



Miikka Korja

Julkinen sektori pitää pintansa

Julkisella kirurgialla viitataan tässä yhteydessä kirurgiaan, jonka palveluntuottajana on julkinen sairaala (hyvinvointialue). Vakuutusperusteisella kirurgialla tarkoitetaan kirurgiaa, joka toteutetaan yksityisessä sairaalassa. Yksityisellä sairaalalla tarkoitetaan sairaalaa, joka ei ole julkisomisteinen. Julkisen ja yksityisen tuottamassa kirurgiassa on rahoitusmallin lisäksi viisi perustavanlaatuaista ja kirurgisten toimenpiteiden luonteeseen sekä laatuun vaikuttavaa eroa: 1) yksityisissä sairaaloissa ei yleensä tehdä tehohoitoa vaativaa elektiivistä saatikka päivystyksellistä kirurgiaa, 2) suuri osa vakavista yksityispuolen kirurgisista komplikaatioista hoidetaan julkisella puolella, 3) yksityisissä sairaaloissa ei tavallisesti kouluteta erikoistuvia kirurgeja, 4) yksityissairaloissa tutkimuksen määrä on julkisiin verrattuna vähäinen ja 5) yksityissairaaloiden kirurgia ei ole joukkuepeliä siinä määrin kuin julkisella sektorilla. Yksityisen ja julkisen sairaalan risteytykset, esimerkiksi tamperelaislähtöiset tekonivelsairaala Coxa ja Sydänsairaala, ovat mielenkiintoisia erityistapauksia.

Vastaus otsikon kysymykseen riippuu muun muassa siitä, minkälaisen arvopohjan näkökulmasta kysymystä tarkastellaan. Suomessa lääkäriprofession on perustunut lääkärinvalaan (1), joka pohjautuu arkkiaatri Risto Pelkosen aloitteesta modernisoituun Hippokrateen valaan sekä Geneven julistukseen. Hippokrateen vala korostaa muun muassa lääkärin roolia kollegoiden ja tulevien kollegoiden opetuksessa sekä koulutuksessa, joka on vaillinaista kirurgiassa yksityissektorilla. Lääkärinvala puolestaan raamittaa lääkärin päämääräksi terveyden ylläpitämisen ja edistämisen, joihin liittyviä tutkimuksia ja hoitoja tulisi suosittelaa potilaan terveyshyöty edellä.

Julkista ja yksityistä sektoria vertailevat sortuvat toisinaan epäilemään, voiko kirurgi toimia yksityisellä sektorilla Hippokrateen valan ja lääkärivalan mukaisesti, koska yksityisen järjestelmän rakenteet luovat paineita, joissa taloudelliset insentiivit ohjaavat päätöksentekoa. Koska kaikki ovat kuitenkin kouluttautuneet ja työskennelleet julkisella sektorilla, yksityisen ja julkisen sektorin kirurgien ammatillinen identiteetti ja arvopohja ovat sisimmiltään yhtenäiset. Tämän lisäksi moni kirurgi toimii molemmilla sektoreilla, jolloin ammatillinen identiteetti ja arvopohja pysyvät varsin yhtenäisinä. Vaikka toimintaympäristö muokkaa päätöksentekoa niin julkisella kuin yksityisellä sektorilla, ainoastaan yksityisen sektorin kirurgien ammatillisen identiteetin ja arvopohjan kyseenalaistaminen on Suomessa usein tarkoitushakuista ja perusteetonta. Myös julkisen sektorin kirurgien arvopohjan voi tarkoitushakuisesti kyseenalaistaa: johtamiskulttuurista (henkilöstön ”tyhjäkäynnin” minimoiva tuotantotaloudellinen tehokkuusajattelu) kumpuava ikuinen resurssipula aiheuttaa toistuvia eettisiä ristiriitoja (2), koska kirurgit eivät yleensä hoitajaresurssin minimoinnin vuoksi pysty leikkaamaan potilaita edes lain edellyttämässä kuuden kuukauden aikataulussa, puhumattakaan kansantaloudellisesti ja eettisesti järkevässä aikataulussa.

Voidaan tarkoitushakuisesti kysyä, millainen arvopohja ohjaa kirurgia, joka työskentelee organisaatiossa, joka rikkoo lakia systemaattisesti. HUOM! Julkisen sektorin kirurgiset jonot ovat suurimmaksi osaksi perusteettomia – leikkauspäätöksen jälkeen viikkojen tai kuukausien jonotus ei ole useinkaan lääketieteellisesti perusteltua ja terveyttä edistävää, vaan yhteiskunnalle monitahoisesti kallis järjestelmäongelma.

Kun otsikon kysymystä lähestytään prag-

maattisemmin, oleellinen kiteytyy siihen, min-kälaisessa roolissa yksityisen sektorin kirurgiset palvelut nähdään. Jos Suomessa halutaan säilyttää mahdollisimman tasa-arvoinen, kustannuskehitykseltään maltillinen, leikkausaiheiltaan näyttöön perustuva ja ennen kaikkea laadultaan korkeatasoinen kirurgia, yksityissektorin tulisi suhteessa julkiseen toimia niin sanottuna ylivuotoventtiilinä, ei kilpailevana sektorina. Koska julkisen sektorin kirurginen toiminta on kroonisesti aliresursoitu (tyhjäkäyntiä ei hyväksytä), ajaututaan syklisesti ja säännönmukaisesti ylikuormitusjaksoihin. Käytännön tasolla ylikuormitusjakso tarkoittaa nopeasti huonontunutta leikkausjonotilannetta. Pitkälti vakuutuspuolelta toimiva yksityinen sektori on totutusti toiminut näissä tilanteissa ylivuotoventtiilinä. Tämänkaltaisen toiminta on ehdottoman kannatettavaa, niin kauan kuin julkisen puolen kirurgista sektoria ei haluta resursoida asianmukaisesti. Jos uskotaan, että vakuutuspuolelta eli yksityisen sektorin kokoa ja roolia tulisi kasvattaa, ajaututaan ongelmiin. Yksityisomisteisten terveyspalveluita tuottavien ja Suomessa toimivien yritysten oligopoli ei pysty pitkällä aikavälillä tarjoamaan tasa-arvoista, kustannuskehitykseltään maltillista, leikkausaiheiltaan näyttöön perustuvaa ja ennen kaikkea laadultaan korkeatasoista kirurgiaa. Miksi?

Markkinatalouden periaatteiden mukaisesti yksityisen sektorin keskeinen tavoite on tuottaa taloudellista voittoa omistajilleen (3). Vakuutusyhtiöt pyrkivät maksimoimaan voittonsa rajoittamalla korvauksia, asettamalla korkeita omavastuita ja rajaamalla kalliita hoitoja vakuutuksen ulkopuolelle. Eriarvoisuus korostuu. Samat markkinatalouden periaatteet ajavat kilpailemaan asiakkaista (julkisella ko. henkilöt potilaita) tarjoamalla asiakaskokemuksen näkökulmasta ”kattavinta mahdollista diagnostiikkaa ja hoitoa” (4). Konsumeristinen terveysideologia nostaa väistämättä hoitojen kustannuksia. Koska vakuutuspuolelta järjestelmässä käytetään usein suoritemääriin perustuvia kannustimia, jotka lisäävät kirurgin ja yrityksen tuloja, taloudelliset insenttiivit johtavat väistämättä tarpeettomiin eli aiheiltaan kyseenalaisiin toimenpiteisiin (ylihoito) ja sel-

vittelyihin (yli diagnostiikka). Leikkausaiheet luisuvat näytöltään ohuemmiksi.

Vaikka kaikki edellä kuvatut uhkakuvat onnistuttaisiin jotenkin välttämään jäljelle jää kansanterveydellisesti kriittisin ongelma: vuosien mittaan kirurgian taso laskee huomattavasti. Väite ei toteudu niin näkyvästi niillä kirurgisilla erikoisaloilla, joiden akateemisen tutkimuksen määrä on vähäinen (kirurgia perustuu enemmän eminence-based- kuin evidence-based-kirurgiaan, jolloin evidence-based-kirurgian muutokset eivät vaikuta samassa määrin hoidon laatuun), tehohoidon tarve minimaalinen (vaikeimmat kirurgiset toimenpiteet harvinaisia, jolloin niiden määrän yhteys kirurgiseen osaamiseen vähäisempi), päivystyksellisten henkeä pelastavien toimenpiteiden lukumäärä olematon (tarjoaa mahdollisuuden optimoituun potilasvalintaan) ja hoitotuloksen arvio perustuu leikkaavaan kirurgin omiin näkemyksiin (ei kollektiivista laaduntarkkailua). Tällöin hoidon laatu, joka voi lähtöjään olla hyvä tai huono, ei vuosien mittaankaan välttämättä romahda, vaikka julkisen sektorin leikkaustoiminta ajettaisiin kokonaan alas, kunhan koulutuksesta huolehditaan. Koska julkisen sektorin alarajasta seuraisi myös se, että komplikaatioista tulisi yksityiselle sektorille taloudellisen tuloksen rasite, niin todennäköisesti laadun tarkkailu myös terävoitoksi, niin vakuutusyhtiöiden kuin palveluntuottajien toimesta.

Miksi kirurgisen hoidon laatu sitten romahtaisi erityisesti raskaan kirurgian erikoisaloilla? Markkinatalouden periaatteiden mukaisesti toimiva sektori ei pysty ylläpitämään kattavaa ja taloudellisesti kannattavaa tehohoitoa, ellei tehohoidon käyttöastetta pidetä keinotekoisesti hyvin suurena tehohoidon aiheita venyttämällä ja vakuutusmaksuja koroteta huomattavasti. Kun yksityinen sektori haalii raskaan erikoisalan kevyempiä toimenpiteitä, julkiselle puolelle kumuloituu suhteellisesti enemmän raskasta (päivystys) kirurgiaa. Kokeneet kirurgit siirtyvät aliresursoituista ja raskaista (päivystysvelvoite koko työuran) työtehtävistä yksityiselle. Seuraavan sukupolven koulutuksen taso laskee, kun kokeneiden kirurgien kaarti harvenee. Leikkausten henkinenkin kuormitus julkisella sektorilla kasvaa, kun vielä liian varhais-

sa koulutusuransa vaiheessa kirurgit joutuvat haastaviin leikkauksiin ilman riittävää oppia ja selkänöjää. Tämän seurauksena työnimu kääntyy työntövoimaksi, joka ajaa mahdollisimman pian yksityiselle sektorille. Syntyy kierre, jossa niin sanottujen helppojenkin leikkausten laatu lopulta laskee. Vaativia leikkauksia ei lyhyen ajan kuluttua osaa tehdä monikaan, ainakaan huipputasolla.

Suomessa yksityiset palvelut täydentävät julkista järjestelmää, ja hyvä niin. Oligopolien aggressiivinen ja kokeneisiin kirurgeihin kohdistuva rekrytointi on kyseenalaista mutta ei laitonta. Ajan kuluessa toiminta johtaa kirurgian laadun laskuun, mikä ei ole kenenkään etu. Toisaalta julkinenkaan sektori ei näyttäyty eettisesti kestävältä ja järkevältä tuottajalta. Kirurgisten potilaiden roikottaminen löysässä hirressä eli leikkajonoissa pitkään on paitsi laitonta myös kansantaloudellisesti erittäin kallista. Pääosin tyhjinä seisovat kalliit leikkaussalit tulevat budjetoituakin kalliimmiksi. Tämä tosin näkyy negatiivisena vain kansantaloudessa – sairaalan tuotantotaloudellisessa Excel-budjetissa henkilöstöön kohdistuva aliresursointi on poikkeuksetta säästö.

Mitä tulevaisuudessa? Julkisomisteiset yksityissairaalat todennäköisesti yleistyvät. Julkisomisteisten yksityissairaaloiden toimintaympäristö on lähempänä julkista sektoria (5), eli niiden toiminta on vähemmän altista markkinatalousajattelun luomille arvopohjapaineille. Toisaalta yksityisen sektorin potilas- ja työn-

tekijälähtöisempää toimintakulttuuria voidaan viimein omaksua osaksi hoitokokonaisuuksia. Mikä tärkeintä, julkisomisteisten yksityissairaaloiden johtokerrokseen sijoitettu orkesteri on soittotaitoinen ja lähempänä duoa kuin Kaartin soittokuntaa. Kirurgiselle erikoisaloille nopeasti kaivattava autonomia mahdollistuu. Kun virsikirjan kannet avataan, kirurgit kyllä veisaavat. Talous ensin -aikakautena tämä tarkoittaa, että yhteiskunnat säästöt ovat huomattavia, työntekijät viihtyvät ja kirurgian laatu säilyy korkeana. ■

MIikka KORJA, LT, dosentti, osastonylilääkäri, neurokirurgian erikoislääkäri

Neurokeskus, HUS, Helsingin yliopistollinen sairaala
Kirjoittaja on työskennellyt mm. hieman alle kaksi vuotta Australian yhdessä suurimmista neurokirurgisista yksityissairaaloista, Macquarie University Hospitalissa (Sydney), jossa oli myös tehohoito, ja leikkauksina paljon ns. raskasta neurokirurgiaa.

SIDONNAISUUDET

Miikka Korja: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Hyland, Pohjolan Voima, Orion, Radical Health, CGI), Korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (GCI, Planmeca), Luottamustoimet (European Academies Science Advisory Council (EASAC) työryhmän (AI in Healthcare) jäsen; European Association of Neurosurgical Societyn aivoverisuonijaoksen jäsen; Neurology -lehden Editorial Boardin jäsen), Muut sidonnaisuudet (CleverHealth Network)

KIRJALLISUUTTA

1. www.laakariliitto.fi/tyoelama/ohjeita-ja-suosituksia/laakaran-etiiikka/laakaran-vala/
2. www.sttk.fi/2025/02/19/eettinen-kuormitus-kasvaa-resurssien-vahetessa/
3. www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76061/M233-VERKKO.pdf
4. www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/lahetteettomat-tutkimukset-lisaavat-huolta/
5. www.sttinfo.fi/tiedote/69903564/sote-uudistuksen-tunnistettavien-alueiden-erityispiirteet-ja-mahdollistettava-tutkimus-ja-digitalisaatio-seka-valttamattomat-investoinnit?publisherId=10978748