

Marjo Hintsala

PRIORISOINTIKESKUSTELU SUOMESSA

Lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta
Syventävien opintojen kirjallinen työ
Lokakuu 2021

TIIVISTELMÄ

Marjo Hintsala: Priorisointikeskustelu Suomessa
Syventävien opintojen kirjallinen työ
Tampereen yliopisto
Lääketieteen lisensiaatin tutkinto-ohjelma
Lokakuu 2021

Suomen terveydenhuoltojärjestelmä on maailman huippuluokkaa, mutta maailma ja yhteiskunta muuttuvat ja järjestelmä on uusien haasteiden edessä. Esimerkiksi medikalisaatio, väestön vanheneminen ja tutkimus- ja hoitovaihtoehtojen lisääntyminen lisäävät terveyspalveluiden kysyntää. Siksi yhteiskunnassa joudutaan miettimään, mitkä kaikki palvelut tarjotaan julkisista varoista.

Priorisoinnista on keskusteltu Suomessa ja maailmalla aktiivisemmin noin kolmekymmentä vuotta. Keskustelun taustaksi esittelen priorisoinnin teoriaa. Esimerkkeinä kahdesta erilaisesta priorisointimallista esittelen Oregonin ja Ruotsin mallit. Tutkimuksessa kävin systemaattisesti läpi Lääkärilehden priorisointia koskevat pääkirjoitukset vuosilta 1992–2021. Lisäksi täydensin aineistoa muulla Lääkärilehdessä ja muissa lähteissä käydyllä keskustelulla. Lääkärilehden pääkirjoitukset tarjoavat hyvän läpileikkauksen priorisointikeskusteluun, niissä viitataan ajankohtaisiin raportteihin ja seminaareihin. Toisaalta niissä näkyy myös priorisointikeskustelun haasteet: osa kirjoittajista ei pidä priorisointia välttämättömänä ainakaan toistaiseksi, vaan korostaa muun kehittämisen merkitystä. Useissa kirjoituksissa vaaditaan laajaa yhteiskunnallista keskustelua yhteiskunnan arvoista, jotta priorisointia voidaan edistää. Varsinaisia konkreettisia ehdotuksia priorisointiin pääkirjoituksissa oli vähän, mikä johtunee kirjoitusten luonteesta ja rajatusta pituudesta.

Priorisointi nousee myös silloin tällöin valtakunnan mediaan, mutta laajaa yhteiskunnallista keskustelua aiheesta ei ole käyty. Koronaviruskriisissä yhden sairauden ehkäisemiseen ja testaukseen on laitettu ennennäkemättömät rahat ja priorisointi on noussut jälleen keskusteluun. Lääkärilehdessä on peräänkuulutettu terveydenhuollon palveluvalikoiman määrittelyä, ja priorisoinnin konsensuskokouksen järjestämistä, mutta konkreettisia toimia ei ole vielä tehty.

Priorisointikeskustelua tulisi jatkaa yhteiskunnassa. Selvityksiä ja raportteja on julkaistu useita, mutta todellinen päätöksenteko ei ole onnistunut.

Avainsanat: priorisointi, terveydenhuolto, Lääkärilehti

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	3
2	PRIORISOINTI	5
2.1	Mitä priorisointi on?	5
2.2	Priorisointi muualla	7
2.2.1	Oregonin malli	7
2.2.2	Ruotsi	8
2.3	Toimijat Suomessa	9
2.4	Priorisointikeskustelun historia Suomessa	10
2.4.1	Keskustelu 1990-luvulla	11
2.4.2	Keskustelu 2000-luvulla	13
2.4.3	Keskustelu 2010–2021	17
3	POHDINTA	20
	LÄHTEET	22
	SANASTO	25

1 JOHDANTO

Suomen terveydenhuoltojärjestelmä on maailman huippuluokkaa, mutta maailma ja yhteiskunta muuttuvat ja järjestelmä on uusien haasteiden edessä. Esimerkiksi medikalisaatio eli tavallisten elämän ilmiöiden lääketieteellistyminen, väestön vanheneminen ja tutkimus- ja hoitovaihtoehtojen lisääntyminen lisäävät terveyspalveluiden kysyntää. Suomessa terveydenhuoltopalvelut on onnistuttu tuottamaan kohtuullisin kustannuksin: Suomessa terveydenhuollon kustannusten suhde bruttokansantuotteeseen oli 9,2 prosenttia vuonna 2017, kun OECD-maiden keskiarvo on 8,8 prosenttia (OECD 2019). Väestön ikääntyessä kustannukset pyrkivät nousemaan väestön sairastaessa enemmän, kun samanaikaisesti veronmaksajien eli palveluiden rahoittajien määrä vähenee. Kustannuksia joudutaan siis hillitsemään.

Länsimaisessa yhteiskunnassa on havaittavissa, että terveyspalvelujen kysyntä kasvaa keskimääräisten tulojen noustessa, eli kyseessä on ylellisyshyödyke. Välttämättömyshyödyke on hyödyke, jota on pakko hankkia hinnasta riippumatta eli hyödykkeen hinta ei vaikuta sen kysyntään. Terveyspalveluita pidetään helposti välttämättömyshyödykkeenä, vaikka taloustieteelliseltä käyttäytymiseltään se on siis enemmän ylellisyshyödyke. Odotettavissa oleva elinikä on kohonnut 1900-luvun aikana nopeasti, mutta suuri osa tästä ei johdu lääketieteestä, vaan taloudellista ja sivistyksellistä kehityksestä (Ryynänen ym. 2006, s.22). Esimerkkejä tästä ovat parantunut ravitsemustaso, hygienia ja puhtaan veden saatavuus. Ihmiset arvostavat terveyttä keskimäärin hyvin korkealle ja heillä on hyvin vahva luottamus lääketieteen keinoihin. Helposti ajatellaan, että ihmishenkien pelastamiseksi tulee tehdä kaikki voitava. Käytännössä kuitenkin näin ei ole, koska esimerkiksi liikenneonnettomuuksia ehkäistäisiin parhaiten rajoittamalla teknisesti autojen nopeudet 20 kilometriin tunnissa (Kekomäki 2019, s. 80). Lääketieteen mahdollisuudet nähdään ylioptimistisesti, vaikka todellisuudessa kohonnut elinajanodote on suurelta osin muiden tekijöiden ansiota kuin lääketieteen.

Terveydenhuollossa pätee vähenevän rajahyödyn laki, eli lisätty resurssiyksikkö, esimerkiksi tietty rahasumma, tuottaa aina vähemmän hyötyä kuin edellinen lisätty yksikkö. On arvioitu, että Suomenkin terveydenhuolto on ollut jo vuosikymmeniä lähes nollarajahyödyn käyrällä, eli lisätyt panostukset eivät ole juurikaan tuottaneet terveyshyötyä. On myös todettava, että runsas lääketiede tuottaa runsaasti komplikaatioita. (Ryynänen & Myllykangas 2000, s. 232.) Toisinaan ehdotetaan, että kansalaisille pitäisi tarjota realistisempaa tietoa terveydenhuollon mahdollisuuksista, jotta yhteiskunnassa voidaan paremmin punnita terveydenhuoltoon käytettyjen varojen oikeaa määrää (esimerkiksi Pasternack 2008 ja Raittio & Raittio 2019a ja 2019b).

Perustuslain mukaan jokaiselle on turvattava riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut, mutta kysynnän kasvaessa ja niukkuuden vallitessa on pohdittava, mikä on riittävää. Kaikkia mahdollisia tutkimuksia ja hoitoja ei voida tarjota kaikille, mutta kuka päättää mitä hoitoja kenellekin tarjotaan? Lääkäreillä on perinteisesti ollut vahva autonomia, ja terveydenhuollon arjessa hoitopäätökset ovat lääkäreiden vastuulla. Lääkäriliiton eettisissä ohjeissa (Lääkäriliitto 2014) puhutaan potilaan parhaasta hoidosta ja kollegiaalisuudesta, mutta lääkärin työssään aiheuttamista kustannuksista ei suoraan puhuta. Ohjeiden mukaan lääkärin tulee tarjota vain lääketieteellisen tiedon ja kokemuksen perusteella vaikuttavia ja tarkoituksenmukaisia hoitoja. Voisiko tarkoituksenmukaisuus sisältää myös kustannusten ajattelun? Perinteisen lääkärinteoksen mukaan luettuna tämä tarkoituksenmukaisuus koskee vain yksittäistä potilasta ja hänen parastaan, eikä sisällä yleistä kustannusten hallintaa. Laveasti ajatellen tämän voisi ajatella sisältävän myös jonkinlaisen kustannusvaikuttavuuden¹, mutta kirjaimellisesti luettuna todettu vaikuttavuus ei sinänsä kerro kustannusvaikuttavuudesta mitään. Terveystaloustieteelliseen keskusteluun aktiivisesti osallistunut professori Martti Kekomäki onkin ehdottanut, että lääkärinvalaan tulisi sisällyttää maininta resurssien rajallisuudesta (Kekomäki 2019, s.121). Lääkäriliiton valiokunnissa, jaoksissa ja hallituksessa käydyssä keskustelun pohjalta koottu Autonomian huoneentaulu sisältääkin pyrkimyksen kustannusvaikuttavuuteen (Lääkäriliitto 2018).

Terveydenhuollon priorisointi eli asioiden asettaminen tärkeysjärjestykseen voi kuulostaa ensikuulemalta huonolta asialta. Kun asiaa hiukan pohtii, on kuitenkin selvää, että se on väistämätöntä, sillä tutkimusten ja hoitojen tarve on lähes rajaton². Priorisointikeskustelun tarve ilmeneekin lähinnä rikkaissa maissa (Ryyänen ym. 2006, s.111). Vähemmän kehittyneissä maissa terveydenhuolto keskittyy akuutteihin tapauksiin ja kroonisten sairauksien hoitomahdollisuudet ovat huomattavasti heikommat kuin länsimaissa. Länsimaiden ikääntyvä väestö myös sairastaa kalliita sairauksia, kehitysmaiden tyypillisimmät sairaudet kuten infektiot ovat itseasiassa melko edullisia hoidettavia. Sen sijaan esimerkiksi syövät ovat kalliimpia hoidettavia.

Priorisointikeskustelu on laajentunut sitä mukaa, kun hoidot ovat kehittyneet niin, että kaikkea hoitoa ei ole voitu tarjota kaikille. Ensimmäisiä konkreettisia esimerkkejä priorisoinnista on dialyysihoidon keksiminen 1960-luvulla: kun laitteita oli vähän ja hoito oli kallista, jouduttiin valitsemaan, ketkä potilaista pääsevät dialyysiin. Aktiivisemmin keskustelua on käyty Suomessa ja maailmalla ainakin 1990-luvulta asti. Siitä asti on priorisointiin toivottu kansallisia kriteerejä (esim. Äärimaa 1999, Saarni 2011, Kimmel & Lohiniva-Kerkelä

¹ Kustannusvaikuttavuuslaskelmissa hoitoa, lääkettä tms. verrataan aina johonkin toiseen, esimerkiksi jo käytössä olevaan hoitoon.

² Arkisessa kielenkäytössä tähän sopisi paremmin sana ”kysyntä”, mutta taloustieteellisessä sanastossa tarve muuttuu kysynnäksi, kun palvelulle on maksaja.

2019). Tällä pyrittäisiin takaamaan kansalaisten yhdenmukainen kohtelu. Lisäksi on tärkeää pohtia, kenen tehtävä priorisointiratkaisuista päättäminen on. Ruotsalaisen tutkimuksen mukaan poliitikot antaisivat lääkäreille suuremman roolin, kun taas lääkärit siirtäisivät vastuuta poliitikoille (Rosen & Karlberg 2002). Vaikuttaa siltä, että poliitikot eivät ole valmiita tekemään epäsuosittuja arvovalintoja ja priorisointiratkaisuja, vaan toivoisivat että lääkärit tekisivät päätökset tai että päätökset voitaisiin tehdä arvovapaasti tutkimustietoon perustuen, esimerkiksi kustannusvaikuttavuustutkimusten avulla. Todellisuudessa arvovapaita valintoja ei ole ja esimerkiksi päätös siitä kuinka suuri kustannusvaikuttavuus on riittävä, on mitä suurimmassa määrin arvovalinta. Lääkärit toivovatkin laajempaa yhteiskunnallista keskustelua arvoista, koska tietävät, että arvovapaata priorisointia on mahdotonta toteuttaa. Lääkärikunta toivoo kuitenkin lääkärin autonomian säilymistä, eli että lääkäriellä on mahdollisuus käyttää omaa harkintaa tutkimus- ja hoitovaihtoehtoja punnitessaan. Tarvitaankin lisää keskustelua priorisoinnin toteuttamisesta. Vaikuttaa siltä, että kotimaassa on muutama aktiivisesti priorisoinnista keskusteleva kollega, mutta suurin osa lääkärikunnasta ei osallistu keskusteluun, eikä ehkä koe olevansa priorisoiva toimija.

Tämän tutkimuksen tarkoitus oli selvittää, mitä priorisoinnilla tarkoitetaan ja miten sitä keskustellaan. Esittelen priorisointikeskustelun historiaa Suomessa käymällä systemaattisesti läpi Lääkärilehden priorisointia käsittelevät pääkirjoitukset vuosilta 1992–2021 ja täydennän katsausta muista lähteistä poimituilla artikkeleilla. Esittelen myös Oregonin ja Ruotsin käytäntöjä esimerkkeinä kahdesta erilaisesta priorisointimallista. Tutkimus keskittyy yhteiskuntatason priorisointiin enemmän kuin yksittäisen lääkärin arkipäivän päätöksiin. Lisäksi perehdyin ajankohtaiseen koronapandemian aikana syntyneeseen priorisointikeskusteluun erityisesti Lääkärilehdessä, sekä sivuan myös muissa medioissa käytyä keskustelua. Tutkimuksen lähteenä on kotimaisia ja kansainvälisiä artikkeleita, kirjoja ja kommentteja. Lisäksi keskustelin aihetta paljon tutkineen Samuli Saarnin kanssa etäyhteydellä 1.7.2021.

2 PRIORISOINTI

2.1 Mitä priorisointi on?

Sanakirjamääritelmän mukaan priorisointi tarkoittaa asioiden laittamista tärkeysjärjestykseen, ensisijaistamista. Terveys- ja hyvinvoinnin priorisointi voidaan määritellä esimerkiksi seuraavasti:

”Terveys- ja hyvinvoinnin priorisointi on eri eturyhmien välillä tapahtuva reilujen ja oikeudenmukaisten päätösten prosessi, jonka tarkoitus on ohjata terveys- ja hyvinvoinnin järjestelyitä muuttuvassa ja monimutkaisessa toimintaympäristössä.” (Lammintakanen 2005). Terveys- ja hyvinvoinnissa priorisointia tehdään monella eri

tasolla: valtion ja kuntien budjetissa määritellään terveydenhuoltoon ohjattavat taloudelliset resurssit eli tapahtuu makrotason priorisointia. Mesotasolla kunnat, kuntayhtymät ja sairaanhoitopiirit päättävät terveydenhuollon sisäisestä resurssien jaosta. Mikrotasolla terveydenhuollon henkilöstö tekee ruohonjuuritason priorisointitarkoituksia esimerkiksi päivittäin päivystyksessä, kun potilaiden hoidontarpeen kiireellisyyttä arvioidaan. Kaikilla tasoilla priorisointi voi olla ulkoista eli potilaiden välistä tai sisäistä eli yhden potilaan tai potilasryhmän sisällä eri hoitovaihtoehtoista valitsemista. Priorisointi voi tapahtua piilossa esimerkiksi jonojärjestelmällä tai avoimesti, esimerkiksi lääkekorvauskäytännöissä. (Ks. esim. Ryyänen ym. 2006, s.120.)

Joskus priorisointi ymmärretään resurssien niukkuudesta johtuvaksi tarpeeksi jättää joitakin hoitoja antamatta. Tällöin sopivampi sana olisi säännöstely ja esimerkiksi Samuli Saarni onkin suositellut tämän sanan käyttämistä (Saarni & Vuorenkoski 2003). Säännöstely sisältää ajatuksen siitä, että potentiaalisesti hyödyllisiä hoitoja jätetään jollakin perusteella antamatta. Toisinaan lääkäritkin esittävät, että tehottomia hoitoja ja käytäntöjä karsimalla päästäisiin riittäviin säästöihin ja että priorisointi siinä mielessä, että vaikuttavia hoitoja jätettäisiin antamatta, ei olisi välttämätöntä (Laine, H. 2016). Reaalimaailmassa ja nykyisenaikaisessa lääketieteen kehityksessä tämä ei liene mahdollista. Hoidot kehittyvät kovaa vauhtia ja uudet hoidot ovat usein entistä kalliimpia. Kustannusvaikuttavuustutkimus ei myöskään ole yksinkertaista tai arvovapaata, eikä poista priorisoinnin tarvetta (Laine, J. 2014). Toiminnan tehostaminen ei myöskään automaattisesti tuota säästöjä: Mikäli esimerkiksi hoitoaikoja onnistutaan lyhentämään, paikalle löytyy aina uusi potilas ja näin ollen kokonaiskustannukset eivät suinkaan vähene, vaan pikemminkin kasvavat, koska kustannuksista suurin osa muodostuu hoitajakson ensimmäisinä päivinä. Kokonaiskustannukset pienenevät vain, jos hoitokapasiteettia todella vähennetään. (Ryyänen ym. 2006, s.43.)

Paradoksaalista on myös, että kun sairauksia hoidetaan ja ennaltaehkäistään, ihmiset aina sairastuvat uusiin sairauksiin, joiden hoito tulee yleensä entistä kalliimmaksi. Tätä kutsutaan kilpailevien kuolemansyiden laiksi. Esimerkiksi kun infektiot opittiin hoitamaan ja niihin ei kuoltu nuorena, keski-ikäiset ihmiset alkoivat sairastua sydän- ja verisuonitauteihin. Sittemmin niitäkin on opittu hoitamaan ja ennaltaehkäisemään. Eläkeiän kynnyksellä syövät yleistyvät. Syöpähoidoissa tehdään koko ajan paljon edistystä, mutta uudet täsmälääkkeet ovat kalliita. Jos ihminen sitten selviää syövästä ja elää lähemmäs satavuotiaaksi, ennemmin tai myöhemmin hän sairastuu muistisairauteen. Yksilön kannalta ennaltaehkäisy on toki aina kannattavaa, mutta yhteiskunnan kannalta tilanne on monimutkaisempi, sillä ennaltaehkäisemällä sairauksia yhteiskunnan kokonaiskustannukset pikemminkin kasvavat (Ryyänen ym. 2006, s. 72).

Kustannusten pienentäminen ei siis voi olla itseisarvo. Pienimmät kustannuksethan syntyvät, mikäli lopetetaan kaikki julkisilla varoilla tarjottu hoito. Myöskään mahdollisimman pitkä elämä ei liene paras mahdollinen terveydenhuollon päämäärä. Sen sijaan päämääräksi sopinee, että pyritään estämään ennenaikaisia kuolemia ja mahdollistamaan ikääntyneille arvokas ja miellyttävä loppuelämä. (Ryynänen ym. 2006, s.67.)

Yhteiskunnassa toisinaan epäillään, että esimerkiksi ikää käytetään priorisointikriteerinä. Muitakin mahdollisia priorisointikriteerejä on priorisointikeskustelussa ja -tutkimuksissa pohdittu, tällaisia ovat esimerkiksi hyöty yhteiskunnalle tai sairauden itseaiheutettu luonne. (Ryynänen ym. 2006, s.143). Kaikki nämä ovat kuitenkin eettisesti ongelmallisia priorisointikriteereitä. Suomessa eduskunnan oikeusasiamies on tyrmännyt potilaan ominaisuuksiin ja hoidon hintaan perustuvan priorisoinnin, ja tähän palataan myöhemmin tässä tutkielmassa.

On arvioitu, että 20 % potilaista aiheuttaa 80 % kustannuksista. Terveydenhuollon säästöt on usein kohdistettu potilaiden halvaksi tulevaan enemmistöön, kun taas kalliiden potilaiden ajatellaan olevan niin sairaita, ettei heidän hoidostaan ole mahdollista säästää. Tämä on aiheuttanut sen, että vaikka terveydenhuoltomenot ovat koko ajan kasvaneet, vaikutelma julkisessa keskustelussa on se, että terveyspalvelut huononevat koko ajan. (Ryynänen ym. 2006, s.30, s.56–57.). Samasta ilmiöstä kertoo myös se, että erikoissairaanhoidon menot ovat kasvaneet 70 % vuosina 2000–2019, kun perusterveydenhuollon menot ovat samassa ajassa kasvaneet vain 8 %. (THL 2021). Terveydenhuoltoon käytetyt varat kasvavat siis koko ajan ja myös niiden suhteellinen osuus bruttokansantuotteesta kasvaa.

2.2 Priorisointi muualla

Maailmalla on kehitetty erilaisia priorisointimalleja, jotka voidaan jakaa kahteen ryhmään. Toisessa ryhmässä määritellään konkreettisesti, mitä hoitoja annetaan ja kenelle. Tällaisia malleja on esimerkiksi Oregonin malli ja Uuden-Seelannin malli. Toisessa ryhmässä on määritelty kansalliset arvot, joiden perusteella priorisointia voidaan tehdä. Tällainen arvoperustainen malli on käytössä Ruotsissa ja Norjassa.

2.2.1 Oregonin malli

Yhdysvaltojen terveydenhuolto on pääosin vakuutusperustainen. Oregonissa pyrittiin kehittämään priorisointimalli julkisesti rahoitettaville terveydenhuoltopalveluille eli kaikkein köyhimpien terveydenhuoltopalveluille listaamalla sairaudet ja niiden hoidot tärkeysjärjestykseen, ja päättämällä että hoitoa tarjotaan listan alusta lähtien niin moneen sairauteen kuin budjetti riittää.

Vuonna 1989 Oregonissa perustettiin Terveyspalvelukomissio (Health Services Commission), joka laati tärkeysjärjestykseen asetetun sairaus-hoito-pareista koostuvan listan. Komissioon kuului viisi lääkäriä, yksi hoitaja, yksi sosiaalityöntekijä ja neljä terveydenhuollon tilaajien ja kuluttajien edustajaa. Listan teon yhteydessä kerättiin informaatiota yleisön terveydenhuoltoa koskevista arvoista kolmella tavalla: pidettiin 12 julkista kuulemistä, pidettiin työpajoja, joissa asukkaat saivat pohtia terveysarvojaan, sekä tehtiin kyselytutkimus oregonilaisten terveysarvoista. Sairaus-hoitoparit luokiteltiin aluksi 17 eri kategoriaan lähtien akuutista kuolemaan johtavasta tilasta, josta hoidolla päästä täyteen toipumiseen. Viimeisenä kategoriana oli tiloja, joiden hoidolla oli pieni tai ei lainkaan vaikutusta elämänlaatuun. Lista otettiin käyttöön 1993 ja tämän jälkeen sitä on päivitetty joka toinen vuosi. Myöhemmin kategorioiden määrä on vähentynyt yhdeksään. Elokuussa 2021 sairaus-hoitopareja on yhteensä 662 ja näistä rahoitetaan 471 ensimmäistä. (Oregon 2021.)

Terveyskomissiossa työskentelevät DiPrete ja Coffman (2007) kirjoittavat mallia esittelevässä tekstissään, että priorisointilista on onnistunut ohjaamaan päätöksiä ja tekemään päätöksistä eksplisiittisiä ja ymmärrettäviä. Monien arvioiden mukaan listan vaikutus kustannuksiin on ollut vaatimaton. On arvoitu, että katkaisurajan yläpuolelle jäävät hoidot ovat kustannuksiltaan 90 % koko listan kustannuksista. Liittovaltio ei ole sallinut Oregonin panna säästöjä täysimääräisesti täytäntöön ja vähentää tarjottuja palveluja, jos osavaltion tulot ovat vähentyneet, vaan liittovaltio on painostanut osavaltiota kasvattamaan budjettia. Kirjoittajat myös toteavat, että tietyn rajan yläpuolella (kirjoittamishetkellä nro 530) sairaus-hoitoparit alkavat olla sellaisia, että niiden rajaaminen tarjottujen palveluiden ulkopuolelle alkaisi olla eettisesti hyvin ongelmallista (vakavia, mutta hoidettavissa). Terveyskomissiossa toimivien kirjoittajien mukaan julkinen tuki prosessille oli vahva, eikä ole koskaan heikentynyt, eikä listan tinkimättömyyttä ole koskaan kyseenalaistettu. Lista koskee pienituloisia, julkisesti rahoitetun Medicaid-vakuutuksen piirissä olevia oregonilaisia, eli noin kolmasosaa oregonilaisista. (DiPrete & Coffman 2007.) Mallin avulla terveyspalveluiden piiriin on päässyt aiempaa enemmän ihmisiä. Mallia kohtaan on esitetty myös kritiikkiä. Priorisointiperiaatteita on muutettu ajan kuluessa ilman, että asukkaita olisi kuultu. On esitetty, että malli oli enemmän vastausyritys USA:n terveysjärjestelmän sisäisiin ongelmiin, kuin todellisiin kustannussäästöihin kykenevä malli. (Ryynänen ym. 2006, s.137).

2.2.2 Ruotsi

Priorisointikeskustelu alkoi Ruotsissa samoihin aikoihin kuin Suomessa. Parlamentaarisen komitean ensimmäinen priorisointiraportti valmistui 1995, ja toinen 2001. (Ryynänen ym. 2006, s.138.) Ruotsin malli on arvoperustainen. Malli perustuu kolmeen peruseriaatteeeseen seuraavassa tärkeysjärjestyksessä:

ihmisarvoperiaate, tarve- ja solidariteettiperiaate sekä kustannusvaikuttavuusperiaate (Ruotsin Lääkäriliitto 2021). Vuoden 1995 raportissa korostettiin, että kustannusvaikuttavuusperiaatetta käytetään vain saman sairauden eri hoitomuotoja vertaillessa. Mainituista arvoista kaksi ensimmäistä on kirjattu lainsäädäntöön. Priorisointilinjausten tuli olla avoimia, läpinäkyviä ja oikeudenmukaisia. (Mäkelä ym. 2017.) Ruotsissa toimii kansallinen priorisointitutkimuskeskus Linköpingin yliopistossa. Keskuksessa työskentelee 15 henkilöä. Keskuksen tehtävänä on kehittää politiikkaa, tutkimusta ja koulutusta sekä tarjota tukea priorisointikysymyksissä alueille, kunnille, viranomaisille ja kliinisille toimijoille. Ruotsissa myös järjestetään joka toinen vuosi priorisointikonferenssi priorisointikeskuksen ja muiden toimijoiden yhteistyöllä. (Linköpingin yliopisto 2021.) Myös suomalaiset ovat osallistuneet konferenssiin, viimeksi vuonna 2019. Palveluvalikoimaneuvoston sihteeristön edustajat olivat paikalla ja kirjoittivat terveisiä Palveluvalikoimaneuvoston verkkosivuilla. Palkon sihteeristön mukaan Ruotsissa priorisointikeskustelua pystytään käymään eri ammattiryhmien välillä oikeilla termeillä keskustellen ja tällaista kaivattiin Suomeenkin. (Palko 2019.)

Samuli Saarnin kanssa käydyssä keskustelussa hän totesi, että ”ruotsalaisten kunniaksi on sanottava, että Ruotsin malli on avoimen ei-utilitaristinen.” Hän viittaa siihen, että Suomessa virallisesti priorisointi on utilitaristista eli perustuu kustannusvaikuttavuusanalyysiin. Kuitenkin eduskunnan oikeusasiamiehen tulkinnan mukaisesti utilitaristinen priorisointi on laitonta ja minkään potilasryhmän ”syrjiminen” ei ole sallittua potilaiden yhdenmukaisen kohtelun vaatimuksen vuoksi.

2.3 Toimijat Suomessa

Suomessa on näiden kolmen vuosikymmenen aikana ollut monenlaisia toimijoita, jotka ovat antaneet oman osansa priorisointikeskusteluun. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen alaisena toiminut terveydenhuollon menetelmien arviointia tehnyt FinOHTA (Finnish Office for Health Technology Assessment) toimi vuosina 1995–2016. FinOHTA ja sairaanhoitopiirit myös yhdessä perustivat HALO-organisaation (Terveydenhuollon menetelmien hallittu käyttöönotto), jonka tehtävänä oli uusien menetelmien arviointi ja suositusten antaminen niiden käyttöönotosta.

Sosiaali- ja terveysministeriön yhteyteen on perustettu vuonna 2015 terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto Palko. Neuvosto antaa suosituksia siitä, mitkä palvelut tulisi järjestää julkisessa terveydenhuollossa tai rahoittaa julkisin varoin. Neuvosto on saanut huomiota lähinnä kalliiden lääkkeiden kohdalla tekemistään suosituksista. Neuvostolla on 15 jäsentä ja se on antanut 22 suositusta vuosina 2015–2019, ja päätöksistä 16 koskee lääkevalmisteita.

Terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta Etene käsittelee sosiaali- ja terveysalaan liittyviä eettisiä kysymyksiä. Se antaa lausuntoja ja suosituksia ja osallistuu yhteiskunnalliseen keskusteluun. Etene antaa lausuntoja ministeriöiden ja muiden tahojen pyynnöstä tai omasta aloitteestaan. 2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä Etene on julkaissut useita priorisointia koskettavia raportteja. Viime vuosina Etenen toiminta näyttää keskittyneen lausuntojen antamiseen, ja julkaisujen määrä on ollut vähäinen.

2.4 Priorisointikeskustelun historia Suomessa

Seuraavaksi käyn läpi priorisointikeskustelun historiaa Suomessa. Halusin tutkia, miten lääkärikunnassa on keskusteltu priorisoinnista tänä aikana ja kävin systemaattisesti läpi priorisointia koskevat Lääkärilehden pääkirjoitukset. Priorisointia käsitteleviä tai sivuavia pääkirjoituksia on ilmestynyt 32 vuosina 1992–2021, ja näistä kolmessatoista priorisointi oli pääteema (taulukko). Pääkirjoituksista pyrin tarkastelemaan ensisijaisesti sitä, miten ne kommentoivat priorisointikeskustelua. Osa pääkirjoituksista kommentoi ajankohtaista raporttia tai muuta vastaavaa tekstiä. Täydensin aineistoa myös esimerkiksi Keskustelupalstalla julkaistuilla artikkeleilla, erityisesti muutaman viime vuoden osalta.

Taulukko: Lääkärilehden priorisointia käsittelevät pääkirjoitukset 1992–2021

Viite	kirjoittaja	ei näe julkista keskustelua välttämättömänä	kaipaa julkista keskustelua	haluaa kansalliset kriteerit	arvioi raporttia	muuta
Pekkarinen 1992	päätoimittaja	x				
Pekkarinen 1993	päätoimittaja	x			x	
Äärimaa 1999	toiminnanjohtaja			x	x	
Pekkarinen 2002	päätoimittaja				x	
Kekomäki 2006	emeritusprofessori					kertoo QALY-tutkimuksen ongelmista, sivuaa muiden maiden QALY:n hintoja
Pasternack 2008	emeritusprofessori		x			viittaa myös QALY-arvioiden ongelmiin, kuten ikäsyryntään.
Pälve 2009	toiminnanjohtaja	x				
Leipälä 2013	THL:n HTA-yksikön päällikkö			x		
Jyrkkiö ym. 2013	onkologeja			x		
Pietilä & Vuorenkoski 2015	valtuuskunnan pj, terveyspolitiikan asiantuntija		x			
Saarni 2016	dosentti		x	x		sisältää konkreettisia ehdotuksia
Autti-Rämö ym. 2018	Palkon pääsihteeri, 3 ylilääkärinä, projektipäällikkö, lääkintöneuvos		x	x		
Myllymäki 2020	toiminnanjohtaja		x			

2.4.1 Keskustelu 1990-luvulla

Priorisoinnista alettiin keskustella Suomessa 1990-luvulla, kun laman vuoksi kunnat säästivät ja terveydenhuoltomenot olivat kääntyneet laskuun. Lääkärilehden 26/1992 pääkirjoituksessa päätoimittaja Taito Pekkarinen pohti laman aiheuttamia säästöjä ja terveydenhuollon priorisointia. Hän totesi, että kunnat ovat säästäneet juustohöylämällä joka hallinnonalalta saman verran ja arveli, että terveydenhuolto joutunee sopeutumaan tähän myös. Pekkarinen kertoi, että ”joidenkin lääkärin puheenvuoroissa on vaadittu myös poliitikkoja vastuunkantajiksi”. Hän ei vaikuta vakuuttuneelta priorisoinnin välttämättömyydestä, saati siitä, että siihen tarvittaisiin poliitikkoja: ”mikäli priorisointi osoittautuu välttämättömäksi, ratkaisut jäävät käytännön pakosta hyvin pitkälle terveydenhuollon sisäiseksi asiaksi”.

Lääkärilehdessä 31/1993 Pekkarinen arvioi Suomen Akatemian, Duodecimin ja STAKES³:in järjestämän seminaarin olleen priorisointikeskustelua keskustelun vuoksi ja arvioi loppukannanoton olevan ”sangen pyöreä paperi”. Paneeli pyrki kertomaan, miten potilaskohtaisia valintoja voidaan vähentää ja välttää ehdottamalla säästökeinoja, jotka Pekkarisen mukaan lienevät jo kaikille tuttuja. Jos potilaskohtaisia valintoja on pakko tehdä, paneeli ehdotti varovaisesti Hollannin mallin kotimaista muunnelmaa, jossa määriteltäisiin terveyspalvelujen peruspaketti, joka elää yhteiskunnassa käytävän keskustelun mukaan. Paneeli totesi, että sairauksien tärkeysjärjestyslistoja ei tule ottaa käyttöön. Paneeli oli toivonut laajaa yhteiskunnallista keskustelua, johon osallistuisivat poliitikot, virkamiehet, terveydenhuollon ammattilaiset, potilaat ja media. Lopuksi Pekkarinen totesi, että ”Ratkaisevat priorisointipäätökset tehdään vuosittain kunnissa talousarviosta päätettäessä ja lääkärin seisoessa potilaan vuoteen vieressä - kuten ennenkin.” Pekkarinen ei siis nähnyt laajempaa yhteiskunnallista keskustelua tarpeelliseksi.

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES:n asettaman priorisointityöryhmän loppuraportti Arvoista valintoihin ilmestyi STAKES:n raporttisarjassa vuonna 1994. (STAKES 1994). Työryhmä esitti esimerkiksi, että ihmisten omaa pyrkimystä edistää terveyttään on tuettava lisäämällä heidän tietojään. Raportissa todetaan, että priorisointia koskevan päätöksenteon, sen perusteiden ja tavoitteiden on oltava avoimia ja julkisia. Tärkeimpiä periaatteita päätöksenteossa ovat ihmisarvo, itsemääräämisoikeus, tasa-arvo ja oikeudenmukaisuus. Ensimmäisiä ovat sellaiset toimenpiteet, joita tarvitaan iänmukaisen toimintakyvyn säilyttämiseksi tai palauttamiseksi. Elämän pidentäminen kaikin mahdollisin keinoin ei ole keskeinen päämäärä. Valtion ja kuntien tulee huolehtia tasa-arvoisista palveluista, järkevästä hoidonporrastuksesta, sekä vaikuttavuuden ja tehokkuuden arvioinnista. Raportti ehdottaakin terveydenhuollon teknologian arviointikeskuksen perustamista, mikä lienee raportin keskeisin konkreettinen ehdotus. Toki myös priorisoinnin periaatteiden pohtiminen on tärkeää.

Lääkärilehdessä 8/1999 Lääkäriliiton toiminnanjohtaja Markku Äärimaa kirjoitti vuorostaan priorisoinnin vaikeudesta. Vuonna 1997 Duodecim oli asettanut priorisointineuvottelukunnan, jonka ensimmäinen muistio oli julkaistu ennen pääkirjoituksen ilmestymistä. Tätäkin muistiota pidetään pääkirjoituksessa ympäripyöreänä. Äärimaa arvioi muistion muistuttavan aiempien selvitysmiesten kantoja, joiden mukaan suomalainen terveydenhuolto on kunnossa, ja vanhojen toimintatapojen kehittäminen riittää. Äärimaan näkemys on melko erilainen kuin Pekkarisella. Hän pitää valitettavana, että muistio ei tarjoa konkreettisia ehdotuksia ja antaa väärän kuvan ongelman luonteesta: ”on suuri houkutus lukea niin kuin ne [toimintaehdotukset] on kirjoitettu ja uskotella, että mitään valintoja ei tarvitse tehdä, kunhan vain

³ STAKES eli Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus toimi 1992–2008, sittemmin yhdistynyt Kansanterveyslaitoksen kanssa Terveyden ja Hyvinvoinnin laitokseksi.

valtionohjausta lisätään ja eri asioita edistetään, kehitetään ja parannetaan.” Äärimaa peräänkuuluttaakin työn jatkamista ja Suomeen soveltuvan priorisointimallin etsimistä.

2.4.2 Keskustelu 2000-luvulla

Seuraava raportti oli vuonna 2000 ilmestynyt Duodecimin koolle kutsuman priorisointineuvottelukunnan raportti Priorisointi – Terveysterveysten valinnat (Duodecim 2000). Samuli Saarni on seurannut priorisointikeskustelua jo kaksi vuosikymmentä. Vuonna 2001 hän jo lääketieteen kandidaattina arvioi vuoden 2000 Priorisointiraportin Lääkärilehdessä (Saarni 2001). Hän kirjoitti raportin olevan pettymys. Raportin sisältö vastaa Äärimaan arvioimaa saman työryhmän aiempaa muistiota ja Saarni toteaaakin niin ikään, että raportin mukaan Suomessa ei toistaiseksi tarvita priorisointia vaan tehostaminen ja kehittäminen riittää. Saarni kehuu raportin ansiokasta priorisointikeskustelun taustoja esittelevää osuutta sekä avointa keskustelua. Raportin mukaan menetelmien kustannusvaikuttavuutta voidaan arvioida QALY-menetelmillä⁴. Saarni toteaa, että neuvottelukunta ei mainitse QALY-mittauksen ongelmia. Raportti kyllä mainitsee makrotason priorisoinnin eli sen, että terveydenhuollon mahdollisuuksia tulee verrata muiden toimintojen terveysvaikutuksiin. Saarni kuitenkin toteaa, että siihen, miten tämä käytännössä tapahtuu, ei oteta kantaa. Saarni muistuttaa kysymyksen olevan olennainen, koska ”vähenevän rajahyödyn periaatteen mukaisesti sairaanhoitoomme lisätyt resurssit eivät paljoakaan lisää kansanterveyttä.” Raportti myös esittää, että Suomen tulisi käyttää terveydenhuoltoon vertailukelpoisten OECD-maiden tasoa vastaava osuus bruttokansantuotteesta. Itselleni herää kuitenkin kysymys, onko tämä kategorisesti järkevä taso, eli onko todettu, että nämä vertailukelpoiset OECD-maat tuottavat terveyshyötyä enemmän kuin Suomen terveydenhuolto? On totta, että Suomi käyttää terveydenhuoltoon melko vähän rahaa, mutta tulokset ovat kuitenkin olleet erinomaisia (Fullman ym. 2018). Tämä raportti on tuki 20 vuoden takainen, mutta vastaavia kannanottoja ovat esittäneet tämän jälkeen muutkin, esimerkiksi Lääkäriliiton toiminnanjohtaja Heikki Pälve (2009) pääkirjoituksessaan, johon palaamme tuonnempana.

Saarni (2001) toteaa vaikuttavuuden ja tehostamisen korostamisen olevan poliittisesti helppoja ”priorisoinnin” tapoja, koska keneltäkään ei oteta mitään pois. Jotta todellisesta priorisoinnista voidaan puhua, on myönnettävä, että kaikki todellinen priorisointi johtaa epätasa-arvoon, koska maksukykyisillä on varaa hankkia haluamansa hoito omakustanteisesti. Saarnin mukaan raportin keskeinen sisältö on ajatus siitä, että kustannusvaikuttavuutta ja hoitosuosituksia korostamalla priorisointi jää asiantuntijoiden eli lääkäreiden, tutkijoiden ja terveydenhuollon johdon tehtäväksi. Jos hoitosuositukset ottavat kustannusvaikuttavuuden huomioon, eivätkä näin ollen edusta parasta mahdollista hoitoa, ne sisältävät

⁴ QALY=laatu-painotettu elinvuosi, tarkemmin ks. sanasto

luonnollisesti arvovalintoja. Saarni pohtiikin, ”ovatko hoitosuositukset siis keino tehdä suboptimaalisesta hoidosta juridisesti mahdollista? Ja jos näin on, miksi poliitikkojen pitäisi välttyä priorisointivastuulta?” Kysymys on erinomainen. Lopuksi Saarni toteaa, että ”jos mistään ei luovuta, joudumme tuomaan terveydenhuoltoon lisää rahaa tai jatkamaan tehostamisella ja piilopriorisoinnilla.”

Seuraava priorisointia koskeva pääkirjoitus ilmestyi Lääkärilehdessä 9/2002 otsikolla Lyhyestä virsi kaunis ja siinä päätoimittaja Taito Pekkarinen luuli analysoivansa Terveydenhuollon kansallisen tulevaisuusprojektin priorisointia koskevan kolmesivuisen työryhmäraportin. Erehdyksessä Pekkarinen oli kuitenkin lukenut vain raportin ensin ilmestyneen tiivistelmän, joten arviot perustelujen niukkuudesta olivat väärinkäsityksen vuoksi virheellisiä. Tuolloin kymmenkunta vuotta jatkunutta priorisointikeskustelua Pekkarinen kommentoi arvioimalla, että ainoa konkreettinen tulos on ollut FinOHTA:n perustaminen. Muutoin hän arvioi priorisointikokousten ja -neuvottelukunnan tuottaneen lähinnä ”yleisiä eettispainotteisia kannanottoja, -- joilla tuskin on kovin paljon käyttöä arkipäivän terveystalouden teossa.” Nämä eettispainotteiset kannanotot ovat kuitenkin välttämätön osa priorisointikeskustelua.

Vuonna 2004 eduskunnan oikeusasiamies antoi merkittävän ratkaisun koskien erään harvinaissairauden, Fabryn taudin lääkehoitoa. Sairauteen ei ollut aiemmin ollut tarjolla parantavaa hoitoa, vain oireita lievittävää hoitoa. 2003 Turun yliopistollisessa keskussairaalassa aloitettiin tutkimus Fabryn taudin entsyymikorvaushoidosta. Muualla Euroopassa hoitoa oli annettu muutaman vuoden ajan. Tauti on hitaasti etenevä ja myös hoidon vaikutukset ilmenevät hitaasti. Duodecim-lehdessä vuonna 2004 tautia hoitaneet sisätautilääkärit suosittivat, että entsyymikorvaushoitoa tarjotaan Suomessakin (Penttinen ym. 2004). Turun sairaanhoitopiiriin Fabryn tautia sairastavia potilaita oli osunut keskimääräistä enemmän. Sisätautiklinikka totesi, että jos erillistä budjettia ei saada, entsyymikorvaushoitoa ei voida antaa, koska niin monia muita sairauksia jää hoitamatta, jos tämä sairaus hoidetaan. Eduskunnan oikeusasiamies antoi tapauksesta ratkaisun, jonka mukaan näin ei voi tehdä. Oikeusasiamies toteaa ratkaisussaan, että ”Erikoissairaanhoidon järjestämisvastuun ulkopuolelle ei voida sulkea tiettyjä sairauksia sairastavia potilasryhmiä. Syrjinnän kieltäminen on hoitoratkaisuissa keskeisen tärkeä perusoikeuksien toteutumiseen liittyvä terveydenhuollon oikeudenmukaisuuskysymys. Mikään muu priorisointi ei ole käsitykseni mukaan yksittäisissä hoitoratkaisuissa lainmukaista kuin sairauteen, hoidon tarpeeseen ja hoidon vaikuttavuuteen kohdistuva.” (Oikeusasiamiehen ratkaisu 921/4/04). Toisin sanoen hoidon hinta ei ole peruste jättää sitä antamatta.

Tästä asti Suomen priorisointi on ollut mahdottomuuden edessä. Kaikki tietävät, että julkisen terveydenhuollon varat ovat rajalliset, joten kaikille ei voida tarjota kaikkia mahdollisia tutkimuksia ja hoitoja. Kuitenkin vähänkin vaikuttavien hoitojen epääminen on oikeusasiamiehen mukaan laitonta. On

ymmärrettävää, että kukaan ei halua yksittäisen potilaan kohdalla sanoa, että häntä ei hoideta, vaikka yleisellä tasolla ymmärrettäisiin, että kaikkien mahdollisesti vaikuttavien hoitojen tarjoaminen on mahdotonta. Tämä johtaa siihen, että lääkärit piilopriorisoivat, koska avoin priorisointi ei ole laillista. Käytännössä joku aina päättää, mikä hoito on järkevää toteuttaa kullekin potilaalle, mutta priorisoinniksi sitä ei saa kutsua, vaan esimerkiksi ”lääketieteellisen hyväksyttävyyden arvioinniksi” (Saarni 2011). Samuli Saarni pyrki aikansa keskustelemaan aiheista mm. Terveysfoorumilla, mutta on sittemmin luovuttanut (henkilökohtainen tiedonanto). Koska avoin priorisointi on laitonta, 2016 Terveysfoorumi-esityksissään hän esitti, että siirrytään sitten rehellisesti piilopriorisoimaan ja luodaan tähän pelisäännöt. Tämäkään toimintatapa ei liene ottanut tuulta alleen. (Saarni 2016a.)

Emeritusprofessori Martti Kekomäki (Lääkärilehti 40/2006) kertoo hollantilaisten päättäneen käyttää hoidon todennäköistä kustannusvaikuttavuutta priorisointikriteerinä: hoito korvattaisiin julkisista varoista, jos saavutetaan yksi QALY alle 80 000 eurolla. Hollantilaisten tekemisten seuraaminen on järkevää, koska Hollannissa on yksi kustannustehokkaimmista terveydenhuoltojärjestelmistä (Duodecim 2000, s.24). Pääkirjoituksessaan Kekomäki kertoo myös, että yhdysvaltalaisissa tieteellisissä artikkeleissa vastaava raja on asetettu 50 000 euroon, englantilaisissa 20–30 000 euroon. Kekomäki toteaa, että kaikki kolme QALY-suositusta vastaavat kutakuinkin kahta BKT-yksikköä, ”nämä yhteiskunnat ovat siis valmiita maksamaan yhden laskennallisen terveen vuoden tuottamisesta summan, joka vastaa kahden kansalaisen keskimääräistä kansantulo-osuutta.” Hän esittelee kuitenkin muutamia QALY-mittausten ongelmia: Hän toteaa QALY:n mittaamisen olevan vielä vakiintumatonta. Toisaalta tuntuisi epäeettiseltä ottaa pois käytöstä jo vakiintuneita hoitomuotoja, mikäli ne tällä perusteella olisivat liian kalliita. Kolmanneksi ongelmaksi hän viittaa eduskunnan oikeusasiamiehen tulkintaan, jonka mukaan kaikkia todennäköisesti vaikuttavia hoitoja tulee tarjota. Neljänneksi hän toteaa lääkärin etiikan vaativan, että toisinaan potilaan etu on asetettava yhteiskunnan edun edelle. Hän mainitsee myös terveystalouden ja ekonomisen tutkimusparadigman välisen kuilun: kun terveystaloudessa pyritään välttämään potilasryhmien välistä vastakkainasettelua, ekonomiassa pyritään juuri tuomaan keskusteluun se, että todellisin kustannus on aina vaihtoehtoiskustannus, eli se, mistä luovutaan, kun hoitopäätös tehdään. Kekomäen pääkirjoitus on ansiokas tuodessaan esiin priorisointikeskustelun ja terveystalouden ja ekonomian välistä ristiriitaa, mutta toimintaehdotuksia hän ei kirjoituksessaan esitä. Hän ei myöskään ota kantaa siihen, onko kustannusvaikuttavuuden arviointi QALY-arvioiden avulla sen ongelmista huolimatta järkevää. Lopuksi hän toteaa, että ”Koska kansalaisten kollektiivinen terveys ei edelleenkään ole ensisijaisesti tuotettujen terveyspalvelujen tulosta, koko sektori joutuu suhteuttamaan oman tuloksellisuutensa muuhun terveyttä edistävään ja monessa tapauksessa kollektiivisesti rahoitettuun toimintaan, josta käytetään terveyden edistämisen nimeä ja kattokäsitettä.” Tulkitsen, että hän viittaa makrotason priorisointiin, jota terveydenhuollon ammattilaisten tulisi pohtia. Epäselväksi tämän kirjoituksen perusteella jää, onko

Kekomäen mielestä riittävää, että sitä pohditaan terveydenhuoltosektorin sisällä vai tulisiko asiasta keskustella laajemminkin. Samoja teemoja Kekomäki on käsitellyt myös kirjassaan (Kekomäki 2019).

Emeritusprofessori Amos Pasternack kirjoitti hoidon rajallisuudesta Lääkärilehdessä 43/2008.

Pääkirjoituksen keskeinen näkökulma on toive avoimesta priorisointia koskevasta keskustelusta, lisäksi hän viittaa QALY-tutkimuksen ongelmiin. ”Kun pohditaan mitä hoitoja julkisen terveydenhuollon on mahdollista kansalaisille tarjota, törmätään kustannusvaikuttavuuden ja kustannushyödyn ongelmallisiin käsitteisiin.” Pasternack tuo esiin QALY:n ikäsyjinnän. Hän mainitsee myös eri maiden QALY:n hintoja: Iso-Britannian NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) on määritellyt rajaksi 38 300 euroa. Pasternackin mukaan Yhdysvaltain hallitus oli kieltänyt Oregonissa kustannus-hyötykriteerin käyttämisen, kun Oregonin mallia kehitettiin. Ruotsissa on todettu QALY:n hinnan olevan korkea, jos se ylittää 53 000 euroa, mutta maksurajaa ei ole kuitenkaan määritely. Pasternack toivookin lisää vertailevaa tutkimusta hoitojen vaikuttavuudesta ja keskustelua siitä, mitä vaikuttava hoito saa yhteiskunnalle maksaa. Pasternack toteaa, että piilopriorisoinnin tilalle pitäisi saada avointa keskustelua. Hän toteaa myös, että ihmisten tulee saada oikeaa tietoa lääketieteen keinoista, jotta he ymmärtävät niiden rajallisuuden.

Lääkäriliiton toiminnanjohtaja Heikki Pälve kirjoitti priorisoinnista Lääkärilehdessä 46/2009. Hän vaikuttaa olevan Pekkarisen linjoilla siinä, että kaipaa muuta toiminnan tehostamista ennen kuin priorisoinnista voidaan keskustella. Hän kaipaa terveydenhuoltoon lisää rahaa, rahoitus olisi nostettava vähintään samalle tasolle kuin muissa Pohjoismaissa. Tätä hän perustelee sillä, että ”kaikki mittarit” osoittavat Suomen posteriorisoivan terveydenhuoltoa, vaikka väestö haluaisi sen priorisoida muihin verorahoitteisiin palveluihin verrattuna. Hän suorastaan kieltää lääkäreitä keskustelemasta potilaskohtaisesta priorisoinnista ennen kuin muut terveydenhuollon rahoitukseen ja tehokkuuteen liittyvät ongelmat on korjattu: ”Eivätkä ainakaan lääkärit saa olla aloittamassa tai edistämässä sellaista keskustelua, ennen vuokaavion välttämättömiä ensimmäisiä toimia.” Tämä tuntuu erikoiselta. Ajatteleeko Pälve, että nostamalla rahoitus muiden Pohjoismaiden tasolle, korjaamalla rahoitusjärjestelmän uudistukset sekä tekemällä tarvittavat organisaatiouudistukset, priorisointi osoittautuu tarpeettomaksi ja siksi siitä ei saa edes keskustella sitä ennen? Vai että tarvittavan priorisoinnin suuruusluokka selviää vasta näiden toimien jälkeen? Tuntuu, että olisi järkevää keskustella priorisoinnista jo näiden toimien ohessa. Lisäksi pohdin, mihin kaikkiin mittareihin Pälve viittaa. On totta, että Suomen terveydenhuollon kustannukset ovat pienet ja esimerkiksi sairaanhoitajia ja lääkäreitä on vähemmän kuin monissa muissa maissa. Tulokset ovat kuitenkin erinomaisia (Ryynänen ym. 2006, s.34 sekä Fullman ym. 2018). Joten väite, että Suomessa posteriorisoidaan terveydenhuoltoa ei nähdäkseni pidä paikkaansa.

2.4.3 Keskustelu 2010–2021

THL:n menetelmien ja käytäntöjen arviointiyksikön päällikkö dosentti Jaana Leipälä kaipasi viisaita päätöksiä kirjoituksessaan Lääkärilehdessä 19/2013. Noihin aikoihin STM:n työryhmä oli esittänyt, että palveluvalikoimaan sisällyttämisen perusteena tulee olla osoitettu vaikuttavuus ja turvallisuus ottaen kustannukset huomioon. Hän kaippaa palveluvalikoiman määrittelyä ja lisäksi terveydenhuollon menetelmien arviointia ja tarvittaessa käytöstä poistamista sekä arkivaikuttavuuden seuranta. Muutamaa numeroa myöhemmin Lääkärilehdessä 22/2013 syöpälääkärit Sirkku Jyrkkiö, Päivi Hietanen ja Pirkko-Liisa Kellokumpu-Lehtinen vaativat, että hoitoja on annettava oikeudenmukaisesti. He totesivat budjetin rajallisuuden olevan ”erityisen tähdellinen kysymys syöpäsairauksissa, joihin on yhä enemmän erittäin kalliita hoitoja ja joissa kaksikanavainen lääkekorvausjärjestelmä lisää epätasa-arvoa”, ja kaipasivat yhteisesti sovittuja, tieteellisesti perusteltuja hoitokäytäntöjä, joiden noudattamiseen sitoudutaan. Niiden taustaksi kaivataan lisää kliiniseen tutkimukseen integroitua riippumattomia kustannus-hyötytutkimuksia. Osa lääkähoidosta on teholtaan marginaalista, ja ylihoidosta on tullut kansainvälisesti tunnustettu ongelma. Ei ole konsensusta siitä, millainen elinaikahyöty on merkitsevä. He myös totesivat eduskunnan oikeusasiamiehen lain tulkinnan olevan kasvavien potilasmäärien ja hoitojen hintakehityksen kanssa vakavassa ristiriidassa. Pelkkä elinajan pidentäminen ei ole hyvä päämäärä: ”kukaan ei toivo itselleen kärsimyksentäyteisiä kuukausia sairaalassa”. Tarvitaan potilaiden, asiantuntijoiden ja päättäjien yhteistyötä ja tietoon perustuva läpinäkyvä järjestelmä.

Lääkärilehdessä 19/2015 valtuuskunnan puheenjohtaja Mikko Pietilä ja terveyspolitiikan asiantuntija Lauri Vuorenkoski huomauttivat, että priorisointi on väistämätöntä, koska resurssit ovat aina pienemmät kuin mahdollisuudet. He totesivat, että käypiä priorisoinnin periaatteita ovat yhdenvertaisuus, hoidon tarve ja kustannusvaikuttavuus. ”Tavoitteena tulee olla mahdollisimman suuri terveyshyöty käytettävissä olevilla resursseilla. Mitään potilasryhmää ei tule jättää hoidotta, mutta hoidosta päätettäessä on pidettävä kiinni hoidontarpeen ja kustannusvaikuttavuuden periaatteista. Päätöksentekoprosessiin tarvitaan sekä demokraattinen että asiantuntijaelementti, mutta kumpikin selvästi omassa roolissaan.” Palkon perustaminen edellisenä vuonna oli merkittävä askel: ”Priorisointia koskeva avoimempi päätöksenteko saattaa hieman kaventaa yksittäisen lääkärin hoidollista autonomiaa. Toisaalta avoimempi päätöksenteko antaa mahdollisuuden profession autonomian vahvistumiseen, jos otamme vastuullisen ja vahvan roolin palveluvalikoiman määrittelyssä.”

Lääkärilehdessä 46/2016 Samuli Saarni kirjoitti priorisoinnin joutuneen umpikujaan. ”Tavoitteena on ollut avoin, perusteltu ja yhteiskunnallisesti hyväksytty malli, joka huomioi tieteellisen näytön ja arvokysymykset oikeudenmukaisesti.” Saarni totesi, että Suomessa on ajettu alas kyky arvioida terveydenhuollon menetelmien laatua ja vaikuttavuutta, koska Finohta oli tuolloin käytännössä (ja pian virallisestikin)

lakkautettu, lääkkeiden vaikuttavuusarvioinnin keskittäminen Fimeaan ja viraston siirtoyritys hajottivat priorisointiosaamisen ja Käypä hoito -työn valtionrahoitus oli vähenemässä. Lisäksi Palko antaa vain suosituksia, joten käytännössä se voi lisätä uusia hoitoja muttei poistaa niitä. ”Sote-sektorin 18 miljardin tai yliopistosairaaloiden 4,5 miljardin euron kustannusten näkökulmasta on perusteetonta, ettei hoitojen valikointiin panosteta.” Saarni ehdottaa menetelmien arvioinnin hajauttamista yliopistosairaaloille ja HTA-arvioiden⁵ sitovuuden lisäämistä. Lisäksi hän toivoo kansallista HTA-koordinaatioyksikköä ja palveluvalikoimaa koskevan lainsäädännön uudistusta. Tämä ja muut Saarnin priorisointia koskevat tekstit ovat erinomaisia, koska Saarni on realistinen ja tunnustaa tosiasiat sekä pyrkii tekemään uusia konkreettisia ehdotuksia.

Lääkärilehdessä 50–52/2018 Palkon pääsihteeri Ilona Autti-Rämö ym. kirjoittivat priorisoinnin tarpeesta. He niin ikään peräänkuuluttavat laajaa yhteiskunnallista keskustelua, jossa ääneen pääsisivät potilaat, ammattilaiset, poliitikot, palveluiden tarjoajat ja tuottajat. He arvioivat priorisoinnin olevan nykyään enemmän tunteiden ja ideologioiden johtamaa.

Priorisointi nousee silloin tällöin valtakunnan mediaan. Esimerkiksi syksyllä 2019 aihetta käsiteltiin Ylen A-Studiossa ja Helsingin Sanomien Vieraskynä-palstalla (Kimmel & Lohiniva-Kerkelä 2019). Keskustelun seuraaminen voi tuntua kuitenkin vaikealta, mikäli aihepiiriin ei ole perehtynyt. Kun esimerkiksi peräänkuulutetaan priorisoinnille kansallisia kriteerejä (Kimmel & Lohiniva-Kerkelä 2019), asiaan perehtymättömän lukijan on vaikea keksiä, millaisia nämä kriteerit voisivat käytännössä olla. Palkon suositukset ovat tuoneet keskusteluun tarpeellista konkretiaa, joskin suurelle yleisölle taas ei liene niin kiinnostavaa pohtia yksittäisten hoitojen asemaa palveluvalikoimassa. Lisäksi Terveysfoorumi -tapahtuma on ollut kanava keskustelulle. Vuoden 2019 Terveysfoorumi on saatavilla julkisena videotallenteena, ja sitä vanhemmista tapahtumista on olemassa joitakin diaesityksiä.

Korona-aika on jälleen aktivoinut priorisointikeskustelun, kun yhden sairauden hoitoon ja ennaltaehkäisyyn on laitettu ennennäkemättömät rahat. Lääkärilehdessä on vaadittu useaan otteeseen kansallisten priorisointikriteerien kehittämistä. Tuorein Lääkärilehden priorisointia koskeva pääkirjoitus on Lääkäriliiton toiminnanjohtaja Kati Myllymäen kirjoitus Lääkärilehdessä 42/2020, jossa hän peräänkuuluttaa palveluvalikoiman määrittelyä. Myllymäki viittaa Lääkäriliiton Autonomia-huoneentauluun, jonka mukaan lääkäri sitoutuu pyrkimään kustannusvaikuttavuuteen. Myllymäki viittaa STM:n raporttiin, jossa arvioidaan palveluvalikoiman määrittämistä. Konkreettisia ehdotuksia siitä, miten palveluvalikoima määritellään, ei tässäkään pääkirjoituksessa ole. Lisäksi Myllymäki kirjoittaa Etenen syksyllä 2020 ilmestyneessä Covid-19-

⁵ HTA= Health Technology Assessment, terveydenhuollon menetelmien arviointi

epidemian eettinen arviointi -julkaisussa koronan torjunnan suurista kustannuksista ja suhteuttaa niitä muihin terveydenhuollon menoihin. Hän esittelee eri terveydenhuollon sektoreiden kustannuksia ja kertoo, että tuolloin budjetoidut koronan kustannukset valtion budjetissa vuosille 2020 ja 2021 olivat suuremmat kuin yhden vuoden lääkekustannukset tai perusterveydenhuollon kustannukset. Myllymäki muistuttaa, että joudumme tekemään valintoja ja että nämä valinnat edellyttävät laajaa ja syvällistä pohdintaa yhteiskunnan eri sektoreiden välillä. Keväällä 2021 arkkiaatri Risto Pelkonen myös ehdotti priorisoinnin konsensuskokouksen järjestämistä. Ehdotus saikin kannatusta, esimerkiksi Sosiaali- ja terveysministeriön kansliapäällikkö Kirsi Varhilalta. Varhilan ehdotuksen mukaan konsensuskokous kannattaisi järjestää vasta 2023, koska koronakriisin pitäisi olla ohi, jotta lähikokoukset onnistuisivat ja STM:n raportti valmistuisi siihen mennessä. (Lääkärilehti 2021). Myös lääkäriliiton valtuuskunta vaatii, että konsensuskokous järjestetään (Lääkäriliitto 2021). Autti-Rämö (2021) on kirjoittanut Lääkärilehdessä säännöstelyn etiikasta viitaten myös koronapandemiaan ja peräänkuuluttaen jälleen laajaa keskustelua ja kansallisia kriteerejä.

Sen sijaan valtakunnallisessa mediassa laajaa keskustelua priorisoinnista ei nähdäkseni ole syntynyt. Hain suurimmista valtakunnan medioista priorisointiin liittyvää keskustelua koronavuoden aikana verkkosivujen hakutoiminnolla, joten kaikkia asiaan liittyviä artikkeleita en välttämättä löytänyt. Helsingin Sanomista löytyi kolme artikkelia asiasta, mutta varsinaista keskustelua ei syntynyt. Koronakriisiin käytettyjä kustannuksia on kyllä kauhisteltu, mutta vaikuttaa, että todellinen tilannekuva on jäänyt ohueksi. Osmo Soininvaara pohti koronan korkeita kustannuksia jo keväällä 2020 blogissaan (Soininvaara 2020). Vastaväitteenä usein esitettiin, että ”myös se vie paljon resursseja, jos annetaan koronan levitä hallitsemattomasti niukalla testaamisella ja esimerkiksi tehohoito ylikuormittuu”.

3 POHDINTA

Priorisoinnista on keskusteltu Suomessa ja maailmalla noin kolmenkymmenen vuoden ajan. Useaan otteeseen on vaadittu priorisoinnille kansallisia kriteerejä, mutta tällaisten muodostaminen ei ole onnistunut. On otettu joitakin edistysaskeleita, joihin kuuluu esimerkiksi Palveluvalikoimaneuvoston perustaminen, mutta lainsäädännöllisten ongelmien vuoksi Palko voi antaa vain suosituksia. Eduskunnan oikeusasiamies on jo kahdenkymmenen vuoden ajan todennut, että tietyn potilasryhmän syrjiminen on laitonta ja tämä sisältää sen, että vaikuttavaa hoitoa ei voida jättää antamatta sen kustannusten vuoksi.

Tässä tutkielmassa esittelin priorisoinnin teoriaa sekä kaksi käytössä olevaa priorisointimallia (Oregon ja Ruotsi). Lisäksi perehdyin siihen, miten priorisoinnista on keskusteltu kolmenkymmenen vuoden aikana, päälähteenäni Lääkärilehden pääkirjoitukset vuosina 1992–2021. Kaiken kaikkiaan Lääkärilehden pääkirjoituksista saa hyvän läpileikkauksen 30 vuoden aikana tapahtuneeseen priorisointikeskusteluun. Usein pääkirjoituksia on ilmestynyt jonkin raportin tai seminaarin aikoihin ja pääkirjoituksista voi myös seurata uusien toimijoiden syntyä ja vanhojen kuoppaamista. Kuten keskustelussa laajemminkin, myös pääkirjoituksissa on monia näkökulmia. Osassa pohditaan priorisoinnin tarpeellisuutta, useissa viitataan resurssien rajallisuuteen ja kustannusten kasvuun. Varsinaisia uusia konkreettisia ehdotuksia pääkirjoituksissa tulee esiin vain vähän, mikä johtunee kirjoitustyypistä ja tekstien lyhydestä. Samalla konkreettisten ehdotusten puute kuvaa kuitenkin aiheen vaikeutta: On helppo todeta, että jotain pitäisi tehdä, mutta konkreettisten päätösten tekeminen on huomattavan vaikeaa. Erilaisia selvitysryhmiä on asetettu useita näiden vuosien aikana ja erilaisia raportteja on ilmestynyt lukuisia.

Keskustelua tarvitaan yleisesti yhteiskunnan arvoista ja niiden toteuttamisesta. Nyt kun keskustelua ei käydä, priorisointi voi herättää negatiivisia ajatuksia ja ehkä koetaan, että se ei kuulu hyvinvointiyhteiskuntaan. Todellisuudessa asia on juuri päinvastoin. Kun yhteiskunta vaurastuu, ihmiset pystytään hoitamaan paremmin ja vasta tällöin tarvitaan pohdintaa siitä, millä perusteella resurssit kohdennetaan. Vuosikymmeniä sitten sairauksia ei osattu hoitaa niin hyvin kuin nykyään. Oireita pyrittiin lievittämään, mutta pääosin hoito oli alkeellista. Nykyään esimerkiksi sydän- ja verisuonitauteja on opittu hoitamaan entistä paremmin, mutta toisaalta tämä on tuonut yhä enemmän ihmisiä hoidon piiriin, tehnyt heistä ”sairaita”, kun riskitekijöitä kuten korkeaa kolesterolia ja korkeaa verenpainetta pyritään hoitamaan.

Tutkimuksen heikkoutena on rajallinen lähdeaineisto. Haku prioris* tuotti Lääkärilehden arkistossa lähes 1000 osumaa ja jouduin rajaamaan aineistoa tiukasti, jotta työn laajuus pysyisi järkevänä. Päätös käydä systemaattisesti läpi vain pääkirjoitukset korostaa päätoimittajien näkemyksiä ehkä turhankin vahvasti.

Täydensin aineistoa muilla lähteillä, mutta voi olla, että sen suhteen aineisto on vajaa. Keskusteluhistoriaa tutkiessa olisi Lääkärilehden lisäksi paljon muitakin mielenkiintoisia lähteitä, joissa keskustelua on käyty.

Priorisointi on laaja aihe ja aihepiirissä riittäisi paljon tutkittavaa. Tutkimusta kirjoittaessani mieleeni on tullut useita jatkotutkimusaiheita, joista päällimmäisenä kiinnostaisi tutkia lääkäreiden ajatuksia priorisoinnista esimerkiksi kyselytutkimuksella. Mielikuvani on, että ainakaan nuoret lääkärit eivät ajattele olevansa priorisoivia toimijoita. Myös lääkäreiden kustannustietoisuutta olisi mielenkiintoista tutkia.

Lopuksi on kuitenkin todettava, että vaikka näiden kolmenkymmenen vuoden ajan on kustannuskriisistä ja jopa järjestelmän romahtamisesta puhuttu (esim. Ryynänen ym. 2006, s. 96), romahdusta ei ole ainakaan vielä tapahtunut ja on mahdollista, että jatkossakin terveydenhuoltojärjestelmä pysyy kasassa ongelmistaan huolimatta.

LÄHTEET

- Autti-Rämö, I., Hiltunen, K-M., Kataja, V., Liimatainen, S., Mäntyranta, T., Parkkila, A-K. 2018. Priorisointi ei ole tunnepeiliä. Lääkärilehti 50–52/2018:73:2985.
- Autti-Rämö, I. 2021. Säännöstelyn etiikka. Lääkärilehti 1–2/2021:76:36–40.
- DiPrete, B., Coffman D., 2007. A Brief History of Health Services Prioritization in Oregon, <https://www.oregon.gov/oha/HPA/DSI-HERC/Documents/Brief-History-Health-Services-Prioritization-Oregon.pdf>. Viitattu 17.8.2021.
- Duodecim 2000. Priorisointi – Terveysthuollon valinnat. Duodecim. r.y.: koolle kutsuman priorisointineuvottelukunnan kannanotto. Vammalan kirjapaino 2000.
- Etene 2020. Covid-19-epidemian eettinen arviointi. ETENE-julkaisuja 47. Helsinki 2020.
- Fullman, N., Lozano, R., Murray, C. J. L., Yearwood, J., Barber, R. M., Chalek, J., Eldrenkamp, E., Shields, C. 2018. Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet 2018:391:2236–71.
- Jyrkkiö, Hietanen, Kellokumpu-Lehtinen P-L, 2013. Hoitoja on annettava oikeudenmukaisesti. Suomen Lääkärilehti 22/2013:68:1623.
- Kekomäki, M. 2006. Hollantilaiset ja 80 000 euroa. Suomen Lääkärilehti 40/2006:61:4055.
- Kekomäki, M. 2019: Etiikasta ekonomiaan – ja takaisin, Tallinna, Duodecim
- Kimmel ja Lohiniva-Kerkelä: Priorisointiin on saatava kansalliset kriteerit. Helsingin Sanomat 4.10.2019
- Laine, H., 2016. Lisätään positiivista priorisointia. Lääkärilehden verkkokommentti 23.5.2016. <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/verkkokommentti/lisataan-positiivista-priorisointia/> viitattu 2.9.2021
- Laine, J., 2014. Kustannusvaikuttavuus ei yksin riitä priorisoinnin perustaksi. Duodecim 2014; 130: 2094–8.
- Lammintakanen, J., 2005. Healthcare prioritisation – Evolution of the Concept, Research and Policy Process. Kuopio University Publications E. Social Sciences 116. Kuopio.
- Leipälä, J. 2013. Tarvitaan viisaita päätöksiä. Suomen Lääkärilehti 19/2013:68:1393.
- Linköpingin yliopisto 2021. <https://liu.se/forskning/prioriteringscentrum> viitattu 17.8.2021
- Lääkärilehti 2021. Kirsi Varhila: Laaja konsensuskokous priorisoinnista on paikallaan. Lääkärilehti 17/2021.
- Lääkäriliitto 2014: Eettiset ohjeet, <https://www.laakariliitto.fi/laakaran-tietopankki/kuinka-toimin-laakarina/eettiset-ohjeet/> viitattu 23.9.2021
- Lääkäriliitto 2018: Autonomian huoneentaulu, https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5119/autonomia_laakaran_tyossa_-_huoneentaulu.pdf viitattu 23.9.2021
- Lääkäriliitto 2021 [Lääkäriliitto - Lääkäriliiton valtuuskunta vaatii: Terveysthuollon priorisointia on vietävä eteenpäin \(laakariliitto.fi\)](https://www.laakariliitto.fi/laakaran-tietopankki/kuinka-toimin-laakarina/eettiset-ohjeet/)
- Myllymäki, K., 2020, Palveluvalikoiman määrittely on entistään tärkeämpää. Lääkärilehti 2020:75:2181
- Mäkelä, M., Saijonkari, M., Booth, N. 2017, Katsaus terveysthuollon priorisointiin eri maissa. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportteja ja muistioita 2017:18. STM Helsinki 2018.
- OECD Health Statistics 2019, <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>, viitattu 15.2.2020

State of Oregon 2021. Prioritized List of Health Services. <https://www.oregon.gov/oha/HPA/DSI-HERC/Pages/Prioritized-List.aspx>, viitattu 17.8.2021

Oikeusasiamies Riitta-Leena Paunio 9.2.2005. 921/4/04. Turun yliopistollisen keskussairaalan menettely tutkimushoidossa olleiden Fabry-potilaiden lääkehoidon järjestämisessä

Palko 2019. Terveisiä Ruotsin 10. kansallisesta priorisointikonferenssista. <https://palveluvalikoima.fi/-/terveysia-ruotsin-10-kansallisesta-priorisointikonferenssista-20-21-11-2019>, viitattu 18.8.2021.

Pasternack, A. 2008. Hoidolla on rajat. Suomen Lääkärilehti 43/2008:63:3629.

Pekkarinen, T. 1992. Julkinen hallinto ja terveystalouden priorisointi. Suomen Lääkärilehti 26/1992:47:2357.

Pekkarinen, T. 1993. Priorisointikeskustelua – keskustelun vuoksiko? Suomen Lääkärilehti 31/1992:48:2983.

Pekkarinen, T. 2002. Lyhyestä virsi kaunis. Suomen Lääkärilehti 9/2002: 57: 983.

Penttinen, M., Kantola, I., Nuutila, P., Hietaharju, A., Honkanen, E., Kaitila, I., Niskanen, L., Savolainen, M., Viikari, J. 2004. Fabryn tauti ja suositus sen diagnostiikasta, seurannasta ja hoitoinjoista Suomessa. Duodecim 2004: 120: 2407–14.

Pietilä, M., Vuorenkoski, L. 2015. Priorisointia ei voi välttää, mutta sitä pitää kehittää. Suomen Lääkärilehti 19/2015:70:1299.

Pälve, H. 2009. Priorisoinnin vuokaavio. Suomen Lääkärilehti 46/2009:64:3913.

Raittio, E., Raittio, L., 2019a. Yhteiskuntatason priorisoinnille on tarvetta. Suomen Lääkärilehti 3/2019:74:103

Raittio, E., Raittio, L., 2019b. Biomedisiinan ei pidä hallita priorisointia. Suomen Lääkärilehti 46/2019:74:2640.

Rosen, P, Karlberg I. Opinions of Swedish citizens, health-care politicians, administrators and doctors on rationing and health-care financing. Health Expectations 5(2) 2002

Ruotsin Lääkäriliitto- Svenska Läkaresällskapet. 2021. Prioriteringsplattformen. <https://www.sls.se/etik/prioriteringsplattformen/> viitattu 17.8.2021

Ryynänen, O-P., Myllykangas, M. 2000. Terveystalouden etiikka – Arvot monimutkaisuuden maailmassa. WSOY. Juva 2000.

Ryynänen, O-P., Kukkonen, J., Myllykangas M., Lammintakanen, J., Kinnunen, J. 2006. Priorisointi terveydenhuollossa- Mitä maksaa, kuka maksaa. Talentum. Tampere 2006.

Saarni, S. 2001. Priorisointi – mahdollon yhtälö? 2001. Suomen Lääkärilehti 12/2001: 56: 1417–1420.

Saarni, S., Vuorenkoski, L. 2003. Terveystalouden säännöstely, markkinatalous ja lääkärin rooli. Duodecim 2003; 119:993–1000.

Saarni 2010. Vaikuttavuuden huomiointi terveydenhuollon päätöksenteossa - Eettinen analyysi Yliopistollinen väitöskirja. Turun yliopisto – University of Turku, Lääketieteellinen tiedekunta ja Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitos Mielenterveys ja päihdepalvelut -osasto. THL TUTKIMUS 40 Helsinki 2010.

Saarni, S., Mäkelä, M. 2011. Kohti avointa priorisointia Suomessakin. Pääkirjoitus. Duodecim 2011; 127: 636–7.

Saarni, S. 2016a. Miksi priorisointi ei Suomessa toimi? Luentodiat Terveystaloudenfoorumi 12.10.2016. <https://docplayer.fi/26226620-Miksi-priorisointi-ei-suomessa-toimi.html> viitattu 1.9.2021.

Saarni, S., 2016b. Priorisoinnin umpikuja vaatii täyskäännöstä. Suomen Lääkärilehti 46/2016: 71: 2923.

Soininvaara, O. 2020. Koronapolitiikan kustannustehokkuus
<https://www.soininvaara.fi/2020/04/15/koronapolitiikan-kustannustehokkuus/> viitattu 20.9.2021.

STAKES 1994: Arvoista valintoihin- Terveysthuollon priorisointiryhmän raportti. Stakes Raportteja 161.
Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 1995.

THL 2021. Terveysthuollon menot ja rahoitus 2019, liitetaulukot. <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/sosiaali-ja-terveydenhuollon-resurssit/terveydenhuollon-menot-ja-rahoitus>, viitattu 10.9.2021.

Äärimaa, M. 1999. Priorisoinnin vaikeus. Suomen Lääkärilehti 8/1999: 54: 899.

SANASTO

Utilitaristinen seurausetiikka	Tekojen moraalisuus riippuu niiden seurauksista. Jos seuraukset ovat hyvät, tekokin on hyvä.
Velvollisuusetiikka	Moraalisten periaatteiden noudattaminen on ihmisen velvollisuus seurauksista riippumatta.
QALY	<p>Laatupainotettu elinvuosi. Mikäli henkilön terveydentila on täydellinen, yksi elinvuosi=1 qaly. Jos henkilön elämänlaatu on sairauksien vuoksi puolet täydellisestä eli 0,5, kaksi vuotta hänen elämänsä puolikkaalla elämänlaadulla vastaa yhtä laatupainotettua elinvuotta.</p> <p>Elämänlaadun kohentumista voidaan arvioida QALYjen avulla seuraavasti:</p> <p>Jos leikkaukseen tulevan henkilön elämänlaaduksi arvioidaan esimerkiksi 15D-elämänlaatumittarilla 0,8 väliltä [0,1] ja 3 kk leikkauksen jälkeen elämänlaatu on 0,9, elämänlaatu on kohentunut 0,1 yksikköä. Jos henkilö elää 10 vuotta tällä elämänlaadulla, leikkaus on tuottanut hänelle yhden ($0,1 \cdot 10 = 1$) laatupainotetun elinvuoden eli QALY:n lisää. (Esimerkki Ryyänen 2006, s.264)</p>