

# Terveydenhuollon palveluvalikoiman priorisointi

Paulus Torkki, Kristiina Patja, Eveliina Ignatius, Ilona Kousa, Antero Vanhala, Katariina Gehrmann, Kari A O Tikkinen, Tuomas Ojanen, Pasi Tapanainen, Mika Pantzar, Jussi Ranta, Riikka-Leena Leskelä

VALTIONEUVOSTON SELVITYS- JA  
TUTKIMUSTOIMINNAN JULKAISUSARJA 2022:53

[tietokayttoon.fi](https://tietokayttoon.fi)

Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2022:53

# Terveystenhuollon palveluvalikoiman priorisointi

**Paulus Torkki, Kristiina Patja, Eveliina Ignatius, Ilona Kousa, Antero Vanhala, Katariina Gehrmann, Kari A O Tikkinen, Tuomas Ojanen, Pasi Tapanainen, Mika Pantzar, Jussi Ranta, Riikka-Leena Leskelä**

**Julkaisujen jakelu**

Distribution av publikationer

**Valtioneuvoston  
julkaisuarkisto Valto**

Publikations-  
arkivet Valto

[julkaisut.valtioneuvosto.fi](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi)

**Julkaisumyynti**

Beställningar av publikationer

**Valtioneuvoston  
verkkokirjakauppa**

Statsrådets  
nätbokhandel

[vnjulkaisumyynti.fi](http://vnjulkaisumyynti.fi)

Valtioneuvoston kanslia

CC BY-ND 4.0

ISBN pdf: 978-952-383-397-5

ISSN pdf: 2342-6799

Taitto Valtioneuvoston hallintoyksikkö, Julkaisutuotanto

Helsinki 2022

## Terveydenhuollon palveluvalikoiman priorisointi

### Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2022:53

**Kustantaja** Valtioneuvoston kanslia

**Tekijä/t** Paulus Torkki, Kristiina Patja, Eveliina Ignatius, Ilona Kousa, Antero Vanhala, Katariina Gehrmann, Kari A O Tikkinen, Tuomas Ojanen, Pasi Tapanainen, Mika Pantzar, Jussi Ranta, Riikka-Leena Leskelä

**Kieli** Suomi **Sivumäärä** 248

**Tiivistelmä** Selvityksen tavoitteena on terveydenhuollon priorisoinnin kansallinen kehittäminen. Priorisoinnilla tarkoitetaan tässä yhteydessä kaikkia niitä toimintoja, jotka pyrkivät terveydenhuollon resurssien kohdentamiseen.

Selvityksessä on kuvattu terveydenhuollon priorisoinnin oikeudellisia reunaehtoja sekä haettu tietoa eri maiden priorisoinnin kehittämisestä ja niiden vaikutuksista. Hankkeessa tehtiin myös kyselyjä ja työpajoja eri sidosryhmille.

Suomessa toivotaan kansallisia avoimia ja läpinäkyviä periaatteita priorisoinnin tueksi. Tällä hetkellä kansalaiset ja ammattilaiset eivät hahmota terveystalouden kokonaisuutta ja todellisia kustannuksia. Jotta priorisoinnista tulisi hyväksyttyä, on 1) alettava toteuttaa systemaattista viestintästrategiaa osallistamisen mahdollistamiseksi ja 2) osallistettava eri sidosryhmiä priorisoinnin periaatteiden kehittämiseen. Tämä vaatii myös 3) kansallisten rakenteiden ja prosessien luomista periaatteiden muodostamiseen sekä niiden jalostamiseksi kriteereiksi ja menetelmiksi sekä 4) lainsäädännön kehittämistä.

Perustuslain tulkinnassa on painotettu yksilön oikeuksia. Perustuslaki jättää kuitenkin liikumavaraa kehittää priorisoinnin oikeudellista ohjausta myös väestöterveyden ja yhteiskunnan taloudelliset voimavarat nykyistä selvemmin huomioon ottavaan suuntaan.

*Sivua 18 on päivitetty 29.8.2022 ja aineisto korvaa aikaisemmin, 24.8.2022 julkaistun version.*

**Klausuuli** Tämä julkaisu on toteutettu osana valtioneuvoston selvitys- ja tutkimussuunnitelman toimeenpanoa.(tietokayttoon.fi) Julkaisun sisällöstä vastaavat tiedon tuottajat, eikä tekstisisältö välttämättä edusta valtioneuvoston näkemystä.

**Asiasanat** tutkimus, tutkimustoiminta, terveydenhuolto, terveystaloudet, priorisointi, palveluvalikoima

**ISBN PDF** 978-952-383-397-5

**ISSN PDF** 2342-6799

**Julkaisun osoite** <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-397-5>

## Prioriteringen av hälso- och sjukvården

---

### Publikationsserie för statsrådets utrednings- och forskningsverksamhet 2022:53

**Utgivare** Statsrådets kansli

---

**Författare** Paulus Torkki, Kristiina Patja, Eveliina Ignatius, Ilona Kousa, Antero Vanhala, Katariina Gehrmann, Kari A O Tikkinen, Tuomas Ojanen, Pasi Tapanainen, Mika Pantzar, Jussi Ranta, Riikka-Leena Leskelä

**Språk** finska **Sidantal** 248

---

**Referat** Utredningens målsättning var national utveckling av hälsovårdens prioritering. Med prioritering avses i detta sammanhang all verksamhet som syftar till att fördela sjukvårdsresurser.

I utredningen beskrivs juridiska ramvillkor för hälsovårdens prioritering och information har sökts om utveckling av prioritering i olika länder samt påverkan av detta. I projektet utfördes även enkät och workshops till olika intressegrupper.

I Finland önskas nationala, öppna och transparenta principer att stöda prioritering. För tillfället uppfattar medborgare och proffs inte helheten för hälsovårdstjänster och reella kostnader. För att prioritering skulle bli acceptabel, behövs det 1) utarbeta och genomföra en systematisk kommunikationsstrategi för att möjliggöra delaktighet, 2) delaktiggöra olika intressegrupper för att utveckla prioriteringens principer. Detta krävs även 3) utarbetning av nationella strukturer och processer för att bilda principer och bearbeta dem till kriterier och metoder för styrning av systemet. och 4) utveckling av lagstiftning.

Vid tolkningen av grundlagen har vikt lagts vid individuella rättigheter. Grundlagen lämnar dock handlingsutrymme för att utveckla den juridiska vägledningen för prioritering i en riktning som tydligare än i dag också tar hänsyn till befolkningens hälsofrämjandeplikten och samhällets ekonomiska resurser.

*Sidan 18 har uppdaterats 29.8.2022, och materialet ersätter den version som publicerats 24.8.2022.*

**Klausul** Den här publikation är en del i genomförandet av statsrådets utrednings- och forskningsplan.(tietokaytoon.fi) De som producerar informationen ansvarar för innehållet i publikationen. Textinnehållet återspeglar inte nödvändigtvis statsrådets ståndpunkt.

**Nyckelord** forskning, forskningsverksamhet, hälso- och sjukvården, prioriteringen

---

**ISBN PDF** 978-952-383-397-5 **ISSN PDF** 2342-6799

---

**URN-adress** <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-397-5>

---

## Prioritization of Healthcare services

---

### Publications of the Government's analysis, assessment and research activities 2022:53

<b>Publisher</b>	Prime Minister's Office		
<b>Author(s)</b>	Paulus Torkki, Kristiina Patja, Eveliina Ignatius, Ilona Kousa, Antero Vanhala, Katariina Gehrmann, Kari A O Tikkinen, Tuomas Ojanen, Pasi Tapanainen, Mika Pantzar, Jussi Ranta, Riikka-Leena Leskelä		
<b>Language</b>	Finnish	<b>Pages</b>	248

---

**Abstract** The aim of the study was the development of national principles for health care prioritization. It describes the legal boundaries for prioritizing in health care and conducted research on the development of prioritization and effects in different countries. The project conducted surveys and workshops for various stakeholders.

National open and transparent principles are desired at the system level to support prioritization. At present, citizens and professionals do not perceive the entity and real costs of the healthcare system. To make prioritization transparent and acceptable, it is necessary to 1) develop and start implementing a systematic communication strategy to enable participation, and 2) engage and empower different stakeholders in the development of prioritization principles. This requires 3) establishing national structures and processes to form principles and transform them into criteria and methods by which the system can be steered and 4) development of legislation.

In the interpretation of the Constitution, emphasis has been placed on individual rights. However, the Constitution leaves room for maneuver to develop the legal guidance of prioritization in a direction that also takes the public health and financial resources of the society into account more clearly than at present.

*Page 18 was updated on 29 August 2022 and this version replaces the previous one published on 24 August 2022.*

**Provision** This publication is part of the implementation of the Government Plan for Analysis, Assessment and Research. (tietokayttoon.fi) The content is the responsibility of the producers of the information and does not necessarily represent the view of the Government.

**Keywords** research, research activities, health care, services, prioritization

---

**ISBN PDF** 978-952-383-397-5 **ISSN PDF** 2342-6799

---

**URN-address** <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-397-5>

---

# Sisältö

<b>1</b>	<b>Johdanto .....</b>	<b>10</b>
1.1	Priorisoinnin määritelmä.....	10
1.2	Terppa-hankkeen esittely ja tavoitteet.....	10
<b>2</b>	<b>Mitä priorisointi on? .....</b>	<b>12</b>
2.1	Rajaukset, käsitteet ja määritelmät .....	12
2.2	Priorisoinnin periaatteet ja niiden muodostaminen.....	17
2.3	Priorisoinnin ohjaus kansallisella tasolla .....	18
2.4	Onnistunut priorisointi huomioi sekä priorisoinnin prosessin että tulokset .....	20
<b>3</b>	<b>Lainsäädännöllinen taustoitus nykyiseen terveydenhuollon priorisointiin .....</b>	<b>21</b>
3.1	Oikeudellisen arvion taustaa .....	21
3.2	Terveydenhuollon priorisointi ja kansainväliset velvoitteet.....	24
3.3	Terveydenhuollon priorisoinnin perustuslailliset lähtökohdat .....	30
3.3.1	Sosiaaliset oikeudet Suomen perustuslaissa .....	33
3.3.2	Yhdenvertaisuus- ja syrjintäsääntely .....	48
3.4	Yhteenveto lainsäädännöllisestä taustoituksesta.....	53
3.4.1	Lainsäädäntömuutosten arvioinnista .....	54
3.4.2	Johtopäätöksiä .....	56
<b>4</b>	<b>Kansainväliset esimerkit priorisoinnista .....</b>	<b>58</b>
4.1	Maissa, jossa priorisoinnin periaatteet on määritetty, on pitkät perinteet priorisointikeskustelulle .....	59
4.2	Muutamissa maissa priorisoinnin periaatteet on määritetty ja ne on konkretisoitu kriteereiksi.....	62
4.3	Priorisoinnin periaatteiden soveltamisen tuloksista ja vaikutuksista on vain pirstaleista näyttöä .....	68
4.4	Järjestelmien tarkastelu eri lopputulosten näkökulmasta .....	70
4.5	Keskeiset havainnot terveydenhuollon priorisoinnista eri maissa .....	72
<b>5</b>	<b>Kirjallisuuskatsaus priorisoinnin vaikutuksista kustannuksiin.....</b>	<b>74</b>
5.1	Näyttö terveydenhuollon priorisoinnin vaikutuksista kustannuksiin ja kustannusvaikuttavuuteen on vaillinaista .....	75

5.2	Priorisoinnin periaatteiden ja kriteerien yhteydestä tuloksiin ei löytynyt tutkimusta .....	76
5.3	Menetelmäarvioiteihin perustuva priorisointi on vaikuttavinta systemaattisesti koko järjestelmässä toteutettuna .....	76
5.4	Yksittäiset priorisointipäätökset eivät tuo järjestelmätason taloudellisia hyötyjä lukuun ottamatta ennaltaehkäisyn painottamista .....	78
5.5	Priorisoinnin aiheuttamien vaihtoehtokustannuksien kohdentuminen jää useimmiten epäselväksi .....	79
5.6	Yhteenveto .....	80
<b>6</b>	<b>Kansalaisten, ammattilaisten ja poliittisten päättäjien näkökulma priorisointiin .....</b>	<b>81</b>
6.1	Aineistot ja menetelmät .....	81
6.2	Havainnot ja analyysit kyselyistä ja sosiaalisen median keskusteluista .....	83
6.2.1	Terveystieteiden yhdenvertaisuus jakaa mielipiteitä .....	83
6.2.2	Kustannustietoisuus on heikkoa sekä kansalaisten että ammattilaisten keskuudessa .....	85
6.2.3	Kansalaiset eivät tunnista priorisoinnin välttämättömyyttä kuten ammattilaiset ja päättäjät .....	87
6.2.4	Yleisesti käytetyt priorisointiperiaatteet hyväksyttävistä mutta tärkeysjärjestys ristiriitainen .....	87
6.2.5	Yhteenveto kyselyiden avovastauksista ja sosiaalisen median keskusteluista .....	90
6.3	Havainnot ammattilaisten ja kansalaisten työpajojen periaatekeskusteluista .....	92
6.4	Johtopäätökset priorisoinnin periaatteista tilastokyselyjen sekä ammattilaisten ja kansalaisten työpajojen perusteella .....	94
<b>7</b>	<b>Kansalaisten osallistaminen priorisoinnin periaateprosessiin .....</b>	<b>96</b>
7.1	Kansalaisten osallistaminen yhteiskunnalliseen keskusteluun .....	96
7.2	Mitä tiedetään osallistamisen hyödyistä ja riskeistä tutkimuksen perusteella? .....	101
7.2.1	Osallistamisen edellytykset priorisoinnin periaatteiden muodostamisessa .....	104
7.2.2	Osallistamisen prosessi ja menetelmät .....	105
7.3	Kansalaisten osallistuminen priorisointiperiaatekeskusteluun eri maissa .....	108
7.4	Päätelmät sidosryhmien kyselyistä ja työpajoista osallistamisen välineenä .....	110
<b>8</b>	<b>Ehdotukset terveydenhuollon priorisoinnin kehittämiseksi Suomessa .....</b>	<b>113</b>



8.1	Päätelmiä tutkimuksen perusteella.....	114
8.2	Priorisoinnin kehittämisen tulee keskittyä koko järjestelmän resurssien suuntaamiseen yhdessä sovittujen periaatteiden mukaisesti.....	116
8.3	Priorisointikeskustelun laajentaminen kattamaan oleelliset sidosryhmät .....	121
8.4	Periaatteet tulee laatia kansallisella tasolla ja priorisointia on ohjattava kansallisesti.....	122
8.5	Periaatteiden osallistava muodostaminen – rakenteet ja prosessit.....	125
8.5.1	Priorisoinnin jatkuvan kehittämisen malli.....	125
8.5.2	Ehdotus kansalliseksi priorisoinnin periaatteiden kehittämisen rakenteeksi .....	128
8.5.3	Seuraavat askeleet: reittiopas periaatteiden jatkuvan kehittämisen rakentamiseen.....	131
8.6	Lainsäädännölliset kehittämistarpeet .....	132

## **Lähteet..... 135**

## **Liitteet..... 154**

Liite 1	Kirjallisuuskatsauksen menetelmäkuvaus ja tulokset.....	154
Liite 2	Eri maiden terveydenhuoltojärjestelmien rahoitusmalli ja ominaisuudet .....	171
Liite 3	Osallistamisen menetelmien vertailua .....	174
Liite 4	Kyselyt.....	175
Liite 5	Asennekartoituksen tuloksia.....	186

## **ESIPUHE: TERVEYDENHUOLLON PRIORISOINTIA ON SYYTÄ KEHITTÄÄ AVOIMEKSI JA LÄPINÄKYVÄKSI**

Kaikissa maissa terveydenhuollon palveluiden määrää rajoittaa rahan tai muiden resurssien, kuten henkilökunnan rajallisuus. Terveydenhuoltoon käytetyt panostukset ovat kasvaneet vuosi vuodelta, mutta resurssit ovat kuitenkin aina rajalliset eikä priorisoinnin tarvetta voida poistaa niitä lisäämällä.

Priorisointia tapahtuu kaikilla terveydenhuollon tasoilla joka päivä, ja se on välttämätöntä ja väistämätöntä. Ilman avointa priorisoinnin periaatekeskustelua ja sen pohjalta tehtävää lainsäädännön ja muun ohjauksen kehittämistä todellisuudessa jatketaan piipriorisointia. Tällöin riskinä on esimerkiksi eriarvoisuuden lisääntyminen.

Priorisointikeskustelua on tähän asti käyty lähinnä terveydenhuollon ammattilaisten toimesta ja nyt on tärkeää osallistaa kansalaiset ja muut sidosryhmät mukaan, jotta saadaan määritettyä yhteiset priorisoinnin periaatteet ja hyväksyntä niiden mukaiselle toimimiselle järjestelmässä. Tarvitsemme kansalliset rakenteet ja prosessit, joilla näistä periaatteista muodostetaan toimintaa ohjaavat kriteerit ja menetelmät. Myös lainsäädäntöä on tulevaisuudessa tarve kehittää, jotta eri periaatteiden toteutuminen halutulla painotuksella on mahdollista. Raportissa esittelemme, millaisilla askelilla terveydenhuollon priorisointia olisi Suomessa tarpeen kehittää.

Kysymyksen ”pitääkö priorisoida” sijaan meidän on syytä avoimesti kysyä ja keskustella ”millä periaatteilla ja miten kannattaa priorisoida”.

Paulus Torkki

Hankkeen vastuullinen johtaja

# 1 Johdanto

## 1.1 Priorisoinnin määritelmä

Terveydenhuollon priorisoinnin on perinteisesti nähty tarkoittavan sekä eri palveluiden järjestykseen asettamisesta että palveluiden säännöstelyä (Mäkelä ym. 2017). Priorisoinnissa tavoitellaan terveydenhuollon niukkojen resurssien kohdentamista arvojen, periaatteiden ja tavoitteiden mukaisesti. Tätä varten on määritettävä, kuinka paljon terveyspalveluihin ylipäänsä kohdennetaan resursseja ja mitä resursseilla on järkevintä tuottaa. Priorisointia tapahtuu kaikessa julkisten varojen käytössä, mutta erityisesti terveydenhuollossa ratkaisut herättävät eettisestikin hankalia kysymyksiä.<sup>1</sup>

**Priorisoinnilla tarkoitetaan tässä hankkeessa kaikkia niitä toimintoja terveydenhuollon eri tasoilla, jotka pyrkivät terveydenhuollon resurssien kohdentamiseen, mukaan lukien tavoitteenasetannan, ensisijaistamisen sekä niihin tähtäävät menetelmät, joiden on tarkoitus johtaa resurssien kohdentamisen muutoksiin, uuteen kohdennukseen, lisäämiseen tai vähentämiseen** (mukaillen: Lammin-takanen, 2013, 270; Vuorenkoski & Saarni 2006, Vuorenkoski & Kaila 2010, Mäkelä ym. 2017) sisältäen myös poliittisen päätöksenteon.

## 1.2 Terppa-hankkeen esittely ja tavoitteet

Terppa (Terveydenhuollon palveluvalikoiman priorisointi) -hanke selvitti osana valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoimintaa (VN TEAS), miten terveydenhuollon palveluiden priorisointia voisi Suomessa kehittää tulevaisuudessa perustuslain ja kansainvälisten ihmisoikeussopimusten asettamissa oikeudellisissa peruspuitteissa. Yhtenä osa-alueena on kansalaisten ja muiden sidosryhmien osallistaminen priorisoinnin periaatteiden muodostamiseen.

Priorisoinnista on kirjoitettu yleisellä tasolla varsin paljon. Muun muassa Ryytäsen ym. (2006) kirja *Priorisointi terveydenhuollossa* avaa varsin hyvin peruskäsitteitä ja on perusteiltaan yhä varsin ajankohtainen. Tässä raportissa pyritäänkin keskittymään tutkimushankkeelle asetettuihin kysymyksiin ja tarkastelemaan niitä ilmiöitä ja tekijöitä, jotka ovat oleellisia hankkeelle asetettujen tavoitteiden kannalta.

---

<sup>1</sup> Esimerkiksi korona-ajan priorisoinnista Perustuslakiblogin kirjoitus Kimmel 2020.

Tutkimushankkeelle asetetut tutkimuskysymykset:

1. Mitkä ovat terveydenhuollon priorisoinnin perustuslailliset reunaehdot koko väestön tarpeen mukaisten ja yhdenvertaisten terveydenhuollon palvelujen järjestämisen varmistamisessa?

1.1. Miten voidaan yhdistää toisaalta väestö- tai potilasryhmätason yhdenvertaisuus ja toisaalta turvata yksilön tarpeen mukaiset riittävät terveystaloudelliset palvelut?

1.2. Miltä osin tämä on mahdollista nykyisen lainsäädännön puitteissa ja miltä osin vaaditaan lain muutoksia?

2. Mitä tietoa on terveydenhuollon priorisoinnin taloudellisista vaikutuksista ja tosiasiallisista mahdollisuuksista saavuttaa sen avulla parempi kustannusvaikuttavuus?

2.1. Miten vaihtoehtoiskustannusten aiheuttamaa terveyshyödyn menettämistä on tutkittu ja huomioitu priorisoinnin periaatteissa?

3. Mitä tutkimustietoa terveystaloudellisten priorisointiperiaatteista ja niiden vaikutuksista on kansainvälisesti?

3.1. Miten priorisoinnilla on eri maissa onnistuttu kustannusten hallinnassa, mitä muita vaikutuksia priorisoinnilla on ollut palvelujen saatavuuteen ja kansanterveyteen?

3.2. Mitä kansainvälistä tietoa on priorisointiin liittyvistä taloudellisista reunaehdoista sekä niihin vaikuttavasta lainsäädännöstä, esim. julkisen sektorin korvaamista kustannuksista?

4. Terveydenhuollon priorisoinnin periaatteissa huomioitavat näkökulmat

4.1. Miten suomalainen väestö ymmärtää terveydenhuollon priorisoinnin tarpeen?

4.2. Miten väestön osallistamista priorisoinnin periaatteita koskeviin keskusteluihin voidaan tukea ja hyödyntää?

5. Mitkä priorisoinnin periaatteet olisivat Suomessa käyttöönotettavissa ja hyväksyttävissä ja mitkä eivät?

5.1. Minkälainen priorisoinnin malli voisi Suomessa tukea kustannusten hallintaa? Millainen olisi priorisoinnin eettisesti ja sosiaalisesti kestävä käytännön toteutus?

5.2. Millaiset olisivat toimivat priorisoinnin prosessit?

Viides tutkimuskysymys on yhteenvetokysymys, joka yhdistää aiempien kysymysten perusteella löydetyt tulokset.

Hankkeessa tutkimuskysymyksiin haettiin vastauksia 1) kartoittamalla oikeudellisia reunaehtoja, 2) tekemällä kirjallisuuskatsaus priorisoinnin vaikutuksista, 3) selvityksellä eri maiden priorisointiperiaatteista ja -käytännöistä sekä 4) kansalaisille, asiantuntijoille ja päättäjille tehdyillä haastatteluilla, kyselyillä ja työpajoilla. Lopuksi yhteenveto muodostettiin eri työpakettien tuloksena hankkeen sisäisiä ja ulkopuolisia asiantuntijoita osallistaneen työpajan avulla. Kunkin luvun yhteydessä on kuvattu tarkemmin käytetyt menetelmät.

## 2 Mitä priorisointi on?

### 2.1 Rajaukset, käsitteet ja määritelmät

Termejä priorisointi (prioritisation tai priority setting) ja säännöstely (rationing) on käytetty kuvaamaan usein suunnilleen samaa asiaa. Priorisointi tarkoittaa sananmukaisesti asioiden asettamista tärkeysjärjestykseen. Koska priorisoinnin yksi tavoite on resurssien hallinta, saatetaan sitä kutsua myös säännöstelyksi. Säännöstelyllä rajoitetaan potilaille mahdollisesti hyödyllisten hoitojen antamista. (Mäkelä ym. 2017). Kuitenkin, jos priorisointia tarkastellaan vain säännöstelyn ja järjestykseen laittamisen kautta, saattaa se johtaa vaillinaiseen tarkasteluun.

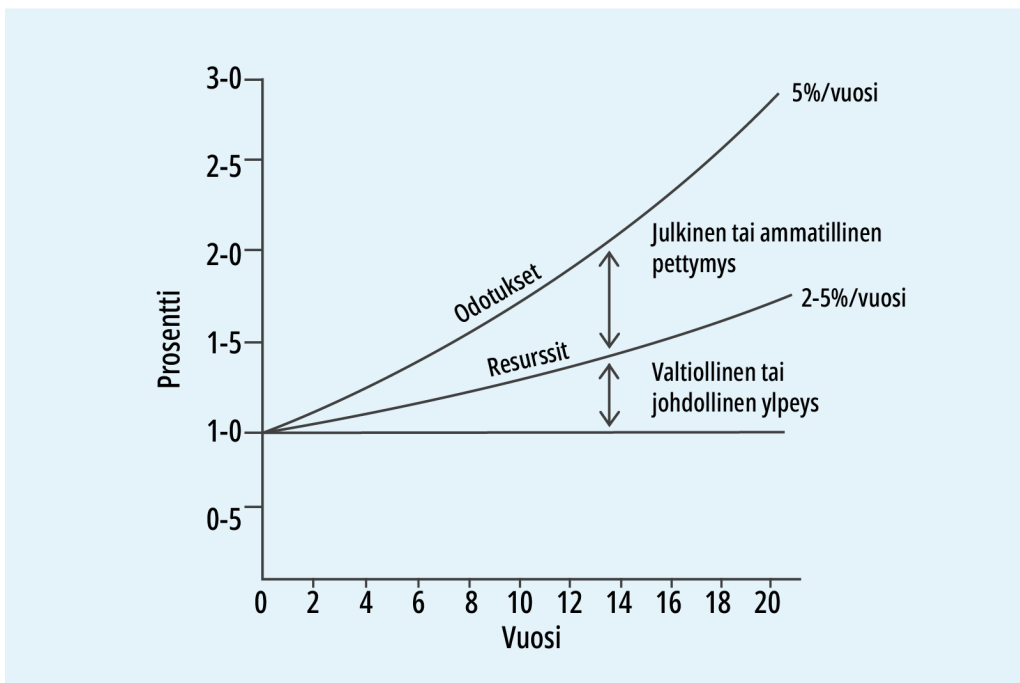
Kansalaisten ja palveluiden käyttäjien odotukset sekä käytettävissä olevat hoidot ja palvelut muuttuvat jatkuvasti, joten priorisoinnin tulisi koskea kokonaisvaltaisemmin kaikkia terveydenhuollon hoitoja ja palveluita. Tällöin kysymyksenasettelu kääntyy: mitä palveluita yhteisesti rahoitetusta järjestelmästä on syytä tarjota ja missä järjestyksessä? Suomessa palveluvalikoiman muodostuminen on laajasti hajaantuneen päätöksenteon tulosta (Kaila & Lohiniva-Kerkelä 2020), mikä näkyy epäloogisuuksina esimerkiksi näkö- tai kuulo-ongelmiin, suun terveyteen tai vaikkapa riippuvuuksiin tarjottavien julkisesti rahoitettujen hoitojen ja palveluiden osalta: silmälasit tai näön korjausleikkaukset maksetaan täysin itse, suun terveydenhuollosta noin puolet maksetaan itse, kun taas kuuloon liittyvät ongelmat hoidetaan pääosin julkisesti rahoitettuna. Nämä eivät muutu, ellei koko järjestelmä ole priorisointitarkastelun kohteena.

Tässä hankkeessa priorisointi onkin määritelty seuraavasti: **Kaikki ne toiminnot terveydenhuollon eri tasoilla, jotka pyrkivät terveydenhuollon resurssien kohdentamiseen, mukaan lukien tavoitteenasetannan, ensisijaistamisen sekä niihin tähtäävät menetelmät, joiden on tarkoitus johtaa resurssien kohdentamisen muutoksiin, uuteen kohdennukseen, lisäämiseen tai vähentämiseen** (mukaillen: Lammintakanen, 2013, 270; Vuorenkoski & Saarni 2006, Vuorenkoski & Kaila 2010, Mäkelä ym. 2017) sisältäen myös poliittisen päätöksenteon.

**Priorisoinnin tarpeen perimmäinen syy on, että odotukset terveystalouden määrälle ja laadulle ovat yhteisesti rahoitetuissa (verot tai vakuutus) järjestelmissä aina suuremmat kuin käytettävissä olevat resurssit mahdollistavat.** (Kuva 1, Cochrane 1991, Ryyänen ym. 2006). Tästä syystä sekä säännöstelyä että järjestykseen laittamista ei voida välttää. Säännöstely näkyy esimerkiksi ajassa, kuinka nopeasti tai hitaasti uusia menetelmiä otetaan käyttöön ja järjestykseen asettaminen esi-

merkiksi kiireettömän hoidon jonoina. Kriisitilanteissa säännöstely voi ilmetä myös tiettyjen jo vakiintuneiden hoitojen rajoittamisena muiden palveluiden tai yhteiskunnan toimintojen turvaamiseksi. Käytettävissä olevien resurssien kasvaessa tarpeita määritellään uudelleen ja uusia hoitoja tai palveluja otetaan järjestelmän piiriin. Kuva 1 voidaan tulkita viestivän, että priorisointi on luonteeltaan ongelmallinen ilmiö, jota ei voida täysin ratkaista. Priorisoinnin toteutusta voidaan kuitenkin kehittää siten, että se vastaa paremmin eri sidosryhmien odotuksiin.

**Kuva 1.** Odotusten ja resurssien välinen kuilu, ns. Thwaitesin käyrä. (mukailtu Cochrane BMJ 1991)

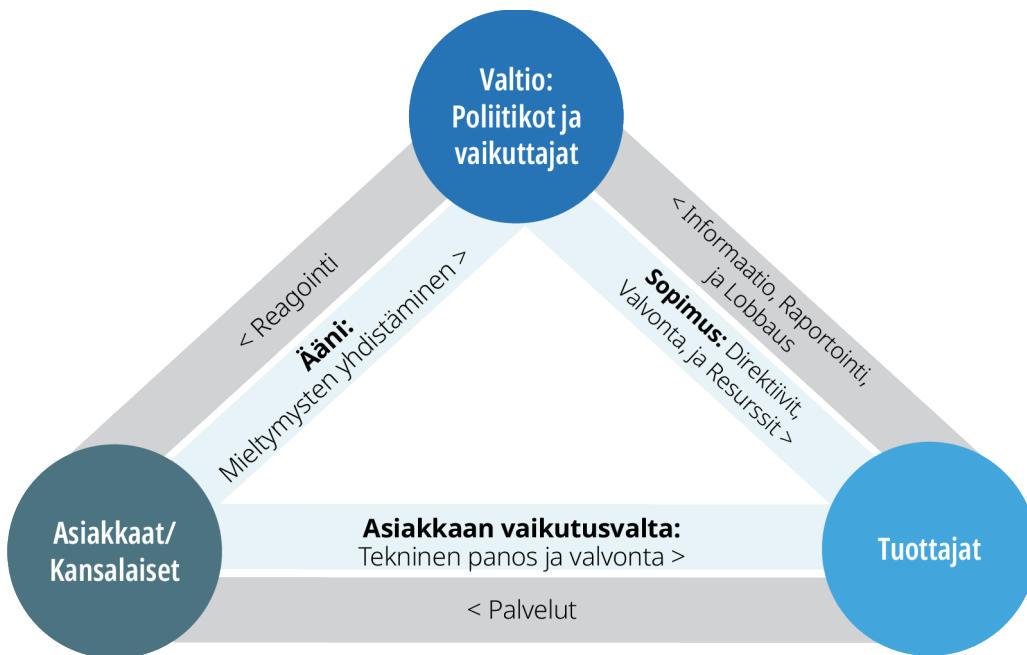


Priorisoinnin tarve kasvaa jatkuvasti monestakin syystä. Ihmisten eläessä yhä pidempään lisääntyvät myös vajaatoimintakykyiset elinvuodet, mikä kasvattaa palvelutarvetta (esim. Lynch ym. 2022). Terveysthuollon menetelmät kehittyvät nopeasti ja hoitamisen mahdollisuudet kasvavat huomattavasti nopeammin kuin käytettävissä olevat resurssit: ovat kyseessä sitten raha tai osaavat ammattilaiset. Kaila & Lohiniva-Kerkelä (2020) toteavat selvityksessään, että ”Terveysthuollon palveluvalikoiman kannalta suurimmat haasteet liittyvät mahdollisuuksien ja talouden ristiriitaan.”

Priorisointia harjoitetaan terveysthuollon kaikilla tasoilla: valtionhallinnossa ja kansallisesti (makrotaso), kunnissa, sairaanhoitopiireissä ja hoitolaitoksissa (mesotaso)

sekä yksittäisen ammattilaisen toiminnassa (mikrotaso) (Ryynänen ym, 2006). Kokonaisuutta voidaan hahmottaa myös toimijoiden kautta (Kuva 2). Suomen kontekstissa priorisoinnin kansalliselta tasolta on mielekäs jaotella erikseen kansallinen päätöksenteko ja ohjaus sekä kansalliset arvioijat ja suosittelijat.

**Kuva 2.** Kolme ulottuvuutta, jotka on otettava huomioon arvioitaessa julkisesti korvattua terveydenhuoltoa (mukailtu Terwindt ym 2016)

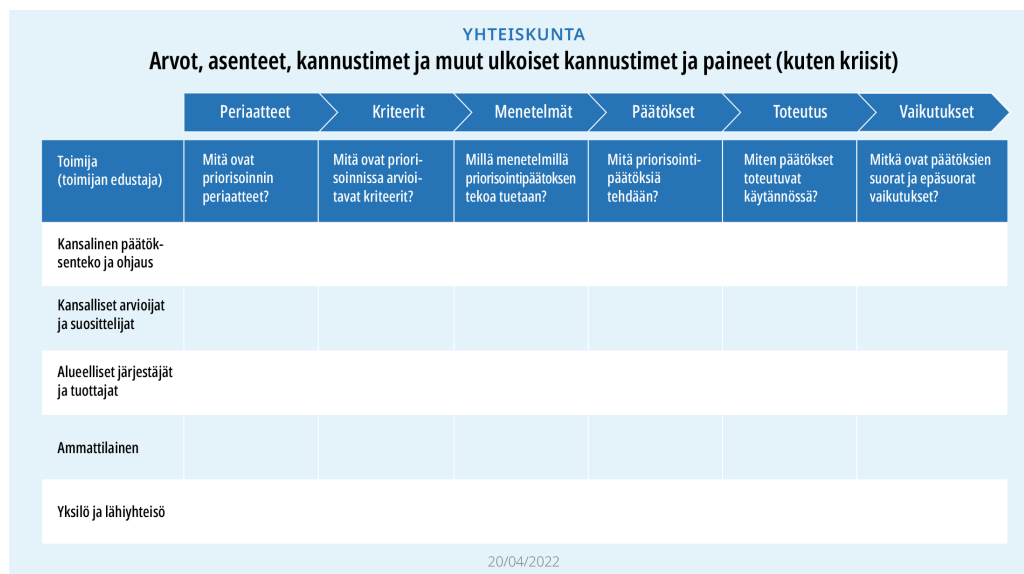


Priorisointia toteutetaan tiedostetusti tai tiedostamatta kaikilla niillä terveydenhuoltojärjestelmän tasoilla, joissa tehdään päätöksiä resurssien kohdentamisesta. Priorisoinnin kokonaisuuden taustavaikuttimia ovat vallitsevat arvot, asenteet, sekä sisäiset ja ulkoiset kannustimet ja paineet, jotka ohjaavat myös periaatteiden muodostumista. Yleiset arvot ja asenteet jäävät usein kuitenkin sellaiselle tasolle, että niistä ei voida suoraan juontaa päätöksiä ohjaavia toimintaperiaatteita. Tarvitaan keskustelua, prosessi ja rakenteet, joilla arvojen pohjalta jalostetaan toimintaa ohjaavat tarkemmin määritellyt periaatteet. Ulkoisilla paineilla voidaan viitata esimerkiksi tilapäiseen kriisiin, kuten koronapandemia, joilla on vaikutusta priorisoinnin kokonaisuuteen.

Eri tasojen ohella onkin syytä huomioida priorisoinnin kokonaisuuden eri vaiheet. Prosessimainen hahmotustapa voidaan rakentaa pohjautuen syöte-prosessi-tuotos –malliin (Hackman, 1987), jossa periaatteet ja kriteerit toimivat syöteinä menetelmille ja päätöksille, joista vuorostaan seuraa tuotoksina toteutus ja vaikutukset (Kuva 3). Prio-

risoinnin kokonaisprosessi kuvaa, miten arvoista johdetut periaatteet ohjaavat priorisoinnin päätöksentekoa. Päätösten toteutumisella on puolestaan ulkoisia ja sisäisiä vaikutuksia. Kun tämä näkökulma yhdistetään keskeisimpien priorisoinnin toimijoiden kanssa, voidaan priorisoinnin kokonaiskuvaa hahmottaa kuvan 3 mukaisesti.

**Kuva 3.** Järjestelmätason priorisoinnin kokonaiskuva jäsennettynä syöte-prosessi-tuotos -mallilla.



**Tämä hanke rajautui terveydenhuollon kansallisen tai järjestelmätason priorisointiin**, erityisesti väestön ja muiden sidosryhmien osallistamiseen priorisoinnin periaatteiden muodostamisessa, lainsäädännölliseen tarkasteluun sekä priorisoinnin ohjaukseen. Kansallisen tason priorisoinnissa otetaan kantaa muun muassa, kuinka paljon terveydenhuoltoon käytetään rahaa, mitä palveluita järjestetään julkisesti ja kelle palveluita tuotetaan. Suomalainen julkinen terveydenhuoltojärjestelmä takaa palvelut kaikille asukkaille, mutta Suomessa on rinnakkaisia järjestelmiä esim. opiskelija-, työ-, tai varusmiesten terveydenhuollolle. Kansallisella tasolla lainsäädäntö ohjaa priorisointia ja tätä laajaa kokonaisuutta on käsitelty raportissa myöhemmin yksityiskohtaisesti. Priorisointiin liittyviä tässä hankkeessa hyödynnettyjä käsitteitä on kuvattu taulukossa 1.



**Taulukko 1.** Priorisoinnin kokonaiskuvaan liittyvät käsitteet

Käsite	Määritelmä
Arvot	Yhteiskunnan, yhteisön ja yksilön (terveydenhuoltoon liittyvät) yleiset arvot Esim. yhteiskunnan tai ammattikunnan arvot
Asenteet	Yhteiskunnan, yhteisön ja yksilön yleiset (tai terveydenhuoltoon liittyvät) asenteet ja asenteiden väliset ristiriidat Esim. potilasryhmien stigmaat
Ulkoiset kannustimet ja paineet	Terveydenhuoltojärjestelmän ulkoiset tekijät, jotka vaikuttavat priorisoinnin kokonaisuuteen. Esim. yhteiskunnan muut toiminnot ja niiden painotukset, valtasuhteet sekä shokit tai kriisit.
Sisäiset kannustimet ja paineet	Terveydenhuoltojärjestelmän sisäiset tekijät, jotka vaikuttavat priorisoinnin kokonaisuuteen. Esim. voiton- tai hyödyn tavoittelu, kannustinrakenteet sekä valtasuhteet
Terveydenhuollon resurssi	Aineelliset ja aineettomat terveydenhuollon arvontuotannon edellytykset tai tuotantopanokset Esim. terveydenhuollon henkilötöypanos, osaaminen, tieto, teknologia, rakennukset, raha.
Priorisoinnin periaatteet	Priorisointimenetelmien ja -päätösten taustalla olevat yleisellä tasolla muo- toillut periaatteet Esim. tarveperusteisuus
Priorisoinnin kriteerit	Priorisointimenetelmien ja -päätösten määritellyt ja arvioitavissa olevat kri- teerit, jotka tulisi olla johdettu periaatteista. "Periaatteiden operationalisointi" Esim. hoidontarpeen tarkka määritelmä
Priorisointime- netelmät	Formaalit tai epäformaalit prosessit tai menetelmät, jotka pyrkivät tuotta- maan tietoa priorisointipäätöksentekoon. Esim. terveystaloudelliset arvioinnit, neuvottelumenettelyt tai selvitykset
Priorisointipää- tökset	Päätös resurssin tai resurssien kohdentamisesta tai kohdentamisen muu- toksesta. Päätös, jossa ei kohdenneta resurssia ei ole priorisointipäätös Esim. lainsäädäntö, joka velvoittaa tehtäviä kunnalle ei ole priorisointipäätös. Kun- nan päätös kohdentaa resurssit lain mukaisesti on priorisointipäätös.
Priorisoinnin to- teutuminen	Resurssin kohdentamisen toteutuminen tai toteuttaminen Esim. toteutunut ammattilaisten palkkaaminen priorisoidulle osa-alueelle
Priorisoinnin vaikutukset	Päätöksen perusteella aikaansaadun resurssin kohdentamisen vaikutus tu- loksiin, kuten terveyshyötyyn, hoitotuloksiin, kustannuksiin tai muuhun teki- jään ja päätöksen aiheuttama vaihtoehtokustannus sisältäen suorat ja epäsuorat vaikutukset myös yhteiskunnassa.

## 2.2 Priorisoinnin periaatteet ja niiden muodostaminen

Ilman priorisoinnin yhtenäisiä periaatteita terveydenhuollon priorisointipäätökset voivat vaihdella merkittävästi esim. alueellisesti tai ammattilaisten välillä, jolloin kansalaisten yhdenvertainen kohtelu ei toteudu: potilaat, joilla on samankaltaiset hoidontarpeet, saavat eritasoista hoitoa. Eriarvoisuuden ohella luottamus terveydenhuoltoon saattaa kärsiä (esim. Nunes 2014). Yleisiksi terveydenhuollon priorisoinnin periaatteiksi on esitetty muun muassa tautitaakkaa (burden of disease), vaikuttavuutta (Effectiveness), kustannuksia (Cost), oikeudenmukaisuutta (Fairness) ja hyväksyttävyyttä (Acceptability) (Terwindt ym. 2016).

Priorisoinnin yleisten periaatteiden välille syntyy käytännössä ristiriitoja, jotka tulee tunnistaa niitä sovellettaessa. Esimerkiksi, hoidon vaikuttavuus voi olla hyvä, mutta jos se on hyvin kallista ja hoito kohdentuu pieneen joukkoon ihmisiä, niin hoidon tarjoaminen voi heikentää oikeudenmukaisuutta, koska siihen tarvittavat resurssit ovat muualta pois. Käytännössä yhden potilaan kalliin hoidon toteuttamiseksi jokin joukko potilaita joutuu odottamaan hoitoa pitkään tai jäämään ilman hoitoa tai palvelua. Periaatteet eivät ratkaise kaikkia priorisoinnin ongelmia, mutta ne sanoittavat ja tekevät näkyväksi priorisoinnin perusteet, jolloin priorisoinnin kokonaisuutta on mahdollista kuvata, toteuttaa läpinäkyvämmiin, arvioida sekä kehittää.

Priorisoinnin periaatteiden soveltamista ohjaavat 1) yhteiskunnan kokonaisresurssien määrä, joka on käytettävissä terveydenhuoltoon, 2) saatavilla olevien menetelmien laatu sekä ammattilaisten määrän ja osaamisen rajallisuus niiden toteuttamiseen sekä 3) terveydenhuollon palvelujen järjestämisen ja toimintamallien arkitodellisuuden rajoitteet. Nämä monimutkaiset riippuvuudet tekevät terveydenhuollon priorisoinnista haastavaa, mutta korostavat tarvetta priorisointijärjestelmälle, jota ohjaa kansalaisten arvomaailmasta johdetut periaatteet.

Esimerkkejä siitä, miten priorisointiprosessissa arvot voidaan kääntää periaatteiksi ja periaatteet konkretisoida kriteereiksi on esitetty alla olevassa taulukossa 2:

**Taulukko 2.** Esimerkki kriteerien muodostamisesta periaatteiden ja arvojen pohjalta

Arvo	Mahdollinen periaate	Mahdolliset kriteerit
Oikeudenmukaisuus	Vakavia sairauksia priorisoidaan lievien edelle	Vakaviin sairauksiin tarkoitettujen hoitojen kustannusvaikuttavuus (€/QALY) saa olla heikompi kuin lieviin sairauksiin tarkoitettujen päästäkseen palveluvalikoimaan Vakavissa sairauksissa hoitopäätösaika on lyhyempi kuin lievissä
Solidaarisuus	Haavoittuvaisessa asemassa olevat ovat etusijalla muihin nähden	Haavoittuvaisessa asemassa olevat (esimerkiksi lapset) asetetaan jonossa lääketieteellisesti samassa asemassa olevan ohi.
Kustannusvaikuttavuus	Kustannusvaikuttavuudeltaan paremmat hoidot ovat etusijalla muihin nähden  Hoidot tai potilasryhmät, joissa on saavutettavissa enemmän laatupainotettuja elinvuosia, asetetaan etusijalle	Jos resurssit eivät riitä kaikkien palveluvalikoimassa olevien hoitojen antamiseen, jätetään heikoimman kustannusvaikuttavuuden hoidot antamatta  Kohdistetaan ensisijaisesti resursseja lasten, ja nuorten toimintakykyä ja elämänlaatua parantaviin hoitoihin Kohdistetaan resursseja ennaltaehkäisyyn, jonka kustannusvaikuttavuus on osoitettu

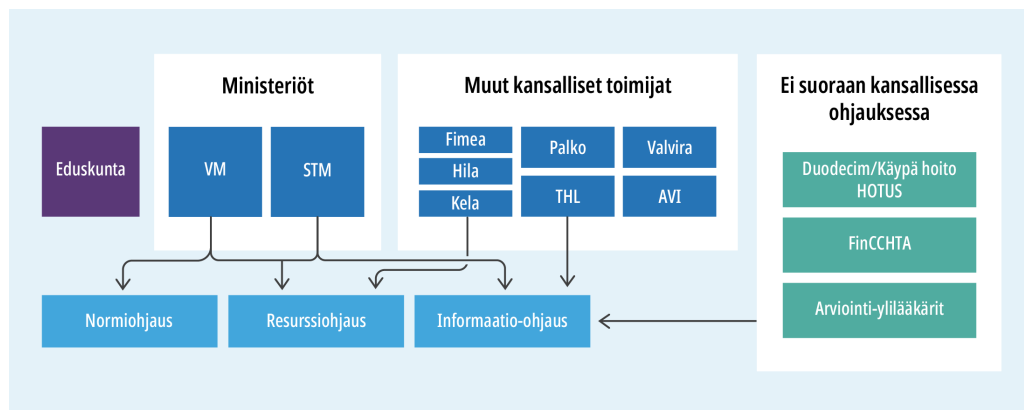
Periaatteiden muodostamisen jälkeen on myös päätettävä periaatteiden keskinäinen järjestys päätösten tueksi, koska kaikki periaatteet eivät voi toteutua samanaikaisesti. Esimerkkejä tällaisista tilanteista on 1) kohdistetaanko resursseja vakavan sairauden hoitoon vai kustannusvaikuttavamiksi tiedettyyn ennaltaehkäisevään toimintaan tai 2) asetetaanko haavoittuvaisessa asemassa olevien lievän sairauden hoito muiden väestöryhmien vakavamman sairauden hoidon edelle. Hankalien valintatilanteiden tueksi tarvitaan yhteisesti hyväksytyt periaatteet, joihin päätöksentekijä voi nojata.

## 2.3 Priorisoinnin ohjaus kansallisella tasolla

Priorisoinnin ohjaus, kuten palvelujen ohjaus yleensäkin, tapahtuu pääosin kolmella tavalla: normi-, resurssi- ja informaatio-ohjauksella, joka sisältää myös dialogin (Kaila & Lohiniva-Kerkelä, 2020). Kansallisen palveluvalikoiman toimijat ja ohjauksen yksityiskohdat on kuvattu kattavasti Kailan & Lohiniva-Kerkelän (2020) tuoreessa selvityksessä. Tässä raportissa ohjaus kuvataan tiivistetysti raportin kohteena olleen kansallisen priorisoinnin ohjauksen ymmärtämiseksi.

Ohjaukseen osallistuvia toimijoita on useita. Tutkimuksen aikana eduskunta päätti sote-uudistuksesta, jossa kansallinen ohjaus muuttuu oleellisesti priorisointia ajatellen. Kuvassa 4 on hahmoteltu kansallisen ohjauksen toimijoita tulevassa tilanteessa, jossa hyvinvointialueiden rahoitus kanavoitetaan ministeriöistä.

**Kuva 4.** Priorisoinnin kansalliseen ohjaukseen osallistuvia toimijoita tulevassa sote-mallissa.



Priorisoinnin kannalta keskeisin päätös on (sosiaali- ja) terveystalouteen käytettävien rahamäärän suuruus. Keskeinen osa terveydenhuoltoa toteutetaan hyvinvointialueilla. Raporttia kirjoittaessa: *“Hyvinvointialueiden rahoitus perustuu suurelta osin valtion rahoitukseen sekä osin asiakas- ja käyttömaksuihin. Ensi vaiheessa hyvinvointialueilla ei ole verotusoikeutta. Hallitus sitoutuu verotusta ja rahoitusta koskevan lainsäädännön valmistumiseen hallituskauden aikana ja mahdolliseen voimaantuloon viimeistään 2026. Hyvinvointialueiden valtion rahoitus on laskennallista ja yleiskatteista. Sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien palvelutarpeen vuosittainen kasvu huomioidaan Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL:n) kehittämän ja ylläpitämän sosiaali- ja terveydenhuoltomenojen kasvua ennustavan sosiaalimenojen analyysimallin kasvuennusteen mukaisesti.”* (<https://soteuudistus.fi/rahoituksen-maaraytyminen-ja-tarkistaminen>, viitattu 20.5.2022). Mallissa ministeriöillä on rahoituksen määräytymisessä suuri vastuu, sillä muun muassa edellä mainittu analyysimalli ja sen päivittäminen ohjaavat alueiden saamaa rahamäärää ja siten luovat raamit priorisoinnin kokonaisuudelle. Lisäksi mallin aiheuttamat positiiviset ja negatiiviset kannustimet todennäköisesti jonkin verran ohjaavat alueilla tapahtuvaa priorisointia. Rahoituksen kokonaistaso ja sen muutokset tulevaisuudessa ovat keskeisimpiä priorisoinnin raamit luovia päätöksiä.

Normiohjauksen yksityiskohtia käsitellään seuraavassa kappaleessa tarkemmin. Normiohjaukseen kuuluu lakien ja asetusten ohella kansallisten toimijoiden antamat ohjeet, päätökset ja suositukset (Kuva 5).

Suosituksia voidaan nähdä osin myös informaatio-ohjauksen keinona. Informaatio-ohjaus käsittää lisäksi kaiken sen kansallisen tiedontuotannon terveydenhuollon toimijoiden suuntaan, millä tietoisesti pyritään ohjaamaan priorisointia tai sellaisen informaation, joka tiedostamatta saattaa ohjata priorisointia, kuten tiedon määrä. Esimerkiksi, jos joidenkin hoitojen ja palveluiden tarpeesta tai vaikuttavuudesta tuotetaan enemmän tietoa kuin toisten hoitojen, saattavat nämä hoidot saada erilaisen aseman julkisessa keskustelussa ja vaikuttaa ihmisten arvojen ja asenteiden muodostumiseen.

Kansallisten valtiohallinnon ohjauskeinojen ohella on myös sellaisia kansallisia toimijoita, jotka eivät ole suoraan kansallisessa ohjauksessa. Seuraavissa kappaleissa on kuvattu, miten Käypä hoito -suositukseen saatetaan viitata laillisuusvalvonnassa tapauksissa, joissa asian ratkaisu edellyttää oikeudellisen arvioinnin lisäksi lääketieteellistä arviointia. Tämä puolestaan ohjaa tulevia päätöstilanteita. Kansalliseen priorisoinnin ohjaukseen voidaan katsoa myös arviointiylilääkärien verkosto ja kansallinen yhteistyöverkosto FinCCHTA (Finnish Coordinating Center for Health Technology Assessment), jonka keskeisiä tehtäviä ovat muun muassa hoitoteknologioiden arviointityön koordinointi sekä terveydenhuollon menetelmien arviointi ja arviointityön julkaiseminen Suomessa.

## 2.4 Onnistunut priorisointi huomioi sekä priorisoinnin prosessin että tulokset

Terveydenhuollon priorisoinnin onnistumiseksi tulee määrittää, mitä onnistuminen tässä yhteydessä tarkoittaa. Luvussa 5 käsiteltävä kirjallisuuskatsaus keskittyi toimeksiannossa asetettujen kysymysten vuoksi priorisoinnin taloudellisiin lopputulemiin, joka voi olla yksi osa onnistunutta priorisointia. Kirjallisuudessa ei ole tällä hetkellä yhtenevää näkemystä, mitä onnistuneella priorisoinnilla ylipäänsä tarkoitetaan. Joitakin esiinnoituneita määritelmiä ovat: 1) priorisointipäätökset toteutetaan käytännössä (Mitton & Donaldson, 2001; Tsourapas and Frew, 2011; Sabik & Lie, 2008), 2) priorisointiin osallistuneet tahot ovat tyytyväisiä ja priorisointimenetelmän käyttöä jatketaan (Tsourapas and Frew, 2011) tai 3) kansalaisia on osallistettu ja periaatteet ovat julkisesti hyväksyttävissä (Sabik & Lie, 2008). Sibbald ym. (2009) ovat kuvanneet laajasti priorisoinnin prosessiin ja tuloksiin liittyvät onnistuneen priorisoinnin tekijät.

Priorisoinnin kokonaisuuden onnistumisen määritelmät ottavat kantaa joko priorisoinnin prosessiin tai priorisoinnin tuloksiin (Sibbald ym. 2009). Erityisesti priorisoinnin prosessiin liittyvät onnistumisen määritelmät näyttävät kuvastavan yhteiskunnan arvoja ja asenteita, kuten avoimuutta, osallisuutta tai läpinäkyvyyttä. Priorisoinnin tulosten osalta onnistumisen määrittelyn lähtökohtana on päätösten todellinen toteutuminen ja vastaavuus valittuihin periaatteisiin ja kriteereihin.

## 3 Lainsäädännöllinen taustoitus nykyiseen terveydenhuollon priorisointiin

### 3.1 Oikeudellisen arvion taustaa

Hankkeen oikeustieteellinen osuus kattaa peruskartoituksen terveydenhuollon priorisoinnin valtiosääntöoikeudellisista reunaehdoista sekä arvion voimassa olevan lainsäädännön soveltamiskelpoisuudesta ja muutostarpeista. Osiossa keskitytään Suomen perustuslain (731/1999) ja Suomea sitovien kansainvälisten ihmisoikeussopimusten säännöksiin. Tarpeellisin osin huomioidaan myös muu terveydenhuollon priorisoinnin kannalta oleellinen lainsäädäntö. Lisäksi paikannetaan ja analysoidaan oikeudellisia haasteita sekä mahdollisuuksia terveydenhuollon priorisoinnin kehittämiseksi ja mahdollistamiseksi.

Hankkeen oikeustieteellinen osuus vastaa erityisesti hankkeen ensimmäiseen tutkimuskysymykseen alakysymyksineen.

Tutkimuskysymykset:

1. Mitkä ovat terveydenhuollon priorisoinnin perustuslailliset reunaehdot koko väestön tarpeen mukaisten yhdenvertaisten terveydenhuollon palvelujen järjestämisen varmistamisessa?

1.1 Miten voidaan yhdistää yhtäältä väestö- tai potilasryhmätason yhdenvertaisuus ja toisaalta turvata yksilön tarpeen mukaiset riittävät terveyspalvelut?

1.2 Miltä osin tämä on mahdollista nykyisen lainsäädännön puitteissa ja miltä osin vaaditaan lain muutoksia

Oikeustieteellisen osuuden tutkimusaineisto koostui perustuslain ja Suomea velvoittavien kansainvälisten ihmisoikeussopimusten ohella terveydenhuollon lainsäädännöstä, lainvalmisteluaineistosta, perustuslakivaliokunnan lausunnoista sekä muusta perustuslain ja kansainvälisten ihmisoikeussopimusten tulkintakäytännöstä. Voimassa olevan oikeuden analyysin ohella hankkeessa esitetään tulevaisuuteen suuntaavia ehdotuksia (*de lege ferenda*) ja suosituksia lainsäädännön ja muun normiohjauksen kehittämiseksi terveydenhuollon priorisoinnissa.

Terveydenhuollon priorisoinnin oikeudellinen kehikko muodostuu laajasta ja osin yksityiskohtaisesta sääntelykokonaisuudesta, jolla on kiinnekohtia useisiin perus- ja ihmisoikeuksiin. Hankkeessa ei ollut tarkoitus tarkastella terveydenhuollon lainsäädännön ja muun alemmanasteisen sääntelyn yksityiskohtia, vaan kyse on ennen muuta perustuslain ja kansainvälisten ihmisoikeussopimusten asettamien edellytysten ja rajoitusten kartoittamisesta. Erityisen keskeinen on perustuslain 19 §:n 3 momentin turvaama oikeus riittäviin terveyspalveluihin ottaen samalla huomioon perustuslain 6 §:n yhdenvertaisuus- ja syrjintäkieltosääntelyn sekä julkisen vallan velvollisuuden turvata perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien toteutuminen perustuslain 22 §:n mukaisesti.

## Terveydenhuollon priorisointi oikeudellisesta näkökulmasta

Terveydenhuollon priorisointia ei määritellä lainsäädännössä. Useassa lainsäädäntöhankkeessa on kuitenkin käsitelty priorisoinnin kannalta oleellisia asiakokonaisuuksia<sup>2</sup> ja keskustelua terveydenhuollon priorisoinnista on käyty jo kymmeniä vuosia.<sup>3</sup> Oikeudellisesta näkökulmasta priorisointi näyttäytyy ennen kaikkea ensisijaistamisena tai muuna toimintana, jossa potilaita asetetaan eri asemaan esimerkiksi terveydentilan perusteella. Priorisointi on siten merkityksellistä erityisesti perustuslain yhdenvertaisuus- ja syrjintäkieltosääntelyn kannalta<sup>4</sup>, mutta sen lisäksi huomionarvoisia ovat sosiaaliset oikeudet ja yksilön itsemääräämisoikeus<sup>5</sup> sekä ihmisarvon loukkaamattomuus.

Terveydenhuollon priorisointi kattaa esimerkiksi päätökset hoitoon ottamisesta, hoitotoimenpiteen valinnat sekä päätöksen rajata hoitotoimenpide julkisen terveydenhuollon ulkopuolelle. Vaikka priorisointia sisältyy kaikkeen julkisten varojen käyttöön, erityisesti terveydenhuollon priorisointiratkaisut tuottavat sekä eettisesti että oikeudellisesti kiperiä kysymyksiä, koska kyse on ihmisten terveyteen ja viime kädessä elämään liittyvistä valinnoista, joita terveydenhuollossa on jatkuvasti välttämätöntä

<sup>2</sup> Esimerkiksi lainsäädäntö hoitoon pääsyn määräajoista (viimeisimpänä esillä HE 74/2022). EU:n potilasdirektiivin toimeenpanon yhteydessä vuonna 2013 käsiteltiin palveluvalikoiman määrittelymistä, HE 103/2013 vp.

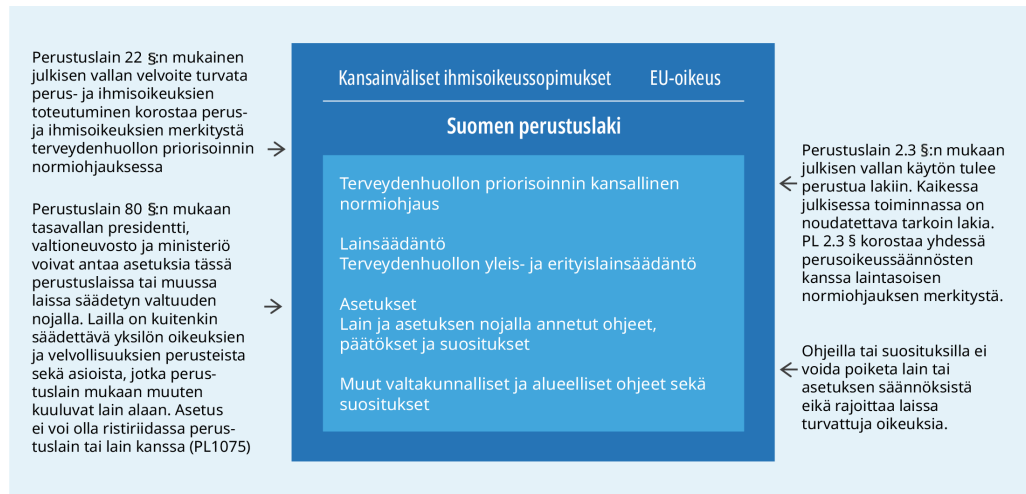
<sup>3</sup> Esimerkiksi vuonna 1994 STAKES julkaisi terveydenhuollon priorisointityöryhmän raportin, jossa annettiin suosituksia kansalliselle priorisoinnille ja sen toteuttamiselle, Stakes 1994. Terveydenhuollon priorisointia on käsitelty myös oikeuskirjallisuudessa; Tuori – Kotkas 2016, s. 144; Kaila – Lohiniva-Kerkelä 2020, s. 40 ja Kimmel 2019, s. 156-158. Kimmel on artikkelissaan soveltanut kansallisia palveluvalikoimaa koskevia priorisointiratkaisuja Danielsin ja Sabinin (1997) oikeudenmukaisuusteoriaan ja todennut, että nykyinen lainsäädäntö epäonnistuu tämän teorian mukaisessa legitimoimisessa päätöksentekoprosessissa.

<sup>4</sup> ks. Tuori – Kotkas 2016, s. 207-208

<sup>5</sup> Eduskunnan perustuslakivaliokunnan lausuntokäytännössä itsemääräämisoikeuden on katsottu kiinnittyvän useisiin perusoikeuksiin, erityisesti perustuslain 7 §:n säännöksiin henkilökohtaisesta vapaudesta ja koskemattomuudesta sekä perustuslain 10 §:n säännöksiin yksityiselämän suojasta. Ks. esim. PeVL1/2018 vp, s. 9

tehdä.<sup>6</sup> Yksilön näkökulmasta kyse on perustuslaissa jokaiselle turvatusta oikeudesta riittäviin terveystalveluihin, joiden määrään ja laatuun sekä tuottamisen tapaan priorisointipäätökset merkittävästi vaikuttavat. Koska julkiselle vallalle perustuslain 19 §:n 3 momentissa säädetty velvollisuus turvata jokaiselle riittävät terveystalvelut edellyttää terveystalvelujen saatavuuden turvaamista, terveystalvelujen riittävyys ja saatavuus liittyvät viime kädessä oikeutta elämään ja henkilökohtaista turvallisuutta suojaaviin perustuslain 7 §:n säännöksiin.<sup>7</sup>

**Kuva 5.** Terveystalvelun normiohjausta voidaan kuvata tämän kuvan mukaisesti



Priorisointipäätöksiä ohjaa yhtäältä lainsäädäntö ja lakia alemman asteinen normisto. Toisaalta priorisointipäätökset edellyttävät lääketieteellistä, poliittista ja eettistä punnintaa huomioiden rajalliset resurssit ja voimavarat. Erityisesti yksittäisten lääkärin hoitopäätöksissä merkittävässä asemassa on, lainsäädännönkin näkökulmasta, lääketieteellinen arvio, johon päätökset hoitoon ottamisesta ja hoidossa käytettävistä menetelmistä merkittävilta osin pohjautuvat.<sup>8</sup> Terveystalvelun hoitopäätöksiä ja muuta

<sup>6</sup> Esimerkiksi korona-ajan priorisoinnista Kimmel 2020, Perustuslakiblogi.

<sup>7</sup> Esim. PeVL 17/2021 vp, s. 18 ja PeVL 15/2007 vp, s. 2. Perustuslain esitöiden mukaan perustuslain 19 §:n 3 momentista seuraa julkisen vallan velvollisuus turvata terveystalvelujen saatavuus, johon taas välillisesti vaikuttavat muut perusoikeudet, kuten perustuslain 7 §:ssä turvattu oikeus elämään ja henkilökohtaiseen turvallisuuteen, HE 309/1993 vp, s. 7/l.

<sup>8</sup> Potilaslakia säädettäessä hallituksen esityksessä lähdettiin siitä, että hoidon tarpeen arvion tulee perustua lääketieteellisesti hyväksyttäviin kriteereihin (HE 185/1991 vp, s. 14). Lääkäri tai hammaslääkäri päättää viime kädessä potilaan tutkimuksesta, taudinmäärityksestä ja siihen liittyvästä hoidosta terveystalvelun ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) 22 §:n mukaan koulutuksensa, kokemuksensa ja ammattitaitonsa mukaisella tavalla (HE 33/1994 vp s. 35)



terveydenhuollon saatavuuteen liittyvää päätöksentekoa on perinteisesti pidetty tosi-asiallisena hallintotoimintana, jolloin asiakkaalle ei ole säädetty oikeutta hakea muutosta valittamalla. Asiakkaan oikeussuojasta on pyritty huolehtimaan muilla tavoilla terveydenhuollossa.<sup>9</sup> Oikeusturvasääntelyn asianmukaisuuteen ja toimivuuteen on kuitenkin eduskunnan perustuslakivaliokunnan lausuntokäytännössä kiinnitetty viime vuosina erityistä huomiota ennen kaikkea siltä osin kuin on kyse haavoittuvassa asemassa olevista ihmisistä, kuten lapsista, vammaisista henkilöistä ja vanhuksista.<sup>10</sup>

Muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta laintasoisia priorisointiratkaisuja ei ole tehty.<sup>11</sup> Lainsäädännössä asetetaan kuitenkin oikeudellisia edellytyksiä ja rajoituksia priorisoinnille, esimerkiksi säännöksillä hoitoon pääsyn määräajoista (ns. hoitotakuu), hoidon laadusta, potilasturvallisuudesta, terveydenhuollon valvonnasta sekä potilaan oikeuksista ja asemasta. Julkista terveydenhuoltoa ja sen toimijoita velvoittaa myös perustuslain 22 §:n mukainen perus- ja ihmisoikeuksien turvaamisvelvoite, mikä tulee huomioida priorisoinnissa kaikilla julkisen terveydenhuollon tasoilla, mukaan lukien yksityisten terveydenhuollon toimijoiden tuottama julkisesti järjestetty palvelu.

## 3.2 Terveydenhuollon priorisointi ja kansainväliset velvoitteet

Suomen oikeuspiirissä olevien ihmisten perus- ja ihmisoikeuksia turvaavat kolme toisiinsa kiinteästi liittyvää perus- ja ihmisoikeuksien suojajärjestelmää: kotimainen perusoikeusjärjestelmä; Suomea velvoittavat kansainväliset ihmisoikeussopimukset; ja Euroopan unionin (EU) perusoikeusjärjestelmä.

<sup>9</sup> Oikeusturvaa toteuttavat esimerkiksi potilasasiamesinstituutio, muistutusmenettely sekä kantelu valvontaviranomaisille tai laillisuusvalvojille. Ks. laajemmin terveydenhuollon oikeusturvakeinoista Lohiniva-Kerkelä 2015, s. 331-373

<sup>10</sup> Esim. PeVL 26/2017 vp, s. 71

<sup>11</sup> Tuori – Kotkas 2016, (s. 173) tosin huomauttavat, että esimerkiksi kiireelliseen hoitoon pääsyn takaaminen subjektiivisena oikeutena voidaan katsoa perustuslainsäätäjän tekemäksi priorisoinniksi. Tavallisen lainsäädännön tasolla esimerkiksi mielenterveyspalveluissa hoitoon pääsyn määräajat ovat terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan lyhyemmät alle 23-vuotiaille, sillä alle 23-vuotiaille hoito on lain 53 §:n mukaan järjestettävä kolmen kuukauden kuluessa. Perustuslakivaliokunta otti lausunnossaan kantaa ehdotettuun sääntelyyn perustuslain 6 §:n 2 momentin näkökulmasta ja katsoi, että sääntelylle oli perusoikeusjärjestelmän kannalta hyväksyttävät perusteet (PeVL 41/2010 vp, s. 3-4)

Kansainväliset ihmisoikeussopimukset asettavat kotimaisen perusoikeussuojan vähimmäistason, jota ei voida kotimaisessa lakien säätämässä ja soveltamisessa alittaa, mutta joka ei kuitenkaan estä antamasta laajempaa tai tiukempaa suojaa.<sup>12</sup> Sopimusvaltiot ovat veloitettuja toteuttamaan ihmisoikeussopimuksissa suojatut oikeudet. Kyse ei ole pelkästään ohjelmaluontoisista, abstrakteista tavoitteista, vaan myös konkreettisista, sitovista oikeudellisista velvoitteista, jotka tulee huomioida myös terveydenhuollon priorisoinnissa.

EU:n perusoikeuksien suojan taso taas vastaa Euroopan ihmisoikeussopimuksessa (EIS) suojattuja oikeuksia, mutta se voi myös mennä pidemmälle. Euroopan unionin perusoikeuskirja on kattava perusoikeuskatalogi, jossa turvataan kansalais- ja vapausoikeuksien (KP-oikeudet) ohella myös taloudellisia, sivistyksellisiä ja sosiaalisia oikeuksia (TSS-oikeudet).<sup>13</sup> Lisäksi perusoikeuskirjassa turvataan unionin kansalaisten erityisiä perusoikeuksia, kuten liikkumisvapautta Euroopan unionin jäsenvaltioissa. Kaikkien unionin jäsenvaltioiden kansalaiset ovat myös unionin kansalaisia, mikä on huomionarvoista rajat ylittävän terveydenhuollon näkökulmasta, varsinkin kun terveyspalvelut ovat lähtökohtaisesti unionin perussopimusten turvaaman palvelujen vapaan liikkuvuuden piirissä.

## Kansainväliset ihmisoikeussopimukset ja terveydenhuollon priorisointi

Terveydenhuollon priorisointia tulee tarkastella perustuslain perusoikeussäännösten (perustuslain 2 luku, 6-23 §) ohella erityisesti terveyteen liittyvien kansainvälisten ihmisoikeussopimusten ja niitä koskevan tulkintakäytännön näkökulmasta.<sup>14</sup> Oikeus terveyteen turvattiin ensimmäistä kertaa ihmisoikeutena oikeudellisesti sitovassa valtioiden välisessä ihmisoikeussopimuksessa Yhdistyneen kansakunnan (YK) taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskevan kansainvälisen yleissopimuksen (ns. TSS-sopimus, SopS/6/1976) myötä. Sopimuksen 12 artiklassa sopimusvaltiot tunnustavat jokaiselle oikeuden nauttia korkeimmasta saavutettavissa olevasta ruumiin- ja

---

<sup>12</sup> Kansainvälisistä ihmisoikeuksista ja Suomen perusoikeusjärjestelmästä Ojanen – Scheinin 2011, s. 171-195

<sup>13</sup> Euroopan unionin perusoikeuskirjasta terveyden näkökulmasta Nieminen 2015, s. 177-217

<sup>14</sup> Terveyteen liittyvistä ihmisoikeuksista Nieminen 2015. Oikeudesta päästä terveydenhuoltoon ihmisoikeusnäkökulmasta ks. San Giorgi 2012.

mielenterveydestä. YK:n taloudellisten, sosiaalisten ja sivistyksellisten oikeuksien komitean (TSS-komitea)<sup>15</sup> mukaan ilmaisu ”*korkeimmasta saavutettavissa olevasta terveydentilasta*” huomioi yksilön biologiset ja sosioekonomiset edellytykset sekä valtion saatavilla olevat resurssit.<sup>16</sup>

Oikeuden terveyteen on katsottu koostuvan useista vapauksista ja oikeuksista, sisältäen esimerkiksi ravinnon, puhtaan veden sekä majoituksen. Oikeus terveydenhuoltoon taas on yksi välttämätön osa tätä oikeutta ja sen toteutumista.<sup>17</sup> Samalla oikeudesta terveyteen seuraa valtiolle sekä negatiivisia että positiivisia velvoitteita. Positiivisten toimintavelvoitteiden merkitys tyypillisesti korostuu juuri TSS-oikeuksien toteuttamisessa. Esimerkiksi YK:n TSS-sopimus ei ainoastaan suojaa oikeutta terveyteen valtion puuttumiselta, vaan myös velvoittaa sopimusvaltioita aktiivisiin toimenpiteisiin, kuten turvaamaan pääsy terveydenhuoltoon yhdenvertaisin perustein.<sup>18</sup> 12 artiklasta seuraa myös velvollisuus edistää väestön terveyttä tiedottamalla, luomalla tavoitteellisia strategioita terveyden edistämiseksi koko väestölle ja osallistamalla väestöä tähän toimintaan.<sup>19</sup>

---

<sup>15</sup> Komitea valvoo TSS-sopimuksen toimeenpanoa ja antaa suuntaa antavia tulkintoja oikeuksista, niiden sisällöstä ja niistä seuraavista velvoitteista yleiskommenttien muodossa.

<sup>16</sup> TSS-komitea 14. yleiskommentti, kohta 9.

<sup>17</sup> TSS-komitea 14. yleiskommentti, kohta 19 ja 53. Ks. myös San Giorgi 2012, s. 19

<sup>18</sup> TSS-komitea on jaotellut oikeuksista seuraavia velvoitteita velvollisuuteen kunnioittaa, suojella ja toteuttaa (*respect, protect, fulfill*). Katso tästä jaottelusta komitean 14. yleiskommentti sekä oikeuden terveyteen näkökulmasta Nykänen 2016 ja San Giorgi 2012, s. 45-48. Toteutettavista toimenpiteistä myös TSS-komitean yleiskommentin mukaiset ydinvelvoitteet; 14. yleiskommentti, kohdat 43-44.

<sup>19</sup> TSS-komitea 14. yleiskommentti, kohta 30. Terveyden edistämisestä ihmisoikeusnäkökulmasta ja siihen liittyvistä velvoitteista ks. Nykänen 2016.

Kansainvälinen sopimus	Artiklat	Tulkintakäytäntö	Muut huomiot
<b>Yleissopimus ihmisoikeuksien ja perusvapauksien suojaamiseksi eli Euroopan ihmisoikeussopimus (SopS 18 ja 19/90) (EIS)</b>	<b>12 pöytäkirja:</b> itsenäisen syrjäntäkielto <b>14 artikla:</b> Syrjinnän kielto <b>2 artikla:</b> oikeus elämään <b>3 artikla:</b> kidutuksen kielto	EIT:n tulkintakäytännöstä ks. esim.: <i>Lopes de Sousa Fernandes v. Portugal</i> (19.12.2017), <i>Asiye Genç v. Turkey</i> (27.01.2015), <i>Mehmet Sentürk &amp; Bekir Sentürk v. Turkey</i> (09.04.2013), <i>Pentiacova &amp; Others v. Moldova</i> (04.01.2005) ja <i>Nitecki v. Poland</i> (21.03.2002)	
<b>Euroopan sosiaalisen peruskirja (SopS 80/2002)</b>	<b>11 artikla:</b> oikeus terveyden suojeluun <b>13 artikla:</b> oikeus sosiaali- ja lääkintäapuun	- <a href="#">Digest of the case law of the European committee of Social Rights</a> . Council of Europe 2018.	- Euroopan unionin sosiaalisten oikeuksien komitea (ESOK) on tulkinnut artiklan sisältävän useita positiivisia ja negatiivisia velvoitteita (ks. Digest 2018, s. 128–132) - ESOK:n mukaan oikeus terveyden suojeluun täydentää erityisesti EIS:n 2 ja 3 artiklaa (oikeutta elämään sekä kidutuksen ja epäinhimillisen ja halventavan kohtelun kielto)
<b>YK:n taloudellisten, sosiaalisten ja sivistyksellisten oikeuksia koskeva kansainvälinen yleissopimus (SopS/6/1976)</b>	<b>12 artikla:</b> jokaisen oikeus nauttia korkeimmasta saavutettavissa olevasta ruumiin- ja mielenterveydestä <b>2 artikla:</b> syrjäntäkielto	- YK:n TSS-komitean <b>14. yleiskommentti:</b> General Comment No. 14 on the Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant), 11 August 2000, E/C.12/2000/4	TSS-komitean periaatteet arvioitaessa terveydenhuoltoa ihmisoikeusnäkökulmasta: Saatavuus, saavutettavuus, Hyväksyttävyyys ja laatu (CESCR General Comment no. 14)
<b>YK:n yleissopimus lapsen oikeuksista (1989, SopS 59–60/1991)</b>	Lapsen edun huomiointi <b>2 artikla:</b> Syrjinnän kielto <b>24 artikla:</b> Lapsella oikeus nauttia parhaasta mahdollisesta terveydentilasta sekä sairauksien hoitamiseen ja kuntoutukseen	- YK:n lapsen oikeuksien komitean <b>15. yleiskommentti:</b> General comment No. 15 on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24 of the Covenant), CRC/C/GC/15	

Kansainvälinen sopimus	Artiklat	Tulkintakäytäntö	Muut huomiot
	tarkoitetuista palveluista		
<b>YK:n yleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista (2006, SopS 26–27/2016)</b>	5 artikla: tasa-arvo ja yhdenvertaisuus 12 artikla: Yhdenvertaisuus lain edessä 25 artikla: oikeus parhaaseen mahdolliseen terveyden tasoon ilman syrjintää	- YK:n vammaisten henkilöiden oikeuksien komitean <b>kuudes yleiskommentti</b> : General Comment No. 6 on Equality and non-discrimination (art. 5 of the covenant), 9 March 2018, CRPD/C/GC/6 - YK:n vammaisten henkilöiden oikeuksien komitea 2022: <b>Decision</b> adopted by the Committee under article 5 of the Optional Protocol, concerning communication No. 46/2018, CRPD/C/26/D/46/2018	Sopimuksen tarkoituksena on erityisesti vahvistaa jo aiemmissa kansainvälisissä ihmisoikeussopimuksissa tunnustettuja oikeuksia (HE 284/2014 vp)
<b>Yleissopimus ihmisoikeuksien ja ihmisarvon suojaamiseksi biologian ja lääketieteen alalla (nk. biolääketiedesopimus) (SopS 24/2010)</b>	3 artikla: tasapuolinen pääsy laadultaan tarkoituksenmukaiseen terveydenhuoltoon ottaen huomioon hoidon tarve ja käytettävissä olevat voimavarat 11 artikla: Syrjinnän kieltä perimän perusteella	- Euroopan neuvoston ihmisoikeuksia ja bioetiikkaa käsittelevä komitea 2021: <b>Statement</b> of the Committee on Bioethics: COVID-19 and vaccines: ensuring equitable access to vaccination during the current and future pandemics	<a href="#">Komitea valmistelee</a> suositusta tasapuolisesta pääsystä terveydenhuoltoon huomioiden COVID-19 pandemian ja muut niukkojen resurssien tilanteet.

Sosiaalisille oikeuksille luonteenomaisesti oikeudesta terveyteen ei ole johdettavissa selkeitä rajoja esimerkiksi terveydenhuollon toteuttamiselle ja järjestämiselle, saati terveydenhuollon palveluvalikoiman määrittelylle. Kansainvälisistä ihmisoikeuksista voidaan kuitenkin johtaa, että lähtökohtaisesti oikeus terveydenhuoltoon tulee olla yhdenvertaisesti ja syrjimättömästi saavutettavissa kaikille, huomioiden erityisesti heikommassa ja haavoittuvassa asemassa olevien ryhmien yhtäläiset mahdollisuudet.<sup>20</sup> Samalla on huomioitava, että viime kädessä oikeus terveyteen turvaa jokaisen oikeutta elämään, joka on myös turvattu kansainvälisissä ihmisoikeussopimuksissa.<sup>21</sup>

<sup>20</sup> Esim. TSS-komitean 14. yleiskommentti, kohta 19, jossa komitea korostaa nimenomaan heikommassa asemassa olevien oikeuksia. Ks. myös yleiskommentin kohdat 18, 43 ja 52

<sup>21</sup> Oikeus elämään on joissain kansainvälisissä ihmisoikeussopimuksissa niin sanottu ehdoton oikeus, jota ei voi rajoittaa. Esimerkiksi Euroopan ihmisoikeussopimuksen artikla 15 mukainen

**Tulkintakäytäntöä resurssien kohdentamisesta**

TSS-komitea, joka valvoo YK:n TSS-sopimuksen noudattamista, on käsitellyt terveyden liittyviä oikeuksia omassa tulkintakäytännössään. Yleiskommentissaan komitea on huomauttanut terveydenhuollon priorisoinnin osalta, että sopimaton resurssien allokointi voi johtaa syrjintään. Samassa yhteydessä komitea mainitsi esimerkkinä, ettei varoja pitäisi suunnata pelkästään kalliisiin terveyspalveluihin, jotka ovat usein saatavilla vain pienelle etuoikeutetulle väestölle, vaan perusterveydenhuollon ja ehkäisevän terveydenhuollon kaltaisiin, laajempaa väestöä hyödyttäviin palveluihin.<sup>22</sup> Myös Euroopan ihmisoikeustuomioistuin (EIT) on käsitellyt terveyden ja terveydenhuoltoon liittyviä kysymyksiä esimerkiksi soveltaessaan Euroopan ihmisoikeussopimuksen (EIS) 2 artiklan oikeutta elämään. EIT:n käsittelemissä tapauksissa, joissa oikeutta elämään on katsottu loukatun, korostuu erityisesti kiireellisen terveydenhuollon merkitys.<sup>23</sup> EIT on kuitenkin pidättäytynyt ottamasta kantaa julkisten varojen kohdentamiseen ja todennut, ettei tuomioistuin ota kantaa tapaan, jolla julkiset varat tulisi allokoida terveydenhuollossa tai minkä tasoista terveydenhuoltoa tulee järjestää 2 artiklan nojalla.<sup>24</sup>

Sosiaalisten ihmisoikeuksien lisäksi terveydenhuollon priorisointi liittyy keskeisesti yhdenvertaisuuteen ja syrjimättömyyteen, jotka turvataan ihmisoikeussopimuksissa joko itsenäisinä oikeuksina tai muihin oikeuksiin liitettyinä oikeuksina.<sup>25</sup> Syrjintäkiellot ja yhdenvertaisuus ovatkin ihmisoikeuksien ydinaluetta, mikä näkyy jo ihmisoikeuksien perustavoitteena turvata ihmisoikeudet kaikille ihmisille yhtäläisesti.<sup>26</sup> Näiden oikeuksien toteuttaminen yhtäläisesti ja yhdenvertaisesti kaikille sisältää myös velvoitteen vähentää eriarvoisuutta ja edistää tosiasiallista yhdenvertaisuutta myös terveyden liittyvissä asioissa. Oikeus päästä terveydenhuoltoon on usein jo suoraan turvattu yhdenvertaisin perustein, heikommassa asemassa olevien ryhmien mahdollisuuksia korostaen.<sup>27</sup>

---

mahdollisuus poiketa sopimusvelvoitteista hätätilan aikana ei koske 2 artiklassa suojattua oikeutta elämään (pl. 2.2 artiklan mukaiset tilanteet, joissa kuolema seuraa voimankäyttöä, joka on ollut ehdottoman välttämätöntä artiklan luetteluissa tilanteissa.)

<sup>22</sup> TSS-komitea 14. yleiskommentti, kohta 19

<sup>23</sup> Esimerkiksi kiireellisen hoidon osalta tuomioistuin katsoi oikeutta elämään loukatun tapauksessa *Mehmet Sentürk & Bekir Sentürk v. Turkey*, jossa edesmenneeltä naiselta oli evätty mahdollisuus saada asianmukaista ensiapua. Samoin esimerkiksi tuomiossa *Elena Cojocaru v. Romania* (kohdat 3 ja 106) EIT totesi, että asianmukaisen ensiavun viivästyminen ja lääkintäpalvelujen ilmeinen koordinoiminen puute osoittivat toimintahäiriöitä julkisessa terveydenhuollossa. Korvattavien lääkkeiden osalta taas tapauksessa *Nitecki v. Poland* tuomioistuin ei katsonut oikeutta elämään loukatun, kun valtio korvasi vain 70 % hengen pelastavan lääkkeen hinnasta, jättäen potilaalle itselleen maksettavaksi 30 %.

<sup>24</sup> *Lopes de Sousa Fernandes v. Portugal*, kohta 175. Ks. *Cyprus v. Turkey*, *Pentiacova & Others v. Moldova*

<sup>25</sup> Ojanen 2022, s. 95 ja 96.

<sup>26</sup> Ojanen 2019, s. 18

<sup>27</sup> TSS-komitea 14. yleiskommentti, kohdat 18 ja 19. Ks. myös esimerkiksi vuonna 2021 annettu Euroopan neuvoston ihmisoikeuksia ja bioetiikkaa käsittelevän komitean kannanotto oikeudenmukaisesta pääsystä rokotteisiin nykyisten ja tulevien pandemioiden aikana korostaa haavoittuvien ryhmien huomiointia. Samoin esimerkiksi Euroopan sosiaalisen peruskirjan on tulkittu sisältävän oikeuden jokaiselle ilman syrjintää päästä tehokkaasti terveydenhuollon palveluihin, ks. Mikkola 2010, s. 419-421.

## Euroopan unionin oikeus ja terveydenhuollon priorisointi

EU:lla on varsin vähän toimivaltaa terveydenhuoltoon liittyvissä asioissa.<sup>28</sup> Terveydenhuoltoon liittyvää, terveydenhuollon priorisoinnin kannalta aiheellista unionin sääntelyä onkin verraten vähän. Koska EU:n perusoikeuskirjan 52.1 artiklan mukaan perusoikeuskirjan määräykset velvoittavat jäsenvaltioita vain silloin, kun ne soveltavat unionin oikeutta, myös perusoikeuskirjan välitön merkitys terveydenhuollon priorisoinnin kannalta on melko vähäinen.

EU:n lainsäädäntöä on kuitenkin annettu potilaiden oikeuksista ja terveystalvcluista. Esimerkiksi Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi (2011/24/EU) potilaiden oikeuksien soveltamisesta rajat ylittävässä terveydenhuollossa (potilasdirektiivi) vahvistaa EU:n tasolla potilaiden oikeuksia ja hoidon saamisen edellytyksiä.<sup>29</sup> Direktiivin soveltamisalaan kuuluvassa kansallisessa sääntelyssä ja sen soveltamisessa on huomioitava myös EU:n perusoikeuskirjan turvaamat perusoikeudet, kuten 20 artiklan yhdenvertaisuus.

	Artikla	Muut huomiot
Euroopan unionin perusoikeuskirja	35 artikla: terveyden suojeļu	Muita terveyteen liittyviä oikeuksia voidaan johtaa perusoikeuskirjan ihmisarvoa, oikeutta elämään ja oikeutta henkilökohtaiseen koskemattomuuteen suojaavista artikloista.
	20 artikla: Yhdenvertaisuus lain edessä	
	21 artikla: Syrjintäkielto	

### 3.3 Terveydenhuollon priorisoinnin perustuslailliset lähtökohdat

Suomen perustuslaki, mukaan lukien perusoikeussäännökset, on kirjoitettu kestävään aikaan ja yhteiskunnallisia muutoksia. Perustuslaissa on säädetty poliittista järjestelmää, julkisen vallan käyttöä sekä yksilön oikeuksia koskevat perusratkaisut. Perustuslaki ei kuitenkaan yleensä säädä näistä kysymyksistä yksityiskohtaisesti, jotta normaalille kansanvaltaisesti järjestetylle poliittiselle päätöksenteolle jäisi perustuslain

<sup>28</sup> Euroopan unionin toimiinnasta tehdyn sopimuksen (SEUT) 186 artikla, jonka 7 kohdan mukaan unionin toiminnassa otetaan huomioon jäsenvaltioiden velvollisuudet, jotka liittyvät niiden terveyspolitiikan määrittelyyn sekä terveystalvclujen ja sairaanhoidon järjestämiseen ja tarjoamiseen. Jäsenvaltioiden velvollisuuksiin kuuluvat terveystalvclujen ja sairaanhoidon hallinnointi sekä niihin osoitettujen voimavarojen kohdentaminen.

<sup>29</sup> Direktiivistä esim. Nieminen 2015, s. 207-215

puitteissa riittävästi liikkumatilaa. Siten perustuslaki antaa tilaa perustuslain evolutiivis-dynaamiselle tulkinnalle ottaen huomioon oikeus-, talous- ja yhteiskuntakehitys tulkinta-ajankohtana. Samoin esimerkiksi Euroopan ihmisoikeustuomioistuin on painottanut oikeuskäytännössään, että ihmisoikeussopimus on ”elävä asiakirja”, jota on tulkittava ja sovellettava kulloisenkin tulkintahetken olosuhteet huomioiden.<sup>30</sup>

Suomessa lakien perustuslainmukaisuuden valvonta on painottunut ennakkolliseen valvontaan, jossa keskeinen asema on eduskunnan perustuslakivaliokunnalla. Perustuslain 74 §:n mukaan perustuslakivaliokunnan tehtävänä on antaa lausuntonsa sen käsitteeseen tulevien lakiehdotusten ja muiden asioiden perustuslainmukaisuudesta sekä suhteesta kansainvälisiin ihmisoikeussopimuksiin. Perustuslakivaliokunnalla on käytännössä huomattavan merkittävä asema varsinkin perustuslain tulkitsijana Suomessa. Näin ollen perustuslakivaliokunnan tulkintakäytännöllä on perustuslain esitöiden ohella keskeinen merkitys myös terveydenhuollon priorisointiin liittyvien oikeudellisten kysymysten arvioinnin kannalta.<sup>31</sup>

Terveydenhuollon priorisoinnin oikeudellisen arvioinnin kannalta on merkityksellistä, että valtaosaa perus- ja ihmisoikeuksista voidaan tietyin edellytyksin rajoittaa. Poikkeuksena ovat sellaiset ehdottomat, kaikissa olosuhteissa loukkaamattomat perus- ja ihmisoikeudet kuin esimerkiksi oikeus elämään, kidutuksen kieltäminen ja taannehtivan rikoslainsäädännön kieltäminen. Perusoikeuden rajoittamisella tarkoitetaan säännöksen suojaaman oikeuden kaventamista ja julkisen vallan puuttumista yksilön oikeuteen. Perusoikeuksien rajoittamisen tarve voi olla perusteltu esimerkiksi muiden oikeuksien toteutumisen turvaamiseksi tai painavan yhteiskunnallisen intressin vuoksi.

Perustuslaissa turvattuja perusoikeuksia voidaan rajoittaa tavallisella lailla joko perusoikeuksien yleisten tai erityisten rajoitusedellytysten täytyessä. Tämän selvityksen kannalta keskeisiä ovat seuraavat perusoikeuksien yleiset rajoitusedellytykset.

- lailla säätämisen vaatimus;
- lakitasoisen sääntelyn täsmällisyys- ja tarkkarajaisuuden vaatimus;
- rajoitusperusteen hyväksyttävyyden vaatimus;
- rajoituksen välttämättömyys ja oikeasuhtaisuus (suhteellisuusvaatimus);
- rajoitus ei saa ulottua perusoikeuden ydinalueeseen;
- oikeusturvajärjestelyiden käsillä olo; ja

<sup>30</sup> Arold Lorenz 2007, s. 39.

<sup>31</sup> Perustuslakivaliokunta perustaa tulkintansa perustuslain säännöksiin ja niiden esitöihin, omaan aikaisempaan tulkintakäytäntönsä sekä kansainvälisiin ihmisoikeussopimuksiin ja niiden tulkintakäytäntöön. Vaikka valiokunta lähtökohtaisesti pyrkii johdonmukaisuuden ja oikeusvarmuuden takia noudattamaan omia aiempia tulkintojaan, se ei ole kuitenkaan sidottu aiempaan lausuntokäytäntönsä. Perustuslakivaliokunnan on ajoittain tarkistanut omia aiempia linjauksiaan merkittävästikin, jos vain siihen on ollut oikeudellisesti arvioiden hyväksyttäviä ja riittävän painavia perusteita.



- rajoitus on sopusoinnussa kansainvälisten ihmisoikeusvelvoitteiden kanssa.

Perusoikeuksien rajoitusedellytykset ovat kumulatiivisia: kaikkien on täyttyvä, jotta perusoikeusrajoitus olisi sallittu perustuslain kannalta, ja että esimerkiksi perusoikeusrajoituksia merkitsevä laki voidaan säätää tavallisen lainsäätämisyjärjestyksessä sekä siten hyväksyä äänten enemmistöllä annetuista äänistä.<sup>32</sup>

Perusoikeuksien rajoitusedellysten ohella erityisesti sosiaalisten oikeuksien oikeudellisessa arvioissa on merkitystä niin kutsutulla heikennyskiellolla, joka tarkoittaa kieltoa heikentää perusoikeuksien toteutumistasoa. Heikennyskiellon on tulkittu olevan perusoikeuksien toteuttamisvelvollisuuden kääntöpuoli.<sup>33</sup> Tällöin kyse ei ole niinkään oikeuden rajoittamisesta ja rajoittamisen sallittavuuden arvioinnista, vaan perusoikeuden riittävän toteutumistason arvioinnista. Jos säännöksessä edellytetään tietyn tason turvaamista, on heikentämiskiellon näkökulmasta kiellettyä heikentää tasoa tämän tason alapuolelle. Toisinaan oikeuden toteutumista ei ole perusoikeussäännöksessä sidottu mihinkään tiettyyn tasoon, vaan edellytetään jatkuvaa kehittämistä ja edistämistä. Tällöin on katsottu voitavan perustella sellaistakin lähtökohtaa, jonka mukaan heikennykset jo saavutettuun tasoon eivät olisi sallittuja.<sup>34</sup> Heikennyskielto ei ole kuitenkaan ehdoton.

Heikennyskiellon valvonta sijoittuu ennen kaikkea lainsäädäntövaiheeseen, jolloin on arvioitava, onko kyseessä heikennys jonkun oikeuden turvaaman etuuden tai palvelun tasoon ja kuinka olennainen heikennys on kyseessä. Perusoikeuksia toteutetaan kuitenkin myös lakia alemman asteisella normistolla sekä talousarvioratkaisuilla, joihin heikennyskiellonkin vaikutus ulottuu. Heikennyskiellon ei ole katsottu perustavan yksilölle oikeutta vedota heikennyskieltoon.<sup>35</sup>

#### ***Tähänastinen tulkintakäytäntö keskittynyt rahamääräisiin etuuksiin***

Perustuslakivaliokunnan käytännössä heikennyskieltoa on käsitelty verraten vähän ja lähinnä rahamääräisten etuuksien yhteydessä. Terveyspalvelut eivät ole rahamääräinen etuus, joten niiden kohdalla heikennyskiellon arviointi poikkeaa rahamääräisten etuuksien arvioinnista. Rahamääräisiä etuuksia koskevasta lausuntokäytännöstä voidaan kuitenkin johtaa joitain lähtökohtia heikennyskiellon arvioinnille, kuten se, että valiokunta on pitänyt julkisen talouden tilaa hyväksyttävänä perusteena etuuksien tasoon puuttumiselle. Esimerkiksi lapsilisien tasoa arvioidessa perustuslakivaliokunta arvioi valtiontalou-

<sup>32</sup> Perusoikeuksien rajoittamisesta PeVM 25/1994 vp, s. 5 sekä Husa – Jyränki 2021, s. 173-179

<sup>33</sup> Tarkemmin toimeksiantovaikutuksesta ja muista sosiaalisten perusoikeuksien oikeusvaikutuksista ks. Tuori – Kotkas 2016, s. 247-253

<sup>34</sup> Tuori – Kotkas 2016, s. 250-251

<sup>35</sup> Rautiainen 2013, s. 275-279. Ks. myös Rautiaisen muotoilemat lähtökohdat heikennyksen sallittavuuden arviointiin perusoikeuksien rajoitusedellytyksiä täydentäen: Rautiainen 2013, s. 272

den säästötavoitteiden olevan taloudellisen laskusuhdanteen aikana hyväksyttävä peruste lisien tasoon puuttumiseksi.<sup>36</sup> Valiokunta on lisäksi usein viitannut omaksumaansa lähtökohtaan, jonka mukaan perustuslain 19 §:n 3 momentin tarkoittamien etuuksien tasoa mitoitettaessa otetaan huomioon kulloinenkin julkisen talouden tila.<sup>37</sup>

### 3.3.1 Sosiaaliset oikeudet Suomen perustuslaissa

#### 19 § OIKEUS SOSIAALITURVAAN

Jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon.

Lailla taataan jokaiselle oikeus perustoimeentulon turvaan työttömyyden, sairauden, työkyvyttömyyden ja vanhuuden aikana sekä lapsen syntymän ja huoltajan menetyksen perusteella.

Julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Julkisen vallan on myös tuettava perheen ja muiden lapsen huolenpidosta vastaavien mahdollisuuksia turvata lapsen hyvinvointi ja yksilöllinen kasvu.

Julkisen vallan tehtävänä on edistää jokaisen oikeutta asuntoon ja tukea asumisen omatoimista järjestämistä.

Terveydenhuollon priorisointi kytkeytyy kansallisella tasolla ennen kaikkea perustuslain 19 §:n 3 momentin turvaamiin riittäviin terveystaloudellisiin palveluihin. Oikeus riittäviin terveystaloudellisiin palveluihin sisältyy perustuslain 19 §:n säännökseen, joka kattaa terveystaloudellisten palvelujen lisäksi myös muita sosiaalisia oikeuksia kuten oikeuden välttämättömään huolenpitoon, sosiaaliturvaan sekä sosiaalipalveluihin.<sup>38</sup>

Perustuslain 19 §:n sisältämät säännökset on pääosin kirjoitettu turvaamis- ja edistämismuotoiksi, jotka kohdistuvat julkiseen valtaan ja lainsäätäjään. Täsmäntäminen jää näin ollen tavallisen lainsäädännön varaan, eikä perusoikeussäännös kytkä oikeutta suoraan mihinkään nykyiseen sosiaaliturvaetusjärjestelmään.<sup>39</sup> Perustuslain 19 §:n 1 momentti muodostaa tähän pääsääntöön kuitenkin poikkeuksen, sillä se on turvattu subjektiivisena oikeutena, eli välittömästi toteutettavana yksilöllisenä oikeutena.

Subjektiivista perusoikeutta ei voi rajoittaa sitä konkretisoivassa lainsäädännössä eikä oikeus ole muutenkaan riippuvainen tavallisesta lainsäädännöstä. Lisäksi oikeuden mukainen vähimmäissuojan taso on pystyttävä takaamaan kaikissa yhteiskunnan olosuhteissa. Kiireellinen sairaanhoito lukeutuu 19.1 §:n säännöksen turvaaman suojan

<sup>36</sup> PeVL 25/2012 vp, s. 3

<sup>37</sup> PeVL 12/2015 vp, PeVL 10/2015 ja PeVL 25/2012 vp, s. 2-3

<sup>38</sup> Perustuslain 19 §:stä ja sosiaalisista oikeuksista tarkemmin esim. Tuori 2011.

<sup>39</sup> HE 309/1993 vp, s. 35

ytimeen ja on näin ollen turvattu subjektiivisena oikeutena. Perustuslakivaliokunta on katsonut, että vahvan perusoikeuskytkentänsä takia kiireellisen sairaanhoidon perusteista tulee säätää lailla.<sup>40</sup> Oikeus ihmisarvoiseen elämään, kuten myös sen ydinalueelle kuuluva kiireellinen sairaanhoito, liittyy läheisesti perustuslain 7.1 §:ään, jossa säädetään oikeudesta elämään, johon myös muut sosiaaliset oikeudet liitetään.<sup>41</sup> Perustuslain 19 §:n ja 7.1 §:n normikokonaisuus turvaa oikeuden elämän perusedellytyksiä yhdessä Suomen kansainvälisten ihmisoikeus-sopimusten vastaavien oikeuksien kanssa. Esimerkiksi YK:n kansalais- ja poliittisia oikeuksia koskevaa yleissopimusta (ns. KP-sopimus) valvova YK:n ihmisoikeuskomitea on katsonut oikeutta elämään turvaavan sopimuksen 6 artiklan velvoittavan muun muassa tehokkaihin toimenpiteisiin lapsikuolleisuuden vähentämiseksi.<sup>42</sup>

## Oikeus riittäviin terveyspalveluihin — Perustuslain 19.3 §:n lähtökohdat

Perustuslain 19.3 § ei määrittele terveyspalvelujen järjestämistapaa. Olennaista on, että palvelujen riittävä saatavuus turvataan

Riittävyden arvioinnin lähtökohtana on palvelujen taso, joka luo jokaiselle ihmiselle edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä.

Palvelujen riittävyys tulee viime kädessä arvioida yksilökohtaisesti

Riittäviin terveyspalveluihin liittyvässä harkintatilanteessa on pyrittävä ratkaisuun, joka samanaikaisesti parhaiten toteuttaa myös muita perusoikeuksia.

Oikeus riittäviin terveyspalveluihin turvaa viime kädessä oikeutta elämään

Perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaan julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä.<sup>43</sup> Säännöksessä ei määritellä palvelujen järjestämistapaa, eikä edellytetä julkisyhteisöjen huolehtivan itse esimerkiksi kaikkien terveyspalvelujen

<sup>40</sup> PeVL 41/2010 vp, s. 5-6

<sup>41</sup> HE 309/1993 vp, s. 46-47 ja 69. Samalla hallituksen esityksessä korostetaan oikeuden elämään edellyttävän valtiolta myös positiivisia toimia, joilla edistetään elämän edellytyksiä.

<sup>42</sup> Ks. esimerkiksi HE 309/1993 vp, s. 46

<sup>43</sup> Oikeutta riittäviin terveyspalveluihin tutkittiin hankkeessa erityisesti perustuslain esitöiden ja eduskunnan perustuslakivaliokunnan tulkintakäytännön valossa. Riittäviä terveyspalveluja koskevan lausuntokäytännön lisäksi otettiin huomioon myös muu erityisesti 19 §:ää koskeva lausuntokäytäntö. Lisäksi tutkimusaineistona hyödynnettiin eduskunnan oikeusasiamiehen terveydenhuoltoon liittyviä kanteluratkaisuja. Terveidenhuollon luonteesta tosiasiallisena hallintotoimintana johdetaan, ettei kysymyksenasettelun alaan lukeutuvia tapauksia ole juurikaan käsitelty tuomioistuimissa. Siksi tuomioistuinkäytännön hyödyntäminen tässä hankkeessa on ollut vähäistä. Terveidenhuollon priorisoinnin kannalta aiheellisia korkeimman hallinto-oikeuden ratkaisuja löytyy erityisesti 2000-luvun alkupuolelta; KHO 2000:3118, KHO 2022:21, KHO 2002:43 ja KHO 2002:61.

tuottamisesta.<sup>44</sup> Olennaista on, että palvelujen riittävä saatavuus turvataan. Säännöksen ei ole myöskään katsottu turvaavan mitään nimenomaista instituutiota palvelujen järjestämiseen.<sup>45</sup>

Riittäviä terveystalvveluja turvaava säännös sisältää sekä julkiseen valtaan kohdistetun toimeksiannon että nimenomaan lainsäätäjälle osoitetun toimeksiannon. Julkisen vallan on turvattava riittävät sosiaali- ja terveystalvvelut ja edistettävä väestön terveyttä, ja lainsäätäjän tulee säätää tarkemmin tästä velvollisuudesta. Säännöksen kirjoitusasu viittaa siihen, että riittävien terveystalvvelujen täsmentäminen ja etuusjärjestelmän kulloinenkin taso on tarkoitettu jätettävän tavallisen lainsäädännön varaan. Perusoikeuksien toteuttamisen edellyttämien taloudellisten voimavarojen määrä ja niihin liittyvät kysymykset ratkaistaan kunkin lainsäädäntöhankkeen yhteydessä.<sup>46</sup> Nykyisellään riittäviä terveystalvveluja konkretisoivaa lainsäädäntöä ovat esimerkiksi terveydenhuoltolain säännökset hoitoon pääsyn määräajoista, palveluvalikoiman määrittämisestä sekä säännökset potilaan oikeuksista ja asemasta.

Lainsäätäjän lisäksi velvoite kohdistuu myös laajemmin julkiseen valtaan. Julkisen vallan käsite tulee ymmärtää pelkkää valtion toimintaa laajemmin ja perusoikeussäännökset velvoittavat julkisen vallan toimijoita aina tuomioistuinta yksittäiseen virkamieheen. Myös perustuslain 22 §:n asettama perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien turvaamisvelvoite kohdistuu julkiseen valtaan käsitteen laajassa merkityksessä. Keskeisiin turvaamiskeinoihin kuuluvat perusoikeuden käyttöä turvaavan ja täsmentävän lainsäädännön säätämisen lisäksi taloudellisten voimavarojen kohdentaminen.<sup>47</sup>

Oikeutta riittäviin terveystalvveluihin ei tule tulkita irrallaan muusta perustuslain kokonaisuudesta. Muut perusoikeussäännökset vaikuttavat osaltaan riittävien terveystalvvelujen tulkintaan ja harkintatilanteessa tulee pyrkiä sellaiseen ratkaisuun, joka samanaikaisesti toteuttaa parhaiten myös muita perusoikeuksia, kuten oikeutta elämään.<sup>48</sup> Perustuslakivaliokunta on viitannut toistuvasti erityisesti perustuslain 19 §:n 3 momentin, 6 §:n ja 22 §:n muodostamaan normikokonaisuuteen, jolle on kehittynyt jo varsin vakiintunut tulkintasisältö.<sup>49</sup> Valtiosääntöoikeudellisessa tarkastelussa on myös

---

<sup>44</sup> HE 309/1993 vp, s. 71

<sup>45</sup> PeVL 17/2021 vp, s. 17. Myös esim. PeVL 26/2017 vp, s. 32 ja 36—41, PeVL 12/2015 vp, s. 3 ja PeVL 11/1995 vp, s. 2

<sup>46</sup> HE 309/1993 vp, s. 35

<sup>47</sup> HE 309/1993 vp, s. 75. Hallituksen esityksen listaa turvaamiskeinoista ei ole tarkoitettu tyhjäksi.

<sup>48</sup> PeVL 63/2016 vp, s. 4 ja PeVL 67/2014 vp, s. 14

<sup>49</sup> PeVL 17/2021 vp, s. 5 ja siinä viitatut, esimerkiksi PeVL 26/2017 vp, s. 44.

huomioitu, että terveydenhuollon palvelut toteuttavat viime kädessä oikeutta elämään.<sup>50</sup> Erityisesti koronapandemian aikana painotettiin nimenomaan julkisen vallan velvollisuutta turvata jokaisen oikeus elämään riittävien terveyspalvelujen turvaamisen ja väestön terveyden edistämisen ohella. Nämä turvaamisvelvoitteet tulkittiin painaviksi oikeutuksiksi rajoitustoimille, joilla voitiin puuttua huomattavan laajasti esimerkiksi elinkeinonvapauteen, liikkumisvapauteen ja sivistyksellisiin perusoikeuksiin.<sup>51</sup>

Oikeudelliseen arvioon riittävästä terveyspalveluista vaikuttaa se, arvioidaanko asiaa yksittäisen potilaan oikeuksien toteutumisen näkökulmasta vai esimerkiksi alueiden rahoituksen riittävyyden näkökulmasta. Koska perustuslain 19 §:n 3 momentissa turvataan *jokaisen* oikeus riittäviin terveyspalveluihin, myös lainsäädäntöhankkeissa korostuu yksilön oikeuksien huomioinnin tarve.<sup>52</sup> Perus- ja ihmisoikeuksille on ylipäätään tunnusomaista selkeän yksilöllinen luonne; ne ovat pääosin yksilön, eivät niinkään kollektiivin, oikeuksia, vaikka perus- ja ihmisoikeudet voivatkin toteutua viime kädessä täysimääräisesti vain yhteisössä. Oikeudellisen näkökulman lisäksi on syytä korostaa, että tosielämässä oikeus riittäviin terveyspalveluihin ja sen toteutumisen arviointi edellyttävät muutakin kuin oikeudellista lähestymistapaa.<sup>53</sup> Varsinkin hoitopäätöksentekoa suuntaavat ja määrittävät olennaisesti lääketieteelliset arviot sekä osin taloudellisiin ja muihin resursseihin liittyvät näkökohdat.

## Väestön terveyden edistäminen

Perustuslain 19 §:n 3 momentti velvoittaa julkisen vallan edistämään väestön terveyttä, jolla hallituksen esityksen mukaan viitataan terveydenhuollon ehkäisevään toimintaan ja yhteiskunnan olosuhteiden kehittämiseen yleisesti väestön terveyttä edistävään suuntaan. Väestön terveyden edistäminen liittyy läheisesti myös oikeutta elämään turvaavaan perustuslain 7 §:n säännökseen.<sup>54</sup> Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunnan lausunnossa perustuslakivaliokunnalle korostetaan, että terveys-sana on ymmärrettävä säännöksen yhteydessä laajasti. Käsitteen perustana viitataan Maailman terveysjärjestön määritelmään: ”*Terveys on täydellisen ruumiillisen, henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila; se ei ole ainoastaan sairauden puuttumista*”.<sup>55</sup>

<sup>50</sup> PeVL 65/2018 vp, s. 32, PeVL 26/2017 vp, s. 37-38

<sup>51</sup> Ks. esimerkiksi PeVL 12/2021 vp, PeVL 7/2020 vp ja PeVM 11/2020 vp

<sup>52</sup> Yksilön oikeuksien toteutumisen näkökulmaa ja sen arviointia lainsäädäntöhankkeissa on korostanut myös perustuslakivaliokunta (esim. PeVL 10/2015 vp)

<sup>53</sup> Nykänen – Laatikainen 2022, s. 360. Kirjoittajat korostavat muiden tieteenalojen tiedon tarvetta oikeustieteellisen näkökulman tueksi.

<sup>54</sup> HE 309/1993 vp, s. 71

<sup>55</sup> StVL 5/1994 vp, s. 4

Velvoite edistää väestön terveyttä siirtää näkökulman yksilötasolta väestötasolle. Suhteellisen yleiseen muotoon kirjatulle velvollisuudelle ei ole kuitenkaan vakiintunut tarkkarajaista sisältöä. Perusoikeudet ovat ensisijaisesti yksilön oikeuksia ja väestönäkökohtien huomioon ottaminen on jäänyt perustuslakivaliokunnan tulkintakäytännössä vähemmälle huomiolle varsinkin ennen Covid 19 -pandemiaa, jolloin myös väestön terveys on ollut esillä. Julkisen vallan velvollisuuteen edistää väestön terveyttä on perustuslakivaliokunnan lausuntokäytännössä viitattu hyväksyttävänä perusteena rajoittaa joitain toisia perusoikeuksia.<sup>56</sup>

## Palvelujen riittävyys

Priorisoinnin kattaessa kaikkien terveydenhuollon tasojen toiminnot, hankkeessa keskeiseksi arvion kohteeksi muodostui perustuslain 19 §:n 3 momentin käsite riittävydestä.<sup>57</sup> Perustuslaissa turvattujen terveyspalvelujen riittävyyden arvioinnin lähtökohdaksi on sellainen palvelujen taso, joka luo jokaiselle ihmiselle edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä.<sup>58</sup> Tämä arvioinnin lähtökohta voidaan ymmärtää sellaisena vähimmäistasona, jonka alittaminen ei ole heikennyskiellon näkökulmasta sallittua.<sup>59</sup> Riittäviä terveyspalveluja koskevan 3 momentin alaan kuuluvien velvoitteiden katsotaan ylittävän 19 §:n 1 momentin mukaisen, subjektiivisena oikeutena turvattun, vähimmäisturvan, eli kyse on tätä vähimmäisturvaa pidemmälle menevistä sosiaaliturvavelvoitteista ja niiden riittävyydestä.<sup>60</sup> Riittävien terveyspalvelujen on näin ollen jo lähtökohdiltaan ylitettävä 19 §:n 1 momentin asettama vähimmäistaso, niin kut-

<sup>56</sup> Huhtanen 2013, s. 181-188. Huhtanen katsoo tämän ilmentävän perusoikeuden toimivaltavuudesta punnintatilanteessa. Esim. velvollisuudella edistää väestön terveyttä (PL 19.3 §) on perusteltu esimerkiksi henkilökohtaiseen vapauteen (PL 7 §), yksityiselämän suojaan (10 §) ja sananvapauteen (12 §) liittyviä rajoituksia. esim. tupakoinnin rajoittamiseen liittyvät lausunnot: PeVL 40/2020 vp, PeVL 17/2011 vp, PeVL 21/2010 vp ja pakolliset rokotukset ja karanteeni: PeVL 26/2006 vp ja PeVL 6/2003 vp

<sup>57</sup> Yllä esitetysti, perustuslain säännökset on kirjoitettu joustavaan muotoon tavoitteena, että säännökset kestäisivät aikaa ja yhteiskunnallisia muutoksia. Näin ollen riittävyyden käsitettä ei voida määrittellä yksinään perustuslain säännöksen tasolla, vaan siihen vaikuttaa aina myös muu lainsäädäntökokonaisuus, joka toteuttaa lainsäätäjän velvollisuutta säätää oikeudesta tarkemmin. Oikeuskirjallisuudessa riittävyyttä ja sen mittaamista ovat käsitelleet Nykänen ja Laatikainen (2022).

<sup>58</sup> Perustuslakivaliokunta on toistanut tämän lähtökohdan useissa lausunnoissaan. Ks. esim. Esim. PeVL 30/2013 vp, s. 3, PeVL 26/2017 vp, PeVL 17/2021 vp. HE 309/1993 vp

<sup>59</sup> Rautiainen 2013, s. 266 vertaa riittävien sosiaali- ja terveyspalvelujen vähimmäistasona säännöksen osaan, joka edellyttää julkista valtaa edistämään väestön terveyttä. Heikennyskiellon näkökulmasta "vaatimus edistää" kieltää heikentämästä mitään käyttöön otettujen terveyden edistämistoimia. Tuori – Kotkas 2016, s. 287 katsovat riittävyyden turvaamisen merkitsevän sitä, ettei sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää tule heikentää tietyn vähimmäistason alle.

<sup>60</sup> PeVM 25/1994 vp, s. 10

suttu eksistenssiminimi, sillä sen suoja kuuluu 19 §:n 1 momentin suojan alaan. Toisena tärkeänä osa-alueena tulee huomioida, että oikeus riittäviin terveyspalveluihin turvaa viime kädessä perustuslain 7 §:n oikeutta elämään.<sup>61</sup>

***Perustuslain 19 §:n 3 momentin turvaamat riittävät palvelut ylittävät 1 momentissa tarkoitetun vähimmäisturvan***

Perustuslain 19 §:n 1 momentin mukaisen viimesijaisen turvan ja 3 momentin turvaamien palvelujen suhde tuli arvioitavaksi palveluseteliä koskevan lainsäädäntöhankkeen yhteydessä. Perustuslakivaliokunta huomautti, etteivät "riittävät palvelut" voi samastua 1 momentin mukaiseen viimesijaiseen turvaan. Näin ollen valiokunta katsoi, ettei palvelusetelin arvon korottaminen täytä vaatimusta riittävien sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaamisesta, koska arvon korottaminen oli säännöksen sanamuodon mukaan mahdollista vain äärimmäisissä tilanteissa, joka rinnastui valiokunnan mielestä toimeentulotuen myöntämiseen.<sup>62</sup>

Perustuslakivaliokunnan tulkinnan valossa riittävydestä voidaan erottaa ainakin palvelujen vähimmäistasoon<sup>63</sup>, saavutettavuuteen, saatavuuteen<sup>64</sup> sekä laatuun<sup>65</sup> liittyviä tekijöitä. Lisäksi valiokunta on korostanut, että riittävyys tulee viime kädessä arvioida yksilökohtaisesti.<sup>66</sup> Saavutettavuus voi olla esimerkiksi taloudellista saavutettavuutta, jolloin riittävyttä on arvioitava asiakasmaksujen näkökulmasta. Henkilön varallisuustaso ei saa vaikuttaa siten, että hän ei tosiasiallisesti ole riittävien palvelujen piirissä, eivätkä terveydenhuollon asiakasmaksut voi olla niin korkeita, että potilas joutuisi turvautumaan perustuslain 19 §:n 1 momentin välttämättömään toimeentuloon.<sup>67</sup>

Siinä missä riittävyys voi olla määrällistä, voi se olla myös laadullista riittävyttä tai muutoin hoitotoimenpiteeseen liittyvää riittävyttä. Perustuslakivaliokunnan lausuntokäytännössä laatu näkyy ensinäkin muihin perusoikeuksiin kytkeytyvinä kannanotoina. Laadun voidaan katsoa liittyvän myös ammattihenkilöiden koulutukseen ja

<sup>61</sup> PeVL 17/2021 vp, s. 18 ja PeVL 65/2014 vp, s. 4/II

<sup>62</sup> PeVL 10/2009 vp, s. 3

<sup>63</sup> Tosin Huhtanen (2013, s. 190) on katsonut, että perustuslakivaliokunta on ollut haluton määrittämään sosiaalisille oikeuksille minimitasoa, johon ei voisi tavallisella lainsäädännöllä puuttua.

<sup>64</sup> Saatavuus on huomioitu perustuslakivaliokunnan lausuntokäytännössä esimerkiksi lausunnossa PeVL 15/2007 vp, jossa valiokunta viittasi perustuslain esitöihin ja totesi perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaisen velvollisuuden edellyttävän sitä, että julkinen valta turvaa terveyspalvelujen saatavuuden.

<sup>65</sup> Esimerkiksi taloudellisen saavutettavuuden osalta perustuslakivaliokunta on kiinnittänyt huomiota asiakasmaksujen suuruuteen, ks. PeVL 17/2021 vp, PeVL 15/2018 vp, s. 23. Palvelujen saatavuuden osalta perustuslakivaliokunta on todennut saatavuuden olevan riippuvainen terveydenhuollon resursseista (ks. esim. PeVL 15/2018 vp). Laadun voidaan katsoa liittyvän esimerkiksi potilasturvallisuuteen.

<sup>66</sup> PeVL 17/2021 vp, s. 18; PeVL 30/2013 vp s. 3; PeVL 15/2020 vp, s. 3

<sup>67</sup> PeVL 10/2009 vp, s. 3 ja siinä viitatus

osaamiseen sekä potilasturvallisuuteen. Perustuslakivaliokunta on esimerkiksi kiinnittänyt huomiota kielellisiin oikeuksiin hoidon potilasturvallisuuteen liittyvänä tekijänä.<sup>68</sup>

Perustuslakivaliokunnan tulkinnan mukaan perustuslain 19 § 3 momentin viittaus ”jokaiseen” edellyttää viime kädessä yksilökohtaista arviointia riittävydestä.<sup>69</sup> Yksilöllisen tarpeen arviointi tapahtuu yleensä potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen välillä, mutta yksilön oikeuksien toteutumiseen on tarpeen kiinnittää huomiota lainsäädäntövaiheessa.

***Perustuslakivaliokunta on painottanut yksilöllisen tarpeen huomioimista – palveluvalikoiman sitovaa määrittämistä ei ole silti pidetty mahdottomana***

Perustuslakivaliokunnan lausuntokäytännössä viitataan yksilölliseen tarpeeseen ja sen huomiointiin. Valiokunta otti yksilöllisen tarpeen huomiointiin kantaa lausunnossa, joka koski hallituksen esitystä eduskunnalle laiksi rajat ylittävstä terveydenhuollosta ja siihen liittyviksi laeiksi.<sup>70</sup> Ehdotuksessa ehdotettiin perustettavaksi sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön yhteyteen terveydenhuollon palveluvalikoimaa määrittelevä toimielin, joka määritteli ja ylläpitäisi terveydenhuollon palveluvalikoimaa. Palveluvalikoimassa määriteltäisiin hoidot ja toimenpiteet, jotka kuuluisivat julkiseen terveydenhuoltoon. Palveluvalikoima ehdotettiin sovellettavaksi julkisessa terveydenhuollossa sekä sairaanhoito- ja korvauksen korvausperusteena.

Perustuslakivaliokunta katsoi tarpeelliseksi arvioida sääntelyratkaisua yksilökohtaisen arvioinnin näkökulmasta, sillä perustuslain 19 §:n 3 momentin viittaus jokaiseen edellyttää valiokunnan mielestä yksilökohtaista arviointia palvelujen riittävydestä. Tästä näkökulmasta valiokunta katsoi ongelmalliseksi **ensinnäkin** sen, että lakiehdotuksessa kynnys poiketa palveluvalikoimasta muodostui varsin korkeaksi, mikä oli ongelmallista yksilöllisen hoidontarpeen huomioimiselle. Tulkinta viittaa siihen, että yksilökohtainen arviointi liittyy myös siihen, minkälaista hoitoa henkilö saa. Tällöin ongelmalliseksi voisi muodostua tilanne, jossa palveluvalikoimaan sisällymätön hoidon vaikutus yksittäiselle potilaalle olisikin hyvä. **Toiseksi** valiokunta huomautti, että palveluvalikoiman määrittelyllä konkretisoidaan ja rajataan oikeutta riittäviin terveyspalveluihin, minkä vuoksi valiokunta päättävän toimielimen toimintavaltuuksia ja toimintaa ohjaavia kriteerejä on arvioitava perusoikeusrajoitusten lailla säätämisen sekä täsmällisyys- ja tarkkarajaisuusvaatimusten valossa. **Kolmanneksi** edellytettiin, että palveluvalikoimaa määrittävät kriteerit tulee määrittellä lain tasolla olennaisesti täsmällisemmin. Lisäksi valiokunta viittasi muun muassa perustuslain 80 §:n lainsäädäntövallan siirtämiseen, palveluvalikoiman määrittämisen luonteeseen julkisen vallan käyttöä sekä siihen, että palveluvalikoimaa ei ollut vielä lainkaan määritely.

On huomionarvoista, ettei sitovan palveluvalikoiman määrittämistä pidetty perustuslain kannalta mahdottomana. Lisäksi perustuslakivaliokunta katsoi palvelutarjonnan yhdenmukaistamisen myönteiseksi perustuslain 6 §:ssä turvatun yhdenvertaisuuden kannalta. Edellytyksenä tavallisen lain säätämisen järjestyksen käyttämiselle asetettiin, että palveluvalikoiman tulee olla riittävän kattavasti määritelty ennen lakiehdotuksen voimaantuloa ja että lainsäädännössä määriteltäisiin olennaisesti täsmällisemmin ne kriteerit, joiden täytyessä hoito- tai muu toimenpide sisällytetään palveluvalikoimaan.

<sup>68</sup> PeVL 63/2016 vp, s. 5

<sup>69</sup> PeVL 30/2013 vp, s. 3

<sup>70</sup> HE 103/2013 vp, lausunto PeVL 30/2013 vp. Perustuslakivaliokunnan käytännön osalta katso myös 17/2021 vp, 15/2020 vp yksilöllisen tarpeen huomioimisesta



Nämä valtiosääntöoikeudelliset huomautukset koskivat ehdotettuja 7 a §:ää ja 78 a §:ää. Valiokunnan kanta johti kuitenkin palveluvalikoiman sitovuudesta luopumiseen.<sup>71</sup>

## Nykytila: Oikeus riittäviin terveystalouteihin tavallisen lain tasolla

### LYHYESTI

Tavallinen lainsäädäntö konkretisoi perustuslain turvaamaa oikeutta riittäviin terveystalouteihin.

Tavallinen lainsäädäntö ei voi kuitenkaan tyhjentävästi määrittellä esimerkiksi perustuslain tarkoittamaa riittävyttä, jolla on muiden perustuslaissa säädettyjen seikkojen tapaan itsenäinen merkityssisältö.

Terveydenhuollon lainsäädäntökokonaisuuden vahva lähtökohta on tarveperusteisuus

Lainsäätäjälle osoitettu velvollisuus säätää tarkemmin oikeudesta tarkoittaa, että perusoikeuden täsmällinen sisältö määräytyy perusoikeussäännöksen ja tavallisen lainsäädännön muodostaman kokonaisuuden pohjalta.<sup>72</sup> Perusoikeusuudistuksessa lähdettiin siitä, että perustuslain 19 §:n 3 momentin säännös ei sitoisi terveystaloutien järjestämistä silloiseen lainsäädäntöön, vaan edellyttää riittävien terveystaloutien turvaamista jokaiselle, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään. Säännöksen sisältämä lakiviittaus on sääntelyvaraus, joka toisaalta velvoittaa lainsäätäjää ja samalla jättää lainsäätäjälle liikkumavaraa. Esimerkiksi perusoikeuksien toteutumiselle keskeisiin taloudellisiin voimavaroihin ja niiden tasoon liittyvät kysymykset tulevat ratkaistavaksi tavallista lakia säädettäessä. Tätä liikkumavaraa kuitenkin rajoittaa perustuslain ilmaisema pääsääntö, jota ei voida heikentää tavallisella lailla.<sup>73</sup> Perustuslain tulkinnan itsenäisyydestä johtuu lisäksi, ettei tavallinen lainsäädäntö voi tyhjentävästi määrittellä esimerkiksi perustuslain tarkoittamaa riittävyttä.

Riittäviä terveystalouteja konkretisoi erityisesti terveydenhuolto, sen järjestämistä ja potilaan asemaa ja oikeuksia sääntelevä lainsäädäntö. Terveydenhuollon priorisoinnin kannalta keskeisiä sääntelykokonaisuuksia ovat esimerkiksi hoitoon pääsyn määräajat, potilaan oikeus hoitoon, terveydenhuollon palveluvalikoimaa koskeva sääntely sekä järjestämisvastuun sääntely.

## Oikeus hoitoon

Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992, potilaslaki) 3 §:n yleissäännöksen mukaan jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Kyse on

<sup>71</sup> StVM 23/2013 vp

<sup>72</sup> PeVM 25/1994 vp, s. 5-6

<sup>73</sup> PeVM 25/1994 vp, s. 6

oikeudesta terveydentilan edellyttämään ja samalla sen rajaamaan hoitoon, jonka toteutuminen riippuu terveydenhuollon kulloisistakin voimavaroista. Potilaalla ei toisin sanoen ole oikeutta saada haluamaansa hoitoa, vaan hoidon tarpeen arvioinnin tulee perustua lääketieteellisesti hyväksyttäviin kriteereihin.<sup>74</sup> Säännöksen sisältämällä voimavarakannanotolla ei ole katsottu voitavan rajata terveydenhuollon järjestämisvelvollisuutta.<sup>75</sup>

Potilaslain 3 §:n 2 momentin mukaan potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. 2 momentissa korostetaan terveyden- ja sairaanhoidon laatua, johon vaikutetaan esimerkiksi terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevalla lainsäädännöllä.<sup>76</sup> Potilaan terveydentilan edellyttämä hoito ja sen arvioiminen onkin terveydenhuollon ammattihenkilön, yleensä lääkärin, tehtävä. Potilas ei voi vaatia esimerkiksi tietyn toimenpiteen suorittamista.<sup>77</sup> Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) 22 §:n mukaan laillistettu lääkäri päättää potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärityksestä ja siihen liittyvästä hoidosta. Potilaan oikeuksiin vaikuttavaa sääntelyä on myös terveydenhuollon erityislainsäädännössä ja oikeuksiin vaikuttaa terveydenhuollon järjestämisvelvollisuutta koskeva lainsäädäntö.

Potilaslain 3 § on säilynyt samanlaisena lain säätämisestä, vuodesta 1991, lähtien. Se on säädetty ennen perusoikeusuudistusta ja esimerkiksi ennen TSS-sopimuksen kansallista voimaansaattamista. Säännöksellä on kuitenkin vankka asema potilaan oikeuksia määritettäessä ja myös perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaisen sääntelyvelvoitteen täyttäjänä. **Terveydenhuollon priorisoinnin kehittämisen näkökulmasta säännöksen sisällön uudelleentarkastelua voidaan pitää tarpeellisena.**

## Tarveperiaate ja muut ohjaavat periaatteet

Terveydenhuollon palveluille on ominaista tarveperusteisuus. Tarveperustaisuus yhtäältä oikeuttaa terveydentilan edellyttämään hoitoon ja toisaalta rajoittaa oikeutta, sillä potilaalla ei ole oikeutta vaatia haluamaansa hoitoa.<sup>78</sup> Päätöksentekoa palvelujen saamisesta ohjaakin ennen kaikkea tarveperiaate, jonka mukaan palveluun on oikeutettu sitä eniten tarvitseva.<sup>79</sup> Tarveperiaatteella on myös oikeuskäytännön valossa

<sup>74</sup> HE 185/1991 vp, s. 14

<sup>75</sup> EOA Dnro 2005/4/11, s. 5. Voimavaroista myös Pahlman 2006, s. 150-155

<sup>76</sup> HE 185/1991 vp, s. 14

<sup>77</sup> Terveydentilan edellyttämästä hoidosta esim. Lohiniva-Kerkelä 2015, s. 167

<sup>78</sup> Esim. HE 185/1991 vp, s. 14

<sup>79</sup> Ks. Tuori – Kotkas 2016, s. 207

vahva sija terveydenhuollossa ja potilaan oikeuksien osa-alueena.<sup>80</sup> Tarveperiaatteen viitataan myös lainsäädännössä. Siihen viittaa esimerkiksi potilaslain 3 §, jossa säädetään potilaan oikeudesta terveydentilan edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon.<sup>81</sup>

Yksilöllisten hoitopäätösten lisäksi tarveperiaate ohjaa alueellista päätöksentekoa ja talousarvion muodostamista.<sup>82</sup> Hyvinvointialueiden velvollisuudesta järjestää terveydenhuoltoa säädetään hyvinvointialueista annetun lain (611/2021) 7 §:ssä ja edelleen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetussa laissa (612/2021), jonka 4 §:n mukaan hyvinvointialueen on suunniteltava ja toteutettava sosiaali- ja terveydenhuolto sisällöltään, laajuudeltaan ja laadultaan sellaisena kuin asiakkaiden tarve edellyttää. Lain esitöiden mukaan tarpeen määrittely perustuu sosiaali- ja terveydenhuollon erityislainsäädäntöön ja arvioinnissa on huomioitava sekä väestötasoinen että yksilötasoinen tarve.<sup>83</sup> Saman säännöksen mukaan yksilöllisestä palvelu- ja hoidon tarpeen arvioinnista säädetään erikseen. Palvelut tulee toteuttaa yhdenvertaisesti.

Tarveperiaatetta on myös kritisoitu riittämättömäksi.<sup>84</sup> Sen on katsottu olevan melko epämääräinen ohjenuora ja sitä on täydennettävä muilla terveydenhuoltoa ohjaavilla oikeudellisilla periaatteilla, kuten jonotusperiaatteella.<sup>85</sup> Hoidon tarve määritellään kuitenkin lääketieteellisesti.<sup>86</sup> Ohjaavista periaatteista huolimatta haastavia tilanteita syntyy esimerkiksi silloin, kun pyritään eri potilasryhmien mahdollisimman yhdenvertaiseen kohteluun. Tarveperiaatteen ei voida myöskään katsoa riittävästi vastaavan ky-

---

<sup>80</sup> Erityisesti eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisuissa tarveperiaate korostuu ohjaavana periaatteena. Samoin korkein hallinto-oikeus on lähtenyt siitä, että yksilöllinen tarve tulee huomioida. Esimerkiksi ratkaisussaan KHO 2002:61 korkein hallinto-oikeus katsoi, että *"Palveluja etusijajärjestykseen asetettaessa on otettava huomioon sekä edellä tarkoitettu syrjäntäkielto että velvollisuus yksilöllisesti selvittää potilaan terveydentila ja hänen siitä johtuva riittävien terveystarpeiden tarpeensa"*.

<sup>81</sup> Myös terveydenhuoltolain 24 § ja 50 §

<sup>82</sup> Tarveharkinta on lainsoveltajan toiminnassa laajimmillaan juuri tosiasiallisessa toiminnassa kuten terveydenhuollossa ks. Arajärvi, 2017 s. 75.

<sup>83</sup> HE 241/2020 vp, s. 655. Hyvinvointialueiden järjestämisvelvoitteesta Nykänen – Laatikainen 2022, s. 354-360. Samoin eduskunnan oikeusasiamies on korostanut, ettei järjestämisvelvollisuutta voida rajoittaa pelkästään alueen tarpeen mukaan, vaan huomioon on otettava myös yksilöllinen tarve, EOA Dnro 488/4/00 sekä Tuori – Kotkas 2016, s. 341

<sup>84</sup> Ks. Tuori – Kotkas 2016, s. 208. Priorisoinnin sääntelyn haasteista ja nykytilasta ks. Kimmel 2019.

<sup>85</sup> Terveydenhuollon oikeusperiaatteista Tuori – Kotkas 2016, s. 206 ja päihdehuollon kontekstissa Vanjusov 2022.

<sup>86</sup> Esim. Tuori – Kotkas 2016, s. 174 ja Nieminen 2015, s. 224. Palvelujen tarpeen arvioinnin osalta perustuslakivaliokunta on huomauttanut, että hoitoratkaisuissa on kyse ennen muuta lääketieteellisestä arviosta, PeVL 17/2021 vp, s. 20

symyksiin, joita syntyy resurssien puutteesta tai niukoista taloudellisista voimavaroista. Priorisointikeskustelussa tämä on oleellista, sillä vaikeita valintoja joudutaan tekemään rajallisilla resursseilla ja taloudellisilla voimavaroilla.

## Rahoitus, resurssit ja ohjaus

### LYHYESTI RESURSSEISTA

- Erityisesti taloudellisten ja sosiaalisten perus- ja ihmisoikeuksien toteutuminen riippuu taloudellisista voimavaroista ja niiden kohdentamisesta.
- Perustuslakivaliokunnan käytännössä on katsottu, että perustuslailliset toimeksiannot ovat merkityksellisiä erityisesti lainsäätäjän toiminnassa, ja ne on huomioitava myös budjettivaltaa käytettäessä ja näin ollen talousarviopäätöksenteossa.
- Perusoikeussäännöksiin tulee kiinnittää huomiota myös valtiontalouden säästöjä kohdennettaessa.<sup>87</sup>
- Vastuu rahoituksen riittävydestä on viime kädessä valtiolla

Hankkeen aikana havaittiin tarpeelliseksi tarkastella oikeudellisesta näkökulmasta erityisesti seuraavia kysymyksiä:

- Voidaanko uusille lääkkeille asettaa €/QALY-raja (tai esim. absoluuttinen kustannusmaksimi) lainsäädännön näkökulmasta?
- Voidaanko terveydenhuollon kustannukset kokonaisuutena määrittää kuinka pitävästi (ns. budjettiohjaus)?

Valtiosääntöoikeudellisesta näkökulmasta kysymyksiä on tarkasteltava erityisesti rahoituksen riittävyyden, riittävien terveyspalvelujen turvaamisen sekä ylipäätään rahoituksen/resurssien ohjaamisen näkökulmasta.

Perus- ja ihmisoikeudet väistämättä suuntaavat ja määrittävät päätöksentekoa julkisen terveydenhuollon rahoituksesta, resursseista ja niiden ohjauksesta perustuslain 22 §:n mukaisesti. Sen mukaan julkisen vallan on turvattava perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien toteutuminen. Budjetointiin ja talousarvioon liittyvien perus- ja ihmisoikeusveloitteiden noudattaminen on oleellista juuri terveydenhuollon oikeuksien kannalta, sillä terveydenhuollon taloudelliset ja muut (esimerkiksi henkilöstö-) resurssit määrittävät pitkälti terveydenhuollon palveluja ja edelleen sitä, miten jokaisen oikeus riittäviin terveyspalveluihin perustuslain 19 §:n 3 momentissa tarkoitetulla tavalla toteutuu.

Perusoikeudet siis vaikuttavat – tai ainakin niiden pitäisi vaikuttaa – julkisen terveydenhuollon talousarvioon jo siitä alkaen, kun valtioneuvosto valmistelee valtion vuotuista talousarviota ja eduskunta päättää siitä, koska talousarvio määrittää olennaisesti julkisen terveydenhuollon taloudellisia voimavaroja sekä niiden kohdentamista.<sup>88</sup>

<sup>87</sup> PeVL 19/2016 vp, s. 2. Myös PeVL 32/2014 vp, s. 2/II sekä PeVM 25/1994 vp, s. 3/II ja s. 6.

<sup>88</sup> HE 309/1993 vp, s. 35. Eduskunnan valtiovarainvaliokunnan perusoikeusuudistuksesta antamassa lausunnossa perusoikeussäännöksiä kuvaillaan prioriteettijärjestykseksi taloudellisten voimavarojen kohdentamisessa (VaVL 2/1994 vp)

Perustuslakivaliokunnan lausuntokäytännössä onkin korostettu näkökohtaa, jonka mukaan budjettirajoitteella ei voida rajoittaa lakisääteisiä palveluja.<sup>89</sup> Oikeuskirjallisuudessa budjetointiin ja määrärahojen kohdentamiseen liittyvää perustuslainmukaisuuden varmistamista on kuitenkin nykyisellään pidetty puutteellisena esimerkiksi heikennyskiellon valvonnan näkökulmasta.<sup>90</sup>

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen myötä merkittävä osa julkisen terveydenhuollon järjestämisestä kuuluu hyvinvointialueille, joiden tulee omissa talousarviopäätöksissään myös ottaa huomioon perus- ja ihmisoikeudet sekä edelleen turvata jokaiselle riittävät terveyspalvelut perustuslain 19 §:n 3 momentissa tarkoitettulla tavalla.<sup>91</sup> Vaikka hyvinvointialueiden itsehallinnon on katsottu olevan ohuempaa kuin kuntien asukkaiden itsehallinnon,<sup>92</sup> hyvinvointialueet kuitenkin päättävät itsehallintonsa puitteissa resurssiensa ja valtiolta saamansa rahoituksen allokoinnista.<sup>93</sup> Rahamääräisten resurssien ohella hyvinvointialueiden päätöksenteossa on keskeisesti kyse muistakin terveydenhuollon resursseista, kuten henkilöstöstä, tarvikkeista ja toimitiloista.

Ennen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta perustuslakivaliokunnan käytäntöä kertyi kuntien tehtäviin liittyen runsaasti niin kutsutusta rahoitusperiaatteesta, jota vasten myös hyvinvointialueiden rahoitusta tulee perustuslakivaliokunnan mukaan soveltuvien osin arvioida.<sup>94</sup> Kuntien tehtävien osalta valiokunta on korostanut, että rahoitusperiaatteen mukaisesti valtion tulee huolehtia kunnan tosiasiallisista edellytyksistä huolehtia tehtävistään.<sup>95</sup> Perustuslakivaliokunta on myös tulkinnut perustuslain 22 §:n perusoikeuksien toteuttamisveloitteen edellyttävän valtiota huolehtimaan hyvinvointialueiden edellytyksistä hoitaa tehtäviään. Näin ollen vastuu esimerkiksi rahoituksen riittävydestä on viime kädessä valtiolla. Valtion viimekätistä vastuuta korostavat myös kansainväliset ihmisoikeusveloitteet, sillä valtio vastaa kansainvälisoikeudellisesti siitä, että valtion oikeuspiirissä noudatetaan ja toteutetaan sopimusveloitteita.

<sup>89</sup> PeVL 26/2017 vp, s. 23

<sup>90</sup> Rautiainen (2013, s. 277) huomauttaa, että nykyiset aukot ovat haitallisia erityisesti heikennyskiellon valvonnalle, sillä heikennyskielto ja sen vaikutus näkyy erityisesti määrärahoissa ja talousarvioissa.

<sup>91</sup> Taloudellisten voimavarojen kohdentaminen on yksi keino toteuttaa perustuslain 22 §:n mukainen julkisen vallan velvollisuus turvata perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien toteutuminen.

<sup>92</sup> PeVL 17/2021 vp, s. 9. Samoin ks. Nykänen – Laatikainen 2022, s. 354-360

<sup>93</sup> Hyvinvointialueiden rahoituksesta annetun lain (617/2021) 4 §:n mukaan hyvinvointialue päättää saamansa valtion rahoituksen kohdentamisesta tehtäviensä hoitamiseen. Järjestämisvastuusta säädetään laissa hyvinvointialueista (61/2021). Laissa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021) on säännökset esimerkiksi palvelujen saatavuudesta ja saavutettavuudesta.

<sup>94</sup> PeVL 17/2021 vp, s. 23 ja PeVL 15/2018 vp maakuntien rahoituksesta.

<sup>95</sup> PeVL 17/2021 vp, s. 11 ja esim. PeVL 15/2020 vp, s. 4-5

Terveydenhuollon rahoitus ja sen riittävyys on ollut verraten usein perustuslakivaliokunnan arvioitavana. Rahoituksen riittävyys kytkeytyy yhtäältä terveydenhuollon palvelutarpeeseen – niin alueellisella kuin yksilötasolla – ja toisaalta siihen, miten tulkitaan perustuslain riittävien terveyspalvelujen käsitettä. Rahoituksen riittävyyden ja perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaisten oikeuksien turvaamisen kannalta valiokunta on katsonut merkitykselliseksi, että hyvinvointialueilla on lisärahoitukseen oikeus, joka ei riipu harkinnasta.<sup>96</sup> Valiokunta on katsonut olennaiseksi, että terveyspalvelujen rahoitus vastaa palvelutarvetta ja turvaa taloudellinen saavutettavuuden pitämällä terveydenhuollon asiakasmaksut suuruudeltaan palveluja tarvitsevien ulottuvilla.<sup>97</sup>

***Perustuslakivaliokunnan tulkintakäytännön mukaan etuuksien tasossa voidaan huomioida kansantalouden ja julkisen talouden tila***

Perustuslain 19.3 §:n tarkoittamien etuuksien tasoa mitoittaessa otetaan valiokunnan omaksuman lähtökohdan mukaan huomioon kansantalouden ja julkisen talouden tila. Esimerkiksi valiokunta piti valtiontalouden säästötavoitetta taloudellisen laskusuhdanteen aikana hyväksyttävänä perusteena lapsilisien tasoon puuttumiseksi.<sup>98</sup>

Perustoimeentuloturva koskevaa perustuslain 19.2 §:ää koskevassa käytännössään valiokunta on pitänyt perusoikeussäännöksen asettavan toimintavelvoitteen mukaisena sosiaaliturvan suuntaamista ja kehittämistä yhteiskunnan taloudellisten voimavarojen mukaisesti. Etuuksien tasossa voidaan huomioida myös kulloinenkin julkisen talouden tila.<sup>99</sup> Perustoimeentuloturva koskee rahamääräisiä etuuksia eikä siten suoraan rinnastu riittävien terveyspalvelujen turvaamiseen.

Eduskunnan oikeusasiamiehen tulkintakäytännössä on vakiintunut lähtökohta, jonka mukaan budjettirajoitteella tai muulla resurssiin tai organisaatioon liittyvällä seikalla ei voida perustella lakisääteisistä velvollisuuksista poikkeamista.<sup>100</sup> Oikeusasiamies on korostanut myös muiden kuin rahamääräisten resurssien merkitystä, kuten henkilöstöresurssien riittävyyden turvaamista.<sup>101</sup>

TSS-komitea on ottanut resurssien kohdentamiseen kantaa oikeutta terveyteen koskevassa yleiskommentissaan. Komitean mukaan (vapaa käänös) *”Tarkoitukseen sopimaton terveydenhuoltoresurssien kohdentaminen voi johtaa syrjintään, joka ei välttämättä ole ilmeistä. Esimerkiksi investoinneilla ei pitäisi suhteettomasti suosia kalliita, parantavan terveydenhoidon palveluita, jotka ovat usein vain pienen, etuoikeutetun väestön osan saatavilla, kun taas perus- ja ennaltaehkäisevä terveydenhuolto hyödyttäisi paljon suurempaa osaa väestöstä”*.<sup>102</sup> Resurssiin on ottanut kantaa myös esimerkiksi YK:n lapsen oikeuksien komitea oikeutta terveyteen koskevassa yleiskommentissaan<sup>103</sup> sekä

<sup>96</sup> PeVL 17/2021 vp, s. 24 ja siinä viitatus

<sup>97</sup> PeVL 17/2021 vp, s. 23 ja PeVL 15/2018 vp, s. 23

<sup>98</sup> PeVL 25/2012 vp, s. 3. Myös esim. PeVL 10/2015 vp

<sup>99</sup> PeVL 40/2018 vp, s. 2 ja siinä viitatus.

<sup>100</sup> Esim. EOA Dnro 2119/2020, s. 6

<sup>101</sup> EOA Dnro 8381/2020, s. 7

<sup>102</sup> TSS-komitea 14. yleiskommentti, kohta 19

<sup>103</sup> Lapsen oikeuksien komitea 15. yleiskommentti, esimerkiksi kohta 13, jossa komitea korostaa lapsen edun huomioimista resurssien kohdentamisessa.

YK:n vammaisten henkilöiden oikeuksien komitea, viimeksi Suomea koskevassa yksilövalituksen ratkaisussa.<sup>104</sup>

Terveysteen liittyvien oikeuksien valossa budjetoinnilla on selkeä merkitys oikeuksien toteutumiseen ja kulloiseenkin tasoon. Alibudjetoinnilla tai muilla talousarviopäätöksillä ei voi kuitenkaan rajoittaa laissa turvattuja oikeuksia. Budjetoinnissa ei voi myöskään sivuuttaa yksilöllisiä tarpeita vetoamalla alueelliseen tai väestötason tarpeeseen.<sup>105</sup> Perustuslaissa turvatut oikeudet ovat yksilön oikeuksia, jotka on siten turvattu jokaiselle ja terveystalveluiden kohdalla kyse voi ääritilanteessa olla henkilön elämästä ja sen turvaamisesta. Samalla on selvää, että perusoikeusjärjestelmän sisälläkin on jännitteitä vastakkaisten ja kilpailevien intressien välillä, jotka tulevat esiin erityisesti rajallisten resurssien todellisuudessa. Lainsäätäjällä on mahdollisuus lainsäädäntöä kehitettäessä ottaa kantaa näihin eettisestikin haastaviin punnintatilanteisiin säätämällä tarkemmin esimerkiksi oikeudesta riittäviin terveystalveluihin perustuslain säätelyvarauksessa edellytetyllä tavalla. Lainsäädännön kehittämällä on samalla mahdollisuus vastata terveydenhuollon tarpeisiin ja pyrkiä turvaamaan resurssien mahdollisimman oikeudenmukaista kohdentamista.

## Oikeuskäytäntö

Terveydenhuollon priorisointiin kytkeytyvä kansallinen oikeuskäytäntö on keskittynyt ylimpiin laillisuusvalvojiin. Erityisesti eduskunnan oikeusasiamiehelle tulee vuosittain runsaasti kanteluja terveydenhuoltoa koskevissa asioissa.<sup>106</sup> Esimerkiksi vuonna 2020 oikeusasiamiehen kansliassa ratkaistiin 759 terveydenhuollon kantelua, joista toimenpideratkaisuja oli 14,1 %.<sup>107</sup> Osa ratkaisuista ja lausunnoista sisältävät myös

<sup>104</sup> Vammaisten henkilöiden oikeuksien komitea 2022, CRPD/C/26/D/46/2018, s. 10. Komitea katsoi, että hakijan hakemuksen hylkääminen resurssikriteerein ilman objektiivista ja kohtuullista perustetta johti välilliseen syrjintään.

<sup>105</sup> Eduskunnan oikeusasiamies on korostanut, ettei järjestämisvelvollisuutta voida rajoittaa pelkästään alueen tarpeen mukaan, vaan huomioon on otettava myös yksilöllinen tarve. Ks. EOA Dnro 488/4/00 sekä Tuori – Kotkas 2016, s. 341. Myös sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa huomioitiin, että tarpeena tulee huomioida sekä väestön että yksilön tarpeet, ks. HE 241/2020 vp.

<sup>106</sup> Hallituksen esityksessä valtioneuvoston oikeuskanslerin ja eduskunnan oikeusasiamiehen tehtävien jaosta (HE 179/2021 vp) on ehdotettu terveydenhuollon asiaryhmän keskittämistä nimenomaan eduskunnan oikeusasiamiehelle. Keskittämistä on perusteltu mm. sillä, että terveydenhuollon asiaryhmän kantelut vaativat laillisuusvalvonnalta erikoistumista, jota on mahdollista vahvistaa keskittämällä. Terveydenhuollon kantelut ovat jo aiemmin olleet yksi suurimmista asiaryhmistä oikeusasiamiehen kansliassa. Uuden lain myötä yksilön oikeuksien toteutumisen valvonta terveydenhuollossa kuuluisi eduskunnan oikeusasiamiehelle keskitettäviin tehtäviin.

<sup>107</sup> Toimenpideratkaisuilla viitataan niihin ratkaisuihin, jotka johtavat oikeusasiamiehen toimenpiteisiin (virkasyyte, käsitys, huomautus tai esitys). Suurin osa ratkaistuista kanteluista ei johda toimenpiteisiin, ja esimerkiksi virkasyytteitä ei nostettu toimintakertomuksen mukaan yhdessäkään asiaryhmässä vuonna 2020. Eduskunnan oikeusasiamiehen toimintakertomus vuodelta 2020, s. 295–296

terveydenhuollon priorisoinnin näkökulmasta oleellisia oikeudellisia kannanottoja, kuten toteutuuko perustuslain 19 § 3 momentin mukainen oikeus riittäviin terveyspalveluihin.

Terveydenhuollon priorisointiin liittyvistä ratkaisuista yksi eniten keskustelua herättänyt on vuonna 2005 annettu niin ratkaisu Fabry-potilaiden lääkehoidon järjestämisestä.<sup>108</sup> Ratkaisussa eduskunnan oikeusasiamies ilmaisi käsityksenä, jonka mukaan mikään muu priorisointi ei ole yksittäisissä hoitoratkaisuissa lainmukainen kuin sairauteen, hoidon tarpeeseen ja hoidon vaikuttavuuteen kohdistuva.<sup>109</sup> Fabry-ratkaisua on myös kritisoitu, minkä lisäksi ratkaisu on myös verraten vanha. Ratkaisun antamisen jälkeen myös lainsäädäntö on muuttunut.<sup>110</sup>

Eduskunnan oikeusasiamies on käytännössään korostanut, että potilaan oikeus tutkimukseen ja hoitoon tulee arvioida yksilöllisesti. Lääketieteellisesti perusteltu yksilöllinen ja potilaan terveydentilan edellyttämä yksilöllinen tarve tulee olla hoidon saatuuden perusteena.<sup>111</sup> Oikeusasiamies on ottanut kantaa myös alueellisiin ja sisäisiin ohjeistuksiin ja todennut, että palvelujen järjestämistä koskevilla ohjeilla ja määräyksillä on mahdollisuus yhtenäistää käytäntöjä ja siten edistää yhdenvertaisuutta. Esimerkiksi kunnan sisäiset ohjeet ja päätökset on lähtökohtaisesti katsottu tarpeellisiksi ja perustelluiksi.<sup>112</sup> Ne voivat kuitenkin olla vain lainsäädäntöä täydentäviä, eikä niillä voida rajoittaa laissa turvattuja oikeuksia. Ohjeet ja päätökset, jotka eivät jätä tilaa tarvitsijan yksilöllisen tarpeen huomioimiselle, on tulkittu lainvastaiseksi.<sup>113</sup>

Terveydenhuollon asiaryhmään kuuluvia asioita arvioidaan laillisuusvalvonnassa toisinaan myös lääketieteellisin perustein, jolloin ennen asian ratkaisua kuullaan asiantuntijoita esimerkiksi Valvirasta.<sup>114</sup> Asiantuntijoiden lausuntojen lisäksi terveydenhuoltoa koskevissa ratkaisuissa viitataan usein myös kliinisiin hoitosuosituksiin, erityisesti Duodecim-seuran Käypä hoito -suosituksiin.<sup>115</sup> Esimerkiksi ratkaisussa hormonikierukan asettamisesta ja korvaamisesta julkisessa terveydenhuollossa eduskunnan oi-

---

<sup>108</sup> EOA Dnro 921/4/04

<sup>109</sup> Käsitys on toistettu myös muun muassa vuonna 2013 annetussa HIV-positiivisten hedelmöityshoitoja koskevassa ratkaisussa EOA Dnro 1863/4/11, s. 7

<sup>110</sup> Esimerkiksi terveydenhuoltolain 7a § ja 78a § ovat tulleet voimaan ratkaisun antamisen jälkeen.

<sup>111</sup> EOA Dnro 974/2020, s. 5

<sup>112</sup> EOA Dnro 64/2020, s. 7

<sup>113</sup> Esim. EOA Dnro 974/2020, s. 5. Tapauksessa 64/2020 kaupungin käytännön ei katsottu olevan lainsäädännön mukaista, sillä se ei jättänyt tilaa potilaan yksilöllisen tarpeen huomioimiselle.

<sup>114</sup> Eduskunnan oikeusasiamiehen toimintakertomus vuodelta 2020, s. 295.

<sup>115</sup> Hoitosuosituksilla on merkittävä rooli lääkärin työssä, ks. Lehtonen 2015, s. 387



keusiamies huomautti Valviran lausunnon pohjalta, että lääkäri A:n menettely ei ollut asianmukaista, sillä se ei noudattanut Käypä hoito -ohjeistusta.<sup>116</sup> Tulkintakäytännön perusteella voidaan arvioida yhtäältä, että Käypä hoito -suosituksilla on merkittävääkin painoarvoa. Toisaalta eduskunnan oikeusiamies on painottanut, että lääkärillä on oikeus, ja tilanteen vaatiessa myös velvollisuus, poiketa yleisistä hoitosuosituksista (joihin Käypä hoito -suositusten voidaan katsoa kuuluvan) silloin, kun se on yksittäisten potilaan hoidossa lääketieteellisesti perusteltua.<sup>117</sup>

### 3.3.2 Yhdenvertaisuus- ja syrjintäsääntely

Terveydenhuollon priorisointi merkitsee potilaiden asettamista keskenään eri asemaan ja priorisoinnin tuleekin olla sopusoinnussa yhdenvertaisuus- ja syrjintäsääntelyn kanssa.<sup>118</sup> Perustuslain 6 §:ssä säädetään yhdenvertaisuudesta seuraavasti:

#### PERUSTUSLAKI 6 §: YHDENVERTAISUUS

Ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä.

Ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella.

Lapsia on kohdeltava tasa-arvoisesti yksilöinä, ja heidän tulee saada vaikuttaa itseään koskeviin asioihin kehitystään vastaavasti.

Sukupuolten tasa-arvoa edistetään yhteiskunnallisessa toiminnassa sekä työelämässä, erityisesti palkkauksesta ja muista palvelussuhteen ehtoista määrättäessä, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään.

Perustuslain 6 §:n 1 momentin yleinen yhdenvertaisuussäännös ilmaisee perinteisen vaatimuksen oikeudellisesta, muodollisesta yhdenvertaisuudesta sekä ajatuksen tosiasiallisesta tasa-arvosta ja yhdenvertaisuudesta.<sup>119</sup> Muodollinen yhdenvertaisuus liittyy erityisesti välittömän syrjinnän käsitteeseen, sillä se edellyttää samanlaisten tapauksien kohtelua samalla tavalla. Välittömällä syrjinnällä tarkoitetaan sitä, että jotakuta kohdellaan henkilöön liittyvän syyn, esimerkiksi ihonvärin, iän, sukupuolen tai vammaisuuden perusteella, epäsuotuisammin kuin jotakuta muuta on kohdeltu, kohdellaan tai kohdeltaisiin vertailukelpoisessa tilanteessa.

<sup>116</sup> EOA Dnro 5025/2020, s. 6

<sup>117</sup> EOA Dnro 64/2020, s. 8

<sup>118</sup> Yhdenvertaisuus ja syrjimättömyys ovat keskeisiä osia myös yllä mainitussa 19.3 §:n, 6 §:n ja 22 §:n muodostamassa normikokonaisuudessa ja perustuslakivaliokunta on korostanut erityisesti 6 §:n 1 ja 2 momentin merkitystä tätä normikokonaisuutta tulkittaessa.

<sup>119</sup> HE 309/1993 vp, s. 42-43. Yhdenvertaisuudesta perusoikeutena Ojanen 2019, s. 3 eteenpäin

Tosiasiallinen yhdenvertaisuus linkittyy taas välilliseen syrjintään, jolla tarkoitetaan tilannetta, jossa näennäisesti yhdenvertainen sääntö, peruste tai käytäntö asettaa jonkun muita epäedullisempaan asemaan henkilöön liittyvän syyn perusteella ilman hyväksyttävää ja oikeasuhtaista perustella. Tosiasiallinen yhdenvertaisuus edellyttää toisinaan muodollisesta yhdenvertaisuudesta poikkeamista jonkun tietyn ryhmän mahdollisuuksien ja aseman parantamiseksi (ns. positiivinen erityiskohtelu). Tavoitteena on julkisen ja yksityisen sektorin toimijoiden toiminnasta sekä yhteiskunnan rakenteista johtuvan eriarvoisuuden poistaminen<sup>120</sup> Terveydenhuollossa tosiasiallinen yhdenvertaisuus voi tarkoittaa esimerkiksi yksilöllisten tarpeiden huomioon ottamista potilaan hoidossa.<sup>121</sup> Siten potilaan oma tilanne, mahdollisuudet sekä hoidon tarve vaikuttavat hänen saamaansa terveydenhuoltoon.

Perustuslakivaliokunta on vakiintuneesti katsonut, ettei perustuslain 6 §:n 1 momentin yhdenvertaisuussäännöksestä johdu tiukkoja rajoja lainsäätäjän toteuttamalle harkinnalle silloin, kun pyritään kulloisenkin yhteiskuntatilan vaatimaan sääntelyyn. Keskeistä on, voidaanko erottelu perustella perusoikeusjärjestelmän kannalta hyväksyttävällä tavalla.<sup>122</sup>

Perustuslain yhdenvertaisuussäännöstä täydentää 6 §:n 2 momentin syrjintäkielto, joka kieltää asettamasta ihmistä eri asemaan muihin ihmisiin nähden ilman hyväksyttävää perustetta. Säännöksessä ei kielletä kaikenlaista erottelua ihmisten välillä, vaan perustuslakivaliokunnan mukaan erottelu voi olla hyväksyttävää, jos sille on olemassa perusoikeusjärjestelmän kannalta hyväksyttävä peruste ja erottelu on oikeasuhtainen.<sup>123</sup> Syrjintäkiellolla ei ole näin ollen ollut tarkoitus kieltää kaikenlaista erottelua, edes silloin, kun erottelu perustuu perustuslain 6 §:n 2 momentissa nimenomaisesti mainittuihin syrjintäperusteisiin, kunhan vain erottelulle voidaan esittää perusoikeusjärjestelmän kannalta hyväksyttävät ja oikeasuhtaiset perusteet.<sup>124</sup> Hyväksyttävän ja oikeasuhtaisen perusteen olemassaolo tekee eri asemaan asettamisen sallituksi perustuslain näkökulmasta niin välittömän kuin välillisen syrjinnän kieltoon nähden.<sup>125</sup>

Hyväksyttävälle perusteelle asetettavat vaatimukset ovat perustuslakivaliokunnan vakiintuneen käytännön mukaan korkeat erityisesti säännöksessä lueteltujen kiellettyjen

---

<sup>120</sup> Ojanen 2019, s. 8–10

<sup>121</sup> THL: <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-jarjestaminen/yhdenvertaisuus>

<sup>122</sup> PeVL 20/2017 vp, s. 7; PeVL 26/2017 vp, s. 37 ja PeVL 16/2006 vp, s. 2 sekä siinä viitatus lausunnot.

<sup>123</sup> PeVL 55/2016 vp, s. 3; PeVL 38/2006 vp, s. 3.

<sup>124</sup> HE 309/1993 vp, s. 17. Aiheesta myös Ojanen 2019, s. 11-12

<sup>125</sup> PeVL 10/2003 vp, s. 3.

erotteluperusteiden kohdalla. Henkilöihin kohdistuvat erottelut eivät saa olla mielivaltaisia, eivätkä erot saa muodostua kohtuuttomiksi.<sup>126</sup> Samoin valiokunta on kiinnittänyt huomiota valitun keinon oikeasuhtaisuuteen. Olennaisena on pidetty myös sen varmistamista, että erottelu voidaan perustella perusoikeusjärjestelmän kannalta hyväksyttävällä tavalla, minkä lisäksi hyväksyttävän perusteen on edellytetty olevan asiallisessa ja kiinteässä yhteydessä lain tarkoitukseen.<sup>127</sup>

***Perustuslakivaliokunnan tulkintakäytäntöä yhdenvertaisuus- ja syrjintäkielto-sääntelystä***

Äskettäin perustuslakivaliokunta arvioi ns. koronapassia koskevaa sääntelyehdotusta muun muassa perustuslain 6 §:n 1 ja 2 momenttien yhdenvertaisuus- ja syrjintäkielto-sääntelyn kannalta edellä selostetuista lähtökohdista. Valiokunta piti sääntelyn arvioinnin kannalta lähtökohtaisesti merkityksellisenä, että koronatodistuksen esittämisvelvollisuus säädetään vaihtoehdoksi lakiin perustuville tiloihin ja kokoontumisiin kohdistuville perusoikeusrajoituksille. Vaikka ehdotus asettaa henkilöt eri asemaan, ei ehdotettua sääntelyä voida perustuslakivaliokunnan mielestä sen taustalla olevat lääketieteelliset perusteet huomioiden pitää mielivaltaisena. Sääntelylle on esitetty myös hyväksyttävät perusteet. Täysi rokotussarja ja sairastettu covid-19-tauti antavat henkilölle suojaa koronavirustartunnalta ja estävät taudin leviämistä. Tuoreen negatiivisen testitodistuksen vaatimus estää sekin koronartartunnan leviämistä ihmisten kokoontuessa erilaisiin tilaisuuksiin. Valiokunnan mielestä esitettyä voitiin nykyisessä epidemiatilanteessa pitää sellaisenaan hyväksyttävänä syynä, joka muodostaa perustuslain 6 §:n 2 momentissa tarkoitetun hyväksyttävän perusteen.

Perustuslakivaliokunnan mielestä arvioitaessa ehdotetun sääntelyn oikeasuhtaisuutta voitiin merkitystä edelleen antaa sille, että esimerkiksi yksilölle välttämättömät palvelut eivät edellytä koronatodistuksen esittämistä. Samaten merkitystä oli sillä, että käytännössä koronatodistuksen esittämisvelvollisuuden piiriin lukeutuvilla henkilöillä on ollut ja on edelleen mahdollisuus saada maksutta täysi rokotussarja koronavirusta vastaan. Merkityksellistä edelleen oli, että henkilöillä, jotka eivät ole ottaneet koronarokotuksia, on mahdollisuus saada koronatodistus negatiivisen testituloksen perusteella.<sup>128</sup>

Eri asemaan asettamista perustuslain 6.2 §:n tarkoittamalla tavalla arvioitiin esimerkiksi terveydenhuoltolain muutoksen yhteydessä. Terveydenhuoltolain 53 §:ssä säädetään lasten ja nuorten hoitoon pääsystä mielenterveyspalveluihin. Säännöksen perusteella alle 23-vuotiaat on otettava hoitoon kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on todettu, jolleivät lääketieteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat muuta edellytä. 23-vuotiaat ja sitä vanhemmat pääsevät mielenterveyspalveluihin yleisten hoitoon pääsyaikojen puitteissa. Lakiehdotuksen käsittelyn yhteydessä otettiin kantaa iän perusteella eri asemaan asettamiseen. Perustuslakivaliokunta katsoi tämän nuorten paremman aseman hoitoon pääsyssä olevan perusteltu ja sääntelylle oli näin ollen valiokunnan mukaan hyväksyttävät perusteet. Lisäksi valiokunta korosti yhtenäisen ikärajan määrittelyä alueellisen yhdenvertaisuuden näkökulmasta.<sup>129</sup>

<sup>126</sup> PeVL 57/2016 vp, s. 3

<sup>127</sup> PeVL 44/2010 vp, s. 6

<sup>128</sup> PeVL 35/2021 vp, s. 6

<sup>129</sup> PeVL 41/2010 vp, s. 3-4

Terveysthuollossa potilaiden yhdenvertaisuutta pyritään edistämään erityisesti tavallisen lainsäädännön tasolla, kuten hoitotakuuta koskevilla säännöksillä.<sup>130</sup> Samoin potilaslain 3 §:n mukaan potilaalla on oikeus hoitoon ilman syrjintää ja esimerkiksi terveydenhuoltolain 7 §:n mukaiset yhtenäiset hoidon perusteet vaikuttavat terveydenhuollon palvelujen yhdenvertaisuuteen saatavuuteen, erityisesti alueellisesti.<sup>131</sup> Yhtenäisten hoidon perusteilla ja muilla alueellisesti yhtenäisillä käytännöillä voidaan arvioida olevan yhdenvertaisuuden, erityisesti alueellisen yhdenvertaisuuden, kannalta myönteisiä vaikutuksia. Perustuslakivaliokunnan mukaan esimerkiksi terveydenhuollon palveluvalikoiman valtakunnallisesti sitovalla määrittelyllä olisi myönteisiä vaikutuksia yhdenvertaisuudelle.<sup>132</sup> Samalla on huomionarvoista, etteivät yhtenäiset käytännöt, kuten yhtenäiset hoidon perusteet, saa johtaa esimerkiksi jonkun tietyn potilasryhmän sulkemiseen lakisääteisten palvelujen ulkopuolelle.<sup>133</sup>

Myös muilla ohjeilla ja suosituksilla, esimerkiksi sisäisillä toimintaohjeilla, voi olla merkitystä yhdenvertaisuuden toteutumiselle. Laillisuusvalvontakäytännössä tällaisia ohjeita ja suosituksia onkin pidetty lähtökohtaisesti tarpeellisina ja perusteltuina.<sup>134</sup> Samoin kliinisillä hoitosuosituksilla on ollut terveydenhuollossa vahva merkitys. Kliiniset hoitosuositukset, kuten Käypä hoito -suositukset, ovat lakiin perustumattomia suosituksia, joita ammattilaiset noudattavat laajasti.<sup>135</sup> Myös eduskunnan oikeusasiamies on ratkaisuisaansa lääketieteellisissä perusteluissa huomionnut Käypä hoito -suositukset vakiintuneesti muun muassa lääketieteellisten asiantuntijalausuntojen ohella.

## Yhdenvertaisuuslaki

Julkisessa terveydenhuollossa sovelletaan yhdenvertaisuuslakia (1325/2014), jonka tarkoituksena on edistää yhdenvertaisuutta ja ehkäistä syrjintää sekä tehostaa syrjinnän kohteeksi joutuneen oikeusturvaa. Laki asettaa viranomaiselle velvollisuuden edistää yhdenvertaisuutta ja ryhtymään tarvittaviin edistämistoimenpiteisiin (5 §). Priorisoinnin näkökulmasta erityisen keskeinen osa lakia on sen kolmas luku, jossa säädetään syrjinnän ja vastatoimien kielloista. Syrjintäkielto (8 §) kattaa välittömän ja välillisen syrjinnän lisäksi myös häirinnän, kohtuullisten mukautusten epäämisen sekä ohjeen tai kärkyn syrjiä. Syrjintäkiellon ohella kolmas luku sisältää säännöksiä koskien muun muassa positiivista erityiskohtelua (9 §), välitöntä (10 §) ja välillistä syrjintää (13

<sup>130</sup> Esim. HE 74/2022 vp, s. 66 hoitoon pääsyn määräaikojen tiukentamista perustellaan juuri yhdenvertaisuuden toteutumisella palvelujen saatavuudessa.

<sup>131</sup> Muun muassa eduskunnan oikeusasiamies on usein korostanut yhtenäisten hoidon perusteiden myönteistä vaikutusta yhdenvertaisuuden toteutumiselle, ks. esim. EOA Dnro 1863/2011

<sup>132</sup> PeVL 30/2013 vp, s. 4

<sup>133</sup> Esim. EOA Dnro 1863/2011, s. 5

<sup>134</sup> Esim. EOA Dnro 64/2020, s. 7

<sup>135</sup> Lehtonen 2015, s. 387

§), erilaisten kohtelun oikeuttamisperusteita (11 §) sekä häirintää (14 §). Luvussa on myös oma säännöksensä kohtuullisille mukautuksille vammaisten ihmisten yhdenvertaisuuden toteuttamiseksi (15 §).

#### **Yhdenvertaisuus- ja tasa-arvolautakunnan ratkaisu**

Yhdenvertaisuus- ja tasa-arvolautakunta on 9.12.2016 antamassaan ratkaisussa (Dnro 80/2015) arvioinut julkisen terveydenhoidon resurssien riittävyyden turvaamisen siinänsä hyväksyttäväksi tavoitteeksi. Lautakunta totesi kuitenkin, että hyväksyttävän tavoitteen saavuttamiseksi tulee käyttää oikeasuhtaisia keinoja eikä riittävien resurssien varmistamiseksi voitu katsoa olevan välttämätöntä sulkea kaikkia naispareja seksuaalisen suuntautumisensa perusteella kokonaan hedelmöityshoitojen ulkopuolella. Näin ollen naisparien hedelmöityshoitojen epäämisen julkisessa terveydenhuollossa katsottiin yhdenvertaisuuslain 10 §:ssä tarkoitetulla tavalla välittömästi syrjiväksi.

Yhdenvertaisuuslain mukaan viranomaisilla on velvollisuus arvioida toimintansa yhdenvertaisuutta sekä edistää yhdenvertaisuutta omassa toiminnassaan. Sote-uudistuksen yhteydessä annetussa hallituksen esityksessä on todettu tämän viittaavan terveydenhuollossa siihen, että järjestäjän tulee arvioida eri väestö- ja asiakasryhmien palvelutarvetta, suuntaa voimavaroja näiden mukaisesti sekä yhtenäistää hoito- ja palvelukäytäntöjä. Yhdenvertaisuuden edistämisen velvollisuudella turvataan kaikkien tosiasiallisesti yhdenvertaiset mahdollisuudet hyödyntää palveluita.<sup>136</sup>

Kaikki erilainen kohtelu ei ole kuitenkaan syrjintää ja näin ollen hyväksyttävän perusteen ollessa käsillä erilainen kohtelu voi olla oikeutettua. Lain 11 §:ssä säädetään erilaisen kohtelun oikeuttamisperusteista, jotka voidaan jaotella taulukon 2 mukaisesti. Esimerkiksi lailla säättäminen ei vielä itsessään tee erottelusta perustuslain ja ihmisoikeussopimusten näkökulmasta sallittua. Säännös sisältääkin suhteellisuusperiaatetta ilmentävän avoimen oikeuttamisperiaatteen 2 momentissa.<sup>137</sup>

<b>Yhdenvertaisuuslaki 11 § 1 momentti</b>	<b>Yhdenvertaisuuslaki 11 § 2 momentti *</b>
Perustuu lakiin	Oikeuttamisperusteesta ei säädetty
Hyväksyttävä tavoite	Perus- ja ihmisoikeuksien kannalta hyväksyttävä tavoite
Keinot oikeasuhtaisia	Keinot oikeasuhtaisia
	* Ei sovellu, jos kyse on julkisen vallan käytöstä. PeV on tulkinnut palveluvalikoiman sitovan määrittelymisen olevan julkisen vallan käyttöä (PeVL 30/2013 vp)

<sup>136</sup> HE 241/2020 vp, s. 656

<sup>137</sup>Tarkemmin Anttila 2019, s. 217-218

## 3.4 Yhteenveto lainsäädännöllisestä taustoituksesta

Kansallisella tasolla terveydenhuollon priorisointiin liittyvät kysymykset palautuvat erityisesti perustuslain 19 §:n 3 momentin riittäviä terveyspalveluja koskevaan säännökseen, jonka mukaan julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Riittäviä terveyspalveluja koskeva perustuslain säännös suojaa terveyspalvelujen tason heikennyksiä vastaan ja ohjaa esimerkiksi määrärahojen budjetoimintaa. Säännös turvaa ainoastaan palvelujen riittävyyden, ei mitään tiettyä eikä siksi myöskään esimerkiksi nykyistä tapaa tarjota terveyspalveluja. Viime kädessä palvelujen riittävyys tulee arvioida yksilökohtaisesti. Perustuslain 19§ 3 momentin mukaisen väestön terveyden edistämismääräyksen huomiointi on jäänyt tulkintakäytännössä yleisesti ottaen vähemmälle, eikä edistämismääräykselle ole vakiintunut tarkkaraajaista sisältöä. Väestön terveyden edistämismääräyksen on muutoinkin jäänyt samassa momentissa turvatun yksilöllisen oikeuden (jokaisen oikeus riittäviin terveyspalveluihin) katveeseen perustuslain tulkintakäytännössä, joskin koronapandemian aikana myös väestön terveys on tullut painokkaammin esille.

Riittäviä terveyspalveluja koskeva perusoikeussäännös saa konkreettisen sisältönsä perus- ja ihmisoikeusnormiston ohella terveydenhuoltoon sekä potilaan oikeuksia koskevasta tavallisesta lainsäädännöstä. Potilaalla on oikeus potilaslain mukaisesti terveydentilansa edellyttämään hoitoon, jolloin tarveperiaatteen mukaisesti hoitoon pääsyä ja hoitotoimenpiteen valintaa ohjaa potilaan yksilöllinen tarve. Tarveperiaatetta on kritisoitu epämääräiseksi ja riittämättömäksi ohjenuoraksi, josta yksinään ei voida johdattaa ratkaisuja kaikkiin tilanteisiin esimerkiksi silloin, kun kyse on eri potilasryhmien välisestä yhdenvertaisuudesta.

Terveydenhuollon priorisoinnissa tulee pyrkiä ratkaisuun, joka parhaiten toteuttaa muitakin perusoikeuksia, kuten yhdenvertaisuutta. Riittävien terveyspalvelujen turvaamisen lisäksi terveydenhuollon priorisointia onkin tarkasteltava erityisesti yhdenvertaisuus- ja syrjintäsääntelyn kannalta. Viime kädessä kyse on perustuslain 7 §:n 1 momentissa turvatusta oikeudesta elämään. Perus- ja ihmisoikeuksien merkitystä terveydenhuollon priorisoinnissa korostaa perustuslain 22 §, jonka mukaan julkisen vallan on turvattava perus- ja ihmisoikeuksien toteutuminen. Yhtä lailla merkityksellinen on perustuslain 1.2 §, jonka mukaan valtiosääntö turvaa ihmisarvon loukkaamattomuuden ja yksilön vapauden ja oikeudet sekä edistää oikeudenmukaisuutta yhteiskunnassa. Tämä perustuslaillinen arvoperusta tulee ottaa huomioon perusoikeussäännöksiä tulkittaessa, minkä lisäksi säännöksellä voi eräissä tilanteissa olla välitöntäkin oikeudellista merkitystä.

### 3.4.1 Lainsäädäntömuutosten arvioinnista

Perustuslaki ja kansainväliset ihmisoikeussopimukset jättävät lainsäätäjälle liikkumattomaa terveydenhuollon priorisoinnin kehittämiseksi. Perustuslain 19 §:n 3 momentin turvaamia riittäviä terveyspalveluja ei ole sidottu mihinkään tiettyyn tapaan järjestää palvelut eikä myöskään mihinkään tiettyyn tasoon. Keskeistä säännöksen ja näin ollen myös palvelujen riittävyyden näkökulmasta on se, että sääntely jättää tilaa yksilökohtaiselle arviolle ja sen mahdollistamiselle. Lainsäädännön kehittämiseksi on myös löydettävissä perus- ja ihmisoikeuksien kannalta myönteisiä perusteluja. Perustuslakivaliokunta on katsonut terveydenhuollon palvelutarjonnan valtakunnallisen yhdenmukaistamisen palveluvalikoiman määrittämisellä yhdenvertaisuuden kannalta myönteiseksi.<sup>138</sup>

Terveydenhuollon priorisoinnin valtakunnallisella yhdenmukaistamisella on kuitenkin vahva ja välitön liityntä perus- ja ihmisoikeuksiin ja muutoinkin vaikutusta yksilöiden oikeuksiin ja oikeusasemaan. Näin ollen on selvää, että julkista terveydenhuoltoa velvoittavan yhdenmukaistamisen perusteista olisi säädettävä lailla, mikä edellyttäisi nykyinen oikeustila huomioiden voimassa olevan lainsäädännön muuttamista. Lisäksi erityisesti hyvinvointialueita velvoittava priorisoinnin malli edellyttäisi laintasoista sääntelyä hyvinvointialueiden itsehallinnon näkökulmasta. Perus- ja ihmisoikeuksien kannalta on myös painotettava riittävien terveyspalvelujen turvaamisen ohella sitä, että priorisointisääntelyssä tulee pyrkiä huomioimaan tosiasiallisen yhdenvertaisuuden toteutuminen erityisesti haavoittuvien ryhmien oikeuksien näkökulmasta sekä minimoimaan mahdolliset alueelliset erot terveyspalvelujen tasossa ja saatavuudessa.

Laintasoista sääntelyä perustelee perusoikeussäännösten ohella perustuslain 80 §, jonka mukaan lailla on säädettävä yksilön oikeuksien ja velvollisuuksien perusteista. Perusoikeuden käyttöä turvaava ja täsmentävä lainsäädäntö kuuluu myös perustuslain 22 §:n keskeisiin turvaamiskeinoihin<sup>139</sup>, varsinkin kun perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaan julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Näin ollen terveydenhuollon priorisoinnin perusteista säätäminen lailla toteuttaisi myös lainsäätäjälle ja yleisemmin julkiselle vallalle perustuslain 22 §:ssä osoitettua perus- ja ihmisoikeuksien turvaamistehtävää. Priorisoinnin toteutustavasta riippuen lainsäädännön muutostarpeita on tarkemmin arvioitava huomioiden perustuslain ja kansainvälisten ihmisoikeussopimusten turvaamien seikkojen ohella muun muassa sellaisia näkökohtia kuin alueellinen itsehallinto, rahoitus ja julkisen vallan käyttö.

<sup>138</sup> PeVL 30/2013 vp, s. 5

<sup>139</sup> PeVL 15/2018 vp, s. 6; PeVL 26/2017 vp, s. 33

Lainsäädäntömuutosten arvioinnissa on otettava huomioon myös terveydenhuollon ominaispiirteet, jotka juontuvat muun muassa lääketieteellisen asiantuntemuksen keskeisestä merkityksestä varsinkin hoitopäätöksenteossa. Terveydenhuollon priorisointisääntelyn tulee jättää riittävästi tilaa lääketieteelliselle arvioinnille, samalla kun siinä on huomioitava lääketieteen verraten nopea, muun muassa uusista teknologioista johtuva diagnostiikan ja hoitojen kehittyminen. Julkinen terveydenhuolto on myös altis taloudellisista olosuhteista ja rajallisista resursseista johtuville muutoksille. Kaiken kaikkiaan terveydenhuollon priorisoinnin sääntelyssä on tärkeää pyrkiä huomioimaan niin eettisiä, taloudellisia kuin lääketieteellisiäkin näkökohtia perus- ja ihmisoikeuksien sekä muiden oikeudellisten näkökohtien rinnalla.

Edellä esitetyistä syistä terveydenhuollon priorisointisääntelyltä vaaditaan tietynasteista tasapainoa yhtäältä sääntelyn joustavuuden ja väljyyden sekä toisaalta riittävän selkeyden ja täsmällisyyden välillä, varsinkin kun perus- ja ihmisoikeuksiin puuttuvaan sääntelyyn kohdistuu täsmällisyyden ja tarkkarajaisuuden vaatimus.

Oman terveydenhuollon priorisointisääntelyyn liittyvän haastavan asiakokonaisuutensa muodostavat oikeusturvaan liittyvät kysymykset. Perustuslakivaliokunnan uudemmassa lausuntokäytännössä on pidetty perustuslain 21 §:ssä turvattun oikeusturvan kannalta ongelmallisina kaavamaisia käsityksiä eräiden terveydenhuollon saatavuuteen liittyvien päätösten luonteesta tosiasiallisena hallintotoimintana ja harkintavallan laajuuden suhteesta oikeusturvan tarpeeseen. Valiokunta on muun muassa painottanut, että sosiaali- ja terveydenhuollon alalla asiakkaan asema ei rinnastu tavanomaiseen kuluttajaan, vaan asiakaskunnassa on runsaasti eri syistä haavoittuvassa asemassa olevia henkilöitä. Oikeusturvan asianmukaisuuteen on kiinnitettävä huomiota erityisesti sellaisten henkilöiden kohdalla, joilla on jo lähtökohtaisesti rajallinen kyky tehdä erilaisia valintoja, kuten esimerkiksi lapsilla tai kehitysvammaisilla.<sup>140</sup>

Hankkeessa havaittiin terveydenhuollon nykyisen priorisoinnin ohjauksen olevan paikoin huomattavankin pirstaleista, sekavaa ja osin jännitteistäkin. Samoin osa nykyisestä lainsäädännöstä on verraten vanhaa, kuten esimerkiksi potilaslain 3 §. Terveydenhuollon normiohjaus muodostuu lainsäädännön ja muiden oikeudellisesti sitovien säännösten ohella erilaisista oikeudellisesti sitomattomista ohjeista ja suosituksista, joilla on kuitenkin tosiasiallisesti merkittävä ohjausvaikutus. Osa lakia alemman asteisesta ohjauksesta perustuu lakiin, osa ei. Myöskään tarveperiaate ei ohjaavana ja suuntaavana periaatteena vastaa kaikkiin priorisoinnin haasteisiin, mikä jättää oikeudellisen nykytilan epätydyttäväksi. Nykyisen normiohjauksen pirstaleisuus ja sekavuus on omalta osaltaan tuottanut sitä ongelmaa, että terveydenhuollossa kuitenkin nykyäänkin tosiasiasa hyvin arkipäiväinen priorisointi jää piiloon ja vaikeasti havaittavaksi ja kontrolloitavaksi. Asiantila on epätydyttävä yhtä hyvin potilaiden oikeuksien

<sup>140</sup> PeVL 26/2017 vp, s. 71; myös PeVL 15/2018 vp ja PeVL 65/2018 vp.



kuin terveydenhuollon ammattihenkilöstön oikeusturvan ja julkisen terveydenhuollon valvonnan kannalta.

Kaiken kaikkiaan on tarvetta selkeyttää ja yhtenäistää jo voimassa olevaa terveydenhuollon normiohjausta, mikä edistäisi sekä perus- ja ihmisoikeuksien että terveydenhuollon ammattihenkilöstön oikeusturvan ja valvonnan toteutumista.

Tarkasteltavasta priorisointiratkaisusta riippuen jatkotarkastelussa voivat tulla arvioitavaksi esimerkiksi **perusoikeuksien rajoitusedellytykset, perus- ja ihmisoikeuksina turvattujen terveyspalvelujen heikennyskielto** tai ihmisten välisen **erilaisen kohtelun oikeuttamisperusteet**, joihin liittyy myös erottelun hyväksyttävyyden ohella suhteellisuuden vaatimus: jos ihmisten erilainen kohtelu on asteeltaan huomattavan voimakasta (räikeää), edes hyväksyttävä peruste ei oikeuta sitä.

### 3.4.2 Johtopäätöksiä

Yksi keskeisistä oikeudellisista kehityskohdista on yksilön oikeuksien ja väestön hyvinvoinnin tasapainottaminen rajallisten resurssien todellisuudessa. Yksilön kokemat tarpeet ovat lähes rajattomat tai ainakin huomattavasti suuremmat kuin koskaan millään järjestelmällä voidaan niihin vastata. Myös ammattilaiset toivovat ymmärrettävästi ja luonnollisesti saavansa aina parempia menetelmiä käyttöönsä, jotta laatu ja potilaiden kokema hyöty olisi mahdollisimman hyvää. Historia on osoittanut, että tätä painetta helpotetaan aina vuosi vuodelta lisäämällä hieman resursseja. Resurssien lisääminen ei kuitenkaan ratkaise tätä ongelmaa ja voi aiheuttaa ongelmia kestävyys-suhteen. Ei myöskään ole mitenkään itsestään selvää, että suurimmat hyvinvointi- ja terveysvaikutukset tai paras saavutettavissa oleva oikeudenmukaisuus saadaan nimenomaan lisäämällä terveyspalveluiden resursseja.

Terveydenhuollon päätöksenteon oikeudellisen ohjauksen lähtökohta on tarveperiaate, joka korostaa potilaan yksilöllisen hoidontarpeen huomioon ottamista. Lähtökohta esimerkiksi potilaslaissa on lääketieteellisin kriteerein määritelty potilaan terveydentilan edellyttämä hoidon tarve. Tarveperiaate on kuitenkin riittämätön esimerkiksi tilanteissa, joissa on kyse eri potilasryhmien välisestä yhdenvertaisuudesta tai resurssien oikeudenmukaisesta kohdentamisesta. Lisäksi nykyinen priorisoinnin ohjaus on monitasoista ja sekavaa sekä osin vanhaa.

Nykyinen terveydenhuollon lainsäädännön ja oikeudellisen ohjauksen muodostama kokonaisuus ei riittävästi vastaa terveydenhuollon nykyisiin ja näköpiirissä oleviin tuleviin tarpeisiin priorisoinnin kehittämiseksi. Lainsäädäntöä tuleekin kehittää läpinäkyvämmän priorisoinnin mahdollistamiseksi siten, että resurssien oikeudenmukaisemmaksi jakamiseksi huomioidaan myös väestön terveys sekä yhteiskunnan taloudelliset

voimavarat. On korostettava sitä, että priorisointia tapahtuu jatkuvasti jo tälläkin hetkellä terveydenhuollon arjessa, ja että ilman priorisoinnin lainsäädännön ja muun normiohjauksen kehittämistä todellisuudessa jatketaan piilopriorisointia, koska taloudelliset ja muut resurssit ovat kuitenkin rajallisia, eivätkä välttämättä läheskään aina mahdollista kaiken potilaan sen hetkisen terveydentilan ja sairauden todennäköisen kulun kannalta mahdollisesti hyödyllisen hoidon antamista. Priorisoinnin kehittäminen nykyistä läpinäkyvämmäksi ja selkeämmäksi on myös tärkeää terveydenhuollon ammattihenkilöstön oikeusturvan ja terveydenhuollonvalvonta- ja vastuujärjestelmien toimivuuden ja tehokkuuden kannalta.

Priorisoinnin oikeudellista ohjausta tulee kehittää siten, että se mahdollistaa nykyistä avoimemmin ja selvemmin myös väestöterveyden ja yhteiskunnan taloudellisten voimavarojen huomioon ottamisen eri tasoilla: niin järjestelmän palveluvalikoimaa määrittäessä kuin terveydenhuollon ammattihenkilön tekemän ja lääketieteelliseen tietoon perustuvan potilaan yksilöllisen hoidontarpeen arvioinnin yhteydessä.

## 4 Kansainväliset esimerkit priorisoinnista

Eri maissa priorisointikeskustelua on käyty eri lähtökohdista ja tarpeista, ja useassa maassa on toiminut erillisiä priorisointikomiteoita jo 1980-luvulta alkaen.

- Tutkimuksen kohteeksi priorisointi alkoi yleistyä samaan aikaan terveydenhuollon menetelmien kehittymisen myötä 1980-luvun lopulta. Samaan aikaan kehittyi muun muassa näyttöön perustuva lääketiede, joka loi yhden välineen priorisointiin (Thoma & Eaves 2015).
- Useassa maassa on myös määritelty eksplisiittiset priorisoinnin periaatteet, joiden on tarkoitus ohjata terveydenhuollon priorisointia käytännössä (ks. Mäkelä ym. 2017, Sabik & Lie 2008).
- Kansainvälinen vertailutieto on tärkeää, jotta voidaan saada käsitys siitä, millaiset periaatteet ovat olleet toimivia ja sovellettavissa käytäntöön, sekä siitä, miten eri tavoin samoja periaatteita voidaan määritellä

Terveydenhuollossa priorisointia tapahtuu kaikkialla, mutta tutkimusta siitä on tehty lähinnä muutamissa läntisissä maissa; tarkasteltavien maiden valinta perustui siten aiempiin selvityksiin ja kansainväliseen tutkimuskirjallisuuteen. Mäkelä ym. (2017) keskittyivät vertailemaan priorisointia Norjassa, Ruotsissa ja Englannissa. Heidän selvitykseensä oli sisällytetty myös vertailutaulukko usean eri maan priorisointiperiaatteista ja -käytännöistä, ja sitä on tässäkin selvityksessä hyödynnetty soveltuvin osin. Lopullinen vertailumaiden lista sovittiin projektin ohjausryhmän kanssa. Kuvaus valittujen maiden terveydenhuoltojärjestelmien rahoituksesta on liitteessä 2.

Aineisto on kerätty ”desktop”-menetelmällä. Tieteellisten tutkimusten lisäksi on hyödynnetty kansallisesti julkaistua materiaalia periaatteista ja toteutuksesta: eri maiden viranomaisten, usein ministeriöiden, virallisia selvityksiä ja tutkimuksia priorisoinnista. Lisäksi aineistona on hyödynnetty myös esimerkiksi WHO:n raportteja, Maailmanpankin tilastoja, väitöskirjoja sekä mediajulkaisuja ja uutisia. Pääosan aineistosta ovat kuitenkin muodostaneet tieteelliset julkaisut. Hakusanoina ja -fraaseina on käytetty muun muassa ”Priority setting in health care”, ”Health care prioritization”, ”Health care rationing”, ”Health care resource allocation”, ”Health care prioritization equity”, ”Health outcomes”, ”Patient outcomes”, ”Consequences”, ”HTA assessment prioritization”, ”Decisions on new treatments”, ”Decision on new drugs” sekä näiden muunnelmia ja yhdistelmiä. Hauissa on käytetty myös hakulausekeavustinta.

Tässä luvussa käsitellään ensimmäisessä alaluvussa priorisoinnin historiaa eri maissa, toisessa alaluvussa priorisointia teoriassa ja käytännössä, tämän jälkeen

priorisoinnin periaatteiden soveltamisen tuloksia ja vaikutuksia ja lopuksi on yhteenveto priorisoinnista eri maissa ja vertailutiedon merkityksestä periaatteiden kehittämiseksi Suomessa.

## 4.1 Maissa, jossa priorisoinnin periaatteet on määritelty, on pitkät perinteet priorisointikeskustelulle

**Suomessa** valtionhallinto ei ole ottanut yhtä näkyvää roolia priorisoinnissa kuin esimerkiksi Ruotsissa tai Norjassa eikä sille ole samalla tavalla määritelty rakenteita eikä toimijoita. **Norjassa** jo 1980-luvulta ja **Ruotsissa** ja **Uudessa-Seelannissa** 1990-luvulta alkaen erikseen asetetut parlamentaariset komiteat ovat pohtineet ja työstäneet priorisoinnin eettisiä periaatteita ja käytännön toteutusta. **Englannissa** perustettiin vuonna 1999 terveyshallituksen alainen, mutta toiminnallisesti riippumaton instituutti, NICE (National Institute for Clinical Excellence), vähentämään NHS:n (kansallinen terveydenhuoltojärjestelmä) palvelujen saatavuus- ja laatuvaihteluja maantieteellisesti alueittain. **Alankomaihin**, jossa on sairausvakuutukseen perustuva terveysjärjestelmä, perustettiin 1990-luvulla palveluvalikoimakomitea (Dunningin komitea) laatimaan priorisointikriteerejä vakuutuspakettiin olennaisten palveluiden sisällyttämistä varten.

Muissa tarkasteluissa maissamme, **Tanskassa, Saksassa, Itävallassa, Ranskassa, Australiassa ja Kanadassa**, ei ole määritelty eksplisiittisiä priorisoinnin kriteereitä, vaikka osassa maita priorisoinnista on voitu käyty keskustelua tai terveydenhuollon periaatteita on kuvattu.

**Suomessa** valtionhallinto ei ole ottanut yhtä näkyvää roolia priorisoinnissa kuin esimerkiksi Ruotsissa tai Norjassa eikä sille ole samalla tavalla määritelty rakenteita tai toimijoita. Suomessa Hanasaressa pidettiin vuonna 1999 priorisointiin liittyvä ns. konsensuskokous, mutta se ei johtanut konkreettisiin toimenpiteisiin. 2000-luvulla keskustelua priorisoinnista on käyty vaihtelevasti, ja siitä yhtenä esimerkkinä on vuoden 2002–2007 toteutettu Kansallinen terveyshanke, jossa priorisointi oli yhtenä teemana. (Ryynänen ym. 2004.) Terveystieteiden tutkimuskeskuksen toimintatapojen vaihtelua on kuitenkin pyritty tasaamaan hoitosuosituksilla. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim Käypä hoito -suositusten toimittaminen alkoi ensin projektina 1994–96 ja vakiintui pysyväksi toiminnaksi. Sen vaikutus on tapahtunut informaatio-ohjauksen kautta ja sillä on vaikutuksia hoitomuotoihin. Nykyisin se julkaisee myös Vältä viisaasti -suosituksia, joilla pyritään heikosti vaikuttavien hoitojen vähentämiseen palveluissa. (Ketola ym. 2004., Sipilä ym. 2020) Tällä hetkellä Käypä hoito -suosituksissa ei ole huomioitu kustannuksia, mutta niiden mukaan ottamista tarkastellaan parhaillaan (proshade.fi). On kuitenkin

huomattava, että Lääkäriseura Duodecim tai Käypä hoito eivät ole kansallisessa ohjauksessa, vaan ne pohjautuvat riippumattomaan asiantuntijatoimintaan. Alkaen vuodesta 2010 on myös julkaistu yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita, jotka Sosiaali- ja terveysministeriö laatii yhdessä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa.

**Ruotsiin** asetettiin vuonna 1992 parlamentaarinen komitea pohtimaan priorisoinnin eettisiä periaatteita ja käytännön toteutusta, ja työskentelyn aikana kuultiin laajasti terveydenhuollon toimijoita ja kansalaisia. Loppuraportti valmistui vuonna 1995. Vuonna 1997 Ruotsin valtiopäivät vahvisti tämän komission ehdotuksen terveydenhuollon priorisoinnin suuntaviivoista, ja eettisistä periaatteista kaksi ensimmäistä kirjattiin terveydenhuoltolakiin. (Drees ym. 2021; Mäkelä ym. 2017.) Niiden pohjalta priorisointia on toteutettu Socialstyrelsenin johdolla ja viety hoitosuosituksiin kriteereiksi ja sitä kautta palvelujen ohjaukseen ensin informaatio-ohjauksen kautta ja myöhemmin paikallisen kriteerien ja menetelmien jalkauttamisen kautta (Krevers ja Bäckman 2021). Ruotsissa avoin priorisointi terveydenhuollossa on saanut vähitellen kannatusta ja arvostustakin (Carlsson 2010). Maahan on yhteistyössä Socialstyrelsenin, Priorisointikeskuksen ja maakäräjien (landstinget) kesken rakennettu yhteinen kansallinen priorisointimalli avoimen ja systemaattisen priorisoinnin toteuttamiseksi, ja mallia on käytetty apuna useissa maakäräjissä, kun on tehty kokeiluja terveydenhuollon resurssien uudelleen kohdentamiseksi. Linköpingin yliopiston yhteydessä toimivan priorisointikeskuksen rooli on ollut muun muassa tehdä priorisointiin liittyviä tutkimuksia ja selvityksiä sekä tehdä kehittämistyötä. (Mäkelä ym. 2017.)

**Norjassa** on ollut pitkät perinteet priorisoinnissa. Ensimmäinen Lönningin komitea periaatteiden ja kriteerien luomista varten perustettiin vuonna 1987, toinen Lönningin komitea vuonna 1997. Vuonna 2013 Norheimin priorisointikomitea perustettiin hallituksen ehdotuksesta, ja komitea keskusteli muun muassa priorisointiperiaatteiden ja kriteerien uudistamisesta. Kansallinen priorisointineuvosto, jonka tehtävä oli tuottaa priorisointisuosituksia, perustettiin vuonna 2002 tukemaan terveydenhuollon priorisointia sekä edistämään eri toimijoiden välistä vuorovaikutusta, mutta se lakkautettiin vuonna 2017. Komitean, jonka tapaamiset olivat avoimia tavallisille kansalaisille, osallistujat olivat pääasiassa erilaisia asiantuntijoita, poliittisia päättäjiä, tutkijoita sekä potilasjärjestöjen edustajia. (Mäkelä ym. 2017; Principles for priority setting in health care 2017.) Mäkelän ja kollegoiden (2017) mukaan Norjan sosiaali- ja terveysministeriö perusti vuonna 2013 kansallisen Nye metoder -ohjelman uusien terveydenhuollon menetelmien hallittuun käyttöönottoon erikoissairaanhoidossa; kansallisen tason päätökset uusien menetelmien käyttöönotosta tekee terveystieteiden edustajista koostuva Päätösfoorumi, ja näiden päätösten perustana toimivat kansalliset HTA-katsaukset (Health Technology Assessment, HTA). (ks. myös <https://nyemetoder.no/>)

**Englannissa** perustettiin vuonna 1999 terveyshallituksen alainen, mutta toiminnallisesti riippumaton instituutti, NICE (National Institute for Clinical Excellence), vähentämään NHS:n (kansallinen terveydenhuoltojärjestelmä) palvelujen saatavuus- ja laatu- vaihteluja maantieteellisesti alueittain. Vuonna 2012 NICE:n toiminta vahvistettiin laissa (Health and Social Care Act 2012). Hallitusten politiikka on Englannissa vaikuttanut vahvasti NHS:n palveluvalikoimaan. NHS:n nykyinen palveluvalikoima (benefits package) on muotoutunut kansallisten, alueellisten ja paikallisten päätösten lopputuloksena. (Mäkelä ym. 2017.)

**Alankomaissa** 1990-luvulla palveluvalikoimakomitea (Dunningin komitea) perustettiin laatimaan priorisointikriteerejä vakuutuspakettiin olennaisten palveluiden sisällyttämistä varten. Dunningin ”siivilä” oli lopputulos tästä lähestymistavasta, ja se määritteli, mitä palveluita tulisi rahoittamaan. (Sabik & Lie 2008). Palveluvalikoimasta päättää terveyden, hyvinvoinnin ja liikunnan ministeriö, jota tukee päätöksenteossa ZIN (Dutch Health Care Institute). Maassa kansallinen terveydenhuollon instituutti arvioi nykyisin uusien teknologioiden tehokkuutta ja kustannustehokkuutta sekä neuvoo terveysministeriötä niiden sisällyttämiseksi pakolliseen etuuspakettiin<sup>141</sup>.

**Uudessa-Seelannissa** NACCH (the National Advisory Committee on Core Health and Disability Support Services) perustettiin vuonna 1993 arvioimaan julkisen terveydenhuollon palveluvalikoimaa. Se määritteli budjetin käyttöä sekä pääsykriteereitä tiettyihin palveluihin, ja se loi myös periaatteet priorisoinnille. Varsinaisia kriteereitä alettiin muovata myöhemmin yhdessä klinikoiden ja kansalaisten kanssa. Vuonna 1999 uudelleen nimettiin NHC:ksi (National Health Committee), jonka tehtävä on vuotuisesti arvioida peruspalveluja evidenssipohjaisesti. (Logan ym. 2004.)

**Tanskassa, Saksassa, Itävallassa, Ranskassa, Australiassa ja Kanadassa**, ei ole määritelty eksplisiittisiä priorisoinnin kriteereitä, vaikka osassa maita priorisoinnista on voitu käytyä keskustelua, terveydenhuollon periaatteita on säädetty ja osassa terveydenhuoltojärjestelmiä on priorisointiin viittaavia piirteitä. **Tanskassa** maan eettisen komitean yleiskriteerit terveydenhuollon priorisointiin luotiin vuonna 1996. Suoranaisia päätöksiä priorisoinnista ei ole haluttu tehdä, vaan on vain päätetty priorisoinnin osaluista, ei eksplisiittisesti periaatteista tai kriteereistä (Hoffman 2013). Tanskassa Medicinrådet on riippumaton neuvosto, joka valmistelee suosituksia siitä, minkä lääkkeiden tulisi olla standardihoitoja maan sairaaloissa.<sup>142</sup> Lisäksi Tanskassa alueet perustivat Behandlingsrådetin vuonna 2021, ja sen tarkoituksena on kohdistaa tervey-

<sup>141</sup> <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/netherlands>

<sup>142</sup> <https://medicinraadet.dk/>

denhuollon resursseja sellaisiin teknologioihin ja aloitteisiin, jotka tuottavat samalla rahalla eniten terveyttä.<sup>143</sup> **Kanadassa** merkittävin yritys avoimemmasta ja julkisemmasta priorisoinnista on 1999 alkanut The Western Canada Waiting List -projekti. Siinä potilaat pyritään laittamaan kiireellisyysjärjestykseen eksplisiittisin kriteerein tavoitteena tasavertaisuus (Noseworthy ym. 2003). Kanadassa on tehty 2000-luvulla priorisointia ja sen ehtoja käsitteleviä tutkimuksia; terveydenhuollon päätöksenteosta vastaavat viranomaiset ovat Kanadassa ilmaisseet halunsa toteuttaa eksplisiittisempää ja näyttöön perustuvaa priorisointia (Teng ym. 2007). **Australiassa** alkoi vuonna 1996 terveysalueiden priorisointiin liittyvä National Health Priority Areas -ohjelma, joka kokoontui vuoteen 1999 saakka. Tavoitteena oli mm. vähentää tautitaakkaa sekä kaivata terveyseroja; fokuksessa olivat mm. sydän- ja verisuonitaudit, diabetes ja mielenterveyshäiriöt. Tällä hetkellä ollaan luomassa siihen perustuvaa toimikuntaa. Eksplisiittisiä priorisointikriteereitä ei ole kuitenkaan määritelty (Otim ym. 2014). **Saksassa** taas priorisointikeskustelua ei ole haluttu juuri käydä, ja priorisoinnin käsitteellä on huono kaiku julkisuudessa ja politiikassa historiallisista syistä (Raspe 2010).

## 4.2 Muutamissa maissa priorisoinnin periaatteet on määritelty ja ne on konkretisoitu kriteereiksi

Eri maiden priorisoinnin periaatteiden ja käytänteiden selvityksessä fokuksessa oli kymmenen eri kehittyneen terveydenhuoltojärjestelmän maata.

- Karkeasti voidaan sanoa, että Ruotsissa, Norjassa, Alankomaissa, Uudessa-Seelannissa ja Englannissa priorisointia on tehty eksplisiittisesti ja avoimesti
- Tanskassa, Kanadassa, Australiassa, Saksassa, Itävallassa ja Ranskassa priorisointia on tehty implisiittisesti tai vain osittain eksplisiittisesti, esimerkiksi terveydenhuollon yleisten periaatteiden pohjalta.

**Ruotsissa** *ihmisarvon periaate* on ensisijainen eettinen periaate, ja se koskee henkilökohtaisia ominaisuuksia ja toimintoja yhteiskunnassa, joiden ei pitäisi vaikuttaa prioriteetteihin (ja siksi niiden ei pitäisi vaikuttaa vakavuuden arviointiin), esim. lahjakkuus, sosiaalinen asema, vastuu, tulot, kronologinen ikä, ja sukupuoli. *Tarve-solidarisuusperiaatteen* tarpeen käsite määritellään siten, että tarjotaan enemmän resursseja potilaille, joilla on vakavampia sairauksia sekä huonompi elämänlaatu kuin muilla. Kolmantena on *kustannusvaikuttavuuden* periaate, jonka mukaan kustannusten pitää olla kohtuulliset muihin terveydenhuoltopalveluihin verrattuna. (Barra ym. 2020).

<sup>143</sup> <https://behandlingsraadet.dk/>

Socialstyrelsen valitsee priorisoinnin kehittämisen kohteeksi laajan sairausryhmän tai toimintakyvyn osa-alueen ja sen ympärille rakennetaan kriteereitä, indikaattoreita ja mittareita. Prioriteettiluokituksia ja hoitosuosituksia kehitetään jatkuvasti, ja niitä on tällä hetkellä 21 sairausryhmään. Hoitosuositukset toimivat sairaus-interventio –pa-reissa, mikä tarkoittaa sitä, että tiettyyn sairauteen tai tilaan yritetään sovittaa paras mahdollinen interventio tai hoito. Hoitosuositukset ovat asteikoilla 1–10, jossa 1 on suositelluin ja 10 vähiten suositeltu. Lisäksi on kategoria ”ei toteuteta”. Sopivimman intervention valinnassa hyödynnetään sairauden vakavuuden, intervention vaikutusten sekä kustannusvaikuttavuuden priorisointiperiaatteita. Tämä poikkeaa perinteisistä hoitosuosituksista, joissa tyypillisesti keskitytään ainoastaan hoitojen vaikutuksiin. (Socialstyrelsen 2021; Drees ym. 2021). Mäkelän ja kollegoiden (2017) mukaan kyse on resurssien tehokkaammasta käytöstä, ja prosessin aikana tunnistetaan palvelulikoimaan sisällytettävät priorisointiobjektit. Ruotsissa maakäräjät toteuttavat itsenäisesti ja hyvin vapaasti priorisointisuosituksia. Laatupainotetuissa elinvuosissa hintakatto vaihtelee 500000 – 1000000 SEK/QALY:n välillä riippuen sairauden vakavuudesta, luokittelun ollessa kolmiportainen (Persson 2018). Ruotsissa priorisoinnissa hyödynnetään HTA-arviointiraportteja, joita sosiaalishallitus käyttää hoitosuositustensa yhtenä tietoperustana lääkekorvauksissa, menetelmäarvioissa ja yleisesti näyttöön perustuvan lääketieteen soveltamisessa. (Mäkelä ym. 2017).

**Norjassa** priorisoinnin periaatteina ovat 1) *terveysshyöty*: kuinka paljon lääketieteellinen interventio pidentää potilaan elämää, ja/tai parantaa potilaan elämänlaatua, 2) *resurssien käyttö tai kustannusvaikuttavuus*: mitä vähemmän interventio vaatii resursseja (per potilas), sitä korkeampi prioriteetti, 3) *sairauden vakavuus*: priorisoidaan interventioita sairauksiin, joissa ilmenee paljon menetettyjä terveitä elinvuosia, jos hoitoa ei anneta. (Principles for priority setting in health care 2017).

Norjassa priorisointi käytännössä toteutuu hoitosuositusten ja uusien hoitomenetelmien arvioinnin kautta. Esimerkiksi lääkkeille ja teknologialle on omat menettelynsä. Sairauden vakavuus mitataan QALY:n perusteella: lasketaan odotettu tuleva QALY-”tappio” ja lasketaan ero terveen henkilön ikäkohtaiseen odotettavissa olevaan jäljellä olevien QALY-lukujen määrään. Vakavammille sairauksille hyväksytään korkeammat kustannukset QALY:a kohden. Rajaa painotetaan sen perusteella, kuinka vakavasta sairaudesta on kyse: vakavissa sairauksissa kustannus/QALY saa olla korkeampi (825 000 NOK). (Barra ym. 2020; Ottersen ym. 2016)

Norjassa palvelut on luokiteltu neljään eri ryhmään sairauden vakavuuden perusteella.<sup>144</sup> Esimerkiksi hoidon kuuluminen ensimmäiseen kategoriaan edellyttää a) riski

<sup>144</sup> 1. fundamentaalit terveyspalvelut (vain näihin pätevät tarkat priorisointiperiaatteiden mukaiset toimet) 2. lisäterveyspalvelut (vähemmän vakavat ja selkeät tapaukset kuin edellisessä) 3. matala prioriteetti, rajatapaukset, kuten hedelmöityshoidot 4. ei prioriteettia, ei julkisrahoitteista.



kuolla sairauteen 5 vuoden sisällä on enemmän kuin 5-10 % (vakavuus) b) todennäköisyys sille, että hoidon ansiosta selviää hengissä yli 5 vuotta on suurempi kuin 10 % c) kustannukset ovat kohtuullisia hyötyyn nähden. Hoitojonojen suhteen tehdään myös kiireellisyysarviota (prioriteetti 1-3) (Askildsen ym. 2011). Priorisointisuositusten toteuttamisessa päätöksenteon päävastuu on alueilla ja kunnilla, mutta sairaanhoitoalueet tekevät myös omia päätöksiään. (Mäkelä ym. 2017). Kaksi neljästä sairaanhoitoalueesta ovat alkaneet kehittää hoitosuosituksia jonossa oleville potilaille priorisointiperiaatteiden pohjalta. Näyttöä periaatteiden soveltamisen vaikutuksista ei ole.

**Englannissa** NICE määrittelee priorisoinnissa ja palveluvalikoiman määrittelemisessä hyödynnettäviä kriteereitä periaatteille, jotka ovat *vaikuttavuus, kustannusvaikuttavuus ja oikeudenmukaisuus*. NHS:n tilaajaorganisaatioilla on lakisääteinen velvollisuus osoittaa taloudelliset ja muut resurssit niille lääkkeille ja hoidoille, joita suositellaan NICE:n teknologia-arviointeihin perustuvissa päätöksissä. Näyttöön perustuva lääketiede -pohjainen priorisointiajattelu on vahvana Englannissa; NICE koordinoi sekä HTA-arviointia että muodostaa hoitosuosituksia spesifisti eri sairauksille, ja sillä on koordinoiva rooli niiden toimeenpanossa. NICE suosittelee hoitoa, jos sen rajakustannus jää alle £20 000/QALY; jos se on £20 000 – £30 000/QALY, niin perusteiden pitää olla vahvempia. Yli £30 000/QALY ei pääsääntöisesti hyväksytä palveluvalikoimaan. (Mäkelä ym. 2017; Sabik & Lie 2008; McCabe ym. 2008)

**Uudessa-Seelannissa** määriteltiin priorisointiperiaatteita 1990-luvun alussa, jolloin ns. Core Services Committee määritteli priorisointiperiaatteiksi *tehokkuuden, oikeudenmukaisuuden, hyväksyttävyyden sekä terveyden edistämisen*. Alueet voivat myös määritellä periaatteita itsenäisesti, ja esimerkiksi yhdellä hallinnollisella alueella (District Health Boardilla) on lisäksi omana periaatteenaan *Maorien (alkuperäisväestön) terveyden edistäminen*. Kansallisella tasolla priorisoinnissa on pidetty tärkeänä konkreettisten menetelmien kehittämistä, ja yhtenä esimerkkinä tällaisesta on CPAC-menetelmä (Clinical Priority Access Tool) joka on käytännössä leikkausjonojen pisteytysjärjestelmä. Jokainen jonossa oleva potilas priorisoidaan sen mukaan, miten he saavat pisteitä työkaluun liittyvissä lääketieteellisissä kriteereissä ja lopulta heille annetaan yhteispisteet, joiden pohjalta potilaat asetetaan järjestykseen. Monet sairaanhoitopiirit ovat kehittäneet myös omia pisteytystyökalujaan. (Sabik & Lie 2008; National Health Committee 2004)

**Alankomaissa** sairausvakuutuksen peruspakettiin sisällyttämisen periaatteet (ns. Dunningin siivilä) ovat *tarve* (onko sairaus riittävän vakava ja onko vakuutus oikea väline), *vaikuttavuus, kustannusvaikuttavuus ja yksilön vastuu*. Dunningin komitea kuvaili näiden periaatteiden muodostavan seulan sellaisten palvelujen siivilöimiseksi, joita ei pitäisi rahoittaa julkisesti. Ajatuksena oli, että periaatteita pitäisi soveltaa peräkkäin alkaen välttämättömyden periaatteesta ja sitten tarjottavien palvelujen määrän rajoittamisesta. Välttämättömyden periaate määriteltiin hyvin laajasti, tarkoittaen

periaatteessa mitä tahansa interventiota, joka voisi tuottaa lääketieteellistä hyötyä. Tehokkuusperiaatteen osalta valiokunta erotti toimet, joissa vaikutuksesta joko oli näyttöä tai ei. Lopuksi siivilöityivät palvelut, jotka komitean mukaan ovat yksilön itsensä vastuulla. Nämä kriteerit ovat herättäneet paljon myös julkista kritiikkiä, erityisesti välttämättömyyden kriteeri. Kustannusvaikuttavuus ja yksilön vastuu määrittelevät vahvasti palveluvalikoimaa, esim. hammashoito katsotaan yksilön vastuulla olevaksi ja täten palveluvalikoiman ulkopuoliseksi palveluksi. Periaatteiden noudattamisesta ei kuitenkaan ole selkeitä viitteitä. (Sabik & Lie 2008; Stolk & Poley 2005)

**Tanskassa, Saksassa, Itävallassa, Australiassa, Kanadassa ja Ranskassa** ei ole laadittu eksplisiittisesti priorisointiperiaatteita tai -kriteereitä valtiollisella tasolla, vaikka keskustelua on saatettu käydä julkisuudessa ja politiikassa. Saksassa ja Itävallassa palveluntuottajat tosin hyödyntävät palveluvalikoimaa arvioidessaan esimerkiksi hyödyn ja kustannusvaikuttavuuden kriteereitä (Mäkelä ym. 2017). Monessa maassa terveydenhuollossa on määritetty taustaperiaatteita tai sairausluokkia, joita terveydenhuollossa halutaan painottaa. Toimintaa priorisoinnin suuntaan on saatettu viedä hyvin pitkällekin, kuten Australiassa, mutta priorisointi on silti käytännössä implisiittistä. Kaikissa näissä maissa hyödynnetään HTA-arviointia menetelmien ja hoitojen arvioinnissa ja suositusten muodostamisessa. Hoitosuosituksia ja näyttöön perustuvaa lääketiedettä hyödynnetään kaikissa tarkastelluissa maissa.

**Taulukko 3.** Terveysthuollon priorisointiperiaatteet eri maissa

Maa	Priorisoinnin periaatteet	Operationalisointi / kriteerit (jos määritelty)	Muuta
Ruotsi	<p><b>Ihmisarvon periaate:</b> ensisijainen eettinen periaate, ja koskee henkilökohtaisia ominaisuuksia ja toimintoja yhteiskunnassa sekä itsenäisen elämän säilyttämistä, joiden ei pitäisi vaikuttaa prioriteetteihin (ja siksi niiden ei pitäisi vaikuttaa vakavuuden arviointiin), esim. lahjakkuus, sosiaalinen asema, työkyky, vastuu, tulot, kronologinen ikä, ja sukupuoli.</p> <p><b>Tarve-solidarisuusperiaate:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Sairauden vakavuus:</i> Priorisoidaan sairauksia, joissa kärsimys suurta, riski kuolemaan tai kärsimyksen jatkumiseen on suuri sekä oletettavasti kestää kauan.</li> <li>- <i>Odotettu terveyshyöty:</i> Priorisoidaan interventioita sen mukaan, miten paljon terveyttä tuottavat sekä arvioidaan hoitointervention sivuvaikutusten riskejä</li> </ul> <p><b>Kustannusvaikuttavuus:</b> mitä vähemmän resursseja vaatii (per potilas), sitä korkeampi prioriteetti.</p>	<p>SEK/QALY: 500000-1000000 riippuen vakavuudesta, kolmiportainen luokittelu</p> <p>Esimerkiksi viime vuosien päätökset osoittavat, että 1000 000 SEK/QALY kynnys on hyväksytty vaikeimmille sairauksille, 750 000 SEK/QALY vaikeille sairauksille, 500 000 SEK/QALY kohtalaisille sairauksille ja vastaava vähennys alimmalle tasolle.</p>	
Norja	<p><b>Terveyshyöty:</b> priorisoidaan interventioita sen mukaan, miten paljon terveyttä tuottavat</p> <p><b>Kustannusvaikuttavuus:</b> mitä vähemmän resursseja vaatii (per potilas), sitä korkeampi prioriteetti</p> <p><b>Sairauden vakavuus:</b> priorisoidaan interventioita sairauksiin, joissa paljon menetettyjä terveitä elinvuosia, jos hoitoa ei anneta</p>	<p>QALY raja 275 000 NOK, rajaa painotetaan sen perusteella, kuinka vakavasta sairaudesta on kyse: vakavissa sairauksissa NOK/QALY saa olla korkeampi (825 000 NOK)</p> <p>Budjettivaikutus huomioidaan (koska vaikuttaa vaihtoehtokustannukseen)</p> <p>Harvinaisille, vakaville sairauksille poikkeuksia</p>	<p>Työkyvyn taloudellista hyötyä yhteiskunnalle ei saa huomioida, mutta Quality of Life - hyödyn saa</p>
Englanti	<p><b>Vaikuttavuus</b></p> <p><b>Kustannusvaikuttavuus</b></p> <p><b>Oikeudenmukaisuus</b></p> <p>NICE päättää priorisoinnissa ja palveluvalikoiman määrittelemisessä hyödynnettäviä kriteereistä</p>	<p>QALY: NICE suosittelee hoitoa, jos sen hoito jää alle £20 000/QALY; jos se on £20 000-£30 000/QALY, niin perusteiden pitää olla vahvempia. Yli £30 000/QALY ei pääsääntöisesti hyväksytä palveluvalikoimaan.</p>	<p>Priorisointia ja palveluvalikoimaa arvioiva toimielin NICE voi suosittelaa vain hoitoja, joista on riittävästi näyttöä.</p> <p>UK:n Cancer Drugs Fundiin otetaan mukaan lääkkeitä, jotka ovat jo</p>

Maa	Priorisoinnin periaatteet	Operationalisointi / kriteerit (jos määritelty)	Muuta
Alanko- maat	<p><b>Tarve (onko sairaus riittävän vakava ja onko vakuutus oikea väline)</b></p> <p><b>Vaikuttavuus Kustannusvaikuttavuus</b></p> <p><b>Yksilön vastuu</b></p>	<p>Dunningin komitea kuvaili näiden periaatteiden muodostavan seulan sellaisten palvelujen siivilöimiseksi, joita ei pitäisi rahoittaa julkisesti. Näitä pitäisi soveltaa peräkkäin alkaen välttämättömyden periaatteesta ja sitten tarjottavien palvelujen määrän rajoittamisesta</p>	<p>markkinoilla, mutta niiden ei tarvitse olla sisällytetty hoitosuosituksiin, eikä käydä läpi NICE:n hyväksymisprosessia a cancerresearchuk.org</p> <p>Kyseessä sairausvakuutuksen peruspakettiin sisällyttämisen kriteerit ovat (ns. Dunningin siivilä)</p>
Uusi- Seelanti	<p><b>Tehokkuus</b></p> <p><b>Oikeudenmukaisuus</b></p> <p><b>Hyväksyttävyyys</b></p> <p><b>Terveyden edistäminen</b></p> <p>Alueet voivat myös määritellä niitä itsenäisesti, ja esimerkiksi yhdellä hallinnollisella alueella (District Health Boardilla) on lisäksi omana periaatteenaan <b>Maorien (alkuperäisväestön) terveyden edistäminen.</b></p>	<p>Konkreettisten priorisoinnin pisteytystyökalut, esimerkkinä tällaisesta on CPAC-menetelmä (Clinical Priority Access Tool) joka on käytännössä leikkausjonon pisteytysjärjestelmä.</p>	

## 4.3 Priorisoinnin periaatteiden soveltamisen tuloksista ja vaikutuksista on vain pirstaleista näyttöä

Näyttö ja tulokset periaatteiden systemaattisesta soveltamisesta ovat suppeita eikä tutkimusta ole tehty systemaattisesti, vaan tutkimus nojaa yksittäisiin esimerkkeihin.

Eri maissa on myös kehitelty menetelmiä potilaiden asettamisesta prioriteettijärjestykseen, mutta menetelmät kohdistuvat tyypillisesti vain pienehköön potilasryhmään, kuten leikkauspotilaisiin. Poikkeuksena tästä Ruotsissa on liitetty useiden sairauksien hoitosuositukseen prioriteettijärjestys, joka huomioi sekä sairauden vakavuuden että hoitojen kustannusvaikuttavuuden. Tämä tukee priorisointia paremmin kuin pelkkä hoitosuositusten laatiminen ainoastaan hoitojen vaikuttavuuden perusteella, mikä on tyypillinen tapa kansallisten ja kansainvälisten hoitosuositusten laadinnassa.

Seuraavassa esitellään tutkimuskirjallisuudessa ja muissa verkkolähteissä esiin nousseita tuloksia siitä, miten priorisointiperiaatteita on sovellettu eri maissa.

Ruotsissa arvioidaan kansallisesti priorisointiohjeiden noudattamista. Arviointeja on tehty eri näkökulmista, kuten palvelujen päätöksenteon prosessin arviointia (Krevers ja Bäckman 2021) ja ammattilaisten ja potilaiden osallistamisen toteutumisen arviointia (Broqvist ja Tegnevik 2021). Arvioinnit kytkeytyvät läheisesti hoidon laadun arviointiin, joka perustuu pitkäaikaissairauksille kansallisesti määritettyjen tavoitetasojen toteutumisen seurantaan.

Paikallisesti on tehty kokeiluja, joissa on tunnistettu matalan ja korkean priorisoinnin sairauksia sekä kohdennettu uudelleen budjettia eri sairauksien hoitoon. Carlssonin (2010) mukaan Ruotsin Västerbottenissa tunnistettiin matalan ja korkean prioriteetin palveluita ja siten uudelleen allokoitiin 10 miljoonalla kruunulla palveluita: esimerkiksi seurantakäyntien käyntiväliä pidennettiin, millä saatiin säästöjä, ja tätä rahaa siirrettiin diabeteksen, dementian sekä palliatiiviseen hoitoon. Gävleborgin alueella (Calltorp 1999) kokeiltiin priorisoinnissa palvelulistaa, jossa oli eksplisiittisesti listattu viisiportaisella asteikolla tiettyyn sairauteen tarjottavan hoidon tai intervention prioriteetti.

Englannissa resurssit ja kustannusvaikuttavuus ovat olleet priorisoinnissa keskeisiä periaatteita. NHS:ssä on pohdittu ylipainoisten ja tupakoitsijoiden rajoittamista leikkauksiin pääsyä ja täyttämään tietyt kriteerit, ennen kuin he pääsevät operaatioon. Tämä on liitetty keskusteluun priorisoinnista siten, että on vedottu niukkoihin resursseihin terveydenhuollossa; toisaalta tätä on perusteltu myös yksilön vastuun periaat-

teella (Pillutla ym. 2018.). Toisessa tutkimuksessa Englannissa kustannusvaikuttavuuden periaatteen pohjalta ikäihmisten palveluissa siirrettiin painotusta sairaalahoidosta yhä enemmän kotona annettavaan hoitoon (Daniels ym. 2013).

Potilasryhmä- ja sairaustasolla on myös jonkin verran näyttöä priorisoinnin periaatteiden soveltamisesta, mutta näyttö on hajanaista. Näyttöä on muun muassa elekttiivisten potilaiden odotusajassa priorisointiperiaatteiden soveltamisesta joko sairauteen tai potilasryhmään liittyvien ominaisuuksien perusteella tai ammattilaisilla siinä, miten he käytännössä ovat soveltaneet periaatteita ns. meso- tai mikrotasolla

Tulokset osoittavat, että vakavimmista sairauksista kärsivät potilaat saavat liian vähän prioriteettia Norjan terveydenhuollossa suhteessa alemman prioriteetin potilaisiin. Toisaalta siis priorisoinnilla oli merkitystä ja sitä sovellettiin, mutta se ei kohdistunut elekttiivisillä potilailla kuten oli ajateltu. (Askildsen ym. 2011)

Ammattilaisille priorisoinnin periaatteiden on koettu olevan tarpeellisia. Ruotsalaisessa haastattelututkimuksessa terveydenhuollon ammattilaisille selvisi, että vaikka hoitajilla oli haasteita soveltaa priorisointiin perustuvia hoitosuosituksia erityisesti näytön ja kustannusvaikuttavuuden osalta, ne koettiin silti hyvinä ja niiden koettiin siirtävän painopistettä lääkinnällisestä työstä hoidolliseen (Lund 2010). Toisen tutkimuksen mukaan Ruotsissa sydänsairauksiin luodut ja priorisointiperiaatteisiin nojaavat kansalliset hoitosuositukset ovat laajasti ruotsalaisten kardiologien hyväksymiä: 81 prosenttia heistä ilmoitti hyödyntäneensä kansallisia priorisointiohjeita kliinisessä päätöksenteossa (Carlsson 2010).

On vain vähän esimerkkejä eri väestöryhmiä etnisyyden tai muun perusteen pohjalta tapahtuvasta priorisoinnista, mutta esimerkiksi Uudessa-Seelannissa on medialähteen mukaan priorisoitu hoitoonpääsyä alkuperäiskansoihin kuuluville kansalaisille: elekttiivistä leikkausta odottavat Māori- ja Pacific-taustaiset on asetettu hiljattain esim. Wellingtonin alueen odotuslistojen kärkeen. Potilaan etnisyys otetaan lähteen mukaan huomioon erikoissairaanhoidossa, jossa huomioidaan klinisen kiireellisyyden taso ja odotuslistalla olevien päivien määrä. (NZ Herald 2020)

Yksittäisten priorisoinnin tukena käytettävien menetelmien tai työkalujen vaikutuksia on vaikea osoittaa. Srikumar (2020) havaitsi, että potilaiden priorisointityökalun koettiin selkeyttävän prosesseja ja tekevän päätöksenteosta objektiivisempää, mutta sen käytön ei voitu todeta purkavan leikkausjonoja. Eräessä systemaattisessa katsauksessa potilaiden priorisointityökaluista (PPT, patient prioritization tools) myös todettiin, että vielä ei ole olemassa systemaattista näyttöä niiden hyödyllisyydestä. Tutkijat esittivät, että työkalujen vaikuttavuutta on vaikea osoittaa, sillä niin monia tekijöitä pitää tutkimuksessa ottaa huomioon. Vaikuttavuutta pitää heidän mukaansa tarkastella

useissa eri konteksteissa ja ottaa huomioon ammattilaisten, järjestelmän ja potilaiden näkökulmat. (Déry ym. 2019)

## 4.4 Järjestelmien tarkastelu eri lopputulosten näkökulmasta

Yksi tapa tarkastella priorisoinnin onnistumista on arvioida eri terveystalvvelujärjestelmien suorituskykyä valittujen lopputulosten näkökulmasta. Näitä arviointeja ja vertailuja on toki hankala toteuttaa, sillä järjestelmätasolla tuloksiin vaikuttavat monet muut yhteiskunnassa tapahtuvat asiat. Jotain suuntaa kuitenkin voidaan saada siitä, mitkä näyttäisivät olevan kunkin järjestelmän erityisiä haasteita ja toisaalta taas, missä kenties on onnistuttu.

Taulukossa 4 on esitetty OECD:n yhdenvertaisuusindeksejä sekä terveydenhuollon menot per asukas absoluuttisena ja prosenttina bruttokansantuotteesta. Yhdenvertaisuusindeksit kuvaavat, kuinka hyvin pääsy palveluihin toteutuu väestössä tulotasosta riippumatta: mitä suurempi luku, sitä enemmän korkea tulotaso vaikuttaa palvelujen saantiin. Negatiivinen luku puolestaan tarkoittaa, että pienituloisilla on suhteessa hyvätuloisiin jopa parempi pääsy palveluihin. Taulukossa lääkärikäynnit tarkoittavat yleislääkärikäyntien määrää viimeisen 4 viikon aikana (vain niillä, jotka ovat käyneet yleislääkäriillä viimeisten 12 kuukauden aikana). Erikoislääkärikäyntien määrä taas käyntejä viimeisen 4 viikon aikana (vain niille, jotka ovat käyneet erikoislääkäriillä viimeisten 12 kuukauden aikana). Ehkäisevillä palveluilla viitataan 65-vuotiaisiin ja sitä vanhempiin henkilöihin, jotka ovat saaneet influenssarokotuksen viimeisten 12 kuukauden aikana. Sairaalakäynnit viittaa henkilöihin, jotka ovat olleet sairaalahoidossa viimeisten 12 kuukauden aikana.

**Taulukko 4.** Yhdenvertaisuusindeksit (todennäköisyyksiä, Concentration index<sup>2</sup>) ja gini-kertoimet eri maissa.

	Terveystenhoito- menot per asukas ja % BKT:sta	Ehkäisevät palvelut (influenssa- rokotukset)	Lääkäri- käynnit	Erikoislääkäri- käynnit	Sairaala- käynnit
Kanada	5200 \$ / 10,9 %	0.017*	0.026*	0.056	-0.068*
Ranska	5250 \$ / 11,1 %	-0.004	0.011*	0.058	-0.008
Ruotsi	5828 \$ / 10,9 %	0.008	-0.012	0.064*	0.012
Norja	6818 \$ / 10,9 %	0.006	0.011*	0.047	0.006
Alanko- maat	5635 \$ / 10,9 %	-0.019*	0.000	0.023*	0.024
Iso-Bri- tannia <sup>1</sup>	4620 \$ / 12,8 %	-0.004	0.002	0.047*	-0.011
Austra- lia	5005 \$ / 9,4 %	Ei dataa	Ei dataa	Ei dataa	Ei dataa
Uusi- Seelanti	4024 \$ / 9,1 %	Ei dataa	Ei dataa	Ei dataa	Ei dataa
Suomi	4457 \$ / 9,2 %	-0.003	0.049*	0.083*	-0.003
Tanska	5794 \$ / 10 %	-0.014	-0.017*	0.005	-0.046
Saksa	6098 \$ / 12,5 %	-0.005	0.000	0.029	-0.034*
Itävalta	5879 \$ / 11,5 %	0.018*	0.011*	0.032*	0.016

Lähteet: OECD, Maailmanpankki.

<sup>1</sup>Pelkästään Englannista ei löytynyt vertailutietoa.

<sup>2</sup>Concentration index mittaa tuloperustaista epätasa-arvoa palveluihin pääsyssä. Jos indeksi on merkittävästi yli 0, hyvätuloiset pääsevät paremmin palveluihin, jos alle 0, pienituloiset pääsevät paremmin.

\* p-arvo on pienempi kuin 0.05 eli tulos on tilastollisesti merkitsevä

Tarkastelussa näkyy, että eriarvoisuus on näiden indeksien perusteella pienintä Tanskassa. Eniten eriarvoisuutta näyttäisi olevan Itävallassa ja Suomessa. Muut tarkastellut maat asettuvat näiden välille. Tarkastelu ei tosin osoita, ovatko tulokset seurausta maiden priorisointia ohjaavien periaatteiden noudattamisesta, vai muista palvelujärjestelmän rakenteista. OECD:n yhdenvertaisuusindeksien perusteella näyttäisi yhteenvetona siltä, että jos hoitoon pääsy riippuu sosioekonomisesta asemasta, on viinoma tyypillisesti hyvätulaisia suosiva.



Ajateltaessa yleisiä priorisoinnin periaatteita, kansainvälisissä vertailuissa Suomi on näyttäytynyt kustannuksiltaan kohtalaisen alhaisena vertailukelpoisiin maihin. Vaikutavuudesta on erilaisia tuloksia: erikoissairaanhoidon painotteisissa prosesseissa (esim. syöpä, infarktit) Suomi on pärjännyt kohtalaisen hyvin, mutta tulokset eivät ole olleet yhtä hyviä kroonisissa sairauksissa (Lumme 2017, OECD:n kansainväliset maavertailut, esim. OECD 2019) Pohjoismaisessa vertailussa vajaatoimintakykyisten elinvuosien (Disability-adjusted life-years, DALY) syinä Suomessa korostuivat mm. sydänsairaudet, alkoholi ja huumeet, Alzheimerin tauti ja aivohalvaus (Knudsen ym. 2017).

Terveyserot eri väestöryhmien välillä ovat Suomessa kasvaneet, koska huono-osaisimpien väestöryhmien terveyden ja hyvinvoinnin kehitys on ollut hitaampaa kuin muiden väestöryhmien. Lisäksi väestöryhmien väliset terveyserot ovat Suomessa yhä kansainvälisesti katsottuna suuria (Karvonen ym. 2017). OECD-raportissa (2019) kiinnitetään myös huomiota, että terveydenhuollon voimavarojen epätasainen jakautuminen vahvistaa eriarvoisuutta hoitoon pääsyssä.

## 4.5 Keskeiset havainnot terveydenhuollon priorisoinnista eri maissa

Muutamissa maissa priorisointia on kehitetty systemaattisesti, ja eksplisiittisistä periaatteista sovittu yhteisesti. Periaatteet on viety käytäntöön kriteerien muodoissa, joita sovelletaan kuitenkin pääsääntöisesti vain uusia lääkkeitä arvioitaessa. Viime vuosina arviointia on alettu ulottaa myös muihin uusiin hoitoihin. Periaatteiden pohjalta on voitu asettaa raja-arvoja uusien hoitojen kustannusvaikuttavuudelle sekä Ruotsissa, Norjassa että Englannissa. Mistään maasta ei kuitenkaan ole löydettävissä tietoa priorisointiperiaatteiden vaikutusten arvioinnista, joten niiden vaikutusta kustannuskehitykseen tai yhdenvertaisuuteen ei tiedetä.

Priorisoinnin periaatteiden kytköstä käytäntöön pitäisi alkaa tutkia ja seurata systemaattisesti sekä tarkastella pidemmän aikavälin vaikutuksia. Seurannan koordinaatio ja toteutus olisi hyvä vastuuttaa kansalliselle toimijalle.

Eksplisiittisesti priorisointia toteuttavista maista Ruotsissa ja Norjassa priorisointia ohjaavat periaatteet ovat keskeisessä asemassa, kun Englannissa ja Uudessa-Seelannissa priorisointia on lähestytty käytännön työkalujen kautta. Näissä maissa priorisointi pohjautuu vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden periaatteille ja kustannusvaikuttavuusarvioita pyritään toteuttamaan systemaattisesti. Myös uusien hoitojen kustannusvaikuttavuudelle on näissä maissa pystytty asettamaan raja-arvoja.

Järjestelmätasolla priorisointi näkyy tyypillisesti palveluvalikoiman määrittämisenä. Tämä on luonnollista vakuutus pohjaisissa järjestelmissä, mutta myös muissa järjestelmissä tehdään rajauksia palveluvalikoimaan. Tyypillisin yksittäinen priorisointimenetely eri maissa on uusien hoitomuotojen arviointi, ja systemaattisinta se on uusien lääkehoitojen kustannusvaikuttavuuden arvioinnissa.

Yhteistä kaikkien maiden priorisointijärjestelmille vaikuttaisi olevan jonkinasteinen kokonaisvaltaisuuden tai systematiikan puute. Toisissa maissa periaatteet on julkaistu ja joitain menetelmiäkin on kehitetty. Aina kuitenkin menetelmiä ei ole viety systemaattisesti käytäntöön – Ruotsissakin maakäräjät päättävät melko itsenäisesti, miten toteuttavat priorisointia – eikä niiden tuloksia seurata systemaattisesti. Toisissa maissa puolestaan toteutetaan systemaattisesti joitain menetelmiä, kuten uusien hoitojen kustannusvaikuttavuuden arviointia, mutta taustalta puuttuvat yleiset periaatteet tai menettelyt, jotka vaikuttaisivat jo palveluvalikoimaan hyväksytyjen hoitojen tai eri potilasryhmien keskinäiseen priorisointiin.

Tutkittu näyttö kansainvälisten priorisointimallien tai -menetelmien vaikutuksista on varsin niukkaa. Jos priorisoinnin seuranta halutaan toteuttaa systemaattisesti ja priorisointiperiaatteiden vaikutuksia tutkia, tutkimuksen ja seurannan koordinaatio tulisi olla keskitetty valtakunnalliselle toimijalle. Akateeminen tutkimus keskittyy usein poikakeikkaustutkimuksiin ja yliopistoilla ei ole useinkaan riittäviä pitkäaikaisia resursseja toteuttaa jatkuvaa seuranta ja pitkittäisasetelmia.

Tulosten ohella priorisoinnin vaikutusten selvittämisessä olisi tärkeä seurata ja arvioida päätöksentekoprosessin tehokkuutta ja oikeudenmukaisuutta. Danielin ja Sabinin *Accountability for Reasonableness* (Daniels & Sabin 1997) on eettinen viitekehys, jota on usein käytetty priorisoinnin arvioinnissa. Heidän mukaansa päätösten on ensinnäkin oltava oikeudenmukaisia ja laillisia, toiseksi niiden olisi oltava julkisesti saatavilla asianmukaisin perusteluin, ja kolmanneksi niiden on oltava tarkistettavissa ja muokattavissa uuden näytön ja näkemysten valossa; kaikki kolme ehtoa tulisi pystyä varmistamaan täytäntöönpanomekanismeilla (esim. sääntelyllä) (Angelis & Kanavos 2017).

## 5 Kirjallisuuskatsaus priorisoinnin vaikutuksista kustannuksiin

Priorisoinnin vaikutuksia kustannuksiin ja kustannusvaikuttavuuteen ja priorisoinnista aiheutuvien vaihtoehtoiskustannuksien kohdentumista on tutkittu varsin vähän ja tutkimukset ovat heikkolaatuisia

Priorisoinnin systemaattisilla toteutuksilla voidaan saavuttaa edullisia vaikutuksia kustannuksiin ja kustannusvaikuttavuuteen

Erityistä huomiota tulisi kiinnittää huonosti vaikuttavista hoitomenetelmistä luopumiseen sekä hoidon ja ennaltaehkäisyn oikeaan painotukseen

Hankkeessa toteutettiin kartoittava kirjallisuuskatsaus, jonka tavoitteena oli tunnistaa viimeisintä tieteellistä näyttöä priorisoinnilla saavutetuista todellisista taloudellisista vaikutuksista sekä priorisointiin liittyvän vaihtoehtoiskustannuksen kohdentumisesta. Tutkimuskysymykset olivat: 1) Mitä julkaistua tieteellistä tietoa on olemassa terveydenhuollon priorisointitapojen vaikutuksista terveydenhuollon kustannuksiin ja kustannusvaikuttavuuteen? 2) Mitä julkaistua tieteellistä tietoa on olemassa priorisoinnin aiheuttamasta vaihtoehtoiskustannuksesta, sen kohdentumisesta ja arvioinnista?

Kartoittava kirjallisuuskatsaus toteutettiin PRISMA ScR –protokollaa hyödyntäen (Tricco ym. 2018) hauilla Scopus-tietokannasta vuonna 2010 ja sen jälkeen julkaistua tieteellisistä artikkeleista. Englanninkieliset hakutermit yhdistivät laajasti priorisointiin liittyviä yleisluontoisia (kuten prioritization, rationing, priority setting) ja tarkkoja termejä (kuten health technology assessment, range of services) kustannuksiin, kustannusvaikuttavuuteen ja vaihtoehtoiskustannuksiin liittyviin termeihin. Hakutermien avulla oli tarkoitus tunnistaa laajasti terveydenhuollon priorisoinnin eri toteutustapoja ja tilanteita, kuten uusien hoitojen käyttöönotto, palvelujärjestelmän ennestään tarjoamien palveluiden priorisointi sekä terveyteen liittyvien hankkeiden priorisointi. Muun muassa Seixas ym. (2021) ja WHO (Terwindt ym. 2016) ovat listanneet priorisoinnin menetelmiä, jotka huomioitiin hauissa. Tarkka hakutermitö ja –protokolla on esitelty liitteessä 1. Hakuja täydennettiin yhden askeleen lumipallomenetelmällä.

Katsaukseen otettiin mukaan tieteelliset artikkelit, jotka

- 1) käsittelivät priorisointia terveydenhuoltojärjestelmän kansallisella tai alueellisella makrotasolla (Terwindt ym., 2016, Brinkerhoff & Bossert, 2015),
- 2) tutkivat priorisoinnin todellisia toteutuneita vaikutuksia kustannuksiin, kustannusvaikuttavuuteen ja vaihtoehtoiskustannuksiin,

3) oli toteutettu vähintään osin Maailmanpankin määrittelemissä korkean tulotason maissa (Maailmanpankki, 2020).

Mukaan kelpuutettiin kokotekstiaartikkelit englanniksi, suomeksi, ruotsiksi, norjaksi, ranskaksi, saksaksi, espanjaksi ja italiaksi. Katsauksessa poissuljettiin artikkelit, joissa tutkimus koski tiettyä interventiota, hoitoa tai sairaus- tai potilasryhmää tai joissa esitettiin arviointimalleja tai ennusteita vaikutuksista empiirisen tiedon sijaan.

Hauilla tunnistetuista 7819 artikkelista mukaan kelpuutettiin 17 ja yksi artikkeli tunnistettiin lumipallomenetelmällä. Tulosartikkelit ja PRISMA ScR –protokollan mukainen tuloskaavio on esitetty liitteessä 1.

Tuloksia hahmotettiin hyödyntäen priorisoinnin kokonaisprosessia (Kuva 3) yksinkertaistetulla jaottelulla: priorisoinnin periaatteet ja kriteerit, priorisoinnin menetelmät ja päätökset, priorisoinnin toteutus ja vaikutukset.

## 5.1 Näyttö terveydenhuollon priorisoinnin vaikutuksista kustannuksiin ja kustannusvaikuttavuuteen on vaillinaista

Priorisoinnin lopputulemien tutkimusta on olemassa vähän (esim. Angell ym. 2016) ja priorisoinnin vaikutuksia ei ole ylipäänsä useinkaan seurattu (esim. Garpenby & Bäckman 2016, Harris ym. 2017, Löblovä, 2018).

Katsauksen perusteella priorisoinnilla aikaansaatuja vaikutuksia kustannuksiin ja kustannusvaikuttavuuteen sekä vaihtoehtokustannusten kohdentumista ei ole juurikaan tutkittu. Hakuosumien perusteella pääosa tutkimuksesta näyttäisi keskittyvän periaatteiden ja kriteereiden pohdintaan (priorisointiperiaatteiden teoreettiset viitekehykset ja niiden ominaisuudet, priorisoinnin eettiset perusteet ja kansalais- ja ammattilaismielipiteet sekä niiden selvittämismenetelmät) sekä priorisoinnin menetelmiin ja päätöksiin (priorisointimenetelmät, teoreettiset viitekehykset ja niiden ominaisuudet) ilman, että olisi tutkittu todellisia lopputulemia.

## 5.2 Priorisoinnin periaatteiden ja kriteerien yhteydestä tuloksiin ei löytynyt tutkimusta

Yksikään artikkeli ei käsitellyt periaatteiden ja kriteerien yhteyttä kustannuksiin, kustannusvaikuttavuuteen tai vaihtoehtoiskustannusten kohdentumiseen. 18 tulosartikkelista 11:ssä oli ylipäänsä kuvattu jollain tasolla priorisoinnissa käytetyt periaatteet tai kriteerit, ja vain yhdessä artikkelissa (Goodwin & Frew. 2013) näiden hyödyntämistapa oli kuvattu tavalla, joka mahdollistaa priorisointiprosessin arvioinnin.

Yleisimpiä mainittuja periaatteita ja kriteereitä olivat *kustannusvaikuttavuus, vaikuttavuus ja kliininen vaikuttavuus, oikeudenmukaisuus, ihmisarvo, tasa-arvo ja tarveperustaisuus*. Hyödyntämistavan kuvauksen puutteesta johtuen näiden periaatteiden ja kriteerien soveltuvuutta muihin terveydenhuoltojärjestelmiin on vaikeaa arvioida.

## 5.3 Menetelmäarviointeihin perustuva priorisointi on vaikuttavinta systemaattisesti koko järjestelmässä toteutettuna

Menetelmäarviointeihin perustuvien priorisointitapojen kyky hillitä kustannuksia ja parantaa kustannusvaikuttavuutta näyttäisi perustuvan toteutuksen kattavuuteen ja systemaattisuuteen. Kirjallisuuskatsauksen rajauksien vuoksi HTA-menetelmiä tarkasteltiin vain kustannusten, kustannusvaikuttavuuden tai vaihtoehtoiskustannusten näkökulmasta.

Terveystaloudellisten menetelmäarviointien (HTA) käytöllä uusille hoitomenetelmille voidaan vaikuttaa kustannuksiin. HTA-menetelmien kyvyllä hillitä yleisesti ja teknologijakohtaisesti kustannuksia (Löblovä 2018) sekä kyvyllä lisätä järjestelmän kustannusvaikuttavuutta (Gagnon ym. 2015, Guthrie ym. 2015) löytyi joitakin tuloksia.

Uuden teknologian negatiivinen HTA-suositus useimmiten vähentää tai vakauttaa menetelmän käytön matalalle tasolle (Bennie ym. 2010) ja positiivinen suositus lisää hyväksytyt menetelmän käyttöönottoa ja siten kuluja korkean hinnan samanaikaisesti hillitessä käyttöä (Corbacho ym. 2020). Negatiivisen arvioinnin jälkeen kyseiset lääkekulut voivat kuitenkin nousta, jos arviointi on viivästynyt markkinoille tulosta, klinisiä asiantuntijoita ei ole kuultu arvioinnin alusta asti tai kansallisten toimijoiden arviot ovat ristiriitaisia (Bennie ym. 2010). Uuden teknologian käyttöönotto voi aiheuttaa todellisen vaihtoehtoiskustannuksen meso- tai mikrotasolla (Wammes ym. 2020) vaikkakin

joskus uuden teknologian kulut saatetaan kattaa muun toiminnan tehostamisella. Paikallisen vaihtoehtokustannuksen näkökulma jää usein vähälle huomiolle kansallisia käyttöönottopäätöksiä tehtäessä. (Karlsberg Schaffer ym. 2016), mikä voi johtaa järjestelmän kokonaiskustannusvaikuttavuuden huonontumiseen. Paikallisella HTA-toiminnalla on mahdollisuus hillitä paikallisia kustannuksia (Gagnon ym. 2015).

Käytössä olevien menetelmien terveystaloudellinen arviointi (HTR, health technology reassessment) saattaa vähentää kustannuksia ja parantaa kustannusvaikuttavuutta (Guthrie ym. 2015). Kustannusvaikuttavuudeltaan tai vaikuttavuudeltaan heikkojen menetelmien disinvestoiminen (käytöstä poistaminen) systemaattisesti voi vähentää kyseisten menetelmien kuluja (Lim ym. 2018), mikä voi parantaa myös palvelujärjestelmän kustannusvaikuttavuutta. Disinvestoinnin jalkauttamiselle on kuitenkin esteitä ja onnistuminen on epävarmaa (Chambers ym. 2017, Garner & Littlejohns 2011, Harris ym. 2017).

Systemaattinen terveydenhuollon resurssien uudelleenallokaatio (Program budgeting and marginal analysis, PBMA<sup>145</sup>) saattaa lisätä kustannusvaikuttavuutta. PBMA-menetelmä huomioi suoraan, mistä resurssit otetaan, mikä tekee vaihtoehtokustannuksien kohdentumisesta läpinäkyvämpää. Systemaattisesti toteutettu terveydenhuollon resurssien uudelleenallokaatio (disinvestointi ja investointi) on mahdollista ja voi lisätä tehokkuutta (Goodwin & Frew 2013, Graham & Mackie 2016), mutta tuloksia mitataan ja seurataan harvoin (Angell ym. 2016). Joskus organisaatiossa ei edes tiedetä, tapahtuiko päätetty uudelleenallokaatio todellisuudessa (Cornelissen ym. 2014).

Yleisimmät HTA-menetelmien taustalla käytetyt periaatteet olivat *vaikuttavuus, turvallisuus ja kustannusvaikuttavuus*. Periaatteiden hyödyntämistä ei kuitenkaan kuvattu yhdessäkään artikkeleista. PBMA-toteutuksissa yleisimmät taustaperiaatteet olivat vaikuttavuus, kustannusvaikuttavuus, vaihtoehtokustannus, tarve sekä erilaiset muut arvot, ja näiden hyödyntämistä on kuvattu osana menetelmän käyttöä.

Systemaattisesti toteutetut arvioinnit ja resurssien uudelleenallokaation menetelmät voivat lisätä koko järjestelmän kustannustehokkuutta. Yksittäisissä uusissa menetelmiä koskevissa arvioinneissa vaikutusten seuranta rajoittuu usein vain kyseisen teknologian kustannuksiin ja kustannusvaikuttavuuteen, jolloin järjestelmätason kustannusvaikuttavuuden muutos jää toteamatta.

---

<sup>145</sup> PBMA (Programme Budgeting and Marginal Analysis) on resurssiallokaatioon kehitetty systemaattinen prosessiviitekehys, joka pyrkii maksimoimaan annetuilla resursseilla aikaansaattavan terveyshyödyn tai muut määritellyt tavoitteet. Menetelmä pyrkii kattamaan budjetointialueen aiemman ja aiotun uuden toiminnan, kuten kaikki tarjottavat terveyspalvelut tai kaikki kansanterveys Hankkeet, ja arvioimaan niitä samoin kriteerein.

Menetelmäarvioinnin kohteena tulisi olla uusien menetelmien lisäksi jo käytössä olevat menetelmät. Vaikuttamattomista tai kustannusvaikuttavuudeltaan heikoista menetelmistä luopuminen voi oikein toteutettuna parantaa palvelujärjestelmän kustannusvaikuttavuutta ja hillitä kustannuksia. Priorisoinnin periaatteiden hyödyntämistapa on tärkeää kuvata menetelmien käytön yhteydessä, jotta niiden vaikutusta voitaisiin arvioida jälkikäteen.

## 5.4 Yksittäiset priorisointipäätökset eivät tuo järjestelmätason taloudellisia hyötyjä lukuun ottamatta ennaltaehkäisyn painottamista

Yksittäiset, tiettyyn haasteeseen kohdistetut priorisointipäätökset näyttäisivät yleensä ottaen aiheuttavan kustannuksien kasvua tai epäedullisia seurauksia jollekin toiselle potilasryhmälle.

Tyypillisiä yksittäisiä priorisointipäätöksiä ovat odotusaikojen säätäminen laissa, henkilökohtaiset terveysbudjetit ja terveyskulujen kovat kulukatot. Myös sitovat henkilöstömitoitukset valituissa palveluissa voidaan lukea yksittäisiksi priorisointipäätöksiksi. Odotusaikojen säätäminen laissa aiheuttaa lisäkuluja palveluiden tuottajille. Näiden kulujen korvaaminen joko maksaa tai korvaamatta jättäminen huonontaa muiden ryhmien hoitoonpääsyä (Januleviciute ym. 2013). Henkilökohtaisen terveysbudjetin käyttö voi olla kustannusvaikuttavaa (Jones ym. 2013), mutta tulokset ovat kiistanalaisia (Slasberg ym. 2014). Sairasvakuutuksen kova kulukatto hillitsee kustannusten nousua yhden maksajan järjestelmässä, mutta saattaa olla yhteydessä huonompiin terveystuloksiin (Cheng ym. 2018). Useimmiten yksittäiseen aiheeseen puuttuvien priorisointipäätösten taustaperiaatteina oli mainittu *saatavuuden parantaminen, kustannusten hillintä* tai implisiittisesti mainehaitan välttely tai poliittisen hyödyn tavoittelu.

Kansanterveysinterventioiden priorisoiminen näyttäisi tuottavan huomattavia terveys-, kustannus- ja kustannusvaikuttavuushyötyjä (Masters ym. 2017). Tutkimusnäyttö on kuitenkin vielä vähäistä. Tutkimusta hankaloittaa, että hyötyjen aikajänne on kansanterveysinterventioissa usein pidempi kuin yksittäisissä hoitointerventioissa. Voitaneen kuitenkin sanoa, ettei yksittäisiä ja erillisiä priorisointipäätöksiä voi pitää kokonaiskustannusten ja -kustannusvaikuttavuuden kannalta perusteltuina, ellei kyseessä ole ennaltaehkäisevän toiminnan lisääminen.

## 5.5 Priorisoinnin aiheuttamien vaihtoehtokustannuksien kohdentuminen jää useimmiten epäselväksi

Priorisoinnista aiheutuvaa vaihtoehtokustannusta on tutkittu vähän. Systemaattiset priorisoinnin menetelmät huomioivat vaihtoehtokustannuksen todellisen kohdentumisen, kun taas yksittäisten teknologioiden menetelmäarviointit tai yksittäiset priorisointipäätökset yleensä ottaen eivät.

Vaihtoehtokustannuksien kohdentuminen voidaan karkeasti jakaa yleiseen vaihtoehtokustannukseen ja tiettyyn vaihtoehtokustannukseen.

Yleisesti kohdentuvaa vaihtoehtokustannusta kuvaa erityisesti terveystaloudellisissa arvioinneissa käytetty kustannusvaikuttavuuden raja-arvo (incremental cost effectiveness ratio, ICER), useimmiten euroa per laatukorjattu elinvuosi -määritys (€/QALY), joka ajattelee vaihtoehtokustannuksen kohdentuvan yleisesti järjestelmään tarkentamatta kohdetta. Tietty vaihtoehtokustannus erittelee, mihin tiettyihin palveluihin, toimintoihin tai ihmisryhmään vaihtoehtokustannus kohdentuu eli mistä resurssit ovat todellisuudessa pois.

Kansallinen kustannusvaikuttavuuden raja-arvo (ICER, €/QALY) ei näytä kuvaavan todellista tiettyä vaihtoehtokustannuksen kohdentumista, joka tapahtuu budjetointikokonaisuuden sisällä (Karlsberg Schaffer ym. 2015). Paikallinen ICER-arvo voi vaihdella huomattavastikin ja erota merkittävästi kansallisesti arvosta (Appleby ym. 2009), joten kansallisesti suositellut, ICER-rajan täyttävät palvelut saattavat todellisuudessa syrjäyttää tehokkaampia ja paremman ICER-arvon toimintoja paikallisesti. Tällöin järjestelmän kokonaiskustannusvaikuttavuus laskee. Uusien teknologioiden tuoma kustannuslisä saatetaan kattaa palvelutuotannossa budjetinylityksillä, toiminnan tehostamisella tai siirtämällä säästöpainetta alemmille tasoille (Wammes ym. 2020, Karlsberg Schaffer ym. 2016). Mikäli kustannuslisä voidaan kattaa palveluiden tehostumisella, uusi teknologia ei syrjäytä välttämättä muita palveluita (Karlsberg Schaffer ym. 2016).

Todellisen, paikallisesti toteutuvan ICERin määrittely vaatii korkeaa terveystaloustieteellistä osaamista järjestäjä- ja tuottajatasolla (Karlsberg Schaffer ym. 2015) sekä paikallisen palveluvalikoiman arviointia systemaattisesti (esim. Goodwin & Frew 2013, Graham & Mackie 2016), jolloin resursseja voidaan siirtää vähemmän vaikuttavista tai huonomman kustannusvaikuttavuuden toiminnoista parempiin.



Lääkkeiden menetelmärviinnit ja käyttöönotot voivat joko vähentää tai lisätä terveyden epätasa-arvoa. Tämän vaikutuksen arviointi on menetelmällisesti mahdollista, joten sitä voitaisiin käyttää myös priorisoinnin yhtenä perusteena (Love-Koh ym. 2019). Vaikutus riippuu, mistä uusiin menetelmiin tarvittavat lisäresurssit otetaan.

Katsauksen perusteella priorisointipäätösten vaihtoehtokustannuksen arviointi on mahdollista systemaattisilla menetelmillä budjetoitukokonaisuuden sisällä. Ilman tämännäköistä arviointia vähemmän kustannusvaikuttavat hoidot tai interventiot saattavat syrjäyttää tässä suhteessa parempia. Seurannan puuttuessa tämä voi myös jäädä huomaamatta. Säästöpaineen siirtäminen alemmille tasoille järjestelmässä voi tehdä vaihtoehtokustannuksen kohdentumisesta läpinäkymätöntä. Vaihtoehtokustannuksen arviointi vaatii järjestäjä- ja tuottajatasolta erikoistunutta terveystaloustieteellistä osaamista.

- Tutkimustietoa priorisoinnin periaatteiden vaikutuksesta vaihtoehtokustannuksen kohdentumiseen ei tunnistettu yhdestäkään tulosartikkelista.

## 5.6 Yhteenveto

Kirjallisuuden pohjalta on tunnistettu tekijöitä, joilla on merkitystä priorisoinnin kehittämisessä kestäväällä tavalla. Tällaisia ovat systemaattinen priorisointi kattavaa terveydenhuollon yhtenevillä periaatteilla, menetelmät, jotka kattavat uudet ja jo käytössä olevat menetelmät ja jotka huomioivat vaihtoehtokustannuksen, heikosti vaikuttavien hoitojen ja palveluiden systemaattinen vähentäminen, tulosten jatkuva mitaaminen ja seuranta sekä hoidon ja ennaltaehkäisyn oikea painotus.

Tutkimusnäyttö priorisoinnin taloudellisista vaikutuksista tai kustannusvaikuttavuudesta oli vähäistä. Tutkimuksen vaikeutena on muun muassa vertailuasetelmien muodostamisen hankaluus sekä yksittäisten muutosten vaikutusten eristämisen vaikeus monimutkaisissa järjestelmissä. Useinkaan priorisoinnin tuloksia ei seurata, joten tietoa kertyy vähän. Vähäinen näyttö ei tarkoita, etteikö onnistuneella priorisoinnilla voitaisi parantaa esimerkiksi yhdenvertaisuutta, oikeudenmukaisuutta tai palveluiden kustannusvaikuttavuutta. Tulevaisuudessa tulee kiinnittää huomiota tutkimusten laatuun, monipuolisiin tutkimusmenetelmiin ja rakentaa riittävän kattavia ja pitkäkestoisia asetelmia vaikutusten arvioimiseksi. Priorisointipäätösten seurantaan ja tulosten arviointiin tulee kiinnittää erityistä huomiota alueellisesti ja systeemitasoisesti.

## 6 Kansalaisten, ammattilaisten ja poliittisten päättäjien näkökulma priorisointiin

Hankkeessa kartoitettiin kansalaisten, lääkäreiden ja hammaslääkäreiden sekä kansanedustajien näkemyksiä terveydenhuollon priorisoinnista Suomessa.

Tällä hetkellä etenkin kansalaiset eivät ymmärrä priorisointia välttämättömänä asiana. Eri vastaajaryhmistä terveydenhuollon ammattilaiset ymmärsivät laajimmin priorisoinnin tarpeen. Priorisointikeskustelua on tähän mennessä käyty lähinnä terveydenhuoltojärjestelmän sisällä.

Tietämys terveydenhuollon aiheuttamista todellisista kustannuksista oli heikkoa etenkin kansalaisilla ja ammattilaisilla. Suurin osa myös koki, etteivät tiedä millä periaatteilla Suomen terveydenhuollon palveluita priorisoidaan.

Kaikissa vastaajaryhmissä enemmistö koki yhtäältä, että ihmisiä kohdellaan julkisessa terveydenhuollossa yhdenvertaisesti ja toisaalta, että kaikkia sairauksia tai terveysongelmia ei hoideta tasapuolisesti.

Sairauden vakavuus, toimintakyvyn säilyminen, hoidoista saatava hyöty, odotettavissa olevat terveet elinvuodet sekä väestön terveyden näkökulma suhteessa yksittäiseen kalliiseen hoitoon olivat selkeästi hyväksyttäviä priorisointiperiaatteita yksittäisinä väittäminä. Niiden keskinäisen tärkeysjärjestyksen määrittely oli kaikille vastaajaryhmille hankalaa.

Priorisointikeskustelussa on otettava huomioon sidosryhmien erilaiset lähtötasot. Ennen periaatteiden muodostamista kansalaisille on tehtävä tutuksi, mitä priorisointi on, ja että se on jo nykyään olennainen osa terveydenhuollon arkea. Myös priorisointiin liittyvät käsitteet ovat kansalaisille vieraita. Eri sidosryhmien yhteinen kieli parantaisi priorisoinnista keskustelun edellytyksiä.

Priorisoinnin ymmärryksen ja keskusteluvalmiuksien lisäämiseksi tarvitaan strategista ja monikanavaista viestintää.

### 6.1 Aineistot ja menetelmät

Hankkeessa kerättiin tietoa priorisointia koskevista näkemyksistä useilla menetelmillä:

1) eri sidosryhmille suunnatuilla edustavilla kyselyillä, 2) syventävillä työpajakeskuste-

luilla ja 3) analysoimalla sosiaalisen median terveydenhuoltoon ja priorisointiin liittyvää keskustelua. Hankkeen alkuperäinen tutkimuskysymys keskittyi väestön näemyksiin, mutta hankkeen aikana todettiin, että priorisoinnin kokonaisuuden hahmottaminen edellyttää myös terveydenhuollon ammattilaisten ja poliittisten päättäjien näkökulmien huomioimista (ks. myös Tikkinen ym. 2012).

Kyselytutkimus toteutettiin lähes samansisältöisenä neljälle vastaajaryhmälle: kuluttajaneelista poimituille kansalaisille, joiden sukupuoli-, ikä- ja alueellinen jakauma edustaa mannersuomalaista aikuisväestöä 3,1 prosenttiyksikön virhemarginaalilla, ammattiliiton jäsenrekisteristä satunnaisotannalla poimituille 1500 lääkärille ja 500 hammaslääkärille sekä kaikille 200 kansanedustajalle. Kysymysten ja väittämien sisältö suunniteltiin aiemmin toteutettujen aihepiiriä koskevien kyselyiden (ks. esim. Aalto ym. 2016 ja Parikka ym. 2020) sekä hanke- ja ohjausryhmän jäsenten ideoinnin pohjalta. Lisäksi niiden muotoiluun mahdollisimman ymmärrettäviksi osallistui selkokielen asiantuntija.

Kyselyyn vastasi 1001 kansalaista, 240 lääkäriä, 177 hammaslääkäriä ja 27 kansanedustajaa. Väestökyselyyn vastanneista lähes jokaisella oli viimeisen kahden vuoden ajalta kokemuksia terveystalvelujen käytöstä potilaana tai omaisena. Julkisia terveystalveluja oli käyttänyt 94 prosenttia ja yksityisiä terveystalveluja 39 prosenttia vastaajista. Kyselyyn vastanneista lääkäreistä 76 prosenttia ja hammaslääkäreistä 56 prosenttia oli päätoimisesti töissä julkisella sektorilla.

Jokaiselta vastaajaryhmältä kysyttiin verkkolomakkeella taustatietokysymyksiä, monivalintakysymyksiä ja avoimia kysymyksiä sekä pyydettiin arviomaan väittämiä viisiporraisella Likert-asteikolla (täysin samaa mieltä - täysin eri mieltä). Lisäksi kahdella väittämällä kysyttiin kyselyn ymmärrettävyyttä ja vastaamisen helppoutta. Suurin osa kysymyksistä oli samoja kaikille vastaajaryhmille (liite 4). Kyselyn kaikki vastaukset on esitetty erillisessä powerpoint-muotoisessa liitedokumentissa.

Kysymykset ja väittämät liittyivät kolmeen teemaan:

- yhdenvertaisuus terveydenhuollossa,
- terveydenhuoltopalvelujen rahoitus ja
- terveydenhuollon priorisoinnin periaatteet.

Lisäksi ammattilaisille ja kansalaisille pidettiin helmikuussa 2022 kaksituntiset työpajat. Työpajojen tavoitteina oli 1) syventää kyselytulosten perusteella muodostettua käsitystä siitä, miten ammattilaiset ja kansalaiset ymmärtävät terveydenhuollon priorisoinnin periaatteet ja 2) selvittää, miten kansalaisia ja ammattilaisia voitaisiin osallis-

taa periaatteiden muotoiluun. Ammattilaisten työpajaan kutsuttiin lääkäreitä, hammaslääkäreitä ja hoitajia. Kansalaisten työpajassa oli mukana myös kansalaisjärjestöjen edustajia. Ammattilaisten työpajaan osallistui kaksikymmentä henkilöä kolmestakymmenestä kutsutusta, ja kansalaisten työpajaan osallistui viisitoista henkilöä kolmestakymmenestä kutsutusta. Työpajoissa käsiteltiin priorisoinnin periaatteita asenneväättämien, tapausesimerkkien ja fasilitoitujen keskustelujen kautta.

Terveydenhuoltoon ja priorisointiin liittyvien keskustelunaiheiden ja niissä tapahtuvien muutosten ymmärtämiseksi kerättiin myös sosiaalisen median keskusteluaineistoa useamman vuoden ajalta. Aineistoa ovat sosiaalisen median palveluissa, kuten erilaisilla keskustelupalstoilla, Twitterissä ja Facebookissa julkaistut kommentit (N=326737), jotka on poimittu terveydenhuoltoon liittyvillä suomen- ja ruotsinkielisillä hakusanoilla. Haku koski tiettyjä ajanjaksoja vuosien 2019–2022 aikana. Kerättyä aineistoa suodatettiin suomen- ja ruotsinkielisillä priorisointiin liittyvillä ilmaisuilla (N=4584).

Aineistoja analysoitiin sekä määrällisin että laadullisin menetelmin. Analyysimenetelmiä olivat kuvaileva analyysi, ristiintaulukointi ja korrelaatioanalyysi. Lisäksi kyselyn avoimista vastauksista ja sosiaalisen median kommentteista tunnistettiin Etuman automaattisella tekstianalyysillä puheenaiheita, jotka teemoiteltiin niiden sisältämien sanojen ja ilmaisujen perusteella (Kousa 2021). Tässä raportissa tarkastellaan erityisesti WHO:n yleisiin priorisointiperiaatteisiin pohjautuvia teemoja: kustannukset, tautitaakka, oikeudenmukaisuus, hyväksyttävyyys ja vaikuttavuus (Terwindt ym. 2016).

## 6.2 Havainnot ja analyysit kyselyistä ja sosiaalisen median keskusteluista

### 6.2.1 Terveydenhuollon yhdenvertaisuus jakaa mielipiteitä

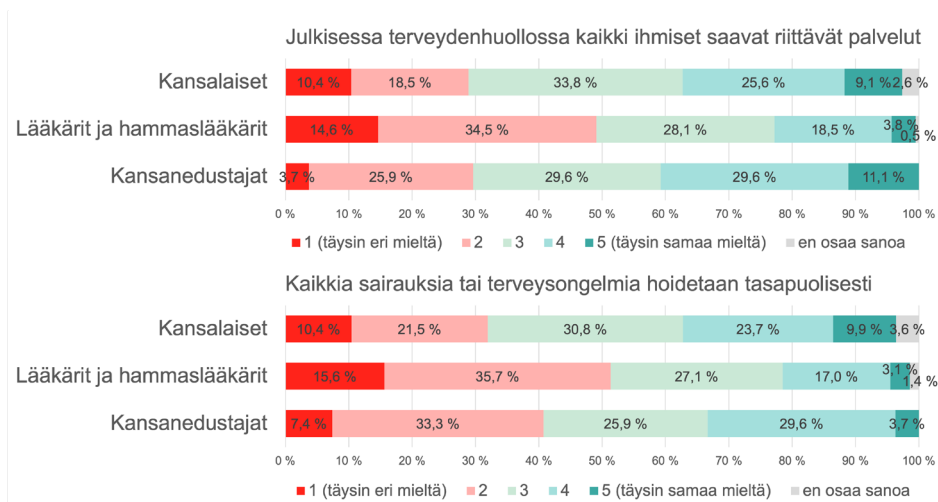
Kyselyyn vastanneiden suhtautuminen julkiseen terveydenhuoltoon oli yleisesti ottaen myönteistä. Kouluarvosanalla arvioituna yleisin arvosana oli kaikilla vastaajaryhmillä 8 eli hyvä. Korkeimman keskiarvon julkinen terveydenhuolto sai kansanedustajilta (KA 7,85), seuraavaksi korkeimman kansalaisilta (KA 7,73) ja matalimman lääkäreiltä ja hammaslääkäreiltä (KA 7,53). Suurin osa vastaajista oli myös samaa mieltä väittämistä, kuten ”Luotan terveydenhuollon ammattilaisiin” ja ”Olen saanut julkisesta terveydenhuollosta niitä palveluita, joita olen tarvinnut”.

Terveydenhuollon yhdenvertaisuutta koskevissa väittämässä vastaajaryhmien välillä tuli esiin suurempia eroavaisuuksia. Esimerkiksi kansanedustajista, lääkäreistä ja

hammaslääkäreistä yli 70 prosenttia oli samaa mieltä väittämän “Julkisessa terveydenhuollossa kaikkia ihmisiä kohdellaan yhdenvertaisesti” kanssa, mutta kansalaisista samaa mieltä oli hieman yli puolet.

Palvelujen riittävyyden ja eri sairauksien tasapuolisen hoidon suhteen lääkärit olivat puolestaan kansalaisia useammin eri mieltä (Kuva 6). Samansuuntaisia tuloksia saatiin ammattilaisten työpajassa, jossa tuotiin esiin näkemyksiä eri sairauksien epätasaarvoisesta asemasta terveydenhuollossa ja sen vaikutuksesta resurssien kohdentamiseen.

**Kuva 6.** Riittäviä palveluita ja tasapuolista hoitoa koskevien väittämien vastausjakauma



Kyselyn avoimissa vastauksissa otettiin kantaa myös sidosryhmien osallisuuteen terveydenhuollossa. Kansalaisten vastauksissa painottui, että yhteiskunnan ja ammattilaisten taholta kaivataan aktiivisempaa otetta kansalaisten suuntaan, jotta hoitoa ja palveluja saisivat myös he, jotka eivät itse osaa vaatia niitä tai hakeudu niiden piiriin. Osallistamisen näkökulma oli aineistossa periaatekeskustelun sijaan kansalaisten osallistumisessa terveydenhuollon palveluiden kehittämiseen yleisesti, mitä ei tässä selvityksessä käsitellä syvällisemmin. Lääkäreiden avoimissa vastauksissa puolestaan osallisuuteen viitattiin etenkin siinä yhteydessä, että ammattilaisille toivottiin lääketieteellistä ja poliittista tukea helpottamaan päivittäisessä työssä tapahtuvaa priorisointiin liittyvää päätöksentekoa.

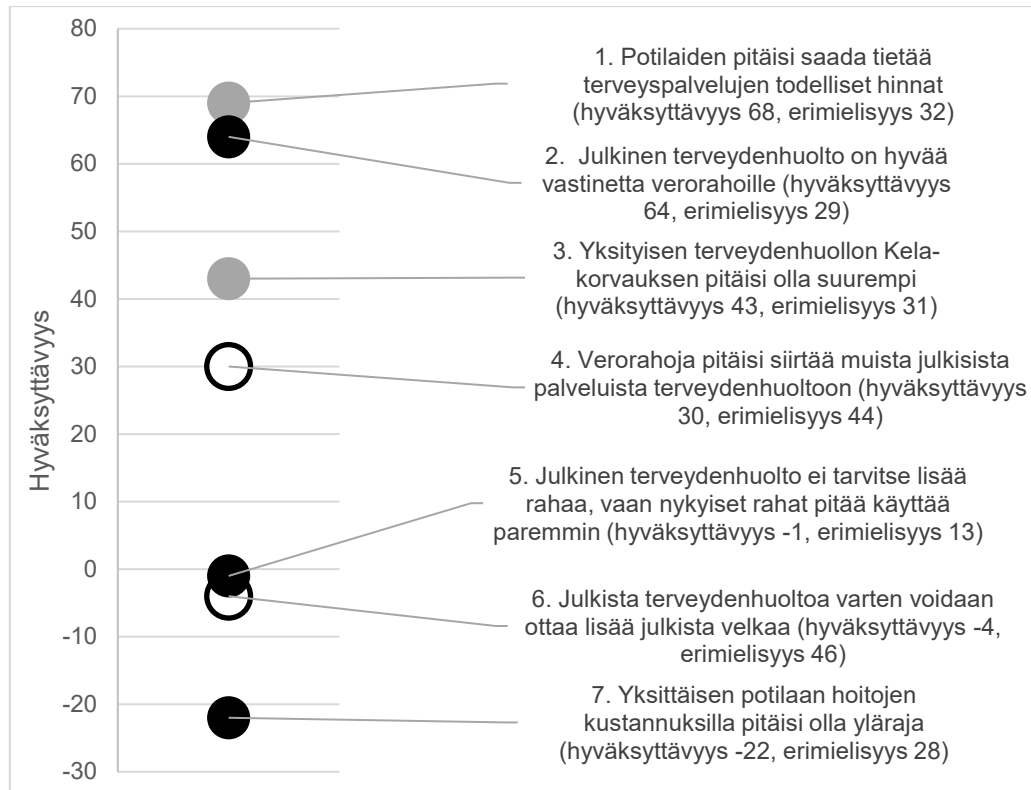
## 6.2.2 Kustannustietoisuus on heikkoa sekä kansalaisten että ammattilaisten keskuudessa

Suurimmalla osalla kyselyyn vastanneista ei ollut oikeansuuntaista käsitystä terveydenhuollon kustannusten suuruudesta. Rahoitusta koskevassa osiossa vastaajia pyydettiin arvioimaan kuinka suuret julkisen terveydenhuollon kustannukset ovat vuodessa kansalaista kohti valitsemalla luku väliltä 100 € ja 10 000 €. Kansalaisista vain 15 prosenttia ja lääkäreistä ja hammaslääkäreistä 30 prosenttia osui arvioissaan oikeaan suuruusluokkaan 2000 € ja 4000 € välille. Kansalaisista joka toinen ja lääkäreistä ja hammaslääkäreistä joka kolmas arvioi kustannukset todellista pienemmiksi. Arvioon vaikuttavat todennäköisesti vastaajan omat kokemukset terveystalouden käytöstä. Päätelmää tukee esimerkiksi se, että sukupuoli korreloi hieman kustannusarvioiden kanssa: naiset, jotka ovat aktiivisempia terveystalouden käyttäjiä, arvioivat kustannukset miehiä useammin todellista suuremmiksi. Kysymykseen vastanneista kansanedustajista suurin osa puolestaan arvioi kustannukset oikeaan suuruusluokkaan. Kustannustietoisuuden parantaminen sai kyselyssä vahvaa kannatusta: suurin osa vastaajista kaikissa vastaajaryhmissä halusi, että potilaat saisivat tietoa hoitojen todellisista kustannuksista.

Kaikki vastaajaryhmät olivat sitä mieltä, että julkinen terveydenhuolto on hyvää vastinetta verorahoille. Enemmistön mielestä terveydenhuoltoon pitäisi suunnata nykyistä enemmän verovaraja, ja asiakasmaksut pitäisi pitää ennallaan. Mikään yksittäinen tapa lisätä rahoitusta ei saanut enemmistön tukea. Kansalaisten keskuudessa kannatettavin tapa oli verovarojen siirtäminen muista julkisista palveluista terveydenhuoltoon, mikä oli hyväksyttävää lähes joka toisen kansalaisen mielestä. Rahoitusta haluttiin siirtää terveydenhuoltoon ensisijaisesti hallintopalveluista sekä kulttuuri- ja vapaa-aikapalveluista. Lääkäreistä ja hammaslääkäreistä puolestaan verovarojen siirtämistä kannatti vain hieman yli kolmasosa ja kansanedustajista vain alle neljäsosa.

Kuvassa 7 rahoitusta koskevat väittämät on järjestetty sen mukaan, kuinka hyväksyttävänä niitä pidettiin keskimäärin kaikkien vastaajaryhmien keskuudessa. Yksittäisen väittämän hyväksyttävyyden ollessa yli 0 %, suurempi osa oli samaa kuin eri mieltä väittämästä, ja jos hyväksyttävyyden on alle 0 %, suurempi osa oli eri mieltä kuin samaa mieltä väittämästä. Neutraaleja vastauksia ei oteta huomioon. Lisäksi kuviossa on ilmaistu vastaajaryhmien välinen erimielisyys siten, että mustat ympyrät kuvaavat pienintä ja valkoiset suurinta erimielisyyttä.

**Kuva 7.** Rahoitusta koskevien väittämien hyväksyttävyyden ja vastaajaryhmien välinen erimielisyys. Mustat ympyrät kuvaavat pienintä ja valkoiset suurinta erimielisyyttä eri vastaajaryhmien välillä.



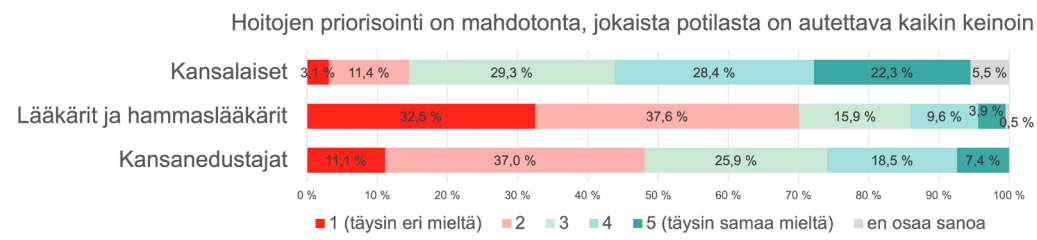
Rahoitusta koskevista väittämistä laajimman hyväksynnän sai terveyspalveluiden todellisten hintojen avaaminen potilaille. Suurinta vastustusta puolestaan herätti ylärajan asettaminen yksittäisen potilaan hoitojen kustannuksille. Myöskään terveydenhuollon rahankäytön tehostaminen lisärahoituksen sijaan ei saanut vahvaa kannatusta. Julkisen velan lisääminen terveydenhuollon rahoittamiseen oli kansalaisten näkemyksen mukaan hieman useammin hyväksyttävää kuin vastustettavaa, mutta muista ryhmistä sitä vastusti yli puolet vastaajista.

Ammattilaisten osalta päätoimen työnantaja korreloi rahoitukseen liittyvien asenteiden kanssa. Esimerkiksi yksityisellä sektorilla työskentelevät hammaslääkärit suhtautuivat muita vastaajaryhmiä useammin kielteisesti julkisen terveydenhuollon rahoituksen lisäämiseen ja myönteisemmin asiakasmaksujen ja Kela-korvauksen korottamiseen.

## 6.2.3 Kansalaiset eivät tunnista priorisoinnin välttämättömyyttä kuten ammattilaiset ja päättäjät

Kyselytulosten perusteella etenkin kansalaiset eivät ymmärrä priorisointia välttämättömänä asiana, kun taas lääkäreiden ja hammaslääkäreiden ja jossain määrin myös kansanedustajien keskuudessa priorisoinnin tarve ymmärrettiin paremmin. Joka toinen kansalainen oli sitä mieltä, että terveydenhuollon priorisointi on mahdotonta, sillä jokaista potilasta on autettava kaikin keinoin. Lääkäreistä ja hammaslääkäreistä vain 14 prosenttia oli väittämän kanssa samaa mieltä, kansanedustajistakin vain 26 prosenttia (Kuva 8).

**Kuva 8.** Priorisoinnin mahdottomuutta koskevan väittämän vastausjakauma



Priorisoinnin pitäminen mahdottomana viittaa siihen, että kansalaisilla ei ole realistista kuvaa jo tällä hetkellä terveydenhuollossa tapahtuvasta priorisoinnista ja resurssien rajallisuudesta, minkä vuoksi valmiudet osallistua priorisointikeskusteluun ovat puutteelliset. Kyselyn avoimista vastauksista ja sosiaalisen median analyysistä saatiin puutteellisista valmiuksista muitakin viitteitä, sillä aineistossa ei noussut esiin kaikkia priorisoinnin keskeisiä näkökulmia. Esimerkiksi vaikuttavuudesta puhuttiin kansalaisten avoimissa vastauksissa ja sosiaalisen median keskusteluissa vain hyvin harvoin. Asenneväittäjäksi muotoiltuna vaikuttavuus kuitenkin nousi kaikkein hyväksytyimmäksi periaatteeksi ja se esiintyi myös ammattilaisten avoimissa vastauksissa selvästi useammin kuin kansalaisilla.

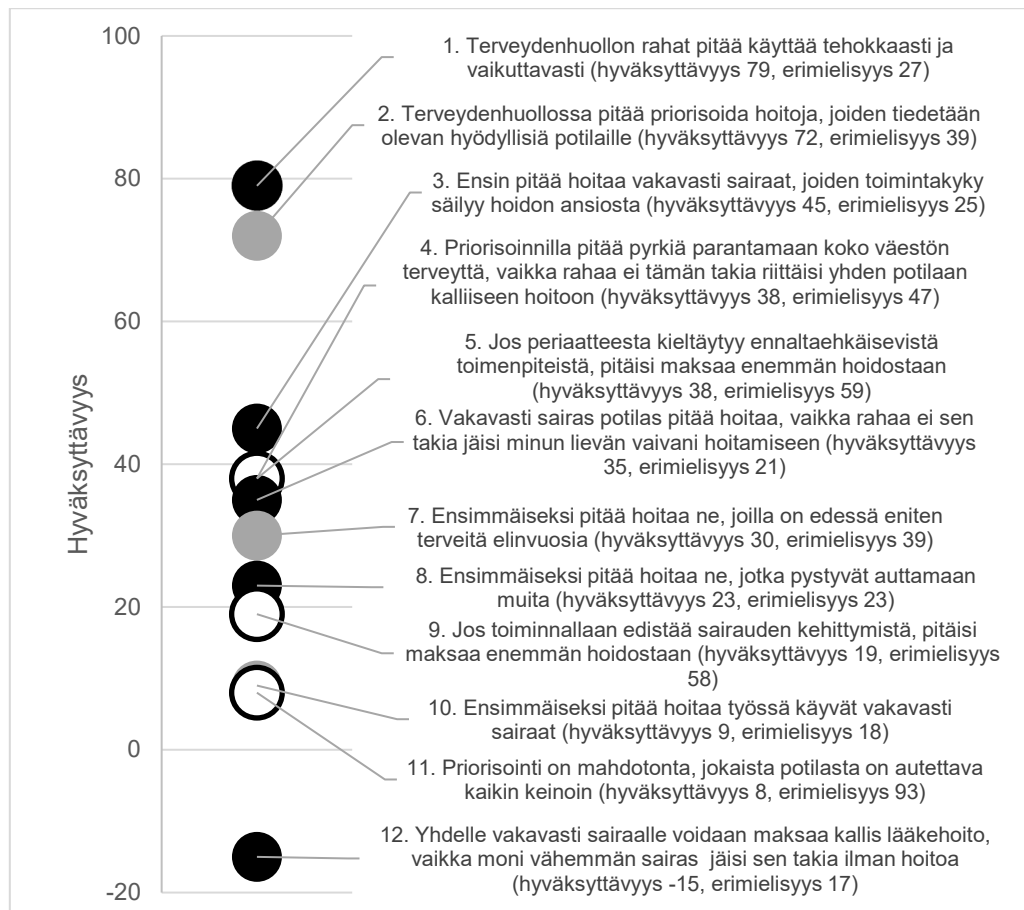
## 6.2.4 Yleisesti käytetyt priorisointiperiaatteet hyväksyttäviä mutta tärkeysjärjestys ristiriitainen

Kyselytutkimuksen tulosten perusteella vastaajat olivat taipuvaisia priorisoimaan useita potilasryhmiä samanaikaisesti, kun asiaa selvitettiin yksittäisillä väittämillä. Etenkin kansalaisista monet myös valitsivat mieluummin neutraalin vastausvaihtoehdon, kuin ottivat periaatteita koskeviin väittämiin kantaa. Ammattilaiset ottivat vahvimmin kantaa priorisointiperiaatteisiin verrattuna muihin ryhmiin.



Kuvassa 9 priorisointiperiaatteita koskevat väittämät on järjestetty sen mukaan, kuinka hyväksyttävänä niitä pidettiin keskimäärin. Yksittäisen väittämän hyväksyttävyyden ollessa yli 0 %, suurempi osa oli samaa kuin eri mieltä väittämästä, ja jos hyväksyttävyyden on alle 0 %, suurempi osa oli eri mieltä kuin samaa mieltä väittämästä. Neutraaleja vastauksia ei oteta huomioon.

**Kuva 9.** Priorisointiperiaatteita koskevien väittämien hyväksyttävyyden ja vastaajaryhmien välinen erimielisyys. Mustat ympyrät kuvaavat pienintä ja valkoiset suurinta erimielisyyttä eri vastaajaryhmien välillä.



Kyselyssä käsitellyistä priorisointiperiaatteista laajimmin hyväksytyjä olivat hoidon vaikuttavuus ja hyödyllisyys sekä potilaan toimintakyvyn säilyminen. Myös sairauden vakavuus ja odotettavissa olevat terveet elinvuodet olivat kaikkien vastaajaryhmien enemmistön mielestä hyväksyttäviä kriteereitä asettaa potilaita hoitojärjestykseen. Hieman vähemmän, mutta kuitenkin hyväksyttävä kriteeri oli myös henkilön kyky aut-

taa muita. Väestön terveyttä olivat halukkaimpia priorisoimaan lääkärit ja hammaslääkärit, vähiten kansanedustajat. Työssäkäyvien priorisointi ei saanut missään vastaajaryhmässä selkeää hyväksyntää.

Priorisointiin liittyvien väittämien kohdalla oli havaittavissa ristiriitaisuutta sekä yksittäisten priorisointiperiaatteiden että vastaajaryhmien välillä. Esimerkiksi hoitojen kustannuksille ei missään vastaajaryhmässä haluttu määrittää potilaskohtaista ylärajaa, mutta toisaalta väestön terveyden edistäminen suhteessa yksittäisen potilaan kalliseen hoitoon oli enemmistön mielestä hyväksyttävä priorisointiperiaate kaikissa vastaajaryhmissä.

Yksilön oman toiminnan vaikutus priorisointiin oli vastaajaryhmiä jakava näkökulma. Kansalaisten, lääkäreiden ja hammaslääkäreiden mielestä ennaltaehkäisevistä toimenpiteistä kieltäytymisen ja oman toiminnan sairauden kehittymisen edistämisessä tulisi vaikuttaa priorisointiin. Vastanneista kansanedustajista enemmistö ei pitänyt kumpaakaan yksilön omaan toimintaan liittyvää priorisointiperiaatetta hyväksyttävänä. Vastaukset korreloivat puoluekannan kanssa siten, että vihreiden ja vasemmistopuolueiden edustajat eivät useimmiten pitäneet periaatteita hyväksyttävänä ja kokoomuksen ja perussuomalaisen edustajat useimmiten pitivät. Tulokset viittaavat siihen, että vastauksiin vaikuttavat taustalla olevat erot arvoissa ja poliittisissa näkemyksissä (vrt. Sandberg ym. 2019). Yksi kansanedustajista pohtikin kyselyn avovastauksessa priorisoinnin hyötyjä seuraavasti: "[...] Mutta mikä on hyöty ja kenen näkökulmasta? Mitä arvotetaan?".

Priorisointiväittämien ja kansalaisten taustatietojen väliltä ei löytynyt vahvaa korrelaatiota. Väittämä "Terveydenhuollon rahat pitää käyttää tehokkaasti ja vaikuttavasti" korreloi hieman iän ja päätoimen kanssa. Työkäiset ja työssäkäyvät olivat hieman yliedustettuina eri mieltä väittämästä olevien joukossa. Niin ikään väestökyselyn väittämä "Jos periaatteesta kieltäytyy ennaltaehkäisevistä toimenpiteistä, pitäisi maksaa enemmän hoidostaan" korreloi hieman päätoimen kanssa. Eläkeläiset olivat väittämän kanssa useammin samaa mieltä muihin vastaajaryhmiin verrattuna.

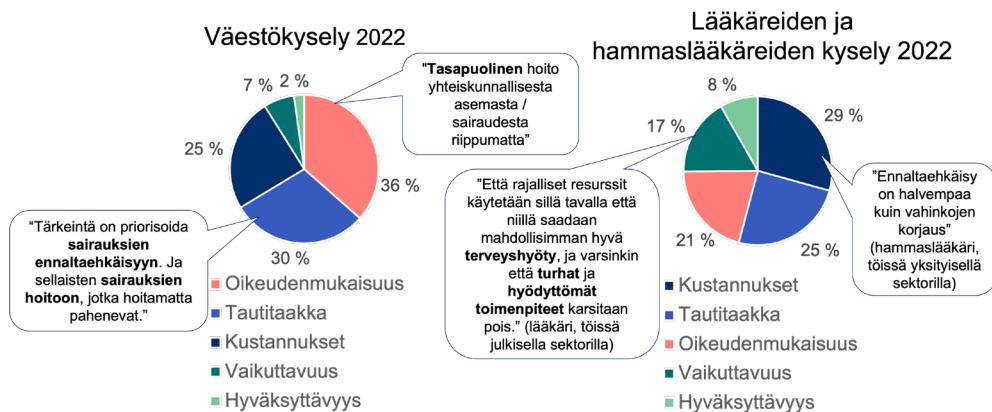
Priorisointiperiaatteiden hyväksyttävyyttä (Kuva 9) on tärkeää tarkastella kansalaisten, terveydenhuollon ammattilaisten ja poliittisten päättäjien näkemyksiä huomioiden. Priorisointikeskustelun laajentaminen kansalaisnäkökulmalla auttaa muodostamaan yhteisesti hyväksyttäviä priorisointiperiaatteita ja antaa pohjan edelleen tarkentaa ja konkretisoida niitä tulevissa selvityksissä. Tulokset osoittavat, että periaatteiden asettaminen järjestykseen toisistaan riippumattomien asenneväittämien avulla on haastavaa, sillä suurin osa vastaajista on valmis priorisoimaan kaikkia ryhmiä. Kuvassa 9 esitelty tapa tarkastella periaatteiden hyväksyttävyyttä mahdollistaa kuitenkin niiden keskinäisen vertailun ja järjestämisen. Kaikkien periaatteiden noudattaminen samanaikaisesti – esimerkiksi kaikkien potilasryhmien hoitaminen ensin – ei ole mahdollista,

vaan periaatteiden välillä on tarpeen tehdä valintoja käyttökelpoisten priorisointikriteerien muodostamiseksi.

## 6.2.5 Yhteenveto kyselyiden avovastauksista ja sosiaalisen median keskusteluista

Kyselyvastausten, työpajojen ja sosiaalisen median kommenttien perusteella kansalaiset puhuvat priorisoinnista erilaisella käsitteellisellä tasolla kuin ammattilaiset. Priorisointiperiaatteet painottuivat kommentteissa eri tavoin tarkasteltavasta aineistoista riippuen. Esimerkiksi kansalaisten avoimissa vastauksissa ja sosiaalisen median keskusteluissa ei noussut esiin kaikkia priorisoinnin keskeisiä näkökulmia kuten vaikuttavuus, vaikka kyselyssä asennevääntämäksi muotoiltuna se nousi kaikkein hyväksyttäväksi periaatteeksi. Lääkäreiden ja hammaslääkäreiden avoimissa vastauksissa eri periaatteet olivat vastauksissa edustettuina tasaisemmin (Kuva 10). Tulokset kertovat muun muassa siitä, että lääkäreille ja hammaslääkäreille priorisoinnin tärkeys ja priorisointiperiaatteet ovat tutumpia asioita kuin kansalaisille yleensä.

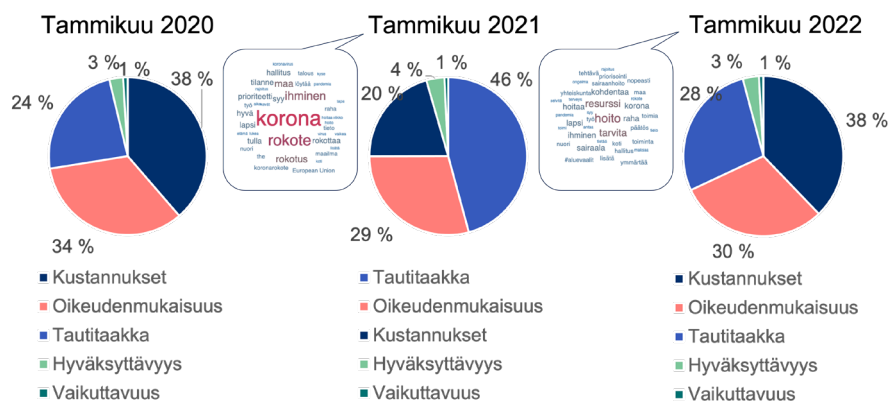
**Kuva 10.** WHO:n määrittelemien priorisointiperiaatteiden esiintyminen (Terwindt ym., 2016) eri kyselyaineistoissa



Medialla on priorisointikeskustelussa keskeinen rooli toimia yhtäältä viestintäkanavana sidosryhmien suuntaan ja toisaalta kansalaisten välisen keskustelun foorumina (Terwindt ym. 2016). Jälkimmäistä näkökulmaa käsiteltiin tässä hankkeessa analysoimalla sosiaalisen median terveydenhuoltoon ja priorisointiin liittyviä keskusteluja. Analyysin perusteella priorisointikeskustelun painotukset vaihtelevat aineiston ja ajankohdan mukaan ja ovat alttiita ulkoisten tapahtumien vaikutuksille. Sosiaalisessa mediassa keskustelu terveydenhuollon resursseista ja niiden kohdentamisesta elää

päivän puheenaiheiden mukaan. Esimerkiksi vanhuspalvelukriisi, COVID-19-pandemia ja aluevaalit näkyivät siinä, millaisia teemoja keskusteluissa painotettiin. Kuvassa 11 on havainnollistettu priorisointiperiaatteisiin liittyvien teemojen esiintyminen sosiaalisessa mediassa kolmena eri ajankohtana. Puhekuplissa on esimerkkejä keskusteluissa mainituista yleisimmistä sanoista.

**Kuva 11.** Sosiaalisessa mediassa esiintyneet WHO:n määrittelemät priorisointiperiaatteet (Terwindt ym., 2016) eri ajanjaksoilla Etuman tekstianalyysin luokitteluina



Analyysitulosten (Kuva 11) mukaan vuoden 2021 tammikuussa kustannuksiin liittyvien kommenttien osuus keskusteluissa väheni merkittävästi vuoteen 2020 verrattuna, ja tautitaakkaan liittyvien kommenttien osuus puolestaan kasvoi. Yleisimpiä keskustelunaiheita tuolloin olivat COVID-19-pandemia ja rokotteet. Tammikuussa 2022 pandemiaan liittyvä keskustelu oli vähäisempää ja kustannukset nousivat taas yhtä yleiseksi teemaksi kuin ennen pandemiaa tammikuussa 2020. Sosiaalista mediaa analysoimalla voidaan siis tutkia, minkälaisia painotuksia eri priorisointiperiaatteet saavat vaihtuvissa maailmantilanteissa. Toiset teemat ovat pysyvämpiä, toisten osuus vaihtelee enemmän. Esimerkiksi oikeudenmukaisuuteen liittyvän keskustelun määrä pysyi melko tasaisena kaikkina ajankohtina samalla kun kustannuksiin liittyvien keskustelujen osuus pieneni pandemian myötä. Havainnot korostavat sen tärkeyttä, että priorisointiin liittyviä näkemyksiä kartoitetaan säännöllisin väliajoin ja monilla eri menetelmillä, jotka täydentävät toisiaan.

## 6.3 Havainnot ammattilaisten ja kansalaisten työpajojen periaatekeskusteluista

Sekä ammattilaiset että kansalaiset voivat kokea paremmin omistajuutta ja hyväksyä terveydenhuollon priorisoinnissa käytettävät periaatteet, jos he ovat osallistuneet niistä päättämiseen.

Kansalaiset ja asiantuntijat nostivat samoja teemoja esiin periaatteisiin liittyen, vaikkakin lähestymistapa ja termistö oli erilaista eri osallistujaryhmillä.

Kansalaisten suhtautuminen periaatteisiin muuttui työpajassa jaetun tiedon ja keskustelujen myötä.

Työpajoissa syvennettiin kyselytulosten perusteella muodostettua käsitystä siitä, miten ammattilaiset ja kansalaiset ymmärtävät terveydenhuollon priorisoinnin periaatteet. Samalla selvitettiin, millä tavoin sidosryhmiä voidaan osallistaa periaatteiden muotoiluun. Työpajoissa aktivoitiin osallistujia asenneväättämien, tapausesimerkkien ja niiden pohjalta käytyjen fasilitoitujen keskustelujen avulla. Työpajojen alussa ja lopussa teetettiin osallistujille lyhyt kysely, jossa kysyttiin arviota seitsemään eri väittämään. Väittämät olivat samoja kuin aiemmin toteutetussa kyselyssä, esimerkiksi ”Jokaista potilasta on autettava kaikin keinoin.” Tarkoituksena oli tarkastella, muuttuvatko osallistujien näkemykset priorisoinnista työpajassa tapahtuvan vuorovaikutuksen ja tiedollisen vaikuttamisen pohjalta. Ammattilaisten vastaukset eivät muuttuneet juuri lainkaan, mutta kansalaisten vastaukset muuttuivat kolmessa väittämässä keskenään samansuuntaisemmiksi. Osallistajat ryhtyivät vahvemmin kannattamaan vakavasti sairaiden hoitoa muiden kustannuksella ja priorisoimaan väestön terveyttä yhden potilaan kalliiden hoitojen sijaan. Ainakin osittain muutos johtui todennäköisesti siitä, että osallistajat olivat työpajan aikana saaneet paljon uutta tietoa ja kuulleet erilaisia näkemyksiä priorisoinnista. Työpajan alustuksessa esimerkiksi liitettiin yhteisen hyvän tuottamiseen yhteiskunnassa. Lisäksi vastauksiin saattoi vaikuttaa ihmisen taipumus vastata sosiaalisesti suotavalla tavalla.

Priorisointiperiaatteita ja niihin liittyviä erilaisia valintatilanteita käsiteltiin myös tapausesimerkkien avulla, jotka olivat samat sekä kansalaisille että ammattilaisille. Kuvitteellisista priorisointitapauksista keskusteltiin ohjatusti pienryhmissä ja keskustelut litteroitiin. Keskusteluista tehtyjen havaintojen perusteella ammattilaiset tarkastelivat priorisointia palvelujärjestelmän tuotannosta käsin ja arvioivat periaatteita ensisijaisesti palvelujen terveyshyödyn pohjalta. Ammattilaiset korostivat priorisoinnin periaatteissa keskeisesti hoidon vaikuttavuutta, kustannusvaikuttavuutta, hoidon hyötyä sekä sairauden vakavuutta. Periaatteiden keskinäiseen tärkeysjärjestykseen ei saatu työpajakeskusteluissa selvyttä, vaan sen määrittäminen vaatisi täsmällisemmän kysymyksenasettelun.

Ammattilaiset kokivat, että tekevät priorisointia jo joka tapauksessa työssään, joten olisi tärkeää, että siitä keskusteltaisiin avoimesti. Toisaalta korostettiin, että kaikista priorisointitilanteista ei voi määritellä tarkkoja ohjeita. Ammattilaisten kommentoissa painotettiin, että käytännön päätöksiin vaikuttavat hoitoennuste, asiakkaan kokonaistilanne, elämänlaadun parantaminen sekä odotukset asiakkaan toiminnasta, esimerkiksi sitoutuminen hoitoon tai motivaatio kuntoutua. Useiden sairauksien ja sairausr ryhmien sisällä voitaisiin myös priorisoida lääkettämiä hoitoja, esimerkiksi elintapoihin kohdistuvia. Hyötyjen osalta nostettiin esiin laatupainotettujen elinvuosien käsite, eli hoidolla mahdollisesti lisättävät elinvuodet eivät ole itseisarvo, vaan elämänlaatu pitää ottaa huomioon. Ammattilaiset pohtivat myös, kuinka paljon resursseja voidaan ylipäänsä käyttää yksittäisen potilaan tilanteen läpikäymiseen. He pohtivat myös sosioekonomisen taustan merkitystä hoidon saamisessa sekä yhteiskunnan vastuuta yksilön tilanteesta.

Sairauden vakavuudesta ammattilaiset toivat esiin, että vertailu eri yksilöiden ja eri sairausr ryhmien välillä on vaikeaa, ja toisaalta on huomioitava, että eri sairausr yhmiiin suhtaudutaan eri tavalla. Esimerkiksi syövän hoitoon panostetaan enemmän kuin huumeongelmaisten. Lisäksi korostettiin yhdenvertaisuuden, yhteiskunnan vastuun sekä terveyserojen kaventamisen näkökulmia. Periaatteiden tasolla ammattilaiset toivoivat konkretiaa ja yhteistä hoidontarpeen kriteeristöä. Priorisoinnissa tulisi heidän mukaansa painottaa ennaltaehkäisyä esimerkiksi mielenterveyspalveluissa ja suun terveydenhuollossa.

Kansalaisten työpajassa periaatekeskustelu oli vilkasta ja siinä oli osittain samoja teemoja kuin ammattilaisilla, vaikka eri tavoin sanoitettuna. Keskustelua käytiin erityisesti resurssien jakamisen ja budjetoinnin alueilla: mihin julkisiin palveluihin ylipäänsä resursseja käytetään ja miten terveydenhuollon rahoitus saadaan riittämään. Työpajassa jopa esitettiin, että kansalaisten tulisi saada päättää itse maksamiensa verovarojen käytöstä. Kansalaisten keskustelussa huomioitiin yhteiskunnallinen taso, kokonaisresurssien rajallisuus ja kohdentaminen oikeudenmukaisesti ja vaikuttavasti. Kansalaiset näkivät alueellisen epätasa-arvoisuuden ongelmalliseksi. Toisaalta omat kokemukset potilaana ja omaisena nousevat kansalaisilla vahvasti esiin.

Kansalaisten keskustelussa sairauden vakavuuden osalta pohdittiin, että hoitopäätöksiin vaikuttaa, mikä on sairauden toipumisennuste vaikuttavuuden näkökulmasta ja mitä hoidolla ylipäänsä saadaan aikaan. Hoidon hyötyä pitäisi tarkastella yksilöllisesti ja eri hoitovaihtoehtoja kartoittaen: esimerkkitapauksessa huumeidenkäyttäjälle pitäisi korvaushoidon sijaan tarjota laitoshoidoa, jos jälkimmäinen olisi vaikuttavampaa. Sosiaalisen ympäristön, yhteiskunnan ja lähipiirin roolia nostettiin myös keskusteluun: lapsen etu on ehdottomasti huomioitava, mutta perheellisyys ei saisi olla lakiperustainen kriteeri hoidon saamiselle. Kysyttiin myös, pitääkö oikeus hoitoon ansaita. Lisäksi melko yksimielisesti osallistujat totesivat, että työssäkäynti ei saa vaikuttaa sairauden

hoitoon. Yhteenvedona kansalaiset esittivät, että heidät olisi otettava mukaan keskustelemaan laajasti priorisointiin kytkeytyvistä arvoista ja periaatteista, mutta varsinainen kliininen päätöksenteko tulisi jättää ammattilaisille. Keskustelussa tulee antaa osallistujille käytännön esimerkkejä siitä, miten periaatteet näkyvät käytännössä palveluissa ja kiinnittää huomioita termien ymmärrettävyyteen sekä kansalaisten havaintojen, kokemusten ja arvojen yhteyksiin priorisoinnin periaatteisiin, jotka eivät sellaisenaan tule sanoitetuksi keskusteluissa. Keskustelu ei saa jäädä liian ylätasoiseksi vaan tulee konkretisoitua osallistujien arkikokemukseen.

## 6.4 Johtopäätökset priorisoinnin periaatteista tilastokyselyjen sekä ammattilaisten ja kansalaisten työpajojen perusteella

Etenkin kansalaisten ymmärrys priorisoinnin tarpeesta ja periaatteista on puutteellista, eivätkä lääkärit, hammaslääkärit tai kansanedustajatkaan kokeneet olevansa tietoisia siitä, miten priorisointia ohjataan ja toteutetaan. Kansalaisista alle kuudesosa, lääkäreistä ja hammaslääkäreistä alle kolmasosa ja kansanedustajista alle puolet oli samaa mieltä väittämästä ”tiedän, millä periaatteilla terveyspalveluja priorisoidaan”. Yksi kansanedustajista toteaa kyselyvastauksessaan: ”Koko [priorisoinnin] käsite on epäselvä, enkä ole koskaan ollut yhdessäkään kokouksessa, jossa olisi käsitelty sellaista, eikä se ole tullut päätöksenteossa vastaan.”

Sidosryhmien erilaiset lähtökohdat on tärkeää tiedostaa, jotta voidaan käydä eri näkökulmat huomioivaa keskustelua terveydenhuollon priorisointiperiaatteista. Esimerkiksi kyselyssä sekä kansalaisten että ammattilaisten tietämys terveydenhuollon kustannuksista oli heikkoa ja kustannukset arvioitiin yleensä todellista pienemmiksi. Kustannustietoisuutta parantamalla ymmärrettäisiin paremmin myös priorisoinnin tarve. Aineistossa on myös viitteitä siitä, että esimerkiksi omat kokemukset terveydenhuollosta ja poliittiset näkemykset vaikuttavat kannanottojen taustalla.

Sekä kyselyjen että työpajojen perusteella ammattilaisten näkemykset olivat keskenään yhteneväisempiä kuin kansalaisten, ja heidän tietopohjansa priorisoinnista on huomattavasti laajempi kansalaisiin verrattuna. Ammattilaisista suurin osa ymmärsi priorisoinnin ja siihen liittyvien pelisääntöjen luomisen tarpeen. Kansalaisista suurin osa ei ymmärtänyt priorisointia välttämättömänä asiana, eikä moni osannut tai halunnut ottaa priorisointiperiaatteiden muodostamiseen lainkaan kantaa. Priorisoinnin tarpeeseen ja periaatteisiin liittyvän ymmärryksen lisäämiseksi ja keskusteluvälmiuksien kehittämiseksi tarvitaan pitkäjänteinen ja monikanavainen viestintästrategia. Viestintästrategian suunnittelussa huomioon otettavia seikkoja kuvataan tarkemmin luvussa 8.

Työpajojen havainnoista yhteenvetona voi todeta, että priorisoinnin periaatekeskustelua on mahdollista käydä myönteisessä ilmapiirissä ja ilman suurta tunnelatausta yhdessä ammattilaisten, kansalaisjärjestöjen ja kansalaisten kanssa. Priorisoinnin periaatteiden hyväksyttävyyttä vaatii käsitteen kuvaamista kansalaisille ymmärrettävin sanoin ja painottamalla sitä näkökulmaa, että priorisointia on tarve tehdä ja sitä tehdään joka tapauksessa, oli käytössä eksplisiittisiä kriteereitä tai ei. Priorisoinnin välttämättömyys ja arjen realismi on siten tärkeää tuoda kansalaisille esiin, ja erään ammattilaisen sanoin tarvitaan ”hyväksyttävyyden siunaus” päätöksille. Yksilötason ratkaisut kuuluvat kuitenkin sekä ammattilaisten että kansalaisten mukaan terveydenhuollon ammattilaisille, eivät kansalaisille tai poliittisille päättäjille.

Sekä työpajakeskusteluissa että kyselyvastauksissa eniten kannatusta saivat samat priorisoinnin periaatteet. Keskeisiksi nousivat sairauden vakavuus, hoidosta saatu hyöty, odotettavissa olevat terveet elinvuodet ja toimintakyvyn säilyminen. Koko väestön terveyden näkökulma suhteessa yksittäisen potilaan kalliiseen hoitoon oli hyväksyttävä priorisointiperiaate erityisesti ammattilaisten mielestä. Sekä ammattilaisten että kansalaisten näkökulmasta yksilön oma toiminta, vastuunotto ja motivoituneisuus hoitoon voivat vaikuttaa jonkin verran priorisointipäätöksiin, mutta yksilön ominaisuudet kuten työssäkäynti eivät. Kyselyssä työssäkävien priorisointi oli vähiten hyväksytty periaate kaikkien vastaajaryhmien mielestä.



## 7 Kansalaisten osallistaminen priorisoinnin periaateprosessiin

Tässä luvussa käydään läpi tieteellisen kirjallisuuden pohjalta, miten eri maissa ja toimintaympäristöissä osallistamisen menetelmiä ja erityisesti yhteisöllistä osallistamista, on hyödynnetty terveydenhuollon priorisoinnissa, ja mitä tulisi huomioida sidosryhmien osallistamisessa. Lisäksi luvussa arvioidaan hankkeessa kokeiltujen keinojen (kysely, työpajat) toimivuutta osallistamisessa. Luku pyrkii vastaamaan kysymykseen ”Miten väestön osallistamista priorisoinnin periaatteita koskeviin keskusteluihin voidaan tukea ja hyödyntää?”

### 7.1 Kansalaisten osallistaminen yhteiskunnalliseen keskusteluun

Kansalaisia on tärkeä osallistaa keskusteluun terveydenhuollon priorisoinnin periaatteista useasta syystä. He rahoittavat järjestelmän ja tuottavat yhteiskunnan arvot ja normit ja koettu osallisuus ylläpitää luottamusta terveydenhuoltoon (Bruni 2007). Luottamus ja sitoutuminen yhteiskunnan toimintaan edellyttää, että instituutioiden hallinto ja toiminta on läpinäkyvää ja ymmärrettävää (Claridge 2004). Instituutiot, palvelujärjestelmä ja ammattilaiset keskittyvät usein enemmän prosesseihin, järjestelmiin ja organisaatorakenteisiin kuin kansalaisiin, joita näiden on tarkoitus palvella (Eyben ja Ladbury 1995). Jos kansalaiset osallistuvat tehokkaasti ja oikea-aikaisesti priorisointiprosessiin, tunnistetaan priorisoinnin hyväksyttävyyden riskit ja toisaalta mahdollisuudet. Se voi estää kalliit virheet ja säästää aikaa ja rahaa pitkällä aikavälillä (Bruni 2007). Osallistamisella voidaan saavuttaa hyötyjä eri tasoilla (Taulukko 5).

**Taulukko 5.** Osallistamisen hyötyjä kansalaiselle, terveydenhuollolle, kansanterveydelle ja yhteiskunnalle (Piipponen ja Pekola, 2019).

<p>Hyödyt kansalaiselle:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoidon sujuvuuden lisääntyminen</li> <li>• Hyvä hoitokokemus</li> <li>• Hoidon parempi saatavuus ja saavutettavuus</li> <li>• Hoitotulosten parantuminen ja lisääntynyt hyvinvointi</li> <li>• Osallisuuden kokemus</li> </ul>	<p>Hyödyt terveydenhuollolle:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kansalaisten luottamuksen ylläpitäminen</li> <li>• Avoimuuden lisääminen</li> <li>• Terveystyö yksittäisten potilaiden parantuneiden hoitotulosten kautta</li> <li>• Terveyspalvelujen tarkoituksenmukaisempi käyttö</li> <li>• Innovatiivisuuden lisääntyminen</li> </ul>
<p>Hyödyt kansanterveydelle</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erialaisten tarpeiden huomioiminen vähentää eriarvoisuutta</li> <li>• Terveyden ja yhteiskunnan toimintojen välisen yhteyden ymmärrys</li> <li>• Terveyden kuuluminen sosiaali- ja talouspolitiikassa sekä ympäristöasioissa</li> </ul>	<p>Hyödyt yhteiskunnalle</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Yhdenvertaisuuden lisääntyminen</li> <li>• Sosiaalisen yhtenäisyyden lisääntyminen</li> <li>• Demokratian tukeminen</li> <li>• Taloudellisen toiminnan lisääntyminen innovaatioiden myötä</li> <li>• Yhteiskunnan eri toimijoiden yhteistyön lisääntyminen</li> </ul>

Kansalaisten sitouttamisen ei tarvitse olla monimutkaista. Se ei aseta kansalaisia ja hallintoa vastakkain vaan on yhteistyötä (Piipponen ja Pekola, 2019). Kansalaisten osallistaminen täydentää, mutta ei korvaa edustuksellista demokratiaa. Osallistamalla kansalaiset ja asiantuntijat voivat työskennellä yhdessä ratkaisemaan laajoja kehityshaasteita ja ehkäisemään eturistiriitoja (THL 2021, Sandman ym. 2020).

Terveydenhuollon priorisoinnin periaatteet ja niistä johdettavat yhteiskunnalliset ja palvelujärjestelmän valinnat vaikuttavat kaikkien kansalaisten elämään (Frieden 2010). Priorisoinnin periaatteiden luominen tapahtuu monilla eri tasoilla, josta poliittinen prosessi ja demokraattinen päätöksenteko edeltävät kriteerejä ja toimeenpanoa. (Kuva 3) Kansalaisten luottamus instituutioihin on yhteiskunnallinen voimavara ja tukee sujuvia palveluja ja niiden kehittämistä (Gille ym. 2015).

**Kuva 12.** Osallisuuden kohdentuminen ja toimijuus yhteiskunnan ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän eri tasoilla. Lähtökohtana käytetty terveyden edistämisen toimien vaikuttavuuden mallia, mukailtu Frieden 2010.



Osallisuus (engl. Participation) on laaja käsitteistö ja määritelmä riippuu siitä, mistä näkökulmasta sitä tarkastellaan, kuten yhteiskunnallisen toiminnan taso, hallinnon- tai tieteenala (Kuva 12) (Claridge 2004). Näkökulmasta ja tavoitteista riippuu, miten osallistuminen määritellään, keitä siinä oletetaan osallistettavaksi, mitä sillä odotetaan saavutettavaksi ja miten se saadaan aikaan (Agarwal 2001). Osallisuus yhteiskunnalliseen toimintaan on perusoikeus (UNICEF 2020). Osallistaa voidaan yksilöitä tai yhteisöjä. Terveydenhuollon priorisoinnin periaatekeskustelun tavoite on tehdä arvoja ja periaatteiden välisiä ristiriitoja näkyväksi sekä lisätä tiedon ja dialogin kautta priorisoinnin ymmärrettävyyttä ja hyväksyttävyyttä, jolloin yhteisön rooli korostuu.

Yhteisöllinen osallistaminen (engl. community participation) on priorisointikeskusteluun osallistamisen kannalta keskeinen käsite (Lane 1995), sillä vain potilaiden osallistaminen terveydenhuollon prioriteettien periaatekeskusteluun jää kapeaksi (Sandman ym. 2020). Yhteisöllinen osallistaminen sisältää ajatuksen kansalaisista aktiivisina toimijoina, tasavertaisina vaikuttajina ja asiakaslähtöisten palvelujen kehittäjinä suhteessa ammattilaisiin sekä palvelun käyttäjinä. Siinä on kyse jaetusta päätöksenteosta (shared decision making), jossa yhteisölle annetaan osa asiantuntijoiden ja päätöksentekijöiden valtaa (Elwyn ym. 2010, Joseph-Williams 2014).

Käsitlemme tässä raportissa, mitä on osallistaminen yhteiskunnan toimintojen kehittämisessä (periaatteiden kehittämisessä) ja rajaamme pois osallistaminen terveydenhuollon toiminnassa ja kehittämisessä sekä yksilön osallistamisen osana hoitoa, joista on saatavilla ajantasaista tietoa (Piipponen ja Kurikka 2020). Osallistumisen ja osallistamisen esteitä on koottu taulukkoon 6 ja ne ovat osin samoja niin yhteisöjen osallistamisessa kuin yksilöiden hoitokäytäntöjen kehittämisessä.

**Taulukko 6.** Osallistamisen esteet ja mahdollistajat kirjallisuuden perusteella

Näkökulma	Esteet	Mahdollistajat
Yksilö/ yhteisö	Yleiskieli vs. lääketieteellinen kieli tai terminologia Sisällön tuntemuksen puute Yleisön ja potilaan epätarkka rooli ja odotukset Ryhmädynamiikka Jännitys sidosryhmien kesken Eturistiriidat Valta- ja auktoriteettierot	Selkeä tavoite ryhmälle siitä, mitä on suoritettava Olemassa olevien (epävirallisten) verkostojen tiedostaminen Edustus ja edustavuus eri ryhmissä Esityslista julkinen ja saatavilla Ongelmien ratkaisemisen tarve sanoitettu Osallistaminen tavoitteellista ja ammatillista Osallistamisella kuvatut ja käytännön tavoitteet
Ammattilaiset	Käytännön epävarmuus tai potilaiden sitoutumisen edistäminen Ammattirooli, joka ei sisällä maalikoiden osallistumista Kansalaisen ja potilaan epätarkka rooli Aikapaineet Aiheiden valitseminen Maantieteelliset rajoitukset Ammatilliset reunaehdot esim. tietosuoja Ammattilaisten väliset eturistiriidat	Riittävä aika varattuna Tapaamisten tarkoituksenmukaisuus sekä tehokas toteutus Ammattitaitoinen fasilitaattori (koulutettu) Aiheet muotoiltu etukäteen ja tavoitteellisesti Valitut keinot varmistavat kansalaisen äänen kuulemisen, sanoittaminen ymmärrettäväksi Sidosryhmien rekrytointi verkostoitumalla laajasti Osallistamisen tulee olla laadukasta; käytetään osaamista osallistamisessa (ammatillisuus) Käytetään useita menetelmiä yhtä aikaa Tehdään riskiarvio prosessista ennen sen aloittamista
Organisaatio	Ammattimainen asenne kansalaisten osallistumiseen puuttuu Osallistaminen toteutetaan vain normien takia Mitä vaikeampi ja mutkikkaampi periaate on sisällöltään, sitä vaikeampaa on osallistaminen	Ollaan aidosti kiinnostuneita näkemyksistä Aiotaan toimia osallistamisen pohjalta Infrastruktuuri, joka tukee sitoutumismahdollisuuksia (esim. kustannukset, aika) Riittävät resurssit ja tuki olemassa olevista resursseista Tunnistetaan osallisuuden roolitus: keskeiset sidosryhmät ja omistajuudet sekä prosessin tai palvelun omistajuuden/osallisuuden tulokulmat Tehdään riskiarviointi: tunnistetaan arvoihin, valtaan ja tietoepäsuhtaan liittyvät riskit

Näkökulma	Esteet	Mahdollistajat
Yhteiskunta	Kulttuuri ei suosi osallistamista Normiohjausta ei ole tai se on läpinäkymätöntä Priorisointia ei ole määritelty eikä sanoitettu Arvokeskustelua ei synny	Normiohjaus olemassa tavoitteille ja rakenteille Riittävä informaatio-ohjaus viestintästrategian kautta Yhteisiä kansallisia tavoitteita ja käytäntöjä luotu ja niille on puitteet Kansallinen seuranta toteutettu läpinäkyvästi Terveydenhuollon arvokeskustelu aktiivista

Osallistettaessa on tunnistettava minkä tyyppistä osallisuutta pyritään toteuttamaan, millä yhteiskunnallisen toiminnan tasolla ja keitä osallistetaan (Claridge 2004, Arnstein 1969). Näin voidaan valita soveltuvimmat menetelmät. Taulukko 7 kuvaa eri osallisuuden muotoja, joita voidaan tavoitella. Osallisuuden eri muotoja ei voi täysin erottaa toisistaan vaan ne muodostavat jatkumon. Lähtökohtaisesti kansalaisella on oltava tietoa ja mahdollisuus osallistua keskusteluun mahdollisimman varhaisessa vaiheessa myös terveydenhuollossa (NICE 2021).

**Taulukko 7.** Osallisuuden eri muodot priorisoinnin periaatteiden prosessin ja rakenteen sekä kansalaisen näkökulmista kuvattuna, muotoiltu soveltaen Piipponen ja Kurikka 2019

<p><b>Tieto-osallisuus</b> <b>Prosessi ja rakenne</b> tuottavat riittävästi, selkeästi ja monikanavaisesti tietoa priorisoinnista ja osallistumisen mahdollisuuksista. <b>Kansalainen</b> saa tietoa priorisoinnin periaatteista ja tuottaa niistä tietoa sekä tuntee osallistumisen mahdollisuuksia</p>	<p><b>Suunnitteluosallisuus</b> <b>Prosessi ja rakenne</b> tarjoavat ja käyttäjä riittävästi erilaisia ja monipuolisia tapoja osallistua priorisoinnin periaatteiden ja soveltamisen prosessin kehittämiseen <b>Kansalainen</b> osallistuu priorisoinnin periaatekeskusteluun, prosessin suunnitteluun ja kehittämiseen</p>
<p><b>Toimeenpano-osallisuus</b> <b>Prosessi ja rakenne</b> tukevat ja mahdollistavat konkreettisen osallistumisen eri tasoilla <b>Kansalainen</b> osallistuu toimintaan eri tavoin ja eri tasoilla</p>	<p><b>Päätöksenteko-osallisuus</b> <b>Prosessi ja rakenne</b> tuottavat riittävästi, selkeästi ja monipuolisia mahdollisuuksia osallistua päätöksenteon valmisteluun ja päätöksentekoon <b>Kansalainen</b> osallistuu itseään ja lähiympäristöään koskevaan päätöksentekoon</p>

## 7.2 Mitä tiedetään osallistamisen hyödyistä ja riskeistä tutkimuksen perusteella?

Terveydenhuollon priorisointi lähtee yhteiskunnan arvoista ja miten niistä olisi mielekästä keskustella. Bruni ym. (2008) mukaan on neljä syytä, miksi kansalaisia on tärkeä osallistaa keskusteluun terveydenhuollon priorisoinnin periaatteista. Ensinnäkin kansalaisten osallistuminen päätöksentekoon ylipäänsä on demokratian periaatteiden mukaista. Toiseksi kansalaiset rahoittavat terveydenhuoltojärjestelmää ja ovat sen käyttäjiä. Sen vuoksi on olennaista ottaa heidät mukaan keskusteluun järjestelmän toiminnan periaatteista. Tätä on korostettu esimerkiksi Iso-Britanniassa (NICE 2021). Kolmanneksi kansalaisten osallistaminen tarjoaa näkökulman yhteiskunnan arvoihin ja normeihin, mikä voi johtaa parempaan laatuun ja hyväksyntään priorisointiin liittyvissä päätöksissä. Neljänneksi heidän voimaannuttamisensa osallistumaan omaan elämäänsä vaikuttaviin päätöksiin auttaa tukemaan näitä päätöksiä ja täten lisää luottamusta terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan. (Bruni ym. 2008, Gille 2015). Sen on katsottu ehkäisevän osattomuuden kokemusta ja näin ehkäisevän epäsuorasti syrjäytymistä (Claridge 2004), kun saa kokemuksen kuulluksi tulemisesta.

Priorisoinnin hyväksyttävyyttä kansalaisten näkökulmasta on tutkittu niissä maissa, joissa priorisointia on toteutettu näkyvästi (Baker ym. 2021, Diederich ym. 2012, Ryen ym. 2019, Wouters 2017, Wiseman 2003). Ruotsissa periaatekeskustelun historia on pitkä, mutta tutkimuksia viime vuosilta löytyy vähemmän. Monissa tutkimuksissa priorisointikohteiden hyväksyttävyyttä on tutkittu tiettyjen potilasryhmien tai tavallisten kansalaisten näkökulmasta. Tällöin on kysely asenteista hoidon saatavuuteen eri väestöryhmille tai haluttu testata, onko henkilöstä johtuvilla syillä merkitystä (ns. elintapasairaudet) vai ainoastaan sairauden vakavuudella (esim. Baker ym. 2021, Ryen ym. 2019). Yhteenvedon voidaan todeta, että kansalaiset osallistuvat mielellään keskusteluun priorisoinnin periaatteista ja voivat suhtautua kriittisestikin ylhäältä annettuihin periaatteisiin (Wiseman 2003). Toiseksi perustavista arvoista ei välttämättä päästä yksimielisyyteen, vaan arvopluralismi on kansalaisista hyväksyttävää. Kolmanneksi kansalaiset pitävät terveydenhuollon ammattilaisten näkemyksiä palvelujärjestelmän sisällä tehtävissä priorisointipäätöksissä keskeisinä (Mitton ym. 2009).

Osallistamista terveydenhuollon kontekstissa on tutkittu hyötyjen ja riskien näkökulmista (Claridge 2004). Yhteisöjen osallistamisessa voidaan nähdä voimaannuttavia tavoitteita. Tällöin osallisuuden avulla kansalaiset, paikalliset asukkaat tai potilaat voivat arvioida tietoa, laatua sekä hallinnan kokemusta ja osallisuutta, jotka lisäävät luottamusta yhteisössä ja samalla yhteisön luottamusta palveluihin ja päätöksentekojärjestelmään (Claridge 2004). Kyse on äänen antamisesta yhteisölle osana päätöksentekoprosessia (Sandman ym. 2020). Priorisoinnin periaatteiden soveltaminen kriteeriksi ja siitä menetelmiksi edellyttää asiantuntijatyötä, jossa mm. lainsäädännöllä ja

hoitosuosituksilla toimintaa määritellään ja rajataan. Periaatteiden toteutumisen arvioinnin prosessissa on kansalaisen kokemusten ja arvojen mukaan ottaminen tärkeää. Osallistamisessa tavoitellaankin hyväksyttävyyden hakemista ja yhteisön vahvistamista (UNICEF 2020).

Osallistamiseen sisältyy riski epäluottamuksen lisääntymisestä, erityisesti huonosti toteutettuna. Pretty ja Scoones (1995) ovat esittäneet, että termiä osallistaminen käytävillä on taipumus omaksua moraalinen ylempi asema, mikä viittaa siihen, että mikä tahansa osallistamisen muoto on hyvä. Tämän osallistumisen käsitteen luontaisen hyvyyden vuoksi siitä on tullut yhteiskunnallisen muutoksen edellyttämien rakenneuudistusten korvike (Botchway 2001). Pahimmillaan sitä voidaan käyttää kansalaisten asenteiden ohjaamisessa kosmeettisena leimana, jolla päätöksenteko tai projekti saadaan näyttämään hyvältä tai hyväksyttävämmältä.

Osallistamisen hyötyjen on oltava suurempia kuin siitä aiheutuvat kustannukset (El Ansari & Andersson 2011). Taloudelliset syyt osallistamisen ohittamiseen voivat liittyä yksinkertaiseen kustannushyötylaskentaan. Terveystieteiden toiminta on julkisen vallan toimintaa ja se on aina poliittista ja poliittisesti ohjattua. Osallistamisella jaetaan poliittista valtaa, ja kaikkien tai joidenkin osallistuminen voi olla toisten tahojen poliittisten etujen kannalta riski. Terveystieteiden priorisointiin liittyy monia eettisiä kysymyksiä (ETENE 2001). Terveystieteiden osallisuutta perustellaan usein eettisillä syillä, mutta tähän sisältyy riskinsä, jos osallistuminen on pintapuolista, toteutetaan epäammattimaisesti, käsittely nostaa esiin vain osan priorisoinnin periaatteista tai ei ole läpinäkyvää (Ryen ym. 2019). Erityisesti heikossa asemassa olevien osallistaminen on tehtävä huolellisesti (Claridge 2004). Vaikuttamattomien keinojen käyttäminen on terveystieteiden osallistamisessa epäeettistä ja sama pätee osallistamiseen.

Yhteisöjen osallistaminen ei ole pelkkä tekninen suorite, vaan monimutkainen prosessi, johon liittyy erilaisia arvoja, uskomuksia, poliittisia voimia, hallinnollista järjestelyä ja erilaisia käsityksiä siitä, mikä on mahdollista (Claridge 2004, Michener 1998). Osallistaminen sinänsä ei automattisesti tarkoita kehittämistä tai myönteistä kehittämistä etenkin, jos siinä käytettävät menetelmät eivät pysty huomioimaan riittävästi valta- ja tiedon epäsuhtaan ja muiden resurssien hallintaan liittyviä kysymyksiä tai jos toteutus tarjoaa riittämättömät puitteet teknisten, taloudellisten ja sosiaalisten muutosten syvempien tekijöiden ymmärtämiseksi (Bruni 2007, UNICEF 2020). Tutkimuksen perusteella on vain vähän todisteita osallistumisen pitkäaikaisesta tehokkuudesta haavoittuvimpien ihmisten olojen olennaisessa parantamisessa tai sosiaalisen muutoksen strategiana (Cleaver 1999).

Osallistaminen terveystieteiden priorisointiperiaatteiden muodostamiseen ei ole yksinkertaista. Terveys on käsitteenä laaja ja terveydentila vaikuttaa yksilön toimintaky-

kyyn ja kykyyn yhteisöissä toimimiseen (Brussow 2013). Terveydelle on vaikea määrittää arvoa ja erilaisin laatupainotetuin kertoimin on koitettu tavoittaa tapoja verrata terveyteen laitettujen panosten suhdetta (Kekomäki 2019). Terveystieteiden tutkimus on toimintana monimutkaista ja terveystieteiden kysyntää eivät ohjaa samat kuluttamisen lainalaisuudet kuin muuta kulutuskäyttäytymistä. Lopputuote on yksilölle pitkälti subjektiivinen kokemus. Kysyntä on rajaton ja tarjonta kasvaa hoitomenetelmien kehittyessä: joudutaan priorisoimaan (Kekomäki 2019). Terveystieteissä käytetään usein tutkimusnäyttöä etsittäessä "teknokraattista ratkaisua" moniin, usein monimutkaisiin ongelmiin (Sanberg ym. 2019), vaikka prioriteettien asettaminen ei tarkoita vain "oikean" päätöksen tekemistä. Kyse on myös päätöksen tekemisestä "oikealla" tavalla ottaen huomioon oikeanlaiset arvot ja mielipiteet (Sandberg ym. 2019, Williams 2021)

Terveystieteiden tutkimuksessa tietopäsuhta on suuri ja ammattiryhmien asema on vahva. Vahva ammattilaisten asema voi estää osallistamista ja toisaalta edellyttää menetelmiltä kykyä huomioida tietopäsuhtaa (NICE 2021). Tietotason parantuminen johtaa paradoksaalisesti siihen, että kansalaisten luottamuksen ylläpitämiseen on panostettava enemmän, vaikka muut hyödyt ovatkin nähtävissä (Gille 2015). Priorisoinnissa joudutaan tekemään myös ikäviä päätöksiä, joille voi olla vaikea löytää poliittista tukea. Priorisoinnin periaatteet voivat olla vastakkaisia toistensa nähden ja voi syntyä eettisiä haasteita. Oikeudenmukaisuus voi joutua ristiriitaan kustannusvaikuttavuuden kanssa. Osallistamisen kautta tehdään priorisoinnista näkyvää ja päästään sanoittamaan sitä kansalaisille ymmärrettäväksi (Mittin ym. 2009, Martin ym. 2002).

Terveystieteiden tutkimuksen kehittämiseen kansalaisten osallistaminen on haastavaa ja voi jäädä helposti toteuttamatta (Claridge 2004, Eyben ja Landbury 1995, Garpenby 2007). Syytä on useita ja ne voidaan jakaa viiteen ryhmään: toiminnan luonne, ammattimaisuuden aste, taloudelliset syyt, poliittiset esteet ja eettisyyteen liittyvät haasteet (Claridge 2004). Toiminnan luonne vaikuttaa siihen, tuoko sen ihmisiä yhteen tavalla, jolla he voivat tai pystyvät huomioimaan laajempaa yhteistä etua. Yhteisöjen osallistamisessa väistämättä voidaan joutua asettamaan yhteisön etuja ja yksilön etuja vastakkain ja tekemään harkintaa. Terveystieteiden tutkimuksessa on toimintoja, kuten terveyden edistäminen tai seulonnat, joissa pyritään terveyshyötyyn laajalle joukolle ja samaan aikaan yksilöllisiä tilanteita, joissa yksilön näkökulmasta ei arvottamista voida tehdä (Frieden 2010). Priorisoinnin periaatteita sovelletaan aina ajassa ja kontekstissa ja osallistamisessa on kansalaisten osallistamisessa oltava selkeä sanoitus, millä tasolla liikutaan, mitä odotetaan ja miten osallistamisen tulokset huomioidaan.



## 7.2.1 Osallistamisen edellytykset priorisoinnin periaatteiden muodostamisessa

Lukuun on koottu kirjallisuudesta kriteereitä, joita priorisoinnin periaatteiden osallistamisessa kannattaa huomioida. Kattavia suosituksia löytyy eri maista, joissa osallistamisen perinne pitkä, kuten Iso-Britannia (esim. NICE) tai Yhdysvallat sekä kansainvälisten järjestöjen tuottamina (esim. UNICEF 2020).

Terveydenhuollon priorisoinnin periaatteiden muodostamiseen osallistamisessa tulee huomioida sekä hyväksyttävyysskriteerit, että prosessikriteerit (Claridge 2004, Rowe ja Frewer 2000). Osallistamisen edellytyksenä on ymmärrys siitä, mikä on se aihekokonaisuus, johon kansalaisia, ammattilaisia tai päättäjiä osallistetaan. Osallistamisella tulee olla määritelty ja ymmärrettävä tavoite, jota osallistamalla voidaan edistää tai rikastaa ja sen tulee noudattaa jaetun päätöksen teon periaatteita (NICE 2021). Osallistaminen voi toimia myös sitouttavana välineenä.

Priorisoinnin periaatteista keskusteluun osallistamisessa on syytä käyttää monimenetelmäistä näkökulmaa: yhdellä tietyllä menetelmällä ei saatane riittävän kuvailevaa ja kattavaa näkemystä kansalaisten ja ammattilaisten mielipiteistä ja on vaarana, että ollaan liikaa yksipuolisen näkemyksen varassa. Osallistamisen menetelmiä on lukuisia, mutta on syytä huomioida, että menetelmät poikkeavat osin yksittäisen potilaan tai potilasryhmän osallistamisesta.

Osallistamisen prosessin suunnittelu muistuttaa terveyden edistämisen prosessimalleja, sillä molemmissa arvioidaan sekä tuloksellisuutta, että prosessia samaan aikaan (Green ja Kreuter 2005). Priorisoinnin periaatteiden muodostamisessa onnistunut prosessi on tehokas, huomioi toimintaympäristön sekä sopeuttaa käytettävät välineet näihin. Toinen tärkeä edellytys on hyväksyttävyyden varmistaminen (Rowe ja Frewer 2000). Taulukko 8 kuvaa, miten jokaisella menetelmällä on vahvuutensa ja heikkoutensa. Priorisoinnin periaatteiden osallistamisessa tulee arvioida sen hyväksyttävyyttä ja prosessin laatu, jotka osittain menevät ajallisesti päällekkäin.

Osallistettavan joukon tulee edustaa tavoitteen kannalta monipuolisesti eri kansalaisryhmiä eli olla edustava (UNICEF 2020). Otosharha on aina läsnä niin kyselyissä kuin työryhmissäkin. Menetelmällisesti edustavuus on tärkeää, jos aidosti halutaan mitata suuren yleisön mielipiteitä. Käytännössä mikä tahansa harha otoksen muodostamisessa voi heikentää lopputuloksen uskottavuutta (Ernst ym. 2018). Priorisoinnin periaatteiden muodostamisessa haasteena on, että osallistujien tulisi edustaa laajempaa väestöä tai alaryhmiä, sen sijaan, että se edustaisi vain jotain itse valitsemaansa alajoukkoa (Claridge 2004, Rowe ja Frewer 2000). Potilasjärjestöjen edustajat ovat esi-

merkki tavoitteellisesta osallistumisesta. Vaikka potilasjärjestöjen tuleekin olla edustettuna, niiden ei voi katsoa yksin edustavan kansalaisia tai potilaita. Erityisesti haavoittuvassa asemassa olevien tai yleensä huonosti edustettujen ryhmien osallistamiseen tulee panostaa (UNICEF 2020) ja eroteltava tutkimuskohteena oleminen osallistumisesta (Sandman ym. 2020). Edustuksessa osallistujien suhteellinen jakautuminen kapenee, mitä pienempi ryhmä on tai mitä vähemmän ryhmiä otetaan mukaan. Se voi johtaa näkemysten vinoumaan (Seixas ym. 2021). Yksi tapa saavuttaa hyvä edustavuus on valita satunnainen ositettu otos sairastuneesta väestöstä. Ryhmiä kootessa voi käyttää esitietolomakkeita, joilla voidaan selvittää etukäteen tietotasoa tai asenteita ja näin muodostaa moniäänisempi ryhmä (Lavrakas 2008).

Osallistumisen tulee olla riippumatonta ja puolueetonta (Lavrakas 2008). Asiantuntijoiden ja fasilitaattorien tulee olla riippumattomia ja osallistujien tulisi nähdä heidät myös riippumattomina. Tällaisia ovat yleensä neutraalien organisaatioiden, kuten yliopistojen edustajat. Priorisoinnin periaatteiden luomisessa kansalaisia tulisi osallistaa niin aikaisin kuin se on mahdollista (Claridge 2004). Julkinen keskustelu olisi näin ollen sallittava taustalla olevista oletuksista huolimatta eikä kaventaa sitä ennalta määrätyillä oletuksilla.

Osallistamisen tulee olla aitoa ja tuloksella tulisi olla todellinen vaikutus päätöksentekoon. Ilman tätä osallisuus johtaa epäluottamukseen ja vähentää priorisoinnin hyväksyttävyyttä. Prosessin tulee olla läpinäkyvä, jotta kansalaiset näkevät mitä tapahtuu ja miten päätöksiä tehdään.

## 7.2.2 Osallistamisen prosessi ja menetelmät

Osallistaminen edellyttää rakenteet, resurssit ja jatkuvuuden. Tarvittavat resurssit sisältävät (1) tietoresurssit (määrällinen ja laadullinen tieto), (2) henkilöresurssit (esim. asiantuntijakuulemiset, päätösanalyysit), (3) materiaali-resurssit (esim. tilat, verkkotilat) ja (4) aikaresurssit (osallistujilla tulee olla riittävästi aikaa tehdä päätöksiä). Kaikkien näiden resurssien rajoitukset voivat vaikuttaa osallistumisprosessin laatuun. Tuen tarjoaminen sekä päätöksenteolle että rakentavalle ja tasavertaiselle ryhmäkäyttäytymiselle on tärkeä osa laajempaa pyrkimystä luoda tarkoituksenmukainen toimintamallia, jotta kansalaiset voivat osallistua heitä koskeviin monimutkaisiin päätöksentekoprosesseihin (Rowe ja Frewer 2000).

Riittävän ja luotettavan tiedon saaminen on varmistettava. On selvää, että tehokas päätöksenteko edellyttää asiaankuuluvaa tietoa, mutta tämä on vain yksi osa resursseista, jotka julkisilla osallistujilla tulisi olla, jotta he voivat täyttää tehtävänsä menestyksekkäästi. Erityistä huomioita on käytettävä kieleen, ymmärrettävyyteen ja sanoittamiseen (THL 2021, Vihtari 2020).

Osallistumistehtävän luonne ja laajuus tulee määritellä selvästi (UNICEF 2020) On tärkeää varmistaa, että osallistamisen tavoitteista ja laajuudesta ei synny väärinkäsityksiä. Viestinnällisesti tämä on haastavaa, kun osallistetaan yhtä aikaa asiantuntijoita ja kansalaisia. Riskinä on, että liian määrävä joukko heikentää joustavuutta uuden tiedon edessä ja kaventaa keskustelua (Lavrakas 2008). Keskustelussa voi käyttää päätöksenteon jäsentämiseen ja esittämiseen rakenteellisia menetelmiä (esim. Delfoi-tekniikka), mutta niissäkin niihin harjaantuneiden ja sellaiseen uutena osallistuvien lähtötilanne tulee huomioida. Menetelmät auttavat jäsentämään yksilöiden ja ryhmien päätöksentekoprosessia, tärkeiden muuttujien välisiä suhteita ja auttaa varmistamaan, että yhteiskunnalliset ja poliittiset näkökohdat huomioidaan lääketieteellisten tai teknisten arvioiden rinnalla (UNICEF 2020, THL 2021). Päätöksentekoprosessin ja sen lopputuloksen dokumentointi on vastuullista ja tulee tehdä selkeästi. Viestinnällä varmistetaan, että osallistajat ovat tietoisia prosessin kulusta ja lopputulemista ja vaikutusten arvioinnista.

Osallistamiseen tulee käyttää useita eri menetelmiä (Taulukko 8, Liite 3). Tarvitaan toisaalta laajaa näkemystä esimerkiksi kyselyjen muodossa, mutta varsinainen periaatteiden muodostaminen edellyttää myös muiden menetelmien käyttöä. Alla on vertailtu eri menetelmiä prosessi- ja hyväksyttävyysskriteerien näkökulmasta.

**Taulukko 8.** Osallistamisen eri menetelmien vertailu eri tekijöiden suhteen. (Muotoiltu artikkelista Rowe ja Frewer 2000)

Osallistamis- menetelmä/ kriteeri	Kansanää- nestys	Kansalais- kuulemiset	Mielipide- kyselyt	Kansalais- neuvostot	Konsensus- kokous	Kansalais- paneeli	Neuvoa an- tava kansa- laiskomitea	Fokus-ryh- mät
<b>Prosessikriteerit</b>								
Resurssitarve	Vähäinen	Vähäinen	Vähäinen	Suuri	Suuri	Suuri	Vaihteleva	Vähäinen
Tehtävän määrittelyn selkeys	Selkeä	Yleensä selkeä	Heikko	Selkeä	Yleensä sel- keä	Yleensä sel- keä	Vaihteleva	Vaihteleva
Päätöksen- teon rakentei- suus	Vähäinen	Vähäinen	Vähäinen	Kohtalai- nen	Kohtalainen	Mahdolli- suus korke- aan	Vaihteleva (riippuu fa- silitoinnista)	Vähäinen
Kustannuste- hokkuus	Vaihteleva /heikko	Heikko	Potentiaali hyvään	Potentiaali hyvään	Kohtalai- nen/heikko	Kohtalai- nen/heikko	Vaihteleva	Potentiaali hyvään
<b>Hyväksyttävyysskriteerit</b>								
Edustavuus	Korkea	Heikko	Yleensä korkea	Heikko	Kohtalainen	Kohtalainen	Kohtalai- nen/heikko	Kohtalai- nen
Edustajien it- senäisyys	Hyvä	Yleensä heikko	Hyvä	Kohtalai- nen	Hyvä	Hyvä	Kohtalainen	Hyvä
Varhainen osallistaminen	Vaihteleva	Vaihteleva	Potentiaali hyvään	Vaihteleva	Potentiaali hyvään	Potentiaali hyvään	Kohtalainen	Potentiaali hyvään
Vaikutus lopul- liseen päätök- seen	Suuri	Vähäinen	Epäsuora, vaikea ar- vioida	Suuri	Vaihteleva, vaikea taata	Vaihteleva, vaikea taata	Vaihteleva, vaikea taata	Ohjaava tai epä- suora
Läpinäkyvyys	Hyvä	Heikko	Kohtalai- nen	Heikko	Hyvä	Kohtalainen	Vaihteleva, yleensä heikko	Heikko

Valittujen menetelmien tulee muodostaa jatkuva, yhtenäinen prosessi, jossa eri keinoin saatua ja työstettyä tietoa jalostetaan kohti tavoitetta, priorisoinnin periaatteiden muodostamista (Seixas 2021). Priorisoinnin periaatteiden muodostamisen prosessiin liittyviä keskeisiä tekijöitä on koottu alla olevaan listaan tässä kappaleessa aiemmin kirjallisuudesta tehtyjen havaintojen sekä työpajojen ja kyselyn pohjalta.

### **Prosessi**

- Avoimuus, jatkuvuus ja läpinäkyvyys olennaiset laadukkaan priorisointiprosessin osatekijät
- Prosessissa hyväksytään periaatteiden keskustelun arvopohjaisuus ja ristiriidat eri periaatteiden ja osallisten ryhmien välillä.
- Osallistaminen voi toimia myös sitouttavana välineenä, jolloin se on enemmän viestinnän keino kuin osallistamista.

### **Tavoite**

- Osallistamisella tulee olla määritelty ja ymmärrettävä tavoite, jota osallistamalla voidaan edistää tai rikastaa ja sen tulee olla osallistettaville merkityksellinen.
- Sisältö on sovitettu osallistettavien tietotasoon. Priorisointi on monimutkainen ja tunteita herättävä aihe ja osallistujien tietotason eri lähtökohtien huomiointi on tärkeää. Asiantuntijoiden tulee toimia tulkkina auttamalla sanoittamaan käsitteitä.
- Priorisoinnin periaatteiden sanoittamisessa olisi hyvä käyttää kansainvälisiä viitekehyksiä sanallistamaan priorisoinnin periaatteita. WHO:n yleiset periaatteet ovat Tautitaakka (burden of disease), Vaikuttavuus (Effectiveness), Kustannukset (Cost), Oikeudenmukaisuus (Fairness) ja Hyväksyttävyyys (Acceptability)

### **Riskien arvioiminen**

- Osallistamista ennen ja sen aikana arvioidaan sen hyödyt ja haitat.
- Menetelmällinen riski tunnistetaan ja ne pyritään ratkaisemaan ennakoivasti, mutta myös prosessin aikana
- Priorisoinnissa on aina eturistiriitoja ja sidonnaisuuksia, jotka on tunnistettava osallistujia ja menetelmiä valittaessa. Niiden tunnistaminen ja käsittely suunniteltu etukäteen
- Hyväksytään, että osallistaminen sinänsä ei automaattisesti tarkoita kehittämistä tai myönteistä kehittämistä 1) etenkin jos käytettävät menetelmät eivät pysty huomioimaan riittävästi valtaan, tiedon epäsuhtaan ja muiden resurssien hallintaan liittyviä kysymyksiä ja 2) toteutus tarjoaa riittämättömät puitteet teknisten, taloudellisten ja sosiaalisten muutosten syvempien tekijöiden ymmärtämiseksi.

### **Osallistujien valinta**

- Osallisuus syntyy halusta vaikuttaa asioihin ja päätöksiin ja erityisesti haavoittuvien ryhmien osallisuus on pyrittävä turvaamaan.
- Osallistuva tuo prosessiin aina näkökulmansa, joten laajoista yhteiskunnallisista aiheista keskustellessa, kuten priorisoinnin periaatteista, on tärkeää, että mukana on monen eri näkökulman edustus.
- Kansalaisen, potilaan, ammattilaisen ja päättäjän tulokulmat ja taustaoletukset sekä valta-asetukset eroavat toisistaan ja tästä on osallistaessa oltava tietoinen. Se vaikuttaa osallistamisen tavoitteiden ja välineiden valitsemiseen.

### **Menetelmät ja välineet**

- Mahdollistavien ja estävien tekijöiden tunnistaminen prosessin suunnittelun ja toteutuksen aikana (Taulukko 6).

- Osallistaessa on tunnistettava minkä tyyppistä osallisuutta pyritään toteuttamaan ja keitä osallistetaan. Näin voidaan valita soveltuvimmat menetelmät.
- Osallistamisen tulee olla laadukasta: Käytetään useita menetelmiä yhtä aikaa, käytetään osaamista osallistamisessa (ammattillisuus) (Taulukko 8).

## 7.3 Kansalaisten osallistuminen priorisointiperiaatekeskusteluun eri maissa

Maissa, joissa priorisoinnin periaatteita on muodostettu julkisen prosessin pohjalta, on kiinnitetty enemmän huomiota kansalaisten osallistumiseen keskusteluun. Näissä maissa on yleensä julkinen rakenne ja toimija, joka toteuttaa periaatteiden kehittämistä ja niiden toteutumisen seuranta. Periaatekeskustelussa on suosittu joko kansalaisneuvostoa tai -raatia, kansalaispaneelitutkimusta, osallistavia työpajoja kansalaisten ja ammattilaisten välillä tai kyselytutkimuksia – tai jotakin näiden yhdistelmää (Bruni 2007; Biddle 2020; Mossialos & King; Rowe ym. 2013; Dolan ym. 1999; Renedo & Marston 2015). Yleisesti ottaen eri maissa kansalaisten osallisuuden merkitys on korostunut, mutta asiasta on käyty myös debattia: toisella puolella kiistaa nähdään päätösten legitimitettiin kansalaisten osallistamisen kautta, toisaalla sitä vastoin riski, että asiasta tietämättömät pääsevät vaikuttamaan tärkeisiin päätöksiin (Wiseman ym. 2013). Onkin nähty, että itse prosessi ja sen kautta välittyvät jaetun päätöksenteon periaatteet ja osallisuuden kokemus ovat tärkeämpiä kuin päämäärä näissä vaikeissa, arvioihin liittyvissä kysymyksissä (Ryen 2009, Seixas 2021, NICE 2021).

Kansainvälisessä tutkimuskirjallisuudessa on esimerkkejä siitä, miten osallistamista terveydenhuollon priorisointiin voi toteuttaa. Norjassa priorisointineuvoston (lakkautettiin vuonna 2017) työskentelyyn osallistui kaksi kansalaisedustajaa sekä ylläpidettiin verkkosivustoa, jossa sai antaa julkista palautetta. Tämän lisäksi priorisointikomitea käynnisti kansalaispaneelitutkimuksen, johon osallistui 1 653 henkilöä. Siinä osallistujilta kysyttiin heidän näkemyksiään prioriteettien asettamisen tarpeesta, prioriteettien asettamisprosessien roolista ja erilaisten prioriteettien asettamiskriteerien tärkeydestä. Paneelin vastaukset antoivat panoksensa komitean työskentelyyn ja erityisesti tunnistettiin aiheita, joista kaivattiin syvempää keskustelua. Osa vastauksista esitettiin myös suoraan raportissa. Kansalaisedustus oli mukana aktiivisesti ja kansalaiset saivat osallistua priorisointikomitean avoimille istunnoille. (Ottersen ym. 2016.) Myös Alankomaissa on hyödynnetty kansalaisraatia menetelmänä osallistamisesta priorisointiin, mutta ilmeisesti pysyvää kansalaisten osallistamisen väylää ei ole. Yhdessä tutkimuksessa kansalaiset keskustelivat kahdeksan eri sairauden hoidon priorisoinnista (esim. ADHD ja Alzheimer), ja asettivat ne tärkeysjärjestykseen sekä arvottivat niihin liittyviä väitteitä työskentelyn aikana ja uudestaan sen jälkeen (Biljmakers 2010).

Englannissa NICE, joka toteuttaa priorisointia, on vuodesta 2002 ottanut mukaan kansalaisia priorisointikeskusteluun kansalaisneuvoston (Citizens Council) muodossa. Se tuo kansalaisten näkemykset NICE:n tietoon kaksi kertaa vuodessa kolmipäiväisessä tilaisuudessa. Neuvosto koostuu n. 30 hengen ryhmästä erilaisista taustoista tulevia henkilöitä: neuvoston jäsenet eivät ole terveydenhuollon ammattilaisia vaan edustavat poikkileikkausta väestöstä iän, sukupuolen, sosioekonomisen aseman ja etnisyyden perusteella. Kansalaisneuvosto käsittelee haastavia kysymyksiä arvoista – kuten oikeudenmukaisuudesta ja hoidon tarpeesta tai pohtivat kysymyksiä sääntelyn ja yksilönvapauden välillä. Neuvosto huolehtii siis NICE:n toiminnan perustana olevien sosiaalisten arvojen pohdinnasta. (NICE 2008).

Ruotsissa kansalaisten osallistamiseen priorisointikeskusteluun on ollut käytössä kyselyjä, joissa on kyselty myös ammattilaisten ja poliitikkojen mielipiteitä. Kansalaisten reaktioita on selvitetty myös sosiaalisen median aineistoja analysoimalla esim. Covid-19 pandemiaan liittyen (Broqvist ja Sandman 2021) Erityisesti 1990-luvulla kansalaisten osallistaminen ja priorisointikeskustelu oli aktiivista, mutta priorisointiperiaatteiden luonnin ja lakiin viemisen jälkeen säännöllistä kansalaiskeskustelua periaatteista ei kuitenkaan ole käyty. Ruotsissa potilasjärjestöt ovat olleet erittäin aktiivisia priorisointikeskusteluun osallistumisessa, ja ne olivat mukana priorisoinnin periaatteiden käytäntöön saattamisessa (Calltorp 1999; Rosén & Kalrlberg 2002). Sitä vastoin alueellisissa priorisointikeskusteluissa, joita on käyty vaihtelevasti eri maakäräjissä kansallisten periaatteiden asettamisen jälkeen, asukkaita on kuultu osana prosessia. Alueiden asukkaille on järjestetty keskusteluja ja kuulemisia, ja keskusteluihin on osallistunut alueesta riippuen 700-2000 henkilöä. Ei kuitenkaan ole selvää, miten paljon nämä keskustelut ovat vaikuttaneet varsinaisiin priorisointipäätöksiin, vai oliko niiden tarkoitus ensisijaisesti informoida asukkaita ja valmistella heitä joskus epämieluisiinkin päätöksiin. Tehtyihin päätöksiin ei myöskään haettu enää asukkaita kommentteja eikä valitusmahdollisuutta ollut. Potilasjärjestöjä, ammattiliittoja ja yksityisiä toimijoita ei osallistettu priorisointikeskusteluun, mutta keskustelusta ja päätöksistä tiedotettiin heitä. Poliitikkojen osallistumien priorisointikeskusteluun puolestaan on vaihdellut maakäräjittäin: toisilla alueilla poliitikot ovat osallistuneet keskusteluun viranhaltijajohdon kanssa aktiivisesti kun taas toisilla he ovat halunneet pysyä etäällä keskustelusta. (Garpenby ja Bäckman 2016).

Socialstyrelsenin vastuulla olevien hoitosuosituksien laatimisessa, joissa sairausryhmien hoitoja asetetaan prioriteettijärjestykseen, ei asukkaita osallisteta, vaan suositusten tekemisestä vastaavat asiantuntijat<sup>146</sup>.

<sup>146</sup> <https://www.socialstyrelsen.se/en/clinical-practise-guidelines-and-regulations/regulations-and-guidelines/national-guidelines/how-we-draw-up-the-guidelines/>

Muista yleisistä terveydenhuollossa käytetyistä osallistamisen menetelmistä mainittakoon tässä, että Tanskassa on kehitetty konsensuskonferenssi -nimistä menetelmää, jossa kuten edellisessä, kansalaisista muodostettu paneeli kokoontuu useasti keskustelemaan kiistanalaisista kysymyksistä taustamateriaalien pohjalta ja tekevät omat johtopäätöksensä. Tämän jälkeen näkemys tuodaan asiantuntijapaneelin läpi käytäväksi ja käydään yhteistä keskustelua vielä fasilitoidusti. Tavoitteena on saada luotua sekä kansalaisten että ammattilaisten hyväksymä yhteinen ”consensus statement” (Involve.org 2018; Seifert 2006.).

## 7.4 Päätelmät sidosryhmien kyselyistä ja työpajoista osallistamisen välineenä

Kyselyiden avulla saadaan laajasti näkemyksiä ja tietoa, millainen ymmärrys kansalaisilla on terveydenhuollon toiminnasta, priorisoinnista ja priorisoinnin periaatteista. Kappaleessa 6.2.5 on käyty yksityiskohtaisemmin läpi kyselyn perusteella tehtyjä havaintoja. Keskeisinä nostoina voidaan huomioida, että kansalaisten ymmärrystä esimerkiksi terveydenhuollon toiminnasta, kustannuksista ja priorisoinnista on lisättävä, jotta heillä olisi riittävät tietoresurssit osallistua periaatteiden muodostamiseen. **Tarvitaan pitkäjänteinen viestintästrategia**, jossa tulee huomioida priorisoinnin ohella viestintä terveydenhuollon toiminnan keskeisistä tekijöistä esimerkiksi yleisesti tärkeimmiksi koettujen periaatteiden näkökulmasta. Vaikka periaatteet kumpuavatkin yleisistä arvoista, voivat virheelliset käsitykset vaikuttaa arvomaailmaan. Esimerkiksi kansalaiset eivät ymmärtäneet priorisoinnin välttämättömyyttä, vaikka sitä voidaan pitää realiteettina rajallisten resurssien vuoksi.

Väestön laajalla näkökulmalla on merkitystä myös siksi, että priorisointiin liittyy aina poliittista päätöksentekoa, esimerkiksi terveydenhuoltoon ohjattavan rahamäärän tai lainsäädännön muodoissa. Näkökulma tukee toistuvien kyselyjen tekemistä, jotta voidaan ymmärtää arvoja ja periaatteita väestössä laajasti sekä niiden muutosta. Kyselyissä saatavia havaintoja voidaan työstää eteenpäin muilla osallistamisen menetelmillä kuten työpajoilla ja foorumeilla.

Työpajojen perusteella voidaan tehdä johtopäätöksiä parhaista ja soveltuvimmista osallistamisen tavoista sekä reunaehdoista ja edellytyksistä, joita on syytä huomioida, kun suunnitellaan jatkossa eri sidosryhmien osallistamista keskusteluun terveydenhuollon priorisoinnin periaatteista. Esittelemme tässä alaluvussa ensin lyhyesti havaintoja ammattilaisten ja kansalaisten osallisuudesta työpajoissa, minkä jälkeen esitämme omia johtopäätöksiämme soveltuvista osallistamisen tavoista.

Työpajatyöskentelyn pohjalta voidaan tehdä useita päätelmiä, miten osallistamista kannattaisi toteuttaa. Kansalaiset nostivat priorisointiin liittyen samoja teemoja esiin kuin terveydenhuollon ammattilaiset; käytännössä molemmat osallistujaryhmät keskustelivat samoista asioista. Kansalaisten osallistamisessa olennaista on, miten priorisoinnin käsite heille esitetään ja miten käsitettä saadaan konkretisoitua. Toisaalta vertaileminen ammattilaisten ja kansalaisten välillä on haastavaa tiedollisten ja kokemuksellisten erojen vuoksi.

Työpajojen käytännön toteutukseen liittyen ensinnäkin fasilitoinnilla työpajoissa on suuri merkitys ja fasilitaattorin on tunnistettava puheesta teemoja, joita voi yleistää periaatteiksi. Fasilitoinnissa on hyvä olla substanssiosaajia mukana, jotta he pystyvät kommentoimaan ja sanoittamaan hankalia teemoja. Työpajoissa myös case-esimerkkejä on syytä harkita tarkkaan ja ne on esitettävä kansalaisille erityisen hyvin taustoitettuina ja ilman ammattisanastoa. Tässä hankkeessa ammattilaiset pystyivät samastamaan esimerkkitalanteisiin ja pääsemään niiden edellyttämiin haastaviin, päätöksentekoon liittyviin emootioihin kiinni. Kansalaistyöpajan osallistujista voidaan myös todeta, että potilas- ja kansalaisjärjestöjen edustajilla on niin suuri tiedollinen etulyöntiasema verrattuna kansalaisiin, että heidän osallistaminen erikseen on perusteltua.

Kyselyn ja työpajan tulosten tarkastelu ja vertailu keskenään antaa viitteitä siitä, että kysymyksenasettelulla ja sanamuodoilla on vaikutusta vastaamiseen, mikä pitää huomioida osallistamista ja tiedonkeruuta suunnitellessa. Esimerkiksi kyselyssä ammattilaiset olivat laajasti eri mieltä väittämän ”Hoitojen priorisointi on mahdotonta, jokaista potilasta on autettava kaikin keinoin”, mutta työpajassa hieman eri tavoin muotoiltu väittäjä ”Jokaista potilasta on autettava kaikin keinoin” sai enemmän kannatusta. Osallistujien mukaan ero johtui väittämän erilaisesta sanamuodosta. Kansalaiset puolestaan vastasivat hieman eri tavoin työpajan alussa ja lopussa saatuaan uutta tietoa priorisoinnista ja muiden osallistujien näkemyksistä. Väittämiin vastattiin myös epäjohtomukaisesti, kuten priorisoimalla kaikkia potilasryhmiä samanaikaisesti.

Tässä luvussa esitimme myös kirjallisuudessa esiintyneitä terveydenhuollossa osallistamisessa käytettyjä yleisimpiä menetelmiä kevyemmistä vaativampiin ja resursseja enemmän tarvitseviin. Osallistamisessa voisi hyvin käyttää myös muunlaista menetelmien yhdistelmää, mutta olennaista on ottaa huomioon, että erilaisiin menetelmiin liittyy hyvin erilaisia vaatimuksia ja ehtoja, jotka ovat esimerkiksi rahallisia, ajallisia tai ihmisten sitoutumiseen liittyviä.

Johtopäätökseämme on, että terveydenhuollon priorisoinnin periaatteista keskusteluun osallistamisen perusedellytys on, että sillä on olemassa näkyvä jatkuva prosessi, ja rakenne eli toimijat. Osallistamisen hyväksyttävyy- ja prosessikriteerit tulee huomioida jo suunnitteluvaiheessa sekä arvioida sen riskit ja kustannusvaikuttavuus. Osal-



listamisessa on syytä käyttää monimenetelmäistä näkökulmaa: yhdellä tietyllä menetelmällä ei saatane riittävän kuvailevaa ja kattavaa näkemystä kansalaisten ja ammattilaisten mielipiteistä ja on vaarana, että ollaan liikaa yksipuolisen näkemyksen varassa. Ehdotus osallistamisen rakenteeksi ja prosessiksi Suomessa on esitetty seuraavassa luvussa.

## 8 Ehdotukset terveydenhuollon priorisoinnin kehittämiseksi Suomessa

Priorisointikeskustelusta pitää tehdä jatkuvaa, avoimempaa, läpinäkyvämpää ja eri sidosryhmiä osallistavaa, jotta edellytykset priorisoinnin ymmärtämiseksi ja sen periaatteiden luomiseksi onnistuvat ja sen hyväksyttävyyttä voidaan varmistaa. Nykyisin keskustelua on käyty pääosin terveydenhuollon toimijoiden parissa.

Tutkimusnäyttö ja kansainväliset esimerkit priorisoinnin onnistuneesta toteutuksesta eivät suoraan anna askelmerkkejä priorisoinnin kehittämiseen. Yhteenvedon voidaan kuitenkin todeta, että parhaiten tavoiteltuihin tuloksiin päästään kattavilla ja systemaattisilla koko järjestelmää koskevilla toimenpiteillä.

Priorisointikeskustelussa on otettava huomioon sidosryhmien erilaiset lähtötasot. Strateginen monikanavainen viestintä valituista teemoista on välttämätöntä priorisoinnin ymmärryksen ja keskustelunvalmiuksien lisäämiseksi: mitä palveluita nykyisin tuotetaan, millä kustannuksilla ja millaisia tuloksia saadaan, missä ovat suurimmat tarpeet, miksi priorisointia tarvitaan ja mihin sillä pyritään.

Priorisoinnin kehittäminen edellyttää huomattavasti nykyistä kokonaisvaltaisempaa lähestymistapaa. Periaatteet on määritettävä ensin kansallisesti ja niiden pohjalta luotava mekanismit ja kriteerit, joilla varmistetaan periaatteiden mukainen toiminta.

Tarvitaan myös kansallisten rakenteiden ja prosessien kehittämistä, jotta priorisointikeskustelusta, periaatteiden muodostamisesta ja priorisoinnin toteuttamisesta saadaan jatkuvaa. Rakenteiden ja prosessien kehittämiseen saadaan tukea kirjallisuudesta sekä kansainvälisistä esimerkeistä.

Onnistunut priorisoinnin toteuttaminen todennäköisesti edellyttää lainsäädännön selkiyttämistä sekä myös muun ohjauksen kehittämistä valittavista periaatteista riippuen. Lainsäädännöllisesti keskeisin ongelmakohta liittyy yksilön oikeuksien ja väestön hyvinvoinnin tasapainottamiseen ja sitä tulee kehittää siten, että se paremmin hyväksyy resurssien rajallisuuden todellisuuden.

Perustuslaki ja Suomea velvoittavat kansainväliset ihmisoikeussopimukset jättävät liikkumavaraa kehittää priorisoinnin oikeudellista ohjausta siten, että se mahdollistaisi nykyistä avoimemmin ja selvemmin myös väestöterveyden ja yhteiskunnan taloudellisten voimavarojen huomioon ottamisen.

## 8.1 Päätelmiä tutkimuksen perusteella

Nykyisin ja historiassa priorisointikeskustelua on käyty pitkälti terveydenhuoltojärjestelmän sisällä: ammattilaisten, johdon ja valtionhallinnon kesken. Jonkin verran keskustelua on käyty myös poliittisten päättäjien keskuudessa, mutta vähemmän yleisesti kansalaisia koskettaen. Tämä näkyy esimerkiksi kyselyn tuloksissa, jossa priorisoinnin välttämättömyys ymmärrettiin parhaiden ammattilaisten keskuudessa, jonkin verran poliittisten päättäjien keskuudessa, mutta kansalaiset pitivät priorisointia mahdottomana. Keskustelusta pitää tehdä jatkuvaa, avoimempaa, läpinäkyvämpää ja kaikkia sidosryhmiä osallistavaa, jotta edellytykset priorisoinnin ymmärtämiseksi ja sen periaatteiden luomiseksi onnistuvat. Tämä myös parantaa priorisoinnin hyväksyttävyyttä.

Edellä mainittu on siis huomioitava, kun tarkastellaan tutkimuksessa havaittuja yleisimmin hyväksytyjä periaatteita priorisoinnin perusteeksi. Sairauden vakavuus, potilaan toimintakyvyn säilyminen, hoidosta saatava terveyshyöty ja odotettavissa olevat terveet elinvuodet olivat kaikkien vastaajaryhmien enemmistön mielestä hyväksyttävissä kriteereitä asettaa potilaita hoitojärjestykseen. Hieman vähemmän, mutta kuitenkin hyväksyttävä kriteeri oli henkilön kyky auttaa muita. Tässä tutkimuksessa ei voida ottaa kantaa valittaviin periaatteisiin, vaan varsinainen kansallisten periaatteiden laatiminen edellyttää osallistavaa prosessia, kuten myöhemmin esitetään.

Suomessa tietoinen priorisointi on kohdentunut kansallisella tasolla liian kapeasti lähes ainoastaan uusien menetelmien arviointiin, toisin kuin esimerkiksi Ruotsissa, jossa on ollut koko 2000-luvun palvelujen välistä arviointia ja priorisointia. Suomessa priorisoinnissa on korostunut uusien lääkkeiden arviointi: esimerkiksi PALKO:n vuoden 2021 suosituksista yli 70 % koski uusia lääkkeitä. Useat muut uudet menetelmät ovat edenneet käyttöön paikallisesti eri toimijoiden päätöksellä ja etukäteisarviointi on ollut vaihtelevampaa, vaikka arviointiyhliä verkosto onkin viime vuosina aiempaa enemmän ottanut kantaa muihinkin menetelmiin. Nykyisen järjestelmän sisällä on toki priorisoitu esimerkiksi lainsäädännön, informaatio-ohjauksen sekä kansallisen hanke-rahituksen keinoin, mutta tämä ei ole ollut yhtenäistä tiedostetusti priorisoivaa toimintaa. Eri osa-alueita on säädelty yksittäisinä palasina ja aiheutuvat vaikutukset muualle systeemiin ovat jääneet vähälle huomiolle. Kirjallisuuskatsauksen löydöksissä korostui systemaattisten ja kattavien lähestymistapojen etu suhteessa yksittäisiin priorisointipäätöksiin. Tulevaisuudessa priorisointia on siis tehtävä yhtenevillä periaatteilla ja menetelmillä koko järjestelmää koskien.

Yksi keskeinen oikeudellinen ongelmakohta liittyy yksilön oikeuksien ja väestön hyvinvoinnin tasapainottamiseen rajallisten resurssien todellisuudessa. Yksilön kokemat tarpeet ovat lähes rajattomat tai ainakin huomattavasti suuremmat kuin mihin millään järjestelmällä voidaan vastata.

Myös terveydenhuollon ammattilaiset toivovat ymmärrettävästi ja luonnollisesti saavansa aina parempia menetelmiä käyttöönsä, jotta laatu ja potilaiden kokemus hyöty olisi mahdollisimman hyvää. Historia on osoittanut, että tätä painetta helpotetaan aina vuosi vuodelta lisäämällä hieman resursseja. Resurssien lisääminen ei kuitenkaan ratkaise tätä ongelmaa, kuten ei myöskään yksittäisten hoitojen välillä priorisointi, ja voi aiheuttaa ongelmia kestävyden suhteen. Ei myöskään ole mitenkään itsestään selvää, että suurimmat hyvinvointi- ja terveysvaikutukset saadaan nimenomaan lisäämällä terveystalouden taloudellisia ja muita resursseja. Terveyserojen vähentäminen saattaa onnistua useissakin tapauksissa paremmin muilla kuin varsinaisten terveyspalveluiden keinoilla.

Terveydenhuollon lainsäädäntöä tulee kehittää siten, että nykyistä paremmin ja tietoisemmin hyväksytään ja lähdetään taloudellisten ja muiden resurssien rajallisuudesta, vaikka resurssien puute ei voikaan yksinään olla hyväksyttävä peruste olla toteuttamatta perus- ja ihmisoikeuksia. Muussa tapauksessa joudutaan todellisuudessa jatkossakin aina piilopriorisoimaan, kun rajalliset resurssit vähintäänkin paikallisesti jollain ajan hetkellä eivät mahdollista kaiken mahdollisesti hyödyllisen hoidon antamista. Tällöin riskinä on nykyistekin suurempi tosiasiallinen eriarvoistuminen eri väestöryhmien välillä tai alueellisesti sekä julkistalouden ennen pitkää kestävästi kasvun kasvu.

Priorisointikeskustelussa on otettava huomioon sidosryhmien erilaiset lähtötasot. Ennen periaatteiden muodostamista kansalaisille on tehtävä tutuksi, mitä terveydenhuolto on, mitä priorisointi on, ja että priorisointi on jo nykyään olennainen osa terveydenhuollon arkea. Myös priorisointiin liittyvät käsitteet ovat kansalaisille vieraita. Eri sidosryhmien yhteinen kieli parantaisi priorisoinnista keskustelun edellytyksiä. Strateginen monikanavainen viestintä valituista teemoista on välttämätöntä priorisoinnin ymmärryksen ja keskusteluvalmiuksien lisäämiseksi.

## 8.2 Priorisoinnin kehittämisen tulee keskittyä koko järjestelmän resurssien suuntaamiseen yhdessä sovittujen periaatteiden mukaisesti

Priorisoinnin kansallisen tason ohjauksen tulee tulevaisuudessa koskea kaikkia ohjauskeinoja: normi-, informaatio- ja resurssiohjausta

Priorisoinnin periaatteiden on siis liityttävä 1) lainsäädännön kehittämiseen, 2) kansalliseen informaatio-ohjaukseen sekä 3) palvelujärjestelmän, erityisesti hyvinvointialueiden rahoituksen ohjaamiseen.

Terveydenhuollon priorisoinnin välttämättömyyden juurisyy on resurssien rajallisuus, minkä laaja tiedostaminen on edellytys priorisointikeskustelulle. Koko yhteiskuntaa koskevassa päätöksenteossa tulee määritellä terveydenhuoltoon käytettävät resurssit ja sen jälkeen priorisoida terveydenhuollon sisällä määriteltyjen resurssien puitteissa.

Tässä kappaleessa otetaan kantaa viidennen tutkimuskysymyksen ensimmäiseen osaan: Minkälainen priorisoinnin malli voisi Suomessa tukea kustannusten hallintaa? Millainen olisi priorisoinnin eettisesti ja sosiaalisesti kestävä käytännön toteutus? Mikäli mallilla halutaan saavuttaa kustannusten hallintaa, tulee toteutuksen olla systemaattista ja kokonaisvaltaisesti järjestelmää koskevaa.

Terveydenhuollon priorisoinnissa kyse on resurssien kohdentamisesta eli millaisia resursseja kohdennetaan missäkin palvelutarpeessa ja missä järjestyksessä. Teoriassa lähtötilanteessa on kaksi komponenttia, joista toinen on palvelutarve ja toinen käytettävissä olevat resurssit.

Yksityisillä markkinoilla kysyntä määritellään muodostuvaksi, kun ihmisellä on halu, tarve ja maksuvalmius tuotteen tai palvelun ostoon. Koska kyseessä on julkisesti rahoitettu palvelu, koettua tarvetta ohjaa kansalaisten ja ammattilaisten halu saada ja tarjota palveluita – maksuvalmius hoituu verovaroista. Tämä halu on jatkuvasti kasvava sekä myös suurempi kuin mahdollisuus tuottaa palveluita, jolloin pullonkaulana on siis järjestelmän maksuvalmius eli käytettävissä olevat resurssit ja rahat (Kuva 1. alussa, ns. Thwaitesin kurva). Esimerkiksi hoitosuosituksia päivitettäessä, sairauden määritelmällä on taipumus laajentua supistamisen sijaan. (Moynihan ym 2013). Käytännössä palvelutarve on tilanteen mukaan määriteltävissä eri tavoin ja tosiasiallisesti palvelutarve määräytyy sen mukaan, kuinka paljon ja millaisia resursseja tai mahdollisuuksia on käytettävissä. Tämä näkyy eri maiden järjestelmien kehitystä katsottaessa tai vaikkapa vertailtaessa eri maiden järjestelmien palveluvalikoiman kattavuutta.

Kysymys ei siis ole, tarvitseeko priorisoida vaan, *miten* kannattaa priorisoida: Mitkä ovat ne valintatilanteiden arvopohjaiset periaatteet, jotka ohjaavat toimintaa, ja miten niiden soveltaminen toteutetaan?

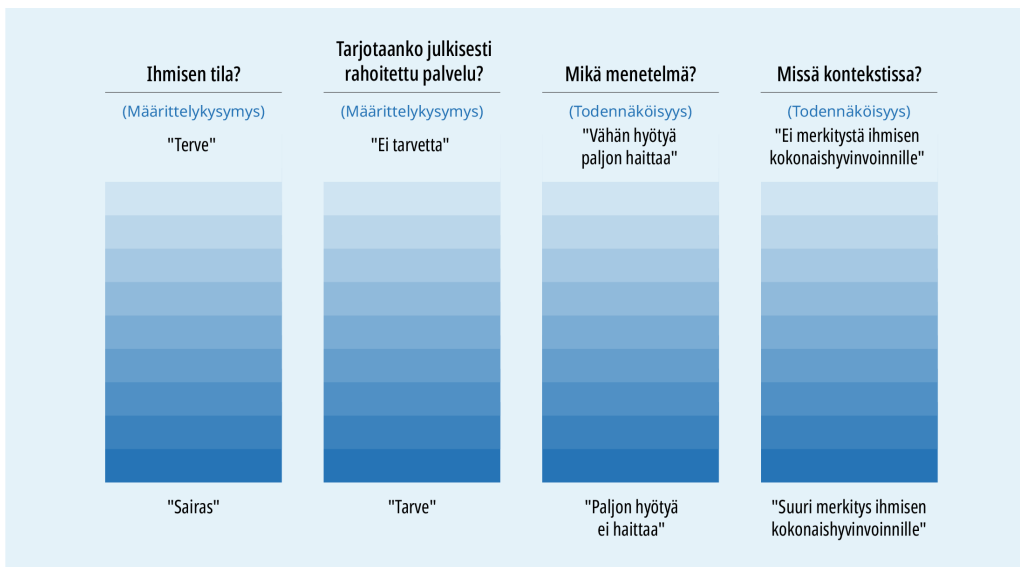
**Priorisoinnissa kaikkein keskeisintä on määrittellä tarpeet käytettävissä olevien rajallisten resurssien mukaan. Ensimmäisenä tulee siten määrittää terveydenhuoltoon kokonaisuutena käytettävissä oleva rahamäärä ottaen tällöin kuitenkin huomioon perus- ja ihmisoikeuksista juontuvat vaatimukset. Näin määriteltyä rahamäärää tulisi pitää käytännössä sitovana, jollei tapahdu yllättäviä muutoksia (pandemia, globaalit kriisit jne.). Käytettävissä olevan rahamäärän puitteissa päätettäisiin edelleen resurssien kohdentamisesta erilaisiin tarpeisiin: miten rahat eri tarkoituksiin jaetaan.**

Tätä näkökulmaa korostaa todellisuudessa se, että suurin osa terveydenhuollon resursseista on ns. kiinteitä ja siten hitaasti muutettavissa: suurimman osan kustannuksista muodostavat korkeasti koulutetut ammattilaiset, tilat ja laitteet. Rahallisten resurssien muuttaminen vaikuttaa hitaasti näihin resursseihin. Lyhyellä aikavälillä voidaan säädellä nopeasti lähinnä joitakin laitteita, materiaaleja ja ennen kaikkea lääkkeitä, mutta tässäkin rajoitteena on ammattilaistyövoimaa vaativa asianmukaisen käytön toteutus ja seuranta. Hyvänä esimerkkinä tästä on koronarokottaminen, joka huomattavista panostuksista huolimatta on kestänyt varsin pitkään, vaikka itse rokote on saatu poikkeuksellisen nopeasti kehitettyä. Mm. rokottavan henkilöstön rajallisuus on aiheuttanut priorisointitarpeen ja osa on joutunut odottamaan rokotusta pitkäänkin.

Tarpeiden määrittelyn ja käytettävien menetelmien hyödyn purkaminen komponentteihin auttaa ymmärtämään niiden suhdetta (Kuva 13). Yhtäältä koko käsite sairaudesta on suhteellinen: tiettyjä sairauksia pidetään laajasti yksimielisesti sairauksina ja tiettyjä tiloja ei, mutta väliin jää suuri joukko mielipiteitä jakavia tiloja (Tikkanen ym 2012). Yleisesti käsitys siitä, pidetäänkö jotakin tilaa sairautena, korreloi, miten voimakkaasti sitä halutaan hoitaa julkisesti rahoitettuna palveluna. Käytettäviä hoitomenetelmiä koskee sama punninta: käytännössä hoitomenetelmän vaikuttavuus ennen sen antamista voidaan ilmaista hyötyjen ja haittojen todennäköisyyksinä. Kun vielä huomioidaan konteksti, niin päädytään samanlaiseen todennäköisyyspunnintaan. Esimerkiksi monisairaalle ihmiselle, jolla on parantumaton syöpä, voi jonkin toisen vaivan hoitaminen olla täysin merkityksetön, vaikka teknisesti vaikuttavuus voitaisiin osoittaa esimerkiksi joillakin kliinisillä mittareilla. Toisaalta myös syövän aktiivisen hoidon jatkaminen parantumattomassa syövässä kuvaa ongelmallisuutta: “Edennyttä, parantumatonta syöpää sairastavan potilaan viimeisen linjan syöpälääkitys on usein heikkotehoista ja voi huonontaa potilaan elämänlaatua. Potilaiden odotukset ja käsitykset syövän lääkeshoidon tehosta voivat olla epärealistisia” (Tarkkanen ym. 2020). Erityisesti päivystyksellisissä palveluissa korostuu kontekstin merkitys: ikäihmiset käyttävät paljon päivys-

tystä, mutta on vähän tutkimusta siitä, millainen vaikutus toistuvilla päivystyskäynneillä saadaan ihmisen terveyden ja toimintakyvyn kannalta. Päivystystä saatetaan käyttää myös muun järjestelmän toimimattomuuden vuoksi (Gruneir ym. 2011, Mylläri ym. 2014).

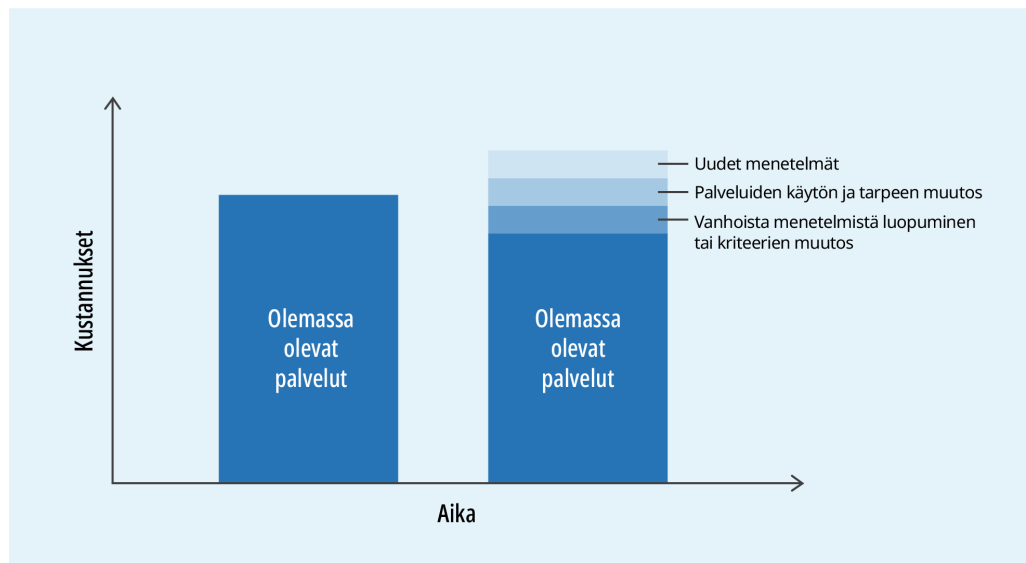
**Kuva 13.** Terveydenhuollossa tarpeen määrittely on hyvin suhteellista ja toimenpiteiden vaikuttavuuden arviointi etukäteen pohjautuu aina todennäköisyyksiin.



Lääketieteellinen tutkimus keskittyy suurelta osin yksittäisten hoitojen kliinisen tehon arviointiin. Yksittäisten interventioiden vaikutukset ovat tärkeä taustatieto valittaessa käytettäviä interventioita järjestelmässä tai yksittäisille potilaille. Satunnaistetulla koeasetelmalla (engl. randomized control trial, RCT), johon tehon arviointi on perustunut, on kuitenkin merkittäviä rajoitteita. Viime aikoina on todettu monen intervention kohdalla, että tosielämässä hoidon teho poikkeaa merkittävästi RCT:n tuloksista (esim. Reito ym. 2020). Tällöin tulee pohdittavaksi, mikä merkitys on satunnaistettuihin tutkimuksiin pohjautuvilla ns. HTA-arvioinneilla terveydenhuollon palveluiden priorisoinnissa. Jos ajatellaan, että tavoitteena olisi määrittää, mitkä palvelut otetaan julkisesti käyttöön ja mitä ei, perustuu päätös mahdollisesti hyvinkin epävarmoin tietoihin hoidon vaikuttavuudesta. Lisäksi, koska arviointi koskee vain uusia hoitoja, on sen merkitys kokonaisuudessa varsin rajallinen, koska uudet hoidot muodostavat rajallisen osan koko terveydenhuollon kustannuksista (Kuva 14). Suurin merkitys terveysteknologioiden arvioinnilla lienee huomattavan suuria kustannuksia aiheuttavissa hoidoissa. Sen vuoksi **Suomessa**, kuten monessa muussa maassa, **olisi syytä määrittää €/QALY -raja-arvot ja niistä seuraavat kriteerit uusien hoitojen käyttöönottoon ja**

**kustannusvaikuttavuuden seurantaan.** Tähän löytyy sovellettavia esimerkkejä muista maista (kts. kappale 4.2.)

**Kuva 14.** Havainnollistava kuva priorisoinnin eri kohteiden kustannuksista. Kuva ei pohjaudu todellisiin lukuarvoihin vaan on suuntaa antava.



Vähintään yhtä oleellista kuin hoidon tutkimuksessa osoitettu teho on, missä kontekstissa ja kuinka laajalti mitäkin menetelmää (uutta ja vanhaa) käytetään. Viitteellisillä €/QALY -arvoilla tulisi siis olla merkitystä sen kannalta, kuinka systemaattisesti kyseisen menetelmän käyttöä ja hyötyjen sekä haittojen toteutumista tulisi seurata tosielämässä – ns. arkivaikuttavuutta: edullisissa menetelmissä seuranta voi olla kevyempää, mutta mitä suurempi €/QALY, sitä tarkemmin tulee seurata menetelmän käyttöä ja aikaansaatuja vaikutuksia tosielämässä. On huomioitava, että klinikot ja potilaat useammin yliarvioivat hoitojen hyötyjä ja aliarvioivat hoitojen haittoja (Hoffman & Del Mar 2015 ja Hoffman & Del Mar 2017).

Priorisointiin onkin pyritty kehittämään kriteerejä eri hoitojen välille (Sandman 2018). Malleja tutkittaessa on havaittu, että priorisointia ei tulisi toteuttaa vain yksittäisten interventioiden välillä vaan erityisesti eri hoitomuotojen välillä. Kun hoitojen välisiä priorisointeja toteutetaan, on periaatteita tasapainotettava johdonmukaisesti (Sandman 2018).

Terveystieteiden kustannukset ovat vahvasti polarisoituneita: 10% potilaista käyttää eri lähteiden mukaan 80-90 % kokonaiskustannuksista (esim. Leskelä ym. 2013). Korkeissa kustannuksissa korostuvat asiakasryhminä esimerkiksi ikääntyneet, aikuiset ja



nuoret päihde- ja mielenterveysongelmaiset ja kroonisia sairauksia sairastavat. (Kapiainen&Eskelinen 2011, Ylitalo-Katajisto 2019) Näissä ryhmissä yksittäisen intervention vaikuttavuuden merkitys voi olla varsin rajallinen – kyse on enemmänkin palveluiden kokonaisuudesta kontekstissa.

Edellä mainitut seikat puoltavat sitä näkökulmaa, että priorisoinnin toteuttamista järjestelmän sisällä ei ole mahdollista eikä järkevää ohjata liian tarkkarajaisesti lainsäädännössä. Lainsäädäntö ja kansalliset periaatteet antavat suunnan ja raamit toteutukselle, mutta oleellista on toiminnan ohjaaminen ja seuranta muilla ohjauskeinoilla halutun lopputuloksen aikaansaamiseksi. Lainsäädännön on myös mahdollistettava valittujen periaatteiden mukainen toteutus ja toteutumisen seuranta.

Järjestelmätasolla yksilötason vaihtoehtojen punninta kohtaa väestöterveyden näkökulman. Resurssit ovat rajallisia ja päätöksentekoa ei voida perustaa pelkästään yksilöllisten hyötyjen näkökulmaan. Tässä kohden tarvitaan yhteisesti sovittuja arvopohjaisia yhteisiä periaatteita, jotta on olemassa suuntaviivat hankaliin päätöksentekotilanteisiin. Selvää on, että priorisoinnin perusteista päättäminen on ennen muuta poliittisen päätöksenteon ja harkinnan asia. Osaltaan juuri tästä syystä on painotettava tarvetta säätää terveydenhuollon priorisoinnin perusteista laissa ja siten kansanvaltaisessa demokraattisessa päätöksentekoprosessissa eduskunnassa.

Ylipäänsä – oli periaate mikä hyvänsä – tulisi huomio priorisoinnissa kohdentaa enemmän nykyisiin käytössä oleviin menetelmiin, hoitoihin ja palveluihin. Tätä tulee tarkastella sekä asiakasryhmittäin että palveluittain, esimerkiksi: Vastaavatko eri asiakas- ja potilasryhmien palveluiden saatavuus tai resurssipanostukset oikeudenmukaisuusperiaatteita? Seurataanko kustannusvaikuttavuusperiaatteen toteutumista merkityksellisimmissä asiakas- ja potilasryhmissä huomioiden yhteiskunnallinen näkökulma?

Jotta resurssien kiinteydestä aiheutuvista rajoitteista voidaan selvittää siten, että eri sidosryhmien hyväksyttävyyden olisi mahdollisimman korkea, tarvitaan siis yhteisesti hyväksytyjä periaatteita sekä niiden laajaa noudattamista koko järjestelmässä. Tarvitaan ennen kaikkea sananmukaista priorisointia: järjestykseen asettamista, jonka pohjalla ovat siis periaatteet ja niiden väliset painotukset. Priorisoinnin kokonaisuudessa kansallisella tasolla tulee huomioida eri ohjauskeinot ja miten periaatteet implementoidaan osaksi niiden toimintaa.

Yksi keskeisimmistä priorisointipäätöksistä on terveydenhuoltoon kohdennettava rahamäärä ja erityisesti julkisesta terveydenhuollon kustannuksista muodostava hyvinvointialueiden rahoitus. Se asettaa pitkälti raamit toiminnalle. Vaikka aiemmin lainsäädännöllisessä osiossa on todettu, että tietyissä olosuhteissa hyvinvointialueilla on mahdollisuus saada lisää rahaa, mikäli lakisääteiset velvollisuudet ovat vaarassa

jäää toteutumatta, asettaa budjetointi oleellisesti tason resursoinnille. Lainsäädännöllinen näkökulma huomioiden kansallisessa ohjauksessa onkin ensiarvoisen tärkeää varmistaa priorisoinnin keinoin sellaisten tilanteiden välttäminen, että lakisääteiset tehtävät ovat vaarassa. **Tämä voitaisiin käytännössä toteuttaa asettamalla erilaisille palveluille eri priorisointikategoriat ja suuntaamalla resursseja alhaisemman prioriteetin hoidoista ja palveluista korkeamman prioriteetin palveluille kesken vuoden, mikäli budjetti on vaarassa ylittyä.** Mallia kategorisointiin voi hakea esimerkiksi Norjasta (Kappale 4). Tällaisessa toiminnassa on kiinnitettävä huomiota, että ennaltaehkäisevillä toimilla on useimmiten riski päätyä alhaiselle prioriteetille, vaikka ne saattaisivat olla hyvin vaikuttavia keinoja ehkäistä korkeamman prioriteetin palveluiden tarpeita. Tätä riskiä voidaan vähentää tarkastelemalla prevention kokonaisuutta omanaan suhteessa ns. korjaaviin hoitoihin ja palveluihin.

## 8.3 Priorisointikeskustelun laajentaminen kattamaan oleelliset sidosryhmät

Nykyisin ja historiassa priorisointikeskustelua on käyty pitkälti ilman kansalaisia joko terveydenhuoltojärjestelmän sisällä ammattilaisten kesken tai ministeriöiden kesken. Jonkin verran keskustelua on käyty myös poliittisten päättäjien keskuudessa, mutta vähemmän yleisesti kansalaisia osallistaen. Tämä näkyy esimerkiksi kyselyn tuloksissa, jossa priorisoinnin välttämättömyys ymmärrettiin parhaiden ammattilaisten keskuudessa, jonkin verran poliittisten päättäjien keskuudessa, mutta kansalaiset pitivät priorisointia mahdottomana. Kyselyssä ja työpajoissa tuli ilmi, että erityisesti kansalaisilla oli hyvin rajallinen tietämys esimerkiksi todellisista terveydenhuollon kustannuksista. Priorisointikeskustelussa on siis otettava huomioon sidosryhmien erilaiset tiedolliset lähtötasot.

Jotta eri sidosryhmät pystyvät tosiasiallisesti osallistumaan priorisoinnin periaatteiden muodostamiseen, on heillä oltava ymmärrys rajatusta, mutta riittävän kattavasta määrästä teemoja, joiden avulla vastataan kysymyksiin 1) mitä terveydenhuolto on, 2) mitä on priorisointi ja miksi se on välttämätöntä ja 3) miksi priorisoinnin periaatteita kehitetään. **Tämä edellyttää pitkäkestoisen jatkuvan viestintästrategiaan pohjautuvan monikanavaisen viestinnän rakentamista ennen kaikkea kansalaisten suuntaan ja jatkuvaa ja läpinäkyvää prosessia, johon heillä on mahdollisuus osallistua.** Nämä edellyttävät pysyvää rakennetta priorisoinnin periaatteiden muodostamiseen ja toteutumisen seurantaan. Myös priorisointiin liittyvät käsitteet ovat kansalaisille vieraita. Eri sidosryhmien yhteinen kieli parantaisi priorisoinnista keskustelun edellytyksiä. Jatkuvassa systemaattisessa viestinnässä ja keskustelussa on huomioitava myös tämä näkökulma ja sinänsä laaja keskustelu aiheesta todennäköisesti lisää

ymmärrystä keskeisistä käsitteistä. Viestinnässä on hyödynnettävä monikanavaisuutta ja viestintästrategiassa pohdittava eri sidosryhmiä erillisinä kohderyhminä.

Vertailukohtana voi ajatella vaikkapa ilmastonmuutokseen liittyvää globaalia viestintää. Asioiden systemaattinen esiin nostaminen ja keskustelu on muuttanut ihmisten arvoja, periaatteita ja käyttäytymistä lyhyellä näkemällä epäitsekkääseen suuntaan, kun yhä laajeneva joukko ihmisiä on saatu ajattelemaan pitkän näkemän vaikutuksia. Priorisoinnin vaikeudessa on kyse pitkälti saman tyyppisestä kehitystarpeesta. Lyhyellä näkemällä epäitsekkäät valinnat saattavat johtaa pitkällä näkemällä kestävämpään järjestelmään ja siten myös parempiin lopputuloksiin.

## 8.4 Periaatteet tulee laatia kansallisella tasolla ja priorisointia on ohjattava kansallisesti

Hankkeessa järjestettiin ylimääräinen työpaja 28.3.2022, jossa haluttiin vielä selvittää, mitkä ovat Suomen terveydenhuollon priorisoinnin keskeisimpiä ongelmia toimijoiden mielestä. Työpajaan osallistui tutkimusryhmän jäsenten lisäksi 15 henkilöä eri puolilta järjestelmää: sosiaali- ja terveydenhuollon johtajia, tutkijoita, kehittäjiä, järjestötoimijoita ja muita asiantuntijoita. Keskeisimmäksi ongelmaksi nousi kansallisten toimintaa ohjaavien periaatteiden puute (Kuva 15). Toiseksi tärkeimmäksi ongelmaksi nousi alueellinen priorisoinnin toteutus. Myös Kaila ja Lohiniva-Kerkelän (2020) raportissa todetaan ensimmäisenä pääsuosituksena: ”Järjestelmän pohjana olevat arvot tulee määritellä kansallisesti”. Tarve kansalliselle periaatteiden laadinnalle nousee niin selvästi esiin alueilla toimivilta ammattilaisilta, että sitä on välttämättä käsiteltävä myös suhteessa alueelliseen itsehallintoon. On otettava kantaa siihen, miten periaatteet voidaan viedä käytäntöön paitsi lainsäädännössä, myös palvelujärjestelmän muussa kansallisessa ohjaamisessa.

**Kuva 15.** Työpajassa keskeisimmäksi priorisoinnin kehittämiskohteiksi nousseet osa-alueet. (Kysymys: mihin kohtaan positioisit priorisoinnin keskeisimmät ongelmakohdat?)

Toimija (toimijan edustaja)	Priorisoinnin periaatteet ja kriteerit	Toteutus: Menetelmät ja käytännön päättökenteko	Seuranta: Priorisoinnin toteutumisen ja tulosten seuranta
Kansallinen päätök- senteko ja ohjaus	N=12		
Kansalliset arvioijat ja suosittelijat		N=7	
Alueellinen palveluiden järjestäminen ja tuottaminen		N=3	
Ammattilainen			
Yksilö ja lähiyhteisö	N=3		

Periaatteiden on koskettava koko julkista terveydenhuoltoa, mutta erityisesti on syytä tarkastella hyvinvointialueita ohjauksen näkökulmasta. Alueellista itsehallintoa sivuttiin raportin lainsäädännöllisessä taustoituksessa. Yleisellä tasolla voidaan todeta, että hyvinvointialueiden itsehallinto on kuntien itsehallintoon verrattuna ohuempaa. Hyvinvointialueiden itsehallintoa rajoittavat muun muassa valtion ohjaus, hyvinvointialueiden rahoitusmalli sekä hyvinvointialueiden tehtävien rajoitukset. Samoin hyvinvointialueiden toimintaan kohdistetaan varsin paljon seuranta- ja arviointia. Perustuslakivaliokunta on katsonut valtiollisen ohjauksen olevan perusteltua hallinnollisen muutoksen yhteydessä sosiaalisten perusoikeuksien turvaamiseksi.<sup>147</sup>

Kansallisilla periaatteilla olisi mahdollista edistää alueellista ja eri väestöryhmien välistä yhdenvertaisuutta sekä riittävien terveyspalvelujen toteutumista. Perustuslakivaliokunta on pitänyt esimerkiksi palveluvalikoiman valtakunnallista yhdenmukaistamista yhdenvertaisuuden kannalta myönteisenä.<sup>148</sup> Aiemmin perustuslain turvaaman kuntien itsehallinnon on katsottu jossain määrin oikeuttavan sellaisia terveyspalvelujen toteutumisen alueellisia eroja, jotka ovat perustuneet kunnan lain puitteissa tekemiin päätöksiin sekä asianmukaisiin selvityksiin alueen palvelujen tarpeesta.<sup>149</sup> Hyvinvointialueiden itsehallinnolla taas ei voida suoraan samalla tavalla perustella alueellisia

<sup>147</sup> PeVL 17/2021 vp, s. 9. Valiokunta arvioi hyvinvointialueen itsehallinnon jäävän varsin ohueksi. k.27 ja Ks. myös PeVL 26/2017 vp, s. 21

<sup>148</sup> PeVL 30/2013 vp

<sup>149</sup> PeVL 26/2017 vp, s. 26. Lausunnossa PeVL 45/2016 vp, s5 valiokunta toteaa, ettei myöskään yhdenvertaisuudesta johdu esteitä tietyissä rajoissa paikallisten erityisolosuhteiden huomioidulle.

eroja terveyspalvelujen toteutumiselle. Perustuslakivaliokunnan mukaan maakuntien itsehallinnosta olisi vaikea johtaa perustuslaillista perustetta esimerkiksi sille, että terveyspalvelut toteutuisivat eri tasoissa eri maan osissa.<sup>150</sup>

Kansalliset periaatteet eivät perustuslakivaliokunnan näkökulmasta muodostaisi hyvinvointialueille uutta tehtävää.<sup>151</sup> Perustuslakivaliokunta on pitänyt esimerkiksi hoitoon pääsyn määräajoista sekä hoitopaikan valintaa koskevaa sääntelyä perustuslaissa suojatun kunnallisen itsehallinnon kannalta ongelmattomana, sillä kyseessä ei ollut kunnalle annettava uusi tehtävä.<sup>152</sup> Voidaan kuitenkin arvioida, että ohjaavilla periaatteilla olisi vaikutusta terveyspalvelujen sisältöön ja laajuuteen. Terveyspalvelujen sisältöön ja laajuuteen vaikuttavien ohjaavien ja periaatteiden perusteista taas tulisi perustuslakivaliokunnan käytännön valossa säätää laissa.<sup>153</sup> Kansallisista periaatteista voi johtua myös hyvinvointialueille kustannuksia, joita on arvioitava perustuslakivaliokunnan rahoitusperiaatetta käsittelevän käytännön valossa.<sup>154</sup>

Kansallisten ohjaavien periaatteiden tarkempi merkitys alueelliselle itsehallinnolle ja muulle valtiosääntöoikeudelliselle arvioinnille riippuu myös siitä, mihin niiden ohjaava vaikutus tarkalleen kohdennetaan (vrt. terveydenhuollon rahoituksen kohdentaminen talousarviossa vs. terveydenhuollon palveluvalikoiman määrittely hyvinvointialueella). Jos ohjaavilla periaatteilla määritetään esimerkiksi perustuslain 19.3 §:n tarkoittamien riittävien terveyspalvelujen sisältöä, arvioinnissa on kiinnitettävä erityisesti huomiota oikeusturvaan, lailla säätämisen vaatimukseen sekä perusoikeuksien toteutumiseen.

---

<sup>150</sup> PeVL 26/2017 vp, s. 26

<sup>151</sup> Vrt. PeVL 30/2013 vp, jossa valiokunta arvioi, että palveluvalikoiman valtakunnallisessa määrittelyssä ei ole kyse kunnille annettavasta uudesta tehtävästä, vaan kunnille lainsäädännön nojalla kuuluvien tehtävien hoitamistavasta. Myöskään hoitoon pääsyn määräaikoja ja hoitopaikan valintaa käsittelevää sääntelyä ei ole valiokunnan käytännössä pidetty kunnalle annettavana tehtävänä (PeVL 41/2010 vp, s. 5)

<sup>152</sup> PeVL 41/2010 vp, s. 5. Samoin valiokunta on katsonut, että hoidon tarpeen arvioinnin ja hoidon järjestämiseen käytettävän enimmäisajan sääntelyssä on kyse kunnille lainsäädännön perusteella kuuluvien tehtävien hoitamistavasta, ei uusista tehtävistä. Laintasoinen sääntely katsottiin silti perustelluksi perusoikeuskytkennän vuoksi (PeVL 20/2004 vp).

<sup>153</sup> Ks. esimerkiksi PeVL 15/2020 vp, jossa valiokunta katsoi perustuslain 19 §:n 3 momentin ja 121 §:n 2 momentin lakivarauksista johtuvan, että vanhuspalvelujen sisältöön ja laajuuteen vaikuttavan arviointijärjestelmän perusteet on määriteltävä laintasoisesti. Samoin lausunnossa PeVL 30/2013 vp valiokunta katsoi, että palveluvalikoimaa määrittelevän toimielimen päätöksillä voi ainakin välillisesti olla vaikutusta järjestämisvastuun sisältöön. Alueellisesta itsehallinnosta ja lakisääteisydestä ks. myös PeVL 65/2018 vp.

<sup>154</sup> PeVL 15/2018 vp ja siinä viitatus

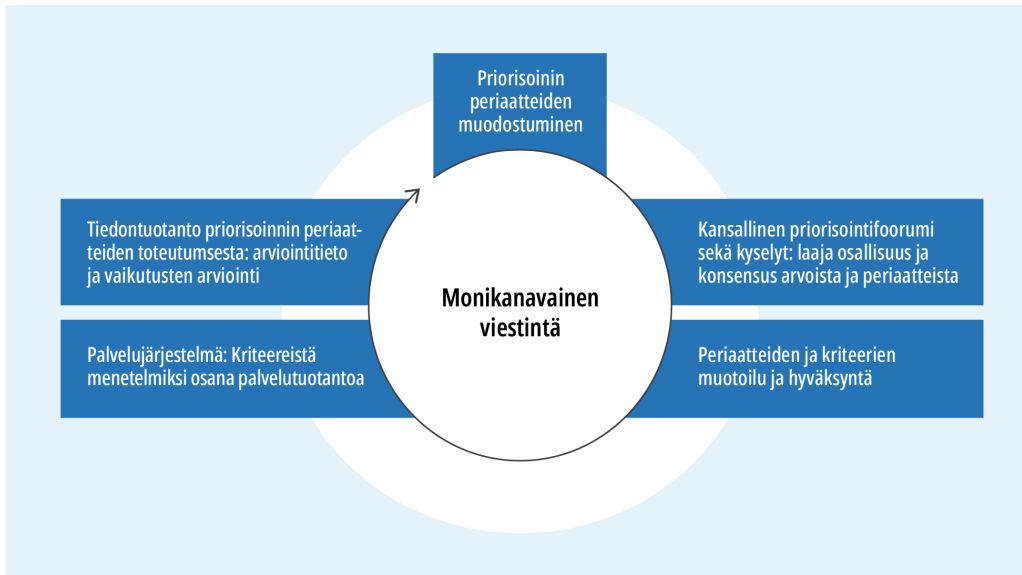
## 8.5 Periaatteiden osallistava muodostaminen – rakenteet ja prosessit

Tässä alaluvussa esittelemme ehdotuksen priorisoinnin periaatteiden jatkuvan kehittämisen prosessille ja rakenteille perustuen luvussa 7 esitettyihin havaintoihin kirjallisuudesta ja hankkeen aikana toteutettuihin kyselyihin ja työpajoihin. Tämän lisäksi esitämme ehdotuksen prosessin toimijoista Suomen kontekstissa sekä kuvaamme seuraavat askeleet.

### 8.5.1 Priorisoinnin jatkuvan kehittämisen malli

Terveydenhuollon priorisoinnin periaatteista keskusteluun osallistamisen perusedellytys on, että sillä on olemassa näkyvä prosessi, riittävän toimivaltainen toimija ja selkeä rakenne sekä jatkuvuus. Suomessa tarvitaan priorisoinnin periaatteiden ja niistä erikseen johdettavien kriteerien muodostamiseksi ja niiden toteutumisen seurantaan rakenne, prosessit sekä tavat kuulla kansalaisia ja ammattilaisia sekä päätöksentekijöitä. Se on osa yhteiskunnallista kehittämistä ja voi hyödyntää muussa terveystoimintamallissa ja terveyden edistämässä käytettäviä yhteisosallistamisen toimintamalleja. Valmista toimintamallia, jota voitaisiin sellaisenaan käyttää ei löydy, mutta eri maiden toimintamalleista, käytännöistä ja tutkimuksen tuloksista voidaan rakentaa Suomeen soveltuva jatkuva toimintamalli.

Priorisoinnin periaatteiden jatkuvan kehittämisen mallin vaiheet on kuvattu kuvassa 16.

**Kuva 16.** Priorisoinnin periaatteiden jatkuvan kehittämisen prosessi

Periaatteiden muodostamisen taustalle tarvitaan laajaa keskustelua, jotta arvot ja periorisoinnin eri näkökulmat tulevat huomioituksi. Kansallinen priorisointifoorumi tuo yhteen keskeiset sidosryhmät, kuten kansalaiset, potilaat, sote-ammattilaiset, sote-asiantuntijat, poliittiset päättäjät, keskushallinnon viranhaltijat, palvelujen järjestämisestä vastaavat tahot sekä palvelutuotannon johdon (yksityinen ja julkinen). Tois-taiseksi priorisointikeskustelua on käyty liikaa pelkästään sote-ammattilaisten kesken. Priorisointifoorumiin ei kuitenkaan voi kutsua edustavaa otosta kaikista sidosryhmistä, joten myös muiden osallistamismenetelmien käyttö rinnalla on perusteltua.

Priorisoinnin ja sen periaatteiden sanoittaminen ja niiden merkityksen avaaminen niin kansalaisille, päätöksentekijöille kuin ammattilaisille on yksi priorisointifoorumin ja koko prosessin keskeinen lopputulema. Osallistamisen hyväksyttävyy- ja prosessikri- teerit tulee huomioida jo suunnitteluvaiheessa sekä arvioida sen riskit ja kustannus- vaikuttavuus. **Osallistamisessa on syytä käyttää monimenetelmäistä näkökul- maa: yhdellä tietyllä menetelmällä ei saatane riittävän kuvailevaa ja kattavaa nä- kemystä kansalaisten ja ammattilaisten mielipiteistä ja on vaarana, että ollaan liikaa yksipuolisen näkemyksen varassa.**

Hankkeessa toteutetun kyselyn tulokset antavat viitteitä siitä, että sidosryhmistä erityi- sesti väestön ymmärrys sote-palvelujärjestelmästä ja priorisoinnista on puutteellista, jolloin heidän on vaikea osallistua periaatteista käytävään keskusteluun ja sen takia hyväksyä priorisoinnin periaatteita. Samalla poliittiset päättäjät ovat selvästi halutto-

mia käymään priorisointiin liittyviä vaikeita keskusteluja. **Tämän vuoksi priorisointiperiaatteista käytävän keskustelun tueksi tarvitaan monikanavaista viestintää**, jota on käsitelty kappaleessa 8.3.

Konsensuksen pohjalta tulee vielä muotoilla periaatteet sekä päättää niiden välisestä tärkeysjärjestyksestä tilanteissa, joissa periaatteet ovat ristiriidassa keskenään. Esimerkiksi, jos olisi sovittu periaatteet ”vakavan sairauden hoitoa priorisoidaan yli lievien” ja ”haavoittuvaisessa asemassa olevaa priorisoidaan muiden edelle”, on vielä kuvattava, miten priorisoidaan lievää sairautta haavoittuvaisessa asemassa olevalla vs. vakavaa sairautta muilla. Periaatteiden on viitoitettava toimintaa ennen kaikkea hankalissa valintatilanteissa.

Periaatteet on seuraavaksi konkretisoitava päätöksentekoa ohjaaviksi kriteereiksi, sillä periaatteet ovat vielä melko ylätasoisia ja niitä voidaan tulkita monella tavalla. Tämä toteutetaan eri alojen asiantuntijoiden yhteistyönä. Esimerkiksi Norjassa periaate ”vakavia sairauksia priorisoidaan yli lievien”, on käytännössä toteutettu uusien hoitojen arviointikriteereiksi siten, että vakaville sairauksien hoidoille sallitaan korkeampi kustannus per laatupainotettu elinvuosi. Myös mitä tarkoitetaan ”vakavalla sairaudella” on pyritty määrittelemään mahdollisimman yksiselitteisesti sairauksien vuoksi menetettyjen elinvuosien tai niiden aiheuttaman heikon elämänlaadun kautta.

Kriteereitä ja periaatteita määritettäessä tulee samanaikaisesti tarkastella niiden yhteensopivuus olemassa olevan lainsäädännön kanssa sekä tarvitaanko periaatteiden toteutumisen turvaamiseksi muutoksia lainsäädäntöön. Koska priorisointipäätökset kytkeytyvät tiiviisti resurssiallokaatiopäätöksiin, tulee myös tarkastella julkisen terveydenhuollon eri sektoreille kohdennettua rahoitusta ja sen perusteita.

Priorisoinnin periaatteita ja niistä luotuja kriteereitä sovelletaan kansallisesti väestö- ja potilasryhmätasolla. Se tuo selkeämmin väestön terveystarpeen arvioinnin mukaan keskusteluun, jota laki Hyvinvointialueista korostaa. Periaatteiden soveltaminen tapahtuu palvelurakenteiden, palveluketjujen ja tuotannon välisessä päätöksenteossa. Näin prosessissa tulee arvioida myös näiden päätösten vaikutuksia väestö- ja potilasryhmätasolla eikä vain yksittäisten sairauksien hoitojen terveyshyödyn ja vaikuttavuuden kautta. Priorisoinnin periaatteisiin sitoutumisen tulee kulkea läpi palvelujärjestelmän. Periaatteiden soveltaminen hyvinvointialueiden päätöksenteossa on olennainen vaihe periaatteiden käytäntöön viemisessä. Mm. Ruotsin esimerkki osoittaa, että pelkästään priorisointiperiaatteiden olemassaolo, vaikka ne olisi kirjattu lakiin, eivät vielä muuta toimintaa olennaisesti, vaan palvelujen järjestäjät ovat avainasemassa (Carlsson 2010).

**Priorisoinnin periaatteiden siirtyminen kriteereiksi ja toiminnaksi ja myös niiden vaikutusten arviointi edellyttää jatkuvan prosessin ja rakenteet.** Tällä hetkellä



prosessuaalinen priorisointi on kohdentunut kansallisella tasolla kapeasti lähes ainoastaan uusien menetelmien arviointiin. Jatkossa myös palvelujärjestelmän sisällä jo nyt tehtävien hoitojen ja toisaalta palvelurakenteisiin kohdistuvien ratkaisujen seuranta ja arviointi tulee paremmin mahdolliseksi uudessa Hyvinvointialue-rakenteessa. **Tämä edellyttää toteutuneiden terveystalveluiden tulosten säännöllistä mittamista ja alueiden välistä vertailua määriteltyjen periaatteiden näkökulmasta.** Seurannan tulee koskea koko julkista terveydenhuoltoa – ei pelkästään hyvinvointialueiden kautta toteutettua toimintaa. Nykyisen järjestelmän sisällä on toki priorisoitu lainsäädännön, informaatio-ohjauksen sekä vaikkapa kansallisen hankerahoituksen keinoin, mutta tämä ei ole ollut mitenkään kokonaisvaltaista ja suunnitelmallista toimintaa. Eri osa-alueita on säädelty yksittäisinä palasina ottamatta aina kovinkaan hyvin huomioon siitä aiheutuvia vaikutuksia muualle systeemiin. Seurannan perusteella voidaan tunnistaa tarve muokata periaatteita, ja jatkaa priorisoinnin periaatteista käytävää sidosryhmäkeskustelu kuvan 16 mallin mukaisesti.

## 8.5.2 Ehdotus kansalliseksi priorisoinnin periaatteiden kehittämisen rakenteeksi

**Priorisointiperiaatteiden muodostamiseen pääsemiseksi Suomessa tarvitaan prosessille omistaja,** joka luo rakenteen ja prosessin sekä kokoaa toimijat ja sidosryhmät yhteen. Prosessin kokoavalla toimijalla on oltava riittävä mandaatti, jotta periaatteiden muodostamiseen ja toisaalta niiden toteutumisen seurantaan voivat sitoutua monet eri tahot. Kokoava toimija varmistaa, että prosessissa noudatetaan voimassa olevaa lainsäädäntöä sekä Suomen terveydenhuollon eettisiä periaatteita.

Suoraa kansainvälistä mallia ei ole. Toimijalle on eri vaihtoehtoja, kuten 1) itsenäinen toimijat (esimerkiksi NICE Englannissa), 2) osa jotain olemassa olevan organisaation toimintaa tai 3) portaittainen malli, kuten Ruotsissa Socialstyrelsen sekä Lindköpingin yliopistossa toimiva Priorisointikeskus (<https://liu.se/forskning/prioriteringscentrum>). Suomessa vastaavaa toimintamallia on sovellettu Vaasan keskussairaalan ja Turun yliopiston Potilas- ja asiakasturvallisuuden kehittämiskeskuksesta (<https://www.vaa-sankeskussairaala.fi/potilas--ja-asiakasturvallisuuden-kehittamiskeskus/>). Suomessa ei ole Ruotsin Socialstyrelsenin kaltaista toimeenpanosta vastaavaa ohjaava toimijaa, joten se ei ole suoraan suomalaiseen hallintomalliin soveltuva. **Ehdotamme mallia, jossa usean ministeriön yhteinen toimija ohjaa erillistä toimeenpanevaa keskuksista sekä toimii Priorisointifoorumin koolle kutsujana.**

Keskeinen Suomessa ratkaistava kysymys on, mikä on poliittisen päätöksenteon rooli periaatteiden hyväksymisessä ja toimeenpanossa: miten poliittiset päätöksentekijät osallistuvat periaatteiden hyväksyntään ja miten periaatteet viedään esimerkiksi lain-

säädännön kehittämiseen. Lainsäädännön kehittäminen tulee monitoimijaisen ministeriöohjauksen kautta, mutta kaikkia kysymyksiä ei tulla säätämään lakitasolla. Toinen ratkaistava kysymys on, miten periaatteet huomioidaan terveydenhuollon rahoituksen ohjauksessa, erityisesti hyvinvointialueiden kansallisessa ohjauksessa. Periaatteiden konkretisointi kriteereiksi puolestaan on asiantuntijatyötä, johon tulee osallistua eri alojen asiantuntijoita.

Taulukkoon 9 on koostettu kuvaus tarvittavista toimijoista ja rooleista priorisointiperiaatteiden määrittämiseksi priorisoinnin jatkuvaksi kehittämiseksi. Eri toimijoiden nimikkeet ovat suuntaa antavia ja niiden tarkoitus on täsmentää, millaisesta toimijasta on kyse, muttei lukkiutua mihinkään olemassa olevaan toimijaan.

**Taulukko 9.** Ehdotus kansalliseksi priorisoinnin periaatteiden kehittämisen rakenteiden pohjaksi

<p><b>1. Kansallinen priorisointifoorumi, Nationellt prioriteringsforum, National Prioritization Forum</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terveydenhuollon priorisoinnin periaatteita käsitellään säännöllisesti toistuvassa kansallisessa priorisointifoorumissa, jonka tavoite on osallistaa kansalaiset, terveydenhuollon ammattilaiset, yhteisöt ja päättäjät yhteiseen keskusteluun priorisoinnista, välittää tietoa priorisoinnista ja rakentaa yhteistä näkemystä terveydenhuollon priorisoinnin kehityksestä ja kehitystarpeista.</li> <li>• Tavoite on, että hoitoon pääsyyn vaikuttavien päätösten ja asenteiden tulee perustua yhteisiin priorisointiperiaatteisiin. Päätösten tulee myös perustua tieteelliseen näyttöön ja niistä tulee keskustella avoimessa prosessissa, jossa eri näkökohtiin rakennetaan perusteita.</li> <li>• Priorisointifoorumin kutsuu koolle Terveydenhuollon Priorisointineuvottelukunta ja sen toteuttaa Terveydenhuollon priorisoinnin kehittämiskeskus.</li> <li>• Ensimmäiset kansalliset priorisointifoorumit käsittelevät terveydenhuollon priorisoinnin periaatteiden muodostamisen kansallisia tavoitteita, periaatteita ja käytännön toimia sekä antavat suuntaviivoja kehittämiseen.</li> <li>• Jatkossa priorisoinnin periaatteiden toteutumista arvioidaan viiden vuoden välein ja sen toteutuksesta vastaan Terveydenhuollon priorisoinnin kehittämiskeskus.</li> <li>• Foorumista tuotetaan raportti kansalaisille ja terveydenhuollon ammattilaisille sekä päätöksentekijöille.</li> <li>• Foorumin toiminnasta ja kansalaisten sekä ammattilaisten osallistamisesta huolehtii Terveydenhuollon priorisoinnin kehittämiskeskus.</li> </ul>
<p><b>2. Terveydenhuollon priorisointineuvottelukunta Prioriterade rådgivande nämnd för hälso- och sjukvård, Health Care Priority Advisory Board</b></p> <p>Tehtävät:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terveydenhuollon Priorisointineuvottelukunta ohjaa kansallista priorisoinnin periaatteiden kehittämistä ja niiden toteutumisen seuranta, kansalaisten osallistamista priorisoinnin periaatteiden muodostamisessa sekä edistää lainsäädännöllisiä kehitystarpeita.</li> <li>• Toimii kansallisen Priorisointifoorumin koollekutsujana.</li> <li>• Edustettuina terveydenhuollon priorisoinnin kannalta keskeisten ministeriöiden, tutkimuslaitosten, terveydenhuollon ja sidosryhmien edustus.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toimii Terveystieteiden tutkimuskeskuksen ohjausryhmänä ja osallistuu sen strategiatyöhön sekä hyväksyy strategian, toimintasuunnitelmat sekä toimintakertomukset.</li> <li>• Neuvottelukunnalla on pysyvä pääsihteeri Sosiaali- ja terveysministeriössä</li> <li>• Kansallisen priorisointifooruminkäytännön toteuttaminen ja siihen liittyvä viestintä.</li> </ul>
<p><b>3. Terveystieteiden tutkimuskeskus, Utvecklingscentrum för hälso- och sjukvårdsprioritering, Health Care Prioritization Development Center</b></p>
<p>Tehtävät:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terveystieteiden tutkimuskeskuksen painopisteiden ja niiden jalkauttamiseen liittyvä kehittäminen, tutkimus, kansallisen ja kansainvälisen yhteistyö ja koulutus sekä laaja-alainen osallistaminen.</li> <li>• Osallistuminen priorisointia ja sen periaatteita koskevaan julkiseen keskusteluun ja yhteistyöhön.</li> <li>• Priorisointiin liittyvän tiedon jakaminen ja osaamisen ja kokemusten sekä viestintä (julkaisut, uutiskirjeet, opetusohjelmat, metodologinen tuki, konferenssit ja seminaarit).</li> <li>• Priorisoinnin periaatteiden toteutumisen arvioinnin toteuttaminen laajassa yhteistyössä sekä tästä raportointi.</li> <li>• Asiantuntijatoiminta priorisointiin ja sen periaatteisiin sekä soveltamiseen liittyvissä kysymyksissä.</li> <li>• Kansainvälisen tutkimuksen ja kehityksen seuraaminen ja osallistuminen kansainväliseen yhteistyöhön ja tutkimukseen.</li> <li>• Arviointitiedon kerääminen ja tuottaminen priorisointiperiaatteiden toteutumisesta ja priorisoinnin vaikutuksista</li> </ul>

Priorisoinnin keskeiset toimijat tarvitsevat myös resursseja, jotta toiminta on jatkuvaa ja turvattua. Esimerkiksi Ruotsissa Socialstyrelsenillä sairausryhmän tai toimintakyvyn osa-alueeseen liittyvien suositusten ja kriteerien parissa työskentelee 2-4 henkilöä (osa-aikaisesti) ja lisäksi kriteereitä työstää 2-3 henkilöä. Lisäksi mukana on ulkopuolisia asiantuntijoita, Työskentely kestää tyypillisesti 3 vuotta. On huomioitava, että Suomessa osa hoitosuosituksista toteutuu tällä hetkellä Käypä hoito -työryhmissä. Suositusten toteutumisen arvioinnin toteuttavat ulkopuoliset asiantuntijat ja yhden arvioinnin kesto on 1-1,5 vuotta. Pitkäaikaissairauksille määritettyjen tavoitetasojen toteutumisen seurantaan puolestaan Socialstyrelsenillä on 2-3 henkilöä sekä lisäksi ulkopuolisia asiantuntijoita. Lindköpingin yliopiston priorisointikeskuksessa puolestaan on 16 henkilöä, jotka ovat professoreita, lehtoreita, post doc -tutkijoita ja väitöskirjatekijöitä.

Englannissa puolestaan NICE:ssä työskentelee 670 henkilöä, jonka lisäksi NICE käyttää ulkopuolisia asiantuntijoita hoitosuosituksien laadinnassa sekä ulkoistettuja asiantuntijapalveluja lääkkeiden ja teknologioiden arviointiraporttien laadinnassa. NICE:n vuosibudjetti on n. 70 M£. Tässäkin vertailussa on huomioitava, että NICE:n toimin-

taan kuuluu tehtäviä, jotka Suomessa on osoitettu muille toimijoille, kuten hoitosuosittelusten laatiminen sekä lääkkeiden ja terveysteknologian arviointi, joihin NICE:n budjetista kuluu yhteensä noin puolet.<sup>155</sup>

Kun Suomessa kansallinen organisointi tarkentuu, voidaan tarvittavan resurssin määrää arvioida vertaamalla tarkemmin esimerkiksi juuri Ruotsissa tai Iso-Britanniassa kyseisiin toimintoihin käytettyihin resursseihin.

### **8.5.3 Seuraavat askeleet: reittiopas periaatteiden jatkuvan kehittämisen rakentamiseen**

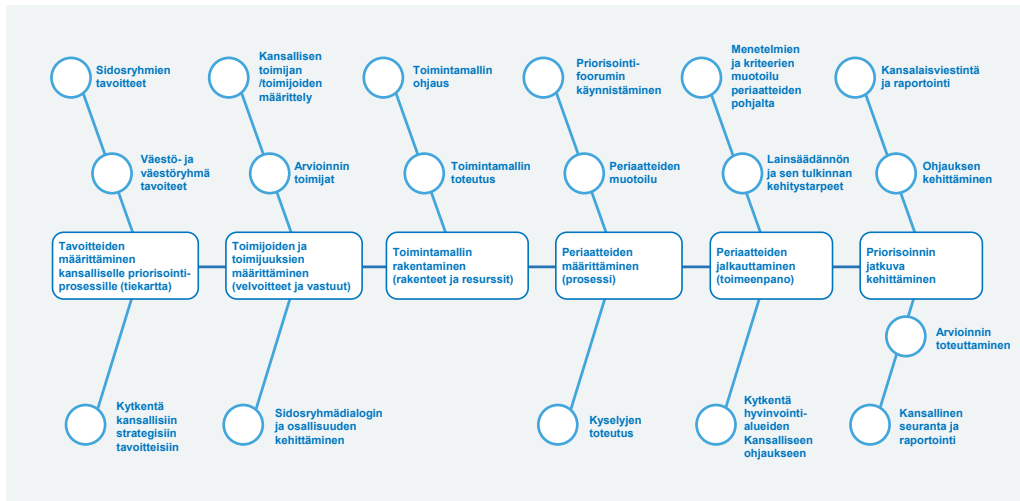
Priorisoinnin periaatteiden jatkuvaan kehittämiseen päästään vaiheittain. Vaiheet on esitetty kuvassa 17 ja niistä muotoutuu kansallinen toimintamalli, joka esitetty kuvassa 16. Keskeisimmät vaiheet ovat 1) Tavoitteiden määrittäminen kansalliselle priorisointiprosessille, 2) Toimijoiden ja toimijuuksien määrittäminen, 3) Toimintamallin rakentaminen, 4) Periaatteiden määrittäminen, 5) Periaatteiden jalkauttaminen sekä 6) Priorisoinnin jatkuva kehittäminen.

On hyvä huomioida, että osittain eri tehtäviä voidaan lähteä toteuttamaan myös samanaikaisesti. Esimerkiksi viestintästrategia on laadittava ja sitä lähdeittävä välittömästi toteuttamaan, mutta se ei estä periaatteiden muodostamiseen liittyvien rakenteiden ja prosessien rakentamista ja käynnistämistä. Priorisointia ja myös sen perustana olevien periaatteiden kehittäminen tulisi toteuttaa jatkuvana prosessina.

---

<sup>155</sup> National Institute for Health and Care Excellence Annual Report and Accounts 2020/21

**Kuva 17.** Kansallisten rakenteiden ja prosessien kehittämisen vaiheet priorisoinnin periaatteiden muodostamiseksi



## 8.6 Lainsäädännölliset kehittämistarpeet

Priorisoinnin toteuttamiseen liittyviä lainsäädännöllisiä muutostarpeita on mahdollista arvioida tarkemmin vasta, kun on määritelty kansalliset priorisoinnin periaatteet sekä periaatteiden oikeudellinen asema ja sitovuus. Vaikka tässä hankkeessa on kartoitettu, millaiset periaatteet voisivat olla hyväksyttävissä Suomessa, ei tämän hankkeen puitteissa voida määrittää kansallisia periaatteita, vaan niiden muodostamiseen ehdotetaan osallistavaa toteutusta, kuten edellisissä kappaleissa on kuvattu.

Valittuja periaatteita vasten on arvioitava, miltä osin nykyinen lainsäädäntö ei mahdollista periaatteiden tehokasta toteuttamista. Riippuen periaatteiden sisällöstä sekä oikeudellisesta sitovuudesta ja toteutustavasta, priorisoinnin toteuttamisen oikeudellisessa arvioissa on otettava huomioon esimerkiksi lailla säätämisen vaatimus, alueellinen itsehallinto, julkisen vallan käyttö sekä perusoikeuksien rajoittaminen ja heikennyksiä. Hankkeessa on kuitenkin tunnistettu yleisiä lainsäädäntöön liittyviä kehittämistarpeita, joita kuvataan seuraavassa.

Perustuslaki ja Suomea velvoittavat kansainväliset ihmisoikeussopimukset jättävät lainsäätäjälle ja edelleen lainsäädännön puitteissa muille norminantajille liikkumavaraa kehittää priorisoinnin oikeudellista ohjausta siten, että se mahdollistaa nykyistä avoimemmin ja selvemmin myös väestöterveyden ja yhteiskunnan taloudellisten voimavarojen huomioon ottamisen terveydenhuollon ammattihenkilön tekemän ja lääketieteelliseen tietoon perustuvan potilaan yksilöllisen hoidontarpeen arvioinnissa.

Riittäviä terveystalvija koskevan perusoikeuden sisältö määräytyy kotimaisen perusoikeusjärjestelmän ja ihmisoikeussopimusten ohella terveydenhuoltoa ja potilaan oikeuksia koskevasta tavallisesta lainsäädännöstä. Laissa säädetyn tarveperiaatteen lähtökohtana on potilaan yksilöllinen tarve, joka ohjaa hoitoon pääsyä ja hoitotoimenpiteen valintaa. Tarveperiaatetta on kuitenkin kritisoitu epämääräiseksi ja riittämättömäksi ohjenuoraksi, josta yksinään ei voida johtaa ratkaisuja kaikkiin tilanteisiin esimerkiksi silloin, kun kyse on eri potilasryhmien välisestä yhdenvertaisuudesta.

Väestön terveyden edistämisvelvollisuuden huomiointi on jäänyt perustuslain tulkintakäytännössä yleisesti ottaen vähemmälle. Vaikka perustuslain 19.3 §:n mukaan julkisella vallalla on velvollisuus edistää väestön terveyttä, edistämisvelvollisuudelle ei ole vakiintunutta tulkintasisältöä, ja se on muutoinkin jäänyt samassa momentissa turvattun yksilöllisen oikeuden (julkisen vallan velvollisuus turvata, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle oikeus riittäviin terveystalvuihin) katveeseen perustuslain tulkintakäytännössä.

Voimassa oleva lainsäädäntö ei riittävästi vastaa terveydenhuollon priorisoinnin tarpeisiin. Lisäksi nykyinen priorisoinnin normiohjaus on monitasoista ja sekavaa. Lainsäädännön kehittäminen olisikin perusteltua myös perus- ja ihmisoikeuksien edistämiseksi ja toteuttamiseksi. Erityisesti yhdenvertaisuuden edistämiseksi olisi perusteltua pyrkiä yhdenmukaistamaan terveydenhuollon valtakunnallista palveluvalikoimaa, samoin kuin toimia, jotka vähentäisivät esimerkiksi alueellisia eroja terveystalvujen saatavuudessa ja sisällössä. Lisäksi priorisoinnin kehittäminen nykyistä läpinäkyvämmäksi ja selkeämmäksi on tärkeää terveydenhuollon ammattihenkilöstön oikeusturvan ja terveydenhuollon priorisoinnin valvonta- ja vastuujärjestelmien toimivuuden ja tehokkuuden kannalta.

Kaiken kaikkiaan lainsäädäntöä olisi perusteltua kehittää läpinäkyvämmän ja selkeämmän priorisoinnin mahdollistamiseksi siten, että myös väestön terveys sekä yhteiskunnan taloudelliset voimavarat huomioidaan johdonmukaisemmin, jotta terveydenhuollon rajalliset resurssit voitaisiin jakaa nykyistä oikeudenmukaisemmin. Muutoin joudutaan käytännössä nykyiseen tapaan piilopriorisoimaan, koska rajalliset resurssit vähintäänkin paikallisesti jollain ajan hetkellä eivät kuitenkaan mahdollista kaikkien potilaan senhetkisen terveydentilan ja sairauden todennäköisen kulun kannalta mahdollisesti hyödyllisten hoitojen antamista.

**Suosituksset lainsäädännön kehittämisen näkökulmasta:**

- Terveydenhuollon priorisoinnin ohjausta tulee pyrkiä selkeyttämään ja yhtenäistämään perus- ja ihmisoikeuksien sekä terveydenhuollon ammattihenkilöstön oikeusturvan toteutumisen edistämiseksi.
- Terveydenhuollon priorisoinnin ja/tai sen ohjaamisen maanlaajuinen yhtenäistäminen olisi perusteltua erityisesti yhdenvertaisuuden edistämisen näkökulmasta.
- Hyvinvointialueita velvoittavasta priorisoinnin ohjauksesta on perusteltua säätää laintasoisesti.
  - Lainsäädäntöä tulee kehittää läpinäkyvämmän ja selkeämmän priorisoinnin mahdollistamiseksi siten, että myös väestön terveys sekä yhteiskunnan taloudelliset voimavarat huomioidaan johdonmukaisemmin, jotta terveydenhuollon rajalliset resurssit voitaisiin jakaa nykyistä oikeudenmukaisemmin.
  - Valittavien periaatteiden ja niiden pohjalta laadittujen kriteerien ja menetelmien yksityiskohdista riippuen jatkoarvioinnissa tulee ottaa huomioon esimerkiksi perusoikeuksien rajoitusedellytykset, heikennyskielto ja erilaisen kohtelun oikeuttamisperusteet. Lisäksi alueellinen itsehallinto, julkisen vallan käyttö sekä lailla säätämisen vaatimus vaativat jatkoarviointia.

## Lähteet

- Aalto, A. M., Manderbacka, K., Muuri, A., Karvonen, S., Junnila, M., & Pekurinen, M. (2016). Mitä väestö ajattelee sosiaali- ja terveystalveluiden uudistamisesta? Tutkimuksesta tiiviisti 4, maaliskuu 2016. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- A Window on the Quality of New Zealand's Health Care, 2015. Health Quality & Safety Commission.
- Agarwal B (2001) Participatory Exclusions, Community Forestry, and Gender: An Analysis for South Asia and a Conceptual Framework. *World Development* 29, 1623-1648)
- Anell A., Glenngard A.H. & Merkur S. (2012). Sweden health system review. *Health Syst Transit*, 14(5), s. 1-159.
- Angell, B., Pares, J., & Mooney, G. (2016). Implementing priority setting frameworks: Insights from leading researchers. *Health Policy*, 120(12), 1389–1394.  
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.10.005>
- Anttila, O. (2019). 11 §. Eri-laisen kohtelun oikeuttamisperusteet. Teoksessa O. Anttila, & T. Ojanen, *Yhdenvertaisuuslaki kommentein* (ss. 209-222). Alma Talent Oy
- Appleby, J., Devlin, N., Parkin, D., Buxton, M., & Chalkidou, K. (2009). Searching for cost effectiveness thresholds in the NHS. *Health Policy*, 91(3), 239–245.  
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2008.12.010>
- Arajärvi, P. (2017). Sosiaaliturvan perustuslaillisia näkökohtia. Teoksessa P. Arajärvi; L. Kalliomaa-Puha; Y. Mattila & E. Nykänen, *Sosiaaliset oikeudet: näkökulmia perustaan ja toteutumiseen*. Terveiden ja Hyvinvoinnin laitos.
- Arnstein SR (1969) A Ladder of Citizen Participation. *Journal of the American Institute of Planners*. Volume 35, 1969 - Issue 4.
- Arold Lorenz, N.-L. (2007). *The Legal Culture of the European Court of Human Rights*. Martinus Nijhoff Publishers, Leiden.
- Askildsen, J.E., Holmås, T.H. & Kaarboe, O. (2011). Monitoring prioritisation in the public health-care sector by use of medical guidelines. The case of Norway. *Health Economics*, 20, 958-970.
- Baker, R., Mason, H., McHugh, N., & Donaldson, C. (2021). Public values and plurality in health priority setting: What to do when people disagree and why we should care about reasons as well as choices. *Social Science & Medicine*, 277, 113892.
- Barra, M., Broqvist, M., Gustavsson, E., Henriksson, M., Juth, N., Sandman, L., & Solberg, C. T. (2020). Severity as a priority setting criterion: setting a challenging research agenda. *Health Care Analysis*, 28(1), 25-44.



Bennie, M., Dear, J., Hems, S., Black, C., Mclver, L., & Webb, D. (2011). An investigation into the effect of advice from the Scottish Medicines Consortium on the use of medicines in Scotland's Health Service. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 71(2), 283–288. <https://doi.org/10.1111/J.1365-2125.2010.03826.X>

Biddle, M. (2020) Attitudes and approaches to patient and public involvement across Europe: A systematic review. *Health and Social Care in the Community*, 29(1), s. 18-27.

Bijlmakers, L., Jansen, M., Boer, B., van Dijk, W., Groenewoud, S., Zwaap, J., ... & Baltussen, R. (2020). Increasing the legitimacy of tough choices in healthcare reimbursement: approach and results of a citizen forum in the Netherlands. *Value in Health*, 23(1), 32-38.

Booth, N., Aronen, P., & Mäkelä, M. (2017). Selvitys kustannusvaikuttavuuden käyttämisestä yhtenä terveydenhuollon palveluvalikoiman määrittelykriteerinä. Korjattu laitos. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportteja ja muistioita 2017:30. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3893-9>

Broqvist M, Sandman S. Reaktionen på nätet - ett axplock av reaktioner på riktlinjer för prioriteringar av intensivvård under covid-19 pandemin. *PrioC Access - en kort rapport från Prioriteringscentrum 2021:3*. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1619548/FULLTEXT01.pdf>

Broqvist M Tegnevik T. Prioriteringar över tid upprepade uppföljningar i en teamverksamhet. *PrioC Access - en kort rapport från Prioriteringscentrum 2021:4* <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1622088/FULLTEXT01.pdf>

Bruni, R.A. (2007) Public involvement in the priority setting activities of a wait time management initiative: a qualitative case study. *BMC Health Serv Res* 7, 186.

Brüssow H. (2013) What is health? *Microb Biotechnol*. 6(4):341-8. doi: 10.1111/1751-7915.12063. Epub 2013 May 6. PMID: 23647782; PMCID: PMC3917469.

Bäckman, K., Krevers, B. (2017). Prioriteringar över kommunala förvaltningsområden : ett utvecklingsarbete i Motala kommun. Retrieved from <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:liu:diva-141165>

Calltorp, J. (1999). Priority setting in health policy in Sweden and a comparison with Norway. *Health Policy*, 50, s. 1-22.

Carlsson, P. (2010). Priority setting in health care: Swedish efforts and experiences. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(6), 561-564.

Chambers, J., Salem, M., D'Cruz, B., Subedi, P., Kamal-Bahl, S., & Neumann, P. (2017). A Review of Empirical Analyses of Disinvestment Initiatives. *Value in Health : The Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 20(7), 909–918. <https://doi.org/10.1016/J.JVAL.2017.03.015>

- Cheng, S. H., Jin, H. H., Yang, B. M., & Blank, R. H. (2018). Health Expenditure Growth under Single-Payer Systems: Comparing South Korea and Taiwan. *Value in Health Regional Issues*, 15, 149–154. <https://doi.org/10.1016/j.vhri.2018.03.002>
- Claridge, T. (2004) Designing social capital sensitive participation methodologies. Report, Social Capital Research, Brisbane, Australia.
- Cleaver F (1999) Paradoxes of participation: questioning participatory approaches to development. *Journal of International Development* 11, 597-612
- Corbacho, B., Drummond, M., Santos, R., Jones, E., Borràs, J. M., Mestre-Ferrandiz, J., Espín, J., Henry, N., & Prat, A. (2020). Does the use of health technology assessment have an impact on the utilisation of health care resources? Evidence from two European countries. *The European Journal of Health Economics* 2020;21(4), 621–634. <https://doi.org/10.1007/S10198-020-01160-5>
- Cornelissen, E., Mitton, C., Davidson, A., Reid, C., Hole, R., Visockas, A., & Smith, N. (2014). Determining and broadening the definition of impact from implementing a rational priority setting approach in a healthcare organization. *Social Science & Medicine* 1982;114, 1–9. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2014.05.027>
- Dalingwater, L. (2014) Post-New Public Management (NPM) and the Reconfiguration of Health Services in England, s.51-54, [Observatoire de la Société Britannique](#)
- Daniels, N., and Sabin, J. (1997) Limits to Health Care: Fair Procedures, Democratic Deliberation, and the Legitimacy Problem for Insurers. *Philosophy and Public Affairs*. 4, 303–350.
- Daniels, T., Williams, I., Robinson, S. & Spence, K. (2013). Tackling disinvestment in health care services. *Journal of Health Organization and Management*, 27(6), s. 762-780.
- Déry ym. (2019). Patient prioritization tools and their effectiveness in non-emergency healthcare services: a systematic review protocol. *Systematic reviews*, 8(78).
- Diederich, A., Swait, J., & Wirsik, N. (2012). Citizen participation in patient prioritization policy decisions: an empirical and experimental study on patients' characteristics. *PLoS One*, 7(5), e36824.
- Dolan, P., Cookson, R., & Ferguson, B. (1999). Effect of discussion and deliberation on the public's views of priority setting in health care: focus group study. *Bmj*, 318(7188), 916-919.
- Drees, C., Krevers, B., Ekerstad, N., Rogge, A., Borzikwsky, C., McLennan, S. & Buyx, A.M. (2021). Clinical Priority Setting and Decision-Making in Sweden: A Cross-sectional Survey Among Physicians. *International Journal of Health Policy and Management*, s. 1-10.

Eduskunnan oikeusasiamiehen toimintakertomus vuodelta 2020.

<https://www.oikeusasiamies.fi/documents/20184/42383/2020-fi/b5bc6780-d9cd-41a7-adb6-2f0a5dc29b5f>

El Ansari W, Andersson E. (2011) Beyond value? Measuring the costs and benefits of public participation *Journal of Integrated Care* 19(6):45-57

Elwyn G, Laitner S, Coulter A, Walker E, Watson P, Thomson R. (2010) Implementing shared decision making in the NHS. *BMJ*. 14;341:c5146. doi: 10.1136/bmj.c5146. PMID: 20947577.

Eyben R, Ladbury S (1995) Popular participation in aid-assisted projects: why more in theory than practice? In 'Power and Participatory Development'. (Ed. S Wright). (Intermediate Technology Publications: London)

Feder SL, Kiwak E, Costello D, Dindo L, Hernandez-Bigos K, Vo L, Geda M, Blaum C, Tinetti ME, Naik AD. (2019) Perspectives of Patients in Identifying Their Values-Based Health Priorities. *J Am Geriatr Soc*.67(7):1379-1385

Frieden TR. (2010) A framework for public health action: the health impact pyramid. *Am J Public Health*. 100(4):590-595. doi:10.2105/AJPH.2009.185652

Gagnon, M.-P., Desmartis, M., Poder, T., & Witteman, W. (2014). Effects and repercussions of local/hospital-based health technology assessment (HTA): a systematic review. *Systematic* 3(1), 1–14.

Garner, S., & Littlejohns, P. (2011). Disinvestment from low value clinical interventions: NICEly done? In *BMJ (Online)* 343(7819). British Medical Journal Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4519>

Garpenby P, Bäckman K. Formal priority setting in health care: the Swedish experience. *J Health Organisation & Management*, 2016. 30(6), pp.891-907

Gille F, Smith S, Mays N. (2015) Why public trust in health care systems matters and deserves greater research attention. *J Health Serv Res Policy*. 20(1):62-4. doi: 10.1177/1355819614543161. Epub 2014 Jul 17. PMID: 25038059.

Goodwin, E., & Frew, E. J. (2013). Using programme budgeting and marginal analysis (PBMA) to set priorities: Reflections from a qualitative assessment in an english primary care trust. *Social Science and Medicine*, 98, 162–168.

Graham, J. R., & Mackie, C. (2016). Criteria-based resource allocation: A tool to improve public health impact. *Journal of Public Health Management and Practice*, 22(4), E14–E21. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000000319>

Green LW and Kreuter MW (2005) *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach*. New York: McGraw-Hill

Gruneir A, Silver MJ, Rochon PA. (2011) Review: Emergency Department Use by Older Adults: A Literature Review on Trends, Appropriateness, and Consequences of Unmet Health Care Needs. *Medical Care Research and Review*. 68(2):131-155.

Guindo LA, Wagner M, Baltussen R, ym. (2012) From efficacy to equity: Literature review of decision criteria for resource allocation and healthcare decisionmaking. *Cost Eff Resour Alloc*. 10(1):9.

Guthrie, S., Bienkowska-Gibbs, T., Manville, C., Pollitt, A., Kirtley, A., & Wooding, S. (2015). The impact of the national institute for health research health Technology assessment programme, 2003–13: A multimethod evaluation. *Health Technology Assessment*, 19(67), 1–291. <https://doi.org/10.3310/hta19670>

Hackman, J., 1987. R.(1987). The design of work teams. *Handbook of organizational behavior*, pp.315-342.

Harris, C., Allen, K., Brooke, V., Dyer, T., Waller, C., King, R., Ramsey, W., & Mortimer, D. (2017). Sustainability in Health care by Allocating Resources Effectively (SHARE) 6: investigating methods to identify, prioritise, implement and evaluate disinvestment projects in a local healthcare setting. *BMC Health Services Research* 17(1), 1–30. <https://doi.org/10.1186/S12913-017-2269-1>

Heintz, E., Arnberg, K., Levin, L., Liliemark, J., & Davidson, T. (2014). The impact of health economic evaluations in Sweden. *Zeitschrift Fur Evidenz, Fortbildung Und Qualitat Im Gesundheitswesen*, 108(7), 375–382. <https://doi.org/10.1016/J.ZEFQ.2014.09.006>

Hoffmann, T. C., & Del Mar, C. (2015). Patients' expectations of the benefits and harms of treatments, screening, and tests: a systematic review. *JAMA internal medicine*, 175(2), 274-286.

Hoffmann, T. C., & Del Mar, C. (2017). Clinicians' expectations of the benefits and harms of treatments, screening, and tests: a systematic review. *JAMA internal medicine*, 177(3), 407-419.

Hofmann, B. (2013) Priority setting in health care: trends and models from Scandinavian experiences. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 16, s. 349–356.

Hofmarcher & Rack. (2006) Austria. *Health System Review, The European Observatory on Health Systems and Policies*, 8(3).

<https://stm.fi/terveyspalvelut> viitattu 28.2.2022

<https://www.canada.ca/en/immigration-refugees-citizenship/services/new-immigrants/new-life-canada/health-care.html> viitattu 7.3.2022

[https://www.cleiss.fr/particuliers/venir/soins/ue/systeme-de-sante-en-france\\_en.html](https://www.cleiss.fr/particuliers/venir/soins/ue/systeme-de-sante-en-france_en.html) viitattu 28.2.2022

<https://www.health.gov.au/about-us/the-australian-health-system> viitattu 7.3.2022

<https://www.socialstyrelsen.se/en/about-us/healthcare-for-visitors-to-sweden/about-the-swedish-healthcare-system/> viitattu 28.2.2022

Huhtanen, R. (2013). Sosiaaliset perusoikeudet perustuslakivaliokunnan käytännössä. Hansaprint Oy, Vantaa.

Husa, J. & Jyränki, A. (2021) Valtiosääntöoikeus: systemaattinen yleisesitys Suomen valtiosäännöstä. Kauppakamari, Helsinki.

Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG), 2016. Health care in Germany: The German health care system.

Involve.org (2018). <https://www.involve.org.uk/resources/methods/consensus-conference> viitattu 18.3.2022.

Isola, Anna-Maria; Kaartinen, Heidi; Leemann, Lars; Lääperi, Raija; Schneider, Taina; Valtari, Salla; Keto-Tokoi, Anna (2017) Mitä osallisuus on? Osallisuuden viitekehystä rakentamassa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Työpäperi 33/2017. <https://www.julkari.fi/handle/10024/135356>

Januleviciute, J., Askildsen, J., Kaarboe, O., Holmås, T., & Sutton, M. (2013). The impact of different prioritisation policies on waiting times: case studies of Norway and Scotland. *Social Science & Medicine* (1982), 97, 1–6.

Jeurissen, P., Oortwijn, W., & Adang, E. M. M. (2020). Case-studies of displacement effects in Dutch hospital care. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1–12.

Jones, K., Forder, J., Caiels, J., Welch, E., Glendinning, C., & Windle, K. (2013). Personalization in the health care system: do personal health budgets have an impact on outcomes and cost?. *Journal of health services research & policy*, 18(2\_suppl), 59-67.

Joseph-Williams N, Edwards A, Elwyn G. Power imbalance prevents shared decision making. *BMJ*. 2014 May 14;348:g3178. doi: 10.1136/bmj.g3178. PMID: 25134115.

Kaila, M. & Lohiniva-Kerkelä, M. (2020). Kansallinen terveydenhuollon palveluvalikoima: Määrittämisen periaatteet, rakenne ja kehittämismahdollisuudet. Raportteja ja muistioita 2020:31, Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö.

Karlsberg Schaffer, S., Sussex, J., Hughes, D., & Devlin, N. (2016). Opportunity costs and local health service spending decisions: a qualitative study from Wales. *BMC Health Services Research* 16(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/S12913-016-1354-1>

Kapiainen S, Eskelinen J. Miesten ja naisten terveystilat ikäryhmittäin 2011 THL raportti 17/2014. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116156/URN\\_ISBN\\_978-952-302-192-1.pdf](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116156/URN_ISBN_978-952-302-192-1.pdf)

Karvonen, S., Martelin, T., Kestilä, L. & Junna, L. (2017). Tulotason mukaiset terveyserot ovat edelleen suuria. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Kekomäki M. (2019) Etiikasta ekonomiaan ja takaisin. Kustannus Oy Duodecim.

Kenny, N. & Joffres, C. (2008) An Ethical Analysis of International Health Priority-Setting. *Health Care Analysis*, 16, s. 145–160.

Ketola, E., Kaila, M. & Mäkelä, M. (2004). Käypä hoito -suositukset. Kokeilusta kulmakiveksi. *Lääketieteellinen aikakauslehti Duodecim*, 120(24), s. 2949-54.

Kimmel, K.-M. (2019). Challenges in regulatin priority setting in healthcare: A Finnish perspective on the lawmaker’s dilemma. *Medical Law International*, 19(2-3), 136-158

Kimmel, K-M. (2020) Terveysthuollon priorisointi poikkeusoloissa – millä perusteella vaikeimmat valinnat tulisi tehdä? Perustuslakiblogi (blogi). Julkaistu 07.04.2020. <https://perustuslakiblogi.wordpress.com/2020/04/07/kaisa-maria-kimmel-terveydenhuollon-priorisointi-poikkeusoloissa-milla-perusteella-vaikeimmat-valinnat-tulisi-tekda/>

Knudsen, A. K., Allebeck, P., Tollånes, M. C., Skogen, J. C., Iburg, K. M., McGrath, J. J., ... & Øverland, S. (2019). Life expectancy and disease burden in the Nordic countries: results from the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2017. *The Lancet Public Health*, 4(12), e658-e669.

Kousa, I. (2021). Ontologinen luokittelu ilmastonmuutoskeskustelun analysoinnissa – poliittinen kuluttajuus Suomi24-foorumilla. *Kulutustutkimus.Nyt* 15:1–2 (2021): 7–29.

Krevers B, Bäckman K. Prioriteringsarbete integrerat i ett kommunalt ledningssystem – fortsatt utveckling i Motala kommun.Prioriteringscentrum 2021:1. <https://liu.diva-portal.org/smash/get/diva2:1616772/FULLTEXT01.pdf>

Könönen, K. (2012). Terveysthuollon priorisoinnin nykytila ja tulevaisuus Ruotsissa ja Suomessa. Pro gradu -tutkielma, Itä-Suomen yliopisto.

Kroneman ym., (2016). The Netherlands. *Health System Review*, 18(2).

Lammintakanen, J., Kinnunen, J., & Kylmä, J. (2006). Terveysthuollon priorisointi politiikkaprosessina ja käsitteenä. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 43(2 SE-Artikkelit). <https://journal.fi/sla/article/view/1909>

Lane J (1995) Non-governmental organisations and participatory development: the concept in theory versus the concept in practice. In ‘Power and Participatory Development’. (Ed. S Wright). (Intermediate Technology Publications: London

Lavrakas, P. J. (2008). *Encyclopedia of survey research methods* (Vols. 1-0). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc. doi: 10.4135/9781412963947

Lee, S.K., Rowe, B.H. & Mahl, S.K. (2021). Increased Private Healthcare for Canada: Is That the Right Solution? *Healthcare Policy*, 16 (3), s. 30-42.

Lehtonen, L. (2015). Tulevaisuuden näkymiä. Teoksessa Lehtonen, L; Lohiniva-Kerkele, M. & Pahlman, I., Terveystoikeus. Talentum Pro, Helsinki.

Lennon, E. (2008). Uudistuksia Ranskan terveysthuollonjärjestelmässä, Yhteiskuntapolitiikka, 73(5).

- Lim, B. P., Heng, B. H., Tai, H. Y., Tham, L., & Chua, H. C. (2018). Health Technology Disinvestment in Singapore. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 47(8), 338–344. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30242300>
- Löblová, O. (2018). What has health technology assessment ever done for us? *Journal of Health Services Research and Policy*, 23(2), 134–136.
- Logan ym. (2004). *Prioritising Health Services. A background paper for the National Health Committee.* The National Health Committee.
- Lohiniva-Kerkelä, M. (2015). *Potilaan oikeusturva. Teoksessa Lehtonen, L; Lohiniva-Kerkelä, M. & Pahlman, I., Terveysturva. Talentum Pro, Helsinki.*
- Love-Koh, J., Cookson, R., Gutacker, N., Patton, T., & Griffin, S. (2019). Aggregate Distributional Cost-Effectiveness Analysis of Health Technologies. *Value in Health*, 22(5), 518–526. <https://doi.org/10.1016/J.JVAL.2019.03.006>
- Lumme S. (2017) *Developing methodology of measuring socioeconomic equity in health care using register data.* Thesis. University of Helsinki.
- Lund, K. (2010). *Prioriteringar i samverkan mellan kommun och landsting. PrioriteringsCentrum. Rapport 2010:1.*
- Luoto, R. (2009). Kyselytutkimuksen suunnittelu. *Duodecim*, 125, s. 1647-53.
- Lynch, M., Bucknall, M., Jagger, C. ym (2022). Projections of healthy working life expectancy in England to the year 2035. *Nat Aging* 2, 13–18
- Maailmanpankki. (2020). *World Bank Country and Lending Groups – World Bank Data Help Desk.* Retrieved October 17, 2021, from <https://data-helpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>
- Maher, L.M., Hayward, B., Hayward, P. & Walsh, C. (2017). Increasing patient engagement in healthcare service design: a qualitative evaluation of a co-design programme in New Zealand. *Patient Experience Journal*, 4(1), s.23-32.
- Manafò E, Petermann L, Vandall-Walker V, Mason-Lai P. (2018) Patient and public engagement in priority setting: A systematic rapid review of the literature. *PLoS One*. Mar 2;13(3):e0193579. doi: 10.1371/journal.pone.0193579.
- Martin, D. K., & Singer, P. (2003). A Strategy to Improve Priority Setting in Health Care Institutions. *Health Care Analysis* 2003 11:1, 11(1), 59–68. <https://doi.org/10.1023/A:1025338013629>
- Martin DK, Abelson J, Singer PA. (2002) Participation in health care priority-setting through the eyes of the participants. *J Health Serv Res Policy*. 7(4):222-9. doi: 10.1258/135581902320432750.

- McCabe C., Claxton K., Culyer A.J. (2008). The NICE cost-effectiveness threshold: what it is and what that means. *Pharmacoeconomics*, 26(9), s. 733-44.
- Michener VJ. (1998) The participatory approach: Contradiction and co-option in Burkina Faso. *World Development* 26, 2105-2118.
- Mikkola, M. (2010) *Social Human Rights of Europe*. Helsinki: Legisactio.
- Mitton C, Donaldson C. (2004) Health care priority setting: principles, practice and challenges. *Cost Eff Resour Alloc.* 22;2(1):3. doi: 10.1186/1478-7547-2-3.
- Mitton C, Donaldson C. (2001). Twenty-five years of programme budgeting and marginal analysis in the health sector, 1974-1999. *Journal of Health Services Research and Policy*, 6(4), 239–248. <https://doi.org/10.1258/1355819011927558>
- Mitton C, Smith N, Peacock S, Evoy B, Abelson J. (2009) Public participation in health care priority setting: A scoping review. *Health Policy*. 91(3):219-28. doi: 10.1016/j.healthpol.2009.01.005. Epub 2009 Mar 3. PMID: 19261347.
- Mossialos, E. & King, D. (1999). Citizens and rationing: analysis of a European survey. *Health Policy*, 49(1-2), s. 75-135.
- Moynihan RN, Cooke GP, Doust JA, Bero L, Hill S, Glasziou PP. (2013) Expanding disease definitions in guidelines and expert panel ties to industry: a cross-sectional study of common conditions in the United States. *PLoS Med.* Aug;10(8):e1001500.
- Mylläri, E., Tapio, K., & Valvanne, J. (2014). Miksi iäkäs ihminen lähtee päivystykseen? Laadullinen tutkimus kotona asuvien ikäihmisten päivystykseen lähtemispäätökseen vaikuttavista tekijöistä. (Ikääntyneen väestön palvelut : käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus -projektin julkaisut; No. 2).
- Mäkelä, M., Saijonkari, M. & Booth, N. (2017). Katsaus terveydenhuollon priorisointiin eri maissa - Korjattu laitos. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:18. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3892-2>
- National Health Committee (2004). Prioritising health services. A background paper for the National Health Committee. New Zealand.
- National institute for health and clinical excellence. (2007). *Social Value Judgements: Principles for the Development of NICE Guidance*. Version 2.
- National institute for health and clinical excellence. (2021). [Shared decision making NICE guideline 2021](https://www.nice.org.uk/guidance/ng197/resources/shared-decision-making-pdf-66142087186885) <https://www.nice.org.uk/guidance/ng197/resources/shared-decision-making-pdf-66142087186885>
- Nieminen, L. (2015). *Terveys ihmisoikeuskysymyksenä*. Suomalaisen lakimiesyhdistyksen julkaisuja, E-sarja N:o 28. Hansaprint Oy.



- Noseworthy, T.W., McGurran, J.J. & Hadorn, D.C. (2003). Waiting for scheduled services in Canada: development of priority-setting scoring systems. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 9(1), s. 23-31.
- Nunes R, Rego G. (2014) Priority setting in health care: a complementary approach. *Health Care Anal.* 22(3):292-303. doi:10.1007/s10728-013-0243-6
- Nykänen, E. (2016). Oikeus terveyteen ja terveyden edistäminen. Teoksessa Sihto, M. & Karvonen, S. (toim.), *Terveyden edistäminen ja eriarvoisuus – lähestymistapoja ja ratkaisuja*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Nykänen, E. & Laatikainen, T. (2022). Oikeus riittäviin terveydenhuollon palveluihin – ja miten riittävyyttä voidaan mitata. Teoksessa Toivonen, V.; Mäki-Petäjä-Leinonen, A. & Nykänen, E. (toim) *Hyvinvointioikeus – kirjoituksia oikeudesta ja hyvinvoinnista*. Kaupakamari, Helsinki.
- OECD (2019), *Suomi: Maan terveystilaprofiili 2019*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, <https://doi.org/10.1787/342765e3-fi>.
- Ojanen, T. & Scheinin, M. (2011). Kansainväliset ihmisoikeussopimukset ja Suomen perusoikeusjärjestelmä. Teoksessa P. Hallberg;H. Karapuu;T. Ojanen;M. Scheinin;K. Tuori & V.-P. Viljanen, *Perusoikeudet*. WSOYpro.
- Ojanen, T. (2019). Yhdenvertaisuus ja syrjinnän kieltä perus- ja ihmisoikeutena. Teoksessa O. Anttila & T. Ojanen, *Yhdenvertaisuuslaki kommentein* (s. 3-52). Alma Talent Oy.
- Ojanen, T. (2022). Equality and Non-discrimination in Human Rights Treaties and Nordic Constitutions. *Scandinavian studies in law*, 68.
- Otim, M. E., Kelaher, M., Anderson, I. P., & Doran, C. M. (2014). Priority setting in Indigenous health: Assessing priority setting process and criteria that should guide the health system to improve Indigenous Australian health. *International Journal for Equity in Health*, 13(1), 1-12.
- Ottersen, T., Førde, R., Kakad, M., Kjellevold, A., Melberg, H.O., Moen, A, Ringard, Å., Frithjof Norheim, O. (2016) A new proposal for priority setting in Norway: Open and fair. *Health Policy*, 120 (3), 246-251.
- Pahlman, I. (2006). *Potilaan itsemääräämisoikeus*. Edita Prima Oy.
- Parikka S, Koskela T, Ikonen J, Kilpeläinen H, Hedman L, Koskinen S, & Lounamaa A. (2020). Kansallisen terveys-, hyvinvointi ja palvelututkimus FinSoten perustulokset 2020. Verkojulkaisu: [thl.fi/finsote](http://thl.fi/finsote)
- Persson, U. (2018). Cost-effectiveness thresholds for access to medicines. Presentation in IHE Hälsöekonomiskt nätverksmöte Högberga Lidingö.
- Phillips NM, Street M, Haesler E. (2016) A systematic review of reliable and valid tools for the measurement of patient participation in healthcare. *BMJ Qual Saf.* 25(2):110-7. doi: 10.1136/bmjqs-2015-004357.

Piipponen Sirkka-Liisa ja Kurikka Päivi (2020) Opas kuntalaisten osallistumisen arviointiin. Miten osallistuminen vaikuttaa, miten kunta edistää osallisuutta. Kuntaliitto: Helsinki. <https://www.kuntaliitto.fi/julkaisut/2020/2059-opas-kuntalaisten-osallistumisen-arviointiin>

Piipponen, Sirkka-Liisa ja Pekola-Sjöblom Marianne (2019) Osallistaako kunta, osallistuuko kuntalainen? Kuntaliiton julkaisusarja uutta Kunnista 3/2019. Kuntaliitto: Helsinki. <https://www.kuntaliitto.fi/julkaisut/2019/2004-osallistaako-kunta-osallistuuko-kuntalainen>

Pillutla, V., Maslen, H. & Savulescu, J. (2018). Rationing elective surgery for smokers and obese patients: responsibility or prognosis? *BMC Medical Ethics*, 19(28).

Principles for priority setting in health care (2017). Norwegian Ministry of Health and Care Services.

Rafferty, A.M., Busse, R., Zander-Jentsch, B., Sermeus W. & Bruyneel, L. (2019). Strengthening health systems through nursing: Evidence from 14 European countries. *Health Policy Series*, No. 52.

Raspe, H. 2010. Priorisierung in der medizinischen Versorgung. *Bundesgesundheitsbl.* 53, 874–881.

Rautiainen, P. (2013). Perusoikeuden heikennyskielto. *Oikeus*, 42(3), 261-283.

Reito A, Raittio L, Helminen O. (2020) Tutkimustulokset eivät toistu : missä syy? *Duodecim* 136:10;1155-63

Renedo, A. & Marston, C. (2015) Spaces for Citizen Involvement in Healthcare: An Ethnographic Study. *Sociology*. 49(3), s. 488–504.

Rowe G, Frewer LJ. (2000) Public Participation Methods: A Framework for Evaluation. *Science, Technology, & Human Values*. 25(1):3-29. doi:10.1177/016224390002500101)

Ryen, L., Jakobsson, N., & Svensson, M. (2019). What should guide priority setting in health care?: A study of public preferences in Sweden. *Nordic Journal of Health Economics*, 7(1), 82-89.

Ryynänen, O.-P., Kinnunen, J. Myllykangas, M., Lammintakanen, J. & Kuusi, O. (2004). Suomen terveydenhuollon tulevaisuudet. Skenaariot ja strategiat palvelujärjestelmän turvaamiseksi. Eduskunnan kanslian julkaisu.

Ryynänen, O-P., Kukkonen, J., Myllykangas, M., Lammintakanen, J. & Kinnunen, J. (2006). Priorisointi terveydenhuollossa: Mitä maksaa, kuka maksaa? Helsinki: Talentum.

Sabik, L. M., & Lie, R. K. (2008). Priority setting in health care: Lessons from the experiences of eight countries. *International Journal for Equity in Health*, 7(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-7-4>

- San Giorgi, M. (2012). *The Human Right to Equal Access to Health Care*. Cambridge.
- Sandberg J, Persson B, Garpenby P. The dilemma of knowledge use in political decision-making: National Guidelines in a Swedish priority-setting context. *Health Econ Policy Law*. 2019 Oct;14(4):425-442. doi: 10.1017/S1744133118000233. Epub 2018 Jul 10. PMID: 29986792.
- Sandman L. Prioritising, Ranking and Resource Implementation - A Normative Analysis. *Int J Health Policy Manag*. 2018 Jun 1;7(6):532-541. doi: 10.15171/ijhpm.2017.125. PMID: 29935130; PMCID: PMC6015508.
- Sandman L, Hofmann B, Bognar G. Rethinking patient involvement in healthcare priority setting. *Bioethics*. 2020 May;34(4):403-411. doi: 10.1111/bioe.12730. PMID: 32333687.
- Scobie & Castle-Clarke (2020). Implementing learning health systems in the UK NHS: Policy actions to improve collaboration and transparency and support innovation and better use of analytics. *Learning Health Systems*, 4(1).
- Seidman G, Atun R. (2016) Aligning values and outcomes in priority-setting for health. *J Glob Health*. 6(2):020308. doi: 10.7189/jogh.06.020308.
- Seixas, B.V., Regier, D.A., Stirling, B. & Mitton, C. (2021) Describing practices of priority setting and resource allocation in publicly funded health care systems of high-income countries. *BMC Health Services Research*, 21 (90), s. 1-15.
- Sibbald, S. L., Singer, P. A., Upshur, R., & Martin, D. K. (2009). Priority setting: What constitutes success? A conceptual framework for successful priority setting. *BMC Health Services Research*, 9(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-43>
- Sipilä R, Mäkelä M, Komulainen J. (2020) Välttä viisaasti -suosituksista on tullut osa Käypä hoito -toimintaa. *Duodecim* 136(6):599-600
- Slasberg, C., Watson, N., Beresford, P., & Schofield, P. (2014). Personalization of health care in England: Have the wrong lessons been drawn from the personal health budget pilots? *Journal of Health Services Research and Policy*, 19(3), 183–188. <https://doi.org/10.1177/1355819614527577>
- Socialstyrelsen (2021) <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/>
- Srikumar, G., Eglinton, T. & MacCormick, A.D. (2020). Development of the General surgery prioritisation tool implemented in New Zealand in 2018. *Health Policy*, 124(10), s. 1043-1049.
- Stakes. (1994). *Arvoista valintoihin: terveydenhuollon priorisointiryhmän raportti*. Stakes.
- State of Health in the EU. Denmark. National sundhedsprofil 2019. [https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/denmark-national-sundhedsprofil-2019\\_8afdaf86-da#page1](https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/denmark-national-sundhedsprofil-2019_8afdaf86-da#page1)

- Stolk E.A. & Poley M.J. (2005) Criteria for determining a basic health services package. Recent developments in The Netherlands. *Eur J Health Econ*, 6(1), s. 2-7
- Street, J. (2014) The use of citizens' juries in health policy decision-making: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 109, s. 1-9.
- Svenska riksdag. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Kommittédirektiv 1992:8 Dir. 1992:8. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/kommittedirektiv/prioriteringar-inom-halso--och-sjukvarden\\_GGB18#Medborgarnas%20krav%20och%20f%C3%B6rv%C3%A4ntningar](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/kommittedirektiv/prioriteringar-inom-halso--och-sjukvarden_GGB18#Medborgarnas%20krav%20och%20f%C3%B6rv%C3%A4ntningar)
- Teng, F., Mitton, C. & Mackenzie, J. (2007). Priority setting in the provincial health services authority: survey of key decision makers. *BMC Health Ser Res*. 7(84).
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2021) Asiakasosallisuuden johtaminen sosiaali- ja terveystalveissa. <https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/osallisuuden-edistaminen/asiakasosallisuuden-johtaminen-sosiaali-ja-terveyspalveluissa#asiakasosallisuus-on-uudenlainen-tapa-ajatella>
- Terwindt F, Rajan D., Soucat A. (2016) Chapter 4. Prioritysetting for national health policies, strategies and plans. In: Schmets G, Rajan D, Kadandale S, editors. *Strategizing national health in the 21st century: a handbook*. Geneva: World Health Organization;
- Teutsch, S., & Rechel, B. (2012). Ethics of resource allocation and rationing medical care in a time of fiscal restraint - US and Europe. *Public Health Reviews*, 34(1). <https://doi.org/10.1007/BF03391667>
- Thoma, A., & Eaves III, F. F. (2015). A brief history of evidence-based medicine (EBM) and the contributions of Dr David Sackett. *Aesthetic surgery journal*, 35(8), 261-263.
- Tikkinen, K. A., Leinonen, J. S., Guyatt, G. H., Ebrahim, S., & Järvinen, T. L. (2012). What is a disease? Perspectives of the public, health professionals and legislators. *BMJ open*, 2(6), e001632.
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. In *Annals of Internal Medicine* (Vol. 169, Issue 7, pp. 467–473). *Ann Intern Med*. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Tsourapas, A., & Frew, E. (2011). Evaluating “success” in programme budgeting and marginal analysis: A literature review. *Journal of Health Services Research and Policy*, 16(3), 177–183. <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2010.009053>
- Tuori, K. (2011). Sosiaaliset oikeudet (PL 19 §). Teoksessa P. Hallberg;H. Karapuu;T. Ojanen;M. Scheinin;K. Tuori;& V.-P. Viljanen, *Perusoikeudet*. Helsinki: WSOYpro
- Tuori, K. & Kotkas, T. (2016). Sosiaalioikeus. Talentum Pro.

UNICEF. The Minimum Standards and Indicators for Community Engagement. 2020. [https://www.unicef.org/mena/media/8401/file/19218\\_MinimumQuality-Report\\_v07\\_RC\\_002.pdf](https://www.unicef.org/mena/media/8401/file/19218_MinimumQuality-Report_v07_RC_002.pdf)

U.S. Environmental Protection Agency. Public Participation Guide: Selecting the Right Level of Public Participation. <https://www.epa.gov/international-cooperation/public-participation-guide-selecting-right-level-public-participation>

van der Wees, P., Wammes, J., Westert, G., & Jeurissen, P. (2015). The Relationship Between the Scope of Essential Health Benefits and Statutory Financing: An International Comparison Across Eight European Countries. *International Journal of Health Policy and Management*, 5(1), 13–22. <https://doi.org/10.15171/IJHPM.2015.166>

Vihtari, Johanna; Sinervo, Leini ja Stähle, Miia (2020) Asiakasosallisuus sote-palveluissa: Mitä, miksi ja miten? Terveiden ja hyvinvoinnin laitos: Helsinki. <https://innokyla.fi/sites/default/files/2021-02/Asiakasosallisuuden%20edist%C3%A4misen%20info-paketti%202020%20Tulevaisuuden%20sote-keskus%20ohjelmalle.pdf>

Vrangbaek, K. (2015) Patient involvement in Danish health care. *Journal of Health Organisation and Management* 29(5), s. 611-24.

Wammes, J.J.G. Frederix, G., Govaert, P. ym. (2020). Case-studies of displacement effects in Dutch hospital care. *BMC Health Services Research*, 20(263).

Williams, I., S. Robinson and H. Dickinson (2012), *Rationing in Health Care: The Theory and Practice of Priority Setting*, Bristol: Policy Press.

Wiseman, V. ym. (2003) Involving the general public in priority setting: Experiences from Australia. *Social Science and Medicine* 56(5), s.1001-12.

Wouters, S. (2017) Priority to End of Life Treatments? Views of the Public in the Netherlands. *Value Health*, 20(1) s.107-117.

Ylitalo-Katajisto K. (2019) Paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden yksilöity sosiaali- ja terveystalvelujen yhteen kokoaminen. Väitöskirja. Juvenes Print. Tampere.

Ørngreen, R.& Levinsen, K. (2017). Workshops as a Research Methodology. *The Electronic Journal of eLearning*, 15(1) s. 70-81.

## Kansallinen lainsäädäntö

Erikoissairaanhoitolaki (1062/1989)

Laki hyvinvointialueista (61/2021)

Laki hyvinvointialueiden rahoituksesta (617/2021)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994)

Suomen perustuslaki (731/1999)

Terveydenhuoltolaki (1326/2010)

Yhdenvertaisuuslaki (1325/2014)

## **Kansainväliset ihmisoikeussopimukset**

Euroopan sosiaalinen peruskirja (SopS 80/2002)

Lapsen oikeuksia koskeva yleissopimus (SopS 60/1991)

Taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskeva yleissopimus (SopS 6/1976)

Vammaisten henkilöiden oikeuksia koskeva yleissopimus (SopS 26-27/2016)

Yleissopimus ihmisoikeuksien ja perusvapauksien suojaamiseksi eli Euroopan ihmisoikeussopimus (SopS 18 ja 19/90)

## **Euroopan unioni**

Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2011/24/EU, annettu 9 päivänä maaliskuuta 2011, potilaiden oikeuksien soveltamisesta rajatylittävässä terveydenhuollossa

Euroopan unionin perusoikeuskirja

## **Kansalliset virallislähteet**

HE 185/1991 vp, Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi potilaan asemasta ja oikeuksista

HE 309/1993 vp, Hallituksen esitys eduskunnalle perustuslakien perusoikeussäännösten muuttamisesta

HE 33/1994 vp, Hallituksen esitys eduskunnalle terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevaksi lainsäädännöksi

HE 103/2013 vp, Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi rajat ylittävästä terveydenhuollosta ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi

HE 241/2020 vp, Hallituksen esitys eduskunnalle hyvinvointialueiden perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 12 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi

HE 179/2021 vp, Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi valtioneuvoston oikeuskanslerin ja eduskunnan oikeusasiamiehen tehtävien jaosta

HE 74/2022 vp, Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi terveydenhuoltolain muuttamisesta ja siihen liittyviksi laeiksi

PeVL 11/1995 vp, Perustuslakivaliokunnan lausunto PeVL 11/1995 vp hallituksen esityksestä 121, 122/1995 vp

PeVL 6/2003 vp, Perustuslakivaliokunnan lausunto PeVL 6/2003 vp hallituksen esityksestä 30/2003 vp laiksi tartuntalain muuttamisesta

PeVL 16/2006 vp, Perustuslakivaliokunnan lausunto PeVL 16/2006 vp hallituksen esityksestä 3/2006 vp laeiksi hedelmöityshoidosta ja isyyslain muuttamisesta

PeVL 26/2006 vp, Perustuslakivaliokunnan lausunto PeVL 26/2006 vp hallituksen esityksestä 64/2006 vp laiksi tartuntatautilain muuttamisesta

PeVL 38/2006 vp, Perustuslakivaliokunnan lausunto PeVL 38/2006 vp hallituksen esityksestä 112/2006 vp vanhempainpäivärahoja ja työnantajakustannusten korvaamista koskevan lainsäädännön muuttamiseksi

PeVL 10/2009 vp, Perustuslakivaliokunnan lausunto PeVL 10/2009 vp hallituksen esityksestä 20/2009 vp laeiksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 12 §:n muuttamisesta

PeVL 21/2010 vp, Perustuslakivaliokunnan lausunto PeVL 21/2010 vp hallituksen esityksestä 180/2009 vp laeiksi toimenpiteistä tupakoinnin vähentämiseksi annetun lain ja lääkelain 54 a ja 54 e §:n muuttamisesta

PeVL 41/2010 vp, Perustuslakivaliokunnan lausunto PeVL 41/2010 vp hallituksen esityksestä 90/2010 vp terveydenhuoltolaiksi sekä laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon lain muuttamiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamiseksi

PeVL 17/2011 vp, Perustuslakivaliokunnan lausunto PeVL 17/2011 vp hallituksen esityksestä 105/2011 vp laiksi tupakkalain muuttamisesta

PeVL 25/2012 vp, Perustuslakivaliokunnan lausunto PeVL 25/2012 vp hallituksen esityksestä 116/2012 vp laiksi lapsilisälain 7 §:n muuttamisesta ja 21 §:n väliaikaisesta muuttamisesta

PeVL 30/2013 vp, Perustuslakivaliokunnan lausunto PeVL 30/2013 vp hallituksen esityksestä 103/2013 vp laiksi rajat ylittävästä terveydenhuollosta ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi

PeVL 32/2014 vp, Perustuslakivaliokunnan lausunto PeVL 32/2014 vp hallituksen esityksestä 165/2014 vp laiksi lapsilisälain 7 §:n muuttamisesta

PeVL 65/2014 vp, Perustuslakivaliokunnan lausunto PeVL 65/2014 vp hallituksen esityksestä 354/2014 vp laiksi sosiaalihuollon ammattihenkilöistä ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastosta annetun lain muuttamisesta

PeVL 67/2014 vp, Perustuslakivaliokunnan lausunto PeVL 67/2014 vp hallituksen esityksestä 324/2014 vp laiksi sosiaalija terveydenhuollon järjestämisestä ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi

PeVL 10/2015 vp, Perustuslakivaliokunnan lausunto PeVL 10/2015 vp hallituksen esityksestä 38/2015 vp laeiksi yliopistolain 49 §:n ja ammattikorkeakoululain 43 §:n väliaikaisesta muuttamisesta

PeVL 12/2015 vp, Perustuslakivaliokunnan lausunto PeVL 12/2015 vp hallituksen esityksestä 80/2015 vp laeiksi varhaiskasvatuslain sekä lasten kotihoidon ja yksityisen hoidon tuesta annetun lain muuttamisesta

PeVL 19/2016 vp, Perustuslakivaliokunnan lausunto PeVL 19/2016 vp valtiovarainvaliokunnalle valtioneuvoston selonteosta 3/2016 vp julkisen talouden suunnitelmasta vuosille 2017-2020.

PeVL 45/2016 vp, Perustuslakivaliokunnan lausunto PeVL 45/2016 vp hallituksen esityksestä 128/2016 vp laiksi ympäristönsuojelulain muuttamisesta

PeVL 55/2016 vp, Perustuslakivaliokunnan lausunto PeVL 55/2016 vp hallituksen esityksestä 169/2016 vp laeiksi työttömyysturvalain ja kotoutumisen edistämistä annetun lain 19 §:n väliaikaisesta muuttamisesta sekä asumiseen perustuvan sosiaaliturvalainsäädännön soveltamisesta annetun lain 3 a §:n 2 momentin 2 kohdan kumoamisesta

PeVL 57/2016 vp, Perustuslakivaliokunnan lausunto PeVL 57/2016 vp hallituksen esityksestä 226/2016 vp eläketukilaiksi ja laiksi tuloverolain 63 b §:n muuttamisesta

PeVL 63/2016 vp, Perustuslakivaliokunnan lausunto PeVL 63/2016 vp hallituksen esityksestä 224/2016 vp laeiksi terveydenhuoltolain ja sosiaalihuoltolain muuttamisesta

PeVL 20/2017 vp, Perustuslakivaliokunnan lausunto PeVL 20/2017 vp valtioneuvoston kirjelmästä 35/2016 vp eduskunnalle Euroopan komission ehdotuksesta Euroopan parlamentin ja neuvoston asetukseksi (määritelmäasetus)

PeVL 26/2017 vp, Perustuslakivaliokunnan lausunto PeVL 26/2017 vp hallituksen esityksistä HE 15/2017, HE 47/2017, HE 52/2017 ja HE 71/2017

PeVL 15/2018 vp, Perustuslakivaliokunnan lausunto PeVL 15/2018 vp hallituksen esityksistä HE 16/2018 ja HE 15/2018

PeVL 40/2018 vp, Perustuslakivaliokunnan lausunto PeVL 40/2018 vp hallituksen esityksestä 160/2018 vp laeiksi kansaneläkkeen ja eräiden muiden etuuksien indeksitarkistuksista vuonna 2019 sekä kansaneläkeindeksistä annetun lain 2 §:n ja toimeentulotuesta annetun lain 9 §:n muuttamisesta

PeVL 65/2018 vp, Perustuslakivaliokunnan lausunto PeVL 65/2018 vp hallituksen esityksistä HE 15/2017, HE 52/2017, HE 57/2017, HE 71/2017, HE 15/2018 ja HE 16/2018

PeVL 40/2020 vp, Perustuslakivaliokunnan lausunto PeVL 40/2020 vp hallituksen esityksestä 165/2020 vp laeiksi vankeuslain ja tutkintavankeuslain tupakointia koskevien säännösten muuttamisesta

PeVL 17/2021 vp, Perustuslakivaliokunnan lausunto PeVL 17/2021 vp hallituksen esityksestä 241/2020 vp eduskunnalle hyvinvointialueiden perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi

PeVL 35/2021 vp, Perustuslakivaliokunnan lausunto PeVL 35/2021 vp hallituksen esityksestä 131/2021 vp laiksi tartuntatautilain muuttamisesta ja väliaikaisesta muuttamisesta

PeVM 25/1994 vp, Perustuslakivaliokunnan mietintö PeVM 25/1994 vp hallituksen esityksestä 309/1993 vp perustuslakien perusoikeussäännösten muuttamisesta.

StVL 5/1994 vp, Sosiaali- ja terveysvaliokunnan lausunto StVL 5/1994 vp perustuslakivaliokunnalle

StVM 23/2013 vp, Sosiaali- ja terveysvaliokunnan mietintö StVM 23/2013 vp hallituksen esityksestä eduskunnalle laiksi rajat ylittävistä terveydenhuollosta ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi VaVL 2/1994 vp, Valtiovarainvaliokunnan lausunto VaVL 2/1994 vp perustuslakivaliokunnalle

## Kansallinen oikeuskäytäntö

KHO 2000:3118

KHO 2002:21

KHO 2002:43

KHO 2002:61

EOA Dnro 1803/4/00 Lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälinepalvelujen järjestäminen, annettu 5.6.2003

EOA Dnro 921/4/04 Turun yliopistollisen keskussairaalan menettely tutkimushoidossa olleiden Fabry-potilaiden lääkehoidon järjestämisessä, annettu 9.2.2005



EOA Dnro 2005/4/11 Yhtenäisten hoidon perusteiden sitovuus hampaiden oikomishoidon järjestämisessä, annettu 3.7.2012

EOA Dnro 1863/11 HIV\_positiivisten henkilöiden ja heidän puolisoitensa oikeus saada hedelmöityshoitoja, annettu 24.1.2013

EOA Dnro 1456/4/13 Espoon terveystieteiden keskuksen joidenkin terveysasemien menettely ohjata yksityisen sektorin hoitoon potilaat, joilla vakuutus, annettu 28.5.2014

EOA Dnro /268/2018 Verensokeriliuskat hoitotarvikkeina, annettu 1.4.2019

EOA Dnro 64/2020 Lymfaterapian epääminen lääkinällisenä kuntoutuksena, annettu 22.12.2020

EOA Dnro 2119/2020 Hoitoon pääsy sukupuoli-identiteetin tutkimuspoliklinikalle, annettu 3.5.2021

EOA Dnro 974/2020 PEF-mittarin saaminen lainaan, annettu 30.6.2021

EOA Dnro 3432/2021 AstraZenecan koronarokotteen käytön rajaaminen 65-59-vuotiaisiin, annettu 23.7.2021

EOA Dnro 5025/2020 Hormonikierukan asettaminen ja korvaaminen julkisessa terveydenhuollossa, annettu 20.12.2021

EOA Dnro 8381/2020 Kipupotilaiden hoito, annettu 29.12.2021

Yhdenvertaisuus- ja tasa-arvolautakunta 9.12.2016 Dnro 80/2015

## **Kansainväliset virallislähteet**

### **Euroopan neuvoston ihmisoikeuksia ja bioetiikkaa käsittelevä komitea:**

Statement of the Committee on Bioethics (2021): COVID-19 and vaccines: ensuring equitable access to vaccination during the current and future pandemics

### **Euroopan sosiaalisten oikeuksien komitea:**

The Right to Health and European Social Charter, Fact Sheet March 2009

[Digest of the case law of the European committee of Social Rights](#). Council of Europe 2018.

### **YK:n Lasten oikeuksien komitea:**

15. yleiskommentti: General Comment No. 15: The right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health. (Art. 24 of the Covenant), CRC/C/GC/15

### **YK:n Taloudellisten, sivistyksellisten ja sosiaalisten oikeuksien komitea:**

14. yleiskommentti: General Comment No. 14 (2000): The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant), E/C.12/2000/4

### **YK:n vammaisten oikeuksien komitea:**

Kuudes yleiskommentti: General Comment No. 6 (2018): Equality and non-discrimination (Art 5 of the covenant), CRPD/C/GC/6  
Decision adopted by the Committee under article 5 of the Optional Protocol (2022), concerning communication No. 46/2018, CRPD/C/26/D/46/2018

## Kansainvälinen oikeuskäytäntö

### Euroopan ihmisoikeustuomioistuin

*Asiye Genç v. Turkey*, tuomio 27.01.2015, nro 24109/07

*Elena Cojocaru v. Romania*, tuomio 22.03.2016, nro 74114/12

*Lopes de Sousa Fernandes v. Portugal*, tuomio 19.12.2017, nro 56080/13

*Mehmet Sentürk & Bekir Sentürk v. Turkey*, tuomio 09.04.2013, nro 13423/09

*Nitecki v. Poland*, päätös 21.03.2002, nro 65653/01

*Pentiacova & Others v. Moldova*, tuomio, 04.01.2005, nro 14462/03

# Liitteet

## Liite 1 Kirjallisuuskatsauksen menetelmäkuvaus ja tulokset

### Tausta ja tavoitteet

Terveydenhuollon priorisointia on selvitetty aiemmin useissa suomalaisissa selvityksissä (mm. Kaila & Lohiniva-Kerkelä, 2020; Mäkelä, Saijonkari & Booth, 2017, Booth, Aronen & Mäkelä, 2017; Lammintakanen, Kinnunen, Kylmä, 2006) palveluvalikoiman, kustannusvaikuttavuusperiaatteen, maavertailun ja käsitteiden kautta. Terppa-hankkeen kirjallisuuskatsaus pyrki laajentamaan ymmärrystä terveydenhuollon priorisoinnin tosiasiallisesta toimivuudesta erityisesti terveydenhuoltojärjestelmän taloudellisen kestävyuden kannalta.

Kirjallisuuskatsauksen tavoite oli kartoittaa olemassa oleva tieteellinen tietämys toteutetun priorisoinnin vaikutuksista terveydenhuollon (ja yhteiskunnan) kustannuksiin ja kustannusvaikuttavuuteen sekä vaihtoehtokustannuksiin. Tavoitetta varten muotoiltiin seuraavat tutkimuskysymykset:

1. Mitä julkaistua tieteellistä tietoa on olemassa terveydenhuollon priorisointitapojen vaikutuksista terveydenhuollon kustannuksiin ja kustannusvaikuttavuuteen?
2. Mitä julkaistua tieteellistä tietoa on olemassa priorisoinnin aiheuttamasta vaihtoehtokustannuksesta, sen kohdentumisesta ja arvioinnista?

### Menetelmät

Kirjallisuuskatsaus toteutettiin nopeana kartoittavana katsauksena (*rapid scoping review*) noudattaen PRISMA ScR -protocollaa (Tricco ym. 2018). Tietokantahaut toteutettiin englanniksi Scopus-tietokannasta yhdistäen yleiset ja spesifit priorisoinnin termit kustannus-, kustannusvaikuttavuus-, ja vaihtoehtokustannustermeihin ja terveydenhuollon termeihin ja -operaattorilla. Haut rajattiin vuonna 2010 ja sen jälkeen julkaistuihin tieteellisiin tutkimuksiin ja katsauksiin. Tarkat hakusanat perusteluineen on listattuna seuraavissa taulukoissa.

## Hakutermi – 1. hakusana (TITLE-ABS-KEY)

## Perustelu

Prioriti?ation	Yleistermi priorisoinnille
Priority setting	Yleistermi priorisoinnille
Health care rationing OR healthcare rationing OR health-care rationing	Mesh-termi ja yleistermi priorisoinnille
Health priorities OR Health priority OR Health care priorities OR Health care priority OR Health-care priorities OR Health-care priority	Mesh-termi ja yleistermi priorisoinnille
Programme Budgeting and Marginal Analysis	(= PBMA) mm. WHO:n listaama priorisointimenetelmä
Health technology assessment	Mesh -termi ja yleinen priorisointiin liittyvä menetelmä
Technology assessment, Biomedical	Mesh -termi ja yleinen priorisointiin liittyvä menetelmä
Burden of disease analysis	mm. WHO:n listaama priorisointimenetelmä
Health Needs Assessments	(= HNA) mm. WHO:n listaama priorisointimenetelmä
Lives Saved Tool	(= LiST) mm. WHO:n listaama priorisointimenetelmä
Priority rating	Harvinainen priorisointitermi.
Propriety, Economics, Acceptability, Resources and Legality	(PEARL) mm. WHO:n listaama priorisointimenetelmä
Multicriteria decision analysis	(=MCDA). Seixas ym (2021) listaama priorisointimenetelmä.
Multi-criteria decision analysis	Edellisen eri kirjoitusmuoto
Range of services	Palkon käyttämä termi palveluvalikoimasta.
Service choices	Palkon käyttämä termi palveluvalikoimasta.
Choices in healthcare	Palkon käyttämä termi palveluvalikoimasta.
Disinvestment	Poispriorisoinnin termi
Disinvest	Poispriorisoinnin termi
De-implementation	Poispriorisoinnin termi
De-implement	Poispriorisoinnin termi
De-adoption	Poispriorisoinnin termi
De-adopt	Poispriorisoinnin termi
Time guarantee	Hoitotakuu. Priorisointimenetelmä.
Maximum waiting time	Hoitotakuu. Priorisointimenetelmä.
Personal health budget	Henkilökohtainen terveysbudjetti. Priorisointimenetelmä.
core services	Palveluvalikoimatermi.
core health services	Palveluvalikoimatermi.
core health care services	Palveluvalikoimatermi.
core healthcare services	Palveluvalikoimatermi.
necessary services	Palveluvalikoimatermi.
necessary health services	Palveluvalikoimatermi.
necessary health care services	Palveluvalikoimatermi.
necessary healthcare services	Palveluvalikoimatermi.
QALY league tables	Priorisointimenetelmä.
Incremental cost-effectiveness ratio AND (priority setting OR health priorities)	(= ICER) Priorisoinnissa käytettävä menetelmä. Yhdistetään kuitenkin hakutermeihin "priority setting" ja "health priorities" tarkkuuden lisäämiseksi.
Cost-effectiveness league table	Priorisointimenetelmä.
Accountability for reasonableness	Priorisointimenetelmä.

AND

## Hakutermit – 2. hakusana (TITLE-ABS-KEY)

## Perustelu

Effectiveness	Vaikuttavuus, sisältää kustannusvaikuttavuuden. Priorisoinnin vaikutukset
Efficiency	Tehokkuus, sisältää kustannustehokkuuden,
Cost control	Mesh -termi. Kustannusten hallinta
Cost management	Kustannusten hallinta.
Cost-containment	Kustannusten hallinta.
Savings	Kustannusten hallinta. Sisältää myös Mesh -termin Cost savings.
Health care sustainability	Terveydenhuollon kestävyys, usein tarkoitetaan taloudellista kestävyttä
Economic sustainability	Taloudellinen kestävyys
Budgets	Mesh-termi. Pitää sisällään Budget impact -termin
Resource allocation (KEY)	Mesh-termi (avainsanahakuna). Terveydenhuollon resurssipää- töksenteon termi. Tarkoituksena paljastaa priorisoinnin vaihtoehtokustannuksia resurssin allokoinnin kautta
Opportunity cost	Vaihtoehtokustannus.
Health loss	Menetetty terveyshyöty. Vaihtoehtokustannusten tunnistaminen.
Health benefit	Saatu terveyshyöty. Vaihtoehtokustannusten tunnistaminen.
Trade-off	Vaihtoehtovalinta.
Re-allocation	Resurssien uudelleensuuntaaminen. Vaihtoehtokustannusten tunnistaminen.

AND

TITLE-ABS KEY (health care, healthcare, health-care, health, care)

Hakuosumat seuloitiin 1. otsikon ja tiivistelmän perusteella ja 2. koko tekstin perusteella. Mukaanottokriteerit olivat:

Tutkimus käsittelee terveydenhuollon priorisointia makrotasolla (esimerkiksi kansainvälisesti, valtion, osavaltion, hallinnollisen alueen tai muun vastaavan tasolla) tai priorisoinnin tapoja yleisesti.

Tutkimus tutkii, arvio tai kokoaa priorisoinnin vaikutuksia terveydenhuollon kustannuksiin, kustannusvaikuttavuuteen tai vaihtoehtokustannuksiin.

Tutkimus on toteutettu ainakin osin Maailmanpankin (2020)<sup>156</sup> määrittelemässä tai määrittelemässä korkean tulotason maassa tai maissa.

Tutkimus on tieteellinen artikkeli, katsausartikkeli, lyhyt katsaus tai konferenssijulkaisu.

<sup>156</sup> <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>

Tutkimusjulkaisun kieli on englanti, suomi, ruotsi, ranska, espanja, saksa, tanska, norja, italia tai arabia.

Tutkimus on julkaistu tai on julkaisuprosessissa vertaisarvioidussa julkaisussa.

Tutkimusjulkaisun kokotekstiversio on saatavissa.

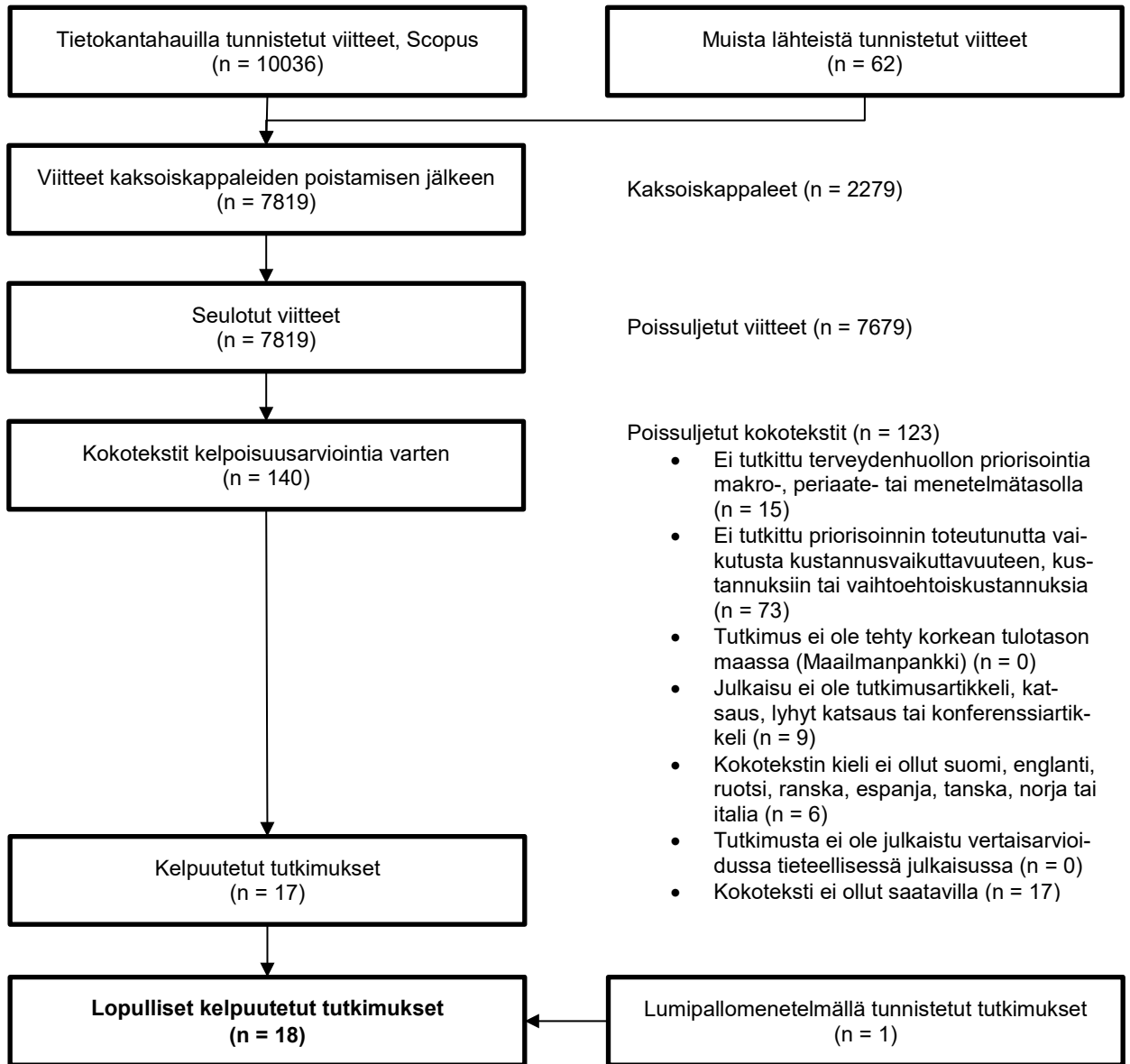
Katsauksesta suljettiin pois tutkimukset, jotka käsittelivät yksittäiseen sairauteen, hoitoon, intervention, potilasryhmään tai vastaavaan liittyvää priorisointia.

Tuloksia täydennettiin yhden askeleen lumipallomenetelmällä ja muualta tunnistetuilla lähteillä, joiden sallittiin ulottuvan taaksepäin vuoteen 2000 asti.

Tulosartikkeleista poimittiin toteutusmaa tai -alue, priorisointitoteutuksessa käytetyt periaatteet, kriteerit, menetelmät ja päätökset sekä löydökset liittyen kustannuksiin, kustannusvaikuttavuuteen ja vaihtoehtoiskustannuksiin. Lisäksi artikkeleista kuvattiin lyhyesti tutkimusaihe ja -asetelma sekä tutkimusmenetelmä.

## Tulokset

Katsauksen PRISMA ScR -protokollan mukainen vuokaavio on esitetty alla (Kuva 17). Katsaukseen kelpuutettiin yhteensä 18 artikkelia. Taulukko 1 listaa tulosartikkelit ja niistä poimitut tiedot.



Kuva 1 Kirjallisuuskatsauksen PRISMA ScR -ohjeistuksen mukainen vuokaavio tulosartikkeleista.

Taulukko 1 Kirjallisuuskatsauksen tulosartikkelit ja poimitut tiedot

Viite	Alue	Tutkimusaihe	Tutkimusmenetelmä	Priorisointiperiaatteet/-kriteerit	Priorisointimenetelmä/-päätökset	Priorisoinnin vaikutukset
<b>Wames ym. 2020</b>	Alankomaat	Kalliiden teknologioiden käyttöönoton aiheuttama vaihtoehtois-kustannus sairaalatasolla	6 tapaustutkimusta haastattelututkimuksena	Ei kuvattuja periaatteita vaihto-ehtoiskustannuksen kohdentamiseen	Kalliiden hoitojen HTA-suosituksen jälkeinen tuottajataso priorisointi budjettikulun kattamiseksi	<p><b>Kustannukset</b></p> <p>-</p> <p><b>Kustannusvaikuttavuus</b></p> <p>-</p> <p><b>Vaihtoehtois-kustannukset</b></p> <p>Kohdentuminen ei ollut yksiselitteistä. Yleiseen budjettipaineeseen vastataan useilla keinoilla: mm. tehostaminen, palveluiden saatavuuden vähentäminen lievissä vaivoissa, budjettipaineen jakaminen muille sairaalan osastoille, vertikaalinen kustannuspaine tai budjetin lisääminen</p>
<b>Corbacho ym. 2020</b>	Englanti, Espanja, Katalonia	Teknologia-arvioinnin vaikutus lääkkeiden käyttömääriin	Määrällinen tutkimus HTA-suositusten ja lääkekäytön yhteydestä.	Kustannus-vaikuttavuus ja muut NICE:n kriteerit (Englanti). Kliininen vaikuttavuus ja osittain kustannus-vaikuttavuus (Espanja)	Keskistetty HTA (Englanti) tai alueellinen HTA (Espanja, Katalonia)	<p><b>Kustannukset</b></p> <p>Positiivinen HTA-suositus oli yhteydessä kyseisten lääkkeiden lisääntyneeseen käyttöön, voimakkaammin hajautetussa HTA-järjestelmässä.</p> <p><b>Kustannusvaikuttavuus</b></p> <p>-</p> <p><b>Vaihtoehtois-kustannukset</b></p> <p>-</p>



Viite	Alue	Tutkimusaihe	Tutkimusmenetelmä	Priorisointiperiaatteet/-kriteerit	Priorisointimenetelmä/-päätökset	Priorisoinnin vaikutukset
<b>Love-Koh ym. 2019</b>	Englanti	Teknologioiden käyttöönottosuosituksen vaikutus epätasa-arvoisuuteen	Uusi menetelmä teknologiasuosituksen epätasa-arvo-vaikutusten mallinnukseen ja toteutus 27 teknologian kohdalla.	Palveluiden epätasa-arvon vähentäminen	Uusien lääkkeiden arviointi ja käyttöönotto	<b>Kustannukset</b> - <b>Kustannusvaikuttavuus</b> - <b>Vaihtoehtokustannukset</b> 14 teknologiaa vähensi terveysepätasa-arvoa sekä paransi terveyttä. 13 teknologiaa lisäsi epätasa-arvoa ja niistä 8 vähensi terveyttä. 5 interventiota aiheuttivat kompromissin epätasa-arvon lisääntymisen ja terveyden lisäämisen välillä.
<b>Löblová 2018</b>	Kansainvälinen	HTA:n käytön vaikutukset	Ei-systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Ei kuvattu	HTA	<b>Kustannukset</b> Joitain esimerkkejä kustannuksia hillitsevästä vaikutuksesta, mutta vaikutuksia on arvioitu vähän. <b>Kustannusvaikuttavuus</b> - <b>Vaihtoehtokustannukset</b> -
<b>Lim ym. 2018</b>	Singapore	Systemaattisen disinvestointiprosessin läpivienti ja tulokset	Toimintatutkimus sekamenetelmin	Vaikuttavuus, turvallisuus ja kustannus-vaikuttavuus. Arviointikohteiden valinnassa myös kliininen käyttö, kliininen ja taloudellinen vaikutus	HTR ja divestointipäätökset	<b>Kustannukset</b> Disinvestoinnin kohteena olleiden toimintojen kulut laskivat. <b>Kustannusvaikuttavuus</b> - <b>Vaihtoehtokustannukset</b> -

Viite	Alue	Tutkimusaihe	Tutkimusmenetelmä	Priorisointiperiaatteet/-kriteerit	Priorisointimenetelmä/-päätökset	Priorisoinnin vaikutukset
<b>Cheng ym. 2018</b>	Taiwan ja Etelä-Korea	Sairausvakuutus- kulujen yleisen budjettikaton ja muiden tekijöiden vaikutus kustan- nus-kehitykseen	Vertaileva tapaustutki- mus	Ei kuvattu.	Sairausvakuutuksen yleinen alueellinen budjettikatto (Tai- wan) tai ei kattoa (Etelä-Korea)	<b>Kustannukset</b> Yleinen alueellinen budjettikatto ja muu sääntely Tai- wanissa näytti hillinneen kustannusten kasvua verr- attuna Etelä-Koreaan. <b>Kustannusvaikuttavuus</b> - <b>Vaihtoehtokustannukset</b> Taiwanin elinajanodote ja lapsikuolleisuus paranivat Etelä-Koreaa hitaammin.
<b>Chambers ym. 2017</b>	Kan- sain-vä- linen, 11 maata	Disinvestointi- hankkeiden tulok- set	Kirjallisuus- tutkimus, jossa 26 ta- paustutki- musta	Menetelmän arvo (mata- lan arvon menetelmät)	19 eri interventioi- den divestointia, 6 lääkeinvestointia ja yksi laitedives- tointi	<b>Kustannukset</b> Vaikutukset kustannuksiin vaihtelevia, 39% disinves- toinneista luokiteltiin onnistuneiksi (menetelmän käyttö väheni alkutilanteeseen verrattuna), 44% epä- onnistuneiksi ja 17% vaihtelevin tuloksin. <b>Kustannusvaikuttavuus</b> - <b>Vaihtoehtokustannukset</b> -
<b>Masters ym. 2017</b>	Kan- sain-vä- linen	Kansanterveys-in- vestointien tuot- toaste ja kustan- nushyöty-suhde disinvestointipää- tösten tueksi	Systemaatti- nen kirjalli- suuskatsaus	Ei kuvattu	Kansanterveys-in- terventioiden inves- toinnit tai divestoin- nit	<b>Kustannukset</b> Investoinnit kansanterveysinterventioihin tuottivat huomattavia kustannussäästöjä: keskimäärin 14-ker- tainen tuottoaste ja kustannushyötysuhde yli 8. <b>Kustannusvaikuttavuus</b> - <b>Vaihtoehtokustannukset</b> -

Viite	Alue	Tutkimusaihe	Tutkimusmenetelmä	Priorisointiperiaatteet/-kriteerit	Priorisointimenetelmä/-päätökset	Priorisoinnin vaikutukset
<b>Karlsberg Schaffer ym. 2016</b>	Wales	Kansallisia teknologia-arviointeja seuraavien paikallisten resurssipäätösten vaihtoehtokustannuksien kohdentuminen	Haastattelututkimus paikallisille päättäjille	Kliininen vaikuttavuus, kustannus-vaikuttavuus, oikeudenmukaisuus, tasa-arvo	HTA-suosituksen (keskitetty) jälkeinen paikallinen priorisointi uuden teknologian kulujen kattamiseksi	<b>Kustannukset</b> - <b>Kustannusvaikuttavuus</b> - <b>Vaihtoehtokustannukset</b> Pääasiallisesti muun toiminnan tehostaminen ja budjettivarautuminen. Lisäksi lisärahoituksen hakeminen rahoittajalta, budjettiylitykset, hidastettu käyttöönotto. Vähissä määrin muiden palveluiden vähentäminen
<b>Gagnon ym. 2014</b>	Kansainvälinen	Paikallisten sairaalataso teknologia-arviointien vaikutukset	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Riippuen toteutuksesta, ei kuvattu.	HTA (paikallinen)	<b>Kustannukset</b> Kustannusvaikutuksia ei useinkaan arvioitu. Viitteitä kustannussäästöistä sekä kustannusten kasvu vähenemisestä negatiivisen HTA:n avulla. <b>Kustannusvaikuttavuus</b> - <b>Vaihtoehtokustannukset</b> -
<b>Guthrie ym. 2015</b>	Iso-Britannia	Kansallisen teknologia-arviointiohjelman kokemukset ja vaikutukset	Haastattelututkimus	Ei kuvattu. Tutkimustoiminnan periaatteet: merkityksellisyys potilaille, klinikoille ja yleisölle, tarkoituksenmukaiset menetelmät, tehokkuus, avoin tieto, puolueettomuus ja raporttien käytettävyys.	HTA-tutkimus (keskitetty)	<b>Kustannukset</b> 2 tapaustutkimusta löysi rajatusti kustannussäästöjä: neuvoteltu hinnanalennus lääkkeelle ja poistettu yksittäinen teknologia käytöstä <b>Kustannusvaikuttavuus</b> HTA-toiminnan arvioitiin parantaneen kustannustehokkuutta. 3 tapaustutkimuksessa uusi teknologia paransi kustannusvaikuttavuutta. <b>Vaihtoehtokustannukset</b> -

Viite	Alue	Tutkimusaihe	Tutkimusmenetelmä	Priorisointiperiaatteet/-kriteerit	Priorisointimenetelmä/-päätökset	Priorisoinnin vaikutukset
<b>Corne-lissen ym. 2014</b>	Kanada	Systemaattisen terveydenhuollon priorisointi-toiminnan vaikutukset terveydenhuolto-palveluissa	Toimintatutkimus pääosin haastattelu-menetelmin	Ei kuvattu.	PBMA:n perusteella tehdyt toiminnan investoinnit ja divestoinnit	<b>Kustannukset</b> Käsitykset resurssien todellisesta kohdentamisesta vaihtelivat. Ei selkeää näyttöä. <b>Kustannusvaikuttavuus</b> - <b>Vaihtoehtokustannukset</b> -
<b>Heintz ym. 2014</b>	Ruotsi	Terveys-taloudellisen arvioinnin vaikutukset lääkehinnoitteluun, korvattavuuteen ja resurssien jakoon	Ei-systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Kustannus-vaikuttavuus, tarve, vakavuus, tuottavuus, ihmisarvo	Terveystaloudellinen arviointi	<b>Kustannukset</b> Lääkkeitä, joilla ei ole korvattavuutta, määrättiin vähän eli lääkekohtaiset kulut pienet. Rajatusti korvatuilla lääkkeillä suositusten noudattaminen on heikompaa. <b>Kustannusvaikuttavuus</b> Korvattavuuden rajauksen pieneen potilasryhmään katsottiin johtaneen huonoon suositusten noudattamiseen ja siten mahdollisesti kustannustehottomuuteen. <b>Vaihtoehtokustannukset</b> Solidaarisuusperiaatteen perusteella hyväksyttiin korkeampi €/QALY vakavissa sairauksissa.
<b>Jones ym. 2013</b>	Englanti	Henkilökohtaisen terveysbudjetin kustannus-vaikuttavuus ja vaikutukset potilaan elämään pitkäikäisillä sairailta	Käytännön kontrolloitu tutkimus	Valinnanvapaus, itsenäisen päätävävalta, tehokkuus	Henkilökohtainen terveysbudjetti	<b>Kustannukset</b> - <b>Kustannusvaikuttavuus</b> Henkilökohtaisten terveysbudjettien käyttöä arvioitiin kustannusvaikuttavaksi. <b>Vaihtoehtokustannukset</b> -

Viite	Alue	Tutkimusaihe	Tutkimusmenetelmä	Priorisointiperiaatteet/-kriteerit	Priorisointimenetelmä/-päätökset	Priorisoinnin vaikutukset
<b>Januleviciute ym. 2013</b>	Norja ja Skotlanti	Odotusaikalain-säädännön vaikutus eri potilasryhmien odotusaikoihin	Retrospektiivinen rekisteritutkimus	Kiireettömän hoidon saatavuus	Vähemmän kiireellisten potilaiden odotusajan lyhentäminen säädöksellä	<p><b>Kustannukset</b> Skotlannissa kustannukset nousivat (arviolta M€116) odotusaikojen lyhentämisen mahdollistamiseksi. Norjassa ei lisätty kustannuksia.</p> <p><b>Kustannusvaikuttavuus</b> -</p> <p><b>Vaihtoehtokustannukset</b> Skotlannissa kaikilla ryhmillä odotusajat lyhenivät. Norjassa priorisoidulla potilasryhmällä odotusaika lyheni samalla kun muiden potilaiden odotusaika pysyi samana tai piteni</p>
<b>Goodwin &amp; Frew. 2013</b>	Englanti	Systemaattisen priorisointitoiminnan kokemukset ja vaikutukset	Haastattelututkimus	Yleiskriteerit: Visionmuokaus, kohtuuhintaisuus, potilaan ja yleisön näkökulmien huomioiminen. Arviointikriteerit: esiintyvyys tai ilmaantuvuus, vakavuus, ennaltaehkäisy, terveyserot, kliininen vaikuttavuus ja elämänlaatu, laatu ja potilas-kokemus, turvallisuus ja riskit, tuottavuus, valinnanvara, hoitopääsy, potilaan itsemääräysoikeus, nykyaikaisuus ja innovatiivisuus, strategiset prioriteetit, jalkauttaminen.	PBMA	<p><b>Kustannukset</b> -</p> <p><b>Kustannusvaikuttavuus</b> Sairaalan sisäänottomäärä ja tietyt aktiviteetit vähenivät teknisten tehokkuusparannuksien ansiosta.</p> <p><b>Vaihtoehtokustannukset</b> Poliklinikkakäyntien määrä lisääntyi, mutta vähemmän kuin muualla Iso-Britanniassa samana ajanjaksona.</p>

Viite	Alue	Tutkimusaihe	Tutkimusmenetelmä	Priorisointiperiaatteet/-kriteerit	Priorisointimenetelmä/-päätökset	Priorisoinnin vaikutukset
<b>Bennie ym. 2011</b>	Skotlanti	Kielteisten teknologia-arviointien vaikutus lääkkeiden määräämiseen	Määrällinen tutkimus arviointien ja lääkekäytön yhteydestä.	Kustannus-vaikuttavuus, kliininen vaikuttavuus.	HTA	<b>Kustannukset</b> Lääkekohtaiset kulut pääosin laskivat tai vakiintuivat matalalle tasolle kielteisen suosituksen jälkeen. Harvemmin kyseiset kulut saattoivat nousta. <b>Kustannusvaikuttavuus</b> - <b>Vaihtoehtokustannukset</b> -
<b>Appleby ym. 2009</b>	Iso-Britannia	Todellinen kustannus-vaikuttavuusraja-arvo paikallisella palvelutasolla	Haastattelututkimus	Kustannus-vaikuttavuus	Kustannuvaikuttavuus-analyysi	<b>Kustannukset</b> - <b>Kustannusvaikuttavuus</b> - <b>Vaihtoehtokustannukset</b> Kustannusvaikuttavuuden paikallinen raja-arvo vaihteli huomattavasti (1 936 - 30 000 £/QALY).

Pohjana taulukko artikkelista Guindo, L.A., Wagner, M., Baltussen, R. *ym.* From efficacy to equity: Literature review of decision criteria for resource allocation and healthcare decisionmaking. *Cost Eff Resour Alloc* **10**, 9 (2012).

<https://doi.org/10.1186/1478-7547-10-9>

<b>Priorisoinnin periaatteita ja kriteerejä teemoittain</b>	
<b>A Terveysvaikutukset ja interventioiden ominaisuudet, hyödyt ja haitat (Health outcomes and benefits of intervention)</b> Millaisia ovat terveyshyödyt? Mitkä ovat intervention kliininen hyöty, tehokkuus ja haitat? Miten turvallista hoito on? Mitkä sen vaikutukset elämänlaatuun?	
A1 Terveyshyödyt	terveyshyödyt, mahdollinen terveyshyöty, parantuneet terveysvaikutukset, suhteellinen etu, terveysvaikutukset, lisävaikutukset, lisääntyvä terveyshyöty
A2 Tehokkuus/tehokkuus	tehokkuus/tehokkuus, tehokkuus, kliininen hyöty, kliininen vaikutus, kliininen ansio, suhteellinen kliininen hyöty suhteessa nykyisiin standardeihin, määrittää suhteellinen arvo hyötysuhde vertailuarvoihin, hoidon vaikutuksen suuruus, vasteprosentti, hoidon/ohjelman vaikutuksen alkaminen ja kesto
A3 Elinaikavaikutus	taudista vapaan eloonjäämisen pidentäminen, henkien pelastaminen, elinajanodotteen nousu, keskimääräinen elinvuoden hyöty potilasta kohti
A4 Turvallisuus	Sivuvaikutukset, tahattomat seuraukset, turvallisuus ja siedettävyyttä riskit, riskinhallinta, haitat, haittavaikutukset, haitat, tapahtuman riski, oireenmukaisen toksisuuden väheneminen verrattuna standardihoitoon
A5 Potilaan arvioima hyöty	potilaat ilmoittivat tuloksista, elämänlaadusta, vaikutuksesta elämänlaatuun, saatujen QALY-arvojen määrä potilasta kohti, työkyvyttömyyskorjattu elinvuosi, todennäköinen vaikutus potilaaseen, potilaan mieltymys, potilaan autonomia, suhteellinen arvo potilaaseen, paras potilaalle, prom, prem
A6 Hoidon laatu	yleinen hoidon laadun paraneminen
<b>B Terveyshyödyn tyyppi (Type of health benefit)</b> Mitkä ovat väestövaikutukset? Mitkä yksilölliset vaikutukset ja mistä terveyshyöty koostuu?	
B1 Väestövaikutus (ehkäisy)	kansanterveyden etu, väestövaikutukset, ehkäisy, sairauden ehkäisy, sosiaalinen vaikutus, sosiaalietuus
B2 Yksilöllinen vaikutus (sairaanhoito)	lääketieteellisen palvelun tyyppi, sairauden oireiden/komplikaatioiden lievitys/ehkäisy, terveyden edistäminen tai ylläpito, yksilölliset vaikutukset, yksilöllinen vaikutus ja hyöty, terveyshyödyn koostumus
<b>C Intervention kohteena olevan taudin vaikutus (Impact of the disease targeted by)</b> Mikä on taudin/tilan vaikutus elämänlaatuun ja toimintakykyyn? Mitkä ovat sairauden determinantit ja demografiset tiedot? Mitä ovat kansalliset kustannukset ja terveydenhuoltojärjestelmän kustannukset?	
C1 Taudin vakavuus	taudin vakavuus, taudin/tilan vaikutus elämänlaatuun
C2 Taudin taustatekijät	determinantit (taakan pysyvyydestä vastuussa olevat tekijät), kohdetilan ominaisuudet

C3 Sairaustaakka	sairauden taakka, sairauden taakka, sairauden taakka, hoidon taakka, sairauden hoitokustannukset, sairauksien ehkäisykustannukset, sairauden/tilan kansalliset kustannukset terveydenhuoltojärjestelmälle
C4 Epidemiologia	esiintyvyys, mahdollisten edunsaajien määrä, välilliset edunsaajat, väestön koko, esiintyvyys ja ilmaantuvuus sairaus, hyötyvien asukkaiden määrä, palveltujen asiakkaiden määrä, potilaiden määrä, sosiaaliset/demografiset tiedot, ilmaantuvuus
<b>D Intervention terapeuttilinen konteksti, toimintaympäristö (Therapeutic context of intervention)</b> Mitkä ovat hoitovaihtoehdot, ja niiden saatavuus? Mitä toimintaympäristöltä edellytetään?	
D1 Hoitovaihtoehdot	hoitovaihtoehdot, vaihtoehtojen saatavuus, tehokkaan hoidon saatavuus ja ehkäistävissä oleva, vaihtoehdot, vertailuarvot
D2 Tarve	vertailevat interventioiden rajoitukset (täytymättömät tarpeet), tarve, kliininen vaikutus (tarve ja trendit), hätätilanteet ja tarve, ilmeinen tarve, kliininen tarve, vaikutusten toivottavuus, täyttää potilaan perustarpeet
D3 Kliiniset ohjeet ja käytännöt	näyttöön perustuvat ohjeet, paras käytäntö, kliiniset ohjeet, akateeminen terveystieteiden tutkimus (perustamalla/tai käyttämällä paras käytäntö)
D4 Aikaisempi käyttö	D – lääkkeen määrätty aiemmin
<b>E Taloudelliset vaikutukset, hinta, kustannukset (Economic impact of intervention)</b> Mitkä ovat kustannukset ja kokonaisbudjettivaikutukset? Mitkä ovat vaikutukset kustannushyötysuhteeseen? Mitkä ovat vaihtoehtokustannukset väestölle/yhteiskunnalle/toimintayksikölle?	
E1 Kustannukset	kulut, yksikköhinta
E2 Kustannusvaikutukset	budjettivaikutus terveyssuunnitelmaan, kokonaisbudjettivaikutus, budjettivaikutus, käyttö- ja kustannusvaikutukset kilpailevat uudet lääkkeet, jos ne hyväksytään, kohtuuhintaisuus, käyttö- ja käynnistyskustannukset
E3 Laaja taloudellinen vaikutus	vaikutus muihin menoihin, taloudellinen vaikutus hallintoon, taloudellinen vaikutus, taloustiede
E4 Sosioekonomiset vaikutukset	positiivinen köyhyyden vähentäminen, pitkän aikavälin vaikutukset
E5 Kustannustehokkuus	Kustannustehokkuus, taloudelliset arviot, kustannukset ja seuraukset, farmakoekonominen analyysi, kustannushyötysuhde ilmaistuna cost per QALY
E6 Arvo	vastinetta rahalle taloudellinen arvo
E7 Tehokkuus ja vaihtoehtokustannukset	toimenpiteen tehokkuus, tehokkuus, vaihtoehtokustannukset, vaihtoehtokustannukset väestölle/yhteiskunnalle, paras käytettävissä olevien resurssien rajoissa, keskinäiset riippuvuudet
E8 Resurssit	resurssit, käyttöasteen vaihtelu, käytettävissä olevat resurssit, resurssivaikutukset, toiminnan määrä
E9 Vakuutusmaksut	vaikutus vakuutusmaksuihin
<b>F Näyttöjen laatu ja epävarmuus (Strength of evidence)</b> Mikä on tutkimusnäyttö ja sen laatu sekä sovellettavuus? Mitä tietoa soveltamisesta ja toimintakäytännöistä?	
F1 Saatavilla oleva tutkimus ja näyttö	näyttö, tieteellinen tutkimus, nykyinen tiedon taso, arviointiaika teknologian kehityksessä, aikajänne, terapian vaikutusmekanismi



F2 Näytön vahvuus	todisteiden vahvuus, todisteiden laatu, tietojen laatu ja aikaisemat päätökset, tietojen laatu, laatu, todisteiden pätevyys, asiaan liittyvä tiedon varmuusaste, varmuus, johdonmukaisuus, johdonmukaisuus, raportoinnin täydellisyys ja johdonmukaisuus, avoimuus, tutkimusten valinta, hoidon vaikutuksen tarkkuus
F3 Näytön käytettävyys, relevanssi	todisteiden relevanssi, käyttäjien edustavuus (tutkimukset vs. todellinen maailma), yleistyksen taso, tehokkuus todellisessa käytännössä, näyttö tehokkuudesta
F4 Näytön normatiiviset, menetelmälliset ominaisuudet	päätepisteiden valinnan normatiiviset ominaisuudet, kliinisten tutkimusten tiedot, useat satunnaistetut kokeet tai meta-analyysi/yksi satunnaistettu kohtuullisen kokoinen tutkimus/pieni satunnaistettu tutkimus, vaiheen II tutkimukset
F5 Tutkimusetiikka	Tutkimusetiikka, tietoinen suostumus
F6 Tutkimuksen toteutuksen laati	sitoumus valvontaelinten ohjeiden noudattamiseen, päätösten tekoelimen vaatimusten noudattaminen
<b>G Jalkauttamisen ja toteutuksen monimutkaisuus (Implementation complexity of intervention)</b> Millaisia lainsäädäntökysymyksiä liittyy aiheeseen? Miten se toteuttaa arvoja ja eettisiä normeja? Onko se hyväksyttävissä ammattilaisten ja kansalaisten keskuudessa? Voidaanko toteuttaa tasa-arvoisesti? Entä kestävästi?	
G1 Lainsäädäntö	oikeudelliset järjestelyt, lainsäädäntökysymykset, lääketieteellinen vastuu, ihmisoikeuslainsäädäntö, oikeudelliset vaikutukset, ohjelmien yhdenmukaisuus
G2 Organisaatiovaatimukset ja toteutuskapasiteetti	järjestelmävaatimukset, fyysinen ympäristö, ympäristö järjestelmäkapasiteetti, paikallinen kapasiteetti, kyky toteuttaa, toteutus, organisaation rakenne, organisaatiotaakka, logistiikka, prosessi, hyvin organisoitu, organisatorinen toteutettavuus toimituksen toteutettavuus, toimitettavuus, osaaminen
G3 Osaaminen ja henkilöstö	henkilöstön luonne, kliininen koulutus ja yleinen koulutus, henkilöresurssien saatavuus, henkilöstön rekrytointi ja säilyttäminen, niukan kliinisen henkilöstön houkutteleminen/pitäminen, kääntävyys, koekäyttö, tarkistettavuus, arviointikyky, tarkistus/valitus, sitoutuminen
G4 Intervention ominaisuudet	toimenpiteen ominaisuudet, toimenpiteen monimutkaisuus, tekniikan komponentit, toimenpiteen autonomia, autonomia, mukavuus
G5 Intervention toteutuksen laatu	intervention asianmukainen käyttö, asianmukaisuus, asianmukainen asetus/palvelun taso
G6 Esteet ja hyväksyttävyyttä	hyväksyttävyyttä, reagoitukyky, ehdotetun teknologian kiistanalainen luonne
G7 Integrointi ja järjestelmän tehokkuus	järjestelmäintegraatio, integroituminen paikallisyhteisöön, integroinnin helppous, vaikutus muihin palveluihin, linkit muihin palveluihin, yhteensopivuus, seurannan vähentäminen, jonotuslistan koon pienentäminen
G8 Kestävyys	kestävyys, pitkäikäisyys, ekologinen
<b>H Prioriteetit, oikeudenmukaisuus ja eettisyys (Priorities, fairness and ethics)</b> Onko tavoitteet ja prioriteettien asettaminen toteutettu kansalaisia kuullen? Toteutuvatko yhteiset arvot? Onko hoitoon pääsy tasapuolista? Onko huomioitu heikommassa asemassa olevat ryhmät? Onko elinkaaren tarpeet huomioitu? Miten ihmisoikeudet on huomioitu?	

H1 Väestön prioriteetit	tavoite ja prioriteettiasettelu, tunnetut prioriteetit, väestö prioriteetti, valittujen ehtojen kattavuus
H2 Saatavuus, hoitoon pääsy	väestön saatavuus, hoitoon pääsy, tasapuolinen pääsyn parantaminen, pääsy helpottamaan hoitoa, terveydenhuollon jakelu ja saatavuus saavutettavuus tasapuolinen saatavuus, pääsy terveydenhuoltojärjestelmään, arvo, pääsyn oikea-aikaisuus, maantieteellinen tasa-arvoisuus
H3 Haavoittuva ja vähävarainen väestö	haavoittuva väestö mahdolliset uhrin, tietyt sosiaaliset ryhmät, joilla on suuri riski ja/tai haavoittuvuus, myötätunto heikossa asemassa olevia, erityisesti vähävaraisia/haavoittuvia ryhmiä kohtaan, kohderyhmän ikä äitiyskuolleisuus, äitiyshuoltopalvelujen laatu väestötasapaino tasapuolisuus
H4 Tasapuolisuus, oikeudenmukaisuus	Tasapuolisuus, oikeudenmukaisuus, terveyden tasapuolisuus, tasa-arvo, jakautuva oikeudenmukaisuus, muodollinen oikeudenmukaisuus, sosiaalinen oikeudenmukaisuus, oikeudenmukaisuus, sosiaalinen epäoikeudenmukaisuus, terveystilanteen epätasa-arvo väestötasolla, ihmisen koskemattomuus ja ihmisarvo, perusihmisoikeudet
H5 Hyödyllisyys	Hyödyllisyys, utilitarismi
H 6 tasa-arvoisuus	kollektivismi, keskinäisyys, vastavuoroinen luottamus, monimuotoisuus, koheesio
H7 etiikka ja moraaliset näkökohdat	eettiset arvot, arvot ja uskomukset, johdonmukaisuus yhteiskunnallisten arvojen kanssa, eettiset vaikutukset, moraalinen velvollisuus ottaa käyttöön tekniikka pelastussääntö, perus- ja välttämättömän hoidon etusija, HTA:n moraalinen seuraus HTA:n moraaliset haasteet
<b>I Yleinen yhteiskunnallinen toimintaympäristö (Overall context)</b> Onko niistä ristiriitoja vai konsensus? Mitä kansallisia standardeja sovelletaan? Millaista ohjausta toteutetaan? Mitä talouden rajoitteita on? Mitä poliittisia, ideologisia tai muita rajoitteita on? Miten kansalaisyhteiskunta on mukana? Millaisia eturistiriitoja tunnustetaan ja miten ne ratkaistaan? Mitä edellyttää koulutus- ja innovaatiojärjestelmältä?	
I1 Terveysjärjestelmän tehtävä ja mandaatti	terveydenhuollon tavoitteet, hyväntekeväisyys, haitallisuus ja oikeudenmukaisuus, hyöty, haitattomuus, strateginen sopivuus lääketieteellinen ja sosiaalinen arvo, relevanssi, nykyinen sosiaalinen konsensus yksimielisyys terapian julkisesta rahoituksesta hallituksen toimeksianto, kansalliset standardit, terveydenhuollon kontekstiasemointi
I2 Yleiset terveydenhuollon painopisteet	kansalliset tai hallituksen prioriteetit, paikalliset ja kansalliset prioriteetit, kansainväliset painopisteet, yhdenmukaistaminen ulkoisten ohjeiden kanssa, strateginen suunta
I3 Taloudelliset rajoitteet	Budjettirajoitteet, kustannusten rajoittaminen budjettitaso, sosiaalinen ja taloudellinen konteksti, rajoitettu ehto terveysresurssit, budjetin toteuttamisen haasteet, taloudellinen toteutettavuus, riippuvuus muista palveluista/aloista (investoinneista)
I4 Kannustimet	taloudelliset kannustimet organisatorinen tuki, lahjoittajien osallistuminen, kannustimet noudattamiseen
I5 Poliittiset näkökohdat	Poliittinen vaikuttaminen ja painostus, poliittisesti ja oikeudellisesti puolustettavat päätökset, politiikka

I6 Historialliset näkökohdat	historialliset tekijät, aikaisemmat kokemukset, aiemmat käytetyt resurssit
I7 Kulttuuriset näkökohdat	kulttuuri ja uskonnolliset vakaumukset, stigma, yhteensopivuus arvojen kanssa, yhteiskunta ja arvojärjestelyjen haaste käsitys tiettyt henkilöt tai sairaudet, psykososiaaliset vaikutukset, yleisön mieltymys
I8 Innovaatiot	muutoksen koettu hyöty, innovatiivisuus, tiedon tuottaminen tai soveltaminen I
I9 Kumppanuus ja johtajuus	kumppanuudet, suhteen ylläpitäminen, johtajuus, yhteisön kehittäminen, akateemiset sitoumukset tutkimus ja koulutus kumppanuus ja yhteistyö organisaatioiden välillä, panos oppivana organisaation asemaan, sidosryhmät ja verkostoituminen
I0 Kansalaisten osallistuminen	kansalaisuus, omistajuus, terveyslukutaidon mahdollistaminen (valuuttaminen), osallistaminen, osallisuus
I11 Eturistiriidat ja sidonnaisuudet	sidosryhmien painostus, edunvalvonta lääkärin painostus ja potilasryhmät ja aiemmat päätökset, kliiniset asiantuntijalausunnot, potilaiden edustajien ryhmien mielipiteet, sidosryhmien väliset valtasuhteet, teknologian etujen käyttäjä, haastavat potilaan ja lääkärin välisen suhteen, ammattimaista lääkäreiden jännitystä ja päätöksiä muissa sairaaloissa, julkinen reaktio ja julkinen vastuu, HTA n tuottajan etu, yritystoiminta, tutkijoiden eettiset intressit mukana olevat kolmannen osapuolen edustajat, annetut suositukset muissa maissa, asema muilla lainkäyttöalueilla, julkisen rahoituksen nykytila muilla lainkäyttöalueilla, muissa sairaaloissa käytetyt lääkkeet, ilmaistu kysyntä potilaiden kysyntä, odotettu kiinnostustaso (potilas ja lääketieteellinen), oikeudelliset rajoitukset

## Liite 2 Eri maiden terveydenhuoltojärjestelmien rahoitusmalli ja ominaisuudet

Priorisoinnin periaatteita sovelletaan aina toimintaympäristön ja ajan mahdollisuuksien antamissa rajoitteissa. Käytettävissä olevat voimavarat terveydenhuoltoon ovat erilaisia Länsi-Eurooppalaisissa maissa ja niiden jakautuminen palvelurakenteeksi poikkeaa toisistaan. Lisäksi ajallinen vaikutus on merkittävä. Tämä on tullut selväksi pandemian aikana, kun toimintoja on jouduttu kohdentamaan tartuntatautien torjuntaan ja hoitoon pitkäaikaissairauksien hoidon ja ennaltaehkäisevien toimien kustannuksella.

Kaikissa tarkastelluissa maissa on verorahoitteinen järjestelmä, paitsi Saksassa, Itävallassa ja Alankomaissa terveydenhuolto perustuu terveystakuuksiin ja siten vakuutusyhtiöiden määrittelemään palveluvalikoimaan. Käytännössä on suuria eroja siinä, miten terveydenhuoltojärjestelmien rakenne ja resurssien ohjauksen mekanismit on muodostettu eri maissa. Niistä on hyvä olla ymmärrystä, sillä ne vaikuttavat siihen, mitkä tahot priorisointia tekevät ja millaisia mekanismeja priorisointiperiaatteiden käytäntöön vientiin on mahdollista rakentaa.

**Suomessa** terveydenhuoltopalvelujen järjestämisestä ovat tähän mennessä vastanneet kunnat ja sairaanhoitopiirit. Kunnat ovat vastanneet sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä siten, että ne voivat tuottaa palvelun itse, muodostaa kuntayhtymiä tai ostaa palveluja muilta kunnilta, järjestöiltä tai yksityisiltä palvelun tuottajilta. Kuntien muodostamat sairaanhoitopiirit ovat vastanneet erikoissairaanhoidon järjestämisestä alueellaan: ne tuottavat erikoissairaanhoidon palvelut, joita perusterveydenhuollon ei ole tarkoituksenmukaista tuottaa. (STM 2013). Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen uudistuksen myötä vuoden 2023 alusta siitä vastaavat 21 hyvinvointialuetta. Hyvinvointialue on kunnista ja valtiosta erillinen julkisoikeudellinen yhteisö, jolla on alueellaan itsehallinto. Jatkossakin yksityiset terveystalot täydentävät julkisia palveluja. (Soteuudistus 2022.)

**Ruotsin** terveydenhuolto on hajautettua – päävastuu terveydenhuollosta on maakäräjillä, joita maassa on 21, ja joissain tapauksissa kunnallisilla neuvostoilla tai kunnilla, joita on 290. Maakäräjät vastaavat rahoituksesta, kunnilla taas on laillinen velvoite vastata perusterveydenhuollon palveluista. Terveydenhuoltopalvelut yleisesti koostuvat sekä julkisista että yksityisistä palveluista. (Socialstyrelsen 2020; Anell ym. 2013.)

**Norjassa** päävastuu terveydenhuollossa on neljällä alueella ja 422 kunnalla. Kansallinen päätöksenteko on erotettu alueiden päätöksenteosta sekä sairaaloissa tehtävästä päätöksenteosta; maassa on myös vahva paikallistason ja maakuntatasoinen päätösvalta, kuten Ruotsissa. (Rafferty ym. 2019.)

**Tanskassa** terveydenhuolto toimii hallinnollisesti jaoteltuna kolmeen tasoon: valtakunnalliseen, alueelliseen (5 sairaanhoitopiiriä) sekä paikalliseen (98 kuntaa). Valtiolla on sääntelevä funktio terveydenhuollossa ja sairaanhoitopiirit ovat vastuussa sairaaloista. Kunnilla on vastuu perusterveydenhuollosta sekä vanhusten palveluista. (National Sundhedsprofil 2019.)

**Englannin** National Health Services (NHS) on vastuussa laajasti koko terveydenhuollosta Yhdistyneen Kuningaskunnan alueella, mutta jokaisella maalla on oma terveydenhuollon hallintonsa. Perusterveydenhuolto on maassa avainasemassa. Lääkärit ovat pääosin itsenäisiä ammatinharjoittajia. (Scobie & Castle-Clarke 2020.) Englannissa NHS:n palveluiden järjestämisestä vastaavat alueelliset tilaajaorganisaatiot, jotka ovat järjestämisvastuussa terveydenhuollon palveluista. Näiden organisaatioiden tekemät rahoituspäätökset perustuvat paikallisten tarpeiden arviointiin, kansallisiin prioriteetteihin, NICE:n ja ammatillisten elinten tuottamiin suosituksiin sekä merkittävässä määrin myös aiempiin rahoituspäätöksiin. (Scobie & Castle-Clarke 2020; Mäkelä, M. ym. 2017.) Englannissa on ollut 1980-luvun lopulta asti vahvasti valtiojohtoinen terveydenhuolto ja New Public Management -periaatteisiin pohjautuva terveydenhuoltoajattelu, mikä tarkoittaa käytännössä markkinaperustaisuutta sekä kuluttajälähtöistä ajattelua. (Dalingwater 2014.)

**Ranskassa** rahoituksellisesti potilas saa noin 70 prosenttia terveydenhuollossa asiointin kuluistaan takaisin sairausvakuutuksesta. Lisäksi jokainen kansalainen saa valita oman lääkäriinsä, terveysasemansa ja erikoislääkäriinsä, joko julkiselta tai yksityiseltä puolelta. Terveydenhuollon sisältämät palvelut ja toimenpiteet määritellään kansallisella tasolla, ja ne koskevat kaikkia Ranskan alueita. Ministeriöt ovat vastuussa sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä kansallisella tasolla. Alueellisella tasolla terveysvirastot koordinoivat terveydenhuoltoa sekä ehkäiseviä ja terveyttä edistäviä palveluita. (Cleiss.fr: The French Health Care System 2021: Lennon 2008).

**Alankomaissa** sairausvakuutuksiin perustuvasta terveydenhuollon palveluvalikoimasta päätetään keskitetysti parlamentissa ja sitä sovelletaan samanlaisena koko maassa. Maassa perhelääkärit toimivat yksityisinä ammatinharjoittajina yksin tai ryhmävastaanotoilla. Perusterveydenhuollon ja perhelääkärien asema on vahva. (Kroneman ym. 2016)

**Saksassa** sairausvakuutuksiin perustuvassa järjestelmässä Liittovaltio (Bundestag) laatii lait, mutta alueilla (Bundesländer) on suhteellisen suuri autonomia päättää terveydenhuollon järjestämisestä. Maan terveydenhuolto perustuu liittovaltion, osavaltioiden ja itsenäisten palveluntarjoajien yhteistyöhön. Liittovaltio toimii ylimpänä lainsäätäjänä, määrittää sairausvakuutuksen perusperiaatteet ja potilaan oikeudet sekä val-

voo niiden toteutumista. Saksan terveydenhuoltojärjestelmä rahoitetaan pääasiallisesti sairauskassamaksuin, joista noin puolet maksaa työnantaja ja noin puolet työntekijä. Sairausvakuutus on Saksassa pakollinen. (IQWIG 2016.)

**Itävallan** terveydenhuoltojärjestelmä perustuu myös lakisääteiseen sosiaalivakuutukseen. Terveydenhuolto on Itävallan sosiaali- ja sairausvakuutuskassojen, liittovaltion ja maakuntien, muiden sosiaalivakuutuslaitosten ja paikallishallintojen rahoittamaa. Potilailla on oikeus valita omalääkäriinsä, jotka toimivat yleensä sairausvakuutuskaassan palveluksessa. (Hofmarcher & Rack, 2006.)

**Uudessa-Seelannissa** pääasiassa kaikki terveysterveystoimet ovat katettuina julkisessa terveydenhuollossa. Maan hallitus vahvistaa terveydenhuollon vuosibudjetin ja etuuspaketin, ja sillä on sääntelevä ja ohjaava rooli terveydenhuollossa. Alueellisten terveyslautakuntien (district health board), joita on 20, tehtävänä on suunnitella ja tarjota terveystoimia alueellisella tasolla. (A Window on the Quality of New Zealand's Health Care, 2015.)

**Australian** hallitus päättää koko maan terveydenhuollosta ja rahoituksesta ja korvattavuuksista esim. lääkkeitä koskien perusterveydenhuollossa, mutta alueilla ja provinseilla on päätösvaltaa erikoissairaanhoidon sekä hammashoidon palveluiden järjestämisestä. Alkuperäisväestölle on erikseen kohdennettuja terveystoimia kuromaan terveyseroja umpeen. (The Australian Health System 2019; Otim ym. 2014.)

**Kanadassa** terveydenhuolto toimii julkisrahoitteisesti mutta on siinä mielessä poikkeava, että kansallisella tasolla kaikille taataan pääsy vain yleislääkäri- ja sairaalapalveluihin, kun taas muut terveydenhuollon osa-alueet on jätetty Kanadan provinssien oman terveydenhuollon palveluiden vastuulle, ja ne voivat vaihdella provinssista toiseen. Pääasiassa kaikki terveystoimet ovat ilmaisia. (Lee ym. 2021.)

## Liite 3 Osallistamisen menetelmien vertailua

Osallistamisen menetelmien vertailua niiden ominaisuuksien, keston ja osallistujien luonteen välillä. (Muokattu artikkelista Rowe ja Frewer 2000)

Osallistamisen menetelmä	Osallistujien luonne	Kesto	Ominaisuudet/ Mekanismit
Kansanäänestys	Kaikki äänioikeutetut	Päiviä	Äänestys kahden määritellyn vaihtoehdon välillä ja lopputulossitova tai neuvoa antava
Kansalaiskuulemiset	Kutsutut tai kuulemisesta tietoiset kansalaiset	Päiviä, viikkoja, voi olla jatkuva prosessi	Lopputulemat mielipiteitä, mutta niillä ei ole suoria vaikutuksia. Osallistujien lukumäärä rajoitettu tapahtumapaikan koon mukaan, virtuaalisena teknologiset rajoitteet esteettömyydelle
Mielipidekyselyt	Laaja otos kansalaisista,	Viikkoja	Edustavuuden haasteet, Lopputulemat mielipiteitä, mutta niillä ei ole suoria vaikutuksia
Kansalaisneuvostot	Pieni määrä edustajia, usein asiantuntijoita	Tiukka määräaika, viikkoja	Sidosryhmien edustajat. Tuotos : kannanotto tai ohjaava lausuma
Konsensuskokous	Edustava otos kansalaisia	Useamman päivän seminaarit, joissa taustoittavia esityksiä	Riippumattomien kansalaisten paneelit ja asiantuntijat yhteistyössä, voi olla myös avoin tilaisuus tai julkisesti seurattavissa. Tuotos julkilausuma tai muu dokumentti
Kansalaispaneeli	Sidosryhmien valitsemat 12-20 henkilöä edustaen paikallista väestöä	Ei määritelty, yleensä muutamia päiviä	Sidosryhmien valitsemat osallistajat yhdessä fasilitaattorin kanssa ottavat kantaa tai muodostavat mielipiteen. Tuotos julkilausuma tai muu dokumentti
Kansalaisista koottu neuvoa antava komitea	Pieni ryhmä organisaation valitsemia eri ryhmien edustajia	Tietty ajanjakso, voi vaihtua edustajat tietyllä syklillä	Organisaation konsultaatiot rajatuissa kysymyksissä. Tuotos: rajattu kannanotto
Fokusryhmät	Pieni ryhmä, jonka katsotaan edustavan aiheen kannalta olennaisia näkökulmia	Yksittäinen tapaaminen tai tapaamisten sarja	Rajatusta aiheesta tuotetaan tietoa, näkemyksiä tai arvioidaan päätösvaihtoehtoja eri näkökumista. Tuotos: keskustelun kooste tai teema-analyysi.

## Liite 4 Kyselyt

### Kyselylomakkeet

- Väestökyselyn lomake
- Lääkäreiden ja hammaslääkäreiden lomake
- Kansanedustajien lomake

### Väestökysely

Tässä kyselyssä selvitetään, mitä suomalaiset ajattelevat terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä ja voimavarojen kohdentamisesta sekä kansalaisen mahdollisuuksista vaikuttaa julkisen terveydenhuollon kehittämiseen.

Kysely on osa Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan rahoittamaa hanketta, jonka toteuttavat Helsingin yliopisto, NHG Finland Oy ja Etuma Oy.

Kysely on anonyymi, eikä siinä kerätä henkilötietoja.

### Taustatiedot

1. Sukupuoli
2. Ikä
  - a. Alle 30
  - b. 30–49
  - c. 50–65
  - d. Yli 65
3. Kotikunta / postinumero
4. Korkein koulutus:
  - a. Korkeintaan keskikoulu tai peruskoulu
  - b. Lukio, ylioppilas- tai ammatillinen tutkinto
  - c. Opistotutkinto
  - d. Alempi korkeakoulututkinto
  - e. Ylempi korkeakoulututkinto
  - f. Licensiaatin tai tohtorin tutkinto
5. Mitä teet pääasiassa arkisin, eli mikä on ns. päätoimesi?
  - a. Olen töissä (tai lomautettuna)
  - b. Opiskelen
  - c. Olen työtön/työnhakija
  - d. Olen eläkkeellä
  - e. Olen perhevapaalla
  - f. Muuta, mitä:
6. Tuloja voi saada palkoista, eläkkeistä, työttömyysturvasta, muista sosiaalietuuksista tai pääomatuloista.  
Jos lasket yhteen kaikki omat tulosi, kuinka paljon bruttotulot (tulot veroja vähentämättä) yhteensä kuukaudessa ovat? Jos et tiedä tarkkaa lukua, voit kertoa arvosii.
  - a. Alle 1000 euroa
  - b. 1000–2999 euroa
  - c. 3000–4999 euroa



- d. 5000–6999 euroa
  - e. 7000–10000 euroa
  - f. Yli 10 000 euroa
  - g. En halua vastata
7. Oletko potilaana tai omaisena käyttänyt seuraavia julkisia terveystalvaeluja viimeisen kahden vuoden aikana (voit valita useita):
- a. Erikoissairaanhoidtoa (esim. sairaalan vuodeosasto, poliklinikka tai päivystys)
  - b. Perusterveydenhuoltoa (esim. terveyskeskuksen palvelut)
  - c. Neuvolaa tai kouluterveydenhuoltoa
  - d. Opiskeluterveydenhuoltoa
  - e. Terveyskeskuksen hammashoidtoa
8. Oletko potilaana tai omaisena käyttänyt seuraavia yksityisiä terveystalvaeluja (mukaan lukien palveluseteli) viimeisen kahden vuoden aikana (voit valita useita):
- a. Työterveystalvaeluja sairauden hoitamiseksi
  - b. Yksityisiä hammashoidon palveluja
  - c. Muita yksityisiä terveystalvaeluja
9. Tässä voit kertoa omista kokemuksistasi liittyen terveystalvaelujen saatavuuteen ja toimivuuteen viimeisen kahden vuoden ajalta.

## Yhdenvertaisuus julkisessa terveydenhuollossa

*Taustatieto: Julkinen terveydenhuolto tarkoittaa sellaista terveydenhuoltoa, jonka kulut maksetaan pääosin verovaroilla.*

1. Minkä kouluarvosanan antaisit julkiselle terveydenhuollossa? (10 ja 9=kiitettävä, 8=hyvä, 7=tyydyttävä, 6 ja 5=välttävä, 4=heikko)
2. Ota kantaa seuraaviin julkista terveydenhuoltoa koskeviin väittämiin, kun 5 on täysin samaa mieltä ja 1 on täysin eri mieltä. (5=Täysin samaa mieltä, 4=Jokseenkin samaa mieltä, 3=En samaa enkä eri mieltä, 2=Jokseenkin eri mieltä, 1=Täysin eri mieltä, lisäksi En osaa sanoa)

*Taustatieto: Yhdenvertaisuus tarkoittaa sitä, että ketään ihmistä ei saa kohdella eri tavalla kuin muita sukupuolen, iän, varallisuuden, kansalaisuuden, terveydentilan tai muun henkilöön liittyvän syyn vuoksi.*

- a. Julkisessa terveydenhuollossa kaikkia ihmisiä kohdellaan yhdenvertaisesti.
- b. Julkisessa terveydenhuollossa kaikki ihmiset saavat riittävät palvelut.
- c. Mediasta tulee sellainen kuva, että julkisessa terveydenhuollossa kaikki ihmiset saavat riittävät palvelut.
- d. Kaikkia sairauksia tai terveysongelmia hoidetaan tasapuolisesti.
- e. Luotan terveydenhuollon ammattilaisiin (kuten lääkäreihin, sairaanhoitajiin, terapeutteihin).
- f. Vaatimalla voi saada parempaa hoitoa.
- g. Olen saanut julkisesta terveydenhuollossa niitä palveluita (ml. terapiat, lääkkeiden Kela-korvaukset, suun terveydenhuolto), joita olen tarvinnut.
  - Avoin jatkokysymys: Miten julkinen terveydenhuolto voisi vastata tarpeisiisi paremmin?

## Julkisen terveydenhuollon rahoitus

*Taustatieto: Julkinen terveydenhuolto tarkoittaa sellaista terveydenhuoltoa, jonka kulut maksetaan pääosin verovaroilla.*

3. Kuinka paljon yhden kansalaisen julkinen terveydenhuolto keskimäärin maksaa vuodessa? Anna oma arviosi.  
  
Valitse arvo väliltä 100–10 000 (esim. kyselyn toteutustavasta riippuen vastaus liukukytkimellä, jossa arvot 100€ välein). Lisäksi vaihtoehto en osaa sanoa.
4. Tulisiko verovaroja suunnata julkiseen terveydenhuoltoon
  - a. nykyistä enemmän
  - b. nykyinen määrä
  - c. nykyistä vähemmän
  - d. en osaa sanoa
5. Osa julkisen terveydenhuollon kuluista kerätään asiakasmaksuilla. Pitäisikö asiakasmaksuja
  - a. nostaa
  - b. laskea
  - c. pitää ennallaan
  - d. en osaa sanoa
6. Ota kantaa seuraaviin julkisen terveydenhuollon rahoitusta koskeviin väittämiin, kun 5 on täysin samaa mieltä ja 1 on täysin eri mieltä.
  - a. Julkista terveydenhuoltoa varten voidaan ottaa lisää julkista velkaa.
  - b. Potilaiden pitäisi saada tietää terveystalvelujen todelliset hinnat.
  - c. Julkinen terveydenhuolto on hyvää vastinetta verorahoille.
  - d. Yksityisen terveydenhuollon Kela-korvauksen pitäisi olla suurempi.
  - e. Julkinen terveydenhuolto ei tarvitse lisää rahaa, vaan nykyiset rahat pitää käyttää paremmin.
  - f. Verorahoja pitäisi siirtää muista julkisista palveluista terveydenhuoltoon.
    - ➔ Jos vastasit 4 tai 5 (jokseenkin tai täysin samaa mieltä), mitkä seuraavista palveluista voisivat saada nykyistä vähemmän rahaa (voit valita useita)?
      - kasvatus- ja koulutuspalvelut
      - sosiaalipalvelut
      - kulttuuri- ja vapaa-aikapalvelut
      - asumis- ja ympäristöpalvelut
      - hallintopalvelut
      - työ- ja elinkeinopalvelut
      - muu, mikä?

## Julkisen terveydenhuollon priorisoinnin periaatteet

*Taustatieto: Priorisointi tarkoittaa sitä, että täytyy valita, mitä hoitoja ja palveluita ihmisille annetaan, koska terveydenhuollon resurssit eivät riitä kaikkiin mahdollisiin palveluihin.*

7. Ota kantaa seuraaviin väittämiin, kun 5 on täysin samaa mieltä ja 1 on täysin eri mieltä.
  - a. Hoitojen priorisointi on mahdotonta, jokaista potilasta on autettava kaikin keinoin.
  - b. Yksittäisen potilaan hoitojen kustannuksilla pitäisi olla yläraja.
  - c. Yhdelle vakavasti sairaalle potilaalle voidaan maksaa kallis lääkehoito, vaikka moni vähemmän sairas potilas jäisi sen takia ilman hoitoa.
  - d. Vakavasti sairas potilas pitää hoitaa, vaikka rahaa ei sen takia jäisi minun lievän vaivani hoitamiseen.
  - e. Jos ihminen omalla toiminnallaan edistää sairauden kehittymistä (tupakoi, käyttää alkoholia, ottaa riskejä, ei noudata hoito-ohjeita), niin hänen pitäisi maksaa enemmän omasta hoidostaan.
  - f. Jos ihminen periaatteesta kieltäytyy ennaltaehkäisevistä toimenpiteistä (ei mene tarjottuun tutkimukseen, ei ota rokotusta) ja tämän vuoksi sairastuu, niin hänen pitäisi maksaa enemmän omasta hoidostaan.
  - g. Ensimmäiseksi pitää hoitaa ne vakavasti sairaat ihmiset, joilla on edessä eniten terveitä elinvuosia.
  - h. Ensimmäiseksi pitää hoitaa ne henkilöt, jotka pystyvät auttamaan muita (esimerkiksi sairaanhoitajat, pienten lasten vanhemmat).
  - i. Ensimmäiseksi pitää hoitaa työssä käyvät vakavasti sairaat ihmiset.
  - j. Ensin pitää hoitaa ne vakavasti sairaat henkilöt, joiden toimintakyky säilyy hoidon ansioista.
  - k. Terveydenhuollossa pitää priorisoida sellaisia hoitoja, joiden tiedetään olevan hyödyllisiä potilaille.
  - l. Terveydenhuollon priorisoinnilla pitää pyrkiä parantamaan koko väestön terveyttä, vaikka rahaa ei tämän takia riittäisi yhden potilaan kalliiseen hoitoon.
  - m. Terveydenhuollon rahat pitää käyttää tehokkaasti ja vaikuttavasti.
  - n. Tiedän, millä periaatteilla terveystoimintaa priorisoidaan.
  
8. Ota kantaa seuraaviin väittämiin, kun 5 on täysin samaa mieltä ja 1 on täysin eri mieltä.
  - a. Ymmärsin, mitä tämän kyselyn väittämät tarkoittivat.
  - b. Minun oli helppo vastata tämän kyselyn väittämiin.
  
9. Mikä terveydenhuollon priorisoinnissa on tärkeintä? Kerro omin sanoin.

## Lääkäreiden ja hammaslääkäreiden kysely

Tässä kyselyssä selvitetään, mitä suomalaiset lääkärit / hammaslääkärit / kansanedustajat ajattelevat terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä ja voimavarojen kohdentamisesta.

Kysely on osa Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan rahoittamaa hanketta, jonka toteuttavat Helsingin yliopisto, NHG Finland Oy ja Etuma Oy.

Kysely on anonyymi, eikä siinä kerätä henkilötietoja.

## Taustatiedot

1. Sukupuoli
2. Ikä
  - a. Alle 30
  - b. 30–49
  - c. 50–65
  - d. Yli 65
3. Vuosia perustutkinnon suorittamisesta
  - a. 0-9 vuotta
  - b. 10-19 vuotta
  - c. 20-29 vuotta
  - d. 30 vuotta tai enemmän
4. Työnantajasektori
  - a. Kunta tai kuntayhtymä
  - b. Valtio
  - c. Yksityinen sektori (ml. yliopistot, Kela)
  - d. Kolmas sektori (yhdistykset, säätiöt, jne.)

## Yhdenvertaisuus julkisessa terveydenhuollossa

*Taustatieto: Julkinen terveydenhuolto tarkoittaa sellaista terveydenhuoltoa, jonka kulut maksetaan pääosin verovaroilla.*

1. Minkä kouluarvosanan antaisit julkiselle terveydenhuololle? (10 ja 9=kiitettävä, 8=hyvä, 7=tyydyttävä, 6 ja 5=välttävä, 4=heikko)
2. Ota kantaa seuraaviin julkista terveydenhuoltoa koskeviin väittämiin, kun 5 on täysin samaa mieltä ja 1 on täysin eri mieltä. (5=Täysin samaa mieltä, 4=Jokseenkin samaa mieltä, 3=En samaa enkä eri mieltä, 2=Jokseenkin eri mieltä, 1=Täysin eri mieltä, lisäksi En osaa sanoa)

*Taustatieto: Yhdenvertaisuus tarkoittaa sitä, että ketään ihmistä ei saa kohdella eri tavalla kuin muita sukupuolen, iän, varallisuuden, kansalaisuuden, terveydentilan tai muun henkilöön liittyvän syyn vuoksi.*

- a. Julkisessa terveydenhuollossa kaikkia ihmisiä kohdellaan yhdenvertaisesti.
- b. Julkisessa terveydenhuollossa kaikki ihmiset saavat riittävät palvelut.
- c. Mediasta tulee sellainen kuva, että julkisessa terveydenhuollossa kaikki ihmiset saavat riittävät palvelut.
- d. Kaikkia sairauksia tai terveysongelmia hoidetaan tasapuolisesti.
- e. Luotan terveydenhuollon ammattilaisiin (kuten lääkäreihin, hammaslääkäreihin, sairaanhoitajiin, terapeutteihin).
- f. Vaatimalla voi saada parempaa hoitoa.
- g. Olen saanut julkisesta terveydenhuollosta niitä palveluita (ml. terapiat, lääkkeiden Kela-korvaukset, suun terveydenhuolto), joita olen tarvinnut.
  - ⇒ Avoin jatkokysymys: Miten terveydenhuolto voisi vastata tarpeisiin paremmin?

## Julkisen terveydenhuollon rahoitus

Taustatieto: Julkinen terveydenhuolto tarkoittaa sellaista terveydenhuoltoa, jonka kulut maksetaan pääosin verovaroilla.

3. Kuinka paljon yhden kansalaisen julkinen terveydenhuolto keskimäärin maksaa vuodessa? Anna oma arviosi. Valitse arvo väliltä 100–10 000 (esim. kyselyn toteutustavasta riippuen vastaus liukukytkimellä, jossa arvot 100€ välein). Lisäksi vaihtoehto en osaa sanoa.
4. Tulisiko verovaroja suunnata julkiseen terveydenhuoltoon
  - a. nykyistä enemmän
  - b. nykyinen määrä
  - c. nykyistä vähemmän
  - d. en osaa sanoa
5. Osa julkisen terveydenhuollon kuluista kerätään asiakasmaksuilla. Pitäisikö asiakasmaksuja
  - a. nostaa
  - b. laskea
  - c. pitää ennallaan
  - d. en osaa sanoa
6. Ota kantaa seuraaviin julkisen terveydenhuollon rahoitusta koskeviin väittämiin, kun 5 on täysin samaa mieltä ja 1 on täysin eri mieltä.
  - a. Julkista terveydenhuoltoa varten voidaan ottaa lisää julkista velkaa.
  - b. Potilaiden pitäisi saada tietää terveystalouden todelliset hinnat.
  - c. Julkinen terveydenhuolto on hyvää vastinetta verorahoille.
  - d. Yksityisen terveydenhuollon Kela-korvauksen pitäisi olla suurempi.
  - e. Julkinen terveydenhuolto ei tarvitse lisää rahaa, vaan nykyiset rahat pitää käyttää paremmin.
  - f. Verorahoja pitäisi siirtää muista julkisista palveluista terveydenhuoltoon.
    - ➔ Jos vastasit 4 tai 5 (jokseenkin tai täysin samaa mieltä), mitkä seuraavista palveluista voisivat saada nykyistä vähemmän rahaa (voit valita useita)?
      - kasvatus- ja koulutuspalvelut
      - sosiaalipalvelut
      - kulttuuri- ja vapaa-aikapalvelut

- asumis- ja ympäristöpalvelut
  - hallintopalvelut
  - työ- ja elinkeinopalvelut
  - muu taho, mikä?
7. Kenen pitäisi päättää terveydenhuollon rahoituksen ja resurssien jakamisesta? Voit valita useamman kuin yhden vaihtoehdon.
- a. poliitikkojen
  - b. terveydenhuollon johdon
  - c. terveydenhuollon ammattilaisten, kuten lääkäreiden
  - d. muu taho, mikä?

## Julkisen terveydenhuollon priorisoinnin periaatteet

*Taustatieto: Priorisointi tarkoittaa sitä, että täytyy valita, mitä hoitoja ja palveluita ihmisille annetaan, koska terveydenhuollon resurssit eivät riitä kaikkiin mahdollisiin palveluihin.*

8. Ota kantaa seuraaviin väittämiin, kun 5 on täysin samaa mieltä ja 1 on täysin eri mieltä.
- a. Hoitojen priorisointi on mahdotonta, jokaista potilasta on autettava kaikin keinoin.
  - b. Yksittäisen potilaan hoitojen kustannuksilla pitäisi olla yläraja.
  - c. Yhdelle vakavasti sairaalle potilaalle voidaan maksaa kallis lääkahoito, vaikka moni vähemmän sairas potilas jäisi sen takia ilman hoitoa.
  - d. Vakavasti sairas potilas pitää hoitaa, vaikka rahaa ei sen takia jäisi minun lievän vaivani hoitamiseen.
  - e. Jos ihminen omalla toiminnallaan edistää sairauden kehittymistä (tupakoi, käyttää alkoholia, ottaa riskejä, ei noudata hoito-ohjeita), niin hänen pitäisi maksaa enemmän omasta hoidostaan.
  - f. Jos ihminen periaatteesta kieltäytyy ennaltaehkäisevistä toimenpiteistä (ei mene tarjottuun tutkimukseen, ei ota rokotusta) ja tämän vuoksi sairastuu, niin hänen pitäisi maksaa enemmän omasta hoidostaan.
  - g. Ensimmäiseksi pitää hoitaa ne vakavasti sairaat ihmiset, joilla on edessä eniten terveitä elinvuosia.
  - h. Ensimmäiseksi pitää hoitaa ne henkilöt, jotka pystyvät auttamaan muita (esimerkiksi sairaanhoitajat, pienten lasten vanhemmat).
  - i. Ensimmäiseksi pitää hoitaa työssä käyvät vakavasti sairaat ihmiset.
  - j. Ensin pitää hoitaa ne vakavasti sairaat henkilöt, joiden toimintakyky säilyy hoidon ansioista.
  - k. Terveydenhuollossa pitää priorisoida sellaisia hoitoja, joiden tiedetään olevan hyödyllisiä potilaille.
  - l. Terveydenhuollon priorisoinnilla pitää pyrkiä parantamaan koko väestön terveyttä, vaikka rahaa ei tämän takia riittäisi yhden potilaan kalliiseen hoitoon.
  - m. Terveydenhuollon rahat pitää käyttää tehokkaasti ja vaikuttavasti.
  - n. Tiedän, millä periaatteilla terveystalveta priorisoidaan.

9. Ota kantaa seuraaviin väittämiin, kun 5 on täysin samaa mieltä ja 1 on täysin eri mieltä.

Miten arvioisit nykyisin julkisessa terveydenhuollossa tapahtuvaa kansallista priorisointia seuraavista näkökulmista?

- a. Priorisointipäätökset ja niiden perusteet ovat julkisia.
  - b. Priorisointipäätökset tukeutuvat periaatteisiin, jotka ovat yleisesti hyväksyttäviä, järkeviä ja oikeudenmukaisia.
  - c. Priorisointipäätöksiä on mahdollista kyseenalaistaa ja mahdolliset virheelliset päätökset voidaan korjata esimerkiksi uuden tiedon perusteella.
  - d. Priorisointipäätösten tekemiseen on olemassa pelisäännöt ja niitä noudatetaan.
10. Ota kantaa seuraaviin väittämiin, kun 5 on täysin samaa mieltä ja 1 on täysin eri mieltä.
- a. Ymmärsin, mitä tämän kyselyn väittämät tarkoittivat.
  - b. Minun oli helppo vastata tämän kyselyn väittämiin.

11. Mikä terveydenhuollon priorisoinnissa on tärkeintä? Kerro omin sanoin.

## Kansanedustajien kysely

Tässä kyselyssä selvitetään, mitä kansanedustajat ajattelevat terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä ja voimavarojen kohdentamisesta.

Kysely on osa Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan rahoittamaa hanketta, jonka toteuttavat Helsingin yliopisto, NHG Finland Oy ja Etuma Oy.

Kysely on anonymi, eikä siinä kerätä henkilötietoja.

## Taustatiedot

1. Sukupuoli
2. Ikä
  - a. Alle 30
  - b. 30–49
  - c. 50–65
  - d. Yli 65
  - e. En halua vastata
3. Eduskuntaryhmä
  - a. Sosiaalidemokraattinen eduskuntaryhmä /sd
  - b. Perussuomalaisten eduskuntaryhmä /ps
  - c. Kansallisen kokoomuksen eduskuntaryhmä /kok
  - d. Keskustan eduskuntaryhmä /kesk
  - e. Vihreä eduskuntaryhmä /vihr
  - f. Vasemmistoliiton eduskuntaryhmä /vas
  - g. Ruotsalainen eduskuntaryhmä /r

- h. Kristillisdemokraattinen eduskuntaryhmä /kd
- i. Liike Nyt -eduskuntaryhmä /liik
- j. Eduskuntaryhmä Valta kuuluu kansalle /vkk
- k. En halua vastata

## Yhdenvertaisuus julkisessa terveydenhuollossa

*Taustatieto: Julkinen terveydenhuolto tarkoittaa sellaista terveydenhuoltoa, jonka kulut maksetaan pääosin verovaroilla.*

1. Minkä kouluarvosanan antaisit julkiselle terveydenhuololle? (10 ja 9=kiitettävä, 8=hyvä, 7=tyydyttävä, 6 ja 5=välttävä, 4=heikko)
2. Ota kantaa seuraaviin julkista terveydenhuoltoa koskeviin väittämiin, kun 5 on täysin samaa mieltä ja 1 on täysin eri mieltä. (5=Täysin samaa mieltä, 4=Jokseenkin samaa mieltä, 3=En samaa enkä eri mieltä, 2=Jokseenkin eri mieltä, 1=Täysin eri mieltä, lisäksi En osaa sanoa)

*Taustatieto: Yhdenvertaisuus tarkoittaa sitä, että ketään ihmistä ei saa kohdella eri tavalla kuin muita sukupuolen, iän, varallisuuden, kansalaisuuden, terveydentilan tai muun henkilöön liittyvän syyn vuoksi.*

- a. Julkisessa terveydenhuollossa kaikkia ihmisiä kohdellaan yhdenvertaisesti.
- b. Julkisessa terveydenhuollossa kaikki ihmiset saavat riittävät palvelut.
- c. Mediasta tulee sellainen kuva, että julkisessa terveydenhuollossa kaikki ihmiset saavat riittävät palvelut.
- d. Kaikkia sairauksia tai terveysongelmia hoidetaan tasapuolisesti.
- e. Luotan terveydenhuollon ammattilaisiin (kuten lääkäreihin, sairaanhoitajiin, terapeutteihin).
- f. Vaatimalla voi saada parempaa hoitoa.
- g. Olen saanut julkisesta terveydenhuollosta niitä palveluita (ml. terapiat, lääkkeiden KELA-korvaukset, suun terveydenhuolto), joita olen tarvinnut.  
⇒ Avoin jatkokysymys: Miten terveydenhuolto voisi vastata tarpeisiisi paremmin?

## Julkisen terveydenhuollon rahoitus

*Taustatieto: Julkinen terveydenhuolto tarkoittaa sellaista terveydenhuoltoa, jonka kulut maksetaan pääosin verovaroilla.*

3. Kuinka paljon yhden kansalaisen julkinen terveydenhuolto keskimäärin maksaa vuodessa? Anna oma arviosi.

Valitse arvo väliltä 100–10 000 (esim. kyselyn toteutustavasta riippuen vastaus liukukytkimellä, jossa arvot 100€ välein). Lisäksi vaihtoehto en osaa sanoa.

4. Tulisiko verovaroja suunnata julkiseen terveydenhuoltoon
  - a. nykyistä enemmän
  - b. nykyinen määrä



- c. nykyistä vähemmän
  - d. en osaa sanoa
5. Osa julkisen terveydenhuollon kuluista kerätään asiakasmaksuilla. Pitäisikö asiakasmaksuja
- a. nostaa
  - b. laskea
  - c. pitää ennallaan
  - d. en osaa sanoa
6. Ota kantaa seuraaviin julkisen terveydenhuollon rahoitusta koskeviin väittämiin, kun 5 on täysin samaa mieltä ja 1 on täysin eri mieltä.
- a. Julkista terveydenhuoltoa varten voidaan ottaa lisää julkista velkaa.
  - b. Potilaiden pitäisi saada tietää terveystalouden todelliset hinnat.
  - c. Julkinen terveydenhuolto on hyvää vastinetta verorahoille.
  - d. Yksityisen terveydenhuollon Kela-korvauksen pitäisi olla suurempi.
  - e. Julkinen terveydenhuolto ei tarvitse lisää rahaa, vaan nykyiset rahat pitää käyttää paremmin.
  - f. Verorahoja pitäisi siirtää muista julkisista palveluista terveydenhuoltoon.
    - ➔ Jos vastasit 4 tai 5 (jokseenkin tai täysin samaa mieltä), mitkä seuraavista palveluista voisivat saada nykyistä vähemmän rahaa (voit valita useita)?
      - kasvatus- ja koulutuspalvelut
      - sosiaalipalvelut
      - kulttuuri- ja vapaa-aikapalvelut
      - asumis- ja ympäristöpalvelut
      - hallintopalvelut
      - työ- ja elinkeinopalvelut
      - muu, mikä?
7. Kenen pitäisi päättää terveydenhuollon rahoituksen ja resurssien jakamisesta? Voit valita useamman kuin yhden vaihtoehdon.
- a. poliitikkojen
  - b. terveydenhuollon johdon
  - c. terveydenhuollon ammattilaisten, kuten lääkäreiden
  - d. muu taho, mikä?

## Julkisen terveydenhuollon priorisoinnin periaatteet

*Taustatieto: Priorisointi tarkoittaa sitä, että täytyy valita, mitä hoitoja ja palveluita ihmisille annetaan, koska terveydenhuollon resurssit eivät riitä kaikkiin mahdollisiin palveluihin.*

8. Ota kantaa seuraaviin väittämiin, kun 5 on täysin samaa mieltä ja 1 on täysin eri mieltä.
- a. Hoitojen priorisointi on mahdotonta, jokaista potilasta on autettava kaikin keinoin.
  - b. Yksittäisen potilaan hoitojen kustannuksilla pitäisi olla yläraja.
  - c. Yhdelle vakavasti sairaalle potilaalle voidaan maksaa kallis lääkehoito, vaikka moni vähemmän sairas potilas jäisi sen takia ilman hoitoa.

- d. Vakavasti sairas potilas pitää hoitaa, vaikka rahaa ei sen takia jäisi minun lievän vaivani hoitamiseen.
- e. Jos ihminen omalla toiminnallaan edistää sairauden kehittymistä (tupakoi, käyttää alkoholia, ottaa riskejä, ei noudata hoito-ohjeita), niin hänen pitäisi maksaa enemmän omasta hoidostaan.
- f. Jos ihminen periaatteesta kieltäytyy ennaltaehkäisevistä toimenpiteistä (ei mene tarjottuun tutkimukseen, ei ota rokotusta) ja tämän vuoksi sairastuu, niin hänen pitäisi maksaa enemmän omasta hoidostaan.
- g. Ensimmäiseksi pitää hoitaa ne vakavasti sairaat ihmiset, joilla on edessä eniten terveitä elinvuosia.
- h. Ensimmäiseksi pitää hoitaa ne henkilöt, jotka pystyvät auttamaan muita (esimerkiksi sairaanhoitajat, pienten lasten vanhemmat).
- i. Ensimmäiseksi pitää hoitaa työssä käyvät vakavasti sairaat ihmiset.
- j. Ensin pitää hoitaa ne vakavasti sairaat henkilöt, joiden toimintakyky säilyy hoidon ansioista.
- k. Terveystieteidenhuollossa pitää priorisoida sellaisia hoitoja, joiden tiedetään olevan hyödyllisiä potilaille.
- l. Terveystieteidenhuollon priorisoinnilla pitää pyrkiä parantamaan koko väestön terveyttä, vaikka rahaa ei tämän takia riittäisi yhden potilaan kalliiseen hoitoon.
- m. Terveystieteidenhuollon rahat pitää käyttää tehokkaasti ja vaikuttavasti.
- n. Tiedän, millä periaatteilla terveystieteidenhuollossa priorisoidaan.
- o. Priorisoinnin periaatteista pitää päättää lainsäädännössä.

9. Ota kantaa seuraaviin väittämiin, kun 5 on täysin samaa mieltä ja 1 on täysin eri mieltä.

Miten arvioisit nykyisin julkisessa terveystieteidenhuollossa tapahtuvaa kansallista priorisointia seuraavista näkökulmista?

- a. Priorisointipäätökset ja niiden perusteet ovat julkisia.
- b. Priorisointipäätökset tukeutuvat periaatteisiin, jotka ovat yleisesti hyväksyttäviä, järkeviä ja oikeudenmukaisia.
- c. Priorisointipäätöksiä on mahdollista kyseenalaistaa ja mahdolliset virheelliset päätökset voidaan korjata esimerkiksi uuden tiedon perusteella.
- d. Priorisointipäätösten tekemiseen on olemassa pelisäännöt ja niitä noudatetaan.

10. Ota kantaa seuraaviin väittämiin, kun 5 on täysin samaa mieltä ja 1 on täysin eri mieltä.

- a. Ymmärsin, mitä tämän kyselyn väittämät tarkoittivat.
- b. Minun oli helppo vastata tämän kyselyn väittämiin.

11. Mikä terveystieteidenhuollon priorisoinnissa on tärkeintä? Kerro omin sanoin.

Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminta  
Statsrådets utrednings- och forskningsverksamhet

# Terveysthuollon palveluvalikoiman priorisointi (TERPPA)

24.08.2022 | Helsingin yliopisto, Etuma, Nordic  
Healthcare Group

Liite: Asennekartoituksen tuloksia

# SISÄLLYS

- Aineistot ja menetelmät
- Tulokset
  - Yhdenvertaisuus terveydenhuollossa
  - Julkisen terveydenhuollon rahoitus
  - Priorisointiperiaatteet
  - Priorisointikeskustelu sosiaalisessa mediassa

# Aineistot ja menetelmät

Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminta  
Statsrådets utrednings- och forskningsverksamhet

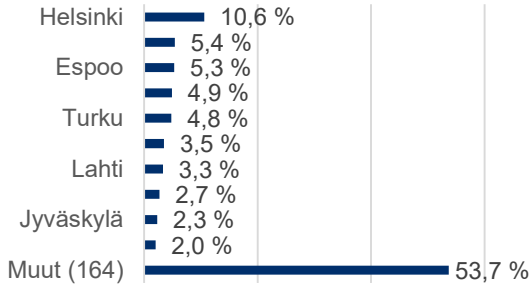
## Kyselyaineistot

- Väestökysely
  - Kysely toteutettiin paneelitiedonkeruuna tammikuussa 2022.
  - Otos edustaa mannersuomalaista 18 vuotta täyttäneitä väestöä 3,1 prosenttiyksikön virhemarginaalilla.
  - Kyselyyn vastasi 1001 henkilöä 2794 kutsutusta kuluttajapaneelin jäsenestä. Paneeliin rakennettiin otos väestöllisesti edustavana sukupuolen, ikäryhmän sekä suuralueen mukaan. Paneelijärjestelmä lähettää kutsuja ositettuna otantana tavoitekiintiöiden mukaisesti. Panelistit ovat itse ilmoittautuneet mukaan kuluttajapaneeliin, ja heitä palkitaan vastauksistaan.
  - Taustatietoja vastaajista: 56 %:lla enintään toisen asteen opinnot, 29 %:a korkeakoulutettuja, 46 %:a vastaajista päätoimisesti töissä, 31 %:a eläkkeellä, 52 %:lla bruttotulot 1000-2999€/kk.
  - Suurimmalla osalla (97 %) oli melko tuoreita kokemuksia terveyspalvelujen käytöstä potilaana tai omaisena. Viimeisen kahden vuoden aikana julkisia terveyspalveluja oli käyttänyt 94 % ja yksityisiä terveyspalveluja 39 % vastaajista.
- Lääkäreiden ja hammaslääkäreiden kysely
  - Kyselyihin vastasi tammi-helmikuussa 2022 yhteensä 417 henkilöä, joista lääkäreitä 240 ja hammaslääkäreitä 177.
  - Otos poimittiin satunnaisotannalla Lääkäriliiton (N=1500) ja Hammaslääkäriliiton (N=500) jäsenrekistereistä.
  - Yli 60 %:a vastaajista naisia. Lääkäreistä 76 %:a ja hammaslääkäreistä 56 %:a töissä julkisella sektorilla. Noin 60 %:lla perustutkinnon suorittamisesta vähintään 20 vuotta.
- Kansanedustajien kysely
  - Kyselyyn vastasi tammi-maaliskuussa 2022 yhteensä 27 kansanedustajaa.
  - Kysely lähetettiin kaikille 200 kansanedustajalle.
  - Vastaajat ilmoittivat eduskuntaryhmäkseen: sd (N=7), kok (N=4), vihr (N=4), vas (N=3), kesk (N=3), ps (N=3), r (N=1), ei vast. (N=2)

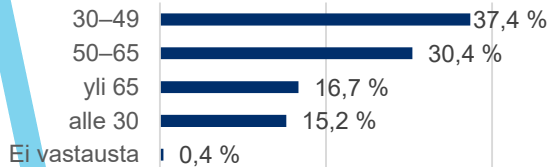
## Väestökyselyn taustatietoja

- Kysely toteutettiin tammikuussa 2022 paneelitiedonkeruuna ja siihen vastasi 1001 henkilöä 2794 kutsutusta kuluttajaneelin jäsenestä.
- Otos edustaa mannersuomalaista 18 vuotta täyttäneitä väestöstä 3,1 prosenttiyksikön virhemarginaalilla.

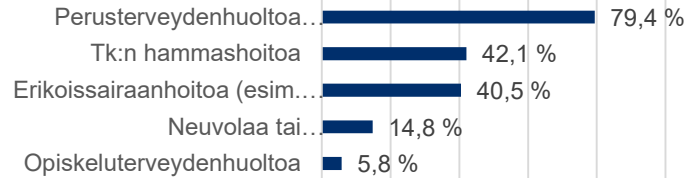
### Kotikunta



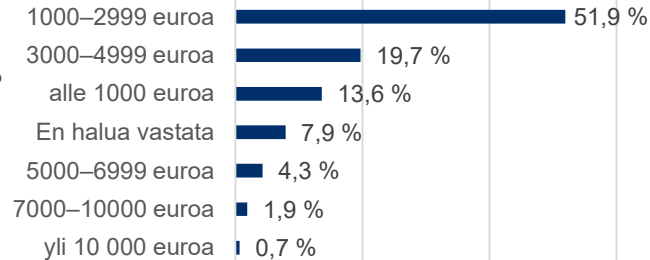
### Ikä



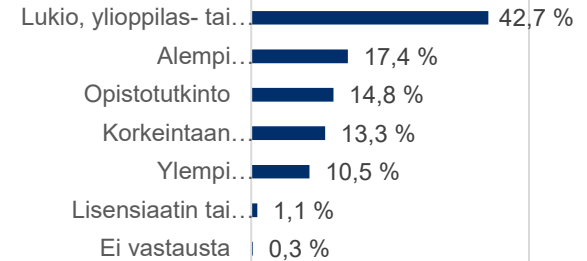
### Oletko potilaana tai omaisena käyttänyt seuraavia julkisia terveyspalveluja viimeisen 2 v aikana



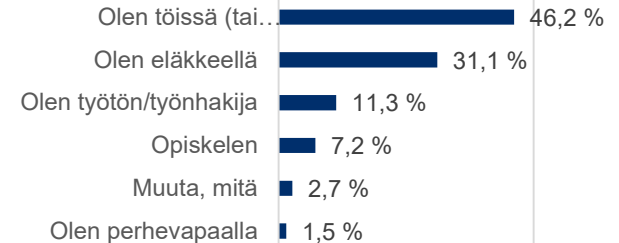
### Bruttotulot



### Koulutus



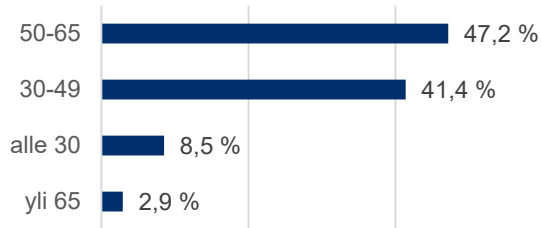
### Päätoimi



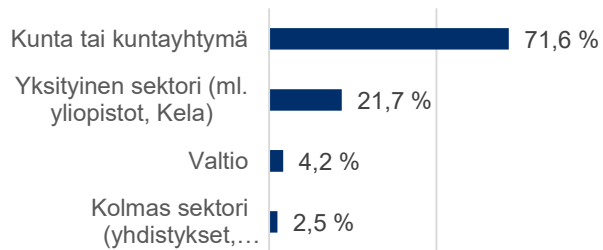
# Lääkäreiden ja hammaslääkäreiden kyselyiden taustatietoja

- Kyselyyn vastasi tammi-helmikuussa 2022 yhteensä 417 henkilöä, joista lääkäreitä 240 ja hammaslääkäreitä 177.
- Otos poimittiin satunnaisotannalla Lääkäriliiton (N=1500) ja Hammaslääkäriliiton (N=500) jäsenrekistereistä.

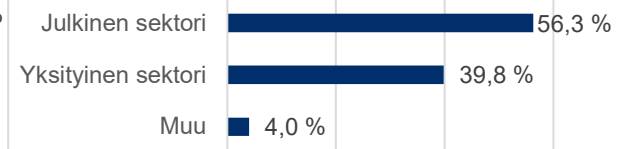
Ikä



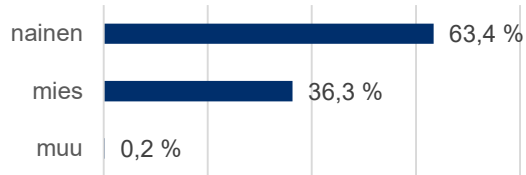
Päätoimen työnantaja (lääkärit)



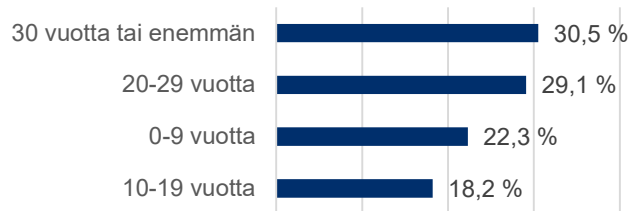
Päätoimen työnantaja (hammaslääkärit)



Sukupuoli



Vuosia perustutkinnon suorittamisesta





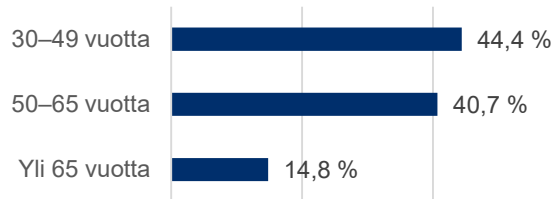
## Kansanedustajien kyselyn taustatietoja

- Kyselyyn vastasi tammi-maaliskuussa 2022 yhteensä 27 kansanedustajaa.
- Kysely lähetettiin kaikille 200 kansanedustajalle.

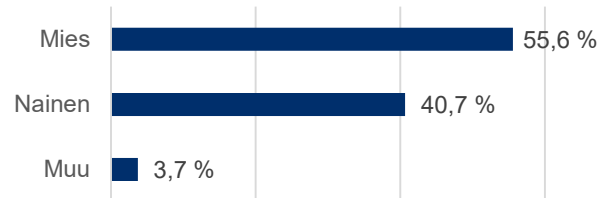
### Eduskuntaryhmä



### Ikä



### Sukupuoli



## Sosiaalisen median aineisto

- Sosiaalisen median keskustelujen analysointia varten kerättiin Mohawk Analytics -palvelun tietokannasta terveydenhuoltoon liittyviä kommentteja suomen- ja ruotsinkielisillä hakusanoilla.
  - Hakusanat suomeksi: terveydenhuol\* terveyseskesku\* terveysesasem\* arvauskesku\* sairaala\* sairaalo\* terveyshuol\* terkkari\* hammaslääkär\* hammashoi\* hoitojono\* "hoitoon pääsy" "kiireetön hoito" kotihoi\* leikkausjono\* "lääkäriin pääsy" "lääkärille pääsy" mielenterveyspalvelu\* hoitopäätö\* sairaanhoito\* sairaanhoido\* "kiireellinen hoito" akuuttihoi\* ensihoi\* mielenterveyshuol\* hoitotakuu\* hoitoonpääs\* "kalliit lääkkeet"
  - Hakusanat ruotsiksi: hälsovård\* hälsovårdscentral\* hälsocentral\* vårdcentral\* hälsostation\* sjukhus\* tandläkare\* odontolog\* tandvård\* tandklinik\* tandvårdsklinik\* vårdkö\* hemvård\* operationskö\* sjukvård\* mentalvård\* psykvård\* akutvård\* primärvård\*
  - Aineistoa kerättiin yhteensä 326737 kommenttia vuosien 2019–2022 ajalta.
  - Aineistoa kertyi eri sosiaalisen median palveluista seuraavasti: Twitter 47 %, keskustelupalstat 33 %, uutismedioiden kommenttipalstat 8 %, Facebook 7 %, blogit 3 %, muut 2 %
- Seuraavassa vaiheessa aineistoa suodatettiin priorisointiin liittyvillä termeillä
  - Suodatustermit: priori\* OR säännöstel\* OR tärkeysjär\* OR etusija\* OR tärkeäm\* OR kohdenn\* OR kohdent\* OR panostus OR panostaa OR prioritet\* OR viktiga\* OR inriktning\* OR ransoner\*
  - Priorisointiin viitattiin näillä sanoilla yhteensä 4584 kommentissa, eli noin 1,4 prosentissa koko aineistosta.
  - Priorisointi esiintyi eri sosiaalisen median palveluissa seuraavasti: Twitter 40 %, keskustelupalstat 25 %, blogit 13 %, uutismedioiden kommenttipalstat 10 %, Facebook 9 %, muut 3 %

## Analyysimenetelmät

- Aineiston analyysimenetelmiä olivat kuvaileva analyysi, ristiintaulukointi ja korrelaatioanalyysi (phik).
  - Raportissa tarkasteltavia muuttujia ovat eri vastaajaryhmät (kansalaiset, lääkärit ja hammaslääkärit ja kansanedustajat), vastaajien taustatiedot (ikä, sukupuoli jne.) sekä Likert-assenväittämiä ja numeeristen kysymyksien vastaukset.
- Lisäksi Etuman laskennallisella tekstianalyysillä (ks. s. 10) kyselyiden avoimista vastauksista ja sosiaalisen median keskusteluista tunnistettiin puheenaiheita, jotka teemoiteltiin niiden sisältämien sanojen ja ilmaisujen perusteella.
  - Raportissa tarkastellaan erityisesti priorisointiperiaatteisiin pohjautuvia teemoja: kustannukset, tautitaakka, oikeudenmukaisuus, hyväksyttävyyys ja vaikuttavuus (Terwindt ym., 2016).

# Etuman tekstianalyysi

<b>Prosessit ja viestintä</b>	<b>Palvelujärjestelmä</b>	<b>Kustannukset</b>	<b>Tautitaakka</b>	<b>Laatu</b>
prosessit	yksityinen sektori	kustannukset	terveysongelmat	laatu
aikataulut	julkinen sektori	palkkaus	kuolema	kokemus
hoito	terveydenhuoltolaitokset	rahoitus	ennaltaehkäisy	helppous
terveydenhoitohenkilöstö	perusterveydenhuolto	verot	rokotteet	nopeus
tiedonsaanti	erikoissairaanhoido	resurssit	koronavirus	selkeys
viestintä	työterveyshuolto	säästäminen	elämäntavat	tyytyväisyys
yhteistyö	terveydenhuolto	ilmaisuus	tupakointi	sujuvuus
asiakaspalvelu	verkkopalvelut	budjetti	liikunta	
<b>Oikeudenmukaisuus</b>	<b>Hyväksyttävyyys</b>	<b>Kohdentaminen</b>	<b>Osallisuus</b>	<b>Vaikuttavuus</b>
oikeudenmukaisuus	hyväksyntä	priorisointi	oikeudet	vaikuttavuus
saatavuus	eettisyys	fokus	vastuu	tehokkuus
jonotus	läpinäkyvyys	panostus	päätökset	
ikäryhmät	pelisäännöt	koulutus	kuunteleminen	
huono-osaisuus				

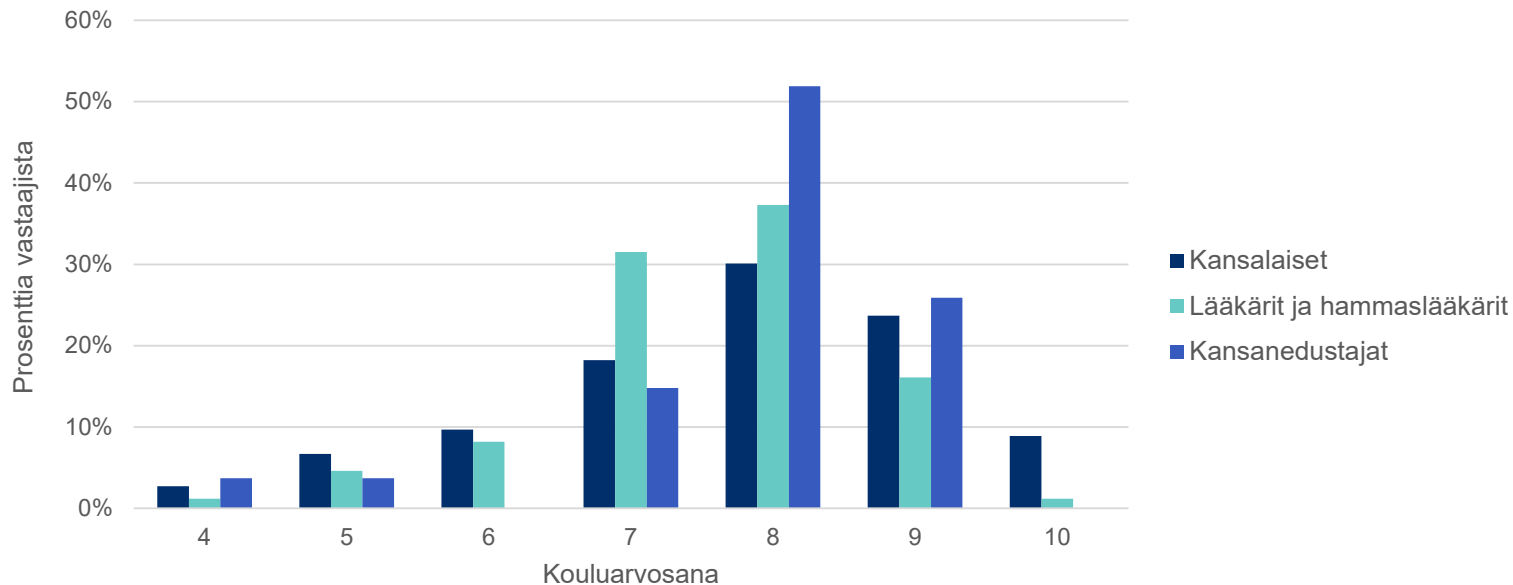
Kuvassa on esimerkkejä aineistojen puheenaiheista ja niiden teemoittelusta. Avointen vastausten analyysi on toteutettu Etuman luonnollisen kielen prosessointimenetelmällä (NLP), joka tunnistaa tekstistä automatisoidusti puheenaiheita. Analysointi perustuu terveydenhuoltoalan ontologiaan, jota Etuma on kehittänyt muun muassa sanastopalveluiden kuten Finton (2022) ja Sote-sanastojen (2022) avulla. Puheenaiheet on luokiteltu kymmeneen teemaan niiden sisältämien sanojen ja ilmaisujen perusteella. Teemoittelu perustuu osin WHO:n ehdottamiin terveydenhuollon priorisoinnin kriteereihin (Terwindt ym. 2016) ja osin aineistolähtöiseen luokitteluun.

# Yhdenvertaisuus terveydenhuollossa

Kyselytutkimuksen tuloksia

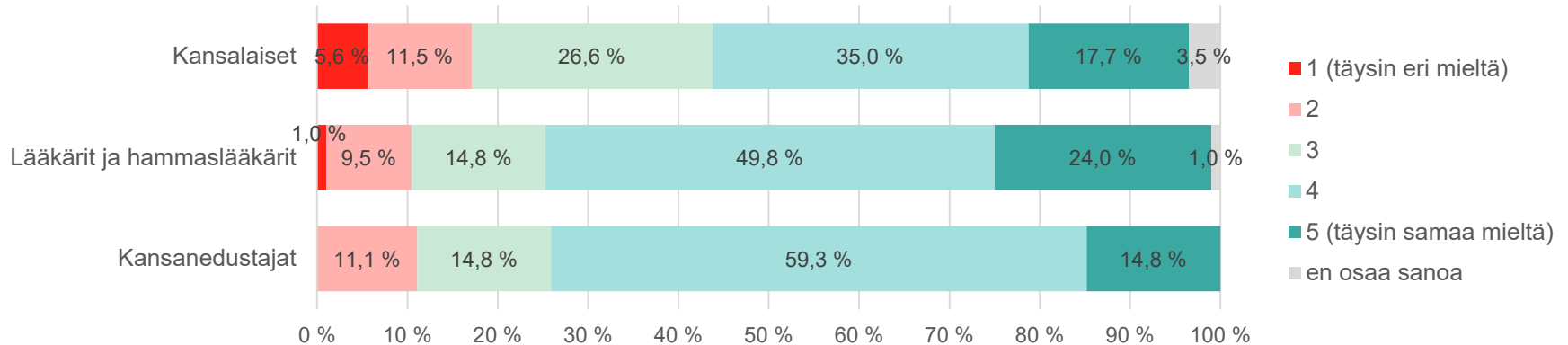
Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminta  
Statsrådets utrednings- och forskningsverksamhet

## Minkä kouluarvosanan antaisit julkiselle terveydenhuollolle?



Kyselyissä kartoitettiin yleistä suhtautumista julkiseen terveydenhuoltoon. Kaikkien vastaajaryhmien yleisin arvosana oli 8 eli hyvä. Keskiarvot olivat hyvin lähellä toisiaan, korkeimmat arvosanat antoivat kansanedustajat (KA 7,85), seuraavaksi korkeimmat kansalaiset (KA 7,73) ja matalimmat arvosanat lääkärit ja hammaslääkärit (KA 7,53).

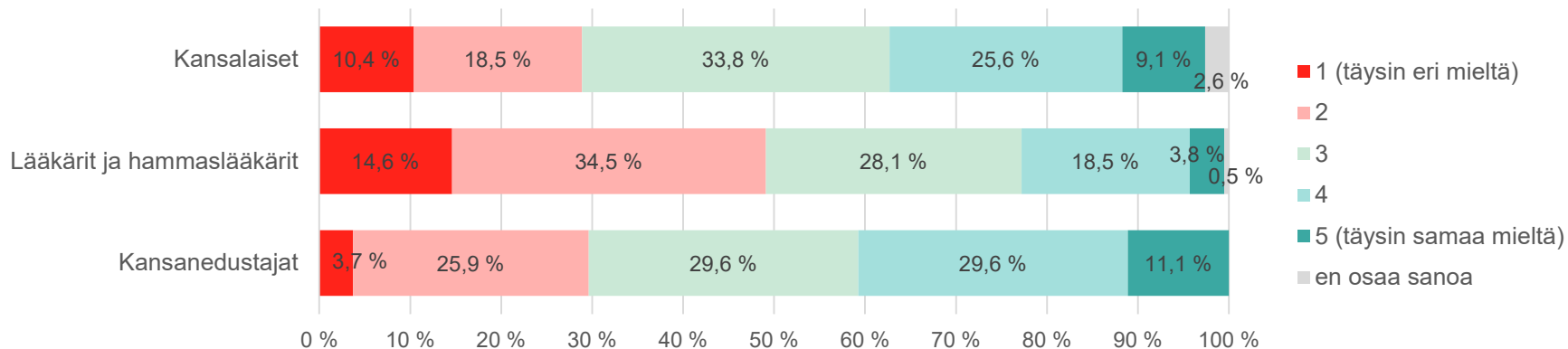
## Julkisessa terveydenhuollossa kaikkia ihmisiä kohdellaan yhdenvertaisesti



Kansalaiset olivat useammin eri mieltä tämän väittämän kanssa kuin lääkärit, hammaslääkärit ja kansanedustajat. Kansalaisten vastaajaryhmässä väittämä korreloi muun muassa kouluarvosanan kanssa ja väittämän “Julkinen terveydenhuolto on hyvää vastinetta verorahoille” kanssa, mutta ei esimerkiksi vastaajien taustatietojen kanssa.

Finsote 2020 -väestökyselyssä (Parikka ym. 2020) 76,8 prosenttia vastaajista oli väittämän kanssa jokseenkin tai täysin samaa mieltä.

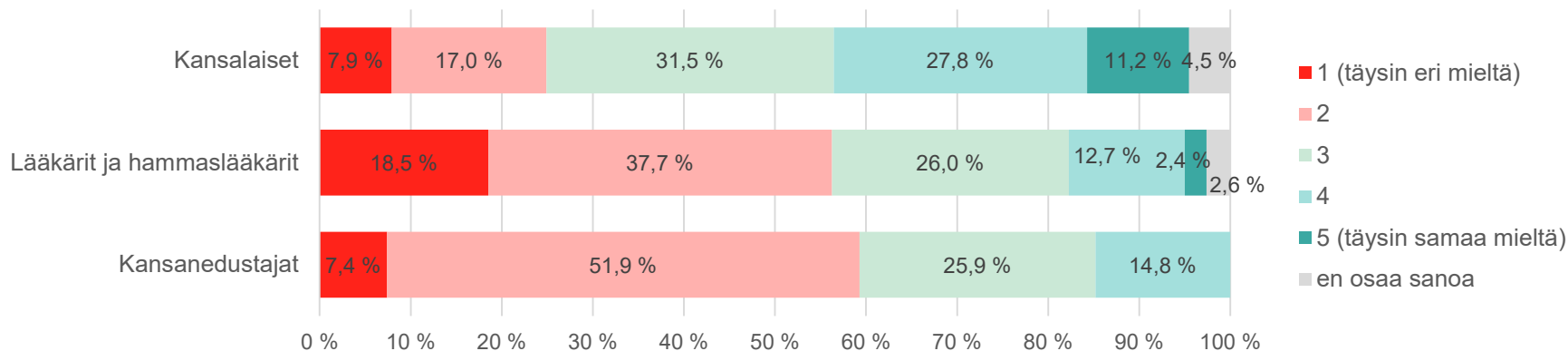
## Julkisessa terveydenhuollossa kaikki ihmiset saavat riittävät palvelut



Lääkärit ja hammaslääkärit olivat muita vastaajaryhmiä useammin eri mieltä väittämän kanssa.

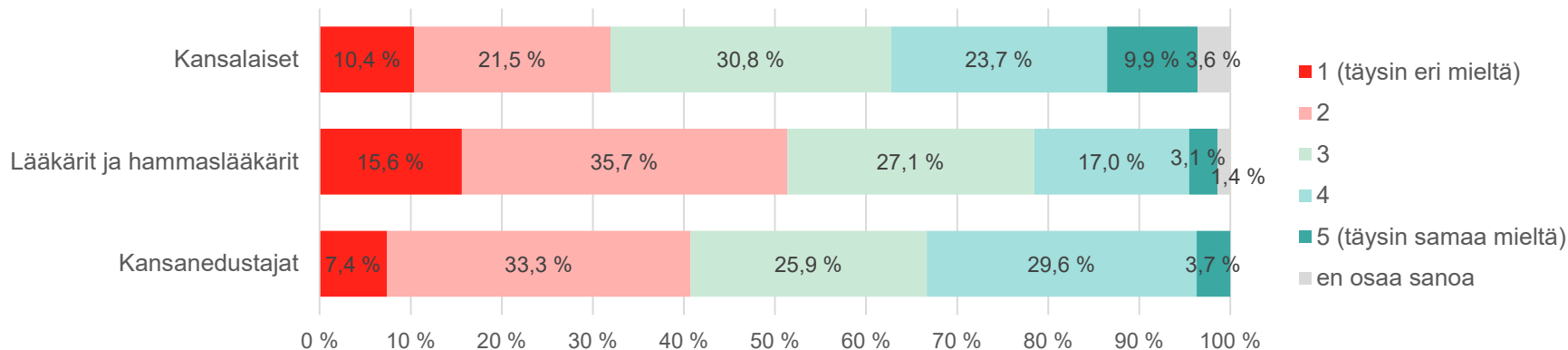


## Mediasta tulee sellainen kuva, että julkisessa terveydenhuollossa kaikki ihmiset saavat riittävät palvelut



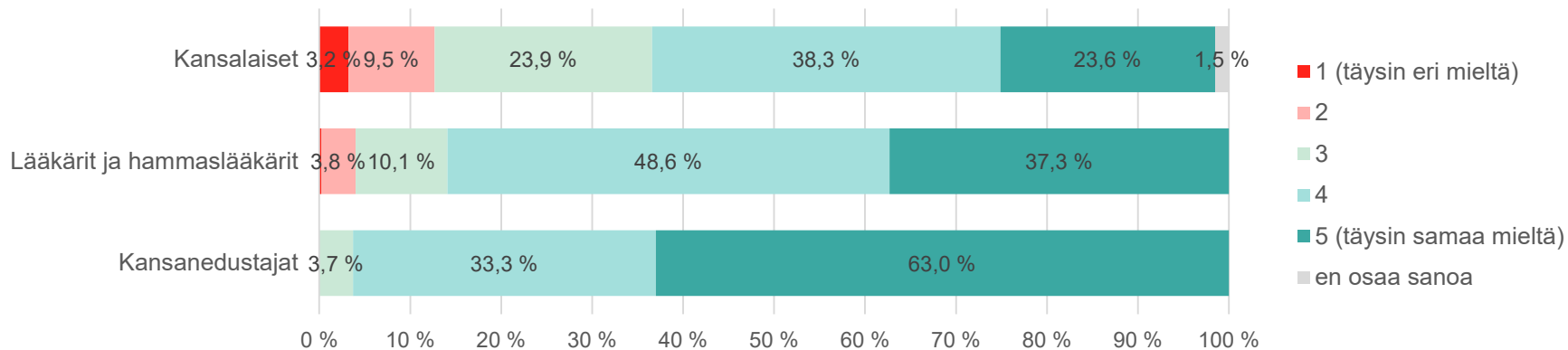
Lääkärit ja hammaslääkärit sekä kansanedustajat olivat useammin eri mieltä väittämän kanssa kuin kansalaiset.

## Kaikkia sairauksia tai terveysongelmia hoidetaan tasapuolisesti



Lääkärit ja hammaslääkärit olivat useammin eri mieltä väittämän kanssa kuin muut vastaajaryhmät.

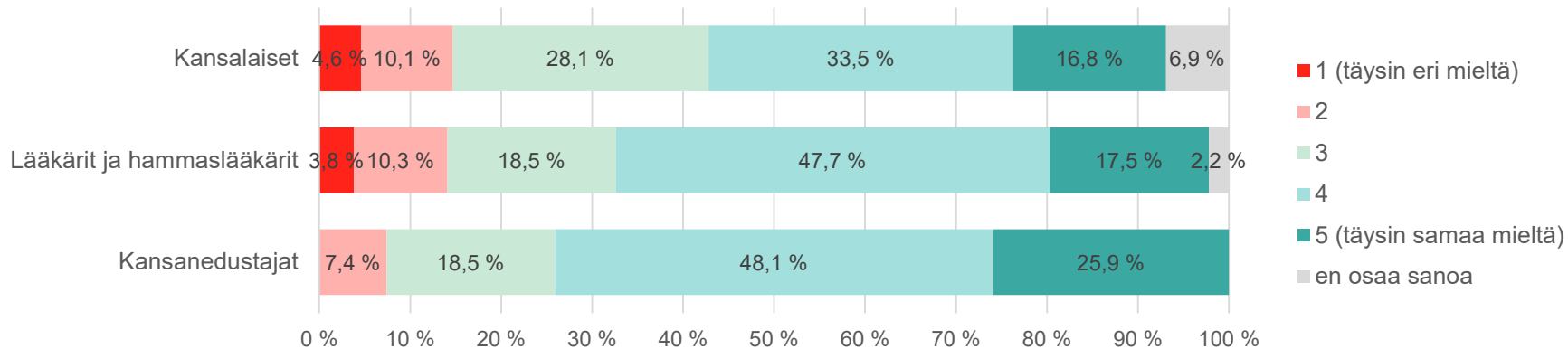
## Luotan terveydenhuollon ammattilaisiin (kuten lääkäreihin, sairaanhoitajiin, terapeutteihin)



Kansalaiset olivat useammin eri mieltä väittämän kanssa kuin muut vastaajaryhmät.

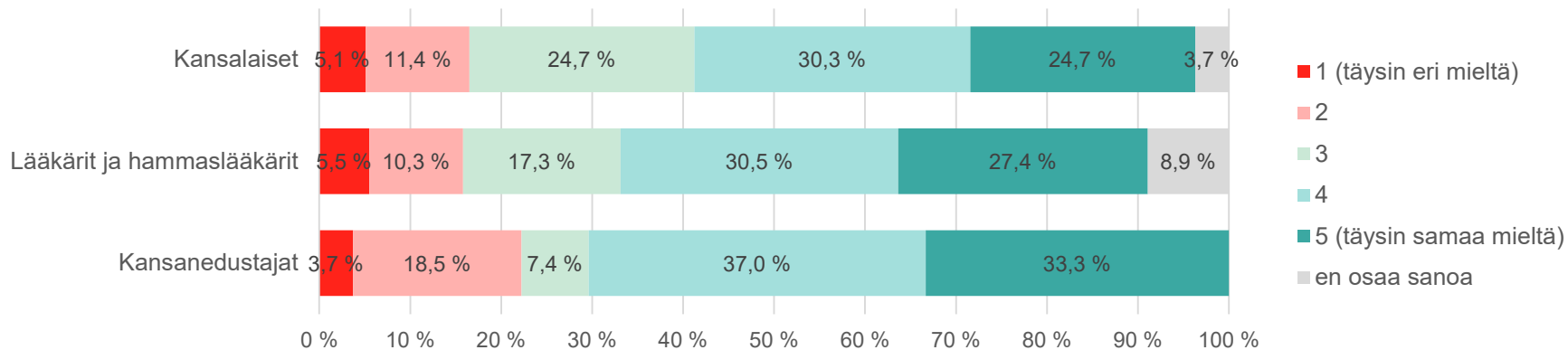
Finsote 2020 -väestökyselyssä (Parikka ym. 2020) 83,2 prosenttia vastaajista oli väittämän kanssa jokseenkin tai täysin samaa mieltä.

## Vaativalla voi saada parempaa hoitoa



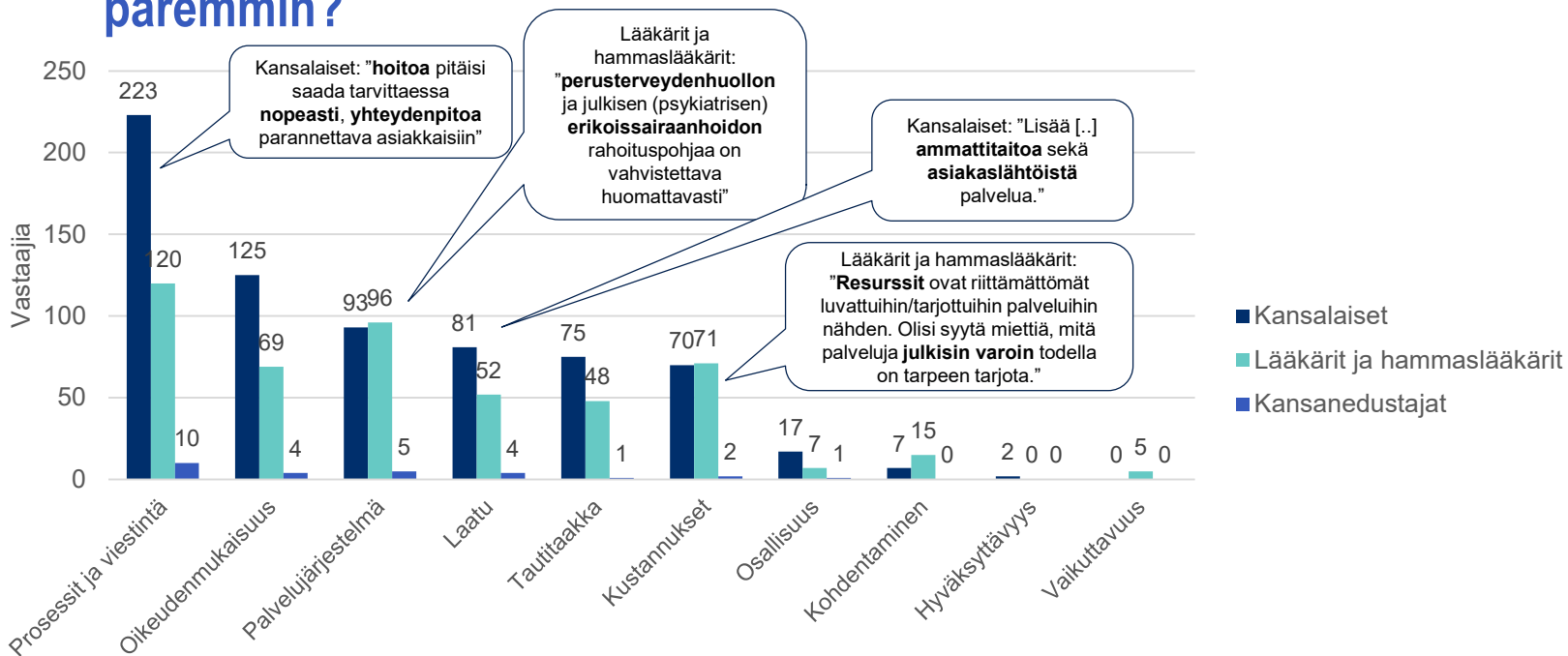
Kansanedustajat olivat muita vastaajaryhmiä useammin väittämän kanssa samaa mieltä.

## Olen saanut julkisesta terveydenhuollosta niitä palveluita (ml. terapiat, lääkkeiden Kela-korvaukset, suun terveydenhuolto), joita olen tarvinnut



Kaikissa vastaajaryhmissä suurin osa oli väittämän kanssa samaa mieltä, mutta kansalaiset hieman muita vastaajaryhmiä harvemmin.

## Avoin: Miten julkinen terveydenhuolto voisi vastata tarpeisiisi paremmin?



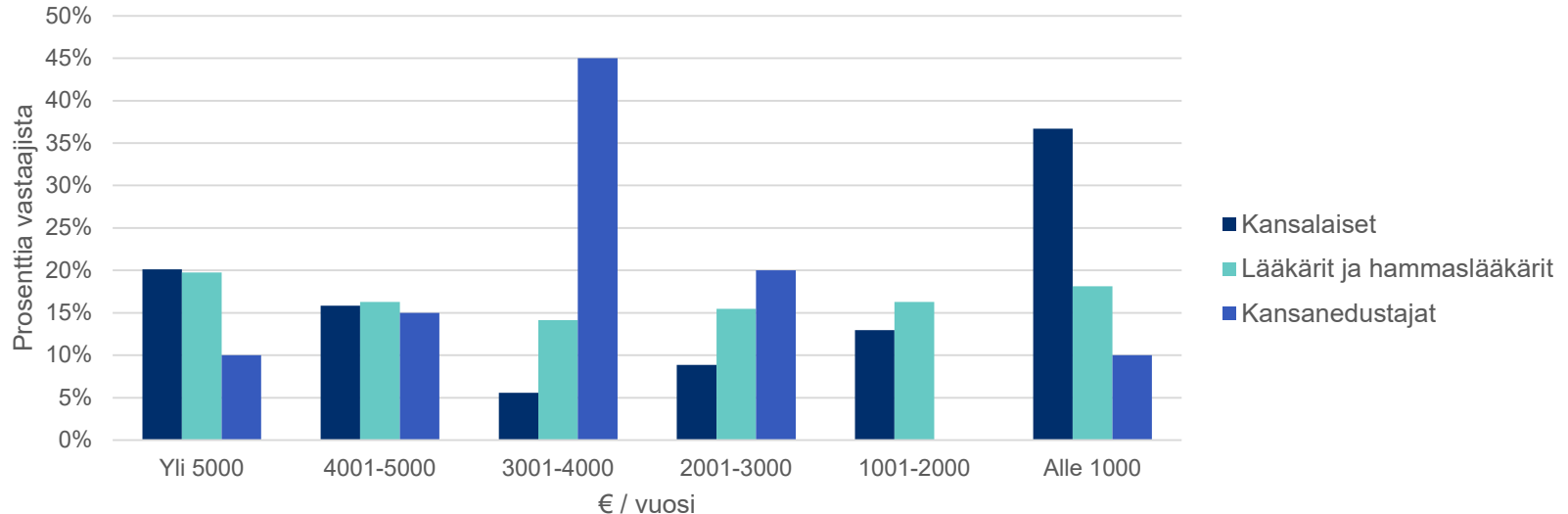
Kyselyn avoimet vastaukset on luokiteltu kymmeneen teemaan niiden sisältämien sanojen ja ilmaisujen perusteella (ks. esimerkkejä s. 10 ja puhekuplat tällä sivulla). Yksi vastaus on saatettu luokitella useampaan kuin yhteen teemaan. Lääkäreiden ja hammaslääkäreiden vastauksissa korostuivat muita enemmän muun muassa teemat palvelujärjestelmä, kustannukset ja kohdentaminen.

# Julkisen terveydenhuollon rahoitus

Kyselytutkimuksen tuloksia

Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminta  
Statsrådets utrednings- och forskningsverksamhet

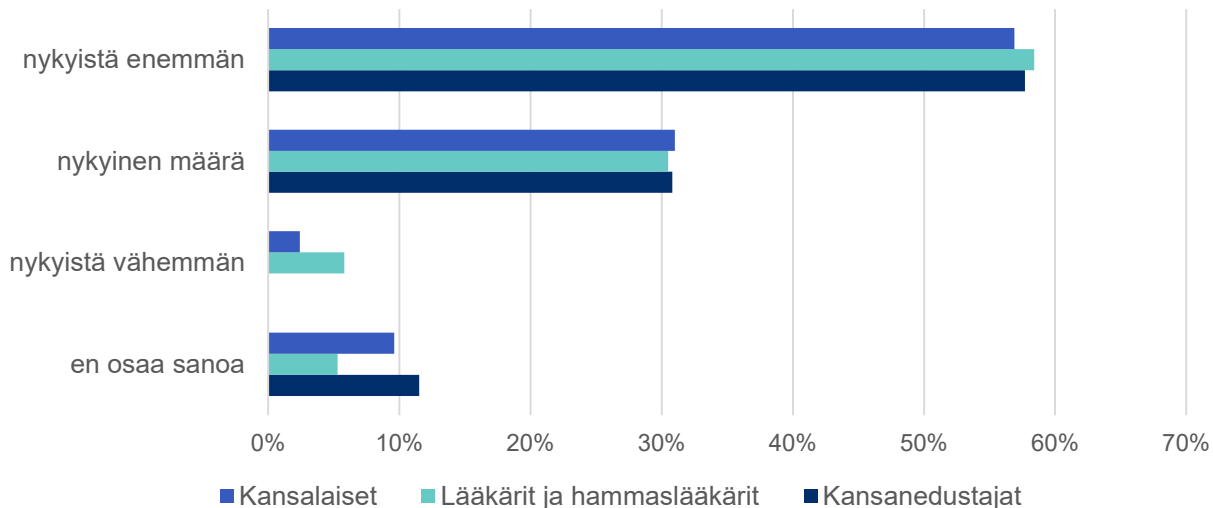
## Kuinka paljon yhden kansalaisen julkinen terveydenhuolto keskimäärin maksaa vuodessa? Anna oma arviosi.



Laskentatavasta riippuen oikea vastaus on 2000–4000 € vuodessa. Kansanedustajien vastauksista suurin osa oli oikeassa suuruusluokassa. Kansalaisten arviot olivat useimmin väärässä suuruusluokassa, yleensä kustannukset arvioitiin todellista pienemmiksi. Kansalaisilla vastaukset korreloivat hieman sukupuolen kanssa: naiset arvioivat kustannukset todellista suuremmiksi miehiä useammin.

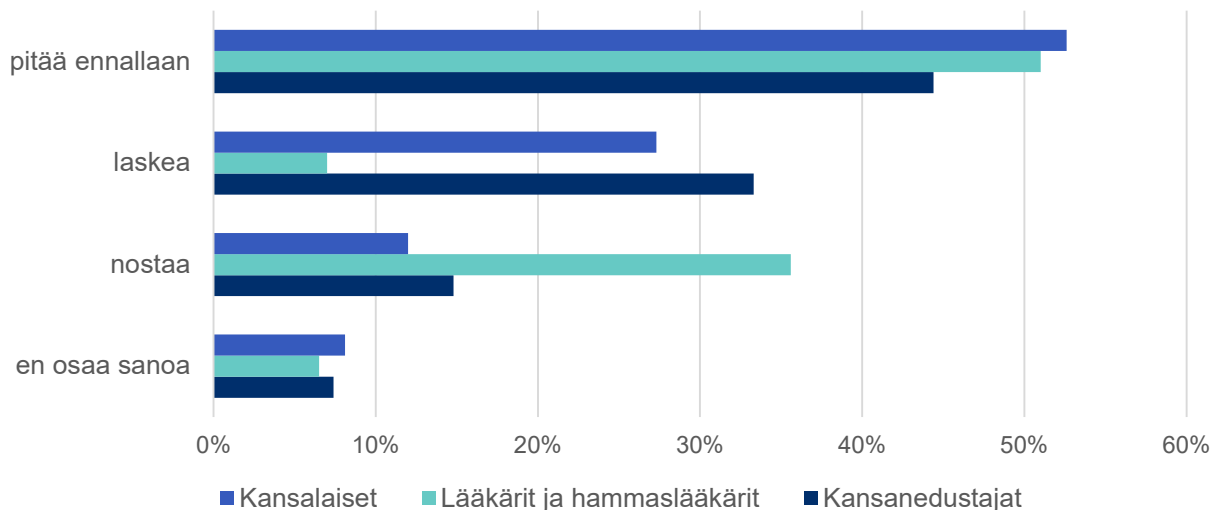


## Tulisiko verovaroja suunnata julkiseen terveydenhuoltoon



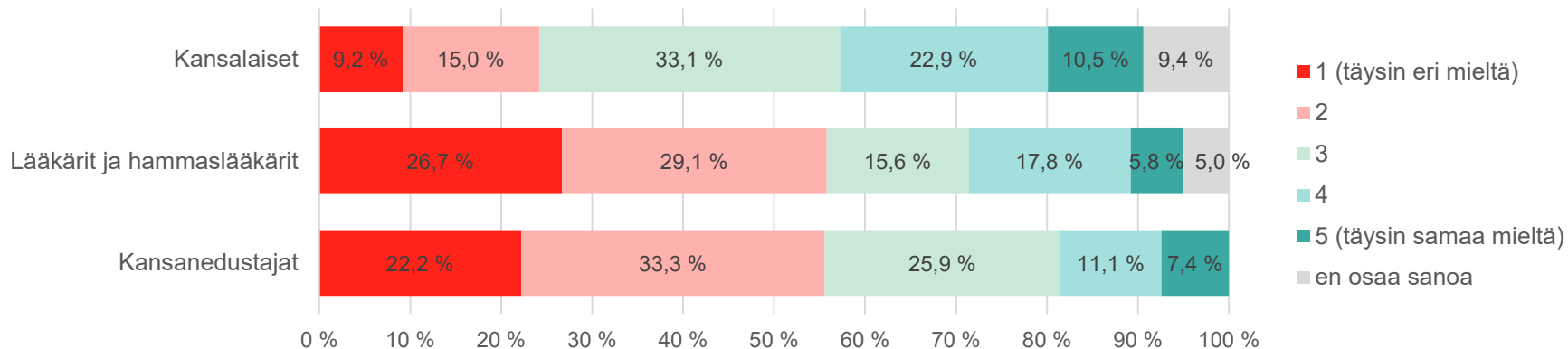
Kaikkien vastaajaryhmien enemmistön mielestä verovaroja tulisi suunnata julkiseen terveydenhuoltoon nykyistä enemmän. Tulokset olivat samansuuntaisia aiempien tutkimusten kanssa. Finsote 2020 -väestökyselyssä (Parikka ym. 2020) 98,5 prosenttia vastaajista vastasi joko nykyinen määrä tai nykyistä enemmän ja Aalto ym. (2016) -väestökyselyssä 96 prosenttia. Lääkäreiden ja hammaslääkäreiden vastaajaryhmässä väittämä korreloi taustamuuttujan Päätoimen työnantajasektori kanssa: yksityisellä sektorilla työskentelevät hammaslääkärit olivat halukkaimpia suuntaamaan vähemmän verovaroja julkiseen terveydenhuoltoon.

## Osa julkisen terveydenhuollon kuluista kerätään asiakasmaksuilla. Pitäisikö asiakasmaksuja



Kaikkien vastaajaryhmien keskuudessa eniten kannatusta sai asiakasmaksujen pitäminen ennallaan. Kansalaisista ja kansanedustajista moni haluaisi laskea asiakasmaksuja ja lääkäreistä ja hammaslääkäreistä puolestaan nostaa niitä. Väittäjä korreloi lääkäreiden ja hammaslääkäreiden päätoimen työnantajan kanssa: yksityisellä sektorilla työskentelevät hammaslääkärit olivat halukkaimpia nostamaan asiakasmaksuja.

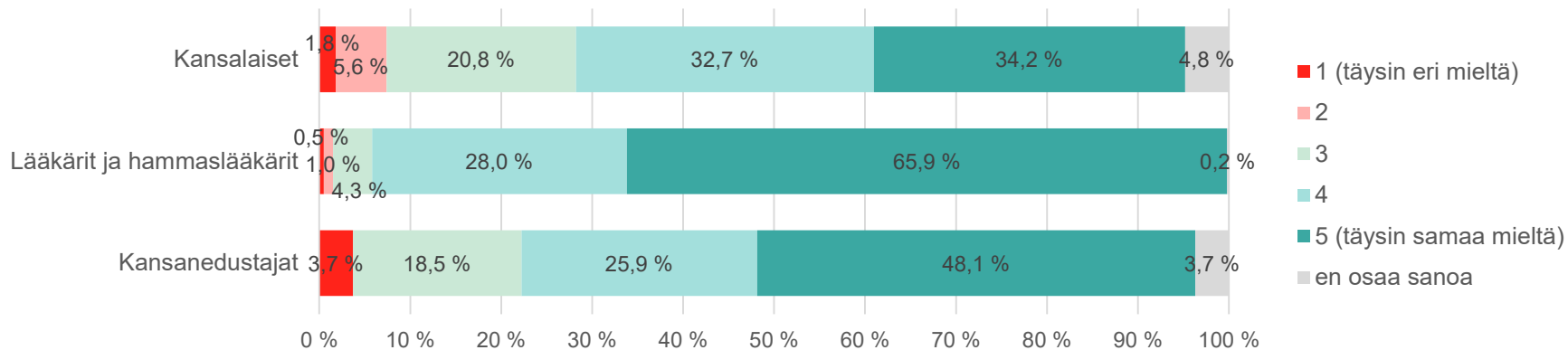
## Julkista terveydenhuoltoa varten voidaan ottaa lisää julkista velkaa



Kansalaiset olivat useammin samaa mieltä väittämän kanssa kuin lääkärit, hammaslääkärit ja kansanedustajat.

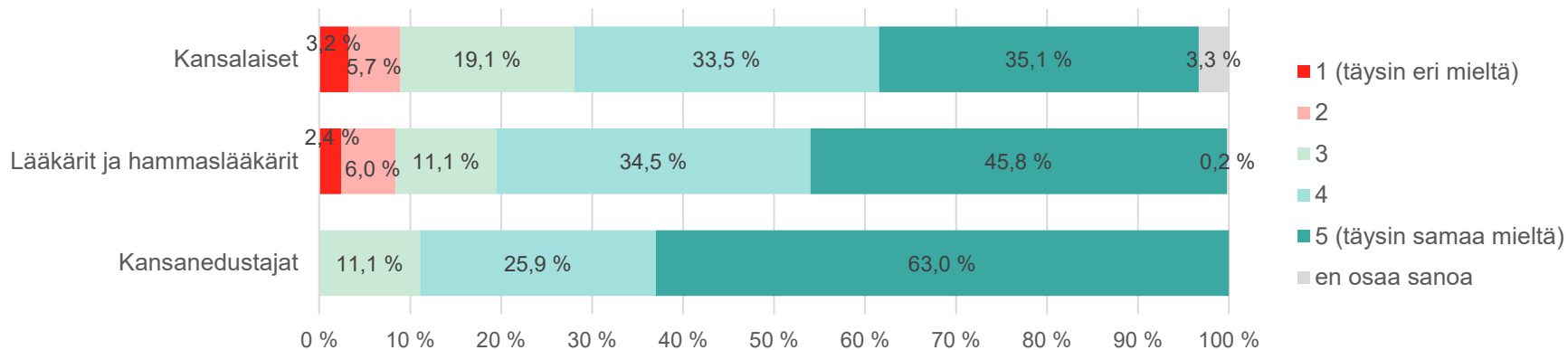
Lääkäreiden ja hammaslääkäreiden vastaajaryhmässä väittämä korreloi väittämän “Julkinen terveydenhuolto ei tarvitse lisää rahaa, vaan nykyiset rahat pitää käyttää paremmin” kanssa.

## Potilaiden pitäisi saada tietää terveystalouden todelliset hinnat



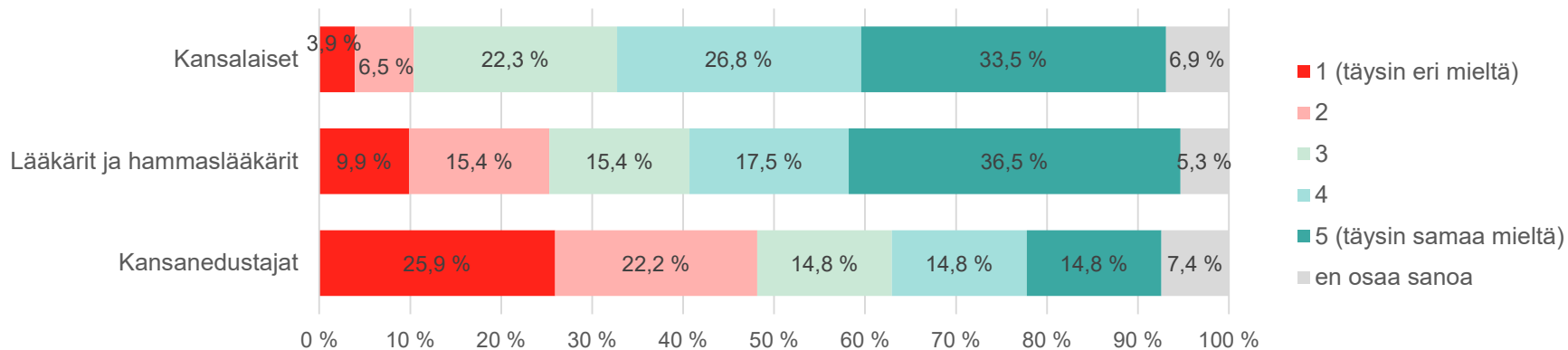
Kaikki vastaajaryhmät olivat väittämästä vahvasti samaa mieltä.

## Julkinen terveydenhuolto on hyvää vastinetta verorahoille



Kaikissa vastaajaryhmissä suurin osa vastaajista oli väittämän kanssa samaa mieltä. Yksikään vastanneista kansanedustajista ei ollut väittämän kanssa eri mieltä.

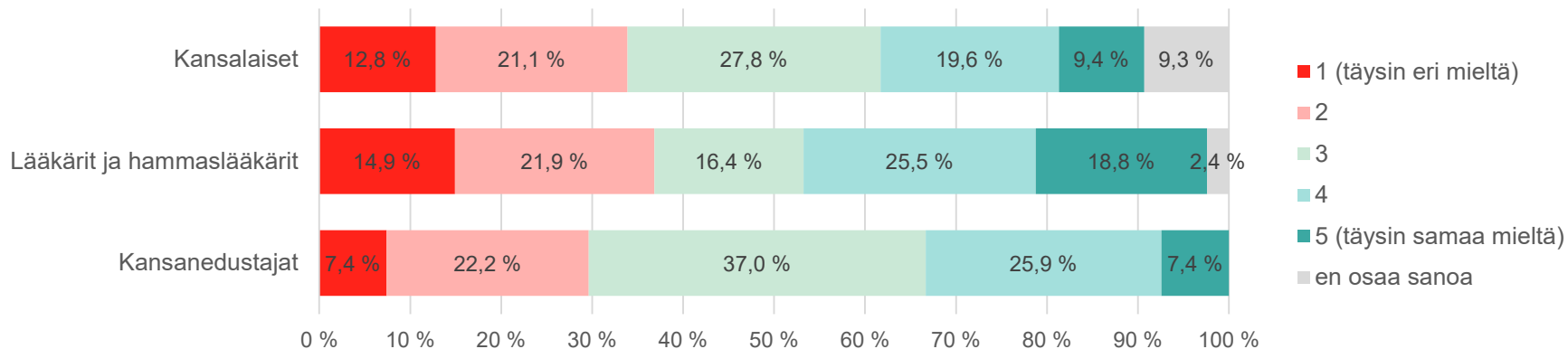
## Yksityisen terveydenhuollon Kela-korvauksen pitäisi olla suurempi



Kansanedustajien vastauksissa oli hajontaa ja he olivat muita vastaajaryhmiä useammin eri mieltä väittämän kanssa.

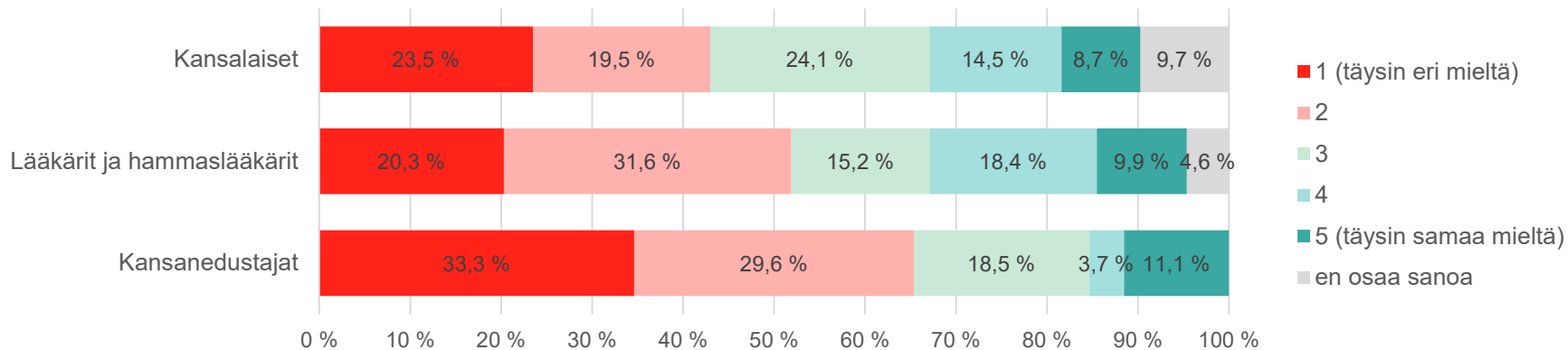
Kysymys korreloi lääkäreiden ja hammaslääkäreiden päätoimen työnantajan kanssa: yksityisellä sektorilla työskentelevät hammaslääkärit olivat halukkaimpia korottamaan Kela-korvausta.

## Julkinen terveydenhuolto ei tarvitse lisää rahaa, vaan nykyiset rahat pitää käyttää paremmin



Tämän väittämän kohdalla kaikkien vastaajaryhmien vastauksissa oli hajontaa. Kansalaisten vastaajaryhmässä oli vähiten väittämän kanssa samaa mieltä olevia.

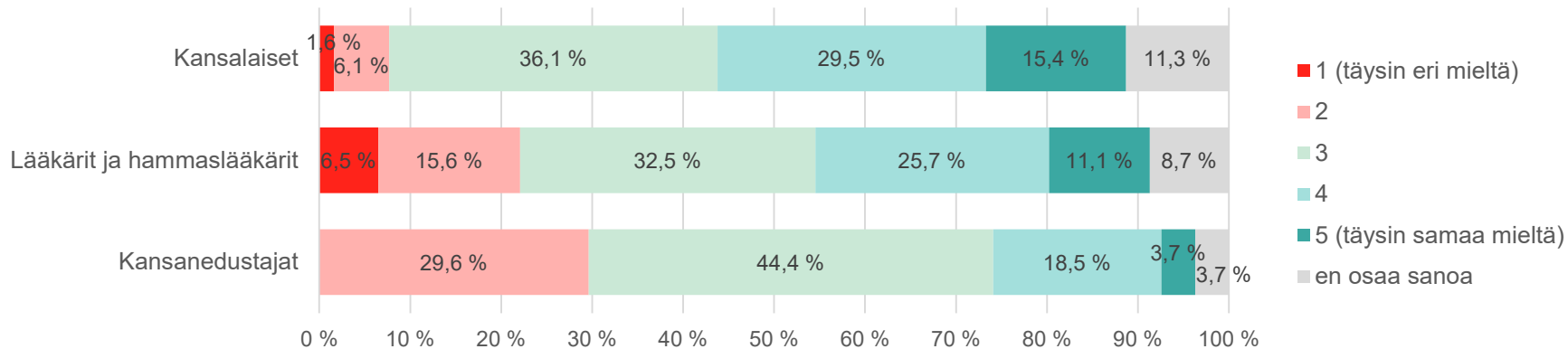
## Yksittäisen potilaan hoitojen kustannuksilla pitäisi olla yläraja



Kansanedustajat olivat tämän väittämän kanssa useammin eri mieltä kuin muut vastaajaryhmät, lääkärit ja hammaslääkärit puolestaan hieman muita useammin samaa mieltä.

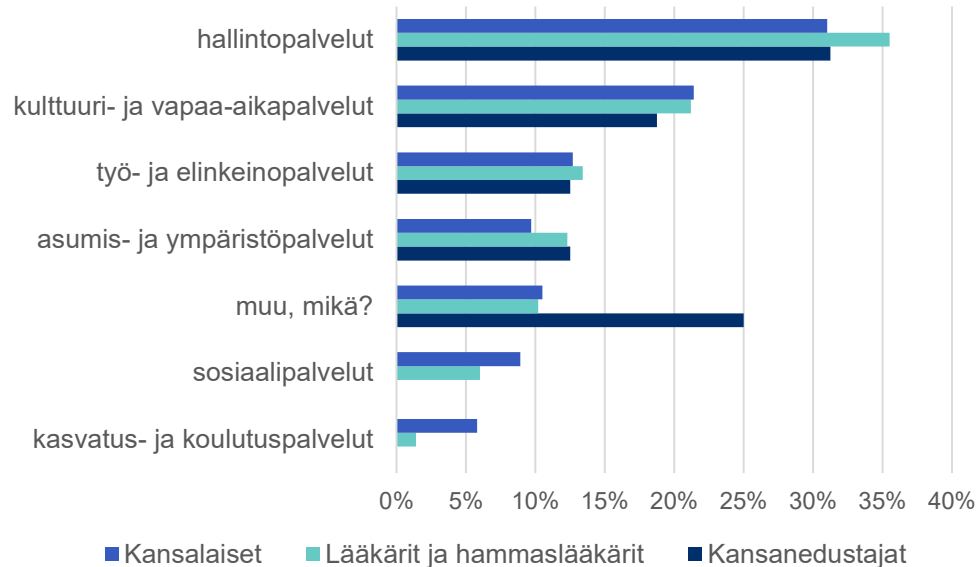


## Verorahoja pitäisi siirtää muista julkisista palveluista terveydenhuoltoon



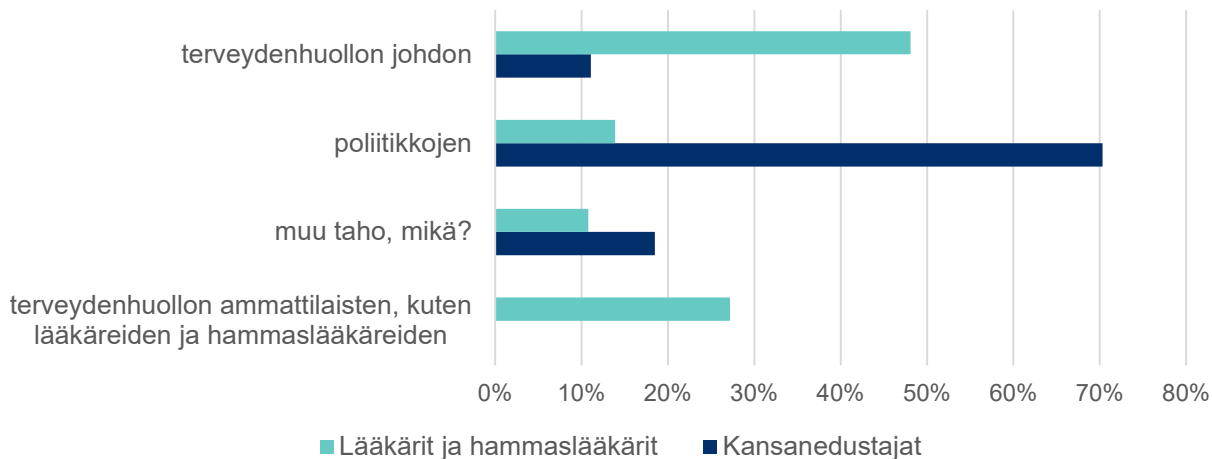
Kansalaiset olivat muita vastaajaryhmiä useammin väittämän kanssa samaa mieltä ja kansanedustajat eri mieltä.

## Mitkä seuraavista julkisista palveluista voisivat saada nykyistä vähemmän rahaa?



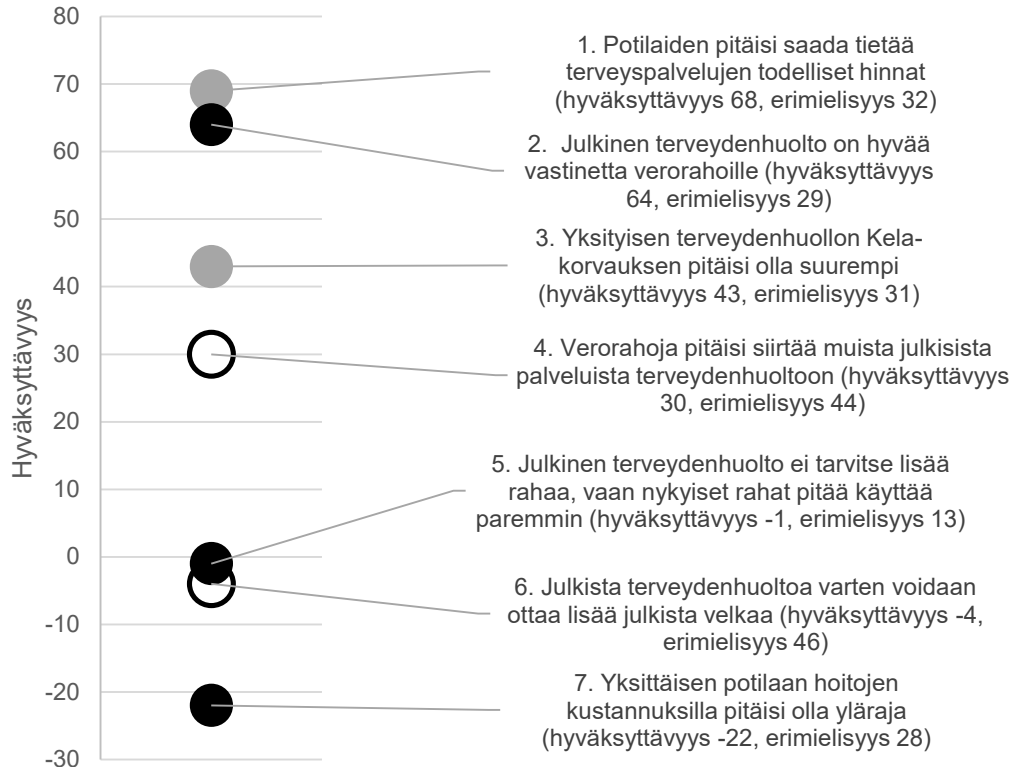
Kysymys kysyttiin niiltä vastaajilta, joiden mielestä verorahoja pitäisi siirtää muista julkisista palveluista terveydenhuoltoon. Muu, mikä -vaihtoehdossa eniten mainintoja saivat yritystuet, maahanmuutto, kehitysapu ja armeija.

## Kenen pitäisi päättää terveydenhuollon rahoituksen ja resurssien jakamisesta?



Lääkäreiden ja hammaslääkäreiden enemmistön mielestä terveydenhuollon johdon tai ammattilaisten pitäisi päättää rahoituksen ja resurssien jakamisesta ja kansanedustajien enemmistön mielestä poliitikkojen. Muu taho -vaihtoehdossa mainittiin useimmiten, että poliitikkojen ja terveydenhuollon johdon ja ammattilaisten pitäisi tehdä päätöksiä yhdessä. Kansalaisilta tätä kysymystä ei kysyty.

## Rahoitusta koskevien väittämien vertailu



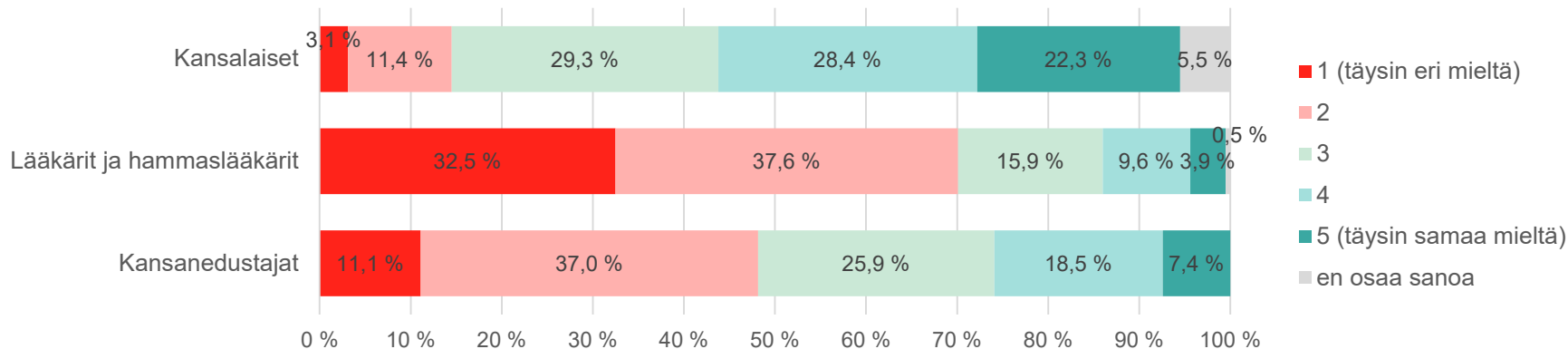
- Rahoitusta koskevat väittämät on pisteytetty, jotta niitä voidaan vertailla keskimääräisen hyväksyttävyyden mukaan
  - Samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä olevien prosenttiosuudesta on vähennetty eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä olevien prosenttiosuus, jolloin on saatu luku -100 ja 100 välillä (vrt. esim. Net Promoter Score)
- Datapisteen väri kertoo siitä, miten eri vastaajaryhmät (kansalaiset, lääkärit ja hammaslääkärit, kansanedustajat) vastasivat väittämään suhteessa toisiinsa
  - Vastaajaryhmien välistä erimielisyyttä kuvaa korkeimman ja matalimman pistemäärän välinen etäisyys
  - Musta: ryhmien välinen erimielisyys vähäisintä (etäisyys alle 30 pistettä)
  - Harmaa: ryhmien välinen erimielisyys keskitasoa (etäisyys 30–40 pistettä)
  - Valkoinen: ryhmien välinen erimielisyys suurinta (etäisyys yli 40 pistettä)

# Priorisointiperiaatteet

Kyselytutkimuksen tuloksia

Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminta  
Statsrådets utrednings- och forskningsverksamhet

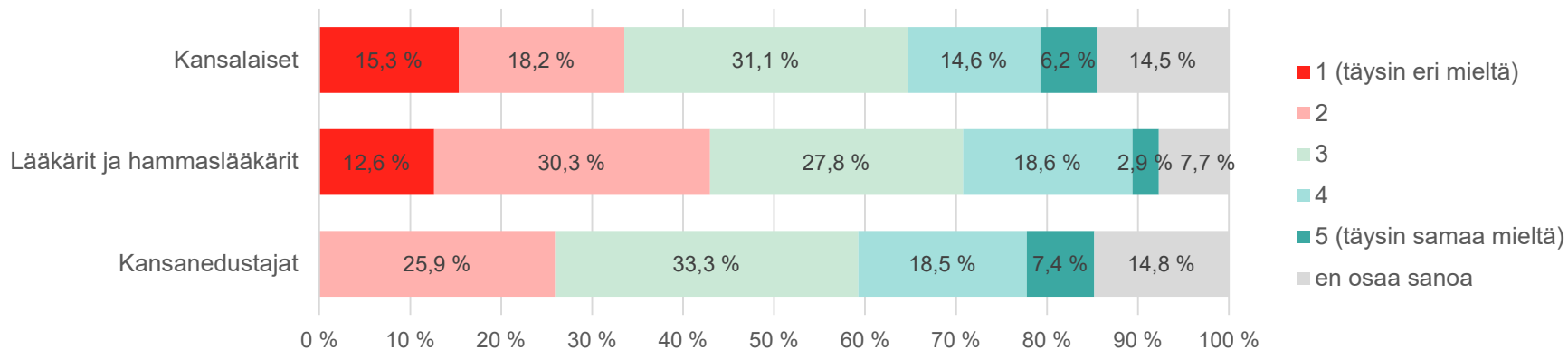
## Hoitojen priorisointi on mahdotonta, jokaista potilasta on autettava kaikin keinoin



Lääkärit, hammaslääkärit ja kansanedustajat olivat väittämän kanssa suurelta osin eri mieltä ja kansalaiset puolestaan samaa mieltä.

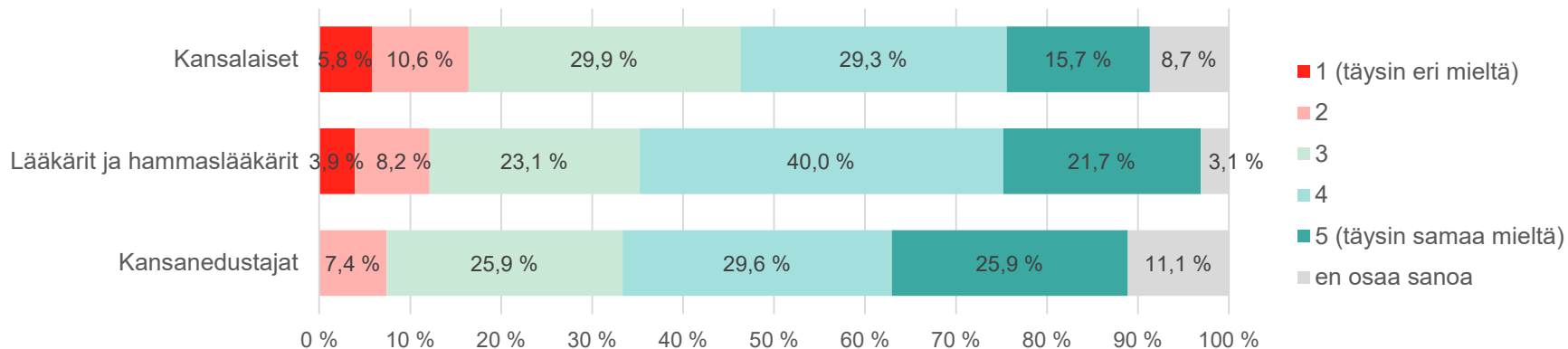
Kunnallissalan kehittämissäätiön väestötutkimuksessa (2016) 72 % vastaajista oli samaa mieltä väittämän kanssa (vastausten jakauma oli: täysin eri mieltä 4 %, jokseenkin eri mieltä 18 %, ei osaa sanoa 6 %, jokseenkin samaa mieltä 33 %, täysin samaa mieltä 39 %).

## Yhdelle vakavasti sairaalle potilaalle voidaan maksaa kallis lääkehoito, vaikka moni vähemmän sairas potilas jäisi sen takia ilman hoitoa



Lääkärit ja hammaslääkärit olivat useammin eri mieltä ja kansanedustajat puolestaan useammin samaa mieltä väittämän kanssa kuin muut vastaajaryhmät.

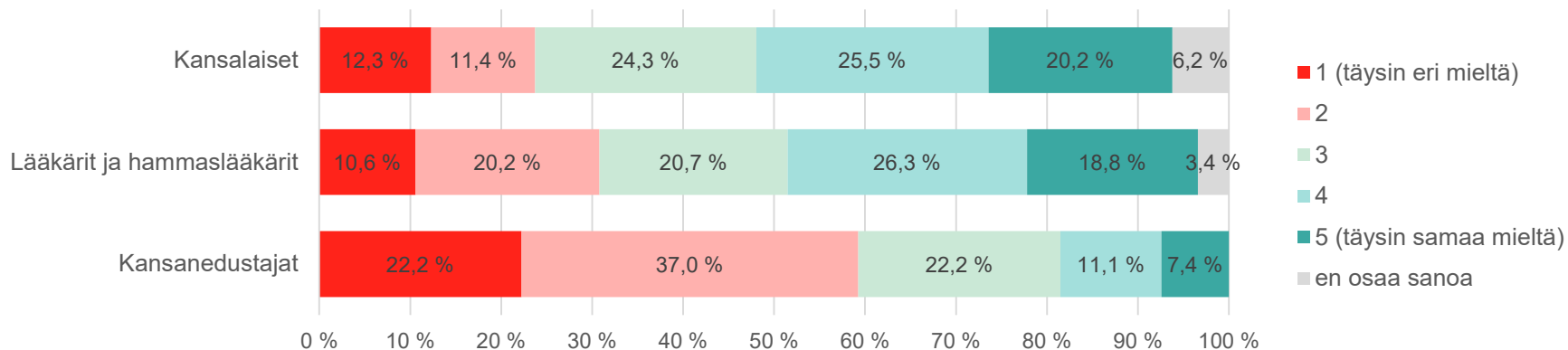
## Vakavasti sairastunut potilas pitää hoitaa, vaikka rahaa ei sen takia jäisi minun lievän vaivani hoitamiseen



Kaikki vastaajaryhmät olivat useammin samaa kuin eri mieltä väittämän kanssa, etenkin lääkärit ja hammaslääkärit.



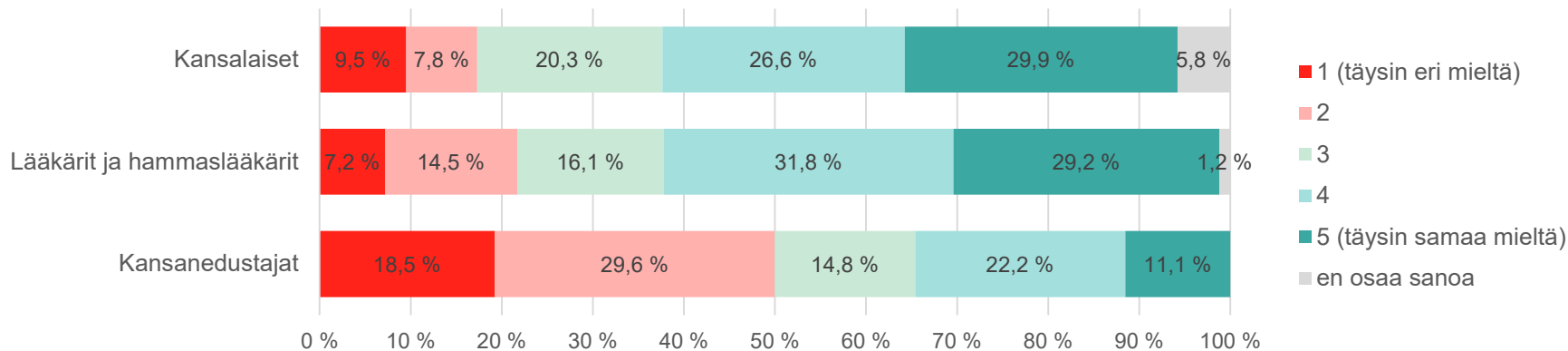
## Jos ihminen omalla toiminnallaan edistää sairauden kehittymistä (tupakoi, käyttää alkoholia, ottaa riskejä, ei noudata hoito-ohjeita), niin hänen pitäisi maksaa enemmän omasta hoidostaan



Kansanedustajat olivat väittämän kanssa muita vastaajaryhmiä useammin eri mieltä. Sosialidemokraattien, vihreiden ja vasemmistoliiton eduskuntaryhmien edustajat olivat eniten eri mieltä ja kansallisen kokoomuksen, keskustan ja perussuomalaisten edustajat eniten samaa mieltä.

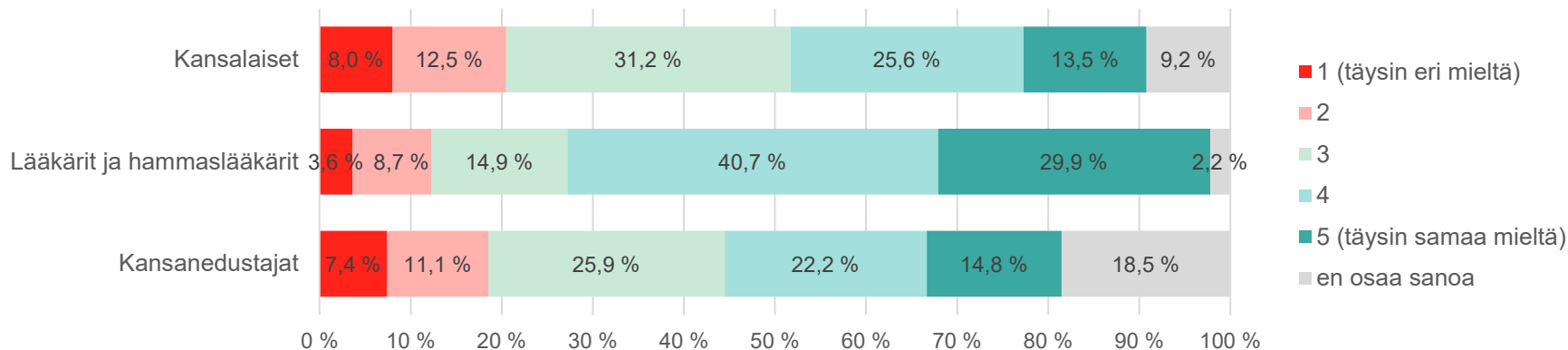
Kunnallissalan kehittämissäätiön väestötutkimuksessa (2016) näkemykset jakautuivat vahvemmin kahtia: 49 prosenttia vastaajista oli väittämän kanssa samaa mieltä ja 42 prosenttia eri mieltä.

## Jos ihminen periaatteesta kieltäytyy ennaltaehkäisevistä toimenpiteistä (ei mene tarjottuun tutkimukseen, ei ota rokotusta) ja tämän vuoksi sairastuu, niin hänen pitäisi maksaa enemmän omasta hoidostaan



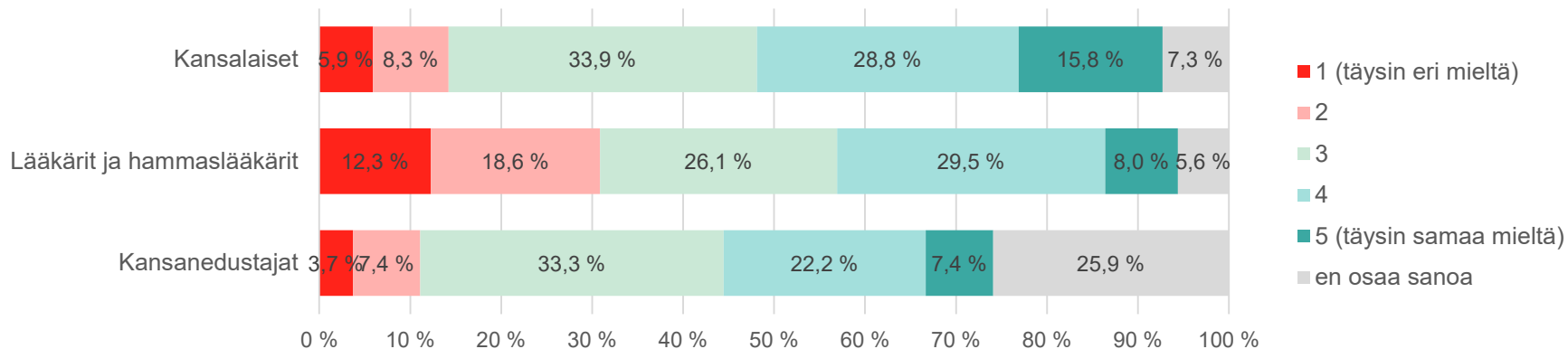
Kansanedustajat olivat väittämän kanssa muita vastaajaryhmiä useammin eri mieltä. Sosialidemokraattien, vihreiden ja vasemmistoliiton edustajat olivat eniten eri mieltä väittämän kanssa. Samaa mieltä olivat eniten kansallisen kokoomuksen edustajat ja lisäksi yksittäiset edustajat useista eri eduskuntaryhmistä.

## Ensimmäiseksi pitää hoitaa ne vakavasti sairaat ihmiset, joilla on edessä eniten terveitä elinvuosia



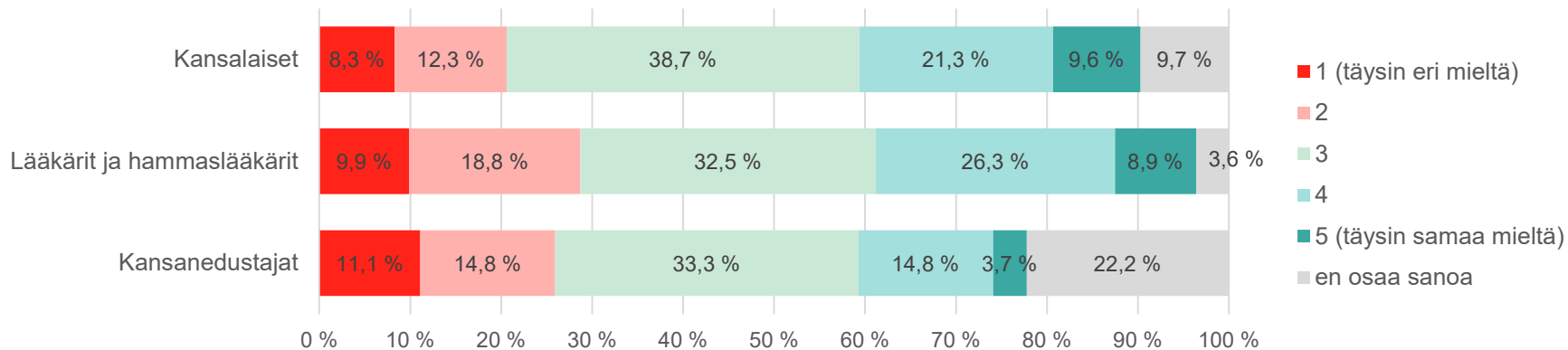
Lääkärit ja hammaslääkärit olivat muita vastaajaryhmiä useammin samaa mieltä väittämän kanssa.

## Ensimmäiseksi pitää hoitaa ne henkilöt, jotka pystyvät auttamaan muita (esimerkiksi sairaanhoitajat, pienten lasten vanhemmat)



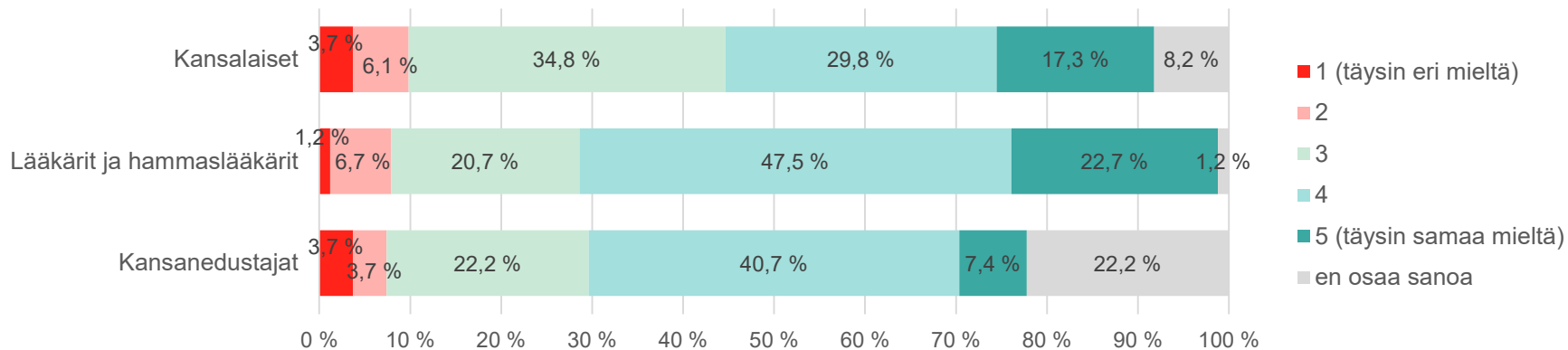
Lääkärit ja hammaslääkärit olivat useammin eri mieltä tämän väittämän kanssa kuin kansalaiset ja kansanedustajat. Yli puolet kansanedustajista ei ottanut väittämään kantaa.

## Ensimmäiseksi pitää hoitaa työssä käyvät vakavasti sairaat ihmiset



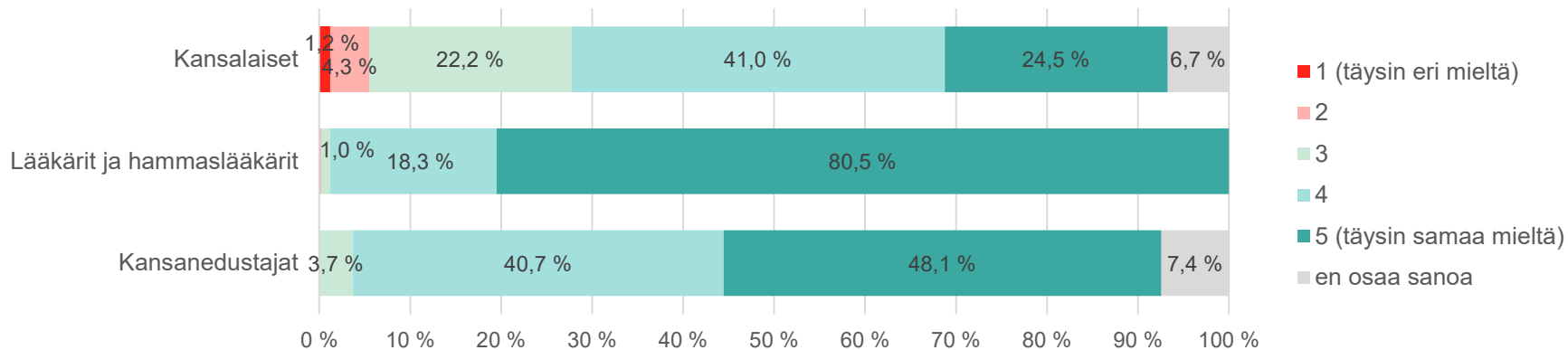
Väittämä jakoi mielipiteitä etenkin lääkäreiden ja hammaslääkäreiden vastaajaryhmässä, joiden joukosta löytyi sekä eniten samaa mieltä olevia että eniten eri mieltä olevia.

## Ensin pitää hoitaa ne vakavasti sairaat henkilöt, joiden toimintakyky säilyy hoidon ansiosta



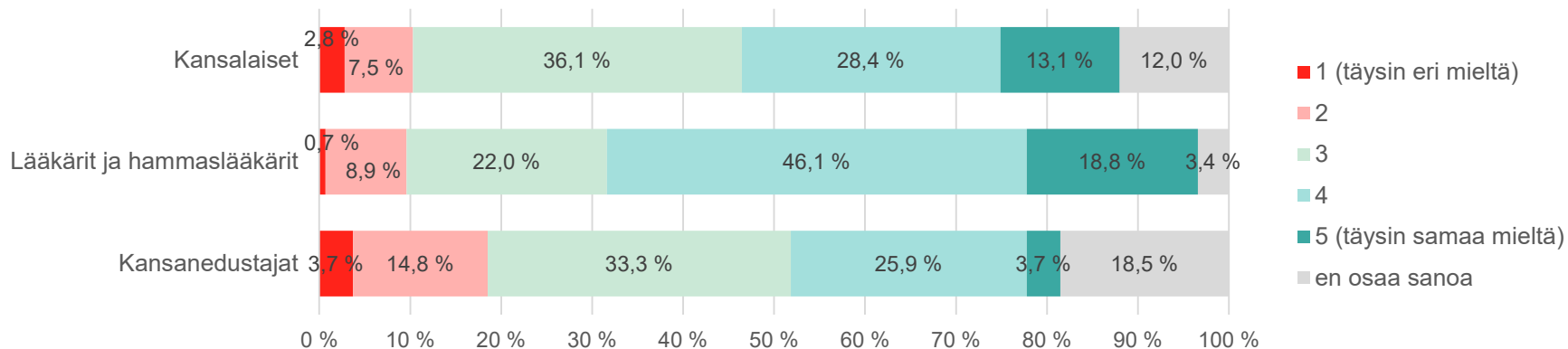
Kaikki vastaajaryhmät olivat väittämän kanssa useammin samaa kuin eri mieltä, eniten samaa mieltä olivat lääkärit ja hammaslääkärit.

## Terveysthuollossa pitää priorisoida sellaisia hoitoja, joiden tiedetään olevan hyödyllisiä potilaille



Kaikki vastaajaryhmät olivat väittämän kanssa vahvasti samaa mieltä, eniten lääkärit ja hammaslääkärit.

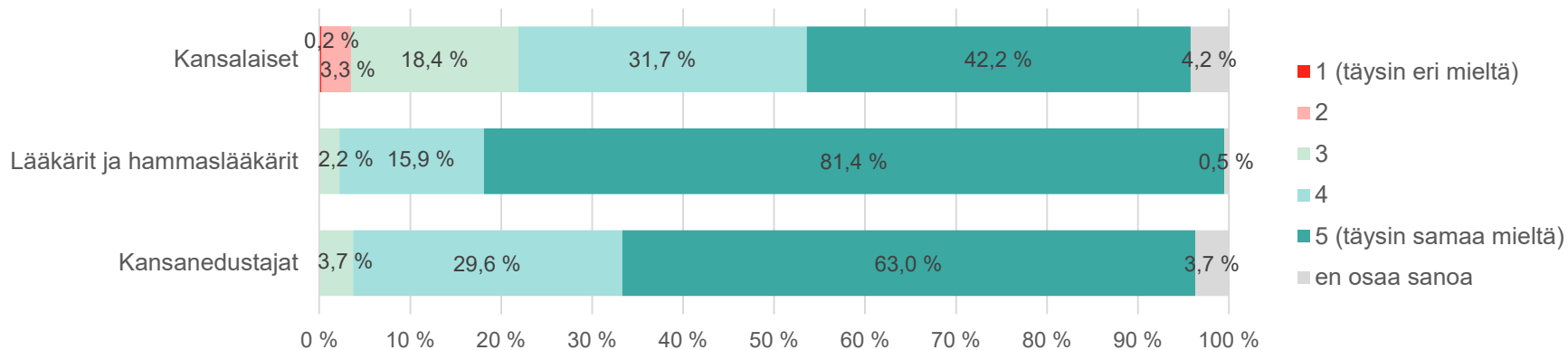
## Terveydenhuollon priorisoinnilla pitää pyrkiä parantamaan koko väestön terveyttä, vaikka rahaa ei tämän takia riittäisi yhden potilaan kalliiseen hoitoon



Lääkäreistä ja hammaslääkäreistä suurin osa oli samaa mieltä väittämän kanssa ja kansalaisistakin useampi oli samaa kuin eri mieltä. Kansanedustajien vastaajaryhmässä oli eniten niitä, jotka olivat väittämän kanssa eri mieltä.

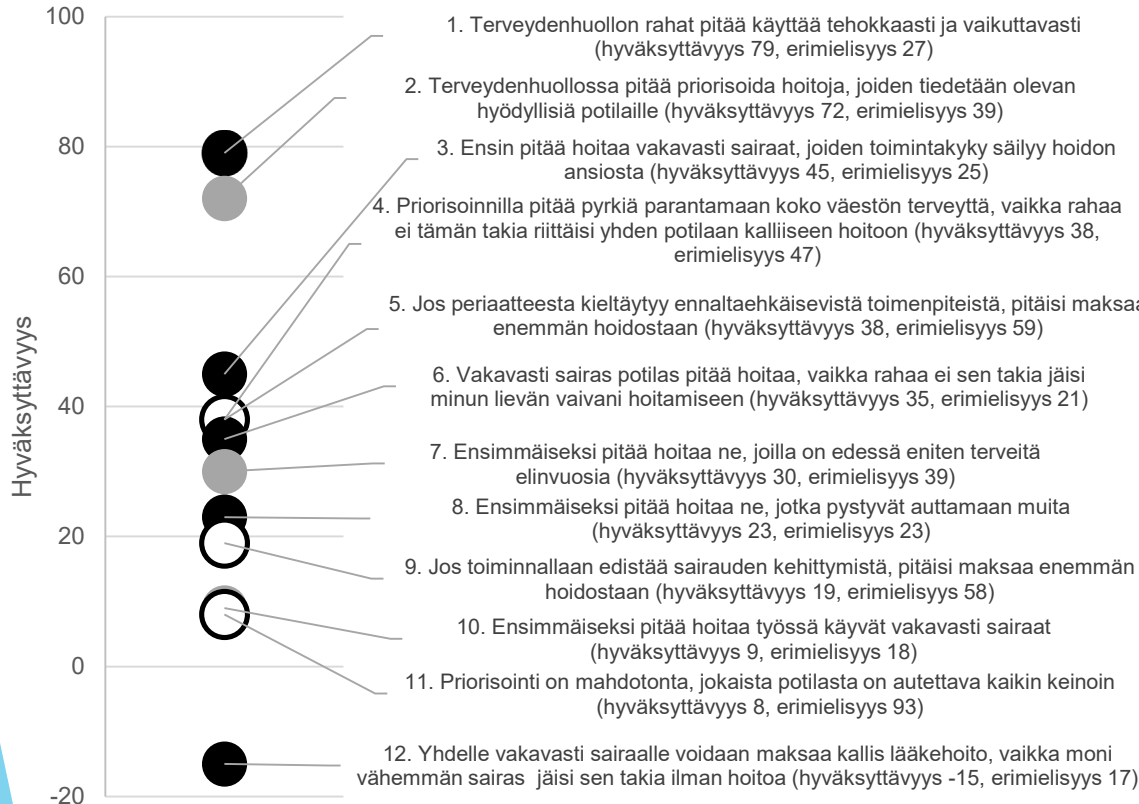


## Terveydenhuollon rahat pitää käyttää tehokkaasti ja vaikuttavasti



Kaikki vastaajaryhmät olivat väittämän kanssa vahvasti samaa mieltä.

## Priorisointiperiaatteiden hyväksyttävyyden vertailu



- Priorisointiperiaatteita koskevat väittämät on pisteytetty, jotta niitä voidaan vertailla keskimääräisen hyväksyttävyyden mukaan

- Samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä olevien prosentiosuudesta on vähennetty eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä olevien prosentiosuus, jolloin on saatu luku -100 ja 100 välillä (vrt. esim. Net Promoter Score)

- Datapisteen väri kertoo siitä, miten eri vastaajaryhmät (kansalaiset, lääkärit ja hammaslääkärit, kansanedustajat) vastasivat väittämään suhteessa toisiinsa

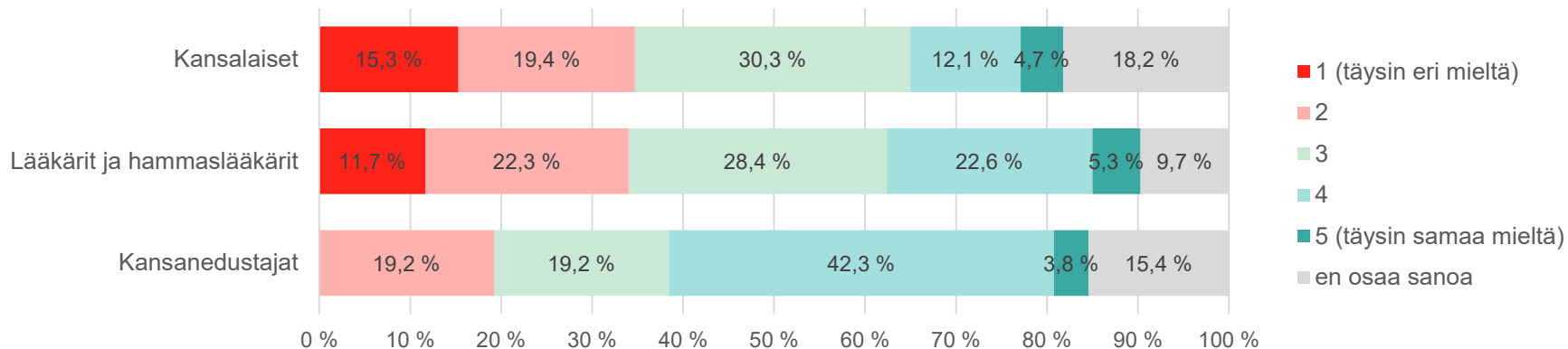
- Vastaajaryhmien välistä erimeriisyyttä kuvaa korkeimman ja matalimman pistemäärän välinen etäisyys

- Musta: ryhmien välinen erimeriisyyttä vähäisintä (etäisyys alle 30 pistettä)

- Harmaa: ryhmien välinen erimeriisyyttä keskitasoa (etäisyys 30–40 pistettä)

- Valkoinen: ryhmien välinen erimeriisyyttä suurinta (etäisyys yli 40 pistettä)

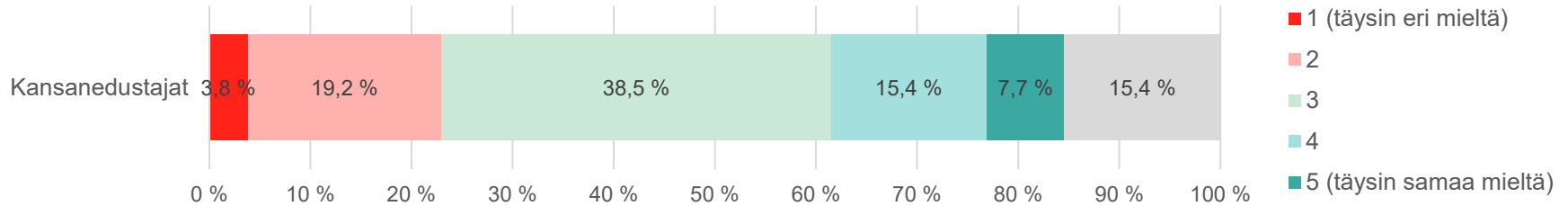
## Tiedän, millä periaatteilla terveyspalveluja priorisoidaan



Kansanedustajat olivat muita vastaajaryhmiä useammin väittämän kanssa samaa mieltä.

Ne kansanedustajat, jotka olivat väittämän kanssa samaa mieltä, olivat enimmäkseen eri mieltä väittämästä ”Hoitojen priorisointi on mahdotonta, jokaista potilasta on autettava kaikin keinoin”.

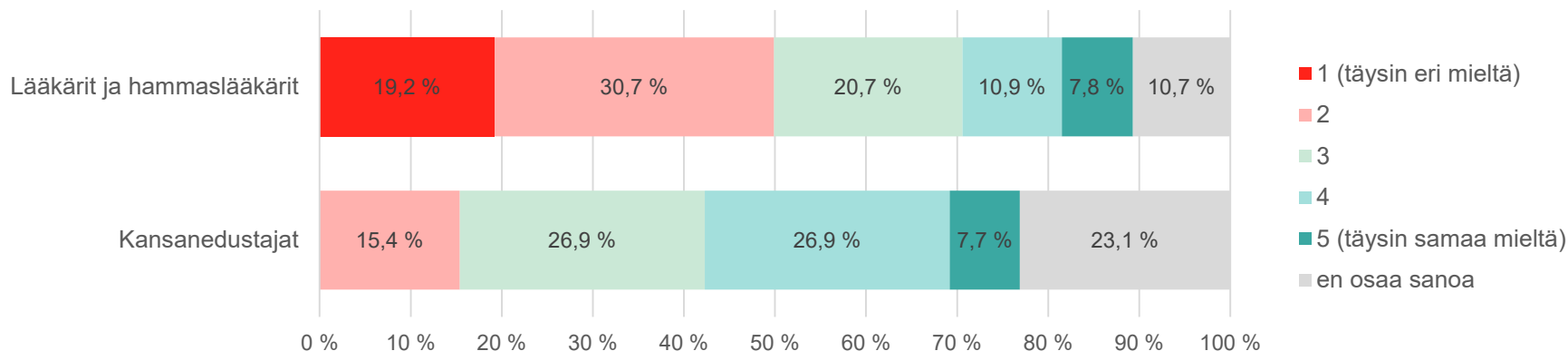
## Priorisoinnin periaatteista pitää päättää lainsäädännössä



Kansanedustajista suurin osa ei ottanut väittämään kantaa ja eri mieltä olevia oli suunnilleen yhtä monta kuin samaa mieltä olevia. Tätä väittämää ei kysytty muilta vastaajaryhmiltä.

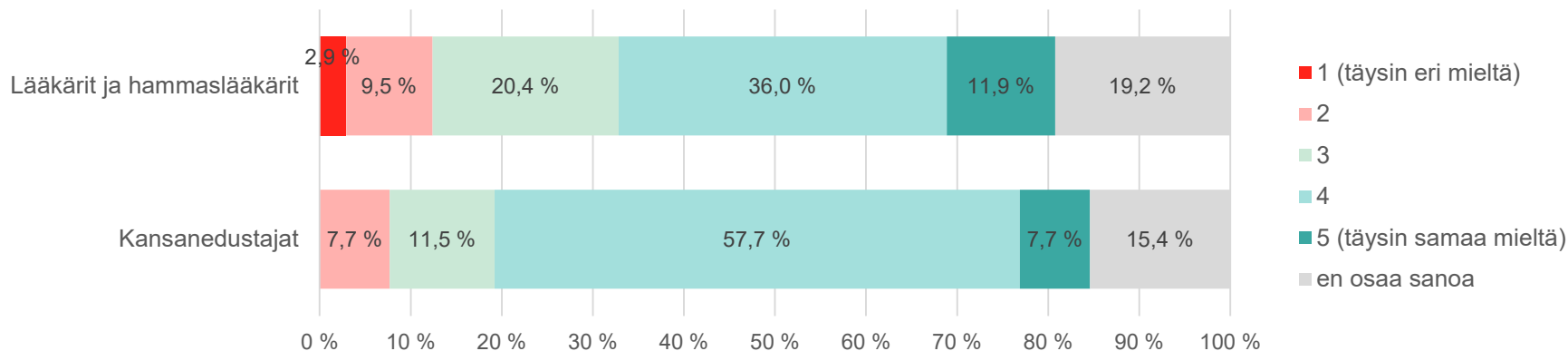
## Miten arvioisit nykyisin julkisessa terveydenhuollossa tapahtuvaa kansallista priorisointia seuraavista näkökulmista?

### a. Priorisointipäätökset ja niiden perusteet ovat julkisia.



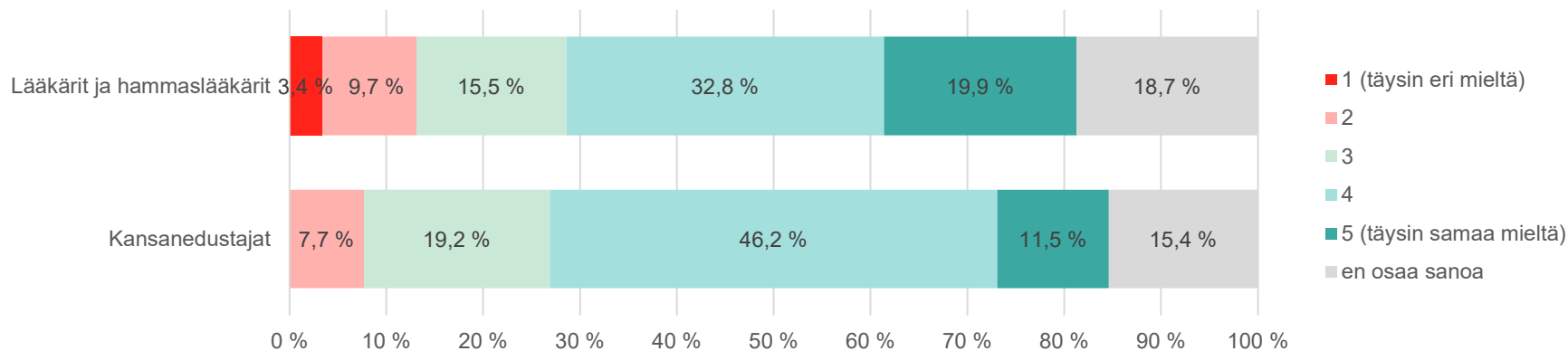
Lääkäreistä ja hammaslääkäreistä lähes puolet oli eri mieltä väittämän kanssa. Suurin osa kansanedustajista ei ottanut väittämään kantaa. Tämän kysymyksen väittämiä a.–d. ei kysytty kansalaisilta.

## b. Priorisointipäätökset tukeutuvat periaatteisiin, jotka ovat yleisesti hyväksyttäviä, järkeviä ja oikeudenmukaisia.



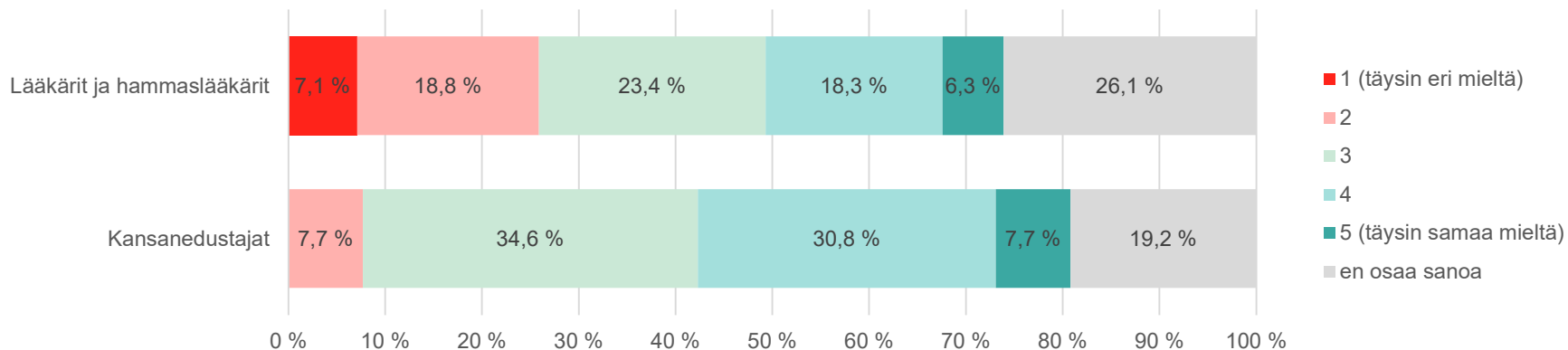
Suurin osa vastaajista oli samaa mieltä väittämän kanssa, kansanedustajat useammin kuin lääkärit ja hammaslääkärit.

## c. Priorisointipäätöksiä on mahdollista kyseenalaistaa ja mahdolliset virheelliset päätökset voidaan korjata esimerkiksi uuden tiedon perusteella.



Suurin osa vastaajista oli samaa mieltä väittämän kanssa. Lääkärit ja hammaslääkärit olivat kansanedustajia useammin eri mieltä.

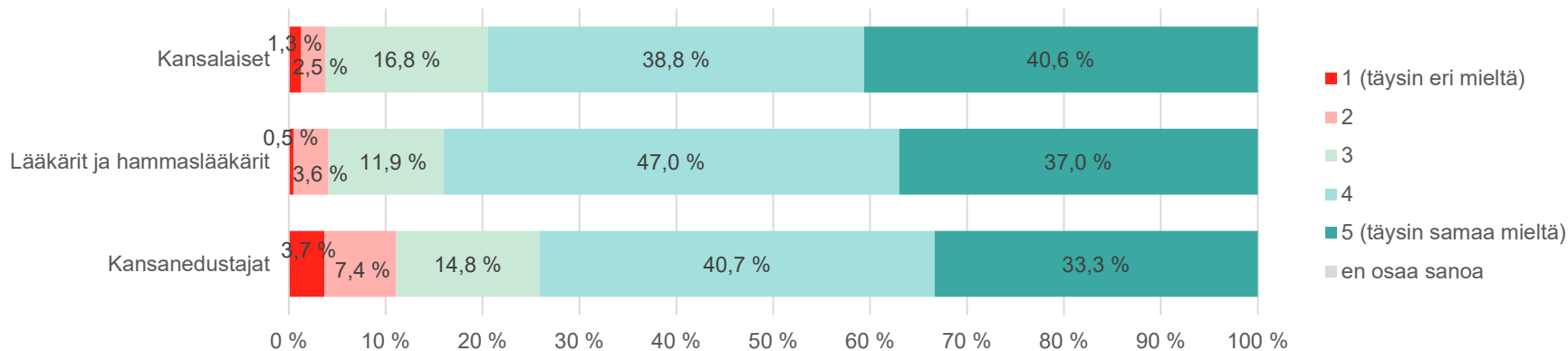
## d. Priorisointipäätösten tekemiseen on olemassa pelisäännöt ja niitä noudatetaan.



Väittämä jakoi mielipiteitä ja moni jätti ottamatta siihen kantaa. Lääkärit ja hammaslääkärit olivat kansanedustajia useammin eri mieltä.

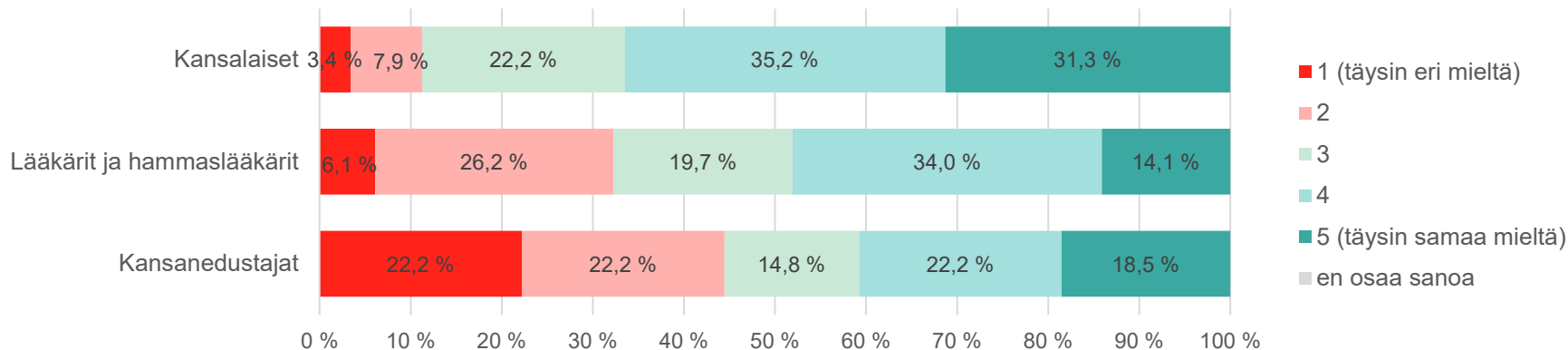


## Ymmärsin, mitä tämän kyselyn väittämät tarkoittivat



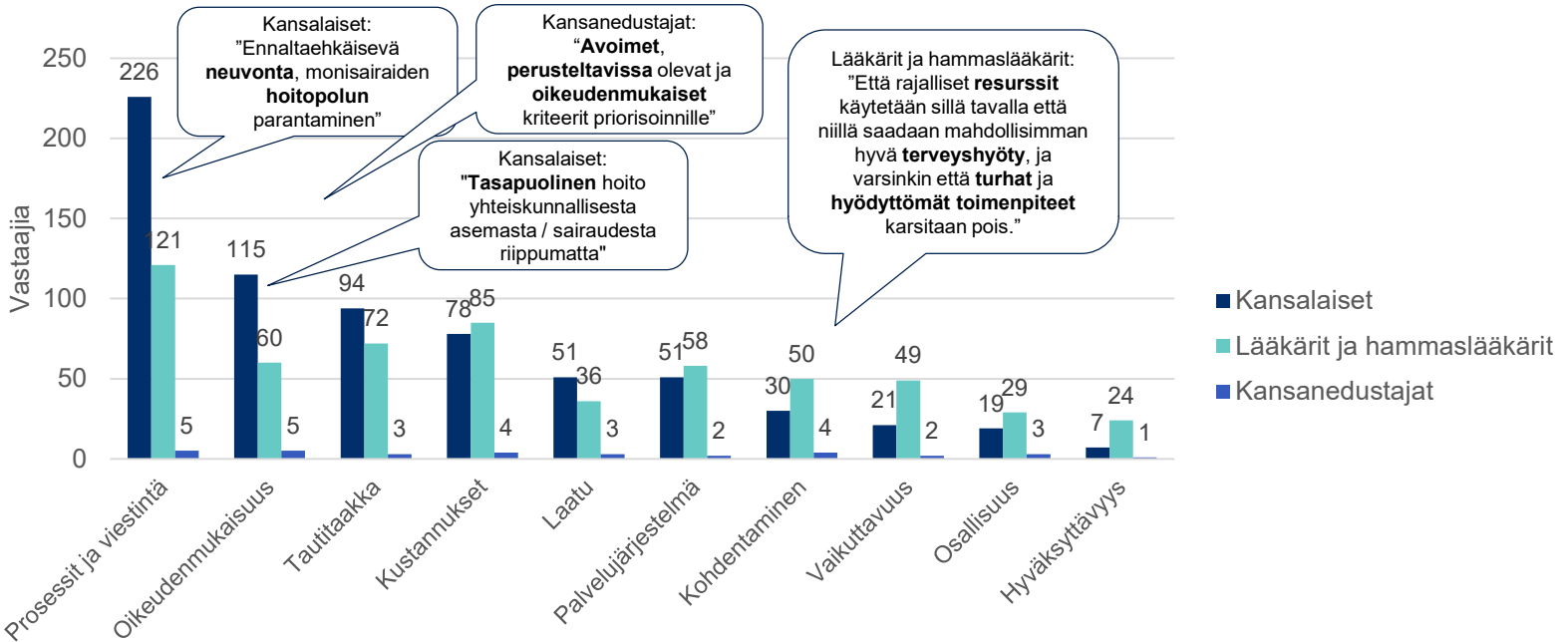
Suurin osa vastaajista oli väittämän kanssa samaa mieltä. Kansanedustajien vastaajaryhmässä oli suhteellisesti eniten eri mieltä olevia.

## Minun oli helppo vastata tämän kyselyn väittämiin



Kansalaisista kaksi kolmasosaa koki, että kyselyn väittämiin oli helppo vastata, lääkäreistä ja hammaslääkäreistä alle puolet. Kansanedustajista useampi koki vastaamisen vaikeaksi kuin helpoksi.

## Mikä terveydenhuollon priorisoinnissa on tärkeintä? Kerro omin sanoin.



Kyselyn avoimet vastaukset on luokiteltu kymmeneen teemaan niiden sisältämien sanojen ja ilmaisujen perusteella (ks. esimerkkejä s. 10 ja puheklupat tällä sivulla). Yksi vastaus on saatettu luokitella useampaan kuin yhteen teemaan. Lääkäreiden ja hammaslääkäreiden vastauksissa priorisointiin otettiin vastaajamääriin suhteutettuna eniten ja monipuolisimmin kantaa: vastauksissa korostuivat muita enemmän teemat kustannukset, palvelujärjestelmä, kohdentaminen, vaikuttavuus, osallisuus ja hyväksyttävyyys.

# **Terveydenhuollon priorisointikeskustelu sosiaalisessa mediassa**

Tekstianalyysin tuloksia

Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminta  
Statsrådets utrednings- och forskningsverksamhet



## Terveydenhuollon priorisointi sosiaalisen median keskusteluissa

Terveydenhuoltoaiheisia keskusteluja analysoitiin myös erityisesti priorisoinnin näkökulmasta. Tarkennettua analyysia varten koko aineistoa suodatettiin priorisointiin liittyvillä suomen- ja ruotsinkielisillä sanoilla (ks. s. 8). Priorisointi mainittiin näitä ilmaisuja käyttäen harvoin: vain noin 1,4 prosentissa koko aineistosta. Suhteellinen osuus terveydenhuoltoon liittyvästä keskustelusta pysyi vuodesta toiseen lähes samana. Alla olevista sanapilvistä ilmenee, että priorisointi liittyi hieman eri keskusteluaiheisiin eri vuosina. Tammikuussa 2020 yleisimpien aiheiden joukossa ovat muun muassa maksut ja raha, tammikuussa 2021 korona ja rokotteet, ja tammikuussa 2022 tarpeet ja resurssit.

Tammikuu 2020



Tammikuu 2021



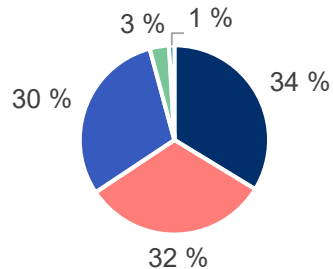
Tammikuu 2022



## Priorisointiperiaatteet eri aineistoissa

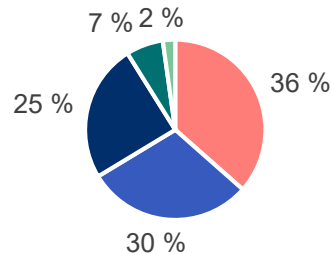
Priorisointikeskustelua analysoitiin myös periaatteiden näkökulmasta. Painotuserojen havainnollistamiseksi luvut on esitetty suhteellisina prosenttiosuuksina. Analyysia varten aineisto on rajattu priorisointia koskeviin kommentteihin ja niiden sisältö on teemoiteltu Etuman tekstianalyysillä. Kuvissa on periaatteisiin (Terwindt ym. 2016) pohjautuvien teemojen suhteellinen osuus eri aineistoissa. Kustannukset puhuttivat sosiaalisessa mediassa ja lääkäreiden ja ammattilaisten kyselyissä eniten. Väestökyselyssä eniten puhutti oikeudenmukaisuus ja kustannukset oli vasta kolmanneksi yleisin teema. Lääkärit ja hammaslääkärit mainitsivat eri priorisointiperiaatteita monipuolisemmin ja esimerkiksi vaikuttavuus esiintyi heidän vastauksissaan selvästi useammin kuin kansalaisilla.

Sosiaalinen media 2019–2022



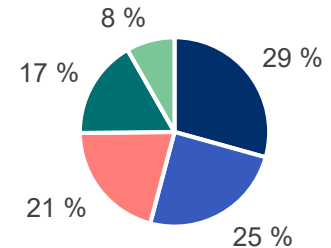
- Kustannukset
- Tautitaakka
- Vaikuttavuus
- Oikeudenmukaisuus
- Hyväksyttävyyys

Väestökysely 2022



- Oikeudenmukaisuus
- Tautitaakka
- Kustannukset
- Vaikuttavuus
- Hyväksyttävyyys

Lääkäreiden ja hammaslääkäreiden kysely 2022

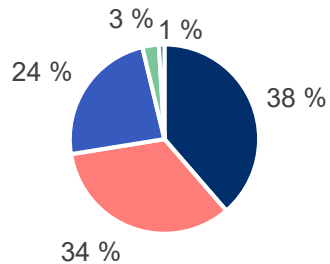


- Kustannukset
- Tautitaakka
- Oikeudenmukaisuus
- Vaikuttavuus
- Hyväksyttävyyys

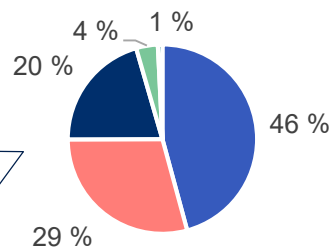
## Priorisointiperiaatteet sosiaalisessa mediassa eri aikoina

Kuvassa on priorisointiperiaatteisiin pohjautuvien viiden teeman esiintyminen sosiaalisessa mediassa tammikuussa 2020, 2021 ja 2022. Painotuserojen havainnollistamiseksi luvut on esitetty suhteellisina prosenttiosuuksina. Analyysia varten aineisto on rajattu priorisointia koskeviin kommentteihin ja niiden sisältö on teemoiteltu Etuman tekstianalyysillä. Keskustelu painottuu melko samalla tavalla vuosittain teemojen oikeudenmukaisuus, vaikuttavuus ja hyväksyttävyyys osalta. Vuoden 2021 aineistossa COVID-19-pandemia on selvästi puhutuin aihe, jolloin tautitaakka mainitaan priorisointikeskustelussa huomattavan paljon muita vuosia useammin ja kustannukset puolestaan selvästi harvemmin.

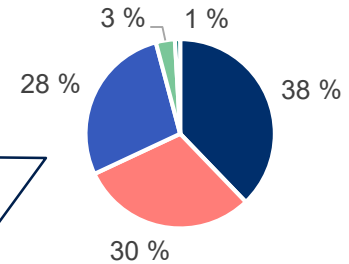
Tammikuu 2020



Tammikuu 2021



Tammikuu 2022



- Kustannukset
- Tautitaakka
- Vaikuttavuus

- Oikeudenmukaisuus
- Hyväksyttävyyys

- Tautitaakka
- Kustannukset
- Vaikuttavuus

- Oikeudenmukaisuus
- Hyväksyttävyyys

- Kustannukset
- Tautitaakka
- Vaikuttavuus

- Oikeudenmukaisuus
- Hyväksyttävyyys



Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminta  
Statsrådets utrednings- och forskningsverksamhet

# TERPPA

## Liite: Asennekartoituksen tuloksia

Lisätietoja:

[ilona.kousa@etuma.com](mailto:ilona.kousa@etuma.com),  
[paulus.torkki@helsinki.fi](mailto:paulus.torkki@helsinki.fi)



tietokayttoon.fi

---

ISBN PDF 978-952-383-397-5  
ISSN PDF 2342-6799