

## HE 90/2026 vp

### **Hallituksen esitys eduskunnalle sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoiman periaatteita koskevaksi lainsäädännöksi**

#### **ESITYKSEN PÄÄASIALLINEN SISÄLTÖ**

Esityksessä ehdotetaan muutettaviksi terveydenhuoltolakia, sosiaalihuoltolakia ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annettua lakia sekä näihin liittyen vankeuslakia, tutkintavankeuslakia, mielenterveyslakia ja korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annettua lakia. Lakiehdotusten tavoitteena on edistää sosiaali- ja terveydenhuollon vaikuttavuutta sekä asiakkaiden ja potilaiden yhdenvertaisuutta. Tavoitteena on lisätä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoimaa koskevien valintojen avoimuutta ja hyväksyttävyyttä sekä kansallisesti että palvelujen järjestämisen ja toteuttamisen tasolla.

Pääministeri Petteri Orpon hallituksen hallitusohjelman mukaan säädetään periaatteista, joiden mukaan palvelujen ja menetelmien kuulumisen 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.

Esityksen mukaan terveydenhuoltolaissa ja sosiaalihuoltolaissa säädettäisiin periaatteista, joiden mukaan palveluiden ja menetelmien kuulumisen 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 hyvinvointialueiden työnjaosta, yhteistyöstä ja yhteensovittamisesta sosiaalihuollon palvelujen ja työmuotojen sekä terveydenhuollon palvelujen ja menetelmien käyttöönottoa, käyttöä ja käytöstä poistamista sekä niihin liittyvää ohjausta koskien. Vankeuslakiin, tutkintavankeuslakiin, mielenterveyslakiin ja korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annettuun lakiin lisättäisiin viittaukset yhtenäisen hoidon perusteita ja palveluvalikoiman periaatteita koskeviin säännöksiin.

Ehdotetut lait on tarkoitettu tulemaan voimaan 1.1.2027.

---

## SISÄLLYS

ESITYKSEN PÄÄASIAALLINEN SISÄLTÖ .....	1
PERUSTELUT .....	4
1 Asian tausta ja valmistelu .....	4
1.1 Tausta .....	4
1.2 Valmistelu .....	4
2 Nykytila ja sen arviointi .....	6
2.1 Johdanto .....	6
2.2 Perustuslaki .....	6
2.3 Kansainväliset ihmisoikeussopimukset .....	9
2.3.1 TSS-sopimus .....	9
2.3.2 Lapsen oikeuksien sopimus .....	10
2.3.3 Vammaissopimus .....	11
2.3.4 Euroopan ihmisoikeussopimus .....	12
2.3.5 Euroopan sosiaalinen peruskirja .....	13
2.3.6 Euroopan bioetiikkasopimus .....	14
2.4 Julkisesti rahoitettu sosiaali- ja terveydenhuolto .....	14
2.4.1 Hyvinvointialueiden järjestämisvastuu .....	14
2.4.2 Sairaanhoidokorvaukset .....	15
2.4.3 Toimeentulotuki .....	16
2.4.4 Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuudet ja kuntoutusrahaetuudet .....	17
2.4.5 Rikosseuraamuslaitoksen järjestämät sosiaalipalvelut .....	17
2.4.6 Vankiterveydenhuolto .....	17
2.4.7 Valtion mielisairaalat .....	18
2.4.8 Valtion koulukodit .....	18
2.4.9 Korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuolto .....	19
2.4.10 Kansainvälistä suojelua hakeville, tilapäistä suojelua saaville sekä ihmiskaupan uhreille annettavat vastaanottopalvelut .....	19
2.4.11 Puolustusvoimien järjestämä terveydenhuolto .....	20
2.5 Terveydenhuoltolaki, potilaslaki ja laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä .....	21
2.6 Terveydenhuollon sisältöohjaus ja terveydenhuollon menetelmien arviointitoiminta .....	23
2.7 Sosiaalihuollon yleislainsäädäntö .....	25
2.8 Sosiaali- ja terveydenhuollon valvonta .....	28
2.9 Yhdenvertaisuuslaki .....	28
2.10 Kielellisiä oikeuksia koskeva lainsäädäntö sosiaali- ja terveydenhuollossa .....	29
2.11 Sosiaali- ja terveydenhuollon priorisointi .....	30
2.12 Nykytilan arviointi .....	31
3 Tavoitteet .....	35
4 Ehdotukset ja niiden vaikutukset .....	36
4.1 Keskeiset ehdotukset .....	36
4.2 Pääasialliset vaikutukset .....	37
4.2.1 Johdanto .....	37
4.2.2 Taloudelliset vaikutukset .....	37
4.2.3 Ihmisiin kohdistuvat ja yhteiskunnalliset vaikutukset .....	43

5 Muut toteuttamisvaihtoehdot.....	57
5.1 Vaihtoehdot ja niiden vaikutukset .....	57
5.2 Ulkomaiden lainsäädäntö ja muut ulkomailla käytetyt keinot .....	59
5.2.1 Terveysterveysto .....	59
5.2.2 Sosiaalihuolto .....	61
6 Lausuntopalaute.....	62
7 Säännöskohtaiset perustelut.....	64
7.1 Terveysterveysto .....	64
7.2 Sosiaalihuolto .....	84
7.3 Laki sosiaali- ja terveysterveysto järjestämisestä .....	99
7.4 Vankeuslaki .....	100
7.5 Tutkintavankeuslaki.....	101
7.6 Mielenterveyslaki .....	101
7.7 Laki korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta .....	101
8 Voimaantulo .....	102
9 Toimeenpano ja seuranta.....	102
10 Suhde muihin esityksiin .....	104
10.1 Esityksen riippuvuus muista esityksistä .....	104
10.2 Suhde talousarvioesitykseen.....	105
11 Suhde perustuslakiin ja säätämijärjestys.....	105
11.1 Johdanto .....	105
11.2 Valtiosäätö ja oikeusvaltioperiaate .....	106
11.3 Yhdenvertaisuus .....	106
11.4 Oikeus sosiaaliturvaan ja oikeus elämään .....	109
11.5 Perusoikeuksien turvaaminen .....	115
11.6 Vaatimus säätää yksilön oikeuksien ja velvollisuuksien perusteista lailla.....	115
11.7 Itsehallinto kuntia suuremmilla hallintoalueilla .....	120
LAKIEHDOTUKSET .....	121
1. Laki terveysterveysto lain 7 a §:n muuttamisesta .....	121
2. Laki sosiaalihuolto lain muuttamisesta.....	122
3. Laki sosiaali- ja terveysterveysto järjestämisestä annetun lain 36 §:n muuttamisesta .....	123
4. Laki vankeuslain 10 luvun 1 §:n muuttamisesta.....	124
5. Laki tutkintavankeuslain 6 luvun 1 §:n muuttamisesta .....	125
6. Laki mielenterveyslain 6 §:n muuttamisesta .....	126
7. Laki korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain 3 §:n muuttamisesta .....	127
LIITE .....	128
RINNAKKAISTEKSTIT .....	128
1. Laki terveysterveysto lain 7 a §:n muuttamisesta .....	128
2. Laki sosiaalihuolto lain muuttamisesta.....	130
3. Laki sosiaali- ja terveysterveysto järjestämisestä annetun lain 36 §:n muuttamisesta .....	132
4. Laki vankeuslain 10 luvun 1 §:n muuttamisesta.....	135
5. Laki tutkintavankeuslain 6 luvun 1 §:n muuttamisesta .....	137
6. Laki mielenterveyslain 6 §:n muuttamisesta .....	140

7. Laki korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain 3 §:n muuttamisesta .....	142
--	-----

## 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 edistämistä toteutetaan osana hallitusohjelmaan kirjattua sosiaali- ja terveydenhuollon sisältölainsäädännön sekä siihen liittyvän ohjauksen uudistamista, jotta ne vastaisivat paremmin sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteita ja valtakunnallisia tavoitteita. Hallitusohjelmaan kirjattujen toimenpiteiden tavoitteena on muun muassa vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden lisääminen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoimaa koskien on tehty useita selvityksiä. Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut esimerkiksi kansallisen terveydenhuollon palveluvalikoiman määrittämisen periaatteita, rakennetta ja kehittämismahdollisuuksia koskevan selvityksen<sup>1</sup> ja kustannusvaikuttavuuden käyttämistä yhtenä terveydenhuollon palveluvalikoiman määrittelykriteerinä koskevan selvityksen<sup>2</sup>. Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut kaksi sosiaalihuollon selvitystä, joista toinen käsittelee sosiaalihuollon porrasteisuutta<sup>3</sup> ja toinen sosiaalihuollon sisältöohjausta<sup>4</sup>. Valtioneuvoston kanslia on julkaissut terveydenhuollon palveluvalikoiman priorisointia koskevan selvityksen<sup>5</sup>.

#### 1.2 Valmistelu

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

---

<sup>1</sup> Kansallinen terveydenhuollon palveluvalikoima. Määrittämisen periaatteet, rakenne ja kehittämismahdollisuudet. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2020:31. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/162447>

<sup>2</sup> Selvitys kustannusvaikuttavuuden käyttämisestä yhtenä terveydenhuollon palveluvalikoiman määrittelykriteerinä – korjattu laitos. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:30. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/160237>

<sup>3</sup> Sosiaalihuollon porrasteisuus uusissa sote-rakenteissa: Nykytila ja ehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2024:5. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/165424>

<sup>4</sup> Sosiaalihuollon sisältöohjaus hyvinvointialuerakenteessa: Nykytila ja toimenpide-ehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2024:3. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/165421>

<sup>5</sup> Terveydenhuollon palveluvalikoiman priorisointi. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2022:53. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/164298>

Esityksen valmistelun aikana sosiaali- ja terveysministeriö mahdollisti eri tahojen osallistumista ja laajaa yhteiskunnallista keskustelua jo ennen varsinaista esitysluonnoksen lausuntovaihetta. Ministeriö pyysi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäjiltä ja tuottajilta sekä sidosryhmäorganisaatioilta ja viranomaisilta näkemyksiä palveluvalikoiman periaatteiden aiheista erillisellä verkkoalustalla vuoden vaiheessa 2024–2025.<sup>6</sup> Vastauksia saatiin 123 organisaatiolta. Sosiaali- ja terveysministeriö järjesti sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille kyselyn sosiaali- ja terveydenhuollon priorisointiperiaatteista keväällä 2025.<sup>7</sup> Kantaa otti 792 ammattilaista. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta (ETENE), terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto (Palko) ja sosiaali- ja terveysministeriö järjestivät yhdessä kansalaisille verkkokyselyn alkuvuonna 2025, jossa vastaajia oli noin 22 000.<sup>8</sup> Lisäksi esityksen valmistelun aikana sosiaali- ja terveysministeriö on järjestänyt useita sidosryhmätilaisuuksia ja osallistunut useisiin tilaisuuksiin, 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).<sup>9</sup>

Sosiaali- ja terveysministeriö pyysi lausuntoja luonnoksesta hallituksen esitykseksi laeiksi terveydenhuoltolain 7 a §:n ja sosiaalihuoltolain muuttamisesta sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain 36 §:n muuttamisesta. Esitysluonnos oli lausuntokierroksella kuusi viikkoa. Suomenkielinen lausuntoaika oli 30.10.-11.12.2025 ja ruotsinkielinen lausuntoaika 11.11.-23.12.2025. Lausuntopyyntö lähetettiin 198 taholle ja lisäksi esitysluonnos julkaistiin lausuntopalvelu.fi-palvelussa. Lausuntoa pyydettiin ylimmiltä laillisuusvalvojilta, useasta ministeriöstä, hyvinvointialueilta, Helsingin kaupungilta ja HUS-yhtymältä, valtion viranomaisilta, aluehallintovirastoilta ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valviralta, Kansaneläkelaitokselta, Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta, useilta ammattijärjestöiltä ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestöiltä sekä muilta keskeisiltä sidosryhmiltä ja toimijoilta. Myös kaikilla muilla halukkailla tahoilla oli mahdollisuus antaa

---

<sup>6</sup> Kooste sidosryhmien palautteesta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoiman periaateaihioidin. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2025:16.

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

<sup>7</sup> Sosiaali- ja terveydenhuollon priorisointiperiaatteet: Ammattilaiskyselyn tulokset. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2025:20.

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

<sup>8</sup> Kansalaiskyselyn tulokset on julkaistu sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivuilla osoitteessa <https://stm.fi/hankkeet> tunnuksella STM113:00/2023.

<sup>9</sup> Kuulemiseen liittyvät asiakirjat on julkaistu sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivuilla osoitteessa <https://stm.fi/hankkeet> tunnuksella STM113:00/2023.

asiassa lausuntonsa. Lausunnon antoi 160 tahoa. Osa lausujista antoi lausunnon useamman tahon nimissä.<sup>10</sup>

Eri kanavien ja tilaisuuksien kautta saatuja kommentteja hyödynnettiin hallituksen esityksen valmistelussa.

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

## **2 Nykytila ja sen arviointi**

### **2.1 Johdanto**

Lakiehdotuksilla säädettäisiin periaatteista, joiden mukaan palveluiden ja menetelmien kuuluminen palveluvalikoimaan ja niiden poisrajaaminen toteutetaan julkisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Koska ehdotukset koskevat laajasti julkisesti rahoitettuja sosiaali- ja terveyspalveluja, myös niitä koskevalla yleis- ja erityislainsäädännöllä on olennainen yhteys ehdotukseen.

Lakiehdotuksilla säädettäisiin palveluvalikoiman periaatteista terveydenhuoltolaissa ja sosiaalihuoltolaissa, joten muutokset koskisivat näitä julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon yleislakeja ja niitä soveltavia hyvinvointialueita. Lisäksi ehdotetaan, että terveydenhuoltolain 7 a §:n palveluvalikoiman periaatteita koskevia säännöksiä sovellettaisiin vankiterveydenhuollossa, korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollossa ja valtion mielisairaaloihin annettavassa terveyden- ja sairaanhoidossa. Lisäksi ehdotetaan, että 7 §:ssä säädetyt yhtenäiset hoidon perusteet tulisi ottaa huomioon edellä mainittujen palvelujen toteuttamisessa.

### **2.2 Perustuslaki**

Perustuslain 1 §:n mukaan valtiosääntö turvaa ihmisarvon loukkaamattomuuden ja yksilön vapauden ja oikeudet sekä edistää oikeudenmukaisuutta yhteiskunnassa.

Perusoikeusuudistuksen esitöiden mukaan 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. Se vaikuttaa osaltaan myös arvioitaessa hallitusmuodossa turvattujen perusoikeuksien rajoitusten sallittavuutta. Vaatimus ihmisarvon loukkaamattomuudesta ilmaisee perustavanlaatuisen 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)

---

<sup>10</sup> Lausunnot ja lausuntotiivistelmä on julkaistu sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivuilla osoitteessa <https://stm.fi/hankkeet> tunnuksella STM113:00/2023.

Perustuslain 6 §:n 1 momentin mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. 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 syrjintäkiellon 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. Säännöksessä ei kuitenkaan kielletä 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 syrjintäkiellossa tarkoitettuihin henkilöön liittyviin syihin. Eduskunnan perustuslakivaliokunta on edellyttänyt omassa lausuntokäytännössään, että hyväksyttävän perusteen on oltava asiallisessa ja kiinteässä yhteydessä lain tarkoitukseen. Henkilöihin kohdistuvat erottelut eivät saa olla mielivaltaisia, eivätkä erot saa muodostua kohtuuttomiksi.

Säännös ei estä positiivista erityiskohtelua eli muodollisesta yhdenvertaisuudesta poikkeamista silloin, kun pyritään tietyn, heikossa asemassa olevan ryhmän aseman ja olosuhteiden parantamiseen. Olennaista on, voidaanko erilainen kohtelu perustella perusoikeusjärjestelmän kannalta hyväksyttävällä tavalla. Esimerkiksi vammaisten henkilöiden palveluissa on usein kyse juuri positiivisesta erityiskohtelusta.

Perustuslain 6 §:n 3 momentissa edellytetään, että lapsia on kohdeltava tasa-arvoisesti yksilöinä, ja heidän tulee saada vaikuttaa itseään koskeviin asioihin kehitystään vastaavasti.

Eduskunnan perustuslakivaliokunnan yhdenvertaisuusperusoikeutta koskevassa lausuntokäytännössä on vakiintuneesti katsottu, ettei yhdenvertaisuusperiaatteesta johdu tiukkoja rajoja lainsäätäjän harkinnalle pyrittäessä kulloisenkin yhteiskuntakehityksen vaatimaan sääntelyyn. (ks. esim. PeVL 46/2024 vp, kappale 3 lausuntoviittauksineen, PeVL 1/2006 vp, s. 2/I PeVL 59/2002 vp, s. 2/II)

Perustuslain 7 §:ssä säädetään oikeudesta elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen. Sen mukaan jokaisella on oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Ketään ei saa tuomita kuolemaan, kiduttaa eikä muutoinkaan kohdella ihmisarvoa loukkaavasti. Henkilökohtainen vapaus on luonteeltaan yleisperusoikeus, joka suojaa ihmisen fyysisen vapauden ohella myös hänen tahdonvapauttaan ja itsemääräämisoikeuttaan (HE 309/1993 vp, s. 46/II).

Sivistyksellisten ja kielellisten oikeuksien turvaamisen kannalta keskeinen säännös on perustuslain 17 §, jossa säädetään oikeudesta omaan kieleen ja kulttuuriin. Pykälän 1 momentin mukaan Suomen kansalliskielet ovat suomi ja ruotsi. Pykälän 2 momentin mukaan jokaisen oikeus käyttää tuomioistuimessa ja muussa viranomaisessa asiassaan omaa kieltään, joko suomea tai ruotsia, sekä saada toimituskirjansa tällä kielellä turvataan lailla. Julkisen vallan on huolehdittava maan suomen- ja ruotsinkielisen väestön sivistyksellisistä ja yhteiskunnallisista tarpeista samanlaisten perusteiden mukaan. Perustuslain säännös edellyttää paitsi näiden kielten muodollisesti yhdenvertaista kohtelua, myös suomen- ja ruotsinkielisen väestön tosiasiallisen tasa-arvon turvaamista. Säännöksellä on merkitystä esimerkiksi yhteiskunnallisten palvelujen järjestämisessä (HE 309/1993 vp, s. 65).

Perustuslain 17 §:n 3 momentin mukaan saamelaisilla alkuperäiskansana sekä romaneilla ja muilla ryhmillä on oikeus ylläpitää ja kehittää omaa kieltään ja kulttuuriaan. Viittomakieltä käyttävien sekä vammaisuuden vuoksi tulkitsemis- ja käännösapua tarvitsevien oikeudet turvataan lailla. Saamelaisten oikeudesta käyttää saamen kieltä viranomaisessa säädetään lailla. Saamen kieltä koskeva perustuslain säännös edellyttää, että lailla on turvattu saamelaisille yksilöllinen oikeus asioida viranomaisessa äidinkielellään laissa tarkemmin säädetystä laajuudesta (HE 309/1993 vp, s. 65/II).

Perustuslain 19 § koskee oikeutta sosiaaliturvaan. Perustuslain 19 §:n 1 momentin mukaan jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Säännöksellä on läheinen yhteys oikeutta elämään turvaavaan perustuslain 7 §:ään. Oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon on kaikilla, mutta yksilön oma vastuu on ensisijaista. Säännös on kirjoitettu subjektiivisen oikeuden muotoon eli välittömästi toteutettavana yksilöllisenä oikeutena (HE 309/1993 vp, s. 35/I.). Välttämättömällä toimeentulolla ja huolenpidolla tarkoitetaan sellaista tulotasoa ja palveluja, joilla turvataan ihmisarvoisen elämän edellytykset. Tällaiseen tukeen kuuluu esimerkiksi terveyden ja elinkyvyn säilyttämisen kannalta välttämättömän ravinnon ja asumisen järjestäminen. Ihmisarvoisen elämän perusedellytyksiä turvaavat osaltaan toimeentulotuki, eräät lasten, vanhusten, vammaisten ja kehitysvammaisten huoltoon kuuluvat tukijärjestelmät sekä erityisesti oikeus kiireelliseen sairaanhoitoon. (HE 309/1993 vp, s. 69/II.) Siten säännöksen tarkoittama huolenpito tarkoittaa muun muassa sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Subjektiivisena perusoikeutena oikeutta välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon ei voida rajoittaa sitä konkretisoivalla alemman asteisella lainsäädännöllä eikä oikeus ole muutenkaan riippuvainen tavallisesta lainsäädännöstä. Lisäksi oikeuden mukainen vähimmäistaso on pystyttävä takaamaan kaikissa yhteiskunnan olosuhteissa.

Oikeuskirjallisuudessa ja ylimpien lainvalvojien ratkaisukäytännössä (esimerkiksi OKA dnro 1052/1/06) on lähdetty siitä, että lainkohdassa käytetty ilmaisu ”ihmisarvoisen elämän” turva on enemmän kuin pelkästään biologiselle olemassaololle välttämättömien edellytysten turvaamista. Se, mikä kulloinkin on ihmisarvoista elämää, vaihtelee kulttuurisia arvoja ja tottumuksia vastaavasti.

Perustuslain 19 §:n 2 momentin mukaisesti lailla taataan jokaiselle oikeus perustoimeentulon turvaan työttömyyden, sairauden, työkyvyttömyyden ja vanhuuden aikana sekä lapsen syntymän ja huoltajan menetyksen perusteella. Säännöksen tarkoittama perustoimeentulon turva merkitsee pidemmälle menevää turvan tasoa kuin 1 momentin mukainen oikeus välttämättömään toimeentuloon. (HE 309/1993 vp, s. 70/I)

Pykälän 3 momentin mukaan julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Julkisen vallan on myös tuettava perheen ja muiden lapsen huolenpidosta vastaavien mahdollisuuksia turvata lapsen hyvinvointi ja yksilöllinen kasvu. Julkisen vallan on turvattava sosiaali- ja terveystaloudellisten palvelujen saatavuus. Palvelujen riittävyttä arvioitaessa lähtökohtana on sellainen palvelujen taso, joka luo jokaiselle ihmiselle edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä. 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)

Perustuslain 22 §:n mukaan julkisen vallan on turvattava perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien toteutuminen. Julkisella vallalla tarkoitetaan tässä valtiota, hyvinvointialueita sekä kuntia. Julkisen vallan tulee aktiivisesti luoda tosiasialliset edellytykset perusoikeuksien toteuttamiseksi. Keskeisiin keinoihin kuuluvat perusoikeuksien käyttöä turvaavan ja

täsmäntävän lainsäädännön säätäminen sekä taloudellisten voimavarojen kohdentaminen. Valtion tulee lainsäädäntötoimin, asianmukaisella rahoituksella ja voimavarojen kohdentamisella sekä toiminnan järjestämisellä huolehtia siitä, että riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut tulevat turvatuiksi. Muut perusoikeussäännökset määräävät osaltaan tapaa, jolla palvelujen turvaamisvelvollisuus on täytettävä.

### 2.3 Kansainväliset ihmisoikeussopimukset

Perustuslain perusoikeusnormistolla on monia yhtäläisyyksiä Suomea sitovien ihmisoikeusvelvoitteiden kanssa. Velvoittavien ihmisoikeusnormien lisäksi ihmisoikeusvelvoitteilla on merkitystä perus- ja ihmisoikeusmyönteisen tulkinnan ohjaajana yksilöllisessä päätöksenteossa. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen näkökulmasta ihmisoikeudet määrittävät erityisesti ihmisten kohtelua ja palveluiden vähimmäistasoa.

Sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevien perusoikeuksien kannalta keskeisiä kansainvälisiä ihmisoikeussopimuksia, joiden noudattamiseen Suomi on sopimusten osapuolena sitoutunut, ovat Yhdistyneiden kansakuntien taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskeva kansainvälinen yleissopimus (SopS 6/1976, jäljempänä TSS-sopimus), yleissopimus lapsen oikeuksista (SopS 59 ja 60/1991, jäljempänä lapsen oikeuksien sopimus), yleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista (SopS 26 ja 27/2016, jäljempänä vammaissopimus) sekä Euroopan neuvoston piirissä syntyneet ihmisoikeuksien ja perusvapauksien suojaamiseksi tehty yleissopimus (SopS 18 ja 19/1990; sellaisena kuin se on myöhemmin muutettuna SopS 71 ja 72/1994, SopS 85 ja 86/1998, SopS 8 ja 9/2005, SopS 6 ja 7/2005 sekä SopS 50 ja 51/2010; jäljempänä Euroopan ihmisoikeussopimus) ja uudistettu Euroopan sosiaalinen peruskirja (SopS 78-80/2002) sekä Euroopan neuvoston yleissopimus ihmisoikeuksien ja ihmisarvon suojaamiseksi biologian ja lääketieteen alalla (SopS 23–24/2010, Euroopan bioetiikkasopimus).

#### 2.3.1 TSS-sopimus

Sopimusvaltioilla on 2 artiklan 1 kohdan nojalla välitön velvollisuus ryhtyä toteuttamaan toimenpiteitä oikeuksien täysimääräisen toteutumisen saavuttamiseksi. Vaikka TSS-sopimus tähtää oikeuksien täysimääräiseen toteuttamiseen ajan kuluessa, sopimusvaltioiden velvollisuutena on pyrkiä kohti TSS-oikeuksien täysimääräistä toteutumista niin nopeasti ja tehokkaasti kuin on mahdollista rajallisten resurssien puitteissa ja kulloinkin vallitsevissa oloissa.

Toinen välitön velvollisuus johtuu yleissopimuksen 2 artiklan 2 kohdasta ja se koskee syrjintää. TSS-komitean mukaan sopimusvaltioiden velvollisuus taata, että yleissopimuksessa mainittuja oikeuksia käytetään ilman minkäänlaista syrjintää, on koko TSS-sopimuksen läpäisevä, sopimusvaltioilta välittömästi toimenpiteitä edellyttävä velvollisuus. Syrjimättömyyden vaatimus on TSS-komitean mukaan läpileikkaava sopimusvelvoite (General Comment No. 20: Non-discrimination in economic, social and cultural rights (art. 2, para. 2), 2.7.2009). TSS-komitean mukaan TSS-sopimuksen mukaisten oikeuksien toteuttamisessa sopimusvaltioiden tulee kiinnittää riittävästi huomiota niihin ryhmiin, jotka kohtaavat historiallisesti tai jatkuvasti ennakkoluuloja, ja tarvittaessa ottaa käyttöön erityisiä keinoja, kuten positiivisen diskriminaation keinoja syrjinnän ehkäisemiseksi. TSS-komitea mainitsee terveydenhuoltopalveluissa kielivähemmistöjen tulkkauspalvelut sekä näkö- ja kuulovammaisille järjestettävät kohtuulliset mukautukset esimerkkinä pysyväisluontoisista erityiskohtelun muodoista.

TSS-sopimuksen 9 artiklan mukaan sopimusvaltiot tunnustavat jokaiselle oikeuden sosiaaliturvaan sosiaalivakuutus mukaan luettuna. Sopimuksen 11 artiklan perusteella

sopimusvaltiot tunnustavat jokaiselle oikeuden saada itselleen ja perheelleen tyydyttävä elintaso perustuslain 19 §:n 1 momentin tarkoittamaa välttämätöntä huolenpitoa ja toimeentuloa vastaavasti. Tyydyttävä elintaso käsittää riittävän ravinnon, vaatetuksen ja sopivan asunnon sekä oikeuden ehtojen jatkuvaan parantamiseen. Sopimuksen 12 artiklan mukaan sopimusvaltiot tunnustavat jokaiselle oikeuden nauttia korkeimmasta saavutettavissa olevasta ruumiin- ja mielenterveydestä, minkä turvaamiseksi sopimusosapuolten on ryhdyttävä sopimuksen edellyttämiin toimenpiteisiin. Sopimuksen 10 artikla kattaa perheen suojelun ja avun yhteiskunnan luonnollisena ja perustavaa laatua olevana yhteisönä, äidin erityisen suojelun kohtuullisena aikana ennen ja jälkeen lapsen synnytyksen sekä erityiset suojele- ja avustustoimenpiteet lasten ja nuorten turvaksi.

TSS-komitea on korostanut, että sosiaaliturvan, mukaan lukien sosiaalipalvelujen ja terveydenhuollon palvelujen tulisi olla kaikkien, myös haavoittuvaisimpien ja marginalisoiduimpien väestöosien, saavutettavissa. Sopimusvaltiolla on velvollisuus ryhtyä positiivisiin toimenpiteisiin, joilla mahdollistetaan ja autetaan yksilöitä ja yhteisöjä nauttimaan oikeudesta sosiaaliturvaan ja oikeudesta terveyteen.

TSS-sopimuksen osalta Suomi on ratifioinut valinnaisen pöytäkirjan, jolla mahdollistetaan yksilövalitusten tekeminen sopimusten täytäntöönpanoa valvoville komiteoille.

### 2.3.2 Lapsen oikeuksien sopimus

Lapsen oikeuksien sopimus velvoittaa sopijavaltioita edistämään aktiivisesti sopimuksessa turvattujen oikeuksien toteutumista. Tämä sitoo myös sopijavaltioiden lainsäätäjiä. Lapsen oikeuksien sopimus on sisällöllisesti laaja. Se turvaa kansalaisoikeuksia ja poliittisia oikeuksia, taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia sekä erityisiä lapsen suojelua koskevia oikeuksia. Lapsen oikeuksien sopimuksen yleisperiaatteita ovat lapsen oikeus kehitykseen, lapsen edun ensisijaisuus, syrjimättömyys, lapsen näkemysten kunnioittaminen ja oikeus osallisuuteen. Sopimus velvoittaa ottamaan huomioon ensisijaisesti lapsen edun kaikissa lapsia koskevissa toimissa. Lapsen edun toteutuminen edellyttää sopimuksessa turvattujen kaikkien oikeuksien mahdollisimman täysimääräistä toteutumista.

Oikeus nauttia korkeimmasta mahdollisesta terveydentilasta turvataan myös YK:n lapsen oikeuksien yleissopimuksessa. Yleissopimuksen turvaamat oikeudet kuuluvat yhdenvertaisesti kaikille lapsille, jotka ovat sopimusvaltion lainkäyttövallan piirissä. Yleissopimuksen 24 artiklan 1 kohdan mukaan sopimusvaltiot tunnustavat, että lapsella on oikeus nauttia parhaasta mahdollisesta terveydentilasta sekä sairauksien hoitamiseen ja kuntoutukseen tarkoitetuista palveluista. Yleissopimuksen 24 artiklan 2 kohdan mukaan sopimusvaltiot pyrkivät tämän oikeuden täysimääräiseen toteuttamiseen ja ryhtyvät asianmukaisiin toimiin erityisesti muun muassa varmistaakseen, että kaikki lapset saavat välttämättömän lääkärin- ja terveydenhoidon.

Lapsen oikeuksien sopimuksen noudattamista valvoo YK:n lapsen oikeuksien komitea, joka on antanut yleissopimuksen 24 artiklan tulkinnasta yleiskommentin nro 15. Lapsen oikeuksien komitean mukaan sopimusvaltioilla on painava velvollisuus varmistaa, että terveyspalvelut ja muut asiaan kuuluvat palvelut ovat kaikkien lasten saatavilla. Sopimusvaltioiden on kiinnitettävä erityistä huomiota palvelujen saatavuuteen sellaisten alueiden ja väestöryhmien parissa, jotka ovat alipalveltuja. Komitean tulkinnan mukaan yleissopimus edellyttää sopimusvaltioilta kattavaa perusterveydenhuollon järjestelmää, riittävää oikeudellista sääntelyä ja lasten terveyteen vaikuttavien tekijöiden jatkuvaa huomioimista ja seuranta. Sopimusvaltioiden tulisi yksilöidä ja poistaa esteet, jotka haittaavat lasten pääsyä terveyspalveluihin, taloudelliset, institutionaaliset ja kulttuuriset esteet mukaan lukien. Lapsen

oikeuksien komitean mukaan yleissopimuksen 24 artiklan 2 kohta edellyttää sopimusvaltioita tunnustamaan ja puuttumaan muihinkin ongelmiin, jotka liittyvät lasten terveyteen.

Lapsen oikeuksien komitean mukaan perusterveydenhuollon palvelujen on oltava saatavilla riittävässä määrin ja niiden on oltava riittävän laadukkaita ja toimivia. Palvelujen on oltava sekä fyysisesti että taloudellisesti kaikkien lapsien saatavilla. Myös erikoissairaanhoidon eri tasoisten palvelujen on oltava saatavilla mahdollisuuksien mukaan. Ennalta ehkäisevien ja terveyttä edistävien toimien tulisi puuttua keskeisiin lasten terveysongelmiin sekä yhteisössä että koko maassa. Näihin ongelmiin lukeutuvat komitean mukaan muun muassa päihteiden väärinkäyttö, psykososiaaliset ongelmat ja mielenterveyden ongelmat.

Lapsen oikeuksien komitea on katsonut, että erityistä huomiota tulee kiinnittää uusiin lasten terveysongelmiin ja terveyteen liittyvien painopisteiden muuttumiseen, esimerkiksi lasten mielenterveyden hoitamisen tärkeyteen. Komitea on ilmaissut huolensa lasten ja nuorten mielenterveysongelmien lisääntymisestä ja muun muassa alkoholin, huumeiden ja muiden päihteiden käytöstä. Erityistä huomiota tulisi enenevässä määrin kiinnittää niihin sosiaalisiin ja muihin tekijöihin, jotka vaikuttavat lasten psyykkiseen terveyteen. Lapsen oikeuksien komitea katsoo, että sopimusvaltioilla on velvollisuus tarjota asianmukaista hoitoa ja kuntoutusta psykososiaalisista ja mielenterveyden häiriöistä kärsiville lapsille ja samalla on pidättäydyttävä tarpeettomasta lääkitsemisestä.

Lapsen oikeuksien sopimus turvaa myös nimenomaisesti vammaisen lapsen oikeuden täysipainoiseen ja hyvään elämään. Tämä sisältää vammaisen lapsen mahdollisuuden koulunkäyntiin, koulutukseen, terveydenhoito- ja kuntoutuspalveluihin, ammattikoulutukseen ja virkistystoimintaan. Sopimus ottaa huomioon vammaisen lapsen ja hänen hoidostaan vastaavan henkilön oikeuden tarvitsemaansa apuun.

Sopimusvaltioiden on viiden vuoden määräajoin raportoitava YK:n lapsen oikeuksien komitealle niistä lainsäädännöllisistä ja hallinnollisista toimista, joilla yleissopimuksessa tunnustettuja oikeuksia on pantu täytäntöön. Lasten oikeuksien komitea on loppupäätelmissään Suomen yhdistetyistä viidennestä ja kuudennesta raportissa (CRC/C/FIN/CO/5–6) suositellut, että Suomi tehostaa muun muassa terveydenhuollon ammattihenkilöiden koulutuksen avulla toimenpiteitä, joilla varmistetaan lapsille mahdollisuus saada nopeasti ja tehokkaasti hyvälaatuisia terveyspalveluja koko maassa, ja kiinnittää erityistä huomiota heikossa asemassa oleviin ja syrjäytyneisiin lapsiin.

Lapsen oikeuksien sopimukseen on tehty kolme valinnaista pöytäkirjaa, jotka ovat voimassa Suomessa. Ne ovat lapsen oikeuksia koskevan yleissopimuksen valinnainen pöytäkirja lasten osallistumisesta aseellisiin selkkauksiin (SopS 30 ja 31/2002), lapsen oikeuksia koskevan yleissopimuksen valinnainen pöytäkirja lasten myynnistä, lapsiprostitutiosta ja lapsipornografiasta (SopS 40 ja 41/2012) sekä lapsen oikeuksia koskevan yleissopimuksen valinnainen pöytäkirja valitusmenettelystä (SopS 4 ja 5/2016). Valitusmenettelyä koskeva valinnainen pöytäkirja tuo yksittäisille lapsille ja lapsiryhmille mahdollisuuden valittaa oikeuksiensa väitetyistä loukkaamisesta suoraan YK:n lapsen oikeuksien komitealle.

### 2.3.3 Vammaissopimus

Vammaissopimus tuli kansainvälisesti voimaan vuonna 2008. Suomessa eduskunta hyväksyi vammaissopimuksen ja sen valinnaisen pöytäkirjan maaliskuussa 2015. Suomi ratifioi vammaissopimuksen ja sen valinnaisen pöytäkirjan 11.5.2016, ja ne tulivat Suomessa voimaan 10.6.2016. Myös EU on liittynyt sopimukseen. Sopimuksen tarkoituksena on edistää, suojella ja taata kaikille vammaisille henkilöille täysi-määräisesti ja yhdenvertaisesti kaikki

ihmisoikeudet ja perusvapaudet. Tämän toteutumiseksi sopimusvaltiot ovat sitoutuneet muun muassa toteuttamaan kaikki asianmukaiset lainsäädännölliset, hallinnolliset ja muut toimet yleissopimuksessa tunnustettujen oikeuksien täytäntöönpanemiseksi ja toteuttamaan kaikki asianmukaiset, myös lainsäädännölliset, toimet vammaisia henkilöitä syrjivien säädösten, määräysten, tapojen ja käytäntöjen muuttamiseksi tai poistamiseksi.

Vammaissopimuksen tarkoituksena on kattaa vammaisuuden käsite mahdollisimman laajalti sekä ottaa huomioon mahdolliset yhteiskunnassa tapahtuvat muutokset. Osallisuus, syrjintäkielto, esteettömyys ja saavutettavuus ovat vammaissopimuksen johtavia periaatteita. Yleissopimuksen 4 artikla korostaa vammaisten henkilöiden ja heitä edustavien järjestöjen osallistamista ja osallistumista kaikkeen heitä koskevaan päätöksentekoon. Yhdenvertaisuutta koskeva 5 artikla on tärkeä sopimuksen määräysten toteutumiseksi erityisesti kohtuullisten mukautusten ja muiden positiivisten erityistoimien toteuttamisessa.

Vammaissopimuksen 19 artikla (eläminen itsenäisesti ja osallisuus yhteisössä) korostaa vammaisen henkilön itsemääräämisoikeutta, valinnanvapautta ja osallisuutta sekä riittävien palveluiden, erityisesti henkilökohtaisen avun, merkitystä oikeuksien toteutumisessa. Lisäksi tärkeitä sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyviä artikloita ovat muun muassa 12 artikla (yhdenvertaisuus lain edessä), 20 artikla (henkilökohtainen liikkuminen), 24 artikla (koulutus), 25 artikla (terveys), 26 artikla (kuntoutus) ja 27 artikla (työ ja työllistyminen) sekä 28 artikla (riittävä elintaso ja sosiaaliturva). Vammaissopimuksen 25 artiklan 1 kohdan mukaan sopimuspuolet tunnustavat, että vammaisilla henkilöillä on oikeus parhaaseen mahdolliseen terveyden tasoon ilman syrjintää vammaisuuden perusteella. Sopimuspuolet toteuttavat kaikki asianmukaiset toimet varmistaakseen sukupuolisensitiivisten terveydenhuoltopalvelujen saatavuuden vammaisille henkilöille, terveyteen liittyvä kuntoutus mukaan lukien. Kyseisellä artiklalla turvataan vammaisten henkilöiden oikeus parhaaseen mahdolliseen fyysisen sekä psyykkisen terveyden tasoon ilman syrjintää vammaisuuden perusteella ja varmistetaan terveydenhuoltopalvelujen saatavuus vammaisille henkilöille. Artiklan mukaan terveydenhuoltopalveluihin katsotaan kuuluvan myös terveyteen liittyvä kuntoutus.

Vammaissopimuksen täytäntöönpanoa valvotaan kansainvälisesti. Raportoinnin kautta tapahtuvaa valvontaa täydentää valinnainen pöytäkirja (SopS 26–27/2016), jonka kautta yksittäinen henkilö tai ryhmä voi tehdä valituksen vammaisten henkilöiden oikeuksien komitealle kokemastaan yleissopimuksella tunnustettujen oikeuksiensa loukkauksesta.

#### 2.3.4 Euroopan ihmisoikeussopimus

Euroopan ihmisoikeussopimuksen 2 artikla velvoittaa sopimusvaltiot turvaamaan oikeuden elämään lailla. Euroopan ihmisoikeustuomioistuimen oikeuskäytännössä on käsitelty lukuisia sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyviä tapauksia, joissa sopimusvaltion on katsottu laiminlyöneen lainsäädäntötoimet oikeuden elämään suojaamiseksi esimerkiksi kiireellisen terveydenhuollon tai lähisuhdeväkivallan ehkäisemisen järjestelmällisten puutteiden takia. Euroopan ihmisoikeustuomioistuin on ottanut kantaa sopimusvaltioiden velvollisuuteen varmistaa lainsäädännöllä kiireellisen terveydenhuollon palveluiden toiminta oikeuden elämään turvaamiseksi Euroopan ihmisoikeussopimuksen 2 artiklan edellyttämällä tavalla esimerkiksi tapauksissa *Mehmet Şentürk and Bekir Şentürk v. Turkey* (13423/09 kohta 104, ECHR 2013) ja *Elena Cojocaru v. Romania* (74114/12, kohdat 106, 111 ja 125, EHCR 2016).

Suomi on osapuolena Euroopan ihmisoikeussopimuksen 12. pöytäkirjassa (SopS 8 ja 9/2005), jonka 1 artiklassa on kaikkinaisen syrjinnän kielto. Sen mukaan laissa tunnustetuista oikeuksista nauttiminen taataan ilman minkäänlaista sukupuoleen, rotuun, ihonväriin, kieleen, uskontoon, poliittisiin tai muihin mielipiteisiin, kansalliseen tai yhteiskunnalliseen alkuperään, kansalliseen

vähemmistöön kuulumiseen, varallisuuteen, syntyperään tai muuhun asemaan perustuvaa syrjintää. Ketään ei saa syrjiä viranomaistoiminnassa 1 kappaleessa tarkoitetuilla perusteilla. Syrjinnän käsitettä 12. pöytäkirjan 1 artiklassa on tarkoitettu tulkittavaksi samoin kuin Euroopan ihmisoikeussopimuksen 14 artiklassa. Sopimuksen 14 artikla tarjoaa suojaa sellaista erilaista kohtelua vastaan, jolla ei ole objektiivista ja kohtuullista oikeutusta, jos yksilöt ovat vastaavassa tai olennaisesti samanlaisessa tilanteessa. Erilaiselle kohtelulle tulee olla hyväksyttävä tavoite, ja keinon ja tavoitteen on oltava toisiinsa nähden oikeasuhtaiset.

Euroopan ihmisoikeussopimuksen 14 artiklan sekä 12. lisäpöytäkirjan 1 artiklan syrjintäkiellot kattavat samat syrjintäperusteet kuin TSS-sopimus. Euroopan ihmisoikeustuomioistuimen (EIT) oikeuskäytännössä sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyen syrjinnän kieltä on käsitelty erityisesti oikeutta elämään (2 artikla), kidutuksen kieltä (3 artikla) ja yksityis- ja perhe-elämän kunnioitusta (8 artikla) koskevissa yksilövalituksissa. Syrjintäkiellon kannalta oleellista EIT:n oikeuskäytännössä on, onko todettu muiden sopimusvelvoitteiden laiminlyöntiä ja katsotaanko laiminlyöntiin liittyvän syrjintää. Esimerkiksi tapauksessa *Center of Legal Resources on behalf of Valentin Câmpeanu vs. Romania* oli kyse HIV-positiivisen kehitysvammaisen lapsen kuolemaan johtaneista vakavista järjestelmällisistä laiminlyönneistä tämän hoidossa (*Center of Legal Resources on behalf of Valentin Câmpeanu vs. Romania*, 47848/08 kohta 104, ECHR 2014).

### 2.3.5 Euroopan sosiaalinen peruskirja

Uudistettu Euroopan sosiaalinen peruskirja (SopS 78–80/2002) on Euroopan neuvostossa laadittu ihmisoikeussopimus, joka turvaa taloudellisia ja sosiaalisia oikeuksia Euroopassa. Euroopan sosiaalisten oikeuksien komitea valvoo uudistetun peruskirjan noudattamista raportointi- ja järjestökantelumenettelyjen avulla.

Uudistetun Euroopan sosiaalisen peruskirjan 11 artiklan mukaan sopimuspuolet sitoutuvat ryhtymään asianmukaisiin toimiin varmistaakseen terveyden suojelun muun muassa poistamalla terveyttä heikentävät syyt mahdollisuuksien mukaan, järjestämällä neuvontapalveluita ja valistusta terveyden edistämiseksi, ehkäisemällä tartuntatauteja, kansantauteja ja muita sairauksia sekä onnettomuuksia mahdollisuuksien mukaan. Sosiaalisten oikeuksien komitea on tulkinnut, että Euroopan sosiaalisen peruskirjan 11 artiklan 1 kohta, jossa viitataan terveyttä heikentävien syiden poistamiseen, tarkoittaa käytännössä muun muassa sitä, että sopimusvaltioiden on taattava kaikille yksilöille pääsy laadukkaan ja maksuttoman tai kohtuuhintaisen terveydenhuollon piiriin ilman syrjintää. Terveydenhuoltojärjestelmän täytyy olla koko väestön saavutettavissa ja sopimusvaltioiden on järjestettävä asianmukainen ja oikea-aikainen hoito syrjimättömyyden pohjalta.

Sopimuksen 12 artikla turvaa oikeuden sosiaaliturvaan ja 13 artikla oikeuden sosiaaliavustukseen ja lääkinnälliseen apuun. Sopimuksen 13 artiklan 1 luetelmakohdan mukaan sopimuspuolet sitoutuvat huolehtimaan siitä, että oikeutta sosiaaliavustukseen ja lääkinnälliseen apuun voidaan käyttää tehokkaasti. Sopimuspuolten tulee varmistaa, että henkilölle, jolla ei ole riittäviä tuloja tai varoja eikä mahdollisuutta hankkia niitä itse tai muista lähteistä, kuten sosiaaliturvan kautta, annetaan riittävää apua. Sairaustapauksissa henkilölle tulee antaa hänen terveydentilansa edellyttämää hoitoa.

Sopimuksen 14 artiklan mukaan sopijapuolet sitoutuvat edistämään ja järjestämään palveluita, jotka sosiaalityön menetelmiä käyttäen osaltaan edistävät yhteiskunnassa sekä yksilöiden että ryhmien hyvinvointia ja kehitystä sekä näiden sopeutumista sosiaaliseen ympäristöönsä. Saman artiklan perusteella sopijapuolet myös sitoutuvat rohkaisemaan yksilöiden ja vapaaehtois- tai muiden järjestöjen osallistumista tällaisten palveluiden järjestämiseen ja ylläpitämiseen.

Mielenterveys- ja päihdeongelmien ennaltaehkäisemiseen liittyy Euroopan sosiaalisen peruskirjan 11 artiklan 2 kohta neuvonnasta ja valistuksesta. Sosiaalisten oikeuksien komitea on muistuttanut, että sopimusvaltioiden tulisi valistaa ihmisiä ja tarjota tietoa päihteiden, kuten alkoholin, huumeiden ja tupakan käytön terveyshaitoista. Sopimusvaltioiden velvollisuutena on ennaltaehkäistä asianmukaisilla ja riittävillä toimenpiteillä myös päihteistä aiheutuvia terveyshaittoja.

### 2.3.6 Euroopan bioetiikkasopimus

Euroopan bioetiikkasopimuksen osapuolet sitoutuvat suojelemaan kaikkien ihmisarvoa ja identiteettiä ja takaamaan ketään syrjimättä, että jokaisen koskemattomuutta ja muita oikeuksia ja perusvapauksia kunnioitetaan biologian ja lääketieteen sovellusten alalla. Sopimuksen 2 artiklan mukaan ihmisen etu ja hyvinvointi ovat tärkeämpiä kuin pelkkä yhteiskunnan tai tieteen hyöty. Siten Euroopan bioetiikkasopimuksen keskeisenä lähtökohtana on ihmisarvon kunnioitus.

Euroopan bioetiikkasopimuksen 3 artikla velvoittaa sopimusvaltiot ryhtymään tarvittaviin toimenpiteisiin tarjotakseen lainkäyttöalueellaan jokaiselle tasapuolisen pääsyn laadultaan tarkoituksenmukaiseen terveydenhuoltoon, ottaen huomioon terveydenhuollon tarpeen ja käytettävissä olevat voimavarat. Sopimuksen selitysmuistion mukaan 3 artikla tarkoittaa potilaan terveyteen liittyvän tarpeen mukaista terveydenhuoltoa, jonka tulee vastata tieteellisen kehityksen asettamia standardeja ja johon tulee kohdistaa jatkuvaa laadunvalvontaa (COETSER 1 (4.4.1997)). Terveydenhuollon tulee toteutua ilman syrjintää ja tarjota jokaiselle riittävät terveyspalvelut. Sopimuksen 3 artikla ei aseta yksittäiselle potilaalle oikeutta vaatia palveluja sopimuksen nojalla, mutta velvoittaa sopimusvaltioita turvaamaan yhdenvertaiset terveyspalvelut osana sosiaalipolitiikkansa toteuttamista. Sopimus myös tunnistaa sopimusvaltioiden väliset erot käytettävissä olevien voimavarojen osalta ja mahdollistaa erilaiset lähestymistavat ja keinot yhdenvertaisen terveydenhuollon konkreettiseksi toteuttamiseksi.

Euroopan bioetiikkasopimus sisältää potilaan oikeuksia, kuten itsemääräämisoikeutta, yksityisyyden suojaa ja tiedonsaantioikeutta koskevat velvoitteet (II ja III luvut). Sopimus myös asettaa perustavat velvoitteet ihmisen perimää koskevia toimenpiteitä (IV luku), lääketieteellistä tutkimusta (V luku), elin- ja kudossiirtoja (VI luku) sekä ihmiskehon osan (VII luku) käyttöä koskien.

Suomi on ratifioinut Euroopan bioetiikkasopimuksen ihmisten kloonaamisen kieltävän 1. lisäpöytäkirjan ihmisten toisintamisen kieltämisestä (SopS 23/2010) sekä 2. lisäpöytäkirjan ihmisalkuperää olevien elinten ja kudosten siirrosta (SopS 23/2010).

## 2.4 Julkisesti rahoitettu sosiaali- ja terveydenhuolto

### 2.4.1 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 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<sup>11</sup>. 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 lisäksi 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. Sote-järjestämislain 56 a ja b §:ssä säädetään lisäksi välttämättömien terveyspalvelujen järjestämisestä tietyille hyvinvointialueella oleskeleville henkilöille.

Sosiaalihuoltolain (1301/2014) 12 §:n mukaan hyvinvointialueen on järjestettävä jokaiselle alueellaan oleskelevälle henkilölle kiireellisessä tapauksessa yksilölliseen tarpeeseensa perustuvat sosiaalipalvelut siten, ettei hänen oikeutensa välttämättömään huolenpitoon ja toimeentuloon vaarannu.

---

<sup>11</sup> Hyvinvointialueiden tehtäviä koskevat valtakunnalliset tavoitteet vuosille 2025–2029.  
<https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-525-2>.

Oppilas- ja opiskelijahuoltolain (1287/2013) 9 §:n 4 momentin mukaan hyvinvointialue, jonka alueella oppilaitos sijaitsee, vastaa koulu- ja opiskeluterveydenhuollon järjestämisestä terveydenhuoltolaissa säädetyn mukaisesti.

#### 2.4.2 Sairaanhoidokorvaukset

Sairausvakuutuslain (1224/2004) 2 luvussa säädetään yleisistä sairaanhoidokorvauksia 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 välttämättä 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, jäljempänä rajalaki), jonka 9 §:n mukaan henkilölle korvataan toisessa EU-valtiossa annetun tarpeellisen terveydenhuollon palvelun kustannukset edellyttäen, että annettu terveydenhuollon palvelu kuuluu terveydenhuoltolain 7 a §:ssä tarkoitettuun terveydenhuollon palveluvalikoimaan. Rajalain 12 §:ssä säädettyyn korvausmenettelyyn kuuluu, että Kansaneläkelaitoksen on kustannusten korvattavuuden selvittämiseksi pyydettävä arviota siitä, kuuluuko henkilölle toisessa EU-valtiossa annetun terveydenhuollon palvelu terveydenhuoltolain 7 a §:ssä tarkoitettuun terveydenhuollon palveluvalikoimaan ja olisiko palvelu annettu vastaavassa tilanteessa Suomen julkisessa terveydenhuollossa. Rajalain 1 §:n 4 momentin mukaan, mitä lain 9, 12, 20 ja 32 §:ssä säädetään hyvinvointialueesta, sovelletaan Ahvenanmaan maakunnassa siihen viranomaiseen, joka vastaa terveydenhuollon järjestämisestä maakunnassa.

#### 2.4.3 Toimeentulotuki

Toimeentulotukilain (1412/1997) 1 §:n mukaan toimeentulotuki on viimesijainen sosiaaliturvan muoto, joka turvaa henkilön tai perheen välttämättömän toimeentulon silloin, kun muut tulot ja varat eivät siihen riitä. Tuki on tarveharkintaista ja sen tavoitteena on tukea omatoimista selviytymistä ja ehkäistä syrjäytymistä. Perustoimeentulotuesta vastaa Kela. Täydentävästä ja ehkäisevästä toimeentulotuesta vastaavat hyvinvointialueet. Kiireellisen ja välttämättömän avun turvaamiseksi hyvinvointialue voi myöntää ehkäisevää toimeentulotukea poikkeuksellisesti ilman, että asiakkaan olisi ensin haettava perustoimeentulotukea.

Yksilön terveydenhuoltoa katetaan julkisista varoista myös silloin, kun hän saa terveydenhuoltomenojen kattamiseksi toimeentulotukea. Toimeentulotukilain 7 §:n mukaan vähäiset terveydenhuoltomenot kuuluvat perustoimeentulotukea myönnettäessä huomioon otettaviin perusosalla katettaviin menoihin. Muut kuin perusosaan sisältyvät

terveydenhuoltomenot otetaan tarpeellisen suuruisina huomioon perusmenoina lain 7 b §:n mukaisesti. Lisäksi henkilön, joka on täyttänyt 65 vuotta, muina perusmenoina otetaan lisäksi huomioon sairausvakuutuslain 3 a luvun 1 §:ssä tarkoitettujen sairaanhoidon palveluiden omavastuuosuudet. Toimeentulotukilaisissa ei ole viittausta palveluvalikoimaa koskevaan terveydenhuoltolain 7 a §:ään esimerkiksi koskien terveydenhuoltomenojen lukeutumista perusmenoihin.

#### 2.4.4 Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuudet ja kuntoutusrahaetuudet

Kansaneläkelaitos järjestää ja korvaa kuntoutusta sekä maksaa kuntoutusrahaetuuksia Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain (566/2005, jäljempänä kuntoutuslaki) mukaisesti. Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuksiin ja kuntoutusrahaetuksiin ei sovelleta terveydenhuoltolakia, eikä siten myöskään terveydenhuoltolain terveydenhuollon palveluvalikoimaa koskevaa sääntelyä. Kansaneläkelaitos järjestää ammatillista kuntoutusta, vaativaa lääkinällistä kuntoutusta ja harkinnanvaraista kuntoutusta sekä korvaa kuntoutuspsykoterapiaa. Myöntämisedellytysten täytyessä on mahdollista saada kuntoutusrahaetuutta kuntoutuksen aikaisen toimeentulon turvaamiseksi. Kuntoutusrahaetus voidaan myöntää myös tiettyjen muiden kuin kuntoutuslain perusteella myönnettyjen kuntoutuspalvelujen ajalta.

Kuntoutuslain 9 §:ssä säädetään vaativan lääkinällisen kuntoutuksen järjestämisestä ja 10 §:ssä vaativan lääkinällisen kuntoutuksen sisällöstä. Pykälillä on yhtymäpinta terveydenhuoltolain säännöksiin, erityisesti 29 §:ään (lääkinällinen kuntoutus) ja 30 §:ään (yhteistyö ja ohjaus muuhun kuntoutukseen). Lääkinällisen kuntoutuksen järjestämistä vastuu 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 lääkinällistä kuntoutusta. Kuntoutuslain 11 a §:n mukaan Kansaneläkelaitos korvaa 16—67-vuotiaan vakuutetun työ- tai opiskelukyvyyn tukemiseksi tai parantamiseksi tarkoituksenmukaista kuntoutuspsykoterapiaa, jos asianmukaisesti todettu ja diagnosoitu mielenterveyden häiriö uhkaa vakuutetun työ- tai opiskelukykyä.

#### 2.4.5 Rikosseuraamuslaitoksen järjestämät sosiaalipalvelut

Vankeuslain (767/2005) 1 luvun 3 §:n 3 momentin mukaan vangin mahdollisuuksia ylläpitää terveyttään ja toimintakykyään on tuettava ja vapaudenmenetyksestä aiheutuvia haittoja on pyrittävä ehkäisemään. Lain 10 luvun 6 §:n mukaan vankia on tuettava sosiaalisessa kuntoutumisessa ja suhteiden ylläpitämisessä hänen lähiomaisiinsa tai muihin läheisiin sekä asumiseen, työhön, toimeentuloon, sosiaalietuuksiin ja sosiaalipalveluihin liittyvien asioiden hoitamisessa. Sosiaalisen kuntoutuksen järjestämisessä noudatetaan lisäksi soveltuvin osin, mitä sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (812/2000) säädetään. Rikosseuraamuslaitos järjestää vangeille arkielämän taitoja tukevaa ja toimintakykyä ylläpitävää toimintaa sekä vankeuslain 10 luvun 6 §:ssä tarkoitettua sosiaalista kuntoutusta. Rikosseuraamuslaitoksen järjestämiin sosiaalipalveluihin ei sovelleta sosiaalihuoltolakia. Tutkintavankeuslain (768/2005) 6 luvun 5 §:ssä on asiallisesti samansisältöiset säännökset tutkintavangin terveyden- ja sairaanhoidosta.

#### 2.4.6 Vankiterveydenhuolto

Vankeuslain 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. Yksiköstä on säädetty Vankiterveydenhuollon yksiköstä annetussa laissa (1635/2015). Vankeuslain 10 luvun 1 §:n 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 6 luvun 1 §:ssä on asiallisesti samansisältöiset säännökset tutkintavangin terveyden- ja sairaanhoidosta. Vankeuslaissa ja tutkintavankeuslaissa ei ole viittausta terveydenhuollon palveluvalikoimaa koskevaan terveydenhuoltolain 7 a §:ään.

Vankiterveydenhuollon yksikkö hankkii muilta palveluntuottajilta, erityisesti hyvinvointialueilta, muun muassa päivystys- ja ensihoidon palveluja, kuvantamista ja laboratoriotutkimuksia sekä niitä erikoissairaanhoidon palveluita, joita Vankiterveydenhuollon yksikkö ei tuota. Vankiterveydenhuollon yksikkö tuottaa psykiatrisia erikoissairaanhoidon palveluita itse.

#### 2.4.7 Valtion mielisairaalat

THL:n alaisuudessa toimii kaksi valtion mielisairaala, Vanhan Vaasan sairaala ja Niuvanniemen sairaala. Näiden yksiköiden hallinnosta säädetään valtion mielisairaaloista annetussa laissa (1292/1987). Valtion mielisairaalassa annettavasta hoidosta säädetään mielenterveyslain (1116/1990) 6 §:ssä. Valtion mielisairaalassa suoritetaan lain 15 §:ssä tarkoitettuja mielentilatutkimuksia sekä hoidetaan niitä mielenterveyspotilaita, joiden hoitaminen on erityisen vaarallista tai erityisen vaikeaa tai joiden hoito hyvinvointialueen sairaalassa ei ole hoidon järjestämisen kannalta tarkoituksenmukaista. Valtion mielisairaaloista annetussa laissa ja mielenterveyslaissa ei ole viittausta terveydenhuollon palveluvalikoimaa koskevaan terveydenhuoltolain 7 a §:ään.

#### 2.4.8 Valtion koulukodit

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen alaisuudessa toimii viisi valtion koulukotiyksikköä, joissa tuotetaan lastensuojelulain (417/2007) mukaista laitoshuoltoa sekä järjestetään perusopetusta ja tutkintokoulutukseen valmentavaa koulutusta sen mukaan, kuin niistä säädetään perusopetuslaissa (628/1998) ja tutkintokoulutukseen valmentavasta koulutuksesta annetussa laissa (1215/2020), sellaisille sijaishuoltoon sijoitetuille lapsille, joita ei voida tarkoituksenmukaisesti kasvattaa ja hoitaa muussa sijaishuollossa ja jotka eivät sairautensa vuoksi tarvitse muualla annettavaa hoitoa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen alaisiin lastensuojeluyksiköihin kuuluu myös vankilan perheosasto, jonka toiminta käynnistyi vuonna 2010. Vankilan perheosasto toimii Vanajan ja Ojoisten vankilassa ja Hämeenlinnan vankilassa. Perheosastopalvelu on käytännössä lastensuojelun avohuollon palveluna annettavaa perhetyötä, jota tuottaa Kanta-Hämeen ensi- ja turvakoti ry. Valtion koulukodeista ja vankilan perheosastosta on säädetty Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen alaisista lastensuojeluyksiköistä annetussa laissa (1379/2010). Lakia sovelletaan Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen alaisiin lastensuojeluyksiköihin, joita ovat lain 1 §:n mukaan valtion koulukodit sekä vankilan perheosasto.

Lastensuojelulainsäädännön kokonaisuudistusta koskevassa hallituksen esityksessä HE 149/2025 vp ehdotetaan annettavaksi uusi laki Valtion lastensuojelulaitoksesta ja sen

yhteydessä toimivasta koulusta. Laki kumoaisi nykyisen lain terveyden ja hyvinvoinnin alaisista lastensuojeluyksiköistä. Ehdotetun lain 4 §:n 1 momentissa säädettäisiin Valtion lastensuojelulaitoksen (VLL) tehtävästä lastensuojelulain laitospalveluiden sekä perusopetuksen ja tutkintokoulutukseen valmentavasta koulutuksesta annetun lain mukaisen koulutuksen tuottajana ja 5 §:n 2 momentissa säädettäisiin vankilan perheosastopalvelun tuottamistehtävästä. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta annettuun lakiin (741/2023, jäljempänä valvontalaki) ehdotetaan muutoksia, joilla selkiytettäisiin VLL:n asemaa palveluiden tuottajana. Ehdotetut muutokset selventäisivät valtion koulukotien, jatkossa Valtion lastensuojelulaitoksen, tuottaja-asemaa suhteessa hyvinvointialueen asemaan lastensuojelun järjestäjänä.

Koska valtion koulukotien ja vankilan perheosaston tuottamat palvelut kuuluvat hyvinvointialueen järjestämisvastuulle, palveluihin sovelletaan hyvinvointialuetta velvoittavaa sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöä.

#### 2.4.9 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. Viittauksen on tulkittu tarkoittavan yksityisiin terveydenhuollon palveluntuottajiin sovellettavia terveydenhuollon yleislakeja. Korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetussa laissa ei ole viittausta terveydenhuollon palveluvalikoimaa koskevaan terveydenhuoltolain 7 a §:ään.

#### 2.4.10 Kansainvälistä suojelua hakeville, tilapäistä suojelua saaville sekä ihmiskaupan uhreille annettavat vastaanottopalvelut

Kansainvälistä suojelua hakevan vastaanotosta sekä ihmiskaupan uhrin tunnistamisesta ja auttamisesta annetun lain (746/2011, jäljempänä vastaanottolaki) 25 §:n 1 momentin mukaan kansainvälistä suojelua hakevalla, tilapäistä suojelua saavalla ja ihmiskaupan uhrilla, jolla ei ole kotikuntalaisia 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 sosiaaliryöstä ja 16 §:ssä tarkoitettua sosiaaliohjausta tekee vastaanottokeskuksessa sosiaalihuollon ammattihenkilö. Muutoin vastaanottopalveluihin ei sovelleta sosiaalihuoltolakia.

Lain 26 §:n 1 momentin mukaan kansainvälistä suojelua hakevalla ja ihmiskaupan uhrilla, jolla ei ole kotikuntalaisia 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 kotikuntalaisia tarkoitettua kotikuntaa Suomessa, annetaan terveydenhuoltopalvelut samoin perustein kuin henkilölle, jolla

on kotikuntalaissa tarkoitettu kotikunta Suomessa. Lisäksi säilöön otettujen ulkomaalaisten kohtelusta ja säilöönottoyksiköstä annetun lain (116/2002, jäljempänä säilölaki) 13 §:n 1 momentin mukaan säilöön otetulla ulkomaalaisella on oikeus saada välttämättömiä terveydenhuoltopalveluja.

Vireillä olevassa hallituksen esityksessä EU:n muuttoliike- ja turvapaikkasopimuksen muodostavien säädösten täytäntöönpanemiseksi vastaanottolain 26 §:n 2 momenttia ehdotetaan muutettavaksi niin, että jatkossa kansainvälistä suojelua hakevalle lapselle ja tilapäistä suojelua saavalle lapselle sekä ihmiskaupan uhrille, joka on lapsi ja jolla ei ole kotikuntalaissa tarkoitettua kotikuntaa Suomessa, annetaan terveydenhuoltopalvelut samoin perustein kuin hyvinvointialueen asukkaille. Siten tilapäistä suojelua saavat täysi-ikäiset rajautuisivat hyvinvointialueen asukkaisiin nähden samoin perustein terveydenhuoltopalveluja saavan ryhmän ulkopuolelle.

Vastaanottolain 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. Vastaanottolain 13 §:n 1 momenttia ehdotetaan muutettavaksi vireillä olevan EU:n muuttoliike- ja turvapaikkasopimuksen muodostavien säädösten täytäntöönpanemisen yhteydessä seuraavalla tavalla. Jatkossa kansainvälistä suojelua hakeva ja tilapäistä suojelua saava saisivat vastaanottopalvelut sen vastaanottokeskuksen kautta, jonka asiakkaaksi hänet rekisteröidään. Palvelut voitaisiin tuottaa vastaanottokeskuksen toimesta tai siten, että vastaanottokeskus tai Maahanmuuttovirasto hankkii palveluja hyvinvointialueelta tai muulta julkiselta taikka yksityiseltä palvelujen tuottajalta siten kuin siitä näiden kanssa erikseen sovitaan. Kyseisessä hallituksen esityksessä ehdotettaisiin myös terveydenhuoltolakiin lisättäväksi uusi 72 a §:ää, jossa säädettäisiin Hyvinvointialueiden ja HUS-yhtymän sekä Maahanmuuttoviraston velvollisuudesta sopia vastaanottolain 26 §:n ja säilölain 13 §:n mukaisten terveystalveluiden tuottamisesta.

Vastaanottolain mukaisiin terveystalveluihin ei lähtökohtaisesti sovelleta terveydenhuollon palveluvalikoimaa koskevaa terveydenhuoltolain 7 a §:ää. Kuitenkin niiden vastaanottolain 26 §:n 2 momentissa tarkoitettujen henkilöiden, joille annetaan terveydenhuoltopalvelut samoin perustein kuin hyvinvointialueen asukkaalle, osalta tulisi pyrkiä yhtenäiseen palveluvalikoimaan muun julkisesti rahoitetun terveydenhuollon kanssa, esimerkiksi noudattamalla terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvoston suosituksia.

Käytännössä vastaanottokeskukset hankkivat useita edellä tarkoitettuja sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja yksityisiltä palveluntuottajilta tai siltä hyvinvointialueelta, jonka alueella vastaanottokeskus sijaitsee.

#### 2.4.11 Puolustusvoimien järjestämä terveydenhuolto

Terveydenhuollon järjestämisestä puolustusvoimissa annetun lain (322/1987) 3 §:n mukaan puolustusvoimien terveydenhuoltovastuulla ovat asevelvollisuuslain (452/1950) ja naisten vapaaehtoisesta asepalveluksesta annetun lain (194/1995) nojalla puolustusvoimissa ja rajavartiolaitoksessa palvelevat palvelusaikanaan sekä sotilasvirkaan koulutettavat opiskelijat. Järjestämisvastuu sairaanhoidosta 1 momentissa tarkoitetuille henkilöille rajautuu tilanteisiin, joissa sairaus, vamma tai vika on ilmennyt, todettu tai pahentunut palveluksen aikana tai joissa on kyse asianomaisen palvelukseen astuessa todetusta hoitoa vaativasta sairaudesta, vammasta tai iasta, joka ei ole estänyt palvelukseen hyväksymistä.

Käytännössä puolustusvoimat hankkii useita edellä tarkoitettuja terveydenhuollon palveluja siltä hyvinvointialueelta, jonka alueella varuskunta sijaitsee. Palveluvalikoimaa koskevaa terveydenhuoltolain 7 a §:ää ei sovelleta Puolustusvoimien järjestämisvastuulla olevaan terveydenhuoltoon. Terveydenhuoltolain 71 §:n mukaan hyvinvointialueet ja HUS-yhtymä voivat sopia Puolustusvoimien kanssa terveyden- ja sairaanhoidon palvelujen antamisesta Puolustusvoimien terveydenhuoltovastuulla oleville henkilöille. Sopimuksen mukaiset tutkimukset ja hoito kiireellistä hoitoa lukuun ottamatta voidaan antaa eri perustein ja nopeammin Puolustusvoimien terveydenhuoltovastuulla oleville henkilöille kuin hyvinvointialueen omille asukkaille, edellyttäen etteivät sopimuksen tekeminen ja siihen perustuvien palvelujen antaminen vaaranna hyvinvointialueen tehtävien hoitamista.

## **2.5 Terveydenhuoltolaki, potilaslaki ja laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä**

Terveydenhuoltolaissa (1326/2010) säädetään hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän järjestämisvastuulle kuuluvan terveydenhuollon toteuttamisesta ja sisällöstä, jollei muussa laissa toisin säädetä. Terveydenhuoltoon sisältyvät terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito. Lain tarkoituksena on 2 §:n mukaan muun muassa edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia ja työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta, kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja, toteuttaa väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta sekä vahvistaa asiakaskeskeisyyttä ja toimijoiden välistä yhteistyötä.

Terveydenhuoltolain 8 §:n mukaan terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Terveydenhuoltolain 24 §:n 2 momentin mukaan sairaanhoito on toteutettava potilaan lääketieteellisen tai hammaslääketieteellisen tarpeen ja käytävissä olevien yhtenäisten hoidon perusteiden mukaisesti. Terveydenhuoltolain 7 §:n mukaan sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö laatii yhdessä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa yhtenäiset hoidon perusteet.

Julkisesti rahoitettavasta terveydenhuollon palveluvalikoimasta säädettiin terveydenhuoltolakiin vuonna 2013 Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivin 2011/24/EU potilaiden oikeuksien soveltamisesta rajat ylittävässä terveydenhuollossa (jäljempänä potilasdirektiivi) kansallisen toimeenpanon yhteydessä. Palveluvalikoiman määrittäminen on potilasdirektiivin jäsenvaltiolle sallima keino rajata direktiivin mukaista korvausvastuuta rajat ylittävästä terveydenhuollosta. Jos suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoimaa ei olisi määritetty, 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. Pykälän 3 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 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 ohjausperiaatteista, 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 (HE 103/2013), että palveluvalikoimaneuvosto antaisi sitovia ratkaisuja palveluvalikoiman sisällöstä. Lausunnossaan perustuslakivaliokunta katsoi, ettei esitystä voitaisi käsitellä tavallisen lain säätämisympäristössä ilman useita muutoksia (PeVL 30/2013 vp).

Palveluvalikoiman määrittelyn kannalta keskeisenä huomiona perustuslakivaliokunta katsoi, että palveluvalikoimaan kuulumista koskevat kriteerit olisi tullut 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).

Sosiaali- ja terveysvaliokunta ehdotti muutoksia lakiehdotuksiin niin, että neuvosto antaisi kansallisia suosituksia sitovien päätösten sijaan (StVM 23/2013 vp).

Eduskunnan oikeusasiamiehen laillisuusvalvontakäytännön mukaan syrjinnän kieltä on hoitoratkaisuissa keskeisen tärkeä perusoikeuksien toteutumiseen liittyvä terveydenhuollon oikeudenmukaisuuskysymys. Mikään muu valintaperuste ei ole ratkaisujen mukaan 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 koskevissa ratkaisuissaan johdonmukaisesti painottanut velvollisuutta päättää potilaan hoidosta tämän yksilöllisen tarpeen perusteella (esim. EOAK 30.3.2011 Dnro 2823/2009; EOAK 1.4.2020, Dnro 067/2019). Terveydenhuollon palveluvalikoiman säätämistä edeltäneessä Fabryn taudin entsyymikorvaushoidon järjestämisestä koskevassa ratkaisussa (EOA 9.2.2005, Dnro 921/4/04) oikeusasiamies piti lainvastaisena sairaanhoitopiiriin menettelyä, jossa Fabryn taudin hoito lopetettiin kategorisesti määrärahojen puutteen takia.

Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992, jäljempänä potilaslaki) 2 luvussa säädetään potilaan oikeuksista. Potilaslakia sovelletaan sekä julkisissa että yksityisissä terveyspalveluissa. 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.

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 ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) 22 §:n mukaan laillistettu lääkäri tai hammaslääkäri päättää potilaan lääketieteellisestä tai hammaslääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärittämisestä 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 koituvat hyödyt ja sen mahdolliset haitat. Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee aina antaa kiireellisen hoidon tarpeessa olevalle apua.

## **2.6 Terveydenhuollon sisältöohjaus ja terveydenhuollon menetelmien arviointitoiminta**

Terveydenhuollon sisältöohjauksella tarkoitetaan Saarnin selvityksen<sup>12</sup> mukaan menetelmien valinnan sekä palveluiden saatavuuden, laadun ja turvallisuuden johtamista ja ohjausta. Lainsäädännössä on vain joitakin yleisluonteisia säännöksiä terveydenhuollon sisältöohjausta koskien, kuten esimerkiksi yhtenäiset hoidon perusteet.

Vain pieni osa terveydenhuollon palveluvalikoimasta määritellään yksityiskohtaisesti laissa. Lainsäädännöllä linjataan muun muassa terveydenhuollon seulontojen ja rokotteiden kuulumisesta julkisesti rahoitettuun palveluvalikoimaan, säteilyn lääketieteellisestä käytöstä terveydenhuollossa sekä avohoidon lääkkeiden sairausvakuutuslain mukaisesta korvattavuudesta.

---

<sup>12</sup> Saarni, Samuli. Terveydenhuollon sisältöohjauksen kehittäminen hyvinvointialuerakenteessa. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2023:19.

Valtaosin terveydenhuollon palveluvalikoima määräytyy muutoin kuin lailla säääten. Terveydenhuollon palveluvalikoimaa koskeva päätöksenteko ja palveluvalikoimaan liittyvien suositusten antaminen on Suomessa jakautunut useille eri tasoille ja toimijoille. Riippumatta siitä, onko kyse suosituksesta, ohjeesta tai muusta päätöksestä, eri toimijoiden kansallisesti ja palvelujärjestelmässä antamat terveydenhuollon sisältöä koskevia linjauksia lähtökohtaisesti noudatetaan julkisesti rahoitetussa terveydenhuoltojärjestelmässä ja ammattilaisten tekemässä potilastyössä varsin kattavasti. Monitieteisen tieteellisen tutkimustiedon sekä ammatillisen kokemuksen kautta systemaattisilla menettelyillä valmistellut suositukset koetaan palvelujärjestelmässä ja yksittäisten ammattilaisten toimesta hyväksyttävänä, mikä varmistaa niihin sitoutumista.

Terveydenhuoltolain 7 §:n mukaan sosiaali- ja terveysministeriö ohjaa valtakunnallisten yhtenäisten lääketieteellisten ja hammaslääketieteellisten hoidon perusteiden toteutumista. Ministeriö laatii yhdessä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa yhtenäiset hoidon perusteet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos seuraa ja arvioi yhtenäisten hoidon perusteiden toteutumista hyvinvointialueilla. Hyvinvointialueen eri toimijoiden on yhteistyössä seurattava yhtenäisten hoidon perusteiden toteutumista. Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut yhtenäiset hoidon perusteet koskien kiireetöntä<sup>13</sup> ja aikuisten<sup>14</sup> ja lasten<sup>15</sup> kiireellistä hoitoa. Käytännössä yksityiskohtaisia yhtenäisiä hoidon perusteita ei ole osoittautunut mahdolliseksi antaa kaikkia terveystalvituja koskien. Voimassa olevat perusteet ovatkin painottuneet lähete- ja hoitoon ohjaamiskäytäntöjen ohjaamiseen sekä erikoissairaanhoidon. Lain soveltamisalan mukaan yhtenäiset hoidon perusteet koskevat hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän järjestämää terveydenhuoltoa.

Hyvinvointialueiden palveluvalikoimaa koskevaa päätöksentekoa ohjataan terveydenhuoltolain 78 a §:n mukaisen terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvoston (Palko) antamilla suosituksilla. Palkoon liittyvä säädöspohja on tarkemmin kuvattu kohdassa 2.5. Neuvosto antaa suositukset kaikista Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimean arvioimista uusista sairaalalääkkeistä, mutta muutoin Palkon suositukset kattavat vain pienen osan terveydenhuollon palveluista.

Terveydenhuollon toimintaa tuetaan myös osin julkisesti rahoitetuilla kliinisillä hoitosuosituksilla. Ne tarjoavat sairausryhmä- ja menetelmäkohtaiseen tutkimusnäyttöön perustuvia riippumattomia ohjeita palvelujärjestelmän toimijoille ja yksittäisille terveydenhuollon ammattilaisille. Hoitosuosituksia hyödynnetään potilaiden sairauksien diagnosoimisessa, hoidossa ja ehkäisyssä sekä terveydenhuollon käytännöissä ja toimintatavoissa. Esimerkiksi Lääkäriseura Duodecim julkaisee Käypä hoito- ja Vältä viisaasti-suosituksia ja Hoitotyön tutkimussäätiö Hotus-hoitosuosituksia®. Kliinisiä hoitosuosituksia noudatetaan laajasti sekä julkisessa että yksityisessä terveydenhuollossa ja ne koetaan laajasti hyväksyttävänä. Hoitosuosituksista julkaistaan myös potilaille tarkoitettuja versioita.

Alueellisia ja paikallisia ohjeita terveydenhuollon sisällölliseen toteuttamiseen, käytäntöihin ja hoitoketjuihin liittyen annetaan myös hyvinvointialueilla ja yhteistyöaluetasoisesti

---

<sup>13</sup> Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja|2019:2. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4036-9>

<sup>14</sup> Aikuisten valtakunnalliset yhtenäiset kiireellisen hoidon perusteet. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja|2020:19. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5441-0>

<sup>15</sup> Lasten valtakunnalliset yhtenäiset kiireellisen hoidon perusteet. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja|2020:18. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5437-3>

lainsäädännön ja kansallisten suositusten puitteissa. Lisäksi esimerkiksi erikoisalayhdistykset voivat antaa alaansa koskevia suosituksia tai konsensuslausumia.

Terveydenhuoltolain 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 ja ohjeistuksessa omassa toimintayksikössään.

Palveluvalikoimaa koskevaa päätöksentekoa sekä suosituksia varten tarvitaan terveydenhuollon menetelmien arviointia (health technology assessment, HTA). Kyseessä on järjestelmällinen, monitieteinen tapa tuottaa tutkittuun tietoon perustuvaa arviota esimerkiksi hoitojen, lääkkeiden, lääkinnällisten laitteiden, seulojen ja palvelujen vaikuttavuudesta, turvallisuudesta ja kustannusvaikuttavuudesta.

Aiemmissa selvityksissä on tunnistettu terveydenhuollon menetelmien arviointia ja käyttöönottoa koskevia haasteita (ks. luku 1.1). Niitä ovat muun muassa se, että menetelmien arviointi ja käyttöönotto vaihtelevat, menetelmien arviointi ei ole systemaattista ja kattavaa, palveluvalikoimaan vaikuttavia suosituksia antaa moni taho ja suositusten perusteet tai laatimisen kriteerit ovat epäyhteneviä. Lisäksi on tunnistettu, että kansallisen tason sisältöohjausta tekevien organisaatioiden roolit tulisi selkeyttää ja arvioida.

Terveydenhuollon menetelmien arviointia toteuttavat kansallisesti Palko, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea, Lääkkeiden hintalautakunta, Kansaneläkelaitos, Säteilyturvakeskus, Työterveyslaitos sekä hyvinvointialueilla kansallinen HTA-koordinaatioyksikkö (FinCCHTA) ja hyvinvointialueiden arviointiyliääkäriverkosto.

Sosiaali- ja terveysministeriö on vastikään teettänyt selvityksiä terveydenhuollon menetelmien arviointitoiminnan kehittämiseksi. Selvitystyön kolmesta kokonaisuudesta on julkaistu kaksi: Selvitys Suomen terveydenhuollon menetelmien arvioinnin lakisäätelisistä toimijoista sekä näiden kyvykkyyksistä, resursseista, toiminnoista ja prosesseista<sup>16</sup> sekä selvitys HTA-toimintojen organisoitumisesta kansainvälisissä verrokkimaissa<sup>17</sup>. Kolmas osio koskien vaihtoehtoisia ehdotuksia Suomen terveydenhuollon menetelmien arviointitoiminnan ja menetelmien käyttöönottoon liittyvän päätöksenteon organisoitumismallista julkaistaan alkuvuoden 2026 aikana. Selvitystyön perusteella arvioidaan, millaisin lainsäädännöllisin tai ohjauksen toimenpiteiden kautta terveydenhuollon menetelmien arviointia tulevaisuudessa kehitetään.

## **2.7 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 järjestetyt ja toteutetut

---

<sup>16</sup> Suomen terveydenhuollon menetelmien arviointitoimijat. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita|2025:22. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5674-2>.

<sup>17</sup> Kansainväliset esimerkit Suomen HTA-järjestelmän kehittämisen tukena Toimijarakenne, prosessit ja päätöksenteko. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2025:37. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-6008-4>.

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/I).

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 ammatitoiminnassaan, 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 tarkemmin palvelujen järjestämisen ja toteuttamisen periaatteista kunkin lain tarkoittaman asiakasryhmän osalta. Erityislainsäädännössä säädetään myös useista subjektiivisena oikeutena myönnettävistä palveluista.

Sosiaalihuollon järjestämistä ja toteuttamista ohjaavat lainsäädännön lisäksi myös sosiaalihuollon lainsäädännössä ja oikeuskirjallisuudessa tunnistetut sosiaalihuollon oikeusperiaatteet. Sosiaalihuollon lainsäädännössä oikeusperiaatteet ovat läsnä erityisesti asiakkaan kohtelua ja hänen tarpeeseensa vastaamista koskevilla sosiaalihuoltolain ja asiakaslain säännöksissä. Sosiaalihuollon oikeusperiaatteet ovat lainvalmisteluaineiston ja oikeuskirjallisuuden ohella tärkeitä oikeuslähteitä sosiaalihuollon lainsäädännön tulkinnassa.

Tuori ja Kotkas ovat ryhmitelleet sosiaalihuollon oikeusperiaatteet seuraavasti<sup>18</sup>:

1. laajentavan tulkinnan kieltä päätettäessä tahdosta riippumattomista toimenpiteistä tai etuuksien saajien valvonnasta
2. hakijalle myönteisen tulkinnan ensisijaisuus etuuspäätöksissä
3. tarveperiaate
4. asiakkaan itsemääräämisoikeus ja osallistuminen
5. asiakkaan integriteetin kunnioittaminen
6. yleisten sosiaalipalvelujen ensisijaisuus
7. asiakkaan omatoimisuuden edistäminen
8. ryhmätason osallistuminen ja vaikuttaminen sekä
9. luottamuksellisuus.

Sosiaalihuollon oikeusperiaatteet ovat palvelujen sisällön ohjaamisen ja priorisoinnin kannalta merkityksellisiä osin suoraan sisältönsä perusteella ja osin asiakkaan kohtelun ja yksilöllisiin päätöksiin kohdistuvan vaikutuksensa kautta. Esimerkiksi tarveperiaate ohjaa toimintapolitiikan tasolla voimavarojen kohdentamista ja toisaalta asiakastyössä yksilöllistä päätöksentekoa ja tosiasiallista toimintaa. Sen mukaan sosiaalietuuksia ja -palveluja tulisi luoda ja myöntää niitä eniten tarvitseville. Yleisten sosiaalipalvelujen ensisijaisuus taas liittyy sekä työnjaolliseen tarkoituksenmukaisuuteen että mahdollisen leimaavuuden välttämiseen.

Asiakkaan itsemääräämisoikeuden ja osallistumisen periaate ja integriteettiperiaate liittyvät etenkin hyvän kohtelun varmistamiseen sekä asiakkaan oikeuteen osallistua häntä koskevien

---

<sup>18</sup> Tuori, Kaarlo ja Kotkas, Toomas, Sosiaalioikeus 2023.

sosiaalihuollon palvelujen ja muiden toimenpiteiden suunnitteluun ja toteuttamiseen. Nämä periaatteet vaikuttavat lisäksi myös palvelujen järjestämisen ja palvelujen sisällön tasolla. Ensinnäkin hyvinvointialueen tulee järjestää sosiaalihuollon palvelut sellaisella tavalla, että asiakkaan oikeudet ja edellä mainitut periaatteet ovat toteutettavissa palvelujen sisällä. Lisäksi itsemääräämisoikeuden ja osallistumisen periaate ja integriteettiperiaate määrittävät sosiaalihuollon palvelujen sisällöllisiä tavoitteita yhdessä tarveperiaatteen ja asiakkaan omatoimisuuden edistämisen periaatteen kanssa. Ryhmätason osallistumisen ja vaikuttamisen periaate taas edellyttää asiakkaiden omien tarvetulkintojen ja toivomusten huomioimista ryhmätasolla esimerkiksi sosiaalihuollon suunnittelussa ja toteuttamisessa.<sup>19</sup>

## 2.8 Sosiaali- ja terveydenhuollon valvonta

Sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta annetussa laissa (741/2023, jäljempänä valvontalaki) säädetään valtion, hyvinvointialueen, Helsingin kaupungin, HUS-yhtymän sosiaali- ja terveydenhuollon ja Kansaneläkelaitoksen korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon ja kuntoutuspalvelujen järjestämisen valvonnasta sekä julkisesti ja yksityisoikeudellisessa muodossa tuotettujen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen valvonnasta. Lain 10 §:ssä on säädetty muun muassa palvelun laadun edellytyksistä, toiminnan johtamisesta edellytetystä asiantuntemuksesta sekä palvelutoiminnan johtamisesta ja valvomisesta vastaavista vastuuhenkilöistä. Valvontalain 4 luvussa on säädetty omavalvonnan toteutuksesta, muun muassa palvelunjärjestäjän omavalvonnasta, ohjaus- ja valvontavelvollisuudesta, palveluntuottajien kanssa tehtyjen sopimusten noudattamisen valvonnasta sekä menettelyistä epäkohtien ja puutteiden korjaamiseksi.

Vuoden 2026 alusta lähtien sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen ja tuottamisen laillisuusvalvonnasta vastaa Lupa- ja valvontavirasto. Valvontalain 32 §:n mukaan Lupa- ja valvontavirasto valvoo sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisen ja tuottamisen laimukaisuutta ja antaa siihen liittyvää ohjausta.

## 2.9 Yhdenvertaisuuslaki

Yhdenvertaisuuslain (1325/2014) tarkoituksena on edistää yhdenvertaisuutta ja ehkäistä syrjintää sekä tehostaa syrjinnän kohteeksi joutuneen oikeusturvaa. Lakia sovelletaan kaikessa julkisessa ja yksityisessä toiminnassa lukuun ottamatta yksityis- ja perhe-elämän piiriin kuuluvaa toimintaa ja uskonnonharjoitusta.

Yhdenvertaisuuslaki kieltää syrjinnän. Lain 8 §:n mukainen syrjintäsuoja on yhtäläinen riippumatta siitä, perustuuko syrjintä ikään, alkuperään, kansalaisuuteen, kieleen, uskontoon, vakaumukseen, mielipiteeseen, poliittiseen toimintaan, ammattiyhdistystoimintaan, perhesuhteisiin, terveydentilaan, vammaisuuteen, seksuaaliseen suuntautumiseen tai muuhun henkilöön liittyvään syyhyn. Syrjintä on kielletty riippumatta siitä, perustuuko se henkilöä itseään vai jotakuta toista koskevaan tosiseikkaan tai oletukseen. Välittömän ja välillisen syrjinnän lisäksi yhdenvertaisuuslaissa tarkoitettua syrjintää on häirintä, kohtuullisten mukautusten epääminen sekä ohje tai käsky syrjiä. Lain 9 §:ssä säädetään positiivisesta erityiskohtelusta. Sen mukaan sellainen oikeasuhtainen erilainen kohtelu, jonka tarkoituksena on tosiasiallisen yhdenvertaisuuden edistäminen taikka syrjinnästä johtuvien haittojen ehkäiseminen tai poistaminen, ei ole syrjintää. Lisäksi lain 11 §:n 1 momentin mukaan erilainen

---

<sup>19</sup> Tuori & Kotkas, s. 195–205.

kohtelu ei ole syrjintää, jos kohtelu perustuu lakiin ja sillä muutoin on hyväksyttävä tavoite, ja keinot tavoitteen saavuttamiseksi ovat oikeasuhtaisia.

Yhdenvertaisuuslain 5 §:n mukaan kaikilla viranomaisilla on velvollisuus edistää yhdenvertaisuutta omassa toiminnassaan. Viranomaisen on arvioitava yhdenvertaisuuden toteutumista toiminnassaan ja ryhdyttävä tarvittaviin toimenpiteisiin yhdenvertaisuuden toteutumisen edistämiseksi. Edistämistoimenpiteiden on oltava viranomaisen toimintaympäristö, voimavarat ja muut olosuhteet huomioon ottaen tehokkaita, tarkoituksenmukaisia ja oikeasuhtaisia. Edistämistoimet voivat myös olla toimenpiteitä syrjinnän havaitsemiseksi tai ennaltaehkäisemiseksi taikka positiivista erityiskohtelua. Viranomaisella on myös oltava suunnitelma tarvittavista toimenpiteistä yhdenvertaisuuden edistämiseksi. Velvoite koskee kaikkia syrjintäperusteita.

Yhdenvertaisuuslain 15 § velvoittaa viranomaiset, koulutuksen järjestäjät, työnantajat sekä tavaroiden tai palveluiden tarjoajat tekemään asianmukaiset ja kulloisessakin tilanteessa tarvittavat kohtuulliset mukautukset, jotta vammaisen henkilö voi yhdenvertaisesti muiden kanssa asioida viranomaisissa sekä saada koulutusta, työtä ja yleisesti tarjolla olevia tavaroita ja palveluita samoin kuin suoriutua työtehtävistä ja edetä työrullalla. Siten sosiaali- ja terveydenhuollossa tulee tehdä tilannekohtaisesti 15 §:n mukaisia kohtuullisia mukautuksia vammaisten henkilöiden palvelujen toteuttamiseksi.

Lain noudattamista valvovat yhdenvertaisuusvaltuutettu, yhdenvertaisuus- ja tasa-arvolautakunta sekä työsuojeluviranomaiset. Syrjinnästä voi vaatia hyvitystä käräjäoikeudessa.

## **2.10 Kielellisiä oikeuksia koskeva lainsäädäntö sosiaali- ja terveydenhuollossa**

Sote-järjestämislain 5 §:ssä säädetään palveluiden kielestä ja kielilaissa esimerkiksi asiakkaan oikeudesta käyttää omaa kieltään, tulla kuulluksi sekä oikeudesta tulkkaukseen. Sote-järjestämislain 5 §:ssä säädetään kaksikielisen hyvinvointialueen velvollisuudesta järjestää sosiaali- ja terveydenhuolto sekä suomeksi että ruotsiksi sekä asiakkaan oikeudesta käyttää saamen kieltä saamelaisten kotiseutualueella tuotettavissa palveluissa sekä tietyissä Lapin hyvinvointialueen muissa palveluissa. Lain 5 §:n 3 momentin mukaan palveluja annettaessa on mahdollisuuksien mukaan huolehdittava tulkkitsemisestä ja tulkin hankkimisesta, jos sosiaali- tai terveydenhuollon henkilöstö ei hallitse asiakkaan käyttämää viittoma- tai muuta kieltä tai asiakas ei vammaisuuden tai muun syyn vuoksi voi tulla ymmärretyksi.

Asiakaslain 4 §:n 2 momentin mukaan sosiaalihuoltoa toteutettaessa on otettava huomioon asiakkaan äidinkieliä ja kulttuuritausta. Ruotsinkielisten, saamelaisten, viittomakielisten, romanitaustaisten sekä mahdollisuuksien mukaan myös muiden henkilöiden kielellinen ja kulttuurinen tausta tulee ottaa huomioon sosiaalihuollon palveluprosessin eri vaiheissa.

Kielilaissa säädetään (423/2003) jokaisen oikeudesta käyttää tuomioistuimessa ja muussa viranomaisessa omaa kieltään, joko suomea tai ruotsia. Kielilain tavoitteena on, että jokaisen oikeus oikeudenmukaiseen oikeudenkäyntiin ja hyvään hallintoon taataan kielestä riippumatta ja että yksilön kielelliset oikeudet toteutetaan ilman, että niihin tarvitsee erikseen vedota. Lakia sovelletaan tuomioistuimissa ja muissa valtion viranomaisissa, hyvinvointialueen ja hyvinvointiyhtymän viranomaisissa, kunnallisissa viranomaisissa, itsenäisissä julkisoikeudellisissa laitoksissa sekä eduskunnan virastoissa ja tasavallan presidentin kansliassa, jollei erikseen toisin säädetä. Kielilain 25 §:ssä säädetään yksityisten tahojen kielellisestä palveluvelvollisuudesta. Jos julkinen hallintotehtävä on lailla tai lain nojalla säädetty yksityiselle, sitä koskee sen hoitaessa tätä tehtävää, mitä kielilaissa säädetään viranomaisesta.

Viittomakielilaisissa (359/2015) säädetään viittomakieltä käyttävien kielellisten oikeuksien toteutumisen edistämisestä. Viittomakielisten kielelliset oikeudet on turvattu perustuslaissa, mutta tarkemmat säännökset ovat eri hallinnonalojen lainsäädännössä. Tarkoituksena on, että viranomaiset huomioivat viittomakieltä käyttävät säädösvalmistelussa ja käytännön ratkaisutoiminnassa sekä edistävät viittomakieltä käyttävien mahdollisuuksia käyttää ja saada tietoa omalla kielellään. Viittomakieltä käyttävien ydinryhmän muodostavat kuurot ja vaikeasti kuulovammaiset henkilöt, jotka käyttävät viittomakieltä äidinkielenään. Viittomakieltä voidaan kuitenkin pitää henkilön äidinkielenä myös silloin, kun ainakin toinen hänen vanhemmistaan tai joku hänen vanhemmista sisarusistaan on viittomakielinen ja viittomakieltä on käytetty lapsen kanssa syntymästä lähtien. Viittomakielilaki koskee Suomen kansallisia viittomakieliä eli suomalaista ja suomenruotsalaista viittomakieltä.

## **2.11 Sosiaali- ja terveydenhuollon priorisointi**

Priorisoinnilla sosiaali- ja terveydenhuollossa tarkoitetaan toimien, palvelujen, menetelmien ja työmuotojen asettamista tärkeysjärjestykseen tilanteessa, jossa käytettävissä olevat resurssit ovat rajalliset. Priorisoinnissa arviointia tehdään suhteessa tarpeeseen, palveluiden, menetelmien ja työmuotojen vaikuttavuuteen ja käytettävissä oleviin resursseihin. Priorisoinnin tavoitteena on varmistaa, että julkisesti rahoitetut sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut kohdennetaan siten, että ne tuottavat väestön kannalta parhaan mahdollisen terveys- ja hyvinvointihyödyn oikeudenmukaisesti ja yhdenvertaisesti. Priorisoinnin keskeinen tavoite on turvata perustuslain mukaiset riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut sekä estää eriarvoisuuden lisääntyminen väestön, asiakasryhmien tai alueiden välillä.

Priorisoinnilla ei tarkoiteta ihmisten tai asiakas- ja potilasryhmien asettamista keskinäiseen arvojärjestykseen tai esimerkiksi palveluiden rajaamista yksinomaan siksi, että henkilö kuuluu johonkin ihmisryhmään.

Priorisoinnin tavoitteena ei myöskään ole itsetarkoituksellisesti säästää resursseja. Tarkoituksena on, että ratkaisut ovat oikeudenmukaisia niin yksilö- kuin väestötasolla, eivätkä lisää väestö-, asiakas- tai potilasryhmien välistä eriarvoisuutta. Lisäksi ratkaisujen tulisi tuottaa kulloinkin käytettävissä olevilla resursseilla mahdollisimman paljon terveyttä ja hyvinvointia.

Yksilön ja väestön terveyden ja hyvinvoinnin tarpeet ja odotukset ovat lähes rajattomat, ja uusia tarpeita nousee tietoisuuden, toiveiden ja medikalisaation kautta. Toisaalta lääketiede kehittyy nopeasti, mikä lisää käytettävissä olevien tutkimus-, hoito- ja kuntoutusvaihtoehtojen määrää. Samaan tarpeeseen vastaamiseksi on käytettävissä erilaisia palveluja, menetelmiä ja työmuotoja, jotka ovat myös kustannuksiltaan erilaisia.

Erityisesti terveydenhuollossa moderneimmat, kehittymässä olevat hoitomuodot voivat olla kustannuksiltaan erittäin korkeita. Sosiaalihuollossa korkeimmat kustannukset taas liittyvät raskaimpiin korjaaviin palveluihin, joita tulee tarjota lakisääteistesti, kun yhtäaikaaisesti henkilöresursseja tulisi kohdentaa näiden palvelujen tarvetta vähentäviin ennalta ehkäiseviin palveluihin. Ristiriitaa aiheuttaa väistämätön yhteiskunnallisten resurssien rajallisuus. Kyse voi olla taloudellisista tai esimerkiksi henkilöstöön ja erityisosaamiseen, tiloihin tai laitteisiin liittyvistä resursseista tai rajallisesti saatavista ja siksi säännösteltävistä resursseista, kuten tietyistä lääkkeistä tai rokotteista, tai sosiaalihuollossa erityisosaamista vaativan asumispalvelun asiakaspaikoista. Kun jotakin tehdään ja siihen kohdennetaan resursseja, ei samaa resurssia voida kohdistaa toisaalle eli jotakin muuta jää tekemättä (ns. vaihtoehtoiskustannusten käsite). Saman resurssin voi käyttää vain kerran.

Priorisointia tapahtuu yhteiskunnassa kolmella toisiaan täydentävällä tasolla:

- Järjestelmätaso (makrotaso), jolla muun muassa eduskunta ja valtioneuvosto säätävät lainsäädännön ja päättävät rahoituksen; valtioneuvosto valmistelee lait ja asetukset ja määrittelee valtakunnalliset tavoitteet ja palvelujärjestelmän ohjauksen. Kansallisella tasolla sosiaali- ja terveysministeriö antaa yhtenäiset hoidon perusteet ja palveluvalikoimaneuvosto (Palko) antaa suosituksia terveydenhuollon palveluvalikoimasta. Hyvinvointialueet ja eräät muut viranomaiset vastaavat palveluiden järjestämisestä.
- Organisaatiotaso (mesotaso), jolla hyvinvointialueet ja palveluntuottajat esimerkiksi jakavat resursseja väestön tarpeiden ja toimintojensa välillä sekä päättävät toiminnan toteuttamisesta ja hoidon ja palvelujen kriteereistä.
- Asiakas- ja potilastaso (mikrotaso), jolla ammattilaiset arvioivat yksittäisessä asiakas- ja potilassuhteessa kiireellisyyttä, hoidon tai palvelun soveltuvuutta ja tarkoituksenmukaisuutta, sekä ajoitusta ja järjestystä, huomioiden näyttö, oikeudelliset reunaehdot ja eettiset periaatteet.

Resurssien jaossa on arvioitava, mitkä menetelmät tai työmuodot vastaavat yksittäisen asiakkaan tai potilaan tarpeisiin sekä eri väestö- ja asiakasryhmien palvelutarpeisiin ja hoitoon kustannusvaikuttavasti. Samalla on arvioitava, kuinka paljon henkilöstöä, asiakas- ja potilaspaiikkoja sekä taloudellisia resursseja tarvitaan eri toimialoille tai erikoisaloille. Lisäksi tulee arvioida, miten resursseja kohdennetaan tasapainoisesti eri painopisteiden, kuten ennaltaehkäisevän toiminnan ja sairauksien hoidon, tai perustason palvelujen, erikoissairaanhoidon ja muiden erityistason palvelujen tai sosiaalihuollossa raskaampien korjaavien palvelujen sekä toisaalta hyvinvoinnin edistämisen, ennaltaehkäisyn ja varhaisen tuen välillä.

Priorisointia tehdään sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisen ja toteuttamisen eri tasoilla päivittäin. Priorisointia voidaan tehdä monin eri tavoin. Priorisointi voidaan kokea eri näkökulmista tarpeellisenä ja hyväksyttävänä tai epätoivottuna ja epäoikeudenmukaisena. Silloin, kun priorisoinnille on sovittu laajasti hyväksytyt yhtenäiset periaatteet tai kriteerit, joiden pohjalta riippumaton toimivaltainen elin tekee avoimesti perusteltuja, nimenomaisia päätöksiä, on kyse eksplisiittisestä priorisoinnista. Jos taas priorisoinnin periaatteista ja menettelyistä ei olla päästy yhteisymmärrykseen, päädytään tyypillisesti tilanteeseen, jossa priorisointi tapahtuu epäsuorasti ammattihenkilöiden yksittäisissä tilanteissa tekemien ratkaisujen kautta. Tällaista priorisointia kutsutaan implisiittiseksi priorisoinniksi. Toisinaan implisiittinen priorisointi verhoutuu muiden näkökohtien taakse, kuten esimerkiksi lääketieteellisen tarvearvion taakse. Tällöin puhutaan piilopriorisoinnista, joka voi näkyväksi tullessaan rapauttaa yleisön luottamusta palvelujärjestelmään.

## **2.12 Nykytilan arviointi**

Palveluvalikoiman määräytymisen normiohjaus on jäänyt hajanaiseksi ja pistemäiseksi. Palveluvalikoimaan kuulumisen edellytysten ja periaatteiden puute lainsäädännössä on vaarassa heikentää palveluvalikoimasta tehtävien valintojen ja päätöksenteon läpinäkyvyyttä ja hyväksyttävyyttä. Tämä voi heikentää väestön luottamusta palvelujärjestelmään. Pahimmillaan riskinä on eriarvoisuuden lisääntyminen asiakas- ja potilasryhmien välillä ja alueiden välillä. Riski korostuu tilanteessa, jossa sosiaali- ja terveydenhuollon resurssipaineet kasvavat. Sosiaali- ja terveydenhuollon vaikuttavuuden edistäminen ei nykytilassa saa riittävää tukea lainsäädännöstä. Näin ollen ei ole varmuutta siitä, että käytettävissä olevat resurssit hyödynnettäisiin ja kohdennettaisiin siten, että sosiaali- ja terveydenhuolto voi niiden avulla tuottaa väestön ja yksilön näkökulmasta parhaan mahdollisen terveys- ja hyvinvointihyödyn.

Terveyshyöty tarkoittaa sellaista muutosta ihmisen terveydentilassa tai sairauksien hallinnassa, joka syntyy terveydenhuollon tai siihen rinnastuvan toiminnan seurauksena. Myönteistä terveyshyötyä on muun muassa parempi terveys, terveydentilan ylläpito, sairauden ja sen oireiden ja etenemisen hallinta sekä ennusteen parantaminen ja elinajan lisääminen.

Hyvinvointihyödyllä tarkoitetaan sosiaalihuollossa esimerkiksi työmuodon, palvelun, päätöksen tai muun toiminnan seurauksena syntyvää yksilön, väestöryhmän tai yhteisön hyvinvoinnin tai toimintakyvyn vahvistumista tai niissä havaittavaa myönteistä muutosta. Hyvinvointihyöty voi ilmetä fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen tai koetun hyvinvoinnin, toimintakyvyn, osallisuuden, elämänhallinnan tai elämänlaadun vahvistumisena ja se voi olla välitöntä tai pitkäaikaista.

Koska lainsäädäntö ei tarjoa riittävää perustaa terveydenhuollon palvelujen ja menetelmien sekä sosiaalihuollon palvelujen ja työmuotojen palveluvalikoimaan kuulumista koskeville kansallisille ja alueellisille linjauksille, perustuvat käyttöönotto, käyttö ja käytöstä poistaminen liikaa yksittäisten ammattihenkilöiden asiakas- ja potilastyössä tekemiin valintoihin. Siten palveluvalikoiman sisältö voi vaihdella ammattihenkilöstä tai yksiköstä toiseen. Tällöin palveluvalikoiman kokonaisuus voi muodostua epätarkoituksenmukaisesti yksittäisten ammattilaisten sekä terveydenhuollon ja sosiaalihuollon piilopriorisoinnin pohjalta<sup>20</sup>.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoimalle ja siihen kuulumisen periaatteille tarvitaan laajasti hyväksytty arvopohja, johon on myös poliittisesti sitouduttu. Esimerkiksi muissa Pohjoismaissa tämä on terveydenhuollon osalta toteutettu säätämällä terveydenhuollon priorisoinnin eettisistä periaatteista. Lailla säädetyt ja laajaan yhteiskunnalliseen keskusteluun pohjautuvat palveluvalikoiman periaatteet mahdollistaisivat palveluvalikoiman määrittelyn ja siten myös priorisoinnin kehittämisen yhtenäiseen, hyväksyttävään ja läpinäkyvämpään suuntaan.

Sosiaali- ja terveydenhuollon sisältölainsäädännössä ja varsinkin sen tulkinnassa on painotettu erityisesti asiakkaan ja potilaan yksilöllistä tarvetta. Samaan aikaan hyvinvointialueiden rahoitusmalli ja siihen sisältyvät ohjausmekanismit painottavat kustannusten hillitsemistä. Tämä on luonut jännitteen tarveperustaisuuden ja väestön terveyden edistämiseen sekä resurssien yhdenvertaiseen kohdentamiseen liittyvien tavoitteiden välille, erityisesti terveydenhuollossa. Nykyinen lainsäädäntö ei ole tarjonnut riittäviä välineitä tehdä valintoja tilanteissa, joissa resursseja tulisi kohdentaa laajoihin ennaltaehkäiseviin toimiin, samalla kun on arvioitava yksittäisten, hyvin kalliiden menetelmien sisällyttämistä palveluvalikoimaan. Kyse on vaihtoehtokustannuksista: kun jokin toimenpide toteutetaan, samaa resurssia ei voida käyttää toisaalla. Palveluvalikoimaa koskevan sääntelyn tulisikin tukea nykyistä paremmin sekä yksilön että väestön tarpeiden yhteensovittamista.

Terveydenhuoltolain 7 a §:n tulkinnan varovaisuus liittyy myös oikeusasiamiehen Fabryn taudin hoitoa koskevan ratkaisun (EOA 9.2.2005, Dnro 921/4/04) tulkintaan terveydenhuollon toiminnassa. Oikeusasiamiehen Fabryn taudin hoitoa koskevan ratkaisun yhteydessä antama kannanotto priorisointiin tulee ymmärtää senhetkisen lainsäädännön sekä kyseisen yksittäistä asiaa koskevan arvioinnin kontekstissa. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin asiassa antamassa selvityksessä kerrottiin, että päätös Fabryn taudin hoidon lakkauttamisesta koko potilasryhmän osalta kyseisellä lääkkeellä perustui määrärahojen vähyyteen. Oikeusasiamies painotti

---

<sup>20</sup> Terveydenhuollon palveluvalikoiman priorisointi. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2022:53. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/164298>

ratkaisussaan, ettei priorisointia tule toteuttaa sulkemalla tiettyä potilasryhmää kategorisesti hoidon ulkopuolelle kustannussyistä. Oikeusasiamiehen kannanotto koski erityisesti sitä, ettei yksittäinen potilaskohtainen hoitoratkaisu voi perustua määrärahojen riittämättömyyteen, vaan hoitoratkaisuissa tulisi arvioida potilaan sairautta, hoidontarvetta ja hoidon vaikuttavuutta yksilöllisesti. Oikeusasiamiehen priorisointia koskeva kannanotto liittyy valintoihin yksittäisten potilaskohtaisten hoitoratkaisujen tasolla. Sen sijaan oikeusasiamies ei ole ottanut ratkaisussaan kantaa priorisointiin palveluvalikoiman määrittelyn tasolla. Vaikka lakia on muutettu ratkaisun antamisen jälkeen lisäämällä terveydenhuoltolakiin palveluvalikoiman määritelmä sekä siitä poissulkemisen kriteerit, Fabryn taudin hoitoa koskeva ratkaisu ja siihen sisältyvä yksittäisiä hoitoratkaisuja koskeva priorisointiin liittyvä kannanotto mainitaan säännöllisesti esteenä priorisoinnin kehittämiseksi terveydenhuollossa.

Nykyiset terveydenhuoltolain 7 a §:ssä säädetyt palveluvalikoimasta pois rajaamisen kriteerit ovat tulkinnanvaraisia ja edellyttävät vaikuttavuuden vähäisyyttä yhtä aikaa kustannusten kohtuuttomuuden kanssa. Terveydenhuollossa koetaan vaikeaksi arvioida, milloin terveyden- ja sairaanhoidon toimenpiteen, tutkimuksen, hoidon tai kuntoutuksen vaikuttavuus on 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 erikoissairaanhoidossa käytettäviin menetelmiin perusterveydenhuollon ja alueen väestön muihin tarpeisiin vastaamisen kustannuksella. Siten riskinä on, että terveydenhuollossa käyttöön on tullut menetelmiä, joista saatava vaikuttavuus todellisuudessa on vähäinen tai joiden kustannukset ovat kohtuuttomat suhteessa niistä saataviin terveyshyötyihin. Hyvinvointialueiden varovaisuus 7 a §:n tulkinnassa antaa aihetta olettaa, että osa näistä menetelmistä voitaisiin katsoa palveluvalikoimaan kuulumattomiksi jo nykyisen lainsäädännön perusteella.

Sosiaali- ja terveystalvelujen sisältöohjauksessa on sovitettava yhteen useita erilaisia lainsäädännöstä johtuvia velvoitteita ja muita näkökohtia. Näitä ovat esimerkiksi yhdenvertaisuuden lisääminen, terveyserojen kaventaminen sekä eriarvoisuuden vähentäminen, väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen, asiakkaiden ja potilaiden itsemääräämisoikeus ja oikeus yksilöllisesti arvioituun, riittävään ja laadultaan hyvään sosiaali- ja terveydenhuoltoon, sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten ammatillinen autonomia, vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden edistäminen sekä käytettävissä olevien resurssien rajallisuus. Erityisesti kustannusvaikuttavuuden ja vaikuttavuuden merkitystä palveluvalikoiman määrittelyssä tulisi selkeyttää.

Sosiaalihuollossa vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden tutkimus, tietopohja sekä niiden arvioinnin ja päätöksenteon rakenteet ovat olleet terveydenhuoltoa vähäisempiä ja hajanaisempia. Toisaalta sosiaalihuollon palveluista ja etuuksista säädetään terveydenhuoltoon verrattuna yksityiskohtaisemmin laissa. Tästäkin huolimatta myös sosiaalihuollossa tarvitaan periaatteita, joiden pohjalta ratkaisuja tehdään palvelujärjestelmän tasolla. Sosiaalihuollon vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden edistämistä haastaa tutkimuksen, tietopohjan ja rakenteiden vähäisyyden lisäksi 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 muun lainsäädännön pohjalta subjektiivisena oikeutena myönnettävä palvelu. Jos henkilön tarpeeseen ei voida vastata muutoin kuin juuri tietyllä palvelulla, muodostuu siihen jo perustuslaissa tarkoitettulla tavalla ja tarveperiaatteen nojalla vahva oikeus. Tämä hälventää jaottelua laissa subjektiivisiin oikeuksiin turvattujen ja

määrärahasidonnaisten palvelujen välillä.<sup>21</sup> Riskinä on, että määrärahasidonnaisia palveluja käsitellään subjektiivisena oikeutena myös tilanteissa, joissa niillä ei ole yhteyttä välttämättömään huolenpitoon. Näissä tilanteissa vaihtoehtoisten tukimuotojen vertailu ja palvelujen vaikuttava kohdentaminen niitä eniten tarvitseville saattaa jäädä tekemättä, vaikka se olisi mahdollista ja tarkoituksenmukaista.

#### *Arviointia priorisointia koskien*

Keskeistä sosiaali- ja terveydenhuollon voimavarojen kohdentamisessa on pystyvä tunnistamaan, miten käytettävissä olevia resursseja jakamalla saavutetaan väestön ja kokonaisuuden kannalta paras terveys- ja hyvinvointihyöty. Tämä edellyttää hyvää tietopohjaa niin väestön tarpeista kuin terveydenhuollon ja sosiaalihuollon palvelujen, menetelmien ja työmuotojen vaikuttavuudesta ja vaikutusten aikaansaamisen edellytyksistä käytännössä.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa on mahdotonta ajatella, että voitaisiin päättää, ettei priorisointia tehtäisi lainkaan.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa priorisointia tehdään useilla tasoilla, mitä on kuvattu kohdassa 2.11. Käytännössä joka päivä tehdään sekä palvelujärjestelmässä eri tasoilla – myös yksittäisen asiakkaan ja potilaan tasolla – että poliittisessa päätöksenteossa ratkaisuja, joissa toteutetaan sosiaali- ja terveydenhuollon priorisointia. Järjestelmätasolla poliittisesti päätetään julkisen rahoituksen suuntaamisesta eri palveluihin ja strategisella tasolla hoito- ja palvelumuotoihin sekä tehdään päätökset esimerkiksi palveluiden kriteereistä. Palvelujärjestelmän toimijat tekevät eri tasoilla linjaukset ja ohjeistukset organisaation toiminnasta ja resurssien kohdentamisesta eri toimintojen välillä. Lisäksi asiakas- ja potilastyössä tehdään hoito- ja palvelupäätöksiä yksittäistä ihmistä koskien. Esimerkiksi potilastasolla priorisointi ilmenee muun muassa hoidon kiireellisyyden ja hoitojärjestyksen arviointina.

Erityisesti terveydenhuollossa priorisointiin liittyvää keskustelua on käyty jo vuosikymmeniä Suomessa ja kansainvälisesti. Erilaisia keskustelufoorumeja ja seminaareja on pidetty runsaasti. Näissä priorisointia on käsitelty eri näkökulmista. Tarve avoimille, läpinäkyville, eettisesti hyväksyttävillä ja yhteiseen arvopohjaan nojautuvilla laissa säädetyille periaatteille on ollut toiveissa jo pitkään. Näitä periaatteita tulisi voida soveltaa erilaisissa käytännön tilanteissa eri tasoilla. Tällaisten periaatteiden olemassaolo jo sinällään edistäisi oikeudenmukaisuutta ja yhdenvertaisuutta ja voisi vahvistaa luottamusta julkiseen sosiaali- ja terveydenhuoltoon. On tunnistettu, että periaatteet eivät voi vaihdella alueittain, jotta yhdenvertaisuus ei vaarannu. Hyvinvointialueen järjestämistehtävässä ja palvelutuotannossa tulee priorisointia toteuttaa yleisten, yhteisesti määriteltyjen periaatteiden pohjalta alueiden väestöprofiilin ja toimintaympäristön erilaisuudet huomioiden.

Sosiaalihuollossa on samantyyppiseen priorisointikeskusteluun vähemmän perinteitä. Sosiaalihuollon palvelut ovat suurelta osin laissa määriteltyjä, ja moniin niistä liittyy yksilön subjektiivinen oikeus. Tästä huolimatta priorisointia tehdään erityisesti määrärahasidonnaisissa palveluissa, joissa palvelujen myöntämiskriteerien täsmentäminen on välttämätöntä käytettävissä olevien resurssien puitteissa. Hyvinvointialueet voivat antaa lakia täsmentäviä ohjeita määrärahasidonnaisten palvelujen myöntämisestä. Näillä ohjeilla voidaan asettaa

---

<sup>21</sup> 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>.

hakijoita etusijajärjestykseen, kunhan menettely on yhdenvertaista, läpinäkyvää ja lainmukaista. Lisäksi sekä subjektiivisena oikeutena myönnettävissä että määrärahasidonnaisissakin palveluissa olisi tärkeää ohjata palvelun toteuttamista, esimerkiksi asiakkaiden tarpeisiin nähden vaikuttavien työmuotojen valintaa.

Kun sosiaali- ja terveydenhuollossa on siirrytty integroivaan hallintomalliin ja integroituihin palvelukokonaisuuksiin, on priorisointikeskustelua käytävä rinnan kummankin toimialan näkökulmasta. Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon erilaisuus (muun muassa tieteenalojen omat lähestymistavat, niiden historiallinen perinne, sosiaalihuollon hallintopäätös vs. tosiasiallinen hallintotoiminta) huomioon ottaen priorisointikeskustelua on ollut luonteva käydä myös erikseen. Lisäksi on otettava huomioon yhdyspinta kunnan tehtäviin hyvinvoinnin tukemisessa, jotta keskeisissä terveyttä ja hyvinvointia ylläpitävissä ja ennalta edistävässä toimissa ei päädyttäisi osapintoimintoihin toimijoiden välillä.

Priorisointiin liittyy useita vaikeita, moninäkökulmaisia ja monitieteisiä, jännitteisiä kysymyksiä, joita olisi hallittava avoimin periaattein. Priorisointia koskevan päätöksenteon osalta on ratkaistava, millä tahoilla tai kenellä on toimivalta tehdä priorisointiratkaisuja, miten varmistetaan menettelyllinen oikeudenmukaisuus, läpinäkyvyys ja niiden ryhmien osallisuus, jota päätöksenteko koskee. Priorisoinnin sisällön ja painopisteiden tasolla on tasapainotettava yksilön oikeuksien ja tarpeiden sekä väestötason hyödyn ja yhdenvertaisuuden näkökulmia sekä haavoittuvassa asemassa olevien ryhmien intressien huomioimista. Vastaavasti tulee punnita lyhyen ja pitkän aikavälin tarkastelua esimerkiksi tämänhetkisen palvelu- ja hoidontarpeen sekä ennaltaehkäisyvälillä. Samalla on ratkaistava, miten priorisoidaan palvelujen sisällä vertikaalisesti perus- ja erikoistason toimintaa ja toisaalta horisontaalisesti resurssien jakoa eri palvelujen välillä, myös sosiaali- ja terveydenhuollon välillä.

Vaikeisiin kysymyksiin ei ole yhteiskunnallisessa keskustelussa helppoa löytää vastauksia. Pahimmillaan keskustelu on juuttunut kiistelyyn siitä, kuuluuko priorisoinnista päättäminen yksinomaan poliittisille päättäjille vai toisaalta vain sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille, jolloin priorisoinnin kehittämisessä ei ole päästy etenemään. Keskusteluun on toisaalta liittynyt ristiriitaisia odotuksia, vaikka sosiaali- ja terveydenhuoltoon kohdennettuja resursseja halutaan rajata, on oletuksena samanaikaisesti saattanut olla se, että yksittäinen ihminen voi saada kaikki mahdolliset palvelut ja hoidot. Yksittäiset ammattilaiset ovat toteuttaneet ja joutuneet toteuttamaan priorisointia oman ammattitaitonsa ja vertaistuen avulla, ilman lainsäädännössä yhteen koottuja ja yhteiskunnallisesti sovittuja arvopohjaisia periaatteita.

Kaikkia priorisointiin liittyviä vaikeita kysymyksiä ei voida ratkaista kerralla. Lainsäätäjällä on kuitenkin mahdollisuus luoda näiden kysymysten käsittelylle otollinen perusta, esimerkiksi tarjoamalla lailla säädetyn kehikon tiettyjen priorisoinnin osa-alueiden toteuttamiselle. Palveluvalikoiman periaatteet tarjoaisivat arvopohjan, jonka kautta useita priorisointiin kuuluvia jännitteisiä näkökulmia voidaan sovittaa yhteen ja jonka soveltamisesta nousevien kokemusten perusteella priorisointia ja sen menettelyjä voidaan kehittää paremmiksi.

### **3 Tavoitteet**

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

Lakiehdotuksilla pyritään osaltaan mahdollistamaan sekä kansallisesti että hyvinvointialueilla ja muualla julkisesti rahoitetussa sosiaali- ja terveydenhuollossa sellaiset palvelujen, menetelmien ja työmuotojen käyttöönotto, käyttöä ja käytöstä poistamista koskevat päätökset, joilla edistetään vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta. Lisäksi pyritään edistämään

julkisesti rahoitettujen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhdenmukaisuutta valtakunnallisesti ja siten edistämään asiakkaiden sekä asiakas- ja potilasryhmien välistä yhdenvertaisuutta.

Tavoitteena on lisäksi mahdollistaa palvelujen painotusta 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.

Lisäksi lakiehdotusten 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 ja muiden tahojen mahdollisuuksia onnistua järjestämistehtävässään.

## **4 Ehdotukset ja niiden vaikutukset**

### **4.1 Keskeiset ehdotukset**

Esityksessä ehdotetaan säädettäväksi julkisesti rahoitettujen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden, työmuotojen ja menetelmien palveluvalikoimaan kuulumisen ja kohdentamisen periaatteista. Lakiehdotuksilla säädettäisiin palveluvalikoimaan kuulumisen edellytyksistä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Terveydenhuollossa lakiehdotusten mukaisilla periaatteilla muutettaisiin palveluvalikoiman määrittelyä niin, että nykyisten poissulkukriteerien sijaan säädettäisiin palveluvalikoimaan kuulumisen edellytyksistä. Sosiaalihuollossa palveluvalikoiman periaatteet olisivat uusi sääntelykokonaisuus, jonka määrittelyllä ohjattaisiin sosiaalihuollon palvelujen ja työmuotojen käyttöä.

Sekä sosiaali- että terveydenhuollossa säädettäisiin toisiinsa nähden yhdensuuntaisista 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 myös priorisoinnin kehittämiseksi. Periaatteita sovellettaisiin kansallisen tason päätöksenteon ja ohjauksen lisäksi myös hyvinvointialueiden ja muiden julkisesti rahoitettua terveydenhuoltoa järjestävien tahojen päätöksenteossa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon sisältöohjauksessa ja toiminnassa. Periaatteet vaikuttaisivat välillisesti myös asiakas- ja potilastyöhön.

Periaatteissa ennaltaehkäisy sekä väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen nostettaisiin yksilön palvelujen rinnalle.

Periaatteet tarjoaisivat jatkossa kehikon sosiaali- ja terveydenhuollon julkisesti rahoitettua palveluvalikoimaa koskevalle päätöksenteolle kansallisesti, hyvinvointialueilla sekä tiettyjen julkisesti rahoitettujen sosiaali- ja terveydenhuoltoa toteuttavien viranomaisten ja muiden tahojen toiminnassa.

Periaatteita sovellettaisiin hyvinvointialueiden lisäksi THL:n alaisten valtion mielisairaaloiden järjestämässä ja tuottamassa hoidossa, vankiterveydenhuollossa, korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollossa sekä Kelan myöntämässä sairaanhoitokorvauksissa ja rajat ylittävistä terveydenhuollossa annetun lain nojalla maksettavissa korvauksissa ulkomailta saadusta hoidosta. Lisäksi vastaanottopalveluihin kuuluvassa terveydenhuollossa palveluvalikoiman periaatteilla olisi vaikutusta niiden ryhmien osalta, jotka saavat terveyden- ja sairaanhoitoa samoin perustein kuin hyvinvointialueen asukkaat.

Tiettyjen julkisesti rahoitettujen palvelujen erityispiirteiden takia palveluvalikoiman periaatteet eivät tulisi sovellettaviksi puolustusvoimien järjestämisvastuulla olevassa terveydenhuollossa, vastaanottopalveluna annettavassa välttämättömässä sosiaali- ja terveydenhuollossa tai täysi-ikäisten turvapaikanhakijoiden ja ihmiskaupan uhrien välttämättömässä terveydenhuollossa, Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksien ja kuntoutusrahaetuuksien myöntämisessä ja toteutuksessa eikä Rikosseuraamuslaitoksen vangeille ja tutkintavangeille järjestämässä sosiaalisessa kuntoutuksessa.

Lisäksi hyvinvointialueet veloitettaisiin ottamaan huomioon palveluvalikoiman periaatteet sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueen yhteistyösopimuksessa.

## **4.2 Pääasialliset vaikutukset**

### **4.2.1 Johdanto**

Lakiehdotukset koskevat laajasti julkisesti rahoitetun sosiaali- ja terveydenhuollon sisältöä. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluilla on lukuisia yhteyksiä toisiinsa esimerkiksi terveydentilan ja toimintakyvyn edistämisen ja ylläpidon, ennaltaehkäisyyn, hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen, asiakas- ja potilasturvallisuuden ja muiden tekijöiden kautta. Koska kyse on laaja-alaisesta, kaikkiin palveluihin ulottuvasta ja arvoihin perustuvasta sääntelystä, sen konkreettisia vaikutuksia ei ole mahdollista arvioida uskottavasti yksittäisiin palveluihin tai tavoitemittareihin rajatuilla mallinnoilla.

Vaikutusten arvioinnissa on huomioitu, että palveluvalikoiman periaatteet kokoavat yhteen sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä pitkälti jo olemassa olevia periaatteita ja arvoja. Keskeisenä muutoksena suhteessa nykytilaan olisi se, että yhteen kootuissa periaatteissa vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus painottuisivat uudella tavalla, ja periaatteita sovellettaisiin jatkossa palveluvalikoimaan kuulumisen edellytyksinä.

Lakiesitykset koskevat laajasti palvelujärjestelmää ja sen eri tasoja, jolloin lähtökohtaisesti vaikutuksia voisi olla eri näkökulmista paljon ja monenlaisia. Toisaalta nykyisin käytössä oleva sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoima muodostaa sosiaali- ja terveydenhuollon ytimen. Palveluvalikoiman määrittely ei siten käynnisty vasta periaatteista säätämällä ja lisäksi ehdotettavat periaatteet ovat löydettävissä voimassa olevasta lainsäädännöstä. Terveydenhuollossa on jo vakiintuneita rakenteita ja menettelyjä palveluvalikoiman arviointiin, siitä päättämiseen sekä sen seurantaan, ohjaukseen ja valvontaan. Osin palveluvalikoiman määrittelyssä tai sen soveltamisessa onkin kyse tavanomaisesta terveydenhuollon toiminnasta, joka on jo pitkään sisällynyt palvelujärjestelmän ja ammattilaisten toimintaan.

### **4.2.2 Taloudelliset vaikutukset**

*Vaikutukset valtion talouteen ja julkiseen talouteen*

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestäminen on pääosin hyvinvointialueiden vastuulla. Lisäksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen alla toimii kaksi valtion mielisairaala, viisi valtion koulukotiyksikköä sekä vankilan perheosasto sekä Vankiterveydenhuollon yksikkö, joka 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. Valtio on ainoa tai pääasiallinen rahoittaja kaikissa näissä toiminnoissa. Muita rahoitustahoja ovat asiakkaat ja potilaat itse asiakasmaksujen tai muiden maksujen kautta sekä ulkopuoliset tahot kuten vakuutusyhtiöt tai kehittämistä rahoittavat tahot.

Esityksen mukaisilla palveluvalikoiman periaatteilla on vaikutuksia julkisesti järjestettyihin tai rahoitettuihin sosiaali- ja terveystalouteen ja siten myös taloudellisten vaikutusten arvioidaan kohdistuvan kaikkiin edellä mainittuihin toimijoihin. 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 ennakoita.

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. Ihmisten odotukset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen määrälle ja laadulle ovat aina suuremmat kuin mitä käytettävissä olevat resurssit mahdollistavat. Ylipäänsä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa ilmenee erilaisia täyttämättömiä palveluntarpeita, hyödyntämättä jääneitä ennaltaehkäisyn mahdollisuuksia sekä pitkittyneitä odotuksia tietyihin palveluihin. Tästä johtuu, että mahdollisen palveluvalikoiman rajaamisen seurauksena vapautuvat resurssit todennäköisesti käytetään painotusten muutoksina muuhun palveluvalikoimaan kuuluvaan toimintaan. Siten ehdotettujen periaatteiden soveltaminen voi muuttaa resurssien kohdentamista, mutta ei tuota todennäköisesti suoria säästövaikutuksia. 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 terveystaloudelliset palvelut. Yksilöiden ja väestön sosiaali- ja terveystaloudellisten palvelujen 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 terveystaloudellisten palvelujen 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 tyydyttämätöntä palvelutarvetta. Tyydyttämätön palvelutarve tarkoittaa, ettei yksilö ole saanut tarvitsemaansa palvelua tai ei ole saanut palvelua riittävästi.

Sosiaalipalveluissa tyydyttämätöntä palvelujen tai tuen tarvetta on raportoitu esimerkiksi lapsiperheitä tukevien palvelujen, sosiaalityön ja ikääntyneiden tarvitseman arkipäivän avun osalta.<sup>22,23</sup> Terveyspalveluissa noin joka kymmenes (12,6 %) Suomessa asuva koki jäävänsä kokonaan tai osittain ilman itselle riittäviä lääkäri- ja hoitajapalveluja. Koettu tyydyttämätön palvelutarve oli yhteydessä heikompaan itseraportoituun terveydentilaan, monisairastavuuteen, ulkomailla syntyneisiin, työttömiin ja toimeentulotukea saaneisiin. Koettu tyydyttämätön 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 myöhemmin<sup>24</sup>.

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 säättäminen 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 hoitajaksolla. Esimerkiksi on arvioitu, että lähes viidennes potilaista altistuu lääkehaitalle sairaalahoidon aikana ja että lääkehaitat aiheuttavat jopa neljänneksen iäkkäiden potilaiden erikoissairaanhoidon päivystyskäynneistä<sup>25</sup>. Jopa 40–70 prosenttia erilaisista hoitoon liittyvistä haitoista, kolmannes toimenpidekomplikaatioista ja infektiosta sekä joka neljäs lääkityshaitta arvioidaan olevan ennaltaehkäistävissä. Terveydenhuollon 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 vuodessa<sup>26</sup>. 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 säättäminen todennäköisesti tuo suurta muutosta.

#### *Vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden periaatteet*

Ehdotetulla lakimuutoksella tavoitellaan sosiaali- ja terveydenhuollon resurssien kohdentamista aiempaa selkeämmin vaikuttaviin ja kustannusvaikuttaviin palveluihin ja menetelmiin.

---

<sup>22</sup> Ilmarinen, K., Vuorenmaa, M., Karvonen, S., & Lammi-Taskula, J. (2023). Tyydyttämätön palvelutarve lapsiperheitä tukevissa sosiaalipalveluissa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 60(1). <https://doi.org/10.23990/sa.109129>

<sup>23</sup> Aikuisväestön hyvinvointi ja terveys - Terve Suomi 2024. Tilastoraportti 31/2025, 15.5.2025.

<sup>24</sup> 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.

<sup>25</sup> Laatikainen O (2020). Lääkkeisiin liittyvät haittatapahtumat terveydenhuollossa. *Dosis* 2/2020.

<sup>26</sup> Potilas- ja asiakasturvallisuuden ohjaus ja seuranta. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset 7/2021.

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. Pitkällä aikavälillä ehdotetun sääntelyn arvioidaan vähentävän vähähyötyisten hoitojen käyttöä, mistä voi seurata merkittäviä kustannussäästöjä. Vähähyötyisten hoitojen tunnistaminen ja käytöstä poistaminen edellyttävät kuitenkin uutta vaikuttavuustietoa käytössä olevista menetelmistä sekä panostusta hoitokäytäntöjen kattavaan tarkasteluun. Käytännössä poistuvia vähähyötyisiä hoitoja tulisi monissa potilastilanteissa korvata vaikuttavilla ja kustannusvaikuttavilla menetelmillä, jolloin hoitoon käytettävät kustannukset eivät välttämättä vähenisi aiempiin vähähyötyisiin hoitoihin käytetyllä summalla. Kuitenkin korvaamalla vähähyötyisiä hoitoja vaikuttavien menetelmien käytöllä voidaan saada aikaan enemmän terveys- ja hyvinvointihyötyä potilaille.

Sosiaalihuollossa lakiehdotuksen myötä palveluvalikoimaa koskevaan sisältöohjaukseen kuuluisi vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden periaatteet. Nykytilassa vaikuttavuuden seuraamista edellytetään toteutettavaksi osana sosiaalityön palvelutehtävää joko sosiaalityön itsenäisenä palveluna tai osana muita sosiaalipalveluja. Lisäksi vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta on edellytetty epäsuoremmin hyvinvointialueen järjestämisvastuuta ja rahoitusta koskevassa lainsäädännössä. Sosiaalihuollon palveluvalikoiman määrittelyn osalta on tunnistettu riski, että joillakin hyvinvointialueilla periaatteita ei sovellettaisi lainsäätäjän tarkoittamalla tavalla kokonaisuutena perustuen, vaan sen sijaan kustannukset alkaisivat korostetusti määrittää palvelujen ja työmuotojen kuulumista palveluvalikoimaan. Vaikuttavuuden periaatteen osalta riskinä olisi se, että vaikuttavuuden arvioinnissa ei kyettäisi tunnistamaan sosiaalihuollon kannalta oleellista näyttöä tai hyödyntämään kokemuseräistä ammatillista tietoa silloin, kun vaikuttavuutta koskeva tutkimusnäyttö on puutteellista tai sitä ei ole kootusti helposti saatavilla. Tällaisesta vaikuttavuusperiaatteen kapeasta tulkinnasta voisi seurata, että sosiaalihuollossa hyväksi todettuja ja tarpeellisia palveluja tai työmuotoja poistettaisiin käytöstä. Edellä kuvailtu toiminta olisi ehdotettujen palveluvalikoiman periaatteiden vastaista.

Jos sosiaalihuollon palveluvalikoimaa rajattaisiin vastoin ehdotettua sääntelyä tarpeettomasti, voisi tämä heikentää asiakkaiden yksilöllisiin tarpeisiin vastaamista. Tästä aiheutunut tyydyttämätön palveluntarve voisi realisoitua sairauspoissaolojen ja työkyvyttömyyden lisääntymisenä sekä lisääntyneinä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeina erityisesti raskaissa korjaavissa palveluissa ja siten lisääntyneinä kustannuksina. Kuvaillut riskit voisivat realisoitua tilanteessa, jossa periaatteiden toimeenpanon tukeen ja ohjaukseen ei annettaisi riittävää panostusta kansallisesti tai mikäli yksittäisillä hyvinvointialueilla sosiaalihuollon palveluvalikoimaa koskevassa päätöksenteossa ei olisi käytössä riittävää sosiaalihuollon asiantuntemusta.

Terveydenhuollon palveluvalikoiman määrittelyyn liittyy riski siitä, että rajauksia tehtäisiin yksinomaan kustannusten perusteella, mistä seuraisi raskaampaa palveluntarvetta ja sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten kasvua. Lisäksi terveydenhuollossa eri potilasryhmien tarpeet voisivat jäädä toisiinsa nähden eriarvoiseen asemaan, mikäli vaikuttavuuden arvioinnissa edellytettäisiin luonteeltaan erilaisilta menetelmiltä samanlaista näyttöä, esimerkiksi mikäli vuorovaikutukseen perustuvilta interventioilta ja lääkkeitä edellytettäisiin samoilla tutkimusmenetelmillä saatua näyttöä. Tämän riskin ehkäisemiseksi erilaisia palveluja ja

menetelmiä tulee tarkastella riittävän monipuolisesti ja monialaisesti. Terveydenhuollossa tämä riski on sosiaalihuoltoon verrattuna pienempi, koska terveydenhuollon palveluvalikoiman määrittelystä ja soveltamisesta on jo kokemusta vuodesta 2013 alkaen. Myös vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta koskevan tiedon hyödyntämisestä on terveydenhuollossa pitkäaikaista kokemusta ja koeteltuja malleja sekä käytäntöjä ja tutkimustietoa toimeenpanoa tukevien rakenteiden lisäksi. Vaikka riski edellä kuvaillulle palveluvalikoiman periaatteiden vastaiselle toiminnalle on terveydenhuollossa pienempi kuin sosiaalihuollossa, riski tulee tunnistaa ja tilanteen niin vaatiessa siihen tulee puuttua osana lakiehdotusten toimeenpanoa.

Mainittuja riskejä pyritään ehkäisemään lukuisin keinoin, joita on kuvailtu esityksen toimeenpanoa ja seurantaan koskevassa luvussa 9. Keskeistä edellä kuvailtujen riskien välttämiseksi on tunnistaa, ettei vaikuttavuuden periaatetta tulisi tulkita yksioikoisesti, eikä kustannusvaikuttavuuden periaatteesta seuraisi, että yksinomaan kustannukset määrittäisivät palveluvalikoimaa. Sen sijaan kaikkia palveluvalikoiman periaatteita, eli tarveperiaatetta, turvallisuutta, vaikuttavuutta, kustannusvaikuttavuutta sekä yhdenvertaisuutta ja ihmisarvon loukkaamattomuutta tulisi soveltaa palveluvalikoiman määrittelyä koskevassa kokonaisharkinnassa.

Väestötasolla terveyden ja hyvinvoinnin paranemisen 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 <sup>27</sup>.

Vastaavasti vaikuttavuus- ja kustannusvaikuttavuusperiaatteiden aiempaa kattavamman 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, arvioitu sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeen kasvu johtuu lähes ainoastaan ikääntyneiden hoitoon ja hoivaan liittyvien kustannusten kasvusta<sup>28</sup>. 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. Terveydenhuollon menetelmien arviointi toteutuu Suomessa tällä hetkellä hajanaisesti ja sosiaalihuollon puolelta sitä koskevat rakenteet puuttuvat lähes kokonaan. Terveydenhuollon menetelmien järjestelmällinen vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden arviointi edellyttää osaamista ja resursseja, joiden yhteen kokoamista

---

<sup>27</sup> Torkki P, Eskola M. Vaikuttavuus terveydenhuollon perustaksi. Suomen Lääkärilehti 2025;80:e42970

<sup>28</sup> Honkatukia J, Pihlava M. Uusi ennuste väestön palvelutarpeen kehityksestä: työikäisten palvelutarve kasvaa etenkin kasvukeskuksissa. THL. 29.4.2025

valmistellaan parhaillaan erillisessä hankkeessa sosiaali- ja terveysministeriössä<sup>29</sup>. Sosiaalihuollon interventtioiden arviointi- ja suositustoiminnasta on lisäksi käynnistynyt erillinen selvityshanke<sup>30</sup>. 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. Lisäksi sosiaalihuollossa vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden periaatteiden soveltaminen palvelujen sisällön konkreettisessa suuntaamisessa edellyttäisi panostuksia tutkimukseen, osaamiseen ja sisältöohjaukseen. Tällaisten uusien rakenteiden, tietotuotannon ja osaamisen kerryttäminen vie kuitenkin useita vuosia, ennen kuin vaikuttavuus- ja kustannusvaikuttavuustiedon järjestelmällinen hyödyntäminen voi johtaa muutoksiin palvelujen sisällöllisissä painotuksissa.

#### *Vaikutukset kotitalouksien asemaan*

Palveluvalikoiman täsmentymisen arvioidaan parantavan palvelujen oikea-aikaisuutta ja kohdentavan niitä aiempaa vaikuttavammin. Siten kotitalouksille voi syntyä kahdenlaisia vaikutuksia. Yhtäältä ennaltaehkäisyn vahvistaminen ja palvelujen oikea-aikaisuus voivat tuoda säästöjä kotitalouksille esimerkiksi sairauspoissaolojen lyhentymisen, lääkekustannusten ja 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 terveystalouden kysynnästä siirtyä yksityiselle palveluntuottajille näiden palveluiden saamiseksi. Tästä aiheutuisi kotitalouksille uusia kustannuksia siltä osin, kuin ihmiset hankkivat palveluvalikoiman ulkopuolelle rajattuja palveluja yksityisiltä palveluntarjoajilta tai hakeutuvat hoitoon toiseen EU-maahan.

Rajalain 9 §:n mukaan toisessa EU-maassa saadusta hoidosta aiheutuneiden kustannusten korvaamisen edellytyksenä on hoidon kuuluminen terveydenhuoltolain 7 a §:n mukaiseen palveluvalikoimaan, joten palveluvalikoiman ulkopuolelle rajatusta hoidosta ei voi saada rajalain mukaisia korvauksia Kansaneläkelaitoksen kautta. Rajalain soveltamisalasta johtuu, että rajat ylittävissä tilanteissa vastaava palveluvalikoimaan sidottu edellytys koskee myös niitä henkilöitä, joiden terveyden- ja sairaanhoito kuuluu Ahvenanmaan maakunnan järjestämisvastuulle. Siten tältä osin esityksellä olisi vaikutuksia rajalain mukaisiin korvauksiin myös Ahvenanmaan maakunnan asukkaiden osalta.

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 sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmään on horjunut<sup>31,32</sup>. Toisaalta palveluvalikoiman periaatteiden tavoitteena on

---

<sup>23</sup> Terveydenhuollon menetelmien arvioinnin ja päätöksenteon organisointumallit-selvitys - Sosiaali- ja terveysministeriö, STM025:00/2025. [stm.fi/hanke?tunnus=stm025:00/2025](https://stm.fi/hanke?tunnus=stm025:00/2025)

<sup>30</sup> Selvitetään sosiaalihuollon arviointi- ja suositustoimintaa sekä toimijoita toiminnan kehittämiseksi ja vahvistamiseksi (VN/26724/2025).

<sup>31</sup> Vakuutustutkimus 2025. Finanssiala ry.

<sup>32</sup> Aikuisväestön hyvinvointi ja terveys – Terve Suomi 2024. Tilastoraportti 31/2025, 15.5.2025. THL.

parantaa palvelujen yhdenvertaisuutta, mikä voisi parantaa luottamusta julkisiin palveluihin ja siten myös vähentää kysyntää yksityisille vakuutusille.

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 ennakoida, koska palveluvalikoimaan kuulumista ja siitä pois rajaamista koskevat päätökset perustuvat kokonaisharkintaan ja niitä tehdään asiakkoittain.

#### *Vaikutukset sosiaali- ja terveydenhuollon yrityksiin*

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

Jos lakiehdotuksen seurauksena palveluvalikoimaan kuulumista koskevissa päätöksissä 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 sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön tarpeeseen eri sektoreilla.

Palveluvalikoiman periaatteita sovelletaan julkisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa, mukaan lukien yksityisiltä toimijoilta ostopalveluna tilattavissa palveluissa. Yrityksille koituvia vaikutuksia voidaan tunnistaa myös niiltä osin, kuin hyvinvointialueet soveltaisivat periaatteita hankinnoissa ja ostopalveluissa, esimerkiksi palvelukuvauksissa, omaohjauksessa sekä hinnanmuodostuksessa vaikuttavuusperusteisesti. Palveluvalikoiman periaatteiden huomioiminen hyvinvointialueen kanssa tehtävissä sopimuksissa voi tuoda yrityksille uudenlaista sopimusohjausta. Toisaalta periaatteet voivat mahdollistaa uudenlaista tavoitteellista yhteistyötä. Periaatteiden soveltaminen voi vaikuttaa hoito- tai lääkkeenmääräämiskäytäntöihin julkisella sektorilla, millä olisi välillisiä vaikutuksia yksityisiin palvelutarjoajiin tai esimerkiksi lääkeyrityksiin ja apteekkeihin.

Palveluvalikoiman periaatteista säätämällä ei arvioida olevan vaikutuksia yritysten väliseen kilpailuun. Periaatteiden soveltamisella voi olla vaikutusta yritysten markkinoillepääsyyn, yritysten toimintaan markkinoilla, tai yrityksille kohdistuvaan sääntelytaakkaan palvelunjärjestäjien hankintojen kautta, mikäli periaatteiden seurauksena tuottajille asetetaan uusia velvoitteita osoittaa palvelunsa tai menetelmänsä turvallisuutta, vaikuttavuutta tai kustannusvaikuttavuutta. Markkinoille pääsyn osalta vaikutus koskisi käytännössä niitä yrityksiä, jotka tarvitsevat toiminnan käynnistämiseen referenssin julkisista palveluista tai joiden tuotteet on tarkoitettu sellaiseen toimintaan, jota harjoitetaan pääasiassa tai yksinomaan julkisissa palveluissa, kuten esimerkiksi yliopistollisiin sairaaloihin keskitetyissä sairaanhoitopalveluissa. Palveluvalikoiman periaatteita ei kuitenkaan sovelleta tieteellisesti tutkittaviin ja vasta kehitteillä oleviin menetelmiin eikä yleisesti tutkimus-, kehittämis- ja innovaatio toimintaan. Siten esimerkiksi osana sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistoimintaa hyvinvointialueet voivat toteuttaa erilaisten palvelujen, menetelmien ja työmuotojen käyttöä sisältäviä kokeiluja. 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.

#### 4.2.3 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 niitä paljon 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. 3–4).

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. Sosiaalihuollossa lainsäädäntö määrittelee keskeiset sosiaalipalvelut, eikä ehdotetuilla periaatteilla voitaisi rajata palveluvalikoiman ulkopuolelle lakiin perustuvaa sisältöä, joilla jo lähtökohtaisesti turvataan riittävät ja tuen tarpeisiin vastaavat palvelut. Periaatteilla kuitenkin edistettäisiin sitä, että sosiaalihuollon palveluja tarvitseville henkilöille olisi jatkossa tarjolla parhaat mahdolliset, ajankohtaiset palvelut ja työmuodot sekä niiden yhdistelmät yhdenvertaisella tavalla. Siten palveluvalikoiman periaatteiden määrittelyllä ja sääntelyn ulottamisella sosiaalihuoltoon olisi vastaavanlaisia myönteisiä vaikutuksia asiakkaiden yhdenvertaisuuteen kuin terveydenhuollossa. Lisäksi palveluvalikoiman periaatteista säättäminen yhdenmukaistaisi eri hyvinvointialueiden ja yksittäisten ammattihenkilöiden palvelujen, työmuotojen 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, menetelmistä ja työmuodoista poistuisi julkisesta palveluvalikoimasta esimerkiksi heikon tai huomattavan epävarman 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.

Edellä kuvailut kielteiset vaikutukset voivat näkyä myös taloudellisessa saavutettavuudessa, jos palveluvalikoiman ulkopuolelle rajattuja terveydenhuollon palveluja tai menetelmiä haluavan 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 voisi joutua hakeutumaan pidemmän etäisyyden päähän. Näissä tilanteissa olisi kyse palveluista tai menetelmistä, jotka olisi rajattu palveluvalikoiman ulkopuolelle tai kohdennettu vain tietyille potilasryhmille tarveperiaatteeseen, turvallisuuteen, vaikuttavuuteen ja kustannusvaikuttavuuteen liittyvässä kokonaisuarkinnassa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen, työmuotojen ja menetelmien käyttöönottoa, käyttöä ja käytöstä poistamista koskevaan päätöksentekoon liittyen on tunnistettu myös toimeenpanoa koskevia riskejä, joita käsitellään tarkemmin eri väestöryhmien osalta jäljempänä. Palveluvalikoiman periaatteiden soveltamisessa tulisi tunnistaa eri väestöryhmien sekä eri asiakas- ja potilasryhmien ominaisuudet ja tarpeet, asiakas- tai potilasryhmiin kuuluvien ryhmien erityistarpeet sekä palvelujen, työmuotojen ja menetelmien erityiset vaikutukset ja merkitys näille ryhmille. Jos kansallisessa tai alueellisessa soveltamisessa näitä tarpeita, erityistarpeita sekä vaikutuksia ei pyritä tai ei kyetä tunnistamaan, palveluvalikoimaa saatetaan rajata tai kohdentaa näiden ryhmien kannalta epätarkoituksenmukaisella tavalla. Kaikkia väestöryhmiä koskeva riski puolestaan liittyy tilanteeseen, jossa joillakin hyvinvointialueilla periaatteita ei sovellettaisi lainsäätäjän tarkoittamalla tavalla kokonaisuarkintaan perustuen, vaan sen sijaan yksinomaan kustannukset alkaisivat määrittää palvelujen, työmuotojen tai menetelmien kuulumista palveluvalikoimaan. Edellä kuvailut tilanteet olisivat palveluvalikoiman periaatteiden vastaisia, ja niiden seurauksena useiden kyseisen hyvinvointialueen asukkaiden oikeus riittäviin sosiaali- ja terveystalouteen ei toteutuisi.

Näitä riskejä pyritään ehkäisemään lukuisin keinoin, joita on kuvailtu esityksen toimeenpanoa ja seuranta koskevassa luvussa 9. Edellä kuvattujen riskien välttämiseksi on keskeistä tunnistaa, ettei tarveperiaatetta ja vaikuttavuuden periaatetta tule tulkita yksioikoisesti eikä kustannusvaikuttavuuden periaate merkitse sitä, että palveluvalikoima perustuisi yksinomaan kustannuksiin. Sen sijaan kaikkia palveluvalikoiman periaatteita, eli tarveperiaatetta, turvallisuutta, vaikuttavuutta, kustannusvaikuttavuutta sekä yhdenvertaisuutta ja ihmisarvon loukkaamattomuutta tulisi soveltaa palveluvalikoiman määrittelyä koskevassa kokonaisuarkinnassa.

#### *Vaikutukset kielellisiin oikeuksiin*

Perustuslain 17 §:n 2 momentin mukaan jokaisen oikeus käyttää tuomioistuimessa ja muussa viranomaisessa asiassaan omaa kieltään, joko suomea tai ruotsia, sekä saada toimituskirjansa tällä kielellä turvataan lailla. Julkisen vallan on huolehdittava maan suomen- ja ruotsinkielisen väestön sivistyksellisistä ja yhteiskunnallisista tarpeista samanlaisten perusteiden mukaan. Perustuslain säännös edellyttää paitsi näiden kielten muodollisesti yhdenvertaista kohtelua, myös suomen- ja ruotsinkielisen väestön tosiasiallisen tasa-arvon turvaamista. Säännöksellä on merkitystä esimerkiksi yhteiskunnallisten palvelujen järjestämisessä (HE 309/1993 vp, s. 65).

Perustuslain 17 §:n 3 momentin mukaan saamelaisilla alkuperäiskansana on oikeus ylläpitää ja kehittää omaa kieltään ja kulttuuriaan. Saamen kieltä koskeva perustuslain säännös edellyttää, että lailla on turvattu saamelaisille yksilöllinen oikeus asioida viranomaisessa äidinkielellään laissa tarkemmin säädettyssä laajuudessa (HE 309/1993 vp, s. 65/II). Perustuslain 121 §:n 4 momentin mukaan saamelaisilla on saamelaisten kotiseutualueella kieltään ja kulttuuriaan koskeva itsehallinto sen mukaan kuin lailla säädetään. Laissa saamelaiskäräjistä säädetään saamelaisten omaa kieltään ja kulttuuriaan perustuslain 17 §:n 3 momentin mukaan koskevasta itsehallinnosta saamelaisten kotiseutualueella.

Viranomaisilla on velvollisuus palvella asiakasta tai potilasta hänen kielellään laissa säädetyllä tavalla. Kaksikielisillä hyvinvointialueilla, Helsingin kaupungilla ja HUS-yhtymällä on velvollisuus sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain 5 §:n mukaan järjestää sosiaali- ja terveydenhuolto sekä suomeksi että ruotsiksi siten, että asiakkaat saavat palvelua valitsemallaan kielellä. Niiden tulee myös soveltaa kielilakia toiminnassaan. Sosiaali- ja terveysministeriö on vuoden 2026 alussa aloittanut selvityksen ruotsinkielisten palvelujen saatavuudesta hyvinvointialueilla. Selvitys valmistuu kesällä 2026. Toistaiseksi ei ole saatavilla kattavaa tilastotietoa siitä, miten kielelliset oikeudet ovat toteutuneet eri hyvinvointialueilla.

Tällä esityksellä ei arvioida olevan merkittäviä vaikutuksia ruotsinkielisen tai saamenkielisen väestön asemaan tai kielellisiin oikeuksiin. Palveluvalikoiman periaatteet olisivat valtakunnallisesti samat, ja sosiaali- ja terveystalvetauja annettaisiin edelleen kunkin asiakkaan ja potilaan yksilöllisen tarpeen perusteella. Palveluvalikoiman periaatteiden soveltamisessa tulee yhtäältä ottaa huomioon eri asiakas- ja potilasryhmien mahdolliset erityistarpeet, mikä koskee myös ruotsinkielisen ja saamenkielisen väestön, mutta myös viittomakielisen sekä muunkielisten, palvelutarpeiden huomioimista. Perustuslaki ja toisaalta nyt ehdotettu yhdenvertaisuuden ja ihmisarvon loukkaamattomuuden periaate edellyttävät, että esimerkiksi kustannussyyt eivät saa johtaa syrjintään kielen perusteella. Esityksessä ei ehdoteta muutettavaksi kielellisiä oikeuksia koskevaa lainsäädäntöä.

Edellä lakiehdotusten perus- ja ihmisoikeusvaikutuksia koskevassa luvussa käsitellyt vaikutukset palvelujen taloudelliseen saavutettavuuteen koskevat ruotsinkielisiä ja saamenkielisiä potilaita vastaavalla tavalla, kuin muuta väestöä. Yksityisten palveluntuottajien toimintaan sovelletaan kuitenkin potilaslain 3 §:n 3 momentissa ja 5 §:n 2 momentissa säädettyjä velvollisuuksia ottaa huomioon potilaan äidinkieli, minkä lisäksi potilaalla on mahdollisuus valita käyttämänsä yksityinen palveluntuottaja. Vastaavasti asiakaslain 4 §:n 2 momentin mukainen velvollisuus ottaa huomioon asiakkaan äidinkieli sosiaalihuoltoa toteutettaessa koskee yksityisiä palveluntuottajia.

#### *Vaikutukset väestön sekä asiakkaiden ja potilaiden hyvinvointiin ja terveyteen*

Palveluvalikoiman periaatteista säätämällä on välillisiä vaikutuksia kaikkiin julkisesti rahoitettuihin sosiaali- ja terveystalvetauja käyttäviin henkilöihin. THL:n rekisteritietojen perusteella asiakkaita oli perusterveydenhuollon avohoidossa vuonna 2023 yhteensä 4,3 miljoonaa eli 70 prosenttia väestöstä.<sup>33</sup> Vuoden 2024 tietojen pohjalta sosiaalihuollossa arvioidaan olevan noin 770 000 asiakasta. Asiakkaiden määrän väestöosuus vaihtelee

---

<sup>33</sup> Perusterveydenhuollon ja suun terveydenhuollon avohoitokäynnit 2023, THL Tilastoraportti 35/2024, <https://www.julkari.fi/handle/10024/149222>.

voimakkaasti eri ikäryhmissä, ja saman asiakkaan asioita voidaan käsitellä yhtäaikaisesti useassa eri sosiaalihuollon palvelussa.<sup>34</sup>

Ehdotetun sääntelyn seurauksena joitakin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita, menetelmiä ja työmuotoja 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 ja työmuotoja ei olisi tarjolla. Vaikutus voisi olla yksilön kannalta positiivinen, jos valinnan seurauksena yksilö välttyisi haittavaikutuksilta tai ohjautuisi nopeammin hänen tarpeeseensa nähden vaikuttavan palvelun piiriin. Toisaalta yksilön kannalta vaikutus voisi olla negatiivinen, jos hän olisi kokenut hyötyvänsä palveluvalikoiman ulkopuolelle rajatusta palvelusta, työmuodosta tai menetelmästä.

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.

Lakiehdotusten valmistelun osana toteutetussa kyselyssä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöille enemmistö vastaajista katsoi, että vaatimalla voi saada paremmin palveluja.<sup>35</sup> Nykytilanteessa ne palvelujen käyttäjät, joilla on heikommat voimavarat, puutteellinen tieto palvelujärjestelmästä, heikko luottamus siihen tai riittämätön sosiaalinen tuki, voivat saada tarpeisiinsa nähden vähemmän palveluja eivätkä he välttämättä osaa tai kykene vaatimaan niitä samassa määrin 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, työmuodon tai palvelun merkitys haavoittuvassa asemassa oleville asiakas- ja potilasryhmille osana yhdenvertaisuuden ja ihmisarvon loukkaamattomuuden läpileikkaavien periaatteiden soveltamista. Siten palveluvalikoiman periaatteista säätäminen lisäisi yhdenvertaisuutta asiakkaiden, asiakasryhmien ja eri hyvinvointialueiden asukkaiden välillä.

Vaikuttavuuden edistäminen lisää palveluiden tuottamaa terveys- ja hyvinvointihyötyä, millä olisi myönteisiä vaikutuksia väestö- ja yksilötasolla. Lakiehdotuksissa terveydenhuollossa arvioitaisiin vaikuttavuutta terveyteen ja hyvinvointiin sekä kustannusvaikuttavuuden osalta saavutettavissa olevia terveys- ja hyvinvointihyötyjä ja hoidollista arvoa. Sosiaalihuollossa vastaavasti arvioitaisiin vaikuttavuutta hyvinvointiin sekä saavutettavissa olevia hyvinvointihyötyjä. Näiden käsitteiden sisältöä kuvaillaan tarkemmin kummankin toimialan osalta lakiehdotusten yksityiskohtaisissa perusteluissa. Kun palveluvalikoiman määrittelyssä arvioitaisiin palvelujen, työmuotojen ja menetelmien konkreettisia vaikutuksia ja vaikuttavuutta

---

<sup>34</sup> Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Sosiaalihuollon asiakasmäärät. Sosiaalihuollon seurantarekisterin tiedot heinä-, elo-, ja syyskuussa 2024. Työpäpaperi 7/2025. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-460-4>.

<sup>35</sup>Sosiaali- ja terveydenhuollon priorisointiperiaatteet. Ammatillaiskyselyn tulokset. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2025:20. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4436-7>.

terveyteen ja hyvinvointiin, käytössä olisi jatkossa tarkoituksenmukaisesti kohdennettuja palveluja, työmuotoja ja menetelmiä, joilla saataisiin suuremmalla todennäköisyydellä aikaan sosiaali- ja terveydenhuollossa tavoiteltuja vaikutuksia. Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöön kuuluvat erilaiset palvelukohtaiset hoitoon pääsyn enimmäisajat, subjektiivisena oikeutena järjestettävät palvelut ja palvelujen myöntämisen kriteerit voivat kuitenkin osaltaan heikentää tätä vaikutusta, koska näiltä osin palvelujen järjestäjien tulee kohdentaa resurssejaan osittain lainsäädännön edellyttämällä muilla perusteilla kuin palveluvalikoiman periaatteiden perusteella.

Ehdotetun sääntelyn 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 aikaansaamiseksi ennaltaehkäiseviä sekä väestön hyvinvointia ja terveyttä edistäviä toimia tulisi jatkossa tarkastella korjaavien toimenpiteiden rinnalla entistä kattavammin periaatteiden toimeenpanossa ja palveluvalikoimaa koskevassa päätöksenteossa. Lisäksi vaikutusten aikaansaamiseksi on tarpeen panostaa ennaltaehkäisyä sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskevaan vaikuttavuustutkimukseen sekä kohdentaa resursseja palveluvalikoimaan kuuluvaksi arvioidujen ennaltaehkäisevien sekä terveyttä ja hyvinvointia edistävien palvelujen, työmuotojen ja menetelmien toteuttamiseen. Siten edellä kuvaillun painotuksen muutoksen vaikutukset riippuvat siitä, millä aikataululla ja millä laajuudella mainittuja panostuksia vaikuttavuustutkimukseen, arviointitoimintaan, päätöksentekomenettelyihin sekä käyttöönnottoon saadaan toteutettua kansallisesti ja alueellisesti.

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 sopimusvalliot 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, esimerkiksi siten, että kokonaisharkinnassa lapsiasiakkaisiin ja -potilaisiin liittyvät erityispiirteet ja -vaikutukset arvioidaan osana periaatteita.

Lasten ja nuorten sosiaali- ja terveydenhuollon riittävyyteen vaikuttaa oleellisesti se, miten arkiympäristö tukee lapsen kasvua, kehitystä, mielenterveyttä ja päihitteettömyyttä, ja miten perusterveydenhuollon palvelut ja yleiset sosiaalihuollon palvelut tukevat lapsia, nuoria ja heidän läheisiään. Palveluvalikoiman periaatteet painottavat perheen tilanteen kokonaisvaltaista arviointia ja vaikuttavien palvelujen oikea-aikaisuutta. Siten pitkällä aikavälillä lakiehdotuksen vaikutuksena ennaltaehkäisy 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 terveystalvet 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.<sup>36</sup> 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.

Nuorella tarkoitetaan sosiaalihuoltolain 3 §:n 5 kohdan mukaan 18–24-vuotiaasta henkilöä. Sosiaali- ja terveydenhuollon ja erityisesti päihde- ja mielenterveyspalvelujen merkitys voi olla koko elämänkaaren kannalta keskeinen nuorten ikäryhmässä. Palveluja, työmuotoja ja menetelmiä tulisi arvioida ja kohdentaa nuorille heidän erityistarpeensa sekä itsenäistymiseen ja omatoimisuuteen suuntaavan elämäntilanteensa huomioivalla tavalla.

Palveluvalikoiman periaatteita sovellettaisiin koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa sekä opiskeluhuollon psykologi- ja kuraattoripalveluissa vastaavalla tavalla, kuin muussakin sosiaali- ja terveydenhuollossa. Lasten ja nuorten osalta palvelujen, työmuotojen ja menetelmien käyttöä ja kohdentamista koskevassa päätöksenteossa tulisi ottaa huomioon yhteydet näiden palvelujen, hyvinvointialueen muiden palvelujen, sekä kunnan järjestämän oppilas- ja opiskeluhuollon välillä. Esimerkiksi koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa ja opiskeluhuollon psykologi- ja kuraattoripalveluissa työmuodon tai menetelmän vaikuttavuutta voi olla tarkoituksenmukaista vertailla eri palveluissa tarjolla oleviin, samaan tarpeeseen

---

<sup>36</sup> Kaikkonen, Risto ym. Lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierot. Raportti 16/2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085158>.

tarkoitettuihin menetelmiin, jotta eri työmuotojen tai menetelmien kohdentamista varten saadaan kattava kokonaiskuva.

Lisäksi Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiön tuottama (YTHS) korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuolto koskee merkittävää osaa nuorten ikäryhmästä. Ehdotetulla sääntelyllä YTHS:n tuottamassa terveyden- ja sairaanhoidossa tulisi ottaa huomioon yhtenäiset hoidon perusteet sekä soveltaa palveluvalikoiman periaatteita vastaavalla tavalla kuin hyvinvointialueen järjestämissä palveluissa. Siltä osin, kuin opiskeluterveydenhuoltoon liittyy korkeakouluopiskelijoiden osalta erityistarpeita, ne tulisi ottaa huomioon palveluvalikoiman periaatteiden soveltamisessa, kuten edellytetään muidenkin asiakas- ja potilasryhmien erityistarpeiden kohdalla. Muutos edistää palvelujen toteutumista yhdenvertaisesti korkeakouluopiskelijoille suhteessa muuhun väestöön.

#### *Vaikutukset harvinaissairaisiin*

Terveydenhuollon menetelmien käyttöönottoa ja käytöstä poistamista koskevilla valinnoilla voi olla merkitystä harvinaissairautta sairastaville. Suomessa sairaus katsotaan harvinaissairaudeksi, jos sairastavia on vähemmän kuin 5 henkilöä 10 000 asukasta kohti eli sairauden esiintyvyys on alhainen. Eri harvinaissairauksia on tunnistettu yli 7000, joten harvinaissairaudet muodostavat heterogeenisen potilasryhmän. Eri sairauksien aiheuttamat vaikutukset potilaan terveydentilaan, oireisiin ja toimintakykyyn vaihtelevat paljon. Monet harvinaiset sairaudet ovat perinnöllisiä.

Osin harvinaissairauden vaikutukset yksittäisen potilaan terveyteen, toimintakykyyn ja elämänlaatuun voivat olla merkittäviä, vakavia ja pitkäaikaisia, mahdollisesti koko elämän mittaisia. Useisiin harvinaissairauksiin ei ole tarjolla spesifistä hoitoa. Harvinaissairauksiin kehitettyjen uusien hoitomenetelmien, kuten lääkehoidon ja muiden kehittyvien hoitomuotojen kuten geenihoidojen, kustannukset ovat tyypillisesti erittäin suuret. Potilasryhmien pienen koon vuoksi hoitojen vaikuttavuudesta ja kustannusvaikuttavuudesta on saatavilla rajoitetusti tutkimusnäyttöä. Monissa sairauksissa hoito on oireita lievittävää ja elinolosuhteiden mukauttamista potilaan tarpeisiin.

Itse sairauden hoidon ohella esimerkiksi tutkimusten ja diagnostiikan oikea-aikaisuudella, kuntoutuksella, apuvälineillä, vammaispalveluilla tai muulla tuella voi olla tärkeä merkitys harvinaissairaille. Lisäksi harvinaissairauteen mahdollisesti liittyvät erityistarpeet tulisi ottaa huomioon harvinaissairaiden saamista palveluissa, kuten esimerkiksi asumispalveluissa. Muiden palvelujen merkitys korostuu niissä harvinaissairauksissa, joiden hoitoon ei ole tarjolla vaikuttavia menetelmiä.

Esityksen mukaisia palveluvalikoiman periaatteita sovellettaisiin myös arvioitaessa harvinaissairauksiin kohdennettuja palveluja ja menetelmiä. Esityksen vaikutukset kohdistuvat erityisesti niihin harvinaissairautta sairastaviin potilaisiin, joiden hoitoon on tarjolla sellaisia uusia menetelmiä, joiden turvallisuudesta ja vaikuttavuudesta saatavilla oleva näyttö on epävarmaa tai joiden kustannukset ovat erittäin korkeat. Palveluvalikoiman periaatteiden soveltamisessa tulisi mahdollisuuksien mukaan tunnistaa harvinaissairauksiin ja niihin kohdistuvien menetelmien kehittämiseen liittyviä erityispiirteitä ja ottaa ne huomioon osana kokonaisarviota. Tällöin esimerkiksi arvioitaessa vaikuttavuutta, voidaan vähäisempikin tieteellinen näyttö ottaa huomioon ja puoltaa menetelmän palveluvalikoimaan kuulumista. Toisaalta yksinomaan se, että kyse on harvinaissairauden hoidosta, ei automaattisesti sisällytä palvelua tai menetelmää palveluvalikoimaan, vaan kaikkien eri palveluvalikoiman periaatteiden tulee edellytyksinä täytyä osana kokonaisuuskäytäntöä.

Lakiehdotus 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, mistä voi olla harvinaissairauden osalta kyse.

Sinänsä myös harvinaissairautta sairastavan potilaan hoito perustuu yksilöllisesti arvioituun tarpeeseen ja terveydenhuollon ammattihenkilön arvioon siihen soveltuvista hoitovaihtoehdoista. Sellaisten terveysongelmien kohdalla, jotka eivät liity harvinaissairauteen, hoidetaan myös harvinaissairasta potilasta samoilla periaatteilla kuin muuta väestöä.

#### *Vaikutukset ikääntyneisiin henkilöihin*

Sosiaali- ja terveystalvueluieuu tarve lisääntyy iän myötä. 65 vuotta täyttäneillä on muuta aikuisväestöä enemmän diagnooseja, ja ikääntyneillä on paljon kroonisia sairauksia, toimintarajoitteita ja toimintakyvyn alenemaa.<sup>37</sup> Ikääntyneet henkilöt asioivat pääosin julkisissa sosiaali- ja terveystalvueluieuu.<sup>38</sup> Sosiaalihuollon iäkkäiden talvueluieuu oli vuonna 2024 arviolta 266 300 asiakasta.<sup>39</sup> Ikääntyvien talvueluieuu piiriin tulevat uudet asiakkaat ovat huonokuntoisempia kuin aiempina vuosina, mikä voi olla seurausta talvuelutalvueluieuu kasvusta ja talvueluieuu saamisen kriteerien kiristymisestä.<sup>40</sup>

Lakiehdotusten vaikutukset olisivat lähtökohtaisesti samansuuntaiset kuin muuhun väestöön. Lakiehdotuksen vaikutusten voidaan kuitenkin arvioida kohdistuvan erityisesti iäkkäisiin henkilöihin, koska usein sosiaali- ja terveystalvueluieuu tarve kasvaa iän myötä ja koska ikääntyneet henkilöt asioivat pääosin julkisissa sosiaali- ja terveystalvueluieuu.

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, varhainen tuki ja kuntoutus voivat vaikuttaa asiakkaiden ja potilaiden myöhempiin talvuelutalvueluieuu.

Talvueluieuu periaatteista säätämiseen liittyen on kuitenkin tunnistettu riski kustannusten korostumisesta talvueluieuu koskevassa päätöksenteossa. Tällaista riskiä talvueluieuu periaatteiden vastaisesta toiminnasta on kuvailtu edellä lakiehdotusten perus- ja ihmisoikeusvaikutuksia koskevassa luvussa. Esimerkiksi ikääntyneiden henkilöiden kasvavan väestöosuuden myötä kasvavat budjettivaikutukset eivät saisi määrittää tälle väestöryhmälle tarkoitettujen talvueluieuu, työmuotojen ja menetelmien käyttöönottoa, käyttöä ja käytöstä poistamista talvueluieuu periaatteisiin perustuvan kokonaisharkinnan sijaan.

Periaatteista säätämällä voitaisiin terveydenhuollossa edistää vähähyötyisten ja ikääntyneille haitallisten hoitokäytäntöjen ja menetelmien karsimista. Esimerkiksi 75 vuotta täyttäneillä

---

<sup>37</sup> <https://sotkanet.fi/>.

<sup>38</sup> THL Työpaperi 7/2025.

<sup>39</sup> THL Työpaperi 7/2025.

<sup>40</sup> Tynkkynen, Liina-Kaisa, ym. (toim.). Tilannekuvia hyvinvointialueilta – muutokset talvueluieuu järjestelmässä sote-uudistuksen alkuvuosina. Raportti 3/2025. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2025.

potilailla vältettävien lääkkeiden käyttö on verrattain yleistä<sup>41</sup>, ja siihen liittyy myös muihin potilaisiin verrattuna suurempia sairaanhoidon kustannuksia.<sup>42</sup>

Terveydenhuollossa potilaan hoito perustuu jatkossakin yksilölliseen tarpeeseen ja terveydenhuollon ammattihenkilön arvioon siihen soveltuvista hoitovaihtoehdoista. Palveluvalikoiman määrittelyssä palvelun tai menetelmän käyttöä saatetaan kohdistaa tiettyihin käyttöaiheisiin tai potilasryhmiin, esimerkiksi sillä perusteella, että tietty menetelmä ei ole vaikuttava tai turvallinen hauraassa terveydentilassa olevalle potilaalle. Potilastyössä terveydenhuollon ammattihenkilö soveltaisi tällaista palveluvalikoimaa koskevaa suositusta tai linjausta aina potilaan yksilöllisen terveydentilan perusteella. Esimerkin mukaiset palveluvalikoiman kohdistamiset olisivat todennäköisempiä iäkkäiden henkilöiden hoidossa, mutta kohdentaminen ei perustuisi potilaan ikään, vaan terveydentilasta johtuvaan kykyyn hyötyä hoidosta.

Sosiaalihuollossa palveluvalikoiman periaatteilla ei muutettaisi velvollisuutta järjestää lakisääteisiä palveluja eikä niiden myöntämistä koskevia laissa säädettyjä edellytyksiä.

#### *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.<sup>43</sup> Vammaiset henkilöt eivät ole yhtenäinen ryhmä, vaan vamman, sairauden tai toimintakyvyn

---

<sup>41</sup> 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>.

<sup>42</sup> Hyttinen, Virva. Health and Economic Aspects of Potentially Inappropriate Medications in Older People. Itä-Suomen yliopisto 2018.

<sup>43</sup> Forsell Martta ym. (2025) Sosiaalihuollon asiakasmäärät. Sosiaalihuollon seurantarekisterin tiedot heinä-, elo-, ja syyskuussa 2024. THL Työpaperi 7/2025.

rajoitteen laatu ja vakavuus vaihtelevat henkilöiden välillä. Suurin osa vammaisista henkilöistä käyttää samoja sosiaali- ja terveystalvaeluuta kuin muukin väestö. Toisaalta vammaiset henkilöt myös tarvitsevat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja muuta väestöä enemmän, sillä palveluiden tarve jatkuu usein läpi elämän. Henkilön palvelukokonaisuus voi muodostua monialaiseksi ja erityisosaamista vaativaksi.

Lakiehdotuksilla ei muuteta vammaisten henkilöiden lakisääteisiä palveluja, eivätkä ehdotukset muuta suhdetta kansainvälisistä yleissopimuksista johtuviin velvoitteisiin. 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, menetelmien ja työmuotojen merkityksestä terveydelleen ja hyvinvoinnilleen. Vammaisten henkilöiden palveluihin ja hyvinvointiin kohdistuvien vaikutusten arvioidaan olevan tältä osin myönteisiä, kuten muidenkin asiakkaiden ja potilaiden kohdalla. Terveydenhuollossa mahdolliset palveluvalikoiman rajaukset kohdistuisivat vammaisiin henkilöihin vastaavalla tavalla kuin muihin potilaisiin, koska vammaiset henkilöt käyttävät pääasiassa samoja terveystalvaeluja kuin muu väestö. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollossa toteutetaan yhdenvertaisuuslain mukaisia kohtuullisia mukautuksia palvelujen saatavuuden ja saavutettavuuden varmistamiseksi vammaisille henkilöille.

Palveluvalikoiman periaatteista säätämiseen liittyen on kuitenkin tunnistettu riski kustannusten korostumisesta sekä tiettyjen asiakas- tai potilasryhmien erityistarpeiden jäämisestä tunnistamatta palveluvalikoimaa koskevassa päätöksenteossa. Näitä riskejä palveluvalikoiman periaatteiden vastaisesta toiminnasta on kuvailtu edellä lakiehdotusten perus- ja ihmisoikeusvaikutuksia koskevassa luvussa. Palveluvalikoiman määrittelyn tulee perustua kaikki palveluvalikoiman periaatteet kattavaan kokonaisharkintaan. Periaatteiden soveltamisessa tulisi tunnistaa eri väestöryhmien sekä eri asiakas- ja potilasryhmien ominaisuudet ja tarpeet, asiakas- tai potilasryhmiin kuuluvien ryhmien erityistarpeet sekä palvelujen, työmuotojen ja menetelmien erityiset vaikutukset ja merkitys näille ryhmille.

#### *Vaikutukset sukupuolten väliseen tasa-arvoon*

Sukupuolivaikutukset risteävät usein muiden vaikutusten ja tekijöiden kanssa, kuten iän, taloudellisen tilanteen, asuinpaikan ja työelämäaseman. 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.<sup>44</sup> Tiedyt sosiaaliset ongelmat ja sairaudet ovat miehillä huomattavasti yleisempiä kuin naisilla. Naiset

---

<sup>44</sup> 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>.

elävät keskimäärin pitempään kuin miehet, mikä on omiaan lisäämään palvelujen käyttöä. Naisilla on miehiä useammin jokin pitkäaikaissairaus tai terveysongelma.<sup>45</sup>

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.<sup>46</sup> 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 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. Lääkäreiden sukupuolijakauma on muita sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmiä tasaisempi.

#### *Vaikutukset viranomaisten toimintaan*

Lakiehdotuksilla on vaikutuksia useiden viranomaisten toimintaan.

Sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimiva terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto soveltaisi terveydenhuollon palveluvalikoiman periaatteita suositustensa laatimisessa. Lakiehdotukset edellyttäisivät muutoksia Palkon päätöksentekomenettelyyn ja suositusten kriteereihin. Palkon toiminnassa tulisi huomioida terveydenhuoltolain 7 a §:n muutos poissulkukriteereistä palveluvalikoimaan kuulumisen edellytyksinä toimiviin palveluvalikoiman periaatteisiin. Periaatteiden vaikutus Palkon päätöksentekomenettelyyn koskisi pääasiassa periaatteiden soveltamisen ja kokonaisharkinnan avaamista suositusten perusteluissa. Lakiehdotusten tavoite ennaltaehkäisyn sekä terveyden edistämisen uudeltaisesta painottamisesta edellyttäisi myös menettelyjen luomista sille, että väestön terveyden edistämiseen sekä ennaltaehkäisyyn tarkoitettuja palveluja ja menetelmiä valikoituisi useammin käsiteltäväksi Palkon suositusmenettelyssä. Välittömästi sääntelyn voimaantulon jälkeen

---

<sup>45</sup> 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](https://health.ec.europa.eu/system/files/2024-01/2023_chp_fi_finnish.pdf).

<sup>46</sup> Avohilmo: Terveydenhuollon avohoidon käynnit ikäryhmittäin, sukupuolittain ja hyvinvointialueittain. [https://sampon.thl.fi/pivot/prod/fi/avo/perus03/fact\\_ahil\\_perus03?row=sukupuolet-95149&column=aika-87596](https://sampon.thl.fi/pivot/prod/fi/avo/perus03/fact_ahil_perus03?row=sukupuolet-95149&column=aika-87596). Viitattu 19.6.2025.

terveydenhuollon palvelujen ja menetelmien palveluvalikoimaan kuulumista koskevia rajoituksia ja uusia käyttöön ottamisia tehtäisiin kuitenkin todennäköisesti verrattain vähän.

Sosiaalihuollossa ei vielä ole olemassa kansallista suosituksia 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 normaalisuuseriaatteen puitteissa vankien terveydenhuollossa noudatetaan palveluvalikoimaneuvoston suosituksia. Periaatteita tulisi soveltaa myös THL:n alaisten valtion mielisairaaloiden antamassa terveyden- ja sairaanhoidossa. Jatkossa myös terveydenhuoltolain 7 §:ssä tarkoitettujen yhtenäisten hoidon perusteiden tulisi ottaa huomioon vankiterveydenhuollossa ja valtion mielisairaaloiden antamassa terveyden- ja sairaanhoidossa. Muutos edellyttäisi Vankiterveydenhuollon yksiköltä ja Valtion mielisairaaloilta muutoksia järjestämiensä palvelujen sisältöohjaukseen, jonka linjauksissa tulisi jatkossa soveltaa palveluvalikoiman periaatteita. Muutokset tarkoittaisivat esimerkiksi vankien ja tutkintavankien sekä valtion mielisairaaloiden potilaiden erityisten tarpeiden tunnistamista suhteessa palveluvalikoiman periaatteiden soveltamiseen. Lisäksi sisältöohjauksella tulisi ohjata Palkon suositusten soveltamista vankiterveydenhuollossa sekä valtion mielisairaaloissa. Lisäksi THL:n alla toimivat valtion koulukodit (jatkossa lastensuojelulain uudistuksessa säädettävä Valtion lastensuojelulaitos) sekä vankilan perheosasto toimivat tiettyjen hyvinvointialueen järjestämisvastuulla olevien lastensuojelun palvelujen tuottajina. Edellä mainittujen THL:n alaisten yksiköiden tulisi seurata ja osallistua tulevaisuudessa palveluvalikoimaa koskevaan kansalliseen yhteistyöhön.

Periaatteet ja palveluvalikoiman kehittyvä sisältö 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. Tältä osin vastaanottopalveluihin kuuluvassa terveydenhuollossa tulisi noudattaa terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvoston suosituksia sekä tavoitella hyvinvointialueilla käytössä olevaa palveluvalikoimaa vastaavaa tarjontaa. Siten lakiehdotusten vaikutuksena vastaanottokeskusten ja maahanmuuttoviraston tulee päivittää menettelyjään tältä osin. Vaikutuksen ei arvioida olevan merkittävä, koska näiden potilaiden osalta palvelujen tulisi jo nykytilassa toteutua vastaavin perusteiden kuin sellaisella henkilöllä, jolla on kotikuntalain tarkoittama kotikunta. Siten mainittujen potilaiden osalta vastaanottokeskuksen järjestämisvastuulla olevassa terveydenhuollossa tulisi jo lähtökohtaisesti noudattaa palveluvalikoimaneuvoston suosituksia ja koordinoita hoidon sisällöstä alueen hyvinvointialueen kanssa. Lakiehdotuksilla ei puolestaan ole vaikutuksia vastaanottopalveluna annettaviin välttämättömiin sosiaalipalveluihin tai täysi-ikäiselle turvapaikanhakijalle tai täysi-ikäiselle ihmiskaupan uhrille annettavaan välttämättömään terveydenhuoltoon.

Palveluvalikoiman periaatteita sovellettaisiin jatkossa myös terveydenhuoltolain 17 §:ssä säädettyissä YTHS:n tuottamissa korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon palveluissa. Lisäksi terveydenhuoltolain 7 §:ssä tarkoitetut yhtenäiset hoidon perusteet tulisi jatkossa ottaa huomioon YTHS:n tuottamissa palveluissa. Muutos edellyttäisi YTHS:ltä muutoksia tuottamiensa palvelujen sisältöohjaukseen, jonka linjauksissa tulisi jatkossa soveltaa palveluvalikoiman periaatteita. Muutokset tarkoittaisivat esimerkiksi korkeakouluopiskelijoiden erityisten tarpeiden tunnistamista suhteessa palveluvalikoiman periaatteiden soveltamiseen. Lisäksi YTHS:n sisältöohjauksella tulisi ohjata Palkon suositusten soveltamista opiskeluterveydenhuollossa. Siten YTHS:n tulisi seurata ja osallistua tulevaisuudessa palveluvalikoimaa koskevaan kansalliseen yhteistyöhön.

Lakiehdotusten vaikutukset Kansaneläkelaitoksen (Kela) 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 Palkon antamia suosituksia ja ne huomioidaan korvattavien hoitojen ja tutkimusten luettelossa. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoiman periaatteista säätämisen ei arvioida vaikuttavan merkittävässä määrin sairausvakuutuksesta korvattaviin hoitoihin, koska niiden voidaan jo nykyisin katsoa olevan sidoksissa julkisen terveydenhuollon palveluvalikoimaan. Kuitenkin Kelan tulisi seurata ja osallistua tulevaisuudessa palveluvalikoimaa koskevaan kansalliseen yhteistyöhön.

Koska rajalain 9 §:n mukaan toisessa EU-maassa saadusta hoidosta aiheutuneiden kustannusten korvaamisen edellytyksenä on hoidon kuuluminen terveydenhuoltolain 7 a §:n mukaiseen palveluvalikoimaan, esityksestä seuraisi muutoksia rajalain tarkoittamien korvausten kattamaan palveluvalikoimaan. Rajalain soveltamisalasta johtuu, että rajat ylittävissä tilanteissa korvauksista päätettäessä tarkastellaan terveydenhuoltolain 7 a §:n mukaiseen palveluvalikoimaan kuulumista myös niiden henkilöiden osalta, joiden terveyden- ja sairaanhoito kuuluu Ahvenanmaan maakunnan järjestämisvastuulle. Siten tältä osin esityksellä olisi vaikutuksia Kansaneläkelaitoksen rajalain mukaisiin korvauksiin myös Ahvenanmaan maakunnan asukkaiden osalta. Lakimuutoksilla ei kuitenkaan muutettaisi rajalakia eikä siten esimerkiksi kustannusten korvaamista koskevia menettelyjä. Siten myös rajalain korvausmenettelyjen osalta lakiehdotusten vaikutusten Kansaneläkelaitoksen toimintaan ja tehtäviin arvioidaan olevan vähäisiä.

Kansaneläkelaitos järjestää ja korvaa kuntoutusta sekä maksaa kuntoutusrahaetuksia Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain (566/2005, jäljempänä kuntoutuslaki) mukaisesti.

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. Lakiehdotuksilla ei ole suoraa vaikutusta Kansaneläkelaitoksen järjestämään vaatimaan lääkinälliseen kuntoutukseen ja kuntoutuspsykoterapiaan, koska kuntoutuslain perusteella toteutettavaan kuntoutukseen ei sovelleta terveydenhuoltolakia. Jatkossa olisi perusteltua arvioida palveluvalikoiman periaatteita koskevien, soveltuvien säännösten lisäämistä myös kuntoutuslakiin koskien Kansaneläkelaitoksen järjestämää ja korvaamaa lääkinällistä kuntoutusta ja kuntoutuspsykoterapiaa. Periaatteista säätäminen tekisi näkyväksi esimerkiksi kuntoutuksen kustannusvaikuttavuuden merkityksen, mutta myös asiakkaiden

yhdenvertaisen kuntoutukseen pääsyn toteutumisen turvaaminen tulisi yhtä lailla aiempaa näkyvämmäksi.

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

#### *Vaikutukset hyvinvointialueisiin*

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

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

Eri palvelujen, työmuotojen ja 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, ammattieettisten velvollisuuksiensa ja sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevan lainsäädännön mukaisesti sekä yhteisymmärryksessä asiakkaan ja potilaan kanssa.

Lakiehdotusten toimeenpano voi edellyttää hyvinvointialueilla muutoksia olemassa oleviin palveluihin, päätöksentekomenettelyihin sekä ohjauksen rakenteisiin. Sosiaalihuollon palveluvalikoimaa koskevien linjausten osalta hyvinvointialueilla voi esimerkiksi olla tarvetta päivittää hallintosääntöään. Sisältöohjauksen tehtävät kuitenkin kuuluvat jo nykytilassa hyvinvointialueiden johtamismalliin, joten vaikutukset liittyisivät lähtökohtaisesti periaatteiden soveltamiseen olemassa olevissa rakenteissa. Ehdotettu sääntely ohjaa hyvinvointialueita soveltamaan palveluvalikoiman periaatteita sekä palveluvalikoimaa koskevia kansallisia suosituksia systemaattisesti palvelu- ja hoitopolkujen laatimisessa, palvelujen järjestämistä koskevissa linjauksissaan 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. Periaatteiden vaikutus

hyvinvointialueiden päätöksentekomenettelyyn koskisi pääasiassa periaatteiden soveltamisen ja kokonaisharkinnan avaamista alueellisten linjausten ja ohjeiden perusteluissa. Ennaltaehkäisyyn sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen uudenlainen painottaminen kuitenkin edellyttäisi näihin tavoitteisiin tarkoitettuja palveluja, työmuotoja ja menetelmiä koskevan tietopohjan, arvioinnin ja päätöksenteon vahvistamista hyvinvointialueilla.

Lisäksi hyvinvointialueiden tulisi päivittää työnjakoa, yhteistyötä ja yhteensovittamista koskevat käytännöt palveluvalikoiman soveltamiselle ja koordinoimiselle sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueilla. 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. Palveluvalikoiman yhdenmukainen kansallinen soveltaminen vähentäisi jossain määrin tilanteita, joissa hyvinvointialueen tulee maksaa asukkaansa toisella hyvinvointialueella tai toisessa EU-maassa saaman palveluvalikoiman ulkopuolelle rajatun hoidon kustannuksia. Vaikutus perustuisi siihen, että palveluvalikoiman sisällön osalta potilaat voivat odottaa vastaavanlaista hoitoa koko maassa sekä toisessa EU-maassa saadun hoidon korvausperusteissa. Kuitenkin potilaat käyttäisivät jatkossakin oikeuttaan valita hoitopaikka esimerkiksi hoitoon pääsyn nopeuden, toimivan hoitosuhteen tai muiden henkilökohtaisten syiden perusteella.

## **5 Muut toteuttamisvaihtoehdot**

### **5.1 Vaihtoehdot ja niiden vaikutukset**

Lakiehdotusten valmistelussa on ollut esillä seuraavia vaihtoehtoisia toteuttamistapoja.

Yhtenä vaihtoehtona arvioitiin tilannetta, jossa lainsäädännön nykytila olisi säilytetty sellaisenaan. Vaihtoehdon etuna olisi, että voitaisiin odottaa sosiaali- ja terveysministeriössä käynnissä olevan terveydenhuollon menetelmien arvioinnin ja päätöksenteon organisointimallien selvityksen ja siitä mahdollisesti seuraavan säädösvalmistelun etenemistä sekä sosiaalihuollon arviointi- ja suositustoimintaa koskevan selvityksen valmistumista. Tällöin päätöksenteon rakenteita ja toimeenpanoa ehdittäisiin kehittää jo ennen palveluvalikoiman periaatteista säätämistä. Valmistelussa on kuitenkin arvioitu, että ilman nyt ehdotettavia lakiehdotuksia sosiaali- ja terveydenhuollon vaikuttavuuden edistäminen toteutuisi liian hitaasti eikä tukisi hyvinvointialueiden ja muiden järjestämisvastuussa olevien tahojen päätöksentekoa riittäväällä tavalla. Lisäksi terveydenhuollon menetelmien arviointia ja päätöksentekoa sekä sosiaalihuollon arviointi- ja suositustoimintaa koskevien selvitysten seurauksena käynnistyvissä säädösvalmisteluissa olisi eduksi, että palveluvalikoiman sisältöä koskeva säädöspohja olisi olemassa.

Toisena vaihtoehtona on arvioitu mahdollisuutta säätää laajemmin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoiman määräytymisestä ja priorisoinnista kumpaakin toimialaa koskevana erillislakina. Tällöin periaatteet eivät rajoittuisi terveydenhuollon palvelujen ja menetelmien sekä sosiaalihuollon palvelujen ja työmuotojen tasolle, vaan koskisivat kaikkia sosiaali- ja terveydenhuollossa tehtäviä priorisointiluontoisia valintoja. Periaatteiden lisäksi laissa olisi voitu säätää myös menetelmien arvioinnin ja päätöksenteon rakenteista ja toimivallasta sekä toimeenpanon toteuttamisesta. Valmistelussa tällainen vaihtoehto osoittautui liian kunnianhimoiseksi, koska kokonaisuus on monimutkainen, eikä terveydenhuollon menetelmien arviointia ja päätöksentekoa sekä sosiaalihuollon arviointi- ja suositustoimintaa koskevia selvityksiä oltu vielä lakiehdotusten valmistelun aikana valmiina. Valmistelussa pidettiin erillisillä säätämistä ongelmallisena myös sen takia, että palveluista säädetään lähtökohtaisesti

terveydenhuoltolaissa ja sosiaalihuoltolaissa. Terveystenhuollon ja sosiaalihuollon välillä on lisäksi merkittäviä eroja termistössä sekä tieteenalojen ja palveluiden toteuttamisen perinteessä, minkä vuoksi katsottiin perustelluksi säätää periaatteista nimenomaan erikseen sekä terveydenhuoltolaissa että sosiaalihuoltolaissa.

Kolmantena vaihtoehtona arvioitiin terveydenhuoltolain 7 a §:n 2 momentin muuttamista terveydenhuollon palveluvalikoiman poissulkukriteerien osalta. Tällöin olisi voitu periaatteiden kehittämiseksi esimerkiksi nostaa kustannusten kohtuuttomuus omaksi poissulkukriteerikseen sen sijaan, että se olisi mahdollista vain yhtäaikaista vaikuttavuuden ollessa vähäistä kuten voimassa olevan lainsäädännön mukaan on. Valmistelussa arvioitiin kuitenkin, että palveluvalikoimaan kuulumisen sisällyttäville edellytyksillä saadaan aikaan perustuslain 19 §:n 3 momentissa tarkoitettujen riittävien sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaamisen näkökulmasta tasapainoisempi kokonaisuus, jossa päätöksenteon kannalta keskeiset näkökohdat on koottu yhteen.

Neljäntenä vaihtoehtona pohdittiin sitä, että periaatteiden lisäksi olisi säädetty tarkemmin yksityiskohtaisia kriteereitä palveluvalikoimaan kuulumiselle. Tästä luovuttiin, koska lain tasoisena tällaiset olisi vaikea säätää kriteerien ollessa usein asiakas- ja potilasryhmä- tai kontekstiriippuvaisia. Lisäksi tällaiset kriteerit, eli esimerkiksi euromääräinen arvo sille, mitä uusi menetelmä saa maksaa suhteessa tuotettuun terveys- tai hyvinvointihyötyyn, voisivat olla vaikeasti ajantasaisena pidettäviä. Lisäksi ehdotetut palveluvalikoiman periaatteet jättävät erilaisissa käytännön päätöksentekotilanteissa riittävästi tilaa sellaiselle kokonaisuarkinnalle, jossa periaatteita voidaan soveltaa perus- ja ihmisoikeusmyönteisesti sekä yhdenmukaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon muun lainsäädännön kanssa. Tällainen perus- ja ihmisoikeudet huomioiva tilannekohtainen harkinta ei olisi vastaavassa määrin mahdollista, jos palveluvalikoimaan kuulumisesta olisi päädytty säätämään yksityiskohtaisilla kriteereillä.

Valmistelussa pohdittiin myös vaihtoehtoa, jossa säädettäisiin vain terveydenhuollon palveluvalikoiman periaatteista. Sosiaalihuollossa sisällöllisen ohjauksen rakenteet ja vaikuttavuustieto ovat terveydenhuoltoon verrattuna kehittyneet ja rakentuneet heikommin. Tällainen ratkaisu olisi kuitenkin lisännyt terveydenhuollon ja sosiaalihuollon palveluvalikoiman ja priorisoinnin sääntelyn ja ohjauksen eriytymistä. Valmistelutyön aikana myös todettiin, että arvopohja palveluvalikoiman periaatteille on varsin yhteneväinen, mikä puolsi niiden säätämistä samanaikaisesti. Hyvinvointialueilla on järjestämisvastuu sekä sosiaali- että terveydenhuollon palveluista, ja niiden toiminta perustuu yleiskatteelliseen rahoitukseen. Tämän vuoksi myös palveluvalikoiman vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta on tarkoituksenmukaista kehittää samassa tahdissa ja mahdollisimman yhtenäisesti molemmilla toimialoilla.

## **5.2 Ulkomaiden lainsäädäntö ja muut ulkomailla käytetyt keinot**

### **5.2.1 Terveydenhuolto**

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta (ETENE) julkaisi vuonna 2024 selvitystyön kansainvälisistä esimerkeistä terveydenhuollon priorisoinnin eettisistä periaatteista.<sup>47</sup> Selvitykseen otettiin mukaan sellaisia maita, joissa terveydenhuollon priorisointityötä on aktiivisesti tehty. Tässä esityksessä tarkasteltavat maat valittiin ETENE:n

---

<sup>47</sup> Kansainvälisiä esimerkkejä terveydenhuollon priorisoinnin eettisistä periaatteista. ETENE:n tilaama selvitystyö (2024). <https://etene.fi/julkaisut>

julkaiseman selvityksen pohjalta niin, että esityksessä tarkasteluun otettiin ne maat, joiden terveyspalvelujärjestelmä on lähimpänä Suomen terveyspalvelujärjestelmää.

### *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.<sup>48</sup>

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.<sup>49</sup> Arvioitaessa odotettavissa olevaa hyötyä painoarvoa ei tule antaa sille, kuinka paljon hoito vaikuttaa potilaan tehokkuuteen tai tuottavuuteen taikka siihen, miten hoito vaikuttaa potilaan

---

<sup>48</sup> NOU 2018:16. First things first. Prioritisation principles for municipal health and care services and publicly funded dental health services. English summary.

<sup>49</sup> NOU 1997:18. Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste, s. 134.

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.

### *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.<sup>50</sup> Eettisen neuvoston vuonna 2018 julkaistussa selvityksessä yhtenä johtopäätöksenä esitettiin, että yhdenvertaisuuden periaate ei toteudu terveydenhuollossa. Terveydenhuollossa on priorisoitu tiettyjä sairauksia ja voimavaroja on suunnattu liiaksi kalliisiin lääkkeisiin hoidon kustannuksella.<sup>51</sup>

Tanskan parlamentti on hyväksynyt priorisointiperiaatteet sairaalalääkkeiden käytölle. Päätöksenteon 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.<sup>52</sup> Alueet ovat sittemmin täydentäneet parlamentin listausta vakavuudella ja varovaisuudella.<sup>53</sup>

### *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 peruseriaatteita, joita ovat itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, hyödyn aikaansaaminen, haitan välttäminen ja oikeudenmukaisuus.<sup>54</sup> 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

---

<sup>50</sup> 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>.

<sup>51</sup> Retfærdig prioritering i det danske sundhedsvæsen. Det etiske råd 2018. <https://etiskraad.dk/alle-udgivelser/indretning-af-sundhedsvaesenet/retfaerdig-prioritering-i-det-danske-sundhedsvaesen>.

<sup>52</sup> Sundheds- og Ældreministeriet. Princippapir om prioritering for sygehuslægemidler. 31.3.2016. <https://www.ism.dk/Media/3/7/Princippapir-om-prioritering-for-sygehuslaegemidler.pdf>.

<sup>53</sup> Det etiske råd 2018.

<sup>54</sup> Social Value Judgements: Principles for the development of NICE guidance.

oleellisuudella ja hyväksyttävyydellä, mahdollisuudella saattaa päätöksiä uudelleen arvioitavaksi ja päätöksentekomenettelyä koskevalla sääntelyllä.

### 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 periaatteita kuin terveydenhuollossa<sup>55</sup> sekä arvioidaan vaikuttavuutta ja kustannuksia.<sup>56</sup>

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 lakisäätelisistä 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.<sup>57</sup>

## 6 Lausuntopalaute

Esitysluonnokseen oli mahdollista ottaa kantaa kuuden viikon ajan. Suomenkielinen lausuntoaika oli 30.10.-11.12.2025 ja ruotsinkielinen lausuntoaika 11.11.-23.12.2025. Lausuntopyyntö lähetettiin 198 taholle ja lisäksi esitysluonnos julkaistiin lausuntopalvelu.fi-palvelussa. Kaikilla halukkailta tahoilla oli mahdollisuus antaa asiassa lausuntonsa. Lausunnon antoi yhteensä 160 tahoja. Osa lausujista antoi lausunnon useamman tahon nimissä.

Hyvinvointialueilta, ml. Helsingin kaupunki ja HUS-yhtymä, vastaanotettiin 15 lausuntoa, valtion viranomaisilta 16, ammattijärjestöiltä 20, muilta järjestöiltä ja yhdistyksiltä 68, muilta tahoilta 20, yrityksiltä 3 ja yksityishenkilöiltä 11. Lisäksi 7 taho ilmoitti, että he eivät lausu asiasta. Hallituksen esityksen valmisteluasiakirjat ja lausunnot on julkaistu sähköisesti sosiaali- ja terveysministeriön Hankeikkunassa: <https://stm.fi/hanke?tunnus=STM113:00/2023>.

---

<sup>55</sup> Social Value Judgements: Principles for the development of NICE guidance.

<sup>56</sup>NICE. The social care guidance manual. <https://www.nice.org.uk/process/pmg10/resources/the-social-care-guidance-manual-pdf-72286648234693>.

<sup>57</sup> 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>.

Enemmistö lausunnonantajista kannatti esitystä, mutta useimmilla vastaajista oli tarkennuksia siihen, miltä osin ne kannattivat ja miltä osin eivät kannattaneet esitystä. Lausuntopalautteen perusteella hallituksen esitysluonnoksen tavoitteita palveluvalikoiman periaatteiden säätämisestä pidettiin lähtökohtaisesti kannatettavina ja ajankohtaisina. Lausunnoissa kannatettiin sitä, että yhteisten, lakiin kirjattujen periaatteiden avulla voidaan lisätä päätöksenteon avoimuutta, ennakoitavuutta ja yhdenvertaisuutta sekä tukea rajallisten resurssien kohdentamista vaikuttaviin ja tarkoituksenmukaisiin palveluihin. Erityisesti hyvinvointialueet, valtionhallinnon toimijat ja useat ammattijärjestöt katsoivat, että periaatteet vastaavat tunnistettuun tarpeeseen selkeyttää palveluvalikoiman määräytymisen taustaa, päätöksentekoa ja luoda yhtenäisempää kansallista ohjausta sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Lausunnonantajat pitivät myönteisenä sitä, että palveluvalikoiman periaatteet määrittävät palveluvalikoimaan kuulumisen edellytyksinä eikä ensisijaisesti poissulkemisperusteina. Tarveperiaatteen, turvallisuuden, vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden sekä läpileikkaavien periaatteiden – yhdenvertaisuuden ja ihmisarvon loukkaamattomuuden – katsottiin muodostavan eettisesti hyväksyttävän ja järjestelmällisen kokonaisuuden. Myönteisenä nähtiin myös kokonaisuutensa perustuva lähestymistapa, joka mahdollistaa yksilöllisten tilanteiden huomioimisen eikä perustu yksittäisten kriteerien mekaaniseen soveltamiseen. Useissa lausunnoissa korostettiin, että periaatteet voivat parhaimmillaan tukea vaikuttamattomista tai vähähyötyisistä menetelmistä luopumista sekä edistää uusien, vaikuttavien ja tutkittuun tietoon perustuvien menetelmien käyttöönottoa.

Samanaikaisesti lausuntopalautteessa nousi esiin huoli periaatteiden yleisluonteisuudesta ja tulkinnanvaraisuudesta. Lausunnoissa todettiin, että ilman selkeää kansallista sisältöohjausta, konkreettisia soveltamisohjeita ja riittäviä rakenteita periaatteiden käytännön merkitys voi jäädä vähäiseksi. Erityisesti hyvinvointialueet ja valtionhallinnon toimijat katsoivat, että periaatteet eivät yksinään tuota lisäarvoa, mikäli vastuunjako, päätöksentekotasot ja periaatteiden keskinäinen punninta jäävät soveltajille epäselviksi. Ilman kansallisesti yhtenäistä ohjausta ja seurantaa riskinä nähtiin palveluvalikoiman soveltamisen hajautuminen, alueellisten erojen säilyminen tai jopa lisääntyminen sekä se, ettei asiakkaiden ja potilaiden yhdenvertaisuus toteudu.

Sosiaalihuollon osalta lausuntopalautteessa korostui erityinen huoli periaatteiden soveltamiskelpoisuudesta. Useat lausunnonantajat toivat esiin, että sosiaalihuollon palveluissa vaikuttavuus- ja kustannusvaikuttavuustieto on vielä niukkaa ja kansalliset suositus- ja arviointirakenteet ovat puutteellisia. Tämän katsottiin vaikeuttavan periaatteiden yhdenmukaista ja oikeudenmukaista soveltamista. Lisäksi sosiaalihuollon erityispiirteet, kuten yksilöllinen tarveharkinta, pitkät vaikutusketjut ja palvelujen tilannesidonnaisuus, eivät lausujien mukaan kaikilta osin välittyneet esitysluonnoksessa. Useat tahot pitivät riskinä sitä, että periaatteiden soveltaminen voisi johtaa lakisääteisten palvelujen kaventumiseen tai subjektiivisten oikeuksien heikentymiseen, mikäli periaatteiden suhdetta erityislainsäädäntöön ei tarkemmin täsmennetä.

Kustannusvaikuttavuus herätti lausunnoissa sekä kannatusta että merkittäviä varauksia. Useat lausunnonantajat pitivät kustannusvaikuttavuuden huomioimista välttämättömänä julkisen talouden kestävyuden näkökulmasta, mutta samalla korostettiin, ettei taloudellinen näkökulma saa muodostua hallitsevaksi yksilöllisen tarpeen, ammatillisen harkinnan tai perus- ja ihmisoikeuksien kustannuksella. Erityisesti sosiaalialan ammattijärjestöt sekä vammais-, potilas- ja kansalaisjärjestöt toivat esiin huolen siitä, että kustannusvaikuttavuuden ylikorostaminen voi kohdistua epäedullisesti haavoittuvassa asemassa oleviin ryhmiin, harvinaissairaisiin, pitkäaikaissairaisiin, iäkkäisiin sekä niihin, joille julkiset palvelut ovat ainoa tosiasiallinen vaihtoehto. Lausunnoissa tuotiin esiin, että vaikuttavuus ilmenee monilla

palveluilla vasta pitkällä aikavälillä eikä lyhyen aikavälin tarkastelu sovellu kovin hyvin esimerkiksi ennaltaehkäiseviin palveluihin, kuntoutukseen tai psykososiaalisiin interventioihin.

Taloudellisten vaikutusten osalta valtaosa lausunnonantajista katsoi, että lausuttavana ollut esitysluonnos ei antanut riittävän konkreettista tai luotettavaa kuvaa vaikutuksista julkiseen talouteen tai hyvinvointialueiden kustannuksiin. Arvioinnin nähtiin perustuvan oletuksiin tulevasta soveltamisesta ilman euromääräisiä laskelmia tai skenaarioita. Erityisesti sosiaalihuollon osalta taloudellisten vaikutusten arviointia todettiin vaikeuttavan tietopohjan heikkous ja palvelutarpeiden ennakoimattomuus. Useissa lausunnoissa tuotiin esiin, että periaatteiden toimeenpano edellyttää lisäresursseja muun muassa tutkimukseen, koulutukseen ja kansalliseen ohjaukseen, eikä näitä kustannuksia ole arvioitu riittävästi. Toisaalta osa lausunnonantajista tunnisti pitkän aikavälin säästöpotentiaalin, mikäli resurssit kohdentuvat vaikuttaviin palveluihin ja vähähyötyisistä menetelmistä luovutaan hallitusti.

Perus- ja ihmisoikeusvaikutusten sekä yhdenvertaisuusvaikutusten arviointia ei pidetty kaikilta osin riittävänä. Useissa lausunnoissa katsottiin, että arviointi painottui muodolliseen yhdenvertaisuuteen eikä riittävästi huomioinut tosiasiallisen yhdenvertaisuuden toteutumista. Erityisesti vammaisten henkilöiden, lasten, ikääntyneiden, mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden, saamelaisväestön sekä kielivähemmistöjen näkökulmasta vaikutusten arviointia pidettiin vähäisenä. Lausunnonantajat korostivat YK:n vammaissopimuksen, lapsen edun ensisijaisuuden sekä kielellisten oikeuksien velvoitteiden vahvempaa huomioon ottamista sekä tarvetta positiiviseen erityiskohteluun tilanteissa, joissa se on tosiasiallisen yhdenvertaisuuden edellytys.

Toimeenpanon osalta lausuntopalautteessa korostui näkemys, että periaatteiden käyttöönotto edellyttää vahvaa kansallista sisältöohjausta, selkeitä vastuunjakoja ja riittäviä resursseja. Erityisesti sosiaalihuollossa esitettiin terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvostoa vastaavan kansallisen arviointi- ja suositustoimijan perustamista sekä myös siirtymäaikaan ennen periaatteiden velvoittavaa soveltamista. Hyvinvointialueiden yhteistyöalueiden roolia pidettiin pääosin tarkoituksenmukaisena, mutta ilman valtakunnallista ohjausta siihen nähtiin liittyvän riskejä tulkintojen eriytymisestä alueittain. Ammattijärjestöt korostivat, että periaatteiden soveltaminen arjen asiakas- ja potilastyössä edellyttää konkreettisia ohjeita, koulutusta ja tukea. Samalla tuotiin esiin, että ammatillisen harkinnan tulisi säilyä eikä henkilöstön kuormitus saa kasvaa kohtuuttomasti.

Lausuntopalautteen perusteella jatkovalmistelussa sosiaalihuoltolain pykäläehdotusta täsmennettiin niin, että siinä painotettaisiin järjestämisen ja toteuttamisen suunnittelua sekä käyttöönottoa, käyttöä ja käytöstä poistamista koskevaa päätöksentekoa. Siten pykälästä välittyisi selkeämmin palveluvalikoimaa koskevien linjausten sijoittuminen kansalliselle ja alueelliselle tasolle, jolloin ammattihenkilön ei tarvitsisi asiakastyössä linjata esimerkiksi työmuotojen kuulumisesta palveluvalikoimaan.

Lausuntopalautte on jatkovalmistelussa otettu huomioon lakiehdotusten perusteluissa, joita täsmennettiin merkittävästi. Lisäksi vaikutusten arviointia tarkennettiin ja monipuolistettiin erityisesti eri väestöryhmiin kohdistuvien vaikutusten ja viranomaisvaikutusten osalta. Palveluvalikoiman periaatteiden ja terveydenhuollon yhtenäisten hoidon perusteiden soveltamisalan selkeyttämiseksi lisättiin tarkentavat säädösehdotukset vankiterveydenhuoltoon (vankeuslaki, tutkintavankeuslaki), valtion mielisairaloita (mielenterveyslaki) sekä YTHS:tä (korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuoltolaki) koskien.

## 7 Säännöskohtaiset perustelut

### 7.1 Terveydenhuoltolaki

**7 a §.** *Terveydenhuollon palveluvalikoiman periaatteet.* Pykälää ehdotetaan muutettavaksi niin, että siinä säädettäisiin terveydenhuollon palvelujen ja menetelmien palveluvalikoimaan kuulumisen edellytyksistä. Voimassa olevassa terveydenhuoltolain 7 a §:ssä on säädetty tekijöistä, jotka rajaavat palvelun tai menetelmän sisällymistä palveluvalikoimaan.

Nyt pykälä ehdotetaan muutettavaksi siten, että siinä säädettäisiin periaatteista, joiden perusteella päätettäisiin terveydenhuollon palvelujen ja menetelmien käyttöönnotosta, käytöstä, käytöstä poistamisesta sekä käytön kohdentamisesta terveydenhuollon palveluvalikoimaa koskien. Tavoitteena on kehittää terveydenhuollon palveluvalikoimaa koskevaa päätöksentekoa, ratkaisuja ja valintoja niin, että niiden perusteet olisivat avoimia ja hyväksyttäviä sekä yhdenvertaisuutta, tarvetta, turvallisuutta, vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta edistäviä.

Pykälässä ehdotetaan, että palveluvalikoimaan kuulumisen edellytyksenä olisi tarve-, turvallisuus-, vaikuttavuus- ja kustannusvaikuttavuusperiaatteiden täytyminen. Pykälässä säädettäisiin, että päätöksenteossa nämä periaatteet otetaan huomioon osana kokonaisharkintaa, jossa tulee varmistaa potilaiden yhdenvertaisuus ja ihmisarvon loukkaamattomuus. Periaatteiden keskinäistä painoarvoa punnittaisiin osana kokonaisharkintaa ja se voisi vaihdella tilanteesta toiseen. Pykälässä mahdollistettaisiin myös rajattu poikkeaminen palveluvalikoimasta yksilöllisissä, henkeä tai terveyttä vakavasti uhkaavissa tilanteissa, kuten on säädetty voimassa olevassa pykälässä.

Kun pykälässä säädettäisiin palveluvalikoiman periaatteista, säätämällä osaltaan määriteltäisiin julkisen vallan velvoitetta turvata perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaiset riittävät terveyspalvelut. Periaatteet ohjaisivat kansallisia palveluvalikoimaa koskevista päätöksistä vastaavia päätöksentekijöitä sekä hyvinvointialueita eri organisaation tasoilla ja eri toiminnoissa palveluvalikoiman määrittelyssä, palvelukokonaisuuksien sisällöissä ja resurssien kohdentamisessa. Ammattihenkilöt soveltaisivat periaatteita ja annettuja linjauksia potilastyössä potilaan yksilöllisen tarpeen ja arvion perusteella.

Pykälässä ehdotetut periaatteet eivät sinänsä ole uusia terveydenhuollon toiminnassa. Potilaan tarpeesta sekä terveydenhuollon toiminnan turvallisuudesta, laadusta ja vaikuttavuudesta on jo voimassa olevassa lainsäädännössä säädetty terveydenhuollon palvelujen järjestämistä ja toteuttamista koskevinä velvoitteina muun muassa terveydenhuoltolaissa ja potilaslaissa. Terveydenhuollon toiminnan kustannusvaikuttavuudesta on säädetty esimerkiksi palveluiden järjestämistä koskevassa lainsäädännössä, mutta ei aiemmin suoraan yksittäisen palvelun tai menetelmän palveluvalikoimaan kuulumisen edellytyksenä.

Jo nykyisin vastaavia periaatteita tai näkökulmia on tarkasteltu arvioitaessa palveluvalikoimaan kuulumista muun muassa terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvoston päättäessä suosituksistaan ja hyvinvointialueiden tehdessä päätöksiään. Samoja näkökulmia arvioidaan myös osana yksittäisen potilaan hoidon toteuttamista. Taustalla ovat lainsäädännön lisäksi lääketieteen, hammaslääketieteen ja muun terveydenhuollon ammattitoiminnan perinne julkisesti rahoitetussa terveydenhuollossa. Hoitoratkaisuja tehtäessä pyritään vastaamaan potilaan tarpeeseen turvallisella ja vaikuttavalla menetelmällä. Julkisirahoitteisessa terveydenhuollossa myös kustannusvaikuttavuuden näkökulmat sisältyvät tavalla tai toisella tehtäviin ratkaisuihin.

Ehdotettuja periaatteita sovellettaisiin ottaen huomioon muu lainsäädäntö, esimerkiksi perustuslain, terveydenhuoltolain ja potilaslain (785/1992) potilaan oikeuksia ja hyvää kohtelua, yhdenvertaisuutta, syrjimättömyyttä, oikeutta elämään, palveluiden riittävyttä, palveluiden sisältöä, laatua, turvallisuutta ja vaikuttavuutta koskevat säännökset. Periaatteiden tulkinnan tulisi olla perus- ja ihmisoikeusmyönteistä.

Pykälän perusteluissa käytetään yksinkertaistettuja esimerkkejä havainnollistamaan periaatteiden soveltamista. Esimerkeillä ei kuitenkaan ole tarkoitus linjata palveluvalikoiman määrittelyn lopputulemaa, koska palveluvalikoimaa koskeva varsinainen päätöksenteko edellyttää palveluvalikoiman periaatteiden soveltamista osana kokonaisuuskäytäntöä palvelu- ja menetelmäkohtaisesti.

Pykälän 1 momentin mukaan terveydenhuollon palveluvalikoimaan kuuluvat lääketieteellisesti ja hammaslääketieteellisesti perusteltu yksilön tai väestön sairauksien ennaltaehkäisy, sairauden tai vamman toteamiseksi tehtävät tutkimukset, taudinmääritys, hoito ja kuntoutus.

Palveluvalikoimaa ei voida määritellä tyhjentävästi siten, että palveluvalikoima pystyttäisiin kuvaamaan palvelu- tai menetelmäkohtaisesti kaikissa eri tilanteissa ja eri potilasryhmillä. Palvelu tai menetelmä voi kuulua palveluvalikoimaan, mutta tiedon karttuessa se voidaan poistaa palveluvalikoimasta. Palvelu tai menetelmä voi kuulua palveluvalikoimaan vain tiettyjen edellytysten, esimerkiksi sairauden tietyn vaiheen, täytyessä tai vain tietyllä potilasryhmällä, mutta olla palveluvalikoiman ulkopuolella toisen potilasryhmän kohdalla. Myös yksittäisen potilaan kohdalla tietty palveluvalikoimaan sinänsä kuuluva palvelu tai menetelmä voi kuulua käytettävissä oleviin hoitovaihtoehtoihin yhtenä hetkenä, mutta terveydentilan tai muiden olosuhteiden muuttuessa vastaavasti ei toisena hetkenä ja päinvastoin.

Terveydenhuollon luonteeseen kuuluu, että tutkimus- ja hoitokäytännöt sekä terveydenhuollon palvelujen ja menetelmien käyttö elävät ajassa uusien palvelujen, menetelmien sekä lääketieteellisen tiedon, kokemuksen ja näytön tullessa saataville. Tämän vuoksi palveluvalikoima muuttuu ja kehittyy ajassa. Lähtökohtana on pidettävä kulloistakin yleisesti hyväksyttyä ja käytössä olevaa tutkimusten, taudinmäärityksen, hoidon ja kuntoutuksen muodostamaa kokonaisuutta. Toisaalta kaikkia nykyisin käytössä olevia palveluja ja menetelmiä ei ole arvioitu tässä pykälässä ehdotettuihin periaatteisiin perustuvassa kokonaisarvioinnissa. Näiden palvelujen ja menetelmien poistaminen käytöstä on mahdollista, mikäli kokonaisuuskäytännössä todettaisiin, etteivät pykälässä edellytetyt periaatteet täyty. Jokaisen käytössä olevan palvelun tai menetelmän tai käyttöön tarjoutuvan palvelun tai menetelmän osalta ei toisaalta ole tarkoituksenmukaista tehdä erillistä arviota palveluvalikoiman edellytysten täyttymisestä.

Momentin mukaan palveluvalikoimaan kuuluu lääketieteellisesti ja hammaslääketieteellisesti perusteltu terveydenhuollon toiminta. Terveydenhuoltolain 8 §:n mukaan terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin ja oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Terminä lääketieteellisesti ja hammaslääketieteellisesti perusteltu viittaa erityisesti tieteelliseen tutkimustietoon. Lisäksi termi voi sisältää myös terveydenhuollon kokemukseräiseen ammatilliseen tietoon ja käytäntöön perustuvaa arviota palvelun tai menetelmän tarpeesta, toimintamekanismista, käyttöaiheista sekä hyödyistä ja haitoista. Lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti perusteltua voi myös olla oireen helpottamista, elämänlaadun parantamista, sairauden ennaltaehkäisyä tai muuta terveyttä edistävää vaikutusta tavoitteleva toiminta, ei siis yksinomaan esimerkiksi yksittäisen sairauden parantamiseen tähtäävä spesifinen hoito. Palveluvalikoima sisältää lääketieteellisten ja hammaslääketieteellisten palvelujen ja menetelmien lisäksi myös muiden tieteiden mukaiset palvelut ja menetelmät osana potilaan

lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti perusteltua kokonaisuutta. Näitä ovat esimerkiksi terveystieteen kuten hoitotieteen tai psykologian, lääketieteellisen fysiikan ja kemian ja farmakologian palvelut ja menetelmät.

Terveydenhuollon ammattihenkilöstä annetun lain (559/1994) 22 §:n mukaan laillistettu lääkäri päättää potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärityksestä ja siihen liittyvästä hoidosta ja vastaavasti laillistettu hammaslääkäri päättää potilaan hammaslääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärityksestä ja siihen liittyvästä hoidosta. Yksittäisen potilaan kohdalla lääketieteellinen ja hammaslääketieteellinen perusteltu toiminta arvioidaan suhteuttamalla potilaan yksilöllinen terveydentila ja muut seikat lääketieteelliseen ja hammaslääketieteelliseen sekä muiden terveydenhuoltoon liittyvien tieteiden tieteelliseen sekä kokemuseräiseen tietoon.

Terveydenhuollon menetelmällä tarkoitetaan terveydenhuollossa käytettävää suunnitelmallista keinoa, jonka avulla terveystieteelliset tai terveydenhuollon muussa toiminnassa asetetut tavoitteet voidaan saavuttaa yksilö- tai väestötasolla. Tavoite voi esimerkiksi olla asiakkaan terveyden edistäminen tai terveydentilan selvittäminen, potilaan sairauden tai vammaan ehkäiseminen, tutkiminen, hoito tai kuntoutus, oireiden lievittyminen tai väestötasolla sairauksien ehkäiseminen. Tavoitteen saavuttamiseksi voidaan käyttää esimerkiksi erilaisia seulonta- ja tutkimusmenetelmiä, lääkettä, lääkinnällisiä laitteita, hoito-, terapia- ja kuntoutusmenetelmiä tai tehdä toimenpiteitä. Terveydenhuollon menetelmiä voivat käyttää ja toteuttaa terveydenhuollon eri ammattihenkilöt, mutta myös muut terveydenhuollossa työskentelevät henkilöt. Terveydenhuollon menetelmiin kuuluvat myös erilaiset digitaaliset ja teknologiset menetelmät. Edellä mainitut esimerkit eivät kuvaa tyhjentävästi kaikkia terveydenhuollon menetelmiä. Lakiehdotuksen perusteluissa käytetään ilmaisua palvelut ja menetelmät, kun perusteluissa viitataan palveluvalikoiman sisältöön ja sen määrittelyyn. Palveluvalikoiman periaatteet soveltuisivat myös sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisiä palveluja ja niissä käytettäviä menetelmiä koskeviin valintoihin.

Terveydenhuollon toimintoihin voi sisältyä myös toimintoja ja työtapoja, jotka eivät lähtökohtaisesti ole lainkaan erityisiksi terveydenhuollon palveluiksi tai menetelmiksi tulkittavia, vaan tavanomaiseen kokemuseräiseen tietoon ja inhimilliseen toimintaan perustuvia ja kenen tahansa toteutettavaksi sopivia toimia. Tällaisia ovat esimerkiksi suun kostuttaminen, haavan laastarointi ja kävelyn tukeminen. Toisaalta raja voi joissakin tilanteissa olla liukuva, kuten esimerkiksi turvallisen liikkumisen ja ylösnousun ohjauksessa tai siinä, mikä on terveydenhuoltoon katsottavaa hoitoa ja mikä sosiaalihuoltoon kuuluvaa hoivaa. Yhtenä piirteenä terveydenhuollon palvelulle ja menetelmälle on se, että sitä käyttävät ammattilaiset tai sen käyttämiseksi on edellytyksenä potilaan tai läheisten ammattilaiselta saama ohjaus ja neuvonta. Tarkoituksena ei ole, että kaikki terveydenhuollon toiminnoissa toteutettava tulkittaisiin terveydenhuollon palveluiksi tai menetelmiksi ja arvioidaisiin pykälässä säädettyjen periaatteiden mukaan.

Tarkoituksena ei myöskään ole, että palveluvalikoimaan sisältyisivät vain sellaiset palvelut ja menetelmät, jotka on periaatteiden kokonaisarvion kautta arvioitu. Tehtävä olisi mahdoton, sillä kaikkia nykyisin käytössä jo olevia ja palveluvalikoimaan vuosikymmenten ja -satojen saatossa sisällytettyjä palveluja ja menetelmiä ei pystytä arvioimaan. Esimerkiksi käytössä jo oleva palvelu tai menetelmä voi poistua palveluvalikoimasta ilman aktiivista arviointia tai nimenomaista päätöksentekoa yksinomaan siksi, että se korvautuu toisilla, paremmilla palveluilla ja menetelmillä ja jää käyttämättä.

Pykälän 1 momenttia muutettaisiin niin, että palveluvalikoimaan kuuluisi sekä yksilön että väestön sairauksien ennaltaehkäisy, sairauden tai vammaan toteutetuiksi tehtävien tutkimukset, taudinmääritys, hoito ja kuntoutus. Muutoksella korostetaan sitä, että palvelujen ja menetelmien

käyttöä ja resurssien kohdentamista terveydenhuollossa voidaan perustella yksilötasolla, mutta myös väestötasolla. Väestöterveyden huomioon ottaminen korostuu esimerkiksi ennalta ehkäisevien menetelmien käytössä ja tartuntatautien ehkäisyssä.

On otettava huomioon, että potilasta voidaan hoitaa palveluvalikoimaan kuulumattomalla kokeellisella tai tutkimuksellisella menetelmällä osana tieteellistä tutkimustoimintaa. Osana tieteellistä tutkimusta tehty potilaan hoito ei kuulu tässä pykälässä määriteltävään julkiseen palveluvalikoimaan ja sitä tulee ohjata, dokumentoida ja rahoittaa omana kokonaisuutenaan. Tällaisesta toiminnasta ja tutkimuspotilaan asemasta säädetään muun muassa laissa lääketieteellisestä tutkimuksesta (488/1999), lääkelaisissa (395/1987) sekä potilaslaissa (785/1992). Toiminnassa on oleellista potilaalta saatu tietoon perustuva suostumus (informed consent), eettisyys, tietosuoja ja luottamuksellisuus. Pykälässä säädettyjä edellytyksiä palveluvalikoimaan kuulumiseksi ei siis sovelleta tieteellisesti tutkittaviin ja vasta kehitteillä oleviin menetelmiin, joiden turvallisuutta ja vaikuttavuutta esimerkiksi vasta tutkitaan. Palveluvalikoimaan kuulumisen edellytyksistä säättämällä ei ole siten tarkoitus rajoittaa kliinistä tutkimusta, innovaatiopolitiikkaa tai investointien houkuttelua.

Pykälän 2 momenttia muutettaisiin siten, että säädettäisiin palveluvalikoimaan kuulumisen edellytyksistä aiemmin säädetyn sijaan, jossa säädetään perusteista, joilla toimenpide, tutkimus, hoito tai kuntoutus rajataan terveydenhuollon palveluvalikoiman ulkopuolelle. Palveluvalikoimaan kuulumisen edellytykset koskisivat myös sairauden ennaltaehkäisyä, terveyden edistämistä ja kuntoutusta.

Palveluvalikoimaan kuulumista koskeva päätöksenteko perustuisi kokonaisharkintaan, jonka sisältöä kuvataan tarkemmin pykälän 3 momentin perusteluissa. Kaikkien momentissa määriteltyjen palveluvalikoimaan kuulumisen edellytysten tulisi täytyä osana kokonaisharkintaa, jossa tulisi varmistaa lisäksi potilaiden yhdenvertaisuus ja ihmisarvon loukkaamattomuus. Päätöksenteossa periaatteita punnittaisiin tarvittaessa toisiaan vasten.

Jo voimassa olevassa terveydenhuoltolain 7 a § :ssä mainitaan käsite terveyshyöty. Terveyshyötyä ei kuitenkaan ole käsitteenä tarkemmin määritelty laissa eikä myöskään nykyisen 7 a § :n esitöissä. Tässä pykälässä terveyshyöty tarkoittaa sellaista muutosta ihmisen terveydentilassa tai sairauksien hallinnassa, joka syntyy terveydenhuollon tai siihen rinnastuvan toiminnan seurauksena. Terveyshyöty on usein mitattavissa mittarein ja indikaattorein. Myönteistä terveyshyötyä on siis muun muassa parempi terveys, terveydentilan ylläpito, sairauden ja sen oireiden ja etenemisen hallinta sekä ennusteen parantaminen ja elinajan lisääminen. Mikäli menetelmän käyttö parantaa sairauden tai ehkäisee komplikaatiota, saadaan paljon terveyshyötyä. Terveyshyöty voi olla myös pieni tai jopa negatiivinen, mikäli menetelmää käyttämällä ei saada lainkaan lisättyä terveyttä tai lisätään vain vähän (niin sanottu hukkahoito, vähähyötyinen hoito) tai jopa aiheutetaan vahinkoa (ylidiagnostiikka, hyödyttömän hoidon sivuvaikutukset). Näissä tilanteissa menetelmää ei tule käyttää eikä sisällyttää palveluvalikoimaan.

Vastaavasti hyvinvointihyödyllä tarkoitetaan henkilön arkielämässä tapahtuvaa muutosta menetelmää käytettäessä, mikä kohdistuu esimerkiksi arjessa pärjäämiseen ja elämänlaatuun. Hyvinvointihyöty sisältää psyykkisen, sosiaalisen ja toiminnallisen ulottuvuuden. Hyvinvointihyötyä syntyy erityisesti muun muassa sosiaalipalveluissa, mutta voi syntyä myös terveyspalveluissa. Hyvinvointihyöty on usein subjektiivisempi ja moniulotteisempi kuin terveyshyöty. Esimerkkejä hyvinvointihyödyistä ovat muun muassa se, että kotihoito mahdollistaa kotona asumisen, psykososiaaliset interventiot voivat tukea mielenterveyskuntoutujan sosiaalisia kontakteja ja apuväline tai kuljetuspalvelu mahdollistaa harrastamisen.

Kun arvioidaan palveluvalikoimaan kuulumisen edellytyksiä, arvioidaan kunkin palvelun tai menetelmän kohdalla tieteellisen ja myös kokemuseräisen tiedon kautta sitä, millä todennäköisyydellä, millaisilla mahdollisilla riskeillä ja millä kustannuksella minkäkin suuruinen terveys- ja hyvinvointihyöty on saavutettavissa.

Pykälän 2 momentin 1 kohdan mukaan edellytyksenä palveluvalikoimaan kuulumiselle on, että terveyden- ja sairaanhoidon toimenpiteen, tutkimuksen, hoidon tai kuntoutuksen tavoitteena on vastata yksilön tai väestön terveyden- ja sairaanhoidon tarpeeseen. Säännös sisältää niin sanotun tarveperiaatteen palveluvalikoiman periaatteena.

Palveluvalikoimaan kuulumisen edellytyksenä tarveperiaate on johdettu perustuslain 19 §:n 3 momentissa tarkoitettujen riittävien sosiaali- ja terveyspalvelujen tarveperustaisuudesta. Tarveperiaatteella on myös yhteys julkisesti rahoitetun terveydenhuollon tavoitteisiin sekä hyvinvointialueen velvoitteeseen järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut väestön ja asiakkaiden tarpeen edellyttämällä tavalla sote-järjestämislain 4 § mukaisesti. Väestön ja potilaan hoidon ja palvelun tarve sisältyy myös useisiin terveydenhuoltolain säännöksiin.

Tarveperiaate on yhteydessä myös 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 siihen sopivasta tutkimus-, hoito- tai kuntoutusmenetelmästä. Terveydenhuollon ammattihenkilöain 22 §:n mukaan lääkäri tai hammaslääkäri päättää viime kädessä potilaan hoidosta ja lääkkeen määräämisestä.

Tarveperiaate edellyttää terveydenhuollon palveluvalikoimaan kuulumiseksi, että palvelun tai menetelmän tavoitteena on vastata potilaan, potilasryhmän tai väestön sellaiseen tarpeeseen, joka liittyy terveydentilaan. Terveydentilaan liittyvällä tarpeella tarkoitetaan sellaista yksilön tai väestön terveydentilaan liittyvää oiretta, tilannetta, poikkeamaa, toimintakyvyn heikkenemää tai riskiä, jota voidaan lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti perustellusti ehkäistä, tutkia, hoitaa, kuntouttaa ja lievittää tai jonka hoitamatta jättäminen todennäköisesti johtaisi terveydentilan heikkenemiseen, toimintakyvyn laskuun tai kärsimyksen lisääntymiseen. Tarve perustuu terveydentilaan ja on lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tunnistettavissa ja arvioitavissa, eikä siis yksinomaan perustu mieltymykseen tai toiveisiin. Kyseessä on yleensä sairaus tai sen epäily, vamma tai sen seuraus, toimintakyvyn heikkeneminen, kipu, kärsimys tai merkittävä psyykinen kuormitus, merkittävä sairastumisriski ja ennaltaehkäisyn tarve tai elämänlaadun selvä heikkeneminen terveydellisestä syystä.

Toisaalta palveluvalikoimaan kuulumisen edellytyksenä oleva tarveperiaate ei lähtökohtaisesti täyty, mikäli terveydenhuollon palveluita tai menetelmiä käytetään tilanteissa, joilla vastataan yksilön tai väestön sellaiseen tarpeeseen, joka ei liity terveydentilaan tai sairaanhoitoon. Näissä tilanteissa ei siten olisi kyse pykälän 2 momentin 1 kohdassa tarkoitettusta yksilön tai väestön terveyden- ja sairaanhoidon tarpeeseen vastaamisesta. Rajanvetoa siitä, onko kyseessä terveydentilaan liittyvä tarve, käydään muun muassa tilanteissa, joissa lähtökohtana on normaalin variaation muuttaminen esimerkiksi tavoitteena muokata ulkonäköä, suorituskykyä tai mieltymystä, mutta jossa hoitamatta jättäminen ei aiheuta terveydellistä haittaa. Kyse on elämänlaadun parantamisesta ja terveydenhuollon palveluiden ja menetelmien käytöstä elämänhallinnan, jaksamisen tai mukavuuden lisäämiseksi ilman varsinaista terveydentilaan liittyvää perustetta. Tällaisia toimia voivat olla esimerkiksi laajojen tutkimusten tekeminen oirettomalla potilaalla sairaudenpelon vuoksi, ikääntymisen normaalien piirteiden ja ulkonäkömuutosten hoitaminen, suorituskyvyn parantaminen lääketieteellisin keinoin,

esteettinen plastiikkakirurgia ulkonäön muuttamiseksi ilman toiminnallista haittaa ja kosmeettinen hammashoito ilman toiminnallista ongelmaa. Medikalisaatiossa on kyse siitä, että normaali elämän ilmiö, ominaisuus tai kokemus tulkitaan lääketieteelliseksi ongelmaksi, joka vaatii tutkimuksia tai hoitoa. Tällöin tarve ei synny terveydentilasta, vaan odotuksesta, että terveydenhuollon tulisi ratkaista asia. Tällaisia tilanteita ovat esimerkiksi normaali surureaktio, tavanomainen ikääntyminen, ulkonäön variaatio sekä arjen kuormitus ja tunnereaktiot. Toisaalta esimerkiksi potilaan sairauteen tai kuolemaan liittyvässä tilanteessa palveluvalikoimaan katsotaan kuuluvaksi läheisille ja esimerkiksi potilaan lapsille annettava psykososiaalinen tuki ja muu hoito.

Nykyisin julkisessa terveydenhuollossa käytetään palveluja ja menetelmiä, joille on sekä lääketieteellisiä tai hammaslääketieteellisiä perusteita ja terveydenhuollollinen tarve tietyissä tilanteissa ja potilasryhmillä, mutta samoja menetelmiä on käytetty pitkään myös ei-lääketieteellisin perustein. Tällaisia palveluja on vakiintuneesti annettu hyvinvointialueen järjestäminä, ja niitä on erityisesti lisääntymisterveyden palveluissa.

Terveydenhuollon toimintaa ja rajanvetoa ohjataan lisäksi muun muassa yhtenäisillä hoidon perusteilla ja muilla suosituksilla, joita on tarkemmin kuvattu jaksossa 2.6.

Pykälän 2 momentin 1 kohdan mukainen tarveperiaate tarkoittaa, että sekä yksilötasolla että väestötasolla toimivia palveluita ja menetelmiä koskevissa valinnoissa ja päätöksenteossa otettaisiin huomioon terveyden- ja sairaanhoidon ja palvelun tarpeen vakavuus, kiireellisyys ja laajuus. Tarveperiaatteen havainnollistamiseksi on mahdollista antaa esimerkkejä. On kuitenkin otettava huomioon, että näissäkin erimerkkitalanteissa tulisivat sovellettavaksi samanaikaisesti myös muut pykälässä esitetyt periaatteet, kuten edellytykset käytettävän palvelun tai menetelmän turvallisuudesta ja vaikuttavuudesta. Näin ollen esimerkit ovat yksinkertaistuksia, mutta avaavat tarveperiaatteen sisältöä.

Mitä vakavamasta, kiireellisemmästä tai laajemmasta tarpeesta olisi kyse, sitä perustellummin palveluvalikoimaan kuulumisen arvioinnissa tarveperiaatetta voitaisiin painottaa suhteessa muihin periaatteisiin osana kokonaisharkintaa.

Palvelu tai menetelmä, jolla on vaikutus eloonjäämiseen, komplikaatioiden kehittymiseen sekä merkittäviin oireisiin ja toimintakykyyn, on tarveperiaatteen mukaan todennäköisemmin sisällytettävä palveluvalikoimaan, mikäli muutkin pykälässä säädetyt edellytykset täyttyvät. Toisaalta palvelulta tai menetelmältä, joka vaikuttaa vain lievään tarpeeseen, kuten itsestään muutoinkin paraneviin sairauksiin tai oireisiin tai joihin henkilön on mahdollista itse saada apua oireenmukaisella hoidolla, edellytetään palveluvalikoimaan kuulumiseksi painokkaammin muiden periaatteiden täyttymistä. Mikäli palvelu tai menetelmä esimerkiksi vastaa tarpeeseen, johon ei ole muita vaihtoehtoisia hoitomuotoja ja kyse on esimerkiksi vaikeasta etenevästä syöpäsairaudesta, voidaan tarveperiaatetta painottaa suhteessa vaikuttavuusperiaatteeeseen ja sen edellyttämään näyttöön, kun arvioidaan palvelun tai menetelmän sisällymistä palveluvalikoimaan.

Terveydenhuoltolain 50 §:ssä tarkoitettulla kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan äkillisen sairastumisen, vamman, pitkäaikais sairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämää välitöntä arviota ja hoitoa, jota ei voida siirtää ilman sairauden pahenemista tai vamman vaikeutumista. Kiireellinen hoito tulee hyvinvointialueen varmistaa kaikissa tilanteissa. Tällä säännöksellä turvataan osaltaan perustuslain 19 §:n 1 momentissa säädettyä jokaisen oikeutta välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Tarveperiaatteen kautta tarpeen kiireellisyys voi kokonaisharkinnassa puoltaa palveluvalikoimaan kuulumista. Koska kuitenkin samanaikaisesti tulee arvioida myös muita palveluvalikoimaan kuulumisen

periaatteita, palvelua tai menetelmää ei tulisi ottaa osaksi palveluvalikoimaa esimerkiksi yksinomaan tarpeen kiireellisyyden perusteella.

Tarveperiaatteen kautta palveluvalikoima voi vaihdella henkilöryhmittäin. Iäkkäiden, monisairaiden henkilöiden kohdalla voi syövänhoidon tarve olla pieni tai olematon, mikäli ennuste muiden sairauksien vuoksi on merkittävän rajoittunut. Esimerkiksi henkilöille, joilla perna on poistettu, on perusteltua tarjota tiettyjä rokotteita ehkäisemään infektoita, vaikka tarvetta tällaiselle ei muussa väestössä olisi. Esimerkiksi vammaisten henkilöiden kohdalla tietyn palvelun tai menetelmän sisällyttäminen palveluvalikoimaan voi olla perusteltua, vaikka väestötasolla tai muilla henkilöryhmillä näin ei olisi. Näin on tilanteessa, jossa menetelmää käyttämällä voidaan merkittävästi vähentää riskiä, parantaa ennustetta, hallita oireita tai ehkäistä toimintakyvyn heikkenemistä, joka liittyy nimenomaan vammaisuuteen. Näissäkin tilanteissa tulee muiden palveluvalikoimaan kuulumisen edellytysten sekä yhdenvertaisuuden ja ihmisarvon kunnioittamisen täytyä osana kokonaisharkintaa.

Samankin sairauden tai diagnoosin aiheuttamat tarpeet ja riskit voivat vaihdella yksilöllisten tai esimerkiksi kasvaimen ominaisuuksien perusteella. Osana niin sanotun yksilöllistetyn lääketieteen (personalized medicine) toteuttamista palveluvalikoima voi olla sisällöltään erilainen esimerkiksi biologisten tai geneettisten tekijöiden kautta ja täten tietyt menetelmät voivat kuulua palveluvalikoimaan vain tietyn ominaisuuden omaavan potilasryhmän kohdalla. Esimerkiksi tietyn geenilöydöksen perusteella rintojen ennaltaehkäisevä poisto voi olla tarveperiaatteen mukaan palveluvalikoimaan sisällytettävä, vaikka kaikilla potilailla se ei olisikaan. Samoin tietty ennalta ehkäisyyn tähtäävä suolentähystysseuranta voi olla perusteltu geneettisen riskiprofiilin omaavilla henkilöillä. Tarveperiaatteella on tätä kautta yhteys vaikuttavuusperiaatteeseen, jota käsitellään jäljempänä. Menetelmän vaikuttavuus on voitu todeta vain tietyissä tilanteissa ja potilasryhmissä.

Kun arvioidaan väestötason tarvetta, otetaan huomioon sairauden tai terveysongelman esiintyvyys, vakavuus, kesto ja siitä aiheutuva tautitaakka ja lyhyen ja pitkän aikavälin vaikutukset väestössä. Ennaltaehkäisevien toimenpiteiden voidaan katsoa vastaavan merkittävään tarpeeseen, jos varhaisella tunnistamisella ja interventiolla ehkäistään vakavien sairauksien ja laaja-alaisten terveydenhuollon tarpeiden syntymistä. Esimerkiksi yleisten kansansairauksien tai tartuntatautiin ehkäisyyn, hoitoon ja niiden komplikaatioiden ehkäisyyn kuuluvat menetelmät vastaavat laajan ihmisjoukon tarpeisiin, mikä perustelee niiden kuulumista palveluvalikoimaan tarveperiaatteen kautta, mikäli muut palveluvalikoimaan kuulumisen edellytykset samanaikaisesti täyttyvät. Arvioinnissa otetaan huomioon vaikutukset väestön terveyteen ja hyvinvointiin tilanteessa, jossa esimerkiksi terveyden edistämisen tai sairauden ennaltaehkäisyn menetelmää ei otettaisi käyttöön. Esimerkiksi ylipainon ja lihavuuden hoitoon käytettävien palvelujen ja menetelmien kuulumista palveluvalikoimaan voisi puoltaa pitkällä aikavälillä kansanterveydellisesti saatavissa olevat terveyshyödyt sekä komplikaatioiden ja liitännäissairauksien ehkäisy. Koko väestön tarpeeseen merkittävästi vaikuttava ennalta ehkäisevä toiminta, esimerkiksi väestörokotukset, voidaan katsoa laajaksi tarpeeksi verrattuna yksittäisten potilaiden tarpeiden ennaltaehkäisyyn.

Terveydenhuoltoon käytettävissä olevat resurssit ovat usein riittämättömät suhteessa kaikkeen lääketieteellisesti ja hammaslääketieteellisesti perusteltuun tarpeeseen. Tarveperiaatteesta seuraa, että palveluita ja menetelmiä tulisi käyttää ja voimavaroja kohdentaa enemmän vakavaan, kiireelliseen ja laajaan tarpeeseen ja vastaavasti vähemmän lievään ja tilapäiseen tarpeeseen vastaamiseen. Tarveperiaatteen mukaan esimerkiksi ennusteeltaan etenevää ja terveydentilaa ja toimintakykyä merkittävästi heikentävää sairautta parantavat tai hillitsevät toimenpiteet ja hoidot on perusteltua asettaa lievempään sairauteen tai oireisiin käytettävien hoitojen edelle. Vastaavasti välittömät henkeä uhkaavat tilanteet tulee ensisijaisesti vähemmän

kiireellisiin tilanteisiin verrattuna. Tilanteessa, jossa palvelua tai menetelmää ei ole käytettävissä tai saatavissa riittävästi, tulisi ensisijaistaa suurin tarve sekä henkilöryhmä, jonka tarve on suurin. Tämä tulisi toteuttaa siten, että myös muut palveluvalikoimaan kuulumisen edellytykset arvioidaan kokonaisuutensa kautta.

Tarveperiaatetta on sovellettu ja sovelletaan laajasti jo nykyisin terveydenhuollon toiminnassa ja voimavarojen kohdentamisessa sekä priorisoinnissa. Esimerkiksi etenevien syöpäsairauksien leikkaushoito toteutetaan nopeammin kuin vastaavia oireita aiheuttavien hyvälaatuisien sairauksien hoito. Päivystystoiminnassa on käytössä ns. triagea eli kiireellisintä ja vakavinta hoitoa sairastavat potilaat ensisijaistetaan verrattuna lievemmin sairaisiin.

Pykälän 2 momentin 2 kohdassa säädettäisiin turvallisuudesta palveluvalikoiman periaatteena. Kohdan mukaan palvelun tai 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.

Turvallisuuden kuuluu terveydenhuoltolain 8 §:n mukainen laatu ja potilasturvallisuus sekä arvio palvelun tai menetelmän käytön riskien ja hyödyn suhteesta. Tämän lisäksi turvallisuuden kuuluu osaaminen palvelun tai menetelmän käytössä sekä sopivat tilat ja laitteet sen turvallista käyttöä varten.

Palvelun tai menetelmän ja sen käytön turvallisuuden liittyviä riskejä arvioidaan suhteessa todennäköisesti odotettavissa olevaan terveyshyötyyn. Todennäköistä turvallisuutta, riskejä ja palvelusta tai menetelmästä aiheutuvaa haittaa arvioidaan tieteelliseen tietoon ja kokemusperäiseen tietoon pohjaten. Esimerkiksi kiireellisissä tilanteissa hengen pelastamiseksi voidaan tehdä myös merkittäviä turvallisuusriskejä sisältäviä toimenpiteitä. Vastaavasti jos palvelun tai menetelmän käytöstä ylipäänsä odotettavissa oleva terveyshyöty on rajallinen ja kohdistuu esimerkiksi lievän oireen tai sairauden hoitoon tai vaikuttaa vain vähäisesti toimintakykyyn, turvallisuuden liittyvä hyväksyttävissä oleva todennäköinen riskitaso on matalampi. Turvallisuusperiaatteen mukaan palveluvalikoimassa tulisi ensisijaisesti käyttää turvallisinta palvelua tai menetelmää, mikäli palvelun tai menetelmien vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus suhteessa potilaiden tarpeeseen olisi muutoin samanlainen.

Palvelun tai menetelmän turvallisuudesta tietyllä henkilöryhmällä ei ole aina käytettävissä tietoa tai näyttöä. Näin voi olla esimerkiksi lapsipotilaiden tai hyvin iäkkäiden kohdalla, joita ei ole sisällytetty tieteellisiin tutkimuksiin. Jotta palvelu tai menetelmä sisältyisi palveluvalikoimaan, tulee tuolloin esimerkiksi tarveperiaatteen mukaisen tarpeen olla suuri. Esimerkiksi tietyt lääkkeet voivat kuulua palveluvalikoimaan etenevää syöpää sairastavilla lapsilla, vaikka turvallisuutta ei ole tutkimuksilla tällä ikäryhmällä varmistettu. Sen sijaan lievempään tarpeeseen vastaavat vain aikuisilla tutkitut lääkkeet eivät kuulu palveluvalikoimaan.

Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain 15 §:n mukaan ammattitoiminnassaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tasapuolisesti ottaa huomioon ammattitoiminnasta potilaalle koituvat hyödyt ja sen mahdolliset haitat. Palveluvalikoimaan kuuluvaakaan menetelmää ei 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 ja hyvinvointiin

on saatavilla olevan näytön perusteella riittävää. Terveysten- ja sairaanhoito kattaa myös terveyden edistämisen ja sairauksien ennaltaehkäisyä.

Sosiaali- ja terveystalvelujen vaikuttavuus kuvaa sitä, millaisia tavoiteltuja vaikutuksia terveyteen, toimintakykyyn tai hyvinvointiin palvelut saavat aikaan verrattuna tilanteeseen, jossa palveluja ei olisi lainkaan toteutettu tai olisi toimittu jollain toisella tavalla.

Vaikuttavuuden toteaminen edellyttää vertailua eri toimintavaihtoehtojen välillä. Vertailukohteena voi myös olla, ettei käytetä mitään palvelua tai menetelmää. Palvelun tai menetelmän käytöstä odotettavissa olevan todennäköisen terveyshyödyn tulee olla suurempi verrattuna tilanteeseen, jossa menetelmää ei olisi lainkaan käytetty tai palvelua toteutettu tai olisi toimittu jollain toisella tavalla. Arvioitaessa terveydenhuollon palvelun tai menetelmän vaikuttavuutta on otettava huomioon, että momentissa vaikuttavuus terveyteen ja hyvinvointiin on rinnastettu ja-sanalla, ei vaihtoehtoisina tavoitteina. Vaikuttavuutta pelkästään hyvinvointiin, mutta ei terveyteen, tuottavaa menetelmää ei ole siten perusteltua sisällyttää terveydenhuollon palveluvalikoimaan. Vaikuttavuuden kohdentuminen terveyteen ja hyvinvointiin sanaparina on kuitenkin perusteltua, jotta vaikuttavuuden arvioinnissa voitaisiin ottaa huomioon terveyteen liittyvien vaikutusten rinnalla myös terveydenhuollolla tavoiteltavia muita hyvinvointiin liittyviä vaikutuksia, kuten esimerkiksi potilaan kokemus sairautensa kanssa pärjäämisestä.

Vaikuttavuuden arviointi perustuu erityisesti lääketieteelliseen, hammaslääketieteelliseen ja terveystieteelliseen, kuten hoitotieteen, kansanterveystieteen, ravitsemustieteen, liikuntatieteen ja farmasian tutkimukseen, sekä muuhun terveydenhuollon kannalta oleelliseen tieteelliseen tutkimusnäyttöön. Vaikuttavuudenkin kohdalla arvioidaan todennäköistä vaikuttavuutta käytettävissä olevan tiedon pohjalta. Lisäksi voidaan ottaa huomioon myös terveydenhuollon kokemusperäisen ammatilliseen tietoon ja käytäntöön perustuvaa tietoa ja kokemusta palvelun tai menetelmän hyödyistä. Vaikuttavuutta on arvioitava ajassa, kun uutta tutkimusnäyttöä ja kokemusta kertyy. Vaikuttavuusnäyttö voi puoltaa uusien palvelujen ja menetelmien sisällyttämistä palveluvalikoimaan, vahvistaa palveluvalikoimaan jo kuuluvien palvelujen ja menetelmien pitämistä palveluvalikoimassa edelleen tai toisaalta puoltaa palveluvalikoimaan jo kuuluvien palvelujen ja menetelmien poistamista sieltä näytöltään vähähyötyisinä tai vaikuttavampien palvelujen ja menetelmien tullessa niitä korvaamaan.

Tutkimustieto ja näytön aste eri palvelujen ja menetelmien vaikuttavuudesta vaihtelee. Vaikuttavuutta koskevaan näyttöön liittyy eriasteista epävarmuutta riippuen käytettävissä olevien tieteellisten tutkimusten määrästä, tutkimusasetelmista ja laadusta. Lisäksi tieteellisten tutkimusten kontrolloidut asetelmat eroavat arjesta, minkä vuoksi tutkimustiedon perusteella oletettu todennäköinen vaikutus voi olla vähäisempi tai poikkeava, kun palvelua annetaan tai menetelmää sovelletaan palvelujärjestelmässä. Vaikuttavuutta koskeva näyttö voi perustua erilaisiin tutkimusasetelmiin ja -menetelmiin perustuvaan tutkimukseen sen mukaan, mikä on tarkasteltavana olevan palvelun tai menetelmän kannalta oleellista tietoa. Vaikuttavuuden arviointi on helpompaa, mikäli käytettävissä on useita laadukkaita sokkoutetussa ja kontrolloidussa vertailuasetelmassa julkaistuja ja tuloksiltaan samansuuntaisia tutkimuksia. Kaksoissokkoutettu vertailututkimus ei kuitenkaan sovellu kaikkien palveluiden tai menetelmien tutkimukseen. Uusia menetelmiä, erityisesti lääkkeitä, tarjoutuu nykyisin käytettäväksi yhä varhaisemmassa vaiheessa erilaisilla avoimilla, havainnoivilla ja lyhytaikaisilla tutkimusasetelmilla ja seurantatutkimuksilla perustellen. Vaikuttavuuden arviointi on tällöin haastavampaa ja epävarmuus näytöstä lisääntyy. Varsin usein vahvaa yhdensuuntaista näyttöä palvelun tai menetelmän vaikuttavuudesta ei ole käytettävissä. Vaikuttavuusarvio joudutaan tekemään tieteellisen tutkimusnäytön lisäksi hyödyntämällä myös käytettävissä olevan muun tiedon ja ammattilaisten kokemusperäisen ammatillisen tiedon kokonaisarvioina. Esimerkiksi ennaltaehkäisyä koskevista menetelmistä voi

vaikuttavuusnäyttöä olla vain rajallisesti käytettävissä, koska vaikuttavuus toteutuu vain pitkän ajan, esimerkiksi vuosikymmenten, kuluessa.

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. Vaikuttavuusperiaate liittyy näin ollen tarveperiaatteeseen. Palvelulla tai menetelmällä tavoiteltava vaikutus terveyteen tai hyvinvointiin voi tarkoittaa erilaisia asioita, esimerkiksi hengen pelastamista, sairauden parantamista, sairauden etenemisen tai komplikaatioiden ilmenemisen hidastamista, sairauden ennaltaehkäisyä, oireiden helpottamista, toimintakyvyn ylläpitämistä tai parantamista tai elämänlaadun ylläpitämistä tai parantamista. Lisäksi palveluista ja menetelmistä saatava terveyshyöty voidaan saavuttaa eripituisilla aikajänteillä, mikä tulisi ottaa huomioon vaikuttavuuden arvioinnissa. Esimerkiksi kuntoutuksen sekä ennaltaehkäisevien palvelujen ja menetelmien vaikutukset syntyvät usein pitkällä aikavälillä.

Esimerkiksi hengen pelastamiseksi, sairauden etenemisen tai pysyvän vamman välttämiseksi voi olla perusteltua käyttää palvelua tai menetelmää, jonka vaikuttavuuteen liittyy epävarmuutta, jos muita palveluita tai menetelmiä ei ole käytettävissä. Henkeä uhkaavissa ja esimerkiksi etenevän syövän hoidon tilanteissa voidaan esimerkiksi lapsille tarjota vain aikuispotilaille tutkittua menetelmää, josta on vaikuttavuusnäyttö, mutta ammattilaisilla on riittävät perusteet olettaa aikuisilla osoitetun vaikuttavuusnäytön olevan riittävän soveltuvaa myös lapsipotilaille.

Palvelun tai menetelmän vaikuttavuudesta voi olla näyttöä vain tietyillä potilasryhmillä. Palvelun tai menetelmän on todettu toimivan esimerkiksi vain osalle potilaista tai menetelmän vaikuttavuudesta tietyille potilasryhmälle ei ole vielä tutkimusnäyttöä. Tällöin epävarmaa näyttöä tulee arvioida suhteessa tavoiteltavaan terveys- ja hyvinvointihyötyyn sekä potilasryhmän käytössä oleviin muihin samaan tarpeeseen vastaaviin menetelmiin. Jos potilasryhmän tarpeeseen ei ole käytössä muita palvelua tai menetelmiä, voidaan hyväksyä epävarmempi näyttö ja mahdollisesti myös epävarmempi tai vähäisempi vaikuttavuus.

Vaikuttavuuden arvioinnissa on myös huomioitava, että vaikutus tietyille henkilöryhmälle voi olla merkitykseltään 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.

Vaikuttavuus palveluvalikoiman periaatteena liittyy myös palvelun tai menetelmän käytön kohdentamiseen ja oikea-aikaisuuteen. Vaikuttavuusperiaatteen pohjalta tietty palvelu tai menetelmä voi kuulua palveluvalikoimaan vain tietyille potilasryhmälle, tietyssä käyttöaiheessa tai tietyssä vaiheessa hoidon kokonaisuutta. Esimerkiksi tietty lääke voi kuulua palveluvalikoimaan yhdessä indikaatiossa, mutta ei toisessa. Tietty menetelmä voi kuulua vaikuttavuusnäyttöön perustuen palveluvalikoimaan vasta toisen tai kolmannen linjan hoitona niille potilaille, joiden hoidossa kyseisen sairauden ensilinjan hoitomenetelmät eivät ole asianmukaisesti toteutettuna toimineet. Myös esimerkiksi ennaltaehkäisyä tarkoituksessa toteutettavien rokotusten ja seulojen kohdentaminen tulee arvioida vaikuttavuuden kautta. Jos tutkimusnäytön perusteella on todettavissa, etteivät tietyt potilaat hyödy menetelmän käytöstä sairaustyypin, sairauden etenemisvaiheen tai muun todennettavan tekijän perusteella tai hyödystä ei ole näyttöä, menetelmän käyttö tulee kohdentaa niille potilaille, joiden kohdalla menetelmän käytöllä on näytön perusteella saatavilla terveyshyötyä.

Vaikuttavuusperiaatteen mukaan palveluvalikoimassa tulisi ensisijaisesti käyttää vaikuttavinta menetelmää, mikäli menetelmien turvallisuus ja kustannusvaikuttavuus suhteessa potilaiden tarpeeseen olisi muutoin samanlainen. Myös vaikuttavuusperiaate on yhteydessä terveydenhuollon priorisointiin kuten tarveperiaatekin. Mikäli resursseja ei ole käytössä kaikkeen lääketieteellisesti ja hammaslääketieteellisesti perusteltuun tarpeeseen, puoltaa vaikuttavuusperiaate resurssien kohdentamista sellaisten palvelujen ja menetelmien käyttöön ja sellaisille kohderyhmille, joilla vaikuttavuus terveyshyötyyn ja hyvinvointiin on käytettävissä olevan näytön pohjalta kaikkein suurin.

Pykälän 2 momentin 4 kohdassa säädettäisiin kustannusvaikuttavuudesta palveluvalikoiman periaatteena. Sen mukaan palveluvalikoimaan kuulumisen edellytyksenä on, että terveyden- ja sairaanhoidon toimenpiteen, tutkimuksen, hoidon tai kuntoutuksen kustannukset ovat saavutettavissa olevaan terveys- ja hyvinvointihyötyyn ja hoidolliseen arvoon nähden kohtuulliset. Kohdassa mainittujen terveys- ja hyvinvointihyödyn ja hoidollisen arvon ja kustannusten suhteuttaminen toisiinsa edellyttää tietoa ja arviota palveluun tai menetelmään liittyvästä tarpeesta sekä sen turvallisuudesta ja vaikuttavuudesta.

Verrattuna nykyisiin palveluvalikoiman poissulkukriteereihin kustannusvaikuttavuus tarkoittaisi palveluvalikoimaan kuulumisen edellytyksiä. Jatkossa palveluvalikoiman ulkopuolelle olisi mahdollista rajata kokonaisharkinnan perusteella sellaisiakin palveluita tai menetelmiä, joihin liittyy momentin 1 kohdassa tarkoitettu tarve, jotka ovat 2 kohdan mukaisesti todennäköisesti riittävän turvallisia ja jonka 3 kohdan mukaisesta vaikuttavuudesta on näyttöä, jos menetelmän kustannukset eivät olisi kohtuulliset suhteessa todennäköiseen saavutettavissa olevaan terveys- ja hyvinvointihyötyyn sekä hoidolliseen arvoon. Kokonaisharkinta toteutettaisiin pykälän 3 momentin mukaisesti ja siinä varmistettaisiin yhdenvertaisuus ja ihmisarvon kunnioittaminen. Kustannusvaikuttavuuden ottaminen mukaan harkittaessa palveluvalikoimaan kuulumista on perusteltua ottaen huomioon käytössä olevien ja käyttöön tarjoutuvien palvelujen ja menetelmien runsas määrä ja etenkin yksittäisten uusien menetelmien mahdollisesti erittäin korkeat kustannukset. Lääketieteen ja teknologian kehitys etenee harppauksin ja yhä uusia menetelmiä tarjoutuu käyttöön varsin varhaisessa vaiheessa, mikäli arvioidaan esimerkiksi tieteellistä vaikuttavuusnäyttöä. Hyvinvointivaltion palvelujärjestelmän taloudellinen kantokyky ei mahdollista, että kaikki menetelmät otettaisiin käyttöön välittömästi niiden tultua kehitetyksi ja markkinoille tai saadun myyntiluvan jälkeen.

Kustannuksilla tarkoitetaan tässä yhteydessä itse palveluun tai menetelmään suoraan liittyvien kustannusten lisäksi sen käyttöönottoon ja käyttöön liittyviä palvelujärjestelmän kustannuksia. Eli esimerkiksi infuusiona annettavan lääkkeen hinnan lisäksi kustannuksina arvioitaisiin myös sen antamiseen tarvittava henkilötyöpanos, tilat ja laitteet tai uuden terapiamuodon kohdalla henkilöstön kouluttamiseen ja osaamisen ylläpitoon liittyvät kustannukset.

Kustannusvaikuttavuuden periaatteen soveltamisessa huomioitaisiin terveydenhuollon menetelmillä tavoiteltavat erilaiset terveys- ja hyvinvointihyödyt yksilölle ja väestölle vastaavalla tavalla kuin aiemmin on kuvattu osana tarveperiaatteen ja vaikuttavuusperiaatteen kohdalla. Arvioitaessa terveydenhuollon menetelmän kustannusvaikuttavuutta on otettava huomioon, että terveys- ja hyvinvointihyöty on rinnastettu ja-sanalla, ei siis vaihtoehtoisina tavoitteina. Pelkästään hyvinvointihyötyä, mutta ei terveyshyötyä, tuottavaa menetelmää ei ole siten perusteltua sisällyttää terveydenhuollon palveluvalikoimaan. Sosiaalihuollolla ja terveydenhuollolla sekä muilla toiminnoilla voi olla yhteisiä, integroituja palveluita. Hyvinvointihyödyn sisällyttäminen pykälään on tämän vuoksi perusteltua. Esimerkiksi terveystarkastuksen toteuttaminen kohdennetusti osana sosiaalihuollon, työelämäpalveluiden ja terveydenhuollon monialaista toimintaa voi olla perusteltu ja kustannusvaikuttava tuottaessaan

terveys- ja hyvinvointihyötyä, vaikka muutoin tällainen terveystarkastus esimerkiksi koko väestölle toteutettuna ei olisi riittävän kustannusvaikuttava.

Kustannusvaikuttavuutta koskevan näytön riittävyden 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 kustannusvaikuttavuus riippuu palvelulla tai menetelmällä tavoiteltavista lisähyödyistä. Kun palvelulla tai menetelmällä tavoitellaan hengen pelastamista tai vakavan vamman välttämistä, voidaan hyväksyä merkittävästi korkeampia kustannuksia, vaikka hoidon onnistuminen ja siten vaikuttavuus 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.

Kustannusvaikuttavuuden periaatteen soveltamisessa on kyse mahdollisimman korkean väestön hyvinvointi- ja terveyshyödyn saamisesta käytössä olevilla resursseilla verrattuna tilanteeseen, jossa palvelua tai menetelmää ei olisi lainkaan toteutettu tai olisi toimittu jollain toisella tavalla. Siksi periaatteen soveltamisessa tulisi arvioida myös vaihtoehtokustannuksia eli sitä, mistä muusta potilaille ja väestölle terveyttä ja hyvinvointia tuottavasta toiminnasta palvelujärjestelmässä joudutaan luopumaan, jos tietty palvelu tai menetelmä otetaan osaksi palveluvalikoimaa.

Palveluvalikoima muuttuu jatkuvasti lääketieteen ja teknologian kehittymisen myötä. Kustannukset uusista menetelmistä saattavat olla aluksi suuria, mutta hinnoittelu voi muuttua rinnakkaismenetelmien tullessa markkinoille tai patenttien rautessa. Yksittäisen menetelmän kustannusvaikuttavuus on siten riippuvainen myös menetelmän hinnoittelusta ja voi siten vaihdella ajan kuluessa. Kustannukset uusista menetelmistä saattavat olla aluksi niin suuria, että yhdessä vaikuttavuutta koskevan epävarman tai heikon näytön sekä yhdenvertaisuutta koskevien näkökohtien kanssa riittämätön kustannusvaikuttavuus muodostuu 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 säädettävää poikkeusta. Säädöksessä ei asetettaisi menetelmälle tarkkoja taloudellisia kriteerejä palveluvalikoimaan kuulumiselle, millaisia joissakin muissa maissa on käytössä esimerkiksi siten, että tietyn vakavuusasteen sairauden hoito saa maksaa enintään tietyn säädetyn summan suhteessa menetelmän avulla odotettavissa oleviin laatupainotettuihin elinvuosiin (quality-adjusted life years, QALY). Tällainen arviointi tehdään palveluvalikoimaan kuulumisen edellytyksiä arvioivassa päätöksenteossa osana kokonaisarviointia ja ottaen huomioon myös vaihtoehtoiset kustannukset.

Kustannusvaikuttavuusperiaatteen mukaan palveluvalikoimassa tulisi ensisijaisesti käyttää kustannusvaikuttavinta palvelua tai menetelmää, mikäli niiden turvallisuus ja vaikuttavuus suhteessa potilaiden tarpeeseen olisi muutoin samanlainen.

Pykälän 3. momentin mukaan terveyden- ja sairaanhoidon toimenpiteen, tutkimuksen, hoidon tai kuntoutuksen palveluvalikoimaan kuulumista koskeva päätöksenteko perustuisi kokonaisharkintaan, ja siinä tulisi varmistaa potilaiden yhdenvertaisuus ja ihmisarvon loukkaamattomuus. Jotta menetelmä kuuluisi palveluvalikoimaan, kaikkien 2 momentin 1–4 kohdissa määriteltyjen palveluvalikoimaan kuulumisen edellytysten tulisi täytyä yhtäaikaaisesti,

ja näitä periaatteita arvioitaisiin yhdessä läpileikkaavien yhdenvertaisuuden ja ihmisarvon loukkaamattomuuden periaatteiden kanssa. Periaatteita punnittaisiin toisiaan vasten.

Säännöksen sallimaa kokonaisharkintaa tulee käyttää päätöksentekijää sitovan muun lainsäädännön puitteissa. Siten kokonaisharkinnassa tulee ottaa huomioon myös asian kannalta oleelliset muut perus- ja ihmisoikeusvelvoitteet sekä sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö, kuten potilaslain säännökset potilaan oikeuksista ja hyvästä kohtelusta sekä kielellisistä oikeuksista. Palveluvalikoiman määrittämiseksi tehtävään kokonaisarvioon liittyy siiten pääsääntöisesti myös eettiset ja terveydenhuollon organisointiin ja järjestämiseen liittyvät näkökohdat. Muun muassa terveydenhuoltolain 78 a pykälän 1. momentin mukaan terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvoston tulee palveluvalikoimasta suosituksia antaessaan ottaa huomioon eri alojen tutkimustieto ja muu näyttö sekä terveydenhuollon eettiset ja järjestämiseen liittyvät näkökohdat.

Päätöksenteossa tulee tunnistaa palveluvalikoiman periaatteiden sisällöllinen osittainen päällekkäisyys. Esimerkiksi tarpeen vakavuudella on merkitystä riskien kohtuuttomuutta, vaikuttavuuden riittävyttä tai kustannusten kohtuullisuutta arvioitaessa. Kokonaisharkinnan pohjalta tehtävää päätöksentekoa helpottaa, mikäli pykälässä säädetyt edellytykset täyttyvät ja puoltavat palvelun tai menetelmän sisältymistä palveluvalikoimaan yhdensuuntaisesti. Usein kuitenkin eri edellytykset täyttyvät vain osittain tai niiden täytyminen voi olla kokonaan ristiriitaisia. Tällöin kokonaisharkinnassa näitä edellytyksiä punnitaan suhteessa toisiinsa tarve, turvallisuus-, vaikuttavuus- ja kustannusvaikuttavuusperiaatteiden kohdalla kuvattujen perusteiden kautta. Esimerkiksi vähäriskistä ja edullista palvelua tai menetelmää ei tule sisällyttää palveluvalikoimaan, mikäli se ei vastaa lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti perusteltuun tarpeeseen. Perustuslain 19 §:n 3 momentissa säädetyt riittävien sosiaali- ja terveystalouden turvaamisvelvollisuuden seurauksena palveluvalikoimasta pois rajaamisen kynnyksen nousu, mikäli lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti perusteltu tarve voidaan arvioida vakavaksi. Vakavaankaan hoidon tarpeeseen vastaamiseksi ei palveluvalikoimaan tule sisällyttää palvelua tai menetelmää, jonka vaikuttavuuden on kokonaisharkinnassa todettu olevan riittämätöntä.

Väestön tai laajan potilasryhmän terveystarpeeseen vastaavaa toimintaa olisi mahdollista asettaa yksilötasolla toteutettavan yksittäisen palvelun tai menetelmän käytön edelle, mikäli palveluvalikoimaan edellytysten arviointiin liittyvä kokonaisharkinta tätä puoltaisi. Esimerkkinä tästä on tilanne, jossa kokonaisharkinnassa punnittaisiin pienelle potilasryhmälle, käytännössä yksittäisille potilaille, käytettävän erittäin kalliin menetelmän sisällyttämistä palveluvalikoimaan, mikä puolestaan aiheuttaisi sen, että toteuttamatta jäisi esimerkiksi väestön terveydelle merkittäviä palveluja tai menetelmiä. Mikäli kokonaisharkinnassa todettaisiin, että palvelun tai menetelmän käyttö ei olisi tilanteessa turvallista, vaikuttavaa tai kustannusvaikuttavaa, sitä ei otettaisi osaksi palveluvalikoimaa. Käytännössä tällainen punnintatilanne voisi tulla arvioitavaksi myös siksi, että yksittäisen potilaan hoitoa varten tulee tunnistaa palveluvalikoimaan kuuluvat hoitovaihtoehdot. Kyseiseen potilasryhmään kuuluvia potilaita tulisi tällöin hoitaa muilla käytettävillä olevilla palveluilla ja menetelmillä. Lisäksi palveluvalikoiman ulkopuolelle rajattua menetelmää voitaisiin käyttää ehdotetun 4 momentin edellytysten täytyessä, jos menetelmän käyttö olisi lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti välttämätöntä potilaan henkeä tai terveyttä vakavasti uhkaavan sairauden tai vamman takia. Näissä tilanteissa käytettävän menetelmän valinta kirjattaisiin yksittäisen potilaan kohdalla potilasasiakirjoihin.

Palveluvalikoiman määrittely jo sinällään edistää yhdenvertaisuutta. Pykälässä kuitenkin korostetaan erikseen, että palveluvalikoimasta päätettäessä tulee ottaa huomioon yhdenvertaisuuteen ja ihmisarvon loukkaamattomuuteen liittyvät erityiset näkökohdat.

Yhdenvertaisuus ja syrjimättömyys sekä ihmisarvon loukkaamattomuus ovat perustuslain ja ihmisoikeussopimusten perusteella oikeudellisesti velvoittavia periaatteita ja toimisivat pykälän mukaan palveluvalikoimaan kuulumisen arvioinnissa läpileikkaavina periaatteina ja ohjaisivat varmistamaan palveluvalikoiman periaatteiden soveltamisen oikeudenmukaisuutta ja perustuslainmukaisuutta. Tavoitteena näiden sisällyttämisellä säännökseen on varmistaa, että pykälän 2 momentin 1–4 kohtien mukaisten palveluvalikoimaan kuulumisen edellytysten perusteella tehtävät valinnat eivät ole ristiriidassa yhdenvertaisuuden ja ihmisarvon loukkaamattomuuden toteutumisen kanssa väestö- tai yksilötasolla. Usein jo palvelua tai menetelmää koskevan päätöksentekomenettelyn alkuvaiheessa voi olla tarpeen tunnistaa yhdenvertaisuuteen ja ihmisarvon loukkaamattomuuteen liittyvät erityiset näkökohdat tai riskit, kuten mahdolliset yhteydet eri potilasryhmien tai vähemmistöjen erityistarpeisiin tai oikeuksien toteutumiseen. Yhdenvertaisuus ja ihmisarvon loukkaamattomuus yksin eivät toisaalta voi olla perusteena menetelmän käyttöönotolle, jos menetelmä ei kokonaisharkinnassa muutoin täytä palveluvalikoimaan kuulumisen edellytyksiä.

Ihmisarvon loukkaamattomuus periaatteena viittaa ihmisyksilöiden periaatteelliseen yhdenvertaisuuteen. Periaate tarkoittaa sitä, että palveluja koskevia valintoja tehdessä yksilöitä ei voida arvioida esimerkiksi heidän yhteiskunnalle tuottamansa panoksen kautta. Lisäksi ihmisarvon loukkaamattomuus viittaa siihen, että valinnoissa huomioidaan palvelun tai menetelmän merkitys yksilön perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien toteutumiselle. Tämä voi tarkoittaa esimerkiksi sitä, että huomioon otetaan terveydenhuollon palvelun tai menetelmän merkitys potilaan oireiden lievittymiseen tai toimintakyvyn paranemiseen, mikä puolestaan vaikuttaa henkilön osallisuuteen ja kykyyn toteuttaa itsemääräämisoikeuttaan esimerkiksi ilmaisemalla tahtonsa tai toimimalla itsenäisesti. Yhdenvertaisuus ja ihmisarvon loukkaamattomuus ohjaavat arvioimaan palvelun tai menetelmän tarpeeseen, turvallisuuteen ja vaikuttavuuteen liittyvää tietoa laajasti ja monipuolisesti niissä tilanteissa, joissa potilasryhmänä ovat erityisen haavoittuvassa asemassa olevat henkilöt, joilla ei esimerkiksi ole muuhun väestöön verrattuna samoja mahdollisuuksia ilmaista tarpeitaan, tahtoaan tai kokemustaan hoidon vaikuttavuudesta ja joiden kohdalla muusta väestöstä poikkeava pienikin vaikutus terveydentilaan tai toimintakykyyn voi olla merkityksellinen. Näissä tilanteissa kokonaisharkinnassa tulisi myös ottaa vaikuttavuutta koskevan näytön osalta huomioon, että pienten, haavoittuvassa asemassa olevien potilasryhmien, kuten harvinaissairaiden, vammaisten tai monisairaiden osalta luotettavaa vaikuttavuustietoa ei usein ole saatavilla, jolloin arvioinnissa kokemusperäisen ammatillisen tiedon merkitys voi olla tavallista suurempi.

Erilaiselle kohtelulle henkilöön liittyvän syyn perusteella palvelun tai menetelmän valinnassa tulee olla hyväksyttävä peruste. Esimerkiksi ikään, vammaisuuteen tai muuhun vastaavaan henkilöön liittyvään syyhyn perustuvan potilasryhmän erityistarpeisiin tarkoitettun palvelun tai menetelmän kohdentaminen voi olla sallittua positiivista erityiskohtelua, jos sillä edistetään kyseisen potilasryhmän yhdenvertaisia edellytyksiä toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä verrattuna muuhun väestöön. Palveluvalikoimaan kuulumista koskevassa päätöksenteossa esimerkiksi epävarmemman näytön ja mahdollisesti vähäisemmän vaikuttavuuden hyväksyminen joko yhdenvertaisuuden tai ihmisarvon loukkaamattomuuden takia on mahdollista tilanteissa, jossa kyseiselle potilasryhmälle ei ole käytössä muita menetelmiä.

Osana kokonaisharkintaa tulisi ottaa huomioon lapsen edun ensisijaisuus. Lapsen edun ensisijaisuus tulee ottaa huomioon kaikissa lasta tai lapsia ryhmänä koskevissa päätöksissä. Lapsen oikeuksien komitea on todennut 14. yleiskommentissaan, että yksittäisen lapsen oikeuksia suhteessa lapsiin ryhmänä sekä lapsen ja muiden henkilöiden oikeuksia tulee käsitellä tilanteissa punnita keskenään. Päätöksenteossa lapsen edulle annetaan korkea prioriteetti suhteessa muihin näkökohtiin (CRC/C/GC/14 kohta 39). Lähtökohtaisesti lapsille

käytettävän palveluvalikoiman määrittelyssä edellytettäisiin samojen pykälässä esitettyjen periaatteiden täyttymistä. Kokonaisharkinnassa voitaisiin kuitenkin ottaa huomioon lapsen asema esimerkiksi tilanteessa, jossa näyttö vaikuttavuudesta on vähäinen esimerkiksi, koska lapsilla tehtyjä tutkimuksia ei ole, mutta arvioidaan lasten voivan hyötyä menetelmästä ja käyttö arvioidaan turvalliseksi.

Myös harvinaissairauksiin tai vammaisuuteen liittyvien menetelmien kohdalla tulisi soveltaa palveluvalikoiman periaatteita yhtäläisesti ja painottaa kokonaisarviointia ja esimerkiksi sitä, onko potilasryhmälle käytössä muita hoitomenetelmiä. Yksinomaan se, että palvelu tai menetelmä kohdentuisi harvinaissairauden hoitoon, ei olisi peruste sen sisällyttämiseksi palvelujärjestelmään. Sairaus voi olla harvinaisuudesta riippumatta vakava tai lievä ja aiheuttaa toisaalta vaikeita, eteneviä oireita, mutta toisaalta vain lieviä oireita. Palvelun tai menetelmän vaikuttavuus harvinaissairauden ennusteeseen tai oireisiin voi niin ikään olla suuri tai toisaalta vähäinen. Vaikuttavuusnäyttöä arvioitaessa voidaan osana kokonaisarviota painottaa esimerkiksi sellaista vaikutusta terveyteen tai toimintakykyyn, millä voi olla erityinen merkitys vammaisten tai harvinaissairaiden kohdalla, vaikka vastaava muutos muussa potilasryhmässä ei olisi merkittävä. Tällöin kokonaisharkinnassa yhdenvertaisuuden periaatteen soveltamisen lopputuloksena olisi, että näiden potilasryhmien sisällä haavoittuvassa asemassa olevien henkilöiden mahdollisuuksiin toimia yhteiskunnan täysivaltaisina jäseninä panostettaisiin enemmän suhteessa muuhun väestöön ja siten edistettäisiin myös terveydenhuoltolain 2 §:n mukaisen väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamisen tavoitteen toteuttamista.

Mikäli yksittäinen terveydenhuollon menetelmä on osa sosiaali- ja terveydenhuollon tai muutoin poikkihallinnollisia, esimerkiksi yhdessä työllisyyspalveluiden kanssa toteutettavia, palveluketjuja ja -kokonaisuuksia, tulisi vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta pyrkiä arvioimaan menetelmäkohtaisen arvioinnin lisäksi osana eri palveluiden muodostamaa kokonaisuutta. Esimerkiksi yksittäinen terveystarkastus saattaisi vaikuttaa yksinomaan terveydenhuollon toimintana vaikuttamattomalta ja kalliilta, mutta osana integroitua palvelukokonaisuutta merkitys työkyvyn ja työllistymisen kannalta voisi olla kuitenkin täysin oleellista. Tämän vuoksi palveluvalikoiman määrittelyä koskevassa kokonaisharkinnassa periaatteita pyritään tarkastelemaan laajasta näkökulmasta ja huomioimaan myös palvelun ja menetelmän vaikutukset henkilön terveydentilaan, toimintakykyyn ja muuhun elämään liittyviin kokonaisvaikutuksiin. Vaikuttavuutta voi siten tuoda esimerkiksi mahdollisuus työllistymiseen tai muiden palveluiden tarvetta tai niiden käyttöä vähentävä vaikutus suoraan terveydentilaan liittyvien vaikutusten lisäksi.

Perustuslain 19 §:n 1 momentin mukaan jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään huolenpitoon. Kokonaisharkinnassa tulee kiinnittää erityistä huomiota välttämättömän huolenpidon turvaamiseen, jos palvelulla tai menetelmällä on tarkoitus vastata tai on kyseisen asiakasryhmän osalta yhteys välttämättömän huolenpidon tarpeeseen. Viimekädessä yksilökohtaisella tarveharkinnalla tulee selvittää palvelun tai menetelmän käytön edellytykset, jotta ihmisarvoisen elämän edellytysten vähimmäistaso turvataan jokaiselle kaikissa olosuhteissa. Jokaisen ihmisarvoisen elämän vähimmäisedellytysten turvaamisesta on huolehdittava ensisijaisesti, eikä sitä voida ohittaa muilla periaatteilla. Esimerkiksi pitkäaikaisesti hengityshalvauksen vuoksi hengityslaitteen varassa elävien henkilöiden hengityskonehoito ja sen valvonta sisältyy palveluvalikoimaan, koska se turvaa potilaan oikeutta elämään.

Ihmisarvon loukkaamattomuuteen voi toisaalta kuulua myös palveluvalikoimaan muussa tilanteessa kuuluvan hoidon antamatta jättäminen, kun pyritään välttämään kärsimystä. Perustuslain 7 §:n mukaan jokaisella on oikeus elämään. Tämä perustuslain säännös tai ihmisarvon loukkaamattomuuden periaate eivät kuitenkaan tarkoita, että palveluvalikoimaan

kuuluisivat sellaiset menetelmät potilaan elämän luonnollisessa loppuvaiheessa, joilla keinotekoisesti tai kärsimystä lisäten ylläpidettäisiin elämää – johtui elämän loppuvaihe sitten potilaan korkeasta iästä tai pitkälle edenneestä, parantumattomasta sairaudesta. Palveluvalikoimasääntelyn nojalla voidaan tietenkin tehdä ratkaisuja myös siitä, millaisia palveluja ja hoitomenetelmiä käytetään elämän loppuvaiheen hoidossa lievittämään oireita.

Väestötasolla yhdenvertaisuus tarkoittaa sitä, että päätöksiä ja valintoja palvelujen sisällyttämisestä tai poistamisesta palveluvalikoimasta ei voida tehdä syrjivin perustein. Yhdenvertaisuus läpileikkaavana periaatteena ohjaa soveltamaan palveluvalikoiman periaatteita järjestelmällisesti, avoimesti ja perustellusti eri menetelmiä, potilasryhmiä tai sairauksia koskevilla tilanteilla. 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, joiden perusteella syrjintä on kiellettyä.

Pykälä sisältää edellytykset palveluvalikoimaan kuulumiselle, mutta ei yksityiskohtaisia kriteereitä eri edellytysten täyttymiselle. Jotta palveluvalikoiman määrittely voi toimia muuttuvassa tilanteessa nyt ja myös tulevaisuudessa oikeudenmukaisesti sekä yhdenvertaisuutta, tarvetta, turvallisuutta, vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta edistäen, perustuu määrittely jatkossakin kokonaisharkintaan sen sijaan, että määrittely tehtäisiin mekaanisesti yksityiskohtaisiin muuttumattomiin kriteereihin sidottuna.

Pykälän 4. momentin mukaan potilasta voidaan tutkia ja hoitaa tutkimus- ja hoitomenetelmällä, joka ei kuulu palveluvalikoimaan, jos menetelmän käyttö on potilaan henkeä tai terveyttä vakavasti uhkaavan sairauden tai vamman takia lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti välttämätöntä ottaen huomioon potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys sekä menetelmällä yksilöllisessä tilanteessa saavutettavissa oleva terveyshyöty ja hoidollinen arvo. 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.

Palveluvalikoiman määrittelyn yhtenä tarkoituksena on rajata hoitavan lääkärin käytössä olevaa valikoimaa siinä, mitä palveluita ja menetelmiä yksittäisen potilaan hoidossa voidaan lähtökohtaisesti käyttää. Palveluvalikoima rajaa myös sitä, mitä tutkimuksia, hoitoja tai kuntoutusta ja millä menetelmällä henkilö voisi julkisesti rahoitetussa terveydenhuollossa saada. Poikkeussäännös on kuitenkin tarpeen, jotta terveydenhuollon ammattihenkilön yksittäistapauksessa käytettävää harkintavaltaa ei sidottaisi liikaa esimerkiksi tilanteessa, jossa potilaan henki tai terveys on vakavasti uhattuna.

Palveluvalikoimaan kuulumattomia palveluja ja menetelmiä voisi käyttää ainoastaan poikkeustilanteissa. Poikkeustilanne koskisi aina yksittäistä potilasta ja edellyttäisi objektiivista lääketieteellistä tai hammaslääketieteellistä arviointia. Palveluvalikoimaan kuulumatonta palvelua tai menetelmää voitaisiin käyttää vain tilanteissa, jossa tällaisessa arvioinnissa yksilöllistä terveydentilaa, sairauden ennakoitavissa olevaa kehitystä ja muita yksilökohtaisesti arvioituja tekijöitä punniten todettaisiin palveluvalikoimaan kuulumattoman palvelun tai menetelmän käyttö lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti välttämättömäksi ottaen huomioon yksilöllisessä tilanteessa saavutettavissa oleva terveyshyöty ja hoidollinen arvo. Potilaalla tulisi olla todennäköinen ja mahdollinen kyky objektiivisesti hyötyä hoidosta. Tällaista palvelua tai menetelmää ei saisi käyttää yksinomaan potilaan tahdon tai mieltymyksen vuoksi tai toivon ylläpitämiseksi. Kynnys palveluvalikoimaan kuulumattoman palvelun tai menetelmän yksityistapaukselliseen käyttöön olisi täten verraten korkea. Käyttö olisi myös aina

perusteltava ja tehtävä riittävät merkinnät potilasasiakirjoihin. Momentissa säädetyn poikkeussäädöksen tarkoituksena ei siten ole, että haitallisten tai vähän tai näytöltään epävarmaa vaikuttavuutta omaavien palvelujen tai menetelmien käyttö olisi lähtökohtaista ilman selviä yksilökohtaisia erityisperusteluita. Palveluvalikoimaan kuulumatonta palvelua tai menetelmää käytettäessä tulisi aina punnita myös mahdolliset turvallisuusriskit ja vahingollisuus sekä vaihtoehtoiset palvelut ja menetelmät ja niiden kustannukset. Palvelun tai menetelmän käyttö ei lähtökohtaisesti saisi myöskään vaarantaa muiden potilaiden palveluvalikoimaan kuuluvan hoidon toteutumista.

Poikkeus voisi tulla sovellettavaksi esimerkiksi tavoitteena hengen pelastaminen tai vakavan vamman välttäminen silloin, kun ei ole käytettävissä palveluvalikoimaan kuuluvia muita vaikuttavia palveluja tai menetelmiä. Kyse voisi olla myös esimerkiksi tilanteesta, jossa uuden menetelmän kuulumisesta palveluvalikoimaan ei ole vielä tehty kansallista linjausta eikä yksittäisen potilaan kohdalla sellaista voitaisi odottaa tehtäväksi yksilöllisen arvion perusteella. Vaikka yksittäistä potilasta hoidettaisiin 4 momentin tarkoittaman palveluvalikoimaa koskevan poikkeuksen perusteella palveluvalikoimaan kuulumattomalla menetelmällä, ei tämä tarkoittaisi, että kyseinen menetelmä jatkossa sisältyisi palveluvalikoimaan muiden potilaiden kohdalla.

Palveluvalikoimaan kuulumattoman palvelun tai menetelmän käyttö edellyttäisi aina yksittäistä potilasta koskevaa yksilöllistä harkintaa sekä potilaslain mukaista potilaan tiedonsaantia ja hoitamista yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Tällaisen menetelmän käyttöä ei voisi perustella esimerkiksi yksittäisen lääkärin kokemuksella tai mieltymyksellä tietyn palveluvalikoimaan kuulumattoman menetelmän käyttöön tai tiettyä sairautta tai vammaa sairastavan potilasryhmän lähtökohtaisena hoitokäytäntönä tai uusien palvelujen tai menetelmien laajana käyttöönottona ilman pykälässä säädettyjen edellytysten kokonaisarviointiin perustuvaa päätöksentekoa.

Pykälän säädöksillä ei muutettaisi terveydenhuollon palveluvalikoimaan kuulumiseksi tehtävän palvelun tai menetelmän arvioinnin ja päätöksenteon menettelyjä tai näihin liittyvää toimivaltaa. Terveydenhuollon palvelun tai menetelmän palveluvalikoimaan kuulumisen nykyistä arviointia ja päätöksentekoa ja näihin liittyviä toimintaprosesseja on kuvattu tarkemmin tämän hallituksen esityksen kohdassa 2.6 Terveydenhuollon sisältöohjaus ja terveydenhuollon menetelmien arviointitoiminta.

Pykälässä säädettyjä periaatteita sovellettaisiin kansallisella, yhteistyöalueiden, hyvinvointialueiden ja muiden järjestäjien ja myös välillisesti asiakas- ja potilastyön tasolla.

Kansallisella tasolla palveluvalikoiman periaatteita sovellettaisiin kansallisen 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.

Terveydenhuollon järjestämisvastuussa olevien tahojen toiminnassa periaatteet ohjaisivat palveluvalikoiman määrittelyä, resurssien kohdentamista, palvelupolkujen laatimista sekä terveydenhuollon sisältöohjausta. Siten laissa säädetty palveluvalikoiman periaatteet sitoisivat hyvinvointialueita ja muita järjestämisvastuussa olevia tahoja päätöksenteossa, jolla määritellään ja kohdennetaan terveydenhuollon palveluvalikoimaa. Palveluvalikoiman periaatteet koskisivat hyvinvointialueiden järjestämisen terveyden- ja sairaanhoidon lisäksi myös muuta julkisesti rahoitettua terveydenhuoltoa, kuten vankiterveydenhuoltoa, valtion

mielisairaaloissa annettavaa terveyden- ja sairaanhoitoa, korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuoltoa, sairausvakuutuslain mukaisia sairaanhoitokorvauksia sekä Kansaneläkelaitoksen päätöksentekoa ulkomailla saadun hoidon korvaamisesta rajat ylittävästä terveydenhuollosta annetun lain perusteella. Kansallisesti sekä hyvinvointialueilla olemassa olevaa palveluvalikoimaa tulisi soveltaa myös yhdenmukaisesti vastaanottopalveluissa annettavassa terveydenhuollossa siltä osin, kuin on kyse vastaanottolain 26 §:n 2 momentissa tarkoitetuista henkilöistä, joille annetaan terveydenhuoltopalvelut samoin perustein kuin henkilölle, jolla on kotikuntalaissa tarkoitettu kotikunta Suomessa.

Kaikkiin terveydenhuollon toimintaan kuuluviin asioihin, menetelmiin tai palveluihin ei ole tarkoituksenmukaista eikä myöskään resurssija ottaa kantaa erillisessä palveluvalikoiman määrittelyssä. Käytössä kulloinkin olevaa palveluvalikoimaa ei koskaan pystytä menetelmäkohtaisesti ja yksityiskohtaisesti määrittelemään eri potilasryhmissä. Toisaalta palveluvalikoiman soveltaminen kuuluu tavanomaiseen toimintaan palvelujärjestelmän eri tasoilla. Tavanomaisten toiminnassa eteen tulevien terveysongelmien kohdalla järjestelmän perustehtävään ja ammattilaisten osaamiseen kuuluu hoitokäytäntöihin kuuluvan palveluvalikoiman soveltaminen. Mitä vakiintuneempi palvelun tai menetelmän käyttö on osana palveluvalikoimaa, sen vähemmän perusteluja sen käyttöön palvelujärjestelmässä tarvitaan. Tämä ei kuitenkaan estä käyttöön vakiintuneen menetelmän arviointia ja poistamista käytännöstä, mikäli esimerkiksi uutta näyttöä saadaan ja tulee korvaavia menetelmiä.

Päätöksenteko palveluvalikoimaan kuulumisesta voi kohdistua yksittäiseen menetelmään tai palveluun, mutta myös menetelmiin ja palveluihin kokonaisina palveluketjuina ja -kokonaisuuksina sekä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisinä, integroituina palveluina sekä menetelmien ja palveluiden kohdentamiseen ja ajoittamiseen. Siten palveluvalikoimaa koskevassa päätöksenteossa voidaan päättää esimerkiksi uuden lääkkeen, laitteen tai muun menetelmän käyttöönotosta, tietyn palvelun tai menetelmän käytön kohdentamisesta potilasryhmän sisällä, uudelle potilasryhmälle tai uudelle käyttöaiheelle, jo käytössä olevan käytöstä poistamisesta tai laajemmista kokonaisuuksista.

Mitä harvinaisemmasta tai monimutkaisemmasta tarpeesta on kyse ja mitä haastavampaa palveluvalikoiman periaatteiden soveltaminen on osana kokonaisharkintaa, sitä korkeammalle hyvinvointialueen päätöksenteossa – tai tarvittaessa kansalliseen päätöksentekoon – palvelun kuulumista koskeva ratkaisu tulisi ohjata. Hyvinvointialueella palveluvalikoiman periaatteiden soveltamisesta menetelmään tai palveluun ja sisällyttämisestä tai rajaamisesta pois palveluvalikoimasta vastaa viime kädessä vastaava lääkäri terveydenhuoltolain 57 §:n mukaisin vastuin ja valtuuksin. Palvelun tai menetelmän arviointia ja uutta päätöksentekoa tarvitaan erityisesti, kun kyseessä on menetelmä tai palvelu, johon kohdistuu kansanterveydellinen suuri tarve, jonka käytössä on epäily alueellisesta tai potilasryhmäkohtaisesta epäyhdentaisuudesta, jolla on merkittävät yhteiskunnalliset taloudelliset vaikutukset, jonka vaikuttavuuden arviointi on vaikeaa tai jonka järjestämisessä palvelujärjestelmällä on haasteita. Mitä voimakkaammin nämä tekijät painottuvat, sen todennäköisemmin tarvitaan kansallista yhtenäistä päätöksentekoa yksittäisellä hyvinvointialueella tai yhteistyöalueella tehtävän päätöksenteon sijaan.

Lainsäädännöllä nimenomaisesti palveluvalikoimaan sisällytetty menetelmä tai palvelukohtainen yksilön tai väestön sairauksien ennaltaehkäisy, sairauden tai vamman toteamiseksi tehtävä tutkimus, taudinmääritys, hoito tai kuntoutus on palvelujärjestelmää sitova. Terveydenhuollon palveluvalikoimaa koskevat kansallisesti ja alueellisesti tehtävät päätökset ovat pääsääntöisesti suosituksia. Jotta palveluvalikoimaan kuulumista ja siitä pois rajaamista koskevat päätökset näyttäytyisivät mahdollisimman avoimena, läpinäkyvinä, ennakoitavina ja luottamusta herättävinä, tulisi kansallisten sekä yhteistyöalue- ja hyvinvointialue-

päätöksentekomenettely, periaatteiden soveltaminen ja käytetyt kriteerit pyrkii kuvaamaan avoimesti. Viranomaisen voi laatia päätöksentekomenettelyään koskien tarkemmat kuvaukset siitä, miten pykälässä säädetyt palveluvalikoiman periaatteet otetaan päätöksenteossa huomioon. Lisäksi voidaan kuvata, miten väestön ja potilaiden kuuleminen ja vaikuttamismahdollisuus toteutetaan. Esimerkiksi terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto on jo nykyisin julkaissut avoimesti verkkosivuillaan toimintakäsikirjan, jossa neuvoston menettelytavat on yksityiskohtaisesti kuvattu. Tähän voidaan lisätä suositusmenettelyä ohjaava palveluvalikoiman periaatteiden soveltamista syventävä kuvaus, jossa voidaan käsitellä muun muassa kunkin periaatteen sisällön kannalta oleellisia tietolähteitä, mittareita, kriteereitä ja muita näkökohtia sekä niiden merkitystä kokonaisuudessaan. Päätökset tulee perustella riittävän huolellisesti ja ymmärrettävästi.

Terveydenhuollon palveluvalikoimaa koskevassa päätöksenteossa tulisi myös varata riittävät mahdollisuudet kyseisten potilas- tai väestöryhmien osallistumiselle, jotta päätöksenteossa olisi käytettävissä monipuolisesti tietoa palvelun tai menetelmän kohderyhmään kuuluvien henkilöiden hoitoaan ja terveydentilaansa koskevista kokemuksista, tarpeista ja toivomuksista. Osallistumismahdollisuutta voidaan toteuttaa esimerkiksi hyvinvointialueiden nuorisovaltuustojen, vanhusneuvoston, vammaisneuvoston sekä kansalliskielilautakuntien ja saamen kielen lautakunnan ja potilasraatien tai kokemusasiantuntijoiden kautta sekä järjestämällä kohdennettuja tilaisuuksia, kyselyjä, selvityksiä tai muuta toimintaa eri ryhmien tarpeiden tunnistamiseksi. Näin voitaisiin myös varmistaa, että haavoittuvassa asemassa olevien henkilöiden, paljon palveluja käyttävien henkilöiden sekä risteävien vähemmistöjen erityistarpeet huomioidaan osana kokonaisuutta, ja ehkäistään näiden ryhmien joutumista väliinpuotoajiksi palveluvalikoiman määrittelyssä.

Potilastyössä palveluvalikoiman periaatteet ohjaisivat toimintaa ensisijaisesti kansallisten ja hyvinvointialueen linjausten kautta. Kansallisten ja hyvinvointialueen linjausten soveltamisen lisäksi potilastyössä palveluvalikoiman periaatteita voidaan hyödyntää, kun arvioidaan potilaan yksilöllisen hoidon tarpeeseen käytettävissä olevia palveluita ja menetelmiä. Lääkäri tai hammaslääkäri viime kädessä päättää potilaan terveydentilan edellyttämästä hoidosta ja tutkimuksesta koulutuksensa ja ammattioikeuksiensa mukaisesti sekä ammattitoiminnassaan yleisesti hyväksytyt ja kokemusperäisesti vahvistetun lääketieteellisen tai hammaslääketieteellisen tiedon perusteella. Kuitenkin kansalliset, yhteistyöalueen ja hyvinvointialueen ja hyvinvointialueen terveydenhuoltolain 57 §:n mukaisen vastaavan lääkärin antamat ohjeet antavat vahvan kehikon lähtökohtaisesta palveluvalikoimasta. Yksittäisen potilaan kohdalla päätökset tulee perustella potilasasiakirjoihin. Palveluvalikoimasta poikkeamista on kuvattu aiemmin.

Palveluvalikoimaan kuulumisen periaatteet ovat varsin pitkälle samoja, joita tavanomaisessa kliinisessä potilastyössä myös käytetään. Yksittäisen potilaan yksilöllisen hoidontarpeen kliinisessä arvioissa 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 arvioidaan kokonaisvaltaisesti ottaen huomioon useita eri tekijöitä. Ammattihenkilö tekee myös asianmukaiset kirjaukset potilaan hoidosta ja sen perusteista ja antaa potilaalle riittävät tiedot tämän terveydentilasta ja hoidosta.

Yleisesti käytössä olevan lääketieteellisesti ja hammaslääketieteellisesti perustellun terveydenhuollon palvelun tai menetelmän käyttöä osana potilaan hoitokokonaisuutta ei

edellyttä 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. Hyvinvointialueiden ja muiden terveydenhuollon järjestämisvastuussa olevien on huolehdittava siitä, että työntekijät perehdytetään ja että heidän osaamistaan ylläpidetään ja vahvistetaan jatkuvasti ohjeistuksen ja täydennyskoulutuksen avulla vastaamaan kulloistakin palveluvalikoimaa. Ammattilaisten tulee puolestaan täydennyskoulutusvelvoitteensa mukaisesti pitää oma osaamisensa palveluvalikoiman osalta ajantasaisena. 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.

Terveydenhuollossa lääkäri tai hammaslääkäri esimerkiksi valitsisi käytettävän hoitomenetelmän aiheesta mahdollisesti annettujen palveluvalikoimaa koskevien linjausten mukaisesti, ellei potilaan terveydentilan takia olisi lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti perusteltua toimia toisin. Kyse voisi esimerkiksi olla siitä, ettei tietyn menetelmän käytöstä annetussa suosituksessa ole arvioitu käyttöä tietyille sairauden alatyypeille tai uusille käyttöaiheille tai että kyseiseen tarpeeseen yleisesti suositeltu menetelmä ei potilaan terveydentilaan liittyvästä syystä sovellu hänen hoitoonsa, eikä tarjolla ole muuta potilaan yksilölliseen hoidontarpeeseen sopivaa vaikuttavaa vaihtoehtoa. Tällöin terveydenhuollon ammattihenkilön tulee toimia koulutuksensa ja asiantuntemuksensa mukaisesti. Lisäksi ammattihenkilö voisi 4 momentissa tarkoitetuissa tilanteissa käyttää palveluvalikoimaan kuulumatonta palvelua tai menetelmää potilaan hengen pelastamiseksi tai vakavan vamman välttämiseksi yksilöllisin perustein.

Perustuslain 6 §:ssä säädetään syrjinnän kiellosta. 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 palvelulla tai menetelmällä. Lisäksi yksilötasolla on otettava huomioon potilaan itsemääräämisoikeus. Potilasta on aina lähtökohtaisesti hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Terveydenhuollon potilastyötä toteutettaessa on mahdollisuuksien mukaan otettava huomioon potilaan toiveet, yksilölliset tarpeet ja kulttuuri. Vaikka menetelmä kuuluisi palveluvalikoimaan ja soveltuisi käytettäväksi potilaan yksilöllisen terveysongelman hoitoon, ei potilasta lähtökohtaisesti voi sillä hoitaa, mikäli hän kieltäytyy siitä riittävän informaation saatuaan.

## 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 työmuotojen kokonaisuutta. Palveluvalikoima käsitteenä kattaisi sosiaalihuoltolain 2 luvussa tarkoitettuna hyvinvoinnin edistämisenä järjestettävän toiminnan ja lain 3 luvussa tarkoitettut sosiaalipalvelut sekä niihin sisältyvät työmuodot. Siten palveluvalikoimaan käsitteenä sisältyisi myös lain 14 §:n 3 momentissa tarkoitettua sosiaalihuollon erityislainsäädännössä säädettävät palvelut ja työmuodot.

**30 a §. Sosiaalihuollon palveluvalikoiman periaatteet.** Lakiin esitetään lisättäväksi uusi 30 a pykälä sosiaalihuollon palveluvalikoiman periaatteista. Pykälässä säädettäisiin periaatteista, joiden perusteella päätettäisiin jatkossa sosiaalihuollon järjestämisen ja toteuttamisen

suunnittelusta sekä palvelujen ja työmuotojen käytöstä, käyttöönotosta ja käytöstä poistamisesta. Hallituksen esityksessä ehdotetaan, että sosiaalihuollon palveluvalikoimaan kuulumisen edellytyksenä olisi tarve-, turvallisuus-, vaikuttavuus- ja kustannusvaikuttavuusperiaatteiden täyttyminen. Pykälässä säädettäisiin, että päätöksenteossa nämä periaatteet otetaan huomioon osana kokonaisharkintaa, jossa tulee varmistaa asiakkaiden yhdenvertaisuus ja ihmisarvon loukkaamattomuus. Periaatteiden keskinäistä painoarvoa punnittaisiin osana kokonaisharkintaa ja se voisi vaihdella tilanteesta toiseen.

Tavoitteena on kehittää sosiaalihuollon palvelujen ja niiden sisällä työmuotojen käyttöä, käyttöönottoa ja käytöstä poistamista koskevaa päätöksentekoa niin, että päätöksenteko ja sen perusteet olisivat avoimia ja hyväksyttäviä sekä yhdenvertaisuutta, asiakkaiden tarpeisiin vastaamista, turvallisuutta, vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta edistäviä.

Palveluvalikoiman periaatteista säätämällä osaltaan määriteltäisiin julkisen vallan velvoitetta turvata perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaiset riittävät sosiaalipalvelut. Periaatteet ohjaisivat hyvinvointialueita organisaation eri tasoilla ja eri toiminnoissa sosiaalihuollon palveluvalikoiman määrittelyssä, palvelukokonaisuuksien sisällöissä ja resurssien kohdentamisessa.

Ehdotettuja periaatteita sovellettaisiin ottaen huomioon muu lainsäädäntö, esimerkiksi perustuslain, sosiaalihuoltolain sekä sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (812/2000, jäljempänä asiakaslaki) asiakkaan oikeuksia ja hyvää kohtelua, yhdenvertaisuutta, syrjimättömyyttä, oikeutta välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon, palveluiden riittävyttä, palveluiden sisältöä, laatua, turvallisuutta ja vaikuttavuutta koskevat säännökset. Periaatteiden tulkinna tulisi olla perus- ja ihmisoikeusmyönteistä.

Lakiehdotuksen perusteluissa sosiaalihuollon työmuodolla tarkoitetaan sosiaalipalveluissa ja sosiaalihuollon muussa toiminnassa käytettävää suunnitelmallista keinoa, jonka avulla sosiaalihuollon tavoitteet voidaan saavuttaa yksilö- ja väestötasolla. Sosiaalihuollon työmuotojen tavoitteena on edistää ja ylläpitää hyvinvointia ja sosiaalista turvallisuutta, vähentää eriarvoisuutta, edistää osallisuutta, ylläpitää ja parantaa sosiaalista toimintakykyä ja elämänhallintaa sekä ehkäistä ja vähentää syrjäytymistä. Sosiaalihuollon työmuotoja ovat esimerkiksi toimenpiteet, menetelmät, yksilö-, ryhmä- ja yhteistyö ja verkostotyö. Edellä mainitut esimerkit eivät kuvaile tyhjentyvästi kaikkea sosiaalihuollon työmuodoksi katsottavaa toimintaa. Lakiehdotuksen perusteluissa käytetään ilmaisua palvelut ja työmuodot, kun perusteluissa viitataan ehdotetun 3 §:n 8 kohdassa tarkoitettun sosiaalihuollon palveluvalikoiman sisältöön ja sen määrittelyyn.

Lakiehdotuksen perusteluissa käytetään esimerkkejä havainnollistamaan periaatteiden soveltamista. Esimerkeillä ei kuitenkaan ennakoita linjata palvelujen ja työmuotojen käyttöönottoa, käyttöä ja käytöstä poistamista koskevia lopputulemia, koska palveluvalikoimaa koskeva päätöksenteko edellyttää palveluvalikoiman periaatteiden soveltamista osana kokonaisharkintaa.

Sosiaalihuollossa palveluvalikoiman määritelmästä säädettäisiin 3 §:n uudessa 8 kohdassa. Sosiaalihuollon palveluvalikoimalla tarkoitettaisiin sosiaalipalvelujen ja muun sosiaalihuollon toiminnan ja työmuotojen kokonaisuutta.

Palveluvalikoiman periaatteilla ei ohitettaisi muuta sosiaalihuollon lainsäädäntöä eikä niillä voisi ohittaa velvollisuutta järjestää lakisääteisiä palveluja, vaan niillä ohjattaisiin palvelujen ja niiden sisällä 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. Periaatteet kuitenkin ohjaisivat työmuotojen kohdentamista näiden lakisääteisten palvelujen sisällä. Lisäksi palveluvalikoiman periaatteita sovellettaisiin 28 §:ssä tarkoitetuissa tilanteissa, kun hyvinvointialue järjestää muita kuin 3 luvussa mainittuja sosiaalipalveluja asiakkaiden hyvinvoinnin edistämiseksi. Palveluvalikoiman periaatteet soveltuisivat myös sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisiä palveluja ja niissä käytettäviä työmuotoja koskeviin valintoihin. Palveluvalikoiman periaatteet ohjaisivat myös 2 luvussa tarkoitettuja hyvinvoinnin edistämisen tehtäviä.

Sosiaalihuollolla tavoitellaan hyvinvoinnin, sosiaalisen turvallisuuden, toimintakyvyn ja osallisuuden edistämistä, eriarvoisuuden vähentämistä ja sosiaalisten ongelmien sekä palvelutarpeiden ennaltaehkäisyä. Sosiaalihuoltoon kuuluu asiakastarpeen mukaista varhaista tukea, korjaavia toimenpiteitä, tilanteen tai toimintakyvyn ylläpitämiseen ja heikkenemisen hidastamiseen sekä haittojen minimoimiseen tähtääviä palveluita. Sosiaalihuollon toiminnassa asiakkaana tai osallisena voi olla yksilö, tämän lähipiiri, perhe tai yhteisö. Toiminnan vaikutusten ajallinen ulottuvuus vaihtelee kiireellisestä ja välittömästä pitkällä aikavälillä tavoiteltaviin vaikutuksiin. Palveluvalikoiman periaatteista säätämisessä tavoitteena on koota yhteen sosiaalihuollon toiminnan kannalta olennaisia näkökohtia, joiden tulee olla palveluvalikoimaa koskevaan päätöksentekoon kuuluvan kokonaisharkinnan perustana. Edellä kuvaillut sosiaalihuollon toiminnan luonne ja tavoitteet olisivat keskeisiä sosiaalihuollon palveluvalikoiman periaatteiden soveltamisen ja tulkinnan kannalta. Käytännössä tämä tarkoittaisi sitä, että esimerkiksi ennaltaehkäisevään väestötasoiseen tai muuten laajempaan yhteisöön kohdentuvassa työskentelyssä käytettäisiin toisenlaisia työmuotoja, kuin yksilökeskeisessä tai rajattuun lähipiiriin kohdetuvassa korjaavassa muutostyössä.

Pykälä sisältäisi periaatetason edellytykset sosiaalihuollon palveluvalikoimaan kuulumiselle, eikä esimerkiksi yksityiskohtaisia kriteereitä palvelujen ja työmuotojen kuulumiselle palveluvalikoimaan. Periaatteet on muotoiltu sellaisiksi, että ne kestävät aikaa. 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.

Sosiaalihuollon palveluvalikoima koostuu nykyisin käytössä olevista sosiaalihuollon palveluista ja hyvinvoinnin edistämisestä sekä niihin liittyvistä työmuodoista. Lain 2 luvussa tarkoitettua hyvinvoinnin edistämisen ja 3 luvussa tarkoitettujen sosiaalihuollon palvelujen sisällä käytetään erilaisia toimenpiteitä, menetelmiä, työmuotoja, toimintamalleja ja interventioita, joilla pyritään vastaamaan yksilökohtaisesti henkilöiden tai perheiden tuen tarpeeseen tai edistämään ja ylläpitämään väestön hyvinvointia sekä sosiaalista turvallisuutta ja toimintakykyä. Palveluvalikoiman määrittelyssä ”palvelu ja työmuoto” pyrkii ilmauksena kattamaan näitä erilaisia toimintoja laajasti.

Käytännössä palveluvalikoimaa ei koskaan voida määritellä täydellisen yksiselitteisesti, tyhjentävästi tai koko sosiaalihuollon kokonaisuutta kattavasti. Jokaisen käytössä olevan palvelun tai työmuodon osalta ei ole tarkoituksenmukaista tehdä kansallista tai alueellista arviota palveluvalikoiman edellytysten täytymisestä. Palveluvalikoiman periaatteita olisi tarkoitus käyttää sisältöohjauksen tukena strategisissa ja merkityksellisissä ohjaustilanteissa ja -tarpeissa. Sääntely ei edellytä, että kaikki sosiaalihuollossa käytössä jo olevat toiminnan tai palvelujen sisältöön liittyvät linjaukset olisi arvioitava uudelleen periaatteiden valossa. Tarkoitus olisi, että periaatteita sovellettaisiin lain voimaantulon jälkeen tilanteissa, joissa olisi tarve antaa palveluihin tai niissä toteutettaviin sisältöihin liittyvää sisältöohjausta.

Periaatteet ohjaisivat tutkimustiedon perusteella tarpeenmukaisten, turvallisten, vaikuttavien ja kustannusvaikuttavien palvelujen ja työmuotojen parempaan hyödyntämiseen ja kohdentamiseen. Jatkossakin sosiaalihuollon toiminnan ja palvelujen sisällä olisi käytössä laajasti erilaisia asiakkaiden tarvitsemia, kokemusperäisen ammatillisen tiedon perusteella hyväksi todettuja palveluja ja työmuotoja. Siltä osin, kuin tutkimustietoon ja kokemusperäiseen ammatilliseen tietoon perustuen saadaan näyttöä esimerkiksi eri asiakasryhmien tarpeista ja eri palvelujen ja työmuotojen vaikuttavuudesta, sosiaalihuollon toiminnassa voitaisiin palveluvalikoiman määrittelyllä ottaa käyttöön joko uusia tai luopua vähähyötyisistä tai kohdentaa jo vaikuttavammin käytössä olevia palveluja ja työmuotoja. Palveluvalikoiman periaatteita koskeva sääntely voisi edistää tutkimusnäyttöön perustuvien suositusten hyödyntämistä päätöksenteossa, erityisesti palvelujen ja työmuotojen kohdentamisen, ajoituksen ja porrastuksen osalta.

Sosiaalihuollon palveluvalikoimaa koskeva päätöksenteko voisi kohdistua yksittäiseen palveluun tai työmuotoon. Vaihtoehtoisesti palveluvalikoiman periaatteita voitaisiin hyödyntää sisältöohjauksessa, jolla ohjattaisiin sosiaalihuollon toimintaa palveluketjutasolla tai tiettyihin palvelukokonaisuuksiin liittyen. Siten palveluvalikoimaa koskevassa päätöksenteossa voidaan päättää esimerkiksi uuden intervention, toimintamallin tai muun työmuodon käyttöönotosta, tietyn palvelun tai työmuodon käytön kohdentamisesta asiakasryhmän sisällä tai tiettyyn sosiaaliseen ongelmaan vastaamiseen, jo käytössä olevan käytöstä poistamisesta tai laajemmista kokonaisuuksista. Koska palveluvalikoiman periaatteet ovat sisällöltään yhteneväiset, voisi niihin perustuvaa sisältöohjausta kohdentaa myös sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisiin palveluihin tai sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen ja toiminnan parempaan yhteensovittamiseen.

Palveluvalikoiman periaatteita voitaisiin soveltaa palveluketjuissa, esimerkiksi ohjaamalla käyttämään tiettyjä, vaikuttavaksi todettuja työmuotoja oikea-aikaisesti ja vaikuttavasti kyseiseen asiakasryhmään kuuluvien asiakkaiden tarpeisiin kohdennettuna. Valinnat voivat koskea tiettyjen työmuotojen soveltuvuutta määrättyyn tuen tarpeeseen tietynlaisessa elämäntilanteessa tai uuden toimintamallin käyttöönottoa tietyssä vaiheessa asiakasprosessia. Hyvinvointialue voisi esimerkiksi linjata Arkeen Voimaa -toimintamallin mukaisen ryhmätoiminnan tarjoamisesta varhaisena tukena arjen haasteita kokeville työikäisille tai Ihmeelliset vuodet -vanhemmuusryhmien toteuttamisesta kasvatus- ja perheneuvonnassa käytösongelmaisten lasten vanhempien vanhemmuustaitojen ja myönteisten kasvatustekijöiden käytön tukemiseksi.

Palveluvalikoiman periaatteita sovellettaisiin myös sosiaalihuollon kansallisessa ohjauksessa. Niitä voitaisiin soveltaa myös hyvinvointialueiden yhteistyöaluetasoisissa linjauksissa, suunnittelussa, resurssien kohdentamisessa, palvelupolkujen laatimisessa ja sosiaalihuollon muussa sisältöohjauksessa. Palveluvalikoiman periaatteet ovat siten sisältöohjauksen uusi työväline, jolla vahvistetaan ja luodaan kehikko sosiaalihuollon sisältöohjaukselle sekä tehdään siitä laadukkaampaa ja kansallisesti yhdenmukaisempaa.

Hyvinvointialueella eri palvelujen ja palvelukokonaisuuksien resursointi perustuu arvioon alueen väestön tarpeesta ja siihen vastaamiseksi sopivimmista toimenpiteistä. Sosiaalihuollon järjestämisen ja toteuttamisen suunnittelussa hyvinvointialue arvioi, millaisilla palvelujen ja työmuotojen kokonaisuuksilla sosiaalihuollon eri vastuualueet, palveluyksiköt ja tiimit vastaavat asiakkaiden tarpeisiin. Esimerkiksi hyvinvointialueen palvelualueiden johto voisi tehdä linjauksia ja antaa ohjeita hyvinvointialueen kyseisen palvelualueen tarjoamista hyvinvointia tukevista palveluista sekä lakisääteisiin sosiaalipalveluihin kuuluvista työmuodoista sekä muuhun sosiaalihuollon toimintaan liittyvistä ehkäisevistä työmuodoista. Palvelujen ja työmuotojen käyttöä, käyttöönottoa ja käytöstä poistamista koskevassa

päätöksenteossa toimivaltainen hyvinvointialueen toimielin tai viranhaltija arvioisi, mitkä palvelut ja minkä sisältöisinä vastaisivat parhaiten väestön tarpeeseen turvallisesti, vaikuttavasti ja kustannusvaikuttavasti, yhdenvertaisuuden ja ihmisarvon loukkaamattomuuden periaatteet huomioiden.

Sosiaalihuollon sisältöohjauksessa palvelujen ja työmuotojen palveluvalikoimaan kuulumista koskevat linjaukset tarjoaisivat sosiaalihuollon ammattihenkilöille ajantasaista tietoa tutkimukseen perustuvista vaikuttavista työmuodoista. Näiden linjausten avulla sosiaalihuollon palveluita ja muuta toimintaa voidaan suunnata tarkoituksenmukaisesti asiakkaiden tai väestön tarpeisiin. Sosiaalihuollon yleisellä sisältöohjauksella ja palveluvalikoimaa koskevilla linjauksilla varmistettaisiin, että hyvinvointialueen sosiaalihuollon henkilöstöllä olisi käytössään ajankohtaista tietoa tutkimukseen perustuvista palveluista ja työmuodoista sekä alan parhaista käytännöistä. Lisäksi palveluvalikoimaa koskevalla kansallisella ohjauksella ja periaatteiden yhdenmukaisella soveltamisella edistettäisiin valtakunnallisesti sitä, että sosiaalihuollon palveluja tarvitseville henkilöille olisi jatkossa tarjolla parhaat mahdolliset, ajankohtaiset palvelut ja työmuodot sekä niiden yhdistelmät yhdenvertaisella tavalla.

Palveluvalikoiman periaatteisiin perustuva sisältöohjaus ei yksilötapauksissa sitoisi sosiaalihuollon ammattihenkilön toimintaa, jos linjaukseen liittyvä sisältö olisi yksittäisen asiakkaan kohdalla esimerkiksi asiakkaan edun tai tuen tarpeiden vastainen. Ammattihenkilö voisi todeta linjatun ja tutkimusnäyttöön perustuvan menetelmän asiakkaan palvelutarpeeseen soveltuvaksi vuorovaikutuksessa asiakkaan kanssa ja toteuttaa palvelun kyseisen linjauksen mukaisesti tietyissä asiakastilanteissa. Menetelmää sovellettaisiin tavoitteellisesti osana asiakkaan palvelun toteuttamista. Mikäli menetelmä ei tuottaisi toivottua tulosta, ammattihenkilö voisi asiakkaan kanssa toteutetussa vuorovaikutuksessa arvioida tilanteen uudelleen ja tarvittaessa päättää siirtyä toisen työmuodon tai työmuotojen yhdistelmän käyttöön.

Työmuotojen valtakunnallinen tarkastelu sekä yhteistyöalueiden ja hyvinvointialueen sisältöohjaus tukisivat työmuotojen vaikuttavampaa kohdentamista ja seuranta. Asiakastasolla sisältöohjaus mahdollistaisi vaikuttavien palvelujen ja työmuotojen nykyistä paremman seurannan. Näin voitaisiin seurata, mitä työmuotoja asiakkaan palvelussa on käytetty ja millaisia vaikutuksia niillä on ollut eri elämäntilanteissa myös pitkäkestoisten asiakasprosessien aikana. Siten palveluvalikoiman määrittely ja sitä koskevien linjausten soveltaminen tukisivat sekä kansallista että yksilötasoisia vaikuttavuuden seuranta ja raportointia sosiaalihuollossa. Lisäksi edellä kuvatulla palvelujen ja työmuotojen seurannalla ja dokumentoinnilla palvelujen toteuttamisesta voitaisiin parantaa toiminnan läpinäkyvyyttä. Tämä mahdollistaisi myös toiminnan asianmukaisuuden arvioinnin ulkopuolisen tahon näkökulmasta nykyistä paremmin. Läpinäkyvydellä ja arvioinnin mahdollistamisella olisi sekä sosiaalihuollon ammattihenkilöiden että asiakkaiden oikeusturvan kannalta positiivinen merkitys. Lisäksi sosiaalihuollon vaikuttavuustiedon saatavuuden yleisellä parantumisella voisi ajan myötä olla merkittäviäkin positiivisia kerrannaisvaikutuksia sosiaalihuollon toimintaan.

Ennaltaehkäisy ja hyvinvoinnin edistäminen kuuluvat osaksi sosiaalihuollon lakisääteisiä tehtäviä yksilökohtaisten palvelujen rinnalla. Palveluvalikoiman periaatteet koskevat lain 2 luvussa tarkoitettua hyvinvoinnin edistämistä ja siinä käytettäviä 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 väestön hyvinvointia edistäviä sosiaalihuollon työmuotoja voidaan ottaa osaksi palveluvalikoimaa vastaavalla tavalla kuin eri asiakasryhmille suunnattuja yksilökohtaiseen ennaltaehkäisyyn, tuen tarpeeseen tai korjaaviin toimiin tähtäviä palveluja ja työmuotoja. Hyvinvointialue voisi

palveluvalikoiman periaatteita soveltaen ohjata rakenteellisen sosiaalityön toteuttamista esimerkiksi kohdentamalla sosiaalista raportointia tiettyihin tehtäviin tai asioihin.

Pykälän 1 momentissa säädettäisiin sosiaalihuollon palveluvalikoimaan kuulumisen edellytyksistä sosiaalihuollon järjestämisen ja toteuttamisen suunnittelussa sekä palvelujen ja työmuotojen käyttöä, käyttöönottoa ja käytöstä poistamista koskevassa päätöksenteossa. Palveluvalikoimaan kuulumista koskeva päätöksenteko perustuisi kokonaisharkintaan. Kaikkien 1–4 kohdissa määriteltyjen sosiaalihuollon palveluvalikoimaan kuulumisen edellytysten tulisi täytyä osana sosiaalihuollon palvelua tai työmuotoa koskevaa kokonaisharkintaa. Päätöksenteossa sovellettaisiin kaikkia 1–4 kohtien periaatteita ja niitä punnittaisiin tarvittaessa toisiaan vasten. Palveluvalikoimaan kuulumisen edellytyksiä arvioitaisiin 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 päätösten avointa perustelemista.

Sosiaalihuollon palveluvalikoimaa koskevassa päätöksenteossa tulisi myös varata riittävät mahdollisuudet ryhmätason osallistumiselle, jotta päätöksenteossa olisi käytettävissä monipuolisesti tietoa kyseisten asiakasryhmien palvelua koskevista kokemuksista, tarvetulkinnosta ja toivomuksista. Asiakkaiden osallisuutta ja osallistumismahdollisuutta voitaisiin toteuttaa esimerkiksi hyvinvointialueiden nuorisovaltuustojen, vanhusneuvoston, vammaisneuvoston sekä kansalliskielilautakuntien ja saamen kielen lautakunnan kautta sekä järjestämällä kohdennettuja tilaisuuksia, kyselyjä, selvityksiä tai muuta toimintaa eri ryhmien tarpeiden tunnistamiseksi. Hyvinvointialuelain 5 luvun mukaisin toimin mahdollisimman laajasti toimien voitaisiin varmistaa myös, että haavoittuvassa asemassa olevien henkilöiden, paljon palveluja käyttävien henkilöiden sekä risteävien vähemmistöjen erityistarpeet huomioitaisiin osana kokonaisharkintaa, ja ehkäistäisiin näiden ryhmien joutumista väliinputoajiksi palveluvalikoiman määrittelyssä.

Pykälän 1 momentin 1 kohdan mukaan palvelun tai menetelmän tavoitteena tulee olla asiakkaiden 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 veloitteeseen järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut väestön ja asiakkaiden tarpeen edellyttämällä tavalla.

Sosiaalihuollon palveluja on järjestettävä sosiaalihuoltolain 11 §:ssä lueteltuihin tuen tarpeisiin. Palveluvalikoiman periaatteet ohjaisivat arvioimaan, mitä palveluja, lainsäädännössä jo lueteltujen lisäksi, tai työmuotoja kunkin palvelun sisällä on tarkoituksenmukaista toteuttaa eri asiakastarpeisiin tai väestötason tarpeisiin vastaamiseksi 2 luvussa tarkoitettun hyvinvoinnin edistämisen ohella.

Tarveperiaatetta soveltaessa tarpeita tulee tarkastella sekä väestötasolla että yksilötasolla toimivien palvelujen ja työmuotojen osalta. Sosiaalihuollossa tarpeet ovat tyypillisesti moninaisia, ja samalla palvelulla tai työmuodolla voi olla yhteys useampaan erilaiseen tarpeeseen. Lisäksi on tunnistettava, millaisia erityistarpeita eri asiakasryhmillä tai asiakasryhmiin kuuluvilla henkilöillä voi kyseiseen palveluun tai työmuotoon liittyen esiintyä. Tarveperiaatteen soveltamisessa voidaan huomioida erityisesti haavoittuvassa asemassa olevien ryhmien, kuten vammaisten henkilöiden tai ikääntyneiden erityistarpeet, millä on kiinteä yhteys

yhdenvertaisuuden ja ihmisarvon loukkaamattomuuden periaatteisiin palveluvalikoimaa koskevassa kokonaisharkinnassa. Esimerkiksi asiakkaiden omatoimisuuden edistäminen on sosiaalihuollon toiminnalle ja palveluille yhteinen tavoite, joka käytännössä sopii kaikkiin asiakastilanteisiin. Tarpeiden tasolla siihen voi kuitenkin liittyä muun muassa toimintakyvyn ylläpitämisen tai edistämisen tarvetta, fyysistä avuntarvetta omista arjen asioista päättämässä tai niiden toteuttamisessa sekä sosiaalisen kanssakäymisen edistämisen tarvetta. Edellä mainittujen tarpeiden lisäksi esimerkiksi osa vammaisista henkilöistä voi tarvita vuorovaikutuksen tukea omatoimisuuden edistämiseksi. Lisäksi joillakin asiakasryhmillä voi olla esimerkiksi henkilökohtaiseen vakaumukseen, kulttuuriin tai äidinkieleen liittyviä tekijöitä, jotka voivat ilmetä asiakasryhmälle ominaisina erityistarpeina. Hyvinvointialue voi tarveperiaatetta soveltaessaan kohdentaa toimenpiteitä ja suosituksia niin, että niissä huomioidaan erityisesti sellaiset tarpeet ja asiat, jotka ilman sisältöohjausta voisivat jäädä sosiaalihuollon toiminnassa riittämättömästi huomioon otetuksi.

Palveluvalikoiman periaatteena tarveperiaate ohjaa tarkastelemaan eri tarpeiden vakavuutta ja laajuutta. Tarveperiaatteen mukaan resursseja voidaan kohdentaa enemmän vakaviin ja pitkäkestoisiin tuen tarpeisiin ja taas vähemmän lieviin ja tilapäisiin tuen tarpeisiin.

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

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 ja niistä johtuvia sosiaalisia, terveydellisiä ja taloudellisia haittoja.

Väestötason tarve on nostettu asiakastarpeiden rinnalle ennaltaehkäisevien toimenpiteiden ja ratkaisujen painottamiseksi. Siten tarveperiaate esimerkiksi ohjaa suuntaamaan palveluvalikoimaa yksilöön liittyvien, usein korjaavien toimenpiteiden ohella vakavien ja laajojen väestötason 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 tai sosiaalisen hyvinvoinnin edistämällä. Väestötasolla tarvetta ilmentävästä ongelmasta voi olla kyse esimerkiksi, jos ongelmaa esiintyy laajasti yhteiskunnassa ja väestössä ja jos sen vaikutuksena väestön sosiaalinen hyvinvointi tai turvallisuus voi heiketä tai esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntarpeen arvioidaan kasvavan. Esimerkiksi erilaisten vaikuttavien sosiaalista vuorovaikutusta ja osallisuutta edistävien yhteisöllisten

työmuotojen avulla voidaan tukea syrjäytymisvaarassa olevien nuorten osallisuutta lähiyhteisössään, vastuullisuuteen kasvamista sekä mielenterveyttä, ja siten ennaltaehkäistä myöhempiä palveluntarpeita.

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. Periaatteita voidaankin soveltaa esimerkiksi edistämään rakenteellisessa sosiaalityössä muodostetun tiedon hyödyntämistä syrjivien rakenteiden ja käytäntöjen muuttamiseksi ja vaikuttavuuden lisäämiseksi. Väestötasolla tarpeen vakavuuden ja laajuuden astetta arvioitaessa otetaan huomioon sosiaaliseen ongelmaan tai sen ilmeiseen uhkaan liittyvän 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 työmuoto koskee. Jos esimerkiksi työikäisten sosiaalipalveluissa havaittaisiin yhteys erityisen raskaiden palvelutarpeiden ja sosiaalihuollon asiakkuuden ulkopuolella olevien asunnottomien tai hädätouhan alla olevien haasteiden kertautumisen välillä, hyvinvointialue voisi arvioida Etsivän työn toimintamallin tai asunnottomille ja asunnottomuusriskissä oleville erityistä tukea tarvitseville henkilöille tarkoitettua monialaisen liikkuvan Nopsajalka-tiimin soveltuvuutta suhteessa kyseisen väestöryhmän tarpeisiin. Arvioinnin perusteella hyvinvointialue voisi päätyä suositteluun mainittujen työmuotojen käyttöönottoa osana aikuissosiaalityön palveluja.

Tavoitteena on, että periaatteet tukevat tutkittuun tietoon perustuvien vaikuttavien työmuotojen käyttöönottoa hyvinvointialueen palvelutuotannossa. Näin 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 myöhempisiin haasteisiin elämässä. Haasteet liittyvät heikentyneeseen hyvinvointiin ja sosiaalisiin suhteisiin, työelämään osallistumiseen ja koulutukseen sekä rikollisuuteen. Siten vaikuttamalla käytösongelmien juurisyyhin ja tukemalla perheitä esimerkiksi nuorten aggression hallintaan tarkoitettua Art-ryhmätyöskentelyn avulla voidaan vähentää ongelmakäyttäytymistä ja vahvistaa sosiaalisia taitoja kouluikäisillä lapsilla, mikä voi puolestaan ennaltaehkäistä monia kertautuvia haasteita lasten ja perheiden arjessa ja myöhemmin elämässä.

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

Palvelun 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.

Asiakasturvallisuus sekä palvelussa käytettävien menetelmien hyötyihin ja haittoihin liittyvä punninta on keskeistä esimerkiksi psykososiaalisen tuen menetelmien valinnassa. Väärin ajoitettu tai asiakkaan elämäntilanteeseen huonosti soveltuva työskentely, joka edellyttää asiakkaalta vahvaa sitoutumista ja järjestelmällistä toimintaa, voi heikentää asiakkaan luottamusta omiin kykyihin sekä vähentää motivaatiota ottaa vastaan tarvitsemiaan palveluja

tulevaisuudessa. 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 säädettäisiin vaikuttavuudesta palveluvalikoimaan kuulumisen edellytyksenä. Kohdan mukaan palvelun tai työmuodon vaikuttavuuden hyvinvointiin tulee olla saatavilla olevan näytön perusteella riittävää.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen vaikuttavuus kuvaa sitä, millaisia tavoiteltuja vaikutuksia terveyteen, toimintakykyyn tai hyvinvointiin palvelut saavat aikaan verrattuna tilanteeseen, jossa palveluja ei olisi lainkaan toteutettu tai olisi toimittu jollain toisella tavalla.

Vaikuttavuutta arvioidaan lähtökohtaisesti tieteelliseen tutkimukseen perustuvan näytön ja muun soveltuvan näytön perusteella. Vaikuttavuuden arvioinnissa huomioidaan tieteellisen näytön lisäksi myös kokemukseräisesti vahvistettu ammatillinen tieto palvelun tai menetelmän vaikuttavuudesta. Kokemukseräisellä ammatillisella tiedolla on sosiaalihuollossa erityinen merkitys vaikuttavuuden arvioinnissa, koska vaikutukset ovat yksilöllisiä ja käytännön tilanteissa niitä on suhteutettava palvelujen yksilöllisiin tavoitteisiin, asiakkaan ja tämän lähipiiriin voimavaroihin sekä asiakkaan elämäntilanteeseen. Kokemukseräisen ammatillisen tiedon merkitys korostuu myös siksi, että tutkittuun tietoon perustuvaa vaikuttavuustietoa on sosiaalihuollossa käytettävissä lakiehdotuksen valmistelun aikaan vielä suhteellisen vähäisesti.

Näytön, mukaan lukien kokemukseräisen tiedon, tulee olla riittävää, jotta palvelun tai työmuodon voidaan katsoa kuuluvan palveluvalikoimaan. Sosiaalihuollon kokemukseräinen ammatillinen tieto viittaa tietoon, joka on syntynyt käytännön toiminnassa tekemällä ammattilaisten ja asiakkaiden tietoa näkyväksi ja systematisoiduksi kriittisen tarkastelun avulla. Kokemukseräinen ammatillinen tieto muodostuu sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten käytännön työssä tekemistä havainnoista, käytännön tilanteiden ratkaisuista sekä vuorovaikutuksesta ammattilaisten ja asiakkaiden välillä. Tätä tietoa jaetaan ja arvioidaan ammattilaisten kesken. Se täydentää tutkimustietoa ja yhdessä sen kanssa muodostaa kokonaisvaltaisen ammatillisen osaamisen.

Vaikuttavuuden toteaminen edellyttää aina vertailua eri toimintavaihtoehtojen välillä. Vertailukohteena voi myös olla, ettei käytetä mitään palvelua tai työmuotoa. Palveluvalikoimaan kuulumisen edellyttää, että palvelulla 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 asiakkaiden tai väestötason tarpeeseen, johon palvelu tai työmuoto on tarkoitettu, sekä palvelun tai työmuodon tavoitteeseen ja tarkoituksenmukaisuuteen. Siten vaikuttavuuden arvioinnissa on tärkeä merkitys sillä, miten palvelun tai työmuodon tarvetta on arvioitu.

Palvelun tai työmuodon vaikuttavuudelle ei lähtökohtaisesti voida asettaa esimerkiksi tiettyyn mittaristoon perustuvaa kynnystä. Palvelun onnistuminen ja lopputulokset vaihtelevat usein myös asiakkaiden ja heidän lähipiirinsä toiminnan sekä ulkoisten tapahtumien takia, mikä on tiedostettava ja huomioitava vaikuttavuutta koskevan näytön ja sen vertailtavuuden arvioinnissa. Siten vaikuttavuuden arvioinnissa tulee ottaa huomioon myös vaikuttavuutta koskevaan näyttöön liittyvät epävarmuudet. Samoin vaikutusten saavuttamisen aikajänne voi vaihdella. Esimerkiksi ennaltaehkäisevien palvelujen ja työmuotojen vaikutuksia voidaan arvioida parhaiten pitkällä aikavälillä. Vaikuttavuuden arviointiin liittyy myös se epävarmuus, että monilla sosiaalihuollon palveluilla ja työmuodoilla pyritään välttämään epätoivottuja

tapahtumia ja kehityskulkuja tai niiden riskiä myöhemmin asiakkaiden elämässä pidemmällä tulevaisuudessa. Onnistuneen palvelun tai työmuodon seurauksena asiakas saattaa välttyä epätoivotulta tapahtumalta tai elämäntilanteelta tai ne voivat toteutua lievempänä, kuin ilman palvelua. Tällaisessa tilanteessa ei kuitenkaan ole keinoja todeta, olisiko epätoivottu asia jäänyt muutenkin tapahtumatta tai toteutunut kyseisen henkilön elämässä samanlaisena myös ilman palvelun tai työmuodon antamista. Edellä kuvaillut epävarmuudet tulee ottaa huomioon vaikuttavuusperiaatteen soveltamisessa, mutta samalla tiedostaa, että palvelu voi olla asiakkaille vaikuttava tästä näytöstä koskevasta epävarmuudesta huolimatta.

Vaikuttavuuden arvioinnissa tulee ottaa huomioon, että palvelujen ja työmuotojen tavoitteet voivat olla erilaisia. Asiakasryhmästä ja siihen kuuluvien henkilöiden tarpeista riippuen palvelulla tai työmuodolla voidaan tavoitella positiivista muutosta, toimintakyvyn ylläpitämistä tai sen heikkenemisen hidastamista, tilanteen ylläpitoa tai haittojen minimoimista verrattuna tilanteeseen, jossa palvelua tai työmuotoa ei olisi lainkaan toteutettu tai olisi toimittu jollain toisella tavalla. Tietyille kohderyhmälle suunnatun palvelun 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 asiakkaiden toimintakyky heikkenisi tai he joutuisivat arjen haasteiden takia tukeutumaan raskaampiin palveluihin.

Vaikuttavuuden arvioinnissa on myös huomioitava, että vaikutus tietyille henkilöryhmälle voi olla merkitykseltään 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. Vaikuttavuutta arvioitaessa voidaan osana kokonaisarviota painottaa esimerkiksi sellaista vaikutusta hyvinvointiin tai toimintakykyyn, millä voi olla erityinen merkitys vammaisten tai harvinaissairaiden kohdalla, vaikka vastaava vaikutus muussa asiakasryhmässä ei olisi merkittävä.

Tutkittu tieto ja kokemusperäinen ammatillinen tieto täydentävät toisiaan ja voivat tukea palvelujen tai työmuotojen täsmällisempää kohdentamista asiakasryhmän sisällä. Esimerkiksi tietyn asiakasryhmän tarpeita koskevat tutkimukset voisivat osoittaa, että tietyssä elämäntilanteessa kyseisen asiakasryhmän myöhemmän itsenäisen pärjäämisen, osallisuuden ja sosiaalisten suhteiden kannalta olisi vaikuttavaa tarjota tietynlaisia varhaisen tuen toimenpiteitä. Toisaalta kokemusperäisesti vahvistetun ammatillisen 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 ja -tarpeiden osalta arvioida vaikuttavammaksi vaihtoehdoksi asunto ensin –toimintamalli, jossa henkilölle järjestetään ensin pysyvä asunto ja jossa palveluihin ohjaus ja motivointi tapahtuu vasta myöhemmässä vaiheessa. Toisenlaisessa tilanteessa olevan asunnottoman asiakkaan tilanteeseen, tarpeisiin ja kuntoutumisen edellytyksiin taas voisi sopia paremmin asumismuoto, joka jo lähtökohtaisesti edellyttää päihteettömyyteen sitoutumista.

Palveluvalikoimaan kuulumista koskevan päätöksenteon osana voitaisiin linjata myös palvelun tai työmuodon kohdentamisesta ja oikea-aikaisuudesta. Kohdentaminen olisi tarkoituksenmukaista esimerkiksi silloin, kun vaikuttavuutta koskeva tutkimukseen perustuva näyttö tai kokemusperäisesti vahvistettu ammatillinen tieto osoittaa, että palvelun tai työmuodon käyttö on vaikuttavaa tietyissä tilanteissa, tietyssä vaiheessa palvelupolkua tai tietyille asiakasryhmälle.

Pykälän 1 momentin 4 kohdassa säädetäisiin kustannusvaikuttavuudesta palveluvalikoimaan kuulumisen edellytyksenä. Kohdan mukaan palvelun tai työmuodon kustannusten tulee olla kohtuulliset saavutettavissa olevaan hyvinvointihyötyyn nähden.

Hyvinvointihyödyllä tarkoitetaan sosiaalihuollossa esimerkiksi työmuodon, palvelun, päätöksen tai muun toiminnan seurauksena syntyvää yksilön, väestöryhmän tai yhteisön hyvinvoinnin vahvistumista tai myönteistä muutosta. Hyvinvointihyöty voi ilmetä fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen tai koetun hyvinvoinnin, toimintakyvyn, osallisuuden, elämänhallinnan tai elämänlaadun vahvistumisena ja se voi olla välitöntä tai pitkäaikaista.

Kustannusvaikuttavuuden arviointi perustuu vertailuasetelmaan. Tällöin valitaan osaksi palveluvalikoimaa ne palvelut tai työmuodot, 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. Siksi periaatteen soveltamisessa tulisi arvioida myös vaihtoehtoiskustannuksia eli sitä, mistä muusta asiakkaille ja väestölle hyvinvointia tuottavasta toiminnasta palvelujärjestelmässä joudutaan luopumaan, jos palvelu tai työmuoto otetaan osaksi palveluvalikoimaa.

Kustannusvaikuttavuuden periaatteen soveltamisessa huomioitaisiin sosiaalihuollon palveluilla ja työmuodoilla tavoiteltavat erilaiset hyödyt asiakkaalle ja väestölle vastaavalla tavalla kuin osana tarveperiaatetta ja vaikuttavuutta. Hyvinvointihyödyllä tarkoitetaan muun muassa asiakkaille ja väestölle koituvia sosiaalisen hyvinvoinnin ja turvallisuuden, toimintakyvyn ja osallisuuden edistämiseen ja ylläpitämiseen, eriarvoisuuden vähentämiseen ja sosiaalisten ongelmien sekä palvelutarpeiden ennaltaehkäisyyn liittyviä positiivisia vaikutuksia. Myös muut asiakkaan etuun, oikeuksiin ja kohteluun liittyvät näkökohdat voivat kuulua osaksi tavoiteltavaa hyvinvointihyötyä.

Kustannusten kohtuullisuutta suhteessa hyvinvointihyötyyn arvioidaan osana kokonaisarviota. Kustannukset voidaan katsoa kohtuullisiksi tavoiteltavista hyödyistä riippuen. Esimerkiksi henkilön välttämättömän huolenpidon varmistavan palvelun tai työmuodon lisäkustannukset voivat olla korkeat, koska sen avulla voidaan turvata perusoikeudet tai ihmisarvoinen elämä ylipäättään. Asiakkaan elämänlaatuun vain vähäisesti vaikuttavien toimenpiteiden lisäkustannusten tulee olla vastaavasti matalammat.

Ennaltaehkäisyyn ja varhaisen tuen kustannusvaikuttavuuden arvioinnissa tulee huomioida vaikutusten aikaansaannin aikaväli. Riittävän pitkän aikavälin vaikutukset huomioiva kustannusvaikuttavuuden arviointi mahdollistaa väestötason ennaltaehkäisevien sekä terveyden, hyvinvoinnin ja sosiaalisen turvallisuuden edistämistä tavoittelevien toimenpiteiden, ratkaisujen ja työmuotojen nostamisen asiakastyön rinnalle. Useille sosiaalihuollon palveluille on tyypillistä, että niitä käytetään koko elämän ajan tai elämän loppuajan tai että niiden vaikutukset ulottuvat pitkälle asiakkaiden elämän kulkuun. Tällaisista pitkäaikaisista tai yksilöllisistä vaikutuksista voi olla vaikeaa saada kustannusvaikuttavuuden arvioinnin kannalta hyödyllistä tutkimustietoa. Käytännössä vaikutusten pitkän aikavälin tunnistaminen voi siksi perustua myös kokemuseräiselle ammatilliselle tiedolle palvelun tai työmuodon pitkän aikavälin vaikutuksista.

Palvelujen järjestämisen ja toteuttamisen suunnittelussa esimerkiksi sosiaalihuollon eri toiminnan resursoinnissa tulee arvioida ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä korjaavien palvelujen

rinnalla, jos väestön tarpeeseen vastaamiseksi tarjolla olevista vaihtoehtoista ennaltaehkäisevät toimenpiteet ovat kustannusvaikuttavia verrattuna korjaaviin toimenpiteisiin.

Kustannusvaikuttavuuden lisäksi huomioitaisiin myös palvelun tai työmuodon käyttöönoton vaikutukset ja kustannukset palvelujärjestelmässä, esimerkiksi uuden toimintamallin edellyttämät materiaalihankinnat, henkilöstön koulutus menetelmän käyttöön, menetelmäohjaus, työajan käyttö, menetelmän budjettivaikutukset sekä se, miten menetelmä integroidaan olemassa oleviin prosesseihin ja palveluketjuihin. Esimerkiksi hyvinvointialueen tietyllä palvelupolulla varhaisen tuen toimenpiteenä voisi olla tarjolla ahdistuksen hallintaan tarkoitettu yksilö- ja ryhmämuotoinen Cool Kids-ohjelma, jos menetelmä arvioitaisiin kyseiselle asiakasryhmälle vaikuttavaksi ja myös tuotantokustannustensa osalta edullisimmaksi, koska hyvinvointialueella olisi jo valmiiksi vertaisryhmätoiminnan toteuttamiseen koulutettua henkilöstöä.

Lisäksi edellä mainitun esimerkin mukaisessa tilanteessa tulisi arvioida, mitä muita työmuotoja hyvinvointialueen lapsiperheiden palveluissa tulisi olla tarjolla lasten ja nuorten erilaisiin tarpeisiin vastaamiseksi. Siten hyvinvointialue voisi esimerkiksi arvioida useiden eri työmuotojen käyttöönottoa ja käytön kohdentamista. Tällöin kustannusvaikuttavuuden näkökulmasta hyvinvointialue arvioisi, kuinka laajasti henkilöstöä tulisi kouluttaa kunkin eri työmuodon toteuttamiseksi, jotta hyvinvointialueella olisi tarjolla alueen lasten ja nuorten erilaisiin tarpeisiin nähden sopiva, vaikuttava ja kustannusvaikuttava yhdistelmä eri työmuotoja.

Pykälän 2 momentin mukaan sosiaalihuollon palvelun tai työmuodon sosiaalihuollon palveluvalikoimaan kuulumista koskeva päätöksenteko perustuisi kokonaisharkintaan, ja siinä tulisi varmistaa asiakkaiden yhdenvertaisuus ja ihmisarvon loukkaamattomuus. Jotta palvelu tai työmuoto katsottaisiin osaksi sosiaalihuollon palveluvalikoimaa, kaikkien 1 momentin 1–4 kohdissa määriteltyjen palveluvalikoimaan kuulumisen edellytysten tulisi täytyä yhtäaikaisesti, ja näitä periaatteita arvioitaisiin yhdessä läpileikkaavien yhdenvertaisuuden ja ihmisarvon loukkaamattomuuden ja yhdenvertaisuuden kanssa. Periaatteita punnittaisiin toisiaan vasten.

Säännöksen sallimaa harkintaa tulisi käyttää muun päätöksentekijää sitovan lainsäädännön mukaisesti. Siten kokonaisharkinnassa tulisi ottaa huomioon myös asian kannalta oleelliset muut perus- ja ihmisoikeusvelvoitteet sekä sosiaalihuollon lainsäädäntö, ja harjoittaa kokonaisharkintaa muun lainsäädännön mahdollistamissa liikkumarajoissa. Palveluvalikoiman periaatteiden soveltamisessa tulisi esimerkiksi ottaa huomioon 4 §:n asiakkaan etua ja 5 §:n lapsen etua koskevista säännöksistä johtuvat näkökohdat sekä asiakaslain säännökset asiakkaan oikeuksista ja hyvästä kohtelusta sekä kielellisistä oikeuksista.

Kokonaisharkinnalla tarkoitetaan, että palveluvalikoimaan kuulumista koskevassa päätöksenteossa tulee huomioida 1 momentin 1–4 kohtien tarkoittamat palveluvalikoimaan kuulumisen edellytykset sekä yhdenvertaisuuden ja ihmisarvon loukkaamattomuuden varmistaminen yhtäaikaisesti. Palveluvalikoiman periaatteiden arvioinnissa voi olla tarkoituksenmukaista edetä esimerkiksi 1–4 kohtien mukaisessa järjestyksessä, mutta usein jo palvelua tai työmuotoa koskevan päätöksentekomenettelyn alkuvaiheessa voi olla tarpeen tunnistaa yhdenvertaisuuteen ja ihmisarvon loukkaamattomuuteen liittyvät erityiset näkökohdat tai riskit, kuten mahdolliset yhteydet eri asiakasryhmien tai vähemmistöjen oikeuksien toteutumiseen tai erityistarpeisiin. Lisäksi päätöksenteossa tulisi tunnistaa palveluvalikoiman periaatteiden sisällöllinen osittainen päällekkäisyys. Esimerkiksi tarpeen vakavuudella on merkitystä asiakasturvallisuutta, vaikuttavuuden riittävyttä tai kustannusten kohtuullisuutta koskeville vaatimuksille. Näytön arviointiin liittyvät näkökohdat voivat puolestaan koskea kaikkia palveluvalikoiman periaatteita yhtäläisesti.

Kokonaisharkinnan pohjalta tehtävää päätöksentekoa helpottaa, mikäli pykälässä säädetyt edellytykset täyttyvät ja puoltavat palvelun tai työmuodon sisältymistä palveluvalikoimaan yhdensuuntaisesti. Usein kuitenkin eri edellytykset täyttyvät vain osittain tai niiden täytyminen voi olla kokonaan ristiriitaisia. Jos käytännön soveltamistilanteessa palveluvalikoiman periaatteet olisivat toisiinsa nähden erisuuntaisia, kokonaisharkinnassa periaatteita tulisi punnita keskenään. Esimerkiksi asiakasturvallista ja edullista työmuotoa ei tulisi ottaa käyttöön, jos sillä ei vastata lakiehdotuksen 1 momentin 1 kohdassa tarkoitettuun tarpeeseen. Perustuslain 19 §:n 3 momentissa säädetyt riittävien sosiaali- ja terveystalvelujen turvaamisvelvollisuuden seurauksena palveluvalikoimasta pois rajaamisen kynnyks nousee, jos palvelulla tai työmuodolla pyritään vastaamaan asiakkaan vakavaan sosiaalisen hyvinvoinnin, turvallisuuden tai toimintakyvyn edistämisen tai ylläpitämisen tarpeeseen. Toisaalta vakavaankaan tarpeeseen ei tule käyttää sellaista palvelua tai työmuotoa, jonka vaikuttavuuden on kokonaisharkinnassa todettu olevan riittämätöntä.

Palveluvalikoiman määrittely jo sinällään edistää yhdenvertaisuutta. Pykälässä kuitenkin korostetaan erikseen, että palveluvalikoimasta päätettäessä tulee ottaa huomioon yhdenvertaisuuteen ja ihmisarvon loukkaamattomuuteen liittyvät erityiset näkökohdat. Yhdenvertaisuus ja syrjimättömyys sekä ihmisarvon loukkaamattomuus ovat perustuslain ja ihmisoikeussopimusten perusteella oikeudellisesti velvoittavia periaatteita ja toimisivat pykälän mukaan palveluvalikoimaan kuulumisen arvioinnissa läpileikkaavina periaatteina ja ohjaisivat varmistamaan palveluvalikoiman periaatteiden soveltamisen oikeudenmukaisuutta ja perustuslainmukaisuutta. Tavoitteena näiden sisällyttämisellä säännökseen on varmistaa, että pykälän 1 momentin 1–4 kohtien mukaisten palveluvalikoimaan kuulumisen edellytysten perusteella tehtävät valinnat eivät ole ristiriidassa yhdenvertaisuuden ja ihmisarvon loukkaamattomuuden toteutumisen kanssa väestö- tai yksilötasolla. Yhdenvertaisuus ja ihmisarvon loukkaamattomuus yksin eivät toisaalta voi olla perusteena palvelun tai työmuodon käyttöönotolle, jos se ei kokonaisharkinnassa muutoin täytä palveluvalikoimaan kuulumisen edellytyksiä.

Ihmisarvon loukkaamattomuus periaatteena viittaa ihmisyksilöiden periaatteelliseen yhdenvertaisuuteen. Periaate tarkoittaa sitä, että palveluja koskevia valintoja tehdessä asiakasryhmää ja siihen kuuluvia yksilöitä ei voida arvioida esimerkiksi heidän yhteiskunnalle tuottamansa panoksen kautta. Lisäksi ihmisarvon loukkaamattomuus viittaa siihen, että valinnoissa huomioidaan palvelun 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. Vastaavasti esimerkiksi kouluttamalla vanhuspalvelujen henkilöstöä muistisairaana hyvään kohtaamiseen tarkoitettun vuorovaikutusmenetelmän käyttöön voidaan ehkäistä tilanteita, joissa on jouduttu käyttämään rajoitustoimenpiteitä asiakkaan oman turvallisuuden varmistamiseksi.

Yhdenvertaisuus ja ihmisarvon loukkaamattomuus ohjaavat arvioimaan palvelun 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 tai työmuodon vaikuttavuudesta ja joiden kohdalla muusta väestöstä poikkeava pienikin vaikutus hyvinvointiin, kuten esimerkiksi osallisuuteen tai toimintakykyyn, voi olla merkityksellinen. Näissä tilanteissa kokonaisharkinnassa tulisi myös ottaa vaikuttavuutta koskevan näytön osalta huomioon, että monien haavoittuvassa asemassa olevien asiakasryhmien, kuten harvinaissairaiden, vammaisten, vähemmistöjen tai paljon palveluja käyttävien osalta luotettavaa vaikuttavuustietoa ei usein ole saatavilla, jolloin arvioinnissa kokemuseräisen ammatillisen tiedon merkitys voi olla tavallista suurempi.

Erilaiselle kohtelulle henkilöön liittyvän syyn perusteella palvelun tai menetelmän valinnassa tulee olla hyväksyttävä peruste. Esimerkiksi ikään, vammaisuuteen tai muuhun vastaavaan henkilöön liittyvään syyhyn perustuvan asiakasryhmän erityistarpeisiin tarkoitettun palvelun tai työmuodon tarjoaminen on sallittua positiivista erityiskohtelua, jos sillä edistetään kyseisen asiakasryhmän yhdenvertaisia edellytyksiä toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä verrattuna muuhun väestöön.

Palveluvalikoimaan kuulumista koskevassa kokonaisharkinnassa epävarmemman näytön ja mahdollisesti epävarmemman tai vähäisemmän vaikuttavuuden hyväksyminen voi olla tarpeen joko yhdenvertaisuuden tai ihmisarvon loukkaamattomuuden takia tilanteessa, jossa toimintavaihtoehdot inhimillisesti kohtuuttomassa tilanteessa olevien asiakkaiden tukemiseksi ovat rajalliset. Palvelun 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 tai työmuodon kohdentamisessa sivuutetaan asiakaslähtöisyys ja tieto kyseisen asiakasryhmän erityistarpeista sekä omista kokemuksista tuen ajoittamisesta tai palveluun hakeutumisen esteistä.

Osana kokonaisharkintaa tulisi ottaa huomioon lapsen edun ensisijaisuus. Lapsen edun ensisijaisuus tulee ottaa huomioon kaikissa lasta tai lapsia ryhmänä koskevissa päätöksissä. Sosiaalihuollon erilaisten palvelujen ja työmuotojen merkitys lapsen tasapainoisen kehityksen ja hyvinvoinnin, huolenpidon, turvallisen kasvuympäristön sekä itsenäistymisen ja vastuullisuuden kasvamisen tarpeelle tulee tunnistaa palveluvalikoimaan kuulumista koskevassa päätöksenteossa. Lapsen oikeuksien komitea on todennut 14. yleiskommentissaan, että 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). Lähtökohtaisesti lapsille käytettävän palveluvalikoiman määrittelyssä edellytettäisiin samojen pykälässä esitettyjen periaatteiden täyttymistä. Periaatteita sovellettaessa kokonaisharkinnassa tulee ottaa huomioon lapsen edun ensisijaisuus asian edellyttämällä tavalla. 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. Palvelun tai työmuodon kohdentamisessa tulisi esimerkiksi tunnistaa ne asiakasryhmät, joiden osalta tarve tai palvelusta odotettavissa olevat vaikutukset hyvinvointiin voivat olla muihin ryhmiin nähden merkittävämpiä esimerkiksi lapsen huolenpitoon liittyvistä syistä.

Myös harvinaissairauksiin tai vammaisuuteen liittyvien palvelujen ja työmuotojen kohdalla tulisi soveltaa palveluvalikoiman periaatteita yhtäläisesti sekä painottaa kokonaisarviointia ja esimerkiksi kyseisen asiakasryhmän erityistarpeita. Yksinomaan se, että palvelua tai työmuotoa käytettäisiin harvinaissairauden tai vamman kanssa elävän palveluntarpeeseen, ei olisi peruste sen sisällyttämiseksi palvelujärjestelmään. Näihin asiakasryhmiin kuuluu hyvin erilaisia ihmisiä, joilla harvinaissairaus tai vammaisuus voi johtaa vakavaan tai hyvin vähäiseen tuen tarpeeseen. Eri palvelujen tai työmuotojen vaikuttavuus harvinaissairaahan tai vammaisen henkilön hyvinvointiin ja toimintakykyyn voi niin ikään olla suuri tai toisaalta vähäinen. Vaikuttavuusnäyttöä arvioitaessa voidaan osana kokonaisarviota painottaa esimerkiksi sellaista vaikutusta toimintakykyyn tai osallisuuteen, millä voi olla erityinen merkitys vammaisten tai harvinaissairaiden kohdalla, vaikka vastaava muutos muussa asiakasryhmässä ei olisi merkittävä. Tällöin kokonaisharkinnassa yhdenvertaisuuden periaatteen soveltamisen lopputuloksena olisi, että näiden asiakasryhmien sisällä haavoittuvassa asemassa olevien henkilöiden mahdollisuuksiin toimia yhteiskunnan täysivaltaisina jäseninä panostettaisiin

enemmän suhteessa muuhun väestöön ja siten edistettäisiin myös sosiaalihuoltolain 1 §:n mukaisen eriarvoisuuden vähentämisen tavoitteen toteuttamista.

Mikäli yksittäinen sosiaalihuollon työmuoto on osa sosiaali- ja terveydenhuollon tai muutoin poikkihallinnollisia, esimerkiksi yhdessä työllisyyspalveluiden kanssa toteutettavia, palveluketjuja ja -kokonaisuuksia, tulisi vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta pyrkiä arvioimaan yksittäiseen työmuotoon keskittyvän arvioinnin lisäksi osana eri palveluiden muodostamaa kokonaisuutta. Esimerkiksi tietty ryhmämuotoinen toiminta saattaisi vaikuttaa yksinomaan sosiaalihuollon toimintana verrattain vähäiseen tarpeeseen tarkoitelta ja siihen nähden kalliilta, mutta osana integroitua palvelukokonaisuutta merkitys työkyvyn ja työllistymisen kannalta voisi olla kuitenkin täysin oleellista. Tämän vuoksi palveluvalikoiman määrittelyä koskevassa kokonaisharkinnassa periaatteita pyritään tarkastelemaan laajasta näkökulmasta ja huomioimaan myös palvelun ja työmuodon vaikutukset henkilöryhmän hyvinvointiin, toimintakykyyn ja muuhun elämään liittyviin kokonaisvaikutuksiin. Vaikuttavuutta voi siten tuoda esimerkiksi mahdollisuus työllistymiseen tai vähenevä vaikutus muiden palveluiden tarpeeseen tai niiden käyttöön suoraan sosiaaliseen turvallisuuteen ja hyvinvointiin tai toimintakykyyn liittyvien vaikutusten lisäksi.

Perustuslain 19 §:n 1 momentin mukaan jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään huolenpitoon. Kokonaisharkinnassa tulee kiinnittää erityistä huomiota välttämättömän huolenpidon turvaamiseen, jos palvelulla tai työmuodolla on tarkoitus vastata tai on kyseisen asiakasryhmän osalta yhteys välttämättömän huolenpidon tarpeeseen.

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 työmuotoja, asiakasryhmiä tai tuen tarpeita koskevissa tilanteissa. 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 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 käytännössä voi olla perusteena palvelun tai työmuodon käyttöönnotolle, jos se ei kokonaisharkinnassa 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.

Palveluvalikoiman periaatteita sovellettaisiin sosiaalihuollon järjestämisen ja toteuttamisen suunnittelua sekä palvelujen ja työmuotojen käyttöä, käyttöönottoa ja käytöstä poistamista koskevassa päätöksenteossa kansallisella ja alueellisella tasolla. Hyvinvointialueella palveluvalikoimaan liittyvä päätöksenteko tarkoittaa käytännössä hyvinvointialueen palvelualueiden johdon tekemiä linjauksia kyseisen palvelualueen tarjoamista hyvinvointia tukevista palveluista ja sosiaalihuoltolaissa lueteltuihin palveluihin ja muuhun sosiaalihuollon toimintaan liittyvistä työmuodoista. Periaatteilla ei voida ohittaa velvollisuutta järjestää

lakisääteisiä palveluja. Asiakastyössä palveluvalikoiman periaatteet ohjaisivat toimintaa kansallisten sekä hyvinvointialueen linjausten kautta. Sosiaalihuollon ammattihenkilö tekee jatkossakin asiakkaan palvelupäätöksen sosiaalihuoltolain ja sosiaalihuollon erityislainsäädännön palveluja koskevien säännösten perusteella. Esimerkiksi asiakkaan palvelupäätöksessä ja palvelun toteuttamisessa sosiaalihuollon ammattihenkilö arvioi ja toteuttaa muun muassa asiakkaan etua ja lapsen etua 4 ja 5 §:ien edellyttämällä tavalla.

Periaatteet ja palveluvalikoimaa koskevat kansalliset tai hyvinvointialueiden linjaukset voivat kuitenkin täydentää sosiaalihuoltolain ja erityislainsäädännön sääntelyä silloin, kun palvelua koskevassa lainsäädännössä on tulkinnanvaraa tai harkintavaltaa. Tämä tarkoittaa, että sosiaalihuollon ammattihenkilöt käyttävät ja kohdentavat palveluja ja työmuotoja palveluvalikoimasta annettujen päätösten mukaisesti siltä osin, kun asiakkaan tarpeeseen soveltuvista palveluista tai työmuodoista on linjattu kansallisesti tai alueellisesti. Myös näissä tilanteissa palvelun myöntämisestä tulee päättää laissa säädettyjen kriteerien mukaisesti, ja asiakkaalle tarjottavat palvelut ja työmuodot on valittava ja toteutettava yksilöllisen palvelutarpeen arvion ja asiakkaan edun mukaisesti sekä asiakasta kuullen.

Palveluvalikoimaa koskevat kansalliset ja hyvinvointialueen omat linjaukset ohjaisivat sosiaalihuollon ammattilaisen valintoja palvelusta ja myönnetyn palvelun sisällä käytettävistä työmuodoista. Palveluvalikoima mahdollistaa siihen sisältyvien palvelujen ja työmuotojen yhdistämisen, painottamisen ja rytmittämisen tilanteen mukaisesti myös yksilötasolla. Asiakkaan palvelujen sisältö ja palvelukokonaisuus tulisi sovittaa tuen tarpeita vastaavaksi palveluvalikoiman periaatteita koskevia linjauksia hyödyntäen. Yksilökohtaisessa päätöksenteossa velvoittavien säädösten tarjoamissa puitteissa ammattihenkilö voisi myös hyödyntää palveluvalikoiman periaatteita yksilötason arvioinnissa siitä, mitkä palvelut ja palvelun sisällöt työmuotojen tasolla vastaavat parhaiten asiakkaan tarpeeseen turvallisesti, vaikuttavasti ja kustannusvaikuttavasti.

Palveluvalikoimaa koskevat kansalliset ja alueelliset päätökset ja linjaukset tukisivat yksilökohtaista asiakastyötä esimerkiksi ammattihenkilön valitessa lakisääteisen palvelun sisällä käytettävissä olevasta useammista soveltuvista työmuotojen vaihtoehdoista tarkoituksenmukaisinta. Tällöin palvelun tai työmuodon käytössä tulisi ottaa huomioon lapsen etu, asiakkaan etu ja erityisen tuen tarve sen mukaan, mitä lainsäädännössä säädetään. Palveluvalikoimaa koskevia päätöksiä ja linjauksia soveltaessaan ammattilainen ottaisi huomioon asiakkaan ja lähipiirin voimavarat ja kokonaisvaltaisen elämäntilanteen sekä asiakkaan yksilöllisen kyvyn hyötyä palveluista tai työmuodoista.

Asiakastyössä vaikuttavuuden tarkastelu on aina yksilökohtaista. Ammattilainen arvioi asiakkaan tuen tarpeen ja sen, onko harkinnan kohteena olevalla palvelulla tai työmuodolla saatavilla mahdollista hyötyä asiakkaalle. Asiakkaan tarvetta ja palvelun asiakaskohtaisia tavoitteita tarkastellaan suhteessa kansallisiin tai alueellisiin palveluvalikoimaa koskeviin linjauksiin, jos niitä on olemassa kyseisenlaisia tilanteita ja tarpeita koskien. Sosiaalihuoltoa toteutettaessa on ensisijaisesti otettava huomioon asiakkaan toivomukset ja mielipide, kuten asiakkaan kokemus itsenäisestä suoriutumisesta ja osallisuudesta, ja muutoinkin kunnioitettava hänen itsemääräämisoikeuttaan.

Asiakastyössä kansallisia ja alueellisia päätöksiä ja linjauksia tulee myös soveltaa perus- ja ihmisoikeuksien valossa, koska asiakasryhmiä koskevissa päätöksissä ei pystytä ennakoimaan kaikkia konkreettisia ja yksilöllisiä asiakastilanteita. Esimerkiksi yksilölle tarpeellisen palvelun tai työmuodon käyttöä ei voida evätä, mikäli se johtaisi ihmisarvon loukkaamiseen. Kyse voi olla esimerkiksi siitä, ettei asiakas hyödy yleisesti vastaavassa tilanteessa käytettävistä

palveluista tai työmuodoista, jolloin itsenäisen suoriutumisen ja osallisuuden mahdollistamiseksi on käytettävä muuta hänelle sopivaa työmuotoa.

Viimekädessä yksilökohtaisella tarveharkinnalla tulee selvittää palvelun tai työmuodon käytön soveltuminen yksilölliseen tarpeeseen vastaamiseen, jotta ihmisarvoisen elämän edellytysten vähimmäistaso turvataan jokaiselle kaikissa olosuhteissa. Perustuslain 19.1 §:ssä tarkoitetusta oikeudesta välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon on säädetty subjektiivisena oikeutena, johon yksilö voi vedota suoraan perustuslain nojalla. Välttämättömällä toimeentulolla ja huolenpidolla tarkoitetaan sellaista tulotasoa ja palveluja, joilla turvataan ihmisarvoisen elämän edellytykset. 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.

### 7.3 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä

**36 §.** *Hyvinvointialueiden yhteistyösopimus.* Lain 36 §:n 3 momentin 8 kohtaa muutettaisiin siten, että säädöksessä erikseen mainittaisiin sosiaalihuollon palvelut ja työmuodot sekä terveydenhuollon palvelut ja menetelmät aiemmin säädettyjen sosiaali- ja terveydenhuollon menetelmien sijaan. Sanamuodot ovat näin yhteensopivat ehdotettavien terveydenhuoltolain 7 a §:n ja sosiaalihuoltolain 30 a §:n kanssa. Valtakunnallisilla linjauksilla tarkoitetaan Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvoston suosituksia ja muita sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisia suosituksia (HE 241/2020 vp, s. 758).

Yhteistyösopimuksessa sovittaisiin sosiaalihuollon palvelujen ja työmuotojen sekä terveydenhuollon palvelujen ja menetelmien käyttöönottoa, käyttöä ja käytöstä poistamista sekä niihin liittyvää ohjausta koskien hyvinvointialueiden työnjaosta, yhteistyöstä ja yhteensovittamisesta ottaen huomioon 1 ja 2 momentissa säädettyt tavoitteet.

Erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä annetun asetuksen (582/2017, keskittämisasetus) 4 §:n 1 momentin 9 kohdan mukaan yliopistollista sairaalaa ylläpitävien hyvinvointialueiden ja Uudellamaalla HUS-yhtymän on huolehdittava terveydenhuollon menetelmien arvioinnista kansallisessa yhteistyössä sekä sen suunnittelusta ja yhteensovittamisesta alueellisesti. Sosiaalihuollon osalta ei vastaavaa säännöstä ole menetelmien tai työmuotojen arvioinnin suunnittelusta tai yhteensovittamisesta. Yhteistyöalueella tarvittavista menettelyistä ja rakenteista määriteltäisiin yhteistyösopimuksessa hyvinvointialueiden tarkoituksenmukaiseksi katsomalla tavalla.

Yhteistyöalueella yhteistyö ja työnjako voisivat sisältää esimerkiksi palveluvalikoiman periaatteita ja palveluvalikoimasta annettuja kansallisia suosituksia ja ohjeita koskevan tiedon jalkauttamista, palveluvalikoiman määrittelyä ja soveltamista koskevien parhaiden käytäntöjen välittämistä sekä henkilöstön kouluttamista palveluvalikoiman soveltamisessa. Vastaavasti voitaisiin sopia sosiaalihuollon sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen arviointi- ja suositustoiminnasta saatavan tiedon välittämiseen liittyvästä työnjaosta ja yhteistyöstä. Hyvinvointialueet sopisivat palveluvalikoimaan liittyvästä yhteensovittamisesta osana muuta palvelujen järjestämisen yhteensovittamista. Tämä voisi tarkoittaa esimerkiksi menettelyt käyttöönottoa, käyttöä ja käytöstä poistamista koskevien yhteensovittamista edellyttävien kysymysten tunnistamiseksi ja tarvittaessa niiden nostamiseksi alueiden yhteiseen käsittelyyn. Yhteensovittamisen tarve voi liittyä esimerkiksi yhteistyöalueen palvelupolkujen toimivuuden varmistamiseen, sosiaali- ja terveydenhuollon integraatioon tai palveluvalikoiman yhdenmukaiseen ohjaukseen.

Lainkohdan tavoitteena on edistää palveluvalikoiman yhdenmukaista soveltamista hyvinvointialueiden välillä ja siten alueellista yhdenvertaisuutta yhteistyöalueilla. Lisäksi tavoitteena on edistää palveluvalikoiman periaatteiden soveltamiseen sekä käyttöönottoa, käyttöä ja käytöstä poistamista koskevaan päätöksentekoon liittyvää yhteistyötä, tiedonjakoa ja ohjausta yhteistyöalueilla. Tiedonjakoa koskeva työnjako voi liittyä myös koordinaation tarpeeseen kansallisesti, esimerkiksi tiedon välittämiseksi muiden yhteistyöalueiden hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän kesken tai ehdotuksen palveluvalikoimaa koskevan suositusprosessin käynnistämiseksi tai palveluvalikoiman soveltamista koskevan lausuntopyyntön tekemiseksi terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvostolle.

#### **7.4 Vankeuslaki**

##### **10 luku Sosiaali- ja terveydenhuolto**

**1 §. Vangin terveyden- ja sairaanhoito.** Lain 10 luvun 1 §:n 5 momenttia muutettaisiin niin, että vankien terveyden- ja sairaanhoidossa noudatettaviksi säädöksiksi potilaslain, terveydenhuollon ammattihenkilölain, mielenterveyslain, tartuntatautilain ja työterveyshuoltolain rinnalle lisättäisiin viittaus terveydenhuoltolain 7 a §:ään terveydenhuollon palveluvalikoimasta. Lisäksi momentissa edellytettäisiin, että vankiterveydenhuollon järjestämisessä otetaan huomioon terveydenhuoltolain 7 §:ssä tarkoitetut yhtenäiset hoidon perusteet.

Säädöksellä on tarkoitus varmistaa, että henkilöt saavat vankeudessa terveyden- ja sairaanhoidon palvelunsa tarpeensa mukaisesti samoin perustein, kuin olisivat saaneet hyvinvointialueiden järjestämissä terveyden- ja sairaanhoidon palveluissa, mikäli eivät olisi vankeudessa. Tämä lisää vankien yhdenvertaisuutta muuhun väestöön verrattuna, kun palveluvalikoima ja hoidon perusteet ovat yhtenevät. Vankiterveydenhuolto hyödyntää vankien erikoissairanhoidossa hyvinvointialueiden järjestämiä palveluita, jolloin yhtenäisten perusteiden käyttö esimerkiksi hoidon porrastuksessa ja läheteiden osalta on perusteltua. Yhtenäinen palveluvalikoima ja yhtenäiset hoidon perusteet lisäksi tukevat palvelujen toteutumista saumattomasti, kun vanki siirtyy vankeuden jälkeen hyvinvointialueen palveluihin.

#### **7.5 Tutkintavankeuslaki**

##### **6 luku Sosiaali- ja terveydenhuolto**

**1 §. Tutkintavangin terveyden- ja sairaanhoito.** Lain 6 luvun 1 §:n 6 momenttia muutettaisiin niin, että tutkintavankien terveyden- ja sairaanhoidossa noudatettaviksi säädöksiksi potilaslain, terveydenhuollon ammattihenkilölain, mielenterveyslain, tartuntatautilain ja työterveyshuoltolain rinnalle lisättäisiin viittaus terveydenhuoltolain 7 a §:ään terveydenhuollon palveluvalikoimasta. Lisäksi momentissa edellytettäisiin, että vankiterveydenhuollon järjestämisessä otetaan huomioon terveydenhuoltolain 7 §:ssä tarkoitetut yhtenäiset hoidon perusteet.

Säädöksellä on tarkoitus varmistaa, että henkilöt saavat tutkintavankeudessa terveyden- ja sairaanhoidon palvelunsa tarpeensa mukaisesti samoin perustein, kuin olisivat saaneet hyvinvointialueiden järjestämissä terveyden- ja sairaanhoidon palveluissa, mikäli eivät olisi tutkintavankeudessa. Tämä lisää tutkintavankien yhdenvertaisuutta muuhun väestöön verrattuna, kun palveluvalikoima ja hoidon perusteet ovat yhtenevät. Vankiterveydenhuolto hyödyntää tutkintavankien erikoissairanhoidossa hyvinvointialueiden järjestämiä palveluita, jolloin yhtenäisten perusteiden käyttö esimerkiksi hoidon porrastuksessa ja läheteiden osalta

on perusteltua. Yhtenäinen palveluvalikoima ja yhtenäiset hoidon perusteet lisäksi tukevat palvelujen toteutumista saumattomasti, kun tutkintavanki siirtyy vankeuden jälkeen hyvinvointialueen palveluihin.

## **7.6 Mielensterveyslaki**

**6 §.** *Valtion mielisairaalassa annettava hoito.* Lain 6 §:ään lisättäisiin uusi 4 momentti, jossa säädettäisiin, että valtion mielisairaalassa annettavaan terveyden- ja sairaanhoitoon sovelletaan, mitä terveydenhuoltolain 7 a §:ssä säädetään palveluvalikoiman periaatteista. Lisäksi momentissa edellytettäisiin, että valtion mielisairaalassa annettavassa terveyden- ja sairaanhoidossa otetaan huomioon terveydenhuoltolain 7 §:ssä tarkoitetut yhtenäiset hoidon perusteet.

Säädöksellä on tarkoitus varmistaa, että henkilöt saavat valtion mielisairaalassa terveyden- ja sairaanhoidon palvelunsa tarpeensa mukaisesti samoin perustein, kuin olisivat saaneet hyvinvointialueiden järjestämässä terveyden- ja sairaanhoidon palveluissa, mikäli eivät olisi valtion mielisairaalassa. Tämä lisää potilaiden yhdenvertaisuutta muuhun väestöön verrattuna, kun palveluvalikoima ja hoidon perusteet ovat yhtenevät. Valtion mielisairaalat hyödyntävät erityisesti potilaiden somaattisessa erikoissairaanhoidossa hyvinvointialueiden järjestämiä palveluita, jolloin yhtenäisten perusteiden käyttö esimerkiksi hoidon porrastuksessa ja läheteiden osalta on perusteltua. Yhtenäinen palveluvalikoima ja yhtenäiset hoidon perusteet lisäksi tukevat palvelujen toteutumista saumattomasti, kun potilas siirtyy valtion mielisairaalajakson jälkeen hyvinvointialueen palveluihin.

## **7.7 Laki korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta**

**3 §.** *Opiskeluterveydenhuolto.* Lain 3 §:ään lisättäisiin uusi 3 momentti, jossa säädettäisiin, että laissa säädettyssä opiskeluterveydenhuollossa sovelletaan, mitä terveydenhuoltolain 7 a §:ssä säädetään palveluvalikoiman periaatteista. Lisäksi momentissa edellytettäisiin, että laissa säädettyssä opiskeluterveydenhuollossa otetaan huomioon terveydenhuoltolain 7 §:ssä tarkoitetut yhtenäiset hoidon perusteet.

Säädöksellä on tarkoitus varmistaa, että henkilöt saavat korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollossa terveyden- ja sairaanhoidon palvelunsa tarpeensa mukaisesti samoin perustein, kuin olisivat saaneet hyvinvointialueiden järjestämässä terveyden- ja sairaanhoidon palveluissa, mikäli eivät kuuluisi korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon piiriin. Tämä lisää potilaiden yhdenvertaisuutta muuhun väestöön verrattuna, kun palveluvalikoima ja hoidon perusteet ovat yhtenevät. Korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta ohjataan potilaat tarvittaessa hyvinvointialueiden järjestämiin erikoissairaanhoidon palveluihin, jolloin yhtenäisten perusteiden käyttö esimerkiksi hoidon porrastuksessa ja läheteiden osalta on perusteltua. Yhtenäinen palveluvalikoima ja yhtenäiset hoidon perusteet lisäksi tukevat palvelujen toteutumista saumattomasti, kun potilas siirtyy opiskelunsa jälkeen hyvinvointialueen palveluihin.

## **8 Voimaantulo**

Ehdotetaan, että lait tulevat voimaan 1.1.2027.

## 9 Toimeenpano ja seuranta

Lakimuutosten vaikutuksia seurataan osana kansallista sosiaali- ja terveydenhuollon seuranta, ohjausta ja valvontaa. Koska lakiesitykset koskevat laajasti palvelujärjestelmää ja sen eri tasoja, tarvitaan seurantaan ja ohjaukseen useita eri tapoja. Toisaalta palveluvalikoima muodostaa sosiaali- ja terveydenhuollon ytimen, jolloin seurantaan, ohjaukseen ja valvontaan on jo olemassa paljon rakenteita ja menettelyjä.

Strategisella tasolla hyvinvointialueiden ohjausta toteutetaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain 4 luvussa säädettyjen erilaisten menettelyjen kautta. Hyvinvointialueiden kansallista strategisen tason ohjausta kehitetään jatkuvasti, ja palveluvalikoiman periaatteilla tulisi jatkossa olemaan merkitystä myös tässä kehittämisessä. Palveluvalikoiman toteutumista voidaan arvioida muun muassa sosiaali- ja terveysministeriön vuosittaisessa valtakunnallisessa selvityksessä sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen vuosittaisissa arvioissa hyvinvointialueittain ja yhteistyöalueittain. Seuranta ja ohjausta voidaan toteuttaa sosiaali- ja terveysministeriön, valtiovarainministeriön ja sisäministeriön hyvinvointialueiden ja yhteistyöalueiden kanssa vuosittain käytävissä neuvotteluissa. Yhteistyöalueiden yhteistyösopimuksia arvioimalla ja ohjaamalla voidaan varmistaa palveluvalikoiman kansallista yhdenmukaisuutta ja sen seuranta.

Palveluvalikoimaa ja sen muutoksia on mahdollista käsitellä hyvinvointialuejohtajien ja sosiaali- ja terveysjohtajien verkostoissa. Näillä kuvatuilla menettelyillä voidaan arviointia toteuttaa sekä eri asiakas- ja potilasryhmiin (esimerkiksi lapsiin ja nuoriin tai vammaisiin) keskittyen tai toisaalta arvioiden mahdollisia alueellisia eroja. Arvioinneissa ja seurannassa hyödynnetään muun muassa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen jatkuvasti kehittyvää tilasto- ja rekisteripohjaista indikaattori- ja mittaritietoa muun muassa hoitoon ja palveluun pääsystä, turvallisuudesta ja vaikuttavuudesta. Lisäksi hyödynnetään valvovien viranomaisten ratkaisuja.

Yksittäisten menetelmien tai työmuotojen sekä syvemmän sisällöllisen arvioinnin osalta on niin ikään useita seuranta- ja implementaatorakenteita sekä -mekanismeja. Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvoston tehtävänä on seurata ja arvioida terveydenhuollon palveluvalikoimaa. Kansallisia terveydenhuollon palveluvalikoimaa koskevista päätöksistä ja suosituksista, esimerkiksi Palkon suosituksista, viestitään avoimesti ja aktiivisesti sekä valmistelu- että päätösvaiheessa, jotta niiden implementaatio olisi kattavaa ja yhdenmukaista.

Keväällä 2026 on käynnistynyt terveydenhuoltolain 7 §:n mukaisten yhtenäisten hoidon perusteiden päivittäminen sosiaali- ja terveysministeriön, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen, hyvinvointialueiden ja erikoisalayhdistysten sekä muiden tahojen kanssa. Päivitystyössä tullaan ottamaan huomioon palveluvalikoiman periaatteet ja kuvaamaan prosessi ja vastuut perusteiden toteutumisen seuraamiseksi ja päivittämiseksi.

Hyvinvointialueiden vastaavien lääkärin (terveydenhuoltolaki 57 §) tehtävä palveluvalikoiman yhdenmukaisessa ohjaamisessa ja implementaatiossa alueilla on oleellinen. Vastaavilla lääkäreillä on toimivat verkostot, joissa palveluvalikoimaa ja sen soveltamista voidaan käsitellä yhdenmukaisuutta edistäen. Vastaavan tyyppinen verkosto on yliopistosairaaloiden ja eräiden muiden sairaaloiden arviointiyli-lääkäreillä, jotka osaltaan tekevät yhteisiä linjauksia menetelmien arvioinnissa. Tätä toimintaa koordinoi keskittämisesetuksen mukaisen Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen tehtävän hoitamiseksi perustettu FinCCHTA-yksikkö. Lisäksi hoitotyön johtajilla, suun terveydenhuollon johdolla ja mielenterveys- ja päihdepalveluiden johdolla on oma verkostonsa.

Sosiaalihuollon osalta toiminnan sisällöllisen ohjauksen kansalliseksi yhteensovittamiseksi on käynnistynyt muun muassa hyvinvointialueiden sosiaalihuollon professiojohtajien verkosto, joka voi seurata ja käsitellä myös palveluvalikoimaa.

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos ovat vuorovaikutuksessa vastaavien lääkärin, hoitotyön johtajien ja sosiaalihuollon johtajien sekä muiden ammattilaisverkostojen kanssa, missä ohjausta ja seurantaa voidaan myös toteuttaa. Palveluvalikoiman periaatteet tulevat todennäköisesti olemaan aiheena useissa seminaareissa ja koulutustilaisuuksissa.

Sosiaali- ja terveysministeriö on valmistelemaan terveydenhuoltolain 57 §:n vastaavan lääkärin tehtäviin tarkennuksia sekä mahdollisesti ehdottamassa sosiaalihuoltolakiin samantyyppisen sosiaalihuollosta vastaavan viranhaltijan tehtäviä osana sosiaalihuollon palvelu-uudistusta. Näillä uusilla säädöksillä painotettaisiin vastaavan lääkärin ja toisaalta sosiaalihuollon vastaavan viranhaltijan roolia ja vastuuta palveluvalikoimapäätöksien seurannasta ja toteutumisen varmistamisesta hyvinvointialueella.

Valvontalaissa säädetyllä järjestäjien ja tuottajien omavalvonnalla voidaan osaltaan varmistaa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilasturvallisuutta sekä laadultaan hyviä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Hyvinvointialueiden omavalvonnalla ja palveluhankintojen sopimusohjauksella tuetaan myös palveluvalikoiman periaatteiden yhdenmukaista soveltamista ostopalveluina tuotetuissa sosiaali- ja terveyspalveluissa.

Valvovat viranomaiset (Lupa- ja valvontavirasto ja ylimmät laillisuusvalvojat) valvovat palveluiden järjestäjiä, tuottajia ja terveydenhuollon ammattilaisia myös palveluvalikoiman toteutumisen ja palveluvalikoiman periaatteiden soveltamisen kautta osana tavanomaista valvontatehtäväänsä.

Kansalaisviestintä ja palautekanavat ovat myös osa periaatteiden toteutumisen seurantaa ja implementaation varmistamista. Sosiaali- ja terveysministeriön meneillään olevat terveydenhuollon menetelmien arviointia ja päätöksenteon organisointia sekä sosiaalihuollon arviointi- ja suositustoimintaa koskevat selvitykset sekä niiden seurauksena tehtävä arviointitoiminnan kehittäminen ovat keskeisiä palveluvalikoiman periaatteiden toimeenpanon kannalta. Terveidenhuollon menetelmien arviointia koskevassa selvityksessä on käsitelty menetelmien arvioinnin organisoitumismalleja, joilla arviointia voitaisiin tulevaisuudessa keskittää nykyistä vahvemmin kansalliselle tasolle, selkeyttää vastuita sekä vähentävää päällekkäisyyttä. Edellä mainitun sosiaalihuoltoa koskevan selvityksen tavoitteena on puolestaan kartoittaa sosiaalihuollon suositus- ja arviointitoiminnan käynnistämiseksi tarvittavia toimenpiteitä sekä niissä huomioitavia näkökohtia. Palveluvalikoiman periaatteet voitaisiin ottaa huomioon myös muussa sosiaali- ja terveydenhuollon tietopohjan kehittämisessä, erityisesti arviointitoiminnan kannalta tärkeän vaikuttavuustiedon hyödyntämisessä.

## **10 Suhde muihin esityksiin**

### **10.1 Esityksen riippuvuus muista esityksistä**

Hallitus on antanut eduskunnalle esityksen laeiksi sosiaalihuoltolain, ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain ja sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamisesta (HE 113/2025 vp). Esityksessä ehdotetaan, että sosiaalihuoltolaissa säädettäisiin teknologisten ratkaisujen käyttämisestä asiakkaan sosiaalipalveluissa asiakkaan perusoikeuksia kunnioittaen. Esityksen I

lakiehdotuksessa ehdotetaan lisättäväksi sosiaalihuoltolain 3 §:ään uusi 8 ja 9 kohta. Kyseinen lakiesitys on rinnakkainen palveluvalikoiman periaatteita koskevan esityksen sosiaalihuoltolain muuttamista koskevan 2 lakiehdotuksen kanssa, jolloin esitykset tulee sovittaa yhteen eduskuntakäsittelyssä.

Hallitus on antanut eduskunnalle esityksen varmuusvankeutta ja elinkautisvankien vapauttamismenettelyn muuttamista koskevaksi lainsäädännöksi (HE 14/2026 vp). Esityksessä ehdotetaan muutettaviksi rikoslakia ja elinkautisvankien vapauttamismenettelystä annettua lakia sekä neljätoista muuta lakia. Lisäksi ehdotetaan säädettäväksi laki varmuusvankeudesta. Esityksen 9 lakiehdotuksessa ehdotetaan muutettavaksi mielenterveyslain 6 §:n 1 momenttia. Palveluvalikoiman periaatteita koskevan esityksen 6 lakiehdotuksessa ehdotetaan lisättäväksi saman mielenterveyslain 6 §:ään uusi 4 momentti. Tähän esitykseen sisältyvät säännösehdotukset on pyritty kirjoittamaan niin, että ne olisivat sopusoinnussa edellä mainittuun hallituksen esitykseen sisältyvien säännösehdotusten kanssa.

Hallitus on antanut eduskunnalle esityksen eduskunnalle laeiksi terveydenhuoltolain, vankeuslain 10 luvun 1 §:n ja tutkintavankeuslain 6 luvun 1 §:n muuttamisesta (HE 81/2026 vp). Hankkeessa toteutetaan hallitusohjelman kirjaukset oikeuden saada saattohoitoon täsmäntämisestä, kiireettömän hoidon hoitopaikan uuden valinnan mahdollistamisesta kolmen kuukauden välein ja valinnan tekemisestä digitaalisesti sekä lakisääteisten hoitoon pääsyn enimmäisaikojen toteutumisen raportoinnin tiivistämisestä. Hallituksen esityksen mukaan esityksellä ehdotetaan muutoksia vankeuslain sosiaali- ja terveydenhuoltoon koskevan 10 luvun 1 §:n 4 momenttiin ja tutkintavankeuslain sosiaali- ja terveydenhuoltoon koskevan 6 luvun 1 §:n 4 momenttiin. Palveluvalikoiman periaatteita koskevaan esitykseen sisältyvät säännösehdotukset on pyritty kirjoittamaan niin, että ne olisivat sopusoinnussa edellä mainittuun hallituksen esitykseen sisältyvien säännösehdotusten kanssa.

Sosiaali- ja terveysministeriössä on vireillä hallituksen esitys sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain muuttamisesta. Esityksellä toteutetaan hallitusohjelman monituottajuuteen liittyvien kirjausten toinen vaihe. Tässä hankkeen toisessa vaiheessa tullaan arvioimaan hyvinvointialueen riittävään omaan palvelutuotantoon liittyvän sääntelyä ja keventämään sitä tarvittaessa. Hanke sisältää myös eräitä palvelusetelien käytön velvoittavuuteen liittyviä lakimuutoksia. Samassa yhteydessä on tavoitteena toteuttaa terveydenhuollon sisältöohjaukseen liittyviä lakimuutoksia. Hallituksen esitys on tarkoitus antaa eduskunnalle syksyllä 2026. Hankkeen valmisteluasiakirjat ovat julkisessa palvelussa osoitteessa <https://stm.fi/hankkeet> tunnuksella STM029:00/2025.

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.

Oikeusministeriössä on vireillä vankeuslain ja tutkintavankeuslain kehittämisen toinen vaihe. Hankkeessa jatketaan vankeuslain ja tutkintavankeuslain kehittämistä, ja siinä on tarkoitus tarkastella laajemmin kyseisen lainsäädännön muutostarpeita. Hallituksen esitysluonnos laiksi vankeuslain muuttamisesta ja siihen liittyviksi laeiksi on lausuttavana lausuntopalvelut-sivulla 9.3.–24.4.2026. Hallituksen esitysluonnoksen mukaan esityksellä ehdotettaisiin muutoksia vankeuslain sosiaali- ja terveydenhuoltoon koskevaan 10 lukuun, tutkintavankeuslain sosiaali- ja terveydenhuoltoon koskevaan 6 lukuun ja mielenterveyslakiin, mutta esitysluonnos ei sisällä

muutosehdotuksia palveluvalikoiman periaatteita koskevassa esityksessä muutettavaksi ehdotettuihin säännöksiin. Hallituksen esitys on tarkoitettu antamaan eduskunnalle keväällä 2026. Hankkeen valmisteluasiakirjat ovat julkisessa palvelussa osoitteessa <https://oikeusministerio.fi/hankkeet-ja-saadostuvalmistelu> tunnuksella OM085:00/2024.

## **10.2 Suhde talousarvioesitykseen**

Esityksellä ei ole vaikutuksia valtion talousarvioon.

## **11 Suhde perustuslakiin ja säätämisjärjestys**

### **11.1 Johdanto**

Palveluvalikoima muodostaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden ytimen, joten esitys on varsin merkityksellinen perustuslaissa ja kansainvälisillä ihmisoikeussopimuksilla turvattujen perus- ja ihmisoikeuksien näkökulmasta. Laissa säädettyillä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoiman periaatteilla tai niitä sovellettaessa ei voida ohittaa perustuslaissa säädettyjä tai kansainvälisillä ihmisoikeussopimuksilla turvattuja perus- ja ihmisoikeuksia eikä julkisen vallan velvollisuutta turvata niiden toteutuminen.

Esityksen kannalta merkityksellisiä ovat erityisesti perustuslain 1 § (valtiosääntö), 2 §:n 3 momentti (oikeusvaltioperiaate), 6 § (yhdenvertaisuus), 19 § (oikeus sosiaaliturvaan) ja siihen läheisesti liittyvä 7 § (oikeus elämään), 22 § (perusoikeuksien turvaaminen), 80 §:n 1 momentti (vaatimus säättää yksilön oikeuksien ja velvollisuuksien perusteista lailla) sekä 121 §:n 4 momentti (itsehallinto kuntia suuremmilla hallintoalueilla). Perustuslain 19 §:n lisäksi muilla perusoikeussäännöksillä määrätään osaltaan tapaa, jolla riittävien sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaamisvelvollisuus on täytettävä.

Lisäksi merkitystä on useilla kansainvälisillä ihmisoikeussopimuksilla. Sosiaali- ja terveydenhuollon kannalta keskeisiä kansainvälisiä ihmisoikeussopimuksia, joiden noudattamiseen Suomi on sopimusten osapuolena sitoutunut, ovat Yhdistyneiden kansakuntien taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskeva kansainvälinen yleissopimus (SopS 6/1976, jäljempänä TSS-sopimus), yleissopimus lapsen oikeuksista (SopS 59 ja 60/1991, jäljempänä lapsen oikeuksien sopimus), yleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista (SopS 26 ja 27/2016, jäljempänä vammaissopimus) sekä Euroopan neuvoston ihmisoikeuksien ja perusvapauksien suojaamiseksi tehty yleissopimus (SopS 18 ja 19/1990; sellaisena kuin se on myöhemmin muutettuna SopS 71 ja 72/1994, SopS 85 ja 86/1998, SopS 8 ja 9/2005, SopS 6 ja 7/2005 sekä SopS 50 ja 51/2010; jäljempänä Euroopan ihmisoikeussopimus) ja uudistettu Euroopan sosiaalinen peruskirja (SopS 78-80/2002).

### **11.2 Valtiosääntö ja oikeusvaltioperiaate**

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).

Esityksen suhdetta ihmisarvon loukkaamattomuuteen tulee arvioida samassa yhteydessä, kun arvioidaan esityksen suhdetta perustuslain 19 §:ssä turvattuihin oikeuksiin. Sosiaali- ja terveydenhuollossa ihmisarvon loukkaamattomuudella on yhteys erityisesti asiakkaan ja potilaan asemaan ja oikeuksiin, kuten asiakkaan ja potilaan hyvään kohteluun. Esityksen lähtökohtana on, että palveluvalikoiman periaatteita sovelletaan edellä kuvattujen asiakkaan ja potilaan oikeuksien edellyttämällä tavalla ja periaatteita tulee tulkita ottaen huomioon nämä oikeudet.

Perustuslain 2 §:n 3 momenttiin kirjatus oikeusvaltioperiaatteen mukaan julkisen vallan käytön tulee perustua lakiin ja kaikessa julkisessa toiminnassa on noudatettava tarkoin lakia. Lailla säätämisen vaatimus on johdettavissa yhtäältä perusoikeussäännösten nimenomaisista sääntelyvarauksista ja muista lakiviittauksista sekä lain alaa koskevasta perustuslain 80 §:n säännöksestä, jonka kannalta esitystä käsitellään jäljempänä.

### 11.3 Yhdenvertaisuus

Perustuslain 6 §:n 1 momentin mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä (yleinen yhdenvertaisuuslauseke). Perustuslain 6 §:n 1 momentin yleisen yhdenvertaisuuslausekkeen mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. Saman pykälän 2 momentin syrjintäkiellon 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. Pykälän 3 momentin mukaan lapsia on kohdeltava tasa-arvoisesti yksilöinä ja heidän tulee saada vaikuttaa itseään koskeviin asioihin kehitystään vastaavasti ja 4 momentissa säädetään sukupuolten tasa-arvon edistämisestä.

Yleinen yhdenvertaisuuslauseke ilmaisee ihmisten yhdenvertaisuutta ja tasa-arvoa koskevan pääperiaatteen, johon kuuluu muodollisen yhdenvertaisuuden ohella tosiasiallinen yhdenvertaisuus. Säännökseen sisältyy myös mielivallan kieltä ja vaatimus samanlaisesta kohtelusta samanlaisissa tapauksissa. Yhdenvertaisuusvaatimus kohdistuu myös lainsäätäjään. Lailla ei voida mielivaltaisesti asettaa ihmisiä tai ihmisryhmiä toisia edullisempaan tai epäedullisempaan asemaan. Lausekkeella ei kuitenkaan edellytetä kaikkien ihmisten kaikissa suhteissa samanlaista kohtelua, elleivät asiaan vaikuttavat olosuhteet ole samanlaisia. Yhdenvertaisuusnäkökohdilla on merkitystä sekä myönnettäessä lailla etuja ja oikeuksia että asetettaessa velvollisuuksia. Toisaalta lainsäädännölle on ominaista, että siinä kohdellaan tietyn hyväksyttävän yhteiskunnallisen intressin vuoksi ihmisiä eri tavoin muun muassa tosiasiallisen tasa-arvon edistämiseksi (HE 309/1993 vp, s. 42—43, PeVL 38/2006 vp, s. 2).

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 (syrjintäkielto). Säännös ei kiellä kaikenlaista erontekoa ihmisten välillä, vaan olennaista on, voidaanko erottelu perustella perusoikeusjärjestelmän kannalta hyväksyttävällä tavalla. Syrjintäkielto ei sinänsä estä tosiasiallisen tasa-arvon turvaamiseksi tarpeellista erityiskohtelua. Erilaisen kohtelun mahdollistavalle hyväksyttävälle perusteelle asetettavat vaatimukset ovat korkeat silloin, kun erottelu perustuu syrjintäkiellossa tarkoitettuihin henkilöön liittyviin syihin. 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). Keskeistä on, voidaanko kulloisetkin erottelut perustella perusoikeusjärjestelmän kannalta hyväksyttävällä tavalla (mm. PeVL 46/2006 vp, s. 2, PeVL 16/2006 vp s. 2).

Sosiaali- ja terveydenhuollon kannalta Suomea velvoittavissa kansainvälisissä ihmisoikeussopimuksissa syrjintäkielto on esitetty pitkälti samansisältöisenä kuin perustuslain 6 §:n 2 momentissa. TSS-sopimuksen 2 artiklan 2 kohdan syrjimättömyyden vaatimus on TSS-komitean mukaan läpileikkaava sopimusvelvoite (General Comment No. 20: Non-discrimination in economic, social and cultural rights (art. 2, para. 2), 2.7.2009, kohta 7). TSS-komitean mukaan TSS-sopimuksen mukaisten oikeuksien toteuttamisessa sopimusvaltioiden tulee kiinnittää riittävästi huomiota niihin ryhmiin, jotka kohtaavat historiallisesti tai jatkuvasti ennakkoluuloja, ja tarvittaessa ottaa käyttöön erityisiä keinoja, kuten positiivisen diskriminaation keinoja syrjinnän ehkäisemiseksi. TSS-komitea mainitsee terveydenhuoltopalveluissa kielivähemmistöjen tulkkauspalvelut sekä näkö- ja kuulovammaisille järjestettävät kohtuulliset mukautukset esimerkkinä pysyväsairautsoisista erityiskohtelun muodoista. (Gen. Com. No. 20, kohdat 8 ja 9)

YK:n vammaissopimuksen tarkoituksena on edistää, suojella ja taata kaikille vammaisille henkilöille täysimääräisesti ja yhdenvertaisesti kaikki ihmisoikeudet ja perusvapaudet sekä edistää vammaisten henkilöiden synnynnäisen arvon kunnioittamista. Vammaissopimus on tullut Suomessa voimaan 10.6.2016. Perustuslakivaliokunnan ennen tätä annetuissa lausunnoissa ilmaistut periaatteet ovat kuitenkin myös edelleen merkityksellisiä.

Lapsen oikeuksien sopimuksen 2 artiklan 1 kohta edellyttää oikeuksien kunnioittamista ja takaamista kaikille sopimusvaltioiden lainkäyttövallan alaisille lapsille ilman lapsen, hänen vanhempiansa tai muun laillisen huoltajansa vammaisuuteen tai muuhun henkilöön liittyvään syyhyn perustuvaa erottelua.

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. Palveluvalikoiman periaatteiden soveltamisessa kuitenkin eri asiakas- ja potilasryhmien ominaispiirteisiin, kohteluun ja oikeuksiin liittyvät erityistarpeet otettaisiin huomioon esimerkiksi tarveperiaatteen osana ja vaikuttavuuden arvioinnissa. Näissä tilanteissa palveluvalikoiman kohdentaminen ei perustuisi henkilöön liittyviin syihin, vaan kyseisen asiakas- tai potilasryhmän palvelutarpeisiin. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilön tulisi soveltaa palveluvalikoimasta annettuja suosituksia ja linjauksia asiakas- ja potilastyössä niin, että asiakkaan tai potilaan palvelu toteutuu yksilöllisen tarvearvion perusteella sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevan muun lainsäädännön mukaisesti.

Sekä lakiehdotusten myönteiset että mahdolliset kielteiset vaikutukset painottuisivat niihin henkilöihin, jotka käyttävät yksinomaan julkisia palveluja, verrattuna henkilöihin, joilla on käytössään laajat työterveyshuollon palvelut tai mahdollisuus käyttää yksityisiä palveluja. Periaatteiden tarkoituksena on kuitenkin kokonaisuutena tukea pitkällä aikavälillä väestön hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamista ja palvelujen yhdenvertaista saatavuutta koko maassa kohdentamalla toimintaa yhdenvertaisemmin, vaikuttavammin ja kustannusvaikuttavammin.

Esityksellä tavoitellaan myös yhteiskunnan käytettävissä olevien resurssien vaikuttavampaa kohdistamista sekä horisontaalisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen välillä että vertikaalisesti perustason ja erityistason palvelujen välillä. Terveydenhuollossa periaatteilla pyritään tukemaan perusterveydenhuollon sekä ennaltaehkäisevien ja terveystä edistävien

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

Palveluvalikoiman periaatteista säätäminen edistää hyvinvointialueiden järjestämän palvelutarjonnan yhdenmukaistamista maanlaajuisesti, mitä perustuslakivaliokunta on pitänyt myös perustuslain 6 §:n yhdenvertaisuussäännösten kannalta myönteisenä (PeVL 30/2013 vp s. 5). Palveluvalikoiman periaatteista säätämisen tavoitteena on, että yksilön saamat sosiaali- ja terveyspalvelut määrittäisivät hänen yksilöllisen palvelutarpeensa mukaisesti eivätkä henkilön asuinpaikan mukaan tai sen mukaan, millainen kyky hänellä tai hänen omaisillaan on vaatia toiveidensa mukaisia palveluja. Koska lakiehdotuksissa palveluvalikoimaa koskeva päätöksenteko perustuisi verrattain avoimesti määriteltyihin periaatteisiin, niiden vaikutus palveluvalikoiman yhdenmukaiseen soveltamiseen alueiden välillä olisi rajallinen. Lisäksi terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvoston (Palko) suositukset eivät ole sitovia, jolloin niiden käytännön soveltamisessa eri hyvinvointialueilla voi esiintyä erilaisia alueen organisaatiomalliin sekä alueen väestön tarpeisiin liittyviä painotuksia. Terveys- ja hyvinvointialueiden ammattihenkilöt puolestaan soveltavat Palkon suosituksia potilastyössä potilaskohtaisen yksilöllisen tarvearvion perusteella. Sosiaalihuollossa taas ei ole Palkoa vastaavaa kansallisia suosituksia antavaa toimijaa. Hallitus katsoo, että ehdotetuilla palveluvalikoiman periaatteilla on asiakkaiden ja potilaiden yhdenvertaisuutta edistävä luonne, mutta käytännössä yhdenvertaisuutta edistävät vaikutukset riippuvat merkittävässä määrin periaatteiden toimeenpanosta, kuten tulevista panostuksista kansalliseen suositustoimintaan, hyvinvointialueiden välisestä koordinaatiosta ja yhteistyöstä sekä periaatteiden huomioimisesta hyvinvointialueiden muussa kansallisessa ohjauksessa.

Yhdenvertaisuus ja ihmisarvon loukkaamattomuus läpileikkaavina periaatteina kiinnittävät erityistä huomiota yhdenvertaisuuden ja syrjimättömyyden vaatimuksiin palveluvalikoimaa koskevassa kokonaisuarkinnassa. Parhaimmillaan niiden toimeenpano osana palveluvalikoimaa koskevaa kokonaisuarkintaa voisi pitkällä aikavälillä edistää myös yhdenvertaisuuteen ja syrjimättömyyteen liittyvää tietoisuutta sosiaali- ja terveydenhuollossa, ja siten tukea haavoittuvassa asemassa olevien henkilöiden ja vähemmistöjen palveluihin liittyvien rakenteellisten haasteiden tai saavutettavuuden esteiden purkamista.

Hallituksen arvion mukaan esitys edistää perustuslain 6 §:ssä säädetyn yhdenvertaisuuden ja syrjimättömyyden toteuttamista.

#### **11.4 Oikeus sosiaaliturvaan ja oikeus elämään**

Esitystä arvioitaessa on tarkasteltava sitä, turvaavatko säännösehdotukset sosiaali- ja terveyspalveluiden toteutumisen perustuslain 19 §:n 1 ja 3 momentissa edellytetyllä tavalla ja myös muita perusoikeuksia ja ihmisoikeuksia noudattaen.

Perustuslain 19 §:n 1 momentin mukaan jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaan julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Perustuslain 19.1 §:ssä tarkoitettu oikeudesta välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon on säädetty subjektiivisena oikeutena, johon yksilö voi vedota suoraan perustuslain nojalla. Riittäviä sosiaali- ja terveyspalveluja koskeva perustuslain 19.3 § taas sisältää sääntelyvarauksen muodossa säädetyn lainsäätäjän turvaamisvelvollisuuden (PeVM 25/1994, s. 6.). Perustuslakivaliokunta on luonnehtinut 19 §:n 1 ja 3 momentin suhdetta siten, että 1 momentissa säädetään yksilölle kaikissa elämäntilanteissa kuuluvasta vähimmäisturvasta,

kun taas 3 momentissa säädetään julkisen vallan tämän ylitse ulottuvista sosiaaliturvavelvoitteista (PeVM 25/1994 vp, s. 10/II).

Perustuslain 19 §:n 1 momentissa tarkoitettulla 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, asumisen, hoivan ja hoidon järjestäminen. Tukijärjestelmistä turvaavat ihmisarvoisen elämän perusedellytyksiä myös eräät lasten, vanhusten, vammaisten ja kehitysvammaisten huoltoon kuuluvat tukitoimet, sekä terveydenhuollossa 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). Oikeus kiireelliseen sairaanhoitoon on eräs ihmisarvoisen elämän perusedellytyksiä turvaava tukijärjestelmä (HE 309/1993 vp, s. 69/II). Perustuslain 19 §:n 1 momentin mukainen oikeus on jokaiselle kuuluva subjektiivinen oikeus (PeVM 25/1994 vp, s. 10/II; ks. myös PeVL 31/1997 vp, s. 2/I; PeVL 18/2001 vp, s. 4/II). Säännöksen tarkoituksena on turvata ihmisarvoisen elämän edellytysten vähimmäistaso eli niin sanottu eksistenssiminimi.

Perustuslain 19 §:n mukainen oikeus välttämättömään huolenpitoon ja oikeus riittäviin terveystalouteihin turvaavat vakavimmissa tilanteissa perustuslain 7 §:ssä perusoikeutena turvattua oikeutta elämään (HE 309/1993 vp, s. 19/I, 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. Myös Euroopan ihmisoikeustuomioistuin on ottanut kantaa sopimusvaltioiden velvollisuuteen varmistaa lainsäädännöllä kiireellisen terveydenhuollon palveluiden toiminta oikeuden elämään turvaamiseksi Euroopan ihmisoikeussopimuksen 2 artiklan edellyttämällä tavalla (esim. Mehmet Şentürk and Bekir Şentürk v. Turkey, 13423/09 kohta 104, ECHR 2013; ja Elena Cojocaru v. Romania, 74114/12, kohdat 106, 111 ja 125, EHCR 2016).

TSS-sopimuksen 9 artiklan mukaan sopimusvaltiot tunnustavat jokaiselle oikeuden sosiaaliturvaan sosiaalivakuutus mukaan luettuna. Sopimuksen 11 artiklan perusteella sopimusvaltiot tunnustavat jokaiselle oikeuden saada itselleen ja perheelleen tyydyttävä elintaso perustuslain 19 §:n 1 momentin tarkoittamaa välttämätöntä huolenpitoa ja toimeentuloa vastaavasti. TSS-sopimuksen 12 artiklan 1 kohdassa määrätään siitä, että sopimusvaltiot tunnustavat jokaiselle oikeuden nauttia korkeimmasta saavutettavissa olevasta ruumiin- ja mielenterveydestä.

TSS-komitea esittää yleiskommentissa nro 14 (General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12), 11.8.2000) tulkintansa ihmisarvoista elämää edistävästä jokaisen oikeudesta nauttia korkeimmasta saavutettavissa olevasta ruumiin- ja mielenterveydestä. TSS-komitea toteaa, että saatavuus (availability), saavutettavuus (accessibility), hyväksyttävyyys (acceptability) ja laatu (quality) ovat terveyttä koskevan oikeuden olennaisia elementtejä. Saatavuus viittaa siihen, että toimivia julkisia terveydenhuollon tiloja, tavaroita, palveluja ja ohjelmia, mukaan lukien sairaaloita, terveyskeskuksia ja muita terveydenhuollon tiloja ja kilpailukykyistä palkkaa saavaa koulutettua henkilökuntaa, on oltava saatavilla riittävä määrä. Saavutettavuudella on eri tekijöitä, eli syrjimättömyys, fyysinen saavutettavuus, taloudellinen saavutettavuus (kohtuuhintaisuus) ja tiedon saavutettavuus. Hyväksyttävyyys edellyttää, että terveystalouteissa toimitaan lääkintäetiikan periaatteita kunnioittaen ja kulttuurisesti asianmukaisesti, mihin liittyy esimerkiksi potilaan oikeudet, hyvä kohtelu ja yksityisyyden suoja. Laatuun kuuluu se, että palvelut ovat lääketieteellisesti asianmukaisia ja hyvälaatuisia, mukaan lukien taitava

terveydenhuollon henkilökunta. Sopimusvaltion vallitsevista olosuhteista riippuu, kuinka eri tekijöitä sovelletaan ja millaisen merkityssisällön kukin tekijä saa.

Vastaavasti TSS-komitea esittää tulkintansa oikeudesta sosiaaliturvaan yleiskommentissa nro 19 (General Comment No. 19: The right to social security (art. 9), 4.2.2008). TSS-komitea toteaa, että keskeisinä elementteinä oikeudelle sosiaaliturvaan ovat saatavuus (availability), sosiaaliset riskit ja niihin varautuminen (social risks and contingencies), riittävyys (adequacy) ja saavutettavuus (accessibility). Oikeuteen sosiaaliturvaan liittyen saatavuus tarkoittaa, että sosiaaliturvajärjestelmän tulee kattaa erilaiset sosiaaliset riskit. Näitä ovat TSS-komitean mukaan terveydenhuolto, sairaudesta johtuva työkyvyttömyys, vanhuus, työttömyys, työtapaturmat, lapsiperheiden toimeentulo, äitiysvapaan aikainen toimeentulo, vammaisuus, lesken ja lapseneläke. Riittävyys viittaa siihen, että sosiaaliturvajärjestelmästä saatavien etuuksien ja palvelujen tulee tarjota riittävä toimeentulo, huolenpito ja hoito niitä tarvitseville. Saavutettavuus koskee sosiaaliturvan kattavuutta, ehtojen kohtuullisuutta ja avoimuutta, sosiaaliturvamaksujen edullisuutta, osallistumista ja tiedonsaantia sekä fyysistä saavutettavuutta.

TSS-komitean mukaan oikeus sosiaaliturvaan ja oikeus terveyteen, kuten kaikki ihmisoikeudet, asettavat sopimusvaltioille myös kolme yleistä velvollisuutta: velvollisuuden suojella, kunnioittaa ja toteuttaa oikeus sosiaaliturvaan ja oikeus terveyteen. TSS-komitea toteaa yleiskommenteissa 14 ja 19, että jokaisella sopimusvaltiolla on tietty harkintamarginaali sen suhteen, mitkä toimet parhaiten toteuttavat oikeutta sosiaaliturvaan ja oikeutta terveyteen kyseisen valtion erityisolosuhteissa. Yleissopimus kuitenkin edellyttää selvästi, että kunkin valtion on toteutettava kaikki tarvittavat toimenpiteet sen varmistamiseksi, että jokainen ihminen voisi mahdollisimman pian nauttia oikeudesta sosiaaliturvaan ja korkeimmasta saavutettavissa olevasta fyysisen ja psyykkisen terveyden tasosta. TSS-komitean mukaan näiden oikeuksien asteittainen toteuttaminen tarkoittaa sitä, että sopimusvaltioilla on erityinen ja jatkuva velvollisuus siirtyä mahdollisimman nopeasti ja tehokkaasti kohti TSS-sopimuksen 9 artiklan ja 12 artiklan täysimääräistä täytäntöönpanoa.

Sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyviä sopimusmääräyksiä on myös useassa muussa ihmisoikeussopimuksessa.

Uudistetun Euroopan sosiaalisen peruskirjan (SopS 78–80/2002) 11 artiklan 1 luetelmakohdan mukaan sopimuspuolet sitoutuvat varmistaakseen, että oikeutta terveyden suojeluun voidaan käyttää tehokkaalla tavalla, joko suoraan tai yhteistyössä julkisten tai yksityisten järjestöjen kanssa, ryhtymään asianmukaisiin toimiin, joiden tarkoituksena on muun muassa poistaa terveyttä heikentävät syyt mahdollisuuksien mukaan. Tämä kohta tarkoittaa sosiaalisten oikeuksien komitean mukaan muun muassa sitä, että sopimusvaltioiden on taattava kaikille yksilöille pääsy terveydenhuollon piiriin ilman syrjintää ja terveydenhuoltojärjestelmän täytyy olla tehokas ja kohtuuhintainen. Sopimuksen 13 artiklan 1 luetelmakohdan mukaan varmistaakseen, että oikeutta sosiaaliavustukseen ja lääkinnälliseen apuun voidaan käyttää tehokkaalla tavalla, sopimuspuolet sitoutuvat varmistamaan, että jokaiselle, jolla ei ole riittäviä tuloja tai varoja ja joka ei pysty hankkimaan tällaisia tuloja tai varoja joko omin avuin tai muista lähteistä, etenkin sosiaaliturvajärjestelmän tarjoamista etuuksista, annetaan riittävää apua ja sairastapauksissa kyseisen tilan vaatimaa hoitoa. Sopimuksen 14 artiklan mukaan sopijapuolet sitoutuvat edistämään ja järjestämään palveluita, jotka sosiaalityön menetelmiä käyttäen osaltaan edistävät yhteiskunnassa sekä yksilöiden että ryhmien hyvinvointia ja kehitystä sekä näiden sopeutumista sosiaaliseen ympäristöönsä.

Vammaissopimuksen 19 artiklalla turvataan vammaisten henkilöiden yhdenvertainen oikeus elää yhteisössä. Sopimuspuolten tehtävänä on turvata tehokkaat ja asianmukaiset toimet, jotta

vammaiset henkilöt pystyvät nauttimaan tästä oikeudesta täysimääräisesti. Sopimuspuolten tulee myös varmistaa, että saatavilla on valikoima kotiin annettavia palveluita sekä asumis- ja laitospalveluita sekä muita yhteiskunnan tukipalveluita mukaan lukien henkilökohtaista apua, jota tarvitaan tukemaan elämistä ja osallisuutta yhteisössä sekä estämään eristämistä tai erottelua yhteisöstä. Yleissopimuksen 20 artiklan mukaan sopimuspuolet toteuttavat tehokkaat toimet varmistaakseen vammaisille henkilöille mahdollisimman itsenäisen henkilökohtaisen liikkumisen.

Vammaissopimuksen 25 artiklassa määrätään terveydestä. Vammaissopimuksen 25 artiklan 1 kohdan mukaan sopimuspuolet tunnustavat, että vammaisilla henkilöillä on oikeus parhaaseen mahdolliseen terveyden tasoon ilman syrjintää vammaisuuden perusteella. Sopimuspuolet toteuttavat kaikki asianmukaiset toimet varmistaakseen sukupuolisensitiivisten terveydenhuoltopalvelujen saatavuuden vammaisille henkilöille, terveyteen liittyvä kuntoutus mukaan lukien. Artiklan 2 kohdan mukaan sopimuspuolten tulee muun muassa erityisesti järjestää vammaisille henkilöille samanlaajuiset, -laatuiset ja -tasoiset maksuttomat tai kohtuuhintaiset terveydenhuoltopalvelut ja -ohjelmat kuin muille; järjestää ne terveydenhuoltopalvelut, joita vammaiset henkilöt tarvitsevat erityisesti vammaisuutensa vuoksi; sekä järjestää nämä terveydenhuoltopalvelut mahdollisimman lähellä ihmisten omia yhteisöjä, myös maaseutualueilla.

Lapsen oikeuksien sopimuksen 24 artiklan 1 kohdan mukaan sopimusvaltiot tunnustavat, että lapsella on oikeus nauttia parhaasta mahdollisesta terveydentilasta sekä sairauksien hoitamiseen ja kuntoutukseen tarkoitetuista palveluista. Yleissopimuksen 24 artiklan 2 kohdan mukaan sopimusvaltiot pyrkivät tämän oikeuden täysimääräiseen toteuttamiseen ja ryhtyvät asianmukaisiin toimiin erityisesti muun muassa varmistaakseen, että kaikki lapset saavat välttämättömän lääkärin- ja terveydenhoidon, jossa painottuu perusterveydenhoidon kehittäminen ja taatakseen asianmukaisen terveydenhoidon odottaville ja synnyttäneille äideille. Sopimuksen 3 artiklan mukaan kaikissa julkisen tai yksityisen sosiaalihuollon, tuomioistuinten, hallintoviranomaisten tai lainsäädäntöelimien toimissa, jotka koskevat lapsia, on ensisijaisesti otettava huomioon lapsen etu.

Perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaan julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveysterveystoimet 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 tarkoitettut ”riittävät palvelut” eivät perustuslain 19 §:n 3 momentissa tarkoitettussa mielessä voi samastua vain saman pykälän 1 momentin mukaiseen viimesijaiseen turvaan (PeVL 10/2009 vp, s. 3/II). Perustuslain 19 §:n 3 momentin säännös viittaa etenkin palvelujen saatavuuden turvaamiseen. Perustuslain 19 §:n 3 momentissa mainitulle oikeudelle riittäviin sosiaali- ja terveysterveystoimiin on vakiintunut tietty oikeudellinen sisältö ja arviointiperusteet. Palvelujen riittävyyttä 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 terveysterveystoimien järjestämistä nykyiseen lainsäädäntöön, vaan edellyttää riittävien palvelujen turvaamista jokaiselle, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään. Perustuslakivaliokunta on katsonut, että viittaus jokaiseen sosiaali- ja terveysterveystoimiin oikeutettuna edellyttää viime kädessä

yksilökohtaista arviointia palvelujen riittävydestä (PeVL 30/2013 vp, s. 3/I, PeVL 17/2021 vp, kappale 71).

Perustuslakivaliokunnan mukaan perustuslaillinen ongelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevassa lainsäädännössä suhteessa perustuslain 19 §:n 3 momenttiin saattaa syntyä, jos ehdotettuun lainsäädäntöön sisältyy joitakin rakenteellisia ongelmia, jotka suurella todennäköisyydellä johtavat siihen, että oikeuksien toteutuminen tosiasiallisesti vaarantuu (PeVL 17/2021 vp, kappale 74, PeVL 26/2017 vp, s. 37—38). Perustuslain 19 §:n 3 momentti myös asettaa lainsäätäjälle positiivisen toimintavelvoitteen edistää väestön terveyttä. Väestön terveyden edistämisvelvoite viittaa yhtäältä sosiaali- ja terveydenhuollon ehkäisevään toimintaan ja toisaalta yhteiskunnan olosuhteiden kehittämiseen väestön terveyttä edistävään suuntaan (HE 309/1993 vp, s. 71).

Terveydenhuoltolaissa, sosiaalihuoltolaissa ja muussa lainsäädännössä säädetään siitä, mitä palveluja hyvinvointialueen ja muiden julkisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelunjärjestäjien tulee järjestää. Siten lainsäätäjät toteuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännöllä perustuslain 19 §:n 3 momentissa säädettyä toimeksiantoa säätää lailla riittävästä sosiaali- ja terveystalvuluista. Lailla ei kuitenkaan säädetä eikä voida säätää yksittäisistä palveluista yksityiskohtaisesti, koska sosiaali- ja terveydenhuolto on toteutettava tilannekohtaisesti yksilöllisen tarpeen perusteella. Nyt ehdotettu palveluvalikoimaa koskeva sääntely ohjaisi niitä valintoja, joita palveluiden järjestämisessä tehdään.

Lakiehdotusten tavoitteena on täsmentää ja selventää riittäviä palveluja koskevaa julkisen vallan turvaamisvelvollisuutta tarjoamalla yhtenäiset lailla säädetty periaatteet palveluvalikoimaa koskevalle päätöksenteolle. Ehdotettu sääntely mahdollistaa palveluvalikoiman määrittelyä ja kohdentamista asiakkaiden ja väestön tarpeiden perusteella yhdenvertaisuutta, turvallisuutta, vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta painottaen. Yhtenäiset periaatteet tukevat terveydenhuollon palvelujen ja menetelmien sekä sosiaalihuollon palvelujen ja työmuotojen hallittua ja valtakunnallisesti yhdenmukaista käyttöönottoa, käyttöä ja käytöstä poistamista sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimuksen, mahdollisuuksien ja käytäntöjen jatkuvasti kehittyessä.

Lakiehdotukset ovat sopusoinnussa perustuslain 7 §:n ja 19 §:n 1 momentin kanssa. Palveluvalikoiman periaatteilla ei muutettaisi jokaisen oikeutta kiireelliseen hoitoon ja kiireellisiin sosiaalipalveluihin. Palveluvalikoiman periaatteilla ei myöskään muuteta sosiaalihuollon lakisääteisiä palveluja, joten periaatteista säätämällä ei muuteta sosiaalihuoltolain 3 luvussa säädettyjä asiakkaalle myönnettäviä palveluja esimerkiksi välttämättömän huolenpidon turvaamiseen liittyvissä tilanteissa. Terveydenhuollossa 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 terveys- ja hyvinvointihyöty sekä hoidollinen arvo huomioon ottaen.

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. Palveluvalikoiman periaatteita tulee tulkita ja soveltaa perus- ja ihmisoikeusmyönteisesti ja noudattaa asiakkaan ja potilaan asemaa ja oikeuksia koskevia säännöksiä.

Lakiehdotuksilla muutettaisiin kansallisen ja hyvinvointialueiden toteuttaman sisältöohjauksen sääntelyä, jotta erilaiset palvelujen sisältöä määrittävät valinnat tehtäisiin jatkossa yhtenäisten periaatteiden mukaisesti. Perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaisista riittävästä sosiaali- ja terveyspalveluista on säädetty järjestämisvastuuta määrittävässä lainsäädännössä, ja toisaalta yksilön asemaa ja oikeuksia, palvelujen yksilökohtaista myöntämistä ja toteuttamista sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammattieettisiä velvollisuuksia koskevissa säännöksissä. Edellä kuvaillussa sääntelyn systematiikassa hyvinvointialueilla on yleinen toimivalta päättää palvelujen järjestämisestä ja toteuttamisesta perus- ja ihmisoikeuksien, yleisen palvelulainsäädännön sekä yksilön asemaa ja oikeuksia ja yksilölle lakisääteisesti annettavia palveluja koskevien velvoitteiden mukaisesti. Hyvinvointialue käyttää yleistä toimivaltaansa muun muassa päättämällä toimintasuunnitelmasta ja talousarviosta, palvelutasopäätöksillä, omavalvonnalla, sekä palvelujen sisältöä koskevalla toiminnanohjauksella. Hyvinvointialueella terveydenhuollon sisältöohjauksesta vastaa terveydenhuoltolain 57 §:ssä tarkoitettu vastaava lääkäri ja sosiaalihuollon sisältöohjauksesta vastaa sosiaalihuollon toimialajohto sekä mahdollinen hyvinvointialueen hallintosäännössä tarkoitettu sosiaalihuollon vastaava viranhaltija.

Hyvinvointialueella sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt toteuttavat potilaan ja asiakkaan yksilökohtaisia palveluja hyvinvointialueen vastaavan lääkärin sekä sosiaalihuollon toimialajohdon toiminnanohjauksessa määrittelemien palvelupolkujen, käytäntöjen ja ohjeiden sekä asiakkaan ja potilaan asemaa ja oikeuksia koskevan lainsäädännön ja lakisääteisten ammattieettisten velvoitteidensa mukaisesti. Sosiaali- ja terveyspalvelujen tarveperustaisuuden takia hyvinvointialueen tulee mahdollistaa palvelun toteuttaminen yksilöllisen tarpeen mukaisesti.

Ehdotetun sääntelyn arvioidaan mahdollistavan jatkossakin riittävällä tavalla perustuslakivaliokunnan edellyttämän yksilökohtaiseen arvioon perustuvan palvelujen toteuttamisen. Esimerkiksi terveydenhuollossa lääkäri tai hammaslääkäri valitsee käytettävän hoitomenetelmän mahdollisten palveluvalikoimaa koskevien linjausten mukaisesti, ellei potilaan terveydentilan takia ole perusteltua toimia toisin. Kyse voi esimerkiksi olla siitä, ettei tietyn menetelmän käytöstä annetussa suosituksessa ole arvioitu käyttöä tietyille sairauden alatyypeille tai uusille käyttöaiheille tai että kyseiseen tarpeeseen yleisesti suositeltu menetelmä ei potilaan terveydentilaan liittyvästä syystä sovellu hänen hoitoonsa, eikä tarjolla ole muuta potilaan yksilölliseen hoidontarpeeseen sopivaa vaikuttavaa vaihtoehtoa. Tällöin terveydenhuollon ammattihenkilön tulee toimia koulutuksensa ja asiantuntemuksensa mukaisesti. Lisäksi terveydenhuollossa ammattihenkilö voi ehdotetun terveydenhuoltolain 7 a §:n 4 momentissa tarkoitetuissa tilanteissa käyttää palveluvalikoimaan kuulumatonta menetelmää potilaan hengen pelastamiseksi tai vakavan vamman välttämiseksi yksilöllisin perustein. Sosiaalihuollossa ammattihenkilö soveltaa hyvinvointialueen palveluvalikoimaa koskevia ohjeita ja linjauksia siltä osin, kuin ne ovat kussakin asiakastilanteessa relevantteja, ja toteuttaa palvelua sekä käyttää siihen kuuluvia työmuotoja sosiaalihuoltolain 4 §:n perusteella asiakkaan edun sekä muiden sosiaalipalvelujen toteuttamista koskevien säännösten mukaisesti.

Ehdotetussa sääntelyssä yhtenä tavoitteena on vahvistaa perustuslain 19 §:n 3 momentissa tarkoitettua julkisen vallan velvollisuutta edistää väestön terveyttä. Lakiehdotuksilla tavoiteltava palveluvalikoiman ohjaaminen mahdollistaa resurssien kohdentamista sellaisiin palveluihin ja menetelmiin, joilla on vaikuttavuutta väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen sekä hyvinvointi- ja terveyserojen vähentämisen näkökulmasta.

Periaatteilla edistetään myös riittävien sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaamista yksilötasolla, kun palveluja kohdennettaisiin vaikuttavasti. Lakiehdotukset tukevat 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 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 tällöin toiminnasta, jolla saavutettava vaikutus yksilön terveyteen tai hyvinvointiin olisi riittämätön tai epävarma suhteessa toiminnan turvallisuuteen tai kustannuksiin. Kun vähähyötyisiä palveluja tai hoitoja voitaisiin periaatteiden soveltamisen avulla rajata palveluvalikoimasta, vapautuisi julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon resursseja terveyshyödytään vaikuttavampien menetelmien käyttöön. Palveluvalikoiman periaatteilla ei rajata ketään yksilöä tai asiakas- tai potilasryhmää kokonaan palvelujen tai hoidon ulkopuolelle, vaan ohjataan sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan kohdentamista. Jos henkilöllä on palvelun- tai hoidontarve, mutta jokin hänen hoitoonsa tai palveluntarpeeseensa liittyvä palvelu, menetelmä tai työmuoto on rajattu palveluvalikoiman ulkopuolelle, hänelle myönnettävässä sosiaalipalvelussa tai hänen hoidossaan käytetään palveluvalikoimaan kuuluvia muita sosiaalihuollon palveluja ja työmuotoja tai terveydenhuollon palveluja ja menetelmiä tai ehdotetun terveydenhuoltolain 7 a §:n 4 momentin tarkoittamissa tilanteissa palveluvalikoimaan kuulumatonta menetelmää yksilölliseen arviointiin perustuen.

Palveluvalikoiman periaatteista säätämiseen liittyy edellä lakiehdotusten vaikutustenarvioinnissa esitettyjä riskejä siitä, että palvelujen järjestäjät rajaisivat terveydenhuollon palveluja ja menetelmiä tai sosiaalihuollon palveluja ja työmuotoja palveluvalikoiman ulkopuolelle laajemmin, kuin lakiehdotuksilla on tarkoitettu tehtävän. Kyse olisi käytännössä alueellisissa linjauksissa tilanteista, joissa väestön tai potilas- ja asiakasryhmien tarpeita olisi jätetty huomioimatta tai joissa kustannukset olisi nostettu päätöksenteon ensisijaiseksi perustaksi periaatteiden tasapainoisen, kokonaisharkintaan perustuvan soveltamisen sijaan. Siten riski koskisi käytännössä toimintaa, jossa lailla säädettyjä palveluvalikoiman periaatteita ei tosiasiallisesti noudatettaisi. Mainittuihin tilanteisiin tulisi tällöin puuttua sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa ohjauksessa sekä laillisuusvalvonnan keinoin. Potilaalle ja asiakkaalle käytettävissä olevan muistutuksen ja kantelun lisäksi sosiaalihuollon asiakkaalla on mahdollisuus tehdä oikaisuvaatimus hyvinvointialueelle ja hakea muutosta hyvinvointialueen tekemään päätökseen valittamalla hallintotuomioistuimeen.

Esityksessä tunnistettujen, periaatteiden vastaiseen liian laajaan palveluvalikoiman rajaamiseen liittyvien riskien todennäköisyys arvioidaan verraten pieneksi. Riskiä pyritään vähentämään ehdotetuilla muutoksilla sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain 36 §:n 3 momentin 8 kohtaan, jossa säädettäisiin velvollisuudesta sopia hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksessa hyvinvointialueiden työnjaosta, yhteistyöstä ja yhteensovittamisesta palveluvalikoiman soveltamista ja siihen liittyvää ohjausta koskien. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa ohjauksessa ja laillisuusvalvonnassa voidaan puuttua lainvastaisiin linjauksiin ja rajauksiin. Siten voidaan todeta, että ehdotettu lainsäädäntö ei vaarantaisi perustuslain 19 §:n 3 momentissa tarkoitettuja oikeuksia.

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.

## 11.5 Perusoikeuksien turvaaminen

Perustuslain 22 §:n mukaan julkisen vallan on turvattava perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien toteutuminen. Säännöksessä ei ole määritelty niitä keinoja, joilla julkisen vallan tulee turvaamisvelvollisuutensa toteuttaa. Keinovalinta jää kussakin tapauksessa erikseen harkittavaksi. Valittavat keinot saattavat myös vaihdella huomattavasti. Keskeisiin keinoihin kuuluvat perusoikeuden käyttöä turvaavan ja täsmentävän lainsäädännön säätäminen sekä taloudellisten voimavarojen kohdentaminen (HE 309/1993 vp, s. 75).

Laissa säädetyillä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoiman periaatteilla tai niitä sovellettaessa ei voida jättää ottamatta huomioon perustuslaissa säädettyä eikä julkisen vallan velvollisuutta turvata perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien toteutuminen. Tämän painottamiseksi lakiehdotuksiin palveluvalikoiman periaatteista ehdotetaan sisällytettäväksi yhdenvertaisuuden ja ihmisarvon loukkaamattomuuden läpileikkaavat periaatteet.

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.

## 11.6 Vaatimus säätää yksilön oikeuksien ja velvollisuuksien perusteista lailla

Lakiehdotukset ovat merkityksellisiä perustuslain 80 §:ssä säädetyn yksilön oikeuksien ja velvollisuuksien perusteita koskevan lailla säätämisen vaatimuksen kannalta. Perustuslain 80 §:n 1 momentin mukaan yksilön oikeuksien ja velvollisuuksien perusteista sekä asioista, jotka perustuslain mukaan muuten kuuluvat lain alaan, on säädettävä lailla.

Lailla säätämisen vaatimus ilmentää yleisempää periaatetta, jonka mukaan perusoikeuksien käyttämisen kannalta keskeisistä seikoista on säädettävä lailla. Perustuslakivaliokunta on soveltanut tätä periaatetta esimerkiksi arvioidessaan säännöstä, jota on noudatettava säänneltäessä toimeentulotukea, joka toteuttaa nykyisin perustuslain 19 §:n 1 momentissa taattua oikeutta välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon (PeVL 31/1997, s. 3 ja 20/1998 vp, s. 5), sekä tilapäistä suojelua saaville henkilöille järjestelykeskuksissa toimeentulotuen sijasta annettavaa välttämätöntä huolenpitoa ja toimeentuloa (PeVL 18/2001 vp, s. 3–4).

Perustuslakivaliokunnan käytännössä lailla säätämiseen vaatimukseen on vakiintuneesti katsottu sisältyvän edellytys sääntelyn täsmällisyydestä ja tarkkarajaisuudesta sekä selkeydestä ja ymmärrettävyydestä (esim. PeVL 79/2022 vp; PeVL 44/2024 vp; PeVL 13/2020 vp; PeVL 2/2018 vp). Valiokunta on varsin usein kiinnittänyt huomiota sääntelyn muodostumiseen sekavaksi ja vaikeasti hahmottuvaksi (esim. PeVL 34/2024, kappale 7; PeVL 4/2021 vp, kappale 13; PeVL 47/2006 vp, s. 2/I; PeVL 43/2006 vp, s. 2/I, PeVL 41/2006 vp, s. 2/I, PeVL 25/2005 vp, s. 5). Valiokunta on edellyttänyt, että sääntelyn kohderyhmän tulee kyetä ilman vaikeuksia soveltamaan säännöksiä (esim. PeVL 34/2024, kappale 7; PeVL 4/2021 vp, kappale 13; PeVL 60/2014 vp, s. 3/I). Valiokunta on kiinnittänyt huomiota myös siihen, että vaikeaselkoisuudella voi olla viranhaltijoiden oikeusturvaa heikentävää merkitystä (PeVL 44/2024 vp, kappaleet 5–6; PeVL 79/2022 vp, kappale 9; PeVL 4/2021 vp, kappale 13). Sääntelyn vaikeaselkoisuuden on katsottu voivan johtaa myös tilanteeseen, jossa esimerkiksi

eri kunnissa lakia sovelletaan perustuslain 6 §:n yhdenvertaisuusäännöksen kannalta ongelmallisesti (PeVL 45/2016 vp, s. 3).

Lailla säättämisen vaatimuksen sääntelylle asettamien edellytysten on kuitenkin tarkemmin katsottu riippuvan tilanteesta. Täsmällisyysvaatimuksen on katsottu korostuvan sääntelyn ollessa erityisen perusoikeus- ja ihmisoikeusherkkää (PeVL 44/2024 vp ja PeVL 79/2022 vp). Perustuslakivaliokunnan mukaan sääntelyn selkeyteen on syytä kiinnittää erityistä huomiota perusoikeuskysymyksissä sääntelyssä, joka koskee luonnollisia henkilöitä heidän tavanomaiseen elämäänsä kuuluvissa toiminnoissa (vammaispalvelut PeVL 44/2024 vp, kappaleet 5–6 ja PeVL 79/2022 vp, kappale 9; työttömyysturva PeVL 70/2022 vp, kappale 12). Toisaalta perustuslakivaliokunta on katsonut, että väljempää sääntelytapaa voidaan tietyissä rajoissa perustella asian erityisluonteella ja siihen liittyvällä sääntelyn käytännön sovellettavuudella (vammaispalvelulaki PeVL 44/2025 vp, s. 4; sosiaalihuoltolaki PeVL 36/2014 vp, s. 2–3ks. myös vammaispalvelulaista PeVL 44/2024 vp, kappaleet 5–6 ja PeVL 79/2022 vp, 9–10).

Subjektiivisilta oikeuksilta säättämislähtöisyys taas on edellytetty korkeampaa täsmällisyystasoa kuin muun luonteisilta oikeuksilta (PeVL 44/2024 vp; PeVL 79/2022 vp; PeVL 54/2014 vp s. 2; vrt. PeVL 36/2014 vp, s. 2–3). Perustuslakivaliokunta on korostanut lainsäätäjän velvollisuutta säätää perustuslain subjektiivisina oikeuksina turvaamista oikeuksista täsmällisesti siten, että yksilöillä on riittävät tosiasialliset mahdollisuudet päästä oikeuksiinsa (PeVL 54/2014 vp s. 2; PeVL 20/1998 vp, s. 3–4; PeVL 31/1997 vp, s. 3).

Perustuslakivaliokunta on pitänyt sosiaalihuoltolain palveluja koskevaa sääntelyä ”perusoikeuksien toteutumisen kannalta merkitykselliselle lainsäädännölle asetettavan täsmällisyysvaatimuksen näkökulmasta melko väljänä”, mutta asian ja sääntelyn luonne huomioiden kuitenkin riittävän täsmällisenä (PeVL 36/2014 vp, s. 2–3). Perustuslakivaliokunta kiinnitti huomioita siihen, että lakiehdotuksen perusoikeuksien turvaamisen kannalta keskeisessä 3 luvussa sääntely oli suurelta osin kuntien toimintaa ohjaavaa. Sen sijaan lakiehdotukseen sisältyi hyvin harvoja konkreettisia kunnan erityiseen järjestämisvelvollisuuteen kuuluvia subjektiivisia oikeuksia. Perustuslakivaliokunta kuitenkin totesi, että ainakin osin tämä selittyi sosiaalipalvelujen luonteella sekä sillä, että sosiaalihuoltolaki on pitkälti sosiaalihuoltoa koskeva yleislaki. Valiokunnan mukaan keskeistä oli lakiehdotuksen säännös sosiaalihuoltolain suhteesta erityislainsäädäntöön. Lakiehdotuksen 2 §:n 1 momentin mukaan henkilöön sovelletaan parhaiten asiakkaan etua toteuttavia säännöksiä, jos hänellä on muun lain nojalla oikeus sosiaalihuollon saamiseen (PeVL 36/2014 vp, s. 2–3).

Määrärahasidonnaisista palveluista voidaan säätää subjektiivisia oikeuksia väljemmin kuvaamalla erilaisten sosiaalipalvelujen sisältöä ja tavoitteita sekä palvelujen saamisen yleisiä edellytyksiä. Määrärahasidonnaisten palvelujen myöntämistä on myös vakiintuneesti katsottu hyväksyttäväksi tarkemmin ohjata kunnan ja sittemmin hyvinvointialueiden lainsäädäntöä täsmäntävillä soveltamisohjeilla. Ohjeilla ei kuitenkaan voida sulkea pois yksilöllistä tarvearviointia ja sääntelyn tulisi joka tapauksessa olla siinä määrin täsmällistä, ettei asiakkaiden tai viranhaltijoiden oikeusturva vaarannu.

Täsmällisyysvaatimuksen näkökulmasta erottelu määrärahasidonnaisiin ja subjektiivisiin oikeutena myönnettäviin palveluihin ei ole käytännön tilanteissa yksiselitteinen. Sama sosiaalihuoltolain mukainen palvelu voi olla toiselle lain soveltamisalan piirissä olevalle henkilölle välttämättömän huolenpidon turvaamista ja olla samalla toiselle asiakkaalle vähemmän kriittinen. Vaikka välttämättömän huolenpidon ja lapsen terveyden ja kehityksen turvaaviin palveluihin on sosiaalihuoltolain perusteella sinällään subjektiivinen oikeus, saattaa

tarpeisiin olla mahdollista vastata useammalla vaihtoehtoisella palvelulla sosiaalihuoltolain sisällä ja huomioiden myös erityislainsäädäntöön sisältyvät perustason palvelut (esim. sosiaalihuoltolain mukaiset asumispalvelut ja kotihoito sekä erityislainsäädäntöön perustuvat perhehoito ja omaishoito). Täten sosiaalihuollon ammattihenkilön koulutuksensa ja asiantuntemuksensa pohjalta toteuttamalle yksilökohtaiselle harkinnalle on ollut välttämätöntä jättää sosiaalihuoltolain sääntelyssä riittävästi tilaa.

Terveyspalveluvalikoimaa koskevan 7 a §:n säätämisen yhteydessä perustuslakivaliokunta myös katsoi tarpeelliseksi arvioida palveluvalikoimaneuvoston tehtäviä perustuslain 80 §:n 2 momentin kannalta liittyen terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvostolle (Palko) ehdotettuun toimivaltaan antaa palveluvalikoimasta sitovia linjauksia (HE 103/2013 vp, PeVL 30/2013 vp, s. 4–5). Sen mukaan muu kuin pykälän 1 momentissa mainittu viranomaisen voidaan lailla valtuuttaa antamaan oikeussääntöjä määrätyistä asioista, jos siihen on sääntelyn kohteeseen liittyviä erityisiä syitä eikä sääntelyn asiallinen merkitys edellytä, että asiasta säädetään lailla tai asetuksella. Nykyisin terveydenhuoltolain 7 a §:ssä on säädetty vain palveluvalikoiman ulkopuolelle rajaamista koskevista kriteereistä ja mahdollisuudesta käyttää palveluvalikoimaan kuulumatonta menetelmää yksilöllisin perustein. Pykälästä säädettyä perustuslakivaliokunta katsoi kriteereiden ja niiden velvoittavuuden jäävän varsin yleiselle tasolle ja siten jättävän Palkolle liikaa harkintavaltaa siihen nähden, että ehdotuksen mukaan sen tehtävänä olisi toimia palveluvalikoiman määrittelystä sitovasti vastaavana toimielimenä (PeVL 30/2013 vp, s. 4 II). Sosiaali- ja terveysvaliokunta ehdotti lopulta mietinnössään toimielimen tehtäväksi suositusten antamista sitovien päätösten sijaan (StVM 23/2013 vp).

Kuten edellä on todettu, lakisäätöisten palveluiden perusteista on säädetty säätämällä terveydenhuoltolaissa, sosiaalihuoltolaissa ja muissa palveluja koskevissa laeissa. Tällä sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännöllä lainsäätäjät toteuttaa perustuslain 19 §:n 3 momentissa säädettyä toimeksiantoa riittävien sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaamisesta säätämiseksi. Nyt ehdotettu palveluvalikoimaa koskeva sääntely ohjaisi niitä valintoja, joita palveluiden järjestämisessä tehdään.

Nykytilassa hyvinvointialueet ovat sitoutuneet noudattamaan palveluvalikoimaneuvoston suosituksia, mutta suositukset kattavat vain rajatun osan palveluvalikoimasta. Muulta osin palveluvalikoima määrittyy epäsuorasti hyvinvointialueilla terveydenhuoltolain 57 §:ssä tarkoitetun vastaavan lääkärin ohjauksen, terveydenhuollon ammattikuntien itsesääntelynä antamien hoitosuosituksen sekä terveydenhuollon ammattihenkilöiden toiminnan kautta. Palveluvalikoiman määrittely ja soveltaminen jakautuvat siten kansallisen ja alueellisen tason päätöksentekoon, joista saatavia suosituksia ja linjauksia ammattihenkilöt soveltavat työssään. Terveyspalvelujen toteuttamisessa on pitkälti kyse tosiasiallisesta hallintotoiminnasta, jota vastaava lääkäri ohjaa toimintaohjeillaan palvelunjärjestäjän lukuun.

Esityksellä tavoitellaan keskeisenä muutoksena lailla säädettyä perustaa palveluvalikoimaa koskevalle päätöksenteolle sosiaalihuollossa sekä palveluvalikoimaa koskevan päätöksenteon perusteiden täsmentämistä terveydenhuollossa. Käytännössä merkittävä osa terveydenhuollon palvelujen ja menetelmien käyttöönotosta, käytöstä ja käytöstä poistamisesta tapahtuu tilannekohtaisesti piilopriorisoinnin kautta, koska palveluvalikoimaneuvoston kansalliset suositukset kattavat vain rajatun osan palveluvalikoimasta ja lainsäädäntö jättää merkittävän osan terveydenhuollon palveluvalikoiman sisältöä koskevista valinnoista yksittäisen ammattihenkilöiden harkinnan varaan. Vaikka terveydenhuollon ammattilaiset käyttävät edellä mainittua harkinnanvaltaa koulutuksensa ja ammattitoimintaansa sitovan lainsäädännön puitteissa, piilopriorisointi on potilaiden yhdenvertaisuuden kannalta ongelmallista, koska sekä valintojen perustana olevat näkökohdat että niiden lopputulemat voivat vaihdella päätöksentekijästä riippuen.

Sosiaalihuollon lainsäädännössä ei ole nykyisin nimenomaisia sosiaalihuollon palvelujen ja työmuotojen käyttöönottoa, käyttöä ja käytöstä poistamista koskevia kriteereitä. Sosiaalihuollon ammattihenkilöt tekevät palveluja ja niissä käytettäviä työmuotoja koskevia valintoja osana asiakastyötä koulutuksensa ja ammattitoimintaansa sitovan lainsäädännön puitteissa. Siten myös sosiaalihuollon palvelujen ja työmuotojen käyttöönotto, käyttö ja käytöstä poistaminen perustuu pitkälti asiakaskohtaisiin tilanteisiin ja ammattihenkilön harkintaan, millä yhtäältä varmistetaan sosiaalipalvelujen tarveperustaisuutta, mutta mikä toisaalta sisältää asiakkaiden yhdenvertaisuuden kannalta ongelmallisen piilopriorisoinnin mahdollisuuden. Palvelupäätöstä koskevalla asiakkaan muutoksenhakuoikeudella osaltaan varmistetaan, että päätökset ovat lainmukaisia ja riittävällä tavalla perusteltuja. Muutoksenhakuoikeus ei kuitenkaan ulotu tosiasialliseksi hallintotoiminnaksi katsottavaan palvelun toteuttamiseen työmuotojen tasolla.

Käyttöönottoa, käyttöä ja käytöstä poistamista koskevien valintojen jääminen yksittäisten sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden tilannekohtaisen harkinnan ja piilopriorisoinnin varaan on myös hyvinvointialueen riittäviä sosiaali- ja terveyspalveluja koskevan järjestämistehtävän kannalta ongelmallista. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen kuuluu välttämättä jännite yksilöllisen tarpeen ja toisaalta asiakkaiden ja potilaiden yhdenvertaisuuden sekä väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen välillä. Hyvinvointialueella on kuitenkin järjestämistehtävänsä perusteella velvollisuus pyrkiä tasapainottamaan edellä kuvailtua jännitettä. Edellä kuvailtu yksilökohtaisten valintojen ja vaihtelevien näkökohtien perusteella hajautetusti muotoutuva palveluvalikoima ei tue hyvinvointialueiden mahdollisuuksia vastata yhdenvertaisesti asukkaidensa tarpeisiin yksilökohtaisilla palveluilla ja samalla edistää väestön terveyttä ja hyvinvointia.

Ehdotetuilla palveluvalikoiman periaatteilla täsmennetään julkisen vallan riittävien sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaamisvelvoitteen perusteita nykytilaan verrattuna. Terveystieteellisessä säilytettävään palveluvalikoiman lähtökohta, jonka mukaan palveluvalikoima koostuu lääketieteellisesti ja hammaslääketieteellisesti perustelluista palveluista ja menetelmistä. Sosiaalihuollossa periaatteilla ei nimenomaisesti määriteltäisi kaikkia sosiaalihuollon toiminnan ja palvelujen sisältöjä, ja jatkossakin sosiaalihuollossa olisi käytössä laajasti erilaisia asiakkaiden tarvitsemia, kokemukseräisen ammatillisen tiedon perusteella hyväksi todettuja palveluja ja työmuotoja. Siltä osin, kuin palveluvalikoimasta annettaisiin kansallisella tasolla linjauksia tai suosituksia tai alueellisia linjauksia, sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten tulisi noudattaa annettuja suosituksia ja linjauksia, kuitenkin soveltaen niitä asiakkaan edun ja palvelutarpeen tai potilaan yksilöllisen terveydentilan ja hoidontarpeen mukaisesti.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa palveluvalikoimaa koskeva päätöksenteko perustuisi kokonaisharkintaan, jossa tulisi arvioida kaikkia palveluvalikoiman edellytyksiä sekä yhdenvertaisuuden ja ihmisarvon loukkaamattomuuden periaatteita yhdessä, ja tarvittaessa punnita niitä toisiinsa nähden. Kokonaisharkintaan perustuvaa sääntelyratkaisuna on pidettävä tarpeellisena sääntelykohteen luonteen takia. Palveluvalikoiman periaatteiden tulee tarjota yhteinen arvopohja ja lailla säädetyt palveluvalikoimaan kuulumisen edellytykset heterogeenisille asiakas- ja potilasryhmille tarkoitettujen, toimintamekanismeiltaan, käyttöaiheiltaan sekä mittakaavaltaan hyvin erilaisten sosiaalihuollon palvelujen ja työmuotojen sekä terveydenhuollon palvelujen ja menetelmien käyttöönottoa, käyttöä ja käytöstä poistamista varten. Palveluvalikoiman määrittely edellyttää monipuolista sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntemusta sekä periaatteiden edellyttämien eettisten näkökohtien käsittelyä, mikä toteutuu tarkoituksenmukaisimmin kokonaisharkinnan kautta. Esimerkiksi liian yksityiskohtainen ja joustamaton sääntely voisi johtaa tilanteisiin, joissa päätöksenteon kriteeristö ei mahdollistaisi edellä mainittujen palvelujen, työmuotojen tai menetelmien tosiasiallisten vaikutusten, ominaisuuksien ja eettisten ulottuvuuksien sekä eri asiakas- ja

potilasryhmien erityispiirteiden ja -tarpeiden asianmukaista huomioimista palveluvalikoiman määrittelyssä.

Lisäksi julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon taloudellisen kestävyuden ja tosiasiallisten toimintaedellytysten kannalta keskeisen kustannusvaikuttavuuden periaatteen soveltaminen päätöksenteossa perus- ja ihmisoikeusvelvoitteita noudattaen edellyttää kulloinkin arvioitavana olevan aiheen suhteen riittävän joustavasti toteutettavaa kokonaisharkintaa. Sääntelyratkaisu on yhdenmukainen sosiaali- ja terveydenhuollon yleisemmän sääntelylogiikan kanssa, jossa lainsäädäntö mahdollistaa ammattilaisten asiantuntemukseen ja yksilökohtaiseen palvelutarpeen arvioon perustuvan palvelujen toteuttamisen.

Lakiehdotukset myös selkeyttävät terveydenhuollon nykyistä palveluvalikoimaa koskevaa sääntelyä tarjoamalla yhtenäisen kehikon kaikelle terveydenhuollon palvelujen ja menetelmien käyttöönottoa, käyttöä ja käytöstä poistamista koskevalle päätöksenteolle. Lisäksi lakimuutoksilla selvennettäisiin palvelun järjestäjien epäselväksi kokemaan nykyiseen sääntelyperustaan nähden, millä perusteilla terveydenhuollon palveluja ja menetelmiä voidaan rajata palveluvalikoiman ulkopuolelle.

Edellä esitettyjen näkökohtien perusteella katsotaan, että lakiehdotukset eivät ole ongelmallisia perustuslain 80 §:n 1 momentin kannalta. Ehdotetut palveluvalikoiman periaatteet tarjoaisivat lakiin perustuvan, nykyistä täsmällisemmän kehikon palveluvalikoiman määrittelemiselle. Palveluvalikoimaa koskeva päätöksenteko perustuisi yhteisiin ja avoimiin periaatteisiin, mikä edistäisi asiakkaiden ja potilaiden mahdollisuutta ymmärtää, mihin palveluihin, menetelmiin ja työmuotoihin heillä on oikeus ja millä perusteella.

Sosiaali- että terveydenhuollossa kaikki palveluvalikoimaa koskevat päätökset perustuisivat yhtenäisille ja nykyistä täsmällisemmille periaatteille, mikä edistäisi päätöksenteon laatua ja läpinäkyvyyttä sekä palveluvalikoiman yhdenmukaisuutta. Palveluvalikoiman periaatteet toimisivat myös lailla säädettyinä perustana edellä kuvaillun yksilöllisten ja väestötason tarpeiden välisen jännitteen hallinnalle sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä ja toteuttamisessa.

### **11.7 Itsehallinto kuntia suuremmilla hallintoalueilla**

Perustuslain 121 §:n 1 momentin mukaan Suomi jakaantuu kuntiin, joiden hallinnon tulee perustua kunnan asukkaiden itsehallintoon. Pykälän 4 momentin mukaan itsehallinnosta kuntia suuremmilla hallintoalueilla säädetään lailla. Perustuslakivaliokunta on korostanut kuntia suurempien alueiden itsehallinnon välttämättöminä peruselementteinä itsehallinnon kansanvaltaista perustaa ja siihen nojautuvaa demokraattista päätöksentekoa sekä maakunnan tehtävien ja hallinnon lakiperustaa. Itsehallinnon yhtenä takeena edellytetään tiettyä laintasoisuutta, millä on merkitystä suhteessa hyvinvointialueiden hallinnon järjestämiseen ja niiden rahoitukseen (PeVL 17/2021 vp, kappale 34). (PeVL 17/2021 vp, kohta 9, 17, 34, PeVL 26/2017 vp, s. 18–30).

Perustuslakivaliokunta on arvioinut, ettei perustuslainsäätäjän voida katsoa tarkoittaneen kuntaa suurempien alueiden itsehallinnon olevan samanlaista kuin kunnan asukkaiden itsehallinto. (PeVL 17/2021 vp, kohta 15, PeVL 26/2017 vp, s. 20) Valiokunta on kiinnittänyt huomiota siihen, että valtion ohjauksen, tehtävien järjestämistapaa koskevien rajoitusten ja rahoitusmallin vuoksi hyvinvointialueiden itsehallinto jää varsin ohueksi. (PeVL 17/2021 vp, kohta 27).

Lakiehdotuksilla säädettäviä palveluvalikoiman periaatteita sovellettaisiin alueellisen päätöksenteon lisäksi myös palveluvalikoimaa koskevissa kansallisen tason päätöksenteossa ja

suosituksissa. Palveluvalikoimaa koskeva kansallisen tason päätöksentekotoimivalta ja kansallinen ohjaus perustuisivat kuitenkin jatkossakin nykylaisäädännön mukaiselle työnjaolle ja säännöksille. Esitykseen sisältyy sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain 36 §:n 3 momentin 8 kohdan muutos, jolla hyvinvointialueet veloitettaisiin sopimaan yhteistyösopimuksella työnjaosta, yhteistyöstä ja yhteensovittamisesta sosiaalihuollon palvelujen ja työmuotojen sekä terveydenhuollon palvelujen ja menetelmien käyttöönottoa, käyttöä ja käytöstä poistamista sekä niihin liittyvää ohjausta koskien. Muutos toteutettaisiin nykyisen, perustuslakivaliokunnan myötävaikutuksella säädetyin lainsäädännön täsmennyksellä.

Palveluvalikoiman periaatteista säätämällä turvataan keskeisesti perustuslain 19 §:n 1 ja 3 momentissa säädettyjen perusoikeuksien toteutumista, mikä puoltaa palveluvalikoiman periaatteista säätämistä. Ehdotetut muutokset eivät merkittävällä tavalla poikkeaa luonteeltaan jo voimassa olevassa lainsäädännössä olevasta säädösohjauksen tasosta. Esitys ei siten muodostu ongelmalliseksi alueellisen itsehallinnon näkökulmasta.

Edellä mainituilla perusteilla lakiehdotukset voidaan käsitellä tavallisessa lainsäätämisyjärjestyksessä. Koska ehdotettavilla lakimuutoksilla käytännössä konkretisoidisiin yhdessä muun lainsäädännön kanssa sitä, minkälaiset palvelut vastaavat perustuslain 19 §:n 3 momentissa edellytetyjä riittäviä sote-palveluja, ja koska esitetyillä säännöksillä on yhteys perustuslain 80 §:n 1 momentissa edellytetyyn täsmällisyyden ja tarkkarajaisuuden vaatimukseen, 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 §

##### *Terveydenhuollon palveluvalikoiman periaatteet*

Terveydenhuollon palveluvalikoimaan kuuluvat lääketieteellisesti ja hammaslääketieteellisesti perusteltu yksilön tai väestön sairauksien ennaltaehkäisy, sairauden tai vamman toteamiseksi tehtävät tutkimukset, taudinmääritys, hoito ja kuntoutus.

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 ja hoidolliseen arvoon;
- 3) vaikuttavuus terveyteen ja hyvinvointiin on saatavilla olevan näytön perusteella riittävää; ja
- 4) kustannukset ovat saavutettavissa olevaan terveys- ja 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 tutkimus- ja hoitomenetelmällä, joka ei kuulu palveluvalikoimaan, jos menetelmän käyttö on potilaan henkeä tai terveyttä vakavasti uhkaavan sairauden tai vamman takia lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti välttämätöntä ottaen huomioon potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys sekä menetelmällä yksilöllisessä tilanteessa saavutettavissa oleva terveyshyöty ja hoidollinen arvo.

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 .

## 2.

### Laki

#### sosiaalihuoltolain muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti  
*muutetaan* sosiaalihuoltolain (1301/2014) 3 §:n 7 kohta, sellaisena kuin se on laissa 790/2022, sekä  
*lisätään* 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:

- 
- 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 sosiaalihuollon työmuotojen kokonaisuutta.

#### 30 a §

##### *Sosiaalihuollon palveluvalikoiman periaatteet*

Sosiaalihuollon järjestämisen ja toteuttamisen suunnittelussa sekä palvelujen ja työmuotojen käyttöä, käyttöönottoa ja käytöstä poistamista koskevassa päätöksenteossa sosiaalihuollon palveluvalikoimaan kuulumisen edellytyksenä on, jollei muualla laissa toisin säädetä, että sosiaalihuollon palvelun 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 palvelun tai työmuodon sosiaalihuollon 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 ja työmuotojen sekä terveydenhuollon palvelujen ja menetelmien käyttöönottoa, käyttöä ja käytöstä poistamista sekä niihin liittyvää ohjausta koskien ottaen huomioon terveydenhuoltolain 7 a § ja sosiaalihuoltolain 30 a § sekä mainituissa lainkohdissa tarkoitettua palveluvalikoimaa koskevat valtakunnalliset linjaukset;

---

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 .

---

4.

## **Laki**

### **vankeuslain 10 luvun 1 §:n muuttamisesta**

Eduskunnan päätöksen mukaisesti  
*muutetaan* vankeuslain (767/2005) 10 luvun 1 §:n 5 momentti, sellaisena kuin se on laissa  
1236/2016, seuraavasti:

10 luku

#### **Sosiaali- ja terveydenhuolto**

1 §

*Vangin terveyden- ja sairaanhoito*

---

Terveyden- ja sairaanhoidon järjestämisessä noudatetaan, mitä terveydenhuoltolain 7 a §:ssä säädetään terveydenhuollon palveluvalikoiman periaatteista, sekä potilaan asemasta ja oikeuksista annettua lakia (785/1992), terveydenhuollon ammattihenkilöistä annettua lakia (559/1994), mielenterveyslakia (1116/1990), tartuntatautilakia (1227/2016) ja työterveyshuoltolakia (1383/2001). Järjestämisessä on lisäksi otettava huomioon terveydenhuoltolain 7 §:ssä tarkoitetut yhtenäisen hoidon perusteet.

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 .

## 5.

### **Laki**

#### **tutkintavankeuslain 6 luvun 1 §:n muuttamisesta**

Eduskunnan päätöksen mukaisesti  
*muutetaan* tutkintavankeuslain (768/2005) 6 luvun 1 §:n 6 momentti, sellaisena kuin se on laissa 122/2023, seuraavasti:

6 luku

#### **Sosiaali- ja terveydenhuolto**

1 §

*Tutkintavangin terveyden- ja sairaanhoito*

---

Terveyden- ja sairaanhoidon järjestämisessä noudatetaan, mitä terveydenhuoltolain 7 a §:ssä säädetään terveydenhuollon palveluvalikoiman periaatteista, sekä potilaan asemasta ja oikeuksista annettua lakia (785/1992), terveydenhuollon ammattihenkilöistä annettua lakia (559/1994), mielenterveyslakia, tartuntatautilakia (1227/2016) ja työterveyshuoltolakia (1383/2001). Järjestämisessä on lisäksi otettava huomioon terveydenhuoltolain 7 §:ssä tarkoitettut yhtenäisen hoidon perusteet.

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 .

## 6.

### **Laki**

#### **mielenterveyslain 6 §:n muuttamisesta**

Eduskunnan päätöksen mukaisesti  
*lisätään* mielenterveyslain (1116/1990) 6 §:ään, sellaisena kuin se on osaksi laeissa 752/2015  
ja 583/2022, uusi 4 momentti seuraavasti:

#### 6 §

##### *Valtion mielisairaalassa annettava hoito*

---

Valtion mielisairaalassa annettavaan terveyden- ja sairaanhoitoon sovelletaan, mitä terveydenhuoltolain 7 a §:ssä säädetään terveydenhuollon palveluvalikoiman periaatteista. Palveluita annettaessa on lisäksi otettava huomioon mainitun lain 7 §:ssä tarkoitetut yhtenäisen hoidon perusteet.

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 .

---

7.

## **Laki**

### **korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain 3 §:n muuttamisesta**

Eduskunnan päätöksen mukaisesti  
*lisätään* korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain (695/2019) 3 §:ään, sellaisena kuin se on osaksi laissa 1137/2023, uusi 3 momentti seuraavasti:

3 §

#### *Opiskeluterveydenhuolto*

---

Tässä laissa tarkoitettuun opiskeluterveydenhuoltoon sovelletaan, mitä terveydenhuoltolain 7 a §:ssä säädetään terveydenhuollon palveluvalikoiman periaatteista. Palveluita annettaessa on lisäksi otettava huomioon mainitun lain 7 §:ssä tarkoitettut yhtenäisen hoidon perusteet.

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 .

Helsingissä 13.5.2026

**Pääministeri**

**Petteri Orpo**

Sosiaali- ja terveysministeri Wille Rydman

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 taudinmääritys, 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 palveluvalikoimaan kuuluvat lääketieteellisesti ja hammaslääketieteellisesti perusteltu yksilön tai väestön sairauksien ennaltaehkäisy, sairauden tai vamman toteamiseksi tehtävät tutkimukset sekä taudinmääritys, hoito ja kuntoutus.

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 ja hoidolliseen arvoon;

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

4) kustannukset ovat saavutettavissa olevaan terveys- ja 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 tutkimus- ja hoitomenetelmällä, joka ei kuulu palveluvalikoimaan, jos menetelmän käyttö on potilaan henkeä tai terveyttä vakavasti uhkaavan sairauden tai vamman takia lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti välttämätöntä ottaen huomioon potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys sekä menetelmällä yksilöllisessä tilanteessa saavutettavissa oleva terveyshyöty ja hoidollinen arvo.

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 §

3 §

*Määritelmät*

*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;

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.

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 järjestämisen ja toteuttamisen suunnittelussa sekä palvelujen ja työmuotojen käyttöä, käyttöönottoa ja käytöstä poistamista koskevassa päätöksenteossa sosiaalihuollon palveluvalikoimaan kuulumisen edellytyksenä on, jollei muualla laissa toisin säädetä, että sosiaalihuollon palvelun 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 sosiaalihuollon 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 §

36 §

#### *Hyvinvointialueiden yhteistyösopimus*

#### *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 ennakoinnissa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen seurannassa ja arvioinnissa;

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 ennakoinnissa 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 tarkoitetussa häiriötilanteiden ja poikkeusolojen hallinnassa sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueella sekä 51 §:ssä tarkoitetun valmiuskeskuksen toiminnan järjestämisestä;

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 ja työmuotojen sekä terveydenhuollon palvelujen ja menetelmien käyttöönottoa, käyttöä ja käytöstä poistamista sekä niihin liittyvää ohjausta koskien ottaen huomioon terveydenhuoltolain 7 a § ja sosiaalihuoltolain 30 a § sekä mainituissa lainkohdissa tarkoitettua 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 tarkoitetussa häiriötilanteiden ja poikkeusolojen hallinnassa sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueella sekä 51 §:ssä tarkoitetun valmiuskeskuksen toiminnan järjestämisestä;

*Voimassa oleva laki*

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 tarkoitettujen kaksikielisten hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksen kanssa.

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

*Ehdotus*

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 tarkoitettujen 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 .*

#### 4.

## Laki

### vankeuslain 10 luvun 1 §:n muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti  
muutetaan vankeuslain (767/2005) 10 luvun 1 §:n 5 momentti, sellaisena kuin se on laissa  
1236/2016, seuraavasti:

*Voimassa oleva laki*

*Ehdotus*

10 luku

10 luku

#### Sosiaali- ja terveydenhuolto

#### Sosiaali- ja terveydenhuolto

1 §

1 §

*Vangin terveyden- ja sairaanhoito*

*Vangin terveyden- ja sairaanhoito*

Vankiterveydenhuollon yksikkö vastaa vangin lääketieteellisten tarpeiden mukaisen terveyden- ja sairaanhoidon sekä lääkinällisen kuntoutuksen järjestämisestä. Vangilla on oikeus lääketieteellisten tarpeidensa mukaiseen hoitoon tupakoinnista vieroittautumiseksi. Vankiterveydenhuollon yksiköllä on sairaaloita ja poliklinikoita, joilla on toimipaikkoja Rikosseuraamuslaitoksen eri yksiköissä.

Vankiterveydenhuollon yksikössä potilaana olevaan vankiin sovelletaan tätä lakia ja rangaistusten täytäntöönpanosta yksikössä vastaa Rikosseuraamuslaitos. Rikosseuraamuslaitoksen on turvattava vangin pääsy 1 momentissa tarkoitettuun hoitoon ja kuntoutukseen.

Vankiterveydenhuollon yksikön 1 momentin nojalla järjestämiin palveluihin pääsyä koskeviin enimmäisaikoihin sovelletaan, mitä terveydenhuoltolain (1326/2010) 51, 51 a, 51 b ja 52–54 §:ssä säädetään hoitoon pääsystä. Mitä mainituissa pykälissä säädetään hyvinvointialueesta, koskee tätä lakia sovellettaessa Vankiterveydenhuollon yksikköä. Mitä mainitun lain 51 §:ssä säädetään yhteyden saamisesta terveyskeskukseen tai muuhun perusterveydenhuollon toimintayksikköön, koskee tätä lakia sovellettaessa yhteyden

Vankiterveydenhuollon yksikkö vastaa vangin lääketieteellisten tarpeiden mukaisen terveyden- ja sairaanhoidon sekä lääkinällisen kuntoutuksen järjestämisestä. Vangilla on oikeus lääketieteellisten tarpeidensa mukaiseen hoitoon tupakoinnista vieroittautumiseksi. Vankiterveydenhuollon yksiköllä on sairaaloita ja poliklinikoita, joilla on toimipaikkoja Rikosseuraamuslaitoksen eri yksiköissä.

Vankiterveydenhuollon yksikössä potilaana olevaan vankiin sovelletaan tätä lakia ja rangaistusten täytäntöönpanosta yksikössä vastaa Rikosseuraamuslaitos. Rikosseuraamuslaitoksen on turvattava vangin pääsy 1 momentissa tarkoitettuun hoitoon ja kuntoutukseen.

Vankiterveydenhuollon yksikön 1 momentin nojalla järjestämiin palveluihin pääsyä koskeviin enimmäisaikoihin sovelletaan, mitä terveydenhuoltolain (1326/2010) 51, 51 a, 51 b ja 52–54 §:ssä säädetään hoitoon pääsystä. Mitä mainituissa pykälissä säädetään hyvinvointialueesta, koskee tätä lakia sovellettaessa Vankiterveydenhuollon yksikköä. Mitä mainitun lain 51 §:ssä säädetään yhteyden saamisesta terveyskeskukseen tai muuhun perusterveydenhuollon toimintayksikköön, koskee tätä lakia sovellettaessa yhteyden

saamista vankilan poliklinikkaan tai Vankiterveydenhuollon yksikössä toimivaan terveydenhuollon ammattihenkilöön.

Vankiterveydenhuollon yksikön on julkaistava kuukausittain yleisessä tietoverkossa edellistä kalenterikuukautta koskevat tunnusluvut siitä, miten hoitoon pääsyn enimmäisaikojen noudattaminen perusterveydenhuollon palveluissa toteutui sekä neljän kuukauden välein siitä, miten noudattaminen erikoissairaanhoidon palveluissa toteutui. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos tuottaa tunnusluvut Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksesta annetun lain (668/2008) 5 ja 5 c §:n nojalla saamiensa tietojen perusteella. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen on luovutettava julkaisua varten tarpeelliset tiedot Vankiterveydenhuollon yksikölle. Kutakin Vankiterveydenhuollon yksikön sairaalaa ja poliklinikkaa koskevat tunnusluvut on julkaistava erikseen ja ostopalveluina hankittuja erikoissairaanhoidon palveluita koskevat tunnusluvut on julkaistava koko Vankiterveydenhuollon yksikköä koskien. Tunnusluvut on julkaistava myös siten, että ne ovat vankilassa vankien saatavilla. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella voidaan säätää tarkemmin niistä hoitoon pääsyä koskevista tunnusluvuista, jotka on julkaistava.

Terveiden- ja sairaanhoidon järjestämisessä noudatetaan, mitä potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (785/1992), terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa (559/1994), mielenterveyslaissa (1116/1990), tartuntatautilaissa (1227/2016) ja työterveyshuoltolaissa (1383/2001) säädetään.

saamista vankilan poliklinikkaan tai Vankiterveydenhuollon yksikössä toimivaan terveydenhuollon ammattihenkilöön.

Vankiterveydenhuollon yksikön on julkaistava kuukausittain yleisessä tietoverkossa edellistä kalenterikuukautta koskevat tunnusluvut siitä, miten hoitoon pääsyn enimmäisaikojen noudattaminen perusterveydenhuollon palveluissa toteutui sekä neljän kuukauden välein siitä, miten noudattaminen erikoissairaanhoidon palveluissa toteutui. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos tuottaa tunnusluvut Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksesta annetun lain (668/2008) 5 ja 5 c §:n nojalla saamiensa tietojen perusteella. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen on luovutettava julkaisua varten tarpeelliset tiedot Vankiterveydenhuollon yksikölle. Kutakin Vankiterveydenhuollon yksikön sairaalaa ja poliklinikkaa koskevat tunnusluvut on julkaistava erikseen ja ostopalveluina hankittuja erikoissairaanhoidon palveluita koskevat tunnusluvut on julkaistava koko Vankiterveydenhuollon yksikköä koskien. Tunnusluvut on julkaistava myös siten, että ne ovat vankilassa vankien saatavilla. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella voidaan säätää tarkemmin niistä hoitoon pääsyä koskevista tunnusluvuista, jotka on julkaistava.

Terveiden- ja sairaanhoidon järjestämisessä noudatetaan, mitä terveydenhuoltolain 7 a §:ssä säädetään terveydenhuollon palveluvalikoiman periaatteista, sekä potilaan asemasta ja oikeuksista annettua lakia (785/1992), terveydenhuollon ammattihenkilöistä annettua lakia (559/1994), mielenterveyslakia (1116/1990), tartuntatautilakia (1227/2016) ja työterveyshuoltolakia (1383/2001). Järjestämisessä on lisäksi otettava huomioon terveydenhuoltolain 7 §:ssä tarkoitetut yhtenäiset hoidon perusteet.

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 .

## 5.

### Laki

#### tutkintavankeuslain 6 luvun 1 §:n muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti  
muutetaan tutkintavankeuslain (768/2005) 6 luvun 1 §:n 6 momentti, sellaisena kuin se on laissa 122/2023, seuraavasti:

*Voimassa oleva laki*

*Ehdotus*

6 luku

6 luku

#### Sosiaali- ja terveydenhuolto

#### Sosiaali- ja terveydenhuolto

1 §

1 §

*Tutkintavangin terveyden- ja sairaanhoito*

*Tutkintavangin terveyden- ja sairaanhoito*

Vankiterveydenhuollon yksiköstä annetussa laissa (1635/2015) tarkoitettu Vankiterveydenhuollon yksikkö vastaa tutkintavangin lääketieteellisten tarpeiden mukaisen terveyden- ja sairaanhoidon sekä lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisestä. Tutkintavangilla on oikeus lääketieteellisten tarpeidensa mukaiseen hoitoon tupakoinnista vieroittautumiseksi. Rikosseuraamuslaitoksen on turvattava tutkintavangin pääsy tässä momentissa tarkoitettuun hoitoon tai kuntoutukseen.

Tutkintavangilla on oikeus Vankiterveydenhuollon yksikön lääkärin luvalla omalla kustannuksellaan saada lääkitystä, tutkimusta ja muuta terveydenhuoltoa vankilassa, jollei siitä aiheudu vaaraa tutkintavankeuden tarkoitukselle.

Vankiterveydenhuollon yksikön 1 momentin nojalla järjestämiin hoitoihin pääsyä koskeviin enimmäisaikoihin sovelletaan, mitä terveydenhuoltolain (1326/2010) 51, 51 a, 51 b ja 52–54 §:ssä säädetään hoitoon pääsystä. Mitä mainituissa pykälissä säädetään hyvinvointialueesta, koskee tätä lakia sovellettaessa Vankiterveydenhuollon yksikköä. Mitä mainitun lain 51 §:ssä säädetään yhteyden saamisesta terveyskeskukseen tai muuhun

Vankiterveydenhuollon yksiköstä annetussa laissa (1635/2015) tarkoitettu Vankiterveydenhuollon yksikkö vastaa tutkintavangin lääketieteellisten tarpeiden mukaisen terveyden- ja sairaanhoidon sekä lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisestä. Tutkintavangilla on oikeus lääketieteellisten tarpeidensa mukaiseen hoitoon tupakoinnista vieroittautumiseksi. Rikosseuraamuslaitoksen on turvattava tutkintavangin pääsy tässä momentissa tarkoitettuun hoitoon tai kuntoutukseen.

Tutkintavangilla on oikeus Vankiterveydenhuollon yksikön lääkärin luvalla omalla kustannuksellaan saada lääkitystä, tutkimusta ja muuta terveydenhuoltoa vankilassa, jollei siitä aiheudu vaaraa tutkintavankeuden tarkoitukselle.

Vankiterveydenhuollon yksikön 1 momentin nojalla järjestämiin hoitoihin pääsyä koskeviin enimmäisaikoihin sovelletaan, mitä terveydenhuoltolain (1326/2010) 51, 51 a, 51 b ja 52–54 §:ssä säädetään hoitoon pääsystä. Mitä mainituissa pykälissä säädetään hyvinvointialueesta, koskee tätä lakia sovellettaessa Vankiterveydenhuollon yksikköä. Mitä mainitun lain 51 §:ssä säädetään yhteyden saamisesta terveyskeskukseen tai muuhun

perusterveydenhuollon toimintayksikköön, koskee tätä lakia sovellettaessa yhteyden saamista vankilan poliklinikkaan tai Vankiterveydenhuollon yksikössä toimivaan terveydenhuollon ammattihenkilöön.

Vankiterveydenhuollon yksikön on julkaistava kuukausittain yleisessä tietoverkossa edellistä kalenterikuukautta koskevat tunnusluvut siitä, miten hoitoon pääsyn enimmäisaikojen noudattaminen perusterveydenhuollon palveluissa toteutui sekä neljän kuukauden välein siitä, miten noudattaminen erikoissairaanhoidon palveluissa toteutui. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos tuottaa tunnusluvut Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta annetun lain (668/2008) 5 ja 5 c §:n nojalla saamiensa tietojen perusteella. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen on luovutettava julkaisua varten tarpeelliset tiedot Vankiterveydenhuollon yksikölle. Kutakin Vankiterveydenhuollon yksikön sairaalaa ja poliklinikkaa koskevat tunnusluvut on julkaistava erikseen ja ostopalveluina hankittuja erikoissairaanhoidon palveluita koskevat tunnusluvut on julkaistava koko Vankiterveydenhuollon yksikköä koskien. Tunnusluvut on julkaistava myös siten, että ne ovat vankilassa vankien saatavilla. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella voidaan säätää tarkemmin niistä hoitoon pääsyä koskevista tunnusluvuista, jotka on julkaistava.

Sen lisäksi, mitä 1 ja 3 momentissa säädetään, alle 18-vuotiaalle tutkintavangille on pyynnöstä tehtävä lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattihenkilön tarkastus terveydentilan selvittämiseksi ilman aiheetonta viivästystä, jollei tarkastuksen tekeminen ole ilmeisen tarpeetonta.

Terveyden- ja sairaanhoidon järjestämisessä noudatetaan, mitä potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (785/1992), terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa (559/1994), mielenterveyslaissa, tartuntatautilaissa (1227/2016) ja työterveyshuoltolaissa (1383/2001) säädetään.

perusterveydenhuollon toimintayksikköön, koskee tätä lakia sovellettaessa yhteyden saamista vankilan poliklinikkaan tai Vankiterveydenhuollon yksikössä toimivaan terveydenhuollon ammattihenkilöön.

Vankiterveydenhuollon yksikön on julkaistava kuukausittain yleisessä tietoverkossa edellistä kalenterikuukautta koskevat tunnusluvut siitä, miten hoitoon pääsyn enimmäisaikojen noudattaminen perusterveydenhuollon palveluissa toteutui sekä neljän kuukauden välein siitä, miten noudattaminen erikoissairaanhoidon palveluissa toteutui. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos tuottaa tunnusluvut Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta annetun lain (668/2008) 5 ja 5 c §:n nojalla saamiensa tietojen perusteella. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen on luovutettava julkaisua varten tarpeelliset tiedot Vankiterveydenhuollon yksikölle. Kutakin Vankiterveydenhuollon yksikön sairaalaa ja poliklinikkaa koskevat tunnusluvut on julkaistava erikseen ja ostopalveluina hankittuja erikoissairaanhoidon palveluita koskevat tunnusluvut on julkaistava koko Vankiterveydenhuollon yksikköä koskien. Tunnusluvut on julkaistava myös siten, että ne ovat vankilassa vankien saatavilla. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella voidaan säätää tarkemmin niistä hoitoon pääsyä koskevista tunnusluvuista, jotka on julkaistava.

Sen lisäksi, mitä 1 ja 3 momentissa säädetään, alle 18-vuotiaalle tutkintavangille on pyynnöstä tehtävä lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattihenkilön tarkastus terveydentilan selvittämiseksi ilman aiheetonta viivästystä, jollei tarkastuksen tekeminen ole ilmeisen tarpeetonta.

Terveyden- ja sairaanhoidon järjestämisessä noudatetaan, mitä *terveydenhuoltolain 7 a §:ssä säädetään terveydenhuollon palveluvalikoiman periaatteista, sekä potilaan asemasta ja oikeuksista annettua lakia* (785/1992), terveydenhuollon ammattihenkilöistä *annettua lakia* (559/1994), *mielenterveyslakia, tartuntatautilakia* (1227/2016) ja *työterveyshuoltolakia* (1383/2001).

*Voimassa oleva laki*

*Ehdotus*

*Järjestämisessä on lisäksi otettava huomioon terveydenhuoltolain 7 §:ssä tarkoitetut yhtenäiset hoidon perusteet.*

*Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 .*

## 6.

### Laki

#### mielenterveyslain 6 §:n muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti  
lisätään mielenterveyslain (1116/1990) 6 §:ään, sellaisena kuin se on osaksi laeissa 752/2015 ja 583/2022, uusi 4 momentti seuraavasti:

*Voimassa oleva laki*

*Ehdotus*

6 §

6 §

*Valtion mielisairaalassa annettava hoito*

*Valtion mielisairaalassa annettava hoito*

Valtion mielisairaalassa suoritetaan 15 §:ssä tarkoitettuja mielentilatutkimuksia, ja sinne voidaan hyvinvointialueen sairaalan esityksestä ottaa hoidettaviksi mielisairaita ja muita mielenterveydenhäiriöitä potevia henkilöitä, joiden hoitaminen on erityisen vaarallista tai erityisen vaikeaa.

Valtion mielisairaalaan voidaan hyvinvointialueen sairaalan esityksestä ottaa hoidettaviksi muitakin kuin 1 momentissa tarkoitettuja mielisairaita ja muita mielenterveydenhäiriöitä potevia henkilöitä, jollei heidän hoitonsa hyvinvointialueen sairaalassa hoidon järjestämisen kannalta ole tarkoituksenmukaista.

Päätöksen rikoksesta epäillyn tai syytetyin taikka mielentilan vuoksi rangaistukseen tuomitsematta jätetyn valtion mielisairaalaan ottamisesta tekee Terveiden ja hyvinvoinnin laitos siten kuin 17 §:ssä säädetään. Muulloin päätöksen valtion mielisairaalaan ottamisesta, hoidon lopettamisesta ja sairaalasta poistamisesta tekee valtion mielisairaalan ylilääkäri.

Valtion mielisairaalassa suoritetaan 15 §:ssä tarkoitettuja mielentilatutkimuksia, ja sinne voidaan hyvinvointialueen sairaalan esityksestä ottaa hoidettaviksi mielisairaita ja muita mielenterveydenhäiriöitä potevia henkilöitä, joiden hoitaminen on erityisen vaarallista tai erityisen vaikeaa.

Valtion mielisairaalaan voidaan hyvinvointialueen sairaalan esityksestä ottaa hoidettaviksi muitakin kuin 1 momentissa tarkoitettuja mielisairaita ja muita mielenterveydenhäiriöitä potevia henkilöitä, jollei heidän hoitonsa hyvinvointialueen sairaalassa hoidon järjestämisen kannalta ole tarkoituksenmukaista.

Päätöksen rikoksesta epäillyn tai syytetyin taikka mielentilan vuoksi rangaistukseen tuomitsematta jätetyn valtion mielisairaalaan ottamisesta tekee Terveiden ja hyvinvoinnin laitos siten kuin 17 §:ssä säädetään. Muulloin päätöksen valtion mielisairaalaan ottamisesta, hoidon lopettamisesta ja sairaalasta poistamisesta tekee valtion mielisairaalan ylilääkäri.

*Valtion mielisairaalassa annettavaan terveyden- ja sairaanhoitoon sovelletaan, mitä terveydenhuoltolain 7 a §:ssä säädetään terveydenhuollon palveluvalikoiman periaatteista. Palveluita annettaessa on lisäksi otettava huomioon mainitun lain 7 §:ssä tarkoitettut yhtenäiset hoidon perusteet.*

*Voimassa oleva laki*

*Ehdotus*

*Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta  
20 .*

\_\_\_\_\_

7.

## Laki

### korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain 3 §:n muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti  
*lisätään* korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain (695/2019) 3 §:ään, sellaisena kuin se on osaksi laissa 1137/2023, uusi 3 momentti seuraavasti:

*Voimassa oleva laki*

*Ehdotus*

3 §

3 §

#### *Opiskeluterveydenhuolto*

#### *Opiskeluterveydenhuolto*

Tässä laissa opiskeluterveydenhuollolla tarkoitetaan terveydenhuoltolain (1326/2010) 17 §:ssä tarkoitettua opiskeluterveydenhuoltoa korkeakouluopiskelijoille.

Opiskeluterveydenhuollon sisällöstä säädetään lisäksi terveydenhuoltolain 23 §:n nojalla annetuissa säännöksissä.

Tässä laissa opiskeluterveydenhuollolla tarkoitetaan terveydenhuoltolain (1326/2010) 17 §:ssä tarkoitettua opiskeluterveydenhuoltoa korkeakouluopiskelijoille.

Opiskeluterveydenhuollon sisällöstä säädetään lisäksi terveydenhuoltolain 23 §:n nojalla annetuissa säännöksissä.

*Tässä laissa tarkoitettuun opiskeluterveydenhuoltoon sovelletaan, mitä terveydenhuoltolain 7 a §:ssä säädetään terveydenhuollon palveluvalikoiman periaatteista. Palveluita annettaessa on lisäksi otettava huomioon mainitun lain 7 §:ssä tarkoitettut yhtenäiset hoidon perusteet.*

*Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 .*