



Kansainvälisiä esimerkkejä terveydenhuollon priorisoinnin eettisistä periaatteista

ETENEn tilaama selvitystyö (2024)

Susanna Ahonen



Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan
eettinen neuvottelukunta (ETENE)

Esipuhe

Suomessa käydään aktiivista keskustelua sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen ja henkilöstön riittävydestä ja siitä, minkälaisilla periaatteilla valintoja tulisi tehdä, kun resurssit eivät riitä kaikkeen. Resurssit ovat aina rajalliset, mikä tarkoittaa, että ammattilaiset joutuvat tekemään valintoja eli toteuttamaan priorisointia käytännön työssä siitä riippumatta, onko siihen olemassa selkeää ohjeistusta.

Sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan (ETENE) tehtävänä on lain potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) mukaan muun muassa tehdä aloitteita sekä antaa lausuntoja ja suosituksia sosiaali- ja terveysalan eettisistä kysymyksistä. Neuvottelukunta käsittelee myös potilaan ja sosiaalihuollon asiakkaan oikeuksiin ja asemaan liittyviä eettisiä kysymyksiä.

Priorisointiin liittyvät kysymykset ovat ennen kaikkea eettisiä. Kysymys on siitä, millä periaatteilla palveluja annetaan tai asiakkaita ja potilaita asetetaan järjestykseen, kun kaikille ei voida tarjota kaikkea. Periaatteiden soveltamisen tulisi johtaa kansalaisten kannalta mahdollisimman oikeudenmukaiseen lopputulokseen.

Suomen lisäksi myös muissa maissa on jouduttu pohtimaan priorisointiin liittyviä kysymyksiä, sillä resurssit ovat rajalliset kaikkialla. Tämän selvitystyön tarkoituksena on kuvata, millaisia lakiin tai julkisen vallan vahvistamiin ohjeisiin kirjattuja, nimenomaan eettisiä periaatteita priorisointipäätösten tueksi on määritetty joissakin muissa maissa ja kuinka niitä käytännössä sovelletaan. Myös Suomessa olisi pohdittava priorisointia koskevan päätöksenteon tueksi eettisiä periaatteita, jotka ovat yhteisesti hyväksytyjä ja riittävän käytännönläheisiä, jotta niistä olisi sosiaali- ja terveydenhuollon käytännön työssä hyötyä.

ETENE kiittää OTM Susanna Ahosta huolellisesti laaditusta selvitystyöstä.

Helsingissä 2.9.2024

Maija Miettinen
Pääsihteeri, ETENE

Sisällys

1	Johdanto	4
	Taustaa, kysymyksenasettelu ja selvitysmenetelmät	4
2	Suomi	7
3	Ruotsi	12
3.1	Terveydenhuoltojärjestelmästä	12
3.2	Kuinka terveydenhuollon priorisointia säännellään?	12
3.3	Mitkä eettiset periaatteet ohjaavat priorisointia?	15
3.4	Miten priorisointia sovelletaan?	17
3.5	Kuinka kansalaiset ovat suhtautuneet priorisointiin?	18
4	Norja	20
4.1	Terveydenhuoltojärjestelmästä	20
4.2	Kuinka terveydenhuollon priorisointia säännellään eettisesti?	21
5	Alankomaat	25
5.1	Terveydenhuoltojärjestelmästä	25
5.2	Kuinka terveydenhuollon priorisointia säännellään?	26
5.3	Ohjaavatko eettiset periaatteet priorisointia?	27
6	Yhdistynyt kuningaskunta	31
6.1	Terveydenhuoltojärjestelmästä	31
6.2	Kuinka terveydenhuollon priorisointia säännellään eettisesti?	32
7	Uusi-Seelanti	36
7.1	Terveydenhuoltojärjestelmästä	36
7.2	Kuinka terveydenhuollon priorisointia säännellään eettisesti?	39
8	Yhteenveto	42
	Lähteet	45

1 Johdanto

Taustaa, kysymyksenasettelu ja selvitysmenetelmät

Julkisen talouden kestävyysvaje, jonka juurisyynä on väestön ikääntyminen, koettelee sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmäämme.¹ Samalla hoidot, lääkkeet ja hoitoteknologia ovat entistä kalliimpia. Euroopan unionin potilasdirektiivi käynnisti työn Suomen terveydenhuollon palveluvalikoiman määrittämisestä.² Julkisen talouden kestävyysvaje luo painetta myös sosiaalipalveluiden valikoiman määrittämiselle. Sosiaali- ja terveydenhuollossa on aina rajalliset resurssit ja niitä on aina kohdennettava, eli myös rajattava palveluja. Valtioneuvoston teettämän, terveydenhuollon palveluvalikoiman priorisoinnista vuonna 2022 julkaistun selvityksen (TERPPA-hanke) mukaan priorisoinnista tulisi keskustella avoimemmin, sillä piilopriorisoinnin katsotaan lisäävän eriarvoisuutta.³ Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoiman määrittäminen tarkoittaa valtiontasoista priorisointia, ja on syytä keskustella siitä, millä eettisillä ja arvoihin perustuvilla periaatteilla sitä tehdään.

Tässä selvityksessä kartoitetaan terveydenhuollon priorisointityötä sekä palveluvalikoimaa koskevia sääntelykeinoja viidessä eri verrokkimaassa. Aineisto on kerätty ns. desktop-menetelmällä. Selvitys on rajattu koskemaan vain terveydenhuoltoa, sillä aineistoa sosiaalihuoltoa koskevasta priorisointityöstä oli tällä aineistonkeruumenetelmällä liian heikosti saatavilla vertailevan selvityksen aikaansaamiseksi. Työn puitteissa ei ole mahdollista kartoittaa järjestelmään sisäänkirjoitettua priorisointityötä, josta ei eksplisiittisesti kerrotaisi ulospäin.

Selvityksessä pyritään vastaamaan seuraaviin kysymyksiin: Onko ohjeilla pyritty vaikuttamaan terveydenhuollon ammattilaisten käytännön priorisointiin? Käytetäänkö sääntelyssä eettisiä periaatteita tai perustellaanko sääntelyä eettisillä periaatteilla? Kuinka palveluvalikoimaa on määritelty tai pyritty määrittelemään?

1 Valtiovarainministeriö 2022.

2 Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2011/24/EU, annettu 9 päivänä maaliskuuta 2011, potilaiden oikeuksien soveltamisesta rajat ylittävässä terveydenhuollossa; HE 103/2013 vp, s. 33.

3 Torkki et al. 2022, s. 9.

Eettisten periaatteiden määritelmä juontuu filosofiasta. Etiikka filosofian tutkimusalana käsittelee sitä, mitä ovat hyvä ja paha, ja mistä moraali koostuu. Etiikka tarkoittaa perusteltua näkemystä oikeasta ja väärästä. Eettisillä periaatteilla tarkoitetaan niin ikään periaatteita, jotka on eettisesti perusteltu.⁴

Selvityksen kohteena ovat lakiin tai julkisen vallan vahvistamiin ohjeisiin kirjatut eettiset periaatteet. Tarkoituksena on koota vain valtakunnallisesti vaikuttavia hankkeita sekä vertailla sääntelyn tehokkuutta. Priorisoinnilla pyritään kohdentamaan resursseja tiettyjen tavoitteiden tai arvojen mukaisesti.⁵ Terveydenhuollossa tämä voi tarkoittaa ensinnäkin hoitojärjestyksen määrittämistä. Toisaalta julkisrahoitteisessa terveydenhuoltojärjestelmässä voidaan myös punnita sitä, mitä hoitoja ylipäänsä toteutetaan julkisin varoihin. Tässä selvityksessä tarkastellaan kumpaakin edellä mainittua ulottuvuutta sen mukaan, miten priorisointia on verrokkimaissa lähestytty.

Selvitykseen on otettu mukaan sellaisia maita, joissa terveydenhuollon priorisointityötä on aktiivisesti tehty. Verrokkimaat: Ruotsi, Norja, Alankomaat, Yhdistynyt kuningaskunta ja Uusi-Seelanti, ovat valikoituneet selvitykseen siksi, että niistä on ollut saatavilla riittävän tuoretta ja laadukasta lähdeaineistoa englannin tai ruotsin kielillä. Oikeusjärjestelminä verrokkimaat ovat erilaisia esimerkiksi siten, että Norja, Ruotsi ja Alankomaat edustavat mannermaista oikeusjärjestelmää, missä Uusi-Seelanti ja Iso-Britannia ovat common law –järjestelmän maita. Kappalejako ja otsikointi vaihtelevat hieman maiden välillä siksi, että eri maiden järjestelmät ja niitä koskevat aineistot olivat erilaisia eikä niitä voitu kuvata täysin samoilla rakenteilla. Selvitettävät kysymykset ovat kuitenkin samat.

Priorisointia voidaan ohjailla arvoilla, toisaalta julkisen priorisoinnin aloittaminen on itsessäänkin arvovalinta. Siinä joudutaan esimerkiksi mittaamaan rahassa yksilön näkökulmasta korvaamatonta hoitoa. Toisaalta tutkimusta siitä, vaikuttaako priorisointi kustannuksiin ja kustannusvaikuttavuuteen, on tehty vain vähän ja vaillinaisesti.⁶ Aineistoista on vain Ruotsin osalta voitu koota tutkimuksia, joissa kuvataan terveydenhuollon ammattikunnan näkemyksiä priorisoinnin toimivuudesta. Ruotsissa on lisäksi tutkittu kansalaisten näkökulmia terveydenhuollon priorisointiin.

4 Pietarinen 2015.

5 Ibid. s. 10.

6 Ibid. s. 75.

Priorisointia on myös käsitelty tutkimushankeraportissa *Terveydenhuollon palveluvalikoiman priorisointi* (2022).⁷ Tutkijat kartoittivat paitsi priorisoinnin haasteita Suomessa, myös ulkomaisia malleja priorisointityölle.

Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan ETENEn tehtävänä on lain potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) 2 a §:n mukaan käsitellä sosiaali- ja terveysalaan sekä potilaan ja asiakkaan asemaan liittyviä eettisiä kysymyksiä periaatteelliselta kannalta ja antaa niistä suosituksia. Näin ollen ETENEn tehtävä liittyy sosiaali- ja terveysalan kehittämiseen ja perustelemiseen. Tämän selvityksen tarkoituksena on tukea suomalaisen priorisoinnin etiikan kehittämistä vertailemalla eettisiä periaatteita eri terveydenhuoltojärjestelmissä ja oikeuskulttuureissa. Tarkoituksena on selvittää, millä tasolla terveydenhuollon priorisoinnin periaatteista on säännelty verrokkimaissa ja kuinka sääntely toimii käytännössä.

7 Torkki et al. 2022, s. 9.

2 Suomi

Suomessa julkisen terveydenhuollon palveluvalikoimaa tai priorisoinnin eettisiä periaatteita ei ole määritelty. Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2020 julkaisemassa selvityksessä on katsottu, että priorisoinnin periaatteet on johdettavissa perusoikeuksista, mutta niitä tulisi tarkentaa.⁸ Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö ohjaa priorisointityötä. Priorisointia vaikeuttaa se, että sen ohjaus on pirstaleista, sekavaa ja osin jännitteistäkin.⁹ Priorisoinnin keskeisiä lähtökohtia voidaan kuvata yleisellä tasolla seuraavasti.

Valtion talousarviossa päätetään vuosittain sosiaali- ja terveystalouden rahoituksen tasosta. Talousarviopäätökset määrittävät priorisointia keskeisesti.¹⁰ Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 3 §:n mukaan

Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä.

Säännöksellä vahvistetaan perustuslaissa säädetty yhdenvertaisuuden periaate terveyden- ja sairaanhoidossa. Potilaiden yhdenvertaisuuden parantaminen onkin keskeisenä tavoitteena priorisointityössä.

Euroopan unionin potilasdirektiivissä veloitetaan jäsenvaltiot antamaan terveydenhuoltoa EU-kansalaisille. Myös Euroopan unionin oikeudessa (mm. SEUT 18 artikla) on syrjimättömyysperiaate, jonka mukaan EU-kansalaisia tulee kohdella yhdenvertaisesti riippumatta siitä, minkä jäsenvaltion kansalaisia he ovat. Direktiivi pantiin täytäntöön lailla rajat ylittävästä terveydenhuollosta (1201/2013). Lain esitöissä todettiin tarve määrittää julkisen terveydenhuollon palveluvalikoima.¹¹

8 Kaila; Lohiniva-Kerkelä 2020, s. 40.

9 Torkki et al. 2022, s. 55.

10 Ibid. s. 19.

11 Ks. HE 103/2013 vp, s. 38, 58, 87-88.

Terveydenhuoltolain (1202/2013) 7a §:n mukaan

Terveydenhuollon palveluvalikoimaan kuuluvat lääketieteellisesti ja hammaslääketieteellisesti perusteltu sairauksien ennaltaehkäisy, sairauden toteamiseksi tehtävät tutkimukset sekä taudinmääritys, hoito ja kuntoutus.

Palveluvalikoimaan ei kuitenkaan kuulu sellainen terveyden- ja sairaanhoidon toimenpide, tutkimus, hoito ja kuntoutus, johon sisältyy saavutettavan terveyshyödyn kannalta kohtuuttoman suuri riski potilaan hengelle tai terveydelle tai jonka vaikutavuus on vähäinen ja jonka aiheuttamat kustannukset ovat kohtuuttomat saavutettavissa olevaan terveyshyötyyn ja hoidolliseen arvoon nähden.

Potilasta voidaan tutkia ja hoitaa palveluvalikoimaan kuulumattomalla lääketieteellisellä tai hammaslääketieteellisellä tutkimus- ja hoitomenetelmällä, jos se on potilaan henkeä tai terveyttä vakavasti uhkaavan sairauden tai vamman takia lääketieteellisesti välttämätöntä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen.

Potilasdirektiivin täytäntöönpanon yhteydessä nimitettiin palveluvalikoimaneuvosto (Palko). Neuvosto toimii sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä. Terveydenhuoltolain 78a §:n mukaan

[Palveluvalikoimaneuvoston] tehtävänä on seurata ja arvioida terveydenhuollon palveluvalikoimaa sekä antaa suosituksia terveyden- ja sairaanhoidon toimenpiteiden, tutkimusten sekä hoito- ja kuntoutusmenetelmien kuulumisesta palveluvalikoimaan tai rajaamisesta pois palveluvalikoimasta. Suosituksia antaessaan neuvoston tulee ottaa huomioon eri alojen tutkimustieto ja muu näyttö sekä terveydenhuollon eettiset ja järjestämiseen liittyvät näkökohdat.

Potilasdirektiivin täytäntöönpanolakien esitöissä tarkennetaan, kuinka eettiset näkökohdat tulee ottaa huomioon. Hallituksen esityksessä tunnistetaan perustuslain yhdenvertaisuusperiaatetta koskevan 6 §:n sekä oikeutta terveyteen koskevan 19.3 §:n merkitys palveluvalikoiman määrittämisessä. Lisäksi esitöissä todetaan, että palveluvalikoiman määrittelemisessä on aina eettisiä ja terveydenhuollon organisointiin liittyviä näkökohtia, joita on otettava huomioon. Palkon on eettisten pohdintojensa tueksi kuultava asiantuntijatahona erityisesti valtakunnallista sosiaali- ja terveysalan eettistä

neuvottelukuntaa (ETENE).¹² Terveydenhuollon toiminnan on perustuttava tieteelliseen näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Hallituksen esityksen mukaan

Pykälän 3 momentin perusteella palveluvalikoimaa sovelletaan yhtenäisin ja yhdenvertaisin perustein kaikessa julkisesti järjestetyssä ja rahoitetussa terveydenhuollossa. Sairauksien hoidosta päätettäessä tulee jatkossakin käyttää yksilöllistä, potilaan terveydentilaan perustuvaa lääketieteellistä ja hammaslääketieteellistä arviointia ja harkintaa.

Suomea velvoittavissa kansainvälisissä ihmisoikeussopimuksissa priorisointi kytkeytyy oikeuteen terveyteen ja elämään, sekä yhdenvertaisuuteen ja syrjimättömyyteen.¹³ Suomen perustuslaissa säädetään reunaehdot priorisoinnille. Perustuslaissa on ehdottomia kieltoja, joita ei voida edes lailla rajoittaa, kuten syrjintäkielto sekä kuolemanrangaistuksen ja ihmisarvoa loukkaavan kohtelun kieltö. Oikeuksia taas voidaan rajoittaa perusoikeuksien yleisten rajoitusedellytysten puitteissa. Rajoitusperusteiden mukaan perusoikeuden rajoituksesta on muun muassa säädettävä lailla ja rajoituksen on oltava riittävän täsmällinen ja tarkkarajainen. Esimerkiksi perustuslain 19.1 §:n mukaan jokaisella on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Oikeutta tarkennetaan laintasoisella sääntelyllä, ja toisaalta myös sitä rajoittavista toimista tulee säätää lain tasolla.

Perustuslain 19.3 §:n mukaan julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Säännöksen nojalla oikeudesta sosiaali- ja terveyspalveluihin on säädettävä lailla. Säädöksen esitöiden mukaan sääntelyn on edistettävä väestön terveyttä ja turvattava jokaiselle riittävät palvelut.¹⁴ Palvelujen riittävyttä arvioitaessa voidaan lähtökohtana pitää sellaista palvelujen tasoa, joka luo jokaiselle ihmiselle edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä.¹⁵

Perustuslain 80 §:n mukaan lailla on säädettävä yksilön oikeuksien ja velvollisuuksien perusteista sekä asioista, jotka perustuslain mukaan muuten kuuluvat lain alaan. Prio-

12 HE 103/2013 vp, s. 87-88.

13 Torkki et al. 2022, s. 30-31.

14 PeVM 25/1994 vp, s. 6.

15 HE 309/1993 vp, s. 71/II.

risointi voi vaikuttaa hyvinkin keskeisesti siihen, miten perustuslaissa turvattu jokaisen oikeus riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin toteutuu. Esimerkiksi julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoiman määrittäminen osaltaan konkretisoisi oikeuden sisältöä. Priorisoinnin perusteista tulisi näin ollen säätää lailla. Perusoikeuksia, kuten perustuslain 19.3 §:n mukaista julkisen vallan veloitetta turvata riittävät sosiaali- ja terveyspalveluihin, ei tulisi voida rajoittaa piilopriorisoinnilla, sillä perusoikeuden rajoituksesta tulee säätää lailla.

Perustuslakivaliokunnan vakiintuneen tulkintakäytännön mukaan perusoikeuksien rajoituksista on säädettävä lailla. Lailla voidaan rajoittaa perusoikeuksia, mutta vain, jos rajoitukset täyttävät seuraavat edellytykset: rajoitukset ovat tarkkarajaisia ja riittävän täsmällisesti määritettyjä; rajoitusperusteet ovat hyväksyttäviä; rajoitukset eivät ulotu perusoikeuden niin kutsutulle ydinalueelle; rajoitukset ovat suhteellisuusvaatimuksen mukaisia ja välttämättömiä hyväksyttävän tarkoituksen saavuttamiseksi; riittävät oikeusturvajärjestelyt on turvattu; rajoitukset eivät ole ristiriidassa Suomen kansainvälisten ihmisoikeusveloitteiden kanssa.¹⁶ Perustuslakivaliokunta on perusoikeuksia koskevassa mietinnössään myös tuonut esiin, että perusoikeudet voivat muodostaa prioriteettijärjestyksen sille, kuinka valtion varoja kohdennetaan.¹⁷

Suomen perustuslakiin kirjatut perusoikeudet perustuvat pitkälti eurooppalaiseen valtiosääntöperinteeseen sekä kansainvälisiin ihmisoikeussopimuksiin.¹⁸ Myös monissa muissa eurooppalaisissa maissa priorisointityöllä on siis pyritty toteuttamaan samoja ihmisoikeuksia kuin Suomessa. Sosiaali- ja terveydenhuollon priorisoinnissa on kyse eri ihmisoikeuksien tai eri ihmisten ihmisoikeuksien välisestä punninnasta, mitä saatetaan eri maissa lähestyä hyvin erilaisista valtiosääntöisistä lähtökohdista.

Suomessa on myös useita tahoja, jotka ovat antaneet priorisoinnista ohjeistusta. Vuodesta 2005 myös sosiaali- ja terveysministeriö sekä terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) ovat julkaisseet yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita.¹⁹ Vuodesta 2010 ne ovat perustuneet myös terveydenhuoltolakiin (1326/2010, nyk. 581/2022, 7 §). Kiireettömän hoidon perusteet ovat sairausryhmäkohtaisia suosituksia, joiden tarkoitus on ohjata lääkärin hoitopäätöksentekoa. Perustellusta syystä lääkäri voi myös poiketa ohjeista.²⁰

16 Ks. esim. PeVM 25/1994 vp, s. 5.

17 PeVM 25/1994 vp, s. 33.

18 Ks. esim. HE 1/1998 vp, s. 21.

19 Ks. Sosiaali- ja terveysministeriö 2019, s. 5.

20 Ibid. s. 18.

Myös yksityiset tahot antavat priorisoinnin ohjeistusta. Lääkäriseura Duodecim on antanut Käypä hoito –suositukset vuodesta 1994 eri diagnooseille parhaiten soveltuvista hoidoista. Nykyisin Duodecim julkaisee myös Vältä viisaasti –suositukset, joissa tuodaan esiin heikosti vaikuttavia hoitoja, joita terveydenhuollossa tulisi välttää. Suosituksissa ei huomioida kustannuksia, vaan hoidon vaikuttavuutta yksittäisessä potilasryhmässä. Suosituksista vastaa riippumaton asiantuntijaryhmä.²¹

Priorisointia käsitellään Lääkäriliiton *Lääkäriin etiikka* –oppaassa (2021), jossa sitä kuvataan erityisesti yksittäisen lääkärin toiminnan kautta. Lääkäriliiton mukaan priorisointia ei voida tehdä ainoastaan laatupainotettujen elinvuosien (QALY) perusteella, sillä siinä ei huomioida riittävästi ihmisten erilaisia näkemyksiä sairauksien tai vammojen merkityksestä elämänlaatuun. Laatupainotetut elinvuodet kertovat, kuinka paljon hoidolla pidennetään potilaan elinikää tai elämänlaatua. Ikään perustuva priorisointi ei liiton mukaan ole lääkärin etiikan mukaista, ja sama koskee henkilöiden oman osuuden huomioimista terveydentilan heikkenemisessä.²² Tämä sisältyy myös World Medical Associationin Geneven julistukseen:

[E]n salli potilaan iän, sairauden tai vammaisuuden, uskonnon, etnisen alkuperän, sukupuolen, kansalaisuuden, poliittisen taustan, rodun, sukupuolisuuntatunneisuuden, yhteiskunnallisen aseman enkä minkään muunkaan tekijän vaikuttavan velvollisuuksiini potilasta kohtaan.

Lääkäriliiton mukaan joissakin tapauksissa voi olla perusteltua suunnata voimavarat nuorempien hyväksi, kun ikä korreloi esimerkiksi leikkausriskiin tai mahdollisuuteen hyötyä hoidosta. Potilaan tilanne pitäisi kuitenkin aina huomioida yksilöllisesti, sillä joissain tapauksissa vanhus voi hyötyä hoidosta enemmän kuin nuorempi ihminen.²³

Lääkäriliitto kuvaa, että priorisointi on loppupeleissä hallinnon ja poliittisten elinten tehtävä. Toiminnan vaikuttavuus, taloudellisuus, potilaiden asiakastytyväisyys ja ammattilaisten työhyvinvointi kuuluvat liiton mukaan koko järjestelmän tavoitteisiin. Rajallisten resurssien tuhaaminen on epäeettistä. Alalla toimivan johtajan on lääkäriliiton mukaan kannustettava ammattilaisia toimimaan potilaslähtöisesti. Tulee välttää kannustimia, joilla ohjataan hoitamaan potilasta liikaa, liian vähän tai huonosti.²⁴

21 Torkki et al. 2022, s. 60-61; Duodecimin verkkosivut (n. d.)

22 Suomen Lääkäriliitto 2021, s. 230-258.

23 Ibid. s. 232.

24 Ibid. s. 237-238.

3 Ruotsi

3.1 Terveydenhuoltojärjestelmästä

Ruotsissa päävastuu terveydenhuollosta on maakäräjillä (landsting), joita on 21, ja joissain tapauksissa kunnallisilla neuvostoilla tai kunnilla, joita on 290. Maakäräjät vastaavat esimerkiksi erikoissairaanhoidosta, perusterveydenhuollosta ja alle 23-vuotiaiden hammashoidosta. Sosiaalitoimi, mukaan lukien vanhuspalvelut, kuuluvat kuntien vastuulle.²⁵ Parlamentin lisäksi maakuntien maakäräjät ja kuntien valtuustot koostuvat vaalein valituista päättäjäistä.²⁶ Maakäräjillä on verotusoikeus, ja verotulot muodostavatkin suurimman osan niiden tuloista.²⁷ Jokaisella on oikeus maksuttomiin terveydenhuoltopalveluihin. Terveydenhuoltopalvelut koostuvat sekä julkisista että yksityisistä palveluista, mutta täysin yksityinen palveluntarjonta on vähäistä. Yksityisten palveluiden osuus on kuitenkin kasvanut 2000-luvulla.²⁸ Noin 10 prosentilla työssäkäyvistä on yksityinen terveystakuutus.²⁹ Sosiaalhallitus (Socialstyrelsen) toimii sosiaali- ja terveysministeriön (Socialdepartementet) alla valvontaviranomaisena.

3.2 Kuinka terveydenhuollon priorisointia säännellään?

Ruotsissa asetettiin vuonna 1992 parlamentaarinen komitea pohtimaan priorisoinnin eettisiä periaatteita ja käytännön toteutusta, ja työskentelyn aikana kuultiin laajasti terveydenhuollon toimijoita ja kansalaisia. Komitean työ on perustunut sille lähtökohdalle, että priorisointia tapahtuu joka tapauksessa, mutta vain sitä ohjaamalla voidaan säilyttää luottamus terveydenhuoltojärjestelmään, ehkäistä alueellisia eroja ja taata potilaiden yhdenvertaisuus.³⁰ Komitean esitys hyväksyttiin parlamentaarisella päätöksellä ja terveydenhuoltolakia muutettiin sen mukaiseksi.³¹ Vuonna 2001 perustettiin Priorisointikeskus (Prioriteringscentrum) Linköpingin yliopiston yhteyteen tuottamaan

25 Valtiovarainministeriö 2021, s. 4, 11-12.

26 Drees et al. 2022, s. 1149.

27 Valtiovarainministeriö 2021, s. 11.

28 Carlsson 2010, s. 561.

29 Drees et al. 2022, s. 1149.

30 Prop. 1996/97:60, s. 11; Carlsson 2010, s. 562.

31 Drees et al. 2022, s. 1149.

priorisointiin keskittyvää tutkimusta. Avoin priorisointi on saanut vähitellen kannatusta ja arvostustakin.³² Mallia voidaan kuvata vapaaehtoisen velvoittavaksi.³³

2000-luvun alussa julkista palveluvalikoimaa tarkasteltiin uudestaan useissa maakäräjissä. Osa maakäräjistä ilmoitti satoja eri leikkauskohteita palveluvalikoimastaan. Yleinen mielipide tai terveyspalveluiden henkilökunta ei juurikaan vastustanut leikkauslistoja.³⁴ Leikkauksia on sittemmin kokeiltu maakunnissa. Yhteistyössä Sosiaalhallitus, Priorisointikeskus ja maakäräjät ovat rakentaneet yhteisen kansallisen priorisointimalin, jota on käytetty resurssien uudelleen kohdentamisen apuna. Priorisoinnin yhteydessä uudistettiin myös potilaiden oikeuksien sääntelyä.³⁵

Sosiaalhallitus antaa ohjeita priorisoinnin tueksi. Oikeudellisesti ne ovat viranomaisen ohjeita, joiden pituus vaihtelee noin 50-150 sivun välillä. Ne eivät siis ole suoraan hoitohenkilökuntaa velvoittavia, mutta ohjeita voidaan käyttää tulkinta-apuna, kun esimerkiksi määritetään sosiaali- ja terveydenhuollon velvollisuuksia. Ohjeet käsittävät laajoja sairausryhmiä tai toimintakyvyn osa-alueita: esimerkiksi hammashoidolle, ylipainolle sekä masennukselle ja ahdistuneisuudelle on omat ohjeistuksensa. Niissä käsitellään hoidon prioriteetteja ja asetetaan indikaattoreita ja mittareita hoidon tarpeen arvioimiseksi. Ohjeissa arvioidaan myös ohjeiden taloudellisia ja sosiaalisia vaikutuksia sekä annetaan linjauksia siitä, kuinka ohjeiden noudattamista tulisi seurata kunnissa.³⁶

Periaatteiden perusteella Sosiaalhallitus kehittää priorisoinnin apuvälineitä. Laajan sairausryhmän tai toimintakyvyn osa-alueen ympärille rakennetaan kriteereitä, indikaattoreita ja mittareita. Tiettyyn sairauteen yritetään sovittaa paras mahdollinen interventio tai hoito. Suosituksia luokitellaan asteikolla 1-10, jossa 1 on suositelluin ja 10 vähiten suositeltu, lisäksi on kategoria "ei toteuteta".³⁷ Esimerkiksi aivoinfarktin hoitoja luokitellaan seuraavasti:

- Prioriteettiluokassa 1: strukturoitua hoitoa ennen sairaalaan saapumista tai sairaalan sisällä ihmisille, joilla epäillään akuuttia iskeemistä aivohalvausta, johon

32 Carlsson 2010, s. 563.

33 Drees et al. 2022 s. 1155.

34 Carlsson 2010, s. 562.

35 Prop. 1996/97:60.

36 Ks. esim. Socialstyrelsen 2021.

37 Mäkelä et al 2017. Ks. esim. Socialstyrelsen 2021, s. 1.

liittyy aivojen etummaisten suurten verisuonten ja pelastettavan aivokudoksen tukkeutuminen (6–24 tuntia sairauden jälkeen), jotta suonitukoksen mekaaninen avaaminen olisi mahdollista.³⁸

- Prioriteettiluokassa 8: sähkömekaaninen käden liikkuvuuden harjoittelu (robottiharjoittelu) yhdistettynä muuhun käden liikkuvuuden harjoitteluun, kohtalaisen voimakkaan aivohalvauksen jälkeen.³⁹

Prioriteettiluokittelu voidaan kohdistaa myös suoraan hoitohenkilökunnalle luokittelemalla potilasryhmiä. Esimerkiksi sydän- ja verisuonitautien alalla on luokiteltu prioriteettiryhmään 1 alle 35-vuotiaat, joissa on selkeitä rintakivun oireita, hengenahdistusta, pyörtymistä tai huimausta ja tutkitusti äkillisen kuoleman riski liikunnan yhteydessä.⁴⁰ Sosiaalihuolto kuvaa ohjeissaan myös maakuntien profiilin eri sairauksien kohdalla. Näissä kuvataan esimerkiksi maakunnan asukkaiden erilaisia riskiryhmiä.⁴¹

Sopivimman hoidon valinnassa hyödynnetään sairauden vakavuuden, hoidon vaikutusten sekä kustannusvaikuttavuuden priorisointiperiaatteita. Tämä poikkeaa perinteisistä hoitosuosituksista, joissa tyypillisesti keskitytään ainoastaan hoitojen vaikutuksiin.⁴² Laatusuorituksissa elinvuosissa hintakatto vaihtelee 500 000 – 1 000 000 SEK/QALY:n välillä riippuen sairauden vakavuudesta, luokittelun ollessa kolmiportainen.⁴³

Sosiaalihuollon ohjeet kohdistetaan terveydenhuollon ammattilaisille sekä resursseista vastaaville päättäjille. Osa kansallisista ohjeista, kuten autismia ja ADHD:ta sekä dementiaa koskevat ohjeet on kohdistettu myös sosiaalihuollon ammattilaisille.⁴⁴ Ohjeet kuitenkin keskittyvät diagnoosin perusteella oireenmukaiseen hoitoon eivätkä esimerkiksi siihen, milloin asiakkaalla on sosiaalihuollon tarve.

38 Ruots. "strukturerat omhändertagande före ankomst till sjukhuset respektive inne på sjukhuset (exempelvis i form av "Rädda hjärnan-larm") till personer med misstänkt akut ischemisk stroke med ocklusion av hjärnans främre stora kärl och räddningsbar hjärnvävnad (6–24 timmar efter insjuknandet) för att möjliggöra trombektomi". Socialstyrelsen 2020.

39 Ruots. "elektromekanisk arm- eller handträning (robotträning) i kombination med annan träning vid ned-satt rörelseförmåga i arm och hand, måttligt uttalad, efter stroke". Ibid.

40 Carlsson 2010, s. 563.

41 Ks. esim. Socialstyrelsen 2015.

42 Drees et al. 2021.

43 Mäkelä et al 2017.

44 Socialstyrelsen 2017; Socialstyrelsen 2022.

3.3 Mitkä eettiset periaatteet ohjaavat priorisointia?

Kaksi ensimmäistä eettisistä periaatteista, **ihmisarvon periaate** sekä **tarve-solidaarisuusperiaate** on kirjattu terveydenhuoltolakiin (3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslag 2017:30).⁴⁵ Kolmas priorisoinnin periaate on **kustannusvaikuttavuus**. Lain esitöissä selitetään eettisiä periaatteita. Hoidon tarvetta arvioidaan paitsi terveyden, myös elämänlaadun kautta.⁴⁶

Terveydenhuoltolain esitöiden mukaan ihmisarvon periaate on ensisijainen eettinen periaate. Prioriteetteihin ei pitäisi periaatteen mukaan vaikuttaa esimerkiksi ikä, syntymäpaine, elämäntapa tai sosioekonominen asema.⁴⁷ Ihmisarvon periaatteen yhteydessä terveydenhuoltolaki (3 kap. 1 §) mainitsee myös yhdenvertaisuuden periaatteen.

Priorisoinnin yhteydessä erotellaan kronologinen ikä, eli varsinainen numeerinen ikä, sekä biologinen ikä, joka kuvaa elimistön terveyttä ja toimintakykyä. Kronologisella iällä ei saa olla vaikutusta priorisointiin, mutta biologisella iällä on vaikutusta vaikuttavuuden ja riskien arviointiin. Ihmisarvon periaatteen mukaan ihmistä tulee kohdella sen mukaan, mitä hän on itsessään, eikä sen mukaan, mitä hänellä on tai mitä hän tekee.⁴⁸ Ihmisarvon periaate sisältää oikeuden elämään, vapauteen, turvaan ja arvokkaaseen elämään.

Tarve-solidaarisuusperiaatteen mukaan palveluja tarjotaan enemmän potilaille, joilla on vakavampia sairauksia ja huonompi elämänlaatu kuin muilla. Tarve-solidaarisuusperiaatteen yhdessä ihmisarvon periaatteen kanssa ei salli priorisointia ammatin tai yhteiskunnallisen tehtävän perusteella.⁴⁹ Folkhälsomyndigheten kuitenkin hyväksyi terveydenhuollon ammattilaisten priorisoinnin rokotuksissa.⁵⁰ Myös Priorisointikeskuksen johtaja, professori Lars Sandman piti poikkeamista käytännöstä ja terveydenhuollon ammattilaisten priorisoimista mahdollisena koronapandemiassa, kun heihin kohdistuva paine ja työkuorma oli niin suuri.⁵¹

45 Drees et al. 2021; Mäkelä et al. 2017.

46 Prop. 1996/97:60, s. 13.

47 Ibid. s. 13.

48 Ibid. s. 19.

49 Ibid. s. 25.

50 Folkhälsomyndigheten S2020/04550/FS (delvis), s. 5-6.

51 Hovni 2021.

Tarvesolidaarisuuden periaate myös tarkoittaa, että ammattilaisten on arvioitava tarvetta, etenkin jos potilas ei ikänsä, mielen- tai terveydentilansa vuoksi siihen pysty. Toimenpiteiden on oltava vaikuttavia suhteessa tarpeeseen.⁵²

Kustannusvaikuttavuuden periaatteen mukaan kustannusten pitää olla kohtuulliset suhteessa vaikuttavuuteen. Vaikuttavuudessa painottuu terveyshyöty ja elämänlaadun parantaminen. Kustannusvaikuttavuuden periaatetta voidaan soveltaa vasta tarvesolidaarisuusperiaatteen jälkeen.⁵³ Periaate tarkoittaa, että saman tarpeen hoitoon käytettäviä menetelmiä on vertailtava keskenään ja valittava kustannustehokkain. Vaikuttavuuden lisäksi on otettava huomioon sivuvaikutukset ja riskit. Vaikuttavuuden arvioinnin tulisi perustua näyttöön.

Folkhälsomyndigheten tuottaa terveystaloudellisia arvioita, joissa se vertaa uusia hoitoja vanhoihin hoitomenetelmiin laatu-painotettujen elinvuosien (quality-adjusted life years, QALY) avulla. QALY:yn perustuvia arvioita on kuitenkin punnittava muihin eettisiin periaatteisiin.⁵⁴

Potilaan itsemääräämisoikeutta ei sen sijaan ole pidetty hyvänä priorisoinnin periaatteena. Itsemääräämisoikeus toteutuu siten, että hoitopäätöksentekoa tehdään yhdessä potilaan kanssa. Myöskään kysynnän ei pitäisi ohjata priorisointia.⁵⁵

Priorisointikeskus on ehdottanut neljänneksi priorisoinnin periaatteeksi, että ihmisen oma vastuu ehkäistä sairauksia ja noudattaa terveitä elämäntapoja tulisi huomioida sosiaali- ja terveydenhuollon jakamisessa. Ehdotuksesta ei ole kuitenkaan saatu poliittista sopua.⁵⁶

Pandemian yhteydessä periaatteita kehitettiin erikoissairaanhoidon erityisen vaikeisiin tilanteisiin soveltuviksi. Ohjeistuksessa keskeistä on potilaan elinajanodote ja kuinka paljon hoidolla voidaan siihen vaikuttaa.⁵⁷

52 Prop. 1996/97:60, s. 19.

53 Ibid.

54 Folkhälsomyndigheten 2023.

55 Prop. 1996/97:60.

56 Werntoft – Edberg 2011, s. 628.

57 Socialstyrelsen 2020.

3.4 Miten priorisointia sovelletaan?

Ruotsissa on tehty paljon kyselytutkimuksia priorisoinnin ohjeistuksen soveltamisesta. Tulokset ovat olleet vaihtelevia. Ensimmäiset Sosiaalhallituksen kehittämät terveydenhuollon priorisoinnin ohjeet koskivat sydän- ja verisuonitauteja. Vuonna 2003 toteutetun, sydänkirurgiaan keskittyneen kyselytutkimuksen mukaan 64 % kyselyyn vastanneista lääkäreistä oli saanut tietoa priorisoinnista, 40-55 % tiesi kunkin eettisen periaatteen merkityksen ja 58 % tunki kansallisen suosituksen sydän- ja verisuonitaudeille.⁵⁸

Vuonna 2010 tehdyssä, sydän- ja verisuonitauteihin keskittyneessä tutkimuksessa 90 % kyselyyn vastanneista lääkäreistä tunki hyvin sydän- ja verisuonitautoja koskevan kansallisen ohjeistuksen ja 81 % käytti sitä täysimääräisesti.⁵⁹ Kuitenkin vuonna 2013 tehdyssä kyselytutkimuksessa raportoitiin, että vain harva yleislääkäri tunki eettiset periaatteet ja Sosiaalhallituksen ohjeista ja niiden sisällöstä oltiin epävarmoja.⁶⁰ Vuonna 2015 raportoitiin, että 76 % sairaalaosastojen johtajista noudatti Sosiaalhallituksen ohjeistuksia, 33 % alkuperäisessä muodossaan ja 69 % paikallisten ohjeitten kautta.⁶¹

Vuonna 2011 perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon sekä psykiatrian lääkäreille tehdyssä kyselytutkimuksessa lääkärit ilmaisivat, etteivät he saa riittävästi tukea priorisoinnin päätöksenteossa. Lääkärit toivoivat, että poliitikot ottaisivat vastuuta priorisoinnin päätöksenteosta, terveydenhuollon ammattilaisten tuella. Lääkärit toivoivat käytännönläheisempää ohjeistusta priorisoinnin tueksi.⁶²

Lääkärit ovat ilmaisseet, ettei heillä ole riittävästi tukea eettisten periaatteiden soveltamiseen. He toivoivat lisää avointa keskustelua priorisoinnista, enemmän käytännöllisiä ja selkeitä kansallisia ohjeita, sekä lisää tutkimusta monisairaiden vanhusten hoidossa.⁶³

Vuonna 2016-2017 tehdyssä kyselytutkimuksessa lääkäreistä 19 % piti kansallista ohjeistusta rajoittavana itsenäisessä päätöksenteossa.⁶⁴ Henkilökunnan vähäisyyttä piti

58 Ridderstolpe et al. 2003, s. 356; Ks. myös Drees et al. 2022, s. 1049.

59 Ekerstad – Löfmark – Carlsson 2010.

60 Arvidsson 2013.

61 Vårdanalys 2015, s. 66.

62 Werntoft – Edberg 2011, s. 629.

63 Drees et al. 2022, s. 1150.

64 Ibid. s. 1151-1153.

rajoittavana 45 % vastaajista. 88 % katsoi, että erilaiset ohjeistukset vaikuttavat paljon hoitopäätöksentekoon. Vain 7 % katsoi, että sairaalalle koituvat kustannukset vaikuttivat päätöksentekoon. Tärkeimpiä ohjeita olivat paikalliset ohjeet (78 %), muut kansalliset ohjeet kuin Sosiaalihuollon suosituksen (69 %) sekä Sosiaalihuollon ohjeet (67 %). Kuitenkin sydän- ja verisuonitautien erikoislääkäreille tärkeimpiä ohjeita olivat Eurooppalaiset lääkärin ohjeistukset (85 %), Sosiaalihuollon ohjeistukset (69 %) ja paikalliset kliiniset ohjeet (69 %). Ohjeilla näyttäisi siis olevan vaikutusta lääkärin päätöksentekoon. Paikallisilla ja kansainvälisillä ohjeilla oli kyselyn mukaan enemmän vaikutusta kuin valtakunnallisilla ohjeilla.⁶⁵

Kuitenkin kun lääkärin tuli ratkaista, kuinka niukkoja resursseja käytetään, vain 21 % vastaajista sanoi turvautuvansa Sosiaalihuollon suosituksiin ja 9 % sanoi turvautuvansa suoraan terveydenhuoltolain mukaisiin eettisiin periaatteisiin. Vastaajista 64 % katsoi tuntevansa paljon tai hyvin paljon Sosiaalihuollon ohjeistuksista. Yleisen tason ohjeistuksia ei siis nähty ratkaisuna resurssipulaan.⁶⁶

57 % vastaajista toivoi lisää tietoa ja koulutusta eettisistä periaatteista. 51 % toivoi lisää tukea Sosiaalihuollon ohjeistuksen noudattamiseen. 9 % vastaajista kertoi rationalisoivansa, eli jättävänsä lääkkeitä tai hoitoja määräämättä, tai jonotuttavansa, kerran päivässä tai viikossa. 44 % kertoi tekevänsä tätä kerran kuukaudessa. Kuitenkin 86 % vastaajista katsoi, että heillä oli usein mahdollisuus tehdä itsenäisiä päätöksiä oman arvionsa mukaan, ilman rajoitteita.⁶⁷

Ruotsissa sydän- ja verisuonitaudit olivat ensimmäinen lääketieteen ala, josta Sosiaalihuolto julkaisi ohjeistuksia. Tutkimuksessa ilmeni, että sydän- ja verisuonitautilääkärit olivatkin paremmin tietoisia ohjeistuksista kuin muut lääkärit. Tämä voi kertoa siitä, että ohjeistus juurtuu käytännön työhön ajan kuluessa; toisaalta myös alalla lienee vaikutusta siihen, kuinka sujuvasti ohjeita voidaan soveltaa käytännössä.

3.5 Kuinka kansalaiset ovat suhtautuneet priorisointiin?

Kun priorisoinnin periaatteita sovellettiin pandemiatilanteessa, eettinen kansalaiskeskustelu heräsi. Mari Broqvist ja Lars Sandman ovat tutkineet priorisoinnin periaatteista

65 Ibid.

66 Ibid.

67 Ibid.

käytyä kansalaiskeskustelua verkossa. Pandemian aikana tavallisin priorisointiperiaatteita kohtaan esitetty kritiikki koski sitä, ettei poliitikkojen olisi alun alkaenkaan pitänyt ohjalla terveydenhuollon ammattilaisten työtä. Myös se, tulisiko priorisoida vanhoja vai nuoria ihmisiä, jakoi mielipiteitä.⁶⁸ Priorisointi itsessään herätti kritiikkiä siitä näkökulmasta, ettei ihmisten tulisi voida päättää, kuka kuolee ja kuka jää henkiin. Priorisoinnin periaatteet saivat kuitenkin paljon kannatusta avoimuutensa vuoksi. Vanhusten priorisointia pidettiin tärkeänä. Arvostusta herätti, että priorisoinnin periaatteita oli säännelty jo vuosia sitten, vaikka pandemia sinänsä tuli yllätyksenä.⁶⁹

Moa Broqvist on tutkinut pandemian aikaista verkon kansalaiskeskustelua rokottamisen priorisoinnista.⁷⁰ Yleisesti kansalaiskeskustelussa ymmärrettiin resurssien vähyyks ja priorisoinnin tarve.

Tarvesolidaarisuusperiaate sai paljon kannatusta. Kansalaiset kyseenalaistivat, toteutuisiko yhdenvertaisuus. Kuitenkin kritisoitiin sitä, että yhteiskunnallisesti tärkeissä tehtävissä olevia henkilöitä ei priorisoitu rokottamisessa. Esimerkiksi useilla alueilla terveydenhuollon ammattilaisia ei rokotettu ensimmäisenä, vaan vanhuksia.⁷¹ Kansalaiskeskustelussa painottui priorisointi yhteiskunnan toiminnan turvaamiseksi. Mielipiteet vaihtelivat sen mukaan, tulisiko priorisoida heitä, joilla on suurin tautiriski vai heitä, joita yhteiskunta tarvitsee eniten. Suurimman tautiriskin priorisointia perusteltiin myös siten, että rokotteita kokeiltaisiin ensimmäisenä heillä, joilla on suurin mahdollisuus muutenkin sairastua. Tälle argumentille oli myös paljon kriitikoita, jotka pitivät priorisointia vanhuksia syrjivinä. Toisaalta kansalaiset pitivät vanhusten priorisointia puoltavana seikkana myös heidän elämänlaatunsa heikkenemistä, kun vanhusten tuli käytännössä noudattaa muuta väestöstä tiukempia rajoituksia.⁷²

68 Broqvist – Sandman 2021, s. 12-13.

69 Ibid. s. 17-19.

70 Broqvist 2021.

71 Ibid. s. 14-16.

72 Ibid. s. 19-25.

4 Norja

4.1 Terveydenhuoltojärjestelmästä

Norjassa päävastuu terveydenhuollossa on neljällä alueella ja 422 kunnalla. Kunnat vastaavat sosiaalitoimesta ja perusterveydenhuollosta, erikoissairaanhoidon vastuu on valtiolla.⁷³ Maakunnilla on keskeinen rooli aluekehittäjinä. Kunnille maksettavat varat eivät pääsääntöisesti ole korvamerkittyjä, joten kunnilla on laajat mahdollisuudet päättää budjetinkäytöstä. Norjan sosiaali- ja terveysministeriö (Helse- og omsorgsdepartementet) ohjaa toimintaa lainsäädännöllä ja rahoittajana. Kansallinen päätöksenteko on erotettu alueiden päätöksenteosta sekä sairaaloissa tehtävästä päätöksenteosta; maassa on myös vahva paikallistason ja maakuntatasoinen päätösvalta.⁷⁴

Julkinen terveydenhuolto kattaa ennakoitun ja ennakoiduttoman perusterveydenhuollon, sairaalat ja sairaankuljetuksen. Lääkäreistä suurin osa on tehnyt sopimuksen julkisen terveydenhuollon kanssa. Tavallisesti kansalaiset ovat rekisteröityneet yhden lääkärin asiakkaiksi. Julkisilla palveluntuottajilla on hintakatto, jonka yli ne eivät voi hinnoitella hoitojaan. Hintakatot vaihtelevat sen mukaan, millaisesta palvelusta on kyse.⁷⁵

Sairaalahoito ja –kuljetus on ilmaista, päivystyksessä hoito maksaa taas enemmän kuin ajanvarauksella. Poliklinikkakäynnit ovat ilmaisia alle 16-vuotiaille. Myös tietyt palvelut ovat ilmaisia, kuten raskauteen ja synnytykseen liittyvät tutkimukset ja hoidot, vakavien tartuntatautien hoidot sekä eräistä työtapaturmista johtuvat hoidot. Toisaalta tiettyjen palvelujen, kuten hedelmöityshoitojen kohdalla on potilaan on maksettava hoitotarvikkeista ja lääkkeistä ja muista lisäpalveluista.⁷⁶ Hammaslääkärin palvelut eivät kuulu julkiseen valikoimaan. Yleislääkärin vastaanotot ovat pienehköjä, ja niillä työskentelee yleensä yhdestä kuuteen yleislääkärinä. Erikoislääkärille pääsyyn tarvitaan yleislääkärin lähete. Potilas saa valita hoitopaikkansa kaikista maan hoitopaikoista itse. Erikoissairaanhoidon järjestämisvastuu on neljällä kunnalla.⁷⁷

73 Valtiovarainministeriö 2021.

74 Torkki et al. 2022, s. 63.

75 Helsenorge (n. d.)

76 Ibid.

77 [EU-terveydenhoito.fi](https://www.eu-terveydenhoito.fi). (n. d.)b

4.2 Kuinka terveydenhuollon priorisointia säännellään eettisesti?

Priorisoinnin periaatteita kehittämään perustettiin Lönningin komitea vuonna 1987, toisen kerran vuonna 1997.⁷⁸ Vuonna 2013 hallituksen ehdotuksesta perustettiin Norheimin priorisointikomitea, joka keskusteli muun muassa periaatteiden ja kriteerien uudistamisesta. Kansallinen priorisointineuvosto, jonka tehtävänä oli tuottaa priorisointisuosituksia, toimi vuodesta 2002 vuoteen 2017, ja sen tapaamiset olivat avoimia kansalaisille. Osallistajat olivat asiantuntijoita, poliitikkoja, tutkijoita ja potilasjärjestöjen edustajia.⁷⁹ Vuonna 2017 asetettiin Balkholmin neuvosto, jonka tehtävänä oli kehittää kunnallisen terveydenhuollon ja suunterveydenhuollon priorisointiperiaatteita.

Lönningin toinen komissio antoi vuonna 2000 raportin terveydenhuollon arvoista, jonka parlamentti hyväksyi kansalliseksi ohjeeksi (white paper). Raportissa määritellään priorisoinnin kolme kriteeriä: **vakavuus, odotettu hyöty** ja **kustannustehokkuus**.⁸⁰ Kriteerit on kirjattu priorisointia koskevaan asetukseen.⁸¹ Kyseisellä säädöksellä tarkennetaan potilaan ja asiakkaan oikeuksista annettua lakia.⁸²

Priorisoinnin kolmen kriteerin soveltamiseen liittyy paljon eettistä punnintaa, jota säännellään asetuksilla ja sekä valtakunnallisilla ohjeilla.⁸³ Priorisointia koskevan asetuksen § 2 mukaan potilaalla on oikeus erikoissairaanhoidon, kun hän voi a. saada odotetun hyödyn terveydenhuollosta ja b. resurssien odotettu käyttö on kohtuullisessa suhteessa hoidon odotettuun hyötyyn. Hoidon odotettu hyöty arvioidaan sen perusteella, osoittaako tietopohjainen käytäntö, että terveydenhuolto voi pidentää potilaan elinajanodotetta ja/tai elämänlaatua. Hoidon on lisättävä todennäköisyyttä a. eloonjäämiseen tai toimintakyvyn parempaan säilymiseen, b. fyysisen tai henkisen toimintakyvyn paranemiseen tai c. kivun, fyysisen tai henkisen epä mukavuuden vähenemiseen.

78 Meld. St. 38 (2020–2021). 3.1.

79 Mäkelä et al. 2017.

80 St.meld. nr. 26 (1999–2000).

81 § 2a, Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd, FOR-2000-12-01-1208.

82 § 2-1 b. Lov om pasient- og brukerrettigheter, LOV-1999-07-02-63.

83 Esim. Norges offentlige utredninger, 2014: 12; Norges helse- og omsorgsdepartementet 2015.

Kriteerit on tarkoitettu erikoissairaanhoidon sisäiseen priorisointiin, kansallisesta vakuutuksesta tehtävään lääkkeiden hinnoitteluun sekä yleis- ja erikoissairaanhoidon välillä liikkumiseen, eli siihen, kenelle yleislääkäri voi antaa erikoissairaanhoidon lähetteen.⁸⁴

Mitä suurempi hyöty hoidosta on odotettavissa, sitä korkeampi prioriteetti sillä on. Mikäli hoito parantaa myös potilaan perheenjäsenten terveydentilaa, voidaan tämä huomioida hyödyn mittaamisessa. Painoarvoa ei kuitenkaan tulisi antaa sille, kuinka paljon hoito vaikuttaa potilaan tehokkuuteen tai tuottavuuteen tai siihen, miten hoito vaikuttaa potilaan saamiin eläkkeisiin tai muihin etuuksiin.⁸⁵

Hoidon prioriteettia kasvattaa myös potilaan tilan vakavuus. Vakavuusasteeseen vaikuttavat sekä potilaan nykyinen tilanne, eliniän kesto, että tulevien elinvuosien menetyt. Arvioinnissa käytetään laatupainotettuja elinvuosia eli QALY-arvoja.⁸⁶ Tila katsotaan sitä vakavammaksi, mitä kiireellisempää hoitoa se vaatii.

Hoidosta odotetun hyödyn ja potilaan tilan vakavuuden lisäksi hoidon prioriteetti on sitä korkeampi, mitä vähemmän resursseja se vaatii. Tätä kutsutaan kustannustehokkuuden kriteeriksi. Resursseihin lasketaan myös potilaaseen käytetty aika.⁸⁷

Priorisoinnin kolmea kriteeriä punnitaan keskenään. Esimerkiksi, mitä vakavampi potilaan tila on, sitä kalliimpaa hoitoa voidaan käyttää. Kaikkia näitä kriteerejä on pyrittävä mittaamaan parhaan tieteellisen tiedon mukaan. Kuitenkin, kun kyse on pienistä, vakavista sairauksista kärsivistä ryhmistä, joille sopivista hoidoista on vaikea saada tieteellistä näyttöä, myös vähäisempikin näyttö riittää.⁸⁸

Palvelut luokitellaan neljään eri ryhmään sairauden vakavuuden perusteella: 4 1. perustavanlaatuiset palvelut (vain näihin pätevät tarkat priorisointiperiaatteiden mukaiset toimet) 2. lisäterveyspalvelut (vähemmän vakavat ja selkeät tapaukset kuin edellisessä) 3. matala prioriteetti, rajatapaukset, kuten hedelmöityshoidot 4. ei prioriteettia, ei

84 Norwegian Ministry for Health and Care Services 2017, s. 18.

85 Ibid, s. 18.

86 Ibid, s. 17.

87 Ibid.

88 Ibid.

julkisrahoitteista.⁸⁹ Hoidon kuuluminen ensimmäiseen kategoriaan edellyttää, että a) riski kuolla sairauteen 5 vuoden sisällä on enemmän kuin 5-10 % (vakavuus) b) todennäköisyys sille, että hoidon ansiosta selviää hengissä yli 5 vuotta on suurempi kuin 10 % (hyöty) c) kustannukset ovat kohtuullisia hyötyyn nähden (kustannustehokkuus).⁹⁰

Norheimin komissio ja Magnussenin työryhmä ovat ohjeistaneet priorisoinnin perustaksi, että hoito voi maksaa 275 000 Norjan kruunua / QALY (noin 24 000 euroa maaliskuun 2024 kurssin mukaan). Tätä raja-arvoa käytetään päätettäessä, mitkä hoidot kuuluvat julkiseen palveluvalikoimaan. Samalla on sovellettava myös muita priorisoinnin kriteeriä, joten kyseinen kustannuskatto ei ole ehdoton. Kustannusvaikuttavuusarviota on verrattava vaihtoehtokustannuksiin, eli muun hoidon käyttämiseen tai hoitamatta jättämiseen. Sen sijaan kansan tai parlamentin maksuhalukkuutta ei tulisi käyttää mittarina, sillä heillä ei ole vertailutietoa päätöstensä tueksi.⁹¹

Hoitopäätöstä tekevän terveydenhuollon ammattilaisen tulisi soveltaa priorisoinnin kriteerejä. Ensiavussa ei muodollista arviota tarvita; jokaisella on oikeus ensiapuun potilaan ja asiakkaan oikeuksia koskevan lain §:n 2-1 b mukaan. Yleislääkärit edustavat terveydenhuollon ensimmäistä porrasta ja heidän tulee siten pitää huolta saavutettavuudestaan. Yleislääkärin on kuitenkin priorisoitava jonossa niitä potilaita, joilla tarve on kiireellisin ja vakavin. Kun taas potilaan tila ei ole akuutti ja arvioidaan tämän oikeutta erikoissairaanhoidon, kriteerejä käytetään muodollisen hoidontarpeen arvioinnin tukena. Kriteerejä tulisi punnita jatkuvasti, mutta kun potilaan on katsottu olevan oikeutettu erikoissairaanhoidon, ei erillisiä muodollisia päätöksiä enää tehdä.⁹²

Terveydenhuoltoyksikön on huolehdittava, että henkilökunnalla on riittävät valmiudet soveltaa kriteerejä käytännössä. Hoidontarpeen arvioinnissa ei tule huomioida potilaan aiempaa, terveydellisesti haitallista toimintaa, ja potilaita on kohdeltava yhdenvertaisesti riippumatta esimerkiksi heidän etnisestä taustastaan tai sosiaalisesta asemastaan. Vaikka kyseiseen sairauteen ei olisi vaikuttavaa hoitoa, on terveydenhuollon ammattilaisen tarjottava potilaalle apua, joka helpottaa hänen oloaan.⁹³

89 NOU 1997:18.

90 Sabik – Lie 2008, s. 4.

91 Norwegian Ministry for Health and Care Services 2017, s. 35-38.

92 Ibid. s. 32-34.

93 Ibid.

Myös Norjassa priorisointityötä on perusteltu sillä, että terveydenhuollossa priorisoidaan joka tapauksessa, mutta periaatteiden tarkoitus on tehdä siitä avoimempaa ja hoidonsaannista yhdenvertaisempaa. Norjan terveysministeriö on kuvannut terveydenhuollon arvoja seuraavasti: Jokaisella on jakamaton ihmisarvo, joka ei riipu sukupuolesta, uskonnosta, sosioekonomisesta asemasta, toimintakyvystä, parisuhdestatuksesta, asuinpaikasta tai etnisestä taustasta. Väestöllä on oltava yhdenvertainen pääsy terveystalouteen. Samanlaisia tapauksia on kohdeltava samalla tavalla. Jotta palvelut jakautuvat yhdenvertaisesti, on priorisoitava heitä, joilla on suurempi tarve. On kuitenkin huomioitava, mikä parantaa väestön terveyttä pitkällä aikavälillä. Terveystaloutta ovat myös osa julkista vakuutusta, ja asukkaiden on saatava tarpeidensa mukaan samat palvelut, riippumatta henkilökohtaisista tuloista, sosiaalisesta statuksesta, iästä, sukupuolesta, aikaisemmasta terveydentilasta tai muusta vastaavasta seikasta.⁹⁴

94 Ibid. s. 7, 12.

5 Alankomaat

5.1 Terveydenhuoltojärjestelmästä

Alankomainen terveydenhuoltojärjestelmä perustuu lakisääteiseen sairausvakuutukseen, joka on pakollinen kaikille.⁹⁵ Vakuutukseen kuuluu pakollinen peruspaketti, jonka lisäksi kansalainen voi valikoida kattavamman vakuutuksen. Vuonna 2018 noin 84 %:lla väestöstä oli pakollista laajempi terveysvakuutus.⁹⁶ Järjestelmän tavoitteena on, että markkinamekanismit muokkaavat terveydenhuollon toiminnasta tehokasta ja laadukasta.⁹⁷

Alankomaissa sairausvakuutusyhtiöt eivät lähtökohtaisesti tuota voittoa, vaan toimivat solidaarisesti, ja valtion tehtävä on huolehtia, että ne toteuttavat julkisia tarpeita. Perusterveydenhuollon palveluilla on lailla säädetyt hintakatot. Sairausvakuutuslain (Zorgverzekeringswet) mukaan yksityishenkilö voi itse valita vakuutuksensa, ja vakuutusyhtiön on tarjottava hänelle vakuutusta riippumatta hänen terveydentilastaan. Vakuutuksen ehtojen on oltava kaikille samat.⁹⁸

Pakolliseen sairausvakuutukseen kuuluvat yleislääkärin palvelut, erikoislääkäreiden palvelut, äitiyspalvelut, kotisairaanhoido, sairaalahoito, mielenterveyspalvelut, reseptilääkkeet, hammashoito alle 18-vuotiaille, erilaisten terapeuttien, kuten fysio- ja puhe-terapeuttien palvelut, ravitsemushoito, erilaiset apuvälineet sekä sairaankuljetus.⁹⁹ Osa palveluista on rajattu tietyille ryhmille: esimerkiksi fysioterapiaa saavat vain alle 18-vuotiaat sekä kroonisista sairauksista kärsivät henkilöt.¹⁰⁰

95 Kärkkäinen 2017.

96 Tikkanen et al. 2020b.

97 Ministry of Health, Welfare and Sport Netherlands 2016, s. 7.

98 Ibid. s. 5-7.

99 Ibid, s. 7-8.

100 Tikkanen et al. 2020b.

Aikaisemman lain mukaan myös pakolliseen terveysvakuutukseen kuului enemmän sosiaalipalveluja kuin nyt. Ajan kuluessa sosiaalipalvelujen määrä kasvoi niin, että vanhushpalvelujen ylläpito vaarantui. Terveystenhoitojärjestelmää on uudistettu markkinavetoisemmaksi 2000-luvun alussa, ja julkisrahoitteisten palvelujen määrää leikattu.¹⁰¹ Nykyään valtio järjestää vanhusten pitkäaikaishoitoa, ja kunnat tarjoavat nuoriso- sekä muita sosiaalipalveluita.¹⁰²

Vain yleislääkärin kautta voi saada lähetteen erikoissairaanhoidon. Siten yleislääkäreillä on keskeinen rooli priorisoinnissa. He toimivat lähtökohtaisesti perhelääkäreinä. Yhdellä perhelääkärillä on vuoden 2017 tietojen mukaan noin 2200 potilasta. Kroonisten tautien hoitoa koordinoidaan hoitoryhmien kautta, jotka ovat yleensä yleislääkärien verkostojen perustamia oikeushenkilöitä. Hoitoverkostot voivat ostaa palveluita useilta palveluntarjoajilta. Kunnilla on kansanterveysvastuu, joka sisältää myös erityisryhmistä huolehtimisen. Terveystenhoillon laatua sääntelevät ja valvovat useat itsenäiset virastot.¹⁰³

5.2 Kuinka terveydenhuollon priorisointia säännellään?

Lakiin on kirjattu ne palvelut, joita terveysvakuutus ei kata: muutoin vakuuttajalla on huolenpitovelvollisuus vakuutetusta.¹⁰⁴ Asetuksella määritellään tarkemmin näitä palveluita. Esimerkiksi tietyt plastiikkakirurgiset toimenpiteet sekä parisuhteeseen ja työhön liittyvien ongelmien ratkaiseminen on rajattu palveluvalikoiman ulkopuolelle.¹⁰⁵ Vakuutusyhtiö voi myös sairausvakuutuslain mukaan tarjota sopimuksia, joissa eettisistä tai katsomuksellisista syistä tietyt kiistanalaiset palvelut jäävät sairausvakuutuksen ulkopuolelle.¹⁰⁶

Palveluvalikoimakomitea, Dunningin komitea perustettiin 1990-luvulla laatimaan priorisointikriteerejä vakuutuspaketin olennaisten palvelujen määrittämistä varten. Lopputuloksena syntyi ”Dunningin siivilä”, joka määrittä, mitä palveluita tulisi rahoittamaan.¹⁰⁷

101 Tikkanen et al. 2020b.

102 Ministry of Health, Welfare and Sport Netherlands 2016, s. 5.

103 Tikkanen et al. 2020b.

104 Artikel 10 Zorgverkeringswet.

105 Artikel 2.1 Regeling zorgverzekering.

106 Artikel 11 Zorgverkeringswet.

107 Sabik; Lie 2008.

Alankomaiden Terveydenhuollon laitos (Zorginstituut) ohjeistaa hallitusta palveluvalikoiman määrittelyssä. Sen tehtävänä on arvioida uusien hoitojen vaikuttavuutta sekä tarjota apua palveluvalikoiman sekä terveydenhuoltojärjestelmän kokonaisuuden arvioimiselle. Se soveltaa Dunningin komitean kriteerejä käytännössä. Terveydenhuollon laitos voi käsitellä myös laajempia aiheita, kuten mielenterveyspalveluiden tai pitkäaikaishoidon kokonaisuutta. Terveydenhuollon laitos konsultoi terveydenhuollon ammattilaisia, potilas- ja ammattiyhdistyksiä sekä muita tahoja. Sitä avustaa tieteellinen neuvoo antava komitea (Wetenschappelijke Adviesraad), joka arvioi etenkin hoitojen kustannusvaikuttavuutta. Toinen neuvoo antava komitea (Adviescommissie Pakket), on erikoistunut sairausvakuutuksen palveluvalikoimaan, ja se tukee instituuttia yhteiskuntaa koskevissa pohdinnoissa. Terveydenhuollon laitoksen toimintaa, mukaan lukien sen lausunnoissa kuultavia tahoja, säännellään asetuksin.¹⁰⁸

Vuonna 2015 Alankomaissa säädettiin uudesta rahoitusmallista, joka koostuu kolmesta osasta. Rahoituksen ensimmäinen osa, noin 75 % rahoituksesta tulee käyttää perusterveydenhuollon palveluihin. Toinen osa, joka kattaa noin 15 % rahoituksesta, tulee käyttää diabeteksen, astman ja keuhkohtaumatautien ohjelmalliseen monitieteiseen hoitoon sekä sydän- ja verisuonitautien ehkäisyyn. Käytännössä tällä rahoitetaan kroonisten tautien hoitoverkostoja. Kolmannen osan käytöstä, joka on noin 10 % rahoituksesta, yleislääkärit ja vakuutusyhtiöt voivat neuvotella vapaasti.¹⁰⁹

5.3 Ohjaavako eettiset periaatteet priorisointia?

Dunningin komitean määrittämät, sairausvakuutuksen peruspakettiin sisällyttämisen periaatteet ovat **tarve, vaikuttavuus, kustannusvaikuttavuus** ja **yksilön vastuu**. Kustannusvaikuttavuus ja yksilön vastuu määrittelevät vahvasti palveluvalikoimaa, esim. hammashoito katsotaan yksilön vastuulla olevaksi ja täten palveluvalikoiman ulkopuoliseksi palveluksi. Periaatteiden noudattamisesta ei kuitenkaan ole selkeitä viitteitä.¹¹⁰

108 [Zorginstituutnederland.nl](https://www.zorginstituutnederland.nl) (n. d.)

109 Tikkanen et al. 2020b.

110 Torkki et al. 2022, s. 62.

Antaessaan suosituksia palveluvalikoiman sisällöstä Terveydenhuollon laitos käsittelee aina seuraavat kysymykset:

- Tarve: a. Onko terveysongelma riittävän vakava? b. Onko hoito niin kallis, etteivät ihmiset kykene maksamaan siitä itse?
- Vaikuttavuus: Onko hoidon toimivuudesta näyttöä?
- Kustannusvaikuttavuus: Onko hoidon kustannusten ja vaikuttavuuden välinen suhde hyväksyttävä?
- Toteutettavuus: Voidaanko hoito käytännössä lisätä palveluvalikoimaan?¹¹¹

Tarvekriteeri perustuu tautitaakan arviointiin. Sitä kuvataan QALY-arvoilla sekä kvalitatiivisesti. Vaikuttavuuden kriteeri on ainoa lakiin kirjattu kriteeri, ja sen täyttyminen on edellytys hoidon ottamiselle mukaan palveluvalikoimaan. Vaikuttavuuden arviointi on tieteellistä. Harvinaisten sairauksien lääkkeiden kohdalla vaaditaan kuitenkin vähemmän näyttöä, jos näytön saaminen olisi mahdotonta esimerkiksi potilasryhmän pienen koon vuoksi.¹¹² Terveydenhuollon laitoksen suosituksiin sisällytetään myös potilasten ja terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia, jos niitä voidaan luotettavimmin menetelmien avulla saada. Yhä enemmän tutkimusta on siitä, kuinka sairaudet vaikuttavat erilaisiin ihmisryhmiin, esim. kasvaimia ennustetaan perintötekijöiden avulla.

Terveydenhuollon laitos julkaisi vuonna 2015 raportin kustannustehokkuuden periaatteen käytännön soveltamisesta.¹¹³ Raportti keskittyy siihen, kuinka pakolliseen vakuutuspakettiin kuuluvat hoidot voidaan rajata. Raportissa tuodaan esiin tarve saada ”arvoa rahalle”. Kustannustehokkuutta arvioidaan vertaamalla aikaisemman ja uuden hoidon kustannuksia ja laatuainotetun elinvuoden kasvua keskenään. Raportissa määritellään viitearvot, joiden rajoissa uuden hoidon olisi pysyttävä:

111 Zorginstituut Nederland 2017, s. 3.

112 Ibid. s. 14-15.

113 Zwaap et al. 2015.

- Jos tautitaakan arvo on 0.1-0.4, hoitoon voidaan käyttää enintään 20 000 euroa / QALY
- Jos tautitaakan arvo on 0.41-0.7, hoitoon voidaan käyttää enintään 50 000 euroa / QALY
- Jos tautitaakan arvo on 0.71-1.0, hoitoon voidaan käyttää enintään 80 000 euroa / QALY¹¹⁴

Kustannustehokkuuden kuvataan tarkoittavan paitsi hoidon hintaa, sen vaikutuksia. Terveydenhuollon laitoksen mukaan kustannustehokkuus voidaan jakaa kolmeen osaan. Tekniseen tehokkuuteen, eli resurssien hyödyntämiseen; kustannustehokkuuteen, eli mahdollisimman halvan tuotteen valintaan; sekä allokatiiiviseen tehokkuuteen, eli kustannusvaikuttavimman vaihtoehdon valitsemiseen.¹¹⁵

Raportissa verrataan terveydenhuollon priorisointia teiden ja patojen huoltotoihin sekä työturvallisuuteen. Näillä aloilla käytetään yleisen käytännön mukaan tilastollisen eliniän arvoa (value of a statistical life, VSL), kun punnitaan, mihin resurssit tulisi sijoittaa. Kyse on mahdollisimman useiden tapaturmien ja kuolemien ehkäisemisestä – mistä on sinänsä kyse myös terveydenhuollossa.¹¹⁶ Raportissa suositellaan, että kustannustehokkuus tulisi ankkuroida lainsäädäntöön.

Raportin mukaan, mikäli hoidon ei katsota olevan kustannusvaikuttavaa, voidaan se silti painavasta syystä sisällyttää palveluvalikoimaan. Tämä voi johtua esimerkiksi siitä, että hoito vaikuttaa erityisen painavasti potilaan elämänlaatuun. Toisaalta vaikka hoito olisi kustannusvaikuttava, ei sitä tule sisällyttää palveluvalikoimaan, jos tähän on painavia syitä. Esimerkiksi hoidon haittavaikutukset voivat olla tällaisia painavia syitä.¹¹⁷

Terveydenhuollon laitoksen toiminnan eettisyys nojaa myös sen päätöksentekomenettelyyn. Terveydenhuollon laitos käyttää työssään Norman Danielsin ja James E. Sabinin kehittämää vastuullista, perusteltua päätöksentekomenettelyä (accountability for reasonableness). Daniels ja Sabin asettavat päätöksenteolle neljä kriteeriä: julkisuus

114 Ibid. s. 6.

115 Ibid. s. 9.

116 Ibid. s. 11.

117 Ibid. s. 30.

(publicity), merkityksellisyys (relevance), korjattavuus (revisability) ja toimeenpano (enforcement).¹¹⁸ Terveydenhuollon laitoksen mukaan ei ole eettisesti kestävä, mikäli päätöksiä ei kyetä tekemään avoimesti.¹¹⁹

Kustannusvaikuttavuutta koskevassa raportissa otetaan huomioon myös sairauksien aiheuttamat kustannukset yhteiskunnalle. Toisaalta on huomioitava, että yhteen hoitoon resursoidut varat ovat pois muista hoidoista.¹²⁰ Kustannustehokkuuden kehittämisen tulisi myös näyttää säntilliseltä, ymmärrettävältä, järkevältä ja oikeudenmukaiselta.¹²¹

Kustannusvaikuttavuudella on painava merkitys arvioidessa, voidaanko hoito ottaa palveluvalikoimaan. Se ei kuitenkaan ole ehdoton kriteeri sille, että Terveydenhuollon laitos suosittaa kyseistä palvelua vakuutuspakettiin kuuluvaksi. Palveluvalikoiman muutkaan kriteerit eivät ole ehdottomia, vaan palvelun sisällyttämistä vakuutukseen voidaan perustella myös muilla yhteiskunnallisilla argumenteilla. Esimerkiksi tupakoinnin vähentämistä koskevassa hoitokokonaisuudessa oli kyse yleislääkärin ohjauksesta ja nikotiiniriippuvaisuutta vähentävästä lääkkeestä. Hoidon kustannukset olivat niin alhaiset, että hoitoa ei olisi tarvinnut sisällyttää julkiseen palveluvalikoimaan. Terveydenhuollon laitos antoi kuitenkin painoarvoa tutkimukselle, jonka mukaan, mikäli hoito sisällytettäisiin palveluvalikoimaan, se vähentäisi tupakointia. Hoitokokonaisuutta päätettiin puoltaa palveluvalikoimaan, ja ministeri vahvisti päätöksen.¹²²

Muita yhteiskunnallisia arvoja voidaan siis ottaa huomioon, mutta niihin on viitattava yhdenmukaisella tavalla. Terveydenhuollon laitos ei kuitenkaan tarjoa tyhjentävää listaa mahdollisista huomioon otettavista muista tekijöistä. On myös tekijöitä, joille ei saa antaa painoarvoa yhdenvertaisuuslainsäädännön vuoksi. Näitä ovat muun muassa ikä, elintavat, sosioekonominen asema tai asuinpaikka. Esimerkiksi sairausvakuutuslain mukaan vakuutuksenantaja ei saa ottaa huomioon vakuutetun omaa riskikäyttäytymistä.¹²³

118 Daniels; Sabin 2002; ks. myös Saarni 2010.

119 Zorginstituut Nederland 2017, s. 11-12.

120 Ibid. s. 15.

121 "[M]eticulous, comprehensible, reasonable and fair", Zwaap et al. 2015, s. 40.

122 Zorginstituut Nederland 2017, s. 16.

123 Artikel 15(2) Zorgverkeringswet.

6 Yhdistynyt kuningaskunta

6.1 Terveydenhuoltojärjestelmästä

Yhdistynyt kuningaskunta koostuu neljästä maasta, joita ovat Englanti, Wales, Skotlanti ja Pohjois-Irlanti. Lainsäädäntövaltaa käyttää parlamentti, mutta maiden kansankokouksilla on myös omaa päätösvaltaa lainsäädännössä. Poliittis-hallinnollinen järjestelmä on kuitenkin hyvin keskitetty.¹²⁴ Terveydenhuoltopolitiikkaan liittyvät päätökset tehdään maiden hallinnoissa. Julkisesta terveydenhuollosta vastaa kussakin maassa oma kansallinen terveyspalvelunsa (National Health Service, NHS), ja jokaisella neljästä kansakunnasta on myös oma itsenäinen terveyspalvelujen tuottajaorganisaationsa.¹²⁵ Palveluja tuotetaan myös yksityisellä sektorilla, mutta vähemmän kuin kansallisesti. Hoitoon hakeudutaan NHS:n kanssa sopimuksen tehneelle yleislääkärille, ja se on makсутonta. Yleensä erikoislääkärin vastaanotolle päästään vain yleislääkärin läheteellä. Lisäksi isommilla paikkakunnilla toimii vastaanottoja sairaanhoitajavoimin. Kaikilla on oikeus maksuttomaan terveydenhuoltoon, mutta erikoissairaanhoitoa on tarjolla vain asukkailla.¹²⁶

Iso-Britanniassa on monia sen verrokkimaita vähemmän lääkäreitä, terveydenhoitajia, sairaalapaikkoja ja välineitä.¹²⁷ Iso-Britannian terveydenhuoltomenot olivat vuonna 2019 10,2 % bruttokansantuotteesta, eli Euroopan kahdeksanneksi korkeimmat. Terveyspalveluita rahoitetaan progressiivisilla veroilla, yksityisillä vakuutuksilla ja maksuilla. Lähes 80 % menoista rahoitetaan verovaroin, noin 17 % asiakasmaksuilla.¹²⁸ Valtion keskuhallinto päättää vuosittain Englannin terveydenhuollon budjetista, kun Skotlannin, Walesin ja Pohjois-Irlannin hallitukset päättävät omien rahoitusosuuksiensa prioriteeteista. Vuonna 2019 NHS teki ensimmäisen kymmenvuotissuunnitelman terveydenhuoltojärjestelmän ja kansanterveyden kehittämiseksi.¹²⁹

124 Kirjoitettua perustuslakia ei ole, joten paikallisten organisaatioiden vallankäytölle ei ole taetta eikä varmuutta jatkuvuudesta. Kettunen; Sandberg; Fredriksson 2016, s. 36.

125 Tikkanen 2020a.

126 [EU-terveydenhuolto.fi](https://eu-terveydenhuolto.fi) (n. d.)a

127 Anderson et al. 2022, s. xv.

128 Ibid. s. xix.

129 Ibid. s. 29.

Maksullisia tai osittain maksullisia palveluita ovat hammasterveydenhuolto, avohoitolääkkeiden reseptit, sosiaalinen hoito, silmälääkärin vastaanotto ja käsikauppalääkkeet. Alle 16-vuotiaille, yli 60-vuotiaille sekä vähävaraisille maksullisetkin palvelut voidaan korvata. Sosiaalipalvelut ovat tarveharkintaisia, ja niiden kriteerit vaihtelevat eri maissa.

Dilnotin sosiaalihuollon komissio (Dilnot Commission on Social Care in England) huomautti vuonna 2022, että jopa joka kymmenes vanhus voi joutua maksamaan yli 100 000 puntaa sosiaalihuollosta elämänsä aikana. Lokakuusta 2023 sosiaalihuollon palvelumaksujen omavastuu asetettiin 86 000 puntaan yksilön elinaikana.¹³⁰

6.2 Kuinka terveydenhuollon priorisointia säännellään eettisesti?

Englannissa perustettiin vuonna 1999 terveyshallituksen alainen, mutta toiminnallisesti riippumaton instituutti NICE (National Institute for Clinical Excellence), jonka tehtävä oli vähentää palvelujen saatavuus- ja laatuvaihteluja maantieteellisesti. Vuonna 2012 sen toiminta vahvistettiin laissa (Health and Social Care Act 2012). Poliitiikka on vaikuttanut vahvasti palveluvalikoimaan.¹³¹ NICE:n tehtävänä on muun muassa arvioida uusia hoitomenetelmiä, koota hoitomenetelmien vaikuttavuudesta saatua näyttöä, ohjeistaa terveydenhuollon rahoituksen suunnittelua, määrittää laatustandardeja ja kehittää potilasturvallisuutta.¹³²

NICE tekee suosituksia eri terveysongelmien hoitamiseksi. Se voi myös suosittaa uutta tutkimusta tietyn hoidon tai toimenpiteen kustannusvaikuttavuudesta.¹³³ NICE muun muassa määrittää tavoitteita tietyn terveysongelman vähentämiseksi ja antaa keinoja terveydenhuoltoyksikön produktiivisuuden parantamiseksi kyseisen ongelman hoitamisessa.

Alueelliset tilaajaorganisaatiot ovat vastuussa terveydenhuollon tuottamisesta, ja rahoituspäätökset perustuvat paikallisten tarpeiden arviointiin, kansallisiin prioriteetteihin, NICE:n ja ammatillisten elinten tuottamiin suosituksiin sekä merkittävässä määrin

130 Government of the United Kingdom 2023.

131 Mäkelä et al. 2017.

132 National Institute for Health and Care Excellence (n. d.).c.

133 Ks. esim. NICE Clinical guideline [CG139] 2012.

myös aiempiin rahoituspäätöksiin.¹³⁴ Englannissa on ollut 1980-luvun lopulta asti vahvasti valtiojohtoinen terveydenhuolto ja New Public Management -periaatteisiin pohjautuva terveydenhuoltoajattelu, mikä tarkoittaa käytännössä markkinaperustaisuutta sekä kuluttajälhtöistä ajattelua.¹³⁵

Terveydenhuollon priorisoinnista on tehty paljon tutkimusta Iso-Britanniassa. Priorisoinnista ovat kirjoittaneet muun muassa yksityisistä tutkimussäätiöistä the King's Fund, Faculty of Public Health, Nuffield Trust ja ammattijärjestöistä British Medical Association. Korkeakouluista muun muassa University of Oxford ja Imperial College Business School ovat tehneet aiheesta tutkimusta. Kansallisista toimijoista NHS sekä National Institute for Health and Care Excellence ovat tehneet työtä palveluvalikoiman määrittämiseksi ja priorisoinnin kehittämiseksi.

NICE antaa suosituksia tietyn sairauden tai terveystilanteen hoidosta.¹³⁶ Lisäksi se arvioi uusia hoitomenetelmiä. Suosituksia laatiessa on arvioitava paitsi hoidon vaikuttavuutta, sen taloudellisia vaikutuksia. NICE laatii vuosittain listan aiheista, joita se aikoo kehittää seuraavan vuoden aikana. Lista käydään läpi sosiaali- ja terveysministeriön (Department of Health and Social Care) kanssa. Poliitikkojen määrittämällä prioriteeteilla on vaikutusta listan sisältöön. NICE pyrkii käsittelemään erityisesti aiheita, joihin liittyy suuri tautitaakka.¹³⁷

Antaessaan hoitosuosituksia NICE arvioi, aiheuttaako suosituksen toimeenpano säästöjä tai kustannuksia viiden vuoden aikana. Kustannusvaikutus katsotaan merkittäväksi, mikäli suosituksen yhden ohjeen toimeenpano Englannissa aiheuttaisi yli miljoona euroa lisäkustannuksia vuodessa, tai koko suosituksen toimeenpano Englannissa aiheuttaisi yli 5 miljoonaa euroa lisäkustannuksia vuodessa. NICE tuottaa myös erilaisia taloudellisia analyyssejä, esimerkiksi vertaamalla kustannuksia vaihtoehtoisin hoitoihin ja vertaamalla kustannuksia siihen, kuinka hoito vaikuttaa henkilön toimintakykyyn.¹³⁸

Kustannusvaikutusten lisäksi NICE:n punninnat perustuvat myös muihin arvoihin ja periaatteisiin. NICE pyrkii toiminnallaan edistämään sosiaali- ja terveysalan innovaatioita,

134 Mäkelä, et al. 2017; Torkki et al 2022, s. 60.

135 Dalingwater 2014, s. 51-64.

136 Esim. NICE guideline [NG33] 2016.

137 National Institute for Health and Care Excellence (n. d.).

138 NICE [PMG20] 2014, 7 Incorporating economic evaluation.

joten se pyrkii sisällyttämään suosituksiinsa myös hoitoja, joissa on muita etuja kuin positiiviset terveysvaikutukset. Toinen periaate NICE:n toiminnassa on eriarvoisuuden vähentäminen. NICE ei siksi anna painoarvoa henkilön omalle terveydelle haitalliselle toiminnalle, ellei se vaikuta hoidon vaikuttavuuteen tai kustannusvaikuttavuuteen.¹³⁹

Englannissa ei ole pysyviä, lakiin kirjattuja eettisiä periaatteita priorisoinnin toteuttamiselle. Poliitikko heijastuu terveydenhuollon prioriteetteihin melko vahvasti.¹⁴⁰ NICE kuitenkin hyödyntää priorisointilinjauksissaan seuraavia kriteerejä: **vaikuttavuus**, **kustannusvaikuttavuus** ja **oikeudenmukaisuus**. NHS:n tilaajaorganisaatioilla on lakisääteinen velvollisuus osoittaa taloudelliset ja muut resurssit niille lääkkeille ja hoidoille, joita suositellaan NICE:n teknologia-arviointeihin perustuvissa päätöksissä. NICE koordinoi sekä HTA-arviointia (Health Technology Assessment) että muodostaa hoitosuosituksia spesifisti eri sairauksille, ja sillä on koordinoiva rooli niiden toimeenpanossa. NICE suosittelee hoitoa, jos sen rajakustannus jää alle 20 000 punttaa /QALY; jos se on 20 000 – 30 000 punttaa /QALY, niin perusteiden pitää olla vahvempia. Yli 30 000 punttaa /QALY maksavaa hoitoa ei pääsääntöisesti hyväksytä palveluvalikoimaan.¹⁴¹

Sosiaali- ja terveysministeriön alaosasto Public Health England on vuonna 2018 myös laatinut priorisointiohjeen (Prioritisation Framework) paikallistason päätöksentekoa varten. Siinä ohjataan pohtimaan seuraavia kysymyksiä:

- Mitkä terveysohjelmat tuottavat eniten lisäarvoa tulevaisuudessa?
- Mikä on ohjelmien tilanne nyt?
- Kuinka budjetti jakautuu eri ohjelmien välillä?
- Kuinka helppoa on muuttaa ohjelmia?

Ohjeessa suositetaan punnitsemaan terveysohjelmien kustannusvaikuttavuutta, niiden vaikutusta eriarvoisuuteen sekä siihen, kuinka suurta osaa väestöstä ohjelmat palvelevat.¹⁴²

139 National Institute for Health and Care Excellence (n. d.)b.

140 Ks. esim. National Institute for Health and Care Excellence (n. d.)a.

141 Mäkelä et al. 2017.

142 Public Health England 2019.

Vaikka Iso-Britannia on panostanut priorisointityöhön ja uusien hoitojen arviointiin, ei kokonaisvaltaisia päätöksiä ole tehty siitä, kuinka resursseja tulisi jakaa sektoreiden välillä. 2000-luvun aikana panostukset hoitoihin ovat olleet suurempia kuin panostukset ennaltaehkäisyyn, mikä on myös heikentänyt kansanterveyttä.¹⁴³

143 Anderson et al. 2020, s. 71, 107.

7 Uusi-Seelanti

7.1 Terveydenhuoltojärjestelmästä

Uuden-Seelannin järjestelmä koostuu terveydenhuollosta ja vammaispalveluista. Jokaisella Uuden-Seelannin kansalaisella on oikeus julkisiin terveyspalveluihin.¹⁴⁴ Muu sosiaalihuolto kuuluu sosiaalisen kehityksen ministeriölle (Ministry of Social Development). Kattava valikoima palveluja tarjotaan julkisesti. Palveluja tarjoavat sekä julkiset että yksityiset toimijat.¹⁴⁵ Yksityisillä maksuilla rahoitettiin vuonna 2020 noin 12,9 % kustannuksista.¹⁴⁶ Tapaturmiin liittyvä hoito rahoitetaan erillisestä julkisesta korvauskassasta. Yksityiset terveysvakuutukset tuottivat vuonna 2020 noin 5 % terveydenhuoltojärjestelmän toiminnan rahoituksesta.¹⁴⁷

Uuden-Seelannin hallitus vahvistaa terveydenhuollon vuosibudjetin ja etuuspaketin, jolla on sääntelevä ja ohjaava rooli terveydenhuollossa. Samassa yhteydessä hallitus asettaa terveydenhuollon prioriteetit. Alueellisten terveyslautakuntien (district health board), joita on 20, tehtävänä on suunnitella ja tarjota terveyspalveluja alueellisella tasolla.¹⁴⁸

Uudessa-Seelannissa peruspalveluorganisaatiot (primary health organizations) järjestävät julkisin varoin rahoitettuja peruspalveluja. Käytännössä ne ovat yleislääkärien verkostoja. Valtion rahoitukseen sisältyy 3% tulospalkkio, jonka yleislääkäri voi saada saavuttaessaan tiettyjä seulontaan ja rokotuksiin liittyviä tavoitteita.¹⁴⁹ Potilas voi valita yksityisen palveluntuottajan, joka taas valitsee rahoittajaksi palveluorganisaation. Järjestelmää ollaan kuitenkin paraikaa muuttamassa. Myös voittoa tavoittelemattomat järjestöt ovat keskeisiä palveluntuottajia. Maorit alkuperäiskansana ja ulkosaaristolaiset vähemmistönä johtavat monia näistä järjestöistä.

144 Tikkanen et al. 2020c.

145 Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies 2022, s. 69, 88, 321.

146 Ibid. s. 72.

147 Tikkanen et al. 2020c.

148 Torkki et al. 2022, s. 64.

149 Tikkanen et al. 2020c.

Suurimmalla osalla ihmisistä on oma lääkäri, mutta esimerkiksi maaseudulla tällaista ei ole aina saatavilla. Erikoissairaanhoidon päästään terveysaseman kautta. Yksityisiä vakuutuksia käytetään palveluihin, joita ei ole julkisessa palveluvalikoimassa. Näihin kuuluu muun muassa aikuisten suunterveyden palvelut.¹⁵⁰

Terveydenhuollon prioriteetteja on pyritty asettamaan 1990-luvusta asti. Priorisointia varten on perustettu kansallisia komiteoita. Nykyään työstä huolehtii terveysministeriö (Ministry of Health). Terveydenhuollon laadunvalvontakomission (Health Quality and Safety Commission) tehtävänä on parantaa terveydenhuollon laatua ja turvallisuutta sekä potilaskokemuksia. Terveydenhuoltolain (Pae Ora – Healthy Futures Act) mukaan tulee tehdä tiivistä yhteistyötä sidosryhmien kanssa, kuulla näiden kokemuksia ja kehittää ohjelmia erityisesti maorien terveydentilan parantamiseksi.¹⁵¹ Komission työ koskee hoidon suunnittelua, johtamisen kehittämistä, infektioiden ennaltaehkäisyä ja kontrollointia, palveluntuotantoa, mielenterveys- ja päihdepalveluita, seulontaa, kuolleisuutta ja eriarvoisuutta. Komissio työstää terveydenhuollon priorisointia ja osallistuu American Board of Internal Medicinen käynnistämään Choosing wisely –ohjelmaan, jonka tavoitteena on vähentää vaikuttamattomien hoitojen käyttöä. Ohjelmalla ei ole oikeudellista sitovuutta. Lääkevirasto (Pharmaceutical Management Agency) päättää siitä, mitä lääkkeitä, rokotteita ja lääkinnällisiä laitteita otetaan julkiseen palveluvalikoimaan.¹⁵²

Terveydenhuollon rahoitus siirrettiin pois terveysministeriöltä alueellisille terveyslautakunnille vuonna 1993. Ministeriöllä säilyi terveyspoliittinen ohjausvalta. Sosiaalipalveluista erotettiin vammaispalvelut, joiden rahoituksesta alueelliset lautakunnat tulivat myöskin vastaamaan. Silloiset neljätoista terveyslautakuntaa muutettiin kahdeskymmeneksikolmeksi terveisyrietykseksi, joiden tehtäväksi tuli johtaa sairaaloita, peruspalveluita ja tehdä taloudellisesti kannattavia terveysinvestointeja. Kansallinen terveyslautakunta (National Health Board) on alueellisia lautakuntia valvova valtionyritys. 2000-luvulla Uudessa-Seelannissa on panostettu muun muassa terveydenhoitajien tuottamiin lähipalveluihin sekä ”yhden tiimin” taktiikkaan.¹⁵³

150 Ibid.

151 Section 7(1)(c) Pae Ora (Healthy Futures) Act 2022.

152 Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies 2022, s. 48; Tikkanen et al. 2020c.

153 Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies 2022, s. 41-45.

Eurooppalaiset siirtolaiset tulivat saarelle vähemmistönä 1700-luvun lopulla. 1800-luvulla siirtolaiset ryhtyivät sotimaan alkuperäiskansa maoreja ja pienillä saarilla asuvia muita alkuperäiskansoja vastaan. Noin viidennes maoriväestöstä kuoli 1800-luvun muskettisodissa tai eurooppalaisten tuomiin tauteihin. Sodat loppuivat paljon kiisteltyyn Waitangin sopimukseen. Kun 1900-luvulla siirtolaisväestön terveydentila ja elinajanodote kasvoi, maorien terveydentila pysyi samana.¹⁵⁴ Nykyään maoreja on noin 16 % väestöstä ja terveyseroja maorien, muiden alkuperäiskansojen sekä siirtolaistaustaisten kesken on pyritty kuroma umpeen. Uudessa-Seelannissa rahoitetaan myös joi-takin maorien perinteisiä parannuskeinoja, joilla pyritään tukemaan kokonaisvaltaista hyvinvointia.¹⁵⁵

Uuden-Seelannin julkiseen palveluvalikoimaan kuuluu:

- ennaltaehkäisevä hoito
- sairaalahoito
- äitiyspalvelut
- fysioterapia
- kestävät lääketieteelliset laitteet
- sairaala- ja poliklinikkalääkkeet
- mielenterveyspalvelut
- lasten suun terveydenhuolto
- pitkäaikainen laitoshoido
- kotiapu
- saattohoito
- vammaisten tukipalvelut¹⁵⁶

Perusterveydenhuoltoa tarjotaan yksityisten palveluntuottajien kautta, lukuun otta-matta tiettyjä palveluita, joita ovat mm.

- o optometria
- o aikuisten suun terveydenhuolto
- o oikomishoito¹⁵⁷

154 Watters (n. d.).

155 Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies 2022, s. 59-60.

156 Tikkanen et al. 2020c.

157 Ibid.

7.2 Kuinka terveydenhuollon priorisointia säännellään eettisesti?

Uuden-Seelannin terveydenhuoltolakiin (Healthy Futures Act) on kirjattu terveydenhuollon tavoitteeksi turvata ja parantaa kansanterveyttä, vähentää eriarvoisuutta erityisesti maorien osalta, sekä rakentaa terveellistä tulevaisuutta.¹⁵⁸ Priorisoinnin periaatteita ei laissa ole, mutta niitä on kehitetty 1990-luvulta lähtien, jolloin se asetettiin uuden komitean, Core Services Committee'n tehtäväksi. Komitean tuli määrittellä julkisista varoista rahoitettavat tärkeimmät ydinpalvelut. Komitea katsoi, ettei palveluvalikoimaa tulisi määrittää yksinkertaisena listana, jossa palvelut joko otetaan täydellisesti valikoimaan tai jätetään täydellisesti sen ulkopuolelle. Priorisoinnin tavoitteena oli luoda mitareita erityisesti hoitojen päätöksenteon tueksi, joita käyttää suuri osa väestöstä, jotka maksavat erityisen paljon tai ovat muutoin tärkeitä julkisessa järjestelmässä. Uusia hoitoja tulisi voida arvioida Core Services –komitean antamien ohjeiden mukaisesti. Vielä kehittymättömiä teknologioita ei tulisi ottaa osaksi palveluvalikoiman ydintä.¹⁵⁹

Komitea suositteli neljää periaatetta, joiden perusteella julkisten terveysterveys- ja vammais- palvelujen valikoima tulisi määrittää. Kyse ei kuitenkaan ole tyhjentävästä listasta. Periaatteita ovat **hyöty, kustannusvaikuttavuus, reiluus ja oikeudenmukaisuus** sekä **yhteisön arvot**.¹⁶⁰ Ensinnäkin hoidon tai palvelun on tarjottava hyötyä. Komitea on katsonut, että mittaamisessa merkityksellistä on paitsi potilaan oma hyöty, myös hänen perheensä ja yhteisönsä saama hyöty.

Toiseksi hoidon tai palvelun on tuotettava vastinetta rahalle eli oltava kustannusvaikuttavaa. Tämä tarkoittaa, että hoitovaihtoehtoista tulee valita kustannustehokkain. Lisäksi kustannusvaikuttavuutta tulee mitata suhteessa muihin potilaisiin ja hoitoihin. Kun resursseja on rajatusti, tulisi esimerkiksi mieluummin antaa hoitoa, joka potentiaalisesti antaa 20 vuotta lisää elinaikaa kolmelle henkilölle, kuin hoitoa, joka antaa 10 vuotta lisää elinaikaa yhdelle henkilölle, kun nämä kokonaisuus maksaa saman verran. Hoidon kustannusvaikuttavuutta on myös verrattava hoitamattomuuteen. Toisinaan hoito voi olla kustannustehokasta siksi, että hoitamatta jättäminen maksaisi vielä enemmän. Komitea on kuitenkin tunnistanut, että kustannusvaikuttavuuden arvioinnissa on vaaran-

158 Section 3, 7, Pae Ora (Healthy Futures) Act 2022.

159 Core Services Committee 1995, s. 7-9.

160 Ibid. s. 10.

sa. Ongelmana voi olla esimerkiksi se, että kustannukset siirtyvät terveydenhuollolta muille julkisrahoitteisille instituutioille, kuten vankiloihin. Toisaalta sekään ei ole ongelmatonta, että yksilöille siirtyy vastuu kalliista hoidosta, joka on kustannustehottomampaa kuin muut hoidot, mutta joka on yksilölle ensiarvoisen tärkeää. Jos hoitoon ei ole varaa, voi se koitua yksilön ja hänen läheistensä tragediaksi.¹⁶¹

Kolmanneksi julkisia varoja on käytettävä reilusti ja oikeudenmukaisesti. Tämä merkitsee, että esimerkiksi hoidontarpeen arviointia on tehtävä samalla tavalla eri alueilla. On myös epäoikeudenmukaista, jos palveluita tarjotaan erityisesti sellaisille ryhmille, joilla on muuta väestöä parempi terveydentila. Komitean mukaan tulee huolehtia, että sellaiset ryhmät, jotka eivät kykene yhtä lailla vaatimaan palveluita kuin muut, saavat osansa julkisista palveluista.¹⁶²

Neljänneksi palvelun on sovittava yhteisön arvoihin. Komitea tunnistaa, että Uusi-Seelanti koostuu hyvin monenlaisista yhteisöistä. Tämä tarkoittaa, että priorisointikeskustelun on kuultava yleisön mielipiteitä. Tällöin on huomioitava se, että ihmiset yleensä tuntevat parhaiten oman sairautensa hoitomahdollisuudet, mutta eivät toisten tilanteita.

Uuden-Seelannin lääkevirasto PHARMAC (Pharmaceutical Management Agency) arvioi uusia julkisrahoitteisia lääkkeitä ja lääketieteellisiä laitteita. Arvioinnissa lääkevirasto kysyy seuraavat kysymykset:

- Kuinka paljon parempi kyseinen hoito on verrattuna nykyisiin?
- Mikä on uuden hoidon "arvo"? Onko mikä tahansa lisähyöty sen arvoista?
- Onko kyseisen hoidon rahoittaminen paras panos Uuden-Seelannin terveyteen?¹⁶³

Hoidon, eli lääkkeen tai lääketieteellisen laitteen hyötyjä mitataan QALY:n avulla. Lääkevirasto laskee hoidolle vaihtoehtokustannukset. QALY-arvoja verrataan hoidon kustannuksiin, ja tuloksia vaihtoehtoihin hoitoihin.

161 Ibid.

162 Ibid.

163 PHARMAC 2015.

Lääkevirasto huomioi ensinnäkin uuden hoidon tarpeen. Tarpeeseen vaikuttaa paitsi yksilön tarve ja muiden lääkkeiden tai hoitojen saatavuus, sen vaikutus Maorien asemaan ja muihin erityisryhmiin, sekä lääkkeen suhde hallituksen terveystarpeisiin. Toinen arvioitava tekijä on terveyshyöty, jolloin huomioidaan yksilön saama hyöty, hänen perheensä ja yhteisönsä saama hyöty sekä terveydenhuoltojärjestelmän saama hyöty. Kolmas arvioitava seikka on sopivuus. Sopivuudessa tarkastellaan hoidon ominaispiirteitä, jotka vaikuttavat sen käyttäjään, sen käyttäjän perheeseen tai yhteisöön sekä terveydenhuollon henkilöstöön. Neljäntenä arvioidaan kustannuksia, joihin sisältyvät yksilölle koituvat kustannukset, perheelle tai yhteisölle tulevat kustannukset, yhteiskunnan lääkemenot sekä terveydenhuoltojärjestelmälle koituvat muut kustannukset.¹⁶⁴

Lääkevirasto tekee kustakin uudesta hoidosta kustannusvaikuttavuusanalyysin. Ensin lasketaan hoidon vaikutus laatuainotettuihin elinvuosiin. Luvusta vähennetään nykyisen hoidon QALY-vaikutus, jolloin saadaan uuden lääkkeen lisähyöty. Seuraavaksi lasketaan uuden hoidon kokonaiskustannukset, ja vähennetään niistä nykyisen hoidon kokonaiskustannukset, ja saadaan uuden hoidon vaikutus kustannuksiin. QALY:n ja kustannusten suhde kerrotaan miljoonalla Uuden-Seelannin dollarilla. Näin saadaan luku, kuinka monta laatuainotettua elinvuotta saadaan jokaisella miljoonalla kyseiseen hoitoon sijoitetulla dollarilla. Kustannusvaikuttavuudelle ei ole asetettu rahamääräistä kynnysarvoa, vaan lukuja arvioidaan suhteessa muihin huomioon otettaviin seikkoihin. Virasto katsoo, ettei se voi taata lääke- ja lääketeknologiayrityksille rahoittavansa uusia hoitoja kustannusvaikuttavuusanalyysin perusteella. Siten lääkevirasto pyrkii säilyttämään mahdollisimman laajan mahdollisuuden tarkastella hoitojen monia eri vaikutuksia ja harkintavallan uusien hoitojen rahoittamisesta.¹⁶⁵

Uuden-Seelannin terveystutkimusneuvosto (Ministry of Health), terveystutkimuksen neuvosto (Health Research Council) sekä elinkeino-, innovaatio- ja työministeriö (Ministry of Business, Innovation & Employment) ovat myös vuonna 2019 julkaisseet ohjeen terveydenhuollon tutkimuksen priorisoinnista. Siinä määritellään kansalliset terveydenhuollon tutkimuksen painopisteet sekä tavat, joilla tutkimusrahoitusta tulee perustella.¹⁶⁶

164 Ibid.

165 Ibid.

166 Health Research Council of New Zealand et al. 2019.

8 Yhteenveto

Selvityksessä on kuvattu Suomen lisäksi viiden muun maan terveydenhuoltojärjestelmiä ja niissä sovellettavia priorisoinnin eettisiä periaatteita. Vaikka viisi maata ovat maantieteeltään, väestöpohjaltaan ja terveydenhuoltojärjestelmältään hyvin erilaisia, on maiden lähestymistavoissa myös paljon yhteisiä tekijöitä.

Priorisointia toteuttavat erilaiset tahot, ja eri maissa on keskitytty eri portaisiin. Esimerkiksi Ruotsissa samat priorisoinnin eettiset periaatteet koskevat sekä sosiaali- ja terveysministeriötä että maakäräjiä, jotka määrittävät terveydenhuollon palveluita, kuin myös hoitohenkilökuntaa, jotka arvioivat hoidon tarvetta yksittäistapauksissa. Alankomaissa priorisoinnin periaatteet kytkeytyvät palveluvalikoiman määrittämiseen. Uudessa-Seelannissa palveluvalikoiman määrittämistä sekä uusien hoitomenetelmien arvioimista ohjaavat eri periaatteet.

Kaikissa verrokkimaissa priorisoinnin periaatteita sovelletaan uusien hoitomenetelmien arvioinnissa. Joissain maissa myös pyritään poistamaan vaikuttamattomia hoitoja. Markkinavetoisissa terveydenhuoltojärjestelmissä (Alankomaat, Iso-Britannia) palveluvalikoiman määrittäminen näyttäytyy suoraviivaisempana kuin muissa verrokkimaissa, joissa palvelujen karsimistyöstä oli vähän aineistoa saatavilla.

Osassa maista (Alankomaat, Iso-Britannia) katsotaan, että markkinoiden toiminta tukee terveydenhuollon priorisointia. Taas Ruotsissa on nimenomaan linjattu, ettei markkina-perusteisuuden tulisi ohjata priorisointia.

Kustannusvaikuttavuus on jokaisessa verrokkimaassa mainittu periaate. Sitä mitataan säännöllisesti vertaamalla QALY-arvoja hoidon kustannuksiin. Osassa maita (Norja, Alankomaat ja Iso-Britannia) on asetettu uusille hoidoille kustannusvaikuttavuuden kynnyksiä, jotka eivät kuitenkaan ole sitovia. Taas esimerkiksi Uuden-Seelannin lääkevirasto on nimenomaisesti linjannut, ettei se aseta tällaista kynnystä, jotta muillekin arvoille voidaan antaa riittävästi painoarvoa.

Yhdenvertaisuuden periaate mainittiin nimeltä sekä Ruotsin että Norjan mallissa. Ruotsissa ja Norjassa yhdenvertaisuus sisältyy ihmisarvon periaatteeseen, ja käytännössä se tarkoittaa syrjinnän kieltoa muun muassa ikään tai sosioekonomiseen asemaan perustuen. Norjassa yhdenvertaisuuteen liitetään myös maantieteellinen yhdenvertaisuus. Useissa maissa (Ruotsi, Iso-Britannia) on myös katsottu, ettei ihmisen omalla, terveydelle haitallisella toiminnalla saa olla vaikutusta priorisointijärjestykseen. Taas Alankomaissa yksilön vastuu on yksi priorisoinnin periaatteista.

Tarve on keskeinen priorisoinnissa mitattava seikka. Ruotsissa tarve-solidarisuus on priorisoinnin periaate, jonka perusteella palveluja tarjotaan enemmän potilaille, joilla on vakavampia sairauksia ja huonompi elämänlaatu kuin muilla. Norjassa yksilön oikeus hoitoon kytketään siitä saatavaan odotettuun hyötyyn.

Oikeudenmukaisuus on periaatteena Iso-Britanniassa sekä Uudessa-Seelannissa. Iso-Britanniassa tämä tarkoittaa muun muassa eriarvoisuuden vähentämistä. Uudessa-Seelannissa oikeudenmukaisuus ja reiluus merkitsevät, että esimerkiksi hoidontarpeen arviointia on tehtävä samalla tavalla eri alueilla. On myös epäoikeudenmukaista, jos palveluita tarjotaan erityisesti sellaisille ryhmille, joilla on muuta väestöä parempi terveydentila. Komitean mukaan tulee huolehtia, että sellaiset ryhmät, jotka eivät kykene yhtä lailla vaatimaan palveluita kuin muut, saavat osansa julkisista palveluista.

Uusi-Seelanti korostaa priorisoinnissa perheen ja yhteisön arvoja. Myös Norjassa potilaan perheen saama hyöty voidaan ottaa huomioon uusia hoitoja arvioidessa. Sinänsä yhteiskunnalliset arvot näkyvät esimerkiksi Iso-Britannian järjestelmässä, jossa poliittiset prioriteetit voivat ohjata järjestelmän suuntaa voimakkaastikin. Toisaalta Norjan ja Ruotsin aluehallinnollisissa malleissa paikalliset arvot saattavat korostua.

Myös toteutettavuus on priorisointityön kriteerinä useassa maassa. Kaikissa verrokimaissa on tunnistettu, että priorisointiin liittyy myös käytännöllistä punnintaa. Verrokimaista eniten tutkimusta priorisoinnin käytännön toteutumisesta oli saatavilla Ruotsista.

Verrattaessa Suomea selvityksen maihin tulee huomioida muun muassa maan kokoon, väestörakenteeseen, terveydenhuoltojärjestelmään sekä hallinnolliseen ja oikeudelliseen järjestelmään liittyvät erityispiirteet. Tässä mielessä Ruotsi ja Norja ovat lähimpiä vertailukohteita. Toisaalta muiden verrokkimaiden priorisointityössä on kenties etuja

suhteessa kyseisiin Pohjoismaihin. Ruotsissa ja Norjassa lakiin kirjatut periaatteet varmistavat priorisointityön pysyvyyttä ja antavat sille demokraattisen takeen. Toisaalta muiden verokkimaiden poliittisesti ja markkinavetoisesti ohjatut mallit saattavat toimia dynaamisemmin.

Lähteet

Virallislähteet

Suomi

HE 309/1993 vp: Hallituksen esitys Eduskunnalle perustuslakien perusoikeussäännösten muuttamisesta.

HE 1/1998 vp: Hallituksen esitys Eduskunnalle uudeksi Suomen Hallitusmuodoksi.

HE 103/2013 vp: Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi rajat ylittävästä terveydenhuollosta ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi.

PeVM 25/1994 vp: Perustuslakivaliokunnan mietintö n:o 25 hallituksen esityksestä perustuslakien perusoikeussäännösten muuttamisesta.

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisu 2.4.2019: Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet.

Valtiovarainministeriön julkaisu 2021:1: Pohjoismaiset ja eurooppalaiset maakuntajärjestelmät. Aluehallinnon ja monialaisten maakuntien parlamentaarinen selvitystyö. Hallintopolitiikka.

Valtiovarainministeriön muistio 8.12.2022: Julkisen talouden kestävyysvaje.

Alankomaat

Ministry of Health, Welfare and Sport Netherlands 2016: Healthcare in the Netherlands.

Regeling zorgverzekeringswet, BWBR0018715. Viitattu 22.3.2024.

Zorkverkeringswet, BWBR0018450. Viitattu 22.3.2024.

Zorginstituut Nederland 5.9.2017: Package advice in practice: Deliberations for arriving at a fair package.

Zwaap, Jacqueline; Knies, Saskia; van der Meijden, Caroline; Staal, Paula; vander Heiden, Luuk;

Cost-effectiveness in practice. Zorginstituut Nederland 2015.

Ruotsi

Folkhälsomyndigheten: Nationell plan för vaccination mot covid-19. Folkhälsomyndighetens delredovisning av regeringsuppdrag S2020/04550/FS (delvis).

Regerings proposition 1996/97:60: Prioriteringar inom hälso- och sjukvården. (Prop. 1996/97:60), s. 11

Socialstyrelsen 2015: Nationella riktlinjer – Utvärdering 2015. Hjärtsjukvård – Landstingsprofiler Bilaga B.

Socialstyrelsen 2017: Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom Stöd för styrning och ledning.

Socialstyrelsen 2020: Nationella riktlinjer för vård vid stroke – Sammanfattning av översyn.

Socialstyrelsen 2020: Nationella principer för prioritering i intensivvård under extraordinära omständigheter.

Socialstyrelsen 2021: Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom – Stöd för styrning och ledning.

Socialstyrelsen 2022: Nationella riktlinjer för vård och stöd vid adhd och autism. Prioriteringsstöd till beslutsfattare och chefer.

Norja

Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd, FOR-2000-12-01-1208.

Lov om pasient- og brukerrettigheter, LOV-1999-07-02-63.

Meld. St. 38 (2020–2021): Nytte, ressurs og alvorlighet — Prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 18.6.2021, godkjent i statsråd samme dag. (Regjeringen Solberg). Melding til Stortinget.

NOU 1997: 18: Prioritering på ny – Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste.

St.meld. nr. 26 (1999–2000): Om verdier for den norske helsetenesta.

Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten: Norges offentlige utredninger, 2014: 12;

Norges helse- og omsorgsdepartementet. På ramme alvor - alvorlighet og prioritering, 2015.

Norwegian Ministry for Health and Care Services 2017: Principles for Priority Setting in Health Care.

Uusi-Seelanti

Core Services Committee 1995: Core services for 1995/96: third report of the National Advisory Committee on Core Health and Disability Support Services to the Minister of Health, Hon Jenny Shipley.

Health Research Council of New Zealand; Ministry of Health (Manatu Hauora); Ministry of Business, Innovation & Employment (Hikina Whakatutuki), 2019: The New Zealand Health Research Prioritisation Framework – Maximising the benefits of health research for New Zealanders.

Pae Ora (Healthy Futures) Act 2022. Viitattu 1.4.2024.

Pharmaceutical Management Agency (PHARMAC) 2015: Pharmaceutical Management Agency Cost-Utility Analysis (CUA) Explained.

Yhdistynyt kuningaskunta

National Institute for Health and Care Excellence 2014: Developing NICE guidelines: the manual. NICE process and methods [PMG20].

National Institute for Health and Care Excellence 2017: Healthcare-associated infections: prevention and control in primary and community care. Clinical guideline [CG139].

National Institute for Health and Care Excellence 2024: Tuberculosis. NICE guideline [NG33].

Kirjallisuus

Anderson, Michael; Pitchforth, Emma; Edwards, Nigel; Alderwick, Hugh; McGuire, Alistair; Mossialos, Elias. The United Kingdom: Health System Summary. Health Systems in Transition. WHO/European Observatory on Health Systems and Policies 2022, 24(1).

Arvidsson, Eva. Priority Setting and Rationing in Primary Health Care [thesis]. Linköping University, Faculty of Health Sciences 2013.

Broqvist, Mari; Sandman, Lars. Reaktionen på nätet – ett axplock av reaktioner på riktlinjer för prioriteringar av intensivvård under covid-19 pandemin. Linköping University Electronic Press 2021.

Broqvist, Moa. Nöden lyder ingen (hälsa)lag?: om internetreaktioner på Folkhälsomyndighetens prioriteringsordning. Linköping University Electronic Press 2021.

Daniels, Norman; Sabin, James E. Setting limits fairly: Can we learn to share medical resources? Oxford University Press 2002.

Kaila, Minna; Lohiniva-Kerkelä, Mirva. Kansallinen terveydenhuollon palveluvalikoima; Määrittämisen periaatteet, rakenne ja kehittämismahdollisuudet. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2020:31.

Kettunen, Pekka; Sandberg, Siv; Fredriksson, Cecilia. Eurooppalaiset hallintojärjestelmät vertailussa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 37/2016.

Lääkärin etiikka. Suomen Lääkäriliitto 2021.

Mäkelä, Marjukka; Saijonkari, Maija; Booth, Neill. Katsaus terveydenhuollon priorisointiin eri maissa. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 18/2017.

Saarni, Samuli. Vaikuttavuuden huomiointi terveydenhuollon päätöksenteossa: Eettinen analyysi. Turun yliopisto & Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010.

Torkki, Paulus; Patja, Kristiina; Ignatius, Eveliina; Kousa, Ilona; Vanhala, Antero; Gehrmann, Katariina; Tikkinen, Kari A O; Ojanen, Tuomas; Tapanainen, Pasi; Pantzar, Mika; Ranta, Jussi; Leskelä, Riikka-Leena. Terveydenhuollon palveluvalikoiman priorisointi. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2022:53.

Vårdanalys. Lång väg till patientnytta – en uppföljning av nationella riktlinjers inverkan på vården i ett decentraliserat system. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Rapport 2015:7.

Artikkelit

Booth, Neill; Mäkelä, Marjukka; Saijonkari, Maija. Katsaus terveydenhuollon priorisointiin eri maissa. Sosiaali- ja terveysministeriö 2017. Korjattu laitos.

Carlsson, Per. Priority setting in health care: Swedish efforts and experiences. Scandinavian Journal of Public Health 2010; 38.

Dalingwater, Louise. Post-New Public Management (NPM) and the Reconfiguration of Health Services in England. Observatoire de la société britannique 16/2014.

Drees C, Krevers B, Ekerstad N, et al. Clinical priority setting and decision-making in Sweden: a cross-sectional survey among physicians. International Journal of Health Policy and Management 2022;11(7):1148–1157.

Ekerstad, N; Löfmark, R; Carlsson, P. Elderly people with multi-morbidity and acute coronary syndrome: doctors' views on decision-making. *Scandinavian Journal of Public Health* 2010;38(3):325-331.

Kärkkäinen, Jukka. Mallia Hollannin terveydenhuoltojärjestelmästä. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos* 2017.

New Zealand Health System Review. Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies; *Health Systems in Transition* Vol. 11 No. 2 2022.

Ridderstolpe, L; Collste, G; Rutberg, H; Ahlfeldt, H. Priority setting in cardiac surgery: a survey of decision making and ethical issues. *Journal of Medical Ethics* 2003;29(6):353–358.

Sabik, L. M; Lie, R. K. Priority setting in health care: Lessons from the experiences of eight countries. *International Journal for Equity in Health* 2008 7(1), 1–13.

Werntoft, Elisabet; Edberg, Anna-Karin. Lack of support structures in prioritization decision making concerning patients and resources. Interviews with Swedish physicians. *Scandinavian Journal of Public Health* 2011; 39.

Verkkolähteet

"About us", [zorginstituutnederland.nl](https://english.zorginstituutnederland.nl/about-us) (n. d.) <<https://english.zorginstituutnederland.nl/about-us>> Viitattu 26.8.2024.

"Consultation outcome: Operational guidance to implement a lifetime cap on care costs." Government of the United Kingdom, Department of Health & Social Care 16.1.2023. <<https://www.gov.uk/government/consultations/operational-guidance-to-implement-a-lifetime-cap-on-care-costs/operational-guidance-to-implement-a-lifetime-cap-on-care-costs>> Viitattu 10.10.2023.

Hovni, Anders. "Professor: Kanske inte lagligt att prioritera vården". *Omni* 2.1.2021. < <https://omni.se/professor-kanske-inte-lagligt-att-prioritera-varden/a/EpJv92>> Viitattu 23.10.2023.

"Hvem gjør hva?" [nyemetoder.no](https://www.nyemetoder.no) (n. d.) <<https://www.nyemetoder.no/om-systemet/hvem-gjor-hva>> Viitattu 26.10.2023.

"Hälsoekonomiska utvärderingar" Folkhälsomyndigheten 18.12.2023. < <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/halsoekonomi/halsoekonomiska-utvarderingar/>> Viitattu 18.4.2024.

"Iso-Britannia ja Pohjois-Irlanti". [EU-terveydenhoito.fi](https://www.eu-terveydenhoito.fi)-verkkosivut, (n. d.) < <https://www.eu-terveydenhoito.fi/terveyspalvelut-ulkomailla/maakohtaista-tietoa-terveyspalveluista/yhdistynyt-kuningaskunta/>> Viitattu 10.10.2023. ([EU-terveydenhoito.fi](https://www.eu-terveydenhoito.fi) (n. d.)a)

"Käypä hoito", Duodecimin verkkosivut (n. d.) < <https://www.duodecim.fi/tuotteet-ja-palvelut/kaypa-hoito/>> Viitattu 15.10.2023.

"Norja". [EU-terveydenhoito.fi](https://www.eu-terveydenhoito.fi) (n. d.) <<https://www.eu-terveydenhoito.fi/terveyspalvelut-ulkomailla/maakohtaista-tietoa-terveyspalveluista/norja/>> Viitattu 25.10.2023. ([EU-terveydenhoito.fi](https://www.eu-terveydenhoito.fi) (n. d.)b)

"Our Principles". National Institute for Health and Care Excellence. <<https://www.nice.org.uk/about/who-we-are/our-principles>> Viitattu 24.3.2024. (National Institute for Health and Care Excellence (n. d.)b)

"Our programmes". National Institute for Health and Care Excellence (n. d.) <<https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes>> Viitattu 23.3.2024. (National Institute for Health and Care Excellence (n. d.)c)

“Overview of the Prioritisation Framework”. Public Health England, 12.11.2019. <<https://www.gov.uk/government/publications/the-prioritisation-framework-making-the-most-of-your-budget/overview-of-the-prioritisation-framework>> Viitattu 23.2.2024.

Pietarinen, Juhani. “Etiikka”. Ensyklopedia Logos. <<https://filosofia.fi/fi/ensyklopedia/etiikka>>, 3.3.2015. Viitattu 26.10.2023.

“Selecting and prioritizing quality standard topics”. National Institute for Health and Care Excellence. <<https://www.nice.org.uk/standards-and-indicators/selecting-and-prioritising-quality-standard-topics>> Viitattu 23.3.2024. (National Institute for Health and Care Excellence (n. d.)a)

Tikkanen, Roosa; Osborn, Robin; Mossialos, Elias; Djordjevic, Ana; Wharton, George A. “International Health Care System Profiles: England”. Commonwealth Fund, 5.6.2020. <<https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/england>> Viitattu 23.3.2024. (Tikkanen et al. 2020a)

Tikkanen, Roosa; Osborn, Robin; Mossialos, Elias; Djordjevic, Ana; Wharton, George A. “International Health Care System Profiles: Netherlands”. The Commonwealth Fund 5.6.2020. <<https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/netherlands>> Viitattu 20.3.2024. (Tikkanen et al. 2020b)

Tikkanen, Roosa; Osborn, Robin; Mossialos, Elias; Djordjevic, Ana; Wharton, George A. “International Health Care System Profiles: New Zealand”. The Commonwealth Fund 5.6.2020. <<https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/new-zealand>> Viitattu 26.3.2024. (Tikkanen et al. 2020c)

“User fees at the family doctor”. Helsenorge (n. d.) <<https://www.helsenorge.no/en/payment-for-health-services/user-fees-at-the-family-doctor/>> Viitattu 17.3.2024.

Watters, Steve. “A history of New Zealand 1769-1914”. New Zealand Government Website (n. d.) <<https://nzhistory.govt.nz/culture/history-of-new-zealand-1769-1914>> Viitattu 3.11.2023.



Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan
eettinen neuvottelukunta ETENE

Sosiaali- ja terveysministeriö
Meritullinkatu 8, Helsinki

PL 33, 00023 Valtioneuvosto
Sähköposti etene@stm.fi
Internet ww.etene.fi