

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ**MUISTIO**

Liisa Holopainen
Hallitussihteeri

14.1.2021

VALTIONEUVOSTON ASETUS ERIKOISSAIRAANHOIDON TYÖNJAOSTA JA ERÄIDEN TEHTÄVIEN KESKITTÄMISESTÄ ANNETUN VALTIONEUVOSTON ASETUKSEN MUUTTAMISESTA

1 Nykytila

Terveysturvallisuuslain (1326/2010) 45 §:ssä (29.12.2016/1516) säädetään erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä. Osa sellaisista tutkimuksista, toimenpiteistä ja hoidoista, jotka harvoin esiintyvät 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 suurompiin yksiköihin.

Tällä asetuksella on tarkoitus muuttaa erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä annetun valtioneuvoston asetuksen (582/2017) 3, 6 ja 7 §.

Erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä annetulla valtioneuvoston asetuksella on säädetty 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. Asetuksen toimeenpano on valtakunnallisesti arvioituna edennyt hyvin, mutta eräitä yksittäisiin toimenpiteisiin liittyviä muutoksia on edelleen kesken.

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.

Eräillä erityisvastuualueilla sairaaloiden työnjako on eri syiden johdosta kesken ja valvontaviranomainen on aloittanut asiasta omat selvityksensä.

Pääministeri Marinin hallituksen ohjelmassa on sovittu, että keskussairaaloiden päivystystoiminta ja osajien riittävyys turvataan tarvittaessa erityisin päätöksin (koskien niin kutsuttua keskittämisasetusta), vaarantamatta sosiaali- ja terveydenhuollon toimivaa kokonaisuutta tai potilasturvallisuutta. Hallitusohjelman mukaisesti valtioneuvosto päättää työnjaon ja yhteistyön kehittämisestä erityisvastuualueen yhteisen kannan huomioon ottaen. Nyt ehdotettavassa asetuksen muutoksessa painotetaan erityisesti päivystystoiminnan turvaamista sekä edistetään alueellisen työnjaon toteutumista.

2 Ehdotetut säännökset ja yksityiskohtaiset perustelut

3 § Valtakunnallisen kokonaisuuden suunnittelu ja yhteen sovittaminen

Pykälässä säädetään valtakunnallisen kokonaisuuden suunnittelua ja yhteen sovittamista koskevista tehtävistä. Pykälään ehdotetaan lisättäväksi uusi 7. kohta, jossa Vaasan sairaanhoitopiiriin tehtäväksi säädettäisiin asiakas- ja potilasturvallisuuden kehittämisen ja suunnittelun kansallinen yhteensovittaminen.

Terveysturvallisuuslain 8 §:n mukaan terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta määrittelee yhdeksän kohtaa, joista suunnitelmassa on sovittava. Palveluiden tuottajien kuuluu varmistaa turvallisuus käytännössä. Olennaista tässä on henkilökunnan ammattitaito ja sitoutuneisuus sekä toiminnan säätely. Vaaratapahtumien välttäminen edellyttää kokonaisvaltaista laadun ja turvallisuuden hallintaa, jonka kehittämiseen on otettava mukaan myös potilas, asiakas ja läheiset. Näin tavoitellaan yhtenäistä turvallisuuskulttuuria.

Ensimmäinen kansallinen potilasturvallisuusstrategia laadittiin vuosille 2009–2013. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) nimettiin potilasturvallisuustyön kansallisen tason toimijaksi ja koordinoijaksi. THL:n johtama Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelma (2011-2015) pohjautui kansainvälisiin teemoihin. Se kohdistui toimintaympäristön luomiseen ja potilasturvallisuuden edistämiseksi tarvittavan tiedon ja välineiden tarjoamiseen ammattilaisille. Kansallinen potilasturvallisuuden vastuutaho on THL:n ohjelman päätyttyä puuttunut. Kehittäminen on jäänyt toimintayksiköiden ja vapaaehtoisten varaan.

Sosiaali- ja terveysministeriö päivitti kansallisen potilasturvallisuusstrategian Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategiaksi vuosille 2017-2021 ja valtioneuvosto on tehnyt tästä periaatepäätöksen (STM julkaisuja 2017:9).

Strategian toimeenpanosuunnitelma on julkaistu (STM julkaisuja 2020:1). Siinä korostetaan ennakoivan riskienhallinnan, potilas- ja asiakasturvallisuusosaamisen varmistamisen sekä omavalvonnan merkitystä potilas- ja asiakasturvallisuudelle. Toimeenpanosuunnitelmassa todetaan muun muassa, että potilas- ja asiakasturvallisuuden pitkäjänteinen ja tuloksellinen edistäminen vaatii kansallisen tahon koordinaation olemassaoloa.

Vaasan sairaanhoitopiiri on panostanut potilasturvallisuuden kehittämiseen jo kymmenen vuoden ajan, mistä osoituksena sille on sovittu potilasturvallisuuden ja laadun koordinaatiotehtävä Turun yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualueella. Vaasan keskussairaala on määrätietoisesti toimeenpannut hyviä käytänteitä ja käynnistänyt vuonna 2017 potilasturvallisuuden kokonaisvaltaisen tutkimusohjelman. Vaasan sairaanhoitopiiriin perustettiin vuonna 2019 potilasturvallisuuden osaamiskeskus, jonka nimi on ”Potilas- ja asiakasturvallisuuden kehittämiskeskus”, ”Utvecklingscentret för patient- och klientsäkerhet”. Lisäksi Vaasan sairaanhoitopiiri rahoittaa Turun yliopiston potilasturvallisuuden professorin tehtävän, jonka toimipaikka on Vaasa. Syksyllä 2019 käynnistettiin valtakunnallinen No Harm -verkosto potilas- ja asiakasturvallisuuden kehittämisen ja tutkimuksen edistämiseksi. Tärkeää on verkostomaisesti rakentaa ja luoda yhteistyön muotoja kansallisten viranomaistahojen (THL, Valvira, Fimea, aluehallintovirastot), Potilasvakuutuskeskuksen, kolmannen sektorin kuten Suomen Potilas- ja asiakasturvallisuusyhdistyksen sekä muiden sairaanhoitopiirien ja muiden sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden välillä.

Valtion vuoden 2020 talousarviossa on myönnetty enintään 1 miljoona euroa palvelurakenteen vahvistamisen erityistehtävään Vaasan sairaanhoitopiirille. Lisäksi julkisen talouden suunnitelmassa tähän tarkoitukseen on varattu 1 miljoonaa euroa sekä vuonna 2021 että vuonna 2022. Valtionavustuspäätöksen mukaisesti Vaasan sairaanhoitopiiriin perustettu potilas- ja asiakasturvallisuuden kehittämiskeskus huolehtii Suomessa potilas- ja asiakasturvallisuuden tilannekuvan luomisesta ja säännöllisestä ylläpitämisestä, toimeenpanon koordinaatiosta, menettelyjen kehittämisestä ja juurruttamisesta valtakunnallisessa yhteistyössä, tutkimuksen edistämisestä ja kansainvälisestä yhteistyöstä sekä potilas- ja asiakasturvallisuuden tason seurannasta. Vuosien 2020 ja 2021 aikana keskus tukee kansallisen potilas- ja asiakasturvallisuusstrategian toimeenpanoa. Lisäksi se varautuu tukemaan seuraavalle strategiakaudelle tähtäävää kansallista strategiatyötä laajapohjaisessa yhteistyössä potilas- ja asiakasturvallisuuden tilannekuvan pohjalta. Sosiaali- ja terveysministeriön asettama ohjausryhmä vastaa potilas- ja asiakasturvallisuuden kehittämiskeskuksen toiminnan yleisestä ohjauksesta.

6 § Viiteen yliopistolliseen sairaalaan alueellisesti keskitettävä erikoissairaanhoito

Pykälän 1 momentin mukaan sen lisäksi, mitä muussa laissa säädetään tai terveydenhuoltolain 43 §:ssä tarkoitetussa erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa sovitaan, tulee viiteen yliopistolliseen 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 2 momentissa säädetään tarkemmin joistakin viiteen yliopistolliseen sairaalaan koottavista tehtävistä.

Pykälän mukaan erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa määritellään tähän kuuluvat toimenpiteet, jotka voivat olla muitakin kuin pykälässä luetellut toimenpiteet, jos määrä alittaa noin 200 vuodessa valtakunnallisesti. Tyypillisiä tällaisia vaativia leikkaustoimenpiteitä ovat esimerkiksi harvinaisempien syöpien leikkaushoidot ja kajoavan kardiologian vaativat ja suhteellisen harvoin tarvittavat toimenpiteet.

Asetuksen muutoksen tavoitteena on koota osaamista Suomessa viiteen yliopistolliseen sairaalaan, jotta paras hoidon laatu voidaan yhtenäisesti tarjota koko väestölle. Yliopistosairaaloissa toimenpiteiden volyyymi on pääsääntöisesti suurta ja yhteistyö yliopiston kanssa mahdollistaa nopeasti kehittyvän lääketieteen alojen seurannan. Yliopistosairaaloilla on myös velvoitteita lääkäreiden perusopetuksessa ja erikoislääkärikoulutuksessa.

Asetuksen muutoksessa poistetaan nyt voimassa olevasta asetuksesta määrittely ”tai vastaavaan yksikköön”. Tämän määrittelyn merkitys on ollut pieni eikä missään erityisvastuualueen erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa ole tätä huomioitu siten, että asetuksen 6 §:n mukaista toimintaa olisi sopimuksessa siirretty muuhun vastaavaan yksikköön.

Muutos vaikuttaa käytännössä eniten Kuopion yliopistosairaalan erityisvastuualueella, jossa tämän pykälän mukaisia toimenpiteitä on tehty muuallakin kuin yliopistosairaalassa. Asiasta on käyty erityisvastuualueella keskusteluita, mutta alueella ei ole saatu aikaan erikoissairaanhoidon työnjaon sisältävää järjestämissopimusta lain edellyttämällä tavalla. Syöpäpotilaiden nykyaikainen hoito edellyttää eri erikoisalojen saumatonta joustavaa yhteistyötä, johon yliopistosairaala käytännössä tarjoaa parhaat resurssit ja toimintavarmuuden kuten esimerkiksi sydän- ja keuhkokirurgisen ympärivuorokautisen päivystyksen. Yliopistosairaalat vastaavat alueillaan esimerkiksi avosydänkirurgiasta sekä vaativasta kajoavasta kardiologiasta. Niillä on usealla pienemmälläkin erikoisalalla ympärivuorokautinen päivystys ja laajasti kiireellisen ja tehohoidon resursseja. Vaativaa ja harvoin tarvittavaa toimintaa on Suomessa harvoin tarve siirtää yliopistosairaalan ulkopuolelle saman oman erityisvastuualueen sisällä.

Asetuksen 6 §:n diagnoosien luetteloon esitetään muutamia muutoksia. Periytyvän paksusuolen syövän leikkaushoito esitetään listalta poistettavaksi samoin kuin peräsuolen, ruokatorven, keuhkojen, keuhkopussin, henkitorven ja välikarsinan syövän leikkaushoito.

Asetuksen 6 §:n 2 momentin 2 kohdassa on mainittu maksakirurgia, mitä ei säännökseen muuteta. Maksan ja sappiteiden syövät ovat suhteellisen harvinaisia. Vuonna 2018 Suomessa todettiin näitä 509 uutta tapausta. Maksan ja sappiteiden syövän parantava hoito perustuu leikkaukseen. Leikkaukset ovat usein laajoja ja vaativat usein myös maksan osapoistoa. Vain osa potilasta soveltuu leikkaukseen. Parantavaan leikkaushoitoon tähtäävät varsinaiset maksan ja sappiteiden syövät keskitetään asetuksella yliopistosairaaloihin. Kyseisellä säännöksellä ei kuitenkaan tarkoiteta yksittäisten maksassa ilmenneiden muiden syöpien etäispesäkkeiden poistamiseksi tehtyä kirurgiaa. Suolistosyöpien tutkimuksen ja hoidon yhteydessä todetaan samanaikaiset maksan etäpesäkkeet 20-30 prosentilla potilaista. Suolistosyövässä noin 10–15 prosenttia maksaetäpesäkkeistä voidaan leikata muun muassa tehokkaan onkologisen lääkehoidon ansiosta. Etäpesäkkeiden kirurgisen poiston jälkeen potilaiden viiden vuoden elossaoloennuste on yli 50 % valikoituissa maksa- ja keuhkoetäpesäkeaineistoissa. Leikkaus maksaetäpesäkkeisiin voidaan suorittaa samassa yhteydessä kuin varsinainen suolistosyöpä leikataan tai myöhemmin esimerkiksi lääkehoidon jälkeen. Keskussairaaloissa, joissa tehdään suolistosyöpien leikkaushoitoa, voidaan siten suorittaa maksaetäpesäkkeiden leikkaushoitoa ja muuta hoitoa esimerkiksi kuvantamishajatuilla paikallishoidoilla. Sitä ei ole keskitetty vain yliopistosairaaloihin.

Paksusuolisyöpä kuuluu kolmen yleisimmän syöpämuodon joukkoon Suomessa. Aikaisemmasta asetuksen luettelosta esitetään poistettavaksi perinnöllinen paksusuolen syöpä. Sen leikkaushoito on usein tehty kiireellisenä, kuten muissakin paksusuolen syövässä, ennen kuin syövän geeniselvitykset ovat käytettävissä. Saman elimen syöpiä hoidetaan pääsääntöisesti samoin kirurgisin periaattein riippumatta kasvainten geneettisistä ominaisuuksista. Diagnoosihetkellä tai leikkauksen yhteydessä otetun kudoksenäytteen genomitutkimuksen tulos ei usein ehdi vaikuttamaan syöpäkirurgiseen päätöksentekoon.

Suomessa todettiin vuonna 2018 yhteensä 1319 peräsuolen syöpää. Kirurginen hoito on peräsuolisyövän tärkein hoitomuoto, joka parantaa yhdessä liitännäishoitojen kanssa merkittävän osan potilaista ja tuo lievityksen kasvaimen aiheuttamiin verenvuoto- sekä tukosoireisiin. Hoito on suunniteltava moniammatillisen tiimin yhteistyönä. Peräsuolisyövän hoidon suunnittelu perustuu kliiniseen, radiologiseen ja histopatologiseen arviointiin kasvaimesta, taudin levinneisyyden määrittämiseen ja potilaan kuntoon. Leikkaustekniikan valintaan vaikuttaa kasvaimen sijainti ja koko. Myös mahdollinen leikkausta edeltänyt sädehoito ja potilaan omat odotukset on otettava huomioon leikkaushoitoa suunniteltaessa. Suolistosyövän ennuste riippuu sen levinneisyysasteesta toteamisvaiheesta. Suomessa viiden vuoden elossaolon ennuste on 66 prosenttia. Pinnallisissa kasvaimissa paranemismahdollisuudet ovat hyvät, ja suurin osa potilaista paranee pelkällä leikkauksella tai leikkauksen ja sädehoidon ja/tai solunsalpaajahoidon yhdistelmällä. Pidemmälle edenneessä syövässä ennuste on huonompi.

Peräsuolisyövän onkologiset ja kirurgiset hoitotulokset ovat paremmat suuren potilasmäärän keskuksissa kuin pienemmissä yksiköissä. Myös paikallisuusiutumia on vähemmän ja viiden vuoden elossaolo-osuus on parempi suurissa keskuksissa. Kirurgisen hoidon huonoa laatua ei voi kompensoida onkologisilla hoidoilla. Kansallinen suolistosyövän hoitosuositus vuodelta 2019 painottaa peräsuolisyövän hoidon keskittämistä. Tätä tukevat lukuisat kansainväliset tutkimukset. Asetuksessa peräsuolisyövän leikkaushoito siirretään 7 §:ään ja asetetaan leikkaushoidon toteuttamiselle volyyimiraja. Leikkaushoidon keskittämistä yksinomaan yliopistosairaaloihin ei kuitenkaan katsota perustelluksi.

Ruokatorven syövän ennuste on synkkä, koska oireisessa vaiheessa kasvain on yleensä jo lähettänyt etäpesäkkeitä. Vuosittain Suomessa todetaan noin 300 uutta tapausta (325 tapausta vuonna 2018). Oikea hoidon valinta on moniammatillista yhteistyötä ja edellyttää huolellista kasvaimen levinneisyyden sekä potilaan kunnon selvittämistä. Pyrittäessä parantavaan hoitoon on kirurgia edelleen keskeisessä asemassa. Kirurgiset tekniikat ja tulokset ovat parantuneet. Leikattujen potilaiden viiden vuoden elossaolo-osuus on yli 40 %. Leikkaushoito soveltuu kuitenkin vain noin kolmannekselle sairastuneista. On huomioitava, että valtaosa potilaista ei sovellu kirurgiseen hoitoon taudin levinneisyyden tai kuntonsa vuoksi, jolloin tarvitaan paikallista osaamista muun hoidon järjestämiseen.

Ruokatorven syövän hoidossa ja diagnostiikassa vaadittava osaaminen on keskittynyt suurempiin keskuksiin, joissa potilasmäärät mahdollistavat riittävän kirurgisen kokemuksen, jotta optimaalinen hoitotulos saavutetaan. Suomessa laaja-alainen osaaminen on yliopistosairaaloissa ja Keski-Suomen keskussairaalassa, eikä ruokatorven syöpää leikata muissa sairaaloissa. Tällainen hoidon keskittyminen katsotaan riittäväksi, eikä ole perusteltua edellyttää ruokatorven syövän leikkaushoidon keskittämistä pelkästään yliopistosairaaloihin.

Keuhkosyöpä on miesten toiseksi ja naisten neljänneksi yleisin syöpämuoto Suomessa. Miehillä keuhkosyöpä aiheuttaa eniten syöpäkuolemia ja naisilla toiseksi eniten. Kaikkien keuhkosyöpätapausten viiden vuoden elossaololuku on edelleen miehillä vain 9 % ja naisilla 13 %. Keuhkosyövässä paikallisen taudin ensisijainen hoito on leikkaus. Syövän aggressiivisuuden takia parantavaan hoitoon tähtäävä leikkaus on mahdollinen alle 20 prosentissa potilaista. On huomioitava, että valtaosa potilaista ei sovellu kirurgiseen hoitoon taudin levinneisyyden tai kuntonsa vuoksi, jolloin tarvitaan paikallista osaamista muun hoidon arviointiin ja järjestämiseen.

Suomessa leikattiin vuosien 1988 ja 2002 välisenä aikana 5339 keuhkosyöpäpotilasta parantavin tavoittein eli noin 350 leikkausta vuodessa. Keuhkojen, keuhkopussin, henkitorven ja välirikarsinan syövän leikkaushoidon pääasiallinen osaaminen on Suomessa keskittynyt viiteen yliopistosairaalaan ja Keski-Suomen keskussairaalaan. Tällainen hoidon keskittyminen katsotaan riittäväksi, eikä ole perusteltua edellyttää näiden syöpien leikkaushoidon keskittämistä pelkästään yliopistosairaaloihin.

7 § Muu keskitettävä erikoissairaanhoito

Asetusmuutoksella mahdollistetaan useamman kohtalaisen yleisen syöpäsairauden leikkaushoito jatkossa muuallakin kuin yliopistosairaaloissa siirtämällä ne 6§:stä 7§:ään ja edellyttämällä leikkaavassa sairaalassa tietty volyyymi. Volyyymi voidaan alittaa tietyin edellytyksin. Asetuksen muutoksen tavoitteena on antaa yliopistosairaaloiden erityisvastuualueille oikeus väestön tarpeen ja pitkien etäisyyksien niin edellyttäessä poiketa lonkan ja polven tekonivelleikkauksissa annetusta 600 vuosittaisen leikkauksen ja 150 vuosittaisen selkäkirurgisen leikkauksen sekä 150 vuosittaisen ensivaiheen rintasyöpäleikkauksen ja 70 vuosittaisen paksusuolisyövän ja munuaissyövän leikkauksen määristä. Tarkoituksena ei ole kuitenkaan merkittävästi alittaa säädettyjä lukumääriä. Leikkauskriteereistä poikkeaminen ei olisi edelleenkaan hyväksyttävää.

Asetus edellyttäisi, että tekonivel ja selkäleikkauksia tekevässä sairaalassa on ortopedian ja traumatologian erikoisalana ympärivuorokautinen päivystys ja sairaalan tulee pystyä varmistamaan toiminnan laatu, potilasturvallisuus, osaaminen sekä hoidon kokonaisuus yhteistyössä alueen yliopistollista sairaalaa ylläpitävän sairaanhoitopiirin kanssa. Ortopedian ja traumatologian ympärivuorokautinen päivystys tulee järjestää leikkaavaan sairaalaan tekonivel- tai selkäleikkauksen tekopäiväksi ja sitä seuraavaksi päiväksi, jotta akuutteihin komplikaatioihin on valmius vastata viipymättä.

Syöpäkirurgiassa edellytetään, että leikkaavassa sairaalassa on soveltuvan kirurgisen erikoisalana ympärivuorokautinen päivystys ja sairaalan tulee pystyä varmistamaan toiminnan laatu, potilasturvallisuus, osaaminen sekä hoidon kokonaisuus, kuten valtakunnallisesti tämän asetuksen 3 §:ssä ja alueellisesti asetuksen 4 §:ssä yliopistollista sairaalaa ylläpitävä sairaanhoitopiiri on päättänyt. Edelleen on muuttumattomana voimassa 3 §:n 1 kohdan mukaisesti Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirillä valtakunnalliset ja 4 §:n 7 kohdan mukaisesti jokaisella yliopistollisella sairaanhoitopiirillä alueelliset syövän ehkäisy, diagnostiikan, hoidon ja kuntoutuksen suunnittelua ja toiminnan yhteensovittamista koskevat tehtävät. Näissä tehtävissä voidaan hyödyntää osin myös kansallista ja alueellisia syöpäkeskuksia.

Lisäksi edellytetään, että erityisvastuualueen erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa tämä poikkeama on katsottu välttämättömäksi, jotta kiireelliset päivystyspalvelut saadaan turvattua. Asetuksen pykälä korostaa alueen yliopistosairaalan vastuuta toiminnan potilasturvallisuuden ja laadun sekä riittävän osaamisen ylläpidosta, jos näitä leikkauksia sijoitetaan pienempiin keskussairaaloihin. Keskussairaaloilla tarkoitetaan nykyisessä erikoissairaanhoitolaissa määriteltyjen sairaanhoitopiirien keskussairaaloita. Jos lähinnä yliopistolliset sairaanhoitopiirit järjestävät näitä leikkauksia muissa sairaaloissaan tulee asetuksen määrittämät leikkausten lukumäärät täytyä.

Lonkan tai polven tekonivelleikkaukset

Lonkan tai polven tekonivelleikkaus on vakiintunut hoitovaihtoehdoksi pitkälle edenneessä, hankalaoireisessa lonkan tai polven nivelrikossa, kun konservatiivinen hoito ei ole tuottanut toivottua tulosta. Tehtyjen leikkausten määrä on nopeasti lisääntynyt väestön ikääntymisen, indikaatioiden laajentumisen ja palveluiden tarjonnan lisääntymisen takia.

Terveysten- ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tekonivelrekisterin mukaan vuonna 2019 tehtiin 10.443 lonkan tekonivelen ensileikkausta ja 13.425 polven tekonivelen ensileikkausta eli yhteensä 23.868 kappaletta, jossa kasvua edellisestä vuodesta 4,4 prosenttia. Kuntaliiton keräämän tilaston mukaan sairaanhoitopiirit tekivät yhteensä 26.224 lonkan ja polven leikkausta vuonna 2019. Tässä nousua edellisestä vuodesta 4,3 prosenttia.

THL:n tilaston mukaan lonkan ja polven ensileikkausten 600 leikkauksen määrä alittui vuonna 2019 Etelä-Karjalan (555 kpl), Mikkelin (537 kpl), Vaasan (503 kpl), Kainuun (488 kpl), Länsi-Pohjan (372 kpl), Savonlinnan (250 kpl), Keski-Pohjanmaan (236 kpl) keskussairaaloissa sekä Hyvinkään sairaalassa (582 kpl) ja Jorkilaakson sairaalassa (471 kpl). Kuntaliiton tilaston mukaan noin 600 leikkauksen määrä täyttyi vuonna 2019 kaikissa muissa keskussairaaloissa paitsi Savonlinnan (251 kpl), Kainuun (505 kpl), Keski-Pohjanmaan (312 kpl) ja Länsi-Pohjan (498 kpl) keskussairaaloissa. Useassa sairaanhoitopiirissä keskussairaalassa oltiin hyvin tarkasti juuri 600 leikkausmäärän molemmin puolin. Suurin leikkausmäärä oli Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä tekonivelsairaala Coxassa (4.686 kpl). Aluehallintoviranomaisten keräämät tiedot vuodelta 2018 ovat samansuuntaisia, mutta poikkeavat hiukan yllä mainituista.

Kuntaliiton vuoden 2020 tammi- elokuu sairaanhoitopiirien toimintalukujen mukaan sairaanhoitopiirein sairaalat leikkasivat yhteensä 14.560 lonkan- ja polven ensileikkausta, jossa laskua edellisestä vuodesta 14,3 prosenttia. Jos pienen leikkausvolyymin sairaaloiden leikkausmäärät jatkuvat yhtä suurina kuin, mitä ne ovat olleet vuoden 2020 aikana elokuun loppuun, niin leikkausmääräksi tulisi koko vuodelle 2020 Savonlinnan (noin 214 kpl), Kainuun (noin 308 kpl), Keski-Pohjanmaan (noin 233 kpl) ja Länsi-Pohjan (noin 189 kpl) keskussairaaloissa. Meneillään olevan koronaepidemia on vähentänyt lähes kaikkien sairaanhoitopiirien leikkausten määrää.

Asetusmuutoksen tavoitteena on antaa erityisvastuualueelle mahdollisuus alittaa primäärien lonkan ja polven tekonivelleikkausten noin 600 kappaleen lukumäärä, jos erityisvastuualueen erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksen mukaisesti kyseisessä keskussairaalassa on näiden leikkausten toteuttaminen tarkoituksenmukaista kirurgisen päivystysvalmiuden ja henkilöstön saatavuuden ylläpitämiseksi päivystyspisteiden välisten

etäisyyksien ja väestön palvelutarpeen vuoksi. Tällöin yliopistosairaala tulee voida tarjota toiminnalle tarvittavan tuen.

Tällainen tilanne voi olla esimerkiksi Pohjois- ja Itä-Suomessa pitkien etäisyyksien takia. Erityisvastuualue joutuu tällöin arvottamaan keskittämisen hyötyjä ja sitä, miten laajasti erityisvastuualueella pidetään yllä kii-reetöntä ortopedistä toimintaa sairaaloissa. Tekonivelkirurgia on sairaalan volyymissä varsin suuri ortopedejä työllistävä tekijä.

Selkäleikkaukset

Voimassa oleva asetus edellyttää sairaalalta vähintään noin 150 selkäleikkausta vuodessa. Luku täyttyy lähes kaikissa keskussairaaloissa. Aluehallintoviraston selvitysten vuoden 2018 lukujen perusteella näihin lukuihin päästiin usein myös kaikkein pienimmissä keskussairaaloissa; Keski-Pohjanmaa (143 leikkausta), Kainuu (166), Lappi (217). Selkäkirurgisten leikkausten luku liittui Savonlinnan (81), Mikkelin (120), Länsi-Pohjan (75) keskussairaaloissa. Myös Vaasan keskussairaalan luku (82) oli alhainen suhteellisen suuresta sairaanhoitopiiriin väestömäärästä huolimatta, koska sairaalassa näytetään noudattavan Ruotsin kaltaista kuntouttavaa, konservatiivista selkävaivojen hoitokäytäntöä.

Suomessa ollaan parhaillaan käynnistämässä kansallisen selkärekisterin toimintaa. Selkärekisteri tulee jatkossa tarjoamaan aiempaa kattavammat tiedot tehdyistä toimenpiteistä ja niiden vaikutuksista potilaan terveydentilaan. Hoitokäytännöt usean selkäsairauden osalta on julkisella sektorilla siirtymässä konservatiivisen hoidon suuntaan. Tämä puoltaa sitä, että asetuksen leikkausmäärästä voidaan yhteistyössä alueen yliopistosairaalan kanssa alittaa noin 150 selkäleikkauksen määrä. Potilasturvallisuus edellyttää kuitenkin, että sairaalassa on mahdollisuus tarvittaessa osaavaan päivystysleikkaukseen esimerkiksi vuotokomplikaation yhteydessä. Tämä edellyttää mahdollisuutta saada päivystyksenä sairaalassa tehtyä tietokonekuvaus ja osassa tapauksia myös magneettikuvaus (MRI).

Rintasyövän leikkaushoito

Rintasyöpä on Suomessa naisten yleisin syöpä. Rintasyöpä alkaa yleistyä vaihdevuosi-ien lähestyessä ja keski-ikä taudin toteamishetkellä on noin 60 vuotta. Rintasyöpää todetaan myös nuorilla naisilla. Vaikka rintasyöpä on yleistynyt, taudin ennuste on jatkuvasti parantunut varhaisemman toteamisen sekä tehokkaampien hoitomenetelmien ansiosta. Rintasyöpään sairastuneen ennuste on Suomessa Euroopan parhaimpia.

Diagnosoidun uuden rintasyövän hoito on lähes aina leikkaus. Uusien tapausten määrä ylittyy käytännössä kaikissa suurien ja keskisuurien maakuntien keskussairaaloissa. Pienten maakuntien osalta 150 ensivaiheen leikkauksen määrään ei päästä. Oulun yliopistosairaalan erityisvastuualueella leikattiin vuonna 2018 Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa 82, Kainuun keskussairaalassa 82 ja Lapin maakunnassa Lapin keskussairaalassa 126 sekä Länsi-Pohjan keskussairaalassa 73 rintasyöpää. Kuopion yliopistosairaalan alueella Etelä-Savon maakunnassa Mikkelin keskussairaalassa leikattiin 125 rintasyöpää ja Savonlinnan keskussairaalassa 46 rintasyöpää.

Asetusluonnos edellyttää ensivaiheen rintasyöpäleikkausten noin 150 kappaleen lukumäärää, joka voidaan alittaa, jos erityisvastuualueen erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa näiden leikkausten toteuttaminen alueen keskussairaalassa on tarkoituksenmukaista kirurgisen päivystysvalmiuden ja henkilöstön saatavuuden ylläpitämiseksi päivystyspisteiden välisten etäisyyksien ja väestön palvelutarpeen vuoksi. Tällöin sairaalassa tulee olla soveltuvan kirurgisen erikoisalnan ympärivuorokautinen päivystys ja sairaalan tulee pystyä varmistamaan toiminnan laatu, potilasturvallisuus, osaaminen sekä hoidon kokonaisuus, kuten valtakunnallisesti tämän asetuksen 3 §:ssä ja alueellisesti asetuksen 4 §:ssä yliopistollista sairaalaa ylläpitävä sairaanhoitopiiri on päättänyt. Asetus antaa siten yliopistosairaalalle vahvan velvoitteen huolehtia alueen rintasyövän hoidon laadusta sekä erityisesti potilaan ennusteen kannalta tärkeimmän eli leikkaushoidon laadusta. On syytä huomioda, että rintasyövän ensileikkaus ei koskaan ole päivystyksellinen leikkaus ja se kohdistuu pääsääntöisesti suhteellisen nuoriin hyväkuntoisiin naisiin, joilla onnistuneen hoidon jälkeen elinajan odote on usein useita kymmeniä vuosia.

Peräsuolisyövän leikkaushoito

Vuonna 2018 todettiin Suomessa 1319 peräsuolen syöpää, joista miehillä 781 ja naisilla 538. Helsingin yliopistosairaalan erityisvastuualueella näistä todettiin 513, Turun 223, Tampereen 226, Kuopion 207 ja Oulun erityisvastuualueella 142. Asetuksessa esitetään peräsuolisyövän kohdalla sairaalassa tehtävien ensivaiheen leikkausten määräksi vähintään 50 vuodessa. Tästä voidaan poiketa, jos näiden leikkausten tekeminen alueen keskussairaalassa on tarpeellista kirurgisen päivystysvalmiuden ja henkilöstön saatavuuden ylläpitämiseksi päivystyspisteiden välisten etäisyyksien ja väestön palvelutarpeen vuoksi. Tällöin sairaalassa tulee olla soveltuvan kirurgisen erikoisalnan ympärivuorokautinen päivystys. Tämä tarkoittaa gastroenterologisen kirurgian erikoislääkäriä tai muuta pehmytosakirurgia, jolla on kokemusta suolistosyöpiin liittyvien komplikaatioiden

hoidosta. Samalla sairaalan tulee pystyä varmistamaan toiminnan laatu, potilasturvallisuus, osaaminen ja hoidon kokonaisuus, kuten valtakunnallisesti 3 §:n mukaan ja alueellisesti 4 §:n mukaan yliopistollista sairaalaa ylläpitävä sairaanhoitopiiri on päättänyt.

Paksusuolisyövän leikkaushoito

Vuonna 2018 uusi paksusuolensyöpiä todettiin 1.140 naisella ja 1.089 miehellä. Suomessa suolistosyöpä on miesten kolmanneksi yleisin ja naisten toiseksi yleisin syöpätauti. Taudin keskimääräinen ilmenemiskä on 65 vuotta, ja vain 4 % todetaan alle 40 vuoden iässä.

Leikkaus on ainoa parantava hoito. Toisinaan paksusuolen syöpä joudutaan leikkaamaan päivystyksenä, jos kasvain aiheuttaa suolen tukoksen tai puhkeaman.

Väestön ikääntymisen myötä on arvioitavissa, että todettujen paksusuolen syöpien määrä lisääntyy. Asetus edellyttää sairaalalta vähintään noin 70 uuden syöpätapauksen leikkaamista vuosittain. Uusia tapauksia todetaan lähes aina vuosittain yli tämän määrän kaikissa suurissa ja keskiuurissa sairaanhoitopiireissä. Pienissä keskussairaaloissa leikkausmäärät kuitenkin alittavat 70 vuosittaisen leikkauksen.

Aluehallintoviraston keräämän tilaston mukaan vuonna 2018 vaadittu määrä alittui Oulun yliopistosairaalan eritysvastuualueella kaikissa keskussairaaloissa paitsi yliopistosairaalassa (OYS 99, Keski-Pohjanmaa 37, Kainuu 52, Länsi-Pohja 25 ja Lappi 36). Kuopion yliopistosairaalan alueella vaadittu määrä saavutettiin kahdessa (Kuopio 144, Keski-Suomi 93) ja alittui 3 keskussairaalassa (Pohjois-Karjala 50, Mikkeli 47, Savonlinna 21). Muualla maassa tavoiteluvut ovat suhteellisen hyvin saavutettavissa.

Asetuksen luonnoksen mukaan primäärien paksusuolisyövän vähintään noin 70 kappaletta voidaan alittaa, jos erityisvastuualueen erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa tämä katsotaan välttämättömäksi ja vain siten päivystyspisteiden välisten etäisyyksien ja väestön palvelutarpeen vuoksi voidaan turvata palveluiden kiireellinen saanti. Leikkaavassa sairaalassa tulee tällöin olla soveltuvan kirurgisen erikoisalain ympärivuorokautinen päivystys ja sairaalan tulee pystyä varmistamaan toiminnan laatu, potilasturvallisuus, osaaminen sekä hoidon kokonaisuus, kuten valtakunnallisen ja alueellisen kokonaisuuden suunnittelu ja yhteen sovittaminen on päätetty tämän asetuksen 3 ja 4 §:ssä. Asetus antaa yliopistosairaalalle vahvan velvoitteen huolehtia alueen paksusuolen syövän hoidon laadusta sekä erityisesti potilaan ennusteen kannalta tärkeimmän eli leikkaushoidon laadusta. Koska osa paksusuolen syövästä joudutaan leikkaamaan päivystyksenä, tulisi erityisvastuualueella harkita, että kaikissa laajan päivystyksen sairaaloissa pystyttäisiin pitämään yliopistosairaalan avustuksella riittävää osaamista tähän syöpäkirurgian osaan.

Munuaissyövän leikkaushoito

Vuonna 2018 Suomessa todettiin 1016 uutta munuaissyöpää, joista miehillä 634 ja naisilla 382. Munuaissyöpäkuolleisuus on vähentynyt. Vuoden kuluttua elossa on yli 80 % ja 5 v:n kuluttua lähes 70 % potilaista. Leikkaus on ainoa munuaissyövän parantava hoito. Munuaissyövän ensisijainen hoito on kasvaimen poisto, myös silloin kun tauti on levinnyt. Leikkausmenetelmä valitaan kasvaimen koon, sijainnin ja toisen puolen munuaisen kunnon perusteella. Munuaissyöpäkirurgiaa tekevissä yksiköissä tulee olla valmius yksilölliseen menetelmävalintaan: osa- tai kokopoisto avoimesti tai laparoskooppisesti.

Uusia munuaissyöpiä todettiin vuonna 2018 Helsingin erityisvastuualueella 379, Turun erityisvastuualueella 198, Tampereen erityisvastuualueella 186, Kuopion erityisvastuualueella 151 ja Oulun erityisvastuualueella 95 kappaletta. Tämän johdosta vain suurimmissa keskussairaaloissa saavutetaan vähintään noin 70 munuaissyöpäleikkauksen määrä. Asetuksen 7 §:n muutoksessa esitetään, että tästä määrästä voitaisiin poiketa, jos erityisvastuualueen erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa sovitaan, että näiden leikkausten toteuttaminen alueen keskussairaalassa on tarkoituksenmukaista kirurgisen päivystysvalmiuden ja henkilöstön saatavuuden ylläpitämiseksi päivystyspisteiden välisten etäisyyksien ja väestön palvelutarpeen vuoksi. Tällöin sairaalassa tulee olla soveltuvan kirurgisen erikoisalain ympärivuorokautinen päivystys ja sairaalan tulee pystyä varmistamaan toiminnan laatu, potilasturvallisuus, osaaminen ja hoidon kokonaisuus, kuten valtakunnallisesti tämän asetuksen 3 §:ssä ja alueellisesti asetuksen 4 §:ssä yliopistollista sairaalaa ylläpitävä sairaanhoitopiiri on päättänyt. Tämä korostaa yliopistosairaalan vastuuta toiminnan laadusta ja potilasturvallisuudesta, jos toimintaa siirretään pienempiin keskuksiin.

Papillaarisen ja follikulaarisen kilpirauhassyövän leikkaushoito

Vuonna 2018 Suomessa todettiin 508 uutta kilpirauhassyöpää. Niitä todettiin vuonna 2018 Helsingin erityisvastuualueella 165, Turun erityisvastuualueella 61, Tampereen erityisvastuualueella 109, Kuopion erityisvastuualueella 81 ja Oulun erityisvastuualueella 89 kappaletta. Papillaarisen ja follikulaarisen kilpirauhassyövän ennuste on useimmiten erinomainen, mutta uusivia ja aggressiivisia tautimuotoja esiintyy. Seurannassa etäpesäkkeitä voi kuitenkin löytyä kaikenikäisiltä. Kilpirauhasen poistoleikkaus ja radiojodihoito muodostavat hoidon kulmakivet. Lähdetessä leikkaamaan kilpirauhasen kyhmyä ei aina ole tiedossa taudin laatu, vaan se

paljastuu vasta kun näytepala tutkitaan patologin toimesta. Pienikokoisen papillaarisen ja follikulaarisen kilpirauhassyövän leikkausperiaatteet eivät merkittävästi eroa hyvänlaatuisen kilpirauhassairauden leikkauksesta.

Koska tapausmäärät ovat pieniä, poistetaan asetuksen 7 §:stä maininta kilpirauhassyövästä. Suomen Endokrinologiyhdistys ry on lausunnossaan asetuksen muutokseen ehdottanut, että levinneen tai kudostyypiltään huonoennusteisen kilpirauhassyövän hoito tulisi keskittää yliopistosairaaloihin. Tätä ei asetusluonnoksessa ehdoteta nyt siirrettäväksi 6 §:ään. Tämän sairausryhmän hoitopolun määrittäminen jää yliopistosairaalan erityisvastuualueen järjestämissopimuksessa määritettäväksi.

3 Vaikutukset

Taloudelliset vaikutukset

Erikoissairaanhoidon rakenteiden muutoksen taloudelliset vaikutukset ovat kokonaisuus. Erikoissairaanhoidon tehokkuuden ja säästöjen toimeenpanon keskeinen työkalu on sairaalaverkon tiivistäminen ja sairaaloiden toiminnallinen profilointi, joka on toteutettu päivystysuudistuksen ja keskittämisuudistuksen yhdistelmällä.

Tämän asetuksen taloudelliset vaikutukset ovat suhteellisen pieniä.

Asetuksen 3 §:n seitsemännen kohdan lisäys koskien Vaasan sairaanhoitopiirille asiakas- ja potilasturvallisuuden valtakunnallista suunnittelua ja toiminnan yhteensovittamista koskevat tehtävät ei aiheuta lisäkustannuksia jo tehtyihin määrärahapäätöksiin verrattuna.

Potilaan hoitoon liittyvistä haittatapahtumista aiheutuu merkittäviä kustannuksia sekä terveydenhuollolle että terveydenhuollon ulkopuolelle. Suomessa haittatapahtumien kustannuksista ei ole tarkkaa tietoa, koska haittatapahtumien yleisyyttä ei ole täällä tutkittu. Yhdysvalloissa noin 4 % maan terveydenhuollon kokonaismenoista on arvioitu muodostuvan haittatapahtumien takia. Erilaisista haittatapahtumista kaikkein suurimmat kustannukset aiheuttavat leikkausten jälkeiset komplikaatiot. Yli puolet niiden aiheuttamista kustannuksista olisi vältettävissä potilasturvallisuutta kehittämällä.

Valtakunnallisesti voidaan arvioida potilas- ja asiakasturvallisuuden parantamisen johtavan toteutuessaan huomattaviin säästöihin hoidon laadun parantuessa, kun pystytään välttämään haitta- ja vaaratapahtumia sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä. Haittatapahtumat aiheuttavat terveydenhuoltoon tehotto- muutta, koska voimavarat eivät ole parhaassa mahdollisessa käytössä ja osa niistä kuluu virheiden korjaamiseen.

Asetuksen 6 §:ään ehdotetut muutokset eivät käytännössä aiheuta merkittäviä taloudellisia vaikutuksia verrattuna nykytilaan.

Asetuksen 7 §:n muutos tekonivelkirurgian ja selkäkirurgian osalta koskee käytännössä vain Pohjois-Suomea ja Etelä-Savon maakuntaa. Taloudelliset vaikutukset nykytilanteeseen verrattuna olisivat pienet, koska kaikissa keskussairaaloissa tällä hetkellä leikataan tekonivelkirurgiaa.

Oulun yliopistosairaalan erityisvastuualueen kaikissa keskussairaaloissa on tällä hetkellä sekä pehmytosakirurgian että ortopedian ja traumatologian ympärivuorokautinen päivystys. Tällöin lisäresursseja ei päivystykseen tältä osin tarvita. Vuoden 2019 tietojen perusteella Kainuun keskussairaalan saavuttaa kiireettömissä tekonivelleikkauksissa lähes noin 600 leikkauksen rajan. Keski-Pohjanmaalla leikkausmäärä jää alle 600 leikkauksen rajan, mutta leikkaustoimintaa on tarpeen jatkaa. Keski-Pohjanmaan keskussairaala on suuri synnytysairaala ja tämän takia sairaalassa on pehmytosakirurgian päivystys. Etäisyys yliopistosairaalaan on 200 kilometriä, joka puoltaa selkeästi myös ortopedian ja traumatologian päivystyksen ylläpitämistä.

Säädösmuutos ei aiheuttaisi lisäkustannuksia nykyiseen toimintaan verrattuna. Leikkaustoiminnan jatkaminen säädösmuutoksen nojalla vähentäisi kuitenkin vuoden 2017 päivystyksen ja erikoissairaanhoidon asetuksissa arvioituja kumulatiivisesti kertyviä säästöjä kuntien menoissa vuoden 2020 tasossa tavoitellusta 350 miljoonan eurosta.

Paksunsuolen syövän ja peräsuolisyövän kirurginen hoito keskittyy laajan päivystyksen sairaaloihin yliopistosairaalan ohjauksessa. Tämä tarkoittanee leikkausten jatkumista joissain keskussairaaloissa, joista ne muuten loppuisivat. Tästä aiheutunee aikaisempaan arvioon verrattuna lisäkustannusta. Toisaalta rintasyövän hoito keskittyy nykytilannetta enemmän, jolloin se kompensoi lisääntyntä laskennallista kustannusta. Rintasyövän hoidon kehitys on ollut nopeaa ja sekä leikkaushoidon ja lääkehoidon osalta muun muassa geeni- ja bioteknologian avulla. Tämä korostaa yliopistosairaaloitten asemaa tuoreimman, parhaan osaamisen sairaaloina.

Kun otetaan huomioon toisaalta kustannusten väheneminen ja toisaalta jo tehdyn kustannussäästön väheneminen, esitys olisi vaikutuksiltaan kustannusneutraali.

Vaikutukset viranomaisten toimintaan

Terveydenhuoltolaki edellyttää järjestämissopimuksilta kuvausta työnjaosta ja toiminnan yhteensovittamisesta. Monipuolista kirurgista ja muuta erikoissairaanhoidoa on vaikea toteuttaa pirstaleisessa sairaalaverkossa,

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

Asetuksen muutoksella vahvistetaan Erva-alueen vastuuta päättää sairaalaverkosta ja niissä tehdyistä vaativista toimenpiteistä. Asetus myös lisää yliopistosairaalan asemaa alueellaan vaativassa hoidossa. Näin tuetaan yliopistosairaaloiden mahdollisuutta erikoislääkärikoulutuksessa ja tieteellisessä tutkimuksessa. Muun muassa syövän hoidon osalta tätä on tehty aikaisemmin annetun asetuksen 4 §:ssä, jossa viiden yliopistollista sairaalaa ylläpitävän sairaanhoitopiirin tehtäväksi on annettu huolehtia syövän ehkäisyn, diagnostiikan, hoidon ja kuntoutuksen suunnittelua ja toiminnan yhteensovittamista koskevat tehtävät valtakunnallisessa yhteistyössä ja huolehtien toiminnan tutkimuksellisesta pohjasta. Tätä tehtävää tukemaan sairaanhoitopiirit ja alueen yliopistot ovat perustaneet kansallisen ja alueelliset syöpäkeskukset.

Ehdotettujen 7 §:n muutosten myötä valvontaviranomainen joutuu tarkastelemaan määriä nykyisestä poikkeavalla tavalla ja ottamaan huomioon, miten järjestämissopimuksessa on sovittu mahdollisuudet alittaa vaadittu määrä ja miten potilasturvallisuus ja laatu on otettu huomioon.

Vaikutukset kuntalaisiin

Sosiaali- ja terveyspalvelujen tarve lisääntyy väestön ikääntymisen takia selvästi väestönkasvua nopeammin. Palvelutarpeisiin vastaaminen edellyttää sekä palveluiden järjestämisen, että tuotannon uutta organisointia. Palvelujen saavutettavuudella on suurin merkitys kiireellisessä hoidossa. Kiireettömissä hoidoissa keskittämällä saavutetaan etuja laadussa ja tuottavuudessa, vaikka pitemmät matkat kasvattavat yhteiskunnan ja potilaiden maksamia matkakustannuksia.

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

Yhteiskunnalliset vaikutukset

Aiempi moniosainen ja -tasoinen sairaalaverkko ei vastaa enää nykyisten hoitomuotojen tarpeita ja palvelujen kysyntää. Keskittämällä palveluja suurempiin yksiköihin voidaan parantaa hoidon tasoa ja saavuttaa kustannussäästöjä. Vaativien hoitojen keskittyminen voi vaikuttaa jonkin verran syrjäisten alueiden elinvoimaisuuteen ja työllisyyteen, kun erityisosaamista omaavat työntekijät siirtyvät työn perässä.

4 Valmistelu

Sosiaali- ja terveysministeriö pyysi 30.12.2019 (VN/14883/2019) lausuntoa luonnoksesta valtioneuvoston asetukseksi erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä annetun valtioneuvoston asetuksen muuttamisesta. Muutos koskisi asetuksen 6 ja 7 §:ää. Lausuntoja saatiin yhteensä 80 kappaletta. Lausunnot löytyvät sosiaali- ja terveysministeriön hanketietokannasta (<https://stm.fi/hanke?tunnus=STM137:00/2019>). Lausuntojen pohjalta täydennettiin esitystä. Tämän jälkeen järjestettiin erillinen kuuleminen asetusmuutoksesta, jossa painopisteenä oli lisäksi asetuksen 3 §:n täydentäminen potilasturvallisuuden kansallisen tehtävän osalta. Tähän kutsuttiin sairaanhoitopiirit sekä valvovat viranomaiset. Tilaisuus pidettiin 6.3.2020. Tämän jälkeen on ministeriön toimesta käyty keskusteluja erityisesti Kuopion yliopistosairaalan erityisvastuualueen sairaanhoitopiirin kanssa, koska työnjaon asetuksen aikaisempi toteutus ja esitetty asetuksen muutos on aiheuttanut eniten kiistoja. Valtiovarainministeriön mukaan asetus ei ennen päätöksen tekemistä vaadi käsittelyä valtioneuvoston raha-asiainvaliokunnassa. Asetusluonnos on käyty läpi sairaanhoitopiirien johtajaylilääkärien ja johtajien etäkokouksessa 21.12.2020. Asetuksen säännöksiä ja perusteluja pidettiin saatujen kommenttien perusteella pääsääntöisesti tarkoituksenmukaisina.

5 Voimaantulo

Tämä asetus tulee voimaan 15 päivänä tammikuuta 2021.