

POLICY BRIEF 2022:11

Näkökulmia ajankohtaisiin yhteiskunnallisiin kysymyksiin ja poliittisen päätöksenteon tueksi.

Tämä julkaisu on toteutettu osana valtioneuvoston vuoden 2021 selvitys- ja tutkimussuunnitelman toimeenpanoa (tietokayttoon.fi).

Julkaisun sisällöstä vastaavat tiedon tuottajat, eikä tekstisisältö välttämättä edusta valtioneuvoston näkemystä.

Terveydenhuollon priorisointia tulee kehittää avoimempaan suuntaan

Paulus Torkki, Helsingin yliopisto; Kristiina Patja, Helsingin yliopisto; Katariina Gehrmann, Helsingin yliopisto; Antero Vanhala, Helsingin yliopisto; Tuomas Ojanen, Helsingin yliopisto; Eveliina Ignatius, Helsingin yliopisto; Ilona Kousa, Etuma Oy; Jussi Ranta, Nordic Healthcare Group Oy; Riikka-Leena Leskelä, Nordic Healthcare Group Oy

Terveydenhuollon onnistuneessa priorisoinnissa oleellisia ovat yhtenevät periaatteet ja toimintatavat – priorisoinnin tulee toimia samoilla pelisäännöillä läpi järjestelmän.

Tutkimuksia priorisoinnin vaikuttavuudesta ja kustannusvaikuttavuudesta on rajatusti – muiden maiden järjestelmistä vaikea löytää yleistettäviä tuloksia.

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

Yhdenmukaisempi kansallinen priorisointi todennäköisesti lisää oikeudenmukaisuutta ja yhdenvertaisuutta. Laintasoinen sääntely kansallisen priorisoinnin yhtenäistämisen perusteista on perusteltua.

Nykyistä avoimempi, eri osapuolia osallistavampi ja systemaattisempi terveydenhuollon toimintojen priorisointi on tärkeää väestön terveyden edistämiseksi ja hyvinvointierojen kaventamiseksi kestäväällä tavalla.

Priorisoinnin rakenteet ja mallit kaipaavat vielä kehittämistä

Huhtikuussa 2021 käynnistynyt valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan Terveystieteiden palveluvalikoiman priorisointihanke (Terppa) selvittää, millaisilla periaatteilla ja rakenteilla terveydenhuollon palveluita voisi Suomessa priorisoida tulevaisuudessa perustuslain ja kansainvälisten ihmisoikeussopimusten asettamissa oikeudellisissa peruspuitteissa.

Priorisoinnilla tarkoitetaan niitä toimintoja, jotka pyrkivät terveydenhuollon resurssien kohdentamiseen kaikilla eri tasoilla – kansalliset toimijat, järjestäjät, tuottajat, ammattilaiset ja yksilöt sisältäen poliittisen päätöksenteon. Tämä tutkimus keskittyy kansallisen tason priorisointiin ja kansallisella tasolla tapahtuvaan priorisoinnin ohjaukseen

Priorisoinnin näkökulmia ovat mm. oikeudenmukainen, yhdenvertainen, vaikuttava ja taloudellisesti kestävä terveydenhuolto. Kustannusvaikuttavuuden ja oikeudenmukaisuuden lisäksi priorisointia tarkastellaan myös perustuslain ja kansainvälisten ihmisoikeussopimusten näkökulmasta.

Priorisointi voidaan jäsentää periaatteisiin, kriteereihin, menetelmiin, päätöksiin, toteutuksiin ja vaikutuksiin. (Kuva 1.) Terveystieteiden ulkoisina vaikuttimina toimivat esimerkiksi yhteiskunnan arvot, kannustimet, lainsäädäntö sekä taloudelliset reunaehdot. Lisäksi esimerkiksi kriiseillä, kuten pandemialla, saattaa olla merkittävä vaikutus priorisointiin. Alla kuvatun rakenteen systemaattinen toteuttaminen eri tasoilla edellyttää, että periaatteista ja kriteereistä keskustellaan kansallisesti avoimesti ja määritellään nykyistä tarkemmin yhtenevät periaatteet, joiden suuntaan toimintaa ohjataan.



Kuva 1. Priorisoinnin eri vaiheet

Järjestelmätasolla priorisointi näkyy tyypillisesti terveydenhuollon palveluvalikoiman määrittämisenä. Tyypillisin yksittäinen priorisointimenettely eri maissa on uusien hoitomuotojen arviointi, ja systemaattisinta se on uusien lääkehoitojen kustannusvaikuttavuuden arvioinnissa. Eri maissa

on myös kehitelty menetelmiä potilaiden asettamisesta prioriteettijärjestykseen, mutta menetelmät kohdistuvat tyypillisesti vain yksittäiseen potilasryhmän sisäiseen priorisointiin, kuten leikkauspotilaisiin. Hieman kokonaisvaltaisempi lähestymistapa on Ruotsissa, jossa on liitetty useiden sairauksien hoitosuositukseen prioriteettijärjestys, joka huomioi sekä sairauden vakavuuden että hoitojen kustannusvaikuttavuuden mahdollistaen priorisoinnin sekä potilasryhmän sisällä että ryhmien välillä. Tämä tukee priorisointia paremmin kuin pelkkä hoitosuositusten laatiminen ainoastaan hoitojen vaikuttavuuden perusteella.

Eri maissa on havaittavissa erilaisia painotuksia priorisoinnin ohjaamisessa ja toteuttamisessa. Toisissa maissa periaatteet on julkilausuttu ja joitain menetelmiäkin on kehitetty. Kuitenkaan menetelmiä ei ole viety systemaattisesti käytäntöön – Ruotsissakin maakäräjät päättävät melko itsenäisesti, miten toteuttavat priorisointia – eikä niiden tuloksia seurata systemaattisesti. Toisissa maissa puolestaan toteutetaan systemaattisesti joitain menetelmiä, kuten uusien hoitojen kustannusvaikuttavuuden arviointia, mutta taustalta puuttuvat yleiset periaatteet tai menettelyt, jotka vaikuttaisivat jo palveluvalikoimaan hyväksytyjen hoitojen tai eri potilasryhmien keskinäiseen priorisointiin.

Priorisoinnin systemaattisilla toteutuksilla voidaan saavuttaa edullisia vaikutuksia kustannuksiin ja kustannusvaikuttavuuteen

Paras näyttö priorisoinnin kyvystä vaikuttaa kustannuksiin ja kustannusvaikuttavuuteen on terveystaloudellisilla arviointimenetelmillä (Health Technology Assessment), mikä selittyy myös toiminnan yleisyydellä. HTA-toiminta on yleensä ottaen nähty kustannuksia hillitseväksi sekä kustannusvaikuttavuutta parantavaksi toiminnaksi sekä uusille menetelmille että käytössä oleville menetelmille (disinvestointi ja deimplementaatio eli heikosti vaikuttavien menetelmien poistaminen käytöstä). Systemaattinen disinvestoiminen voi olla kustannuksia vähentävää ja kustannusvaikuttavuutta lisäävää heikosti vaikuttavan toiminnan vähentyessä, mutta toteutustapa on onnistumisen kannalta ratkaiseva. Tietoperusteisuus, paikallisuus, läpinäkyvyys ja ammattilaisten aikainen osallistaminen näyttäisivät olevan onnistuneiden disinvestointien avaintekijöitä.

Systemaattinen terveydenhuollon resurssien uudelleenallokaatio (Program budgeting and marginal analysis, PBMA) saattaa lisätä kustannus-

vaikuttavuutta, mutta riippuu toteutustavasta. Kansanterveysinterventioihin panostaminen näyttäisi tuottavan huomattavia terveys-, kustannus- ja kustannusvaikuttavuushyötyjä.

Tutkimus terveydenhuollon priorisoinnin vaikutuksista kustannuksiin ja kustannusvaikuttavuuteen on edelleen vähäistä

Hankkeessa on toteutettu kartoittava kirjallisuuskatsaus, jossa on tarkasteltu terveydenhuollon priorisoinnin tutkittuja vaikutuksia kustannuksiin, kustannusvaikuttavuuteen ja vaihtoehtoiskustannuksiin. Katsaus toteutettiin PRISMA-protokollan mukaisesti.

Priorisoinnin todellisia vaikutuksia kustannuksiin, kustannusvaikuttavuuteen ja vaihtoehtoiskustannuksiin on tutkittu ylipäätään vähän, ja tutkimusten tuoma näyttö on pääosin heikkoa. Tutkimus näyttäisi keskittyneen priorisoinnin periaatteisiin ja kriteereihin (teoreettiset viitekehukset, sidosryhmien näkemykset, periaatteiden eettiset tai muut pohdinnat) ja priorisoinnin menetelmiin ja päätöksiin (priorisointitoimijoiden tekemät suositukset, menetelmien teoreettiset viitekehukset), mutta näiden yhteyttä todellisiin lopputulemiin ei ole juuri tutkittu. Ylipäänsä priorisoinnin toteutumisen ja vaikutusten arviointi näyttää olevan maailmalla vaillaista, mitareita ei ole määritelty eikä päätösten tai resurssiallokaation muutoksien todellista toteutumista välttämättä edes tiedetä.

Myöskään esimerkkimaiden priorisointimalleja tarkasteltaessa ei löydetty näyttöä priorisoinnin kustannusvaikuttavuudesta. Priorisoinnin tuloksia on tyypillisesti tarkasteltu välittömien vaikutusten kautta. Esimerkiksi Kanadassa haluttiin priorisoida valituissa sairauksissa potilaiden hoitoon pääsyä osoittamalla lisärahoitusta näihin palveluihin. Tuloksena oli hoitojen määrän kasvu ja hoitoon pääsyn toteutuminen tavoiteajassa esimerkiksi sädehoidon osalta lähes 100-prosenttisesti. Uudessa Seelannissa periaate priorisoida alkuperäisväestöön kuuluvia potilaita toteutui ja nämä potilaat pääsivät muita potilaita nopeammin hoitoon. Terveysterot alkuperäisväestön ja muun väestön välillä eivät kuitenkaan ainakaan lyhyellä aikavälillä kadonneet.

Yksi tapa tarkastella priorisoinnin onnistumista olisi arvioida palvelujen saatavuuden yhdenvertaisuutta – olettaen, että yhdenvertaisuus on asetettu priorisointia ohjaavaksi periaatteeksi. OECD:n yhdenvertaisuusindeksien perusteella kuitenkin näyttäisi siltä, että mikäli hoitoon pääsy riippuu sosioekonomisesta asemasta, on vinouma tyypillisesti hyvätulaisia

suosiva. Muutama poikkeus tästä kuitenkin on: esimerkiksi Ruotsissa sosioekonomisesti heikossa asemassa olevat pääsevät suhteellisesti paremmin palvelujen piiriin. Tämä saattaa olla seurausta Ruotsin priorisointia ohjaavan tarve-solidarisuusperiaatteen noudattamisesta.

Priorisoinnin tuloksia arvioivassa tutkimuksessa käytettyjä taustaperiaatteita ja -kriteereitä on kuvattu vaihtelevalla tarkkuudella. Yleisimmät kuvatut periaatteet ovat kliininen vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Menetelmistä MCDA¹ (multi-criteria decision analysis) ja PBMA² -tutkimuksissa periaatteiden ja kriteerien kuvaus päätöksenteon perusteina oli tarkinta ja läpinäkyvintä. Tietyissä maissa on käytössä lainsäädännöllä tai muuten kuvatut viralliset priorisoinnin periaatteet, mutta näiden yhteyttä todellisiin vaikutuksiin kustannuksissa, kustannusvaikuttavuudessa tai vaihtoehtokustannuksissa ei ole pystytty arvioimaan, koska hyödyntämistavan kuvaaminen on lähes kaikissa tulosartikkeleissa puutteellista.

Vaihtoehtokustannuksia on tutkittu vähän ja lähestulkoon ainoastaan haastattelumenetelmillä. Uusien hoitomenetelmien tuoma kustannuspaine näytetään katettavan eri tavoin: muun toiminnan tehostamisella, varautumisella, budjetinylityksillä tai siirtämällä päätöksentekopaine alemmille tasoille.

Terveydenhuollon priorisoinnin oikeudelliset reunaehdot

Priorisoinnin oikeudelliset reunaehdot ja suuntaviivat muodostuvat terveydenhuollon erityislainsäädännön lisäksi perustuslaissa turvatuista perusoikeuksista sekä Suomea sitovista kansainvälisistä ihmisoikeusvelvoitteista. Priorisoinnin oikeudellisia reunaehtoja kartoitetaan hankkeessa erityisesti perustuslain ja kansainvälisten ihmisoikeussopimusten kannalta, sellaisena kuin niiden sisältö täsmentyy perustuslain ja ihmisoikeussopimusten tulkintakäytännöissä.

¹ MCDA (Multi-criteria Decision Analysis) viittaa systemaattisiin päätöksentekomenetelmiin, jotka huomioivat painotetusti monia erilaisia valintakriteereitä, tavoitteita tai hyötyjä ja yleensä ottaen laajemmin kuin esimerkiksi kustannushyötyanalyysit. Eri MDCA-menetelmät voivat erota toisistaan käyttötarkoituksen ja lähestymistavan mukaan.

² PBMA (Programme Budgeting and Marginal Analysis) on resurssiallokaatioon kehitetty systemaattinen prosessiviitekehys, joka pyrkii maksimoimaan annetuilla resursseilla aikaansaattavan terveyshyödyn tai muut määritellyt tavoitteet. Menetelmä pyrkii kattamaan budjetointialueen aiemman ja aiotun uuden toiminnan, kuten kaikki tarjottavat terveyspalvelut tai kaikki kansanterveys Hankkeet, ja arvioimaan niitä samoin kriteerein.

Perus- ja ihmisoikeuksien lisäksi oikeudellisen arvioinnin keskiössä on terveydenhuollon priorisoinnin mahdollistaminen ja kehittäminen. Tarkastelu perustuu lainopilliseen analyysiin voimassa olevasta lainsäädännöstä ja Suomea sitovista kansainvälisistä ihmisoikeussopimuksista ottaen tällöin huomioon perustuslain esityöt ja lainvalmisteluasiakirjat, oikeuskäytännön sekä oikeuskirjallisuuden.

Perus- ja ihmisoikeuksien merkitystä terveydenhuollon priorisoinnissa korostaa perustuslain 22 §, jonka mukaan julkisen vallan on turvattava perus- ja ihmisoikeuksien toteutuminen. Merkityksellinen on myös perustuslain 1.2 §, jonka mukaan valtiosääntö turvaa ihmisarvon loukkaamattomuuden ja yksilön vapauden ja oikeudet sekä edistää oikeudenmukaisuutta yhteiskunnassa. Tämä perustuslaillinen arvoperusta tulee ottaa huomioon perusoikeussäännöksiä tulkittaessa, minkä lisäksi säännöksellä voi eräissä tilanteissa olla välitöntä oikeudellista merkitystä. Luettelossa ilmaistu vaatimus oikeudenmukaisuuden edistämisestä yhteiskunnassa liittyy erityisesti taloudellisiin, sosiaalisiin ja sivistyksellisiin oikeuksiin, joihin myös riittäviä terveystalvveluja koskeva perusoikeussäännös lukeutuu, sekä yhdenvertaisuuteen. Vaatimus ihmisarvon loukkaamattomuudesta ilmaisee perusoikeuksien yleisinhimillisen perustan, minkä lisäksi ihmisarvon käsite viittaa periaatteelliseen yhdenvertaisuuteen (HE 309/1993 vp).

Kansallisella tasolla terveydenhuollon priorisointiin liittyvät kysymykset palautuvat erityisesti perustuslain 19.3 §:n säännökseen, jonka mukaan julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Säännös ei määrittele palvelujen järjestämistapaa, vaan kyse on nimenomaan palvelujen saatavuuden turvaamisesta. Palvelujen riittävyden arvioinnissa lähtökohtana on taso, joka luo jokaiselle ihmiselle edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä (HE 309/1993 vp). Riittäviä terveystalvveluja koskeva säännös osaltaan suojaa terveystalvvelujen tason heikennyksiä vastaan ja ohjaa esimerkiksi määrärahojen budjetointia. Samalla on huomionarvoista, että säännös turvaa ainoastaan palvelujen riittävyden, ei mitään tiettyä eikä siksi myöskään esimerkiksi nykyistä tapaa tarjota terveystalvveluja (ks. PeVL 36/1996 vp, PeVL 11/1995 vp).

Riittävien terveystalvvelujen turvaamisessa on huomioitava myös muita perusoikeuksia, kuten varsinkin perustuslain 6 §:n yhdenvertaisuus- ja syrjintäkieltosääntely. Eduskunnan perustuslakivaliokunta on korostanut, että välttämättömään huolenpitoon ja riittäviin sosiaali- ja terveystalvveluihin liittyvässä harkintatilanteessa on tavoiteltava ratkaisua, joka parhaiten toteuttaa myös muita perusoikeuksia samanaikaisesti (PeVL 63/2016 vp).

Näin ollen muut perusoikeussäännökset osaltaan vaikuttavat siihen, miten riittävät terveyspalvelut turvataan.

Oikeudellisesta näkökulmasta terveydenhuollon priorisointi on potilaiden erottelua sellaisten potilaisiin liittyvien syiden kuin terveydentila ja ikä perusteella. Tästä syystä on väistämättä kiinnitettävä huomiota perustuslain ja ihmisoikeussopimusten yhdenvertaisuus- ja syrjintäkieltosääntelyyn, joka asettaa oikeudellisia reunaehtoja priorisoinnille kieltämällä ihmisten asettamisen eri asemaan ilman hyväksyttävää perustetta esimerkiksi terveydentilan tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella (PL 6.2 §). Potilaiden erottelulla ja ensisijaistamisella sekä yleensä terveydenhuollon priorisoinnilla tulee siksi olla hyväksyttävät ja oikeasuhtaiset perusteet, ja näistä perusteista tulee myös säätää lailla.

Oikeudellisen nykytilan haasteet

Riittäviä terveyspalveluja koskevan perusoikeussäännöksen sisältö määräytyy muun perus- ja ihmisoikeusnormiston ohella yhdessä terveydenhuoltoa ja potilaan oikeuksia koskevan tavallisen lainsäädännön kanssa. Esimerkiksi terveydenhuoltolaissa (1326/2010) säädetään hoitotakuusta ja laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) potilaan oikeudesta terveydentilan edellyttämään hoitoon.

Perinteisesti terveydenhuollon hoitopäätöksiä ja yleensä terveydenhuollon saatavuuteen liittyvää päätöksentekoa on pidetty tosiasiallisena hallintotoimintana, jolloin asiakkaalle ei ole säädetty oikeutta hakea valittamalla muutosta, jos hän ei saa haluamaansa terveydenhuollon palvelua. Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, mutta hänellä ei ole oikeutta saada haluamaansa hoitoa, vaan tarve arvioidaan lääketieteellisin perustein. Potilaan hoito ja siihen liittyvät valinnat jäävätkin usein kussakin yksittäistapauksessa suurimmilta osin lääkärin päätettäväksi, jolloin merkittävä ja kohtuutonkin vastuu kasaantuu nykytilanteessa yksittäisille terveydenhuollon ammattihenkilöille.

Nykytila on haasteellinen tasapainoiltaessa yksilön oikeuksien ja väestötason yhdenvertaisuuden toteutumisen välillä

Laissakin ilmaistun tarveperiaatteen mukaisesti lähtökohta on potilaan yksilöllinen tarve, joka ohjaa hoitoon pääsyä ja hoitotoimenpiteen valintaa. Tarveperiaate vaikuttaa yksilötason lisäksi väestötasolla talousarviota

muodostettaessa ja palveluita mitoitettaessa väestön tarpeen mukaan. Tarveperiaatteen ensisijaisuus ja erityisesti yksilöllisen tarpeen huomiointi on korostunut myös oikeuskäytännössä, erityisesti laillisuusvalvojen ratkaisuisissa.

Tarveperiaatetta on kuitenkin kritisoitu epämääräiseksi ja riittämättömäksi ohjenuoraksi, josta yksinään ei voida johtaa ratkaisuja kaikkiin tilanteisiin esimerkiksi silloin, kun kyse on eri potilasryhmien välisestä yhdenvertaisuudesta. Nykytila on haasteellinen myös tasapainoiltaessa yksilön oikeuksien ja väestötason yhdenvertaisuuden toteutumisen välillä. Väestötason oikeuksien huomiointi on jäänyt tulkintakäytännössä yleisesti ottaenkin vähemmälle. Vaikka esimerkiksi perustuslain 19.3 §:n mukaan julkisella vallalla on velvollisuus edistää väestön terveyttä, edistämisvelvollisuudelle ei ole vakiintunut tarkkarajaista tulkintasisältöä ja se on muutoinkin jäänyt samassa momentissa turvattun yksilöllisen oikeuden (jokaisen oikeus riittäviin terveystalviin) katveeseen perustuslain tulkintakäytännössä.

Lainsäädännön muutostarpeiden arviointi

Hankkeessa tarkastellaan sitä, miten lainsäädäntöä ja lakien tulkintakäytäntöjä tulisi muuttaa priorisoinnin kehittämiseksi yhteisten periaatteiden mukaisesti. Esimerkiksi priorisoinnin valtakunnallinen yhdenmukaistaminen varsinkin hyvinvointialueita velvoittavalla tavalla edellyttäisi lainsäädäntöä sääntelyä ja näin ollen lainsäädäntömuutoksia. Lainsäädäntöä sääntelyä perustelee perusoikeussäännösten ohella perustuslain 80 §, jonka mukaan lailla on säädettävä yksilön oikeuksien ja velvollisuuksien perusteista. Perusoikeuden käyttöä turvaava ja täsmentävä lainsäädäntö kuuluu myös perustuslain 22 §:n keskeisiin turvaamiskeinoihin (PeVL 15/2018 vp, PeVL 26/2017 vp), varsinkin kun perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaan julkisen vallan on turvattava, *sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään*, jokaiselle riittävät terveystalviin ja edistettävä väestön terveyttä.

Priorisoinnin toteutustavasta riippuen lainsäädännön muutostarpeita on arvioitava huomioiden alueellinen itsehallinto, rahoitus ja julkisen vallan käyttö. Jatkotarkastelussa voivat edelleen tulla arvioitavaksi perusoikeuksien rajoitusedellytykset, perus- ja ihmisoikeuksina turvattujen terveystalviin heikennyskielto, erilaisen kohtelun oikeuttamisperusteet sekä oikeussuojavaatimukset. Hankkeen oikeudellinen jatkotarkastelu toteutetaan keskittyen mahdollisuuksiin sekä huomioiden nykyisen lainsäädän-

nön ja tulkintakäytännön kehittämistarpeet. Edelleen hankkeessa huomioidaan terveydenhuollon ja lääketieteen sääntelyn erityispiirteet, jotka edellyttävät terveydenhuollon priorisoinnin sääntelyltä muun muassa riittävää tasapainoa joustavuuden, selkeyden ja täsmällisyyden välillä.

Terveysthuollon priorisoinnin kehittäminen Suomessa

Vaikka kirjallisuuskatsauksessa ja selvityksessä eri maista tutkimusnäyttö priorisoinnin vaikutuksista tai kustannusvaikuttavuudesta on ollut vähäistä, ei se automaattisesti tarkoita, ettei onnistuneella priorisoinnilla voitaisi parantaa esimerkiksi yhdenvertaisuutta, oikeudenmukaisuutta tai palveluiden kustannusvaikuttavuutta. Aiheen tutkimisessa yhtenä hankaluutena on vertailuasetelmien muodostaminen luotettavien tulosten saamiseksi. Toisaalta myös laajassa systeemissä yksittäisten muutosten vaikutusten eristäminen on vaikeaa. Tutkimuksia tarvitaan selvästi lisää tulevaisuudessa huolimatta näistä rajoitteista. Myös priorisointia kehitettäessä on hyvä kiinnittää huomiota tähän – miten vaikutuksia aiotaan seurata ja tutkia.

Kirjallisuuden ja myös kansainvälisten esimerkkien pohjalta on tunnistettu tekijöitä, joilla on merkitystä priorisoinnin kehittämisessä. Tällaisia ovat esimerkiksi systemaattinen ja linjakas priorisointi kattaen koko terveydenhuollon yhtenevillä periaatteilla, kansalaisten avoimempi osallistaminen priorisointikeskusteluun, heikosti vaikuttavien hoitojen ja palveluiden vähentäminen sekä tavoiteltujen tulosten systemaattisempi mittaaminen ja seuranta. Hankkeessa täydennetään nyt tunnistettuja kehittämisalueita kansalaisten, ammattilaisten ja päättäjien näkökulmilla ja laaditaan ehdotukset priorisoinnin kehittämisestä tulevaisuudessa. Osa kehittämistoimista liittyy toimijoiden roolin tai priorisoinnin rakenteiden kehittämiseen, osa toimista edellyttää laintasaisen säätelyn kehittämistä.

Julkinen talous velkaantuu nopeasti. Samaan aikaan väestö ikääntyy, teknologiset mahdollisuudet ja lääkkeet lisääntyvät nopeasti mahdollistaen uusia hoitoja, ja väestön odotukset palveluille ja niiden laadulle kasvavat. Nykyistä avoimempi, läpinäkyvämpi, osallistavampi ja systemaattisempi terveydenhuollon toimintojen priorisointi on tärkeää väestön terveyden parantamiseksi ja hyvinvointierojen kaventamiseksi kestäväällä tavalla. On löydettävä entistä parempia keinoja parantaa koko väestön terveyttä ja hyvinvointia samalla huolehtien oikeudenmukaisesta ja yhdenvertaisesta kansalaisten yksilöllisiin tarpeisiin vastaamisesta.

Lisätietoja:

Apulaisprofessori Paulus Torkki, Helsingin yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, paulus.torkki@helsinki.fi, p. 050 338 5500.

Professori Tuomas Ojanen, Helsingin yliopisto, Oikeustieteellinen tiedekunta, tuomas.ojanen@helsinki.fi, p. 050 448 2656

Terveystieteiden palveluvalikoiman priorisointi toteutetaan osana valtioneuvoston vuoden 2021 selvitys- ja tutkimussuunnitelman toimeenpanoa.

Hankkeen ohjausryhmän puheenjohtaja:

Erityisasiantuntija Reima Palonen STM
reima.palonen@gov.fi



Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminta
Statsrådets utrednings- och forskningsverksamhet