

STM137:00/2019

Lausunto luonnoksesta valtioneuvoston asetukseksi erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämistä annetun asetuksen muuttamisesta

Muutoksessa esitetään, että asetuksen 7 §:ssä säädetyt lonkan ja polven tekonivelleikkausten, selkäkirurgian, rintasyöpäleikkausten ja paksusuolisyövän lukumäärät olisi mahdollista alittaa asetuksessa säädettyjen edellytysten täytyessä, jos erityisvastuualueen erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa katsotaan välttämättömäksi päivystyspisteiden välisten etäisyyksien ja väestön palvelutarpeen vuoksi turvata palveluiden kiireellinen saanti. Tällöin sairaalassa tulee olla ortopedian ja traumatologian erikoisalain ympärivuorokautinen päivystys ja sairaalan tulee pystyä varmistamaan toiminnan laatu, potilasturvallisuus, osaaminen ja hoidon kokonaisuus yhteistyössä erityisvastuualueen yliopistollista sairaalaa ylläpitävän sairaanhoitopiirin kanssa. Lisäksi asetuksen 6 §:ää muutettaisiin siten, että jatkossa pykälässä tarkoitettavat leikkaukset tai toimenpiteet keskitettäisiin yliopistollisiin sairaaloihin.

Mehiläinen katsoo, että esitetty mahdollisuus poiketa leikkausten määrälle asetetusta kriteeristä erityisvastuualueen sisällä on perusteltu.

Asetusta muutettaessa Mehiläinen katsoo, että on syytä tarkastella tarkemmin sitä, miten asetus on tavoittanut sille asettamisen yhteydessä asetetut tavoitteet. Tämän tarkastelun myötä on syytä harkita asetuksen muuttamista myös muutoin kuin esityksessä nyt esitetään. Sama tarkastelu on tehtävä myös muuhun sääntelyyn, joka vaikuttaa asiakokonaisuuteen.

Hyvinvointialan liitto HALI ry:n lausuntoa mukaillen lausumme seuraavaa:

Erikoissairaanhoidon palvelut pitää järjestää turvallisesti, laadukkaasti ja kustannustehokkaasti. Näiden kriteerien puitteissa palvelujen järjestäjällä pitää aina olla valta valita palveluille paras tuottaja, joka voi olla myös yksityinen. Jos tätä järjestäjän oikeutta rajoitetaan, rajoituksen pitää perustua selvästi osoitettuun näyttöön potilasturvallisuuden, palvelujen laadun ja kustannustehokkuuden selvästä paranemisesta rajoituksen myötä.

Lausunnon kohteena oleva ns. keskittämisasetuksella ja terveydenhuoltolain 45 § 3 momentilla ei voi osoittaa olevan näitä vaikutuksia. Lausunnon kohteena olevat esitykset eivät muuta tilannetta.

Leikkauksille asetetut minimilukumäärät tai yhteispäivystysvaatimus eivät korreloi palvelujen laatuun ja potilasturvallisuuteen esitetyllä tavalla. Asetus ja lakimuutos eivät toteuta tavoitteitaan myöskään asetukselle alun perin kaavailuista kustannussäästöistä.

1. Vaikutukset palvelujen laatuun ja potilasturvallisuuteen

1.1. Leikkausten lukumäärä (ns. keskittämisasetus)

Kirurgin kumulatiivinen toimenpidevolyymi vaikuttaa kiistatta toiminnan tehokkuuteen ja laatuun. Lausunnon kohteena olevan asetuksen keskeinen virhe leikkausten laadun lukumäärällisen mittarin asettamisessa on kuitenkin se, että määritellyt lukumäärät viittaavat leikkaavan yksikön lukumääriin, eivät leikkaavan kirurgin tai tiimin suorittamien leikkausten lukumääriin. Yksikössä

suoritettujen toimenpiteiden määrää tärkeämpi ja laadun varmistamisen osalta selkeästi vaikuttavampi tekijä on yksittäisen kirurgin (ja tiimin) tekemien toimenpiteiden määrä. Leikkaava kirurgi taas voi toimia ja työskennellä useassa saman toimijan yksikössä ja toisaalta useiden eri palveluntuottajien yksiköissä. Kirurgi saattaa esimerkiksi tehdä yksityisen tuottajan palveluksessa yhteensä 50 toimenpidettä vuodessa, mutta suorittaa näistä yksittäisessä yksikössä vain 10 toimenpidettä. Sama kirurgi voi lisäksi toimia samaan aikaan myös julkisella puolella, jolloin toimenpiteiden tosiallinen lukumäärä kasvaa entisestään. Kun toimenpiteiden lukumäärää mitataan laadun ja osaamisen kriteerinä, tulisi mittaus kohdistaa jatkossa nimenomaan leikkaavan kirurgin ja mahdollisesti leikkaustiimin suorittamien toimenpiteiden määrään, ei yksikön seinien sisällä tapahtuviin toimenpiteisiin.

Sairaalan toimenpidekohtaisen volyymin merkitystä tuottavuuteen, vaikuttavuuteen ja kustannuksiin ei ole voitu selvästi osoittaa. Useita potilaita voidaan hoitaa myös muulla tavoin kuin leikkaushoidolla, eikä toimenpidevolyymia voi missään tapauksessa pitää vaikuttavuuden mittarina. Sekä Suomessa että kansainvälisesti tehdyt tutkimukset kyseenalaistavat myös suuren toimenpide- tai ylipäättään potilasmäärän korrelaation edullisiin yksikkökustannuksiin.

Suomessa ei ole julkaistu yhtään tutkimusta tai selvitystä, jossa olisi voitu osoittaa keskittämisesetuksen vaikutukset toiminnan laadulliseen lopputulokseen. Leikkaavan yksikön leikkausten lukumäärät ovat vain yksi, ja sellaisenaankin hyvin heikko laadun ja potilasturvallisuuden mittari.

Olisi äärimmäisen tärkeää, että laatua mitattaisiin kansallisella tasolla yhtenäisesti niin erikoissairaanhoidossa kuin muissakin sote-palveluissa. Vain siten saataisiin todellista faktapohjaista tietoa laadun ja potilasturvallisuuden takaamiseksi. THL:n vetämä laatumittaristotyö päättyy tänä vuonna, sillä hankkeelle ei myönnetä enää rahoitusta. Tämä on hyvin valitettavaa. Palvelujen laatua nimenomaan pitää mitata. Mehiläinen esimerkiksi on omalta osaltaan ryhtynyt mittaamaan kattavasti ortopedisten leikkausten laatua ja tuloksellisuutta sekä hoidon vaikuttavuutta. Mittaamme hoidon lopputulosta kansainvälisten mittareiden avulla. Käytännössä kysymme kaikilta asiakkailtamme hoidon onnistumisesta määrämuotoisella kyselyllä ennen ja jälkeen leikkaushoidon, ja saadun datan avulla kehitämme toimintaamme. Syntyvän datan avulla voimme lisäksi verrata toimintaamme parhaisiin kansainvälisiin verrokeihin. Jatkossa seuranta on tarkoitus laajentaa koskemaan myös muuta leikkaustoimintaa ja hoitoa.

1.2. Yhteispäivystysvaatimus (terveydenhuoltolaki 45 § 3 mom)

Terveys- ja hoitolaissa 45 § 3 momentin mukaan ”*Leikkaustoiminta, joka edellyttää leikkaussaliolosuhteita ja anestesiaa, tulee kokonaisuudessaan koota niihin sairaaloihin, joissa on ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys.*”

Yhteispäivystysvaatimus kaikissa anestesiassa tehtävissä leikkauksissa on ylimitoitettu ja siksi kokonaisvaltaisesti tarkoituksenmukaista ja tehokasta palvelutuotantoa rajoittava vaatimus. Käytäntö osoittaa, että esimerkiksi päiväkirurgisissa toimenpiteissä aiheutuu hyvin harvoin komplikaatioita tai potilasvahinkoja. Usein komplikaatioiden taustalla on jokin potilaaseen liittyvä ominaisuus, ei varsinaisesti toimenpiteeseen liittyvä seikka. Tiedossa ei ole, missä määrin päivystyssairaalan suomien resurssien on tarvittu post-operatiivisesti (osastoilla sisällä olevien potilaiden osalta). Mitä ilmeisimmin tarve on varsin harvinaista. Myöskään terveydenhuoltolakia muutettaessa perusteluissa ei esitetty tietoa siitä, mitä lisäarvoa vaatimuksesta seuraa potilasturvallisuudelle, ja mitä ongelmia asiassa on mahdollisesti historiassa ilmennyt - eli miksi muutos tarvittiin.

Yksiköistä kotiutuneet potilaat ovat kotiuduttuaan samassa tilanteessa kuin muutkin kansalaiset. Yhteispäivystys on kaikkien kansalaisten käytettävissä oleva, verovaroin ja julkisen sektorin lakisääteisenä velvollisuutena järjestettävä palvelu.

Viime hallituskaudella hallitus jätti esityksen HE 312/2018, jossa esitettiin ns. tukisairaalaratkaisu. Esityksen mukaan leikkaavassa sairaalassa ei olisi ollut tarpeen olla omaa yhteispäivystystä, jos yhteispäivystyssairaala olisi ollut ensihoidon yksiköllä tavoitettavissa 30 minuutissa. Esityksen perustelujen mukaan ratkaisu olisi mahdollistanut yksityisten varsin huomattavien resurssien tehokkaamman käytön ja ostopalvelujen jatkumisen sekä niiden hallitun lisäämisen tarvittaessa. Kyseinen valmis esitys on syytä esittää eduskunnalle uudestaan mahdollisimman pian.

2. Taloudelliset vaikutukset

Kaudella 2015-2019 hallitusohjelmassa asetettiin tavoitteeksi tehostaa erikoissairaanhoidon 350 miljoonalla eurolla vuoden 2020 loppuun mennessä. Hallitusneuvos Anne Koskelan muistiossa 22.8.2017 koskien valtioneuvoston asetusta erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä todetaan:

”Leikkaustoiminnan keskittämisen ja muiden edellä kuvattujen erilaisten erikoissairaanhoidon ja päivystyksen rakenteiden uudistamiseen tähtäävien toimenpiteiden yhteisvaikutuksena arvioidaan, että sairaanhoitopiirien kuntayhtymien kustannukset voisivat alentua 125 miljoonalla eurolla vuonna 2018 verrattuna kuluvan vuoden tasoon. Vuosina 2019–2020 kustannukset alenisivat edelleen sairaanhoitopiirikohtaisten toimenpiteiden toteutuksen edetessä.”

Tutkimuksia tai selvityksiä, joissa keskittämisasetuksesta olisi arvioitu realisoituneen säästöjä, ei ole julkaistu tai tiedossamme. Yleinen käsitys on, että kustannukset ovat lisääntyneet sekä a) matkakustannusten kasvun johdosta, että b) keskitettyjen toimenpideyksiköiden korkeammista yksikkökustannuksista johtuen. On selvää, että arvioidut 125 miljoonan euron säästöt eivät ole näköpiirissä.

Koska näytöt sääntelykokonaisuuden tavoitteisiin pääsystä niin kustannussäästöjen kuin palvelujen laadun ja potilasturvallisuuden osalta ovat heikot, on kokonaisuutta arvioitava uudelleen ja tehtävä tarpeelliset johtopäätökset.

3. Koeputkihedelmöityshoidoissa säilytettävä mahdollisuus yksityisten palveluiden hyödyntämiseen

Keskittämisasetuksessa määrätään myös koeputkihedelmöityshoidot keskitettäväksi viiteen yliopistolliseen keskussairaalaan (keskittämisasetus §6 kohta 16) koeputkihedelmöityshoidot).

Koeputkihedelmöityshoitoja tehdään Suomessa vuosittain noin 9300 kappaletta (THL raportti Hedelmöityshoidot 2017-2018). Kaikista hedelmöityshoidosta yksityisellä sektorilla tehdään 47 prosenttia. Yksityinen sektori myös hoitaa ja on hoitanut Suomessa lääketieteellisesti vaativimmat potilaat. Hoitotulosten laatua seurataan tälläkin hetkellä kaikilta toimijoilta ja hoitotulokset yksityisellä sektorilla ovat verrannollisia muun muassa yliopistollisen keskussairaaloitten hoitotuloksiin.

Hoidon tarjoaminen on laajentunut ja laajenee julkisella sektorilla kattamaan esiemeriksi naisparien hoidon että suku-solujen luovutushoidot. Hoitoonpääsyn varmistamiseksi sekä julkisen toimijan kustannuskasvun hillitsemiseksi, tulisi julkisella toimijalla olla mahdollisuus ostaa koeputkihedelmöityshoitoja yksityiseltä sektorilta. Yksityisen sektorin klinikoiden volyymit ovat

lisäksi monin paikoin suurempia kuin yliopistollisten keskussairaaloiden volyymit, eikä hoitoihin liity tarvetta päivystyspalveluiden käyttöön.

4. Yhteenveto

Keskittämisasiasetuksen tavoitteena on ollut säästää erikoissairaanhoidon kustannuksia ja parantaa toiminnan laatua. Kustannussäästöjä ei kuitenkaan ole saavutettu, eikä laadun paranemisesta ole saatavilla näyttöä.

Terveys- ja sosiaalipalvelujen laadun seuranta ja kontrolli on erittäin tarpeellista ja tärkeää toimintaa. Laatua ei kuitenkaan näissä, kuten muissakaan palveluissa, voida arvioida mittaamalla toimenpidemääriä. Useissa muissa maissa (esimerkiksi Ruotsi ja Englanti) sote-palvelujen laatua mitataan systemaattisesti, kattavasti ja jatkuvasti. Samaan tulee päästä myös Suomessa: yksiköitä ja toimijoita tulee vertailla aidosti lääketieteellisten tulosten ja hoidon vaikuttavuuden perusteella. Tähän tarvitaan avointa ja vertailtavaa tietoa hoidon vaikuttavuudesta.

Keskittämisasiasetuksen pykälää 7 tulisi harkita poistettavaksi.

Erikoissairaanhoidon palvelutuottajilta tulee edellyttää, että ne seuraavat ja raportoivat toimintansa laatua. Lisäksi THL:n laaturekistereiden valmistelua tulisi jatkaa.

Palvelujen järjestäjien tulee hankkia palvelut kustannuksiltaan ja laadultaan kilpailukykyisiltä tuottajilta. Mikäli ostopalvelut eivät olisi jatkossa sallittuja, sairaanhoitopiireille (päivystävät keskussairaalat) annettaisiin monopoliasema toimia anestesiaa vaativien hoitojen tuottajina. Erikoissairaanhoidon kustannukset nousisivat ja hoidon saatavuus heikkenisi. Sairaanhoitopiireiltä poistuisi mahdollisuus purkaa hoitojonoja ja kirittää omaa tuotantoaan. Tuotantoa toteutettaisiin kalliina ylityönä, julkiseen erikoissairaanhoidon tarvittaisiin lisäresursseja, jota yksityisellä jäisi vastaavasti alikäyttöön. Voimakas keskittäminen voi johtaa myös olemassa olevan kokonaiskapasiteetin epätarkoituksenmukaiseen käyttöön sekä tarpeettomiin lisäinvestointitarpeisiin. Myös itse maksavien asiakkaiden mahdollisuudet ostaa yksityiseltä näitä palveluja kapenisivat, mikä lisäisi jonoa julkisissa palveluissa sekä mahdollista hoitovelkaa.

Helsingissä 18.2.2020

Kaisla Lahdensuo

lääketieteellinen johtaja

Marina Lampinen

johtaja, yhteiskuntasuhteet ja yritysvastuu