

Asia: VN/36135/2023

Luonnos hallituksen esitykseksi laeiksi terveydenhuoltolain 7 a §:n, sosiaalihuoltolain ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain 36 §:n muuttamisesta

Taustatiedot lausunnonantajalta

Organisaatio tai vastaajataho

Yritys

Kysymys viranomaisille, mikä on lausuntoa käsitelleen toimielimen nimi ja käsittelypäivämäärä?

-

Lausunnonantajan lausunto

Onko ehdotus sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoiman periaatteista säätämisestä kannatettava?

Ei

Perustelut ja lisähuomiot esityksen kannatettavuutteen liittyen.

Nykymuodossaan Esitys ei mielestämme huomioi kokonaisuutta, jolloin tavoitteet ja Esityksen sisältö ovat ristiriidassa.

Tarkemmin avaamme kohdittain.

**Antaako esitysluonnos riittävän ja oikean kuvan lakiehdotusten taloudellisista vaikutuksista (jakso 4.2)?
Voitte perustella näkemystänne tähän.**

Ei. Kohdassa todetaan lyhyesti: "Mahdollisia välittömiä kustannuksia voi aiheutua esimerkiksi siitä, jos periaatteiden soveltamista varten luodaan uusia kansallisia rakenteita".

Miten "periaatteiden soveltaminen" toteutuu käytännössä? Vastaus: Tarvitaan tietoa eri palvelujen kustannuksista, hoitotuloksista, terveydellisestä sekä taloudellisesta kannattavuudesta, sekä muista

seikoista. Tätä tietoa täytyy tuottaa - mistä, ja kuka sen tekee? Lääkärit, hoitajat, tai muut potilaan hoidosta tai koordinoinnista vastaavat henkilöt.

Toisaalta tällaista tietoa on jo paljon erinäisissä laaturekistereissä, mutta niiden soveltaminen palvelutarjontaan on osoittanut haasteelliseksi. Tätäkään ulottuvuutta ei Esityksen perusteluissa huomioida nähdäksemme tarpeeksi.

Nykytila on se, että esimerkiksi terveyskeskuslääkärit käyttävät noin 30 - 40 % potilasvastaanotosta tietojen käsittelemiseen ja etsimiseen. Aikaa kuluu etenkin niin sanotusti "järjestelmän hoitamiseen" eli siihen, että tieto kirjataan oikeassa muodossa oikeaan paikkaan, jotta se näkyisi oikein. Muiden muassa hyvinvointialueiden kyvyttömyys saada THL:n edellyttämiä palvelutapahtuman diagnoosiluokitusta on aiheuttanut kymmenien tai satojen miljoonien eurojen virheen, mikä osaltaan selittää alueiden alijäämät. Kun alueiden kyky aikaansaada tiedolla johtamista rakenteisella kirjaamisella on jo nyt huono, lisävastuut tuskin auttavat.

Vaikka Esityksen tavoite on hyvä, se ei huomioi lääkäreiden ja hoitajien arjen kipupisteitä jotka ovat osaltaan syntyneet Esitystä vastaavista aiemmista Esityksistä viimeisen 20-30 vuoden ajalla: mitä enemmän aikaa ammattilaisilla kuluu "järjestelmän hoitamiseen", sen vähemmän aikaa jää potilashoittoon ja siten sen enemmän tarvitaan lääkäreitä ja hoitajia nykyisen palvelutuotannon mahdollistamiseksi. Puhumattakaan muista hallinnollisista kustannuksista ja tietohallinnon tarpeista.

Antaako esitysluonnos riittävän ja oikean kuvan lakiehdotusten muista vaikutuksista (jakso 4.2)? Voitte perustella näkemystänne tähän.

Ei, Esityksen keskeinen ongelma on, että se tarkastelee palveluvalikoimaa staattisena kokonaisuutena josta pitäisi valita aina se paras. Todellisuudessa palveluvalikoima kasvaa ja kehittyy suhteellisen ripeään tahtiin, ja uusien hoitotoimenpiteiden ongelma on, ettei niistä tietenkään ole vielä kattavaa näyttöä. Tämä on ikäänkuin määritelmällisesti miten ymmärrämme onko asia "uusi" vai ei.

Esityksen tavoitteita ei aikaansaada siten, että esimerkiksi pallolaajennuksia jaettaisiin alueellisesti tasavertaisemmin vaan siten, että kehitämme parempia vaihtoehtoisia toimenpiteitä. Esimerkiksi pallolaajennus korvasi avosydänleikkauksen sydänkohtauksen hoidossa, mikä on mahdollistanut noin 30-kertaisen tuottavuuden sydänkohtauksen hoidossa. Esitys ei mitenkään huomioi, miten uusia parempia hoitotoimepiteitä saisi käyttöön tai miten niitä kehitettäisiin.

Onko lakiehdotuksilla jotain sellaisia vaikutuksia, joita esitysluonnoksessa ei vielä ole otettu huomioon, ja jos on, niin millaisia vaikutuksia?

Esityksessä ei huomioida Potilasdirektiivin roolia ja mahdollisia ilmiöitä. Esimerkiksi syövän immuunihoitoon on Suomessa vaikea päästä erilaisten arviointien johdosta, jolloin sairauskuluvakuutuksen suosio kasvaa ja ihmiset hakevat kyseisen hoidon muiden muassa Saksassa. Esitys lähinnä edistää tätä negatiivista kehitystä, minkä mahdolliset eriarvoistavat vaikutukset luovat suuria jännitteitä.

Kommenttinne pykälästä ja säännöskohtaisista perusteluista: Terveystalolaki 7 a §

"3) vaikuttavuus terveyteen tai hyvinvointiin on saatavilla olevan näytön perusteella riittävää"

Paradoksaalisesti tällä perusteella palveluntuottajan ei kannata kehittää uusia, parempia hoitotoimenpiteitä, koska niistä ei määritelmällisesti ole näyttöä.

4) kustannukset ovat saavutettavissa olevaan terveys- tai hyvinvointihyötyyn ja hoidolliseen arvoon nähden kohtuulliset. Terveystalon- ja sairaanhoidon toimenpiteen, tutkimuksen, hoidon tai kuntoutuksen palveluvalikoimaan kuulumista koskeva päätöksenteko perustuu kokonaisharkintaan, ja siinä tulee varmistaa potilaiden yhdenvertaisuus ja ihmisarvon loukkaamattomuus."

Tämän kohdan ongelma puolestaan on, että esimerkiksi "terveys- tai hyvinvointihyöty" jää määrittelemättä. Jos esimerkiksi hyöty määritellään laadullisten elinvuosien kautta (QALY), vammaiset, ikääntyneet tai monisairaajat ovat lähtökohtaisesti eriavoisessa asemassa suhteessa nuoriin ja perusterveyisiin, koska esimerkiksi vammaisten elämänlaatu on kvalitatiivisesti erilainen kuin perusterveen.

Samalla tämä kohta on ristiriidassa Esityksen periaatteen kanssa: mitä enemmän ennaltaehkäisemme, sitä myöhemmässä vaiheessa sairaanhoidon tarve toteutuu, eli sitä vaikeampaa hoitoa täytyy lopulta tarjota.

Tavoitteena tulee olla, että palveluvalikoima määritellään aina suhteessa potilaan tarpeeseen, eikä koskaan toisin päin: esimerkiksi terveyshyötyjen avulla voidaan paremmin arvioida mistä toimenpiteestä tai hoidosta potilas hyötyisi eniten suhteessa kustannuksiin - joskus paras hoito on toki olla tekemättä mitään.

Lääkärit omaavat jo kyvyn tällaiseen priorisointiin mikä tulee esille jo Hippokrateen valassa.

Kommenttinne pykälästä ja säännöskohtaisista perusteluista: Sosiaalihuoltolaki 30 a §

Lausunnonantaja edustaa suomalaista, lääketieteen tekniikkaa kehittävää yritystä, eikä meillä siten ole kompetenssia arvioida sosiaalihuoltolakia.

Kommenttinne pykälästä ja säännöskohtaisista perusteluista: Sote-järjestämislaki 36 §

Esityksen muutokset kohdassa 8 rajaavat hyvinvointialueiden kykyä tehdä päätöksiä palveluvalikoimastaan, vaikka on selvää, että alueiden välillä on suuria eroja sairastavuudessa ja väestön terveydessä. Tämä muutos ei ole mielestämme perusteltua, vaan palaamme aikaisempaan huomioon periaatteista:

Palveluvalikoiman hallinnassa tulisi keskittyä tavoitteeseen edistää kykyä valita potilaalle aina se paras hoito, sen sijaan, että lähtökohta olisi ensin valita hoidot ja sitten niille potilaat.

Eräs haaste on uusien hoitotoimenpiteiden kehittäminen etenkin teknologisesta näkökulmasta: Vaikka uudet laitteet ja teknologiat ovat alussa kalliita, niiden skaalautuva käyttöönotto on usein moninverroin halvempaa kuin toimenpiteet jota teknologian avulla korvataan.

Liittykö esitysluonnoksen mukaisten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoiman periaatteiden soveltamiseen haasteita, ja jos liittyy, niin millaisia ja miten haasteita voisi mielestänne ratkaista?

Kliinikot ja kirurgit ovat läpi vuosituhansien kehittäneet työkaluja työhönsä, työnsä yhteydessä. Harvassa ovat ratkaisut, jotka tulisivat "ulkoa".

Jos mielimme palveluvalikoimaa kehittämällä aikaansaamaan enemmän terveyshyötyä suhteessa kustannuksiin, tulee hyvinvointialueille määritellä mahdollisuus kehittää palveluvalikoimaansa uusia hoitotoimenpiteitä uutta teknologiaa käyttöönottamalla tai kehittämällä. Näille on harvoin näyttöjä, koska ne ovat uusia. Esimerkiksi pallolaajennuksen näytöt olivat olemattomia ennen ensimmäistä toimenpidettä, sittemmin menetelmästä on tullut globaali standardi sydäkohtauksen hoidossa.

Haasteen voisi mielestämme ratkaista useammalla tavalla - keskitymme vastauksessamme sellaiseen, joka istuu Esityksen raameihin:

Hyvinvointialueilla on yliopistosairaaloita ja yliopistoja, yliopistosairaaloille tulisi asettaa budjetti momentteineen, jolla niiden tuotantoyksiköt, kuten esimerkiksi neurokirurgian tutkimusyksiköt, voivat kustantaa omia kulujaan mitä tulee teknologian kehitystyössä. Budjetit kattaisivat mahdolliset lisäkustannukset joita syntyy, kun potilasta hoidetaan uudella menetelmällä. On keskeistä, että rahoitus olisi nimenomaan terveysteknologian innovaatioihin, koska valtakunnallisesti panostuksia tehdään jo huomattavasti lääkealalla, muttei laitteisiin ja niin sanotusti "insinööritieteisiin" kuten terveysteknologiaan.

Muita näkemyksiä ja täsmennysehdotuksia?

Toivomme, että tulevaisuudessa sairaanhoidon ja sosiaalipalvelujen kokonaisuudet irrotettaisiin toisistaan, koska ne ovat kvalitatiivisesti eri kokonaisuuksia erillisine lainalaisuuksineen.

Koivukangas Mikael
Onesys Oy - Johto