

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

Hyvinvointialue (ml. Helsingin kaupunki ja HUS-yhtymä)

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

-

Lausunnonantajan lausunto

Onko ehdotus sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoiman periaatteista säätämisestä kannatettava?

Kyllä

Perustelut ja lisähuomiot esityksen kannatettavuutteen liittyen.

HUS-yhtymän näkemyksen mukaan ehdotetulla sääntelyllä ei käytännössä ole kovin paljon merkitystä. Ehdotetut periaatteet ovat johdettavissa jo olevasta lainsäädännöstä. Näin ollen merkityksellistä ei ole se, miten palveluvalikoiman periaatteista säädetään tässä yhteydessä, vaan miten uusia säännöksiä tullaan hyödyntämään asian jatkovalmistelussa, ja miten ne tulevat muuttamaan esimerkiksi oikeuskäytäntöä. HUS-yhtymä kannattaa nykyistä läpinäkyvämmän priorisoinnin periaatteiden kehittämistä, ja jos tämä nyt ehdotettu lainsäädäntö on sen edellytys, HUS kannattaa sääntelyä, mutta sen jatkovalmistelussa tulee kiinnittää erityistä huomiota siihen, että Suomi pysyy terveydenhuollon osalta Pohjoismaisessa viitekehyksessä. Siitä tippuminen palauttaisi houkuttelevuutemme suhteessa terveydenhuollon investointeihin tai muuhun kansainväliseen yhteistyöhön vuosikymmenten takaiseen tilanteeseen ja tulisi johtamaan jollakin aikavälillä myös eri sairauksien hoitotulosten heikkenemiseen kansainvälisissä vertailuissa.

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

Nyt annetulla ehdotuksella ei (vielä) ole käytännössä taloudellisia vaikutuksia. Tältä osin HE antaa asiasta oikean kuvan.

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

HE antaa jossain määrin optimistisen kuvan sen vaikutuksista priorisoinnin edistämisessä. Kuten HE:ssäkin tuodaan esiin, se ei tule käytännössä muuttamaan tarveperiaatteen määritelmää. Tarveperiaate, joka määrittellään viime kädessä perustuslaissa ja terveydenhuollon osalta erityisesti sen 19 §:ssä, luo Suomeen nykyisen universaalin palvelujärjestelmän, jossa yksilön oikeus hoitoon ja hoivaan perustuu käytännössä yksistään hänen tarpeeseensa. Tämän on aikaisemmassa perusoikeustulkinnassa katsottu käytännössä estävän yleisen tason priorisointiperiaatteiden määrittelyn. Vaikka tällä HE:lla on tarkoitus tuoda ennaltaehkäisy sekä väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sääntelyssä tarveperiaatteen rinnalle, jää edelleen hyvin epäselväksi, miten tämä tulisi vaikuttamaan käytäntöihin jatkossa. Tämä tulee käytännössä ratkeamaan vasta lainsäädännön jatkokehittämisessä ja sen pohjalta muodostuvassa uudessa oikeuskäytännössä.

Yksittäisenä kommenttina perusteluihin liittyen HUS-yhtymä toteaa, että eri sairauksien diagnostiikan kehittyessä yhä useammat yleiset sairaudet jakaantuvat harvinaisiin alatyyppeihin. Tämä on jo nähtävissä esimerkiksi syöpätautien diagnostiikassa ja hoitojen yksilöitymisessä. Harvinaissairauksista puhuttaessa terminologiaa kannattaisi tältä osin täsmentää.

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

-

Kommenttinne pykälästä ja säännöskohtaisista perusteluista: Terveystieteidenhuoltolaki 7 a §

Pykälän perusteluissa tuodaan oikein esiin, että myös tarveperusteisessa järjestelmässä hoidon antamisesta potilaalle päättää viime kädessä lääkäri, eikä potilas voi saada mitä tahansa haluamaansa hoitoa. Nykytilanteessa lääkärin mahdollisuudet kieltäytyä antamasta hoitoa, jolle on todettavissa oleva tarve, mutta jonka vaikuttavuuden lääkäri kuitenkin arvioi heikoksi, ovat olleet kuitenkin käytännössä kohtuullisen huonot. Kuten edellä on todettu, jää epävarmaksi ja jatkossa nähtäväksi, tuoko nyt ehdotettu sääntely tähän konkreettista muutosta. On myös niin, että yksittäisen lääkärin vastuulle ei voida jättää yksittäistä hoitopäätöstä tehdessään annettavan hoidon kustannusvaikuttavuuden arviointia ja siihen liittyvää päätöksentekoa. Yksittäisen hoidon osalta hoitopäätöksen tulee olla ensisijaisesti lääketieteellinen, ja kustannusvaikuttavuuden huomioivat päätökset palveluvalikoimaan kuuluvista hoidoista tulee tehdä ylemmällä tasolla joko valtakunnallisesti, tai paikallisesti hyvinvointialueen tasolla.

Hallituksen esitystä esiteltäessä ministeriön edustajat ovat tuoneet esiin sitä, että ehdotettujen lakimuutosten myötä ennaltaehkäisy sekä väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen nostettaisiin periaatteissa yksilön palvelujen rinnalle. Jotta priorisoinnissa päästään aidosti eteenpäin, tämä on tarpeellista. Itse pykäläehdotuksesta ja sen perusteluista tätä tavoitetta on kuitenkin haastava tunnistaa, ja vähintään pykälän perusteluissa olisi syytä tuoda nykyistä paremmin

esiin, miten ehdotettu uusi sääntely toteuttaa tätä tavoitetta käytännössä. Jos tämä on aidosti tavoitteena, sen voisi tuoda selkeästi esiin myös pykälässä.

On yleisesti tiedossa, että palvelujärjestelmässä on tällä hetkellä hyvin todennäköisesti käytössä paljon vaikuttamattomia hoitoja. Selkeästi määritellyt palveluvalikoiman periaatteet voisivat parhaimmillaan antaa hyviä työkaluja myös näiden arviointiin ja niistä luopumiseen. Pykälän perusteluissa ei kuitenkaan tuoda esiin, miten nyt ehdotettu sääntely tämän mahdollistaisi. Vastaavasti pykälän perusteluissa ei käsitellä sitä, miten ehdotettu sääntely mahdollistaisi hyödyllisiksi ja tarpeelliseksi katsottavien hoitojen mahdollisimman sujuvan ja nopean käyttöönoton ilman, että käyttöönottoon liittyvistä hallinnollisista prosesseista syntyy turhaa viivettä. Perusteluja olisi hyvä täydentää näiltä osin.

Kommenttinne pykälästä ja säännöskohtaisista perusteluista: Sosiaalihuoltolaki 30 a §

-

Kommenttinne pykälästä ja säännöskohtaisista perusteluista: Sote-järjestämislaki 36 §

-

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

Ks. edellä.

Muita näkemyksiä ja täsmennysehdotuksia?

Kuten sanottua, HUS-yhtymä ei näe tällä HE:lla olevan vielä juurikaan käytännön vaikutuksia, vaan mahdolliset vaikutukset tulevat ratkeamaan vasta lainsäädännön jatkovalmistelussa.

Periaatteet voivat parhaimmillaan tuoda selkeyttä poispriorisointiin – millä periaatteilla voidaan jotain jättää tekemättä tai joku hoito antamatta. On potilaan oikeuksien, turvan, yhteiskunnan moraalin, rahan jne. kannalta tärkeää, että hoitoa ei jätetä antamatta heppoisten tilannesidonnaisten tekijöiden pohjalta. Jatkovalmistelussa on kuitenkin huomioitava, että samoilla kriteereillä pitäisi varmistaa, että uudet hoidot ja lääkkeet omaavat oikeuden tulla hyväksytyiksi hoitovalikoimaan silloin, kun sille on olemassa perusteet.

Lakimuutosten jatkovalmistelussa on lisäksi huomioitava se, miten mahdollistetaan jo käytössä olevien hoitojen poissulkeminen palveluvalikoimasta. Tiedossa on, että osa tällä hetkellä käytettävistä hoitomuodoista on joko lähes täysin vaikuttamattomia, tai niiden kustannusvaikuttavuus ei ole kestäväällä tasolla. On olemassa myös käytännön esimerkkejä siitä, että vaikka joku hoito on tutkimuksessa todettu vaikuttamattomaksi, sen antamista edelleen jatketaan ainakin osassa palvelujärjestelmää. Tästä syystä olisi tärkeä kyetä luomaan selkeä menettely myös tällaisten hoitojen arviointiin ja poistamiseen palveluvalikoimasta.

Samalla jatkovalmistelussa on syytä kiinnittää huomiota siihen, ettei väärin toteutetulla tai kohdennetulla priorisoinnilla luoda asukkaille kannusteita hankkia yksityisiä terveysvakuutuksia julkisten terveyspalveluiden heikentyessä merkittävästi. Tässä merkityksellistä on erityisesti peruspalvelujen saatavuus ja väestön luottamus siihen, että he pääsevät palvelujen piiriin nopeasti ja matalalla kynnyksellä silloin kun niitä tarvitsevat. Priorisoinnin keskeisenä tavoitteena tulee olla resurssien kohdentuminen siten, että perustason palvelujen resurssit paranevat ja saatavuus paranee. Palvelujen kohtuuton heikkeneminen ei lisää yhdenvertaisuutta.

HUS-yhtymän tiedossa on, että STM suunnittelee jatkotoimenpiteinä tälle lainsäädäntöuudistukselle mm. valtionhallinnon HTA-kokonaisuuden (PALKO, HILA, FinCCHTA, THL jne.) kokonaistarkastelua sekä yhtenäisen hoidon perusteiden uudistamista. Nämä ovat kannatettavia suunnitelmia, mutta HUS-yhtymä haluaa jo tässä vaiheessa tuoda esiin, että mahdollisuuksien lisäksi ne sisältävät myös huomattavia riskejä, jos uudistuksia lähdetään valmistelemaan vääristä lähtöoletuksista käsin.

Valtiohallinnon HTA-kokonaisuus on tällä hetkellä hajanainen ja edellyttää ehdottomasti uutta tarkastelua. Lisäksi esim. PALKOn osalta on jo aikaisemmin todettu, että sen luonne suosituksia, ei määräyksiä, antavana tahona ei ole kaikilta osin ollut toimiva. HUS-yhtymä kannattaa tämän kokonaisuuden kokonaistarkastelua, mutta tuo esiin, että HUS-yhtymä pitää tässä tarkastelussa isona riskinä HTA-kokonaisuuden viemistä hyvin keskitettyyn valtion viranomaistoiminnan suuntaan. Tämän tyyppisestä lähestymistavasta ei ole viime vuosilta kovin positiivisia kokemuksia. Vastaavissa tilanteissa on aikaisemmin liian usein käynyt niin, että kansalliselle toimijalle on annettu tehtävään suhteutettuna täysin riittämättömät resurssit, eikä sen osaaminen tai kyvykkyys ole kehittynyt riittävälle tasolle. Samalla hyvinvointialueilla, Helsingin kaupungilla ja HUS-yhtymällä, ja erityisesti yliopistosairaaloilla, on jo nyt käytännössä paras osaaminen ja näkemys käyttöönotettavien terveydenhuollon menetelmien arvioinnista ja niiden käyttöönoton sekä taloudellisista että käytännön vaikutuksista. Toisaalta hyvinvointialueet ovat järjestämisvastuussa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista ja siten viime kädessä myös taloudellisesti vastuussa käyttöönotettavista menetelmistä. Näin ollen tuleva järjestelmä olisi HUS-yhtymän näkemyksen mukaan syytä rakentaa vahvasti yliopistollisten sairaaloiden olemassa olevan osaamisen varaan, ja hyvinvointialueilla ja niiden yliopistollisilla sairaaloilla tulisi olla vahva rooli käyttöönotettavien lääketieteellisten hoitojen ja menetelmien arvioinnissa ja käyttöönotossa, ja eri hoitojen arviointia varten tulisi luoda kansallisia moniammatillisia asiantuntijaryhmiä. Valtionhallinnolle jäisi tällöin lähinnä koordinoiva rooli.

On tärkeää, että myös uusien hoitojen palveluvalikoimaan kuulumisen arviointi toteutuu vaikuttavasti. Arvioinneissa ei saa olla tarpeetonta viivettä, jotta vaikuttavaksi todetut hoidot saadaan käyttöön nopeasti. Kokousvälien tulisi olla pikemminkin viikoittain kuin kerran kuukaudessa ja kokoonpanoja kenties useampia varahenkilöineen. Kansallisia monialaisia asiantuntijaryhmiä tulisi kuulla systemaattisesti uuden hoidon klinisen relevanssin osalta.

Lisäksi HUS-yhtymä toivoo, että erityisesti lääkehoitojen vaikuttavuuden lisäämiseksi ja osaoptimoinnin vähentämiseksi tulisi mahdollisimman nopealla aikataululla pyrkiä yhdenmukaiseen eli yksikanavaiseen uusien lääkehoitojen arviointiin ja käyttöönottoon annostelutavasta (kotona vs. sairaalassa annosteltava) riippumatta. Samalla toteamme, että jos Suomessa käyttöön otettavien uusien lääkkeiden ja aiemmin käytössä olleiden lääkkeiden uusien käyttöindikaatioiden kokonaisuus poikkeaa paljon muista länsimaista, ei hoito vastaa enää lääketeollisuuden toimeksi antamien kliinisten lääketutkimusten vertailuhaaran käypää hoitoa, jolloin näitä tutkimuksia ei saada Suomeen. Tämä on syytä tiedostaa, kun samanaikaisesti korostetaan kansallista tavoitetta lisätä toimeksi annettujen kliinisten potilashoidon tutkimusten lukumääriä niin hoitojen kehittämisen, investointien lisäämisen ja kustannussäästöjen vuoksi. On hyvä tunnistaa ristiriitaisia tavoitteita ja priorisoida niitä keskenään. Ristiriitaisissa tavoitteissa on vaikea onnistua samanaikaisesti.

Heikkilä Teppo
HUS-Yhtymä