

Eduskunnan talousvaliokunnalle

TaV@eduskunta.fi

Asia: HE 47/2017 vp Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä valtiontalouden tarkastusvirastosta annetun lain 2 §:n muuttamisesta

Pyydettyinä asiantuntijalausuntona Pihlajalinna Oyj esittää kunnioittaen seuraavan.

Valinnanvapauslaki

Sote-keskusten toiminnan onnistumisen kannalta kriittisenä edellytyksenä on, että keskuksille luodaan mahdollisimman hyvät edellytykset alueensa väestön kokonaisvaltaiseen hoitoon sekä samalla vastuu väestön erikoissairaanhoidon kokonaiskustannuksista.

Sote-keskusten toiminnan edellytyksistä ja kokonaiskustannusvastuu

Pihlajalinna on jo vuodesta 2010 asti tuottanut kuntien kanssa yhdessä omistetuissa yhteisyyhtiöissä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut kapitaatiomallilla. Kaikissa seitsemässä yhteisyyhtiössä on toteutunut huomattavat kustannussäästöt panostamalla merkittävästi ennaltaehkäisyyn ja sekä sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluihin. Palvelumallissa palvelun tuottajalla on vahva insentiivi hoitaa potilaat niin kokonaisvaltaisesti ja laadukkaasti kuin mahdollista, jotta huomattavasti kalliimmilta ja tarpeettomilta vaativan erikoissairaanhoidon kustannuksilta välttyttäisiin.

Tulokset on savutettu sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiolla, uusien innovatiivisten digitaalisten ratkaisujen hyödyntämisellä sekä yhdistämällä julkisen ja yksityisen palvelutuotannon hyvät ominaisuudet. Pihlajalinnan kokemuksen perusteella nyt hallituksen esityksessä kuvattu korvausmalli johtaa yhteiskunnan tavoitteiden vastaisiin insentiiveihin palveluntuottajille ja luo valtavan ja käytännössä hallitsemattoman kontrollivastuun maakunnille.

Nyt esitetty hallituksen esityksen mukainen malli on korjattavissa siten, että insentiivit ovat yhteiskunnan edun mukaiset. Tavoitteeseen päästäisiin seuraavilla korjauksilla.

1) Sote-keskuksilla tulisi olla mahdollisuus tuottaa alueensa väestölle myös perustason erikoissairaanhoidon palvelut laaja-alaisesti. Tämä olisi luonnollisesti otettava kapitaatiomaksussa

huomioon. Nykyisen lakiesityksen mukaisen 15 %:n käyttömenojen osuutta tulisi kohdentaa perustason erikoissairaanhoidon kokonaiskustannuksiin. 2) Nykyisen hallituksen esityksen korvausmallin insentiivi yksityisille sote-keskusten tuottajille kannustaa väestön mahdollisimman kevyeen hoitoon sekä potilaiden siirtämiseen maksusetelipalveluihin tai maakunnan liikelaitoksen vastuulle hyvin matalalla kynnyksellä. Sen sijaan lisäämällä perustason erikoissairaanhoidon kapitaatiomaksuun, luotaisiin Sote-keskuksille insentiivi toimia yhteistyössä kustannustehokkaasti alueen vaativan erikoissairaanhoidon kanssa. Sote-keskuksia tulisi sekä palkita kustannustehokkaan toimintamallin toteutumisesta että toisaalta ”rangaista” liiallisesta (vaativan) erikoissairaanhoidon kustannusten aiheuttamisesta tai potilaiden hoidon laiminlyönnistä. Pihlajalinna katsoo, että valinnanvapauslain 66 §:ää tulisi muokata edellä kuvatun mallin mukaiseksi.

Sote-keskusten kustannusvastuun kokonaisuuteen tulisi lisäksi liittää nykyisen kalliin hoidon tasausjärjestelmän tyyppinen mekanismi, koska hyvin kalliiden sairauksien (esim. perinnölliset, syövät, elinsiirrot) kustannuksiin sote -keskus ei lähtökohtaisesti pysty vaikuttamaan. Tasausjärjestelmässä raja tulisi olla nykyisen 60.000 euron sijasta arviolta 20.000 euroa per potilas.

Pihlajalinna on toteuttanut vastaavan mukaisen toimintamallin myös sosiaalipalveluissa, joihin olisi tarkoituksenmukaista luoda vastaava kannustin. Edellä mainittu Pihlajalinnan toimintamalli toimisi myös merkittävänä maakuntien liikelaitosten kustannuksia rajoittavana tekijänä. Ilman sote -keskuksille yhteiskunnan tavoitteiden mukaisesti asetettavaa kannustinta, on erittäin todennäköistä, että nykyinen kuntien ja kuntayhtymisen jokasyksyinen lisäbudjetti sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksiin siirtyy vuosittain eduskunnan tehtäväksi.

Mikäli Pihlajalinna lähestyisi tarkasteltavana olevaa asiaa puhtaasti oman kannattavuutensa ja toiminnan tuloksen maksimoinnin näkökulmasta, olisi nykyinen esitetty malli kannatettava. Pihlajalinna näkee kuitenkin, että yhteiskuntavastuun näkökulmasta hallituksen esityksessä kuvattu rakenne ja korvausmalli ei johtaisi hyvään ja tavoiteltavaan lopputulokseen. Pihlajalinna ei myöskään usko, että malli voisi jatkua edellä kuvattujen yhteiskunnan etujen vastaisten insentiivien vuoksi kovinkaan pitkään.

Maakuntien toimintaa tulisi ohjata etukäteen annettavalla ohjeistuksella; vakuuksien asettamisvelvollisuudesta voi aiheutua merkittäviä lisäkustannuksia. Samoin on varmistuttava kiinteän korvauksen arviointiperusteiden riittävästä tarkkuudesta sekä korvausperiaatteiden asettamista kustannustehokkuuteen kannustavalla tavalla.

Valinnanvapauslaki antaa paljon toimintavaltaa maakunnille. Pihlajalinna katsoo, että useiden lainkohtien osalta olisi tarpeen antaa valtakunnallista etukäteistä ohjeistusta sen varmistamiseksi, että käytännöt eivät muodostu erilaisiksi eri maakunnissa. Ohjeistusta olisi esimerkiksi hyvä antaa siitä mitä valinnanvapauslaissa tarkoitetaan riittävällä taloudellisella kantokyvyllä. Myös tarkempaa ohjausta tulisi antaa maakuntien käyttämien kiinteän korvausten määrittämiseen liittyvien tarvetekijöiden arvioimiseksi, jotta korvausten yhdenmukaisuus ja kustannustehokkuus voidaan varmistaa. Ohjeistuksen kautta tulee lisäksi luoda mekanismi, jonka avulla varmistetaan perusterveydenhoidon tuottaminen sosiaali- ja terveyskeskuksissa ja kontrolloidaan ohjauksia sosiaali- ja terveyskeskuksista maakunnan liikelaitokseen palvelutarpeen arvioimista varten.

Vakuudesta

Säännöksen mukaan vakuudeksi voidaan hyväksyä takaus, muu vakuussitoumus tai vakuutus, jonka antajalla on kotipaikka Euroopan talousalueeseen kuuluvassa valtiossa.

Valinnanvapauslain ja hallituksen esityksen tekstiä tulisi selventää maakunnalle annettavien vakuuksien ja niiden määrän osalta. Lain valmistelun yhteydessä tulisi selvittää, mikä olisi kustannustehokkain tapa huolehtia 39 §:ssä kuvatun vakuusvelvoitteen täyttämisestä. Lienee selvää, että lain velvoite voidaan täyttää joko siten, että suoran valinnan palvelun tuottaja toimittaa maakunnalle pankkitakauksen tai ottaa vakuutusyhtiöstä vakuutuksen. Lienee myös selvää, että maakunnat eivät tulisi hyväksymään reaalitykkuuksia (esim. kiinteistökiinnitykset) ja palveluntuottajien mahdollisuudet käyttää omaisuuttaan vakuutena voivat muutoinkin olla rajoitetut, koska omaisuuserät ovat mahdollisesti jo vakuutena rahoituslaitoksilla tai koska reaalitykkuuksien antamista on rajoitettu palvelun tuottajien ja pankkien välisissä rahoitussopimuksissa. Näiden vakuuksien (pankkitaakaus tai vakuutus) hankkimisesta voi kuitenkin syntyä palveluntuottajalle merkittäviä lisäkustannuksia ja tulisi vaihtoehtoisesti selvittää voitaisiinko vakuusvelvoite kattaa kustannustehokkaammin suoran valinnan palvelun tuottajien yhteisellä rahastolla.

Hallituksen esityksessä todetaan, että vakuuden määrän on vastattava suoran valinnan palveluista aiheutuvaa vastuumäärää ja oltava määrältään riittävä korvaamaan kaikille suoran valinnan palvelun tuottajan asiakkaille palvelun tuottajan toiminnasta aiheutuvat vahingot mahdollisessa maksukyvyttömyystilanteessa. Vakuuden suuruuden määrittämistä koskeva kirjaus on epäselvä ja kirjausta tulisi selventää. Tarkoittaako tämä niitä mahdollisia vahinkoja, joita asiakkaille syntyisi sen johdosta, että asiakkaat jouduttaisiin palvelun tuottajan maksukyvyttömyystilanteessa ohjaamaan toisen suoran valinnan palvelun tuottajan tarjoamien palvelujen piiriin? Onko edes kohtuullista ajatella, että tällaisia vahinkoja korvattaisiin maakunnalle annetusta vakuutuksesta tai vakuudesta? Mikäli lainkohdassa ei tarkoiteta tällaisia vahinkoja, olisi tärkeää ymmärtää mitä vahinkoja kyseisessä kohdassa tarkoitetaan. Olemme olettaneet, että kohdassa ei tarkoiteta hoitovirheiden johdosta aiheutuvia vahinkoja, koska nämä vahingot tulevat maksettavaksi potilasvakuutuksesta. On lisäksi epäselvää mitä suoran valinnan palveluista aiheutuva vastuumäärä tarkoittaa.

Kiinteä korvaus ja kokonaiskustannusten hallinta

Kiinteän korvauksen maksamisen perusteet tulee saattaa valtakunnallisesti vertailtavalle tasolle mahdollisimman yhdenvertaisesti määriteltujen tarveperusteiden avulla. Avoimeksi jää mm. mitä tarkoitetaan ”henkilökohtaisen hoidon ja palvelun tarve” – käsitteellä tässä yhteydessä.

Kiinteän korvauksen vähimmäisosuus 2/3 on perusteltu ja antaa maakunnalle mahdollisuuden kokonaiskustannusten hallintaan. Korvauksen loppuosuuden käytön perusteista tulee kuitenkin pystyä päättämään samanaikaisesti ja kokonaisuutena siten, että maakunnat pystyvät luomaan palveluntuottajille riittävän vahvan insentiivin ja vastuun kokonaiskustannusten oikeasuuntaisen kehityksen varmistamiseksi. Oikeanlaisen insentiivin rakentamiseksi tulisi laboratorio ja kuvantaminen myös kuulua kiinteän kapitaation sisälle. Esimerkiksi 2007 asti Pihlajalinna on operoinut erästä Tampereen kaupungin julkista terveysasemaa, vastuullaan noin 20.000 asukkaan väestö, jolle tehdään yhteensä yli 100 000 laboratorio- ja röntgentutkimusta vuodessa. Kyseisen toiminnan toteuttaminen a) suoriteperusteisesti b) asiakaseteleillä johtaisi sekä kustannusten että hallinnon työmäärän näkökulmasta täysin epätarkoituksenmukaiseen lopputulokseen niin yhteiskunnan kuin palvelun tuottajien näkökulmasta.

Tällaisen kokonaiskustannusten hallinnan mahdollistamiseksi valinnanvapauslain kokonaisuudessa tulee edellä mainittujen seikkojen ohella ottaa huomioon hoitoketjujen eheyden säilyttämisen mahdollisuus sekä jäljempänä kuvatus mukaisesti suoran valinnan palveluiden riittävän laaja tarjonta myös sosiaali- ja terveyspalveluissa alla 15§:n kohdalla esitetystä. Esimerkiksi lain 18 §:ssä säädettyä velvollisuus asiakasasetelien antamiseen itse tarjoamissaan palveluissa heikentää palveluntuottajan mahdollisuutta hallita kokonaiskustannuksia, kuten myös jäljempänä 18 §:n käsittelyn yhteydessä esitetystä ilmenee.

Valinnan vapauslain 15§ tarkempi määrittäminen

15 § Suoran valinnan palvelut

Sosiaali- ja terveyskeskuksessa tuotettaviin suoran valinnan palveluihin sisältyvät jäljempänä 2 momentissa tarkoitetut sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Suunhoidon yksikössä tuotettaviin suoran valinnan palveluihin sisältyvät 4 momentissa tarkoitetut suun terveydenhuollon palvelut.

Sosiaali- ja terveydenhuollon suoran valinnan palveluja ovat:

3) yleislääketieteen alaan kuuluva, terveydenhuollon ammattihenkilön suorittama, avovastaanotolla, kotikäynneillä tai etäyhteyksien avulla toteutettava asiakkaiden oireiden, toimintakyvyn ja sairauksien tutkimus, toteaminen ja hoito;

Suun terveydenhuollon suoran valinnan palveluja ovat:

7) edellä mainittuihin palveluihin liittyvät kuvantamispalvelut ja vastaanottotoiminta;

Edellä olevan 15§ tekstin perusteella ei ole selvää kuuluuko sosiaali- ja terveydenhuollon suoran valinnan palvelujen ”*tutkimus*” –sanon sisään laboratorio tutkimukset ja kuvantamispalvelut. Kuvantamispalvelut on lakitekstissä mainittu erikseen suun terveydenhuollon palveluiden osalta, mutta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen osalta erillistä mainintaa ei ole. Kummassakaan ei mainita laboratoriotutkimuksia. Eduskunnalle annetusta hallituksen esityksestä on myös lain 18 §:n perusteluista pudotettu laboratorio ja kuvantamispalvelut pois sellaisten palveluiden esimerkkiluettelosta, joihin palvelun tuottajan tulisi antaa asiakkaalle asiakasaseteli. Vielä 12.4. päivätyssä hallituksen esityksessä 18 §:n perusteluiden mukaan asiakasasetelin antamisvelvoite koski laboratorio ja kuvantamispalveluita ja siten näiden palveluiden saattoi päätellä kuuluvan suoran valinnan palveluiden piiriin.

Erään asiantuntijalausannon perusteella laboratorio- ja kuvantamispalveluita esitettiin monopolisoitavaksi maakunnan liikelaitokselle. Käsityksemme mukaan nykyinen lain muotoilu antaisi maakunnalle mahdollisuuden päättää siitä että sosiaali- ja terveydenhuollon suoran valinnan palveluihin liittyvät laboratorio- ja kuvantamispalvelut tulisi tuottaa monopoliasemassa toimivan maakunnan liikelaitoksen toimesta. Tämä johtaisi erittäin voimakkaaseen kilpailutilanteen vääristymiseen, kun esimerkkinä maakunta perustaisi liikelaitoksen kuvantamisyksiköt omiin osakeyhtiömuodossa toimiviin suoran valinnan vapauden toimipisteisiin, jolloin kaikkien yksityisten toimipisteiden potilaiden pitäisi mennä tutkimuksiin kilpailevan toimipisteen tiloihin tai niiden välittömään yhteyteen.

Kilpailuneutraliteettiä merkittävästi vääristävän toimintamallin lisäksi, myös toteutuvien kustannusten näkökulmasta olisi valtava riski irrottaa, pääasiassa kiinteästä korvauksesta muodostuvasta, sosiaali- ja terveydenhuollon kapitaatiokorvauksesta laboratorio- ja kuvantamistutkimusten toteuttaminen alueellisen monopolin omaavalle toimijalle. Yksityisillä suoran valinnan palvelujen tuottajilla ei näin olisi myöskään mitään kustannusvastuuta laboratorio- tai kuvantamispalveluista, joiden merkitys kokonaiskustannuksille on erittäin merkittävä.

Näkemyksemme mukaan laboratorio- ja kuvantamispalveluiden tulee olla osa suoran valinnan vapauden palveluita ja näin ollen se tulisi kirjata tarkasti 15§ tekstiin *sekä sosiaali- ja terveydenhuollon että suunterveydenhuollon suoran valinnan palveluihin seuraavasti:*

...edellä mainittuihin palveluihin liittyvät kuvantamis- ja laboratoriopalvelut.

Edellä tarkoitettu lainkohdan lisäys varmistaisi valinnanvapauslain 15 §:n sisältämän periaatteen nykyisten erikoistason palveluiden osittaisesta siirtämisestä laajemmin sote-kekusten hoidettaviksi. Tämä olisi linjassa hallituksen esitykseen kirjatun kokonaiskustannusten taittamisen tavoitteen kanssa.

Suoran valinnan palveluntarjoajien velvollisuus antaa asiakaseteleitä voi luoda tehottomuutta (silloin kun palveluntarjoaja tuottaa myös itse kyseisiä palveluita) ja velvoitteen valvominen voi olla käytännössä mahdotonta

Valinnanvapauslain 18 §:ssä todetaan, että suoran valinnan palvelun tuottajan on annettava tekemänsä palvelutarpeen arvioinnin perusteella asiakkaalle asiakasseteli suoran valinnan palveluihin kuuluvissa yksittäisissä toimenpiteissä ja palveluissa, jotka ovat erotettavissa itsenäisiksi tai erillisiksi osakokonaisuuksiksi. Osakokonaisuuksilla tarkoitettaisiin hallituksen esityksen mukaan esimerkiksi erityistyöntekijöiden (esim. ravitsemusterapeutti), hoitajien (esim. jalkaterapeutti) tai erikoislääkärin toimintaa. Näihin palveluihin sosiaali- ja terveyskeskuksen tulisi myöntää asiakasseteli, vaikka suoran valinnan palvelun tuottaja tarjoaisi näitä palveluja myös omana tuotantonaan. 18 §:n 2 momentin mukaan asiakas voisi valita asiakassetelin avulla palvelun tuottajan, jonka jokin maakunta on hyväksynyt asiakassetelipalvelun tuottajaksi. Suoran valinnan palvelun tuottaja vastaisi kyseisen alihankkijan antamasta palvelusta. Lainkohdan tarkoituksena on turvata asiakkaiden valinnanvapautta sekä myös toimivaa kilpailua ja pienten ja keskusurten yritysten mahdollisuuksia toimia sosiaali- ja terveyspalveluiden markkinoilla.

Pihlajalinna katsoo, että suoran valinnan palvelun tuottajalla ei tulisi olla velvollisuutta antaa asiakaseteleitä silloin kun palvelun tarjoaja tarjoaa kyseisiä palveluja omana tuotantonaan. Velvoitteen valvominen näissä tapauksissa voisi olla hankalaa ja kilpailun syntymistä rajoittaisi se, että useimmat asiakkaat eivät näissä tapauksissa ottaisi palveluseteliä vaan käyttäisivät suoran valinnan palvelun tuottajan omaa tuotantoa. Pihlajalinna katsoo, että ei olisi kohtuullista velvoittaa suoran valinnan palvelun tuottajia näissä tapauksissa antamaan asiakaseteleitä ja lisäksi vielä vastaamaan sellaisen alihankkijan toiminnasta, jonka valintaan suoran palvelun tuottaja ei ole osallistunut. Tämän lisäksi tulisi harkita onko ylipäättään kohtuullista, että suoran valinnan palvelun tuottajat vastaavat antamiensa asiakassetelien perusteella tuotettavista palveluista kun palveluntuottajat eivät saa valita kyseisiä alihankkijoita vaan joutuvat luottamaan maakunnan palveluntuottajan rekisteröitymisen yhteydessä tekemään kyseistä alihankkijaa koskevaan arvioon.

Pihlajalinna katsoo, että valinnanvapauslaissa tulisi vähintäänkin todeta selvästi se, että asiakassetelin perusteella palveluja tuottavan palveluntarjoajan ja myös muiden suoran valinnan palvelun tuottajalle palveluja tuottavien tahojen tulee vastata palvelustaan ilman vastuunrajoituksia suoran valinnan palvelujen tuottajalle. Tämä on luonnollisesti lain tarkoitus, mutta kyseisen kirjauksen ottaminen lakiin selventäisi tilannetta ja yksinkertaistaisi sopimusten laatimista

Suoran valinnan palvelun tarjoajille tulee varata pidempi siirtymäaika, mikäli maakunta muuttaa palvelusopimuksen ehtoja

Maakunta voi valinnanvapauslain 50 §:n mukaan päätöksellään muuttaa suoran valinnan palvelun tuottajan kanssa tehtyä sopimusta sekä suoran valinnan palveluista maksamiensa korvausten määrää ja perusteita siltä osin kuin laissa tai lain nojalla annetussa asetuksessa tai valtioneuvoston päätöksessä ei säädetä toisin. Maakunnan päättämät muutokset tulevat voimaan maakunnan ilmoittaman siirtymäajan jälkeen, mutta kuitenkin aikaisintaan 30 päivän kuluttua siitä, kun palvelun tuottajan katsotaan saaneen muutoksesta tiedon. Maakunnan tulee siirtymäaikaa määritellään ottaa huomioon muutoksen laatu sekä vaikutukset palvelun tuottajille ja asiakkaille.

Pihlajalinna ehdottaa yhtenäisten toimintakäytäntöjen saavuttamisen vuoksi, että 50 §:ssä todettaisiin siirtymäajan olevan vähintään 8 kuukautta, mikäli suoran valinnan palveluista maksettavien korvausten määrää alennetaan, palvelun tuottajan tarjoamiin palveluihin tehdään merkittäviä muutoksia tai palvelusopimusta muuten muutetaan olennaisesti ja vähintään 4 kuukautta muissa tapauksissa. Mikäli korvausten määriä alennetaan, tulee palveluntarjoajien mahdollisesti sopeuttaa toimintaansa YT-menettelyn ja irtisanomisten kautta ja tällöin siirtymäajan tulee olla vähintään 8 kuukautta. Toisaalta mikäli maakunta päättää sisällyttää palvelusopimuksen piiriin uusia palveluja, tulee palveluntarjoajille varata riittävä aika mahdollisiin rekrytointeihin ja toimintojen käynnistämiseen.

Valinnanvapauslaissa ei ole määritetty sitä miten palvelun tuottajat valitaan kokeiluhankkeeseen

Pihlajalinna katsoo, että valinnanvapauslain 88 §:ssä tulisi määritellä se millä edellytyksellä palveluntuottaja voidaan valita kokeiluhankkeeseen ja kuinka kattavasti kokeiluhanke tullaan toteuttamaan. Palveluntuottajien valintakriteerien tulee varmistaa kilpailuneutraliteetin toteutuminen ja valintakriteerien tulee varmistaa se että myös yksityiset toimijat pääsevät osallistumaan kokeiluhankkeeseen. Hallituksen esitykseen kirjatun kokeiluhankkeen yhtenä tavoitteena on selvittää hinnoittelu- ja korvausmallien vaikutus sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaiskustannuksiin. On ensiarvoisen tärkeää, että kokeilussa on kaikilla alueilla mukana myös yksityisiä palvelun tuottajia kokonaiskustannusvaikutuksen laaja-alaisen selvityksen ja vertailtavuuden hankkimiseksi.

Kuluttajansuojalain (20.1.1978/38) soveltaminen

Valinnanvapauslain hallituksen esityksessä sen yksityiskohtaisissa perusteluissa 18 §, 24 § ja 28 §:ssä on viitattu kuluttajansuojalain soveltumisesta asiakassetelin ja henkilökohtaisen budjetin perusteella hankittaviin palveluihin. Kuluttajansuojalaki soveltuisi niin palvelun tuottajan kuin maakunnan myöntämän asiakassetein perusteella hankittuun palveluun.

Pihlajalinnan arvion mukaan kuluttajansuojalain säännökset soveltuisivat huonosti edellä mainittujen palveluiden hankintaan. Nyt tarkasteltavina olevissa palveluissa on kysymys sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista, joiden tuottamisesta ja laadusta säädetään useissa eri laeissa. Lisäksi palvelun tuottaminen perustuu asiakkaan erityiseen tarpeeseen, jota on tullut ensin arvioida yhdessä asiakkaan kanssa. Asiakkaan palvelun tarve ja sisältö olisi ikään kuin jo ennakolta tässä yhteydessä määritelty, eikä kuluttajasuhteelle tyypillistä tilannetta ko. kaltaisessa asiakassuhteessa mitä ilmeisimmin syntyisi.

Tämän jälkeen asiakkaan mahdollinen asiakassetelipalvelun tuottajan valinta ei myöskään synnytä sopimussuhdetta (ainakaan kattavasti) asiakkaan ja asiakassetelillä tapahtuvan palvelun tarjoajan

välille. Maakunnan myöntämässä asiakassetelissä sopimussuhde muodostuu maakunnan liikelaitoksen ja palvelun tuottajan välille (24 ja 28 §§) ja 18 §:n tilanteessa sopimussuhde syntyy asiakassetelipalvelun tuottajan ja suoran valinnan palvelun tuottajan välille.

Lisäksi ainakin 18 §:n mukaisessa tilanteessa palvelun tuottaja joutuisi vastaamaan asiakkaalle asiakassetelipalvelun tuottajan palveluiden asianmukaisuudesta ja laadukkuudesta.

Edellä kuvattuun sopimussuhde- ja asiakokonaisuuteen soveltuisi huonosti kuluttajansuojalain mukaiset säännökset sen kaikkilta osin. Kuluttajansuojalain täysimääräinen soveltaminen voisi olla omiaan aiheuttamaan turhaa hallinnollista taakkaa palvelun tuottajille. Lähtökohtaisesti Pihlajalinna esittää, että kuluttajansuojalain säännösten soveltuvuudesta tässä tarkoitettuihin palveluihin luovuttaisiin kokonaisuudessaan tai ainakin muilta osin kuin kuluttajansuojalain markkinointia koskevien säännösten osalta.

56 § Palvelun tuottajan toiminnan taloudellinen eriyttäminen

Palvelun tuottajan on kirjanpidossaan eriytettävä:

- 1) julkinen rahoitus, joka on annettu suoran valinnan palvelujen tuottamiseen; ja*
- 2) rahoitus, joka on annettu työterveyshuollon palvelujen tuottamiseen.*

Hallituksen esityksen mukaan:

Pykälän perusteella palvelun tuottajan on omaa toimintaansa koskevassa kirjanpidossaan eriytettävä suoran valinnan palvelujen tuottamiseen annettu julkinen rahoitus ja työterveyshuollon palvelujen tuottamiseen annettu rahoitus sekä näiden kustannukset.

Edelle kirjatun pykälän kohdalla on epäselvää, mitä tarkoitetaan rahoituksella, joka on annettu työterveyshuollon tuottamiseen. Lähtökohtaisesti palvelun tuottaja (Pihlajalinna) tekee sopimuksen yksityisen yrityksen kanssa työterveyspalveluiden tuottamisesta erikseen sovittavalla hinnalla. Tällainen sopimus ja sen perusteella maksettava työterveyshuollon kokonaishinta ja palvelun tuottamiseen kohdistuvat kustannukset ovat Pihlajalinnan liikesalaisuuksia eivätkä sopimukseen perustuvat yksityisen sopijakumppanin suoritukset sisällä julkista rahoitusta.

Pihlajalinnan näkemyksen mukaan lain sanamuotoa tulisi täsmentää työterveyshuollon rahoitustietojen luovutusvelvollisuuden osalta. Pihlajalinnan katsoo, ettei ole perusteita vaatia edellä kuvattujen yksityisoikeudellisiin sopimuksiin perustuvien työterveyshuollon hinta- ja kustannustietojen julkistamista.

Lain 95 §, suoran valinnan palveluja koskeva rajoitus

Lain 95 §:n nyt esitetyllä sanamuodolla on saavutettu lainkohdan pääasiallinen tarkoitus kahdenkertaisen laskutuksen estämisestä. Lainkohdan 4 momentti itsessään on kuitenkin tarpeeton ja omiaan aiheuttamaan epäselvyyttä.

95 §:n 4 momentti

"Mitä edellä 1 tai 2 momentissa säädetään palvelun tuottajasta, sovelletaan myös samaan konserniin kuuluvaan palvelun tuottajaan ja palvelun tuottajaan, joka yhdessä kunnan tai kuntayhtymän kanssa käyttää määräämisvaltaa sopimusosapuolena olevassa palvelun tuottajassa. Edellä 1 ja 2 momenttia sovelletaan myös, jos edellä tarkoitettu palvelun tuottaja on osallistunut toimenpiteeseen, jolla on muutettu kunnan tai kuntayhtymän kanssa tehtyä sopimusta tai järjestetty palvelun tuottamisen oikeudellinen muoto 1 momentin soveltamisen välttämiseksi."

Edelle jäljennetty momentti on käytännössä turha ja momentin tavoitteen voisi ainakin ilmaista nykyistä selvemmin, että tarkoituksena on kahdenkertaisen laskutuksen estäminen erinäisten järjestelyiden avulla. Toinen vaihtoehto on poistaa ainakin momentin viimeinen lause, enemmän epäselvyyttä aiheuttavana.

Sen lisäksi, mitä edellä on todettu nimenomaisesti valinnanvapauslaista, esitetään lisäksi muusta sote-lainsäädännöstä seuraava.

Kuntien toimivallan rajoittamisesta

Maakuntalain, sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain ja pelastustoimen järjestämisestä annetun lain voimaannpanosta (voimaannpanolaki) annetun lain 20 § 2 momentissa on ko. lainkohdan hallituksen esityksen mukaan rajoitettu kuntien mahdollisuutta sopia uusista sote-ulkoistuksista 1.7.2017 lukien.

HE:n ko. kohdan mukaan:

”Maakunnalle ei myöskään siirtyisi vahingonkorvausvastuuta tai muuta sopimuksen päättämiseen liittyvää vastuuta sellaisista sopimuksista, jotka kunta solmii voimaannpanolain vahvistamisen jälkeen, mutta ennen kuin sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisvastuu siirtyy maakunnalle. Vastuu siirtyisi maakunnalle vain, jos maakunta ja kunta siitä erikseen sopisivat. Säännöksen tarkoituksena on ehkäistä tilanteita, joissa kunta käytännössä sitoisi maakunnan pitkäaikaisiin, ehkä maakunnan kannalta epätoivottaviin sitoumuksiin tilanteessa, jossa on jo varmuus siitä, että järjestämisvastuu tulee siirtymään maakunnalle”

Pihlajalinnan käsityksen mukaan ei ole tarpeen rajoittaa kuntien vastuulle kuuluvien sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisoikeutta sen lisäksi, mitä on jo toteutettu ns. rajoittamislaisissa (548/2016). Mainittu voimaannpanolain kohta ensinnä estäisi kuntaa hoitamasta lakisääteisiä velvoitteitaan ennen sote-lainsäädännön voimaatuloa, ja toiseksi eräissä tilanteissa johtaisi sopimusoikeudellisesti epänormaaliin tilanteeseen sopimusten oikeuksien ja eräiden vastuiden hajautuessa eri tahoille.

Terveydenhuoltolaki

Terveydenhuoltolain 45 §

Erikoissairaanhoidon työnjako ja eräiden tehtävien keskittäminen

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. Valtakunnallisesti keskitettävä erikoissairaanhoidon on koottava vähempään kuin viiteen yliopistolliseen sairaalaan. Valtioneuvoston asetuksella voidaan säätää, mitkä valtakunnallisen kokonaisuuden suunnittelua ja yhteen sovittamista koskevat tehtävät säädetään yhden tai useamman valtakunnallisen toimijan hoidettaviksi.

...

...

45 §, 3 momentti

Leikkaustoiminta, joka edellyttää leikkaussaliolosuhteita ja anestesiaa, tulee kokonaisuudessaan koota niihin sairaaloihin, joissa on ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys.

Edelle kirjattu Terveystenhuoltolain 45 § ja sen 3 momentti on ilmaisultaan siten monitulkintainen, että pykälän ja sen momentin merkitystä olisi tarve selventää. Hallituksen esityksen (224/2016) lakitekstissä mainittu lainkohta on kolme momentissa ja perusteluissa leikkausten keskittämistä viitataan lain 4 momenttiin. Asiaa on käsitelty myös valinnanvapauslain 22 §:n hallituksen esityksessä, josta anestesiologin läsnäoloa edellyttävän leikkaustoiminnan harjoittamisen sallittavuus ei käy selvästi ilmi.

Onko niin, että edellä mainittu pykälä 1.1.2018 voimaantullessaan estäisi esimerkiksi yksityisiä sairaaloita tekemästä anestesiologiaa ja leikkaussaliolosuhteita edellyttäviä leikkauksia silloin kun maksu tapahtuu ensinnä kunnan maksamana ja valinnanvapauslain voimaan tultua maakunnan myöntämällä asiakassetelillä. Ja mikäli anestesiologiaa ja leikkaussaliolosuhteita edellyttävä leikkaustoiminta voisi muiden kuin keskitettävien leikkausten osalta jatkua myös tässä kappaleessa kuvatuissa tapauksessa, tarkoittaako edellä mainittu lainkohta sitä, että sairaalan tulisi leikkaustoiminnan jatkuessa järjestää ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys. Tämän osalta tulee huomioida, että päivystysasetuksen mukainen yleislääketieteen ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys on mitoitettu 24/7 akuutti kirurgiaa tekeväle sairaalayksikölle sekä hyvin vaatimaan kirurgiaan. Suurimmassa osassa elektiivistä kirurgiaa, kuten olkapään ja polven kirurgiassa sekä polven ja lonkan tekonivelkirurgiassa päivystysasetuksen mukainen yhteispäivystys, joka asetuksen mukaan toimisi 18:ssa yliopisto- ja keskussairaalassa, on selkeästi ylimitoitettu.

Lienee selvää, että mainittu lainkohta ei koske lainkaan yksityisiä sairaaloita niiden tehdessä leikkauksia yksityisten henkilöiden omalla kustannuksella taikka vakuutuksen korvaamana?

Esimerkki kysymyksen kohteena olevasta alueellisesta sairaalasta, johon voimaatuleva lainkohta vaikuttaisi merkittävästi ja jossa tällä hetkellä tehdään anestesiaa vaativia leikkauksia, on alla mainittu Jokilaakson alueellinen sairaala.

Jämsän kaupunki, Keski-Suomen Sairaanhoidopiiri ja Pihlajalinna omistavat yhdessä Jokilaakson Terveys Oy:n, joka tarjoaa Jokilaakson sairaalassa Jämsän kaupungin järjestämisvastuulla olevia erikoissairaanhoidon palveluja (mukaan lukien leikkaustoimintaa, joka edellyttää leikkaussaliolosuhteita ja anestesiaa). Jokilaakson sairaalassa tuotetaan myös samoja palveluja kuin hallituksen esityksessä mainitussa Coxa Oy:ssä, joka tarjoaa myös yksityisellä rahoituksella rahoitettavia palveluja. Pihlajalinna katsoo, että kilpailuneutraaliteetin kannalta on ongelmallista luoda julkisen toimijan omistamalle yhtiölle suojattu asema erikoissairaanhoidon markkinoilla.

Pihlajalinnan käsityksen mukaan lainkohtaa ja hallituksen esitystä tulisi selventää ja siten taata, ettei lainsäädännöllä rajoitettaisi yksityisen sektorin mahdollisuutta jatkaa tasavertaisesti ja kilpailuneutraalisti erikoissairaanhoidon palveluiden tuottamista, mukaan lukien kirurgiset, anestesiaa edellyttävät palvelut, vaikka maksu tapahtuisi maakunnan myöntämän asiakassetelin perusteella. Samalla tulisi selventää se, että ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystysvaatimus koskee yliopisto- ja keskussairaaloita. Asiakassetelin käyttöalan riittävä laajuus takaisi asiakkaalle hänen niin halutessaan mahdollisimman ehyen hoitoketjun. Tällaisessa tapauksessa asiakas voisi saada samasta paikasta, perusterveydenhoidon, erikoissairaanhoidon vastaanottopalvelut, leikkauksen sekä siihen liittyvän kuntoutuksen.

Lainsäädännöllä ei myöskään tule rajoittaa yksityisesti rahoitettujen terveydenhuollon palveluiden tuottamista nykyisestä, ml. kirurgiset, anestesiaa edellyttävät palvelut.

Pihlajalinna katsoo lisäksi, että keskitettäviä leikkauksia tulisi vielä arvioida tarkemmin. Esimerkiksi lonkan ja polven tekonivelleikkausten osalta on Ruotsissa tehdyn tutkimuksen mukaan mahdollista saavuttaa kustannussäästöjä ja parantaa palvelun laatua myös silloin kun leikkauksia ei keskitetä vaan leikkaustoimintaa jatketaan kilpailuilla markkinoilla sekä julkisten että yksityisten toimesta. Kustannussäästöjen ja laadun paranemisen edellytyksenä on, että leikkauksille määritetään kiinteä hinta, leikkauksia tekevät sairaalat antavat palveluilleen laatutakuun ja leikkausten tulokset julkistetaan. Pihlajalinna toimittaa hallintovaliokunnalle Pohjoismaisen tekonivelrekisteristä julkaistun tutkimuksen, jonka perusteella Pohjoismaista parhaat lonkan tekonivelleikkausten tulokset on julkaistu Ruotsissa. Ruotsissa lonkan ja polven tekonivelleikkauksia tekeviä yksiköitä on enemmän kuin Suomessa ja yksiköiden koko on pienempi. Pohjoismaisen vertailututkimuksen perusteella hoitotuloksia voidaan parhaiten parantaa yhtenäisillä hoitokäytännöillä, hallitulla uusien implanttien käyttöönotolla ja kilpailun varmistamisella. Lonkan ja polven tekonivelleikkausten keskittämisesityksessä ei ole mitään tekijöitä, jotka pakottaisivat tai edes kannustaisivat yksiköitä tuottamaan parempaa laatua kustannustehokkaasti ja parantamaan hoitoon pääsyä. Uudistuksen myötä on päinvastoin mahdollista että hoitoon pääsy heikkenee kustannusten ja laadun säilyessä muuttumattomana. Pihlajalinna ehdottaa, että lonkan ja polven tekonivelleikkaukset tuotteistaan Tukholman maakäräjämallin mukaisesti siten että leikkauksia tekevät sekä julkiset että yksityiset toimijat. Leikkauksen hinta määritetään nykyistä keskihintaa alhaisemmaksi. Järjestely tulee Pihlajalinnan näkemyksen mukaan johtamaan kustannusten alentumiseen, hoitoon pääsyn paranemiseen ja laadun kohenemiseen.

Julkisen toimijan ja yksityisen toimijan kohtelu tulee olla tasapuolista

Nykytila

Toimilupa (henkilöstömitoitus ja palvelukiinteistöihin liittyvät vaatimukset)

Tällä hetkellä sama laki säätelee esimerkiksi vanhusten palveluasumispalveluissa yksityistä ja julkista palveluntuottajaa. Tästä huolimatta yksityinen toimija tarvitsee valvovan viranomaisen (joko aluehallintoviranomainen tai Valvira) myöntämän toimiluvan toimintaansa varten, mutta julkinen palveluntuottaja ei tarvitse lupaa palveluiden tuottamiseen. Tämä aiheuttaa kilpailuvääristymää yksityisen ja julkisen palveluntuottajan välillä julkisen eduksi. Esimerkiksi henkilöstömitoitus ja kiinteistö, jossa palvelut tuotetaan, aiheuttavat merkittävimmät palvelutuotantoon kohdistuvat kustannukset. Yksityiseltä edellytetään korkeampaa henkilöstömitoitusta kuin julkiselta toimijalta. Julkista toimijaa valvotaan ns. jälkikäteisvalvontana kun taas yksityistä valvotaan ns. ennakkovalvontana. Yksityinen ei voi aloittaa toimintaa ennen kuin se on saanut toimiluvan. Julkinen voi puolestaan aloittaa toimintansa lain rajoittamatta, sillä se ei tarvitse vastaavaa toimilupaa kuin yksityinen.

Eriyinen huomio tulee kohdistaa henkilöstömitoituksien lisäksi myös kiinteistöihin. Pihlajalinna näkee yhteiskunnallisena haasteena kuntien vanhemmat sote-kiinteistöt (lähinnä ympärivuorokautiset asumisyksiköt). Enemmistö niistä ei täytä tällä hetkellä voimassa olevan lainsäädännön vaatimuksia. Koska kunta ei tarvitse toimilupaa palvelutuotantoonsa, voi kunta/kuntayhtymä tuottaa vanhuksille, kehitysvammaisille ja muille erityisryhmille palveluita kiinteistöissä, joihin yksityinen palveluntuottaja ei voisi saada toimilupaa. Esimerkiksi Juupajoen kunnan vanhainkoti, johon Länsi-Suomen aluehallintovirasto ei myöntänyt toimilupaa yksityiselle palveluntuottajalle, mutta sen sijaan määräsi kunnallisen yksikön aloittamaan täysin vastaavan

palvelutuotannon kyseisessä vanhainkodissa. Myöskään julkisesti omistetulla osakeyhtiöllä/liikelaitoksella ei voi olla parempaa asemaa palveluntuottajana suhteessa yksityiseen.

Sama koskee esimerkiksi terveyskeskuksen vuodeosastotoimintaa: henkilöstömitoitus- ja tila- sekä toimilupavaatimukset tulee olla yhteneväiset sekä julkiselle että yksityiselle palveluntuottajalle.

Sairaanhoitajien lääkkeen määräämisoikeus

Sairaanhoitajalla, jolla on riittävä käytännön työkokemus ja joka on suorittanut säädetyn lisäkoulutuksen, on rajattu oikeus määrätä lääkkeitä terveyskeskuksessa hoitamalleen potilaalle, kun kyseessä on esim. ennalta ehkäisevä hoito tai lääkityksen jatkaminen perustuu lääkärin tekemään taudinmäärityksen. Tämä oikeus koskee tällä hetkellä ainoastaan sellaisia koulutuksen saaneita sairaanhoitajia, jotka ovat joko kunnan tai kuntayhtymän (shp) palveluksessa. Yksityisen palveluksessa olevalla hoitajalla ei ole edellä kuvattua lääkkeen määräämisoikeutta.

Jotta sairaanhoitajien osaaminen ja koulutus voitaisiin hyödyntää potilaiden edun mukaisesti myös tulevaisuudessa, yllä mainitun rajatun lääkkeenmääräisoikeuden on oltava työnantajariippumaton.

Lakiuudistuksesta

Lakiesityksessä laiksi sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisesta yhtenä tavoitteena on, että ehdotetun lain myötä sekä yksityiset, että julkiset sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajat ja palvelut rekisteröidään samaan palveluntuottajia koskevaan rekisteriin. Lisäksi lain 6 § perusteluissa todetaan lain tarkoituksena olevan, että yksityisten ja julkisten palveluntarjoajien toimitilojen ja välineiden arvioinnissa käytettäisiin vastaavia kriteerejä. Näin varmistettaisiin osaltaan palvelun tuottajien tasapuolinen markkinoille pääsy ja kilpailuneutraliteetti.

Lain 7 § käsittelee vaatimuksia henkilöstön osalta. Perustelujen mukaan henkilöstöön liittyvät vaatimukset olisivat pääosin samoja kuin voimassa olevassa laissa yksityisestä terveydenhuollosta ja laissa yksityisistä sosiaalipalveluista.

Lain 40 §:ssä määrätään aikaisemman luvan ja tehdyn ilmoituksen rekisteröinnistä. Pykälän 1 momentissa säädetään, että lain voimaan tullessa voimassa olleiden säännösten perusteella myönnetty lupa tai rekisteröity ilmoitus yksityisestä sosiaalipalvelusta tai yksityisestä terveydenhuollosta on voimassa lain voimaantultua. Pykälän 2 momentissa säädetään, että rekisteri- ja valvontaviranomaisen tulee kuitenkin viran puolesta ja maksutta muuttaa toimialueellaan ennen lain voimaantuloa palvelun tuottajalle myönnettyt luvat ja tehdyt rekisteröinnit tämän lain mukaisiksi palvelun tuottajan ja palveluyksikköjen rekisteröinneiksi kahden vuoden kuluessa lain voimaantulosta.

Lakiehdotuksen lain 41 §:ssä ehdotetaan säädettäväksi seuraavaa. Jos terveydenhuoltolain (1326/2010) 1 §:n 1 momentissa tai sosiaalihuoltolain 2 §:n 2 momentissa tarkoitetun palvelun tuottaja tekee ilmoituksen tämän lain 17 §:ssä tarkoitettua rekisteröintiä varten ennen tämän lain voimaantuloa, palveluntuottaja saa lain voimaantulon jälkeen jatkaa toimintaansa noudattaen tämän lain säännöksiä, kunnes rekisteröintiä koskeva päätös on tehty. Rekisteröintipäätös on tehtävä kahden vuoden kuluessa lain voimaantulosta.

Käytännössä julkinen toimija saa jatkaa kaksi vuotta tekemällä ilmoituksen, vaikka sitä ei lopulta rekisteröitäisikään. Uusien toimipisteiden kiinteistöjen osalta julkinen ja yksityinen palveluntuottaja näyttäisivät olevan lähtökohtaisesti samalla viivalla.

Uuden lakiehdotuksen mukaiseen rekisteröintiin siirtyminen todennäköisesti lisää tarvittavaa dokumentaatiota eikä edelleenkään takaisi tasapuolista kohtelua, koska vaatimukset ovat yhtä epämääräisiä kuin nyt voimassa olevissa yksityistä terveydenhuoltoa ja yksityistä sosiaalipalvelua koskevissa laeissa. Tämän vuoksi Pihlajalinnan käsityksen mukaan edellä nykytilaa kuvaavassa kappaleessa esitetyt epäkohdat eivät poistuisi. Epämääräisyys mahdollistaa erilaisia tulkintoja eri viranomaisen toimesta. Lainsäädännössä ei Pihlajalinnan näkemyksen mukaan esimerkiksi oteta

riittävän selkeää kantaa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä työskentelevien ammattihenkilöstön määrää ja laatua koskien. Tämä epämääräisyys mitä ilmeisimmin johtaisi alueellisiin ja palvelutuottajien välisiin eroihin maakunnan valvontapäätöksissä ja ohjauksissa. Toimintayksiköiden valvontavalta säilyy uudessa lainsäädännössä edelleen aluehallintovirastolla ja Valviralla. Samoin maakunta valvoo alueellaan toimivia palvelun tuottajia. Tärkeää olisi, että toiminnalle asetettavat vaatimukset ja määräykset olisivat valtakunnallisesti yhteneväiset riippumatta siitä, onko palveluntuottajana liikelaitos tai yhtiö ja riippumatta yhtiön/liikelaitoksen omistuspohjasta.

Mikäli lakiuudistuksen yhteydessä yksityiselle palvelutuotannon nyt asetettuja vaatimuksia ei vähennetä (mm. henkilöstömitoitus) ja julkinen palvelutuotanto tuodaan samalle vaatimustasolle kuin yksityinen, Pihlajalinna arvio tästä tulevan merkittävät lisäkustannukset yhteiskunnalle. On kuitenkin täysin selvää sekä yksityiselle että julkiselle palvelutuotannolle on asetettava valtakunnalliset yhteneväiset vaatimukset, joiden avulla voidaan varmistaa palveluiden laatu ja kustannustehokkuus.

Korvausten kattavuus

Kapitaatiokorvauksen, erikoissairaanhoidon koskevan asiakassetelin tai muun vastaavan korvauksen sekä henkilökohtaisen budjetin mukaisen palveluntuottajalle maksettavan korvauksen tulee kattaa kaikki palvelutuotannosta aiheutuvat kustannukset, myös kiinteistöihin liittyvät kustannukset. Maakunnan omistamien markkinoilla toimivien sote-yhtiöiden tai muiden toimijoiden toimintaa ei saa subventoida esim. alhaisilla vuokrilla. Tällainen tuki voisi olla ns. kiellettyä valtiontukea.

Kunnan järjestämän perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, sosiaalitoimen ja pelastustoimen käytössä olevan irtaimen omaisuuden siirtyminen maakunnalle

Ehdotetun lain mukaan maakunnalle siirtyy 1 päivänä tammikuuta 2019 sen järjestämisvastuulle kuuluvaan toimintaan liittyvä irtaimisto, irtaimen omaisuuden omistusta, hallintaa ja käyttöä koskevat oikeudet sekä immateriaaliset oikeudet ja luvat osakeyhtiöiden osakkeita lukuun ottamatta.

Edellä 1 momentissa säädetystä poiketen maakunnalle siirtyvät kunnan omistamat, sellaisen osakeyhtiön osakkeet

- 1) jonka tosiasiallinen päätoimiala on sosiaali- ja terveystalouden palvelujen tuottaminen;
- 2) joka on kirjanpitolain (1336/1997) 1 luvun 6 - 8 §:n tarkoittamalla tavalla kunnan tytäryhteisö, omistusyhteisyritys tai osakkuusyritys ja
- 3) jonka kanssa kunnalla on 1 päivänä tammikuuta 2019 voimassa oleva sopimus

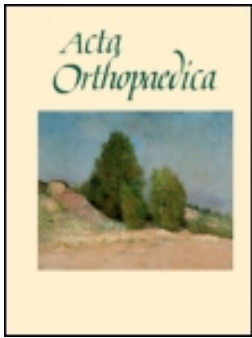
sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tuottamisesta.

Pihlajalinna katsoo, että olisi perustuslain vastaista, jos kunnalla olisi velvollisuus luovuttaa omistamansa yksityisen toimijan kanssa perustetun yhteisyrityksen osakkeet maakunnalle käypää hintaa alhaisemmalla hinnalla. Pihlajalinna katsoo, että kunnalle maksettavan kauppahinnan tulee vastata osakkeiden käypää arvoa ja arvonnäilytyksessä tulee tarvittaessa käyttää ulkopuolista asiantuntijaa.

Tampereella toukokuun 22 päivänä 2017

Pihlajalinna Oyj

Mikko Wirén
Hallituksen puheenjohtaja



Countrywise results of total hip replacement

Keijo T Mäkelä, Markus Matilainen, Pekka Pulkkinen, Anne M Fenstad, Leif I Havelin, Lars Engesaeter, Ove Furnes, Søren Overgaard, Alma B Pedersen, Johan Kärrholm, Henrik Malchau, Göran Garellick, Jonas Ranstam & Antti Eskelinen

To cite this article: Keijo T Mäkelä, Markus Matilainen, Pekka Pulkkinen, Anne M Fenstad, Leif I Havelin, Lars Engesaeter, Ove Furnes, Søren Overgaard, Alma B Pedersen, Johan Kärrholm, Henrik Malchau, Göran Garellick, Jonas Ranstam & Antti Eskelinen (2014) Countrywise results of total hip replacement, *Acta Orthopaedica*, 85:2, 107-116, DOI: [10.3109/17453674.2014.893498](https://doi.org/10.3109/17453674.2014.893498)

To link to this article: <http://dx.doi.org/10.3109/17453674.2014.893498>



Copyright: © Nordic Orthopaedic Federation



[View supplementary material](#)



Published online: 20 Mar 2014.



[Submit your article to this journal](#)



Article views: 832



[View related articles](#)



[View Crossmark data](#)



Citing articles: 4 [View citing articles](#)

Countrywise results of total hip replacement

An analysis of 438,733 hips based on the Nordic Arthroplasty Register Association database

Keijo T Mäkelä¹, Markus Matilainen², Pekka Pulkkinen³, Anne M Fenstad⁴, Leif I Havelin^{4,5}, Lars Engesaeter^{4,5}, Ove Furnes^{4,5}, Søren Overgaard^{6,8}, Alma B Pedersen^{6,7}, Johan Kärrholm⁹, Henrik Malchau⁹, Göran Garellick⁹, Jonas Ranstam¹⁰, and Antti Eskelinen¹¹

¹Department of Orthopaedics and Traumatology, Turku University Hospital; ²Department of Biostatistics, Turku University, Turku; ³Hjelt Institute, Helsinki University, Helsinki, Finland; ⁴The Norwegian Arthroplasty Register, Department of Orthopaedic Surgery, Haukeland University Hospital; ⁵Department of Clinical Medicine, University of Bergen, Bergen, Norway; ⁶The Danish Hip Arthroplasty Register, Center for Clinical Databases, Department of Clinical Epidemiology; ⁷Competence Center for Clinical Epidemiology and Biostatistics, North, Department of Clinical Epidemiology, Aarhus University Hospital, Aarhus; ⁸Department of Orthopaedic Surgery and Traumatology and Clinical Institute, Odense University Hospital, Odense, Denmark; ⁹The Swedish Hip Arthroplasty Register, Department of Orthopaedics, Institute of Surgical Sciences, Sahlgrenska University Hospital, University of Gothenburg, Mölndal, Sweden and Orthopaedic Department, Massachusetts General Hospital/Harvard Medical School, Boston, MA, USA; ¹⁰Swedish National Competence Center Musculoskeletal Disorders, Skåne University Hospital, Lund, Sweden; ¹¹The Coxa Hospital for Joint Replacement, Tampere, Finland.

Correspondence: keijo.makela@finnet.fi
Submitted 13-09-10. Accepted 14-01-03

Background and purpose An earlier Nordic Arthroplasty Register Association (NARA) report on 280,201 total hip replacements (THRs) based on data from 1995–2006, from Sweden, Norway, and Denmark, was published in 2009. The present study assessed THR survival according to country, based on the NARA database with the Finnish data included.

Material and methods 438,733 THRs performed during the period 1995–2011 in Sweden, Denmark, Norway, and Finland were included. Kaplan-Meier survival analysis was used to calculate survival probabilities with 95% confidence interval (CI). Cox multiple regression, with adjustment for age, sex, and diagnosis, was used to analyze implant survival with revision for any reason as endpoint.

Results The 15-year survival, with any revision as an endpoint, for all THRs was 86% (CI: 85.7–86.9) in Denmark, 88% (CI: 87.6–88.3) in Sweden, 87% (CI: 86.4–87.4) in Norway, and 84% (CI: 82.9–84.1) in Finland. Revision risk for all THRs was less in Sweden than in the 3 other countries during the first 5 years. However, revision risk for uncemented THR was less in Denmark than in Sweden during the sixth (HR = 0.53, CI: 0.34–0.82), seventh (HR = 0.60, CI: 0.37–0.97), and ninth (HR = 0.59, CI: 0.36–0.98) year of follow-up.

Interpretation The differences in THR survival rates were considerable, with inferior results in Finland. Brand-level comparison of THRs in Nordic countries will be required.

There is a long tradition of arthroplasty registries in the Nordic countries. The Swedish Hip Arthroplasty Register was established in 1979 (Malchau et al. 2002), the Finnish Arthroplasty Register in 1980 (Paavolainen et al. 1991, Puolakka et al. 2001), the Norwegian Arthroplasty Register in 1987 (Havelin et al. 2000), and the Danish Hip Arthroplasty Register in 1995 (Lucht 2000). The Nordic Arthroplasty Register Association (NARA) was established in 2007 by Sweden, Norway, and Denmark to improve the quality of total hip and knee arthroplasty through registry-based research collaboration. Finland became a full member of NARA in 2010.

A multinational implant registry is needed in order to detect inferior implants as early as possible. To date, the NARA database is the most developed multinational database worldwide. However, NARA results are not available on the internet or in yearbooks; the information is shared using scientific papers. Monitoring and comparison of country-specific results is a step forward in the development of NARA activity. An earlier NARA report on 280,201 THRs, based on data from the period 1995–2006 from Sweden, Norway, and Denmark, was published in 2009 (Havelin et al. 2009). In the present paper, we have updated the survival results for THR in the Nordic countries with the Finnish data included and we consider and discuss the differences found.

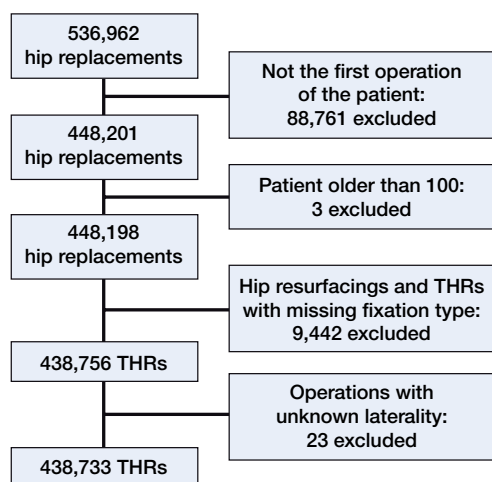


Figure 1. Flow chart of exclusion of hip replacements according to the study criteria.

Material and methods

Sources of data

The registries of Sweden, Denmark, Norway, and Finland participated. From 1995, all 4 registries have used individual-based registration of operations and patients. The data therefore include THRs performed during the period 1995–2011. A minimal NARA dataset was created to contain data that all registries could deliver (Havelin et al. 2009). The degree of coverage and completeness of the Nordic registries is high (Arthursson et al. 2005, Espehaug et al. 2006, DHAR 2011, SHAR 2011, Peltola 2013).

Selection and transformation of the respective datasets and de-identification of the patients, including deletion of the national civil registration numbers, was performed within each national registry. Anonymous data were then merged into a common database.

Ethical approval of the study was obtained through each national registry.

Inclusion and exclusion criteria

Until 2011, 536,962 primary hip replacements had been included in the NARA database. A flow chart of the exclusion of hip replacements according to our study criteria is presented in Figure 1. If a patient had replacement of both hips in the database, only the first one was included due to potential bias from bilaterality (Ranstam et al. 2011). We also wanted to make sure that the potential errors in recording of laterality did not bias the analyses. 88,723 hips were excluded due to the bilaterality criteria. 38 revision operations were excluded. The 3 patients over 100 years old were excluded from the study due to suspected coding errors. 2,312 hip replacements were excluded because information on the type of fixation was not available. 7,130 hip resurfacings were excluded from the analyses. In addition, 3 patients were excluded due to having

“bilateral” as an operative side. 20 hips were excluded because the laterality of the first operation was not mentioned.

Altogether, 438,733 hip replacements were included: 278,315 cemented, 101,940 uncemented, 36,322 hybrid (uncemented cup, cemented stem), and 22,156 reverse hybrid (cemented cup, uncemented stem).

Statistics

We used Kaplan-Meier analysis to study prosthetic survival at 10 and 15 years until there were at least 100 THRs left at risk. Patients were censored at death or December 31, 2011, whichever came first. Outcome was any revision, defined as removal or exchange of at least 1 of the components. Liner exchanges were recorded under the same label as cup revisions in the NARA hip database. We used a Cox multiple regression model to assess survival and hazard ratio (HR) with any revision as endpoint, with confidence interval CI, and with adjustment for age, sex, and diagnosis. The stratification was made with the age groups and diagnoses given in Table 1. Adjustments were made by stratifying with age groups, diagnosis, and sex for data given in Tables 4 and 5. Adjustments were made by stratifying with diagnosis for data given in Tables 6 and 7 (subgroup analyses). Sweden was chosen as the reference country, because the Swedish Hip Arthroplasty Register had the highest number of THRs recorded.

Because the factor country analysis did not fulfill the proportional hazards assumption, the follow-up period was split into 1-year time periods in the analysis of all THRs, cemented THR, and uncemented THR. Also, the first year was divided into 2 periods to assess early postoperative revisions.

The follow-up period for hybrid and reverse hybrid THRs was split into 3-year time periods because of the relatively low number of cases. The first year was divided into 2 periods, < 6 months and 6–24 months, followed by the third period from 2 to 5 years and so on.

We performed survival analyses separately for subgroups of female and male patients aged < 60 years and ≥ 60 years with cemented or uncemented THRs. Because countrywise subgroup analyses did not fulfill the proportional hazards assumption either, the follow-up period for subgroup analysis was split into periods in the same way as for hybrids and reverse hybrids, as described above.

We adjusted for diagnosis in subgroup analyses for female and male patients aged < 60 years and ≥ 60 years. The Wald test was used to calculate the p-values for data obtained from the Cox multiple regression analyses. Differences between groups were considered to be statistically significant if the p-values were < 0.05 in a 2-tailed test.

We performed time-trend analyses to assess changes in the revision rate over a 17-year period (1995 through 2011). The patients were divided into 3 groups according to the year of primary surgery: 1995–1999, 2000–2005, and 2006–2011. The first period, from 1995 through 1999, was used as the reference period. Kaplan-Meier survival analysis with 95%

Table 1. Demographic data, and data concerning fixation technique, surgical approach, cause of revision, and procedure performed at revision for each country

	Denmark	Sweden	Norway	Finland
No. of THRs	92,078	180,839	86,076	79,740
Follow-up time (years), mean (range)	5.9 (0–17)	6.7 (0–17)	6.4 (0–17)	6.6 (0–17)
Male sex, %	41.9	40.0	31.8	41.1
Age groups, %				
< 55	10.8	9.0	10.7	11.9
55–64	22.7	21.8	20.6	24.1
65–74	34.8	34.4	34.3	37.8
≥ 75	31.6	34.8	34.5	26.3
Diagnosis, %				
Primary osteoarthritis	76.4	78.7	73.0	82.4
Hip fracture	13.9	12.3	11.7	3.7
Nontraumatic femoral head necrosis	2.6	3.1	1.6	1.1
Inflammatory arthritis	1.6	2.3	2.4	4.6
Pediatric hip disease	3.1	1.8	9.0	1.2
Other	2.3	1.9	2.3	7.0
Fixation, %				
Cemented	36.9	84.1	70.8	39.3
Uncemented	40.3	7.5	15.3	47.8
Hybrid	21.9	3.1	3.3	9.6
Reverse hybrid	0.9	5.3	10.6	3.4
Approach, %				
Posterior	92.2	57.2	24.6	NA
Cause of revision, %				
Aseptic loosening	36.2	53.3	48.8	48.5
Deep infection	15.4	14.1	15.6	6.7
Periprosthetic femoral fracture	8.2	8.2	4.0	7.7
Dislocation	28.5	19.6	20.1	19.3
Pain only	3.6	0.6	3.0	NA
Other	8.1	4.3	8.7	17.8
Procedure at revision, %				
Total revision	16.7	31.5	20.6	NA
Only stem revised	22.3	22.5	23.9	NA
Only cup or liner revised	44.2	32.1	37.0	NA
Extraction of the prosthesis	8.4	5.8	7.8	NA
Other	8.5	8.2	10.7	NA

NA: not available.

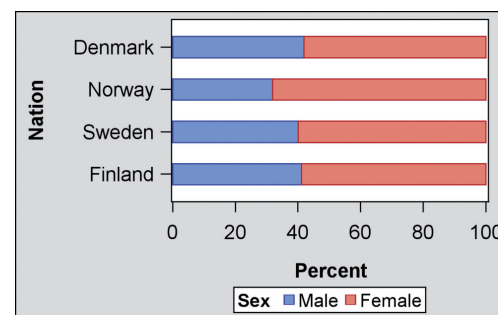


Figure 2. Sex distribution in total hip replacement in 4 Nordic countries.

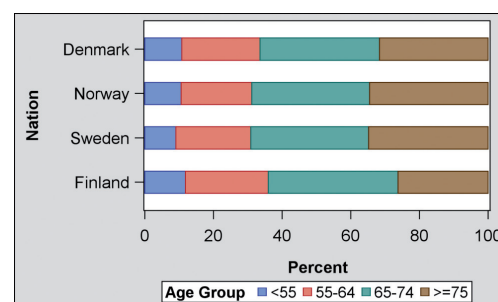


Figure 3. Distribution of age groups in total hip replacement in 4 Nordic countries.

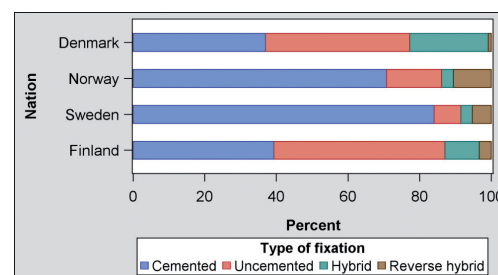


Figure 4. Distribution of type of fixation in total hip replacement in 4 Nordic countries.

CIs was used to compare cumulative implant survival between subgroups of patients (i.e. patients operated during the 3 time periods).

Results

438,733 THRs fulfilled the inclusion criteria for the study (180,839 in Sweden, 92,078 in Denmark, 86,076 in Norway, and 79,740 in Finland). Data concerning demographics, fixation technique, surgical approach, cause of revision, and procedure performed at revision are presented for each country in Table 1 and in Figures 2, 3, and 4. The proportion of male patients was 42% in Denmark, 40% in Sweden, 32% in Norway, and 41% in Finland. The proportion of patients aged 75 years and over was 32% in Denmark, 35% in Sweden, 35% in Norway, and 26% in Finland. Hip fracture as an indication for THR was more common in Denmark (14%), in Sweden

(12%), and in Norway (12%) than in Finland (3.7%). Uncemented fixation was common in Denmark (40%) and in Finland (48%), but rare in Sweden (7.5%) and in Norway (15%). Aseptic loosening was the most common cause of revision in all countries. Cup/liner revision was the most common procedure performed at revision in Denmark (44%), Sweden (32%), and Norway (37%). For Finland, the corresponding data were not available.

Kaplan-Meier 10- and 15-year survival data are presented by country for all THRs, cemented THR, uncemented THR, hybrid THR, and reverse hybrid THR in Table 2 and Figures 5–9. The 15-year survival for all THRs was 86.3% (CI: 85.7–86.9) in Denmark, 88.0% (CI: 87.6–88.3) in Sweden, 86.9% in Norway (CI: 86.4–87.4), and 83.5% (CI: 82.9–84.1) in Finland.

Kaplan-Meier 10- and 15-year survival data for subgroup analyses performed separately for female and male patients aged < 60 years and ≥ 60 years are presented for cemented

Table 2. Kaplan-Meier 10- and 15-year survival data with 95% CI for all THRs, cemented THR, uncemented THR, hybrid THR, and reverse hybrid THR by country. The 7.3-year survival of reverse hybrid THR in Denmark was 92.8% (95% CI: 90.3–94.7)

THR Country	No. of THRs	No. of revisions	10-year survival (%)	95% CI	15-year survival (%)	95% CI
All						
Denmark	92,078	5,167	92.1	91.8–92.3	86.3	85.7–86.9
Sweden	180,839	7,471	94.2	94.0–94.3	88.0	87.6–88.3
Norway	86,076	4,656	92.8	92.6–93.1	86.9	86.4–87.4
Finland	79,740	5,556	90.9	90.6–91.1	83.5	82.9–84.1
Cemented						
Denmark	34,003	1,896	93.1	92.7–93.4	87.9	87.2–88.6
Sweden	152,024	5,970	94.6	94.4–94.8	89.0	88.6–89.4
Norway	60,957	3,171	93.4	93.1–93.6	88.8	88.2–89.3
Finland	31,331	2,002	92.0	91.6–92.4	86.6	85.7–87.4
Uncemented						
Denmark	37,098	1,734	92.4	91.9–92.9	86.0	84.5–87.3
Sweden	13,552	582	91.7	90.8–92.6	82.7	80.5–84.7
Norway	13,208	946	91.0	90.3–91.7	80.6	79.0–82.1
Finland	38,082	2,742	90.0	89.5–90.4	80.8	79.9–81.8
Hybrid						
Denmark	20,170	1,485	90.5	90.0–91.0	83.8	82.5–85.0
Sweden	5,684	613	90.2	89.3–91.0	80.0	78.2–81.7
Norway	2,827	274	90.6	89.2–91.8	82.2	79.6–84.4
Finland	7,641	598	91.0	90.2–91.8	84.5	82.8–85.9
Reverse hybrid						
Denmark	807	52	NA	NA	NA	NA
Sweden	9,579	306	91.8	90.0–93.3	NA	NA
Norway	9,084	265	92.9	91.2–94.2	NA	NA
Finland	2,686	214	87.4	85.4–89.2	NA	NA

NA: not available.

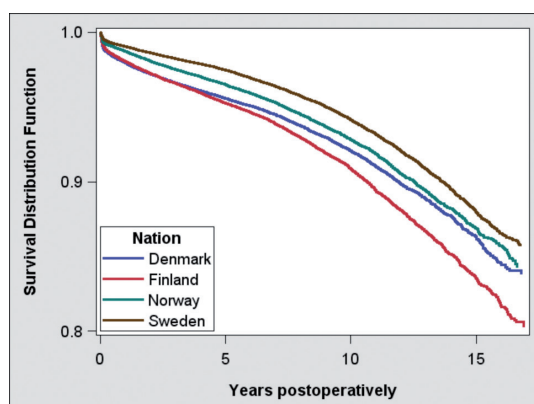


Figure 5. Kaplan-Meier survival for all total hip replacements in the NARA database (by country), with any reason for revision as endpoint.

and uncemented THR by country in Table 3. The 15-year survival for uncemented THR in female patients aged < 60 years was 82.3% (CI: 79.4–84.7) in Denmark, 81.3% (CI: 77.8–84.3) in Sweden, 79.3% (CI: 76.8–81.5) in Norway, and 75.5% (CI: 73.4–77.5) in Finland. The 15-year survival for uncemented THR in male patients aged < 60 years was 87.2% (CI: 84.8–89.2) in Denmark, 82.1% (CI: 78.5–85.2) in

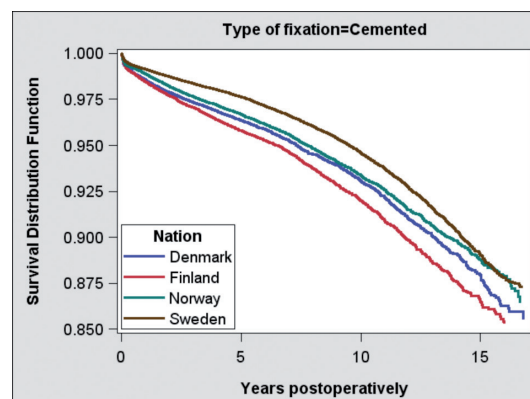


Figure 6. Kaplan-Meier survival for cemented total hip replacement in the NARA database (by country), with any reason for revision as endpoint.

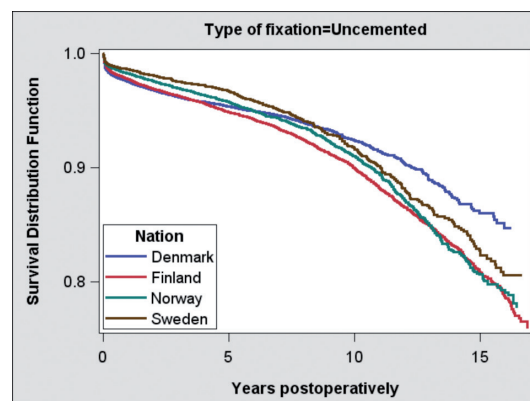


Figure 7. Kaplan-Meier survival for uncemented total hip replacement in the NARA database (by country), with any reason for revision as endpoint.

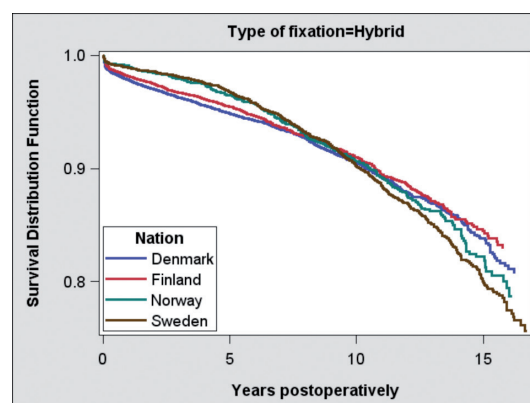


Figure 8. Kaplan-Meier survival for hybrid total hip replacement (cemented cup, cementless stem) in the NARA database, by country, with any reason for revision as endpoint.

Sweden, 78.0% (CI: 75.0–80.7) in Norway, and 80.1% (CI: 78.1–81.9) in Finland.

Revision risk for all THRs was statistically significantly less in Sweden than in all other countries during the first 5 years of

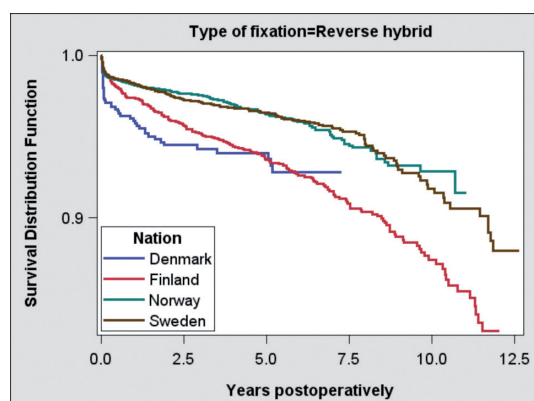


Figure 9. Kaplan-Meier survival for reverse hybrid total hip replacement (uncemented cup, cemented stem) in the NARA database, by country, with any reason for revision as endpoint.

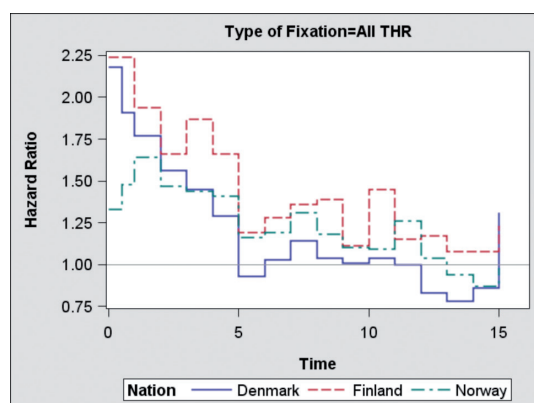


Figure 10. Countrywise hazard ratio (HR) for risk of revision of all THRs compared to the reference country, Sweden (HR = 1). HRs are presented in 1-year time periods, except that the first year has been divided into 2 periods. If there were less than 20 cases in the group, the HRs were not included in the graphs due to the intervals being too wide. The model was stratified by sex, age group, and diagnosis.

follow-up (Table 4 (see supplementary data) and Figure 10).

Revision risk for cemented THR was statistically significantly less in Sweden than in all other countries during the first 8 years of follow-up (Table 4 (see supplementary data) and Figure 11).

Regarding uncemented THR, the risk of revision was statistically significantly less in Denmark than in Sweden during the sixth year (HR = 0.53, CI: 0.34–0.82; $p = 0.005$), the seventh year (HR = 0.60, CI: 0.37–0.97; $p = 0.04$), and the ninth year (HR = 0.59, CI: 0.36–0.98; $p = 0.04$) of follow-up (Table 4 (see supplementary data) and Figure 12).

Revision risk for hybrid THR was less during the first 5 years after THR in Sweden than in Denmark and Finland. Revision risk for reverse hybrid THR was less in Sweden during the time period from 0.5 to 8 years after THR than for the equivalent period in Finland (Table 5, see supplementary data).

Table 3. Kaplan-Meier 10- and 15-year survival data with 95% confidence intervals from subgroup analyses performed separately for female and male patients aged < 60 years and ≥ 60 years and for cemented and uncemented THR, by country. The 9.7-year survival of uncemented THR in Sweden for female patients aged ≥ 60 years was 91.4% (95% CI: 86.5–94.5)

THR Country	No. of THRs	No. of revisions	10-year survival (%)	95% CI	15-year survival (%)	95% CI
<i>Females < 60 years of age</i>						
<i>Cemented THR</i>						
Denmark	1,139	128	89.1	86.7–91.0	81.5	77.8–84.6
Sweden	8,882	691	92.2	91.5–92.9	83.0	81.5–84.4
Norway	3,318	299	89.8	88.4–91.1	79.6	76.6–82.2
Finland	847	99	88.2	85.4–90.6	NA	NA
<i>Uncemented THR</i>						
Denmark	5,970	386	90.8	89.6–91.8	82.3	79.4–84.7
Sweden	4,114	216	91.2	89.6–92.6	81.3	77.8–84.3
Norway	3,842	355	90.6	89.3–91.7	79.3	76.8–81.5
Finland	7,017	722	87.4	86.2–88.4	75.5	73.4–77.5
<i>Males < 60 years of age</i>						
<i>Cemented THR</i>						
Denmark	1,057	163	86.1	83.5–88.2	77.0	73.2–80.4
Sweden	7,088	629	91.2	90.3–92.0	79.9	77.9–81.7
Norway	1,990	189	88.4	86.4–90.1	80.1	76.3–83.4
Finland	662	86	84.9	81.1–88.0	NA	NA
<i>Uncemented THR</i>						
Denmark	6,815	346	93.0	92.1–93.9	87.2	84.8–89.2
Sweden	4,678	221	92.0	90.5–93.3	82.1	78.5–85.2
Norway	2,948	292	89.9	88.4–91.2	78.0	75.0–80.7
Finland	7,083	631	89.3	88.3–90.2	80.1	78.1–81.9
<i>Females ≥ 60 years of age</i>						
<i>Cemented THR</i>						
Denmark	20,462	930	94.4	94.0–94.8	90.7	89.8–91.5
Sweden	85,109	2,416	96.0	95.8–96.2	92.3	91.8–92.8
Norway	39,844	1,612	95.0	94.7–95.2	91.8	91.2–92.3
Finland	19,998	1,166	92.7	92.2–93.2	88.4	87.5–89.2
<i>Uncemented THR</i>						
Denmark	12,903	547	93.2	92.3–94.0	NA	NA
Sweden	2,148	61	NA	NA	NA	NA
Norway	4,111	175	93.3	92.0–94.4	87.2	83.9–90.0
Finland	12,889	747	91.5	90.7–92.2	85.0	83.4–86.5
<i>Males ≥ 60 years of age</i>						
<i>Cemented THR</i>						
Denmark	11,345	675	92.2	91.5–92.8	86.4	84.9–87.7
Sweden	50,945	2,234	93.5	93.2–93.8	87.7	86.9–88.4
Norway	15,805	1,071	90.6	90.0–91.2	84.0	82.5–85.4
Finland	9,824	651	91.5	90.7–92.2	84.5	82.6–86.1
<i>Uncemented THR</i>						
Denmark	11,410	455	93.1	92.1–94.0	NA	NA
Sweden	2,612	84	92.9	90.3–94.9	NA	NA
Norway	2,307	124	92.0	90.0–93.6	NA	NA
Finland	11,093	642	91.4	90.5–92.2	82.4	80.3–84.4

NA: not available.

Revision risk for uncemented THR in male patients aged less than 60 years was less in Denmark during the time period from 5 to 14 years after THR than in Sweden (Table 6, see supplementary data). Revision risk for cemented THR in female patients aged less than 60 years was higher in Finland during the first 5 years and in male patients during the first 2 years after THR than in Sweden (Table 6, see supplementary data). Revision risk for cemented THR in women aged 60 years and over was higher in the 3 other countries than in Sweden during the first 8 years, except during the first half-year period

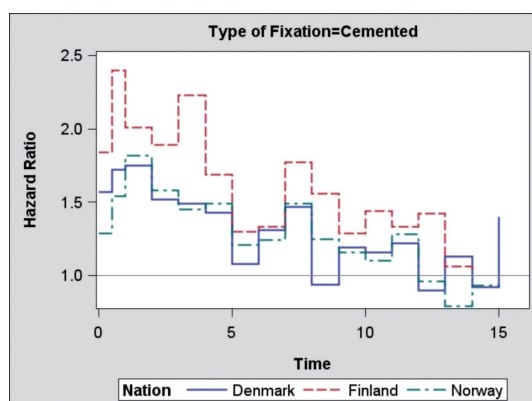


Figure 11. Countrywise hazard ratio (HR) for risk of revision of cemented THA compared to the reference country, Sweden (HR = 1). HRs are presented in 1-year time periods, except that the first year has been divided into 2 periods. If there were less than 20 cases in the group, the HRs were not included in the graphs due to the intervals being too wide. The model was stratified by sex, age group, and diagnosis.

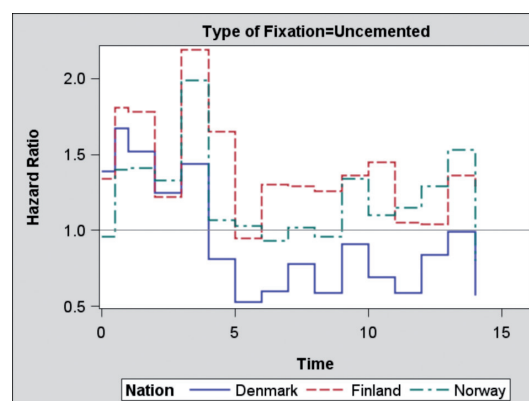


Figure 12. Countrywise hazard ratio (HR) for risk of revision of uncemented THA compared to the reference country, Sweden (HR = 1). HRs are presented in 1-year time periods, except that the first year has been divided into 2 periods. If there were less than 20 cases in the group, the HRs were not included in the graphs due to the intervals being too wide. The model was stratified by sex, age group, and diagnosis.

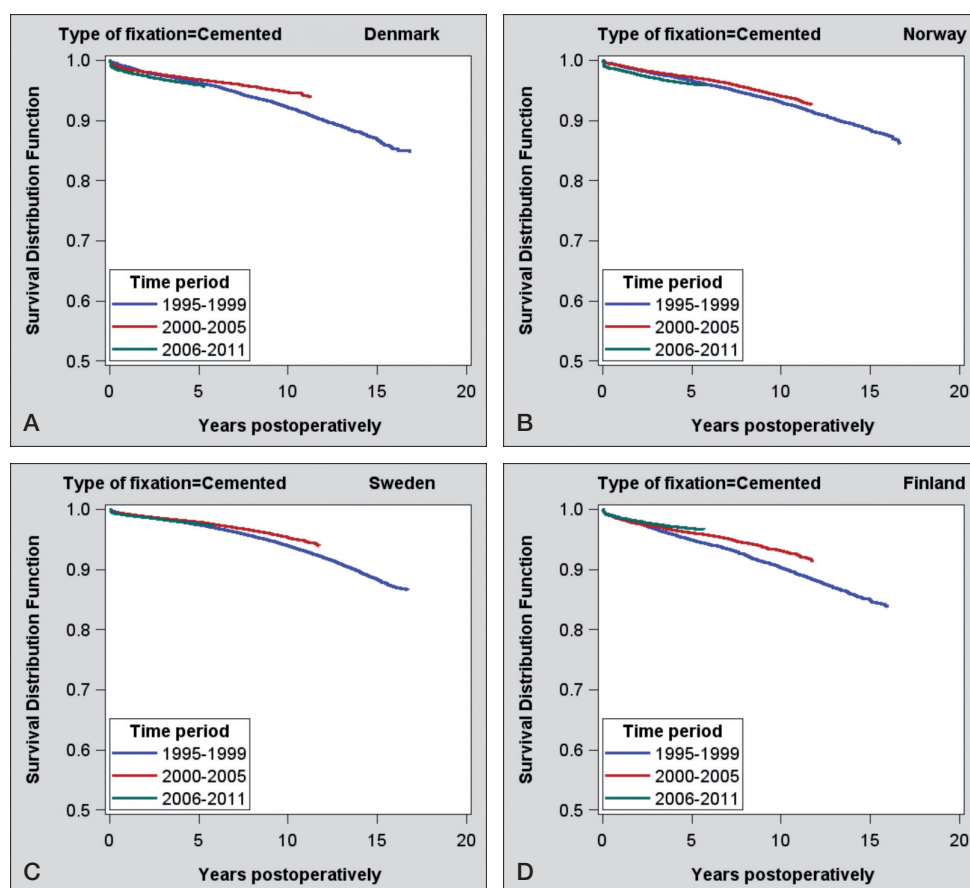


Figure 13. Kaplan-Meier survival analysis of cemented total hip replacement in 3 time periods with revision for any reason as the endpoint. A. Denmark. B. Norway. C. Sweden. D. Finland.

in Norway (Table 7, see supplementary data). Revision risk for cemented THR in men aged 60 years and over was higher

93.6–94.6 vs. 95.2%, CI: 94.7–95.7) and in Norway (95.0%, CI: 94.2–95.7 vs. 96.8%, CI: 96.1–97.4).

in Finland and Norway during the first 8 years than in Sweden (Table 7, see supplementary data).

Results of time-trend analysis of cemented and uncemented THR in Denmark, Norway, Sweden, and Finland for the time periods 1995–1999, 2000–2005, and 2006–2011 are presented in Table 8 (see supplementary data) and in Figures 13 and 14. The 10-year survival of both cemented and uncemented implants was significantly higher in all countries for the time period 2000–2005 than for the time period 1995–1999. The 5-year survival of either cemented or uncemented implants, however, was not higher in any of the countries for the time period 2006–2011 than for the time period 2000–2005. The 5-year survival of uncemented implants was statistically significantly lower for the time period 2006–2011 than for the time period 1995–1999 in Finland (94.1%, CI:

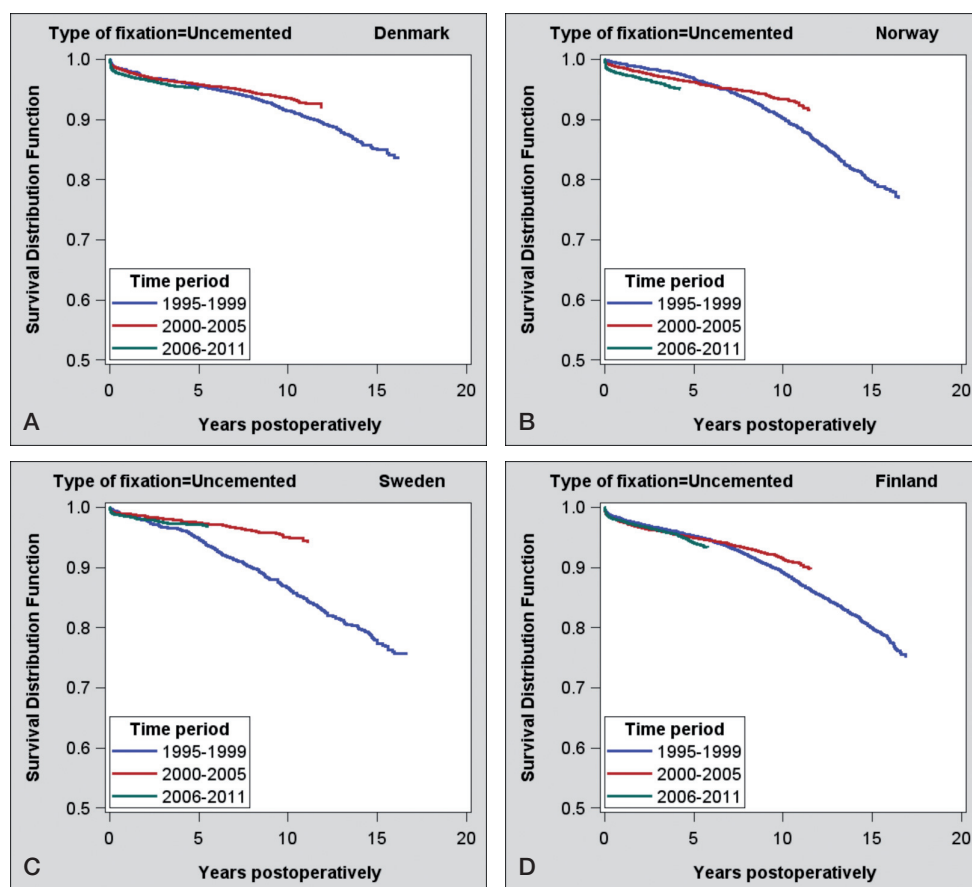


Figure 14. Kaplan-Meier survival analysis of uncemented total hip replacement in 3 time periods with revision for any reason as the endpoint. A. Denmark. B. Norway. C. Sweden. D. Finland.

Discussion

The differences in THR survival rates among Nordic countries were considerable. The inferior survival results in Finland are probably due to a high proportion of uncemented THRs with high amounts of liner wear revisions. Furthermore, increased use of uncemented implants in elderly patients increases the risk of early periprosthetic fractures. Overall revision risk for both cemented and uncemented THR was lower in Sweden than in the other countries. However, revision risk for uncemented THR was less in Denmark than that in Sweden towards the end of the follow-up, especially in male patients below 60 years of age. These differences may reflect different choices of implant in the different countries.

A major strength of our study was the unique collaboration of 4 national registries to create a multinational database with large numbers of patients and a long follow-up time. The main weakness of the present study was that the minimal NARA dataset includes only basic information common to all national registries. Our data did not include complete information on parameters such as bearing surface material, American Society of Anesthesiologists (ASA) grade, and

patient-reported outcome measures (PROMs). Bearing surface data might be an important confounder when studying differences in revision risk between countries. However, we believe that the high number of implants in our study makes the bearing surface bias tolerable. Also, coding of diagnoses and reasons for revision are not the same in the 4 countries. One of the aims of the NARA collaboration is to standardize these issues.

Demographics

The proportion of female patients is higher in Norway than in the other Nordic countries, as described earlier (Lohmander et al. 2006, Havelin et al. 2009). It has been suggested that the high proportion of women is associated with the high incidence of pediatric hip disease in Norway (Havelin et al. 2009). However, the proportion of male patients in Norway has increased by 2 percentage points compared to our previous analysis (Havelin et al. 2009). The proportion of patients aged ≥ 75 years

was lowest in Finland, and the proportions of the 2 youngest age groups were highest. The fact that overall, THRs are performed in younger patients in Finland than in the 3 other countries may in part explain the inferior implant survival in Finland.

There has been a substantial decrease in the incidence of THR in patients with rheumatoid arthritis after 2001, due to more effective pharmacological treatment (Hekmat et al. 2011). The proportion of patients with inflammatory arthritis has decreased in Denmark, Norway, and Sweden compared to our previous study—by about 1 percentage point in each country (Havelin et al. 2009). The proportion of patients with inflammatory arthritis was high in Finland. The incidence of inflammatory arthritis may be higher in Finland than in the other Nordic countries.

The proportion of patients with hip fracture was lowest in Finland. There may be inconsistency between countries in recording of acute hip fractures, late failed osteosyntheses, and posttraumatic osteoarthritis. In Finland, cases of failed osteosyntheses are not recorded separately but as other reasons for secondary osteoarthritis. Furthermore, in Finland acute hip fractures are often treated with hemiarthroplasty, which

may bias the results. Partial hip arthroplasty is not recorded separately in Finland and Denmark, unlike in Norway and in Sweden (Gjertsen et al. 2008, SHAR 2011). Hemiarthroplasty data were not included in our study. The relative number of hip fractures has increased in Denmark compared to our earlier report. Hip fractures are also more common in Denmark than in Norway and Sweden (Havelin et al. 2009). This may be related to the increased amount of femoral neck fractures due to the aging population, or a tendency to treat more acute hemiarthroplasty with THR.

The proportion of patients who were operated for pediatric hip diseases was highest in Norway, which supports our previous findings (Havelin et al. 2009). Childhood hip diseases may be more common in Norway than in other Nordic countries. On the other hand, diagnostics and treatment of childhood diseases may have been different in earlier days compared to Sweden and Denmark (Havelin et al. 2009). The proportion of pediatric hip diseases was lowest in Finland, whereas the proportion of “other reasons for secondary OA” was highest in Finland. In the Finnish data collection form, there is an option called secondary osteoarthritis. Some pediatric hips are probably coded under the heading of secondary osteoarthritis along with dysplastic hips. Thus, we believe that the category “other reasons” in the NARA database most probably includes some Finnish patients with dysplastic hips. There have been no remarkable changes concerning the proportion of pediatric hip disease diagnosis in any of the 3 countries (Havelin et al. 2009).

The proportion of all THR diagnoses that are nontraumatic femoral head necrosis is low, and has remained the same in Denmark, Norway and Sweden (Havelin et al. 2009). The proportion of this diagnosis in Finland is lower than in other countries, which may be due to classification into “other reasons for secondary osteoarthritis”.

Implant fixation

The proportion of uncemented THRs was higher in Denmark and in Finland than in Sweden and Norway. The Swedish and Norwegian registries were established earlier than the Danish registry. The good results of cemented THR and the inferior results of some uncemented THR brands in Swedish and Norwegian registries have encouraged the continued use of cemented THR in these countries (Havelin et al. 2009). During the last 5 years, the proportion of uncemented THRs has also increased in Norway and in Sweden. The proportion of all THRs that are cemented THR has decreased by 9 percentage points in Denmark, 5 percentage points in Sweden, and 8 percentage points in Norway compared to the previous report (Havelin et al. 2009). Hybrids were highly common in Denmark and relatively rare in Norway and in Sweden. However, the proportion of hybrids has decreased by about 4 percentage points in Denmark compared to the previous report (Havelin et al. 2009). Reverse hybrids are more popular in Norway and Sweden than in Denmark and Finland. The pro-

portion of reverse hybrids has increased in Norway compared to the previous NARA report (Havelin et al. 2009), probably due to good results with the concept being reported from the Norwegian national registry (Lindalen et al. 2011).

Approach

The posterior approach is common in Denmark but it is relatively rare in Norway. The relatively high number of revisions due to dislocation in Denmark may be associated with the posterior approach, as suggested earlier (Havelin et al. 2009). The proportion of posterior approach has remained unchanged in Denmark, Norway, and Sweden compared to our previous report (Havelin et al. 2009). In Finland, data on surgical approach have not been available.

Implant survival

The differences in survival rates for cemented THR among the Nordic countries were considerable. Revision risk for cemented THR was lowest in Sweden. The Swedish Hip Arthroplasty Register has provided feedback to the profession for more than 30 years. This appears to have led to the selection of implants with long documentation. Continued training and feedback to surgeons is important, not least for cemented implants. Revision risk for hybrid THR was higher in Denmark and Finland than in Sweden, probably reflecting cementing technique and implant choice considerations. Revision risk for reverse hybrid THR was higher in Finland than in Sweden, perhaps due to different implant selection.

Revision risk for uncemented THR was lower in Sweden than in Finland. This difference was also observed when Denmark was compared to Sweden, but only for the first years after the operation. With increasing follow-up, the survival of uncemented THRs improved in Denmark relative to Sweden and during the sixth, seventh, and ninth year of follow-up it became higher in Denmark. Revision risk was low in Denmark, especially in male patients less than 60 years of age. Implant choices and differences in bearing surface options may explain the relatively high degree of implant survival in Denmark. The use of highly crosslinked polyethylene liners may protect against liner wear and osteolysis. Unfortunately, complete bearing surface data are not available in the NARA dataset. In subgroup analyses of cemented and uncemented THR in female and male patients aged < 60 and ≥ 60 years, the revision risk in Finland was significantly higher than that in Sweden in every category.

In time-trend analyses, the 10-year survival of both cemented and uncemented THRs was higher for the time period 2000–2005 than for the time period 1995–1999 in all countries. We believe that the publication of registry studies pointing out inferior implants and cements has played an important role in this development. The 5-year survival of cemented or uncemented THRs, however, was not higher for the time period 2006–2011 than for the time period 2000–2005 in any of the countries. It is worrisome that although the overall survival of

THRs in Nordic countries is high, the short-term survival of the most recent implants is no better, or it has become even worse than that of implants inserted in 2000–2005. The poor short-term results for the most recent uncemented THRs in Finland and Norway may be due to changes in the implant choices and the use of uncemented implants in older patients. These data were unadjusted, and the increased use of uncemented implants in elderly patients may perhaps explain our findings. However, the overall adjusted revision rate for uncemented THR was also higher in a relatively recent study based on the Norwegian Arthroplasty Register data from the most recent study period (2003–2007) than in 1998–2002 (Fevang et al. 2010). Furthermore, elderly patients with uncemented implants may have more infections (Dale et al. 2012).

Thoretically, the threshold for reporting revisions may vary between countries, which would obviously influence survival results. There may also be differences in revision indications between countries. The operative volume of individual surgeons is not known and may bias the results. Uncemented large-diameter head metal-on-metal THR has been used mainly in Denmark and Finland, not in Norway and rarely in Sweden. The results with most large-diameter head metal-on-metal implants have been poor, due to the relatively high incidence of adverse reactions to metal debris (Olliviere et al. 2009, AOA 2010, Johanson et al. 2010, Langton et al. 2010, NJR 2011). It is possible that the revision rate for cementless THR will increase in the future in Denmark and Finland due to revision of large-diameter head metal-on-metal THRs.

Revisions

The proportion of periprosthetic fractures that led to revision was the same in Denmark, Sweden, and Finland (8%). In Norway, the proportion of revisions performed due to periprosthetic fracture was lower (only 4%). The use of cemented implants in Norway may have prevented early periprosthetic fractures. The proportion of periprosthetic fractures that were a reason for revision has increased in Sweden and Denmark—but not in Norway—compared to the previous report, which may be related to the increased use of uncemented implants.

The proportion of revisions due to infection is similar in Sweden, Norway, and Denmark, whereas in Finland it appears to be less frequent. However, NARA data are biased because they only include revision with change of implant parts, such as liner or head, and debridements without any change of liner or head are not included. It has been stated that the low rate of infected knee replacements in the Finnish Arthroplasty Register is an underestimate (Jämsen et al. 2009).

Aseptic loosening is the most common reason for revision in all 4 countries. The proportion of revisions for aseptic loosening related to the total numbers was found to be at the same level in Sweden, Norway, and Denmark as it was in the previous report (Havelin et al. 2009). The proportion of aseptic loosening is low in Denmark compared to the other countries, including Finland. The proportion of revisions performed for

pain only is as low in Sweden as it was previously compared to Norway and Denmark (Havelin et al. 2009). Revisions performed for pain only are not recorded in the Finnish registry. The proportion of revisions performed for other reasons is high in Finland. The outdated Finnish data collection form may explain this deficiency.

In Denmark and Norway, the surgical procedure performed at the revision was most often replacement of the cup or liner. In addition to loosening, this may be caused by polyethylene wear of uncemented cups—especially in Denmark, with its long-standing tradition of using uncemented THR. In Sweden, total revisions of both stem and cup were as common as cup revisions only. The proportion of cup or liner revisions has increased in Sweden and Norway compared to the previous report, probably due to the increased amounts of cementless implants (Havelin et al. 2009). In Denmark, the proportion of cup and liner revisions has remained the same. The proportion of stem revisions is similar in Denmark, Norway, and Sweden. Most cases recorded as extraction of the prosthesis are probably first-stage revision procedures of 2-stage infection revisions. They might serve as indicators of those deep-infection revisions that are treated in 2 stages as opposed to those treated in 1 stage or with lavage and debridement only. However, this has not been validated. The proportions of all procedures that involved extraction of the prosthesis have decreased in Norway and Sweden by 1 and 3 percentage points, respectively, compared to the previous data (Havelin et al. 2009).

Conclusions

The differences in THR survival rates between the 4 Nordic countries studied were considerable. Overall revision risk for THR was less in Sweden than in the other countries. However, revision risk for uncemented THR was less in Denmark than in Sweden for implants with longer follow-up periods corresponding to the sixth, seventh, and ninth year of follow-up. This may reflect differences between implant choices, an issue that requires detailed studies of the specific THR brands used in these 4 Nordic countries.

Supplementary data

Tables 4–8 are available at Acta's website (www.actaorthop.org), identification number 6792.

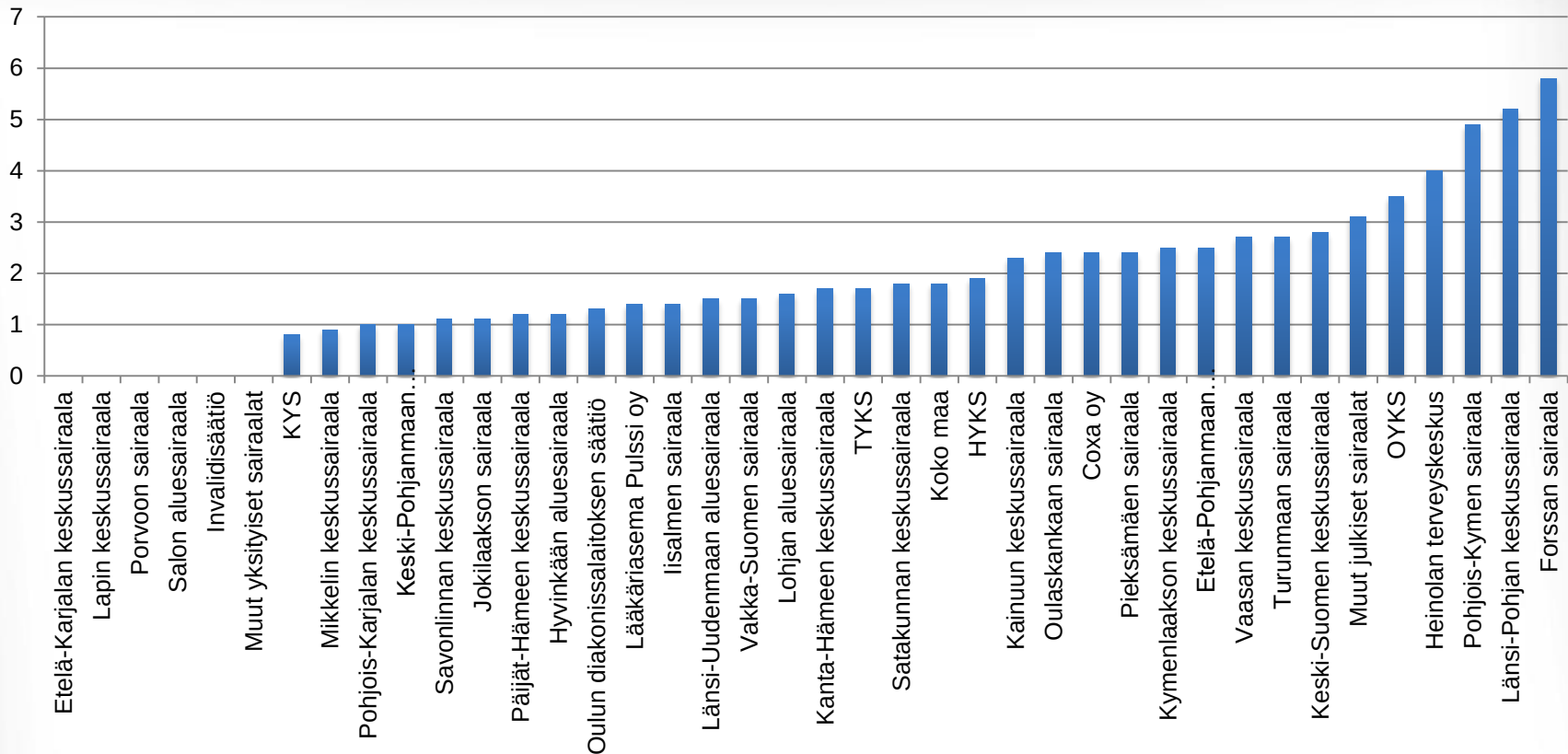
This paper is the result of close team work. All the authors participated in the planning and design of the study and in interpretation of the results. The statisticians MM, PP, JR, and AF performed statistical analyses in collaboration with the orthopedic surgeons and physicians (KM, LH, LE, OF, SO, AP, JK, GG, HM, and AE). KM was responsible for writing the manuscript, and all the authors participated actively in preparation of the manuscript.

No competing interests declared.

- Arthursson A J, Furnes O, Espehaug B, Havelin L I, Söreide J A. Validation of data in the Norwegian Arthroplasty Register and the Norwegian Patient Register: 5,134 primary total hip arthroplasties and revisions operated at a single hospital between 1987 and 2003. *Acta Orthop* 2005; 76: 823-8.
- Australian Orthopaedic Association. National Joint Replacement Registry. Annual Report 2010.
- Dale H, Fenstad A M, Hallan G, Havelin L I, Furnes O, Overgaard S, et al. Increasing risk of prosthetic joint infection after total hip Arthroplasty. 2,778 revisions due to infection after 432,168 primary THAs in the Nordic Arthroplasty Register Association (NARA). *Acta Orthop* 2012; 83: 449-58.
- Danish Hip Arthroplasty Register (DHAR). Annual Report 2011. <http://www.dhr.dk/>
- Espehaug B, Furnes O, Havelin L I, Engesaeter L B, Vollset S E, Kindseth O. Registration completeness in the Norwegian Arthroplasty Register. *Acta Orthop* 2006; 77: 49-56.
- Fevang B T S, Lie S A, Havelin L I, Engesaeter L B, Furnes O. Improved results of primary total hip replacement. Results from the Norwegian Arthroplasty Register, 1987-2007. *Acta Orthop* 2010; 81 (6): 649-59.
- Gjertsen J E, Engesaeter L O, Havelin L I, Steindal K, Vinje T, Fevang J M. The Norwegian Hip Fracture Register: Experiences after the first 2 years and 15,576 reported operations. *Acta Orthop* 2008; 79 (5): 583-93.
- Havelin L I, Engesaeter L B, Espehaug B, Furnes O, Lie S A, Vollset S E. The Norwegian Arthroplasty Register: 11 years and 73,000 arthroplasties. *Acta Orthop Scand* 2000; 71 (4): 337-53.
- Havelin L I, Fenstad A M, Salomonsson R, Mehnert F, Furnes O, Overgaard S, Pedersen A B, Herberts P, Kärrholm J, Garellick G. The Nordic Arthroplasty Register Association. A unique collaboration between 3 national hip arthroplasty registries with 280,201 THRs. *Acta Orthop* 2009; 80 (4): 393-401.
- Hekmat K, Jacobsson L, Nilsson J Å, Petersson I F, Robertsson O, Garellick G, Turesson C. Decrease in the incidence of total hip arthroplasties in patients with rheumatoid arthritis--results from a well defined population in south Sweden. *Arthritis Res Ther* 2011; 13(2): R67.
- Johanson P E, Fenstad A M, Furnes O, Garellick G, Havelin L I, Overgaard S, Pedersen A B, Kärrholm J. Inferior outcome after hip resurfacing arthroplasty than after conventional arthroplasty. Evidence from the Nordic Arthroplasty Register Association (NARA) database, 1995 to 2007. *Acta Orthop* 2010; 81(5): 535-41.
- Jämsen E, Huotari K, Huhtala H, Nevalainen J, Kontinen YT. Low rate of infected knee replacements in a nationwide series – is it an underestimate? Review of the Finnish Arthroplasty Register on 38,676 operations performed in 1997 through 2003. *Acta Orthop* 2009; 80 (2): 205-12.
- Langton D J, Jameson S S, Joyce T J, Hallab N J, Natsu S, Nargol A V. Early failure of metal-on-metal bearings in hip resurfacing and large-diameter total hip replacement: A consequence of excess wear. *J Bone Joint Surg (Br)* 2010; 92 (1): 38-46.
- Lindalen E, Havelin L I, Nordsletten L, Dybvik E, Fenstad A M, Hallan G, Furnes O, Hovik O, Röhrli S M. Is reverse hybrid hip replacement the solution? *Acta Orthop* 2011; 82 (6): 639-45.
- Lohmander L S, Engesaeter L B, Herberts P, Ingvarsson T, Lucht U, Puolakka T J. Standardized incidence rates of total hip replacement for primary hip osteoarthritis in the 5 Nordic countries: similarities and differences. *Acta Orthop* 2006; 77 (5): 733-40.
- Lucht U. The Danish Hip Arthroplasty Register. *Acta Orthop Scand* 2000; 71 (5): 433-9.
- Malchau H, Herberts P, Eisler T, Garellick G, Söderman P. The Swedish total hip replacement register. *J Bone Joint Surg (Am)* (Suppl 2) 2002; 84: 2-20.
- National Joint Registry for England and Wales (NJR England-Wales). 9th Annual Report 2011.
- Ollivier B, Darrah C, Barker T, Nolan J, Porteous M J. Early clinical failure of the Birmingham metal-on-metal hip resurfacing is associated with metallosis and soft-tissue necrosis. *J Bone Joint Surg (Br)* 2009; 91: 1025-30.
- Paavolainen P, Hämäläinen M, Mustonen H, Slati P. Registration of arthroplasties in Finland. A nationwide prospective project. *Acta Orthop Scand* (Suppl 241) 1991; 62: 27-30.
- Peltola M, National Institute for Health and Welfare. Unpublished data.
- Puolakka T J, Pajamäki K J, Halonen P J, Pulkkinen P O, Paavolainen P, Nevalainen J K. The Finnish Arthroplasty Register: report of the hip register. *Acta Orthop Scand* 2001; 72 (5): 433-41.
- Ranstad J, Kärrholm J, Pulkkinen P, Mäkelä K, Espehaug B, Pedersen AB, Mehnert F, Furnes O; NARA study group. Statistical analysis of arthroplasty data. II. Guidelines. *Acta Orthop* 2011; 82 (3): 258-67.
- Swedish Hip Arthroplasty Register (SHAR). The Annual Report 2011. <http://www.shpr.se/>

PERFECT –aineisto 2011

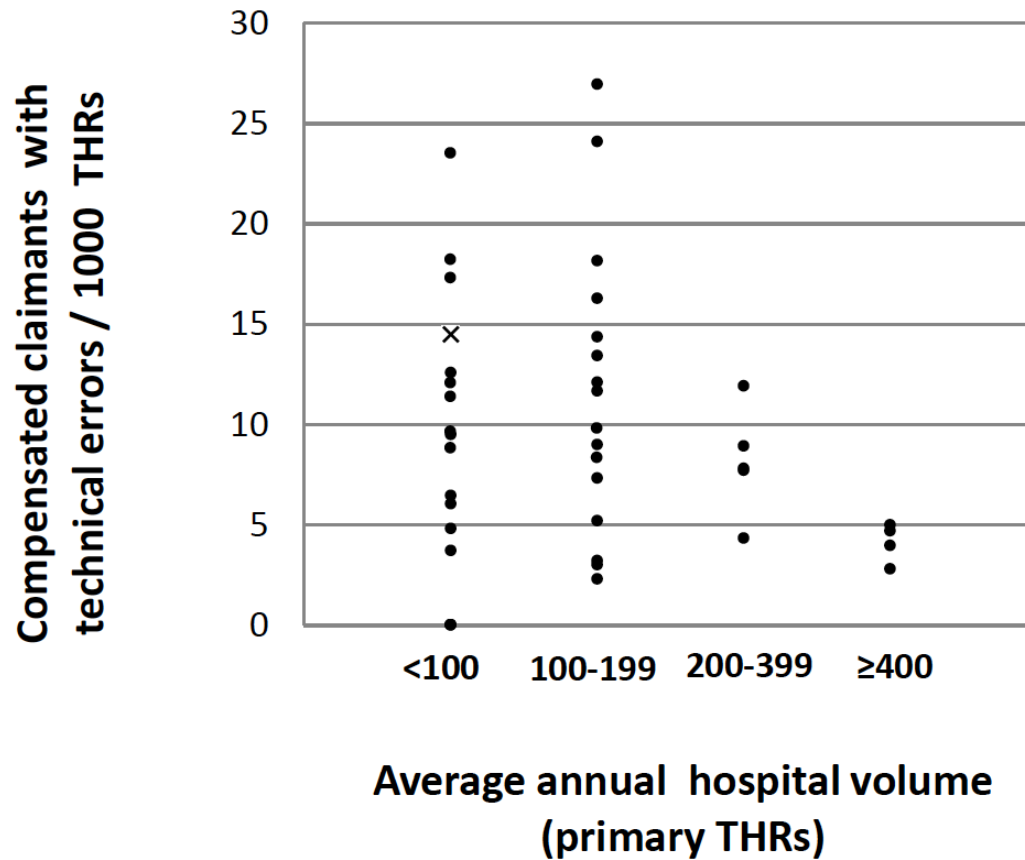
TKA – uusintaleikkausriski -vakioitu



PIHLAJALINNA

DEXTRA

THA korvatut potilasvahingot

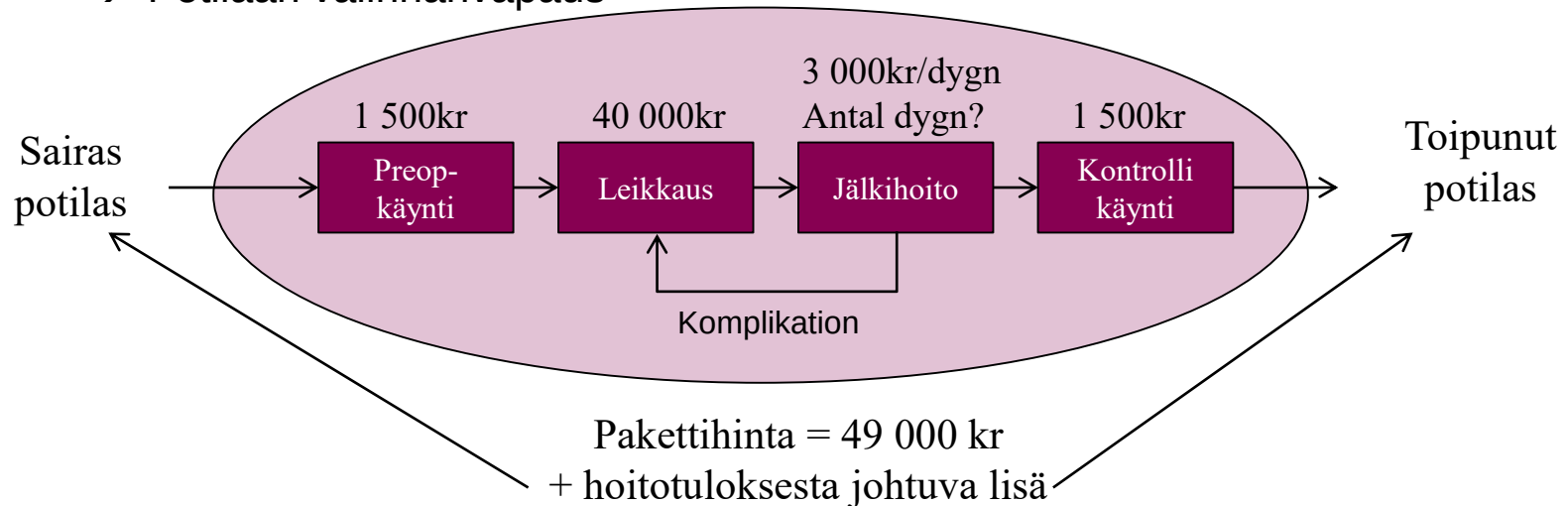


THA korvatut potilasvahingot

- Helkamaa et al. Acta Orthop (accepted)
 - 189 lonkan korvattua potilasvahinkoa teknisen virheen takia
 - 112 leikkaavaa lääkäriä
- Leikkaavan lääkärin vaikutus
 - Top 2 lääkäriä 8% (16/197) kaikista vahingoista
 - Top 9 lääkäriä 24% (46/189) kaikista vahingoista

Hoitajaksoon perustuva rahoitus – terveyshyödyn mukaan

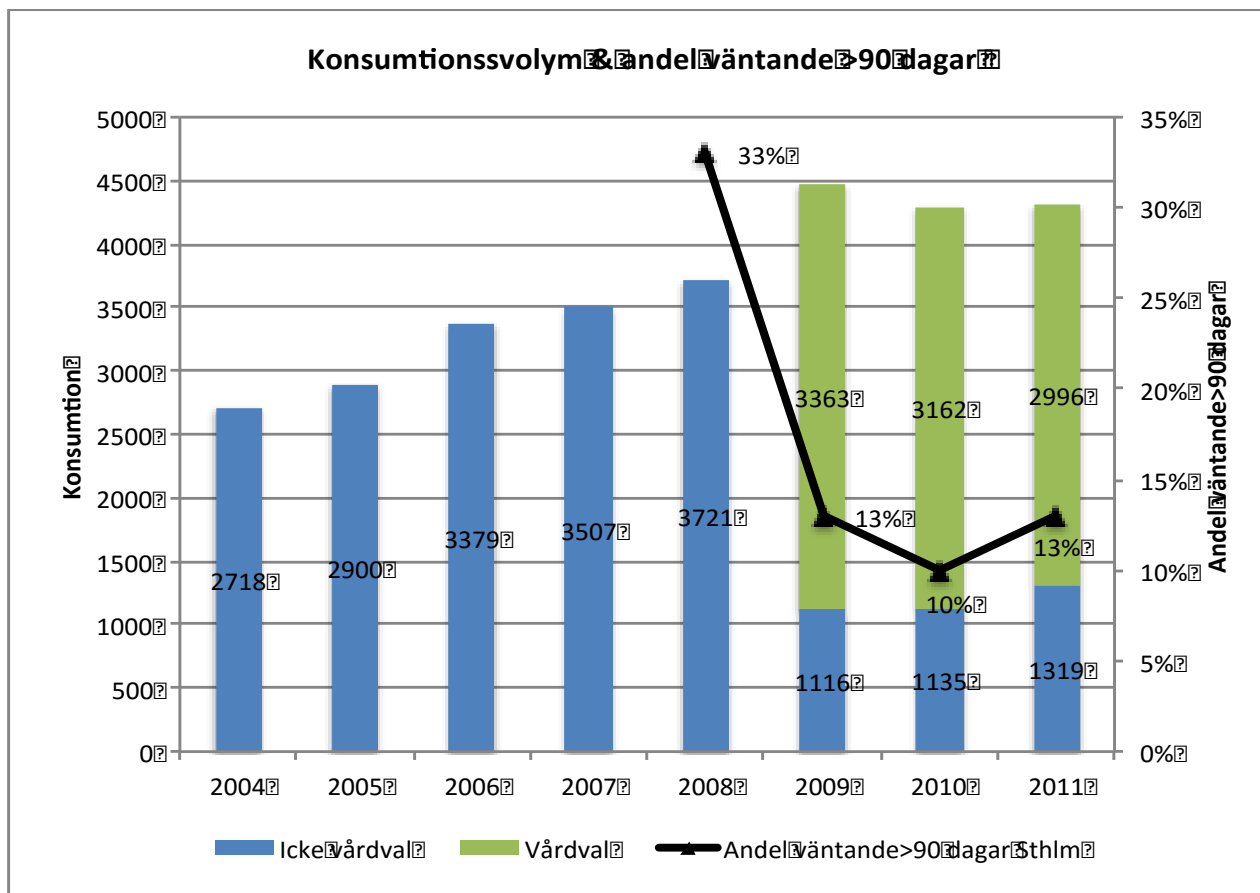
- Hoitajaksoon rahoitus
 - Pakettihinta
 - Hoitotulokseen perustuva maksusuoritus
 - Komplikaation korvausvelvoite
 - Vapaa oikeus etabloitua
 - Potilaan valinnanvapaus



Esimerkki: Valinnanvapaus - lonkan ja polven tekonivelleikkaukset

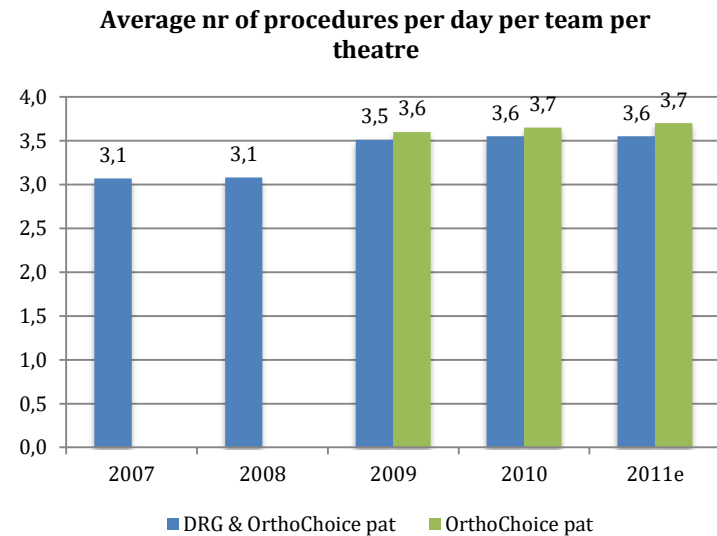
- Aloitettiin 2009 (ASA1-2)
- Hoitajaksokohtainen rahoitus
- Kiinteä hinta: 56 300 SEK
 - Pre-op käynti; tutkimukset; leikkaus ja proteesi; kuntoutus; yksi jälkikontrolli
- Palvelujen tuottajan vastuu
 - Kaikki komplikaatiot kahden vuoden sisällä
 - Viisi vuotta jos kyseessä syvä infektio

Leikkausten määrä kasvoi alussa, mutta kääntyi sitten laskuun. Odotusajat lyhenivät



Lisääntynyt tuottavuus: Leikkaussalin käyttö

- Leikkaukset/tiimi/sali/pv (3/9)
- Kiinteiden voimavarojen hyödyntäminen +17 %
- Lyhyemmät vaihtoajat
- Vaihtelua tuottajien 3 -> 5 leikkaus/pv

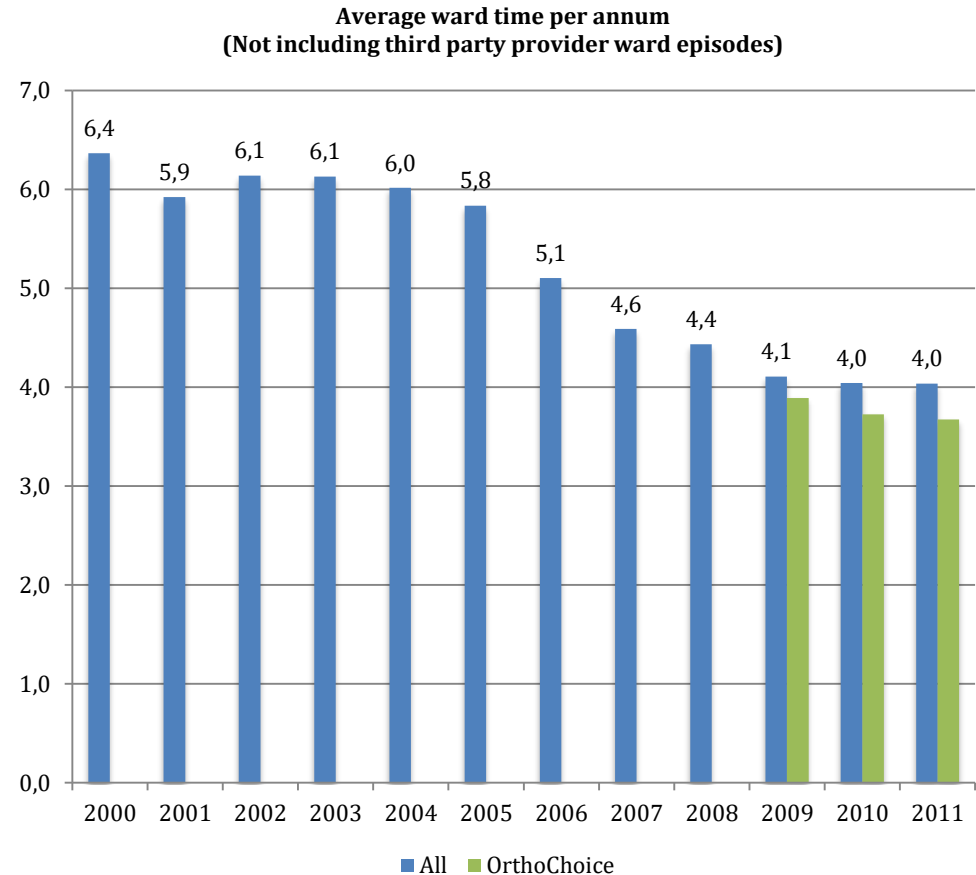


“Vi har också ökat produktiviteten på operationssalen med trettiofyra till femtio procent.”

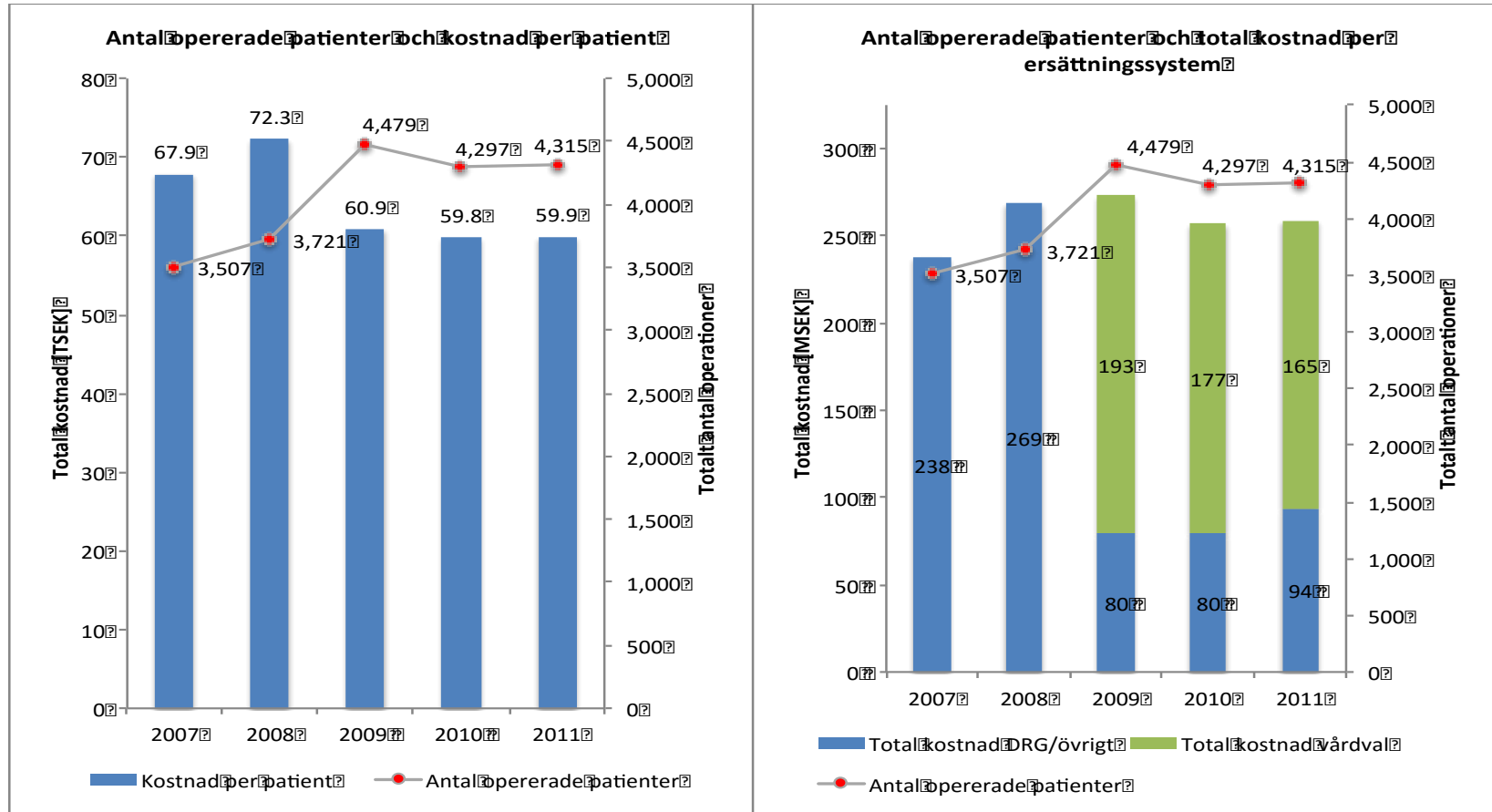
- Vårdgivare i intervju

Lisääntynyt tuottavuus: Lyhyemmät hoitoajat

- 4 tuottajaa
- Merkitsevä hoitoajan lyheneminen, vakioitu aikatrendin, sukupuolen ja leikkaustyyppin mukaan ($P > 0.001$)



Tilajaalle halvempaa! Vähemmällä enemmän!



2008->2011

■ Keskim. kustannus – 17%

■ Volyymi +16%

■ Kok. kustannus -4%

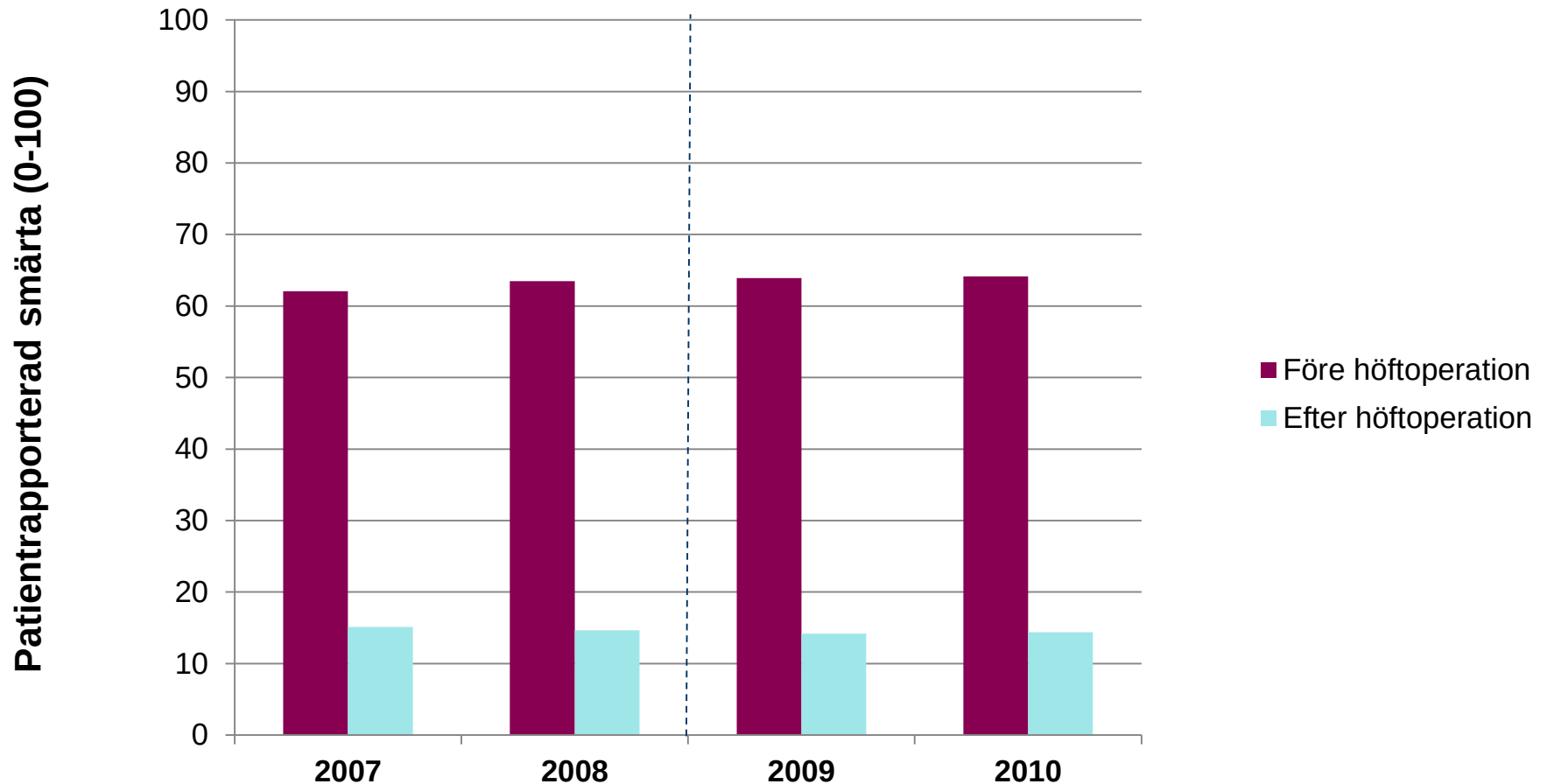
Potilastyytyväisyys

- 98 % potilaista tyytyväisiä tai erittäin tyytyväisiä
- Toimintaansa kasvattaneiden tuottajien potilaiden tyytyväisyys merkitsevästi parempi kuin muiden
 - Vakioimattomat luvut

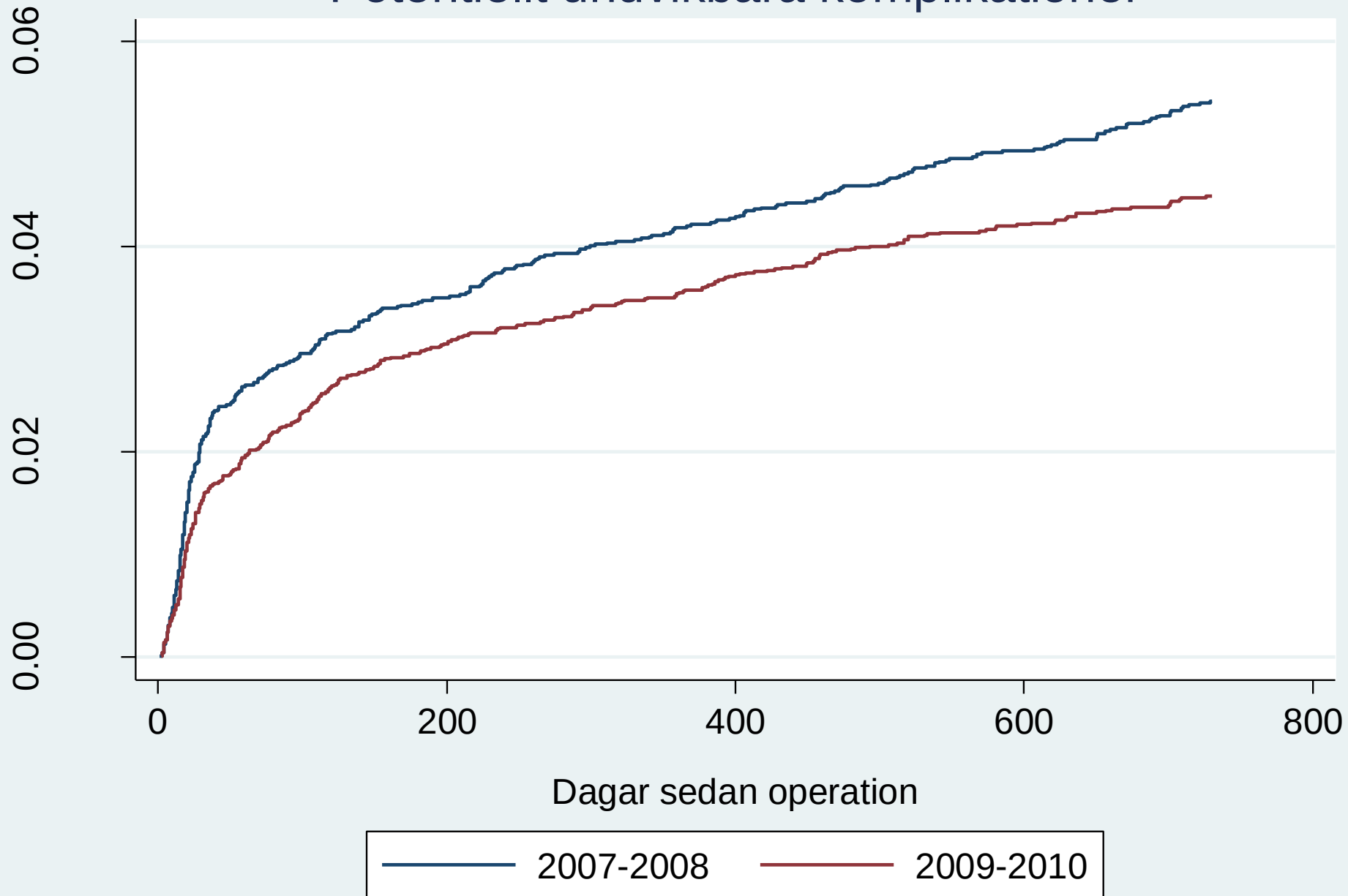
“...här flyger det inte stekta sparvar in i munnen, utan vi måste faktiskt jobba. Vi måste skapa ett gott renommé ute på stan. Det är liksom en förutsättning för att vi ska fortsätta att ha våra jobb eller kunna göra dom här sakerna.”

- Vårdgivare i intervju

Ei muutoksia hoidon aiheissa – mittarina kipu



Potentiellt undvikbara komplikationer



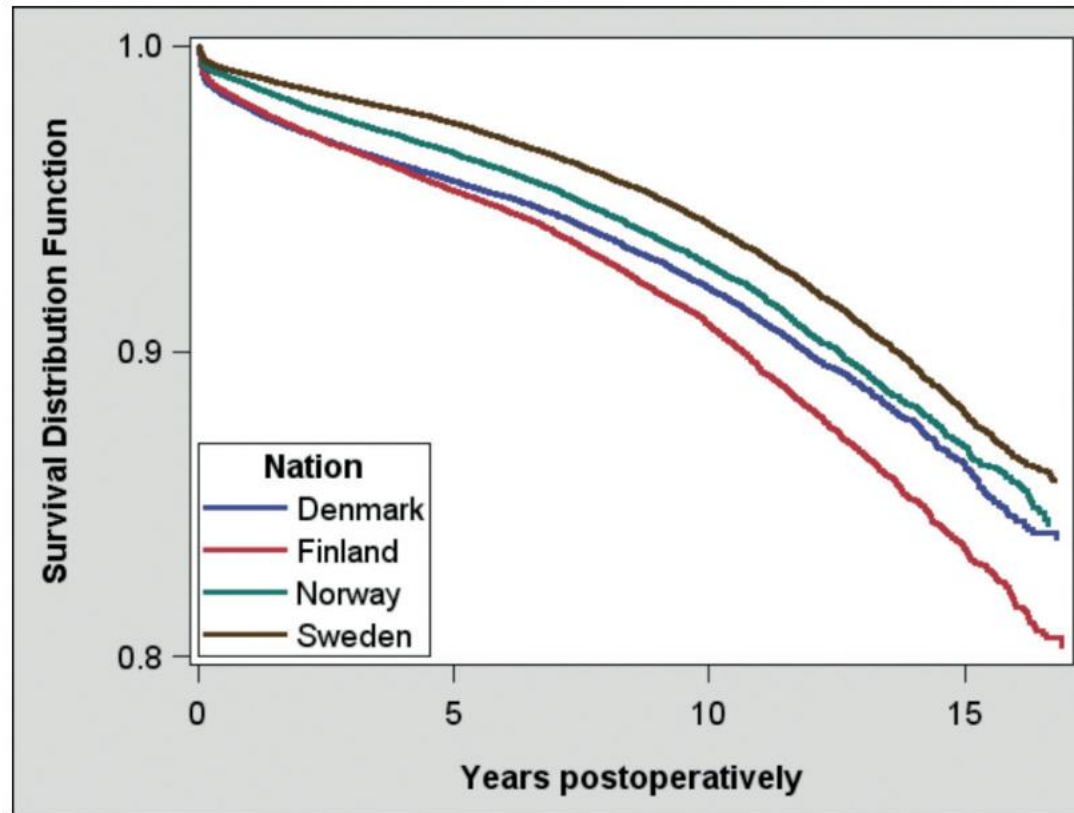
Yhteenveto

- -16% komplikaatoriski 2009/2010 vs. 2007/2008 (p<0.05)
 - -25% komplikaatoriski 2010 vs. 2007/2008 (p<0.05)
 - -24% uusintaleikkauksen riski 2009/2010 vs. 2007/2008 (p<0.05)
- Vakioitu iän, muun sairastavuuden ja sosioekonomisten tekijöiden mukaan
- Verrattu kansallisiin tietoihin ”sekulaarisen trendin” vaikutuksen eliminoimiseksi
- Pitkäaikaisseuranta tärkeä (5-10 v.)
-

Countrywise results of total hip replacement

An analysis of 438,733 hips based on the Nordic Arthroplasty Register Association database

Keijo T Mäkelä¹, Markus Matilainen², Pekka Pulkkinen³, Anne M Fenstad⁴, Leif I Havelin^{4,5}, Lars Engesaeter^{4,5}, Ove Furnes^{4,5}, Søren Overgaard^{6,8}, Alma B Pedersen^{6,7}, Johan Kärrholm⁹, Henrik Malchau⁹, Göran Garellick⁹, Jonas Ranstam¹⁰, and Antti Eskelinen¹¹



Esimerkkejä Suomesta

Tampereen kehyskunnat

- Kehyskunnat
 - Ostavat merkittävän määrän polikliinisia konsultaatio- ja leikkaushoitopalveluita yksityisiltä palveluntuottajilta
- Palveluseteli
 - Potilas päättää hoitopaikan!
 - Maksu halvimman hinnan mukaan – jos haluaa valita toisen pitää maksaa erotus
 - Aina voi valita ”perinteisen” vaihtoehdon
- Hoitoon pääsy
 - PKL 2 vkoa ja leikkaus 4 vkoa

Esimerkkejä Suomesta

Tampereen kehyskunnat

- Hoitoon pääsy (takaraja) Yksityinen PSHP
 - PKL 2 viikkoa 3 kk
 - Leikkaus 4 viikkoa 6 kk
- Hintataso Yksityinen PSHP
 - Orto pkl-käynti 42,9 € 120 € (-64%)
 - Canalis carpi (Päiki) 994,5 €* 1299 € (-23%)
 - ACL rekonstruktio 2365,70 €* 3360 €* (-30%)
 - Cuff rekonstruktio 2992,90 €* 3058 €* (-2%)
 - Hallux valgus 1343,90 €* 1781 €* (-25%)



Miten kilpailua pitäisi tehdä?

Kilpailun erilaisia ulottuvuuksia

- Hoitoon pääsy
 - Nykyistä nopeampi!
 - Nykyinen hoitotakuu vs. SWLEOH
 - Poliklinikalle 3 viikossa?
 - Leikkaushoitoon 6 viikossa?
- Hoidon laadulla
 - Laatua pitää mitata (ulkopuolisen toimesta) ja tulokset julkaista
- Tyytyväisyys hoitoon
 - Palvelukokemus

Case lonkan tekonivelleikkaus

- Kuka tahansa voi ilmoittautua hoidon tuottajaksi
 - Jos sitoutuu laatukäsikirjaan ja tulosten avoimuuteen
- Tilaajan ja tuottajan erottaminen
 - SoTe / maakunta / kuntayhtymä tms. tilaa
 - Kunnalliset, yksityiset ja 3. sektorin tuottajat tuottavat
- Hintataso
 - Hinta pitää sisällään palvelukokonaisuuden ja takuun
 - Jos nykyinen olisi esim. 5000 – 7000 euroa, ka. 6000
 - Uudessa mallissa hinta esim. 5700 euroa (-5%)

Case lonkan tekonivelleikkaus

- Kilpailu
 - Hoitoon pääsyn nopeudella (jonotusaika)
 - Palvelukokemuksella
 - Laadulla
- Seuranta
 - Ulkopuolisen toimesta
 - Vaikuttavuus (Oxford hip score (OHS)), tilaaja tai Endoproteesirekisteri
 - Revisoriski (Endoproteesirekisteri ja HILMO)
 - Infektiot (uusintaleikkaus, Endoproteesirekisteri ja HILMO)
 - Net Promoter Score (NPS) (tilaaja)

UUDISTUKSEN TAVOITTEET, RISKIT JA RATKAISUT

Sote-uudistuksen keskeisimmät tavoitteet

- Kustannusten kasvun säilyttäminen sovituissa raameissa.
- Valinnanvapauden mahdollistaminen ja monituottajamalli.
- Hyvä palvelujen saatavuus tasapuolisesti yhteiskunnallisesta asemasta ja asuinpaikasta riippumatta.



UUDISTUKSEN INSENTIIVIMALLEISSA KRIITTINEN VALUVIKA



Taloudelliset kannustimet ristiriidassa sekä keskenään että uudistuksen tavoitteiden kanssa!!!

- Perustason palveluiden valinnanvapauden suurin taloudellinen riski kohdistuu kokonaiskustannusten hallintaan (sosiaalipalvelut, perus- ja erikoissairaanhoido).
- Valinnanvapaus palveluntuottajille tulisi olla vastuu oman väestönsä osalta myös erikoissairaanhoidon ja muista erityistason kustannuksista.
- Sote-keskuksilla olisi oikeus halutessaan hoitaa itse myös soveltuvia erityistason palveluita integroimalla valittuja erikoisaloja sote-keskusten toimintaan
- Tällä mallilla perusterveydenhuolto, muut perustason palvelut ja muu ennaltaehkäisevä työ vahvistuvat sote-uudistuksen tavoitteiden mukaisesti → selkeä insentiivi hoitaa mahdollisimman hyvin väestö.



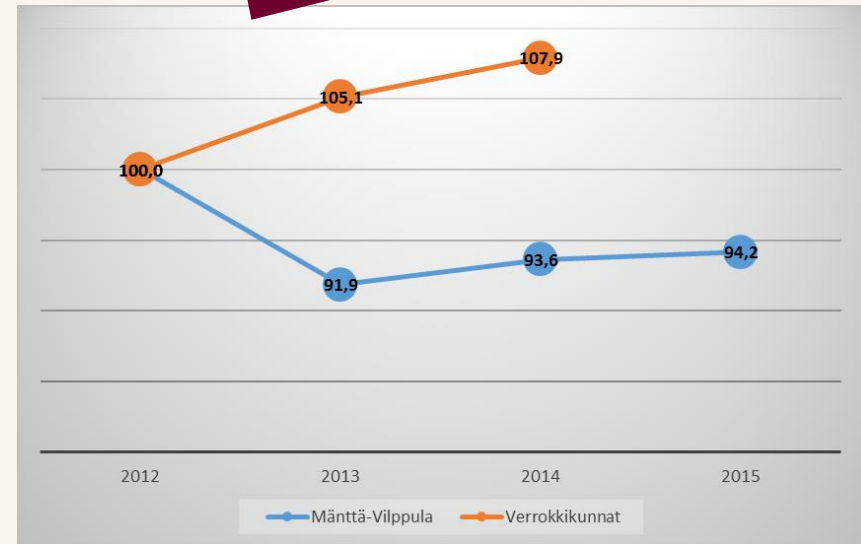
Sote asiantuntijaryhmän yksimielinen kannanotto!

THL-TUTKIMUS MÄNTTÄ-VILPPULASTA

- Pihlajalinnan ja kaupungin yhteisyritys on vastannut kaikista sote-palveluista ja kustannuksista 1.1.2013 alkaen
- THL keräsi Mänttä-Vilppulasta vertailukelpoiset sosiaali- ja terveydenhuollon kustannustiedot vuosilta 2012–2015 ja saatuja tietoja verrattiin verrokkikuntien vastaavien menojen kehitykseen.
- Erikoissairaanhoidon kokonaismenot -9,5% (-1,4M€)

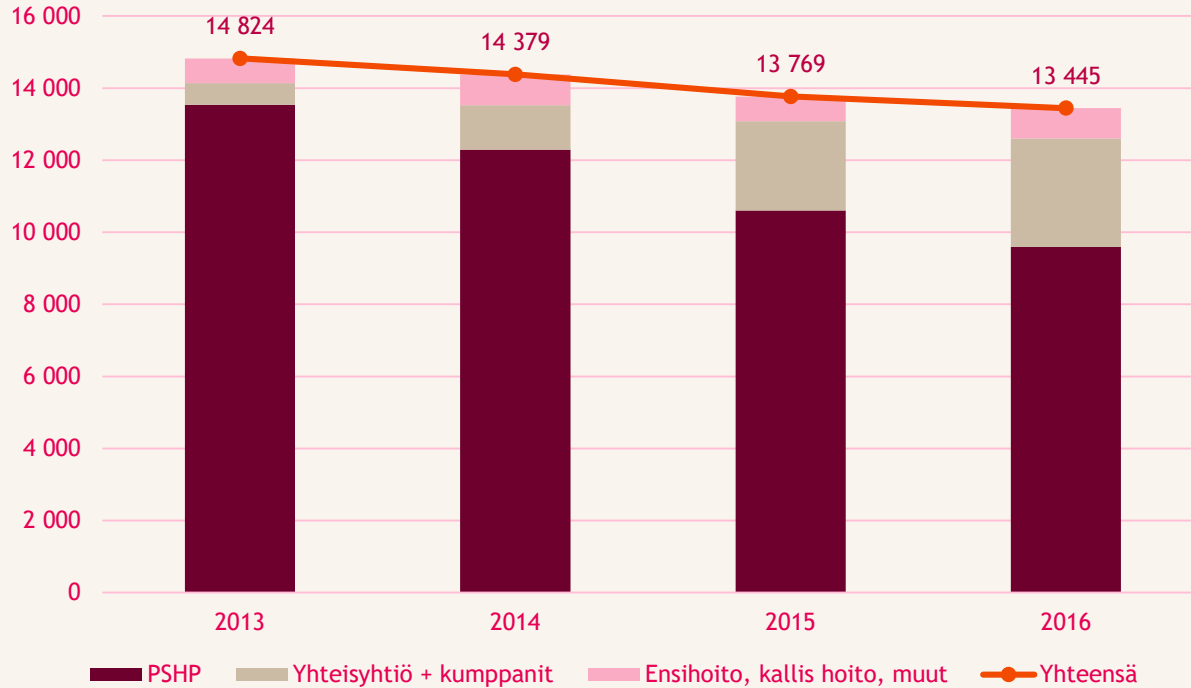
"Olemme saaneet Pihlajalinnan kanssa tehdyn yhteistyön avulla kustannukset kuriin ja palvelutaso on parantunut. Pihlajalinna on onnistunut myös sitouttamaan henkilöstöä ja kaupunkilaiset ovat tyytyväisiä palveluihin."

Mänttä-Vilppulan kaupunginjohtaja Esa Sirviö



Pihlajalinna

PIHLAJALINNAN TOIMINTAMALLIN (SOTE INTEGRAATIO JA VAHVAT LÄHIPALVELUT) VAIKUTUS MÄNTTÄ-VILPPULAN ERIKOISSAIRAANHOIDON KULUKEHITYKSEEN (-9,5% / -1,4 M€)



Mänttä-Vilppula säästi sote-menoista yli 10 miljoonaa euroa

Mänttä-Vilppulan viime vuoden tilinpäätös oli noin 29 000 euroa ylijäämäinen.

KOTIMAA 04.04. @ 16.25



Pihlajalinnan kanssa aloitettu sote-yhteistyö on säästänyt yli 10 miljoonaa euroa kaupungin varoja verrattuna sotekulujen nousuun kunnissa keskimäärin. Kaupunginjohtaja Esa Sirviön mukaan taloudessa on saavutettu rakenteellinen tasapaino.

Sirkka Iso-Ettala

Mänttä-Vilppulan kaupungin talous on nyt rakenteellisessa tasapainossa. Kun vuonna 2012 kaupungin alijäämä oli seitsemän miljoonaa miinuksella, viime vuoden lopussa kaupungin taseessa oli ylijäämää noin 900 000 euroa.

Viime vuoden tilinpäätös on noin 29 000 euroa ylijäämäinen.

Alun perin vuodelle 2016 tehtiin 20 000 euron ylijäämäinen budjetti. Arviota muutettiin yli miljoona euroa alijäämäiseksi, koska Kiinteistö Oy Vilppulan Kojairin osakkeiden myynnistä tuli noin 200 000 alaskirjaus, kiinteistöjen kunnossapidosta lisäkuluja noin 400 000 euroa ja noin 100 000 euroa siivous- ja ruokapalvelujen investoinneista.

viime vuonna verotuloja kertyi noin 40,5 miljoonaa. Talousarviosta jäätin 1,2 miljoonaa euroa ennustetta pienemmän kunnallisverokertymän vuoksi. Sen sijaan valtionosuuksia kertyi vajaat 400 000 euroa arvioitua enemmän. Tulopuoli jäi silti noin 800 000 euroa alle arvon.

Viime vuoden vuosikate oli yli 2,6 miljoonaa euroa. Se kattoi poistot 100,9-prosenttisesti ja nettoinvestoinnit 40-prosenttisesti. Loput investoinnit rahoitettiin lainalla.

Kaupungin investoinnit ovat olleet kolme vuotta korkealla tasolla. Viime vuonna investointien määrä oli bruttona noin 7,7 miljoonaa euroa. Isoimmat kohteet olivat 60-paikkainen tehostetun palveluasumisen yksikkö Sarahelmi ja Miinanhelmen päiväkot, joka valmistuu tänä syksynä.

Kaupungin lainakanta oli viime vuoden lopussa noin 42 miljoonaa euroa. Kaupunkikonsernin lainakanta oli vajaat 57 miljoonaa euroa.

Talousjohtaja **Markus Auvisen** mukaan kaupungin talouden parantumista selittää eniten sosiaali- ja terveystalouden nousun jäädyttäminen vuoden 2012 tasolle.

Pihlajalinnan kanssa aloitettu sote-yhteistyö vuoden 2013 alusta on säästänyt laskennallisesti yli 10 miljoonaa euroa kaupungin varoja, kun verrataan sotekulujen nousua kuntien keskimääriin kustannuksiin.

Kaupunginjohtaja **Esa Sirviön** mukaan taloudessa on saavutettu rakenteellinen tasapaino, mutta äärimmäisen tarkkana saadaan taloudenpidossa olla. Velkamäärä on suuri. Valtuusto linjasi viime vuonna, että investoinnit on katettava vuosikatteella, eli lisävelkaa ei oteta.

Kaupunginhallitus hyväksyi tilinpäätöksen maanantaina. Asia menee vielä valtuustoon.

MIKSI YHTEISYHTIÖISSÄ EI TOTEUDU ”PERINTEISET” YKSITYISEN SEKTORIN NEGATIIVISET PUOLET?

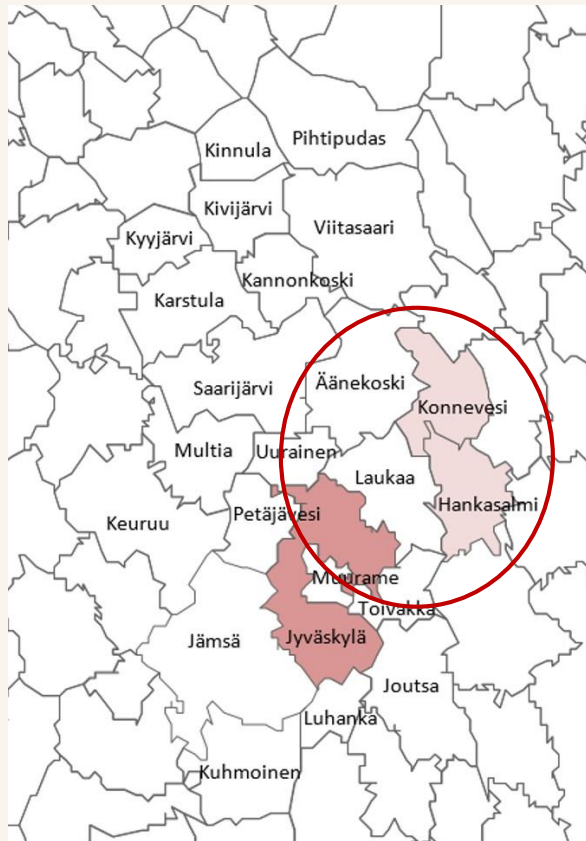
- Vastuu kokonaiskustannuksista → ei osaoptimoinnin mahdollisuutta
- Kapitaatiokorvaus → ei taloudellista hyötyä suoritteiden tehtailusta
- Pitkä sopimuskausi → ”kvartaali” tuloksen optimointi kostahtuu nopeasti
- Yhtiön kotipaikka lukittu osakassopimuksessa → ei verosuunnittelu mahdollisuutta
- Voimakas panostus ennaltaehkäisyyn, sekä sosiaali- että terveydenhuollon peruspalveluihin välttämätöntä → ainoa keino hillitä vaativan erikoissairaanhoidon ja sosiaalipalveluiden kustannuksia pitkällä aikavälillä
- 2010 alkaen 7 yhteisyhtiötä, ei YT:tä tai lomautuksia tuotannollis-taloudellisista syistä → lähipalveluiden resurssit ja työhyvinvointi oltava korkealla tasolla

HYVÄ PALVELUJEN SAATAVUUS TASAPUOLISESTI YHTEISKUNNALLISESTA ASEMASTA JA ASUINPAIKASTA RIIPPUMATTA.

- Maakunta hyväksyy ja tekee sopimuksen keskuskaupungin palveluntuottajiksi vain sellaisten toimijoiden kanssa, jotka samalla sitoutuvat hoitamaan määritetyn reuna-alueen vastaavat palvelut.
- Esimerkiksi Jyväskylän palveluntuottajaksi pääse vain jos perustaa toimipisteen myös Konnevedelle ja Hankasalmeen tai Tampereen jos perustaa toimipisteen myös Orivedelle.
- Pienten palveluntuottajien turvaamiseksi voidaan asettaa esimerkiksi väestöraja, jonka ylittyessä velvoite vasta syntyy (esim. jos hoitaa alle 3000 Tamperelaista, ei velvoitetta pienemmän kunnan toimipisteelle)

Sote asiantuntijaryhmän yksimielinen kannanotto!

Pihlajalinna



ESIMERKKI

Jyväskylä 30 000 asukasta + Hankasalmi ja Konnevesi
väestö yhteensä 38 138

Keski-Suomi	Väestö 31.12.2014	Sote- käyttökustannukset €/asukas, 2014	Sote- käyttökustannukset 1000 €, 2014
Jyväskylä	30 000 / 135 783	3 809	114 272 (väestö 30 000)
Hankasalmi	5 307	4 948	26 260
Konnevesi	2 831	4 455	12 611

Lähteet: tilastot Sotkanet.fi
aluejaot © MML, 2014

- Mikäli Pihlajalinna lähestyisi tarkasteltavana olevaa asiaa puhtaasti oman lyhyen ajan kannattavuutensa ja toiminnan tuloksen maksimoinnin näkökulmasta, olisi nykyinen esitetty malli kannatettava.
- Yhteiskuntavastuun näkökulmasta hallituksen nykyisessä esityksessä kuvattu rakenne ja korvausmalli ei johtaisi hyvään ja tavoiteltavaan lopputulokseen.
- Emme myöskään usko, että malli voisi jatkua edellä kuvattujen yhteiskunnan etujen vastaisten insentiivien vuoksi kovinkaan pitkään.

TERVEYDENHUOLTOLAIN 45 §

ERIKOISSAIRAANHOIDON TYÖNJAKO JA ERÄIDEN TEHTÄVIEN KESKITTÄMINEN

45 §, 3 momentti

Leikkaustoiminta, joka edellyttää leikkaussaliolosuhteita ja anestesiaa, tulee kokonaisuudessaan koota niihin sairaaloihin, joissa on ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys.

- Onko niin, että edellä mainittu pykälä 1.1.2018 voimaantullessaan estäisi esimerkiksi yksityisiä sairaaloita tekemästä anestesiologiaa ja leikkaussaliolosuhteita edellyttäviä leikkauksia silloin kun maksu tapahtuu ensinnä kunnan maksamana ja valinnanvapauslain voimaan tultua maakunnan myöntämällä asiakassetelillä?

→ Reformiryhmän linjauksen mukaan leikkaustoiminta olisi osa asiakassetelipalveluita

- Sairaanhoitopiirit käyttävät hoitotakuun toteuttamiseen leikkaustoiminnassa tälläkin hetkellä melko laajasti yksityisiä palveluntuottajia. Estääkö pykälä leikkauksien sisältymisen maksusetelitoiminnan (15%) piiriin tai maakuntien liikelaitoksien mahdollisuuden käyttää yksityisiä leikkausten alihankkijoina?

ESIMERKKI: LONKAN JA POLVEN TEKONIVELLEIKKAUKSET

Pihlajalinna katsoo, että keskitettäviä leikkauksia tulisi vielä arvioida tarkemmin.

Esimerkiksi lonkan ja polven tekonivelleikkausten osalta on Ruotsissa tehdyn tutkimuksen mukaan mahdollista saavuttaa kustannussäästöjä ja parantaa palvelun laatua kun leikkauksia ei keskitetä vaan leikkaustoimintaa jatketaan kilpailuilla markkinoilla sekä julkisten että yksityisten toimesta.

Kustannussäästöjen ja laadun paranemisen edellytyksenä on, että leikkauksille määritetään kiinteä hinta, leikkauksia tekevät sairaalat antavat palveluilleen laatutakuun ja leikkausten tulokset julkistetaan.

ESIMERKKI: VALINNANVAPAUS - LONKAN JA POLVEN TEKONIVELLEIKKAUKSET

- Aloitettiin 2009 (ASA1-2)
- Hoitajaksokohtainen rahoitus
- Kiinteä hinta: 56 300 SEK
 - Pre-op käynti; tutkimukset; leikkaus ja proteesi; kuntoutus; yksi jälkikontrolli
- Palvelujen tuottajan vastuu
 - Kaikki komplikaatiot kahden vuoden sisällä
 - Viisi vuotta jos kyseessä syvä infektio



YHTEENVETO

- Odotusajat lyhenivät (>90 vrk 33% → 10-13%)
- -16% komplikaatoriski 2009/2010 vs. 2007/2008
- -25% komplikaatoriski 2010 vs. 2007/2008
- -24% uusintaleikkauksen riski 2009/2010 vs. 2007/2008
- Kiinteiden voimavarojen hyödyntäminen +17 %
- 98 % potilaista tyytyväisiä tai erittäin tyytyväisiä
- Keskim. kustannus – 17 % Volyymi +16 % kok. kustannus – 4 %
- Ei muutoksia hoidon aiheissa – mittarina kipu
- Merkitsevä hoitoajan lyheneminen, vakioitu aikatrendin, sukupuolen ja leikkaustyyppin mukaan



ESIMERKKI SUOMESTA - TAMPEREEN KEHYSKUNNAT

• Hoitoon pääsy (takaraja)	Yksityinen	PSHP	
• PKL	2 viikkoa	3 kk	
• Leikkaus	4 viikkoa	6 kk	
• Hintataso	Yksityinen	PSHP	
• Orto pkl-käynti	42,9 €	120 €	(-64%)
• Canalis carpi (Päiki)	994,5 €*	1299 €	(-23%)
• ACL rekonstruktio	2365,70 €*	3360 €*	(-30%)
• Cuff rekonstruktio	2992,90 €*	3058 €*	(-2%)
• Hallux valgus	1343,90 €*	1781 €*	(-25%)



Valinnanvapauslaissa ei ole määritetty sitä miten palvelun tuottajat valitaan kokeiluhankkeeseen ja kriteerit estävät suurimmalta osalta maakuntia kokeilun

- Valinnanvapauslain 88 §:ssä tulisi määritellä se millä edellytyksellä palveluntuottaja voidaan valita kokeiluhankkeeseen ja kuinka kattavasti kokeiluhanke tullaan toteuttamaan
- Nyt esitetty 80 % vaatimus maakunnan koko väestöstä sulkee käytännössä pois suurimman osan maakunnista → raja tulisi laskea 50 %:iin ja antaa harkintamahdollisuus myös alle 50 % väestölle (esim. isolle maakunnalle 200 000 asukasta tai erinomainen kokeilun sisältö)
- Esimerkiksi Tampere olisi erittäin kiinnostunut lähtemään mukaan kokeiluun, mutta Pirkanmaan kunnista ei ole kuitenkaan mitenkään mahdollista saada 80 % väestön osalta päätöksiä oman toiminnan yhtiöittämisestä, joka on edellytyksenä.
- Tampereella on jo valmiiksi Mehiläisen, Pihlajalinnan, Dextran ja Johanneksen klinikan valinnan vapaus yksiköt → ainutlaatuinen mahdollisuus tutkia hinnoittelu- ja korvausmallien vaikutusta sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaiskustannuksiin

KUNNAN JÄRJESTÄMÄN PERUSTERVEYDENHUOLLON, ERIKOISSAIRAANHOIDON, SOSIAALITOIMEN JA PELASTUSTOIMEN KÄYTÖSSÄ OLEVAN IRTAIMEN OMAISUUDEN SIIRTYMINEN MAAKUNNALLE

Ehdotetun lain mukaan maakunnalle siirtyy 1 päivänä tammikuuta 2019 maakunnalle siirtyvät kunnan omistamat osakeyhtiön osakkeet

- 1) jonka tosiasiallinen päätoimiala on sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottaminen;
- 2) joka on kirjanpitolain (1336/1997) 1 luvun 6 - 8 §:n tarkoittamalla tavalla kunnan tytäryhteisö, omistusyhteisyritys tai osakkuusyritys ja
- 3) jonka kanssa kunnalla on 1 päivänä tammikuuta 2019 voimassa oleva sopimus sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tuottamisesta.

Pihlajalinna katsoo, että olisi perustuslain vastaista, jos kunnalla olisi velvollisuus luovuttaa omistamansa yksityisen toimijan kanssa perustetun yhteisyrityksen osakkeet maakunnalle käypää hintaa alhaisemmalla hinnalla. Pihlajalinna katsoo, että kunnalle maksettavan kauppahinnan tulee vastata osakkeiden käypää arvoa ja arvonmäärityksessä tulee tarvittaessa käyttää ulkopuolista asiantuntijaa.

Sote-uudistuksen riskit ja niiden välttäminen

- Rahoitusmalli**
 - Integraatio**
 - Kustannusten hallinta**
 - Valinnanvapaus**

**Sote asiantuntijaryhmä
Pekka Utriainen**

Uudistuksen tavoitteet, riskit ja ratkaisut

Sote-uudistuksen keskeisimmät tavoitteet

- Hyvä palvelujen saatavuus tasapuolisesti yhteiskunnallisesta asemasta ja asuinpaikasta riippumatta.
- Kustannusten kasvun säilyttäminen sovituissa raameissa.
- Valinnanvapauden mahdollistaminen ja monituottajamalli.

Järjestäjän ja tuottajan erottaminen - rahoitusmalli

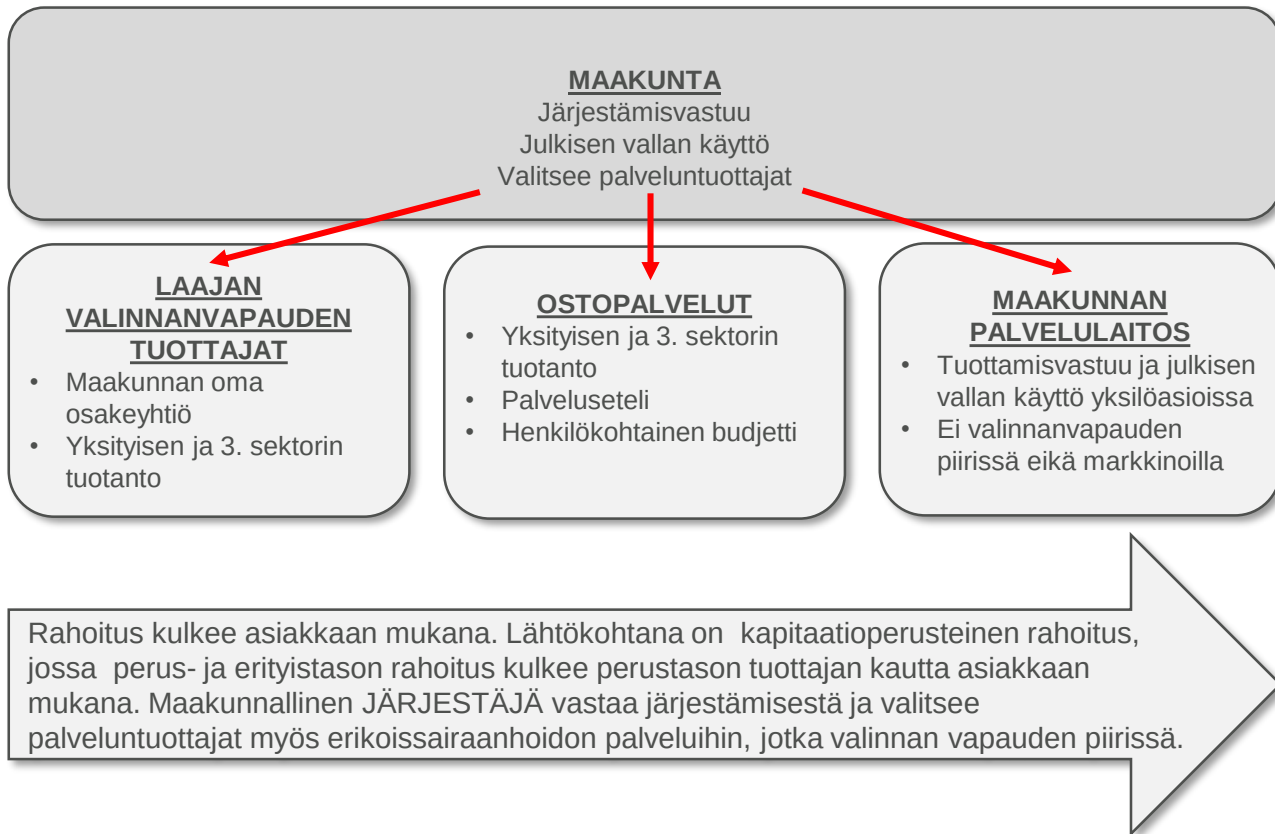
Tuottajan ja järjestäjän on oltava erilliset

- Nykyisessä mallissa maakunta ei ole aidosti järjestäjän asemassa. Maakunta joutuu ostamaan palvelut palvelulaitokselta ts. monopoliasemassa olevalta tuottajalta. Palvelulaitos ostaa harkintansa mukaan omilta osakeyhtiöiltään tai muilta tuottajilta. Tilanne on ongelmallinen sekä demokratian että aidon kilpailun näkökulmista. Maakunnan palvelulaitoksen on oltava aidosti tuottajan asemassa. Maakunnan on oltava erillinen järjestäjä, joka valitsee tuottajat.

Rahoituksen on kuljettava asiakkaan mukana. Lähtökohtana on kapitaatioperusteinen rahoitus, jossa perus- ja erityistason rahoitus kulkee perustason tuottajan kautta asiakkaan mukana.

- Kustannustehokkuuden ja hoidon integraation kannalta on ensiarvoisen tärkeää, että tuottajan saama korvaus sisältää kaikki kustannukset joita alueen väestön käyttämistä sosiaali- ja terveystalouksista kertyy - erikoissairaanhoidon ja muut erityispalvelut mukaan lukien. Mikäli asiakas käyttää muiden palveluntuottajien tarjoamia erityistason palveluja, niistä aiheutuneet kustannukset vähennetään perustason tuottajan korvauksesta.
- Kun hoitokokonaisuus sisältää myös erikoissairaanhoidon ja muut erityispalvelut, ei osaoptimointia tapahdu ja hoitoketju on integroitu. Tämä on ensiarvoisen tärkeää kustannusten hallinnassa. Tuottaja panostaa ennaltaehkäisyyn ja hoidon laatuun, jotta erikoissairaanhoidon ja muiden erityispalvelujen käyttötarve on mahdollisimman pientä.
- Ilman integraatiota tavoiteltujen kustannussäästöjen saaminen on käytännössä mahdotonta muutoin kuin hoitojen saatavuutta rajaamalla ja asiakkaiden omavastuuosuuksia nostamalla.

Järjestäjän ja tuottajan erottaminen - rahoitusmalli



Valinnanvapauden riskit 1

- Ruotsissa valinnanvapaus on toiminut hyvin isoissa kaupungeissa, joihin on muodostunut jopa ylitarjontaa.
- Ruotsin mallin ongelmana ovat olleet pienemmät paikkakunnat erityisesti syrjäseuduilla.
- Suomen sote-uudistuksen riski on sama: yksityiset palveluntuottajat perustavat sote-keskuksia maakuntien keskuksiin (esimerkkinä Pohjolan Omasairaalan strategia: 1 yksikkö jokaisen maakunnan keskuskaupunkiin) ja maakunnan osakeyhtiölle jää vaikeasti hoidettavat reuna-alueet, joissa myöskään valinnanvapaus ei toteudu. Jos on vain yksi maakunnan osakeyhtiö tuottajana, yksityisiä yrityksiä ei kiinnosta kilpailla reuna-alueen väestöstä.
- Riskinä on, että maakunnan osakeyhtiökään ei kykene keskuskaupungin rajun kilpailun takia tuottamaan palveluita reuna-alueen asukkaille (työvoiman saatavuus, kustannukset, toimitilat, osakeyhtiön hallituksen ja johdon vastuu) ja keskittämisen seurauksena on perustuslain vastainen kansalaisten eriarvoisuus palveluiden saatavuudessa.
- Etäpalveluilla voidaan kokemusten perusteella korvata enintään puolet esimerkiksi lääkärin perusterveydenhuollon vastaanottopalveluista.

Ratkaisu 1

- Maakunta hyväksyy ja tekee sopimuksen keskuskaupungin palveluntuottajiksi vain sellaisten toimijoiden kanssa, jotka samalla sitoutuvat hoitamaan määritetyn reuna-alueen vastaavat palvelut.
- Jos esimerkiksi Mikkeliin haluaa palveluntuottajaksi viisi eri yksityistä palveluntuottajaa, niin jokainen yritys on velvollinen hoitamaan yhden Mikkelin seutukunnan viidestä reuna-alueesta. Näin jokaisella reuna-alueellakin on vähintään kaksi palveluntuottajaa - maakunnan valinnanvapaus osakeyhtiö ja vähintään yksi yksityinen palveluntuottaja.
- Tällä mallilla valinnanvapaus vähintään kahden palveluntuottajan välillä olisi mahdollista koko Suomessa.
- Tämän mallin lisäksi on syytä pohtia, pitäisikö metropolialueen luvan ehtona olla erityisen vaikean syrjäseudun hoitaminen (esim. Lapin ja Itä-Suomen lääkäripula-alueet).
 - Yksityisillä palveluntuottajilla ei näin olisi nykyistä mahdollisuutta rahastaa lääkäripula-alueilla, vaan velvoite seuraisi esimerkiksi Helsingin keskustan sopimusta.

Valinnanvapauden riskit 2

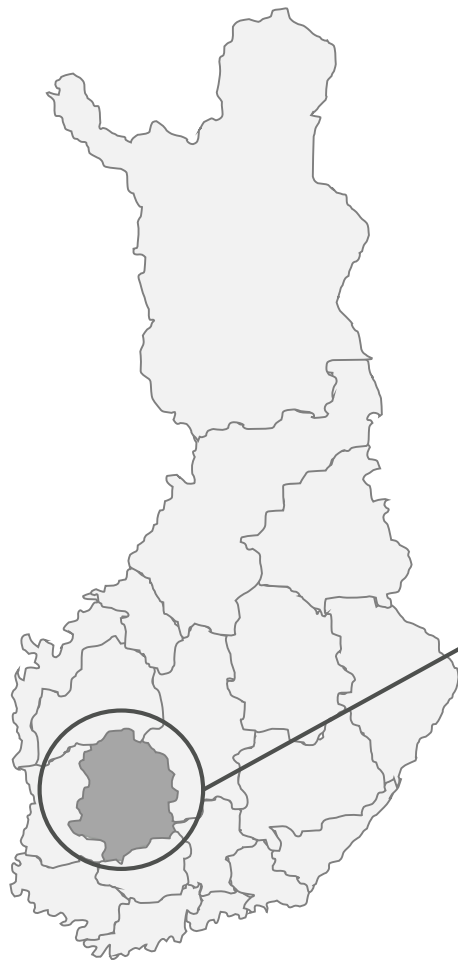
- Perustason palveluiden valinnanvapauden suurin taloudellinen riski kohdistuu kokonaiskustannusten hallintaan (sosiaalipalvelut, perus- ja erikoissairaanhoido).
- Mikäli valinnanvapaus potilaista maksetaan kiinteä vuosihinta vain perustason palveluista, on palveluntuottajille kannattavinta haalia potilaita, jotka eivät käytä palveluita lainkaan tai vain harvoin.
 - Paljon palveluita käyttävät kannattaa ohjata kilpailijalle tai lähettää maakunnan palvelulaitoksen hoidettavaksi erikoissairaanhoidon läheteellä.
- Sairaanhoidopiirien kustannukset ovat nousseet merkittävästi, joka on osittain johtunut huonosti toimivasta perusterveydenhuollosta (lääkäripula, lääkäreiden nopea vaihtuvuus), mutta osittain myös ylihoitamisesta.
 - Erittäin suuri riski on maakuntien palvelulaitosten voimakkaasti nousevat kustannukset, kun jokaisella on alueellinen monopoli, eikä vaihtoehtoista palveluntuottajaa ole (kilpailu eri maakuntien välillä on vaikutukseltaan kokonaisuuden kannalta marginaalinen).
 - Ministeriön mahdollisuus aidosti ohjata kustannuskehitystä maakunnissa vaarantuu, jos yksi palveluntuottaja on monopoliasemassa eikä tuottajaa ja järjestäjää ole aidosti erotettu.

Ratkaisu 2

- Valinnanvapaus palveluntuottajille tulee olla vastuu oman väestönsä osalta myös erikoissairaanhoidon ja muista erityistason kustannuksista. Suurten kustannusten tasaus erityisen kalliista asiakkaista voi olla esim. 20 000 € / asiakas / vuosi. Toisin sanoen nykyisen kalliin hoidon tasausjärjestelmän tyyppinen ratkaisu, mutta matalammalla maksimi kustannuksella.
- Asiakkailla on oikeus vaihtaa palveluntuottajaa korkeintaan kerran vuodessa.
- Valinnanvapaus palveluntuottajien on panostettava ennaltaehkäisyyn ja pyrittävä hoitamaan omat asiakkaansa mahdollisimman hyvin perustason resurssein (kokonaiskustannustehokkuus).
- Perustason palveluntuottajilla on oltava oikeus halutessaan hoitaa itse myös soveltuvia erityistason palveluita integroimalla valittuja erikoisaloja sote-keskusten toimintaan, kuten esimerkiksi geriatria, sisätaudit, ortopedia.
- Tällä mallilla perusterveydenhuolto, muut perustason palvelut ja muu ennaltaehkäisevä työ vahvistuvat sote-uudistuksen tavoitteiden mukaisesti. Esimerkiksi perustasolla tapahtuva erikoissairaanhoido integroituu sote-keskusten toimintaan ja palveluntuottajilla on selkeä insentiivi hoitaa mahdollisimman hyvin väestönsä.

Maakunta hyväksyy ja tekee sopimuksen keskuskaupungin palveluntuottajiksi vain sellaisten toimijoiden kanssa, jotka samalla sitoutuvat hoitamaan määritetyn reuna-alueen vastaavat palvelut.

- Esimerkkejä maakuntien aluejaoista.



PIRKANMAA

Väestö 2014: 503 382

Sote-käyttökustannukset 2014, 1000 €: 2 156 864

Sote-nettokustannukset 2014, 1000 €: 1 800 853



Lähteet: tilastot Sotkanet.fi
aluejaot © MML, 2014

Pirkanmaa	Väestö 31.12.2014	Sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannukset yhteensä, 1000 euroa, vuosi 2014	Sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset, 1000 euroa, vuosi 2014
Tampere	223 005	956 103	803 679
Nokia	32 848	123 707	110 392
Ylöjärvi	32 259	115 592	100 289
Kangasala	30 471	128 043	97 353
Sastamala	25 372	120 415	98 430
Lempäälä	22 233	80 477	72 109
Valkeakoski	21 161	88 432	76 276
Pirkkala	18 689	78 347	57 098
Akaa	17 050	83 988	64 273
Mänttä-Vilppula	10 723	55 159	45 261
Hämeenkyrö	10 612	43 571	36 569
Orivesi	9 578	42 699	41 886
Ikaalinen	7 298	32 554	28 883
Virrat	7 157	56 084	28 679
Parkano	6 808	32 623	26 431
Pälkäne	6 722	26 542	25 644
Urjala	4 984	20 788	19 864
Ruovesi	4 689	22 065	21 680
Vesilahti	4 493	16 277	15 618
Punkalaidun	3 117	13 701	13 491
Kihniö	2 080	11 167	9 361
Juupajoki	2 033	8 530	7 587



ESIMERKKI

Tampere 30 000 asukasta + Virrat ja Ruovesi
väestö yhteensä 41 846

Pirkanmaa	Väestö 31.12.2014	Sote- käyttökustannukset €/asukas, 2014	Sote- käyttökustannukset 1000 €, 2014
Tampere	30 000 / 223 005	4 287	128 621 (väestö 30 000)
Virrat	7 157	7 836	56 084
Ruovesi	4 689	4 706	22 065



ESIMERKKI

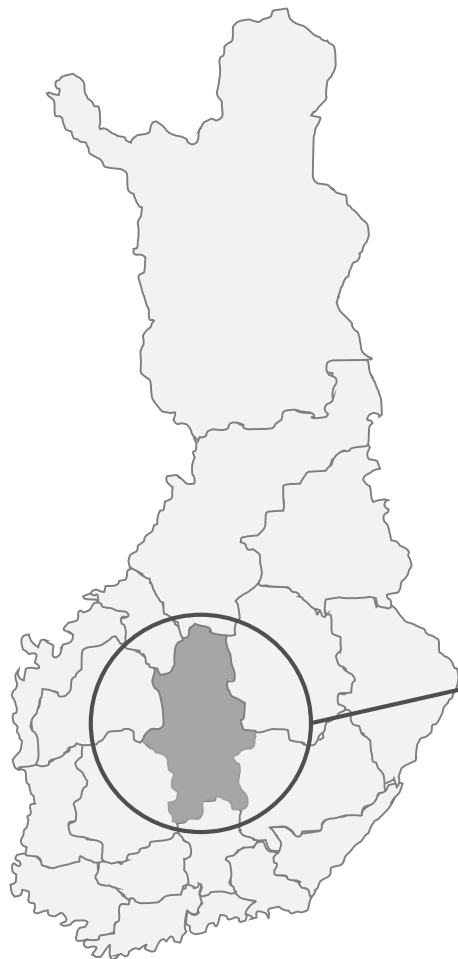
Lempäälä + Akaa ja Urjala
väestö yhteensä 44 267

Pirkanmaa	Väestö 31.12.2014	Sote- käyttökustannukset €/asukas, 2014	Sote- käyttökustannukset 1000 €, 2014
Lempäälä	22 233	3 620	80 477
Akaa	17 050	4 926	83 988
Urjala	4 984	4 171	20 788



ESIMERKKI Kangasala + Pälkäne väestö yhteensä 37 193

Pirkanmaa	Väestö 31.12.2014	Sote- käyttökustannukset €/asukas, 2014	Sote- käyttökustannukset 1000 €, 2014
Kangasala	30 471	4 202	128 043
Pälkäne	6 722	3 949	26 542

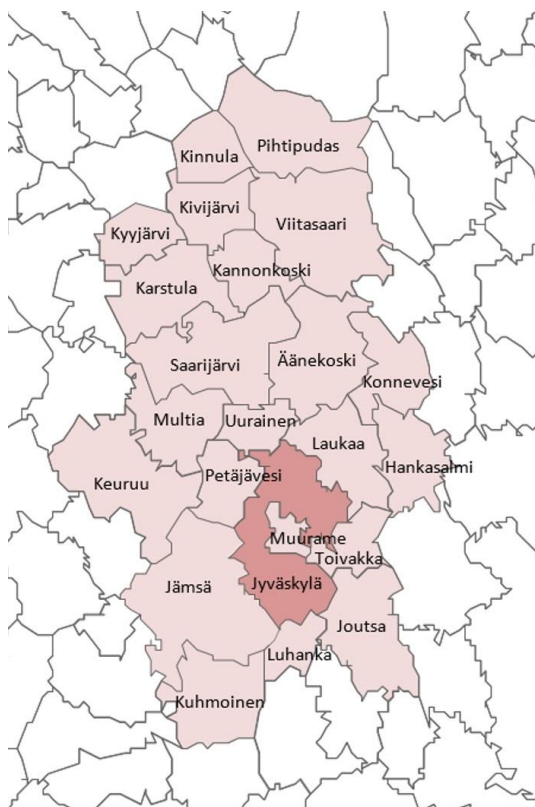


KESKI-SUOMI

Väestö: 275 363

Sote-käyttökustannukset, 1000 €: 1 153 614

Sote-nettokustannukset, 1000 €: 981 043



Lähteet: tilastot Sotkanet.fi
aluejaot © MML, 2014

Keski-Suomi	Väestö 31.12.2014	Sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannukset yhteensä, 1000 euroa, vuosi 2014	Sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset, 1000 euroa, vuosi 2014
Jyväskylä	135 783	517 205	441 560
Jämsä	21 808	117 899	89 845
Äänekoski	19 911	86 971	72 635
Laukaa	18 708	66 210	60 700
Keuruu	10 178	46 232	40 226
Saarijärvi	10 084	43 226	42 480
Muurame	9 699	29 605	26 810
Viitasaari	6 780	55 159	30 794
Hankasalmi	5 307	26 260	23 661
Joutsa	4 782	21 692	19 432
Karstula	4 286	18 398	18 160
Pihtipudas	4 261	20 106	18 018
Petäjävesi	4 081	15 817	14 590
Uurainen	3 611	13 250	11 709
Konnevesi	2 831	12 611	11 531
Toivakka	2 472	8 649	7 833
Kuhmoinen	2 373	10 979	10 750
Kinnula	1 766	8 366	7 243
Multia	1 763	9 728	8 530
Kannonkoski	1 475	7 670	7 610
Kyyjärvi	1 399	7 013	6 947
Kivijärvi	1 244	6 462	6 416
Luhanka	761	4 106	3 563



ESIMERKKI

Jyväskylä 30 000 asukasta + Muurame
väestö yhteensä 39 699

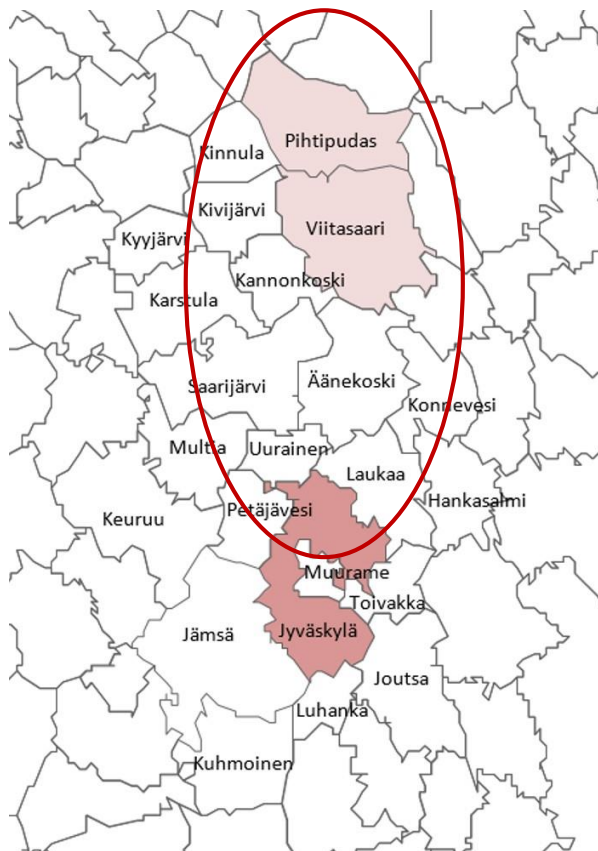
Keski-Suomi	Väestö 31.12.2014	Sote- käyttökustannukset €/asukas, 2014	Sote- käyttökustannukset 1000 €, 2014
Jyväskylä	30 000 / 135 783	3 809	114 272 (väestö 30 000)
Muurame	9 699	3 052	29 605



ESIMERKKI

Jyväskylä 30 000 asukasta + Hankasalmi ja Konnevesi
väestö yhteensä 38 138

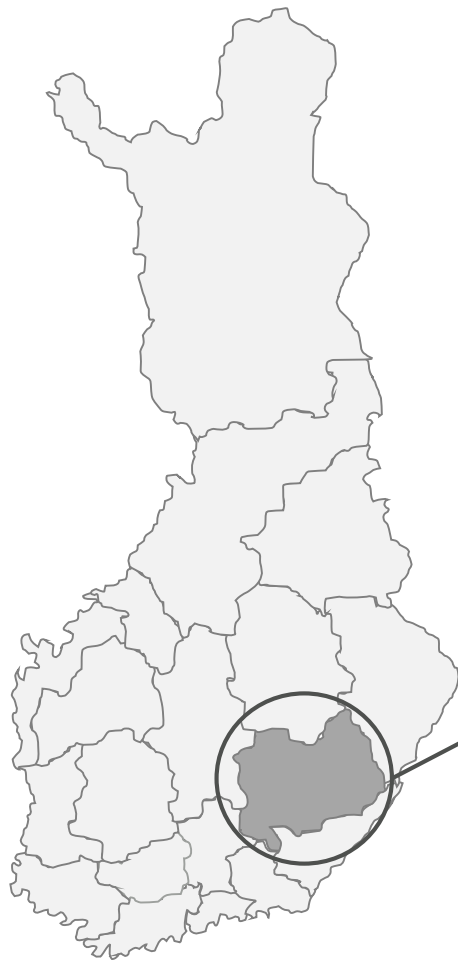
Keski-Suomi	Väestö 31.12.2014	Sote- käyttökustannukset €/asukas, 2014	Sote- käyttökustannukset 1000 €, 2014
Jyväskylä	30 000 / 135 783	3 809	114 272 (väestö 30 000)
Hankasalmi	5 307	4 948	26 260
Konnevesi	2 831	4 455	12 611



ESIMERKKI

Jyväskylä 30 000 asukasta + Viitasaari ja Pihtipudas
väestö yhteensä 41 041

Keski-Suomi	Väestö 31.12.2014	Sote- käyttökustannukset €/asukas, 2014	Sote- käyttökustannukset 1000 €, 2014
Jyväskylä	30 000 / 135 783	3 809	114 272 (väestö 30 000)
Viitasaari	6 780	8 136	55 159
Pihtipudas	4 261	4 719	20 106

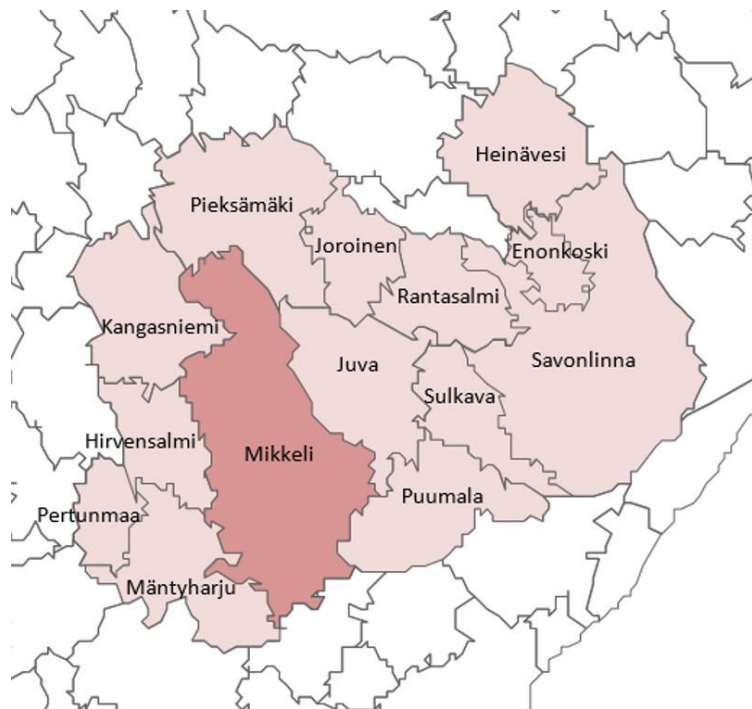


ETELÄ-SAVO

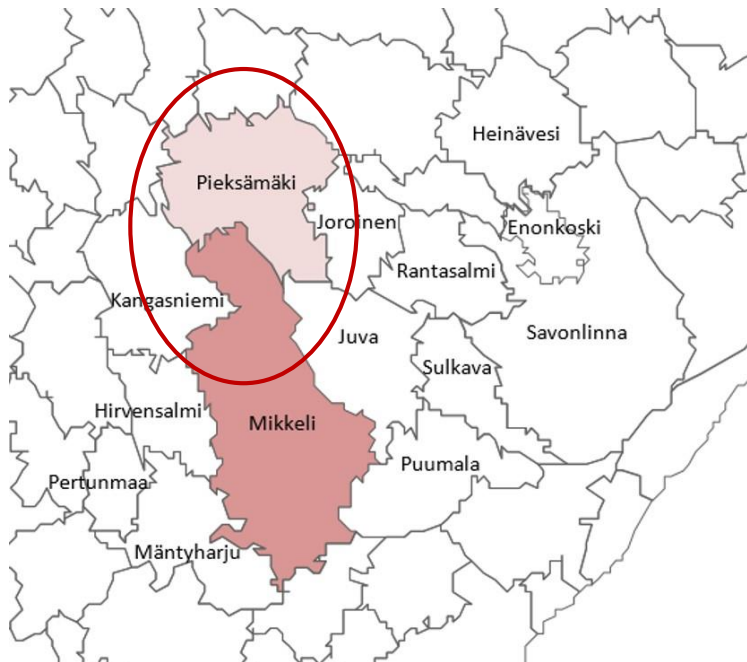
Väestö: 151 560

Sote-käyttökustannukset, 1000 €: 715 447

Sote-nettokustannukset, 1000 €: 626 429



Etelä-Savo	Väestö 31.12.2014	Sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannukset yhteensä, 1000 euroa, vuosi 2014	Sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset, 1000 euroa, vuosi 2014
Mikkeli	54 605	248 085	203 602
Savonlinna	35 944	163 805	155 574
Pieksämäki	19 050	97 617	84 732
Juva	6 616	34 349	26 880
Mäntyharju	6 266	29 931	25 911
Kangasniemi	5 692	28 925	25 408
Joroinen	5 178	19 521	19 106
Rantasalmi	3 815	20 887	18 707
Heinävesi	3 638	21 400	19 287
Sulkava	2 789	14 808	13 582
Hirvensalmi	2 326	9 377	8 983
Puumala	2 306	10 765	10 486
Pertunmaa	1 832	8 784	7 993
Enonkoski	1 503	7 193	6 178



ESIMERKKI

Mikkeli 20 000 asukasta + Pieksämäki
väestö yhteensä 39 050

Etelä-Savo	Väestö 31.12.2014	Sote- käyttökustannukset €/asukas, 2014	Sote- käyttökustannukset 1000 €, 2014
Mikkeli	20 000 / 54 605	4 543	90 865 (väestö 20 000)
Pieksämäki	19 050	5 124	97 617



ESIMERKKI

Mikkeli 30 000 asukasta + Joroinen ja Rantasalmi
väestö yhteensä 38 993

Etelä-Savo	Väestö 31.12.2014	Sote- käyttökustannukset €/asukas, 2014	Sote- käyttökustannukset 1000 €, 2014
Mikkeli	30 000 / 54 605	4 543	136 298 (väestö 30 000)
Joroinen	5 178	3 770	19 521
Rantasalmi	3 815	5 475	20 887



ESIMERKKI

Mikkeli 30 000 asukasta + Juva ja Sulkava
väestö yhteensä 38 993

Etelä-Savo	Väestö 31.12.2014	Sote- käyttökustannukset €/asukas, 2014	Sote- käyttökustannukset 1000 €, 2014
Mikkeli	30 000 / 54 605	4 543	136 298 (väestö 30 000)
Juva	6 616	5 192	34 349
Sulkava	2 789	5 309	14 808