Juha Tuominen
johtava ylilääkäri
dosentti
Terveystalo

Ruotsalainen lonkkaleikkaus

Suomessa erikoissairaanhoito tuotteistetaan julkisella sektorilla DRG-järjestelmän mukaisesti. Samankaltaiset toimenpiteet ja hoitojaksot laskutetaan keskimääräisellä hinnalla. Hoitojaksoon eivät kuitenkaan kuulu sitä edeltävät tai sen jälkeiset toimenpiteet. Myös komplikaatiot laskutetaan kunnalta erikseen, koska komplikaation sattuessa DRG-luokka muuttuu tai syntyy useita erikseen laskutettavia DRG-hoitojaksoja. Ruotsissa terveydenhuollon järjestäjät kokeilevat toisenlaisia ratkaisuja. Tukholman läänin maakäräjät on jo vuodesta 2009 maksanut pääosan polvi- ja lonkkien tekonivelleikkauksista aiemmasta poikkeavalla tavalla.

Kun vielä vuonna 2008 leikkaukset suoritettiin DRG-hinnoittelun mukaisesti julkisissa sairaaloissa, vuonna 2009 järjestelmä avattiin potilaiden valinnanvapaudelle, yksityisten tuottajien tuottamisvapaudelle ja tasavertaiselle kilpailulle julkisten toimijoiden kanssa. Samassa yhteydessä leikkauksista maksettava hinta muutettiin sisältämään aiempaa laajempi kokonaisuus: esikäynti, leikkaus, tekonivel, enintään kuusi päivää välitöntä leikkauksen jälkeistä kuntoutusta, jälkikontrolli kolmen kuukauden sisällä, tarvittavat lääkkeet, kuvantamistutkimukset ja laboratoriokokeet. Eikä tässä vielä kaikki. Hinta sisältää myös mahdolliset komplikaatiot kahden vuoden sisällä. Nivelinfektion osalta takuu jatkuu viisi vuotta.

Kun järjestelmä muutettiin, tekonivelleikkausten määrä kasvoi ensimmäisenä vuotena viidenneksellä ja jäi pysyvästi kuusitoista prosenttia aiempaa suuremmaksi. Tässä järjestelmässä maakäräjät korvaa toimenpiteistä kaikille toimijoille saman hinnan, mutta se arvioi että aiemmin lasketun hoitojakson toimenpiteiden kokonaishinnan, noin 7 900 euroa liian suureksi. Vaikka korvaukseen laskettiin hyväksyttävän komplikaatiotaajuuden mukaiset komplikaatioiden hoitokulut, korvaus määritettiin noin 6 500 euroksi. Tällä hinnalla markkinoille on tullut viiden julkisen toimijan rinnalle viisi yksityistä toimijaa, jotka tuottavat puolet läänin tekonivelleikkauksista. Maakäräjien kokonaiskulut ovat lisääntyneestä leikkausmäärästä huolimatta laskeneet. Lisäksi leikkaustiimien hoitamien potilaiden määrä kasvoi 0,7 potilaalla päivää kohti ja sairaalan hoitopäivien määrä pieneni 0,4 päivää hoitojaksoa kohti.

Leikkauksen komplikaatiotakuu toteutetaan sakkona, jonka tuottaja joutuu maksamaan, mikäli ongelmia esiintyy. Sakkojärjestelmä toimii myös laadunkehittäjänä. Järjestelmän ensimmäisenä vuotena takuusakkoja maksettiin 1,4 miljoonaa euroa. Toisena vuotena sakkojen määrä putosi 530 000 euroon ja kolmantena 380 000:een. Takuu johti siis hoidon laadun ja vaikuttavuuden paranemiseen. Tämänkaltainen olisi toivottavaa myös Suomessa, missä sairaaloiden välillä on yli kaksinkertaisia eroja uusintaleikkaukseen joutumisessa.

Vaikka potilastyytyväisyys on ollut erittäin hyvää, se ei ole vaikuttanut maksettujen korvausten suuruuteen. Nyt maakäräjät suunnittelee, että potilaan arvio toimintakyvystä ja kivusta hoitokokonaisuuden jälkeen vaikuttaisi tuottajan saamaan korvaukseen. Mikäli potilas ei koe saaneensa apua, hoito olisi tuottajalle tappiollista. Tällä halutaan varmistaa, että hoitokokonaisuutta rakennettaessa ykköstavoite on hoidon vaikuttavuus.

Vaikka potilaiden valinnanvapaus julkisen sektorin erikoissairaanhoidossa alkaa Suomessa täydellä teolla ensi vuonna, ei meillä ole vielä luotu potilaalle selkeää keinoa vaihtaa hoitopaikkaa toiseen sairaalaan. Aktiivisimmat potilaat löytävät kyllä keinot, ja aktiivisimmat sairaalat varmaan tarjoavat heille tuleville potilaille apuaan. Sairaaloiden uusintaleikkausprosentit eivät ole julkisia, joten potilaat eivät voi vertailla sairaaloiden laatua. Lsäksi maksaja, potilaan kotikunta voi joutua maksamaan lonkkaleikkauksesta potilaan valitsemassa sairaalassa puolet enemmän kuin edullisimmin hinnoitelleessa sairaalassa. Sairaaloiden DRG-hinnat kun vaihtelevat joko todellisten kustannusten vaihtelun tai kustannusvastaavan hinnoittelun osaamattomuuden vuoksi melko paljon.

Ruotsin esimerkkejä ei voi jättää huomiotta omaa järjestelmäämme kehitettäessä.