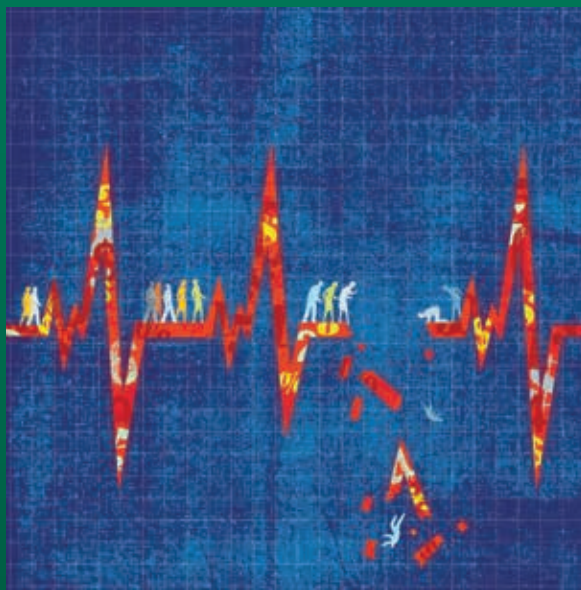


SOTE-UUDISTUKSEN PUUTTAVA PALA

THE MISSING PIECE IN FINNISH
HEALTHCARE REFORM

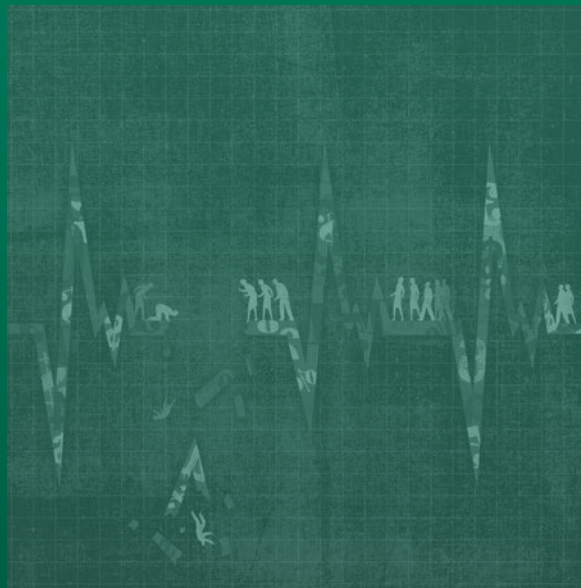
TIIVISTELMÄ SUOMEKSI



BCG

THE BOSTON CONSULTING GROUP

The Boston Consulting Group (BCG) on johtava kansainvälinen ylimmän liikkeenjohdon konsultointiyhtiö. Asiakkaamme ovat yksityisen ja julkisen sektorin toimijoita talouden kaikilta osa-alueilta. Tavoitteenamme on auttaa asiakkaitamme saavuttamaan pysyvää kilpailuetua ja tukea asiakkaidemme organisaatioita tähän tähtäävissä merkittävässä muutoksissa. Toimintatapamme perustana on tuottaa konkreettista, mitattavaa lisäarvoa. BCG on vuonna 1963 perustettu yksityinen yhtiö, jolla on yhteensä 85 toimistoa 48 eri maassa. Lisätietoa osoitteessa bcg.com.



SOTE-UUDISTUKSEN PUUTTUVA PALA

THE MISSING PIECE IN FINNISH HEALTHCARE REFORM

TIIVISTELMÄ SUOMEKSI

TOMMI KAINU

ARNE KÖHLER

STEFAN LARSSON

SISÄLLYSLUETTELO

- 3 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON TUOTTAMA ARVO PÄÄMÄÄRÄNÄ**
- 8 ARVOPERUSTEINEN TERVEYDENHOITO**
Arvoperusteisen terveydenhoidon kolme rakennuskiveä
Arvoperusteinen terveydenhoito maailmalla
Miksi Suomi tarvitsee arvoperusteista terveydenhoitoa
Arvoperusteisen terveydenhoidon hyöty
- 18 SUOMEN VALMIUS ARVOPERUSTEISELLE TERVEYDENHOIDOLLE**
Standardien ja datan puute
Riittämättömät hoitojärjestelmät
Suoriteperusteiset korvausmallit
Vahvuuksia joiden varaan arvoperusteista terveydenhoitojärjestelmää voidaan rakentaa
- 27 EHDOTUKSET MUUTOKSISTA**
Kansallisen strategian kehittäminen arvoperusteiselle terveydenhoidolle
Kansalliset vaikuttavuusstandardit ja -mittarit
Tietojärjestelmät tukemaan vaikuttavuutta
Sitoutuminen tietojärjestelmien kehittämiseen
Yhteistyöverkostot kehittämään laatua
Vaikuttavuutta tukeva säätely
Uudet mekanismit ja roolit tukemaan integraatiota terveydenhuollossa
Suoriteperusteesta vaikuttavuuteen
- 31 LIITE: HAASTATTELULUETTELO**
- 33 LISÄMATERIAALIA AIHEESTA**
- 34 HUOMAUTUS LUKIJALLE**

YHTEENVETO

TÄMÄ ON SUOMENKIELINEN TIIVISTELMÄ *The Boston Consulting Groupin raportista “The Missing Piece in Finnish Health Care Reform”*. Lisätietoa ja -analyysia sekä yksityiskohtaiset toimitasuositukset löytyvät raportin alkuperäisestä versiosta.

Suomen terveydenhoitojärjestelmä on suurten haasteiden edessä. Terveydenhuollon kustannusten kasvu on kestämatöntä, minkä lisäksi ongelmia on terveystalouden saatavuudessa ja hoidon laadun eriarvoisuudessa sekä eri kansanryhmien että sote-alueiden välillä.

- Terveydenhuollon kustannusten kasvu on vuodesta 2008 asti ollut bruttokansantuotteen kasvua nopeampaa ja tulee valtiovarainministeriön viimeisimmän arvion mukaan myös jatkumaan sellaisena: ennustettu 4,3 prosentin vuosikasvu päihittää bruttokansantuotteen yli prosentilla. Tämä johtaa 15 miljardin euron lisäykseen sosiaali- ja terveystalouksessa vuoteen 2030 mennessä, mikä tarkoittaa kulujen lähes kaksinkertaistuvan.
- Odotusajat yleis- ja erikoislääkäreille sekä leikkaustoimenpiteisiin ovat Suomessa Euroopan pisimmät. Tilanne tulee huononemaan terveydenhoitoalan työvoimapulan kasvaessa; opetusministeriön arvion mukaan alalla tulee olemaan vähintään noin 20 000 työntekijän vaje jo vuonna 2025.
- Huolestuttavin ongelma on kasvava eriarvoisuus sekä terveydenhoidon saatavuudessa että laadussa. Esimerkiksi ero terveytensä keskitasoisiksi tai sitä huonommaksi määrittelevien osuuksissa suomalaisten parhaiten ja huonoiten koulutettujen kolmannesten välillä on kasvanut vuoden 2010 yhdeksästä prosenttiyksiköstä 14 prosenttiyksikköön vuonna 2015.

Suomessa terveydenhoidon laadussa ja kustannuksissa on suuria alueellisia eroja. Tämä erittäin tärkeä aihe on jäänyt sote-

keskustelussa lähes huomiotta.

- THL on 2000-luvulla tutkinut hoidon tuloksia ja kustannuksia kahdeksan merkittävän terveysongelman osalta PERFECT-tutkimuksessa. Tuloksena oli Suomen ensimmäinen julkinen vertailu eri sairaaloiden ja alueiden riskikorjatuista tuloksista, joiden välillä todetaan olevan suuria laatu- ja kustannuseroja.
- Esimerkiksi 30 päivän sisällä leikkauksesta kuolleiden lantionmurtumapotilaiden osuus oli Suomen huonoiten suoriutuvalla alueella kuusinkertainen parhaiten suoriutuvaan verrattuna. Ero ennenaikaisesti syntyneiden lasten kuolleisuudessa 30 päivän sisällä syntymästä taas oli lähes kaksinkertainen (tutkimus tehtiin vuosina 2007-2009).
- Kustannuspuolella esimerkiksi aivohalvauspotilaiden hoito maksoi kalleimmalla alueella 70% enemmän kuin halvimmalla. Koska data on riskikorjattu, kustannuseroja eivät selitä erot eri alueilla hoitoon hakeutuvien potilaiden välillä. On huomattavaa, että laatu ja kustannukset eivät korreloi tutkimuksen tuloksissa, eli että parasta hoitoa ei välttämättä tarjota korkeimpien kustannusten alueilla.
- Suunniteltu sote-uudistus ei ota kantaa alueiden väliseen eriarvoisuuteen.

Sote-uudistus pyrkii vähentämään terveydenhoidon kustannuksia jopa kolmella miljardilla eurolla vuodessa, samalla parantamaan terveydenhoidon saatavuutta ja vähentämään terveyteen ja hyvinvointiin liittyvää eriarvoisuutta. Aihetta koskevan keskustelun teemoja ovat tähän mennessä olleet lähinnä järjestelmät ja rakenteet laadun ja kustannustehokkuuden sijaan. Tavoitteissaan onnistuakseen uudistuksen pitäisi keskittyä terveydenhuollon tuomaan *arvoon*: terveyden ja hyvinvoinnin alan tuloksiin, joita hoitojärjestelmä tuottaa tietyllä investoinnin tasolla.

- Sote-uudistuksen tärkeimpiä tavoitteita on tehokkuuden lisääminen keskittämällä hoitovastuu 18:lle itsehallintoalueelle, yksinkertaistamalla nykyistä monikanavaista rahoitusmallia, erottamalla hoidon järjestämisen ja tarjoamisen vastuut ja kasvattamalla asiakkaan valinnanvapautta. Asiakas saa mahdollisuuden itse valita palveluntarjoajan julkiselta, yksityiseltä tai kolmannelta sektorilta. Valtion ohjausta rahoituksesta vahvistetaan, kun taas itsehallintoalueille jää vastuu hoitojärjestelmän organisoimisesta sekä julkisen että yksityisen sektorin käsittävän vapaan kilpailun kautta.
- Ei ole selvää, että uudistus voi nykyisessä muodossaan saavuttaa tavoitteitaan tehokkuudesta ja laadunparannuksesta. Esimerkiksi seuraavat kysymykset jäävät vastauksia vaille ehdotetussa mallissa, jossa ei ole olemassa objektiiviseen dataan perustuvia tapoja vertailla hoitopaikkoja ja -menetelmiä.

- Itsehallintoalueiden on tarkoitus järjestää terveyspalvelut parhaalla mahdollisella tavalla. Tähän vaadittaisiin kuitenkin tietoa siitä, mitkä hoidot ovat tehokkaita, ja mitkä sairaalat ja palveluntarjoajat tuottavat parhaita tuloksia kustannustehokkaimmin.
- Asiakkaan valinnanvapaudesta ajatellaan seuraavan yleisiä parannuksia terveydenhoidon laadussa ja kustannuksissa. Tämä on mahdollista vain, jos asiakkailta on tarvittavat tiedot ja mahdollisuus valita sairaala hoidon laadun perusteella.
- Valinnanvapaus ja kasvava kilpailu tulevat hajanaistamaan palveluntarjoajien kenttää. Miten tässä tilanteessa voidaan varmistaa ehjä hoitoketju ja palveluiden yhtenäisyys eri toimijoiden välillä?
- Toimiakseen sote-uudistus tarvitsee tuekseen tapoja vertailla eri hoitojen tehokkuutta objektiivisesti ja hallinnoida lukuisia eri toimijoita käsittäviä hoitoketjuja. Ratkaisu on siirtyminen arvoperusteisen terveydenhoidon malliin.

Arvoperusteisen terveydenhoidon (englanniksi *value-based health care*) tavoite on kehittää terveydenhoitoa parantamalla sen vaikuttavuutta kustannusten pysyessä vakiona tai jopa pienentyessä. Tämä mahdollistaa terveydenhoidossa yhtäaikaaisesti laadun parantumisen ja kustannusten pienentymisen – ja hyvien ja huonojen sairaaloiden välisiä hoitoeroja pienentämällä myös eriarvoisuuden vähentämisen. Peruseriaate on, että terveydenhoitoa arvioidaan punnitsemalla tarkoin määritellyjä potilastulosten mittareita hoitokustannuksia vasten. Arvoperusteisen järjestelmän kolme rakennuskiveä ovat terveydenhuollon vaikuttavuuden systemaattinen mittaus, integroitu ja koordinoitu hoito halki koko potilasprosessin ja tuloksiin perustuva korvausjärjestelmä terveyspalveluiden tarjoajille.

- Terveydenhoidon tuloksia mitataan järjestelmällisesti yksittäisten sairauksien, hoitomenetelmien tai potilasryhmien osalta. Tämä mahdollistaa eri hoitokeskusten välisten erojen ja niiden syiden tunnistamisen sekä osoittaa, mitkä hoitomenetelmät ovat tulosten ja kustannusten osalta parhaat. Julkisia mittaustuloksia voidaan käyttää uusien hoitostandardien luomiseen ja esimerkiksi eri sairaaloiden välisten erojen poistamiseen.
- Tuotettua terveydenhoitoa tarkastellaan yhtenä kokonaisuutena läpi koko tiettyä sairautta tai potilasryhmää koskevan hoitoketjun. Tämä tarkoittaa, että palveluiden maksajilla ja järjestäjillä on täysi näkyvyys terveydenhoitojärjestelmän kokonaiskustannuksiin ja hoidon kokonaisvaikuttavuuteen, mikä mahdollistaa tietoisten valintojen tekemisen esimerkiksi tilanteissa, joissa ennakoivaan hoitoon panostaminen vähentää korkeita hoitokustannuksia pitkällä tähtäimellä. Kaikkien järjestelmän palveluntarjoajien toiminta perustuu samoille kannustimille, ja eri tarjoajien palvelut sopivat yhteen, tukevat toisiaan ja muodostavat ehjiä hoitoketjuja.

- Kun järjestelmällinen tuloseuranta on käytössä ja terveyspalvelut on organisoitu tiettyjä sairauksia tai potilasryhmiä koskeviksi kokonaisuuksiksi, voidaan kehittää arvoon perustuva kannustinjärjestelmä. Kannustinten malli tulee määritellä jokaisen sairauden tai hoitotarpeen kohdalla erikseen, mutta yleinen periaate on, että kilpailevia terveyspalveluntarjoajia palkitaan hoidon tuottaman arvon eikä esimerkiksi hoidettujen potilaiden määrän perusteella. Tällaisen kannustinjärjestelmän on tärkeää olla riskikorjattu, jotta kaikille potilaille taataan samantasoinen kohtelu eivätkä palveluntarjoajat voi parantaa tuloksiaan valitsemalla itselleen helpoimmin hoidettavia potilaita.

Suomi voisi saavuttaa paljon keskittymällä sote-uudistuksessa arvoperusteisen terveydenhoidon lisäämiseen. Vertaamalla sairaaloita tulosten perusteella ja nostamalla huonoiten suoriutuvat sairaalat ja alueet parhaiten suoriutuvien tasolle voitaisiin pienentää kustannuksia, parantaa sairaanhoidon laatua ja jopa estää suuri määrä kuolemantapauksia.

- Kustannusleikkausten saralla on suuria mahdollisuuksia. PERFECT-tutkimuksen data vuodelta 2013 kertoo esimerkiksi, että jos kaikki Suomen sairaalat hoitaisivat aivohalvausta yhtä kustannustehokkaasti kuin parhaiten suoriutuva neljännes, vuosittaiset säästöt olisivat tämän yhden sairauden osalta noin 13% eli 24 miljoonaa euroa. Samankaltainen kulujen pienentäminen kaikilla sote-aloilla johtaisi tietysti vielä suurempiin säästöihin. Esimerkiksi SITRAN vuoden 2015 arvion mukaan säästöjä kertyisi kaikilta sosiaali- ja terveysaloilta yhteensä 1,1 miljardia euroa eli 4,8% vuodessa, mikäli kaikki Suomen hoitopiirit, joiden kustannukset ylittävät kansallisen keskiarvon, pääsisivät kansalliselle keskitasolle (mikä on melko vaatimaton tavoite).
- BCG:n laskelmien mukaan jopa 507 aivohalvaukseen, sydäninfarktiin ja lantionmurtumiin liittyvää kuolemantapausta voitaisiin välttää vuosittain, jos kaikki Suomen sairaala-alueet suoriutuisivat näiden hoidosta yhtä hyvin kuin parhaiten suoriutuva neljännes. Luku nousisi 1 442:een, mikäli kaikki alueet tuottaisivat samoja tuloksia kuin parhaiten suoriutuva alue. Järkyttävää on, että kyseessä on vasta jäävuoren huippu; jos mukaan laskettaisiin kaikki muutkin sairaudet, joiden osalta terveystuloksia ei ole koskaan järjestelmällisesti mitattu, olisivat todelliset vaikutukset paljon suuremmat.
- Luvut näyttävät selvästi, että sekä ihmishengissä että rahassa mitattuna Suomella ei yksinkertaisesti ole varaa olla siirtymättä arvoperusteiseen terveydenhuoltoon.

BCG:n tekemässä tutkimuksessa käy ilmi, että Suomessa potilaat itse tahtoisivat terveydenhoitojärjestelmän perustuvan hoidon arvoon ja laatuun. Esimerkiksi 88% haastatelluista sairaalapotilaista tahtoi valita terveyspalveluntarjoajan laadun perusteella. Käytännössä valinnat kuitenkin perustuvat lähinnä sijaintiin, koska laatuun perustuvien valintojen tekemiseen tarvittavaa tietoa ei ole saatavilla.

- BCG:n huhtikuussa 2016 järjestämän internet-kyselyn tarkoituksena oli arvioida, millä tekijöillä on suurin vaikutus terveystalvotarjoajan valintaan. Kyselyyn osallistui 1 045 Suomen terveystalvotarjoajia viimeisen viiden vuoden aikana käyttänyttä.
- Noin kolmasosa vastanneista (36% perusterveydenhuollon potilaista ja 33% sairaalatason terveydenhuollon potilaista) joko oli käyttänyt tai harkitsi käyttävänsä yksityisiä terveystalvotuloita. Tästä huolimatta vain 16% vastaajista joko harkitsi terveystalvotulojen hankkimista paikkakuntansa ulkopuolelta tai oli jo tehnyt sen.
- Vastaajista 79% (perusterveydenhuolto) ja 88% (sairaalatason terveydenhuolto) valitsi hoidon laadun joko tärkeimmäksi tai toiseksi tärkeimmäksi kriteeriksi palveluntarjoajan valinnassa. Mutta vain 12% sanoi eri tarjoajien laatuun liittyvän informaation löytämisen olevan helppoa tai todella helppoa, ja jopa 55% kertoi fyysisen välimatkan olleen tärkein tekijä heidän viimeisimmän terveystalvotulojen paikkansa valinnassa.

Arvoperusteisen terveydenhuollon hyvät puolet on todettu jo monissa maissa. Suomi on selvästi jäljessä varsinkin Ruotsia, joka on alan pioneeri, mutta esimerkkejä löytyy useita muitakin.

- Ruotsi on ollut alusta asti johtaja arvoperusteisen terveydenhoidon alalla. Maan lääketiedeyhteisö on rakentanut yli 100 laatua koskevaa tietokantaa, jotka seuraavat yleisimpiin sairauksiin ja hoitoihin liittyviä tuloksia. Maan terveystalvotulojen hyödyntävät tietoja kasvavassa määrin palveluiden hallinnoinnissa ja arvoajattelun kehittämisessä.
- Saksan Martini-Klinik, joka erikoistuu eturauhassyöpään, käyttää kokonaisvaltaista tiedonkeruuta ja säilöö yksityiskohtaista dataa kaikista toimenpiteistä ja niiden lopputuloksista. Esimerkiksi leikkausten jälkeisiin komplikaatioihin liittyvät tiedot dokumentoidaan erikseen jokaisen yksittäisen lääkärin osalta. Tämä näkyy tuloksissa: sairaala on Saksassa selkeä johtaja leikkausten jälkeisten komplikaatioiden vähäisessä määrässä.
- Yhdysvaltojen terveydenhuoltojärjestelmä on erittäin hajanainen, mutta sielläkin yksittäiset toimijat ovat alkaneet hyödyntää arvoperusteista ajattelua. Huomattava esimerkki on 9 miljoonalle ihmiselle terveydenhoitopalvotuloita toimittava Kaiser Permanente, jonka palkkalistoilla on 17 000 lääkäriä ja 35 000 sairaanhoitajaa ja hallinnassa 35 sairaalaa sekä lähes 500 terveystalvotuloasemaa. Kaiserin tietojärjestelmä kattaa koko organisaation ja seuraa hoidon tuloksia kaikkien potilaiden osalta. Käytössä oleva integroitu hoitomalli keskittyy estohoitoon ja kroonisten sairauksien aktiiviseen hallintaan, ja kannustinjärjestelmä tukee samanaikaisesti sekä laatua että resurssien tehokasta hyödyntämistä.

Suomen nykymalli on kaukana arvoperusteisesta. Ensinnäkin Suomelta puuttuvat yhtenäiset laatustandardit ja tulosten

mittaaminen. Lisäksi hajanaisessa hoitojärjestelmässä ei tällä hetkellä ole yhtään yksittäistä tahoja, joka kykenisi ohjaamaan ja valvomaan potilaan hoitoa läpi koko hoitoketjun. Kolmas ongelma on, että järjestelmä palkitsee terveystoimijat toimintojen määrän eikä laadun ja saavutettujen tulosten perusteella; tällä hetkellä valtio siis tuhlaa rahaa maksamalla hoidoista, jotka eivät välttämättä ole hyödyllisiä tai edes tarpeellisia.

- Suomella ei tällä hetkellä ole yhtenäisiä, kaikkien toimijoiden käyttämiä mittareita terveydenhoidon tuloksille. BCG:n haastattelemien terveysalan ammattilaisten mukaan tietoa terveyspalveluista ei myöskään kerätä tarpeeksi, eikä kerätty tieto vastaa tarpeita. Informaation tulisi olla muodossa, jossa sitä voidaan hyödyntää palveluiden kehittämisessä. Sote-uudistus voi tarjota ratkaisun, mikäli sen yhteydessä luodaan kattava kansallinen terveyspalveluiden tulosstandardien ja tiedonkeruun järjestelmä.
- Suomelta puuttuu yksittäinen taho, joka pystyisi seuraamaan potilaiden hoitoa läpi koko useille toimijoille hajautetun hoitoprosessin. Siksi on lähes mahdotonta muodostaa kokonaisvaltaista kuvaa kaikista hoidon kustannuksista ja tuloksista, ja vaikeaa esimerkiksi kehittää kattavia ratkaisuja kroonisesti sairaiden potilaiden hoitamiseksi. Hajanaisuus tarkoittaa myös, että monet lääkärit eivät saa laadukkaan hoidon tarjoamiseen vaadittavaa kokemusta, jollaista tuo vain oppiminen suurten potilasmäärien kohtaamisen kautta.
- Nykyisessä järjestelmässä terveyspalveluiden tuottajien palkitseminen tapahtuu yleensä joko hoitolaitosten kapasiteetin, hoidetun henkilömäärän tai suoritettujen toimenpiteiden määrän perusteella. Toimintatapa ei ota huomioon tarjottujen palveluiden tuottamaa arvoa tai terveysvaikutuksia, ja antaa syyn tarjota mahdollisimman paljon hoitoa, vaikka se ei aina olisi lääketieteellisesti välttämätöntä. Sote-uudistuksen tämänhetkinen suositus palkita toimijat hoidettujen potilaiden määrän perusteella on askel oikeaan suuntaan, sillä se tuo kannustimia keskittyä potilaiden terveyteen pelkän toimenpiteiden määrän sijaan. Sellaisenaan menetelmä kuitenkin voi rohkaista toimijoita minimoimaan kustannuksia esimerkiksi rajoittamalla vaikeimmin hoidettavien potilaiden hoitoon pääsyä. Kannustinten uudistaminen on tehtävä huolellisesti, keskiössä palveluiden arvo ja potilaiden terveys.

Puutteista huolimatta Suomella on myös vahvuuksia, joiden varaan arvoperusteista terveydenhoitojärjestelmää voidaan sote-keskustelun myötä alkaa rakentaa. Terveystuella tukevan tietojärjestelmän luomiselle on hyvät lähtökohdat, ja sekä lääketieteellinen yhteisö että potilaat ovat alkaneet kaivata laadukasta tietoa hoitojen eroista ja tehosta.

- Suomessa kerätään jo nyt paljon potilastietoa. Vaikka data ei nykytilassaan ole tarpeeksi kokonaisvaltaista tai seurantaan hyvin

soveltuva, on nykyisestä järjestelmästä mahdollista kehittää pienillä investoinneilla laaja-alainen seurantatyökalu. Se, että jokaisella suomalaisella on henkilötunnus, mahdollistaa eri lähteistä tulevan datan yhdistämisen ja siten kokonaiskuvan tuloksista ja kustannuksista läpi koko hoitoketjun.

- Sekä terveysalan ammattilaiset että potilaat ovat kasvavassa määrin kiinnostuneita terveydenhoidon tuomasta arvosta. Arvoperusteisia periaatteita on alettu hyödyntää esimerkiksi Suomen Tehohoitokonsortion toiminnassa, ja Lääkäriliiton toiminnanjohtajan Heikki Pälven mukaan suurin osa lääkäreistä tahtoi avointa vertailua eri sairaaloiden välillä tasa-arvoisemman hoidon takaamiseksi kaikille potilaille. Kun edellä mainitun BCG:n tutkimuksen mukaan myös potilaat ovat arvoperusteisen toiminnan puolella, löytyy tahtoa järjestelmän muuttamiselle hoitoprosessin molemmilta tärkeimmiltä osapuolilta.

Arvoperusteiseen terveydenhuoltoon siirtyminen sote-uudistuksen myötä vaatii neljä konkreettista muutosta: kansallisen strategian; laatustandardit, työkalut ja prosessit tukemaan tulostamattomaa, tulosten jakamista ja niistä oppimista; palveluiden yhtenäistämistä, koordinaatiota ja integrointia tukevat työkalut; ja tuloksiin perustuvan korvausmallin. Mikäli Suomi haluaa taata laadukkaan ja tasa-arvoisen terveydenhuollon tulevaisuudessa, on näihin kaikkiin panostettava pikimmiten.

- On luotava **kansallinen arvoperusteisen terveydenhoidon strategia**. Tässä on määriteltävä muun muassa seuraavan viiden vuoden tavoitteet tulosmittausten ja -standardien osalta sekä näiden kehittämiseen vaadittavat investoinnit. Tärkeintä ei ole käytetyn rahan määrä, vaan investointien suunta ja niitä ohjaava visio.
- On kehitettävä työkalut, jotka mahdollistavat terveydenhuollon tulosten järjestelmällisen mittauksen. Tämä tarkoittaa viittä käytännön toimenpidettä.
 - **Kansalliset vaikuttavuusstandardit ja -mittarit:** Kansallisten terveystulosten mittarit ja laatuvaatimukset on määriteltävä, mikä vaatii erityisten lääketieteellisten työryhmien perustamista. Mittareiden määrittelyssä voisi hyödyntää muualla maailmassa jo olemassa olevia arvoperusteisia järjestelmiä, ja niissä tulisi ottaa huomioon ainakin hoidonjälkeinen terveydentila, toipumisprosessi, saavutetun terveyden pysyvyys ja potilaiden kokemukset saavutetuista tuloksista (esimerkiksi elämänlaadun osalta).
 - **Tietojärjestelmät tukemaan vaikuttavuutta:** Terveystieteen liittyvää tulosdataa on alettava kerätä järjestelmällisesti kansallisella tasolla. Tämä tarkoittaa nykyisten tietojärjestelmien päivittämistä ja yhtenäistämistä sekä tiedonkeruun käytännöistä sopimista. Täydellisen IT-infrastruktuurin odottamisen sijaan on tärkeää aloittaa

tarvittavan datan kerääminen mahdollisimman pian, vaikka eri järjestelmien lopullinen integraatio onnistuisi vasta myöhemmin.

- **Tavoitteena avoin terveystieto:** Tulosdatan on oltava paitsi tallessa tietojärjestelmissä myös julkisesti nähtävillä. Avoimeen tiedonjakoon sitoutuminen on tärkeää, jotta terveysalan ammattilaiset, potilaat ja rahoituksesta päättävät elimet voivat kaikki perustaa päätöksensä luotettavaan tietoon eri hoitojen tuomasta arvosta.
- **Yhteistyöverkostot kehittämään laatua:** Terveysalan ammattilaisten on muodostettava yhteistyöverkostoja tukemaan terveysdataan perustuvaa kehitystyötä. Todellisia muutoksia syntyy vain, jos tuloksista keskustellaan aktiivisesti ja heikommin suoriutuvilla organisaatioilla on mahdollisuus oppia menettelytapoja paremmin menestyviltä.
- **Vaikuttavuutta tukeva säätely:** Valtion tasolla on luotava terveystulostietojen keruun ja toissijaisen käytön mahdollistava lainsäädäntö. Kunhan tietoja käsitellään nimettömästi ja ihmisryhmien eikä yksittäisten ihmisten osalta, lainsäädännön pitäisi suosia avoimuutta ja tiedon laajaa saatavuutta.
- **Uudet mekanismit ja roolit tukemaan integraatiota terveydenhuollossa:** On luotava uusia tapoja yhtenäistää terveydenhuoltoa eri tuottajien välillä koko hoitoketjun osalta, huolimatta sote-uudistuksen hajanaistavasta vaikutuksesta. Käytännössä tämä tarkoittaa eri tarjoajilta tulevien palveluiden yhdistämistä yhtenäisiksi hoitokokonaisuuksiksi. Mahdollisia vaihtoehtoja ovat esimerkiksi eri toimijoiden väliset lähetesopimukset ja tietoverkot, jotka mahdollistavat raporttien jakamisen toimijoiden välillä. Suomalaiset palveluntarjoajat voisivat myös ottaa mallia esimerkiksi Yhdysvaltojen CareMoresta, joka on luonut vahvan “hoitovastaavan” (englanniksi *care manager*) roolin tukemaan potilaita aktiivisesti kokonaisvaltaisessa terveydestä huolehtimisesta, jossa yhdistyvät ennaltaehkäisevä sekä terveyskeskus- ja sairaalahoito.
- Suoriteperusteesta vaikuttavuuteen: Terveystieteiden alalla on siirryttävä toimintojen määrään perustuvasta korvausmallista arvoon perustuvaan. Esimerkiksi terveyskeskushoidossa tulisi erityisesti kroonisesti sairaiden kohdalla käyttää tarpeeseen perustuvaa mallia, jossa tietyn potilasryhmän hoidosta annettavat palkkiot perustuvat tilastollisesti arvioituihin hoitotarpeisiin ja näiden kautta luotuihin potilasmäärätavoitteisiin. Sairaalahoidossa taas voitaisiin hyödyntää SITRA:n ehdottamaa, Ruotsin SLL:n käyttämää pakettimaksujärjestelmää, johon kuuluvat selvät tavoitteet hoidon laadulle (myös potilaiden arvioille hoidon tuloksista) ja mahdollisuus lisäkorvauksiin tavoitteet ylittäville palveluntarjoajille. Kannustinjärjestelmän suunnittelussa on asetettava etusijalle hoidon laadun ja kustannustehokkuuden lisäksi tasa-arvoisen palvelun takaaminen kaikille potilaille.

Sote-uudistus on ainutlaatuinen mahdollisuus muuttaa koko Suomen terveydenhoitojärjestelmä tasa-arvoisemmaksi, laadukkaammaksi ja kustannustehokkaammaksi. Tämä vaatii vain rohkeutta sitoutua uudenalaiseen, arvoperusteiseen ajatteluun, jonka mukaan nykyjärjestelmän tuottamat tulokset ensin selvitetään perinpohjaisesti ja saatua tietoa käytetään sitten systemaattisten parannusten tukena. Vain siten voi uudistus tuottaa meidän kaikkien tahtoman ja tarvitseman lopputuloksen: koko Suomen etua tehokkaasti ja reilusti ajavan terveydenhoidon.

© The Boston Consulting Group. 2016. Kaikki oikeudet pidätetään.

Lisätietoja ja lupa uusintapainoksista, ota yhteyttä:

Sähköposti: bcg-info@bcg.com

Puhelinnumero: +358 9 8568 6000

Osoite: The Boston Consulting Group, Inc.
Kluuvikatu 3 A
00100 Helsinki
Suomi

Lisätietoja Boston Consulting Groupin raporteista löydät osoitteesta bcgperspectives.com.

Seuraa [bcg.perspectives](https://www.facebook.com/bcg.perspectives) Facebookissa ja Twitterissä.



BCG

THE BOSTON CONSULTING GROUP

Abu Dhabi
Amsterdam
Athens
Atlanta
Auckland
Bangkok
Barcelona
Beijing
Berlin
Bogotá
Boston
Brussels
Budapest
Buenos Aires
Calgary
Canberra
Casablanca
Chennai

Chicago
Cologne
Copenhagen
Dallas
Denver
Detroit
Dubai
Düsseldorf
Frankfurt
Geneva
Hamburg
Helsinki
Ho Chi Minh City
Hong Kong
Houston
Istanbul
Jakarta
Johannesburg

Kiev
Kuala Lumpur
Lagos
Lima
Lisbon
London
Los Angeles
Luanda
Madrid
Melbourne
Mexico City
Miami
Milan
Minneapolis
Monterrey
Montréal
Moscow
Mumbai

Munich
Nagoya
New Delhi
New Jersey
New York
Oslo
Paris
Perth
Philadelphia
Prague
Rio de Janeiro
Riyadh
Rome
San Francisco
Santiago
São Paulo
Seattle
Seoul

Shanghai
Singapore
Stockholm
Stuttgart
Sydney
Taipei
Tel Aviv
Tokyo
Toronto
Vienna
Warsaw
Washington
Zurich