

Vauhdittaako sote-uudistus priorisointia terveydenhuollossa



TUUKKA TAMMI

Terveydenhuollossa joudutaan valitsemaan, mitä hoitoja tarjotaan, millä tavalla ja mille potilasryhmille. Rajalliset resurssit tulisi käyttää oikeudenmukaisesti ja tehokkaasti. Tällaista suunnittelua kutsutaan priorisoinniksi.

Perustuslain mukaan julkisen vallan on turvattava jokaiselle kansalaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Se, mikä on riittävää, on kuitenkin jäänyt kuntien ja alueiden määriteltäväksi. Niinpä palveluissa on alueellisesti suuria eroja ja niiden saatavuus on epätasa-arvoista. Priorisointia eli resurssien kohdentamista tapahtuu koko ajan, mutta ei yhtäläisin periaattein.

Suomessa on käyty 1990-luvulta asti aktiivista keskustelua priorisoinnista terveydenhuollossa. Vuonna 1993 järjestettiin priorisoinnin kansallinen konsensuskokous, ja saman vuosikymmenen loppuvuosina istui niin kutsuttu priorisointineuvottelukunta. Pitkään jatkuneen keskustelun tulokset ovat kuitenkin jääneet käytännön tasolla niukoiksi.

Elokuun lopulla julkaistiin jälleen yksi selvitys terveydenhuollon priorisoinnista (*Terveydenhuollon palveluvalikoiman priorisointi*, Torkki ym. 2022). Sen alkusanoissa Paulus Torkki kirjoittaa, että kysymyksen ”pitääkö priorisoida” sijaan meidän on syytä avoimesti kysyä ja keskustella ”millä periaatteilla ja miten kannattaa priorisoida”. Perinpohjaisen raportin lopputulemana ehdotetaan, että muodostetaan kansalliset avoimet ja läpinäkyvät periaatteet priorisoinnin tueksi.

Samaan suositukseen päätyvät Samuli Saarni ja Klaus Nyblin tässä YP:ssä ilmestyvässä lainopillisessa analyysissään ”Terveydenhuollon priorisointi on lainsäädännöllisessä umpikujassa”. Heidän mukaansa nykyinen priorisointiongelma syntyi 1990-luvulla, kun potilaille tuli asuinpaikasta riippumatta yhtäläinen oikeus hoitoon ja kun toisaalta kunnille tuli laaja toimivalta päättää terveydenhuollon rahoituksen tasosta ja järjestämisestä. Ongelma kärjistyy ensi vuonna sote-uudistuksen myötä, kun järjestelmän viimeinen joustomekanismi eli mahdollisuus lisätä terveydenhuollon rahoitusta kunnallisveroa korottamalla poistuu: ilman verotusoikeutta hyvinvointialueet eivät voi lisätä rahoitusta.

Priorisointikeskustelua on käyty ensisijaisesti terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmasta, käyttämällä lähtökohtana nykyistä palvelujärjestelmää ja sen piirissä toteutettavaa eettistä tai terveystaloustieteellistä arviointia. Hyvästä tahdosta ja ajoittain vilkkaasta keskustelusta huolimatta toteuttamiskelpoisia malleja ei ole löytynyt.

Saarni ja Nyblin esittävät peruspulmaksi sen, että potilaiden oikeuksista on säädetty tavalla, jota on mahdotonta toteuttaa reaali maailmassa. Vain lääkekorvausjärjestelmän suhteen julkisella vallalla on oikeus eri hoitojen kustannusvaikuttavuuteen perustuvaan todelliseen priorisointiin. Muuten julkisessa terveydenhuollossa palvelujen taloudellisesti merkityksellinen priorisointi vaikuttaa olevan laitonta. Tutkijat kysyvät, onko nykyinen yksilön oikeuksia korostava lainsäädäntö itse asiassa eettisesti ja terveystaloudellisesti hyväksyttävän priorisoinnin keskeinen este. Heidän mielestään sen näkökulmaa on muutettava järjestelmätason suuntaan, sillä ”pitkällä tähtäimellä se lisää julkisen palvelujärjestelmän legitimitettiin sekä potilaiden että terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmasta” – siten, että palveluja saa priorisoida avoimesti ja hallitusti – nykyisen piilopriorisoinnin sijaan.

On aika priorisoida keskustelu priorisoinnin periaatteista.