

Paulus Torkki, Riikka-Leena Leskelä, Sakari Karjalainen ja Jukka-Pekka Mecklin

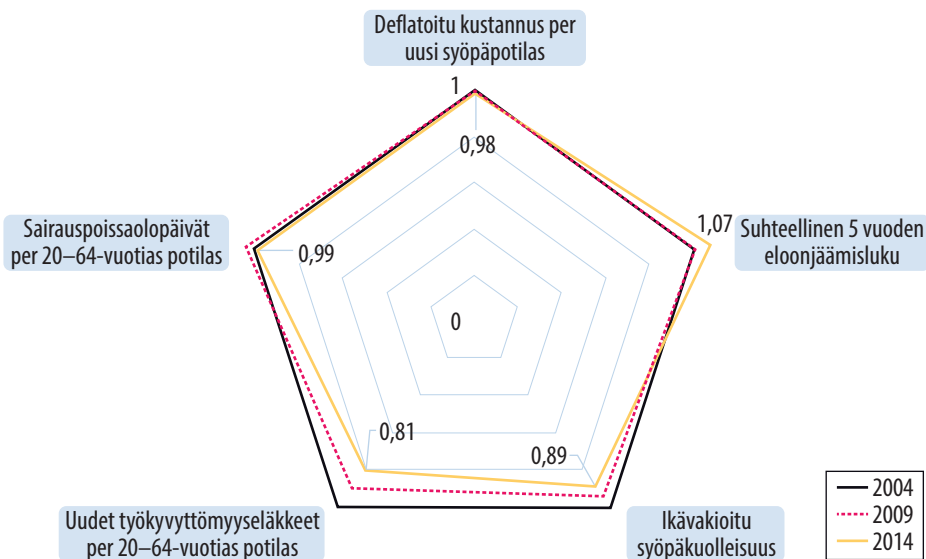
Kokonaiskustannusten yhdistäminen vaikuttavuuslukuihin avaa silmiä

Sote-palveluiden kehittäminen edellyttää kokonaiskustannusten ja vaikuttavuuden arviointia

Syövän kustannuksista, kalliista lääkkeistä ja uusista hoitoteknologiosta on keskusteltu paljon viime aikoina. Siksi Syöpäsäätiö selvitti, miten syövän aiheuttamat kustannukset ovat Suomessa viime vuosikymmeninä kehittyneet ja mitä hoitoon käytetyillä panoksilla on saatu aikaiseksi (1,2). Tulokset yllättivät: vuosina 2004–2014 potilaskohtaiset kustannukset (sisältäen hoidon, kuntoutuksen, lääkkeiden, työkyvyttömyyden ja matkakustannukset) pienenevät muun muassa siksi, koska työkyvyttömyys ja vuodeosastohoidot vähenevät (**KUVA**). Samana aikana vaikuttavuus paran-

tui, sillä muun muassa ikävakioitu kuolleisuus pieneni 11 %. Kokonaiskustannukset olivat nousseet vähemmän kuin kotimaisessa selvityksessä oli ennakoitu (3) tai kansainvälisissä tutkimuksissa todettu (4,5). Pelkästään kokonaiskustannusten osatekijöitä, kuten Kelan lääkekorvausmenoja tai erikoissairaanhoidon kustannuksia, seuraamalla saattoi saada vinoutuneen kuvan kehityksestä.

Tieto jouduttiin kokoamaan useista kansallisista rekistereistä erillisillä poiminnolla, koska Suomessa Sote-tieto on hajautunut – tässä tapauksessa THL:n, Kelan sekä Syöpärekisterin



KUVA. Syövän kustannusten ja keskeisten hoitotulosten suhteellinen kehitys vuosina 2004–2014. Vuosia 2009 ja 2014 on verrattu vuoteen 2004 siten, että vuosi 2004 on indeksoitu arvoon 1.

tietokantoihin. Tutkimus paljasti, ettei ole kovinkaan suuri vaiva koota näitä tietoja yhteen ja muuntaa kustannustiedoiksi. Syöpäsäätiö toteuttikin muutamassa kuukaudessa palvelun, jossa syövän aiheuttamat kokonaiskustannukset julkaistaan joulukuusta 2018 eteenpäin Syöpäsäätiön verkkosivuilla. Niitä voidaan yhdistää Suomen Syöpärekisterin julkaisemiin vaikuttavuustietoihin. Tulokset mahdollistavat muun muassa maakuntien vertailun ja diagnoosikohtaisen tarkastelun.

Sote-uudistuksen keskeisimmät tavoitteet ovat kaventaa ihmisten hyvinvointi- ja terveyseroja, parantaa palvelujen yhdenvertaisuutta ja saatavuutta sekä hillitä kustannuksia (6). Tätä tavoitetta harva kyseenalaistaa, vaikka asian tuntijat jaksavatkin kiistellä toteutuksen yksityiskohdista. Viime aikoina maailmalla ja Suomessa on puhuttu vaikuttavuusperustaisista terveys- tai Sote-palveluista yhtenä ratkaisuna tavoitteiden saavuttamiseen (7). Käytännössä mittaamme tällä hetkellä suoritteita ja suoritteiden tai toimintayksiköiden kustannuksia (8). Esimerkkejä tutkimuksista tai palveluista, joissa seuraisimme potilaalle relevantteja vaikutuksia sekä kohdentaisimme kustannukset potilaskohtaisesti, on vähän. Kustannusten kestävää hillintää edellyttää, että yritämme parantaa palveluiden kustannusvaikuttavuutta. Muutoin säästöt aiheuttavat lisäkustannuksia toisaalla järjestelmässä.

Vaikuttavuutta on mielekästä seurata asiakas- tai potilasryhmätasolla. Vaikka Suomessa ei ole kansallista asiakas- tai potilasryhmittelyn järjestelmää, voimme jo aloittaa tiedon luokittelun asiakassuuntaisesti tavanomaisen yksikkökohtaisen mittaamisen sijaan. Tiedon kokoaminen eri rekistereistä ei ole niin työlästä, ettei kustannustietoa voitaisi koota yhteen asiakas- tai potilasryhmittäin kansallista tietoallasta odoteltaessa. Tästä koko hoitopolun kattavasta kustannusmallista (bundled payment) on keskusteltu myös kansainvälisessä kirjallisuudessa terveysreformien yhteydessä (9).

Jo nyt Suomessa voitaisiin vastaavalla menetelmällä selvittää, paljonko kustannuksia kohdistuu lapsi- ja perhepalveluiden asiakkaisiin, vanhuksiin, päihde- ja mielenterveysasiakkaisiin tai diabetespotilaisiin ja tarkastella niitä yhdessä

kunkin asiakasryhmän hyvinvointia kuvaavien mittarien kanssa. Esimerkiksi vanhuksilta kootaan toimintakykytietoa laajasti RAI-mittarilla arvioituna ja lasten ja perheiden palveluista saadaan alustavaa kuvaa tarkastelemalla muun muassa kodin ulkopuolisia sijoituksia ja laitoshoidon päätymistä. Näitä tulee toki tarkentaa toimintakyky- ja terveysmittareilla tulevaisuudessa. Ryhmät menevät osin päällekkäin, mutta ongelma on ratkaistavissa ja pieni verrattuna mittaamistapaan, jossa kustannuksia seurataan vain organisaatioittain tai suoritteittain.

Toinen iso kehityssaskel on määrittää vaikuttavuustavoitteet ja niiden arviointiin käytettävät mittarit. Vaikutuksia arvioidaan muutoksina elämänlaadussa, hyvinvoinnissa, toimintakyvyssä tai terveydessä, mutta ei ole olemassa yhtä oikeaa mittaria asian todentamiseen. Siksi tarvitaan tavoitteita. Vaikuttavuuden edistämisessä kansalliset tavoitteet helpottaisivat asiaa huomattavasti. Vaikuttavuusmittareita tulee hyödyntää systemaattisesti huomioiden etenkin asiakkaan tai potilaan näkökulma. Asiakaskokemus ja toimintakyky tai terveydentila potilaan arvioimana tulisi lisätä osaksi arkivaikuttavuuden arviointia (7). Suomeksikaan näitä mitta-reita ei ole käytössä (1,2), minkä vuoksi vaikuttavuutta joudutaan arvioimaan hyvin karkeilla mittareilla: kuolleisuudella, elossaololuvuilla ja työkyvyttömyydellä. Levinnyttä syöpää sairastaville kuolleisuus ja elämänlaatumittarit ovat edelleen relevantteja, mutta paikallista syöpää sairastaneille tarvitaan lisäksi tietoa esimerkiksi pysyvistä terveys- tai toimintakykyhaitoista.

Tällä hetkellä Sote-keskustelu ei keskity väestön terveyteen tai palveluiden kustannusvaikuttavuuteen, koska tietoa ei ole koottu yhteen ja on helpompi keskustella maakunnista tai organisaatioista ja niiden työnjaosta. Nykyiset kansalliset tietokannat mahdollistaisivat kustannusvaikuttavuuteen pohjautuvan Sotesuunnittelun. Myös potilaat voisivat hyödyntää tätä tietoa esimerkiksi hoitopaikan tai hoitomuotojen valinnassa. Jos tämä asia koetaan tärkeäksi, voidaan aloittaa työt näiden mittarien julkaisemiseksi suurimmista asiakas- ja potilasryhmistä. Yksittäisten tutkimushankkeiden sijaan tulee keskittyä tietojen jatkuvaan julkaisemiseen. ■

KIRJALLISUUTTA

1. Torkki P, Leskelä R, Linna M, ym. Cancer costs and outcomes in the Finnish population 2004–2014. *Acta Oncol* 2018;57:297–303.
2. Torkki P, Leskelä R, Linna M, ym. Cancer costs and outcomes for common cancer sites in the Finnish population between 2009–2014. *Acta Oncol* 2018;57:983–8.
3. Mäklin S, Rissanen P. Syöpien aiheuttamat kustannukset: hoito- ja tuottavuuskustannusten kehitys vuosina 1996–2004 ja ennuste niiden muutoksista vuoteen 2015. Suomen Syöpäyhdistyksen julkaisuja [Cost of Cancer 1996–2014 and predictions for year 2015]. Suomen Syöpäyhdistys 2006;67.
4. NHS England. Programme budgeting aggregate PCT Expenditure for all programmes and subcategories for financial years 2003/04 to 2012/13. www.networks.nhs.uk/nhs-networks/health-investment-network/documents/Programme%20Budgeting%20Aggregate%20PCT%20figure%202003-04%20to%202012-13.xls.
5. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Cost of illness in the Netherlands 2011. *Volksgezondheidszorg*.info. <https://costofillnesstool.volksgezondheidszorg.info/tool/english/>.
6. Sote-uudistuksen tavoitteet [verkkosivu]. <https://alueuudistus.fi/soteuudistus/tavoitteet>.
7. Porter ME, Larsson S, Lee TH. Standardizing patient outcomes measurement. *N Engl J Med* 2016;374:504–6.
8. Torkki P, Leskelä RL, Linna M, ym. Ehdotus sosiaali- ja terveyspalveluiden uudeksi kansalliseksi mittaristoksi. Helsinki: Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 36/2017.
9. Porter ME. A strategy for health care reform – toward a value-based system. *N Engl J Med* 2009;361:109–12.



PAULUS TORKKI, apulaisprofessori
Helsingin yliopisto

SIDONNAISUUDET

Paulus Torkki: Apuraha (Nordic Healthcare Group, Aalto-yliopisto), luento-/asiantuntijapalkkio (Roche, MSD, Abbvie)

Riikka-Leena Leskelä: Muut sidonnaisuudet (Nordic Healthcare Group)

Sakari Karjalainen: Ei sidonnaisuuksia

Jukka-Pekka Mecklin: Apuraha (Syöpäsäätiö, VTR, J&A Erkon Säätiö)

RIIKKA-LEENA LESKELÄ, tutkimusjohtaja
Nordic Healthcare Group

SAKARI KARJALAINEN, pääsihteeri
Syöpäsäätiö

JUKKA-PEKKA MECKLIN, professori
Jyväskylän yliopisto