

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön raportteja ja muistioita 2017:18

Maija Saijonkari, Marjukka Mäkelä ja Neill Booth

Katsaus terveydenhuollon priorisointiin eri maissa

Korjattu laitos

■ SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

Helsinki 2017

KUVAILULEHTI

Julkaisija	Päivämäärä
Sosiaali- ja terveysministeriö	24.10.2017
Tekijät	Toimeksiantaja
Maija Saijonkari, Marjukka Mäkelä ja Neill Booth	Sosiaali- ja terveysministeriö
	HARE-numero ja toimeilimen asettamispäivä

Muistion nimi
Katsaus terveydenhuollon priorisointiin eri maissa

Tiivistelmä

■ Lääketieteellisen hoidon mahdollisuudet ja väestön tarpeet ja vaatimukset kasvavat nopeammin kuin terveyden- ja sairaanhoitoon käytettävissä olevat resurssit. Ristiriitaa pyritään ratkaisemaan terveydenhuollon priorisoinnilla. Priorisoinnin periaatteet ja toteuttamistavat vaihtelevat eri maissa.

Raportissa kuvataan Ruotsissa, Norjassa ja Englannissa noudatettavia priorisointikriteerejä sekä sitä, miten priorisointi on näissä maissa käytännössä toteutettu. Erityisesti tarkastellaan sitä, miten priorisointi ohjaa terveydenhuollon toteuttamista käytännössä.

Edellä mainittujen kolmen maan lisäksi raporttiin on koottu taulukkomuotoon priorisointijärjestelmän pääpiirteet Hollannista, Itävallasta, Kanadasta, Saksasta, Tanskasta, Oregonin osavaltiosta USA:ssa, Uudesta Seelannista ja Virosta.

Raportin lähdeluettelossa on listattu laajasti kansainvälistä terveydenhuollon priorisointia käsittelevää kirjallisuutta ja muuta materiaalia.

Asiasanat

terveydenhuolto, terveydenhuollon ohjaus, palveluvalikoima, priorisointi, Norja, Ruotsi, Englanti

Sosiaali- ja terveysministeriön
raportteja ja muistioita 2017:18

Muut tiedot
www.stm.fi

ISSN-L 2242-0037
ISSN 2242-0037 (verkkojulkaisu)
ISBN 978-952-00-3892-2
URN:ISBN: 978-952-00-3892-2
<http://urn.fi/> URN:ISBN: 978-952-00-3892-2

Kokonaissivumäärä
28

Kieli
suomi

PRESENTATIONSBLAD

Utgivare	Datum
Social- och hälsovårdsministeriet	24.10.2017
Författare	Uppdragsgivare
Maija Saijonkari, Marjukka Mäkelä och Neill Booth	Social- och hälsovårdsministeriet
	Projektnummer och datum för tillsättandet av organet

Rapportens titel
Översikt om prioriteringar inom hälso- och sjukvården i olika länder

Referat

■ Möjligheterna till medicinsk behandling och befolkningens behov och krav växer snabbare än de tillgängliga resurserna inom hälso- och sjukvården. Man eftersträvar att lösa motsättningen genom prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Principerna och genomförandesätten för prioriteringarna varierar i olika länder.

I rapporten beskrivs de prioriteringskriterier som följs i Sverige, Norge och England och hur prioriteringarna i dessa länder har genomförts i praktiken. Särskilt granskas hur prioriteringarna styr genomförandet av hälso- och sjukvården i praktiken.

Utöver de tre ovannämnda länderna har man i rapporten sammanställt prioriteringssystemets huvuddrag i tabellform från Holland, Österrike, Kanada, Tyskland, Danmark, delstaten Oregon i USA, Nya Zeeland och Estland.

I rapportens omfattande källförteckning har man extensivt räknat upp internationell litteratur och annat material som behandlar prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

Nyckelord
prioriteringar, social- och hälsovårdsreform, tjänsteutbud, fördelning av resurser, hälso- och sjukvård

Social- och hälsovårdsministeriets
rapporter och promemorior 2017:18

Övriga uppgifter
www.stm.fi/svenska

ISSN-L 2242-0037
ISSN 2242-0037 (online)
ISBN 978-952-00-3892-2
URN:ISBN: 978-952-00-3892-2
<http://urn.fi/> URN:ISBN: 978-952-00-3892-2

Sidoantal Språk
28 finska



SOCIAL- OCH
HÄLSOVÅRDSMINISTERIET

SISÄLLYS

1. Taustaa.....	4
2. Tavoite ja rajaukset	5
3. Katsauksen menetelmät	6
4. Terveydenhuollon priorisointikäytäntöjä ja kokemuksia eri maissa.....	7
4.1 Norja	9
4.1.1 Prioriteettiluokat ja -kriteerit	9
4.1.2 Priorisointineuvosto.....	11
4.1.3 Uusien terveydenhuollon menetelmien käyttöönotto.....	11
4.1.4 Priorisoinnin ohjauskeinot	11
4.2 Ruotsi.....	11
4.2.1 Priorisoinnin eettiset periaatteet.....	11
4.2.2 Priorisointikeskus	12
4.2.3 Kansallinen priorisointimalli.....	12
4.2.4 Hoitosuosituksset.....	13
4.2.5 Muu priorisoinnin tuki	13
4.2.6 Priorisoinnin ohjauskeinot	13
4.3 Englanti.....	14
4.3.1 Priorisoinnin lainsäädännöllinen ohjaus	14
4.3.2 Hallituksen tulosohejaus ja poliittinen ohjaus.....	15
4.3.3 National Institute for Health and Care Excellence (NICE).....	15
4.3.4 Alueelliset tilaajaorganisaatiot (Clinical Commissioning Groups, CCGs).....	16
4.3.5 Kliiniset päätökset.....	16
4.3.6 Priorisoinnin ohjauskeinot	16
5. Yhteenveto.....	17
5.1 Priorisoinnin periaatteet ja kriteerit.....	17
5.2 Priorisointisuositukset	17
5.3 Kansalaisten osallistuminen.....	18

1. TAUSTAA

Kaikki julkisesti rahoitetut terveydenhuoltojärjestelmät kamppailevat kasvavien vaatimusten ja resurssien riittävyyden välillä. Lääketieteen mahdollisuuksien lisääntyessä ja kustannusten kohotessa yhteiskunnat tekevät resurssien kohdentamispäätöksiä ja punnitsevat niistä eri väestöryhmille aiheutuvia terveyshyötyjä ja -haittoja (1). On välttämätöntä valita, mitä toimenpiteitä julkisesti rahoitetussa terveydenhuollossa käytetään ja sopia periaatteet, joilla yksittäisten potilaiden ja potilasryhmien hoidosta päätetään. Hoitojen arvottamista tällä tavoin kutsutaan priorisoinniksi. Priorisointi pyrkii tietoisesti ohjaamaan terveystalouden käyttöä rajoittamalla tehottomien ja vähiten vaikuttavien hoitojen käyttöä (2).

Termejä priorisointi (prioritisation tai priority setting) ja säännöstely (rationing) on käytetty kuvaamaan suunnilleen samaa asiaa (3–5). Keskustelu selvenisi, jos peruskäsitteistä priorisointi, säännöstely ja tehostaminen sovittaisiin selvemmin. Priorisointi tarkoittaa sananmukaisesti asioiden asettamista tärkeysjärjestykseen. Koska priorisoinnin yksi tavoite on resurssien hallinta, sanotaan sitä myös säännöstelyksi. Säännöstelyllä rajoitetaan potilaille mahdollisesti hyödyllisten hoitojen antamista (6–8). Säännöstely-termi kuvaa priorisointiin liittyvää niukkuuden elementtiä hyvin ja selittää samalla, miksi asiasta keskusteleminen on poliittisesti vaikeaa (9).

Terveydenhuollossa priorisointi on usein valinta kahden hoitovaihtoehdon välillä, mutta se voi olla myös päätös jättää jotain tekemättä. Hyödyllinen hoito voidaan evätä myös muista kuin taloudellisista syistä, esimerkiksi silloin, kun valitaan elinsiirtoon sopivin saaja. Valinta tapahtuu silloin potilaiden välillä. Tehostamisella puolestaan tarkoitetaan tavallisesti hoitoprosessien sujuvoittamista, eikä se sinänsä sisällä säännöstelyn ajatusta.

Priorisointia harjoitetaan terveydenhuollon kaikilla tasoilla: valtionhallinnossa (makrotaso), kunnissa, sairaanhoitopiireissä ja hoitolaitoksissa (mesotaso) sekä yksittäisen lääkärin toiminnassa (mikrotaso). Makrotasolla kysymys on ensisijaisesti resurssien oikeudenmukaisesta jaosta eri yhteiskuntalohkojen, potilasryhmien ja hoitojärjestelmien välillä. Mikrotasolla priorisointipäätökset koskevat yksittäisiä potilaita (9), eli asettavat potilaat tärkeysjärjestykseen. Mesotasolla priorisointi tarkoittaa tavallisesti linjauksia siitä, millaisia hoitoteknologioita otetaan käyttöön tai poistetaan valikoimasta. Myös hoitopolkujen rakentaminen ja toimipaikkojen käytännöt sisältävät priorisointia.

Vastuullisessa terveydenhuollon priorisoinnissa tulisi käyttää yhtenäisiä oikeudenmukaisuuden ja hyödyn kriteerejä. Valinnat tulee perustella selkeästi ja mahdollisimman avoimesti (eksplisiittinen priorisointi). Piilevä eli implisiittinen priorisointi tapahtuu muuhun päätöksentekoon verhottuna, tarkemmin määrittelemättömien perusteiden ja prosessien tuloksena. (9) Päätösten perustumista parhaaseen saatavilla olevaan näyttöön pidetään tärkeänä, vaikka näyttö ei yksin ohjaa päätöksiä, vaan mukana on myös eettistä, yhteiskunnallista ja poliittista pohdintaa. Kaikilla tasoilla tarvitaan eri toimintavaihtoehtojen vaikuttavuudesta, turvallisuudesta ja kustannuksista tietoa, jota saadaan esimerkiksi hoitosuosittelun tai hoitoteknologioiden arvioinnin (HTA, health technology assessment) avulla.

2. TAVOITE JA RAJAUKSET

Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvoston (Palkon) sihteeristö pyysi katsausta teollisuusmaissa sovellettavista terveydenhuollon priorisoinnin periaatteista ja organisointitavoista sekä mekanismeista, joilla ratkaisut ohjaavat terveydenhoitoa. Katsauksen toivottiin osaltaan edistävän kotimaista priorisointikeskustelua tuomalla esiin muiden maiden käytäntöjä ja kokemuksia.

Katsaus rajattiin sihteeristön kanssa keskustellen Suomen kanssa kohtuullisen samankaltaisiin maihin, joissa terveydenhuollon priorisointia toteutetaan eri tavoin. Avohoidon lääkkeet rajattiin ajanpuutteen vuoksi selvityksen ulkopuolelle. Kohdemaiksi valittiin Norja, Ruotsi, Englanti, Viro, Tanska, Hollanti, Saksa, USA (Oregon), Kanada, Uusi-Seelanti ja Itävalta. Norjan, Ruotsin ja Englannin priorisointikäytäntöjä pidettiin kiinnostavimpina esimerkkeinä, joten niiden osalta tehtiin laaja selvitys ja muiden maiden osalta kuvaus on tiivistetty taulukkomuotoon.

3. KATSAUKSEN MENETELMÄT

Kirjallisuutta etsittiin sekä tietokannoista että käsin kunkin maan terveyshallinnon ja kansallisen HTA-yksikön sivuilta sekä WHO:n sivuilta. Tietokantahaut tehtiin 15.11.2016 Medlinesta ja HTA-raporttien tietokannasta (CRD, HTA database) ja ne rajattiin kattamaan arviointiyksiköiden raportit ja systemaattiset katsaukset. Löydettyjen julkaisujen viiteluettelot käytiin läpi ja niistä etsittiin relevantteja artikkeleita. Lisäksi käytettiin Palveluvalikoimaneuvoston nettisivuilla saatavilla olevia aineistoja.

4. TERVEYDENHUOLLON PRIORISOINTIKÄYTÄNTÖJÄ JA KOKEMUKSIA ERI MAISSA

Terveydenhuollon priorisoinnista on keskusteltu 1980-luvulta alkaen. Kysymystä ovat pohtineet varsinkin terveydenhuollon ammattilaiset, mutta myös valtionhallinto, palvelujen rahoittajat sekä palvelujen käyttäjät ja potilaiden edustajat. Keskustelua ovat usein vauhdittaneet poliittiset syyt, julkisuuteen nousseet potilastapaukset esim. hoitajajonoista tai alueelliset erot hoidon saatavuudessa. Joissakin maissa (mm. Hollanti) priorisointikeskustelun on käynnistänyt tarve määritellä vakuutuksella korvattavien hoitojen valikoima. USA:n Oregonin osavaltiossa taas haluttiin eliminoida kalliit, vaikuttamattomat menetelmät sekä saada väestö sairausvakuutusjärjestelmä Medicaidin piiriin kattavammin. Norjassa, Ruotsissa, Hollannissa ja Tanskassa päätettiin määritellä priorisointia ohjaavat periaatteet. Englannissa ja Oregonissa perustettiin erillinen organisaatio laatimaan suosituksia siitä, mitä terveydenhuollon palveluja tulisi tuottaa julkisin varoin. (10)

Tässä luvussa esitetään kuvaus Norjan, Ruotsin ja Englannin priorisointijärjestelmistä. Pääpiirteet on tiivistetty Taulukkoon 1 (alla). Erilliseen liitetaulukoon (Liitetaulukko 1. Priorisointijärjestelmän pääpiirteet eri maissa) on koottu vastaavat tiedot Hollannin, Kanadan, Itävallan, Saksan, Tanskan, Uuden-Seelannin, USA:n (Oregon) ja Viron järjestelmistä.

Taulukko 1. Priorisointijärjestelmän pääpiirteet

Maa, Julkisen terveyden- huollon rahoitus- järjestelmä	Priorisoinnin lainsäädäntöpohja	A. Priorisointia ohjaavat periaatteet B. Priorisoinnissa käytettävät kriteerit	Organisoituminen* 1) Näytön tuottaja 2) Päätösten valmistelija 3) Päätäjätaho	Priorisoinnin ohjaus
Norja Verorahoitus	Lov om pasient- og brukerrettigheter (11); Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (12)	A. 1) Tavoitteena mahdollisimman paljon terveitä elinvuosia kaikille, oikeudenmukaisesti jakautuneena 2) Selkeät kriteerit 3) Systemaattiset ja avoimet työtavat ja palvelujen käyttäjien mukaanotto 4) Kattavat, toimivat priorisointityökalut (18) B. 1) Hoidon hyöty 2) Resurssien käyttö 3) Sairauden vakavuus (21)	1) NOKC (Nasjonalt kunskapscenter); Lääkelaitos; Nye metoder -ohjelma; Sairaalat (mini-HTA) 2) Priorisointineuvosto (suositukset) 3) Valtakunnan tason päätökset uusista menetelmistä Norjan neljän terveyspiirin edustajista koostuvassa ”Päätösfoorumissa” (Bestillerforum RHF); Paikalliset päätökset sairaaloissa (15, 16)	Priorisointiohjeistukset, verkkokoulutukset (15,16)
Ruotsi Verorahoitus	Hälso- och sjukvårdslagen (22)	A. 1) Avoimuus 2) Läpinäkyvyys 3) Oikeudenmukaisuus (27) B. 1) Yhtenäinen ihmisarvo 2) Hoidon tarve ja solidaarisuus 3) Kustannus-vaikuttavuus (23)	1) SBU; Sosiaalhallitus; Hammaslääketieteen ja lääkealan virasto (TLV); Viisi alueellista HTA-yksikköä 2) Maakuntien ja kuntien organisaatiot 3) Sosiaalhallitus; TLV Board; Maakunnat ja kunnat (23)	Sosiaalhallituksen indikaattorit ja tavoitetasot, joilla arvioidaan kansallisten hoitosuosituksen käyttöä ja vaikutuksia. (24)
Englanti** Verorahoitus	NHS Constitution 2010 (30) Health and Social Care Act 2012 (32)	A. 1) Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen 2) Haitan välttäminen 3) Hyödyn aikaansaaminen 4) Distributiivinen oikeudenmukaisuus (40) B. 1) Vaikuttavuus 2) Kustannus-vaikuttavuus 3) Oikeudenmukaisuus (40)	1) NICE; NETSCC; useat muut HTA-yksiköt 2) NICE 3) NICE, NHS England Commissioners; Clinical commissioning groups (CCGs) (32, 33)	NICE tuottaa implementointiohjeita ja -materiaaleja sekä mitaa jossain määrin suositusten ja standardien noudattamista. (34)

* Erot luokkien välillä eivät aina täysin toisiaan poissulkevia; ** Koskee vain Englantia; muissa Iso-Britannian osissa on omat järjestelmänsä; RHF = Regionale helseforetakene; SBU = Statens beredning för medicinsk och social utvärdering; NICE = National Institute for Health and Care Excellence; NHS = National Health Service; NETSCC = NIHR (National Institute for Health Research) Evaluation, Trials and Studies Coordinating Centre

4.1 NORJA

Norjassa priorisointikeskustelu alkoi 1980-luvun lopulla, jolloin vaatimukset terveydenhuollon resurssien lisäämisestä vahvistuivat ja alettiin keskustella, miten resurssit jaettaisiin oikeudenmukaisesti.

4.1.1 Prioriteettiluokat ja -kriteerit

Maan hallitus asetti vuonna 1985 Lønningin komitean käsittelemään priorisoinnin periaatteita ja niiden käyttöönottoa. Komitea ehdotti loppuraportissaan 1987 viittä eri prioriteettiluokkaa sovellettavaksi uusien interventioiden/hoidojen käyttöönotossa. Palvelut ehdotettiin luokiteltavaksi kahden kriteerin, potilaan tilan vakavuuden ja intervention/hoidon tehon, mukaan seuraavasti:

- 1) Välttämättömät, kiireelliset palvelut, joiden puuttumisesta aiheutuu hengenvaaraa
- 2) Muut välttämättömät palvelut, joiden puuttumisesta aiheutuu vakavia seurauksia pitemmällä aikavälillä
- 3) Muut vaikuttavat palvelut, joiden puuttumisesta aiheutuu vähemmän vakavia pitkän aikavälin seurauksia
- 4) Palvelut, joista on jonkin verran terveyshyötyä
- 5) Ei-välttämättömät palvelut, joilla on kysyntää, mutta joiden vaikuttavuutta ei ole osoitettu.

Oletuksena oli, että vakavimmassa tilassa oleva potilas, jolle on tarjolla tehokkain hoito, saisi näin korkeimman prioriteetin. (14, 20)

Lønningin suosituksella oli jonkin verran vaikutusta käytäntöön, mutta kriteereitä haluttiin selkeyttää, koska ne sallivat liian paljon harkintaa käytännön työssä. Uudessa vuonna 1997 julkaistussa esityksessä (Lønning II) prioriteettiluokat vähennettiin neljäksi:

- Peruspalvelut
- Tukipalvelut
- Vähemmän tärkeät palvelut
- Palvelut, jotka eivät ole välttämättömiä

Priorisointikriteereiksi esitettiin:

- Taudin vakavuus
- Odotettavissa oleva hyöty
- Hoidon kustannusvaikuttavuus. (14)

Nämä kolme kriteeriä sisällytettiin myöhemmin lakiin potilaan ja asiakkaan oikeuksista (Lov om pasient- og brukerrettigheter) (11) sekä terveydenhuollon priorisointia koskevaan säädökseen (Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd) (12). Niissä edellytettiin, että kaikkien kolmen priorisointikriteerin tuli täytyä, jotta uusi hoitomuoto tai lääke otettaisiin julkiseen palveluvalikoimaan. Tästä voitiin kuitenkin joustaa, jos yksi kriteereistä täyttyi erityisen hyvin. Jos esimerkiksi sairaus oli hyvin vakava, hoidon hyödystä ja kustannusvaikuttavuudesta voitiin tinkiä. (14)

Kriteerien tulkinta osoittautui kuitenkin ajan myötä ongelmalliseksi. Toinen kriteeri tulkittiin monissa yhteyksissä “interventiolla/hoidolla aikaansaaduksi hyödyksi”, vaikka itse komissio viittasi useimmiten siihen “potilaan saamana hyötynä” (kliininen teho). Myös sairauden vakavuuden huomioiminen ja kustannusvaikuttavuuden määrittely olivat usein ongelmallisia käytännön priorisoinnissa.

Kolmas priorisoinnin periaatteita pohtinut asiantuntijaryhmä, Norheimin komitea, julkaisi loppuraporttinsa vuonna 2014 (18). Siinä esitettiin seuraavia kriteereitä:

- Terveyshyöty (health gain). Hoidon prioriteetti kasvaa suhteessa odotettuun terveyshyötyyn: mitä suurempi on hoidolla saatava terveyshyöty, sitä korkeampi hoidon prioriteetti.
- Resurssien käyttö. Hoidon prioriteetti on sitä suurempi, mitä vähemmän se kuluttaa terveydenhuollon voimavaroja. (14, 15, 18)

- Terveyden menetys (health loss). Hoidon prioriteetti kasvaa suhteessa odotettuun elinikäiseen terveyden menetykseen. Hoidon prioriteetti on suuri, kun se hyödyttää potilasta, jolle ilman hoitoa aiheutuisi huomattava terveyden menetys.

Terveyden menetys -kriteeri herätti Norjassa kiivasta keskustelua, koska siinä ehdotettiin huomioitavaksi tulevan ohella myös hoitoa edeltävä terveyden menetys. Näin nuoren henkilön kroonisen sairauden väitettiin saavan liian suuren prioriteetin. Kriteeri hylättiin, ja kesäkuussa 2015 nimitettiin Magnussonin työryhmä pohtimaan, kuinka taudin vakavuutta tulisi arvottaa priorisointipäätöstä tehtäessä. (19) Lokakuussa 2015 julkaistussa raportissa ehdotettiin, että "Sairauden vakavuus" -kriteeri tulisi ymmärtää "absoluuttisena ennusteen huononemisena tulevaisuudessa".

Osana laajempaa keskustelua Norjan terveystalouden priorisointia koskevista tärkeimmistä periaatteista ja keinoista (51) tuotettiin kustannusvaikuttavuusanalyysiä koskevia suosituksia, jotka voidaan koota seuraavasti:

- Työryhmä ei pitänyt viisaana perustaa priorisointipäätöksiä ainoastaan tekniseen kaavaan, joten se suositti kynnysarvojen kanssa käytettäväksi harkintaan perustuvia arviointeja.
- Raportissa mainittiin kolme tärkeintä syytä olla asettamatta tarkkoja kynnyksiä:
 - interventioita koskevien ryhmätason taloudellisten arviointien ei pitäisi automaattisesti johtaa päätöksiin
 - on vähän näyttöä siitä, kuinka kynnysarvojen määrittäminen vaikuttaa terveydenhuollon budjettiin
 - kynnysarvojen asettaminen saattaa olla ristiriidassa sekä muiden priorisointiperiaatteiden että terveydenhuollon kokonaisbudjetin kanssa (19, 51)

Priorisointiperiaatteiden lisäksi Norheimin komitea hahmotteli myös prosesseja, joilla mahdollistetaan kansalaisten osallistuminen priorisointiperiaatteiden luomiseen ja priorisointipäätösten tekoon. Niin ikään komitea antoi ehdotuksen päätöksenteon läpinäkyvyyttä ja yleistä hyväksyttävyyttä sekä päätösten käyttöönottoa koskevista prosesseista. (15, 18) Priorisointia ohjaaviksi periaatteiksi ehdotettiin: 1) pyritään aikaansaamaan mahdollisimman paljon terveitä elinvuosia kaikille, oikeudenmukaisesti jakautuneena 2) noudatetaan selkeitä kriteerejä 3) käytetään systemaattisia ja avoimia työtapoja ja otetaan mukaan palvelujen käyttäjät ja 4) käytetään kattavia, toimivia priorisointityökaluja. (18)

Parlamentti päätti marraskuussa 2016 uusista priorisointiperiaatteista terveys- ja hoivaministeriön Norheimin ja Magnussonin komiteoiden esitysten pohjalta tekemän tiedonannon (42) ja valiokuntamietinnön (21) perusteella. Tiedonannossa priorisoinnin pääkriteereitä olivat:

- 1) Hoidon hyöty. Hoidon prioriteetti kasvaa suhteessa sillä saatavaan hyötyyn. Tuleva hyöty on sitä suurempi, mitä suurempi on todennäköisyys, että hoidolla potilaan
 - elinikä pitenee tai toimintakyvyn heikkeneminen vähenee
 - fyysinen tai psyykinen toimintakyky paranee
 - kivut sekä fyysinen tai psyykinen epämukavuus vähenevät.
- 2) Resurssien käyttö. Hoidon prioriteetti on sitä suurempi, mitä vähemmän se kuluttaa terveydenhuollon voimavaroja.
- 3) Sairauden vakavuus. Hoidon prioriteetti kasvaa suhteessa tilan/sairauden vakavuuteen. Tilan vakavuuden arvioinnissa otetaan huomioon:
 - kuoleman tai toimintakyvyn heikkenemisen riski
 - fyysisen tai psyykkisen toimintakyvyn heikkenemisen aste
 - kivut, fyysinen tai psyykinen epämukavuus. (13, 21)

4.1.2 Priorisointineuvosto

Vuonna 1997 julkaistussa Lønningin raportissa ehdotettiin myös pysyvän kansallisen priorisointineuvoston perustamista. Neuvosto (Nasjonalt råd for prioritering i helse- og omsorgstjenesten) perustettiin vuonna 2002 tukemaan yhteisen kansallisen lähestymistavan muodostumista terveydenhuollon priorisointiin sekä edistämään eri toimijoiden välistä vuorovaikutusta priorisoinnissa. Neuvostossa on 19 jäsentä, jotka ovat johtotason edustajia kansallisen tason terveydenhuollon hallinnosta, alueellisista erikoissairaanhoidon järjestäjistä sekä kunnista. Lisäksi siinä on edustus potilasjärjestöistä, yliopistoista ja korkeakouluista. Neuvostolla on 3–4 henkilötyövuotta käsittävä sihteeristö, joka on toiminut vuoden 2016 alusta lukien Norjan terveyshallituksen yhteydessä. (17, 20)

Neuvoston konkreettisena tehtävänä on tuottaa priorisointisuosituksia. Aihe-ehdotuksia voi tehdä kuka tahansa, mutta neuvosto voi ottaa aiheita käsittelyyn myös omasta aloitteestaan. Sihteeristö kokoaa yhdessä aiheen ehdottajan kanssa selvityksen saatavilla olevista raporteista, tutkimuksista ja asiakirjoista. Selvitys esitellään priorisointineuvostolle, joka päättää aiheen jatkokäsittelystä. Pääosin neuvoston käsittelemät aiheet ovat liittyneet erikoissairaanhoidon ja uusien teknologioiden käyttöönottoon. Työssään neuvosto nojaa vahvasti lainsäädännössä määriteltyihin priorisointiperiaatteisiin sekä tutkimustietoon sairauksista ja interventioista. Virallisesti priorisointineuvostolla on neuvoa-antava rooli, mutta käytännössä sen linjauksia toteutetaan terveydenhuollossa varsin pitkälle. Sen toiminta on julkishallintolain ja tiedonvapaustien alaisuudessa. Neuvosto pitää varsinaisia kokouksia viisi kertaa vuodessa. Kokoukset ovat kaikille avoimia ja kaikki asiakirjat ovat julkisia. Varsinaisten kokousten lisäksi neuvostolla on valmistelevia työkokouksia. Neuvosto järjestää kerran vuodessa terveydenhuollon priorisointia käsittelevän konferenssin. (17, 20)

4.1.3 Uusien terveydenhuollon menetelmien käyttöönotto

Norjan sosiaali- ja terveysministeriö perusti vuonna 2013 kansallisen Nye metoder -ohjelman uusien terveydenhuollon menetelmien hallittuun käyttöönottoon erikoissairaanhoidossa. Ohjelman myötä maan neljä terveystieteiden tutkimuskeskusta, Lääkelaitos, Säteilyturvakeskus sekä Kansanterveysinstituutti tekevät alalla laajaa yhteistyötä. Työhön osallistuvat myös sidosryhmien (potilasjärjestöt, ammattijärjestöt, teollisuus, yliopistot jne.) edustajat. (15)

Ohjelmassa on kaksi tasoa. Kansallisen tason päätökset uusien menetelmien käyttöönotosta tekee terveystieteiden edustajista koostuva Päätösfoorum, ja päätösten perustana toimivat Lääkelaitoksen tai Kansanterveysinstituutin alaisuudessa toimivan NOKC:n (Nasjonalt Kunnskapssenter) laatimat kansalliset HTA-katsaukset. Paikallisella tasolla kukin sairaala puolestaan voi laatia suppeita HTA-katsauksia (mini-HTA) ja tehdä niiden perusteella päätöksiä. Tiettyt menetelmät, kuten lääkkeet, käsitellään aina kansallisella tasolla. (15)

4.1.4 Priorisoinnin ohjaukseen

Erikoissairaanhoidon priorisointipäätösten käyttöön saattamisen tueksi on Norjassa saatavilla priorisointiohjeistuksia (prioriteringsveiledere) sekä verkkokoulutusta niiden käyttöön. Ohjeet toimivat tukena päätettäessä, kuka saa hoitoa ja kuka ei. Niissä myös annetaan suosituksia hoitoon pääsyn odotusajasta. (15, 16)

4.2 RUOTSI

Ruotsissa keskustelu terveydenhuollon priorisoinnista vahvistui 1980-luvun lopussa Norjan esimerkin myötä. Vuonna 1992 asetettiin parlamentaarinen komitea pohtimaan priorisoinnin eettisiä periaatteita ja käytännön toteutusta.

4.2.1 Priorisoinnin eettiset periaatteet

Priorisointia pohtivan komitean työskentelyn aikana kuultiin laajalti kaikkia terveydenhuollon toimijoita ja kansalaisia. Komitean vuonna 1995 valmistuneessa loppuraportissa päädyttiin seuraaviin priorisointia ohjaaviin eettisiin periaatteisiin:

- Yhtenäinen ihmisarvo. Kaikki ihmiset ovat samanarvoisia ja heillä on yhtäläiset oikeudet.
- Hoidon tarve ja solidaarisuus. Voimavarat pitää suunnata sinne, missä tarve on suurin ja erityistä huomiota pitää kiinnittää haavoittuviin ryhmiin.
- Kustannusvaikuttavuus. Kustannusten pitää olla kohtuulliset muihin terveydenhuoltopalveluihin verrattuna. (23)

Raportissa tähdennettiin sitä, että kustannusvaikuttavuuden periaate sopii käytettäväksi vain saman sairauden eri hoitomuotoja vertailtaessa. Vuonna 1997 Ruotsin valtiopäivät päätti terveydenhuollon priorisoinnin suuntaviivoista ja eettisistä periaatteista kaksi ensimmäistä kirjattiin terveydenhuoltolakiin (22). Priorisointilinjausten päämääräksi otettiin heti alusta lähtien avoimuus, läpinäkyvyys ja oikeudenmukaisuus. Samalla valtiopäivät asetti uuden priorisointikomitean, jonka tehtävänä oli kansalaisten informointi, priorisointikeskustelun tukeminen, priorisointimenetelmien kehittäminen sekä kuntien ja maakäräjien välisen yhteistyön tiivistäminen. (20, 25, 27)

Ruotsissa ei ole toteutettu mitään näkyvää makrotason eksplisiittistä priorisointijärjestelmää, mutta monia alueellisia kokeiluja on tehty. Ensimmäinen poliittinen aloite terveydenhuollon avoimesta priorisoinnista tehtiin vuonna 2003 Itä-Götanmaalla. Terveydenhuollon ammattilaiset ja asiantuntijat osallistuivat käytöstä poistettavien palvelujen tunnistamiseen ja arvioimiseen. Poliitikot päättivät 40 pienen palvelun poissulkemisesta. Päätökset jouduttiin perumaan. Epäonnistumisen syyinä on pidetty lähinnä priorisointimenetelmien puutteellisuutta sekä kansallisen tuen puuttumista. (23, 25)

4.2.2 Priorisointikeskus

Östergötlandin maakäräjien alaisuuteen perustettiin vuonna 2001 kansallinen priorisoinnin asiantuntijakeskus (Prioriteringscenter), joka tukee terveydenhuollon priorisointityötä. Heinäkuusta 2010 alkaen keskus on toiminut Linköpingin yliopistossa, ja siinä työskentelee 16 henkilöä. Keskuksen tehtävänä on:

- tehdä priorisointiin liittyviä tutkimuksia ja selvityksiä, sekä tukea priorisointitutkimusta
- seurata Ruotsissa meneillään olevia priorisointihankkeita
- tehdä priorisointiin liittyvää kehittämistyötä
- tarjota maakäräjille ja kunnille konsultointitukea ja koulutusta
- ylläpitää kansallista priorisointiverkostoa ja
- levittää terveydenhuollon priorisointia koskevaa tietoa. (23, 25, 27)

4.2.3 Kansallinen priorisointimalli

Valtiopäivien hyväksymät priorisoinnin suuntaviivat koettiin Ruotsissa tärkeiksi, mutta suurimmaksi osaksi niitä ei tunnettu ja monia tulkintaongelmia ilmeni käytännön tasolla. Niinpä

Priorisointikeskus, Sosiaalhallitus ja useat maakäräjät alkoivat yhteisesti suunnitella kansallista priorisointimallia avoimen ja systemaattisen priorisoinnin toteuttamiseksi. Vuonna 2007 julkistettiin mallin ensimmäinen versio ja vuonna 2011 sen pohjalta kehitetty päivitetty versio (27). Mallissa priorisointiprosessi on jaettu viiteen vaiheeseen:

- 1) Määritellään prosessin tarkoitus ja mitä potilasryhmiä/hoitomuotoja se kattaa.
- 2) Määritellään priorisointi-objektit (sairaustila-interventio-parit).
- 3) Kerätään tietoa sairauden vakavuudesta ja riskeistä sekä intervention hyödyistä ja kustannusvaikuttavuudesta.
- 4) Määritellään objekteille priorisointiluokat (1–10) perustuen sairauden vakavuuteen, intervention hyötyyn ja kustannusvaikuttavuuteen.
- 5) Raportoidaan prioriteettiluokat, luokituksen perusteet ja tästä seuraavat toimenpiteet. (20, 27)

Mallia on käytetty apuna useissa maakäräjissä, kun on tehty kokeiluja terveydenhuollon resurssien uudelleenkohdentamiseksi. Kyse ei siis ole säästöjen tekemisestä, vaan resurssien tehokkaammasta käytöstä. Prosessin aikana tunnistetaan priorisointi-objektit, jotka voitaisiin poistaa palveluvalikoimasta ja priorisointi-objektit, jotka voitaisiin lisätä palveluvalikoimaan. Tämän perusteella tehdään päätökset resurssien uudelleen suuntaamisesta. (20, 27)

4.2.4 Hoitosuositukset

Sosiaalihuolto on vuodesta 1996 alkaen tehnyt priorisoinnin työkaluina käytettäviä hoitosuosituksia (Nationella riktlinjer), joiden sisältö ja kohderyhmä ovat vaihdelleet eri aikoina. Tätä nykyä suositukset laaditaan kansalliseen priorisointimalliin perustuvalla Sosiaalihuollon perusmallilla (Socialstyrelsens grundmodell), ja niissä annetaan suosituksia siitä, mitä interventioita kussakin sairaudessa/tilassa tulisi käyttää. (28)

Suosituksien päädokumenteissa julkaistaan suosituslauseet, jotka voidaan jakaa kohderyhmän mukaan kolmeen eri tyyppiin:

- 1) terveydenhuollon ammattilaisille suunnatut suositukset, joilla pyritään helpottamaan valintaa eri hoitomenetelmien välillä
- 2) yleisemmille päätöksentekijöille suunnatut suositukset, joilla pyritään aikaansaamaan muutoksia hoidon organisoimisessa
- 3) ensisijaisesti perushoitoa koskevat suositukset, joilla pyritään edistämään hoidon laatua.

Kutakin interventio-sairaus-paria koskeva suositus luokitellaan kymmeneen eri luokkaan (1 = kaikkein suositeltavin, 10 = vähiten suositeltava). Suosituksissa määritellään interventiot, joita tulisi välttää ("do not do") sekä ne, joita tulisi käyttää vain lääketieteellisten tutkimushankkeiden yhteydessä. Päädokumentissa esitellään myös tärkeimmät seuraukset, joita suosituksilla odotetaan olevan potilaiden hoitoon. Lisäksi dokumentissa käsitellään esimerkiksi potilaiden oikeutta saada tietoa ja osallistua omaa hoitoa koskeviin päätöksiin. Priorisointikeskus tukee näiden hoitosuosituksien tekemistä ja edistää aiheeseen liittyvää tutkimusta. (29, 30, 43)

Sosiaalihuollon hoitosuositukset ovat vahvoja suosituksia, mutta ne eivät ole juridisesti sitovia eli niitä ei ole pakko noudattaa. Kuitenkin, jos esimerkiksi dementiaa sairastavalle koituu vahinkoa siitä, ettei hoitosuosituksia ole noudatettu, voi tällainen yksikkö joutua Sosiaalihuollon tutkintaan. (49) Ruotsin nykyinen hallitus harkitsee suositusten muuttamista juridisesti sitoviksi. Kliinisessä työssä suositukset ovat hyväksytyjä ja käytettyjä. Kansalaisten osallistuminen suositustyöhön on hyvin vähäistä, mutta heidän taholtaan esitetään myös hyvin vähän vahvaa kritiikkiä näitä suosituksia kohtaan. (23)

4.2.5 Muu priorisoinnin tuki

Hoitosuosituksien lisäksi priorisoinnin apuna käytetään kansallisen HTA-yksikkö SBU:n (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering) ja hammashoidon korvauksista ja lääkekorvauksista päättävän viraston TLV:n (Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket) laatimia terveydenhuollon menetelmäarvioita sekä näyttöön perustuvan lääketieteen (EBM, Evidence based medicine) periaatteita. Sosiaalihuolto käyttää SBU:n ja TLV:n arviointiraportteja hoitosuosituksensa yhtenä tietoperustana. Tarvittaessa se myös päivittää jo julkaistuja suosituksiaan arviointiyksiköiden tuottaman tutkimustiedon muuttuessa tai lisääntyessä (47).

Hoitotakuu on säädöspohjaisena ohjauskeinona myös vakiinnuttanut asemansa eräänä priorisointityökaluna. Internetin käyttöä hyödynnetään priorisointityössä muun muassa Linköpingin yliopiston ylläpitämän Prio-net nettifoorumin (48) kautta. (25)

4.2.6 Priorisoinnin ohjauskeinot

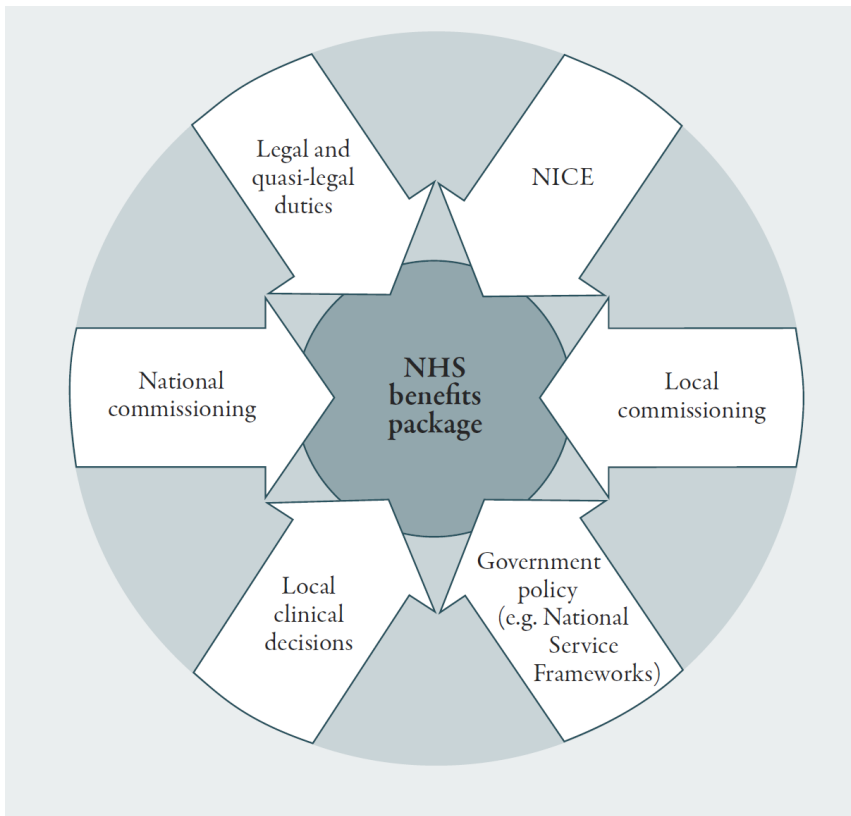
Sosiaalihuolto seuraa ja arvioi kansallisten hoitosuosituksien käyttöä ja niiden vaikutusta terveydenhuollon käytäntöihin. Seurannan ja arvioinnin pohjana käytetään suositusten laadinnan yhteydessä kehitettyjä indikaattoreita ja niille määritellyjä tavoitetasoja. Indikaattoreita voidaan käyttää paikallisesti, alueellisesti tai kansallisesti. Niillä voidaan seurata ja verrata terveydenhuollon prosesseja, tuloksia ja kustannuksia eri aikoina. Niiden avulla pyritään parantamaan hoidon laatua ja tehokkuutta. Arvioinnit julkaistaan Sosiaalihuollon julkaisusarjassa. (30)

Esimerkkinä Sosiaalihuollon hoitosuosituksista voidaan tarkastella astman ja ahtaavien keuhkosairauksien hoitoa käsittelevää kolmen julkaisun sarjaa. Marraskuussa 2015 julkaistiin näitä sairauksia käsittelevä hoitosuositus

Nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL- Stöd för styrning och ledning (44). Samalla julkaistiin sairauksien hoidon tavoitteet raportissa Vård vid astma och KOL - Målnivåer för indikatorer (45), joita maakunnat ja alueet voivat käyttää näiden sairauksien hoidon ohjauksessa ja johtamisessa sekä seurannassa ja arvioinnissa. Hoitosuositusprosessin aikana, tammikuussa 2015, julkaistiin sairauden hoidon lähtötasoa kuvaava tutkimus, Vård vid astma och KOL - Förbättringsområden, bedömningar och sammanfattning (46), jota voidaan käyttää hoitosuosituksen vaikutusten arvioinnissa lähtötasona.

4.3 ENGLANTI

Terveysthuollon priorisoinnilla on Englannissa¹ pitkät perinteet. NHS:n nykyinen palveluvalikoima (benefits package) on muotoutunut kansallisten, alueellisten ja paikallisten päätösten lopputuloksena, jotka on tehty ajan saatossa muuttuneiden lakien, linjausten, budjettien ja taloudellisten kannustimien kontekstissa. (Kuva 1) (33)



Kuva 1. NHS:n alueellisiin palveluvalikoimiin vaikuttavat tekijät (32)
(engl. "Principal factors influencing the shape of the NHS benefits package")

4.3.1 Priorisoinnin lainsäädännöllinen ohjaus

Englannin lainsäädännössä ei suoraan määritellä, mitä palveluja kansallisen terveysthuollon (National Health Service, NHS) tulisi rahoittaa tai tuottaa. NHS:n perustuslakijulistuksen (NHS Constitution 2010) (31) mukaan potilaille on kuitenkin oikeus saada:

- kattavat NHS:n palvelut
- riittävän pätevän ja kokeneen henkilökunnan antamaa, ammatillisten standardien mukaista hoitoa
- NICE:n suosittelemat lääkkeet ja hoidot, jos lääkäri katsoo ne tarkoituksenmukaisiksi.

Koska perustuslaissa ei määritellä tarkasti esim. "kattavien palvelujen" sisältöä, lailla ei kuitenkaan ole merkittävää vaikutusta palveluvalikoimaan. (34)

¹ Kappale käsittelee vain Englantia; Ison-Britannian muissa osissa on omat järjestelmänsä.

4.3.2 Hallituksen tulosohejaus ja poliittinen ohjaus

Hallitusten politiikka on Englannissa vaikuttanut vahvasti NHS:n palveluvalikoimaan. Poliittisen ohjauksen välineenä on käytetty terveyshallituksen tulosohejausta. Hallitukset ovat asettaneet esimerkiksi infektioiden määrän vähentämiseen ja jonotusaikoihin liittyviä tavoitteita, joiden toteutumista eri organisaatioissa seurataan tarkasti. Tavoitteiden täyttymättä jäämisestä voi seurata resurssien leikkausta, muita sanktioita tai julkista kritiikkiä. Hallituksen asettamat tavoitteet voivat saada tilaajaorganisaatiot suuntaamaan resursseja NHS:n joihinkin osiin muiden osien kustannuksella, mikä voi epäsuorasti vaikuttaa alueelliseen NHS:n palveluvalikoimaan. Kansallisten palvelujen suuntaviivat ja linjaukset, joissa on asetettu selkeitä toimintatapoja ja laatuvaatimuksia tietyn sairauden omaavien potilaiden hoidolle, ovat myös muokanneet NHS:n palveluvalikoimaa. Niiden käyttöönotto ei ole lakisäateistä, mutta NHS:n tilaajaorganisaatiot ovat sitoutuneet ottamaan ne huomioon rahoituspäätöksiä tehdessään. Eri hallitusten aikana tulosohejauksen ja poliittisen ohjauksen voimakkuus ja sisältö on vaihdellut. (34)

4.3.3 National Institute for Health and Care Excellence (NICE)

Englannissa perustettiin vuonna 1999 terveyshallituksen alainen, mutta toiminnallisesti riippumaton instituutti, NICE (National Institute for Clinical Excellence, nykyisin National Institute for Health and Care Excellence), vähentämään NHS:n palvelujen saatavuus- ja laatuvahteluja maantieteellisesti alueittain. Vuonna 2012 NICE:n toiminta vahvistettiin laissa (Health and Social Care Act 2012). (10, 33, 35)

NICE tuottaa näyttöön perustuvia suosituksia ja neuvoja sekä kehittää laatustandardeja ja tulostittareita terveys- ja sosiaaialalle. Suosituksia on neljänlaisia:

- 1) Näyttöön perustuvat hoitosuosituksot terveys- ja sosiaaialalle
- 2) Teknologia-arviointeihin perustuvat suosituksot
- 3) Uusia lääketieteellisiä laitteita ja diagnostisia menetelmiä koskevat suosituksot
- 4) Hoito- tai diagnostisia toimenpiteitä koskevat suosituksot. (36)

NICE:n työtä ohjaavat seuraavat moraaliset periaatteet:

- Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen
- Haitan välttäminen
- Hyödyn aikaansaaminen
- Distributiivinen oikeudenmukaisuus. (40)

Suosituksot laadinnassa käytettävät keskeisimmät priorisointikriteerit ovat:

- Vaikuttavuus
- Kustannusvaikuttavuus
- Oikeudenmukaisuus. (40)

NICE on määritellyt nämä periaatteet aihetta käsittelevän kirjallisuuden, NICE:n kansalaisraadın (Citizens Council) kannanottojen ja lainsäädännöllisten selvitysten pohjalta. Laadintaprosessin eri vaiheissa on myös huomioitu NICE:n henkilökunnalle, asiantuntijoille ja sidosryhmille suunnatuista kyselytutkimuksista, paneelikeskusteluista ja työpajoista saatu palaute ja tutkimusaineisto. (40)

Kaikkien suosituksot laadintaprosessiin sisältyy katsaus kliinisestä turvallisuudesta ja tehosta, monessa tapauksessa myös terveystaloudellista selvitystä. Useimpien suosituksot laadintaprosessiin sisältyy vuoropuhelu sidosryhmien kesken, jossa osapuolet voivat esittää näkemyksensä esimerkiksi arvioidusta näytöstä. Lopullisessa päätöksenteossa sidosryhmillä ei ole roolia, vaan päätökset tehdään virkatyönä.

NHS:n järjestäjäorganisaatioilla on lakisäateinen velvollisuus osoittaa taloudelliset ja muut resurssit niille lääkkeille ja hoidoille, joita suositellaan teknologia-arviointeihin perustuvissa NICE:n suosituksissa. Yksittäisen potilaan kohdalla

lääkärin tulee noudattaa näitä suosituksia, ja palveluntuottajien on maksettava suositelluista hoidoista, jos hoitoa pidetään potilaalle kliinisesti tarkoituksenmukaisena. (34)

4.3.4 Alueelliset tilaajaorganisaatiot (Clinical Commissioning Groups, CCGs)

Englannissa NHS:n palveluiden järjestämisestä vastaavat alueelliset tilaajaorganisaatiot, jotka paitsi tilaavat terveydenhuollon palveluja myös järjestävät niitä. Useissa näistä organisaatioista tai niiden yhteenliittymissä on kehitetty päätöksentekoa nimenomaan priorisointinäkökulmasta. Käytännöt tässä asiassa ovat kuitenkin vielä vaihtelevia. Näiden organisaatioiden tekemät rahoituspäätökset perustuvat paikallisten tarpeiden arviointiin, kansallisiin prioriteetteihin, NICE:n ja ammatillisten elinten tuottamiin suosituksiin sekä merkittävässä määrin myös aiempiin rahoituspäätöksiin. (36) Useimmilla tilaajaorganisaatioilla tai niiden yhteenliittymillä on jonkinlainen priorisointikomitea, jonka työ kohdistuu suurelta osin uusien teknologioiden käyttöön ottoon. Osa komiteoista on myös laatinut alueellisia priorisoinnin suunta- viivoja, (ks. esim. (41)). Englannissa on panostettu sellaisten menetelmien kehittämiseen ja kokeilemiseen, joilla kansalaiset voitaisiin ottaa mukaan priorisointia koskevaan päätöksentekoon. Alueellisella tasolla on kokeiltu mm. kansalais-paneeleita, konsensuskokouksia ja kyselyitä. (20, 38)

4.3.5 Kliiniset päätökset

Lääkäreillä on vielä merkittävässä määrin autonomiaa siinä, mitä NHS:n palveluja tosiasiallisesti käytetään ja mitä ei. He suosittavat potilailleen kliinisesti tarpeellisiksi arvioimiaan palveluja ja hoitoja ja yhteenlaskettuna näillä yksittäisillä päätöksillä on suuri vaikutus palvelujen käyttöön. Lääkärien tekemiin hoitopäätöksiin vaikuttavat alueellisten tilaajaorganisaatioiden ohjeet, ammatillisten elinten (esim. erikoislääkäriyhdistykset) julkaisemat suositukset, lainsäädännölliset ohjeistukset sekä paikalliset hoitokäytännöt. Vaikka monilla näistä pyritään vähentämään vaihtelua, NHS:n hoitokäytännöissä esiintyy edelleen huomattavia alueellisia eroja, jotka eivät aina selity kliinisen tarpeen vaihteluilla. (34)

4.3.6 Priorisoinnin ohjauskeinot

NICE tuottaa ohjeita ja materiaaleja julkaisemiensa suositusten ja standardien käyttöönoton tueksi. Se myös jossain määrin mittaa tuottamiensa suositusten ja standardien noudattamista analysoimalla tietoa, jota saadaan kansallisista auditoinneista ja raporteista, paikallisista auditoinneista sekä julkaistuista artikkeleista. Mittauksia koskevat raportit julkaistaan NICE:n verkkosivuilla. (39)

5. YHTEENVETO

5.1 PRIORISOINNIN PERIAATTEET JA KRITEERIT

Norja, Ruotsi ja Englanti toteuttavat terveydenhuollon priorisointia kukin omalla tavallaan, mutta myös joitain yhteisiä piirteitä on nähtävissä. Kussakin maassa on hahmoteltu priorisointityötä ohjaavat periaatteet.

- Norjassa pyritään aikaansaamaan mahdollisimman paljon terveitä elinvuosia kaikille, oikeudenmukaisesti jakautuneena; noudatetaan selkeitä kriteerejä; käytetään systemaattisia, avoimia työtapoja sekä otetaan mukaan palvelujen käyttäjät ja käytetään kattavia, toimivia priorisointityökaluja.
- Ruotsissa priorisointilinjausten päämääräksi otettiin heti alusta lähtien avoimuus, läpinäkyvyys ja oikeudenmukaisuus.
- Englannissa NICE:n työtä ohjaavat itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, haitan välttäminen, hyödyn aikaansaaminen ja distributiivinen oikeudenmukaisuus.

Priorisointityössä käytettävät kriteerit ovat:

- Norjassa hoidon hyöty, resurssien käyttö ja sairauden vakavuus
- Ruotsissa yhtenäinen ihmisarvo, hoidon tarve ja solidaarisuus sekä kustannusvaikuttavuus
- Englannin NICE:lla vaikuttavuus, kustannusvaikuttavuus ja oikeudenmukaisuus.

Poliittiset päätökset vaativat tasapainon eri näkökulmien välille. Englannin, Norjan ja Ruotsin tapauksissa näyttää olevan hyvin vähän näyttöä, että yhtäkään kriteeriä sovellettaisiin muista erillisenä, eli kriteerit vaikuttavat toistensa soveltamiseen. Kaikkien kolmen järjestelmän tärkein viesti on, että operationalisoitujen periaatteiden täytyy ottaa huomioon kaikki asiaankuuluvat näkökohdat ja että kaikkia kriteerejä täytyy tarkastella kokonaisuuden kannalta. On yleistä, että priorisointiprosessissa yhdistetään joitakin terveyshyödyn indikaattoreita, joitakin tarpeen indikaattoreita ja joitakin kohtuullista resurssienkäyttöä koskevia indikaattoreita. Olennaista on myös se, että kaikissa kolmessa järjestelmässä on käytössä prosessit, jotka tunnistavat ja ottavat huomioon epävarmuustekijöitä, jotka vaikuttavat priorisointiperiaatteiden operationalisointiin (21, 23, 40 ja 51).

5.2 PRIORISOINTISUOSITUKSET

Priorisointisuosituksia tuottaa Norjassa Priorisointineuvosto, Ruotsissa Sosiaalhallitus ja Englannissa NICE. Norjassa ja Ruotsissa käytetään suositusten pääasiallisena perustana maan HTA-yksiköiden tuottamaa tietoa. Englannissa NICE tuottaa itse tietoja, tilaa niitä maan HTA-yksiköiltä sekä vastaanottaa yleisesti ainakin taustatietoja teollisuudelta.

Taloudellisten arviointien toteuttamisessa otetaan yleensä jollain tavalla huomioon budjettivaikutukset ja kustannusvaikuttavuus sekä kustannusvaikuttavuustiedon laatu ja johdonmukaisuus.

Taloudellisten arviointien tulkinnessa on myös omat ominaispiirteensä:

- Norjassa resurssien käyttöä koskevaa kriteeriä ei nykyään sovelleta yksinään, vaan yhdessä toisten priorisointikriteerien (esim. sairauden vakavuus) kanssa.
- Ruotsissa kustannusvaikuttavuuden periaatetta käytetään suoraan vain saman sairauden eri hoitomuotoja vertailtaessa, toisaalta kustannusten pitää olla kohtuulliset muihin terveydenhuoltopalveluihin verrattuna.
- Englannissa arvioitavan menetelmän kustannusvaikuttavuus on keskeinen näkökohta joissakin NICE:n arviointiohjelmissa. Näissä ohjelmissa näyttöä arvioitavan menetelmän kustannusvaikuttavuudesta verrataan sovittuun kustannusvaikuttavuuden kynnysarvon vaihteluväliin. Sen lisäksi on huomioitava, että kustannusvaikuttavuustiedon laadunarviointi on oleellinen osa priorisointiprosessia, ja että näyttöä vaikuttavuudesta, kustannuksista ja muista priorisoinnin kriteereistä arvioidaan aina priorisointityössä. (51)

Priorisointisuositusten sitovuudessa on vaihtelua:

- Norjan priorisointineuvoston rooli on vain neuvoa-antava, mutta sen linjauksia käytännössä toteutetaan terveydenhuollossa varsin pitkälle.

- Ruotsin Sosiaalihuollon suosituksien ei ole juridisesti sitovia, mutta jos terveydenhuollon yksikkö jättää noudattamatta niitä, se voi haittatapahtuman sattuessa joutua Sosiaalihuollon tutkintaan.
- Englannissa NHS:n tilaajaorganisaatioilla on lakisääteinen velvollisuus osoittaa taloudelliset ja muut resurssit niille lääkkeille ja hoidoille, joita suositellaan NICE:n teknologia-arviointeihin perustuvissa päätöksissä. Toisaalta alueellisilla järjestäjäorganisaatioilla ja lääkäreillä on vieläkin jonkin verran päätösvaltaa siihen, mitä menetelmiä sovelletaan käyttöön.

Yksityiskohtaista tietoa siitä, miten kattavasti kunkin maan terveydenhuollon yksiköissä noudatetaan priorisointisuosituksia, ei tämän katsauksen aikarajojen puitteissa ollut mahdollista koota. Esimerkiksi Ruotsin Sosiaalihuollon julkaisemien indikaattoriraporttien pohjalta voisi jatkossa olla mahdollista koostaa hoitosuosituksien käyttöönottoa koskeva selvitys.

5.3 KANSALAISTEN OSALLISTUMINEN

Kansalaisten tukea priorisointilinjauksille pidetään yleisesti ottaen tärkeänä. Heidän mahdollisuudessaan osallistua priorisointityöhön on vaihtelua:

- Priorisointiperiaatteiden määrittely on monissa maissa toteutettu melko avoimesti ja läpinäkyvästi, ja esimerkiksi Norjassa ja Ruotsissa kansalaiset ovat ainakin jossain määrin voineet osallistua keskusteluun niistä.
- Ruotsissa suosituksien ovat yleisesti hyväksytyjä ja niitä käytetään kliinisessä työssä. Kansalaiset osallistuvat hyvin vähän suositustyöhön, mutta toisaalta heidän taholtaan esitetään hyvin vähän vahvaa kritiikkiä näitä suosituksia kohtaan.
- Englannissa kansalaiset ovat voineet tietyissä rajoissa osallistua NICE:n periaatteiden määrittelyyn ja sidosryhmien edustajat priorisointisuositusten laadintaan, mutta lopulliset päätökset on tehty virkatyönä.

LÄHTEET

1. Stafinski T, [Menon D](#), [Philippon DJ](#), [McCabe C](#). Health technology funding decision-making processes around the world: the same, yet different. *Pharmacoeconomics* 2011;29:475-95.
2. Rynnänen O-P, Myllykangas M, Kinnunen J, Isomäki V-P, Takala J. *Terveyden ja sairauden valinnat*. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, Kuopion yliopisto, 1999.
3. New B. The rationing agenda in the NHS. *BMJ* 1996;312:1593-601.
4. Kleinert S. Rationing of health care-how should it be done. *Lancet* 1998;352:1244.
5. Tragakes E, Vienonen M. Key issues in rationing and priority setting for health care services. WHO Regional Office of Europe. *Health care reform methodologies*, 1998.
6. Maynard A. Rationing health care: an exploration. *Health Policy* 1999; 49:5-11.
7. Asch DA, Ubel PA. Rationing by any other name. *N Engl J Med* 1997;336:1668-71.
8. Norheim O. Healthcare rationing-are additional criteria needed for assessing evidence based clinical practice guidelines? *BMJ* 1999; 319:1426-9.
9. Saarni S, Vuorenkoski L. Terveydenhuollon säännöstely, markkinatalous ja lääkärin rooli. *Duodecim* 2003;119(10):993-1000.
10. Sabik LM, Lie RK. Priority setting in health care: Lessons from the experiences of eight countries. *International Journal for Equity in Health* 2008; 7:4.
11. LOV-1999-07-02-63. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Siteerattu 11.1.2017. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
12. FOR-2000-12-01-1208. Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften). Siteerattu 11.1.2017. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1208>
13. Ministry of Health and Care Services. Principles for priority setting in health care — Summary of a white paper on priority setting in the Norwegian health care sector: Meld. St. 34 (2015-2016). Siteerattu 30.3.2017. <https://www.regjeringen.no/contentassets/439a420e01914a18b21f351143ccc6af/en-gb/pdfs/stm201520160034000engpdfs.pdf>
14. Wisløff T. Priority-setting criteria in the Norwegian health services. *Tidsskriften Nor Legeforen* 2015;135(15) 1373-6.
15. Høymork SC. Priority setting – Norwegian Systems and Experiences. *Palveluvalikoimaneuvoston avoin seminaari* 12.11.2015. Siteerattu 16.12.2016. <http://palveluvalikoima.fi/documents/1237350/1809198/Siv+Hoymork+-bbc+Priority+Setting+-+Norwegian+Systems+and+Experiences+-+20151112.pdf/fd72899b-5488-4faa-a5ba-774f7470778a>
16. Nye metoder. En kort presentasjon om systemet Nye metoder. Siteerattu 27.12.2016. [https://nyemetoder.no/Documents/Om%20systemet/Nye%20metoder%20\(Norsk%20presentasjon%202016\).pdf](https://nyemetoder.no/Documents/Om%20systemet/Nye%20metoder%20(Norsk%20presentasjon%202016).pdf)
17. Nasjonalt råd for prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Mandat (päivitetty 17.12.2015). Siteerattu 13.12.2016. <http://www.prioritering.no/r%C3%A5det/mandat>
18. Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten. *Norges offentlige utredninger*. 2014: 12. Siteerattu 21.12.2016. <https://www.regjeringen.no/contentassets/16a0834c9c3e43fab452ae1b6d8cd3f6/no/pdfs/nou201420140012000ddpdfs.pdf>
19. Norges helse- og omsorgsdepartementet. På ramme alvor - alvorlighet og prioritering. Lokakuu 2015. Siteerattu 26.12.2016. https://www.regjeringen.no/contentassets/d5da48ca5d1a4b128c72fc5daa3b4fd8/paa_ramme_alvor.pdf
20. Suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoima. Rajat ylittävän terveydenhuollon ohjausryhmän palvelukori-alatyöryhmän ehdotuksia. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:5
21. Innstilling 57 S (2016-2017). Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen Meld. St. 34 (2015-2016). <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2016-2017/inns-201617-057s.pdf>
22. SFS. Hälso- och sjukvårdslag (1982:763) http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763
23. Carlsson P. Prioritisation in the Swedish health care system. *Palveluvalikoimaneuvoston avoin seminaari* 19.11.2014. Siteerattu 20.12.2016. <http://palveluvalikoima.fi/documents/1237350/1414304/National+model+for+transparent+prioritisation+in+Swedish+health+care+Per+Carlsson.pdf/37a66f5b-4cd1-4871-887c-b362d2c74319>

24. Socialstyrelsen. Indikatorer i nationella riktlinjer. Siteerattu 28.12.2016. <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer/indikatorer>
25. Könönen K. Terveysthuollon priorisoinnin nykytila ja tulevaisuus Ruotsissa ja Suomessa. Pro gradu-tutkielma. Itä-Suomen yliopisto, Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta / Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos, 2012. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120505/urn_nbn_fi_uef-20120505.pdf
26. Linköpings Universitet. Prioriteringscentrum. Nationellt kunskapscentrum för prioriteringar inom vård och omsorg (päivitetty 9.12.2016). Siteerattu 27.12.2016. <https://www.imh.liu.se/halso-och-sjukvardsanalys/prioriteringscentrum?l=sv>
27. Broqvist M, Elgstrand Branting M, Carlsson P, Eklund K, Jakobsson A. National Model for Transparent Prioritisation in Swedish Health Care. Revised Version. National Center for Priority Setting in Healthcare 2011:4. <http://liu.diva-portal.org/smash/get/diva2:759770/FULLTEXT01.pdf>
28. Lund K. Prioriteringar i samverkan mellan kommun och landsting – erfarenheter av Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. PrioriteringsCentrum Rapport 2010:1. <http://liu.diva-portal.org/smash/get/diva2:759777/FULLTEXT01.pdf>
29. Socialstyrelsen. National guidelines: What are they? Siteerattu 28.12.2016. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19839/2015-6-6.pdf>
30. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer. Utvärdering. Siteerattu 28.12.2016. <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer/utvardering>
31. Department of Health. Guidance: The NHS Constitution for England. Updated 14 October 2015. Siteerattu 28.12.2016. <https://www.gov.uk/government/publications/the-nhs-constitution-for-england/the-nhs-constitution-for-england>
32. Stevenson M. NICE decisions on health care provisions in England. Palveluvalikoimaneuvoston avoin seminaari 19.11.2014. Siteerattu 20.12.2016. <http://palveluvalikoima.fi/documents/1237350/1414304/NICE+decisions+on+health+care+provisions+in+England+Matt+Stevenson.pdf/66b04bed-1b4a-47fd-a228-15301e798533>
33. Health and Social Care Act 2012, Part 8. Siteerattu 20.1.2017. <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/contents/enacted>
34. Rumbold B, Alakeson V, Smith PC. Rationing health care. Nuffield Trust, Research Report, 2012. <https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/rationing-health-care-web-final.pdf>
35. NICE. The National Institute for Health and Care Excellence. Who we are. Siteerattu 29.12.2016. <https://www.nice.org.uk/about/who-we-are>
36. NICE. The National Institute for Health and Care Excellence. What we do. Siteerattu 29.12.2016. <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do>
37. Edwards N, Crump H, Dayan M. Rationing in the NHS. Nuffield Trust, Policy Briefing 2/2015. http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/rationing_in_the_nhs_0.pdf
38. NHS England. Our Annual Report 2015/16, s 35. Siteerattu 29.12.2016. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/07/nhse-annual-rep-201516.pdf>
39. NICE. The National Institute for Health and Care Excellence. Measuring the use of NICE guidelines. Siteerattu 02.02.2017. <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/into-practice/measuring-the-uptake-of-nice-guidance>
40. NICE. Social value judgements. Principles for the development of NICE guidance. Second edition. Siteerattu 10.2.2017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/n/niceg1002/pdf/>
41. Thames Valley Priorities Committee. Ethical framework. 2015 <http://www.fundingrequests.cscsu.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/08/Ethical-Framework-March-2016-final.pdf>
42. Melding til Stortinget 34 (2015–2016). Verdier i pasientens helsetjeneste — Melding om prioritering. Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 3. juni 2016. Siteerattu 20.1.2017. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/>
43. BILAGA 1 Nationella riktlinjers utveckling och innehåll. Siteerattu 17.2.2017. <http://www.riksrevisionen.se/PageFiles/17843/Bil%201%20Nationella%20riktlinjer.pdf>
44. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL - Stöd för styrning och ledning. Siteerattu 17.2.2017. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19949/2015-11-3.pdf>
45. Socialstyrelsen. Vård vid astma och KOL - Målnivåer för indikatorer. Siteerattu 17.2.2017. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19945/2015-11-2.pdf>
46. Socialstyrelsen. Vård vid astma och KOL - Förbättringsområden, bedömningar och sammanfattning. Siteerattu 17.2.2017. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19607/2015-1-3.pdf>
47. Socialstyrelsen. Ny SBU-rapport om kost vid diabetes. Siteerattu 17.2.2017. <http://www.socialstyrelsen.se/pressrum/nyhetsarkiv/nysbu-rapportomkostviddiabetes>

48. Linköpings Universitet. Prioriteringscentrum. PrioNet – vårt nätverk och seminarieverksamhet. Siteerattu 27.12.2016. <https://www.imh.liu.se/halso-och-sjukvardsanalys/prioriteringscentrum/prionett?l=sv>
49. Nagel E, Lauerer M (toim). Prioritization in Medicine: an international dialogue. Springer International Publishing, 2015.
50. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer. Frågor och svar om Nationella riktlinjer för vuxentandvård. Siteerattu 30.3.2017. <http://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/nationellariktlinjerforvuxenta>
51. Booth N, Aronen P, Mäkelä M. Selvitys kustannusvaikuttavuuden käyttämisestä yhtenä terveydenhuollon palveluvalikoiman määrittelykriteerinä. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2017. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:30 2017.

Liitetaulukko 1. Priorisointijärjestelmän pääpiirteet eri maissa

Maa, (lähteet)	Priorisoinnin lainsäädäntöpohja	Priorisoinnin periaatteet	Organisoituminen:	Käytännön toteutus	Ohjauskeinot
Terveystieteiden pääasiainen rahoitusjärjestelmä			<ol style="list-style-type: none"> 1) Näytön tuottaja 2) Päätösten valmistelija 3) Päätäjätaho 		
Hollanti, (1-5) Sairausvakuutus	<p>Sairausvakuutuslaki 2006 (Zorgverzekeringswet, Zvw 2006) (29)</p> <p>Laki pitkäaikaishoidosta (Wet langdurige zorg, Wlz) (30)</p>	<p>Sairausvakuutuksen peruspakettiin sisällyttämisen kriteerit (Dunningin siivilä) (40):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tarve (onko sairaus riittävän vakava ja onko vakuutus oikea väline) • Vaikuttavuus • Kustannusvaikuttavuus • Toteuttamiskelpoisuus (1, 5) 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Itsenäinen, ministeriön alainen ZIN (Zorginstituut Nederland) / Health Care Coverage -ohjelma; ZIN:n neuvottelukunta (de Wetenschappelijke Advies Raad, WAR); Neuvoa-antava peruspakettikomitea (de Adviescommissie Pakket, ACP); 2) Terveys-, hyvinvointi- ja urheiluministeriö 3) Parlamentti; peruspaketin sisällöstä päättäminen (2–5) 	<ol style="list-style-type: none"> 1) ZIN/WAR tekee HTA-raportin 2) ACP/ZIN Board tekee raportin ja muun tiedon sekä arvojen pohjalta suosituksen 3) Terveysministeri ehdottaa parlamentille peruspaketin muutoksista. (1) <p>ZIN tulkitsee perusvalikoimaa (asiakkaiden ja vakuutusyhtiöiden väliset riitatilanteet) (3)</p>	
Itävalta, (6, 33, 34) Sairausvakuutus***	<p>Yleinen sosiaalivakuutuslaki 1955 (Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, ASVG) (31)</p> <p>Bundesministerengesetz, BMG 2010 (32)</p>	<p>Hoidon oltava:</p> <ul style="list-style-type: none"> • riittävää • tarkoituksenmukaista • välttämätöntä (6) 	<ol style="list-style-type: none"> 1) LBI-HTA (Ludwig Boltzmann Institute for Health Technology Assessment) 2) Terveysministeriön alainen Ylin terveystieteiden komitea (Oberster Sanitätsrat, OSR), Alueiden terveystieteiden komiteat (Landets sanitätsräte) (33, 34) 3) Parlamentti (päätökset palvelukokonaisuuksista) (6) 	<p>ASVG:ssä määritelty palvelukokonaisuudet (benefit package), jotka kaikkien sairausvakuutuskassojen tarjottava. Lääkkeitä lukuunottamatta yksittäisistä menetelmistä ei eksplisiittistä positiivista tai negatiivista listaa. (6) HTA auttaa terveydenhuollon kansallisessa laadunvarmistuksessa ja satunnaisesti palveluvalikoimapäätöksissä. (6)</p>	<p>Supreme Health Board tuottaa ei-sitovia hoitosuosituksia (6)</p>

Maa, (lähteet) Terveystieteiden pääasiainen rahoitusjärjestelmä	Priorisoinnin lainsäädäntöpohja	Priorisoinnin periaatteet	Organisoituminen: 1) Näytön tuottaja 2) Päätösten valmistelija 3) Päätäjätaho	Käytännön toteutus	Ohjaukeinit
Kanada, (7, 8) Verorahoitus	Canada Health Act 1984 (35)	-	1) Kansallinen HTA-yksikkö CADTH (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health); provinssitaso HTA-yksiköt INESS (l'Institut de national de'excellence en santé et en services sociaux), Ontario Health Technology Advisor Committee and the Medical Advisory Secretariat ja IHE (Institute of Health Economics); alueelliset HTA-yksiköt 2) Provinssien ja territorioiden terveystieteistöt 3) Provinssien ja territorioiden hallitukset (7, 8)	Käytännön toteutus vaihtelee eri provinssissa ja territorioissa.	
Saksa, (9–11, 36) Sairausvakuutus	Socialgesetzbuch, Osa V (SGB V) (36)	G-BA:n korvattavuuspäätösten kriteerit (10): • Hyöty • Tarve • Kustannukset ja/tai kustannusvaikuttavuus (vain tietyissä tapauksissa)	1) IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) (9) 2) Kansallinen yhteiskomitea (Des Gemeinsamen Bundesausschluss, G-BA); edustettuina SHI-lääkärit, sairaalat, sairausvakuutusliikokset ja potilaat. (9) 3) Liittovaltion terveystieteistö, yksittäisiä menetelmiä koskevat päätökset (9) Liittovaltiopäivät (Bundestag), lainsäädännölliset linjaukset (esim. Act to Adjust the Financing of Dentures) (11)	IQWiG: Th. palvelujen hyötyjen ja haittojen selvittäminen (98) G-BA: uusien lääkkeiden ja muiden terveystieteiden menetelmien SHI:hin mukaanottamista/poissulkemista koskevien päätösten valmistelu. SHI-kassojen** kansallinen keskusyhdistys (GKV-SV): päättää lääketieteellisten hoitojen ja tarvikkeiden hinnat. (9)	G-BA:n suositukset ja juriidisesti sitovat käytännön ohjeet SHI:lle ("minor legislation") (9)

Maa, (lähteet)	Priorisoinnin lainsäädäntöpohja	Priorisoinnin periaatteet	Organisoituminen:	Käytännön toteutus	Ohjaukset
Tanska, (12-16) Verorahoitus	Terveystieteiden lain (Sundhedsloven 2016) (15)	Tanskan eettisen komitean yleiskriteerit terveydenhuollon priorisointiin 1996 (13) • Tasa-arvo • Solidaarisuus • Turvallisuus • Itsemääräämisoikeus	1) Näytön tuottaja 2) Päätösten valmistelija 3) Päätäjätaho 1) Tanskan terveysvirasto (Sundhedsstyrelse) 2) Terveysministeriö; Alueelliset ja kunnalliset päättäjät (yksittäiset priorisointipäätökset) 3) Parlamentti (yksittäiset priorisointipäätökset) (12)	Hoitojen ”minimipakettia” ei määritelty. Yrityksiä priorisoinnin aloittamiseksi on ollut useita, mutta hankkeet eivät ole edenneet. (16) Parlamentti ja yksittäiset sairaalat ovat päättäneet joitakin harvoja hoitoja koskevista rajoituksista ja oikeutuksista. (14) Lääkkeiden korvattavuudesta vastaa Tanskan Lääkevirasto.	Sundhedsstyrelsen tuottaa kansallisia kliinisiä hoitosuosituksia. Tanskassa läänit (regioner) ovat keskustelleet vuonna 2016 terveydenhuollon priorisointiyksikön perustamisen tarpeesta ja yksikköä suunnitellaan. Priorisoinnin perustaksi tarvittavan tiedon saanti voi kuitenkin olla hankalaa, sillä Tanskan kansallinen HTA-yksikkö lakkautettiin 2010-luvun alussa ja sitä korvaavaa toimintaa on niukasti vain yhdessä (Århusin) yliopistossa. (Prof. John Brodersen, Kööpenhaminan yliopisto, henkilökohtainen tiedonanto)
Oregon, USA, (17-19, 37, 38) Sairausvakuutus	Oregon House Bill 3650 (37) Ks. myös Oregon Health Plan (Medicaid) (38)	Tarve Kliininen vaikuttavuus Kustannukset (17, 18)	1) Medicaid Advisory Committee (MAC); Oregon Health Evidence Review Commission (HERC) 2) Oregon Health Services Commission päättää sairaus-hoitolistasta ja sairaus-hoitoparien järjestyksestä listalla 3) Oregonin senaatti päättää korvattavien parien lukumäärän (17-19)	Positiivinen lista**; Satoja sairaushoitopareja käsittävä luettelo, jossa parin järjestysnumero määrittää sen tärkeyden. Julkisten varojen riittävyyden perusteella päätetään, mitkä sairaudet tärkeysjärjestyksen mukaan hoidetaan ja mitkä hoidot jätetään potilaiden kustannettaviksi. (17)	

Maa, (lähteet)	Priorisoinnin lainsäädäntöpohja	Priorisoinnin periaatteet	Organisoituminen:	Käytännön toteutus	Ohjaukset
Uusi-Seelanti, (20–23, 39) Verorahoitus	The New Zealand Public Health and Disability Act 2000 (39)	de Boer:in periaatteet, 2011: • Vaikuttavuus • Tehokkuus • Oikeudenmukaisuus • Hyväksyttävyys • Maorien terveyden edistäminen (23) PHARMAC:lla, NSAC:llä, CIC:llä ja ACART:lla omat priorisointikriteerit	1) Näytön tuottaja 2) Päätösten valmistelija 3) Päätäjätaho 1) Strategisen priorisoinnin toiminto (Strategic prioritisation); PHARMAC: lääkkeiden, rokotteiden ja lääketieteellisten laitteiden arviointi; National Screening Advisory Committee (NSAC); Capital Investment Committee (CIC) within the National Health Board; Advisory Committee on Assisted Reproductive Technology (ACART) (20, 21, 22) 2) ***** 3) Terveysministeriö; District Health Boards; PHARMAC; päätökset julkisin varoin jaettavien avo- ja sairaalalääkkeiden, rokotteiden ja lääketieteellisten laitteiden valikoimasta (20)	*****	
Viro, (24–28) Sairausvakuutus	Health Insurance Act 2014, terveydenhuoltoa koskevat asetukset (24)	Hallituksen vahvistamat priorisointikriteerit: • Terveysyhyty • Kustannusvaikuttavuus • Vaikutus terveystakuun budjetin • Sosiaaliset, organisatoriset ja terveystaloudelliset vaikutukset. (25)	1) Tarton yliopisto/HTA-keskus 2) Sairausvakuutuskassa (Haigekassa) + Kliiniset asiantuntijat + Sosiaaliministeriö 3) Viron hallitus (25–27)	”Positiivinen lista” sairausvakuutuksesta korvattavista terveydenhuollon menetelmistä; päivitetään vuosittain. (25, 28)	Guideline Advisory Board laatii hoitosuosituksia. Sairausvakuutuskassa valvoo terveystaloudellisten palvelujen laatua ja käyttöä vakuutuskorvausten seurannalla, auditoinneilla ja indikaattoreilla. (27)

*SHI = Statutory health insurance, Lakisääteinen sairausvakuutus; **Positiivinen lista = palveluvalikoimaan kuuluvat terveydenhuollon menetelmät

*** Sairaaloiden rahoituksessa verorahoitus lisääntynyt ja vuonna 2010 se oli suurempi kuin vakuutuskassoilta tuleva rahoitus (6)

**** Vuonna 2016 lakkautetun HTA-yksikkö NHC:n (National Health Committee) toiminnot siirretty terveysministeriön alaiselle Strategisen priorisoinnin ryhmälle, jonka toimintaperiaatteista ei vielä saatavilla yksityiskohtaista tietoa.

LIITETAULUKON LÄHTEET

1. Zwaap J. Going Dutch - Defining the Dutch basic benefit package. Palveluvalikoima-neuvoston avoin seminaari 19.11.2014, Helsinki. Siteerattu 30.11.2016
<http://palveluvalikoima.fi/documents/1237350/1414304/Defining+the+Dutch+basic+bene+fit+package+Jacqueline+Zwaap.pdf/b9856d3b-c454-415b-956b-a7b644dfcb8f>.
2. Sitra. Hollannin sosiaali- ja terveystalvumarkkinat – Kooste opintomatkalta marras-kuulta 2009. Siteerattu 30.11.2016 <http://www.slideshare.net/palveluseteli/hollannin-sosiaali-ja-terveyspalvelumarkkinat>
3. The National Health Care Institute. About us. Viitattu 30.11.2016.
<https://english.zorginstituutnederland.nl/about-us>
4. CVZ 2011. A background study on the ‘cost-effectiveness’ package principle for the benefit of the appraisal phase in package management Report No. 291.
5. Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Devillé W and van Ginneken E. The Netherlands: Health system review. Health Systems in Transition, 2010; 12(1):1–229
6. Hofmarcher M, Quentin W. Austria: Health system review. Health Systems in Transition, 2013; 15(7): 1– 291.
7. Gregory P. Marchildon. Canada: Health system review. Health Systems in Transition, 2013; 15(1): 1–179.
8. Hailey DM. Health technology assessment in Canada: diversity and evaluation. MJA, 2007; 187 (5): 286-288.
9. Obermann K., Müller P., Müller H.-H., Schmidt B., Glazinski B. Understanding the German Health Care System. Mannheim Institute of Public Health (MIPH), Heidelberg University.
10. Gemeinsamer Bundesausschluss. Legal mandate, procedures. Siteerattu 09.12.2016
<http://www.english.g-ba.de/legalmandate/rules/>
11. Busse R, Blümel M. Germany: health system review. Health Systems in Transition, 2014, 16(2):1–296.
12. Healthcare in Denmark - An Overview. Ministry of Health. 2016. Siteerattu 7.12.2016.
http://www.ehealthnews.eu/images/stories/pdf/healthcare_in_denmark.pdf
13. Det etiske råd: Prioritering av sundhedsvæsenet – en redegørelse. 1996.
14. Strandberg-Larsen M, Nielsen MB, Vallgård S, Krasnik A, Vrangbæk K and Mossialos E. Denmark: Health system review. Health Systems in Transition, 2007; 9(6): 1–164
15. Sundheds- og Ældreministeriet: Sundhedsloven 24.9.2016. Siteerattu 1.12.2016.
<http://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=183932>
16. WHO: Health laws and universal health coverage – Denmark. Updated May 2016. Siteerattu 9.12.2016. <http://www.who.int/health-laws/countries/dnk-en.pdf>
17. Oregon Health Authority. Prioritization of health services. A Report to the Governor and the 78th Oregon Legislative Assembly 2015.
<http://www.oregon.gov/oha/herc/Documents/2015%20Biennial%20Report%20to%20Governor%20and%20Legislature,%20May%202015.pdf>
18. Oregon Health Plan. The Prioritized List. Siteerattu 12.1.2017.
<http://www.oregon.gov/oha/healthplan/Pages/priorlist.aspx>
19. Oregon Health Plan. About the Oregon health plan. Siteerattu 13.12.2016.
http://www.oregon.gov/oha/healthplan/Pages/about_us.aspx

20. Holmes E., Blakely T., Laking G. Approaches to Prioritisation and Health Technology Assessment in New Zealand. The Department of Public Health, University of Otago, Wellington. Working paper, Version 1.0. April 2014.
21. The New Zealand Ministry of Health. The Capital Investment Committee (CIC). Viitattu 7.1.2017. <http://www.health.govt.nz/new-zealand-health-system/key-health-sector-organisations-and-people/capital-investment-committee>
22. The New Zealand Ministry of Health. Strategic prioritisation. Siteerattu 7.1.2017. <http://www.health.govt.nz/about-ministry/what-we-do/strategic-direction/strategic-prioritisation>
23. de Boer, M. (2011). Priority Setting Developments within the New Zealand Health System. In J. Hall, J. Cumming & M. Hoos (Eds.), Celebrating the Achievements of Health Services Research in Australia and New Zealand 2001-2011 (pp. 25-28). New South Wales: Health Services Research Association of Australia and New Zealand.
24. Eesti Haigekassa. Organisation. Siteerattu 1.12.2016. <http://www.haigekassa.ee/en/home/organisation>
25. Eesti Haigekassa. Organisation. General Information for Amending the List. Siteerattu 4.1.2017. <https://www.haigekassa.ee/en/organisation/partner/list-health-care-services/general-information-amending-list>
26. University of Tartu. Institute of Family Medicine and Public Health. Health Technology Assessment in Estonia. Siteerattu 4.1.2017. <http://tervis.ut.ee/en/health-technology-assessment/health-technology-assessment-estonia>
27. Eesti Haigekassa. The quality and supervision of health services. Siteerattu 4.1.2017. <https://www.haigekassa.ee/en/quality-and-supervision-health-services>
28. Lai T, Habicht T, Kahur K, Reinap M, Kiiwet R, van Ginneken E. Estonia: health system review. Health Systems in Transition, 2013; 15(6):1–196.
29. Zorgverzekeringswet 16 juni 2005 <http://wetten.overheid.nl/BWBR0018450/2017-01-01>
30. Wet langdurige zorg 3 december 2014, <http://wetten.overheid.nl/BWBR0035917/2017-01-01>
31. Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG. 1955. <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008147>
32. Bundesministeriengesetz - BMG 1986. <https://www.bka.gv.at/bundesministeriengesetz-legistik>
33. Hofmarcher M. Das österreichische gesundheitssystem: Akteure, daten, analysen. 2013. <https://broschuerenservice.bmgf.gv.at/BrochureDownload.ashx?sel=NELaMXNsSGRwbkJPcnkvZklXd0RuUT090>
34. Breyer, E. (2008): Aktualisierung von Leistungskatalogen. Eine vergleichende Analyse von Refundierungsprozessen für ärztliche Leistungen in ausgewählten Ländern. HTA-Projektbericht 2008/22.
35. Canada Health Act 1985. <http://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/C-6/FullText.html>
36. Sozialgesetzbuch Fünftes Buch: Gesetzliche Krankenversicherung 2004. http://www.sozialgesetzbuch.de/gesetze/05/index.php?norm_ID=0500000
37. Oregon House Bill 3650. 2011 https://www.oregonlegislature.gov/bills_laws/lawsstatutes/2011orLaw0602.html
38. Oregon Health Plan (Medicaid). <https://www.oregon.gov/oha/herc/Pages/About-Us.aspx>
39. New Zealand Public Health and Disability Act 2000. <http://www.legislation.govt.nz/act/public/2000/0091/latest/DLM80051.html>
40. Roscam Abbing H.D.C. Kiezen en delen; rapport van de commissie Keuzen en de zorg (Commissie-Dunning). Ned Tijdschr Geneesk 1991; 135(37):2239-2241.