

22.8.2017

VALTIONEUVOSTON ASETUS ERIKOISSAIRAANHOIDON TYÖNJAOSTA JA ERÄIDEN TEHTÄVIEN KESKITTÄMISESTÄ

1 Johdanto

Terveydenhuoltolain (1326/2010) 45 §:ssä (29.12.2016/1516) säädetään erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä. Osa sellaisista tutkimuksista, toimenpiteistä ja hoidoista, jotka harvoin esiintyvinä tai vaativina edellyttävät toistettavuutta tai usean alan erityisosaamista riittävän taidon ja osaamisen saavuttamiseksi ja sen ylläpitämiseksi tai merkittäviä investointeja laitteistoihin ja välineisiin terveydenhuollon laadun ja potilasturvallisuuden, vaikuttavuuden, tuottavuuden ja tehokkuuden takaamiseksi, kootaan suurempiin yksiköihin.

Valtioneuvoston asetuksen tavoitteena on säätää valtakunnallisesta ja alueellisesta sairaaloiden työnjaosta ja keskitettävistä tutkimuksista, toimenpiteistä ja hoidosta sekä tarvittaessa hoitoa antavista yksiköistä sekä keskitettävien tutkimusten, toimenpiteiden ja hoitojen määrällisistä ja muista edellytyksistä, joiden tulee täytyä keskittämistä toteutettaessa. Valtakunnallisesti keskitettävä erikoissairaanhoito on koottava vähempään kuin viiteen yliopistolliseen sairaalaan. Alueellisesti keskitettävä erikoissairaanhoito kootaan viiteen yliopistolliseen sairaalaan tai erityisistä syistä muuhun vastaavan tasoiseen sairaalaan. Lisäksi sairaaloiden tarkoituksenmukaista työnjakoa varten erikoissairaanhoitoa kootaan laadun ja potilasturvallisuuden niin edellyttäessä.

Terveydenhuoltolain mukaisesti valtioneuvoston asetuksella voidaan säätää myös siitä, mitkä valtakunnallisen tai alueellisen kokonaisuuden suunnittelua ja yhteen sovittamista koskevat tehtävät säädettäisiin yhden tai useamman valtakunnallisen tai alueellisen toimijan hoidettaviksi.

Asetuksen tavoitteena on löytää keinot parantaa hoidon laatua ja potilasturvallisuutta, taata kaikille yhtäläinen oikeus parhaaseen hoitoon sekä käyttää terveydenhuoltoon tarkoitettut resurssit mahdollisimman tehokkaasti. Pääministeri Juha Sipilän hallitus on sopinut strategisessa hallitusohjelmassa alueellisesta erikoissairaanhoidon uudistuksesta, jolla tuetaan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta ja maakuntauudistuksen toimeenpanoa vuoden 2019 alusta lukien. Hallitusohjelma edellytti erikoissairaanhoidon toiminnan tehostamista ja sitä kautta saatavia säästöjä jo ennen sote-uudistusta. Lääketieteen kehitys on erityisen nopeaa erikoissairaanhoidossa. Tämä edellyttää, että vaikuttavat hoitomenetelmät otetaan yhdenvertaisesti ja kustannustehokkaasti käyttöön uuden tiedon ja tutkimustulosten myötä.

Potilaan hoitokokonaisuudessa erityisosaamista vaativa osuus on usein vain rajallinen osa kokonaisuutta. Usein erityishoitoa kuten leikkausta tarvitaan potilaan hoitopolulla vain hyvin lyhyen ajan ja kerran elämässä. Jatkohoito ja kuntoutus on usein mahdollista järjestää lähipalveluna ja potilaan kokonaisuhoitopolku voi olla huomattavasti

tavasti pidempi kuin yksittäinen keskitetty toimenpide. Esimerkiksi lonkkamurtuman hoidossa leikkaus muodostaa ajallisesti vain pienen, vaikka tärkeän, osan kokonaishoitoa ja kuntoutusta. Näillä potilailla hoidon tulokset tulevat esille erityisesti kuntoutusketjun tehokkuuden ansiosta. Sama koskee myös syöpäkirurgiaa, jossa hoito usein jatkuu säde- ja lääkehoidolla.

Suuret potilas- ja toimenpidemäärät mahdollistavat paremmin kokemuksen kertymisen. Suuressa yksikössä usean eri erikoisalan yhteinen osaaminen parantaa tuloksia. Tutkimus ja opetustoiminta tukevat yhtenäisiä hoitokäytäntöjä, laatujärjestelmien luontia, hoitotoimenpiteiden tulosten seurantaa ja toiminnan jatkuvaa arviointia. Mahdollisuudet konsultoida erityisosaajia ovat suuressa yksikössä usein paremmat ja kokemusta kertyy enemmän.

Toimenpidettä tai hoitoa antavan yksikön, tiimin tai hoitavan lääkärin oppimiskäyrän pituus vaihtelee eri toimenpiteissä ja tutkittua tietoa tästä on puutteellisesti saatavissa. Yksiselitteisesti ei voida sanoa, milloin volyymin kasvaessa hyöty kasvaa lineaarisesti ja milloin saavutetaan kynnsarvo, jonka jälkeen tulokset eivät enää parane. Potilasvakuutuskeskuksen aineistosta tehdyssä tutkimuksessa ilmeni, että sairaaloiden leikkausvolyymi oli yhteydessä vahinkojen määrään. Korvattuja potilasvahinkoja sattui pienimmissä sairaaloissa noin kaksi kertaa useammin kuin suurimmissa. Erityisesti leikkausteknisiä virheitä sattui pienissä sairaaloissa useammin. Esimerkiksi tekonivelen kupin virheasennon vuoksi korvattuja vahinkotapauksia sattui pienissä sairaaloissa jopa yhdeksän kertaa useammin kuin suurimmissa sairaaloissa. Suuren sairaalan rajana pidettiin tässä selvityksessä yli 400 lonkkatekonivelen asennusta vuodessa tekevää sairaalaa. Kansainvälisissä julkaisuissa on todettu, että laadulliset tulokset ovat huonoja, jos kirurgin leikkausten määrä on alle 35 vuosittaista lonkka-leikkausta ja että tulokset paranevat systemaattisesti leikkausmäärän kasvaessa vielä 250 vuosittaisen leikkauksen jälkeenkin.

Hoitojen keskittäminen ja lisääntyneet volyymit tuovat mukanaan usein hoitotapojen yhtenäistymisen ja samalla yhtenäisen parhaan hoitokäytännön. Suurissa sairaaloissa on usein paremmin varustetut leikkaussalit, parempi tekninen varustelu, kehittyneempi koulutusohjelma tiimeille, tarkemmin mietitty toimintatapa ja kliininen päätöksenteko, standardisoidut hoitoprotokollat ja parempi valmius todeta aikaisin mahdolliset komplikaatiot. Tähän tarvitaan koko hoitotiimin osaamista eikä pelkästään leikkaavan kirurgin taitoja ja nämä ehdot täyttyvät suuremmalla todennäköisyydellä suuressa sairaalassa. Toimintaa rakennetaan tällöin yhtenäisten toimintaohjelmien ympärille ja toimintaa tuetaan järjestelmällisillä kliinisillä kierroilla, koulutuksella, konsultaatioilla ja yhtenäisillä laatujärjestelmillä. Tarvitaan myös yhtenäisiä reaaliaikaisia kliinisiä laatujärjestelmiä.

Vaativien ja riskipitoisten hoitotoimenpiteiden laatua on mitattu tutkimuksissa usein vakavien komplikaatioiden kuten kuolleisuuden avulla. Tutkimukset ovat osoittaneet, että suurilla sairaaloilla on paremmat mahdollisuudet hoitaa harvinaisia ja vakavia komplikaatioita. Leikkausten määriä vertailevat tutkimukset ovat tutkimusasetelmaan olleet kuitenkin vaihtelevia, ja niiden vertaaminen toisiinsa haastavaa. Ne ovat olleet lisäksi usein rekisteripohjaisia, joka osaltaan vaikeuttaa tulosten vertailua.

Sairaalan ja sen yksikön osaamisen ylläpidossa keskeisenä keinona on osallistuminen alan lääketieteelliseen tutkimukseen. Tutkimuksen eturintamassa on velvollisuus uusimman tiedon tiiviiseen seuraamiseen. Alan perustutkimus, kliininen tutkimus ja epidemiologinen tutkimus tuottavat uutta tietoa ja johtavat systemaattiseen alan kehityksen seuraamiseen. Yliopistosairaalat ovat käytännössä etulyöntiasemassa, koska suuri sairaala mahdollistaa pitkälle vietyä erikoistumista ja suurempien osaamistimien rakentamista. Erikoistuminen on etenkin kirurgisissa erikoisaloissa viety pitkälle ja on nähtävissä, että erikoistuminen esimerkiksi tekonivelkirurgiaan johtaa parempaan hoidon laatuun.

Koko tiimin osaamista ja kokemusta ei pidä aliarvioida. Erityisesti mahdollisen uhkaavan komplikaation voi havaita ensimmäisenä lähellä potilasta työskentelevä sairaanhoitaja tai lähihoitaja. Tilanteen hoito voi edellyttää leikkausta, jota varten taustalla tarvitaan erikoisalan päivystys.

Vaikka suuret toimenpiteiden ja hoitojen volyymit johtavat tutkimusten mukaan keskimäärin parempaan hoidolliseen tulokseen, suuri volyyymi ei automaattisesti johda pienempiin yksikkökohtaisiin kustannuksiin. Kustannushyödyt voidaan saavuttaa esimerkiksi vähentämällä komplikaatioiden määrää. Suuressa yksikössä prosessien tehokkuutta voidaan parantaa ja eri erikoisalat voivat myös käyttää samoja laitteita ja resursseja yhdessä, jolloin niiden yhteiskäyttö mahdollistaa tehokkuuden.

Suureen sairaalaan voi toisaalta syntyä suuruudesta johtuvia kustannuksia. Niihin keskitetään alueellisesti komplikaatiolle alttiiden potilaiden hoitoa, jolloin pienemät paikalliset sairaalat vastaavasti hoitavat lievempiä saman sairausryhmän potilaita. Tämä vääristää helposti rekisteripohjaisten kustannusvertailujen tuloksia. Keskitämisestä syntyvä hoidon laadun paraneminen on pystytty osoittamaan systemaattisemmin kuin taloudellisten hyötyjen saavuttaminen. Harvinaisten leikkausten keskitäminen ei välttämättä johda yksikkökustannusten merkittävään laskuun, mutta suuren volyymin toimenpiteissä on helppo rakentaa sujuvia hoitoketjuja ja niillä vähentää yksikkökustannuksia. Tällaisia toimenpiteitä ovat esimerkiksi tekonivelleikkaukset ja tavallisimmat syöpäleikkaukset. Sairaaloiden yhdistämisen taloudellisia hyötyjä ei saavuteta pelkästään volyymien kasvun kautta vaan vähentämällä kaksinkertaista kapasiteettia ja lakkauttamalla tarpeeton toiminta. Tästä kehityksestä on hyvänä esimerkkinä HYKS-sairaanhoitoalueella saavutettu tuottavuuden lisääntyminen viimeisen kymmenen vuoden aikana.

Terveysturvallisuuslaki edellyttää, että erityisvastuualueet laativat erikoissairaanhoidon järjestämissopimukset, joissa on sovittava erityisvastuualueeseen kuuluvien sairaanhoitopiirien kuntayhtymien työnjaosta ja toiminnan yhteensovittamisesta sekä uusien menetelmien käyttöönoton periaatteista. Työnjaon on edistettävä terveydenhuollon laatua, potilasturvallisuutta, vaikuttavuutta, tuottavuutta ja tehokkuutta. Työnjaossa on lisäksi varmistettava, että järjestämissopimuksen mukaan hoitoa antavassa toimintayksikössä on riittävät taloudelliset ja henkilöstövoimavarat sekä osaaminen. Nykyiset sopimukset ovat usein kuvanneet nykytilannetta eikä merkittävää toiminnan keskittämistä ole tapahtunut niiden kautta.

2 Asetuksen yksityiskohtaiset perustelut

1 luku Yleiset säännökset

1 § Asetuksen soveltamisala

Asetus koskee terveydenhuoltolain 45 §:ssä tarkoitettua erikoissairaanhoidon työnjakoa ja keskitettävää erikoissairaanhoidtoa. Sellaiset erikoissairaanhoidon tutkimukset, toimenpiteet ja hoidot, jotka harvoin esiintyvinä tai vaativina edellyttävät toistettavuutta tai usean alan erityisosaamista riittävän taidon ja osaamisen saavuttamiseksi ja ylläpitämiseksi tai jotka edellyttävät merkittäviä voimavaroja laitteistoihin ja välineisiin terveydenhuollon laadun ja potilasturvallisuuden, vaikuttavuuden, tuottavuuden ja tehokkuuden takaamiseksi. Asetuksella säädetään valtakunnallisesta ja alueellisesta sairaaloiden työnjaosta ja keskitettävistä tutkimuksista, toimenpiteistä ja hoidosta sekä tarvittaessa hoitoa antavista yksiköistä sekä keskitettävien tutkimusten, toimenpiteiden ja hoitojen määrällisistä ja muista edellytyksistä, joiden tulee täytyä keskitämistä toteutettaessa.

Asetuksella voidaan säätää valtakunnallisista ja alueellisista toimijoista, joille annetaan tehtäväksi toiminnan valtakunnallisen kokonaisuuden suunnittelu ja toimintojen yhteen sovittaminen. Valtakunnallisten ja alueellisten toimijoiden tulee yhteistyössä huolehtia toiminnan yhdenvertaisesta ja vaikuttavasta toteuttamisesta koko maassa.

2 § Erikoissairaanhoidon työnjakoa koskevat yleiset periaatteet

Terveydenhuoltolaissa on määritelty erikoissairaanhoidon työnjakoa ja eräiden tehtävien keskittämistä koskevat yleiset periaatteet. Valtakunnallisesti keskitettävät erikoissairaanhoidtoon kuuluvat tutkimukset, toimenpiteet ja hoidot kootaan harvempaan kuin viiteen yliopistolliseen sairaalaan tai vastaavaan terveydenhuollon yksikköön. Alueellisesti keskitettäviä tutkimuksia, toimenpiteitä ja hoitoja kootaan viiteen yliopistolliseen sairaalaan tai vastaavaan terveydenhuollon yksikköön taikka ympärivuorokautista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystystä ylläpitäviin yksiköihin. Tämä asetus ja päivystyksen järjestämistä koskeva asetus täydentävät toisiaan varmentamalla riittävät toisiaan tukevat toiminnot eri vuorokaudenaikoina. Tämän asetuksen 7 §:ssä säädetään lisäksi muusta, määrien perusteella keskitettävästä erikoissairaanhoidosta.

Keskitettyä hoitoa antavassa yksikössä tulee olla korkea asiantuntemus ja kokemus sekä käytössä laatujärjestelmä, jolla taataan hoidon korkea taso. Valtakunnallisesti keskitettyä hoitoa antavien yksiköiden tulee toimia yhteistyössä kaikkien muiden yliopistollisten sairaaloiden kanssa palveluiden laadun ja yhdenvertaisen saatavuuden turvaamiseksi.

Valtakunnallisesti vähempään kuin viiteen yliopistosairaalaan koottavaa hoitoa antavista terveydenhuollon yksiköistä sopivat yhdessä ne sairaanhoitopiirien kuntayhtymät, joissa on yliopistollinen sairaala. Alueellisesta työnjaosta on sovittava tarkemmin terveydenhuoltolain 43 §:n mukaisessa erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa.

3 § Valtakunnallisen kokonaisuuden suunnittelu ja yhteen sovittaminen

Pykälässä osoitettaisiin eräitä valtakunnallisen kokonaisuuden suunnittelua ja yhteen sovittamista koskevia tehtäviä yliopistollisille sairaaloille tai sairaanhoitopiireille. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirille säädettäisiin syövän ehkäisyyn, diagnostiikan, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallista suunnittelua ja toiminnan yhteensovittamista koskevat tehtävät, joita hoidettaessa on huolehdittava toimintojen tutkimuksellisesta pohjasta.

Säädöksellä tarkoitetaan perustettavaa Kansallista syöpäkeskusta, joka muodostuu viidestä alueellisesta syöpäkeskuksesta ja valtakunnallisesta koordinoivasta yksiköstä. Alueellisten syöpäkeskusten toiminnoista on tarkoitus sopia vuoden 2018 aikana kullakin viidellä erityisvastuualueella (tulevalla sote-yhteistyöalueella) sairaanhoitopiirien ja yliopistojen sopimuksella. Koordinoivan yksikön toiminnoista on tarkoitus sopia alueellisten syöpäkeskusten kesken vuoden 2018 loppuun mennessä. Koordinoiva yksikkö sijoitettaisiin hallinnollisesti itsenäiseksi osaksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriä, missä se toimisi oman johdon alaisuudessa. Yksikkö olisi organisatorisesti erillään alueellisista syöpäkeskuksista.

Kansallisen syöpäkeskuksen tavoitteina (STM työryhmän loppuraportti 2014:13) on vähentää syöpäkuolleisuutta ja parantaa syöpäpotilaiden elämänlaatua edesauttamalla syöpätutkimusta sekä näyttöön perustuvien ja kustannusvaikuttavien toimien toimeenpanoa syövän ehkäisemiseksi, todentamiseksi ja hoitamiseksi yhdenvertaisesti. Tavoitteen saavuttamiseksi kansallinen syöpäkeskus ohjaa toimintaa yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön kanssa laatimalla näitä koskevia suosituksia. Tavoitteen saavuttamiseksi kansallinen syöpäkeskus edistää syöpään liittyvää tutkimus- ja kehittämistoimintaa ja tutkimuksen integraatiota syöpäpotilaiden hoitoon, edistää hyvien ja yhtenäisten hoitokäytänteiden noudattamista, seuraa syövän diagnostiikan ja hoidon saatavuutta ja arvioi toiminnan vaikuttavuutta, laatua ja tuloksellisuutta sekä seuraa hoidon saatavuuden ja hoitotulosten yhdenvertaisuutta. Kansallinen syöpäkeskuksen koordinoiva yksikkö voi lisäksi tehdä yksilöidyissä asioissa esityksiä sosiaali- ja terveysministeriölle, muille ministeriöille, Suomen Akatemialle, kansanterveys- ja potilasjärjestöille ja muille alalla toimiville yhteisöille. Alueelliset syöpäkeskukset voivat yhdessä valtuuttaa koordinaatioyksikön hoitamaan edellä mainittujen tehtävien lisäksi myös muita kansalliselle syöpäkeskukselle annettavia tehtäviä.

Asetuksessa annetaan Helsingin seudun yliopistolliselle keskussairaalle elinluovutus-toiminnan valtakunnallista suunnittelua ja toiminnan yhteensovittamista sekä koulutuksen suunnittelua koskevat tehtävät. Ensiluokkainen elinsiirtotoiminta edellyttää koko elinluovutus- ja elinsiirtoketjun toimivuutta ja moniammatillista yhteistyötä. Elinluovutusta ja elinsiirtoja koskevassa kansallisessa toimintasuunnitelmassa vuosille 2015–2018 (STM 2014:14) todetaan, että toimiakseen tehokkaasti elinluovutusjärjestelmä tarvitsee vahvaa kansallista ohjausta. Valtakunnallista toimintaa ohjaamaan on perustettu elinluovutustoiminnan neuvottelukunta. Toiminnan tehostamiseen tarvitaan lisäksi elinluovutustoiminnan kansallinen koordinaattori. Koordinaattorin tehtävään kuuluu elinluovutustoiminnan kansallisen ohjauksen, kehittämisen ja seurannan toimeenpano yhteistyössä muiden elinluovutus- ja elinsiirtotoiminnassa mukana olevien tahojen kanssa.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin tehtäväksi säädettäisiin hengitys-, uni- ja vireystilahäiriöiden diagnostiikan ja hoidon valtakunnallista suunnittelua ja toiminnan yhteensovittamista koskevat tehtävät sekä ylipainehappihoidon suunnittelu ja kehittäminen. Turun yliopistollisessa keskussairaalassa on kansainvälisesti korkealaatuista ja kansallisesti ainutlaatuista hengitysvajauspotilaiden hoidon osaamista. Hengitysvajauspotilaiden hoito ei tällä hetkellä toteudu Suomessa kansallisesti yhdenvertaisesti. Eri syistä johtuvan hengitysvajeen, hengenahdistuksen palliatiivisen hoidon ja yli 80 erilaisen hoidettavissa olevan unen ja vireystilan häiriön asianmukaisen tutkimisen ja hoidon edellytyksenä on monierikoisalainen, moniammatillinen kansainvälisen mallin mukainen ventilaatio-, uni- ja vireystilahäiriöyksikkö, joka voi järjestää ja ylläpitää tarpeellista koulutusta ja laatu toimintaa koko terveydenhuollon tarpeita ajatellen sekä tehdä kansainvälisen tason tieteellistä tutkimusta. Tämän kaltaisen osaamiskeskuksen (kattaen uni- ja vireystilahäiriöiden lisäksi keuhkoperäisen ja neuromuskulaarisairauksista johtuvan hengitysvajeen) tarpeellisuudesta on tehty selvitys (Saaresranta 2006) ja verkostomuotoisen osaamiskeskuksen perustamisesta ehdotus (Jääskeläinen, Saaresranta ym. 2010). Vastaavanlaisia keskuksia on useita mm. muissa Pohjoismaissa. Suuri osa potilaiden perustason tutkimuksesta ja hoidosta tapahtuu kuitenkin lähipalveluna. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri ylläpitää ylipainehappihoitoa antavaa päivystävää yksikköä, joka palvelee koko Suomea tälläkin hetkellä.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin tehtäväksi säädettäisiin nivelreuman ja muiden tulehduksellisten reumasairauksien diagnostiikan ja hoidon valtakunnallista suunnittelua ja toiminnan yhteensovittamista koskevat tehtävät. Tässä tehtävässä kuten muissakin valtakunnallisissa osaamisen koordinaatiotehtävissä on syytä huomioida jo tapahtunut erityisosaamisen kokoaminen. Kaikissa sairaanhoitopiireissä on syytä säilyttää yksiköt, joihin keskitetään nivelreuma- ja muiden tulehduksellista reumasairautta sairastavien potilaiden diagnostiikka ja konsultaatiot.

Pohjois-Savon sairaanhoitopiirille säädettäisiin vaikean epilepsian diagnostiikan ja hoidon valtakunnallista suunnittelua ja toiminnan yhteensovittamista koskevat tehtävät. Aivosairauksien diagnostiikassa ja hoidossa yhdistyy usean erikoisalan asiantuntemus. Keskustelua verkostomaisen kansallisen neurokeskuksen perustamisesta on syytä jatkaa.

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirille säädettäisiin terveydenhuollon menetelmien arviointia sairaanhoitopiireissä koskevat koordinaatiotehtävät, joka sisältää myös vastuun Suomen EUnetHTA-tehtävistä. Tässä tarkoitetaan terveydenhuollon menetelmien arviointia siltä osin kuin tehtävä jatkossa kuuluu sairaanhoitopiireille, tulevaisuudessa maakunnille ja niiden yhteistyöalueille. Yliopistosairaalan rooli on alueellisesti merkittävä uusien hoitojen ja tekniikoiden käyttöönotossa. Kalliit menetelmät on arvioitava luotettavasti esimerkiksi HTA-menetelmää (Health Technology Assessment) hyödyntäen ennen käyttöönoton laajentamista. Johtopäätöksien tekeminen edellyttää riittävää tapahtumien määrää, mikä syntyy tehtäessä kokeilut keskitetysti ja suunnitellusti. Kaikkien palvelun tarjoajien tulisi sitoutua yhteisiin seuranta- ja auditointijärjestelmiin, jotta hoidon laatua, kustannustehokkuutta ja vaikuttavuutta voidaan seurata. Hoidon vaikuttavuuden tulisi olla tulevaisuudessa hoidon priorisoinnin ensisijainen peruste.

4 § Alueellisen kokonaisuuden suunnittelu ja yhteen sovittaminen

Pykälässä säädetään alueellisen kokonaisuuden suunnittelua ja yhteen sovittamista koskevista tehtävistä. Sen lisäksi, mitä muussa laissa säädetään tai terveydenhuoltolain 43 §:ssä tarkoitetussa erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa sovitaan, on viiden yliopistollisen sairaanhoitopiirin huolehdittava pykälässä mainituista erikoissairaanhoidon tehtävistä, niiden suunnittelusta ja yhteen sovittamisesta alueellisesti.

Aivoverenkiertohäiriöiden diagnostiikka, hoito ja alkuvaiheen kuntoutus. Sairaanhoitopiireissä aivoinfarktipotilaiden hoidon tuloksellisuus vaihtelee ja arvioiden mukaan vain 15 % kaikista sairastuneista pääsee tarvitsemaansa moniammatilliseen kuntoutukseen. Kuntoutustilanne on erityisen huono yli 65-vuotiailla. Asetuksen myötä erityisvastuualueet suunnittelevat yliopistosairaalan johdolla aivoverenkiertohäiriöiden hoidon ja kuntoutuksen kokonaisuuden, joka parhaiten palvelee alueen asukkaita.

Harvinaissairauksien ehkäisy, diagnostiikka, hoito ja kuntoutus. Harvinaisiksi katsotaan sairaudet, joita sairastaa enintään viisi ihmistä 10 000 ihmistä kohden. Tässä yhteydessä harvinaissairauksien ehkäisyllä tarkoitetaan lähinnä kliinistä genetiikkaa. Euroopan Unionin neuvoston suosituksen mukaisesti STM:n asettaman harvinaiset sairaudet -ohjausryhmä esitti kansallisessa ohjelmassaan vuonna 2013, että jokaiseen yliopistolliseen sairaalaan perustettaisiin harvinaisten sairauksien yksikkö. Vuoden 2017 alussa tällaiset on perustettu ja niiden tehtävänä on vastata potilaista, joilla on harvinaiseen sairauteen sopivia oireita, mutta joille ei ole löydetty diagnoosia perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidon yksikössä. Nämä keskuskeskukset vastaavat myös sellaisista diagnosoiduista harvinaispotilaista, jotka vaativat moniammatillista osaamista ja joille ei löydy sopivaa koordinoivaa tahoja miltään erikoisalalta.

Valtakunnallisen seulontaohjelman mukaiset jatkotutkimukset ja seulontaprosessien laadunvarmistus mukaan lukien harvinaisten aineenvaihduntatautiin seulonta vastasyntyneiltä. Valtakunnallisen seulontaohjelman mukaisilla seulonnoilla tarkoitetaan seulonnoista annetussa valtioneuvoston asetuksessa (339/2011) mainittuja seulontoja. Seulontojen järjestämisvastuun on kaavailtu siirtyvän kunnilta maakunnille maakunta- ja sote-uudistuksen tullessa voimaan. Jatkotutkimuksilla tarkoitetaan vakavien löydöspäilyjen johdosta tehtävien tutkimusten keskittämistä.

Sikiöiden rakenne- ja kromosomipoikkeavuuksien ja vastasyntyneiden aineenvaihduntatautiin seulontaohjelmat kohdistuvat tarkalleen määritettyihin kohderyhmiin (sikiö ja vastasyntynyt). Molemmissa on tärkeää huolehtia aikataulutetusta seulontanäytteiden otosta, analyysistä sekä vastausten antamisesta. Positiiviset seulontanäytteet edellyttävät erikoissairaanhoidon tulkintaa, vanhempien neutraalia ja asiantuntevaa informaatiota sekä tarvittavien jatkohoitojen järjestämistä. Molempien seulontamenetelmien kehitys edellyttää kansainvälisen tutkimuksen seuranta- ja seulontaohjelman muutostarpeiden tunnistamista, mikä kuuluu yliopistosairaalan toimenkuvaan.

Aiheenvaihduntasairauksien seulonta vastasyntyneillä perustuu sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön suosituksen (7.4.2014, STM017:00/2011). Siinä ehdotettiin, että yliopistolliset sairaalat vastaisivat yhdessä synnyttäneiden aineenvaihduntasairauksien seulontaohjelman kansallisesta suunnittelusta, ohjauksesta ja laadunvarmistuksesta. Seulonnan

keskittäminen yhteen laboratorioon varmistaa osaamista ja sen oletetaan pitävän analyysikustannukset kohtuullisina. Seulontalaboratorion toiminta tulee kytkeä klinisen toiminnan yksikköön, joka antaa konsultaatiopalveluita sekä seulontalaboratoriolle että positiivisten vastausten osalta vastasyntyneen jatkotutkimuksista vastaavalle sairaalalle. Tällä hetkellä Turun yliopistollinen keskussairaala on vastannut analyyseistä ja jatkotutkimusten ohjauksesta.

Lasten, nuorten ja perheiden vaativimpien palveluiden osaamiskeskuksia olisi kaikissa viidessä yliopistollisessa sairaalassa. Nämä osaamiskeskukset sisältyvät hallituksen kärkihankkeessa Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelma (LAPE) perustettavaan viiteen hallinnonrajat ylittävään osaamis- ja tukikeskukseen. Tällä asetuksella säädetään yliopistollisten sairaanhoitopiirien vastuulle näiden keskusten terveydenhuollon palveluiden osuus.

Vaativa palliatiivinen ja saattohoito. Palliatiivisella eli oireita lievittäväällä hoidolla tarkoitetaan potilaan aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa, kun kuolemaan johtava tai henkeä uhkaava sairaus aiheuttaa potilaalle ja hänen läheisilleen kärsimystä ja heikentää heidän elämänlaatuaan. Palliatiivinen hoito voi kestää vuosia eikä sitä ole ajallisesti rajattu tiettyyn sairauden vaiheeseen. Yleensä sen tarve kasvaa sairauksien edetessä ja kuoleman lähestyessä ja saattohoito onkin viimeisille elinviikoille ajoittuva palliatiivisen hoidon osa. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon palveluissa tulee ottaa huomioon alueelliset erot väestötiheydessä ja etäisyyksissä. Erityisvastuualueiden yliopistosairaaloiden tulee suunnitella vaativan palliatiivisen hoidon järjestelyt alueellaan valtakunnallisesti yhtenäisten hoidon perusteiden mukaisesti.

Psykoterapeuttisten ja psykososiaalisten menetelmien arviointi ja niiden osaamisen ylläpito. Tällä tarkoitetaan psykososiaalisia ja psykoterapeuttisia hoitomuotoja ja ehkäisevän työn menetelmiä. Yliopistollista sairaalaa ylläpitävä sairaanhoitopiiri huolehtii alueellisesti, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon käytössä on vaikuttavaksi osoitettuja psykoterapeuttisia ja psykososiaalisia menetelmiä väestön tarpeen mukaisesti sekä niihin liittyvää koulutusta ja työnohjausta.

Syövän ehkäisyn, diagnostiikan, hoidon ja kuntoutuksen suunnittelua ja toiminnan yhteensovittamista koskevat tehtävät valtakunnallisessa yhteistyössä ja huolehtien toiminnan tutkimuksellisesta pohjasta. Asetuksessa annetaan viidelle yliopistolliselle sairaanhoitopiirille syövän ehkäisyn, hoidon ja kuntoutuksen alueellista suunnittelua ja toiminnan yhteensovittamista koskevat tehtävät valtakunnallisessa yhteistyössä. Tämän lisäksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri hoitaisi toiminnan valtakunnallista suunnittelua ja yhteensovittamista koskevia tehtäviä tämän asetuksen 3 § 1 kohdan mukaisesti. Näiden yksiköiden perustamisesta ja yhteistyöstä on kuvaus 3 §:n perusteluissa.

Hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisten palvelujen hoidon porrastus ja yhteen sovitus. Sairaaloissa annettavan hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisen hoidon ja hoitoketjujen toimivuuden ja yhteneväisen hoidon saatavuuden parantamiseksi suun terveydenhuollossa on tarpeen sopia toiminnan järjestämisestä nykyistä selkeämmin. Potilaan hoidon kannalta sairaaloissa tarvitaan eri hammaslääketieteen erikoisalojen osaamista. Tarvitaan myös muiden lääketieteen osa-alueiden yhteistyötä, joka on mahdollista isommissa yksiköissä. Yhdenmukaiset hoitoperiaatteet ja -käytännöt li-

säävät myös laatua ja toiminnan tuottavuutta. Isompi yksikkö pysyy toiminnassa henkilöstön loma-aikoina ja pystyy tarjoamaan laajemmat konsultaatio- ja oheispalvelut. Tämä merkitsee osaajien keskittämistä ja nykyistä parempaa verkottumista suun terveydenhuollossa. Myös peruspalvelujen toimivuutta tulee arvioida osatekijänä kokonaisuudessa, jotta erikoissairaanhoidossa hoidetaan juuri tarpeen mukaisia palvelukokonaisuuksia. Hoitoketjujen kannalta toimiviksi ovat osoittautuneet suun erikoissairaanhoidon täydentävät yksiköt, joissa tuotetaan erikoissairaanhoidotason polikliinisiä palveluja sairaalan ulkopuolella. Näitä on toiminnassa jo muutamilla erityisvastuualueilla. Yksiköt pystyvät myös ketterästi hyödyntämään yksityissektorilla olevaa erikoishammaslääkärikapasiteettia. Tämä edellyttää kuitenkin toimintojen suunnitelmallista ohjausta, palvelujen tarpeen arviointia ja tulosten seurantaan sekä yhtenäisistä käytännöistä sopimista. Viiden yliopistollisen sairaalan on huolehdittava suu- ja leukakirurgian ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisten palvelujen ja sairaalan ulkopuolisen toiminnan hoidon porrastuksen suunnittelusta ja yhteen sovituksista alueellisesti.

Terveystieteiden menetelmien arviointi valtakunnallisessa yhteistyössä. Erikoissairaanhoidon tulee vuosittain uusia menetelmiä, jotka ovat usein kalliita eikä niiden käytöstä ole ehtinyt muodostua laajaa tietopohjaa. Terveystieteiden 43 § edellyttää erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa sopimaan muun muassa uusien menetelmien käyttöönoton periaatteista. Yliopistosairaaloilla on tavanomaisesti voimavarat ja menetelmälliset mahdollisuudet arvioida uusia teknologioita ja niiden käyttöönottoa. Tämän HTA-toiminnan (Health Technology Assessment) organisointi on perusteltua suunnitella valtakunnallisessa yhteistyössä, minkä lisäksi Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirille on säädetty 3 §:n 6 kohdassa valtakunnallinen koordinoituvuus.

Vaativa lääkinällinen kuntoutus sekä vaativa kuntoutustutkimus. Hyvin hoidetulla ja rakennetulla kuntoutusjärjestelmällä pystytään lyhentämään hoitoaikoja, parantamaan potilaan saaman hoidon kokonaisuuden laatua ja myös usein säästämään kustannuksia. Useassa sairaudessa syntyy erityisiä kuntoutuksen haasteita, joiden ratkaiseminen edellyttää keskitettyä laajaa, monialaista osaamista sisältävää yksikköä. Toiminta sisältää myös vaativat kuntoutustutkimukset.

Vaativat diagnostisten erikoisalojen tutkimukset, mukaan lukien kliininen genetiikka ja eläviin henkilöihin kohdistuvat oikeuslääketieteelliset kliiniset tutkimukset ja näytteenotot. Näillä tarkoitetaan diagnostisten erikoisalojen piiriin kuuluvia tutkimuksia, konsultaatioita ja hoidollisia toimenpiteitä, joita tarvitaan ensisijaisesti muussa kuin perusterveydenhuollon ja yleislääketieteen alaan kuuluvassa toiminnassa. Oikeuslääketieteellisissä tutkimuksissa kyse on eläviin henkilöihin kohdistuvista tutkimuksista, joissa käytetään julkista tai merkittävää julkista valtaa (esimerkiksi kliininen humalalaitutkimus ja siihen liittyvä verinäytteen otto). STM:ssä toimivassa työryhmässä suunnitellaan tätä toimintaa koskevan ohjeistuksen päivittämistä vuoden 2017 aikana.

5 § Valtakunnallisesti keskitettävä erikoissairaanhoido

Pykälän 1 momentissa säädettäisiin velvoite sellaisten vaativien leikkausten, hoitojen ja toimenpiteiden, joita tehdään valtakunnallisesti vähemmän kuin noin 50 kappaletta

vuodessa, kokoamisesta vähempään kuin viiteen yliopistolliseen sairaalaan. Yliopistollisten sairaanhoitopiirien on sovittava yhdessä työnjaosta näiden tehtävien osalta. Kiireettömien, harvinaisten ja teknisesti vaativien leikkausten ja toimenpiteiden keskittäminen on tarpeen potilaan hoidon laadun kannalta. Näihin toimenpiteisiin voi liittyä pitkä oppimiskäyrä ja ne voivat vaatia erityistä instrumentaatiota. Yliopistosairaaloiden on määrä arvioida erikoisaloittain, mitkä leikkaukset ja toimenpiteet vaativat erityisosaamista ja erityisresursseja, joilla hyvä laatu ja potilasturvallisuus voidaan taata. Tavoitteena on potilaan etu ja mahdollisuus saada parasta mahdollista hoitoa.

Pykälän 2 momentissa säädettäisiin tehtävistä, jotka on koottava vähempään kuin viiteen yliopistolliseen sairaalaan. Yliopistollisten sairaanhoitopiirien on sovittava ainakin tässä momentissa mainittujen tehtävien kokoamisesta ja työnjaosta. Osassa näistäkin vuotuiset määrät ovat alle 50, joten asetus säätäisi nämä keskittäviksi ilman erillistä arviointia. Monet näistä toimenpiteistä ja hoidoista on jo keskittynyt kliinisen käytännön tai aikaisemman asetuksen mukaisesti vähempään kuin viiteen yliopistolliseen sairaalaan.

Selkäydinvammaisten akuuttivaiheen hoito, välitön kuntoutus ja monialainen seuranta ovat neurologian alaan liittyvä kokonaisuus. Yliopistosairaalat tarvitsevat kumppaneikseen myös alueellisia toimijoita lähellä potilaan asuinpaikkaa, vaikka mainitut asiat keskitetäänkin vähempään kuin viiteen sairaalaan.

Vaativa maksakirurgia vaatii kalliin välineistön sekä moniammatillisen tiimin, jollainen on perusteltua olla kaikissa yliopistosairaaloiissa perusmaksakirurgiaa varten. Sen sijaan vaativa maksakirurgia tulee keskittää valtakunnallisesti harvempiin yksiköihin, jotta potilaalle voidaan valita paras hoitolinja.

HIPEC on paksusuolisyöpäpotilaiden erityishoito. Syöpäkudos voi levitä vatsakalvolle, mikä heikentää ennustetta. Toimenpiteessä poistetaan pesäkkeet ja annetaan vatsaontelon sisäinen sytostaattihoito. Valikoiduilla potilailla kyseinen hoito voi olla parantava, mutta siihen liittyy merkittävä sairastuvuus ja jopa kuolleisuus, minkä vuoksi hoito tulee keskittää harvoihin sairaaloihin.

Suu-, hammas- ja leukakirurgisten hoitojen ja kudoksetien korjaavan hoidon toteuttaminen vaatavuuden perusteella. Halkiovauvoja syntyy nykyisin noin 120 vuodessa. Huuli-suulakihalkio on toiseksi yleisin leikkaushoitoa vaativa synnynnäinen epämuodostuma. Huuli-suulakihalkioiden varhaisvaiheen leikkaukset tehdään nykyisin kahdessa keskuksessa, HUSUKE:ssa Helsingissä ja Oulun Halkiokeskuksessa. Myöhäisvaiheen leikkaukset ja muu oheishoito voidaan tehdä potilaan oman kotipaikkakunnan lähellä erikoissairaanhoitona. Hoito edellyttää lukuisia käyntejä hoitavassa yksikössä läpi koko kasvukauden. Helsingin seudun yliopistollisen sairaalan tehtävänä on koordinoita ja yhteistyössä Oulun yliopistollisen sairaalan kanssa sopia huuli- ja suulakihalkiopotilaiden kokonaisuhoitoon suunnittelusta ja varhaisvaiheen leikkauksista. Erityisvastuualueet voivat tehdä yhteistoiminnasta sopimuksen palvelujen työnjaon toteuttamiseksi.

Suu- ja leukakirurgiassa on lukuisia harvinaisia leikkauksia, jotka edellyttävät monialaista osaamista kuten vaativimmat kasvojen ja leukojen kudoksetien korjaaminen hoitokokonaisuuksina. Lasten ja nuorten harvinaiset kasvojen ja leukojen kehitys-

häiriöiden kokonaishoito on tarkoituksenmukaista keskittää alle viiteen yliopistolliseen sairaalaan. Vaativat leukojen ja suun alueen syövät ja vammat, jotka edellyttävät suurta kudusrakenteiden korjaavaa hoitoa, esitetään keskittäväksi vähempään kuin viiteen yliopistolliseen sairaalaan. Elinsiirtopotilaiden suun sairauksien kokonaisvaltainen hoidon suunnittelu ja hoito edellyttää monialaista osaamista, joka on huomioitava myös lasten synnyinäisten sydänsairauksien ja hematologisten kantasolusiirtojen yhteydessä.

Pään ja kaulan sekä leukojen ja suun alueen syöpien ja vammojen kirurgia tukee oleellisesti myös leukanivelproteesikirurgiaa ja kudusrakenteiden korjaamista hoitokokonaisuuksina. Nämä on järkevää keskittää Suomessa kolmeen yliopistosairaalaan, jotta lukumäärä kaikissa näissä voitaisiin pitää kohtuullisena ja laatu korkeana.

Eräiden syöpien ja erityistilanteiden hoito. Osa syöivistä on harvinaisia ja niiden hoidot vaativat monen erikoisalan osaamista ja taustatukea, jolloin harvempiin yksiköihin keskittäminen tuo näille yksiköille kokemusta hoidoista nopeammin. Asetuksessa esitetään tällaisiksi erikseen laajan sarkooman ja levinneen kivessyövän leikkaushoito sekä pikkulantion alueen tyhjennysleikkaukset edenneen kohdunkaulansyövän hoidossa. Myös vaativat luukasvainten hoidot tulee keskittää. Näiden lisäksi on muita harvinaisia kasvaimia, joiden hoito tulee keskittää 1 momentin mukaisella määräperusteella (valtakunnallisesti alle 50 vuodessa).

Vaativa käsikirurgia sisältää muun muassa yläraajatapaturman edellyttämät uudelleenkiinnittämiset, verenkierron palauttamiset ja erilaisten monikudosvammojen hoidot mukaan lukien niiden myöhemmät korjaukset. Eri ikäisten olkapunosvammat ja lasten synnyinäiset käden poikkeavuudet tarvitsevat erityisosaamista, jota ei ole syytä toteuttaa kovin monessa paikassa. Yläraajojen pahanlaatuiset kasvaimet kuuluvat keskittävien ryhmien joukkoon osin muidenkin asetuksen määrittelyiden perusteella.

Hemofiliaa sairastavien sekä lyhytkasvuisten ja kondrodysplasiapotilaiden tekonivelkirurgia ja selkäkirurgia keskitetään, koska kohderyhmän leikkaukset edellyttävät erityistoimenpiteitä mm. verenvuodon ja vaadittavan laitteiston sekä joskus erityistekonivelten vuoksi.

Erityisen vaikeahoitoisten lasten ja nuorten hoito edellyttää erityisosaamista, joka saavutetaan parhaiten näiden keskittämisellä. Yksiköt vastaavat myös alaikäisten mielentilatutkimuksista.

Transseksuaalisten henkilöiden hoidosta on säädetty nykyisessä valtioneuvoston asetuksessa erityistason sairaanhoidon järjestämisestä ja keskittämisestä (336/2011). Samasta asiasta on kuitenkin säädetty myös muussa lainsäädännössä (Transseksuaalin sukupuolen vahvistamisesta säädetään siitä annetussa laissa (563/2002) ja kyseisen lain nojalla annetussa Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa sukupuolen muuttamiseen tähtäävän tutkimuksen ja hoidon järjestämisestä ja lääketieteellisestä selvityksestä transseksuaalin sukupuolen vahvistamista varten (1053/2002)), joten päällekkäisyyden vuoksi tämä osa poistetaan tästä asetuksesta.

Pykälän 3 momentin mukaan Helsingin yliopistollisen keskussairaalan tehtäväksi säädettäisiin tietyt tehtävät. Näitä olisivat alkiodiagnostiikka ja siihen liittyvä hoito, elin-

siirrot ja pitkäaikainen sydämen mekaaninen tukihoido, vaikeiden palovammojen varhaisvaiheen hoito, huuli- ja suulakihalkiopotilaiden kokonaishoidon suunnittelu sekä varhaisvaiheen leikkaushoito yhteistyössä Oulun yliopistollisen sairaalan kanssa sekä lasten avosydänkirurgia ja vaikeiden synnynnäisten sydänvikojen kajoava hoito.

Nykyisessä valtioneuvoston asetuksessa erityistason sairaanhoidon järjestämisestä ja keskittämisestä edellisessä kappaleessa mainitut tehtävät on jo säädetty Helsingin yliopistollisen keskussairaalan tehtäväksi lukuun ottamatta *alkiodiagnostiikkaa* ja siihen liittyvää hoitoa, jota esitetään nyt keskitettäväksi hoitojen vaativuuden vuoksi. Alkiodiagnostiikalla tarkoitetaan geneettisen diagnoosin tekemistä koeputkihedelmöitys (IVF)- tai mikroinjektiohoidolla (ICSI) aikaan saadusta alkioista. Hoito noudattaa tavanomaisen koeputkihedelmöityshoidon periaatteita alkioiden viljelyyn saakka. Kohtuun siirretään vain tutkitun ominaisuuden suhteen terveitä alkioita.

6 § Viiteen yliopistolliseen sairaalaan tai vastaavaan yksikköön alueellisesti keskitettävä erikoissairaanhoito

Pykälän 1 momentin mukaan sen lisäksi, mitä muussa laissa säädetään tai terveydenhuoltolain 43 §:ssä tarkoitettussa erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa sovi-taan, tulee viiteen yliopistolliseen sairaalaan tai erityisistä syistä muuhun vastaavan tasoiseen sairaalaan koota vaativat leikkaukset ja toimenpiteet, joita tehdään valtakunnallisesti vähemmän kuin noin 200 kappaletta vuodessa sekä menetelmät ja hoidot, jotka edellyttävät vaativaa osaamista tai voimavaroja.

Pykälän mukaan erikoissairaanhoidon järjestämissopimusta solmittaessa erityisvastuualueella käydään läpi ne suhteellisen harvinaiset vaativat leikkaukset ja toimenpiteet, joita tehdään valtakunnallisesti vähemmän kuin noin 200 kappaletta vuodessa ja joita ei ole muuten keskitetty valtakunnallisesti.

Toimenpideluokituksen toimenpidetyypin muuttujia on hyvin runsaasti, eikä niissä ole nykyisin luokiteltu erikseen erityisen vaativia toimenpiteitä. Tavoitteena tulee olla potilaan etu saada parasta mahdollista hoitoa. Arvioinnissa voitaneen käyttää esimerkiksi DRG- luokittelua ja/tai toimenpidekoodin rajaamista 3 tai 4 merkin tasolle HILMO-aineistosta. Arvioinnin tulee perustua erikoisalojen oman toiminnan hyvään tuntemukseen.

Pykälän 2 momentissa säädetään tarkemmin joistakin viiteen yliopistolliseen sairaalaan tai erityisistä syistä muuhun vastaavan tasoiseen sairaalaan koottavista tehtävistä. Nämä ovat pääsääntöisesti jo nyt keskittyneet yliopistosairaaloihin. Tyypillisiä tällaisia vaativia leikkaustoimenpiteitä ovat esimerkiksi harvinaisempien syöpien leikkaukshoidot ja invasiivisen kardiologian vaativat ja suhteellisen harvoin tarvittavat toimenpiteet.

Neurokirurgia keskitetään kokonaisuudessaan viiteen yliopistolliseen sairaalaan, joiden osaaminen ja kapasiteetti riittävät turvaamaan korkealaatuisen hoidon koko valtakunnassa.

Maksakirurgiassa vaativa maksakirurgia keskitetään 5 §:n mukaisesti alle viiteen yliopistolliseen sairaalaan. Sen lisäksi kaikilla yliopistollisilla sairaaloilla tulee olla osaaminen ja välineistö perusmaksakirurgiaan, jotta varmistetaan erityisesti päivystuskirurgian saatavuus eri puolilla maata. Tällöin vähintään ensivaiheen hoito voidaan toteuttaa näissä sairaaloissa.

Avosydänkirurgia ja vaativat transkatetriset kardiologiset toimenpiteet sisältäen kaikki sydämen tekoläppien asennukset katetriteitse keskitetään viiteen sairaalaan. Avosydänkirurgia on jo keskitetty aiemmin ja luotu siten valmiudet laaja-alaiselle osaamiselle. Tekoläppien asentaminen katetriteitse keskitetään näihin samoihin paikkoihin, joissa on välineistö ja osaaminen hoitaa potilaan mahdolliset komplikaatiot avosydänleikkaukseen asti.

Tulehduksellisten suolistosairauksien kirurginen hoito voi olla yksi vaihtoehto potilaan monimuotoisessa hoidossa. Sairauksiin voi liittyä toistuvia ongelmia ja uusinta-leikkauksien tarvetta. Esimerkiksi paksusuolen poistossa peräaukon säästävät toimenpiteet edellyttävät erityisosaamista.

Syöpien hoitoa voidaan toteuttaa muissakin kuin yliopistollisissa sairaaloissa 7 §:n mukaisten määrittelyjen mukaisesti ja osa keskitetään niiden harvinaisuuden vuoksi 5 §:n mukaisesti. Tässä pykälässä on määritelty joukko viiteen yliopistosairaalaan keskitettävistä syöpien leikkaushoidoista (haimasyöpä, mahasyöpä, gynekologinen syöpä lukuun ottamatta matalan riskin endometriumsyöpää, periytyvä paksusuolisyöpä, peräsuolen syöpä, ruokatorvisyöpä, invasiivinen rakkosyöpä, sarkooma sekä keuhkojen, keuhkopussin, henkitorven ja välikarsinan syöpä, lisäksi eturauhassyövän robottiavusteinen radikaalileikkaus). Keskittämisellä halutaan varmentaa monien erikoisalojen osaajien saatavuus ja taustalle myös ison sairaalan muut valmiudet diagnostiikasta tehohoitoon.

Käden, ranteen, kyynärpään ja nilkan tekonivelkirurgia, olkapään tekonivelen uusinta-leikkaukset ja vaikeat tekonivelinfektiot keskitetään osaamisen, välineistön ja myös suhteellisen vähäisten toimenpidemäärien vuoksi.

Reumakirurgia vaatii erityisosaamista, jonka vuoksi se on jo keskittynytkin harvempiin yksiköihin. Leikkausten jälkeisessä kuntoutuksessa otetaan samalla huomioon perussairausten aiheuttamat erityistarpeet.

Vaativat selkäleikkaukset keskitetään viiteen yliopistosairaalaan erityisosaamisen ja välineistön vuoksi. Muita voidaan tehdä 7 §:n määrävaatimusten puitteissa myös muissa päivystävissä sairaaloissa.

Huuli- ja suulakihalkiopotilaiden varhaisvaiheen hoito ja kokonaissuunnitelma toteutetaan 5 §:n mukaisesti Helsingissä ja Oulussa. Kokonaissuunnitelman mukaiset jatkohoidot toteutetaan tämän pykälän mukaisesti lähempänä potilaan kotia.

Suu-, hammas- ja leukakirurgian keskittämisellä viiteen yliopistolliseen sairaalaan tavoitellaan osaamisen kokoamista riittävän suuriin toimintakokonaisuuksiin. Useat keskitettävät suu- ja leukakirurgiset toiminnot vaativat tuekseen välitöntä hammaslääketieteen erikoisosaamista. Tämä keskittäminen tukee myös leukojen ja suun syöpien

ja kasvojen monimurtumien hoitoa osana laajempaa yhteistyöverkostoa. Laajojen kasvo- ja leukavammojen jälkitilat vaativat useiden hammas- ja lääketieteen alojen yhteistyötä ja monivaiheista kudusrakenteiden korjaavaa hoitoa. Hoitoon liittyvät erityisesti kirurgian, protetiikan ja parentafysiologian, ortodontian, parodontologian, ja endodontian erikoisalajat sekä vaativa laboratorio- ja kuvantamisdiagnostiikka. Useat harvinaiset suusairaudet vaativat myös hammaslääketieteen erikoisalajien yhteistyötä, jolloin hoito on tarkoituksenmukaista keskittää viiteen yliopistosairaalaan. Leukojen ja suun alueen syövänhoidon keskittäminen kaikissa laajan päivystyksen sairaaloissa tulee osaltaan pirstaleisen leukakirurgisen osaamisen keskittämistä.

Aortan aneurysmien ja neurologiaan liittyvä endovaskulaarinen hoito keskitetään viiteen yliopistolliseen sairaalaan, jolloin varmistetaan myös eri vuorokaudenaikoina komplikaatioiden hoitomahdollisuudet.

Koeputkihedelmöityshoidot keskitetään asetuksessa viiteen yliopistolliseen sairaalaan. Keskitettyä hoitoa antavien yksiköiden tulee toimia yhteistyössä muiden sairaaloiden kanssa palveluiden laadun ja yhdenvertaisen saatavuuden turvaamiseksi. Yhteistyössä muun muassa hedelmöityshoitoa edeltävä ns. stimulaatiohoito voidaan toteuttaa keskussairaalassa ja vaativa osa hoitoa (sukusolujen keräys ja alkioviljely) yliopistosairaalassa. Menettely vastaa nykyistä käytäntöä ja on kirjattu monen alueen yhteistyösopimukseen. Kokemukset tällaisesta työnjaosta ovat olleet hyviä.

Yliopistosairaala on voinut myös ostaa alihankintana hoitoja, jos se ei itse pysty niitä määrääjässä tuottamaan. Alihankinnan jatkuminen edellyttää, että yksityiset palveluntuottajat jatkavat hedelmöityshoitojen tuottamista Valviran ja Fimean lupien mukaisesti eikä keskittämisasiä koske tätä. Yksityiset vastaavat nykyisin noin puolesta kaikista Suomen hedelmöityshoidoista.

Kiireettömän hoidon perusteet hedelmöityshoitoyksikössä edellyttävät, että käytetään vain vaikuttaviksi arvioituja hoitoja; turhiin tai toistuviin hoitoihin ei tule ryhtyä.

Uhkaava ennenaikainen synnytys voi vaatia nopeita ratkaisuja ja vastasyntyneen vaativaa tehohoitoa, joka toteutetaan yliopistosairaaloissa. Myös *raskauden suunnittelu, seuranta ja synnytys erilaisten vakavien perussairauksien yhteydessä* edellyttävät monimuotoista eri erikoisalajien osaamisen yhteensovittamista, jota on parhaiten tarjolla yliopistosairaaloissa.

Lasten ja nuorten saattohoidon ja palliatiivisen hoidon toteuttaminen on vaativa tehtävä raskaassa tilanteessa. Yliopistosairaaloille määritellään vastuu näiden hoitojen toteutussuunnitelman laatimisesta. Varsinainen hoito voi tapahtua potilaan tilanteen ja perheen voimavarojen mukaan kotona ja lähiympäristössä.

Lastenpsykiatrian ympärivuorokautinen kaikkina viikoppäivinä annettava vuodeosasto- ja lasten oikeuspsykiatriset tutkimukset keskitetään viiteen yliopistosairaalaan, millä turvataan riittävä osaaminen kaikille potilaille heidän tilansa mukaisesti. Tällainen osasto on auki jatkuvasti ja se vastaa akuuttihoitosta. Erilaisia päivä- ja viikko-osastoja voi olla muuallakin.

Vaikeiden, eri erikoisalojen välistä yhteistyötä edellyttävien psykiatristen häiriöiden tutkimukset ja hoidot sekä oikeuspsykiatrian tutkimukset ja hoidot. Keskitettävään erikoissairaanhoidon kuuluvat harvinaisten tilojen ja erityisongelmien, kuten erityisen vaativien ja moniongelmaisten potilaiden tutkimukset ja hoito, erityisen vaativat lääketieteen eri erikoisalojen välillä kiinteää yhteistyötä edellyttävät tilanteet sekä harvinaiset hoitomenetelmät. Oikeuspsykiatriset erityistutkimukset, mukaan lukien mielen-tilatutkimukset, keskitetään viiteen yliopistosairaalaan tai vastaavaan yksikköön.

Momentin sisältö perustuu esiselvityksiin ja erikoisalayhdistyksiltä saatuihin näkemyksiin. Lääketieteen nopean kehityksen takia momentin sisältöä on syytä tarkastella muutaman vuoden välein yhdessä erityisvastuualueiden (tulevien yhteistyöalueiden) kanssa.

7 § Muu keskitettävä erikoissairaanhoidon

Pykälässä säädettäisiin ympärivuorokautista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystystä ylläpitäviin sairaaloihin koottavista tehtävistä ja niiden määrällisistä kriteereistä. Tämä tarkoittaa myös laajan päivystyksen sairaaloita. Asetuksen lisäksi työnjaosta sovitaan terveydenhuoltolain 43 §:ssä tarkoitettussa erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa.

Tässä pykälässä säädetään alueellisesti keskitettävistä hoidoista ja toimenpiteistä, joissa leikkausten kokoaminen suurempiin yksiköihin tuottaa selkeästi parempaa laatua ja potilasturvallisuutta. Suuren volyymin toimenpiteissä on helpompi rakentaa sujuvia hoitoketjuja ja siten vähentää yksikkökustannuksia. Tällaisia leikkauksia ovat esimerkiksi tekonivelleikkaukset ja yleiset mutta vaativat syöpäleikkaukset kuten rintasyövän leikkaushoito. Suuret volyymit johtavat selvitysten mukaan usein lyhempiin hoitoaikoihin ja standardihoitomallin noudattamiseen. Tätä kautta saavutetaan myös kustannustehokkuutta.

Pykälässä säädettäisiin terveydenhuoltolain 45 §:n 5 momentissa tarkoitettujen keskitettävien tutkimusten, toimenpiteiden ja hoitojen määrällisistä ja muista edellytyksistä, jotka tulee koota kriteerit täyttäviin päivystäviin sairaaloihin. Hoitojen ja toimenpiteiden kokoamisesta on sovittava terveydenhuoltolain 43 §:n järjestämissopimuksessa. Tällöin erityisvastuualue voi päättää niistä sairaaloista, joihin toimintoja keskitetään kunhan pykälässä asetetut kriteerit täyttyvät.

Tekonivelkirurgia ja muu ortopedinen toiminta

Asetukseen esitetään polven ja lonkan ensimmäisen tekonivelleikkauksen sairaalakoh- taiseksi alarajaksi vuosittain molempien kohdalla noin 300 leikkausta eli yhteensä vähintään noin 600 leikkausta. Olkapään tekonivelkirurgiassa edellytetään sairaalalta vähintään noin 40 ensiasennusta vuodessa.

Vuonna 2015 tehtiin 20 607 polven ja lonkan tekonivelleikkauksia (THL tarkistamaton tieto). Näistä 19 399 tehtiin kunnallisissa julkisen sektorin sairaaloissa, kun Sai-

raala Coxan luvut yhdistetään Tampereen yliopistosairaalan lukuihin. Yksityissairaaloissa tehtiin 1 208 polven tai lonkan tekonivelleikkausta. Kuntaliiton tilaston mukaan vuonna 2016 sairaanhoitopiirit tekivät 21 996 leikkausta, joten kasvua edellisestä vuodesta on peräti 11,4 %. Taloudellisten laskelmien mukaan ihanteellinen tekonivelyksiköiden määrä Suomessa olisi 7-10, jolloin saavutettaisiin 16 % pienempi kustannus potilasta kohden nykyiseen järjestelmään nähden (sisältää matkakustannukset).

Vuoden 2015 tilaston mukaan 10 sairaalaa ylitti 600 leikkauksen määrän. Kun pienet aluesairaalat lopettavat näiden tekemisen terveydenhuoltolain säädösten perusteella, niin nykyistä useampi keskussairaala ylittää ehdotetun rajan. On todennäköistä, että tekonivelleikkaukset voivat jatkua jokaisessa terveydenhuoltolain mukaisessa 12 laajan päivystyksen sairaalassa. Kuntaliiton tilaston mukaan leikkaustoiminta jatkuu myös Kymenlaakson keskussairaalassa, jos Pohjois-Kymen sairaalan leikkaukset siirtyvät Kotkaan. Vastaavasti Vaasan keskussairaalan leikkausmäärä ylittyy, jos Pietarsaaren tekonivelleikkaukset siirtyvät sinne. Pienimmillä keskussairaaloilla on vaikeuksia ylittää 600 leikkauksen rajaa. Tällaisia ovat eräät Pohjois- ja Itä-Suomea keskussairaalat, joiden väestömäärä on pieni. Lisäksi erityisvastuualueiden sisällä voidaan kohdentaa leikkauksia tiettyihin sairaaloihin. Muutoksen seurauksena noin 4000 potilaan leikkauspaikka muuttuisi nykyiseen verrattuna.

Tekonivelkirurgia edellyttää huomattavia resursseja ja muiden erikoisalojen tukea. Potilaiden hoitoon voidaan tarvita sisätautien, geriatrian, infektiotautien, gastroenterologisen kirurgian ja psykiatrian konsultaatiomahdollisuudet. Mahdollisten ongelmien hoito edellyttää laajoja päivystysvalmiuksia ja myös tehohoito ja infektioiden hoito tulee olla suunniteltu.

Keskittäminen nykyistä harvempiin yksiköihin luo mahdollisuudet hoidon laadun parantamiselle. Suurten volyymien keskuksissa kustannukset ovat todennäköisemmin leikkausta kohden alhaisemmat kuin pienen volyymin yksiköissä. Leikkauksien tekemiseen vaadittava instrumentaatio on kallista ja teknisten apuvälineiden kehittyessä hinta jatkossa todennäköisesti vielä nousee. Varsinaista leikkausmäärää tärkeämpää näyttää kuitenkin olevan koko hoitotiimin ammattitaito ja potilaan toimiva hoitopolku. Määrien kasvaessa toiminta yleensä standardoituu, mikä lisää turvallisuutta ja vähentää komplikaatioita.

Uusintatekonivelleikkauksissa uudet materiaalit mahdollistavat aiempaa paremmat toiminnalliset tulokset. Uudet materiaalit ovat kalliimpia ja edellyttävät uutta osaamista. Uusintaleikkauksissa tarvittavat toimenpiteet ja välineet eivät aina ole ennalta määriteltävissä, minkä vuoksi vaativat monen erikoisalan yhteistyötä ja välitöntä rekonstruktiota edellyttävät uusintatekonivelleikkaukset tulee keskittää 5 §:n mukaisesti valtakunnallisesti vähempään kuin viiteen yliopistosairaalaan. Olkapään tekonivelen uusintaleikkaukset ja vaikeat tekonivelinfektiot keskitetään 6 §:n mukaan viiteen yliopistosairaalaan. Muutoin uusintaleikkauksissa edellytetään vähintään noin 100 vuotuisen toimenpiteen tekemistä.

Myös selkäkirurgiassa toiminnan keskittämisellä olisi saavutettavissa merkittävät taloudelliset ja laadulliset hyödyt. Selkäpotilaan hoidossa leikkausten rooli on pienempi, koska suurin osa potilaista hoidetaan konservatiivisesti usein fysiatrien tai perusterveydenhuollon vastaanotolla. Selkäpotilaan leikkaustarpeen arviointi, hoitomenetel-

män valinta ja seuranta vaativat merkittävää osaamista ja moniammatillista yhteistyötä.

Vuonna 2015 Suomessa tehtiin yli 10 selkätoimenpidettä 54 sairaalassa (16 yksityistä yksikköä). Välilevypullistuminen leikkausmäärien voimakas lasku 1990-luvulta lähtien on taittunut ja viime vuosina näitä on tehty vuositasolla tasaisesti 20 % kaikista toimenpiteistä. Luudutus- ja avarrusleikkauksien määrä on kasvanut viime vuosina, mutta luudutusleikkauksien aiheet tulevat todennäköisimmin tiukentumaan uusien satunnaistettujen tutkimustulosten vuoksi. Selkäpotilaiden uudet hoitomenetelmät ja tekniikat vaativat systemaattisen käyttöönoton, jossa on huomioitava myös hoidon vaikuttavuus ja turvallisuus sekä kustannushyöty. Asetuksessa edellytetään selkäleikkauksia tekevältä yksiköltä vähintään noin suunniteltua 150 leikkausta vuodessa. Näiden lisäksi jotkut potilaat tarvitsevat päivystyksellistä toimenpidettä, jota ennen hänelle tehdään päivystysluonteisesti ensisijaisesti magneettitutkimus. Hyvässä paikallisessa hoitoketjussa tällaisten potilaiden hoito voidaan osin ennakoida ja varmistaa nopea hoitopääsy lähimpään toimenpiteitä tekevään sairaalaan tai tilanteen vaatiessa myös muuhun sairaalaan, jossa on riittävät valmiudet ja osaaminen.

Syöpäkirurgia

Lääketieteellisen kehityksen myötä erityisesti syöpätautien diagnostiikka- ja hoitomenetelmät ovat muuttuneet nopeasti. Seulontamenetelmien ja potilaskohtaisesti räätälöityjen yhdistelmähoitojen ansioista monien syöpäsairauksien tulokset ovat parantuneet nopeasti. Nykyisellä syöpäkirurgian järjestämismallilla ei kyetä enää takaamaan kaikille potilaille yhdenvertaista syöpäkirurgian ja tarjolla olevien hoitomahdollisuuksien saatavuutta. Tilanne voidaan korjata kokoamalla osaamista nykyistä suurempiin yksiköihin ja sopimalla sairaaloiden välisestä työnjaosta.

”Kirurgia Suomessa 2020-luvulla” -raportin liitteinä olevista operatiivisten erikoisalojen lausunnoista käy selkeästi ilmi asiantuntijoiden näkemys syöpäkirurgian keskittämistarpeesta. Lausunnoissa korostettiin erityisesti kirurgi- ja sairaalakohtaisten määrien merkitystä syöpäkirurgian laadun, potilasturvallisuuden ja syövän hoidon tulosten näkökulmasta.

Lääketieteellisesti olisi perusteltua keskittää kaikki alle sadan vuotuisen tapauksen leikkaukset vähempään kuin viiteen yliopistosairaalaan. Kaikkiin viiteen yliopistosairaalaan hajautettuna leikkausmäärät jäävät kansainvälisesti tarkastellen varsin pieniksi. Syöpäkirurgian jatkumisella keskussairaaloissa on kuitenkin merkitystä sairaaloiden päivystysvalmiudelle ja päiväaikaisen kirurgisen toiminnan järjestämiselle. Synnytyksiä hoitavissa keskussairaaloissa tulee olla ympärivuorokautinen päivystysvalmius, jossa gynekologin ja lastenlääkärin lisäksi tulee olla valmius anestesiaan, tehohoitoon ja pehmytkudoskirurgiaan. Yhden päivystysrenkaan ylläpito vaatii vähintään 8-10 lääkärin virkapohjan, jota ei kannata ylläpitää ilman riittävää päiväaikaista toimintaa.

Vuonna 2014 Suomen syöpärekisteriin tilastoitiin 5 033 uutta rintasyöpää. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen HILMO-tilaston mukaan samana vuonna tehtiin 5 079 rintasyöpäleikkausta 35 sairaalassa. Asetuksessa rintasyöpäleikkaukset keskitettäisiin

sairaaloihin, joissa leikataan vuosittain yli 150 primääriä rintasyöpäleikkausta. Tämä 150 vuotuisen leikkauksen suositus on kirjattu sekä Eusoman (1) että EU:n rintasyöpävän diagnostiikkaa ja hoitoa koskeviin suosituksiin (2). Suosituksissa todetaan riittävän tapausmäärän varmistavan moniammatillisen tiimin jokaisen jäsenen riittävän ammattitaidon säilymisen. Eusoman suositus korostaa riittävien tapausmäärien lisäksi myös laatuindikaattoreiden implementointia. Hoidon suunnittelu edellyttää kuvantamisen, patologian ja laboratoriotoiminnan laajaa osaamista etsittäessä parasta syöpälääkehoitoa. Hoito kehittyy hyvin nopeasti, joten taustalle tarvitaan myös perusteilla olevan Kansallisen syöpäkeskuksen kokoamaa kliinisen tutkimuksen antamaa tietoa.

Vuonna 2014 Suomen Syöpärekisteriin tilastoitiin 4 596 uutta eturauhasen syöpää, joiden hoitoon on käytössä useita vaihtoehtoja. Vuonna 2014 tehtiin HILMO-tiedostojen perusteella 1 260 eturauhassyöpäleikkausta, joista 75 prosenttia tehtiin neljässä yliopistosairaalassa ja loput 25 prosenttia 22 muussa julkisessa sairaalassa. Määrällisesti eturauhassyöpävän radikaalit syöpäleikkaukset ovat tällä hetkellä varsin hyvin keskittyneet, mutta on arvioitu halvemman uuden tähystystekniikan johtavan leikkausten siirtymiseen uudelleen pienempiin yksiköihin.

Paksusuolisyöpävän hoidossa leikkaushoidolla on keskeinen merkitys. Uusien tapausten määrä on lisääntymässä ja vuonna 2014 Suomen Syöpärekisteriin tilastoitiin 1 964 uutta paksusuolisyöpää. Vuonna 2014 HILMO-rekisterin mukaan paksu- ja peräsuolisyöpää sairastavilla potilailla oli 2 397 erilaista toimenpiteellistä hoitojaksoa, joista 76 prosenttia tehtiin sairaaloissa, jotka tekevät näitä yli 70 vuodessa. Hoitojaksoja oli kaikkiaan 36 sairaalassa.

Matalan riskin endometriumsyöpävän leikkaushoito voidaan toteuttaa sairaalassa, jossa on valmius leikkausta edeltävään diagnostiikkaan ja riskiluokitukseen sekä vuosittain vähintään 70 tällaista leikkausta. Hoidon yleinen työnjako tulee sopia alueellisessa yhteistyösuunnitelmassa.

8 § Seuranta

Pääministeri Sipilän hallitusohjelman mukaisesti asetuksessa tarkennetaan erikoissairaanhoidon tiettyjen vaativien leikkausten keskittämistä ja työnjakoa. Tavoitteena ovat kustannusten hallinta ja hallitusohjelman mukaiset säästöt. Puolivälitarkastelussaan huhtikuussa 2017 hallitus päätti nopeuttaa erikoissairaanhoidon rakennemuutokseen tähtäävien asetusten voimaantuloa, jotta suunnitellut säästöt saavutetaan. Hallitus tähtää julkisen talouden velkaantumisen taittamiseen ja kestävyysvajeen kattamiseen säästöin sekä kasvua tukevin ja julkista palvelutuotantoa tehostavin toimin.

Päivystyksen ja erikoissairaanhoidon rakenteiden uudistuksen toimeenpanon varmistamiseksi on tarpeen seurata ja valvoa uudistusta ohjaavan lainsäädännön toimeenpanoa yhteistyössä valtiovarainministeriön, sosiaali- ja terveysministeriön ja valvovan viranomaisen kanssa. Seuranta integroidaan osaksi julkisen talouden suunnitteluprosessia. Asetuksen voimaantulo antaa perusteen ennakoivalle, ohjelmaperusteiselle valvonnalle, jota suunnataan edelleen kiireellisen hoidon ja päivystyksen valvontaan. Näin varmistetaan asetuksen edellyttämien toiminnallisten muutosten ja säästöjen toteutumisesta suunnitellussa aikataulussa.

Pykälä velvoittaa ne sairaanhoitopiirit, joissa on yliopistollinen sairaala, laatimaan kahdesti vuodessa selvityksen siitä, miten valtakunnallinen ja alueellinen kokonaisuuksien suunnittelu ja yhteen sovittaminen, tavoitellut taloudelliset vaikutukset sekä sitoutuminen yhtenäisiin hoidon perusteisiin ovat toteutuneet kullakin erityisvastuualueella ja yliopistollisten sairaanhoitopiirien kesken. Sosiaali- ja terveysministeriö pyytää ensimmäiset selvitykset 31.10.2017 ja 30.4.2018 mennessä. Jatkossa selvitykset toimitetaan kunkin vuoden huhtikuun ja lokakuun loppuun mennessä. Pykälällä varmistetaan tiedonsaanti työnjakosopimusten asetuksenmukaisuuden, keskittämistoimenpiteiden sairaalakohtaisen toteutumisen ja säästöjen seurantaa varten. Tiedot ovat julkisia.

Pykälässä ehdotetaan säädettävän selvitysten arvioinnista ja jatkotoimista tarkemmin valtioneuvoston yleistoimivaltaan perustuen. Yleistoimivaltansa nojalla valtioneuvosto voi ohjata valtion viranomaisia ja antaa tarkoituksen toteuttamiseksi hallinnon sisäisiä määräyksiä. Hallinnolliseksi luonnehdittavia säännöksiä voidaan sisällyttää valtioneuvoston asetukseen, vaikkei niistä olisi erikseen asetuksenantovaltuudessa mainittu.

Sosiaali- ja terveysministeriö perustaa kansallisen koordinaatioryhmän päivystyksen, erikoissairaanhoidon työnjaon ja toimintojen keskittämisen, näillä uudistuksilla tavoiteltujen taloudellisten vaikutusten sekä yhtenäisiin hoidon perusteisiin sitoutumisen seurantaa varten. Kansallinen koordinaatioryhmä arvioi selvitysten sisällön. Mikäli selvitykset antavat aihetta, kansallinen koordinaatioryhmä käynnistää viiveettä sairaanhoitopiirikohtaiset neuvottelut ja toimenpiteet. Kukin koordinaatioryhmässä edustettu toimija käynnistää toimivallassaan olevat tarvittavat toimenpiteet selvitysten perusteella. Näitä ovat esimerkiksi mahdolliset valvontaviranomaisten erikoissairaanhoidolain 11 luvussa tarkoitettujen potilasturvallisuutta vaarantavien puutteiden tai muiden epäkohtien taikka muutoin erikoissairaanhoidolain, terveydenhuoltolain tai tämän asetuksen säännösten vastaisen toiminnan aiheuttamat toimenpiteet. Koordinaatioryhmässä edustetut tahot tiedottavat koordinaatioryhmälle tekemistään toimenpiteistä ja koordinaatioryhmä seuraa toimenpiteiden etenemistä. Kansallisessa koordinaatioryhmässä on sosiaali- ja terveysministeriön, valtiovarainministeriön, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston, aluehallintovirastojen, erityisvastuualueiden edustus sekä riittävä lääketieteen erikoisalojen edustus.

Valvontaviranomainen valvoo toiminnan lainmukaisuutta, potilasturvallisuutta ja hoidon saatavuutta. Valvonta, määräykset ja pakkokeinot sekä informaatio-ohjaus ohjaavat tuotantoa. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto tai aluehallintovirasto voi erikoissairaanhoidolain nojalla velvoittaa sairaanhoitopiirin kuntayhtymän noudattamaan asetuksen säädöksiä sakon uhalla tai uhalla, että toiminta keskeytetään.

Toimintojen tiivistäminen ja keskittäminen on toteutettava tavalla, joka ei johda potilaiden hoitamatta jättämiseen. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemat yhtenäiset hoidon perusteet yhdessä tieteelliseen näyttöön perustuvien hoitosuosituksen kanssa muodostavat vahvan tosiasiallisen terveydenhuollon ohjausvälineen, jolla voidaan ohjata ja yhtenäistää toimintakäytäntöjä. Tätä tuetaan laatua (mukaan lukien potilasturvallisuus), vaikuttavuutta ja kustannuksia koskevan vertailutiedon julkistamisella.

Nimiketasolla keskitettävistä toimenpiteistä ja hoidoista valmistellaan yhtenäiset hoidon perusteet vuoden 2017 loppuun mennessä, ellei oireen tai sairauden luonne muuta edellytä. Sairaanhoidopiirien tulee selvityksissään kuvata, miten sitoutuminen yhtenäisiin hoidon perusteisiin on sairaanhoidopiirin alueella toteutunut. Tämä osuus tulee aluksi olemaan sanallinen kuvaus tilanteesta, mutta hoidon saatavuuden raportointimenetelmien kehittämisen yhtenä tavoitteena on myös käyttää tilastotietoja tämän arviointiin. Myös auditointi tai vastaava arviointi on tarvittaessa käytettävissä oleva sitoutumisen arviointiväline.

Kalliiden hoitomenetelmien kansallisella arvioinnilla (asetuksen 3§), käyttöönoton täsmällisellä ohjauksella ja menetelmien käytöstä luopumisella ohjataan ja yhtenäistään palveluiden sisältöä. Palveluvalikoimaneuvoston suosituksilla ohjataan tietyn hoidon tai tutkimuksen kuulumista kansalliseen palveluvalikoimaan. Esimerkiksi tuoreen suosituksen mukaan polvikuluman täyhystyskirurginen hoito ei kuulu Suomen julkisesti rahoitettuun terveydenhuollon palveluvalikoimaan. Näiden toimenpiteiden laskennalliset julkisesti rahoitetut suorat vuosikustannukset olivat noin 23,5 miljoonaa euroa. Vanhentuneista menetelmistä luopumista edistetään terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvoston suosituksilla sekä Käypä hoito -organisaation Vältä viisaasti -suosituksilla, jotka kokoavat uusinta tieteellistä näyttöä vanhentuneista käytännöistä luopumisen tueksi. Toimeenpanon tueksi STM:ssä valmistellaan kliinisten laaturekisterien vakiinnuttamista osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisen tietopohjaa.

9 § Voimaantulo

Tämä asetus tulee voimaan 1 päivänä tammikuuta 2018. Tällä asetuksella kumotaan valtioneuvoston asetus erityistason sairaanhoidon järjestämisestä ja keskittämisestä (336/2011).

Asetuksen 8 §:ssä tarkoitetut selvitykset on kuitenkin laadittava ja toimitettava sosiaali- ja terveysministeriölle ensimmäisen kerran jo viimeistään 31 päivänä lokakuuta 2017.

Asetuksen 7 §:ää on sovellettava viimeistään 1 päivästä heinäkuuta 2018.

3 Asetuksen vaikutukset

Taloudelliset vaikutukset

Päivystyksen ja erikoissairaanhoidon rakenteiden muutoksen taloudelliset vaikutukset ovat kokonaisuus, joka toteutetaan terveydenhuoltolain ja sosiaalihuoltolain muutoksilla sekä niiden nojalla annetuilla asetuksilla erikoissairaanhoidon työnjaosta ja keskittämisestä, päivystyksestä ja kiireellisestä hoidosta, ensihoitopalvelusta sekä sosiaalipäivystyksestä ja sosiaalipalvelujen kokoamisesta. Erikoissairaanhoidon säästöjen toimeenpanon keskeinen työkalu on sairaalaverkon tiivistäminen ja sairaaloiden toiminnallinen profilointi, joka toteutetaan päivystysuudistuksen ja keskittämisuudistuksen yhdistelmällä.

Syksyllä 2016 hyväksytyjen päätösten arvioidaan vähentävän kuntien kustannuksia vuoteen 2020 mennessä seuraavasti (vos-% vuoden 2017 talousarvion mukainen 25,23):

| 1 000 € | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|----------------------|---------|---------|----------|----------|----------|
| Kuntien kustannukset | -50 000 | -50 000 | -175 000 | -260 000 | -350 000 |
| Valtionosuus | -12 860 | -12 860 | -44 153 | -65 598 | -88 305 |

Yhteenveto kustannusvaikutuksista kuntien järjestämisvastuulla oleviin palveluihin:

| | Vuonna 2020 |
|--|---|
| 1. Terveystieteiden päivystystoiminnan uudistus | -35 milj. euroa |
| 2. Perustason kiireellinen viikonloppu- ja iltavastaus | +5 milj. euroa |
| 3. Erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon vähentyminen | -100 milj. euroa |
| 4. Hoitokäytäntöjen ja toimintaprosessien standardointi sekä hoitajaksojen keston lyheneminen | -185 milj. euroa |
| 5. Ensihoidon uudistaminen | -5 milj. euroa |
| 6. Sosiaalipäivystyksen uudistaminen | 0 euroa (säästöt ja lisäkustannukset yhtä suuret) |
| 7. Vanhentuneista menetelmistä luopuminen ja uuden teknologian hallittu käyttöönotto sosiaali- ja terveydenhuollossa | - 30 milj. euroa |
| 8. Vaikutukset matkakustannuksiin | 0 euroa (säästöt ja lisäkustannukset yhtä suuret) |
| Yhteensä | - 350 milj. euroa |

Erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä annettavan valtioneuvoston asetuksen säännöksistä merkittävien taloudellinen vaikutus on 7 §:llä, joka koskee muuta keskitettävää erikoissairaanhoidoa. Säännös konkretisoi ja tehostaa osaltaan terveydenhuoltolain 45 §:n 3 momentissa säänneltyä leikkaussaliolosuhteita ja anestesiaa edellyttävän leikkaustoiminnan kokoamista niihin sairaaloihin, joissa on ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys. Säännöksessä tarkoitettujen lukumäärältään suurien leikkaustoimenpiteiden keskittäminen nykyistä harvempiin sairaalayksiköihin luo edellytyksiä merkittäviin kustannussäästöihin jäljempänä kuvattavalla tavalla.

Asetuksen 7 §:n ehdotetaan tulevan voimaan heinäkuun 2018 alusta. Tarkoituksena on, että sosiaali- ja terveysministeriö seuraa ja edistää asetuksen täytäntöönpanoa välittömästi sen antamisen jälkeen siten, että leikkaustoiminnan keskittämiseksi tarvittavia sairaanhoitopiiri-kohtaisia toimenpiteitä toteutetaan merkittävästi jo vuoden 2018 aikana. Leikkaustoiminnan keskittämisen ja muiden edellä kuvattujen erilaisien 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 sairaanhoitopiiri-kohtaisten toimenpiteiden toteutuksen edetessä.

Suomen kirurginen ja operatiivinen toiminta on hajautunutta. Paikalliset keskussairaalat tekevät monenlaisia toimenpiteitä pyrkiessään vastaamaan alueensa väestön tarpeisiin. Tällöin varsinkin pienemmissä yksiköissä joitain toimenpiteitä tehdään vähän ja harvoin, jolloin riski tuottavuuden, laadun ja vaikuttavuuden vaihteluista kasvaa. Leikkaustoiminnan kustannukset olivat vuonna 2014 noin 2,5 miljardia euroa, minkä lisäksi leikkaustoimintaan liittyvän perusterveydenhuollon osuus oli noin 0,7 miljardia euroa. Erikoissairaanhoidon osalta kustannukset jakautuvat karkeasti noin 20 prosenttia poliklinikalle, 40 - 50 prosenttia vuodeosastolle ja 30 - 40 prosenttia leikkausyksiköihin. Kirurgian erikoisalalan hoitopäiviä oli Suomessa noin 986 975 vuonna 2015.

Useissa tutkimuksissa on havaittu sairaalan ja kirurgin toimenpidekohtaisen volyymin merkitys tuottavuuteen, vaikuttavuuteen, laatuun ja kustannuksiin. Korkean toimenpidevolyymin yksiköissä toiminta standardoituu parhaiden käytäntöjen mukaiseksi ja leikkausaiheet yhtenäistyvät. Suuren toimenpidevolyymin yksikössä on laajempi osaaminen arvioida hoidon tarvetta ja valita soveltuvin hoitomenetelmä. Niissä pystytään soveltamaan ajantasaista tutkimustietoa systemaattisesti ja sopimaan yhtenäisistä hoitokäytännöistä. Tämä edistää vaikuttavien hoitomuotojen valintaa ja käyttöä, jolloin komplikaatioiden hoidon kustannukset pienenevät. Esimerkiksi tekonivelkirurgiassa suuren volyymin yksiköissä on havaittu noin 20 prosenttia korkeampi tuottavuus kuin pienempien volyymien yksiköissä.

Monet aiemmin runsaslukuisesti tehdyt tuki- ja liikuntaelinten toimenpiteet ovat osoittautuneet vaikuttavuudeltaan heikoiksi ja siksi tuki- ja liikuntaelinten toimenpidemäärät ovat laskeneet viime vuosina selvästi erityisesti polvi- ja olkapääkirurgiassa. Esimerkiksi polvikuluman tähytyskirurgisten toimenpiteiden on arvioitu aiheuttavan 22,6 miljoonan euron suorat kustannukset vuosittain. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen PALKOn helmikuussa 2017 antaman suosituksen mukaan ky-

seinen toimenpide ei kuulu Suomen terveydenhuollon julkisesti rahoitettuun palveluvalikoimaan. Tällaisten muutosten toimeenpano, vanhentuneista menetelmistä luopuminen ja hallittu uusien menetelmien käyttöönotto edellyttävät järjestelmällistä oman toiminnan arviointia ja johtamista. Erikoissairaanhoidon kustannusten nousun hillitsemiseksi on tärkeää, että nykyiset alueelliset erot hoitokäytännöissä poistuvat ja hoidon vaikuttavuuden parantuessa säästetään samalla kustannuksissa.

Tekonivelkirurgiassa Perfect- ja THL:n tuottavuusaineisto osoittavat suurten yksiköiden olevan noin 16 prosenttia tehokkaampia kuin pienten, potilaat kotiutuvat nopeammin ja uusintaleikkauksia on vähemmän. THL:n aineistojen perusteella kiireettömät toimenpiteelliset vuodeosastojaksot ovat suuren toimenpidevolyymin yksiköissä noin 15 - 20 prosenttia lyhyempiä kuin keskimäärin. Mikäli sairaaloiden hoitoketjut ja -prosessit toimisivat kokonaisuudessaan parhaiden käytäntöjen mukaisesti, voitaisiin vuodeosastohoidossa säästää yli 200 miljoonaa euroa vuodessa. Säästö syntyy siinä pääosin erikoissairaanhoidossa, mutta pitkien hoitajaksojen osalta myös perusterveydenhuollon vuodeosastoilla.

Laadullisiin ja taloudellisiin selvityksiin tulee suhtautua kriittisesti, mutta näyttö uudistuksesta saatavista eduista on eri selvityksissä samansuuntainen ja vahva. Leikkaustoiminnan suunnittelussa keskeisiä näkökulmia ovat päivystyksen järjestelyt, vuodeosastohoitoa vaativat toimenpiteet sekä erityistilojen ja -laitteiden kuten leikkauksalien käyttöaste. Nykyisin monessa yksikössä päivystysaikaiset ja päiväaikaiset leikkaus/potilasmäärät ovat pieniä, hoitotiimille ei kerry riittävästi kokemusta ja yksikkökustannukset ovat kalliimpia.

Toimintojen kokoaminen ei johda sairaaloiden sulkemiseen, mutta joidenkin sairaaloiden toiminta muuttuu. Pienemmissä sairaaloissa voidaan hoitaa potilaita toimenpiteiden jälkeen ja lisätä esimerkiksi kuntoutusosaamista. Kustannushyötyjen aikaansaamiseksi joissain sairaaloissa on kuitenkin suljettava kokonaisia osastoja.

Uudistuksen kustannusvaikutukset syntyvät alkuun lähes kokonaan vähenevästä henkilöstötarpeesta ja pienenevistä henkilöstökustannuksista, kun erilaiset hajautetun järjestelmän varallaolot ja päivystyksen poistuvat. Hoidon laadun paraneminen ja potilasvahinkojen väheneminen näkyvät aikanaan pienempänä potilasvahinkovastuuna sekä vähentyneinä tuottajan ja ennen kaikkea potilaan kustannuksina.

Muutokset tapahtuvat samaan aikaan kuin sote-uudistus, joten maakunnat voivat suunnitella tarkoituksenmukaisen toimintaprofiilin alueensa sairaaloille. Muutos edellyttää vahvaa muutosjohtamista riippumatta siitä, lisääntyykö vai väheneekö sairaalan toiminta.

Vaikutukset viranomaisten toimintaan

Operatiivisten erikoisalojen järjestäminen ja sairaaloiden nykyinen työnjako ei ole valtakunnallisesti tarkoituksenmukainen. Terveydenhuoltolaki edellyttää järjestämissopimuksilta kuvausta työnjaosta ja toiminnan yhteensovittamisesta. Sairaalaverkon kehitys on kuitenkin jäänyt jälkeen lääketieteen kehityksestä. Monipuolista kirurgista ja muuta erikoissairaanhoidoa on vaikea toteuttaa pirstaleisessa sairaalaver-

kossa, jossa osalla on pienet väestöpohjat. Toimenpiteiden saatavuus vaihtelee ja nykyaikaisia hoitoja ei ole kyetty tarjoamaan tasapuolisesti koko väestölle.

Hoidon ja osaamisen kokoaminen tulee tapahtumaan eri toimijoiden yhteistyönä. Kansallisesti ja ERVA-alueilla (yo-sairaala) on jollakin taholla oltava mahdollisuus todelliseen toiminnan ohjaamiseen ja organisoimiseen, johon liittyy myös vastuu toimintaedellytysten luomisesta alueen sairaaloissa. Tämä edellyttää mahdollisuutta ja vastuuta ohjata toimintaa ja resursseja sinne, missä se on osaamisen ja talouden kannalta mielekästä. Käytännössä ERVA-alueella pitää yliopistosairaalan johdolla päättää yksiköt, jotka varustetaan esimerkiksi tekonivelkirurgiaa ja /tai selkäkirurgiaa varten, jolloin niille ohjataan resurssit ja potilaat.

Vaikutukset kuntalaisiin

Sosiaali- ja terveystalouden palvelujen tarve lisääntyy väestön ikääntymisen takia selvästi väestönkasvua nopeammin. Palvelutarpeisiin vastaaminen edellyttää sekä palveluiden järjestämisen että tuotannon uutta organisoimista. Palvelujen saavutettavuudella on suurin merkitys kiireellisissä tapauksissa. Kiireettömissä asioissa keskittämällä saavutetaan etuja hoitotasossa ja tuottavuudessa, vaikka pitemmät matkat kasvattavat yhteiskunnan ja potilaiden maksamia matkakustannuksia.

Keskitettyjä palveluita tarvitaan hyvin harvoin, moni vain kerran elämässään. Kiireettömään hoitoon voidaan matkustaa yleisellä kulkuneuvolla, jolloin matkakustannus potilaalle ja yhteiskunnalle on pieni. Matkustamiseen liittyvän vaivan ja kustannusten vastapainona saadaan vaikuttavaa ja laadukasta hoitoa.

Terveystalouden huoltolain mukaan asiakas saa valita hoitopaikkansa kiireettömässä hoidossa. Keskittäminen koskee vain kaikkein vaativimpia ja harvinaisimpia hoitoja, joten potilaalle jää muilta osin valinnanvaraa ja hän voi ottaa huomioon omat tarpeensa esim. sairaalan tarjoaman kielivalikoiman suhteen.

Potilasvakuutuskeskukselle tehtiin 8 834 potilasvahinkoilmoitusta vuonna 2015 eli noin 5 prosenttia edellisvuotta enemmän. Käsitellyistä tapauksista vajaa kolmannes johti korvausten maksamiseen. Vuonna 2016 korvauksia maksettiin 40,9 miljoonaa euroa, mikä sisältää korvaustoiminnan hoitokulut. Yleisimmät korvatut potilasvahingot ovat (1) lonkan, (2) polven tekonivelleikkaukset ja (3) selkäytimen ja hermojuuren vapautus rappeuman yhteydessä, (4) nilkan ja jalkaterän nivelien muovaus (5) selkärangan luudutusleikkaukset ja vastaavat vuosien 2014 - 2016 aikana.

Suomessa ortopedian ja traumatologian leikkaustoiminta on levinnyt hyvin laajalle sekä yksityisiin että julkisiin yksiköihin. Väestön ikääntyminen, tuki- ja liikuntaelinkirurgian tarpeen lisääntyminen sekä ortopedian ja traumatologian eriytyminen omaksi erikoisalukseksi kirurgiasta ovat johtaneet ortopedian ja traumatologian toimenpidetarpeen ja sitä kautta erikoislääkäreiden määrän huomattavaan kasvuun sekä kansallisesti että kansainvälisesti kahden viime vuosikymmenen aikana. Toiminnan laajeneminen on valitettavasti johtanut toisistaan poikkeaviin hoitokäytäntöihin ja merkittäviin alueellisiin eroihin hoidon saatavuudessa ja toteutuksessa. Huonosti asetetut leikkausaiheet johtavat huonoihin tuloksiin ja korkeisiin kustannuksiin.

Kymmenestä yleisimmästä syöpämuodosta kahdeksan on kiinteiden kasvainten aiheuttamia syöpiä, joiden ensisijainen parantava hoito on kirurginen. Nykyään käytetään myös lisääntyvästi lääke- ja sädehoitoja, jotka räätälöidään potilaan ja kasvaintyyppin mukaan. Potilaille vaativien ja raskaiden syöpähoitojen keskittäminen harvempiin sairaaloihin merkitsee matkustamista, mutta samalla se tarjoaa kaikille yhdenvertaisen mahdollisuuden saada hyvää, laadukasta ja vaikuttavaa syövän hoitoa.

Yhteiskunnalliset vaikutukset

Sosiaali- ja terveystalouden järjestäminen kytkeytyy tiiviisti yhteiskunnan muuhun kehitykseen. Terveystalouden nykyinen moniosainen ja -tasoinen sairaalaverkko ei vastaa enää nykyisten hoitomuotojen tarpeita ja palvelujen kysyntää. Keskittämällä palveluja suurempiin yksiköihin voidaan parantaa hoidon tasoa ja saavuttaa kustannussäästöjä. Terveystalouden vaativien palvelun katoaminen voi heijastua myös alueen muihin palveluihin, mikä voi vauhdittaa väestön vähenemistä. Arjen palveluasointi ja työssäkäynti muodostavat toiminnallisia aluekokonaisuuksia, joiden tunnistaminen on tärkeää suunniteltaessa palveluverkkoa. Vaativien hoitojen keskittyminen voi siten vaikuttaa syrjäisten alueiden elinvoimaisuuteen ja työllisyyteen, koska terveystalouden palvelut ovat varsin työvoimaintensiivisiä.

Palvelujen saavutettavuus heikkenee jonkin verran syrjäisissä maakunnissa, kun toimintoja osittain keskitetään. Toisaalta väestön keskittyessä suuriin kasvukeskuksiin, väestön keskimääräinen matka myös vaativiin palveluihin lyhenee. Vaativien hoitojen ja toimenpiteiden keskittäminen koskee kuitenkin vain pientä osaa sosiaali- ja terveystalouden palveluista sillä suuren volyymin hoivan ja hoidon palveluista tullaan edelleen tarjoamaan lähipalveluina.

Eduskunta on hyväksyessään terveystalouttolain nimennyt Suomeen 12 laajan päivytyksen sairaalaa. Sama määrittely on myös hallituksen esityksessä laiksi sosiaali- ja terveystalouden järjestämisestä. Tämän takia tulisi vähintään näihin turvata riittävän laajasti suuren volyymin vaativia hoitopalveluita kuten esimerkiksi mahdollisuus tekonivelkirurgiaan.

Asetus antaa yliopistosairaaloiden erityisvastuualueille mahdollisuuden itse arvioida ja päättää erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa, missä alueella on tarkoituksenmukaista toteuttaa esimerkiksi tekonivelleikkauksia ja muuta vaativaa kiireetöntä ortopediaa. Asetuksessa määritellään vuosittaisia minimileikkausmääriä, jonka ortopedia arvioineet selvitysmiehet ovat katsoneet laadun takaamiseksi tarpeelliseksi.

Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarjan julkaisussa ”Sosiaali- ja terveystalouden tarpeen, käytön ja tuottamisen alueelliset muutokset ja tulevaisuuden vaihtoehdot” on arvioitu terveystaloutopalvelujen keskittämisen taloudellisia vaikutuksia. Niitä on analysoitu aluetasolla kansantalouden yleisen tasapainomalliin perusteella. Johtopäätöksenä raportissa todetaan muun muassa, että terveystalouden keskittämisellä on mahdollista saavuttaa skaalaetuja, kun päällekkäisestä toiminnasta luovutaan, mutta tästä ei ole saatavilla tarkkoja arvioita. Tämä kertoo osaltaan taloudellisten vaikutusarvioiden haasteellisuudesta. Aluetaloudellinen tarkastelu osoittaa,

että sairaalatoimintojen keskittäminen toimii odotetulla tavalla eli laskee menojen kasvupainetta ja tuottaa tuottavuushyötyjä. Kansainvälinen ja kotimainen lääketieteellinen tutkimus on osoittanut, että vaativien hoitojen keskittämisellä voidaan parantaa hoidon laatua ja potilasturvallisuutta.

4 Asian valmistelu

Asetuksen valmistelu liittyy päivystyksen ja erikoissairaanhoidon rakenteiden uudistamiseen, joka toteutettiin vuoden 2017 alusta voimaan tulleilla terveydenhuoltolain ja sosiaalihuoltolain (1301/2014) muutoksilla.

Osana uudistuksen valmistelua sosiaali- ja terveysministeriö antoi toimeksiannon kirurgisen ja operatiivisen toiminnan keskittämisen tukemisesta professori Reijo Haapiaiselle ja sairaalajohtaja Petri Virolaiselle. Selvitystyöhön ja erikoissairaanhoidon työnjakoon ja eräiden tehtävien keskittämistä koskevaan asetusvalmisteluun liittyen järjestettiin touko-kesäkuussa 2016 viiden yliopistollisen erityisvastuualueen alueella kuulemiset tavoitteena saada sairaanhoitopiirien ja muiden toimintaorganisaatioiden käsitykset tulevasta työnjaosta ja keskittämisestä. Viiteen kuulemiseen kirurgian ja operatiivisen toiminnan työnjaosta osallistui yhteensä yli 200 edustajaa erikoissairaanhoidosta. Tilaisuuksissa olivat hyvin edustettuina kaikki sairaanhoitopiirit ja keskussairaalat, mutta eivät systemaattisesti kaikki aluesairaalat.

Näiden kuulemisten lisäksi sosiaali- ja terveysministeriö on järjestänyt erikoisalakohdaisia kuulemisia kevään ja kesän 2016 aikana, kuten esimerkiksi psykiatrian alojen, lastentautien sekä kuntoutuksen erikoisalan kuulemiset. Operatiivisten ja konservatiivisten erikoisalojen asiantuntijoille järjestettiin elokuussa 2016 kaksi laajaa kuulemistilaisuutta. Näihin tilaisuuksiin osallistui yhteensä noin 90 konservatiivisten ja diagnostisten alojen asiantuntijaa. Syyskuussa 2016 lausuntokierroksen jälkeen järjestettiin kuuleminen sairaanhoitopiirien johtajajäsenille.

Selvityshenkilöt Reijo Haapiainen ja Petri Virolainen luovuttivat raporttinsa 21.9.2016 (Kirurgia Suomessa 2020-luvulla: Operatiivisten erikoisalojen järjestämistä ja keskittämistä koskevat periaatteet. Loppuraportti 21.9.2016. STM Raportteja ja muistioita 2016:56).

Sosiaali- ja terveysministeriö antoi selvityshenkilöille jatkotoimeksiannot sairaaloiden työnjaon uudistamisen erikoisaloja koskevista periaatteista. Selvityshenkilöiden raportit koskivat ortopedian ja traumatologian, syöpäkirurgian, eräiden konservatiivisten alojen ja suun terveydenhuollon työnjakoa. Selvityshenkilöt luovuttivat raporttinsa 1. päivänä helmikuuta 2017: Syöpäkirurgian järjestämistä koskevat periaatteet 2020-luvulla. Selvityshenkilöiden raportti. Haapiainen, Reijo; Hendolin, Niilo; Victorzon, Mikael (STM Raportteja ja muistioita 2017:8), Konservatiivisten erikoisalojen järjestämistä koskevia periaatteita 2020-luvulla. Huusko, Tiina (STM Raportteja ja muistioita 2017:10), Ortopedian ja traumatologian järjestämistä koskevat periaatteet 2020-luvulla. Selvityshenkilöiden raportti. Virolainen, Petri; Pesola, Maija (STM Raportteja ja muistioita 2017:7), Suun terveydenhuollon erikoissairaanhoidon järjestämistä koskevat periaatteet 2020-luvulla: Selvityshenkilöiden raportti. Konki, Kari; Laine, Juhani (STM Raportteja ja muistioita 2017:9)

Sosiaali- ja terveysministeriö on järjestänyt huhti-toukokuussa 2017 kohdennettuja kuulemistilaisuuksia.

Luonnos asetukseksi lähetettiin lausuntokierrokselle toukokuussa 2017. Lausuntoja saatiin 117 kappaletta. Näistä 24 prosenttia tuli sairaanhoitopiireiltä tai niiden eri yksiköiltä, 37 prosenttia lääketieteellisiltä yhdistyksiltä tai vastaavilta, 15 prosenttia potilasjärjestöiltä, 2 prosenttia yksityiseltä terveydenhuollolta ja 23 prosenttia muilta, esim. maakunnilta, sosiaalialan järjestöiltä ja ammattijärjestöiltä. Yleisesti asetuksen sisältöä pidettiin hyvänä ja osa lausunnonantajista esitti jopa tiukempaa keskittämistä. Yliopistosairaaloiden lausunnoissa keskittämistä pidettiin yleisesti kannatettavana, vaikka joitain huolia yhteisen sopimisen onnistumisesta näkyikin ja joissa kaivattiin valtion tarkempaa sääntelyä. Keskussairaaloiden lausunnoissa keskittäminen herätti eniten vastustusta erityisesti niissä aiheissa, jotka johtavat tehtävien katoamiseen kyseisistä sairaaloista. Potilasjärjestöt kannattivat laajalti keskittämistä laadun ja potilasturvallisuuden perusteella eikä esim. matkoihin liittyviä huolia tullut laajemmin esille. Osa halusi asetusta tiukempaakin keskittämistä. Lääketieteelliset yhdistykset ja erikoisalajärjestöt kannattivat keskittämistä laajalti. Lausuntojen perusteella on tehty tarkennuksia asetuksen ja perustelumuiiston sanamuotoihin. Pykälien 5 ja 6 määrärajoitteen ja erikseen mainittujen toimenpiteiden välinen yhteys on ollut osin epäselvä ja perustelumuistiota on tämän vuoksi tarkennettu korostamalla ERVA-alueiden ja sairaanhoitopiirien yhteistä sopimista. Lääketieteellistä terminologiaa on korjattu ja otettu käyttöön enemmän suomenkielistä terminologiaa.

Asetusluonnos on käsitelty kuntatalouden ja hallinnon neuvottelukunnassa ja kuntalain 11 §:n mukainen neuvottelu on käyty.

5 Voimaantulo

Tämä asetus tulee voimaan 1 päivänä tammikuuta 2018. Asetuksen 7 §:ä on sovellettava viimeistään 1 päivästä heinäkuuta 2018. Asetuksen 8 §:ssä tarkoitetut selvitykset on kuitenkin laadittava ja toimitettava sosiaali- ja terveysministeriölle ensimmäisen kerran jo viimeistään 31 päivänä lokakuuta 2017.

Asetuksen voimaantulon aikataulu on kytketty terveydenhuoltolain päivystyksen ja erikoissairaanhoidon rakenteita koskeviin muutoksiin. Terveydenhuoltolain 45 §:ä muutetussa muodossaan on noudatettava viimeistään vuoden 2018 alusta. Asetuksen 7 §:ssä mainitut muutokset edellyttävät enemmän aikaa toimeenpanolle, minkä vuoksi sitä on sovellettava viimeistään heinäkuun alusta 2018.

Päivystyksen ja erikoissairaanhoidon rakenteiden muutoksen toimeenpanon tueksi annetaan myös päivystystä ja kiireellistä hoitoa koskeva valtioneuvoston asetus ja ensihoitopalvelua koskeva sosiaali- ja terveysministeriön asetus. Molempien asetusten on tarkoitus tulla voimaan vuoden 2018 alusta lukien.