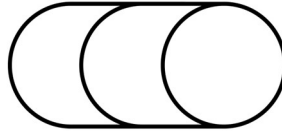




Etelä-Pohjanmaan
hyvinvointialue



KESKI-
SUOMEN
HYVINVOINTI-
ALUE

Puuttuvat diagnoositiedot ja virheet hyvinvointialueiden rahoitusta määrittävissä tarvetekijöissä

Jari Kankaanpää, ylilääkäri, Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue

Petri Kivinen, ylilääkäri, Keski-Suomen hyvinvointialue

Raportti 22.9.2025

Hyvä tavoite, puutteellinen toteutus

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa Suomi siirtyi uuteen rahoitusmalliin. Hyvinvointialueiden rahoituslain (617/2021) mukaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen rahoitus jaetaan suurelta osin (80 %) palvelutarpeen mukaan ja loppu osuus (20 %) määräytyy useamman tekijän, kuten asukasmäärän (13 %) perusteella. Varsinainen palvelutarpeen arvion mukainen rahoitus perustuu Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) kehittämiin terveydenhuollon, sosiaalihuollon ja vanhustenhuollon tilastollisiin tarvevakiointimalleihin.

Rahoituslakia laadittaessa perustuslakivaliokunta on hyvinvointialueiden rahoitusta koskevassa lausunnossaan todennut, että sosiaali- ja terveystalouden rahoituksen on oltava riittävä ja kohdennettava tarveperusteisesti oikeudenmukaisesti. Perustuslakivaliokunta on pitänyt olennaisena, että sosiaali- ja terveystalouden rahoituksen on riittävästi vastattava palvelutarvetta. (PeVL 15/2018 vp, s. 23.) Edelleen THL on tarvemallia koskevissa esityksissä todennut, että *“Muuttujavalinnassa on huolehdittava lisäksi siitä, että malliin valitut muuttujat ovat uskottavasti teoreettisesti perusteltavissa joko tarvetekijöiksi, tarjontatekijöiksi tai ei-kompensoitavaksi kysyntätekijöiksi, vaikka varsinaista kausaalitulkintaa estimaateille ei voikaan antaa”* ja että *“Käytettyihin muuttujiin ei saa liittyä liian hankalia kannustevaikutuksia.”*¹ Nämä periaatteet eivät kaikilta osin toteudu nykyisessä mallissa. Erityisesti kysymys on siitä, miten tämä THL:n periaatteenaan esittämä ”uskottavasti tapahtuva teoreettinen perustelu” voidaan todentaa toteutuneeksi, mikä on se arviointitapa, että perustelut voivat olla uskottavia? Olennaista olisi, että hyvinvointialueet voivat saada riittävän ja ymmärrettävän selvyuden esitetyn varsin kompleksisen mallin teoreettisesta toimivuudesta.

Tarkoitus tällä uudella rahoitusmallilla oli varmistaa, että rahat kohdennetaan sinne, missä palvelujen tarve on suurin, ja näin turvata kansalaisille yhdenvertaiset palvelut koko maassa. Käytännössä mallin toteutus on kuitenkin johtanut ongelmiin. THL:n laskentamallissa hyödynnetään mm. väestön ikärakennetta, sosioekonomisia tekijöitä ja ennen kaikkea Hoitoilmoitusrekistereihin (jäljestä Hilmo) kirjattuja diagnoositietoja. Malli nojaa siihen, että nämä tiedot kuvaavat luotettavasti väestön todellista sairastavuutta. Huolimatta siitä, että THL kerää tietoja useista eri rekistereistä, keskeisessä asemassa ovat Hilmo-oppaiden määrittelemät sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista kerättävät tiedot, erityisesti sairaaloissa ja perusterveydenhuollon toimintayksiköissä syntyvät useiden sairausluokkien diagnoositiedot.

Todellisuudessa hyvinvointialueilta kerätyt tiedot eivät ole olleet, eivätkä edelleen ole kattavia, eivätkä yhteismitallisia. Sairausluokamuuttujien osalta on merkittäviä eroja alueiden välillä, jotka eivät perustu todellisiin sairastavuuden eroihin. Osa alueista on saanut vähemmän

¹ Holster T ym. Hyvinvointialueiden sote-rahoituksen tarvevakiointimalli: päivitys 2025. THL Työpaperi: 2025_041. s. 14. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-578-6>

rahoitusta kuin palvelutarve edellyttäisi, kun taas toiset ovat hyötäneet epäselvästä järjestelmästä. Kyse on kymmenien, jos ei satojen miljoonien vääristymistä alueiden välillä.

Erot eivät selity sairastavuudella, vaan kirjaamiskäytännöillä ja asiakas- ja potilastietojärjestelmien toiminnalla. Tämä on todennettavissa mm. eri pitkäaikaissairauksien esiintyvyydestä vertaamisella hyvinvointialueiden välillä hoitoilmoitusjärjestelmän pitkäaikaisdiagnoosien määrää seuraamalla. Samoin voidaan todentaa, että useat alueet ovat onnistuneet lisäämään omaa rahoitustaan useilla kymmenillä miljoonilla muuttamalla diagnoosien kirjaamiskäytäntöitään tai muuttamalla tietojen teknistä ilmoittamista THL:n rekistereihin. Edelleen tilastoista on löydettävissä todennäköisiä virheitä, joiden tausta on selvittämättä

Seurauksena tästä rahoituksen epätasapainoista hyvinvointialueilla on jouduttu sulkemaan terveysasemia, tekemään henkilöstövähennyksiä ja jopa päädytty arviointimenettelyihin, mikäli alue on näyttänyt tilastoissa liian terveeltä. Toisaalla osalla alueista rahoitus on kasvanut, vaikka väestön ei todellisuudessa ole muuttunut aiempaa sairaammaksi.

Tietoja on puuttunut ja tarvetekijöiden määrittely on perustunut puutteelliseen tietoon

Rahoitusmalli rakentuu pitkälti pitkäaikaissairauksien rekisteröinnin varaan. Ajatuksena on, että jos alueella on paljon pitkäaikaissairaita, sen rahoitustarve on suuri. Tämä toimii vain, jos pitkäaikaisdiagnoosit kirjataan samalla tavalla kaikkialla ja tietojärjestelmät raportoivat ne samanlaisella logiikalla.

Potilastietojärjestelmät on rakennettu ensisijaisesti tukemaan terveydenhuollon kliinistä toimintaa. Niihin on lisäksi rakennettu toiminnallisuuksia tukemaan aiempaa sairaanhoitopiirien aikaista alueellista kuntalaskutusmallia, eikä niitä ole kehitetty vain ja ainoastaan kansallista tilastotiedon keruuta varten. Hoitoilmoitusjärjestelmän tiedonkeruuta on ohjattu nopeammin muutoksin, kuin mitä tietojärjestelmätoimittajat ehtivät niitä toimintakuntoisiksi versioiksi asiakkailleen käyttöön saada. Tietojärjestelmien saattaminen yhteismitallisiksi on monimutkainen, kallis ja pitkällistä kehitystyötä vaativa ponnistus.

Tietojen keruuta olennaisesti määrittävät THL:n ohjeet pitkäaikaisdiagnooseista ovat valitettavasti vaihdelleet vuosien varrella, mikä on johtanut erilaisiin tulkintoihin ja siten erilaisiin käytäntöihin pitkäaikaisdiagnoosien kirjaamiseen ja ilmoittamiseen Hoitoilmoitusjärjestelmään. Sairaaloiden poistoilmoitusrekisteri on ollut käytössä 1967 vuodesta lähtien. Poistoilmoitusrekisteri todettiin liian suppeaksi palvelurakenteen muutosten seurantaan, minkä vuoksi se korvautui vuonna 1994 hoitoilmoitusrekisterillä.² Vuoden 1995

² Nylander O, Ruotsalainen P. Hoitoilmoitusten avulla kokonaiskuva sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteesta. Suom Lääkäril 1995; 50:2833-2839.

alusta mukaan liitettiin sosiaalihuollon laitospalveluista ja niitä korvaavista avopalveluista.³ Vuodesta 1998 alkaen julkisen erikoissairaanhoidon avohoitokäynneistä alettiin keräämään tietoja. Edelleen rekisteritiedon keräämiseen lisättiin vuodesta 2011 alkaen perusterveydenhuollon käynneistä tietojen kerääminen.⁴ Sittemmin rekisterikokonaisuutta on täydennetty perusterveydenhuollon ja kotihoidon hoitoilmoitusrekistereillä ja sosiaalihuolto eriytetty omaksi rekisterikseen. THL:n mukaan näitä tietoja käytetään laajasti eri tarkoituksiin, mm. THL:n arviointitoimintaan ja erilaisiin kansainvälisiin tilastoihin. Edellä mainitut rekisterit on luotu tutkimuksellisiin tarkoituksiin. Niitä ei ole suunniteltu käytettäväksi rahoituksen tarvetekijöiden määrittelyyn, siten niiden soveltuvuutta ei myöskään ole testattu tai optimoitu tähän tarkoitukseen.

THL:n ohjeissa todettua pitkäaikaisdiagnoosin käsitettä ei ole ollut olemassa silloin kun osa potilaista on sairauteensa sairastunut. Diagnoosien määrät ovat olleet hyvinvointialueita edeltävillä kunnilla, kuntayhtymillä ja sairaanhoitopiireillä riippuvaisia niin lääkäritilanteesta kuin terveydenhuollon henkilöstön tietoteknisestä osaamisesta. Tämä erilainen kyky tuottaa diagnooseja Hoitoilmoitusjärjestelmään on edelleenkin hyvinvointialueilla edellä mainituista syistä suuresti vaihtelevaa.

Vanhat diagnoosit myöskään eivät ole kaikilla aiemmilla toimijoilla kirjautuneet rakenteelliseen muotoon, koska sairastamisaikana tätä rakenteellista kirjaamisen muotoa ei ole edes ollut olemassa. Terveydenhuollossa sekä aikaisemmin kuin nykyäänkin on hyvin yleistä, että lääkäri sanelee käyntitekstiin tai hoitojakson päättävään hoitoyhteenvetoon potilaan merkittävimmät hoitoon vaikuttavat sairaudet ja vain osa niistä tulee koodatuksi rakenteisessa muodossa diagnoosikoodein. Tästä huolimatta kyseisten sairauksien merkitys ajankohtaisesti potilasta terveydenhuollolle syntyvistä kustannuksista on voinut olla merkittävä.

THL:n asiantuntija on todennut jo 2021 ennen hyvinvointialueiden toiminnan käynnistymistä, että *“Tietojen poiminta tuottajaorganisaatioiden järjestelmistä on yksi kriittinen vaihe, johon pitää kiinnittää huomiota. Tietojärjestelmät ovat monimuotoisia, mikä on haaste, kun pyritään keräämään vertailukelpoista tietoa. Lisäksi poiminnot ovat välillä monimutkaisia eikä keskeisimpiä tarkistuksia huomata aina tehdä ennen tiedonsiirtoa. Ulkoistukset ja ostopalvelut voivat myös tuottaa haasteita, vaikka sinänsä tietopoiminnoista näissäkin tilanteissa on ohjeet. Kirjaamiskäytäntöjen erot heijastuvat myös Hilmo-tietoihin.”*⁵

Siksi olennainen kysymys on myös se, onko tälle havainnolle tehty määrätietoisesti ja olennaisella tavalla tilannetta parantavia muutoksia, ennen kuin näitä tietoja on otettu hyvinvointialueiden rahoituksen tarpeiden määrittelyn keskeisiksi tiedoiksi? Tämä ongelma on

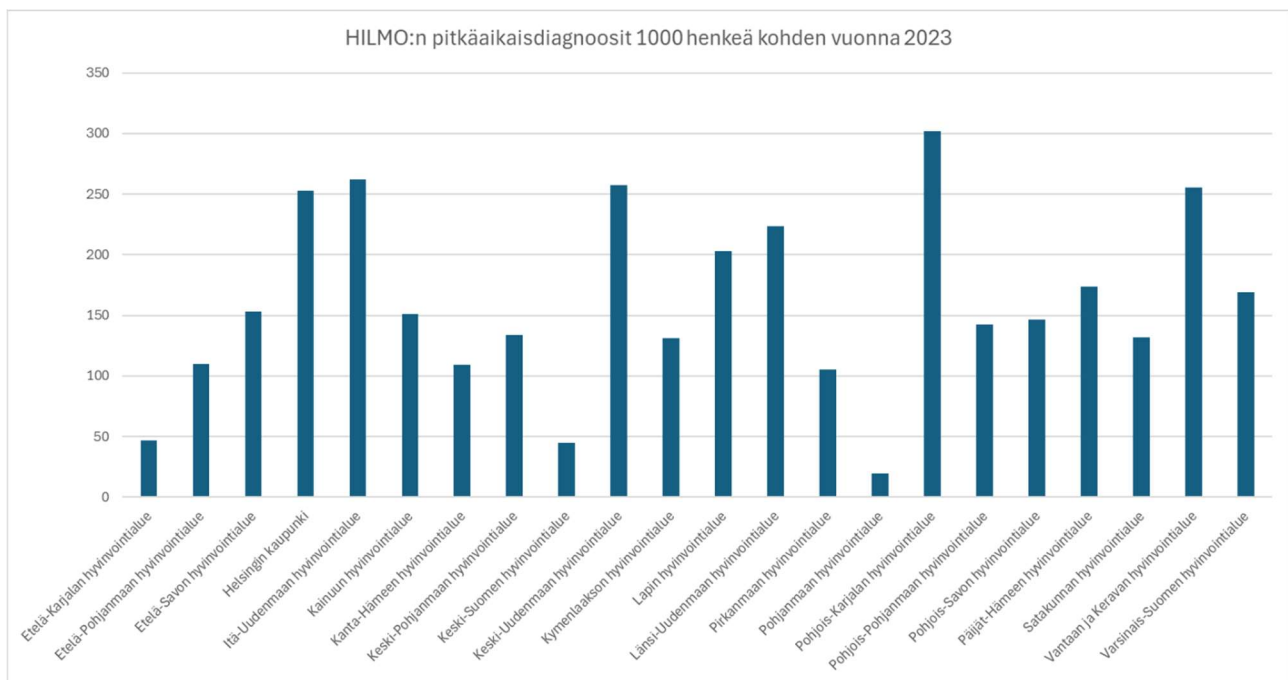
³ Salmela R. Sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitusjärjestelmä vuonna 1996. Suom Lääkäril 1996; 51:595-597.

⁴ Järvelin J. "Kansallisten rekistereiden lisäksi kirjaaminen on tärkeää myös terveydenhuollon ammattilaisten oman organisaation toiminnassa". Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2021;137(8):885-6).

⁵ Järvelin J. "Kansallisten rekistereiden lisäksi kirjaaminen on tärkeää myös terveydenhuollon ammattilaisten oman organisaation toiminnassa". Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2021;137(8):885-6

siis ollut THL:n tiedossa, mutta onko sitä tunnistettua riskiä ja virhelähdettä riittävällä tavalla tuotu rahoitusmallista päättäneiden tietoisuuteen?

Näin ollen ongelma ei ole yksittäisten lääkärien tai hoitajien työssä, vaan kyseessä on rakenteellinen ongelma. Koska lisäksi ohjeistus on ollut ja on edelleen epäselvä ja tiedot ovat siirtyneet ja yhä siirtyvät eri tavoin, lopputulos ei voi olla vertailukelpoinen. Kuvassa yksi havainnollistetaan, että pitkäaikaisdiagnooseja väestöön suhteuttaen on ilmoitettu hoitoilmoitusjärjestelmään hyvin eri tavalla, ääripäiden eron ollen jopa 15-kertainen (Kuva 1).



Kuva 1. Vuoden 2023 HILMO-tiedoissa olevien pitkäaikaisdiagnoosien määrä hyvinvointialueittain suhteutettuna 1000 asukkaaseen (31.12.2023 väkiluku) kohden. Kuvaaja on laskettu Hilmon julkisten tietojen ”Kaikki diagnoosit (ICD-10)” pitkäaikaisdiagnooseja käyttämällä. Kuvaaja ei huomioi sitä, mikäli samalla potilaalla on useampi pääryhmän eri diagnoosi ja on suuntaa antava arvio kokonaistilanteesta. Kuvaajan perusteella pitkäaikaisdiagnoosien raportoinnissa on jopa 15 kertaisia eroja alueiden välillä, jotka eivät voi edustaa todellista hyvinvointialueiden välistä tilannetta. (lähde: Somaattisen ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon sekä perusterveydenhuollon osastohoidon potilaiden pää-, sivu- ja pitkäaikaisdiagnoosit hyvinvointialueittain, haettu 5.9.2025)

Pitkäaikaisdiagnoosien puutteet alueilla johtuvat kirjaamiskäytäntöjen lisäksi tietojärjestelmätoimittajien väärintulkitsemasta THL:n epäselvästä ohjeistuksesta

Tilannetta pahentaa se, että eri alueilla käytetään erilaisia potilastietojärjestelmiä, joiden ilmoitustapa hoitoilmoitusrekisteriin on toisistaan poikkeava. Näiden tekniset erot vaikuttavat ratkaisevasti siihen, millaisia tietoja rekisteriin päätyy.

Joissakin järjestelmissä pitkäaikaisdiagnoosi jää automaattisesti voimaan ja siirtyy rekisteriin jokaisella käynnillä riippumatta siitä kirjaako ammattilainen sitä. Toisissa järjestelmissä se näkyy vain, jos ammattilainen liittää sen erikseen pää- tai sivudiagnoosiksi (Kuva 2). Tämä tarkoittaa, että potilas voi “parantua tilastoissa”, jos diagnoosia ei muisteta liittää jokaiseen käyntiin. Yksittäisen potilaan kohdalla tämä voi tarkoittaa sitä, että terveydenhuollon ammattilaisen olisi tullut liittää jopa kymmenet eri sairausdiagnoosit käyntiin, jotta rahoitus olisi varmistunut kyseiselle vuodelle.

Käytännössä tämä luo valtavia eroja. Yhdellä alueella potilas, jolla on todettu krooninen sairaus, näkyy rekisterissä jokaisella käynnillä pitkäaikaisdiagnoosien kanssa. Toisella alueella samanlainen potilas ei näy, jos pitkäaikaisdiagnoosia ei ole erikseen kirjattu ammattilaisen toimesta. Rahoitus määräytyy siis sen perusteella, mikä järjestelmä on käytössä, ei sen perusteella, kuinka sairaita ihmiset ovat.



Kuva 2. Esimerkki tietojärjestelmien erilaisesta toiminnasta. diagnooseja. Toimitustavalla 1 vain verenpainetauti (I10) siirtyy Hoitoilmoitusjärjestelmään ja viisi pitkäaikaisdiagnoosia eivät siirry Hoitoilmoitusjärjestelmään. Toimitustavalla 2 potilaan kaikki pitkäaikaissairaudet siirtyvät rekisteriin. Mikäli THL ei saa tietoa sairauksista muita kautta, muodostuu toimitustapojen välille merkittävä ero rahoituksen kannalta. Kun vastaava toistuu kaikkien

asukkaiden kohdalla, ovat rekisteriin päätyvät pitkäaikaisdiagnoosit merkittävästi erilaiset kuvaa 1. vastaten.

On kiistatonta, että osa hyvinvointialueiden käytössä olevista potilastietojärjestelmistä ei ole ilmoittanut hoitoilmoitusjärjestelmään jokaisesta käyntitapahtumasta tai hoitojaksosta taustatietoina pitkäaikaisdiagnooseja. Ne ovat siirtyneet hoitoilmoitusjärjestelmään vain silloin kun ne on kirjattu niin kutsuttuina käyntisyytietoina, eli sellaisina tietoina, jotka ammattilainen on merkinnyt.

Eräät hyvinvointialueiden käytössä olevat tietojärjestelmät puolestaan ilmoittavat erittäin kattavasti pitkäaikaisdiagnoosit tapahtuman taustatietoina, mikä johtaa merkittäviin eroihin alueiden välillä. Voidaankin todeta, että hyvinvointialueiden tarvetta ilmaisevien tekijöiden keruussa yhdeksi merkityksellisimmäksi on muodostunut se, mitä asiakas- ja potilastietojärjestelmää alue sattuu käyttämään ja miten laajasti ammattilaiset ehtivät tietoja kirjaamaan rakenteisesti pitkäaikaisdiagnoosien automaattisen taustailmoituskäytännön puuttuessa. Tämä ei vastaa rahoituslain alkuperäistä tarkoitusta, eikä turvaa asukkaiden tasapuolista kohtelua

Edellä mainitun lisäksi THL:n ohjeistus (hoitoilmoitusoppaissa eri vuosina ja potilastiedon kirjaamisen yleisopas) on ollut ristiriitainen pitkäaikaisdiagnoosien osalta, minkä perusteella asiakas- ja potilastietojärjestelmätoimittajat ovat tulkinneet hoitoilmoitusjärjestelmään toimitettavien tietojen laajuutta eri tavoin.

Esimerkiksi Hilmo-opas vuodelta 2020 ⁶ ohjeistaa hyvinvointialueita seuraavasti:

*Pitkäaikaisdiagnoosi **voidaan** ilmoittaa, vaikka se esiintyisi samanaikaisesti myös pää- tai sivudiagnoosina.*

Pitkäaikaisdiagnoosi ilmoitetaan potilaan jokaisen käynnin ja hoitojakson tiedoissa. Sillä on yleensä merkitystä useiden käyntien tai hoitojaksojen aikana, vaikka ne eivät olisi hoidon varsinainen syy.

Osa tietojärjestelmätoimittajista vaikuttaa ymmärtäneen asian siten, että pitkäaikaisdiagnoosin ilmoittaminen on vapaaehtoista, koska THL on ohjeistanut, että diagnoosi “voidaan” ilmoittaa. Tällöin huomiotta on jäänyt oppaan toinen lause, joka velvoittaa ilmoittamaan jokaisen diagnoosin kaikissa käynneissä. Loogisesti lauseiden järjestys tulisi olla käänteinen toisiinsa nähden, jotta asia olisi täsmällisesti ymmärrettävissä, sillä ensimmäinen lause on jälkimmäisen lauseen täsmennys.

Vuoden 2023 Hilmo-opas ⁷ ei jostain syystä ota kantaa, kuinka pitkäaikaisdiagnoosit tulisi ilmoittaa THL:lle. THL on sen sijaan täsmäntänyt sanamuotoa vuoden 2025 ⁸ oppaaseen:

⁶ Ks. <https://www.julkari.fi/handle/10024/138288>

⁷ Ks. <https://www.julkari.fi/handle/10024/145806>

⁸ Ks. <https://yhteistyotilat.fi/wiki08/display/JULHI22>

Pitkäaikaisdiagnoosi ilmoitetaan, vaikka se esiintyisi samanaikaisesti hoitojakson, käynnin tai muun asiointin diagnoosina (pää- tai sivudiagnoosina).

Pitkäaikaisdiagnoosi ilmoitetaan potilaan jokaisen käynnin ja hoitojakson yhteydessä, koska pitkäaikaisdiagnoosi on yleensä merkityksellinen useiden hoitojaksojen ja/tai käyntien ja/tai muiden asiointien aikana, vaikka ne eivät olisi hoidon varsinainen syy.

Vaikka hyvinvointialueilla ei ole pääsyä hyvinvointialueiden rahoitusta määrittävien tarvetekijöiden pohjalla oleviin laskelmiin ja niiden eri vaiheisiin, ei hyvinvointialueilla lähtökohtaisesti olisi syytä epäillä, etteikö tarvetekijöiden määrittelyssä käytetyt laskelmat olisi oikein laskettu. Hyvinvointialueet voivat vain luottaa siihen, että rahoitus olisi laskettu oikeudenmukaisesti. Hyvinvointialueiden tehtävä ei ole tarkistaa sitä, onko THL oikeaoppisesti varmistanut tietojen toimituksen yhtenäisyyden eri alueiden välillä. Hyvinvointialueille ei ole myöskään käytössä tietojärjestelmätoimittajien lähdekoodia, josta ne voisivat tarkistaa ovatko tietojärjestelmätoimittajat ymmärtäneet THL:n ohjeistuksen oikein.

Aiemmin kuvatun perusteella on kuitenkin syytä olettaa, että rahoituksen tarvetekijät eivät ole oikein laskettu, koska lähtötiedot eivät ole yhteismitallisia vaan osittain puutteellisia. Tämä johtuu siitä, että hyvinvointialueilta on toimitettu vaihtelevissa määrin laskennassa hyödynnettäviä pitkäaikaisdiagnooseja.

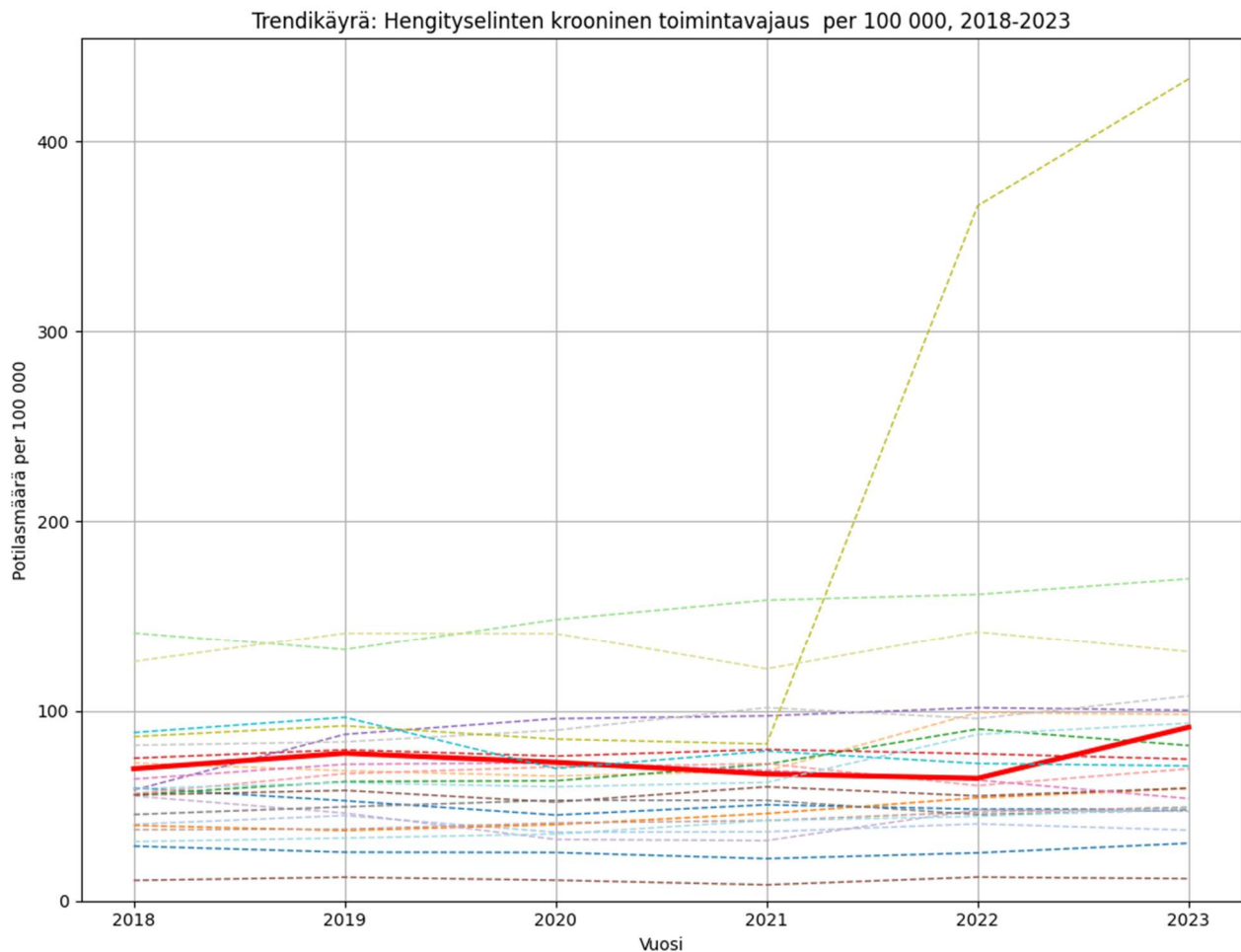
Tämän vuoksi useilta hyvinvointialueilta, kuten Keski-Suomen hyvinvointialueelta on jäänyt raportoitumatta hoitoilmoitusjärjestelmään olennaisia määriä pitkäaikaisdiagnooseja, jotka määrittävät rahoituksen pohjalla olevia tarvetekijöitä. Tämä on johtanut siihen, että Keski-Suomen väestö näyttää terveemmältä, kuin esimerkiksi mitä eri sairauksien ilmaantuvuuden ja vallitsevuuden perusteella voisi olettaa. Asia on todennettavissa eri sairauksien alueellisessa ilmaantuvuudessa ja verratessa väestöä vastaavan kaltaisiin hyvinvointialueisiin. Samoin asia on todennettavissa tietojärjestelmätoimittajien tekemien korjausten perusteella, jotka ovat osalla alueista johtaneet useiden kymmenien miljoonien lisään rahoituksessa.

Rahoitusmallissa on virheitä, jotka eivät selity normaalilla vaihtelulla

Rahoitusmallissa on todennettavissa myös virheitä, jotka eivät selity normaalilla vaihtelulla. Nämä virheet siirtävät rahoitusta arviolta useiden kymmenien miljoonien arvosta. Hyvinvointialueilla ei ole taloudellista intressiä virheiden korjaamiseen tai niiden syiden selvittämiseen. THL:lle on ilmoitettu virheistä jo vuonna 2024, mutta tehty ilmoittaminen ei ole johtanut jatkotoimiin. Selvyyttä ei ole siitä kenelle viranomaiselle mahdollisten virheiden valvonta kuuluu.

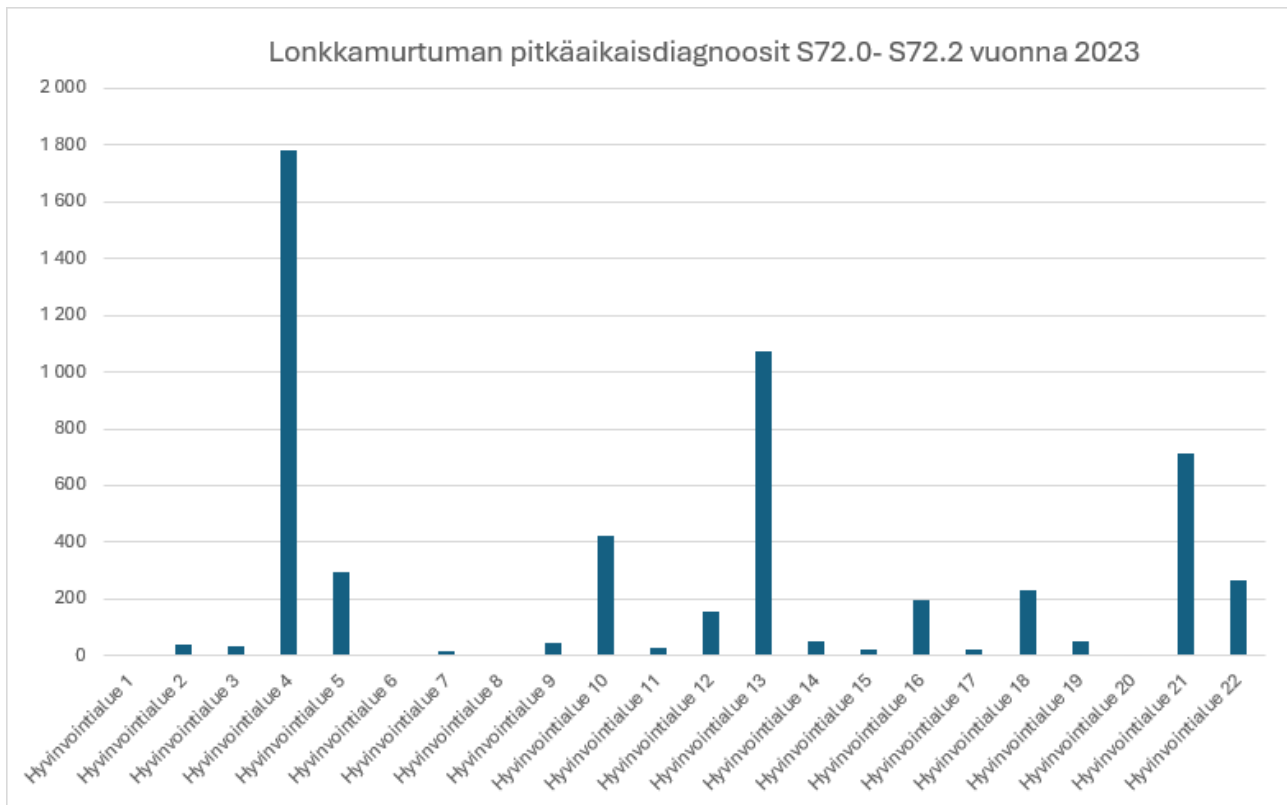
Konkreettisia esimerkkejä:

Esimerkki 1: Krooninen hengitysvajaus (J96.1): Yksittäisen hyvinvointialueen alueella esiintyy yli 30-kertainen määrä (potilaita per 100 000 asukasta) kroonisen hengitysvajauksen diagnoosin omaavia potilaita verrattuna vähiten näitä diagnooseja raportoineeseen alueeseen. Yhteensä alueella on tilastoissa näitä diagnooseja 0,4% koko alueen väestöstä. Lääketieteellisesti tämä tarkoittaisi sitä, että yksi jokaisesta alueen 250:sta asukkaasta käyttäisi, happipulloa, happirikastinta tai eläisi ulkoisen hengityslaitteen varassa. Tämä yksinkertaisesti ei voi pitää paikkaansa.



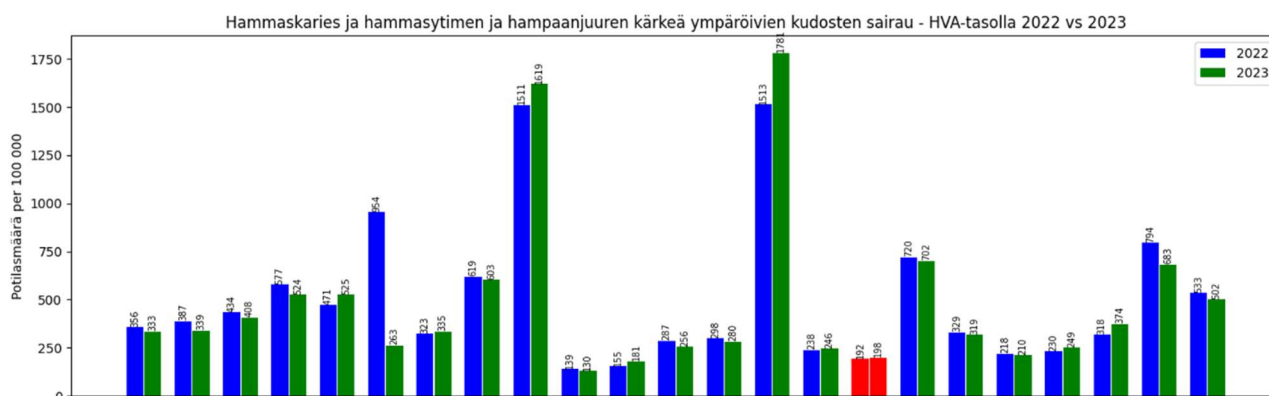
Lähde: Tarvevakioinnin potilasmäärät tarvevakioinnin laskennan aineistosta eri vuosina. Kuvaaja kuvaa lopullisessa laskennassa mukana olevia potilaita eri hyvinvointialueilla 100 000 asukasta kohden. Punainen viiva kuvaa Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialuetta.

Esimerkki 2. Lonkkamurtuma:



Yksittäisen alueen tilastoista löytyy lähes 1800 pysyvää lonkkamurtumaa (S72.0-S72.2). Lonkkamurtuman merkkäminen pysyväksi on kyseenalaista ja todennäköisesti kuvaa potilastietojärjestelmän taipumusta syöttää kyseinen diagnoosi pitkäaikaiseksi. Vastaavilla alueilla myös muut vammat on usein kirjattu pitkäaikaiseksi. Kuvaaja kuvaa reisiluun murtumien pitkäaikaisdiagnooseja (absoluuttinen lukumäärä) hyvinvointialueilla vuonna 2023. Koska murtumat on merkattu tietojärjestelmässä pitkäaikaiseksi, kirjaukset aiheuttavat vuosittain yli useiden miljoonien rahoituksen siirtymäpaineen alueelle 4. Murtumat eivät voi olla pitkäaikaisia, niiden myöhäisvaikutukset kyllä, mutta niille on käytettävä silloin eri koodia, jonka tarvevakioinnin kerroin on merkittävästi pienempi. Lähde: Somaattisen ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon sekä perusterveydenhuollon osastohoidon potilaiden pää-, sivu- ja pitkäaikaisdiagnoosit hyvinvointialueittain, haettu 5.9.2025)

Esimerkki 3. Hampaiden reikiintyminen.



Hampaiden reikiintyminen (karies) väestöön suhteutettuna vuosina 2022 ja 2023. Hampaiden reikiintymisestä kuvaavassa tarvevakioinnin muuttujassa on jopa 10 kertainen ero kahden väestöpohjaltaan samanlaisen välillä. Koska hammaslääketieteen osalta vain erikoissairaanhoidon kirjaukset huomioidaan, todennäköisesti ero kuvaa merkittävää eroa Hoitoilmoitusjärjestelmän ilmoitustavoissa erikoissairaanhoidon hammashoidon osalta. Lähde: Tarvevakioinnin potilasmäärät tarvevakioinnin laskennan aineistosta. Kuvaaja kuvaa lopullisessa laskennassa mukana olevia potilaita eri hyvinvointialueilla 100 000 asukasta kohden.

Tarvemallin on ajateltu korjaavansa puutteellisia diagnooseja ja sairastavuustietojen kirjaamisia ajan kuluessa, mutta mallia käyttöönotettaessa ei ehkä ajateltu diagnoosien ilmoittamisessa tapahtuvan näin äkillisiä muutoksia, kuin mitä kuva 3 osoittaa eri hyvinvointialueiden välillä tapahtuneen. Sairastavuus alueilla tuskin on kasvanut alueilla tällaisia määriä, vaan kuvaa reagointia tulevaan rahoitusmalliin. Osa muutoksesta voi selittyä myös yleisesti tarkentuneella diagnoosikirjaamisella.



Kuva 3. Hyvinvointialueet A-F verrattuna Keski-Suomen hyvinvointialueeseen. Luku kuvaa kaikkien ammattilaisten, terveydenhuollon avohoidossa kirjattujen diagnoosien lukumäärän kasvua verrattuna vuoden 2018 tasoon. Selvyyden vuoksi todettakoon, että kuvaajissa on huomioitu siis kaikki potilaille kirjatut diagnoosit. Sairastavuutta määrittävässä tarvemallin laskennassa huomioidaan henkilö kutakin diagnoosia kohden vain kerran vuodessa. Punainen viiva kuvaa vuotta 2021, jolloin hyvinvointialueen rahoituksen periaatteista koskeva ehdotus annettiin Eduskunnalle.

Datan lähde: THL Avohilmo: Terveydenhuollon avohoidon ICD-10-diagnoosit kunnittain ja hyvinvointialueittain, https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/avo/perus06/summary_icd1001, kaikki palvelumuodot, kaikki ammatit, data poimittu 15.8.2025.

Laskentamallia ei tule laajentaa ennen kuin lähtötiedot on arvioitu yhteismitallisiksi. Lisäksi tarvitaan siirtymäaikoja.

THL on ehdottanut 29.8.2025⁹ julkistamassaan työpaperissa, että rekisteritietojen kattavuutta lisätään ja mukaan otetaan uusia tietolähteitä, kuten lisää diagnooseja ja kontakteja.

⁹ Ks. <https://thl.fi/-/thl-n-ehdotus-sote-rahoitusta-koskevan-laskentamallin-paivittamiseksi-sairausluokkien-lisaaminen-ja-tietopohjan-laajentaminen-tarkentaisivat-arviota-palvelutarpeesta>

Perusongelmaa tämä ei kuitenkaan ratkaise. Jos lähtötiedot eivät ole yhteismitallisia, pelkkä datan lisääminen ei paranna vertailtavuutta – päinvastoin se voi lisätä vinoumia.

Jos hyvinvointialueiden keskinäistä jakosuhdetta määrittävät lähtötiedot eivät tällä hetkellä ole yhteismitallisia, ei sairaustietojen määrän laajentaminen korjaa todennäköisesti riittävästi puutteita, vaan pikemminkin lisää sitä. Asiakas- ja potilastietojärjestelmissä voidaan määritellä, missä yhteystavoissa (Hilmossa 23 kpl erilaista) diagnoosin kirjaaminen on pakollista. Mm. Keski-Suomen hyvinvointialueella ei diagnoosin kirjaamista edellytetä pakollisena diagnoosin kirjaamista kaikissa Hoitoilmoitusjärjestelmän mukaisissa yhteystavoissa. Sen vuoksi muissa kuin nyt pakollisen tiedon omaavissa yhteystavoissa diagnooseja ei juuri kirjoiteta. Sen lisäksi kirjaamisen laadun kasvattaminen kaikkiin ammattilaisiin, kaikkiin palvelumuotoihin ja kaikkiin yhteystapoihin on usean vuoden vaativa työ sellaisilla hyvinvointialueilla, jotka ovat aloittaneet ilman aiempaa kuntayhtymätaustaa tai joilla tietojärjestelmät eivät ole toimineet oikealla ja tehokkaalla tietoa keräävällä tavalla.

Hyvinvointialueet ovat myös eri asemassa sen suhteen mitkä tietojärjestelmäversio tai kuinka monta eri potilastietojärjestelmää niillä on käytettävissä hyvinvointialuetta edeltävältä ajalta. Asian korjaaminen voi vaatia osalta alueista muutoksia useaan eri potilastietojärjestelmään. Osalla alueista tiedot voivat olla myös vanhan järjestelmän osana, jolloin tietoon ei välttämättä päästä samalla tapaa käsiksi, ja diagnoosien siirtyminen on mahdollista vain käsityönä terveydenhuollon ammattilaisten tekemänä kirjaamisena.

THL esittää sairaustietojen keräämisen laajentamista mm. kaikkien ammattiryhmien, palvelumuotojen (31 kpl) ja yhteystapojen (23 kpl) osalta ja nostamalla laskennassa huomioitavien sairausluokkien määrää suuremmaksi. THL on 29.8.25 julkaissut tarvemallin päivityksen osana rahoituslain kehittämistä ja lain edellyttämään vähintään neljän vuoden välein tehtävä tarvetekijöiden ja niiden kertoimien päivittämistä.

THL on myös vuoden 2025 päivityksessään ehdottanut tarvevakiointimalliin uusia epäselvyyksiä aiheuttavia muuttujia. Vanhustenhuollon malliin on lisätty muuttujia ”Alkuraskauden ongelmat”. Koska tämä malli kattaa vain yli 64-vuotiaat, on lääketieteellisesti selvää, että käytännössä jokainen tilastoista löytyvä yli 64-vuotias, jolle tämä diagnoosi on kirjattu, on todennäköinen virhekirjaus.

Lisäksi malliin on ehdotettu uusia muuttujia, jotka osa alueista on kirjannut pitkäaikaiseksi, vaikka ne todellisuudessa eivät ole pitkäaikaisia. Näihin lukeutuvat mm. ”Alkuraskauden ongelmat” ja ”Endokardiitti”. Yllä olevaa lonkkamurtuma -esimerkkiä mukaillen nämä esimerkiksi siirtäisivät merkittävän määrän rahoitusta väärällä perusteella.

Laajentamalla tietojen keruuta taaksepäin 2-3 vuotta ei myöskään saavuteta nykyistä luotettavampaa tietojen poimintaa. Se onnistuu vasta sen jälkeen, kun hyvinvointialueet ovat ehtineet korjata kirjaamiskattavuutensa tarvittavalle tasolle. Muussa tapauksessa tietojen toimittamisen tarkkuutta omalla kehittämistyöllään ja tietojärjestelmien avulla ennakoiden toteuttaneet hyvinvointialueet saavat perusteettoman edun, joka mittaa vain

kirjaamistarkkuudessa ja tietojärjestelmien optimoinnissa onnistumista, ei todellista palvelujen käyttöä tai sairauksien aiheuttamaa tautitaakkaa.

Tämä diagnoosien kirjon lisääminen sairausluokkien lisäämisellä lisää myös hyvinvointialueiden kustannuksia, koska useat ammattihenkilöt on samanaikaisesti ja nopealla aikavälillä koulutettava kirjaamaan rakenteisesti ja tarkemmin, etsimään oikeita ICD-10 ja ICPC-2 -koodeja. Pelkästään sairauskirjon laajentamisen, ammattilaisten kirjaamisen tehostamisen ja kaikkien yhteystapojen käyttöönotto tarkoittaa varovaisen arvion mukaan jopa 72 htv:n ja useiden miljoonien eurojen menetetyn työajan, teknisten muutosten, testaamisen kokonaisuuden kustannusvaikutuksina.

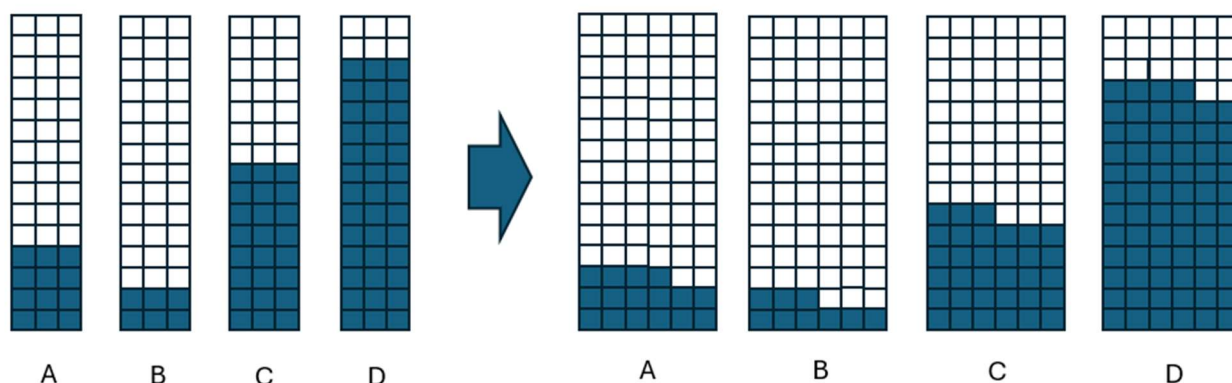
On huomattava, että Suomessa ollaan lähivuosina siirtymässä ICD-11 koodiston käyttöön ¹⁰, joka sekin tulee olemaan merkittävä ajallinen panostus ammattilaisten työssä, mutta myös tietojärjestelmien uudelleen parametroinnissa, testaamisessa ja eri tätä kirjaamisen kokonaisuutta raportoivissa, seuraavissa ja kehittämissä tehtävissä myös hyvinvointialueilla.

Lisäämällä sairausluokkien määrää, yhteystapojen, eri palvelumuotojen ja ammattiryhmien määrää tilannetta vain komplisoidaan lisää. Monissa asiakas- ja potilastietojärjestelmissä ei ole esimerkiksi kaikissa yhteystavoissa pakollisena diagnoosin kirjaamista. Osassa palvelumuotoja kirjaamisen toteutuminen ei ole nykyisessä toimintamallissa ja nykyisillä kirjaamisalustoilla kovinkaan sujuvaa. Pelkästään yhteystapoja on 23 kpl ja palvelumuotoja 31 kpl. Miten tämä toteutuisi esimerkiksi kotihoidon (palvelumuoto T40) lähihoitajan käynnillä kotona (yhteystapa R20) tai joukkotarkastuksessa (palvelumuoto T28) asioitaessa kirjeitse (yhteystapa R55), on kirjaamisalustojenkin sisällöllisen kirjaamisen muutoksen kannalta erittäin merkittävä ja jopa huomattavia lisäkustannuksia aiheuttava muutos. Siten tulee viemään useita vuosia, ennen kuin kaikissa yhteystavoissa, palvelumodoissa ja ammattihenkilöiden kontakteissa on rakenteisesti koodattua sairaustietoa. Ennen sitä tämän tiedon pitoisuus tulee laimenemaan. Kuvassa 4 havainnollistetaan ilmiötä.

¹⁰ <https://thl.fi/aiheet/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/koodistopalvelu/yhteisty-ja-projektit/icd-11-diagnoosiluokitusten-kayttoonotto>

Nykyisten sairausluokkien ja diagnoosien kattavuus käytössä olevista ammatti- ja yhteystapaluokista

Ehdotetussa muutoksessa mm. sairausluokkien määrä kasvaa, yhteystapa- ja ammattiluokkien määrä kasvaa. Rakenteisen sairastavuustiedon kattavuus ja osuvuus heikkenee, heijastaen vain kirjaamisastetta.



Kuva 4. Esimerkinomaisesti A-D edustavat eri hyvinvointialueita, joilla on erilainen kattavuus sairastavuustekijöiden kirjaamisessa. Kerättävien tietojen pohjan laajentaminen ei todennäköisesti lisää sairastavuustiedon “saantoa” paremmaksi lyhyellä aikavälillä ja sen saaminen hyvinvointialueilla yhteismitalliselle tasolle on vuosien työ, jos jo nyt eroja väestöön suhteuttaen eri hyvinvointialueilla pitkäaikaisdiagnooseissa on jopa viisitoistakertaisesti.

Asiaa voidaan selittää myös vertauskuvalla: jos toisella alueella on ämpäri puolillaan tarvetekijöiden laskennassa käytettäviä diagnooseja ja toisella ämpäri on lähes täysi, miten ämpäreiden muuttaminen suuremmaksi saaviksi (hyvinvointialueilta kerättävien asioiden määrän kasvattaminen) voisi parantaa vertailtavuutta ja tai laskennassa tarvittavien tietojen ”pitoisuutta” (suurempi pitoisuus kuvaisi tarkemmin alueellista tarvetta) parantaa? Käsityksemme mukaan puuttuvia lähtötietoja ei voida saada vertailukelpoisemmaksi lisäämällä kerättävien tietojen määrää, ellei tietojen tarkkuus per laji myös samalla paranisi. Kerättävien tietojen määrän kasvattaminen lisää mallin kompleksisuutta ja lisää kannustavuutta sairastavuuden lisäämiseen, ennaltaehkäisevien kannustimien ollen samalla riittämättömiä ja keinotekoisesti määriteltyjä.

Valtiovarainministeriö on laatinut 23.9.25 arvion THL:n tutkimuksen mukaisista muutosehdotuksista tarvemallin päivittämisestä. Siinä arvioidaan mm. tarvemallin päivittämisestä aiheutuvia vaikutuksia hyvinvointialueiden rahoitukseen. Valtiovarainministeriö on tarkastellut kolmen vaihtoehdon kautta:

- 1) ns. minimipäivitystä, jossa päivitetäisiin vain tarvetekijöiden regressiokertoimet ja malliin nykyisellään sisältyvät yksityiset diagnoositiedot rajattaisiin pois
- 2) ns. suppeaa päivitystä, jossa huomioitaisiin minimipäivityksen muutokset ja niiden lisäksi laajennettaisiin aineistopoiminta kaikissa julkisen palvelumuodoissa, kaikilla eri yhteystavoilla ja kaikkien eri ammattiryhmien kirjaamiin diagnooseihin

3) varsinainen THL:n ehdottama vaihtoehto.

Tehdyssä vertailussa ja arviossa ei kuitenkaan edelleenkään huomioida riittävästi tietopohjassa olevaa epätasa-arvoa, koskien Hoitoilmoitusjärjestelmässä pitkäaikaisdiagnoosien määrässä ja laadussa olevia merkittäviä puutteita eri hyvinvointialueiden välillä. Tämän vuoksi tarvemallin päivittämisestä tulisi edelleenkin näkemyksemme mukaan pidättäytyä siihen saakka, kunnes perustavanlaatua olevat ongelmat on saatu ensin korjattua.

Miten korjataan lyhyellä aikavälillä?

Ensiksi tulee korjata puuttuvat diagnoositiedot yhteismitallisiksi niin, että sallitaan kaikille hyvinvointialueille tietojen (pitkäaikaisdiagnoosien toimittaminen rahoituksen määräytymisvuosilta) rikastaminen määrätyltä aikaväliltä THL:n Hoitoilmoitusjärjestelmään sovittuun määräpäivään mennessä. Lainsäädännössä ei ole mainittu erikseen, että tietojen rikastaminen olisi kiellettyä.

Tietojen rikastaminen tarkoittaa sitä, että asiakas- ja potilastietojärjestelmissä oleva Hoitoilmoitusjärjestelmään ilmoitettavan tiedon puutos tai virhe, jossa pitkäaikaisdiagnoosien toimitustapa ei ole noudattanut THL:n ohjeistusta, täydennetään tai muutetaan Hoitoilmoitusjärjestelmässä olevia tietoja erillisellä tietojen toimittamisella, noudattaen THL:n antamia ohjeita. Samalla Hoitoilmoitusjärjestelmään ilmoitettavien tietojen toimitustapa muutetaan yhtenäiseksi eri hyvinvointialueiden osalta.

Valtion on syytä velvoittaa hyvinvointialueiden potilastietojärjestelmien toimittajia kehittämään järjestelmiään sellaisiksi, että ne tuottavat tietoa siten, että tiedot eivät jää puutteellisiksi ja että ne eivät mahdollista diagnoosien jäämistä pitkäaikaisiksi väärin perustein. Tämä edellyttää säännösten luomista ja diagnoosikirjaamisen ohjeistamisen täsmentämistä, että esimerkiksi kuinka kauan syöpädiagnoosi voi olla pitkäaikainen (onko esimerkiksi lapsena sairastettu syöpä ja siitä parannuttua edelleen merkityksellinen myöhäisessä aikuisiässä ilman relapseja) tai missä tapauksissa ylipäätään sairaus voidaan merkitä pitkäaikaiseksi. Milloin tai kuinka kauan esimerkiksi kohonnut verenpaine, joka johtunut stressaavasta elämäntilanteesta on pitkäaikaiseksi luokiteltava jne.

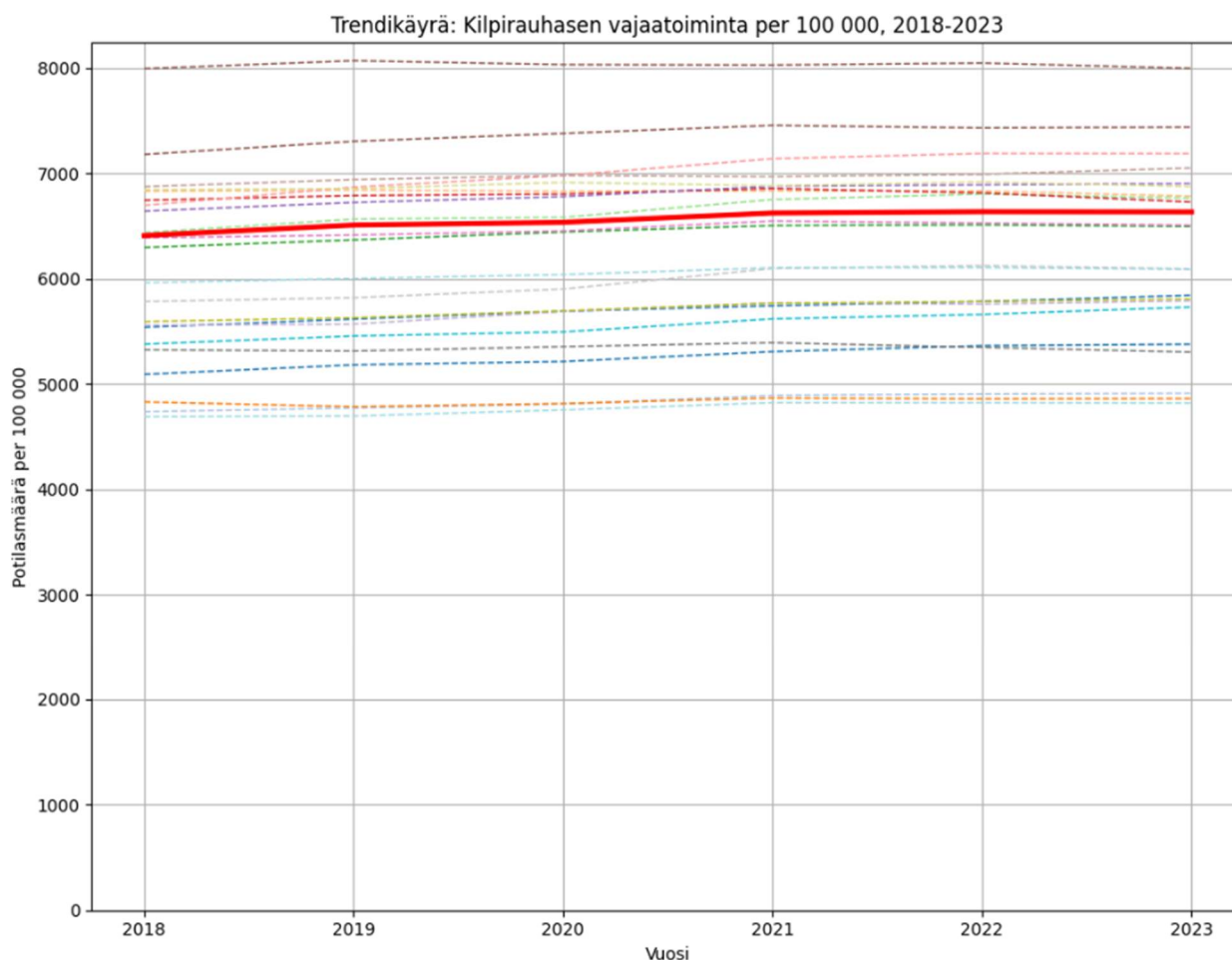
Tilanteen korjaaminen edellyttää myös valvontaa rekisteriin toimitetuista tiedoista, että esimerkiksi murtumia ei jäisi pitkäaikaisdiagnooseiksi (murtuman myöhäisvaikutuksille on oma diagnoosinsa) tai että iäkkäillä virheellinen raskausdiagnoosi ei lisäisi hyvinvointialueiden rahoitusta.

THL:n tulisi vahvistaa myös omaa lääketieteellistä osaamistaan Hoitoilmoitusjärjestelmässä olevien virheiden tunnistamiseen, diagnoosikirjaamisen edellä kuvattujen säännösten

luomiseksi, sekä hyvinvointialueiden ja tietojärjestelmätoimittajien laadukkaampaan ohjaamiseen.

Kokonaan toinen vaihtoehto olisi siirtyminen pelkästään demografisten tekijöiden huomiointiin tarvetekijöissä. Se jakaisi rahoitusta hyvinvointialueille todelliseen tietoon pohjautuen, eikä mallin toiminta olisi riippuvainen tietojärjestelmien toiminnasta tai puuttuvista tiedoista. Ongelmana voisi olla pitkällä aikaa rahoituksen jakautuminen epäoikeudenmukaisesti, kun kaikki tarvetekijät eivät tulisi huomioiduksi. Selvitettävä vaihtoehto olisi myös nojata tarvevakioimallin määrittelyssä pelkästään sellaisiin lähteisiin, joiden tietopohjaa voidaan pitää yhteismitallisena. Tällaisia olisivat esimerkiksi tiedot lääketoimituksista tai kelan lääkekorvattavuuksista, jolloin malli ei olisi altis mahdollisesti puuttuville merkinnöille Hoitoilmoitusjärjestelmässä.

Nykyisen tarvevakiointimallin tietojen perusteella tällaiseen määrittelyyn perustuvat sairausluokat käyttäytyvät seurannassa vakaammin. Esimerkkinä voidaan käyttää sairausluokkaa ”Kilpirauhasen vajaatoiminta”, jossa on huomioitu jokainen vajaatoiminnan hoitoon korvattavaa lääkettä ostanut potilas, jolloin muuttuja ei ole riippuvainen tietojärjestelmien tavasta ilmoittaa potilaista (kuva 5).



Kuva 5. Kilpirauhasen vajaatoimintapotilaat tarvevakiointimallin osana. Koska sairausluokassa huomioidaan jokainen vajaatoiminnan hoitoon käytettävää korvattavaa lääkettä apteekista ostanut potilas, kuvaa sairausluokka tasaisesti kaikkia alueiden diagnoosin omaavia potilaita. Alueiden tekemät tietojärjestelmän muutokset ole vaikuttaneet sairausluokan määriin merkittävästi.

Lähde: Tarvevakiointimallin huomioimat potilasmäärät vuosina 2018-2023.

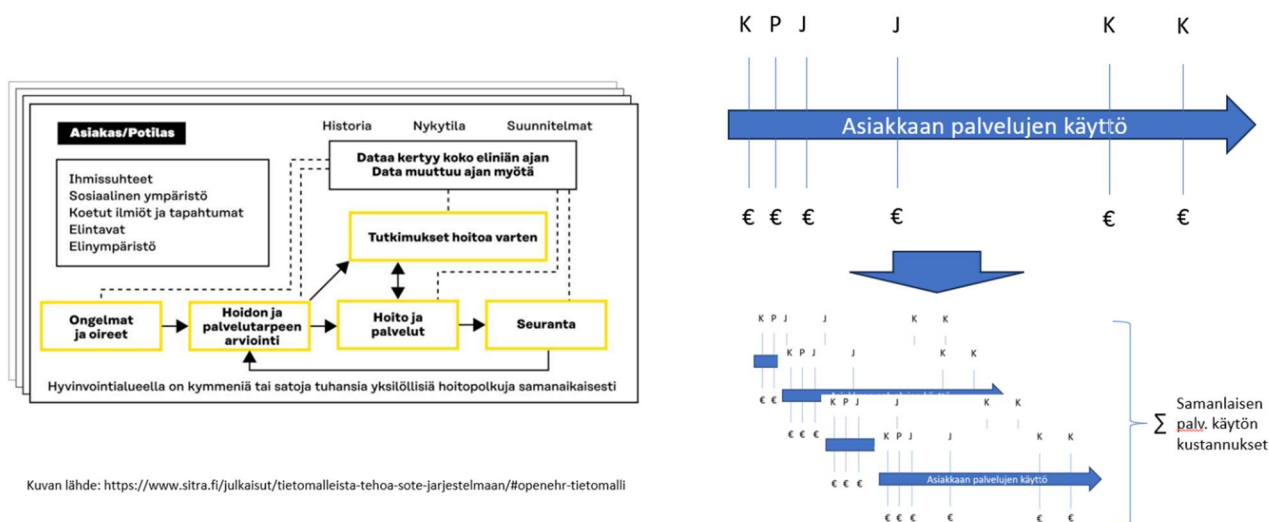
Miten korjataan kestävämmällä tavalla tulevaisuudessa?

Edellä kuvatut vaihtoehdot ovat lyhyen ajan keinoja, mutta kestävämmässä ratkaisussa rahoitusta tulisi voida ohjata palvelutuotantotapojen ja kustannusten eroavaisuuksien kautta (sama palvelu Suomen eri osissa ei voi olla moninkertaisin kustannuksin). Se edellyttäisi, että hyvinvointialueiden palvelutuotannon käyttö- ja kustannustiedot kiinnitettäisiin toisiinsa jo hyvinvointialueella henkilökeskeisellä tietomallilla. Vertailu todellisen palvelutarpeen ja laskennallisen tarpeen välillä, sekä eri alueiden kustannusten eroista voisi keskittyä palvelutuotantotapojen sekä palvelujen käytön eroihin, mikä olisi sen perusteella selvemmin rahoituksen jakoperusteissa huomioitu. Esimerkki: Jos jonkin komplisoitumattoman pitkäaikaissairauden vuosittaiset kontrollit toteutuvat hoitajan vastaanotolla useimmilla hyvinvointialueilla ja harvemmillä hyvinvointialueilla käytäisiin lääkärin vastaanotolla useammin samasta syystä, rahoitusperusteena käytettäisiin laajemmin käytössä olevaa edullisempaa toimintamallia.

Tällä hetkellä kustannustiedot kulkevat Aura -luokituksen mukaisella tavalla eri reittiään hyvinvointialueilta valtiovarainministeriölle, kuin suoritetieto. Jos suoritetiedoissa on merkittäviä puutteita, kuten aiemmin tässä dokumentissa on todettu, miten voidaan määrittää hyvinvointialueiden palvelujen tuottamisen kustannukset riittävän hyvin, kun jokaisella hyvinvointialueella on vielä kaiken lisäksi erilainen palvelujen tuottamisen malli, erilainen kustannustaso mm työvoiman hankkimiseksi, ja erilainen tarkkuustaso tietojen toimittamiseksi? Se on epäuskottavaa muutoin kuin että hyvinvointialueet tekisivät sen omassa ympäristössään ja toimittaisivat tämän kustannustiedolla "leimatun" suoritetiedon osana Kanta-palveluihin toimitettavia tietoja, palvelutapahtumien taustatietoina. Ajatus ei ole uusi, koska asiaa jollakin tasolla sivuttiin myös Sipilän hallituksen aikaisessa suunnitelmassa valinnanvapauden toteuttamiseen liittyen.

Siksi henkilökeskeinen kustannusten kestävä ja oikea laskemisen malli, esimerkiksi OMOP - tietomallia (standardiksi tulisi ottaa OMOP-CDM, observational medical outcomes partnership, common data model) hyödyntäen, edellyttäisi että kustannustiedot liitetään suoritetietoihin

hyvinvointialueilla, eikä valtion tietojärjestelmissä, mitä kuvassa 6 pyritään havainnollistamaan.



Kuvan lähde: <https://www.sitra.fi/julkaisut/tietomalleista-tehoa-sote-jarjestelmaan/#openehr-tietomalli>

Kuva 6. Potilailla ja asiakkailla voi olla hyvinvointialueen palveluissa useita erilaisia hoito- ja palvelupolkuja ja vastaavasti hyvinvointivointialueella voi olla kymmeniä tuhansia yksilöllisiä hoito- ja palvelupolkuja, joissa eri ammattilaiset antavat palvelua (P), käynneillä (K) tai hoitojaksoilla (J), joilla jokaisella on hyvinvointialueella laskettu kustannus kutakin tapahtumaa kohden, ja mikä kuhunkin tapahtumaan voitaisiin liittää. Samankaltaisia hoito- ja palvelupolkuja voitaisiin verrata sekä kustannusten että palvelujen käytön kannalta, jolloin yli- ja alipalvelu tai liiallinen kustannusten tai resurssien kohdentaminen eri hyvinvointialueiden välillä voitaisiin tunnistaa esimerkiksi poikkeamana keskiarvoista tai asetetuista alueellisista tavoitteista.

Tällöin saataisiin paremmin myös palvelujen käytön eroja eri hyvinvointialueiden välillä selitetyksi, ja toisaalta tarkkuustaso olisi riittävää myös hyvinvointialueiden omaan toiminnan johtamiseen ja mahdollistaisi omalla alueella samaan tietoon pohjautuvan asiakassegmentoinnin. Tämä tarkkaan kustannuslaskettu tieto olisi liitettävissä jokaisen suoritetiedon yhteyteen hyvinvointialueen tietojärjestelmissä toteuttaen.

Tällöin myös hyvinvointialueita voitaisiin johtaa samalla tiedolla kuin mikä toimitetaan valtiolle. Tämä toisi ”yksi ja sama data” -periaatteen käyttöön ja vähentäisi tulkintaerimielisyyksiä valtion ja hyvinvointialueiden kesken. Yritykseen tehdä yksilökeskeistä kustannuslaskentaa virheellisen ja puutteellisen datan perusteella, tosiasiallisesti tuntematta jokaisen toimijan palvelutuotantomallia, liittyy erittäin suuri riski, että tietojen yhdistelyä ei tehdä oikein, ja lisäksi sellaiseen malliin pohjautuvat laskelmat olisivat mitä todennäköisimmin liian karkeita virheiden havaitsemiseksi ja toisaalta todennäköisimmin myös virheelliseen ja puutteelliseen tietoon pohjautuvia.

Sen lisäksi valtiovarainministeriön ja THL:n yhteistyössä Kelan kanssa tulisi edistää yksilökeskeisen tietomallien käyttöönottoa myös osana kustannustietojen ja suoritustietojen toimittamista Kanta-palvelujen kautta, ja tehdä tästä kansallinen käytäntö, ilman että jokainen hyvinvointialue tekee rakentamistyön itse ja omin avuin. Jos yhdistely tehdään valtion tietoaaltissa ja virheellisillä tiedoilla, lopputulos on sitä suuremmin virheellinen ja riitauttamisen kohde.

Esitetyssä pidemmän aikavälin korjaamisen mallissa kymmeniä tuhansia yksilöllisiä palvelujen käyttäjiä hyvinvointialueiden välillä voitaisiin tilastoviranomaisessa (THL) verrata muihin ja valtakunnalliseen keskiarvoon vastaavissa palveluissa ja niitä voitaisiin tarvittaessa vakioda esimerkiksi demografisin tiedoin. Tällöin samaan sosiaalihuollon tai terveydenhuollon palveluun merkittävästi maan keskiarvosta poikkeavien palvelujen tuottamiseen voitaisiin myös rahoituksellisesti paremmin puuttua. Tällaisen mallin tietojen tuottaminen olisi mahdollista Kanta-palvelujen kokonaisuutta kehittämällä hyvinvointialueiden rahoituksen jakoperusteiden määrittämiseen ilman erillisiä tiedonkeruitakin ja todennäköisesti paremmin kokonaispalvelunkäytön huomioiden.

Tällaisenkin mallin yksityiskohtien kehittäminen säännöstöineen olisi kuitenkin useiden vuosien työ. Siksi selvitystyö tulisi kuitenkin pikaisesti käynnistää osana Kanta -tietojen hyödyntämisen kehittämisen suunnitelmia.

Yhteenveto

Rahoitusmalli on rakennettu hyvän tavoitteen ympärille: turvata palvelut siellä, missä tarve on suurin. Nykyisessä muodossaan se ei kuitenkaan täytä tätä tehtävää.

Tietopohjan puutteellisuus, potilastietojärjestelmien erot ja pitkäaikaisdiagnoosien epäselvä määritelmä ovat johtaneet siihen, että rahoitus jakautuu enemmän järjestelmälogiikan ja kirjaamiskulttuurin kuin väestön todellisen terveydentilan mukaan. Tämä on johtanut palvelujen supistumiseen joillakin alueilla ja epäreiluun etuun toisilla.

Korjaus on välttämätön. Lyhyellä aikavälillä tarvitaan yhtenäinen ohjeistus, järjestelmien Hoitoilmoitusjärjestelmään toimitettavien tietojen toimitustapojen yhdenmukaistaminen, siirtymäkauden tasaus ja mahdollisuus täydentää tietoja. Pitkällä aikavälillä on kehitettävä tietopohja sellaiseksi, että se yhdistää diagnoosit, palvelujen käytön ja kustannukset läpinäkyväksi ja vertailukelpoiseksi kokonaisuudeksi.

Vain näin voidaan varmistaa, että valtion rahoitusmalli todella tukee sitä, mitä varten se luotiin: yhdenvertaisia, riittäviä ja tarpeeseen perustuvia sosiaali- ja terveyspalveluja kaikille suomalaisille.