

Juliaana Nauha

TERVEYDENHUOLLON PRIORISOINTI

Päätöksenteko makrotasolla

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Kandidaatin tutkielma
Marraskuu 2019

TIIVISTELMÄ

Juliaana Nauha: Terveydenhuollon priorisointi – päätöksenteko makrotasolla
Kandidaatin tutkielma
Tampereen yliopisto
Terveystieteiden tutkinto-ohjelma
Marraskuu 2019

Terveydenhuollon priorisointi, eli terveyspalveluiden ensisijaistaminen tai tärkeysjärjestykseen asettaminen, on viime vuosina noussut terveystieteiden keskiöön. Kasvavat terveystarpeet ja rajallisten resurssit edellyttävät valintoja terveyspalveluista vastaavilta tahoilta. Muun muassa ikääntyvä väestö ja medikalisaatio kasvattavat terveyspalveluiden kysyntää. Yhteiskunnat ovat haasteen edessä tehdessään valintoja siitä, kenelle ja millä laajuudella julkisesti tuotettuja terveyspalveluita tarjotaan.

Tämän kandidaatin tutkielman tarkoituksena on tuottaa tietoa terveydenhuollon priorisoinnista. Terveydenhuollon priorisointia tarkastellaan makrotason eli yhteiskuntatason päätöksenteon näkökulmasta. Tavoitteena on tuottaa ajankohtainen kokonaiskuva terveydenhuollon priorisoinnista sekä niistä menetelmistä ja käytännöistä, joilla terveydenhuollon priorisointia toteutetaan yhteiskuntatasolla.

Terveydenhuollon priorisointi on toimintana haastavaa, sillä päätöksillä pyritään sekä oikeudenmukaisuuteen että niukkojen resurssien hallintaan. Priorisointi vaatii tuekseen niin näyttöön perustuvaa tietoa kuin eettistä ja yhteiskunnallista keskustelua. Päätöksenteolle asetetaan yleensä priorisointia ohjaavat kriteerit, jotka koskevat niin terveyspalveluiden tarvetta, hoidosta hyötymistä, kustannusvaikuttavuutta kuin eettisyyttäkin. Jotta eri näkökulmat tulisivat huomioiduksi päätöksenteossa, makrotason priorisointiin osallistuu eri toimijoita, kuten lääketieteen asiantuntijoita, poliittisia päätöksentekijöitä ja kansalaisia. Oikeutettujen ja yhdenvertaisten priorisointipäätösten saavuttaminen onnistuu parhaiten, mikäli priorisointia toteutetaan avoimesti systemaattisen ja perustellun prosessin tuloksena.

Viime vuosien kehityssuuntana onkin ollut erilaisten avoimien ja systemaattisten priorisointimenetelmien käyttöönotto. Niiden tarkoituksena on ohjata päätöksentekoa. Yleisesti käytössä olevia menetelmiä ovat taloudellinen ja terveydenhuollon menetelmien arviointi, oikeudenmukaisuuteen keskittyvä legitiimi priorisointiprosessi sekä monikriteeriset päätöksenteon menetelmät. Menetelmien käyttöönotto vaatii riittävää osaamista, aikaa ja resursseja sekä poliittisen tahtotilan. Menetelmien hyödyntämisessä on lisäksi huomioitava, ettei mikään yksittäinen menetelmä tarjoa automaattisesti vastauksia vaikeisiin priorisointikysymyksiin. Paikalliset olosuhteetkin tulee huomioida menetelmän valinnassa.

Eri maissa makrotason priorisointia toteutetaan eri tavoin. Käytännöt vaihtelevat muun muassa sen mukaan, kuinka vahvasti kansalaisia on osallistettu priorisointiin tai kuinka sitovia priorisointia koskevat päätökset ovat. Jossain maissa priorisointipäätöksiä tehdään niistä vastaavissa instituutioissa. Suomessa terveydenhuollon priorisointi on ollut melko hajallaan ja päätökset on tehty tyypillisesti piilotetusti esimerkiksi rahavirtoja ohjaamalla. Edistysaskeliakin on otettu ja Suomeen on perustettu Palveluvalikoimaneuvosto, joka vastaa julkisin varoin tuotettujen palveluiden seurannasta ja arvioinnista. Tulevaisuudessa voitaisiin selvittää, miten avointa priorisointia tulisi kehittää Suomessa sekä miten eri priorisointimenetelmät soveltuvat suomalaiseen järjestelmään.

Avainsanat: priorisointi, terveydenhuolto, päätöksenteko, priorisointiprosessi

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla.

Sisällysluettelo

1 Johdanto	1
2 Terveysthuollon priorisointi	3
2.1. Priorisoinnin käsite	3
2.2. Priorisoinnin tausta, tavoite ja tasot	4
3 Puitteet priorisoinnin toteuttamiselle	7
3.1. Avoin ja piilotettu päätöksenteko	7
3.2. Priorisointia ohjaavat tekijät	8
3.3. Priorisointiin osallistuvat tahot	10
4 Priorisointipäätökset makrotasolla	14
4.1. Lähestymistapoja terveydenhuollon priorisointiin	14
4.2. Lähestymistapojen käytännön soveltaminen	17
4.3. Terveysthuollon priorisoinnin käytännöt ja kriteerit eri maissa	19
5 Pohdinta	24
Lähdeluettelo	28

1 Johdanto

Terveyspalvelujärjestelmien kestävyys on haasteiden edessä kasvavien palvelutarpeiden, kehittyvän lääketieteen ja niukkojen resurssien vuoksi (Weale ym. 2016). Terveysterveystarpeiden resursseista joudutaankin tekemään valintoja kilpailevien intressien välillä eli priorisoimaan (Klein 2010, 389). Valinnat eivät ole ainoastaan resurssikysymyksiä, vaan kysymys on myös arvovalinnoista (Lammintakanen 2013, 271). Maat ympäri maailmaa kohtaavat saman tilanteen, minkä vuoksi terveydenhuollon priorisointi on nostettu terveystarpeiden keskiöön (Weale ym. 2016). Priorisoinnin voidaankin katsoa olevan itsessään terveystarpeiden politiikkaa eikä vain osa sitä (Lammintakanen, Kinnunen & Kylmä 2006).

Priorisoinnin tavoitteena on asettaa terveyspalvelut tai terveydenhuollon asiakkaat tärkeysjärjestykseen (Lammintakanen 2013, 270; Lammintakanen ym. 2006). Pyrkimys on tuottaa mahdollisimman paljon terveyttä jakamalla resurssit järkevästi ja oikeudenmukaisesti (Vuorenkoski & Kaila 2010). Priorisointia tapahtuu terveydenhuollon kaikilla tasoilla, aina kansallisista päätöksistä yksittäistä potilasta koskeviin päätöksiin. Makrotason priorisoinnilla tarkoitetaan resurssien jakoa esimerkiksi yhteiskuntalohkojen, potilasryhmien ja hoitojärjestelmien välillä. (Saijonkari, Mäkelä & Booth 2017, 4.)

Kun päätökset tehdään systemaattisesti ja perustellen, voidaan puhua avoimesta priorisoinnista. Suomalaisen terveyspalvelujärjestelmän haasteena on, ettei priorisointia tehdä riittävän avoimesti ja koordinoitusti yhteisiin periaatteisiin nojaten (Lammintakanen 2013, 271–272). Vaikka tietoisuus terveydenhuollon priorisoinnin välttämättömyydestä on kasvanut, on priorisoinnin esiin nostaminen edelleen ajankohtaista, jotta priorisoinnista käytävä keskustelu tukisi entistä avoimempaa priorisointia (Hall ym. 2018; Palveluvalikoima 2016). Suomessa terveydenhuollon priorisointi ja toimintatapojen uudistaminen ovatkin olleet julkisessa keskustelussa viime kuukausina. Keskustelun avauksia aiheesta on tehnyt esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriön kansliapäällikkö Kirsi Varhila (2019), joka on todennut tarpeen yhteisille priorisoinnin periaatteille ja priorisointikeskustelun vahvistamiselle. Kansalaistenkin on ymmärrettävä, mistä priorisoinnissa on kysymys, jotta väärin ymmärryksiltä voitaisiin välttyä. Huoli on herännyt esimerkiksi siitä, jätetäänkö potilaita tietoisesti hoitamatta, mikäli terveydenhuollossa priorisoidaan. (Varhila 2019.)

Priorisointikeskustelussa on olennaista ymmärtää, että tarkastelun kohteena ei ole se, tulisiko priorisointia ylipäättään tehdä, vaan se millä tavalla priorisointi tehdään (Teutsch & Rechel 2012). Priorisointia voidaankin pitää välttämättömänä, sillä ilman avointa kansallisen tason priorisointia hoitoa saavat ne, jotka sitä eniten vaativat (Palveluvalikoiman 2016) ja resurssien jakoa ohjaavat näyttöön perustuvan tiedon sijaan tunteet ja ideologiat. Priorisoinnilla voidaan lisätä niin yksittäisten potilaiden yhdenvertaisuutta kuin ehkäistä sosioekonomisten terveyserojen syntymistä yhteiskunnassa. (Autti-Rämö ym. 2018.) Onnistuakseen priorisointi vaatii eri terveydenhuollon toimijoiden yhteistyötä (Saarni 2010, 34) sekä systemaattisia toimintatapoja (Lammintakanen 2013, 271).

Tämän kandidaatin tutkielman tarkoituksena on tuottaa tietoa terveydenhuollon priorisoinnista makrotason päätöksenteon näkökulmasta. Tutkielmassa kuvataan, mitä terveydenhuollossa toteutuva priorisointi tarkoittaa, mitkä tekijät ja toimijat priorisointipäätöksiin vaikuttavat sekä millaisin menetelmin priorisointipäätöksiä voidaan ohjata. Suomalaista priorisointitutkimusta on melko niukasti, minkä vuoksi katsaus pohjautuu pääasiassa kansainväliseen tutkimustietoon. Suomalaista priorisointia suhteutetaan eri maiden käytäntöihin. Vastaan tutkielmassani kysymykseen, miten terveydenhuollon priorisointia voidaan toteuttaa makrotasolla. Tutkielman tavoitteena on tuottaa kokonaiskuva terveydenhuollon priorisoinnista sekä niistä menetelmistä ja käytännöistä, joilla yhteiskuntatasolla terveydenhuollon priorisointia toteutetaan.

2 TERVEYDENHUOLLON PRIORISOINTI

2.1. Priorisoinnin käsite

Kapeasti määritettynä terveydenhuollon priorisoinnilla (priority setting, prioritization) tarkoitetaan ensisijaistamista tai terveystalouden tärkeysjärjestykseen asettamista. Laajemmin tarkasteltuna priorisoinnilla voidaan tarkoittaa eri terveydenhuollon tasoilla tapahtuvaa päätöksentekoa esimerkiksi resurssien jakamisessa tai tavoitteiden asettelussa. (Lammintakanen, 2013, 270; Vuorenkoski & Saarni 2006, 36–37.) Priorisointi on päätöksentekoa kilpailevien intressien välillä (Klein 2010). Priorisointi ei ole pelkästään karsimista tai hoitomuotojen välillä tapahtuvaa valintaa, vaan se voi tarkoittaa myös resurssien lisäämistä ja kohdentamista (Vuorenkoski & Kaila 2010) tai päätöstä jättää jotain tekemättä (Saijonkari ym. 2017, 4).

Priorisoinnin lähikäsite on säännöstely (rationing), jolla kuvataan terveystalouden rajoittamista. Säännöstelyssä rajoittamisen taustalla on taloudellisten resurssien absoluuttinen rajallisuus, minkä vuoksi hyödylliseksi todettua hoitoa joudutaan rajoittamaan hoitoa tarvitsevilta. (Lammintakanen, 2013, 270; Vuorenkoski & Saarni 2006, 36.) Säännöstelyä voidaan käyttää priorisoinnin synonyymina (Lammintakanen ym. 2006). Säännöstelyyn käsitteenä liittyy negatiivisia mielleyhtymiä eikä se sen vuoksi ole yhtä laajasti käytössä (Vuorenkoski & Saarni 2006, 36). Toinen priorisoinnin lähikäsite on resurssien jako (resource allocation), jossa kysymys on suhteellisesta resurssivajeesta. Kysymys on tällöin siitä, miten rajoitetulla budjetilla saavutetaan suurin mahdollinen väestön terveys. Priorisointi voidaan nähdä säännöstelyn ja resurssien jaon yläkäsitteenä. Suomessa priorisoinnissa on vain harvoin kysymys säännöstelystä. (Lohiniva-Kerkelä & Autti-Rämö 2019.) Priorisoinnista keskustelu yhdistyy myös kestävä kehityksen käsitteeseen (sustainability). Niukkojen resurssien on vastattava kansalaisten terveystarpeisiin oikeudenmukaisesti sekä kestävästi. (Goetghebeur ym. 2017; Vuorenkoski & Saarni 2006, 36–37, 39.)

Priorisointi ei ole käsitteenä tai toimintana yksiselitteinen vaan kulttuuri- ja kontekstisidonnainen. Priorisoinnin käsitteen ominaisuuksia ovat suhteellisuus, haasteellisuus, prosessimaisuus ja oikeudenmukaisuus, poliittisuus sekä muutos.

Suhteellisuudella tarkoitetaan sitä, että päätöksiä tehdessä on aina vähintään kaksi vaihtoehtoa, joita suhteutetaan toisiinsa. Haasteellisuus kuvaa päätöksenteon monimutkaisuutta ja mahdollisia ristiriitoja. Prosessimaisuus ja oikeudenmukaisuus taas ovat kiinteä osa juuri terveydenhuollon priorisointia, sillä päätöksiä tehdään jatkuvasti ja niiden oletetaan muodostuvan oikeudenmukaisten prosessien kautta. Poliittisuus kuvaa toiminnan luonnetta ja toimijoita, jotka priorisointiin osallistuvat. Priorisoinnilla muutetaan olemassa olevaa ja siksi se on myös yksi käsitteen ominaisuuksista. (Lammintakanen ym. 2006.)

2.2. Priorisoinnin tausta, tavoite ja tasot

Moderni priorisointikeskustelu on käynnistynyt jo 1980-luvulla (Lammintakanen ym. 2006). Suomessa keskustelu terveydenhuollon priorisoinnista on alkanut 1990-luvulla (Lammintakanen 2013, 272). Priorisointiin liittyvää toimintaa ovat kiihdyttäneet niin poliittiset syyt kuin julkisuudessa esillä olleet tapaukset hoitajanoista tai potilaiden eriarvoisesta asemasta (Saijonkari ym. 2017, 7). Euroopassa terveydenhuollon priorisointiin liittyvät päätökset ovat olleet kahdensuuntaisia viime vuosikymmeninä. Itä-Euroopassa palveluiden laajuutta on karsittu ja asiakasmaksujen osuutta lisätty. Keski- ja Länsi-Euroopassa julkisten palveluiden saatavuutta on kasvatettu kohti universaaliuutta ja siten oikeudenmukaisempana pidettyä terveystalvvelujärjestelmää. (Teutsch & Rechel 2012.)

Tarve terveydenhuollon priorisointiin on syntynyt lisääntyneestä terveydenhuollon kysynnästä sekä vaatimuksesta kustannusten hillintään. Rajallisten voimavarojen kohdentaminen terveydenhuollossa on ongelmallista. (Teutsch & Rechel 2012; Lammintakanen ym. 2006.) Rajalliset resurssit tulisi jakaa oikeudenmukaisesti niin, että ne tuottavat mahdollisimman paljon terveyttä (Vuorenkoski & Kaila 2010). Resurssien jakamisessa kysymys ei ole siitä, tulisiko priorisointia ylipäätään tehdä vaan siitä, millä tavalla priorisointi tehdään. (Teutsch & Rechel 2012).

Kasvavien terveydenhuollon tarpeiden taustalla ovat muun muassa teknologian kehitys ja hoitomuotojen kallistuminen, ikääntyvän väestön tarpeet, medikalisaatio (Vuorenkoski & Kaila 2010; Vuorenkoski & Saarni 2006, 35), terveyden inflaatio eli hyvänä pidetyn terveyden odotusten muuttuminen vaativimmiksi sekä terveydenhuollon

markkinaehtoisuuden kasvu (Vuorenkoski & Saarni 2006, 35–36). Niukat resurssit voivat rahallisen niukkuuden lisäksi tarkoittaa vajetta esimerkiksi henkilöstöresursseissa (Ryynänen & Lammintakanen 2016; Vuorenkoski & Kaila 2010).

Terveyspalveluita koskevilla priorisointipäätöksillä voidaan vaikuttaa siihen, kuinka laajalle väestön osalla terveystarjontaa tarjotaan, millä laajuudella terveystarjontaa tarjotaan. Palvelut voivat esimerkiksi kuulua vain niille, jotka ovat työsuhhteessa. Palveluita voidaan rajata niitä käyttäviltä vaikuttamalla joko palveluiden määrään tai laatuun. Laatuun voidaan vaikuttaa esimerkiksi kasvattamalla palveluiden kustannustehokkuutta ja noudattamalla hoitosuosituksia. Palveluiden laajuutta voidaan säännöstellä erilaisilla maksuosuuksilla ja jonotusjärjestelmillä. (Teutsch & Rechel 2012.) Priorisointipäätökset voivat koskettaa siis joko hoitoon pääsyä tai palveluiden järjestämistä ja niiden laajuutta. Vaikeasti ratkaistavat priorisointipäätökset koskevat usein erityisen kalliita lääkityksiä tai hoitoja. Kyse voi olla myös siitä, asetetaanko kaupunkien sairaalat tai maaseudun perusterveydenhuolto etusijalle. (Weale ym. 2016.)

Priorisoinnin seurauksista ei olla yksimielisiä ja vaikutukset voivat esiintyä monilla tasoilla yhtä aikaa. Seurausten myönteisyys tai kielteisyys riippuu siitä, kenen toimijan näkökulmasta asiaa tarkastellaan. Seuraukset voivat koskettaa niin hoitoon pääsyä, palvelun saatavuutta kuin hoidon kustannuksia. Päätösten lisäksi toimeenpanolla on merkittävä rooli priorisoinnin vaikutuksissa. (Lammintakanen ym. 2006.)

Terveystarjontaan priorisoinnilla tavoitellaan läpinäkyvämpää päätöksentekoa sekä päätöksentekijöiden vastuullisuutta kansalaisia kohtaan. Pyrkimyksenä on siis selkeyttää terveystarjontaan liittyvää päätöksentekoa. (Lammintakanen 2013, 273; Vuorenkoski & Saarni 2006, 39.) Tavoitteena on helpottaa oikeutettujen päätösten tekoa ja viedä priorisointia kohti avoimempaa ja demokraattisempaa suuntaa (Saarni 2010, 38; Vuorenkoski & Saarni 2006, 39). Päätöksentekoon liittyvien tavoitteiden lisäksi pyrkimyksenä on resurssien hallinta ja terveystarjontaan kestävä kehitys (Saijonkari ym. 2017, 4; Vuorenkoski & Saarni 2006, 39). Kysymys on yhtenäisten kriteerien sopimisesta, terveystarjontaan tietoisesta ohjaamisesta (Saijonkari ym. 2017, 4) sekä yhdenvertaisuuden tavoittelusta (Palveluvalikoima 2016).

Käytännössä priorisointia tapahtuu eri terveydenhuollon tasoilla. Eri tasoiksi erotetaan makro-, meso-, ja mikrotasot. Makrotason priorisointi kohdistuu yhteiskunnan tasolla esimerkiksi resurssien jakoon eri yhteiskuntalohkojen, potilasryhmien ja hoitojärjestelmien välillä. Mesotason priorisointi toteutuu alueiden tai organisaation välisissä tai sisäisessä voimavarojen jaossa. (Saijonkari ym. 2017, 4; Lammintakanen 2013, 270–271.) Mesotason linjaukset koskevat esimerkiksi hoitoteknologioiden käyttöönottoja tai valintoja hoitomuotojen välillä. Mikrotason päätökset taas koskettavat yksittäisiä potilaita. (Saijonkari ym. 2017, 4.) Tässä katsauksessa keskitytään terveydenhuollon priorisoinnin makrotasoon.

3 PUITTEET PRIORISOINNIN TOTEUTTAMISELLE

3.1. Avoin ja piilotettu päätöksenteko

Priorisointi toteutuu joko avoimesti tai piilotetusti (Lammintakanen 2013, 271; Vuorenkoski & Saarni 2006, 37). Avoin eli eksplisiittinen päätös on systemaattinen, selkeän ja perustellun prosessin tulos. Piilotetut eli implisiittiset päätökset taas aiheutuvat esimerkiksi järjestelmän rakenteista. (Lammintakanen 2013, 271.) Tyypillisemmin terveydenhuollossa priorisointi tapahtuu piilotetusti (Lammintakanen 2013, 271; Teutsch & Rechel 2012).

Implisiittisissä päätöksissä korostuvat mikrotason päätökset. Päätöksenteko jää siis yksittäisten henkilöiden, kuten lääkärien, tasolle, jolloin voi syntyä potilaskohtaisia eroja. Päätökset eivät ole yhteneviä ja päätöksenteon kriteerit voivat jäädä epäselviksi. (Lammintakanen 2013, 271.) Piilopriorisointi mahdollistaa sen, että hoitoa voivat saada eniten ne, jotka osaavat sitä vaatia (Palveluvalikoima 2016). Toisaalta päätöksenteko on tällöin joustavaa eikä poissulje ennalta parasta mahdollista hoitoa keltään. Implisiittisestä päätöksenteosta puhuttaessa on huomioitava, että vaikka päätökset tehdään piilotetusti se ei tarkoita, etteikö priorisointia tapahtuisi terveydenhuollossa. (Vuorenkoski & Saarni 2006, 37.)

Eksplisiittistä eli avointa priorisointia voidaan pitää demokraattisena päätöksentekotapana (Vuorenkoski & Saarni 2006, 37). Avoin priorisointi on vähemmän sattumanvaraista (Ryynänen & Lammintakanen 2016) ja siten edistää potilaiden yhdenvertaisuutta (Palveluvalikoima 2016). Sen voidaan nähdä vahvistavan päätöksentekijöiden vastuuta. Läpinäkyvämpi prosessi antaa lisäksi mahdollisuuden arvioida priorisointiprosessin oikeudenmukaisuutta. Kun päätökset tehdään piilossa, niistä ei voida keskustella virallisesti. Tällöin niitä voi olla myös vaikeampi hyväksyä. (Saarni & Mäkelä 2011.) Päätösten hyväksyttävyyttä korostuu etenkin vaikeita terveydenhuollon priorisointia koskevia päätöksiä tehdessä (Littlejohns ym. 2019). Avoimen priorisoinnin haasteiksi on todettu puutteet päätösten rationaalisuudessa sekä median ja käytäväpolitiikan mahdolliset vaikutukset päätöksentekoon (Teutsch & Rechel 2012).

3.2. Priorisointia ohjaavat tekijät

Priorisointipäätöksiin vaikuttavat useat eri tekijät. Priorisointipäätökset pyritään perustamaan näyttöön ja parhaaseen saatavilla olevaan tietoon (Saijonkari ym. 2017, 4). Päätöksentekoa ohjaavia tekijöitä ovat muun muassa hoidon tarve sekä vaihtoehtoisten toimintatapojen kustannusvaikuttavuus (Vuorenkoski & Saarni 2006, 37–38). Päätöksiin vaikuttavat lisäksi eettiset perusteet sekä poliittinen ja yhteiskunnallinen keskustelu (Saijonkari ym. 2017, 4). Julkisesti tuotettuja palveluita ei siis tarjota maksuhalukkuuteen perustuen (Vuorenkoski & Saarni 2006, 38), eivätkä eniten hoitoa saa ne, jotka sitä äänekkäimmin vaativat (Ryynänen & Lammintakanen 2016).

Hoidon tarve on olennainen priorisointipäätökseen vaikuttava tekijä (Juth 2015). Hoidon tarvetta määrittävät lääketieteen näkökulmasta hoidettavan tila ja hoidon potentiaaliset hyödyt tai mahdollisen sairauden riski ja preventiivisten toimenpiteiden arvioidut hyödyt. Aina nämä tekijät eivät ole ristiriidattomia esimerkkinä saattohoito. Tarvetta määrittää lääketieteen lisäksi yksilön elämäntilanne, arvot ja elinympäristö. Tarve voi syntyä yksilön tarpeista ja haluista (subjektiivinen tarve) tai yksilön ulkopuolelta todetuista tarpeista (objektiivinen tarve). Objektiivinen tarve syntyy yhteiskuntaa ja terveydenhuoltoa ohjaavista arvoista. Näiden tarvekäsitysten taustalla on aina jokin terveys- ja sairauskäsitys. (Vuorenkoski & Saarni 2006, 38.)

Hoidon tarpeen määrittäminen ei ole ongelmattonta. Tarpeen tulee olla riittävä, jotta se oikeuttaa terveystalouden käyttöön. Tämän rajan määrittäminen voi muodostua haastavaksi ja moraalisesti arveluttavaksi. Toisena ongelmana on se, miten priorisointia tehdään niiden kesken, joilla tarve on jo todettu riittäväksi. Terveystaloudelle asetetut tavoitteet voivat olla ohjaamassa vastauksia näihin kysymyksiin. (Juth 2015.) Hoidon tarpeesta puhuttaessa on myös huomioitava, onko kyseessä yksilön, perheen, väestöryhmän vai koko väestön tarve. Terveystaloudetta suunniteltaessa ja makrotason päätöksiä tehdessä kysymys on väestö- ja väestöryhmien näkökulmasta. (Leppo 2007, 15.)

Hoidon tarpeen lisäksi priorisointia tehdessä on arvioitava hoidosta hyötymistä, vaikka hoidon lopputulosten ennakoarviointi voikin olla haastavaa (Ryynänen & Lammintakanen 2016). Hoidosta hyötymistä eli hoidon vaikuttavuutta voidaan arvioida erilaisilla työkaluilla.

Hoitojen keskinäinen vertailu mahdollistuu, mikäli työkalu soveltuu mittaamiseen sairaudesta riippumatta. Tarpeita vertaillaan joko sen perusteella, että matalampi terveydentila tarkoittaa suurempaa tarvetta tai että suurempi muutos terveydentilassa tarkoittaa suurempaa tarvetta. Näitä muutoksia terveydentilassa voidaan kuvata esimerkiksi laatupainotetuilla elinvuosilla (quality adjusted life year, QALY). (Vuorenkoski & Saarni 2006, 38–39.)

Muutos terveydentilassa voidaan vielä suhteuttaa hoitoon käytettyihin kustannuksiin ja siten tarkastella hoidon kustannusvaikuttavuutta. Mahdollista on myös asettaa maksuhalukkuudelle raja eli paljonko yhdestä laatupainotetusta elinvuodesta ollaan valmiita maksamaan (Ryynänen & Lammintakanen 2016). Yksittäisten mittareiden mahdollisuuksiin kuvata kompleksista ilmiötä tulee kuitenkin arvioida kriittisesti (Vuorenkoski & Saarni 2006, 38–39). Vaikuttavuusanalyysitkaan eivät ole arvovalinnoista vapaita, joten niitä ei tulisi pitää täysin objektiivisinä. Analyysit eivät pysty aina huomioimaan oikeudenmukaisuuteen liittyviä kysymyksiä. (Laine 2014.)

Teknisen ja lääketieteellisen tiedon tueksi tarvitaan muitakin näkökulmia. Eettinen keskustelu on keskeinen tekijä terveydenhuollon priorisoinnissa. Terveydenhuollon tulisi heijastaa yhteiskunnassa tärkeiksi koettuja arvoja ja normeja. Toimintaa ohjaavat arvot eivät kuitenkaan ole yksiselitteisiä. Eri toimijoiden arvot voivat olla ristiriidassa keskenään tai niiden painoarvot vaihdella. Terveydenhuollon priorisointia ohjaavia arvoja ja periaatteita ovat muun muassa tasa-arvo, yksilöllisyys, utilitarismi, kommunitarismi, oikeudenmukaisuus, (Williams ym. 2011, 14–21), solidaarisuus, turvallisuus ja autonomia (Hofmann 2012). Terveydenhuollon priorisointi vaatii eettistä tarkastelua sekä yksilöiden että kansanterveyden näkökulmasta (Saarni 2010, 45).

Eettisiä kysymyksiä terveydenhuollon priorisointiin liittyen voi nousta niin samaan tavoitteeseen pyrkivien toimintatapojen kuin eri päämäärien vertailusta. Päämäärien priorisoinnissa kysymykset julkisesti tuotettujen terveyspalveluiden tarkoituksesta ovat keskeisiä. Kysymykset ovat usein sekä eettisiä että poliittisia. Yleisesti hyväksytyjä terveydenhuollolle asettuja tavoitteita ovat sairauksien vähentäminen, kärsimyksen lievittäminen, parantumattomasti sairaiden hoiva ja turvallisuus. Näille tavoitteille ei kuitenkaan ole keskinäistä tärkeysjärjestystä. (Saarni 2010, 39–42.) Päämäärät voivat olla

myös keskenään ristiriidassa. Esimerkiksi vaikuttavuus ja oikeudenmukaisuus eivät ohjaa priorisointia aina samaan suuntaan. (Richardson & Schlander 2019; Saarni 2010, 45.)

Päätöksentekoon vaikuttavat useat tekijät, minkä vuoksi priorisointia ei tulisi toteuttaa yhden kriteerin pohjalta (Klein 2010). Tulevaisuudessa tulisi keskittyä erityisesti eettisiin, oikeudenmukaisuutta ja yhteiskunnallisia arvoja kuvaaviin priorisointiin vaikuttaviin tekijöihin (Hall ym. 2018). Päätöksenteon taustalla vaikuttavat tekijät tulee avoimen priorisoinnin periaatteiden mukaisesti tuoda esille niin, että niistä on mahdollista keskustella (Saarni & Mäkelä 2011).

3.3. Priorisointiin osallistuvat tahot

Terveydenhuollon priorisoinnista vastaavat useat toimijat. Makrotason priorisoinnin kannalta ei ole riittävää, että päätökset tehdään pelkän asiantuntijatoiminnan pohjalta (Vuorenkoski & Saarni 2006, 37). Tunnistettuja osallistujia ovat esimerkiksi poliittiset päätöksentekijät, virkamiehet, terveydenhuollon henkilöstö ja johtajat, potilaat ja heidän läheisensä. Myös potilasjärjestöt, ammattiliitot ja media ovat vaikuttamassa priorisointiin. (Lammintakanen 2013, 271; Vuorenkoski & Saarni 2006, 37.) Eri toimijoilla on erilaisia tavoitteita ja kokemuksia terveydenhuollon priorisointiin liittyen. Jännitteitä voi syntyä esimerkiksi terveystarpeiden määrittelyssä kansalaisten, ammattihenkilöstön sekä palvelun järjestäjien ja maksajien välille (Leppo 2007, 15–16). Seuraavaksi keskityn näkyvimpiin terveydenhuollon priorisointiin osallistuviin intressiryhmiin, joita ovat poliittiset päätöksentekijät, terveydenhuollon henkilöstö sekä kansalaiset.

Priorisointi, etenkin poliittisten päätöksentekijöiden toimesta, on vaikeaa, sillä päätöksiin liittyy arvovalintoja. Eriävät mielipiteet terveydenhuollon tavoitteista ja toimijoiden epäselvät vastuunjaot hankaloittavat priorisointia. (Lammintakanen 2013, 271; Vuorenkoski & Saarni 2006, 37.) Poliittisilla päätöksentekijöillä on kuitenkin velvollisuus toteuttaa eettisesti kestävää priorisointia ja toimia vastuullisella tavalla (Cromwell, Peacock & Mitton 2015).

Makrotason priorisointipäätösten tekeminen avoimesti voidaan nähdä poliittisesti kannattamattomana, mikäli päätökset ovat yksilöiden kannalta ikäviä (Saarni 2010, 46). Tästä johtuen poliitikoilla voi olla pyrkimyksenä siirtää vastuu päätöksistä

asiantuntijatahoille, kuten lääkäreille (Mäkelä & Saarni 2011). Poliitikot kokevat priorisointiin liittyvien päätösten vaikeutuneen etenkin viimeisimmän talouskriisin jälkeen. Vaikka päätökset koetaan erittäin vaikeina, ne nähdään myös väistämättöminä. Priorisoinnin toteuttamisessa poliitikot kokevat olennaiseksi toimijoiden välisen luottamuksen ja vastuullisuuden. (Brall, Schröder-Bäck, Porz, Tahzib & Brand 2019.)

Poliittisten päätöksentekijöiden tunnistamat priorisointiin liittyvät haasteet koskevat lähinnä eettisiä arvovalintoja. Eettiset arvot koetaan tärkeiksi (Brall ym. 2019; Werntoft & Edberg 2009), mutta niiden pohdintaan kaivataan tukea ja ohjausta. Poliitikot kokevat haasteeksi muun muassa omien ja puoluepoliittisten arvojen ristiriidat. Vaikka eettiset ja yhteiskunnalliset arvot koetaan tärkeiksi, taloudelliset periaatteet ovat useasti etusijalla. (Brall ym. 2019.) Erityisen haastavaksi poliitikot kokevat kalliita lääkkeitä koskevat priorisointipäätökset (Hall ym. 2018). Defechereux ym. (2012) tutkimuksessa tärkeimmiksi päätöksentekoa ohjaaviksi kriteereiksi poliitikkojen keskuudessa nousee kustannusvaikuttavuus, yksilölliset hyödyt sekä sairauden vaikeusaste. Potilasryhmittäin etusijalle tutkimuksessa nousivat sydän- ja verisuoni- sekä keuhkosairaudet. Vähiten houkuttelevin priorisoinnin kohde oli mielenterveyspalvelut. (Defechereux ym. 2012.)

Lääkärit toimivat makrotason priorisoinnissa asiantuntijaroolissa. Yhteistyö muiden toimijoiden kanssa ei aina ole vaivatonta. Lääkärikunta onkin ilmaissut huolen poliittisten päätöksentekijöiden kyvystä ja rohkeudesta tehdä priorisointiin liittyviä päätöksiä. (Saarni & Mäkelä 2011; Werntoft & Edberg 2009.) Priorisointi on nähty uhkana lääkärintyön ammatillisuudelle, autonomialle ja potilaskeskeisyydelle, kun taas terveydenhuoltoa johtaville priorisointi näyttäytyy resurssien oikeudenmukaisempana jakona isommalle potilasjoukolle (Skirbekk, Hem & Nortvedt 2018). Lääkärit voivat kokea jäävänsä päätöksenteosta ulkopuolelle. Lääkäreiden näkemykset priorisoinnista pohjautuivat enemmän päivittäisestä työstä saatuihin kokemuksiin kuin eettisiin periaatteisiin. (Werntoft & Edberg 2009.) Lääkäreiden voikin olla vaikea hyväksyä ja tuoda käytäntöön ylhäältäpäin tehtyjä priorisointipäätöksiä (Klein 2010).

Lääkäreiltä kysyttäessä kävi ilmi, että pyrkimys oikeudenmukaiseen priorisointiin vaarantuu useimmiten priorisointiprosessin epäoikeudenmukaisuudesta johtuen. Priorisointi nähtiin poliittisena ja päätökset saattoivat pohjautua siihen, ketkä olivat eniten äänessä. Osallistumista makrotason priorisointiin asiantuntijana pidettiin epärealistisena. (Gallagher &

Little 2019.) Sama huoli on herännyt myös poliittisten päättäjien kohdalla. Poliitikkojen kokemuksissa itse priorisointiprosessi nousi esiin merkittävänä asiana priorisoinnissa. Eri toimijoiden näkemysten kuuntelu nähdään tärkeänä, vaikkakin pelkona on, että päätösten oikeudenmukaisuuden tavoittelun sijaan päätöksistä muodostuisi eri toimijoiden välisiä valtataisteluita. (Brall ym. 2019.) Lobbaus ja muiden ulkopuolisten vaikuttimien on koettu häiritsevän priorisointiin liittyvää päätöksentekoa (Brall ym. 2019; Hall ym. 2018).

Kansalaisten ottaminen mukaan priorisointiin liittyvään päätöksentekoon on herättänyt keskustelua kansainvälisestikin (Vuorenkoski & Saarni 2006, 37). Toistaiseksi osallistuminen on ollut melko vähäistä (Saarni & Mäkelä 2011). Kansalaiset toimivat palveluiden käyttäjinä ja maksajina, joten on perusteltua, että demokraattisessa yhteiskunnassa he osallistuvat myös terveydenhuoltoon koskevaan päätöksentekoon. He tuovat mukanaan keskusteluun yhteiskunnalliset arvot. Kansalaisilla voi olla sellaista päätöksentekoon vaikuttavaa tietoa, jota asiantuntijoilta ja poliittisilta päätöksentekijöiltä puuttuu. (Vuorenkoski & Saarni 2006, 37.) Kansalaisosallistumista voidaan toteuttaa eri priorisointiin liittyvien näkökulmien äärellä, joita ovat terveydenhuollon kokonaisrahoitukseen liittyvät kysymykset, palveluiden korvaamisperusteiden taustalla vaikuttavat arvot sekä eri potilasryhmien kelpoisuus palveluiden piiriin (Weale ym. 2016).

Kansalaisten osallistuminen päätöksentekoon on tärkeää, sillä vaikka priorisointipäätökset saavuttaisivatkin asiantuntijoiden ja poliittisten päätöksentekijöiden näkökulmasta priorisoinnille asetetut tavoitteet, kansalaiset voivat asettua päätöksiä vastaan (Weale ym. 2016). Vaikeiden priorisointia koskevien päätösten hyväksyminen on lisäksi todennäköisempää, mikäli kansalaiset ovat päässeet osaksi päätöksentekoa (Littlejohns ym. 2019). Poliittiset päätöksentekijät ovat kuitenkin todenneet, että kansalaisten osallistaminen ei aina toteudu priorisointipäätöksiä tehdessä (Werntoft & Edberg 2009).

Kansalaisilta kysyttäessä terveydenhuollon priorisoinnista tärkeiksi koetut kriteerit toistuvat. Muun muassa oikeudenmukaisuus, terveyshyödyn laajuus ja sen maksimointi, sairauden vakavuusaste, kliininen vaikuttavuus sekä kyky parantaa elämänlaatua koetaan kansalaisten näkemyksissä olennaisiksi priorisoinnin kriteereiksi. (Ratcliffe, Lanscar, Walker & Gu 2017; van Exel, Baker, Mason, Donaldson & Bouwer 2015; Diederich, Swait & Wirsik 2012). Diederich ym. (2012) tutkimuksesta kävi ilmi, että vakavien ja akuuttien sairauksien, lasten ja pysyvistä fyysisistä vammoista kärsivien hoito asetetaan kansalaisten

näkemyksissä etusijalle. Sosioekonomista asemaa taas ei hyväksytty hoitoon pääsyn kriteeriksi kyseisessä tutkimuksessa. (Diederich ym. 2012.) Koska priorisointiin vaikuttavien kriteerien välisistä painoarvoista ei aina ole selvyttä, kansalaisten asettamiin kriteereihin tulee suhtautua toistaiseksi harkiten (Whitty, Lancsar, Rixon, Golenko & Ratcliffe 2014).

Myllykangas ym. (2003) on tutkinut suomalaisten priorisointiin osallistuvien toimijoiden asenteita julkisesti tuotettuja terveyspalveluita kohtaan. Kävi ilmi, että poliitikkojen, lääkäreiden, hoitajien ja kansalaisten välillä ei ollut merkittäviä eroja. Lasten, köyhien, kalliiden ja vakavien sairauksien hoito tulisi kaikkien toimijoiden mukaan asettaa etusijalle. Lääkäreitä lukuun ottamatta muut tutkimukseen osallistuneet ryhmät priorisoivat myös vanhusten hoidon. Taka-alalle sen sijaan jäivät sairaudet, jotka nähtiin itseaiheutetuiksi ja potilaat, jotka suhtautuivat terveyteen välinpitämättömästi. (Myllykangas ym. 2003.) Yksilön vastuun voidaan siis nähdä vaikuttavan priorisointia koskeviin asenteisiin. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE on kuitenkin linjannut, ettei hoidon ehdoksi voida asettaa sitä, onko ihminen itse vaikuttanut sairastumiseensa (ETENE 2019).

Kun ruotsalaisten poliitikkojen ja lääkäreiden näkemyksiä eri terveydenhuollon sektoreiden priorisoinnista verrattiin, joitain eroavaisuuksia löydettiin. Lääkärit painottivat vanhusten ja elämän loppuvaiheen hoitoa. Poliitikot taas nostivat psykiatrisen hoidon aliresurssoidummaksi sektoriksi. Toisaalta sekä lääkärit että poliittiset päätöksentekijät olivat samaa mieltä siitä, että terveydenhuollon hallintoon on suunnattu liikaa resursseja. Se, mihin sektoriin resursseja tulisi suunnata, voi vaihdella esimerkiksi sen mukaan, minkälaista keskustelua hoidosta käydään mediassa. (Werntoft & Edberg 2009.) Kuten aiemmin todettu, priorisointi on kulttuuri- ja kontekstisidonnaista (Lammintakanen ym. 2006), joten eri maiden välisiä eroja tulee verrata toisiinsa harkiten.

Käytännön priorisointi vaatii onnistuakseen eri tahojen yhteistyötä (Saarni 2010, 34). Vaikka eri toimijoiden priorisoinnin päämäärät voivat erota toisistaan (Saarni 2010, 40; Werntoft & Edberg 2009) ja toimijoiden välisessä yhteistyössä olla haasteita, on sitä viime vuosina myös onnistuttu parantamaan. Erityisesti kansalaisten osallistumisen keinot ovat kehittyneet. Eri tahojen osallisuus ja sitoutuneisuus priorisointiin liittyviin prosesseihin on olennaista ja sitä tulee edelleen kehittää. (Hall ym. 2018.)

4 PRIORISOINTIPÄÄTÖKSET MAKROTASOLLA

4.1. Lähestymistapoja terveydenhuollon priorisointiin

Päätöksenteon taustalla vaikuttavien tekijöiden ja eri toimijoiden intressien lisäksi itse päätöksentekomenetelmiin ja -prosesseihin tulee kiinnittää huomiota (Goetghebeur ym. 2017; Vuorenkoski & Saarni 2006, 37–38). Eri lähestymistapoja on kehitetty ohjaamaan priorisointiin liittyvää päätöksentekoa (Kapiriri & Razavi 2017). Tähän tutkielmaan on valittu esiteltäväksi tunnetuimpia ja laajasti käytössä olevia priorisointiin liittyviä lähestymistapoja. Näitä ovat taloudellinen arviointi, prosessin oikeudenmukaisuuteen pyrkivä legitiimi priorisointiprosessi sekä monikriteeriset päätöksenteon menetelmät.

Taloudellinen ja terveydenhuollon menetelmien arviointi

Eräs käytetty lähestymistapa on taloudellinen arviointi (economic evaluation). Taloudellinen arviointi pitää sisällään useita eri menetelmiä, jotka pyrkivät arvioimaan ja vertailemaan esimerkiksi palveluiden kustannustehokkuutta sekä käytettävissä olevien resurssien riittävyttä. Priorisointia voidaan tarkastella muun muassa vaihtoehtoiskustannusten ja tehokkuuden näkökulmista; kuinka saada niukat resurssit tuottamaan mahdollisimman paljon terveyshyötyä. Eri vaihtoehtoja vertaillaan niistä aiheutuvien kustannusten sekä arvioitujen lopputulosten, esimerkiksi laatupainotettujen elinvuosien, suhteen. Kustannusvaikuttavuusanalyysit sekä kustannus-hyötyanalyysit ovat esimerkkejä taloudellisen arvioinnin menetelmistä. (Williams ym. 2011, 47–50.)

Taloudellinen arviointi sopii parhaiten erilaisten hoitoteknologioiden vertailuun. Menetelmän käytössä on kuitenkin todettu puutteita, joita ovat arvioinnin toteutukseen vaadittava osaaminen ja infrastruktuuri sekä epärealistisen yksinkertainen suhtautuminen päätöksentekoon. (Williams ym. 2011, 66.) Saarnin (2010, 32) mukaan menetelmästä puuttuu oikeudenmukaisuusharkinta eikä se tuo riittävän avoimesti arvokysymyksiä esiin. Yhteiskunnallisten arvojen huomioinen jää myös puutteelliseksi (Littlejohns ym. 2019). Esimerkiksi joidenkin harvinaisten sairauksien ja kalliiden hoitojen tarjoaminen voisi pelkän taloudellisen arvioinnin pohjalta näyttäytyä heikkona kustannusvaikuttavuutena, ja palvelut siten karsiutua pois julkisesti tuotettujen palveluiden valikoimasta (Richardson & Schlander

2019). Terveystaloustieteellistä lähestymistapaa ei pidetä yksistään riittävänä työkaluna terveydenhuollon priorisointiin (Laine 2014), mutta se on osa kokonaisvaltaisempaa päätöksentekoprosessia (Williams ym. 2014, 66).

Taloudellisen arvioinnin menetelmät tukevat laajasti käytössä olevaa terveydenhuollon menetelmien arviointia (Health Technology Assessment, HTA), jolla kustannuksia ja terveyshyötyjä vertaillaan. HTA pohjautuu alun perin tekniseen arviointiin, mutta talous-, vaikuttavuus- ja turvallisuusnäkökulmien lisäksi muitakin arviointiin vaikuttavia näkökulmia on menetelmän kehittyessä otettu mukaan. Näitä ovat esimerkiksi yhteiskunnalliset ja eettiset näkökulmat. (Saarni 2010, 34 – 35.) Terveystaloustieteellisen arvioinnin onkin pidetty onnistuneena tapana tuottaa tietoa priorisoinnin tueksi (Hall ym. 2018).

HTA:n kohteena voivat olla niin lääkkeet, laitteet, diagnostiikka, kuntoutus kuin terveyden edistäminenkin (Mäkelä & Punkari 2017). Arviointi voi kohdistua niin suoriin tavoiteltuihin vaikutuksiin kuin epäsuoriin tahattomiin vaikutuksiin. Arvioinnista vastaavat monitieteelliset ryhmät, jotka käyttävät systemaattisia arviointikehyksiä. (Saarni 2010, 35–36.) Arvioinnissa yhdistyy kliininen, epidemiologinen, terveystaloustieteellinen ja muu olennainen tieto (World Health Organization 2019). Tarkoituksena on tuottaa tietoa organisaatioille ja poliittisille päätöksentekijöille päätöksenteon tueksi. Vaikka pyrkimys on tuottaa objektiivista tietoa, ei sellaisen tuottamista voida pitää kovinkaan realistisena. Tiedon luotettavuutta ja soveltuvuutta tuleekin arvioida kriittisesti ja tarkastella siihen vaikuttavia arvosidonnaisuuksia (Saarni 2010, 35–36, 41.)

Teknisen arvioinnin, kuten terveydenhuollon menetelmien arvioinnin, voidaan katsoa vähentävän priorisointiin liittyvien päätösten poliittisuutta (Teutsch & Rechel 2012) ja kannustavan päätöksentekijöitä vastuullisuuteen (Saarni 2010, 46). Priorisointiin ei tulisi kuitenkaan suhtautua ainoastaan teknisenä ja rationaalisen prosessina. Huomio tulee teknisten seikkojen lisäksi kohdistaa päätöksenteon kompleksisuuteen ja arvolatautuneisuuteen. (Goetghebeur ym. 2017.)

Legitiimi priorisointiprosessi

Danielsin ja Sabinin (2008) määrittelemä oikeudenmukaisuuteen keskittyvä legitiimi priorisointiprosessi (Accountability for Reasonableness, A4R) on yksi käytetyimmistä

terveydenhuollon makrotason priorisoinnin malleista (Saarni 2010, 45; Vuorenkoski & Saarni 2006, 38). Kestävälle päätöksenteolle on heidän mukaansa neljä kriteeriä, joita ovat julkisuus, hyväksyttävyyys, korjattavuus ja toimeenpano. Julkisuudella tarkoitetaan päätösten ja perusteiden julkisuutta. Hyväksyttävyydellä tarkoitetaan päätöksen perusteiden järkeenkäypyyttä ja oikeudenmukaisuutta. Korjattavuus mahdollistaa päätösten kyseenalaistamisen ja tarvittaessa oikaisun. Toimeenpanolla tarkoitetaan, että prosessille tulee olla ohjeet, joiden noudattaminen mahdollistaa kestävän päätöksenteon. (Daniels 2000; Daniels & Sabin 2008, 45.) Kriteerit asettavat päätöksenteolle reunaehdot, mutta malli ei konkreettisesti kerro, miten päätökset tulisi tehdä (Saarni 2010, 45).

Vaikka Danielsin ja Sabinin legitiimi priorisointiprosessi on saanut laajaa kannatusta kansainvälisestikin (Hall ym. 2018), on se saanut myös kritiikkiä. Ensimmäiseksi kansalaisten osallisuuden puute prosessin eri vaiheissa voi vaarantaa prosessin legitiimiyden. Liian tiukka prosessin kuvaus ja ohjeet voivat olla kansalaisten osallistumisen esteenä. Toiseksi päätösten hyväksyttävyyys on kiistanalainen kriteeri, sillä se voi poissulkea joitain perusteluita ennen niiden perusteellista käsittelyä ja nostaa kynnyistä ottaa erilaisia näkökulmia osaksi priorisointikeskustelua. (Friedman 2008.) Legitiimiä priorisointiprosessia on jatkokehitetty sen puutteiden vuoksi. Sen rinnalle on ehdotettu muun muassa monikriteerisen päätöksenteon käyttöönottoa. (Goetghebeur ym. 2017; Laine 2014).

Monikriteeriset päätöksenteon mallit

Erilaisilla monikriteerisillä päätöksentekomalleilla on taloudellista arviointia ja legitiimiä priorisointiprosessia laajempi näkökulma priorisointia koskevaan päätöksentekoon (Goetghebeur ym. 2017; Laine 2014; Williams ym. 2011, 67). Monikriteerinen päätöksenteko (Multicriteria decision analysis, MCDA) pitää sisällään erilaisia toimintamalleja. Eri toimintamallien prosessit muodostavat kolme vaihetta: ongelman strukturointi, mallin rakentaminen sekä ajattelun haastaminen. Ensimmäisessä vaiheessa tarkastellaan ja tunnistetaan eri sidosryhmien tavoitteet ja osallisuus. Toisessa vaiheessa päätöksentekoon vaikuttavat kriteerit valitaan ja niille annetaan painoarvot. Kolmas vaihe arvio itse päätöksentekoa. (Williams ym. 2011, 68.)

Monikriteerinen päätöksenteko huomio taloudellisen näkökulman lisäksi muun muassa hoidettavien määrän, oikeudenmukaisuuden (Williams ym. 2011, 67–68) sekä

päätöksentekoon vaikuttavien kriteerien erilaiset painoarvot (Laine 2014). Menetelmän tarkoituksena on auttaa päätöksentekijöitä yhdistelemään päätöksentekoon liittyvää tietoa sekä huomioimaan eri toimijoiden näkökulmia. Myös monikriteerinen päätöksenteko on saanut kritiikkiä. Sen heikkouksia ovat prosessin aikaa vievyys sekä käytetyn datan luotettavuuteen liittyvät kysymykset. (Williams ym. 2011, 67–69.)

Toinen useita näkökulmia yhdistelevä ja paljon käytetty makrotason priorisointiprosessi on ohjelmabudjetointia ja marginaalista analyysia yhdistävä malli (Programme budgeting and marginal analysis, PBMA) (Cromwell ym. 2015). Prosessin tarkoituksena on tuottaa tietoa päätöksenteon tueksi siitä, miten terveyshyödyt maksimoidaan käytettävissä olevilla resursseilla. (Williams ym. 2011, 72–81). Malli antaa mahdollisuuden systemaattisesti tarkastella olemassa olevaa palveluvalikoimaa ja tehdään tietoon perustuvia päätöksiä resurssien käytöstä (Mittton & Donaldson 2003).

PBMA -menetelmä toimii kaksivaiheisesti. Ohjelmabudjetoinnin avulla tunnistetaan, miten nykyisiä terveydenhuollon resursseja käytetään. Ohjelmakategoriat voivat pohjautua esimerkiksi sairausryhmiin. Marginaalinen analyysi taas tarkastelee valitun kategorian sisällä toimintovaihtoehtojen vaihtoehtoiskustannuksia ja hoidon lopputuloksia. Menetelmä auttaa siis tunnistamaan, ovatko resurssit tehokkaassa käytössä ja miten resurssit tulisi allokoida tulevaisuudessa. Eri toimijoista koostuva raati luo analyysin pohjalta suosituksia, joihin priorisointipäätöksiä voidaan pohjata. Kuten monikriteerinen päätöksenteko, myös PBMA on kohdannut kritiikkiä. Se on aikaa ja resursseja vievä menetelmä. (Williams ym. 2011, 72–81). Kritiikki on lisäksi kohdistunut molempien menetelmien teknisyyteen. Siksi päätöksenteon prosessin legitimiyyttä ja kansalaisten osallistamista tulee edelleen painottaa. (Klein 2010.)

4.2. Lähestymistapojen käytännön soveltaminen

Eri priorisointimenetelmien käyttöönottoa ja soveltamista voidaan pitää yhtenä isoimpana saavutuksena terveydenhuollon priorisoinnin kentällä (Hall ym. 2018). Priorisointimenetelmän valintaan vaikuttaa muun muassa ympäristö, jossa priorisointia toteutetaan. Ympäristö ja olosuhteet luovat myös haasteita priorisoinnin toteuttamiselle (Hall ym. 2018; Cromwell ym. 2015), sillä priorisointia voivat systemaattisten toimintatapojen

lisäksi ohjata terveydenhuollon rakenteet. Olemassa olevat organisaatorakenteet ja johtamisjärjestelmät eivät välttämättä tue avoimesti toteutettua priorisointia. (Lammintakanen 2013, 273.)

Priorisointiprosessin onnistumisen kannalta on tärkeää, että koko priorisointipäätöksiä toteuttavalla organisaatiolla on halu päästä yhteisymmärrykseen lopputuloksesta. Toiminnan johdonmukainen johtaminen, itse priorisointiprosessin kunnioittaminen sekä poliittinen tahtotila mahdollistavat avointen priorisointipäätösten tekemisen. (Waldau ym. 2010.) Tyytyväisyyttä priorisointia ja priorisointiprosesseja kohtaan nostavat prosessin ja valitun menetelmän ymmärtäminen, yhteisten arvojen löytäminen sekä systemaattinen toiminta (Kapiriri & Razavi 2017).

Haasteita sen sijaan eri menetelmien käytössä aiheuttavat Kapiririn ja Razavin (2017) mukaan menetelmien käyttöönotto, riittävien resurssien ja ajan varaaminen sekä koulutuksen tarve. Päätöksentekoon osallistuvia tulisikin tukea menetelmien käytössä, jotta niiden systemaattinen käyttö mahdollistuisi. Tämän varmistamiseksi tutkijoiden ja poliittisten päätöksentekijöiden yhteistyötä tulee lisätä. Näin hyväksi havaitut menetelmät saataisiin osaksi rutiinin omaista toimintaa. (Kapiriri & Razavi 2017.)

MCDA- ja PBMA-menetelmät ovat laajasti käytössä kansainvälisesti. MCDA menetelmä on suosittu kehittyvien talouksien maissa, kun taas PBMA menetelmää käytetään useammin kehittyneissä maissa, kuten Kanadassa ja Iso-Britanniassa. (Kapiriri & Razavi 2017; Cromwell ym. 2015.) Legitiimiä priorisointiprosessia käytetään sekä matalan, keski- että korkean tulotason maissa. Taloudellista arviointia taas käytetään useimmiten matala- ja keskitulon maissa. (Kapiriri & Razavi 2017.) HTA-menetelmää hyödynnetään hoitosuosituksen teossa niin Ruotsissa, Norjassa kuin Englannissa (Saijonkari ym. 2017, 8). Suomessakin on hoitoteknologioiden arviointityötä tekevä kansallinen HTA-koordinaatioyksikkö FinCCHTA, joka toimii Oulun yliopistollisen sairaalan yhteydessä (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2019).

PBMA -menetelmää käytetään sekä alueellisella että organisaatioiden tasolla. MCDA on käytetympi makrotason päätöksenteon työkaluna. Taloudellista arviointia käytetään sekä kansallisella että alueellisella tasolla. Legitiimiä priorisointiprosessia hyödynnetään myös eri päätöksenteon tasoilla, mutta tyypillisimmin makrotasolla. Lisäksi se on käytössä

priorisointiprosessien oikeudenmukaisuuden jälkikäteisessä arvioinnissa. (Kapiriri & Razavi 2017.) Tyypillisemmin MCDA -menetelmä tuottaa priorisointisuosituksia, kun PBMA -menetelmän käyttöä seuraa todelliset resurssien uudelleenjaot (Cromwell ym. 2015).

Eri lähestymistavoista keskusteltaessa on huomioitava, että menetelmät kehittyvät jatkuvasti eikä ole selvää, mitä menetelmää päätöksenteossa tulisi hyödyntää (Hall ym. 2018; Whitty ym. 2016). Uusia menetelmiä kehitetään yhä (esim. Littlejohns ym. 2019) ja nykyisiä menetelmiä yhdistellään (Kapiriri & Razavi 2017). Eri maat saattavat lisäksi kehittää omia priorisointimenetelmiään (kts. esim. Waldau ym. 2010). Valitun lähestymistavan lisäksi paikalliset olosuhteet vaikuttavat tehtyihin priorisointipäätöksiin (Klein 2010). Täydellisen menetelmän toivomisen sijaan on jatkossa tarkasteltava eri tekijöiden, kuten näyttöön perustuvan tiedon, eri intressien, kulttuurien, rakenteiden ja lopputulosten vuorovaikutusta, jotta vastauksia monimutkaisiin priorisointipäätöksiin saataisiin (Hall ym. 2018).

4.3. Terveysthuollon priorisoinnin käytännöt ja kriteerit eri maissa

Eri maissa terveydenhuollon priorisointia toteutetaan omalla tavallaan (Saijonkari ym. 2017, 17). Viime vuosien kehityssuuntana on ollut avoimien ja systemaattisten priorisointimenetelmien käyttöönotto (Hall ym. 2018). Seuraavaksi tarkastellaan eri maissa käytössä olevia makrotason priorisointia ohjaavia periaatteita ja kriteereitä sekä priorisointikäytäntöjä. Tarkastelu keskittyy lähinnä maihin, joissa terveydenhuolto on pääasiassa julkisesti rahoitettu ja priorisointi on pitkälle kehittyntä eli Pohjoismaihin ja Englantiin. Samalla tarkastellaan suomalaisen priorisoinnin nykytilaa.

Sabik ja Lie (2008) ovat tarkastelleet eri maissa toteutuvaa makrotason terveydenhuollon priorisointia. Eri käytäntöjen myötä he ovat jakaneet terveydenhuollon priorisointimallit kahteen kategoriaan: terveydenhuoltoa ohjaavia periaatteita jäsentävät mallit sekä terveydenhuollon käytäntöjen muotoiluun pyrkivät mallit. Terveydenhuoltoa ohjaavia periaatteita jäsentävän mallin lähtökohdat ovat arvoissa ja periaatteissa, kuten oikeudenmukaisuuden tavoittelussa. Tämän kaltaista toimintaa on Alankomaissa, Norjassa, Ruotsissa ja Tanskassa. Käytäntöjä muotoilevan mallin prosessi keskittyy määrittämään esimerkiksi hoitolinjauksia ja tarjottavien palveluiden laajuutta. Tämän mallin mukaisesti toimitaan Yhdysvaltojen Oregonissa, Uudessa-Seelannissa, Israelissa ja Iso-Britanniassa.

Maissa, joissa priorisointia ohjaavat periaatteet, poliittiset sekä käytännön saavutukset ovat maltillisempia kuin käytäntöjä muotoilevissa maissa. (Sabik & Lie 2008.)

Norja, Ruotsi ja Tanska olivat ensimmäisiä maita, jotka ottivat terveydenhuollon priorisoinnin osaksi poliittista agenda ja tavoittelivat avoimempaa makrotason priorisointia. Skandinavian maissa on nähtävissä kolme kehityskulkua: asiantuntijapohjaisesta päätöksenteosta siirtyminen kohti kansalaisten osallisuuden vahvistumista, periaatteisiin pohjautuvasta päätöksenteosta siirtyminen kohti käytäntöjen muokkaamista sekä siirtyminen piilotetuista prosesseista kohti avoimia ja läpinäkyviä prosesseja. (Hofmann 2013.) Sekä kansalaisten osallisuuden kasvattaminen että avoimien prosessien käyttöönotto ovat osoitus priorisoinnin viime aikaisista saavutuksista, vaikka molempiin liittyykin edelleen kehitettävää (Hall ym. 2018).

Eri maissa toimii terveydenhuollon avointa priorisointia toteuttavia instituutioita. Niillä on tärkeä rooli makrotason priorisoinnissa (Hall ym. 2019). Englannin NICE (National Institute for Health and Care Excellence) ja Norjan priorisointineuvosto ovat näistä esimerkkejä. Niissä yhdistyy poliittinen päätöksenteko, lääketieteen tuoma asiantuntemus sekä kansalaisosallistuminen. (Saarni & Mäkelä 2011.) Ruotsissa ei ole yhtä makrotason priorisointiorganisaatiota vaan useampia alueellisia organisaatioita (Saijonkari ym. 2017, 12).

Suomessakin on viime vuosina otettu askelia kohti kansallista ohjausta, vaikka ohjaus ja päätöksenteko ovatkin edelleen pirstaleista (Palveluvalikoima 2016). Sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimiva vuonna 2014 perustettu palveluvalikoimaneuvosto PALKO antaa suosituksia siitä, mitkä palvelut kuuluvat julkisesti rahoitettujen palveluiden piiriin. Palveluvalikoimaneuvosto koostuu muun muassa lääketieteen, hoitotyön, oikeustieteen ja terveystaloustieteen asiantuntijoista. (Palveluvalikoima 2019a.)

Eri maat ovat määritelleet priorisointitoimintaansa ohjaavia periaatteita (Sabik & Lie 2008). Norjassa terveydenhuollon priorisointia ohjaavia periaatteita ovat terveiden elinvuosien maksimointi, niiden oikeudenmukainen jakaminen sekä selkeiden kriteerien noudattaminen priorisoinnin toteuttamisessa. Palveluiden käyttäjät pyritään osallistamaan päätöksentekoon ja käytetyt menetelmät ovat systemaattisia ja avoimia. Ruotsissa toimintaa ohjaavat periaatteet ovat oikeudenmukaisuus, avoimuus ja läpinäkyvyys. Englannissa

priorisointitoimintaa taas ohjaavat distributiivinen oikeudenmukaisuus, itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, haitan välttäminen sekä hyödyn aikaan saaminen. (Saijonkari ym. 2017, 17.)

Eri maiden päätöksenteossa käytössä olevat kriteerit pohjautuvat pääosin lääketieteelliseen näyttöön. Näiden lisäksi poliittiset ja organisaatioon sidotut kriteerit ovat tärkeitä päätöksenteon kannalta. Päätöksenteko voidaan nähdä tasapainoiluna terveyden maksimoinnin ja käytännön rajoitteiden välillä. (Cromwell ym. 2015.) Olennaista on, että kriteereitä tarkastellaan kokonaisuutena. Norjassa priorisointityössä käytössä olevat kriteerit ovat hoidon hyöty, resurssien käyttö sekä sairauden vakavuusaste. Ruotsissa taas kriteereinä toimivat yhtenäinen ihmisarvo, hoidon tarve, solidaarisuus ja kustannusvaikuttavuus. Englannissa kriteerit ovat vaikuttavuus, kustannusvaikuttavuus sekä oikeudenmukaisuus. Eri maiden kriteeristöissä on eroja, mutta kaikissa yhdistyy kriteerien yhtäaikainen soveltaminen sekä näkökulmat, jotka tarkastelevat jossain muodossa terveyshyötyä, hoidon tarvetta sekä resurssien kohtuullista käyttöä. (Saijonkari ym. 2017, 17.) Taloudellisten tekijöiden asettaminen priorisoinnin kriteeriksi on kuitenkin aiheuttanut epäröintiä eri maissa (Sabik & Lie 2008).

Suomessa julkisesti tuotettujen terveystalveluiden järjestämistä ohjataan oikeudellisella sääntelyllä. Suomessa perustuslaki (1999/731 § 19) takaa kaikille kansalaisille riittävät sosiaali- ja terveystalvelut. Terveystalvelulaki (2010/1326) tarkentaa 7 a §:ssa julkisesti tuotettujen talveluiden laajuutta. Talveluihin kuuluvat lääketieteellisesti perusteltu sairauksien ennaltaehkäisy, tutkimus, taudinmääritys, hoito ja kuntoutus. Laissa kuitenkin rajataan näiden talveluiden ulkopuolelle ne tutkimukset, hoidot ja kuntoutus, joiden riskit suhteessa saavutettaviin hyötyihin ovat kohtuuttomat, vaikuttavuus on heikko ja kustannukset ovat kohtuuttomia suhteutettuna saatavaan hyötyyn tai hoidolliseen arvoon. (Terveystalvelulaki 2010/1326.) Käytännössä suomalaisten terveystalveluiden laajuutta ohjataan lainsäädännön ohella rahoituksella (Vuorenkoski & Saarni 2006, 36).

Talveluvalikoimaneuvosto PALKO on määritellyt oikeudellisen sääntelyn puitteissa kolme periaatetta, jotka ohjaavat talveluvalikoiman määrittämistä. Näitä ovat terveystalveluongelman merkittävyys, lääketieteellinen perusteltavuus sekä eettisyys ja taloudellisuus kokonaisuutena. Terveystalveluongelman merkittävyys ottaa huomioon lääketieteen näkökulmien lisäksi yhteiskunnalliset arvot. Lääketieteellinen perusteltavuus taas suhteuttaa

vaikuttavuuden, turvallisuuden ja terveysongelman vakavuuden. Eettisyydellä tarkoitetaan, että terveydenhuollon toiminta perustuu yhteiskunnallisten arvojen varaan, kuten ihmisarvon kunnioittamiseen. Taloudellisuus taas merkitsee voimavarojen oikeudenmukaista jakoa palveluita tarvitsevien kesken. (Palveluvalikoima 2016.) Voidaan siis todeta, että muiden maiden tavoin Suomessakin eri kriteereitä tarkastellaan saman aikaisesti ja näkökulmat ovat vastaavia kuin Ruotsissa, Norjassa ja Englannissa. Kustannusvaikuttavuuden ottamista palveluvalikoiman määrittämisen kriteeriksi on selvitetty sosiaali- ja terveysministeriössä. Käyttöönotto vaatii kuitenkin yhteiset käytännöt kustannusvaikuttavuustiedon keräämisestä ja analyysistä sekä riittävät resurssit. (Booth, Aronen & Mäkelä 2017.)

Dakin ym. (2015) käsitteli tutkimuksessaan NICE:n tekemien priorisointipäätösten toteutuneita kriteereitä. Kustannusvaikuttavuus oli selkein päätöksenteon kriteeri ja ennusti parhaiten tehtyjä priorisointipäätöksiä. (Dakin ym. 2015.) Cromwell ym. (2015) taas havaitsivat tutkiessaan eri maissa vuosina 2000–2013 toteutettuja avoimia priorisointiprosesseja, että päätöksenteon käytetyimmät kriteerit käsittelivät taloudellisia vaikutuksia sekä hoitointerventioiden seurauksia ja hyötyjä, mutta kustannusvaikuttavuus oli kriteerinä alle puolessa käytetyissä menetelmissä. (Cromwell ym. 2015.)

Taloudellisten näkökulmien lisäksi toistuva NICE:n priorisointipäätöksiin vaikuttanut kriteeri oli sairauden tyyppi. Syöpätauteja sekä tuki- ja liikuntaelinsairauksia koskevat hoitomenetelmät eivät olleet yhtä todennäköisesti hylkäysuhan alla toisin kuin keuhkosairauksien hoito. Tutkimuksesta ei kuitenkaan selvinnyt, mistä erot sairauksien välillä johtui. (Dakin ym. 2015.) Cromwell ym. (2015) tutkimus taas osoitti, että taloudellisten kriteerien jälkeen eniten päätöksentekoprosesseissa korostuivat asiayhteys, tautitaakka sekä oikeudenmukaisuus. Kuten aiemmin esitelty, NICE:n pyrkimys on yhdistää useita priorisointikriteereitä. Tästä huolimatta kustannusvaikuttavuuden lisäksi muiden kriteerien osuutta ei ollut juuri havaittavissa määrällisessä analyysissä. Syyksi tähän esitettiin, että muun tyyppisten kriteerien määrällistäminen voi olla haastavaa. (Dakin ym. 2015.)

Päätösten sitovuus ja priorisointia tuottavien instituutioiden päätäntävalta ovat avain asemassa tehtyjen priorisointipäätösten toimeenpanossa (Sabik & Lie 2008). Eri maiden priorisointisuosituksia tuottavien instituutioiden suositukset sitovat palveluiden järjestäjiä vaihtelevasti. Englannissa suositukset ovat lakisääteisiä, kun taas Norjassa ja Ruotsissa suositukset eivät sido juridisesti terveydenhuollon yksiköitä. Norjassa suositukset ovat

kuitenkin pitkälti viety terveydenhuollon käytäntöihin. (Saijonkari ym. 2017, 17–18.) Suomessa palveluvalikoimaneuvosto antaa kansallisia suosituksia yleisellä tasolla. Päätökset eivät ole sitovia. (Palveluvalikoima 2016.)

Kansalaisten osallistuminen priorisointiin vaihtelee myös maittain. Norjassa ja Ruotsissa kansalaiset ovat jossain määrin päässeet osallisiksi priorisointiprosesseihin, esimerkiksi potilasjärjestöjen edustajien muodossa. Englannissa lopullisista priorisointipäätöksistä vastaavat virkamiehet, mutta eri osapuolilla on mahdollisuus osallistua laadintaprosessiin. (Saijonkari ym. 2017, 11, 18.) Suomessa kansalaisten on mahdollista kommentoida palveluvalikoimaneuvoston suositusluonnoksia ennen lopullisten päätösten tekoa (Palveluvalikoima 2019b). Osallistumisen lisäksi eri maissa on todettu tärkeäksi lisätä päätöksenteon läpinäkyvyyttä. Tällöin myös niiden, jotka eivät osallistu päätöksentekoprosessiin, on mahdollista ymmärtää priorisointipäätösten perusteita. (Sabik & Lie 2008.)

Suomessa terveydenhuollon priorisoinnin suunta on vielä muotoutumassa. Lainsäädännön uudistamista niin, että priorisoinnin taloudelliset näkökulmat tulisivat paremmin huomioiduksi, on ehdotettu. Muutokset voitaisiin myös toteuttaa uuden kriteeristön määrittämisellä ja ottamalla esimerkiksi Norjan mallista. Tällä voitaisiin mahdollistaa eettisesti hyväksyttävämpi päätöksenteko tilanteissa, joissa arvovalinnat ohjaavat päätöksentekoa enemmän kuin asiantuntijatieto. Vaikka priorisointimenetelmistä keskustelu on Suomessa nuorta (Palveluvalikoima 2016), on joitain avoimia priorisointiprosesseja nykyisin käytössä. Näitä ovat esimerkiksi hoitotakuukäytännöt, lääkekorvausjärjestelmä, kansalliset seulonnat ja hoitosuositukset. (Saarni 2010, 97–98; Vuorenkoski & Kaila 2010.)

Priorisointiin ei tulisi suhtautua ongelmana, joka on ratkaistavissa kertaluonteisesti (Lammintakanen 2013, 273). Terveydenhuollon priorisoinnissa onkin viime vuosina siirrytty teknisestä priorisoinnista kohti ilmiön monisyisyyden ymmärrystä ja priorisointimenetelmien käytäntöön viemistä. Tulevaisuudessa tulisi keskittyä enemmän nykyisten päätöksentekoprosessien jatkokehittämiseen kuin keksiä uusia menetelmiä ja käytäntöjä. Päätöksien toimeenpanon kehittäminen ja priorisoinnin seurausten arviointi ovat myös tulevaisuuden haasteena makrotason priorisoinnissa. (Hall ym. 2018.)

5 POHDINTA

Tämän kandidaatin tutkielman tavoitteena oli tuottaa kokonaiskuva terveydenhuollon priorisoinnista sekä niistä menetelmistä ja käytännöistä, joilla terveydenhuoltoa koskevaa makrotason priorisointia toteutetaan. Tutkielmassa on vastattu kysymykseen, miten terveydenhuollon priorisointia voidaan toteuttaa makrotasolla. Tutkielmasta muodostui katsaus, jossa tarkastellaan terveydenhuollon priorisoinnin puitteita, erilaisia yleisesti käytössä olevia lähestymistapoja sekä eri maiden käytäntöjä priorisoinnin toteuttamisessa.

Vaikka priorisointi ei ole käsitteenä tai toimintana yksiselitteistä, voidaan tämän katsauksenkin pohjalta olla jostain priorisoinnin toteuttamista koskevista asioista lähes yksimielisiä. Avointa priorisointia voidaan pitää demokraattisena ja sattumanvaraisuutta poistavana päätöksentekotapana (Ryynänen & Lammintakanen 2016; Vuorenkoski & Saarni 2006, 37). Avoimessa ja systemaattisessa päätöksenteossa priorisointia ohjaavat tekijät tulee määrittää ja eri toimijoiden näkemykset huomioida. Viime vuosina erityisesti kansalaisten osallistamiseen on kiinnitetty huomiota kansainvälisestikin (Hall ym. 2018). Suomessa avoin kansallinen priorisointi on verraten nuorta ja ehkä siksi kansalaisten osallistamisessa on vielä kehitettävää. Palveluvalikoimaneuvoston päätökset perustuvat terveydenhuollon toimintaan liittyvän näytön arviointiin sekä asiantuntijatyöhön. Kansalaisiakin kuullaan tarvittaessa ja suositusluonnoksia on mahdollista kommentoida Ota kantaa -sivustolla. Kommentin voi kuitenkin jättää kuka tahansa, myös terveydenhuollon ammattilainen tai esimerkiksi lääkevalmistaja. Tällöin annetut kommentit eivät välttämättä edusta kansalais- tai potilasnäkökulmaa. Osallistumisen asteesta ei myöskään voida olla varmoja, sillä suositusluonnosten kommentointi perustuu vapaaehtoisuuteen. Kansalaisten roolia voitaisiinkin ottaa paremmin huomioon ja siten seurata muiden Pohjoismaiden esimerkkiä (kts. Hofmann 2013).

Terveydenhuollon priorisointia voidaan lähestyä erilaisin menetelmien, joiden pyrkimyksenä on helpottaa priorisointipäätösten tekoa. Priorisoinnin toteuttamisen kannalta on tärkeää, että toimintaan varataan riittävästi aikaa ja resursseja (Kapiriri & Razavi 2017). Menetelmän valinnassa on lisäksi huomioitava, ettei mikään yksittäinen menetelmä tarjoa yksiselitteistä vastausta haastaviin priorisoinnin kysymyksiin (Hall ym. 2018) ja kaikki menetelmät ovat kohdanneet kritiikkiä. Suomessa makrotason priorisointikäytännöt ovat vielä

muotoutumassa (Palveluvalikoima 2016), joten niiden kehittämisessä ja mahdollisessa käyttöönotossa olisi hyvä huomioida tässä katsauksessakin käsiteltyjä kansainvälisesti saatuja kokemuksia. Priorisoinnin kehittämisessä on kuitenkin huomioitava suomalaisen terveystalouden omalaatuisuus. Muualta saatuja kokemuksia ei todennäköisesti voida suoraan siirtää käytäntöön Suomessa.

Priorisointi on poliittista (Lammintakanen ym. 2006), mikä tulee huomioida päätöksenteossa. Eri toimijoilla on erilaisia intressejä priorisointiin liittyen ja päätöksentekoon voidaankin pyrkiä vaikuttamaan ulkopuolelta esimerkiksi lobbareiden ja median toimesta. Koska priorisoinnilla tavoitellaan oikeudenmukaisuuden lisäksi resurssien hillintää, voivat taloudelliset perusteet nousta muiden edelle. Tällöin priorisoinnin legitimiys voi olla vaarassa. Priorisoinnin poliittisuus onkin herättänyt huolta niin päätöksentekoon osallistuvien lääkäreiden kuin poliittisten päätöksentekijöiden keskuudessa (Brall ym. 2019; Gallagher & Little 2019). Näyttöön perustuvan tiedon, ennalta määriteltyjen kriteerien ja systemaattisten, läpinäkyvien priorisointimenetelmien avulla päätösten poliittisuutta on kuitenkin mahdollista hallita. Priorisoinnin voidaan katsoa vaativan tasapainoilua näyttöön perustuvan tiedon ja arvovalintojen välillä. Vaikka päätökset sisältäisivät arvovalintoja, tulisi niitä tarkastella enemmän eettisestä näkökulmasta poliittisten agendojen sijaan. Erilaisilla priorisointimenetelmillä on mahdollista tuoda eri kriteerit osaksi päätöksentekoa ja arvioida niiden painoarvoja päätöksenteossa. Tämän kaltainen toiminta olisi myös vastuullisempaa kansalaisia kohtaan. Poliittisten päätöksentekijöiden tulisikin tukea läpinäkyvien menetelmien käyttöönottoa.

Tämän katsauksen pohjalta voidaan ehdottaa, että Suomessakin otettaisiin systemaattiseen käyttöön priorisointimenetelmä arvovalintoja sisältävien päätösten selkeyttämiseksi. Palveluvalikoimaneuvosto PALKO tarkastelee toiminnassaan lääketieteellisiä menetelmiä, kuten lääkkeitä tai kirurgisia menetelmiä (Palveluvalikoima 2019c), mutta se ei toistaiseksi tee juurikaan arviointia hoidon kokonaisuuksista, joissa vaihtoehtokustannuksia tarkasteltaisiin koko sairausryhmän hoitojen osalta. Kokonaisuuden arviointi voisi mahdollistua, mikäli käyttöön otettaisiin esimerkiksi PBMA -menetelmä. Menetelmä tarjoaa mahdollisuuden tarkastella, ovatko nykyiset resurssit tehokkaassa käytössä ja tulisiko ne allokoida tulevaisuudessa eri tavalla (Williams ym. 2011, 72). PBMA -menetelmän käyttöönottoa tukee myös se, että menetelmän avulla tehdyt päätökset ovat usein saaneet aikaiseksi todellisia käytäntöjen muutoksia pelkkien suositusten sijaan (kts. Cromwell ym.

2015). Jotta mikään valittu menetelmä tuottaisi halutun lopputuloksen tarvitaan riittävä poliittinen tahtotila ja toiminnan johdonmukaista johtamista (Waldau ym. 2010). Tämä näyttäisi Suomesta vielä puuttuvan ja siksi julkisen priorisointikeskustelun kasvattaminen on olennaista.

Sen lisäksi, että priorisointimenetelmiä otetaan käyttöön, tulisi tarkastella priorisoinnin edellytyksiä ja toimintaympäristöä laajemmin (Hall ym. 2018; Cromwell ym. 2015). Suomalaisen terveystalouden rakenteita ja lainsäädäntöä tulisikin uudistaa niin, että priorisointipäätöksiä on mahdollista tehdä ja toteuttaa (Palveluvalikoima 2016). Suomessa edelleen meneillään oleva sosiaali- ja terveystalouden palvelurakennemuutos (ns. sote-uudistus) voisi tarjota mahdollisuuden ottaa avoimen priorisoinnin näkyvämmäksi osaksi terveydenhuollon toimintaa. Makrotason priorisointi voisi tuoda päätöksentekoon kaivattuja keinoja kustannusten hillintään sekä ratkaista palveluiden yhdenvertaisuuteen liittyviä ongelmia. Kun priorisointipäätösten kriteerit, esimerkiksi hoidon tarve ja kustannusvaikuttavuus, ohjaisivat palveluiden järjestämistä, voisi suomalainen terveystalouksjärjestelmä rakentua toisen näköiseksi. Näin saattaisi karsiutua hoitoja, joiden hyödyt ovat niukkoja ja toisaalta palvelut kohdistua entistä enemmän niille, jotka niitä tarvitsevat. Tämä voisi tarkoittaa myös suomalaisen kansanterveyden kohentumista ja siten säästöjen syntymistä terveydenhuollon kokonaiskustannuksissa (kts. esim. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017). Käytännössä terveystalouden kokonaisuuden tarkastelu ja makrotason systemaattinen priorisointi saattaisivat tarkoittaa esimerkiksi resurssien suuntaamista erikoissairaanhoidosta kohti ennaltaehkäisevää ja perustason hoitoa. Ennaltaehkäisy on kuitenkin edullinen ja inhimillinen tapa hoitaa väestön terveyttä. Se, miten päättäjät saadaan kiinnostumaan asiasta, ei toistaiseksi ole selvää.

Tässä katsauksessa saadut tulokset pohjautuvat sekä kansalliseen että kansainväliseen aineistoon. Tutkielmassa käytetyt lähteet on haettu luotettavista tietokannoista ja suurin osa valituista tutkimusartikkeleista on vertaisarvioituja. Lähteiden hankinnassa on huomioitu lähteiden ajankohtaisuus ja riittävyys. Käytetyt lähteet ovat pääosin viimeisen kymmenen vuoden ajalta ja niitä on tarkasteltu kriittisesti. Lähteiden luotettavuuteen voi vaikuttaa heikentävästi se, että käytetyissä artikkeleissa toistuu jonkin verran samat asiantuntijat ja tutkijat, joten heidän näkökulmansa tai tutkimusotteensa voivat korostua muita enemmän. Toisaalta katsaukseen valitut lähteet perustuvat alan keskeisten asiantuntijoiden viime aikaisiin artikkeleihin, minkä taas voidaan katsoa tukevan työn luotettavuutta.

Katsaukseen valitut tieteelliset artikkelit ovat pääosin kansainvälisiä. Tätä selittää kansallisen tutkimustiedon niukkuus aihepiiristä. Kansallista näkökulmaa on tuotu esiin tutkimustiedon lisäksi muilla ajankohtaisilla julkaisuilla, kuten julkisyhteisöjen tuottamilla selvityksillä. Tutkielmaan liittyvä tiedonhaku ei ole ollut systemaattista, joten on mahdollista, että jotain aihepiiriin liittyviä tutkimuksia on jäänyt tämän työn ulkopuolelle. Katsauksessa on kuitenkin käytetty lähteitä, joiden näkökulmat vaihtelevat, jolloin tekstistäkin muodostuu moniääninen ja eettisesti kestävä kokonaisuus. Lähteitä käytettäessä on hyödynnetty vain alkuperäisiä lähteitä, mikä tukee tutkielman luotettavuutta. Kandidaatin tutkielman teossa on huomioitu eettisyys eli noudatettu hyvää tieteellisistä käytäntöä. Lähteitä on käytetty noudattamalla huolellisuutta sekä tarkkuutta eli lähteisiin viitattu asianmukaisesti ja ne on merkattu johdonmukaisesti lähdeluetteloon.

Tämä katsaus tarjoaa ajantasaisen kokonaiskuvan terveydenhuollon priorisoinnista, mutta jättää tilaa useammalle jatkotutkimusaiheelle. Suomalaisen priorisoinnin ollessa edelleen hajallaan tulisi jatkossa selvittää, miten avointa kansallisen tason priorisointia voitaisiin kehittää ja näin taata eettisesti ja taloudellisesti kestävämpi terveydenhuolto. Tarkastelun kohteeksi sopisi ainakin kansalaisten osallisuuden kehittäminen priorisointiprosesseissa. Lisäksi voitaisiin tarkastella eri systemaattisten lähestymistapojen soveltumista ja käyttöönoton mahdollisuuksia suomalaisessa terveystaloudessa.

LÄHDELUETTELO

- Autti-Rämö, I., Hiltunen, K-M., Kataja, V., Liimatainen, S., Mäntyranta, T. & Parkkila, A-K. 2018. Priorisointi ei ole tunnepeliä. Suomen Lääkärilehti 2018 (73), 2985.
- Booth, N., Aronen, P. & Mäkelä, M. 2017. Kustannusvaikuttavuuden käyttämisestä yhtenä terveydenhuollon palveluvalikoiman määrittelykriteerinä. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:30. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Brall, C., Schröder-Bäck, P., Porz, R., Tahzib, F., & Brand, H. 2019. Ethics, health policy-making and the economic crisis: A qualitative interview study with european policy-makers. *International Journal for Equity in Health* 18(144).
- Cromwell, I., Peacock, S. J., & Mitton, C. 2015. 'Real-world' health care priority setting using explicit decision criteria: A systematic review of the literature. *BMC Health Services Research* 15(1), 164.
- Dakin, H., Devlin, N., Feng, Y., Rice, N., O'Neill, P., & Parkin, D. 2015. The influence of Cost-Effectiveness and other factors on Nice decisions. *Health Economics* 24(10), 1256–1271.
- Daniels N. 2000. Accountability for reasonableness. *BMJ* 321(7272), 1300–1301.
- Daniels, N. & Sabin, J. 2008. *Setting Limits Fairly – Learning to Share Resources for Health. 2. painos.* New York: Oxford University Press.
- Defechereux, T., Paolucci, F., Mirelman, A., Youngkong, S., Botten, G., Hagen, T. P., & Niessen, L. W. 2012. Health care priority setting in norway a multicriteria decision analysis. *BMC Health Services Research* 12(39).
- 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).
- ETENE. 2019. Terveydenhuollon valinnat. Haettu 4.11.2019 osoitteesta: <https://etene.fi/terveydenhuollon-valinnat>
- van Exel, J., Baker, R., Mason, H., Donaldson, C. & Brouwer, W. 2015. Public views on principles for health care priority setting: Findings of a European cross- country study using Q methodology. *Social Science & Medicine* 126, 128–137.
- Friedman, A. 2008. Beyond accountability for reasonableness. *Bioethics* 22(2), 101–112.
- Gallagher, S. & Little, M. 2019. Procedural justice and the individual participant in priority setting: Doctors' experiences. *Social Science & Medicine* 228, 75–84.
- Goetghebeur, M., Castro-Jaramillo, H., Baltussen, R., & Daniels, N. The art of priority setting. *The Lancet* 389 (10087), 2368–2369.

- Hall, W., Williams, I., Smith, N., Gold, M., Coast, J., Kapiriri, L., Danis, M. & Mitton, C. 2018. Past, present and future challenges in health care priority setting. *Journal of Health Organization and Management* 32(3), 444–462.
- Hofmann, B. 2013. Priority setting in health care: Trends and models from scandinavian experiences. *Medicine, Health Care and Philosophy* 16(3), 349–356.
- Juth, N. 2015. Challenges for Principles of Need in Health Care. *Health Care Analysis* 23(1), 73–87.
- Kapiriri, L. & Razavi, D. 2017. How have systematic priority setting approaches influenced policy making? A synthesis of the current literature, *Health Policy* 121(9), 937–946.
- Klein, R. 2010. Rationing in the fiscal ice age. *Health Economics, Policy and Law* 5(4), 389–96.
- Laine, J. 2014. Kustannusvaikuttavuus ei yksin riitä priorisoinnin perustaksi. *Duodecim* 130(20), 2094–2098.
- Lammintakanen, J., Kinnunen, J. & Kylmä, J. 2006. Terveysthuollon priorisointi politiikkaprosessina ja käsitteenä. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 43(2), 124–133.
- Lammintakanen, J. 2013. Terveysthuollon priorisointi. Teoksessa Sihto, M., Palosuo, H., Topo, P., Vuorenkoski, L. & Leppo, K. (toim.) *Terveysthuollon perusta ja käytännöt*. Tampere: Juvenes Print, 270–273.
- Leppo, K. 2007. Tarpeista terveysthuollossa: kansainvälisiä ja kotimaisia näkökulmia. Julkaisussa: *Tarve terveysthuollossa – kuka tai mikä määrittää?* ETENE-julkaisuja 18. Yliopistopaino: Helsinki.
- Littlejohns, P., Kieslich, K., Weale, A., Tumilty, E., Richardson, G., Stokes, T., Gauld, R. and Scuffham, P. 2019. Creating sustainable health care systems. *Journal of Health Organization and Management* 33(1), 18–34.
- Lohiniva-Kerkelä, M. & Autti-Rämö, I. 2019. Priorisoinnin käsitteistä. *Palveluvalikoima*. Julkaistu 7.10.2019. Haettu 4.11.2019 osoitteesta https://palveluvalikoima.fi/artikkeli/-/asset_publisher/priorisoinnin-kasitteistosta
- Mitton, C.R. & Donaldson, C. 2003. Setting priorities and allocating resources in health regions: lessons from a project evaluating program budgeting and marginal analysis (PBMA). *Health Policy* 64(3), 335–348.
- Myllykangas, M., Ryyänen, O., Lammintakanen, J., Isomäki, V., Kinnunen, J., & Halonen, P. 2003. Clinical management and prioritisation criteria. *Journal of Health Organization and Management* 17(5), 338–348.
- Mäkelä, M. & Punkari, K. 2017 *Käsitteitä*. Versio 1.1. HTA-opas. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim; 2017. Saatavilla: <https://www.terveysportti.fi/dtk/hta/koti>

- Palveluvalikoima. 2016. Terveydenhuollon palveluvalikoiman nykytila, määrittelyn perusteet ja kehittämistarpeet. Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvoston väliraportti 26.5.2016. Helsinki.
- Palveluvalikoima. 2019a. Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto PALKO. Haettu 18.10.2019 osoitteesta: <https://palveluvalikoima.fi/mika-on-palko->
- Palveluvalikoima. 2019b. Suositusluonnokset. Haettu 18.10.2019 osoitteesta: <https://palveluvalikoima.fi/suositusluonnokset>
- Palveluvalikoima. 2019c. Suositusten käsittelyprosessi. Haettu 3.11.2019 osoitteesta: <https://palveluvalikoima.fi/suositusten-kasittelyprosessi>
- Perustuslaki 11.6.1999/731.
- Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2019. Kansallinen HTA-koordinaatioyksikkö (FinCCHTA). Haettu 4.11.2019 osoitteesta <https://www.ppsHP.fi/Tutkimus-ja-opetus/FinCCHTA/Sivut/default.aspx>
- Ratcliffe, J., Lancsar, E., Walker, R., & Gu, Y. 2017. Understanding what matters: An exploratory study to investigate the views of the general public for priority setting criteria in health care. *Health Policy* 121(6), 653.
- Richardson, J. & Schlander, M. 2019. Health technology assessment (HTA) and economic evaluation: Efficiency or fairness first. *Journal of Market Access & Health Policy* 7(1).
- Ryynänen, O-P. & Lammintakanen, J. 2016. Priorisointi ja vaikuttavuus terveydenhuollossa. *Tutkiva hoitotyö* 14 (4), 39–41.
- Saarni, S. 2010. Vaikuttavuuden huomiointi terveydenhuollon päätöksenteossa. Eettinen analyysi. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimus* 40/2010. Helsinki: Yliopistopaino.
- Saarni, S. & Mäkelä, M. 2011. Kohti avointa priorisointia Suomessakin? *Duodecim* 127(7), 636–637.
- Sabik, L. & Lie, R. 2008. Priority setting in health care: Lessons from the experiences of eight countries. *International Journal for Equity in Health* 7(4).
- Saijonkari, M., Mäkelä, M. & Booth, N. 2017. Katsaus terveydenhuollon priorisointiin eri maissa. *Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:18*. Korjattu laitos. Helsinki: Sosiaali ja terveysministeriö.
- Skirbekk, H., Hem, M. H., & Nortvedt, P. 2018. Prioritising patient care: The different views of clinicians and managers. *Nursing Ethics* 25(6), 746–759.
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2017. Vaikuttavuus ja kustannukset. Päivitetty 13.10.2017. Haettu 3.11.2019 osoitteesta: <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/seuranta-ja-vaikuttavuus/vaikuttavuus-ja-kustannukset>
- 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), 1–10.
- Varhila, K. 2019. Tarvitsemme terveydenhuollon priorisointiin yhteiset periaatteet. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaistu 9.10.2019. Haettu 31.10.2019 osoitteesta https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/tarvitsemme-terveydenhuollon-priorisointiin-yhteiset-periaatteet
- Vuorenkoski, L. & Kaila, M. 2010. Oikeudenmukainen ja vaikuttava terveydenhuolto. *Duodecim* 126 (24), 2795–2796.
- Vuorenkoski, L. & Saarni, S. 2006. Priorisointi ja terveydenhuollon oikeudenmukaisuus. Teoksessa Teperi, J., Vuorenkoski, L., Manderbacka, O., Ollila, E., Keskimäki, I., & Stakes (toim.) *Riittävät palvelut kaikille – Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Helsinki: Edita Prima Oy, 35–39.
- Waldau, S., Lindholm, L. & Wiechel, A. 2010. Priority setting in practice: Participants' opinions on vertical and horizontal priority setting for reallocation. *Health Policy* 96 (3), 245–254.
- Weale, A., Kieslich, K., Littlejohns, P., Tugendhaft, A., Tumilty, E., Weerasuriya, K. & Whitty, J. A. 2016. Introduction: Priority setting, equitable access and public involvement in health care. *Journal of Health Organization and Management* 30(5), 736–750.
- Werntoft, E. & Edberg, A. 2009. Decision makers' experiences of prioritisation and views about how to finance healthcare costs. *Health Policy* 92(2), 259–267.
- Whitty, J. A., Lancsar, E., Rixon, K., Golenko, X., & Ratcliffe, J. 2014. A systematic review of stated preference studies reporting public preferences for healthcare priority setting. *The Patient - Patient-Centered Outcomes Research* 7(4), 365–386. doi:10.1007/s40271-014-0063-2
- Williams, I., Robinson, S. & Dickinson, H. 2011. *Rationing in health care: The theory and practice of priority setting*. Bristol: Policy Press.
- World Health Organization. 2019. Health technology assessment. Haettu 17.10.2019 osoitteesta: <https://www.who.int/health-technology-assessment/about/en/>