

JULKAISU

Ilmo Parvinen

SUOMEN TERVEYDENHUOLTO 2036
kansalaiskeskeisenä ja valtiovastuisena

Ilmo Parvinen

SUOMEN TERVEYDENHUOLTO 2036
kansalaiskeskeisenä ja
valtiovastuisena

KAKS – Kunnallisan
kehittämissäätö

Kunnallisan kehittämissäätöön Julkaisu 47
2021

ISBN 978-952-349-078-9
ISSN 2489-9631

SUOMEN TERVEYDENHUOLTO 2036
kansalaiskeskeisenä ja
valtiovastuisena

1	LUKIJALLE	6
2	MILLAINEN SUOMEN TERVEYDENHUOLTO ON NYT JA MIKSI?	9
2.1	Yhdenvertaisuus- ja optimointivaje	9
2.2	Johtamislainsäädännön puutteet.....	10
2.3	Rahoituksen heikko hallinta.....	10
2.4	Järjestelmän sirpaleisuus	10
2.5	Ammattijohtamisen aliarvostus.....	10
2.6	Vaikuttavuus- ja kohdentamistoiminnan epäkohdat	10
2.7	Kliinisen laadun epätasaisuus	11
2.8	Kansallisen ohjauksen vajaakäyttö ja parhaiden vertaistuloksien hyödyntämättömyys	11
3	RATKAISUKSI VAHVISTETTIIN NYT MAAKUNTASOTE-MALLI	13
3.1	Miten maakuntasotea on ajateltu hallita, johtaa ja rahoittaa?	13
3.1.1	Tavoitteet	14
3.1.2	Väestön ikääntyminen ja syntyvyyden lasku.....	14
3.1.3	Neuvottelumenettely	15
3.1.4	Arviointimenettely työkaluna.....	15
3.1.5	Yhteistyöalueet ja niiden rooli.....	16
3.1.6	Maakuntatalouden kokonaisuohjaus	16
3.1.7	Valtioneuvoston alainen neuvottelukunta.....	17
3.1.8	Rahoitusmalli ja sen käyttö	18
3.1.9	Rahoituksen riippuvuus ansiotuloverotuksesta	19
3.1.10	Yhteenvetoluettelot	19
3.1.11	Neuvotteluosapuolet ja osapuolten jakautuminen osallistujatahoihin	19
3.1.12	Neuvottelutapaamiset	19
3.1.13	Syntyvät asiakirjat	20
3.1.14	Paraneeko hallinto?	21
4	TAVOITTEIDEN TULEE PYSTYÄ VAIKUTTAMAAN MYÖS ELINAJANODOTTEESEEN	23
4.1	Elinajanodote terveys- ja hyvinvointierojen kuvaajana.....	23
4.2	Kansainvälinen vertailu paljastaa maamme Akilleen kantapään.....	23
4.3	Erot maakunnittain	25
4.4	Erot ja muutokset seutukunnittain pidemmällä aikavälillä	28
4.5	Lyhyen aikavälin muutokset	30
4.6	Kohti kansalaiskeskeisiä ratkaisuja	34
4.7	Ennuste vuodelle 2036	34
5	KANSALAIKESKEISYYDEN VAHVISTAMINEN OMALÄÄKÄRIRATKAISUN AVULLA	35

5.1	Lääkärisuhteen jatkuvuudella on taloudellista merkitystä	36
5.2	Miksi Suomessa ei ole omalääkärijärjestelmää?	38
5.3	Esimerkkinä Turun omalääkärikokeilu	40
5.4	Huomioita terveyskeskuslääkärin työn muutoksista ja luonteesta, kun omalääkärijärjestelmää ei ole otettu käyttöön	40
5.5	Tulevaisuuden näköala	45
6	TILANNEKUVAA PITÄÄ JATKUVASTI TÄYDENTÄÄ	47
6.1	Laatuarviot määräravioiden rinnalle tulevaisuudessa	47
6.2	Eri väestöryhmien perusterveydenhuollon palvelut ja rahoitus on järjestetty aivan eri tavoin.....	48
6.3	Palvelujen yhdenvertaisuus toteutuu puutteellisesti - kansalisiin kohdentuvaa palveluintegraatiota on tehostettava	51
6.4	Saatavuus	51
6.5	Palveluvajauksen riippuvuus rakenteesta	51
6.5.1	Järjestämisintegraatio on eri asia kuin toiminnallinen integraatio	52
6.5.2	Palveluintegraatiota voidaan ja pitää tehostaa.....	52
6.5.3	Erikoissairaanhoidon tuottavuutta voidaan parantaa paljon palvelutuotantoa kehittämällä.....	52
6.6	Kohdentuuko suunniteltu lisärahoitus oikein?.....	53
6.7	Mikä on palvelujen porrastusoptimi?	57
6.8	Johtuvatko elinajanodote-erot henkilökuntavajeesta?	58
6.9	Onnistuuko primaariprevention toteuttaminen?.....	59
6.9.1	Ylipaino ja lihavuus yleistyvät kaikissa ikäryhmissä.....	59
6.9.2	Kokemuksia Laitilasta 1970-luvulta	60
6.9.3	Nuorten ja aikuisten terveyteen ja hyvinvointiin yhteydessä olevia elintapoja ja riskitekijöitä maakunnittain (primaaripreventio).....	61
6.9.4	Primaaripreventio ei yksin riitä, tarvitaan myös sekundaaripreventiota	62
6.9.5	Primaaripreventio Puskan näkökulmasta.....	63
6.10	Sekundaariprevention esimerkkinä rintasyöpäseulonnat	65
6.10.1	Seulontoja koskevien määräysten tulisi olla yhdenvertaisuutta varmistavia eikä kuntien tai maakuntien erilaisista päätöksistä riippuvia	66
6.11	Tilannekuvan päivittämisessä ei saa unohtaa henkilökuntaa	66
6.11.1	Hoitohenkilökunta	66
6.11.2	Lääkärit.....	67
6.11.3	Palkkatason vaikutus terveydenhuollon menotasoon.....	68
6.11.4	Onko kannustavuudelle raivattu tilaa?	69
6.11.5	Miten palkkapolitiikan kokonaisuus hallitaan jatkossa?.....	70
6.12	Miten laatuongelmista päästään eroon?	70
6.12.1	Terveyspalvelujen ydin on vaikuttavuus	71
6.12.2	Mitä PERFECT-hankkeesta opittiin?	74
6.12.3	Esimerkki PERFECT-tuloksista	74

6.13	Vertaiskehittäminen paljasti mahdollisuuden kustannusten hallintaan.....	76
7	YHDENVERTAISUUS KANSALAISEN KANNALTA.....	78
7.1	Eriarvoisuutta pitää kaventaa väestötasolla	78
7.1.1	”Sosioekonominen oikeudenmukaisuus ei kaikilta osin toteudu terveydenhuollossa.”	78
7.1.2	”Kansanterveysohjelmat ovat tähänneet sosioekonomisten terveyserojen kaventamiseen, mutta erot ovat säilyneet suurina. Terveyseroihin tulisi puuttua aikaisempaa tehokkaammin, jotta kehityssuunta saataisiin käännetyksi.”	79
7.2	Suomalaisille pitää sallia koko maata koskeva palvelujen valinnanvapaus tertiaariprevention tasalaatuisuuden varmistamiseksi.....	80
8	MILLAISIA RATKAISUMALLEJA ON OLLUT JA ON TARJOLLA?	81
8.1	Ratkaisumallien kaksi päätyyppiä	81
8.1.1	Valtioneuvoston kanslian aloitteellisuus.....	82
8.1.2	Valtion taloudellisen tutkimuskeskuksen toimeksianto.....	84
8.1.3	Hyssälä herätti henkiin Huuhtasen mallin 2010, mutta piiripohjaisen mallin selvittelyvaihtoehdot ovat dominoineet valmistelua.....	85
8.2	Millä keinoilla maakuntamallin toteuttajat yrittävät nyt hallita tilannekuvan?	86
8.3	Oppia voi vaihtoehdoista saada eri tahoilta maailman huipulta, koska sinne itsekkin pyritään.....	86
8.4	Mitä opittavaa työterveyshuollosta?	92
8.4.1	Lähtökohdat	92
8.4.2	Määritelmät.....	92
8.4.3	Muutos järjestämiseen.....	93
8.4.4	Tulostavoitteet	93
8.4.5	Laadun mittaaminen	95
8.4.6	Tuotantovastuu	97
8.4.7	Työterveysyhteistyö ja terveysyhteisö	100
8.4.8	Väestövastuu	101
8.4.9	Mitä opittavaa?	102
8.4.10	Mitä parannettavaa?	103
9	RIITTÄVÄTKÖ RAHAT?	105
9.1	Missä haarukassa menojen osalta liikutaan?	105
9.1.1	Terveydenhuoltomenojen vertailu BKT:een	106
9.1.2	Voidaanko menojen kasvua hillitä?.....	108
9.2	Suurten kaupunkien vertailutulokset.....	111
9.2.1	Kaupunkien tarvevakioitujen menojen suhde elinajanodotteeseen	115
9.3	Eettisesti välttämätön yhdenvertaisuuteen pyrkiminen edellyttää sekä elinajanodotteiden että kustannusrasitustavoitteiden kaltaistamista	116
9.4	Näkökulma pitää laajentaa koskemaan myös keskuskaupunkia ympäröivää väestöä	120
9.4.1	Lääkehoito	124
9.4.2	Ikääntyneiden hoito	125
9.4.3	lääkäiden palvelurakenteen nykytilanne.....	127
9.4.4	Erikoissairaanhoido	129
9.5	Kuolemat – kustannuskysymys sekkin	130

9.5.1	Kuolemien kustannukset.....	131
9.6	Optimointia varten on kehitetty työkalu, jota ei toistaiseksi ole kattavasti hyödynnetty	132
9.6.1	Esimerkki kokonaiskustannusten eroista	134
9.6.2	Mielenterveys- ja päihdepalvelujen kokonaiskustannuserot.....	136
9.6.3	Hoito ja hoivapalvelujen kustannusvertailu	138
9.7	Menojen hallinnan kokonaisuus	139
10	POLIITTISTEN NÄKEMYSTEN JA SUBSTANSSIOSAAMISEN VÄLISTEN JÄNNITTEIDEN PURKAMINEN	141
10.1	Ensimmäisenä esimerkkinä Rinne-Marinin hallitusohjelma	141
10.2	Substanssiosaaminen on jäänyt uudistamisprosessissa sivurooliin.	145
10.3	Toisena esimerkkinä 'Tavoitteena ikäystävällinen Suomi'-julkaisun analyysi.....	149
10.3.1	Huomioita STM:n raportin ongelmista	151
10.3.2	Henkilöstöratkaisuihin liittyvät epäkohdat, osaavan ja hyvinvoivan henkilöstön turvaaminen sekä johtaminen	154
10.3.3	Vaikuttavuus	155
10.3.4	Kustannukset	156
10.3.5	Laatueroista aiheutuvien eriarvoisuuksien ja yhdenvertaisuuden puutteiden korjaaminen ei ole mahdollista ilman jännitteen purkua.	158
10.3.6	Yhteenveto.....	161
10.4	Miten karikot pitää osata välttää?	162
10.4.1	Työlajärven opit	162
11	YHTEISÖLLISYYDEN JA VALINNANVAPAUDEN MERKITYS	163
12	MITEN TILANNE SAADAAN HALLINTAAN? MILLAISEKSI SUOMEN TERVEYDENHUOLTO PITÄÄ KEHITTÄÄ JA MIKSI?	165
12.1	Poliittisesti on ratkaistava vain suunta: Pyritäänkö yhdessä maailman huipulle?	166
12.2	Paremmän elinajanodotteen saavuttaminen	169
12.2.1	Suomen elinajanodotteen muutokset kansainvälisessä vertailussa.....	169
12.3	Digi mullistaa tulevaisuuden.....	173
12.3.1	Ensimmäisenä näkökulmana on kotimainen terveyshyötyarvio innovaatio	173
12.3.2	Potilastietojärjestelmien nykytilanne	176
12.3.3	Huomioita USA:n markkinoiden yhtymäkohdista Suomen tilanteeseen.....	178
13	HALLINNAN JA HALLINNON UUDISTAMINEN ON VÄLTTÄMÄTÖNTÄ.....	181
13.1	Vaihtoehtoinen tulevaisuusmalli	182
13.2	Miten jatkossa pitäisi johtaa?	184
14	MILLÄ AIKAJÄNTEELLÄ TAVOITTEISIIN VOIDAAN PÄÄSTÄ? ONNISTUMISMAHDOLLISUUKSIEN ARVIOINTI	186
14.1	Arvoperustaisen valtionvastuumallin arviointineuvosto	186

15	AIKATAULUTETUT MUUTOSTARPEET JA -TOTEUTUKSET SEKÄ NIIDEN AIKATAULU	188
15.1	Hyvinvointi- ja terveystarpeiden kaventaminen.....	188
15.2	Yhdenvertaisten ja laadukkaiden sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen kaikille suomalaisille sekä palvelujen saatavuutta ja saavutettavuuden parantaminen erityisesti perustasolla	189
15.3	Ammattitaitoisen työvoiman saannin turvaaminen.....	189
15.4	Yhteiskunnallisten muutosten mukanaan tuomiin haasteisiin vastaaminen	189
15.5	Kustannusten kasvun hillitseminen.....	189
16	YHTEENVETO	190
16.1	Terveydenhuollon ja terveyspolitiikan tilanne	190
16.2	Hallintamallien vaihtoehdot ja tehty valinta	192
16.3	Kustannusten ja rahoituksen hallinta.....	193
16.4	Purkautuuko jännite digin avulla?.....	195
16.5	Vaihtoehtoinen ratkaisu	195
17	KENEN JOUKOISSA SEISOT – KENEN LIPPUA KANNAT?	196

1 LUKIJALLE

Tämän julkaisun tarkoituksena on antaa Suomen terveydenhuollolle uusia eväitä parantua ja voimistua kansalaisten hyväksi vuoteen 2036 mennessä. Menetelmänä on kokemusasiantuntijuuden hyötykäyttö. Pyrin sen avulla puristamaan 50 lääkäri vuoden aikana opitut asiat sellaisiksi rakennepuiksi, joiden avulla voidaan rakentaa maailmme uusi terveydenhuoltoratkaisu – siis uudisrakennus sen sijaan että edelleen jatkettaisiin vanhan korjausyrityksiä.

Tällaisella toimintatavalla on hieno nimi: *empiirisinduktiivinen*.

Lääkäriopinnot ovat pääasiassa teoreettisdeduktiivisia. Se tarkoittaa sitä, että luonnontieteen lainalaisuuksien ja oppien avulla voidaan päätellä, mikä potilasta vaivaa ja mikä on oikea hoito. Empiirisinduktiivisuus taas tarkoittaa yksinkertaistettuna sitä, että ihminen oppii kokemuksen kautta, mikä toimii ja mikä ei. Lääkäri tarvitsee opintojensa tueksi myös kokemusten perusteella tapahtuvaa oppimista ollakseen hyvä lääkäri.

Omat oppivuoteni alkoivat 1971 Laitilan kunnanlääkärinä ja jatkuivat muun muassa Lääkäriliitossa ja Turun hallintoylilääkärinä. Eläkkeelle jäin 2010 Sitrasta, jossa olin johtanut useita terveydenhuollon uudistushankkeita, muun muassa eReseptin kehittämistä. Kun aikaa palkkatyöstä vihdoinkin jäi, suoritin lääketieteen tohtorin opinnot ja väittelin 2014 ikääntyneiden rintasyöpäseulontojen hyödyistä. Eläkkeellä ollessani olen paneutunut myös vapaaehtoistyön kehittämiseen sydänyhdistystoiminnassa sekä aloittanut vastikään Vaikuttavuusseuran hallituksen varajäsenenä.

Jo vastavalmistuneena lääkärinä aloin miettiä, voisiko potilaana yksilön sijasta ollakin yhteisö. Sille tielle jäin. Tällä pamfletin muotoon kirjoittamallani puheenvuorollani haluan jakaa kaiken empiirisinduktiivisesti oppimani ja kokemani teidän käyttöönne, arvoisat lukijat. Ja teidän kauttanne myös kaikkien Suomessa asuvien hyväksi.

Koronapandemian on meitä opettanut tätä kirjoitettaessa jo toista vuotta, miten erilaisiksi ajat voivat muuttua. Se tuli yllättäen. Toivottavasti senkin kokeneena ymmärrämme paremmin, että seuraava, koronaa suurempi mullistus eli väestörakenteen suurimittainen muutos on jo käynnissä, eikä terveydenhuollossa ole toistaiseksi riittävän syvällisesti ymmärretty ryhtyä varautumaan tähän tulevaan vaatimaan muutokseen.

Se ei tule yllättäen. Nyt on aika reivata purjeet ja osoittaa, että Suomi on todellinen mallimaa. Viimeksi, kun tätä termiä käytettiin 70-luvulla, jäätiin osittain puheiden tasolle.

Kyse on siitä, saammeko me, substanssiosaajat, poliitikot mukaan yhteistyöhön ja tarkistamaan tarvittaessa näkemyksensä todellista tilannetta vastaavaksi. Siinä on tekemistä, mutta jos aidosti ja avoimesti yritämme, voimme onnistua.

Tämä pamfletti ei edusta minkään puolueen linjaa. Lähtökohtani on koruttomasti se, että kumpikaan niistä vaihtoehdoista, joista eduskunnan sote-käsittelyssä äänestettiin, ei ollut riittävän hyvä tulevaisuuden tarpeisiin.

Jos tämä arvio osoittautuu oikeaksi, toivon, että seuraavan tulevan linjauksen ytimen muodostaisivat kansalaiskeskeisyys ja valtionvastuu, joiden toteuttamista olen pyrkinyt tässä ennakoimaan ja kuvaamaan.

Koska tällainen pamfletti on ilmaisutyylinsä vuoksi suhteellisen raskasta luettavaa, tähän on vielä koottu luettelonomaisesti lukujen otsikot sekä yhden virkkeen selite, mitä kukin luku sisältää.

2 MILLAINEN SUOMEN TERVEYDENHUOLTO ON NYT JA MIKSI?

Tässä esitellään Suomen nykyinen terveydenhuolto puutteineen päivineen tiiviiksi lähtökohdaksi, koska juuri sen parantamiseen tähdätään.

3 RATKAISUKSI VAHVISTETTIIN NYT MAAKUNTASOTEMALLI

Tässä luvussa Suomen sote-lainsäädäntö on nyt päätetty vihdoinkin uudistaa ja kerrotaan, millaiseen hallintomalliin päädyttiin, millaisin perustein ja hallinnollisin ratkaisuin.

4 TAVOITTEIDEN TULEE PYSTYÄ VAIKUTTAMAAN MYÖS ELINAJANODOTTEeseen

Uudistuksen tuloksena pitää päätyä elinajanodotteiden parantamiseen ja yhdenvertaistamiseen.

5 KANSALAIKESKEISYYDEN VAHVISTAMINEN OMALÄÄKÄRIRATKAISUN AVULLA

Miksi elinajanodotteen parantamisen kannalta välttämättömästä perusterveydenhuollosta ja sen tukijalasta eli omalääkäreistä ei ole pidetty parempaa huolta?

6 TILANNEKUVAA PITÄÄ JATKUVASTI TÄYDENTÄÄ

Kun tilannekuvaa käsitellään esimerkein kaikessa laajuudessaan, syntyy kokonaiskuva, joka osoittaa, että kapeasisältöiset populistiset nostot eivät ole ongelmiamme ratkaisu.

7 YHDENVERTAISUUS KANSALAISEN KANNALTA

Pohditaan, mitä yhdenvertaisuus kansalaisten kannalta voisi ja mitä sen pitäisi merkitä.

8 MILLAISIA RATKAISUMALLEJA ON OLLUT TARJOLLA?

Käsitellään sitä, millaisia ratkaisumalleja on ollut tarjolla ja miksi niitä ei aikanaan hyväksytty.

9 RIITTÄVÄTKÖ RAHAT?

Haetaan vastausta siihen, miten rahat saadaan riittämään vuoteen 2036 saakka - ja siitä eteenpäin.

10 POLIITTISTEN NÄKEMYSTEN JA SUBSTANSSIOSAAMISEN VÄLISTEN JÄNNITTEIDEN PURKAMINEN

Lähestytään loppuratkaisua, mutta pohditaan vielä ensin, onko meillä nyt keinoja purkaa poliittisten näkemysten ja substanssiosaamisen väliset jännitteet, jotka ovat olleet vuosikausien kompastuskivi.

11 YHTEISÖLLISYYDEN JA VALINNANVAPAUDEN MERKITYS

Kysytään, paljonko kansalaiselle ollaan valmiita antamaan valinnanvastuuta ja -valtaa, sillä juuri kansalaiskeskeisyshän on tämän julkaisun toinen päämäärä valtionvastuun rinnalla.

12 MITEN TILANNE SAADAAN HALLINTAAN? MILLAISEKSI SUOMEN TERVEYDENHUOLTO PITÄÄ KEHITTÄÄ?

sekä

13 HALLINNAN JA HALLINNON KEHITTÄMINEN ON VÄLTTÄMÄTÖNTÄ

Näissä kahdessa luvussa 12 ja 13 keskitytään jo siihen, miten tilanne saadaan hallintaan ja millaiseksi maamme terveydenhuolto pitää kehittää ja miksi.

14 MILLÄ AIKAJÄNTEELLÄ TAVOITTEISIIN VOIDAAN PÄÄSTÄ? ONNISTUMISMAHDOLLISUUKSIEN ARVIOINTI

Lopuksi pohditaan sitä, millä aikajänteellä tavoitepolkua voidaan taivaltaa ja kuinka todennäköisiltä onnistumismahdollisuudet näyttävät.

15 AIKATAULUTETUT MUUTOSTARPEET JA NIIDEN TOTEUTTAMISAIKATAULU

Tähän lukuun on koottu joitakin kaikkein keskeisimpiä, mutta ei vähämerkityksellisiä aikataulutettuja muutostarpeita, joita ei enää selitellä, koska perustelut on jo edellä esitelty.

16 YHTEENVETO

Viimeisessä luvussa on julkaisun yhteenveto, kuten tapana on.

2 MILLAINEN SUOMEN TERVEYDENHUOLTO ON NYT JA MIKSI?

Terveydenhuoltomme on 50 vuoden ajan ollut kansanterveystieteen viitoittamalla uralla. Lain merkittävin asia oli, että se toi terveyskeskukset jokaisen kunnan ja kuntalaisen käyttöön, mutta samalla sirpaloitti päätöksenteon joko yhden kunnan tai terveyskeskuskuntainliiton varaan. Tämä ura on jo jonkin aikaa jäänyt yhteiskunnan muutosten jalkoihin. Tästä syystä ongelmat ovat päässeet kasvamaan.

Ongelmien ytimeksi on noussut kansalaiskeskeisyyden puute eli se, että yhdessä kunnassa on voinut esim. joutua jonottamaan viikkotolkulla lääkäriin ja toisessa vastaanotto on järjestynyt jo seuraavana päivänä.

Tilanne on perustunut kunnallisen itsehallinnon varaan ripustettuun itse-määräämisoikeuteen, jolle alistettuja kansalaiset ovat olleet. Tätä ja muita yhdenvertaisuuden puutteita on yritetty parinkymmenen vuoden ajan korjata uusilla hallinnollisilla ratkaisumalleilla kehittämällä.

Terveydenhuoltomme on joutunut vaikeuksiin. Seuraavassa joitakin esimerkkejä tästä.

Tätä esimerkkiluettelo koottaessa on tukeuduttu pääosin emeritusprofessori Martti Kekomäen kirjassaan kokoamaan luetteloon, mutta myös omaan osaamiseeni.¹

2.1 Yhdenvertaisuus- ja optimointivaje

Suomen hyvinvointijärjestelmä on hyvin epätasa-arvoinen perusterveydenhuollon ja välillisesti myös erikoishoidon osalta. Epätasa-arvo on sekä alueellista että sosio-ekonomista. Kansainvälisessä vertailussa Suomen hyvinvointijärjestelmä on taantunut eriarvoistavimpien järjestelmien joukkoon. Potilaiden jonottaminen on Euroopan huippuluokkaa.

Valvonta- ja kehitystyö on epäonnistunut, koska sekä sosiaaliryhmien väliset että alueelliset terveyserot ovat perustuslain vastaisella tasolla. Kehitystyö on viimeisten 10–20 vuoden aikana polkenut valmistelutyöstä johtuen paikallaan tai osittain jopa taantunut.

Näyttää siltä, että kansalaisten yhdenvertaisuutta on vähä vähältä loukattu yhä lisää.

¹ Kekomäki M. *Etiikasta ekonomiaan - ja takaisin. Duodecim 2019; 262 s.*

2.2 Johtamislainsäädännön puutteet

Poliittinen ohjaus on tasoltaan vaihtelevaa, sirpaleista ja jopa hyvin erisuuntaista maan eri osissa ja eri kunnissa. Rahoitusrakenne on regressiivinen nimenomaan korkeiden omavastuiden osalta ja lisäksi kannustamaton, kuten Kekomäki on todennut.

Terveydenhuollon kokonaiskustannukset ovat nousseet 2000-luvun alusta tuntuvasti kansantaloutta nopeammin. Sisäiselle laskentatoimelle ei ole asetettu yhtenäisiä sääntöjä. Terveysjärjestelmän sisällä on kustannusten siirtelyyn ja osaoptimointiin kannustavia tekijöitä.

Sen seurauksena järjestelmä on rapauttamassa ja jo rapauttanutkin kuntien kantokyvyn. Samalla myös valtakunnallinen kestävyysvaje on kasvanut.

2.3 Rahoituksen heikko hallinta

Budjetin ylitykset ovat isännättömän rahan ohella muodostuneet hyvin yleiseksi käytännöksi.

Ohjaustoimea heikentää monikanavarahoitukseen liittyvä riskien hallintakyvyn puute, sillä millään taholla ei ole käsissään talouskokonaisuutta.

2.4 Järjestelmän sirpaleisuus

Terveysjärjestelmän kokonaisuus, ja siihen liittyvä tietojärjestelmien kirjava joukko on pirstaloitunut. Se tekee talouden hallinnan lisäksi myös poliittisesta ohjauksesta heikon.

Lisäksi järjestelmä kärsii tuntuvasta työvoimapulasta nimenomaan syrjäseuduilla. Kansainvälisessä vertailussa Suomen järjestelmä on todettu tilkkutäkiksi, jossa yhdenvertainen järjestelmävastuun kanto ei ole mahdollista. Samaan aikaan vertailut osoittavat, että Suomessa on yhteen laskien verraten paljon terveystyövoimaa.

2.5 Ammattijohtamisen aliarvostus

Kiinnostus palvelujärjestelmien tutkimukseen (Health System Research) on vähäistä eikä olemassa olevia tutkimustyön tuloksia viedä poliittisten 'tarkoituksenmukaisuusperiaatteiden' vuoksi käytäntöön.

Johtamisosaaminen on kirjavaa, eikä nykyisellä järjestelmällä ole riittävän suurta, pätevää, koulutettua johtajakaaderia.

2.6 Vaikuttavuus- ja kohdentamistoiminnan epäkohdat

Leimallisia ovat satunnaiset ja edelleen lyhenevät potilas-lääkärisuhteet. Tästä johtuen hoitopolut ovat hyvin erilaisia eri kunnissa, kuntayhtymissä ja alueilla. Osaksi juuri niistä kumpuaa eriarvoisuus.

Perusterveydenhuollossa hoitopolkujen hyvä hallinta on muodostunut esimerkiksi terveyskeskuslääkäreille joissakin terveyskeskuksissa vaikeaksi tai jopa mahdottomaksi.

Henkilökunnasta kantautuu huolestuttavia viestejä siitä, miten vastuunkantoa ei arvosteta ja miten vaikuttavuuden optimointiin kohdistuvien toimenpiteiden vähättely painaa mieltä.

2.7 Kliinisen laadun epätasaisuus

Tuotetussa kliinisessä laadussa on huomattavan suuria alueellisia eroja, mutta laatumittarien kehittäminen ja käyttö on ollut puutteellista. Laaturekisterien puutteiden vuoksi näitä ei voida todentaa, eikä käyttää riittävästi johtamisen tarpeisiin.

2.8 Kansallisen ohjauksen vajaakäyttö ja parhaiden vertaistuloksien hyödyntämättömyys

Vaativan päivityksen sairaaloista sopiminen on lähes ainoa kansallisesti ohjattu tuotantosimerkki. Mutta muuten kehityspolku on pahasti kesken. Tavanomaisempien hoitojen (esimerkiksi keinonivelleikkaukset) järjestämisen optimointia ei ole kunnolla vielä edes aloitettu.

Vertaiskehitysmenetelmää ei paikallis- tai seutuhallinnollisten esteiden vuoksi käytetä juuri lainkaan kansallisena työkaluna. Pikemmin päinvastoin.

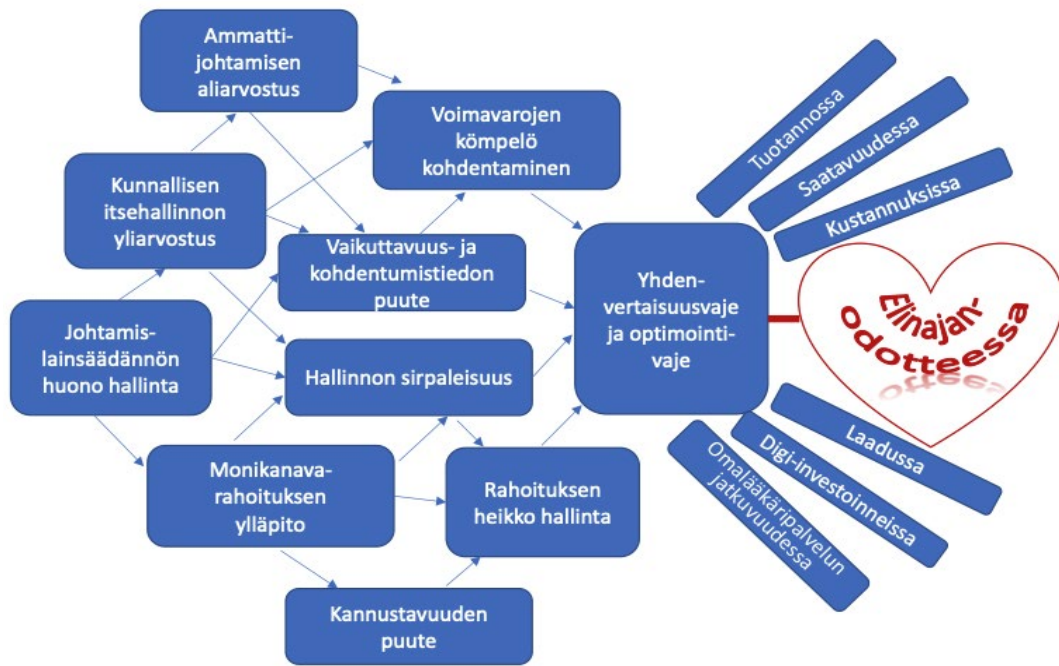
Päteviä, systemaattisia parhaiden käytäntöjen levittämismenetelmiä ei siis ole.

Kuvaan 1 on luonnosteltu se, että näistä epäkohdista on aiheutunut toisiaan ruokkiva 'epäjärjestelmä', joka tuottaa yhdenvertaisuus- ja optimointivajeen.

Tämän seurauksena väestön elinajanodote ei kehity parhaalla tavalla.

Hyvistä asioista syntyisi myös vastaava monipuolinen luettelo, mutta parhaaseen lopputulokseen päästään vasta silloin, kun epäkohdat korjataan ja hyvät asiat säilytetään tai niitäkin vielä parannetaan.

Tähän hyvään tällä artikkelilla pyritään.



Kuva 1. Yhdenvertaisuus- ja optimointivajeen syntyminen sekä sen huono vaikutus useiden tekijöiden välityksellä kansalaisten elinajanodotteeseen

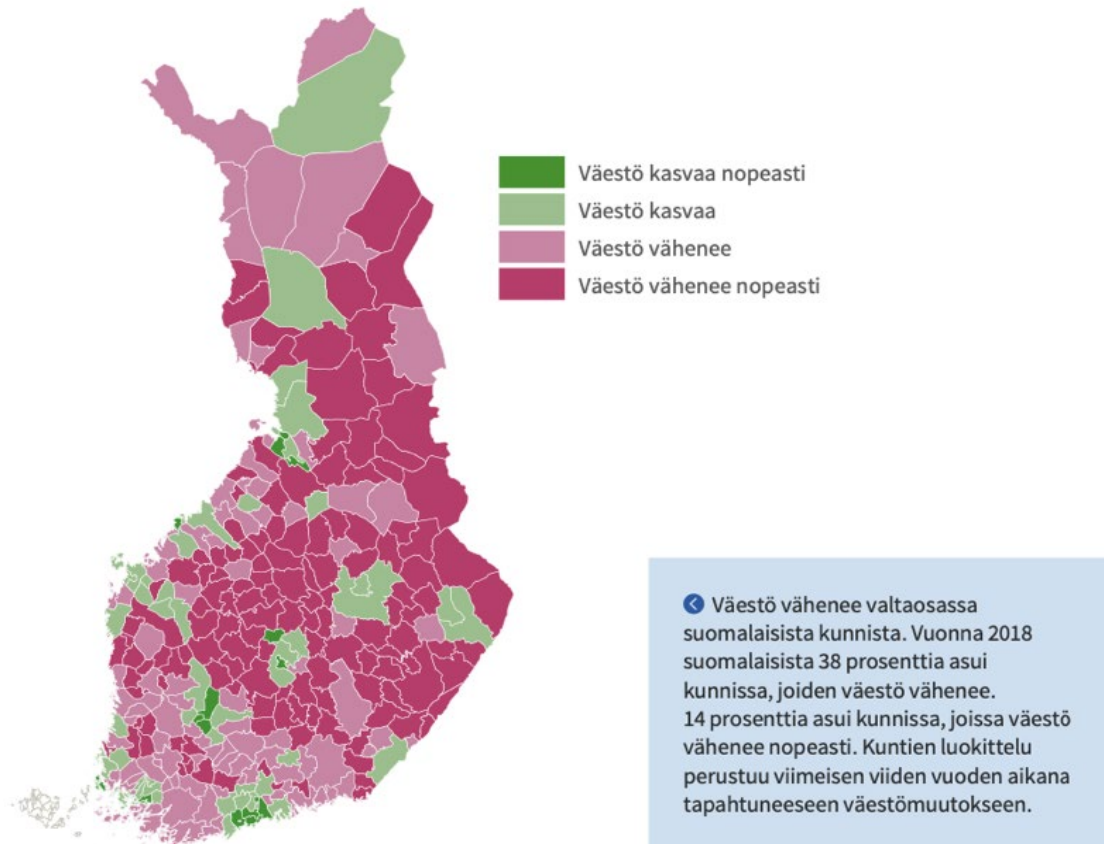
Olisi siis erityisen tärkeää, että edellä kuvatut asiat saataisiin järjestykseen ja hallintaan, koska edessä olevien parinkymmenen vuoden aikana lisähaasteeksi nousee väestörakennemuutoksesta johtuva palvelutarpeen muutos. Ks. **kuva 2.**²

Väestö ikääntyy, huoltosuhde heikkenee, lasten määrä vähenee ja asuminen keskittyy maakuntakeskuksiin.

Tämä julkaisu päättyy siihen johtopäätökseen, että puutteiden korjaamiseksi ja kokonaistuloksen parantamiseksi kansalaistemme terveydenhuollossa olisi siirryttävä arvoperustaiseen valtionvastuuseen, joka tähtää sekä mahdollisimman suureen jokaiseen kansalaiseen ulottuvaan yhdenvertaisuuteen ja elinajanodotteeseen että kohtuulliseen menotason.

Nyt eduskunnassa valittu toimintatapa, jossa rahaa jaetaan tarveperustaisten laskelmien avulla kohti tulevaisuutta arveluttaa. Varsinkin, kun uskotaan totena, että tällainen rahanjako jotenkin automaattisesti toteuttaa yhdenvertaisuutta tai arvoperustaista terveydenhuoltoa. Näyttö siitä, että näin tulee tapahtumaan, puuttuu.

² Rissanen P, Parhiala K, Hetemaa T et al. Tiedosta arviointiin, tavoitteena paremmat palvelut THL 2020 Päätösten tueksi



Kuva 2. Väestörakenteemme käännteentekevä keskittävä ja ikääntyvä muutosennuste kartalla, joka perustuu jo toteutuneeseen muutokseen vuodesta 2013 vuoteen 2018. Lähde: Tilastokeskus

3 RATKAISUKSI VAHVISTETTIIN NYT MAAKUNTASOTE-MALLI

3.1 Miten maakuntasotea on ajateltu hallita, johtaa ja rahoittaa?

Jotta ymmärrettäisiin, mihin nyt on päätetty pyrkiä ja millaisin keinoin, tarkastellaan seuraavaksi, nyt hyväksyttyä sote-maakuntamallia. Siihen liittyen käydään läpi myös lain perusteluihin kirjattua keinovalikoimaa.

Lain rahoitusosuuden perusteluissa mainitaan kymmenen vuoden toteutustähtäin. Muita kirjattuja aikataulumainintoja ei asiakirjoista löydy, joten aikatauluasioihin tarvitaan jatkossa tarkennuksia.

3.1.1 *Tavoitteet*

STM on esitellyt uudistuksen tavoitteet seuraavasti:

"Tarvitsemme sote-rakenteen, joka vastaa yhteiskunnan muutoksiin nyt ja tulevaisuudessa.

Sote-uudistuksen tavoitteina on

- kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja
- turvata yhdenvertaiset ja laadukkaat sosiaali- ja terveyspalvelut kaikille suomalaisille
- parantaa palveluiden saatavuutta ja saavutettavuutta erityisesti perustasolla
- turvata ammattitaitoisen työvoiman saanti
- vastata yhteiskunnallisten muutosten mukanaan tuomiin haasteisiin sekä
- hillitä kustannusten kasvua

Työvälineenä on tulevaisuuden sote-keskukset. Ne ovat palvelukeskuksia, joissa

- palvelut saa sujuvasti yksilöllisten tarpeiden mukaan.
- asiakaslähtöisyyttä tullaan parantamaan digi- ja mobiilipalveluilla, viikonloppu- ja iltavastaanotoilla sekä matalan kynnyksen palvelupisteiden avulla.

Sote-ammattilaisten työnjakoa kehitetään, jonka jälkeen moniammatilliset tiimit alkavat palvelemaan asiakkaita.

Sosiaalihuollon roolia tullaan painottamaan.

Työpaikoilla otetaan käyttöön sellaiset johtamismallit ja näyttöön perustuvat menetelmät, jotka tukevat asiakaslähtöisyyttä sekä työntekijöiden kehittymistä ja hyvinvointia."

Muutoksista nostetaan vielä erikseen esille se, että vastaisuudessa digitalisointi ja erityistason konsultaatiot tukevat yleislääkärin työtä, ja se, että tutkimus- ja kehittämistoiminta on osa perustyötä, jota siis tehdään perustyöajalla.

"Näin toimien syntyy uusi sote-rakenne, joka turvaa palvelut kaikille. Rakenteiden uudistamisen jälkeen voidaan taata yhdenvertainen palvelujen saatavuus kaikkialla Suomessa."

3.1.2 *Väestön ikääntyminen ja syntyvyyden lasku*

Maakuntamallin toteuttajat luottavat siihen tietoon, jonka mukaan suuremmalla sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäjällä on parempi mahdollisuus turvata sekä yhdenvertainen palvelujen saatavuus että toiminnan ja hallinnon tehokkuus väestön ikääntyessä ja syntyvyyden laskiessa. Tämän varmistamiseksi ehdotetaan toteutettavaksi seuraavassa kuvattua monipolvista neuvottelumenettelyä.

3.1.3 Neuvottelumenettely

Sosiaali- ja terveysministeriöllä (STM) (A) on tarkoitus neuvotella vuosittain erikseen kunkin sote-maakunnan (B) kanssa järjestämisvastuuseen kuuluvien sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien toteuttamisesta.

= 16 neuvottelukokonaisuutta (1)

HUS-maakuntayhtymän (C) kanssa käytäisiin vastaava neuvottelu, johon osallistuisivat myös muut Uudenmaan alueen sote-maakunnat (D) ja Helsinki (E) = 1+4 neuvottelumallin mukainen neuvottelu (2)

Myös valtiovarainministeriö (F) osallistuisi neuvotteluihin, jotta sote-maakunnan toimintaa ja taloutta pystyttäisiin tarkastelemaan kokonaisuutena. **Yhteensovittamismenettely (3)**

Neuvottelut yhteen sovitettaisiin myös sisäministeriön (G) vuosittain kunkin sote-maakunnan kanssa käymien pelastustoimen tehtävien järjestämistä koskevien neuvottelujen kanssa. **Yhteensovittamismenettely (4)**

Sote-maakuntien ohjauksen yhteinen tietopohja muodostuisi sote-maakunnan väestöstä, taloutta sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevista tiedoista. **Maakuntapohjaiset ohjaus- ja järjestämistietopohjat (ylläpitäjä?) [I]**

Sote-maakunta laatisi vuosittain selvityksen sote-maakunnan sosiaali- ja terveydenhuollon ja talouden tilasta. **Maakuntapohjaiset talousraportit [II]**

Aluehallintovirastot (H) laatisivat valvonnan yhteydessä saatujen tietojen perusteella selvityksen sosiaali- ja terveydenhuollon yhdenvertaisesta toteutumisesta. **Terveydenhuollon yhdenvertaisuusraportit [III]**

Näiden pohjalta Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (I) valmistelisi

- valtakunnallisesti, (1kpl)
- sote-maakuntien yhteistyöalueittain (5 kpl) ja
- sote-maakunnittain (17 kpl)

eli vuosittain 23 asiantuntija-arviota (a) väestön hyvinvoinnin ja terveyden tilasta [IV] sekä (b) sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän tilasta [V]

Sosiaali- ja terveysministeriö hyödyntäisi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntija-arvioita laatiessaan vuosittain valtakunnallisen selvityksen, jossa arvioitaisiin sosiaali- ja terveydenhuollon yhdenvertaista toteutumista [VI] ja rahoituksen tason riittävyyttä [VII].

3.1.4 Arviointimenettely työkaluna

Sosiaali- ja terveysministeriö voisi tehdä valtiovarainministeriölle **aloitteen sote-maakunnan arviointimenettelyn käynnistämisestä [VIII]**, jos maakunnan kyky järjestää sosiaali- ja terveydenhuolto olisi ilmeisesti vaarantunut. Sosiaali- ja terveysministeriö voisi niin ikään tehdä valtionvarainministeriölle **aloitteen lisärahoituksen myöntämiseksi sote-maakunnalle ja lisärahoituksen ehdoista [IX]**.

3.1.5 Yhteistyöalueet ja niiden rooli

Sote-maakuntien sosiaali- ja terveydenhuollon alueellista yhteensovittamista, kehittämistä ja yhteistyötä varten on lakiehdotukseen kirjattu viisi yhteistyöaluetta (J). Kuhunkin yhteistyöalueeseen kuuluvat sote-maakunnat säädettäisiin valtioneuvoston asetuksella siten, että yliopistollista sairaalaa ylläpitävät Pirkanmaan, Pohjois-Pohjanmaan, Pohjois-Savon, ja Varsinais-Suomen sote-maakunnat sekä HUS-maakuntayhtymä kuuluisivat eri yhteistyöalueisiin.

Yhteistyöalueiden olisi oltava maantieteellisesti yhtenäisiä sekä alueen väestön palvelujen järjestämisen ja tuottamisen, potilas- ja asiakasturvallisuuden ja palvelujen saavutettavuuden kannalta toiminnallisia kokonaisuuksia. Yhteistyöalueelle **laadittaisiin sote-maakuntien yhteistyösopimus [X]** valtuustokausittain sosiaali- ja terveydenhuollon alueelliseksi yhteensovittamiseksi. = [Yhteistyösopimusneuvottelut \(5\)](#)

Valtioneuvosto (K) voi päättää sote-maakuntien **yhteistyösopimuksesta** ja sen sisällöstä **siltä osin kuin sote- maakunnat eivät pääsisi sopimukseen yhteistyösopimuksen sisällöstä, [XI]** sote-maakuntien sopimus ei turvaisi riittävää sosiaali- ja terveyshuoltoa yhteistyöalueella tai häiriötilanteisiin ja poikkeusoloihin varautuminen ja valmius yhteistyöalueella ei olisi kokonaisturvallisuuden kannalta riittävää. = [Erimielisyyksien ratkaiseminen \(6\)](#)

Yhteistyösopimuksen toteutumista seurattaisiin ja arvioitaisiin [XII] vuosittain sosiaali- ja terveysministeriön ja yhteistyöalueen sote-maakuntien välisissä neuvotteluissa, johon osallistuvat myös valtiovarainministeriö ja sisäministeriö. = [Yhteistyösopimuksen toteutumisen seurantaneuvottelut \(7\)](#)

3.1.6 Maakuntatalouden kokonaisuus

Julkisen talouden ohjauksen keskeinen väline on valtioneuvoston **julkisen talouden suunnitelma. [XIII]**

Ottaen huomioon sote-maakunnille osoitetut tehtävät ja toiminnan laajuus sote-maakuntien taloutta, tehtäviä ja valtion maakuntatalouteen kohdistamia toimenpiteitä olisi tarpeen tarkastella julkisen talouden suunnitelmassa omana kokonaisuutenaan.

Sote-maakuntataloudelle olisi siis myös perusteltua asettaa oma rahoitus-asetmatavoitteensa. [XIV]

Sote-maakunnille lailla osoitetut tehtävät ja niihin osoitettava rahoituksen taso tulee sovittaa yhteen julkisen talouden tilan kanssa ottaen huomioon myös julkisen talouden pidemmän aikavälin kestävyys. Käytännössä tämä yhteensovitus tehtäisiin **vaalikauden ensimmäisessä julkisen talouden suunnitelmassa, [XV]** jossa **valtioneuvosto asettaa rahoitusasetmatavoitteet ja esittää yksilöidyt toimenpiteet rahoitusasetmatavoitteiden saavuttamiseksi.**

Julkisen talouden suunnitelma tarkistetaan vuosittain, jolloin arvioidaan toimenpiteiden riittävyyttä suhteessa asetettuihin tavoitteisiin ottaen huomioon kokonaistaloudellinen kehitys. Samassa yhteydessä **arvioitaisiin**

rahoitusperiaatteen toteutumisesta (a) koko maan [XVI] ja (b) yksittäisten sote-maakuntien tasolla [XVII].

Valtion rahoitus maakunnille muodostaa suuren osan maakuntien rahoituksesta, mikä tarkoittaa sitä, että valtion vastuu rahoitusperiaatteen toteutumisesta sote-maakunnissa on suuri.

Sote-maakuntalain 11§:n mukaan **julkisen talouden suunnitelma** ohjaisi ministeriöitä niiden valmistellessa sote-maakuntia koskevaa lainsäädäntöä ja ohjausta. = **Ministeriöiden ohjausmenettely (8)**

Sote-maakunnat laatisivat taloutensa ja toimintansa suunnittelua ja johtamista varten **sosiaali- ja terveydenhuollon palvelustrategian osana sote-maakuntastrategiaa. [XVIII]** Siinä sote-maakunta päättäisi sen järjestämisvastuulle kuuluvan sosiaali- ja terveydenhuollon **pitkän aikavälin tavoitteet. [XIX a.-c.]** Lisäksi sote-maakunta asettaisi palvelustrategiassa tavoitteet sille, miten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut toteutetaan ottaen huomioon

- a. sote-maakunnan asukkaiden tarpeet,
- b. paikalliset olosuhteet sekä
- c. palvelujen saatavuus ja saavutettavuus.

3.1.7 Valtioneuvoston alainen neuvottelukunta

Valtioneuvosto vahvistaisi joka neljäs vuosi sosiaali- ja terveydenhuollolle **valtakunnalliset strategiset tavoitteet. [XX]**

Tavoitteissa otettaisiin huomioon valtioneuvoston asettamat julkisen talouden finanssipoliittiset tavoitteet. Strategisten tavoitteiden toteutumisesta seurattaisiin ja arvioitaisiin vuosittain ja niitä muutettaisiin tarvittaessa. Sosiaali- ja terveysministeriön yhteyteen perustettaisiin sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunta (L), jonka valtioneuvosto asettaisi nelivuotiskaudeksi. Sen tarkoituksena olisi sosiaali- ja terveydenhuollon toteutumisen seuranta ja arviointi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisen ohjauksen tukeminen. Neuvottelukunnan jäseninä olisivat maakunnat ja sote-maakuntia ohjaavat ministeriöt. = **Soten toteutumisen seuranta- ja tukiehtodusraportti [XXI]**

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen **some-malli [XXII]** arvioi nykytilanteessa sote-palvelutarpeen vuosittaiseksi laskennalliseksi kasvuksi noin 1,2 prosenttia seuraavan kymmenen vuoden aikana. Some-malli ei sisällä oletuksia tuottavuuden kasvusta eli kyseessä on väestörakenteen muutoksen vaikutus palvelutarpeeseen nykyisillä rakenteilla ja palvelutasolla. = **Rahoitustarpeen kasvutarveraportti [XXIII]**

Laskennallista arviota palvelutarpeen kasvusta ei tulisi ottaa etukäteen täysimääräisesti huomioon, jotta sote-maakunnille jää kannuste kehittää toimintatapojaan ja uudistaa palveluja. **Kannustemalli [XXIV]**

Kustannusten kasvun hallinnan tavoitteen näkökulmasta rahoitusmallissa käytettäisiin palvelutarpeen huomioivana muutosprosenttina 80 prosenttia some-mallin mukaan arvioidusta kasvuprosentista.

Rajoitinta ei kuitenkaan sovellettaisi voimaantulovuonna ja sitä seuraavana vuonna. Rahoituslaissa säädettäisiin, että sovellettava prosentti tarkistetaan vähintään neljän vuoden välein ottaen huomioon uusimmat some-mallin päivitykset. **Rahoitustarpeen tarkistusmenettely [XXV].**

Neuvottelukunnan työlle suunniteltuja neuvottelukäytäntöjä ei ole tarkemmin eritelty.

3.1.8 Rahoitusmalli ja sen käyttö

Rahoitusmallin valmistelun ja sote-maakuntien rahoituksen perusteena olevien laskennallisten kustannusten määräytymisperusteiden lähtökohdaksi on otettu yksinkertainen, mahdollisimman hyvin eri puolilla maata sote-maakuntien toiminnan kustannusten keskeiset perusteet kattava malli.

Arvioinnissa on keskitytty väestörakenteen vaikutukseen menojen kehityksessä. Laskenta perustuu nimittäin eri toimenpiteistä aiheutuvien menojen kohdentamiseen miesten ja naisten vuositasoiisiin ikäryhmiin, jolloin väestöennusteen perusteella on arvioitavissa, kuinka palvelujen volyyymi kehittyy tulevaisuudessa. Laskenta nojaa oletukseen, että menojen jakautuminen eri toimenpiteisiin kunkin ikäryhmän sisällä säilyy nykyisen kaltaisena, mutta ikäryhmien koon muuttuessa väestöennusteen mukaisesti, muuttuvat toimenpiteiden kokonaiskustannukset ikäryhmien muutoksen mukaisesti.³

Huomioon on otettu ne pääsääntöisesti tutkimusaineistoon perustuvat tekijät, joilla on selvästi osoitettua merkitystä maakunnan asukkaiden sosiaali- ja terveyspalvelujen käytön tarpeisiin ja kustannuksiin sekä muutamat alueellisiin erityispiirteisiin liittyvät tekijät. Lähtökohdana on, että valittu rahoitusmalli olisi sellainen, joka varmistaa, että julkinen valta turvaa perusoikeuksien toteutumisen suuntaamalla rahoituksen oikein eri puolilla maata. Palvelutarvetekijät perustuvat Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) huhtikuussa 2020 julkaistuun tutkimukseen.

Valtion rahoituksen kohdentuminen sote-maakunnille perustuisi pääosin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarvetta ja olosuhdetekijöitä koskeviin määräytymisperusteisiin. Lisäksi osa valtion rahoituksesta maksettaisiin asukaskohtaisena euromääräisenä rahoituksena ja osa perustuisi maakuntien toimintaan alueellaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi. Tarve- ja olosuhdetekijöiden osuus rahoituksesta olisi yhteenlaskettuna 85,576 %, asukaskohtaisesti maksettavan rahoituksen osuus 13,424 % sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen perusteella maksettava osuus vain 1 %.

³ Honkatukia J. SOME-mallin arvio sosiaalipalveluiden ja terveydenhoidon kustannuksista. THL 2020, [www-tiedosto](http://www.tiedosto)

3.1.9 Rahoituksen riippuvuus ansiotuloverotuksesta

Mikäli valtion verotuloja on tarpeen rahoituksen riittävyyden vuoksi lisätä, valtion verotuloja ehdotetaan kasvatettavaksi kiristämällä valtion ansiotuloverotusta.

Hallituksen ohjelman mukaan verorakenteen muutokset eivät saa kuitenkaan voimaan astuessaan aiheuttaa (kokonais)verotuksen kiristymistä.

3.1.10 Yhteenvedot

Yhteenvedoksi edellä todetusta on koottu kolme luetteloa, joista ensimmäisessä on esitetty mitä ovat neuvotteluihin osallistuvat osapuolet ja tahot, toisessa neuvottelutapaamisten sisällöt ja kolmannessa neuvottelujen perusteella syntyvä dokumentaatio. Tämän lisäksi kokonaisuutta on pyritty kuvaamaan piirroksen avulla.

3.1.11 Neuvotteluosapuolet ja osapuolten jakautuminen osallistujatahoihin

Edellä esitetyn perusteella neuvotteluosapuolia on 12 ja niissä yhteensä yli 60 tahoja.

- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM)
- Hyvinvointialueet (sote-maakunnat) (16 kpl)
- HUS-maakuntayhtymä
- Uudenmaan sote-alueet (4)
- Helsinki
- Valtiovarainministeriö
- Sisäministeriö
- Aluehallintovirastot (7 kpl)
- Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos (THL)
- Yhteistyöalueet (5 kpl)
- Valtioneuvosto
- Terveydenhuollon neuvottelukunta (20 jäsentä)

3.1.12 Neuvottelutapaamiset

Seuraavaan luetteloon on koottu eri neuvottelutapaamiset. Erilaisia neuvottelukokoonpanoja ja -sisältöjä on tunnistettu 9 kpl. Todennäköisesti luettelo pidentyy. Neuvottelujen kokonaismäärää on myös vaikea ennakoita, mutta toistatonta neuvottelua näyttää todennäköiseltä volyyymilta.

- 1) STM-hyvinvointialueet neuvottelut: järjestämisvastuun toteuttamisesta [16 neuvottelua]
- 2) 1+4-neuvottelumallin mukaiset neuvottelut: järjestämisen toteuttamisesta [5 neuvottelua]
- 3) VM – sote-maakunnat neuvottelut: toiminnan ja talouden yhteensovittamisesta [16 + 1 neuvottelua]
- 4) SM – sote-maakunnat neuvottelut: pelastustoimen tehtävien järjestämisen yhteensovittamisesta [21 neuvottelua]
- 5) Yhteistyöalueiden (5 kpl) ja niiden hyvinvointialueiden yhteistyösopimusneuvottelut [5–21 neuvottelua]

- 6) *Valtioneuvosto-sote-maakunnat + STM: Erimielisyyksien ratkaisu-neuvottelut yhteistyösopimuksen sisällöstä [lkm. =?]*
- 7) *STM + VM + hyvinvointialueet + yhteistyöalueet: Yhteistyösopimuksen toteutumisen seurantaneuvottelut [vähintään 5 neuvottelua]*
- 8) *Valtioneuvosto - ministeriöt: Ministeriöiden ohjausmenettely julkisen talouden suunnitelman toteuttamisesta [lkm. =?]*
- 9) *Sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunnan neuvottelukäytännöstä ei ole kuvausta käytettävissä.*

3.1.13 Syntyvät asiakirjat

Edellä kuvattujen neuvottelujen tuloksena syntyy joukko asiakirjoja, mutta eri osapuolilla on velvollisuus laatia niitä myös omaa toimintaansa varten, laillisuusvalvontaa varten tai velvoitteiden todentamista varten. Seuraava luettelo sisältää 22 todennettua asiakirjatyyppeä tai -kokonaisuutta.

- a) *Hyvinvointialuepohjaiset talousraportit*
- b) *Terveydenhuollon yhdenvertaisuusraportit*
- c) *THL:n asiantuntija-arviot väestön hyvinvoinnin ja terveyden-tilasta*
- d) *THL:n asiantuntija-arviot sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän tilasta*
- e) *STM:n tekemä valtakunnallinen selvitys ja arvio (THL:n raportteihin perustuen) sosiaali- ja terveydenhuollon yhdenvertaisuuden toteutumisesta sekä*
- f) *Rahoituksen tason riittävydestä*
- g) *STM:n ehdotus VM:lle sote-maakunnan arviointimenettelyn käynnistämisestä*
- h) *STM:n aloite lisärahoituksen myöntämiseksi sote-maakunnalle*
- i) *Sote-maakuntien yhteistyösopimus*
- j) *Valtioneuvoston päättämä yhteistyösopimus*
- k) *Yhteistyösopimuksen seuranta- ja arviointidokumentaatio*
- l) *Julkisen talouden suunnitelma*
- m) *Sote-maakuntatalouden rahoitusasematavoitteiden kirjaukset*
- n) *Valtioneuvoston ensimmäisessä julkisen talouden suunnitelmassa asetettujen rahoitustavoitteiden ja yksilöityjen toimenpiteiden kirjaukset tavoitteiden saavuttamiseksi*
- o) *Rahoitusperiaatteiden toteutumisen arvio koko maan kannalta*
- p) *Rahoitusperiaatteiden toteutumisen arvio sote-maakuntien tasolla*
- q) *Sosiaali ja terveydenhuollon palvelustrategia osana sote-maakuntastrategiaa*
- r) *Pitkän aikavälin tavoitteiden kirjaukset*
- s) *kannalta tarkasteltuna sote-maakunnan asukkaiden tarpeisiin suhteutettuna*
- t) *paikallisiin olosuhteisiin suhteutettuna ja*
- u) *palvelujen saatavuuden ja saavutettavuuden*

3.1.14 Paraneeko hallinto?

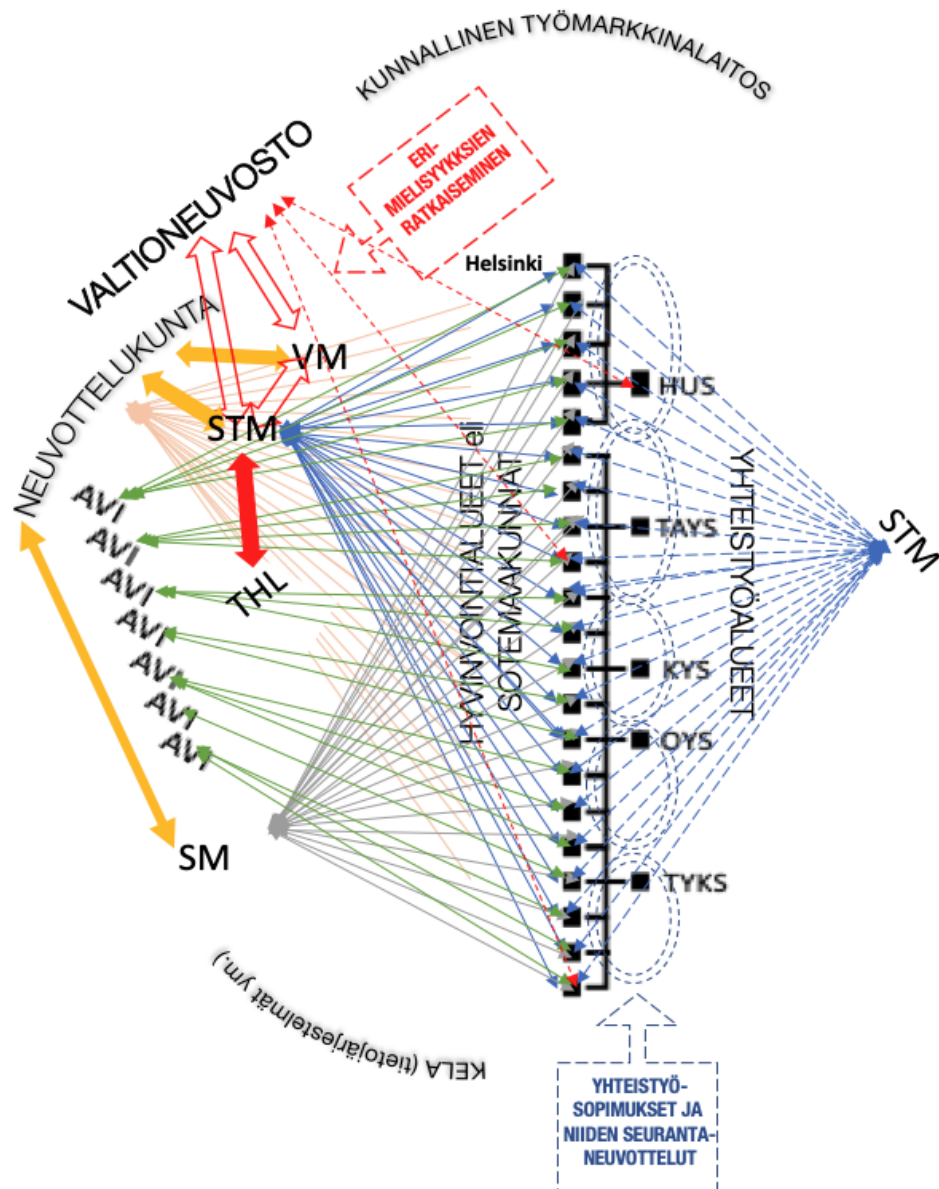
Kun näitä luetteloita tarkastelee, ei voi välttyä ajatukselta, että lain valmistelijoiden usko hallintomallien kautta vaikuttamiseen on luja.

Neuvottelujärjestelmän kokonaisuuden kuvaaminen yhdellä kuvalla useine neuvottelukontakteja kuvaavine nuolineen ja dokumentteineen osoittautui liian monimutkaiseksi tehtäväksi, mutta jonkinlainen runko on kuitenkin **kuvaan 3** piirretty.

Siihen on merkitty edellä esiteltyjen neuvottelutahojen lisäksi myös Kuntatyönantajat, jonka merkitys palkkasopimusten neuvottelijana ja solmijana julkisella sektorilla on hyvinkin ratkaiseva esim. kokonaiskustannustason kannalta.

Toinen lisäys on Kela, jonka välillinen merkitys on monessa tapauksessa tärkeä tietojärjestelmien ylläpitäjänä sekä yhtenä monikanavarahoitusta ylläpitävänä toimijana. STM on merkitty kuvaan kaksi kertaa symboloimaan sitä, että ministeriö toimii neuvotteluissa useammassa eri roolissa.

Kun tätä kuvaa vertaa kuvaan 1, jää miettimään, miten nämä kuvien lähestymiskulmat ovat riippuvaisia toisistaan tai ruokkivat toisiaan. Onko näin runsas byrokratia välttämätöntä? Ollaanko nyt jatkamassa toisissa puitteissa juuri sitä hallintamallia, joka on johtanut nykytilanteen ongelmiin ja heikkouksiin?



Kuva 3

Kuva 3. Pelkistetty kuva terveydenhuollon johtamiseen nyt suunnitellusta 'hallintohimmelistä'. (Jokainen viiva tai kaksipäinen nuolikuviokuva kuvaa neuvotteluyhteyttä. Niitä on erilaisia ja siksi viivat ovat erivärisiä ja osa viivoista on pilkkuviivoitettu. Esim. STM kävisi kahdenlaisia neuvotteluja sote-maakuntien kanssa, toisia suoraan ja toisia yhteistyösopimusten tarkistamiseksi. Lisäksi käydään neuvotteluja ministeriöiden välillä sekä neuvotteluja neuvottelukunnan puitteissa jne.)

Millainen voisi tai pitäisi vaihtoehdoisen, selkeämmän johtamisratkaisun olla, jotta sen avulla voitaisiin tuottaa parempi arvoperustaisen terveystulos?

Rahoitukseen liittyviä asioita ei ole merkitty tähän kuvaan, niitä selvitetään luvussa 9 ja 13.

Johtopäätökseksi muodostuu se, että hallinnollisten rakenteiden suunnittelu on syrjäyttänyt kansalaisen näkökulman, josta syystä tulos on epätasapainoinen ja ilmaisesti myös epäkäytännöllinen.

4 TAVOITTEIDEN TULEE PYSTYÄ VAIKUTTAMAAN MYÖS ELINAJANODOTTEeseen

4.1 Elinajanodote terveys- ja hyvinvointierojen kuvaajana

Kahdesta ensimmäisestä edellä kirjatusta tavoitteesta eli hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamisen tavoitteesta tai yhdenvertaisten palvelujen turvaamisesta kaikille kansalaisille ei synny erimielisyyttä.

Ykköstavoitteeksi on nostettu hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen, mikä kertoo tavallaan myös sen, että niitä on ja että ne ovat suuria.

Niiden tasaamiseksi tarvitaankin edistymistä niin **primaari- ja sekundaari-preventiossa** kuin **tertiaaripreventiossakin*** ja nimenomaan koko väestön kattavasti.

Erot eivät puhumalla eivätkä julkilausumilla tai puolueohjelmilla parane. Ne muuttuvat vain vaikuttavien tekojen ja toimenpiteiden seurauksena.

Vaikuttavat ja yhdenvertaiset sosiaali- ja terveystalvet sisältävät siis pääasiassa sekundaari- ja tertiaaritoimenpiteitä. Hyvin keskeiset primaari-prevention keinot liittyvät sen sijaan elintapa- ja ympäristötekijöihin, mutta myös kansalaisen oman osaamisen parantamiseen.

Terveyserojen konkreettisin mittari on elämän määrää mittaava elinajanodote.

4.2 Kansainvälinen vertailu paljastaa maamme Akilleen kantapään

Suomen naiset ovat kansainvälisessä elinajanodotteiden vertailussa sijoilla 9–12 yhdessä Islannin, Norjan ja Portugalin kanssa, mutta miehet toista vertaa heikommilla sijoilla 21–22 yhdessä Tanskan kanssa.

Tilanne on yhdenvertaisuuden kannalta paljon parempi esim. Sveitsissä ja Islannissa.

**PRIMAARIPREVENTIOLLA tarkoitetaan niitä toimenpiteitä, joilla voidaan ehkäistä taudin saaminen esimerkiksi välttämällä tiettyjä ruoka-aineita ja ylipainoa, liikkumalla säännöllisesti tai välttämällä tartunnan mahdollisuutta. Myös terveystiedon opetus on hyvä esimerkki primaari-preventiosta. SEKUNDAARIPREVENTIO käsittää terveystalvettoimenpiteet, joilla pyritään ennalta estämään taudin saaminen tai palauttamaan tilanne, jossa tauti ei enää uusisi. Esimerkkeinä rokotukset tai seulonnat. TERTIAARIPREVENTIO kohdistuu jo sairastuneisiin potilaisiin. Sillä pyritään parantamaan tauti tai estämään taudin sekä siihen liittyvien oireiden paheneminen ja lisäoireiden kehittyminen. Myös pitkäaikaissairauksiin liittyvä kuntouttaminen on tertiaaripreventiota.*

Tavoitteeksi pitää meilläkin asettaa juuri tällainen yhdenvertaisuus. Pienenä kansakuntana Suomella olisi kaikki edellytykset nousta kärkisjoille. Sekä naisten että miesten on päästävä vuoteen 2036 mennessä 'kuuden sakkiin'.

Siitä olisi hyötyä kansalaisille terveiden lisäelinvuosien määränä. Siitä olisi hyötyä myös sukupuolten välisen eriarvoisuuden korjaantumisena, mutta sen lisäksi maamme hyötyisi tästä oikein toteutettuna myös muilla tavoin, mm. taloudellisesti.

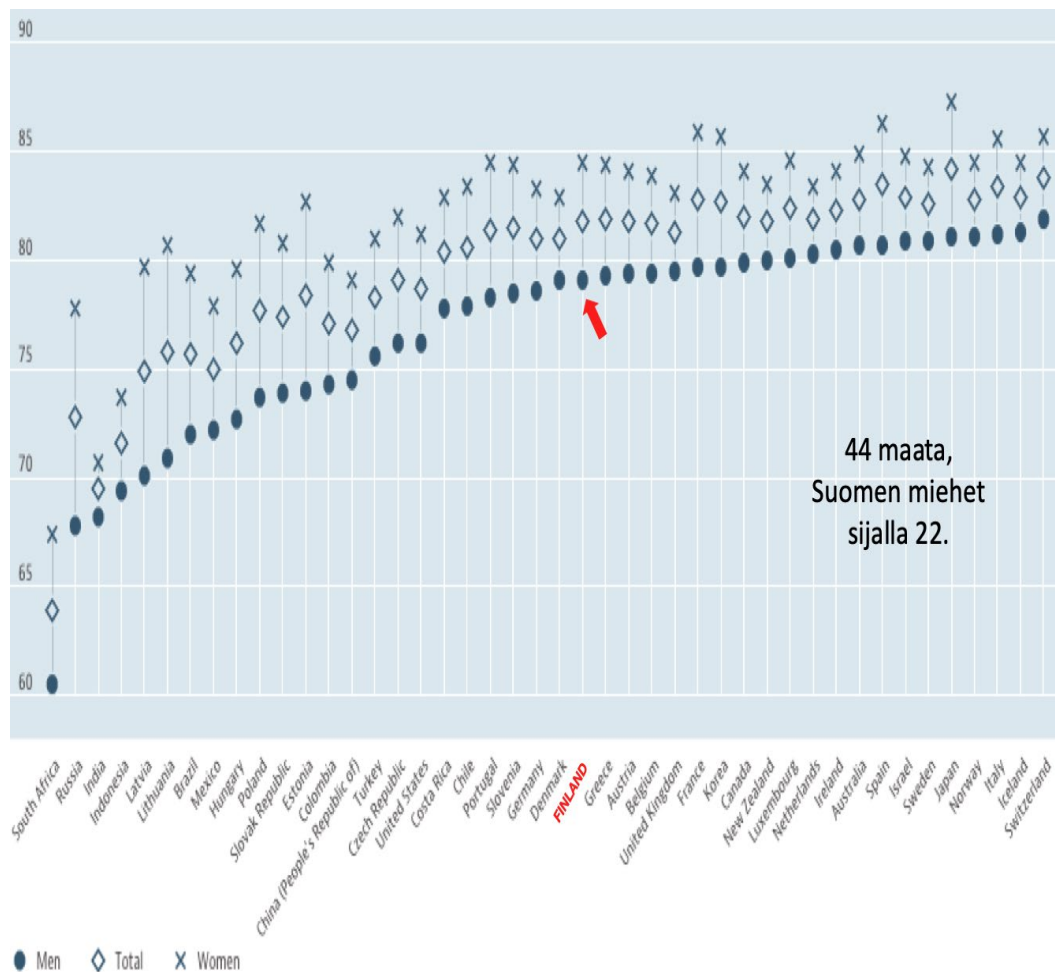
Suuri epäkohta on elinajanodotteen yhdenvertaisuuden puute alueiden välillä. Selvitykset ovat osittaneet, että kyseessä eivät ensisijaisesti ole maakuntaerot, vaan seutukuntakohtaiset erot. Tämä paljastaa sen tosiasian, että pelkkä 'hallinnollinen lisärahoittaminen' ei ole ollut, eikä ole vaikuttava keino.

Paras ja vaikuttavin keino on niiden kansalaisten täsmälöytäminen ja täsmäuttaminen, joiden tilanteeseen on saatava myönteinen muutos - vauvasta vaariin.

Heidät voidaan löytää ja heidät voidaan pitää 'nykydigin' avulla vaikuttavuudeltaan varmistettujen toimenpiteiden kohteina.

Seurantamenetelmänä myös maakunnalliset ja seutukunnalliset vertailut ja seurannat ovat kuitenkin edelleen tarpeen, sillä kansalaisten välisiin eroihin vaikuttavien tekojen seuraukset ja tulokset näkyvät nousuina ja tasoittumisina tällaisissa seurantaraporteissa.

Tulokset elinajanodotteista kansainvälisenä vertailuna tarjoaa OECD (2018). Tästä vertailusta käy ilmi, että suomalaismiesten elinajanodote on kaukana kansainvälisestä kärjestä. **Kuva 4**

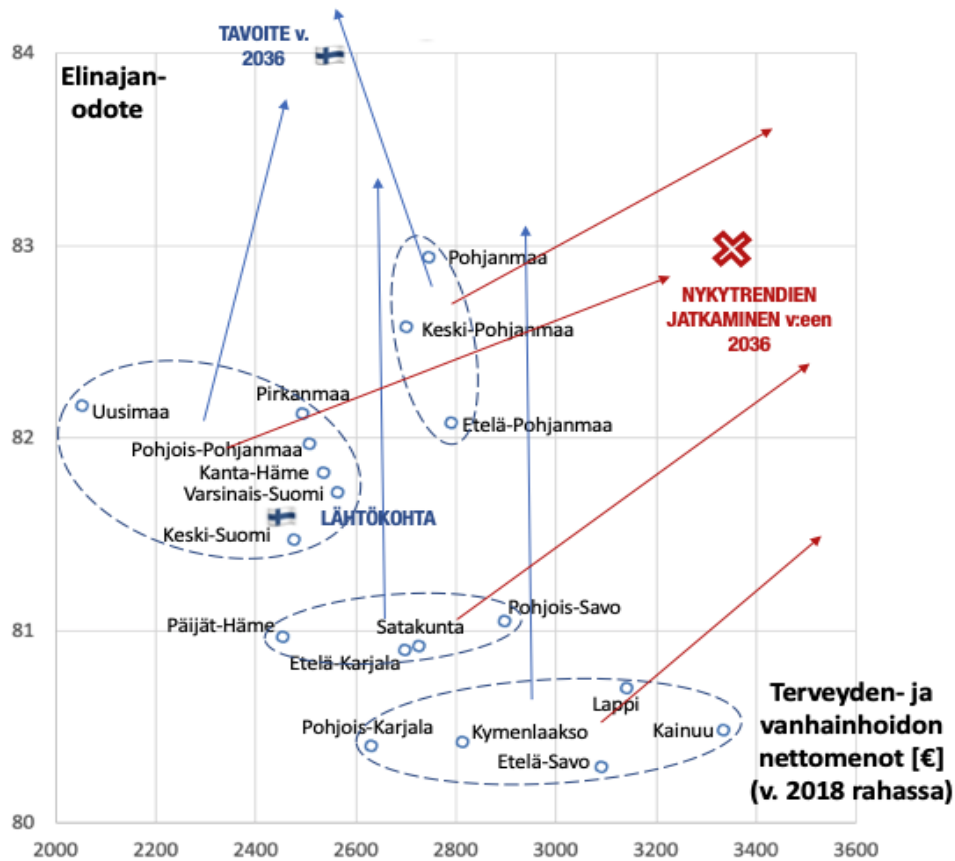


Kuva 4. 44 maan elinikaadotevertailu (OECD 2018)

4.3 Erot maakunnittain

Nyt, kun maakuntamalli on ollut tulevaisuuden ratkaisun ytimessä, on perusteltua tarkastella elinajanodotetta ensin siitä näkökulmasta. Jäljempänä siirrytään tarkempaan seutukuntaan kohtaiseen analyysiin ja sitä kautta perille saakka kansalaiskeskeiseen ratkaisuun.

Optimitavoitteeseen pääsyä suurin piirtein nykyisin käytössä olevilla voimavaroilla, mutta niiden käyttöä uudella, aikaisemmin esittelemättömällä tavalla uudistaen, on kuvattu sinisillä nuolilla. Kansallinen lähtökohtapiste ja tavoitepiste on merkitty Suomen lipulla. Maakunnista on koottu neljä rypästä, joiden pitäisi edetä tulevina vuosina sinisten nuolten mukaisesti. **Kuva 5**

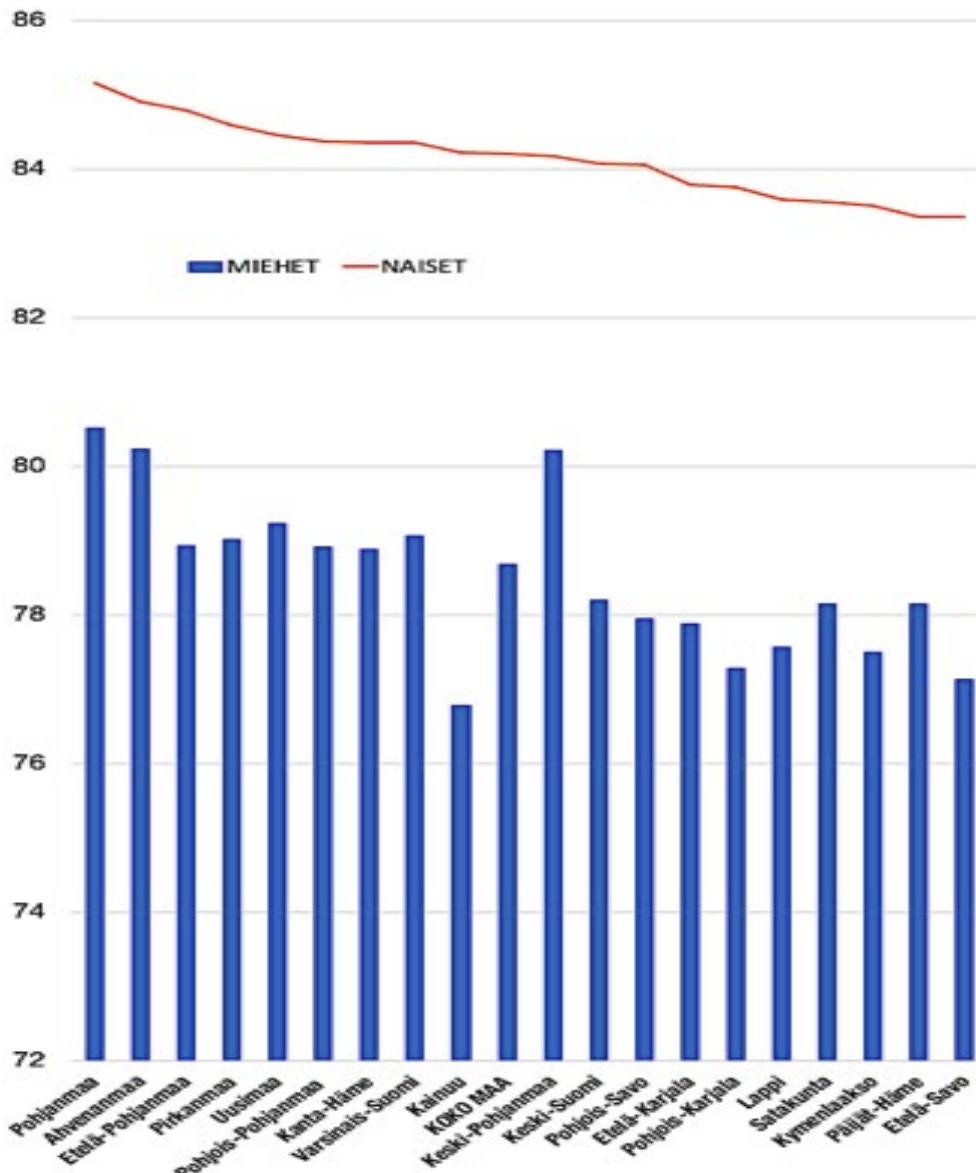


Kuva 5. Elinajanodotteiden kehittymisvaihtoehdot maakunnittain vuoteen 2036 suhteutettuna terveyden- ja vanhainhoidon nettomenoihin. Lähde: Tilastokeskus

Osa laadituista ennusteet viittaavat siihen, että tekeillä olevat rahoitusratkaisut ohjaavat siirtymän tapahtuvaksi aivan eri suuntaan (punaiset nuolet ja rasti).

Ydinkysymys on, miksi Suomen kannattaisi maksaa enemmän siitä, että kansalaiset saavat huonommat elinaikatulokset?

Kun siirrytään vertailemaan eri sukupuolten elinajanotteiden eroa vuosina 2017–19, miesten ja naisten profiilit poikkeavat toisistaan selvästi, kuten edellä jo todettiin. **Kuva 6**



Kuva 6. Miesten ja naisten elinajaodotteiden erot maakunnittain vv. 2017–19.
Lähde: Tilastokeskus

Kainuun miesten elinajanodote hätkähdyttää alhaisuudellaan, vaikka ei Etelä-Savokaan kaukana ole, mutta ero kolmen kärkeen on selvä.

Sen sijaan naisten jakauma on tasaisesti nouseva, eikä ero ääripäiden välillä Pohjanmaasta Etelä-Savoon ole likikään yhtä suuri kuin miehillä.

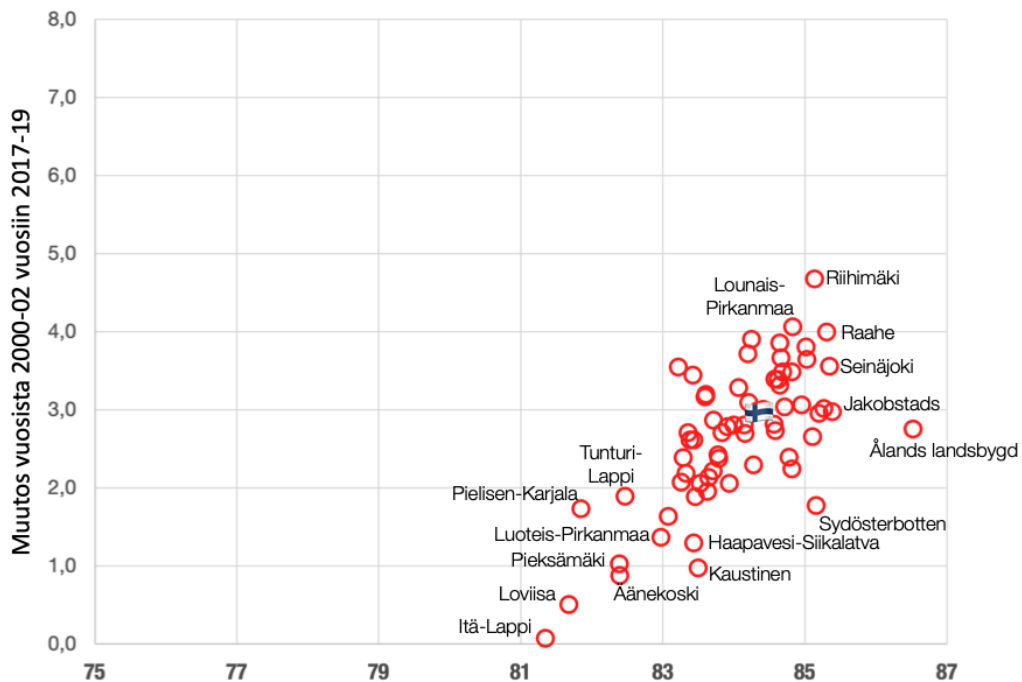
Miehet ja naiset eivät siis ole elinajanodotteella mitaten läheskään yhdenvertaisia Suomessa.

Yhteenvetona voidaan hieman ihmetellen kysyä, miksi elinajanodotteiden tasaamistavoitetta ei ole nostettu voimakkaammin keskusteluun sote-uudistuksia mietittäessä.

Ehkä on ajateltu, että siihen vaikuttavat niin voimakkaasti sellaiset terveysjärjestelmän ulkopuoliset tekijät, joihin ei voida vaikuttaa. Näin ei ole, kansallisia tai globaaleja ympäristökatastrofeja lukuun ottamatta.

Mutta juuri tämä asian ytimen ymmärtämiseksi analyysien tekemistä on seuraavaksi jatkettu - kohti kansalaista - seutukuntakohtaisten tulosten eroavuuksia tarkastelemalla **kuvissa 7–10**.

Tarkastelunäkökulmina näissä kuvissa on sekä pidempi muutosjänne vuosista 2000–2001 vuosiin 2017–19 että lyhyt jänne vuosien 2014–16 ja 2017–19 välillä. Tulokset ovat varsin puhuttelevia.



Kuva 7. Naisten elinajanodotteen muutos vuosista 2000–2002 vuosiin 2017–19 verrattuna (vuosina). Lähde: Tilastokeskus

4.4 Erot ja muutokset seutukunnittain pidemmällä aikavälillä

Ensimmäiseksi tutustutaan naisten pidemmän aikavälin muutokseen **kuvassa 7**.

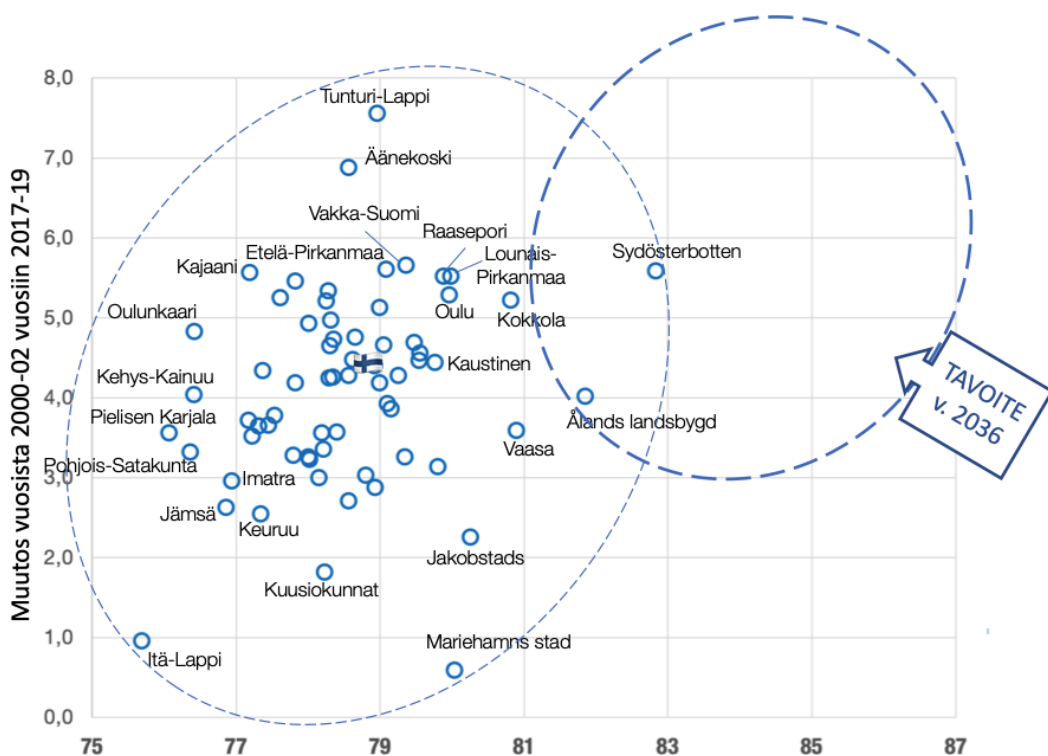
Suomen lippu on sijoitettu keskiarvon, eli hieman yli 84 vuoden kohdalle. Kaikkia seutukuntia ei ole nimetty, koska tässä tarkastelussa keskitytään ääripäiden erojen tarkasteluun. 'Suuri enemmistö' seutukunnista on tiiviinä ryhmänä lipun ympärillä.

Kaikki seutukunnat ovat 18 vuoden tarkastelujaksolla kasvattaneet elinajanodotettaan, Itä-Lappi ainoana vain hyvin nimellisesti, mutta ei Loviisan, Äänekosken, Pieksämäen tai Kaustisten tulostakaan voi hyvänä pitää.

Parhaat seutukunnat eli Riihimäki, Lounais-Pirkanmaa ja Raahel ovat kasvattaneet odotettaan noin neljällä vuodella. Sen lisäksi huomio kiinnittyy kolmeen ruotsinkielisen enemmistöväestön alueeseen eli Ålands landsbygdin, Jakobstadsregioniin ja Sydösterbotteniin, joiden elinajanodotteet kuuluvat nyt korkeimpien joukkoon ja ovat kasvaneetkin aika mukavasti.

Mielenkiintoinen yksityiskohta on sekin, miten Itä-Lapin ja Tunturi-Lapin tulokset eroavat toisistaan.

Vastaava miesten kuva eroaakin sitten jo aika paljon edellä esitellystä naisten kuvasta. Piirroksen skaalaus on pidetty yhtenäisenä, jotta voidaan helpommin hahmottaa, miten erilainen sijainti miesten tuloksilla on. Se tarkoittaa käytännössä sitä, että yhdenvertaisuutta naisten kanssa ei ole saavutettu. **Kuva 8**



Kuva 8. Miesten elinajanodotteen muutos (vuosina) vuosista 2000–2002 vuosiin 2017–19 verrattuna Lähde: Tilastokeskus

Suomen lippu eli keskiarvo on miehillä aivan eri paikassa kuin naisilla, eli vajaassa 79 vuodessa.

Merkillepantavaa on myös se, että taulukossa 1 esitetty Worldometerin v. 2020 ennuste arvioi naisten elinajanodotteen maassamme nousevan edelleen nopeasti, kun taas miehille ei kasvua ennusteta juuri lainkaan. OECD: tarkempi vuoden 2020 vertailu saadaan vasta myöhemmin.

Eli ollaan tilanteessa, jossa miesten tavoite 18 vuoden päähän (oikeanpuoleinen soikio) on siellä, missä naiset ovat jo nyt.

Lohdutukseksi todettakoon, että viimeisten vuosien aikana miesten ja naisten välinen ero on hiljalleen kaventunut, ja senkin syy näkyy kuvassa. Miesten pakka (vasemmanpuoleinen soikio) on hajonnut aivan eri tavalla kuin naisten. (Vasemmanpuoleinen soikio.)

Seitsemän tai kahdeksan vuoden elinajanodotteen parannuksia ei naisilla ollut lainkaan, mutta Tunturi-Lapin ja Äänekosken seudut ovat päässeet miesten kohdalla erinomaisiin tuloksiin. Mitalin käänttöpuoli on se, että ne ovat vasta nyt päässeet keskiarvoon.

Ilahduttavaa on se, että lyhimmän elinajanodotteen seutukunnat eli Pielisen Karjala, Satakunta, Kehys-Kainuu ja Oulunkaari ovat Itä-Lappia lukuun ottamatta petranneet. Matkaa kohtuulliseen elinajanodotteeseen on edelleen hyvin paljon.

Voi kärjistäen sanoa, että oikeastaan vain Sydösterbottenin ja Ålands landsbygdin miehet ovat yhdenvertaisessa asemassa Suomen naisten kanssa. Selvästi kuitenkin näkee, että myös miesten ryhmässä ruotsinkieliset seutukunnat sijoittuvat suomenkielisiä paremmin.

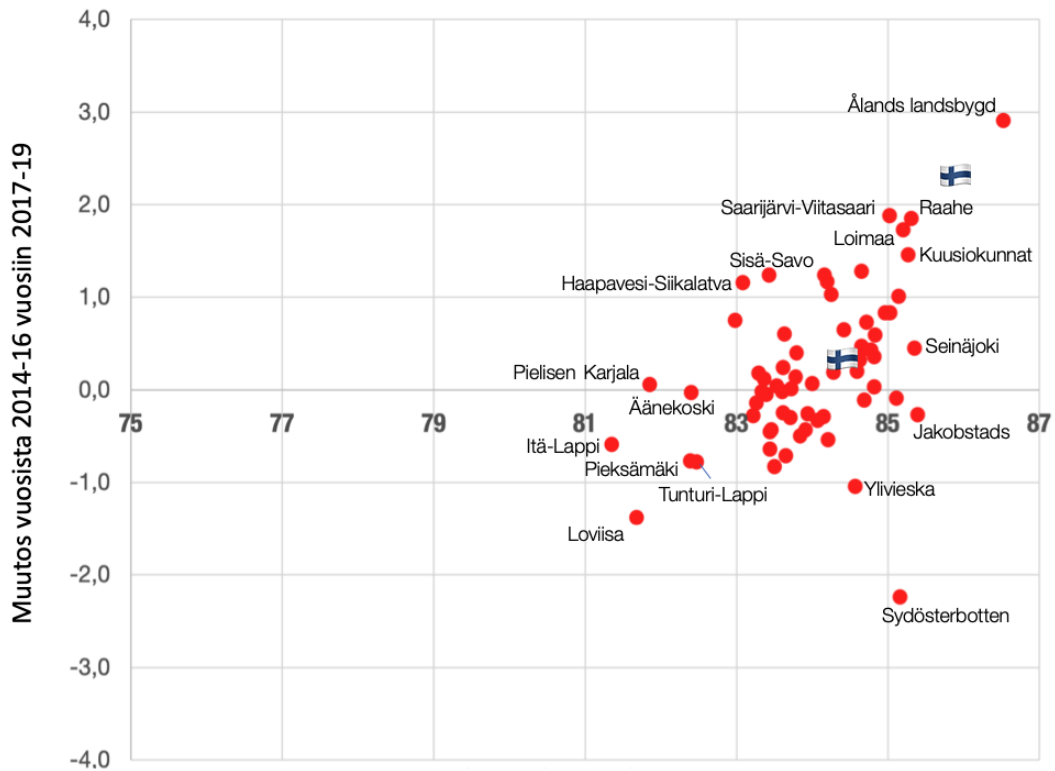
Mielenkiintoista on niin ikään havaita, että menestyjien ryhmässä olivat sekä Lounais- että Etelä-Pirkanmaan seutukunnat yhdessä Oulun, Kokkolan, Raaseporin ja Vakka-Suomen kanssa.

Eniten tulevaisuustukea tarvitsevia olivat sen sijaan Itä-Lapin lisäksi Kehys-Kainuu, Pielisen Karjala, Pohjois-Satakunta, Imatra, Jämsä ja Keuruu.

4.5 Lyhyen aikavälin muutokset

On myös syytä tarkastella myös viimeaikaisia muutoksia. Tässäkin tapauksessa ne osoittautuivat hyvin informatiivisiksi.

Kun verrataan naisten osalta vuosia 2014–16 vuosiin 2017–19, panoraama muuttuu pitkän aikavälin tuloksiin verrattuna. **Kuvasta 9** käy ilmi, että näiden vuosien aikana suuri osa seutukunnista oli menettänyt asemiaan, sillä elinajanodotteet olivat laskeneet. Erityinen esimerkki tästä on Sydösterbotten, jonka elinajan odote oli kolmessa vuodessa heikentynyt yli kaksi vuotta.



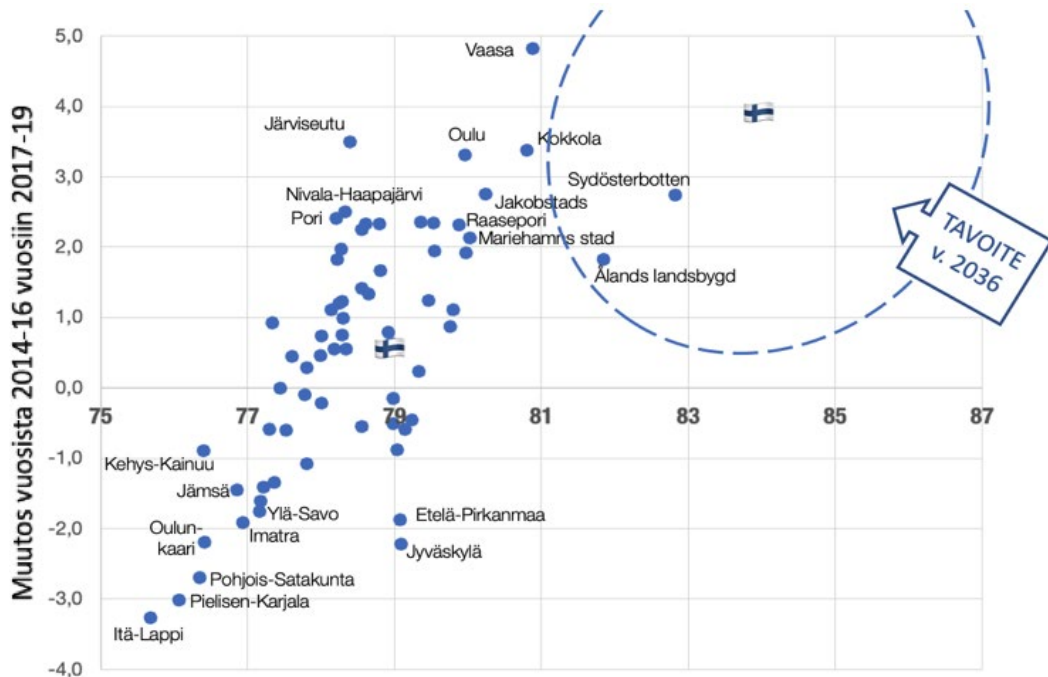
Kuva 9. Naisten elinajanodotteen muutos (vuosina) vuosista 2014–2016 vuosiin 2017–19 verrattuna Lähde: Tilastokeskus

Muitakin huomion arvoisia heikennyksiä oli tapahtunut esimerkiksi Ylivieskassa ja Jakobstads regionin alueella. Nämä kuuluvat korkean elinajanodotteen ryhmään. Sen sijaan Itä-Lappi, Loviisa Pieksämäki ja Tunturi-Lappi, jotka kaikki kuuluvat alhaisen elinajanodottelen ryhmään, olivat menettäjien joukossa.

Ålands landsbygd, Raahe, Saarijärvi-Viitasaari, Loimaa ja Kuusiokunnat olivat sen sijaan naisten osalta lisänneet elinajanodotettaan selvästi. Voi vain kysyä, mitkä tekijät tähän ovat viime vuosina vaikuttaneet.

Piirrokseen on lisätty myös toinen Suomen lippu yläoikealle kuvaamaan sitä tavoitetta, joka voisi ja jonka pitäisi Suomen osalta toteutua seuraavien 18 vuoden aikana. Tämä merkitsisi naisten elinajanodotteen kasvua 86 vuoteen, mikä saattaa olla jopa alimitoitettu tavoite.

Vastaava miehiä koskeva **kuva 10** on niin ikään mielenkiintoinen. Hajonta on erittäin suurta.



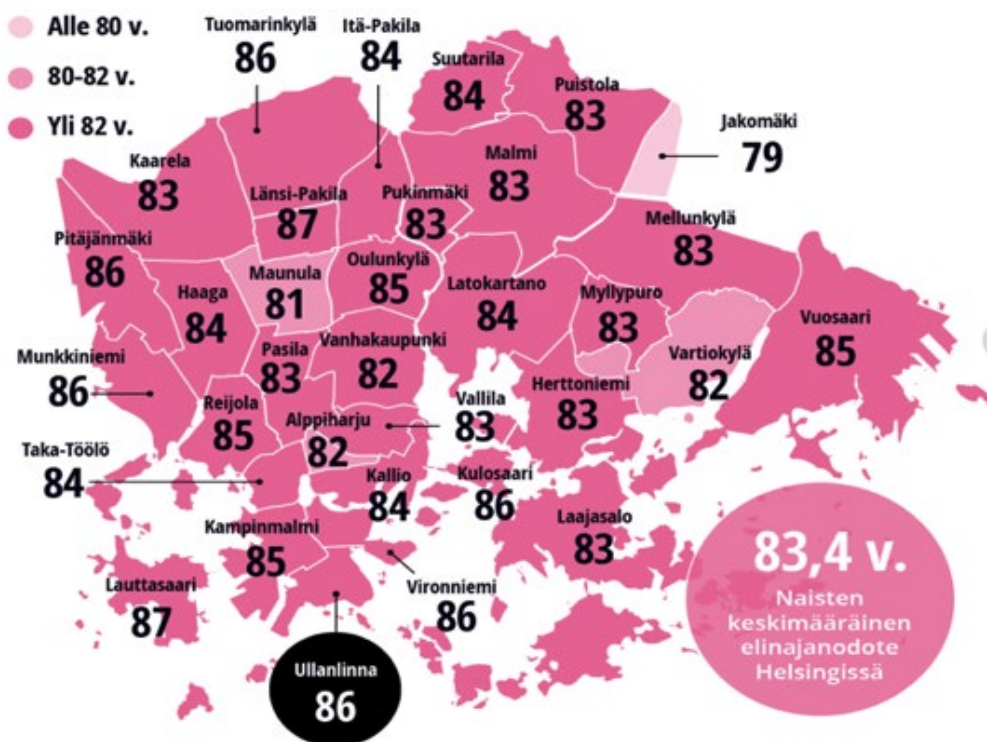
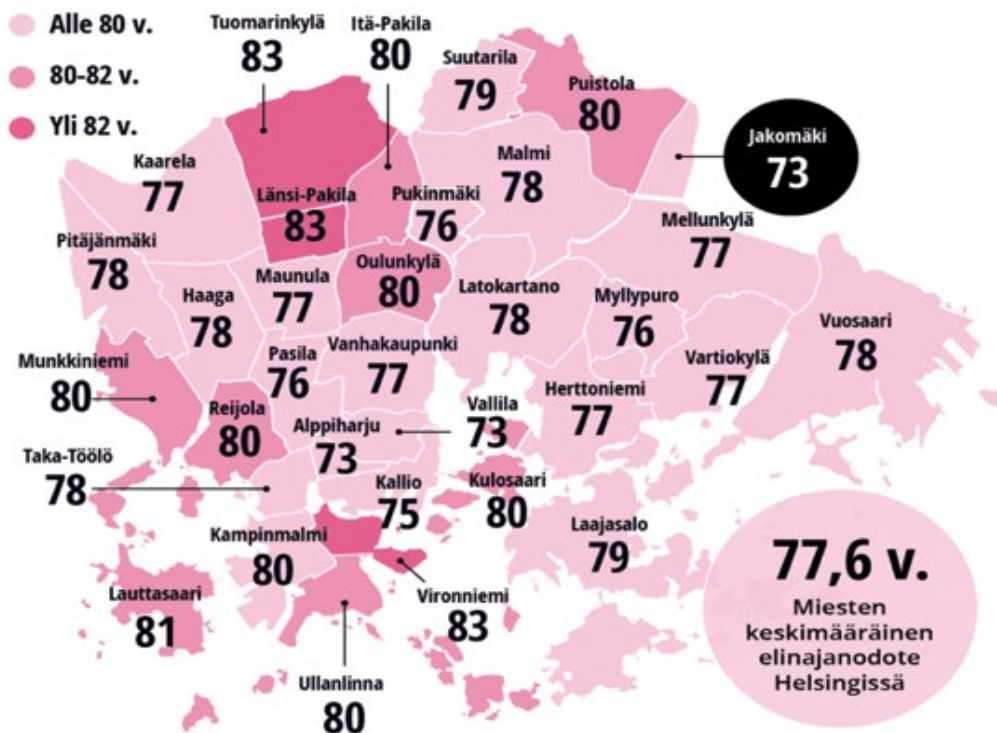
Kuva 10. Miesten elinajanodotteen muutos (vuosina) vuosista 2014–2016 vuosiin 2017–19 verrattuna. Lähde: Tilastokeskus

Täälläkin Itä-Lappi erottuu suurimpana avun tarvitsijana, mutta hyvin eivät miesten asiat ole Pielisen Karjalassa, Pohjois-Satakunnassa, Oulunkaarella, Kehys-Kainuussa, Jämsässä, Imatralla tai Ylä-Savossakaan. Myös hieman paremman elinajanodotteen Jyväskylässä ja Etelä-Pirkanmaalla on tapahtunut heikennystä.

Mielenkiintoista on havaita, että pitkän tähtäimen menestyjäseuduista moni on saavuttanut merkittävän osan menestyksestään aivan viime vuosina.

Hallintoalueita ei voi hoitaa tai elinajanodotetta parantaa. On toimittava kansalaisen tasolla.

Kuvan 11 sanoma on sama kuin edellä seutukunta-analyysien. Kaupunginosien välillä kaupungin sisällä on eroja yhtä lailla kuin seutukunnissa maakunnan sisällä. Ullanlinnan nainen elää 13 vuotta pidempään kuin jakomäkinen mies! Keskiarvoissakin on melkein kuuden vuoden ero.



Kuva 11. Miesten ja naisten elinajanodote Helsingin kaupunginosissa v. 2016. Lähde: Tilastokeskus ja Helsingin kaupungin kaupunkitutkimus ja -tilastot

4.6 Kohti kansalaiskeskeisiä ratkaisuja

Edellä esitelty seutukuntakohtaisten elinajanodotteiden analyysi on tervetullut ja tärkeä täydentävä lisä aikaisemmin käytössä olleeseen tilastotietoon. Aikaisemmin vertailutieto on rajoittunut maakuntatasolle. Ei ole liioin tehty kuntakohtaisia analyseja tai vertailuja (suurimpia kuntia lukuun ottamatta). Se johtuu siitä, että pienten kuntien väestömäärät ovat niin vähäisiä, että niistä ei voi tilastollisia todennäköisyyksiä laskea.

Laskentateknisesti seutukuntien väestömäärien riittävydessä liikutaan siinäkin rajamailla, mutta luotettavasti suuntaa antavina tällaisia seutukuntakohtaisia laskelmia voidaan pitää.

Keskeinen ja tärkeä havainto on siis se, että suuri avun tarve elinajanodotteiden kohentamiseksi jakautuu eri tavoin eri sukupuolille, eri seutukunnille ympäri maan sekä maakuntakeskuksissa asuvien sekä sitä ympäröivillä alueilla asuvien välillä.

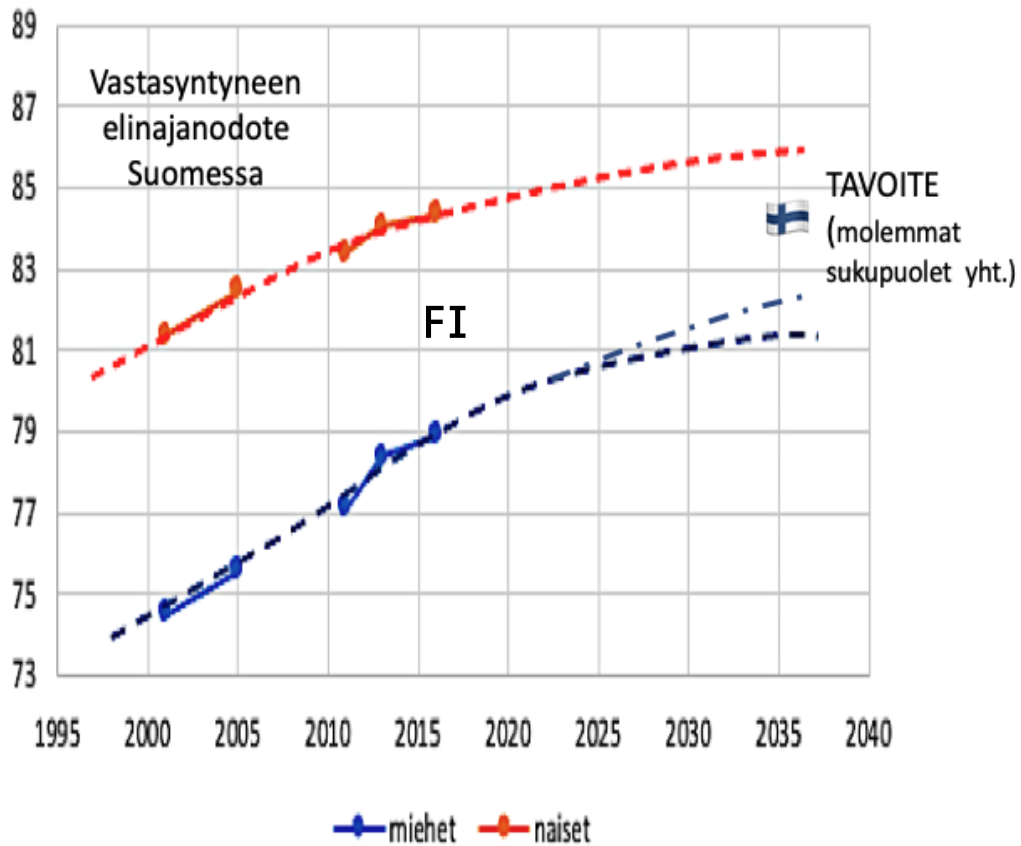
Ei maakuntia eikä seutukuntia voi parantaa. Pitää tukea suoraan kansalaisia. Pitää löytää ne, jotka vaikuttavista toimista ja toimenpiteistä hyötyvät ja auttaa heitä. Eivät he pysty ilman asiantuntemusta saavuttamaan itselleen parasta tulosta. Siihen tarvitaan sellaiset uudet menetelmät, jotka perustuvat avun tarpeessa olevien kansalaisten löytämiseen yksilöinä, henkilöinä. Heihin voidaan kohdistaa aikaisempaa paremmat primaari-, sekundaari- ja tertiaari-prevention keinot. Yksin jätetty kansalainen osaa harvoin käyttää näitä keinoja optimaalisesti, mutta aidon asiantuntijatuen mukaan kytkemisellä tilanne muuttuu toisenlaiseksi.

Elinaikaa uhkaavien vaarojen sijaan avautuu mahdollisuus selvitä.

4.7 Ennuste vuodelle 2036

Kuvaan 12 on trendiviivojen avulla hahmotettu tulevaisuuden näköalaa. Miesten osalta pitää päästä ylemmälle kasvu-uralle. Jos se toteutuisi ja naisten odote olisi käyrän mukaisesti 86 vuotta vuonna 2036, sukupuolten yhdenvertaisuus paranisi edelleen ja kokonaisodote nousisi yli 84 vuoteen.

Mikäli terveydenhuoltojärjestelmämme uudistamisessa onnistuttaisiin siirtymään arvoperustaisen valtionvastuun uralle, jopa 85 vuoden tavoite olisi silloin mahdollinen.



Kuva 12. Vastasyntyneen naisen ja miehen elinajanodotteen trendivaihtoehdot vuoteen 2036 saakka

5 KANSALAIKESKEISYYDEN VAHVISTAMINEN OMALÄÄKÄRIRATKAISUN AVULLA

Yksilökeskeisen vaikuttamisen ymmärtäminen on kaiken ydin jokaisessa näissä edellä esitellyissä kolmessa seurantanäkökulmassa eli sukupuolen, asuinseutukunnan tai kaupungistumisen tilastoja tarkasteltaessa.

Keskeisin korjattava puutos, joka kattavasti tulee korjata, on asiantuntijakumppanin saaminen kaikkien kansalaisten rinnalle. Tämä tarkoittaa käytännössä ensimmäisenä toimenpiteenä omalääkäri-omahoitaja-parin turvaamista kattavasti kaikille. Siis koko väestölle.

Onko siis mahdollista löytää yksilöllisesti ne kansalaiset, jotka parhaiten hyötyvät kolmeportaisen prevention vaikuttavasta käytöstä niin, että heidän terveiden tai toimintakykyisten elinvuosiensa määrä kasvaa ja koko maan

elinajanodotteessa tapahtuu merkittävä parantuminen ja edellä kuvattujen erojen kaventumisineen?

On, mutta se vaatii määrätietoista täyskäännöstä ja tarkkaa, kansallisesti ohjattua uudistussuunnitelmaa.

Se vaatii siis myös merkittävää asennemuutosta päätöksenteossa, jotta kaikkien kansalaisten tavoittaminen sekä terveystarpeiden jatkuva seuraaminen digipalvelujen avulla tulee arkipäiväksi.

Suomen terveystaloudessa optimoivien ohjausmekanismien tunnistamiseen ja vuorovaikutukseen ei ole kiinnitetty riittävä huomiota. On uskottu rakenteiden ja itsehallinnon kyvykkyyteen ratkaista ongelmat.

Mainitut välttämättömät digiin tarvittavat työkalut ovat jo olemassa, mutta niiden korkealuokkainen yhteen nivominen niin, että ne saadaan kaikkien kansalaisten käyttöön (samaa tapaan kuten esim. eResepti) on vielä pahasti kesken, eikä sitä johda kunnolla kukaan.

Uudistussuunnitelman laadinta onkin nyt perustettava kansalaisten hyvän ja yhdenvertaisuusperiaatteen toteuttamiselle. Se on koko rakennelman kivijalka.

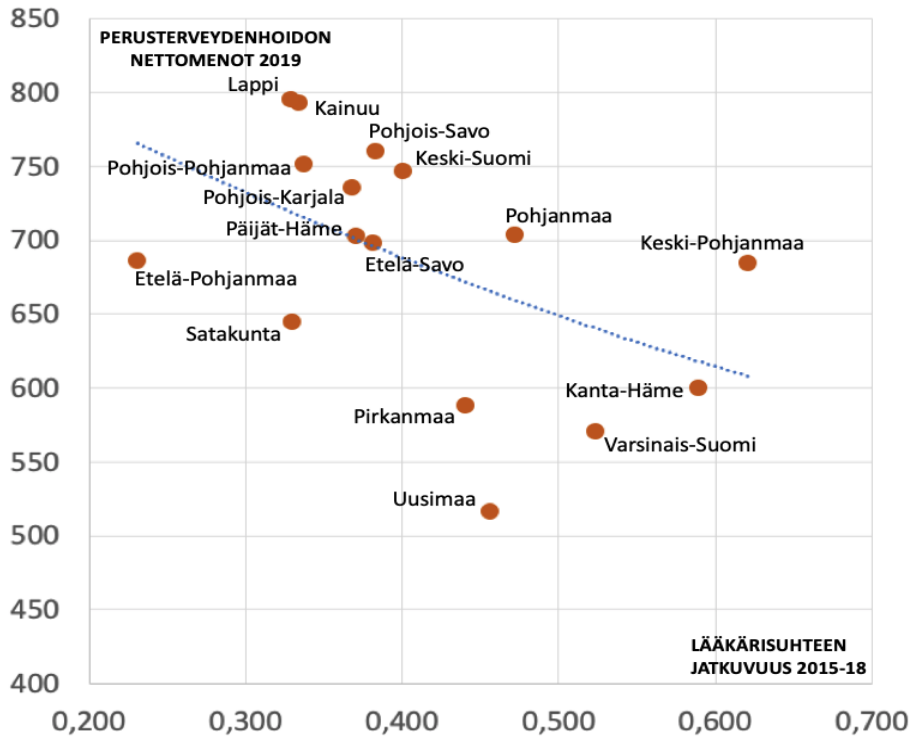
Vasta lopuksi voidaan kirjoittaa tarvittavat lait ja hallintoverkko, kun ensin on ymmärretty ja suunniteltu tarkkaan, miten nyt voimassa olevat yhdenvertaisuusesteet mm. saatavuudessa ja laadussa poistetaan sekä vähävaikutteiset tai epätaloudelliset rahoituspanostukset raivataan.

Kuten edellä on osoitettu, uusimman uudistussuunnitelman ydin on edelleen tällä haavaa hallinnon järjestämisessä hallintohimmelin avulla. Se on väärä etenemisjärjestys.

5.1 Lääkärisuhteen jatkuvuudella on taloudellista merkitystä

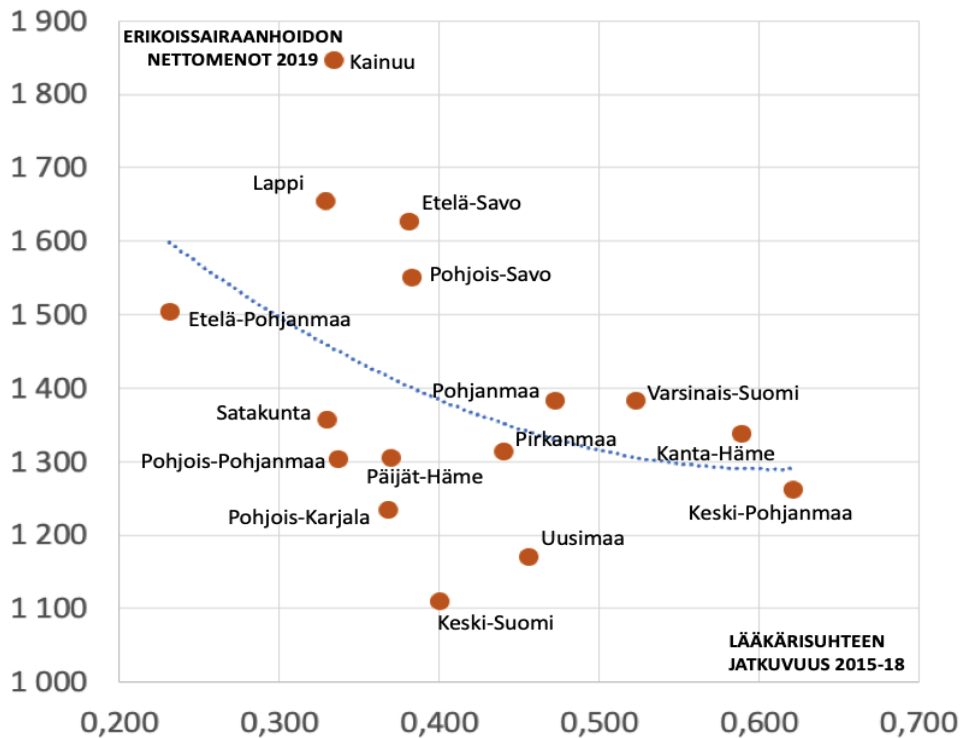
Kuten **kuvasta 13** selviää, lääkärisuhteen jatkuvuudella saattaa olla korreloiva merkitys perusterveydenhuollon nettomenoihin.⁴ Sama trendi näyttäisi vallitsevan myös erikoissairaanhoidon menojen suhteen. **Kuva 14**

⁴ Suomela T, Linnosmaa I. Rekisteritietoa seurantaan: 65 vuotta täyttäneiden hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa. *S.Lääkärilehti* 2020;75;1691–1700.



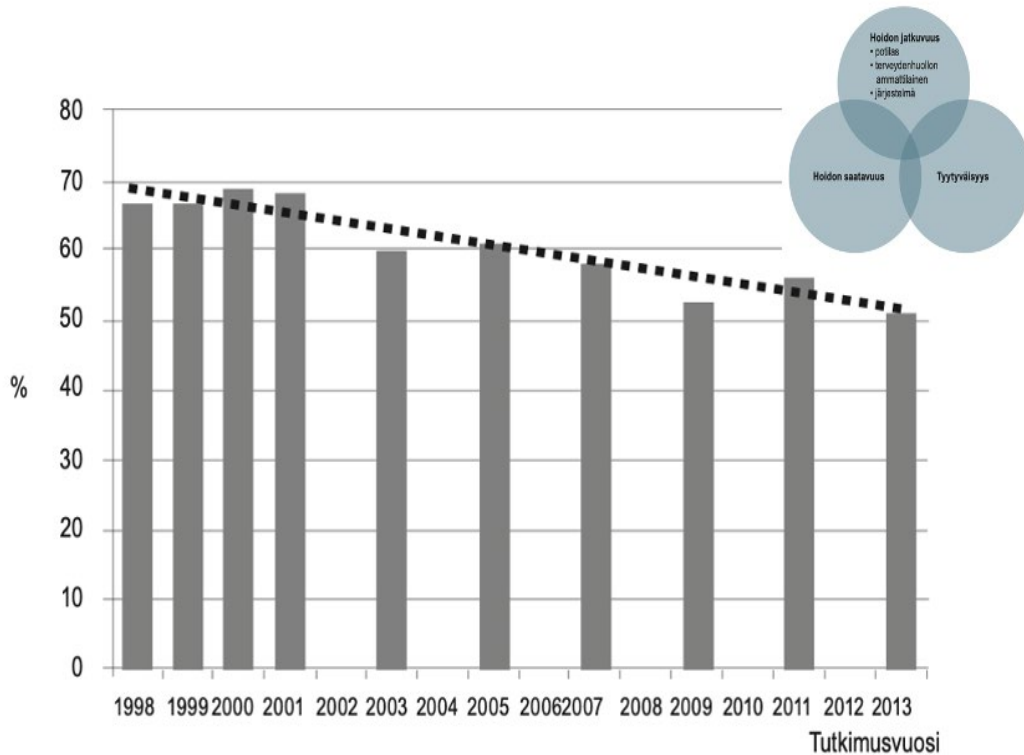
Kuva 13. Lääkärisuhteen jatkuvuuden vertailu perusterveydenhuollon nettomenoihin. Lähde: Suomela & Linnosmaa ja THL

Kuva 13.



Kuva 14. Lääkärisuhteen jatkuvuuden vertailu erikoissairaanhoidon nettomenoihin. Lähde: Suomela & Linnosmaa ja THL

Jatkeeksi on hyvä nostaa lisää sairaanhoitopiirejä koskevaa vertailutietoa. **Kuva 15** on Risto Raivion väitöstutkimuksesta.⁵ Hän osoitti v. 2016, että jatkuvuuden prosenttiosuudet ja kehityssuunta olivat ajanjaksolla 1998–2013 alenevat. Samalla hän kiinnitti huomiota jatkuvuuden, saatavuuden ja tyytyväisyyden korrelaatioon, jotta kokonaisuus hahmottuisi.



Kuva 15. Lääkärissäkäyntien jatkuvuuden alenema 1998–2013

5.2 Miksi Suomessa ei ole omalääkärijärjestelmää?

Kannattaa palata ajassa taaksepäin ja antaa asian eri vaiheisiin perehtyneen ex-kansliapäällikkö Kari Puron vastata. (Haastattelu *Talouselämä*-lehdessä lokakuussa 2020).

”Tämä on mennyt aivan pieleen ja tuloksena on täysi katastrofi.

Jos asiat olisivat menneet toisella tavoin muutama vuosikymmen sitten, Suomessakin voisi olla toimiva ja kokonaisedullinen omalääkärijärjestelmä. Sellainen on esimerkiksi Isossa-Britanniassa, Tanskassa, Virossa ja lukuisissa muissa maissa Euroopassa.

Silkkaa typeryyttä. Muutaman vuosikymmenen takaisten omalääkärikokeilujen tulokset olivat erinomaisia. Järjestelmän laajentaminen tyssäsi kuitenkin työmarkkinaosapuolien kyvyttömyyteen sopia lääkäreiden palkanmaksuperusteista. Vastakkain olivat

⁵ Raivio R. Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa. *Acta U Tampereensis*/nro 2189, 2016; 93 s.

Lääkäriliitto ja kunnallinen työmarkkinalaitos, nykyinen Kuntatyönantajat.

Järjestelmän hienous on, että se kannustaa lääkäreitä hoitamaan potilaita ennalta ehkäisevästi. Asiakas hyötyy, koska lääkäriin pääsee nopeasti.

Lopullinen niitti omalääkärimallille oli valtiosuusjärjestelmän muutos 1993, joka käytännössä lopetti valtion ohjauksen kunnissa. Se oli kuolinisku. Tavoitteena oli kuntien itsemääräämisoikeuden ja kustannusvastuun lisääminen. Kun kunnat saivat käyttöönsä ”könttäsumman”, ne perustivat lääkärivirkoja lähinnä sairaaloihin. Seurauksena perusterveydenhuollon palvelujen huono saatavuus.

Suomessa perusterveydenhoidossa on laskutavan mukaan kaksi tai kolme rinnakkaista järjestelmää. Työssä käyvät hoitaa työterveys. Eläkeläiset, lapset, työttömät ja muut työelämän ulkopuolella olevat turvautuvat terveyskeskukseen. Varakkaat hoidattavat vaivansa yksityisillä lääkäreillä.

Kun perusterveydenhoito ei toimi, ihmisiä jää hoitamatta, vaivat pahenevat ja lopulta sairaut kaatuvat erikoissairaanhoidon päälle. Nykyinen malli tulee lopulta erittäin kalliiksi.

On olemassa selvää näyttöä, että omalääkärimalli alentaa terveydenhuollon kokonaishintaa. Kasvava eläkeläisväestö hyötyisi hänen mukaansa omalääkärimallista. Tutun lääkärin luona aika ei kulu perustietojen kertaukseen, vaan hoitoon tulisi jatkuvuutta ja ennaltaehkäisevyyttä”.

Tilanne on Puron mukaan kiinni valtion kyvystä tehdä järkeviä päätöksiä.

”Jos valtio on viisas, se palauttaa voimavaroja omalääkärimallille.”

Puro on oikeassa. Ajatushan on toki noussut keskusteluun määräväleihin.

Kivalo pyrki lääkintöhallituksen pääjohtajana saamaan järjestelmän käyttöön jo 78–83. Pirkko Työläjärvi nosti asian ministerinä uudelleen esiin, mutta sekään ei tuonut tulosta.

Viimeksi Brommelsin työryhmän ”omatiimi-ratkaisu” kuivui kasaan Sipilän hallituksen rattaissa.

Kysymykseen siitä, onko valtiolla kykyä tehdä päätöksiä, palaamme julkaisun loppuosassa. Tämän julkaisun loppuluvuissa esitellään terveydenhuoltomme tarvitsemat muutokset ja ratkaisumallit luettelona. Siinä yhteydessä käsitellään tässäkin nyt esiin nousseet asiat, koska niihin tarvitaan kansallisen tason ratkaisut.

5.3 Esimerkkinä Turun omalääkärikokeilu

Eräs niistä kunnista, jotka kokeilivat omalääkärikäytäntöä, oli Turku vuonna 1987.⁶

Kokeilu toteutettiin siinä vaiheessa, kun Kunnallinen sopimusvaltuuskunta oli jo tehnyt päätöksen Lääkäriliiton kanssa omalääkäriin palkkausrakenteesta, joka poikkesi muiden terveyskeskuslääkärien palkkauksesta. Viiteen lääkäriin sovellettiin tätä mallia. (Malli 2) Mutta Turun malli oli vielä toisessakin suhteessa ainutlaatuinen maan muihin kokeiluihin verrattuna: kokeiluun osallistui myös neljä yksityistä sopimuslääkäriä Kansaneläkelaitoksen rahoittamina. (Malli 3). Muut kokeilulääkärit noudattivat normaalia virkaehtosopimusta (Malli 1).

Kokeiluun osallistuneiden lääkäreiden asukasmäärät (listat) olivat kokeilun alkaessa keskimäärin:

- *malli 1: 2 117 asukasta*
- *malli 2: 2 433 asukasta ja*
- *malli 3: 2 453 asukasta*

Turun kokemukset olivat hyvin rohkaisevia: 70 % omalääkäripalvelukyselyyn vastanneista katsoi, että järjestelmä antaa turvallisuutta ja jonotustilanne parani dramaattisesti. Ennen kokeilua jonot olivat 1–2 viikon mittaisia. Malli 1:n lääkäreiden jonot supistuivat vähiten, keskimäärin 5,5 vrk:een, malli 2:n lääkäreille 2,7 vrk:een, mutta malli 3:n lääkäreille pääsi aina samana tai seuraavana päivänä koko kokeilun ajan.

Turun luopumiseen järjestelmän kehittämistä vaikuttivat poliittiset erimielisyydet ja se, että malli 3 jatkamiselle ei löytynyt jatkorahoitusta.

Valtakunnallisesti omalääkärijärjestelmästä luovuttiin, vaikka se vähensi mm. potilaiden hakeutumista päivystykseen.^{7,8} Sirpaleisessa kuntakentässä ei löytynyt yhtenäistä tahtoa, eikä sen paremmin ministeriö kuin kuntatyönantajakaan löytänyt yhteisymmärrystä toiminnan ulottamisesta kansalliseksi ratkaisuksi.

5.4 Huomioita terveyskeskuslääkäriin työn muutoksista ja luonteesta, kun omalääkärijärjestelmää ei ole otettu käyttöön

Suomessa ei siis ole omalääkärijärjestelmää, koska poliittinen tahto puuttuu, eikä ehdoista päättävä valtioneuvostosta erillinen Kuntatyönantaja ole katsonut kehittämistä tarpeelliseksi.

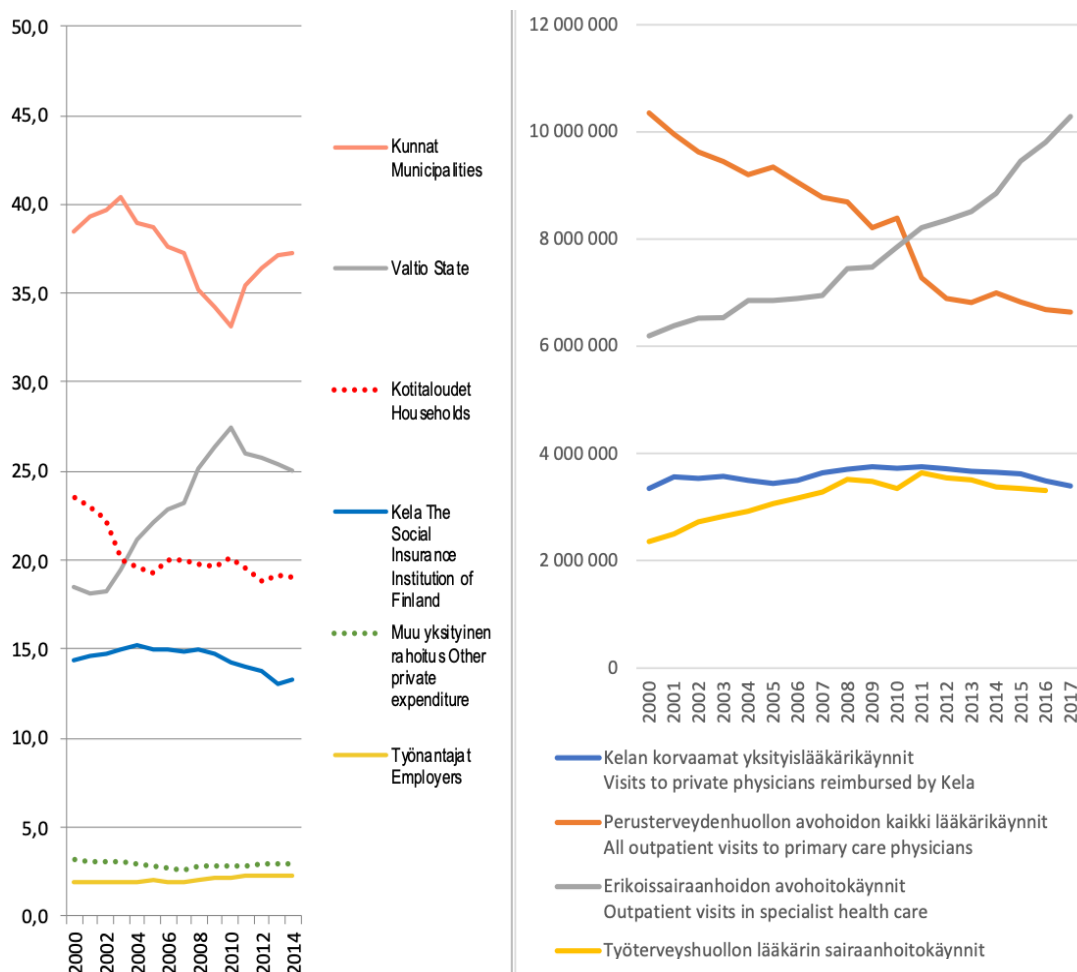
⁶ Parvinen I, Kosonen P. Turun omalääkärikokeilu. Käyttäjien mielipiteitä vuoden kokemusten jälkeen. Turun kaupungin terveydenhuollon julkaisuja n:o 6.1987

⁷ Kannisto K(1991): Suuren kaupungin terveyskeskuksen päivystysaseman toiminta. Acta universitatis Tamperensis 315.

⁸ Vehviläinen A, Kumpusalo E, Kivelä S-L ja Takala J. Lähetteen terveyskeskuksista erikoissairaanhoidon ennen valtiosuusuudistusta ja sen jälkeen. S.Lääkäril;1999; 54:1579–1583

Näin ollen maahamme ei ole haluttu perusterveydenhuollon osaksi omalääkärijärjestelmää. Niin päättäjät ovat asian ratkaisseet. Useimmissa maissa sellainen on, ja siitä halutaan pitää kiinni.

Perustavanlaatuinen oivallus puuttuu. Ei ole ymmärretty, että omalääkäritoiminta olisi tarpeellinen yhdenvertaisuutta lisäävä kansalaiskeskeinen palvelu, eikä mitenkään ensisijaisesti lääkärikeskeinen palvelujärjestelmä. Millaiseksi lääkärin työn kokonaisuus on terveydenhuollossamme tämän linjauksen, eli omalääkärimallin käyttöön ottamattomuuden myötä muotoutunut, käy ilmi **kuvasta 16**.

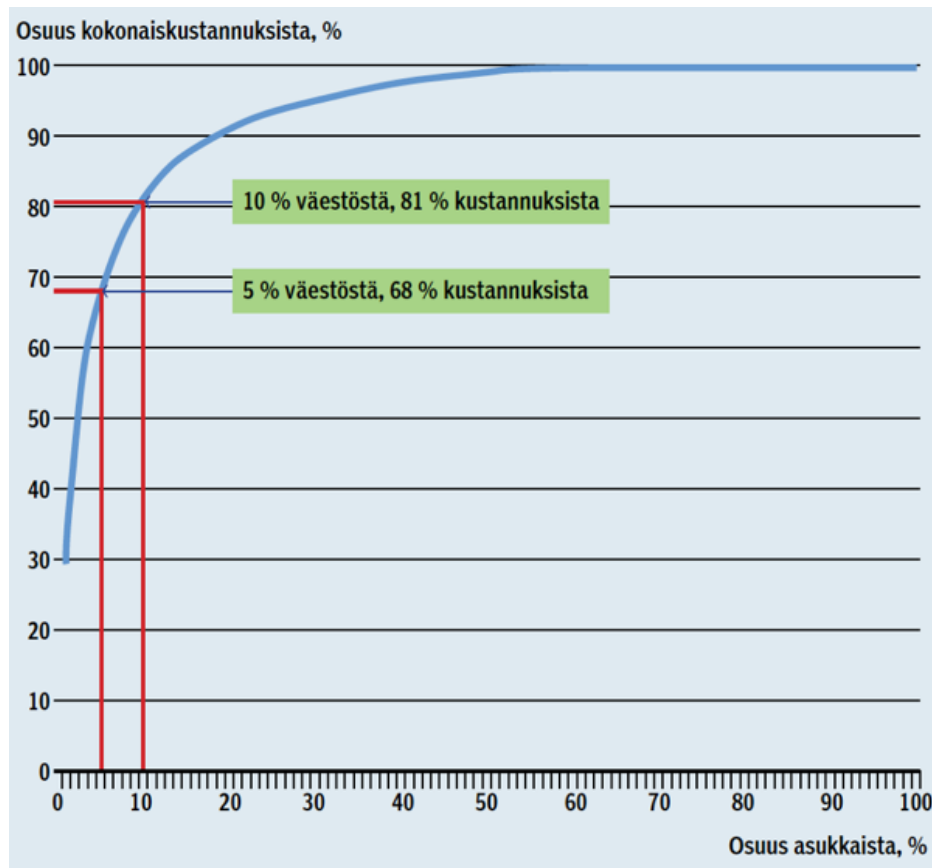


Kuva 16. Kokonaisrahoitusmuutosten esittely lääkärissäkäyntimuutosten rinnalla. Lähde: THL

Kuvassa 16 näkyy oleellisia muutoksia sekä lääkärin työn kokonaisuudessa että rahoituksen kohdentumisessa.

Oleellisinta on, että terveyskeskuksen lääkärikäyntien vähentyminen on korvattu sairaaloiden erikoislääkäripoliklinikakäynneillä. Terveyskeskuslääkärit reivaavat omaa työtään tekemällä lisää lähetteitä, koska heidän vastaanotoilleen tulee toisaalta jatkuvasti yhä vanhempia ja monisairaampia potilaita, joista ns. suurkuluttajat käyttävät heidän vastaanottokapasiteetistaan leijonan osan.

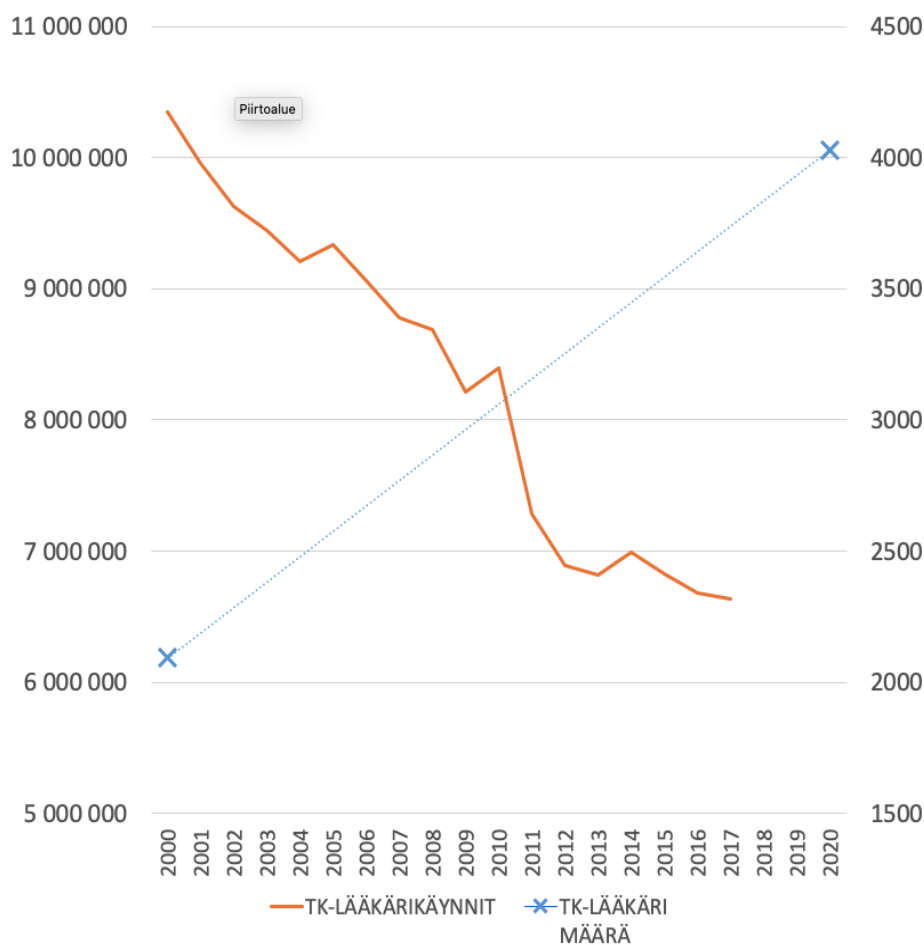
Tästä antoi selkeän viitteen jo v. 2011 Oulussa tehty selvitys, joka osoitti, että 10 % asukkaista kerryttää 81 % kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaiskustannuksista.⁹ **Kuva 17**



Kuva 17. Suurkuluttajien osuus sosiaali- ja terveystoimista Oulussa (2011)

Tämä efekti on pahenemassa ja sen seurauksena terveyskeskuslääkärien vastaanottokäyntituottavuus on romahtanut parissa kymmenessä vuodessa kolmasosaan. **Kuva 18**

⁹ Leskelä R-L, Komssi V, Sandström S, Pikkujämsä S, Haverinen A, Olli S-L, Ylitalo-Katajisto K. Paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävät asukkaat Oulussa. S.Lääkärilehti 2013;68:3163–9.



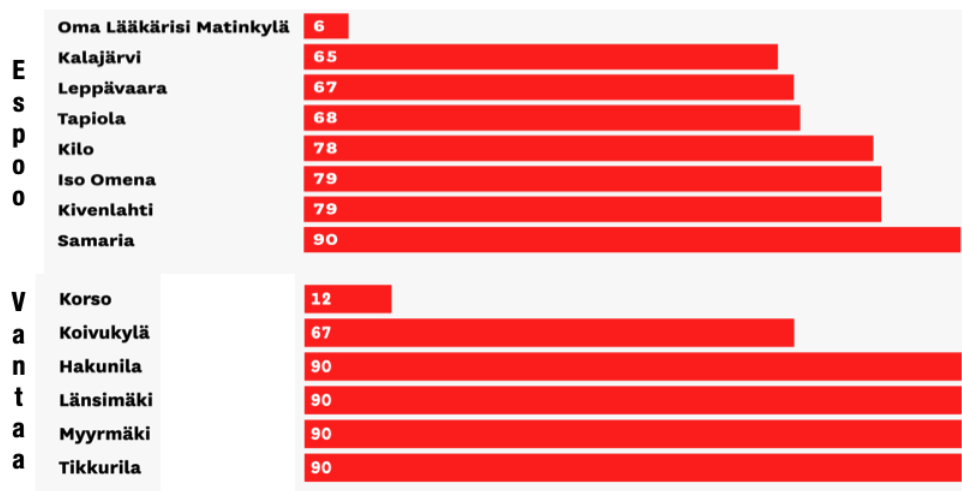
Kuva 18. Terveyskeskuslääkärien määrän (oikean reunan seliteluvut) ja terveyskeskuslääkärien vastaanottokäyntien määrän (käynnejä/lääkäri oikea reuna ja kokonaismäärä vasen reuna) muutos 2000–2020. Lähde: Lääkäriliitto ja THL

Se olisi laskenut vieläkin enemmän, elleivät he tekisi näiden suurkuluttajien lisäksi työtä päivystysvuoroissa, jolloin varsinkin kaupungeissa näkevät useimmiten päivystyspotilaan vain kerran. Tätä kutsutaan päivystyksen pyöröovijärjestelmäksi. Omalääkärimallissa tällaista järjestelmää ei synny.

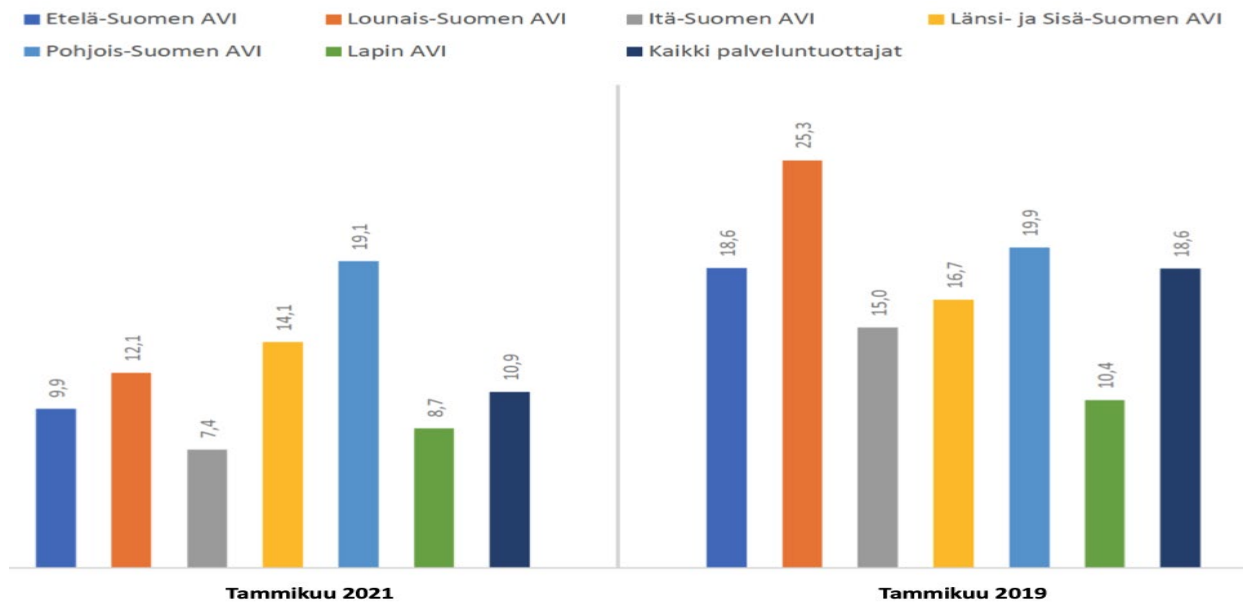
Monikanavarahoituksen seuranta osoittaa puolestaan kuvassa 18, että valtio on korottanut osuuksiaan vuoteen 2010 saakka, mutta kun ne sen jälkeen suhteellisesti vähenivät, kunnat joutuivat korottamaan omaa osuuttaan ja tämä trendi ajoi lopulta monet kunnat sellaiseen talousahdinkoon, että maakuntamalliin siirtymisen kannatus alkoi kunnissakin lisääntyä.

Kaiken tämän seurauksena terveyskeskuslääkärien vastaanotolle jonottaminen on samaan aikaan saavuttanut sellaiset mittasuhteet, jonka vertaisia ei muissa EU-maissa ole. **Kuvat 19 ja 20.**

Koronapandemia on näitä jonotusaikoja jopa lyhentänyt, kun tilannetta verrataan kaksi vuotta aikaisempaan tilanteeseen. Kansalaiset eivät ole halunneet hakeutua vastaanotoille terveyskeskuksiin samassa määrin kuin ennen koronaa.



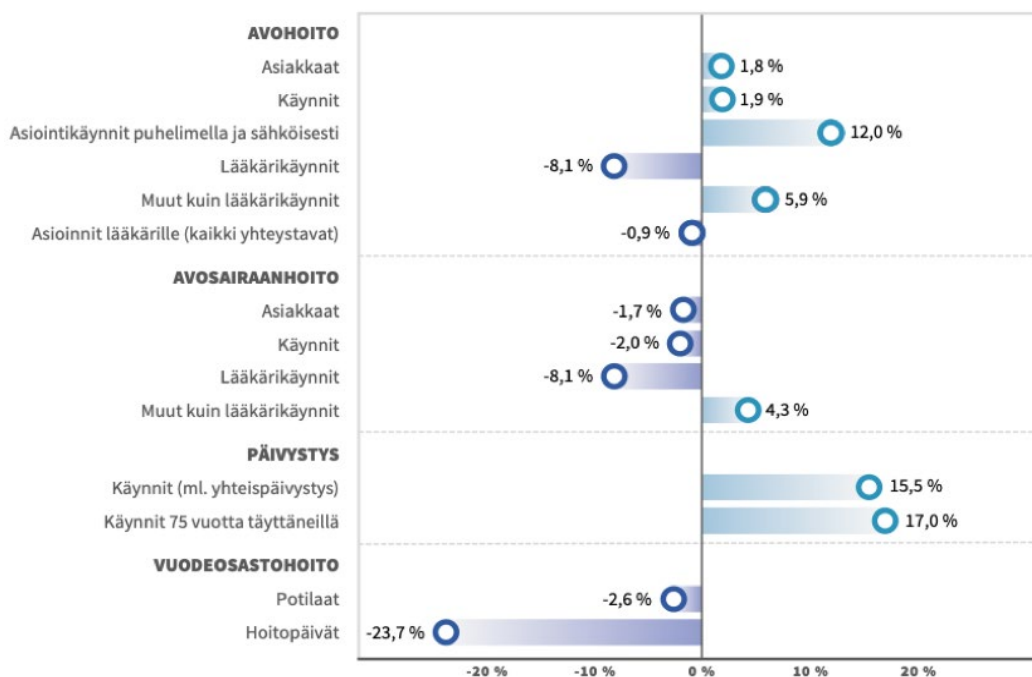
Kuva 19. Terveyskeskuslääkärille yli 30 vrk jonottaneiden prosentiosuus. (Lähde: THL)



Kuva 20. Espoon ja Vantaan kiireettömien potilaiden odotusajat eri terveysasemille (2020)
Lähde: Espoon ja Vantaan kaupungit

Kuvaan 21 on koottu numeroina kokonaisuus niistä muutoksista, joita terveyskeskuksissa on tapahtunut vuodesta 2015 vuoteen 2018. Tämä muutosten vyöry on edelleen käynnissä, mutta koronapandemian vuoksi jonkinlaisessa 'välivaiheessa'.

Kehittämisen pitää tapahtua kansalaisesta valtioon päin. Lähtökulma pitää palauttaa näin päin tapahtuvaksi esim. palvelun jatkuvuuden turvaamisen avulla. Johtopäätöksenä on siis suunnan muutos.



Kuva 21. Perusterveydenhuollon palvelujen käytön prosentuaalinen muutos vuodesta 2015 vuoteen 2018. Lähde: THL, Tiedosta arviointiin

5.5 Tulevaisuuden näköala

Palaan tässä kansalaiskeskeisyyden pohdinnassa omalääkäriajatteluun eli siihen, että jokaisella kansalaisella olisi käytössään asiantuntija-apua ohjaukseen ja valintojen tekemiseen sekä perushoitoon ja diagnostiikkaan. Ajankohtaistilanteen selkiyttämiseksi seuraavassa on kopioituja tietoja Kuntamaisema Oy:n raportista, jonka Raahe oli laittanut nettiin julkisesti nähtäväksi. Raportissa on monipuolisesti vertailtu eri kuntien ja kuntayhtymien terveystilastolukuja. Kaikista asioista ei ole saatu kaikkien vertailukuntien tai kuntayhtymien tietoja. Myös tässä esimerkkitapauksessa vertailuluvut on saatu vain osasta kuntia, mutta ne puhuvat silti puolestaan. **Kuva 22.**

Tässä on

- Ikaalisten
- Kalajoen
- Kallion (= Alavieska, Nivala, Sievi ja Ylivieska)
- Kemin
- Pyhäjoen
- Raahen
- Rashky:n (= Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymä eli Raahe, Pyhäjoki ja Siikajoki)
- Siikajoen
- Sodankylän
- Uudenkaupungin ja
- Ylä-Savon (Iisalmi, Kiuruvesi, Sonkajärvi ja Vieremä) tietoja

Näin on koottu laaja ja monipuolinen maantieteellinen vertailu. Osa tiedoista on vuodelta 2016 ja osa 2017.

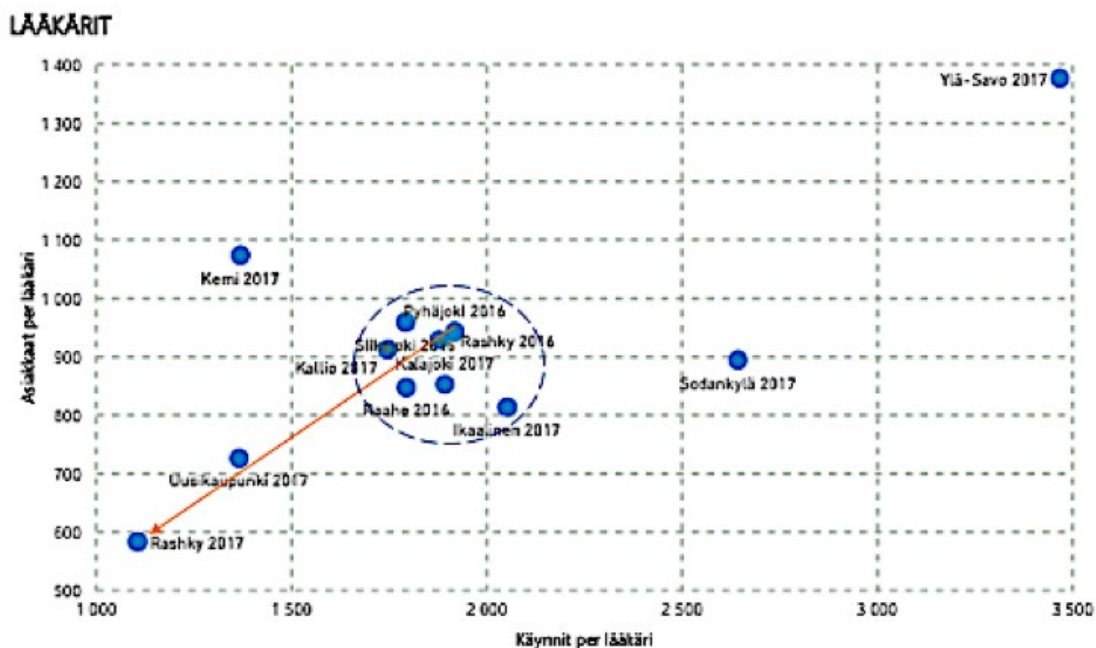
'Perusryppäessä' (rengastettu) asiakkaita per lääkäri/vuosi on ollut 800–1000. Keskimäärin siis n. 900. Sodankylässäkin sama määrä, mutta käyntejä vähän enemmän.

Raahen seudun kuntayhtymässä on saattanut olla lääkäripula 2017, koska siellä on silloin kertynyt vain 600 asiakasta per lääkäri. Uudessakaupungissakin vain 700, Kemissä 1050. Ylä-Savossa on ainoana asiakasmäärä ollut korkeampi eli 1400!

Vaaka-akselilla näkyy käyntien määrä. (Kuva 22)

Kun näitä lukuja vertailee Turun omalääkärikokeilun lukuihin 20 vuotta aikaisemmin, niin silloin ammatinharjoittajamallilla (malli 3) listan pituus oli 2453 asukasta ja vastaanotolle pääsi aina samana tai seuraavana päivänä, koska kiinteitä työaikarajoitetta ei ollut. Jo silloin kunnallisen kokeiluvirkaehtosopimuksen mukaiset lääkärit (malli 1) suostuivat ottamaan keskimäärin vain 2117 asukkaan pituisen listan, ja silti jononmuodostus jäi keskimäärin 5,5 vrk:n mittaiseksi koko kokeilun ajan.

On hyvin mahdollista ja jopa todennäköistä, että kuvan 19 trendi jatkuu, mikäli 1000 uutta terveyskeskuslääkärinä saadaan esim. vuoteen 2027–30 mennessä ja silloin käyntien lääkärikohtainen keskimäärä saattaa olla lähempänä 1600 käyntiä vuodessa ja yhden terveyskeskuslääkärin vuotuinen asiakasmäärä n. 800 asiakasta. Jos näin käy, tuottavuuden laskun jatkuminen merkitsee jonotomuuden tavoitteen murentumista. Tällaista kehitystä saattaa vauhdittaa myös nyt säädetyn lain perusteluissa mainittu oleva kirjaus siitä, että kaikki tutkimukseen ja kehittämiseen käytetty työaika lasketaan kokonaisuudessaan osaksi perustyöaikaa. (Ks. edellä kappale 3.1.1) Tämä kirjaus saattaa osaltaan johtaa lääkärin viikoittaisen potilastyöhön käytetyn ajan vähenemiseen.



Kuva 22. Terveyskeskuslääkärin vuotuiset lääkärikohtaiset asiakas- ja käyntimäärät yhdessätoista terveyskeskuksessa 2016-17

6 TILANNEKUVAA PITÄÄ JATKUVASTI TÄYDENTÄÄ

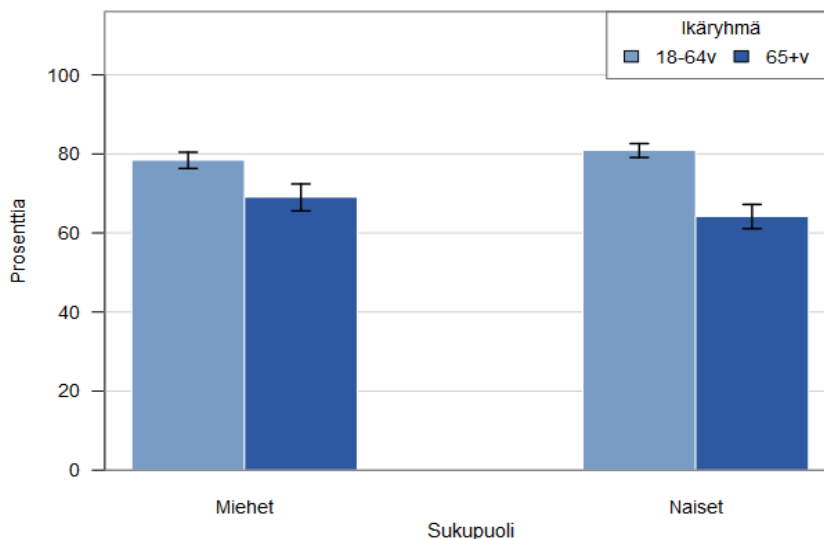
Tässä julkaisussa onnistumisen pääasiallisena mittarina käytetään elinajan-odotetta ja sen jakautumista. Mutta kuten edellä on käynyt ilmi, myös sen osatekijät eli primaari-, sekundaari-, ja tertiaaripreventiomenetelmät pitää tuntea. Tämä tarkoittaa sitä, että toimenpiteiden ja tuotannon vaikuttavuusperustaa pitää osata ja osata arvioida. Mitkä asiat ovat vaikuttavuusketjussa arvokkaita ja mitkä eivät. Mittauksia pitää monipuolistaa yhdenvertaisuusmittauksiin, laaduntarkkailuun, tuotanto- ja kattavuusanalyysiin sekä rahoituksen ohjauksen laadukkuuteen.

Yhteen vedettynä on kyse siitä, että vaikuttavuusperustaiseen mittaus- ja hallintatapaan ei vielä ole siirrytty. Kun se polku valitaan, onnistumisen mittaaminen olisi selvästi monipuolisempaa ja pidemmällä kuin tällä hetkellä. Siksi tällaiselle polulle pitää siirtyminen on tulevaisuudessa välttämätöntä.

6.1 Laatuarvot määrääarvioiden rinnalle tulevaisuudessa

Elämän määrän mittausten rinnalle tarvitaan siis tulevina vuosina myös laadukkaiden elinvuosien analyysija (QALY). Nyt niihin kohdistuvaa tutkimus- ja seurantaperinnettä ei laajamittaisesti vielä ole, joten sen luomiseen pitää vastaisuudessa ryhtyä määrätietoisesti investoimaan.

Malliksi tästä voi nostaa **kuvan 23** THL:n FinTerveys 2017 tutkimuksesta esimerkiksi siitä, millaisesta lähtökohdasta eri sukupuolet ja ikäryhmät maassamme ponnistavat.

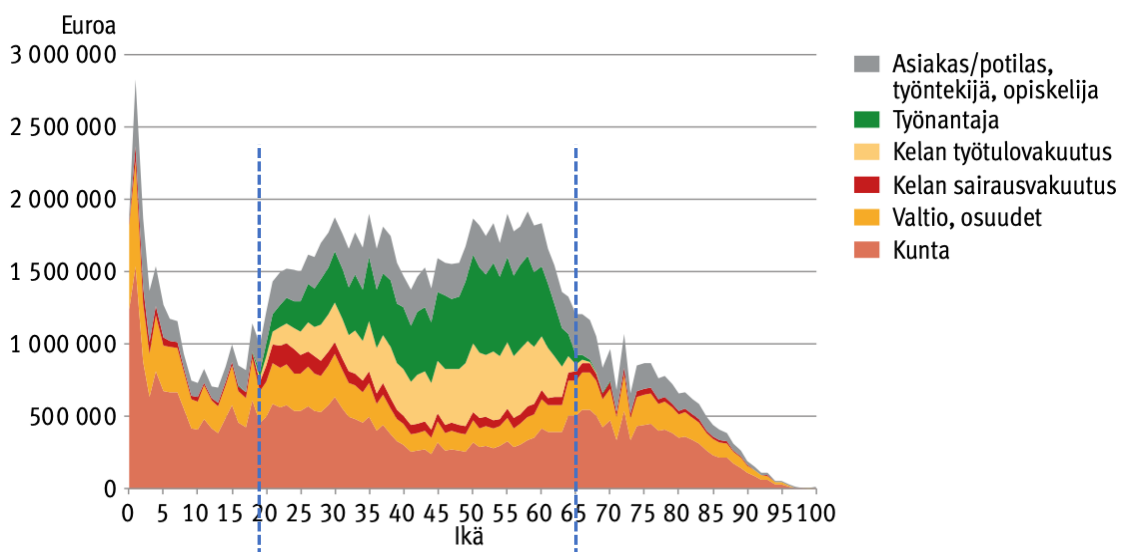


Koko tilannekuvan monipuolistamista tukemaan olen seuraavaksi kerännyt joitakin sen täydentämiseen sopivia nostoja.

6.2 Eri väestöryhmien perusterveydenhuollon palvelut ja rahoitus on järjestetty aivan eri tavoin

Edellä tarkasteltiin terveyskeskuslääkärien roolia lääkäripalvelujen kokonaisuudessa. Sitä on hyvä täydentää, tilannekuvan selkiyttämisen ja monipuolistamisen vuoksi rahoituksen kohdistumista käsittelevällä kuvaparilla (**kuvat 24 ja 25**).¹⁰

Kuvat ovat jo kahdeksan vuotta vanhoja, mutta sanomaltaan edelleen aivan ajankohtaisia, koska mitään rakennemuutosta ei ole tapahtunut.



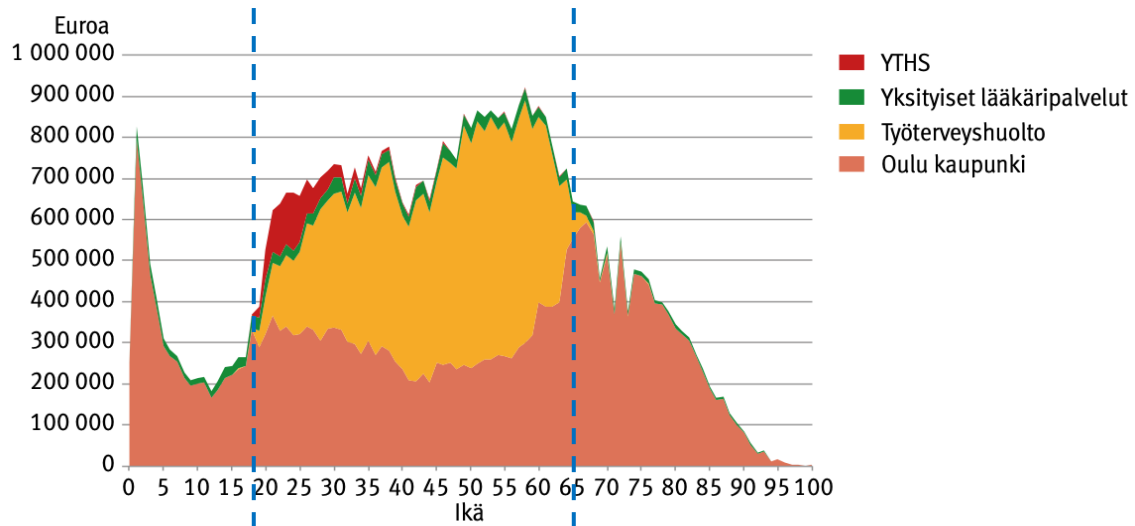
^aEi sisällä suun terveydenhoitoa.

Kuva 24. Neljän perusterveydenhuoltotasaisen avoterveydenhuollon palvelukanavan ikäryhmit-täisten kustannusten rahoittajat Oulussa vuonna 2013.^a (Lähde = KEELA)

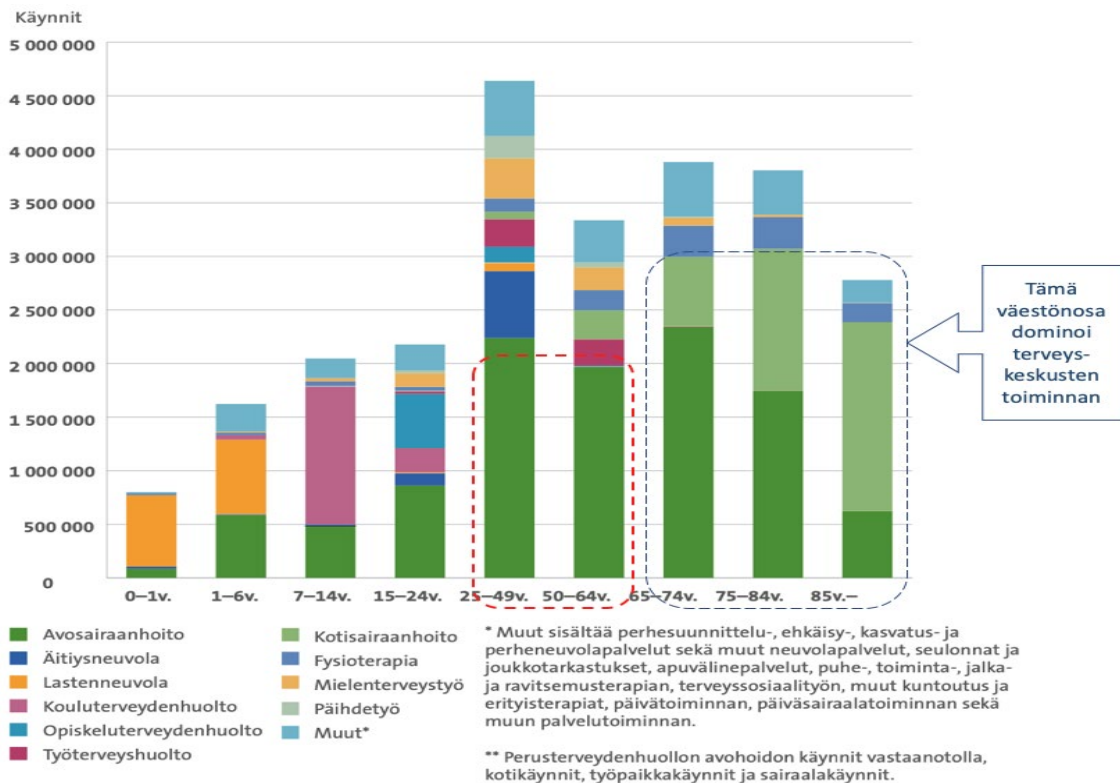
Kuva 24 osoittaa, että esimerkitapauksessa suurin rahoittaja 20–65-vuotiaiden osalta on työnantaja, kun otetaan huomioon, että se maksaa myös Kelan työtulovakuutuksesta suurimman osan. Yksityissektorin käytöstä johtuen tässä ryhmässä asiakasmaksujen suuruus on merkittävä tekijä. Kunnan ja valtion, lasten, kouluikäisten ja eläkkeelle siirtyneiden kansalaisten rahoitusrakenne on aivan toisenlainen. Tästä kuvasta on helppo hahmottaa, miten rahoitusrakenne muuttuu, kun ikääntyneiden määrä kaksinkertaistuu.

Myös käyntien rahoituskuva (kuva 25) on edellisen kuvan kanssa perussanomaltaan yhtäläinen elämänkaaren eri vaiheissa.

¹⁰ Hujanen T. Monikanavarahoituksen ongelma terveydenhuollossa. Esimerkkejä perusterveydenhuoltotasoisesta vastaanottoiminnasta KEELA 2019 225 s.



Kuva 25. Perusterveydenhuoltotasaisen avosairaanhoidon yleislääkärin ja hoitajien vastaan-otto-toiminnan kustannukset (€) palvelukanavittain ja ikäryhmittäin Oulussa vuonna 2013. Lähde: KELA

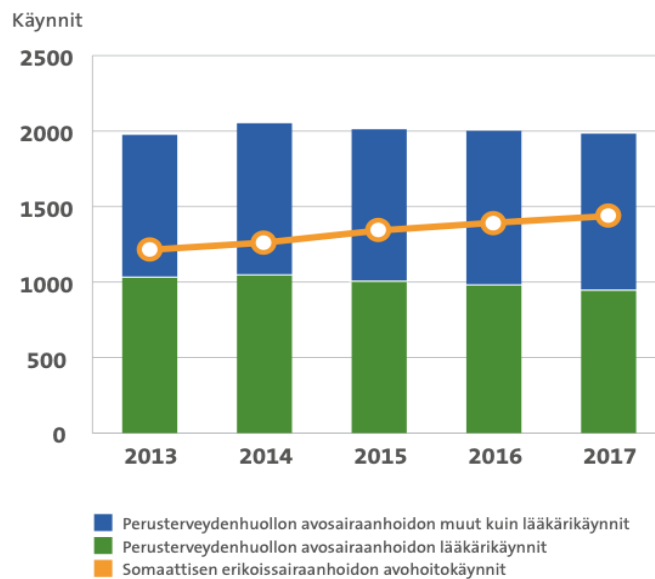


Kuva 26. Terveyskeskuksenavohoidon käyntien jakauma v 2017. Lähde: THL, asiantuntijaryhmä

Näiden tietojen rinnalle on valaisevaa nostaa terveyskeskusten käyntikirjo.
Kuva 26

Kuvan 25 punaisella katkoviivalla merkittyjen käyntien kokonaismäärä on n. 4 milj. käyntiä, joista valtaosa on käyntejä hoitajan tai fysioterapeutin luona

rokotukset, tikkien poistot, mittaukset, kuntoutuskäynnit ym.). Näin lääkärikäynntejä on näistä arviolta n. puolet (ks. myös kuva 27).



Kuva 27. Terveyskeskusten avosairaanhoidon ja somaattisen erikoissairaanhoidon avohoito-käynnit 20013–17 tuhatta asukasta kohden. Lähde THL, Päätösten tueksi 2/2019

Kun tämä käyntimäärätieto yhdistetään kuvan 22 tietoihin, syntyy näköala, jonka mukaan työikäisten terveyskeskuslääkärikäynneistä merkittävä osa selittyy päivystyskäynneillä, ajokorttilausuntokäynneillä tai työttömien ja sairauseläkkeellä olevien työikäisten käynneillä.

Kansalaisten näkökulmasta katsoen perustason hoitovastuu rahoituksineen on siis maassamme ikäryhmittäin jyrkästi jakautunutta.

Ollaanko jatkossa siis uudistamassa itse asiassa vain

- lasten ja koululaisten palveluja
- erikoissairaanhoidon hallintoa
- sekä asettamalla ympärivuorokautisen vanhainhoidon toimijoille henkilökunnan määrää koskeva uusi normi (= 0,7 hoitajaa hoidettavaa kohti)?

Tämäkö on uudistuksen ydin?

Todellisuudessa haasteena on nuoremman pään ja vanhemman pään kansalaiset, joiden keskinäisestä yhdenvertaisuudesta pitäisi pitää selvästi nykyistä parempaa huolta. Heidän terveiden tai toimintakykyisten elinvuosiensa määrää ja elämän laatua pitää pyrkiä lisäämään mahdollisimman vaikuttavasti ja taloudellisesti - siis arvoperustaisesti. Mutta yhtä lailla suuri haaste on palauttaa työikäisten palvelujen yhdenvertaisuus työllistymisasemasta riippumattomaksi.

Tästä aihealueesta ikääntyneiden osalta hyvä esimerkki on esim. se, että ympärivuorokautisen hoivan asumispalvelun kustannukset nousivat n. 12 % vuodesta 2015 vuoteen 2017, mutta niiden hinnat vaihtelivat samalla hyvin paljon. Kun ikäihmisten palvelujen kriteerit saattavat tämän lisäksi vaihdella

paljon maakunnan sisälläkin, saatikka maakuntien välillä, niin on todettava, että yhdenvertaista valtakunnallista hallintaa ei ole olemassa.

Nykyisin palvelun laatu ja tulokset eri kokoisissa ja erilaisessa talusasemassa olevien kuntien ja kuntayhtymien alueilla ovat niin erilaisia, että yhdenvertaisuusmahdollisuudet käytössä olevalla rahoitusmallilla ja rakenteilla menetetään jo vuosia sitten.

Kansalaisten tertiaaripreventioon keskittynyt toinen ja vielä merkittävämpi palvelijataso on erikoissairaanhoido. Myös sen hallintoa ja rahoitusta ollaan nyt uudistamassa. Se ei kuitenkaan ole samalla tavalla 'rikki' kuin perustaso, koska kaikki ikäluokat käyttävät samaa järjestelmää, mutta laatu- ja hintaerot sekä kokonaisvaikuttavuuden hallintamekanismin puute vaivaavat tätäkin palvelutasa.

6.3 Palvelujen yhdenvertaisuus toteutuu puutteellisesti - kansalaisiin kohdentuvaa palveluintegraatiota on tehostettava

THL:n tietoylijohtaja Pekka Rissanen on yksi terveystaloustieteen substanssiosaajista, jota on referoitu tätä tekstiosuutta kirjoitettaessa.¹¹

6.4 Saatavuus

Vaikka saatavuus kokonaisuutena on kohentunut useiden sote-palvelujen suhteen, alueellisesti yhdenvertainen saatavuus toteutuu puutteellisesti. Eri palveluissa on kuitenkin vaihtelua. Esimerkiksi äitiys- ja lastenneuvolapalvelut ja rokotusohjelma toteutuvat jokseenkin yhdenvertaisesti eri puolilla maata.

Perusterveydenhuollon saatavuudessa on huomattavia alueellisia eroja. Osittain erot johtuvat palvelujen rakenteellisista syistä, jotka johtuvat kunnallisten palvelunjärjestäjien päätöksistä.

Yhdenvertaisen saatavuuden ongelmien taustalla ovat esimerkiksi alueelliset erot perusterveydenhuollon lääkarityövoiman saatavuudessa. Lääkärimäärä 10 000 asukasta kohden vaihtelee 4,4–8 välillä, mutta suuri merkitys on myös sillä, miten työt järjestetään ja millaisia valmiuksia lääkäreillä on.

6.5 Palveluvajauksen riippuvuus rakenteesta

Perusterveydenhuollon palveluvajaus on omiaan lisäämään sairaalapalvelujen käyttöä ja kustannuksia.

¹¹ Rissanen P. *Sosiaali- ja terveyspalvelut Suomessa. Asiantuntija-arvio syyskuu 2018; THL Päätöksen tueksi 2/2019.*

Vanhuspalveluissa on maakuntien välillä huomattavia eroja hoivapalvelujen rakenteessa, ja vaikka laitosmuotoinen hoiva vähenee, avohoitopalvelujen osuus palvelutuotannosta vaihtelee edelleen huomattavasti alueittain.

Kansallisesti tavoiteltua hoivapalvelujen rakennetta ei ole saavutettu likimainkaan kaikkialla maassa. Lähes kaikkialla on kotiin tuotettujen palvelujen saatavuudessa ongelmia, erityisesti sellaisten vanhusten kohdalla, joiden palvelutarve ei ole vielä kasvanut suureksi.

6.5.1 Järjestämisintegraatio on eri asia kuin toiminnallinen integraatio

Maakuntien välillä on myös huomattavia hallinnollisen integraation eroja. Joissakin maakunnissa palveluja järjestäviä organisaatioita on vain yksi, mutta joissakin yli kaksikymmentä. Tämä vaikuttaa luonnollisesti myös toiminnallisen integraation kehittämiseen.

Esimerkiksi Etelä-Karjalan maakunnassa on yksi palveluja järjestävä organisaatio, Eksote, joka on pystynyt integroimaan toimintoja, ei vain hallinnollisesti, vaan myös kansalaiskeskeisesti eli toiminnallisesti. Maakunnan sote-menot ovat kasvaneet maltillisesti, ja ainakin viitteellisesti voidaan arvioida, että monipuolisemmin toteutettu integraatio on helpottanut kustannuspaineita.

6.5.2 Palveluintegraatiota voidaan ja pitää tehostaa

On selvää, että palvelujen integraatiota voidaan eri tavoin ja eri tasoilla tehostaa koko maassa vielä huomattavasti nykyisestä. Erityisen keskeistä on onnistuminen vanhojen ihmisten palvelujen yhteensovittamisessa niin, että lähipalvelut tukevat erilaisia tarkoituksenmukaisia asumis- ja hoivapalveluja mahdollisimman hyvin.

6.5.3 Erikoissairaanhoidon tuottavuutta voidaan parantaa paljon palvelutuotantoa kehittämällä

Erikoissairaanhoidon tuottavuutta voidaan niin ikään parantaa paljon. Sote-palvelujen menot vaihtelevat paljon maakuntien välillä. Asukaskohtaisten nettomenojen vaihtelu selittyy valtaosin väestön tarpeiden erilaisuudella. Kuitenkin myös tarvevakioidut menot vaihtelevat paljon, jolloin erot selittyvät lähinnä palvelutuotannosta johtuvista syistä.

Somaattisen erikoissairaanhoidon tuottavuudesta on käytettävissä vertailukelpoista tietoa.

Sairaaloiden ja alueiden väliset tuottavuuserot ovat huomattavia. Erikoissairaanhoidon osuus sote-menoista on lähes 40 %, joten nämä tuottavuuserot ovat rahoituksen riittävyyden kannalta merkittäviä.

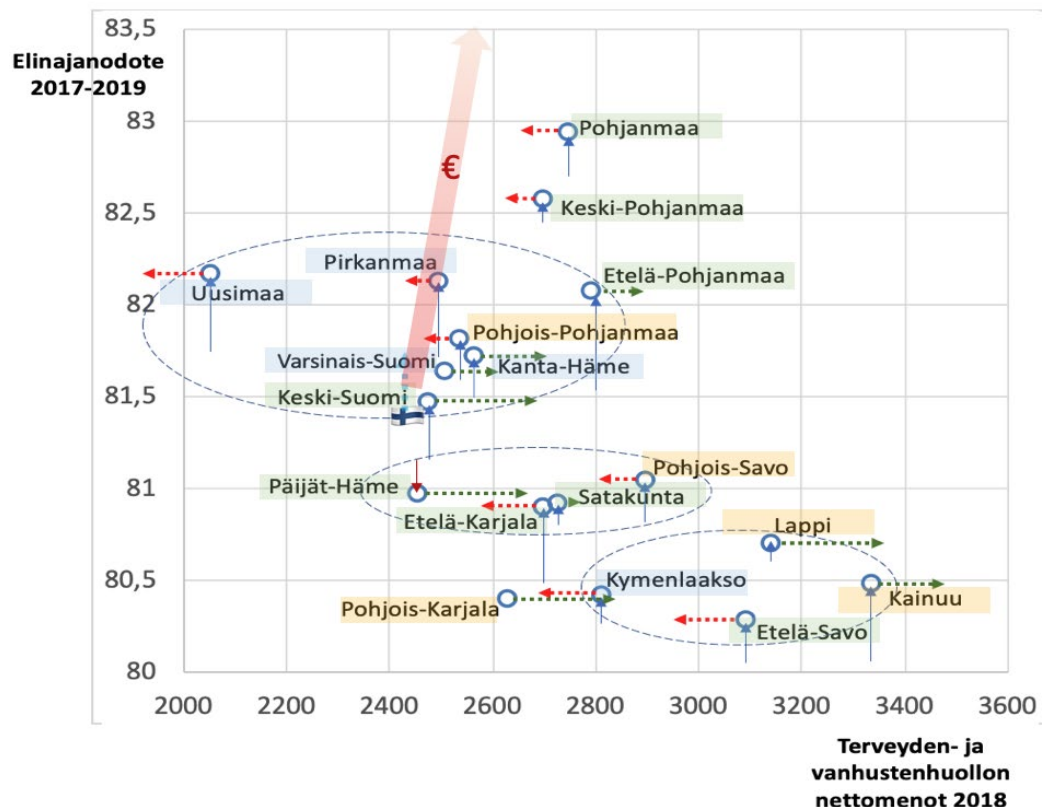
Erikoissairaanhoidon tuottavuutta parantamalla voitaisiin tuottaa enemmän sairaalapalveluja ilman, että voimavaroja olisi tarpeen lisätä. Näin sote-kustannusten kasvunopeus hidastuisi palvelutuotannon määrää vähentämättä.

6.6 Kohdentuuko suunniteltu lisärahoitus oikein?

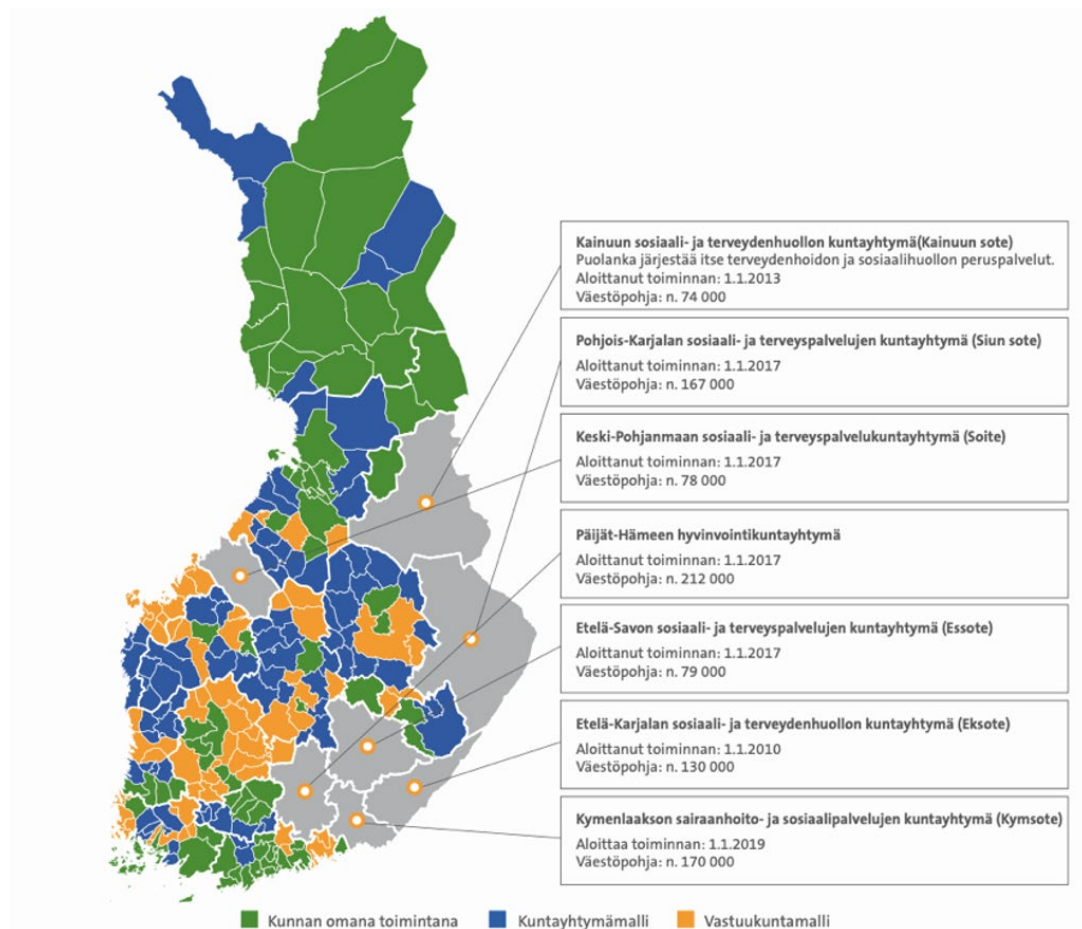
Tämä rahoitusmalli muuttaa maakuntakohtaista rahoitusta **kuvan 28** osoittamalla tavalla. Samaan kuvaan on sisällytetty myös maakuntakohtainen vuosien 2017–19 elinajanodote. Tulos näyttäytyy ristiriitaisena: Elinajanodotteeltaan heikoimmista maakunnista Etelä-Savolta, ja Kymenlaaksoilta vähennetään rahoitusta, mutta Pohjois-Karjalalle, Kainuulle ja Lapille sitä annetaan lisää.

Sama tilanne toistuu parhaiden elinajanodotteiden maakuntien kohdalla: Etelä-Pohjanmaalle annetaan rahaa lisää, kun taas Pohjanmaalta, Keski-Pohjanmaalta Pirkanmaalta sitä otetaan pois. Näin siitä huolimatta, että ne ovat tehneet monia muita maakuntia pienemmällä asukaskohtaisella rahoituksella hyvän elinajanodotetuloksen. (Sinisen pystyviivan pituus osoittaa, miten paljon elinajanodote on kasvanut vuosiin 2014–16 verrattuna.)

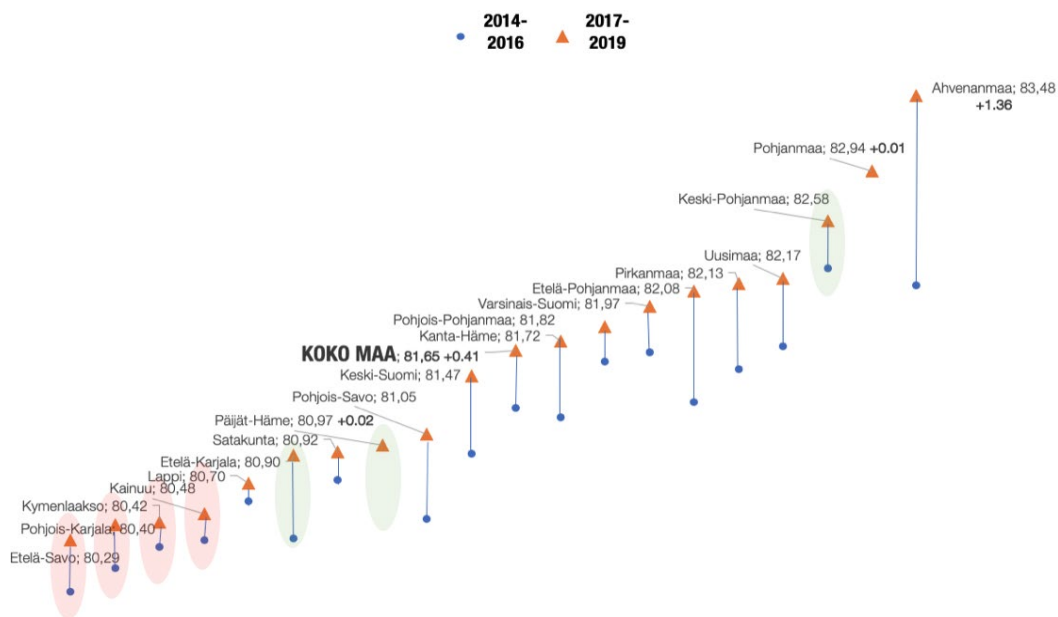
Ainoa maakunta, jossa elinajanodote on laskenut, on Päijät-Häme. Varsinais-Suomessa ja Pohjois-Karjalassa se on pysynyt muuttumattomana.



Seuraavalla kartalla (**kuva 29**) esitellään ne seitsemän maakuntaa, jotka ovat jo siirtyneet maakunnalliseen sote-järjestämiseen ja joissa tuotanto-organisaatiot on linkitetty. Ne ovat Essote, Siun sote, Kymsote, Kainuu, Eksote, Päijät-Häme ja Soite.



Ensimmäisenä nostona tarkastellaan maakuntien viimeaikaista menestymistä elinajan lisäämisen näkökulmasta **kuva 30**. Kuvaan on nuolen alle väritetyllä soikiolla merkitty nämä seitsemän yhdistämisen suorittanutta maakuntaa.



Kuva 30. Maakuntakohtaiset elinajanodotteen muutokset 2014–16 vs. 2017–19 sekä lisärahoituksen suunniteltu kohdentuminen (Suurimmat vähennykset = PUNAiset SOIKIOT ja suurimmat lisäykset = VIHREÄT SOIKIOT)

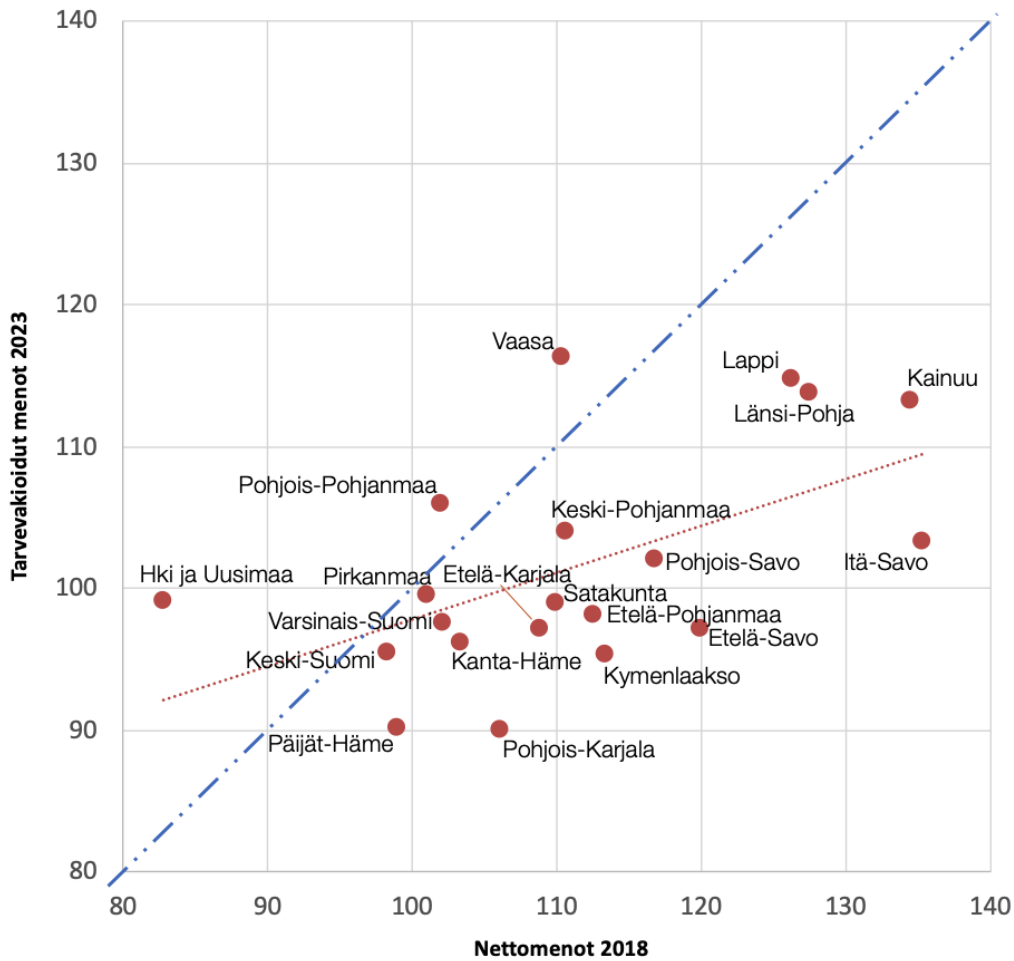
Heikoimmin näistä ovat elinajanodotteen nostamispyrkimyksissä pärjänneet Pohjanmaa ja Päijät-Häme, sillä niiden elinajanodote ei ole lainkaan noussut vuosien 2014–16 ja 2017–19 välisenä aikana. Itse elinajanodotteessa niiden välillä ero on selvä. Pohjanmaa on toiseksi korkein 82,94 vuoden odotteellaan ja Päijät-Häme kahdeksanneksi matalin luvulla 80,97.

Leimallista on se, että neljä alimman elinajanodotteen maakuntaa ovat kaikki uuden rahoitusjärjestelmän perusteella menettämässä nykyrahoitustaan. Siinä on miettimistä, vaikka on toisaalta selvää, että rahoituksen säätäminen ei ole ensisijainen menestysresepti, vaan vaikuttavuuden lisääminen. Etelä-Savon elinajanodote oli vuosina 2017–19 keskimäärin 80,29 vuotta. Se oli alin lukema.

Toinen omituisuus on se, että suurimman lisärahoituksen maakunnat löytyvät jatkumon eri päistä: Keski-Pohjanmaalla on kolmanneksi paras elinajanodote ja se saa lisää rahaa. Etelä-Karjalasta on paljon puhuttu mallimaakuntana, ja se onkin parantanut elinajanodotettaan hyvin. Se on kuitenkin edelleen kuudentenneksi alhaisin lukemalla 80,90, mutta noususunnassa ja se saa lisärahaa, samoin kuin edellä mainittu Päijät-Häme.

Eniten tulevaisuushaastetta on Etelä-Savolla, kun vuoteen 2036 pitäisi päästä lähelle maan keskiarvotavoitetta eli 84 vuotta. Piirin asukkaat tarvitsevat merkittävää tukea tämän tavoitteen saavuttamiseksi seuraavan viidentoista vuoden aikana ja on jo nyt selvää, että maakunnan on liki mahdotonta itsehallintoalueena tätä loikkaa pelkästään omin neuvoin suorittaa. Tarvitaan kansallista osaamis- ja johtamistukea, jonka vuoksi ajatus sote-maakunnan tai hyvinvointialueen itsemääräämisoikeudesta arveluttaa.

Tätä haasteellista rahoituksen oikeudenmukaisuusasiaa voidaan tarkastella vielä **kuvan 31** avulla.



Tässä kuvassa nähdään vaaka-akselilla piirien nettomenot 2018 ja pystyakselilla arvio tulevasta tarvevakiointilaskelman perusteella lasketuista menosta 2023. Punainen pisteviiva osoittaa, mihin kohtaan havaintopisteiden trendiviiva asettuu. Sininen viiva on piirretty läpäisemään graafi siitä kohdasta, jossa nettomenojen ja tarvevakioidujen menojen indeksit olisivat yhtä suuret. Tulos osoittaa, että vain Helsinki-Uusimaa, Pohjois-Pohjanmaa ja Vaasa tarvisivat lisärahoitusta tälle viivalle päästäkseen. Kaikki muut piirit ovat sen alapuolella eli niillä nettomenojen määrä ylittää tarvevakioidun laskelman. Itä-Savo on suhteellisesti selvästi suurin ylittäjä ja lähes viivalla ovat vain Pirkanmaa ja Keski-Suomi.

Johtopäätöksenä on se, että aikaisemmin käytössä olleella tai nyt suunnitellulla rahoitusohjauksella ei ole kansalaisten yhdenvertaisuuteen johdattavaa pohjaa.

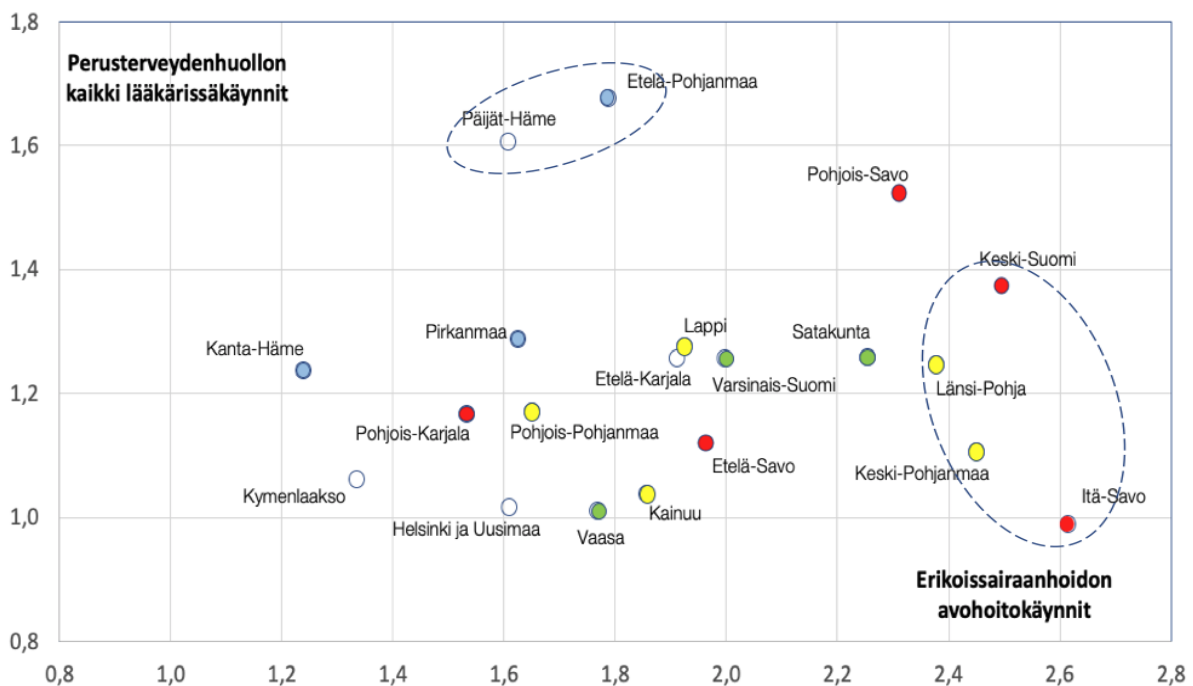
Tällainen linjaus perustuu tuoreeseen poliittisten eduskunnassa vahvistettuun näkemykseen. Substanssiosaamisen näkökulmasta tavoitteen saavuttaminen nyt tehtyyn päätökseen liittyvien linjausten perustalta tuskin onnistuu.

6.7 Mikä on palvelujen porrastusoptimi?

Edellä on jo esitelty koko maan näkökulmasta perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon lääkärikäyntejä.

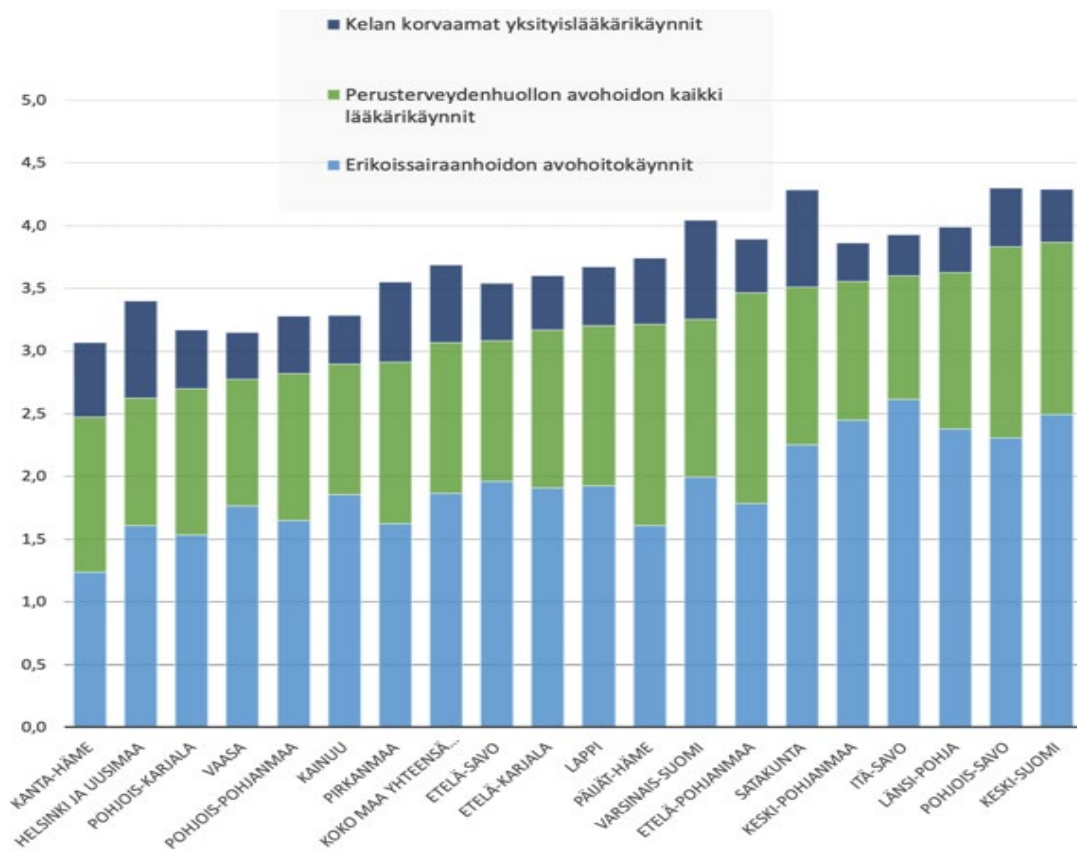
Kuvaan 32 on koottu, miten suuresti eri maakunnat poikkeavat toisistaan tässä asiassa. Etelä-Pohjanmaalla ja Päijät-Hämeessä luotetaan perusterveydenhuoltoon (ylempi soikio), kun taas Länsi-Pohjassa, Keski-Pohjanmaalla ja Itä-Savossa ja Keski-Suomessa erikoissairaanhoidon avokäynnit dominoivat (alempi soikio).

Korvaako siellä pieni keskussairaalan poliklinikka terveyskeskuksen roolia? Myös Keski-Suomella on korkea erikoissairaanhoidon käyntimääräluku, mutta toisaalta se on yhdessä Pohjois-Savon kanssa maakunta, jolla on paljon kumpiakin käyntejä. Ne muodostavat vastakohtan Kanta-Hämeelle ja Kymenlaaksolle. Herää kysymys, missä saavutetaan optimaalinen vaikuttavuus. Siitä ei ole tietoa.



Kuva 32. SH-piirikohtainen lääkärikäyntien jakautuminen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä v. 2018. Lähde: THL

Kun tarkasteluun lisätään vielä Kelan korvaamat lääkärikäynnit, syntyy **kuvan 33** asetelma.



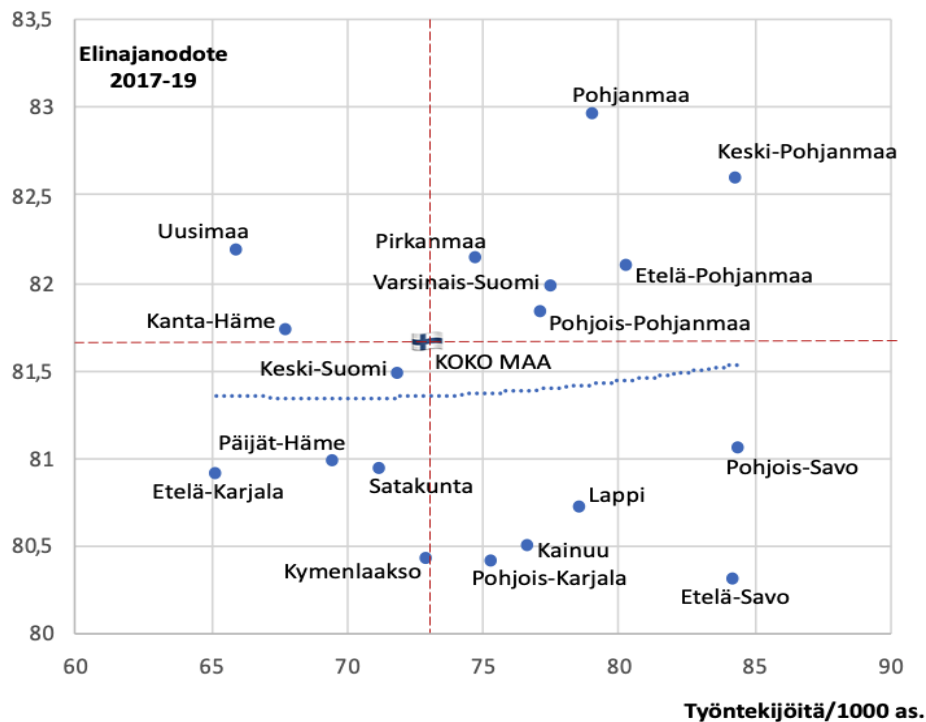
Kuva 33. SH-piirikohtaiset lääkärikäynnit 2018 Lähde: Kuntaliitto

6.8 Johtuvatko elinajanodote-erot henkilökuntavajeesta?

Kun **kuva 34** katsoo, joutuu pohtimaan, onko Suomessa todellinen henkilökuntavaje vai näyttääkö tilanne vain siltä henkilökunnan epätarkoituksenmukaisesta käytöstä johtuen? Onko maassamme kenties henkilöstöä koskeva vaihtelevan suuruinen motivaatiovaje ja/tai kannustusvaje?

Eniten työntekijöitä asukasta kohti on Pohjois- ja Etelä-Savossa sekä Keski-Pohjanmaalla, mutta samalla ne edustavat elinajanodotteissa ääripäitä.

Tämä piirre näyttää olevan kattava. Näiden kahden muuttujan välillä ei ole korrelaatiota, jota havainnollistaa myös pilkkuviivoitettu trendikäyrä.



Kuva 34. Maakuntakohtainen elinajanodotteiden vertailu terveystyöntekijöiden määrään v. 2018

Nämä kuvan havainnot saattavat tukea sitä, että henkilöstövoimavarojen vaikuttavuudella saattaa olla määrää suurempi vaikutus elinajanodotteeseen.

Vaikuttavuus puolestaan riippuu henkilökunnan motivaatiosta kehittää työnsä tuloksia ja motivaatio työnantajan kannustavuudesta.

Pitäisikö tämän ketjun toimivuutta terveydenhuoltojärjestelmässämme yhdenmukaistaa ja parantaa? Tähän kysymykseen pureudutaan myöhemmin perusteellisemmin luvussa 12.

6.9 Onnistuuko primaariprevention toteuttaminen?

Lähdetään liikkeelle ajankohtaisesta asiasta, jossa näyttöön perustuen ei ole onnistuttu.

6.9.1 Ylipaino ja lihavuus yleistyvät kaikissa ikäryhmissä

THL:n julkaisemassa tilastoraportissa todetaan seuraavaa:

- Vuonna 2018 2–16-vuotiaista pojista 27 % ja tytöistä 18 % oli ylipainoisia. Lihavia oli pojista 8 % ja tytöistä 4 %.
- Ylipaino oli pojilla yleisempää kuin tytöillä. Alle kouluikäisistä (2–6-vuotiaat) pojista ylipainoisia (ml. lihavia) oli 25 % ja tytöistä 15 %.

- *Sekä alakouluikäisistä (7–12-vuotiaat) että alakouluikäisistä (13–16-vuotiaat) pojista ylipainoisia (ml. lihavia) oli 29 %. Vastaava luku yläkouluikäisillä tytöillä oli 18 % ja yläkouluikäisillä tytöillä 21 %.*
- *Myös lihavuus oli pojilla yleisempää tyttöihin verrattuna. Alle kouluikäisistä pojista 6 % ja tytöistä 3 % oli lihavia. Vastaavat luvut alakouluikäisillä pojilla olivat 9 % ja tytöillä 3 %. Yläkouluikäisistä pojista lihavia oli 10 % ja tytöistä 5 %.*

20–64-vuotiaasta aikuisväestöstä joka viides on itse ilmoitettujen tietojen perusteella lihava (BMI \geq 30 kg/m²). FinTerveys 2017 -tutkimuksen mukaan yli 30-vuotiaista miehistä 72 % ja naisista 63 % oli vähintään ylipainoisia. Lähes joka toinen aikuinen on vyötärölihava, mikä on erityisen haitallista terveydelle.¹² Tässä julkaisussa todetaan nimenomaisesti, että lapsen lihominen tulee tunnistaa varhain, sillä varhainen hoito on tehokkainta. (Käypähoito-ohje)

6.9.2 Kokemuksia Laitilasta 1970-luvulta

Omaakohtaisena kokemuksena voin kertoa Laitilan kunnanlääkärinä 70-luvulla saavutetusta pienestä omasta primaariprevention toteuttamisen menestystarinasta. Se liittyy edellä sanottuun:

Työnjaossa kahden kunnanlääkärin välillä sain vastuulleni lastenneuvolatoiminnan. Kiinnitin tuon tuostakin huomiota, että joidenkin lasten painokäyrä kehittyi ei-toivotulla tavalla kohti ylipainoa ja jopa lihavuutta. Päätin yrittää muuttaa tilanteen ja niinpä vakiintunut menetelmä oli katsoa vanhempia (yleensä äitiä) silmiin ja sanoa, että tällainen painokäyrän kehityssuunta ei ole lapselle edullinen eikä hänen tulevaa terveyttään tukeva.

Totesin, että tavoitteena on, ettei yksikään laitilalainen lapsi menisi kouluun ylipainoisena. Neuvolatyössä oli siihen aikaan lääkärin tukena aina hoitaja, silloinen virkanimike oli yleisesti terveystisari. Totesin, että juuri hän tulee antamaan tarkemmat ravinto-ohjeet ja tulee toimimaan perheen ja lapsen tukena ja neuvonantajana seuraavat viikot.

Mikäli lisää kysyttävää tai selvitettävää ilmaantui, lupasin olla välittömästi käytettävissä sellaisissa tapauksissa.

Menettely toimi. Vaikka olin hyvin nuori lääkäri, lääkärin auktoriteettiin luotettiin. Jo parin vuoden kuluttua terveystisaret antoivat palautetta: "Tohtorin metodi näyttää toimivan hyvin, kun meille ei ole nyt enää useampaan kuukauteen tullut kouluun yhtään ylipainoista lasta!"

¹² Koponen P, Brodulin K, et al. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa, 2018:THL FinTerveys 2017-tutkimus.

Tämä on jäänyt mieleeni, kun nyt katsoo näitä kansanterveyden kannalta epäedullisia lasten ja nuorten liikalihavuusindeksejä ja -lukemia. Asia askarruttaa edelleen.

Yhtenä tekijänä oli varmaankin silloinen lääkärisuhteen pysyvyys ja sen ulottuminen koko perheenkin tarpeisiin tarvittaessa. Nyt tällaisesta kehityssuunnasta ei ole pidetty huolta. Terveyskeskusten lääkärit joutuvat päinvastoin tekemään hyvinkin sirpaleista työtä. Toinen tärkeä asia oli lääkärin ja työparina toimivan hoitajan saumaton yhteistyö. Tässäkin on nykyisin paljon parantamisen varaa.

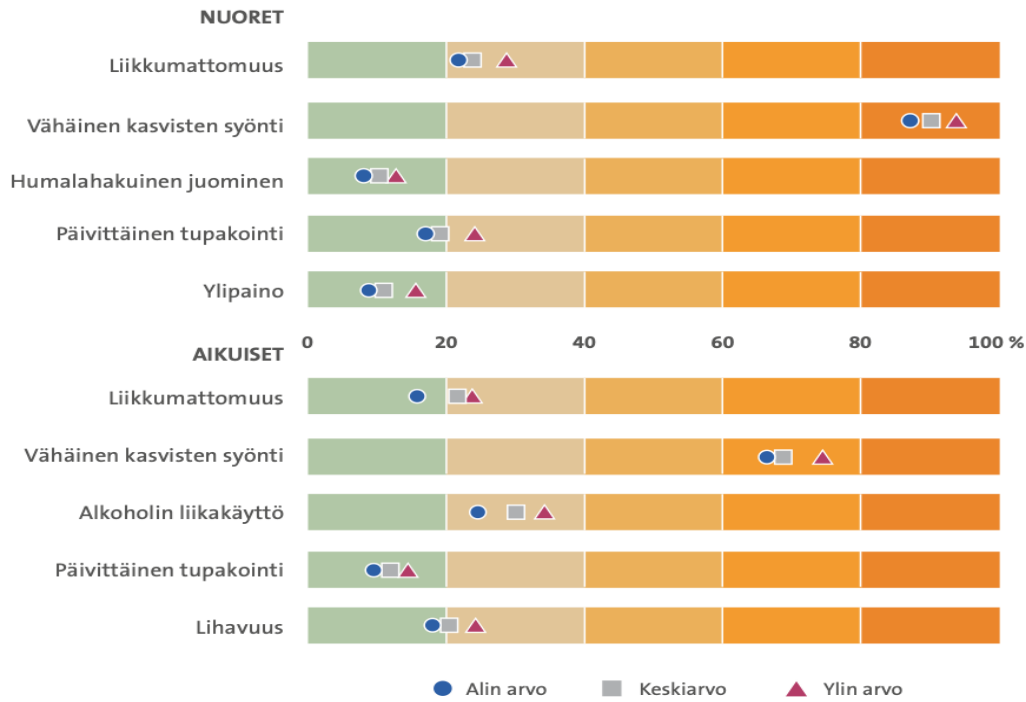
Katsoin eettiseksi oikeudekseni ottaa primaaripreventiovastuun vanhemmilta substanssiosaajien harteille niissä tapauksissa, joissa vaikuttavuustuloksen saavuttaminen sitä vaati. Pystyin sillä tavoin saattamaan lapsen kouluikään, jolloin hän saattoi itsemääräämisoikeutensa kasvun myötä itse päättää, haluaako olla 'läski' vai ei.

6.9.3 Nuorten ja aikuisten terveyteen ja hyvinvointiin yhteydessä olevia elintapoja ja riskitekijöitä maakunnittain (primaaripreventio)

Primaaripreventioon liittyvät selvitykset ja tutkimukset ovat sekä määrällisesti että laadullisesti huomattavasti harvinaisempia kuin tertiaaripreventioon liittyvät tutkimukset, joista lääketieteelliset laatu-julkaisut ovat hyvin yleisiä.

Kuvan 35 selvitys edustaa näitä harvinaisempia poikkeuksia¹³. Ehkä hieman yllättävä oli havainto, jonka mukaan maakunnat eivät poikenneet kovinkaan paljon toisistaan näissä mittauksissa. Seutukuntaiset mittaukset saattaisivat tuoda lisävalaistusta, mutta vaikuttavuuteen päästään vasta kattavilla seuranta- ja interventiokäytänteillä.

¹³ Rissanen P, Parhaiala K, Hetemaa T et al. Tiedosta arviointiin, tavoitteena paremmat palvelut. THL 2018 Päätösten tueksi 2/2020 (Asiantuntija-arvio).



Tulkinta: Kuviossa on esitetty prosenttiosuudet nuorten (8.- ja 9.-luokkalaiset) ja aikuisten (20 vuotta täyttäneet) elintapa- ja riskitekijäjakaumista. Tiedot pohjautuvat kyselytutkimusaineistoihin. Maakuntien arvoista kuviossa esitetään alin, keskiarvo ja ylin arvo.

Kuva 35. Nuorten ja aikuisten terveyden ja hyvinvointiin yhteydessä olevia elintapoja ja riskitekijöitä tutkinut maakuntatason kartoitus 2018. Lähde = THL, Päätösten tueksi 2/2019

6.9.4 Primaaripreventio ei yksin riitä, tarvitaan myös sekundaaripreventiota

Veren LDL-kolesterolipitoisuus oli kohonnut joka kolmannella nuorella miehellä ja joka viidennellä nuorella naisella. Kohonnut verenpaine oli melko yleinen erityisesti nuorilla miehillä, sillä tutkimuksen mittaustuloksissa kohonneen verenpaineen kriteerit täyttyivät 14 %:lla nuorista miehistä.¹⁴

Tällaiset tutkimustulokset oikeuttavat kiirehtimään hyvin kattavia kansallisia seuloja (eli sekundaaripreventiotoimenpiteitä) primaariprevention tueksi.

Myös primaariprevention parempi ja yhdenvertaisempi toteutus on jatkossa viisaampaa kytkeä kansalaiskeskeiseen digiratkaisuun ja sen avulla saatavien väestötasojen perusteella tapahtuvaan optimointiin alueellishallinnollisten ratkaisupyrkimysten sijasta.

¹⁴ Koponen L, Brodulin K et al. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. FinTerveys 2017-tutkimus 2018 THL;227 s.

6.9.5 Primaaripreventio Puskan näkökulmasta

Pekka Puska, jos joku on omistautunut primaariprevention edistämiseen.

Hänet kutsuttiinkin koostamaan Valtioneuvoston kanslian v. 2007 tilaamaan terveydenhuollon menokehitystä hillitsemään tarkoitetun julkaisun¹⁵ primaaripreventio-osa. Sen hän toteutti yhdessä Kansanterveyslaitoksen silloisten asiantuntijakollegoidensa kanssa esimerkillisesti. Teksti on kestänyt aikaa hyvin, joten tässä joitakin keskeisiä otteita Arpo Aromaan kanssa laaditusta yhteenvedosta ja lopuksi johtopäätösten luettelo.

"Väestön terveysviestinnän vahvistaminen ns. kansallisen terveystieteen rakentamisella on tärkeä hanke, jonka toteuttaminen tulisi turvata. Kansantautien ehkäisyssä tarvitaan siirtymistä irrallisista lyhytaikaisista projekteista pitkäjänteisiin kansallisiin ohjelmiin, joissa yhdistyvät STM:n tuki, KTL:n asiantuntemus, järjestöjen rooli, kunnissa tapahtuva työ sekä elinkeinoelämän ja tiedotusvälineiden kiinnostus.

Mitä terveyden edistämisen ja tautien ehkäisyn hyötyseurauksiin tulee, niitä on tässä raportissa laajasti pohdittu. Monien toimintojen seurauksena tulee kiistattomasti tautien ilmaantumisen huomattavaa vähenemistä, mikä suoraan pienentää hoidon tarpeita erityisesti työikäisessä väestössä. Mutta samalla ihmiset elävät pidempään (mikä on terveystieteen inhimillisesti keskeinen tavoite) ja ikäihmisten määrä kasvaa. Tähän liittyviä seurausvaikutuksia on raportissa pyritty arvioimaan ja osoittamaan, kuinka olennaisin kysymys terveystaloudelliselta kannalta on vaikeasti arvioitavissa oleva mutta aivan ilmeinen tautien siirtyminen entistä myöhempään vaiheeseen eli ikääntyvän väestön aiempaa parempi toimintakyky.

Terveyden edistämisen ja tautien ehkäisyn kustannushyödyn kannalta olennainen johtopäätös on, että suorat kustannukset ovat yleensä varsin vähäisiä. Hyödyn taloudellinen mittaaminen on erittäin monitahoinen asia. Suurin hyöty on väestön terveyden ja toimintakyvyn paraneminen, mikä on terveystieteen varsinainen tavoite. Kustannushyötysuhteesta puhuttaessa keskeisin johtopäätös on, että tautien ehkäisy ja terveyden edistäminen on kokonaisuudessaan kustannusvaikuttava ja kestävä kehityksen keino väestön terveyden ja toimintakyvyn parantamiseksi.

- 1. Useimmat kansantaudit, jotka aiheuttavat huomattavia suoria terveydenhuollon kustannuksia ja vielä suurempia epäsuoria yhteiskunnallisia kustannuksia, ovat nykytietämyksen perusteella lääketieteellisesti katsoen varsin pitkälle ja varsin myöhäiseen ikään ehkäistävissä.*
- 2. Vakavien tautien menestyksellinen ehkäisy pidentää väestön elinikää, kuten Suomessa on tapahtunut. Ehkäisy merkitsee toisissa tapauksissa*

¹⁵ Terveydenhuollon menojen hillintä: rahoitusjärjestelmän ja ennaltaehkäisyn merkitys. VNK: n julkaisusarja 2017 selvitys 4.

tautien eliminointia kokonaisuudessaan, toisissa tapauksissa se merkitsee tautien siirtymistä elämän myöhempään vaiheeseen.

- 3. Tautien ehkäisy vähentää terveyspalvelujen tarvetta ja niistä aiheutuvia kustannuksia.*
- 4. Menestyksellinen tautien ehkäisy ja terveyden edistäminen eivät ainoastaan pidennä elinikää, vaan lisäävät myös toimintakykyisiä ja terveitä elinvuosia kuten Suomessa on tapahtunut. Lisääntynyt ikäihmisten joukko on näin keskimäärin entistä terveempää, mikä vähentää väestön ikääntymisen aiheuttamaa taloudellista raskautta.*
- 5. Terveyden edistäminen parantaa myös työikäisen väestön toimintakykyä ja koettua terveyttä, millä on merkitys työvoiman työkyvyn, työssä pysymisen ja työpanoksen kannalta.*
- 6. Tautien ehkäisy ja terveyden edistäminen on halvin (kustannusvaikuttavin) tapa parantaa kansanterveyttä, mikä on terveyspolitiikan inhimillinen tavoite.*
- 7. Tautien ehkäisy ja terveyden edistäminen on yleensä olennaisesti halvempaa kuin tautien ja niiden seurausten hoito.*
- 8. Monilla terveys- ja yhteiskuntapoliittisilla päätöksillä (eri politiikoissa) voidaan vähentää tauteja ja edistää väestön terveyttä varsin vähäisin kustannuksin tai ilman kustannuksia. Useat tällaiset päätökset auttavat myös vähentämään terveyseroja.*
- 9. Eräillä ns. haittaveroilla (esim. tupakkavero, alkoholivero) voidaan tiettyyn rajaan asti lisätä valtion tuloja, pienentää haitallista kulutusta ja sen aiheuttamia tauteja ja vähentää terveydenhuollon palvelujen tarvetta.*
- 10. Suomessa tulisi tehostaa tautien ehkäisyä ja terveyden edistämistä vaikuttaviksi osoitetuilla yhteiskunta- ja terveystaloudellisilla päätöksillä, vahvistamalla terveyden edistämisen rakenteita valtakunnallisesti ja perusterveydenhuollossa sekä lisäämällä merkittävien kansallisten terveyden edistämisen yhteistyöohjelmien rahoitusta. Tätä koskevia periaatelinjauksia tarvitaan seuraavassa hallitusohjelmassa."*

Tämän VNK:n selvityksen toisen osan toteutti Markku Pekurinen Stakesista. Sitä osiota selvitetään luvussa kahdeksan.

6.10 Sekundaariprevention esimerkkinä rintasyöpäseulonnat

Aihe on minulle hyvin läheinen, koska väittelin siitä v. 2015.

Rintasyöpien seulonnan tehokkuus todistettiin vuonna 1985, kun László Tabár kollegoineen julkaisi tutkimuksen, jossa noin 135 000 eri-ikäistä naista oli satunnaistettu seulonta- ja vertailuryhmiin. Tutkimus alkoi vuonna 1977, ja vuoteen 1984 mennessä seulontaryhmään arvottujen naisten rintasyöpäkuolleisuus oli vähentynyt 31 % verrattuna naisiin, joita ei seulottu mammo- grafialla.

Laajempi selostus vaikuttavuuden näytön historiasta julkaistiin mm. 1990 Goldin, Bassettin ja Widoffin toimesta.¹⁶

Mammografiaseulonnat aloitettiin Suomessa vuonna 1987, ja Kansanterveys- asetuksen (1992) mukaan kuntien täytyi järjestää maksuton seulonta kahden vuoden välein 50–59-vuotiaille naisille.

Turku innostui kuitenkin selvittämään sitä, oliko Suomessa toteutettu ikä- haarukka liian kapea.

Tein siihen liittyen lopulta väitöskirjankin¹⁷, jonka mukaan tulokset viittasivat siihen, että varsinkin iäkkäimmissä naisryhmissä havaittu rintasyöpäkuollei- suuden lasku johtui laajasta mammografiaseulonnasta. Turussa ikähaarukka oli maan laajin, seulontaan kutsuttiin 40–74-vuotiaat.

Osin väitöskirjani kolmannen osatyön tulosten perusteella koko Suomessa päädyttiin laajentamaan seulontaa asteittain 50–69-vuotiaisiin (laajentaminen aloitettiin 2007 ja saatettiin päätökseen 2016). Turku palasi v. 2003 tehdyllä päätöksellä tähän suppeampaan seulontaikäluokitukseen.

Sittemmin Suomen asiantuntijat ovat kuitenkin asettuneet laajemman rinta- syöpäluokituksen kannattajiksi:

" Valtakunnalliset seulontaohjelmat on todettu vaikuttaviksi, joten niitä tulee jatkaa myös tulevaisuudessa. Kohdeikäryhmiä tulisi kuitenkin laajentaa siten, että kohdunkaulasyövän seulontaan kutsuttaisiin nykyisten 30–60-vuotiaiden naisten lisäksi myös 65- vuotiaat naiset ja rintasyövän seulontaan nykyisten 50–69- vuotiaiden naisten lisäksi 70–74-vuotiaat naiset kahden vuoden välein."

¹⁶ Gold, R. H., Bassett, L. W., Widoff, B. E. Highlights from the History of Mammography. *RadioGraphics*.1990;6:1111-1131

¹⁷ Parvinen I. The effects of the breast cancer mammography screening programme in women aged 40-84 years in Turku, Finland. *Turun yliopisto* 2014. Sarja D osa 1142.

Edellä sanotun vuoksi pyritäänkin nyt jatkoselvittämään, miten Turun seulontaikähaarukan supistamis päätös on vaikuttanut asukkaiden rintasyöpäkuolleisuuteen.

Syöpäseulonnat ovat osa suomalaista terveyspolitiikkaa, ja seulontoja koskeva lainsäädännöstä vastaa sosiaali- ja terveysministeriö (STM).

6.10.1 Seulontoja koskevien määräysten tulisi olla yhdenvertaisuutta varmistavia eikä kuntien tai maakuntien erilaisista päätöksistä riippuvia

Seulontojen järjestäminen pohjautuu Valtioneuvoston asetukseen seulonnoista (339/2011), joka velvoittaa kunnat järjestämään syöpäseulonnan asetuksessa mainituissa syövässä ja asetuksessa mainituille ikäryhmille. Seulonnan järjestäjillä eli kunnilla on itsenäinen päätäntävalta siihen, miten seulonta järjestetään ja miten seulontapalvelut tuotetaan.

Kaatuneessa sote-uudistuksessa seulontojen järjestämisvastuun oli suunniteltu siirtyvän perustettaville maakunnille, jolloin seulontojen järjestäjien määrä olisi vähentynyt. Ilman yhteisiä, kansallisia laatusuosituksia ja ohjeistusta tällainen järjestely ei olisi taannut kansallisesti tasalaatuista toimintaa.¹⁸ Asiaan ei ole edelleenkään korjattu. Nyt päätetty hyvinvointialuemalli malli toteuttaa eriarvoistavan menettelytavan.

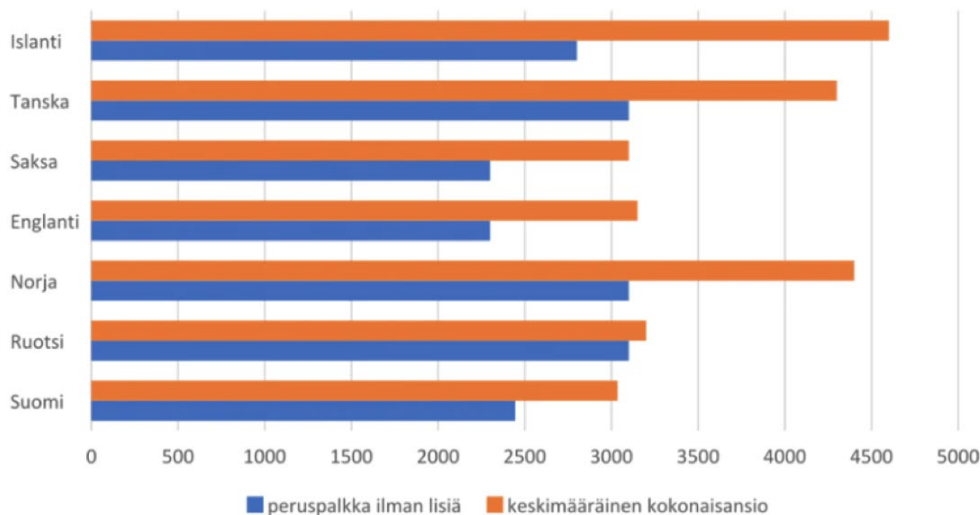
6.11 Tilannekuvan päivittämisessä ei saa unohtaa henkilökuntaa

6.11.1 Hoitohenkilökunta

Viime vuosina keskustelu saa vähä vähältä yhä huolestuneempia sävyjä, kun puhutaan hoitohenkilökunnan saatavuudesta ja sitoutumisesta Suomen terveydenhuoltojärjestelmään.

Kuva 36 osoittaa, että Pohjoismaiden ja Saksan sekä Englannin ansiovertailussa suomalaiset hoitajat ovat jääneet jälkeen muiden Pohjoismaiden ansiotasosta, mutta ovat kutakuinkin samalla tasolla brittien ja saksalaisten kanssa.

¹⁸ Auranen A. *Duodecim* 2019; 135:1881–2



Kuva 36. Sairaanhoidtajien ansiot 2020 eri maissa (€). Lähteet: Sairaanhoidtajaliitto, Royal College of Nursing, www.gahalt.de

USA:ssa hoitajien kuukausikeskiansio on kivunnut Euroopan maita korkeammalle eli 5300 euroon.¹⁹

Suomessa sairaanhoitajien määrä on eurooppalaisessa vertailussa kolmanneksi korkein ja ongelman ydin näyttää olevan siinä, että työnkuvat ja yhteistyökäytännöt eivät tyydytä.

Monelta taholta ratkaisuksi on ehdotettu etäämmistä maista tapahtuvaa työvoiman hankintaa, johon monet muut Euroopan maat ovatkin jo turvautuneet.

Keskeisimpään asiaan eli toiminnan vaikuttavuuden ja työhyvinvoinnin yhdistelmän löytämiseen ei ole panostettu. Sen sijaan on innokkaasti käsitelty ympärivuorokautista vanhustenhoidon 0,7 hoitajan mitoitusta, ikään kuin siitä suunnasta löytyisi jokin ratkaisu.

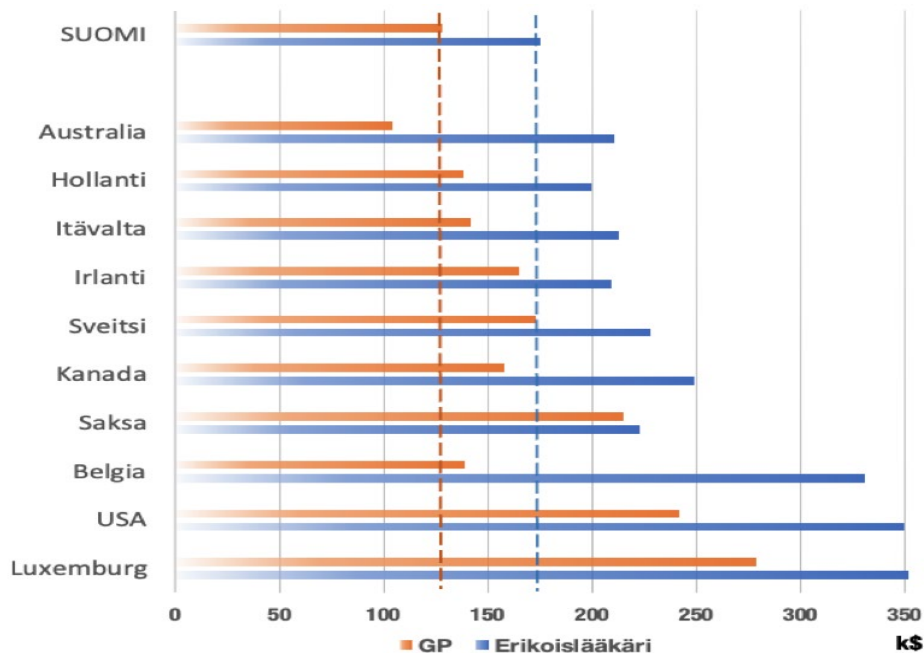
6.11.2 Lääkärit

Vastaava lääkärien ansioita kuvaava vertailu on **kuvassa 37**.

Kuvan tietoihin voi lisätä, että lääkärien ansiot Italiassa ja Espanjassa ovat Suomen luokkaa, mutta Kreikassa n. 15 % alhaisempia.

'Lääkärivuoto' Suomesta ulkomaille on jäänyt vähäiseksi, mutta sen sijaan ulkomainen lääkäri työvoima on lisääntynyt hoitajatyövoiman tavoin.

¹⁹ U.S. Bureau of Statistics

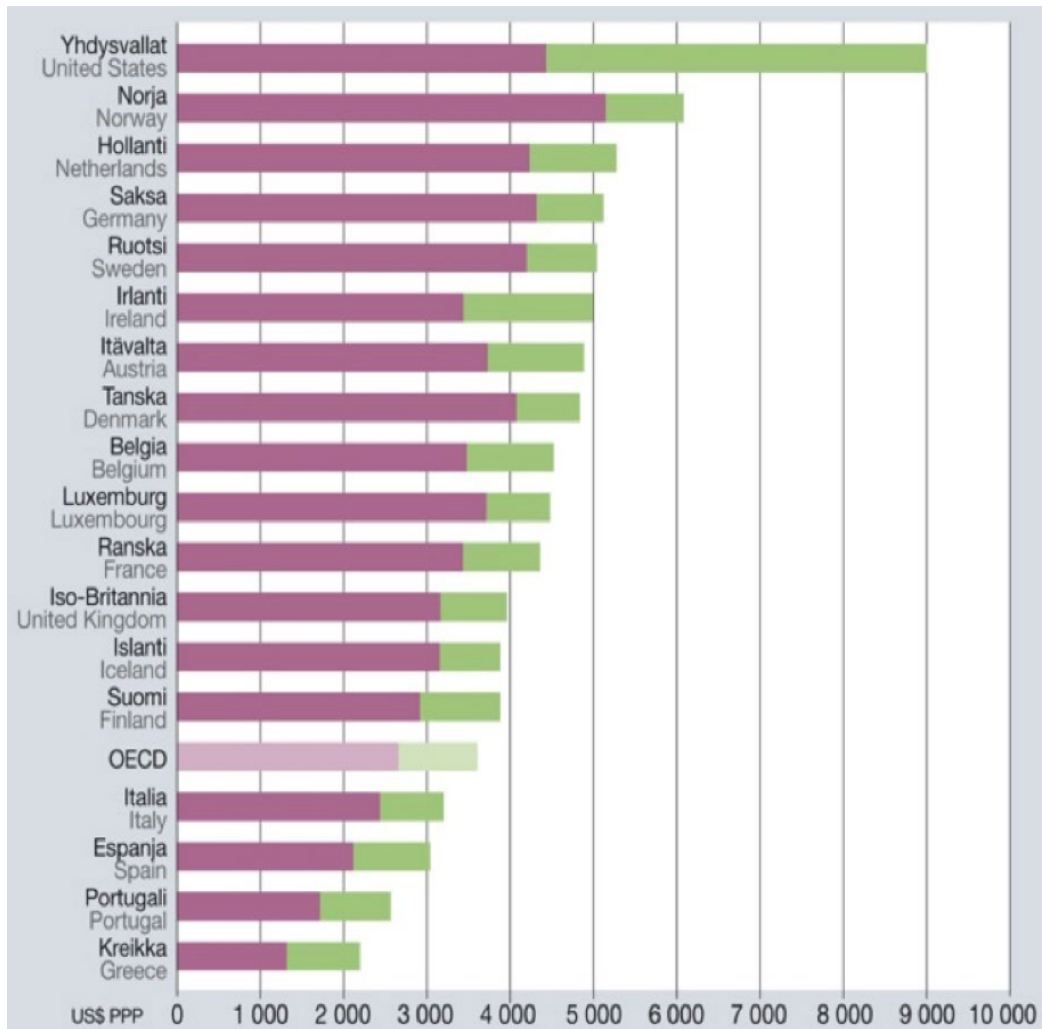


Kuva 37. Lääkärien vuosiansiot 10 verrokkimaassa. Lähteet: Lääkäriliitto ja <https://medicfootprints.org>

6.11.3 Palkkatason vaikutus terveydenhuollon menotasoon

Edellä saatiin joidenkin vertailutietojen perusteella käsitys siitä, millainen asema palkkatasovertailussa suomalaisilla lääkäreillä ja hoitajilla on. Kävi esim. ilmi, että USA:ssa kummallakin ammattiryhmän ansiot ovat kaksinkertaiset suomalaisiin verrattuna. Niinpä ei ole ihme, että myös OECD:n terveystasovertailussa nämä palkkaerojen aiheuttamat menopaineet näkyvät. (Myös USA:n kaksinkertaisena erona).

USA:ssa yksityisrahoituksen osuus on muita maita suurempi, mikä johtuu siellä käytössä olevasta vakuutusyhtiöihin perustuvasta ratkaisusta. **Kuva 38**



Kuva 38. Terveysmenot US dollareina PPP-periaatteella. Vihreä palkin yksityisrahoitteinen osa täydentää julkista rahoitusosuutta. Lähde:OECD 2019

6.11.4 Onko kannustavuudelle raivattu tilaa?

Esimerkiksi maakuntamallien rahoitusratkaisujen yhteydessä on nostettu esiin esim. se, mikä rahoitusmalli kannustaisi tai pakottaisi järjestäjää tai tuottajaa kustannussäästöihin. Tätä mantraa on eri aikoina tehdyissä rahoitusmalleissa toistettu, mutta jätetty ratkaisematta se keskeinen tekijä, miten työntekijöitä – hoitajia, lääkäreitä ja johtamisvastuussa olevia osajia kannustetaan niin, että kustannusten arvopohjaiset optimoinnit – eikä 'sokkosäästöt' – toteutuvat, sillä heidän tekemisistään niiden aikaansaaminen on kiinni, ei kokouksissa istuvien eripuraisia näkemyksiä toistelevien hallintoelinten muistioista.

Ei pitäisi keskittyä säästöjen, saatikka leikkausten suunnitteluun. Terveystä puhuttaessa oikea lähestymiskulma on arvon lisäämisen optimoinnin yhdistäminen taitavasti toteutettuun kehysbudjetointiin.

Tämä näyttäisi olevan substanssiosaajien laajasti hyväksymä kannanotto, jonka soisi tulla hyväksytyksi ja toteutetuksi tästä lähin myös terveyspolitiikasta päätettäessä.

6.11.5 Miten palkkapolitiikan kokonaisuus hallitaan jatkossa?

Tässä kohdassa käsitellään yhtä, ehkä kaikkein keskeisintä tulevan suomalaisen terveyspolitiikan pulmaa, eli sitä, miten palkkauksen kokonaisuus onnistutaan pitämään oikeudenmukaisena, kannustavana ja kustannusvaikuttavuutta parantavana.

Se on mahdollista vain, jos kustannusvaikuttavien palkkamallien kehittäminen sallitaan.

Tähän saakka se on ollut kunnallisella sektorilla käytännössä hyvin vähäistä tai melkein kiellettyä, koska Kunnallisella työmarkkinalaitoksella on ollut koko valtakunnan keskitetty järjestelmä hallinnassaan ja vastattavanaan. Kustannusvaikuttavien palkkamallien suunnittelu- ja testaustoimintaan panostamista, saattikka niiden nostamista aivan keskiöön ei siitä syystä ole juurikaan pidetty ajankohtaisena.

Merkittävää aktiviteettia tai osaamista ei ole aktiivisesti nostettu pöydälle liioin palkansaajaosapuolienkaan taholta.

Tässäkin esimerkki siitä, mitä tarkoitan, saattaa selventää edellä sanottua: Rohkenen väittää, että terveyskeskusten jonot voitaisiin poistaa lisäämättä merkittävästi henkilöstömäärää tietyillä paikkakunnilla tai maantieteellisillä alueilla, mikäli asiasta kiinnostuneille omalääkäri-hoitaja tiimeille annettaisiin vapaat kädet suunnitella ja ehdottaa kustannusvaikuttava tiedonhallinta- ja ansiomalli, jonka avulla ratkaisu toteutettaisiin.

Mikäli tällainen kehittämistyö kansallisella päätöksellä siunattaisiin, ja siihen panostettaisiin yhdessä, uusi aikaisempaa parempi ansio- ja palkkausmalli saattaisi laajana kokonaisratkaisuna hyvinkin nähdä terveydenhuoltoalalla päivänvalon.

6.12 Miten laatuongelmista päästään eroon?

Suomen terveydenhuollossa esiintyy valinnan vapauden ja vastuun puutetta. Kun siinä samaan aikaan on suuriakin laatueroja, yhdistelmä on kansalaisten yhdenvertaisuuden ylläpitämisen kannalta ajautunut huonoon jamaan.

Esimerkiksi pohjoismaisessa vertailussa terveydenhuollon laadun varmistamisessa Suomi on selvästi jälkijunassa. Vasta muutama vuosi sitten THL käynnisti ensimmäiset seitsemän sairausryhmän laaturekisterikokeilut.

THL:n reformiyksikön johtava asiantuntija Pia Maria Jonsson on kattavasti kuvannut nykytilanteen Lääkärilehden artikkelissa.²⁰ Artikkelissä sisältyy myös selkeän ehdotuksen kansallisen laaturekisteritoiminnan organisoimiseksi Suomeen.

Tätä nykyä rekistereitä on Ruotsissa yli 100, Tanskassa 80 ja Norjassakin yli 50. Muita maita, joissa laaturekistereitä on rakennettu ja hyödynnetty laajalti, ovat mm. Australia, Britannia, Alankomaat ja Yhdysvallat.

Jonsson toteaa, että tähän asti Suomen passiivisuuden syistä voidaan esittää lähinnä oletuksia. Yksi oletamus on se, että terveydenhuollon laajamittainen julkinen järjestäminen pitää tai pitäisi automaattisesti itse huolta tasa-laatuudesta. Näin ei asianlaita ole, kuten tutustuminen vaikkapa aivo- ja sydänverisuonisairauksien, keinonivelleikkausten tai vanhusten kotihoidon järjestämiseen osoittavat.

Toivottavasti nyt viimeinkin asialle annetaan riittävä painoarvo toimintamallin, organisoinnin sekä rahoituksen näkökulmista. Laatuerot ovat olleet maassamme substanssiosaajien tiedossa jo pitkään, mutta koska Suomesta on puuttunut toimivaltainen osaamiseen perustunut johtamisjärjestelmä, asiaan ei ole puututtu.

Selvennetään vielä: Suomessa on siis vallinnut osaamisvajae organisoida ja rahoittaa laaturekisteri, joka on välttämätön, jotta osattaisiin organisoida ja rahoittaa maan terveystuotantojärjestelmä oikein.

6.12.1 Terveyspalvelujen ydin on vaikuttavuus

Terveydenhuollon palveluilla ei ole mieltä, jos ne eivät ole vaikuttavia. Osa on, osa ei. Kansalaiset tai potilaat eivät voi tätä kunnolla arvioida, eivätkä aina lääkäritkään. Tarvitaan jatkuvaa seurantaa, korkealaatuisia tiedonhallintajärjestelmiä ja jatkuvaa tutkimus- ja kehittämistoimintaa. Risto P. Roineen tuore katsaus DUODECIM-lehdessä²¹ sattuu tässä mielessä aivan sote-keskustelun valinnanvapausasian ytimeen.

Hän toteaa, että viime aikoina on kiinnitetty yhä enemmän huomiota terveydenhuollon vaikuttavuuteen ja vaadittu näyttöä terveydenhuollon tuloksellisuudesta eli sen kyvystä tuottaa terveyshyötyä. Kuolleisuus ei onneksi kaikkien sairauksien hoidossa ole käypä vaikuttavuuden mittari, vaan tarvitaan myös muita, potilaan mielipiteenkin huomioivia mittaustapoja. Tähän tarpeeseen onkin kehitetty koko joukko terveyteen liittyvän elämänlaadun mittareita, niin sairausspesifisiä kuin tutkittavasta sairaudesta riippumattomia generisiä mittareita. Jälkimmäiset mahdollistavat terveydenhuollon vaikuttavuuden vertailun erikoisalojen välillä ja antavat siten tietopohjaa resurssien järkevään jakamiseen. Kaikilla mittareilla on omat hyvät ja huonot puolensa, eikä

²⁰ Jonsson.PM. Terveydenhuollon kansalliset laaturekisterit. Hyödyntämismahdollisuudet, organisointi ja rahoitus Suomessa. Lääkärilehti 2020;75:1219.

²¹ Roine RP. Hoidon vaikuttavuuden arviointi 15D-mittarilla. Duodecim 2016;132:1537–42

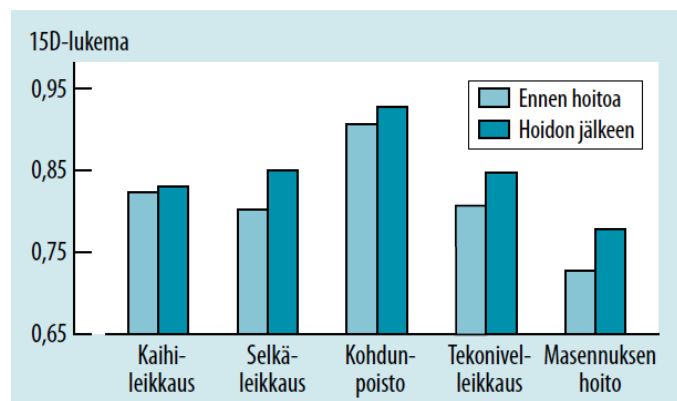
yksiselitteistä suositusta käytettävästä mittarista voida antaa. Suomessa laajaan käyttöön on levinnyt täällä kehitetty 15D-mittari, josta saatuja kokemuksia kuvaan.

Seuraavassa Roineen toimintaohje:

- ▶▶ Vaikuttavuuden arvioinnissa on kuultava myös potilasta, pelkkä ammattilaisen arviohoidon tuloksellisuudesta ei enää riitä.
- ▶▶ Potilaan ääneen kuulemiseksi on kehitetty terveyteen liittyvän elämänlaadun mittareita, joista Suomessa käytetään nykyään paljon 15D-mittaria.
- ▶▶ Vaikuttavuusmittausten tulosten tulee johtaa vaikuttamattomien terveydenhuollon menetelmien karsimiseen.
- ▶▶ Terveydenhuollon päättäjien ja käytännön toimijoiden täytyy uskaltaa jatkuvasti kyseenalaistaa toimintansa tuottama hyöty ja tarvittaessa luopua vaikuttamattomista menetelmistä.

Kuvassa esitellään kuvin kyseisen artikkelin sisältämät HUS:n aineistosta saadut esimerkkitulokset. **Kuva 39** sisältää osin yllättäviä tuloksia. Kaihi-leikkausten ja kohdunpoistoleikkausten tulokset ovat jääneet näin mitaten vaatimattomiksi. Sen sijaan esim. tekonivelleikkauksien tulokset ovat kohtuullisen hyviä. **Kuva 40** puolestaan analysoi tarkemmin lonkkaproteesileikkaukset. Niitä kannattaa tehdä.

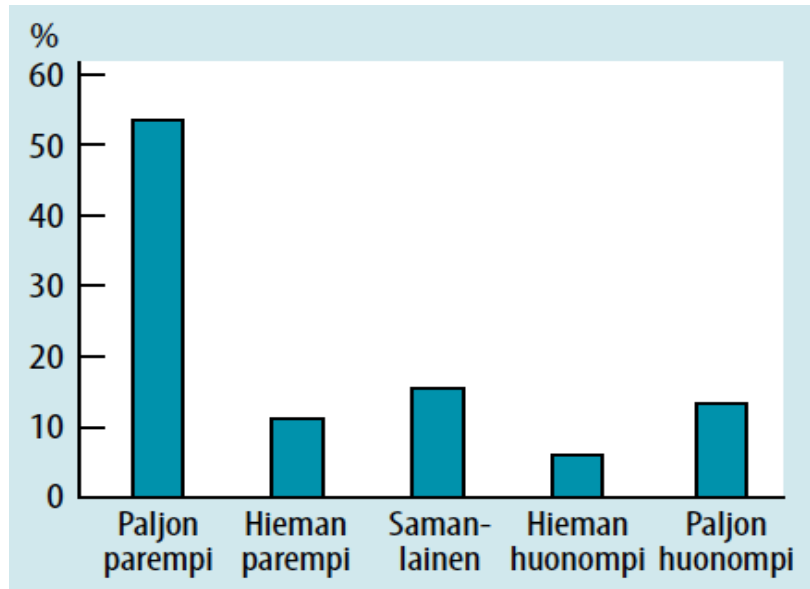
Kuvassa 41 nähdään yksilökohtaisesti sekä epäonnistuneet että onnistuneet hoitotulokset eri ikäisillä.



Kuva 39. Keskimääräinen 15D-lukema ennen hoitoa ja sen jälkeen joissakin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä hoidetuissa sairausryhmissä

On selvää, että tässä esitellyt mittarit eivät välttämättä sovi kaikkien potilasryhmien tutkimiseen. Joissakin sairauksissa esim. elonjäämisluvut tai menetettyjen elinvuosien mittaaminen (PYLL) ovat keskeisemmässä asemassa.

Tällaisia tuloksia on meillä käytetty vähemmän kuin olisi toivottavaa. Se ei ehkä kuitenkaan ole kovin yllättävää, koska Suomessa ei muutenkaan ole priorisoinnissa juuri päästy puhumisen tasolta tositoimiin, vaikka aihetta olisikin.



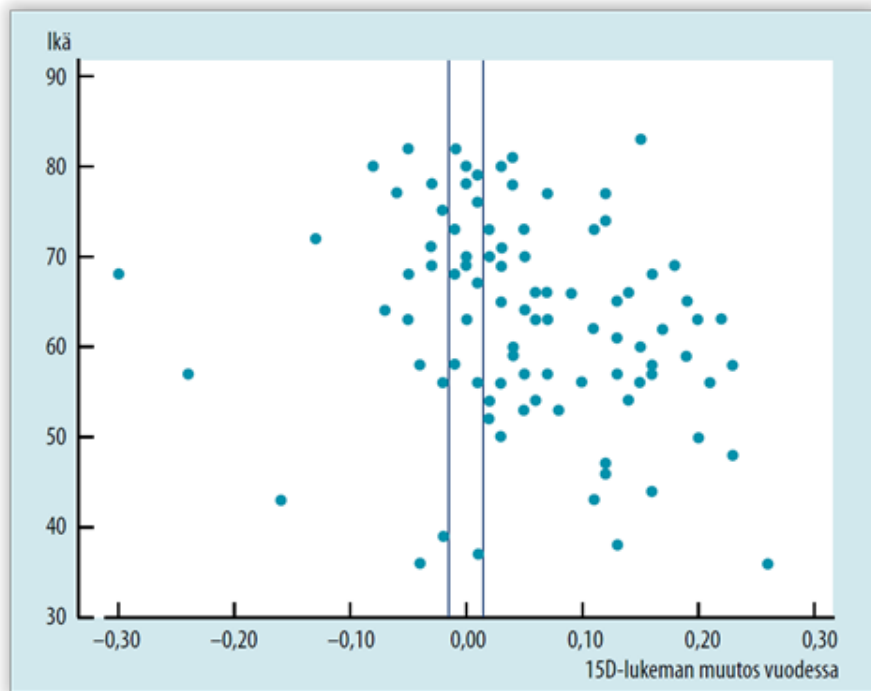
Kuva 40. Lonkkaproteesileikkauspotilaiden terveyteen liittyvän elämänlaadun muutos jaettuna eri paranemislukuihin 15D-lukeman muutoksen perusteella

Tärkeää on myös terveyteen liittyvän elämänlaadun tiedon yhdistäminen muuhun, potilaskertomuksista, tautikohtaisista elämänlaadun mittareista ja rekistereistä saatavaan, hoidon vaikuttavuudesta kertovaan tietoon. Vain siten voidaan varmistaa, että palvelujärjestelmää kehittävä tutkimus toteutuu parhaalla mahdollisella tavalla.

Roine toteaa, että

”Pelkkä terveydenhuollon järjestelmärakenteiden uudistaminen sote-myllerryksessä tuskin ratkaisee kaikkia kestävyysvajeeseen liittyviä ongelmia.

Nyt jos koskaan on kuitenkin hyvä tilaisuus puuttua myös siihen, millä perusteella terveydenhuoltoa rahoitetaan, ja vaatia näyttöä vaikuttavuudesta. Muiden maiden esimerkkiä seuraten Suomessakin on syytä siirtyä maksamaan tuotetusta terveyshyödyistä, ei toimenpiteiden tai hoitopäivien lukumäärästä. Hoidon vaikuttavuuden seuranta terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarin avulla antaa oivan mahdollisuuden tutkia eri hoitomuotojen arki-vaikuttavuutta ja toimii hyvin osana terveyshyödyn määrittelyä.”



Kuva 41. Lonkkaleikkauspotilaiden 15D-lukeman muutos 12 kk hoidon jälkeen. Pystysuorat viivat rajaavat kliinisesti tärkeän positiivisen (15D-lukeman muutos $\geq 0,015$) ja negatiivisen (15D-lukeman muutos $\leq -0,015$) muutoksen. Rajatulle alueelle sijoittuvat potilaat ovat rajatapauksia.

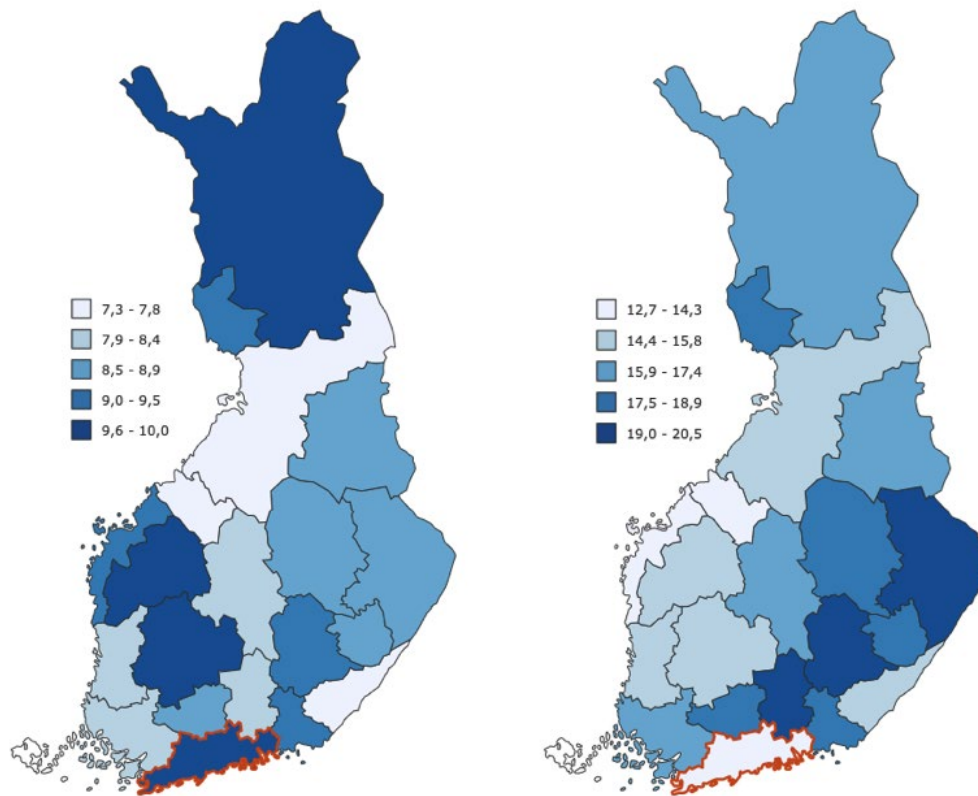
6.12.2 Mitä PERFECT-hankkeesta opittiin?

Tästä asiantilasta saatiin selvä ja laaja näyttö, kun Sitra ymmärsi rahoittaa THL:n määrärahavajeen vuonna 2005. Sitran lisärahoituksen turvin pystyttiin nimittäin palkkaamaan riittävän osaavaa ja pitkäaikaisempaa koodarityövoima, ja niin PERFECT-hankekokonaisuus saatiin kunnolla käyntiin ja tuloksia alkoi syntyä.

Nämä tulokset osoittivat, että korjausta tarvitsevia kohteita oli paljon. Niihin ei poliittisten päätöksentekijöiden ja substanssiosaajien välillä vallitsevan railon vuoksi kuitenkaan heti ryhdytty, koska 'tekemisen ydin' siirtyi poliittiseen sote-kinasteluun, jota on nyt kestänyt pian parikymmentä vuotta.

6.12.3 Esimerkki PERFECT-tuloksista

Kuvassa 42 on kaksi sairaanhoitopiirikohtaista karttaa vierekkäin. Vasemmanpuoleisessa näytetään, miten paljon hoitopäiviä sairaalassa on käytetty sydäninfarktipotilaiden ensimmäiseen hoitokokonaisuuteen ja oikeanpuoleisessa millainen on ollut hoidettujen sydäninfarktipotilaiden kuolleisuus 365 päivän aikana hoidon jälkeen. Molemmat laskelmat on vakioitu.



Kuva 42. VASEN: Sydäninfarktipotilaiden ensimmäisen hoitokokonaisuuden vakioidut hoitopäivät (ka) sekä OIKEA: Sydäninfarktipotilaiden vakioitu kuolleisuus 365 päivän aikana (%) 2011–13.
Lähde: THL

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri on nostettu punaisella reunuksella esiin. Hoitopäiviä siellä kertyi keskimäärin 9,8 joka edustaa pisimmän hoidon ryhmää, mutta kuolleisuus kuului alimpaan ryhmään 14,1 %:lla. Jos verrokiksi otetaan toinen alhaisen kuolleisuuden piiri eli Keski-Pohjanmaa, luvut olivat 7,3 hoitopäivää ja 12,7 %:n kuolleisuus. Eli hieman lyhyempää hoitoa seurasi alempi kuolleisuus. Lisää mietittävää tulee kuitenkin siitä, että Keski-Pohjanmaan ilmaantuvuusluku oli 334/100 000, kun vastaava luku oli HUS-piirissä 213. Selitys kuolleisuusluvulle ei voi tietenkään olla vain tämän ensimmäisen sairaalahoidon pituus ja siihen käytetty raha. Vaikuttavuuslaatu pitää tuntea paremmin. Miksi tällaista tutkimusta ei ole priorisoitu valtion taholta?

Tarkastelua jatketaan vielä vertaamalla toista korkean ilmaantuvuuden piiriä eli Etelä-Savoa edellisiin. Ilmaantuvuus oli siellä hieman Keski-Pohjanmaata alempi 334/100 000. Hoitoaika oli 9,0 ja kuolleisuus 20,5. Eli pidemmästä (ja mahdollisesti kalliimmasta) sairaalahoidosta huolimatta 365 päivän kuolleisuustulos oli yli 60 % korkeampi Etelä-Savossa kuin Keski-Pohjanmaalla.

Miksi koko maan terveystalouden optimointilaskelmat eivät jo nyt perustu tämän kaltaisiin olemassa oleviin tietoihin?

Tätä taustaa vasten tulevia kustannuksia ei pitäisi ohjata nykyrakenteen kustannuksia mittatikkuna käyttäen, kuten nyt on aikomus tehdä maakuntamallin käyttöä perustana.

Mikäli maakuntamalliratkaisun myötä tulevina vuosina pikemminkin korotetaan raja-aitoja kansalaisten maanlaajuista valinnanvapautta kaventaen, ollaan vaarassa joutua tilanteeseen, jossa kansalaisten eriarvoisuus pysyy edelleen voimassa tai jopa korostuu ja kokonaiskustannukset säilyvät epäedullisen korkeina.

PERFECT-hankkeen hyödyksi voitaneen lukea se, että käynnistettiin seuraava projekti eli laaturekisterihanke, mutta mikäli elinajanodotetuloja aiotaan parantaa kohtuullisella lisärahoituksella, tähän vaikuttavuusjohtamiseen tulee investoida määrätietoisesti ja riittävästi, mutta myös johtamisjärjestelmä tulee rakentaa uudelleen.

6.13 Vertaiskehittäminen paljasti mahdollisuuden kustannusten hallintaan

"Vertaiskehittämiseen liittyvä arviointi tunnisti rintasyöpöpotilaiden liitännäishoidoista kustannuseron, joka perustui potilastietojärjestelmään lääkäreille valmiiksi viedyn hoitomääräyspaketin käyttöön TAYS:ssa. Hyödyntämällä näin potilastietojärjestelmän ominaisuuksia voidaan nopeuttaa muutosten läpivientiä ja saavuttaa mittaviakin säästöjä."

Näin kirjoittivat tutkijat Bärlund, Leskelä et al. Lääkärilehdessä runsas vuosi sitten.²²

Heidän yhteenvetonsa oli seuraava:

"Tämä esimerkki on hyvä osoitus siitä, miten potilastietojärjestelmän ominaisuuksia voidaan käyttää sekä helpottamaan ammattilaisen työtä että tukemaan ja nopeuttamaan muutoksien läpivientiä. Muidenkin tautien hoidossa voisi hyödyntää valmiita hoitomääräyspaketteja. Kiireisessä arjessa lääkäri ei ehdi pysähtymään ja miettimään lääkemääräystensä yhteiskunnalle aiheuttamia kustannuksia."

Lisäksi esimerkki osoittaa, että tietojohdamisen työkaluilla, joista vertaiskehittäminen on yksi, voidaan sekä tunnistaa kehittämismahdollisuuksia että seurata muutosten vaikutuksia. Ilman lääkekustannusten seurantamittareita potilastietojärjestelmän toiminnallisuuden hyödyntämisen aikaansaamat lääkekustannusten säästöt olisivat jääneet huomioimatta."

Nykypäivän tekniikka mahdollistaisi jopa yksittäisten lääkäreiden vertailut. Se toisi näkyväksi eroja toimintamalleissa ja lääkevalintojen kustannuksissa. Erityisesti potilastietojärjestelmien lääkereseptiosion ja Kela-korvattavien lääkkeiden kustannusten yhdistäminen ja vertailu

²² Bärlund M, Leskelä R-L, Tiainen L et al.

alueittain visuaaliseksi esitykseksi laadittuna ohjaisi ja kannustaisi lääkäreitä tavoittelemaan säästöjä.

2000-luvulla tietotekniikasta on tullut lääkärin perustyökalu, ja sen kehityksen tarpeeseen vastaa hyvin Lääkäriliiton terveydenhuollon tietotekniikan erityispätevyys. Erikoislääkärien ja erityisesti tietotekniikan erityispätevyys suorittaneiden osallistuminen terveydenhuollon tietotekniikan ratkaisujen kehittämiseen auttaisi parhaiten henkilökuntaa ja potilasta palveleviin tietoteknisiin ratkaisuihin. Niillä saadaan aikaan merkittäviä lääkesäästöjä."

Tähän ei ole mitään periaatteellista lisättävää. Asia on näin, mutta se kannattaa toki todeta, että kyseessä ei ole vain lääkehoito, vaan koko maamme terveysjärjestelmän toimintatavan muuttaminen.

Edellä sanotussa kosketeltiin myös monikanavarahoituksen heikkouksia. Tässä esimerkkitapauksessa lääkehoidon rahoituksessa.

Tällä kertaa hyvän käytännön kehittäjä oli TAYS. Jatkossa maassamme pitää olla sellainen johtamisjärjestelmä, että parhaat käytännöt voidaan nopeasti toteuttaa koko maan laajuisina.

Olen urallani nähnyt kymmeniä hankkeita, joiden tulokset olisi pitänyt nopeasti levittää koko maata kattaviksi, mutta sikseen ne ovat jääneet. Totuuden nimissä on sanottava, että olen nähnyt myös satoja projekteja, jotka eivät lopulta johtaneet mihinkään, eikä olisi ollut syytäkään.

Substanssiosaajien pitää päästä noukkimaan jyvät akanoista. Poliittisella päättäjäkoneistolla ei ole siihen riittäviä valmiuksia tai edellytyksiä.

Johtopäätöksenä on se, että terveystaloutta tehdään aivan liian ohuen tilanekuvan perusteella, sillä päätöksentekijöille laajempi, ajanmukainen ja näyttöön perustuvan kuvan hahmottaminen vaatisi enemmän perehtymistä kuin mihin monella heistä on aikaa, kapasiteettia tai mielenkiintoa. Tästä johtuen substanssiosaamiseen perustuvaa johtamista ja valtuuksia on lisättävä.

7 YHDENVERTAISUUS KANSALAISEN KANNALTA

7.1 Eriarvoisuutta pitää kaventaa väestötasolla

”Suomen terveydenhoitojärjestelmä on EU:n epätasa-arvoisimpia”, todetaan Sosiaalivakuutus-lehdessä 16.05.2017. Suomessa terveydenhuollon kustannukset eivät jakaudu oikeudenmukaisesti eivätkä kaikki saa tarvitsemaansa hoitoa.

Tasa-arvoiset terveystalvet ja niiden hyvä kattavuus ovat EU:n terveyspolitiikan tavoitteita. Jokaiselle tulisi turvata riittävät ja laadukkaat palvelut riippumatta sosioekonomisesta asemasta tai asuinalueesta.

”Länsi-Euroopassa terveydenhuolto on yleensä laajasti julkisesti rahoitettua ja ihmisten itse maksama osuus on pieni. Suomi poikkeaa keskiarvosta: järjestelmämme ei ole tasa-arvoinen eikä oikeudenmukainen”, summaa tutkija-tohtori Liina-Kaisa Tynkkynen Tampereen yliopistosta.

Suomen terveydenhuolto oli vuonna 2009 OEDC-maiden vertailussa neljänneksi eriarvoisinta Puolan, Yhdysvaltojen ja Espanjan jälkeen. Meillä kaikki eivät saa tarvitsemaansa hoitoa.

”Suomi on eriarvoisimpien EU-maiden joukossa verrattaessa lääkärikäyntien määrää tulotasoon”, toteaa tutkimustiimin päällikkö *Jenni Blomgren* Kelasta.

7.1.1 ”Sosioekonominen oikeudenmukaisuus ei kaikilta osin toteudu terveydenhuollossa.”

Näin tiivistää THL:n tutkija, VTM Sonja Lumme, joka tutki Helsingin yliopistossa 10.6.17 tarkastetussa väitöskirjassaan rekisteritietoja sepelvaltimoiden ohitusleikkauksista ja pallolaajennuksista vuosina 1995–2010. Hän tutki sepelvaltimotoimenpiteitä sekä vältettävissä olevia kuolemia terveydenhuollon saatavuuden ja laadun indikaattoreina. Tutkimustulokset osoittivat hyvätuloisia suosivan eriarvoisuuden, joka jatkui koko tarkastelujakson ajan.²³

”Aiempien tutkimusten tuloksista poiketen epäoikeudenmukaisuus ei vähentynyt, vaikka sepelvaltimotoimenpiteiden tarjonta kasvoi merkittävästi”, toteaa Lumme.

”Epäoikeudenmukaisuus kasvoi erityisesti nuoremmilla potilailla, eli 45–64-vuotiailla.”

²³ Lumme S. *Developing Methodology of Measuring Socioeconomic Equity in Health Care Using Register Data*. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-3108-9>

Helsingin yliopiston kansanterveystieteen professori Eero Lahelman ja hänen tutkimusryhmänsä päätelmä 11.8.2017 ilmestyneessä Lääkärilehdessä julkaistussa artikkelissa²⁴, joka katsoi vuodet 1979–2014 on puolestaan seuraava:

7.1.2 "Kansanterveysohjelmat ovat tähdänneet sosioekonomisten terveyserojen kaventamiseen, mutta erot ovat säilyneet suurina. Terveyseroihin tulisi puuttua aikaisempaa tehokkaammin, jotta kehityssuunta saataisiin käännettyksi."

Kun näitä tutkimustuloksia ja jo edellä esitettyjä eriarvoisuustuloksia peilaa perustuslakimme 6 § ja 19 §:ää vasten, hämmentyy. Niissä säädetään, että ketään ei saa ilman hyväksyttävää syytä asettaa eri asemaan terveydentilan perusteella ja että julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät terveyspalvelut.

Em. tutkimustuloksiin perustuen, näin ei ole siis 2000-luvulle tultaessakaan toimittu.

Mikäli perustuslain nykyistä tulkintatapaa muutettaisiin yksilön yhdenvertaisuutta enemmän suojaavaan suuntaan, em. tulokset osoittaisivat, että perustuslakia on jatkuvasti rikottu.

Par'aikaa käynnissä oleva sote-lainsäädännön uudistamiseen liittyvä argumentointi onkin paljolti kiertynyt perustuslain kirjainta koskevien hallinnollisjuridisten asioiden tulkintoihin.

Näistä keskeisimmäksi nousi yhdessä vaiheessa mm. pakkoyhtiöittäminen vastustaminen. Sen tulkinnan seurauksena vaarantui toisessa vaakakupissa ollut tuottajien yhdenvertaisuuden varmistaminen.

Perustuslakivaliokunnan (plvk:n) tilaamat asiantuntijalausunnot tai mietinnöt eivät lähtökohtanaan ole mielestäni olleet puolueettomia, eivätkä sisältäneet tarpeellisia ja välttämättömiä selvityksiä siitä, miten edellä viitattuja, nykyisiä yhdenvertaisuuseroja pitäisi perustuslain uudistamisen tai tulkintatavan muuttamisen avulla vähentää ja/tai syntyneitä epäkohtia korjata.

Ristiriita plvk:n toimintatavan ja kansalaisiin kohdistuvien laatuerojen välillä on ilmeinen.

Tällainen puutteellisuus heikentää valiokunnan lausuntojen arvoa, sillä valiokunta ja sen käyttämät asiantuntijat näyttävät jättäneen edellä mainitun, aivan keskeisen lähtökohdan edelleen katveeseen.

²⁴ Lahelma E, Pentala O, Helldán A, Helakorpi S, Rahkonen O. Koetun terveyden koulutusryhmittäiset erot ovat pysyneet tasaisen suurina. *Lääkäril* 2017; 72:1629–34.

Olemassa oleva ja osoitettu yhdenvertaisuuden puute johtuu paljolti siitä, että kansalaisen terveyden yksilönoikeuksia pidetään poliittisesti toisarvoisempana kuin esim. kunnallista itsehallintoa.

7.2 Suomalaisille pitää sallia koko maata koskeva palvelujen valinnanvapaus tertiari-prevention tasalaatuisuuden varmistamiseksi

Lähtökohdaksi voidaan ottaa tuoreimmat tiedot nykytilanteesta. Liikkuvuutta on jo nykyisinkin terveyspalvelujen hankinnassa ja saatavuudessa olemassa, kuten **kuvan 43** kartat osoittavat.

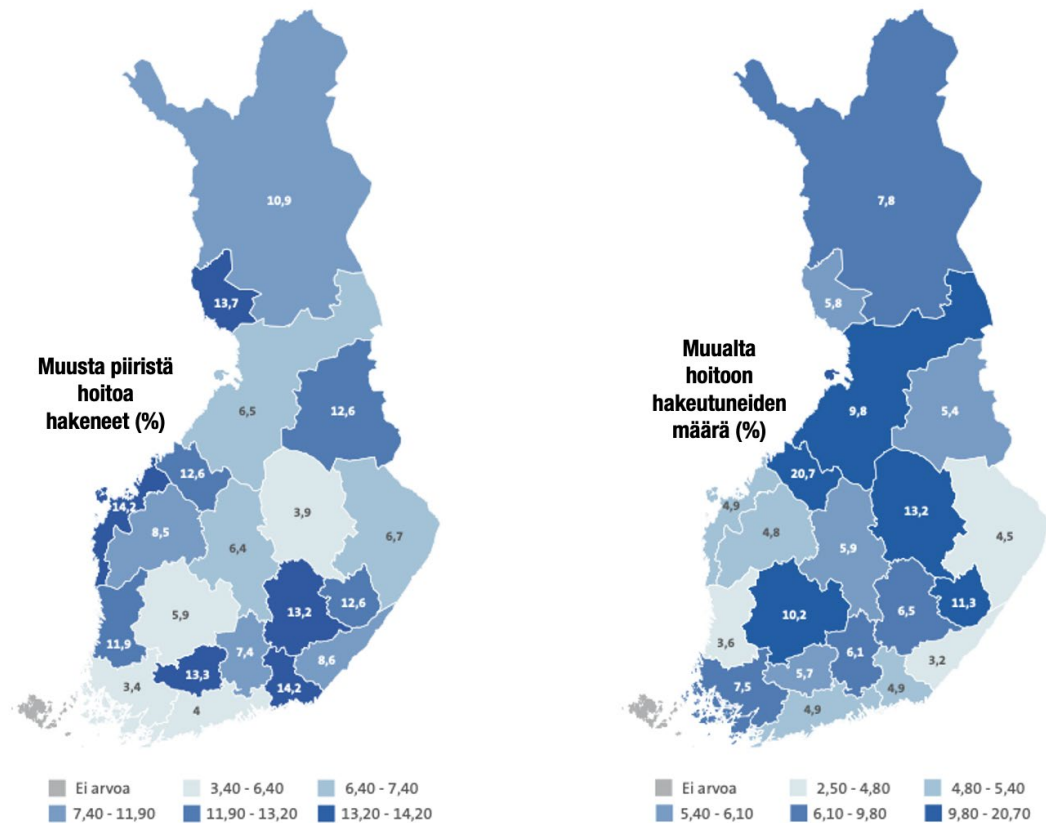
Vasemmanpuoleisessa kartassa on prosenttilukuna ilmaistu, kuinka suuri osa piirin asukkaista on saanut erikoissairaanhoidon oman piirinsä ulkopuolelta. Oikeanpuoleinen kartta sisältää prosentteina sen tiedon, paljonko piirin tuotannosta on käytetty muiden kuin oman piirin asukkaiden hoitoon.

Kartoista voi havaita, että kaikki yliopistosairaalapiirit ovat saaneet enemmän hoidettavia asukkaita muualta verrattuna oman piirin asukkaiden toisten piirien käyttöön. Keski-Pohjanmaa on edellä mainittujen lisäksi selvä 'tuottajapiiri'. Luvut viittaavat siihen, että Pohjanmaalta/Vaasasta hoitoon hakeudutaan Kokkolaan. Myös Savonlinnan keskussairaalaan hakeudutaan melko paljon muualtakin. Tasapainon kannalta se on hyvä, koska piirin omat asukkaat hakevat vielä suhteellisesti hieman enemmän hoitoa muualta.

Tyypiesimerkki sairaalasta, johon on hakeuduttu muualta, on Coxa (joka näkyy Pirkanmaan luvuissa).

Kustannustehokkuuden arvostus lisääntyisi, mikäli hoitojen valtakunnallisia kokonaiskustannuksia haluttaisiin optimoida nykyistä tehokkaammin. Se on toivottavaa. Mutta vielä toivottavampaa olisi, että myös valtakunnallinen terveysjohto nostaisi erikoissairaanhoidon laadun hintoineen priorisoiduksi tehtäväkseen ja perehtyisi optimoimaan kustannusvaikuttavuutta. Se edellyttäisi kolmea asiaa:

- 1. Kunkin erva-alueen koko sairaalakanta on optimoitava nykyistä ja tulevaa tarvetta vastaavaksi vaikuttavuuskannattavuuden näkökulmasta ja laskentaperiaattein*
- 2. Näistä kaikkien viiden erva-alueen suunnitelmista on lisäksi tehtävä koko maan kattava, optimaalinen yhteissuunnitelma 'Suomen sairaalat' 2030 ja 2040.*
- 3. Kansalaisten valinnanvapauden ja yhdenvertaisuuden turvaksi lainsäädäntöön on kirjattava, että jokaisella kansalaisella on perustellusta syystä oikeus käyttää kautta Suomen hänen hoitoonsa parhaiten sopivaa sairaalaa.*



Kuva 43. Erikoissairaanhoidon asiakkaiden liikkuvuus sairaanhoitopiirien välillä v. 2017 (% asiakkaista) Lähde:THL, Päätösten tueksi 2/2019

Tässä luvussa on korostettu koko maan laajuisen näkökulman välttämättömyyttä yhdenvertaisuuden lähtökohtana.

Kaikki yhdenvertaisuuden lisääminen tapahtuu kansalaistasolla.

8 MILLAISIA RATKAISUMALLEJA ON OLLUT JA ON TARJOLLA?

8.1 Ratkaisumallien kaksi päätyyppiä

Kehittämiskäytäntöä on tunnetusti haettu jo parikymmentä vuotta – laihoin tuloksin.

Perusratkaisut ovat kerta toisensa jälkeen nojanneet joko (a) uudelleenpiirittämiseen tai (b) keskitettyyn tai 'puolikeskitettyyn' vakuutusmalliin.

Näiden mallien perusteellisempi läpikäynti ei ole tämän julkaisun ytimessä, koska jatkotyöskentely on osoittanut, että niiden avulla ei ole päästy eteenpäin.

Poliittisten päätösten kentällä niiden avulla ei ole löytynyt sopua. Muutama nosto antaa kuitenkin asian ymmärtämiselle taustaa.

8.1.1 Valtioneuvoston kanslian aloitteellisuus

Vanhasen toisen hallituksen aikana valtioneuvoston kanslia päätyi tilaamaan terveydenhuollon menojen hillinnän päivänvarjon alla Markku Pekuriselta ja Pekka Puskalta selvityksen.²⁵

Selvityksen tiivistelmän sisältö on seuraava:

Selvitys käsittelee terveydenhoitomenojen hillintää yhtäältä terveydenhuollon rahoitusmekanismeihin liittyvien kannustinvaikutusten ja toisaalta hoitotarpeiden ennaltaehkäisyssä näkökulmasta. Selvityksen ensimmäisessä osassa tutkimusprofessori Markku Pekurinen Stakesista arvioi rahoituksen kannustinongelmia sekä periaatteellisella tasolla että Suomen nykytilanteessa. Huomio kiinnittyy erityisesti monikanavaisuuden ongelmiin. Pekurinen esittää 20 toimenpidesuositusta rahoitusjärjestelmän kehittämiseksi.

Selvityksen toisessa osassa pääjohtaja Pekka Puska yhdessä useiden muiden lähinnä Kansanterveyslaitoksessa työskentelevien terveysalan asiantuntijoiden kanssa tarkastelee erimuotoisen ennaltaehkäisyssä lääketieteellisiä mahdollisuuksia ja taloudellisia vaikutuksia. Ennaltaehkäisyssä on paljon tehtävää ja sairauksien ja vammojen ehkäisy on taloudellisesti olennaisesti hoitoa edullisempää. Johtopäätöksenä suositellaan terveyden edistämisen rakenteiden selvää vahvistamista ja sen edellyttämää rahoituksen lisäystä.

Pekurinen vertaili kolmea siihen saakka esiteltyä vaihtoehtoa koostetaulukossaan. **Taulukko 1**

²⁵ Pekurinen M, Puska P. Terveydenhuollon menojen hillintä: rahoitusjärjestelmän ja ennaltaehkäisyssä merkitys. 2007 VNK:n julkaisusarja nro 4: 158 s.

	Terveydenhuollon Unelma*	Terveydenhuollon alueellinen rahoittaja**	Yleinen terveysvakuutus***
Perusajatus	Piiri järjestää kaikki terveydenhuollon ja vanhustenhuollon palvelut	Kuntavetoinen terveydenhuollon alueellinen rahoittaja	Kunnat ottavat asukkailleen terveysvakuutuksen
Järjestäjä	Terveyspiiri (väestöpohja noin 20 000 asukasta)	Alueellinen rahoittaja, vähintäänkin nykyisten sairaanhoidopiirien väestö	Kansallinen terveysvakuutuslaitos, 5 alueorganisaatiota
Perusterveydenhuollon palvelujen tuottaja	Terveyskeskus tai yksityinen palvelujen tuottaja sopimuksella piirin kanssa. Piiri voi toimia tuottajana. Ensisijaisesti omalääkäri, toimipaikana terveyskeskus, työterveyshuolto tai yksityinen sektori	Terveyskeskus tai yksityinen palvelujen tuottaja. Ensisijaisesti omalääkäri, jonka valinnassa kuntaraja ei ratkaiseva	Julkinen tai yksityinen terveyskeskus tai vastaava. Ensisijaisesti terveyskeskus, 8-10 lääkäriä
Erikoissairaanhoidon palvelujen tuottaja	Itsenäiset kuntien omistamat sairaalat (liikelaitos, osakeyhtiö) tai yksityiset sairaalat	Asiantuntijajohtoiset sairaalat. Kuntayhtymä omistaa kiinteistöt, jotka se vuokraa tuottajille	Julkiset tai yksityiset sairaalat
Rahoitus	Verorahoitus. Piirin rahoitus kunnilta kapitaatioperiaatteella. Laskennallinen valtionosuus kunnille. Kuntakoh-taisia sairausvakuutuskorvauksia vastaavat rahat piirille	Verorahoitus. Rahoitus kunnilta kapitaatioperiaatteella. Laskennallinen valtionosuus alueelliselle rahoittajalle	Verorahoitus. Vakuutusmaksu kunnilta kapitaatioperiaatteella, palvelujen tarve, käyttö ja kunnan kantokyky huomioiden. Laskennallinen valtionosuus vakuutuslaitokselle
Tuottajien korvauseriaate	Perusterveydenhuollossa kapitaatioperiaate, erikoissairaanhoidossa suoriteperiaate	Suoriteperiaate	Suoriteperiaate
Sairausvakuutus yksityisen sektorin rahoittajana	Ei roolia	Ei muutosta nykyiseen	Ei muutosta nykyiseen
Lääkekulujen rahoitus	Piiri rahoittaa muiden palvelujen tapaan	Ei muutosta nykyiseen	Ei muutosta nykyiseen
Asiakasmaksut	Piiri päättää valtakunnallisten enimmäismäärien rajoissa. Hoitopäivämaksu kattaa potilaan ylläpitokustannukset	Alueellinen rahoittaja määrittelee palvelukohtaisesti. Tietyn rajan ylittävät sairauskulut verovähennyskelpoisia. Hoitoseteli	Potilaiden omavastuuosuus vaihtelee palveluittain
Asiakkaiden valinnanvapaus	Potilas voi valita omalääkärin kerran vuodessa, ja sairaalan piirin sopimussairaaloista	Potilas voi valita palvelujen tuottajan	Potilas voi valita palvelujen tuottajan
Moraalinen vaara			
– Kuluttajan	Saattaa kasvaa	Kasvaa	Kasvaa
– Tuottajan	Ei merkittävää muutosta	Kasvaa	Kasvaa
– Rahoittajan	Vähenee	Vaikutus epäselvä	Vähenee, jos Kansaneläkelaitos toteuttaa terveysvakuutuksen, muutoin ei muutosta

* Häkkinen ym. (1995)

** Suomen Lääkäriliitto (1999, 2001)

*** Huuhtanen (2003), Forss ja Klaukka (2003)

Lähde: Häkkinen ja Pekurinen 2006.

Taulukko 1 Terveydenhuollon uudistamiseksi tehtyjä ehdotuksia, joissa on kosketeltu myös rahoitusjärjestelmää

8.1.2 Valtion taloudellisen tutkimuskeskuksen toimeksianto

Osmo Kuusi ja Olli-Pekka Ryyänen laativat puolestaan Valtion taloudellisen tutkimuskeskuksen toimeksiannosta v. 2008 muistion hyvinvointipiireistä ja kustannusvaikuttavasta terveydenhuollosta.²⁶

He totesivat, että heidän julkaisunsa keskeisen sanoman voi kiteyttää kahteen lauseeseen: Suomen terveydenhuolto ja sosiaalisektori tarvitsevat vahvoja alueellisia toimijoita, jotka ottavat noin 0,6–1,5 miljoonan henkilön väestöpohjilla vastuun terveydenhuollon ja sosiaalisektorin kustannusvaikuttavuudesta. Tällaisiksi toimijoiksi sopivat nykyisten yliopistollisten sairaanhoitopiirien erityisvastuualueiden (ervojen) pohjalta muodostettavat hyvinvointipiirit.

Kirjoittajat totesivat, että heillä on yhtenevä näkemys hyvinvointipiirin perustehtävistä, mutta eri näkemys asioiden painottamisesta ja sen vuoksi kirjoittajat päätyivät esittämään näkemyksensä erillisinä artikkeleina.

Emeritusprofessori Olli-Pekka Ryyänen esitteli Suomeen esitettyjä rahoitusmalleja ja niiden arviointia v. 2009. Arviossaan hän teki ehdotuksia terveydenhuollosta ja totesi, että useimmat esitetyt rakennemallit eivät huomioi rahoitusta, ja mainitsee pitkän luettelon erilaisia malleja, kuten kuntaliitosmalli, aluekuntamalli, PARAS-hanke, erilaiset terveystiirimallit sekä erikoissairaanhoidon valtiolle-malli. Hän kokosi taulukkomuotoon tehtyjen rahoitusehdotuksen vertailua. **Taulukko 2.**

²⁶ Kuusi O, Ryyänen O-P. Hyvinvointipiirit ja kustannusvaikuttava terveydenhuolto. VATT 2008; Muistioita 79: 48 s.

	"Unelma" 1995 Häkkinen	Lääkäriliitto 2001	Kelan malli 2003 Huuhtanen	Ostopooli 2006 Ryytänen, Kuusi
Periaate - palvelun järjestäjä/rahoittaja	Terveyspiiri 20 000 asukasta	Kuntavetoinen alueellinen rahoittaja, vastaa sh-piiriä	Kuntien ottama terveysvakuutus kuntalaisille Kelalta	laaja ostopooli, noin erva, Kela integroitu vähintään sopimustasolla
Pth:n tuottaja	piiri tuottaa tai ostaa	shp tuottaa tai ostaa	julkinen tai yksityinen	integroitu esh:n kanssa
Esh:n tuottaja	itsenäiset sairaalat, yhdytetyt	kuntayhtymä omistaa kiinteistöt ja vuokraa tuottajille	julkinen tai yksityinen	itsenäiset sairaalat, yhdytetyt tai osuuskunta
Rahoitus	verorahoitus, pth kapitaationa, esh suoritepohjaisena, valtionosuus kunnille	verorahoitus, valtionosuus rahoittajalle, suoritepohjainen	verorahoitus, vakuutusmaksu kunnilta, valtionosuus Kelalle	verorahoitus, pth ja esh:n päivitys kapitaationa, muu suoritepohjaisesti, valtionosuus ostopoolille
Lääke-, matka-, kulut, kuntoutus,	piiri rahoittaa	nykykäytäntö	nykykäytäntö	ostopooli rahoittaa
SV-päivärahat	nykykäytäntö	nykykäytäntö	nykykäytäntö	ostopooli rahoittaa
Monikanavainen rahoitus	useimmissa asioissa yksikanavaisuuteen	nykykäytäntö	siirytään yksikanavaisuuteen	siirytään yksikanavaisuuteen
Kustannuskehitys	nykytila (vaikeasti hallittava kustannusten kasvu)	kustannukset kasvavat (?)	kustannukset kasvavat (?)	hallittu kasvu
Moraalinen vaara	rahoittajalla vähenee, muilla kasvaa (valinnanvapauden lisääntyminen)	todennäköisesti kasvaa	rahoittajalla vähenee, muilla kasvaa	vähenee kaikilta jos yhtenäiset hoitokriteerit

Taulukko 2. O-P Ryytänen laatima vertailu

8.1.3 Hyssälä herätti henkiin Huuhtasen mallin 2010, mutta piiripohjaisen mallin selvittelyvaihtoehdot ovat dominoineet valmistelua

Hyssälä antoi heti Kelan pääjohtajavirkakautensa aluksi oman panoksensa terveydenhuollon rahoituksesta käytävään keskusteluun nostamalla ns. Huuhtasen mallin uudelleen esiin. Hän totesi sen tehdessään kuitenkin, että malli ei ole vielä valmis, mutta, että toisaalta Pohjois-Karjalan kuntayhtymän johtaja Palomäki oli jo aikanaan ilmoittanut Huuhtaselle, että sairaanhoitopiiri voisi olla hyvä koealue. Myös emeritusprofessori Kekomäki arvioi, että malli voisi poistaa epätasa-arvoa ja vähentää osuoptimoitua. Tämäkään avaus ei avannut toteutusväylää, mutta vielä vuonna 2019 Timo Hujanen julkaisi Kelan julkaisusarjassa asiaa koskevan tutkimuksen.²⁷

Hän nimesi siinä yhteydessä jopa ne puolueet, jotka ovat selkeimmin ehdottaneet monikanavarahoituksen vähentämistä tai yksikanavarahoitusta.

²⁷ Hujanen T. Monikanavarahoituksen ongelma terveydenhuollossa. Esimerkkejä perusterveydenhuollon vastaanottoimmasta. Kela 2019, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 156: 225 s.

Sipilän hallitus oli kuitenkin jo käynnistänyt uusien lakien valmistelun.

On vaikeaa määritellä, mitkä kaikki valmistelut tai selvitykset lopulta vaikuttivat siihen lakiehdotuksen muotoon, jonka ongelmaksi koitui sittemmin perustuslakivaliokunnan tulkintojen nostattamat vaikeudet ja lopulta erimielisyydet. Ne aiheuttivat osaltaan koko hallituksen kaatumisen.

Lakimuutokset jäivät toteutumatta.

8.2 Millä keinoilla maakuntamallin toteuttajat yrittävät nyt hallita tilannekuvan?

Kuntamalli ajautui karille, kun vihdoinkin huomattiin, että monet kunnat ovat joutumassa taloudellisen epätasapainonsa vuoksi valtion selvitysmenettelyn kohteeksi. Jäljelle jäi siis juuri edellä kuvatut kaksi perustamisvaihtoehtoa eli piirimalli tai valtionvastuumalli. Kokoomuksenkin ehdotus on piirimalli, joka tosin perustuu kuntien vapaaehtoiisiin yhteistyöjärjestelyihin.

Taaskaan ei ole selvästi erotettu järjestäjiä ja tuottajia toisistaan, vaan päädytty eräänlaiseen näiden väliseen symbioosiin, joka kaventaa selvästi kansalaisen valinnanvapautta.

Edellä esitettyjen tietojen avaamisella on pyritty perustelemaan, miten tärkeää on tuntea terveydenhuollon tilannekuva monelta eri suunnalta, koska oikea tilannekuva on menestyksekkään johtamisen kivijalka.

Tämän vuoksi tässä luvussa tilannekuvaa ja sen taustoja selkiytetään lisää.

Ajankohtaista tilannekuvaa lähdettiin purkamaan Kekomäen ongelmaluettelo mielessä pitäen jo heti aluksi luvussa 2 ja valotettiin eri näkökulmista luvussa 6. Tässä luvussa käydään vielä läpi kaksi esimerkkiä. Toinen on Kaiser Permanenten ratkaisumalli USA:ssa ja toinen työterveyshuollon ratkaisu kotimaassa.

Tavoitteena on luoda käsitys siitä kokonaisuudesta, jota pitää hallita uudella, paremmalla johtamisella.

8.3 Oppia voi vaihtoehtoista saada eri tahoilta maailman huipulta, koska sinne itsekkin pyritään

Alla oleva British Medical Journalissa v. 2002 julkaistu vertailututkimus tuli kautta maailman tunnetuksi. Sen ydinsisältö oli vertailla kahta kansainvälistä hyvin laajaa terveysjärjestelmää toisiinsa.

Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente

Richard G A Feachem, Neelam K Sekhri, Karen L White

Abstract

Objective To compare the costs and performance of the NHS with those of an integrated system for financing and delivery health services (Kaiser Permanente) in California.

Methods The adjusted costs of the two systems and their performance were compared with respect to inputs, use, access to services, responsiveness, and limited quality indicators.

Results The per capita costs of the two systems, adjusted for differences in benefits, special activities, population characteristics, and the cost environment, were similar to within 10%. Some aspects of performance differed. In particular, Kaiser members experience more comprehensive and convenient primary care services and much more rapid access to specialist services and hospital admissions. Age adjusted rates of use of acute hospital services in Kaiser were one third of those in the NHS.

Conclusions The widely held beliefs that the NHS is efficient and that poor performance in certain areas is largely explained by underinvestment are not supported by this analysis. Kaiser achieved better performance at roughly the same cost as the NHS because of integration throughout the system, efficient management of hospital use, the benefits of competition, and greater investment in information technology.

Introduction

The NHS Plan for 2000 states: "The NHS is effective and efficient at meeting its goals. The NHS gets more

country-level international data from the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) Health Organization.⁵ Conclude that the US has higher costs and poor population health. However, lies the multiplicity of different healthcare systems operating and often competing within the United States.⁴

In many ways Kaiser Permanente is like the NHS, providing a similar range of services for a population equivalent to that of a small country. Founded in 1945, it is roughly the same age as the NHS and has had the same amount of time to evolve and adapt to new circumstances. Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals are integrated with independent physician group practices called Permanente Medical Groups. The health plan is the insurance arm of the organisation, while the hospitals and medical groups provide all clinical services. To the public these entities are seen as one organisation, which is commonly referred to as Kaiser. Kaiser has 8.2 million members: 6.1 million in California and the remainder in Colorado, Georgia, Hawaii, Maryland, Ohio, Oregon, Virginia, Washington, and the District of Columbia.⁵ We compared Kaiser's California region with the NHS because it represents the model most similar to the NHS. In California, doctors in the Kaiser system (both primary care and specialist) are shareholders or partners and salaried employees of the medical groups, and Kaiser owns and operates most of its own ambulatory facilities and hospitals. Unlike the NHS, Kaiser specialists cannot work outside the system.

Seuraavaksi loikataan 'rapakon taakse' oppia ottamaan siitä, miten ja miksi Kaliforniassa päätoimipaikkaansa pitävä Kaiser Permanente osoittautui tuolloisessa vertailussa Iso-Britannian kansallista terveystajärjestelmää (NHS) paremmaksi. Syitä oli kolme:

- *Perusterveydenhuollon palveluten kokonaisvaltaisuus ja laadukkuus*
- *Nopeampi pääsy erikoissairaanhoidon vastaanotoille ja sairaalaan*
- *Ikävakiointu akuuttitapausten sairaalankäyttö oli vain kolmannes NHS:iin verrattuna*

Kuten oheisessa vertailuartikkelissa mainitaan, Kaiser Permaneneten (KP) terveysvakuutusjärjestelmä sairaaloineen muodostaa yhden allianssi-kokonaisuuden, johon oleellisena osana kuuluvat avovohoidon yksiköt (Medical Groups). Allianssissa työskentelevät lääkärit eivät saa työskennellä allianssin ulkopuolella.

KP on perustettu 1945 voittoa tuottamattomaksi säätiöksi, ja sitä se on edelleen, mutta koska se toimii allianssina, niin sen osina on sekä voittoa tuottavia että tuottamattomia yksiköitä ja yhtiöitä. Viimekädessä ylijäämällä tehdään aina allianssia hyödyttäviä investointeja, jotka puolestaan takaavat sekä jatkuvan menestymisen laatukilpailussa että menestymisen markkinoilla.

Kokoluokan hahmottamiseksi lyhyt vertailu Suomeen on paikallaan.

Taulukko 3

	SUOMI	KAISER (KP)	SUOMI-IND. (KP =100)	VASTUUVÄESTÖÄ KOHTI (IND.)
LIKEVAIHTO MRD. € (2020)	24	73	33	73
LÄÄKÄREITÄ (2020)	21148	23271	91	202
HOITAJIA	73688	63306	116	258
EAO 2018	81,8	81,7	100	100
SAIRAALOITA (2020)	33 (100)	39	?	?
VASTUUVÄESTÖ	5,5	12,2	45	
LAKKAUTETTUJA SAIRAALOITA ON 40 KPL.				

Taulukko 3. Suomen ja Kaiser Permanenten tunnuslukuvertailu

Tästä taulukosta käy ilmi, että KP:een kirjautuneiden jäsenten eli vakuutettujen määrä on 12,2 miljoonaa, mutta koska lapset eivät ole järjestelmässä itsenäisiä vakuutettuja, vaan kuuluvat vanhempien vakuutuseseen, kokonaisvastuuväestö lienee lähellä kahtakymmentä miljoonaa.

Taulukon vertailut on kuitenkin tehty Suomen väkiluvun ja KP:n vakuutettujen suhteessa, koska tarkkaa tietoa Kaiserin vastuuväestöstä ei ole saatavissa. Lääkäreiden lukumäärä on samaa suuruusluokkaa, mutta hoitajia KP:lla on suhteellisesti vähemmän. Elinajanodotteena on verrattu KP:n 'kotipesän' eli Kalifornian elinajan odotetta Suomen elinajanodotteeseen. Niissä ei ole eroa.

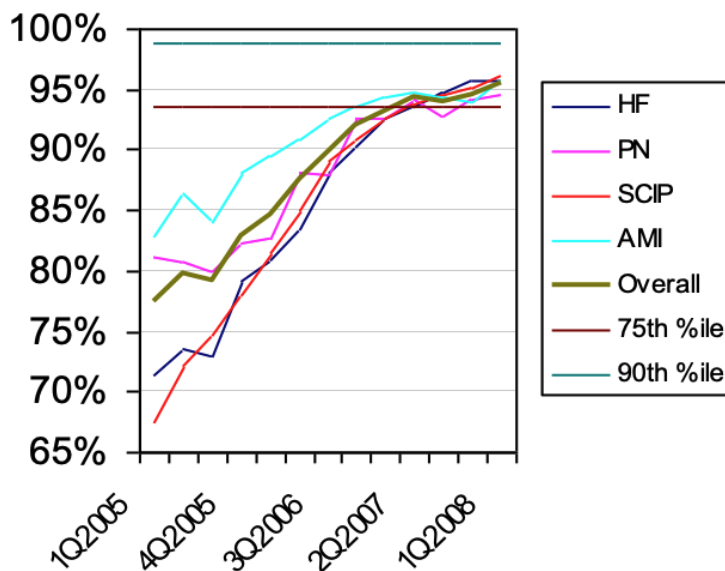
Sairaaloiden välillä konkreettinen vertailu on mahdotonta. Mikäli suomessa sairaalakäsitteellä tarkoitetaan hallinnollista kokonaisuutta, luku on 33, mutta jos tarkoitetaan maantieteellisiä sairaalatoimipisteitä, niin puhutaan kolminkertaisesta määrästä.

Kolmanteen sarakkeeseen on laskettu suora indeksivertailu ja neljänteen vastuuväestöillä painotettu indeksi.

Tällainen vertailu ei kuitenkaan ole asian ydin, vaan toimintatavan kehittäminen.

Kuten **kuvasta 44** näkyy, KP toteutti vuosina 2001-08 merkittävän laadunparannus- ja kustannusten uudelleenohjelmistamisohjelman. Ensimmäisessä vaiheessa omalääkäri-hoitajapareille annettiin kannustinpalkkioon liittyen tehtäväksi normalisoida vastuupotilaidensa verenpaine- ja sokeritasapaino.

Oleellinen asia tämän totuttamisessa oli käyttöön otettu EPIC-tietojärjestelmä, jonka avulla tuloksia voitiin seurata. Esim. laboratoriotulokset olivat yön eräajojen jälkeen jokaisella vastaanotolla käyettävissä ja aamu käynnistyi sillä, että vastuupotilaiden poikkeavat laboratorioarvot nousivat heti esiin, jonka seurauksena hoitaja käynnisti tarvittavat yhteydenotot heti saman päivän aikana. Myös veranpainearvot kirjautuivat järjestelmään laboratorioarvojen kaltaisesti.



Kuva 44. Kooste Kaiser Permanenten laadunparantamistoimista 2001-08. Lähde: Kaiser Permanente

Perhelääkärien normotonia- ja normoglykemia-ohjelma käynnistettiin 2001-2.

Ohjelma laajeni sitten kuvan osoittamalla tavalla laajempiin sairausryhmiin 2004, jolloin myös erikoislääkärit tulivat mukaan (Sydämen vajaatoiminta = HF, keuhkokuume PN, leikkaustoiminnan laadunparannus SCIP ja sydänveritulppa AMI) Ks. kuva.

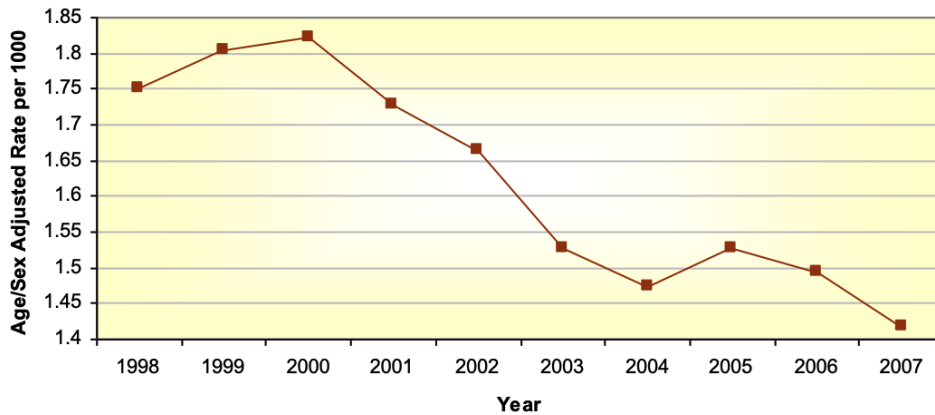
Eräs tärkeä havainto oli yleislääkäreiden ja erikoislääkäreiden konsultaatioyhteyksien järjestäminen.

Järjestämistapoja oli kolme:

- *Noin kolmannes toteutettiin niin, että yleislääkäri hoiti asian potilaan luvalla suoraan erikoislääkärin kanssa,*
- *toinen kolmannes tapahtui yleislääkärin vastaanotolla ruudun välityksellä etänä ja*
- *vain kolmas kolmannes kävi tapaamassa erikoislääkärinsä.*

Erikoislääkärien velvollisuuksiin kuului järjestää nämä yleislääkärien tarvitsemat konsultaatiot viiveettä, koska viiveet aiheuttivat turhia lisäkustannuksia ja heikensivät hoitotuloksia.

Tulokset näkyivät nopeasti. **Kuvasta 45** voidaan todeta, miten aivoverisuonisairauksien sairaalankäyttötarve lähti nopeaan laskuun, mutta myös laajempi asia eli hoidon hallinta ennen kuolemaa voitiin järjestää aikaisempaa paremmin ja taloudellisemmin. **Kuva 46**



Kuva 45. Aivoverisuonisairauksien sairaalakäytön vähentyminen. Lähde: Kaiser Permanente

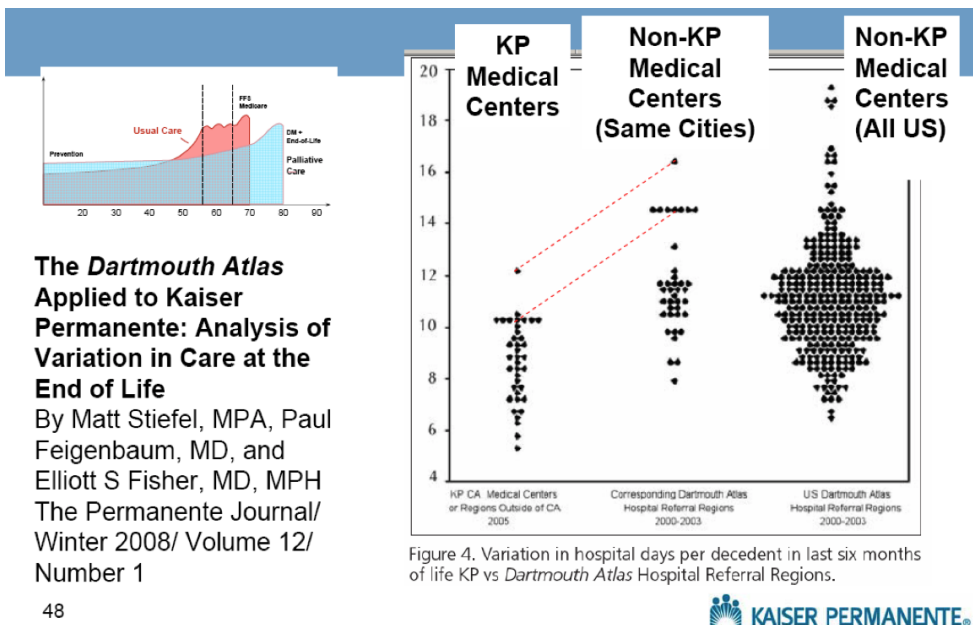
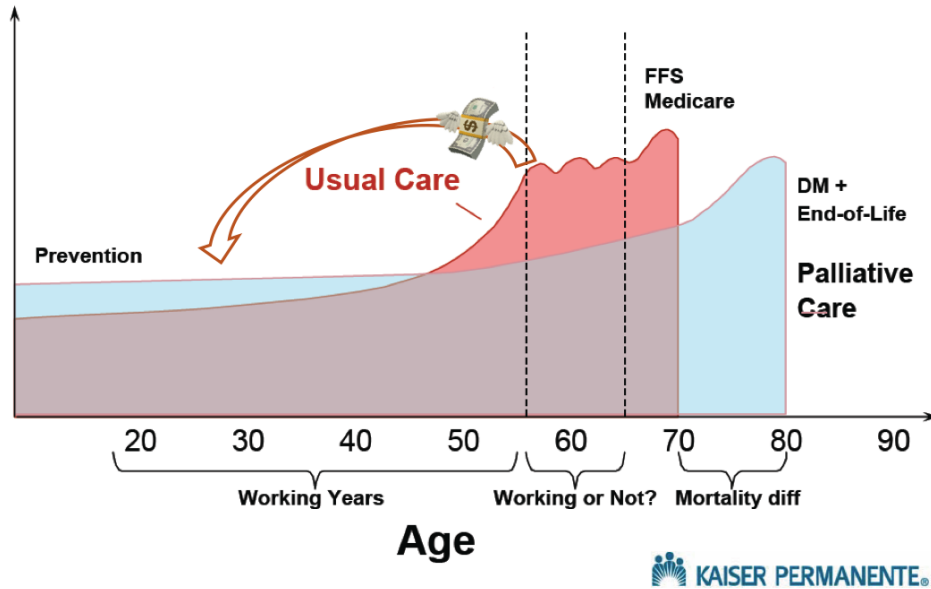


Figure 4. Variation in hospital days per decedent in last six months of life KP vs Dartmouth Atlas Hospital Referral Regions.

Kuva 46. Hoidon hallinnan uudellenjärjestelyn tulokset ennen kuolemaa. [Vasemmalla KP: omissa sairaaloissa = 5-10 hpv; keskellä samaojen kaupunkien muiden sairaaloiden = 8-16 hpv; ja oikealla koko USA:n tilanne (pl. KP) = 6-19 hpv]. Lähde: Kaiser Permanente

Taloudelliset vaikutukset olivat tuntuvat. **Kuva 47** osoittaa, miten merkittävä sairaalakustannusten vähentyminen voitiin investoida uuteen primaari-preventio-ohjelmaan **THRIVE** sekä tiedonhallinnan parantamiseen.



Kuva 47. palvelurakenteen muutos mahdollisti rahoituksen uudelleenallokoinnin sairaalahoidon sijasta primaari-preventioon. Lähde: Kaiser Permanente

Kalifornia ei ole lähtenyt maakuntamalliin. Niitä on siellä 58 kappaletta. Suurin on Los Angeles yli 10 milj. asukkaallaan. Muita yli miljoonan asukkaan maakuntia on kahdeksan. Kolmessa pienimmässä maakunnassa on alle 10 000 asukasta.

Kaiserilla on Kaliforniassa vain kaksi divisioonaa: eteläinen ja pohjoinen.

Kaliforniassa on kaikkiaan 40 miljoonaa asukasta, joista siis noin puolet on terveysvakuutettuja (48 % työnantajan kautta ja 6,6 % muuta kautta). Kun toisaalta Kaiser Permanentella on 12,2 milj. jäsentä (members), mutta perheiden lapset eivät ole itsenäisiä jäseniä, niin voidaan todeta, että Kaiserin asema kalifornialaisten terveyden vaalijana on dominantti.

Se ei ole tarkoituksenmukaista, kun meillä on kaikki edellytykset yhtenäiseen potilastiedon käsittelyyn ja yhtenäisiin terveyshyötyanalyysiin sekä teams- ja chat-tyyppiseen työskentelyyn. Tällaiset menetelmät oikein käytettynä ovat erittäin kustannusvaikuttavia. Niitä alettiin käyttää esim. Kaiser Permanentella jo 15 vuotta sitten, mutta meillä ne eivät ole hajautetussa ja sirpaloituneessa perusterveydenhuollossamme vielä edes käytössä, koska liioin potilastiedostoja ei ole yhtenäistetty.

8.4 Mitä opittavaa työterveyshuollosta?

Työterveydenhuollon toteutusmalli poikkeaa maamme muun terveydenhuollon hallinta- ja toteutusmallista. Lisäksi on lähtökohtaisesti todettava, että kyseessä ei ole työikäisten ikäluokkien kattavasta terveysterveystoimesta vaan tietyllä tavalla maan laajuisesti toimenpantavasta, rajatusta työssä olevien työikäisten perusterveydenhuollosta - työnantajasta riippuvien vaihtelevien laajuuksien.

Työttömät tai muulla tavoin työelämästä syrjässä olevat työikäiset eivät tämän järjestelmän palveluja saa, mutta saajien määrä on silti n. 2,3 miljoonaa kansalaista.

Kun verrataan työterveyslain ja kansanterveyslain peruslähtökohdista, todetaan jo lakien eroavan lähtökohdiltaan toisistaan.

8.4.1 Lähtökohdat

Kansanterveyslain mukaan **kunnan tulee**

1. seurata kunnan asukkaiden terveydentilan ja siihen vaikuttavien tekijöiden kehitystä väestöryhmittäin,
2. huolehtia terveysnäkökohtien huomioon ottamisesta kunnan kaikissa toiminnoissa sekä
3. tehdä yhteistyötä terveyden edistämiseksi muiden kunnassa toimivien julkisten ja yksityisten tahojen kanssa.

Työterveyslain mukaan **työnantajan on** kustannuksellaan

1. järjestettävä työterveyshuolto työstä ja työolosuhteista johtuvien terveysvaarojen ja -haittojen ehkäisemiseksi ja torjumiseksi sekä
2. työntekijöiden turvallisuuden, työkyvyn ja terveyden suojelemiseksi ja edistämiseksi.

8.4.2 Määritelmät

Kansanterveystyöllä tarkoitetaan yksilöön, väestöön ja elinympäristöön kohdistuvaa (1) terveyden edistämistä (2) sairauksien ja tapaturmien ehkäisy mukaan lukien sekä (3) yksilön sairaanhoitoa. Kansanterveystyön sisällöstä säädetään terveydenhuoltolaissa (1326/2010).

Terveyskeskus

on kuntalaisten lähin ja tutuin hoitopaikka, jossa tuotetaan kunnan järjestämät terveydenhuollon palvelut. Palveluiden lisäksi terveyskeskuksissa seurataan ja edistetään väestön terveyttä. (STM)

Toimintayksikön johtamisessa on oltava moniammatillista asiantuntemusta, joka tukee laadukkaan ja turvallisen hoidon kokonaisuutta, eri ammattiryhmien yhteistyötä sekä hoito- ja toimintatapojen kehittämistä.

Työterveyshuollolla tarkoitetaan työnantajan järjestettäväksi säädettyä työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden toimintaa, jolla edistetään työhön liittyvien sairauksien ja tapaturmien ehkäisyä, työn ja työympäristön terveellisyyttä ja turvallisuutta, työyhteisön toimintaa sekä työntekijöiden terveyttä ja työ- ja toimintakykyä.

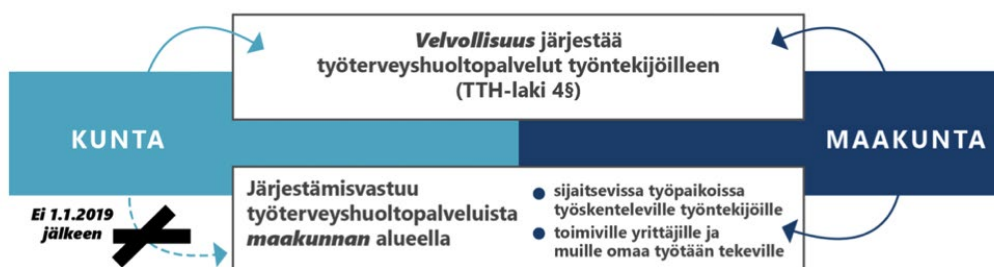
Työterveyshuolto

on asiantuntijaorganisaatio, joka toiminnallaan tukee terveysvaarojen torjuntaa, ehkäisee terveyshaittoja ja tukee työntekijöiden turvallisuuden, terveyden ja työkyvyn suojelemista ja edistämistä.

Työterveyshuollon (1) palvelujen tuottaja, (2) työterveyshuollon ammattihenkilö ja (3) asiantuntija ovat työterveyshuollon toimijoita.

8.4.3 Muutos järjestämiseen

Hyvinvointialue- eli maakuntamallin hyväksyminen eduskunnassa merkitsee alla olevan **kuvan 48** mukaisesti myös muutoksia järjestämisvastuussa. Tosin kunnan velvollisuus kuntalaisia koskevasta järjestämisvastuusta on käytännössä jäänyt epäselväksi, koska varsinainen työpaikkoja koskeva järjestämisen valvontavastuu on AVI:n tehtävä.



Kuva 48. Kunnan velvollisuuksien siirtyminen maakunnille työterveyspalveluissa Lähde:TTL

8.4.4 Tulostavoitteet

Työterveyshuollon yhtenä keskeisenä tulostavoitteena on pitää työkyvyttömyydestä aiheutuvat kokonaiskustannukset mahdollisimman alhaisina, sillä silloin päästään lähemmäksi myös yhteiskunnan kokonaisuutena kuin mihin suoriteperustainen työterveyshuollon toimintamalli johtaisi. Samalla työntekijöiden saaman terveyshyödyn katsotaan lisääntyvän.²⁸

Edellä sanottuun liittyen todetaan kuitenkin, että eläkekustannusten riski ei voi kuitenkaan yksin toimia hoidon priorisoinnin tai saatavuuden perusteena.

²⁸ Ahonen G, Parvinen L, Vainio H et al. Arvopohjainen työkyvyn hallinta tehostaa työterveyshuoltoa. S. Lääkärilehti 2011; 66: 921–926.

On osoitettu, että hoidon viivästyminen ja työkyvyttömyyden pitkittyminen lisäävät pysyvän työkyvyttömyyden riskiä merkittävästi. Tämän vuoksi tehokkaan hoidon tarjoaminen työterveyshuollossa mahdollisimman varhain on eettisesti perusteltua sekä työntekijän että työnantajan kannalta.

Työterveyshuollon tulostavoitteet on määritelty, niitä mitataan ja niiden saavuttamisesta palkitaan.

On sääli, että terveyskeskusten tulostavoitteita ei ole vastaavalla tavalla konkreettisesti missään määritelty. Terveyskeskukselle on asetettu vain yleinen seuranta- ja edistämismääräys.

Kansanterveystyössä on korostettu sitä, että johdossa on oltava moniammatillista asiantuntemusta. Tosiasia on, että osa näistä valinnoista on poliittisia virkanimityksiä. Johtajilla ei yleensä ole tulostavoitteita, ei kannusteita eikä sanktioita.

Erääksi keskeisimmäksi tulostavoitteeksi on kuitenkin noussut ns. hoitotakuun eli hoitoon pääsyn määräaikojen noudattaminen, jonka tulisi olla em. moniammatillista asiantuntemusta omaavan johdon työsarkaa. Kuten jo luvussa 5 olevat esimerkit osoittavat, hoidon ja tutkimusten aloittaminen saattaa viivästyä jopa yhden kunnan sisällä määräaikoja pidemmäksi, josta aiheutuu eriarvoisuutta ja riskejä.

Yhdenmukaisen saatavuustavoitteen toteuttamisen välttämättömyyttä ei pidetä kautta maan kannustettavana arvona, eikä sen rikkomisesta yleensä seuraa sanktioita. Tämä käy ilmi oheisesta **taulukosta 4**.

	2016	2017	2018	2019
Perusterveydenhuollon hoitoon pääsy lääkäriin (lokakuun tilanne, lähde: THL)				
Yli 7 pv	32 436	33 800	32 436	28 771
Yli 30 pv	9 241	7 946	7 864	8 528
Yli 90 pv	2 772	1 369	1 519	736
Yli 30 pv odottaneet, %	19,6 %	14,8 %	15,9 %	19,8 %
Alle 7 päivässä hoitoon päässeiden osuus, %	47,0 %	46,5 %	45,1 %	38,6 %
Erikoissairaanhoidon pääsy: (elokuun tilanne, lähde: THL)				
Yli 90 vrk	27 724	25 728	26 676	29 590
Yli 180 vrk	2 413	1 915	3 354	5 103
Yli 90 vrk odottaneet, %	23,9 %	21,2 %	22,7 %	24,0 %
Yli 180 vrk odottaneet, %	1,9 %	1,5 %	2,5 %	3,5 %

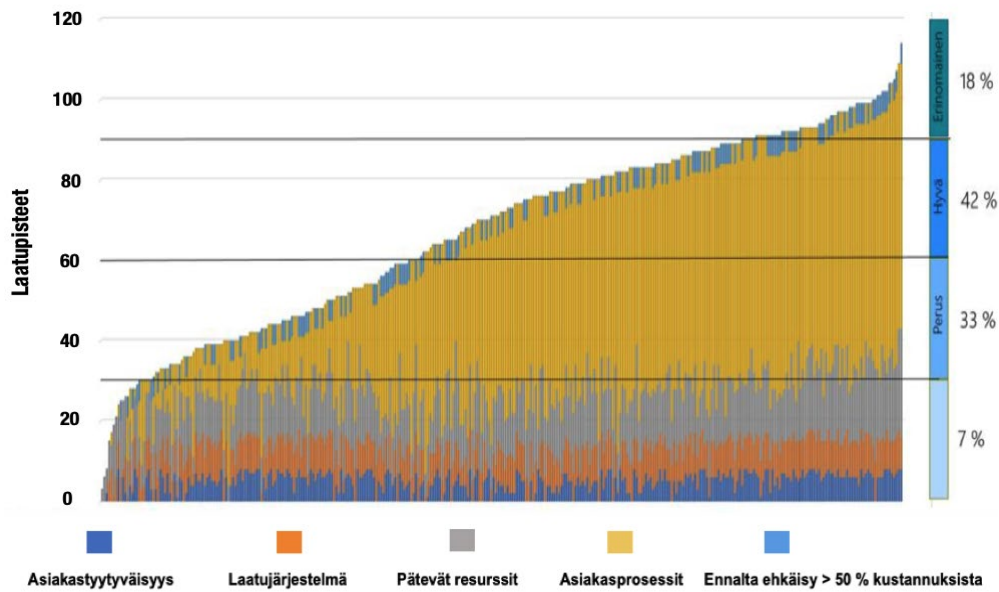
Taulukko 4. Pääsy lääkärille perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa Lähde:THL

Hyvä johtaminen ei tuota tällaisia tuloksia. Johtajilta puuttuvat tällä haavaa keinot puuttua näihin laiminlyönteihin.

Se ei ole todellista johtamista.

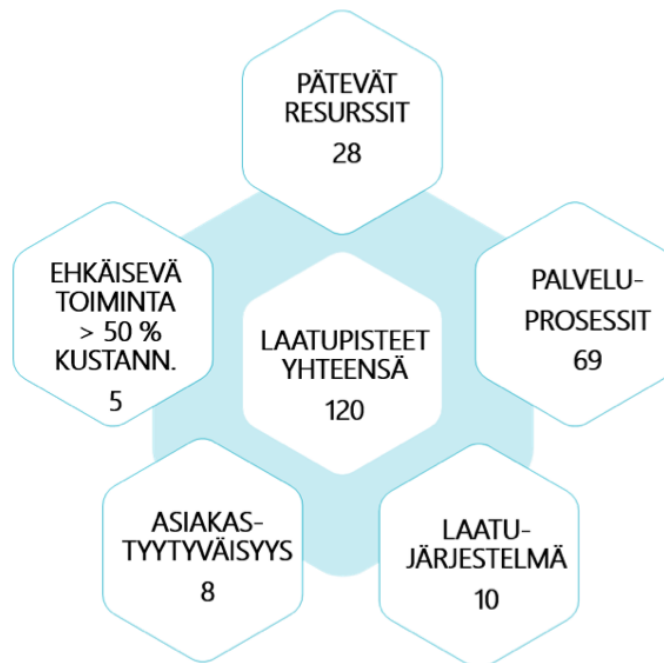
8.4.5 Laadun mittaaminen

Kuvan 49 kooste antaa yhdellä silmäyksellä käsityksen maassamme toteutettavan työterveyshuollon laadun tilanteesta v. 2018. Työterveyslaitoksen (TTL) tehtävänä on pitää yllä tällaista laadunvalvontaa. Seuranta kohdistettiin 422 työterveyshuollon yksikköön, joista 342 (81 %) vastasi. Vastanneiden työterveyshuoltojen asiakkaina oli lähes 1,9 milj. henkilöä. Kun työllisen työvoiman määrä oli tuolloin 2,54 milj. henkilöä, otosta voidaan pitää hyvin edustavana. Tästä työvoimasta peräti 45 % asuu Etelä-Suomen AVI:n alueella.



Kuva 49. Laatutason luokitteluun valitut tekijät ja niiden painoarvo. Lähde: TTL

Kuvassa 50 on esitelty sekä luokitteluun valitut tekijät että niiden painoarvot maksimipistemäärinä. Palveluprosessia pidetään tärkeimpänä asiana.



Kuva 50. Työterveysyksiköiden laatupistemäärät v. 2018. Lähde:TTL

Kun tuloksia tarkastelee, ilahduttavaa on, että 60 %:lla työntekijöistä palvelut ovat kunnossa, kolmasosalla niissä on parantamisen varaa ja 7 prosentin palvelutasoon on puututtava.

Eräs huomio on, että silmämääräisesti noin puolessa tapauksista sairaanhoito dominoi, eikä ehkäisevään toimintaan käytetä yli puolta kustannuksista. Sama näkyy toisin päin: 71 % työntekijöistä on kokonaisvaltaisen sopimusten piirissä (ml. sairaanhoito) ja vain 19 % pelkkien lakisääteisten palvelujen piirissä.

Itse asiassa sairaanhoitopalvelujen rooli on edelleen kasvussa. Osa työnantajista huolehtii esim. sairaskassajärjestelmänsä kautta vielä paljon laajemmasta kattavuudesta mm. lääkkeiden sekä tutkimus- ja hoitopalvelujen osalta. Tämä oli yksi syy siihen, että v. 2017 peruskustannustaso 'jäädettiin' v 2021 loppuun saakka.

Yhdenvertaisuudessa on työterveyshuollon sisälläkin vielä selvästi parannettavaa, mutta valinnanvaraa on kuitenkin turvattu eri tavoin:

- *työntekijä voi valita, minkä tai millaisen työnantajan palvelukseen hakeutuu,*
- *työnantaja voi valita, millaiselta palvelun tuottajalta palvelut hankitaan ja missä laajuudessa, sekä vaihtaa tuottajaa tarvittaessa.*

Arvopohjaisilla laskelmilla työnantajia on kuitenkin pitkin matkaa kannustettu toteuttamaan työterveyshuolto sekä yrityksen että työntekijöiden kannalta yhä pidemmälle optimoiden. Tässä on käytetty hyväksi sekä yritysvertailuja että esimerkkejä.³¹

Vastaavaa laatu järjestelmää ei kansanterveyslain perusteella ole toteutettu. Maan n. 160 terveyskeskusta ei ole liioin vastaavalla tavalla vertailtu.

Kuvaavaa on, että vuonna 1994 perustettuun terveyskeskusten laatuverkostoon kuuluu vain 19 terveyskeskusta ja koronan puristuksessa vuoden 2020 mittaukseen niistä osallistui vain neljä.

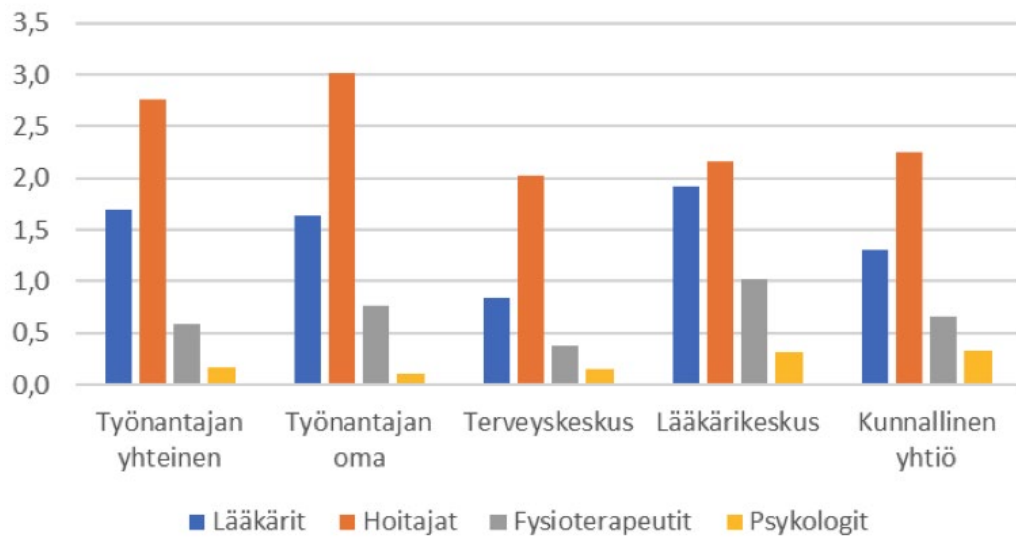
8.4.6 Tuotantovastuu

Työterveyshuollon tuotantovastuu on ajan mittaan muuttunut niin, että lääkärikeskusten vastuulle on siirtynyt noin kaksi kolmasosaa sopimuksista. Toisen merkittävän tuottajaryhmän muodostavat kunnalliset yhtiöt. Terveyskeskukset eivät ole osoittautuneet halutuiksi partnereiksi. **Taulukko 5**

	n	Sopimuksia kpl	Osuus sopimuksista %
Kunnallinen yhtiö	34	25 292	22
Lääkärikeskus	248	78 871	69
Terveyskeskus	17	6 531	6
Työnantajan oma	28	198	0,2
Työnantajien yhteinen	17	3 345	3
Yht.	344	114 237	100

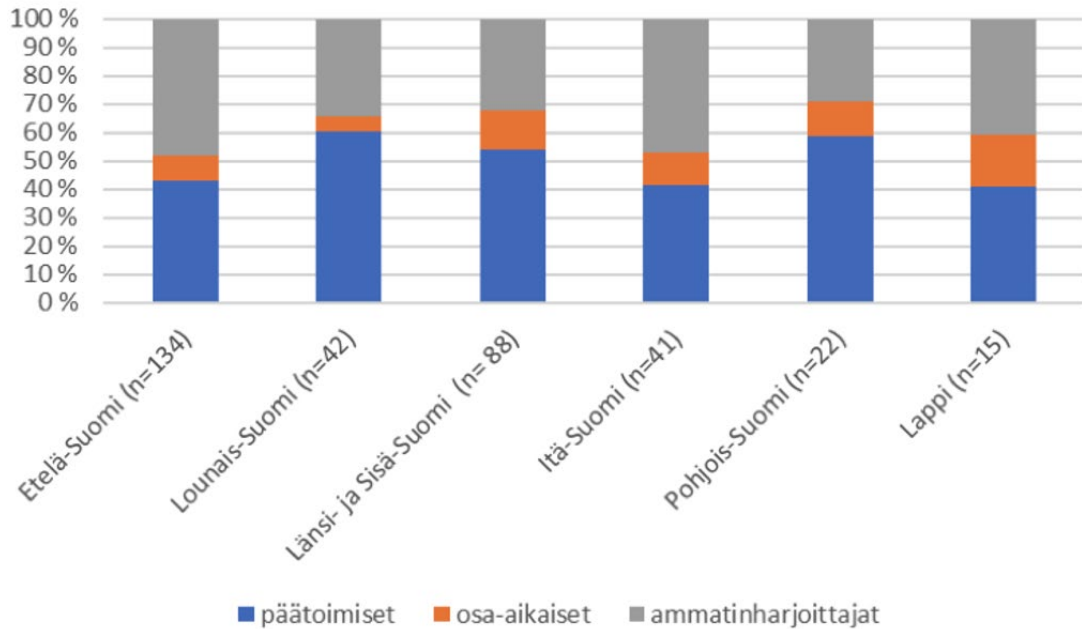
Taulukko 5. Työterveyshuoltosopimusten lukumäärä tuotajatyypin mukaan v. 2018 Lähde: TTL

Yksi selittävä syy terveyskeskusvaihtoehdon vähäiselle suosiolle saattaa paljastua **kuvasta 51**, joka osoittaa, että lääkäri- ja fysioterapeuttipalvelut jäävät tässä vaihtoehdossa muita vähäisemmiksi.



Kuva 51. Työterveyshuollon ammattilaisen käyttämä työaika (tuntia) henkilöasiakasta kohti vuodessa tuotajatyypin mukaan. Lähde: TTL

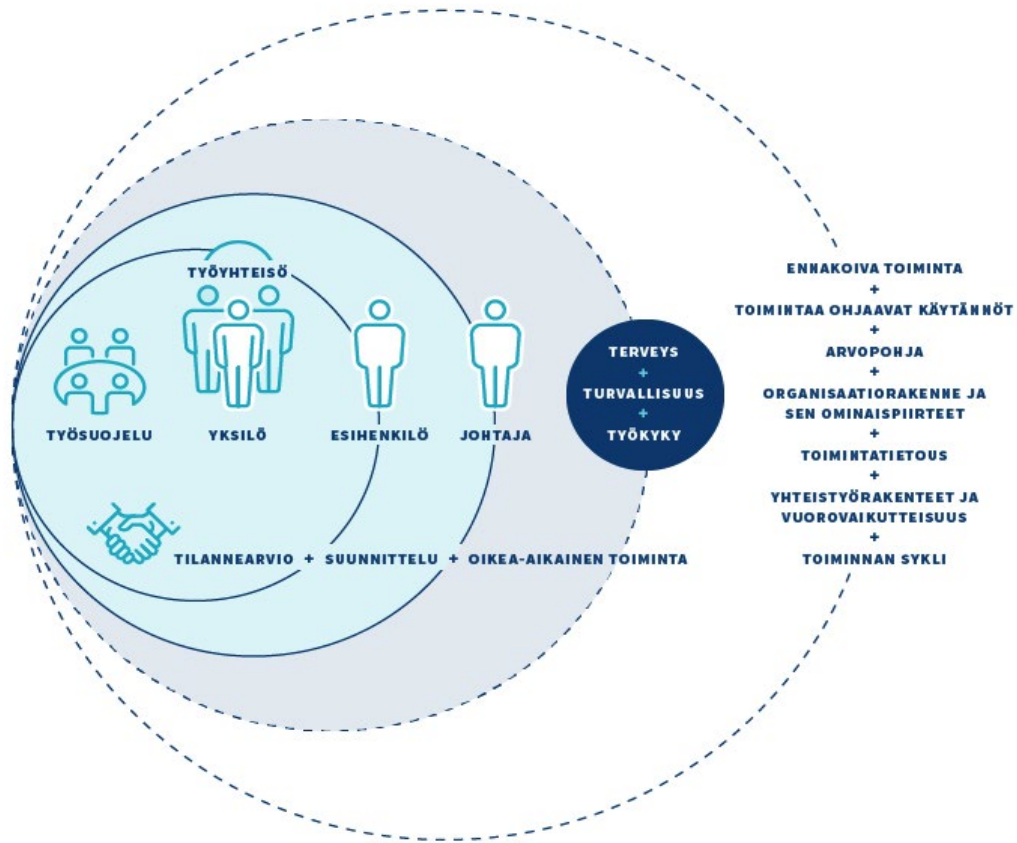
Oleellinen ero terveyskeskuksiin verrattuna on myös lääkärin vapaus päättää työskentelytavastaan. Ammatinharjoittajina suurimmalla Etelä-Suomen alueella työskentelee noin puolet erikoislääkäreistä ja muuallakin osuus on merkittävän kokoinen. **Kuva 51**



Kuva 52. Työterveyshuollon erikoislääkärin suhteellinen osuus AVI-alueittain. Lähde: TTL

8.4.7 Työterveysyhteistyö ja terveysyhteisö

Työterveyslaitos on julkistanut 23.6.2021 uuden työterveysyhteisön arviointityökalun, joka pohjautuu tutkimus- ja kehitystyöhön. Tällä uudistuksella tähdätään vaikuttavuuden kannalta merkittävien asioiden löytämiseen ja parantamiseen. **Kuva 53**



Kuva 53. Työterveyslaitoksen uutta arviointityökalua esittelevä kaaviokuva. Lähde: TTL

Mielenkiintoinen ja tärkeä havainto on, että työyhteisö koetaan myös terveysyhteisönä.

Arviointityökalu on rakennettu nerokkaasti. Samaan laajaan ja kattavaan kysymyspatteristoon pyydetään vastauksia niin työntekijöiltä (yksilöinä), esimiesasemassa olevilta kuin ammattihenkilökunnaltakin. Kysymyspatteristo kattaa juuri niitä alueita, joita kuvan oikeassa reunassa on kahtena eri ryppäänä lueteltu. Ollaan arvioimassa yhteistä asiaa. Mikäli eroja vastauksissa esiintyy, päästään pohtimaan ja parantamaan asiapohjalta.

Vastaava ajatus ei ole lyönyt itseään läpi lasten, opintoja suorittavien tai iäkkäiden osalta.

Kannattaakin jäädä pohtimaan olisiko juuri tässä opittavaa. Mitäpä, jos kuvassa lukisi **opintoyhteisö** ja esihenkilön tilalle opettaja, johtajan tilalla rehtori ja

tummapohjaisessa pyörylässä: TERVEYS + TURVALLISUUS + OPINTOKYKY. Tällaisen uudenlaisen orientaation avulla voitaisiin koulukiusaamista vähentää merkittävästi, mielenterveysongelmat karsia ja lasten lihavuus saada kuriin sekä parantaa oppimistuloksia.

Koulut ja opintoyhteisöt voitaisiin yhtä hyvin nekin nähdä terveysyhteisöinä. Tätä kohdeväestöä on vain n. 0,5 miljoonaa henkilöä.

8.4.8 Väestövastuu

Työterveyshuollon rahoitusjärjestelmä on vahvasti työnantajavetoinen, ja koska toisena päätavoitteena on liian varhaisten eläköitymistapahtumien estäminen, myös eläkelaitokset ovat kiinnostuneita yhteistyöstä. Kaiken kaikkiaan työterveyshuollossa ollaan yhteisellä asialla ja myös työntekijät lähes poikkeuksetta kannattavat sitä.

Yksi avainkysymys onkin siis se, onko työssä olijoiden perusterveydenhuollon järjestämistavasta opittavissa jotain koko Suomen perusterveydenhuollon uudistamiseksi.

Kansanterveyslain määrittelemä väestövastuu ei konkretisoidu samalla tavalla kuin työterveyshuollossa. Siellä ammattihenkilö ja asiantuntija on erikseen mainiten nostettu keskeiseksi toimijaksi. Mikäli kansanterveystyön toteuttamisessa omalääkäri tiimeineen olisi nostettu vastaavaan asemaan, vallitseva tasapaino olisi varmasti aika tavalla erilainen kuin nyt.

Sinällään kansanterveyslain ja työterveyslain alaisia väestövastuulukuja tai käsitteitä ei voi suoraan verrata toisiinsa, mutta mielenkiintoista on kuitenkin todeta, että v. 2018 työterveyshuollossa seuraava:²⁹

- *Vastanneiden yksiköiden sopimukset kattoivat lähes 1,9 miljoonan työntekijän työterveyshuollon, joista palkansaajia oli 1,83 miljoonaa.*
- *Keskimäärin yksiköillä oli asiakkaina noin 3 000 työntekijää (Taulukko 1). Arvioimalla vastaamattomien osuudeksi n. 10 %, oli työterveysyksiköiden piirissä 91 % kaikista palkansaajista ja 82 % työllisestä työvoimasta.*

Kokonaiskuvan saamiseksi voidaan todeta, että kun tilastotiedon mukaan 2 697 työterveyslääkärillä oli vastuullaan 640 hänen luonaan käynyttä henkilöasiakasta (mediaani), niin 1 726 080 henkilöasiakasta (eli lähes kaikki) olivat käyneet lääkärin vastaanotolla.

Työterveyshuollon erikoislääkärinä kohti henkilöasiakkaita oli keskimäärin 1 715. Työterveyshoitajaa kohti asiakkaita keskimäärin 720. Työterveyshuollon

²⁹ Takala E-P, Leino T, Harjunpää K et al. Työterveyshuollon toiminta ja laatu Suomessa 2018. Työterveyslaitos 2019; 67 s.

erikoislääkäri ja pätevä työterveyshoitaja oli käytettävissä 80 %:ssa kaikista yksiköistä.

Työterveyshuollon asiakkaat joutuvat turvautumaan terveyskeskuksiin päivystysaikana. Tällöin aikaisemmat potilastiedot eivät ole varmuudella käytettävissä. Tässä on epäkohta, joka pitäisi sopia ja järjestää kattavalla tavalla nyt, kun kokonaishallinta siirtyy maakuntatasolle.

Kun maamme 5,5 miljoonasta asukkaasta n. 2,2 miljoonaa on työterveyden piirissä, 3,3 miljoonan asukkaan perusterveydenhoidosta huolehtii yksityislääkärien lisäksi 4 000 terveyskeskuslääkäriä (2019). Laskennallisesti listan pituudeksi tulee tasajaolla n. 825 henkilöä, joista 130–140 suurkuluttajia. Suurkuluttajien olemassaolon selvitti edellä mainittu Oulussa tehty tutkimus ja se on jatkotutkimuksillakin varmistettu.⁹

Miksi omalääkärijärjestelmään ei siirrytä?
Sitä pohdittiin edellä jo mm. luvussa 5.

8.4.9 Mitä opittavaa?

Opittavaa kertyi paljon.

Heti aluksi kannattaa mainita Työterveyslaitoksen (TTL) valtakunnallinen asiantuntijarooli, joka yhtenäistää oleellisesti lain toteutusta ja pitää tilannekuvan monipuolisesti ajantasaisena. Vaikka varsinainen valvojan rooli on viidellä AVI:lla ja heidän välityksellään mm. työsuojelutarkastajilla, koko kenttä kuuntelee herkillä korvalla TTL:n ohjeita ja neuvoja sekä osallistuu seuranta-, tilastointi- ja laadunvarmistamistoimintaan esimerkiksi. TTL ohjeistaa kohti arvoperustaista valtionvastuun mallia.

Laadun seuranta ja varmistaminen onkin paljon paremmin hoidettu kuin kansanterveystyössä. Myös henkilöstöä ja sen merkitystä arvostetaan eri tavalla lainsäädännön tulkintaa myöden: asiantuntija ja ammattihenkilö on työterveyshuollon toimija siinä missä tuottajakin. Mikä on vastaavasti esim. erikoislääkärien ja hoitajien status terveyskeskuksessa. Entä onko esim. lääkäriellä valinnanvapaus työskennellä ammatinharjoittajana, kuten kunnanlääkäri aikanaan?

Lääkärisuhteen jatkuvuutta noudatetaan työterveyshuollossa aina, kun se on mahdollista ja jatkuvuuden kustannuksia vähentävään vaikutukseen halutaan päästä. (Vrt. luvun 5 tiedot jatkuvuuden merkityksestä).

Yhteiseen hiileen puhaltaminen näyttäytyy kaikkein tärkeimpänä oppina. Sekä työntekijöiden että työnantajien tavoite on mahdollisimman hyvä työkyky ja sen takia työyhteisö on myös terveysyhteisö.

Maksajan roolissa työnantaja haluaa lisäksi optimoida kulut eli arvopohjaisuutta noudatetaan.

Suurin ongelma tällä hetkellä on niveltyminen erikoissairaanhoidon. Arvopohjaisuuteen eivät sovi taulukon 4 odotusajat. Siksi työnantajien näkökulmasta Coxa, Tampereen Sydänsairaala, Orton, Docrates ym. ovat välttämätön parannussuunta, jota pitäisi voimistaa. Koko Suomen sairaalaverkkoa joudutaan käyttämään, koska esim. tietyt hoitomuodot ovat tarjolla vain HYKS:ssa.

Tosiasiallisesti olisi kaikkien yhteinen etu, jos koko maan sairaalaverkkoa johdettaisiin yhteneväisesti ja arvopohjaisesti, jolloin jonot käytännössä purettaisiin ja koko verkko olisi kaikkien suomalaisten käytettävissä.

Jatkopohdintaa varten esiin nousi kysymys, miksi opintoyhteisöjä ei voitaisi käsitellä yhtä kannustavasti ja todeta, että nekin ovat myös terveysyhteisöjä ja niissäkin työntekijöiden motivoituneisuus ja vaikuttavuustavoitteiden saavuttaminen voisi voimistaa koko yhteiskuntaamme.

Kun kirsikaksi kakun päälle asetetaan vielä kansallinen yhtenäinen rahoitusjärjestelmä, jossa maksetaan nimenomaan vaikuttavuustuloksista, voidaan yhteenvedonä todeta, että opittavaa jää tästä vertailusta paljon.

Yhteenvedonä voidaan todeta, että kuten tässä luvussa jo aikaisemmin on todettu, ratkaisumallien vertailu oli käynnissä 2000–2010, mutta siinä yhteydessä työterveyshuollon vahvuuksia 'mallinnettuna' ei laajentuvana ratkaisuna yksityiskohtaisemmin pohdittu.

Ehkä sen koettiin jossain määrin olevan osa ns. HUUHTASEN mallia. Tämän jälkeen pohdintojen ja keskustelun painopiste alkoi siirtyä poliittisten näkemysten esittelyyn, jota toistuvat epäonnistumiset 'soten' loppuunsaattamisessa ruokkivat.

Laajapohjainen yhteistyö ja laajapohjaisen substanssiosaamisen käyttö jäi sivuraiteelle, josta ne pitäisi nyt ottaa takaisin 'junaa vetämään', vaikka poliittinen vaaka kallistuikin nyt eduskunnassa ns. hyvinvointialueiden varaan. Tosiasiallisesti arvopohjaista tasapainoa ei olla vielä löydetty sen paremmin yhdenvertaisuuden lisäämiselle kuin rahoituksen kestävyydellekään työterveyspalveluja lukuun ottamatta.

8.4.10 Mitä parannettavaa?

Tekemättömän työn kustannussäästö on työterveyshuollon kantava periaate. Sitä syntyy sekä sairauspoissaolojen vähentymisen että varhaisten sairauseläkkeiden välttämisen avulla.

Kannattaa maksaa vaikuttavista preventiivisistä toimenpiteistä, jotta ei jouduta maksamaan myöhemmin enemmän niiden tekemättä jättämisen seurauksena.

Työnantajayritykset ymmärtävät tämän, mutta yhteiskunnalliseen päätöksentekoon, joka kattaa elämänkaaren ennen työelämävaihetta ja sen jälkeen, vastaavanlainen ymmärrys ei toistaiseksi täysimääräisesti ulotu, vaikka sama peruseriaate toimisi sielläkin.

Hyvin kunnossa pidetty tai työuraan 'kuntoutettu' lapsi ei jää tekemättömän työn piiriin työttömäksi aikuistuuksaan, eikä hyvässä kunnossa pidetty vanhus joudu elämään pitkää raihnaisuusjaksoa ennen kuolemaansa.

Miksi työnantajat maksajina ovat ymmärtäneet tämän, mutta laajemmalta poliittiselta päätöksenteolta vastaava ymmärrys puuttuu, vaikka koko yhteiskunnan taloudenpito hyötyisi tällaisesta vaikuttavuusmuutoksesta?

'Työttömäksi joutumisen torjunnassa' on siis yhteiskuntatasolla vielä paljon tekemistä. Pitäisikö sekin tekeminen antaa jatkossa 'laajennetun työterveys-huollon' harteille, jotta asia ymmärrettäisiin?

On selvää, että, jos koko maan terveydenhuolto olisi rakennettu jo 80-luvulta alkaen omalääkäriperiaatteelle, nykyinen työterveyshuoltokin olisi rakenteeltaan erilainen, mutta tekemättömän työn estämisen perusprinsiippiä se ei olisi muuttanut, mutta esimerkiksi työttömiksi jäävien tai työttömyysuhan alle joutuneiden terveydenhuolto olisi voitu rakentaa huomattavasti nyt toteutettua vaikuttavamaksi. Sillä olisi saavutettu merkittävät myönteiset ja nyt toteutuneita paremmat kansantaloudelliset tulokset.

Eräs toinenkin asia nykyisessä työterveyshuollon toteutusmallissa askarruttaa. Yrityksen koko ja työntekijämäärä näyttää ajavan työterveyshuollon piirissä olevia yrityksiä eriarvoiseen asemaan.

Tekemättömän työn kustannuskuorma saattaa nimittäin sattuman johdosta kohdata rankasti pienehköä yritystä, vaikka se on maksanut työterveyshuollon palveluistaan täyden hinnan.

Pienyrittäjä ei nimittäin voi saada eläkemenojensa maksuluokkavähennystä, kuten paremmin suoriutunut suuryritys, koska riittävää tilastollista laskenta-pohjaa ei pienyritykselle synny.

Yhteiskunnan tulee siis jatkossa omaksua koko elämänkaarta koskeva tekemättömään työhön vaikuttamisen matematiikka osana terveydenhuollon kokonaiskehittämistä kaikkien osalta. Pienten yritysten ja pienyrittäjien laskenta- ja korvauskaavioiden kehittämiseen on jatkossa syytä paneutua erityisesti, koska hekin ovat yhteiskunnassamme merkittävä työnantajataho.

Työterveyslääkärikunnan monipuolinen erikoislääkärikoulutus ja ammattitaidon ylläpitäminen on välttämätön perusta edellä esitettyjen hyvien vaikuttavuustulosten varmistamiseksi. Heidän substanssiosaamisensa pitää varmistaa ja sitä arvostaa.

9 RIITTÄVÄTKÖ RAHAT?

Koska terveystalouden selontekoa ei ole tehty, ei ole tehty liioin terveydenhuollon kokonaistalouden perusteellista analyysia tai jälkiarviointeja menneistä tapahtumista.

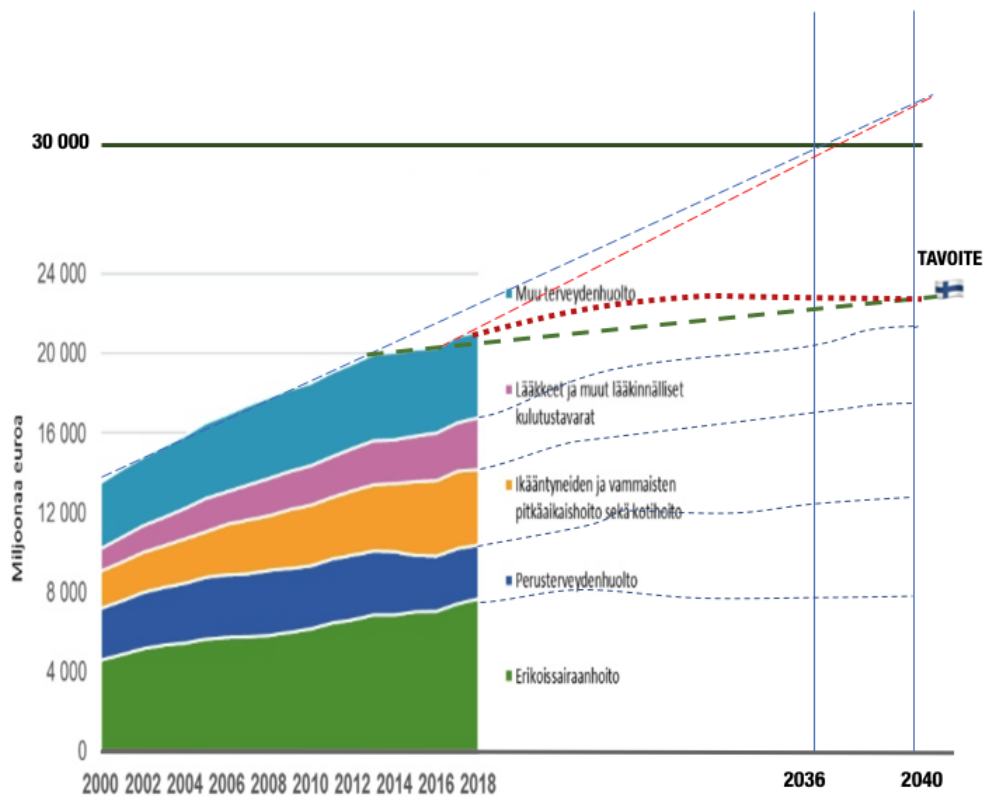
Tämän vuoksi ei ole käytettävissä pidemmän aikavälin sitovia tai suuntaa antavia taloustavoitteita, eli niitä paljon puhuttuja kehyksiä. Vuonna 2019 maamme terveysmenot olivat 22,0 miljardia.

Tässä luvussa esitellään ensin Suomen terveysmenojen muutoksia 2000-luvun alussa ja niitä tekijöitä, joilla on suurin vaikutus menojen kasvuun tai muutoksiin.

Lisäksi pyritään muutamalla esimerkillä osoittamaan, että sen paremmin kehysten laatiminen kuin jälkiarviointikäytännön toteuttaminen ei olisi mahdollista tehdä.

9.1 Missä haarukassa menojen osalta liikutaan?

Kun lähtökohdaksi otetaan THL:n raportti¹³ ja käytetään hyväksi siinä julkaistua kuvaa (**kuva 54**), johon on 2000–18 menototeutumien perusteella piirretty erilaisia trendivaihtoehtoja. Nähdään, että vuonna 2036 saatetaan olla 30 miljardin tasolla, kun toisaalta on ehdotettu, että menotaso pitää pystyä jäädyttämään alle 24 miljardin. Haarukka on siis hyvin suuri.



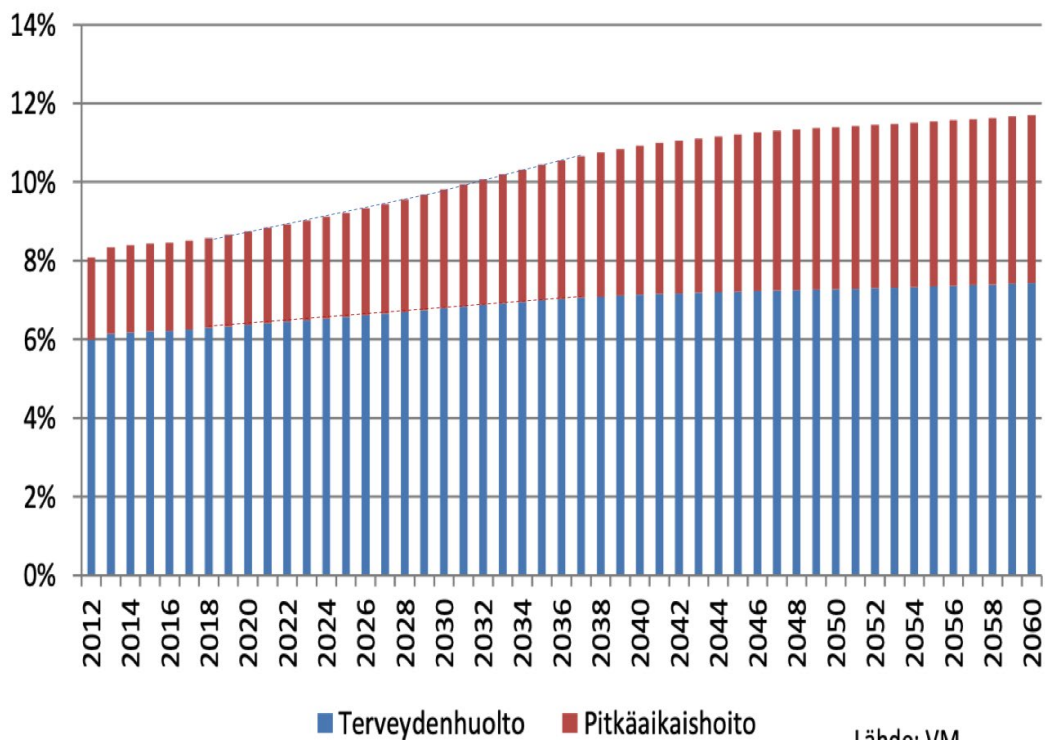
Muu terveydenhuolto koostuu Kelan korvaamista yksityispalveluista, työterveyshuollosta, järjestöjen palveluista, vankeinhoidon, puolustusvoimien ja veteraanikuntoutuksen palveluista yms.

Kuva 54. Suomen terveystenosten kustannusten haarukointia historiatiedon varassa: Terveystenosten menokehitys vuoden 2018 hinnoin. Lähde: THL

9.1.1 Terveystenostomenosten vertailu BKT:een

Vihriälän raporttiin (2014) sisältyi niin ikään SOME-mallin perusuran mukaan laskettu kuva terveystenostomenosten ja pitkäaikaishoitomenosten kehityksestä suhteessa bruttokansantuotteeseen (%). **Kuva 55.**

Terveystenosten kasvu-ura on vuodesta 2018 vuoteen 2036 täysin lineaarinen. Pitkäaikaishoitomenoissa sen sijaan tapahtuu pieni menosten kiihtyminen v. 2028 kohdalla.



Kuva 55. Vihriälän raportin skenaario terveysthuoltojen BKT-meno-osuuden kehityksestä vuoteen 2060 saakka. (%). Lähde: VM, merkinnällä, että arviot vastaavat laatijan näkemystä.

Kun seuraavaa **kuva 56** vertaa edelliseen kuvaan 37, voi havaita, että reaali-maailmassa muutokset ovat 'levottomampia' kuin suunnitteluskenarioissa.

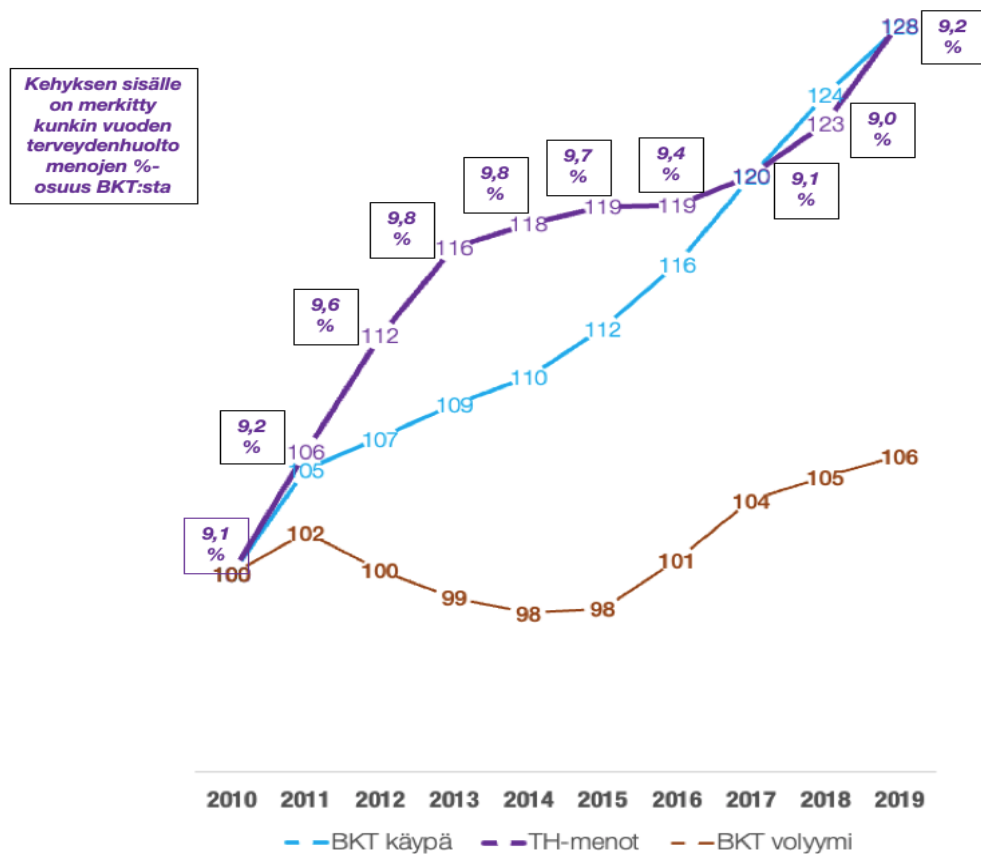
Tällaisia kuvia tarkasteltaessa pitää aina kiinnittää huomio siihen, puhutaanko muutoksista käyvässä rahassa vai kiinteässä (deflatoidussa) rahassa. Yllä oleva kuva on kiinteään rahaan sidottu analyysi.

Tällaisia analyysejä tehdään suunnittelun ja ennakoivien päätösten tueksi.

Jotta terveysthuoltomenojen asemaa taloudenpidon osana voidaan tarkastella monipuolisemmin, pitää vertailupohjaksi ottaa BKT:n kasvu sekä käyvin hinnoin että volyyymisarjana.

Volyyymisarjaa käytetään yleisesti kuvaamaan maan talouden voimistumista ja käyvin hinnoin kuvaamaan sitä, millä rahallisella arvolla minäkin vuonna kansantuotteen osatekijät ovat toteutuneet.

Kuva 37 paljastaa, että itse asiassa kansantuottemme volyymin lasku vuosina 2012–16 heijastui heti terveysthuoltomenojemme BKT-osuuteen. Tilanne on lähtenyt korjaantumaan vasta vuosina 2017–19. Th-menojen BKT-osuus heilahti nopeasti lähelle kymmentä prosenttia ja lisäsi itse asiassa tällöin maamme kestävyysvajetta.



Kuva 56. Suomen terveydenhuoltomenojen prosentuaalisen kasvun vertailu sekä käyvin hinnoin että volyymipohjaisesti laskettuihin BKT-lukuihin kasvuun (v.2010 =100) sekä näiden muutosten vaikutus terveydenhuoltomenojen %-osuuteen BKT:sta.

9.1.2 Voidaanko menojen kasvua hillitä?

Sosiaali- ja terveystoiminnan kustannusten kasvun hillitsemisen mahdollisuuksista julkaistiin arviointiraportti 2017.³⁰ Sitä rahoittivat Tekes, Sitra, Jyväskylän kaupunki ja Keski-Suomen liitto.

Tässä analyysissä käytettiin niin ikään haarukkamenetelmää ja esiteltiin erilaisten olettamien perusteella viisi tulevaisuuden vaihtoehtoa.

Näissä laskelmissa on aineistona käytetty keski suurten ja suurten kaupunkien terveystoimintoja.

Raportti pyrki siis nimensä mukaisesti selvittämään mahdollisuuksia vähentää voimakkaasti kasvussa olevien terveystoimintojen nousupainetta.

Kuluja tutkittiin tilastollisesti hoitoaloittain eri kaupunkien erilaisiin menorakenteisiin perustuen viiden eri olettamien mukaisesti.

³⁰ Neittaanmäki P, Ruohonen T, Malmberg J et al. Sosiaali- ja terveystoiminnan kustannusten kasvun hillitsemisen arviointiraportti. Jyväskylän yliopisto 2017

Lähtökohtana kaikille vaihtoehdoille oli se, että kaikissa vaihtoehdoissa väestönkasvun ja ikärakenteen muutokset pysyivät yhdenmukaisina.

Lähtöarvona kulujen kehitykselle käytettiin THL:n ilmoittamia vuoden 2014 kuluja, jotka olivat silloin koko maassa 19,5 miljardia euroa.

Perusteena saavutettavissa oleville säästöille tai kustannusten nousuille käytettiin viittä eri vaihtoehtoista laskentatapaa:

- 1. Säästöt, mikäli kaikkien kuntien kaikki ikäryhmäkohtaiset menot olivat halvimman kunnan tasolla. Kyse ei siis ole todellisuudessa halvimmasta kunnasta, vaan ideaalitulanteesta, jossa kaikkien ikäluokkien asukaskohtaiset menot ovat yhtä pienet kuin kunkin ikäryhmän osalta edullisimmassa kunnassa.*
- 2. Säästöt, mikäli kaikkien kuntien menot laskevat ilmoitettujen kuntien kokonaiskuluiltaan halvimman neljänneksen keskiarvon tasolle.*
- 3. Säästöt, mikäli kunkin ikäluokittaisen kustannuksen mediaanin ylittävät kulut laskevat mediaanin tasolle. Tällöin siis kaikki ikäluokkakohtaisen mediaanin alle olevat kulut pysyvät samana.*

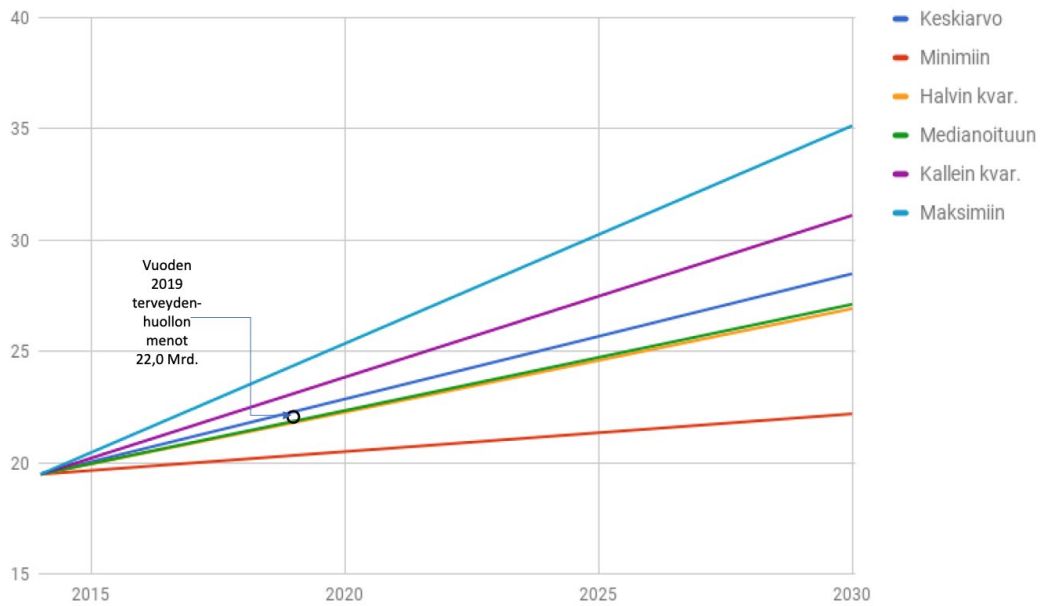
Sekä pessimistiset arviot:

- 4. Lisäkulut, jos kaikkien kuntien kulut nousevat kaikilla kuntien kalleimman neljänneksen keskiarvon tasolle.*
- 5. Lisäkulut, jos kustannukset nousevat kaikissa kunnissa kunkin ikäluokan kalleimman kunnan tasolle.*

Lisäksi esiteltiin 'kuudentena vaihtoehtona' edellä mainittujen laskelmien keskiarvo. (= 28,5 Mrd. v. 2030) **Kuva 57.**

- Laskemalla kaikkien kuntien hoitoaloittaiset kustannukset edullisimman neljänneksen tasolle säästöpotentiaaliksi tuli 2,5 % vuosittaisista terveydenhuollon kuluista. Vuoden 2030 arvioidulla 28,5 miljardin euron tasolla tämä tarkoittaisi 720 miljoonan euron vuosittaisia säästöjä.*
- Väestöennusteen mukaista kulujen kasvua tarkastelemalla mahdolliset maksimaaliset säästöt vuoteen 2030 mennessä olisivat 22,4 %, ja arvioidulla vuoden 2030 tasolla eli 6,4 miljardia euroa. Edellytyksenä olisi, että kaikkien kuntien kaikkien ikäryhmien asukaskohtaiset kulut olisivat alhaisimmalla mahdollisella tasolla. Jos lisäksi vanhimpien ikäryhmien asukaskohtaisista kuluista saadaan leikattua 10 %, säästöt nousevat 26,8 %:iin eli 7,6 miljardiin euroon.*

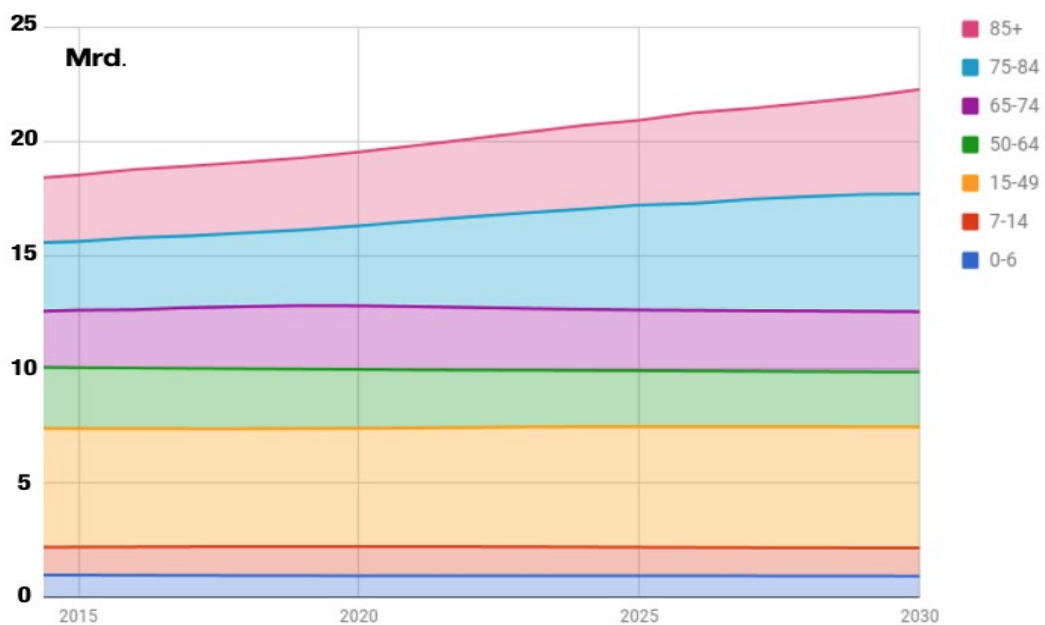
Raportissa tarkastellaan erikseen vielä muutamaa sosiaali- ja terveydenhuollon erikoistapausta ja hoitopolkua laskennallisen simuloinnin näkökulmasta. Esimerkiksi sosiaali- ja terveystalouden suurkuluttajien hoitopolkua optimoimalla mahdolliset säästöt voisivat olla 500 miljoonaa euroa kansallisella tasolla.



Kuva 57. Viisi vaihtoehtoista terveydenhuoltomenojen kasvutrendiä vuoteen 2030 saakka sekä eri vaihtoehtojen keskiarvo.

Edellä esitetyn lisäksi tämän tutkimuksen tekijät olivat laskeneet, mitä kustannuksille tapahtuu, jos käytetään voimassa olevaa kustannusrakennetta pohjana ja korjataan kustannuksia vain väestöennusteen muutoksien mukaisesti tarvetasoa liikuttaen, mutta ei oteta huomioon kuluja lisääviä tai vähentäviä rakenneuudistuksia. **Kuva 58.**

Tällaiselta pohjalta myös THL lähtenyt liikkeelle rahoituksen uudistusehdotuksissaan.



Kuva 58. Väestömuutokseen nojaava menojen kasvulaskelma ikäryhmittäin.

9.2 Suurten kaupunkien vertailutulokset

Alkusanoissa on viitattu empiirisinduktiiviseen tietoon. Seuraavassa on siitä malliesimerkki.

Otin yhteyttä Helsingin kollegaani Matti Toivolaan 1990-luvun alkuvuosina ja esitin ajatuksen, että Turun ja Helsingin terveydenhuollon ja vanhainhoidon menorakenteiden vertailu olisi saatava kirjaamiseroista huolimatta kaltaistettua, jotta oppisimme toisiltamme mm. sen, miten voisimme näissä kaupungeissa lisätä kustannustehokkuutta.

Suurten kaupunkien terveysjohtajat olivat siihen mennessä jo pitäneet joitakin yhteiskokouksia. Niissä olin oppinut Mattia paremmin tuntemaan. Hän innostui ja hyväksyi ehdotuksen.

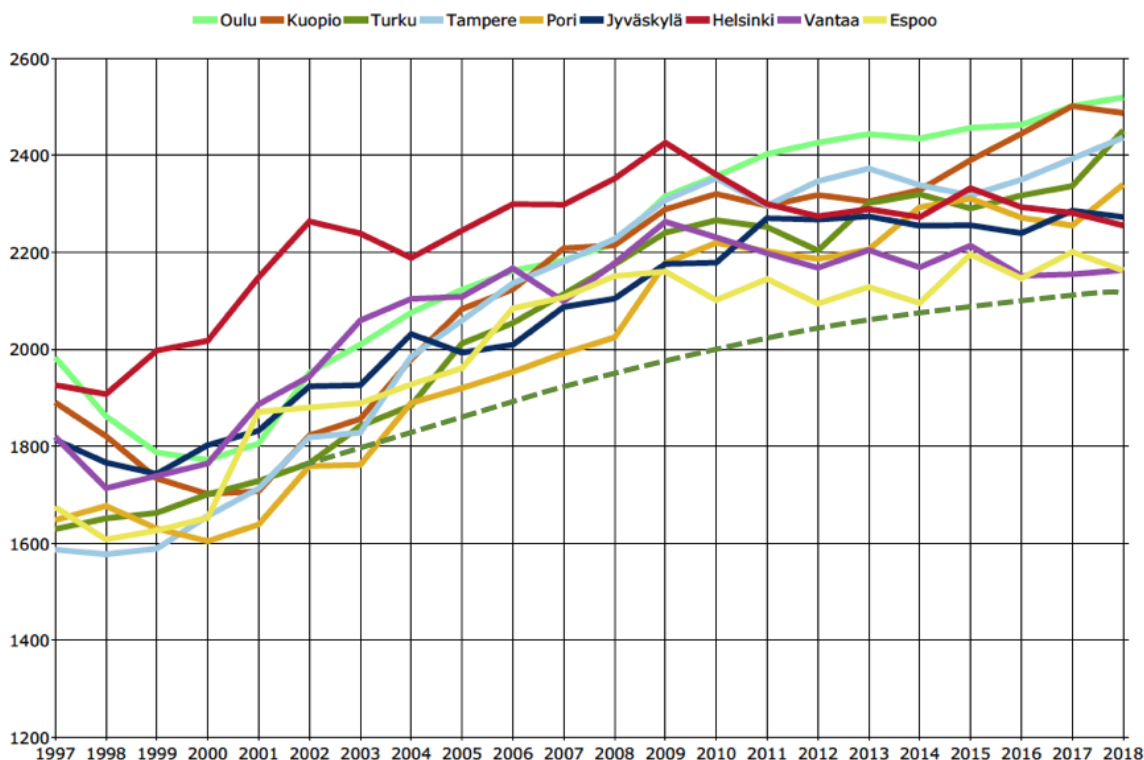
Niinpä ryhdyttiin tuumasta toimeen. Tilasto- ja laskentaosaamista löytyi molemmista kaupungeista. Helsingistä Pirjo Lehtonen ja Turusta Pekka Paatonen. Kaksikko sai puolen vuoden uurastuksen jälkeen ensimmäisen version valmiiksi.

He olivat jo sen tekemisessä käyttäneet apunaan Kuntaliiton asiantuntijoita. Koska heti ensimmäinen versio osoittautui käyttökelpoiseksi, ideaa tarjottiin yleisempään käyttöön seuraavassa kymmenen suurimman kaupungin terveysjohtajien tapaamisessa.

Kaikki lähtivät oitis mukaan, koska juuri tällaisesta tiedosta oli puutetta.

Näin syntyi siis tuoteinvestointi, joka säilyi muutaman vuoden Turku-johtoisena, mutta siirtyi sitten 'jalostuttuaan' Kuntaliiton tuotteeksi, immateriaalioikeuksien luovuttamisen jälkeen.

Kuvassa 59 Nähdään suurten kaupunkien terveydenhuollon ikävakioitujen kustannuksien muutokset vuodesta 1997 vuoteen 2018 deflatoituina.



* mukana kotipalvelun ja ympärivuorokautisen hoidon kustannuksia sosiaalihoimesta

Kuva 59. Suurten kaupunkien terveydenhuollon ikävakioidut kustannukset deflatoituna 1997–2018

Lähde: Kuntaliitto

Kuva on Turun kannalta puhutteleva. Keskityimme nimittäin kuvan alkuvuosina ja jo pari vuotta sitä ennen Turussa panostamaan kahteen tähän kokonaisuuteen liittyvään tärkeään asiaan.

Ensimmäinen niistä oli huolellinen johtoryhmän työskentely, jossa budjettia valmisteltaessa vuosi vuodelta yhä paremmin sisäistettiin talusjohtajamme Terttu Paran ohje siitä, että budjettia ei pidä rakentaa edellisen vuosien menoille, joihin lisätään tulevan vuoden todennäköiset lisäkulut. Menorakennetta on sen sijaan määrätietoisesti pyrittävä optimoimaan joka vuosi useamman vuoden päähän ulottuvien rakenne- ja vaikuttavuusparannusten avulla. Linjanveto johti työskentelytapaan, jota nykytermein kutsuttaisiin kehysbudjetoinniksi.

Toinen tärkeä kehittämiskohde oli vanhainhuollon jatkuva rakenneparannus. Lähtökohtaisesti ymmärsimme, että terveys- ja sosiaalisetorit eivät voi tässä asiassa kulkea eri jalkaa - irrallaan toisistaan. Sen vuoksi yhdistetty yhtenäinen kustannusseuranta ja -suunnittelutyökalu oli välttämätön.

Pohjaksi otettiin jokaisen hoitoa tarvitsevan henkilökohtainen hoidon tarve, jota alettiin mitata VAPA-indeksillä (Vaissi-Parvinen). Mm. vanhainkotien jonoja alettiin määrätietoisesti purkaa ja kotihoitomahdollisuuksia kehittää. Tätä ryhmätyönä tehtävän ohjausmenettelyn ydintä alettiin kutsua SAS-toiminnaksi (selvitä-arvioi-sijoita). Lyhenne levisi sittemmin käyttöön koko maassa.

Ymmärrettiin myös, että jokaisella SAS-ryhmällä oli oltava johtaja, joka nautti ryhmän jäsenten arvostusta. Ilman johtosuhteita toimivan ryhmätyöskentelyn vaikuttavuus kärsii.

Kun SAS-ohjausmenetelmän toiminnasta alettiin saada myönteisiä tuloksia, ymmärrettiin, että ohjausindeksin monipuolisuutta ja painokertoimien realistisuutta piti parantaa. VAPA oli harjoitelma.

Niinpä Turussa sijaitsevan Kelan kuntoutustutkimuskeskuksen matemaatikkojen avustuksella laadittiin seuraava, selvästi parempi ja toimivampi ohjausindeksi, joka sai nimen RAVA (Rajala-Vaissi).

Indeksin isät olivat alan ammattilaisia. Eero Vaissi oli terveyskeskuksemme vastaava johtajalääkäri ja Tapio Rajala vanhusten hoitoon perehtynyt lääketieteen tohtori. Hän oli tehnyt mm. väitöskirjansa Turun vanhainkotien asukkaiden aliravitsemuksesta. Kolmannessa vaiheessa siirryttiin käyttämään valtakunnallista RAI-indeksiä.

Pian kävi ilmeiseksi, että Turun kalliimpia kustannuspoikkeamia aiheutti Turun yliopistollisessa keskussairaalassa vallitseva epäjohton mukainen kotiutusikäntö.

Niinpä Turun vastaavaksi lääkäriksi edennyt Eero Vaissi alkoi tehdä kotiutuskiertoja TYKS:ssa. Ne toteutettiin niillä osastoilla, joissa toivomisen varaa oli eniten. Menettely ärsytti osaa Turun yliopistollisen sairaalan lääkäriskunnasta, mutta auttoi käyttämään ns. 'isännätöntä rahaa' vain tarpeisiin eikä tarpeettomasti.

Kaikki nämä esimerkkiparannukset yhdessä aiheuttivat sen, että Turun terveydenhuollon ja vanhainhoidon menot saatiin hallintaan, joka näkyy hyvin kuvan 58 vuosien 1997–2002 menokehityksen hyvin hallitusta kasvu-urasta. Sillä pyrittiin taloudellisuuden kärkeen.

Esitinkin näiden kokemusten innoittamana jo vuonna 1997, että kuntavaaleissa 1996 valittu Turun terveyslautakunta omaksuisi omissa työssään ennakoivan budjettikehysmenettelyn niin, että deflatoitu menokehitys vahvistettaisiin %-lukuina koko lautakuntaudeksi. Lautakunnan puheenjohtaja tyrmäsi oitis ehdotukseni todeten, että lautakunnan jäsenet eivät halua ennakolta sitoutua mihinkään virkamiesten lukuihin, vaan päättävät talousasiat kunakin vuonna itse.

Päätimme kuitenkin virkamiesporukalla pyrkiä tällaisen toimintatavan lautakunnan päätöksestä huolimatta. Mutta ajat muuttuivat: siirryin vuonna 2000 Sitraan ja Eero Vaissi puolestaan vuonna 2002 Raisioon ylilääkäriksi ja sittemmin sosiaali- ja terveysjohtajaksi.

Turun terveydenhuollon ylin johto uusiutui ja suunta muuttui. Kuvasta 58 näkyy, että Turun kaupungin terveyden- ja vanhustenhuollon ikävakioidut kustannukset ovat vuoden 2003 jälkeen lähteneet nousuun niin, että vuonna

2018 menot olivat kaupunkien välisistä välisessä vertailussa ja kolmanneksi suurimmat.

Kuvan 60 vuoden 2018 kustannusindeksitaulukko osoittaa tämän kehityksen perustavanlaatuiset syyt: Avoterveydenhuollon ja suun terveydenhuollon indeksiluvut ovat vertailun alimmat, mutta erikoissairaanhoidon somaattisen avohoidon luvut vertailun korkeimmat.

	Oulu	Kuopio	Turku	Tampere	Pori	Jyväskylä	Helsinki	Yvantaa	Espoo	Kalikki	Mediaani	Min.	Max.
Perusterveydenhuolto	1,05	1,01	0,99	0,95	0,94	1,02	1,01	0,98	1,03	1,00	1,01	0,94	1,05
Avohoido	0,98	1,12	0,93	1,05	0,88	1,03	1,00	0,95	1,02	1,00	1,00	0,88	1,12
Avoterveydenhuolto	0,94	0,99	0,88	1,05	0,92	1,08	0,98	1,03	1,11	1,00	0,99	0,88	1,11
Suun terveydenhuolto	1,01	1,10	0,93	1,01	0,94	1,08	1,00	1,05	0,96	1,00	1,01	0,93	1,10
Kotihoito	1,01	1,32	1,01	1,07	0,77	0,94	1,05	0,79	0,90	1,00	1,01	0,77	1,32
Ympäri vuorokautinen hoito	1,14	0,90	1,05	0,83	1,01	1,01	1,01	1,01	1,05	1,00	1,01	0,83	1,14
Peruster.huollon laitoshoido	1,34	0,94	1,32	0,47	1,01	1,09	0,93	1,08	1,11	1,00	1,08	0,47	1,34
SHL:n mukainen laitoshoido	1,60	1,05	0,52	1,05	0,66	0,58	1,50	0,49	0,33	1,00	0,66	0,33	1,60
Tehostettu palveluasuminen	0,84	0,81	1,09	0,95	1,14	1,12	0,87	1,18	1,29	1,00	1,09	0,81	1,29
Erikoissairaanhoido	1,12	1,13	1,13	1,15	1,08	0,95	0,95	0,89	0,85	1,00	1,08	0,85	1,15
Avohoido	1,23	1,08	1,29	0,97	1,12	0,98	0,95	0,86	0,84	1,00	0,98	0,84	1,29
Somaattinen	1,27	1,09	1,32	1,00	1,09	0,96	0,91	0,90	0,84	1,00	1,00	0,84	1,32
Psykiatrinen	1,08	1,04	1,18	0,85	1,20	1,05	1,12	0,69	0,86	1,00	1,05	0,69	1,20
Laitoshoido	1,02	1,19	0,96	1,35	1,04	0,91	0,94	0,93	0,85	1,00	0,96	0,85	1,35
Somaattinen	0,99	1,13	0,94	1,40	1,02	0,90	0,92	0,97	0,88	1,00	0,97	0,88	1,40
Psykiatrinen	1,19	1,54	1,08	1,05	1,15	0,96	1,03	0,72	0,71	1,00	1,05	0,71	1,54
Kokonaisindeksi	1,09	1,08	1,06	1,05	1,01	0,98	0,98	0,94	0,94	1,00	1,01	0,94	1,09

* mukana kotipalvelun ja ympärivuorokautisen hoidon kustannuksia sosiaalitoimesta

Kuva 60. Suurten kaupunkien terveyden- ja vanhustenhuollon vuoden 2018 ikävakioidujen kustannusten indeksivertailut. Lähde:Kuntaliitto

Hoidon porrastus näyttää Turussa siis pettäneen, eikä keskussairaalan isännättömän rahan mukana tuomia haasteita ei ole pystytty hallitsemaan. On palattu tilanteeseen, josta 'Vaissin-kiertojen' avulla aikanaan pyrittiin eroon.

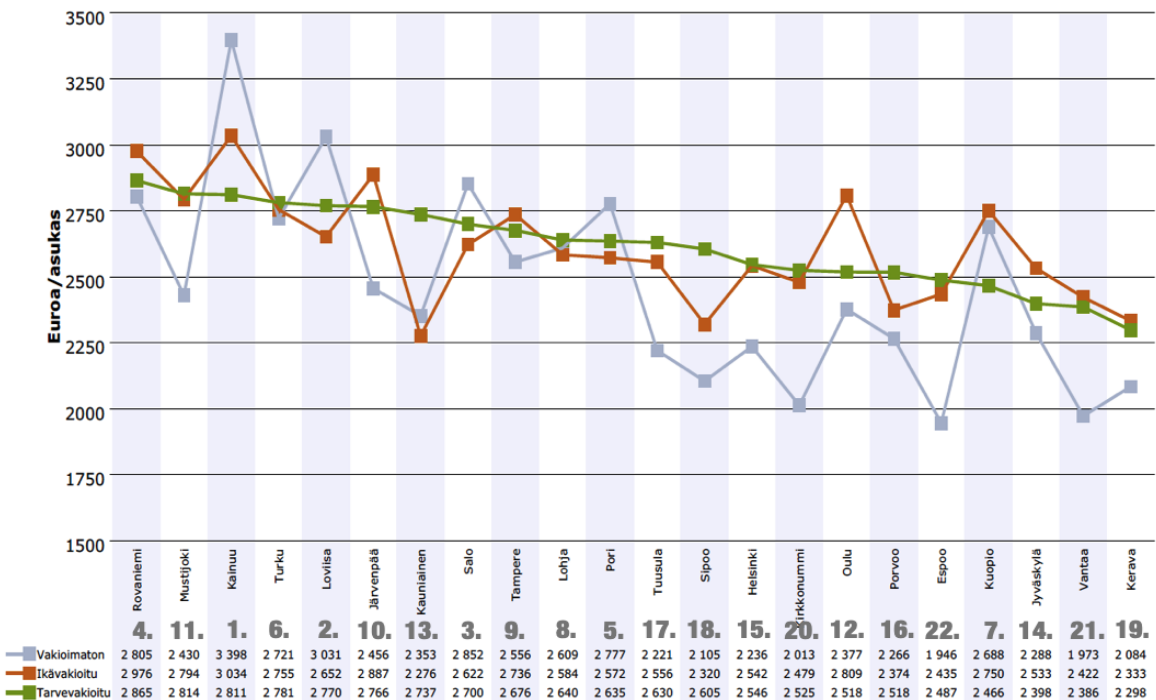
Selvä Turun kustannuksia lisäävä ero on näkyvässä myös Turun ja Tampereen ympärivuorokautisen vanhainhoidon hallinnan profiilien välillä, Turun tappioksi.

Laskennallisesti on kiinnostavaa se, että mikäli suurten kaupunkien ikävakioidut kustannukset olisivat kaikissa kaupungeissa alkaneet noudattaa tekeillä ollutta 'Turun budjetointiuraa' eli kuvassa 58 pilkkuviivoituksella osoitettua menokaarta, olisi koko Suomen terveystenonjen kokonaissumma ollut vuonna 2018 21,1 miljardin sijasta noin 17,8 miljardia.

9.2.1 Kaupunkien tarvevakioitujen menojen suhde elinajanodotteeseen

Arvoperustaisen terveydenhuollon peruseriaate on saada mahdollisimman suuri vaikuttavuushyöty mahdollisimman taloudellisesti. Kurkistetaan tätä vielä tästä kaupunkien vertailuikkunasta, koska siihen tarjoutuu tilaisuus. THL on kehittänyt edellä mainitut VM:n SOME-mallin pohjalta menojen tarvevakioitujen laskentamallin, jota on käytetty erilaisiin tarkoituksiin, mm. sote-maakuntien rahoituksen määrittelyn pohjana.

Tätä tarvemallia Kuntaliiton asiantuntijat ovat käyttäneet hyväksi kehittäessään ja monipuolistaessaan kuntien terveydenhuollon vertailutuotteita. **Kuvassa 61** on tästä esimerkki. Laskentatapaa on selostettu kuvan alareunassa, johon on myös merkitty kaupunkikohtaiset tarvevakioitujen asukaskohtaiset kustannusluvut.



Tarvevakiointi on tehty jakamalla vakioimattomat asukaskohtaiset kustannukset THL:n laskemilla vuoden 2017 terveydenhuollon ja vanhustenhuollon tarvekertoimilla. THL on päivittänyt kertoimet uusimman tutkimustiedon mukaisiksi. Kuntien tarvevakioitujen kustannuksia ei voi verrata suoraan aiempien vuosien tarvevakioituihin kustannuksiin. Perusväestönä on käytetty koko maan väestöä. Vertailu on karkeasti suuntaa antava.

*mukana kotipalvelun ja ympärivuorokautisen hoidon kustannuksia sosiaalihoimesta

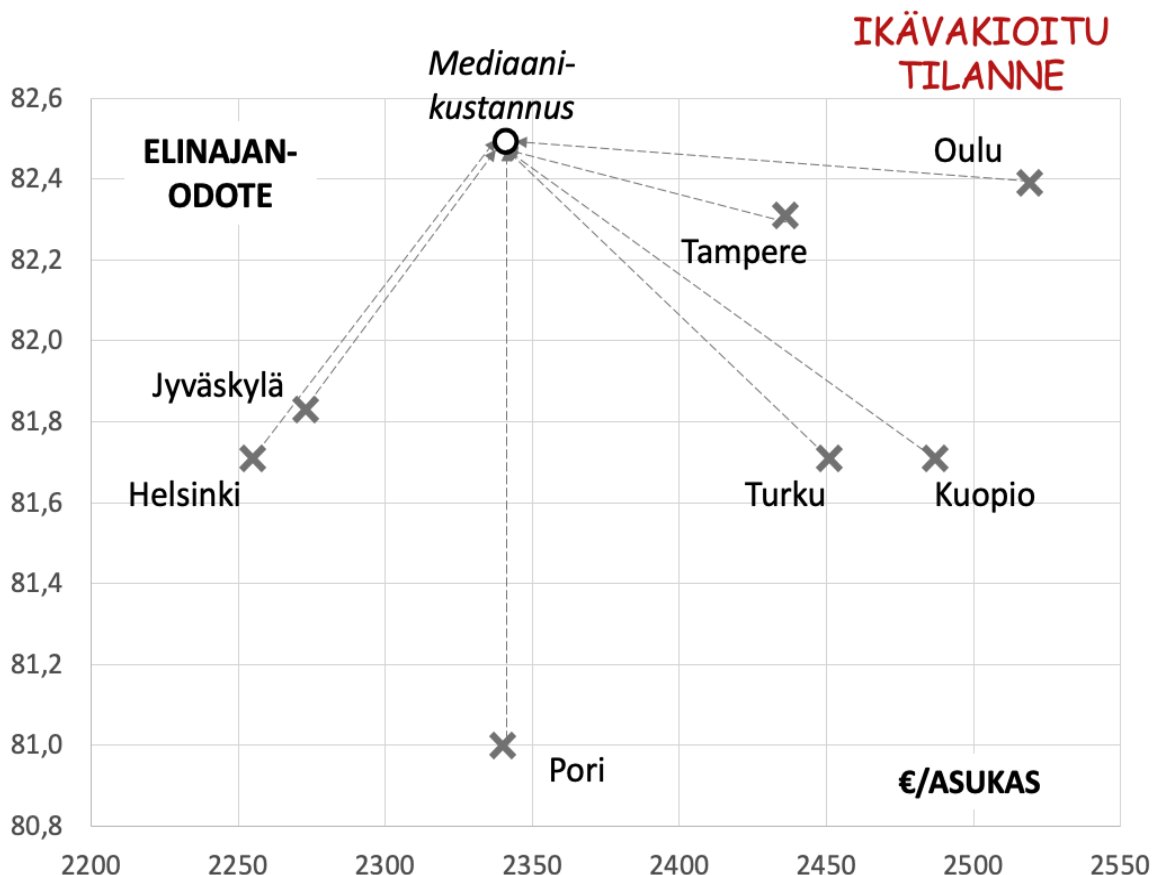
Kuva 61. Tarvevakiointiin päätyvä kaupunkien th-kustannusten vertailu v. 2017. Lähde: Kuntaliitto

Kun toisaalta käytettävissä on joidenkin kaupunkien elinajanodotteet vuosilta 2017–19, voidaan suuntaa antavasti laskea elinajanodotteiden ja kustannusten välisiä suhdelukuja jatkopohdintojen pohjaksi. Helsingin, Kuopion ja Turun elinajanodotteet olivat yhtäläiset eli 81,7 vuotta, eikä Jyväskyläkään tästä juuri poikennut 81,8 vuoden odotteellaan. (Ks. kuva 61).

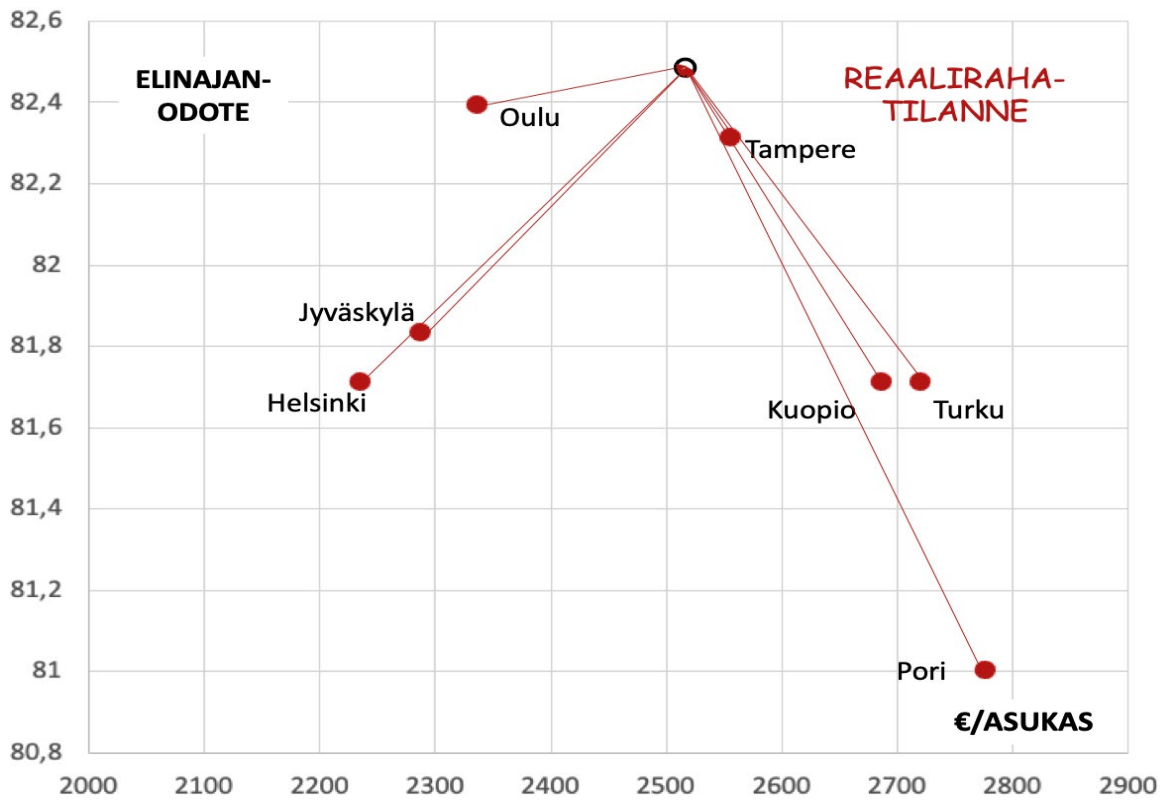
Tarvekioiduissa kustannuksissa oli sen sijaan selviä eroja: Jyväskylä 2398 euroa/asukas, Kuopio 2466 euroa, Helsinki 2546 euroa ja kalleimpana Turku 2781 euroa. Ero kalleimman ja halvimman välillä on n. 16 %. Toisen 'tutkaporin' muodostavat Tampere (elinajanodote 82,3 v) ja Oulu 82,4 vuodellaan. Oulun menot olivat 2518 euroa ja Tampereen 2676 euroa. Ero oli selvästi pienempi kuin edellä, n. 6 %. Selvää kuitenkin on, että vertaisoptimointiin kannattaa ryhtyä.

9.3 Eettisesti välttämätön yhdenvertaisuuteen pyrkiminen edellyttää sekä elinajanodotteiden että kustannusrasitustavoitteiden kaltaistamista

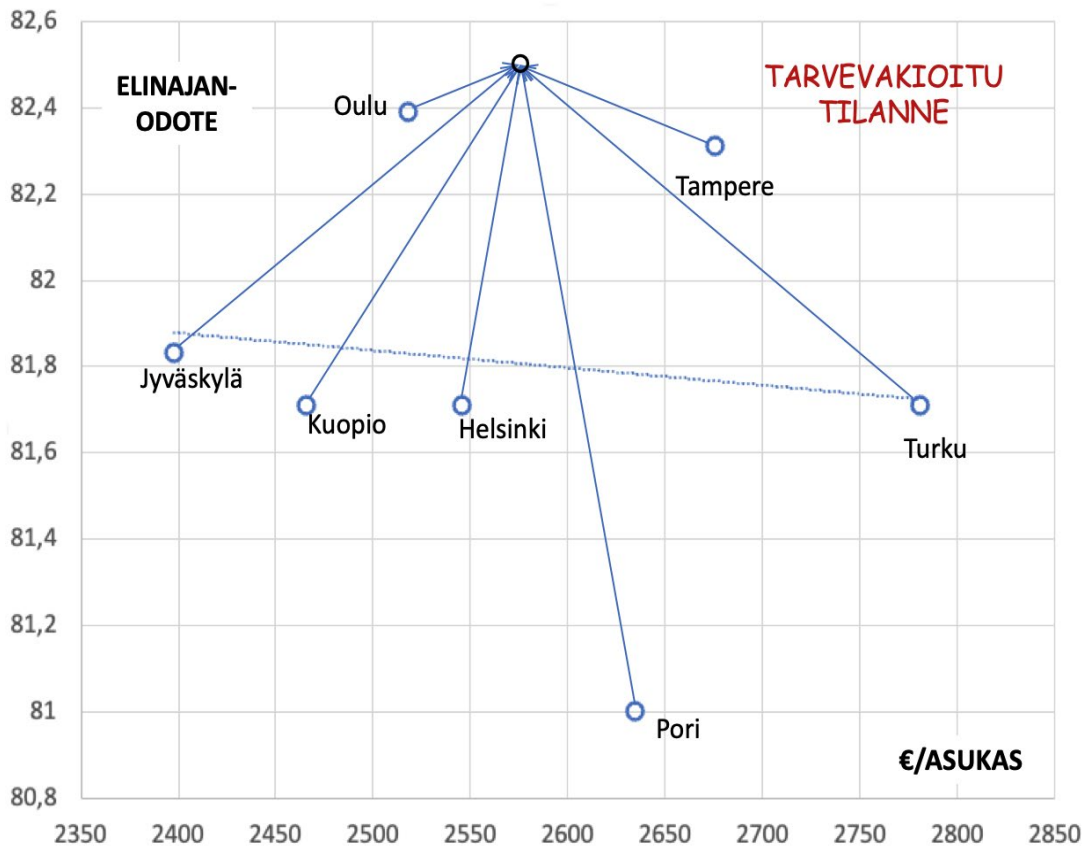
Edellä on käsitelty suurimpien kaupunkien terveysmenojen eroavuuksia ja muutoksia. Seuraavaksi tarkastellaan esimerkin vuoksi seitsemän kaupungin terveysmenoja sekä reaaliarvoina että ikä- ja tarvekioiduin hinnoin v. 2018 ja pelataan niitä samojen kaupunkien elinajanodotetuloksiin vuosilta 2017–19. Seuraavissa kolmessa kuvassa (kuvat 62–64) nähdään seitsemän esimerkkikaupungin avulla, miten erilaiset lähtökohdat niillä on.



Kuva 62. Kaupunkien terveys- ja vanhainhoitomenot v. 2018 reaaliarhassa. Lähde: Kuntaliitto



Kuva 64. Kaupunkien terveys- ja vanhainhoitomenot v. 2018 ikävakioiduna. Lähde: Kuntaliitto



Kuva 63. Kaupunkien terveys- ja vanhainhoitomenot v. 2018 tarvevakioiduna. Lähde: Kuntaliitto

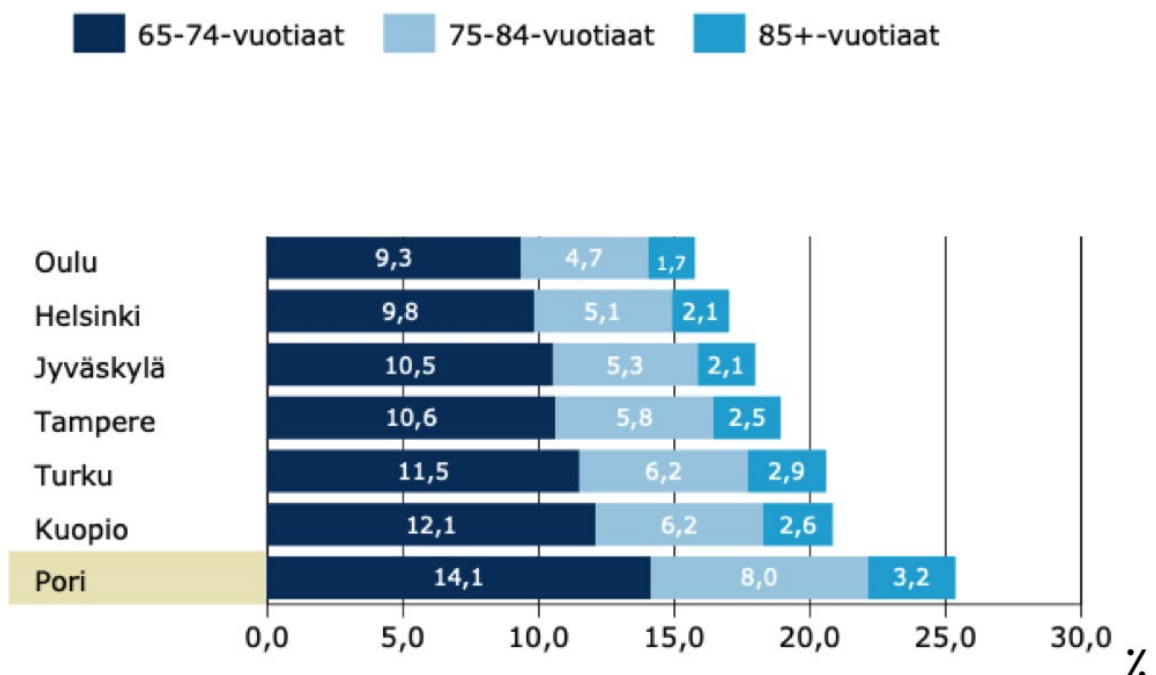
Tällaisen tilanneanalyysin jälkeen eteneminen kohti kahta kaikkein tärkeintä arvoperustaisen terveydenhuollon tavoitetta pitää aloittaa. Nämä tavoitteet ovat:

- (1) elinajanodotteen yhdenvertainen saavuttaminen mahdollisimman suurena sekä
- (2) kustannusten pitäminen mahdollisimman alhaisena.

Oulun muita kevyempi iäkkäiden väestöosuus selittää sen, miksi korkeimman elinajanodotteen omaava Oulu ponnahtaa rahoitusakselilla vasemmalta oikealle, kun siirrytään tarkastelussa reaali rahasta ikävakioituun rahaan, ja miten se sitten tarverahoituslaskelmassa taas palaa takaisin. Kuopiossa tarvevakiointi tekee saman.

Tarvevakioidun laskelman kuvaan on lisätty pisteviiva, joka osoittaa, että mitään trendiä kaupungit eivät tällaisessa tarkastelussa muodosta.

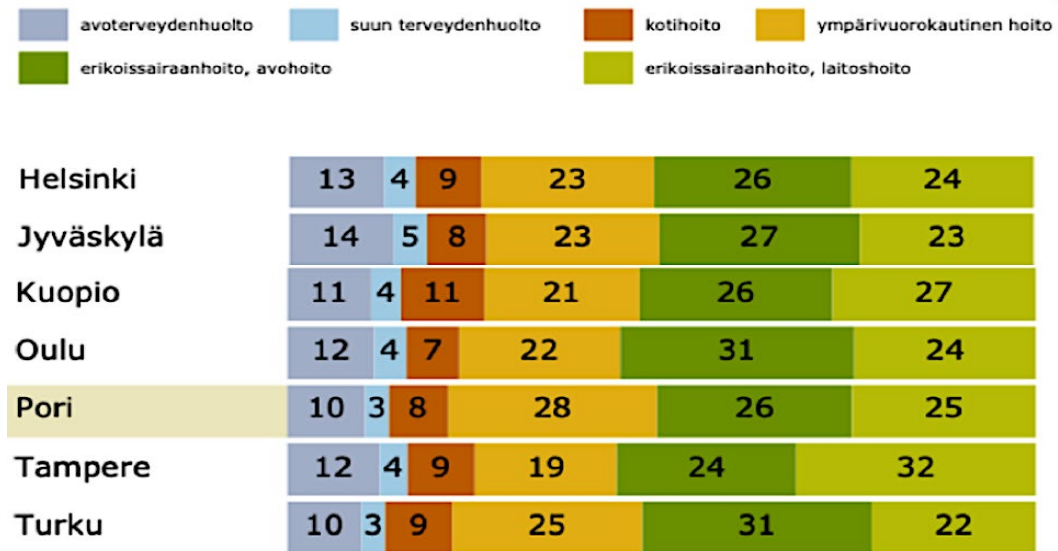
Kuviin 65 ja 66 on puolestaan koottu joitakin näitä esimerkkikaupunkeja kuvaavia taustatietoja, jotta on helpompaa ymmärtää, millaisia haasteta tai vahvuuksia niillä on, ja miten ne vaikuttavat toimintasuosituksiin edessä olevien vuosien aikana. Pori on näissä kuvissa korostettu, koska sen haasteet näyttävät suurimmilta.



Kuva 65. Esimerkkikaupunkien 65 vuotta täyttäneiden ikärakenne. Lähde: Kuntaliitto

Esimerkkikaupunki Porin terveydenhuollon kustannukset olivat v. 2018 2 777 euroa asukasta kohden, kun luvuissa on mukana terveydenhuollon lisäksi kotipalvelun ja ympärivuorokautisen hoidon kustannuksia sosiaalitoimesta (Kuntaliiton laskentamalli).

Jakauma osoittaa, että Porin ympärivuorokautisen hoidon kustannukset olivat suhteellisesti vertailukaupunkien suurimmat, ja nostivat näin kokonaiskustannuskuormaa (**Kuva 66**). Nämä kustannukset olivat Porissa ikävakioituina 2 340 euroa asukasta kohden.

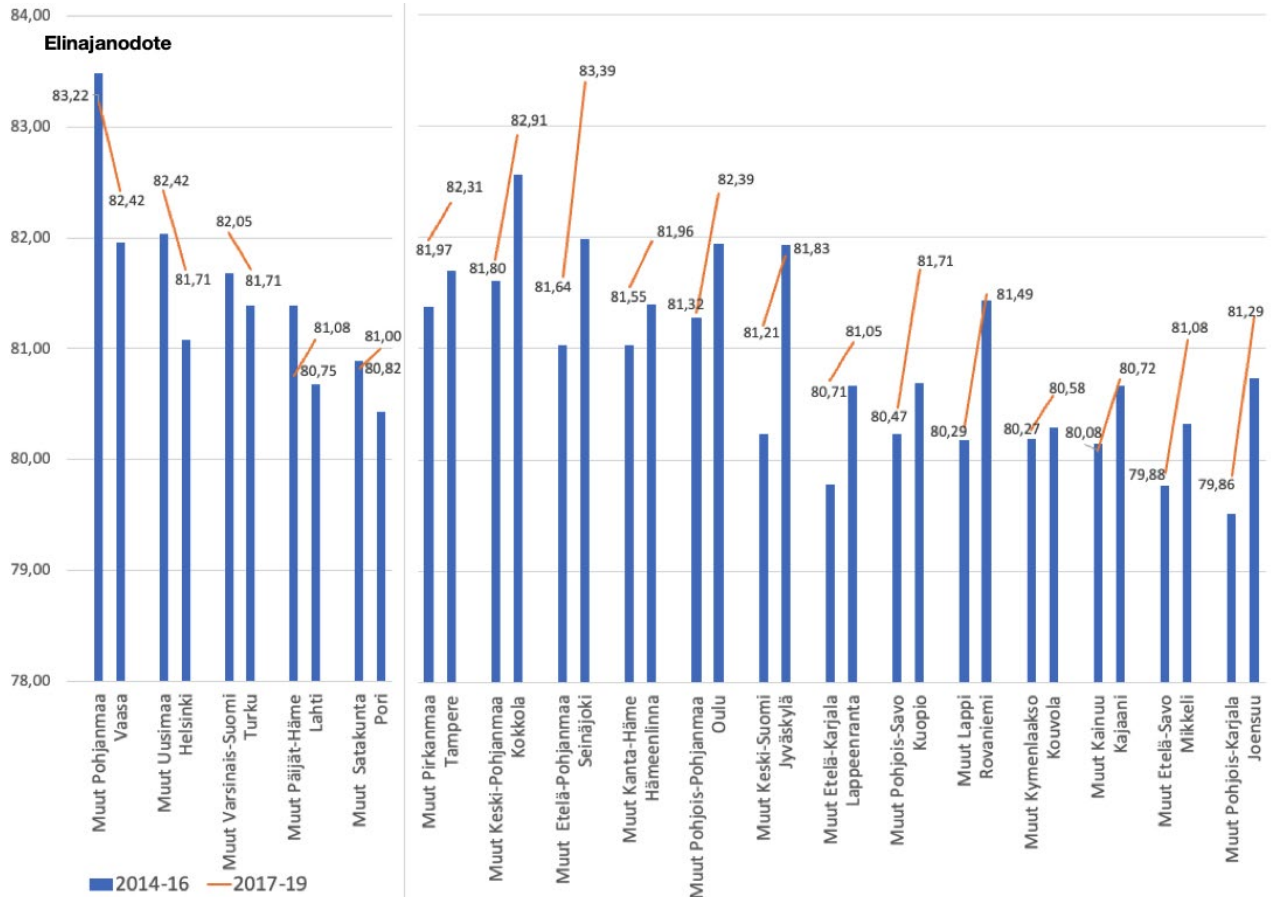


Kuva 66. Seitsemän kaupungin kustannusvertailu (2018). Lähde: Kuntaliitto

Tämä esimerkki osoittaa, että Pori joutuu samanaikaisesti optimoimaan kustannusrakennettaan ja elinajanodotettaan. Nyt tämä optimointivelvoite siirtyy maakunnan tehtäväksi ja vaikeutuu edelleen, koska samanaikaisesti on tapahtunut elinajanodotemuutos, joka osoittaa ympäröivän Satakunnan jääneen elinajanodotteessa Poria heikompaan asemaan, kun aikaisemmin asia oli päin vastoin. (Ks. seuraavaksi **kuva 67**).

9.4 Näkökulma pitää laajentaa koskemaan myös keskuskaupunkia ympäröivää väestöä

Kuva 66 osoittaa, että maassamme vallitsee sukupuolieron lisäksi toinenkin yhdenvertaisuuden kannalta pulmallinen trendi.



Kuva 67. Elinajanodotteet maakuntien keskuskaupungin ja muun väestön vertailuna vuosina 2014–16 ja 2017–19

Valtaosassa maamme maakuntia keskuskaupungin asukkaiden elinajanodote oli ympäröivää maakuntaa korkeampi jo vuosina 2014–16. Kun vuosina 2017–19 myös Porin ja Lahden asukkaiden elinajanodote ohitti ympäröivien kuntien asukkaiden odotteen, maahamme jäi enää kolme maakuntaa, joissa tilanne on päin vastainen. Ne ovat Pohjanmaa, Uusimaa ja Varsinais-Suomi.

Mielenkiintoista on myös se, että joissakin maakunnissa kuten Etelä-Pohjanmaalla, Pohjois-Savossa, Etelä-Savossa ja Pohjois-Karjalassa keskuskaupungin ero ympäröivään maakuntaan näyttää vain kasvavan. Etelä-Karjalassa tai Kanta-Hämeessä samanlaista kasvua ei sen sijaan ole havaittavissa.

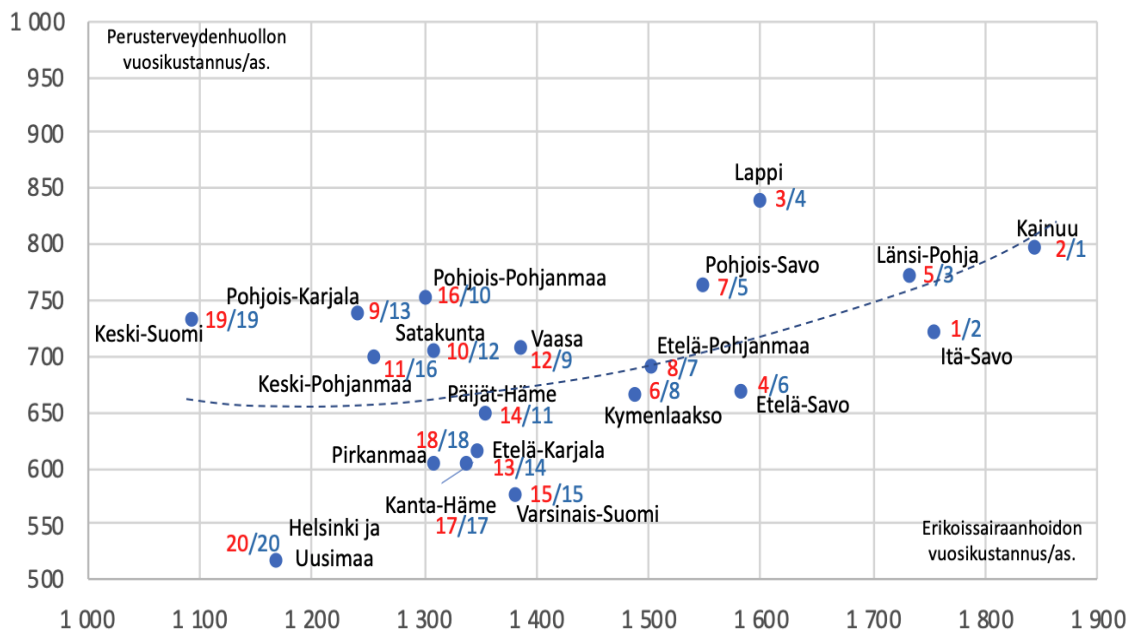
Yhtä kaikki nämäkin muutokset loukkaavat jatkuessaan yhdenvertaisuutta, minkä vuoksi ne on otettava vakavasti. Niihin on pystyttävä puuttumaan.

Yhdenvertaisen elinajanodotteen ideaalia ei koskaan tulla saavuttamaan, mutta sen määrätietoisen tavoittelun pitää olla terveystalouden kärjessä. Uusiin keinoihin pitää tarttua, koska nykytilanne ei ole tyydyttävä eikä ideaalin tavoittamiseksi ole tehty kunnollista kokonaissuunnitelmaa.

Kun katse kohotetaan ydinkaupungeista koko maakunnan tasolle, paletti näyttää **kuvan 68** mukaiselta. Tästä kuvasta näkyy, että koko Keski-Suomi on sairaanhoitopiirinä edullisessa kustannusasemassa, eikä vain Jyväskylä. Erikoissairaanhoidon kustannukset ovat maan alimmat ja kokonaiskustannuksetkin hyvin edulliset, vaikka perusterveydenhuollon kustannukset olivatkin kuudenneksi korkeimmat. Tilanne Pohjois-Savossa on sen sijaan toisenlainen. Kuopion edullisuudesta huolimatta koko sairaanhoitopiiri on viidenneksi kallein.

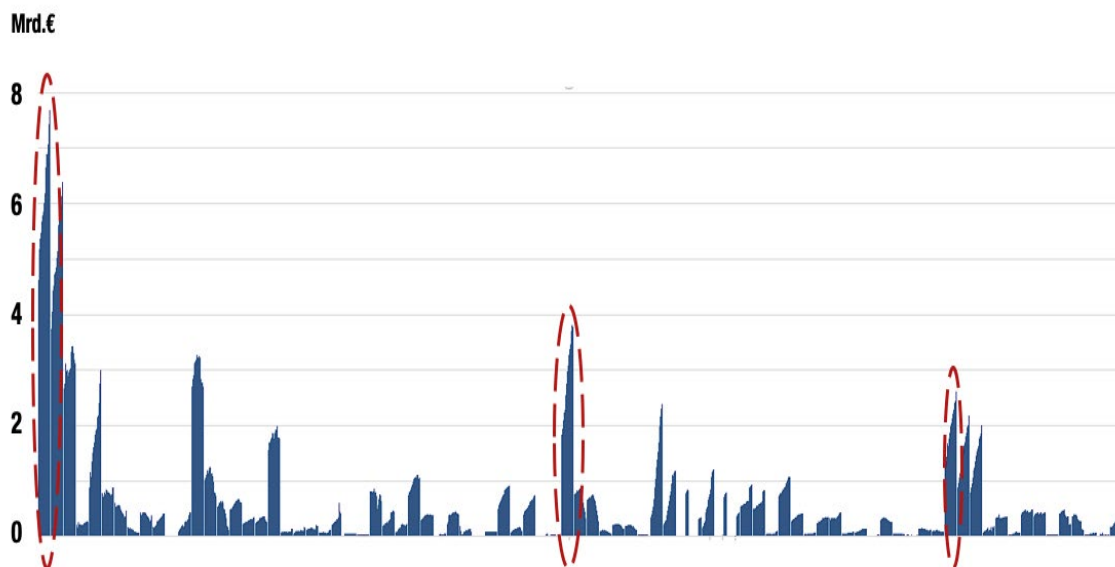
Kun näitä kustannustietoja peilataan vielä kuvan 13 elinajanodotetietoja vasten (vuodet 2017–19), kokonaiskuva saadaan muodostettua. Kuopion luku on 81,71 ja Jyväskylän hitusen parempi eli 81,83, mutta Kuopion ja ympäröivän maakunnan elinajanodotteissa on selvä 1,42 elinvuoden ero, kun san sijaan Keski-Suomessa se on vain 0,62 vuotta.

Kuopiota ympäröivä maakunta ei siis vielä kulje tasatahtia ydinkaupunkinsa kanssa, päin vastoin kuin Keski-Suomessa, joka on saavuttanut paremmat tuloksensa selvästi vähemmin panoksin. On mielenkiintoista seurata, miten uusi Jyväskylään avattu keskussairaala vaikuttaa tähän tilanteeseen. Askarruttamaan jää, onko maakuntamalli omiaan auttamaan tasapainottamisessa vai syntyykö sen tavoittelusta pitkäaikaisia ristiriitaisuuksia, jotka toisissa hyvinvointipiireissä pyritään/kyetään ratkaisemaan ja toisissa ei.



Kuva 68 Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kustannukset 2019.

(Sininen luku piirin nimen vieressä kertoo piirin kalleusaseman koko maassa, kun terveystalouden [esh ja pth] lasketaan yhteen. Punainen luku ilmaisee saman, sosiaalitoimen menot mukaan lukien.)

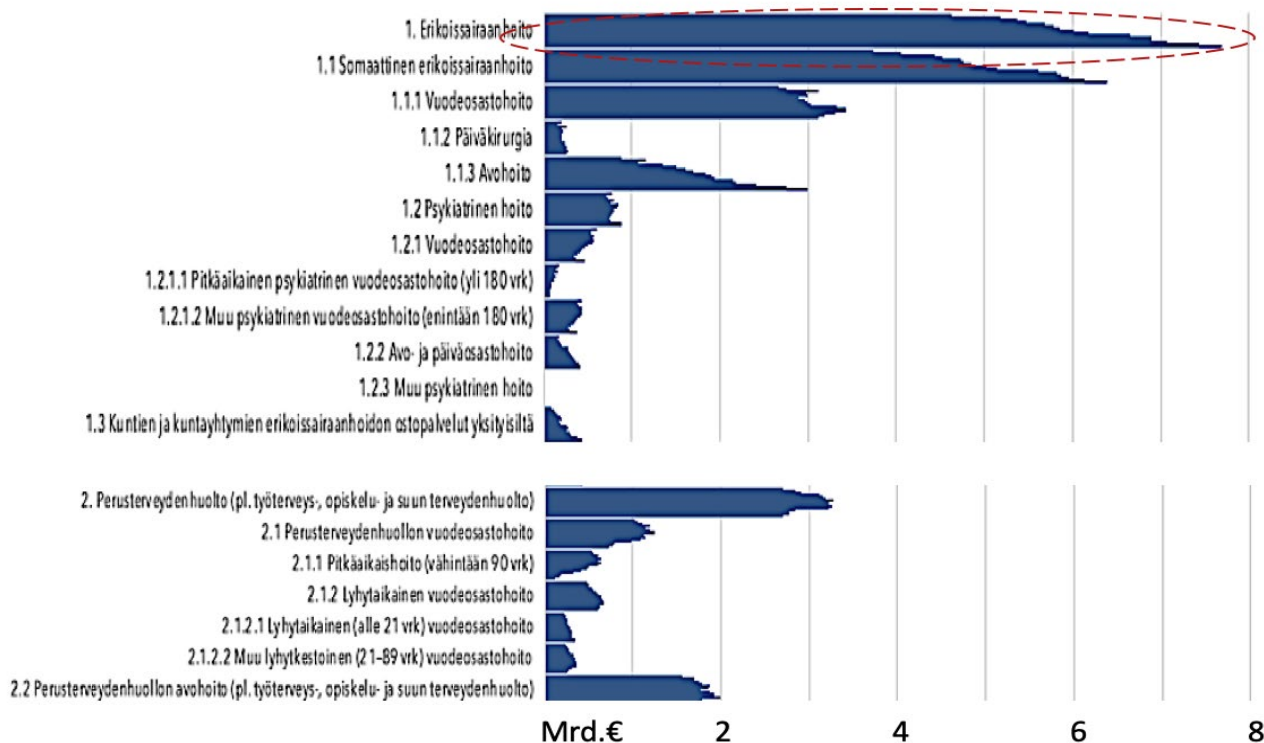


Kuva 69. Suomen terveystenonjen kokonaisprofiili v. 2000 -19. Lähde: Tilastokeskus

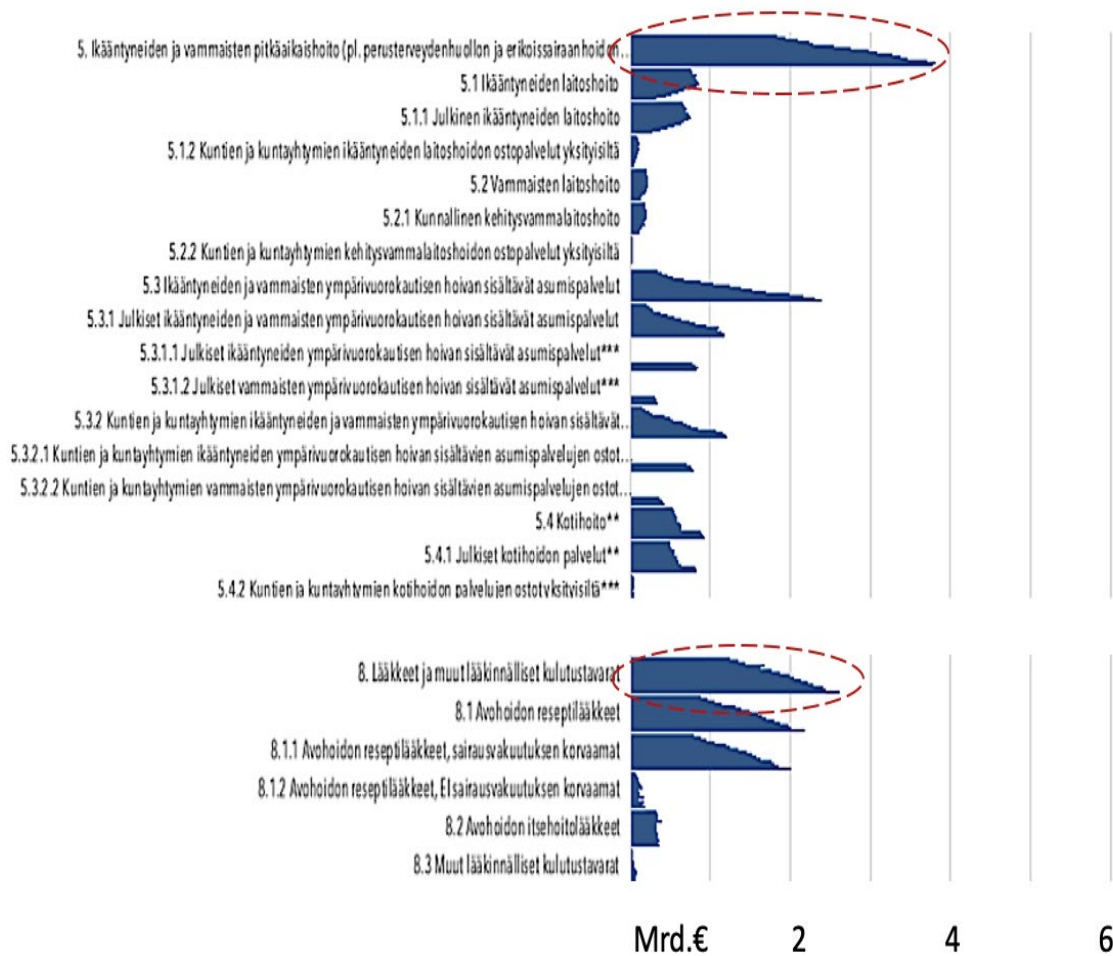
Maamme terveystenonjen kokonaisprofiilista saa kattavan käsityksen yhdellä vilkaisulla **kuvasta 69**. Siitä näkee, että joissakin menoissa nousupaine on ollut todella kiivas. Ne on kuvaan merkitty soikiolla. Näissä kolmessa soikioidussa menokohdassa on kiinni kaksi kolmasosaa kokonaismenoista.

Ne ovat (kokonaismenokuvion numerointia noudattaen):

1. Erikoissairaanhoito **Kuva 70**
5. Ikääntyneiden ja vammaisten pitkäaikaishoito sekä
8. Lääkkeet sekä muut lääkinnälliset kulutustarvikkeet **Kuva 71**.



Kuva 70. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon menojakaumat



Kuva 71. Ikäntyneiden ja vammaisten pitkäaikaishoidon sekä lääkkeiden ja lääkinnällisten kulutustavaroiden menojakaumat

Nämä kohdat on otettu lähempään tarkasteluun, sillä terveismenojen kokonaisuus pysyy hallinnassa vain siinä tapauksessa, että nämä kolme menokohtaa ovat hallinnassa (yhdenvertaisesti kautta maan). Tarkastellaan seuraavaksi kutakin näistä kolmesta hieman tarkemmin.

9.4.1 Lääkehoito

Käytäntö ja esim. Sitran organisoima pilottiselvitys³¹ (OLKA – kokeiluhanke) osoitti kiistatta, että lääkehoidon kokonaisarviointi tuottaa hyötyä niin potilaalle, Kansaneläkelaitokselle kuin terveydenhuollollekin. Hyöty perustuu näyttöön sekä terveydentilan parantumisena että kustannussäästöinä.

Kuvassa 72 nähdään iäkkäiden tilanteen kehitysseuranta.

Myös Business Finlandin WCH-Hanke³² korosti sitä, miten voitaisiin estää lääkkeiden haitallisia yhteisvaikutuksia ja optimoida paremmin kokonaisuutta. Tähän asiaan palataan, kun tarkastellaan terveydenhuollon tärkeimmän digihankkeen edistämistä kappaleessa 12.



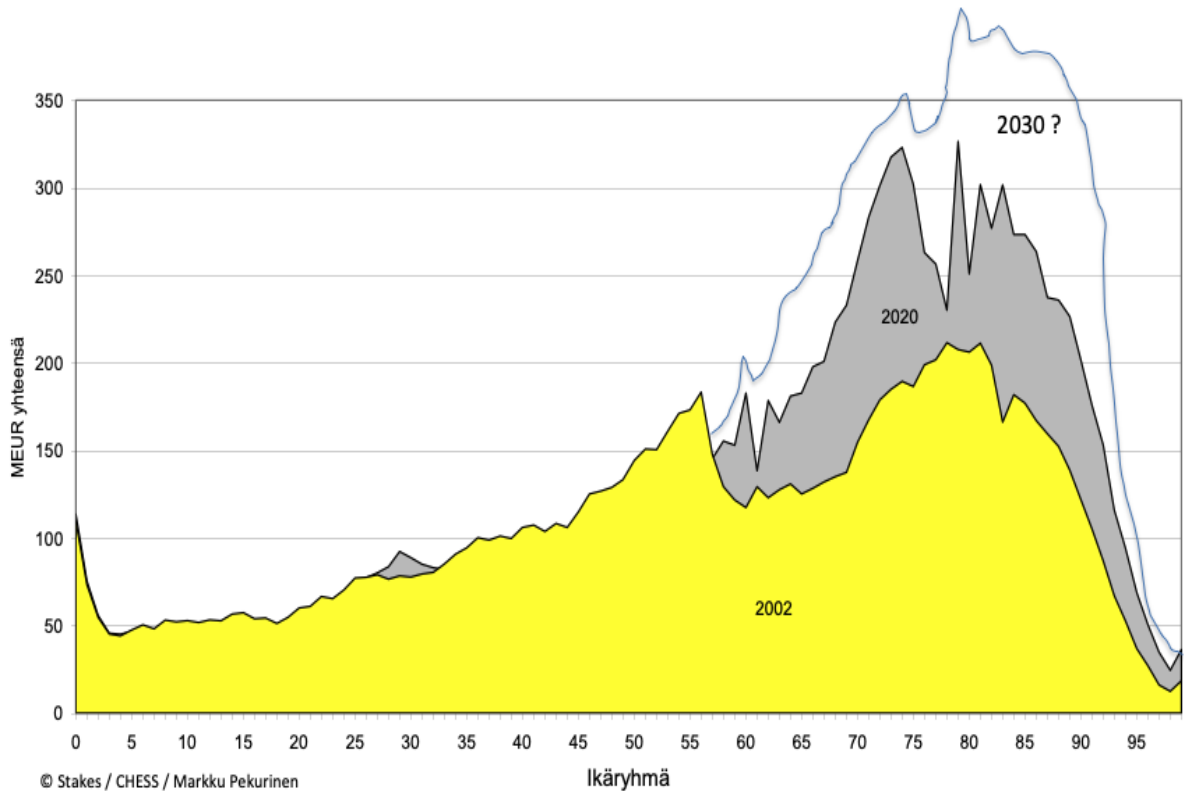
Kuva 72. Monilääkittyjen ja iäkkäille sopimattomia lääkkeitä käyttäneiden osuus 75 vuotta täyttäneistä vuosina 2015 -19. Lähde: THL

³¹ Heikura M-L, Pitkänen K, Hakala A ja Puurunen T. Oikea lääkehoito kokonaisarvioinnin avulla. SITRA 2008; Sitran selvityksiä 13: 65 s.

³² Kärkkäinen S, Vähäkainu P. et al. Tekoälyn hyödyntäminen lääkehuollossa Jyväskylän Yliopisto 2018; Informaatioteknologian tiedekunnan julkaisuja nro 66: 76 s.

9.4.2 Ikääntyneiden hoito

Tämä Pekurisen klassikkokuva (**kuva 73**), johon olen vapaalla kädellä piirtänyt arvioksi kolmannen käyrän koskien vuoden 2030 tilannetta, johdattaa 'toisen suurmenosoikion' tarkasteluun.

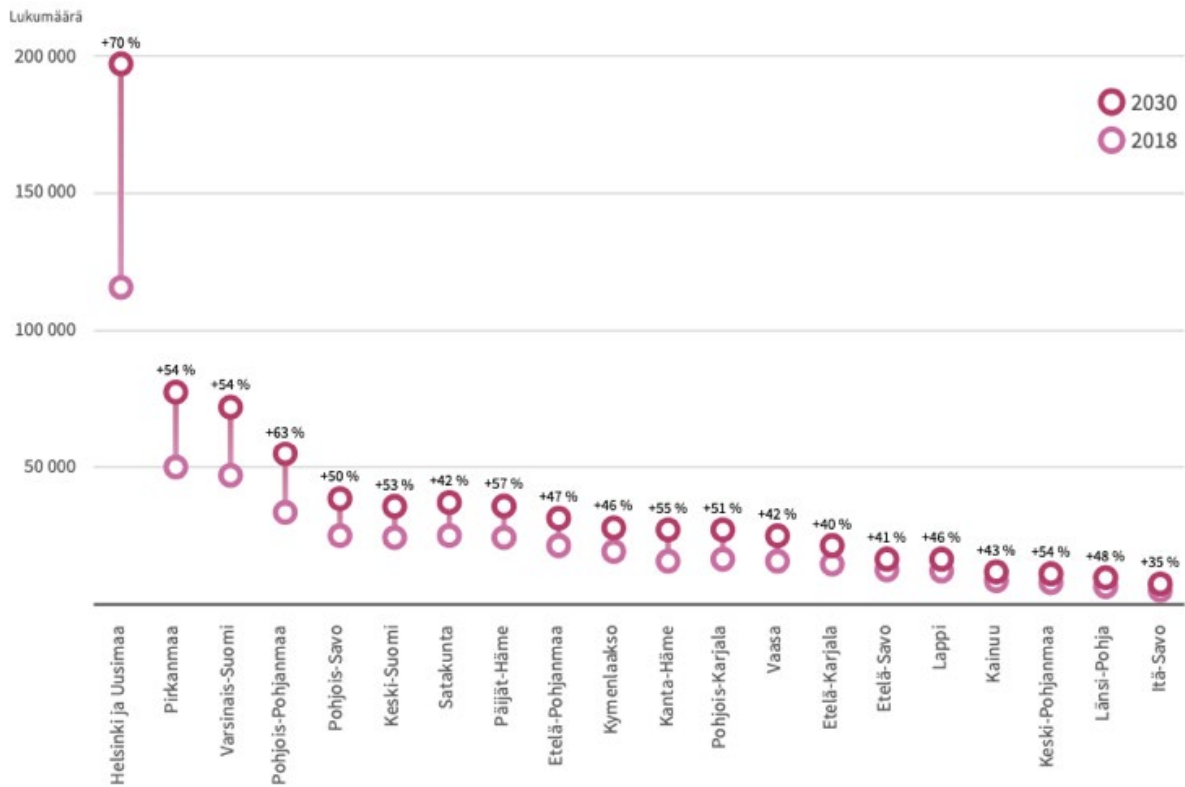


Kuva 73. Suomen vanhustenhuollon menokehitys 2002 ja 2020 sekä pohdinta tilanteesta 2030.
Lähde: M.Pekurinen Stakes/CHESS

Oleellista on myös se, mitkä tekijät tätä menokehitystä ohjaavat. Joskus näkee virheellisesti pääteltävän, että vain ikääntymisdemografian muutos vaikuttaa. Tosiasiassa teknologian kehitys saattaa olla ikääntymistä suurempi menojen lisääntymistä aiheuttava tekijä. Tämän seurauksena kuilu laskennallisten tarvearvioiden ja todellisuuden välillä saattaa kasvaa, josta voi aiheutua virhepäätelmiä.

Toinen keskeinen tekijä tässä iäkkäiden palvelun suunnittelun ohjaamisessa on palvelurakenteen raju ja suhteellisen nopea muutos. Kuten edellä kuvasta 71 nähdään, suurin voimakkaan kasvun selittäjä on kohta 5.3 (Ikääntyneiden ja vammaisten ympärivuorokautisten hoivan sisältämät asumispalvelut). Näiden koko maata kuvaavien menojen nykyinen ja tuleva jakauma pitää myös valtakunnallisesti väestöpohjallisesti (maantieteellisesti) hallita oikein.

Ikääntyneiden lukumäärä kasvaa voimakkaimmin kasvukeskuksissa. Näillä alueilla muutos haastaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäjät vastaamaan hoivatarpeen kasvuun jo lähivuosina. **Kuva 74**

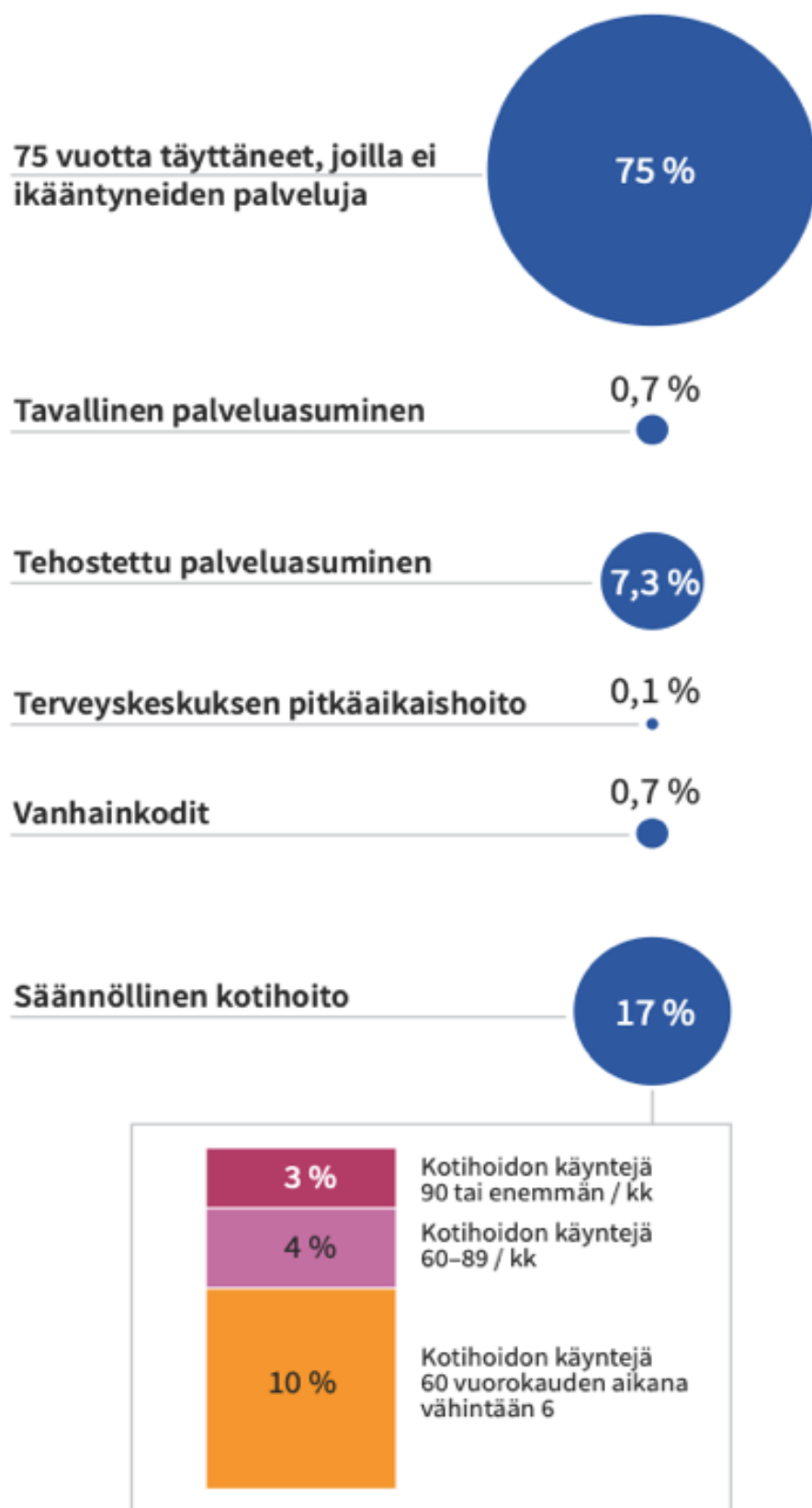


Kuva 74. Ennuste 75-vuotta täyttäneiden lukumäärän kehityksestä alueittain. Lähde: Kuntaliitto

Tampereen kotitorin osaajat tulevat tässä yhteydessä mieleen eräänä substanssiosaamisen ryhmänä. He voisivat varmaankin kertoa paljon kokemuseräistä tietoa siitä, miten näitä kahta ryhmää pitää ja voi kuntouttaa ja miten tuotantorahan käyttöä kannattaa optimoida.

Onkohan tällaisen osaamisen julkaisemista tai myyntiä esim. webinaarien muodossa siellä mietitty?

9.4.3 Iäkkäiden palvelurakenteen nykytilanne



Kuva 75. Ikääntyneiden palvelukokonaisuuden jakauma.
Lähde:Tilastokeskus

Oheiseen **kuvaan 75** onkin koottu palvelurakenteen nykytilanne. Siinä on monia tärkeitä tunnuslukuja.

Ensinnäkin 75 % ei tällä hetkellä käytä ikääntyneiden palveluja. Säännöllinen kotihoito on palveluvalikoiman ehdoton suosikki. Suurkäyttäjiä on 3 % ja melko suuria käyttäjiä 4 %. Nämä ryhmät ovat siis yhdessä samansuuruisia kuin tehostetun palveluasumisen käyttäjäryhmä.

Toinen asia, joka tässä yhteydessä surettaa, on se, että ns. 'palvelupakettien' eli nykyiseltä nimeltään tilastopakettien käyttö on sysätty sivuraiteelle ja käytännössä jätetty hyödyntämättä se suuri potentiaali, jota juuri nyt tarvittaisiin. STM ei ole ollut tässä ajan tasalla. Tämän työkalun antia käsitellään jäljempänä kappaleessa 9.7.

Mainitut tiedostot ovat työvälineitä, joiden avulla voidaan vertaistuellla tarkistaa, käytetäänkö oman kunnan, piirin tai maakunnan voimavaroja oikein. Ja lopulta tavoitteena on tietenkin optimoida koko maan terveystoimen ja rakenteita. Sitra teki niiden kehittämisessä työtä MAISEMA-käynnistyksestä aina valtakunnan tason huipputyökaluiksi saakka. Näillä työkaluilla pystytään ohjaamaan tätä iäkkäiden hoitoa, mutta myös seuraavaa suurta menokohdetta eli erikoissairaanhoidon, johon seuraavaksi siirrytään.

9.4.4 Erikoissairaanhoito

Kuvan 53 sanomaa kannattaa katsoa todella tarkalla silmällä. Miksi erikoissairaanhoidon menojen kasvu on suorastaan ryöpsähtänyt kohti kahdeksan miljardin rajaa?

Syy ei löydy vuodeosastoilta, siis 'sairaalahoidosta', sillä se on pysynyt kolmen miljardin tasolla, Sen sijaan menokohdan 1.1.3. (avohoito) lukema on kymmenessä vuodessa (kiintein hinnoin) noussut alle miljardista, sekin, kolmen miljardin tasoon.

Työtavat ja menetelmät tulevat edelleen muuttumaan. Coxa, Docrates, Orton, Pohjola-sairaalat, Tampereen Sydänsairaala, Jokilaakson Terveys ja Länsi-Pohja eivät ole rasite maamme erikoissairaanhoidolle. Päin vastoin. Niihin ei pidä suhtautua poliittisen näkemyksen värittämänä vastapuolena, vaan kumppaneina. Myös Päijät-Häme on ottanut askeleen tähän suuntaan.

Oma näkemykseni on, että erikoissairaanhoito tulee kehittymään allianssi-pohjalla eli sopimuskumppanuuspohjalla, eikä maakuntapohjalla.

Otan tästä ajankohtaisen esimerkin. Digimaailman osalta allianssit ovat jo muodostumassa. HUS johtaa 'Apotti-allianssia', jolla on useita kumppaneita. Maahan on kuitenkin syntynyt myös toinen eli 'Cerner-allianssi. Siihen kuuluvat Keski-Suomi, Pohjanmaa ja Vaasa, Essote sekä Siun sote eli yhteensä n. 700 000 asukasta jo tässä vaiheessa. Mikkelin keskussairaalan kannattaa nopeasti voimistua Suomen johtavaksi 'kesäsairaalaksi' ja Savonlinnan kannattaa harkita likeistä kumppanuutta ja lopettaa hangoittelu.

Pohjois-Pohjanmaa ja Oulu virittelee kumppaneineen 'Esko-allianssia'. Pohjois-Savolla, Itä-Savolla ja TYKS:n suunnalla alkaa tulla kiire mieltä, mihin tietoallianssiin heidän kannattaa liittyä. Sirpaleisuuden lisääminen näiden kolmen ulkopuolelle tulee olemaan haitaksi eikä hyödyksi.

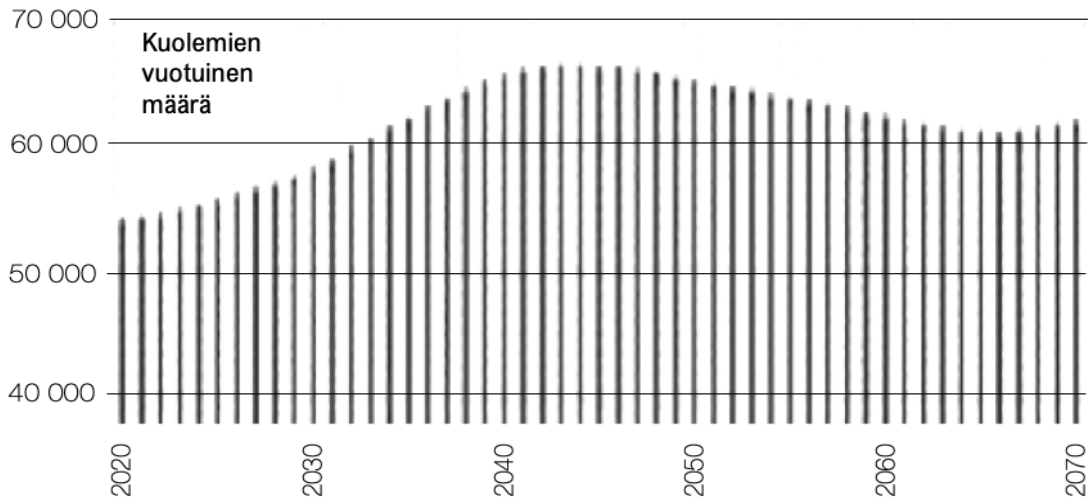
Ehdotan Kaiser-näkemyksiä, jota on jo selostettu luvussa 9. Suomen asukasluku, on suhteellisen pieni, ja erikoishoidon on oltava tasapuolisesti kaikkien kansalaisten käytettävissä. Eli maanlaajuinen valinnanvapaus pitää saada koskemaan kaikkia, mutta jokaisesta tapauksesta potilaan on neuvoteltava omalääkärin kanssa.

Näin optimoimalla erikoissairaanhoidon paras kustannusvaikuttavuussuhde voidaan toteuttaa.

Laaturekisterien perusteella kannattaa suunnistaa sinne, mistä saa parhaan hoidon. Tällaista sopimuskumppanuuskokonaisuutta voi hyvin johtaa ja kehittää yhdestä johtokeskuksesta 5–10 miljoonan asukkaan suurusluokassa. Sen tosiasian kalifornialaiset (Kaiserin) substanssinosaajat ovat osoittaneet ja opettaneet lukuisten maiden vierailijoille. Myös briteille ja suomalaisille.

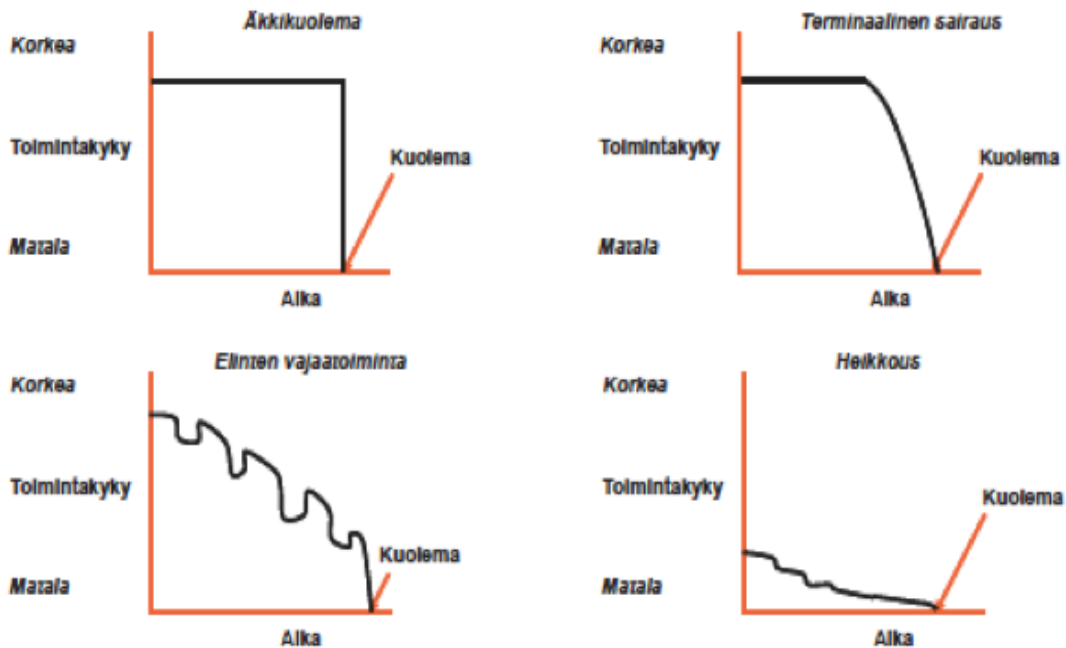
9.5 Kuolemat – kustannuskysymys sekin

Kun mennään vielä astetta pidemmälle elämänkaaressa, edessä on kuolemisen tarkastelu. Sen vaihtoehdot ja kustannusvaikutukset



Kuva 76. Kuolemien kokonaismäärän ennuste Suomessa 2020-70. Lähde: Tilastokeskus

Yllä oleva **kuvan 76** grafiikka kertoo, että kuolemien määrä saavuttaa suurista ikäluokista johtuvan huippunsa vv. 2040–50. Tämän 'tunturinmuotoisen' graafin merkitystä maamme tulevaisuudelle on käsitelty hienosti HS:n pääkirjoituksessa³³ Ennen kuin mennään yksityiskohtaisemmin kuolemien kustannusanalyysiin, pitää myös pohtia, millaisia eroja kuoleman tyypeillä on. **Kuva 77**



Kuva 77. Kuolemien tyypitys. Lähde: Kuntaliitto

³³ Tilastokeskus piirsi tunturin. Helsingin Sanomat, pääkirjoitus 1.10.2021

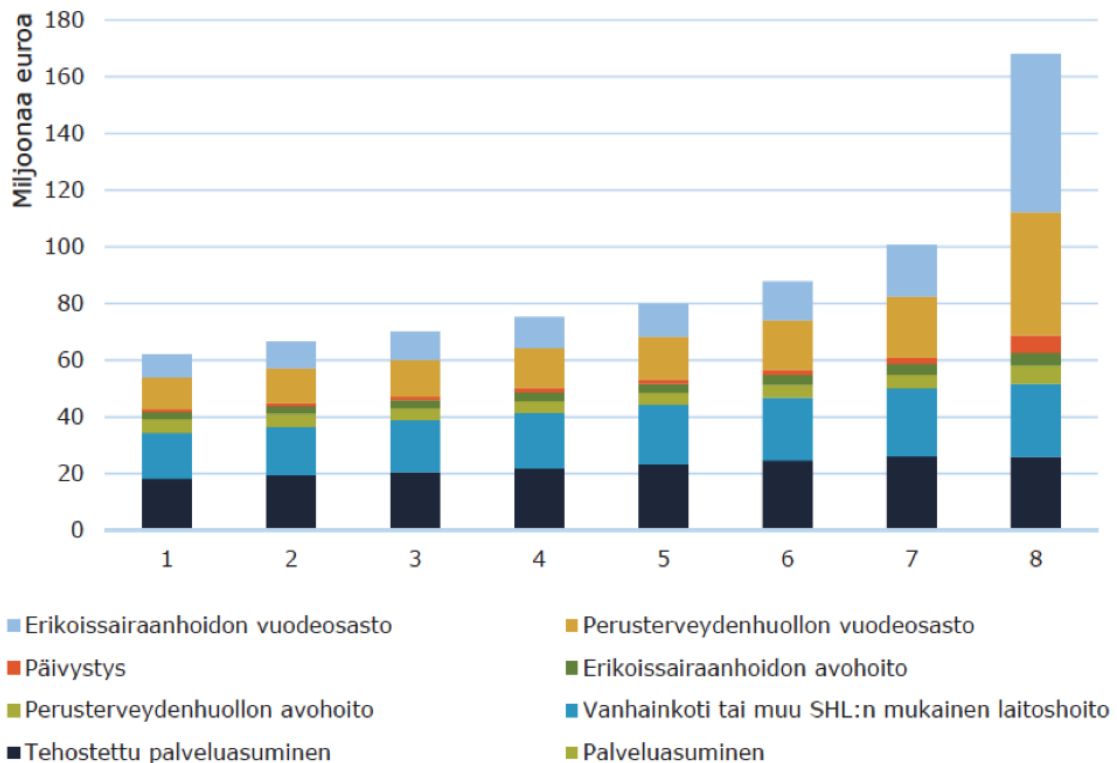
Äkkikuolemia ei voi luotettavasti ennustaa, mutta toisaalta ennakoivia kustannuksia ei liioin ole tarpeen laskelmissa huomioida.

Terminaalisiin sairauksiin liittyvät kuolemat voidaan laajojen aineistojen avulla kvalifioida ja kvantifioida, joten niiden sisällyttäminen suunnitteluun on mahdollista, samoin kuin **elinten vajaatoimintoihin** liittyvät kuolemat, mutta molempien aikajänteen pituuden ja taudin tilan aaltoidun yksilöllisyys on haasteellista. Suurin hoitotarve syntyy degeneratiivisten sairauksien ryhmästä, joka on kuvaan merkitty sanalla **heikkous**.

9.5.1 Kuolemien kustannukset

Koska kustannusvaikuttavuus on ohjenuorana, niin hienotunteisuuden huolellinen kytkeminen kuolintapahtumaan ja koko terminaalivaiheeseen ei ole este toteuttaa tätäkin elämänvaihetta mahdollisimman yhdenvertaisesti ja korkeaa laatustandardia noudattaen.

Substanssiosaamista tarvitaan tässäkin parhaan tuloksen saavuttamiseksi. Seurantatiedot osittavat, että toiseksi viimeisen ja viimeisen kvartaalin kustannuksiin kannattaa kiinnittää jo ennakoita suurin huomio. **Kuva 78**



Kuva 78. Kuolemaa edeltävän kahden vuoden kustannukset kvartaaleittain. Lähde: Kuntaliitto

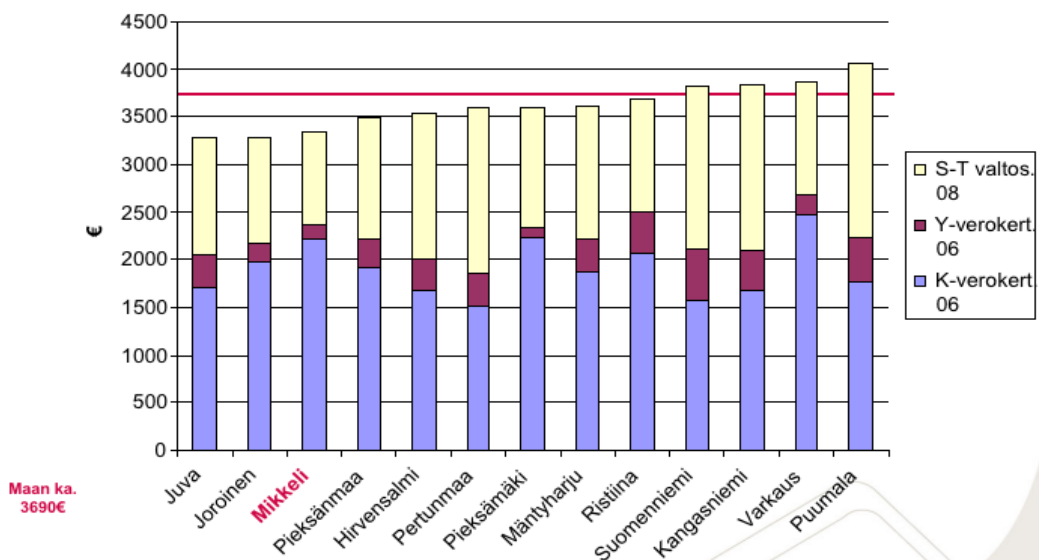
Tutkimustietoa on jo kertynyt ja käytettävissä, mutta perehdytyksen suorittaminen ja työnjohdosta sopiminen vaativat vielä ponnisteluja.

9.6 Optimointia varten on kehitetty työkalu, jota ei toistaiseksi ole kattavasti hyödynnetty

Sitran suurprojekti käynnistyi MAISEMA-hankkeena v.2007, kun eri paikkakunnat olivat kiinnostuneita terveydenhuoltokustannustensa optimointimahdollisuuksista ja erääksi malliksi oli noussut Kuntaliiton keskisuurten kaupunkien vertailussa parhaaksi sijoittunut Raision kaupunki. Siellä optimointityötä tekivät yhdessä sosiaali- ja terveystohtori Eero Vaissi ja kaupunginjohtaja Kari Karjalainen.

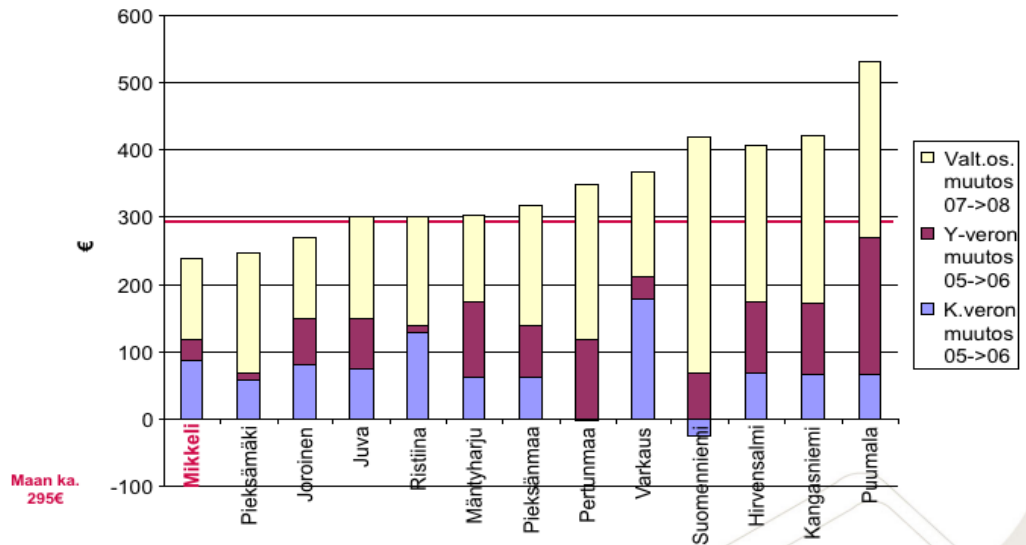
Koska Sitran terveydenhuolto-ohjelma oli jo tunnistanut valtakunnallisen tilanteen luisun alkaneen, etsittiin kuumeisesti keinoja tilanteen tervehdyttämiseksi. Työ oli perusteellista, jota kuvaa esim. kuntakohtainen tulorakenteen selvitys ja muutosten seuranta Etelä-Savossa. **Kuva 79**

Mikkelillä oli tiukkaa. Tulot eivät tahtoneet millään riittää kattamaan terveys- ja sosiaalimenojen kasvua.



Kuva 79. Mikkelin kaupungin tulorakenteen vertailu valittuihin muihin kuntiin. Verotulot ja valtiomaksuudet. Lähde: Sitra

Oleellista on ymmärtää, että pulma ei ollut vain terveysmenojen kasvussa, vaan myös heikossa tulonmuodostuksessa. **Kuva 80**



Kuva 80. Mikkelin kaupungin tulorakenteen vertailu valittuihin muihin kuntiin. Verotulojen ja valtionosuuksien muutokset.. Lähde: Sitra

Samasta kuvasta näkyy hyvin, miten esimerkiksi Hirvensalmen, Kangasniemen ja Puumalan, mutta erityisesti Suomenniemen taloutta pidettiin jo tuolloin pystyssä valtion varoin. Eikä Mikkelin seutu ollut poikkeus. Oli muodostunut ja muodostumassa 'maan tapa'.

Kysymys ei ollut vain Mikkelistä vaan valtakunnan tilanteesta laajemminkin.

Sitran terveydenhuolto-ohjelman perustavaa laatua olevat selvitykset haravoivat esimerkkejä eri puolilta maata, ja kun niistä alettiin muodostaa kokonaiskuvaa, Suomen todellinen tilannekuva alkoi hahmottua. Siitä raportoitiin eri suuntiin.

Erittymisen nopeasti tämän uuden tilannekuvan omaksui valtiosihteri Raimo Sailas, joka toimi myös Sitran hallituksen puheenjohtajana.

Hän informoi esimerkiksi silloista pääministeri Vanhasta, joka ryhtyi tukemaan laajemman selvityksen tekemistä. Se annettiin hänen johdolla sittemmin kansainvälisessä seurassa Finlandia-talossa. Pääpuhujaksi oli kutsuttu Kansainvälinen arvostettu substanssiosaaja, professori M. Porter.

Hihoja ei kuitenkaan kääritty. Näin jälkikäteen on helppo arvioida tilannetta. Se ei vastannut poliittisen johdon käsitystä asioista. Tarkemmin muotoillen se ei vastannut sitä, mitä he olivat kannattajilleen puhuneet. Sen vuoksi sitä ei omaksuttu toimintalinjaksi.

Tapahtui yhteentörmäys poliittisten näkemysten ja substanssiosaamisen välillä. Sitä käsitellään seuraavassa luvussa.

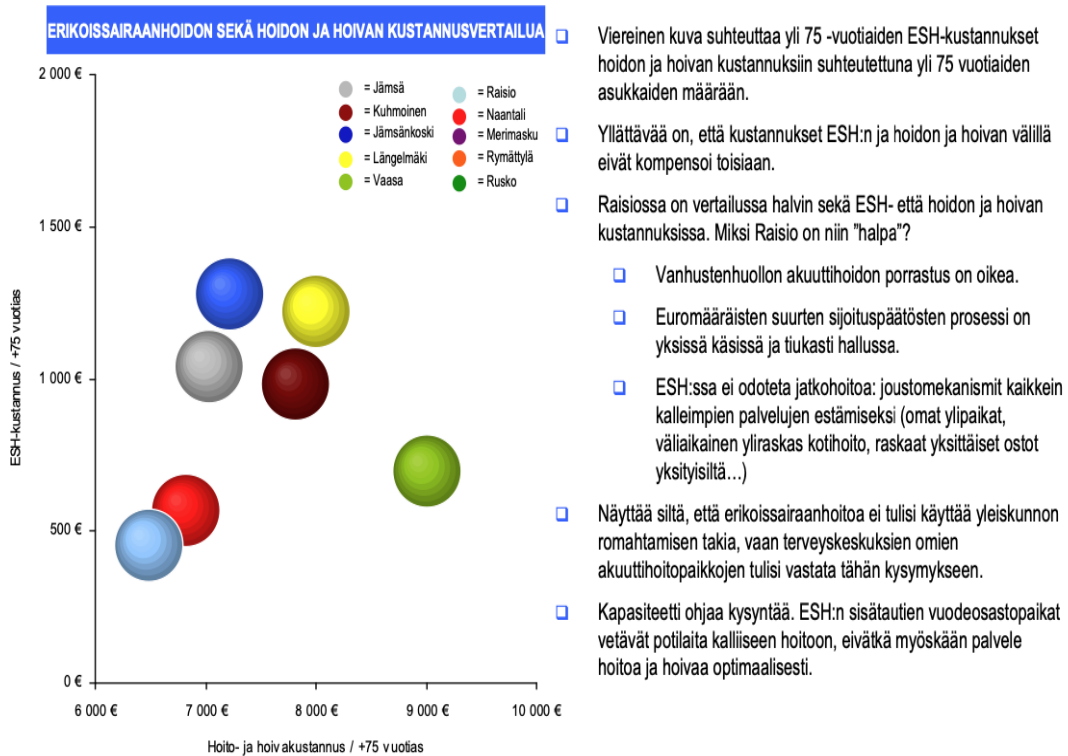
Tässä jatketaan esimerkkien esittelyä.

9.6.1 Esimerkki kokonaiskustannusten eroista

Kuten edellä todettiin, Raisiossa oli toimeen tartuttu. Raisio oli silloin sen ajan mittatikki. Siellä oli erinomainen johtokaksikko: Turusta sinne oli siirtynyt sote-johtajaksi Eero Vaissi ja kaupunginjohtajaksi Kari Karjalainen. Tämä näkyy hyvin **kuviissa 81 ja 82**.

ERIKOISSAIRAANHOIDON JA HOITO- JA HOIVAPALVELUJEN KUSTANNUKSET, + 75 VUOTIAAT

Erikoissairaanhoidosta mukana sisätaudit ja neurologia (Vuodeosasto +75-vuotiaat, vuosi 2005)



Kuva 81. 75-vuotta täyttäneiden aiheuttamat erikoissairaanhoidon sekä hoito- ja hoivapalvelujen kustannusvertailu vuodelta 2005.

Raision kumppaniksi oli jo silloin ryhtynyt Naantali, joka sekkin näkyy selvästi. Kuvan selitteessä kerrotaan, miksi Raisio oli silloin niin 'halpa'.

Kun vertailuun otettiin avo- ja laitospainotukset sekä niiden muutos vuodesta 2005 vuoteen 2006, syntyi kuvan 82 mukainen asetelmä. Rymättylän tilanne oli maksimaalisen laitospainotteinen, kun puolestaan Rusko toteutti kotihoitopainotteista vaihtoehtoa. Pilkkuviivat osoittavat, että yhteen laskien kalleimpia olivat Vaasa, Längelmäki ja Rymättylä.

Sitra ryhtyi kehittämään ja laajentamaan edellä kuvatun kaltaista laskenta- ja selvityspalvelua perustamalla yhdessä Raision kaupungin ja konsulttiyhtiö NHG:n kanssa Kuntamaisema osakeyhtiön.

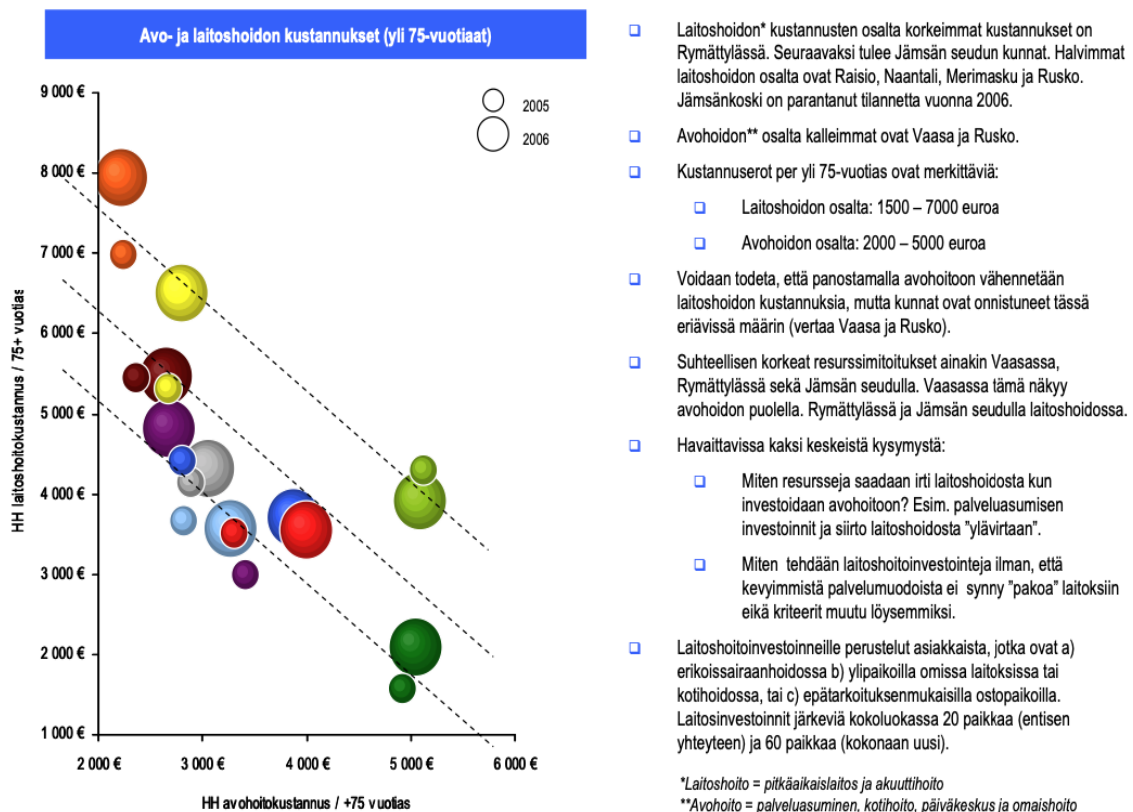
Tämä osoittaa, että kehittämistyössä tarvitaan monipuolista osaamista, johon pitää osata tarttua.

Sen myötä laskentapohja laajentui merkittävästi ja ns. maakuntamallin noustua vaihtoehtojen joukkoon selvitys alkoi koskea myös maakuntia, joista myös STM oli kiinnostunut.

Seuraavat esimerkit ovatkin jo maakuntatasoisia.

HOITO JA HOIVA

Avo- ja laitoshoitokustannus / yli 75. asukas (2005 ja 2006)

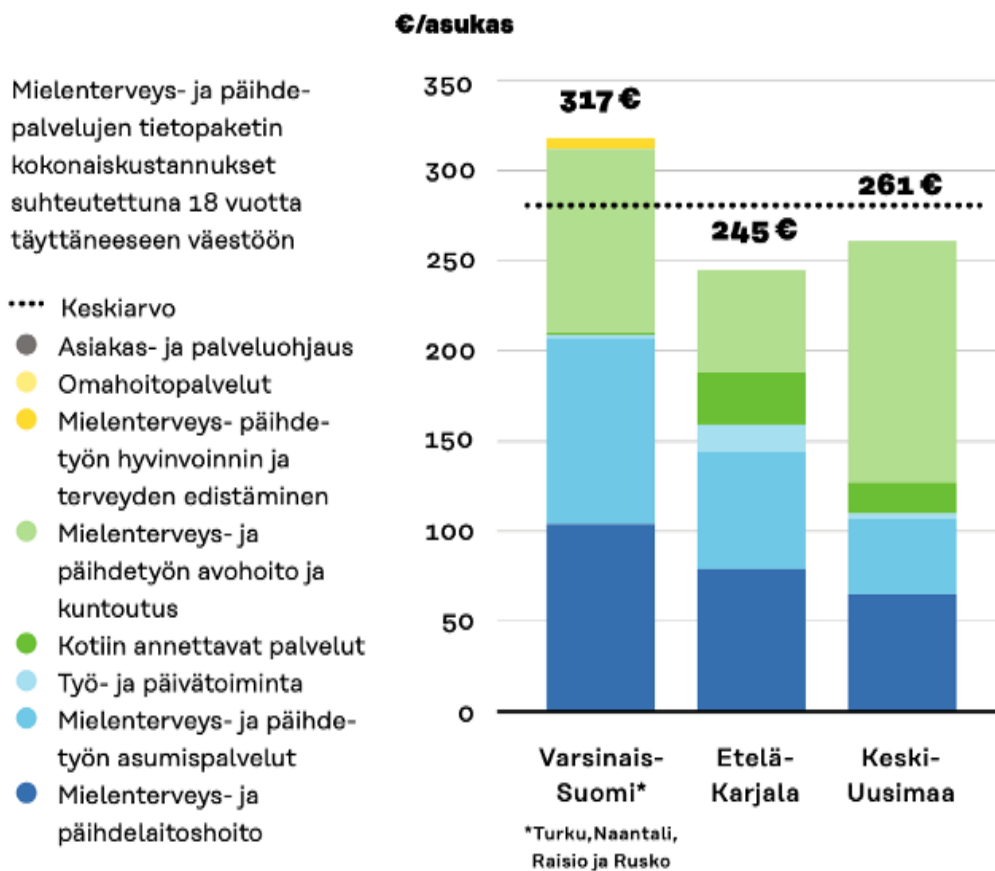


Kuva 82. Avo- ja laitostkustannusten yhteenlaskettu vertailu sekä kustannusten muutos vuodesta 2005 vuoteen 2006. Lähde:Sitra

9.6.2 Mielenterveys- ja päihdepalvelujen kokonaiskustannuserot

Seuraavaksi **kuva 83** mielenterveys- ja päihdepalvelujen tulokset osoittavat, että palvelurakenteet poikkeavat tältäkin osin toisistaan todella merkittävästi. (Varsinais-Suomea edustavat tässä vain Turku, Naantali, Raisio ja Rusko). Keski-Uusimaa edustaa 'hyvinvointialuetta' Uudenmaan osana.

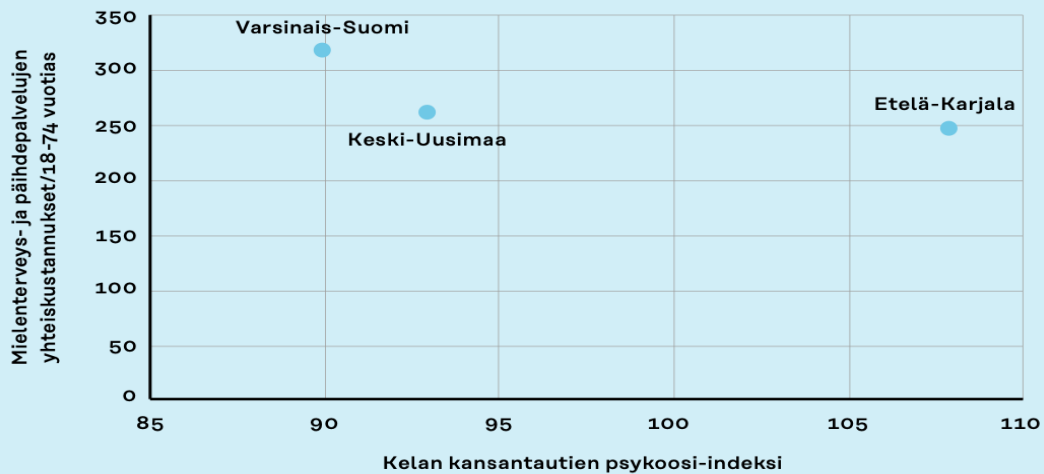
Tätä tulosta on syytä tarkastella seuraavassa sinisellä taustalla varustettua taustatietoa vasten. **Kuva 84.** Taustatieto osoittaa, että Kelan psykoosi-sairastavuusindeksillä mitaten Etelä-Karjala on selvästi verrokkeja vaikeammassa tilanteessa, mutta silti 23 % alemmin kustannuksin kuin Varsinais-Suomi.



Kuva 83. Kolmen 'maakuntatasoisen' alueen vertailu mielenterveys- ja päihdepalvelujen kustannusten osalta. Lähde: Kuntamaisema Oy

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen kustannusten sekä rakenteiden arvioinnissa voidaan hyödyntää asukaskohtaisten kustannusten ohella palvelutarvetta kuvaavaa sairastavuustietoa, kuten esimerkiksi psykoosien esiintyvyyttä. Esimerkkitarkastelussa on käytetty KELA:n terveystietojen kansantautien psykoosi-sairastavuusindeksiä, joka kuvaa väestön alueellisia sairastavuuseroja. Vertailussa mukana olevien alueiden mielenterveys- ja päihdepalvelujen kustannukset eivät korreloi psykoosi-sairastavuuden kanssa, joten palvelutarve ei selitä alueiden välisiä mielenterveys- ja päihdepalvelujen tietopaketin kustannuseroja.

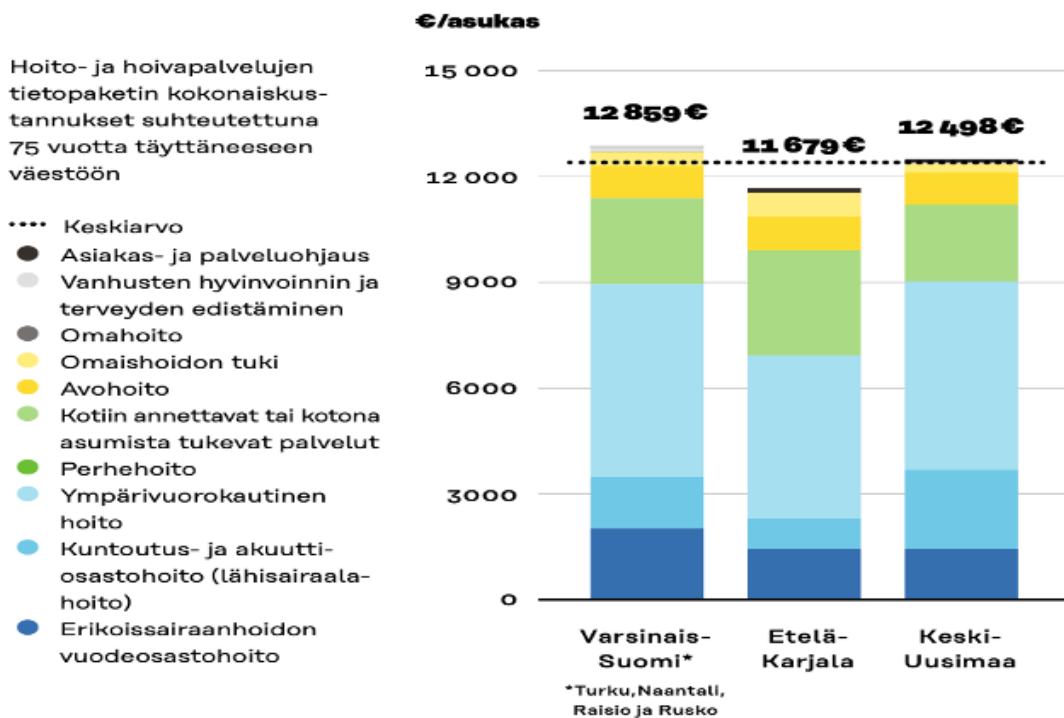
Mielenterveys- ja päihdepalvelujen tietopaketin asukaskohtaisten kustannusten tarkastelu psykoosi-sairastavuusindeksiin nähden



Kuva 84. Esimerkki mielenterveys- ja päihdepalvelujen eroista kolmessa maakunnassa. Lähde: Kuntamaisema Oy

Tällaisia verrokkituloksia vasten joudutaan toteamaan, että edellinen hallitus teki tällaisten selvitysten varassa yhteistyötä ja totesi, että rakenteellisilla parannuksilla jopa 2–3 miljardin optimointihyödyt olisivat mahdollisia laatua samalla parantaen, mutta seuraava hallitus siirsi tällaiset laskelmat pois käytöstä ja tukeutui rahoituksen suunnittelussa yksinomaan THL:n laatimaan tarveindeksiin antamaan pohjaan, jossa positiivisia rakenneparannuksia ei oleteta ollenkaan tapahtuvan.

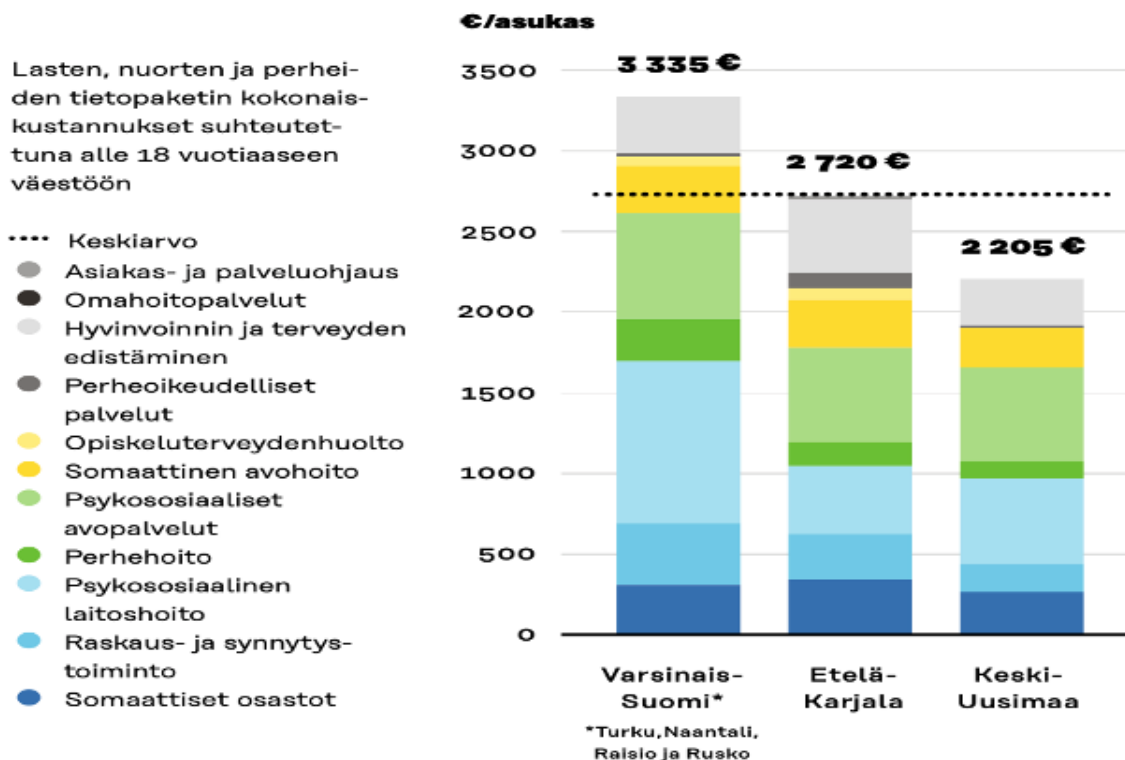
Kuvassa 85 vertaillaan alle 18-vuotiaiden kokonaiskustannuksia lasten, nuorten ja perheiden tietopaketin avulla. Siinä havaitaan Keski-Uusimaan kustannusedullisuus. Ero Varsinais-Suomea edustaviin kuntiin on 34 %:n suuruusluokkaan.



Kuva 85. Lasten, nuorten ja perheiden palvelukustannusten vertailu suhteutettuna alle 18-vuotiaiden määrään. Lähde: Kuntamaisema Oy

9.6.3 Hoito ja hoivapalvelujen kustannusvertailu

Kolmantena esimerkkinä on **kuvan 86** vertailu, joka koskee kansallisesti suurta hoito- ja hoivapalvelujen kokonaiskustannusta, joka tässä esimerkissä on suhteutettu 75-vuotiaan väestön määrään.

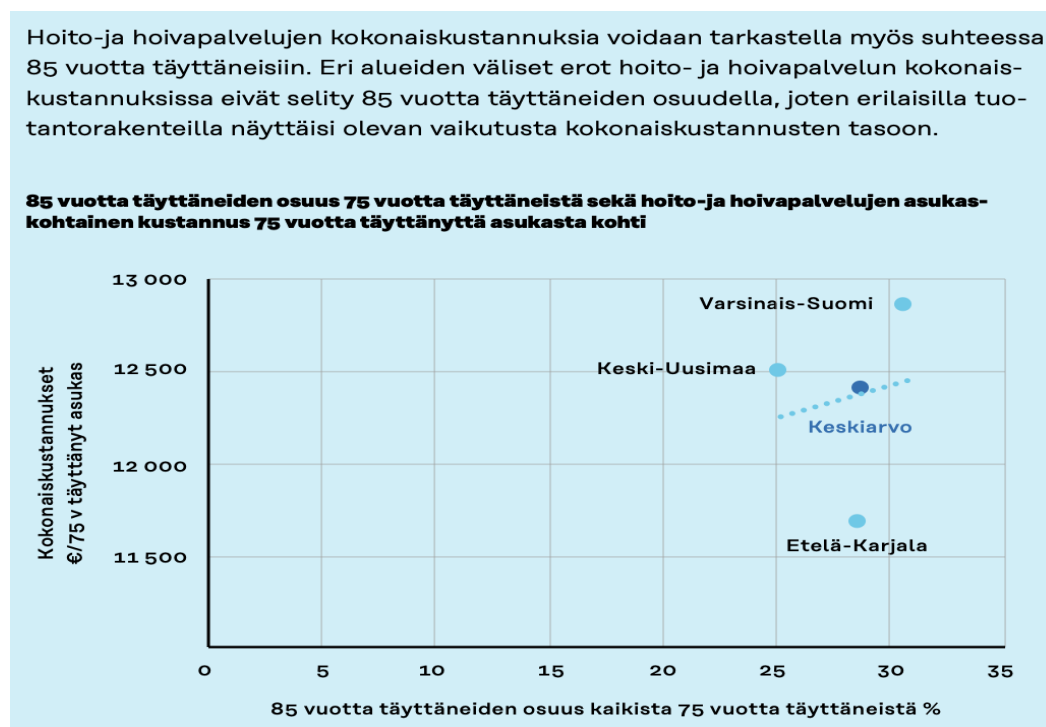


Kuva 86. Hoito- ja hoivakustannusten vertailu 75-vuotta täyttäneiden määrään verrattuna. Lähde: Kuntamaisema Oy

Kun tähän otetaan taustaksi sinisellä pohjalla esitetyt taustatiedot 85-vuotta täyttäneiden suhteellisesta osuudesta, käy ilmi, että suurin hyvin iäkkäiden rasite kohdistuu Varsinais-Suomen kuntaryppäeseen ja pienin Keski-Uusimaalle. Etelä-Karjala sijoittuu näiden väliin, mutta on silti kustannusedullisin, joten tuotantorakenteen merkitys nousee esiin selittävänä tekijänä tässäkin.

Näiden kolmen alueen vertailun avulla ei voitu laatia koko maan kattavaa rakenneoptimointien kautta saavutettavissa olevasta hyötyestimaatista, mutta esimerkit osoittavat, että sellainen on mahdollista laskea, mikäli sen tekemiselle saataisiin luotua poliittinen tahtopohja.

Toistaiseksi se on puuttunut. **Kuva 87**



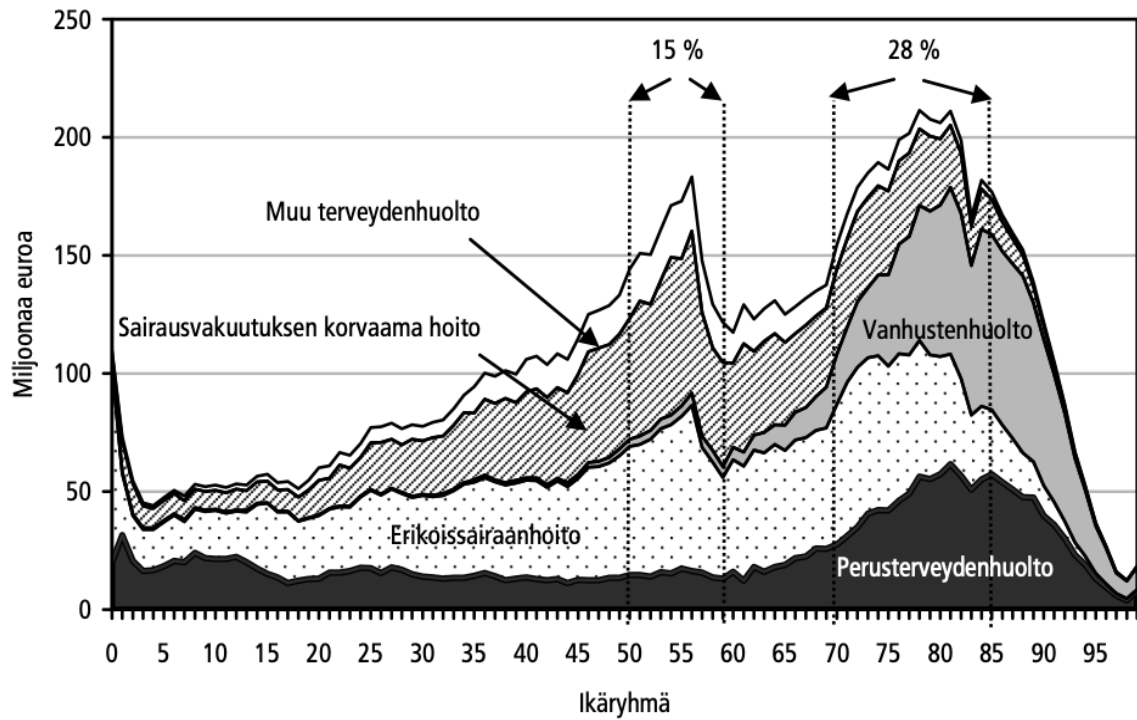
Kuva 87. Esimerkki 85-vuotta täyttäneiden hoito- ja hoivapalvelujen kokonaiskustannusten eroista maakunnittain. Lähde Kuntamaisema Oy

9.7 Menojen hallinnan kokonaisuus

Valtio on jo nyt ottanut vastuun ja määräysvallan sen osalta montako täyden valmiuden päivystyssairaalaa Suomessa ylläpidetään. Ei ole ylivoimainen tehtävä neuvotella ja määritellä samaan tapaan muutoinkin koko maamme sairaalalaitoksen kehittämistä sopimus- ja velvoittavuuspohjalta. Se takaisi paitsi paremman vaikuttavuuden, myös edullisemmat kokonaiskustannukset.

Kun tämän suuruusluokan johtamishaasteeseen on tartuttava, nostan symboliseksi esimerkiksi Pekurisen täydellisemmän kokonaisenokuvan vuodelta 2005! **Kuva 88.**

Tämä kuva osoittaa, miten valtiojärjestäjä pystyisi hallitsemaan kokonaisenokituksen, joka tietysti suunniteltaisiin ja raportoitaisiin yksityiskohtaiselle momenttitasolle saakka.



Kuva 88. Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon kokonaismenot ikäryhmittäin ja palveluittain vuonna 2002. Lähde: Pekurinen, STAKES 2005

Oikeudenmukaisen terveydenhuollon arvopohjaisen rahoitusmallin valmistelu on laiminlyöty. Konkreettinen kiinnostus, innostus ja panostus ei ole käynnistynyt.

Maamme rahoituspohja sinänsä kestää kyllä ja epäkohdat ovat korjattavissa. Avainasia ei näytäkään olevan taloudellinen realismi yhdistettynä vaikuttavuuden maksimointiin, vaan arvopohjien taistelu.

10 POLIITTISTEN NÄKEMYSTEN JA SUBSTANSSIOSAAMISEN VÄLISTEN JÄNNITTEIDEN PURKAMINEN

10.1 Ensimmäisenä esimerkkinä Rinne-Marinin hallitusohjelma

Poliittiset näkemykset, joita usein kutsutaan myös arvovalinnoiksi, ohjaavat hallitusohjelmia. Kun esimerkkinä käytetään tuoreinta hallitusohjelmaa (Rinne-Marinin hallituksen ohjelma), ja analysoidaan sitä terveystalouden näkökulmasta, paljastuu, millaisia jännitteitä syntyy.

Aihealueeseen liittyvät asiat on kirjattu ohjelman tavoitteisiin 3. ja 4. sekä erityisesti kohtaan 3.6.1 (Sosiaali- ja terveyspalveluiden rakenneuudistus).

Näistä kohdista löytyi yhteensä 29 toimenpide-ehdotusta, jotka on merkitty seuraavalla sivulla olevaan **taulukkoon 6**.

Nämä toimenpide-ehdotukset jakautuivat viiteen ryhmään, jotka ovat

- I. Ikääntyminen ja muu avun tarve (9)*
- II. Palvelujen ja vaikuttavuuden muutos (4)*
- III. Palvelurakenteen tai toimintatavan muutos (7)*
- IV. Tiedon hallinta (6)*
- V. Hallinto ja rahoitus (3).*

Suurimmalta osin toimenpide tai toimenpiteet on kuvattu vain yleisellä maininnalla. Tarkennuksia toteuttamistavasta on lisätty vain harvakseltaan. Rahoituksen yksityiskohtiin ei liioin ole tartuttu. Rahoitustarpeen suuruudesta kertovat tarkentavat arvioit puuttuvat, eikä rahoituksen riittävyttä ole myöskään pohdittu.

Merkittävimmät rahoituksen muutosedotukset on suunniteltu käsiteltäväksi parlamentaarisessa komiteassa. Koska vastuutahoja ei ole nimetty, kuva toteuttamismahdollisuuksista kuluvalle vaalikaudella jää hämäräksi.

Taulukkoon on tehty joitakin viitteellisiä merkintöjä, laajat epäselvyydet on merkitty kysymysmerkillä.

Näiden tietojen perusteella jää kysymään, onko luetteloitu niitä asioita, jotka tarvitsisivat korjaamista tai kehittämistä, mutta joista vain ani harva voidaan ottaa vaikuttavien toimenpiteiden kohteeksi.

		TOIMENPIDE	TOTEUTTAMINEN	TOTEUTUMINEN VAALIKAUDELLA / KOMMENTIT
IKÄÄNTYMINEN JA MUU AVUNTARVE	1	Ikäohjelman laatiminen	Yhteistyö	Ehkä
	2	Hyvinvointitarkastusten lisääminen	?	Ei
	3	Palveluneuvonnan parantaminen		Vastuutaho?
	4	Rerurssien lisääminen ja kohdentaminen vanhustenhuoltoon	?	Ei
	5	Vanhuspalvelujen laadun ja vaikuttavuuden lisääminen lain avulla	Vanhuspalvelulain päivittämisellä	Laki säädetään, vaikutus =>?
	6	Hoivahenkilöstön sitova vähimmäismitoitus kehittämissohjelman rahoituksella	Kehittämissohjelmaa rahoittamalla (?)	Vain osa
	7	Omaishoidon kehittäminen	?	?
	8	Hoiva-alan työntekijöiden saatavuuden ja osaamisen lisääminen	Houkuttelevuuden lisääminen	Keinot?
	9	Ihmisarvoa kunnioittavan saattohoidon sekä palliativisen hoidon ja kivun hoidon aikaansaaminen.	Kehittämissohjelman ja lainsäädäntömuutosten avulla	Vastuutaho?
PALVELUJEN JA VAKUUTAVUUDEN MUUTOS	10	Asiakastyytyväisyyden ja hoidon parantaminen yhteistyössä käyttäjien kanssa	?	Miten johdetaan?
	11	Hoidon jatkuvuuden ja vaikuttavuuden lisääminen sekä palvelujen sujuvuuden ja kustannusten hallinnan parantaminen.	Moniammatillisia tiimejä käyttämällä ja työnjakoa kehittämällä	Ei toimi, johtaminen?
	12	Kansansairauksien ehkäisy ja niiden hoidon vaikuttavuuden parantaminen.	?	Miten?
	13	Syövän hoidon vaikuttavuuden parantaminen.	?	Vastuutaho?
PALVELURAKENTEEN TAI -TOIMINNAN MUUTOS	14	Järjestöjen roolin vahvistaminen hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi sekä palvelujen tuottamisessa.	?	Rahoitus?
	15	Sosiaalipalveluiden ja terveydenhuollon sekä perus- ja erityistason palveluiden integroiminen saumattomaksi	?	Ei
	16	Terveydenhuollon painopisteen siirtäminen erikoissairaanhoidosta perustasolle	?	Rahoituksen riittävyys?
	17	Sote-keskuksien houkuttelevuuden lisääminen koko maassa	?	Keinot?
	18	7 päivän hoitotakuu terveyskeskuslääkärin vastaanotolle pääsystä	1600-2600 lääkärin lisäyksellä	Miten lääkärin voidaan sijoittaa oikein?
	19	Tuottajakentän monipuolisuuden ja lähipalvelujen lisääminen tulevaisuuden sote-keskuksissa	Kehittämissohjelman avulla	Ei
	20	Uusien työtapojen ja teknologian käyttöönotto	?	?
TIEDON- HALLINTA	21	Sosiaali- ja terveydenhuollon tietopohjan yhtenäistäminen	?	Ei
	22	Kattavan tietopohjan ja yhtenäisen raportointikäytännön toteuttaminen	Rahoitus turvataan siirtymävaiheen aikana	Vastuutaho?
	23	Laatumittareiden ja -rekisterien luominen	Yhteistyö käyttäjien kanssa	Aikataulu?
	24	Sote-datan hyödyntämisen selvittäminen osana terveysalan tutkimus- ja innovaatiotoimintaa	?	Rahoitus?
	25	Toimivien tieto- ja tiedonhallintajärjestelmien aikaan saaminen ja tietojärjestelmien yhteensovittaminen	Rahoitus turvataan siirtymävaiheen aikana	Rahoituksen riittävyys?
	26	Digitaalisten ja mobiilien palveluratkaisujen käyttöönotto sekä tietovarantojen ja -järjestelmien parempi käyttö.	?	Kuka päättää?
HALLINTO JA RAHOITUS	27	Valviran ja aluehallintovirastojen sosiaali- ja terveyspalveluiden valvonta-, lupa- ja ohjaustehtävien sekä muiden valtion aluehallinnon tehtävien uudelleenjärjestely	Parlamentaarinen selvitys	?
	28	Maakuntien verotusoikeuden valmistelu	Parlamentaarinen komitea	?
	29	Monikanavarahoituksen purkaminen	Parlamentaarinen komitea	?

Taulukko 6. Rinteen-Marinin hallitusohjelman terveydenhuoltoon liittyvät kirjaukset

Sellainen mielikuva jää, että suurimmat voimavaralisäykset pyritään ohjaamaan ikääntymistä ja palvelurakenteen muuttamista koskeviin asioihin. Tulevaisuuden sotekeskusmallin, moniammatillisten tiimien sekä hallinnon keinoin toteutetun integraation voimaan uskotaan vahvasti.

Tämä julkaisun pääajatuksia on, että tehokkaan uudistamisen on lähdettävä liikkeelle palvelunohjauksen uudistamisesta. Tätä toteuttamaan kattava omalääkärijärjestelmä tiimeineen on paras lähtökohta. Tueksi tarvitaan myös uusi yhteneväinen tiedonhallinta, jonka tulee perustua kansalliseen yhtenäiseen ratkaisuun. Tällaisesta ratkaisutavasta on saatu kiistatta hyviä kokemuksia esim. eReseptin ja Omakannan muodossa.

Kun nämä Rinteen hallitusohjelman toimenpide-ehdotukset asetetaan rinnakkain vuosien saatossa eri tahoilta kerättyjen laajaa kannatusta nauttivien yleistavoitteiden kanssa (joita on käsitelty edellä luvussa 2), syntyy rinnakkaisasetelma. **Kuva 89**

Hallitusohjelma on keskeisessä asemassa, koska tällä hetkellä voimassa oleva STM:n työohje kuuluu seuraavasti:

Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa sosiaali- ja terveyspolitiikan suunnittelusta, ohjauksesta ja toimeenpanosta.

Osana valtioneuvostoa STM

- *toteuttaa hallitusohjelmaa*
- *valmistelee lainsäädännön ja keskeiset uudistukset*
- *ohjaa uudistusten toteuttamista sekä*
- *huolehtii valtioneuvoston esikuntatehtävistä*

Tällainen edellä toteutettu sarakkeiden vertailu pelkässä taulukossa (6) on ymmärrettävästi epätarkka menetelmä, koska samasanaisilla käsitteilläkin voidaan tarkoittaa eri asioita. Silti käy selvästi ilmi, että hallitusohjelmassa pyritään vaikuttamaan siihen, että

- *palvelujen saatavuutta parannetaan,*
- *toiminnan laatua ja vaikuttavuutta edistetään hallinnollisen integraation ja palveluketjujen muotoilun avulla sekä*
- *henkilöstön saatavuudesta ja riittävydestä pidetään huolta (merkittävintä) henkilöstölisäyksin.*

Eli myönteisesti ajatellen taulukon 6 kahden oikeanpuolisen sarakkeen yhdistelmästä voitaisiin koota uusi, parempi tulevaisuus, mutta kun oikea 'sarakkeisto' painottuu poliittisiin näkemyksiin ja vasen subtranssiosaamiseen, näillä eväin ei maaliin päästä.

Optimaalisen yhdistämisen tielle nousevat myös ne asiat, joihin nuolten joukko ei kohdennu:

- *Valinnanvapautta ei ole tarkoitus lisätä.*
- *Kansalaisten yhdenvertaista kohtelua ei varmisteta.*
- *Palvelujen ohjauksen uudelleenjärjestämistä ei liioin mainita tai korosteta.*



Kuva 89. Hallitusohjelmaan kirjattujen tavoitteiden ja ydintavoitteiden vertailu

Oikeanpuoleisen luettelon toimenpiteen nro 11 tekstissä mainitaan, että kustannusten hallintaa on tarkoitus parantaa. Muutoin kustannusten hallinta ei ole saanut merkittävää painoarvoa.

Toimenpide-ehdotuksissa kustannusrasitteita ei kuitenkaan ole tarkemmin analysoitu sen paremmin toimenpidekohtaisesti kuin kokonaisuutenakaan. Herää huoli siitä, onko hallitusohjelmassa esitelty toimenpideohjelma ja siihen

liittyvä kokonaisrahoitusratkaisu kaiken kaikkiaan tasapainossa terveyspoliittisten tavoitteiden tai kansantalouden voimavarojen kanssa. Tätä asiaa tarkastellaan lisää seuraavassa kappaleessa 10.3.

Kustannusvaikuttavuutta eli terveydenhuollon arvoperustaisuutta ei mainita lainkaan. Arvoperustainen toimintamallihan tarkoittaa sitä, että voimavaroja kohdennetaan priorisoituna niihin tekoihin, joilla on mahdollisimman suuri terveysvaikutus tarvittavaan rahoituspanokseen verrattuna. Se on substanssiosaajan mielestä ainoa mahdollinen keino realistisen ja korkeatasoisen terveyspolitiikan toteuttamiselle.

Tällaisten asioiden käsittelemättä jättäminen heikentää merkittävästi hallitusohjelman aitoa terveyspoliittista pohjaa.

Myöskään kannustavuutta ei mainita. Eikö hyvästä työstä ole tarkoituskaan palkita? Niin kauan, kun tämäkin juurisyy jää hallitusohjelmassa huomiotta, maamme terveydenhuolto on vaikeaa nostaa kansainvälisen parhaimmiston tasolle.

Substanssiosaamisen ja poliittisten intressien välinen jännite näyttäytyy siis edellä kuvatulla tavalla.

10.2 Substanssiosaaminen on jäänyt uudistamisprosessissa sivurooliin.

Poliittisten intressien luonnetta, kehittymistä sekä niiden kykyä heilutella sosiaali- ja terveyspolitiikkaan liittyviä prosesseja on kuvattu kattavasti Helsingin Sanomien Teija Sutisen artikkelissa³⁴:

"Suomalaisten sosiaali- ja terveyspalveluita on yritetty uudistaa melkein kaksikymmentä vuotta. Taustalla on käyty kamppailua puolueiden keskeisistä poliittisista tavoitteista.

Twitterissä pitkäaikainen kansanedustaja Seppo Kääriäinen muisteli, että uudistuksen sysäsi liikkeelle Matti Vanhasen hallitus vaalikaudella 2003–2007.

'Raimo Sailas latoi iltakoulussa pöytään faktoja sote-menoista ja kuntien taloudesta. Jotain tarttis tehdä, oli Nivalan miehen eleetön viesti', Kääriäinen muisteli viitaten äskettäin edesmenneeseen valtiovarainministeriön ylimpään virkamieheen.

³⁴ Sutinen T. Eniten sote-uudistuksessa yllätti se, miten vahvasti ideologia heilutteli prosessia. Helsingin Sanomat 24.6.2021

Jo uudistuksen alkuaikoina tunnistettiin, mistä kenkä puristi. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen on Suomessa ollut kuntien vastuulla ja noussut niiden tärkeimmäksi ja kalleimmaksi tehtäväksi sitä mukaa, kun väki on vanhentunut ja terveydenhuolto kehittynyt uusien hoitojen ja lääkkeiden myötä.

Osalle kunnista taakka on suuri. Sosiaali- ja terveydenhuolto on pirstaloitunut pienten yksiköiden harteille, mikä lisää kustannuksia ja vaikuttaa palveluiden laatuun.

Sen takia eri sote-uudistusten yhdistävänä tekijänä on aina ollut se, että soten järjestäjien kokoa on yritetty kasvattaa. On ajettu kuntien yhteenliittymiä, kuntaliitoksia ja nyt viimeksi kokonaan uutta hallinnon tasoa eli maakuntia.

Ehkä suurin yllätys, toisaalta itsestänselvyys on ollut se, miten vahvasti eri puolueiden ideologiset painotukset ovat uudistusaikeita heilutelleet. Tarkoituksena on ollut parantaa suomalaisten terveys- ja sosiaalipalveluita, mutta uudistukseen on aina väkisin ympätty muita poliittisia päämääriä.

Nyt hyväksytty uudistus toteuttaa keskustan päämäärää aluehallinnosta ja vasemmiston päämäärää julkisten palveluiden ensisijaisuudesta.

Paras-hanke sai vuoden 2005 jälkeen aikaan merkittävän määrän kuntaliitoksia, mutta ei riittävästi. Siksi Jyrki Kataisen hallituksessa vuonna 2011 Sdp ja kokoomus löysivät toisensa ja alkoivat hahmotella suurempia kuntia – tuolloin puhuttiin 'vahvoista peruskunnista'.

Tarkoituksena oli viime kädessä pakottaa kunnat liitoksiin, jos vapaaehtoisuus ei olisi maistunut. Lopulta ison kuntapuolueen Sdp:n kantti ei kestänyt, kun oppositioon joutunut keskusta alkoi vyöryttää vastarintaa pakkoliitoksia kohtaan. Suuri kuntauudistus hajosi käsiin.

Pienten kuntien pakkoliitokset olisivat sopineet hyvin kokoomukselle, joka kerää äänensä suurista kaupungeista.

Kataisen hallitus yritti hallituskauden lopulla vielä yhdessä opposition kanssa raapia kokoon monimutkaisen mallin, jossa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen olisi annettu viidelle kunta-yhtymäpohjaiselle sote-alueelle. Opposition mukaan ottaminen olisi saattanut viedä uudistuksen läpi eduskunnassa, mutta koko häkkyrä kaatui perustuslakivaliokunnassa.

Seuraava Juha Sipilän hallitus lähti vuonna 2015 näiltä raunioilta luomaan omaa malliaan. Kuntaliitokset eivät keskustalle käyneet ja pakkoon perustuva kuntayhtymämalli ei ollut mennyt perustuslaista

läpi, joten käytännössä vaihtoehtoiksi jäi luoda sotelle kokonaan uusi hallinnon taso tai siirtää koko sote valtion haltuun.

Maakunnat ovat keskustan pitkäaikainen haave, joten nyt sille aukesi tilaisuus koota sekä kuntien että valtion tehtäviä kokonaan uuteen organisaatioon. Ehkäpä ajatuksena oli, että vahva kunta-puolue keskusta saisi tukijalan ja olemassaolonsa oikeutuksen maakunnista, kun maaseudun kunnat vähitellen tyhjenevät.

Hallituskumppani kokoomus hyväksyi maakunnat lopulta, koska uudistukseen liitettiin tuontitavara Ruotsista, asiakkaan valinnanvapaus.

Ruotsissa sotea oli uudistettu niin, että yksityiset terveysyhtiöt otettiin mukaan julkiseen perusterveydenhuoltoon, ja sama oli tarkoitus tehdä Suomessa. Asiakas olisi voinut valita, meneekö julkiseen vai yksityiseen terveyskeskukseen, minkä lisäksi uudistukseen tuotiin muitakin yksityisten osuutta lisääviä elementtejä.

Kokoomuksen ja yksityisen terveysbisneksen välit ovat läheiset, mutta valinnanvapauden ainoa lähtökohta ei ollut edistää bisnestä. Yksityisten yhtiöiden mukaantulo perustasolle, siis terveyskeskuksiin, olisi tuonut sinne runsaasti lääkäreitä, hoitajia ja muuta kapasiteettia. Ihmisten pääsy hoitoon olisi voinut parantua.

Valinnanvapaus oli syöttö silloisen opposition eli Sdp:n, vasemmistoliiton, vihreiden, Rkp:n ja kristillisdemokraattien lapaan. Siihen liittyi runsaasti perustuslaillisia ongelmia, minkä lisäksi etenkin vasemmisto-opposition oli helppo kaivaa esiin kauhukuvat ahneista terveysyrityksistä, jotka kiikuttavat voittonsa veroparatiiseihin.

Sote kaatui lopulta perustuslakivaliokunnassa valinnanvapauden ja maakuntalain ongelmiin.

Nykyiset hallituspuolueet saivat Säätytalolla keväällä 2019 sovittua suit sait oman sote-uudistuksensa pohjan.

Mukana on keskustan maakuntamalli, jonka pohjalta rakennettiin vahvasti julkisiin palveluihin perustuva sote. Koska yksityiset yritykset ovat jo tukevasti sisällä julkisessa terveydenhuollossa esimerkiksi vanhuspalveluiden järjestäjänä, niitä ei voitu kokonaan siivota pois, mutta niiden käytölle asetettiin rajat. Maakunnille ei yritettykään kasata soten lisäksi muita tehtäviä kuin palo- ja pelastustoimi. Lainsäädännön monimutkaisuus väheni.

Lakiesitys kirjoitettiin vauhdikkaasti, olihan virkamiehillä jo koke-musta edelliskierroksilta. Sosiaali- ja terveysministeriö laati pandemian keskellä jälleen tiiliskiven paksuisen lakiesityksen, jota perhe- ja peruspalveluministeri Krista Kiuru pääsi ylpeänä tiedo-tustilaisuudessa taputtelemaan. Sama Krista Kiuru oli viime halli-

tuskaudella oppositiossa, veti sosiaali- ja terveystieteiden valiokuntaa ja varsinkin onnistuneesti jarrutti siellä sotien käsittelyä. Niin ne roolit vaihtuvat.

Politiikan uskottavuuden kannalta on merkityksellistä, että sote-uudistus saatiin tehtyä tähän pisteeseen.

Uudistus ei ole lähimainkaan sillä selvä, vaikka sen pohjana oleva laki on nyt hyväksytty. Nyt seuraa vaihe, johon asti ei ole aiemmin edes päästy eli uudistuksen toimeenpano.

Kuntien luonne muuttuu, tuhansien ihmisten työnantaja vaihtuu ja edessä ovat vaalit, joissa maakunnille, eli nykyiseltä teennäiseltä nimeltään hyvinvointialueille, valitaan vallankäyttäjät. Rahaa ei ole käytössä sen enempää kuin aiemminkaan, mutta se jaetaan alueille uudella tavalla.

Seuraavissa eduskuntavaaleissa hallitusvalta voi taas vaihtua, mikä näkyy uudistuksen toimeenpanossa. Oppositiota ei otettu mukaan Rinteen-Marinin hallituksen sote-valmisteluun, minkä takia kokoomus on jo valmiiksi sotajalalla eivätkä perussuomalaisetkaan vaikuta kiitollisilta.

Uudistuksen hallintomallia alueineen tuskin enää perutaan – siihen tarvittaisiin uskottava, koko maan kattava ja perustuslain läpäisevä vaihtoehto, jollaista ei ole esitetty.

Sen sijaan sotien käytännön toteutuksessa on vielä paljon selvitettävää, joten areena on auki monille tuleville poliittisille kädenväänöille."

Taustatietoa alussa mainitusta Sailaksen avauksesta on kirjattu edellä kappaleeseen 9.7. Se edusti substanssiosaamista ja on ainoa maininta substanssiosaamisen merkityksestä tässä artikkelissa.

Sutinen toteaa, että tarkoituksena on ollut parantaa suomalaisten terveys- ja sosiaalipalveluita, mutta uudistukseen on aina väkisin ympätty muita poliittisia päämääriä. Tällaiset päämäärät eivät osajan mielestä ole keskeisiä, koska ne vahingoittavat tai jopa estävät mahdollisimman hyvän arvoperustaisen terveystuloksen toteuttamisen mahdollisimman yhdenvertaisena kaikille kansalaisille.

Toispäin sanoen artikkeli osoittaa, miten vähän substanssiosaamista poliittisia päätöksiä tehtäessä on arvostettu. Se lisää jännitettä: Mitä merkitystä on osaamisella, jos sitä ei arvosteta päätöksenteossa.

10.3 Toisena esimerkkinä 'Tavoitteena ikäystävällinen Suomi'-julkaisun analyysi

Jotta jännitteen syvällisempi olemus ymmärrettyteisiin paremmin, käytän toisena esimerkkinä ajankohtaista STM:n Ikääntymiseen liittyvää laatusuositusjulkaisua.³⁵

Ministeriö on laatinut julkaisunyhdyessä Suomen Kuntaliiton kanssa. Sen ovat allekirjoittaneet ministeriön puolesta ministeri Krista Kiuru sekä Kuntaliiton puolesta toimitusjohtaja Minna Karhunen. Allekirjoittajat on valittu tehtäviinsä poliittisen mekanismin perusteella.

Substanssiosaamisen voimistamiseksi julkaisun tekemiseen on käytetty Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) asiantuntemusta, joka on kiteytetty seuraavaan muotoon:

THL:n viimeisimmän sosiaali- ja terveyspalveluiden arviointiraportin mukaan ikääntymisen suuret haasteet ovat Suomessa vasta edessä. Raportissa arvioidaan alueiden kehittyvän eri suuntiin ja myös monien palvelutarpeisiin vaikuttavien tekijöiden arvioidaan seuraavan alueiden eriytymistä. Palvelujärjestelmän kyky tunnistaa riittävän varhaisessa vaiheessa myös piilossa olevaa palveluntarvetta arvioitiin raportissa olevan puutteellinen. Palvelujen saatavuudessa kipukohdaksi arvioitiin perusterveydenhuollon lääkärille pääsy.

Julkaisun loppuyhteenvedossa kuitenkin väitetään, että laatusuosituksia on nyt muokattu vastaamaan kulloisessakin tilanteessa vallitsevia ohjauksen tarpeita ja mahdollisuuksia, joten puutteellisuudet on nyt tältä osin korjattu. Yhteenvedossa todetaan, että Sipilän hallituskaudella asetettiin uudistamiselle taloudellisia tavoitteita ja nyt Rinne-Marinin hallituksen toimesta normiluontoiseksi muodostuneen henkilöstömitoitusta ja -rakennetta koskevat suositukset siirrettiin lain tasolle. Johtopäätöksenä väitetään, että aikaisemman suosituksen rooli on siten nyt henkilöstömitoituksen ja -rakenteen osalta saatu toteutettua selkeämmin lakisäätteisellä ohjauksella.

Koska artikkeliin kohdistuneessa lausuntopalautteessa toivottiin laajasti iäkkäiden palveluihin ja niiden laatuun liittyvien tavoitetasojen määrittelemistä, julkaisussa todetaan toisaalta, että näitä on tarpeen lähteä valmistelemaan hyvissä ajoin ennen seuraavan laatusuosituksen antamista. Mutta nyt niin, että niistä ei muodostuisi kategorisesti sovellettavia normeja!

³⁵ Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023 : tavoitteena ikäystävällinen Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:29. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5457-1>

Tällainen epäjohdonmukaisuus hämmentää. Ensin sanotaan, että henkilöstömitoitukset sisällytetään lakiin, jotta ne muodostuisivat normeiksi, mutta sitten jo seuraavaksi sanotaan, että tavoitetasoista ei saa muodostettua kategorisesti sovellettavia normeja. Tämä on tyyppiesimerkki epätarkoituksenmukaisesta poliittisten näkemysten käytöstä. Ensin keinoja rajoittava normi kirjataan lakiin tavalla, joka ei miltään osin ota huomioon tai korvaa substanssiosaamista ja sitten tavoitteiden sitovuudesta tingitään tavalla, joka sekkin jättää substanssiosaamisen sivuun.

Asiat ovat menneet sekaisin. Poliittisen päättäjän tehtävä on asettaa tavoitetasoja terveyden saavuttamiseksi, sairauksien vähentämiseksi ja yhdenvertaisuuden lisäämiseksi. Tavoitteiden saavuttamisesta ja ylittämisestä pitää palkita ja alittamiseen pitää voida puuttua. Keinonormien määrittämisessä pitää sen sijaan noudattaa pidättyväisyyttä, jotta substanssiosaajat saavat vapauden kehittää jatkuvasti menetelmiä, joilla vaikuttavuutta voidaan jatkuvasti parantaa edullisin kustannuksin.

Koko julkaisun yleisilmeeksi onkin valittu sen esittelemisen, miten paljon kaikkea hyvää on saatu aikaan, ollaan saamassa aikaan tai mitä pyritään aikaansaamaan. Hyviä käytäntöjä esitellään, mutta ei selitetä, miksi niitä ei juuri ollenkaan ole pystytty levittämään valtakunnalliselle tasolle.

Otsikkoa mukaillen tekstissä annetaan ymmärtää, että ikääntyvien asiat on merkittävältä osin saatu ratkaisuksi vuosien 2020–23 aikana, eli kuluvan hallituskauden aikana.

Väite ei ole uskottava.

Julkaisu ei sisällä todellisuuspohjaista analyysia siitä, millaisiin ongelmiin on jouduttu tai ollaan joutumassa. Ei ole myöskään analysoitu, mitkä epäoikeudenmukaisuudet tai hallinnolliset virheet ja johtamispuutteet ovat estäneet ja/tai estävät edelleen yhdenvertaisuuden toteutumista laadussa, saatavuudessa tai vaikuttavuudessa.

Substanssiosaajan mielestä tällaista raporttia ei olisi pitänyt julkaista ilman huolellista analyysia

- *Ongelmista.*
- *Henkilöstöratkaisuihin liittyvistä epäkohdista.*
- *Johtamisen puutteista.*
- *Vaikuttavuuden määrästä.*
- *Kustannusten optimoinnin onnistumisesta.*
- *Laatueroista aiheutuva eriarvoisuudesta ja yhdenvertaisuuden puutteista.*

Eli yhteen vetäen **arvoperustan pettämisestä.**

Kun ministeriön julkaisua tarkastelee näistä, edellä mainituista näkökulmista, voidaan tehdä seuraavat huomiot:

10.3.1 Huomioita STM:n raportin ongelmista

Raportin ongelma-analyysi on tiivistetysti seuraava:

Todetaan, että toimintarajoitteet ja sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö eivät jakaudu väestössä tasaisesti. Vähän kouluja käyneillä, ruumiillista työtä tekeville ja pienituloisilla henkilöillä on havaittu eniten toimintakyvyn ongelmia. On myös arvioitu, että jopa puolet suomalaisten päivittäisestä hoivan tarpeesta poistuisi, jos koko väestö olisi yhtä toimintakykyistä kuin ylimpään koulutusryhmään kuuluvat. Toimintakyvyn ongelmat ovat myös ikäsidonaisia.

Vuodesta 2018 alkaen valvontaviranomaisten huomio on kiinnittynyt erityisesti sosiaalihuollon palveluihin, joiden järjestämisessä, tuottamisessa ja ohjauksessa on havaittu ongelmia. Ikääntyneiden palveluja koskevien epäkohtailmoitusten ja yhteydenottojen määrät ovat kasvaneet. Keskeisimmiksi ongelmiksi on nostettu seuraavat asiat:
(Alla olevat lihavoinnit on lisätty lukemisen helpottamiseksi.)

1. *Vaikka palveluja tuotetaan ja järjestetään moniammatillisesti **ei ole varmistettu lääkäripalvelujen saatavuutta**. Iäkkäillä asiakkailla on paljon lääketieteellisiä ongelmia ja yleensä kohtuullisen paljon lääkkeitä käytössä, jolloin tarvitaan hoidon toteuttamisessa yhteistyötä lääkärin kanssa. Lääkäri vastaa lääketieteellisestä tutkimuksesta, diagnostiikasta ja hoidosta sekä toimii myös konsultaatiotukena ikäihmisten palveluiden muulle henkilökunnalle.*
2. ***Palvelujen toteuttaminen** asiakkaille **ei aina perustu tutkittuun tietoon eikä näyttöön perustuviin hoito- ja toimintakäytäntöihin**, koska asiakkailta olevat monenlaiset palvelutarpeet asettavat isoja vaatimuksia palveluissa toimivalle henkilöstölle ja heidän osaamiselleen. Tämä koskee esimerkiksi muistisairaana asiakkaan asiakaslähtöistä kohtaamista ja hoitotoimien toteuttamista.*
3. ***Asuinympäristön fyysistä esteettömyyttä ei ole turvattu**, vaikka se on edellytys arjen toimille ja osallistumiselle. Vanhojen kerrostalojen suurin haaste on hissien puute ja osassa hissien pieni koko. Pientaloissa on ongelmia esteettömyydessä ja turvallisuudessa sekä kiinteistöhuollon tehtävissä, kuten lämmityksessä.*
4. *Säännöllisten palvelujen piirissä olevilla iäkkäillä asiakkailta toimintakyvyn laskuun on suuri riski. **Kuntoutumista ja***

toimintakykyä ylläpitävää toimintaa arjessa ei ole järjestetty tätä riskiä vastaavaksi.

5. *Vaikka **suun sairaudet ja ongelmat** aiheuttavat iäkkäille asiakkaille kipua, epämukavuutta ja syömisvaikeuksia, ne **ovat osittain hoitamatta.***

Ongelmia on julkaisussa kirjattu erikseen myös laadun parantamisen näkökulmasta. Kokonaisuuden paremmaksi hahmottamiseksi nämäkin kirjaukset on liitetty tähän jatkoksi kokonaisuuden hahmottamiseksi.

6. ***Henkilöstön osaaminen ei ole kaikilta osin ajan tasalla.***
7. ***Muistisairaiden tarpeita ei aina tunnisteta.***
8. ***Palvelusuunnitelmien ajantasaisuudessa on korjattavaa.***
9. ***Palvelut eivät päivittäin toteudu palvelusuunnitelman ja palveluiden myöntämisestä tehdyn päätöksen mukaisina.***
10. ***Palveluiden toteutusta ei seurata.***
11. *Eri palvelutuottajien ja/tai hoitoon ja huolenpitoon osallistuvien omaisten/läheisten keskinäistä **vastuunjakoa ei kirjata palvelusuunnitelmaan.***
12. ***Kuntoutumisen mahdollisuuksia ei tunnisteta.***
13. ***Lääkevirheiden merkitystä osana asiakas-/potilasturvallisuutta ei tiedosteta.***
14. ***Eri palvelutuottajien palvelut jäävät koordinoimatta erityisesti silloin, kun iäkäs henkilö tarvitsee monenlaisia palveluita ja/tai hänellä on muistisairaus.***
15. ***Elämän loppuvaiheen erityistarpeiden ennakointi ja **palliatiivinen hoito tai saattohoito jää toteuttamatta tai sitä ei osata.*****

Ongelmaluettelo on tällä tavalla aukikirjoitettuna mykistävän laaja.

Ongelmien ratkaisemiseksi ministeriö on koonnut seuraava suositusten luettelon:

- *lääkälle henkilölle annettava palvelu toteutetaan hänen itsemääräämisoikeutensa kunnioittaen ja hänet kohdataan tasavertaisena toimijana. Iäkkään henkilön on oltava aidosti osallinen ja hänen mielipidettään on kuultava palvelun suunnittelussa ja toteutuksessa.*
- *Asiakkaalle laaditaan tavoitteellinen yksilöllinen pitkänajan hoito- ja palvelusuunnitelma (ml. suun hoito) siinä vaiheessa, kun ikääntynyt on vielä*

itse kykenevä aktiivisesti osallistumaan hoitonsa suunnitteluun ja päätöksen tekoon. Asiakasta kannustetaan hoitotahdon ja edunvalvontavaltuutuksen tekemiseen.

- *Iäkkään henkilön hoidon, kuntoutuksen, tuen ja palveluiden toteutetaan hoito- ja palvelupäätöksen mukaisena ja toteutumista on seurattava.*
- *Palvelut toteutetaan mahdollisuuksien mukaan pohjautuen tutkittuun tietoon sekä hyviin ja näyttöön perustuviin hoito- ja toimintakäytäntöihin.*
- *Palvelujen toteutus jaetaan palvelujen järjestäjille ja tuottajille, jotka omien rooliensa mukaisesti vastaavat siitä, että iäkkäiden henkilöiden palvelutarpeiden mukaisia palveluja on saatavilla ja että asiakkaiden palvelut muodostavat toimivan kokonaisuuden, ja ne huolehtivat säännöllisten palvelujen piirissä olevien iäkkäiden asiakkaiden riittävästä terveystarpeista mukaan lukien säännölliset terveystarkastukset, suun terveystarkastukset, lääkärikonsultaatiot ja lääkehoidon kokonaisarvioinnit uudistavat palvelujen rakennetta ja sisältöä sen mukaan kuin asiakkaiden muuttuvat tarpeet ja paikalliset olosuhteet edellyttävät*
- *Järjestäjien ja tuottajien on huolehdittava siitä, että saatavilla on tarvittavaa osaamista esimerkiksi hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä, geriatriasta, gerontologisesta hoitotyöstä ja sosiaalityöstä, monialaisesta kuntoutuksesta, ikäihmisten oppimisesta, päihde- ja mielenterveystyöstä, ravitsemuksesta, saatto- ja palliatiivisesta hoidosta, suun terveydenhuollosta ja lääkehoidosta.*
- *Heidän on myös huolehdittava siitä, että muistisairauksien varhaiseen tunnistamiseen, hoitoon ja kuntoutukseen liittyvää osaamista on käytettävissä ja että hoidossa ja kuntoutuksessa huomioidaan muistisairauksiin liittyvistä erityistarpeista huolehditaan niin, että iäkkäiden asiakkaiden kuntoutustarve arvioidaan erityisesti siirtymävaiheissa sekä palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä ennen päätöstä säännöllisen palveluiden aloittamisesta (kuntouttavat arviointijaksot) ja että kuntoutus toteutetaan ensisijaisesti asiakkaan kotona hyödyntäen etäkuntoutuksen mahdollisuutta ja kuntoutusalan ammattilaisten asiantuntijuutta. Tämän lisäksi on vastattava siitä, että iäkkäälle annettu palvelu on toimintakykyä ja kuntoutumista edistävää ja ylläpitävää kaikissa palvelumuodoissa, ml. sairaalahoito.*
- *Palvelun toteutuksen aikana yhteyttä on pidettävä asiakkaiden ja omaisten kannalta tarkoituksenmukaisella tavalla esimerkiksi etäyhteyksillä asiakkaiden, perheiden ja henkilöstön kanssa, jotta voidaan jakaa tietoa ja luoda yhteinen näkemys asiakkaan hoidon toteuttamisesta sekä*

huolehditaan siitä, että lääkehoidossa hyödynnetään farmasian alan erityisosaamista, lääkehoitosuunnitelmat ovat ajantasaisia, lääkehoidon vaikutuksia seurataan ja suositellaan, että lääkkeiden koneellista annosjakelua lisätään.

Julkaisun kirjoittamisajankohdan vuoksi on vielä lähdetty siitä, että kunta vastaa palveluiden järjestäjänä palvelujen hankinnassa ja kiinnittää kilpailutuksessa erityisen huomion palvelujen laatuun niin, että palvelunjärjestäjä toteuttaa hankintaprosessin ja muotoilee hankintasopimukset siten, että hyvä laatu on hankinnan keskiössä ja että huonoon laatuun on mahdollista puuttua.

Lainmuutoksen tultua voimaan tämä vastuu siirtyy hyvinvointialueille, jotka pyrkivät huolehtimaan siitä ilmeisesti suurimmalta osin tulevaisuuden sotekeskusten avulla.

Miten tämä aiotaan toteuttaa yhdenvertaisesti koko maassa, kun Suomen laadunvarmistusjärjestelmä on vasta kokeiluvaiheessa ja lapsenkengissä?

Yhteenvetona voi todeta, että suosituskirjaukset kuvaavat pitkälti sitä, miten asioiden pitäisi olla, mutta eivät ole.

10.3.2 Henkilöstöratkaisuihin liittyvät epäkohdat, osaavan ja hyvinvoivan henkilöstön turvaaminen sekä johtaminen

Henkilöratkaisuihinkin on lähdetty liikkeelle kunnan vastuista ja todettu, että kunnilla on velvollisuus järjestämisvastuunsa nojalla huolehtia palveluiden laadusta sekä henkilöstön riittävästä määrästä ja osaamisesta. Työnantajilla kuten kunnilla ja yksityisillä palveluntuottajilla on vastuu oman toimintansa osalta henkilöstönsä osaamisen varmistamisesta.

Minkäänlaisia analyysejä työvoiman tai henkilöstön riittävydestä, jakaumasta, koulutuksesta tai palkkauksesta ei tähän julkaisuun ole liitetty. Oikeastaan ainoa näkökulma, joka on selvästi nostettu esiin, on lähijohtamisen kehittäminen. Siitä on tuotu esiin seuraavat piirteet:

- Sosiaali- ja terveyspalvelujen johtamisen laadun ja johtamisosaamisen kehittäminen ja seuraaminen on jatkuvaa toimintaa, erityisesti henkilöstön saatavuuden ja ikäihmisten parissa tehtävän työn houkuttelevuuden lisäämiseksi.*
- Lähijohtajien huolehdittava siitä, että lähijohtajia on riittävästi, jotta heillä on mahdollisuus tehdä lähijohtamistyötä. Lähijohtajana toimivalta edellytetään riittävää henkilöstönsä työn ja sen kehittämistarpeisen tuntemusta sekä riittävää koulutusta. Ylemmän johdon tuki on tärkeää lähijohtajan työssä onnistumiselle.*

- *Lähijohtamisen tehtävänä on varmistaa toimintayksiköihin iäkkäiden asiakkaiden oikeudet huomioiva ja asiakasta kunnioittava toimintakulttuuri sekä kuntoutumista edistävän toiminnan toteuttaminen.*
- *Työhyvinvoinnin ja työturvallisuuden kehittämiseksi lähiesimiehen tulee varmistaa henkilöstön riittävä määrä ja osaamisen järjestelmällinen kehittäminen. Niin ikään lähijohtamisen haasteena on tunnistaa työntekijöiden hyvinvointia uhkaavia fyysisiä ja psyykkisiä kuormitustekijöitä, joita ovat mm. asiakassuhteisiin liittyvät tekijät, rutiininomaisuus, itsenäisyyden puute, kiire ja työilmapiirin ongelmat.*

Koko valtakunnan terveydenhuollon johtamisjärjestelmän puutteet on tässä ikäystävällisyysraportissa jätetty kokonaan tarkastelun ulkopuolelle.

Niitä käsitelen luvussa 13.

10.3.3 Vaikuttavuus

On siis jotenkin nurinkurista, että ministeriö julkaisee tällaisia laatusuositusraportteja, vaikka sillä ei ole käytössään ajantasaista laaturekisteritietoa! (Nykytilanne on kuvattu tämän julkaisun kappaleessa 6.12.)

Keinovalikoimaa esiteltäessä tukeudutaan vasta valmistelussa olevassa vuoteen 2030 ulottuvaan , jonka aihealueiden tiedetään olevan luvuittain seuraavat:

- Iäkkäiden toimintakyvyn edistäminen.
- Vapaaehtoistyön lisääminen.
- Digitalisaation ja teknologioiden hyödyntäminen.
- Asumisen ja asuinympäristöjen kehittäminen.
- Yhdenvertaisten, paremmin koordinoitujen sekä taloudellisesti kestävien palvelujen kehittäminen ja lisääminen.

Tässä esitellään siis de facto tekemättömien töiden luettelo ja tuodaan esille hyvin samanlaisia asioita, joita suositellaan toimeen pantavaksi tämän pamfletin yhteenveto-osassa.

Esille nostetut tehtävät ovat myös ministeriön ja Kuntaliiton mielestä tutkimuksissa osoitettu sekä vaikuttavaksi että kustannusvaikuttavaksi, mutta täydentävästi selitetään, että terveemmän ja toimintakykyisemmän ikääntymisen kustannusvaikutukset realisoituvat pidemmällä aikavälillä, eli myönnetään, että ne eivät toteudu vielä vuoteen 2023 asti ulottuvalla tarkastelulla, jolla viitattaneen hallituskauden pituuteen.

Eivät ne todellakaan realisoidu vuoteen, 2023 mennessä, eivätkä kunnolla vuoteen 2030 mennessäkään, koska niitä ei ole vielä aloitettukaan. On ainoastaan puhuttu aloittamistarpeesta, joista yksi esimerkki on välttämätön digiteknologia-aloikka. Siitäkin lausutaan yleisellä tasolla tiedossa olevia asioita.

"Teknologisten ratkaisujen investointi- ja käyttökustannukset voivat olla aluksi suuret, mutta niistä saatava hyöty realisoituu ajan kuluessa. Teknologian käyttöönotossa on varmistettava riittävä tuki, ohjaus ja neuvonta sekä iäkkäille ihmisille, omaisille että henkilöstölle. Yhteensopivien tietojärjestelmien kehittäminen on keskeisessä asemassa myös teknologian hyödyntämisessä."

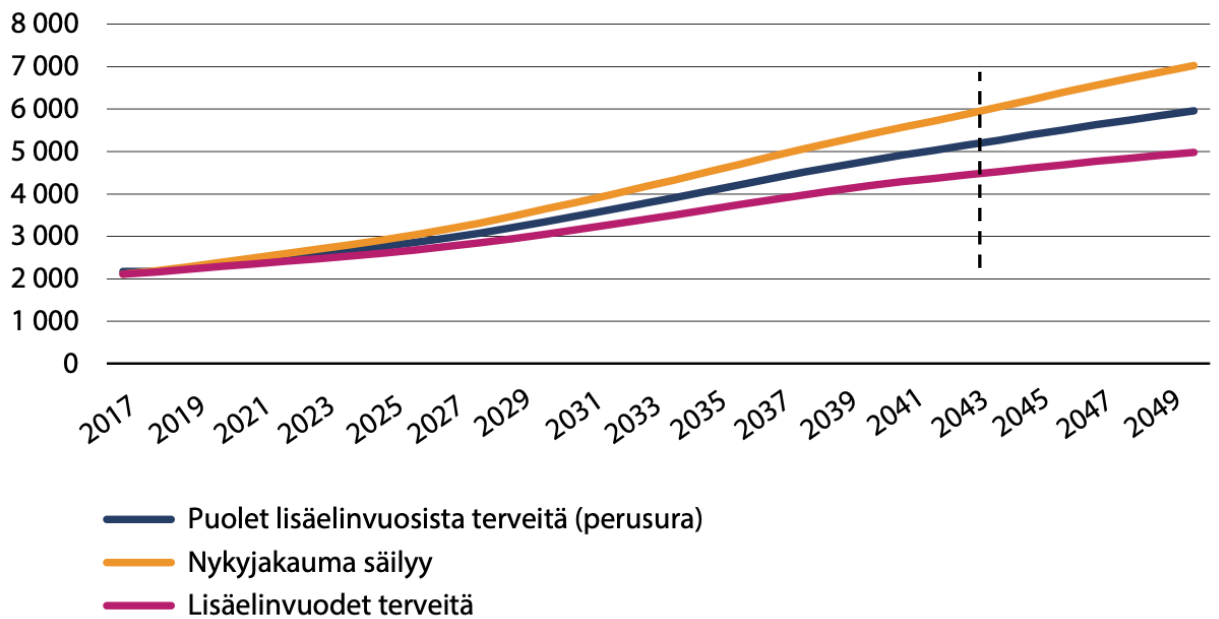
Niinpä juuri, mutta vaikuttavuuden aikaansaamiseksi pitää mahdollisimman nopeasti ja konkreettisesti investoida valtakunnallisena ratkaisuna n. 200–500 M€:n panos, joka samalla sekä yhtenäistää eri maakuntien käytännöt että takaa valtiollisen käytettävyyden kaikille kansalaisille. Hyvä esimerkki periaatteesta, jolle ratkaisu on rakennettava on eResepti, mutta uuden teknologian pitää tietysti kattaa paljon laajemmin koko terveydenhuollon toimintakenttä sekä olla kansainvälistä huippuluokkaa, jotta siitä voi jatkossa kehittyä merkittävä vientituote. Kuka tämän toteuttaa?

Tätä asiakokonaisuutta käsitellään jäljempänä kappaleessa 12.3.

10.3.4 Kustannukset

Vanhainhoidon kolmea kustannusvaihtoehtoa käsitellään laskelmin, jossa on käytetty termiä 'terveitä'. Se saattaa olla harhaanjohtava, koska sillä tarkoitetaan itse asiassa kotona asuvia, ei säännöllistä tukea tai palveluja tarvitsevia. **Kuva 90**

Kun vaihtoehdot on laskettu STM:n sosiaalimenojen ennustemallilla, jonka lähtökohtana on nyt voimassa oleva palvelurakenne, johon väestömuutosten annetaan vaikuttaa, arviot ovat vain suuntaa antavia.



Kuva 90 Iäkkäiden aiheuttamien kustannusten kasvuskenaariot vuoteen 2050 saakka. (Lähde: THL)

Edellä tämän julkaisun kuva 71 osoitti, että ikääntyneiden ja vammaisten ympärivuorokautiset asumismenot ovat kaksinkertaistuneen 20 vuodessa (2000–2019) juuri tuohon 2 Mrd:n suuruusluokkaan, josta yllä oleva kuva lähtee.

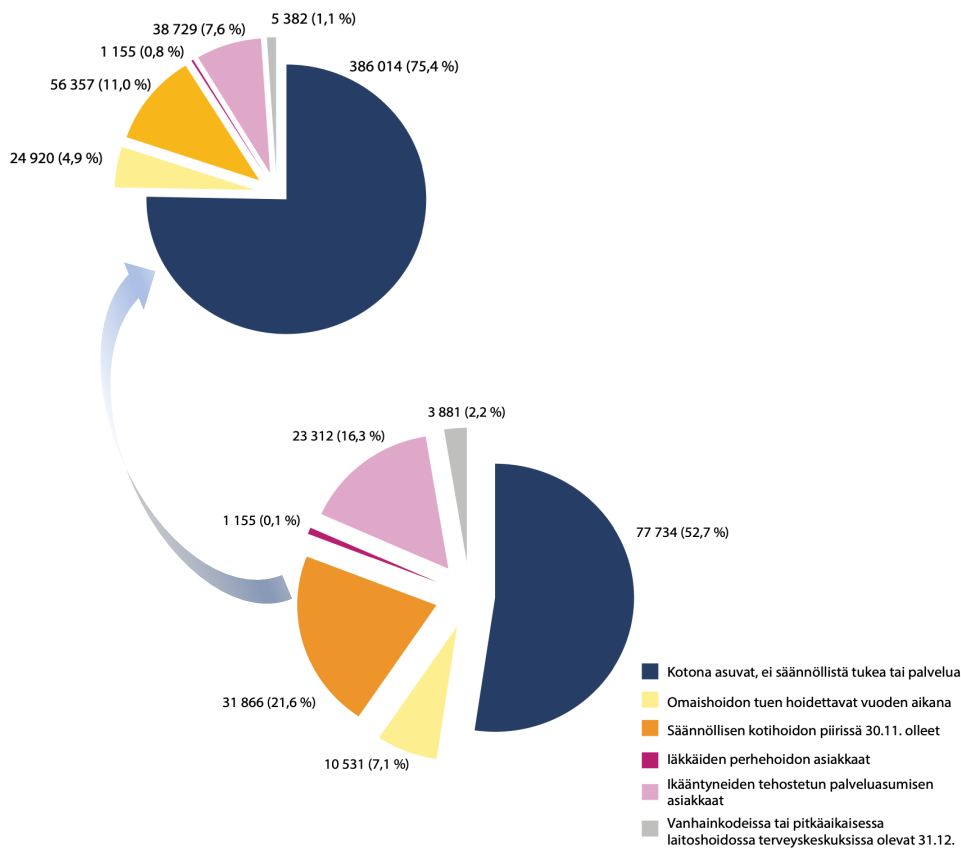
Nyt onkin kysymys siitä riittääkö vuonna 2040 kaksinkertainen panos (eli n. 4 Mrd.), vai tarvitaanko 1–1,5 Mrd. enemmän. Vanhusten ja vammaisten aiheuttamat menot heijastuvat myös kokonaisrahoitustarpeeseen (ks. kuva 53). Keskeistä on huolehtia siitä, että kunnon ylläpitäminen ja kuntoutus saataisiin onnistumaan uuden ja vaikuttavuudeltaan paremman kuntouttavan palvelurakenteen myötä ja avulla.

Juuri uudenlaisen vaikuttavuuden aikaansaaminen siten, että raihnaisuusjakso ennen kuolemaa lyhentyä, on avainasemassa. Kaikkein keskeistä on tällöin ymmärtää, että kunnon ylläpitämisen ja kuntoutuksen seurannassa uudenlainen, jokaiseen ikääntyvään kansalaiseen kautta maan ulottuva digiseuranta sekä siihen liitetty tuki, ja riittävän varhainen palvelunohjaus (vrt. terveyshyötyanalyysi edellä kappaleessa 12.3.) sekä johtaminen, ovat onnistumisen turvaamiseksi välttämättömiä keskeisimpiä asioita, jotka pitää konkreettisesti toteuttaa.

Uudistetut hallintorakenteet eivät yksinään ratkaise juuri mitään.

Yksinkertaistaen voitaisiin todeta, että tulevaisuuden tavoitteena **kuvasa 91** esitetty 85-vuotta täyttäneiden nykyinen, vuoden 2018 palvelutarve (alempi palvelurakennekuvio), pitää pystyä korvaamaan vuoteen 2040 keveämmällä palvelurakenteella, eli nykyisten 75-vuotta täyttäneiden rakenteella (ylempi rakennekuvio).

Näin paljon pitää keskimääräisen toimintakyvyn kohentua.



Lähde: © THL, Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi 2005–2019.

Kuva 91 Iäkkäiden hoitopaletin keventämistavoitteen kuvaus. Alempi= hoidontarvekokonaisuus 85-vuotta täyttäneillä v. 2018, ylempi= hoidontarvekokonaisuustavoite 85-vuotta täyttäneillä v. 2040.

10.3.5 Laatueroista aiheutuvien eriarvoisuuksien ja yhdenvertaisuuden puutteiden korjaaminen ei ole mahdollista ilman jännitteen purkua.

Ongelmia ja puutteita on STM:n raportissa esitelty viljalti, mutta tosielämään soveltuvat ratkaisut, niiden rahoitus, kansallinen johtaminen ja toteutuksen varmistamisen kuvaus loistavat poissaolollaan.

Todetaan kyllä, että palveluiden laadun varmistaminen ja siihen liittyvä moniulotteinen tieto auttavat seuraamaan ja johtamaan yksiköitä, palvelun tuottajia ja resurssien kohdentamista näyttöön perustuen ja hyödyntämään tietoa myös omavalvonnassa. Sitä ei sanota, että tällaista tietoa käytetään satunnaisesti ja eri tavoin eri kunnissa ja maakunnissa. Todetaan myös, että eri kuntien ja palveluntuottajien toimintaa pitäisi ja voitaisiin vertailla kansallisella ja alueellisella tasolla, jolloin tarvitaan yhteisesti hyväksytty tietorakenne ja toimivat palvelujen seurantarjestelmät toimimaan tietoon perustuvan johtamisen perustana.

Vastapainoksi ei kerrota, että tällaista tietojärjestelmää ei ole saatu tuotua kansalliseen käyttöön, koska mikään taho ei ole katsonut velvollisuudekseen tehdä tarvittavaa suurinvestointia, eikä millään taholla ole oikeutta velvoittaa sellaisen ottamista käyttöön kansallisena ratkaisuna.

Eriarvoisuudesta todetaan raportin alussa, että toimintarajoitteet ja sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö eivät jakaudu väestössä tasaisesti. Vähän kouluja käyneillä, ruumiillista työtä tekeillä ja pienituloisilla henkilöillä on havaittu eniten toimintakyvyn ongelmia. Raportissa on myös arvioitu, että jopa puolet suomalaisten päivittäisestä hoivan tarpeesta poistuisi, jos koko väestö olisi yhtä toimintakykyistä kuin ylimpään koulutusryhmään kuuluvat. Toimintakyvyn ongelmien on todettu olevan myös ikäsidonnoisia.

Eriarvoisuus on siis tunnistettu, mutta itse julkaisussa tätä sanaa on käytetty vain kirjallisuusviitteessä:³⁶

Yhdenvertaisuuskäsite on esillä hyvin rajoitetusti. Suurimmalta osin sitä on käytetty sen korostamiseen, että ikääntyvien pitää voida osallistua yhteiskunnan toimintaan yhdenvertaisesti muiden kanssa.

Sekä Palosuo ja Koskisen raportti että muut tutkimukset, joita on selostettu edellä kappaleissa 2.2 ja 7.1. osoittavat, että eriarvoisuuden ylläpito on ollut Suomen terveysjärjestelmän heikkous jo pitkään. Keskeinen syy tähän on ollut kuntien itsemääräämisoikeuteen perustuvassa lainsäädännössä.

Tämän asian perusrakenne on selostettu hyvin HS:n pääkirjoituksessa 29.9.2021 *Koronapyykälät joutavat historian roskakoriin*, jossa punnitaan koronalainsäädännön esiin nostattamia kysymyksiä, eli sitä kuinka paljon on oikein rajoittaa liikkumisvapautta, kokoontumisvapautta tai elinkeinovapautta, jotta toteutuu kansalaisten oikeus elämään ja turvallisuuteen?

Mutta kirjoituksen ydin sisältyy sen loppuyhteenvedon, joka oli seuraava:

Pandemia pullautti pintaan Suomen legalistisen perinnön hyvässä ja pahassa. Legalismi korostaa ankaraa pitäytymistä lakiin ja näkee oikeudelliset normit puhtaina ja epäpoliittisina.

Lainoppineille ei hevin sanota tässä maassa vastaan. Heiltä ei kuitenkaan pidä odottaa vastauksia kaikkiin kysymyksiin.

Juristi ei ole oikea henkilö ratkaisemaan, missä järjestyksessä ja millä rokotteilla ihmiset on henkeä uhkaavan kulkutaudin uhatessa rokotettava. Lakiin ei myöskään ole hakattu valmista vastausta siihen, mitkä perusoikeudet vaihtuvissa tilanteissa kuuluvat toisten

³⁶ Palosuo H ja Koskinen S. Terveiden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Sosiaali- ja terveysministeriö 2007. <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/toimintakyky>.

edelle. Sen punnitseminen on demokraattisen järjestelmän jatkuvaa ydintyötä.

Keskeinen ja paikkansapitävä havainto on se, että siis myöskään perustuslakiin ei sisälly vastausta siihen, mitkä perusoikeudet kuuluvat vaihtuvissa tilanteissa toistensa edelle. Pääkirjoituksessa ratkaisuna pidetään sitä, että tämän punnitseminen on demokraattisen järjestelmän jatkuvaa ydintyötä.

Perustuslaissamme on kaksi ydinkohtaa, jotka säätelevät kansalaisen asemaa terveyteen liittyen.

Toisessa todetaan, että Suomi jakaantuu kuntiin, joiden hallinnon tulee perustua kunnan asukkaiden itsehallintoon, ja että kunnille annettavista tehtävistä säädetään lailla. Kunnille onkin määrätty terveydenhuollon lainsäädäntöön perustuen panna toimeen perustuslain velvoite, jonka mukaan jokaisen on saatava riittävät sosiaali- ja terveystalvet niin, että myös väestön terveyttä edistetään. Tämän velvoitteen kunnat ovat täyttäneet itsehallinnollisin päätöksin, kukin omalla tavallaan, mutta niin, että yhdenvertaisuutta eri kuntien välillä ei ole pystytty toteuttamaan. Näyttöön perustuva kuntien asukkaiden eriarvoisuus on maassamme muodostunut pitkäaikaiseksi tai jopa pysyväksi.

Nyt tämä aikaisemmin kuntien tehtävänä ollut asia on päätetty eduskunnassa siirtää hyvinvointialueiden (maakuntien) vastattavaksi.

Toinen perustuslain ydinkohta säättää, että ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan terveydentilan perusteella ja että julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvet ja edistettävä väestön terveyttä.

Näin palataan toista reittiä jännitteen ytimeen: onko kunnallinen itsemääräämisoikeus ollut hyväksyttävä peruste asettaa kansalaiset terveydentilan osalta eriarvoiseen asemaan, kuten nyt on käynyt?

Mikä perustuslain määräyksistä on asetettava etusijalle? Sekö, että ketään ei saa terveydentilan perusteella asettaa eri asemaan? Vai se, että kunnilla on velvoite kunnan asukkaiden itsehallintoon perustuen päättää sosiaali- ja terveystalvet riittävydestä, mikä on johtanut kansalaisten joutumisen eri asemaan.

Terveyden substanssiosaajalääkärinä vastaukseni on selvä. Yhdenvertaisuus on asetettava edelle ja kunnallisen itsehallinnon sijaan laki olisi jo ajat sitten pitänyt kirjoittaa paremmin tai kumota. Mutta kuten edellä mainitussa HS-pääkirjoituksessa todetaan 'punnitseminen on demokraattisen järjestelmän jatkuvaa ydintyötä, eikä lakia tulkitseville lainoppineille hevin sanota tässä maassa vastaan'.

On osoittautunut, että näin on asian laita. Sote-lainsäädäntöä on vatkattu keskeisesti eduskunnassa ja erityisesti sen perustuslakivaliokunnassa poliittisten päättäjien ja lakia tulkitsevin juristien toimesta pian parikymmentä vuotta. Sen seurauksena kansalaisten jatkuva joutuminen eri asemaan on vaikuttanut siihen, että elinajanodotteiden erot ovat viime aikoinakin kasvaneet, kuten edellä esim. luvun 4 kuvat 6–11 osoittavat.

Kansalaiset ovat maksaneet hengellään eriarvoisuuden ylläpidon. Onko se demokraattinen oikeus? Aiotaanko tällaista toimintaa maakuntamallin muodossa jatkaa?

Näistä, tässä kappaleessa 10.3.5 esiin nostetuista asioista on juuri kysymys siinä jännitteessä, joka on syntynyt poliittisten näkemysten ja substanssiosaamisen välille.

Hyvinvointialuemallissa jännite todennäköisesti säilyy tai saattaa jopa pahentua, ellei lakeihin ja niiden tulkintoihin puututa.

10.3.6 Yhteenveto

Kuten edellä on todettu, tässä ministeriön laatimassa julkaisussa vaikuttavuutta ja arvoperustaista terveydenhuollon kehittämistä ei käsitellä juuri lainkaan, vaikka se on ehdottomasti keskeisin tulevaisuutta ohjaava toimintapolku.

Toivottavasti apu löytyy toisaalta. Ilahtuneena voin todeta, että Suomeen on vastikään perustettu uusi yhteisö eli Vaikuttavuusseura ry. terveydenhuoltomme tilannetta analysoimaan ja sen kehitystä tukemaan. Se keskittyy juuri arvoperustaisen terveydenhuollon mahdollisimman nopeaan kehittämiseen Suomessa.

Mikäli siitä kasvaisi sellainen hyväksytty ja arvostettu toimija, jonka osaamispotentiaali kelpaa myös poliittiselle päätöstentekijäkentälle niin, että puheista siirrytään nykyistä ripeämmin tekoihin, edellä käsiteltyä jännitettä päästäisiin purkamaan.

Substanssiosaajalla on vastuu tehdä oikea diagnoosi ja määrätä oikea hoito. Varsinkin, jos hän on valan tehnyt lääkäri. Ei riitä, että luetellaan oireet ja ongelmat. Eikä sekään, että todetaan, millaiseksi potilaan kunto yleisin sanoin ja termein kuvattuna pitäisi saada.

Jos sairauden syystä ei ole tehty pätevää diagnoosia, hoitoakaan ei voi suunnata tai toteuttaa oikein, koska vain oikeaan diagnoosiin perustuen substanssiosaaja tietää, mikä hoito tepsii.

Jännite syntyy silloin, kun päättäjät ryhtyvät havaitsemiensa oireiden perusteella ja omien uskomustensa, ideologioidensa tai näkemystensä

saattelemana tarjoilemaan sellaisia hoitomuotoja, jotka tuntuvat mieluisilta suosion kannalta, mutta eivät potilasta paranna.

Emme voi jatkaa terveydenhuollon kehittämistyötä keinotodellisuuden varassa.

10.4 Miten karikot pitää osata välttää?

Tätä olen paljon pohtinut, koska tällä hetkellä vaikuttavaa jännitettä tai vastakkainasettelua olisi välttämättä pystyttävä purkamaan. Tämän koko luvun tarkoitus on perustella vastakkainasettelun purkamisen tärkeyttä ja suositellaan niitä menetelmiä, joilla tämä voitaisiin toteuttaa.

Suurin karikko on poliittisen näkemyksen ja substanssiosaamisen asettaminen käsittelyssä väärään järjestykseen tai keskinäiseen asemaan. Minulla ei ole antaa tähän teorettisdeduktiivista ratkaisukehystä, joten mennään empiirisinduktiivisesti eteenpäin.

10.4.1 Työläjärven opit

Soitin Pirkko Työläjärvelle varmistaakseni, että hän kieltäytyi pääministerin tehtävästä, jota Urho Kekkonen oli hänelle kaavailut. Näin tapahtui. Työläjäjärvi katsoi, että hänellä ei ollut siihen valmiuksia tai edellytyksiä silloin.

Ajat ovat rajusti muuttuneet, kun miettii, miten nykyhallitus koottiin ja mitkä ovat sen valmiudet. Osaamiskapeikkoja on syntynyt liikaa jo usean edellisen hallituksen aikana, eikä nyt tehty poikkeusta.

Kysyin Työläjärveltä, mitkä toimintaperiaatteet ohjasivat häntä aikanaan. Hän nosti kaksi asiaa esiin. Toinen oli asiantuntijaverkosto ja toinen velvollisuus pysähtyä miettimään, onko kulkusuunta oikea, jos asiat eivät etene. Asioiden etenemisellä hän tarkoittaa niiden etenemistä koko väestön kannalta. Edellä onkin jo käsitelty esimerkkinä omalääkäriasiaa.

Verkoston osalta hän korosti, että siinä pitää olla valmius ensisijaistaa asiantuntijuus, eikä poliittinen sitoutuneisuus. Pysähtymisen taidon merkitys on puolestaan siinä, että tarkistaa, mikä on todellinen este yhteisen hyvän edistämiseksi tai toteuttamiselle.

Suosittelen paluuta Työläjärven oppeihin, jotta Suomen terveydenhuolto voitaisiin viedä osaamis pohjalta maaliin poliittisella yhteistyöllä vuoteen 2036 mennessä.

11 YHTEISÖLLISYYDEN JA VALINNANVAPAUDEN MERKITYS

Edellä esitetty johdattaa pohtimaan, mitkä tekijät ovat kaikkein keskeisimpiä arvopohjaisesti parhaiden mahdollisten terveystulosten saavuttamisen turvaajina.

Tällaista keskustelua käydään nykyään vähän, mutta sen taustaa selvitetään kaikkien vaalien alla vaalikonevastausten avulla erittäin paljon ja kattavasti. Pelkistetyksi sijoituksen määrää se, oletko arvokonservatiivi vai liberaali ja oletko 'oikeistolainen' tai 'vasemmistolainen'.

Arvoliberaalien ääripää on ehdottomasti sitä mieltä, että saa valita jopa sukupuolensa, mutta sitten, kun puhutaan terveystuloksista, voittaakin 'vasemmistolaisuus'. valinnanvapautta pitää suitsia. Yhdenvertaisuus on parasta savuttaa karsimalla vaihtoehtoja. Maakunnan ihmisten pitää tyytyä vain maakunnan tarjoamiin palveluihin. Kyllä leveämmät hartiat tuovat tasalaatuiset terveystulokset kaikille.

Tätä voi kutsua illuusioksi, poliittiseksi näkemykseksi.

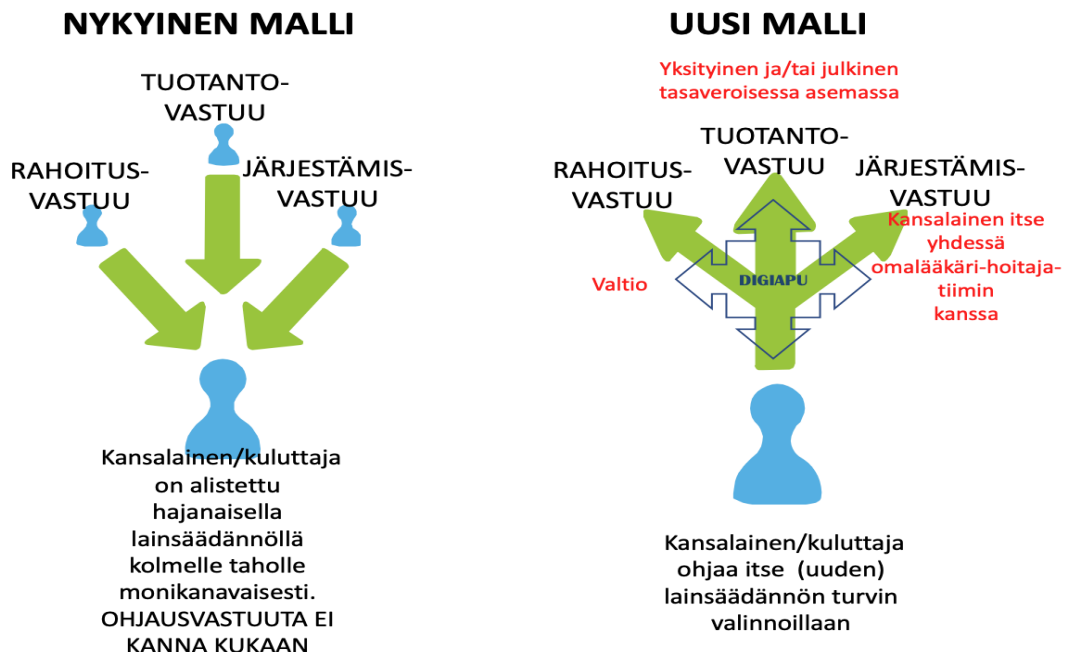
Nyt voin taas palata empiiris-induktiivisiin kokemuksiin. Näin ajateltiin myös v. 72, kun kansanterveyslakia säädettiin. Osa päättäjistä oli ehdottomasti sitä mieltä, että erillinen työterveyshuolto on lakkautettava ja sulautettava kansanterveystyöhön, koska kuntien väestön on tyydyttävä vain kunnan tuottamiin peruspalveluihin, koska ne tuovat tasalaatuisen terveystuloksen kaikille. Tuottakoon kunta nekin. Silloinkin kansanedustajien kannat erosivat toisistaan. Lopulta kävi niin, että erillistä työterveyshuoltoa ei kuopattu, mutta kaikille työnantajille ennettiin mahdollisuus käyttää kunnallisia terveyskeskusten työterveyspalveluja.

Nyt 50 vuotta myöhemmin voidaan havaita, että siihen kohtaan terveyslainsäädännön kokonaisuutta jäi vaihtoehdon valintaoikeus työnantajalle. Kuten edellä taulukosta 5 voidaan todeta, 94 % työnantajista on valinnut nykyisin muun toteuttamisvaihtoehdon kuin terveyskeskuksen.

Silloin, lainsäädäntöön liittyen, poliittisten näkemysten enemmistö asettui tukemaan valinnan vaihtoehdon mahdollistavaa moniarvoisuutta. Syynä oli paljolti myös yhteisöllisyys. Sekä työnantajien että työntekijöiden korporaatiot olivat yli politiikan kentän yksimielisiä siitä, että työyhteisön on voitava valita enemmän terveyshyötyä tuottava palvelu ja saivat tähän perustuen vaihtoehtojen valinnan sisältävän mallin voimaan. Voimassa se on edelleen.

Terveyskeskukset joutuivat tällöin testiin työterveyshuollon tuottajana, eivätkä saaneet suosiota.

Muille kuntien asukkaille ei vaihtoehtoja pienissä kunnissa jäänyt, koska yksityislääkäritoimintaa niissä ei juurikaan ollut. Vaikeudet näiden muiden



Kuva 92. Nykyisen toimintamallin ja kansalaiskeskeisen, arvoperustaisen valtion-vastuumallin perusvertailu. Lähde Toivo ajatuspaja

väestöryhmien terveyden ylläpitämisessä lisääntyivät siellä sitten vähitellen: kantokyky ei riittänyt, eikä palvelupaletti pysynyt kasassa. Ratkaisevassa roolissa olivat myös lääkäriyövoiman saatavuusongelmat sekä tuottavuuslukujen romahdus. Saatavuus heikkeni ja ns. hoitotakuulakien noudattamisesta on jouduttu monin paikoin luopumaan.

Kun kuntamallista kaiken kaikkiaan terveydenhuollon osalta nyt näiden vaikeuksien vuoksi luovutaan, voidaan pitää varmana, että vähäväkisemmän kunnan asukkaalle maakuntayhteisön merkitys ei rinnastu 'oman kunnan' merkitykseen. Samanlaista yhteisöllisyyttä kuin työyhteisöön tai opintoyhteisöön ei muodostu, eikä sitä ehkä kaivatakaan, kunhan vaan palvelut saataisiin toimimaan.

On kuitenkin toinenkin tapa saada palvelut toimimaan: Antaa kansalaisille valinnanvapautta ja sitä vastaan velvollisuuksia. **Kuva 92**³⁷

Jos 'leveät hartiat' olisi todellinen ratkaisukeino, niin Helsingillähän ne on, joten täällä pitäisi olla maan parhaat terveystulokset ja pisin elinajanodote. Mutta ei ole. Ne ovat yhteisöllisyyden tyyssijassa Ålands landsbygdilla.

³⁷ Hallipelto A, Parvinen I, Pyykkölä M ja Vesikkala A. Suomen sote uudistuu - näin saadaan asioita tapahtumaan. Suomen Toivo-ajatuspaja: 2014, 97 s.

12 MITEN TILANNE SAADAAN HALLINTAAN? MILLAISEKSI SUOMEN TERVEYDENHUOLTO PITÄÄ KEHITTÄÄ JA MIKSI?

Tilanteen haltuun ottaminen edellyttää:

- *johtamisen uudistamista niin, että jollakin taholla on substanssi-osaamiseen perustuva pidemmän tähtäimen arvoperustainen kokonaissuunnitelma,*
- *tämän suunnitelman rahoituksen sovittamista kestäväällä tavalla yhteen koko julkisen talouden kehyksen kanssa,*
- *työnjaon selkiyttämistä poliittisten päätöksentekijöiden ja substanssi-osaajien välillä niin, että päätöksentekijät määrittelevät tavoitteet ja osaajat toteuttamistapavaihtoehdot, joista niistäkin päättäjä voi vielä valita, mutta antaa sen jälkeen yhtenäisestä toteutusta tekeville osaajille työrauhan.*

Näin saadaan selkeät tavoitteet, jotka sisältävät sekä terveystulosten yhdenvertaisuusmäärittelyt sekä käytettävissä olevan rahan kokonaisuuden.

Muulla tavalla toimien törmätään toistuvasti huonosti hallittavaan sirpaleisuuteen 'keinotodellisiin toteuttamismalleihin', kuten on nähty. Sen todennäköisyys, että hyvinvointialuemallin sirpaleisuus vähentää tuloksia yhdenvertaisuuden kaventamisessa tai rahoituskehyksen hallinnassa.

EU:n neuvosto on 18.6.2021 kehottanut Suomea edistämään julkisen talouden pitkän aikavälin kestävyyttä, muun muassa tarvittaessa vahvistamalla terveydenhuolto- ja sosiaaliturvajärjestelmien kattavuutta, riittävyttä ja kestävyyttä kaikkia varten. Paino on sanassa kaikkia.

Tämä kehoitus on syytä ottaa vakavasti. Mikäli elinajanodotteiden erot Suomessa eivät tulevaisuudessa vuosina kavennu miesten ja naisten välillä ja eri paikkakuntien välillä, sana kaikkia ei toteudu.

Tarvitaan siis perustavanlaatuinen uudistettu keinoketju maamme terveydenhuollon tason nostamiselle ja heikkouksien vahvistamiselle. Tilannekuvan totuudenmukaisuuden lisäksi johtamisjärjestelmän uudistaminen sekä rahoitusrakenteen monikanavaisuuden purkaminen sekä laaturekisteriohjauksen nostaminen kansainväliselle huipputasolle ovat välttämättömiä työkaluja.

12.1 Poliittisesti on ratkaistava vain suunta: Pyritäänkö yhdessä maailman huipulle?

Terveyspolitiikan poliittinen päätöksenteko kannattaa toteuttaa yhteistyömenetelmin eikä vastakkainasettelujen ja niukkojen enemmistöjen menetelmin. Hyvä ja itse asiassa välttämätön työkalu on eduskunnalle annettava terveyspoliittinen selonteko, jollaista ei toistaiseksi ole koskaan annettu, vaikka selontekoja on kuluneenkin vuoden aikanakin annettu:

- *Ylivaalikautisesti kehityspoliitiikasta*
- *Sisäisestä turvallisuudesta*
- *Julkisen talouden suunnitelmasta vuosille 2022–25*
- *Valtakunnallisesta liikennejärjestelmästä vuosille 2021–2032*
- *Koulutuspolitiikasta*

Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalaa on käsitelty vain talouden suunnitelmassa, jossa on todettu, että sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan määrärahataso laskee kehyskaudella 15,9 miljardista eurosta 15,1 miljardiin euroon.

Edelliseen kehyspäätökseen verrattuna määrärahataso nousee 200 miljoonaan euroa kehyskauden alussa ja laskee n. 90 miljoonaa euroa kehyskauden lopussa. Määrärahatasoon vaikuttavat suhdanneluonteiset tekijät sekä kehittämistoimenpiteet.

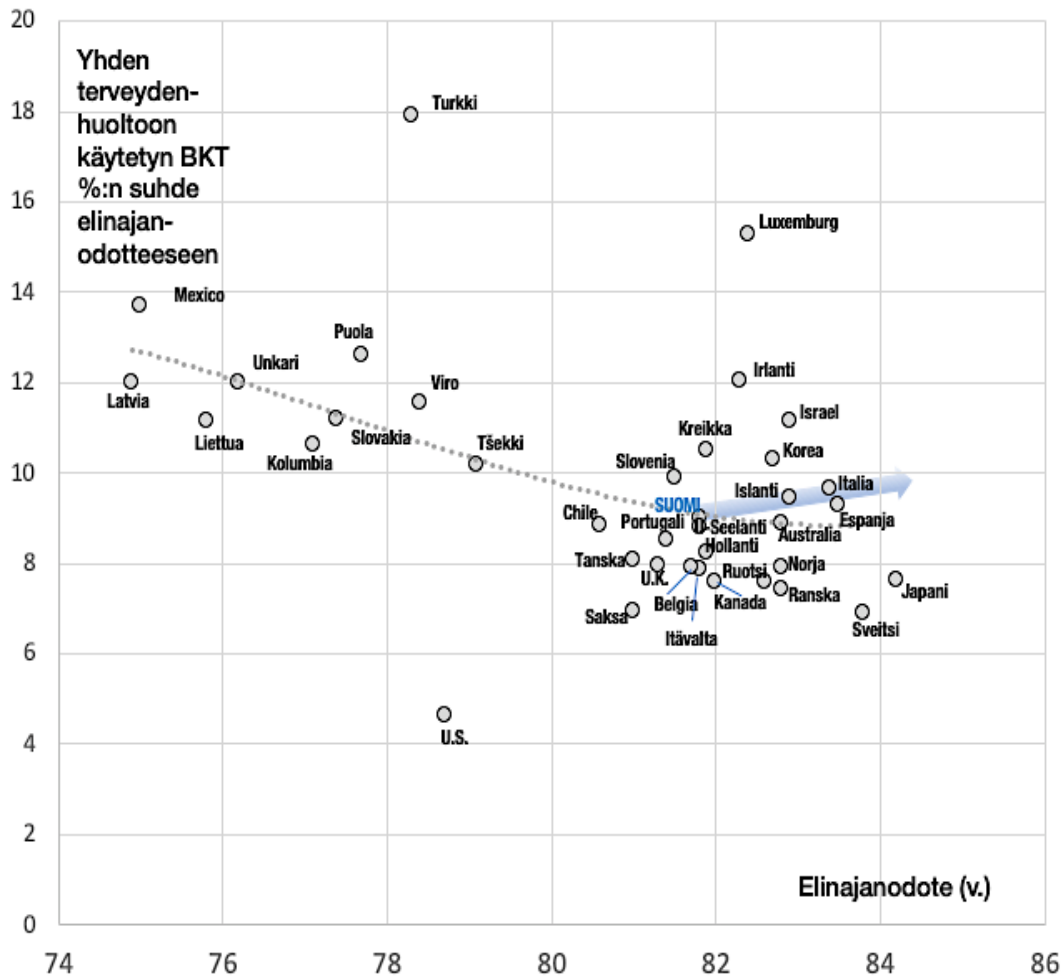
Muut maininnat tässä selonteossa liikkuvat muutamien miljoonien kokoluokissa ja kattavat joukon yksityiskohtia. Lisäksi todetaan, että kehittämiseen on varattu vuodelle 2022 132,9 miljoonan euron määräraha, jotka kohdistetaan:

- *Peruspalvelujen saatavuuden turvaamiseen*
- *Ikäihmisten kotihoidon ja omaishoidon parantamiseen*
- *Kansallisen poikkihallinnollisen mielenterveysstrategian valmisteluun*
- *Perhepalvelujen kehittämiseen*
- *Kuntoutuksen kehittämiseen.*

Lisäksi todetaan, että vuodelle 2022 on terveydenhuollon kasvustrategian rahoitukseen 1,5 miljoonaa euroa.

Kaikki tämä kuulostaa substanssiosaajan korvissa liian pieniin yksityiskohtiin takertumiselta sekä näyttöön perustumattomalta sanahelinältä, kun suuret ratkaisevat päätökset ovat tekemättä.

Terveyspoliittisen selonteon olisi oltava oma kokonaisuutensa ja siinä olisi ehdotettava toteuttamiskelpoinen ratkaisu n. kymmenen vuoden perspektiivillä. Selonteossa pitäisi ehdottomasti ottaa kantaa siihen, kuinka pitkää elinajanodotetta pyritään kansalaisille toteuttamaan, kuinka paljon yhdenvertaisuutta parantamaan ja millaisella menokehyksellä nämä asiat toteutetaan. **Kuvat 93 ja 94.**



Kuva 93. Terveydenhuollon menojen bruttokansantuoteosuuden suhde elinajanodotteeseen 37 maassa. Lähde= OECD 2018.

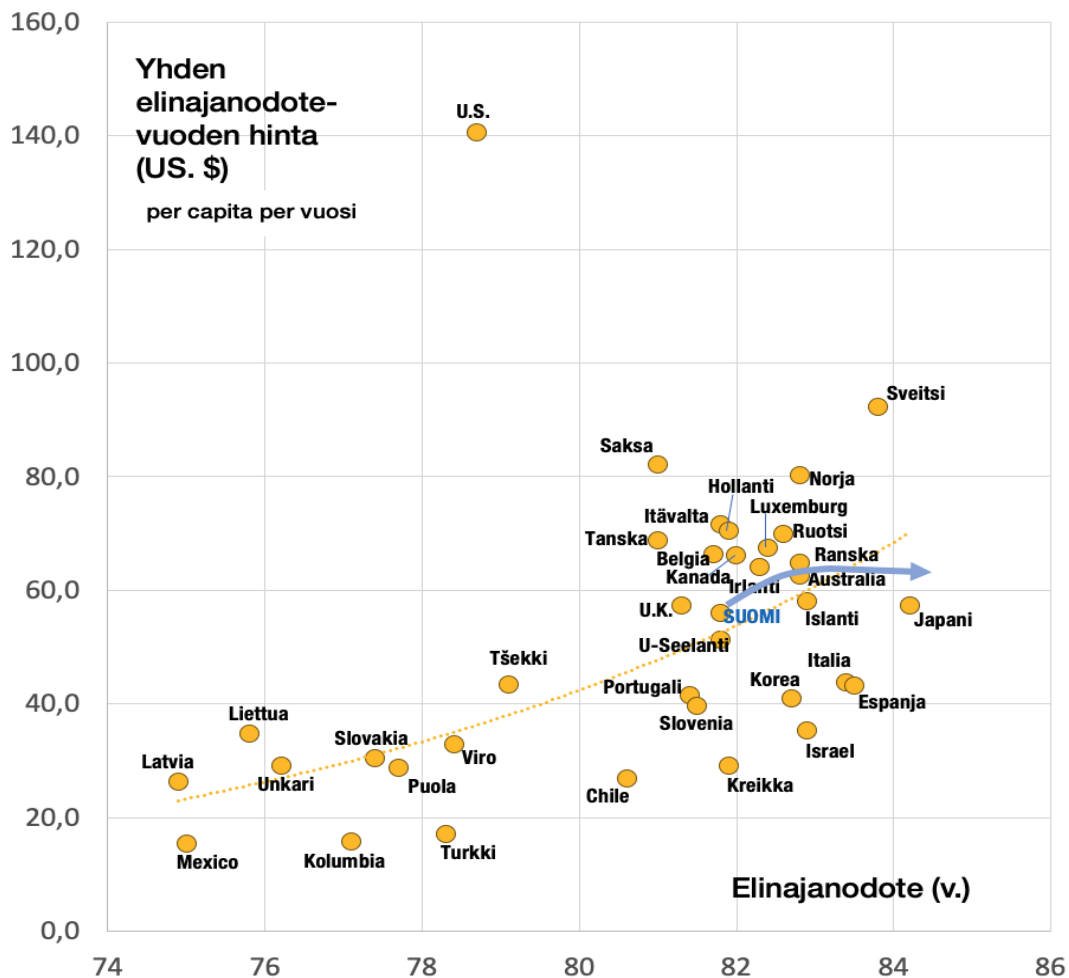
Tämän luokan päätösten jälkeen voitaisiin toteuttamismenettelystä sopia parhaiden substanssiosaajien kanssa.

Kuvasta 93 nähdään, että maailman kärkivaltioita elinajanodotteen pituudessa ovat Japani ja Sveitsi, joista vain Japani ylitti vuoden 2018 tilastossa ainoana 84 vuoden rajan. 'A-luokan' maiksi voidaankin kutsua niitä, joiden elinajanodote on 82-84 vuotta. Niitä maita on tässä vertailussa 13 kpl. 'B-luokan' maita (80-82 v.) on 12, Suomi yhtenä niistä. Sitten on myös 11 'C-luokan' maata pitkänä letkana. Kun tarkastellaan voimavarojen käyttössä sitä, miten paljon elinaikaa 'ostetaan' kansalaisille yhdellä BKT:n prosentilla, niin kärkisijan vie kirkkaasti Turkki, mutta onpa saavutettu elinaikakin niukka, kahdeksanneksi heikoin.

Toisen ääripään 'kummajainen' on USA, joka saa BKT-panostukselleen hyvin vähän katetta. Tarkastelu osoittaa, että toinen 'upperikas' maa eli Luxemburg on onnistunut nousemaan A-luokkaan suurella 'hyötysuhteellaan'.

Kaiken kaikkiaan kuvion trendiviiva viittaa siihen, että korkeampiin elinajanodotteisiin pääseminen syö yhden BKT-prosentin 'vaikuttavuusvoimaa'. Tästä trendistä voidaan kuitenkin poiketa, mikäli huipputuloksiin osataan päästä myös vaikuttavuusvoimaa parantavilla toiminnallisilla

uudistuksilla. Tämän pitää olla Suomen tavoite. Mitäpä, jos päätettäisiin, että maamme liikkuu näin toimien sinistä tavoitenuolta pitkin kärkivaltioksi 'palkintopallille' vuoteen 2036 mennessä?



Kuva 94. Yksilöön laskennallisesti vuositasolla kohdennettujen terveystennojen suhde elinajanodotteeseen 37 maassa. Lähde = OECD 2018.

Eikö se olisi vielä paljon suurempi saavutus ja koko kansaa yhdistävä asia kuin jääkiekon maailmanmestaruus tai jalkapallon EM-kisoihin pääsy, jotka nekin ovat toki yhdistäneet ja ilahduttaneet?

Kuvaa 93 pitää kuitenkin vielä täydentää toisella kuvalla 94, sillä yksi BKT-prosentti on eri maissa hyvin eri suuri summa rahaa. Sen takia tähän kuvaan onkin laskettu, mikä oli yhden elinajanodotevuoden asukaskohtainen vuosihinta dollareissa (v. 2018).

Tuloskuvan 'yleismuoto' pysyy edelleen osittain samankaltaisena, mutta nyt on helpompaa ymmärtää, että esim. Yhdysvaltojen asukkaat maksavat hyvin korkeaa vuotuista hintaa yhdestä elinajanodotevuodesta, kun sen sijaan turkkilaiset pääsevät halvalla ja tulos on silti elinajanodotevuosissa mitaten samaa luokkaa.

Edellä on jo osoitettu, että eräs keskeinen syy Yhdysvaltojen kalleuteen on lääkäreiden ja hoitajien kaksinkertainen vuosiansiotaso esim. Suomeen verrattuna.

Nouseva trendikäyrä osoittaa, että kuitenkin se näkemys, että 'yleensä rahalla saa' näyttää pitävän tässäkin paikkansa. Ääriesimerkkinä Sveitsi, mutta kyllä Norjassakin on öljytuloja terveyteen käytetty. Suomen tavoitekäyrä on tähänkin kuvaan piirretty sihisellä nuolella.

Voisivatko poliittiset päättäjät kymmeneksi - viideksitoista vuodeksi luopua näkemystensä kauppaamisesta ja antaa tämän Suomea koskevan optimointitehtävän sekä siihen liittyvät tavoitenuolen mukaiset maltillisina pidettävät rahoitustarpeet osajien toteutettavaksi?

Silloin heidän pitäisi toki uudistaa myös terveyslainsäädäntöä uudella tavalla. Onko tällaisen luottamuksen rakentaminen edellä kappaleessa 10.4 esitellyin 'Työlajärven opein' mahdollista?

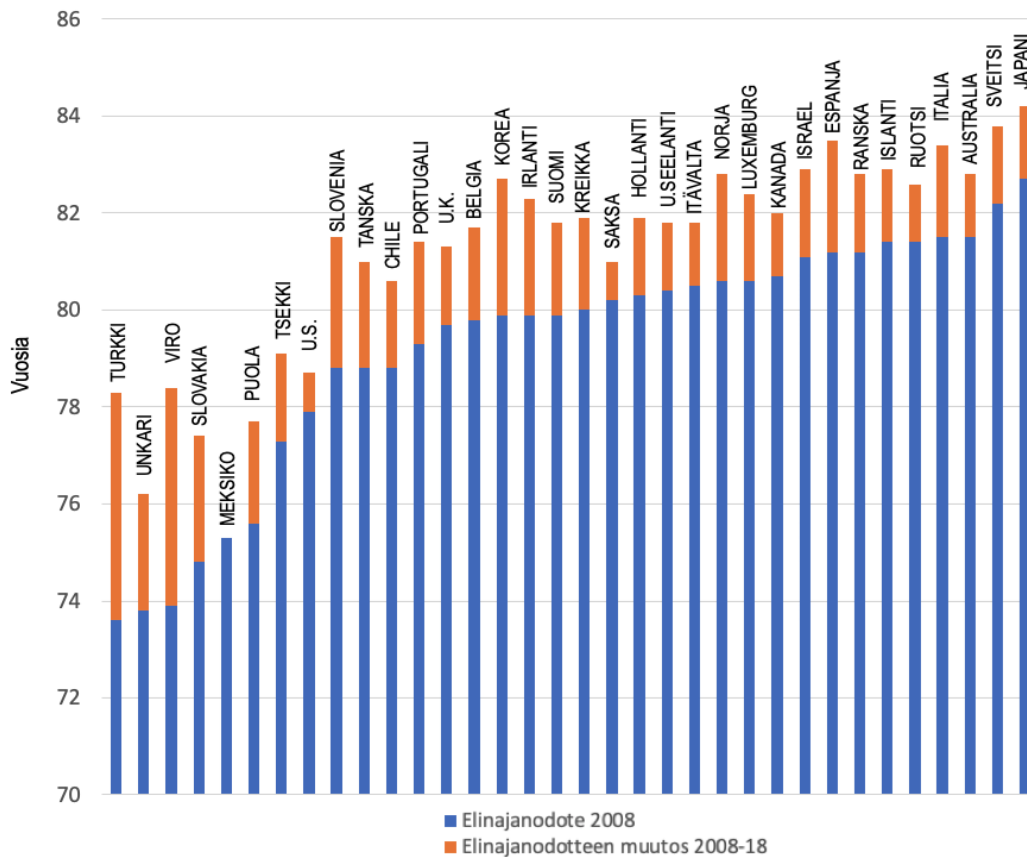
12.2 Paremman elinajanodotteen saavuttaminen

Edellä esitetty osoittaa, että Suomen ei kannata valita jotain muuta maata mallikseen ja peesata sitä kansalaisten terveystasoa tai elinajanodotetta parantaakseen. Oikea tapa on tarkastella kansainvälistä palettia ja maamme asemaa siinä.

12.2.1 Suomen elinajanodotteen muutokset kansainvälisessä vertailussa

Kuvaan 95 on koottu 44 OECD-maan elinajanodotetietoja sekä niissä tapahtuneet muutokset .

Japani on kärjessä ja elinajanodote siellä on edelleen kasvussa sielläkin, mutta koska se on korkea, lisäelinvuosien kertyminen on haasteellisempaa. Toista ääriäitaa edustavat Turkki ja Viro, joiden kasvu on ryhmän suuri, yli neljä vuotta. Keskivälille sijoittuvan Suomen kasvu on ollut n. kaksi vuotta. Irlanti ja Korea ovat ohittaneet Suomen paremman kasvunsa turvin.



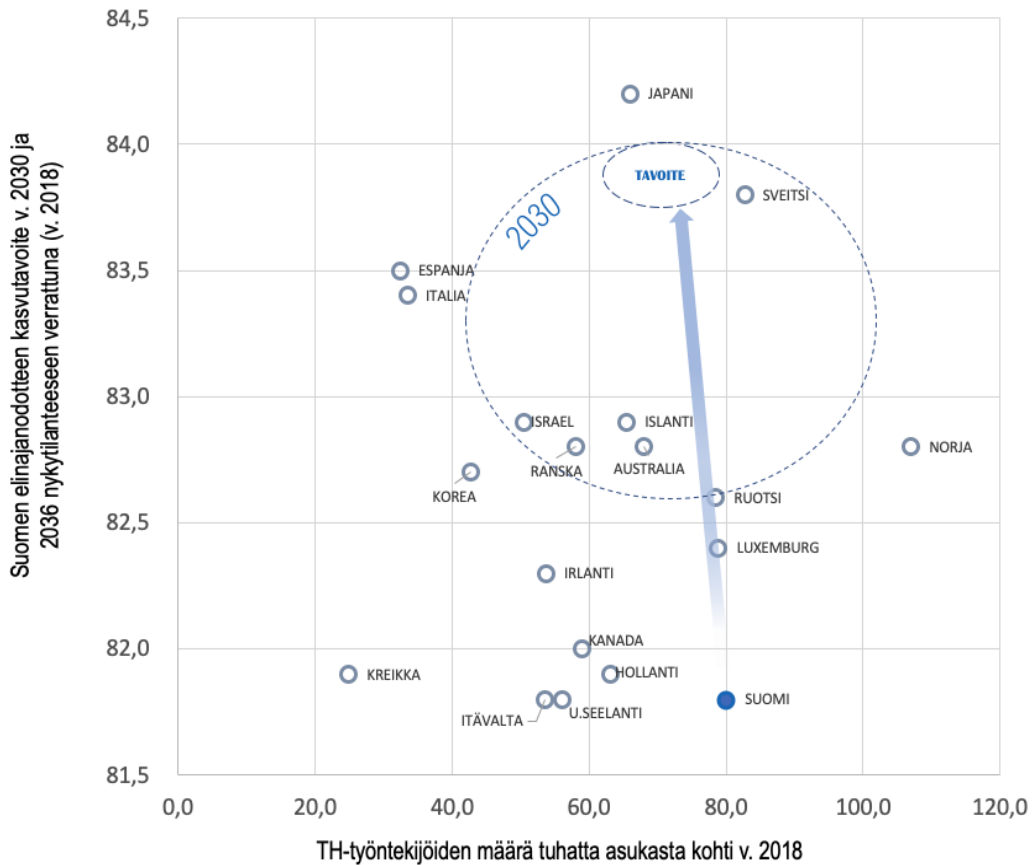
Kuva 95. Eri maiden elinajanodotetilanne v. 2008 ja sen muutokset vuoteen 2018 mennessä.
Lähde: OECD

Erityisen huomion kohteena on Meksiko, joka pidemmässä seurannassa on noussut tähän ryhmään kohisten, mutta jonka tunnetut levottomuudet ovat katkaisseet kasvun kokonaan.

Perspektiivi laajenee **kuvan 96** avulla. Se osoittaa, että maamme terveydenhuollon kokonaistyövoiman määrä kuuluu maailman korkeimpiin. Tässä vertailussa elinajanodote jää siitä huolimatta vaatimattomalle tasolle.

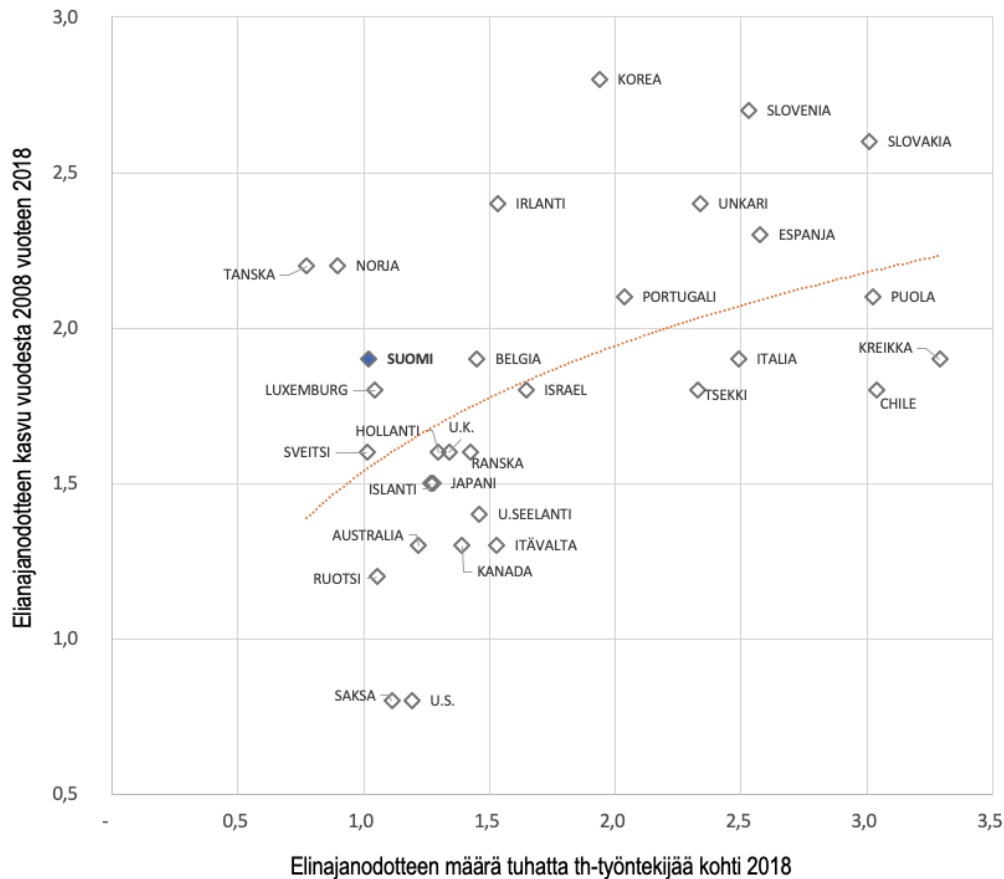
Erityinen huomio kannattaa kohdistaa siihen, että Sveitsi, Ruotsi ja Luxemburg ovat saavuttaneet korkeamman elinajanodotteen selvästi Suomea vähemmällä terveystyövoimalla ja Espanja, Italia sekä Korea niin ikään liki puolella siitä työntekijämäärästä, jota me käytämme. Vähemmällä työntekijöillä ovat tulleet toimeen myös Israel, Islanti, Ranska ja Australia. Itävalta ja Uusi Seelanti ovat saavuttaneet Suomen kanssa saman elinajanodotteen n. 50 % vähemmällä työntekijämäärällä.

Tätä taustaa vasten ei tunnu uskottavalta, että Suomen terveydenhuolto-ongelmat ratkeaisivat 1000 terveyskeskuslääkärin lisäpanoksella. Syyt ovat syvemmällä ja niihin pitää kajota.



Kuva 96. Suomen elinajanodotteen kehittymismahdollisuudet kansainvälisessä vertailussa (Vuoteen 2036 tähtäävä sininen tavoitenuoli on piirretty sinisenä). Lähde: OECD

Kuvan 97 avulla pohdintaan tulee vielä lisäsyvyyttä. Edellisen tarkastelun perusteella esim. Espanjan ja Italian elinajanodotekertymät ovat Suomeen verrattuna yli kaksinkertaisia, vaikka terveydenhuollon työntekijämäärä on alle puolet. Mielenkiintoista on erityisesti se, että työntekijämäärää kasvattamalla näyttäisi olevan hyvin vaikeaa kasvattaa elinajanodotetta. Tästä esimerkkinä ovat Ruotsi, Saksa ja Yhdysvallat. Tanska ja Norja ovat onnistuneet hieman Suomea paremmin.



Kuva 97. Elinajanodotteen kasvun vertailu elinajanodotteen määrään tuhatta terveystyöntekijää kohti laskettuna 2008-18. Lähde: OECD

Tämä kolmen kuvan kokonaisuus puhuu sen puolesta, että määrän sijaan kannattaa kiinnittää huomio vaikuttavuuslaatuun sekä primaari- ja sekundaari- että erityisesti myös tertiaariprevention alueilla.

Miten nämä opit ja kokonaisuuden ymmärtäminen voidaan siirtää kotimaahan? Mitään perustavaa estettä ei näyttäisi olevan sille, että nykyisen työvoiman kokonaismäärä riittää hyvinkin, mutta sen vaikuttavuusrakennetta on määrätietoisesti parannettava.

12.3 Digi mullistaa tulevaisuuden

12.3.1 Ensimmäisenä näkökulmana on kotimainen terveyshyötyarvio innovaatio

Tämän näkökulman avaamiseksi käytän esimerkkinä Duodecim-kustannuksen menestystä, kun se tänä vuonna voitti Viron valtionvarainministeriön järjestämän digituotteiden kansainvälisen avoimen tarjouskilpailun, jonka perusteella Viro teki viisivuotisen sopimuksen kyseisen *Terveyshyöty*-tuotteen käytöstä Virossa. Duodecimin tuote analysoi potilastietojärjestelmästä saatavia ja kansalaisen itsensä kirjaamia terveystietoja yhdistämällä ne Käypä hoito -suositukseen ja parhaaseen näyttöön perustuvaan tietämykseen. Kun analyysi tehdään koko väestön tiedoista automaattisesti, puhutaan sovelluksesta nimeltä Terveyshyötyarvio.

Täällä on suomalainen loikkaaja juuri ponnistamassa lankulta ja niinpä selvitin tähän liittyen nykytilannetta asiaa yhdeltä huippusubstanssiasajalta eli dosentti Ilkka Kunnamolalta.

Tässä kysymykset ja vastaukset: (Kysymystekstit on kursivoitu.)

KYSYMYSKOKONAISUUS 1:

- *Minkä vuoksi voititte Viron kilpailutuksen? Mitkä olivat Duodecimin mielestä ne valttikortit, jotka voiton toivat, kun lopputulosta nyt vertaatte kilpailutuksen ehtoihin?*

Viro halusi monipuolisen päätöksentukipalvelun, jollaista kilpailijoilla ei ole. Vaatimusluettelo oli sen mukainen – haluttiin kattavasti ominaisuuksia. Hankinta tehtiin perusterveydenhuoltoon, jossa Duodecimin päätöksentuki on erityisen vahva. Useat virolaiset yleislääkärit, joita hankintaa tehtäessä kuultiin, olivat tutustuneet sovellukseen Suomessa työskennellessään. Olen itse tutustunut Viron yleislääketieteen yhdistyksen johtohenkilöihin hyvin vuosien kuluessa päässyt kertomaan heille Duodecimin tuotteista.

- *Mihin tarkoitukseen Viro nyt teki viiden vuoden ostosopimuksen kanssanne? Mitä hyvää he aikovat kansalaisilleen tämän sopimuksen avulla saada?*

Viron kansallinen sairausvakuutus, joka hankinnan teki, halusi erityisesti tukea perusterveydenhuoltoa ja yleislääkärin työtä. Haluttiin edistää näyttöön perustuvaa hoitoa (evidence-based medicine) ja siten parantaa hoidon laatua ja kustannusvaikuttavuutta. Haluttiin kehittää digitaalisia työkaluja ja tehdä yhteistyötä mm. Viron kansallisen genomihankkeen kanssa.

KYSYMYSKOKONAISUUS 2:

- *Miten terveyshyötytyökalua pitäisi kehittää, jotta se voitaisiin kytkeä jokaisen suomalaisen digipalvelijaksi valtion rahoittamana kustannusvaikuttavuutta eli terveysarvoa lisäävänä palveluna?*

Terveyshyötyarvio toimisi parhaiten, jos se pystyisi hyödyntämään Kanta-arkistoon kertyvää tietoa kaikista potilastietojärjestelmistä ja lisäksi Oma-tietovarannosta, johon kansalaiset voivat tallentaa omia terveystietojaan, kuten kotimittausten tuloksia ja täytettyjä kyselylomakkeita.

Näin saataisiin käyttöön mahdollisimman kattavat terveystiedot. Pitäisi saada voimaan jo pitkään tekeillä ja lausunnoilla ollut potilasasiakirja-asetus, joka mahdollistaisi Kanta-arkistossa olevien tietojen antamisen kansalaisen itsensä käyttöön Omätietovarantoon. Kansalaisen tulee edelleen voida antaa häntä hoitaville ammattilaisille oikeus käyttää näitä tietoja.

Terveyshyötyarvio tulisi palveluna kytkeä Kanta-arkiston tietokantaan ja tarjota se tietojohdamiskäyttöön terveydenhuollon järjestäjä- ja tuottaja-organisaatioille. Näin voitaisiin voimavarat kohdentaa sinne (niille alueille ja niihin interventioihin), jossa käytetyistä voimavaroista saadaan suurin hyöty.

Jotta Terveyshyötyarviota voitaisiin käyttää tunnisteisesti potilasturvallisuutta parantamaan ja hoidosta hyötyvien yksilöiden tunnistamiseen, tulisi jokaisella kansalaisella olla omalääkäri/omahoitaja -työpari (tai vähän laajempi väestövastuuyksikkö/solu), jolla olisi oikeus Terveyshyötyarvion perusteella ensin anonymisti tunnistaa hoidon tarpeita, ja sen jälkeen olla yhteydessä omaan vastuuväestöön kuuluviin henkilöihin, jos havaitaan tarve hoidon aloittamiseen tai muuttamiseen. Tätä ensimmäistä yhteydenottoa ei tietosuojasyistä saisi lainsäädännöllä ja lain tulkinnalla estää, mutta kansalaisella olisi oikeus kieltää jatkoyhteydenotot.

Teknisesti asia voitaisiin toteuttaa niinkin, jos kansalaisen suostumusta Terveyshyötyarvion käyttöön ei ole kysytty ja kirjattu, että järjestelmästä ensin lähetettäisiin kansalaiselle viesti tulevasta yhteydenotosta ja sen syystä, ja kansalainen voisi kieltää yhteydenoton ennen kuin ammattilainen on katsonut hänen tunnisteisia tietojaan.

- *Mitkä olisivat tällöin ensimmäiset tai tärkeimmät näyttöön perustuvat ominaisuudet? Kokonaislääkityksen optimoinnissa (esim. keinoälyn avulla)?*

Tässä toimitettiin ratkaisut, joita ehdotetaan tässä STM:n tilaamassa raportissa Lääkehoidon kokonaisuuden hallinnasta ja optimoinnista³⁸

Sivulle 4 on tiivistetty, millainen optimaalinen prosessi voisi tulevaisuudessa olla. Kaikkein tärkein elementti on kansallinen lääkityslista Kanta-arkistossa. DigiFinlandin OmaOlo-palveluun tulisi tehdä *Oma lääkitykseni -sovellus*, joka raportissa kuvataan. Ehdotukseen sisältyy lääkityksen kokonaisarvio koko väestössä Terveyshyötyarvion avulla.

- *Sydän- ja verisuonitautien kuolleisuuden vähentäminen?*

Tämä on ”matalalla roikkuva hedelmä” ja nopeasti toteuttavissa, koska hoitopäätöksiä varten tarvittavaa potilasdataa on hyvin saatavilla, ja tehokkaita interventioita tarjolla: aiempaa parempia ja lisäksi halpoja lääkehoitoja elintapamuutosten ohella.

- *Terveyshyötyarvion käytön tuleva optimointi (ml. digi-käyntien suunnitelmällisyys)?*

Pyritään saamaan (kutsumaan) hoidon piiriin niitä, jotka hyötyvät eniten, ja siirtämään kokonaan digitaalisesti ohjattuun ja seurattuun omahoitoon niitä henkilöitä, joilla riskitekijät ovat hallinnassa ja joilla on kyky käyttää digitaalisia palveluita. Resursseja vapautuu silloin ensin mainitun ryhmän hoitoon.

- *Kytkenätkö nyt valtakunnallisiin järjestelmiin, kuten Kanta-arkisto, OmaKanta, tai tuleviin (Omatietovaranto. Maisa)?*

Tämä on **tärkein asia** järjestelmän kehittämisessä (ks. vastaus kysymykseen 2). Hyvin toteutettuna vaatii aikaa, toisin kuin kohdat 1–3 jotka ovat tehtävissä nopeasti, numeroidussa järjestyksessä).

- *Joku muu, mikä?*

Terveyshyödyn (nettohyödyn) kvantitatiivinen laskeminen kaikkien keskeisten interventioiden osalta, huomioiden kansalaisen omat arvotukset eri hoidon tulosten tärkeydestä. Tämä on teoreettinen perusta kaikille edellä mainituille asioille, jotta terveydenhuolto olisi sekä vaikuttavaa että kansalais-/asiakaslähtöistä. Priorisointi tehtäisiin silloin vaikuttavuusjärjestyksessä yhdessä jokaisen asiakkaan kanssa.

- *Onko Duodecim valmis tekemään kansallisen sopimuksen aiheesta esim. allianssimallilla?*

³⁸https://stm.fi/documents/1271139/3206721/Ehdotuksia+I%C3%A4%C3%A4kehoidon+kokonaisuuden+hallintaan+ja+optimointiin_260319_B.pdf/964331f6-40e4-c108-4126-b02655b59fc5/Ehdotuksia+I%C3%A4%C3%A4kehoidon+kokonaisuuden+hallintaan+ja+optimointiin_260319_B.pdf

En tunne allianssimallia riittävästi, jotta osaisin arvioida toteutusmahdollisuudet, mutta edellä kuvattuja asioita pitäisi pystyä rahoittamaan ja toteuttamaan valtakunnallisesti ja yhteistyössä. Ei yksin Duodecimin järjestelmää, vaan koko ekosysteemiä.

- *Minkä suuruisesta investointitarpeesta puhutaan Duodecimin näkökulmasta katsoen?*

Tämä on vaikea kysymys, koska maalilla on taipumus siirtyä aina kauemmas, kun jotakin on saatu toteutetuksi. Karkeasti arvioisin kuitenkin, että tuotekehitys ja jatkuva ylläpito Duodecimin puolella pystyttäisiin toteuttamaan noin viiden miljoonan euron vuosittaisella rahoituksella, josta kansallisen rahoituksen osuus voisi olla noin puolet. Toinen puoli voisi kertyä esim. vientikaupoista.

Tähän keskusteluun ei minulla ole paljonkaan lisättävää.

Toivottavasti VM liittyy asiaa edistävänä tahona neuvotteluihin mahdollisimman nopeasti.

12.3.2 Potilastietojärjestelmien nykytilanne

Potilastietoa käsitteleviä järjestelmiä arvioidaan maassamme olevan nykyisin kaikkiaan n. 230–260. Tarkempaa arviointityötä on omalta osaltaan tehnyt Varsinais-Suomen hyvinvointialue, jossa 27 kunnassa on käytössään 41 erilaista sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmää.

Tältä pohjalta on hyvin ymmärrettävää, että järjestelmien yhdistäminen on ajankohtainen päätöksentekoaasia kautta maan. Edellä kuvatun hajanaisuuden perussy on ollut kunnalliseen itsehallintoon nojaava lainsäädäntö. Käytännössä jokainen kunta ja kuntayhtymä on tehnyt päätökset itsenäisesti. Jälki on sen mukaista.

Nyt yhdistämisellä on laaja periaatteellinen kannatus, mutta sitä ei johdeta valtakunnalliselta tasolta nyt, eikä ole tehty tai edes valmisteltu päätöstä sen johtamisesta vastaisuudessakaan.

Omaan työuraani kuuluu pitkäaikainen ponnistus, jonka tuloksena kansallista lainsäädäntöä muutettiin niin, että käyttöön saatiin valtakunnalliset KANTA- ja eRESEPTI-tietojärjestelmät. Niiden aikaansaaminen vaati satoja neuvotteluja ja yhteydenottoja, mutta lopulta eduskunta sääti lain sähköisestä lääkemääräyksestä 2.2.2007 sekä lain sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007.

Niiden toteuttajaksi valikoitui Kansaneläkelaitos. Ehdotimme Sitran taholta valtionyhtiön toteuttamismallia, mutta sitä ei silloin perustettu. Sittemmin kyllä. Sen nimi on DigiFinland. Se ei kuitenkaan isännöi näitä sovelluksia. Ne ovat edelleen pysyneet Kelassa, vaikka se ei ole alan yhtiö.

Suomen kehitysvaiheessa olevaa markkinaa dominoi tällä haavaa kaksi amerikkalaista kansainväliseen jakeluun edennyttä toimijaa eli EPIC ja Cerner. Epicin tuote on Suomessa Apotti ja Cernerin Aster. Tämän lisäksi maan pohjoisosissa on käytössä kotimainen Esko-sovellus.

Apotin hankinta käynnistyi 2012 ja Asterin hankintavalmistelu alkoi 2018 ja päätös tehtiin vuoden 2020 maaliskuussa allianssihankintana, johon osallistuivat Essote, Siun sote sekä Keski-Suomen että Vaasan sairaanhoitopiirit (n. 0,7 milj. asukasta). Pohjois-Karjalakin siis sitoutui Asteriin, vaikka on hankkinut v. 2008 Mediconsult Oy:lta kotimaisen asiakas- ja potilastietojärjestelmän. Tämä aiheutti osin tiukanluonteista mielipidekirjoittelua osapuolen välillä.

Asterin suoriksi kymmenen vuoden kustannuksiksi on arvioitu n. 290 miljoonaa euroa eli 415 euroa/asukas, kun vastaava Apotin arvio pyörinee n. 800 miljoonassa eurossa eli n. 535 euroa/asukas.

Tällainen laskenta antaa oikean perspektiivin. Jos tietojärjestelmä säästää yhden vuodeosastopäivän tai pari poliklinikkakäyntiä/asukas kymmenen vuoden aikana, se on maksanut itsensä takaisin, edellyttäen että järjestelmä myös lisää ammattilaisen työn sujuvuutta.

Optimointivaatimukset eivät toki ole näin alhaisia vaan monikertaisesti suurempia. Tästä syystä juuri niiden selvittämiseen pitää paneutua, eikä tuijottaa yksinkertaisesti vain hintalappua.

Toistaiseksi osa kunta- ja maakuntapäätäjistä on vedonnut kulujen 'suuruuteen' ja mm. tästä syystä esim. Espoo ei ole liittynyt mukaan yhteiseen hankkeeseen. Myös Keski-Uudenmaan hyvinvointialue on Tuusulaa lukuun ottamatta ilmoittanut irtautuvansa.

Aster puolestaan alkaa dominoida omalla erva-alueellaan, vaikka Pohjois-Savo ei ole siihen liittynyt. Saattaa kuitenkin käydä niinkin, että kaikki suomalaiset osapuolet eivät hankintaa hyväksy. Kun Keski-Suomikin teki kielteisen päätöksen, saattaa olla, että koko Aster ei toteudu.

Myös Pirkanmaan ratkaisu on pidemmällä tähtäimellä tekemättä. Tavoitteena on siellä ollut vuoteen 2023 mennessä korvata nykyiset järjestelmät. Hanketta valmistellaan v. 2018 perustetun UNA Oy:n kanssa. Ensiarviot hankinta- ja investointikustannuksista ovat olleet vaatimattomia edellä esitettyihin lukuihin verrattuna.

Ydinkysymykseksi nousee se, onko soten tiedonhallintaa koskeva päätöksenteko kansallisen edun kannalta arvioiden nyt oikealla tasolla, kun eri maakunnat tekevät yhteen sopimattomia päätöksiä hinta-laatusuhdetta tuntematta. Miltä tuntuisi, jos eri piireissä tai joissakin naapurikunnissa olisi otettu tai otettaisiin käyttöön yhteen sopimattomia sähköisiä lääkemääräysjärjestelmiä, joiden avulla ei voisi asioida kuin tietyissä apteekeissa?

Edellä kuvattu asia-alue on minulle tuttu, koska olen tilaajapuolen vastuuhenkilönä voinut perehtyä siihen n. kolmenkymmenen vuoden ajan.

Alkusysäys syntyi siitä, kun Härkätien terveyskeskuksen johtajalääkärinä perustin Valtion tietokonekeskuksen johdon kanssa Atlas-käyttäjähdistyksen sitä edeltäneen neljän terveyskeskuksen yhteistyön kannustamana. Toimin yhdistyksen hallituksen puheenjohtajana. VTKK muuttui ajan saatossa Tieto Oy:ksi ja sittemmin TietoEnatoriksi.

Ohjasimme seuraajani Veli-Pekka Prinssin kanssa mm. menestystuote Sinuhen koodaamista - monien muiden aktiviteettien ohella.

Turkuun siirtymisen jälkeen oltiin taas saman kysymyksen äärellä. Millainen järjestelmä pitää rakentaa kymmenen kertaa suuremman väestön palvelemiseksi? Huolellisen valmistelun jälkeen Turun valinta osui kilpailijaan eli VM Dataan ja taas käynnistyi melkoinen kehittämisjakso, joka johti siihen, että Turun terveystoimelle rakennettiin yhteistyössä Soneran kanssa maan suurin perusterveydenhuollon verkko 124 eri toimipisteeseen. Näyttöpäätteitä asennettiin pitkälti toista tuhatta. Ylpeyden aiheeksi nousivat toimintahäiriöiden minimointi (alle 2 % kokonaistoiminta-ajasta) ja käyttäjien jokseenkin jakamaton tyytyväisyys uudistukseen. Tätä uudistusta toteuttaneella projektilla olikin ajankohtaansa nähden kuvaava nimi: Perfect!

Nämä asiat olivat yksi keskeinen syy siihen, että sain Sitrasta pyynnön siirtyä sinne töihin eHealth-johtajaksi.

12.3.3 Huomioita USA:n markkinoiden yhtymäkohdista Suomen tilanteeseen

Kun eHealth-toimintahaara käynnistettiin Sitrassa, se liitettiin yhdeksi LifeSciences-ryhmän aktiviteetiksi ja sittemmin osaksi terveydenhuollon ohjelmakokonaisuutta. Näin luotiin mahdollisuus perehtyä paremmin myös alan kansainväliseen tilanteeseen.

Tämän seurauksena USA:n markkinatilanne tuli tutuksi jo silloin. Nämä kaksi edellä mainittua Suomeen nyt järjestelmiä toimittavaa yritystä olivat siellä markkinajohtajien joukossa jo silloin.

Epicin tuotteen kehittämisen isäntänä on toiminut Kaiser Permanente.

Oman koulutusjaksoni aikana oli mahdollisuus syventyä perusteellisemmin sekä tietoteknisellä tasolla että käyttäjien tasolla tähän tuotteeseen ja sen implementointiin. Pienemmässä mittakaavassa tämä implementointityö oli kotimaassa tullut tutuksi parinkymmenen vuoden aikajaksolla. Kaiserin tiedonhallinnan kehitystyön johtajiin kuulunut Andrew Wiesentahl kävi kutsustamme Suomessakin esitelmöimässä.

Toinen tarkemman tutustumisemme kohde ei ollut Cerner vaan julkiseen hallintoon kuuluva veteraaniministeriö (VA).

Tämä organisaatio vastasi v. 2000 n. viiden miljoonan potilaan terveydenhuollosta (sotaveteraanit ja osittain heidän perheenjäsenensä). V. 2010 määrä oli kasvanut jo kahdeksaan miljoonaan.

Heillä on omat sairaalansa ja oma palvelujen tuotantojärjestelmänsä kautta maan. Suomen silloiseen eHealth-yleistasoon verrattuna ero oli tuolloin suuri. Keskeisestä kehittäjästä, Syed Tirmizistä, tuli silloinen yhteisyökumppanimme.

Meitä kiinnostavin asia oli se, miten suuresti organisaatio tietojärjestelmänsä uudistamisen jälkeen pystyi vaikuttamaan kokonaisuutensa ja laadun parantamiseen.

Tätä taustaa vasten on hyvin mielenkiintoista, että VA on nyttemmin v. 2018 solmitulla sopimuksella päätenyt uudistamaan potilastietojärjestelmänsä yhteistyössä Cernerin kanssa.

Tämä hanke on massiivinen verrattuna esim. Suomen Apottiin. Kymmenen vuoden kokonaiskustannuksiksi on arvioitu jopa 18,5 miljardia US dollaria. Tätä kirjoitettaessa potilaskäyttöön edennyt projekti on keskeytetty vähintään puoleksi vuodeksi, koska mm. riittävää koulutusta ja implementoinnin ohjausta ei COVID 19-pandemian johdosta ole pystytty toteuttamaan.

Tämän hetken markkinatilannetta kuvaa se, että USA:ssa on käytössä tällä haavaa n. 50 merkittävää potilastietojärjestelmää n. 7200 sairaalaan tehdyn kartoituksen perusteella. Siellä on tavanomaista myös tehdä laatupisteytettyjä vertailuja eri järjestelmien osalta. Tuore Defenitive Healtcaren tekemä pisteytys on julkaistu kuluvan vuoden alkupuolella. Tämän firman idea on auttaa asiakasyrityksiä löytämään uusia polkuja taloudelliseen menestykseen terveydenhuoltosektorilla käyttämällä nimenomaan tiedonhallintaa ja siitä saatua kokemusta oman osaamisensa pohjana.

Tässä on heidän v. 2021 alkupuolella julkaisemaltaan listalta kymmenen parhaiten sijoittunutta (vuoden 2020 tilanteen perusteella arvioituna).

Nämä järjestelmät on **taulukossa 7** siis pisteytetty paremmuusjärjestykseen.

1	AdvancedMD	AdvancedEHR
2	Cerner	Cerner Ambulatory EHR
3	athenahealth	athenahealth EHR
4	Epic	Epic EHR
5	Practice Fusion	Practice Fusion EHR
6	Kareo	Kareo Clinical
7	Henry Schein	MicroMD EMR
8	drchrono	drchrono EHR
9	NextGen Healthcare	NextGen Healthcare EHR
10	Modernizing Medicine	EMA

Taulukko 7. USA:n potilastietojärjestelmien kymmenen kärjessä 2020

Cerner on kakkosena ja EPIC neljäntenä. Suomeen on siis valittu tai ollaan valitsemassa kumppaneiksi USA:n sairaala- ja avopalvelujärjestelmien markkinajohtajia. Alla ko. järjestelmien markkinapeitot prosentteina (ensin sairaala- ja sitten avopalvelujärjestelmä)

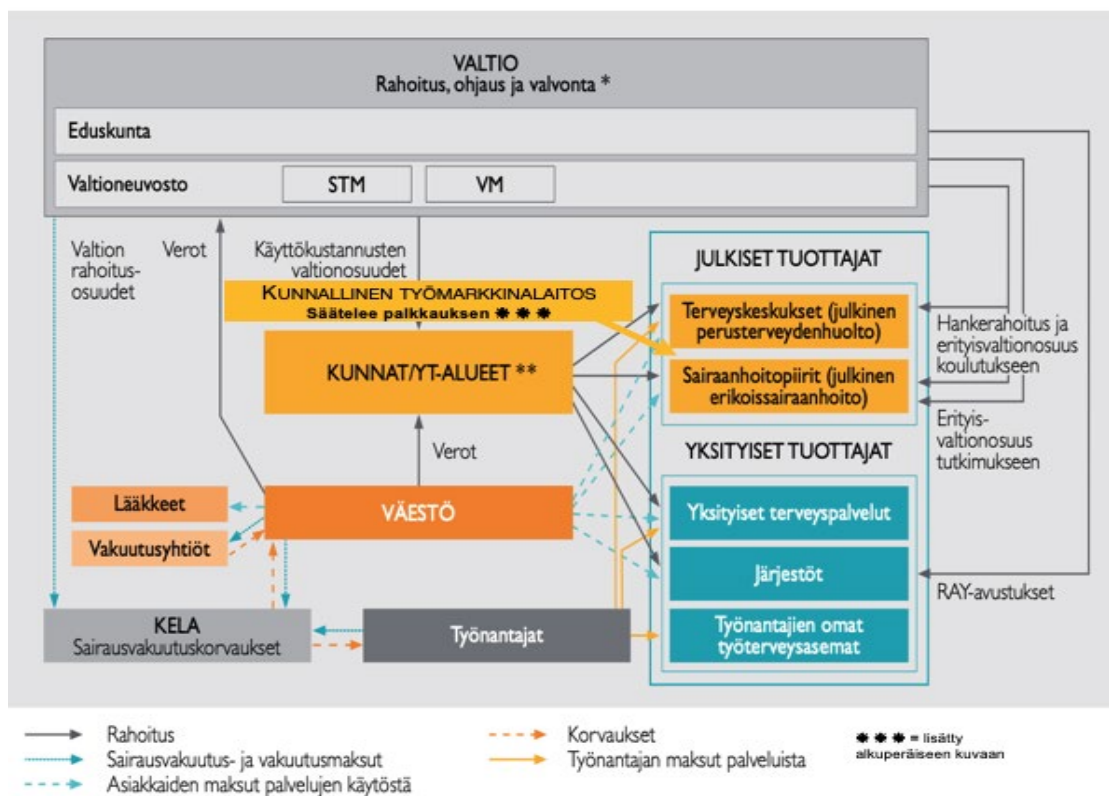
- Epic 34,1 % ja 33,4 %
- Cerner 23,7 % ja 24,9 %³⁹

³⁹ Definitive Healthcare. 2019

13 HALLINNAN JA HALLINNON UUDISTAMINEN ON VÄLTTÄMÄTÖNTÄ

Vanhan, aikansa eläneen päälle ei kannata rakentaa, kuten nyt edelleen yritetään.

Kun edellä luvussa 3 maakuntamallia analysoitaessa todettiin, että jatkossa neuvottelumallista ollaan tekemässä laajaa, monihaaraista ja päällekkäisyyksiensä vuoksi melko sekavaakin (ks. kuva 4), ei vielä esitelty sitä hallinnon rakenneperustaa, jolle tämä uusi ulottuvuus asetettaisiin. **Kuva 98** avaa sen. Edellä mainittu johtamisjärjestelmän uudistaminen on keskeinen osa hallinnon uudistamista, mutta koska loppupelissä kaikki riippuu yksilötason vuorovaikutussuhteen onnistumisesta, on parempi puhua laajemmin koko tilanteen hallinnon uudistamisesta.

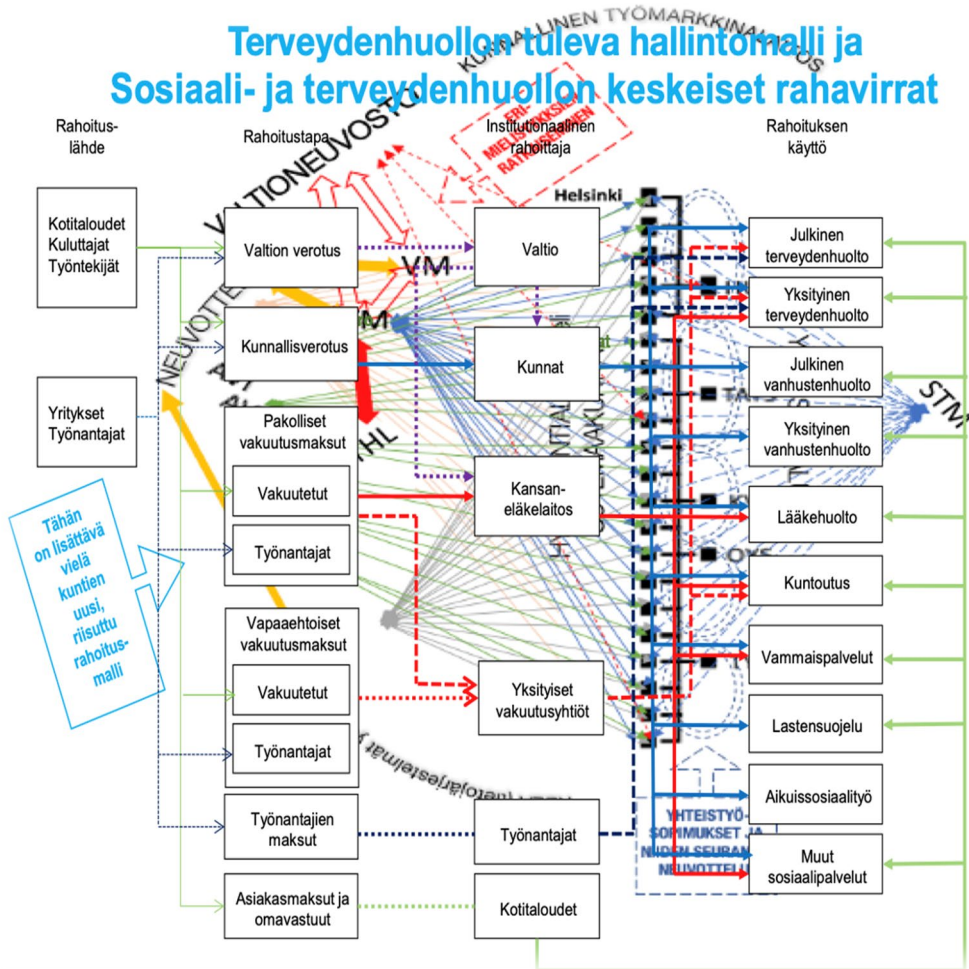


* Valtion taso, ** Kuntataso, *** Kuntatason keskitetty työmarkkinahallinto

Kuva 98. Suomen terveydenhuoltohallinnon peruskaavio

Nyt tästä hallinnasta ollaan tekemässä niin monimutkaista, että itse pääasia eli kansalaisen yhdenvertaisuuden turvaaminen ja mahdollisimman vaikuttavan arvoperustaisen terveystuloksen saavuttaminen yksilötasolla jää jalkoihin. Yllä olevaan kuvaan on piirretty rahoitusnuolia sekä maksu- ja korvausnuolia. Kun edellä kuvassa 4 esitetyn hallintohimmelin päälle piirretään nykyistä, liian

monimutkaista terveydenhuollon rahoitusjärjestelmääme kuvaava kaavio, ja jos nämä yhdessä vielä käärityn kolmiportaisen valtion-, maakunta- ja kuntaverotuksen 'verosirkusteltaan', syntyy **kuvan 99** osoittama monstrumi sekä vaikutelma, että väärällä polulla ollaan.

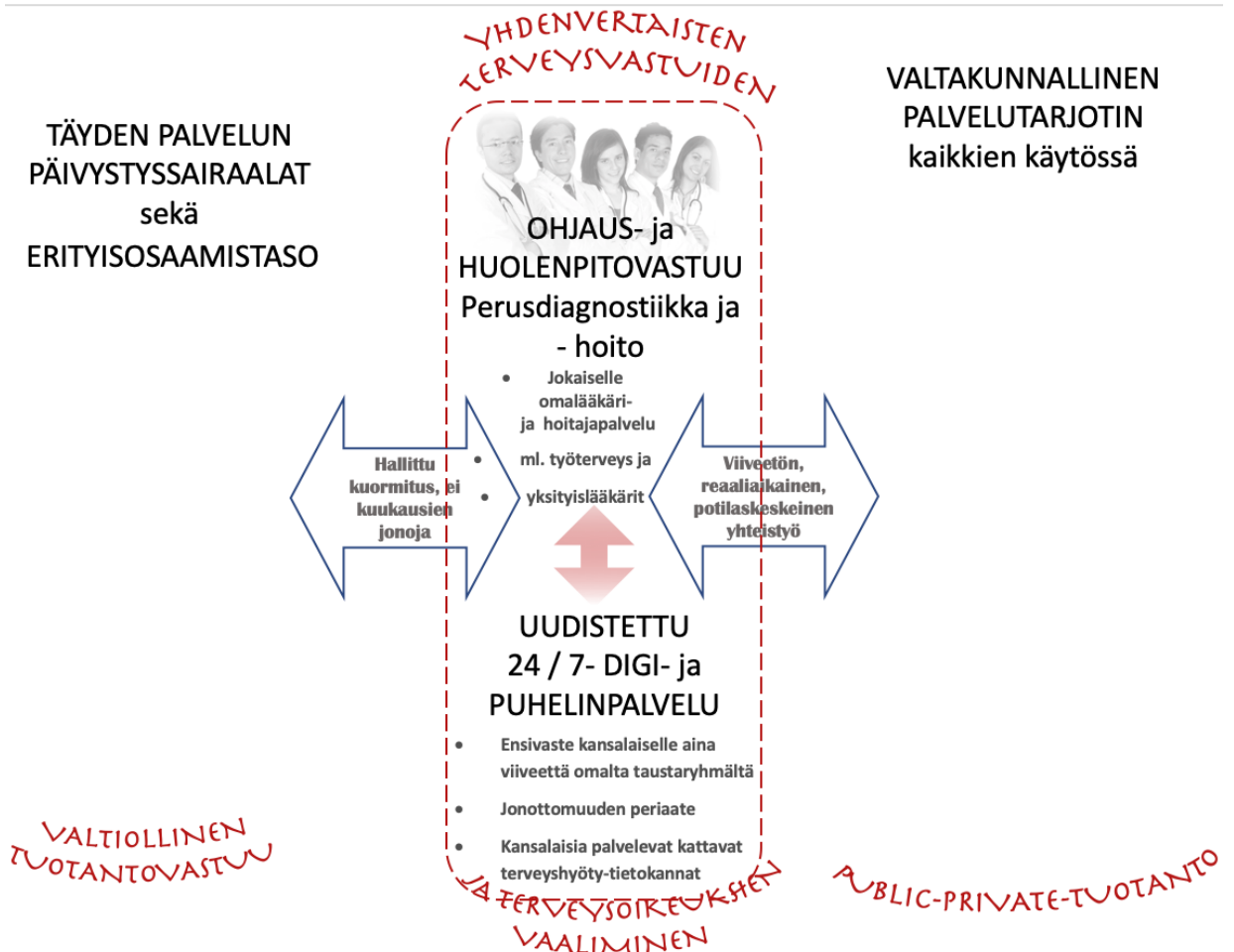


Kuva 99. Viitekuva valitun hallintamallin monimutkaisuudesta

Tämän yllä oleva hallinnollinen pohdinta on hyvä päättää hyvin periaatteelliseen ajatukseen siitä, miltä hallintomalli näyttäisi, jos se rakennettaisiin kansalaisen suunnasta. Siitä uudesta suunnasta, jonka varaan tulevaisuus pitää rakentaa.

13.1 Vaihtoehtoinen tulevaisuusmalli

Ei ole oikeudenmukaista eikä perusteltua asettaa kansalaista edellä kuvatun hallintohimmelin vangiksi tai maakuntakohtaisten toisistaan poikkeavien palvelukuvausten alaisuuteen, koska se vaarantaa käytännössä myös kansalaisen perustuslaillisen yhdenvertaisuuden. Niinpä vaihtoehtoinen kansalaiskeskeinen tulevaisuusmalli on esitetty **kuvasa 100**.



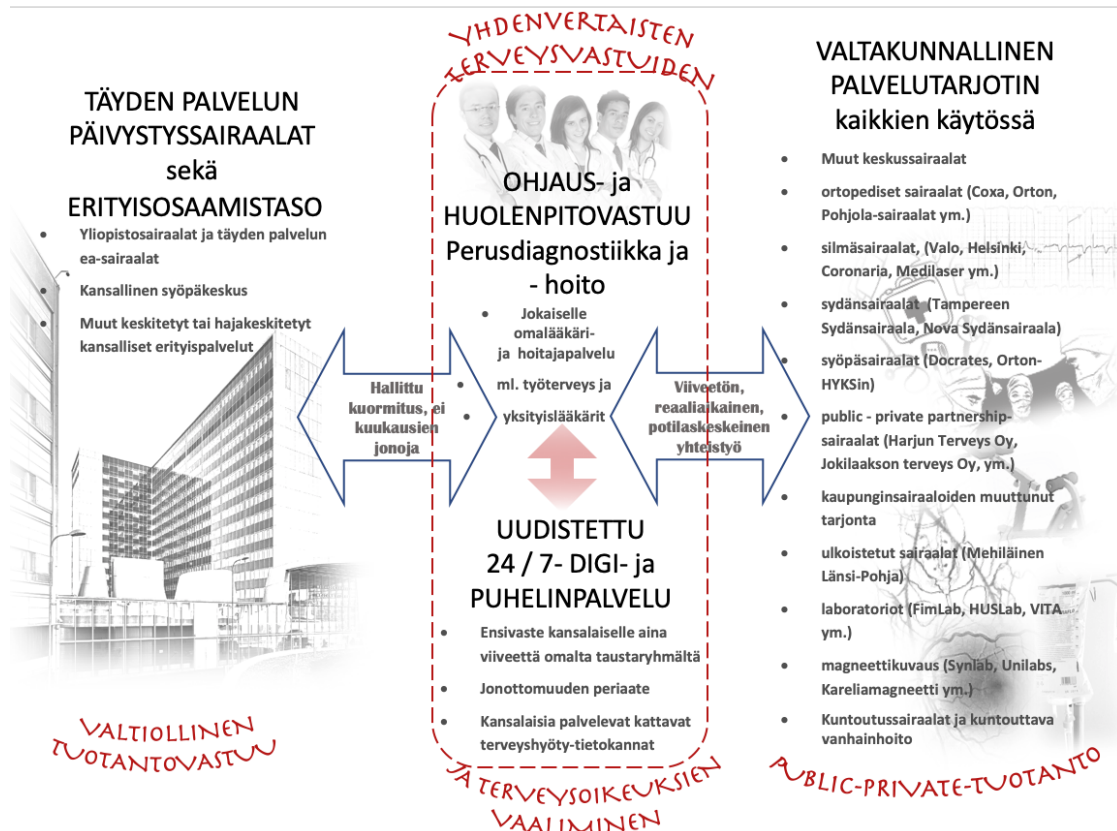
Kuva 100. Vaihtoehtoinen terveystalouden hallintamalli

Tämän mallin ydin on aikaisempaan maamme palvelujärjestelmään verraten huomattavasti yhdenvertaistettu ja kaltaistettu palvelu, koska kaikilla on käytössään valtakunnallinen ja kattava ympärivuorokautinen digi- ja puhelinpalvelu, joka on kytketty jokaisen omalääkäritiimiin. Tämän tiimin oikeus on ratkaista koko maan kattavalta palvelutarjottimelta, mikä on kulloisessakin tilanteessa vaikuttavuuden kannalta edullisin etenemispolku.

Hätätapauksissa ja välttämättömissä kiireellisissä tapauksissa kaikkia palvelevat täyden palvelun päivystyssairaalat ja erityisosaamista vaativissa tapauksissa luonnollisesti ne sairaalat, joihin tämä erityisosaaminen on keskitetty.

Valtakunnallinen palvelutarjotin kehittyy ymmärrettävästi kaiken aikaa, eikä sitä saa kahlita hallintohimmeliin. Kyseessä on riittävän tuotantokapasiteetin ylläpidosta, jossa myös markkinatalouden hyvät puolet sekä public-private-toiminta hyväksytään. Täydennetty malli on **kuvana 101**.

Tämän mallin rahoitusjärjestelmän pitää perustua kustannusvaikuttavuuden tinkimättömään toteuttamiseen.



Kuva 101. Vaihtoehtoisen terveystalouden täydennetty kuvaus

13.2 Miten jatkossa pitäisi johtaa?

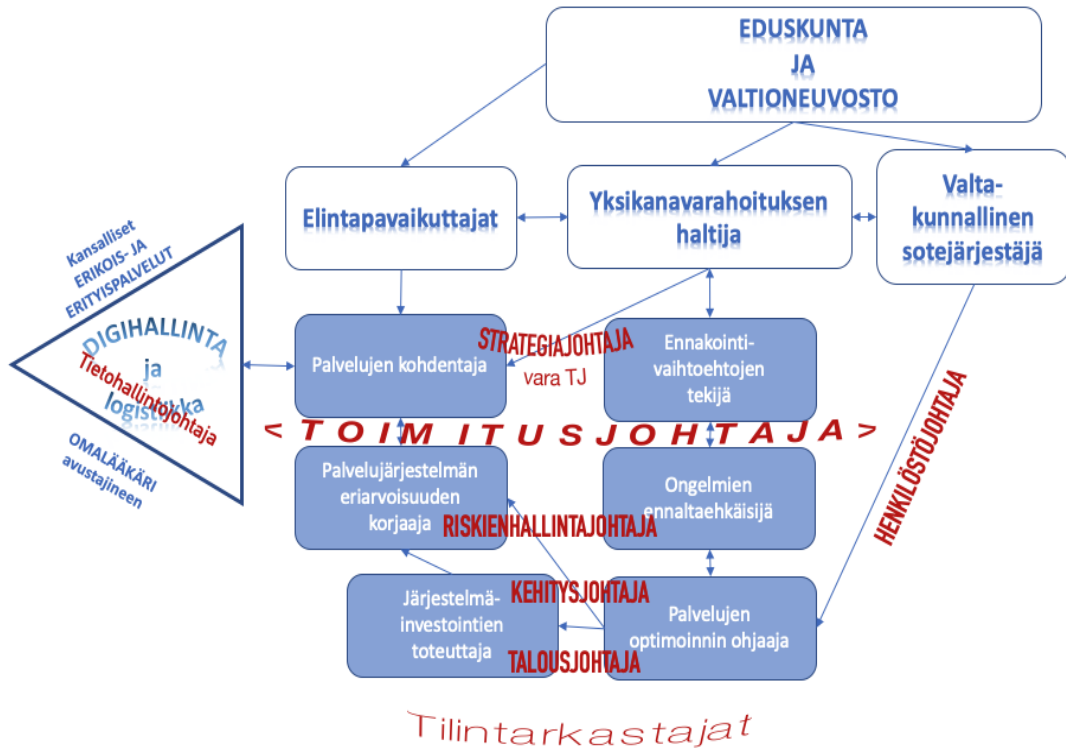
Uuden johtamisjärjestelmän yksityiskohtainen kuvaaminen vaatisi oman julkaisunsa. Seuraavaksi käydään läpi pääperiaatteet. Viranomaiskäsitteilynä terveydenhuollon hallinnosta ei löydy nimenomaista kuvausta tai selvitys-analyysia, työpapereita tai muistiota.

Näyttää siltä, että sitä on osasina ja eri näkökulmissa tarkasteltu lähinnä THL:ssa. Näistä pohdinnoista poimittua materiaalia tiivistin seuraavasti:

- *Palveluja pitäisi optimoida ja kohdentaa peremmin,*
- *järjestelmän eriarvoisuuksia korjata,*
- *ennakointityötä toteuttaa ja*
- *luoda vaihtoehtoja sekä ehkäistä ongelmat ennakoon eikä jälkikäteen.*
- *Investointipolitiikka pitäisi olla olemassa ja*
- *järjestelmätarpeet tunnistaa sekä toteuttaa.*

Koska ylimmillä hallinnon tahoilla eli eduskunnassa ja valtioneuvostossa ei ole riittävää substanssiosaamista, niillä pitää olla valmisteluvoimaa valtakunnallinen sote-järjestäjä, jolle on myös osoitettava omaa suoraa päätäntävaltaa, jotta kaikkea ei tarvitse kuljettaa valtioneuvoston (eikä ministeriön) kautta. Rahoituksen varman hallinnan vuoksi yksikanavarahoitus on selkein ja turvallisin vaihtoehto, mutta vaikutuskanavien pitää olla auki elintapavaikuttajiin (elinkeinoelämä, työmarkkinaosapuolet, eläkevakuutusyhtiöt ym.)

Ajanmukaisena työvälineenä digihallinnan ja logistiikan ratkaisut, erityisesti kansalaisen palvelijana, on pidettävä kansainvälisellä huipputasolla ja osallistuttava niille markkinoille myös myyjänä vientitulojen hankkimiseksi. Kansalaisen turvaksi on niin ikään luotava kattava omalääkäri-ohjauslääkäri-järjestelmä. Näin syntyi **kuva 102**.



Kuva 102. Johtamisuudistuksen tarveausta ja sen päälle kaaviltu nykyaikaisen johtamisen toteutushahmotelma

Toteutuskäytännön asettaminen näiden tarpeiden ja haasteiden päälle ei lopulta ollut nykyaikaisen johtamisjärjestelmän henkilöiden työtehtävät tunnistaen kovinkaan vaikea tehtävä. Ylimmän johdon keskeiset toimijat on lisätty kuvan päälle punaisin tekstein.

Tällainen lähestymistapa on tässä kuvauksena pelkistetty, mutta ytimeen porautuva.

Se auttaa ymmärtämään, että nykyinen hallinta- ja johtamiskehikko on vuosien saatossa kehittynyt hyvin monimutkaiseksi ja samalla sen kaikkein tärkeimmät rakenteet ovat jääneet vajaiksi.

14 MILLÄ AIKAJÄNTEELLÄ TAVOITTEISIIN VOIDAAN PÄÄSTÄ? ONNISTUMISMAHDOLLISUUKSIEN ARVIOINTI

Koska terveystoiminnan selonteko on jäänyt tekemättä, hallitus toisensa jälkeen on yrittänyt edistää asiaa poliittisten näkemyksiensä perusteella ja jättänyt substanssiosaamisen katveeseen. Näin toimien ei ole onnistuttu, eikä onnistuta jatkossakaan, ellei yhteistyökuviota muuteta.

Terveystoiminnan selonteko on tehtävä vahvan substanssiosaamisen pohjalle ja siitä on saavutettava eduskunnassa konsensus. Se riittää ohjenuoraksi. Eri hallitusohjelmiin ei ole hyötyä kirjata poliittisia näkemyksiä, koska ne pikemmin hidastavat kuin edistävät substanssiosaamiseen perustuvien parannusten toteuttamista.

Ratkaiseva tekijä on tietenkin se, miten nopeasti poliittiset päättäjät ovat valmiita vakuuttumaan siitä, että heidän nykyiset näkemyksensä ja uskomuksensa ovat jo aikansa eläneet.

Jos työrauha annetaan, tavoitteiden mukainen parannus voisi alkaa näkyä noin 10 vuoden kuluttua ja varsinaisiin tavoitteisiin voidaan siinä tapauksessa hyvinkin päästä jo vuodesta 2036 alkaen.

Suunnan muuttuminen positiiviseksi näkyisi toki jo aikaisemminkin modernien digiratkaisujen käyttöönoton ja omalääkärijärjestelmän käynnistämisen seurauksina.

Uuteen pyrkimisen pitää aina perustua toteutuneen toiminnan syy-seuraussuhteiden vaikuttavuuden ymmärtämiseen ja siihen pohjautuvaan kriittiseen arvioon. Tätä tekemään tarvitaan substanssiosaamiseen perehtynyt valtakunnallinen terveydenhuollon arviointineuvosto. Se loisi edellytyksiä laadukkaalle jatkuvuudelle.

14.1 Arvoperustaisen valtionvastuumallin arviointineuvosto

Tämän julkaisun perusajatus on, että maamme terveydenhuoltoa ei saada kestäväälle uralle vuoteen 2036 mennessä kasvojenkohotuksella, vanhaa paikkaamalla tai esimerkiksi ehdotetulla maakuntamallilla.

Olen tässä pamfletissani esittänyt analyysin terveydenhuoltomme ongelmista ja selvittänyt tilannekuvan. Ne osoittavat, että vaikuttava yhdenvertaisuuteen tähtääminen on jatkossa otettava tulevaisuuden selkärangaksi, jotta ei jäädä nykyisten puutteiden tai heikkouksien vietäväksi, saatikka, että palattaisiin vanhoihin ongelmiin 'uusissa vaatteissa'.

Lähtökohdaksi on lisäksi hyväksyttävä se tosiasia, että poliittinen näkemys ei korvaa substanssiosaamista missään määrin.

Uudistukset on siis tehtävä niin, että mahdollisuudet parempaan vaikuttavuuteen todella syntyvät, avautuvat ja pysyvät. Tähän saakka mm. palvelujen ja rahoituksen huonosti kokonaistulosta tukeva monikanavaisuus, isännätön rahan käyttö, sirpaleinen kunnallinen itsehallintomalli sekä kokonaisuuden hallinnan sekä johtajuuden puute ja vanhanaikaisuus ovat estäneet kehitystä, eivätkä tukeneet sitä.

Nyt kukaan ei varsin johda Suomen terveydenhuoltoa.

Lyhytjännitteistä hallituskaudesta toiseen poukkoilevaa valmistelua on leimannut ainainen kiire. Pohjaksi valmistelulle on usein annettu aikaisemmasta poikkeava poliittinen näkemys, jonka viimeistely on työnnetty kerta toisensa jälkeen ilman tilannekuvaa ja ongelma-analyysia terveydenhuollon johtamiseen melko heikosti perehtyneen ministeriön vastuulle ja yhden hallituskauden aikana läpivietäväksi.

STM:n voimassa olevassa tehtävänkuvauksessa todetaan, että ministeriö vastaa sosiaali- ja terveystalouden suunnittelusta, ohjauksesta ja toimeenpanosta osana valtioneuvostoa. Keinoina esitetään hallitusohjelman toteuttamista, lainsäädännön ja keskeisten uudistusten valmistelemista sekä näiden uudistusten toteuttamisen ohjausta.

Tällainen hallitusohjelman nostaminen ohjaamisen ja valmistelun avainperustaksi on epäonnistunut ratkaisu, sillä kuten tässä julkaisussakin todetaan, esimerkiksi nykyisessä hallitusohjelmassa ei juuri ollenkaan kosketella terveydenhuollon keskeisimpiä asioita, kuten valinnanvapautta, yhdenvertaisuutta tai palvelujen ohjauksen ja luotettavuuden valvontaa. Toisaalta sen avulla joitakin asioita pyritään sen perusteella ohjaamaan ilman pitävää näyttöä tai jopa näytön vastaisesti ja lyhytjänteisesti.

Koska terveystoiminta ja sen vaikuttavuuden hallinta riippuu substanssin osaamisesta, eikä poliittisista näkemyksistä tai uskomuksista, työnjako näiden kahden tahon välillä on uudistettava. Koko terveystalouden onnistuminen ja vaikuttavuus riippuu osaamisesta. Puoluepoliittiset näkemykset saattavat pahimmissa tapauksissa nousta esteeksi kansalaisten yhdenvertaisen hyvän tavoittelulle. Näennäisratkaisuilla ei päästä eteenpäin.

Terveysoikeuden selonteon laatiminen maallemme ensimmäistä kertaa tulisi tarpeeseen. Se on jopa välttämätöntä, koska se voisi auttaa yhteisten päämäärien löytymistä ja perusteltujen vaikutuskeinojen ensisijaistamista. Sen turvin kansalaiskeskeinen lähestymistapa voitaisiin toteuttaa hallinnollisen sijaan. Se antaisi myös pitkäjänteisyydelle turvaa.

Paras terveyshallinta nojaa jokaisen kansalaisen tukemisen ideaaliin. Tämän ideaalin pitää olla tällaisen johtoajatus. Sen toteuttamiseen pitää sitoutua. Tämä julkaisu nostaa taloudellisten reunaehtojen rinnalle pahimpien karikoiden välttämisen sekä esittelee uuden terveydenhuollon johtamisjärjestelmän

peruslähdekohdat. Kaikki tämä tarvitaan onnistumisen turvaamiseksi. Julkaisun konkreettisuutta lisää sen loppuosassa vahvistettu aikataulutettujen tulostavoitteiden esittely.

Jotta kansalaisten yhdenvertaisuudesta huolehtiminen varmistuu myös arjessa, kaikille kansalaisille osoitetaan oma ohjaava lääkäri, joko oman valinnan tai julkisen suosituksen perusteella. Kaikille kansalaisille perustetaan myös oma terveyshyötytili, jolle kaikki kansalaista koskeva terveystieto ja sen perusteella räätälöidyt palvelut on kerätty ja jonka avulla voidaan kansallisesti varmistaa kansalaiskeskeisyys: se, että kaikki ovat huolenpidon kohteena, eikä pudokkaita synny.

Kyseessä on siis valtionvastuumalli, jossa ei ole väliportaita kansalaisen ja valtion välillä. Valtio vastaa järjestämisestä ja huolehtii siitä, että tuottajaporras pääsee muotoutumaan mahdollisimman kustannusvaikuttavaksi, koska hoitoon pääsy on yhdenvertaista koko maassa.

Riippumaton arviointineuvosto kannattaa asettaa arvioimaan joka toinen vuosi kehityskaaren edistymistä sekä tavoitteiden saavuttamisastetta.

Terveysseuranteko voitaisiin laatia ja antaa jatkossa noin viiden vuoden välein.

15 AIKATAULUTETUT MUUTOSTARPEET JA -TOTEUTUKSET SEKÄ NIIDEN AIKATAULU

Seuraavaksi esitetyt tulokset pitää saavuttaa ja toimintamuutokset toteuttaa vuoteen 2036 mennessä.

15.1 Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen

- *Keskimääräinen elinajanodote on yli 84 vuoden mittainen. 2036 →*
- *Naisten ja miesten välinen ero alle neljä vuotta. 2036 →*
- *Keskuskaupunkien asukkaiden ja ympäröivissä kunnissa asuvien elinaikojen ero supistunut nykyisestä. 2025 →*
- *Kansalaiskohtainen elinajanodotteen optimointipalvelu käytössä. 2025 →*
- *Terveyshyötypalvelu ja -tili kaikilla kansalaisilla **Aloitus 2022, käytössä 2024 osalla, 2025 kaikilla***

15.2 Yhdenvertaisten ja laadukkaiden sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen kaikille suomalaisille sekä palvelujen saatavuutta ja saavutettavuuden parantaminen erityisesti perustasolla

- *Kattava omalääkäri-hoitajapalvelu kaikille kansalaisille käytössä 2026 →*
- *Digivastaanotto aina samana päivänä saatavana 2024 →*
- *Kaikille kansalaisilla koko maan kattava asuinpaikasta riippumaton yhdenvertainen valinnanvapaus jatkohoitopalveluissa 2026 →*
- *Valtakunnan kattava terveyskuljetusverkosto käytössä 2025 →*

15.3 Ammattitaitoisen työvoiman saannin turvaaminen

- *Kuntatyönantajajärjestelmä korvattu terveydenhuollon kannustavan ammattityövoiman poolilla 2026 →*

15.4 Yhteiskunnallisten muutosten mukanaan tuomiin haasteisiin vastaaminen

- *Arvopohjainen terveysvastuuneuvosto (arviointineuvosto) toiminnassa laajoin valtuuksin ja vastuin johtamassa Suomen terveydenhuoltoa 2025 →*

15.5 Kustannusten kasvun hillitseminen

- *Monikanavarahoitus purettu 2026*
- *Kannustavat palkkausjärjestelmät käytössä 2026 →*
- *Tuotantotoiminta siirretty pääosin allianssipohjalle 2028 →*
- *Lääkkeiden vaikutus- ja kustannusoptimointi toteutettu keinoälyn avulla*

Osittain 2023 → , valmis 2027

- *Sairaalaverkoston optimointi kansallisena kokonaisratkaisuna Vaiheittain 2024 →*
- *Sairaalalaskutuksessa siirtyminen hoitopäivä ja käyntilaskutuksesta vaikuttavuuspohjaiseen tuloslaskutukseen 2032 →*
- *Vuoden 2036 terveysmenot enintään 26,5 Mrd.€ (vuoden 2019 rahassa) 2036 →*

16 YHTEENVETO

16.1 Terveydenhuollon ja terveystalouden tilanne

Suomen terveydenhuollon kehittämiskaari saavuttaa 50 vuoden iän ensi vuonna 2022, mikäli aloitusvuodeksi valitaan kansanterveystalouden säätämiskaari.

Monta asiaa on näiden vuosien aikana saatu kehitettyä, mutta ajan saatossa järjestelmän heikkoudet kuten tuotannon sirpaloituminen, saatavuusongelmat, kliinisen laadun epätasaisuudet ja lopulta kansalaisten yhdenvertaisuuden vaurioittaminen ylittivät vahvuudet.

Viime vaiheessa kuitenkin vasta kuntapohjaisen rahoituksen heikko hallinta johti kuntataloudet niin pahaan epätasapainoon, että päättäjät joutuivat pakon edessä vihdoin taipumaan ja vapauttamaan kansalaiset kuntasidonnaisuudesta.

Muutos päätettiin siis tehdä ja uudesta sote-lainsäädäntöä päätettiin eduskunnassa luvun 105–77. Yksituumaisuutta saavuttamatta. Liki parinkymmenen vuoden yrityksistä huolimatta.

Analyysini (ks. luku 3) osoittaa, että hallinta tapahtuu jatkossa yhdeksän erityyppisen neuvottelukokonaisuuden puitteissa. Neuvotteluihin osallistuu laskentatavasta riippuen 40–60 neuvotteluosapuolta, jotka laativat 25 erilaista asiakirjatyyppiä tai -kokonaisuutta.

Neuvottelumenettelyn massiivisuus on mykistävä. Yhdenvertaisuuden vaaliminen tai käyttöön otettu rahoitusmalli eivät vakuuta.

Edistynein tapa terveystalouden ja terveydenhuollon tavoitteiden asettamiselle olisi arvo- ja vaikuttavuusperusteinen toimintamalli. Koska tähän tarvittavia yhtenäisiä tilasto- ja tutkimustietoja ei ole vielä käytettävissä, on elinajanodotteisiin vaikuttaminen ja vaikuttamisen tulosten seuraaminen toistaiseksi paras kokonaisuuden mittaamisen menetelmä, mutta tämän tavoittelemiseen ei päädytty.

Kansallisesta näkökulmasta tarkastellen naisten ja miesten välinen elinajanodotteiden ero on maassamme edelleen aivan liian suuri, vaikka se viime vuosina onkin kaventunut. Kun Suomen naiset ovat kansainvälisessä vertailussa sijalla 9–12 yhdessä Islannin, Norjan ja Portugalin kanssa, miehet ovat sijoilla 21–22 yhdessä Tanskan kanssa.

Suurin huolen aihe juuri miesten elinajanodotteessa on viime vuosien tulosten tarkastelun perusteella se, että hyvin monessa seutukunnassa miesten elinajanodote vuosina 2017–19 on selvästi alentunut verrattuna vuosiin 2014–16. Huonoimmassa seutukunnassa heidän elinajanodotteensa on lyhentynyt jopa kolmella vuodella. Tällainen kehitys on johtanut siihen, että esim. Itä-Lapin

miesten odotettavissa oleva elinaika on kahdeksan vuotta vaasalaisia miehiä lyhyempi. Tätä ei voi minkään arvoperustan nojalla pitää hyväksyttävänä.

Yhdenvertaisuus ja sen lisääminen on nyt otettava selväksi ja yhdessä sovituksi tavoitteeksi. Ylimaakunnallista kansallista yhdenvertaisuustavoitetta ei voida saavuttaa nyt päätetyin maakuntahallinnollisin toimenpitein. Ei liioin lievittää tiettyjen seutukuntien ahdinkoa. Kohteeksi pitää ottaa juuri eniten apua tarvitsevat kansalaiset kautta maan. Näin päästään kohti sekä kansalaiskeskeistä että kansallista ratkaisua.

Tulevalle terveysjärjestelmällemme onkin asetettava tulostavoitteet, jotka tarkoittavat sitä, että vuonna 2036 sukupuolten yhdenvertaisuuden pitää edelleen parantua ja kokonaiselinajanodotteen pitää nousta yli 84 vuoden mittaiseksi.

Yhden keinon kohti tavoitteita tarjoaa omalääkäriratkaisu, joka on lukuisissa maissa ympäri maailman otettu käyttöön juuri kansalaiskeskeisyyden lisäämiseksi terveydenhuollossa. Suomessa sitä on – voisi sanoa – määrätietoisesti vältelty.

Yksi hyvän rakenteen peruskulmakivistä siis puuttuu edelleen.

Hyvä tilannekuva ei tietenkään perustu vain tiettyihin kulmakiviin kuten elinajanodote tai omalääkäri. Jos tilannekuvan tekemiseen käyttää vain mitä tahansa erillisiä paloja, vaikka ne olisivat keskeisiäkin, saattaa helposti eksyä harhapolulle.

Suuri haaste on siinä että, että palvelujen saatavuuteen on syntynyt eriarvoistavia puutteita alueellisesti. Se johtuu muun muassa lääkäri työvoiman epätasaisesta jakautumisesta, mutta sen rinnalla myös palveluvajausta aiheuttavista rakenteellisista tekijöistä. Osa näistä tekijöistä johtuu hallintointegraation erilaisuuksista, joka ei ole sama asia kuin kansalaiseen kohdentuvat toiminnallinen integraatio. Hallintoa ei ole osattu hoitaa parhaalla tavalla.

Kun tarkastellaan tulevaisuuden menorakenteisiin vaikuttavia päätöksiä, jää niidenkin johdonmukaisuus epävarmaksi, koska vuonna 2018 sairaanhoitopiireissä toteutuneiden nettomenojen ja vuoden 2023 alusta maksettavien tarvevakioitujen menojen keskinäinen johdonmukaisuus ei toimi.

Miten julkisen sektorin palkkapolitiikan kokonaisuus hallitaan jatkossa, kun sen hallinta on nyt käytännössä ollut muusta johtamiskokonaisuudesta irrallaan, kunnallisen työnantajan hallussa?

Tämä toimintamalli on kyllä tehokkaasti hillinnyt kustannuksia, mutta se ei ole välttämättä johtanut parhaaseen mahdolliseen tulokseen kansanterveydessä tai elinajanodotteessa esim. kannustavuuspuutteidensa vuoksi. Aiotaanko tilannetta korjata?

Nykyisin käytössä olevien digitaalisten ohjausjärjestelmien avulla tilanne olisi helposti toteutettavissa. Samalla voitaisiin poistaa nyt toteutuneet kunta-kohtaista eriarvoisuutta aiheuttaneet seutukuntakohtaiset vaihtelut.

Suomen terveydenhuollon laadunhallintajärjestelmä ei valitettavasti ole parhaasta päästä, joten siitä ei juurikaan saa tukea. Toisaalta on myös totta, että valtion johto ei voi puuttua laatuasioihin, koska ne ovat olleet kunnallisen itsehallinnon suojassa.

Tällaisten puutteiden vuoksi jää kysymään, mikä on se yhdenvertaisuutta turvaava toimintamalli tai -järjestelmä, joka suhteellisen nopealla aikataululla supistaa maakuntien väliset elinajanodote-erot ja kääntää odotteen vahvaan kasvuun kaikissa maakunnissa. Tällaista muutostahan perustuslakimme 6. ja 19. § edellyttävät.

On väitetty, että maakunnilla on riittävän leveät hartiat pysyä terveinä, mutta tosiasiaa ei ainakaan pienimmillä maakunnilla ole sellaisia hartioita. Riittävän leveät hartiat on vasta koko Suomella. Vallitseva yhdenvertaisuuden puutteen varmistaa se, että Suomen terveydenhuoltojärjestelmä on vertailussa joutunut EU:n epätasa-arvoisimpien järjestelmien joukkoon, koska kustannukset eivät jakaudu oikeudenmukaisesti, eivätkä kaikki saa tarvitsemaansa hoitoa asianmukaisesti.

Tätäkin asiaintilaa ei voi pitää perustuslakimme 6. ja 19. §:ien säädösten mukaisena.

Jotta yhdenvertaisuus savutettaisiin, kaikilla kansalaisilla pitää olla koko maan hoitotarjontaan yhdenvertainen käyttöoikeus ja -mahdollisuus. Sen pitää olla pääsääntö, ei poikkeus.

Kansalaisten yhdenvertaisuuden puutteeseen joutumisen riski saattaa korostuneemmin kohdata pienten tai syrjäisten maakuntien asukkaita, mutta riski vaanii kaikkia syrjään jääneitä kansalaisiamme paikkakunnasta riippumatta.

Seutukuntien tai maakuntien tasa-arvoistamisen onnistumista voidaan seurata tilastojen avulla, mutta tarvittavat toimenpiteet on aina kohdistettava yksilöihin, koska vain niin toimien onnistumiset voidaan toteuttaa.

16.2 Hallintamallien vaihtoehdot ja tehty valinta

Myös terveydenhuollon hallintamalli on osa tilannekuvaa, mutta koska se on niin perustavanluonteinen asia, sitä on tässä julkaisussa pohdittu omana kokonaisuutenaan luvussa 8.

Ratkaisumalleja 20 vuotta etsittäessä muutamat pääpiirteet ovat nousseet esiin. Yleisimmin ja toistuvasti on historian aikana lähdetty siitä, että rakennetaan uudenlainen piirimalli kuntavetoisen mallin sijaan.

Vähemmälle huomiolle on jäänyt Kuusen ja Ryynäsen vuonna 2006 ehdottama laaja ostopoolimalli, jolla erityisvastuualueiden miljoonapiirien toimintaan olisi integroitu myös Kela-rahoitus vähintään sopimustasoisesti.

Yksi tärkeimmistä syistä, miksi ratkaisumalleja ei ole hyväksytty, on ollut joko se, että niistä ei ole löytynyt puolueiden välisissä neuvotteluissa yhteisymmärrystä tai se, että niiden sisältö tai toimintaperiaatteet eivät läpäisseet perustuslakivaliokunnan omaksumia asiantuntijatulkintoja.

Asiantuntijatulkintoihinkin näyttää tarttuneen, ainakin jossain määrin, puolueiden arvoperustaisia näkemyksiä. Keskustan arvoperusta on pitkään ollut maakuntahallinto ja vasemmiston yrityspohjaisen terveystalouden tuotantotavan rajaaminen.

Vanhojen 'ratkaisumallien' lisäksi kappaleessa 8.3 on täydennyksen vuoksi käsitelty myös kahta muuta paljon toisistaan poikkeavaa terveystalouden esimerkkiä (tai mallia), joista voi oppia, kun valmistelu maamme terveydenhuollon tavoitteista, toteuttamisesta ja rakenteista seuraavan kerran käynnistyy.

Toinen niistä on Kaliforniassa markkinajohtajana toimivan Kaiser Permanentin toimintamalli, joka arvioitiin jo 2000-luvulle tultaessa Ison-Britannian valtakunnallista NHS-mallia paremmaksi.

Toinen on Suomessa toteutettu työterveysjohtamisen malli, joka tietenkin pitäisi uudistaa koko elämän kaarta koskevaksi. Nythän sillä ostetaan tekemättömän työn minimointi. Koko väestöön laajennettuna sillä pitäisi ostaa sen lisäksi myös enneaikaisten kuolemien minimointi.

Kummassakin näissä lähtökohtana on keskitetty johtaminen Kaiserin mallissa johtamisesta vastaa voittoa tuottamaton säätiö, joka toimii allianssiperiaatteella siten, että ylimmän johdon alaisuudessa sekä voittoa tuottavat että tuottamattomat tuotantoyksiköt ovat sallittuja ja niitä ylläpidetään ja arvioidaan ylimmän johdon toimesta vaikuttavuuden, laadun ja kokonaiskannattavuuden perusteiden. Tärkeää on ymmärtää, että tällaisella hajautetulla palvelumallilla, jonka hallinto ja hallinta on keskitetty, palvelullaan tällä haavaa yli 8 miljoonan kansalaisen terveyttä.

Vaihtoehtoihin verrattuna nyt valittu byrokraattinen hallintamalli on kömpelö.

16.3 Kustannusten ja rahoituksen hallinta

Jotta rahoituskokonaisuuden hallintaan saataisiin konkreettista pohjaa, tarkastellaan joitakin toteutuneita esimerkkejä. Niistä ensimmäisenä suurten kaupunkien rahankäyttöä vuosilta 1997–2018.

Tarkastelu osoittaa, että kaupungit eivät ole onnistuneet optimoimaan terveystaloutensa. Yhtenä keskeisenä syynä tähän on kehysbudjetoinnin suosion puute.

Kun vertailtiin vakiodulta tarveperustalta neljää suurehkoa, toistensa kaltaista kaupunkia keskenään, kalleimman ja halvimman välinen ero menoissa nousi noin 16 prosenttiin.

Seitsemän kaupungin vertailu osoitti niin ikään, miten suuria kustannuserot kaupunkien välillä ovat. Eniten optimoitavaa tässä vertailussa on Porin kaupungilla ja suurimpana selittäjänä on kaupungin ympärivuorokautiseen hoitoon käyttämä suuri rahasumma. Haasteelliseksi tilanteen Porin kannalta tekee se, että sen pitäisi samanaikaisesti optimoida sekä kustannusrakennettaan että elinajanodotettaan. Kun tämä optimointivelvoite nyt siirtyy maakunnan tehtäväksi, se vaikeutuu edelleen, koska Poria ympäröivän Satakunnan kunnat ovat viime vuosina jääneet sitäkin heikompaan asemaan elinajanodotteissaan. Aikaisemmin asia oli päinvastoin.

Askarruttamaan jääkin, onko maakuntamalli omiaan auttamaan tasapainottamisessa, vai synnyttääkö sen toteuttaminen pysyviä erimielisyyksiä kuntien välille. Kymmenen suurimman kaupungin terveystenon optimointivara voidaan arvioida vähintään yhden miljardin suuruiseksi.

Kun siirrytään tarkastelemaan terveystenon kokonaisprofiilia, kolme kustannuskokonaisuutta on viimeisten 20 vuoden aikana kasvanut erittäin jyrkästi:

- *Erikoissairaanhoidon ja erityisesti sen avohoidon osuus*
- *Ikääntyneiden ja vammaisten pitkäaikaishoidon*
- *Lääkkeet ja muut lääkinnälliset kulutustarvikkeet.*

Kuhunkin näihin kolmeen kohtaan on käytettävissä pätevät kustannusten optimointikeinot, joihin olisi tartuttava valtakunnallisen johdon toimesta.

Karkeasti arvioiden edellä mainittujen kolmen keskeisen kustannusnousua aiheuttavan tekijän yhteisoptimoinnilla voidaan saavuttaa noin 2–3 miljardin optimointihyöty vuositasolle laskettuna.

Lisäksi on otettava käyttöön nyt hyväksytyyn lain valmistelun ajaksi syrjään siirretty vertaiskehityksen työkalu, jonka avulla voidaan optimoida kattavasti koko maan tilanne.

Tällainen optimointihyöty tarkoittaa vaikuttavuustulosten parantamista vähäisemmin kustannuksin. Myös sen suuruus liikkuu miljarditasolla, mutta laskelmaa, joka sisältäisi samanaikaisesti kaikki esimerkkioptimointihyödyt ei ole suoritettu, joten kokonaisarviota ei voi toistaiseksi sisäkkäisyysvaikutusten vuoksi esittää.

Joka tapauksessa valtionvastuun menettelyllä pystyttäisiin kokonaismenokehystä tulevina vuosina hallitsemaan niin, että kansallista kestävyysvajetta ei turhaan vaurioitettaisi terveystenon seurauksena. Sen sijaan näin toimien suomalaisille voidaan samaan aikaan sekä tuottaa huippuluokan elinajanodote että hankkia vientituloja käyttöön otettujen huippudigituotteiden kansainvälisen menestyksen seurauksena.

16.4 Purkautuuko jännite digin avulla?

Luku, jossa käsitellään keinoja purkaa poliittisten näkemysten ja substanssi-osaamisen välisiä jännitteitä, on tällaiselle poliittisesti sitoutumattomalle substanssiosaajalle ehkä vaikein rasti.

Voi edustaa vain itseään ja kirjoittaa, millaisena näkee sen, 'että poliittinen näkemys ei korvaa substanssiosaamista missään määrin'. Omiin kannanottoihin pitäisi osata liittää jännitteiden purkamisen omasta puolestaan.

Substanssiosaajan näkökulmasta tuntuikin hyvältä turvautua tässä kokeneen ja asiaan perehtyneen toimittajan apuun.

Tähän tarjoutui tilaisuus, kun toimittaja Teija Sutinen kuvasi nykytilanteen ja sen kehittymisen HS:ssa 24.6.2021 hyvin tyhjentävästi (ks. kappale 10.2). Hän arveli, että uudistuksen hallintomallia alueineen tuskin enää perutaan, koska siihen tarvittaisiin uskottava, koko maan kattava ja perustuslain läpäisevä vaihtoehto, jollaista ei ole esitetty.

Tässä pamfletissahan sellainen nyt esitetään.

Yhtä ulottuvuutta Sutisen kuvaukseenkaan ei sisältynyt vielä sanallakaan. Se on asia, joka muuttaa palveluja kaiken aikaa: pankit, kaupan, opiskelun... Seuraavaksi se muuttaa terveystalvutkin - myös Suomessa. Sen nimi on digi.

Digi asettaa myös jo kuvaamani jännitteen poliittisten näkemysten ja substanssiosaamisen välillä uuteen asentoon, kun se saadaan käytännössä jokaisen kansalaisen vierelle ja avuksi. Tähän ei ole enää kovin pitkää odotusaikaa, joten Suomen pitäisi siirtyä mahdollisimman nopeasti kansainväliseksi tiennäyttäjäksi. Ihan kurkiauran kärkeen

Lääkäri on parhaiten koulutettu ammattilainen myös digitulevaisuudessa. Sen takia toivottavasti ei enää tulevaisuudessa perustuslain tulkinnalla voida estää kansalaista valitsemasta lääkäriä, jonka digitukitaitoon hän luottaa potilas-lääkärisuhteen lisäksi.

Digi on tulevaisuuden ratkaisuehdotuksessani keskeinen tekijä. Sen avulla vaalitaan tulevaisuudessa yhdenvertaisia terveystalvuita ja -oikeuksia.

Toivon siis kovasti, että digi nousee osaltaan jännitteen purkajaksi ja poliittiset päättäjät myöntävät, että kansalaisen vastuu ja vapaus on suurempi arvo kuin raskaan hallinnon taakka tai itsehallinnollinen juridiikka.

16.5 Vaihtoehtoinen ratkaisu

Vaihtoehtoinen ratkaisu on esitetty toteuttamisaikatauluineen sivuilla 182–190.

17 KENEN JOUKOISSA SEISOT – KENEN LIPPUA KANNAT?

Väestön hyvään tähtäävin ajatuksin aloitin Laitilan I kunnanlääkärinä v. 1971. Kolmantena toimintavuonna vuotuisten potilaskäyntieni määrä ylitti jo 9000 käynnin rajan (nykyisin terveyskeskuslääkärien vuotuinen käyntimäärä on noin 1600 käyntiä). Kunnanlääkärin työtyyli jatkui, vaikka silloin, kolmantena vuonna, oli jo tapahtunut suuri murros: Kansanterveyslaki säädettiin 1972 ja se tuli voimaan 1973. Näin ollen nämä käynnit tapahtuivat siis jo terveyskeskuslääkärin luo.

Laitilan terveyskeskuksen vastaavan lääkärin vastuu annettiin minulle heti lain tullessa voimaan, vaikka olin vastavalmistunut. Ansionani vastaavan lääkärin valinnassa pidettiin sitä, että olin saanut edellisenä vuonna kutsun lääkintöhallitukseen. Toimin nimittäin siellä alilääkärinä parin kuukauden ajan (virkavapaalla kunnanlääkärin hommasta). Kokeneet lääkintöneuvokset halusivat kuulla nuoren, hyvän koulutuksen saaneen vastavalmistuneen lääkärin mielipiteitä lain viimeistelyvaiheessa, jotta loppusalaus onnistuisi mahdollisimman hyvin.

Se tie johti sittemmin yhteistyöhön mm. ministeri Pirkko Työläjärven ja kansliapäällikkö Kari Puron kanssa. Näilläkin tapahtumilla oli merkitystä urapolulle. Sitouduin 'lääkäriyteen' koko sydämelläni.

Aloin miettiä voisiko lääkärin potilaana olla yksilön sijasta yhteisö. Ja sille tielle jäin. Siksi kirjoitin nyt tämän kirjan.

Siirryin lähemmäs Turkuja, opiskelukaupunkiani, Härkätien kansanterveystyön johtavaksi lääkäriksi. Hoidettavaksi tuli neljän kunnan tilanteiden yhteensovittaminen.

Näkökulmana se kiinnosti kovasti. Tiedonhallinnan välttämättömyys kirkastui uudessa tehtävässä nopeasti ja perustimmekin neljän terveyskeskuksen yhteisen kehittämissryhmän (Porin, Luoteis-Satakunnan ja Ulvila-Kullaan terveyskeskusten kanssa). Yhdistävänä tekijänä oli tietojärjestelmän tuottaja eli VTKK (Valtion tietokonekeskus). Kuinka ollakaan, siitä kasvoi pikapikaa kymmenien kuntien muodostama ATLAS-käyttäjien yhdistys, jonka hallitusta pääsin johtamaan.

Seuraava yhteisö, joka kutsui, olikin sitten jo toisenlainen. Siirryin Lääkäriliiton apulaistoiminnanjohtajaksi.

Lääkärinurani yhteisötasolla oli siis jo vakiintumassa. Tähän valintaan oli vaikuttanut osaltaan toimintani Kunnallislääkäriyhdistyksen johtokunnassa. Uuden apulaistoiminnanjohtajatyötehtävän myötä kontaktien määrä terveydenhuollon eri sidosryhmiin laajeni aivan uudelle tasolle. Neuvottelut, tapaamiset, yhteistyöprojektit, lehdistösuhteet ja kansainväliset opintomatkat muuttuivat arjeksi.

Eräs mieleenpainuvimmista tämän työn osista oli valmistella koko lääkärikunnan kattava lakkosuunnitelma. Sen tekemistä johdin reserviupseerikoulutuksen antaman opin mukaisesti: jokaiselle lääkärille laadittiin liiton toimistoon 'kantakortti' josta selvisi, mikä oli kunkin lääkärin työtehtävä mahdollisen lakon alkaessa.

Lopulta lakko ei alkanut. Matti Pekkanen tuli neuvottelemaan työhuoneeseeni Akavan silloisen puheenjohtajan Samuli Apajalahden kehotuksesta.

Mukana tässä neuvottelussa oli myös Lääkäriliiton hallituksen puheenjohtaja dos. Antti Louhija. Siinä neuvottelussa ratkaistiin, että lakkoa ei tule, sillä Pekkanen lupasi kirjata ns. 'Pekkassopimukseen' merkinnän, jonka perusteella lääkäripalkkauksen silloiset epäkodat mm. sairaalalääkäreiden alimitoitettujen päivystyskorvausten osalta korjattiin. Silloin korvaus oli nykyrahassa vain joitakin euroja tunnilta ennen uuden sopimuksen tuomaa parannusta. Lääkärikunnan saama rahoituserä oli kooltaan merkittävä ja ulottui toki muihinkin lääkäriryhmiin kuin päivystäviin sairaalalääkäreihin.

En kuitenkaan tullut valituksi Lääkäriliiton seuraavaksi toiminnanjohtajaksi, mutta onneksi lakkoneuvottelut olivat johtaneet yhteistapaamisiin myös Kunnallisen sopimusvaltuuskunnan ylimmän johdon kanssa. Olihan heidänkin osaltaan tyydyttävä 'pekkasratkaisuun'. Neuvottelun aikana tutustuin Turun apulaiskaupunginjohtaja Ilkka Järviseen, joka oli sopimusvaltuuskunnan hallituksen 2. varapuheenjohtaja.

Hän soitti aika pian neuvottelutapaamisen jälkeen ja pyysi minua hoitamaan Turun hallintoylilääkärin eli virastopäällikön tehtävää, jonka vakituinen hoitaja oli sairastunut. Järvinen kertoi tehneensä vähän taustaselvityksiä opiskelukaupungissani Turussa ja vakuuttuneensa, että sopisin tehtävää hoitamaan. Samaan aikaan sain toisenkin työtarjouksen: Helsingin apulaiskaupunginjohtaja Anna-Liisa Hyvönen pyysi hallintoylilääkäriksi Helsinkiin.

Valitsin perhesyistä opiskelukaupunkini Turun. Sitä tehtävää hoidin 18 vuotta.

Sieltä sain kutsun Sitraan eHealth-toimialajohtajaksi parikymmenvuotisen käytännön kokemuksien perusteella. Tällöin oli jo vahvistunut sen tosiasia, että ei ole perusteltua sitoutua mihinkään järjestelmätoimittajaan, vaan järjestelmän vaikuttavuushyötyihin.

Uusi tehtävä Sitrassa edellytti perehtymistä muun muassa pääomasijoittamiseen ja start-up-yritysten kehittämiseen. Sijoittamisvastuiden kenttä laajeni myös terveystalouksien puolelle ja haasteet kasvoivat. Sijoitimme esimerkiksi talousahdinkoon joutuneeseen Mehiläiseen, jonka sijoituksen vaikutukset käsittää nyt, vajaa 20 vuotta myöhemmin.

Lopulta yliasiamies totesi, että Sitrassa pitää olla myös sellainen vastuujohtaja, joka ei ole kytkettynä Sitran sijoituksiin, vaan valmistelee niistä riippumatta yhä laajentuvia terveydenhuollon kehityshankkeita. Sain siirron tähän tehtävään ja valmistelin Sitran edustajana maamme ensimmäisen public-private-

partnership kehittämishankkeen eli Jokilaakson Terveys Oy:n perustamisen, eResepti- ja KanTa-tiedostohankkeet, palvelusetelit sekä paljon muuta. Sekä Aatto Prihti että Esko Aho Sitran yliasiamiehinä varmistivat toimintamahdollisuudet. Niistä olen vieläkin kiitollinen.

Jäin Sitrasta eläkkeelle vuonna 2010 ja koska aikaa tällöin 'vihdoin vapautui', suoritin vasta tässä vaiheessa lääketieteen tohtorin opinnot. Väittelin ikääntyneiden rintasyöpäseulontojen hyödyistä vuonna 2014.

Eläkkeellä ollessani olen nyt paneutunut myös vapaaehtoistyön kehittämiseen sydänyhdistystoiminnassa sekä vastikään päässyt Vaikuttavuusseuran hallituksen varajäseneksi.

Kerroin urahistoriani näin yksityiskohtaisesti, jotta te, hyvät lukijat ymmärtäisitte, miten kokemusasiantuntijuus vahvuuksineen ja heikkouksineen syntyy ja voisitte itse arvioida sen painoarvon. En ole liittynyt mihinkään poliittiseen puolueeseen, koska kokisin sen haittaavan asiantuntijatyötä.

Oikein vai väärin?

Kun katson tuota kokemuspolkua, mietin oikeuttaako se kirjoittamaan tästä tässä ja nyt. Olemaan eri mieltä valtavirran kanssa siitä, mihin pitäisi mennä.

Entä, jos olenkin yksi 'Tegnell'?

Yhtä kaikki. Edellä kuvatuin eväin olen tässä julkaisussa olen päätenyt ehdottamaan Suomen terveydenhuollolle nykyisestä poikkeavaa tulevaisuutta siten, että uusi järjestelmä olisi kokonaisuudessaan käytössä jo vuonna 2036.

Jos saisin hetken toimia koko maamme lääkärinä, kaiken kansan parantajana.

Hallinto on kansalaista varten eikä kansalainen hallintoa varten. Poliitikko on kansalaista varten eikä kansalainen politiikka varten. Terveys on kansalaisen ominaisuus ja oikeus. Mitkä ovat hänen velvollisuutensa? Lääkäri palvelee häntä, ei politiikkaa eikä hallintoa.

© Ilmo Parvinen
ilmo.parvinen@gmail.com
p. 050 352 1970

Kunnallisan kehittämissäätien Julkaisusarjassa ovat ilmestyneet

1 Sami Borg & Sari Pikkala
KUNTAVAALITRENDIT (2017)

2 Toim. Soile Pohjonen & Marika Noso
KANSALAINEN KESKIÖÖN! NÄKÖKULMIA SOTE-UUDISTUKSEEN (2017)

3 Markku Lehto
MIKSI HANKE EI ONNISTUNUT – VAI ONNISTUIKO SE? (2017)

4 Tapio Häyhtiö
OSALLISUUTTA SOTE-PALVELUIHIN PALVELUMUOTOILEIMALLA? (2017)

5 Veera Värtinen
TUTKIJAT JA SOSIAALISEN MEDIAN KÄYTTÖ (2017)

6 Esko Hussi, Esa Mäkinen & Erkki Vauramo
IKÄÄNTYVÄ VÄESTÖ JA TOIMINTAKYVYN YLLÄPITO (2017)

7 Matti Wiberg (toim.)
FAKTAT JA POLITIIKKA (2017)

8 Antti Mykkänen
VALTUUTETTUIJEN ILMAPUNTARI 2017- KUNNAT, MAAKUNNAT JA YHTEISTYÖ (2017)

9 Sanna Laulainen, Helena Taskinen, Jere Rajaniemi, Erja Rappe, Päivi Topo & Sari Rissanen
KUMPPANUUDELLA KUNTOON–KUNTIEN JA JÄRJESTÖJEN YHTEISTYÖ IÄKKÄIDEN TERVEYDEN EDISTÄMISESSÄ (2017)

10 Auli Valli-Lintu
SOTE- JA KUNTARAKENTEN PITKÄ KUJANJUOKSU (2017)

11 Esa Ahonen, Maire Ahopelto, Matti Heikkinen, Marjo Huovinen-Tervo & Eeva Mäntymäki
NÄIN TEHDÄÄN SAUMATON SOTE-KAINUUN HILJAINEN TIETO 2003–2017 (2017)

12 Anneli Hujala & Johanna Lammintakanen
PALJON SOTE-PALVELUJA TARVITSEVAT IHMISET KESKIÖÖN (2018)

13 Anita Kangas
AKTIIVISET OSALLISTUJAT – KUNTALAISET KULTTUURI- JA LIIKUNTAPALVELUJEN KEHITTÄJINÄ (2018)

- 14 Juha Talvitie
100 VUOTTA KAAVOITUSTA – MUUTTUVA MAANKÄYTTÖ (2018)
- 15 Erkki Vauramo, Seppo Ranta, Jonna Taegen & Ira Verma
SOTE-PALVELUT MUUTTUVAT UUDISTUKSESTA HUOLIMATTA -
KONSORTION TYÖN TULOKSET 2015–2017 JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET
(2018)
- 16 Kaija Saranto, Eija Kivekäs, Sari Palojoki, Ulla-Mari Kinnunen, Olli Sjöblom
& Reima Suomi
TIEDONKULUN VAIKUTUS SOTE-PALVELUJEN MAINEESEEN (2018)
- 17 Jasmin Penttinen
ARVIO KUNTIEN KOTISIVUISTA (2018)
- 18 Tomi Venho
KABINETIN PUOLELLA
SÄÄTIÖT JA PUOLUERAHOITUS SUOMESSA (2018)
- 19 Niina Laine, Paula Timonen, Anne Halmetoja, Suvi Hakoinen, Heini Kari &
Hanna Kortejärvi
HOIVAYKSIKÖISSÄ LÄÄKEHUOLLON JA -HOIDON PITÄISI OLLA
JOUKKUEPELIÄ (2018)
- 20 Roosa Talvitie, Hannu Rantanen & Eeva Hämäläinen
KUNNAN ROOLI TURVALLISUUDESSA KOROSTUU (2018)
- 21 Raitio Katja, Sevón Eija & Rönkä Anna
DIGITAALINEN OPPIMISPELI VAUVAPOLKU: VANHEMMUUTEEN
VALMISTAUTUMISTA PELILLISEN OPPIMISEN KEINAIN (2019)
- 22 Hannes Manninen & Tapani Tölli
HELSINKI VS. MUU SUOMI – VASTAKKAINASETTELUSTA
YHTEISYMMÄRRYKSEEN (2019)
- 23 Timo Aro, Susanna Haanpää ja Anna Laiho
YRITYSDYNAMIIKKA KUNTIEN ELINVOIMATEKIJÄNÄ (2019)
- 24 Jyri Manninen, Anna Karttunen, Matti Meriläinen, Anna Jetsu &
Anna-Kaisa Vartiainen
HYVINVOINTIA JA SOSIAALISTA PÄÄOMAA – KANSALAIPOISTON MERKITYS
KUNNALLE JA ALUEELLE (2019)
- 25 Jorma Niemelä
JÄRJESTÖT SOTE-SUOMEA RAKENTAMASSA (2019)
- 26 Sakari Möttönen
SOTE-UUDISTAMISEN ANATOMIA. YHTEISKUNTAPOLIITTISIA NÄKEMYKSIÄ
SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON REFORMISTA (2019)

- 27 Auli Valli-Lintu
SOTE- JA KUNTARAKENTTEEN PITKÄ KUJANJUOKSU – OSA II (2019)
- 28 Jukka Pellinen, Vesa Voutilainen, Kari Sippola, Toni Mättö ja Antti Rautiainen
RISKIEN HALLINNAN KÄYTÄNNÖT SUOMEN SUURIMMISSA KAUPUNKIKONSER-
NEISSA (2019)
- 29 Erkki Vauramo
SOTE - PYRAMIDISTA PALVELUVERKKOON. IKÄÄNTYMINEN JA NIUKKA
TULEVAISUUS (2019)
- 30 Mimmu Alanko, Marja Kankaanranta & Saana Mehtälä
DIGITAALISET PORTFOLIOT SUOMALAISESSA VARHAISKASVATUKSESSA
(2020)
- 31 Pekka Kettunen
KUNTIEN MAAHANMUUTTOPALVELUT: HAASTEITA VAI HYVIÄ
KÄYTÄNTEITÄ (2020)
- 32 Anne Kallio
KUNTIEN TYÖLLISTYMISPALVELUT – ELINVOIMAN VAHVISTAMISTA VAI
SOSIAALIPALVELUA? (2020)
- 33 Arto Haveri
TULEVAISUUDEN KUNTAJOHTAMINEN (2020)
- 34 Taina Peltonen
KOULUTUSVIENNI – KUNTIEN UUSI PALVELUTUOTE? (2020)
- 35 Olli-Pekka Ryytänen, Erkki Vauramo, Teemu Malmi & Ville Koikkalainen
SOTE JA IKÄÄNTYMISEN ONGELMAT – SELVIÄMISPOLUN ETSINTÄÄ (2020)
- 36 Marja Keväjäarvi, Maria Lindholm & Arto Reiman
ETTÄ JOKU NÄKEE MUT – OMAISHOITAJAN HYVINVOINTI JA TARPEET
(2020)
- 37 Antti Mykkänen
KUNTADEMOKRATIA – VALTUUTETTUKYSELY 2020 (2021)
- 38 Fredriika Jakola & Eeva-Liisa Prokkola
VOIDAANKO RAKENNERAHASTOILLA VAIKUTTAA? KUNTIEN NÄKÖKULMA
(2021)
- 39 Toni Ryytänen, Torsti Hyyryläinen & Ryo Umeda
DIGITAALISET ALUSTA EKOSYSTEEMIT JA KUNTIEN ELINVOIMA –
TAPAUSTUTKIMUS JAPANISTA (2021)
- 40 Riikka Lämsä, Mia Niemi & Marjaana Seppänen
KOTI SAIRAALANA – ONNISTUNEEN KOTISAIRAALATOIMINNAN
EDELLYTYKSET
(2021)

41 Juha Hämäläinen
SOSIAALISESTI KESTÄVÄ YHTEISKUNTA – LÄHTÖKOHTIA, SUUNTAVIIVOJA,
REUNA-EHTOJA (2021)

42 Tiina Mäkelä & Marja Kankaanranta
COVID-19-PANDEMIAN VAIKUTUKSET TULEVAISUUDEN
OPPIMISYMPÄRISTÖIHIN (2021)

43 Tuomas Zacheus, Mira Kalalahti, Janne Varjo & Samira Harjula
YHTEISTYÖ NUORTEN OPINTO- JA URAOHJAUKSESSA (2021)

44 Hanna Wass, Timo M. Kauppinen, Paula Saikkonen & Heikki Hiilamo
KENEN HYVINVOINNISTA PUOLUEET VÄLITTÄVÄT? (2021)

45 Esa Ahonen, Maire Ahopelto, Matti Heikkinen, Marjo Huovinen-Tervo,
Terho Pekkala & Eija Tolonen (toim.)
SOTE-SOPAN KEITTOKIRJA – SOTE-UUDISTUKSEN TAUSTATEKIJÄT JA
KÄÄNNEKOHDAT (2021)

46 Ilmo Parvinen, Olli-Pekka Ryytänen & Erkki Vauramo
TEESEJÄ SOTEKESKUSTELUUN (2021)

JULKAISU

Ilmo Parvinen

SUOMEN TERVEYDENHUOLTO 2036 kansalaiskeskeisenä ja valtiovastuisena

Miten kansalaisten yhdenvertaisuus terveydenhuollossa toteutuu? Miten sote-uudistuksen tavoitteet voivat toteutua? Riittävätkö maakuntien hartiat? Millainen malli Suomeen tarvitaan tulevaisuudessa ensi vuosikymmenelle?

Lue, millaisia ratkaisuja LTT Ilmo Parvinen tarjoaa terveydenhuoltojärjestelmän uudistamiseksi yhteiskuntaa kohtaavien megatrendien edessä.

