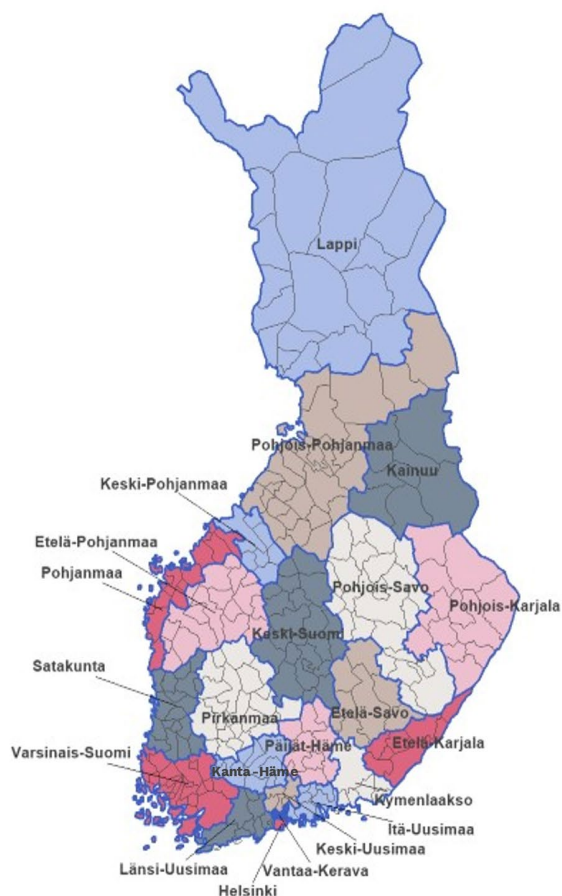
Vapaamuotoisessa päivystyksessä puolet toteutuneista tunteista on arvioitu olevan aktiiviyötä. Taulukossa 5. esitetty lääkäriresurssi sisältää vapaamuotoisen päivystyksen resurssin, jota täydentää vapaamuotoisen päivystyksen velvoitteen kohdentuminen jo nykyisin virassa oleville palliativisen hoidon ja saattohoidon lääkäreille. Las-kelma (taulukko 5) perustuu erityistason palliativisen kotisairaalan **keskimääräisiin** kattavuustietoihin erityisvastuualueittain. Erittely sairaanhoitopiireittäin on liitteenä 2. Taulukosta 5. nähdään, että hyvinvointialuejako vaikuttaa jonkin verran tarvittavan lisähenkilöstön määrään. Muutokset ovat nykyiseen sairaanhoitopiirien kuntayhtymistä ja erityisvastuualueista perustuvaan malliin 1. verrattuna maltillisia. Mallin 2. väestömäärinä on käytetty vuoden 2020 alun väestömääriä hyvinvointialueittain (kuvat 5 ja 7, liite 1).

Kuvio 7. Suomen asukasluku alueittain vuoden 2019 päätyttyä. Lähde: Suomen Kuntaliitto.

Sote maakunnat 2021 - lakiluonnoksen mukaan

Asukasluvut 31.12.2019

Etelä-Karjala	127 757
Etelä-Pohjanmaa	193 207
Etelä-Savo	94 056
Helsinki	653 835
Itä-Uusimaa	97 613
Kainuu	72 306
Kanta-Häme	170 925
Keski-Pohjanmaa	68 158
Keski-Suomi	272 898
Keski-Uusimaa	197 529
Kymenlaakso	164 456
Lappi	177 161
Länsi-Uusimaa	470 217
Pirkanmaa	519 872
Pohjanmaa	175 923
Pohjois-Karjala	164 465
Pohjois-Pohjanmaa	412 830
Pohjois-Savo	289 261
Päijät-Häme	206 315
Satakunta	216 752
Vantaa-Kerava	270 531
Varsinais-Suomi	479 341
Manner-Suomi yhteensä	5 495 408



KUNTA
LIITTO

Palliativisen hoidon ja saattohoidon valmistelu on edennyt eri tavoin eri sairaanhoitopiireissä. Kun kunkin sairaanhoitopiirien valmistelun vaihe huomioidaan, päädytään taulukossa 6. esitettyyn henkilöstötarpeen jakaumaan. Lääkäreiden lisätarve on +52 htv, sairaanhoitajien +418 htv ja psykologien +55 htv. Laskelmassa on huomioitu henkilöresurssitarvetta vähentävänä tekijänä STM:n valtakunnallisessa selvityksessä ilmoitettu erityisvastuualueiden alueellisilla vastuilla olevien väestön määriin suhteutettu erityistason kotisairaalan kattavuustieto nykyisellä sairaanhoitopiirirakenteella (taulukko 6, malli 1) sekä hyvinvointialuerakenteessa (taulukko 6, malli 2), jossa erityisvastuualueiden väestömäärät muuttuvat vuoden 2020 tilanteesta (kuvat 4–6, liite 1). Vrt. Saarto ym. 2019a ja 2019b.

Taulukko 6. Henkilöstöressurin lisätarve erityisvastuualueittain vuonna 2020.

Lisähenkilöstön tarve erityisvastuualueittain/ htv	Malli 1: nykyinen sairaanhoitopiirirakenne säilyy, väestömäärä huomioidaan erityisvastuualueittain	Malli 2: väestömäärä huomioidaan hyvinvointialueittain, väestön jakautuminen erityisvastuualueille muuttuu	Mallien ero / % ¹⁾
Hyks			
Lääkäri	7	7	0,1 %
Sairaanhoitaja	55	55	0,1 %
Psykologi	22	22	0,0 %
Kys			
Lääkäri	14	14	2,9 %
Sairaanhoitaja	112	116	2,9 %
Psykologi	8	8	2,5 %
Oys			
Lääkäri	9	9	0,3 %
Sairaanhoitaja	73	74	0,3 %
Psykologi	7	7	-0,9 %
Tays			

Lisähenkilöstön tarve erityisvastuualueittain/ htv	Malli 1: nykyinen sairaanhoitopiirirakenne säilyy, väestömäärä huomioidaan erityisvastuualueittain	Malli 2: väestömäärä huomioidaan hyvinvointialueittain, väestön jakautuminen erityisvastuualueille muuttuu	Mallien ero / % ¹⁾
Lääkäri	12	12	-1,5 %
Sairaanhoitaja	94	93	-1,5 %
Psykologi	9	9	-1,9 %
Tyks			
Lääkäri	10	10	1,0 %
Sairaanhoitaja	83	84	1,0 %
Psykologi	9	9	0,4 %
Suomi			
Lääkäri	52	53	0,7 %
Sairaanhoitaja	418	421	0,7 %
Psykologi	55	55	0,0 %

1) Mallissa 2 alueellinen väestömäärä muuttuu verrattuna malliin 1. Laskentaperusteena säilyy suosituksen mukainen resurssi/100 000 asukasta.

6.7 Talousresurssi

Palliatiivisen hoidon valtakunnallinen organisointi edellyttää henkilöstöresurssin täydentämisen lisäksi panostusta vapaamuotoiseen päivystykseen (kuviot 5–6). Konsultaatio- ja päivystyspalvelut ovat osin järjestämättä kaikilla erityisvastuualueilla. Puhe-linkonsultaatiotukea on saatavilla kaikkien sairaanhoitopiirien alueella virka-aikaan, mutta päivystyspalvelut puuttuvat. (Saarto ym. 2019a). Talousresurssin lisäämisen vähimmäistarve on esitetty keskimääräisin luvuin erityisvastuualueittain ja koko Suomen tasolla taulukossa 7.

Laskelmassa on huomioitu henkilöresurssitarvetta vähentävänä tekijänä sosiaali- ja terveysministeriön valtakunnallisessa selvityksessä ilmoitettu erityisvastuualueiden alueellisilla vastuilla olevien väestön määrään suhteutettu erityistason kotisairaalan kattavuustieto nykyisellä sairaanhoitopiirirakenteella (taulukko 7, malli 1) sekä hyvinvointialuerakenteessa (taulukko 7, malli 2), jossa erityisvastuualueiden väestömäärät muuttuvat vuoden 2020 (kuvio 4) tilanteesta (kuviot 5–6, liite 1). Vrt. Saarto ym. 2019a ja 2019b. Vapaamuotoisessa päivystyksessä puolet toteutuneista tunneista on arvioitu olevan aktiiviyötä ja päivystävänä ammattiryhmänä ovat lääkärit. Palkkakustannusten estimaattoreina on käytetty sairaanhoitopiirien keskimääräisiä kuukausiansioita ammattinimikkeillä lääkäri, sairaanhoitaja ja psykologi. Vuosien 2018 ja 2019 keskimääräisiin kuukausiansioihin on vaikuttanut vähentävästi kilpailukyky sopimus, jonka vaikutus on neutralisoitu nostettaessa sairaanhoitopiireissä maksetut keskimääräiset tehtäväkohtaiset palkat vuoden 2020 tasoon. Vuoden 2020 keskimääräisissä kuukausiansioissa on huomioitu tiedossa olleet palkankorotukset, jotka on arvioitu seuraavassa laskelmassa kokovuotisiksi. Kilpailukyky sopimukseen sisältynyt lomarahaleikkaus on neutralisoitu ja oletuksena on käytetty kokovuotista lomarahakertymää. Lisäksi laskelmaan on sisällytetty työnantajakulut.

Taulukko 7. Talousresurssin lisätarve erityisvastuualueittain vuonna 2020, keskiarvoin.

Säädösmuutosten vaikutus / tuhatta euroa (vuoden 2020 tasossa)	Malli 1: nykyinen sairaanhoitopiirirakenne säilyy, väestömäärä huomioidaan erityisvastuualueittain	Malli 2: väestömäärä huomioidaan hyvinvointialueittain, väestön jakautuminen erityisvastuualueille muuttuu	Mallien ero / % ¹⁾
Hyks	3 972	4 412	11,1 %
Kys	8 413	8 501	1,0 %
Oys	4 630	4 484	-3,1 %
Tays	6 545	6 426	-1,8 %
Tyks	6 318	6 343	0,4 %
Suomi	29 878	30 165	1,0 %

¹⁾ Mallissa 2 alueellinen väestömäärä muuttuu verrattuna malliin 1. Laskentaperusteena säilyy suosituksen mukainen resurssi/100 000 asukasta. Laskelma sisältää vapaamuotoisen päivystyksen kustannukset.

Talousresurssin lisäämisen vähimmäistarve tilanteessa, jossa sairaanhoitopiirien erilainen valmistelun vaihe on huomioitu nähdään taulukosta 8. Laskelmassa on henkilöresurssitarvetta vähentävänä tekijänä sosiaali- ja terveysministeriön valtakunnallisessa selvityksessä ilmoitettu erityisvastuualueiden alueellisilla vastuilla olevien väestön määriin suhteutettu erityistason kotisairaalan kattavuustieto nykyisellä sairaanhoitopiirirakenteella (taulukko 8, malli 1) sekä hyvinvointialuerakenteessa (taulukko 8, malli 2), jossa erityisvastuualueiden väestömäärät muuttuvat vuoden 2020 (kuvio 4) tilanteesta (kuviot 5–6, taulukot 9–10, ks. liite 1). Vrt. Saarto ym. 2019a ja 2019b. Vapaamuotoisessa päivystyksessä puolet toteutuneista tunneista on arvioitu olevan aktiiviyötä ja päivystävänä ammattiryhmänä ovat lääkärit. Erittely sairaanhoitopiireittäin mallissa 1. ja 2. on esitetty liitteiden 2–3 taulukoissa C-F.

Taulukko 8. Talousresurssin lisätarve erityisvastuualueittain vuonna 2020.

Säädösmuutosten vaikutus / tuhatta euroa (vuoden 2020 tasossa)	Malli 1: nykyinen sairaanhoitopiirirakenne säilyy, väestömäärä huomioidaan erityisvastuualueittain	Malli 2: väestömäärä huomioidaan hyvinvointialueittain, väestön jakautuminen erityisvastuualueille muuttuu	Mallien ero / % ¹⁾
Hyks	5 500	5 944	8,1 %
Kys	8 386	8 499	1,4 %
Oys	5 804	5 264	-9,3 %
Tays	7 060	6 958	-1,4 %
Tyks	6 296	6 351	0,9 %
Suomi	33 045	33 456	1,2 %

¹⁾ Mallissa 2 alueellinen väestömäärä muuttuu verrattuna malliin 1. Laskentaperusteena säilyy suosituksen mukainen resurssi/100 000 asukasta. Laskelma sisältää vapaamuotoisen päivystyksen kustannukset.

Laskentatyöryhmän arvion mukaan henkilöstöresurssin lisäys voidaan tehdä sisäisinä siirtoina (kts. kohta 6.9). erityisesti sairaaloissa. Kapasiteettia vapautuu myös siksi, että tehostetun palveluasumisen lakisääteinen henkilöstölisä turvaa mahdollisuuden huolehtia saattohoidosta nykyistä paremmin siellä missä henkilö on. Lisäksi kotisairaalan vahvistaminen turvaa osaamista palvelutalojen henkilöstön kouluttamisen lisäksi.

6.8 Kiireellinen hoito

Kiireellisestä hoidosta on säädetty Terveydenhuoltolain 50 §:ssä. Kiireellisen hoidon turvaamiseksi tarvitaan mahdollisuus siihen, että potilaan hoidosta voidaan konsultoida palliatiivisen erityispätevyyden omaavaa lääkäriä ympärivuorokauden viikon jokaisena päivänä. Tämä on tarkoitus turvata järjestämällä vapaamuotoinen päivystys sairaanhoitopiireittäin tai hyvinvointialueittain. (Taulukot 5–8, ks. liitteet 2–3). Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon konsultaatiotuen resurssia kohdennetaan myös perustason saattohoitoon ja perustason sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköihin, joissa hoidetaan sellaisia kuolevia potilaita, ja jotka eivät kuulu ABC-tasolle (kuviot 2–3). Haasteena päivystyksen järjestämisen kannalta on se, että koulutettuja lääkäreitä on vielä riittämättömästi ajatellen koko Suomea kattavaa palveluverkkoa (kuviot 4–5).

6.9 Palliativisen hoidon ja saattohoidon vuodeosastotoiminnan kehittäminen ja siihen liittyvät kustannukset

Osana B ja C –tason palliativisia keskuksia toimii vaativan erityistason palliativista hoitoa ja saattohoitoa toteuttavia vuodeosastoja (kuviot 2–3). Nykyisessä mallissa nämä vuodepaikat ovat pääsääntöisesti sijoitettuina terveyskeskussairaaloihin. Maakunta ja sote-uudistuksen jälkeen vastaavat vuodepaikat allokoidaan osaksi palliativisen keskuksen toimintaa siltä osin kuin maakunnassa tarvitaan erityistason vuodepaikkoja.

Vuodeosastotoiminnan perustamiseksi ei tarvita uusia resursseja, vaan keskeistä on osaamisen kehittäminen. Palvelutarpeen arviointi ja oikea-aikainen hoitolinjauksen toteutus ja hoidon rajaukset turvaavat resurssien riittävyyden ja oikean kohdentamisen. Palliativisen ja saattohoidon vuodeosastotoiminnan kehittäminen on keskeinen osa Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman kokonaissuunnittelua, jossa iäkkäiden palveluiden kehittämistoimintaa on etenkin seuraavilla alueilla:

- palvelutarpeen arviointi ja palveluohjaus
- monialainen yhteistyö
- RAI-järjestelmän käyttöönotto
- kotihoidon kehittäminen
- omais- ja perhehoidon kehittäminen
- palliativisen hoidon ja saattohoidon kehittäminen

Vaikka valtaosa suomalaisista kuolee yhä iäkkäämpänä, laskentatyöryhmä haluaa muistuttaa, että kuolema voi koskea minkä ikäistä ihmistä tahansa. Elämän loppuvaiheen osalta palvelutarvetta ilmenee kaikissa ikäryhmissä kuten palliativisen hoidon ja saattohoidon väli- ja loppuraportista ilmeneekin (Saarto ym. 2019b).

6.10 Lasten ja nuorten palliativinen hoito ja saattohoito

Lasten ja nuorten palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestämisestä veloitetaan keskittämisasiäksessään siten, että vaativan erityistason palliativiset keskuksot osallistuvat lasten ja nuorten palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestämiseen. Kuolevia lapsia ja nuoria, jotka tarvitsevat palliativista hoitoa ja saattohoitoa, on Suomessa vähän. Heidän hoitonsa on erittäin vaativaa ja edellyttää korkeatasoista osaamista. Nämä potilaat ovat yliopistosairaaloitten lastenklinioiden hoidossa ja yhteistyössä

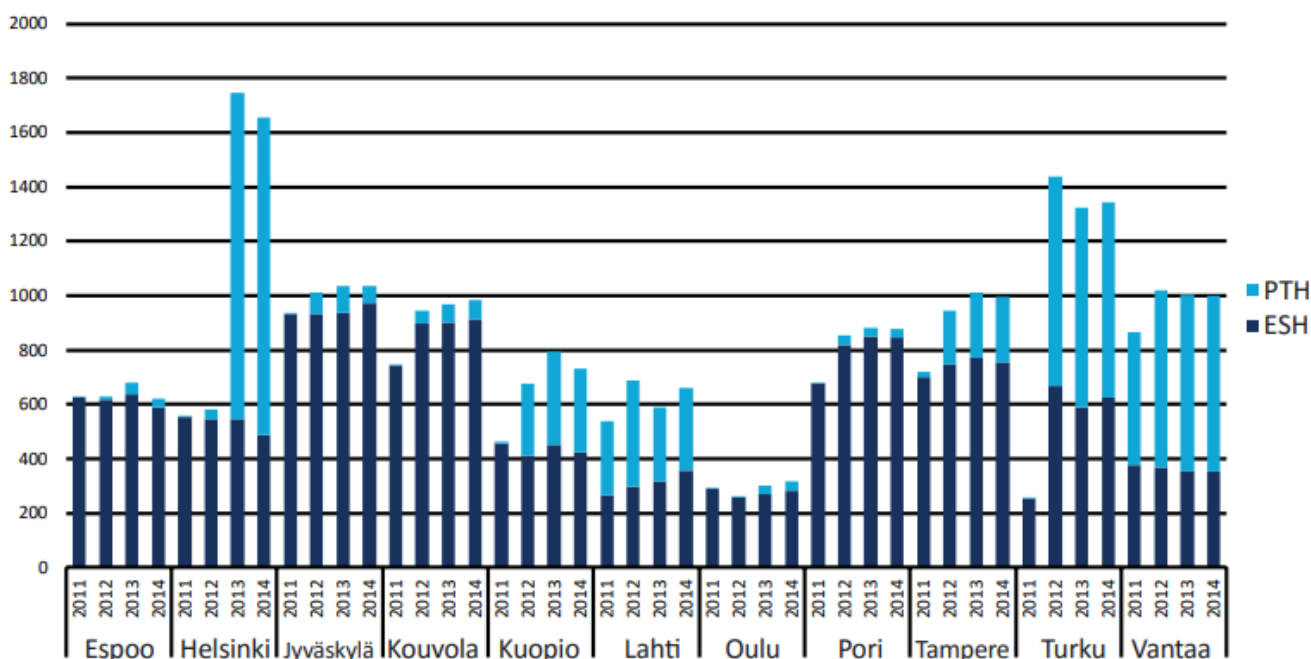
lastenklินิกoiden, palliatiivisten keskusten ja kotipaikkakunnan palvelujärjestelmän kanssa, esim. kotisairaalat, järjestetään elämän loppuvaiheen hoito. Tämä edellyttää verkostomaisen toiminnan kehittämistä ja kaikkien osapuolien osaamistason parantamista (Muurinen 2020), mutta pienen potilasmäärän vuoksi ei edellytä lisäresurssointia.

6.11 Päivystykustannukset

Päivystyksen käytön eroja iäkkäillä potilailla on selvitetty Suomen Kuntaliiton toimesta ELSE-projektissa (Malmström ym. 2017), missä kartoitettiin päivystysjärjestelmien erityispiirteitä ja kuntien välisiä eroja iäkkään väestön päivystyksen käytössä (kuvio 8). Raportissa todettiin yli 75-vuotiaiden päivystykseen tulevien henkilöiden asuvan pääosin kotona ilman palveluja (70 %), joka viidennen (20 %) saavan kotihoidon palveluja ja joka kymmenennen asuvan palvelutalossa tai laitoshoidossa. Raportin johtopäätöksiä todettiin, että päivystyspotilaiden hoitoketjulla ei ollut selkeää omistajaa, joka ohjaisi tai seuraisi päivystyspotilaiden hoitoketjun järjestäytymistä kotoa-kotiin näkökulmasta. Lisäksi tutkimuksessa todettiin, että akuuttia hoitoa olisi voitu useissa tapauksissa tarjota jo esimerkiksi asumispalveluissa tai kotona, jolloin potilaan ei olisi tarvinnut siirtyä päivystykseen, mikä olisi ollut parempi ratkaisu sekä iäkkäälle potilaalle että terveydenhuoltojärjestelmän kustannusten näkökulmasta. Sipilän hallituksen aikana (2015–2019) rakennettu KAAPO-malli ([Keskitetty Alueellinen Asiakasohjaus](#)) tai asiakasohjausnumero 116 117 eivät olleet tätä raporttia koottaessa vielä valtakunnallisesti toiminnassa.

Kuvio 8. 75 vuotta täyttäneiden väestöön suhteutettu erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon päivystyskäyttö suurissa kaupungeissa. Lähde: Suomen Kuntaliitto 2017.

Päivystyskäyntiä / 1000 75 vuotta täyttänyttä



PTH=perusterveydenhuolto ESH=erikoissairaanhoido

Vuonna 2019 LiiSa-hankkeessa Espoon kotisairaalan yksikkö (yhteistyössä HUS:n kanssa) on palvellut espoolaisia pitkäaikaishoidon asukkaita ja hoivakoteja ympäri vuorokauden. Toiminta on perustunut hoivakotiasukkaan luona tapahtuneeseen tutkimukseen ja arviointiin. LiiSa-hankkeessa on työskennellyt päivystykselliseen potilaan arviointiin erityiskoulutettuja sairaanhoitajia. Palvelut eivät ole korvanneet hoivakotilääkärin hoitoa, vaan hoivakodin vastuulääkäri on vastannut hankkeen aikana asukkaiden kokonaisvaltaisesta hoidosta. LiiSa ei ole korvannut 112-palvelua, vaan henkeä uhkaavissa tilanteissa hoivakodeista on soitettu edelleen hätäkeskukseen. (<https://husinvuosi.fi/potilaan-hoito/caset/liikkuva-sairaala/>)

Pääkaupunkiseudulla on suunnitelmassa levittää LiiSa-tyyppistä toimintaa myös muihin kuntiin. Esimerkkinä Pätijä-hankkeen (ref) yhteydessä Helsinkiin suunniteltu liikkuva hoitaja (LiiHo)-hanke (http://www.socca.fi/kehittaminen/ikaihmissen_palvelut_gerometro/gerometron_kyydissa_-_blogi/paivystyksellisten_tilanteiden_koulutta-

[mista_yli_kuntarajojen.8631.blog](#)). Vaikka molemmat hankkeet pureutuvat ELSE-projektissa havaittuun kysynnän hallintaan, niiden kustannusvaikuttavuudesta ei kuitenkaan ole vielä näyttöä.

6.12 Säästöpotentiaalin arviointi ja skenaariolaskenta vuosille 2030–2040

Seuraavan 10 vuoden aikana 65 vuotta täyttäneen väestön oletetaan kasvavan noin 200 000 henkilöllä 80 vuotta täyttäneen väestön muodostaessa tästä kasvusta valtaosan eli 170 000 henkilöä. Palliatiivisen hoidon tarpeessa olevien henkilöiden voidaan siis arvioida lisääntyvän runsaasti tänä aikana ja kohdentuvan yhä iäkkäämpään väestöön.

Palliatiivisen hoidon tehostamisen voidaan hiljattaisen Cochrane-katsauksen (Bajwah ym. 2020) mukaan olettaa kohentavan elämänlaatua, vähentävän oirekuormaa, lisäävän tyytyväisyyttä saatuun hoitoon sekä lisäävän todennäköisyyttä kuolla itse valitussa paikassa sairaalakuolemaan verrattuna. Tutkimuksen kohteena oli sairaalajohtoisen palliatiivisen erikoishoidon (Hospital-based specialist palliative care, HBPC) vertaaminen tavalliseen hoitoon. Tuloksissa ei todettu erityisiä vaaratekijöitä tavanomaiseen hoitoon nähden. Kustannustehokkuuden tulokset kuitenkin vaihtelivat.

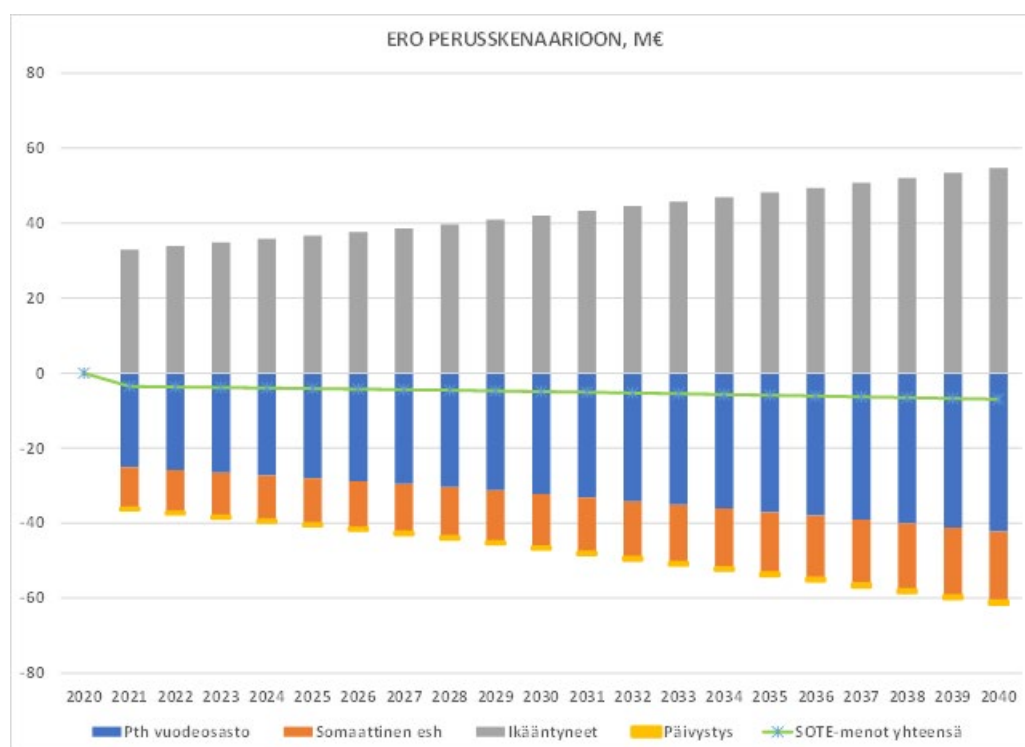
THL arvioi sosiaali- ja terveystenon kasvupainetta niin kutsutun SOME-mallin avulla. Malli hyödyntää palvelujen järjestäjien tietoja sosiaali- ja terveydenhoidon kustannuksista ja THL:n kokoamia rekisteritietoja palvelujen käytöstä ja yksikkökustannuksista. Menopaineen kehitysarvio perustuu eri toimenpiteistä aiheutuvien menojen kohdentamiseen miesten ja naisten vuositasoiisiin ikäryhmiin, jolloin väestöennusteen perusteella on arvioitavissa, kuinka palvelujen volyyymi kehittyy tulevaisuudessa.

Sosiaali- ja terveystenot jakautuvat varsin epätasaisesti ikäryhmien ja sukupuolien välillä. Kustannukset elinkaaren lopussa nousevat jyrkästi. Ikääntyminen itsessään ei selitä kustannusnousua, vaan ne syntyvät terveydentilan heikkenemisestä ja avun tarpeen lisääntymisestä kuoleman lähestyessä, jolloin erikoissairaanhoidon ja ympärivuorokautisen hoidon käyttö yleistyvät.

Nyt tehdyssä skenaariolaskelmassa arvioidaan, kuinka kustannusten kehitys muuttuisi, jos kuolemanläheisyyteen liittyvää hoivaa järjestettäisiin nykyistä tehokkaammin. Tehostamista on kuvattu liitteessä 4. Tehostaminen syntyy työryhmän esittämän mallin mukaisesti siten, että erikoissairaanhoidosta siirrytään potilaita perustason hoitoon

ja perustason hoidosta tehostettuun palveluasumiseen. Lisäksi päivystyskäyntien tarve vähenee. Tällöin syntyy vuositasolla vajaan neljän miljoonan euron säästö nykytasoon verrattuna (kuvio 9).

Kuvio 9. Sosiaalipalveluita käyttävien asiakkaiden hoidon menojen kasvu ja sairaalahoidon sekä päivystysmenojen väheneminen ehdotetun mallin toteutuessa.



PTH=perusterveydenhuolto ESH=erikoissairaanhoito

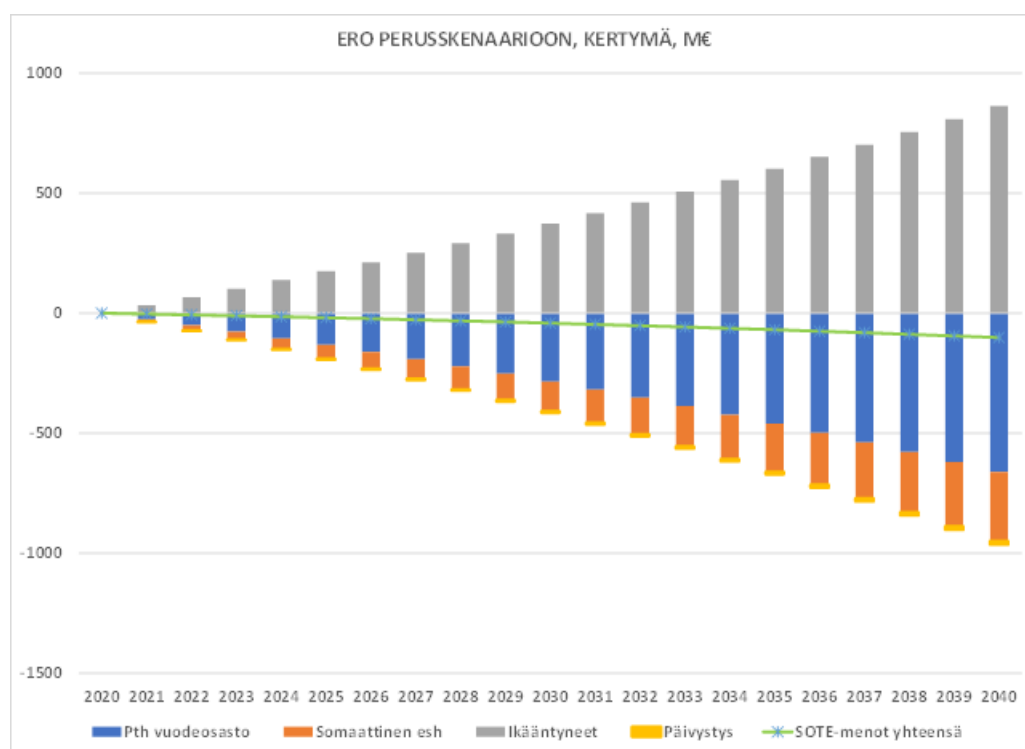
Laskelmaa varten on tarkasteltu maakunnittaisia eroja ympärivuorokautisen hoidon ja kotihoidon asiakkaiden hoitoketjuissa. Muutokset potilaiden hoidossa on arvioitu **ympärivuorokautisen hoidon** asiakkaiden osalta siten, että saavutettaisiin vuoden 2016 maakuntaveritilun perusteella erikoissairaala-, keskussairaala- ja terveyskeskuksen vuodeosastohoidon episodeissa sekä päivystyspoliklinikkakäynneissä maakuntien toteutunut alhaisin palvelujen käyttötaso. Tämän vähimmäistason saavuttamisolehdus edellyttää vanhuspalvelulain hoitamitoituksen noston toteuttamista ja palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kotisairaaloiminnan vahvistamista.

Muutokset **kotihoitoa** saavien palliatiivisen ja saattohoidon potilaiden hoidossa on arvioitu siten, että koko maassa saavutettaisiin vuoden 2016 maakuntien alhaisin palvelujen käyttötaso sairaalaepisodeissa, terveyskeskusten vuodeosastohoidossa sekä

päivystyskäynneissä ja näiden sijasta asiakkaalle järjestetään tarvittaessa hoitoepisodi palvelutalossa. Kotihoidossa maakuntien alhaisimman tason saavuttamisoletus perustuu palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kotisairaaloiminnan vahvistamissuositukseen. Koska kotihoidon asiakasmäärä nousee ja käyntimäärät lisääntyvät ilman henkilöstöresurssin lisäystä, ei ole oletettavissa, että pelkkä osaamisen vahvistaminen riittäisi vähentämään akuuttipalvelujen käyttöä. Ehdotettu laki ja ympärivuorokautisen hoidon henkilöstölisäys lisäävät sosiaalipalvelujen mahdollisuuksia huolehtia lyhytaikaispaikoilla perushoidettavien muistisairaiden elämän loppuvaiheesta esimerkiksi omaisen uupuessa.

Kuvioon 10. on koottu arvio säästöpotentiaalin kehityksestä seuraavina vuosikymmeninä, kun otetaan huomioon iäkkäiden määrän kasvu. Vuositasolla säästö kasvaa noin 3,5 miljoonasta eurosta lähes seitsemään miljoonaan euroon vuonna 2040 (vuoden 2020 hinnoin). Kaikkiaan kumulatiivisesti säästöä kertyy yli sata miljoonaa euroa, kuten kuviosta 10. ilmenee.

Kuvio 10. Skenaarion kumulatiivinen vaikutus.



PTH=perusterveydenhuolto ESH=erikoissairaanhoito

Laskelma osoittaa, että omaksumalla nykyisiä maakuntien parhaita toimintakäytäntöjä koko maan laajuisesti, on mahdollista saavuttaa merkittäviä kustannussäästöjä. Ehdotettu muutos lainsäädännössä varmistaa, että hoidon saatavuus ei heikkene, vaan laajeneva kotisairaaloiminta, palliatiivisten keskusten ja tukiosastojen tuki sekä vanhuspalvelulain hoitajamitoituksen nosto varmistavat laadukkaan elämän loppuvaiheen hoidon.

Yhteenveto

- Saattohoitovapaata koskevan erityishoitorahan kustannusvaikutukset laskettiin Ruotsin mallin ja hakemusten määrän mukaisesti sovellettuna suomalaisiin lukuihin. Kustannukset riippuvat saattohoitovapaaksi rajatun ajanjakson pituudesta ja hakemusten määrästä ja olisivat 5,8-7,4 miljoonaa euroa.
- Osa palliatiivisen hoidon erityistason keskusten ja yksiköiden resurssitarpeesta voidaan kattaa jo olemassa olevin resurssein kohdentamalla niitä nykytilaa tarkoituksenmukaisemmin.
- Valtaosa kustannuksista muodostuu palliatiivisten keskusten ja kotisairaaloiden henkilöstöstä, joista lääkäreiden lisätarve olisi noin 46–53, sairaanhoitajien noin 370–421 ja psykologien yhteensä noin 55 henkilötyövuotta. Vaikka lopullinen sote-uudistuksen mukainen aluejako oli kustannuksia laskettaessa vielä määräytymättä, henkilöstökustannukset eri malleissa olivat 33 miljoonan euron luokkaa.
- Vuodeosastotoiminnan kehittämisen ei arvioitu edellyttävän lisäkustannuksia
- Lasten ja nuorten palliatiivisen hoidon kehittämisen ei arvioitu edellyttävän lisäkustannuksia
- Meneillään on useita lupaavia perusterveydenhuollon ja vanhuspalveluiden kehittämisprojekteja, joista raporttia kirjoitettaessa ei ollut saatavilla kustannustietoja (KAAPO-malli, LiiSa, LiiHo). Onnistuessaan mallit voivat alentaa merkittävästi päivystyspalveluiden käyttöön liittyviä kustannuksia.
- THL:n skenaariolaskenta vuosille 2030-2040 tehtiin hyödyntämällä THL:n rekisteritietoja ja raportissa vähintään toteutuvaksi arvioituja menoja ja säästöjä. Huolimatta iäkkäiden henkilöiden määrän, ja sitä kautta elämän loppuvaiheen palvelujen suuresta kysynnän kasvusta, päästäisiin tämän mallin mukaan vuoden 2020 hinnoin jopa 100 miljoonan euron kumulatiivisiin säästöihin.

7 Taloudellisten vaikutusten arviointi yhteiskunnassa

7.1 Lakimuutokset (taloudellisten vaikutusten luonne)

Taloudellisten vaikutusten arvioinnissa on hyödynnetty Valtioneuvoston säädösehdotusten vaikutusten arvioinnin ohjeistusta (Oikeusministeriön julkaisu 2007:6). Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laskentatyöryhmän tarkastelussa on keskitytty taloudellisten vaikutusten arvioinnissa niihin vaikutuksiin, jotka kohdistuvat kotitalouksien asemaan (erityishoitoraha), julkiseen talouteen (palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämis- ja tuottamisvastuu, henkilöstön lisätarve, vapaamuotoinen päivystys) ja yrityksiin (palliatiivisen hoidon ja saattohoidon palvelutuotannon toteutus). Vrt. säädösehdotusten vaikutusten arvioinnin ohjeistus luku 2. Kokonaistaloudellinen selvitys säädösmuutosten vaikutuksista on koottu asiantuntijoita kuullen. Oletuksena on ollut, että osa sosiaali- ja terveysministeriön kokoamasta palliatiivisen hoidon ja saattohoidon loppuraportissa mainituista toimenpide-ehdotuksista (palliatiivinen kotisairaala sekä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon psykososiaalinen tuki) realisoituu asetuksella. Muutosvaikutuslaskelma alueittain ja koko maan tasolla on esitetty liitteissä 2–3.

Palliatiivisen kotisairaalan perustaminen on käynnistynyt usealla alueella ja toiminta on osin vakiintunut. Joissakin sairaanhoitopiireissä palliatiivista kotisairaaloimintaa suunnitellaan, mutta resursseja toimintaan ei ole vielä allokoitu. (Saarto ym. 2019a). Palliatiivisen kotisairaalan perustamis- ja laajentamiskustannuksia on tarkasteltu liitteessä 2–3 esitetyssä laskelmassa henkilöstöresurssin ja -kustannusten sekä vapaaehtoisen päivystyksen toteutumisen näkökulmista. Kun resurssilaskennassa huomioidaan sairaanhoitopiireissä käyttöön otettu erityistason kotisairaalan toiminta, saavutetaan teoreettisessa laskelmassa 25,7 miljoonan euron kustannussäästö verrattaessa tilanteeseen, että koko maassa oltaisiin vasta perustamassa sosiaali- ja terveysministeriön laatusuosituksen mukaista erikoistasoista kotisairaaloimintaa. (Saarto ym. 2019b). Laskelmassa on oletettu, että uusia tiloja tai laitteita ei sisälly palliatiivisen kotisairaalan toiminnan käynnistämiseen. Tila- ja laitehankintojen aiheuttamien kustannusten oletetaan sisältyvän sairaanhoitopiirien talousarvioihin ja investointisuunnitelmiin.

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon koulutustarpeet vaihtelevat alueittain ja ammattiryhmittäin (Saarto ym. 2019a). Lääketieteen erikoisalakoulutuksen osalta ehdotetaan

kolmen uuden professuurin perustamista. Niiden vuosikustannuksiksi on laskettu 493 000 euroa vuoden 2018 palkkakustannuksin.

7.2 Taloudellisten vaikutusten osa-alueet

Taloudellisten vaikutusten osa-alueista on selvitetty vaikutuksia kotitalouksien asemaan, yrityksiin, julkiseen talouteen sekä kansantalouteen. Taloudellisten vaikutusten arviointimenetelminä on käytetty raporttien *Palliativisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa. Alueellinen kartoitus ja suositusehdotukset laadun ja saatavuuden parantamiseksi (Saarto ym. 2019a)* sekä *Suositus palliativisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa Palliativisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti. (Saarto ym. 2019b)* tuloksia. Suositukset on käyty huolellisesti lävitse ja kokonaislaskelmia rajattu siten, että taloudellisten vaikutusten arviointi on kohdistettu vain uusille tai laajeneville tehtäville. Asiantuntijakuulemiset ovat olleet merkittävässä roolissa, kun rajausten perusteita on selvitetty yhteistyössä ohjausryhmän, säädös- ja laskentatyöryhmän kesken. Esimerkiksi psykososiaalisen tuen osalta kuultavana olleet asiantuntijat suosittelivat riittävää psykologityöpanoksen resurssia. Lisäksi on hyödynnetty sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisen materiaaleja ja Tilastokeskuksen virallisia tilastoja ja tietokantoja.

7.3 Vaikutukset kotitalouksien asemaan

Kelan erityishoitorahan suuntaaminen saattohoitotilanteisiin vaikuttaa positiivisesti kotitalouksien taloudelliseen tilanteeseen. On tavallista, että saattohoitotilanteessa työikäisten kotitaloudessa syntyy ansionmenetystä työstä poissaolon vuoksi. Kelan erityishoitoraha läheisen saattohoitoon tasoittaa elämäntilanteen vaikutusta tuloihin. Yksittäisen kotitalouden kohdalla vaikutus on lyhytaikainen, mutta sen merkitys vaikeassa elämäntilanteessa on huomattava (luku 6.1).

7.4 Vaikutukset yrityksiin

Osa terveydenhuollon ja psykologien resurssista voidaan hankkia ostopalveluna. Vuonna 2020 vanhuspalveluita tuotti noin 360 yksityistä kotihoidon toimintayksikköä ja 930 yksityistä ympärivuorokautisen hoidon toimintayksikköä. Työryhmän esityksen mukaiset vaikutukset yrityksiin syntyvät ensi sijassa henkilöstövaikutusten kautta. Saattohoidon järjestäminen edellyttää riittävää henkilöstöresurssia yksiköissä.

Vanhuspalvelulain sitova henkilöstömitoitus ja kotisairaalan tarjoama tuki saattohoitoon lisäävät yritysten mahdollisuuksia järjestää laadukasta saattohoitoa. Työryhmä ei arvioi lainsäädäntöesitysten lisäävän hoivayritysten menoja.

Vuonna 2020 iäkkäiden henkilöiden sosiaalipalveluja tuotti noin 1300 yritystä. Ehdotettu lakimuutos todennäköisesti lisää sosiaalipalvelujen tarvetta nykyisestä, kun osa elämän loppuvaiheen hoidosta siirtyy kotisairaalan tukemana sosiaalipalveluissa toteutettavaksi.

7.5 Vaikutukset julkiseen talouteen

Kuntatalouteen merkittävästi vaikuttavat ehdotukset on käsiteltävä valmistavasti Kunnallistalouden ja -hallinnon neuvottelukunnassa ([VN:n asetus 596/2015](#)). Mikäli kappaleessa 6.4 mainittu palliatiivisen hoidon ja saattohoidon uudistuksen kanssa samaan aikaan uudistumassa oleva sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä muuttuu hallituksen esityksen ([HE 241/2020](#)) mukaisesti, aiheutuu muutoksia myös kuntatalouteen merkittävästi vaikuttavien ehdotusten käsittelyprosesseissa ja vastuissa. Vrt. [Oikeusministeriön julkaisu 2007:6](#).

8 Myöhemmin annettavan asetuksen vaikutusten arviointia

Palliativista hoitoa ja saattohoitoa koskevasta täydennyskoulutusvelvollisuudesta voitaisiin säätää terveydenhuoltolain 5 §:n nojalla annetussa sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa. Täydennyskoulutusvelvoitteella on taloudellisia vaikutuksia julkiseen talouteen eri alojen koulutusratkaisujen ja alueellisen koulutuksen tarjonnan näkökulmista. Koulutusratkaisuja ja niiden taloudellisten vaikutusten arviointi sisältynee erillisen koulutustyöryhmän työn kokonaisuuteen. Tällä hetkellä arvioiden palliativisen hoidon ja saattohoidon suosituksen mukaiseksi toteuttamiseksi tulisi käydä lävitse lääkärin, sairaanhoitajan ja psykologin koulutuksen riittävyys ainakin kansallisessa mitta-kaavassa. Palliativisen hoidon ja saattohoidon koulutus tulee aloittaa lääkäreillä ja sairaanhoitajilla jo peruskoulutusvaiheessa. Osaamisvaje nousee yhdeksi keskeiseksi haasteeksi palliativisen hoidon järjestelmän kehittämisessä. Erityistason osaamista ja koulutettua henkilökuntaa tarvitaan lisää (Saarto ym. 2019b, sivu 176).

Pelkistetyn kustannuslaskelman perusteella kolmen uuden palliativisen hoidon ja saattohoidon lääketieteen professuurin perustaminen ja ylläpito maksavat ainakin 0,5 miljoonaa euroa vuodessa pelkinä palkkakustannuksina. Laskelmassa ei siis ole otettu huomioon mahdollisia muita professuurin hoitoon liittyviä kustannuksia kuten tila- tai matkakustannukset. Mikäli kaikkien sairaanhoitajien täydennyskoulutus tuotettaisiin STM:n suosituksen mukaisesti nykyisissä sairaanhoitopiireissä tai hyvinvointialueilla ja yhden koulutuskokonaisuuden arvo olisi 1500 euroa, kaikkien palliativiseen hoitoon ja saattohoitoon tarvittavien sairaanhoitajien koulutuskustannukset olisivat 1,3 miljoonaa euroa malleissa 1 ja 2. Laskelman oletuksena on, että kaikki palliativista hoitoa ja saattohoitoa toteuttavat sairaanhoitajat koulutetaan samalla koulutuskokonaisuudella. Koulutuskustannukset tulevat rasittamaan julkista liitteissä 2–3 esitettyjen palkka- ja päivystyskustannusten lisäksi. Tämän lisäksi osaamistasoa tulisi ylläpitää työnantajan järjestämin täydennyskoulutuksin. (Saarto ym.2019b, sivu 177). Laskentatyöryhmä ehdottaa, että asetuksella säädettävät täydennyskoulutusvelvoitteet kokonaiskustannuksineen arvioidaan opetus- ja kulttuuriministeriössä.

Yhteenveto

- Myöhemmin mahdollisesti annettavalla asetuksella palliatiivisen hoidon ja saattohoidon täydennyskoulutusvelvoitteesta on todennäköisiä kustannusvaikutuksia, joita tässä raportissa ei ole voitu ottaa huomioon. Koulutusratkaisujen ja niiden taloudellisten vaikutusten arviointi sisältynee erillisen koulutustyöryhmän työn kokonaisuuteen.
- Kolmen uuden palliatiivisen hoidon ja saattohoidon lääketieteen professuurin perustamisen ja ylläpidon kustannuksiksi arvioitiin 0,5 miljoonaa euroa vuodessa ilman tila- tai matkakustannuksia.

9 Arvioinnin vahvuudet ja rajoitukset

Laskentatyöryhmä on hyödyntänyt käytettävissä olleita tutkimus- ja rekisteritietoja vahvuuksineen ja heikkouksineen. Uutta tutkimusta ei ole tehty käytettävissä olevan ajan niukkuuden vuoksi.

Mahdollisia virheen tai vinouman lähteitä nykytilaa arvioitaessa ovat:

- Arvioinnin nykytilan ajoittuminen vuosiin 2016–2019, missä vuosien välinen akuuttipalvelujen käytön muutos kuolemaa edeltäneen kolmen kuukauden aikana ei ole tiedossa. Terveystieteiden lain 24 a §:n lisäykseen perustuvat henkilöstömäärä- ja kustannusarviolaskelmat on kuitenkin laadittu vuoden 2020 tasoon.
- Tieto akuuttipalvelujen käytöstä kuolemaa edeltäneiden kolmen kuukauden ajalta koskee vain 65-vuotta täyttäneitä väestöä vuonna 2016. Tieto ei sisällä palveluiden käyttökertojen lukumäärää eikä sairaalaepisodien pituutta. Käytettävissä oli ainoastaan palveluita käyttäneiden henkilöiden lukumäärä.
- Työikäisen väestön ja 65 vuotta täyttäneen iäkkäiden ihmisten palvelujen ulkopuolella olleen väestön säästöpotentiaalia ei ole erikseen arvioitu. Ehdotetut organisaatiomuutokset kohdentuvat parhaiten juuri tähän ryhmään.
- Alueelliset kustannuserot on jätetty huomioimatta. Palkkataso voi vaihdella mahdollisen paikallisen sopimisen perusteella poiketen sairaanhoitopiireissä maksettujen keskimääräisten tehtäväkohtaisten palkkojen ja kokonaisansioiden tasoista, jotka ovat olleet arviolaskelman pohjana palkankorotukset, kilpailukyky sopimuksen purku ja työnantajamaksujen muutosten vaikutukset huomioiden. Myös palvelujen kustannukset vaihtelevat alueittain.
- Mahdollisia uusia tilakustannuksia ei ole säädosmuutosvaikutuksina huomioitu. Asiantuntijakuulemisten perusteella investointisuunnitelmat on tehty usealle vuodelle. Sairaansijojen muutokset voivat sisältyä sairaanhoitopiirien investointisuunnitelmiin, joihin määrärahavaraukset on tehty.
- Omaisten tai läheisten antaman hoidon ja huolenpidon kustannuksia ei ole arvioitu muun kuin KELAn mahdollisen erityisrahan näkökulmasta.
- KELAn erityisrahaa arvioitaessa malliksi on otettu Ruotsi, ilman Suomen mahdollisista rahan suuruutta ja ajanjakson pituutta koskevaa tietoa.

Epävarmuustekijöitä tulevaisuutta arvioitaessa ovat:

- Väestörakenteen ennakoimattomat muutokset
- Sairauksien tai sairastuvuuden ennakoimattomat muutokset
- Henkilöstön saatavuuden ennakoimattomat muutokset. Esimerkiksi ympärivuorokautisen hoidon henkilöstömitoitus ei toteudukaan, tai toteutuu vajaamääräisenä. Tästä huolimatta edellytetään henkilöstön osaamisen varmistamista täydennyskoulutuksella.
- Käytävissä olevien tilojen kuntoon, kustannuksiin tai saatavuuteen liittyvät ennakoimattomat muutokset
- Kustannuskehityksen ennakoimattomat muutokset, joita voivat olla esimerkiksi toimintaprosesseihin ja hoitokäytäntöihin liittyvät muutokset sekä henkilöstön rakenteen ja palkkakehityksen muutokset. Hyvinvointialueiden siirtymäajalla on suunniteltu tehtäväksi palkkaharmonisointi, jonka jälkeen kustannuksia voi nostaa myös paikallinen sopiminen.
- Vuodeosastoilla hoitajakset ovat lyhentyneet vähintään 1990-luvulta alkaen (Mikkola ym. 2015). Lyheneminen kiihtyy, jos elämän loppuvaiheen ennakoivia hoitosuunnitelmia tehdään aktiivisesti ja kattavasti. Perus- ja erityistason työnjaon selkiyttämisen ja palveluketjujen yhtenäistämisen elämän loppuvaiheessa sekä palliatiivisen tukiosaston olemassaolon oletetaan edelleen kiihdyttävän sairaalanhoitajaksojen lyhenemistä.
- Kotisairaalan merkitys on ennakoitua suurempi
- Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen ennakoimattomat vaikutukset, yhteisvaikutukset aluetasolla myös muuntelu itsehallintoalueiden sisällä väestön ja palkkatason suhteen

Kaikkiaan tässä raportissa on arvioitu elämän loppuvaiheen hoidon organisaatiorakenteen uudistamisen **yhteiskunnalle koituvaa kustannuspainetta**, ei muutosten kokonaiskustannuksia.

Laskentatyöryhmän oman arvioin mukaan raportin vahvuutena on THL:n valtakunnallisten rekistereiden ja tilastokeskuksen yhdistettyjen tietojen käyttö ja hyvin varovainen osittaiseen näyttöön perustuva säästöpotentiaalinen arviointi.

10 Tiivistelmä tuloksista ja johtopäätökset

Käytettävissä olleiden tietojen mukaan välittömät- ja seuraavien vuosien kustannukset olisivat henkilöstökustannusten osalta noin 33 miljoonaa euroa ja KELAn erityisrahan osalta noin 6–7 miljoonaa euroa sekä professuurien perustaminen 0,5 miljoonaa euroa.

Välittömät- ja lähivuosien vuosien säästöt tulisivat olemaan noin 24–27 miljoonaa euroa pelkästään iäkkäiden henkilöiden palveluiden osalta. Työkäisen väestön tai iäkään kotona ilman palveluita asuvan väestön säästöpotentiaalia ei ole arvioitu.

Mikäli tämän raportin oletukset toteutuvat, mikä tätä kirjoitettaessa vaikuttaa todennäköiselle, nykytilan arvioitu säästöpotentiaali on huomattava aliarvio. Kustannusten nousun hillintä on todennäköisesti moninkertainen tässä esitettyyn nähden.

Muutosvaihe edellyttää investointia henkilöstön lukumäärään ja osaamiseen. Kaikkiin arvioidut investointikustannukset ovat maltilliset. Säästö tulee viiveellä ja näkyy merkittävänä kustannusten hillintänä sillä skenaariolaskelma osoittaa voimakasta kustannusten kasvua, ellei mitään tehdä. KELAn erityismäärärahan kustannusmerkitys on vähäinen. Elämän loppuvaiheen organisaatiomuutoksen toteuttamisella on kiire, jotta se ei jäisi hyvinvointialueiden kehittämisen katveeseen.

Taulukko 9. Arvioidut säästöt ja kustannukset yhteenvetona.

Menojen lisäys (milj. euroa) vuositasolla	
Lakiehdotuksen kustannuksia lisäävät ehdotukset palvelunjärjestäjille sis. palliativisten keskusten rakentaminen, konsultaatio- ja päivystyspalvelut, psykososiaalisen tuen lisääminen ja kotisairaaloiminnan vahvistaminen	29–33,5 miljoonaa euroa riippuen siitä, millainen on järjestämismalli
Kelan erityishoitoraha saattohoitoon	5,8–7,4 miljoonaa euroa riippuen siitä, millaisena etuuden käyttö toteutuu
Koulutuskustannukset sis. osaamistason nostaminen ja sairaanhoitajien lisätarve	1,8 miljoonaa euroa
YHTEENSÄ	36,6–42,7 miljoonaa euroa
Kustannusten kasvun hillitseminen (milj. euroa) vuositasolla	
Lakiehdotuksen kustannusten kasvua vähentävä vaikutus Nykyisiä maakuntien parhaita toimintakäytäntöjä omaksutaan koko maan laajuisesti	-35,8 miljoonaa euroa

Liite 1. Taulukot A ja B.

Taulukko A: Väestön jakautuminen erityisvastuualue- ja sairaanhoitopiirirakenteessa vuonna 2020.

Nykyinen järjestämisrakenne, malli 1: erityisvastuualueet	Väestö / lkm vuoden 2020 alussa ¹⁾	Nykyinen järjestämisrakenne, malli 1: sairaanhoitopiirit	Väestö / lkm vuoden 2020 alussa ¹⁾
Suomi	5 495 408	Suomi	5 495 408
Hyks	2 188 253	Helsinki+Uusimaa	1 685 983
		Etelä-Karjala	127 757
		Kymenlaakso	164 456
		Päijät-Häme	210 057
Kys	800 498	Pohjois-Savo	244 236
		Etelä-Savo	98 823
		Itä-Savo	40 258
		Keski-Suomi	252 716
		Pohjois-Karjala	164 465
Oys	736 883	Pohjois-Pohjanmaa	410 112
		Kainuu	72 306
		Keski-Pohjanmaa	77 304
		Lappi	116 866
		Länsi-Pohja	60 295
Tays	901 358	Pirkanmaa	537 226
		Etelä-Pohjanmaa	193 207
		Kanta-Häme	170 925
Tyks	868 416	Varsinais-Suomi	482 169
		Satakunta	216 752
		Vaasa	169 495

¹⁾ Mallissa 2 alueellinen väestömäärä muuttuu verrattuna malliin 1. Laskentaperusteena säilyy suosituksen mukainen resurssi/100 000 asukasta.

Taulukko B. Väestön jakautuminen hyvinvointialuerakenteessa vuonna 2020.

Hyvinvointialuerakenne, malli 2: yhteistyöalueet	Väestö / lkm vuoden 2020 alussa ¹⁾	Hyvinvointialuerakenne, malli 2: hyvinvointialueet	Väestö / lkm vuoden 2020 alussa ¹⁾
Suomi	5 495 408	Suomi	5 495 408
Hyks	2 188 253	Helsinki	653 835
		Itä-Uusimaa	97 613
		Keski-Uusimaa	197 529
		Länsi-Uusimaa	470 217
		Vantaa-Kerava	270 531
		Etelä-Karjala	127 757
		Kymenlaakso	164 456
		Päijät-Häme	206 315
Kys	820 680	Pohjois-Savo+Itä-Savo	289 261
		Etelä-Savo	94 056
		Keski-Suomi	272 898
		Pohjois-Karjala	164 465
Oys	730 455	Pohjois-Pohjanmaa	412 830
		Kainuu	72 306
		Keski-Pohjanmaa	68 158
		Lappi+Länsi-Pohja	177 161
Tays	884 004	Pirkanmaa	519 872
		Etelä-Pohjanmaa	193 207
		Kanta-Häme	170 925
Tyks	868 416	Varsinais-Suomi	479 341
		Satakunta	216 752
		Pohjanmaa+Vaasa	175 923

¹⁾ Mallissa 2 alueellinen väestömäärä muuttuu verrattuna malliin 1. Laskentaperusteena säilyy suosituksen mukainen resurssi/100 000 asukasta.

Liite 2. Taulukot C ja D. Säädosmuutosten kustannusarvio sairaanhoitopiireittäin, malli 1.

Nykyinen järjestämisrakenne, malli 1:
Suomi, erityisvastuualueet,
sairaanhoitopiirit

P-tason tuki, vapaamuotoinen
päivystys yhdessä perustason
saattohoitoyksiköiden kanssa /
tuhatta euroa

A-tason tuki, vapaamuotoinen
päivystys yhdessä perustason
sosiaali- ja terveydenhuollon
yksiköiden kanssa / tuhatta euroa

B- ja C-tasolle, lääkäriresurssi
kansallisen suosituksen mukaiseksi
/ tuhatta euroa

	Suomi ¹⁾	1 155	1 155	5 456
Hyks	Helsinki+Uusimaa	110	110	423
	Etelä-Karjala	55	55	107
	Kymenlaakso	55	55	179
	Päijät-Häme	55	55	9
Kys	Pohjois-Savo	55	55	510
	Etelä-Savo	55	55	206
	Itä-Savo	55	55	84
	Keski-Suomi	55	55	528
	Pohjois-Karjala	55	55	137
Oys	Pohjois-Pohjanmaa	55	55	437
	Kainuu	55	55	151
	Keski-Pohjanmaa	55	55	0
	Lappi	55	55	244
	Länsi-Pohja	55	55	126

Tays	Pirkanmaa	55	55	561
	Etelä-Pohjanmaa	55	55	403
	Kanta-Häme	55	55	268
Tyks	Varsinais-Suomi	55	55	503
	Satakunta	55	55	226
	Vaasa	55	55	354

¹⁾ Luvut ovat laskennallisia ja laskettu ilman välipyöristyksiä. Pyöristystekniikasta johtuen sarake- ja rivisummilla esiintyy +/- 1:n poikkeamia verrattuna kokonaislukulaskentaan.

Nykyinen järjestämisrakenne, malli 1:
Suomi, erityisvastuualueet,
sairaanhoitopiirit

B- ja C-tasolle,
sairaanhoitajaresurssi kansallisen
suosituksen mukaiseksi / tuhatta
euroa

B- ja C-tasolle, psykologiresurssi
asiantuntijasuosituksen
mukaiseksi/ tuhatta euroa

Yhteensä / tuhatta euroa ilman
lähihoitajaresurssin lisäystä
yksinomaan palliatiivisen hoidon ja
saattohoidon tarpeisiin

	Suomi ¹⁾	21 857	3 422	33 045
Hyks	Helsinki+Uusimaa	1 693	1 050	3 385
	Etelä-Karjala	428	80	724
	Kymenlaakso	715	102	1 106
	Päijät-Häme	35	131	285
Kys	Pohjois-Savo	2 043	152	2 815
	Etelä-Savo	827	62	1 205
	Itä-Savo	337	25	556
	Keski-Suomi	2 114	157	2 909
	Pohjois-Karjala	550	102	900
Oys	Pohjois-Pohjanmaa	1 750	255	2 552
	Kainuu	605	45	911
	Keski-Pohjanmaa	0	48	158
	Lappi	978	73	1 405
	Länsi-Pohja	504	38	778
Tays	Pirkanmaa	2 247	335	3 253

	Etelä-Pohjanmaa	1 616	120	2 250
	Kanta-Häme	1 072	106	1 557
Tyks	Varsinais-Suomi	2 017	300	2 931
	Satakunta	907	135	1 378
	Vaasa	1 418	106	1 988

1) Luvut ovat laskennallisia ja laskettu ilman välipyöristyksiä. Pyöristystekniikasta johtuen sarake- ja rivisummilla esiintyy +/- 1:n poikkeamia verrattuna kokonaislukulaskentaan.

Liite 3. Taulukot E ja F: Säädosmuutosten kustannusarvio hyvinvointialuerakenteessa, malli 2

Hyvinvointialuerakenne, malli 2: Suomi, yhteistyöalueet, hyvinvointialueet

P-tason tuki, vapaamuotoinen päivystys yhdessä perustason saattohoitoyksiköiden kanssa / tuhatta euroa

A-tason tuki, vapaamuotoinen päivystys yhdessä perustason sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden kanssa / tuhatta euroa

B- ja C-tasolle, lääkäriresurssi kansallisen suosituksen mukaiseksi / tuhatta euroa

	Suomi ¹⁾	1 265	1 265	5 494
Hyks	Helsinki	110	110	164
	Itä-Uusimaa	55	55	24
	Keski-Uusimaa	55	55	50
	Länsi-Uusimaa	55	55	118
	Vantaa-Kerava	55	55	68
	Etelä-Karjala	55	55	107
	Kymenlaakso	55	55	179
	Päijät-Häme	55	55	9
Kys	Pohjois-Savo+Itä-Savo	55	55	604
	Etelä-Savo	55	55	196
	Keski-Suomi	55	55	570
	Pohjois-Karjala	55	55	137
Oys	Pohjois-Pohjanmaa	55	55	440
	Kainuu	55	55	151

	Keski-Pohjanmaa	55	55	0
	Lappi+Länsi-Pohja	55	55	370
Tays	Pirkanmaa	55	55	543
	Etelä-Pohjanmaa	55	55	403
	Kanta-Häme	55	55	268
Tyks	Varsinais-Suomi	55	55	501
	Satakunta	55	55	226
	Pohjanmaa+Vaasa	55	55	367

¹⁾ Luvut ovat laskennallisia ja laskettu ilman välipyöristyksiä. Pyöristystekniikasta johtuen sarake- ja rivisummilla esiintyy +/- 1:n poikkeamia verrattuna kokonaislukulaskentaan.

Hyvinvointialuerakenne, malli 2: Suomi, yhteistyöalueet, hyvinvointialueet		B- ja C-tasolle, sairaanhoitajaresurssi kansallisen suosituksen mukaiseksi / tuhatta euroa	B- ja C-tasolle, psykologiresurssi asiantuntijasuosituksen mukaiseksi / tuhatta euroa	Yhteensä / tuhatta euroa ilman lähihoitajaresurssin lisäystä yksinomaan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeisiin
Suomi 1)		22 010	3 422	33 456
Hyks	Helsinki	656	407	1 447
	Itä-Uusimaa	98	61	293
	Keski-Uusimaa	198	123	481
	Länsi-Uusimaa	472	293	993
	Vantaa-Kerava	272	168	618
	Etelä-Karjala	428	80	724
	Kymenlaakso	715	102	1 106
	Päijät-Häme	35	128	282
Kys	Pohjois-Savo+Itä-Savo	2 420	180	3 314
	Etelä-Savo	787	59	1 152
	Keski-Suomi	2 283	170	3 133
	Pohjois-Karjala	550	102	900
Oys	Pohjois-Pohjanmaa	1 761	257	2 568
	Kainuu	605	45	911
	Keski-Pohjanmaa	0	42	152
	Lappi+Länsi-Pohja	1 482	110	2 072

Tays	Pirkanmaa	2 175	324	3 151
	Etelä-Pohjanmaa	1 616	120	2 250
	Kanta-Häme	1 072	106	1 557
Tyks	Varsinais-Suomi	2 005	298	2 914
	Satakunta	907	135	1 378

¹ Luvut ovat laskennallisia ja laskettu ilman välipyöristyksiä. Pyöristystekniikasta johtuen sarake- ja rivisummilla esiintyy +/- 1:n poikkeamia verrattuna kokonaislukulaskentaan.

Liite 4. Potilasmäärien siirtymät erikoissairaanhoidosta perustasolle ja ympärivuorokautiseen hoitoon.

SÄÄSTÖ	-10,8M€	-25M€			
YMPÄRIVUOROKAUTINEN HOIVA					
potilaat, jotka hoidetaan toisin					
		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="background-color: orange;">ESH</td> <td style="text-align: right;">1845</td> <td style="background-color: yellow;">Tehpa</td> </tr> </table>	ESH	1845	Tehpa
ESH	1845	Tehpa			
PTH+TK vapautuu yhteensä 4776 hoitajaksoa	-4,9M€	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="background-color: gray;">PTH</td> <td style="text-align: right;">1970</td> <td style="background-color: yellow;">Tehpa</td> </tr> </table>	PTH	1970	Tehpa
PTH	1970	Tehpa			
ESH:sta siirretään 50 % näistä hoitajaksoista perustasolle		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="background-color: gray;">TK</td> <td style="text-align: right;">2806</td> <td style="background-color: yellow;">Tehpa</td> </tr> </table>	TK	2806	Tehpa
TK	2806	Tehpa			
		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="background-color: green;">PKL</td> <td style="text-align: right;">3568</td> <td></td> </tr> </table>	PKL	3568	
PKL	3568				
PKL:ssa 3568 ympärivuorokautisen hoidon palliativisen asiakkaan vältettävissä olevaa käyntiä					
KOTIHOITO					
potilaat, jotka hoidetaan toisin					
		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="background-color: orange;">ESH</td> <td style="text-align: right;">1419</td> <td style="background-color: yellow;">Tehpa</td> </tr> </table>	ESH	1419	Tehpa
ESH	1419	Tehpa			
PTH+TK vapautuu yhteensä 5841 hoitajaksoa	-5,9M€	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="background-color: gray;">PTH</td> <td style="text-align: right;">1437</td> <td style="background-color: yellow;">Tehpa</td> </tr> </table>	PTH	1437	Tehpa
PTH	1437	Tehpa			
ESH:sta siirretään 50% näistä hoitajaksoista perustasolle		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="background-color: gray;">TK</td> <td style="text-align: right;">4404</td> <td style="background-color: yellow;">Tehpa</td> </tr> </table>	TK	4404	Tehpa
TK	4404	Tehpa			
		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="background-color: green;">PKL</td> <td style="text-align: right;">2649</td> <td></td> </tr> </table>	PKL	2649	
PKL	2649				
PKL:ssa 2649 kotihoitoon palliativisen asiakkaan vältettävissä olevaa käyntiä					

Lähteet

Ahtiainen, H. (ed). Kuusikkotyöryhmä. Kuuden suurimman kaupungin vanhusten sosiaali- ja terveyspalvelujen ja kustannusten vertailu vuonna 2018. Kuusikko-työryhmän julkaisusarja 2019:4 Edita Prima Oy 2019, Helsinki

Bajwah S, Oluyase AO, Yi D, Gao W, Evans CJ, Grande G, Todd C, Costantini M, Murtagh FE, Higginson IJ. The effectiveness and cost-effectiveness of hospital-based specialist palliative care for adults with advanced illness and their caregivers. Cochrane Database of Systematic Reviews 2020, Issue 9. Art. No.: CD012780. DOI: 10.1002/14651858.CD012780.pub2.

Connor, S.R. & Sepulveda Bermedo M.C. (2014). Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. WPCA Worldwide Palliative Alliance. https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf

Gardiner C, Ingleton C, Ryan T, Ward S, Gott M. What cost components are relevant for economic evaluations of palliative care, and what approaches are used to measure these costs? A systematic review. Palliative Medicine 2017, Vol. 31(4) 323–337

Halminen O., Koivuranta P. ja Mikkola T. (2018), Kuolemaa edeltävä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käyttö ja kustannukset - Esimerkkinä suuret kaupungit. Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus. Elderly people's services: use, costs, effectiveness and financing (ELSE). Projektin julkaisu nro 10. Suomen Kuntaliitto. ISSN 2342-3757. ISBN 978-952-293-630-1 (pdf). <https://www.kuntaliitto.fi/julkaisut/2018/1965-kuolemaa-edeltava-sosiaali-ja-terveydenhuollon-palvelujen-kaytto-ja>.

HE 241/2020, Hallituksen esitys eduskunnalle sote-maakuntien perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi. <https://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2020/20200241>.

Henkilöstökulut. KT Kuntatyönantajat. <https://www.kt.fi/tilastot-ja-julkaisut/henkilostokulut>.

Kalliomaa-Puha, L. 2018. Omaishoidon ja ansiotyön yhteensovittaminen: Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2018:6.

Keskiansiot. KT Kuntatyönantajat. <https://www.kt.fi/tilastot-ja-julkaisut/palkkatilastot/keskiansiot>.

Kunnallinen yleinen virka- ja työehtosopimus 2018–2019. Virka- ja työehtosopimus lomanmääräytymisvuosien 2016–2017, 2017–2018 ja 2018–2019 lomarahasta. KT Kuntatyönantajat. <https://www.kt.fi/sopimukset/kvtes/2018/virka-ja-tyoehtosopimus-lomarahasta>.

Kuntanumerot ja kuntapohjaiset aluejaot. Suomen Kuntaliitto ry. <https://www.kuntaliitto.fi/tilastot-ja-julkaisut/kaupunkien-ja-kuntien-lukumaarat-ja-vaestotiedot/kuntanumerot-ja-kuntapohjaiset-aluejaot>.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista, 28.12.2012/980. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980#L5P27>.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992 (785/1992) <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>

Liikkuva sairaala LiiSa tuo päivystyspalvelut vanhusten hoivakoteihin Espoossa (Espoon sairaalan johtava ylilääkäri Roope Leppänen, HUS:n Akuutin toimialajohtaja Maaret Castrén). Internet 6.11.2020, hakusana Liisa-hanke. [https://www.espoo.fi/fi-FI/Seniorit/Liikkuva_sairaala_LiiSa_tuo_paivystyspal\(155254\)](https://www.espoo.fi/fi-FI/Seniorit/Liikkuva_sairaala_LiiSa_tuo_paivystyspal(155254)) .

Malmström T., Hörhammer I., Peltokorpi A., Linna M., Koivuranta-Vaara P. ja Mikkola T. 2017,

Päivystyksen kysyntä ja sen hallinta – ikääntyneet potilaat. Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus. Elderly people's services: use, costs, effectiveness and financing (ELSE). Projektin julkaisu nro 8. Suomen Kuntaliitto. ISSN 2342-3757. ISBN 978-952-293-496-3 (pdf). <https://www.kuntaliitto.fi/julkaisut/2017/1831-paivystyksen-kysynta-ja-sen-hallinta-ikaantyneet-potilaat>.

Mikkola M, Rintanen H, Nuorteva L, Kovasin M, Erhola M. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon laitospaikkaselvitys. Raportti 8/2015. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy Tampere, 2015

Muurinen, Heidi. Ikääntyneiden palvelut tulevaisuuden sote-keskuksissa Sote-uudistus, Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus. THL hanketoimisto 2020.

Mäkelä, M. (2019). Yli 65-vuotiaana kuolleiden sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö viimeisen kolmen elinkuukauden aikana. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Julkaisematon erillisselvitys.

Oikeusministeriö 2007. Säädösehdotusten vaikutusten arviointi - Ohjeet. Oikeusministeriön julkaisu 2007:6. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-466-431-8>.

Saarto, T. & asiantuntijaryhmä (2017). Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatukriteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:44. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3896-0>.

Saarto T. ja Lehto J. (2019). Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen Suomessa – kolmiportainen malli. Duodecim 2019;135:535–41. <https://www.duodecimlehti.fi/duo14834>.

Saarto, T., Finne-Soveri, H. ja asiantuntijatyöryhmät (2019a). Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa. Alueellinen kartoitus ja suositusehdotukset laadun ja saatavuuden parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön muistioita ja raportteja 2019:14. Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4041-3>.

Saarto, T., Finne-Soveri, H. ja asiantuntijatyöryhmä (2019b). Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa: Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:68. Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4126-7>.

Sairausvakuutuslaki 21.12.2004/1224. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/20041224?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=1224>

Sopimusratkaisu 2020–2021. KT Kuntatyönantajat. <https://www.kt.fi/sopimukset/sopimusratkaisu-2020-2021>.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2018). Elämän loppuvaiheen hoito -työryhmä. Hankenumero STM055:00/2018 SÄÄDÖSVALMISTELU, toimikausi 8.5.2018 – 30.6.2021. Asiakirjat/ Asettamispäätös. <https://stm.fi/hanke?tunnus=STM055:00/2018>.

Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolemansyyt [verkkajulkaisu]. ISSN=1799–5051. 2019, 1. Kuolemansyyt 2019. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 22.12.2020]. Saantitapa: http://www.stat.fi/til/ksyyt/2019/ksyyt_2019_2020-12-14_kat_001_fi.html.

Tilastokeskus (2020). Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolleet [verkkajulkaisu]. ISSN=1798-2529. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 22.12.2020]. Saantitapa: <http://www.stat.fi/til/kuol/index.html>.

Terveystieteiden tutkimuskeskus 30.12.2010/1326, <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuoltolaki>.

Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä 582/2017, <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2017/20170582?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=asetus%20582>.

Valtioneuvoston asetus erityistason sairaanhoidon erityisvastuualueista 156/2017, <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2017/20170156>.

Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 24.8.2017/583, <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2017/20170583?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=valtioneuvoston%20asetus%20sairaanhoitopiiri>.

Valtioneuvoston asetus kuntatalouden ja -hallinnon neuvottelukunnasta 596/2015. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150596>.

Woitha, K., Garralda, J., Martin-Moreno, J.M., Clark, D. & Centeno, C. (2013). Ranking of Palliative Care Development in the Countries of the European Union. *Journal of Pain and Symptom Management*, 52 (3), 370–377.

