

---

# Vårdprioritering i en begränsad ekonomi

LAURI VUORENKOSKI

---

Inom hälso- och sjukvården är prioritering nödvändig eftersom resurserna är begränsade och otillräckliga för att ordna all tänkbar vård. Inom vården har man alltid varit tvungen att välja vilka behandlingar som ges, på vilket sätt och till vilka patientgrupper de riktas. Flera utvecklingstrender i samhället fördjupar ytterligare denna klyfta: den tekniska utvecklingen och de stigande kostnaderna, de ökade kraven och förväntningarna hos befolkningen och yrkesfolk, den åldrande befolkningen och medikaliseringen.

Trots att prioritering är nödvändig har själva ordet fått en onödigt negativ klang. Det sätts ofta i samband med besparing och kostnadsreducering. Man prioriterar emellertid också när man ökar resurserna och beslutar hur de ska användas. Vid prioritering är det oftast inte fråga om att lämna vissa patienter helt utan behandling, utan om hur olika behandlingar inriktas på olika patientgrupper och hur man beslutar om behandlingslinjer. I grund och botten handlar prioritering om likabehandling av patienter, rättvisa och effektiv fördelning av resurserna så att så stor hälso nytta som möjligt kan genereras.

I fortsättningen måste prioriteringsbesluten i Finland utvecklas i en öppnare och mer systematisk riktning. Detta krävs bland annat eftersom patienterna får större valfrihet och anordnande och produktion av vård skiljs åt. Så småningom går utvecklingen från att direkt reglera produktionen till att reglera vad patienterna har rätt till. För att alla finländska patienter ska vara likställda bör besluten i fortsättningen mest fattas på riksnivå.

## SKRIBENTEN

**Lauri Vuorenkoski**, MD verkar som hälsopolitisk specialist vid Finlands Läkarförbund. Han har forskat i prioritering av mediciner och skrivit ett flertal artiklar om prioritering.

### Det är alltid nödvändigt att prioritera inom hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvårdens resurser är alltid begränsade och otillräckliga för att ordna all vård som är möjlig för alla patienter. Det har rentav framkastats att resurserna är begränsade medan behoven är obegränsade. Därför är kostnadskontroll en nödvändig del av ett hälso- och sjukvårdssystem som står på hållbar grund.

Resurserna har under decenniernas lopp blivit betydligt större, men utmaningen med

prioritering har trots det bestått och till och med ökat. Delvis beror detta på att behoven har ökat jämsides med resurserna, men det är säkert också ett tecken på att det verkligen inte går att undvika prioritering genom att öka resurserna. Också om de potentiella behoven inte direkt är gränslösa så är de i alla fall väldigt stora. Särskilt förr i tiden levde tanken starkt att vi kan undvika prioritering om vi gör vården effektivare och ökar resurserna. Detta har dock visat sig vara en för enkel lösning.

Prioritering är inte heller en utmaning bara inom den offentligt finansierade vården, utan också privatsektorn måste prioritera. Det som då begränsar resurserna är privata försäkringar eller patientens egna tillgångar. Visserligen finns det i världen människor som kan använda hälso- och sjukvårdstjänster utan ekonomiska begränsningar, men det är mycket sällsynt.

Denna klyfta mellan resurser och möjligheter håller kanske rentav på att vidgas. Utvecklingen inom medicinsk teknik och

ökningen av den medicinska kunskapen har varit snabba de senaste årtiondena. Vi har fått nya möjligheter att behandla till exempel cancer och reumatiska sjukdomar samt att hantera riskerna för hjärt- och kärlsjukdomar. Helt nya och beaktansvärda trender är individanpassad behandling och läkemedel för behandling av sällsynta sjukdomar. Få patienter använder dessa läkemedel, och de är ytterst dyra. Dessa trender har gett människor längre livstid och ett friskare liv, men på samma gång innebär de en utmaning. De nya behandlingarna för med sig krav på ökade resurser.

Också medikaliseringen och hälsoinflationen medverkar till att det ställs större krav på ökade resurser inom hälso- och sjukvården. Medikalisering betyder att man av läkarvetenskapen och hälso- och sjukvården väntar sig lösningar på sådana samhällsliga och mänskliga problem som inte tidigare har ansetts höra till medicinens område. På det individuella planet kan medikaliseringen visa sig som en tilltagande tro och förväntan på att man med vårdteknikens hjälp kan lösa vardagliga problem och kontrollera livet och hantera de risker det för med sig.

Det som tidigare sågs som en del av ett gott och friskt liv kan nu upplevas som något obehagligt, en sjukdom eller ett symptom som kräver behandling. Det ställs också krav på att människor ska leva friska allt längre. Detta kan kallas hälsoinflation. Att uppnå god hälsa kräver allt mer, såväl vårdresurser som ansträngningar från människan själv.

### Vad innebär prioritering?

Termen prioritering (priority setting) betyder att rangordna saker – i praktiken patienter, behandlingar eller sjukdomar. Termen ransoning (rationing) har använts om samma sak; man betonar då åsidosättande av potentiellt nyttiga behandlingar (1). För att få en mer positiv värdeladdning används ibland termen ”hållbar hälso- och sjukvård” (sustainability) eller ”väl i vården”. Prioritering innebär inte att skära i kostnaderna, utan att använda de till buds stående resurserna så rättvist som möjligt enligt behov och effektivitet.

Prioritering sker överlappande på alla vårdnivåer. På riksnivå kan man besluta om principerna och de stora linjerna i prioriteringen. På tjänsteleverantörernas, finansierarnas och verksamhetsenheterens nivå beslutas det om verksamhetsenheterens resurser och hur de ska styras. På den lägsta nivån fattas priori-

teringsbesluten i sista hand av den enskilda läkaren som tillsammans med sin patient beslutar om behandlingslinjerna. Beslutsfattandet på dessa olika nivåer inverkar på varandra och kan ses som en samlad prioritering.

Prioriteringen kan genomföras antingen explicit eller implicit (2, 3). Explicit prioritering innebär att prioriteringsbesluten fattas systematiskt, öppet, på klara grunder och som resultat av en tydligt definierad process. Motsatsen är implicit prioritering, där prioriteringen sker under täckmanteln av annat beslutsfattande och som resultat av icke närmare definierade grunder och processer.

De som försvarar implicit prioritering hävdar bland annat att den erbjuder en smidigare approach till hälso- och sjukvårdens mycket mångfasetterade kliniska beslutssituationer och skapar mindre spänningar eftersom den enskilda patientens självupplevda behov bättre kan beaktas. Det har också framförts att prioriteringen måste vara implicit eftersom det är tekniskt omöjligt att genomföra explicit prioritering. Dessutom har det konstaterats att starka intressegrupper vid explicit prioritering kan komma åt att inverka för mycket på prioriteringsbesluten i syfte att driva sina egna intressen och att explicit prioritering kan göra patienterna ledsna när de inser att de inte nödvändigtvis får den bästa möjliga behandlingen.

De som stöder explicit prioritering poängterar att det är en mer demokratisk prioriteringsmetod, att ansvarsfullt beslutsfattande förbättras när prioriteringen blir mer välgrundad och transparent, att den explicita prioriteringen är mer konsekvent och att den ger medborgarna möjlighet att bedöma om de kriterier och processer som har tillämpats i prioriteringsbesluten är korrekta. Anhängarna av explicit prioritering kritiserar också det ”vilsledande” av patienter som förekommer vid implicit prioritering, när man låter patienterna förstå att ingen prioritering alls förekommer.

### Definiering av behov och kostnadseffektivitet

Behov är ett centralt begrepp vid prioritering (4). Vid behovsanalys är det viktigt att särskilja det subjektiva behovet – individens upplevda eller önskade behov – från det objektiva behovet som konstateras utifrån individen. Varken den subjektiva eller den objektiva behovsdefinieringen är fri från värderingar. Det subjektiva behovet påverkas av

---

individens egna värderingar, medan rådande värderingar i samhället, inom hälso- och sjukvården och inom medicinen inverkar på det objektiva behovet.

Ur medicinsk synpunkt definieras det objektiva behovet av hur allvarligt patientens tillstånd är och vilka möjligheterna är att behandlingen är till nytta, antingen så att tillståndet botas eller så att symtomen lindras. Båda dessa behovsdimensioner måste beaktas oberoende av varandra, till exempel när man jämför en behandling av en allvarlig sjukdom där effekten är osäker med en behandling av en lindrig sjukdom som har visats vara ytterst effektiv. Den andra komponenten i begreppet behov, nämligen möjligheten att dra nytta av behandlingen, kallas också hälso nytta eller hälsovinst. Vid sidan av behovet är det nödvändigt att i besluten också beakta kostnaderna för behandlingen så att man kan garantera effektiv generering av hälso nytta.

Behovsbedömningen av förebyggande åtgärder och insatser som minskar risken för sjukdomar kan göras på analogt sätt. Man kan då tänka sig att en patient med större risk har större behov, och möjligheten att dra nytta kan bedömas utgående från möjligheten att minska risken.

I teorin är frågan enkel, men i den levande världen är det inte lika lätt. En central utmaning är att mäta hälso nytta, och det är inte heller alltid lätt att mäta kostnaderna. Utvecklingen av metoderna inom medicin och hälsoekonomi har ändå gett allt flera nya verktyg för att mäta och bedöma hälso nyttan och kostnaderna.

Producerad hälso nytta kan bedömas genom mätning av skillnaden i livskvalitet före och efter behandlingen. Med dessa verktyg för att mäta livskvaliteten kan man också bedöma den andra komponenten i behovet, nämligen hur allvarlig sjukdomen är. Ju sämre livskvaliteten är före behandlingen och ju sämre den kan bli utan behandling desto större är behovet.

Denna information om förändring i livskvalitet som kan uppnås med behandling kan sedan kombineras med information om livslängd, vilket ger antalet kvalitetsjusterade levnadsår (Quality adjusted life year, QALY). När detta ytterligare kombineras med information om kostnaderna för behandlingsprocessen, kan man jämföra kostnaderna för ett uppnått kvalitetsjusterat extra levnadsår (kostnader/ökat antal QALY) vid olika sjukdomar och behandlingar. Hälso nyttan kan alltså mätas utifrån inverkan på livskvaliteten, men också exempelvis med avseende på hur

behandlingen har lyckats eller på symtom eller funktionsförmåga (5). Med dessa mått är det dock svårt att göra jämförelser mellan olika sjukdomar.

I praktiken är sådana kostnadseffektivitetsanalyser komplicerade och de har många osäkerhetsfaktorer och brister. Det betyder ändå inte att man ska låta bli att utnyttja analyserna i besluten inom hälso- och sjukvården. Tvärtom bör information om uppnådd hälso nytta utnyttjas mer än tidigare, samtidigt som mätmetoderna måste utvecklas.

### Från teori till praktik

I den internationella prioriteringsdiskussionen och vid prövningar var angreppssättet ursprungligen rätt mekanistiskt; man försökte till exempel rangordna alla behandlingar med hälsoekonomiska metoder enbart efter den ovan beskrivna kostnadseffektiviteten. Åtminstone i teorin kunde man då maximera effektiviteten vid produktion av hälso nytta.

Man kunde dock ganska snabbt konstatera att detta angreppssätt inte fungerar i praktiken (6). Det är svårt eller rentav omöjligt att ta med värderingar i dessa kalkylmodeller, och kvaliteten och kvantiteten av den information som modellerna använder är inte tillräckligt stora för att det ska gå att jämföra olika hälso problem och behandlingar fullt ut. Dessutom har hälso- och sjukvårdssystemet delvis motstridiga och dåligt definierade mål. Denna approach beaktar inte heller den andra komponenten i behovet, det vill säga hur allvarlig sjukdomen och hur svårt det behandlade tillståndet är. Vid sidan av verkningsfullhet och kostnadseffektivitet behövs det alltså också etisk bedömning när besluten fattas (7).

I den nya vågens prioriteringsdiskussion har intresset skiftat från rent kalkylmässiga lösningar till själva beslutsprocessen: hur och av vem fattas besluten och utifrån vilka principer? En av de modeller för att bedöma beslutsprocessen som mest använts i prioriteringsforskningen är Daniels och Sabins (8) definition av en legitim prioriteringsprocess (accountability for reasonableness), som utgår från Rawls teori om rättvisa. Där garanteras legitimiteten av fyra faktorer: offentlighet (publicity), relevans (relevance), reviderbarhet (revisability) och genomförbarhet (enforcement).

I denna modell innebär offentlighet att besluten och grunderna för dem är offentliga. Relevans innebär att besluten grundar sig på evidens och på allmänt godtagbara, rättvisa

---

och rationella principer, så att behoven kan tillgodoses på bästa möjliga sätt inom ramen för tillgängliga resurser. Reviderbarhet betyder att medborgare och experter kan bedöma och ifrågasätta besluten och att felaktiga beslut vid behov kan rättas till. Genomförbarhet betyder att det finns tydliga regler och definitioner för att genomföra beslutsfattandeprocessen.

Ett lämpligt förhållande mellan politiskt beslutsfattande och expertdrivet beslutsfattande är en viktig fråga när prioriteringsprocesserna utvecklas. Yrkespersoner inom vården är oundgängliga experter när besluten fattas, men besluten om de stora linjerna i prioriteringsprocessen och om beslutsprocesser och principer måste fattas demokratiskt. Beslut inom hälso- och sjukvården kan inte fattas lösryckt enbart utgående från expertkunskap. I praktiken kunde processen gå till så att experter och tjänstemän fattar mer detaljerade beslut inom ramen för beslut som fattats demokratiskt. Dessa beslut tillämpas sedan i praktiken av de vårdprofessionella i samråd med patienterna.

### Prioritering i Finland

Grunden för prioritering inom hälso- och sjukvården finns i grundlagen, där 19 § föreskriver att det allmänna, enligt vad som närmare bestäms genom lag, ska tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. Grundlagen kräver alltså inte att alla tjänster som är möjliga ska tryggas, utan den talar om tillräckliga tjänster. Sett ur grundlagssynpunkt är det en central fråga hur man i praktiken definierar "tillräckliga". I verkligheten har definitionen varit mycket diffus.

Inom den kommunala hälso- och sjukvården har prioriteringen i huvudsak varit implicit. I praktiken ger kommunen ut så mycket pengar som det finns tillgängligt till producenterna (hälsovårdscentraler och sjukvårdsdistrikt), och producenterna avgör mycket självständigt hur de använder resurserna. Beslutsfattandet bland producenterna är en mycket invecklad process som i huvudsak sker i det fördolda. En väsentlig del av ansvaret har i praktiken lagts på den behandlande läkarens axlar. Man har av tradition velat ge befolkningen bilden av att all behandling som är till åtminstone litet nytta också ges. Problemen inom prioriteringsprocessen har rättats till genom att köbildning vid sidan av prioritering har lyfts fram som en viktig mekanism för att hantera kostnader.

Nyligen har det undersökts hur sjukvårdsdistriktens beslutsprocesser går till när distriktet fattar beslut om biologiska läkemedel (9). Det kom fram att faktorer som inverkar på prioriteringsprocessen är bland annat läkemedelsdelegationen, upphandlingssamarbetet, klinikens överläkare, tillbudsstående resurser, inhemska och utländska behandlingsrekommendationer, praxis på andra sjukhus och faktorer i samband med den behandlande läkaren (klinisk erfarenhet, förtrogenhet och intresseriktning).

Trots att vi i Finland har vissa ansatser till styrning på riksnivå (exempelvis kriterier för vårdtillgång, rekommendationer om god medicinsk praxis och tjänsteutbudsrådet), förekommer betydande skillnader mellan kommuner och regioner i tillgången till och nivån på den vård som är resultatet av prioriteringsprocessen. Detta är kanske i linje med kommunernas autonomi, men det strider på samma gång mot den finländska likabehandlingsprincipen. Sett ur den enskilda patientens perspektiv kan prioriteringsprocessen och dess slutresultat i vissa fall te sig rätt så slumpmässiga. Den nuvarande modellen har kritiserats dels för jämlikhetsproblemen, dels för att den inte nödvändigtvis leder till den effektiva produktion av hälsonytta som är det viktigaste målet för prioritering.

Det existerar emellertid ett antal systematiska prioriteringsprocesser på systemnivå i Finland. Det är prioriteringsprocesserna i läkemedelsersättningsystemet, det nationella vaccinationsprogrammet och screeningverksamheten. Inom läkemedelsersättningsystemet klassificeras läkemedlen såväl enligt sjukdomens svårighetsgrad som enligt den hälsonytta preparatet ger. Grunderna för beslutsfattande, beslutsprocesserna och beslutsfattarna läggs fast genom en demokratisk process. De praktiska prioriteringsbesluten fattas av Läkemedelsprisenämnden, som är ett expertorgan och vars beslut är offentliga.

Ett betydande steg mot systematisk prioritering inom den finländska hälso- och sjukvården togs 2005, när enhetliga kriterier för icke-brådskande vård inom den specialiserade sjukvården utarbetades under ledning av SHM i samband med vårdgarantilagstiftningen. Det finns kriterier för cirka 190 sjukdomar och de täcker uppskattningsvis 80 procent av den icke-brådskande specialiserade vården. Tillämpningen av kriterierna har varierat.

I Finland har vi fört en mer omfattande diskussion om vårdprioritering i två repriser: i den av Stakes tillsatta prioriteringsgruppen

---

för hälso- och sjukvården 1993–1994 och på ett seminarium i samband med den 1993 (10) samt i en prioriteringsdelegation som samman kallades av Finska Läkarföreningen Duodecim 1999 (11). Trots att båda forumen förde synnerligen värdefulla diskussioner blev deras praktiska inverkan på prioriteringsbesluten liten. Till deras viktigaste budskap hörde att man inte kan undvika val inom vården enbart genom att effektivisera verksamheten och att det är frågan om ett mångfasetterat problem som saknar enkla lösningar. Forumen betonade också vikten av teknikutvärdering som grund för beslutsfattandet inom hälso- och sjukvården.

Det har gjorts en del forskning om prioritering inom vården i Finland och en bok på finska har också getts ut i ämnet (12). Nu för tiden upprätthålls diskussion om prioritering på medborgarnivå på evenemanget Hälsoforum som ordnas regelbundet (13).

### **Nya utmaningar för den nuvarande modellen och nya lösningar**

De senaste åren har den nuvarande modellen för prioriteringsprocesser ställts inför en helt ny utmaning vid sidan av alla tidigare utmaningar. Det gäller inte längre enbart problemen med patienternas likställdhet eller med effektiv användning av hälso- och sjukvårdens resurser, utan nu är det frågan om att få kontroll över kostnaderna i hela systemet. Kostnadskontrollen utmanas av en utveckling mot större integration i den europeiska hälso- och sjukvården, av åtskillnad mellan anordnande och produktion av vård och av valfrihet för patienterna.

Den nuvarande prioriteringen på producentnivå är inte längre möjlig eller meningsfull inom det kommande vårdssystemet, där patienterna fritt kan välja sin producent till och med från andra EU-länder. Då kan producenterna och finansierarna inte som hittills reglera de producerade tjänsterna eller omfattningen av dem. Inom den kommande hälso- och sjukvården har producenterna inte heller några incitament för att upprätthålla de långa köer som är en grundpelare för kostnadskontroll i den nuvarande modellen.

Dessa utmaningar har redan gjort sig påminda inom ramen för den valfrihet som ingår i den nuvarande hälso- och sjukvårdslagen, eftersom sjukvårdsdistrikten har börjat konkurrera om patienter med hänvisning till god tillgång till vård. Den nya situationen syns också i att Finland inte helt och hållet har

kunnat genomföra patientrörlighetsdirektivet som ökar patienternas valfrihet.

För att kostnaderna också i framtiden ska kunna hållas i styr av systemet måste vi oundgängligen utveckla den nuvarande prioriteringsprocessen. Från att direkt reglera produktionen måste vi övergå till att reglera vilka tjänster – undersökningar och behandlingar – patienterna har rätt till. För att kunna garantera jämlikhet och kostnadskontroll måste prioriteringsbesluten i huvudsak fattas på anordnarnivå (i framtiden landskapen) eller rentav på finansiärnivå (i framtiden staten). Besluten måste också vara offentliga och så entydiga att producenterna kan följa dem. Vidare måste prioriteringsprocessen vara så stark att den också ersätter värdköer som metod för kostnadskontroll.

När patientrörlighetsdirektivet skulle genomföras, infördes ett riksomfattande tjänsteutbud som lösning (14). Samtidigt inrättades tjänsteutbudsrådet för att närmare lägga fast tjänsteutbudet i Finland. Rådets uppgift är alltså att ge rekommendationer om vilka tjänster som ska höra till tjänsteutbudet inom den offentligt anordnade eller finansierade hälso- och sjukvården.

Hälso- och sjukvårdens tjänsteutbud omfattar, enligt den lag som stiftades i detta sammanhang, medicinskt och odontologiskt motiverad prevention av sjukdomar, medicinskt och odontologiskt motiverade undersökningar för att upptäcka sjukdom samt medicinskt och odontologiskt motiverad diagnos, vård, behandling och rehabilitering. Till tjänsteutbudet hör däremot inte sådana hälso- och sjukvårdsåtgärder och undersökningar eller sådan vård, behandling och rehabilitering som innebär en orimligt stor risk för patientens liv eller hälsa i förhållande till de hälsofördelar som kan uppnås eller vars effekt är liten och vars kostnader är orimliga i förhållande till de hälsofördelar som kan uppnås och det terapeutiska värdet.

Än så länge har tjänsteutbudsrådet bara kommit med några enstaka riktlinjer som inte täcker in mer än en bråkdel av det verkliga tjänsteutbudet. Rådet har ett stort arbete framför sig. En utmaning är att reglerna sällan har lagts fast skriftligt, trots att praktiskt taget varje sjukvårdsdistrikt och hälsovårdscentral har ett eget tjänsteutbud som har utformats med tiden.

I framtiden måste tjänsteutbudet dimensioneras så att resurserna räcker till för att tillhandahålla tjänster till alla som behöver dem. Efter det behöver vi inte längre hålla

oss med långa köer eller höga klientavgifter för att kontrollera kostnaderna.

### Läkarens autonomi i prioriteringens skruvstäd

Vid prioritering och kostnads kontroll inom vården spelar läkaren en mycket framträdande roll, både som administrativ beslutsfattare och när vårdval görs i det kliniska arbetet. Läkarproufessionen kan inte fränsäga sig detta ansvar. Läkarna och läkarproufessionen har all anledning att ta en ansvarsfull och aktiv roll i prioriteringen.

Inom det nuvarande implicita systemet har den behandlande läkaren ett stort ansvar för besluten. Också proufessionen som helhet har aktivt upprätthållit rekommendationerna om god medicinsk praxis, vilket har medverkat till större jämlikhet för patienterna och effektiv användning av vårdresurserna. Trots att rekommendationerna för god praxis inte har status av myndighetsföreskrifter har de i allmänhet varit uppskattade och har följts eftersom de är framtagna av proufessionen.

Medaljens baksida är att rekommendationerna om god medicinsk praxis och liknande anvisningar i någon mån har minskat den enskilda läkarens kliniska autonomi. Att alltför mycket skjuta över prioriteringsbesluten på den behandlande läkaren kan också ses som ett problem ur läkaretikens perspektiv. Om läkaren svarar för prioriteringsbesluten inom vården måste hen avstå från sin förstahandslojalitet mot den enskilda patienten (15).

Den behandlande läkarens roll i beslutsfattandet kommer i framtiden att vara något mindre, när prioriteringen utvecklas mot att bli mer systematisk och öppen och när den delvis flyttas upp till en högre nivå i systemet (anordnare/finansiär). För att patienterna ska behandlas på enahanda grunder oberoende av bostadsort måste vårdlinjerna vara så enhetliga som möjligt i hela landet. Också i fortsättningen är det dock nödvändigt att se till att det går att i tillräckligt stor utsträckning skraddarsy behandlingen individuellt i samråd med patienten.

Sett ur läkarautonomins perspektiv är denna utveckling också en möjlighet. När beslutsprocesserna utvecklas och flyttas upp till en högre nivå i systemet kan läkarproufessionen självständigt ta en allt mer aktiv och ansvarsfull roll för att utstaka det offentliga tjänsteutbudet. Vi får inte låta dessa beslut glida för långt utanför proufessionen, till exempel till myndigheter, jurister eller politiker.

### Sammanfattning

Vi är ofrånkomligen på väg mot en ny hälso- och sjukvård och det finns ingen återvändo till det gamla. I bakgrunden finns många stora förändringstrender i samhället, vården och medicinen. I framtidens hälso- och sjukvårdssystem kommer sannolikt bland annat större valfrihet, patienternas rättigheter och likabehandling av patienter att ha en mer framträdande position.

Den utvecklingen gör att vi också i Finland måste gå mot en öppnare prioritering. Det innebär att prioriteringsbesluten måste fattas systematiskt, öppet, på klara grunder och som resultat av en tydligt definierad process. Samtidigt blir prioriteringen mer demokratisk, ansvarsfull, välgrundad och transparent – och därför också lättare för medborgarna att förstå och acceptera.

I idealfallet är prioriteringsbesluten kunskapsbaserade och fattas utifrån öppen diskussion om värdegrunderna. Fokus måste sättas på rättvisa, behov, kostnadseffektivitet, respekt för befolkningens värdegrunder och jämlik behandling av alla. När prioriteringsbeslut fattas, behövs vårdproufessionella som experter, men besluten om de stora linjerna, beslutsprocesser och principer ska fattas demokratiskt. Den behandlande läkaren bör ges nödvändig rörelsefrihet så att patienternas individuella behov kan beaktas i vårdbesluten.

Lauri Vuorenkoski

[lauri.vuorenkoski@laakariliitto.fi](mailto:lauri.vuorenkoski@laakariliitto.fi)

### Referenser

1. Saarni S, Vuorenkoski L. Priorisointi terveydenhuollossa. Etiikkaa, demokratiaa vai teknokratiaa. Kanava 001;29:601–604.
2. Doyal L. Rationing within the NHS should be explicit. The case for. *BMJ* 1997;314:1114–8.
3. Ham C, Coulter A. Explicit and implicit rationing: taking responsibility and avoiding blame for health care choices. *J Health Ser Res Pol* 2001;6:163–169.
4. Tarve terveydenhuollossa - kuka tai mikä määrittää? ETENE-publikationer 18, 2007.
5. Keinänen M, Koivuranta-Vaara P, Kokko P, Komulainen J, Roine R, Vuorenkoski L, Vohlonen I. Miiksi Suomessa ei seurata terveyspalveluilla tuotettua terveyshyötyä? tuloksia Utilis Sanits -hankkeesta. Reports and Studies in Health Sciences 25, Publications of the University of Eastern Finland, 2017.
6. Holm S. The second phase of priority setting: goodbye to the simple solutions. *BMJ* 1998;317:1000–2.
7. Samuli Saarni. Vaikuttavuuden huomiointi terveydenhuollon päätöksenteossa Eettinen analyysi. THL tutkimus 40, 2010.
8. Daniels N, Sabin J. Limits to health care: fair procedures, democratic deliberation, and the legitimacy problem for insurers. *Philosophy and Public Affairs* 1997;26:303–350.
9. Merikoski M, Enlund H: Biologisten lääkkeiden käyttöönotto ja käyttö Suomessa - Terveydenhuollon käytäntöjä ja näkökulmia. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 142, 2016.
10. Prioriteringsarbetsgruppen för hälso- och sjukvården. Arvoista valintoihin. Jyväskylä: Stakes, Rapporter 161, 1994.
11. Priorisointineuvottelukunta. Priorisointi - terveydenhuollon valinnat. Helsingfors: Suomalainen lääkäriseura Duodecim, 2000.

- 
12. Rynnänen O-P, Kukkonen J, Myllykangas M, Lammintakanen J, Kinnunen J. Priorisointi terveydenhuollossa - Mitä maksaa, kuka maksaa. Talentum, 2006.
  13. Terveysfoorumi 2011: Terveydenhuollon valinnat. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, SHM, Kommunförbundet, THL. <http://www.terveysportti.fi/kotisivut/docs/f1813512239/terveysfoorumi2011.pdf>
  14. Suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoima. Rajat ylittävän terveydenhuollon ohjausryhmän palvelukori-alatyöryhmän ehdotuksia. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:5.
  15. Saarni S ja Vuorenkoski L. Terveydenhuollon säännöstely, markkinatalous ja lääkärin rooli. Duodecim 2003;119:993-1000.

## **Summary**

---

### ***Priority setting in a limited economy***

*Priority setting cannot be avoided in health care; rather it is a necessary component of any sustainable and fair health care system. Traditionally, priority setting in Finnish health care has been rather implicit, with decisions made at the provider level. New developments in health care, most importantly increasing patient choice, challenges this. In the future, priority setting processes must be more transparent and systematic, and decision-making must be shifted from the provider level to the purchaser- and national level.*