



Laitoshoidon vähenemisen yhteys ikääntyneiden muihin pitkäaikaishoivan palveluihin ja sairausvakuutuksen korvaamien lääkkeiden kustannuksiin vuosina 2000–2013

JENNI BLOMGREN & ELINA EINIÖ

Pitkäaikaista hoivaa tarvitsevia ikääntyneitä hoidetaan yhä harvemmin laitoksissa. Ovatko kunnat tarjonneet vastaavasti enemmän muita, laitoshoidoa korvaavia palveluita? Entä missä määrin avohoidon yleistyminen on kasvattanut sairausvakuutuksen lääkekustannuksia?

.....

Johdanto

Vanhustenhuollon palveluiden kokonaismenot olivat vuonna 2012 Suomessa yhteensä 2,9 miljardia euroa, joista julkisen rahoituksen osuus oli yli 2,3 miljardia ja kotitalouksien osuus noin 500 miljoonaa. Noin kolmannes menoista kului vanhusten laitoshoidon. (Seppälä & Pekurinen 2014.) Hoivapalveluiden palvelurakennemuutos on ollut käynnissä 1990-luvulta alkaen ja jatkunut voimakkaana edelleen 2000-luvulla (Vaarama & Lehto 1996; STM 2001; STM 2008; STM 2013; Kokko & Valtonen 2008). Palvelurakennemuutoksilla on jo pitkään tavoiteltu vanhuspalveluiden laitosaltaisuuden vähentämistä eli sitä, että yhä harvempaa ikääntyneitä hoidetaan perinteisissä laitoksissa, joita ovat vanhainkodit ja terveyskeskusten pitkäaikaissosastot. Vastaavasti tavoitellaan avohoidon piirissä olevien eli omissa kodeissaan hoidettavien osuuden kasvamista. Omasa kodissa annettavan avohoidon piirissä ovat sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen mukaan sekä yksityisasunnoissa asuvat että tavallisissa tai ympärivuorokautista hoivaa tarjoavissa palvelutalouksissa asuvat (STM 2009).

Syksyllä 2013 laitoshoidon purkaminen nostettiin hallituksen rakennepoliittiseen ohjelmaan (Valtioneuvosto 2013; STM 2014). Palvelurakennemuutoksilla on taloudellisten säästöjen ohella

pyritty muun muassa palveluiden laadun parantamiseen, suurempaan yksilöllisyyteen, iäkkäiden osallistumismahdollisuuksien voimistumiseen sekä turvaamaan ikääntyneiden oikeus asua mahdollisimman pitkään omassa kodissaan (Vaarama & Lehto 1996; Kokko & Valtonen 2008). Vanhainkodeissa tai terveyskeskuksissa pitkäaikaisessa laitoshoidossa olleiden osuus 75 vuotta täyttäneistä saatiin laskemaan vuoden 1986 15 prosentista 8,4 prosenttiin vuoteen 2000 mennessä ja edelleen 3,1 prosenttiin vuoteen 2013 mennessä (Vaarama & Lehto 1996; Sotkanet 2014). Vuoden 2013 lopussa vanhainkodeissa ja terveyskeskusten pitkäaikaissosastoilla 75 vuotta täyttäneitä asiakkaita oli hoidossa noin 14 500 (Sotkanet 2014).

Suomessa on vain vähän empiiristä tutkimustietoa siitä, miten laitoshoidon väheneminen on ollut yhteydessä ikääntyneiden muiden asumis- ja hoivapalveluiden kehittymiseen kunnissa. Simo Kokon ja Hannu Valtosen analyysi (2008) on tietäksemme ainoa aihetta käsittelevä tutkimus, ja sen seuranta päättyi vuoteen 2005. Tutkimuksessa havaittiin, että vuosina 1995–2005 laitosaltaisuuden vähentyminen oli yhteydessä tehostetun palveluasumisen yleistymiseen, mutta selkeää strategista yhteyttä kotihoidon palveluihin ei ollut. Jälkimmäisen tuloksen voidaan tulkita tarkoittavan sitä, että kunnat eivät olleet korvanneet perinteistä laitoshoidoa kotiin tuotettavilla ns. vä-

limuotoisilla palveluilla valtion informaatio-ohjauksesta huolimatta. Kokko ja Valtonen (mt.) tuovat esiin, että jatkossa olisi tarpeen tutkia, millaisissa olosuhteissa, miten ja millaiset kunnat ovat onnistuneet toteuttamaan menestyksekkään siirtymisen pois laitosvaltaisuudesta.

Vaikka laitoshoidon vähentämistä on tavoiteltu valtiojohtoisesti informaatio-ohjauksen keinoin, myös kunnilla on ollut siihen selviä kannustimia. Perinteinen laitoshoido ja avohoido eroavat toisistaan monelta osin siinä, mikä taho maksaa hoidon kustannukset. Esimerkiksi lääkehoidon kustannukset kuuluvat kunnan kustannusvastuulle silloin, kun potilas on laitoshoidossa, mutta ne tulevat sairausvakuutuksen ja potilaan itsensä maksettaviksi silloin, kun hän on avohoidon piirissä (Teperi & al. 2009; Pekurinen & al. 2011). Kuntien laitoshoidon vähentämisellä mahdollisesti saavutettavia säästöjä ei kuitenkaan ole Suomessa arvioitu (Klavus & Meriläinen-Porras 2011).

Tutkimuksen tarkoitus

Tässä tutkimuksessa selvitetään kunta-aineistolla perinteisen laitoshoidon (vanhainkodit ja terveyskeskussairaalat) peittävyiden muutoksen yhteyksiä ikääntyneiden muiden pitkäaikaishoivaan kuuluvien palveluiden muutoksiin sekä apteekista ostettujen, sairausvakuutuksen korvaamien reseptilääkkeiden kustannuksiin vuosina 2000–2013. Tutkimuksessa tarkastellaan perinteisen laitoshoidon lisäksi ikääntyneiden pitkäaikaishoivan palveluiden koko kenttää eli mukana ovat seuraavat palvelut: a) tehostettu palveluasuminen, joka sisältää asumisen palvelutaloissa, joissa on henkilökuntaa ympärivuorokautisesti paikalla, b) tavallinen palveluasuminen, joka sisältää asumisyksiköt, joissa ei ole ympärivuorokautisesti henkilökuntaa paikalla, c) kunnan kustantama säännöllinen kotihoito sekä d) omaishoidon tuki. Kotona asumista tukevat muut palvelut, kuten esimerkiksi ateriapalvelut, jäävät tämän tutkimuksen ulkopuolelle. Lääkkeiden osalta tarkastelemme sitä, missä määrin perinteisen laitoshoidon väheneminen on ollut yhteydessä sairausvakuutuksen korvaamien reseptilääkkeiden kokonaiskustannuksiin sekä Kelan maksamien lääkekorvausten ja asiakkaiden maksamien omavastuiden menoihin. Lisäksi tutkimme, ovatko laitoshoidon vähenemisen seuraukset olleet erilaisia riippuen siitä, onko kyse väestöltään keskimääräistä suuremman palvelutarpeen vai vä-

häisemmän palvelutarpeen kunnasta. Oletuksena on, että perinteisen laitoshoidon vähenemistä olisi keskimääräistä enemmän korvattu muilla palveluilla silloin, kun ikääntyneiden väestörakenne osoittaa suurta palvelutarvetta, eli kunnissa, joissa on keskimääräistä enemmän hyvin vanhoja ja sairaita ihmisiä.

Tausta: ikääntyneiden pitkäaikaispalvelut ja kuntien kannustimet palvelurakennemuutoksessa

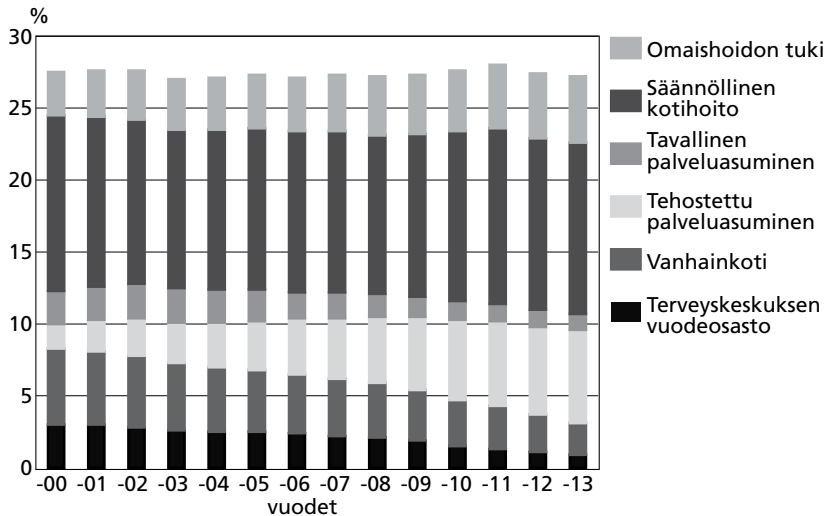
Ikääntyneiden pitkäaikaishoivan palveluiden peittävyys 2000–2013

Ikääntyneiden ympärivuorokautisiksi laitos- ja asumispalveluiksi lasketaan vanhainkodit, terveyskeskusten pitkäaikaishoito, tehostettu palveluasuminen sekä tavallinen palveluasuminen (THL 2014). Näiden palveluiden piirissä oli vuoden 2013 lopussa yhteensä noin 11 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä (kuvio 1). Lisäksi 12 prosenttia vastaavan ikäisistä sai kunnan kustantamaa säännöllistä kotihoitoa eli he olivat laskentakuukauden aikana saaneet kotisairaanhoidon ja/tai kotipalvelun käyntejä joko voimassa olevan palvelu- ja hoitosuunnitelman perusteella tai heillä oli muuten ollut palvelukäyntejä säännöllisesti vähintään kerran viikossa (Sotkanet 2014).¹ Omaishoidon tuella hoidettavien osuus oli vajaat viisi prosenttia 75 vuotta täyttäneistä.²

Vaikka ikääntyneiden pitkäaikaishoivan laitosvaltaisuuden väheneminen näyttää jatkuneen 2000-luvulla, tosiasiaa tehostettu palveluasuminen – jota ei lainsäädännön tasolla luokitella laitoshoidoksi – on yleistynyt samaa tahtia kuin perinteistä laitoshoidoa on purettu (kuvio 1). Tehostettu palveluasuminen tarjoaa asiakkaille ympärivuorokautista hoivaa, ja palvelu on hyvin lähellä vanhainkodeissa annettavaa hoitoa (Kokko & Valtonen 2008). Kun tehostettu palveluasuminen lasketaan mukaan pitkäaikaiseen laitoshoittoon, on

1 Säännöllisen kotihoidon peittävyys tilastoidaan 30.11. tilanteena. Vuosien 2000, 2002, 2004 ja 2006 kotihoidon tiedot on arvioitu kuvioon 1 edellisen ja seuraavan vuoden keskiarvona, sillä vuoteen 2007 saakka tieto on tilastoitu vain joka toiselta vuodelta.

2 Omaishoidon tuen peittävyys on mitattu omaishoidon tuen saamisella ko. vuoden aikana, ei siis poikkileikkauksena. Omaishoidon tukea voi saada yhtä aikaa säännöllisen kotihoidon kanssa, joten luvut eivät ole täysin yhteenlaskettavissa muiden palveluiden peittävyyttä koskevien lukujen kanssa.



Lähde: Sotkanet 2014

Kuvio 1. Ikääntyneiden pitkäaikaishoivan palveluiden peittävyys 75 vuotta täyttäneillä (%) vuosien 2000–2013 lopussa. (Lähde: Sotkanet 2014.)

laitoshoidossa olleiden osuus pysytellyt kymmenen prosentin tuntumassa ja kotona asuvien osuus siten 90 prosentin tuntumassa koko 2000-luvun ajan (kuviot 1). Jo vuoden 2001 ikääntyneiden palveluiden laatusuosituksessa (STM 2001) tehostettu palveluasuminen uutena hoiva-asumisen muotona rinnastettiin vanhainkoti- ja terveyskeskushoittoon, eikä tehostetun palveluasumisen piirissä olevia ihmisiä myöskään tilastoissa lasketa kotona asuviksi. Vuoden 2013 lopussa jo 68 prosenttia 75 vuotta täyttäneiden ikääntyneiden laitoshoidosta oli järjestetty tehostettuna palveluasumisena, kun osuus vuonna 2000 oli vain 17 prosenttia.

Kunnan kustantamaa säännöllistä kotihoitoa saaneiden osuus ei 2000-luvulla ole juurikaan muuttunut, vaikka 1990-luvulla koettiin melko dramaattinen osuuden lasku (Kröger & Leinonen 2012). Ikääntyneiden palveluiden peittävydessä eli palveluita saavien osuudessa ei siten ole tapahtunut 2000-luvun kuluessa selkeitä muutoksia lukuun ottamatta perinteisen laitoshoidon korvaamista tehostetulla palveluasumisella. Vuoden 2008 ikääntyneiden palveluiden laatusuosituksessa asetetuista tavoitteista vuodelle 2012 (STM 2008) jäätin jonkin verran lukuun ottamatta tehostettua palveluasumista koskevia tavoitteita. Pitkäaikaishoidossa vanhainkodeissa tai terveyskeskuksissa hoidossa olevien osuus jäi vuonna 2012 noin prosenttiyksikön tavoiteltua suuremmaksi ja säännöllistä kotihoitoa saavien ja omaishoidon tuella hoidettavien osuudet noin 1–2 prosenttiyksikköä pienemmiksi. Tehostetun

palveluasumisen osalta saavutettiin 5–6 prosentin haarakkaan asetettu tavoite. Uudemmassa laatusuosituksessa, jonka tähtäin on vuodelle 2017, tavoitteita on edelleen kiristetty perinteisen laitoshoidon vähentämisen sekä tehostetun palveluasumisen ja omaishoidon tuen lisäämisen osalta. Kotona asumisen ja säännöllisen kotihoito-osalta tavoitteet vuodelle 2017 ovat samat kuin aiemmin vuodelle 2012 (STM 2013).

Kuntien kannustimet laitosvaltaisuuden vähentämiseen

Kunnat ovat vastuussa ikääntyneiden sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä. Kunnat voivat joko tuottaa nämä palvelut itse tai yhteistyössä muiden kuntien kanssa, ostaa niitä yksityiseltä sektorilta tai antaa kuntalaisille palvelusetelitä, joiden avulla nämä voivat hankkia palvelunsa kunnan hyväksymiltä palveluntuottajilta. Kunnat ovat erilaisessa asemassa ikääntyneiden palveluiden järjestämisen suhteen, sillä 75 vuotta täyttäneiden väestöosuus vaihtelee melkoisesti kunnasta toiseen: kun koko maan keskiarvo vuoden 2013 lopussa oli 8,5 prosenttia, vaihteli osuus kunnittain 3,6:sta 20,8:aan (Sotkanet 2014). Lisäksi ikääntyneen väestön sisäinen ikärakenne sekä terveys ja elinolot vaihtelevat kunnasta toiseen, mikä takaa koko maata koskevien keskiarvojen taakse kätkeytyä merkittävää kuntakohtaista vaihtelua ikääntyneen väestön tarpeissa. Kuntien erilainen ikärakenne ja väestön palveluiden tarve huomioi-

daan kuntien saamissa valtionosuuksissa. Kunnilla on kuitenkin erilaisia tapoja järjestää palveluita, vaikka väestön tarpeet olisivat samankaltaisiakin. Kuntien järjestämissä palveluissa voi siten olla sekä kattavuus- että painotuseroja.

Lisäksi palveluiden järjestämistavassa viime vuosina tapahtuneisiin muutoksiin ovat osaltaan vaikuttaneet sekä poliittinen ohjaus, jota kunnat ovat saaneet laitoshoidon vähentämisen tavoittelemisessa (Kokko & Valtonen 2008), että ne taloudelliset kannustimet, joita kunnilla on laitostalouden purkamiseen ja painopisteen siirtämiseen tehostetun palveluasumisen suuntaan. Perinteinen laitoshoidon ja avohoidon eroavat toisistaan monelta osin siinä, kuka maksaa hoidon kustannukset (Teperi & al. 2009; Pekurinen & al. 2011). Vanhainkodit ja terveyskeskukset on asetuksella määritelty laitoksiksi, kun taas palveluasumisen yksiköt on määritelty avohoidon piiriin kuuluviksi (STM 2009). Myös tehostettu palveluasuminen kuuluu siten lainsäätäjän näkökulmasta avohoittoon, vaikka se tosiasiallisesti usein muistuttaa perinteistä laitoshoidon ja yleensä tilastoidaan laitoshoidoksi.

Laitoshoidon ja avohoidon yksi keskeinen ero rahoituksen kannalta on siinä, kenen maksettavaksi tietyt kustannuserät kuuluvat. Julkisessa pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevien hoitokustannukset, lääkkeet ja hoitotarvikkeet maksaa kunta, joka veloittaa hoidettavalta asiakasmaksun. Vuonna 2014 asiakasmaksu saattoi olla korkeintaan 85 prosenttia nettotuloista, mutta asiakkaalle tuli jäädä 105 euroa kuussa henkilökohtaiseen käyttöön. Jos puolisoista suurempituloisen on laitoshoidossa, hoitomaksu voi olla korkeintaan 42,5 prosenttia puolisoitten yhteenlasketuista tuloista, jotta kotona asuvalle jää rahaa elämiseen (Kuntaliitto 2014). Pienituloisten asiakkaiden kohdalla asiakasmaksut kattavat vain murto-osan todellisista kuluista. Esimerkiksi vuonna 2015 yksinasuvan takuueläkettä saavan nettotulot kuukaudessa ovat 741 euroa (Perusturvan riittävyys... 2015), josta voidaan laitoshoidon asiakasmaksuna periä 85 prosenttia eli 630 euroa. Vuonna 2011 yhden hoitovuorokauden hinta vanhainkodissa oli 154–185 euroa ja terveyskeskussairaalaan pitkäaikaishoidossa 192–257 euroa (Kapiainen & al. 2014). Tuoreempia tietoja yksikkökustannuksista ei ole käytettävissä, mutta vuoden 2011 kustannustasoon suhteutettuna kuukausittaisen asiakasmaksun voi laskea pienituloisimmilla eläkeläisillä kattavan vain 2–4 päivän hoitokustannukset.

Kunta on velvollinen järjestämään myös avohoidossa olevien terveyspalvelut, mutta tällöin sairausvakuutus sekä asiakkaat itse osallistuvat suuremman määrän hoidon rahoittamiseen. Avohoidossa olevan asiakkaan reseptilääkekulut maksetaan Kansaneläkelaitoksen (Kela) hallinnoimasta sairausvakuutuksesta sekä omavastuiden osalta asiakkaan omasta pussista, kun taas laitoshoidossa olevien lääkekuluista vastaa kokonaisuudessaan kunta. Esimerkiksi Leena Saastamoisen ja Jouko Verhon (2013) tutkimuksessa niillä avohoidon 75–84-vuotiailla potilailla, jotka vuonna 2009 kuuluivat sairausvakuutuksen korvaamien lääkekustannustensa suhteen kalleimman viiden prosentin joukkoon väestöstä, keskimääräiset vuosittaiset lääkekustannukset olivat 2 736 euroa. Näistä kustannuksista potilaat maksoivat itse korkeintaan vuosittaisen lääkekaton suuruisen summan (675 euroa) ja sairausvakuutus loput. Jos potilaalla oli lääkkeisiin ylempi erityiskorvausoikeus, hän saattoi saada lääkkeensä kokonaan sairausvakuutuksen korvaamana. (Saastamoinen & Verho 2013.) Laitoshoidon piirissä olevien samankuntoisten potilaiden lääkekustannukset tulevat kuitenkin kokonaisuudessaan kunnan maksettaviksi. Lääkkeet, jotka eivät ole Kela-korvattavia tai jotka eivät ole reseptilääkkeitä, asiakas maksaa avohoidossa itse kokonaan. Etenkin monilääkittyjen laitoshoidossa olevien vanhusten lääkkeet voivat olla kunnalle iso kustannuserä, joten kunnalle on edullista pyrkiä ohjaamaan kustannuksia sairausvakuutuksen maksettaviksi.

Lisäksi Kela voi maksaa avohoidon – mutta ei laitoshoidon – piirissä olevalle myös muita sairaanhoitokorvauksia (korvaukset yksityislääkärin ja yksityishammaslääkärin palkkiosta, tutkimuksesta ja hoidosta sekä terveydenhoitoon liittyvistä matkoista). Niille, jotka eivät asu laitoksissa, voidaan myös maksaa eläkkeensaajan asumistukea toisin kuin pitkäaikaisessa laitoshoidossa oleville. Asumistuki, johon henkilö kenties olisi oikeutettu, jos hän olisi avohoidossa, ei siten laitoshoidossa olevien osalta tule lasketuksi mukaan henkilön nettotuloihin, joiden perusteella kunta veloittaa laitoshoidon asiakasmaksun. Sen sijaan palvelutaloissa asuvien asiakasmaksujen perustana oleviin tuloihin tämä etuus voidaan laskea mukaan. Myös eläkettä saavan hoitotuki oli pitkään etuus, jota maksettiin vain avohoidossa oleville, mutta sittemmin vuoden 2010 alusta lähtien hoitotukea on voinut saada myös pitkäaikaisesti laitoksessa asuva (L 1050/2009).

Kunnalle painopisteen muutos perinteisestä laitoshoidosta kohti palveluasumista on siis voinut tarkoittaa merkittäviä kustannussäästöjä. Tilanne on johtanut siihen, että vanhainkoteja on hallintopäätöksillä muutettu kunnissa asumispalveluyskiköiksi (Sauli & Paananen 2014). Tällainen kuntien toiminta ei kuitenkaan välttämättä johda säästöihin kokonaiskustannuksissa, sillä vanhainkotien ja tehostetun palveluasumisen yksikkökustannusten on laskettu olevan lopulta melko samantasoisia (Forma & al. 2012). Säästöjä, joita kunnat mahdollisesti ovat saavuttaneet laitoshoidon vähentämällä, ei toistaiseksi ole Suomessa arvioitu (Klavus & Meriläinen-Porras 2011). Säästöjen arvioiminen on hankalaa, sillä ei ole selvää, mitkä kenellekin maksajalle kohdistuvat kustannuserät pitäisi huomioida esimerkiksi ikääntyneiden asumispalveluiden tai laitoshoidon yksikkökustannuksia laskettaessa ja vertailtaessa (vrt. Hujanen & al. 2008). Erityisesti asiakkaiden maksamien osuuksien vertailu on hankalaa, sillä palveluasumisen kustannusten maksajat ja maksuosuudet riippuvat mm. siitä, järjestäkö kunta palveluasumisen itse vai ostopalveluna vai onko asiakas itse hakeutunut palveluasuntoon, asiakkaan maksuvyvystä, kuntien maksupolitiikasta sekä palvelupaketin sisällöstä (Hujanen & al. 2008; Kapiainen & al. 2014).

Aineisto ja menetelmät

Aineisto

Tutkimusta varten kerättiin kuntatason tietoja ikääntyneiden pitkäaikaishoivan palveluista ja sairausvakuutuksen lääkemenoina sekä kuntien ikääntynyttä väestöä koskevia taustatietoja. Tiedot ovat peräisin Sotkanet-tietokannasta ja Kelan tilastotietokannasta vuosilta 2000–2013 (Sotkanet 2014; Kela 2014). Sotkanet-tietokannan tiedot perustuvat Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen toimittamiin terveydenhuollon, sosiaalihuollon ja kotihoidon virallisiin asiakaslaskentoihin sekä Tilastokeskuksen väestötietoihin, ja ne ovat vapaasti kaikkien käytettävissä. Kelan tilastotietokannan tiedot perustuvat Kelan maksamiin korvauksiin ja niiden perusteena olleisiin menoihin.

Sotkanet-tietokannasta kerättiin kunnittain sekä ikääntyneiden pitkäaikaishoivan palveluiden peittävyttä kuvaavia tietoja että ikääntyneen väestön ikärakennetta, terveyttä, yksinasumista ja taloudellista hyvinvointia kuvaavia taustatietoja.

Analyseissa käytetyt muuttujat sekä niiden tunnusluvut vuosilta 2000 ja 2013 esitetään taulukossa 1. Tutkimuksessa käytetty kuntajako on vuoden 2013 mukainen, jolloin Suomessa oli 320 kuntaa. Analyysiin otettiin mukaan vain ne kunnat, joissa 75 vuotta täyttäneiden lukumäärä oli joka vuonna vähintään 100 henkilöä, jottei analyyseja sekoita satunnaisvaihtelu palveluiden piirissä olevien määrissä vähäväkisissä kunnissa (vrt. Kokko & Valtonen 2008). Rajauksella voitiin myös vähentää erityisesti pieniä kuntia koskevaa puuttuvuutta palvelurakennetiedoissa – kunnittaisissa tiedoissa oli jonkin verran puuttuvuutta johtuen esimerkiksi siitä, että ko. palvelumuodon piirissä olleita asiakkaita oli kunnassa vähemmän kuin viisi, jolloin tietoja ei Sotkanetissä julkaista. Ikääntyneiden lukumäärään perustuvalla rajauksella analyysistä karsiutui pois 17 kuntaa, joten lopullisiin analyysiin jäi 303 kuntaa. Valtaosa pois rajatuista kunnista oli Ahvenanmaan pieniä kuntia.³ Lopullinen tutkimusaineisto koostuu 4 242 kunta-vuosi-havainnosta (303 kuntaa * 14 vuotta).

Ikääntyneiden pitkäaikaishoivan palveluiden peittävyttä koskevat tiedot olivat saatavilla vuosilta 2000–2013 lukuun ottamatta säännöllisen kotihoidon tietoja, joita oli saatavilla vuosina 2000–2007 ainoastaan parittomilta vuosilta ja vasta vuodesta 2008 lähtien joka vuosi. Puuttuvuuden vähentämiseksi vuosien 2000, 2002, 2004 ja 2006 luvut imputoitiin aineistoon interpoloimalla eli puuttuvien vuosien osuudet laskettiin kullekin kunnalle edellisen vuoden ja seuraavan vuoden osuuksien keskiarvoina. Vuoden 2000 tietojen laskemista varten poimittiin siten kotihoidon osalta mukaan myös vuoden 1999 tiedot.

Eri palvelumuotoja koskevista peittävyystiedoista laskettiin perinteisessä laitoshoidossa olleiden osuus summaamalla vanhainkodeissa ja terveyskeskuksissa olleiden osuudet. Jos jompikumpi osuus oli puuttuva, laitoshoidossa olleiden osuudeksi tuli toisen summattavan muuttujan arvo, jos se oli saatavilla. Jos molemmat alkuperäiset muuttujat olivat puuttuvia, jäi lopullinen luku puuttuvaksi. Laitoshoidon osuuden tieto jäi puuttuvaksi 2–6 kunnan osalta vuosina 2000–2012 ja 10 kunnasta vuonna 2013.

³ Pois jääneet kunnat olivat Brändö, Eckerö, Föglö, Geta, Hailuoto, Hammarland, Kumlinge, Kökar, Lemland, Lesjöjärvi, Lumparland, Pelkosenniemi, Savikoski, Sottunga, Sund, Utsjoki ja Vårdö.

Lääkekustannuksiin liittyviä analyyseja varten Kelan tietokannasta laskettiin tiedot 75 vuotta täyttäneiden vuosittaisista sairausvakuutuksen korvaamista reseptilääkekustannuksista, Kelan maksamista lääkekorvauksista sekä asiakkaiden maksamista lääkkeiden omavastuista. Euromääräiset summat kunkin vuonna muunnettiin vuoden 2013 rahan arvoon käyttämällä Tilastokeskuksen julkaisemia rahan arvon kertoimia (Tilastokeskus 2015a) ja suhteutettiin 75 vuotta täyttäneiden lukumäärään kussakin kunnassa.

Taustatiedoiksi kerättiin ja laskettiin vanhusväestön ikärakennetta ja terveydentilaa sekä taloudellista hyvinvointia kuvaavia muuttujia (taulukko 1). 75 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä kuvaa vanhustenhoivan kunnalle asettamaa painetta. Vanhusväestön sisäistä ikärakennetta kuvaa 85 vuotta täyttäneiden osuus 75 vuotta täyttäneistä. Terveydentilaa kuvaavat lääkkeiden erityiskorvausoikeuksiin oikeutettujen osuus 75 vuotta täyttäneistä sekä 65 vuotta täyttäneiden kuolleisuus 100 000 henkeä kohden. Lääkkeiden erityiskorvausoikeuksiin oikeutettujen osuudet 75 vuotta täyttäneistä laskettiin Kelan tilastotietokannan tiedoista, sillä Sotkanet-tietokannan tieto oli saatavilla vain 65 vuotta täyttäneille.

Ikääntyneiden taloudellista hyvinvointia kuvaa täyttä kansaneläkettä saavien osuus 65 vuotta täyttäneistä. Täyttä kansaneläkettä voi saada vain jos muut eläketulot ovat hyvin pienet, joten muuttuja kuvaa karkeasti ikääntyneen väestön pienituloisuutta. Kuolleisuustietoa samoin kuin tietoa täyttä kansaneläkettä saaneiden osuudesta ei ollut saatavilla 75 vuotta täyttäneille, mutta katsomme ikärajan olevan riittävän tarkka tämän tutkimuksen analyyseja ajatellen. Lisäksi huomioimme yksin asuvien osuuden 75 vuotta täyttäneestä väestöstä, sillä se voi vaikuttaa virallisten hoivapalveluiden tarpeeseen. Vanhusväestön taustatietojen kerääminen ja laskeminen on tutkimuksemme kannalta tärkeää, koska korkea ikä, huono terveys, pienituloisuus ja yksin asuminen voivat osaltaan olla yhteydessä keskimääräiseen hoivatarpeeseen ja sekoittaa analyysin päätuloksia, ellei niiden vaikutuksia asianmukaisesti huomioida.

Kunnan palvelutarpeen mukaisia tarkasteluja varten kunnat luokiteltiin lisäksi suuren palvelutarpeen ja pienemmän palvelutarpeen ryhmiin. Luokitus muodostettiin laskemalla ensin kunta-kohtaisesti vuosien 2000–2013 keskiarvot seuraavista tiedoista: 85 vuotta täyttäneiden osuus 75 vuotta täyttäneistä sekä lääkkeiden erityiskorva-

usoikeuksiin oikeutettujen osuus 75 vuotta täyttäneistä. Suuren palvelutarpeen kunniksi määriteltiin ne kunnat, joissa molemmat arvot olivat yli kuntien mediaanin. Suuren palvelutarpeen kunniksi määrittyi 60 kuntaa, joissa 85 vuotta täyttäneiden osuus 75 vuotta täyttäneistä oli keskimäärin yli 25,4 prosenttia ja joissa erityiskorvauksiin oikeutettujen osuus oli yli 72,1 prosenttia. Loput kunnat luokiteltiin pienemmän palvelutarpeen kunniksi. Tätä luokittelua käytetään sen selvittämiseen, onko perinteisen laitoshoidon peittävyden muutos näkynyt muiden palvelutyyppien peittävyden muutoksissa eri tavalla väestörakenteeltaan vanhoissa ja sairaissa kunnissa kuin muissa, pienemmän palvelutarpeen kunnissa.

Tilastolliset menetelmät

Aineistoa analysoitiin kiinteiden vaikutusten (*fixed effects*) paneeliregressiomalleilla (Andreß & al. 2013; Greene 2011). Nämä mallit käyttävät hyväksi aineiston paneelirakennetta, ja niillä voidaan analysoida tietyn muuttujan muutoksen yhteyttä toisissa muuttujissa tapahtuvaan muutokseen saman havaintoyksikön eli tässä kunnan sisällä. Paneeliregressiomallit ottavat huomioon ajankohdasta toiseen muuttuvien tekijöiden vaikutukset ja jättävät pois tekijät, jotka eivät muutu ajassa. Mallit vakioivat automaattisesti havaitsemattomat, ajassa muuttumattomat taustatekijät, kuten kunnan maantieteellisen sijainnin. Myös kunnan sosiokulttuurisen ilmaston ja kansanluonteen voidaan olettaa pysyvän ajassa suhteellisen muuttumattomina, ja niiden sekoittava vaikutus tulee näin ollen paneeliregressiomalleissa huomioiduksi.

Paneeliregressiomalleilla analysoidaan, miten perinteisen laitoshoidon vähenemisen tahti on ollut yhteydessä muutoksiin muissa pitkäaikaishoivan palvelumuodoissa. Näissä analyyseissa muuttujat on mitattu prosenttiosuuksina, joten tulokset kertovat suoraan, kuinka monta prosenttiyksikköä selitettävän palvelutyyppien peittävyys on muuttunut, kun selittävinä muuttujina olevien muiden palvelutyyppien peittävyys on muuttunut yhden prosenttiyksikön. Analyysien toisessa osassa selvitetään, miten laitoshoidon väheneminen on ollut yhteydessä lääkekulujen muutoksiin. Näitä analyyseja varten euroina mitatut lääkekulut on ensin muunnettu logaritmiasteikolle käyttämällä luonnollista logaritmia. Tällöin korottamalla malleista saavat estimaatit eksponenttiin (luonnollisen logaritmin käänteisfunktio) tu-

Taulukko 1. Kuntatason muuttujat tunnuslukuineen vuosina 2000 ja 2013.^a Suomen kunnat, joissa 75 vuotta täyttäneiden lukumäärä oli vähintään 100 joka vuonna aikavälillä 2000–2013 (N=303).

	2000				2013			
	Keski-arvo	Keski-hajonta	Minimi-arvo	Maksimi-arvo	Keski-arvo	Keski-hajonta	Minimi-arvo	Maksimi-arvo
Taustatiedot								
75 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä (%)	8,0	2,3	1,9	14,4	11,0	3,2	3,6	20,8
85 vuotta täyttäneiden osuus 75 vuotta täyttäneistä (%)	22,6	3,0	11,7	35,5	28,2	3,6	17,3	45,3
Lääkkeiden erityiskorvauksiin oikeutettujen osuus 75 vuotta täyttäneistä (%)	70,2	6,1	52,7	84,9	74,9	5,3	59,0	87,6
Kuolleisuus 100 000 henkeä kohden 65 vuotta täyttäneillä	5 101	905	2 687	9 371	4 371	855	2 540	7 159
Täyttä kansaneläkettä saaneiden osuus 65 vuotta täyttäneistä (%)	8,2	2,0	3,4	14,3	2,5	0,8	0,9	5,2
Yksin asuvien osuus 75 vuotta täyttäneistä (%)	53,5	6,1	34,1	68,9	55,0	4,5	41,7	66,9
Ikääntyneiden pitkäaikaishoivan palveluiden peittävyys 75 vuotta täyttäneillä								
Perinteisessä laitoshoidossa vanhainkodeissa tai terveyskeskuksissa (%)	8,3	3,1	0	19,0	3,2	2,4	0	14,3
Vanhainkodeissa (%)	6,0	3,5	0	16,6	2,5	2,5	0	11,3
Terveyskeskusten pitkäaikashoidossa (%)	2,8	1,9	0	10,8	1,1	1,4	0	12,0
Tehostetun palveluasumisen piirissä (%)	1,7	2,5	0	15,6	7,2	3,1	0	17,5
Tavallisen palveluasumisen piirissä (%)	2,3	2,7	0	16,4	1,0	1,5	0	7,5
Säännöllisen kotihoidon piirissä (%) ^b	13,3	4,7	4,0	29,3	12,8	3,9	6,0	30,6
Omaishoidon tuen piirissä (%)	4,0	2,4	0,3	22,1	5,0	2,1	1,2	15,7
Sairausvakuutuksen korvaamat avohoidon lääkemenot (2013 rahassa)								
Sairausvakuutuksen korvaamien avohoidon lääkkeiden kustannukset, € / 75 vuotta täyttänyt	749	104	477	1 085	838	116	470	1 197
Sairausvakuutuksen korvaamista avohoidon lääkkeistä maksetut Kela-korvaukset, € / 75 vuotta täyttänyt	461	72	275	695	546	89	282	825
Asiakkaiden maksamat omavastuut Kela-korvatuista lääkkeistä € / 75 vuotta täyttänyt	288	35	194	390	292	37	167	418

^a Painottamattomista kuntia koskevista tiedoista lasketut tunnusluvut.

^b Vuoden 2000 luvut laskettu vuosien 1999 ja 2001 keskiarvona.

loksista nähdään, kuinka moninkertaisiksi lääkekulut ovat muuttuneet selittävän tekijän kasvaessa yhden prosenttiyksikön verran. Laskukaavalla $100 \cdot [\exp(\beta) - 1]$ saadaan siten tietää, kuinka monta prosenttia lääkekulut muuttuvat selittävän te-

kijän yhden prosenttiyksikön muutoksen myötä (Wooldridge 2009, 190).

Tuloksia esitetään sekä vakioimattomina että vakioituina. Vakioiduissa tuloksissa myös muutokset kuntaa kuvaavissa mitatuissa taustateki-

jöissä sekä muutokset muussa palvelurakenteessa on otettu huomioon. Koska lääkekustannukset ovat vaihdelleet vuosittain järjestelmään liittyvistä syistä, otettiin lääkekustannuksia mallittaviin analyyseihin mukaan myös erillisiä vuosia kuvaavat dummy-muuttujat, joilla saatiin kontrolloitua ajankohtaan liittyvät tekijät. Mallit sovitettiin lisäksi erikseen suuren palvelutarpeen kunnille sekä muille kunnille, joiden osalta testattiin interaktiotermin avulla, ovatko näiden kuntaryhmien mukaiset erot tilastollisesti merkitseviä. Kaikissa analyyseissa käytettiin väestömäärällä painottamattomia kuntakohtaisia lukuja, sillä tämän makrotason analyysin populaation muodostavat Suomen kunnat ja tulokset haluttiin yleistää kuntatasolle.

Tulokset

Kuntien välinen vaihtelu palvelurakenteessa

Taulukossa 1 esitetään ikääntyneille suunnattujen pitkäaikaispalveluiden peittävyys ja kuntien välinen hajonta vuosina 2000 ja 2013. Perinteisessä laitoshoidossa vanhainkodeissa tai terveyskeskusten pitkäaikaisosastoilla olleiden osuus 75 vuotta täyttäneistä on pienentynyt samalla kun tehostetun palveluasumisen piirissä olleiden osuus on kasvanut. Kuntien välinen hajonta perinteisen laitoshoidon peittävyudessa on samalla hieman pienentynyt, mutta tehostetun palveluasumisen peittävyudessa hajonta on kasvanut. Tavallisen palveluasumisen piirissä asuvien osuus ikääntyneistä laski aikavälillä 2000–2013 noin puoleen. Myös säännöllisen kotihoiton peittävyys pieneni jonkin verran ja samalla kuntien välinen vaihtelu hieman väheni. Omaishoidon tuella hoidettavien osuus sen sijaan hieman kasvoi ja kuntien välinen vaihtelu pieneni.

Kokonaisuudessaan kuntien välinen vaihtelu erilaisten pitkäaikaishoivan palvelutyyppeiden peittävyudessa oli suurta sekä vuonna 2000 että 2013. Esimerkiksi vuonna 2013 perinteisessä laitoshoidossa olleiden osuus 75 vuotta täyttäneistä vaihteli nolasta prosentista 14 prosenttiin ja säännöllisen kotihoiton peittävyys kuudesta prosentista 31 prosenttiin.

Laitoshoidon vähenemisen yhteydet muun palvelurakenteen muutoksiin

Taulukossa 2 esitetään tulokset regressiomalleista, joissa on analysoitu perinteisen laitoshoidon peittävyuden muutoksen yhteyttä muiden palve-

lutyyppeiden peittävyudessa tapahtuneisiin muutoksiin. Muutokset muissa palvelutyypeissä (a. tehostettu palveluasuminen, b. tavallinen palveluasuminen, c. säännöllinen kotihoito ja d. omaishoito) ovat malleissa vuoronperään selitettävänä muuttujina. Tutkimusasetelman kannalta tärkein selitettävä muuttuja kaikissa malleissa on muutos perinteisen laitoshoidon ulkopuolella asuvien osuudessa, joka on pääsääntöisesti analyysin aikavälillä kasvanut. Mallissa 1 tämä muuttuja on ainoa selittävä muuttujana, ja mallissa 2 vakioidaan myös muut palvelurakenteessa tapahtuneet muutokset sekä muutokset kuntaa kuvaavissa taustatekijöissä (ks. taulukko 1). Mallissa 3 mukaan on lisätty perinteisessä laitoshoidossa olevien osuuden muutoksen ja palvelutarpeen (suuren palvelutarpeen kunnat vs. muut kunnat) interaktiotermin. Tämän jälkeen on laskettu vakioidut mallit erikseen näille kahdelle ryhmälle.

Vakioimattomien tulosten mukaan perinteisen laitoshoidon väheneminen oli yhteydessä tehostetun palveluasumisen yleistymiseen siten, että kun perinteisten laitosten ulkopuolella asuvien osuus kasvoi yhden prosenttiyksikön (eli kun perinteisen laitoshoidon peittävyys pieneni yhden prosenttiyksikön), tehostetun palveluasumisen peittävyys kasvoi 0,72 prosenttiyksikköä (taulukko 2, kohta a, malli 1). Estimaatti kuitenkin pieneni muiden tekijöiden vakioimisen myötä: kun muutokset muussa palvelurakenteessa ja kunnan taustatekijöissä huomioitiin, alle puolet perinteisen laitoshoidon vähentymisestä oli korvautunut tehostetulla palveluasumisella (malli 2; $\beta = 0,44$, $p < 0,001$). Interaktiotermin oli tilastollisesti merkitsevä: suuremman palvelutarpeen kunnat ($\beta = 0,62$) olivat jonkin verran muita kuntia ($\beta = 0,40$) useammin korvanneet perinteistä laitosasumista tehostetulla palveluasumisella.

Perinteisen laitoshoidon väheneminen näytti olevan yhteydessä tavallisen palveluasumisen vähenemiseen vakioimattomissa malleissa (taulukko 2, kohta b: $\beta = -0,12$, $p < 0,001$), mutta kun muutokset muussa palvelurakenteessa ja kunnan taustatekijöissä oli otettu huomioon, laitoshoidon väheneminen oli heikosti yhteydessä myös tavallisen palveluasumisen yleistymiseen ($\beta = 0,10$, $p < 0,01$). Interaktiotermin kunnan palvelutarpeen kanssa ei ollut tilastollisesti merkitsevää.

Laitoshoidon väheneminen ei ollut yhteydessä muutoksiin säännöllisen kotihoiton peittävyudessa (taulukko 2, kohta c). Kotihoiton peittävyuden muutokseen oli sen sijaan yhteydessä tehos-

Taulukko 2. Perinteisen laitoshoidon peittävyden muutoksen yhteydet muiden palvelumuotojen peittävyden muutoksiin Suomen kunnissa 2000–2013. Paneeliregressiomallien tulokset.

	Malli 1		Malli 2		Malli 3 (interaktiomalli)				P-arvo interaktiolle
	β	P-arvo	β	P-arvo	Suuren palvelutarpeen kunnat		Muut kunnat		
	β	P-arvo	β	P-arvo	β	P-arvo	β	P-arvo	
a. Selitettävä muuttuja: tehostetun palveluasumisen piirissä olevien osuus									
Perinteisten laitosten ulkopuolella asuvien osuus (%)	0,72	0,000	0,44	0,000	0,62	0,000	0,40	0,000	0,011
Tavallisen palveluasumisen piirissä olevien osuus (%)			-0,42	0,000	-0,34	0,002	-0,43	0,000	
Säännöllisen kotihoidon piirissä olevien osuus (%)			-0,07	0,000	-0,09	0,007	-0,06	0,000	
Omaishoidon tuella hoidettavien osuus (%)			0,03	0,398	-0,07	0,425	0,05	0,156	
b. Selitettävä muuttuja: tavallisen palveluasumisen piirissä olevien osuus									
Perinteisten laitosten ulkopuolella asuvien osuus (%)	-0,12	0,000	0,10	0,002	0,02	0,801	0,11	0,001	0,942
Tehostetun palveluasumisen piirissä olevien osuus (%)			-0,29	0,000	-0,19	0,001	-0,31	0,000	
Säännöllisen kotihoidon piirissä olevien osuus (%)			-0,06	0,000	-0,13	0,000	-0,04	0,049	
Omaishoidon tuella hoidettavien osuus (%)			0,04	0,398	0,00	0,996	0,05	0,257	
c. Selitettävä muuttuja: säännöllisen kotihoidon piirissä olevien osuus									
Perinteisten laitosten ulkopuolella asuvien osuus (%)	-0,03	0,392	0,04	0,312	0,10	0,485	0,01	0,816	0,101
Tehostetun palveluasumisen piirissä olevien osuus (%)			-0,22	0,000	-0,28	0,003	-0,20	0,000	
Tavallisen palveluasumisen piirissä olevien osuus (%)			-0,28	0,000	-0,73	0,000	-0,17	0,040	
Omaishoidon tuella hoidettavien osuus (%)			0,05	0,432	0,25	0,095	-0,01	0,850	
d. Selitettävä muuttuja: omaishoidon tuella hoidettavien osuus									
Perinteisten laitosten ulkopuolella asuvien osuus (%)	0,06	0,000	0,03	0,227	0,04	0,465	0,02	0,366	0,396
Tehostetun palveluasumisen piirissä olevien osuus (%)			0,02	0,393	-0,04	0,439	0,04	0,146	
Tavallisen palveluasumisen piirissä olevien osuus (%)			0,04	0,337	0,00	0,996	0,05	0,288	
Säännöllisen kotihoidon piirissä olevien osuus (%)			0,01	0,428	0,05	0,083	0,00	0,851	

Malli 1: Selittävänä muuttujana vain perinteisten laitosten ulkopuolella asuvien osuus.

Malli 2: Vakioitu kaikki palvelurakennetta sekä kuntia kuvaavat taustatekijät (väestörakennemuuttujat, lääkekorvauksiin oikeutettujen osuus, kuolleisuus, täyden kansaneläkkeen saajien osuus ja yksinasuvien osuus; ks. taulukko 1).

Malli 3: Interaktiomalli: kaikki em. muuttujat vakioitu yhtä aikaa sekä lisäksi interaktiotermi: perinteisen laitoshoidon osuus * suuren / vähäisen palvelutarpeen kunnat.

tetun ja tavallisen palveluasumisen osuuden muutos. Interaktiotermi ei tässäkään mallissa ollut tilastollisesti merkitsevä.

Perinteisen laitoshoidon väheneminen oli vakioimattomassa mallissa yhteydessä omaishoidon tuen peittävyden kasvuun (taulukko 2, kohta d:

$\beta = 0,06$, $p < 0,001$), mutta yhteys katosi muiden tekijöiden vakiointien jälkeen. Interaktiotermi ei ollut merkitsevä.

Herkkyysanalyysina teimme samat analyysit myös tiukemmalla kuntarajauksella siten, että mukaan otettiin kunnat, joissa 75 vuotta täyttä-

neiden lukumäärä oli vähintään 200 nyt käytetyin 100:n sijaan. Tulokset näissä analyyseissa olivat hyvin samankaltaiset, mutta laitoshoidon vähene-
misen yhteys muiden tarkasteltujen palveluraken-
nemuuttujien muutokseen oli hieman edellä esi-
tettyä vahvempi. Laitoshoidon väheneminen yh-
dellä prosenttiyksiköllä oli vakioituissa malleissa
yhteydessä 0,50 prosenttiyksikön kasvuun tehos-
tetun palveluasumisen piirissä olevien osuudessa ja
0,15 prosenttiyksikön kasvuun tavallisen palvelu-
asumisen piirissä olevien osuudessa. Saamiemme
tuloksia voi siten pitää pikemminkin konservatiivisina
kuin yliarvioina todellisesta kehityksestä.

Laitoshoidon vähenemisen yhteys sairausvakuu- tuksen korvaamien lääkkeiden kustannuksiin, korvauksiin ja omavastuisiin

Toisena tutkimustehtävänä oli selvittää, miten pe-
rinteisen laitoshoidon peittävyys muutos on
ollut yhteydessä sairausvakuutuksen lääkekulujen
muutoksiin 75 vuotta täyttäneessä väestössä. Vuo-
sien 2000 ja 2013 välillä Kela-korvattujen lää-
kkeiden kokonaiskustannukset, Kelan maksamien
korvausten kustannukset sekä asiakkaiden maksa-
mat omavastuut jokaista kunnan 75 vuotta täyt-
tänyttä asukasta kohden kasvoivat (taulukko 1).

Kasvu ei kuitenkaan ollut lineaarista. Vaikka me-
not olivat korkeammalla tasolla vuonna 2013 kuin
vuonna 2000, ne kasvoivat vuoteen 2005 saakka,
jonka jälkeen ne ovat vähitellen laskeneet johtuen
järjestelmään liittyvistä muutoksista, kuten lääke-
vaihdoista ja lääkkeiden viitehintajärjestelmän mu-
kanaan tuomasta hintakilpailusta (Fimea & Kela
2014). Kustannustason muutoksiin vaikuttavien
ulkoisten tekijöiden huomioimiseksi näissä mal-
leissa vakioidaan myös vuosi.

Taulukossa 3 esitetään paneeliregressiomalli-
en tulokset perinteisen laitoshoidon muutosten
yhteyksistä sairausvakuutuksen lääkekustannus-
ten, Kela-korvausten ja omavastuiden muutok-
siin. Taulukossa on esitetty estimaatit koskien lai-
toshoidon ulkopuolella asumisen muutoksen yhteyttä
lääkekuluihin, kun on vakioitu taustateki-
jät (ks. taulukko 1) sekä yksittäisiin vuosiin liittyvä
vaihtelu. Taulukon 3 estimaatit kertovat, kuinka
moninkertaisiksi lääkekulut ovat kasvaneet lai-
toshoidon ulkopuolella olevien osuuden muutuessa.
Tulosten mukaan yhden prosenttiyksikön kasvu
perinteisen laitoshoidon ulkopuolella asu-
vien osuudessa on ollut yhteydessä 0,9 prosentin
kasvuun sairausvakuutuksen korvaamissa resepti-
lääkekustannuksissa, 0,8 prosentin kasvuun Kelan

Taulukko 3. Perinteisen laitoshoidon peittävyys muutoksen yhteydet avohoidon Kela-korvattujen reseptilääkkeiden kokonaiskustannusten, Kela-korvausten ja omavastuiden muutoksiin 75 vuotta täyttäneitä kohden Suomen kunnissa 2000–2013. Paneeliregressiomallien tulokset.

	Malli 1		Malli 2 (interaktiomalli)				P-arvo inter- aktiolle
	Exp β	P-arvo	Suuren palvelutarpeen kunnat		Muut kunnat		
			Exp β	P-arvo	Exp β	P-arvo	
a. Selitettävä muuttuja: Kela-korvattavien lääkkeiden kustannukset 75 vuotta täyttäneitä kohden, logaritmoitu							
Perinteisten laitosten ulkopuolella asuvien osuus (%)	1,009	0,000	1,010	0,000	1,008	0,000	0,010
b. Selitettävä muuttuja: Kela-korvattavien lääkkeiden korvauskustannukset 75 vuotta täyttäneitä kohden, logaritmoitu							
Perinteisten laitosten ulkopuolella asuvien osuus (%)	1,008	0,000	1,010	0,001	1,007	0,000	0,007
c. Selitettävä muuttuja: Kela-korvattavien lääkkeiden omavastuut 75 vuotta täyttäneitä kohden, logaritmoitu							
Perinteisten laitosten ulkopuolella asuvien osuus (%)	1,010	0,000	1,010	0,000	1,009	0,000	0,005

Malli 1: Vakioitu perinteisten laitosten ulkopuolella asuvien osuus, taulukossa 1 esitetyt taustatekijät sekä vuosi.

Malli 2: Interaktiomalli: kaikki muuttujat yhtä aikaa mallissa, lisäksi interaktiotermit: perinteisen laitoshoidon osuus * suuren/vähäisen palvelutarpeen kunnat.

korvauskustannuksissa sekä 1,0 prosentin kasvuun asiakkaiden maksamissa vuosittaisissa omavastuissa samanikäistä väestöä kohden (taulukko 3).

Myös lääkekustannusten, korvausten ja omavastuiden osalta testattiin vastaavia interaktiotermejä kuin palvelurakenneanalyseissa. Interaktiot olivat tilastollisesti merkitseviä, ja tulosten mukaan suuren palvelutarpeen kunnissa laitoshoidon väheneminen oli jonkin verran vahvemmassa yhteydessä lääkekulujen kasvuun. Erot näiden kuntaryhmien välillä olivat kuitenkin pieniä.

Johtopäätökset

Perinteisen vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla järjestettävän ikääntyneiden laitoshoidon vähentäminen on ollut hoivapolitiikan agendalla vuosikymmeniä, ja suuntaus jatkuu edelleen voimakkaana valtiontalouden säästöjen paineessa. Kataisen hallituksen rakennepoliittista ohjelmaa (Valtioneuvosto 2013) toteuttavan sosiaali- ja terveysministeriön (STM) toimintapohjan mukaan ohjausta laitoshoidon purkamiseen on jatkossa tarkoitus kohdentaa niihin kuntiin, joissa palvelurakenteen muuttamisen tarve on suurinta (STM 2014). Kunnille asia sopinee hyvin, sillä niillä on terveydenhuollon kustannuksiin liittyviä taloudellisia kannustimia purkaa perinteistä laitoshoidoa ja siirtää hoitoa tehostetun palveluasumisen ja muiden avohoidon muotojen suuntaan. Laitoshoidon vähentäminen on ollut kunnille osittain ulkopuolelta asetettu poliittinen ja taloudellinen tavoite, jonka voisi olettaa edelleen vaikuttaneen muiden, korvaavien palveluiden järjestämiseen. Uudemmissa keskusteluissa on kuitenkin herännyt epäily siitä, että laitoshoidon tilalle ei ole järjestetty eikä tulevaisuudessaakaan järjestetä riittävästi korvaavia palveluita (Jylhä 2014). Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella, miten perinteisen laitoshoidon peittävyden muutos näkyi muiden hoivamuotojen peittävyden muutoksessa kunta-aineistolla aikavälillä 2000–2013 sekä miten avohoitopainotteisuuden kasvu oli yhteydessä sairausvakuutuksen korvaamiin avohoidon lääkekustannuksiin.

Perinteisen laitoshoidon väheneminen on jatkunut 2000-luvulla ripeästi. Vaikka koko maan tasolla tarkasteltuna tehostetun palveluasumisen peittävyys näyttää kasvaneen samaa tahtia kuin vanhainkodeissa ja terveyskeskusten pitkäaikaisosastoilla järjestetty perinteinen laitoshoido on vä-

hentynyt, tulosten mukaan kuntakohtaisesti näyttää prosessissa esiintyvän selvää vaihtelua. Kun samanaikaiset muutokset ikääntyneen väestön palvelutarpeissa otettiin huomioon kuntia kuvaavien taustamuuttujien avulla, perinteisen laitoshoidon väheneminen oli yhteydessä tehostetun palveluasumisen sekä myös tavallisen palveluasumisen peittävyden kasvuun, mutta ei samassa määrin kuin laitoshoidoa oli purettu. Yhden prosenttiyksikön pieneneminen perinteisen laitoshoidon peittävydessä oli yhteydessä 0,44 prosenttiyksikön kasvuun tehostetussa palveluasumisessa ja 0,10 prosenttiyksikön kasvuun tavallisessa palveluasumisessa. Säännöllisen kotihoiton piirissä olevien osuudet eivät olleet systemaattisesti muuttaneet laitoshoidon vähentyessä. Vastaavaan tulokseen päätyivät Simo Kokko ja Hannu Valtonen (2008), jotka havaitsivat, että vuosina 1995–2005 tehostettu palveluasuminen oli jossain määrin korvannut perinteisen laitoshoidon peittävyden pienenemistä, mutta kotihoitoa kunnat eivät olleet lisänneet laitoshoidoa purkaessaan. Tältä osin tilanne ei ole siis muuttunut seurannassa, joka jatkaa Kokon ja Valtosen analyysia kahdeksalla vuodella.

Tarkastelimme muutosta myös jakaen kunnat suuren palvelutarpeen kuntiin, joissa väestö oli sekä keskimääräistä ikääntyneempää että keskimääräistä sairaampaa, ja muihin kuntiin. Näissä interaktioanalyseissa ilmeni, että tehostettua palveluasumista oli lisätty jonkin verran enemmän suuremman palvelutarpeen kunnissa kuin muissa kunnissa. Kunnat näyttäisivät siten tässä suhteessa ainakin jossain määrin toimineen väestön palvelutarpeen ohjaamina: jos palvelutarve on ollut suurta, perinteistä laitoshoidoa on vahvemmin korvattu tehostetun palveluasumisen palveluilla. Muihin palvelutyyppeihin osalta vastaavaa ei kuitenkaan havaittu.

Tulostemme mukaan omaishoidon tuella hoidettavien osuus kunnissa ei ollut vuosina 2000–2013 reagoinut perinteisen laitoshoidon vähentämiseen millään tavoin. Yhteyttä ei havaittu edes suuremman palvelutarpeen kunnissa. Vastaavaa tulosta ei ole tietääksemme raportoitu aiemmissa kuntatasoisissa tutkimuksissa. Omaisten antama hoiva on aikaisempien tutkimusten mukaan tärkein ikääntyneiden hoivan muoto, vaikka vain murto-osa hoivaajista saa omaishoidon tukea (Blomgren & al. 2006; Kehusmaa & al. 2013a; Van Aerschot 2014). Tieto omaisiaan hoitavien osuuden trendeistä on ohutta, sillä ilman omais-

hoidon palkkiota omaisiaan hoitavien osuutta ei tilastoida. Terveys 2000- ja Terveys 2011 -tutkimusten tulosten mukaan toista henkilöä kotona selviytymisessä auttavien osuus väestöstä on kuitenkin selvästi kasvanut vuosien 2000 ja 2011 välillä (Mäkelä & al. 2012). On mahdollista, että yhä suurempi osuus omaisista on laitoshoidon vähentyessä ottanut hoivavastuuta läheisistään, vaikka yhteyttä laitoshoidon vähenemisen ja omaishoidon tuen käytön välillä ei tämän tutkimuksen analyyseissa havaittu.

Omaishoidon tuen myöntämisperusteet ovat kunnissa olleet vaihtelevia, ja kuntien käytössä olleet resurssit ovat määritelleet sitä, voidaanko tukea maksaa ja minkä suuruisena. Omaisten antaman hoivan on arvioitu säästävän ikääntyneiden hoivakustannuksia vuosittain noin kahdenkolmen miljardin euron verran (Kehusmaa & al. 2013b; STM 2014). Omaishoivan tuomiin säästöihin vedoten onkin ehdotettu, että omaishoidon tuen peittävyttä olisi perusteltua nykyisestäään kasvattaa (Kehusmaa & al. 2013a). Tuoreimmassa ikääntyneiden palveluiden laatusuosituksessa (STM 2013) omaishoidon tuen peittävyys toivotaan kasvavan 6–7 prosenttiin seuraavan parin vuoden aikana, kun se vuonna 2013 oli vain 4,6 prosenttia.

Kunnilla on ollut kannustin siirtää painopistettä perinteisistä laitospalveluista tehostettuun palveluasumiseen, sillä sairausvakuutus ja asiakkaat itse osallistuvat tällöin eri tavalla esimerkiksi lääkehoidon kustannuksiin. Avohoidoksi määritellyn palveluasumisen piirissä olevan henkilön lääkekustannuksia maksetaan Kelan toimeenpanemasta sairausvakuutuksesta ja asiakkaan omasta taskusta, kun taas laitoshoidossa olevien lääkkeet maksaa kunta – veloittaen tästä asiakasmaksun, joka ei kuitenkaan yleensä kata todellisia kustannuksia. Perinteistä laitoshoidoa vähentäessään kunnat ovat säästäneet ikääntyneen väestön lääkekustannuksissa. Tätä säästöä arvioimme sairausvakuutuksen korvaaman lääkehoidon kustannusten, Kela-korvausten ja omavastuiden menojen muutoksina. Tulostemme mukaan yhden prosenttiyksikön väheneminen perinteisen laitoshoidon peittävydessä lisäsi henkeä kohden laskettuja lääkekustannuksia, Kela-korvauksia ja omavastuita noin prosentin verran, kun samanaikaiset muutokset väestön hoivatarpeiseen liittyvissä taustatekijöissä oli huomioitu. Vaikka saamamme tulos, jonka mukaan perinteisen laitoshoidon väheneminen on yhteydessä avohoidon lääkekustannus-

ten kasvuun, on ennako-odotusten mukainen, laskemamme estimaatti on ensimmäisiä arvioita monikanavaiseen rahoitukseen liittyvän osaoptiimin taloudellisista vaikutuksista (vrt. Klavus & Meriläinen-Porras 2011).

On huomattava, että vaikka käytimme ajallisen muutoksen huomioivia ja havaitsemattomia tekijöitä vakioivia paneeliregressiomalleja, analyysimme eivät kuitenkaan voi osoittaa kausaalisuhteita eri muuttujien välillä. Raportoimamme tulokset kuvaavat ainoastaan eri palvelutyyppeiden peittävyysmuutosten välisiä yhteyksiä aikavälillä 2000–2013.

Muuttujavalikoimamme rajoittui niihin tietoihin, joita käytetyistä tilastolähteistä oli löydettyävissä.

On perusteita olettaa, että nimenomaan intensiivinen kotihoito voisi korvata laitoshoidoa (Kokko & Valtonen 2008). Säännöllisen kotihoidon intensiivisyyttä ei tutkimusaineistollamme kuitenkaan pystytty tarkastelemaan. Lisäksi aineisto kattoi ainoastaan kunnan kustantaman kotihoidon. Ikääntyneet ja heidän omaisensa ovat kuitenkin saattaneet käyttää myös yksityisiltä palveluntuottajilta hankittuja kotihoidon palveluita, mutta niiden käyttöä emme tällä aineistolla tavoita. Aineistossa ei ole myöskään tietoa lyhytkestoisten palveluiden käytöstä, kuten esimerkiksi siitä, missä määrin ikääntyneiden avosairaanhoitoon palveluiden (mm. terveyskeskus- ja päivystyspalvelut) käyttö on muuttunut tai miten tukipalveluiden piirissä olevien osuudet (mm. ateria- ja kuljetuspalvelut) ovat kehittyneet. On mahdollista, että laitoshoidon väheneminen näkyy päivystyspalveluiden käytössä ja että kunnat ovat joutuneet lisäämään näitä palveluita. Tässä analyysissä emme kuitenkaan voineet aineiston rajoituksista johtuen tarkastella muuta kuin ikääntyneiden pitkäaikaishoivaa.

Nyt esitetyissä analyyseissä keskityimme koko 75 vuotta täyttäneeseen väestöön. Ei kuitenkaan ole selvää, onko palvelurakenteen kehitys ollut samankaltaista kaikkein vanhimpien eli 85 vuotta täyttäneiden ikäluokassa, tai eroavatko naisten ja miesten käyttämät palvelut toisistaan. Jatkotutkimuksissa kokonaiskuva on syytä täydentää ikäryhmittäisillä ja sukupuolen mukaisilla erotteluilla.

Lopuksi

Ikäihmisistä suurella osalla on toimintakyvyn ongelmia ja hoivan tarvetta, ja nämä tarpeet kasvavat voimakkaasti ikääntymisen myötä. Terveys 2011

-tutkimuksessa havaittiin, että 75 vuotta täyttäneistä naisista noin puolella ja miehistä noin kolmanneksella oli ollut vaikeuksia puolen kilometrin kävelyssä (Sainio & al. 2012). Samassa tutkimuksessa 51 prosenttia laitosten ja tehostetun palveluasumisen ulkopuolella asuvista 75 vuotta täyttäneistä naisista ja 30 prosenttia miehistä ilmoitti tarvitsevansa apua tavallisissa toiminnoissaan (Blomgren & al. 2012). Vaikka ikääntyneiden keskimääräinen toimintakyky on parantunut ja paraneminen saattaa jatkua myös tulevaisuudessa, tämä paraneminen ei riitä kompensoimaan sitä tosiasiaa, että vanhusväestön määrän voimakkaasti kasvaessa myös heikon toimintakyvyn omaavia ikääntyneitä tulee joka tapauksessa olemaan yhä enemmän (Koskinen & al. 2006; Sainio & al. 2012). Suomalaiset elävät yhä vain vanhemmiksi, ja vaikka keskimääräisen eliniän nousu on tarkoittanut myös terveitä lisävuosia, samalla on kasvanut myös pitkäaikaissairautta vietetty aika (Sihvonen & al. 2008).

Vuoteen 2040 mennessä 75 vuotta täyttäneiden lukumäärän on ennustettu kaksinkertaistuvan, ja samalla heidän väestöosuutensa tulee nousemaan

noin 16 prosenttiin. Eniten hoivaa tarvitsevien 85 vuotta täyttäneiden määrän ennustetaan lähes kolminkertaistuvan. (Tilastokeskus 2015b.) Väestön ikääntymisen myötä erityisesti dementia ja muut muistisairaudet aiheuttavat kasvavia ongelmia toimintakyvylle (Rodrigues & al. 2012; Viramo & Sulkava 2010). Esimerkiksi 85–89-vuotiaista eurooppalaisista naisista muistihäiriöisiä on arvioitu olevan yli neljännes ja 95 vuotta täyttäneistä jo lähes puolet (Viramo & Sulkava 2010).

Palvelu- ja hoivatarpeen erittäin merkittävään kasvuun tulisi siten edelleen varautua. Viimeaikaisten arvioiden mukaan näyttää kuitenkin yhä selvemmin siltä, että sen sijaan, että perinteistä laitoshoidoa korvattaisiin tehostetulla palveluasumisella, ollaan Suomessa nyt tietoisesti heikentämässä koko ympärivuorokautisen hoivan peittävyttä (Jylhä 2014). Kun laitoshoidoa edelleen puretaan, olisi samalla kuitenkin huolehdittava siitä, että ikääntyneiden hoivajärjestelmä pystyisi tulevaisuudessa vastaamaan hoivatarpeisiin eettisesti ja taloudellisesti kestävällä tavalla.

Saapunut 5.2.2015
Hyväksytty 10.6.2015

KIRJALLISUUS

- Andreß, Hans-Jürgen & Golsch, Katrin & Schmidt, Alexander W.: Applied Panel Data Analysis for Economic and Social Surveys. Berlin: Springer, 2013.
- Blomgren, Jenni & Martikainen, Pekka & Martelin, Tuija & Koskinen, Seppo: Ikääntyneiden saama epävirallinen ja virallinen apu Suomessa. Yhteiskuntapolitiikka 71 (2006): 2, 167–178.
- Blomgren, Jenni & Koskinen, Seppo & Noro, Anja & Finne-Soveri, Harriet & Sainio, Päivi: Avun tarve ja saaminen. S. 195–198. Teoksessa Koskinen, Seppo & Lundqvist, Annamari & Ristiluoma, Noora (toim.): Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 68/2012.
- Fimea & Kela: Suomen lääketilasto 2013. Helsinki. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea & Kansaneläkelaitos, 2014.
- Forma, Leena & Jylhä, Marja & Aaltonen, Mari & Raitanen, Jani & Rissanen, Pekka: Vanhuuden viimeiset vuodet – pitkäaikaishoito ja siirtymät hoitopaikkojen välillä. Sastamala: Kunnallissalan kehittämissäätiö, tutkimusjulkaisu nro 69, 2012.
- Greene, William H.: Econometric Analysis. 7th Edition. Boston: Prentice Hall, 2011.
- Hujanen, Timo & Kapiainen, Satu & Tuominen, Ulla & Pekurinen, Markku: Terveidenhuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2006. Helsinki: Stakes, 2008.
- Jylhä, Marja. Vanhuspalvelulain muutoksen ihmettelyä. Gerontologia 4/2014, 266–268.
- Kapiainen, Satu & Väisänen, Antti & Haula, Taru: Terveiden- ja sosiaalihuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2011. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 3/2014.
- Kehusmaa, Sari & Autti-Rämö, Ilona & Rissanen, Pekka: Omaishoidon vaikutus ikääntyneiden hoidon menoihin. Yhteiskuntapolitiikka 78 (2013a): 2, 138–151.
- Kehusmaa Sari & Autti-Rämö Ilona & Helenius Hans & Rissanen Pekka: Does informal care reduce public care expenditure on elderly care? Estimates based on Finland's Age Study. BMC Health Services Research 13 (2013b), 317.
- Kela: Kelan tilastotietokanta Kelasto. Kela, 2014. <http://www.kela.fi/kelasto> (katsottu 1.12.2014).
- Klavus, Jan & Meriläinen-Porras, Satu: Governance and financing of long-term care for older people. National Report Finland. Interlinks, 2011.
- Kokko, Simo & Valtonen, Hannu: Kunnat ja vanhuspalveluiden pitkäaikaishoidon rakennemuutokset. Yhteiskuntapolitiikka 73 (2008):1, 12–23.
- Koskinen, Seppo & Martelin, Tuija & Sainio, Päivi: Iäkkäiden toimintakyvyn kohentaminen välttämätöntä. Duodecim 122 (2006): 3, 255–257.

- Kröger, Teppo & Leinonen, Anu: Transformation by stealth: the retargeting of home care services in Finland. *Health and Social Care in the Community* 20 (2012): 3, 319–327.
- Kuntaliitto: Pitkäaikaisen laitoshoidon maksut. Kuntaliitto, 2014. <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntija-palvelut/soster/asiakasmaksut-talous-rahoitus/asiakasmaksut/laitoshoito/pitka-aikaishoito/Sivut/default.aspx> (luettu 16.1.2015).
- L 1050/2009. Laki vammaisetuksista annetun lain muuttamisesta 11.12.2009/1050.
- Mäkelä, Matti & Vilkkonen, Anni & Blomgren, Jenni & Sainio, Päivi & Koskinen, Seppo & Noro, Anja: Avun antaminen. S. 199–201. Teoksessa Koskinen, Seppo & Lundqvist, Annamari & Ristiluoma, Noora (toim.): *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 68/2012.
- Pekurinen, Markku & Erhola, Marina & Häkkinen, Unto & Jonsson, Pia Maria & Keskimäki, Ilmo & Kokko, Simo & Kärkkäinen, Jukka & Widström, Eeva & Vuorenkoski, Lauri: Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 4/2011.
- Perusturvan riittävyyden II arviointiryhmä: Perusturvan riittävyyden arviointiraportti 2011–2015. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, työpäpöri 1/2015.
- Rodrigues, Ricardo & Huber, Manfred & Lamura, Giovanni: Facts and figures on health ageing and long-term care. Europe and North America. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research, 2012.
- Saastamoinen, Leena & Verho, Jouko: Drug expenditure of high-cost patients and their characteristics in Finland. *European Journal of Health Economics* 14 (2013):3, 495–502.
- Sainio, Päivi & Stenholm, Sari & Vaara, Mariitta & Rask, Shadia & Valkeinen, Heli & Rantanen, Taina: Fyysinen toimintakyky. S. 120–124. Teoksessa Koskinen, Seppo & Lundqvist, Annamari & Ristiluoma, Noora (toim.): *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 68/2012.
- Sauli, Hannele & Paananen, Seppo: Haastatella vai ei, kas siinä pulma. *Hyvinvointikatsaus* 2013: 4, 86–89.
- Seppälä, Timo T. & Pekurinen, Markku (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset rahavirrät. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 22/2014.
- Sihvonen, Ari-Pekka & Martelin, Tuija & Koskinen, Seppo & Sainio, Päivi & Aromaa, Arpo: Sairastavuus ja toimintakykyinen elinaika. S. 51–63. Teoksessa Heikkinen, Eino & Rantanen, Taina (toim.): *Gerontologia*. Helsinki: Duodecim, 2008.
- Sotkanet: Sotkanet tietokanta 2014. <http://uusi.sotkanet.fi> (tiedot kerätty 1/2014–12/2014).
- STM: Ikäihmistien hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto, 2001.
- STM: Ikäihmistien palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto, 2008.
- STM: STM:n asetus 1806/2009. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus avohoidon ja laitoshoidon määrittelyn perusteista 29.12.2009/1806.
- STM: Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto, 2013.
- STM: Toimenpiteet iäkkäiden laitoshoidon vähentämiseksi osana palvelurakennemuutosta. STM 2014. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=9817041&name=DLFE-29210.pdf (luettu 13.5.2014).
- THL: Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2013. Tilastoraportti 27/2014. SVT, 2014.
- Teperi, Juha & Porter, Michael E. & Vuorenkoski, Lauri & Baron, Jennifer F.: *The Finnish Health Care System: A Value-Based Perspective*. Helsinki: Sitra Reports 82, 2009.
- Tilastokeskus: Rahanarvonkerroin 1860–2014. Tilastokeskus 2015a. http://www.stat.fi/til/khi/2014/khi_2014_2015-01-19_tau_001.html (luettu 12.1.2015).
- Tilastokeskus: StatFin-tietokanta. Väestöennuste 2012 iän ja sukupuolen mukaan 2012 - 2060, koko maa. Tilastokeskus 2015b. http://pxweb2.stat.fi/database/StatFin/vrm/vaenn/vaenn_fi.asp (luettu 3.2.2015).
- Vaarama, Marja & Lehto, Juhani: Vanhuspalvelujen rakennemuutos 1988–1994. S. 39–60. Teoksessa Viialainen, Riitta & Lehto, Juhani (toim.): *Sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennemuutos. Laitoshoidon vähentämisestä avopalvelujen kehittämiseen*. Stakes Raportteja 192. Helsinki: Stakes, 1996.
- Valtioneuvosto: Hallituksen päätös rakennepoliittisen ohjelman toimeenpanosta. 29.11.2013. <http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1043916/rakennepoliittisen-ohjelman-toimeenpano.pdf> (luettu 4.12.2014).
- Van Aerschot, Lina: Vanhusten hoiva ja eriarvoisuus. Sosiaalisen ja taloudellisen taustan yhteys avun saamiseen ja palvelujen käyttöön. *Acta Universitatis Tamperensis* 1971. Tampere: Tampere University Press, 2014.
- Viramo, Petteri & Sulkava, Raimo: Muistioireiden ja dementian epidemiologiaa. S. 28–36. Teoksessa Erkinjuntti Timo, Rinne Juha & Soininen Hilikka (toim.): *Muistisairaudet*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 2010.
- Wooldridge, Jeffrey M: *Introductory Econometrics. A Modern Approach*. Fourth Edition. Mason, OH: Cengage Learning, 2009.

ENGLISH SUMMARY

Jenni Blomgren & Elina Einiö: The deinstitutionalisation of old age care: its association with other long-term care services and outpatient medical expenses in 2000–2013 (Laitoshoidon vähenemisen yhteys ikääntyneiden muihin pitkäaikaishoivan palveluihin ja sairausvakuutuksen korvaamien lääkkeiden kustannuksiin vuosina 2000–2013)

The Finnish policy of deinstitutionalising old age care is aimed at reducing the coverage of traditional institutional care (i.e., long-term care in residential homes and health centres): the preference is that older people should rather be cared for in their homes. However, there has been only limited research into the consequences of deinstitutionalisation for other long-term care services. It is also unclear to what extent deinstitutionalisation has increased the expenses of outpatient drug purchases. We used panel regression models and macro-level data on Finnish municipalities in 2000–2013 to estimate the associations between the declining coverage of institutional care and changes in other forms of long-term care for people aged 75 and over.

The results showed that a one percentage point decrease in the coverage of institutional care was

associated with a 0.44 percentage point increase in the coverage of intensive service housing (with 24-hour care) and a 0.10 percentage point increase in the coverage of ordinary service housing (with only day-time care), after controlling for care needs in the older population. Changes in deinstitutionalisation were unrelated to changes in regular home care and informal care. Interaction analyses showed that municipalities with the highest care needs tended to increase the coverage of intensive service housing more than municipalities with lower average care needs. A one percentage point decrease in the coverage of institutional care was found to increase the average expenses of outpatient prescription medicines for 75-year-olds by 0.9 per cent, independent of changes in the medicine reimbursement system and in care needs. Along with deinstitutionalisation, it seems that municipalities have been able to shift the burden of medicine costs to the national health insurance system and to patients themselves. The results highlight the need to ensure that further deinstitutionalisation will be accompanied by ethically and economically sustainable alternatives.

Keywords: deinstitutionalisation, long-term care, older people, home care, medicine expenses.