

Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi terveydenhuoltolain 7 a §:n, sosiaalihuoltolain ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain 36 §:n muuttamisesta

ESITYKSEN PÄÄASIALLINEN SISÄLTÖ

Esityksessä ehdotetaan muutettavaksi terveydenhuoltolakia, sosiaalihuoltolakia ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annettua lakia. Lakiehdotusten tavoitteena on edistää vaikuttavuutta sekä asiakkaiden ja potilaiden yhdenvertaisuutta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tavoitteena on lisätä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoimaa koskevien valintojen avoimuutta ja hyväksyttävyyttä sekä kansallisesti että palvelujen järjestämisen ja asiakastyön tasolla.

Pääministeri Petteri Orpon hallituksen ohjelman mukaan säädetään periaatteista, joiden mukaan palvelujen ja menetelmien kuuluminen palveluvalikoimaan ja niiden poisrajaaminen toteutetaan julkisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Hallitusohjelman mukaan säädetään julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden ja menetelmien palveluvalikoimaan kuulumisen ja kohdentamisen periaatteista palveluiden vaikuttavuuden ja yhdenvertaisuuden edistämiseksi.

Terveydenhuoltolaissa ja sosiaalihuoltolaissa säädettäisiin periaatteista, joiden mukaan palveluiden ja menetelmien kuuluminen palveluvalikoimaan ja niiden poisrajaaminen toteutetaan julkisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Periaatteet olisivat tarveperiaate, turvallisuus, vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus sekä läpileikkaavina periaatteina yhdenvertaisuus ja ihmisarvon loukkaamattomuus.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annettua lakia muutettaisiin siten, että hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksessa olisi jatkossa sovittava sosiaalihuollon palvelujen, toimenpiteiden, menetelmien ja työmuotojen sekä terveydenhuollon palvelujen ja menetelmien käyttöönottoa, käyttöä ja käytöstä poistamista koskevista yhteistyöaluetasoisista yhteistyörakenteista ja ohjauksesta.

Ehdotetut lait on tarkoitettu tulemaan voimaan 1.1.2027.

SISÄLLYS

ESITYKSEN PÄÄASIALLINEN SISÄLTÖ.....	1
PERUSTELUT	3
1 Asian tausta ja valmistelu	3
1.1 Tausta	3
1.2 Valmistelu	3
2 Nykytila ja sen arviointi.....	4
2.1 Nykytila.....	4
2.1.1 Julkisesti rahoitettu sosiaali- ja terveydenhuolto	4
2.1.2 Terveystenhuollon lainsäädäntö	7
2.1.3 Terveystenhuollon menetelmien arviointitoiminta ja muu terveydenhuollon sisältöohjaus	10
2.1.4 Sosiaalihuollon lainsäädäntö.....	11
2.1.4.1 Sosiaalihuollon yleislainsäädäntö	11
2.1.5 Sosiaali- ja terveydenhuollon priorisointi	12
2.2 Nykytilan arviointi	13
3 Tavoitteet	14
4 Ehdotukset ja niiden vaikutukset	14
4.1 Keskeiset ehdotukset.....	14
4.2 Pääasialliset vaikutukset.....	15
4.2.1 Taloudelliset vaikutukset	15
4.2.2 Ihmisiin kohdistuvat ja yhteiskunnalliset vaikutukset	19
5 Muut toteuttamisvaihtoehdot	28
5.1 Vaihtoehdot ja niiden vaikutukset.....	28
5.2 Ulkomaiden lainsäädäntö ja muut ulkomailla käytetyt keinot	29
5.2.1 Terveystenhuolto	29
5.2.2 Sosiaalihuolto.....	32
6 Lausuntopalaute.....	32
7 Säännöskohtaiset perustelut.....	32
7.1 Terveystenhuoltolaki	32
7.2 Sosiaalihuoltolaki.....	43
7.3 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä.....	53
8 Voimaantulo	53
9 Toimeenpano ja seuranta	53
10 Suhde muihin esityksiin.....	53
11 Suhde perustuslakiin ja säätämijärjestys	53
LAKIEHDOTUKSET	58
1. Laki terveydenhuoltolain 7 a §:n muuttamisesta.....	58
2. Laki sosiaalihuoltolain muuttamisesta	59
3. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain 36 §:n muuttamisesta.....	60
LIITTEET	61
RINNAKKAISTEKSTIT	61
1. Laki terveydenhuoltolain 7 a §:n muuttamisesta.....	61
2. Laki sosiaalihuoltolain muuttamisesta	63
3. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain 36 §:n muuttamisesta.....	65

PERUSTELUT

1 Asian tausta ja valmistelu

1.1 Tausta

Pääministeri Petteri Orpon hallituksen ohjelman mukaan säädetään periaatteista, joiden mukaan palveluiden ja menetelmien kuulumisen palveluvalikoimaan ja niiden poisrajaaminen toteutetaan julkisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Hallitusohjelman kirjauksen mukaan säädetään julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen ja menetelmien palveluvalikoimaan kuulumisen ja kohdentamisen periaatteista palvelujen vaikuttavuuden ja yhdenvertaisuuden edistämiseksi. Kirjaus on osa hallitusohjelman palvelujen vaikuttavuuden lisäämisen kokonaisuutta. Vaikuttavuuden edistämisen toimenpiteitä toteutetaan osana hallitusohjelmaan kirjattua kansallista palvelureformia, jossa uudistetaan sosiaali- ja terveydenhuollon sisältöjä koskevaa lainsäädäntöä sekä siihen liittyvää ohjausta vastaamaan sote-rakenteita ja valtakunnallisia sote-tavoitteita. Palvelureformintavoitteena on muun muassa vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden lisääminen.¹

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoimasta on tehty useita selvityksiä. Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut esimerkiksi kansallisen terveydenhuollon palveluvalikoiman määrittämisen periaatteita, rakennetta ja kehittämismahdollisuuksia koskevan selvityksen² ja kustannusvaikuttavuuden käyttämistä yhtenä terveydenhuollon palveluvalikoiman määrittelykriteerinä koskevan selvityksen³. Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut kaksi sosiaalihuollon selvitystä, joista toinen käsittelee sosiaalihuollon porrasteisuutta⁴ ja toinen sosiaalihuollon sisältöohjausta⁵. Valtioneuvoston kanslia on julkaissut terveydenhuollon palveluvalikoiman priorisointia koskevan selvityksen.⁶

1.2 Valmistelu

Esitys on valmisteltu sosiaali- ja terveysministeriössä virkatyönä. Valtioneuvosto asetti toimikaudeksi 1.3.2025-30.4.2027 parlamentaarisen seurantaryhmän tukemaan sosiaali- ja terveysministeriössä käynnistynyttä hallitusohjelman mukaista säädösvalmisteluhanketta vaikuttavien palvelujen ja menetelmien kansallisen valinnan periaatteista säätämiseksi.

¹ Palvelureformi julkisessa palvelussa osoitteessa <https://stm.fi/hankkeet> tunnuksella STM098:00/2023.

² Kansallinen terveydenhuollon palveluvalikoima. Määrittämisen periaatteet, rakenne ja kehittämismahdollisuudet. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2020:31. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/162447>

³ Selvitys kustannusvaikuttavuuden käyttämisestä yhtenä terveydenhuollon palveluvalikoiman määrittelykriteerinä – korjattu laitos. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:30. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/160237>

⁴ Sosiaalihuollon porrasteisuus uusissa sote-rakenteissa: Nykytila ja ehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2024:5. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/165424>

⁵ Sosiaalihuollon sisältöohjaus hyvinvointialuerakenteessa: Nykytila ja toimenpide-ehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2024:3. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/165421>

⁶ Terveydenhuollon palveluvalikoiman priorisointi. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2022:53. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/164298>

Esityksen valmistelun aikana sosiaali- ja terveysministeriö pyysi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäjiltä, tuottajilta ja sidosryhmäorganisaatioilta sekä viranomaisilta näkemyksiä palveluvalikoiman periaatteiden aihioista erillisellä verkkoalustalla.⁷ Sosiaali- ja terveysministeriö järjesti sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille kyselyn sosiaali- ja terveydenhuollon priorisointiperiaatteista.⁸ Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta (ETENE), terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto (Palko) ja sosiaali- ja terveysministeriö järjestivät yhdessä kansalaisille verkkokyselyn.⁹ Lisäksi esityksen valmistelun aikana sosiaali- ja terveysministeriö on järjestänyt useita sidosryhmätilaisuuksia ja osallistunut useisiin sidosryhmätilaisuuksiin, joissa valmistelusta on kerrottu.

Palveluvalikoiman periaatteiden valmistelusta järjestettiin kuulemistilaisuus 8.9.2025. Sosiaali- ja terveysministeriön pyynnöstä lausunnon antoivat sosiaalihuollon professiojohtajien verkoston osalta Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue ja Pirkanmaan hyvinvointialue, vastaavien lääkäreiden verkoston osalta keskussairaalan näkökulmasta Päijät-Hämeen hyvinvointialue ja yliopistosairaalan näkökulmasta Varsinais-Suomen hyvinvointialue, hoitotyön professiojohtajat ry:n hallitus, Sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijärjestö Talentia ry, Suomen Lääkäriliitto ry, SOSTE Suomen sosiaali- ja terveys ry, Hyvinvointialueyhtiö Hyvil Oy, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) sekä Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta (ETENE).¹⁰

Hallituksen esityksen valmisteluasiakirjat ovat julkisessa palvelussa osoitteessa <https://stm.fi/hankkeet> tunnuksella STM113:00/2023.

2 Nykytila ja sen arviointi

2.1 Nykytila

2.1.1 Julkisesti rahoitettu sosiaali- ja terveydenhuolto

Hyvinvointialueiden järjestämisvastuu

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain (612/2021, jäljempänä sote-järjestämislaki) 8 §:n mukaan hyvinvointialue vastaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä alueellaan ja on järjestämisvastuussa asukkaidensa sosiaali- ja terveydenhuollosta. Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisestä Uudellamaalla annetun lain (615/2021) 3 §:n mukaan Uudenmaan hyvinvointialueet ja Helsingin kaupunki sekä HUS-yhtymä järjestävät sosiaali- ja terveydenhuollon Uudellamaalla. Sote-järjestämislain palveluiden järjestämistä ohjaavat muun muassa yhdenvertaisuus, yhteentoimivuus, tarveperustaisuus, kustannusvaikuttavuus, vaikuttavuus ja laatu. Lain tarkoituksena on 1 §:n mukaan edistää ja ylläpitää väestön hyvinvointia ja terveyttä sekä

⁷ Kooste sidosryhmien palautteesta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoiman periaateaihioidiin. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2025:16.

<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/166235>

⁸ Sosiaali- ja terveydenhuollon priorisointiperiaatteet: Ammattilaiskyselyn tulokset. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2025:20.

<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/166329>

⁹ Kansalaiskyselyn tulokset on julkaistu sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivuilla osoitteessa <https://stm.fi/hankkeet> tunnuksella STM113:00/2023.

¹⁰ Kuulemiseen liittyvät asiakirjat on julkaistu sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivuilla osoitteessa <https://stm.fi/hankkeet> tunnuksella STM113:00/2023.

varmistaa yhdenvertaiset, yhteen toimivat ja kustannusvaikuttavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut koko maassa. Lain 4 §:n mukaan hyvinvointialueen on suunniteltava ja toteutettava sosiaali- ja terveydenhuolto sisällöltään, laajuudeltaan ja laadultaan sellaisena kuin asiakkaiden tarve edellyttää. Palvelut on toteutettava yhdenvertaisesti, yhteen sovitettuina palvelukokonaisuuksina sekä hyvinvointialueen väestön tarpeet huomioon ottaen lähellä asiakkaita. Palveluja voidaan koota hyvinvointialueen alueella suurempiin kokonaisuuksiin silloin, kun palvelujen saatavuus ja laadun turvaaminen edellyttävät erityisosaamista tai kalliita investointeja tai kun palvelujen tarkoituksenmukainen, kustannusvaikuttava ja tehokas toteuttaminen edellyttävät sitä.

Tarpeen arvioinnissa on otettava huomioon sekä väestötason että yksilötason tarve. Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäjän tulee arvioida eri väestö- ja asiakasryhmien palvelutarvetta sekä yhdenvertaista palveluihin pääsyä, suunnata voimavaroja todettujen tarpeiden perusteella ja yhtenäistää hoito- ja palvelukäytäntöjä (HE 241/2020 vp, s. 655–656).

Sote-järjestämislain 11 §:n mukaan hyvinvointialueen on laadittava sosiaali- ja terveydenhuollon palvelustrategia osana hyvinvointialuestrategiaa. Palvelustrategiassa on otettava huomioon sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnalliset tavoitteet. Palvelustrategiassa hyvinvointialue päättää järjestämisvastuulleen kuuluvan sosiaali- ja terveydenhuollon pitkän aikavälin tavoitteet sekä tavoitteet sille, miten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut toteutetaan ottaen huomioon hyvinvointialueen asukkaiden tarpeet, paikalliset olosuhteet, palvelujen saatavuus ja saavutettavuus sekä kustannusvaikuttavuus (HE 241/2020 vp, s. 680).

Sote-järjestämislain 36 §:ssä säädetään hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksesta. Pykälän 3 momentin 8 kohdan mukaan samaan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueeseen kuuluvien hyvinvointialueiden on sovittava työnjaosta, yhteistyöstä ja yhteensovittamisesta sosiaali- ja terveydenhuollon menetelmien käyttöönoton, käytön ja käytöstä poistamisen alueellisten periaatteiden määrittelyssä niitä koskevat valtakunnalliset linjaukset huomioon ottaen.

Hyvinvointialueet ovat lähtökohtaisesti järjestämisvastuussa asukkaidensa sosiaali- ja terveydenhuollosta. Hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän on järjestämisvastuunsa perusteella annettava terveydenhuoltolain (1326/2010) 50 §:n mukaan kiireellistä sairaanhoitoa, mukaan lukien kiireellinen suun terveydenhuolto, mielenterveyden hoito, päihdehoito ja psykososiaalinen tuki sitä tarvitsevalle potilaalle hänen asuinpaikastaan riippumatta. Sosiaalihuoltolain (1301/2014) 12 §:n mukaan hyvinvointialueen on järjestettävä jokaiselle alueellaan oleskelevalle henkilölle kiireellisessä tapauksessa yksilölliseen tarpeeseensa perustuvat sosiaalipalvelut siten, ettei hänen oikeutensa välttämättömään huolenpitoon ja toimeentuloon vaarannu. Lisäksi oppilas- ja opiskelijahuoltolain 9 §:n 4 momentin mukaan hyvinvointialue, jonka alueella oppilaitos sijaitsee, vastaa koulu- ja opiskeluterveydenhuollon järjestämisestä terveydenhuoltolaissa säädetyn mukaisesti.

Sairaanhoitokorvaukset

Sairausvakuutuslain (1224/2004) 2 luvussa säädetään yleisistä sairaanhoitokorvauksista ja korvattavuutta koskevista periaatteista ja edellytyksistä. Lain 2 luvun 1 §:n mukaan sairaanhoitona vakuutetulle korvataan yksityislääkärin ja yksityishammaslääkärin suorittama ja määräämä tutkimus sekä antama ja määräämä hoito, suuhygienistin ja fysioterapeutin suorittama tutkimus ja antama hoito, lääkärin ja hammaslääkärin vakuutetun sairauden hoitoon määräämät lääkkeet, lääkärin määräämät kliiniset ravintovalmisteet ja perusvoiteet, sairaanhoitajan rajatun ja määräaikaisen lääkkeenmääräämisen piiriin kuuluvat lääkkeet ja

perusvoiteet sekä sairauden hoitoon liittyvät matkakustannukset. Mitä laissa säädetään sairaanhoidon korvaamisesta, koskee soveltuvin osin myös vakuutetun oikeutta saada korvausta raskauden ja synnytyksen aiheuttamista kustannuksista.

Lain 2 luvun 2 §:n mukaan vakuutetulla on oikeus saada laissa erikseen säädetyn omavastuuosuuden ylittävältä osalta korvausta tarpeellisista sairaanhoidon kustannuksista sekä raskauden ja synnytyksen aiheuttamista tarpeellisista kustannuksista. Vakuutetulle aiheutuneet kustannukset korvataan siltä osin, kuin hoito tarpeettomia kustannuksia välttämällä olisi tullut maksamaan. Lain 2 luvun 3 §:n 1 momentin 10 kohdan perusteella sairausvakuutuslain nojalla ei korvata sairaanhoidon kustannuksia, jos kustannukset ovat syntyneet hoidosta, joka ei kuulu terveydenhuoltolain 7 a §:ssä tarkoitettuun terveydenhuollon palveluvalikoimaan.

Kustannusten korvaamisesta rajat ylittävissä tilanteissa säädetään rajat ylittävästä terveydenhuollosta annetussa laissa (1201/2013), jossa viitataan terveydenhuoltolain 7 a §:ään.

Vankiterveydenhuolto

Vankeuslain (767/2005) 1 luvun 3 § sisältää niin sanotun normaalisuusperiaatteen, jonka perusteella vankien olosuhteiden tulisi vastata mahdollisimman pitkälle normaalissa yhteiskunnassa vallitsevia olosuhteita. Vankiterveydenhuollossa vangeille on annettava samantasoinen lääketieteellinen hoito kuin vapaudessakin potilaalle annetaan (HE 49/2015 vp). Vankeuslain 10 luvun 1 §:n 1 momentin mukaan vankiterveydenhuollon yksikkö vastaa vangin lääketieteellisten tarpeiden mukaisen terveyden- ja sairaanhoidon sekä lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisestä. Pykälän 5 momentin mukaan terveyden- ja sairaanhoidon järjestämisessä noudatetaan, mitä potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (785/1992, jäljempänä potilaslaki), terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa (559/1994, jäljempänä terveydenhuollon ammattihenkilölaki), mielenterveyslaissa (1116/1990), tartuntatautilaissa (1227/2016) ja työterveyshuoltolaissa (1383/2001) säädetään. Tutkintavankeuslain (768/2005) 6 luvun 1 §:ssä on asiallisesti samansisältöiset säännökset tutkintavangin terveyden- ja sairaanhoidosta.

Käytännössä vankiterveydenhuolto tilaa useita edellä tarkoitettuja terveys- ja sairaanhoitopalveluja siltä hyvinvointialueelta, jonka alueella vankila sijaitsee.

Korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuolto

Korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon järjestämisestä, tuottamisesta ja rahoittamisesta säädetään korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetussa laissa (695/2019). Lain 3 §:n 1 momentin mukaan opiskeluterveydenhuollolla tarkoitetaan terveydenhuoltolain 17 §:ssä tarkoitettua opiskeluterveydenhuoltoa korkeakouluopiskelijoille. Lisäksi 3 §:n 2 momentissa viitataan opiskeluterveydenhuollon sisältöä koskeviin terveydenhuoltolain 23 §:n nojalla annettuihin säännöksiin. Lain 6 §:n mukaan Kansaneläkelaitos vastaa opiskeluterveydenhuollon järjestämisestä ja 8 §:n mukaan palvelut tuottaa Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö (YTHS). Lain 4 §:n 2 momentin mukaan laissa tarkoitettuja palveluja tuotettaessa on noudatettava, mitä terveydenhuollon palveluista säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon yleis- ja erityislainsäädännössä.

Vastaanottopalvelut

Kansainvälistä suojelua hakevan vastaanotosta sekä ihmiskaupan uhrin tunnistamisesta ja auttamisesta annetun lain (746/2011, vastaanottolaki) 25 §:n 1 momentin mukaan kansainvälistä

suojelua hakevalla, tilapäistä suojelua saavalla ja ihmiskaupan uhrilla, jolla ei ole kotikuntalaissa tarkoitettua kotikuntaa Suomessa, on oikeus saada sosiaalihuoltolain 14 §:ssä tarkoitettuja sosiaalipalveluja, jos sosiaalihuollon ammattihenkilö arvioi ne välttämättömiksi sinä aikana, jona henkilö on oikeutettu vastaanottopalveluihin tai jona hän on auttamisjärjestelmässä. Lain 25 §:n 2 momentin mukaan sosiaalihuoltolain 15 §:ssä tarkoitettua sosiaalityötä ja 16 §:ssä tarkoitettua sosiaaliohjausta tekee vastaanottokeskuksessa sosiaalihuollon ammattihenkilö.

Lain 26 §:n 1 momentin mukaan kansainvälistä suojelua hakevalla ja ihmiskaupan uhrilla, jolla ei ole kotikuntalaissa tarkoitettua kotikuntaa Suomessa, on oikeus saada terveydenhuoltopalveluja terveydenhuoltolain 50 §:n mukaisesti sekä oikeus saada terveydenhuollon ammattihenkilön välttämättömiksi arvioimia muita terveystalveluja. Lain 26 §:n 2 momentin mukaan tilapäistä suojelua saavalle sekä kansainvälistä suojelua hakevalle lapselle ja ihmiskaupan uhrille, joka on lapsi ja jolla ei ole kotikuntalaissa tarkoitettua kotikuntaa Suomessa, annetaan terveydenhuoltopalvelut samoin perustein kuin henkilölle, jolla on kotikuntalaissa tarkoitettu kotikunta Suomessa. Lain 13 §:n mukaan vastaanottopalvelut järjestää se vastaanottokeskus, jonka asiakkaaksi kansainvälistä suojelua hakeva tai tilapäistä suojelua saava rekisteröidään. Lain 38 b §:n mukaan auttamistoimien järjestämisestä ihmiskaupan uhrille, jolla ei ole kotikuntalaissa tarkoitettua kotikuntaa Suomessa, vastaa Joutsenon vastaanottokeskus.

Käytännössä vastaanottokeskukset tilaavat useita edellä tarkoitettuja sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja siltä hyvinvointialueelta, jonka alueella vastaanottokeskus sijaitsee.

2.1.2 Terveysdenhuollon lainsäädäntö

Terveydenhuoltolaissa (1326/2010) säädetään hyvinvointialueiden järjestämisvastuulle kuuluvista terveystalveluista. Lain tarkoituksena on 2 §:n mukaan muun muassa edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia ja työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta ja kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja.

Julkisesti rahoitettavasta terveydenhuollon palveluvalikoimasta säädettiin vuonna 2013 Euroopan parlamentin ja neuvoston 9 päivänä maaliskuuta 2011 antaman direktiivin 2011/24/EU potilaiden oikeuksien soveltamisesta rajat ylittävässä terveydenhuollossa (jäljempänä potilasdirektiivi) kansallisen toimeenpanon yhteydessä. Palveluvalikoiman määrittelemine on potilasdirektiivin jäsenvaltiolle sallima keino rajata direktiivin mukaista korvausvastuuta rajat ylittävästä terveydenhuollosta. Jos suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoimaa ei olisi määritelty, palveluvalikoimaan kuuluviksi olisi voitu EU-tuomioistuimen oikeuskäytännön valossa katsoa sellaisia hoitoja, joita Suomessa ei olisi annettu tai korvattu julkisin varoin (HE 103/2013 vp, s. 6/I ja 38/II). Siksi terveydenhuoltolakiin lisättiin 7 a ja 78 a §, ja sairausvakuutuslain mukaiset sairaanhoitokorvaukset sidottiin palveluvalikoimaan.

Terveydenhuoltolain 7 a §:ssä säädetään terveydenhuollon palveluvalikoimasta. Pykälän 1 momentin mukaan palveluvalikoimaan kuuluvat lääketieteellisesti ja hammaslääketieteellisesti perusteltu sairauksien ennaltaehkäisy, sairauden toteamiseksi tehtävät tutkimukset sekä taudinmääritys, hoito ja kuntoutus. Pykälän 2 momentin mukaan palveluvalikoimaan ei kuitenkaan kuulu sellainen terveyden- ja sairaanhoidon toimenpide, tutkimus, hoito ja kuntoutus, johon sisältyy saavutettavan terveyshyödyn kannalta kohtuuttoman suuri riski potilaan hengelle tai terveydelle tai jonka vaikuttavuus on vähäinen ja jonka aiheuttamat kustannukset ovat kohtuuttomat saavutettavissa olevaan terveyshyötyyn ja hoidolliseen arvoon nähden. Potilasta voidaan 7 a §:n 3 momentin mukaan tutkia ja hoitaa palveluvalikoimaan

kuulumattomalla lääketieteellisellä tai hammaslääketieteellisellä tutkimus- ja hoitomenetelmällä, jos se on potilaan henkeä tai terveyttä vakavasti uhkaavan sairauden tai vamman takia lääketieteellisesti välttämätöntä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen. Säännöstä sovelletaan poikkeustilanteissa, jotta terveydenhuollon ammattihenkilön yksittäistapauksellista harkintavaltaa ei sidottaisi liikaa esimerkiksi tilanteessa, jossa potilaan henki on välittömästi uhattuna (HE 103/2013 vp, s. 87/II).

Terveydenhuoltolain 78 a §:ssä säädetään terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvostosta. Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto toimii sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä, ja sen tehtävänä on seurata ja arvioida terveydenhuollon palveluvalikoimaa sekä antaa suosituksia terveyden- ja sairaanhoidon toimenpiteiden, tutkimusten sekä hoito- ja kuntoutusmenetelmien kuulumisesta palveluvalikoimaan tai rajaamisesta pois palveluvalikoimasta. Suosituksia antaessaan neuvoston tulee ottaa huomioon eri alojen tutkimustieto ja muu näyttö sekä terveydenhuollon eettiset ja järjestämiseen liittyvät näkökohdat.

Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvostosta annetun valtioneuvoston asetuksen (63/2014) 1 §:n mukaan sen lisäksi, mitä terveydenhuoltolaissa säädetään, terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvoston tehtävänä on antaa Kansaneläkelaitoksen ja muiden viranomaisten pyynnöstä lausuntoja palveluvalikoiman soveltamisesta ja sen määrittelyssä käytettävistä periaatteista, osallistua palveluvalikoimaa koskevaan julkiseen keskusteluun ja yhteistyöhön, seurata kansainvälistä kehitystä ja osallistua kansainväliseen yhteistyöhön, ja käsitellä muut sosiaali- ja terveysministeriön sille osoittamat asiat.

Palveluvalikoimasta ja palveluvalikoimaneuvoston toimivallasta säätämisen yhteydessä esitettiin, että palveluvalikoimaneuvosto antaisi sitovia ratkaisuja palveluvalikoiman sisällöstä. Lausunnossaan perustuslakivaliokunta katsoi, ettei esitystä voitaisi käsitellä tavallisen lain säätämisyjärjestyksessä ilman useita muutoksia (PeVL 30/2013 vp). Sosiaali- ja terveysvaliokunta ehdotti muutoksia lakiehdotuksiin niin, että neuvosto antaisi kansallisia suosituksia sitovien päätösten sijaan (StVM 23/2013 vp).

Palveluvalikoiman määrittelyn kannalta keskeisenä huomiona perustuslakivaliokunta katsoi, että palveluvalikoimaan kuulumista koskevat kriteerit tulisi määrittellä oleellisesti täsmällisemmin ja että palveluvalikoiman määrittelyn kriteerit jäivät esityksessä yleiselle tasolle ja jättivät siten palveluvalikoimaneuvostolle liikaa harkintavaltaa palveluvalikoimaa määriteltäessä. Valiokunta toisaalta piti yhdenvertaisuuden kannalta myönteisenä, että palveluvalikoiman määrittäminen johtaisi palveluntarjonnan yhdenmukaistamiseen maanlaajuisesti (PeVL 30/2013 vp, s. 4/II-5/I).

Palveluvalikoiman määrittely on yhteydessä terveydenhuollon sisältöohjaukseen. Terveydenhuollon sisältöohjauksella tarkoitetaan menetelmien valinnan sekä palveluiden saatavuuden, laadun ja turvallisuuden johtamista ja ohjausta.¹¹ Terveydenhuoltolain 7 §:n säännökset yhtenäisen hoidon perusteista liittyvät osaltaan sisältöohjaukseen, mutta yhtenäisten hoidon perusteiden käytännön merkitys painottuu erikoissairaanhoidon sekä lähetekäytäntöihin. Lisäksi terveydenhuoltolain 8 §:n mukaan terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua.

¹¹ Saarni, Samuli. Terveydenhuollon sisältöohjauksen kehittäminen hyvinvointialuerakenteessa. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2023:19.

Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992, jäljempänä potilaslaki) 2 luvussa säädetään potilaan oikeuksista. Potilaslain 3 §:n mukaan jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon yksilöllisen hoidon tarpeen mukaisesti. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan. Potilaan äidinkieli, hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa on mahdollisuuksien mukaan otettava hänen hoidossaan ja kohtelussaan huomioon.

Potilaan terveydentilasta johtuvan hoidon tarpeen arvioinnin tulee perustua lääketieteellisesti hyväksyttäviin kriteereihin. Toisaalta on tunnistettu se, että oikeus hyvään hoitoon ja sen toteutuminen ovat riippuvaisia terveydenhuollon kulloisistakin voimavaroista (HE 185/1991 vp, s. 14/I).

Potilaslain 6 §:ssä säädetään potilaan itsemääräämisoikeudesta. Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietystä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Potilaslain 8 §:n mukaan potilaalle on annettava hänen henkeään tai terveyttään uhkaavan vaaran torjumiseksi tarpeellinen hoito, vaikka potilaan tahdosta ei tajuttomuuden tai muun syyn vuoksi voi saada selvitystä. Jos potilas on aikaisemmin vakaasti ja pätevästi ilmaissut hoitoa koskevan tahtonsa, potilaalle ei kuitenkaan saa antaa sellaista hoitoa, joka on vastoin hänen tahtoaan.

Sen arvioiminen, millaista hoitoa potilaan terveydentila lääketieteellisesti arvioiden edellyttää, on viime kädessä lääkärin tehtävä. Terveydenhuollon ammattihenkilölain 22 §:n mukaan laillistettu lääkäri tai hammaslääkäri päättää potilaan lääketieteellisestä tai hammaslääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärityksestä ja siihen liittyvästä hoidosta. Lain 15 §:ssä säädetään terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammattieettisistä velvollisuuksista. Pykälän mukaan ammattitoiminnan päämääränä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen. Terveydenhuollon ammattihenkilön on ammattitoiminnassaan sovellettava yleisesti hyväksytyjä ja kokemusperäisiä perusteltuja menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti, jota hänen on pyrittävä jatkuvasti täydentämään. Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tasapuolisesti ottaa huomioon ammattitoiminnasta potilaalle koituva hyöty ja sen mahdolliset haitat. Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee aina antaa kiireellisen hoidon tarpeessa olevalle apua.

Eduskunnan oikeusasiamiehen laillisuusvalvontakäytännön mukaan syrjinnän kieltä on hoitoratkaisuissa keskeisen tärkeä perusoikeuksien toteutumiseen liittyvä terveydenhuollon oikeudenmukaisuuskysymys. Mikään muu priorisointi ei ole yksittäisissä hoitoratkaisuissa lainmukaista kuin sairauteen, hoidon tarpeeseen ja hoidon vaikuttavuuteen kohdistuva. Terveyspalvelujen saatavuuden perusteena tulee olla potilaan terveydentilan edellyttämä, lääketieteellisesti perusteltu hoidon tarve (esim. EOA 24.1.2013, Dnro 1863/4/11). Oikeusasiamies on terveydenhuollon järjestäjän linjauksia ja ohjeita koskeissa ratkaisuissaan johdonmukaisesti painottanut velvollisuutta päättää potilaan hoidosta tämän yksilöllisen tarpeen perusteella (esim. EOAK 30.3.2011 Dnro 2823/4/09; EOAK/1067/2019). Terveydenhuollon palveluvalikoiman säätämistä edeltäneessä Fabryn taudin entsyymikorvaushoidon järjestämistä koskevassa ratkaisussa (EOA 9.2.2005, Dnro 921/4/04) oikeusasiamies piti lainvastaisena sairaalan menettelyä, jossa määrärahojen puuttuessa annettavia hoitoja priorisoitiin siten, että potilaan kallista lääkehoitoa ei voitu antaa, koska niin paljon muuta jäisi silloin hoitamatta.

2.1.3 Terveysthuollon menetelmien arviointitoiminta ja muu terveydenhuollon sisältöohjaus

Terveysthuollon palveluvalikoimaa koskeva päätöksenteko on jakautunut kansalliselle ja hyvinvointialueiden tasolle. Kansallisella tasolla lainsäädännöllä on linjattu terveydenhuollon seulontojen ja rokotteiden kuulumisesta julkisesti rahoitettuun palveluvalikoimaan, säteilyn lääketieteellisestä käytöstä terveydenhuollossa sekä avohoidon lääkkeiden sairausvakuutuslain mukaisesta korvattavuudesta. Muiden terveydenhuollon menetelmien käyttöönottoa koskevia päätöksiä ja valintoja tehdään hyvinvointialueilla. Hyvinvointialueiden palveluvalikoimaa koskevaa päätöksentekoa ohjataan terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvoston (Palko) antamalla lakisääteisillä suosituksilla. Neuvosto antaa suositukset kaikista Fimean arvioimista uusista sairaalalääkkeistä, mutta muutoin suositukset kattavat pienen osan terveydenhuollon toiminnasta. Kansallista ja hyvinvointialueiden päätöksentekoa sekä palveluvalikoimaa koskevia suosituksia varten toteutetaan terveydenhuollon menetelmien arviointia (health technology assessment, HTA). Terveysthuollon menetelmien arviointia toteuttavat kansallisesti palveluvalikoimaneuvosto, Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea, Lääkkeiden hintalautakunta, sekä hyvinvointialueilla mini-HTA arvioiteja toteuttava arviointiyliääkäriverkosto, jonka toimintaa koordinoi Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen yhteydessä toimiva kansallinen HTA-koordinaatioyksikkö (FinCCHTA).¹²

Yksilötason potilastyössä tehdään päivittäin palveluvalikoimaan liittyviä valintoja hyvinvointialueiden järjestämisvastuulla olevien palveluiden toimintayksiköissä. Toimintayksiköt voivat sopia hoitokäytännöistä kansallisen lainsäädännön ja kansallisten sekä alueellisten palveluvalikoimaa koskevien päätösten puitteissa. Terveysthuoltolain 57 §:ssä säädetään vastaavan lääkärin vastuusta johtaa ja valvoa toimintayksikön terveyden- ja sairaanhoitoa. Vastaavalla lääkärillä on käytännössä keskeinen rooli hyvinvointialueen terveydenhuollon sisältöohjauksessa ja palveluvalikoiman soveltamisessa omassa toimintayksikössään.

Terveysthuoltolain 7 §:n mukaan sosiaali- ja terveysministeriö ohjaa valtakunnallisten yhtenäisten lääketieteellisten ja hammaslääketieteellisten hoidon perusteiden toteutumista. Ministeriö laatii yhdessä Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa yhtenäiset hoidon perusteet. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos seuraa ja arvioi yhtenäisten hoidon perusteiden toteutumista hyvinvointialueilla. Hyvinvointialueen eri toimijoiden on yhteistyössä seurattava yhtenäisten hoidon perusteiden toteutumista. Terveysthuoltolain 24 §:n 2 momentin mukaan sairaanhoito on toteutettava potilaan lääketieteellisen tai hammaslääketieteellisen tarpeen ja käytettävissä olevien yhtenäisten hoidon perusteiden mukaisesti. Yhtenäiset hoidon perusteet on laadittu kiireettömästä ja kiireellisestä hoidosta.¹³

Potilastyötä tuetaan terveydenhuollon kliinisillä hoitosuosituksilla, jotka tarjoavat laajasti sairausryhmäkohtaista tutkimustietoa tuottajayksiköille ja yksittäisille terveydenhuollon ammattilaisille. Esimerkiksi Lääkäriseura Duodecim julkaisee Käypä hoito- ja Vältä viisaasti-

¹² Rissanen, Antti ym. *Suomen terveydenhuollon menetelmien arviointitoimijat*. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2025:22. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5674-2>.

¹³ Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2019:2; Aikuisten valtakunnalliset yhtenäiset kiireellisen hoidon perusteet, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:19; Lasten valtakunnalliset yhtenäiset kiireellisen hoidon perusteet, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:18.

suosituksia eri sairauksien ja terveysongelmien hoidoista ja Hoitotyön tutkimussäätiö julkaisee Hotus-hoitotyönsuosituksia.

2.1.4 Sosiaalihuollon lainsäädäntö

2.1.4.1 Sosiaalihuollon yleislainsäädäntö

Sosiaalihuoltolaissa (1301/2014) säädetään hyvinvointialueen järjestämisvastuulle kuuluvista sosiaalipalveluista. Sosiaalipalveluja järjestetään ensisijaisesti lain tarkoittamina yleisinä palveluina. Sosiaalihuoltolain yleisiä säännöksiä sovelletaan kaikissa hyvinvointialueiden sosiaalipalveluissa, mukaan luettuna erityislainsäädännön perusteella järjestyt ja toteutetut palvelut. Sosiaalihuoltolain säätämisen keskeisenä tavoitteena on ollut muun muassa edistää sosiaalihuollon yhdenvertaista saatavuutta sekä siirtää sosiaalihuollon painopistettä korjaavista toimista hyvinvoinnin edistämiseen ja varhaiseen tukeen (HE 164/2014 vp, s. 80/II–81/T).

Sosiaalihuoltolain tarkoituksena on 1 §:n mukaan 1) edistää ja ylläpitää hyvinvointia sekä sosiaalista turvallisuutta, 2) vähentää eriarvoisuutta ja edistää osallisuutta, 3) turvata yhdenvertaisin perustein tarpeenmukaiset, riittävät ja laadukkaat sosiaalipalvelut sekä muut hyvinvointia edistämät toimenpiteet, 4) edistää asiakaskeskeisyyttä sekä asiakkaan oikeutta hyvään palveluun ja kohteluun sosiaalihuollossa sekä 5) parantaa yhteistyötä hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon ja kunnan eri toimialojen sekä muiden toimijoiden välillä 1–4 kohdassa tarkoitettujen tavoitteiden toteuttamiseksi.

Sosiaalipalvelujen järjestäminen perustuu sosiaalihuoltolain 11 §:ssä tarkoitettuihin tuen tarpeisiin. Lain 14 §:ssä säädetään näihin tuen tarpeisiin vastaavista sosiaalipalveluista. Pykälän 1 momentin palveluluettelon lisäksi hyvinvointialue voi järjestää muita alueen väestön tarpeisiin vastaavia sosiaalipalveluja. Hyvinvointialueiden järjestämisvastuun piiriin kuuluvista sosiaalihuoltolain mukaisista palveluista säädetään tarkemmin sosiaalihuoltolain 3 luvussa ja hyvinvoinnin edistämiseen liittyvistä tehtävistä 2 luvussa. Lisäksi sosiaalihuollon järjestämisvastuulle kuuluvista sosiaalipalveluista säädetään sosiaalihuoltolain 14 §:ssä luetelluissa erityislaeissa. Voimassa olevassa lainsäädännössä ei pääsääntöisesti säädetä palveluissa käytettävistä menetelmistä, toimintatavoista ja työmuodoista ja niitä koskevasta päätöksenteon tai priorisoinnin periaatteista.

Ensisijaisena periaatteena sosiaalipalvelujen järjestämisessä, toteuttamisessa ja sosiaalihuollon asiakasprosessissa on asiakkaan etu. Sosiaalihuoltolain 4 §:n on määritelty tarkemmin, mitä seikkoja sosiaalihuollon ammattihenkilön on otettava työskentelyssään huomioon, jotta asiakkaan etu toteutuisi. Lisäksi kaikissa sosiaalihuollon toimissa, jotka koskevat lasta, on lain 5 §:n mukaan ensisijaisesti otettava huomioon lapsen etu. Lasten kohdalla on 4 §:ssä mainittujen asioiden lisäksi kiinnitettävä erityistä huomiota 5 §:ssä mainittuihin asioihin.

Sosiaalihuollon asiakkaiden oikeuksista säädetään sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (812/2000, jäljempänä asiakaslaki). Asiakslain 4 §:n mukaan asiakkaalla on oikeus saada sosiaalihuollon toteuttajalta laadultaan hyvää sosiaalihuoltoa ja hyvää kohtelua ilman syrjintää. Asiakasta on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. Sosiaalihuoltoa toteutettaessa on otettava huomioon asiakkaan toivomukset, mielipide, etu ja yksilölliset tarpeet sekä hänen äidinkiensä ja kulttuuritaustansa. Lain 8 §:n mukaan sosiaalihuoltoa toteutettaessa on ensisijaisesti otettava huomioon asiakkaan toivomukset ja mielipide ja muutoinkin kunnioitettava hänen itsemääräämisoikeuttaan. Asiakkaalle on annettava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen. Sama koskee hänen

sosiaalihuoltoonsa liittyviä muita toimenpiteitä. Asiakasta koskeva asia on käsiteltävä ja ratkaistava siten, että ensisijaisesti otetaan huomioon asiakkaan etu.

Sosiaalihuoltolain 49 a §:n 1 momentin mukaan hyvinvointialueen käytettävissä tulee olla riittävästi sosiaalihuollon ammattihenkilöitä ja muuta asiakastyöhön osallistuvaa henkilöstöä. Sosiaalihuollon ammattihenkilöistä annetun lain (817/2015) 4 §:ssä säädetään sosiaalihuollon ammattihenkilöiden ammattieettisistä velvollisuuksista. Sosiaalihuollon ammattihenkilön ammatillisen toiminnan päämääränä on sosiaalisen toimintakyvyn, yhdenvertaisuuden ja osallisuuden edistäminen sekä syrjäytymisen ehkäiseminen ja hyvinvoinnin lisääminen. Sosiaalihuollon ammattihenkilön velvollisuutena on noudattaa ammattitoiminnassaan, mitä sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista sekä asiakastietojen käsittelystä säädetään. Lain 9 §:ssä säädetään sosiaalityöntekijän erityisistä velvollisuuksista. Sosiaalityöntekijä vastaa sosiaalityön ammatillisesta johtamisesta sekä yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen sosiaalisen tuen ja palvelujen tarpeeseen vastaavasta sosiaalityön asiakas- ja asiantuntijatyöstä sekä sen vaikutusten seurannasta ja arvioinnista.

Sosiaalihuollon erityislainsäädännössä, esimerkiksi vammaispalvelulaissa (675/2023), ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetussa laissa (980/2012, jäljempänä vanhuspalvelulaki) sekä lastensuojelulaissa (417/2007), säädetään erityislainsäädännön mukaisista sosiaalipalveluista ja tarkemmin palvelujen järjestämisen ja toteuttamisen periaatteista kunkin lain tarkoittaman asiakasryhmän osalta. Erityislainsäädännössä säädetään myös useista subjektiivisena oikeutena myönnettävistä palveluista.

2.1.5 Sosiaali- ja terveydenhuollon priorisointi

Priorisointi sosiaali- ja terveydenhuollossa tarkoittaa sananmukaisesti asioiden asettamista tärkeysjärjestykseen. Sosiaali- ja terveydenhuollossa priorisoinnin tavoitteena on varmistaa, että käytettävissä olevat resurssit hyödynnetään ja kohdennetaan siten, että sosiaali- ja terveydenhuolto voi niiden avulla tuottaa koko väestön näkökulmasta parhaan mahdollisen terveys- ja hyvinvointihyödyn.

Sosiaali- ja terveydenhuollon priorisointia tehdään eri tavoin. Julkisesti rahoitetun sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoiman määrittäminen ja kehittäminen on merkittävä osa sosiaali- ja terveydenhuollon priorisoinnin laajempaa kokonaisuutta. Priorisointi on kuitenkin palveluvalikoimaan nähden merkittävästi laajempi ilmiö. Palveluvalikoiman lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö ohjaa priorisointiluontoisia valintoja nimenomaisesti esimerkiksi terveydenhuoltolain hoitoon pääsyn enimmäisajoilla, asetuksentasoisesti kansallisella rokotusohjelmalla, vanhuspalvelulain hoitajamitoituksella sekä lastensuojelulain sosiaalityön henkilöstömitoituksella.

Sosiaalihuollossa erityisesti määrärahasidonnaisissa sosiaalipalveluissa myöntämiskriteerien tarkentaminen on hyväksyttävää ja usein välttämätöntäkin, jotta palveluita voitaisiin tarjota ja antaa niitä tarvitseville. Hyvinvointialueiden on mahdollista laatia lakia täsmentäviä ehtoja määrärahasidonnaisille palveluille. Tällaisilla ohjeilla on voitu asettaa hakijoita etusijajärjestykseen ja toteuttaa tätä kautta priorisointia.¹⁴

¹⁴ Kalliomaa-Puha, Laura – Nykänen, Eeva. *Subjektiiviset ja määrärahasidonnaiset oikeudet sekä ennaltaehkäisevät palvelut sosiaalihuollossa: Oikeudellinen arviointi*. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2025:24. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5682-7>.

2.2 Nykytilan arviointi

Sosiaali- ja terveydenhuollon vaikuttavuuden edistäminen ei nykytilassa saa riittävästi tukea lainsäädännöstä. Kokonaisuutena palveluvalikoiman ja priorisoinnin normiohjaus jää hajanaiseksi ja pistemäiseksi, jolloin valinnoista vastaavat sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset eivät saa priorisointiin riittävästi tukea lainsäädännöstä. Tästä aiheutuu haasteita sille, että käytettävissä olevat resurssit hyödynnettäisiin ja kohdennettaisiin siten, että sosiaali- ja terveydenhuolto voi niiden avulla tuottaa koko väestön näkökulmasta parhaan mahdollisen terveys ja hyvinvointihyödyn. Erityisesti haasteena on palveluissa käytettäviä toimenpiteitä, menetelmiä ja työmuotoja koskevia valintoja ohjaavan säädosperustan puutteellisuus.

Nykytilassa haasteena on se, että sääntely painottaa yksilöllistä tarvetta, mutta esimerkiksi rahoitusjärjestelmä ohjaa kohti kustannusten hillitsemistä. Sosiaali- ja terveydenhuollon sisältölainsäädännössä painotetaan sekä väestötasolla että asiakas- ja potilastyön tasolla asiakkaan ja potilaan yksilöllistä tarvetta. Samanaikaisesti hyvinvointialueiden rahoitusmalli ja siihen sisäänrakennetut mekanismit ohjaavat alueita kohti kustannusten hillitsemistä. Sosiaali- ja terveystalouden sisältöohjauksessa on yhteensovittettava järjestelmätason ratkaisut ja tavoitteet yhdenvertaisuuden ja kustannusvaikuttavuuden lisäämisestä, asiakkaiden ja potilaiden itsemääräämisoikeus ja oikeus yksilöllisesti arvioituun, riittävään ja laadultaan hyvään sosiaali- ja terveydenhuoltoon, käytettävissä olevat resurssit sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten ammatillinen autonomia. Siten olisi tärkeää selvittää kustannusvaikuttavuuden ja vaikuttavuuden merkitystä sekä parantaa mahdollisuuksia yksilön ja väestön tarpeiden yhteensovittamiseen palveluvalikoiman määrittelyssä ja sitä koskevan sääntelyn soveltamisessa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen lähtökohtana oleva tarveperustaisuus on erityisesti terveydenhuollossa koettu jännitteiseksi väestön terveyden edistämiseen ja resurssien yhdenvertaiseen kohdentamiseen nähden. Koska terveydenhuoltolain 7 a §:ssä säädetty palveluvalikoimasta pois rajaamisen kriteerit ovat erittäin tulkinnanvaraisia, hyvinvointialueilla koetaan poisrajaaminen erittäin vaikeaksi. Siten käytössä on menetelmiä, joista saatava vaikuttavuus on vähäinen tai jonka kustannukset ovat kohtuuttomat suhteessa siitä saatavaan terveyshyötyyn. Hyvinvointialueiden varovaisuus 7 a §:n tulkinnassa antaa aiheutta olettaa, että osa näistä menetelmistä voitaisiin katsoa palveluvalikoimaan kuulumattomiksi jo nykyisen lainsäädännön perusteella. Terveystalouden priorisointia koskevan Terppa-hankkeen selvityksen mukaan merkittävä osa priorisoinnista toteutuu terveydenhuollon ammattihenkilöiden tekemänä piilopriorisointina, kun järjestelmästä puuttuu lainsäädäntö ja rakenteet avoimelle ja yhteisiin periaatteisiin perustuvalle priorisoinnille.

Terveydenhuoltolain 7 a §:n tulkinnan varovaisuus liittyy myös edellä mainitun oikeusasiamiehen Fabry taudin hoitoa koskevan ratkaisun (EOA 9.2.2005, Dnro 921/4/04) tulkintaan terveydenhuollon toiminnassa. Vaikka lakia on muutettu ratkaisun antamisen jälkeen, Fabryn hoitoa koskeva ratkaisu mainitaan säännöllisesti esteenä priorisoinnin kehittämiselle terveydenhuollossa. Terveystalouden koetaan vaikeaksi arvioida, milloin terveyden- ja sairaanhoidon toimenpiteen, tutkimuksen, hoidon tai kuntoutuksen vaikuttavuus on 7 a §:n 2 momentissa tarkoitettulla tavalla niin vähäistä, että myös kustannusten kohtuuttomuus on mahdollista ottaa huomioon palveluvalikoimaan kuulumista koskevissa valinnoissa. Tästä seuraa, ettei esimerkiksi uusien erittäin kalliiden hoitojen käyttöönottoa pystytä toteuttamaan riittävän hallitusti, jolloin hyvinvointialueiden resursseja lukitaan entistä enemmän näihin erikoissairanhoidossa käytettäviin menetelmiin perusterveydenhuollon ja alueen väestön muihin tarpeisiin vastaamisen kustannuksella.

Sosiaalihuollon vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden edistämistä haastaa se, ettei määrärahasidonnaisten ja subjektiivisiin oikeuksiin kuuluvien palvelujen välinen ero ole aina selkeä. Asiaan vaikuttavat perustuslaissa turvattu oikeus välttämättömään huolenpitoon ja tarveperiaate. Siltä osin kuin tietyllä palvelulla turvataan henkilön oikeutta välttämättömään huolenpitoon, on kyse subjektiivisen oikeuden toteuttamisesta, vaikka kyseinen palvelun ei olisi subjektiivisena oikeutena myönnettävä palvelu. Jos henkilön tarpeeseen ei voida vastata muutoin kuin juuri tietyllä palvelulla, muodostuu siihen jo tarveperiaatteen nojalla vahva oikeus. Tämä hälventää jaottelua laissa subjektiivisiin oikeuksiin turvattujen ja määrärahasidonnaisten palvelujen välillä.¹⁵ Riskinä on, että määrärahasidonnaisia palveluja käsitellään subjektiivisena oikeutena myös tilanteissa, joissa niillä ei ole yhteyttä välttämättömään huolenpitoon. Näissä tilanteissa vaihtoehtoisten tukimuotojen vertailu ja palvelun vaikuttava kohdentaminen saattaa jäädä tekemättä, vaikka se olisi mahdollista ja tarkoituksenmukaista.

3 Tavoitteet

Lakiehdotusten yleisenä tavoitteena on, että pitkällä aikavälillä hyvinvointialueet ja muut julkisesti rahoitettuja sosiaali- ja terveyspalveluja järjestävät tahot pystyvät palveluvalikoimaa koskevilla valinnoilla ja ohjauksella saamaan aikaan mahdollisimman paljon terveyttä ja hyvinvointia käytettävissä olevien resurssien ja lakisääteisten velvoitteidensa puitteissa. Siten lakiehdotuksilla pyritään turvaamaan riittäviä sosiaali- ja terveyspalveluja parantamalla hyvinvointialueiden mahdollisuuksia onnistua järjestämistehtävässään.

Lakiehdotuksilla pyritään mahdollistamaan sekä kansallisesti että hyvinvointialueilla sellaiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen, toimenpiteiden, menetelmien ja työmuotojen käyttöönottoa, käyttöä ja käytöstä poistamista koskevat päätökset, joilla edistetään vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta.

Tavoitteena on siirtää palvelujen painotuksia väestön terveyttä ja hyvinvointia edistävien sekä sairauksia ja sosiaalisia ongelmia ennaltaehkäisevien palvelujen suuntaan. Tavoite on tärkeä sekä väestön terveyden ja hyvinvoinnin kannalta että palvelutarpeen ja kustannusten kasvun hillitsemisen näkökulmasta.

Lakiehdotuksilla edistettäisiin julkisesti rahoitettujen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhdenmukaisuutta valtakunnallisesti. Yhdessä vaikuttavuuden edistämisen kanssa yhdenmukaisuudella pyritään edistämään asiakkaiden sekä asiakas- ja potilasryhmien välistä yhdenvertaisuutta ja alueellista yhdenvertaisuutta.

Lakiehdotusten tavoitteena on lisätä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoimaa koskevien valintojen ja priorisoinnin avoimuutta ja hyväksyttävyyttä.

4 Ehdotukset ja niiden vaikutukset

4.1 Keskeiset ehdotukset

Esityksessä ehdotetaan säädettäväksi julkisesti rahoitettujen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden ja menetelmien palveluvalikoimaan kuulumisen ja kohdentamisen periaatteista.

¹⁵ Kalliomaa-Puha, Laura – Nykänen, Eeva. *Subjektiiviset ja määrärahasidonnaiset oikeudet sekä ennaltaehkäisevät palvelut sosiaalihuollossa: Oikeudellinen arviointi*. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2025:24. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5682-7>.

Lakiehdotuksilla säädettäisiin palveluvalikoimaan kuulumisen edellytyksistä sosiaali- ja terveydenhuollossa ja lisäksi velvoitettaisiin hyvinvointialueet ottamaan huomioon palveluvalikoiman periaatteet sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueen yhteistyösopimuksessa.

Sekä sosiaali- että terveydenhuollossa säädettäisiin toisiaan vastaavista palveluvalikoiman periaatteista, joiden soveltamisessa huomioitaisiin kummankin alan ominaispiirteet, tavoitteet, käsitteet ja lainsäädäntö. Periaatteita olisivat tarve, turvallisuus, vaikuttavuus, kustannusvaikuttavuus sekä läpileikkaavina yhdenvertaisuus ja ihmisarvon loukkaamattomuus. Palveluvalikoimaan kuulumista tai siitä pois rajaamista koskeva päätöksenteko perustuisi kokonaisharkintaan, jossa huomioitaisiin kaikki palveluvalikoiman periaatteet. Periaatteita voitaisiin myös punnita toisiaan vasten osana kokonaisharkintaa.

Periaatteet toimisivat perustana sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoimaan kuulumista koskevalle päätöksenteolle ja priorisoinnin kehittämiseksi. Periaatteita sovellettaisiin kansallisen tason päätöksenteon ja ohjauksen lisäksi myös hyvinvointialueiden päätöksenteossa, sosiaali- ja terveydenhuollon sisältöohjauksessa ja toiminnassa sekä soveltuvin osin myös asiakas- ja potilastyössä.

Periaatteissa ennaltaehkäisy sekä väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen nostettaisiin yksilön palvelujen rinnalle. Terveydenhuollossa lakiehdotusten mukaisilla periaatteilla muutettaisiin palveluvalikoiman määrittelyä niin, että nykyisten poissulkukriteerien sijaan säädettäisiin palveluvalikoimaan kuulumisen edellytyksistä. Periaatteissa ennaltaehkäisy sekä väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen nostettaisiin yksilön palvelujen rinnalle. Sosiaalihuollossa palveluvalikoiman periaatteet olisi uusi sääntelykokonaisuus, jonka määrittelyllä ohjattaisiin sosiaalihuollon palvelujen, toimenpiteiden, menetelmien ja työmuotojen käyttöä.

4.2 Pääasialliset vaikutukset

4.2.1 Taloudelliset vaikutukset

Vaikutukset valtion talouteen ja julkiseen talouteen

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestäminen on hyvinvointialueiden vastuulla. Lisäksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen alla toimiva Vankiterveydenhuollon yksikkö vastaa vankien ja tutkintavankien terveydenhuollosta, vastaanottokeskukset vastaavat sosiaali- ja terveydenhuollosta tilapäistä suojelua saaville, kansainvälistä suojelua hakevalle sekä ihmiskaupan uhreille, ja Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö (YTHS) vastaa korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta. Terveydenhuollon palveluvalikoiman mukaisten palvelujen kustannuksia korvataan potilaille myös sairausvakuutuslain mukaisten sairaanhoitokorvausten kautta.

Esityksen mukaisilla palveluvalikoiman periaatteilla on vaikutuksia kaikkiin julkisesti järjestettyihin tai rahoitettuihin sosiaali- ja terveystalouteen ja siten myös taloudellisten vaikutusten arvioidaan kohdistuvan kaikkiin edellä mainittuihin toimijoihin. Edelleen todetaan, että vaikka sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden merkitys valtion talouteen ja julkiseen talouteen on kokonaisuutena merkittävä, riippuu vaikutusten suuruus keskeisesti siitä, millä tavoin periaatteita käytännössä sovelletaan. Periaatteista säätäminen ei itsessään laukaise merkittäviä välittömiä muutoksia julkistaloudellisiin menoihin tai tuloihin, mutta tähän liittyy merkittävää epävarmuutta. Mahdollisia välittömiä kustannuksia voi aiheutua esimerkiksi siitä,

jos periaatteiden soveltamista varten luodaan uusia kansallisia rakenteita. Mahdollisia mekanismeja välillisten vaikutusten osalta on arvioitu alla kunkin periaatteen osalta.

Tarveperiaate

Esityksen mukaisella tarveperiaatteella voidaan nähdä yhtäläisyyksiä perustuslain 19 §:n 3 momenttiin, jonka mukaan julkisella vallalla on velvollisuus turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Yksilöiden ja väestön sosiaali- ja terveyspalvelujen tarve on lisäksi keskeinen hyvinvointialueiden rahoituksen jakoperuste. Tarveperusteisen rahoituksen osuus on noin 80 % koko hyvinvointialueiden rahoituksesta ja se perustuu kattavaan, pitkän aikavälin tutkimukseen sosiaali- ja terveyspalvelujen käytöstä ja palvelukäytön suhteesta sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksiin. Tarvemalli tunnistaa alueelliset ja väestöryhmittäiset erot palvelutarpeessa ja huomioi nämä rahoituksessa. Tarvemalli perustuu rekisteriaineistoon toteutuneesta palvelujen käytöstä aiempina vuosina eikä siten huomioi niin sanottua tyydyttymätöntä palvelutarvetta. Tyydyttymätön palvelutarve tarkoittaa, ettei yksilö ole saanut tarvitsemaansa palvelua tai ei ole saanut palvelua riittävästi.

Sosiaalipalveluissa tyydyttymätöntä palvelujen tai tuen tarvetta on raportoitu esimerkiksi lapsiperheitä tukevien palvelujen, sosiaalityön ja ikääntyneiden tarvitseman arkipäivän avun osalta.^{16,17} Terveyspalveluissa noin joka kymmenes (12,6 %) Suomessa asuva koki jäävänsä kokonaan tai osittain ilman itselle riittäviä lääkäri- ja hoitajapalveluja. Koettu tyydyttymätön palvelutarve oli yhteydessä heikompaan itseraportoituun terveydentilaan, monisairastavuuteen, ulkomailla syntyneisiin, työttömiin ja toimeentulotukea saaneisiin. Koettu tyydyttymätön palvelutarve oli myös yhteydessä korkeampiin terveydenhuollon kustannuksiin (32–183 euroa enemmän per henkilö), mutta tarkkaa syytä tälle ei tiedetä. Suurempien terveydenhuollon kustannusten taustalla voi olla haasteita oikea-aikaisessa hoitoon pääsyssä, mikä johtaa terveyspalvelujen lisääntyneeseen käyttöön myöhemmin¹⁸.

On mahdollista, että palvelutarpeeseen paremmin ja oikea-aikaisemmin vastaamalla voidaan vähentää raskaampien palvelujen käyttöä tai palvelujen käyttöä pitkällä aikavälillä. Samalla on huomioitava, että koska tarve jo ennestään on keskeinen periaate sosiaali- ja terveydenhuollossa, ei esitetty periaatteesta säätäminen todennäköisesti tuo suurta muutosta. Siten tarveperiaatteen arvioidaan aiheuttavan vain vähäisiä taloudellisia vaikutuksia julkiseen talouteen lyhyellä aikavälillä.

Turvallisuusperiaate

Esityksessä ehdotetaan yhdeksi palveluvalikoiman periaatteeksi turvallisuutta ja riskien arvioimista suhteessa odotettavissa olevaan hyötyyn. Haittatapahtumia esiintyy Suomessa joka kymmenennellä hoitojaksolla. Esimerkiksi on arvioitu, että lähes viidennes potilaista altistuu lääkehaitalle sairaalahoidon aikana ja että lääkehaitat aiheuttavat jopa neljänneksen iäkkäiden potilaiden erikoissairaanhoidon päivystyskäynneistä¹⁹. Jopa 40–70 prosenttia erilaisista hoitoon liittyvistä haitoista, kolmannes toimenpidekomplikaatioista ja infektiosta sekä joka neljäs

¹⁶ Ilmarinen, K., Vuorenmaa, M., Karvonen, S., & Lammi-Taskula, J. (2023). Tyydyttymätön palvelutarve lapsiperheitä tukevissa sosiaalipalveluissa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 60(1). <https://doi.org/10.23990/sa.109129>

¹⁷ Aikuisväestön hyvinvointi ja terveys. - Terve Suomi 2024. Tilastoraportti 31/2025, 15.5.2025.

¹⁸ Lien Nguyen, Unto Häkkinen (2025). Determinants and associated costs of unmet healthcare need and their association with resource allocation. *Insights from Finland. Health Policy*, Vol 154.

¹⁹ Laatikainen O (2020). Lääkkeisiin liittyvät haittatapahtumat terveydenhuollossa. *Dosis* 2/2020.

lääkityshaitta arvioidaan olevan ennaltaehkäistävässä. Terveysthuollon virheiden ja haittojen aiheuttamia kustannuksia ei tarkasti tiedetä, mutta niiden korjaamiseen on arvioitu kuluvan noin 15 prosenttia terveydenhuollon kustannuksista. Suomessa tämä tarkoittaisi yli miljardia euroa vuodessa²⁰. Sosiaalihuollosta vastaavaa arviota ei ole saatavilla. Turvallisuusperiaatetta tarkasti noudattamalla on siten mahdollista saavuttaa merkittäviä taloudellisia vaikutuksia ja pienentää hyvinvointialueiden kustannuksia. Samalla on huomioitava, että koska turvallisuus jo ennestään on keskeinen periaate sosiaali- ja terveydenhuollossa, ei esitetty periaatteesta säätäminen todennäköisesti tuo suurta muutosta.

Vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden periaatteet

Ehdotetulla lakimuutoksella tavoitellaan sosiaali- ja terveydenhuollon resurssien kohdentamista aiempaa selkeämmin vaikuttaviin ja kustannusvaikuttaviin palveluihin ja menetelmiin. Periaatteet tukisivat rajallisten resurssien mahdollisimman tehokasta käyttöä ja voimavarojen kohdentamista siten, että tuotettaisiin enemmän terveys- ja hyvinvointihyötyä. On arvioitu, että vähähyötyisiin hoitoihin käytetään terveydenhuollossa vuosittain satoja miljoonia euroja. Vähähyötyisillä hoidoilla tarkoitetaan terveydenhuollossa toimia, jotka eivät tuota potilaalle terveyshyötyä tai tuottavat sitä vain vähän. Lisäksi vähähyötyisinä pidetään hoitoja, joissa haitat saattavat ylittää hyödyt tai jotka tuottavat aiheettomia kustannuksia. Vähähyötyisyydestä puhutaan myös silloin, jos käytettävissä olisi vaikuttavampia vaihtoehtoja.

Väestötasolla terveyden ja hyvinvoinnin lisääntymisen voidaan olettaa ehkäisevän myöhempää palvelujen käyttöä tai vähentävän raskaiden palvelujen käyttöä. Tällä voidaan arvioida olevan välillisiä vaikutuksia sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käyttöön ja esimerkiksi hyvinvointialueiden kustannuksiin, mutta vaikutusten suuruuden arviointiin liittyy merkittävää epävarmuutta. Vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden periaatteita voitaisiin soveltaa myös esimerkiksi hyvinvointialueiden hankinnoissa ja ostopalveluissa vaikuttavuusperusteisuuden keinoin.²¹

Vastaavasti vaikuttavuus- ja kustannusvaikuttavuusperiaatteiden aiempaa tarkemman soveltamisen arvioidaan parantavan ihmisten toiminta- ja työkykyä. Tämä voisi osaltaan vaikuttaa esimerkiksi ikääntyvän väestön palvelutarpeeseen ja siihen, milloin raskaampiin palveluihin siirrytään. Väestö vanhenee lähes koko Suomessa ja arvioitu sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeen kasvu johtuu lähes ainoastaan ikääntyneiden hoitoon ja hoivaan liittyvien kustannusten kasvusta²². Esityksellä voidaan siten arvioida olevan vaikutuksia myös hyvinvointialueiden kustannusten kasvuun ja sen hillintään pitkällä aikavälillä, mutta vaikutukset ovat välillisiä ja niiden toteutumista tai suuruusluokkaa on vaikea arvioida. Lisäksi vaikutuksia oletetaan syntyvän sairauspoissaolojen ja työkyvyttömyyden vähenemisestä, mikä lisäisi väestön tuottavuutta pitkällä aikavälillä.

On huomioitava, että vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus palveluvalikoiman periaatteina vaativat käytännön soveltamista ennen kuin niiden välittömät tai välilliset vaikutukset todellisuudessa näkyvät ihmisten terveydessä, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukäytössä tai yhteiskunnan tuottavuudessa. Terveysthuollon menetelmien arviointi toteutuu Suomessa tällä hetkellä hajanaisesti ja sosiaalihuollon puolelta rakenteet tältä osin puuttuvat lähes kokonaan.

²⁰ Potilas- ja asiakasturvallisuuden ohjaus ja seuranta. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset 7/2021.

²¹ Torkki P, Eskola M. Vaikuttavuus terveydenhuollon perustaksi. Suom Lääkäril 2025;80:e42970

²² Honkatukia J, Pihlava M. Uusi ennuste väestön palvelutarpeen kehityksestä: työikäisten palvelutarve kasvaa etenkin kasvukeskuksissa. THL. 29.4.2025

Terveysthuollon menetelmien järjestelmällinen vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden arviointi edellyttää osaamista ja resursseja, jonka kokoamista yhteen valmistellaan parhaillaan erillisessä hankkeessa sosiaali- ja terveysministeriössä²³. Sosiaalihuollon suositustoiminnasta on lisäksi käynnistynyt selvityshanke²⁴. Taloudellisten vaikutusten laajamittainen toteutuminen edellyttää käytössä olevien menetelmien ja palvelujen vaikuttavuuden arvioimista myös rekisteriaineistojen ja niin sanotun tosielämän tiedon (real-world data) pohjalta. Kaikkien edellä mainittujen rakenteiden pystyttäminen edellyttää alkuvaiheessa investoimista, jonka taloudelliset hyödyt julkistaloudelle kertyvät pidemmällä aikavälillä.

Vaikutukset kotitalouksien asemaan

Palveluvalikoiman täsmentyessä palvelujen arvioidaan toteutuvan oikea-aikaisemmin ja kohdennettuna vaikuttavammin. Siten kotitalouksille voi syntyä kahdenlaisia vaikutuksia. Yhtäältä ennaltaehkäisy vahvistaminen ja palvelujen oikea-aikaisuus voivat tuoda säästöjä kotitalouksille esimerkiksi sairauspoissaolojen lyhentymisen, lääkekustannusten, hoivan tarpeen vähentymisen sekä palvelutarpeen kasvun hillinnän kautta. Toisaalta, jos lakiehdotuksen seurauksena sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tai menetelmien julkiseen palveluvalikoimaan kuulumista koskevissa päätöksissä ja linjauksissa tehdään merkittäviä rajoituksia julkisen palveluvalikoiman ulkopuolelle, saattaa osa sosiaali- ja terveyspalvelujen kysynnästä siirtyä yksityiselle näiden palveluiden saamiseksi. Tästä aiheutuisi kotitalouksille uusia kustannuksia siltä osin, kuin ihmiset hankkivat palveluvalikoiman ulkopuolelle rajattuja palveluja yksityisiltä palveluntarjoajilta.

Yksityisten palveluiden käyttö voi myös lisätä yksityisten sairauskuluvakuutusten kysyntää ja kasvattaa niiltä osin kotitalouksille aiheutuvia kustannuksia. Yksityisten vakuutusten määrä on kasvanut samaan aikaan kun väestön luottamus sote-palvelujärjestelmään on horjunut^{25,26}. Palveluvalikoiman periaatteiden tavoitteena on parantaa palvelujen yhdenvertaisuutta, mikä voisi parantaa luottamusta julkisiin palveluihin ja siten myös vähentää kysyntää yksityisille vakuutuksille.

On myös mahdollista, että joltain osin periaatteiden myötä tiettyjen palvelujen saaminen julkisesti järjestetyssä sosiaali- ja terveydenhuollossa helpottuu, mikä voi vastaavasti siirtää kysyntää yksityiseltä julkiselle ja siten helpottaa kotitalouksien taloudellista asemaa. Täsmällisiä vaikutuksia ei voida ennakoita, koska palveluvalikoimaan kuulumista ja siitä pois rajaamista koskevat päätökset perustuvat kokonaisharkintaan ja tehdään asiakkoittain.

Vaikutukset sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tai menetelmiä tuottaviin yrityksiin

Periaatteista säätämällä ei arvioida olevan merkittäviä yritysvaikutuksia, mutta valmistelussa on tunnistettu mahdollisia vaikutuksia, joiden toteutuminen ja suuruus riippuu periaatteiden soveltamisesta.

²³ [Terveysthuollon menetelmien arvioinnin ja päätöksenteon organisointumallit-selvitys - Sosiaali- ja terveysministeriö](#) STM025:00/2025

²⁴ Selvitetään sosiaalihuollon arviointi- ja suositustoimintaa sekä toimijoita toiminnan kehittämiseksi ja vahvistamiseksi (VN/26724/2025).

²⁵ Vakuutustutkimus 2025. Finanssiala ry.

²⁶ Aikuisväestön hyvinvointi ja terveys – Terve Suomi 2024. Tilastoraportti 31/2025, 15.5.2025. THL.

Jos lakiehdotuksen seurauksena palveluvalikoimaan kuulumista koskevilla päätöksillä tehdään merkittäviä rajoituksia julkisen palveluvalikoiman ulkopuolelle, yksityisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kysyntä voi kasvaa. Samalla kuitenkin rajoitukset saattavat koskea myös sairausvakuutuslain perusteella maksettavia sairaanhoitokorvauksia, mikä voi tältä osin hillitä yksityisten terveyspalvelujen piiriin hakeutumista. Vastaavasti palveluvalikoiman merkittävät rajoitukset voivat lisätä yksityisten vakuutusten kysyntää. Mahdolliset muutokset yksityisten ja julkisten palvelujen kysynnässä voivat vaikuttaa myös sote-henkilöstön tarpeeseen eri sektoreilla.

Yrityksille koituvia vaikutuksia voidaan tunnistaa myös niiltä osin, kuin hyvinvointialueet soveltaisivat periaatteita hankinnoissa ja ostopalveluissa, esimerkiksi vaikuttavuusperusteisuuden näkökulmasta. Palveluvalikoiman periaatteiden huomioiminen hyvinvointialueen kanssa tehtävissä sopimuksissa voi tuoda yrityksille lisää velvoitteita. Toisaalta periaatteet voivat mahdollistaa uudenlaista tavoitteellista yhteistyötä. Periaatteiden soveltaminen voi vaikuttaa hoito- tai lääkkeenmäääämiskäytäntöihin julkisella sektorilla, millä olisi välillisiä vaikutuksia yksityisiin palveluntarjoajiin tai esimerkiksi lääkeyrityksiin ja apteekkeihin.

Palveluvalikoiman periaatteista säätämisellä ei arvioida olevan vaikutuksia yritysten väliseen kilpailuun. Periaatteiden soveltamisella voi olla vaikutusta yritysten markkinoillepääsyyn, yritysten toimintaan markkinoilla, tai yrityksille kohdistuvaan sääntelytaakkaan, mikäli periaatteiden seurauksena yrityksille asetetaan uusia velvoitteita osoittaa palvelunsa tai menetelmänsä turvallisuutta, vaikuttavuutta tai kustannusvaikuttavuutta. Sääntelytaakan kasvattaminen voi vaikuttaa eri tavoin erikokoisiin tai eri toimialoilla toimiviin yrityksiin. Täsmällisiä vaikutuksia ei voida ennakoida tässä vaiheessa, mutta tähän on kiinnitettävä huomiota periaatteita soveltaessa.

Periaatteiden soveltaminen voisi laajemmin tarkoittaa myös sitä, että aiempaa toimivammalla ennaltaehkäisyllä sekä vaikuttavilla ja kustannusvaikuttavilla palveluilla parannetaan ihmisten terveyttä, hyvinvointia sekä työ- ja toimintakykyä. Tämä voisi vähentää työntekijöiden sairauspoissaoloja ja hoitotaakkaa lähipiirissä sekä pidentää työuria. Vaikutukset olisivat kuitenkin välillisiä ja toteutuisivat vasta pidemmällä aikavälillä.

4.2.2 Ihmisiin kohdistuvat ja yhteiskunnalliset vaikutukset

Vaikutukset perus- ja ihmisoikeuksien toteutumiseen

Ehdotettujen lakimuutosten osalta keskeisiä perusoikeuksia ovat perustuslain 6 §:n yhdenvertaisuus, 7 §:n oikeus elämään sekä 19 §:n 3 momentin julkisen vallan velvollisuus turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut.

Lakiehdotusten vaikutukset kohdentuisivat pääasiassa julkisia sosiaali- ja terveyspalveluja käyttäviin henkilöihin ja erityisesti paljon julkisia sosiaali- ja terveyspalveluja käyttäviin henkilöihin. Perustuslakivaliokunnan mukaan sosiaalisten perusoikeuksien yksilökohtaisuudesta johtuu, että vaikutusarvioiden laadinnassa erityistä huomiota kiinnitetään niihin tapauksiin, joiden kohdalla negatiiviset vaikutukset ovat suurimmillaan tapausten mahdollisesta vähäisestä lukumäärästä huolimatta (esim. PeVL 51/2017 vp, s. 3–14).

Yhtäältä esityksellä edistettäisiin edellä mainittujen perusoikeuksien toteutumista. Lakiehdotuksilla pyritään turvaamaan riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut jokaiselle tilanteessa,

jossa resurssit eivät riitä vastaamaan kaikkiin palvelujärjestelmään kohdistuviin odotuksiin tai kaikkiin uuden teknologian tarjoamiin mahdollisuuksiin.

Potilasdirektiivin kansallista toimeenpanoa koskevassa hallituksen esityksessä (HE 103/2013 vp) ja perustuslakivaliokunnan lausunnossa (PeVL 30/2013 vp) arvioitiin, että terveydenhuollon palveluvalikoiman määrittely lisäisi kansalaisten perustuslain 6 §:n mukaista yhdenvertaisuutta terveyspalvelujen saamisessa yhdenmukaistamalla palveluvalikoimaa. Palveluvalikoiman periaatteiden määrittelyllä ja sääntelyn ulottamisella sosiaalihuoltoon olisi vastaavanlaisia myönteisiä vaikutuksia asiakkaiden yhdenvertaisuuteen. Lisäksi palveluvalikoiman periaatteista säättäminen yhdenmukaistaisi eri hyvinvointialueiden ja yksittäisten ammattihenkilöiden palvelujen ja menetelmien käyttöä ja käytäntöjä. Tätä kautta periaatteista säättäminen edistäisi kansalaisten muodollisen ja tosiasiallisen tasa-arvon toteutumista sekä alueellista yhdenvertaisuutta.

Toisaalta periaatteista säättäminen voisi joidenkin henkilöiden kohdalla merkitä sitä, että joitakin heidän saamistaan palveluista ja menetelmistä poistuisi julkisesta palveluvalikoimasta esimerkiksi huomattavan epävarman tai heikon hyödyn tai vähäisen hoidollisen arvon vuoksi. Tietyn sosiaali- ja terveydenhuollon palvelun tai menetelmän rajaaminen palveluvalikoiman ulkopuolelle kuitenkin lähtökohtaisesti tarkoittaisi, että henkilön tarpeeseen vastattaisiin sen sijaan jollain muulla palveluvalikoimaan kuuluvalla vaihtoehdolla. Esityksellä ei muutettaisi terveydenhuoltolain 7 a §:n mukaista mahdollisuutta hoitaa potilasta palveluvalikoimaan kuulumattomalla hoitomenetelmällä, jos se on lääketieteellisesti välttämätöntä potilaan henkeä tai terveyttä vakavasti uhkaavan sairauden tai vamman vuoksi. Tämän vuoksi lakiehdotuksilla ei arvioida olevan vaikutusta perustuslain 7 §:n turvaamaan oikeuteen elämään tai perustuslain 19 §:n 1 momentissa turvattuun subjektiiviseen oikeuteen saada välttämätön huolenpito.

Kielteiset vaikutukset voivat näkyä myös taloudellisessa saavutettavuudessa, jos palveluvalikoiman ulkopuolelle rajattuja hoitoja tai palveluja varten potilaan olisi jatkossa hakeuduttava yksityisen terveydenhuollon pariin tai ulkomaille, eikä hänelle korvattaisi tästä aiheutuneita kuluja. Kaikkien hyvinvointialueiden alueella ei välttämättä ole kattavaa yksityistä palvelutuotantoa, jolloin palveluihin voi joutua hakeutumaan pidemmän etäisyyden päähän.

Viranomaisilla on velvollisuus palvella asiakasta tai potilasta hänen kielellään laissa säädetyllä tavalla. Lakiehdotuksilla voisi olla vaikutuksia sellaisten ruotsin- sekä saamenkielisten palvelujen saatavuuteen, joihin liittyviä menetelmiä olisi jatkossa tarjolla vain yksityisillä palveluntuottajilla. Yksityisten palveluntuottajien toimintaan sovelletaan kuitenkin potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa säädettyjä velvollisuuksia ottaa huomioon potilaan äidinkieli (3 §:n 3 momentti ja 5 §:n 2 momentti), minkä lisäksi potilaalla on mahdollisuus valita käyttämänsä yksityinen palveluntuottaja.

Vaikutukset väestön sekä asiakkaiden ja potilaiden hyvinvointiin ja terveyteen

Palveluvalikoiman periaatteista säättämisellä on välillisiä vaikutuksia kaikkiin julkisesti rahoitettuihin sosiaali- ja terveyspalveluihin käyttäviin henkilöihin. THL:n rekisteritietojen perusteella asiakkaita oli perusterveydenhuollon avohoidossa yhteensä 4,3 miljoonaa eli 70 prosenttia väestöstä.²⁷ Vuoden 2024 tietojen pohjalta sosiaalihuollossa arvioidaan olevan noin

²⁷ Perusterveydenhuollon ja suun terveydenhuollon avohoitokäynnit 2023, THL Tilastoraportti 35/2024, <https://www.julkari.fi/handle/10024/149222>.

770 000 asiakasta. Asiakkaiden määrän väestöosuus vaihtelee voimakkaasti eri ikäryhmissä, ja saman asiakkaan asioita voidaan käsitellä yhtäaikaaisesti useassa eri sosiaalihuollon palvelussa.²⁸

Ehdotetun sääntelyn seurauksena joitakin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita ja menetelmiä kohdennettaisiin uudella tavalla, otettaisiin uusina osaksi palveluvalikoimaa tai rajattaisiin palveluvalikoiman ulkopuolelle. Siten yksittäisten asiakkaiden ja potilaiden palveluissa tapahtuisi ajan mittaan konkreettisia muutoksia. Joitakin aiemmin käytössä olleita palveluita tai menetelmiä ei olisi tarjolla. Vaikutus voisi olla yksilön kannalta positiivinen, jos valinnan seurauksena yksilö välttyisi haittavaikutuksilta tai ohjautuisi nopeammin hänen tarpeeseensa nähden vaikuttavan palvelunpiiriin. Toisaalta yksilön kannalta vaikutus voisi olla negatiivinen, jos hän olisi kokenut hyötyvänsä palveluvalikoiman ulkopuolelle rajatusta toiminnasta.

Terveydenhuollossa sääntely mahdollistaa julkisen palveluvalikoiman rajaamista, mutta ei suoraan vaikuta yksityiseen palvelutuotantoon. Siten esityksen vaikutukset kohdistuisivat erityisesti niihin henkilöihin, jotka käyttävät vain julkisia palveluita. Työssäkäyvistä esityksen vaikutukset kohdistuisivat enemmän niihin työntekijöihin ja työkäisiin, joilla ei ole työterveyshuoltoa tai joiden työterveyshuolto on rajautunut vain lakisääteisiin ennaltaehkäiseviin palveluihin. Niiden henkilöiden kohdalla, jotka käyttävät myös työterveyshuollon ja yksityisen terveydenhuollon palveluita, vaikutusten oletetaan olevan lievempiä. Todennäköisesti tällaisilla henkilöillä olisi myös jatkossa nykyistä enemmän valinnanvaraa palvelujen ja menetelmien osalta.

Lakiehdotusten valmistelun osana toteutetussa kyselyssä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöille enemmistö vastaajista katsoi, että vaatimalla voi saada paremmin palveluja.²⁹ Nykytilanteessa ne palvelujen käyttäjät, joilla on heikommat resurssit ja jotka tuntevat huonommin palvelujärjestelmää, tai joiden luottamus palvelujärjestelmää kohtaan on heikkoa tai joilta puuttuu riittävä sosiaalinen tuki, voivat saada tarpeeseensa nähden vähemmän palveluja, eivätkä osaa tai kykene vaatimaan palveluja samalla tavalla kuin paremmassa asemassa olevat. Periaatteet mahdollistavat palvelujen järjestäjille uuden keinon määritellä yhdenvertaisesti, avoimesti ja perustellusti julkisten palvelujen saamisen ehtoja ja edellytyksiä. Lisäksi palveluvalikoimaa koskevassa kokonaisharkinnassa pyritään tunnistamaan arvioitavan menetelmän tai palvelun merkitys haavoittuvassa asemassa oleviin asiakas- ja potilasryhmiin osana yhdenvertaisuuden ja ihmisarvon loukkaamattomuuden läpileikkaavien periaatteiden soveltamista. Tämä lisäisi yhdenvertaisuutta asiakkaiden, asiakasryhmien ja eri hyvinvointialueiden asukkaiden välillä.

Vaikuttavuuden edistäminen lisää palveluiden tuottamaa terveys- ja hyvinvointihyötyä, millä olisi myönteisiä vaikutuksia väestö- ja yksilötasolla. Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöön kuuluvat erilaiset palvelukohtaiset hoitoon pääsyn enimmäisajat, subjektiivisena oikeutena järjestettävät palvelut ja palvelujen myöntämisen kriteerit voivat osaltaan heikentää tätä vaikutusta, koska näiltä osin palvelujen järjestäjien tulee kohdentaa resurssejaan osittain lainsäädännön edellyttämällä muilla perusteilla kuin palveluvalikoiman periaatteiden perusteella.

Palveluvalikoiman periaatteita on arvioitava kokonaisvaltaisesti ja myös ennaltaehkäisyn, hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ja varhaisen tuen osalta. Siten ehdotetun sääntelyn

²⁸ Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Sosiaalihuollon asiakasmäärät. Sosiaalihuollon seurantarekisterin tiedot heinä-, elo-, ja syyskuussa 2024. Työpaperi 7/2025. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-460-4>.

²⁹ Sosiaali- ja terveydenhuollon priorisointiperiaatteet. Ammatilaiskyselyn tulokset. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2025:20. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4436-7>.

vaikutuksena hyvinvointialueiden arvioidaan pitkällä aikavälillä kohdistavan resursseja vaikuttavien ja kustannusvaikuttavien ennaltaehkäisevien sekä hyvinvointia ja terveyttä edistävien palvelujen toteuttamiseen, mikä voisi parantaa väestön terveyttä ja hyvinvointia ja siten hillitä palvelutarpeen kasvua väestötasolla. Tämän väestötason vaikutuksen aikaansaanti kuitenkin edellyttää, että ennaltaehkäiseviä sekä väestön hyvinvointia ja terveyttä edistäviä asioita otetaan korjaavien toimenpiteiden rinnalla tarkasteluun periaatteiden toimeenpanossa ja palveluvalikoimaa koskevassa päätöksenteossa.

Ehdotuksen lopulliset vaikutukset ovat riippuvaisia siitä, miten uutta lainsäädäntöä tullaan soveltamaan toimeenpanovaiheessa. Tästä syystä lakiehdotusten vaikutuksia on tärkeää seurata niiden voimaantulon jälkeen.

Vaikutukset lapsiin ja nuoriin

YK:n lapsen oikeuksien sopimuksen keskeisin periaate on lapsen edun periaate. Yleissopimuksen 3 artiklan mukaisesti kaikissa julkisen tai yksityisen sosiaalihuollon, tuomioistuinten, hallintoviranomaisten tai lainsäädäntöelimien toimissa, jotka koskevat lapsia, on ensisijaisesti otettava huomioon lapsen etu. YK:n lasten oikeuksien komitean mukaan kyse on laajasta velvollisuudesta, joka koskee kaikkia julkisen ja yksityisen sosiaalihuollon laitoksia (CRC/C/GC/14, kohta 25–26).

Kokonaisuutena yleissopimus asettaa sopimusvaltioille laajasti erilaisia sosiaalihuollon kannalta oleellisia velvollisuuksia, kuten vanhemmastaan erossa asuvan lapsen oikeus ylläpitää henkilökohtaisia suhteita vanhempiinsa, tuki lapsen kehityksen kannalta välttämättömien elinolosuhteiden turvaamiseksi, lapsen suojaaminen päihteiltä, seksuaaliselta hyväksikäytöltä ja väkivallalta sekä lapsen oikeus ilmaista näkemyksensä häntä koskevissa asioissa.

Yleissopimuksen 24 artiklan mukaan sopimusvaltiot tunnustavat lapsen oikeuden nauttia parhaasta mahdollisesta terveydentilasta sekä sairauksien hoitamiseen ja kuntoutukseen tarkoitetuista palveluista. Lapsen oikeus terveyteen ja lapsen terveydentila ovat keskeisiä lapsen edun arvioinnissa. Esimerkiksi lapsen hoitoa koskevassa päätöksenteossa tulee punnita kaikkien mahdollisten hoitokeinojen etuja suhteessa kaikkiin mahdollisiin riskeihin ja sivuvaikutuksiin (CRC/C/GC/14, kohta 77.) Komitea on kehottanut sopimusvaltioita asettamaan lapsen edun etusijalle kaikissa heidän terveyttään ja kehitystään koskevissa päätöksissä, niin lasta yksilönä kuin lapsia ryhmänä koskevissa päätöksissä. Lapsen etua arvioitaessa on lisäksi otettava huomioon kaikki lapselle lainsäädännössä turvatut oikeudet, jotka liittyvät hänen asemaansa terveydenhuollon asiakkaana (CRC/C/GC/15, kohta 12–13).

Lakiehdotusten vaikutukset lapsiin olisivat lähtökohtaisesti samansuuntaiset kuin muuhun väestöön. Palveluvalikoiman periaatteista säätämällä edistetään lapsen oikeutta terveyteen sekä lapsen oikeuksien kannalta keskeisten sosiaalipalvelujen ja hyvinvoinnin edistämisen toteuttamista. Periaatteiden soveltamisessa olisi huomioitava lapsen edun periaatteen ensisijaisuus.

Palveluvalikoiman periaatteet painottavat perheen tilanteen kokonaisvaltaista arviointia ja vaikuttavien palvelujen oikea-aikaisuutta. Siten pitkällä aikavälillä lakiehdotuksen vaikutuksena ennaltaehkäisyn ja varhaisen tuen vaikuttavampi toteuttaminen edistää lapsen oikeuksien toteutumista sekä lapselle että tämän huollosta vastuussa oleville kohdennettavien palvelujen kautta. Lakiehdotuksella voi olla lapsiin kohdistuvia välillisiä vaikutuksia lapsen huoltajien kautta. Lapsen huollosta vastaavalle aikuiselle tarjottavat sosiaali- ja terveyspalvelut

vaikuttavat aikuisen terveyteen, hyvinvointiin ja toimintakykyyn, mikä osaltaan vaikuttaa myös lapsen oikeuksien toteutumiseen sekä lapsen hyvinvointiin ja terveyteen.

Lapset ja lapsiperheet käyttävät paljon terveydenhuollon palveluja. Perusterveydenhuollon lääkärikäynneissä ei ole havaittu eroja lapsen äidin koulutuksen mukaan. Sen sijaan erikoislääkärikäyntejä on huomattavasti enemmän korkeammin koulutettujen äitien lapsilla.³⁰ Todennäköisin syy tälle on se, että korkeammin koulutettujen vanhempien lapsiperheissä käytetään enemmän yksityisiä lääkäripalveluja, jolloin palvelunantajana on useammin alan erikoislääkäri. Esityksen vaikutukset kohdistuvat enemmän niihin perheisiin, jotka käyttävät ensisijaisesti tai pelkästään julkisen terveydenhuollon palveluita.

Vaikutukset harvinaissairaisiin

Terveydenhuollon menetelmien käyttöönottoa ja käytöstä poistamista koskevilla valinnoilla voi olla merkitystä harvinaissairaiden asemaan. Yksittäisten potilaiden kohdalla vaikutukset terveyteen, toimintakykyyn ja elämänlaatuun voivat olla merkittäviä ja pitkäaikaisia, mahdollisesti koko elämän mittaisia. Harvinaissairauksiin kehitettyjen uusien hoitomenetelmien, kuten lääkehoidon, kustannukset ovat tyypillisesti erittäin korkeita ja niiden vaikuttavuudesta ja kustannusvaikuttavuudesta on potilasryhmien pienestä koosta johtuen saatavilla rajoitetusti tutkimusnäyttöä. Useissa tapauksissa hoito perustuu oireiden hoitamiseen ja elinolosuhteiden mukauttamiseen potilaan tarpeisiin. Esityksen vaikutukset kohdistuvat erityisesti niihin potilaisiin, joiden hoitoon on tarjolla sellaisia uusia menetelmiä, joiden turvallisuudesta ja vaikuttavuudesta saatavilla oleva näyttö on epävarmaa tai joiden kustannukset ovat erittäin korkeat.

Potilaan hoito perustuu jatkossakin yksilölliseen tarpeeseen ja terveydenhuollon ammattihenkilön arvioon siihen soveltuvista hoitovaihtoehdoista. Ehdotus myös mahdollistaa palveluvalikoiman ulkopuolelle rajatun menetelmän käytön yksilölliseen harkintaan perustuen tilanteessa, jossa menetelmän käyttö on lääketieteellisesti välttämätöntä potilaan henkeä tai terveyttä vakavasti uhkaavan sairauden tai vamman takia.

Vaikutukset ikääntyneisiin henkilöihin

Sosiaali- ja terveystalouden palveluiden tarve lisääntyy iän myötä. 65 vuotta täyttäneillä on muuta aikuisväestöä enemmän diagnooseja, ja ikääntyneillä on paljon kroonisia sairauksia, toimintarajoitteita ja toimintakyvyn alenemaa.³¹ Ikääntyneet henkilöt asioivat pääosin julkisissa sosiaali- ja terveystalouden palveluissa.³² Sosiaalihuollon iäkkäiden palveluissa oli vuonna 2024 arviolta 266 300 asiakasta.³³ Ikääntyvien palvelujen piiriin tulevat uudet asiakkaat ovat huonokuntoisempia kuin aiempina vuosina, mikä voi olla seurausta palvelutarpeen kasvusta ja palvelujen saamisen kriteerien kiristymisestä.³⁴

³⁰ Kaikkonen, Risto ym. Lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierot. Raportti 16/2012.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085158>.

³¹ <https://sotkanet.fi/>.

³² THL Työpaperi 7/2025.

³³ THL Työpaperi 7/2025.

³⁴ Tynkkynen, Liina-Kaisa, ym. (toim.). Tilannekuvia hyvinvointialueilta – muutokset palvelujärjestelmässä sote-uudistuksen alkuvuosina. Raportti 3/2025. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2025.

Lakiehdotuksen vaikutusten voidaan arvioida kohdistuvan erityisesti iäkkäisiin henkilöihin, koska usein sosiaali- ja terveystalvelujen tarve kasvaa iän myötä ja koska ikääntyneet henkilöt asioivat pääosin julkisissa sosiaali- ja terveystalveluissa.

Ehdotuksen yhtenä tavoitteena on siirtää painopistettä korjaavista interventioista ennaltaehkäiseviin toimenpiteisiin ja varhaiseen tukeen. Tältä osin ehdotuksen arvioidaan lisäävän vaikuttavuutta myös ikääntyneessä väestössä. Oikea-aikainen, vaikuttava ja riittävä ennaltaehkäisy sekä varhainen tuki voivat vaikuttaa asiakkaiden ja potilaiden myöhempiin palvelutarpeisiin.

Periaatteista säätämällä voitaisiin edistää vähähyötyisten ja ikääntyneille haitallisten hoitokäytäntöjen ja menetelmien karsimista. Esimerkiksi 75 vuotta täyttäneillä potilailla vältettävien lääkkeiden käyttö on verrattain yleistä³⁵, ja siihen liittyy myös muihin potilaisiin verrattuna suurempia sairaanhoidon kustannuksia.³⁶

Vaikutukset vammaisiin henkilöihin

Vammaisiin henkilöihin kohdistuvien vaikutusten arvioinnissa on otettava huomioon YK:n yleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista ja sen määräykset yhdenvertaisuudesta, terveydestä ja kuntoutuksesta. Vammaisyleissopimuksen 25 artikla velvoittaa sopimuspuolia tunnustamaan, että vammaisilla henkilöillä on oikeus parhaaseen mahdolliseen terveyden tasoon ilman syrjintää vammaisuuden perusteella. Sopimuspuolet sitoutuvat erityisesti järjestämään vammaisille henkilöille samanlaajuiset, -laatuiset ja -tasoiset maksuttomat tai kohtuuhintaiset terveydenhuoltopalvelut ja -ohjelmat kuin muille sekä järjestämään ne terveydenhuoltopalvelut, joita vammaiset henkilöt tarvitsevat erityisesti vammaisuutensa vuoksi, mukaan lukien varhainen tunnistaminen ja puuttuminen tarvittaessa, sekä palvelut, joilla pyritään minimoimaan ja estämään uusia vammoja, myös lasten ja vanhusten keskuudessa.

Yleissopimuksen 26 artikla velvoittaa sopimuspuolia toteuttamaan tehokkaat ja asianmukaiset toimet muun muassa vertaistuen avulla, jotta vammaiset henkilöt voisivat saavuttaa ja säilyttää mahdollisimman suuren itsenäisyyden, täysimääräiset ruumiilliset, henkiset, sosiaaliset ja ammatilliset kyvyt sekä täysimääräisen osallisuuden ja osallistumisen kaikilla elämänalueilla. Tätä varten sopimuspuolet järjestävät, vahvistavat ja lisäävät laaja-alaisia kuntoutuspalveluja ja -ohjelmia erityisesti terveyden, työllisyyden, koulutuksen ja sosiaalipalvelujen aloilla siten, että nämä palvelut ja ohjelmat aloitetaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja ne perustuvat yksilöllisten tarpeiden ja vahvuuksien monialaiseen arviointiin.

Vammaisuuden perusteella vammaispalveluja saavia henkilöitä oli vuonna 2024 Suomessa noin 135 000 henkilöä. Palvelutarpeissa ja palveluiden käytössä on hyvinvointialuekohtaisia eroja.³⁷ Vammaiset henkilöt eivät ole yhtenäinen ryhmä, vaan vamman, sairauden tai toimintakyvyn rajoitteen laatu ja vakavuus vaihtelevat henkilöiden välillä. Suurin osa vammaisista henkilöistä käyttää samoja sosiaali- ja terveystalveluita kuin muukin väestö. Toisaalta vammaiset henkilöt myös tarvitsevat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja muuta väestöä enemmän, sillä

³⁵ Paulamäki, Jasmin, ym. Prevalence of potentially inappropriate medication use in older population: comparison of the Finnish Meds75+ database with eight published criteria. BMC Geriatrics 23(13) 2023. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03706-z>.

³⁶ Hyttinen, Virva. Health and Economic Aspects of Potentially Inappropriate Medications in Older People. Itä-Suomen yliopisto 2018.

³⁷ Forsell Martta ym (2025) Sosiaalihuollon asiakasmäärät. Sosiaalihuollon seurantarekisterin tiedot heinä-, elo-, ja syyskuussa 2024. THL Työpaperi 7/2025.

palveluiden tarve jatkuu usein läpi elämän. Henkilön palvelukokonaisuus voi muodostua monialaiseksi ja erityisosaamista vaativaksi.

Esityksen vaikutukset vammaisiin henkilöihin olisivat lähtökohtaisesti samanlaiset ja samansuuntaiset kuin vaikutukset muuhun väestöön. Lakiehdotusten arvioidaan edistävän palvelujen vaikuttavuutta sekä asiakas- ja potilasryhmien välistä yhdenvertaisuutta. Erityisesti tarpeella ja vaikuttavuudella palveluvalikoimaan kuulumisen edellytyksinä pyritään varmistamaan, että päätöksenteossa tunnistetaan vammaisten henkilöiden kokemus sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen ja menetelmien merkityksestä terveydelleen ja hyvinvoinnilleen. Vammaisten henkilöiden palveluihin ja hyvinvointiin kohdistuvien vaikutusten arvioidaan olevan tältä osin myönteisiä, kuten muidenkin asiakkaiden ja potilaiden kohdalla.

Vaikutukset sukupuolten väliseen tasa-arvoon

Sukupuolivaikutukset risteävät usein muiden vaikutusten ja tekijöiden, kuten iän, taloudellisen tilanteen, asuinpaikan ja työelämäaseman, kanssa. Tämä on merkityksellistä varsinkin silloin, kun arvioidaan yksilötason vaikutuksia.

Sukupuolten välillä on eroja hyvinvoinnissa, sosiaalisessa osallisuudessa, terveydessä, sairastavuudessa ja kuolleisuudessa. Menetetyissä elinvuosissa mitattuna sukupuolten väliset hyvinvointi- ja terveyserot ovat kaventuneet koko 2000-luvun, mutta miesten menetetyt elinvuodet olivat lähes kaksinkertaiset verrattuna naisiin tarkastelujaksolla 2020–2022.³⁸ Tiedetyt sosiaaliset ongelmat ja sairaudet ovat miehillä huomattavasti yleisempiä kuin naisilla. Naiset elävät keskimäärin pitempään kuin miehet, mikä on omiaan lisäämään palvelujen käyttöä. Naisilla on miehiä useammin jokin pitkäaikaissairaus tai terveysongelma.³⁹

Olemassa olevan tutkimustiedon perusteella naiset käyttävät miehiä aktiivisemmin monia sosiaali- ja terveyspalveluita. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ylläpitämän Avohilmo-rekisterin mukaan naiset tekivät terveydenhuollon avohoidon käynneistä 58 prosenttia ja miehet 42 prosenttia vuonna 2024.⁴⁰ Sukupuolivähemmistöihin kuuluvien henkilöiden terveydestä ja hyvinvoinnista tai palveluiden käytöstä ei ole saatavilla kattavaa tutkimustietoa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käytössä on havaittavissa eroja eri sukupuolten välillä. Tällöin myös ehdotuksen vaikutukset kohdistuisivat eri tavoin eri sukupuolta oleviin henkilöihin. Potentiaaliset vaikutukset kohdistuvat hieman enemmän naispuolisiin asiakkaisiin ja potilaisiin. Vaikutusten arvioidaan olevan lähtökohtaisesti samanlaiset kuin vaikutukset muuhun väestöön. Lakiehdotusten arvioidaan edistävän palvelujen vaikuttavuutta sekä asiakas- ja potilasryhmien välistä ja alueellista yhdenvertaisuutta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden edistämisen kautta lakiehdotuksella voisi olla sukupuolten välisiä terveyseroja kaventava vaikutus. Yhtäältä vaikuttava ennaltaehkäisy sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen voivat vähentää

³⁸ Kestilä, Laura – Karvonen, Sakari (toim.). Ratkaisuja kestävän yhteiskunnan rakentamiseen. Väestön terveys- ja hyvinvointikatsaus 2025. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 1/2025.
<https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-444-4>.

³⁹ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. Suomi: Maan terveysprofiili 2023.
https://health.ec.europa.eu/system/files/2024-01/2023_chp_fi_finnish.pdf.

⁴⁰ Avohilmo: Terveydenhuollon avohoidon käynnit ikäryhmittäin, sukupuolittain ja hyvinvointialueittain. https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/avo/perus03/fact_ahil_perus03?row=sukupuolet-95149&column=aika-87596. Viitattu 19.6.2025.

menetettyjä elinvuosia erityisesti tältä osin heikommassa asemassa olevien miesten keskuudessa, ja toisaalta helpottaa tyypillisesti naisille kasautuvaa hoivavastuuta ikääntyneiden henkilöiden toimintakyvyn paremman ylläpitämisen kautta.

Palveluvalikoiman periaatteiden voimaantulo ja soveltaminen vaatii uusien toimintatapojen omaksumista ja henkilöstön kouluttautumista. Nämä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstöön liittyvät vaikutukset kohdistuisivat pääasiassa naisiin. Sosiaali- ja terveysalan työntekijöistä valtaosa on naisia, kun taas lääkäreiden sukupuolijakauma on tasaisempi.

Vaikutukset viranomaisten toimintaan

Lakiehdotuksella on vaikutuksia useiden viranomaisten toimintaan.

Sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimiva terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto soveltaa terveydenhuollon palveluvalikoiman periaatteita suositustensa laatimisessa. Lakiehdotukset edellyttäisivät muutoksia Palkon päätöksentekomenettelyyn ja suositusten kriteereihin. Välittömästi sääntelyn voimaantulon jälkeen rajauksia ja uusia käyttöön ottamisia tehtäisiin kuitenkin todennäköisesti verrattain vähän. Sosiaalihuollossa ei vielä ole olemassa kansallista suositusta antavaa toimijaa, jolloin periaatteiden vaikutukset syntyisivät muussa kansallisessa ohjauksessa ja hyvinvointialueiden omassa sisältöohjauksessa. Tavoitteena kuitenkin on, että tulevaisuudessa sosiaali- ja terveydenhuollon menetelmien arvioinnin sekä palveluvalikoimaa linjaavan päätöksenteon toimijoita ja prosesseja vahvistettaisiin.

Lakiehdotuksella on vaikutuksia Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) kansallisen rokotusohjelman arviointitoimintaan periaatteiden soveltamisen myötä. Lisäksi lakiesityksellä voi olla välillisiä vaikutuksia rekisteriaineistojen ja tietoluokitusten toimintoihin. Palvelujen ja niiden sisällä käytettävien toimenpiteiden, menetelmien ja työmuotojen yhdenvertaisuutta, tarvetta, turvallisuutta, vaikutuksia ja kustannuksia koskevan tiedon keräämisessä ja hyödyntämisessä THL:n kokoamalla rekisteritiedolla sekä tietoluokilla on keskeinen merkitys. Tältä osin lakiehdotus voi jossain määrin lisätä työn määrää näissä THL:n toiminnoissa.

Palveluvalikoiman periaatteilla olisi vaikutuksia myös THL:n alla toimivan Vankiterveydenhuollon yksikön toimintaan siltä osin, kuin normaalisuusperiaatteen puitteissa vankien terveydenhuollossa noudatetaan palveluvalikoimaneuvoston suosituksia. Periaatteet tulisi ottaa huomioon myös vastaanottolain 26 §:n 2 momentissa tarkoitettujen tilapäistä suojelua saavan henkilön, kansainvälistä suojelua hakeneen lapsen ja ihmiskaupan uhrin, joka on lapsi, terveydenhuollossa sekä lain 25 §:n 1 momentissa tarkoitetuissa sosiaalipalveluissa.

Palveluvalikoiman periaatteet tulisi jatkossa ottaa huomioon myös terveydenhuoltolain 17 §:ssä säädetyissä YTHS:n tuottamissa korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon palveluissa.

Lakiehdotusten vaikutukset Kansaneläkelaitoksen toimintaan rajoittuvat palveluvalikoiman periaatteiden soveltamiseen Kelan nykyisissä sairaanhoitokorvauksia ja ulkomailla saatua hoitoa koskevissa toiminnoissa. Sairausvakuutuslain 2 luvun 3 §:n 1 momentin 10 kohdan mukaan sairausvakuutuksesta ei korvata sairaanhoidon kustannuksia, jos kustannukset ovat syntyneet hoidosta, joka ei kuulu terveydenhuoltolain 7 a §:ssä tarkoitettuun terveydenhuollon palveluvalikoimaan. Kansaneläkelaitos seuraa jatkuvasti Terveidenhuollon palveluvalikoimaneuvoston antamia suosituksia ja ne huomioidaan korvattavien hoitojen ja tutkimusten luettelossa. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoiman periaatteista

säättämisen ei arvioida vaikuttavan merkittävässä määrin sairausvakuutuksesta korvattaviin hoitoihin, koska niiden voidaan jo nykyisin katsoa olevan sidoksissa julkisen terveydenhuollon palveluvalikoimaan.

Kansaneläkelaitos järjestää ja korvaa kuntoutusta sekä maksaa kuntoutusrahaetuksia Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain (566/2005, jäljempänä kuntoutuslaki) mukaisesti. Kansaneläkelaitos järjestää ammatillista kuntoutusta, vaativaa lääkinnällistä kuntoutusta ja harkinnanvaraista kuntoutusta sekä korvaa kuntoutuspsykoterapiaa. Myöntämisedellytysten täytyessä on mahdollista saada kuntoutusrahaetua kuntoutuksen aikaisen toimeentulon turvaamiseksi. Kuntoutusrahaetus voidaan myöntää myös tiettyjen muiden kuin kuntoutuslain perusteella myönnettyjen kuntoutuspalvelujen ajalta.

Kuntoutuslain 9 §:ssä säädetään vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisestä ja 10 §:ssä vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen sisällöstä. Pykälillä on yhtymäpinta terveydenhuoltolain säännöksiin, erityisesti 29 §:ään (lääkinnällinen kuntoutus) ja 30 §:ään (yhteistyö ja ohjaus muuhun kuntoutukseen). Lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisvastuu jakautuu hyvinvointialueen ja Kansaneläkelaitoksen kesken pääsääntöisesti siten, että alle vuoden kestävä kuntoutustarpeen osalta sekä 65 vuotta täyttäneiden osalta kuntoutuksen järjestäminen kuuluu hyvinvointialueen vastuulle. Kuntoutuslaissa on kuitenkin myös muita myöntämisedellytyksiä, joiden on täytyttävä ennen kuin asiakas voi saada Kansaneläkelaitoksen järjestämää vaativaa lääkinnällistä kuntoutusta. Kuntoutuslain 11 a §:n mukaan Kansaneläkelaitos korvaa 16—67-vuotiaan vakuutetun työ- tai opiskelukyvyn tukemiseksi tai parantamiseksi tarkoituksenmukaista kuntoutuspsykoterapiaa, jos asianmukaisesti todettu ja diagnosoitu mielenterveyden häiriö uhkaa vakuutetun työ- tai opiskelukykyä. Lakiehdotuksilla ei ole suoraa vaikutusta Kansaneläkelaitoksen järjestämään vaativaan lääkinnälliseen kuntoutukseen ja kuntoutuspsykoterapiaan. Jatkossa olisi perusteltua arvioida palveluvalikoiman periaatteita koskevien, soveltuvien säännösten lisäämistä myös kuntoutuslakiin koskien Kansaneläkelaitoksen järjestämää ja korvaamaa lääkinnällistä kuntoutusta ja kuntoutuspsykoterapiaa. Periaatteista säättäminen tekisi näkyväksi esimerkiksi kuntoutuksen kustannusvaikuttavuuden merkityksen, mutta myös asiakkaiden yhdenvertaisen kuntoutukseen pääsyn toteutumisen turvaaminen tulisi yhtä lailla aiempaa näkyvämmäksi.

Palveluvalikoiman periaatteista säättämisellä ei arvioida olevan merkittäviä suoria vaikutuksia valvovien viranomaisten ja tuomioistuinten toimintaan. Välillisiä vaikutuksia voi esiintyä, jos mahdollisista sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen ja menetelmien rajaamisesta palveluvalikoiman ulkopuolelle seuraa kantelujen, muutoksenhaun tai hallintoriitojen lisääntymistä.

Vaikutukset hyvinvointialueisiin

Palveluvalikoiman periaatteista säättämisessä on kyse hyvinvointialueilla nykyainsäädännön perusteella olevien tehtävien hoitamistavasta, eli esityksellä ei annettaisi hyvinvointialueille uusia tehtäviä. Palveluvalikoiman periaatteet ohjaavat hyvinvointialueiden lakisääteisten tehtävien sisältöä esimerkiksi menetelmien kohdentamisen tasolla.

Esityksellä ei muuteta hyvinvointialueiden rahoituksesta annetun lain mukaan määräytyvää rahoitusta, joten esityksellä ei ole suoria vaikutuksia hyvinvointialueiden talouteen. Hyvinvointialueiden taloutta koskevat vaikutukset ovat välillisiä eikä suoria euromääräisiä vaikutuksia voida ennakoida.

Ehdotuksella tuettaisiin vaikuttavien ja kustannusvaikuttavien valintojen tekemistä ja priorisointia sosiaali- ja terveydenhuollon sisältöohjauksessa hyvinvointialueella. Ehdotetulla sääntelyllä olisi vaikutusta palvelujen järjestämiseen, tuottamiseen ja toteuttamiseen erityisesti sen kannalta, mitä palveluja, toimenpiteitä, menetelmiä ja työmuotoja hyvinvointialueilla käytettäisiin osana palveluvalikoimaa. Tehtäessä periaatteiden mukaisia päätöksiä ja valintoja voi joitain yksittäisiä terveystalouksia tai menetelmiä jäädä pois. Samalla resursseja voi vapautua ja siirtyä vaikuttavampiin palveluihin tai menetelmiin tai niiden käyttöönottoon. Etukäteen on kuitenkin vaikeaa arvioida muutosten laajuutta ja vaikutuksia palvelutarjontaan tai menetelmien käyttöön. Periaatteilla olisi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistehtävän kautta yhteys hyvinvointialueiden johtamiseen ja poliittiseen päätöksentekoon, kuten strategia- ja talousarviopäätöksentekoon.

Eri menetelmien perusteltavuuden, vaikuttavuuden ja kustannusten arviointi suhteessa asiakkaan ja potilaan tilaan ja tarpeisiin on jo osa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstön arkea. Siten palveluvalikoiman periaatteiden vaikutukset asiakas- ja potilastyöhön syntyisivät ensisijaisesti kansallisten suositusten soveltamisen sekä hyvinvointialueen sisältöohjauksen kautta. Ehdotuksen tarkoituksena ei ole poistaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden autonomiaa, eikä muuttaa sitä lähtökohtaa, että hoidosta ja sosiaalihuollosta päättävät ammattihenkilöt asiantuntemuksensa ja ammattieettisten velvollisuuksiensa mukaisesti sekä yhteisymmärryksessä asiakkaan ja potilaan kanssa.

Lakiehdotusten toimeenpano voi edellyttää hyvinvointialueilla muutoksia olemassa oleviin palveluihin, päätöksentekomenettelyihin sekä ohjauksen rakenteisiin. Ehdotettu sääntely ohjaa hyvinvointialueita soveltamaan palveluvalikoiman periaatteita sekä palveluvalikoimaa koskevia kansallisia suosituksia systemaattisesti palvelu- ja hoitopolkujen laatisemassa, palvelujen järjestämistä koskevilla linjauksillaan sekä niihin liittyvässä ohjauksessa. Siten toimeenpanon alkuvaiheessa hyvinvointialueille voi aiheutua jonkin verran uutta hallinnollista taakkaa sekä koulutustarvetta, kun alueella luodaan yhteistä ymmärrystä periaatteiden merkityksestä alueen palveluissa tai laaditaan mahdollisia uusia päätöksentekomenettelyjä. Tämä vaikutus kohdistuisi erityisesti vastaavan lääkärin, sosiaalihuollon professiojohdon, hoitotyön johdon sekä toimialajohdon vastuualalle.

Palveluvalikoiman yhdenmukaistamisella on vaikutusta hyvinvointialueiden talouteen sote-järjestämislain 57 §:ssä tarkoitettujen hyvinvointialueiden välisten kustannusten korvausten kautta. Hyvinvointialueet eivät jatkossa joutuisi maksamaan asukkaansa toisella hyvinvointialueella tai toisessa EU-maassa saaman palveluvalikoiman ulkopuolelle rajatun hoidon kustannuksia, kun palveluvalikoimaa sovellettaisiin kansallisesti yhdenmukaisesti.

5 Muut toteuttamisvaihtoehdot

5.1 Vaihtoehdot ja niiden vaikutukset

Lakiehdotusten valmistelussa on ollut esillä seuraavia vaihtoehtoisia toteuttamistapoja.

Yhtenä vaihtoehtona on arvioitu tilannetta, jossa nykytila säilytetään sellaisenaan. Vaihtoehdon etuna olisi, että voitaisiin odottaa sosiaali- ja terveysministeriössä käynnissä olevan terveydenhuollon menetelmien arvioinnin ja päätöksenteon organisointimallien selvityksen sekä sosiaalihuollon suositustoimintaa koskevan selvityksen valmistumista ja siitä mahdollisesti seuraavan säädösvalmistelun etenemistä. Tällöin päätöksenteon rakenteita ja toimeenpanoa ehdittäisiin kehittää jo ennen palveluvalikoiman periaatteista säätämistä. Valmistelussa on kuitenkin arvioitu, että ilman lakiehdotuksia vaikuttavuuden edistäminen

muilla kansallisen palvelureformin osana toteutettavilla toimenpiteillä toteutuisi liian hitaasti eikä tukisi hyvinvointialueiden päätöksentekoa riittävällä tavalla.

Toisena vaihtoehtona on arvioitu mahdollisuutta säätää laajemmin sosiaali- ja terveydenhuollon priorisoinnista erillislakina. Tällöin periaatteet eivät rajoittuisi terveydenhuollon palvelujen ja menetelmien sekä sosiaalihuollon palvelujen, toimenpiteiden, menetelmien ja työmuotojen tasolle, vaan koskisivat kaikkia sosiaali- ja terveydenhuollossa tehtäviä priorisointiluontoisia valintoja. Tämä vaihtoehto kuitenkin jättäisi terveydenhuollon palveluvalikoiman poissulkukriteerien tulkintaan liittyvät haasteet korjaamatta. Lisäksi yleisten priorisoinnin periaatteiden soveltamisen ja sitovuuden merkitys eri valintatilanteissa voisi jäädä vähäiseksi, jos niitä ei kohdistettaisi nimenomaisesti tietynlaiseen päätöksentekoon. Valmistelussa pidettiin myös erillislailla säätämistä ongelmallisena, koska palveluista säädetään lähtökohtaisesti terveydenhuoltolaissa ja sosiaalihuoltolaissa.

Kolmantena vaihtoehtona arvioitiin terveydenhuoltolain 7 a §:n 2 momentin muuttamista terveydenhuollon palveluvalikoiman poissulkukriteerien osalta. Tällöin voitaisiin esimerkiksi nostaa kustannusten kohtuuttomuus omaksi poissulkukriteerikseen sen sijaan, että se olisi mahdollista vain yhtäaikaaisesti vaikuttavuuden ollessa vähäistä. Valmistelussa arviointiin kuitenkin, että palveluvalikoimaan kuulumisen positiivisilla edellytyksillä saadaan aikaan perustuslain 19 §:n 3 momentissa tarkoitettujen riittävien sosiaali- ja terveysterveysten turvaamisen näkökulmasta tasapainoisempi kokonaisuus, jossa päätöksenteon kannalta keskeiset näkökohdat on koottu yhteen. Lisäksi palveluvalikoiman periaatteiden soveltamiseen perustuvat valinnat voidaan sovittaa paremmin yhteen perustuslain 19 §:n 3 momentissa tarkoitettujen riittävien sosiaali- ja terveysterveysten sekä sosiaalihuollon lainsäädännön kanssa kuin jos palveluvalikoimaan kuulumisesta olisi päädytty säätämään yksityiskohtaisilla kriteereillä.

Lisäksi vaihtoehdon haasteena olisi, että terveydenhuollon palveluvalikoiman ja priorisoinnin ohjaus eriytyisivät entistä enemmän sosiaalihuollon vastaavasta ohjauksesta. Tällöin olisi vaarana, että sosiaalihuollon vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden kehittämiseksi ei olisi jatkossa riittävää tukea lainsäädännössä. Koska sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut on keskitetty alueellisesti yhdelle yleiskatteellisen rahoituksen omaavalle toimijalle, myös palveluvalikoiman vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta tulee edistää samassa tahdissa ja yhtenäisesti sosiaali- ja terveydenhuollossa.

5.2 Ulkomaiden lainsäädäntö ja muut ulkomailla käytetyt keinot

5.2.1 Terveydenhuolto

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysterveysten eettinen neuvottelukunta (ETENE) julkaisi vuonna 2024 selvitystyön kansainvälisistä esimerkeistä terveydenhuollon priorisoinnin eettisistä periaatteista.⁴¹ Selvitykseen otettiin mukaan sellaisia maita, joissa terveydenhuollon priorisointityötä on aktiivisesti tehty. Tässä esityksessä tarkasteltavat maat valittiin ETENEn julkaiseman selvityksen pohjalta niin, että esityksessä tarkasteluun otettiin ne maat, joiden terveysterveysten järjestelmä on lähimpänä Suomen terveysterveysten järjestelmää.

⁴¹ Kansainvälisiä esimerkkejä terveydenhuollon priorisoinnin eettisistä periaatteista. ETENEn tilaama selvitystyö (2024). <https://etene.fi/julkaisut>

Ruotsi

Ruotsissa terveydenhuollon priorisoinnin eettisistä periaatteista säädetään terveydenhuoltolaissa (Hälso- och sjukvårdslag 2017:30). Terveydenhuoltoa on tarjottava kaikkien ihmisten yhdenvertaisuutta ja ihmisarvoa kunnioittaen (ihmisarvon periaate). Eniten terveyden- ja sairaanhoitoa tarvitseville tulisi kohdentaa terveydenhuollon resursseja (tarve-solidaarisuusperiaate). Kolmantena eettisenä periaatteena on kustannusvaikuttavuuden periaate, joka on kuitenkin toissijainen tai alisteinen suhteessa ihmisarvon ja tarve-solidaarisuuden periaatteisiin. Resursseja tulee käyttää mahdollisimman tehokkaasti, ja eri palveluiden tai toimenpiteiden välillä valittaessa on pyrittävä kustannusten ja saavutetun terveyshyödyn välisen suhteen kohtuullisuuteen.

Potilaan henkilökohtaiset ominaisuudet, yhteiskunnallinen toiminta ja asema, lahjakkuus, tulotaso, ikä tai muut henkilöön liittyvät tekijät eivät saa vaikuttaa ratkaisevasti hoidon saamiseen tai siihen, minkä laatuista hoitoa potilaalle annetaan.

Norja

Norjassa priorisointiperiaatteiden ja -käytäntöjen kehittäminen on keskittynyt erikoissairaanhoidon. Kunnallisessa perusterveydenhuollossa priorisointikeskustelu on ollut vähäisempää.⁴²

Terveydenhuollon priorisoinnin periaatteista säädetään potilaan ja asiakkaan oikeuksista annetussa laissa (Lov om pasient- og brukerrettigheter). Priorisoinnin perusteista säädetään tarkemmin terveyspalvelujen priorisointia koskevassa asetuksessa (Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten og rett til behandling i utlandet). Periaatteet perustuvat Lønning II -komitean raporttiin, jonka Norjan parlamentti hyväksyi terveydenhuollon kansalliseksi arvopohjaksi.

Priorisoinnin periaatteet ovat sairauden vakavuus, jonka mukaan hoidossa on priorisoitava sairauksia, joissa ilmenee paljon menetettyjä terveitä elinvuosia; hoidosta odotettavissa oleva hyöty, eli kuinka paljon toimenpide pidentää potilaan elämää tai parantaa potilaan elämänlaatua; sekä niin sanottu resurssiperiaate: prioriteetti on sitä suurempi, mitä vähemmän toimenpide vaatii terveydenhuollon resursseja. Resursseina huomioidaan muun muassa potilaan hoidon vaatima aika, hoidon suorittamiseen tarvittava ammattihenkilöstö sekä muut henkilöstövaikutukset. Priorisointiperiaatteita arvioidaan kokonaisuutena ja keskinäisellä periaatepunninnalla. Priorisointiperiaatteita sovelletaan järjestelmä- tai ryhmätason sekä yksittäisten potilaiden hoitoa koskevassa päätöksenteossa.

Potilaan aiempi omalle terveydelle haitallinen toiminta ei saa vaikuttaa hoitopäätöksiin.⁴³ Arvioitaessa odotettavissa olevaa hyötyä painoarvoa ei tule antaa sille, kuinka paljon hoito vaikuttaa potilaan tehokkuuteen tai tuottavuuteen taikka siihen, miten hoito vaikuttaa potilaan tulevaisuudessa saamiin julkisiin palveluihin, eläkkeisiin tai muihin etuuksiin. Edelleen hyötyarvioinnissa huomioon voidaan ottaa potilaan perheenjäsenten ja läheisten terveydentilan ja elämänlaadun paraneminen, jos se katsotaan asianmukaiseksi.

⁴² NOU 2018:16. First things first. Prioritisation principles for municipal health and care services and publicly funded dental health services. English summary.

⁴³ NOU 1997:18. Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste, s. 134.

Tanska

Tanskan eettinen neuvosto (Det etiske råd) on muotoillut terveydenhuollon arvopohjan ja tavoitteet. Terveydenhuollon yleiset arvot ovat yhdenvertaisuus, solidaarisuus, turvallisuus ja itsemääräämisoikeus. Toissijaisia arvoja ovat sosiaalinen ja maantieteellinen oikeudenmukaisuus, laatu, kustannusvaikuttavuus ja demokraattisuus. Eettinen neuvosto on tunnistanut, että toissijaiset arvot voivat joutua keskinäiseen ristiriitaan, jonka vuoksi niitä on tasapainotettava keskenään. Se ei kuitenkaan määritellyt tarkempia menetelmiä tai edellytyksiä arvopunninnalle.⁴⁴ Eettisen neuvoston vuonna 2018 julkaistussa selvityksessä yhtenä johtopäätöksenä esitettiin, että yhdenvertaisuuden periaate ei toteudu terveydenhuollossa. Terveydenhuollossa on priorisoitu tiettyjä sairauksia ja voimavaroja on suunnattu liaksi kalliisiin lääkkeisiin hoidon kustannuksella.⁴⁵

Tanskan parlamentti on hyväksynyt priorisointiperiaatteet sairaalalääkkeiden käytölle. Periaatteet ovat asiantuntemus, riippumattomuus, maantieteellinen yhdenvertaisuus, avoimuus, uusien tehokkaiden lääkkeiden nopea käyttöönotto, enemmän terveyttä samalla rahalla sekä hoidon saatavuus. Kaikki periaatteet ovat merkityksellisiä ja ne tulee nähdä toisiaan täydentävinä.⁴⁶ Alueet ovat sittemmin täydentäneet parlamentin listausta vakavuudella ja varovaisuudella.⁴⁷

Englanti

Englannissa tärkein terveydenhuollon sisältöohjauksen ja priorisoinnin elin on NICE (The National Institute for Health and Care Excellence), jonka toiminnasta säädetään terveys- ja sosiaalihuoltolaissa (Health and Social Care Act 2012). NICE:n päätöksentekoprosessien taustalla sovelletaan bioetiikan perusperiaatteita, joita ovat itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, hyödyn aikaansaaminen, haitan välttäminen ja oikeudenmukaisuus.⁴⁸ Priorisoinnissa ja palveluvalikoiman määrittelyssä NICE:n keskeiset periaatteet ovat vaikuttavuus, kustannusvaikuttavuus ja oikeudenmukaisuus. NICE:n eettisessä viitekehyksessä oikeudenmukaisuutta tavoitellaan painottamalla menettelyllistä oikeudenmukaisuutta, joka perustuu niin sanottuun ”accountability for reasonableness” -malliin. Mallissa päätöksenteon oikeudenmukaisuus varmistetaan päätöksenteon läpinäkyvyydellä, sovellettavien periaatteiden oleellisuudella ja hyväksyttävyydellä, mahdollisuudella saattaa päätöksiä uudelleen arvioitavaksi ja päätöksentekomenettelyä koskevalla sääntelyllä.

⁴⁴ Hofman, Bjørn. Priority setting in health care: trends and models from Scandinavian experiences. *Medicine, Health Care and Philosophy* 16 (2013). <https://doi.org/10.1007/s11019-012-9414-8>; Bladt, Tara – Vorup-Jensen, Thomas – Ebbesen, Mette. Principles for Just Prioritization of Expensive Biological Therapies in the Danish Healthcare System. *Journal of Bioethical Inquiry* 20 (2023). <https://doi.org/10.1007/s11673-023-10283-2>.

⁴⁵ Retfærdig prioritering i det danske sundhedsvæsen. Det etiske råd 2018. <https://etiskraad.dk/alle-udgivelser/indretning-af-sundhedsvaesenet/retfaerdig-prioritering-i-det-danske-sundhedsvaesen>.

⁴⁶ Sundheds- og Ældreministeriet. Princippapir om prioritering for sygehuslægemidler. 31.3.2016. <https://www.ism.dk/Media/3/7/Princippapir-om-prioritering-for-sygehuslaegemidler.pdf>.

⁴⁷ Det etiske råd 2018.

⁴⁸ Social Value Judgements: Principles for the development of NICE guidance.

5.2.2 Sosiaalihuolto

Kansainvälisen vertailun perusteella priorisointi on vahvasti terveydenhuoltoon keskittyvä ilmiö, eikä sosiaalihuollosta ole samanlaisia esimerkkejä.

Englannissa NICE on laatinut näyttöön perustuvia suosituksia lasten ja nuorten sekä työikäisten sosiaalipalveluille. Suositusten laatimisessa noudatetaan vastaavia periaatteita⁴⁹ sekä arvioidaan vaikuttavuutta ja kustannuksia.⁵⁰

Tanskassa sosiaalihuollon priorisointikeskustelua on käyty. Sosiaalihuollon menot ovat kasvaneet voimakkaasti Tanskassa vuosien 2018–2022 välillä. Menojen kasvu on ollut erityisen voimakasta asumispalveluissa. Sosiaalihuollon asiantuntijakomitea julkaisi huhtikuussa 2024 suosituksensa kestävästä ammatillisesta ja taloudellisesta kehityksestä sosiaalihuollon alalla. Raportissa käsitellään kattavasti sosiaalihuollon priorisointimahdollisuuksia. Asiantuntijakomitean mukaan sosiaalihuollon priorisointi on välttämätöntä, jotta kunnat voisivat selvittää lakisääteisistä vastuistaan ja tehtävistään ja jotta asukkaat saavat tarvitsemansa tuen. Selvitysten perusteella päätöksenteossa ei nykyiseltään huomioida riittävästi taloudellisia näkökohtia, jonka seurauksena kunnat valitsevat tarpeettoman kalliita palveluja ja menetelmiä yksittäisissä asiakastapauksissa. Asiantuntijakomitean raportissa esitetään yhteensä 19 toimenpidesuositusta. Suosituksissa ehdotetaan palvelulain säännösten selkeyttämistä, asumispalveluiden voimakkaampaa ohjausta, panostuksia ennaltaehkäisyyn ja varhaisen tuen toimiin sekä tutkimustiedon laajempaa hyödyntämistä. Tavoitteena on, että kunnilla olisi paremmat edellytykset tehdä tietoista priorisointia sosiaalihuollossa ja että sosiaalipalvelut olisivat vaikuttavia, kustannusvaikuttavia, oikea-aikaisia ja tarkoituksenmukaisia.⁵¹

6 Lausuntopalaute

7 Säännöskohtaiset perustelut

7.1 Terveydenhuoltolaki

7 a §. *Terveydenhuollon palveluvalikoiman periaatteet.* Pykälässä säädettäisiin periaatteista, joiden perusteella jatkossa päätettäisiin terveydenhuollon menetelmien ja palvelujen käyttöönotosta, käytöstä, käytöstä poistamisesta sekä käytön kohdentamisesta. Tavoitteena on kehittää palveluvalikoimaa koskevaa päätöksentekoa ja priorisointia niin, että se olisi läpinäkyvää sekä yhdenvertaisuutta, vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta edistävää.

Terveydenhuollon palveluvalikoiman luonteeseen kuuluu, että tutkimus- ja hoitokäytännöt sekä menetelmien käyttö elävät ajassa uusien menetelmien sekä lääketieteellisen tiedon ja näytön karttuessa. Lainsäädännön lisäksi terveydenhuoltoa ohjataan erilaisin kansallisin suosituksin ja ohjeistuksin, muun muassa Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvoston (Palko) suosituksilla, Käypä hoito -suosituksilla sekä Hotus-hoitosuosituksilla. Palveluvalikoiman

⁵⁰NICE. The social care guidance manual. <https://www.nice.org.uk/process/pmg10>.

⁵¹ Social- og Boligministeriet. Anbefalinger til en bæredygtig faglig og økonomisk udvikling på socialområdet. Endelig rapport. April 2024. <https://www.sm.dk/publikationer/2024/apr/ekspertudvalget-paa-socialomraadets-endelige-rapport>.

periaatteiden tavoitteena on koota yhteen terveydenhuollon palveluvalikoimasta tehtävien valintojen ja priorisoinnin kannalta olennaiset näkökohdat.

Pykälä sisältää edellytykset palveluvalikoimaan kuulumiselle, mutta ei yksityiskohtaisia kriteereitä. Palveluvalikoiman tulee toimia myös tulevaisuudessa oikeudenmukaisella sekä yhdenvertaisella, vaikuttavalla ja kustannusvaikuttavalla tavalla jatkuvasti muuttuvassa palvelujärjestelmässä. Siksi palveluvalikoimaa määritellään kokonaisharkintaan perustuvilla päätöksillä sen sijaan, että määrittely tehtäisiin mekaanisesti muuttumattomiin kriteereihin sidottuna. Periaatteiden luonteeseen kuuluu, että yksittäisessä asiassa ne voivat olla jännitteisiä tai ristiriidassa keskenään, jolloin niitä on punnittava suhteessa toisiinsa osana palveluvalikoimaa koskevaa kokonaisharkintaa.

Pykälän 1 momentissa säädettäisiin palveluvalikoiman lähtökohdista. Palveluvalikoima koostuu lähtökohtaisesti nykyisin käytössä olevista lääketieteellisesti ja hammaslääketieteellisesti perustelluista menetelmistä. Lisäksi säädettäisiin tarkemmin palveluvalikoimaan kuulumisen edellytyksistä eli palveluvalikoiman periaatteista. Palveluvalikoimaa ei määritellä tyhjentävästi, vaan nykyisin olemassa olevaa palveluvalikoimaa kohdennetaan ja rajataan jatkossa pykälässä säädettävien periaatteiden mukaisesti. Käytännössä palveluvalikoimaa ei koskaan voida määritellä yksiselitteisesti tai kaikkia menetelmiä kattavasti, eikä jokaisen käytössä olevan menetelmän osalta ole tarkoituksenmukaista tehdä kansallista arviota palveluvalikoiman edellytysten täyttymisestä.

Palveluvalikoiman periaatteita sovellettaisiin ja hyödynnettäisiin kansallisesti julkisen terveydenhuollon palveluvalikoiman määrittelyssä, resurssiallokaatiossa, informaatio-ohjauksessa sekä kansallisessa suositustoiminnassa, esimerkiksi yhtenäisten hoidon perusteiden laadinnassa ja Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvoston suositustoiminnassa. Periaatteita sovellettaisiin myös julkisen terveydenhuollon, erityisesti hyvinvointialueiden, kansallisessa ohjauksessa. Palveluvalikoiman periaatteet koskisivat myös muuta julkisesti rahoitettua terveydenhuoltoa, kuten vankiterveydenhuoltoa, korkeakouluopiskelijoiden terveydenhuoltoa, sairausvakuutuslain mukaisia sairaanhoitokorvauksia sekä Kansaneläkelaitoksen päätöksentekoa ulkomailla saadun hoidon korvaamisesta rajat ylittävästä terveydenhuollosta annetun lain perusteella.

Hyvinvointialueilla periaatteet ohjaisivat palveluvalikoiman määrittelyä, resurssien kohdentamista, palvelupolkujen laatimista sekä terveydenhuollon sisältöohjausta. Potilastyössä palveluvalikoiman periaatteet ohjaisivat toimintaa kansallisten ja hyvinvointialueen linjausten kautta, ja ne tulisivat sovellettaviksi erityisesti haastavia ja periaatteellisia tilanteita koskevien valintojen kohdalla. Terveydenhuollon ammattihenkilö kuitenkin viime kädessä päättää potilaan terveydentilan edellyttämästä hoidosta ja tutkimuksesta koulutuksensa ja ammattioikeuksiansa mukaisesti sekä ammattitoiminnassaan yleisesti hyväksytyn ja kokemusperäisesti vahvistetun lääketieteellisen tai hammaslääketieteellisen tiedon perusteella.

Yleisesti lääketieteellisesti ja hammaslääketieteellisesti perustellun terveyden- ja sairaanhoidon toimenpiteen, tutkimuksen, hoidon tai kuntoutuksen toteuttaminen osana potilaan hoitoa ei edellytä erillistä päätöstä palveluvalikoimaan kuulumisesta. Lähtökohtana on, että hoitoa toteuttavat ammattihenkilöt soveltavat palveluvalikoimaan kuulumisesta annettuja kansallisia suosituksia siltä osin, kuin niitä on annettu eri menetelmistä ja palveluista. Potilaan terveydenhuoltoa voidaan siten pääasiassa toteuttaa terveydenhuoltolain 7 §:ssä tarkoitettujen yhtenäisen hoidon perusteiden sekä käytössä olevien hoitosuosituksen, kuten Käypä hoito –suositusten ja Hotus-hoitosuosituksen, sekä arkitoiminnassa hyväksi todettujen käytäntöjen mukaisesti osana palveluvalikoimaa.

Esimerkkinä voidaan todeta, että viiltohaavan sulkemisesta joko ompelein tai erilaisin haavansidontatoimin ei ole tarpeen tehdä erillistä arviota tai päätöstä palveluvalikoimaan kuulumisesta. Toisena esimerkkinä saattohoidossa on käytettävissä menetelmiä, joita käytetään osana terveydenhuollon palveluiden kokonaisuutta, mutta joiden vaikuttavuudesta ei ole näyttöä. Tällaisia ovat muun muassa lämpötyyny, asentohoito, jääpalat suussa ja suun kosteusgeeli. Menetelmän käyttö perustuu ammatilliseen kokemuseräisesti vahvistettuun tietoon ja potilaan subjektiiviseen kokemukseen hyödyistä, eivätkä valinnat menetelmien käytöstä edellytä laajaa arviota palveluvalikoimaan kuulumisesta.

Menetelmä- ja palvelukohtainen kattava ja laaja-alainen palveluvalikoimaan kuulumista koskeva päätöksenteko tulee kohdentaa kulloisenkin asian luonteen, merkityksen ja mittakaavan mukaisesti. Esimerkiksi menetelmään kohdistuva väestön laaja tarve, vaikuttavuutta koskevan näytön epävarmuus, epäilyt alueellisesta tai potilasryhmäkohtaisesta epäyhtenäisyydestä tai merkittävät yhteiskunnalliset budjettivaikutukset puoltavat kansallisen arvion tekemistä siitä, kuuluuko menetelmä julkisen terveydenhuollon palveluvalikoimaan tai millä hoitoindikaatioilla ja kenelle kohdentaen menetelmää käytetään osana palveluvalikoimaa.

Pykälän 1 momenttia muutettaisiin niin, että siinä säädettäisiin palveluvalikoiman lähtökohdista sisältäen sekä yksilön että väestön sairauksien ennaltaehkäisyä, sairauden tai vamman toteamiseksi tehtävät tutkimukset, taudinmäärittäminen, hoidon ja kuntoutuksen. Muutoksella korostetaan sitä, että menetelmien käyttöä terveydenhuollossa voidaan perustella yksilötasolla tai väestötasolla.

Palveluvalikoimalla tarkoitetaan lääketieteellisesti ja hammaslääketieteellisesti perusteltua terveydenhuollon toimintaa. Terveydenhuoltolain 8 §:n mukaisesti suomalaisen julkisen terveydenhuollon toiminnan on perustuttava arvioituun tieteelliseen näyttöön ja hyvin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Ilmaisuna lääketieteellisesti ja hammaslääketieteellisesti perusteltu viittaa tutkimusnäyttöön ja terveydenhuollon ammatilliseen kokemuseräisesti vahvistettuun tietoon perustuvaan arvioon menetelmän tarpeesta, toimintamekanismista, käyttöaiheista sekä hyödyistä ja haitoista.

Koska käytännön elämässä terveyden ja sairauden välillä on usein kyse liukumasta, terveydenhuoltoon kuuluu monia toimenpiteitä, joilla tavoitellaan esimerkiksi oireen helpottamista, elämänlaadun parantamista, sairauden ennaltaehkäisyä tai muuta terveyttä edistävää vaikutusta. Siten myös etäammallista varsinaisesta sairauden hoidosta toimiva terveydenhuollon menetelmän käyttö voi olla lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti perusteltua.

Osana terveydenhuollon kliinistä työtä toteutetaan paljon erilaisia ennaltaehkäiseviä palveluja, tutkimuksia, hoitoa ja kuntoutusta, joiden kuulumista palveluvalikoimaan ei ole erikseen arvioitu. Tällainen lääketieteellisesti ja hammaslääketieteellisesti perusteltu terveyden- ja sairaanhoidon toiminta kuuluu lähtökohtaisesti palveluvalikoimaan ilman erillistä päätöstä palveluvalikoimaan kuulumisesta.

Pykälän 2 momenttia muutettaisiin niin, että palveluvalikoiman ulkopuolelle rajaamisen sijaan säädettäisiin palveluvalikoimaan kuulumisen edellytyksistä. Palveluvalikoimaan kuulumisen edellytykset koskisivat myös sairauden ennaltaehkäisyä, terveyden edistämistä ja kuntoutusta.

Palveluvalikoimaan kuulumista ja siitä pois rajaamista koskevassa päätöksenteossa kansallisella ja hyvinvointialueiden päätöksenteon tasolla arvioitaisiin soveltuvin osin myös menetelmän

käytön indikaatiot ja menetelmän kohdentaminen esimerkiksi tietyille potilasryhmille tai tietyssä vaiheessa potilaan hoitokokonaisuutta.

Palveluvalikoimaan kuulumista koskeva päätöksenteko perustuu kokonaisharkintaan. Kaikkien 1–4 kohdissa määriteltyjen palveluvalikoimaan kuulumisen edellytysten tulee täytyä osana terveyden- ja sairaanhoidon toimenpidettä, tutkimusta, hoitoa tai kuntoutusta tai sairauden ennaltaehkäisyä koskevaa kokonaisharkintaa. Päätöksenteossa sovelletaan kaikkia 1–4 kohtien periaatteita yhdessä ehdotetun 3 momentin läpileikkaavien ihmisarvon loukkaamattomuuden ja yhdenvertaisuuden periaatteiden kanssa, ja periaatteita punnitaan tarvittaessa toisiaan vasten.

Palveluvalikoimaan kuulumista ja siitä pois rajaamista koskevat päätökset tulisi tehdä mahdollisimman avoimesti ja läpinäkyvästi, yhtenäisiin käytäntöihin ja menettelyihin perustuen. Tämä tarkoittaa kansallisessa ja hyvinvointialueiden tason päätöksenteossa päätöksentekomenettelyn, periaatteiden soveltamisen ja kriteerien avointa kuvaamista sekä päätösten perustelemista. Potilastyön tasolla tämä tarkoittaa potilasta koskevien päätösten perustelemista potilasasiakirjoissa.

Pykälän 2 momentin 1 kohdan mukaan terveyden- ja sairaanhoidon toimenpiteen, tutkimuksen, hoidon tai kuntoutuksen tavoitteena tulee olla yksilön tai väestön terveyden- ja sairaanhoidon tarpeeseen vastaaminen, mikä ilmentää tarveperiaatetta palveluvalikoiman periaatteena. Palveluvalikoimaan kuulumisen edellytyksenä tarveperiaate on johdettu perustuslain 19 §:n 3 momentissa tarkoitettujen riittävien sosiaali- ja terveystalvelujen tarveperustaisuudesta. Sillä on myös yhteys julkisesti rahoitetun terveydenhuollon tavoitteisiin sekä hyvinvointialueen velvoitteeseen järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut väestön ja asiakkaiden tarpeen edellyttämällä tavalla.

Tarveperiaate on yhteydessä potilaslain 3 §:ssä säädettyyn potilaan oikeuteen saada terveydentilansa edellyttämä terveyden- ja sairaanhoito niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Potilas ei voi vaatia mitä tahansa haluamaansa hoitoa, vaan edellytyksenä on terveydenhuollon ammattihenkilön tekemä arvio yksilöllisestä hoidon tarpeesta ja sopivasta hoitomenetelmästä. Lääkäri päättää viime kädessä potilaan hoidosta ja lääkkeen määräämisestä (terveydenhuollon ammattihenkilölaki 22 §).

Tarveperiaate edellyttää, että menetelmän tai palvelun tavoitteena oleva potilaan tai väestötason terveyttä koskeva asia on sellainen, johon liittyy terveydenhuollon tarve. Esimerkiksi tavanomaiseen elämään kuuluvien tunteiden tai surun kokemus ei lähtökohtaisesti aiheuta terveydenhuollon tarvetta. Tarve sen sijaan voi syntyä, mikäli henkilö näiden vuoksi menettää toimintakykyään tai saa muutoin selvästi terveydenhuollon palveluita edellyttäviä muita oireita kuten ahdistusta. Myöskään sellaisiin tavallisiin kehon piirteisiin tai muutoksiin, joista ei aiheudu henkilölle terveyshaittaa, ei yleensä liity terveydenhuollon tarvetta. Jotkin lievät vaivat tai oireet poistuvat tyyppillisesti itsestään, jolloin ne eivät yleisesti edellytä hoitoa. Hoidontarvetta esiintyy vain niillä potilailla, joilla vastaava vaiva tai oire on pitkittynyt. Toisaalta esimerkiksi aikuistyyppin diabetes ei aiheuta potilaalle mitään havaittavia oireita, mutta silti siihen kuuluu komplikaatioiden ja liitännäissairauksien ehkäisyyn liittyvä hoidontarve.

Momentin 1 kohdan mukainen tarveperiaate tarkoittaa, että sekä väestötason että asiakas- ja potilastyön tason valinnoissa otetaan huomioon hoidon ja palvelun tarpeen vakavuus ja laajuus. Tarveperiaatteesta seuraa, että resursseja voidaan kohdentaa enemmän vakavaan ja laajaan tarpeeseen ja vastaavasti vähemmän lievään ja tilapäiseen tarpeeseen vastaamiseen. Kyseessä on aina liukuma eikä tiukkoja rajauksia voida asettaa. Enemmän resursseja voidaan kohdentaa tilanteisiin, joilla tavoitellaan sairauksien parantamista tai pahenemisen pysäyttämistä ja pyritään vaikuttamaan potilaan eloonjäämiseen ja toimintakykyyn. Tällaisista tilanteista on kyse

esimerkiksi etenevien syöpäsairauksien kohdalla. Sen sijaan samankin diagnoosin alla voi esiintyä sellaisia tilanteita, joissa tietylle potilasryhmälle kohdennettuna menetelmää ei ole tarpeellista sisällyttää palveluvalikoimaan, esimerkiksi iäkkäillä potilailla todettujen hyvin hitaasti etenevien syöpäsairauksien kohdalla. Tarve voitaisiin katsoa lieväksi esimerkiksi silloin, kun kyseessä olisi toimintakykyä häiritsevä oire, kuten lievä kutina. Tilapäistä tarvetta edustavat monet infektiosairaudet, jotka ajan myötä paranevat itsestään ja joihin henkilön on mahdollista itse saada apua oireenmukaisella hoidolla.

Tarveperiaatteen mukaisesti lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti perusteltu kiireellinen hoito on perusteltua asettaa kiireettömän hoidon edelle. Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan äkillisen sairastumisen, vamman, pitkäaikaissairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämää välitöntä arviota ja hoitoa, jota ei voida siirtää ilman sairauden pahenemista tai vamman vaikeutumista. Koska kuitenkin samanaikaisesti tulee arvioida myös muita palveluvalikoimaan kuulumisen periaatteita, ei pelkästään lievän kiireellisen tarpeen perusteella voida jättää vakavampaa kiireetöntä hoitoa toteuttamatta.

Tarveperiaate ohjaa huomioimaan vakavien ja laajojen tarpeiden ennaltaehkäisyä. Riittävällä ja vaikuttavalla ennaltaehkäisyllä voidaan osin vaikuttaa tuleviin tarpeisiin sekä ehkäistä sairauksia ja oireiden vaikeutumista. Tarveperiaatteen arviointia tulee tarkastella riittävällä aikavälillä, jotta voidaan arvioida pitkän aikavälin terveystulemia ja palvelutarvetta ja siten tunnistaa ennaltaehkäisyä tarve nykyhetkessä. Väestötason ennaltaehkäisyssä esimerkiksi ylipainon ja lihavuuden hoito saattaa merkittävästi estää komplikaatioita ja pitkäaikaissairauksia, jolloin palveluvalikoimaan kuuluvaksi määriteltujen ylipainon ennaltaehkäisyyn ja lihavuuden hoitoon tarkoitettujen menetelmien ja palvelujen käyttöön tulisi kohdentaa resursseja.

Palveluvalikoimaa määriteltäessä tulee tunnistaa myös sellaiset tilanteet, joissa potilaan perheellä tai läheisillä esiintyy ennaltaehkäisyä tarvetta, joka liittyy potilaan vakavaan sairauteen. Esimerkiksi tilanteissa, joissa perheen vanhempi on sairastunut vakavasti, on lasten tukeminen todettu vaikuttavaksi keinoksi ennaltaehkäistä myöhempiä korjaavien palvelujen tarvetta ja ylisukupolvisia ongelmia. Tällaisella lasten huomioimisella aikuisen terveyspalvelussa toteutetaan siten lapsen edun ensisijaisuutta ja ehkäistään esimerkiksi mahdollisia mielenterveys-, päihde- tai riippuvuusongelmia.

Tarpeen asteen väestötason arvioinnissa otetaan huomioon sairauden tai terveysongelman esiintyvyys ja vakavuus, kesto ja siitä aiheutuva tautitaakka väestössä. Esimerkiksi yleisten kansansairauksien hoitoon ja niiden ehkäisyyn voidaan kohdentaa enemmän resursseja kuin itsestään paranevien lievien hengitystieinfektioiden hoitoon. Arvioinnissa voidaan huomioida puuttumatta jättämisen vaikutukset väestön terveyteen ja hyvinvointiin tilanteissa, jossa terveyden edistämisen tai sairauden ennaltaehkäisyä menetelmää ei otettaisi käyttöön.

Potilastyön tasolla yksilöllisen hoidontarpeen kliinisessä arviossa ammattilainen ottaa huomioon muun muassa sairauden vakavuuden ja oletetun etenemisen, yksilön kyvyn hyötyä hoidosta, hoidon oletetun vaikuttavuuden ja oikea-aikaisuuden sekä mahdolliset haitat yksilölle, yksilön muun terveydentilan ja toimintakyvyn sekä elämäntilanteen sekä soveltuvin osin hoidon tai palvelun muun arvon potilaalle tai hänen läheiselleen, esimerkiksi kokemuksen sairauden kanssa pärjäämisestä, tuesta ja osallisuudesta. Yksilöllisessä arvioinnissa potilaan terveydentilaa ja kykyä hyötyä hoidosta tulee arvioida kokonaisvaltaisesti ottaen huomioon useita eri tekijöitä.

Perustuslain 6 §:n mukaan ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan,

vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella. Yksilöllisen arvioinnin perusteella voidaan kuitenkin eri potilaiden kohdalla päätyä lääketieteellisesti ja hammaslääketieteellisesti perustellusti erilaisiin valintoihin. Jos tiettyä menetelmää ei käytetä potilaan kohdalla yksilöllisen arvioinnin perusteella, potilaan terveydenhuollon tarpeeseen tulee vastata jollakin muulla terveydentilan edellyttämällä lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti perustellulla menetelmällä.

Lisäksi yksilötasolla on otettava huomioon potilaan itsemääräämisoikeus. Potilasta on aina lähtökohtaisesti hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan.

Yksilötasolla tarveperiaatteen ei tule ohjata ainoastaan vaikeiden sairauksien hoitoon, vaan myös sairauksien ja oireiden ennaltaehkäisyyn. Siten tarve voi perustua potilaan yksilölliseen sairastumisriskiin. Esimerkiksi tilanteessa, jossa potilaalla on rintasyövälle altistava geenivirhe, voitaisiin palveluvalikoimaan kuuluvaksi katsoa rintojen poisto, vaikka potilas olisi oireeton. Ilman geenivirhettä tällaisessa tilanteessa rintojen poisto ei kuuluisi palveluvalikoimaan.

Pykälän 2 momentin 2 kohdan mukaan menetelmän sisältämät riskit potilaan hengelle tai terveydelle eivät saisi olla kohtuuttoman suuret suhteessa saavutettavissa olevaan terveyshyötyyn. Kohta vastaa nykyistä terveydenhuoltolain 7 a §:n 2 momentin rajausta, jonka mukaan sellainen menetelmä ei kuulu palveluvalikoimaan, johon sisältyy saavutettavan terveyshyödyn kannalta kohtuuttoman suuri riski potilaan hengelle tai terveydelle.

Momentin 2 kohdassa säädettäisiin turvallisuudesta palveluvalikoiman periaatteena. Turvallisuuteen kuuluu terveydenhuoltolain 8 §:n mukainen laatu ja potilasturvallisuus sekä arvio menetelmän käytön riskien ja hyödyn suhteesta. Tämän lisäksi turvallisuuteen kuuluu osaaminen menetelmän käytössä sekä sopivat tilat ja laitteet sen turvallista käyttöä varten.

Riskejä arvioidaan suhteessa odotettavissa olevaan terveyshyötyyn, joten esimerkiksi kiireellisessä tilanteessa hengen pelastamiseksi voidaan tehdä myös merkittäviä riskejä sisältäviä toimenpiteitä. Vastaavasti jos menetelmästä odotettavissa oleva terveyshyöty on rajallinen ja kohdistuu esimerkiksi lievän oireen hoitoon tai vaikuttaa vain vähäisesti toimintakykyyn, hyväksyttävissä oleva riskitaso on matalampi.

Riskien ja hyödyn suhde palveluvalikoiman periaatteena tulee erottaa yleisestä bioetiikan vahingon välttämisen periaatteesta ja lääkärin eettisestä velvollisuudesta punnita hoidosta aiheutuvia haittoja ja hyötyjä. Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain 15 §:n mukaan ammattitoiminnassaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tasapuolisesti ottaa huomioon ammattitoiminnasta potilaalle koituva hyöty ja sen mahdolliset haitat. Palveluvalikoimaan kuuluvaakaan menetelmää ei lääkärin ammattietiikan mukaan saa käyttää sellaisessa tilanteessa, jossa menetelmän haitat yksittäiselle potilaalle ylittävät sen hyödyt.

Pykälän 2 momentin 3 kohdassa säädettäisiin vaikuttavuudesta palveluvalikoiman periaatteena. Sen mukaan palveluvalikoimaan kuulumisen edellytyksenä on, että terveyden- ja sairaanhoidon toimenpiteen, tutkimuksen, hoidon tai kuntoutuksen vaikuttavuus terveyteen tai hyvinvointiin on saatavilla olevan näytön perusteella riittävää. Terveyden- ja sairaanhoito kattaa myös sairauksien ennaltaehkäisyn ja terveyden edistämisen.

Vaikuttavuudella tarkoitetaan sosiaali- ja terveystieteiden aikaansaamaa tavoiteltua muutosta asiakkaan terveydentilassa, toimintakyvyssä tai hyvinvoinnissa suhteessa tilanteeseen, jossa palveluja ei olisi lainkaan toteutettu tai olisi toimittu jollain toisella tavalla (Sosiaali- ja terveystieteiden yhdenvertaisuuden käsitteet, 2019).

Vaikuttavuuden arviointi perustuu lääketieteelliseen, hammaslääketieteelliseen ja muuhun terveydenhuollon kannalta oleelliseen tutkimusnäyttöön sekä ammatillisen kokemuseräisesti vahvistettuun tietoon menetelmän hyödyistä. Muita terveydenhuollon kannalta oleellisia tutkimusaloja voivat olla esimerkiksi psykologia ja hoitotiede.

Vaikuttavuuden toteaminen edellyttää aina vertailua eri toimintavaihtoehtojen välillä. Vertailukohteena voi myös olla, ettei käytetä mitään menetelmää. Menetelmän käytöstä odotettavissa olevan terveyshyödyn tulee olla suurempi verrattuna tilanteeseen, jossa palvelua ei olisi lainkaan toteutettu tai olisi toimittu jollain toisella tavalla.

Vaikuttavuutta koskevan tutkimusnäytön riittävyyden arvioinnissa tulee ottaa huomioon tavoiteltavan terveyshyödyn merkittävyys sekä ennaltaehkäistävän tai hoidettavan sairauden luonne, kuten sen vakavuus ja vaikutus potilaan terveyteen, toimintakykyyn ja elinajan odotteeseen. Menetelmällä tavoiteltava vaikutus terveyteen tai hyvinvointiin voi tarkoittaa erilaisia asioita, esimerkiksi hengen pelastamista kiireellisessä tilanteessa, sairauden parantamista, sairauden etenemisen tai komplikaatioiden ilmenemisen hidastamista, sairauden ennaltaehkäisyä, oireiden helpottamista, toimintakyvyn ylläpitämistä tai parantamista tai elämänlaadun ylläpitämistä tai parantamista. Esimerkiksi hengen pelastamiseksi tai pysyvän vamman välttämiseksi voi olla perusteltua käyttää menetelmää, jonka vaikuttavuuteen liittyy epävarmuutta, eikä muita menetelmiä ole käytettävissä. Henkeä uhkaavissa ja muissa vaikeissa esimerkiksi syövän hoidon tilanteissa voidaan esimerkiksi lapsille tarjota aikuispotilaille tutkittua menetelmää, josta on vaikuttavuusnäyttö, mutta ammatillisilla on riittävät perusteet olettaa aikuisilla osoitetun vaikuttavuusnäytön olevan riittävän soveltuvaa myös lapsipotilaille.

Tieteellinen tutkimusnäyttö eri menetelmien vaikuttavuudesta vaihtelee. Tieteelliseen näyttöön liittyy eriasteista epävarmuutta riippuen käytettävistä olevien vertailututkimusten määrästä, tutkimusasetelmista ja laadusta. Vaikuttavuuden arviointi on helpompaa, mikäli käytettävissä on useita laadukkaita sokkoutetussa vertailuasetelmassa julkaistuja tutkimuksia. Varsin usein vahvinta yhdensuuntaista näyttöä menetelmän vaikuttavuudesta ei ole käytettävissä ja vaikuttavuusarvio joudutaan tekemään tieteellisen tutkimusnäytön, muun tiedon ja ammattilaisten kokemuseräisen tiedon kokonaisarvioina.

Menetelmän vaikuttavuudesta voi olla näyttöä vain tietyillä potilasryhmillä. Menetelmän on todettu toimivan esimerkiksi vain osalle potilaista eikä tutkimustiedon valossa pystytä ennakoimaan, ketkä hoitoa saavista potilaista hyötyvät hoidosta, tai menetelmän vaikuttavuudesta tietyille potilasryhmälle ei ole vielä tutkimusnäyttöä. Näin on usein lasten tai hyvin iäkkäiden kohdalla, joita tieteellisissä tutkimuksissa ei ole aina mukana. Tällöin epävarmaa näyttöä tulee arvioida suhteessa tavoiteltavaan terveys- ja hyvinvointihyötyyn sekä potilasryhmän käytössä oleviin muihin samaan tarpeeseen liittyviin palveluihin. Jos potilasryhmän tarpeeseen ei ole käytössä muita menetelmiä, voidaan hyväksyä epävarmempi näyttö ja mahdollisesti myös epävarmempi tai vähäisempi vaikuttavuus.

Erityisesti ennaltaehkäisevän työn osalta on tieteellisen näytön saamisen haasteena vaikutuksien pitkä aikajänne, joka voi olla vuosikymmeniä.

Vaikuttavuutta tulee arvioida myös ajassa, kun uutta tietoa kertyy. Kertyvän tutkimusnäytön vuoksi voidaan aiemmin epävarmalla vaikuttavuutta koskevalla tutkimusnäytöllä palveluvalikoimaan sisällytetty menetelmä vahvistaa osaksi palveluvalikoimaa tai poistaa palveluvalikoimasta uudelleen tarkastelussa.

Vaikuttavuus palveluvalikoiman periaatteena liittyy myös menetelmän tai palvelun käytön kohdentamiseen ja oikea-aikaisuuteen. Palveluvalikoimaa koskevassa päätöksenteossa tulee

tarvittaessa arvioida, millä käyttöaiheilla, missä vaiheessa hoitopolkua tai mille potilasryhmille rajattuna menetelmän tai palvelun käyttö on vaikuttavaa. Arvio käyttöaiheesta tai kohdentamisesta voidaan myös tehdä tiettyä sairautta tai hoitokokonaisuutta ja siihen kuuluvia menetelmiä tarkastelemalla. Arvion lopputuloksena esimerkiksi tietty menetelmä voidaan ottaa käyttöön vasta toisen tai kolmannen linjan hoitona niille potilaille, joiden hoidossa kyseisen sairauden ensilinjan hoitomenetelmät eivät ole asianmukaisesti toteutettuna toimineet. Vastaavasti ennaltaehkäisyyn tarkoituksessa toteutettavien rokotusten ja seulontojen kohdentaminen tulee arvioida palveluvalikoimaan kuulumisesta päätettäessä. Jos tutkimusnäytön perusteella on todettavissa, etteivät tietyt potilaat hyödy menetelmän käytöstä sairaustyyppin, sairauden etenemisvaiheen tai muun todennettavan tekijän perusteella, menetelmän käyttö tulee kohdentaa niille potilaille, joiden kohdalla hoidolla on saatavilla terveyshyötyä, vaikka kaikkien potilaiden hoidontarve on yhtä vakava.

Vaikuttavuuden arvioinnissa on myös huomioitava, että hoidon merkitys potilaalle voi eri yksilöllisissä tilanteissa olla erilainen. Esimerkiksi tietyllä mittarilla todettu toimintakyvyn koheneminen vaikean vamman kanssa elävälle henkilölle voi olla elämänlaadun ja osallisuuden kannalta huomattavasti merkittävämpi asia kuin vastaavan suuruinen toimintakyvyn kohennus henkilölle, jolla ei ole vammaa ja jonka lähtökohtainen toimintakyky on verrattain hyvä.

Pykälän 2 momentin 4 kohdassa säädettäisiin kustannusvaikuttavuudesta palveluvalikoiman periaatteena. Sen mukaan palveluvalikoimaan kuulumisen edellytyksenä on, että terveyden- ja sairaanhoidon toimenpiteen, tutkimuksen, hoidon tai kuntoutuksen lisäkustannukset ovat kohtuulliset suhteessa sen avulla saavutettavissa olevaan lisäterveys- tai hyvinvointihyötyyn ja hoidolliseen arvoon verrattuna tilanteeseen, jossa palvelua ei olisi lainkaan toteutettu tai olisi toimittu jollain toisella tavalla. Palveluvalikoiman edellytyksenä kustannusvaikuttavuuden periaate sisältää kustannusvaikuttavuuden lisäksi myös menetelmän käyttöönoton kustannukset ja kustannukset palvelujärjestelmässä.

Kustannusvaikuttavuudella olisi aiempiin palveluvalikoiman poissulkukriteereihin nähden tarkennettu merkitys palveluvalikoimaan kuulumisen edellytyksenä. Jatkossa palveluvalikoiman ulkopuolelle olisi mahdollista rajata kokonaisharkinnan perusteella sellaisiakin menetelmiä, joihin liittyy momentin 1 kohdassa tarkoitettu tarve ja jonka vaikuttavuudesta on näyttöä, jos kustannukset eivät ole kohtuulliset suhteessa tavoiteltavaan terveys- ja hyvinvointihyötyyn sekä hoidolliseen arvoon.

Kustannusvaikuttavuuden periaatteen soveltamisessa huomioitaisiin terveydenhuollon menetelmillä tavoiteltavat erilaiset terveys- ja hyvinvointihyödyt yksilölle ja väestölle vastaavalla tavalla kuin aiemmin on kuvattu osana tarveperiaatteen ja vaikuttavuusperiaatteen soveltamista.

Mikäli yksittäinen terveydenhuollon menetelmä on osa sosiaali- ja terveydenhuollon tai muutoin poikkeahallinnollisia (esimerkiksi yhdessä työllisyyspalveluiden kanssa toteutettavia) palveluketjuja ja -kokonaisuuksia, tulee vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta pyrkiä arvioimaan menetelmäkohtaisen arvioinnin lisäksi osana kokonaisuutta. Esimerkiksi yksittäinen terveystarkastus saattaisi vaikuttaa yksinomaan terveydenhuollon toimintana vaikuttamattomalta ja kalliilta, mutta osana integroitua palvelukokonaisuutta sen merkitys työkyvyn ja työllistymisen kannalta voisi olla kuitenkin täysin oleellista. Tämän vuoksi palveluvalikoiman määrittelyä koskevassa kokonaisharkinnassa periaatteita pyritään tarkastelemaan laajasta näkökulmasta ja huomioimaan myös menetelmän vaikutukset muiden relevanttien toimialojen kustannuksiin.

Kustannusvaikuttavuuden periaatteen soveltamisessa on kyse mahdollisimman korkean väestön hyvinvointi- ja terveyshyödyn saamisesta käytössä olevilla resursseilla. Siksi periaatteen soveltamisessa tulisi arvioida myös vaihtoehtokustannuksia eli sitä, mistä muusta potilaille ja väestölle terveyttä ja hyvinvointia tuottavasta toiminnasta palvelujärjestelmässä joudutaan luopumaan, jos tietty menetelmä tai palvelu otetaan osaksi palveluvalikoimaa.

Kustannusvaikuttavuutta koskevan näytön riittävyyden arvioinnissa tulee ottaa huomioon tarkasteltavan menetelmän yhteys potilaiden tai väestön tarpeisiin, sen turvallisuus sekä muiden menetelmävaihtoehtojen saatavuus palvelujärjestelmässä, vastaavalla tavalla kuin vaikuttavuusnäytön arvioinnissa. Palveluvalikoimaan kuulumista koskevassa kokonaisharkinnassa lisäkustannusten kohtuullisuus riippuu menetelmällä tavoiteltavista lisähyödyistä. Kun menetelmällä tavoitellaan hengen pelastamista tai vakavan vamman välttämistä, voidaan hyväksyä merkittävästi korkeampia kustannuksia, vaikka hoidon onnistuminen olisi epävarmaa. Jos todettuun tarpeeseen ei ole aiemmin ollut tarjolla mitään terveydenhuollon menetelmää, voidaan palveluvalikoimaan kuulumista koskevassa kokonaisarviossa painottaa uuden menetelmän vaikuttavuutta suhteessa kustannusvaikuttavuuteen, mikäli vaikuttavuus ja turvallisuus arvioidaan riittäväksi.

Palveluvalikoima muuttuu jatkuvasti lääketieteen ja teknologian kehittymisen myötä. Kustannukset uusista menetelmistä saattavat olla aluksi niin suuria, että yhdessä vaikuttavuutta koskevan epävarman tai heikon näytön sekä yhdenvertaisuutta koskevien näkökohtien kanssa kustannukset muodostuvat esteeksi menetelmän käyttöönottamiselle. Palveluvalikoiman ulkopuolelle rajattu hoito voidaan kuitenkin myöhemmin ottaa osaksi palveluvalikoimaa, jos sen kustannukset tai vaikuttavuudesta saatavilla oleva näyttö on päivittynyt. Sitä ennen joko käytetään jo palveluvalikoimaan kuuluvia muita menetelmiä tai edellytysten täytyessä yksittäistapauksessa sovelletaan pykälän 4 momentissa säädettyä poikkeusta.

Palveluvalikoiman edellytyksenä kustannusvaikuttavuuden periaate sisältää kustannusvaikuttavuuden lisäksi myös menetelmän käyttöönoton kustannukset ja kustannukset palvelujärjestelmässä, esimerkiksi uuden laitteen edellyttämät tilajärjestelyt, henkilöstön koulutus menetelmän käyttöön tai budjettivaikutukset.

Pykälän 3 momentissa säädetään palveluvalikoimaan kuulumista koskevan päätöksenteon perustumisesta kokonaisharkintaan sekä yhdenvertaisuudesta ja ihmisarvon loukkaamattomuudesta palveluvalikoimaa koskevinä läpileikkaavina periaatteina. Pykälän 3 momentin mukaan terveydenhuollon ja sairaanhoidon toimenpiteen, tutkimuksen, hoidon tai kuntoutuksen palveluvalikoimaan kuulumista koskeva päätöksenteko perustuu kokonaisharkintaan, ja siinä tulee varmistaa potilaiden yhdenvertaisuus ja ihmisarvon loukkaamattomuus. Koska ihmisarvo on kaikille sama, yksinomaan sen perusteella ei voida perustella palveluvalikoimaa koskevia valintoja. Sen sijaan yhdenvertaisuutta ja ihmisarvon loukkaamattomuutta sovelletaan läpileikkaavina periaatteina palveluvalikoimaa koskevassa kokonaisharkinnassa.

Kokonaisharkinnalla tarkoitetaan, että palveluvalikoimaan kuulumista koskevassa päätöksenteossa tulee huomioida 2 momentin 1–4 kohtien tarkoittamat palveluvalikoimaan kuulumisen edellytykset sekä yhdenvertaisuuden ja ihmisarvon loukkaamattomuuden varmistaminen yhtäaikaaisesti. Palveluvalikoiman periaatteiden arvioinnissa voi olla tarkoituksenmukaista edetä esimerkiksi 1–4 kohtien mukaisessa järjestyksessä, mutta usein jo menetelmää tai palvelua koskevan päätöksentekomenettelyn alkuvaiheessa voi olla tarpeen tunnistaa yhdenvertaisuuteen ja ihmisarvon loukkaamattomuuteen liittyvät erityiset näkökohdat tai riskit. Lisäksi päätöksenteossa tulee tunnistaa palveluvalikoiman periaatteiden sisällöllinen osittainen päällekkäisyys. Esimerkiksi tarpeen vakavuudella on merkitystä riskien

kohtuuttomuutta, vaikuttavuuden riittävyyttä tai kustannusten kohtuullisuutta koskeville vaatimuksille. Näytön arviointiin liittyvät näkökohdat voivat puolestaan koskea kaikkia palveluvalikoiman periaatteita yhtäläisesti.

Jos käytännön soveltamistilanteessa palveluvalikoiman periaatteet olisivat toisiinsa nähden erisuuntaisia, kokonaisharkinnassa periaatteita tulisi punnita keskenään. Esimerkiksi hyvinkin vähäriskistä ja edullista menetelmää ei tule ottaa käyttöön, jos sille ei ole tarvetta. Perustuslain 19 §:n 3 momentissa säädetyn julkisen vallan velvollisuuden turvata riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut seurauksena palveluvalikoimasta pois rajaamisen kynnyksen muiden palveluvalikoiman periaatteiden perusteella nousee tarpeen asteen noustessa. Toisaalta vakavaankaan hoidon tarpeeseen ei tule käyttää sellaista menetelmää, jonka vaikuttavuuden on todettu olevan olematonta.

Kokonaisharkinnassa tulee ottaa huomioon myös asian kannalta oleelliset muut perus- ja ihmisoikeusvelvoitteet sekä sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö. Esimerkiksi lapsen edun ensisijaisuus tulee ottaa huomioon kaikissa lasta tai lapsia ryhmänä koskevissa päätöksissä. Lapsen oikeuksien komitea on todennut 14. yleiskommentissaan, että ristiriitatilanteissa myös yksittäisen lapsen oikeuksia suhteessa lapsiin ryhmänä sekä lapsen ja muiden henkilöiden oikeuksia tulee käytännön tilanteissa punnita keskenään. Päätöksenteossa lapsen edulle annetaan korkea prioriteetti suhteessa muihin näkökohtiin (CRC/C/GC/14 kohta 39). Siten palveluvalikoiman periaatteiden soveltamisessa tulee ottaa huomioon lapsen edun ensisijaisuus asian edellyttämällä tavalla.

Yhdenvertaisuus ja syrjimättömyys ovat perustuslain ja ihmisoikeussopimusten perusteella oikeudellisesti velvoittavia periaatteita. Yhdenvertaisuus ja ihmisarvon loukkaamattomuus toimivat palveluvalikoimaan kuulumisen arvioinnissa läpileikkaavina periaatteina. Näiden läpileikkaavien periaatteiden tavoitteena on varmistaa, etteivät palveluvalikoimaa koskevat valinnat johda ihmisarvon kannalta kohtuuttomiin lopputulemiin väestö- tai yksilötasolla.

Ihmisarvon loukkaamattomuus periaatteena asiakas- ja potilastyön tasolla viittaa ihmisyksilöiden periaatteelliseen yhdenvertaisuuteen. Periaate tarkoittaa sitä, että palveluja koskevia valintoja tehdessä yksilöitä ei voida arvioida esimerkiksi heidän yhteiskunnalle tuottamansa panoksen kautta. Erilaiselle kohtelulle henkilöön liittyvän syyn perusteella palvelun tai menetelmän valinnassa tulee olla hyväksyttävä peruste.

Palveluvalikoimaan kuulumista koskevassa päätöksenteossa yhdenvertaisuus ja ihmisarvon loukkaamattomuus voivat vaikuttaa kokonaisharkintaan eri tavoin. Esimerkiksi epävarmemman näytön ja mahdollisesti epävarmemman tai vähäisemmän vaikuttavuuden hyväksyminen tilanteessa, jossa kyseiselle potilasryhmälle ei ole käytössä muita menetelmiä, voi olla tarpeen joko yhdenvertaisuuden tai ihmisarvon loukkaamattomuuden takia.

Yhdenvertaisuus ja ihmisarvon loukkaamattomuus ohjaavat arvioimaan menetelmän tai palvelun tarpeeseen, turvallisuuteen ja vaikuttavuuteen liittyvää tietoa laajasti ja monipuolisesti niissä tilanteissa, joissa potilasryhmänä ovat haavoittuvassa asemassa olevat henkilöt, joilla ei esimerkiksi ole muuhun väestöön verrattuna samoja mahdollisuuksia ilmaista tarpeitaan, tahtoaan tai kokemustaan hoidon vaikuttavuudesta.

Lisäksi ihmisarvon loukkaamattomuus viittaa siihen, että valinnoissa huomioidaan menetelmän merkitys yksilön perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien toteutumiselle. Tämä voi tarkoittaa esimerkiksi sitä, että huomioidaan palvelun vaikutus henkilön osallisuuteen ja kykyyn toteuttaa itsemääräämisoikeuttaan esimerkiksi ilmaisemalla tahtonsa tai toimimalla itsenäisesti.

Perustuslain 7 §:n mukaan jokaisella on oikeus elämään. Tämä perustuslain säännös, tai ihmisarvon loukkaamattomuuden periaate, ei tarkoita, että potilaan elämää pitkitetään elämän luonnollisessa loppuvaiheessa keinotekoisesti, johtuu elämän loppuvaihe sitten potilaan korkeasta iästä tai pitkälle edenneestä, parantumattomasta sairaudesta, keinoilla millä hyvänsä. Palveluvalikoimasääntelyn nojalla voidaan tehdä myös ratkaisuja siitä, millaisia hoitomenetelmiä käytetään elämän loppuvaiheen hoidossa. Ihmisarvon loukkaamattomuuteen voi tilanteesta riippuen kuulua myös palveluvalikoimaan muussa tilanteessa kuuluvan hoidon antamatta jättäminen, kun pyritään välttämään kärsimystä

Yksilölle tarpeellista hoitoa ei voida evätä, mikäli se johtaisi ihmisarvon loukkaamiseen. Esimerkiksi vaikka hengityshalvauspotilaiden hengityskonehoito ja sen valvonta edellyttää hoitajatyöpanosta kolmessa vuorossa, sisältyy hoito palveluvalikoimaan koska se on vaikuttavaa ja turvaa potilaan oikeutta elämään. Verrattuna edellisessä kappaleessa kuvattuun elämän loppuvaihetta koskevaan tilanteeseen potilaan hoitoon on käytettävissä vaikuttavia menetelmiä, ja hoito mahdollistaa ihmisarvoa kunnioittavan elämän elämisen. Lisäksi perustuslain 19 §:n 1 momentin mukaan jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään huolenpitoon. Viimekädessä yksilökohtaisella tarveharkinnalla tulee selvittää menetelmän käytön edellytykset, jotta ihmisarvoisen elämän edellytysten vähimmäistaso turvataan jokaiselle kaikissa olosuhteissa. Jokaisen ihmisarvoisen elämän vähimmäisedellytysten turvaamisesta on joka tapauksessa huolehdittava ensisijaisesti, eikä sitä voida ohittaa muilla periaatteilla.

Palveluvalikoiman periaatteena väestötasolla yhdenvertaisuus tarkoittaa sitä, että päätöksiä ja valintoja palvelujen järjestämisestä ei voida tehdä syrjivin perustein. Yhdenvertaisuus läpileikkaavana periaatteena ohjaa soveltamaan palveluvalikoiman periaatteita järjestelmällisesti, avoimesti ja perustellusti eri menetelmiä, potilasryhmiä tai sairauksia koskevista tilanteista. Lähtökohtaisesti samanlaisia tarpeita ja tilanteita tulee kohdella samalla tavalla, mutta erilaisia tarpeita ja tilanteita voidaan kohdella eri tavalla. Palveluiden ja niiden sisällön valinta ja määrittäminen ei saa riippua väestö- tai potilasryhmien sosiaalisesta asemasta, taloudellisesta tilanteesta tai muista vastaavista henkilöihin liittyvistä tekijöistä.

Yhdenvertaisuus ja ihmisarvon loukkaamattomuus yksin eivät voi olla perusteena menetelmän käyttöönotolle, jos menetelmä ei muutoin täytä palveluvalikoimaan kuulumisen edellytyksiä. Yhdenvertaisuus ja ihmisarvon loukkaamattomuus ohjaavat varmistamaan palveluvalikoiman periaatteiden soveltamisen oikeudenmukaisuutta ja perustuslainmukaisuutta. Siten palveluvalikoimaa tulee kehittää niin, että se tarjoaa terveydenhuollon ammattihenkilöille kehyksen väestön terveyden edistämiseksi ja potilaan terveydentilan edellyttämän yksilölliseen tarpeeseen perustuvan hoidon toteuttamiselle.

Pykälän 4 momentti olisi pääasialliselta sisällöltään sama kuin voimassa olevan 7 a §:n 3 momentti, mutta säännökseen lisättäisiin lääketieteellisen lisäksi maininta hammaslääketieteellisestä välttämättömyydestä ja painotettaisiin säännöksen soveltamisen yksilöllisyyttä. Ehdotetun 4 momentin mukaan potilasta voidaan tutkia ja hoitaa palveluvalikoimaan kuulumattomalla lääketieteellisellä tai hammaslääketieteellisellä tutkimus- ja hoitomenetelmällä, jos se on potilaan henkeä tai terveyttä vakavasti uhkaavan sairauden tai vamman takia lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti välttämätöntä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys sekä menetelmällä yksilöllisessä tilanteessa saavutettava terveyshyöty huomioon ottaen.

Potilasta voidaan myös hoitaa menetelmällä, jota ei ole määritelty palveluvalikoimaan, jos se on potilaan senhetkisen terveydentilan ja sairauden todennäköisen kulun objektiivisen lääketieteellisen tai hammaslääketieteellisen arvioinnin perusteella lääketieteellisesti tai

hammaslääketieteellisesti perusteltua hoitoa. Vaikka yksittäistä potilasta hoidettaisiin 4 momentin tarkoittaman palveluvalikoimaa koskevan poikkeuksen perusteella palveluvalikoimaan kuulumattomalla menetelmällä, menetelmä olisi jatkossakin rajattu palveluvalikoiman ulkopuolelle.

Säännös on tarpeen, jotta terveydenhuollon ammattihenkilön yksittäistapauksessa käytettävää harkintavaltaa ei sidottaisi liikaa esimerkiksi tilanteesta, jossa potilaan henki on välittömästi uhattuna. Kyse voi olla esimerkiksi tilanteesta, jossa terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto ei ole vielä antanut suositusta menetelmän kuulumisesta palveluvalikoimaan, eikä potilaan hoidossa voida odottaa kansallista linjausta. Toisaalta poikkeus voi tulla sovellettavaksi hengen pelastamiseksi esimerkiksi silloin, kun potilaan hengen pelastamiseksi ei ole muita vaikuttavia menetelmiä ja palveluvalikoiman ulkopuolelle rajatusta menetelmästä on lupaavia käyttöesimerkkejä ulkomailta vastaavassa harvinaisessa tilanteesta.

Säännös on tarkoitettu sovellettavaksi vain yksilöllisissä poikkeustilanteissa. Palveluvalikoimaan kuulumattoman menetelmän käyttö tulee perustella asianmukaisilla potilasasiakirjamerkinnoilla.

7.2 Sosiaalihuoltolaki

3 §. Määritelmät. Pykälään lisättäisiin uusi 8 kohta, jossa määriteltäisiin sosiaalihuollon palveluvalikoima. Ehdotuksen mukaan sosiaalihuollon palveluvalikoimalla tarkoitetaan sosiaalipalvelujen ja muun sosiaalihuollon toiminnan ja niihin sisältyvien toimenpiteiden, menetelmien ja työmuotojen kokonaisuutta. Palveluvalikoima käsitteenä kattaisi sosiaalihuoltolain 2 luvussa tarkoitettuna hyvinvoinnin edistämisenä järjestettävän toiminnan ja lain 3 luvussa tarkoitetut sosiaalipalvelut sekä niihin sisältyvät toimenpiteet, menetelmät ja työmuodot. Siten palveluvalikoimaan käsitteenä sisältyisi myös lain 14 §:n 3 momentissa tarkoitettussa sosiaalihuollon erityislainsäädännössä säädettävät palvelut ja niihin sisältyvät toimenpiteet, menetelmät ja työmuodot.

30 a §. Sosiaalihuollon palveluvalikoiman periaatteet. Pykälässä säädettäisiin periaatteista, joiden perusteella päätettäisiin jatkossa sosiaalihuollon palvelujen, toimenpiteiden, menetelmien ja työmuotojen käyttöön otosta, käytöstä poistamisesta sekä käytön kohdentamisesta. Tavoitteena on kehittää palvelujen ja niiden sisällä toimenpiteiden, menetelmien ja työmuotojen valintaa sekä niihin mahdollisesti liittyvää priorisointia niin, että palveluvalikoimaa koskeva päätöksenteko olisi läpinäkyvää sekä yhdenvertaisuutta, vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta edistävää.

Sosiaalihuollossa palveluvalikoiman määritelmästä säädettäisiin 3 §:n 8 kohdassa. Palveluvalikoiman periaatteilla ei ohitettaisi muuta sosiaalihuollon lainsäädäntöä, vaan niillä ohjattaisiin palvelujen ja niiden sisällä toimenpiteiden, menetelmien ja työmuotojen valintaa silloin, kun lainsäädännössä on tältä osin jätetty harkintavaltaa soveltajalle. Periaatteilla ei muutettaisi velvollisuutta järjestää lakisääteisiä palveluja eikä niiden myöntämistä koskevia laissa säädettyjä edellytyksiä. Palveluvalikoiman periaatteet ohjaisivat vastaavasti lain 2 luvussa tarkoitettuja hyvinvoinnin edistämisen tehtäviä.

Sosiaalihuollolla tavoitellaan hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja sosiaalisen turvallisuuden edistämistä ja sosiaalisten ongelmien sekä palvelutarpeiden ennaltaehkäisyä. Sosiaalihuoltoon kuuluu asiakastarpeen mukaista varhaista tukea, korjaavia toimenpiteitä, tilanteen tai toimintakyvyn ylläpitämiseen ja heikkenemisen hidastamiseen sekä haittojen minimoimiseen tähtäviä palveluita. Sosiaalihuollon toiminnassa kohteena voi olla yksilö, tämän lähipiiri,

perhe, yhteisö tai koko yhteiskunta. Toiminnan vaikutusten ajallinen ulottuvuus vaihtelee kiireellisestä ja välittömästä pitkällä aikavälillä tavoiteltaviin vaikutuksiin. Palveluvalikoiman periaatteista säättämisessä tavoitteena on koota yhteen sosiaalihuollon toiminnan kannalta olennaisia näkökohtia, joiden tulee olla palveluvalikoimaa koskevaan päätöksentekoon kuuluvan kokonaisharkinnan perustana.

Pykälä sisältäisi periaatetason edellytykset palveluvalikoimaan kuulumiselle, eikä esimerkiksi yksityiskohtaisia kriteereitä palvelujen, toimenpiteiden, menetelmien ja työmuotojen kuulumiselle palveluvalikoimaan. Tavoitteena on, että palveluvalikoiman periaatteet soveltuisivat käytännön valintoihin myös pitkällä aikavälillä, kun väestön ja asiakkaiden tilanteet ja tarpeet muuttuvat. Periaatteiden luonteeseen kuuluu, että yksittäisessä asiassa ne voivat olla myös ristiriidassa keskenään, jolloin niiden soveltamisessa periaatteita on punnittava suhteessa toisiinsa.

Palveluvalikoima koostuu nykyisin käytössä olevista sosiaalihuollon palveluista ja hyvinvoinnin edistämisestä sekä niihin liittyvistä toimenpiteistä, menetelmistä ja työmuodoista. Lain 2 luvussa tarkoitetun hyvinvoinnin edistämisen ja 3 luvussa tarkoitettujen sosiaalihuollon palvelujen sisällä käytetään erilaisia toimenpiteitä, menetelmiä, työmuotoja, toimintamalleja, interventioita ja muita palveluja, joilla pyritään vastaamaan henkilön tai perheen tuen tarpeeseen tai edistämään ja ylläpitämään väestön hyvinvointia sekä sosiaalista turvallisuutta ja toimintakykyä. Palveluvalikoiman määrittelyssä ”palvelu, toimenpide, menetelmä ja työmuoto” pyrkii ilmauksena kattamaan näitä erilaisia toimintoja laajasti.

Käytännössä palveluvalikoimaa ei koskaan voida määritellä täydellisen yksiselitteisesti tai koko sosiaalihuollon kokonaisuutta kattavasti. Jokaisen käytössä olevan palvelun, toimenpiteen, menetelmän tai työmuodon osalta ei ole tarkoituksenmukaista tehdä kansallista tai alueellista arviota palveluvalikoiman edellytysten täyttymisestä. Palveluvalikoiman periaatteilla ei nimenomaisesti määritellä kaikkia sosiaalihuollon toiminnan ja palvelujen sisältöjä. Periaatteista ei esimerkiksi seuraa, että sosiaalihuollossa ei voitaisi tehdä mitään ennen kuin palveluvalikoimaan kuulumisesta on kansallisesti tai alueellisesti linjattu.

Sen sijaan periaatteet ohjaisivat ajan mittaan tutkimustiedon perusteella tarpeenmukaisten, turvallisten, vaikuttavien ja kustannusvaikuttavien palvelujen ja menetelmien parempaan hyödyntämiseen ja kohdentamiseen. Palveluvalikoiman periaatteista säättäminen voisi osaltaan edistää näyttöön perustuvien suositusten koostamista päätöksenteon tueksi, esimerkiksi palvelujen, toimenpiteiden, menetelmien ja työmuotojen kohdentamiseen, oikea-aikaisuuteen sekä porrastukseen liittyen.

Palveluvalikoiman periaatteita sovellettaisiin sosiaalihuollon kansallisessa ohjauksessa sekä hyvinvointialueiden linjauksissa, resurssien kohdentamisessa, palvelupolkujen laatimisessa ja sosiaalihuollon sisältöohjauksessa. Tällöin palveluvalikoiman periaatteita sovelletaan järjestelmätason toimenpidevalikoiman kehittämiseen kansallisesti ja alueellisesti.

Hyvinvointialueella eri palvelujen ja palvelukokonaisuuksien resursointi perustuu arvioon alueen väestön tarpeesta ja siihen vastaamiseksi sopivimmista toimenpiteistä. Tällöin arvioidaan järjestämistasolla, mitkä palvelut ja minkä sisältöisinä vastaavat parhaiten väestön tarpeeseen turvallisesti, vaikuttavasti ja kustannusvaikuttavasti. Valinnat voivat koskea esimerkiksi menetelmän soveltuvuutta määrättyyn tuen tarpeeseen tietynlaisessa elämäntilanteessa tai uuden toimintamallin käyttöönottoa tiettyssä vaiheessa asiakasprosessia. Palveluvalikoiman periaatteita voitaisiin hyödyntää esimerkiksi palveluketjujen kehittämisessä, esimerkiksi ohjaamalla käyttämään tiettyjä, vaikuttavaksi todettuja työmenetelmiä oikea-aikaisesti ja vaikuttavasti asiakkaiden tarpeisiin kohdennettuna.

Ennaltaehkäisy ja hyvinvoinnin edistäminen ovat sosiaalihuollon lakisääteisiä tehtäviä yksilökohtaisten palvelujen rinnalla. Palveluvalikoiman periaatteet koskevat lain 2 luvussa tarkoitettua hyvinvoinnin edistämistä ja siinä käytettäviä toimenpiteitä, menetelmiä ja työmuotoja. Palveluvalikoimaan kuulumisen periaatteita voidaan hyödyntää väestön hyvinvoinnin sekä sosiaalisen turvallisuuden ja toimintakyvyn edistämisen ja ylläpitämisen osana. Siten yhteiskunnallisia ja väestössä esiintyviä sosiaalisia ongelmia ennaltaehkäiseviä tai laajemmin väestön hyvinvointia edistäviä sosiaalihuollon toimenpiteitä, menetelmiä ja työmuotoja voidaan ottaa osaksi palveluvalikoimaa vastaavalla tavalla kuin yksilökohtaiseen ennaltaehkäisyyn, tuen tarpeeseen tai korjaaviin toimiin tähtääviä palveluja, toimenpiteitä, menetelmiä ja työmuotoja.

Periaatteilla ei voida ohittaa velvollisuutta järjestää lakisääteisiä palveluja. Asiakastyössä palveluvalikoiman periaatteet ohjaisivat toimintaa kansallisten sekä hyvinvointialueen linjausten kautta, ja tulisivat sovellettaviksi erityisesti haastavia ja periaatteellisia tilanteita koskevien valintojen kohdalla. Sosiaalihuollon palveluvalikoiman periaatteet kohdistuvat palvelujen lisäksi palvelujen sisältöä koskeviin valintoihin toimenpiteiden, menetelmien ja työmuotojen tasolla, joten sosiaalihuollon ammattihenkilö tekee jatkossakin asiakkaan palvelupäätöksen sosiaalihuoltolain ja sosiaalihuollon erityislainsäädännön palveluja koskevien säännösten perusteella. Periaatteet ja palveluvalikoimaa koskevat kansalliset tai hyvinvointialueiden linjaukset voivat kuitenkin täydentää sosiaalihuoltolain ja erityislainsäädännön sääntelyä silloin, kun palvelua koskeva lainsäädännössä on tulkinnanvaraa tai harkintavaltaa.

Periaatteet ohjaisivat soveltuvin osin myös sosiaalihuollon ammattilaisen valintoja palvelusta ja myönnetyn palvelun sisällä käytettävistä toimenpiteistä, menetelmistä ja työmuodoista. Asiakkaan palvelujen sisältö ja palvelukokonaisuus sovitetaan tuen tarpeita vastaavaksi palveluvalikoiman periaatteita hyödyntäen, ja kokonaisuus kirjataan asiakassuunnitelmaan. Periaatteiden soveltaminen tarkoittaisi yksilötason arviointia siitä, mitkä palvelut ja palvelun sisällöt toimenpiteiden, menetelmien ja työmuotojen tasolla vastaavat parhaiten asiakkaan tarpeeseen turvallisesti, vaikuttavasti ja kustannusvaikuttavasti.

Pykälän 1 momentissa säädettäisiin palveluvalikoimaan kuulumisen edellytyksistä. Palveluvalikoimaan kuulumista koskeva päätöksenteko perustuu kokonaisharkintaan. Kaikkien 1–4 kohdissa määriteltyjen palveluvalikoimaan kuulumisen edellytysten tulee täytyä osana sosiaalihuollon palvelua, toimenpidettä, menetelmää tai työmuotoa koskevaa kokonaisharkintaa. Päätöksenteossa sovelletaan kaikkia 1–4 kohtien periaatteita ja niitä punnitaan tarvittaessa toisiaan vasten. Palveluvalikoimaan kuulumisen edellytyksiä arvioidaan yhdessä ehdotetun 2 momentin läpileikkaavien ihmisarvon loukkaamattomuuden ja yhdenvertaisuuden periaatteiden kanssa.

Palveluvalikoimaan kuulumista ja siitä pois rajaamista koskevat päätökset tulisi tehdä mahdollisimman avoimesti ja läpinäkyvästi, yhtenäisiin käytäntöihin ja menettelyihin perustuen. Tämä tarkoittaa kansallisessa ja hyvinvointialueiden tason päätöksenteossa päätösprosessin ja käytettyjen periaatteiden ja kriteerien avointa kuvaamista sekä yksittäisten päätösten perustelemista. Asiakastyön tasolla tämä tarkoittaa päätösten perustelemista yksittäisen asiakkaan kohdalla päätöksissä ja asiakasasiakirjoissa.

Pykälän 1 momentin 1 kohdan mukaan palvelun tai menetelmän tavoitteena tulee olla asiakkaan sosiaalisen hyvinvoinnin, turvallisuuden tai toimintakyvyn edistämisen tai ylläpitämisen tarpeeseen tai väestössä esiintyvään sosiaaliseen ongelmaan tai sen ilmeiseen uhkaan vastaaminen, mikä ilmentää tarveperiaatetta palveluvalikoiman periaatteena. Tarveperiaatteella palveluvalikoiman edellytyksenä on yhteys sosiaalihuollon tavoitteisiin sekä hyvinvointialueen

velvoitteeseen järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut väestön ja asiakkaiden tarpeen edellyttämällä tavalla.

Sosiaalihuollon palveluja on järjestettävä sosiaalihuoltolain 11 §:ssä lueteltuihin tuen tarpeisiin. Palveluvalikoiman periaatteet ohjaavat arvioimaan, mitä palveluja ja toimenpiteitä, menetelmiä ja työmuotoja kunkin palvelun sisällä on tarkoituksenmukaista toteuttaa eri asiakastarpeisiin vastaamiseksi tai väestötasolla 2 luvussa tarkoitetun hyvinvoinnin edistämisen osana.

Palveluja, toimenpiteitä, menetelmiä ja työmuotoja koskevissa väestötason ja asiakastason valinnoissa otetaan huomioon tuen tarpeen vakavuus ja laajuus. Tarveperiaatteen mukaan resursseja voidaan kohdentaa enemmän vakavaan ja pitkäkestoiseen tuen tarpeeseen ja vähemmän lievään ja tilapäiseen tuen tarpeeseen vastaamiseen.

Väestötason tarve on nostettu asiakastarpeen rinnalle ennaltaehkäisevien toimenpiteiden ja ratkaisujen painottamiseksi. Siten tarveperiaate esimerkiksi ohjaa suuntaamaan palveluvalikoimaa korjaavien toimenpiteiden ohella vakavien ja laajojen tarpeiden ennaltaehkäisyyn. Riittävällä ja vaikuttavalla ennaltaehkäisyllä voidaan osin vaikuttaa asiakkaiden tuleviin tarpeisiin ja ehkäistä ongelmien pahenemista, jolloin tarpeeseen voidaan vastata kevyemmällä palveluilla tai menetelmillä.

Väestössä esiintyvä sosiaalinen ongelma voi tarkoittaa myös yhteiskunnallisia ongelmia ja ilmiöitä laajassa merkityksessä. Kyseessä tulee kuitenkin olla sellainen ongelma, jota voidaan ehkäistä tai korjata sosiaalihuollon palveluilla tai sosiaalihuollon toimenpitein, kuten sosiaalisen turvallisuuden, hyvinvoinnin ja terveyden edistämällä. Väestötasolla tarvetta ilmentävästä ongelmasta voi olla kyse esimerkiksi, jos ongelmaa esiintyy laajasti yhteiskunnassa ja väestössä ja jos sen vaikutuksena väestön hyvinvointi tai sosiaalinen turvallisuus voi heiketä tai esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntarpeen arvioidaan kasvavan. Esimerkiksi erilaisten vaikuttavien sosiaalista vuorovaikutusta edistävien yhteisöllisten työmuotojen avulla voidaan tukea syrjäytymisvaarassa olevien nuorten osallisuutta lähiyhteisössään, vastuullisuuteen kasvamista sekä mielenterveyttä ja siten ennaltaehkäistä myöhempiä palveluntarpeita.

Tavoitteena on, että periaatteet tukevat näyttöön perustuvia sosiaalihuollon toimenpiteitä, joilla pystytään ennaltaehkäisemään palvelutarpeiden kasvua ja reagoimaan ennakoivasti ihmisten arjessa esiintyviin ilmiöihin, kuten uusiin päihteisiin tai uusiin jengiytymisen muotoihin. Esimerkiksi lasten käytösongelmat vaikuttavat yksilöiden ja koko perheen elämään sekä ovat yhteydessä useisiin myöhempiin haasteisiin elämässä. Haasteet liittyvät heikentyneeseen hyvinvointiin ja sosiaalisiin suhteisiin, työelämään osallistumiseen ja koulutukseen sekä rikollisuuteen. Siten vaikuttamalla sekä käytösongelmien juurisyihin että tukemalla perheitä voidaan ennaltaehkäistä monia kertautuvia haasteita lasten ja perheiden arjessa ja myöhemmin elämässä.

Väestötasolla resursseja voidaan kohdentaa enemmän useita henkilöitä koskeviin tai väestötasolla vakavaksi koettuihin ongelmiin tai ilmiöihin, joilla on tutkitusti tai arvioidusti merkittäviä yhteisöihin kohdistuvia tai yhteiskunnallisia vaikutuksia.

Väestötasolla sosiaaliseen ongelmaan tai sen ilmeiseen uhkaan liittyvän tarpeen vakavuuden ja laajuuden astetta arvioitaessa otetaan huomioon tuen tarpeen merkitys, kuten esimerkiksi se, kuinka paljon haittaa puuttumattomuudesta seuraa väestölle tai jollekin asiakasryhmälle. Lisäksi otetaan huomioon tarpeen pysyvyys ja kesto sekä vaikutuspiiri asiakasryhmille eli se,

kuinka laajaa väestöjoukkoa ongelma ja siihen tarkoitettu toimenpide, menetelmä tai työmuoto koskee.

Asiakasryhmien tasolla tarveperiaate edellyttää, että palvelulla, toimenpiteellä, menetelmällä tai työmuodolla on yhteys sosiaalisen hyvinvoinnin, turvallisuuden tai toimintakyvyn edistämisen tai ylläpitämisen tarpeeseen. Keskeistä tarveperiaatteen soveltamisessa on tunnistaa, millaiseen tarpeeseen palvelu, toimenpide, menetelmä tai työmuoto vastaa asiakkaan palvelujen kokonaisuudessa. Tarpeen asteella on merkitystä palveluvalikoimaan kuulumista koskevassa kokonaisharkinnassa. Esimerkiksi tarpeen aste on erittäin korkea, kun on palvelulla, toimenpiteellä, menetelmällä tai työmuodolla tavoitellaan välttämättömän huolenpidon varmistamista. Toisaalta esimerkiksi lähes kaikki perheet voisivat hyötyä vanhemmuuden tuesta, mutta perheen tarve edellyttää vanhemmuuden tuen toimenpiteitä vasta tiettyjen haasteiden tai elämäntilanteiden seurauksena.

Tarveperiaatteen soveltamisessa huomioidaan erityisesti haavoittuvassa asemassa olevien ryhmien, kuten vammaisten henkilöiden tai ikääntyneiden erityistarpeet, millä on kiinteä yhteys yhdenvertaisuuden ja ihmisarvon loukkaamattomuuden periaatteisiin palveluvalikoimaa koskevassa kokonaisharkinnassa. Soveltamisessa huomioidaan myös lain 4 §:n säännökset asiakkaan edusta ja 5 §:n lapsen edusta palvelua ja palvelun sisältöä koskevissa valinnoissa. Sosiaalihuollon erilaisten palvelujen, toimenpiteiden, menetelmien ja työmuotojen merkitys lapsen tasapainoisen kehityksen ja hyvinvoinnin, huolenpidon, turvallisen kasvuympäristön sekä itsenäistymisen ja vastuullisuuteen kasvamisen tarpeelle tulee tunnistaa palveluvalikoimaan kuulumista koskevassa päätöksenteossa.

Palveluvalikoimaa määriteltäessä tulee tunnistaa myös sellainen asiakkaiden perheellä tai läheisillä esiintyvä ennaltaehkäisyn tai tuen tarve, joka liittyy kyseisten asiakkaiden toimintakyvyn tai elämänhallinnan haasteisiin. Esimerkiksi tilanteissa, joissa perheen vanhemmalla on vakava sairaus tai vakavaa tuen tarvetta, lasten tukeminen voi ennaltaehkäistä myöhempiä korjaavien palvelujen tarvetta ja ylisukupolvisia ongelmia. Tällaisella lasten huomioimisella aikuisten sosiaalipalveluissa toteutetaan siten lapsen edun ensisijaisuutta ja ehkäistään esimerkiksi mahdollisia mielenterveys-, päihde- tai riippuvuusongelmia.

Palveluvalikoiman periaatteita voidaan hyödyntää yksilökohtaisen asiakastyön tukena esimerkiksi valitessa useammasta soveltuvasta toimintalinjasta tarkoituksenmukaisinta vaihtoehtoa. Tällöin tuen tarpeen arvioinnissa tulee ottaa huomioon lapsen etu, asiakkaan etu ja erityisen tuen tarve sen mukaan mitä lainsäädännössä säädetään. Tarvetta arvioitaessa ammattilainen ottaa huomioon asiakkaan ja lähipiirin voimavarat ja kokonaisvaltaisen elämäntilanteen sekä asiakkaan yksilöllisen kyvyn hyötyä palveluista, tehtävistä, menetelmistä tai työmuodoista.

Pykälän 1 momentin 2 kohdassa säädetään asiakasturvallisuudesta palveluvalikoimaan kuulumisen edellytyksenä. Asiakasturvallisuus on palvelujen lähtökohtana lakisääteisesti muutenkin, mutta asiakasturvallisuuden tulee olla osa palveluvalikoimaan kuulumista koskevaa kokonaisarviota. Palvelun tai palvelun sisällä toimenpiteen, ratkaisun tai työmuodon valinnassa tulee myös arvioida sen käytön mahdollisia riskejä ja haittoja asiakkaalle tai väestölle.

Palvelun, toimenpiteen, ratkaisun tai työmuodon riskit eivät saa olla kohtuuttomat suhteessa siitä odotettavissa olevaan hyötyyn asiakkaalle tai väestön hyvinvoinnille ja sosiaaliselle turvallisuudelle. Esimerkiksi teknologian käyttöä palveluissa tai palvelujärjestelmässä tulee arvioida asiakasturvallisuuden kannalta. Teknologisten ratkaisujen käytössä tulee siten arvioida, miten ne vastaavat kyseisen asiakasryhmän tarpeisiin ja liittyykö niiden käyttöön

asiakasturvallisuuteen, asiakkaan oikeuksiin tai tavoiteltujen hyötyjen saavuttamiseen liittyviä riskejä.

Asiakasturvallisuuteen sekä palvelussa käytettävien menetelmien hyötyihin ja haittoihin liittyvä punninta on myös keskeistä psykososiaalisen tuen menetelmien valinnassa. Esimerkiksi väärin ajoitettu voimakkaasti asiakkaan omaa sitoutumista ja systemaattista toimintaa edellyttävä työskentely voi romahduttaa asiakkaan uskon omiin kykyihin. Oikein ajoitettuna ja kohdennettuna sama menetelmä voi taas olla erittäin toimiva, jolloin menetelmän käytön kohdentamista palveluvalikoimassa voi olla tarpeen ohjata asiakasturvallisuuden takia.

Pykälän 1 momentin 3 kohdassa säädetään vaikuttavuudesta palveluvalikoimaan kuulumisen edellytyksenä. Kohdan mukaan palvelun, toimenpiteen, menetelmän tai työmuodon vaikuttavuuden hyvinvointiin tulee olla saatavilla olevan näytön perusteella riittävää.

Vaikuttavuudella tarkoitetaan sosiaali- ja terveyspalvelujen aikaansaama tavoiteltua muutosta asiakkaan terveydentilassa, toimintakyvyssä tai hyvinvoinnissa suhteessa tilanteeseen, jossa palveluja ei olisi lainkaan toteutettu tai olisi toimittu jollain toisella tavalla (Sosiaali- ja terveyspalvelujen yhdenvertaisuuden käsitteet, versio 2.0, 2019).

Vaikuttavuutta arvioidaan lähtökohtaisesti tieteelliseen tutkimukseen perustuvan näytön ja muun soveltuvan näytön perusteella. Vaikuttavuuden arvioinnissa huomioidaan tieteellisen näytön lisäksi myös ammatillinen kokemusperäisesti vahvistettu tieto palvelun tai menetelmän vaikuttavuudesta. Ammatillisella kokemusperäisellä tiedolla on sosiaalihuollossa erityinen merkitys vaikuttavuuden arvioinnissa, koska vaikutukset ovat yksilöllisiä ja niitä on suhteutettava palvelujen yksilöllisiin tavoitteisiin, asiakkaan ja tämän lähipiirin voimavaroihin sekä asiakkaan elämäntilanteeseen. Näytön, mukaan lukien kokemusperäisen tiedon, tulee olla riittävää, jotta palvelun, toimenpiteen, menetelmän tai työmuodon voidaan katsoa kuuluvan palveluvalikoimaan. Sosiaalihuollon ammatillinen kokemusperäinen tieto viittaa tietoon, joka on syntynyt käytännön toiminnassa tekemällä ammattilaisten ja asiakkaiden tietoa näkyväksi ja systematisoiduksi kriittisen tarkastelun avulla.

Vaikuttavuuden toteaminen edellyttää aina vertailua eri toimintavaihtoehtojen välillä. Vertailukohteena voi myös olla, ettei käytetä mitään palvelua, toimenpidettä, menetelmää tai työmuotoa. Palveluvalikoimaan kuulumisen edellyttää, että palvelulla, toimenpiteellä, menetelmällä tai työmuodolla on odotettavissa saavutettavan enemmän hyvinvointia asiakkaalle verrattuna tilanteeseen, jossa palvelua ei olisi lainkaan toteutettu tai olisi toimittu jollain toisella tavalla.

Vaikuttavuutta arvioidaan kokonaisuutena. Vaikuttavuus on kiinteässä yhteydessä tuen tarpeeseen, johon palvelu on tarkoitettu, sekä palvelun tavoitteeseen ja tarkoituksenmukaisuuteen. Siten vaikuttavuuden arvioinnissa on tärkeä merkitys sillä, miten palvelun, toimenpiteen, menetelmän tai työmuodon tarvetta on arvioitu.

Palvelun, toimenpiteen, menetelmän tai työmuodon vaikuttavuudelle ei lähtökohtaisesti voida asettaa esimerkiksi tiettyyn mittaristoon perustuvaa kynnystä. Palvelun onnistuminen ja lopputulokset vaihtelevat usein myös asiakkaan ja tämän lähipiirin toiminnan sekä ulkoisten tapahtumien takia, mikä haastaa vaikuttavuuden arviointia ja vertailtavuutta. Siten vaikuttavuuden arvioinnissa tulee ottaa huomioon myös vaikuttavuutta koskevaan tietoon liittyvät epävarmuudet. Samoin vaikutusten saavuttamisen aikajänne voi vaihdella. Esimerkiksi ennaltaehkäisevän toimenpiteen vaikutuksia voidaan arvioida parhaiten pitkällä aikavälillä.

Vaikuttavuuden arvioinnissa tulee ottaa huomioon, että palvelujen, toimenpiteiden, ratkaisujen ja työmuotojen tavoitteet voivat olla erilaisia. Asiakkaan tilanteesta riippuen palvelulla voidaan tavoitella positiivista muutosta, toimintakyvyn ylläpitämistä tai heikkenemisen hidastamista, tilanteen ylläpitoa tai haittojen minimoimista verrattuna tilanteeseen, jossa palvelua ei olisi lainkaan toteutettu tai olisi toimittu jollain toisella tavalla. Palvelun, toimenpiteen, menetelmän tai työmuodon tavoitteena voi olla esimerkiksi, että asiakkaat pärjäävät merkittävien mielenterveyden haasteiden kanssa arjessaan tuettuna ja pystyvät ylläpitämään toimintakykyään, osallisuuttaan ja sosiaalisia suhteitaan. Tällöin vaikuttavuus voi perustua esimerkiksi siihen, että ilman kyseistä toimintaa asiakkaan toimintakyky heikkenisi tai hän joutuisi arjen haasteiden takia tukeutumaan raskaampiin palveluihin.

Esimerkiksi määrätyn asiakasryhmän tarpeita koskevat tutkimukset voisivat osoittaa, että tietyssä elämäntilanteessa asiakasryhmän myöhemmän itsenäisen pärjäämisen, osallisuuden ja sosiaalisten suhteiden kannalta olisi vaikuttavaa tarjota tietynlaisia varhaisen tuen toimenpiteitä. Toisaalta ammatillisesti vahvistetun kokemuseräisen tiedon perusteella voitaisiin suositella samaan asiakasryhmään kuuluville henkilöille muuta vaikuttavaa tukea silloin, kun edellä mainittuun elämäntilanteeseen liittyy lisäksi muita haasteita. Esimerkiksi asunnottomuuteen vastaamisessa voitaisiin tiettyjen asiakastilanteiden osalta arvioida vaikuttavammaksi vaihtoehdoksi asunto ensin –toimintamalli, jossa henkilölle järjestetään ensin pysyvä asunto ja jossa palveluihin ohjaus ja motivointi tapahtuu vasta myöhemmässä vaiheessa.

Palveluvalikoimaan kuulumista koskevan päätöksenteon osana voitaisiin linjata myös palvelun, toimenpiteen, menetelmän tai työmuodon kohdentamisesta ja oikea-aikaisuudesta. Kohdentaminen olisi tarkoituksenmukaista esimerkiksi silloin, kun vaikuttavuutta koskeva tutkimukseen perustuva näyttö tai ammatillinen kokemuseräisesti vahvistettu tieto osoittaa, että palvelun, toimenpiteen, menetelmän tai työmuodon käytöllä saadaan aikaan hyvinvointihyötyä palvelujen käyttäjille tietyissä tilanteissa, tietyssä vaiheessa palvelupolkua tai tietyille asiakasryhmälle.

Asiakastyössä vaikuttavuuden tarkastelu on aina yksilökohtaista. Ammatilainen arvioi asiakkaan tuen tarpeen ja sen, onko harkinnan kohteena olevalla palvelulla, toimenpiteellä, menetelmällä tai työmuodolla saatavilla mahdollista hyötyä. Sosiaalihuoltoa toteutettaessa on ensisijaisesti otettava huomioon asiakkaan toivomukset ja mielipide, kuten asiakkaan kokemus itsenäisestä suoriutumisesta ja osallisuudesta, ja muutoinkin kunnioitettava hänen itsemääräämisoikeuttaan.

Pykälän 1 momentin 4 kohdassa säädetään kustannusvaikuttavuudesta palveluvalikoimaan kuulumisen edellytyksenä. Kohdan mukaan palvelun, toimenpiteen, menetelmän tai työmuodon lisäkustannusten tulee olla kohtuulliset saavutettavissa olevaan lisähyvinvointihyötyyn nähden.

Kustannusvaikuttavuuden arviointi perustuu vertailuasetelmaan. Tällöin valitaan osaksi palveluvalikoimaa ne palvelut, joiden tuottama lisähyvinvointihyöty on riittävä suhteessa lisäkustannuksiin. Sosiaalihuollossa kustannusvaikuttavuus perustuu arvioon siitä, kuinka paljon hyvinvointihyötyä saadaan sosiaalihuollon toimen tuloksena suhteessa kustannuksiin verrattuna tilanteeseen, jossa palvelua ei toteutettaisi tai käytettäisiin toista palvelua.

Kustannusvaikuttavuuden periaatteen tavoitteena on edistää resurssien kohdentamista mahdollisimman paljon hyvinvointihyötyä tuottavaan toimintaan ja ottaa huomioon palvelun vaihtoehtokustannus eli, mistä muusta asiakkaille ja väestölle hyvinvointia tuottavasta toiminnasta palvelujärjestelmässä joudutaan luopumaan, jos menetelmä otetaan osaksi palveluvalikoimaa.

Kustannusvaikuttavuuden periaatteen soveltamisessa huomioitaisiin sosiaalihuollon palveluilla, toimenpiteillä, menetelmillä ja työmuodoilla tavoiteltavat erilaiset hyödyt asiakkaalle ja väestölle vastaavalla tavalla kuin osana tarveperiaatetta ja vaikuttavuutta. Tavoitteena on, että kustannusvaikuttavuuden periaate soveltuisi laajasti 3 luvussa säädettyjen palvelujen ja 2 luvun hyvinvoinnin edistämisen sekä niiden sisällä tehtävien valintojen lisäksi myös integroituja sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja ja niissä käytettäviä toimenpiteitä, menetelmiä ja työmuotoja koskeviin valintoihin.

Kustannusten kohtuullisuutta suhteessa hyvinvointihyötyyn arvioidaan osana kokonaisarviota. Kustannukset voidaan katsoa kohtuullisiksi tavoiteltavista hyödyistä riippuen. Esimerkiksi henkilön välttämättömän huolenpidon varmistavan palvelun, toimenpiteen, menetelmän tai työmuodon lisäkustannukset voivat olla korkeat, jos sen avulla saavutetaan merkittävästi lisää hyvinvointia asiakkaille. Asiakkaan elämänlaatuun vain vähäisesti vaikuttavien toimenpiteiden lisäkustannusten tulee olla vastaavasti matalammat.

Ennaltaehkäisyyn ja varhaisen tuen kustannusvaikuttavuutta tulee arvioida huomioiden vaikutusten aikaansaannin aikaväli. Riittävän pitkällä aikavälillä tehty kustannusvaikuttavuuden arviointi mahdollistaa väestötason ennaltaehkäisevien sekä terveyden, hyvinvoinnin ja sosiaalisen turvallisuuden edistämistä tavoittelevien toimenpiteiden, ratkaisujen ja työmuotojen nostamisen asiakastyön rinnalle.

Palvelujen järjestämisen tasolla esimerkiksi sosiaalihuollon eri toiminnan resursoinnissa huomioidaan ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä korjaavien palvelujen rinnalla, jos väestön tarpeeseen vastaamiseksi tarjolla olevista vaihtoehdoista ennaltaehkäisevät toimenpiteet ovat kustannusvaikuttavia verrattuna korjaaviin toimenpiteisiin.

Kustannusvaikuttavuuden lisäksi huomioidaan myös palvelun tai menetelmän käyttöönoton vaikutukset ja kustannukset palvelujärjestelmässä, esimerkiksi uuden toimintamallin edellyttämät materiaalihankinnat, henkilöstön koulutus menetelmän käyttöön ja menetelmän budjettivaikutukset. Esimerkiksi hyvinvointialueen tietyllä palvelupolulla varhaisen tuen toimenpiteenä voisi olla tarjolla vertaisryhmätoimintaa, jos menetelmä arvioitaisiin kyseiselle asiakasryhmälle vaikuttavaksi ja samalla edullisimmaksi useasta yhtä vaikuttavasta vaihtoehdosta, kun hyvinvointialueella olisi jo valmiiksi vertaisryhmätoiminnan toteuttamiseen koulutettua henkilöstöä.

Pykälän 2 momentissa säädettäisiin palveluvalikoimaan kuulumista koskevan päätöksenteon perustumisesta kokonaisharkintaan sekä yhdenvertaisuudesta ja ihmisarvon loukkaamattomuudesta palveluvalikoimaa koskevana läpileikkaavina periaatteina. Pykälän 2 momentin mukaan sosiaalihuollon palvelun, toimenpiteen, menetelmän ja työmuodon palveluvalikoimaan kuulumista koskeva päätöksenteko perustuu kokonaisharkintaan, ja siinä tulee varmistaa asiakkaiden yhdenvertaisuus ja ihmisarvon loukkaamattomuus. Koska ihmisarvo on kaikille sama, yksinomaan sen perusteella ei voida perustella valintoja. Siten palveluvalikoimaa koskevassa kokonaisharkinnassa tulee huomioida yhdenvertaisuutta ja ihmisarvon loukkaamattomuutta koskevat näkökohdat.

Kokonaisharkinnalla tarkoitetaan, että palveluvalikoimaan kuuluista koskevassa päätöksenteossa tulee huomioida 1 momentin 1–4 kohtien tarkoittamat palveluvalikoimaan kuulumisen edellytykset sekä yhdenvertaisuuden ja ihmisarvon loukkaamattomuuden varmistaminen yhtäaikaaisesti. Palveluvalikoiman periaatteiden arvioinnissa voi olla tarkoituksenmukaista edetä esimerkiksi 1–4 kohtien mukaisessa järjestyksessä, mutta usein jo menetelmää tai palvelua koskevan päätöksentekomenettelyn alkuvaiheessa voi olla tarpeen tunnistaa yhdenvertaisuuteen ja ihmisarvon loukkaamattomuuteen liittyvät erityiset näkökohdat

tai riskit. Lisäksi päätöksenteossa tulee tunnistaa palveluvalikoiman periaatteiden sisällöllinen osittainen päällekkäisyys. Esimerkiksi tarpeen vakavuudella on merkitystä asiakasturvallisuutta, vaikuttavuuden riittävyttä tai kustannusten kohtuullisuutta koskeville vaatimuksille. Näytön arviontiin liittyvät näkökohdat voivat puolestaan koskea kaikkia palveluvalikoiman periaatteita yhtäläisesti.

Jos käytännön soveltamistilanteessa palveluvalikoiman periaatteet olisivat toisiinsa nähden erisuuntaisia, kokonaisharkinnassa periaatteita tulisi punnita keskenään. Esimerkiksi hyvinkin asiakasturvallista ja edullista toimenpidettä, menetelmää tai työmuotoa ei tule ottaa käyttöön, jos sille ei ole tarvetta. Perustuslain 19 §:n 3 momentissa säädetyn julkisen vallan velvollisuuden turvata riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut seurauksena palveluvalikoimasta pois rajaamisen kynnys muiden palveluvalikoiman periaatteiden perusteella nousee tarpeen asteen noustessa. Toisaalta vakavaankaan tarpeeseen ei tule käyttää sellaista palvelua, toimenpidettä, menetelmää tai työmuotoa, jonka vaikuttavuuden on todettu olevan olematonta.

Kokonaisharkinnassa tulee ottaa huomioon myös asian kannalta oleelliset muut perus- ja ihmisoikeusvelvoitteet sekä sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö. Esimerkiksi lapsen edun ensisijaisuus tulee ottaa huomioon kaikissa lasta tai lapsia ryhmänä koskevissa päätöksissä. Lapsen oikeuksien komitea on todennut 14. yleiskommentissaan, että ristiriitatilanteissa myös yksittäisen lapsen oikeuksia suhteessa lapsiin ryhmänä sekä lapsen ja muiden henkilöiden oikeuksia tulee käytännön tilanteissa punnita keskenään. Päätöksenteossa lapsen edulle annetaan korkea prioriteetti suhteessa muihin näkökohtiin (CRC/C/GC/14 kohta 39). Siten palveluvalikoiman periaatteiden soveltamisessa tulee ottaa huomioon lapsen edun ensisijaisuus asian edellyttämällä tavalla.

Yhdenvertaisuus ja syrjimättömyys ovat perustuslain ja ihmisoikeussopimusten perusteella oikeudellisesti velvoittavia periaatteita. Yhdenvertaisuus ja ihmisarvo toimivat palveluvalikoimaan kuulumisen arvioinnissa läpileikkaavina periaatteina. Näiden läpileikkaavien periaatteiden tavoitteena on varmistaa, etteivät palveluvalikoimaa koskevat valinnat johda ihmisarvon kannalta kohtuuttomiin lopputulemiin väestö- tai yksilötasolla.

Ihmisarvon loukkaamattomuus periaatteena asiakastyön tasolla viittaa ihmisyksilöiden periaatteelliseen yhdenvertaisuuteen. Periaate tarkoittaa sitä, että palveluja koskevia valintoja tehdessä yksilöitä ei voida arvioida esimerkiksi heidän yhteiskunnalle tuottamansa panoksen kautta. Erilaiselle kohtelulle henkilöön liittyvän syyn perusteella palvelun tai menetelmän valinnassa tulee olla hyväksyttävä peruste.

Palveluvalikoimaan kuulumista koskevassa päätöksenteossa yhdenvertaisuus ja ihmisarvon loukkaamattomuus voivat vaikuttaa kokonaisharkintaan eri tavoin. Esimerkiksi epävarmemman näytön ja mahdollisesti epävarmemman tai vähäisemmän vaikuttavuuden hyväksyminen tilanteessa, jossa toimintavaihtoehdot inhimillisesti kohtuuttomassa tilanteessa olevien asiakkaiden tukemiseksi ovat rajalliset, voi olla tarpeen joko yhdenvertaisuuden tai ihmisarvon loukkaamattomuuden takia. Palvelun, toimenpiteen, menetelmän tai työmuodon kohdentamista koskevissa linjauksissa tulisi esimerkiksi pyrkiä välttämään tilanteita, joissa tietyt asiakkaat rajautuisivat merkittävään tarpeeseen tarkoitettun palvelun piiristä pois yhdenvertaisuuden näkökulmasta ongelmallisella tavalla. Riski tällaiseen rajautumiseen voi syntyä, jos esimerkiksi palvelun, toimenpiteen, menetelmän tai työmuodon kohdentamisessa sivuutetaan asiakaslähtöisyys ja tieto kyseisen asiakasryhmän omat kokemukset tuen ajoittamisesta tai palveluun hakeutumisen esteistä.

Yhdenvertaisuus ja ihmisarvon loukkaamattomuus ohjaavat arvioimaan palvelun, toimenpiteen, menetelmän tai työmuodon tarpeeseen, turvallisuuteen ja vaikuttavuuteen liittyvää tietoa

laajasti ja monipuolisesti niissä tilanteissa, joissa asiakasryhmänä ovat haavoittuvassa asemassa olevat henkilöt, joilla ei esimerkiksi ole muuhun väestöön verrattuna samoja mahdollisuuksia ilmaista tarpeitaan, tahtoaan tai kokemustaan palvelun vaikuttavuudesta.

Lisäksi ihmisarvon loukkaamattomuus viittaa siihen, että valinnoissa huomioidaan palvelun, toimenpiteen, menetelmän tai työmuodon merkitys yksilön perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien toteutumiselle. Tämä voi tarkoittaa esimerkiksi sitä, että huomioidaan palvelun vaikutus henkilön osallisuuteen ja kykyyn toteuttaa itsemääräämisoikeuttaan esimerkiksi ilmaisemalla tahtonsa tai toimimalla itsenäisesti. Kyse voi olla myös lapsen edun ensisijaisuudesta ja perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaisesta julkisen vallan velvollisuudesta tukea perheen ja muiden lapsen huolenpidosta vastaavien mahdollisuuksia turvata lapsen hyvinvointi ja yksilöllinen kasvu. Tällöin palvelun, toimenpiteen, menetelmän tai työmuodon kohdentamisessa tulisi esimerkiksi tunnistaa ne asiakasryhmät, joiden osalta tarve tai palvelusta odotettavissa olevat vaikutukset hyvinvointiin voivat olla muihin ryhmiin nähden merkittävämpää esimerkiksi lapsen huolenpitoon liittyvistä syistä.

Yksilölle tarpeellisen palvelun, toimenpiteen, menetelmän tai työmuodon käyttöä ei voida evätä, mikäli se johtaisi ihmisarvon loukkaamiseen. Kyse voi olla esimerkiksi siitä, ettei asiakas hyödy yleisesti vastaavassa tilanteessa käytettävistä toimenpiteistä tai menetelmistä, jolloin itsenäisen suoriutumisen ja osallisuuden mahdollistamiseksi on käytettävä muuta hänelle sopivaa menetelmää.

Viimekädessä yksilökohtaisella tarveharkinnalla tulee selvittää palvelun, toimenpiteen, menetelmän tai työmuodon käytön edellytykset, jotta ihmisarvoisen elämän edellytysten vähimmäistaso turvataan jokaiselle kaikissa olosuhteissa. Jokaisen ihmisarvoisen elämän vähimmäisedellytysten turvaamisesta on joka tapauksessa huolehdittava ensisijaisesti, eikä sitä voida ohittaa muilla priorisointiperiaatteilla. Esimerkiksi välttämättömän huolenpidon tarpeessa olevan ihmisen jääminen ilman apua tai tukea voisi johtaa tilanteeseen, jossa ihmisarvoisen elämän vähimmäisedellytykset eivät täytyisi.

Palveluvalikoiman periaatteena väestötasolla yhdenvertaisuus tarkoittaa sitä, että päätöksiä ja valintoja palvelujen järjestämisestä väestötasolla ei voida tehdä syrjivin perustein. Lisäksi yhdenvertaisuus läpileikkaavana periaatteena ohjaa soveltamaan palveluvalikoiman periaatteita järjestelmällisesti, avoimesti, perustellusti ja toisiinsa nähden samanlaisissa tilanteissa yhdenmukaisesti eri menetelmiä, asiakasryhmiä tai tuen tarpeita koskevilla tilanteilla. Lähtökohtaisesti samanlaisia tilanteita tulee kohdella samalla tavalla ja erilaisia tilanteita eri tavalla. Palvelujen ja niiden sisällön valinta ja määrittäminen ei saa riippua esimerkiksi väestöryhmien tai asiakasryhmien sosiaalisesta asemasta, taloudellisesta tilanteesta tai muista vastaavista henkilöihin liittyvistä tekijöistä, kuten työllisyydestä. Sosiaalihuollossa kuitenkin tuen tarpeen perusteella valittavissa palveluissa asiakkaan taloudellisen tilanteen, iän, vammaisuuden tai muun tuen tarvetta koskevan ominaisuuden tarkastelulle on kuitenkin hyväksyttävä peruste, koska tavoitteena on varmistaa asiakkaalle tämän tarpeen mukaiset palvelut.

Yhdenvertaisuus ja ihmisarvon loukkaamattomuus yksin eivät kuitenkaan voi olla perusteena palvelun, toimenpiteen, menetelmän tai työmuodon käyttöönotolle, jos se ei muutoin täytä palveluvalikoimaan kuulumisen edellytyksiä. Yhdenvertaisuus ja ihmisarvon loukkaamattomuus ohjaavat varmistamaan palveluvalikoiman periaatteiden soveltamisen oikeudenmukaisuutta ja perustuslainmukaisuutta. Siten palveluvalikoimaa tulee kehittää niin, että se tarjoaa sosiaalihuollon ammattihenkilöille kehyksen väestön hyvinvoinnin edistämiseksi ja asiakkaan yksilölliseen tarpeeseen perustuvien palvelujen toteuttamiselle.

7.3 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä

36 §. *Hyvinvointialueiden yhteistyösopimus.* Pykälän 3 momentin 8 kohtaa muutettaisiin niin, että kohdassa mainitaan sosiaalihuollon menetelmien lisäksi palvelut, toimenpiteet ja työmuodot ja viitataan terveydenhuoltolain ja sosiaalihuoltolain palveluvalikoiman periaatteita koskeviin säännöksiin. Valtakunnallisilla linjauksilla tarkoitetaan Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvoston suosituksia ja muita sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisia suosituksia (HE 241/2020 vp, s. 758).

Yhteistyöalueen hyvinvointialueiden välisessä yhteistyösopimuksessa sovittaisiin käyttöönoton, käytön ja käytöstä poistamisen alueellisten periaatteiden määrittelyn sijaan käyttöönottoa, käyttöä ja käytöstä poistamista koskevista yhteistyöaluetasoisista yhteistyörakenteista ja ohjauksesta.

Tavoitteena on edistää palveluvalikoiman yhdenmukaista soveltamista järjestämisen tasolla hyvinvointialueiden välillä ja siten alueellista yhdenvertaisuutta. Lisäksi tavoitteena on edistää palveluvalikoiman periaatteiden soveltamiseen sekä käyttöönottoa, käyttöä ja käytöstä poistamista koskevaan päätöksentekoon liittyvää yhteistyötä, tiedonjakoa ja ohjausta yhteistyöalueilla.

8 Voimaantulo

Ehdotetaan, että lait tulevat voimaan 1.1.2027.

9 Toimeenpano ja seuranta

Lakimuutosten vaikutuksia seurataan palveluvalikoimaa koskevan kansallisen ohjauksen osana. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos tekee vuosittain arvion hyvinvointialueiden toiminnasta hyvinvointialueittain ja yhteistyöalueittain. Sosiaali- ja terveysministeriö yhdessä valtiovarainministeriön ja sisäministeriön kanssa käy vuosittaiset neuvottelut alueiden kanssa hyvinvointialueittain ja yhteistyöalueittain hyödyntäen sekä Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen että valvovien viranomaisten selvityksiä.

10 Suhde muihin esityksiin

Sosiaali- ja terveysministeriössä on vireillä sosiaalihuollon palvelu-uudistus. Tarkoituksena on uudistaa sosiaalihuollon lainsäädäntöä siten, että lisättäisiin hyvinvointialueiden mahdollisuuksia järjestää palvelut nykyistä joustavammin ja asiakaslähtöisemmin alueelliset erityispiirteet huomioiden. Mahdollisuus järjestää palvelut nykyistä joustavammin voisi lisätä sosiaalihuollon palveluvalikoiman periaatteiden soveltamisen merkitystä sosiaalipalveluissa. Hallituksen esitys on tarkoitus antaa eduskunnalle syksyllä 2026. Hankkeen valmisteluasiakirjat ovat julkisessa palvelussa osoitteessa <https://stm.fi/hankkeet> tunnuksella STM107:00/2023.

11 Suhde perustuslakiin ja säätämisjärjestys

Esitys on merkityksellinen perustuslaissa turvattujen perusoikeuksien näkökulmasta. Esityksen kannalta merkityksellisiä ovat erityisesti perustuslain 1 § (valtiosäätö), 6 § (yhdenvertaisuus), 19 § (oikeus sosiaaliturvaan) ja siihen läheisesti liittyvä 7 § (oikeus elämään) sekä 22 § (perusoikeuksien turvaaminen).

Sosiaali- ja terveydenhuollon kannalta keskeisiä kansainvälisiä ihmisoikeussopimuksia, joiden noudattamiseen Suomi on sopimusten osapuolena sitoutunut, ovat esimerkiksi Euroopan

sosiaalinen peruskirja (SopS 78–80/2002), YK:n taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskeva kansainvälinen yleissopimus (SopS 6/1976, TSS-sopimus), Euroopan neuvoston yleissopimus ihmisoikeuksien ja perusvapauksien suojaamiseksi (Euroopan ihmisoikeussopimus, SopS 18–19/1990), Euroopan neuvoston yleissopimus ihmisoikeuksien ja ihmisarvon suojaamiseksi biologian ja lääketieteen alalla (SopS 23–24/2010, Euroopan bioetiikkasopimus), YK:n yleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista (SopS 26–27/2016, vammaisyleissopimus), lapsen oikeuksien sopimus (SopS 60/1991, lapsen oikeuksien sopimus) ja kansalaisoikeuksia ja poliittisia oikeuksia koskeva kansainvälinen yleissopimus (SopS 7/1976).

Perustuslain 1 §:n 2 momentin mukaan valtiosääntö turvaa ihmisarvon loukkaamattomuuden ja yksilön vapauden ja oikeudet sekä edistää oikeudenmukaisuutta yhteiskunnassa. Ihmisarvon loukkaamattomuus on yksi koko valtiosäännön taustalla olevista perustavanlaatuisista arvoista. Se ilmaisee osaltaan ensi sijassa hallitusmuodon arvoperustan, mutta sillä voi olla myös välitöntä oikeudellista merkitystä eräissä tilanteissa. Sillä on tulkinnallista vaikutusta esimerkiksi sovellettaessa varsinaisia perusoikeussäännöksiä sekä arvioitaessa hallitusmuodossa turvattujen perusoikeuksien rajoitusten sallittavuutta. Vaatimus ihmisarvon loukkaamattomuudesta ilmaisee perustavanlaatuisten oikeuksien yleisinhimillisen perustan. Ainakin kaikkein perustavimpia ihmisyksilön oikeuksia voidaan pitää perimmältään valtion tahdosta ja kulloisestakin oikeusjärjestyksestä riippumattomina. Lisäksi ihmisarvon käsite viittaa kaikkien ihmisyksilöiden periaatteelliseen yhdenvertaisuuteen. Lainkohdan luettelon kolmas osa viittaa muun muassa yhdenvertaisuuteen sekä taloudellisiin, sosiaalisiin ja sivistyksellisiin perusoikeuksiin (HE 309/1993 vp, s. 42/I).

Perustuslain 19 §:n 1 momentin mukaan jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Välttämättömällä toimeentulolla ja huolenpidolla tarkoitetaan sellaista tulotasoa ja palveluja, joilla turvataan ihmisarvoisen elämän edellytykset. Avun saamisen edellytykset selvitetään yksilökohtaisella tarveharkinnalla. Tällaiseen tukeen kuuluu esimerkiksi terveyden ja elinkyvyn säilyttämisen kannalta välttämättömän ravinnon ja asumisen järjestäminen. Tukijärjestelmistä turvaavat ihmisarvoisen elämän perusedellytyksiä myös eräät lasten, vanhusten, vammaisten ja kehitysvammaisten huoltoon kuuluvat tukitoimet, erityisesti oikeus kiireelliseen sairaanhoitoon (HE 309/1993 vp s. 19, 35 ja 69/II). Kyseessä on välittömästi sovellettavissa oleva säännös, johon yksilö voi suoraan vedota (HE 309/1993 vp s. 35/I, ks. myös PeVL 18/2001 vp s. 4/II, PeVL 31/1997 vp s. 2/I).

Palveluvalikoiman periaatteilla ei voida ohittaa perustuslakia tai julkisen vallan velvollisuutta turvata perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien toteutuminen. Tämän painottamiseksi palveluvalikoiman periaatteisiin ehdotetaan yhdenvertaisuuden ja ihmisarvon loukkaamattomuuden läpileikkaavia periaatteita.

Perustuslain 19.3 §:n mukaan julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Julkisen vallan on myös tuettava perheen ja muiden lapsen huolenpidosta vastaavien mahdollisuuksia turvata lapsen hyvinvointi ja yksilöllinen kasvu. Perustuslakivaliokunnan kannan mukaan säännöksessä tarkoitetut ”riittävät palvelut” eivät perustuslain 19 §:n 3 momentissa tarkoitettussa mielessä voi samastua saman pykälän 1 momentin mukaiseen viimesijaiseen turvaan (PeVL 10/2009 vp, s. 3/II). Palvelujen riittävyttä arvioitaessa voidaan lähtökohtana pitää sellaista palvelujen tasoa, joka luo jokaiselle ihmiselle edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä (HE 309/1993 vp, s. 71).

Perustuslain 19 §:n 3 momentissa käytetyllä sääntelyvaraustyyppillä on haluttu korostaa lainsäätäjän rajoitettua, perustuslain ilmaisemaan pääsääntöön sidottua liikkuma-alaa (PeVM 25/1994 vp, s. 6/I; ks. myös PeVL 79/2022 vp, kappale 4, PeVL 17/2021 vp, kappale 69, PeVL 15/2018 vp, s. 5, PeVL 26/2017 vp, s. 32). Säännös ei sido sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistä nykyiseen lainsäädäntöön, vaan edellyttää riittävien palvelujen turvaamista jokaiselle, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään. Perustuslakivaliokunta on katsonut, että viittaus jokaiseen terveyspalveluihin oikeutettuna edellyttää viime kädessä yksilökohtaista arviointia palvelujen riittävyydestä (PeVL 30/2013 vp, s. 3/I, PeVL 17/2021 vp, kappale 71).

Velvoite edistää väestön terveyttä viittaa yhtäältä sosiaali- ja terveydenhuollon ehkäisevään toimintaan ja toisaalta yhteiskunnan olosuhteiden kehittämiseen väestön terveyttä edistävään suuntaan (HE 309/1993 vp, s. 71).

Nyt ehdotettu sääntely täsmentää julkisen vallan velvollisuutta turvata riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Palveluvalikoiman periaatteet vahvistavat riittävien palvelujen turvaamista. Ehdotettu sääntely mahdollistaa palveluvalikoiman määrittelemisen ja kohdentamisen pitkällä aikavälillä yhtäaikaaisesti yhdenvertaisuutta, vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta painottaen sekä sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevien perus- ja ihmisoikeusvelvoitteiden mukaisesti.

Ehdotetussa sääntelyssä pyritään vahvistamaan yksilön oikeuksien rinnalla perustuslain 19 §:n 3 momentissa tarkoitettua julkisen vallan velvollisuutta edistää väestön terveyttä. Lakiehdotuksilla tavoiteltava palveluvalikoiman ohjaaminen mahdollistaa pitkällä aikavälillä resurssien kohdentamista niihin vaikuttaviin palveluihin ja menetelmiin, joiden saatavuudessa ja saavutettavuudessa on havaittu väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen sekä hyvinvointi- ja terveyserojen vähentämisen näkökulmasta puutteita.

Periaatteilla edistetään myös riittävien sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaamista yksilötasolla, kun palveluja kohdennettaisiin vaikuttavasti. Lakiehdotukset tukevat pitkällä aikavälillä muun muassa oikea-aikaisen, vaikuttavan ja yksilöllisen tarpeen mukaisten palvelujen toteuttamista niille henkilöille, joiden tarvitsemissa palveluissa havaitaan tyydyttämättömiä palveluntarpeita. Avointen ja yhteisten periaatteiden avulla pyritään myös turvaamaan heikommassa asemassa olevien yksilöiden palvelujen toteuttamista siltä, että palvelujen välisessä resurssien kohdentamisessa etusijan saisivat ne ryhmät, joilla on palvelujärjestelmässä muutenkin paremmat edellytykset tulla kuulluksi ja puolustaa omaa intressiään.

Palveluvalikoiman määrittelystä voi seurata joidenkin palvelujen tai menetelmien rajaamista palveluvalikoiman ulkopuolelle. Kyse olisi yleensä toiminnasta, jolla saavutettava vaikutus yksilön terveyteen tai hyvinvointiin on vähäinen tai epävarma. Tällöin julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon resursseja vapautuu terveyshyödyltään vaikuttavampien menetelmien hyödyntämiseen. Palveluvalikoiman periaatteilla ei rajata ketään palvelujen ulkopuolelle, vaan ohjataan sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan kohdentamista. Jos henkilöllä on palvelun- tai hoidontarve, mutta jokin hänen hoitoonsa tai palveluntarpeeseensa liittyvä menetelmä on rajattu palveluvalikoiman ulkopuolelle, hänen hoidossaan tai hänelle myönnettävässä sosiaalipalvelussa käytetään palveluvalikoimaan kuuluvia muita menetelmiä.

Perustuslain 19 §:n mukainen oikeus riittäviin terveyspalveluihin turvaa vakavimmissa tilanteissa perustuslain 7 §:ssä perusoikeutena turvattua oikeutta elämään (PeVL 38/2022 vp, kappale 4, PeVL 59/2024 vp, kappale 12). Perustuslain 7 §:ssä turvataan jokaisen oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen.

Lakiehdotuksilla ei katsota olevan vaikutuksia perustuslain 7 §:n mukaisen oikeuden elämään turvaamisen kannalta. Palveluvalikoiman periaatteilla ei voida ohittaa perustuslakia tai julkisen vallan velvollisuutta turvata perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien toteutuminen. Palveluvalikoiman periaatteilla ei muutettaisi jokaisen oikeutta kiireellisiin sosiaalipalveluihin ja hoitoon. Palveluvalikoiman periaatteilla ei myöskään muuteta sosiaalihuollon lakisääteisiä palveluja. Terveystieteidenhuollossa olisi edelleen mahdollista käyttää palveluvalikoimaan kuulumatonta menetelmää, jos se on potilaan henkeä tai terveyttä vakavasti uhkaavan sairauden tai vamman takia lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti välttämätöntä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys sekä menetelmällä yksilöllisessä tilanteessa saavutettava terveyshyöty huomioon ottaen.

Perustuslain 6 §:n 1 momentin mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä (yleinen yhdenvertaisuuslauseke). Yleinen yhdenvertaisuuslauseke ilmaisee ihmisten yhdenvertaisuutta ja tasa-arvoa koskevan pääperiaatteen, johon kuuluu muodollisen yhdenvertaisuuden ohella tosiasiallinen yhdenvertaisuus. Säännökseen sisältyy myös mielivallan kieltö ja vaatimus samanlaisesta kohtelusta samanlaisissa tapauksissa. Yhdenvertaisuusvaatimus kohdistuu myös lainsäätäjään.

Perustuslain 6 §:n 2 momentin mukaan ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella (syrjintäkieltö). Säännös ei kiellä kaikenlaista erontekoa ihmisten välillä, vaan olennaista on, voidaanko erottelu perustella perusoikeusjärjestelmän kannalta hyväksyttävällä tavalla. Syrjintäkieltö ei sinänsä estä tosiasiallisen tasa-arvon turvaamiseksi tarpeellista erityiskohtelua. Erilaisen kohtelun mahdollistavalle hyväksyttävälle perusteelle asetettavat vaatimukset ovat korkeat silloin, kun erottelu perustuu syrjintäkiellessä tarkoitettuihin henkilöön liittyviin syihin. Perustuslain 6 §:n 3 momentin mukaan lapsia on kohdeltava tasa-arvoisesti yksilöinä, ja heidän tulee saada vaikuttaa itseään koskeviin asioihin kehitystään vastaavasti. Perustuslakivaliokunnan käytännössä on vakiintuneesti katsottu, ettei yhdenvertaisuusperiaatteesta johdu tiukkoja rajoja lainsäätäjän harkinnalle pyrittäessä kulloisenkin yhteiskuntakehityksen vaatimaan sääntelyyn (ks. esim. PeVL 46/2024 vp, PeVL 54/2022 vp, kappale 7, PeVL 20/2017 vp, s. 9, PeVL 53/2016 vp, s. 3).

Palveluvalikoiman periaatteista säätäminen johtaa hyvinvointialueiden järjestämän palvelutarjonnan yhdenmukaistamiseen maanlaajuisesti, mitä perustuslakivaliokunta on pitänyt myös perustuslain 6 §:n yhdenvertaisuussäännösten kannalta myönteisenä (PeVL 30/2013 vp s. 5).

Palveluvalikoiman periaatteilla ei aseteta tiettyä ryhmää muita heikompaan asemaan eikä toisaalta myöskään aseta tiettyä ryhmää erityisasemaan suhteessa muihin asiakkaisiin tai potilaisiin julkisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sekä lakiehdotusten myönteiset että mahdolliset kielteiset vaikutukset painottuisivat kuitenkin niihin henkilöihin, jotka käyttävät yksinomaan julkisia palveluja, verrattuna henkilöihin, joilla on käytössään laajat työterveyshuollon palvelut tai mahdollisuus käyttää yksityisiä palveluja. Periaatteiden tarkoituksena on kuitenkin tukea pitkällä aikavälillä väestön hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamista ja palvelujen yhdenvertaista saatavuutta koko maassa kohdentamalla toimintaa yhdenvertaisemmin, vaikuttavammin ja kustannusvaikuttavammin.

Esityksellä tavoitellaan resurssien vaikuttavampaa kohdistamista sekä horisontaalisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen välillä että vertikaalisesti perustason ja erityistason palvelujen välillä. Terveystieteidenhuollossa periaatteilla pyritään tukemaan perusterveydenhuollon sekä ennaltaehkäisevien ja terveyttä edistävien menetelmien painottamista. Sosiaalihuollossa

vastaavalla muutoksella pyritään palvelujen, toimenpiteiden, menetelmien ja työmuotojen vaikuttavampaan kohdentamiseen sekä väestön hyvinvoinnin edistämisen ja ennaltaehkäisyn painottamiseen.

Yhdenmukaisella palveluvalikoimalla varmistetaan, että yksilön saamat sosiaali- ja terveyspalvelut määrittyvät hänen yksilöllisen palvelutarpeensa mukaisesti eivätkä henkilön asuinpaikan mukaan tai sen mukaan, millainen kyky hänellä tai hänen omaisillaan on vaatia toiveidensa mukaisia palveluja. Yhdenvertaisuus ja ihmisarvon loukkaamattomuus läpileikkaavina periaatteina kiinnittävät erityistä huomiota yhdenvertaisuuden ja syrjimättömyyden vaatimuksiin palveluvalikoimaa koskevassa kokonaisharkinnassa. Siten esitys on sopusoinnussa perustuslain 6 §:n kanssa.

Lakiehdotuksilla edistetään perustuslain 22 §:n mukaista julkisen vallan velvollisuutta turvata perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien toteutuminen kokoamalla yhteen sosiaali- ja terveydenhuollon kannalta olennaiset näkökohdat, jotka tulee ottaa huomioon palveluvalikoiman määrittelyssä. Palveluvalikoiman periaatteina yhdenvertaisuus ja ihmisarvon loukkaamattomuus ohjaavat ottamaan päätöksenteossa huomioon asiakkaiden ja potilaiden perus- ja ihmisoikeuksiin liittyvät näkökohdat. Esimerkiksi palveluvalikoiman periaatteiden soveltamisessa tulee ottaa huomioon lapsen oikeuksien sopimuksen 3 artiklan mukainen lapsen edun ensisijaisuus asian edellyttämällä tavalla sekä valintojen vaikutukset henkilön osallisuuteen ja kykyyn toteuttaa itsemääräämisoikeuttaan.

Ottaen kuitenkin huomioon edellä todetut seikat liittyen palveluvalikoiman määrittelyssä mahdollisesti toteutettaviin pois rajauksiin sekä kohdentamiseen, on pidettävä asianmukaisena sitä, että muutoksen vaikutuksia seurataan palveluvalikoimaa koskevan kansallisen päätöksenteon ja ohjauksen osana.

Edellä mainituilla perusteilla lakiehdotukset voidaan käsitellä tavallisessa lainsäätämisyjärjestyksessä. Koska esitykseen sisältyy perustuslain 19 §:n 3 momentin tulkinnan kannalta merkityksellisiä seikkoja, hallitus pitää kuitenkin suotavana, että perustuslakivaliokunta antaisi asiasta lausunnon.

Ponsi

Edellä esitetyn perusteella annetaan eduskunnan hyväksyttäväksi seuraavat lakiehdotukset:

1.

Laki

terveydenhuoltolain 7 a §:n muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan terveydenhuoltolain (1326/2010) 7 a §, sellaisena kuin se on laissa 1202/2013,
seuraavasti:

7 a §

Terveystenhuollon palveluvalikoiman periaatteet

Terveystenhuollon palveluvalikoimalla tarkoitetaan lääketieteellisesti ja hammaslääketieteellisesti perusteltua yksilön tai väestön sairauksien ennaltaehkäisyä, sairauden tai vamman toteamiseksi tehtäviä tutkimuksia sekä taudinmäärittäystä, hoitoa ja kuntoutusta.

Palveluvalikoimaan kuulumisen edellytyksenä on, että terveyden- ja sairaanhoidon toimenpiteen, tutkimuksen, hoidon tai kuntoutuksen:

- 1) tavoitteena on vastata yksilön tai väestön terveyden- ja sairaanhoidon tarpeeseen;
- 2) sisältämät riskit potilaan hengelle tai terveydelle eivät ole kohtuuttoman suuret suhteessa saavutettavissa olevaan terveyshyötyyn;
- 3) vaikuttavuus terveyteen tai hyvinvointiin on saatavilla olevan näytön perusteella riittävää; ja
- 4) kustannukset ovat saavutettavissa olevaan terveys- tai hyvinvointihyötyyn ja hoidolliseen arvoon nähden kohtuulliset.

Terveyden- ja sairaanhoidon toimenpiteen, tutkimuksen, hoidon tai kuntoutuksen palveluvalikoimaan kuulumista koskeva päätöksenteko perustuu kokonaisharkintaan, ja siinä tulee varmistaa potilaiden yhdenvertaisuus ja ihmisarvon loukkaamattomuus.

Potilasta voidaan tutkia ja hoitaa palveluvalikoimaan kuulumattomalla lääketieteellisellä tai hammaslääketieteellisellä tutkimus- ja hoitomenetelmällä, jos se on potilaan henkeä tai terveyttä vakavasti uhkaavan sairauden tai vamman takia lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti välttämätöntä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys sekä menetelmällä yksilöllisessä tilanteessa saavutettavissa oleva terveyshyöty huomioon ottaen.

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 .

2.

Laki

sosiaalihuoltolain muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
lisätään sosiaalihuoltolain (1301/2014) 3 §:ään, sellaisena kuin se on osaksi laeissa 790/2022 ja 1280/2022, uusi 8 kohta ja lakiin uusi 30 a § seuraavasti:

3 §

Määritelmät

Tässä laissa tarkoitetaan:

8) *sosiaalihuollon palveluvalikoimalla* sosiaalipalvelujen ja muun sosiaalihuollon toiminnan ja niihin sisältyvien toimenpiteiden, menetelmien ja työmuotojen kokonaisuutta.

30 a §

Sosiaalihuollon palveluvalikoiman periaatteet

Sosiaalihuollon palveluvalikoimaan kuulumisen edellytyksenä on, jollei muualla laissa toisin säädetä, että sosiaalihuollon palvelun, toimenpiteen, menetelmän tai työmuodon:

1) tavoitteena on vastata asiakkaan sosiaalisen hyvinvoinnin, turvallisuuden tai toimintakyvyn edistämisen tai ylläpitämisen tarpeeseen tai väestössä esiintyvään sosiaaliseen ongelmaan tai sen ilmeiseen uhkaan;

2) toteuttaminen on asiakasturvallista;

3) vaikuttavuus hyvinvointiin on saatavilla olevan näytön perusteella riittävää; ja

4) kustannukset ovat saavutettavissa olevaan hyvinvointihyötyyn nähden kohtuulliset.

Sosiaalihuollon toimenpiteen, menetelmän tai työmuodon palveluvalikoimaan kuulumista koskeva päätöksenteko perustuu kokonaisharkintaan, ja siinä tulee varmistaa asiakkaiden yhdenvertaisuus ja ihmisarvon loukkaamattomuus.

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 .

3.

Laki

sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain 36 §:n muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain (612/2021) 36 §:n 3 momentin 8 kohta seuraavasti:

36 §

Hyvinvointialueiden yhteistyösopimus

Yhteistyösopimuksessa on sovittava, ottaen huomioon, mitä niistä on tässä laissa ja toisaalla säädetty, hyvinvointialueiden työnjaosta, yhteistyöstä ja yhteensovittamisesta:

8) sosiaalihuollon palvelujen, toimenpiteiden, menetelmien ja työmuotojen sekä terveydenhuollon menetelmien käyttöönottoa, käyttöä ja käytöstä poistamista koskevista yhteistyöaluetasoisista yhteistyörakenteista ja ohjauksesta ottaen huomioon terveydenhuoltolain 7 a § ja sosiaalihuoltolain 30 a § sekä palveluvalikoimaa koskevat valtakunnalliset linjaukset;

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 .

Helsingissä x.x.20xx

Pääministeri

Petteri Orpo

Sosiaali- ja terveysministeri Kaisa Juuso

1.

Laki

terveydenhuoltolain 7 a §:n muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan terveydenhuoltolain (1326/2010) 7 a §, sellaisena kuin se on laissa 1202/2013,
seuraavasti:

Voimassa oleva laki

Ehdotus

7 a §

7 a §

Terveydenhuollon palveluvalikoima

*Terveydenhuollon palveluvalikoiman
periaatteet*

Terveydenhuollon palveluvalikoimaan kuuluvat lääketieteellisesti ja hammaslääketieteellisesti perusteltu sairauksien ennaltaehkäisy, sairauden toteamiseksi tehtävät tutkimukset sekä taudinmäärittäminen, hoito ja kuntoutus.

Palveluvalikoimaan ei kuitenkaan kuulu sellainen terveyden- ja sairaanhoidon toimenpide, tutkimus, hoito ja kuntoutus, johon sisältyy saavutettavan terveyshyödyn kannalta kohtuuttoman suuri riski potilaan hengelle tai terveydelle tai jonka vaikuttavuus on vähäinen ja jonka aiheuttamat kustannukset ovat kohtuuttomat saavutettavissa olevaan terveyshyötyyn ja hoidolliseen arvoon nähden.

Terveydenhuollon palveluvalikoimalla tarkoitetaan lääketieteellisesti ja hammaslääketieteellisesti perusteltua yksilön tai väestön sairauksien ennaltaehkäisyä, sairauden tai vamman toteamiseksi tehtäviä tutkimuksia sekä taudinmäärittäystä, hoitoa ja kuntoutusta.

Palveluvalikoimaan kuulumisen edellytyksenä on, että terveyden- ja sairaanhoidon toimenpiteen, tutkimuksen, hoidon tai kuntoutuksen:

1) tavoitteena on vastata yksilön tai väestön terveyden- ja sairaanhoidon tarpeeseen;

2) sisältämät riskit potilaan hengelle tai terveydelle eivät ole kohtuuttoman suuret suhteessa saavutettavissa olevaan terveyshyötyyn;

3) vaikuttavuus terveyteen tai hyvinvointiin on saatavilla olevan näytön perusteella riittävää; ja

4) kustannukset ovat saavutettavissa olevaan terveys- tai hyvinvointihyötyyn ja hoidolliseen arvoon nähden kohtuulliset.

Terveyden- ja sairaanhoidon toimenpiteen, tutkimuksen, hoidon tai kuntoutuksen palveluvalikoimaan kuulumista koskeva päätöksenteko perustuu kokonaisharkintaan, ja siinä tulee varmistaa potilaiden yhdenvertaisuus ja ihmisarvon loukkaamattomuus.

Voimassa oleva laki

Potilasta voidaan tutkia ja hoitaa palveluvalikoimaan kuulumattomalla lääketieteellisellä tai hammaslääketieteellisellä tutkimus- ja hoitomenetelmällä, jos se on potilaan henkeä tai terveyttä vakavasti uhkaavan sairauden tai vamman takia lääketieteellisesti välttämätöntä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen.

Ehdotus

Potilasta voidaan tutkia ja hoitaa palveluvalikoimaan kuulumattomalla lääketieteellisellä tai hammaslääketieteellisellä tutkimus- ja hoitomenetelmällä, jos se on potilaan henkeä tai terveyttä vakavasti uhkaavan sairauden tai vamman takia lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti välttämätöntä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys sekä menetelmällä yksilöllisessä tilanteessa saavutettavissa oleva terveyshyöty huomioon ottaen.

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 .

2.

Laki

sosiaalihuoltolain muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
lisätään sosiaalihuoltolain (1301/2014) 3 §:ään, sellaisena kuin se on osaksi laeissa 790/2022 ja 1280/2022, uusi 8 kohta ja lakiin uusi 30 a § seuraavasti:

Voimassa oleva laki

Ehdotus

3 §

Määritelmät

Tässä laissa tarkoitetaan:

1) *sosiaalipalveluilla* hyvinvointialueen sosiaalipalveluja sekä muita toimia, joilla sosiaalihuollon ammattihenkilöt ja muu asiakastyöhön osallistuva henkilöstö edistävät ja ylläpitävät yksilön, perheen ja yhteisön toimintakykyä, sosiaalista hyvinvointia, turvallisuutta ja osallisuutta;

2) *asiakkaalla* sosiaalihuoltoa hakevaa tai käyttävää taikka tahdostaan riippumatta sen kohteena olevaa henkilöä;

3) *erityistä tukea tarvitsevilla henkilöllä ja asiakkaalla* henkilöä, jolla on erityisiä vaikeuksia hakea ja saada tarvitsemiaan sosiaali- ja terveyspalveluja kognitiivisen tai psyykkisen vamman tai sairauden, päihteiden ongelmakäytön tai muun riippuvuuskäyttäytymisen, usean yhtäaikaisen tuen tarpeen tai muun vastaavan syyn vuoksi ja jonka tuen tarve ei liity korkeaan ikään siten kuin ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain (980/2012), jäljempänä *vanhuspalvelulaki*, 3 §:ssä säädetään;

4) *lapsella* alle 18-vuotiasta henkilöä;

5) *nuorella* 18–24-vuotiasta henkilöä;

6) *erityistä tukea tarvitsevilla lapsella* lasta, jonka kasvuolosuhteet vaarantavat tai eivät turvaa lapsen terveyttä tai kehitystä tai joka itse käyttäytymisellään vaarantaa terveyttään

3 §

Määritelmät

Tässä laissa tarkoitetaan:

1) *sosiaalipalveluilla* hyvinvointialueen sosiaalipalveluja sekä muita toimia, joilla sosiaalihuollon ammattihenkilöt ja muu asiakastyöhön osallistuva henkilöstö edistävät ja ylläpitävät yksilön, perheen ja yhteisön toimintakykyä, sosiaalista hyvinvointia, turvallisuutta ja osallisuutta;

2) *asiakkaalla* sosiaalihuoltoa hakevaa tai käyttävää taikka tahdostaan riippumatta sen kohteena olevaa henkilöä;

3) *erityistä tukea tarvitsevilla henkilöllä ja asiakkaalla* henkilöä, jolla on erityisiä vaikeuksia hakea ja saada tarvitsemiaan sosiaali- ja terveyspalveluja kognitiivisen tai psyykkisen vamman tai sairauden, päihteiden ongelmakäytön tai muun riippuvuuskäyttäytymisen, usean yhtäaikaisen tuen tarpeen tai muun vastaavan syyn vuoksi ja jonka tuen tarve ei liity korkeaan ikään siten kuin ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain (980/2012), jäljempänä *vanhuspalvelulaki*, 3 §:ssä säädetään;

4) *lapsella* alle 18-vuotiasta henkilöä;

5) *nuorella* 18–24-vuotiasta henkilöä;

6) *erityistä tukea tarvitsevilla lapsella* lasta, jonka kasvuolosuhteet vaarantavat tai eivät turvaa lapsen terveyttä tai kehitystä tai joka itse käyttäytymisellään vaarantaa terveyttään

tai kehitystään tai joka on erityisen tuen tarpeessa 3 kohdassa mainituista syistä;

7) *toimintayksiköllä* julkisen tai yksityisen palveluntuottajan ylläpitämää toiminnallista kokonaisuutta, joka toteuttaa sosiaalipalveluja palveluntuottajan tiloissa tai asiakkaan kotona.

tai kehitystään tai joka on erityisen tuen tarpeessa 3 kohdassa mainituista syistä;

7) *toimintayksiköllä* julkisen tai yksityisen palveluntuottajan ylläpitämää toiminnallista kokonaisuutta, joka toteuttaa sosiaalipalveluja palveluntuottajan tiloissa tai asiakkaan kotona.

8) *sosiaalihuollon palveluvalikoimalla* sosiaalipalvelujen ja muun sosiaalihuollon toiminnan ja niihin sisältyvien toimenpiteiden, menetelmien ja työmuotojen kokonaisuutta.

30 a §

Sosiaalihuollon palveluvalikoiman periaatteet

Sosiaalihuollon palveluvalikoimaan kuulumisen edellytyksenä on, jollei muualla laissa toisin säädetä, että sosiaalihuollon palvelun, toimenpiteen, menetelmän tai työmuodon:

1) *tavoitteena on vastata asiakkaan sosiaalisen hyvinvoinnin, turvallisuuden tai toimintakyvyn edistämisen tai ylläpitämisen tarpeeseen tai väestössä esiintyvään sosiaaliseen ongelmaan tai sen ilmeiseen uhkaan;*

2) *toteuttaminen on asiakasturvallista;*

3) *vaikuttavuus hyvinvointiin on saatavilla olevan näytön perusteella riittävää; ja*

4) *kustannukset ovat saavutettavissa olevaan hyvinvointihyötyyn nähden kohtuulliset.*

Sosiaalihuollon toimenpiteen, menetelmän tai työmuodon palveluvalikoimaan kuulumista koskeva päätöksenteko perustuu kokonaisharkintaan, ja siinä tulee varmistaa asiakkaiden yhdenvertaisuus ja ihmisarvon loukkaamattomuus.

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 .

3.

Laki

sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain 36 §:n muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain (612/2021) 36 §:n 3 momentin 8 kohta seuraavasti:

Voimassa oleva laki

Ehdotus

36 §

Hyvinvointialueiden yhteistyösopimus

Samaan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueeseen kuuluvien hyvinvointialueiden on tehtävä yhteistyösopimus valtuustokausittain. Yhteistyösopimuksen tarkoituksena on varmistaa yhteistyöalueeseen kuuluvien hyvinvointialueiden työnjako, yhteistyö ja yhteensovittaminen siltä osin kuin se on tarpeellista hyvinvointialueiden lakisääteisten tehtävien toteutumisen ja sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuuden turvaamiseksi.

Yhteistyösopimuksen on edistettävä sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuutta, tuottavuutta, laatua, asiakas- ja potilasturvallisuutta, tarpeenmukaisuutta, yhdenvertaista saatavuutta, kielellisiä oikeuksia sekä palveluketjujen ja palvelukokonaisuuksien toimivuutta. Sopimuksessa on lisäksi varmistettava, että yhteistyösopimuksen perusteella sosiaali- ja terveydenhuoltoa antavassa toimintayksikössä on tehtävän hoitamiseksi riittävät taloudelliset ja henkilöstövoimavarat sekä osaaminen.

Yhteistyösopimuksessa on sovittava, ottaen huomioon, mitä niistä on tässä laissa ja toisaalla säädetty, hyvinvointialueiden työnjaosta, yhteistyöstä ja yhteensovittamisesta:

1) väestön palvelutarpeen arvioinnissa ja ennakkoinnissa sekä sosiaali- ja

36 §

Hyvinvointialueiden yhteistyösopimus

Samaan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueeseen kuuluvien hyvinvointialueiden on tehtävä yhteistyösopimus valtuustokausittain. Yhteistyösopimuksen tarkoituksena on varmistaa yhteistyöalueeseen kuuluvien hyvinvointialueiden työnjako, yhteistyö ja yhteensovittaminen siltä osin kuin se on tarpeellista hyvinvointialueiden lakisääteisten tehtävien toteutumisen ja sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuuden turvaamiseksi.

Yhteistyösopimuksen on edistettävä sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuutta, tuottavuutta, laatua, asiakas- ja potilasturvallisuutta, tarpeenmukaisuutta, yhdenvertaista saatavuutta, kielellisiä oikeuksia sekä palveluketjujen ja palvelukokonaisuuksien toimivuutta. Sopimuksessa on lisäksi varmistettava, että yhteistyösopimuksen perusteella sosiaali- ja terveydenhuoltoa antavassa toimintayksikössä on tehtävän hoitamiseksi riittävät taloudelliset ja henkilöstövoimavarat sekä osaaminen.

Yhteistyösopimuksessa on sovittava, ottaen huomioon, mitä niistä on tässä laissa ja toisaalla säädetty, hyvinvointialueiden työnjaosta, yhteistyöstä ja yhteensovittamisesta:

1) väestön palvelutarpeen arvioinnissa ja ennakkoinnissa sekä sosiaali- ja

terveydenhuollon järjestämisen seurannassa ja arvioinnissa;

2) sosiaalipäivystyksessä ja terveydenhuollon päivystyksessä;

3) ensihoitokeskuksen tehtävien järjestämisessä ja ensihoidon sovittamisessa yhteen muun toiminnan kanssa;

4) lääkinnällisten tukipalvelujen ja muiden tukipalvelujen järjestämisessä ja tuottamisessa;

5) erikoissairaanhoidon henkilöstön ja osaamisen varmistamisessa erikoisaloittain palvelujen tarkoituksenmukaisen saatavuuden ja saavutettavuuden turvaamiseksi;

6) sellaisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisessä ja tuottamisessa, jotka harvoin tarvittavina tai erityisen vaativina edellyttävät toistettavuutta tai laaja-alaista erityisosaamista riittävän taidon ja osaamisen saavuttamiseksi ja sen ylläpitämiseksi tai merkittäviä investointeja laitteistoihin, välineisiin tai toimitiloihin;

7) koulutus-, tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoiminnan strategisesta suunnitelmasta ja sen toteuttamisesta sekä yliopistollista sairaalaa ylläpitävän hyvinvointialueen koordinaatio-, ohjaus- ja neuvontatehtävistä näissä toiminnoissa;

8) sosiaali- ja terveydenhuollon menetelmien käyttöönoton, käytön ja käytöstä poistamisen alueellisten periaatteiden määrittelyssä niitä koskevat valtakunnalliset linjaukset huomioon ottaen;

9) sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan ja sähköisten palvelujen kehittämisessä, asiakas- ja potilastietojen käytössä sekä julkisen hallinnon tiedonhallinnasta annetun lain mukaisissa velvoitteissa niitä koskevat valtakunnalliset linjaukset huomioon ottaen;

10) häiriötilanteisiin ja poikkeusoloihin varautumisessa, 50 a §:ssä tarkoitettussa häiriötilanteiden ja poikkeusolojen hallinnassa sosiaali- ja terveydenhuollon

terveydenhuollon järjestämisen seurannassa ja arvioinnissa;

2) sosiaalipäivystyksessä ja terveydenhuollon päivystyksessä;

3) ensihoitokeskuksen tehtävien järjestämisessä ja ensihoidon sovittamisessa yhteen muun toiminnan kanssa;

4) lääkinnällisten tukipalvelujen ja muiden tukipalvelujen järjestämisessä ja tuottamisessa;

5) erikoissairaanhoidon henkilöstön ja osaamisen varmistamisessa erikoisaloittain palvelujen tarkoituksenmukaisen saatavuuden ja saavutettavuuden turvaamiseksi;

6) sellaisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisessä ja tuottamisessa, jotka harvoin tarvittavina tai erityisen vaativina edellyttävät toistettavuutta tai laaja-alaista erityisosaamista riittävän taidon ja osaamisen saavuttamiseksi ja sen ylläpitämiseksi tai merkittäviä investointeja laitteistoihin, välineisiin tai toimitiloihin;

7) koulutus-, tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoiminnan strategisesta suunnitelmasta ja sen toteuttamisesta sekä yliopistollista sairaalaa ylläpitävän hyvinvointialueen koordinaatio-, ohjaus- ja neuvontatehtävistä näissä toiminnoissa;

8) *sosiaalihuollon palvelujen, toimenpiteiden, menetelmien ja työmuotojen sekä terveydenhuollon menetelmien käyttöönottoa, käyttöä ja käytöstä poistamista koskevista yhteistyöaluetasoisista yhteistyörakenteista ja ohjauksesta ottaen huomioon terveydenhuoltolain 7 a § ja sosiaalihuoltolain 30 a § sekä palveluvalikoimaa* koskevat valtakunnalliset linjaukset;

9) sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan ja sähköisten palvelujen kehittämisessä, asiakas- ja potilastietojen käytössä sekä julkisen hallinnon tiedonhallinnasta annetun lain mukaisissa velvoitteissa niitä koskevat valtakunnalliset linjaukset huomioon ottaen;

10) häiriötilanteisiin ja poikkeusoloihin varautumisessa, 50 a §:ssä tarkoitettussa häiriötilanteiden ja poikkeusolojen hallinnassa sosiaali- ja terveydenhuollon

yhteistyöalueella sekä 51 §:ssä tarkoitetun valmiuskeskuksen toiminnan järjestämisestä;

11) vaikutuksiltaan laajakantoisia ja taloudellisesti merkittäviä investointeja ja investointia vastaavia sopimuksia koskien siltä osin kuin se on tarpeellista 1–10 kohdassa tarkoitettujen asioiden kannalta.

Lisäksi yhteistyösopimuksessa on sovittava 3 momentin perusteella sovittuihin vastuisiin liittyvästä hyvinvointialueiden välisestä kustannusten jaosta siltä osin kuin siitä ei 57 §:ssä säädetä. Yhteistyösopimuksessa voidaan sopia myös muusta kuin 3 momentissa tarkoitetusta työnjaosta, yhteistyöstä ja yhteensovittamisesta sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä ja tuottamisessa. Yhteistyösopimus on yhteen sovitettava 39 §:ssä tarkoitetun kaksikielisten hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksen kanssa.

Valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkempia säännöksiä 3 ja 4 momentissa tarkoitetuista asioista, joista on sovittava yhteistyösopimuksessa.

yhteistyöalueella sekä 51 §:ssä tarkoitetun valmiuskeskuksen toiminnan järjestämisestä;

11) vaikutuksiltaan laajakantoisia ja taloudellisesti merkittäviä investointeja ja investointia vastaavia sopimuksia koskien siltä osin kuin se on tarpeellista 1–10 kohdassa tarkoitettujen asioiden kannalta.

Lisäksi yhteistyösopimuksessa on sovittava 3 momentin perusteella sovittuihin vastuisiin liittyvästä hyvinvointialueiden välisestä kustannusten jaosta siltä osin kuin siitä ei 57 §:ssä säädetä. Yhteistyösopimuksessa voidaan sopia myös muusta kuin 3 momentissa tarkoitetusta työnjaosta, yhteistyöstä ja yhteensovittamisesta sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä ja tuottamisessa. Yhteistyösopimus on yhteen sovitettava 39 §:ssä tarkoitetun kaksikielisten hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksen kanssa.

Valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkempia säännöksiä 3 ja 4 momentissa tarkoitetuista asioista, joista on sovittava yhteistyösopimuksessa.

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 .
