Pyydetty asiantuntijalausunto hallituksen esitykseen eduskunnalle laeiksi terveydenhuoltolain ja sosiaalihuoltolain muuttamisesta

Viite: HE 224/2016 vp; hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi terveydenhuoltolain ja sosiaalihuoltolain muuttamisesta

Kantani on, että näin keskeinen lakimuutos ennen uuden terveydenhuoltolain voimaatuloa on erittäin ongelmallinen. **Tämän vuoksi esitän, että terveydenhuoltolakia ei tässä vaiheessa muutettaisi ainakaan leikkaustoiminnan osalta (*45 § Erikoissairaanhoidon työnjako ja eräiden tehtävien keskittäminen*).** Perustelen kantaani seuraavasti:

1. **Todellista tarvetta/näyttöä leikkaustoiminnan keskittämiselle ei ole**. Laatua pystytään valvomaan nykyisin keinoin (AVI, Valvira).
2. Ikääntyvälle väestölle tulee tarjota palvelut lähipalveluina aina kun se on mahdollista. Tämä koskee myös päiväkirurgiaa. Valtiovarainvaliokunnan lausunto 10/2014vp (Liite1).
3. Leikkaustoiminnan keskittäminen rajoittaisi merkittävästi tuottamista. Synnytettäisiin monopoleja. Estää tuottajien aidon kilpailuttamisen. Kustannukset nousisivat (Liite 2).
4. Valinnanvapauslainsäädäntö on vasta tekeillä. Lakimuutos veisi pohjan pois valinnanvapaudelta. Ei olisi mistä valita.
5. Lakimuutos veisi pohjan pois maakuntien mahdollisuudesta todellisuudessa päättää maakunnan terveydenhuollon järjestämisestä taloudellisesti kestävälle pohjalle.
6. Leikkaustoiminnan keskittämisen perustelut ovat kestämättömät. Laatu tulee toimenpidemäärästä per kirurgi (vrt. synnytykset). Sairaalan koko ei ratkaise.
7. COXA vs. muut leikkaustoimintaa harjoittavat yksiköt. Tasapuolisuus?
8. Lähdetään väärästä päästä. Ensin yliopistosairaaloiden työnjaosta sopiminen. Sieltä olisi saavutettavissa todelliset säästöt.
9. Norjassa ja Ruotsissa keskittämisen tieltä ollaan kääntymässä pois. Asiakas seuraa lääkäriä, eikä hoitolaitosta.
10. Nykyisin hyvin toimivaa terveydenhuoltojärjestelmää ei pidä lähteä näin keskeiseltä osin kerralla romuttamaan. Se voi johtaa kaaokseen hoidon saatavuuden ja kustannusten osalta.
11. Turvallisuusnäkökohta. Poikkeusolot. Infektiouhka. Pitää olla useampia toimivia leikkausyksiköitä.

21.11.2016

Seppo Lehto

Dosentti, MBA

Sisätautien- ja kardiologian erikoislääkäri

Sote-johtaja, Varkauden kaupunki

Yhteenveto

Maahan ollaan parhaillaan valmistelemassa laajaa maakunta ja sote-uudistusta. Valinnanvapauslainsäädäntö on vasta tekeillä. Tätä taustaa vasten on erikoista, että oltaisiin säätämässä lainmuutosta, joka rajaa voimakkaasti tulossa olevaa uutta maakunnallista päätöksentekoa. Nyt valmisteilla oleva terveydenhuollon ja sosiaalihuollon lakiuudistus vaikuttaisi voimakkaasti valinnanvapauteen. Se tulisi kaventamaan sitä. Mitään perusteita ei siis ole sille, että päivystys- ja leikkaustoimintaa tässä vaiheessa lähdettäisiin rajaamaan lainsäädännön muutoksin. Toteutuessaan nyt eduskunnalle annettu lainsäädännön muutos vaarantaisi yhdenvertaisuuden periaatetta palvelujen saatavuudessa.

Mitä sitten pitäisi tehdä?

1. Voimakkaan keskittämisen sijaan olennaista olisi purkaa päätöksenteon esteitä mahdollistamalla terveydenhoidon ja sosiaalihuollon työntekijöiden kokonaisvaltainen asiakaspäätösten tekeminen ilman raja-aitoja. Tämä vaatisi nykyisen lainsäädännön osittaista purkamista.

2. Yhtenäinen terveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen tietovaranto koko maahan ja kaikille toimijoille velvollisuus käyttää siihen yhteensopivaa tietojärjestelmää.

3. Yhtenäiset toiminnan laadun ja vaikuttavuuden mittarit kansalaisen vapaan valinnan tueksi

4. Perusterveydenhuollon, sosiaalityön ja erikoissairaanhoidon aito integrointi

5. Erikoissairaanhoidon tuominen perusterveydenhuollon avuksi (kumppanuustoiminta)

6. Ikääntyvän väestön hoitaminen lähipalveluna sen sijaan, että heitä kuljetetaan lähipalveluista keskussairaaloihin (keskittäminen).

euroa. Kainuun hallintokokeilun vaikutukset eivät ole olleet yhtä suuria, mutta malli ei kuitenkaan ole lisännyt menojen kasvua.

Toisaalta on myös esimerkkejä kuntaperusteisista kustannuksia alentavista malleista. Varkauden mallissa vahvistettiin onnistuneesti omaa tuotantoa ja integroitiin palvelutuotantoa. Peruspalvelut ja tavanomainen erikoissairaanhoito tuotetaan Varkauden sairaalassa ja lähipalvelut on turvattu myös liikkuvien julkisten lääkäripalvelujen (KYS-kumppanuus) avulla. Samalla säästetään asiakkaiden aikaa ja matkakustannuksia. Mänttä-Vilppula on puolestaan onnistunut alentamaan kustannuksiaan perustamalla yhdessä yksityisen yrityksen kanssa yhteiskunnallisen yrityksen. Palveluprosessien kokonaisvastuuta ja sähköistä toiminnan ohjausta kehitettiin, lisäksi toiminta keskitettiin samaan paikkaan. Nykyisin lääkärin virat on täytetty, myös jonot on purettu ja laitospaikkojen määrää on pystytty vähentämään.

Aalto-yliopiston laskelmat perustuvat kuntien nykyisten sote-menojen vertailuun. Kuntien nettokustannuksissa on merkittäviä eroja, esimerkiksi henkilökunnan määrä vaihtelee Kymenlaakson 62:sta Pohjois-Savon 77 henkilöön tuhatta asukasta kohden. Jos kaikki kunnat pääsisivät 15 tehokkaimman kunnan tasolle, nettosäästöjä voidaan saada jopa kolme miljardia euroa. Tämä tarkoittaa sitä, että käyttöön otetaan parhaat käytännöt ja toimintamallit sekä sopeutetaan toiminta edullisimpien yksikköhintojen mukaiseksi. Aalto-yliopisto arvioi lisäksi, että myös tehokkaasti toimivien yksiköiden kustannuksia voidaan edelleen vähentää mm. integraation kautta.

Kansainvälisten vertailujen mukaan Suomen sote-palveluissa on paljon henkilökuntaa, noin 73 henkilöä 1 000 asukasta kohden. Tästä muodostuu sektorin suurin yksittäinen kustannuserä. Vastaava luku esimerkiksi Sveitsissä on noin 70. Suomessa on näin ollen väkilukuun suhteutettuna 16 000 työntekijää enemmän kuin Sveitsissä, minkä vaikutus henkilökustannuksiin on yli 700 milj. euroa vuodessa. Suomessa on myös paljon sairaalapaikkoja ja hoitopäiviä suhteessa väkilukuun. Esimerkiksi Ruotsi selviää alle 1 000 hoitopäivällä 1 000 asukasta kohden, kun Suomessa vastaavia hoitopäiviä on yli 2 000.

Valiokunnan asiantuntijakuulemisissa ja hallituksen esityksessä mainitut useat esimerkit ja laskelmat perustuvat alueellisiin tai keskimääräisiin kustannuksiin. Tällöin on mm. huomioitava, että onnistuneet ratkaisut voivat olla mielekkäitä vain kyseisillä alueilla. Valiokunta toteaa kuitenkin, että ne osoittavat, että sosiaali- ja terveyspalvelujen eri osissa on mahdollisuuksia parantaa toiminnan kustannustehokkuutta. Kuntien ja sairaanhoitopiirien välillä on oleellisia kustannuseroja, joista ainakin osa selittyy palvelujen järjestämistavoilla. Toisaalta ei näytä olevan mitään yksittäistä tekijää, jonka läpiviemisellä saataisiin hillittyä kustannuskehitystä, vaan kustannustehokkuuden parantamispotentiaalia on eri toiminnoissa ja organisaatioissa.

Mahdollisten kustannusvaikutusten arviointia

Suuruuden ekonomia

Hallituksen esityksessä kustannustehokkuutta tavoitellaan suuruuden ekonomialla kokoamalla palvelujen järjestämis- ja tuottamisvastuu isolle väestöpohjalle. Näin saavutetaan skaalahyötyä, kun kustannukset voidaan jakaa mahdollisimman monelle tuoteyksikölle. Skaalalaatu syntyy puolestaan asiantuntemuksen kasvusta, esimerkiksi hoitoprosessin toistoissa ja hankintaprosessissa.

Valiokunta toteaa, että suuruuden ekonomian tuomia etuja voidaan saavuttaa helpoimmin hallinnossa koordinaatiohyötynä ja asiantuntemuksen kasvuna. Aiempaa keskitetymmän johdon ja yleishallinnon tasolla voidaan eliminoida osaoptimointia palvelujen paremman koordinoinnin kautta. Samoin hankinnat ja investoinnit palvelevat suurempaa ryhmää, ja toimintojen päällekkäisyyksiä voidaan poistaa palveluketjujen integroinnilla ja keskitettyjen tukipalvelujen avulla. Skaalalaatua voidaan saavuttaa myös hoitomenetelmien kehittämisellä ja parhaiden käytäntöjen käyttöönottamisella.

Valiokunta korostaa, että sosiaali- ja terveydenhuollon suurimmat säästöpotentiaalit ovat

KYS hoitolaskutus (M€) kunnittain

Vuosi	Varkaus	Kuopio	Jäsenkunnat
2003	**8 770 627**	**61 847 816**	**148 177 190**
2004	8 776 899	69 181 197	161 425 251
2005	10 299 262	73 841 979	170 548 403
2006	10 542 677	75 603 020	174 674 629
2007	11 087 960	84 101 926	185 927 300
2008	12 941 604	90 851 069	203 247 107
2009	14 327 844	95 499 706	217 792 683
2010	18 264 826	108 673 593	246 691 660
2011	19 209 469	114 238 443	251 451 207
2012	18 620 452	116 771 873	254 577 000
2013	21 869 080	134 649 434	285 800 000
2014	21 033 000	134 859 000	298 304 000
2015	**21 216 000**	**147 869 000**	**300 036 000**
Lähde: SHP kuntakortti			

Vuonna 2003 KYSin jäsenkunnilta perimä hoitolaskutus oli 148 M€. Vuonna 2013 se oli jo 285 M€. Kasvua 10-vuodessa 52%. Kuopio on käytännössä lopettanut oman erikoissairaanhoitonsa ja siirtänyt sen KYSiin. Vuonna 2015 Kuopion osalta KYSin laskutus vastasi samaa kuin koko SHP:n laskutus oli vuonna 2003. Kasvua 42%. Varkaus lopetti oman erikoissairaanhoidon vuonna 2004. Vuonna 2013 se käynnistettiin uudelleen laajamittaisena erikoissairaanhoidon kumppannustoimintana. Tämä on Pysäyttänyt KYSin kulujen nousun. Koko erikoissairaahoidon (oma erikoissairaanhoito+KYS) kasvu käytännössä pysähtyi. Tänä vuonna se on kääntynyt jopa hienoiseen laskuun.

Yhteenveto: Ikääntyvää väestöä pitää hoitaa lähipalveluna. Valtaosa erikoissairaanhoidosta voidaan tuottaa yliopisto/keskussairaala -aluesairaala erikoissairaanhoidon kumppannuustoimintana. Vain erityisen vaativa hankitaan yliopistosairaalasta.

Kaiken erikoissairaanhoidon keskittäminen yliopistosairaaloihin tulee kalliiksi.