

# Kansallinen analyysi ambulanssitoiminnan tuotantoratkaisusta puoltaa siirtymistä hyvinvointialueen omaan tuotantoon

## 1. Yhteenveto tuloksista

Kansallisissa tarkasteluissa, taloudelliset selvitykset ensihoidon kustannusvaikutuksista eri tuotantotavoilla eivät selkeästi puolla mitään vaihtoehtoa. Myöskään välittömiä laadullisia eroja potilashoidossa eri tuotantomalleissa ei todettu. Merkittävimmät erot eri tuotantomalleissa liittyvät toiminnan strategiseen kehittämiseen ja järjestelmän hallintaan operatiivisen johtamisen tasolla (kappale 3.3.1, NHG:n selvitys v.2021), puoltaen vahvasti siirtymistä hyvinvointialueen omaan tuotantoon.

## 2. Taustaa

### 2.1 Ambulanssitoiminnan tuotantoratkaisut Suomessa ja Pirkanmaalla

Kun ensihoitopalvelun järjestämisvastuu siirtyi kunnilta sairaanhoitopiireille v. 2013 alusta, otti osa piireistä ambulanssitoiminnan tuotannon kokonaan omaksi toiminnaksi, osassa jatkettiin pelastuslaitoksen tuotannolla tai ns. monituottajamallilla. Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä järjestämisvastuun muutos ei aiheuttanut muutoksia pelastuslaitokseen ja yksityiseen sektoriin nojaavaan tuotantorakenteeseen. Sitten yksityisen sektorin osuus palvelutuotannosta kansallisella tasolla on vähentynyt progressiivisesti. Kun vuonna 2014 yksityinen sektori tuotti ensihoitopalvelua 14:ssä piirissä 24:stä (HUS jaettuna viiteen ensihoitoalueeseen), niin vuonna 2023 yksityinen sektori tuotti ensihoitopalvelua enää kuudella ensihoitoalueella (Helsinki, Jorvi, Peijas, Pirkanmaa, Satakunta, Varsinais-Suomi), ja näistäkin ainoastaan Pirkanmaalla, Satakunnassa ja Varsinais-Suomessa myös ensihoidon kiireellisiä tehtäviä.

### 2.2 Ensihoitopalvelun tuotantorakenneratkaisuun liittyvä lainsäädäntö

Lain sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä mukaisesti, hyvinvointialue vastaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä alueellaan. Hyvinvointialue voi tuottaa asiakkaalle annettavia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja hankkimalla niitä yksityiseltä palveluntuottajalta, jos niiden hankkiminen yksityiseltä palveluntuottajalta on tarpeen tehtävien tarkoituksenmukaiseksi hoitamiseksi. Ensihoitopalvelun kokonaisuuden osalta todetaan erikseen, että tavanomaisen ambulanssitoiminnan hankkimista yksityiseltä palveluntuottajalta ei ole laissa kielletty (12§, 2.mom, 4. kohta). Hankittaessa palvelua yksityiseltä sektorilta, laki jättää tarkemmin määrittelemättä pykälässä edellytetyn tarvevaatimuksen.

Ensihoitopalveluun soveltaen, laki edellyttää, että yksityisiltä palveluntuottajilta hankittavan ambulanssitoiminnan on oltava laajuudeltaan sellaista, että hyvinvointialue pystyy huolehtimaan kaikissa tilanteissa ensihoitopalvelun saatavuudesta, myös yksityisiltä palveluntuottajilta hankittavien palvelujen osalta. Järjestämisvastuunsa toteuttamiseksi hyvinvointialueella on oltava riittävä oma palvelutuotanto ja palveluksessaan toiminnan edellyttämä ensihoitohenkilöstö, ja hallinnassaan asianmukaiset asematilat, ajoneuvokalusto sekä muut tarvittavat toimintaedellytykset. Jää hyvinvointialueen omalle vastuulle arvioida ja suunnitella mikä on riittävä oman tuotannon ja kaluston laajuus, että palvelun saatavuus voidaan turvata myös odottamattomissa riskitilanteissa ja yhteiskunnan poikkeusoloissa.

## 3. Tuotantoratkaisujen tarkastelua

### 3.1 Kustannukset

Ensihoidon tuotantokustannusten vertailuun yksityisen ja julkisen sektorin välillä liittyy useita haasteita, ennen kaikkea siksi, että vertailtavat tuotteet eivät ole yhteismitallisia.

Lähtökohtaisina eroina, yksityisen sektorin tuotannosta järjestäjälle aiheutuvat kustannukset perustuvat sopimuskauden aikaisiin kiinteisiin sopimushintoihin, kun taas julkisen toimijan kustannukset ovat aiheuttamisperusteisia. Tästä johtuen yksityisen sektorin kustannuksiin voidaan arvioida liittyvän enemmän vakautta sopimuskauden aikana, mutta enemmän vaihtelua ja vähemmän ennustettavuutta sopimuskausien välillä, mm. ajantasaiseen markkinatilanteeseen liittyen. Kilpailutuksiin liittyy myös mahdollisuus tuottajaorganisaatioiden vaihteluihin.

NHG:n kansallisessa selvityksessä v. 2015 todettiin, että yksityisen sektorin kokonaistyöajan palkka on julkista sektoria matalampi, ja yksityinen sektori tarvitsee keskimäärin 1,2 htv vähemmän yhden ambulanssin miehittämiseen; yksityisellä keskiarvo 8,1 htv (vaihteluväli 4,5-12,0 htv) vs. julkisella keskiarvo 9,3 htv (vaihteluväli 8,0-10,7 htv). Henkilöstön varallaolon, kalustoinvestointien tai ambulanssien käyttökustannusten osalta selvityksessä ei pystytty sanoa olevan merkittävää eroa toimijoiden välillä. NHG:n selvityksessä keskityttiin tuotannon yksikkökustannuksiin, ei palvelutuotannon kustannusvaikutukseen järjestävälle taholle. Selvityksessä ei huomioitu yksityisen sektorin palveluhinnoittelun katetta, hallinnon kustannuksia ja hallinnon kokonaisuuden sisällöllisiä eroja, julkisen sektorin saaman alv-palautuksen vaikutusta, yksikkötyyppien eroja toimijoiden välillä (perustason yksiköt vs. hoitotason yksiköt), eroja henkilöstön koulutustasossa ja työkokemuksessa, eroja yksiköille asetetuissa vaatimuksissa (esim. lähtövalmius), eroja ajoneuvokaluston laadussa ja varustelussa, yksiköiden käyttöä siirtokuljetustoiminnassa, eikä yksiköiden käyttöä viranomaisyhteistyössä tai ensihoitopalvelun tehtäväalueen ulkopuolisissa sosiaali- ja terveystoimen tehtävissä ja näihin liittyviä synergiahyötyjä kolmannelle osapuolelle. NHG toteaa, että selvityksessä toimijoita ei voitu saattaa vertailukelpoiksi, eikä selvitys kuvannut palveluntuotannon kokonaiskustannuksia sairaanhoitopiirille.

Kuntaliiton selvityksessä v.2016 yhtenä tarkastelukulmana sairaanhoitopiireille ambulanssitoiminnasta aiheutuvat kustannukset. Selvityksessä ambulanssin kustannukset valmiustuntia kohti oli järjestelmällisesti pienimmät niissä sairaanhoitopiireissä, joissa sairaanhoitopiiri tuotti toiminnan itse, toiseksi pienimmät niissä piireissä, joissa palvelun tuotti pelastuslaitos, ja suurimmat niissä piireissä, joissa palvelu tuotettiin monituottajamallilla, jossa yksityinen sektori oli mukana. Selvityksessä ei kuitenkaan arvioitu syvemmin tuotantotavan merkitystä lasketuille kustannuksille, tai tuotantotapaan liittyviä edellä kuvattuja sisällöllisiä eroja. Lisäksi sairaanhoitopiirien väliseen tuotantomallien kustannusvertailuun saatiin riittävät tiedot vain yhdeksästä sairaanhoitopiiristä 20:stä. Selvitys ei siten tarjoa luotettavaa lisäymmärrystä tuotantoratkaisujen kustannusvaikutuksesta.

NHG:n selvityksessä v.2021 kustannusten tarkastelu rajattiin selvityksen ulkopuolelle, mutta selvityksen haastattelujen koosteessa nostetaan esille, että yksityisen tuotannon on laskettu olevan saman hintaista tai jopa hieman kalliimpaa omaan tuotantoon verrattuna. Tämän noston taustalla olevia laskelmia ei selvityksessä tarkenneta.

Kansallisissa selvityksissä ei ole arvioitu tuotannon kustannusvaikutuksia:

- kun palvelua tuottaa alueella yksi taho (joko yksityinen tai julkinen), verrattuna usean tuottajan malliin, tai
- kun palvelutuotanto on jatkuvaa (joko järjestävän tahon omaa toimintaa tai yksityisen toimijoiden kanssa hyvin pitkäaikainen sopimus), verrattuna lyhytaikaisiin sopimuksiin ja erillisesti sovittaviin optiovuosiin.

Voitaneen kuitenkin arvioida, että yhden tuottajan mallissa on saavutettavissa kalustohankinnoissa ja muissa investoinneissa massan tuottamaa etua. Edelleen voidaan arvioida, että vakiintuneessa saman palveluntuottajan pitkäjänteisessä toiminnassa on saavutettavissa taloudellista etua verrattuna lyhytaikaisiin sitoumuksiin.

Kilpailutetun toiminnan hallinnollisia kustannusvaikutuksia (kilpailutusprosessi, sopimusvalvonta sopimuskaudella) järjestävälle taholle ei kattavasti ole arvioitu kansallisissa selvityksissä.

Tays ensihoitokeskuksen selvityksessä v.2020 tarkasteltiin mahdollista tuotantorakenteen muutosta, ja arvioitiin yksityisen sektorin ja pelastuslaitoksen tuottaman ambulanssitoiminnan kustannusvaikutusta sairaanhoitopiirille. Selvityksessä ei todettu merkittävää eroa yksityisen sektorin ja pelastuslaitoksen välillä (80,76 eur/valmiustunti vs. 81 eur/valmiustunti).

Sittemmin Pirkanmaalla sekä yksityisen sektorin että pelastuslaitoksen tuotantokustannuksissa ja laskutuksessa on tapahtunut muutoksia. Yksityisen sektorin kilpailutuksessa nykyiselle tuotantokaudelle yrittäjät painoivat pitkässä kilpailutusprosessissa tarjoushinnat ”kipurajalle”. Tarjouskilpailun jälkeen sekä yksityisellä että julkisella puolella erityisesti henkilöstö- ja polttoainekustannuksissa, mutta myös muualla kulurakenteessa on tapahtunut kasvua. Pelastuslaitoksen laskuttama valmiuskorvaus nousi vuodenvaihteessa 2021-22 3,5%. Yksityisen sektorin toimintakyvyn turvaamiseksi heikkenevässä taloustilanteessa, myönnettiin näille 3% määräaikainen korotus palveluhintoihin 1.4.-31.7.2022, ja KELA-palautuksiin liittyvä, 5,3% määräaikainen hinnankorotus 1.8.-31.12. 2022. Yksityisen sektorin optiovuoden 2023 hinnankorotusneuvotteluissa palveluntuottajat esittivät palveluntarjoajasta johtumattomien kustannustekijöiden muutoksista johtuen keskimäärin 13,5% hinnannostoa, mutta neuvottelujen lopputulemana sopimusten hinnannostoksi sovittiin vuodelle 2023 keskimäärin 6%.

Mahdollisen tulevan ensihoitopalvelun kilpailutuksen tarjoushintojen ennustaminen on vallitsevassa taloustilanteessa erittäin epävarmaa.

### 3.2 Ensihoito potilasrajapinnassa

Kansalaisille näkyvä osuus ensihoitopalvelun kokonaisuudesta on ensihoitajien toiminta hätäkeskuksen välittämällä hälytystehtävillä. Käytettävissä ei ole kansallista selvitystä, jossa tarkasteltaisiin laadullisia eroja potilashoidossa ensihoitopalvelun yksityisen sektorin ja julkisten toimijoiden välillä. Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä ei yksityisen ja julkisen tuotannon välillä olla potilastyön laadussa havaittu laadullisia eroja, eikä myöskään ensihoitoon liittyvissä muistutusten tai haittatapahtumien määrässä. Tämä ei ole yllättävää; järjestäjän asettamat vaatimukset yksiköiden varustukselle ja henkilöstön koulutustasolle ovat yhtenäiset, samoin ensihoitoa koskeva toimintaohjeistus. Näistä johtuen, toimialana ensihoitopalvelussa palveluntuottajien on vaikea erottua toisistaan siinä laajuudessa kuin se kilpailluilla palvelualueilla yleisesti on mahdollista.

### 3.3 Ensihoitopalvelun järjestäminen ja tuottaminen

#### 3.3.1 Kansalliset selvitykset

NHG:n kansallisessa selvityksessä vuodelta 2021 muodostettiin sekä ensihoitopalvelun nykyisille toimijoille että hyvinvointialueiden valmisteluelimille tilannetietoa toiminnan kehittämisen ja suunnittelun tueksi. Selvityksessä pelastuslaitoksia, sairaanhoitopiirejä ja yksityistä sektoria tarkasteltiin erillisinä vaihtoehtoina ensihoitopalvelun tuottajina, kuvaten tilannetta ennen hyvinvointialueille siirtymistä.

Selvityksessä sairaanhoitopiirien näkökulmasta ensihoidon keskeisin synergia nähtiin yhteistyössä muiden sote-toimijoiden kanssa. Sairaanhoitopiirit kokivat yksityisten toimijoiden kanssa solmittuihin palvelusopimuksiin perustuvan tuotantomallin vaikeaksi valvoa, johtaa ja kehittää, ja siten perustelluksi kasvattaa ensihoidon omaa tuotantoa. Oman palvelutuotannon ja järjestämisvastuun nähtiin tukevan toisiaan niin viranomaisen statuksen kuin tuotannon taloudellisen hallittavuuden näkökulmista, ja kokonaisvaltaista ja pitkäjänteistä toiminnan johtamista ja kehittämistä.

Yksityisen toimijan näkökulmasta kyse on pikemminkin ollut yhteistyön ja kommunikaation puutteesta: yksityisten toimijoiden kanssa ei tehdä juurikaan ylätasoa yhteistyötä, jolloin toimijoiden potentiaalia toiminnan kehittämisessä ei välttämättä ole tunnistettu.

Pelastustoiminta näki merkittävää synergiaetua ensihoitopalvelun kanssa mm. onnettomuustilanteissa ja ensivastetoiminnassa, suuronnettomuuksien ja poikkeusolojen valmiuteen ja varautumiseen liittyvässä suunnittelussa ja harjoittelussa, tilannekeskustoiminnassa, kalusto- ja varustehankinnoissa ja näihin liittyvässä logistiikassa, henkilöstön koulutuksessa, asemapaikkaverkoston ja henkilöstön hyödyntämisessä. Moniammatillisella yhteistyöllä (ns. hybridiyksiköt) ensihoitopalvelun ja pelastustoimen kesken voitiin turvata molempien toimialojen palvelua pienelläkin paikkakunnalla kustannustehokkaasti.

Ministeriötasolla, sosiaali- ja terveysministeriö ja sisäministeriö jakoivat selvityksessä käsityksen, että ministeriöiden keskinäistä yhteistyötä tulisi tiivistää nykyisestä. Hyvinvointialueudistus nähtiin mahdollisuutena kehittää toimintaan laaja-alaisemmin ja kustannustehokkaammin, kun sote-sektori ja pelastustoimi toimivat saman organisaation alaisena. Sosiaali- ja terveysministeriö painotti, että uudelle toiminta-alustalle siirtymisen yhteydessä on olennaista arvioida nykyisiä rakenteita ja niiden toimivuutta: uudelle toiminta-alustalle siirtymisessä ei tule suojella vanhoja toimimattomia rakenteita, vaan alustalle

siirtyminen tulee ajatella mahdollisuutena kehittää toimintaa potilaan edun ja kokonaisuhoitoketjun näkökulmasta. Sosiaali- ja terveysministeriö korosti ensihoidon synergiaa muuhun soteen päin: ensihoito on keskeinen osa muuta sotea, eikä ensihoidon järjestämisvastuuta voida ajatella vain tuottajien valintana; potilaan näkökulmasta (esim. ikääntyneet ja moniongelmalliset potilaat) ensihoidolla on useita rajapintoja muihin sotepalveluihin. Sisäministeriö korosti henkilöstön yhdenmukaisen osaamisen ja koulutuksen tuomaa synergiaa pelastustoiminnan kansalliseen yhteiskäyttöön.

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin selvityksessä v. 2020 tarkasteltiin tilannetta, jossa lähtökohtana palvelun alueella tuottaa kaksi pelastuslaitosta ja selvittävänä vaihtoehtona on siirtyä yksituottajamalliin, sairaanhoitopiirin omaksi tuotannoksi. Selvityksessä käydään läpi tuotantomalleja useilta eri näkökulmilta. Yhden organisaation mallissa erityisesti laatua ja kustannustehokkuutta arvioitiin saatavan yhdistämällä tukipalveluja. Hankintojen näkökulmasta ensihoidon siirtyminen omaksi toiminnaksi nähtiin perustelluksi. Yhtenäisillä toimintamalleilla, ajoneuvokalustolla, lääkintälaittevälineistöllä, huoltotoiminnalla ja logistiikalla arvioitiin parannettavan hoidon laatua, työ- ja potilasturvallisuutta sekä vähennetään kustannuksia. Toimintojen yhtenäistämällä arvioitiin vähennettävän kriittisten toimintojen haavoittuvuutta ja vahvistetaan poikkeustilanteisiin varatumista.

Ensihoitopalvelun operatiivisen tason johtamisen näkökulmaa kartoitettiin v. 2020 Tays ensihoitokeskuksen lähettämässä kyselyssä kaikille sairaanhoitopiirien ensihoitopalvelusta vastaaville lääkäreille kysymyksellä *"Asiantuntijanäkemyksenänne, miten muuttaisitte sairaanhoitopiirissänne ensihoidon tuotantorakennetta, vai pitäisittekö tilanteen nykyisellään? Mitä hyviä ja huonoja puolia näette nykyisessä tuotantomallissanne?"* Vastaus saatiin 11:ltä 20:stä piiristä. Yhteenvetona vastauksista, yksityisen sektorin osallistumista palvelurakenteeseen ei nähty missään piirissä tavoiteltavana, paitsi rajatusti HUS:ssa (kiireettömien D-tehtävien tuottaminen). Piireissä, joissa oli monituottajamalli, nähtiin tavoiteltavana pelastuksen ja/tai sairaanhoitopiirin tuotanto. Yleisesti nähtiin tavoiteltavana viranomaistuotanto ja yksituottajamalli. Eroavia näkemyksiä nähtiin siinä, että kumman organisaation palveluksessa henkilöstö olisi, pelastustoimen ja sairaanhoitopiirin. Piireissä, joissa oli 100% sairaanhoitopiirin tuotanto, nähtiin vallitsevan olotilan jatkuminen tavoiteltuna, eikä muutoksia ollut suunnitteilla. Piireissä, joissa oli 100% pelastustoimen tuotanto, jakautuivat näkemykset sen suhteen, pitäisikö jatkossa ambulanssitoiminta olla sairaanhoitopiirin vai pelastuksen tuottamaa. Mikäli pelastustoimen tuotantoon oltiin tyytymättömiä, vaikutti keskeisenä syynä olevan taloushallinnon läpinäkyväisyys ja ohjauksellisuuden puutos ensihoitoa koskevassa toiminnassa.

Hyvinvointialueelle siirtymisen myötä sekä pelastuslaitosten että sairaanhoitopiirin oma tuotanto on jatkossa kaikki omaa tuotantoa, ja NHG:n selvityksessä esiin tuotujen sekä sote-sektorin että pelastustoimen esiin tuomien synergiaetujen hakeminen ja toimintojen kehittäminen samanaikaisesti on mahdollista.

### 3.4 Riskienhallinta, valmius ja varautuminen

Hyvinvointialueen tulee lain mukaan pystyä huolehtimaan kaikissa tilanteissa ensihoitopalvelun saatavuudesta, myös yksityisiltä palveluntuottajilta hankittavien palvelujen osalta. Ensihoitopalvelun tuottamiseen liittyvää riskikartoitusta ei toistaiseksi Pirkanmaan hyvinvointialueella ole tehty. Kokemuseräisesti, sairaanhoitopiirin järjestämisvastuukaudella merkittävin toteutunut tuotantoon liittynyt riskitapahtuma oli yhden palveluntuottajan odottamaton konkurssi v. 2014. Pirkanmaan pelastuslaitos järjesti sairaanhoitopiirin pyynnöstä tuolloin kahden korvaavan ambulanssin toiminnan lyhyellä varoitusajalla. Palvelutuotantoon liittynyt merkittävin uhkatilanne liittyi kesään ja syksyyn 2022, kun varsinainen sopimuskausi oli päättymässä yksityisten tuottajien kanssa, ja oli epävarmaa päästäänkö optiokauden sopimushinnoista sopuun. Pahimmassa uhkaskenaariossa (mikään sopimus ei jatku optiolla) olisi hyvinvointialueen pitänyt järjestää 4kk varoitusajalla 15 uuden ambulanssin toiminta henkilöstöineen, varusteineen ja asemapaikkaratkaisuihin. Uhka ei toteutunut, mutta havainnollisti sairaanhoitopiirin tosiasiallisen, rajallisen kyvyn vastata lakisääteisestä järjestämisvastuustaan ja varautumisveloitteesta.

Vallitsevassa maailmanpoliittisessa tilanteessa on nähtävissä myös vakavampia uhkaskenaarioita, joihin myös ensihoitopalvelun tulee varautua. Lievemmissä päässä ovat tilanteet, joissa taloudellinen epävarmuus lisääntyy, ja yhden tai useamman palveluntuottajan toimintakyky on uhattu. Vakavammassa yhteiskunnan uhkatilanteissa ja poikkeusoloissa palvelutuotannon jatkuvuuteen liittyy yrityksiin kohdistuvan taloudellisen uhan ohella enenevässä määrin uhkia esimerkiksi polttoaineen, sähkön ja

henkilöstön saatavuuden osalta. Henkilöstön virkasidonnaisuus antaa julkiselle toimijalle enemmän mahdollisuuksia toiminnan turvaamiseksi.

Pirkanmaan hyvinvointialueen ensihoidon toimialueen arvioimana, oman toiminnan laajuus tulisi olla vähintään 80%, että yksityisen sektorin jäljelle jäävä 20% tuotanto-osuus olisi korvattavissa odottamattomissa poikkeustilanteissa. Arviossa on huomioitu henkilöstön rekrytointi ja uudelleensijoittelu, asemapaikkaratkaisujen toteutus, ajoneuvoratkaisut, lääkintävälineistön ja -tarvikkeiden hankinnat ja muut logistiset järjestelyt.

#### Taustamateriaali:

1. NHG selvitys v. 2015: Ensihoidon palvelutuotannon yksikkökustannusten tarkastelu
2. Kuntaliiton selvitys v. 2016
3. NHG loppuraportti v. 2021: STM&SM, Selvitys ensihoitopalvelusta
4. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin selvitys ensihoitopalvelun tuotantoratkaisuista v. 2020