

# Terveydenhuollon priorisointi on lainsäädännöllisessä umpikujassa

SAMULI SAARNI & KLAUS NYBLIN

## Johdanto

Suomessa on käyty systemaattista keskustelua terveydenhuollon palvelujen priorisoinnista vähintään 25 vuotta. Lähtölaukauksina voidaan pitää Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (Stakes), Duodecim-seuran ja Suomen Akatemian järjestämää konsensuskokousta vuonna 1993 ja priorisointineuvottelukuntaa vuonna 1997 (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 1993; 2000).

Taustalla vaikutti 1990-luvun alkuvuosien lamaan liittynyt akuutti rahoituskriisi ja vuoden 1993 valtionosuusuudistus, joka hajautti aiemmin keskusjohtoisen palvelujärjestelmän noin 450 kunnan vastuulle. Samoihin aikoihin säädettiin laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, potilaslaki). Sen 3 §:ään kirjattiin potilaan oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä.

Vaikka priorisoinnista on keskusteltu pitkään, tulokset ovat jääneet niukoiksi. Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) tilaama katsaus (Kaila & Lohiniva-Kerkelä 2020) ei suosituksillaan eronnut aiemmista: 1) järjestelmän pohjana olevat arvot tulee määritellä kansallisesti, 2) palveluvalikoimaan kuulumisen yleiset periaatteet, valikoitumisen kriteerit ja prosessit pitää määritellä täsmällisemmin lainsäädännössä sekä 3) kansallisten suositusten antajan asemaa on selkeytettävä ja vahvennettava.

Priorisointia on tarkasteltu yksityiskohtaisemmin tuoreessa valtioneuvoston tilaamassa selvityksessä (Torkki ym. 2022). Selvityksessä ei ole ehdotettu tarkempia lainmuutoksia, mutta on kat-

sottu, että lainsäädäntöä pitäisi kehittää selkeämmän priorisoinnin mahdollistamiseksi siten, että väestön terveys, taloudelliset voimavarat ja niiden oikeudenmukainen jakaminen huomioidaan johdonmukaisemmin.

Käytännössä Suomessa ei ole onnistuttu ratkaisemaan 1990-luvulla muodostunutta priorisointiongelmaa, jossa potilailla toisaalta on asuinpaikasta riippumatta yhtäläinen oikeus hoitoon ja toisaalta kunnilla on ollut laaja toimivalta päättää terveydenhuollon rahoituksen tasosta ja järjestämisestä. Ongelma kärjistyy vuonna 2023, kun järjestelmästä poistuu viimeinen joustomekanismi eli mahdollisuus lisätä terveydenhuollon rahoitusta kunnallisveroa korottamalla.

Priorisointikeskustelua on käyty ensisijaisesti terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmasta, käyttämällä lähtökohtana nykyistä palvelujärjestelmää ja sen piirissä toteutettavaa eettistä tai terveystaloustieteellistä arviointia. Toteuttamiskelpoisia ratkaisuja ei ole löytynyt. Siksi on tärkeää tutkia, onko nykyinen lainsäädäntö itse asiassa eettisesti ja terveystaloudellisesti hyväksyttävän priorisoinnin keskeinen este.

## Tutkimusasetelma ja -menetelmät

Julkisen terveydenhuollon järjestämistä ja tuottamista voidaan arvioida oikeudellisesti toisaalta julkisen vallan velvollisuuksien ja toisaalta potilaiden oikeuksien kannalta. Kumpikin näkökulma johtaa samaan lopputulokseen: jos potilaalla on lain nojalla oikeus saada tietynsisältöistä hoitoa, julkisella vallalla on velvollisuus tarjota sitä.

Artikkelissa analysoidaan terveydenhuollon palvelujen priorisoinnin edellytyksiin vaikutta-

van lainsäädännön sisältö ja rakenne. Siltä osin kuin lainsäädäntö on sisäisesti epäjohdonmukaista tai jännitteistä, tämä nostetaan esille. Terveydenhuollon yleis- ja erityislakien säännöksiä arvioidaan suhteessa niiden taustalla vaikuttaviin perusoikeuksiin.

Artikkelissa esitettävä lainsäädännön analyysi perustuu perinteiseen lainoppiin, jossa itse lakitekstin ohella annetaan merkitystä lain esitöille ja muille oikeuslähteille, tässä yhteydessä erityisesti eduskunnan oikeusasiamiehen kannanotoille. Lainsäädännön analyysin tuloksia arvioidaan suhteessa terveydenhuollon palvelujärjestelmän tosiasiallista kustannuskehitystä ohjaaviin tekijöihin, asetettuihin terveystaloudellisiin tavoitteisiin ja eettisesti hyväksytyihin priorisointimalleihin.

Keskeinen tutkimuskysymys on se, salliiko nykyinen lainsäädäntö taloudellisesti merkityksellistä ja eettisesti kestävää priorisointia vai olisiko lainsäädäntöä perusteltua muuttaa.

## Priorisointiin vaikuttavan lainsäädännön analyysi

### Priorisointilainsäädännön tarpeen syyt

Terveyspalvelujen kysynnälle ei ole teoriassa ylärajaa. Priorisointikeskustelussa kysyntä pyritään kuitenkin jakamaan kahteen ryhmään: osa palveluista on näyttöön perustuvan lääketieteen perusteella potilaille tarpeellisia (terveyshyötyä, elämänlaatua tai muuta arvoa tuottavia) ja osa ei täytä tätä edellytystä.

Viimeksi mainitut palvelut on periaatteessa helppo rajata julkisesti rahoitettavan terveydenhuollon ulkopuolelle. Priorisointikeskustelun kova ydin kohdistuu siten potilaille lääketieteellisesti tarpeellisten palvelujen saatavuuden säännösteilyyn (Saarni & Vuorenkoski 2003). Palvelutuotannon tehostaminen tai vaikuttamattomien hoitojen jättäminen pois on oikeudellisesti ja eettisesti ongelmatonta; käytännössä tämäkin on toki vaikeaa.

Julkisen terveydenhuollon edellytykset tarjota potilaille tarpeellisia palveluja ovat sidoksissa palvelujärjestelmälle poliittisin päätöksin osoitettuun rahoitukseen. Kustannuksia nostavat bruttokansantuotteen kasvua nopeammin kysyntää (vaatimustaso), tarvetta (ikäntyminen), tuotantokustannuksia (regulaatio) ja tarjontaa (innovaatiot) lisäävät tekijät. Palvelujen julkista rahoitusta ei pystytä lisäämään kustannuspaineita vastaavasti.

### Priorisoinnin liikkumavara lainsäädännössä

Priorisoinnista säädetään osaltaan terveydenhuoltolain (1326/2010) 7 §:ssä, jonka mukaisesti STM laatii yhdessä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) kanssa yhtenäiset hoidon perusteet. Saman lain 7 a §:ssä on säädetty terveydenhuollon palveluvalikoimasta. Pykälän 1 momentin mukaan siihen kuuluvat lääketieteellisesti ja hammaslääketieteellisesti perusteltu sairauksien ennaltaehkäisy, sairauden toteamiseksi tehtävät tutkimukset sekä taudinmääritys, hoito ja kuntoutus.

Pykälän 2 momentissa on säädetty palveluvalikoiman ulkopuolella olevista toimenpiteistä. Keskeisin merkitys on sillä, että palveluvalikoimaan eivät kuulu toimenpiteet, joiden vaikuttavuus on vähäinen ja joiden aiheuttamat kustannukset ovat kohtuuttomat saavutettavissa olevaan terveyshyötyyn ja hoidolliseen arvoon nähden. Palveluvalikoiman ulkopuolelle voidaan siten rajata kustannusvaikuttavuuden perusteella vain vaikuttavuudeltaan vähäisiä hoitoja. Myös terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto (Palko) on kiinnittänyt tähän huomiota (Palveluvalikoimaneuvosto 2016a).

Lain 7 a §:n 3 momenttiin on sisällytetty mahdollisuus, että potilaalle voidaan antaa palveluvalikoimaan kuulumatonta hoitoa, jos se on potilaan henkeä tai terveyttä vakavasti uhkaavan sairauden tai vamman takia lääketieteellisesti välttämätöntä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen. Käytännössä potilaalle on annettava hoitoa, jos säännöksen perusteet täyttyvät.

Yleisesti palveluvalikoima määrittyy potilasryhmätasoisesti. Se ei perustu yksittäisen potilaan tarpeeseen, vaan potilaalle on lähtökohtaisesti tarjottava hoitoa, jos hän kuuluu ryhmään, jolle annettava tietynsisältöinen hoito kuuluu palveluvalikoimaan. Tämä yleistason määrittäminen ilmenee välillisesti myös terveydenhuoltolain 7 a §:n 3 momentin poikkeuksesta: yksittäiselle potilaalle voidaan erityisistä syistä antaa palveluvalikoimaan kuulumatonta hoitoa.

Palveluvalikoima rajaa palvelut joiltakin osin kaavammin kuin se lainsäädännön kokonaisuus, jonka nojalla potilaan oikeudet voivat myös määräytyä. Suomen perustuslain (731/1999) 19 §:n 3 momentin mukaisesti julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Säännöksessä tarkoitettua tavallista lainsäädäntöä ovat erityisesti potilaslaki, sairausvakuutuslaki (1224/2004), terveydenhuoltolaki ja sosiaa-

li- ja terveydenhuollon järjestämisestä annettu laki (612/2021, pääosin voimaan 1.1.2023).

Palkon tehtävästä on säädetty terveydenhuoltolain 78 a §:ssä, jossa on mainittu Palkon arvioinnin erityisinä oikeudellisina perusteina vain väljästi ”terveydenhuollon eettiset ja järjestämiseen liittyvät näkökohdat”. Palko on omaksunut prosessiinsa ilmaisen ”terveysongelman merkittävyyden arviointi”. Prosessi on vahvasti arvosidonnainen, ja se on johtanut myös mekanismiin, jossa Palko priorisoi omia resurssejaan eli päättää, minä toimenpiteiden arviointeja se käynnistää (Palveluvalikoimaneuvosto 2020a).

Julkisen terveydenhuollon järjestämiseen sovellettavasta muusta lainsäädännöstä poiketen sairausvakuutuslain mukainen lääkekorvausjärjestelmä sisältää priorisoinnin oikeuttavan sääntelyn, jonka puitteissa potilaalta voi estyä sellaisen hoidon saaminen, joka olisi hänelle lääketieteellisin perustein tarpeellista tai jopa välttämätöntä. Lääkkeiden hintalautakunnan (Hila) on mahdollista jättää myyntiluvan haltijoille annettavin päätöksin korvausjärjestelmän ulkopuolelle liian kalliina pidettäviä lääkkeitä tai rajata korvattavuus vain osalle potilaista. Jos Hila ei ole hyväksynyt avohuollon lääkettä korvausjärjestelmään liian korkeiden kustannusten takia, potilas ei saa sitä julkisin varoin rahoitettuna.

Sairaaläläkkeistä ei ole sitä vastoin säännöstä, jonka tuella potilaalta voitaisiin evätä vakavan sairauden hoidossa välttämätön lääke liian korkeiden kustannusten takia. Palko antaa suosituksia sairaaläläkkeistä, mutta palveluvalikoimaa koskeva sääntely ei salli puhtaasti kustannusvaikuttavuuteen perustuvaa priorisointia. Lisäksi terveydenhuoltolain 7 a §:n 3 momentin poikkeus voi antaa potilaalle joka tapauksessa oikeuden saada palveluvalikoimaan kuulumatontakin hoitoa.

### **Potilaan valinnanvapaus suhteessa palveluvalikoimaan**

Eduskunnan apulaisoikeusasiamies antoi kesällä 2021 ratkaisun koronarokotusohjelman toteuttamisesta<sup>1</sup>, ja siinä omaksutut linjaukset vauhdittivat yleisempääkin keskustelua priorisoinnin ydinongelmasta: potilaan itsemääräämisoikeus ja julkiseen rahoitukseen liittyvä terveyshyödyn maksimointi voivat olla sovittamattomassa ristiriidassa keskenään (Nyblin & Saarni 2021).

THL oli linjannut, että 65–69-vuotiaiden rokkotamisessa tuli käyttää AstraZenecan adenovirusvektorirokotetta (Vaxzevria), eikä tälle ikäryhmälle ollut tarjottu aluksi mahdollisuutta saada mRNA-valmistetta. Apulaisoikeusasiamiehen mukaan valinnanvapauden epäämällä loukattiin potilaiden itsemääräämisoikeutta.

Potilaan itsemääräämisoikeudesta on säädetty potilaslain 6 §:ssä: potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, ja jos hän kieltäytyy tietyistä hoidosta tai hoitotoimenpiteistä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla.

Apulaisoikeusasiamies katsoi, että mRNA-rokotteet olisivat selvästi tehokkaampia kuin Vaxzevria. Näin ollen jo yhdenvertaisuuden toteuttaminen edellytti hänen mukaansa jokaiselle rokotettavalle mahdollisuutta saada mRNA-valmiste. Rokotettavan kieltäytyessä Vaxzevriasta olisi tullut joka tapauksessa huolehtia potilaslain 6 §:n mukaisesti valinnanvapauden toteuttamisesta.

Saman, lakiin sinällään perustuvan, päättelyketjun ulottaminen palveluvalikoiman soveltamiseen yleisesti rapauttaa palveluvalikoiman perusteita. Priorisointinäkökulmasta pitäisi olla selvää, että palveluvalikoimaan kuuluu vaikuttavuudeltaan ja turvallisuudeltaan yhdenvertaisista samaan terveysongelmaan kohdistuvista hoidoista kokonaistaloudellisesti edullisin vaihtoehto. Tältä, myös Palkon tekemältä linjaukselta (Palveluvalikoimaneuvosto 2016b) voi silti pudota pohja yksittäisen potilaan kohdalla, jos potilas kieltäytyy edullisemmasta vaihtoehdosta ja vaatii kalliimpaa hoitoa. Potilaan ei tarvitse edes esittää perusteltua syytä edullisemmasta hoidosta kieltäytymiselle.

Potilasta ei voida jättää tällaisissa tapauksissa hoitamatta. Jos muu lääketieteellisesti perusteltu hoitovaihtoehto on olemassa, sitä on tarjottava, vaikka kustannukset olisivat moninkertaiset.

Perimmäisenä syynä ongelmaan on, että kun palveluvalikoimasta on terveydenhuoltolaissa säädetty, ei ole osattu ottaa kaikilta osin huomioon sen suhdetta potilaslakiin perustuviin oikeuksiin, erityisesti potilaan itsemääräämisoikeuteen.

<sup>1</sup> Eduskunnan apulaisoikeusasiamiehen päätös 23.7.2021, dn-ro 3432/2021.

## Oikeusasiamiehen päätös Fabryn taudin hoidosta vuonna 2005

Julkisen terveydenhuollon velvollisuudesta antaa potilaalle tarvittaessa hyvinkin kallista hoitoa on linjattu eduskunnan oikeusasiamiehen päätöksessä<sup>2</sup> Fabryn taudin hoidosta vuonna 2005. Kyseessä on periytyvä kertymäsairus, jota sairastaa muutama kymmenen ihmistä Suomessa. Sairauteen kehitettiin vuonna 2001 entsyymikorvaushoito, joka ei sinänsä paranna sairautta mutta jatkuvasti käytettynä hidastaa tai estää sairauden etenemisen. Hoito on erittäin kallista, noin 200 000–350 000 euroa vuodessa potilasta kohti (Kantola ym. 2021). Ratkaisun mukaan hoitopäätöksissä ei ole lainmukaista mikään muu priorisointi kuin se, mikä kohdistuu sairauteen, hoidon tarpeeseen ja hoidon vaikuttavuuteen. Oikeusasiamies katsoi, että terveydenhuollon palvelujen saatavuuden perusteena tulee olla potilaan terveydentilan edellyttämä, lääketieteellisesti perusteltu tarve. Päätös on hyvin merkittävä, koska erittäin kalliiden lääkkeiden valikoima on kasvanut nopeasti tällä vuosituhanella.

Fabryn taudin hoitoa koskeva ratkaisu on linjassa sen kanssa, miten perustuslain 19 §:n 3 momenttia on vakiintuneesti tulkittu. Sen kanssa samansisältöistä, aikaisemmin voimassa olleeseen Suomen Hallitusmuotoon (94/1919) sisältynyttä vastaavaa säännöstä 1990-luvun perusoikeus uudistuksessa valmisteltaessa katsottiin, että palvelujen riittävyttä arviotaessa voidaan lähtökohtana pitää sellaista palvelujen tasoa, joka luo jokaiselle edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä.<sup>3</sup> Sama arviointiperuste ilmenee eduskunnan perustuslakivaliokunnan myöhemmästä tulkintakäytännöstä.<sup>4</sup>

Oikeusasiamiehen ratkaisussa ei otettu kantaa siihen, kuuluiko Fabryn taudin hoidossa tarpeellinen lääkehoito palveluvalikoimaan vai ei, sillä tätä koskeva terveydenhuoltolain sääntely ei ollut tapauksen aikana vielä voimassa. Toisaalta oikeusasiamiehen toimivaltaan ei nykyisinkään kuulu palveluvalikoiman määrittäminen. Sen sijaan hän arvioi, onko terveydenhuollon toimintayksikössä menetely lainvastaisesti, jos potilaalta on evätty jokin hoitotoimenpide. Palveluvalikoiman sisältö on silti merkityksellinen kannan muodostamiseksi.

<sup>2</sup> Eduskunnan oikeusasiamiehen päätös 9.2.2005, dnro 921/4/04.

<sup>3</sup> Hallituksen esitys (HE) 309/1993 vp, s. 71.

<sup>4</sup> Esim. palveluvalikoimaa koskevan terveydenhuoltolain muutoksen yhteydessä annettu eduskunnan perustuslakivaliokunnan lausunto (PeVL) 30/2013 vp, s. 3.

## Yksilöllistä hoidon tarvetta koskeva sääntely priorisoinnin kannalta

Kun palveluvalikoimaa koskeva terveydenhuoltolain muutos oli vuonna 2013 eduskunnassa arvioitavana, perustuslakivaliokunta korosti potilaan yksilöllisen hoidon tarpeen huomioon ottamista.<sup>5</sup>

Perustuslakivaliokunta katsoi, että terveydenhuoltolain 7 a §:n 3 momentin poikkeamiskynnys oli asetettu hallituksen ehdotuksessa varsin korkealle. Esimerkkinä valiokunta viittasi siihen, että jokin hoito ei sen vähäisen vaikuttavuuden ja tähän nähden korkeiden kustannusten vuoksi kuuluisi palveluvalikoimaan, mutta hoidon vaikuttavuus yksittäiselle potilaalle olisi silti hyvä. Vastavia ongelmia saattoi syntyä myös, jos uutta hoitomenetelmää ei olisi vielä ehditty sisällyttää palveluvalikoimaan tai kysymys olisi hyvin harvinaisen sairauden hoidosta.

Perustuslakivaliokunta päätyi näin korostamaan terveydenhuoltolain 7 a §:n 3 momentin poikkeamisperusteen muotoilemista ja soveltamista niin, että se tekee mahdolliseksi terveydenhuollon ammattihenkilön tekemän ja lääketieteelliseen tietoon perustuvan potilaan yksilöllisen hoidon tarpeen huomioon ottamisen. Käytännössä palveluvalikoimalle ei siten edes tavoiteltu sitovaa rajaa.

Teoriassa oikeus saada yksilökohtaisin perustein palveluvalikoiman ulkopuolista hoitoa ei kuitenkaan vaikuta merkittävältä. Poikkeamisperusteessa hoidon edellytykseksi on nimittäin määritely lääketieteellinen välttämättömyys potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen. Tällaisten edellytysten täytymistä ei voida yleensä selvittää arvioimalla vain yksittäistä potilasta. Lääketieteellinen näyttö hoidon vaikuttavuudesta perustuu ryhmätasoiisiin tutkimuksiin, ja se syntyy tai vahvistuu vain aiemmin hoidettujen potilaiden seurannan kautta. Tämä lääketieteen yleiseen empiriseen luonteeseen palautuva näkökohta johtaa siihen, että terveydenhuoltolain 7 a §:n 3 momentti yksilöön sovellettavana poikkeuksena voisi tulla itse asiassa sovellettavaksi vain harvoin. Myös Palko korostaa, että yksittäisellä lääkäriellä on harvoin käytettävissään parempaa tieteellistä tietoa kuin myyntilupaviranomaisella tai menetelmiä arvioivalla taholla (Palveluvalikoimaneuvosto 2020b).

Käytännössä poikkeamisperuste voi silti olla merkittävä, koska uusia tutkimuksia kertyy jat-

<sup>5</sup> PeVL 30/2013 vp, s. 3.

kuvasti eikä Palkolla ole resursseja ylläpitää suosituksiaan ajantasaisina. Jatkuvan päivystötoiminnan rahoittaminen onkin keskitettyjen hoitosuositusjärjestelmien yleisimpiä ongelmia. Jos yhdelle potilaalle päädytään antamaan hoitoa uusien tutkimustulosten tai poikkeamisperusteen turvin, tällainen hoito saattaa käytännössä tulla sisällytetyksi palveluvalikoimaan ilman Palkon suositusta. Vastaava poikkeus tulisi nimittäin yhdenvertaisen kohtelun vuoksi tehdä jatkossa kaikkien muiden samanlaisessa asemassa olevien kohdalla.

Palkon suosituksilla on muutenkin vain pieni vaikutus palveluvalikoiman kokonaisuuteen, koska suurin osa palveluvalikoimasta muodostuu muilla mekanismeilla. Palko on toimintansa alusta 2014 lähtien antanut runsaat 50 suositusta, joista yli 60 prosenttia on koskenut lääkehoidoja.<sup>6</sup> Palkon arvioinnin piiriin päätyneiden hoitojen määrä edustaa vain pientä murto-osaa kaikista markkinoilla ja käytössä olevista hoidoista. Palkon toiminta on kuitenkin merkittävää avoimen priorisoinnin edistämisessä, koska Palko on valinnut arviointinsa kohteiksi priorisointinäkökulmasta vaikeita aiheita.

## Lainsäädäntö etiikan ja terveystalouden näkökulmasta

### Priorisoinnin utilitaristinen ideaali ja yksilön lakisääteiset oikeudet

Priorisointiteoriat sisältävät käytännössä aina utilitaristisen eli hyötyjen maksimoinnin ulottuvuuden. Arvokkaana siis pidetään, että julkinen terveydenhuolto tuottaisi käytettävissä olevilla voimavaroilla väestötasolla mahdollisimman paljon terveyshyötyä. Tämä toteutuu terveystaloustieteessä esimerkiksi niin, että hoitojen kustannusvaikuttavuutta verrataan keskenään laatupainotetun elinvuoden kustannuksilla.

Kun Hila päättää uuden avohuollon lääkkeen sisällyttämisestä korvausjärjestelmään, se ottaa huomioon myyntiluvan haltijan esittämän terveystaloudellisen selvityksen arvioidessaan lääkkeelle ehdotettua sairausvakuutuslaissa tarkoitettua kohtuullista tukkuhintaa. Jos lääke ei ole riittävän kustannusvaikuttava, hakemus voi tulla hylätyksi, mikä johtaa siihen, että potilaalla ei ole oikeutta saada lääkkeen hankintaan sairausvakuutuskorvausta.

Lääkekorvausjärjestelmän taustalla vaikuttaa siten selkeän utilitaristinen lähtökohta. Vaikka lääke olisi tietylle potilasryhmälle vakavan sairauden hoidossa välttämätön, lääkkeen käyttöä ei rahoiteta julkisista varoista, jos sen kustannus arvioidaan liian korkeaksi terveydenhuollon menoihin yleisesti käytettävissä olevien varojen kannalta. Palko noudattaa samanlaista arvioinnin lähtökohtaa eli kustannusvaikuttavuutta, mutta se ei saa antaa velvoittavia päätöksiä eikä perustaa suosituksiaan pelkkään kustannusvaikuttavuuteen.

Toisena esimerkkinä utilitaristisen lähestymistavan lainsäädännöllisestä ongelmasta voidaan mainita pandemiarokotukset. Kun koronavirusepidemian aikana päätettiin rokotusjärjestyksestä, lähtökohdaksi otettiin se, millä ikä- tai muilla väestöryhmillä on korkein riski menehtyä koronavirustautiin (Valtioneuvosto 2020). Käytännössä siten ohitettiin kokonaiskustannusvaikuttavuuteen tai laatupainotteisiin elinvuosien perustuva lähtökohta. Vielä edellisessä pandemiassa (sikainfluenssa) toimittiin vuonna 2006 laaditun kansallisen varautumissuunnitelman (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006) mukaisesti, ja rokotusjärjestyksestä päätettäessä lähtökohdaksi otettiin sairauteen menehtymisriskin lisäksi tavoite säästää mahdollisimman paljon elinvuosia.

Utilitaristisen lähtökohdan seurauksena nuoremman mutta muuten samassa terveydentilassa olevan ihmisen hoito voi olla ainakin teorias- sa kustannusvaikuttavampaa kuin vanhemman, jos elinvuosia on saavutettavissa enemmän. Vaikka ikään perustuvaa priorisointia voidaan perustella myös oikeudenmukaisuusargumenteilla (ns. *fair innings* -lähtökohta) ja erilaisilla sosiaalisilla arvostuksilla (Adler ym. 2021), julkisten terveyspalvelujen tarjoamista ei voida rakentaa sen varaan. Ikään perustuva syrjintä on perustuslain 6 §:ssä ja yhdenvertaisuuslain (1325/2014) 8 §:ssä kiellettyä.

Yhdenvertaisuusperiaatteen merkitys on myös terveydenhuollossa jatkuvasti kasvamassa. Se, mikä aikaisemmin saattoi vaikuttaa asianmukaiselta priorisoinnilta, voi näyttäytyä nykyisin eri valossa, kun sitä arvioidaan syrjintäkieltojen kannalta. Yksilön perusoikeuksien merkitys on yleisesti kasvanut 1990-luvun perusoikeusuudistuksen tuloksena, ja siten yhdenvertaisuuteen liittyvät kysymykset voivat pintautua aiempaa selvästi herkemmin.

<sup>6</sup> <https://palveluvalikoima.fi/valmiit-suositukset>

## Priorisointiin vaikuttavan lainsäädännön umpikuja terveyspolitiikan kannalta

Yleisesti voidaan esittää johtopäätös, että lääkekorvausjärjestelmää lukuun ottamatta taloudellisesti merkityksellinen terveydenhuollon palvelujen priorisointi on Suomessa laitonta. Eduskunnan oikeusasiamiehen vuoden 2005 päätös Fabryn taudin hoidosta konkretisoi seuraukset terveydenhuollon johdolle: Fabryn taudin hoito oli maksettava, vaikka siihen ei ollut budjetissa rahaa. Kennelläkään ei ollut silti toimivaltaa päättää, mitä hoitoja tämän vuoksi jätettäisiin antamatta (Viikari 2004).

Oikeusasiamiehen linjaus lienee samalla vahvistanut mekanismia, jonka seurauksena terveydenhuollon rahoitus painottuu yhä enemmän erikoissairaanhoidon. Tämä kehitys luo väistämättä jännitteen myös suhteessa siihen, että sote-uudistuksessa pyritään lisäämään ennaltaehkäisyä ja perustason palvelujen painoarvoa.

Sote-uudistuksella tavoitellaan perustason palvelujen vahvistamista. Uudistukseen sisäänrakennettu oletus on, että erikoissairaanhoidon perusterveydenhuoltoa nopeampi kustannuskasvu on ollut osaltaan seurausta kunnan ja kuntayhtymän erilaisista hallintorakenteista. Sote-uudistus ei kuitenkaan hidasta kalliiden hoitojen kehitystä, eikä sen yhteydessä ole muutettu avoimen priorisoinnin estävää lainsäädäntöä.

Sote-uudistuksessa siirretään rahoitus kunnallisverotuksen piiristä valtion tarveperusteiseen rahoitukseen. Tämä tarkoittaa, että rahoitusta ei voida enää lisätä kunnallisveroa nostamalla tai siirtämällä resursseja muilta sektoreilta sote-toimintaan. Priorisoinnin teoreettinen vääjäämättömyys voi muuttua hyvinvointialueiden konkretiaksi. Toisaalta myöskään valtiolla ei ole nykyisen lainsäädännön pohjalta mahdollista olla lisäämättä hyvinvointialueen rahoitusta, jos alue ei kykene turvaamaan asukkailleen lakisääteisiä palveluita.

Palveluvalikoima ei kuulu hyvinvointialueiden päätösvaltaan. Kiireettömän hoidon kriteeristö, josta nykyisin on säädetty yleisesti terveydenhuoltolain 51–53 §:ssä, on määrittänyt erityisesti erikoissairaanhoidon palveluvalikoimaa ja saatavuusaikoja vuodesta 2005. Kiireellisen hoidon ja päivystyksen perusteet on määritelty tarkemmin valtioneuvoston asetuksella kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä (583/2017). Palveluvalikoiman sisällön sitovia määritelmiä on koko ajan laa-

jennettu, muun muassa koskemaan suun terveydenhuoltoa ja iäkkäiden pitkäaikaisen laitoshoidon lääketieteellisiä perusteita (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019). Perusterveydenhuollon hoitotakuun tiukennusta koskevan hallituksen esityksen luonnos oli lausuntokierroksella vuodenvaihteessa 2021/2022<sup>7</sup>. Myös vammais- ja vanhuspalveluja koskevissa laeissa on palveluja, joiden saatavuutta ei voida rajata rahoituksen tasoon vetoamalla.

Erilaisten hoitotakuuratkaisujen laajeneminen lisää valtakunnallista yhdenvertaisuutta estäessään palvelujen avoimen priorisoinnin hyvinvointialueitasolla. Priorisointiin vaikuttavan lainsäädännön puutteet kuitenkin estävät avoimen priorisoinnin myös valtakunnallisella tasolla. Käytännössä vaihtoehtoiksi jäävät hyvinvointialueilla toteutettava piilopriorisointi tai säästöjen kohdentaminen siihen kapenevaan joukkoon palveluita, jotka ovat ilman tarkempaa normiohjausta. Kumpikin ratkaisu johtaa suurella todennäköisyydellä epätarkoituksenmukaiseen malliin, koska kustannusvaikutusten vertailuun perustuva avoin päätöksenteko ei ole mahdollista.

Käytännössä piilopriorisointia toteutetaan esimerkiksi budjettirajoituksilla, joihin sisältyvät säästöpäätökset jalkautetaan organisaation alatasoille. Palvelut priorisoituvat esimerkiksi siten, että tiettyihin tehtäviin ei osoiteta riittävästi henkilökuntaa. Tämän jälkeen hoitopäätökset tehdään yksilötasoisesti ottamalla huomioon paitsi hoidon tarve myös käytettävissä olevat resurssit. Piilopriorisoinnissa resurssien vaikutusta hoitopäätökseen ei kuitenkaan avoimesti mainita potilaalle eikä dokumentoida, koska se voisi osoittaa päätöksentekijän toimivan lainvastaisesti.

Piilopriorisointi nakertaa osaltaan universaalien palvelujärjestelmän yleistä legitimitettiin. Järjestelmän ja potilaiden tasolla erityisesti perusterveydenhuollon legitimitettiin voidaan jo nykyisin kyseenalaistaa, koska suuri osa työssäkäyvistä hankkii palvelunsa muualta. Aikuisten sairauskuluvakuutusten määrä kasvoi 75 prosenttia vuosien 2010 ja 2022 välillä, ja vapaaehtoinen sairauskuluvakuutus oli vuonna 2021 noin 24 prosentilla väestöstä (Finanssiala 2021). Lasten osalta kasvu ei ole ollut yhtä nopeaa, koska vakuutus on ollut jo vuonna 2010 noin 40 prosentilla heistä. Työter-

<sup>7</sup> Luonnos hallituksen esitykseksi eduskunnalle laiksi terveydenhuoltolain sekä eräiden muiden lakien muuttamisesta 17.11.2021, STM074:00/2019.

veyshuollon piirissä on lähes kaksi miljoonaa henkeä, jotka käyttävät vain vähän terveyskeskuksen palveluita (Leskelä ym. 2018).

Piilopriorisoinnin toteuttaminen voi olla terveydenhuollon ammattilaisten työhyvinvointia heikentävä tekijä useiden eri mekanismien välityksellä. Eettisesti kyseenalaisiksi koettujen hoitopäätösten tekeminen voi aiheuttaa ns. moraalista stressiä, kynnistymistä tai uupumista (esim. Wong 2020).

## Johtopäätökset

### Lainsäädännön muuttamisen mahdollisuudet

Eettisesti hyväksyttävän priorisoinnin menettelylliset edellytykset on laajasti hyväksytty (Daniels & Sabin 1997), mutta nykyinen lainsäädäntö ei salli avointa priorisointia. Eettisen ongelman lisäksi lainsäädännön puutteet vaikeuttavat julkisten resurssien rationaalista ja oikeudenmukaista käyttöä. Sote-uudistus vähentää rahoituksen joustavuutta, joten lainsäädännön puutteiden merkitys kasvaa. Lainsäädännön muuttamisen mahdollisuudet tulisivat siten arvioida.

Palkolla on nykyisin toimivalta antaa suosituksia hoitomenetelmien kuulumisesta palveluvalikoimaan. Tulisi pohtia, olisiko Palkon toimivaltaa tarkoituksenmukaista laajentaa päätösten tekemiseen, kuten palveluvalikoimaa koskevassa alkuperäisessä hallituksen esityksessä oli ehdotettu.<sup>8</sup>

Tällainen muutos voisi selkeyttää Palkon arviointien asemaa palvelujärjestelmässä. Jos muutos toteutettaisiin, olisi otettava kantaa samalla siihen, ovatko päätökset hallinto- vai normipäätöksiä. Palkon toteuttaman arvioinnin perusteet tulisi myös määritellä nykyistä täsmällisemmin ja tarkkarajaisemmin, kuten eduskunnan perustuslakivaliokunta toi esille ottaessaan kantaa palveluvalikoimaa koskeneeseen hallituksen esitykseen.<sup>9</sup>

Lääkehoitojen osalta tällainen muutos olisi todennäköisesti arvioitava myös siltä kannalta, mitä on säädetty EU:n direktiivissä ihmisille tarkoitettujen lääkkeiden hintojen sääntelytoimenpiteiden avoimuudesta ja niiden soveltamisesta kansallisissa sairausvakuutusjärjestelmissä (89/105/ETY) – näin siitä huolimatta, ettei sairaalalääkkeitä rahoiteta sairausvakuutuksen kautta siten kuin tämä kansallisen lainsäädännön systematiikassa jäsennetään.

Palveluvalikoiman yleisen toimivuuden kannalta todennäköisesti tärkeämpää olisi joka tapauksessa terveydenhuoltolain 7 a §:n arviointi suhteessa potilaan itsemääräämisoikeuteen. Potilaan mahdollisuus vaikuttaa hänelle annettavaan hoitoon on itsessään tärkeää, eikä sen yleisiä perusteita ole syytä muuttaa. Tulisi kuitenkin arvioida, onko potilaalla oltava oikeus vaatia hänelle tarjottavan palveluvalikoimaan kuuluvan hoidon sijasta jotakin selvästi kalliimpaa hoitoa. Priorisoinnin näkökulmasta on vaikea perustella, miksi yksittäisellä potilaalla pitäisi olla vain valinnanvapauden perusteella oikeus käyttää julkisen terveydenhuollon resursseja enemmän kuin palveluvalikoimassa on tarkoitettu.

Kolmas ja ajankohtaisin kysymys on erityisen kalliiden hoitojen asema. Nykyinen lainsäädännön kokonaisuus on niiden osalta epäjohdonmukainen, kun lääkekorvausjärjestelmän puolella voidaan Hilan päätöksin rajoittaa potilaille välttämättömien erityisen kalliiden lääkkeiden käyttöä julkisin varoin kustannettuna, mutta muun terveydenhuollon puolella rajoitusmahdollisuus puuttuu. Silti julkisessa terveydenhuollossa tehdään jatkuvasti priorisointia myös erityisen kalliiden hoitojen osalta. Lainsäätäjän pitäisi ottaa tähän kantaa, jotta priorisoinnin liikkumavara tulisi poliittisin päätöksin asetetuksi.

Keskeisin ratkaistava yksityiskohta on se, onko Palkolla tai jollakin muulla arvioijalla toimivalta todeta jokin kallis hoito kustannusvaikuttavuudeltaan niin heikoksi, ettei sitä korvata julkisin varoin. Toinen vaihtoehto nimittäin on, että potilaalle pitää tarjota vakavan sairauden hoidossa välttämätön ja vaikuttava hoito viime kädessä kustannuksista riippumatta. Tämä jälkimmäinen tulkinta näyttää nykyisin vallitsevalta, myös perustuslain 19 §:n 3 momentissa säädetty oikeus jokaiselle riittäviin terveyspalveluihin huomioon ottaen.

Myös yleisten kansantautien uudet hoidot voivat aiheuttaa huomattavia kustannuksia järjestelmätasolla. Lainsäädännössä tulisivat ottaa kantaa siihen, millaisissa tilanteissa julkisessa terveydenhuollossa voidaan jättää tarjoamatta kaikkein vaikuttavinta hoitoa, jos tyydyttävään hoi-

<sup>8</sup> HE 103/2103 vp, s. 87–89 ja 115–116.

<sup>9</sup> PeVL 30/2013 vp, s. 4–5.

totulokseen on päästävässä myös huomattavasti edullisemmalla menetelmällä.

Terveyshuoltolain 7 a §:n ja potilaslain 3 §:n tarkentamisen tarvetta olisi syytä arvioida. Nykyinen lainsäädäntö vaikuttaa luovan olosuhteet, joissa jotakin hoitoa äänekkäimmin ja kanteluiden uhalla vaativat voivat saada sitä ilman, että sama hoidon taso olisi resurssien puolesta mahdollista tarjota kaikille.

## Lopuksi

Nykyisestä piilopriorisoinnista tulisi päästä lainsäädännöllä ohjattavaan avoimeen priorisointiin. Poliittisten päätöksentekijöiden olisi hyvä tunnistaa, että julkiselle terveydenhuollolle osoitetut ta-

loudelliset voimavarat eivät ole enää pitkään aikaan riittäneet siihen, mitä perustuslain 19 §:n 3 momentissa on kansalaisille luvattu. Epäsuhta on tulossa yhä selvemmin näkyville vaatimustason nousun ja yksilön oikeuksien korostumisen sekä sote-uudistuksen rahoitusmallin myötä.

Potilaiden yhdenvertaisuuden toteutumista pitäisi pystyä tarkastelemaan nykyistä enemmän järjestelmätasolla olosuhteissa, joissa perusoikeusnäkökulman korostuminen vaikuttaa muuten painottavan ennemminkin yksilön oikeuksien maksimointia. Yleisemminkin näkökulmaa on muutettava järjestelmätason suuntaan. Pitkällä tähtäimellä se lisää julkisen palvelujärjestelmän legitimitettä sekä potilaiden että terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmasta.

## KIRJALLISUUS

- Adler, Matthew. D & Ferranna, Maddalena & Hammit, James K. & Treich, Nicolas (2021) Fair Innings? The Utilitarian and prioritarian value of risk reduction over a whole lifetime. *Journal of Health Economics* (75) 102412. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2020.102412>
- Daniels, Norman & Sabin, James (1997) Limits to Health Care. *Fair Procedures, Democratic Deliberation and the Legitimacy Problem for Insurers. Philosophy and Public Affairs* 26 (4), 303–350. <https://doi.org/10.1111/j.1088-4963.1997.tb00082.x>
- Finanssiala (2021) Sairauskuluvaikutustilasto 2009–06/2021. <https://www.finanssiala.fi/aiheet/sairauskuluvaikutustilastot/#/> (luettu 12.3.2022)
- Kaila, Minna & Lohiniva-Kerkelä, Mirva (2020) Kansallinen terveydenhuollon palveluvalikoima. Määrittämisen periaatteet, rakenne ja kehittämismahdollisuudet. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2020:31. Helsinki.
- Kantola, Ilkka & Penttinen, Maila & Nuutila, Pirjo & Viikari, Jorma (2012) Fabryn tauti. *Duodecim* 128 (7), 729–39.
- Leskelä, Riikka-Leena & Hovi, Hanna & Pennanen, Paula & Nuutinen, Mikko & Pikkujämsä, Sirkku & Mikkola, Hennamari (2018) Sote-keskuksen kaptiatiokorvauksen määrittely. Mitä taustatekijöitä tulisi ottaa huomioon? *Suomen Lääkärilehti* 73 (28), 1494–1498.
- Nyblin, Klaus & Saarni, Samuli (2021) Apulaisoikeusiamiehen rokoteratkaisu haastaa terveyspolitiikan keskeisiä tavoitteita – ja antaa muutenkin aihetta kriittisiin huomioihin. *Edilex vierashuonekirjoitus* 9.8.2021. <https://www.edilex.fi/uutiset/70773> (luettu 12.3.2022)
- Palveluvalikoimaneuvosto (2016a) Terveys- ja hyvinvoinnin palveluvalikoiman nykytila, määrittelyn perusteet ja kehittämistarpeet. Terveys- ja hyvinvoinnin palveluvalikoimaneuvoston väliraportti 26.5.2016. <https://palveluvalikoima.fi> (luettu 12.3.2022)
- Palveluvalikoimaneuvosto (2016b) Kokonaistaloudellisuus palveluvalikoiman soveltamisen periaatteena. Terveys- ja hyvinvoinnin palveluvalikoimaneuvoston lausunto 26.5.2016. <https://palveluvalikoima.fi> (luettu 12.3.2022)
- Palveluvalikoimaneuvosto (2020a) Palveluvalikoiman määrittämisen periaatteet, 3.4 merkittävä terveysongelma. Palveluvalikoimaneuvoston käsikirja, hyväksytty 11.6.2020. <https://palveluvalikoima.fi/palkon-periaatteet> (luettu 12.3.2022)
- Palveluvalikoimaneuvosto (2020b) Palveluvalikoiman määrittämisen periaatteet, 5.1 julkisesti järjestetty terveydenhoito. Palveluvalikoimaneuvoston käsikirja, hyväksytty 11.6.2020. <https://palveluvalikoima.fi/palkon-periaatteet> (luettu 12.3.2022)
- Saarni, Samuli & Vuorenkoski, Lauri (2003) Terveys- ja hyvinvoinnin säännöstely, markkinatalous ja lääkärin rooli. *Duodecim* 119 (10), 993–1000.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2006) Kansallinen varautumissuunnitelma influenssapandemiaa varten. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2006:25. Helsinki.



- Sosiaali- ja terveysministeriö (2019) Valtakunnallinen hoidon saatavuuden ja yhtenäisten hoidon perusteiden työryhmä 2015–2018. Loppuraportti. STM raportteja ja muistioita 2019:50. Helsinki.
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim (1993) Terveydenhuollon valinnat – lääketieteelliset perusteet. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 109 (21), 1969–1979.
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim (2000) Priorisointi – terveydenhuollon valinnat. Suomalainen lääkärisseura Duodecim r.y.:n koolle kutsuman priorisointineuvottelukunnan kannanotto. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.
- Torkki, Paulus ym. (2022) Terveydenhuollon palveluvalikoiman priorisointi. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2022:53. Helsinki.
- Viikari, Jorma (2004) Erittäin kalliit lääkehoidot – poltopisteessä Fabryn tauti. Suomen Lääkärehti (59), 4409–4410.
- Valtioneuvosto (2020) Valtioneuvoston asetus vapaaehtoisista covid-19-rokotuksista (1105/2020) ja valtioneuvoston periaatepäätös Suomen COVID-19-rokotestrategiasta (VNK/2020/142). Helsinki.
- Wong, Agnes (2020) Beyond burnout: looking deeply into physician distress. Canadian Journal of Ophthalmology 55 (3), 7–16 <https://doi.org/10.1016/j.jcjo.2020.01.014>

## TIIVISTELMÄ

### *Samuli Saarni & Klaus Nyblin: Terveydenhuollon priorisointi on lainsäädännöllisessä umpikujassa*

Terveydenhuollon kustannukset kasvavat bruttokansantuotetta nopeammin. Kustannusten nousu jatkuu ikääntymisen, vaatimustason kasvun ja yksilöllisen lääketieteen teknologioiden vuoksi. Lisääntyvien terveydenhuollon panostusten marginaalilyhyty myös laskee, joten lisäkustannukset tuottavat suhteellisesti vähemmän terveyshyötyä. Yhteiskunnan olisi tärkeää priorisoida eli päättää, mitä hoitoja julkisin varoin kustannetaan. Priorisoinnin liikkumavara on yhteydessä lainsäädäntöön. Nykyisen tilanteen pohja muodostui 1990-luvulla, kun toisaalta säädettiin potilaille oikeus yhdenvertaiseen ja tarpeen mukaiseen hoitoon ja toisaalta vastuu terveydenhuollon rahoituksesta ja järjestämisestä osoitettiin kunnille. Tulkinnot potilaiden oikeuksista ovat myöhemmin konkretisoituneet niin, ettei priorisointi vaikuta olevan laillista juuri millään taloudellisesti merkittävällä tavalla. Artikkelissa analysoidaan priorisoinnin edellytyksiin vaikuttavan terveydenhuollon lainsäädännön ja perusoikeussääntelyn sisältö. Metodina on tältä osin perinteinen lainopillinen tutkimus. Oikeudellinen selvitys analysoidaan suhteessa virallisiin terveystaloudellisiin tavoitteisiin, toteutuneeseen palvelujärjestelmän kehitykseen, sosiaali- ja terveydenhuollon uudistukseen sekä terveydenhuollon etiikan laajimmin hyväksytyihin priorisointimalleihin.

Artikkelissa osoitetaan, että potilaiden oikeuksista on säädetty tavalla, jota on mahdotonta toteuttaa reaali maailmassa. Vain lääkekorvausjärjestelmän suhteen jul-

kisella vallalla on oikeus eri hoitojen kustannusvaikutavuuteen perustuvaan todelliseen priorisointiin. Muuten julkisessa terveydenhuollossa palvelujen taloudellisesti merkityksellinen priorisointi vaikuttaa olevan laittomaa. Nykytilanteen mahdottomuutta on pyritty hallitsemaan julkisen terveydenhuollon sisäisellä piilopriorisoinnilla. Toisaalta palvelujärjestelmän yleisen legitimitietin heikentymiskehitys erityisesti perusterveydenhuollon palveluissa on ohjannut maksukykyisiä potilaita yksityisen terveydenhuollon piiriin, ja suuresta osasta palvelutuotantoa vastaa käytännössä työterveyshuolto. Vuoden 2023 alusta toteutuva sote-uudistus tuo lainsäädännön umpikujan päätöksenteon keskiöön. Se myös poistaa järjestelmän keskeisen varoventtiilin: ilman verotusoikeutta hyvinvointialueet eivät voi lisätä rahoitusta. Johtopäätöksenä todetaan, että vaihtoehtoisiksi jäävät palvelujen saatavuuden tai laadun heikentäminen (maksukykyisten potilaiden ohjaaminen yksityiseen terveydenhuoltoon), piilopriorisointi (vähennetään sellaisten ryhmien tai yksilöiden hoitoja, jotka eivät sitä huomaa), epätarkoituksenmukainen priorisointuminen (kustannusvaikuttavuudesta välittämättä säästetään sieltä, mistä se on mahdollista) tai järjestelmän rahoituslogiikan murtuminen (lisärahoitus valtiolta tai verotusoikeus hyvinvointialueille). Koska juuri mikään näistä vaihtoehtoista ei ole tarkoituksenmukainen ja osa niistä on myös laittomia, terveydenhuollon palveluihin vaikuttavaa lainsäädäntöä olisi muutettava niin, että palveluja saa priorisoida hallitusti.

## KIRJOITTAJAT

Saarni, Samuli, dos., LT, FT, VTM, EL, EMBA, Turun yliopisto / toimitusjohtaja, Public Value Oy ([samuli.saarni\[at\]gmail.com](mailto:samuli.saarni[at]gmail.com))

Nyblin, Klaus, OTM, asianajaja, osakas, HPP Asianajotoimisto Oy ([klaus.nyblin\[at\]hpp.fi](mailto:klaus.nyblin[at]hpp.fi))