

Suomalaisen terveydenhuollon keskeisin ongelma ratkaistaan osoittamalla vaikuttavuus, sanoo laadunohjauksen ja palvelutuotannon professori Paul Lillrank TKK:n tuotantotalouden osastolta. Lillrank puhui terveydenhuollon haasteista Tamron marraskuussa päämiesiltapäivässä.



Teksti Taru Virtanen • Kuvat Futureimagebank.com ja Paul Lillrank

## ”Palveluiden pitää vaikuttaa”

Terveydenhuollon keskeisin ongelma on suoritteiden ja vaikutusten epäselvä suhde. Yleisesti hyväksytty tavoite on tuottaa mahdollisimman paljon terveyttä, mutta miten siihen päästään? Suoritteita, kuten leikkauksia ja reseptejä, voidaan laskea, mitata ja lisätä, mutta se ei välttämättä johda haluttuun lopputulokseen. Näyttöön perustuvan lääketieteen mukaan vain kolmasosa suoritteista perustuu osoitettavissa olevaan näyttöön. Tulokseen vaikuttavat myös potilaan oma toiminta, terveystyötyminen, plaseboefekti ja satunnaiset tekijät.

– Resurssien kohdistaminen on siksi hankalaa. Jos aina annetaan saman verran resursseja per capita, ei järjestelmällä ole kannustimia kehityä. Jos taas resursseja myönnetään suoritemäärän mukaan, saadaan paljon suoritteita, mutta se ei takaa terveyttä. Tästä pitäisi päästä eteenpäin, **Paul Lillrank** sanoo.

Lillrankin mukaan ratkaisun ydin on siirtyminen vaikuttavuusperusteiseen ajattelutapaan. Olisi kyettävä mittaamaan, mikä vaikutus terveydenhuollon palveluilla on kansanterveyteen: paraneeko vai heikentyykö kansanterveys ja kuinka paljon? Resurssit määräytyisivät aikaansaadun terveysvaikutuksen mukaan.

”Palveluksi paketoidusta osaamisesta voi pyytää korkeamman hinnan”

– Vaikuttavuusperusteisiin palveluihin eli ratkaisuihin siirtyminen on maailmanlaajuinen trendi monilla palvelualoilla. Se on myös win-win-tilanne asiakkaalle ja myyjälle. Asiakas hyötyy, sillä hän saa ratkaisun ongelmaansa eikä vain erilaisia suoritteita. Myyjä puolestaan hyötyy, sillä kun osaaminen paketoidaan palveluksi, siitä voidaan pyytää myös korkeampi hinta. Vaikuttavuuspe-

rusteisessa liiketoimintamallissa riski on myyjällä; jos ratkaisu ei onnistu, ostaja ei joudu maksamaan. Toisaalta riskin ottaminen palkitsee, koska asiakkaat ovat valmiita maksamaan siitä, että joku kantaa heidän riskinsä, Lillrank selvittää.

Julkisella sektorilla vaikuttavuusperusteinen palvelujen rahoitus

on vaikea toteuttaa. Vaikutus voidaan todeta, jos tiedetään potilaan

terveydentila ennen hoitoa ja sen jälkeen. Mutta mikä on terveydenhuollon suoritteiden osuus tuloksesta? Esimerkiksi luunmurtuman kohdalla asia on aika yksinkertainen, mutta entä komplisoituva kakkostyyppin diabetes?

Jos palveluntuottaja saisi maksun vaikutuksista, joihin hän itse voi vaikuttaa vain rajallisesti, oltaisiin hankalassa tilanteessa. Tuottajien pitä-



si joko kontrolloida potilaan elämää tiukasti tai jättää hoitamatta potilaat, jotka eivät noudata annettuja ohjeita. Terveydenhuollossa tarvittaisiin erilaisia rahoitusmalleja erilaisille palvelutyypeille.

### Ei kaikkea yhdeltä luukulta

Toisena ajankohtaisena haasteena Paul Lillrank pitää terveydenhuoltomme alueellista mallia, joka ei hänen mukaansa ole loogisesti mietitty.

– Useimmat terveydenhuollon palvelut ovat vähittäiskaupan lailla aika-paikkarajoitteisia: potilaan on mentävä jonnekin johonkin aikaan saadakseen hoitoa. Tästä ei kuitenkaan seuraa, että kaikkien palvelujen olisi oltava samassa paikassa, suursairaalassa tai megaterveyskeskuksessa. Palveluilla kuten tavaroillakin voi olla erilaisia jakelukanavia.

– Jos tarkastellaan terveydenhuoltoa kysyntälähtöisesti, potilaat tarvitsevat periaatteessa neljä erilaista kanavaa. Yksinkertaisia, usein toistuvia ja kiireettömiä asioita voisi hoitaa lähipalveluina. Vain viisi prosenttia perusterveydenhuollon käynneistä johtaa lähetteeseen erikoissairaanhoi-

toon. Noin kolmasosaan käynneistä riittäisi sairaanhoitaja. On paljon kysyntää, johon periaatteessa riittäisi terveystioski.

Lillrankin mielestä toinen kanava tarvitaan hoitamaan kiireellisiä päivystystapauksia. Kolmas kanava olisivat erilaiset ”temppeerikoistujat”: sairaalat, joissa hoidetaan vain tietyn tyyppisiä asioita, esimerkiksi tekonivelkirurgiaa, suurilla volyymeilla ja korkealla tehokkuudella.

Neljäs kanava taas olisi terveysongelmaperusteinen erikoistuja. Sinne voisi mennä lähetteellä, kun kyse on tilasta, jossa on tietyt oireet, mutta ei yksiselitteistä diagnoosia eikä siihen perustuvaa määrämuotoista hoitoa.

**”On paljon kysyntää, johon periaatteessa riittäisi terveystioski”, professori Paul Lillrank TKK:sta sanoo.**



Tällaisia ovat esimerkiksi migreeni ja selkävaivat.

– Kaikkea ei voi kuitenkaan järjestää pelkästään kysynnän näkökulmasta. Tarjontapuolella on rajoitteita, kuten riittävä yksikkökoko, kapasiteetin käyttöaste, synergia ja erikoistumisaste, jotka vaikuttavat siihen, miten resurssit riittävät.

– Suomalaisessa terveydenhuollossa on tällä hetkellä paikkoja kysyntälähtöisille innovaatioille, Lillrank päättää. ■

*Tamron päämiesiltapäivän 25.11. aiheena olivat verkkopalvelut lääkevalmistajan ja tukkukaupan yhteistyön vauhdittajana. Tapahtumasta lisää seuraavassa Tropicassa.*