

Kansallinen terveyshanke

Vihreä eduskuntaryhmä piti elokuussa 2001 kesäkokoustaan Kuusamossa. Aamun lehdet kertoivat pääministeri Lipposen ilmoittaneen, että hän on käynnistämässä kansallista projektia terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Hän oli aikaisemminkin puhunut terveydenhuollossa tarvittavista uudistuksista, mutta tuolloin luulin hänen puhuvan vain siitä valmistelusta, jota STM:ssä oli asian tiimoilta meneillään. Nyt kuitenkin äänenpainot ja sanonnat viittasivat johonkin aivan uuteen hankkeeseen.

Julkinen terveydenhuolto oli hallituksessa minun vastuullani. Soitin pääministerille kysyäkseni, mitä on tapahtumassa. Kävi ilmi, että se, mitä pääministeri tavoitteli, oli sisällöllisesti hyvin samanlaista kuin mitä olimme STM:ssä valmistelleet, mutta että pääministeri oli käynnistämässä mittasuhteiltaan hyvin kunnianhimoista hanketta. Tämä ilahdutti minua kovin, sillä oma työni sillä saralla oli valumassa hiekkään lääkärilakon tuoman viipeen takia.

Terveydenhuollosta tärkein tehtäväni

Jo ennen ministerikauttani, kun olin vasta tuleva ministeri, osallistuin runsaasti terveydenhuollon tulevaisuutta koskeviin keskusteluihin. Moni halusi vaikuttaa tulevan ministerin kannanmuodostukseen, ja itseänikin aihe kiinnosti suuresti. Kovin usein noiden keskustelujen tulos kiteytyi siihen, että näinhän tässä pitäisi tehdä, mutta kuten tiedämme, tällaiset asiat ovat poliittisesti mahdottomia. Asiantuntijoiden käsitykset siitä, mitä pitäisi tehdä, olivat tosiaankin yleensä hyvin samansuuntaiset. Toki päävirrasta täysin poikkeaviinkin ajatuksiin törmäsi, mutta niillä, joiden lähtökohtana oli terveydenhuollon kehittäminen verorahoitteisena – ei siis vakuutusmuotoisena – oli varsin yhtenäiset käsitykset siitä, mistä kengät puristavat. Toisaalta yllättävän yleistä oli pessimismi sen suhteen, onko ongelmille tehtävissä mitään – vaikka kaikki tuntuivat olevan suunnilleen samaa mieltä siitä, mitä pitäisi tehdä! Suoranaista apaattista kohtaloon alistumistakin tuntui esiintyvän.

Olen aina ollut allerginen sille ajatukselle, että yleisesti järkevinä pidettävät asiat ovat poliittisesti mahdottomia. Niistä on vain tehtävä mahdollisia. Ainakaan itse en halua lukeutua noihin ”mahdottomiin” poliitikkoihin.

Ymmärsin varsin pian, että vaikka julkinen mielenkiinto ministerikauttani kohtaan liittyikin sosiaalipoliittisiin kysymyksiin, tärkein tehtäväkenttäni tulisi olemaan terveydenhuollon alalla. Koska kaksi vuotta on lyhyt aika ja koska ei ollut varmaa, tulisinko istumaan sitäköön loppuun asti ydinvoimakysymyksen takia, päätin käynnistää tämän työn epävirallisesti jo hyvissä ajoin etukäteen. Suunnittelin, että kokoaisin joukon viisaita terveyspolitiikan asiantuntijoita epämuodollisiin tapaamisiin, joissa laadittaisiin toimintaohjelma terveydenhuollon uudistamiseksi. Suunnitelma julkistettaisiin heti ministerikauteni alussa, ja saisin näin ikään kuin lentävän lähdön. Tulevalle ministerille tällaisen aivoriihen kokoaminen olisi ollut helppoa, jopa helpompaa kuin istuvalle ministerille, koska epävirallisiksi neuvonantajiksi voi valita keitä haluaa, kun taas virallisten työryhmien nimittämistä kahlitsee tietty tasapuolisuuden ja edustavuuden vaatimus.

Näin siinä ei käynyt. Ensin Eva Biaudet’n raskauden ja sitten lääkärilakon takia.

Jussi Huttunen kehiin

Kun minusta sitten tuli ministeri etujassa, terveydenhuollon uudistamisen kanssa alkoi tulla kiire. Sattuma puuttui taas peliin. Tärkeimmän osastoni, sosiaali- ja terveystalvveluista vastaavan palveluosaston osastopäällikön paikka vapautui vuodeksi, kun osaston vakituinen päällikkö, ylijohhtaja Kimmo Leppo kutsuttiin Geneveen WHO:n päämajaan. WHO:ssa arvostetaan suomalaista terveydenhuoltoa suuresti, mikä näkyy myös siinä, että suomalaista asiantuntemusta käytetään runsaasti. Kimmo Leppo on yksi nykyjärjestelmämme arkkitehdeista ja siksi haluttu mies kansainvälisissä ympyröissä. Tässä Suomea mairittelevassa asiassa on se ongelma, että kaipaisimme tätä parasta asiantuntemustamme myös Suomessa. Tässä tapauksessa ylijohhtaja Lepon virkavapaus kuitenkin tarjosi mahdollisuuden palkata Kansanterveys-laitoksen johhtaja Jussi Huttunen¹ vuodeksi johhtamaan terveydenhuollon kehittämistä.

Jussi Huttunen sopi tähän tehtävään täydellisesti. Idearikas, uudistushaluinen, ennakkoluuloton ja ihmissuhdetaitoinen; sunnuntailapsi, jonka kanssa kukaan ei voinut riitautua ja joka tuntui tuntevan kaikki toimijat alalla. Minun oli erityisen helppoa ja hauskaa työskennellä ja keskustella hänen kanssaan. Ymmärsimme toisiamme puolesta sanasta. Olimme varmaan lukeneet samoja metodologian kirjoja, koska tapamme tehdä johhtopäätöksiä havainnoista ja tulkita tieteellistä tietoa oli hyvin samanlainen, vaikka muuten olemmekin luonteeltamme erilaisia. Hän oli yksi niistä henkilöistä, joiden kanssa olin käynyt pitkiä keskusteluja terveydenhuollosta jo ennen ministerikauttani. Terveydenhuoltopiireissä jotkut kuulemma kutsuivat meitä Majakaksi ja Perävaunuksi.

Jussi Huttusen suostuttelu palveluosaston johhtajaksi ei ollut aivan helppoa, tai sitten hän kruusaili todella uskottavasti. Siinä vaiheessa kun hän lopulta antoi periksi, aloin olla jo aseeton. Sanallisesta arsenaalistani oli käyttämättä oikeastaan enää sana ”rintamakarkuri”.

Tutkimusmaailmasta pääkallonpaikalle tullee Huttuselle ministeriön työtahti ja päälle kaatuvien asioiden määrä oli aikamoinen yllätys. Hän vertasi useaan otteeseen ministeriötä sodanjohhtokeskukseksi.

Terveydenhuollon ongelma-alueita

Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä on halpa ja hyvä. Vaikka terveydenhuollon BKT-osuus on teollisuusmaiden alimpia, saatujen hoitojen määrässä ja laadussa ei ole häpeämistä, vaikka verrataan maihin joissa käytetään rahaa olennaisesti enemmän. Suomessa koko kansa, niin rikkaat kuin köyhätkin, luottavat julkiseen terveydenhuoltoon, mikä näkyy siinä, että yksityinen terveydenhuolto on Suomessa jäänyt muihin maihin verrattuna vaatimattomaksi. Yksityisen terveydenhuollon vähäinen osuus on sitäkin merkittävämpää, kun Suomessa sitä kuitenkin tuetaan verovaroin sairausvakuutuksen kautta. Yleensä maailmalla yksityiseen hoitoon turvautuvat joutuvat maksamaan sen kokonaan itse potilasmaksuna tai ylimääräisenä vakuutuksena. Edes 1990-luvun lopulla kasvaneet tuloerot eivät lisänneet yksityisen terveydenhuollon suosiota, vaikka niin olisi voinut luulla.

Kansainvälisesti vertailtuna terveydenhuoltomme oli ja on valtaosaltaan vieläkin hyvää, mutta se oli jo selvästi ajautumassa vaikeuksiin. Asioihin oli syytä puuttua nopeasti.

¹ Kansanterveyslaitoksen johhtaja Jussi Huttunen on suomalaisen terveydenhuollon keskeisiä vaikuttajia. Hän on toiminut mm. Duodecim-seuran puheenjohtajana. Häntä on käytetty toistuvasti selvitysmiehenä ratkottaessa terveydenhuollon keskeisiä kysymyksiä. Selvitysmiestehtävien määrässä Huttunen kilpailee tasaväkisesti maaherra Heikki Kosken kanssa. Tässä kisassa Huttunen on juuri nyt karvan verran johhdossa, koska minä tilasin häneltä kaksi selvitysmiesraporttia.

Perusterveydenhuolto kriisiytynyt

Perusterveydenhuolto on jo ajautunut kriisiin maamme syrjäisemmillä alueilla. Liian pienet terveyskeskukset eivät toimi eivätkä oikein voikaan toimia kunnolla; nekin jotka nyt toimivat moitteettomasti, ovat hyvin haavoittuvia, koska ne ovat kovin riippuvaisia uhrautuvista lääkäreistä ja hoitajista. Pois lähtevän tilalle voi olla vaikeata saada uutta samanveroista. Lääkärit ovat liian sidottuja työhönsä, eivät voi kunnolla elää henkilökohtaista elämäänsä, eivät osallistua täydennyskoulutukseen eivätkä erikoistua seuraamaan mitään lääketieteen osa-alaa. Lääkärit ovat uupuneita, ja kunnallinen terveyskeskus joutuu turvautumaan erikoissairaanhoidon aivan liian herkästi.

Syrjäisiin ja pieniin terveyskeskuksiin ei tahdo saada lääkäreitä, ei edes rahalla. Työolot eivät ole kunnollisia, ja lääkärit näyttävät kuuluvan niiden hyvin koulutettujen suomalaisten joukkoon, jotka arvostavat urbaania elinympäristöä. Ehkä pahin tilanne on Kainuussa, mutta pula terveyskeskuslääkäreistä on nopeasti leviämässä kaikkialle Suomeen.

Liikaa liian hajanaisia yksiköitä

Myös erikoissairaanhoidossa Suomessa on liikaa liian pieniä ja liian itsenäisiä yksiköitä. Maassa on kovin tiheä aluesairaalaverkosto. ”Minä itse” –henki on johtanut siihen, että aluesairaaloissa yritetään osata vähän kaikkea. Suomessa tehdään tekonivelleikkauksia peräti 60 sairaalassa, missä on ainakin puolet liikaa. Leikkauksia keskittämällä saataisiin samalle tiimille enemmän samanlaisia leikkauksia. Rutiini paranisi, toiminta tehostuisi ja laatukin paranisi.

Maassa on myös liikaa liian itsenäisiä sairaanhoitopiirejä. Joko niitä on yhdistettävä tai yhteistyötä niiden välillä on parannettava – tai sitten niitä on vahvistettava antamalla niiden tehtäväksi myös perusterveydenhuollon järjestäminen. Kun järjestelmä luotiin, kuviteltiin, että sairaanhoitopiireistä löytyisi hyviä kauppamiehiä, jotka ostaisivat palveluja ristiin toisiltaan niin, ettei jokaisen tarvitsisi erikoistua kaikkeen.

Meillä on liikaa hallinnollista ja organisatorista säheltämistä. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon raja on paikoin liian jäykkä ja keinotekoinen, eivätkä hoitoketjut suju katkoitta ja päällekkäisyysittä. Tutkimuksia joudutaan tekemään uudestaan, koska jo kertaalleen tehtyjen laboratoriokokeiden tulokset tai röntgenkuvat eivät ole käytettävissä. Usein myös potilas joutuu eri kerroilla eri lääkärin tutkittavaksi, mikä sekä lisää kustannuksia että hoitovirheiden mahdollisuutta. Opetussairaaloissa tätä voi olla vaikeata välttää, mutta muuten syytä on etsittävä sairaaloiden toimintarutiineista.

Terveydenhuolto on vaikeasti johdettava kokonaisuus; en lainkaan kadepdi siitä vastaavia. Tätä vaikeata alaa vaan ei juuri missään opeteta. Oletetaan, että kun lääkäri osaa hoitaa potilaita, hän osaa myös johtaa sairaaloita. Ongelma on tuttu yliopistoista, joiden johtamisesta vastaavat tutkijoina pätevöityneet professorit. Sairaaloiden johtoon tarvitaan enemmän johtamisen osaamista, mitä kautta se sitten hankitaankin. Johtaminen vaatii omanlaistaan erityisosaamista; siihen ei pelkkä substanssi-osaaminen riitä.

Lääkäreille on kovin tärkeätä, että sairaalat ovat lääkäreiden johtamia. Joku irvileuka huomautti tähän kerran, että kun lääkärit perustavat omalla rahallaan yksityisen lääkäriaseman, sen johtoon kelpaa yritysjohton ammattilainen. En ole tarkistanut heiton paikkansapitävyyttä. Selvä on, että sairaaloiden johdossa tarvitaan lääketieteellistä osaamista, mutta kyllä johtotiimissä muutakin osaamista kaivattaisiin.

Toimintojen hajanaisuudesta on seurannut melkoista kirjavuutta tietotekniikassa. Jokainen on halunnut tehdä nämäkin asiat itse ja omalla tavallaan, minkä seurauksena eri yksiköiden ATK-järjestelmät eivät kykene kunnolla toimimaan yhdessä. Miksi näin on käynyt? Osaksi kyse on tästä onnettomasta ”minä itse” – hengestä mutta osaksi myös koko suomalaisen yhteiskunnan hurauttamisesta markkinaliberalismiin. Kuviteltiin, että kilpailu johtaisi tehokkaimpaan lopputulokseen ja että keskitetysti johdettu

yhtenäistäminen rajoittaisi kilpailua. Onneksi rautatiet saatiin rakennetuiksi maahan silloin, kun vielä katsottiin, että yhtenäisestä raideleveydestä on enemmän hyötyä kuin vapaasta kilpailusta eri leveyksillä.

Eräs sairaaloiden toimintaa vaikeuttava seikka on niiden liian hierarkkinen johtaminen. Mahdollisuus vaikuttaa oman työnsä järkevyyteen on edellytys työssä viihtymiselle. Ihmisestä saa enemmän irti, jos hän voi enemmän vaikuttaa siihen mitä tekee ja miten. Tämä on lääkärikunnankin hyvä muistia, kun valmistaudumme pulaan hoitohenkilöstöstä.

Paljon on valitettu, että todelliset tai kuvitellut tietosuojasteet vaikeuttavat järkevää toimintaa. Terveystietosuojajärjestelmän sisällä nämä esteet ovat useimmiten kuviteltuja, mutta tiedon kulussa on ilmeisiä vaikeuksia jo esimerkiksi sosiaalitoimen ja terveystoimen välillä.

Tarkoitukseni oli nimittää selvityshenkilö kartoittamaan niitä käytännön ongelmia, joita nykyisestä tietosuojasta aiheutuu asioiden – ja potilaiden – järkevälle hoidolle. Aika kuitenkin loppui kesken. Tämä jäi tekemättä.

Henkilökunnan kestävyys koetuksella

Terveystietosuojat on 90-luvulla tehostunut tavattomasti. Samalla rahalla saa erikoissairaanhoidossa 30 prosenttia enemmän hoitotoimenpiteitä ja myös terveystietosuojissa käynnejäkin 10 prosenttia enemmän. Tällaisten lukujen pitäisi riittää valtiovarainministeriöllekin. Erikoissairaanhoidon nopea tehostuminen on ennen kaikkea seurausta lääketieteen kehityksestä. Potilasta makuutetaan nyt paljon lyhyempi aika sairaalassa; siksi samankokoinen sairaala pystyy hoitamaan enemmän potilaita. Kun rahaa ei kulu ”hotellipalveluihin”, sitä voidaan käyttää enemmän varsinaiseen hoitoon. Tuottavuutta on nostettu myös muuttamalla sairaaloiden taloudellisia pelisääntöjä kannustavammiksi. Sairaalat saavat nyt tulonsa potilaiden hoitamisesta, kun ne ennen saivat kunnilta tietyn sairaansijojen määrään perustuvan vakiomaksun.

Osaksi tuottavuuden nousu on kuitenkin peräisin työtahdin kiristymisestä. Siinä on paikoin menty aivan liian pitkälle. Tämä näkyy henkilöstön uupumisena, ilmapiirin kiristymisenä sekä sairauspoissaolojen lisääntymisenä. Työtahtia kiristämällä ei enää ole lisäsäästöjä saatavissa. Eräin paikoin työtahtia olisi päinvastoin taas kohtuullistettava.

Hoitajapula

Suomi on kouluttanut paljon sairaanhoitajia, mutta näistä kolmannes ei toimi alalla, ei ainakaan Suomessa. Meillä on vielä työttömiä sairaanhoitajia, mutta muualla Pohjoismaissa ja esimerkiksi Britanniassa hoitohenkilöstöstä on huutava pula. Näin pelätään meilläkin käyvän lähivuosina. Väestön ikääntyminen lisää hoidettavien potilaiden määrää samaan aikaan kun myös hoitajat ikääntyvät ja jäävät sankoin joukoin eläkkeelle.

Terveystietosuojien eri ammatteihin pitäisi kouluttaa noin viidennes ikäluokasta, jotta henkilöstöpulalta vältyttäisiin. Koulutuskapasiteetista tämä ei ota kiinni. Oppilaitoksissa riittää tilaa, mutta saadaanko riittävä määrä nuoria houkuteluksi alalle? Elleivät miehet ala kiinnostua alasta nykyistä enemmän, viidennes ikäluokasta tarkoittaa noin 35 prosenttia työistä. Se on paljon. Työoloista ja alan maineesta kannattaisi pitää huolta, mikäli aiotaan saada kurssit täyteen. Jatkuva pätkätöiden teettäminen ja siihen liittyvä epävarmuus ei todellakaan ole hyvää mainosta sairaaloille.

Lääkäripula

Lääkäripulassa on kyse vähän toisenlaisesta asiasta. Vielä kymmenen vuotta sitten kuviteltiin, että lääkäreitä koulutetaan kertakaikkisesti liikaa, ja koulutusta vähennettiin jyrkästi – ja varsin yksimielisesti. Sen jälkeen moni asia on mennyt eri tavalla kuin laskettiin. Lääkärit ovat alkaneet suosia osa-aikaeläkettä, ja lääkärin naisistuminen on lisännyt perhevapaiden käyttöä sekä vähentänyt halukkuutta ylitöihin; kautta maailman lääkärin tekevät käsittämättömän pitkää työpäivää. Yksityissektorille lääkärin eivät ole massoittain siirtyneet, vaikka lääkärilakon aikana tällaista olikin tarkoituksenmukaista väittää; yksityissektorilla ei ole sen enempää väkeä kuin kymmenen vuotta sitten. Vain erällä erikoisaloilla kuten silmäkirurgiassa, teknonivelkirurgiassa ja psykiatriassa yksityissektori on vienyt merkittävästi väkeä julkiselta sektorilta.

Pääsyy lääkäripulaan on siinä, että julkisella sektorilla on nyt palkattuna yli kaksituhatta lääkärin enemmän kuin kymmenen vuotta sitten, eikä tätä tarpeen kasvua osattu ennustaa. Erikoissairaanhoidossa hoitajaksot ovat lyhentyneet ja leikkausten määrät kasvaneet. Samankokoisessa sairaalassa hoidetaan enemmän potilaita kuin ennen, ja siksi tarvitaan enemmän lääkäreitä ja vastaavasti vähemmän perushoitajia ”hotellipalvelun” suhteellisesti vähentyessä. Maan talouden parannuttua terveydenhuoltoon on ohjattu selvästi ennustettua enemmän rahaa, ja tällä rahalla on muun muassa palkattu enemmän lääkäreitä.

Erityisesti meillä on pulaa leikkaavista silmälääkäreistä, ortopedeistä ja psykiatreista. Silmäkirurgian kehitys on lisännyt hoitomahdollisuuksia, ja täten leikkaavien silmälääkäreiden tarvetta. Jostakin syystä koulutusmäärät eivät ole pysyneet perässä. Suomessa kestää paikoin aika kauan, ennen kuin silmälääkäri pääsee erikoistumaan silmäkirurgiaan. Toisaalta esimerkiksi kaihileikkaus on sen verran halpa toimenpide, että normaalituloinen maksaa sen mieluummin omasta kukkarostaan kuin jonottaa huononäköisenä verorahoin maksettua hoitoa. Silmäkirurgien ansiotaso yksityisellä sektorilla on noussut niin huomattavaksi, että useimmat julkisissa sairaaloissa työskentelevät ovat siirtyneet osa-aikatyöhön voidakseen ansaita myös yksityisellä puolella mutta säilyttääkseen toisaalta ne oikeudet esimerkiksi jatkokoulutukseen, jotka virka julkisessa sairaalassa tuo mukanaan.

Silmälääkäreitä Suomessa on sinänsä tarpeeksi, mutta osa heistä tekee optikon töitä, koska silmälasien määrääminen on taloudellisesti kannattavaa.

Tekoniveliä kuluneiden nivelten tilalle leikkauksella asentavia ortopedejä on Suomessa liian vähän, eikä pula poistu muuten kuin koulutusta lisäämällä. Suomessa tehdään tekonivelleikkauksia vähemmän kuin muissa maissa. Silmälääkäreiden osalta pula on suhteellinen, sillä Suomessa tehdään esimerkiksi kaihileikkauksia selvästi enemmän kuin muualla. Varmaankin tekonivelleikkausten määrää julkisissa sairaaloissa voitaisiin kasvattaa myös toimenpidepalkkauksen avulla.

Psykiatreja maassa sen sijaan on niin paljon, että luulisi riittävän. Psykiatrien työolot julkisissa sairaaloissa ovat kuitenkin niin raskaat, ettei työ houkuttele. Eduskunta on patistanut Kelaa lisäämään rahoitusta psykiatriseen kuntoutukseen, ja näin on tehtykin. Samalla näin on houkuteltu psykiatreja pois julkisista sairaaloista yksityisvastaanoille, kevyempään työhön ja paremmilla ansioilla.

Aiemmin lääkintöhallitus antoi luvat lääkärinvirkojen perustamiselle. Kun virkoja sai perustaa vain niin paljon kuin lääkäreitä oli saatavilla, jokseenkin kaikki virat saatiin myös täyteen. Nyt kun jokainen kunta tai sairaala saa perustaa lääkärinviran aina, kun sen hyväksi näkee, virkoja on perustettu enemmän kuin maassa on lääkäreitä, ja sen takia vähiten halutut paikat jäävät täyttämättä.

Lääkärit ovat hyvin korkeasti koulutettuja, ja korkeasti koulutetut usein arvostavat urbaania elämää. Siksi maaseudulle on vaikeata saada lääkäreitä, mutta niin on myös Itä-Helsingin terveyskeskuksiin, vaikka Helsingin seudulla lääkärin tiheys on todella

huomattava. Kun kaupungeissa ei saada terveyskeskuksiin lääkäreitä, syynä yleensä on jokin työolosuhteisiin liittyvä ongelma – joko lääkäriltä paljon aikaa ja voimia vaativat potilaat ja siihen nähden liian suuret väestövastuut tai vaikkapa hankalat esimiehet ja huono työilmapiiri. Jos työ on kohtuuttoman raskasta tai onnistumiseen ei anneta edes mahdollisuuksia, miksi kiduttaa itseään, kun voi hakeutua mukavampiinkin hommiin.

Lääkäripulalla rahastaminen

Osaan lääkärikunnasta on iskenyt ahneus. On ryhdytty markkinahinnoittelun tielle. Ei mennä terveyskeskukseen virkalääkäriksi vaan vuokrafirman kautta myydään omaa työvoimaa ylihintaan ja käytetään näin hyväksi vallitsevaa lääkäripulaa². Hoitajapula on johtanut samanlaiseen käyttäytymiseen sairaanhoitajien keskuudessa Ruotsissa. Vaikka lääkärilakon aikana puhuttiin paljon lääkäreiden alimmista palkoista, alimpien palkkojen korottaminen ei Lääkäriliitolle kelvannut, koska ”eihän noita alimpia taulukkopalkkoja kenellekään oikeasti makseta”.

Syyskuussa 2002 HUS:in hallitus hyväksyi tariffin ulkopuolisille maksettavista päivystyspalkkioista. Yhdestä sunnuntaipäivystyksestä korvaus on 1067 euroa. Ihan mukaville ansioille siis pääsee päivystämällä kerran viikossa ja viettämällä loput ajastaan harrastustensa parissa. Työnvuokrausfirmojen laskutus on kuulemma huomattavasti tätä korkeampaa.

Markkinatalouteen kuuluu oikeus myydä työvoimansa eniten tarjoavalle, mutta siihen ei samanaikaisesti voi kuulua oikeutta rajata alalle pääsyä. Vain murto-osa sisään pyrkivistä pääsee lääketieteellisiin tiedekuntiin. Jos lääkärit ryhtyvät hankkimaan taloudellista hyötyä lääkäripurasta, valtiolla on suuri houkutus lisätä koulutusta pitääkseen lääkäreiden ansiotason kohtuudessa.

Jos silmälääkäri ansaitsee yksityissektorilla yli 15 000 euroa kuussa, ei tietenkään ole mahdollista nostaa julkisella sektorilla toimivien palkkaa yhtä korkeaksi. Koulutuksen lisääminen pullonkaulana olevilla erikoisaloilla on ainoa vaihtoehto. Se, että ihmiset ovat valmiit maksamaan omasta pussistaan kaihileikkauksesta 2 000 euroa osoittaa, että toiminnalle on tarvetta ja että leikkaavia silmäläkäreitä tarvitaan enemmän. Kun ihmiset ovat valmiit maksamaan riittävästi vaikkapa lomamatkoista tai moottoriveneistä, näitä aletaan tuottaa lisää, ja sitä pidetään täysin luonnollisena.

Joidenkin yksityissektorilla toimivien lääkäreiden yli 15 000 euron kuukausiansiot ovat kuitenkin poikkeustapaus. Suomessa niin lääkäreiden kuin hoitajienkin ansiotaso maan yleiseen ansiotasoon suhteutettuna on alempi kuin useimmissa muissa maissa. Palkkaerot ovat Suomessa pienet muutenkin. Kannattaa myös muistaa, että täällä koulutus on ilmaista. Siellä, missä lääkärinkoulutuksesta joutuu maksamaan itsensä kipeäksi, on ymmärrettävää, että velaksi opiskellut myöhemmin haluaa omansa pois korkeampana palkkana.

Monikanavainen rahoitus

Terveydenhuollon taloudelliset pelisäännöt ovat suoranainen painajainen. Ongelman nimi on monikanavainen rahoitus. Monen sairauden hoidossa vaihtoehtoina ovat kunnan maksama hoito – leikkaus tai vaikkapa fysikaalinen hoito – tai Kansaneläkelaitoksen maksama lääkehoito. Kunta päättää siitä, kumpaa tapaa käytetään. Yllätys, yllätys: kovin usein kunta katsoo paremmaksi käyttää kalliimpaa ja huonommin tehoavaa lääkehoitoa

² Ongelma on ylihinnassa, ei itse vuokratyössä. Terveydenhuollossa ilmenee ja tulee aina ilmenemään tilanteita, joissa vaikkapa sairastuneen lääkärin tilalle tarvitaan sijaista tai yöpäivystyksessä tarvitaan apua. On vain hyvä, että lääkärit, jotka elämäntilanteensa mukaan pystyvät joustamaan, uhrautuvat joustavaksi työvoimaksi. On myös ymmärrettävää, ettei perheellinen lääkäri ole innostunut yöpäivystyksistä. Siksi päivystykseen erikoistuvat keikkailijat ovat terveydenhuollossa eduksi.

kuin vaikkapa leikkausta tai fysikaalista hoitoa. Kunta maksaa sairaanhoidon sekä omassa että sairaanhoitopiirin sairaalassa tai vaikkapa yksityisessä sairaalassa. Kuljetuksen sairaalaan maksaa valtio Kelan välityksellä. Jos siis toisella puolella maata sijaitseva sairaala tekee jonkin leikkauksen 50 euroa halvemmalla, kunnan kannattaa ostaa se, vaikka potilaan kuljetus saattaa maksaa jopa tuhat euroa.

Kunta voi säästää pidentämällä leikkausjonoja. Laskun tästä maksavat paitsi potilaat, myös sairausvakuutus ja työnantajat sairauspäivärahoina ja poissaoloina. Usein itse toimenpide on huomattavasti halvempi kuin sen odottamiseen käytetty aika. Joskus kunta itse joutuu maksamaan laskun mutta ”säästää” silti. Lonkka- tai kaihileikkauksen odottaminen vie vanhuksen toimintakyvyn, ja niinpä hän ei enää selviydy kotonaan vaan tarvitsee vanhainkotipaikan. Monella kunnalla sosiaalibudjetti ja terveysbudjetti ovat erillään, eikä oikea käsi tiedä mitä vasen tekee.

Terveydenhuollossa monet taloudelliset pelisäännöt ovat niin poskellaan, että kansantaloustieteilijän koulutuksen saanutta hirvittää. Se, että asiat tästä huolimatta toimivat jotenkin siedettävästi, johtuu vain siitä, ettei sairaanhoidossa ole totuttu tottelemaan rahan valtaa, vaan tehdään asioita niin kuin katsotaan oikeaksi ja järkeväksi. Kun toisaalta järjestelmää yhä enemmän yritetään tehostaa motolla ”raha on paras konsultti”, on olemassa totinen vaara, että nämä sairaut pelisäännöt joskus aktivoituvat viimeiseen järjettömyyteen asti. Mitä enemmän rahasta on pulaa, sitä tarkemmin annettuja pelisääntöjä on noudatettava, olivatpa ne järkeviä tahi eivät. Tähän kannattaisi kyllä paneutua. Kansallinen terveyshanke ei tuonut terveydenhuollon vinoutuneiden taloudellisten pelisääntöjen ongelmaan juurikaan parannusta, mistä olin hieman pettynyt.

Vaihtelevat hoidon perusteet

Suomessa samaa hoitoa joutuu eri puolilla maata jonottamaan hyvinkin eripituisia aikoja. Tämä ei kuitenkaan ole ongelman ydin. Vielä pahempaa on nimittäin, että jonoon pääsyn perusteetkin vaihtelevat. Kysymys ei ole rahasta – siitä että jotkut kunnat joutuisivat pitämään rimaa korkealla. Yhtäällä lonkkaleikkaukseen ei juuri pääse, mikäli pystyy vähänkin liikkumaan, kun taas kaihileikkaukseen pääsee helpohkosti; toisaalla lonkkaleikkaukseen kyllä pääsee mutta kaihileikkaukseen ei.

Harkitusta paikallisesta päätöksenteostakaan ei liene kyse. Missään ei kunnanvaltuusto ole tehnyt tällaisia priorisointipäätöksiä. Kysymys on viranhaltijoiden kyynärpäistä. Vahva persoona onnistuu hankkimaan voimavaroja omalle erikoisalalleen. Oikeus terveydenhuoltoon on perusoikeus, jonka toteutuminen käytännössä ei saisi vaihdella noin rajusti paikkakunnittain. Tarvitaan hoitokäytäntöjä yhtenäistäviä valtakunnallisia suosituksia sekä yhtenäisiä hoitokriteerejä, jotka muun muassa kertovat, missä vaiheessa potilaalla alkaa olla oikeus johonkin hoitotoimeen.

Jonon pituus ei ylimalkaan ole kovin hyvä mittari hoidon saatavuudelle. Suomessa tehdään nyt huomattavasti enemmän kaihileikkauksia kuin kymmenen vuotta sitten. Näön pikkuhiljaa heikentyessä leikkaukseen päästään nyt paljon aikaisemmin kuin ennen. Silti jonot ovat pidentyneet, koska leikkauksien kapasiteetin kasvuttua potilaita myös lähetetään leikkaukseen paljon vähäisemmästä syystä kuin ennen, monen mielestä usein jopa turhaan.

Erikoissairanhoidon ansa

Kun puhumme terveydenhuollosta, ajattelemme usein sairaaloita ja sankarilääkäreitä, jotka uusinta teknologiaa käyttäen tekevät ihmeitä potilaiden pelastamiseksi ja parantamiseksi. Magneettikuvauksia, ohitusleikkauksia, ultraäänitutkimuksia ja niin edelleen. Tänään tätä kirjoittaessani televisiouutiset kertoivat nieltävästä kertakäyttökamerasta, joka matkallaan läpi suoliston ottaa 50 000 kuvaa ja pystyy näin

paljastamaan kasvaimia ja haavaumia.

Tämä niin sanottu erikoissairaanhoito on viime aikoina edennyt aimo askelin. Sydämensiirrot ovat arkipäivää Suomessakin, syöpä pystytään yhä useammin voittamaan. Ja niin edelleen.

Sairaanhoidon kehitys on kyllä ollut huima menestystarina, mutta sillä ei ole lainkaan niin suurta vaikutusta terveyteemme ja elinvuosiimme kuin kuvittelemme. Viimeisten sadan vuoden aikana suomalaisten elinajan odote on noussut huikeat kolmekymmentä vuotta. Erään arvion mukaan tuosta 30 vuodesta 20 vuotta on peräisin elintapojen paranemisesta, paremmasta ravinnosta sekä mm. tapaturmariskin vähenemisestä. Kymmenen vuotta on lääketieteen ansiota ja tästä kahdeksan vuotta antibioottien. Vain noin kaksi vuotta menee koko sen muun kahdeksan miljardin euron tiliin, jotka uhraamme terveydenhuoltoon.

Noita kahta vuotta kannattaa verrata vaikkapa siihen, että tupakointi lyhentää tupakoitsijan elinajanodotetta neljällä vuodella. Kansanedustaja Ihamäeltä olen oppinut tehokkaan vertauksen. Me kunnioitamme syvästi sankarilääkäreitä, joka pystyy parantamaan pitkälle edenneen keuhkosityövän, mutta ymmärrämmekö arvostaa terveyskeskuslääkäreitä, joka saa potilaan lopettamaan tupakoinnin ennen kuin syöpä puhkeaa? Parempaa kuin loistava hoito on tietysti, että pystytään terveinä eikä tarvita koko hoitoa.

Terveyskeskuksissa toteutettu perusterveydenhuolto ei ole yhtä jännittävää kuin sairaaloissa annettu huippuedistynyt erikoissairaanhoito, mutta tiedämme kokemuksesta, että erikoissairaanhoitoa tarvitaan paljon vähemmän siellä, missä terveyskeskukset toimivat kunnolla.

Terveydenhuollon pelisäännöt

Suomessa vastuu terveydenhuollosta on annettu kunnille. Ne järjestävät itse terveyskeskustoiminnan. Erikoissairaanhoito, siis varsinaiset sairaalat, ovat sairaanhoitopiirien ylläpitämiä. Taloudellisesti kunnat kuitenkin ovat vastuussa myös sairaanhoidosta. Sairaalat laskuttavat kuntia jokaisesta hoidetusta potilaasta. Jotta yksi kallis potilas ei kaataisi pienen kunnan koko terveysbudjettia, sairaanhoitopiireissä on suurten kustannusten tasausjärjestelmä, joka jakaa hyvin kalliiden potilaiden kustannukset kaikkien kuntien kesken. Tasausrajat vaihtelevat 40 000 euron ja 60 000 euron välillä potilasta kohden vuodessa. Kalleimmat potilaat saattavat maksaa miljoonan euron verran vuodessa.

Kaikkein vaativin hoito annetaan yliopistollisissa keskussairaaloissa, joita Suomessa on viisi.

Kunnan ei ole pakko lähettää potilaita oman sairaanhoitopiirinsä sairaaloihin, vaan se voi ostaa hoidot myös yksityissairaaloista tai toisesta sairaanhoitopiiristä. Tätä mahdollisuutta käytetään yllättävän vähän.

Valtio osallistuu terveydenhuollon kustannuksiin valtionosuuksien muodossa. Valtionosuudet ovat laskennallisia ja perustuvat kunnan asukaslukuun, ikäjakaumaan ja eräisiin muihin tilastotietoihin, eivät toteutuneisiin menoihin.

Missään muualla maailmassa vastuuta terveydenhuollosta ei ole annettu niin pienille yksiköille kuin suomalaisille kunnille. Järjestelmämme on maailman hajautetuin. Joko muu maailma on väärässä ja me oikeassa tai sitten me olemme väärässä.

Ruotsissa vastuu terveydenhuollosta kuuluu maakunnille. Tässä asiassa ruotsalaiset ovat tainneet toimia viisaammin. Pidän terveydenhuollon niin voimakasta hajauttamista kuin meillä selvänä virheenä.

Suurten kustannusten tasausjärjestelmästä huolimatta satunnaiset tekijät tuottavat aivan liian suurta vaihtelua kuntien terveysbudjetteihin. Tämä on oleellinen syy alueellisiin eroihin terveydenhuollossa.

Vakuutusmuotoisen terveydenhuollon vaarat

Suomessa terveydenhuolto on järjestetty verorahoitteisesti. Potilaiden maksamat sairaalamaksut peittävät todellisista kuluista alle kymmenen prosenttia; pääosa rahoituksesta kerätään veroina. Tämän järjestelmän huonona puolena on se, ettei potilas pysty valitsemaan lääkäriä tai sairaalaa.

Terveydenhuolto voidaan järjestää myös vakuutus pohjaisesti. Asiakas maksaa vakuutusyhtiölle, ja kun hän tarvitsee lääkäriä, vakuutusyhtiö maksaa laskun. Järjestelmän huonona puolena on sen epäsolidaarisuus. Vakuutusmaksu on kaikille tuloista riippumatta sama, kun taas verorahoitteisessa järjestelmässä kukin osallistuu menoihin tulojensa mukaan. Vakuutusmuotoisen järjestelmän hyvänä puolena voidaan pitää sitä, että potilas saa valita lääkärin ja hoitavan sairaalan – ei aivan vapaasti, mutta vakuutusyhtiön hyväksymien joukosta.

Vakuutusmuotoisen terveydenhuollon voi järjestää myös solidaarisesti siten, että vakuutusmaksu riippuu tuloista. Tähän tarvitaan silloin valtion myötävaikutusta samaan tapaan kuin eläkevakuutuksessa. Näin on menetelty Saksassa.

Vakuutusmuotoinen terveydenhuolto tulee selvästi kalliimmaksi kuin verorahoitteinen, tavallaan juuri tuon potilaan valinnanvapauden vuoksi. Kun sairaalalla on intressi tutkia ja hoitaa mahdollisimman paljon ja kun potilaalla on sama intressi, vakuutusyhtiöparka ei voi muuta kuin maksaa.

Vakuutus pohjaista terveydenhuoltoa päätettiin 80-luvulla kokeilla Suomessa lapsilla. Vakuutusyhtiöt myivät lapsivakuutuksia, jotka maksoivat aluksi alle 200 mk/kk. Järjestelmästä tuli suosittu. Osoittautui, että kun yksityisestä terveydenhuollosta tuli ilmaista, sen käyttö kasvoi räjähdysmäisesti. Vakuutusyhtiöt kirjasivat lapsivakuutuksesta roimat tappiot. Nyt vakuutusmaksut ovat nousseet reilusti yli kymmenkertaisiksi samalla kun korvausehtoja on heikennetty.

Meidänkin perheellämme tällainen lapsivakuutus oli. Kun sairasta lasta tuotiin yksityiselle lääkäriasemalle, lääkäri otti laboratoriolähetelomakkeen käteensä ja kysyi, onko teillä sellainen vakuutus. Kun vakuutus oli, rasteja ilmeisesti ruksittiin lomakkeeseen varsin paljon enemmän kuin muuten olisi tapahtunut.

Terveydenhuollossa on aina tarkasteltava toiminnan hyötyjä suhteessa sen kustannuksiin. Verorahoitteinen järjestelmä ohjaa voimavarat järkevämmiin, ja siksi se tuottaa yhtä hyvän terveydenhuollon selvästi halvemmalla kuin vakuutus pohjainen. Vakuutusmuotoisessa terveydenhuollossa on sisäänrakennettu taipumus kalliiseen ylihoitoon.

Terveyspalveluissa tarjonta määrää kysynnän. Jos tarjonnan lisääminen kannattaa palvelujen tarjoajalle, terveydenhuoltoon saadaan uppoamaan rahaa aivan kuinka paljon hyvänsä.

Aina silloin tällöin nousee Suomessakin esille ajatus siirtyä verorahoitteisesta terveydenhuollosta vakuutusmuotoiseen. Tähän ei pidä mennä. Vertailukelpoiset eri maiden kokemukset puoltavat voimakkaasti verorahoitteista järjestelmää. Potilaan oikeutta valita hoitava lääkäri voisi silti kehittää tämänkin järjestelmän puitteissa.

Kannattaa kuitenkin huomata, että suomalaisessa erikoissairaanhoidossa asetelma muistuttaa nyt suuresti vakuutusmuotoista terveydenhuoltoa, paitsi että vakuutusyhtiön tilalla on kunta. Jos sairaala saa tulonsa annettujen hoitojen ja tehtyjen tutkimusten perusteella, sairaalalla on selvä intressi ylihoitoon. Tämä voi olla syynä siihen, että erikoissairaanhoidon menot pyrkivät riistäytymään käsistä. Tämän vastapainona kunnat yrittävät epätoivoisesti leikata terveydenhuollon kapasiteettia tarjonnan pienentämiseksi. Tämä johtaa järjettömiin ratkaisuihin, jotka eivät edistä ainakaan terveyttä. Toisaalta suomalainen terveydenhuolto on yhä vielä halpaa, joten kuntien valitukset erikoissairaanhoidon kalleudesta ovat yliampuvia.

Vaihtoehtoisia malleja

Kun lääkärit lakkoilivat, meillä oli Jussi Huttusen ja kansliapäällikkö Markku Lehdon kanssa hyvää aikaa pohtia vaihtoehtoisia malleja terveydenhuollon järjestämiseksi. Minulla oli suuri houkutus esittää radikaalia ratkaisua, jossa terveydenhuolto otettaisiin kokonaan pois kunnilta. Minua kiinnosti erityisesti malli, jossa koko asetelma käännettäisiin pääläelleen. Kun meillä nyt kunnat vastaavat perusterveydenhuollosta ja sairaanhoitopiirit erikoissairaanhoidosta, voitaisiinkin perusterveydenhuolto antaa sairaanhoitopiireille, joiden nimi siis muuttuisi terveydenhuoltopiireiksi. Sairaaloista muodostettaisiin itsenäisiä yksiköitä. Terveydenhuoltopiiri toimisi sairaanhoidon tilaajana ja itsenäistyneet sairaalat tuottajina. Potilas pysyisi aina terveydenhuoltopiirin potilaana. Tällainen tilaaja-tuottajamalli saattaisi vahvistaa huomattavasti perusterveydenhuoltoa samalla kun meillä viimeinkin olisi riittävän pätevä tilaajaorganisaatio, jolla olisi kyky pitää laajenemaan pyrkivä erikoissairaanhoito aisoissa.

Tämä ajatus kuitenkin todettiin sen verran radikaaliksi, että emme uskoneet mahdollisuuksiin saada sitä läpi. Olisihan se merkinnyt kunnallispoliitikkojen jäämistä syrjään sairaaloiden hallinnosta. Sen lisäksi se, vahvasta tilaajaorganisaatiosta huolimatta, olisi saattanut lisätä kalliin ylihoidon riskiä sairaaloiden saadessa tuloja tutkimusten ja hoitotoimien määrän mukaan ja niiden ollessa vapaita tulorahoituksen puitteissa lisäämään kapasiteettiaan.

Vähän tämän ajattelun mukaisesti Tampereella rakennetaan par'aikaa ortopediaan erikoistuvaa Coxa-sairaala - osittain kuntien mutta osittain jopa ulkomaisen pääoman omistamaan sairaalaa, joka toimii itsenäisenä osakeyhtiönä ja jolta niin kunnat kuin yksityiset potilaatkin voivat ostaa ortopedisiä leikkauksia. Toisaalta tilaaja-tuottaja -malli on lonkkaleikkausten kaltaisten toimenpiteiden kohdalla varsin helppo toteuttaa, kun tilaaja voi tarkoin määritellä, mitä ostaa. Tällöin tarjontalähtöisen ylihoidon riskiä ei juuri ole.

Huttusen lähetystehtävä

Osastopäällikkökautenaan Huttunen otti tehtäväkseen erityisesti perusterveydenhuollon pelastamisen kriisiltä. Pula terveyskeskuslääkäreistä alkoi jo vaivata syrjäisiä seutuja.

Huttusen teeseihin kuului, että toimivassa terveyskeskuksessa on oltava vähintään 8-12 lääkäriä, mikä edellyttää noin 20 000 hengen väestöpohjaa. Tämä ei välttämättä tarkoita, että lääkäreiden vastaanotto keskitettäisiin yhteen pisteeseen vaan että henkilöstö on saman terveyskeskuksen palveluksessa ja voi tarvittaessa sijaistaa toinen toistaan sekä vuorotella päivystyksessä.

Rajan madaltaminen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä erityisesti syrjäseuduilla oli toinen Huttusen perusteemoista. Siellä missä kuntien voimavarat ja osaaminen olivat liian heiveröisiä terveyskeskustoiminnan pyörittämiseen, olisi syytä harkita, että sairaanhoitopiiri kantaisi ainakin jollakin tavoin vastuuta myös perusterveydenhuollon järjestämisestä. Sairaanhoitopiiristä voisi tehdä terveydenhuoltopiirin, joka hoitaisi sekä terveyskeskustoiminnan että erikoissairaanhoidon. Tätä mallia suositeltiin erityisesti Kainuulle. Ainakin kallis yö- ja viikonloppupäivystys pitäisi saada sellaisen sairaalan yhteyteen, jossa joka tapauksessa valvottaisiin yölläkin.

Ongelmia on toki kaikkialla, mutta Huttunen keskittyi työssään lähinnä Itä- ja Pohjois-Suomen väestötappioalueiden terveydenhuollon järjestämiseen. Terveydenhuoltoa säätelevä lainsäädäntömme on niin joustava, ettei asioiden parempi organisointi näyttänyt tarvitsevan lainmuutosta. Kunnat voivat järjestää toimintansa ja yhteistyönsä melkein miten tahansa. Huttunen matkusti näillä seuduilla paljon ja pyrki puhumaan kokoon

paikallisia yhteistoimintahankkeita. Tarkoitus oli, että valtiolta helpottaisi yhteistyötä hankerahoituksella. Eri puolilla maata yhteistyökuviot rakentuivat vähän eri tavalla. Ratkaisumallien erilaisuus uhkasi tietysti sekin osaltaan taas lisätä terveydenhuoltomme organisatorista hajanaisuutta, mutta sen salliminen koettiin perustelluksi, koska tilanne eri puolilla maata myös oli kovin erilainen. Mikä toimi HUS-piirissä, ei ehkä toiminut Lapissa.

Lääkärilakko oli kaataa kaiken

Maaliskuussa 2001 lääkärit menivät lakkoon. Lakonuhka oli jo varjostanut terveydenhuollon uudistuspyrkimyksiä, mutta pitkän lakon aikana emme voineet tehdä oikeastaan mitään. Lakon pitkittyminen turhautti minua suuresti. Minulta alkoi aika kulua vähiin, ja myös Jussi Huttusen aika osastopäällikkönä ehti loppua ennen lääkärilakon päättymistä. Paljon oli tehty, mutta paljon enemmän oli kesken, ja minulla aikaa oli jäljellä vain puoli vuotta. Kun lääkärilakko lopulta päättyi elokuussa 2001, oli mahdollista käynnistää valmistelut uudestaan. Tarkoitukseni oli jatkaa Jussi Huttusen kautta ministeriössä neuvottelevana virkamiehenä, mutta ilmeistä oli, että suurin osa ponnisteluista olisi valumassa hukkaan. Olin todella turhautunut.

Pääministerin aloite tuli juuri oikealla hetkellä, ja ilokseni hänen ajatuksensa kulkivat hyvin samaan suuntaan kuin se valmistelu, jota ministeriössä olimme tehneet. Sovimme puhelimesta pääministerin kanssa, että hanketta vetämään otetaan Jussi Huttunen ja sille asetetaan johtoryhmä, jossa ovat sosiaali- ja terveysministeriön sekä valtiovarainministeriön kansliapäälliköt Markku Lehto ja Raimo Sailas sekä Kuntaliiton toimitusjohtaja Risto Parjanne.

Puhelinkeskustelu pääministerin kanssa tapahtui lehdistön silmien edessä kesken vihreän eduskuntaryhmän kesäkokouksen lehdistölounaan. Lounaan jälkeen lähdimme joukolla nuotanvetoon Kitkalle – eduskuntaryhmien kesäkokouksiin liittyy nykyisin aina jotain kovin kesäistä. Tilanne saattoi näyttää koomiselta. Sää oli loistava ja tunnelma hyvä. En ollut koskaan ennen nuotanvetoa nähnyt. Katselin puhelin korvalla, kuinka Janina Andersson veti nuottaa kuin vanha tekijä. Asetelma olisi saattanut kelvata kaurismäen elokuvaan.

Sattumalta Markku Lehto, Risto Parjanne ja Jussi Huttunen olivat viettämässä yhdessä iltaa ja keskustelemassa STM:n ja Kuntaliiton välisistä kysymyksistä. Ilta meni pilalle heiltäkin, mutta luonnos koko projektin toimeksiannoksi oli iltamyöhällä valmis. Aamulla pääministeri halusi siihen vielä joitakin täsmennyksiä, mutta sen jälkeen asia oli valmis julkistettavaksi eduskuntaryhmämme kesäkokouksen päätteeksi.

Valmis jo ennen syntymäänsä

Kansallinen terveyshanke valmistui puolessa vuodessa. Miten näin nopea valmistelu oli mahdollinen? Yleensä nämä tämänkokoiset hankkeet vievät vuosia.

Yksi syy nopeaan aikatauluun oli se, että ministerikauttani oli jäljellä vain puoli vuotta. Tuskin kukaan uskoisi, jos yrittäisin väittää, ettei tällä ollut vaikutusta kireään aikatauluun. Koko hallituksen kannalta oli tärkeitä saada hanke valmiiksi niin, että vielä tämä hallitus pystyi käynnistämään sen toteutuksen.

Ratkaisevaa kuitenkin oli, että hanke oli suurimmalta osaltaan valmis jo ennen kuin se aloitettiin. Pohjustustyötä oli tehty ministeriössä tiiviisti vuoden verran. Itse asiassa jouduin vähän toppuuttelemaan Huttusta toimeksiannon suhteen, kun hän aikoi kirjoittaa toimeksiannon saman tien myös selvityksen lopputuloksen.

Eikä tässäkään valmistelussa tarvinnut loihkia mitään täysin uutta; itse asiassa toimittiin kuin Lönnroth Kalevalan kanssa. Kerättiin pitkin sairaanhoitopiirejä ja kuntakenttää

olemassa oleva viisaus siitä, miten asiat oikeastaan pitäisi tehdä. Tämä jo valmiiksi keräilty tieto ja luotu kosketuspinta olivat yhdessä se tekijä, joka mahdollisti hankkeen nopean etenemisen, ja tässä oli Jussi Huttusen panos suuri. Tähän asti ministeriön polut kentälle olivat kulkeneet lääninhallitusten kautta; nyt otettiin yhteyksiä sairaanhoitopiireihin ja käytännön toimijoihin.

Projekti organisoitiin poikkeuksellisella tavalla. Tavallistahan olisi ollut muodostaa komitea, jossa ovat edustettuina kaikki ajateltavissa olevat tahot, vähintään kaikki asiaan kuuluvat etujärjestöt. Lukuun ottamatta projektin johtoryhmää, tällä kertaa kukaan ei edustanut mitään tahoja. Kukin edusti itseään ja omaa asiantuntemustaan. Jokaisella oli toki taustansa, mutta ketään ei ollut valittu järjestönsä edustajana eikä kukaan siis voinut kokouksessa sanoa, ettei hän voi vielä ottaa kantaa, koska hänen järjestönsä johtoelimet eivät vielä olleet käsitelleet asiaa... Moni taho oli ensin nyreissään sivuuttamisestaan, mutta tyytyi kohtaloonsa kuultuaan, ettei se kilpaileva tahokaan ollut saanut mukaan virallista edustajaa.

Projektiin organisoitiin kymmeniä miehiä ja naisia, jotka yhdessä edustivat parasta terveydenhuollon asiantuntemusta. Aikataulu oli kireä, mutta ehkä juuri siksi työskentely oli innokasta ja ideoivaa. Mitään järjestyttävää uutta projekti ei tuonut siihen verrattuna, mitä oli jo pohdittu, mutta ajatelluista vaihtoehdoista nousivat esille toteuttamiskelpoisimmat. Sen lisäksi kirjoihin ja kansiin kirjautui kymmenittäin yksittäisiä ehdotuksia, joita ei tässä vaiheessa valittu toteutettavien joukkoon, mutta joita kannattaa hyvinkin valmistella jatkossa. Siinä oli urheilujuhlan tuntua.

Vaikka sisältönsä puolesta terveyshanke perustui siihen valmisteluun, jota ministeriössä oli tehty jo yli vuosi, siitä ei olisi tullut mitään ilman pääministerin voimakasta panosta. Pääministerin tuki oli ratkaiseva sen liikevoiman aikaansaamisessa, jolla valmistelu vietiin läpi.

Menopaineet

Kansallisen terveyshankkeen suurimmaksi julkiseksi kysymykseksi nousi, kuinka paljon hallitus lupaa rahaa terveydenhoitoon. Se oli mahdollisimman hölmö kysymys. Ensinnäkin terveyshanke ulottui pitkälle vaalikauden yli, eikä istuva hallitus lupaa seuraavalle vaalikaudelle mitään. Toiseksi terveydenhuollon rahoitus on viimekädessä kiinni kunnista, jokaisesta 448 kunnasta erikseen. Valtio voi lainsäädännöllä tiukentaa kuntien velvoitteita ja se voi kuntien valtionapuja säätelemällä parantaa tai heikentää kuntien taloudellista asemaa, mutta se ei voi ohjata kuntien rahoja terveydenhuoltoon. Vaikka meillä yhä menneisyyden jäänteinä on erikseen sosiaali- ja terveystoimen valtionosuuksia ja esimerkiksi kirjastotoimen valtionosuuksia, nämä rahat eivät ole sen enempää korvamerkittyjä kuin kuntien verotulotkaan.

Ajatelkaamme, että hallituksen budjettineuvotteluissa peruspalveluministeri ja opetusministeri kiistelisivät siitä, annetaanko 10 miljoonaa euroa kirjastotoimelle vai terveydenhuoltoon. Olisi aivan samantekevää, kumpi tämän kiistan voittaisi. Molemmissa tapauksissa kunnat saisivat pari euroa asukasta kohden lisää rahaa ja ne käyttäisivät ne niin kuin käyttäisivät. Kuntien talousarvioissa valtionosuudet näkyvät yhtenä erittelemättömänä eränä.

On myös aivan turhaa keskustella siitä, viekö terveydenhuolto valtion vai kuntien rahaa. Se vie veronmaksajien rahaa. Kyse ei ole siitä, kestäkö kuntien tahi valtion talous terveydenhuollon lisääntyviä menoja. Kyse on siitä, kestävätkö veronmaksajat niitä.

On varsin vaikeata arvioida, paljonko terveydenhuolto tulee vaatimaan rahaa seuraavien 20 vuoden kuluessa. Mitä ilmeisimmin rahaa joka tapauksessa kuitenkin tarvitaan enemmän kuin on mahdollista ohjata verovarjoja terveydenhuoltoon.

Pelkkä ikäjakauman muutos tulee kalliiksi. Jos tulevina vuosikymmeninä vanhukset tulevat olemaan yhtä sairaita kuin nykyiset vanhukset ovat, terveydenhuollon menot tulevat kasvamaan yksinomaan vanhusten määrän kasvun johdosta noin kolmella miljardilla eurolla seuraavien kahdenkymmenen vuoden aikana.

Yleinen käsitys kuitenkin on, että vanhusväestö tulee olemaan vuosi vuodelta vähän terveempää kuin aiemmat vastaavat ikäluokat. Tämän mukaan hoidon tarve ei kasvaisi läheskään suoraan vanhusten lukumäärän suhteessa. Tätä ei kannata pelkästään toivoa, vaan sen eteen olisi hyvä tehdä jotain. Tiedämme, että on olemassa hyvin tehokkaita tapoja pitää ikäihmiset toimintakykyisinä, viettämässä iloista ja aktiivista vanhuutta poissa laitoksista. Vierivä kivi ei sammaloidu. Kaikkalainen vanhusten liikunta ja voimistelu, erityisesti jalkavoimia lisäävä liikunta, on tehokasta ennaltaehkäisevää työtä, joka todella maksaa itsensä. Helsingin kaupunki lakkautti joitakin vuosia sitten säästösyistä vanhusten jumppatunnit työväenopistolta. Tämä oli sietämättömän lyhytnäköistä säästämistä, jossa yksi kunnan yksikkö lisäsi huomattavasti toisen menoja.³

Lisäpainetta terveydenhuoltoon tuo hoitomahdollisuuksien voimakas kasvu. Erityisesti syöpää pystytään nyt hoitamaan paljon paremmin kuin ennen, mutta uudet syöpälääkkeet ovat myös erittäin kalliita. Ei tule kysymykseenkään, että nämä mahdollisuudet jätettäisiin käyttämättä. Uudet menetelmät tekevät mahdolliseksi todella parantaa monia ennen parantumattomiksi luultuja vaivoja sekä tuoda helpotusta asioihin, joihin ennen katsottiin voitavan vain sopeutua.

Kun Suomessa käytetään terveydenhuoltoon noin seitsemän prosenttia bruttokansantuotteesta, on vastaava luku Yhdysvalloissa yli kaksinkertainen. Tämä ei amerikkalaisille näytä riittävän. Siellä arvioidaan terveydenhuoltomenojen paisuvan yli 20 prosenttiin kansantuotteesta seuraavien parinkymmenen vuoden kuluessa. Amerikkalainen järjestelmä on kallis ja tehoton, mutta kyllä tällaiset arviot toisaalta osoittavat, että markkinatalouden kultamaassa arvostetaan terveydenhuoltoa.

Suomessakin saataisiin terveydenhuoltoon uhratusta lisämiljardista varmasti enemmän iloa ja elämää kuin miljardista eurosta ohjattuna ympäriinsä yksityiseen kulutukseen. Vaikka verorahoitteinen terveydenhuolto on vaihtoehtojaan parempi, verorahoitteisuus on – paradoksaalisesti ja valitettavasti – muodostamassa tulpan terveydenhuollon kehitykselle. Rahaa kannattaisi käyttää terveydenhuoltoon enemmän, mutta verojen nostaminen tulisi kansantaloudelle kalliiksi, koska korkea verotus synnyttää työttömyyttä.

Voidaan vain arvailla, paljonko veronmaksajien rahaa terveydenhuolto tulee vaatimaan. Kun julkisuudessa vuosi sitten taivasteltiin sitä, että terveydenhuoltoon käytetään rahaa niin vähän, ennustin, että kohta kauhistellaan, miten paljon veronmaksajien rahaa se tuleekaan vaatimaan. Kauhistelu on jo alkanut.

Miksi ei makseta itse?

Moni on kysynyt, miksi potilaat eivät voisi maksaa sairaanhoidosta itse enemmän. Jos ihmiset ovat valmiit maksamaan kampaajalla käymisestä 50 euroa, miksi eivät myös lääkäriä käymisestä? Jos etelänlomasta maksetaan 1 000 euroa, miksi ei näön palauttamisesta kaihileikkauksella?

Jos terveydenhuollon rahoitus olisi peräisin potilasmaksuista eikä kuntien verotuloista, tarjonta kasvaisi kysynnän mukana eikä nykyisenkaltaiseen terveydenhuollon aliresurssointiin jouduttaisi.

³ Kyseinen päätös oli muutenkin järjetön, koska se ei edes säästänyt rahaa. Nuo tunnit olivat niin halpoja järjestää ja niissä kävi niin paljon väkeä, että osallistumismaksut enemmän kuin peittivät kulut. Koska työväenopisto ei ollut nettobudjetoinnissa, se tuijotti budjetissaan vain menoja, sillä tulot menivät jonnekin kaupungin pohjattomaan kassaan. Julkisen hallinnon sisäiset taloudelliset pelisäännöt ovat joskus todella tärkeitä.

Terveys- ja hoitomenot ovat vähän yli kahdeksan miljardia euroa. Vajaa viisi prosenttia väestöstä käyttää noin puolet tästä summasta. Loput 95 prosenttia väestöstä pystyisi kyllä maksamaan oman neljä miljardia euroaan, mutta nuo sairaimmat viisi prosenttia eivät mitenkään selviytyisi omasta neljästä miljardistaan.

Suomessa potilaat joutuvat itse maksamaan sairaanhoidostaan jopa suuremman osan kuin Yhdysvalloissa. Potilasmaksujen kasvattamisen tie tuntuu loppuun käydyltä. Toisaalta kaikki kivet kannattaa kääntää. Ristiriita verorahojen riittävyyden ja terveydenhuollon tarpeiden välillä on kasvamassa niin suureksi, että joitakin keinoja valjastaa varakkaiden ihmisten maksuhalukkuus terveydenhuollon palvelukseen olisi käytettävä.

Voisi tietysti ajatella, että pienemmät menot jokainen maksaisi itse ja yhteiskunta tulisi vastaan vasta niissä suuremmissa; ne 95 prosenttia voisivat maksaa itse oman neljä miljardia, mutta sen sairaimman viiden prosentin menot maksettaisiin nykyiseen tapaan verovaroin. Olisi siis jokin vuotuinen katto, johon asti kukin joutuisi vastaamaan sairauskuluistaan itse, ja vasta katon ylittävään osaan yhteiskunta tulisi mukaan maksajaksi.

Näinkään yksinkertaista se ei välttämättä olisi. Myös siihen 95 prosenttiin kuuluu paljon köyhiä – köyhät ovat yleensä sairaampia kuin rikkaat – ja siksi tuon katon tulisi riippua tuloista. Näin saisimme taas yhden tulosidonnaisen maksun lisää ja taas yhden potentiaalisen kannustinloukun. Toiseksi, ei tämä ainakaan kansantaloudellisesti edulliseksi tulisi, sillä tällainen rahoitustapa ohjaisi voimavaroja terveystaloudellisesti kovin epätarkoituksenmukaiseen suuntaan. Mutta kuten sanottu, terveydenhuollon rahoituksen kanssa ollaan joutumassa sellaisiin ongelmiin, ettei mitään ratkaisuehdotusta pidä suoralta kädeltä hylätä.

Yksityispotilaita julkisiin sairaaloihin?

Yksi mahdollisuus kanavoida varakkaiden henkilöiden maksuhalukkuutta julkisten sairaaloiden hyväksi olisi sallia se, että sairaalat ottavat potilaikseen myös itse maksavia potilaita. Sairaalat voivat nytkin ottaa vastaan yksityispotilaita, kunhan nämä ovat ulkomaalaisia, mutta suomalainen ei voi ohittaa jonoa julkisessa sairaalassa maksamalla hoitonsa itse. Rahalla pääsee kyllä hoitoon ohi jonojen, mutta sen on tapahduttava yksityisessä sairaalassa.

Melkein kaikilla yksityislääkäreillä on virka julkisen terveydenhuollon parissa. Ensin tehdään töitä julkisessa sairaalassa ja työpäivän päätteeksi mennään hoitamaan yksityispotilaita toisaalle. Tässä on tietysti se hyvä puoli, että julkisen sektorin ja yksityissektorin lääkärit ovat yhtä hyviä, siis jopa samoja. Taloudellisesti ei kuitenkaan voi olla kovin tarkoituksenmukaista, että tämä järjestelmä tarvitsee kahdet vajaakäyttöiset tilat.

Eikö siis voitaisi ajatella, että lääkärit saisivat hoitaa yksityispotilaita työpäivän päätteeksi nykyiseen tapaan, mutta tämä tapahtuisi julkisen sairaalan tiloissa ja sen laitteita käyttäen? Näin saataisiin esimerkiksi leikkaussaleille myös iltakäyttöä. Sairaalan tilojen käytöstä maksettaisiin vuokraa, ja tämän vuokran tulisi olla niin korkea, että myös kuntien maksamat potilaat hyötyisivät rahoista. Britanniassa tällainen käytäntö on, ja siellä yksityispotilaat maksuillaan selvästi subventoivat kuntien maksamia potilaita.

Martti Kekomäki esitti taannoin jotain tämänkaltaista Yksityis-HYKS-aloitteellaan. Ajatus sai tuolloin varovaista kannatusta oikealta mutta vastustusta vasemmalta. Ennustan, että asian tarkempi tarkastelu johtaa kantojen vaihtumiseen: oikeisto saattaa alkaa huolestua yksityissairaaloiden asemasta ja vasemmisto puolestaan kannattaa näidenkin rahojen kanavoimintia julkisten sairaaloiden hyväksi.

Mutta eikö tällainen jonon ohittaminen rahan avulla olisi vastenmielistä ja epäeilua? Tavallaan, mutta miksi se olisi epäeilumpaa kuin nykykäytäntö? Pääseehän nytkin itse maksamalla hoitoon muita nopeammin. Miten se muuttuisi epäeilummaksi, jos hoitoa saisi Meilahdessa eikä Mehiläisessä?

Entä miten taataan, etteivät lääkärit päiväsaikaan vain keräile voimiaan ollakseen mahdollisimman ahkeria illalla yksityispotilaita hoitaessaan? Hyvä kysymys, mutta miten se taataan nyt? Lontoolaisen sairaalan johtaja esitti asian niin, että hän haluaa tietää, mitä hänen alaisensa tekevät yksityisvastaanotoillaan. Sinänsä voisi olla järkevää tuoda toimenpidepalkkiot myös julkisiin sairaaloihin niille aloille, joille ne soveltuvat. Se takaisi, että päivälläkin tuntuisi houkuttevalta olla ahkera.

Kun pääkaupunkiseudun kuntien rahapula pakottaa ajamaan alas HUS-piirin sairaaloita, tuntuisi paljon järkevämmältä myydä ulos se kapasiteetti, jota kunnat eivät pysty ostamaan, joko ulkomaisille potilaille tai kotimaisille, itse maksaville potilaille.

Laastarivero

Yhdessä Maija Perhon kanssa pyrimme niin sanotun laastariverokäytännön purkamiseen. Tämä ei minun kaudellani ehtinyt valmiiksi, mutta toivon todella, että asia vielä etenee. Laastarivero on järjestely, jossa vakuutusyhtiöt voivat hoidattaa liikenneonnettomuuksien ja tapaturmien uhreja kunnallisissa sairaaloissa. Vakuutusyhtiöt maksavat potilaista vain potilasmaksut, jotka siis peittävät todellisista kuluista alle 10 prosenttia. Korvauksena puoli-ilmaisesta hoidosta vakuutusyhtiöt maksavat korvausta runsaat 50 miljoonaa euroa – yllätys, yllätys, valtiolle. Kunnat ovat ymmärrettävistä syistä hieman nyreissään.

Yksityiset sairaalat ovat kannelleet tästä järjestelystä EU:n elimille. Estäähän tämä käytäntö yksityissairaaloita tarjoamasta hoitoa vakuutusyhtiöiden potilaille, kun vakuutusyhtiöt joutuvat joka tapauksessa maksamaan hoidosta kunnallisissa sairaaloissa.

Järjestely pitäisi purkaa siten, että laastariveron perimisestä luovutaan ja vastaavasti vakuutusyhtiöt maksavat hoidosta kuntien sairaaloille täyden hinnan. Tämä avaisi yksityissektorille reilun mahdollisuuden kilpailla julkisten sairaaloiden kanssa tietyllä rajatulla alueella. Näitä onnettomuuspotilaita on sen verran vähän, ettei tämä päänavaus vaarantaisi julkisten sairaaloiden asemaa. Sitä vastoin se kyllä toisi vertailukelpoista tietoa niiden tehokkuudesta.

Oma käsitykseni on, että hinnalla kilpailtaessa julkiset sairaalat voittaisivat, mutta vakuutusyhtiöt saattaisivat silti ostaa osan hoidoista yksityissairaaloista, sillä hoidon saattaisi tällöin saada nopeammin ja vakuutusyhtiö säästäisi sairauspäivärahoissa. Tämä odotusajan hinnan mukaantulo sairaanhoitoon voisi tervehdyttää julkistakin sairaanhoitoa.

Kun kunnalliset sairaalat saisivat maksun hoitamisestaan potilaista, taloudelliset voimavarat suuntautuisivat sinne, missä kulutkin ovat. Toisaalta riskit heijastuisivat oikealla tavalla vakuutusmaksuihin, koska vakuutusyhtiöt joutuisivat maksamaan todellisista hoitokustannuksista. Moottoripyöräily taitaisi tulla vähän kalliimmaksi.

Lääkäreissä on taianomaisuutta

Minä olen koulutukseltani tilastotieteilijä ja kansantaloustieteilijä. Terveystieteiden alalta olen tutustunut lähinnä potilaana ja myös aikani HYKS:in valtuuston varapuheenjohtajana. Muutenkin tutustumiseni terveydenhuoltoon on edennyt latvasta puuhun. Minut on kutsuttu kaksikin kertaa Suomen Akatemian ja Duodecim-seuran konsensuskokouksiin, joissa yömyöhään pohdittiin suosituksia hyvästä hoidosta ja noudatettavista käytännöistä. Tutustuminen ulkopuolisena terveydenhuollon maailmaan

oli älyllisesti kiehtovaa.

Olin vuonna 1997 konsensuskokouksessa, joka pohti antibioottiresistenssin⁴ torjumista. Pian tuon kokouksen jälkeen eduskunta keskusteli päivähoidosta. Kuulin huoneessani radiosta, kun joku Kristillisen Liiton kansanedustajista arvosteli puheenvuoroani ja sanoi, että puheenvuorosta kuulee, etten ole lukenut tuon konsensuskokouksen lausumaa päivähoidosta. Yritin ehtiä saliin vain sanoakseni, että en todellakaan ole mainittua tekstiä lukenut, olen sen kirjoittanut. Harmi kyllä, myöhästyin.

Lääkäreiden maailmassa on jotain taianomaista. Tämänhän saippuaopperoiden tekijätkin ovat huomanneet. Tämä jännittävä maailma kietoi myös minut pauloihinsa. Lääkäreiden joukossa on paljon huomattavan lahjakkaita ihmisiä. Kun päättely ja päätöksenteko epävarmuuden vallitessa on heille jokapäiväistä, se pitää älyllisyyttä ja päätöksentekokykyä yllä. Tilastotieteilijänä olen opiskellut päätöksentekoa teoreettisellakin tasolla, joten lääkärikunnan kanssa keskustelu virkisti vanhoja muistoja.

Eniten nautin osallistumisesta sairaanhoitopiirien johtajien seminaareihin. Näissä kokouksissa osallistujien älykkyys ja viisaus oli lähes käsin kosketeltavaa. Mielenkiintoiset keskustelut jatkuivat iltamyöhään ja voi olla, että vähän alkoholiakin kului.

Tätä sairaanhoitopiirien huippuasiantuntemusta halusin tuoda lähemmäs ministeriön päätöksentekoa. Se herätti myös paljon vastustusta, sillä perinteisesti ministeriön kosketus ”kenttään” on ollut epäsuora ja tie on kulkenut lääninhallitusten kautta.

Onko sairaanhoitopiirien asiantuntemus liian erikoissairaanhoitokeskeistä? Tällainen riski kannattaa ottaa vakavasti. Sairaalalaitoksen piirissä varmasti löytyy paljon aliarvioivaa suhtautumista perusterveydenhuoltoon, mutta sitä en juuri havainnut sairaanhoitopiirien johdossa. Siellä vallitsi hyvin kokonaisvaltainen näkemys terveydenhuoltojärjestelmän toiminnasta, ja jokainen terveydenhuollon kokonaisuutta tunteva kyllä ymmärtääkin arvostaa hyvin toimivaa perusterveydenhuoltoa.

Lääkärit ovat myös varsin tietoisia omasta erinomaisuudestaan, minkä sain kokea monena aggressiivisena viestinä lääkärilakon aikana. Nämä viestit eivät kielineet lähettäjiensä harkitsevuudesta ja tasapainoisuudesta. Kun minulle valitettiin, että vastavalmistunut lääkäri joutuu joskus aloittamaan työuransa vain 13 000 markan kuukausipalkalla, jouduin kysymään, tietävätkö valittajat ylipäänsä, millaisia palkkoja vastavalmistuneet saavat muilla aloilla. Tai kun vedottiin siihen, montako vuotta erikoislääkäriksi valmistunut on opiskellut, piti huomauttaa, että kaikki eivät saa opiskeluajaltaan palkkaa, eivät edes tuota vaatimatonta 13 000 markan kuukausipalkkaa.

Tietoisuus omasta erinomaisuudesta saa monen lääkärin suhtautumaan oudon syrjivästi hoitohenkilöstöön, joka myös on taitavaa ja vastuuntuntoista väkeä.

Puheessani lääkäripäivien avajaisissa 2002 sanoin, että olisi ehkä hyvä kouluttaa lisää leikkaavia silmälääkäreitä, jotta silmälääkäreiden ansiotasoa yksityissektorilla saataisiin painetuksi vaikkapa tuonne pääministerin palkan tasolle. Sain paljon palautetta lääkäreiltä. Kukaan heistä ei ollut sitä mieltä, että leikkaavien silmälääkäreiden ansiotasoa olisi liian korkea. Lääkärikunnan maltillinen siipi esitti ratkaisuksi pääministerin palkan nostamista. Radikaali siipi taas totesi, että pääministeriksihän voi tulla kuka vain vaikka kansakoulupohjalta, kun taas lääkäriksi...

⁴ Bakteerien taipumus kehittyä vastustuskykyisiksi antibiooteille niin, että lopulta antibiootilla ei pystytäkään torjumaan tautia, johon se ennen puri.