

Logex Oy:n asiantuntijalausunto sosiaali- ja terveystieteiden valiokunnalle

Sosiaali- ja terveystieteiden valiokunta on pyytänyt asiantuntijalausuntoa Logex Oy:n Rami Kujanpäältä (toimitusjohtaja) ja Jussi Järveläiseltä (tuotekehitysjohtaja). Hallituksen esitykseen HE 241/2020 käsiteltäväksi STV:ssä 1.4.2021.

Logex Oy:n esittely

Logex Oy on eurooppalainen sote-toimialalle ICT-ohjelmistoja ja -palveluita tuottava yritys, jonka toimittamia sote-tiedolla johtamisen sekä kustannuslaskennan järjestelmiä käyttää suuri osa Suomen nykyisistä sairaanhoitopiireistä ja muista sote-kuntayhtymistä.

Lausunnon sisältö perustuu Logex Oy:n asiakkaiden kanssa, esim. sairaanhoitopiirien johtajia ja hallintoylilääkäreitä, käymiin keskusteluihin sekä ehdotuksen ja taustamateriaalin analyysiin. Logex Oy on aitiopaikalta pystynyt seuraamaan eri sairaanhoitopiirien ja muiden sote-organisaatioiden ongelmia ja ratkaisuehdotuksia sote-uudistuksen valmisteluvaiheessa, sekä kansainvälistä kehitystä mm. Johns Hopkins HealthCare -kumppanuuden kautta.

Tiivistelmä

Uudistus on sinänsä oikeansuuntainen sekä parantaa palveluita ja digipalveluiden toteuttamista.

Näemme esityksessä kolme perustavanlaatuaista ongelmaa, jotka vaarantavat merkittävästi sote-uudistuksen tavoitteiden saavuttamisen, tai ovat ristiriidassa niiden kanssa.

1. Ehdotetussa uudistuksessa on vakavia esteitä integroidun asiakaslähtöisen palvelun toteutumiselle, koska yksilön tietosuoja on kuitenkin liian vahva este tehokkaalle erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden yhteen toimimiselle, vaikka periaatteessa organisaatorajat näiden toimintojen välillä madaltuvat. Tämä on vahvasti ristiriidassa *hyvinvoinnin edistämisen* tavoitteen kanssa.
2. Niillä siirtymäajan sote-organisaatioilla ja alueilla, jotka eivät vielä ole yksi rekisterinpitäjä, ei ole mahdollisuutta tarkastella sote-palvelukokonaisuuksia asiakastasolla, joka on välttämättömyys hyvinvointialueen palveluiden järkevälle suunnittelulle ja valmisteluille. Toisilaki valmisteltiin valmiita integroitua sote-maakuntia ajatellen, mutta estää valmisteluvaiheessa tarvittavan tietopohjan keräämisen ja analytiikan: "2.4.7 Palveluiden

yhteensovittaminen ja eri palveluiden nykytila” -näkökulma ei ole mahdollista. Tämä on ristiriidassa *parhaiden ja tehokkaimpien toimintatapojen käyttöön* oton kanssa.

3. Ehdotettu rahoitusmalli perustuu kapitaatioon, jossa on huomioitu väestön sairastavuus ja muita tarvelähtöisiä perusteita. Tämä malli ei sisällä mitään taloudellisia insentiivejä hyvinvointialueille väestön terveyden edistämiseen ja väestön ennaltaehkäisevään hoitoon panostamiseen. Malli ruokkii korjaavaa kallista erikoissairaanhoidon. Tämä on vahvasti ristiriidassa *kustannusten nousun hillitsemisen* tavoitteen kanssa.

1. Uudistus painottaa liikaa yksilön tietosuojaa hyvinvoinnin edistämisen ja integroidun sote-järjestelmän toiminnan kustannuksella

Uudistus pureutuu organisaatiotason rakenneuudistukseen tuoden yhden uuden hallinnollisen kerroksen, jonka tavoitteena on mm. palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden varmistaminen.

Rakenneuudistus ei tarvittavissa määrin mahdollista yksilötason toimenpiteitä paljon palveluja käyttävien asiakkaiden tarkoituksenmukaisimman hoidon järjestämiseksi.

Yksilötasolla kaikkein ongelmallisinta on se, että vaikka yksilökeskeisyys on selkeästi tavoitteena, on sen toteuttaminen vaikeaa. Tämä on tarpeen palveluiden löytämisen ja kohdentamisen takia jo varhaisena puuttumisena ongelmiin, ennen niiden kumuloitumista kalliita korjaavia hoitomuotoja vaativaksi /2/. Sitten kun hyvinvointialue on yksi rekisterinpitäjä, estää tai merkittävästi hankaloittaa sekä potilastietolaki että lääkintälaitedirektiivi tietojärjestelmien kehittämistä yhteisasiakkuuksien ja paljon palveluja käyttävien palvelujen ohjaamiseen, eikä toisiolakikaan tuo tähän ratkaisua. Asiakasta koskeva tieto välittyy huonosti eri palveluntuottajien välillä /3/ s.32.

Potilaslain 13 §:n mukaan potilasasiakirjoihin sisältyvät tiedot ovat salassa pidettäviä eikä tietoja saa luovuttaa ilman potilaan tai hänen laillisen edustajansa kirjallista suostumusta. Suostumisten saaminen on hankalaa eikä niitä todennäköisesti saataisi ennakolta. Parempi malli olisi kuten NHS England (”opt-out”) tekee, että tietojen käyttö on sallitumpaa ellei asiakas ole sitä kieltänyt. NHS:ssä on jopa velvoite vastuulääkäreillä etsiä ja puuttua moniongelmaisiin ja paljon palveluja tarvitseviin riskipotilaisiin, pro-aktiivisesti. /4/

Lääkintälaitedirektiivin (MDR) perusteella kaikki ohjelmistot, joita voidaan välillisestikään käyttää asiakkaan diagnostiikkaan tai hoitopäätöksiin tulee sertifioida. MDR on tehty Eurooppa-tasoisena vain terveydenhuoltoa ajatellen eikä se koske sosiaalipalveluita. Sertifiointivaatimus estää osaltaan tietojärjestelmien valmistusta tilanteessa, jossa järjestelmä ei käsittele varsinaisesti lääketieteellistä tietoa, vaan hallinnollista tietoa esim. asiakkaan yleisestä palvelukäytöstä tai kuulumisesta tilastolliselta näkökulmalta laadittuihin asiakassegmentteihin kuten esimerkiksi asiakkaat, joilla on kohonnut riski korkeasta palvelutarpeesta.

Uudistus myös osittain lisää raja-aitoja eikä mahdollista tai ainakaan kannusta hyvinvointialueita kaikilta osin yhteistyöhön. Tämä näkyy esimerkiksi digitaalisissa järjestelmissä, joissa asiakkuus siiloutuisi hyvinvointialueen omiin järjestelmiin, eikä parhaita digitaalisia ratkaisuja saada aina yhteiskäyttöön. Pelkkä toive kansallisten järjestelmien yhteiskehittämisestä ei riitä.

EHDOTUKSEMME on kehittää lainsäädäntöä sekä sote-lakien että muun lainsäädännön (potilastietolaki, laki potilastietojen toissijaisesta käytöstä, tulkinta lääkintälaitedirektiivin soveltamisesta sosiaalipalveluihin sekä hallinnollisiin, ei-lääketieteellisiin, tietoihin) kautta siten, että lakitekniset esteet asiakkaiden segmentointiin ja moniongelmaisten asiakkaiden löytämiseen ja ongelmiin varhaiseen puuttumiseen poistuvat.

2. Siirtymäajan sote-organisaatioilla ei ole mahdollisuutta tarkastella sote-palvelukokonaisuuksia

Suurin osa tulevista hyvinvointialueista, eli ne, jotka eivät ole vapaaehtoisia sote-kuntayhtymiä, joutuvat valmistautumaan tuleviin tehtäviinsä siiloutuneeseen tietoon pohjautuen, jolloin tulevien sote-palvelukokonaisuuksien suunnittelu täytyy käytännössä tehdä ilman mahdollisuutta nykytilanteen arvioon. Toisiolaki mahdollistaa tuleville hyvinvointialueille sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelutietojen integraation potilas-/asiakastasolla tiedolla johtamisen ja suunnittelun tarpeisiin, mutta ei tee sitä valmisteleville organisaatioille. Kun sosiaalipalveluiden tietoja ei voida yhdistää terveydenhuollon tietoihin asiakastasolla koko hyvinvointialueen kattavasti, menetetään suuri osa uudistuksen hyödyistä vähintään ensimmäisen vuoden osalta, koska sen suunnittelussa ei pystytä esimerkiksi:

- analysoimaan paljon palveluita käyttäviä asiakkaita;

- analysoimaan palveluiden monialaisuuden ja yhteentoimivuuden tilannetta eri palvelukokonaisuuksissa;
- arvioimaan missä palvelukokonaisuuksissa ja millä alueilla ennaltaehkäiseviin ja ennakoihin palveluihin tulisi erityisesti panostaa ;
- löytää erityisiä panostuskohteita esimerkiksi sosiaalipalveluiden tehostamiselle analysoimalla niiden vaikuttavuutta suhteessa terveydenhuollon palvelukäyttöön sekä
- analysoimaan sote-palveluiden kokonaiskustannuksia kustannusten nousun hillitsemiselle keskeisten muutostoimenpiteiden löytämiseksi.

EHDOTUKSEMME on kehittää lainsäädäntöä niin, että tulevia hyvinvointialueita valmistelevilla organisaatiolla on tulevia hyvinvointialueita vastaavat edellytykset sote-tietojen käsittelyyn esimerkiksi niin, että valmistelevat organisaatiot ovat toisilain näkökulmasta omilla alueillaan yksi rekisterinpitäjä.

3. Kapitaatioon perustuva rahoitusmalli ei tue kustannusten nousun hillitsemistä eikä kannusta terveyden edistämiseen ja ennaltaehkäiseviin palveluihin

Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusjärjestelmä uudistetaan tarvevakioituihin kriteereihin perustuvaksi. Uudistuksen tavoitteena on myös kustannusten kasvun hillitseminen. Malli perustuu THL:n laskemiin tarvevakioikertoihin ja selvitykseen, joka ei ole tieteellisesti vertaisarvoitu tutkimus, vaan sisältää hyvin subjektiivisia ja mielivaltaisia valintoja. Mallissa on huomioitu väestön sairastavuus ja muita tarvelähtöisiä perusteita. Esimerkiksi alueelliset hinta- ja palkkaerot, velvoitteet järjestää palvelut kahdella kielellä sekä vieraskielisten asiakkaiden tulkkipalvelut on jätetty tarvekertomista pois, joka jättää huomiotta pääkaupunkiseudun erityispiirteitä /1/ s.78. Myöskään läpikulkumatkailun (joka konkretisoitui COVID-19-pandemian aikana) merkitystä ei ole huomioitu, ja kertoimet tulisikin laskea uudelleen tässä muuttuneessa tilanteessa huomioiden oikeudenmukaisesti ja tasa-arvoisesti kaikki tekijät.

Mitä sairaampaa hyvinvointialueen väestö on, sitä enemmän rahoitusta se saa. Asiaa tarkemmin miettimättä tämä ehkä kuulostaa oikeudenmukaiselta, tasa-arvoiselta ja vastuulliselta. Näin ei kuitenkaan ole, sillä tämä johtaa kansalliseen rahoituskatastrofiin, koska malli luo automaatin, joka ei kannusta kustannusten nousun hillitsemiseen, parhaisiin hoitokäytäntöihin tai hoidon tuloksellisuuden ja laadun kehittämiseen, vaan tulee räjäyttämään tulevana vuosina lisärahoituksen tarpeen sekä edistämään sairastavuutta.

Sairastavuus on vain osittain olosuhdemuuttujista johtuvaa ja vaikutettavuuden ulkopuolella, esim. alueen väestön ikärakenteen ja geeniperimän takia.

Suurelta osin sairastavuuteen voidaan vaikuttaa. Terveiden edistämisen ja ennaltaehkäisevin toimenpitein sairastuvuutta voidaan välttää kunnille jäävässä toiminnassa esimerkiksi panostamalla liikuntapaikkoihin, kouluihin ja ympäristöterveyteen, kun hyvinvointialueen toimenpiteiden joukossa on mm. entistä suurempi panostus perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon avopalveluihin (ml. hoidon jatkuvuuden turvaaminen), kouluterveydenhuoltoon, päihdehuoltoon sekä muulla ennaltaehkäisevällä valistustoiminnalla. Lisäksi esim. moniongelmaiseksi asiakkaaksi kehittymisen varhainen havaitseminen on tässä avainasemassa.

Hyvinvointialueella ei ole välitöntä taloudellista kannustinta panostaa em. toimintoihin, koska sairaampi väestö tuo alueelle lisää rahoitusta kalliisiin korjaaviin sairaalahoitoihin. Ääriseurauksena voi olla, että oman keskussairaalan laajan toiminnan takaamiseksi perustason palveluihin ei tietoisesti panosteta, vaikka vähempi erikoissairaanhoidon tarve tarkoittaisi sekä kasvanutta hyvinvointia että alhaisempia kustannuksia. Organisaatiossa koulutus- ja liikuntatoimi olisivat erillään sote-organisaatiosta, kunnilla, mikä edelleen huonontaa tilannetta.

Digitalisaatio sinänsä ilman lähipalvelupisteiden ja sote-henkilöstön vähentämistä digipalveluiden niitä osittain korvattaessa, ei hillitse kustannusten kasvua, joten rahoitus- ja kustannusongelmaan on löydettävä muita ratkaisuja.

EHDOTUKSEMME on tuoda rahoitusmalliin muutoksia, jossa vain pieni perusrahoitusosa annettaisiin kapitaatioperusteisena, jossa olisi mukana tarvekertoimiin väestörakenteeseen ja ei-vaikutettavissa oleviin muuttujiin perustuva painotus.

Suurin osa rahoitusta tulisi saada sote-palveluiden tuloksellisuuden ja vaikuttavuuden perusteella. Tuotettua hyvinvointia ei mitattaisi ainoastaan korjaavien palveluiden näkökulmasta vaan niin, että perustason palveluiden vaikuttavuutta mitattaisiin esimerkiksi vähentyneen erikoissairaanhoidon tarpeen kautta, ja kannustimien tulisi tätä tukea. Hyvää terveyspalvelua ei ole päästä nopeasti lääkäriin, leikkaukseen tai saada pillereitä, vaan parantua. Korjaavien palveluiden osalta tulisi tarkastella kokonaisten hoidettujen potilaiden hoitoepisodien lopputuloksia, huomioiden hoidon laatu ja vaikuttavuus esim. komplikaatioiden määrä ja potilaan itse kokema elämänlaatu. Maailmalla ja Suomessa on korjaavien palveluiden vaikuttavuuden kannustimiksi paljon

valmiita järjestelmiä ja niitä tukevia mittaristoja, jolla tämä voidaan toteuttaa oikeudenmukaisesti, tasa-arvoisesti ja vastuullisesti (arvoperustainen terveydenhuolto - *value based healthcare* ja kokonaisepisodikohtainen korvausmalli - *bundled payment*).

Malli tulee rakentaa siten, että se selkeästi kannustaisi panostamaan ennaltaehkäisevään toimintaan, terveyden edistämiseen, kustannustehokkuuden kehittämiseen sekä parempaan hoidon laatuun, eikä vain toimi kustannusten nousuautomaattina ja maakuntien välisenä tulontasausvälineenä.

Logex Oy

Espoossa 31.3.2021

Jussi Järveläinen, DI, tuotekehitysjohtaja

jussi.jarvelainen@logex.com p. 050-5492236

Rami Kujanpää, toimitusjohtaja

rami.kujanpaa@logex.com p. 040-1722092

Viitattut lähteet

/1/ THL - Raportti 6/2020 Sote-rahoituksen tarvevakiointi. Unto Häkkinen, Tuukka Holster et.al.

/2/ Kunnallissalan kehittämissäätö - Paljon sote-palveluja tarvitsevat ihmiset keskiöön. Julkaisu 12/2019. Anneli Hujala, Johanna Lammintakanen.

/3/ VTV - Paljon palveluja tarvitsevat ja käyttävät asiakkaat perusterveydenhuollossa. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset 11/2017. Marko Männikkö, Nina Martikka.

/4/ <https://www.england.nhs.uk/ig/risk-stratification/>