

Yleisesti

Julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset per asukas vaihtelevat huomattavasti alueiden välillä. Kuinka suurelta osin tämä selittyy palvelutarpeen alue-eroilla? Jos alueen kustannukset ovat korkeat suhteessa palvelutarpeeseen, johtuuko tämä korkeasta palvelukäytöstä vai ovatko tuotannon yksikkökustannukset muuta maata korkeammat? Onko alueilla, joilla on korkeat somaattiset erikoissairaanhoidon kustannukset suhteessa tarpeeseen, myös korkeat mielenterveyspalvelujen kustannukset suhteessa tarpeeseen? Entä miten alueen kustannukset ovat kehittyneet suhteessa tarpeeseen vuosien aikana?

Tarvevakioitujen kustannusten indikaattoreita lasketaan (1) vuosittaisena poikkileikkaustietona ja (2) vuodesta 2017 alkavana aikasarjatietona useille eri sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäväkokonaisuuksille. Tarvevakioinnilla tarkoitetaan, että alueiden väliset erot palvelutarpeessa poistetaan. Tällöin alueiden väliset erot indikaattorin arvossa eivät enää selity eroilla esimerkiksi väestöjen ikärakenteissa tai sairastavuudessa.

(1) Poikkileikkausindikaattoreissa tarkastellaan *jokaista vuotta itsenäisesti*: jokaisen alueen kustannukset, palvelukäyttö ja palvelutarve per asukas jaetaan koko maan kustannuksilla ja palvelutarpeella per asukas. Tällöin ne kertovat, kuinka monta prosenttia vähemmän tai enemmän alueen asukkaiden keskimääräiset kustannukset, palvelukäyttö ja palvelutarve olivat suhteessa maan keskiarvoon tietyssä vuonna. Tarvevakioitujen kustannusten ja palvelukäytön indikaattorit kertovat, kuinka paljon enemmän tai vähemmän alueella käytettiin rahaa tai palveluja kuin maassa keskimäärin, kun alueiden väliset erot palvelujen tarpeessa (esim. ikärakenteessa) on poistettu. Jos esimerkiksi Helsingin vuoden 2021 kustannusindeksi oli 0,95 ja tarveindeksi 0,85, olivat kustannukset asukasta kohden siellä 5 prosenttia ja tarve 15 prosenttia matalammat, kuin maassa keskimäärin. Tarvevakioidut kustannukset olivat siis kustannuksia korkeammat ja $0,95/0,85 \approx 1,11$ eli 11 prosenttia korkeammat, kuin maassa keskimäärin.

(2) Aikasarjaindikaattorit puolestaan tarkastelevat kustannusten, palvelukäytön ja asukaskohtaisen palvelutarpeen *muutosta ajan kuluessa*. Jokaisen alueen kustannukset, palvelukäyttö ja palvelutarve per asukas on jaettu kunkin vuoden kohdalla perusvuoden 2017 arvolla, jolloin vuoden 2017 osalta indikaattorit saavat arvon yksi ja muiden vuosien kohdalla kertovat, kuinka monta prosenttia matalammat tai korkeammat kustannukset, palvelukäyttö ja palvelutarve per asukas olivat verrattuna perusvuoteen 2017. Jakamalla yksittäisen alueen indeksiarvo koko maan indeksiarvolla, saadaan indikaattori sille, miten kustannukset, palvelukäyttö ja tarve kehittyivät alueella suhteessa koko maan keskimääräiseen kehitykseen tänä aikana. Tarvevakioitujen kustannusten indeksi kertoo, kuinka paljon enemmän tai vähemmän alueen rahankäyttö muuttui vuodesta 2017 suhteessa koko maan muutokseen, kun alueiden väliset erot palvelujen tarpeessa on poistettu. Jos esimerkiksi Helsingin kustannusindeksi sai arvon 1,05 vuonna 2021, tarkoittaa se, että vuosina 2017–2021 kustannukset asukasta kohden kasvoivat Helsingissä 5 prosenttia nopeammin, kuin maassa keskimäärin. Jos Helsingin tarveindeksi oli 0,96 vuonna 2021, tarvevakioidut kustannukset olivat $1,05/0,96 \approx 1,09$ eli suhteessa tarpeen kasvuun, Helsingin kustannuskehitys oli itse asiassa 9 prosenttia maan keskimääräistä korkeampaa.

Tarvevakioitujen kustannusten ja käytön perusteella ei voida suoraan päätellä mitään alueellisen palvelutuotannon laadusta, saavutettavuudesta tai tehokkuudesta tietyssä vuotena, tai niiden kehityksestä yli ajan. Ensimmäisessä esimerkissä Helsingin korkeat tarvevakioidut kustannukset vuoden 2021 poikkileikkauksessa saattoivat johtua alhaisemmasta tehokkuudesta, korkeammista tuotannon yksikkökustannuksista tai paremmasta palvelulaadusta ja saavutettavuudesta suhteessa maan keskimääräiseen tasoon. Toisessa esimerkissä Helsingin korkea kustannuskehitys suhteessa tarpeeseen saattoi johtua tehokkuuden laskusta, tuotannon yksikkökustannusten noususta tai palvelulaadun

paranemisesta suhteessa maan keskimääräiseen kehitykseen. Tarvevakioidut kustannukset ja käyttö voivat kuitenkin tukea palvelujärjestelmän arviointia osana laajempaa joukkoa indikaattoreita.

Vuoden 2023 alusta voimaan tullessa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa hyvinvointialueiden rahoitus asetettiin määräytymään suurelta osin tarveperusteisena valtion rahoituksena. Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset voivat silti erota tarpeesta, koska laskennallinen rahoitus ei ole täysin tarveperusteista ja siirtymistä laskennalliseen rahoitukseen vaiheistetaan niin sanotulla siirtymätasausjärjestelmällä. Lisäksi toteutunut tarve voi erota ennustetusta tarpeesta, ja hyvinvointialue voi itse päättää, mihin sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäväkokonaisuuksiin se panostaa eniten.

Tehtäväkokonaisuudet

Tarvevakioituja kustannuksia raportoidaan seitsemässä (myöhemmin kahdeksassa) hyvinvointialueiden ja aiemmin kuntien vastuulle kuuluvien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tehtäväkokonaisuudessa. Lisäksi raportoidaan tarvevakioidut kustannukset sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuudelle. Tehtäväkokonaisuudet eivät ole päällekkäisiä, eli mikään palvelutapahtuma ei kuulu kahteen eri tehtäväkokonaisuuteen.

Tehtäväkokonaisuudet ovat:

- Lastensuojelu ja lasten ja perheiden palvelut (lastensuojelun laitos-, perhe- ja avohoidon palvelut ja muut lasten ja perheiden palvelut, ja perusterveydenhuollon kasvatusta- ja perheneuvonta),
- Ikääntyneiden palvelut (ikäntyneiden laitospalvelut ja ympärivuorokautisen ja ei-ympärivuorokautisen hoivan asumispalvelut, ikääntyneiden kotitalouksiin myönnetty omaishoidontuet, muut ikääntyneiden avopalvelut, ja yli 65-vuotiaiden kotihoito ja vähintään 90 vuorokautta kestänyt perusterveydenhuollon vuodeosastohoito),
- Vammaisten palvelut (vammainen laitospalvelut ja ympärivuorokautisen ja ei-ympärivuorokautisen hoivan asumispalvelut, vammaisten kotitalouksiin myönnetty omaishoidontuet, muut vammaisten avopalvelut ja alle 65-vuotiaiden kotihoito),
- Mielenterveys- ja päihdepalvelut (perusterveydenhuollon mielenterveys- ja päihdetyö, erikoissairaanhoidon psykiatrinen hoito, psykiatrian päivystys, ja päihdehuollon asumispalvelut ja muut erityispalvelut, ja mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut ja muut erityispalvelut),
- Somaattinen erikoissairaanhoido (avo- ja vuodeosastohoito, **kotisairaalahoido**, sosiaali- ja terveystoimen yhteispäivystykset, ja ensihoito),
- Perusterveydenhuolto (avo- ja vuodeosastohoito ja päivystys, alle 65-vuotiaiden kotihoito tänne? pois lukien yli 65-vuotiaiden vähintään 90 vuorokautta kestänyt vuodeosastohoito, suun terveydenhuolto ja mielenterveys- ja päihdepalvelut,)),
- Suun terveydenhuolto (perus- ja erityistason palvelut ja päivystys),
- *Työikäisten sosiaalipalvelut (toimeentulotuen kuntaosuus, sosiaalihuollon työllistymistä tukeva toiminta ja aikuissosiaalityö),*
- Sosiaali- ja terveydenhuolto kokonaisuudessaan (yllä olevien tehtäväkokonaisuuksien summana, myös työikäisten sosiaalipalvelut ovat mahdollisuuksien mukaan summattuna mukaan¹).

¹ Vuoteen 2020 asti taloustilaston tehtäväluokka Työllistymistä tukevat palvelut sisälsi työmarkkinatuen kuntaosuuden, työelämäosallisuutta tukevat palvelut ja kuntouttavan työtoiminnan. Vuodesta 2021 alkaen työllistymistä tukevat palvelut-tehtäväluokka on pilkottu osiin, ja sote-uudistuksessa hyvinvointialueille siirtynyt työelämäosallisuutta tukevat palvelut ja kuntouttava työtoiminta. Jotta vuosille 2017–2020 saatiin mukaan nämä erät, huomioitiin ko. tehtäväluokka soten kustannuksissa ja siitä eliminoitiin työmarkkinatuen kuntaosuus Kelan tilastoja käyttäen.

Tehtäväkokonaisuudet eivät täysin kattavasti osita sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Puuttuvia osia ovat ympäristöterveydenhuolto, mikä ei ole muun terveydenhuollon tapaan henkilötasolle kohdistuva palvelu, ja tällä hetkellä työikäisten sosiaalipalvelut (sisältäen toimeentulotuen kuntaosuuden, sosiaalihuollon työllistymistä tukevan toiminnan ja aikuissosiaalityön), joista ei vielä kerätä kattavasti kansallista rekisteritietoa.

Palvelujen luokittelu seitsemään (myöhemmin kahdeksaan) yllä olevaan tehtäväkokonaisuuteen ei ole perustavanlaatuisen linjauksen tarkastelun arvoisista kokonaisuuksista ja voi muuttua saatujen kommenttien myötä. Hyvin tarkalle tasolle luokittelua ei kuitenkaan voi viedä, erityisesti siksi, ettei vaihtoehtoisille palveluluokille (esimerkiksi avo- ja vuodeosastohoito) ole mielekästä mallintaa palvelutarvetta erikseen.

Aineisto ja menetelmä

Kuntien kustannustietoina käytetään vuosien 2017–2020 osalta Tilastokeskuksen Kuntataloustilastoa ja 2021–2022 osalta Valtiokonttorin taloustilastoa. Nämä taloustilastot noudattavat JHS-palveluluokitusta. Sairaanhoidopiirien ja hyvinvointialueiden kustannustiedot on saatu summaamalla yhteen niihin kuuluvien kuntien tiedot. Vuoden 2023 tiedoista lähtien käytetään Valtiokonttorin hyvinvointialueille suunnattua AURA-palveluluokituksen mukaista taloustilastoa. Tarvevakioituja kustannuksia raportoidaan jatkossa ainoastaan hyvinvointialuetasolla, sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun siirryttyä kunnilta hyvinvointialueille vuoden 2023 alusta alkaen.

Palvelukäytöllä tarkoitetaan tässä yhteydessä kansallisilla keskimääräisillä yksikkökustannuksilla (Mäklin & Kokko, 2021) arvotettua käyntimäärää. Henkilön vuosittaista palvelukäyttöä laskiessa palvelukohtaiset käyntimäärät kerrotaan niiden kansallisilla yksikkökustannuksilla, ja summataan kyseisen vuoden ajalta ylitse kaikkien palveluryhmien. Palvelukäyttö per asukas siis kertoo, mitä alueen kustannukset per asukas olisivat olleet, jos palvelut olisi tuotettu maan keskimääräisillä yksikkökustannuksilla. Vaihtelut palvelukäytössä johtuvat siis vaihtelusta palvelutapahtumien määrässä tai niiden tyypissä (esimerkiksi halvemmasta hoidosta kalliimpaan). Kustannusten ja palvelukäytön ero mittaa alueen yksikkökustannusten eroa koko maan keskimääräiseen tasoon. Palvelukäyttö on täsmäytetty taloustilaston kustannuksiin kussakin tehtäväkokonaisuudessa koko maan tasolla, jolloin tehtäväkokonaisuuden palvelukäyttö koko maassa on yhtä kuin sen kustannukset koko maassa. Näin pyritään varmistamaan yksikkökustannusten keskimääräisyys, vaikkakin tähän syntyy virhettä siitä, etteivät rekisterit kata kaikkia palveluja. Sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuuden palvelukäyttö on täsmäytetty erikseen vastaaviin kokonaiskustannuksiin, sillä siihen on sisällytetty työikäisten sosiaalihuollon eriä. Aikasarjatarkastelussa täsmäytys on tehty vain perusvuodelle 2017, ja myöhempien vuosien palvelukäyttö on kerrottu näin saaduilla korjauskertoimilla. Tällöin myös myöhemmille vuosille käytetään vuoden 2017 täsmäytettyjä yksikkökustannuksia.

Palvelutarve arvioidaan mallintamalla henkilötasolla tilastollisesti tarvetekijöiden eli sairauksien, iän ja sukupuolen, sosioekonomisen aseman, ja muiden palvelukäytölle altistavien tekijöiden yhteys palvelukäyttöön. Työterveyshuollon ja yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon korkeampi saatavuus pyritään huomioimaan julkisten palvelujen tarvetta vähentävänä tekijänä. Palvelutarve kertoo, mitä alueen palvelukäyttö per asukas olisi ollut, jos kutakin sairautta olisi hoidettu samalla palvelumäärällä kuin koko maassa keskimäärin. Tarve määräytyy siis tietyn ajanhetken palvelujärjestelmän antamien kustannuspainojen kautta, ja toista määritelmää noudattava tarveindikaattori antaisi toisenlaisia tuloksia.

Palvelukäytön aineiston poiminnasta ja tarvemallinnuksen menetelmästä löytyy lisätietoa hyvinvointialueiden tarveperusteista rahoitusta koskevasta raportista Holster ym. (2022), mutta siinä käytettyä menetelmää ei kaikilta osin seurata tarvevakioitujen kustannusten laskennassa. Poikkileikkausindikaattorien laskennassa on aina mallinnettu saman, tarkastelun kohteena olevan vuoden palvelukäytön ja tarvetekijöiden yhteys. Aikasarjaindikaattorien osalta tarvemallinnus tehdään perusvuoden 2017 aineistolla, jolloin saadaan perusvuoden palvelujärjestelmää heijastavat painokertoimet

tarvetekijöille. Jäljempien vuosien tarve lasketaan näillä tarvetekijöiden painokertoimilla ja laskentavuoden keskiarvoilla. Näin ajalliset muutokset lasketussa tarpeessa johtuvat muutoksista sairastavuudessa ja muissa tekijöissä, eivät palvelujärjestelmästä.

Kokonaiskustannusten luokat tulee sovittaa yhteen palvelutarpeen ja -käytön laskenta-aineiston kanssa, jotta ne kuvaisivat samoja kokonaisuuksia. Tästä syystä esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaistarvetta ei tule käyttää vakioimaan pienempien palvelukokonaisuuksien kustannuksia. Lähtökohtana on, että sosiaali- ja terveydenhuollon rekistereistä poimitaan hyvinvointialueiden ja aiemmin kuntien vastuulla olleita palveluja mielekkäisiin tehtäväkokonaisuuksiin. Puutteellisten rekisteritiedonkeruiden vuoksi yksilötason palvelukäyttötietoja ei ole kaikille tehtäväkokonaisuuksille saatavissa täysin kattavasti. Puuttuvien palvelujen osalta oletetaan, että niiden käyttö, tarve ja yksikkökustannukset jakaantuvat alueiden välillä samalla tavoin kuin muiden palvelujen. Tiedonkeruiden laajentuessa palvelukäyttöaineistoihin lisätään puuttuneita käytitietoja. Mukaan lisätään esimerkiksi sosiaalihuollon avopalvelujen aineistot niitä koskevien tiedonkeruiden kehittyessä. Taloustilastosta poimituista kustannuksista ei ole yritetty poistaa sellaisia eriä, joista ei nykyisellään löydy yksilötason rekisteritietoa – toisaalta palvelukäytön aineistosta ei ole tiputettu tietoja, joita taloustilastosta ei pystytä oikealla tavalla erottelemaan.

Kuntien taloustilaston kustannustiedot jaotellaan vastaavasti tehtäväkokonaisuuksiin, mutta sen karkeuden vuoksi jotkut kuntien taloustilaston erät sisältävät useampaan tehtäväkokonaisuuteen kuuluvia palveluja: esimerkiksi kotihoito on taloustilastossa yhtenä eränä. Taloustilaston kustannustietoja on siksi jaettu palvelukäyttöaineiston perusteella alempiin luokkiin vuosille 2017–2022:

- Kotihoito on jaettu alle 65-vuotiaiden ja yli 65-vuotiaiden osuuksiin,
- Erikoissairaanhoidon on jaettu somaattiseen hoitoon ja psykiatriseen hoitoon,
- Perusterveydenhuollon avohoidosta on erotettu mielenterveys- ja päihdehoito,
- Perusterveydenhuollon vuodeosastohoito on jaettu alle 65-vuotiaiden ja yli 65-vuotiaiden osuuksiin,
- Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut tulisi erotella muun sosiaali- ja terveystoiminnan erästä mielenterveys- ja päihdepalveluihin sisällytettäväksi, mutta puutteellisten rekisteriaineistojen vuoksi se ei ole mahdollista. Vaikuttaa mielenterveys- ja päihdepalveluihin kustannusten osalta.

Näiden erien osalta kokonaiskustannusten oletetaan jakaantuvan samoin kuin palvelukäyttö. Hyvinvointialueiden taloustiedonkeruu seuraa tarkempaa AURA-palveluluokitusta ja siksi vuoden 2023 tiedoista alkaen tällaista suoritteiseen perustuvaa kustannusten jakoa ei enää tarvitse tehdä.

Tunnetut puutteet

Laskennan ongelmia ovat puutteet aineiston keruussa sekä alueiden väliset eroavuudet standardeissa, palvelumääritelmässä ja tietojen toimituksessa. Aineisto-ongelmat koskevat sekä kuntien kokonaiskustannusten laskennassa käytettyä taloustilastoa että tarpeen arvioinnissa käytettyjä rekisteriaineistoja. Aineiston keruun puute on, että tietyistä palveluista ei kerätä tietoja tai niitä kerätään liian karkealla tasolla. Lisäksi tietotoimituksissa on joillain alueilla puutteita niitäkin palveluita koskien, jotka sisältyvät kansallisiin tiedonkeruuihin. Standardien puutteita ovat esimerkiksi, että alueilla voi olla huomattavia eroja perusterveydenhuollon lääkärivastaanoton ajallisessa kestossa, tai taloustilastoon on saatettu raportoida samoja palveluja vaihtelevasti ikääntyneiden palveluihin tai muihin sosiaalipalveluihin. Myös palvelutapahtumien kirjaamisessa on alueellisia eroavaisuuksia esimerkiksi siinä, mitä kirjataan sosiaalihuollon tahi terveydenhuollon alle, tai perusterveydenhuollon tahi erikoissairaanhoidon alle.

Huomionarvoisia puutteita rekisteriaineistossa ovat:

- Sosiaalihuollon avopalvelujen käytöstä ei ole rekisteriaineistoa. Tämä vaikuttaa lastensuojelun ja lasten ja perheiden palvelujen, ikääntyneiden palvelujen, vammaisten palvelujen, mielenterveys- ja päihdepalvelujen, ja työikäisten sosiaalipalvelujen luokkiin palvelukäytön ja tarpeen osalta.
- Ensihoitopalvelujen käytöstä ei ole rekisteriaineistoa. Tämä vaikuttaa somaattiseen erikoissairaanhoidon palvelukäytön ja tarpeen osalta.
- Kotihoito ja omaishoidon tuki on hyvin puutteellisesti kirjattua ennen vuotta 2018. Tämä vaikuttaa ikääntyneiden palvelujen ja vammaisten palvelujen luokkiin palvelukäytön ja tarpeen osalta.

Julkaisuaikataulu ja ennakkolaskelma

Tarvekioiduista kustannuksista tuotetaan vuosittain elokuussa edeltävää vuotta edeltävän vuoden valmiit laskelmat ja edellisen vuoden ennakkolaskelma, siis esimerkiksi elokuussa 2024 julkaistaan vuoden 2022 valmiit laskelmat ja vuoden 2023 ennakkolaskelma. Ennakkolaskelmassa käytetään alueen aikaisemman vuoden lukuja niiden muuttujien osalta, joita ei ole vielä ajassa t+8kk saatavilla.

Poikkileikkausindikaattoreille ennakkolaskelmassa käytetään lisäksi aikaisemman vuoden malliparametreja tarvetta laskiessa. Täydentyviä tietoja ovat erityisesti tuloja ja pääsiallista toimintaa koskevat muuttujat, mutta ennakkotietojen kattavuus parantunee ajan oloon rekisteritietojen valmistumisen nopeutuessa. Lisäksi hoitoilmoitusrekisterien kattavuus voi parantua ennakkolaskelman ja valmiiden laskelmien välillä.

Huomaa, että myös valmiit laskelmat ovat sikäli alustavia, että ne voivat muuttua myöhempinä vuosina aineistopäivitysten ja tutkimuksen kehittymisen myötä. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilötason rekisteriaineistojen ja alueellisten taloustietojen toimittajilla on huomattava vastuu tietojen ajantasaisuudesta ja oikeellisuudesta.

Lähteet

Holster, T., Haula, T., & Korajoki, M. (2022). Sote-rahoituksen tarvekiointi: Päivitys 2022. THL-työpäpaperi 26/2022.

Mäklin, S., & Kokko, P. (2021). Terveyden- ja sosiaalihuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2017. THL-työpäpaperi 21/2020.