

FI lausuntopyyntö VV

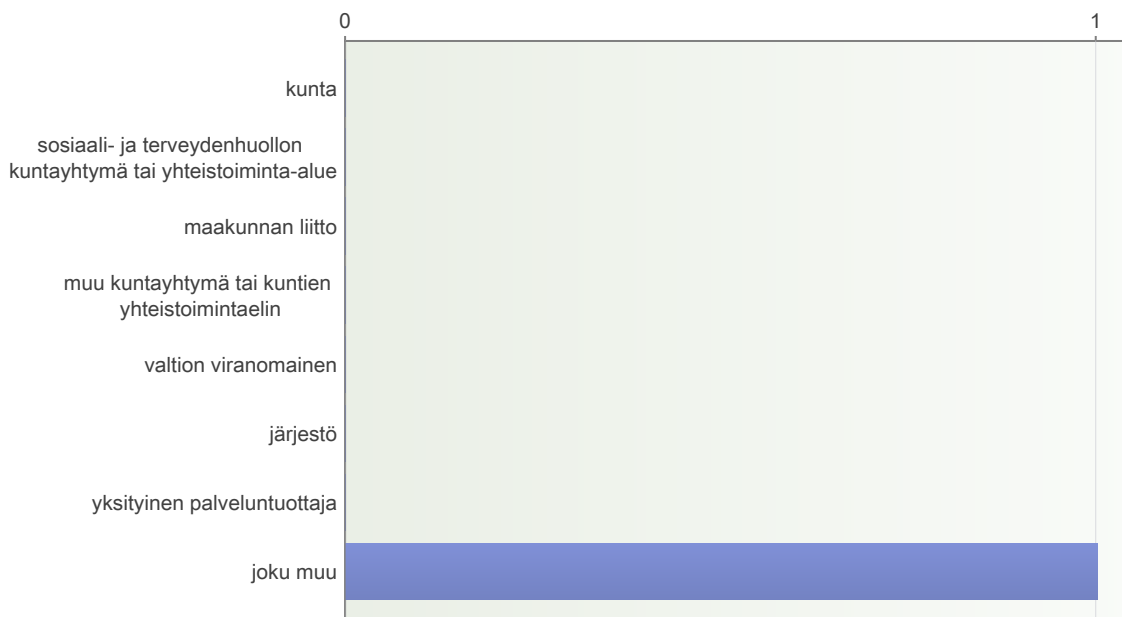
1. TAUSTATIEDOT

Vastaajien määrä: 1

Vastaajatahon virallinen nimi	Vastauksen kirjanneen henkilön nimi	Vastauksen vastuuhenkilön yhteystiedot	Lausuntopyynnön käsittelypäivämäärä toimielimessä	Toimielimen nimi
Tays ja TYKS silmäklinikat ja toimialueet 3 ja 6	Anja Tuulonen	anja.tuulonen@pshp.fi		

2. Onko vastaaja

Vastaajien määrä: 1



Avoimet vastaukset: joku muu

- Tays ja TYKS silmäklinikat

3. 1. Voidaanko uudistuksella kaventaa väestön terveys- ja hyvinvointieroja sekä parantaa palvelujen yhdenvertaista saatavuutta?

Ei vastauksia.

4. Vapaamuotoiset huomiot.

Ei vastauksia.

5. 2. Edistääkö uudistus tarkoituksenmukaisella tavalla asiakkaan vaikutusmahdollisuuksia omiin palveluihin?

Ei vastauksia.

6. Vapaamuotoiset huomiot.

Ei vastauksia.

7. 3. Antaako uudistus asiakkaalle riittävät mahdollisuudet hakeutua asiakkaan omaan tilanteeseen sopivaan palveluun?

Ei vastauksia.

8. Vapaamuotoiset huomiot.

Ei vastauksia.

9. 4. Jos asiakkaalla on laaja-alaisia palveluntarpeita, toteutuuko uudistuksessa asiakkaan mahdollisuus saada tarpeen mukaisella tavalla yhteensovitettuja palveluita?

Ei vastauksia.

10. Vapaamuotoiset huomiot.

Ei vastauksia.

11. 5. Antaako uudistus riittävät edellytykset saavuttaa 3 miljardin euron kustannusten kasvun hillinnän tavoite?

Ei vastauksia.

12. Vapaamuotoiset huomiot.

Ei vastauksia.

13. 6. Toteutuuko demokratia esityksessä riittävällä tavalla? Jos ei, miten esityksen kansanvaltaisuutta voisi vahvistaa?

Ei vastauksia.

14. Vapaamuotoiset huomiot.

Ei vastauksia.

15. 7. Edistääkö uudistus toimintatapojen muutosta ja uusien palveluinnovaatioiden käyttöönottoa, millä voidaan varautua tulevaisuuden haasteisiin?

Ei vastauksia.

16. Vapaamuotoiset huomiot.

Ei vastauksia.

17. 8. Sosiaali- ja terveydenhuollon valinnanvapauslakiluonnoksen 3 luvussa säädettäisiin asiakkaan suoran valinnan sosiaali- ja terveyspalveluista. 8a. Ovatko säännökset suoran valinnan palveluista riittävän selkeitä siltä osin, mitkä palvelut kuuluvat yhtiötettävien valinnanvapauspalveluiden piiriin ja mitkä kuuluvat maakunnan liikelaitoksen tuottamiin palveluihin?

Ei vastauksia.

18. Jos ei, miten olisi tarkoituksenmukaista määritellä ne perusteet, joilla maakunnat määrittelevät tarkemmin sote-keskuksissa tuotettavat perustason ja laajennetun perustason palvelut?

Ei vastauksia.

19. Vapaamuotoiset huomiot.

Ei vastauksia.

20. 8b. Turvaako maksusetelijärjestelmä maakunnalle riittävät ohjaus- ja vaikutusmahdollisuudet järjestämisvastuun kannon näkökulmasta?

Ei vastauksia.

21. Vapaamuotoiset huomiot.

Ei vastauksia.

22. 8c. Onko maksusetelijärjestelmässä sote-keskuksen oikeuksista ja velvollisuuksista säädetty tarkoituksenmukaisesti?

Ei vastauksia.

23. Vapaamuotoiset huomiot.

Ei vastauksia.

24. 8d. Mahdollistaako maksusetelijärjestelmä asiakkaalle riittävät mahdollisuudet vaikuttaa tarvitsemiensa palvelujen toteutukseen?

Ei vastauksia.

25. Vapaamuotoiset huomiot.

Ei vastauksia.

26. 9. Lakiluonnoksen 4 luvussa säädettäisiin asiakkaan mahdollisuuksista valita maakunnan liikelaitos ja sen toimipiste. Antavatko säännökset asiakkaalle tarkoituksenmukaiset mahdollisuudet valita palvelujen tuottaja?

Ei vastauksia.

27. Vapaamuotoiset huomiot.

Ei vastauksia.

28. 10. Lakiluonnoksen 5 luvussa säädettäisiin asiakassetelin käytöstä asiakkaan valinnanvapauden lisäämisessä. 10a. Ovatko säännökset asiakkaan aseman ja oikeuksien näkökulmasta tarkoituksenmukaisia?

Ei vastauksia.

29. Vapaamuotoiset huomiot.

Ei vastauksia.

30. 10b. Turvaako asiakassetelijärjestelmä maakunnalle riittävät ohjaus- ja vaikutusmahdollisuudet järjestämisvastuun kannon näkökulmasta?

Ei vastauksia.

31. Vapaamuotoiset huomiot.

Ei vastauksia.

32. 10c. Ovatko asiakassetelijärjestelmän käyttöönottoa koskevat maakunnan päätöksentekoa koskevat rajaukset riittäviä ja turvaavatko ne asiakkaan valinnanvapauden toteutumisen?

Ei vastauksia.

33. Vapaamuotoiset huomiot.

Ei vastauksia.

34. 11. Lakiluonnoksen 6 luvussa säädettäisiin henkilökohtaisen budjetin käytöstä asiakkaan valinnanvapauden lisäämisessä. Mahdollistavatko säännökset asiakkaalle riittävät mahdollisuudet vaikuttaa tarvitsemiensa palvelujen toteutukseen?

Ei vastauksia.

35. Vapaamuotoiset huomiot.

Ei vastauksia.

36. 12. Valinnanvapauslainsäädännön myötä esitetään potilaslakiin ja sosiaalihuollon asiakaslakiin lisättäväksi uusi luku päätöksenteon tukemisesta (tuettu päätöksenteko).

Valinnanvapauslainsäädäntöön sisältyisi potilaille ja asiakkaille erilaisia valinnanmahdollisuuksia (muun muassa suoran valinnan palvelut, maksuseteli, asiakasseteli ja henkilökohtainen budjetti).

Näissä erilaisissa valintatilanteissa asiakkaat voivat tarvita tukea valintoja tehtäessä. Onko tuettua päätöksentekoa koskevat säännökset tarkoituksenmukaisia?

Ei vastauksia.

37. Vapaamuotoiset huomiot.

Ei vastauksia.

38. 13. Lakiluonnoksen 7 luvussa säädettäisiin palvelun tuottajien hyväksymis- ja sopimusmenettelyistä. 13a. Ovatko säännökset hyväksymismenettelyistä uudistuksen tavoitteiden kannalta tarkoituksenmukaisia?

Ei vastauksia.

39. Vapaamuotoiset huomiot.

Ei vastauksia.

40. 13b. Ovatko säännökset sopimusmenettelyistä uudistuksen tavoitteiden kannalta tarkoituksenmukaisia?

Ei vastauksia.

41. Vapaamuotoiset huomiot.

Ei vastauksia.

42. 14. Lakiluonnoksen 8 luvussa säädettäisiin palvelujen tuottamisesta ja palvelun tuottajien velvoitteista. Ovatko säännökset uudistuksen tavoitteiden kannalta tarkoituksenmukaisia?

Ei vastauksia.

43. Vapaamuotoiset huomiot.

Ei vastauksia.

44. 15. Lakiluonnoksen 9 luvussa säädettäisiin palvelun tuottajalle suoritettavista korvauksista.

15a. Ovatko suoran valinnan palveluita koskevat kiinteän maksun osuus ja sen määräytymistä koskevat edellytykset riittäviä turvaamaan palvelujen riittävä rahoitus?

Ei vastauksia.

45. Vapaamuotoiset huomiot.

Ei vastauksia.

46. 15b. Ovatko säännökset muista korvauksista uudistuksen tavoitteiden kannalta tarkoituksenmukaisia?

Ei vastauksia.

47. Vapaamuotoiset huomiot.

Ei vastauksia.

48. 16. Lakiluonnoksen 11 luvussa säädettäisiin lain voimaantulosta. Ovatko 71 §:n mukaiset siirtymäsäännökset uudistuksen tavoitteiden kannalta tarkoituksenmukaisia?

Ei vastauksia.

49. Vapaamuotoiset huomiot.

Ei vastauksia.

50. 17. Antaako esitys maakunnille riittävät edellytykset järjestämisvastuun toteuttamiseen?

Ei vastauksia.

51. Vapaamuotoiset huomiot.

Ei vastauksia.

52. 18. Antaako esitys riittävät edellytykset sosiaali- ja terveydenhuollon markkinoiden syntymiseen?

Ei vastauksia.

53. Vapaamuotoiset huomiot.

Ei vastauksia.

54. 18b. Antaako esitys riittävät edellytykset pienten toimijoiden toimimiseen sosiaali- ja terveydenhuollon markkinoilla?

Ei vastauksia.

55. Jos ei, miten esitystä tulisi muuttaa?

Ei vastauksia.

56. Vapaamuotoiset huomiot.

Ei vastauksia.

57. 19. Miten ihmisen lisääntyvä mahdollisuus valita palveluntuottaja ja vaikuttaa siten palveluihinsa vaikuttaa ihmisen hoitoon?

Ei vastauksia.

58. 20. Onko laki tarkoituksenmukainen hammashoidon näkökulmasta?

Ei vastauksia.

59. Vapaamuotoiset huomiot.

Ei vastauksia.

60. 21. Onko uudistuksen vaikutukset arvioitu näkemyksenne mukaan oikein ja riittävästi?

Ei vastauksia.

61. Vapaamuotoiset huomiot.

Ei vastauksia.

62. 22. Miten arvioitte uudistuksen vaikuttavan oman taustaorganisaationne tai jäsenorganisaatioidenne asemaan?

Ei vastauksia.

63. 23. Muut vapaamuotoiset huomiot hallituksen esitysluonnoksesta.

Vastaajien määrä: 1

-

Edustaako kaihileikkaus 'rajattua, selkeää ja yksinkertaista esimerkkiä' asiakassetelin käyttöaihetta?
Kommentit ja ehdotus pilotoinnista silmätautien erikoisalalla

Valinnanvapauslainsäädännön perustelumuihistossa (s.49) asiakassetelin yhteydessä nostetaan ainoaksi erikoissairaanhoidon esimerkiksi kaihi todeten, että 'kyseessä on hyvin rajattu, selkeä ja suhteellisen yksinkertainen hoitokokonaisuus' (s. 49, sivunumerot viittaavat valinnanvapauslainsäädännön perustelumuihistoon).

Kommentit

-Koska silmäsairauksista ainoastaan kaihen hoitoa seurataan kansallisella tasolla, yleisesti ajatellaan, että silmätaudit on yhtä kuin kaihileikkaus ja kun kaihet on leikattu, silmätautien hoito on kunnossa.
-Koska pysyvän näkövamma syntymistä ei kuitenkaan voida ehkäistä kaihileikkausten avulla, Suomen silmäylikääkärit ovat tehneet pitkäaikaista ja systemaattista työtä muiden, etenkin potentiaalisesti sokeuttavien kroonisten silmäsairauksien yhdenvertaiseksi huomioimiseksi kaihen ohella.

Asiakassetelillä tarjottavilla palveluilla voi olla heikentävä vaikutus maakunnan palveluiden saatavuuteen (s. 95).

Kommentit

-Kaihi kuuluu 'neljään suureen' silmäsairauteen, jotka kattavat noin 2/3 potilaista, käynneistä ja kustannuksista (Tays Silmäkeskus).

67 % käynneistä: glaukooma 20 %, ikärappeuma 18 %, verkkokalvosairaudet 15 %, kaihi 14%

71 % potilaista: 25 % glaukooma, 24 % kaihi, 14 % verkkokalvosairaudet, 8 % ikärappeuma

75 % kustannuksista: 27 % kaihi, 19 % ikärappeuma, 18 % verkkokalvosairaudet, 11 % glaukooma

-Koska em. 'neljästä suuresta sairaudesta' kaihi on ainoa, joka ei aiheuta pysyvää sokeutta, pikainen hoitoon pääsy ei ole välttämätöntä kaihipotilaille toisin kuin esim. ikärappeumassa, joka aiheuttaa 60 % iäkkäiden pysyvää näkövammasta (glaukooma on sijalla kaksi).

-Eniten pysyvästi sokeuttavan ikärappeuman hoitojen lukumäärä Suomessa on yli 10-kertaistunut vuodesta 2008 ja ohittanut kaihileikkausten lukumäärän (74 000 ikärappeumahoitoa vuonna 2016 vs. 46 000 kaihileikkausta).

-Samanaikaisesti ikärappeuman hoitojen rinnalla myös kaihileikkausten lukumääriä on toimintaa tehostamalla lisätty (esim. Taysissa 57 % viiden viimeisen vuoden aikana) ja hoitoon pääsy on parantunut. Vuonna 2015 kaihileikkausta Suomessa odotti 9000 potilasta, mikä vastaa alle 2 kk:n tuotanto.

-Koska pistohoito ei paranna ikärappeumaa, sen avulla saavutetun näkökyvyn ylläpitäminen edellyttää pistojen toistamista 1-2 kuukauden välein vuosien ajan.

-Ikärappeuman hoitoon käytettävien kalliiden lääkkeiden 2015-16 kustannukset kasvoivat koko maassa 39 % (4 milj. €, saman verran kuin Taysin 580€-hintaisen kaihileikkauksen vuosikus-tannukset yhteensä).

- Vuonna 2016 kalliiden lääkkeiden vuosikustannus koko maassa oli yhteensä 15 milj. € (saman verran kuin Tays Silmäkeskuksen koko vuosibudjetti). Jos kaikille potilaille käytettäisiin kalliita lääkkeitä, vuosikustannus kasvaisi yli 80 milj. €:n vuodessa, mikä vastaa HUS:n, Taysin, TYKS:n ja KYS:n vuosikustannuksia yhteensä.
- Kalliiden lääkkeiden käytössä on huomattavaa vaihtelua ilman näyttöä optimaalisesta vaikutuksesta. Esim. HUS:n ja TYKS:n käyttö on kaksinkertaista Taysiin ja KYS:iin verrattuna.
- Koska silmäsaairauksien käyttöön kohdennetut voimavarat eivät lisäänty samassa suhteessa kasvavien ikärappeumakulujen myötä, muiden silmäsaairauksien hoitoon jää käytettäväksi suhteessa vähemmän voimavaroja.
- Vaikka kilpailu voi edistää taloudellisuutta laatua ja tuottavuutta, tutkijat eivät ole yksimielisiä valinnanvapauden ja kilpailutuksen vaikutuksista hoidon yhdenvertaisuuden edistämiseksi.
- Esim. 'selkeäksi ja yksinkertaiseksi' ajatellun kaihileikkauksen valinnanvapauden keskittyminen voisi johtaa kaihen suunnitteleemattomaan etusijaistumiseen ja hidastaa kaihia vakavampien, pysyvästi sokeuttavien silmäsaairauksien hoitoa.
- Vaikka ikärappeuma aiheuttaa eniten pysyvää näkövammaa, myöskään sen lääkehoidon kustannusten ei ole mahdollista antaa kasvaa nykyistä vuosivauhtia ja heikentää siten muiden silmäsaairauksien hoitoa.
- Kytäkseen hidastamaan kustannusten kasvua silmätautien alalla, maakunnilta vaaditaan poikkeuksellista silmäpalveluiden järjestämisaosaamista.

Maakunnalla olisi mahdollisuus päättää asiakassetelillä tarjottavat ei-kiireellisten palveluiden ja muiden soveltuvien erityistason palveluiden laajuus ja sisältö 15 %:n minimivaatimuksen puitteissa (s. 95).

Kommentit

- Asiakassetelillä tarjottavan hoidon kohdentaminen tulisi määritellä potilaiden hyvinvoinnin edistämisen ja näkövammaisuuden estämisen näkökulmasta ja varmistaa oikeudenmukainen ja tasapuolinen hoitoon pääsy ja kustannusvaikuttavuus.
- On tarkoituksenmukaista pohtia, halutaanko yhtä diagnoosia edustavalle potilasryhmälle (esim. kaihi) antaa oikeus päättää yhteiskunnan voimavarojen varaamisesta itselleen muiden potilaiden kustannuksella, joilla on esim. pysyvän näkövammautumisen riski.
- Silmsaairauksien hoito kehitty ja eri sairauksien suhteellinen osuus tuotannossa vaihtelee ajan kuluessa kuten ikärappeuman hoito osoittaa.
- Tarkan raja-arvon määrittämisen sijasta laissa ja perustelumuiustiossa olisi tarkoituksenmukaista määrätä, että maakunta kohdistaa valinnanvapautta palveluiden tuotannossa 'riittävässä määrin' suhteessa asetettuun tavoitteisiin.
- Nyt perustelumuiustiossa esitetyn 15 %:n sitovuustaso on epäselvä. Onko tarkoituksenmukaista määrittää osuus kustannuksista, potilaista vai käynneistä?

Asiakassetelillä tarjottavilla palveluilla voi olla heikentävä vaikutus maakunnan palveluiden henkilöstön riittävyteen (s. 95).

Kommentit

- Jos maakunta päättää suunnata asiakassetelin kaihileikkaustoimintaan, ilman yhtiöittämistä maakunnan liikelaitos ei voisi tuottaa esim. kaihileikkauspalveluita.
- Silmsaairaanhoidon kokonaisuuden kannalta maakunnan 'kaihiyhtiön' perustaminen ei vaikuta tarkoituksenmukaiselta, koska kaihileikkaajat eivät liene voisi toimia sekä maakunnan liikelaitoksen että maakunnan yhtiön palveluksessa?
- On myös epätodennäköistä, että silmätautien toiminnan toteuttamisen sekä maakunnan liikelaitoksessa että yhtiössä voisi säästää kokonaiskustannuksia.
- Koska nykyisin julkisella sektorilla työskentelevien kaihikirurgien vastuualueisiin kuuluu muitakin silmätautien osa-alueita kuin kaihileikkaus, pelkkään kaihikirurgiaan keskittyvän maakunnan yhtiön vetovoimaisuus

kilpailutilanteessa ja monituottajamallissa voisi lisätä kaihileikkaajien siirtymistä enenevässä määrin yksityissektorille. Näin on tapahtunut aiemminkin etenkin noususuhdanteiden aikana, mikä on heijastunut julkisen sektorin lääkärivajana.

-Vuosina 1986-2000 julkisen sektorin toimintamalli ja kaihileikkauksen erikoismaksuluokka ylläpitivät julkisen sektorin rakenteellista 23 %:n silmälääkärivajetta (vaihtelu 16-30 %). Samana ajankohtana kuitenkin valmistui vajeeseen nähden lähes nelinkertainen määrä silmälääkäreitä. Kaihileikkausten osuus tuolloin silmäsaahanhoidon kustannuksista oli yli 40 %, mistä huolimatta keskimääräinen kaihijonon pituus pysyi 7 kuukautena 20 vuoden ajan 10-kertaistuneesta leikkausmäärästä huolimatta. Ennen 2005 hoitotakuuta 75% glaukoomista hoidettiin maan eteläosissa Kela-korvausten turvin yksityissektorilla.

-Kaihikirurgien siirtyminen maakunnan yhtiöön tai yksityissektorille heikentäisi lisäksi paitsi maakunnan liikelaitoksen silmätautien päivystyksen järjestämistä, johtaisi myös kaihikirurgien koulutuksen siirtymiseen maakunnan liikelaitoksen ulkopuolelle.

-Yli 10 vuotta kaihikirurgeja kouluttanut keskussairaalan ylilääkäri arvioi aikaperusteisesti, että yhden kaihikirurgin koulutuksen vaihtoehtoiskustannus olisi noin 200 000 € verrattuna kokeneen kirurgiin tuotokseen.

-Silmänsisäisen kirurgian koulutus alkaa yleensä kaihikirurgiasta, joten sen siirtyminen pois maakunnan liikelaitoksesta vaikeuttaisi myös muun silmänsisäisen kirurgian koulutusta ja edellyttäisi, että myös kaikkein vaativimmatkin kaihileikkaukset suoritettaisiin muualla kuin maakunnan liikelaitoksessa osaajien siirtyessä valtaosin yksityissektorille.

-Ilman yksityisten toimijoiden kanssa kilpailevaa julkista toimijaa yksityiset toimijat pystyisivät määrittämään hintatason.

Valinnanvapausjärjestelmän käynnistyessä asiakkaat tarvitsevat monipuolista tietoa valintojensa tueksi (s. 76).

Kommentit

-Ammattilaisten ja päättäjien ohella myös kansalaiset ja potilaat ovat alttiita erilaisille viritysvaikutuksille.

-Esim. USA:ssa on arvioitu, että puolet kysynnän kasvusta johtuu ammatillisista ja organisaatioista, ei kansalaisten tarpeista.

-Minkä tahon tuottaman tiedon perusteella kansalaisten oletetaan tekevän valinnan? Esim. ikärappeuman hoidossa on (ollut) tilanteita, jossa lääketieteen asiantuntijat, eri viranomaistahot (eduskunnan oikeusasiamies, Valvira, Fimea ja ministeriön virkamiehet) ja teollisuus tulkitsevat lainsäädäntöä, lääketieteellistä näyttöä ja vakiintuneita käytäntöjä täysin toisistaan poikkeavilla tavoilla sen suhteen, minkä arvioidaan parhaiten turvaavan kansalaisille riittävät, tasapuoliset, turvalliset ja kustannusvaikuttavat palvelut.

-Myöskään ikärappeumanpotilaille ei tule antaa oikeutta valita esim. kalliita lääkkeitä, koska niiden epätarkoituksenmukainen käyttö voisi puolestaan ehkäistä esim. lääketieteellisesti indisoitujen kaihileikkausten tekemistä ja muiden silmäsairauksien hoitoa.

Asiakasseteliä käytettäisiin maakunnan liikelaitoksen vastuulla olevissa kiireettömissä erityistason palveluissa, kuten kaihileikkauksissa ja erikoislääkärin vastaanotokäynneissä sekä kuntoutuspalveluissa (s. 98).

Asiakas voisi valita suoran palvelun yksikön ilman maakunnan tekemää palvelutarpeen arviointia ja ohjausta (s. 56) Laajennetun perustason palveluihin liittyisi ammattihenkilöiden konsultaatiot ja avovastaanottopalvelut vuodesta 2021 alkaen (s. 56).

Suoran valinnan palveluissa tuottajalla olisi velvollisuus antaa asiakkaalle maksuseteli yksittäisten toimenpiteiden hankkimiseksi (s. 57).

Kommentit

-Vaikka kaihileikkausta pidetään 'selkeänä ja yksinkertaisena', leikkauskriteerit ovat täysin liukuvat sen suhteen, milloin kaihi tarjotaan leikattavaksi.

-Suomessakin jo tällä hetkellä yksityissektori tekee ns. kirkkaan mykiön leikkauksia (so. kaihileikkauksia ilman

kaihta) silmälasista eroon pääsemiseksi, mukaan lukien ikänäköleikkaukset.

- Kilpailutus lisää tarjontaa ja tarjonta lisää kysyntää. Esim. Ruotsissa leikkausmäärät ovat valinnanvapauden myötä lisääntyneet ja leikkauksia tehdään aiempaan verrattuna koko ajan paremmilla näöntarkkuuksilla. Leikkaustytyväisyys puolestaan heikkenee sitä mukaan, kun leikkausta edeltävä näöntarkkuus paranee.
- Perustelumuiustiossa kuvatussa mallissa maakunnalla olisi käytännössä mahdotonta seurata kansallisten hoitoon pääsyn kriteerien noudattamista.

Lain tavoitteena on turvata hyvät palvelut ja edistää yrittäjyyttä vähentämällä yrittäjien hallinnollista taakkaa (s. 52).

Kommentit

- Kilpailukyvyyn edistämiseksi hallitusohjelman mukaista normien purkamista tulisi toteuttaa myös julkisen sektorin toiminnassa.
- Esim. yliopistosairaalassa henkilöstön käytössä voi olla yli 400 erilaista tietojärjestelmää, joita ei ole valittu tukemaan potilaan toimintaprosessien kehittämistä, ja ohjelmien määrä lisääntyy koko ajan.
- Monituottajamallissa on huomioitava myös niistä aiheutuvat huomattavat kustannukset tuottavuuden seurannassa sekä silmätaudeissa erityisesti kroonisissa sairauksissa aiempien eri tutkimuslaitteissa olevien tietojen siirtämisen aiheuttamat kustannukset yksikköjen välillä, so. satojatuhansia - miljoonia näkökenttiä ja erilaisia kuvantamistutkimuksia hoidon vaikuttavuuden seuraamiseksi.
- Eri tuottajien mahdollisuutta kustannusvaikuttavuuden ja tuottavuuden kannustamiseksi tulisi tukea ja verrata samoin kriteerein eikä esim. maakunnan toiminnasta aiheutuvat kustannuksia ei tulisi vyöryttää yksin julkisen liikelaitoksen maksettavaksi.

Valinnanvapaus- ja monituottajamallilla tavoitellaan laatukilpailun kautta toteutuvia tehokkuushyötyjä ja kannusteet ovat ratkaisevia (s.67)

Kommentit

- Lakiluonnoksessa tai sen perustelumuiustiossa ei kertaakaan viitata kannusteisiin, joilla pyrittäisiin estämään ylidiagnostiikka ja ylihoito.
- Lakiluonnosta ja sen perustelumuiustiota lukiessa syntyy vaikutelma, että jokaisen terveyden-huollon intervention ajatellaan olevan yhtä hyödyllinen ja mitä enemmän mitä tahansa interventioita tarjotaan, sitä enemmän hyvinvointi parantuu.
- Samanaikaisesti paradoksaalisesti palvelujen tarve kasvaa ja terveydenhuollon rahoituskriisi sen myötä pahenee siitä huolimatta, että suomalaiset ovat terveempiä ja elävät pidempään kuin koskaan aiemmin ja terveydenhuollon palveluita tarjotaan ja kustannetaan enemmän kuin koskaan aikaisemmin.
- Onko rajallisten voimavarojen maailmassa suhteessa jatkuvasti lisääntyviin mahdollisuuksiin tarkoituksenmukaista synnyttää insentivejä, jotka kannustavat tuottajia tarjoamaan esim. kaihileikkauksia silmiin, joissa ei ole kaihta?
- On tarkoituksenmukaista pohtia, parantaako diagnoosin antaminen elämänlaatua? Esim. hoitoa saavista glaukoomista 40-50 %:lla ei ole manifestia sairautta. Potentiaalisesti sokeuttavan silmädiagnoosin antaminen kuitenkin heikentää elämänlaatua. Paradoksaalisin esimerkki ylidiagnostiikasta Suomessa edustaa eräässä yliopistokaupungissa ilmaantunut 'epidemia', jossa taittovirheleikkauksen läpikäyneille 20-30-vuotiaille on annettu matalapaineglaukooma-diagnoosi. Pahimmillaan nämä henkilöt 60-70 vuotta pelon alla sairaudesta, jota heillä ei ole ja jotka kuluttavat omia ja yhteisiä voimavaroja.

Maakunnan on huolehdittava laaja-alaisesti yhteen sovitettuja palveluita tarvitsevien asiakasryhmien ja asiakkaiden tunnistamisesta, palveluketjujen ja palvelukokonaisuuksien määrittelemisestä sekä asiakasta koskevan tiedon hyödyntämisestä eri tuottajien välillä (s. 62). Palvelujen tuottamista voidaan koota suurempiin

kokonaisuuksiin yhden tai useamman maakunnan laajuisesti silloin, kun niiden saatavuus ja laadun turvaaminen edellyttävät erityisosaamista tai kalliita investointeja. Näin voidaan tehdä myös illoin kun palvelujen tarkoituksenmukainen, kustannusvaikuttava ja tehokas toteuttaminen edellyttävät sitä (s. 51). Maakunta voi tuottaa palvelut itse tai yhteistoiminnassa muiden maakuntien kanssa tai hankkia ne sopimukseen perustuen muulta palvelun tuottajalta. Palvelutuottajana voi toimia maakunnan liikelaitos, osakeyhtiö, yhdistys, osuuskunta, säätiö tai itsenäinen ammatinharjoittaja. (s. 51). Hallitus on korostanut eri tuotantotapojen vertailtavuutta ja edellytyksiä innovaatioiden ja kokeilujen toteuttamiselle (s. 53).

Yhteenveto kommentteista

-On ilmeistä, että kaihileikkaus ei edusta 'selkeää ja yksinkertaista esimerkkiä' asiakasetelien käytöstä.
-Eryteisesti nyt suunniteltu monituottajamalli edellyttää vielä aiempaakin laajempaa palvelujen sisällöllistä sekä toimintaympäristön historian ja kokonaisuuden hahmottamista johdettaessa poikkeuksellisen haasteellista ja suurta sote-uudistusta, missä päätösten sivuvaikutukset tyypillisesti ilmaantuvat pitkällä viiveellä.

Ehdotus silmäsairaanhoidon mallin pilotoimiseksi (mukaan lukien valinnanvapaus)

-Länsi-Suomen silmäylikäätit (Tays, TYKS, Etelä-Pohjanmaa, Kanta-Häme, Satakunta ja Vaasa) ehdottavat innovatiivisen maakuntarajat ylittävän silmäsairaanhoidon mallin pilotoimista osana sote-uudistusta (mukaan lukien erilaiset valinnanvapausmallit).

-Länsi-Suomen silmäsairaanhoidon mallin tavoitteena on yhdenvertainen ja kustannusvaikuttava toiminta, riippumatta siitä minkälaisissa organisaatiomuodoissa ja minkälaisella valinnanvapausmallilla eri palveluja lakiuudistuksen mukaan päädytään tuottamaan.

-Koska samaa rahamäärää ei voi käyttää useampaan kertaan, vahvassa usean maakunnan omistajaohjauksessa oleva silmäterveydenhuollon strategiassa hyödynnetään P5SE -mallia, joka sai joulukuussa 2016 EU-Reference Site -statuksen EI PAHA -ohjelmassa (European Innovation Partnership on Active and Health Aging). Mallin periaatteet on sovellettavissa myös muille erikoisaloille.

-P5SE -malli luo tarkoituksenmukaiset periaatteet toimia ympäristössä, jossa käytössä olevat voimavarat ovat rajalliset suhteessa rajattomiin mahdollisuuksiin:

P Priorisoidaan pysyvää näkövammaa aiheuttavien silmäsairauksien hoito

1S Segmentoidaan potilaat pysyvän näkövammaan riskin mukaan.

2S Standardoidaan suurivolyymisten sairauksien hoito

3S Shared Care: Hyödynnetään eri ammattilaisten työnjakoa.

4S Self-Care: Kehitetään potilaiden omaseurantaa osana Virtuaalisairaalan Silmätaaloa.

5S Sustainability: Kestävä kehitys edistää hyvinvointia käytettävissä olevin voimavaroin.

E Evaluoidaan valittujen työkalujen vaikutuksia hyvinvoinnin lisääntymiseksi.

-Kestävän kehityksen evaluoinnissa tuottavuuden rinnalla seurataan kaikkien neljän suuren silmäsairauden osalta paitsi hoitoon pääsyä ja kustannuksia innovatiivisesti myös toiminnan arkivaikuttavuutta, ts. ei pelkästään suoritteiden lukumääriä (ts. mitataan metsurin aikaansaamaa halkopinon kokoa moottorisahan bensankulutuksen ohella).

-Silmätautien arkivaikuttavuusmittarin arvot siirtyvät automaattisesti sähköisesti joka käynnillä suoraan Kantaan (ns. Big Data: näöntarkkuus, silmänpaine ja näkökenttä-indeksit).

-Hyvinvoinnin mittaamiseksi potilaille lähetetään viesti täyttää 15D-elämänlaatumittari esim. suoraan Kantaan kerran vuodessa.

-Em. silmä- ja elämänlaatumittarit kattavat ja erottelevat kaikki neljä suurta silmäsairautta sekä pysyvästi näkövammaiset toisistaan ja mahdollistavat siten arkikustannusvaikuttavuuden vertailun sekä Länsi-Suomen mallin sisällä että vertailun muihin alueisiin (bench-marking).

-Mallissa kokonaiskustannuksiin sisällytetään matkakustannukset ja glaukooman kokonaan korvattavat lääkkeet ei-lääkkeellisten hoitomuotojen käytön edistämiseksi sekä kehitetään ja otetaan käyttöön potilaiden

itsemittauksia (esim. silmänpaine, näöntarkkuus ja näkökenttä).

Vastuualuejohtaja professori Anja Tuulonen, Tays Silmäkeskus

Vastuualuejohtaja Hanna Vaahtoranta-Lehtonen, TYKS silmäklinikka (TO6B)

Toimialuejohtaja Heli Leppikangas, Toimialue 3, Tays

Toimialuejohtaja Sirkku Jyrkkiö, Toimialue 6 (TO6), TYKS

64. 24. Yksilöidyt säädösmuutosehdotukset.

Ei vastauksia.