



STM

Luonnos hallituksen esitykseksi laeiksi terveydenhuoltolain 7 a §:n, sosiaalihuoltolain ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain 36 §:n muuttamisesta

Lausuntotiivistelmä

Sisällys

Lausunnonantajat	2
Eesitysluonnoksen keskeinen sisältö	2
Yhteenveto lausuntopalautteesta	2
Tarkemmin lausuntopalautteesta	4
Esityksen kannatettavuus	4
Miksi esitystä kannatettiin?	4
Miksi esitystä ei pidetty kannatettavana?	6
Lakiehdotusten vaikutusten arviointi	7
Taloudelliset vaikutukset	7
Muut vaikutukset	9
Lakiehdotukset ja säännöskohtaiset perustelut	12
Terveystalolaki 7 a §	12
Sosiaalihoitolaki 30 a §	15
Sote-järjestämislaki 36 §	16
Palveluvalikoiman periaatteiden soveltaminen ja haasteet	17
Muita näkemyksiä ja täsmennysehdotuksia	19

Lausunnonantajat

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, Terveiden ja hyvinvoinnin laitokselta, useilta ammattijärjestöiltä ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestöiltä sekä muilta keskeisiltä sidosryhmiltä ja toimijoilta. Myös kaikilla muilla halukkailla tahoilla oli mahdollisuus antaa asiassa lausuntonsa.

Lausunnon antoi yhteensä 160 tahoa. Osa lausujista antoi lausunnon useamman tahon nimissä, mm. Etelä-Suomen aluehallintovirasto lausui kaikkien aluehallintovirastojen puolesta. Tehyn lausunto oli tehty yhteistyössä Suomen Kättilöliitto ry:n, Suomen Röntgenhoitajat ry:n ja Suomen Sairaanhoidajat ry:n kanssa. Suomen Kuvataidepsykoterapia ry ja Suomen Kuvataidepsykoterapeuttien liitto ry lähettivät yhteisen lausunnon, samoin Perinnehoidojen neuvottelukunta ja Kansanlääkintäseura ry.

Hyvinvointialueilta, ml. Helsingin kaupunki ja HUS-yhtymä, vastaanotettiin 15 lausuntoa, valtion viranomaisilta 16, ammattijärjestöiltä 20, muilta järjestöitä ja yhdistyksiltä 68, muilta tahoilta 20, yrityksiltä 3 ja yksityishenkilöiltä 11. Lisäksi 7 tahoa (Helsingin hallinto-oikeus, Kansallinen senioriliitto ry, Korkein hallinto-oikeus, Puolustusministeriö, Sisäministeriö, Valvira ja Ålands landskapsregering) ilmoitti, että he eivät lausu asiasta. Lausunnonantajien luettelo on tämän tiivistelmän liitteenä. Hallituksen esityksen valmisteluasiakirjat ja lausunnot löytyvät yksityishenkilöiden lausuntoja lukuun ottamatta julkisesta palvelusta osoitteessa: <https://stm.fi/hanke?tunnus=STM113:00/2023>. Pääosa yksityishenkilöiden lausunnoista on luettavissa lausuntopalvelussa.

Esitysluonnoksen keskeinen sisältö

Hallituksen esityksen tavoitteena on säätää periaatteista, joiden mukaan palveluiden ja menetelmien kuulumisen palveluvalikoimaan ja niiden poisrajaaminen toteutetaan julkisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Hallituksen esityksen luonnoksessa nämä periaatteet ovat tarveperiaate, turvallisuus, vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus sekä läpileikkaavina periaatteina yhdenvertaisuus ja ihmisarvon loukkaamattomuus. Esitysluonnoksen mukaiset palveluvalikoiman periaatteet eivät välittömästi vähennä hyvinvointialueiden tehtäviä, eivätkä siksi suoraan vaikuta hyvinvointialueiden rahoitukseen.

Yhteenveto lausuntopalautteesta

Enemmistö lausunnonantajista kannatti esitystä, mutta useimmilla vastaajista oli tarkennuksia siihen miltä osin he 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 palveluvalikoimaa koskevaa päätöksentekoa ja luoda yhtenäisempää kansallista ohjausta sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Lausunnonantajat pitivät myönteisenä sitä, että palveluvalikoiman periaatteet määritellään 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 kokonaisharkintaan 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 vahvasti esiin huoli periaatteiden yleisluonteisuudesta ja tulkinnanvaraisuudesta. Lausunnoissa todettiin toistuvasti, 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 riskinä nähtiin palveluvalikoiman soveltamisen hajautuminen, alueellisten erojen säilyminen tai jopa kasvu 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 puutteellisia. Tämän katsottiin vaikeuttavan periaatteiden yhdenmukaista ja oikeudenmukaista soveltamista. Lisäksi sosiaalihuollon erityispiirteet, kuten yksilöllinen tarveharkinta, pitkät vaikutusketjut ja palvelujen kontekstisidonnaisuus, 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 niiden suhdetta erityislainsäädäntöön ei tarkemmin täsmennetä.

Kustannusvaikuttavuus herätti lausunnoissa sekä kannatusta että merkittäviä varauksia. Useat lausunnonantajat pitivät kustannusvaikuttavuuden huomioimista välttämättömänä julkisen talouden kestävyysnäkökulmasta, 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 hoitoihin.

Taloudellisten vaikutusten osalta valtaosa lausunnonantajista katsoi, että esitysluonnos ei anna riittävän konkreettista tai luotettavaa kuvaa vaikutuksista julkiseen talouteen tai hyvinvointialueiden kustannuksiin. Arvioinnin nähtiin perustuvan oletuksiin tulevasta soveltamisesta ilman euromäärisiä laskelmia tai skenaarioita. Erityisesti sosiaalihuollon osalta taloudellisten vaikutusten arviointia vaikeuttaa 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. Samalla 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 Palkoa vastaavan kansallisen arviointi- ja suositustoimijan perustamista sekä myös siirtymäaikaa ennen periaatteiden velvoittavaa soveltamista. 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.

Tarkemmin lausuntopalautteesta

Esityksen kannatettavuus

Kysyttäessä kategorisesti kyllä/ ei /ei ota kantaa, vastaajien enemmistö eli 97 lausujista kannatti esitystä, esitystä ei kannattanut 40 lausunnonantajaa ja lisäksi 16 vastaajaa ei ottanut suoraan kantaa. Kaikki vastanneet viisitoista hyvinvointialuetta (100 %) kannattivat esitystä, valtion viranomaisista kymmenen kannatti (63 %), viisi ei ottanut kantaa ja yksi ei kannattanut. Ammattijärjestöistä 16 kannatti (80 %), kolme ei kannattanut ja yksi ei ottanut kantaa. Muista järjestöistä ja yhdistyksistä noin puolet eli 37 kannatti (54 %), 23 ei kannattanut ja kahdeksan ei ottanut kantaa. Muista vastanneista tahoista 15 kannatti (75 %) ja

viisi ei kannattanut. Muita vastanneita tahoja olivat mm. Kansallinen syöpäkeskus FICAN, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Kansallinen HTA-koordinaatioyksikkö (FinCCHTA), Itsenäisyyden juhluvuoden lastensäätiö Iltä, Etelä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus Socca, Saamelaiskäräjät, Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö YTHS, Valtakunnallinen sosiaalityön yliopistoverkosto Sosnet, Huoltaja-säätiö, Hoitotyön tutkimussäätiö Hotus, Diakonissalaitos, Oulun työllisyyspalvelut, Svenska social- och kommunalhögskolan ja Tyks kuvantaminen. Yrityksistä yksi kannatti, yksi ei kannattanut ja yksi ei ottanut kantaa. Yksityishenkilöistä kolme kannatti, seitsemän ei kannattanut ja yksi ei ottanut kantaa. Käytännössä useimmat lausujista kannattivat esitystä joiltain osin, mutta eivät toisaalta kannattaneet sitä kaikilta osin. Samoin useimmat niistä, jotka eivät kategorisesti kannattaneet ehdotusta, kannattivat sitä kuitenkin joiltain osin.

Miksi esitystä kannatettiin?

Eduskunnan oikeusasiamies piti myönteisenä ja kannatettavana sitä, että lainsäädännössä pyritään täsmentämään terveydenhuollon palveluvalikoimaa, ja piti esityksen tavoitteita kannatettavina. Hyvinvointialueet kannattivat esitystä, koska se voi selkeyttää palveluvalikoiman päätöksentekoa luomalla edellytyksiä yhtenäiselle kansalliselle ohjaukselle. Esitys vastaa sote-järjestelmässä tunnistettuihin haasteisiin resurssien ja odotusten välisestä ristiriidasta. Lakiehdotus tarjoaa mahdollisuuden yhdenvertaiseen ja avoimeen palvelujen määrittelyyn, minkä lisäksi yhtenäiset periaatteet voivat vähentää eroja palvelujen saatavuudessa. Satakunnan hyvinvointialue näki, että palveluvalikoiman periaatteet tarjoavat tukea myös potilas- ja asiakastyössä tehtävään harkintaan ja linjauksiin. Varsinais-Suomen hyvinvointialue totesi, että ehdotus palveluvalikoiman periaatteista lisää päätöksenteon avoimuutta, yhdenvertaisuutta ja vaikuttavuutta sekä tukee resurssien kohdentamista vaikuttaviin ja kustannusvaikuttaviin palveluihin. Keski-Suomen hyvinvointialue lausui, että palveluvalikoiman periaatteet lisäävät läpinäkyvyyttä päätöksentekoon sekä mahdollistavat palveluiden vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden seuranta. HUS toi esiin omassa lausunnossaan, että priorisoinnin keskeisenä tavoitteena tulee olla resurssien kohdentuminen siten, että perustason palvelujen resurssit paranevat ja niiden saatavuus paranee.

Hyvinvointialueet pitivät hyvänä ajatusta siitä, että periaatteet ohjaavat resursseja vaikuttaviin ja tutkittuun näyttöön perustuviin menetelmiin. Helsingin kaupunki toi esiin, että periaatteet antavat perustellun lähtökohdan palveluvalikoiman ohjaamiselle. Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue piti hyvänä sitä, että nykyistä palveluvalikoimaa voidaan jatkossa arvioida aiempaa selkeämpien periaatteiden pohjalta. Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue kannatti kokonaisharkintaan perustuva päätöksentekomallia. Keski-Suomen hyvinvointialue piti hyvänä, että säädetään nimenomaan palveluvalikoimaan kuulumisen periaatteista, ei poissulkemisesta.

Useat hyvinvointialueet pitivät tärkeänä, että kansallinen toimija tai kansallinen ohjaus yhtenäistäisi käytäntöjä. Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue toi lausunnossaan esiin, että lakimuutokset ovat oikeansuuntaisia, mutta vaativat myös kansallisia rakenteita ja ohjeistusta. Pohjois-Savon hyvinvointialue piti erittäin positiivisena väestön hyvinvoinnin nostamista arviointiperusteeksi ja Keski-Suomen hyvinvointialue kannatti painotusten siirtämistä ennaltaehkäiseviin palveluihin. Useat hyvinvointialueet näkivät periaatteiden olevan hyvin linjassa voimassa olevan lainsäädännön kanssa ja tarjoavan keinon priorisoida rajallisia resursseja.

Valtionhallinnon edustajat, kuten Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, Työterveyslaitos, Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus, Yhdenvertaisuusvaltuutettu sekä Kansaneläkelaitos, pitivät esitystä pääosin tarpeellisenä ja järjestelmän ohjauksen kannalta perusteltuna. Näissä lausunnoissa korostui näkemys siitä, että ilman selkeästi määriteltyjä periaatteita julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon priorisointia olisi vaikea ohjata, arvioida ja kehittää kansallisesti. Periaatteiden katsottiin tukevan resurssien tehokkaampaa

kohdentamista ja parantavan alueellista yhdenvertaisuutta. Ennaltaehkäisevien palvelujen painottamista pidettiin väestön hyvinvoinnin ja pitkän aikavälin kustannuskehityksen kannalta perusteltuna.

Ammattiyhdistykset ja ammattijärjestöt suhtautuivat esitykseen pääosin myönteisesti, mutta ne esittivät siihen myös varauksia. Ammattijärjestöt, kuten Tehy, SuPer, STTK, Suomen Yleislääkärit ry, Suomen Erikoislääkäriyhdistys, Suomen Hammaslääkäriliitto ja Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, pitivät palveluvalikoiman periaatteiden kirjaamista lakiin lähtökohtaisesti perusteltuna ja katsoivat sen voivan lisätä päätöksenteon avoimuutta, oikeudenmukaisuutta ja kansalaisten yhdenvertaisuutta. Periaatteita pidettiin yleisesti eettisesti hyväksyttävänä ja hyvin sosiaali- ja terveydenhuollon ammattikäytäntöihin sopivina, erityisesti silloin, kun päätöksenteko perustuu kokonaisharkintaan eikä yksittäisen kriteerin mekaaniseen soveltamiseen. Myönteisenä nähtiin myös se, että yhdenvertaisuus ja ihmisarvon loukkaamattomuus oli nostettu läpileikkaaviksi periaatteiksi, ja että vaikuttavuuteen perustuvaa toimintaa pyritään vahvistamaan.

Useat järjestöt, kuten Suomen Syöpäpotilaat ry, Suomen Sydänliitto ry, Reumaliitto, Diabetesliitto ja Muistiliitto, pitivät esityksen tavoitteita avoimuuden, yhdenvertaisuuden ja vaikuttavuuden vahvistamisesta kannatettavina. Järjestöt katsoivat, että yhteisiin periaatteisiin perustuva priorisointi saattaa parantaa kansalaisten ymmärrystä päätöksenteosta ja vähentää kokemusta sattumanvaraisuudesta tai eriarvoisuudesta. Myönteisenä nähtiin myös ennaltaehkäisyn ja varhaisen tuen painottaminen sekä se, että yksilöllinen harkinta ja poikkeusmahdollisuudet oli tunnistettu erityistilanteissa.

Miksi esitystä ei pidetty kannatettavana?

Eduskunnan oikeusasiamies kiinnitti huomiota siihen, että esitysluonnoksessa jää osin epäselväksi, mitkä tahot soveltavat palveluvalikoiman periaatteita, millaisessa päätöksentekoprosessissa ja millä tavoin periaatteita on tarkoitus käyttää eri tasoilla. Periaatteiden soveltaminen yksilötason potilastyössä edellyttää oikeusasiamiehen mukaan täsmentämistä, samoin se, mitä tarkoitetaan periaatteiden soveltamisella soveltuvin osin ja voidaanko hoitopäätöksiä perustaa suoraan ehdotetun pykälän pohjalta. Oikeusasiamies suhtautui varauksellisesti siihen, että vaativaa asiantuntemusta edellyttävää kokonaisharkintaa tehtäisiin suoraan yksittäisessä potilassuhteessa. Lisäksi oikeusasiamies totesi, että palveluvalikoiman rajaaminen julkisessa terveydenhuollossa voi johtaa eroihin julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välillä, jolloin potilaiden taloudellinen asema vaikuttaa tosiasiallisiin hoitomahdollisuuksiin.

Sosiaalihuollon osalta oikeusasiamies katsoi, että valmistelu on vielä keskeneräistä, ja että esityksen tavoitteiden edistäminen edellyttää ensin menetelmien kehittämistä ja arviointia. Sosiaalihuollossa ei ole terveydenhuoltoon verrattavaa vaikuttavuustutkimuksen perinnettä eikä vakiintuneita tutkittuja työmenetelmiä, minkä vuoksi velvoittava tai edes suositusluonteinen sääntely ilman riittäviä välineitä ei näyttäydy perusteltuna.

Hyvinvointialueiden lausunnoissa esitystä ei pidetty täysin kannatettavana, koska periaatteet ovat abstrakteja ja vaikeasti suoraan sovellettavissa. Useat hyvinvointialueet katsoivat, että esitys ei tuo riittävästi lisäarvoa ilman kansallista päätöksentekomallia, kansallista ohjausta ja rakenteita. Lausunnoissa tuotiin myös esiin, että ilman valtakunnallista ohjausta palveluvalikoiman soveltaminen voi jäädä hajanaiseksi, jolloin myöskään tavoiteltu asiakkaiden ja alueiden yhdenvertaisuus ei toteudu. Muun muassa Helsingin kaupunki korosti, että ilman käytännön ohjeita periaatteiden vaikutus jää ohueksi. Myös HUS-yhtymän näkemyksenä oli, ettei ehdotetulla sääntelyllä ole käytännössä kovin paljon merkitystä, koska periaatteet ovat jo nyt johdettavissa nykylaeista.

Useat hyvinvointialueet näkivät, että erityisesti sosiaalihuollossa ei ole vielä riittäviä rakenteita ja tutkimusnäyttöä periaatteiden soveltamiseen. Etelä-Pohjanmaan ja Kanta-Hämeen hyvinvointialueet toivat esiin, että periaatteiden soveltaminen sosiaalihuollossa on vaikeasti hahmotettavaa rakenteiden ja kehittämisresurssien puuttumisen vuoksi. Satakunnan hyvinvointialueen mukaan sosiaalihuollossa ei ole

vahvaa osaamista vaikuttavuuden mittaamisesta, minkä vuoksi vaikuttavuuden tutkimiseen tai tutkimustulosten hyödyntämiseen tulisi varata riittävästi aikaa. Myös Päijät-Hämeen hyvinvointialue piti sosiaalihuollon osalta aikataulua epärealistisena. Varsinais-Suomen hyvinvointialue näki tärkeäksi varmistaa, että periaatteet eivät johda lakisääteisten palvelujen rajautumiseen kustannusperusteisesti pois, ennen kuin tarvittavaa tutkimusnäyttöä kertyy. Etelä-Pohjanmaan, Kanta-Hämeen, Pirkanmaan ja Keski-Pohjanmaan hyvinvointialueet toivat esiin, että sosiaalioikeudellisten periaatteiden ja ehdotettujen periaatteiden välinen suhde jää esityksessä epäselväksi. Mikäli periaatteet ovat ristiriidassa nykyisten oikeusperiaatteiden kanssa, riskinä on epäyhtenäinen ja epäoikeudenmukainen päätöksenteko.

Ennaltaehkäisevien palvelujen ja korjaavien palvelujen logiikka koettiin joidenkin hyvinvointialueiden lausunnoissa ristiriitaisena, erityisesti mikäli niitä vertaillaan keskenään. Ennaltaehkäisevien palveluiden vaikuttavuuden todettiin näkyvän vasta vuosien päästä, minkä vuoksi sen ei nähty sopivan annetun ehdotuksen vaikuttavuuslogiikkaan. Muutama hyvinvointialue kantoi huolta myös hyvinvointialueiden autonomian kaventumisesta. Muun muassa Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue näki, että alueille tulisi jättää liikkumavaraa järjestää palvelut alueen erityispiirteet huomioiden.

Valtionhallintoa edustavien tahojen lausunnoissa tunnistettiin useita esitykseen liittyviä jännitteitä ja riskejä. Kokonaisharkintaan perustuvan päätöksenteon todettiin voivan johtaa tilanteisiin, joissa periaatteet ovat keskenään ristiriidassa. Lisäksi todettiin, että periaatteiden soveltaminen ei saisi johtaa kielteisiin perusoikeus- tai yhdenvertaisuusvaikutuksiin erityisesti julkisia palveluja yksinomaan käyttävien ja sosioekonomisesti heikommassa asemassa oleviin ryhmien kohdalla. Aluehallintovirastot esittivät, että ennen lainsäädäntömuutosta odotettaisiin sosiaalihuollon suositustoimintaa koskevan selvityksen valmistumista ja siitä mahdollisesti seuraavaa säädösvalmistelun etenemistä sekä sosiaalihuollon palvelu-uudistuksen päättymistä. Sosiaalihuollon palveluvalikoimaa tulisi arvioida vasta kun tutkimustietoa on nykyistä enemmän saatavilla.

Useat ammattijärjestöt toivat esiin huolensa erityisesti kustannusvaikuttavuuden painoarvosta ja periaatteiden käytännön soveltamisesta. Lausunnonantajat arvioivat, että kustannusvaikuttavuuden kirjaaminen lakiin saattaisi johtaa taloudellisten näkökulmien ylikorostumiseen ammatillisen harkinnan ja asiakkaan tai potilaan yksilöllisen tarpeen kustannuksella. Sosiaalialan ammattijärjestöt, kuten Talentia ja Sosiaalityöntekijäin liitto, suhtautuivat erityisen kriittisesti kustannusvaikuttavuuden asemaan sosiaalihuollossa ja toivat esiin riskin, että taloudellinen näkökulma nousi liian hallitsevaksi tilanteessa, jossa tutkimusnäyttö ja vaikuttavuuden mittarit ovat vielä puutteellisia.

Merkittävä osa järjestöistä suhtautui esitykseen melko kriittisesti tai toi esiin siihen liittyviä huolia. Erityisesti vammais- ja sosiaalialan järjestöt, kuten Vammaisfoorumi, Näkövammaisten liitto, Lihastautiliitto, Sosiaalityöntekijäin liitto ja Omaishoitajaliitto, pelkäsivät, että periaatteita käytettäisiin käytännössä palveluvalikoiman kaventamiseen ja säästöihin tavalla, joka kohdistuisi haavoittuvassa asemassa oleviin ryhmiin. Useissa lausunnoissa arvioitiin, että kustannusvaikuttavuuden ja väestötason tarkastelun korostaminen saattaa syrjäyttää yksilöllisen, pitkäkestoisen tai harvinaisiin sairauksiin liittyvän palvelutarpeen. Lisäksi järjestöt pitivät ongelmallisena sitä, että sosiaalihuollon periaatteista säädettiin tilanteessa, jossa tietopohja, suositusrakenteet ja samanaikaiset käynnissä olevat muut lainsäädäntöuudistukset olivat keskeneräisiä. Huolta herätti myös se, että mikäli kansallinen ohjaus jää riittämättömäksi, ei palvelujen alueellinen yhdenvertaisuus tosiasiallisesti parannu.

Lakiehdotusten vaikutusten arviointi

Taloudelliset vaikutukset

Valtaosa lausunnonantajista katsoi, ettei esitysluonnos antanut riittävää ja oikeaa kuvaa lakiehdotusten taloudellisista vaikutuksista, koska arviointi jäi yleisluonteiseksi ja perustui pitkälti oletuksiin periaatteiden tulevasta soveltamisesta. Useimmat hyvinvointialueet toivat esiin, että taloudellisten vaikutusten arviointi on vaikeaa, koska vaikutukset riippuvat alueiden tulevasta soveltamiskäytännöistä. Lisäksi terveydenhuollossa vaihtoehtoiskustannusten määrittäminen voi olla haastavaa. Sosiaalihuollossa arviointia hankaloittaa myös se, että näyttö- ja suosituskäytännöt ovat vasta kehittymässä. Lausunnoissa arvioitiin, että esityksen julkistaloudelliset vaikutukset ovat siis epävarmoja. Lisäkustannuksia arvioitiin aiheutuvan muun muassa alueiden välisestä yhteistyöstä, uusien toimintamallin käyttöönotosta sekä mahdollisista tietojärjestelmämuutoksista. Helsingin kaupunki sekä Keski-Pohjanmaan ja Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueet nostavat esiin henkilöstön lisäkoulutustarpeet ja vaikuttavuusarvioinnin edellyttämät lisäresurssit alueilla.

Pohjois-Savon hyvinvointialue korosti, että palveluvalikoimaneuvoston työ tulee sekin vaatimaan lisäresursseja, ja lisäksi sosiaalihuollon osalta tarvitaan merkittävästi lisää tutkimustietoa. Keski-Suomen hyvinvointialue toi esiin, että talousvaikutusten arviointi on erityisen vaikeaa sosiaalihuollon palveluvalikoiman kohdalla subjektiivisten oikeuksien, määrärahasidonnaisten palvelujen sekä asiakkaiden muuttuvien tarpeiden vuoksi. Sosiaalihuollon kansallinen suositus- ja näyttökäytäntö on vasta muodostumassa, mikä lisää taloudellisten vaikutusten epävarmuutta.

Etelä-Pohjanmaa ja Kanta-Hämeen hyvinvointialueet toivat esiin, että palveluvalikoiman ulkopuolelle rajautuminen voi lisätä oikaisuvaatimuksia ja valituksia, mikä kasvattaisi hallinnollista työtä myös hyvinvointialueilla. Etelä-Pohjanmaan ja Pirkanmaan hyvinvointialueiden mukaan ennaltaehkäiseviin palveluihin panostaminen lisää kustannuksia ainakin lyhyellä aikavälillä eikä vastaavia säästöjä voida saavuttaa suoraan karsimalla raskaammista palveluista. Myös Helsingin kaupunki totesi, että ennaltaehkäisevien palvelujen kustannusvaikutukset realisoituvat vasta pitkällä aikavälillä. Niukassa taloustilanteessa on vaarana, että lyhyen aikavälin kustannusvaikuttavuus korostuu, jolloin ennaltaehkäisevien toimien hyödyt jäävät saavuttamatta. Monet järjestöjen edustajat kuten SuPer ry, Sininauhaliitto ry ja Diabetesliitto pitivät ennaltaehkäisevien ja varhaisten palvelujen vahvistamista kannatettavana, mutta toivat esiin samankaltaisia huolia. Lyhyellä aikavälillä kustannusten arvioitiin tämän vuoksi voivan myös kasvaa.

Useat hyvinvointialueet näkivät kuitenkin myös mahdollisuuksia kustannussäästöihin. Helsingin kaupungin mukaan resurssien kohdentaminen vähähyötyisistä hoidoista tehokkaampiin palveluihin voisi pitkällä aikavälillä hillitä kustannuskehitystä. Myös Satakunnan hyvinvointialue tunnisti säästöpotentiaalia vähähyötyisten menetelmien karsinnassa. Päijät-Hämeen hyvinvointialue piti esitystä merkittävänä mahdollisuutena läpinäkyvään, yhdenvertaiseen ja kustannusvaikuttavaan julkisen talouden sopeuttamiseen. Varsinais-Suomen hyvinvointialue arvioi taloudellisten vaikutusten olevan merkittäviä ja piti esitystä pääosin kannatettavana, mutta huomautti, että taloudellisten vaikutusten seuranta tulee olemaan vähintään yhtä hankalaa kuin mitä vaikutusten arviointi on nyt. Lisäksi terveydenhuollon osalta esityksessä nähtiin jonkin verran yliarviota vähähyötyisten hoitojen määrässä, koska terveydenhuollossa on jo pidempään tehty vähähyötyisten hoitojen arviointia ja poissulkua. Pohjois-Savon hyvinvointialue piti myönteisenä, että kansallisesti yhdenmukainen palveluvalikoiman soveltaminen vähentäisi tilanteita, joissa hyvinvointialue maksaa asukkaiden toisella alueella tai toisessa EU-maassa saaman palveluvalikoiman ulkopuolelle rajatun hoidon kustannuksia.

Useat järjestöt ja viranomaiset, kuten SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry, Kuluttajaliitto ry ja Valtion taloudellinen tutkimuskeskus pitivät taloudellisten vaikutusten arviointia vaikeana, koska esityksessä ei ollut konkreettisia laskelmia, euromääräisiä arvioita tai skenaarioita, joiden avulla säästöjen ja lisäkustannusten suuruusluokkaa tai kohdentumista olisi voitu arvioida. Tämä vaikeutti käsityksen muodostamista siitä, millaisia vaikutuksia ehdotuksilla olisi julkiseen talouteen, palvelujärjestelmään ja eri toimijoihin. Esitysluonnoksessa esitettiin samanaikaisesti sekä epävarmuus euromääräisten vaikutusten ennakkoinnista että odotuksia kustannusten kasvun hillinnästä, mikä jätti epäselväksi sen, oliko kokonaisuudessa kysymys ensisijaisesti nopeita säästöjä hakevasta sääntelyratkaisusta vai pitkän aikavälin vaikuttavuuden ja resurssien kohdentamisen kehittämisestä.

Useammat lausunnon antajat, kuten Tehy ry ja Terveystieteiden tutkimuskeskus (Palko), toivat esiin, että periaatteiden toimeenpano edellyttää uusia ohjaus-, arviointi- ja yhteistyörakenteita, henkilöstön koulutusta sekä luultavasti myös tietojärjestelmien kehittämistä, mutta näiden hallinnollisten ja toiminnallisten kustannusten arviointi jäi esityksessä puutteelliseksi. Myös FinCCHTA ja Duodecim katsoivat, että vaikka epävarmuudet tunnistettiin, niin silti toimeenpanoon ja periaatteiden soveltamisen edellyttämiin rakenteisiin liittyvät kustannukset jäivät osin puutteellisesti kuvatuiksi. Aluehallintovirastot arvioivat, että palvelunjärjestäjien palvelujen priorisointia koskevat kysymykset kasvattavat Lupa- ja valvontaviraston antamaa ohjausta asiassa. Ehdotettu muutos toisi myös sosiaali- ja terveydenhuoltoon henkilöstön lisäkoulutustarpeita eikä näiden taloudellisia vaikutuksia riittävästi huomioitu.

Sosiaalihuollon lausujat kuten Talentia, Sosnet ja Socca arvioivat, että vaikuttavuus- ja kustannusvaikuttavuustietoa on niukasti, eikä menetelmien arviointiin ole riittäviä rakenteita. Tämän vuoksi esitysluonnos ei heidän mukaansa tarjoa luotettavaa kuvaa taloudellisista vaikutuksista ilman merkittäviä investointeja tutkimukseen, tiedonkeruuseen ja osaamisen vahvistamiseen. Useat toimijat pitivät riskinä sitä, että mikäli tarvittavia investointeja ei tehdä, mutta rahoitusta kuitenkin kiristetään olettaen sääntelyn tuottavan automaattisia säästöjä, seurauksena on palvelujen aliresursointi ja kustannusten siirtyminen raskaampiin palveluihin tai muille sektoreille.

Jotkut lausunnonantajat pitivät taloudellisen arvioinnin puutteena myös sitä, että esitysluonnos ei eritellyt riittävästi vaikutuksia eri rahoitus- ja järjestämismalleihin eikä kotitalouksien kustannusrasitukseen. Suomen ylioppilaskuntien liitto (SYL), Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö (YTHS) ja Nuorisola ry katsoivat, että opiskeluterveydenhuollon erityispiirteet ja mahdolliset vaikutukset YTHS:n kustannusrakenteeseen sekä opiskelijoiden terveydenhoitomaksuun jäivät arvioinnissa vähäiselle huomiolle. Duodecim ja Lääketeollisuus ry toivat esiin, ettei taloudellista tarkastelua tulisi tehdä pelkän budjettivaikutuksen osalta vaan laajemmin yhteiskunnallisista vaikutuksista käsin, mukaan lukien työ- ja toimintakyky, tuottavuus ja se, missä määrin kysyntä ja kustannukset siirtyivät julkiselta yksityiselle ja kotitalouksille.

Useat vammais- ja pitkäaikaissairauksia edustavat tahot katsoivat, että esitysluonnos ei riittävästi kuvannut vaihtoehtokustannuksia ja heijastevaikutuksia tilanteissa, joissa palveluja rajataan palveluvalikoiman ulkopuolelle. Vammaisfoorumi ry, Invalidiliitto ry ja Näkövammaisten liitto ry kokivat, että tyydyttymätön palvelutarve ja sen kustannusvaikutukset ovat jääneet esityksessä aliarvioituiksi. Lisäksi hallinnolliset lisäkustannukset ja siirtymävaiheen lisäpanostukset puuttuivat arvioinnista.

Muut vaikutukset

Useissa lausunnoissa pidettiin myönteisenä sitä, että esitysluonnoksessa on tunnistettu perus- ja ihmisoikeusnäkökulmia sekä yhdenvertaisuuteen, palvelujen saatavuuteen ja läpinäkyvyyteen liittyviä teemoja ja että vaikutuksia on tarkasteltu sekä yksilö- että väestötasolla. Samalla kuitenkin korostettiin, että vaikutusarviointi nojaa pitkälti oletuksiin periaatteiden käytännön soveltamisesta sekä kansallisen ohjauksen ja seurannan toteutumisesta. Esimerkiksi Satakunnan hyvinvointialue ja Helsingin kaupunki

pitivät vaikutusten tunnistamista monipuolisena, mutta katsoivat arvioinnin täsmentyvän vasta soveltamiskäytännön myötä.

Keskeiseksi puutteeksi nousivat toimeenpanoon, ohjaukseen ja seurantaan liittyvät kysymykset. Useiden lausujen mukaan esitysluonnoksesta ei käy riittävän selkeästi ilmi, miten sisältöohjaus toteutetaan, millä kriteereillä eri periaatteita punnitaan ristiriitatilanteissa ja miten soveltamista seurataan. Oikeusturvan ja yhdenvertaisuuden näkökulmasta ongelmallisena pidettiin erityisesti sitä, jos "riittävän" hyödyn ja "kohtuullisten" kustannusten arviointi jää hajanaiseksi tai painottuu taloustilanteen ohjaamana.

Valtiovarainministeriö katsoi, että viranomaisvaikutuksia ja toimeenpanon edellyttämiä menettelyjä oli esityksessä arvioitu suppeasti ja korosti, että vaikuttavuus- ja kustannusvaikuttavuustiedon tietopohja on hajanainen. Myös terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto Palko arvioi, että esitys lisää suositus- ja arviointityön tarvetta sekä resurssipaineita, joita ei ole vaikutusarvioissa kuvattu riittävän kattavasti. Hyvinvointialueista Etelä-Pohjanmaan ja Kanta-Hämeen hyvinvointialueet nostivat niin ikään esiin toimeenpanon aiheuttaman hallinnollisen kuormituksen ja erilaiset koulutustarpeet, erityisesti mikäli kansallista tukea ja ohjausta ei vahvisteta. Keski-Suomen hyvinvointialue toi esiin, että terveydenhuollon menetelmien arviointi on nyt hajanaista ja arviointia tulisi yhtenäistää yhtenäisin kriteerein. Alue painotti, että tulevaisuuden palveluvalikoiman ei tule "lähtökohtaisesti koostua nykyisistä palveluista", vaan käytössä olevia menetelmiä olisi aktiivisesti arvioitava ja vaikuttamattomia karsittava.

Yhdenvertaisuuteen ja perus- ja ihmisoikeuksiin kohdistuvia vaikutuksia pidettiin useissa lausunnoissa aliarvioituina. Yhdenvertaisuusvaltuutettu katsoi, että vammaisiin henkilöihin kohdistuvat vaikutukset on arvioitu puutteellisesti, koska tarkastelu painottuu liiaksi vammaispalvelujen käyttäjiin eikä huomioi riittävästi syrjinnän riskejä, yksilöllistä harkintaa eikä kohtuullisten mukautusten merkitystä. Useat järjestöt korostivat tosiasiallisen yhdenvertaisuuden merkitystä ja toivat esiin, että palveluvalikoiman rajaukset voivat kohdistua suhteellisesti voimakkaimmin niihin ryhmiin, joille julkiset palvelut ovat ainoa tosiasiallinen vaihtoehto. Saamelaiskäräjät toivat esiin, ettei vaikutuksia saamenkielisten ja kulttuurinmukaisten palvelujen saatavuuteen ollut arvioitu riittävästi.

Useat vammais- ja pitkäaikaissairausjärjestöt, kuten Autismiliitto ry, Invalidiliitto ry, Kehitysvammaisten Tukiliitto ry, Näkövammaisten liitto ry, Vammaisfoorumi ry, Suomen Kuurosokeat ry ja Kuuloliitto ry katsoivat, että luonnoksessa tarkastelu painottui liiaksi terveydenhuoltoon sosiaalihuollon ja vammaispalvelujen kustannuksella. Ne korostivat YK:n vammaissopimuksen velvoitteita, mukaan lukien oikeutta itsenäiseen elämään ja osallisuutta tukeviin palveluihin, sekä tarvetta huomioida vammaisuuden moninaisuus, elämänmittaiset ja pitkäkestoiset palvelutarpeet sekä se, että vaikuttava toiminta on usein ylläpitävää tai toimintakyvyn heikkenemistä hidastavaa ja vaikutukset saattavat näkyä vasta pitkällä aikavälillä. Nämä tahot pitivät ongelmallisena luonnoksen oletusta, jonka mukaan vaikutukset vammaisiin olisivat lähtökohtaisesti samanlaiset kuin muuhun väestöön. Samalla ne esittivät, että yhdenvertaisuuslain velvoitteet ja YK:n vammaissopimus tulisi nostaa perusteluissa vahvemmin esiin.

Opetus- ja kulttuuriministeriö toi esiin, että lapsen edun ensisijaisuus ja haavoittuvassa asemassa olevien erityistarpeet jäivät luonnoksessa yksittäisiksi kirjauksiksi ilman konkreettista ohjausta ja soveltamislinjauksia. Lapsiin ja nuoriin liittyen Pelastakaa Lapset ry ja Lastensuojelun Keskusliitto katsoivat, että vaikka lapsen oikeuksien sopimusta luonnoksessa kuvattiin, siitä puuttui nimenomainen velvoite lapsen edun ensisijaisuuden ja lapsivaikutusten arvioinnin systemaattinen huomioiminen. Tämä nähtiin riskinä lapsen oikeuksien tosiasialliselle toteutumiselle. Pirkanmaan, Itä Uudenmaan, Kanta-Hämeen ja Etelä-Pohjanmaa hyvinvointialueet toivovat tarkempaa lapsivaikutusten arviointia ja se tulisi tehdä välittömien vaikutusten osalta nykyistä tarkemmin, huomioiden esimerkiksi köyhyysvaikutukset.

Invalidiliitto ry ja Kehitysvammaisten Tukiliitto ry toivat esiin, että vammaiset lapset ja nuoret ovat jääneet lapsivaikutusten arvioinnissa sivuun ja että velvoite kuulla vammaisia lapsia sekä osallistaminen

valmisteluun olisi pitänyt tunnistaa valmistelussa paremmin. Nuorten ja nuorten aikuisten näkökulmasta Suomen ylioppilaskuntien liitto (SYL) ja Nuorisola ry arvioivat, että korkeakouluopiskelijat ja opiskeluterveydenhuollon erityispiirteet jäivät vähäiselle huomiolle, eikä vaikutuksia ennaltaehkäiseviin ja varhaisen tuen palveluihin sekä nuorten palvelujen alueellisiin eroihin ole kuvattu riittävän konkreettisesti. Nuorisola ry korosti myös riskiä siihen, että vaikuttavuusnäyttöä tulkitaan liian kapeasti, jolloin esimerkiksi nuorisotyön ja sosiaalisen kuntoutuksen pitkäkestoiset vaikutukset jäävät näkymättömiin. Itä-Uudenmaan hyvinvointialue esitti, että valittujen menetelmien vaikutuksia tulisi arvioida myös suhteessa muihin yhteiskunnan osa alueisiin, kuten oikeuslaitokseen, poliisiin ja työmarkkinoihin.

Harvinaissairauksien osalta Neuroliitto ry, Invalidiliitto ry, Lihastautiliitto ry, Reumaliitto ry, Kuluttajaliitto ry, Harvinaiset-verkosto ja Lääketeollisuus ry katsoivat, että vaikutuksia oli vaikea arvioida, koska näyttö on usein niukkaa, potilasryhmät pieniä ja vaikuttavuustieto kertyy hitaasti. Lausijat toivat esiin, että valtakunnalliset suositukset voivat parhaimmillaan edistää yhdenvertaisuutta, mutta edellyttävät joustavaa soveltamista ja yksilöllisen harkinnan säilymistä, jotta harvinaissairaat eivät joudu epäedulliseen asemaan sairautensa harvinaisuuden vuoksi. Osa tahoista toi esiin myös keskittämissäntelyn merkityksen harvinaissairauksien hoidossa ja piti puutteena sitä, että yhteys muihin ohjaaviin rakenteisiin ja oikeuslähteisiin jäi luonnoksessa epäselväksi, samalla kun huolta herätti se, rajoittaisivatko palveluvalikoimasäännökset mahdollisuutta käyttää palveluvalikoiman ulkopuolisia menetelmiä lääketieteellisesti välttämättömissä tilanteissa.

Ikääntyneisiin kohdistuvien vaikutusten osalta Eläkeläisliittojen etujärjestö EETU ry – Pensionärsförbundens intresseorganisation PIO rf sekä Vanhus- ja lähimmäispalvelun liitto Valli ry arvioivat, että luonnos tarkasteli ikääntyneitä melko suppeasti suhteessa siihen, että ikääntyneet käyttävät palveluja muuta väestöä enemmän ja heillä on usein monisairautta ja kroonisia sairauksia. Liitot pitivät epäselvänä, miten palveluvalikoiman rajaaminen ja priorisointi kohdistuisivat esimerkiksi uusiin ja kalliisiin hoitoihin ja lääkkeisiin, ja varoittivat, että säästöpainneissa käytännön ratkaisuksi saatetaan nähdä palveluvalikoiman kaventaminen. Lisäksi liitot näkivät tärkeänä, että ennaltaehkäisevään ja toimintakykyä ylläpitävään työhön panostetaan, mutta muistuttivat, että ennaltaehkäisyn vaikutusarviot ovat epärealistisia elämän loppuvaiheen hoivan tarpeen näkökulmasta.

Kuntoutuksen ja hoitoketjujen näkökulmasta Diabetesliitto, Reumaliitto ry, Kuuloliitto ry, Kuntoutuksen toimialayhdistys sekä Hyvinvointiala HALI katsoivat, että lääkinnällisen kuntoutuksen vaikutuksia ja kuntoutuksen erityisluonnetta ei esityksessä arvioitu riittävästi, vaikka kuntoutuksella on keskeinen rooli toimintakyvyn, osallisuuden ja työkyvyn turvaamisessa erityisesti pitkäaikaissairaille ja vammaisille. Vastaajat toivat esiin, että kuntoutuksen vaikuttavuus ilmenee usein pitkällä aikavälillä eikä se ole luonteeltaan ”parantavaa”, mikä olisi pitänyt näkyä arviointikriteereissä ja vaikutusarvioissa paremmin. Lisäksi esiin nostettiin palveluketjujen toimivuus ja hoitoon pääsyn viiveet, joiden arvioitiin voivan heikentää toimintakykyä ja lisätä raskaampien palvelujen tarvetta, jos periaatteita sovelletaan säästötavoitteellisesti.

Mielenterveyspalveluissa ja psykososiaalisissa hoidoissa useat toimijat, kuten Psykoterapeuttiyhdistys PSYRY ry, Suomen perhe- ja pariterapiayhdistys ry, Suomen Traumapsykoterapiakouluttajayhdistys ry, Keski-Suomen Psykoterapeuttiyhdistys, Tampereen psykoterapiayhdistys ry sekä Nouseva mieli – Suomen skitsofreniayhdistys ry, arvioivat, että luonnoksessa on riski tulkita vaikuttavuusvaatimusta liian ahtaasti ja suosia vain niitä menetelmiä, joista on satunnaistettuja kontrolloituja tutkimuksia. Mielenterveyden hoitojen vaikuttavuus rakentuu monimuotoisesti ja edellyttää myös laadullista tutkimusta, kliinistä ymmärrystä ja asiakaskokemuksia. Osa vastaajista katsoi, että menetelmätason tarkastelu korostui liikaa hoitoketjujen ja laajempien kokonaisuuksien kustannus- ja hyvinvointivaikutusten kustannuksella, ja että kansallisen toimijan tai keskitetyn arviointielimen perustamiseen liittyy päätösvallan keskittymisen ja ammatillisen monimuotoisuuden kaventumisen riski. Lisäksi useat tahot pitivät tärkeänä, että Kelan

kuntoutuspsykoterapia säilyy osana palvelujärjestelmää eikä sitä pureta tai siirretä hyvinvointialueiden vastuulle.

BusinessOulu Työllisyyspalvelut katsoi, että esitysluonnoksen vaikutusarvioinnista puuttui työllisyyspalveluja koskeva näkökulma, vaikka monien työikäisten asiakkaiden palvelukokonaisuudet perustuivat sosiaali-, terveys-, kuntoutus- ja työllisyyspalvelujen samanaikaiseen ja pitkäkestoiseen yhteensovittamiseen. Vastaajan mukaan yksittäisten palvelujen vaikuttavuus ja kustannustehokkuus saattavat näyttäytyä kapeasti arvioituina vähäisinä, vaikka niiden merkitys osana integroituja palvelujen kokonaisuutta olisi keskeinen työkyvyn ja työllistymisen edistämisessä. Esitysluonnoksessa ei avattu sitä, miten poikkihallinnollisten palveluketjujen kokonaisvaikuttavuutta käytännössä arvioitaisiin eikä sitä, miten kumppaniverkostoja kuultaisiin päätöksenteossa.

Kielellisten oikeuksien osalta FDUV, SAMS – Samarbetsförbundet kring funktionshinder rf, Svenska Finlands folkting ja Svenska hörsselförbundet rf pitivät puutteena sitä, että luonnoksesta puuttui riittävä kielellisten vaikutusten arviointi, ja ne katsoivat, että ehdotetut muutokset voisivat heikentää ruotsinkielisten palvelujen saatavuutta ja lisätä epätasa-arvoa suomen- ja ruotsinkielisten välillä erityisesti tilanteissa, joissa palveluja siirtyisi yksityisten toimijoiden varaan eikä ruotsinkielisiä palveluntuottajia ole riittävästi. Yhdistykset peräänkuuluttivat perusteellista kielellistä vaikutusarviointia sekä jatkossa myös tietopohjan ja tiedonkeruun vahvistamista ruotsinkielisistä sosiaali- ja terveyspalveluista.

Ammatillisen toiminnan näkökulmasta useat ammattijärjestöt katsoivat, ettei esitysluonnoksessa ole kattavasti arvioitu vaikutuksia ammattiharkintaan, työnkuviin, eettisen stressin hallintaan ja osaamisvaatimuksiin. Kansallinen ohjaus voi toisaalta vähentää ammattilaisten eettistä stressiä. Erityisesti sosiaalihuollon osalta nähtiin riskinä, että vaikuttavuus- ja kustannusvaikuttavuusperiaatteiden tiukka tulkinta kaventaa ammatillista liikkumavaraa. Lisäksi todettiin, että periaatteiden toimeenpano lisää koulutuksen, ohjauksen ja hallinnollisen työn tarvetta. Myös Pirkanmaan ja Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueet toivat esiin huolen hallinnollisen kuormituksen kasvusta ja sen riittävästä näkymisestä vaikutusten arvioinnissa.

Päijät-Hämeen ja Itä-Uusimaan hyvinvointialueet ja Hila arvioivat, että palveluvalikoiman rajaukset voivat siirtää palvelujen kysyntää yksityiselle sektorille sekä lisätä työterveyshuollon ja vakuutusjärjestelmien merkitystä. Tämä voi lisätä sosioekonomisia eroja ja heikentää niiden ryhmien asemaa, joilla ei ole taloudellisia tai toiminnallisia edellytyksiä hankkia palveluja itse. Hila tuo lausunnossaan esiin, että sairausvakuutuksesta voidaan korvata sekä julkisessa että yksityisessä terveydenhuollossa määrättyjä lääkkeitä. Tällöin saattaisi syntyä lisäkannuste hakeutua yksityiseen terveydenhuoltoon, mikäli lääkemääräyksen voisi saada sieltä helpommin kuin julkisesta terveydenhuollosta. Kela toi esiin, että mahdollinen palvelujen käytön siirtyminen ulkomaille edellyttää myös jatkohoidon järjestämisen huomioimista osana kokonaisvaikutuksia.

Yritys- ja innovaatiovaikutusten osalta useat toimialajärjestöt katsoivat, ettei esitysluonnoksessa ollut riittävästi tunnistettu vaikutuksia uusien teknologioiden ja menetelmien hyväksymisprosesseihin, markkinoillepääsyyn ja investointeihin. Samalla kuitenkin todettiin, että kansallisesti yhtenäiset periaatteet voivat edistää vaikuttavien ratkaisujen yhdenvertaista käyttöönottoa. Hyvinvointialueista HUS-yhtymä toi esiin, että perustuslain tarveperiaate rajoittaa yleisen tason priorisointia ja että esityksen käytännön vaikutukset täsmentyvät vasta jatkovalmistelussa ja tulevaisuudessa oikeuskäytännössä. Itä-Uudenmaan ja Varsinais-Suomen hyvinvointialueet nostivat lisäksi esiin, että rajauksilla voi olla vaikutuksia palveluketjuihin ja alueiden keskinäiseen eriytymiseen.

Lakiehdotukset ja säännöskohtaiset perustelut

Terveysdenhuoltolaki 7 a §

Useimmat lausunnonantajat pitivät terveydenhuoltolain 7 a §:ään ehdotettuja palveluvalikoiman periaatteita pääosin tarkoituksenmukaisina. Tarveperiaate, turvallisuus, vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus sekä läpileikkaavina periaatteina yhdenvertaisuus ja ihmisarvon loukkaamattomuus muodostivat useiden lausujien mukaan jäsentyneen perustan arvioinnille ja kehittämiselle.

Myönteisenä pidettiin erityisesti siirtymää poissulkemisperusteista palveluvalikoimaan kuulumisen edellytyksiin sekä sitä, että periaatteita sovellettaisiin myös ennaltaehkäisyyn, terveyden edistämiseen ja kuntoutukseen. Hyvänä pidettiin myös sitä, että päätöksenteko perustuisi kokonaisharkintaan ja olisi läpinäkyvää sekä kansallisella että potilastyön tasolla. HUS-yhtymä sekä Etelä-Pohjanmaan, Pohjois-Pohjanmaan ja Pirkanmaan hyvinvointialueet näkivät, että periaatteet saattavat parhaimmillaan tukea vaikuttamattomista hoidoista luopumista ja uusien, vaikuttavien menetelmien käyttöönottoa, kunhan toimeenpanoa ohjataan kansallisesti ja yhdenmukaisesti.

Eduskunnan oikeusasiamies katsoi, että esityksessä tulisi selkeämmin tuoda esiin, koskevatko palveluvalikoiman periaatteet muuta julkisesti rahoitettua terveydenhuoltoa, kuten valtion sairaaloita, opiskeluterveydenhuoltoa, vankiterveydenhuoltoa ja puolustusvoimien terveydenhuoltoa, sekä mihin sääntelyyn tällainen soveltaminen perustuu. Yksilökohtaisen harkinnan turvaamiseksi oikeusasiamies piti välttämättömänä, että lainsäädännössä säilytetään mahdollisuus potilaan hoitoon myös palveluvalikoimaan kuulumattomalla menetelmällä. Oikeusasiamies korosti, että palveluvalikoiman periaatteilla ei voida sivuuttaa julkiselle vallalle perustuslaissa asetettuja velvoitteita, mukaan lukien oikeus elämään.

Palko toi lausunnossaan esiin, että palveluvalikoimaa ei ole mahdollista määritellä yksittäisen potilaan tasolla. Tämän vuoksi pykälän perusteluissa tulisi selventää palveluvalikoiman määrittelyn taso (potilasryhmä / käyttöaihe). Kokonaisharkinnan soveltaminen potilastasolla sai myös kannatusta, mutta sen katsottiin edellyttävän täsmennyksiä. HUS-yhtymä sekä Kanta-Hämeen ja Varsinais-Suomen hyvinvointialueet ehdottivat selkeyttämistä hoitavan lääkärin autonomian ja palveluvalikoimasta tehtyjen päätösten suhteen. Lausunnoissa esitettiin, että ammattilaisen poikkeusmahdollisuuden tulisi säilyä harvinaisten sairauksien ja uusien hoitojen osalta erityisesti niissä tilanteissa, joissa vaikuttavuusnäyttöä on vielä niukasti saatavilla. Samanaikaisesti Palko ja Kanta-Hämeen hyvinvointialue esittivät, että 4 momentin palveluvalikoimasta poikkeamisen soveltamisen kriteerit ja esimerkit määriteltäisiin riittävän tiukasti, jotta vaikuttamattomien tai mahdollisesti haitallisten menetelmien käyttö ei lisääntyisi. Poikkeamistilanteissa kirjaamisvelvoitteiden ja potilaalle annettavan selvityksen tärkeyttä korostettiin.

Aluehallintoviranomaiset kommentoivat päätöksentekomenettelyn avointa kuvaamista ja päätösten perustelemista erityisesti potilastyön tasolla. Lausunnossa nähtiin tämä tarkoittavan potilasta koskevien päätösten perustelemista potilasasiakirjoissa. Aluehallintovirastot totesivat, että kanteluissa on ilmennyt puutteita ammattihenkilöiden kirjaamisessa sekä siinä, että potilaat eivät saa potilaslain 5 §:n mukaista selvitystä. Mikäli potilastyössä joudutaan tekemään päätöksiä palveluvalikoimaan perustuen ja jättämään hoitoa tai palvelua antamatta, korostuu kirjaamisen ja potilaalle annettavan selvityksen merkitys entisestään.

Keskeiseksi toimeenpanon edellytykseksi nostettiin valtakunnallisen arviointi-, ohjaus- ja suositustoiminnan riittävät resurssit sekä toiminnallinen yhtenäisyys. Muun muassa FinCCHTA, Duodecim, Suomen Yleislääkärit ja Syöpäjärjestöt korostivat hoitosuosistusten (mm. Käypä hoito, Hotus) ja Terveysdenhuollon palveluvalikoimaneuvosto Palkon suositusten roolia sekä näiden ajantasaista ylläpitoa. Palko toisaalta muistutti omassa lausunnossaan olevansa tällä hetkellä ainoa lakisääteinen palveluvalikoimaa määrittävä toimija ja katsoi, ettei sitä tule rinnastaa edellä mainittuihin ei-lakisääteisiin tahoihin tai klinisiin

hoitosuosituksia laatiin organisaatioihin. Kanta-Hämeen hyvinvointialue esitti, että pykälän perusteluissa kuvattaisiin selkeämmin, mikä on kliinisten hoitosuosistusten ja erikoisalayhdistysten ohjeiden rooli suhteessa palveluvalikoimaan. Tällöin sellaiset tilanteet, joissa suositeltu menetelmä ei täytä palveluvalikoiman edellytyksiä, voitaisiin ratkaista johdonmukaisesti. Lisäksi joissain lausunnoissa toivottiin selkeytystä sen osalta, miten tehtyjen päätösten päivittäminen uuden näytön myötä tapahtuu.

Usea hyvinvointialue, Lääketeollisuus ry ja Valtion taloudellinen tutkimuskeskus toivat esiin, että epävarman näytön ei tulisi muodostaa estettä palveluvalikoimaan kuulumiselle, vaan epävarmuutta tulisi hallita esimerkiksi vaiheistetulla käyttöönotolla ja lisänäyttöä koskevilla ehdoilla. Samalla useat potilas- ja asiantuntijatahot, kuten SOSTE, eri potilas- ja asiakasjärjestöt, Vammaisfoorumi, Kuluttajaliitto ja EETU ry toivat esiin huolen kustannusvaikuttavuuden ylikorostumisesta. Sen nähtiin luovan riskejä erityisesti haavoittuvassa asemassa olevien, iäkkäiden tai harvinaissairauksia sairastavien palvelujen kohdalla.

Useat lausunnonantajat toivat esiin tarpeen laaja-alaiselle tietopohjalle vaikutusten arvioinnin yhteydessä. Muun muassa Hotus, Satakunnan hyvinvointialue, Suomen Psykologiliitto ja Suomen Traumapsykoterapiakouluttaja yhdistys esittivät, että menetelmien vaikuttavuuden arvioinnissa tulisi hyödyntää monialaisesti lääke- ja hammaslääketieteen ohella hoitotiedettä, psykologiaa, kuntoutus- ja terveystieteitä sekä ammatillista kokemusperäistä tietoa. Psykososiaalisten menetelmien arvioinnissa ehdotettiin otettavan huomioon menetelmien erityispiirteet suhteessa somaattiseen lääketieteeseen. Suomen Toimintaterapeuttiliitto ehdotti toimintakyvyn nostamista eksplisiittisesti sekä vaikuttavuus- että kustannusvaikuttavuuskriteereihin. Samansuuntaisesti useat kuntoutus-, terapiatyötä ja puheterapiaa edustavat tahot toivoivat, että tutkimusnäyttö olisi monimuotoista, ja että myös käytännön potilastyössä hyväksi todetut toimintamallit tulisi tunnistaa osana kokonaisharkintaa.

Ennaltaehkäisyä ja väestötason hyötyä koskevaa linjausta pidettiin useissa lausunnoissa tärkeänä, mutta siihen kaivattiin täsmennystä. Helsingin kaupunki, HUS-yhtymä, Suomen Hammaslääkäriliitto, Ravitsemusterapeuttien yhdistys sekä useat nuoriso- ja opiskelijatoimijat korostivat varhaisen tuen, matalan kynnyksen palvelujen ja väestötason toimien merkitystä. Ne tulisi tunnistaa osana palveluvalikoimaa ja niiden vaikuttavuutta tuli arvioida riittävän pitkällä aikajänteellä.

Usea lausunnonantaja piti käsitteitä ”riittävä”, ”kohtuullinen” ja ”kohtuuton” tulkinnallisesti vaikeina ja pyysivät niiden parempaa avaamista, samoin ”hoidollista arvoa” pyydettiin tarkentamaan ja avaamaan myös paremmin kokonaisharkinnan sisältöä. Lisäksi ehdotettiin arviointikriteerien yhdenmukaistamista kansallisesti. Useissa kannanotoissa muistutettiin, että vaikuttavuuden arvioinnissa tulisi huomioida myös pitkät aikajaksot, erityisesti ennaltaehkäisyssä, psykososiaalisissa interventioissa ja kuntoutuksessa, joissa asiakkaan saamat hyödyt realisoituivat hyvinkin pitkällä viiveellä. BusinessOulu ja Työttömien Keskusjärjestö toivoivat vaikuttavuuteen poikkihallinnollista tarkastelua, jolloin esimerkiksi terveyspalvelun hyödyt huomioitaisiin osana työllistymistä ja työkykyä tukevia kokonaisuuksia.

Erityisesti järjestöjen lausunnoissa läpileikkaavien periaatteiden - yhdenvertaisuuden ja ihmisarvon - merkityksen katsottiin jääneen esitysluonnoksessa yhä liian ohueksi. Järjestötoimijat esittivät, että nämä periaatteet tulisi kirjoittaa nimenomaisesti pykälän ytimeen ja määritellä ne myös tarkemmin, jotta niillä olisi tosiasiallista vaikutusta kokonaisharkinnassa. Kuluttajaliitto ja Näkövammaisten liitto ehdottivat myös viittausta yhdenvertaisuuslakiin, jotta syrjimättömyys olisi tulkinnallisesti selkeämpää. Useat järjestöt, Vanhusasiavaltuutettu ja Muistiliitto korostivat lausunnoissaan, ettei kustannus- tai elinvuosiperusteinen tulkinta saisi johtaa iäkkäiden epäedulliseen kohteluun tai heikentää heidän mahdollisuuksiaan vaikuttavaan kuntoutukseen ja hoitoon. Lisäksi esitettiin huolia QALY-tyyppisten mittareiden yksipuolisesta käytöstä sekä tuotiin esiin tarve huomioida elämänlaadun ja toimintakyvyn monimuotoisuus ja siihen liittyvät eettiset ulottuvuudet.

Lihastautiliitto ry ja Lääketeollisuus ry korostivat harvinaissairauksiin ja pieniin potilasryhmiin liittyviä erityiskysymyksiä ja pitivät riskinä sitä, että kustannusvaikuttavuuden kapea tulkinta heikensi yhdenvertaisuutta ja saattaisi pitkällä aikavälillä lisätä kokonaiskustannuksia. MIELI ry, Suomen Psykologiliitto sekä useat psykoterapia- ja psykososiaalisia hoitoja edustaneet yhdistykset katsoivat, että mielenterveys- ja psykososiaalisten hoitojen laaja-alainen ja viiveellinen kustannusvaikuttavuus jää esitysluonnoksessa vähäiselle huomiolle.

Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö (YTHS) esitti, että 7 a §:n periaatteet ulottuisivat selkeästi opiskeluterveydenhuoltoon suurin lakiviittauksin. Kansaneläkelaitos esitti perusteluihin mainintaa Kelan perustoimeentulotukena korvaamasta terveydenhuollosta, jotta julkinen terveydenhuolto ja etuusjärjestelmä eivät etäännyisi toisistaan.

Suomen Lääkäriliitto ry esitti, että perusteluissa tulisi avata, kuuluuko palveluvalikoimaan myös sellaiset yleisesti hyväksytyt ja kokemusperäisesti perustellut hoitokäytännöt, joista ei ole saatavilla vaikuttavuustutkimusta. Perusteluissa tulisi myös selkeyttää, ovatko palveluvalikoimaan kuulumattomat ennaltaehkäisevät ja kuntouttavat palvelut mahdollisia 4 momentin perusteella.

Hengitystuki ry ja Vammaisfoorumi esittivät, että perusteluissa hengityshalvauspotilaan käsitteen tilalle tulisi nostaa ”hengityslaitteen varassa elävä henkilö” ja että perusteluihin lisättäisiin maininta alueellisesta yhdenvertaisuudesta elämää ylläpitävien hoitojen tarjonnassa.

Helsingin kaupunki ehdotti 1 momentin sanamuodon tarkentamista ja muuttamista seuraavasti: Terveydenhuollon palveluvalikoiman periaatteita sovelletaan lääketieteellisesti ja hammaslääketieteellisesti perusteltuihin yksilön tai väestön sairauksien ennaltaehkäisyyn, sairauden tai vamman toteamiseksi tehtäviin tutkimuksiin sekä taudinmääritykseen, hoitoon ja kuntoutukseen.

Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus ehdotti potilasturvallisuuden kirjaamista nimenomaisesti 2 momentin 2 kohtaan: toteuttaminen on potilasturvallista, eivätkä riskit potilaan hengelle tai terveydelle ole kohtuuttoman suuret suhteessa saavutettavissa olevaan terveyshyötyyn. Suomen Toimintaterapeuttiliitto ry ehdotti toimintakyvyn lisäämistä 2 momentin 3 ja 4 kohtaan. Hengitystuki ry esitti, että sanan ”välttämätön” käyttö palveluvalikoimaan kuulumattoman hoidon edellytyksenä on ongelmallinen ja ristiriidassa perustuslain 19 §:n kanssa, koska ”välttämätön” ei ole sama kuin ”riittävä”.

Sosiaalihuoltolaki 30 a §

Useat lausujat pitivät lähtökohtaisesti myönteisenä, että palveluvalikoiman periaatteet kirjattaisiin lakiin, mikäli se selkeyttäisi päätöksentekoa ja vahvistaisi läpinäkyvyyttä. Samalla kuitenkin painotettiin, että kokonaisharkinnan tulisi säilyä ja sosiaalihuollon pykälän tulisi tunnistaa sosiaalihuollon erityispiirteet kuten yksilöllisyys, kontekstisidonnaisuus ja pitkät vaikutusketjut. Lisäksi periaatteiden käytännön soveltamista olisi havainnollistettava paremmin esimerkeillä.

Varsinais-Suomen ja Keski-Suomen hyvinvointialueet korostivat tarvetta täsmentää sosiaalihuollon käsitteistöä ja rakentaa palveluvalikoiman arviointiin terveydenhuollon Palko rakenteita vastaavat kansalliset toimintamallit. Muutoin on riskinä, että sosiaalihuollon palveluvalikoima rakentuu hitaasti tai jää kokonaan rakentumatta. Varsinais-Suomen hyvinvointialue piti tärkeänä, että palveluvalikoiman periaatteet linkitetään uuteen sosiaalihuoltolakiin ja että sosiaalihuollon käsitteistö täsmennetään, koska tulkinnanvaraisuus vaikeuttaa päätöksiä ja palvelujen määrärahasidonnaisuus voi estää periaatteiden toteutumisen.

Useissa lausunnoissa korostui tarve selkeyttää sosiaalihuoltolain 30 a §:n soveltamisalaa, käsitteitä ja suhdetta lakisääteisiin palveluihin sekä käytännön päätöksentekoon. Useat hyvinvointialueet katsoivat perustelujen olevan tässä vaiheessa jäsentymättömiä, mikä vaikeuttaa velvoitteiden tulkintaa ja lisää riskiä

alueellisesti vaihteleviin linjauksiin. Useissa sosiaalihuollon lausunnoissa esitettiin kansallisten rakenteiden, kuten suositustoiminnan ja sosiaalihuollon palveluvalikoimaa koordinoivan tahon luomista ennen periaatteiden normiohjausta, jotta toimeenpano olisi yhdenmukaista ja tietopohja riittävä.

Yhdenvertaisuuden ja ihmisarvon loukkaamattomuuden käsittely koettiin osassa lausuntoja ylätasoiseksi. Muun muassa vammais- ja potilasjärjestöt esittivät, että läpileikkaavat periaatteet tulisi kirjata pykälän ensimmäiseen momenttiin, jotta niillä olisi tosiasiallista ohjausvaikutusta. Erityisryhmien, kuten vammaisten ja harvinaissairauksia sairastavien, tarpeiden tunnistamista ja positiivisen erityiskohtelun sekä kohtuullisten mukautusten velvoitteita korostettiin sekä yhdenvertaisuus- että perus- ja ihmisoikeusnäkökulmasta.

Useat sosiaalialan toimijat toivat esiin, että sosiaalipalvelujen vaikuttavuus ilmenee usein pitkällä aikavälillä ja osana laajempia palvelukokonaisuuksia, minkä vuoksi yksittäisten palvelujen hyödyn ja kustannusvaikuttavuuden osoittaminen on haastavaa. Ongelmallisena pidettiin myös sitä, että luonnoksessa käytettyä hyvinvointihyöty-käsitettä ei ole täsmällisesti määritelty. Palvelujen rajaamisella voi olla ennakoimattomia heijastusvaikutuksia muihin palveluihin.

Vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden arviointi näyttäytyi monitahoisena ja osin puutteelliseen tutkimusnäyttöön nojaavana. Ammatillisen kokemusperäisesti vahvistetun tiedon asemaa pidettiin välttämättömänä täydentävänä lähteenä sosiaalihuollossa, jotta vaikeasti mitattavia, mutta käytännössä vaikuttavia työmuotoja ei rajattaisi ulos palveluvalikoimasta. Useat lausunnonantajat olivat huolissaan siitä, että tiukka näyttövaatimus tai kustannusperusteisuus johtavat palvelujen karsimiseen, erityisesti mikäli pitkäaikainen tai vertailukelpoinen tutkimus puuttuu. Toimeenpanon tueksi esitettiin pitkäjänteistä TKI-rahoitusta sosiaalihuollon vaikuttavuus- ja kustannusvaikuttavuustiedon vahvistamiseksi.

Tarveperiaatteen soveltamisessa nähtiin riskinä se, että palvelujen painotus kallistuisi sen myötä vakaviin ja pitkäkestoisiin tuen tarpeisiin niin, että ennaltaehkäisevät ja varhaisen tuen palvelut jäisivät toissijaisiksi. Lasten, nuorten ja iäkkäiden palvelujen osalta lausunnoissa korostettiin, että lyhyen aikavälin säästöjen tavoittelu saattaa lisätä pitkän aikavälin kustannuksia ja palvelutarvetta. Huolta esitettiin myös siitä, että hyvinvointialueiden talouspaineissa kevyemmät ja matalan kynnyksen palvelut, joilla on merkitystä toimintakyvyn ja osallisuuden ylläpitämisessä ovat vaarassa kaventua tai poistua, koska niiden kumulatiiviset hyödyt ilmenevät viiveellä.

Subjektiiivisten oikeuksien ja palveluvalikoiman periaatteiden keskinäinen suhde jäi joidenkin lausuntojen mukaan epäselväksi. Useat lausunnonantajat katsoivat, ettei periaatteilla saa ohittaa lakisääteisten palvelujen järjestämisvelvollisuutta, kaventaa subjektiivisia oikeuksia tai siirtää palveluharkintaa tavalla, joka heikentää asiakkaan oikeusturvaa. Erityisesti vammaispalvelulain, lastensuojelulain ja muiden erityislakien soveltamisalan katsottiin edellyttävän täsmällisiä viittauksia ja soveltamislinjauksia, jotta oikeuksien toteutuminen varmistuisi yhdenvertaisesti taloustilanteesta riippumatta.

Sosiaalialan lausunnoissa hallinnollisen työn ja asiakasasiakirjojen perusteluvuorituksen arvioitiin lisääntyvän. Vaikutukset nähtiin kaksisuuntaisina. Toisaalta avoimuus vahvistaa asiakkaiden oikeusturvaa, toisaalta se lisää yhteydenottoja ja hallinnollista kuormaa. Yksittäisen työntekijän näkökulmasta koettiin vaikeaksi arvioida esimerkiksi kustannusvaikuttavuutta tilanteissa, joissa vertailuasetelmaa tai kattavia mittareita ei ole olemassa. Tarkemmat soveltamisohjeet nähtiinkin välttämättöminä.

Päihde- ja riippuvuustyössä sosiaalialan lausujat korostivat perhe- ja läheisnäkökulmaa sekä matalan kynnyksen palvelujen jatkuvuutta. Työmarkkina- ja henkilöstöjärjestöt toivat esiin, että lakimuutoksen voimaantulon yhteydessä olisi huolehdittava henkilöstön osaamisesta ja työhyvinvoinnista, jotta periaatteet konkretisoituivat laadukkaana ja oikea-aikaisena palveluna. Useat lausunnonantajat korostivat sosiaalihuollon roolia mielenterveyden edistämisessä ja toimintakyvyn tukemisessa sekä toivoivat, että myös uudet menetelmät ja palvelumuodot saisivat mahdollisuuden kehittyä ja skaalautua.

Sote-järjestämislaki 36 §

Esityksen mukaan sote-järjestämislain 36 §:n muutoksen on tarkoitus vahvistaa yhteistyöalueiden roolia palveluvalikoiman toimeenpanon ohjauksessa ja tukea alueellisen yhdenvertaisuuden toteutumista. Useat hyvinvointialueet, järjestöt ja asiantuntijatahot pitivät YTA-tasoisia yhteistyörakenteita ja ohjausta pääosin tarkoituksenmukaisina sekä katsoivat, että sen kirjaaminen lakiin selkeyttää työnjakoa ja edistää palvelujen yhdenmukaista soveltamista. Esimerkiksi Duodecim, Keski-Suomen, Pohjois-Savon ja Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueet pitivät muutosta kannatettavana ja katsoivat sen tukevan vaikuttavuus- ja kustannusvaikuttavuustavoitteita.

ETENE, SOSTE, Socca, Svenska social- och kommunalhögskolan, Sosnet, Helsingin kaupunki, ja Pirkanmaan, Etelä-Pohjanmaan, Kanta-Hämeen, Keski-Suomen ja Varsinais-Suomen hyvinvointialue katsoivat kuitenkin, että valtakunnallisten määrittelyjen ja ohjeistuksen roolia tulisi vahvistaa, jotta tulkinnot eivät eriytyisi YTA-alueiden välillä. Valtakunnallinen ohjaus, prosessien yhdenmukaistaminen ja arvioinnin kehittäminen nähtiin tärkeinä, jotta lain tavoite väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä, yhdenvertaisista ja kustannusvaikuttavista palveluista sekä läpinäkyvästä päätöksenteosta toteutuisi.

Useissa lausunnoissa todettiin, että sosiaalihuollossa kansallinen sisältöohjaus ja rakenteet ovat vielä puutteellisia, minkä vuoksi YTA-tason malli jättää tulkintavaraa ja riski epäyhtenäisistä tulkinnoista kasvaa. ETENE, Socca ja Huoltaja-säätiön asiantuntijaryhmä ja useat järjestökentän lausuja toivat esiin, että ilman riittäviä resursseja, osaamista ja kansallista tukea YTA-rakenteet saattavat jäädä muodollisiksi. Lausujat epäilivät, toisiko YTA-tason koordinointi riittävästi lisäarvoa ilman vahvaa kansallista ohjausta ja sosiaalihuollon tutkimus- ja kehittämisrakenteiden vahvistamista. Kansalliset raamit nähtiin välttämättöminä yhdenvertaisuuden toteutumiseksi myös eri YTA-alueiden välillä. Osa lausujista näki järjestämislain muutoksen teknisluonteisena.

Useissa lausunnoissa tuotiin esiin erialaisia toimeenpanon edellytyksiä. Lausujien mukaan tarvitaan mm. selkeitä käytännön prosesseja, yhteisiä sähköisiä arviointialustoja, osaamisen ja tiedonvaihdon varmistamista sekä systemaattista seurantaa. FICAN, Duodecim ja THL korostivat näyttöön perustuvan arvioinnin, hoitosuosituksen ja menetelmäarvioinnin roolia. Lääketeollisuus ry toi esiin, että palveluvalikoiman periaatteiden tarkoitus ei ole rajata hoitoja sinänsä, vaan varmistaa ajantasainen ja vaikuttavuusperusteinen palveluvalikoima. Hyvil Oy painotti yhdenmukaisia pelisääntöjä kustannusvastuiden ennakoimiseksi. Valli ry arvioi, että yhteistyösopimukset vähentäisivät alueellisia eroja mutta lisäsivät valmistelun kuormaa, minkä vuoksi toimeenpano edellyttää samalla myös seurantaa.

Aluehallintovirastot pitivät muutosta periaatteessa kannatettavana, mutta pitivät säännöskohtaisten perustelujen pohjalta epäselvänä, miksi sanamuotoja oli muutettu ja mitä konkreettista vaikutusta niillä tavoiteltiin. Aluehallintovirastot nostivat esiin myös terminologisia ristiriitoja: pykälä viittaa terveydenhuollon osalta vain "menetelmiin", vaikka perusteluissa puhuttiin myös palveluista ja toimenpiteistä. Sosiaalihuollossa "palvelujen käytöstä poistaminen" on ongelmallinen ilmaus lakisäätteisten palvelujen luonteen vuoksi. Nämä seikat edellyttävät jatkovalmistelussa selkeyttämistä.

Monet lausunnon antajat korostivat läpinäkyvyyden, moniammatillisuuden ja osallisuuden merkitystä YTA-tasoisissa arviointi- ja päätöksentekorakenteissa. Psykoterapeuttijärjestöt, Suomen Psykologiliitto ja Terveys- ja sosiaalityön edustajat sekä useat mielenterveys- ja päihdejärjestöt katsoivat, että psykoterapeuttien, psykososiaalisen työn ammattilaisten, yliopistojen ja kokemusasiantuntijoiden tulisi olla mukana päätöksentekorakenteissa, jotta päätöksenteko nojaisi monialaiseen tietoon. Saamelaiskäräjät muistuttivat saamelaisten perus- ja ihmisoikeuksien huomioon ottamisesta sääntelyn soveltamisessa.

Tehy ja STTK toivat esiin, että säännösmuutoksissa tulee turvata selkeät vastuunjaot, riittävät resurssit ja henkilöstön vaikutusmahdollisuudet sekä osaamisen jatkuva kehittäminen myös häiriö- ja

poikkeustilanteissa. Tavoiteltu muutos ei saisi lisätä kohtuuttomasti yksittäisten työntekijöiden kuormittumista, jotta palvelujen laatu säilyisi.

Palveluvalikoiman periaatteiden soveltaminen ja haasteet

Palveluvalikoiman periaatteiden soveltamiseen liittyy lausunnonantajien mukaan useita ja eritason haasteita. Keskeisenä haasteena eri tahojen lausunnoissa korostui periaatteiden yltäosoisuus ja tulkinnanvaraisuus. Riskinä nähdään alueellisesti eriytyvät tulkinnat ja käytännöt sekä epäselvyys periaatteiden roolista asiakas- ja potilastyössä. Useat lausujat hyvinvointialueilla, ammattijärjestöissä ja muiden toimijoiden vastaajaryhmässä toivat esiin, että ilman tarkempaa ohjeistusta soveltaminen jää liian paljon hyvinvointialueiden ja yksittäisten ammattilaisten tulkinnan varaan, mikä voi vaarantaa esityksessä olleen yhdenvertaisuuden tavoitteen.

Hyvinvointialueet toivat esiin myös ristiriidan periaatteiden ja muun velvoittavan lainsäädännön välillä, esimerkkinä hoitoon pääsyn määrääjat. Käytännössä ne ohjaavat resurssien kohdentamista pois periaatteiden mukaisesta kokonaisharkinnasta. Lisäksi vastuunjako eri päätöksenteon tasoilla (STM, Palko, yhteistyöalueet, hyvinvointialueet) oli lausuntojen perusteella ehdotuksessa puutteellisesti määritelty ja kuvattu. Useat järjestötoimijat nostavat niin ikään esiin tarpeen selkeyttää toimivaltuuksia ja soveltamisvastuita. Kansalliselta tasolta toivottiin sitovia tai konkreettisia ohjeita myös periaatteiden keskinäisestä punninnasta sekä ehdotettiin seurantajärjestelmiä (esim. laaturekisterit, yhtenäiset mittarit) alueellisten erojen hallitsemiseksi.

Ammattijärjestöt, kuten Suomen Lääkäriliitto, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Tehy, SuPer, Talentia ja STTK toivat lausunnoissaan esiin, että periaatteet jäivät liian abstrakteiksi ilman konkreettista ohjeistusta, koulutusta ja riittävää resursointia. Ammattijärjestöjen näkökulmasta periaatteiden soveltaminen arjen asiakas- ja potilastyössä edellyttää selkeitä, helposti saatavilla olevia ohjeita, jotka tukevat ammatillista harkintaa eivätkä kavenna sitä.

Tietopohjan vajavaisuus nähtiin yhtenä keskeisenä soveltamisen haasteena, erityisesti sosiaalihuollossa. Useat lausunnonantajat korostavat, että vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden arviointi edellyttää kansallisia mittareita ja tutkimusta, joita ei nykyisellään ole riittävästi. Terveystieteiden osalta useat hyvinvointialueet ja valtionhallinnon toimijat toivat esiin, että vaikuttavuus- ja kustannusvaikuttavuustieto on yhä pirstaleista, eikä erityisesti uusista menetelmistä ole saatavilla vahvaa näyttöä. Menetelmien arviointityö on tällä hetkellä jakautunut usealle taholle ja arviointi on osin hyvin hidasta, mikä vaikeuttaa ajantasaisen vaikuttavuus- ja kustannusvaikuttavuustiedon hyödyntämistä päätöksenteossa.

Sosiaalihuoltoa edustavat lausujat peräänkuuluttivat laajasti terveydenhuollon Palkoa vastaavan kansallisen arviointi- ja suositustoimijan perustamista. Useat hyvinvointialueet, kuten Länsi Uudenmaan, Etelä Pohjanmaan, Pirkanmaan, Varsinais-Suomen ja Keski-Suomen hyvinvointialueet, toivat esiin, ettei alueilla ole tällä hetkellä riittävää tutkimus-, kehittämis- ja arviointitoimintaa, jonka varaan vaikuttavuus- ja kustannusvaikuttavuusarviointi voitaisiin systemaattisesti rakentaa. Tämä rajoittaa tosiasiallisia mahdollisuuksia soveltaa periaatteita yhdenmukaisesti ja näyttöön perustuen. Lisäksi muutamissa lausunnoissa ehdotettiin siirtymäaikaa, jotta ohjaus ja rakenteet ehdittäisiin luoda, ennen kuin sosiaalihuoltoa veloitetaan soveltamaan periaatteita.

Useissa lausunnoissa tuotiin esiin huoli säästöpainneiden vaikutuksista palveluvalikoiman periaatteiden soveltamiseen. Useampi hyvinvointialue, järjestö ja mm. SOSTE epäilivät, että periaatteiden tulkinta voi käytännössä painottua kustannuksiin ja palvelujen rajaamiseen sekä lyhyen aikavälin kustannusten hillintään. Tällöin painopisteen siirto ennaltaehkäiseviin palveluihin ja menetelmiin – erityisesti lasten, nuorten ja haavoittuvassa asemassa olevien ryhmien osalta – voi entisestään vaarantua, mikä samalla siirtää kustannuksia tulevaisuuteen ja lisää raskaiden korjaavien palvelujen tarvetta. Erityisesti

järjestökenttä korosti pitkäkestoisen ja yhteisöllisen työn vaikutusten tunnistamista arviointikriteereissä, jotta ennaltaehkäisy ei jäisi lyhyen aikavälin vaikutusten ja kustannussäästöjen jalkoihin.

Huolia nousi myös tulkinnan ja soveltamisen mekaanisuudesta ja menetelmäkeskeisyydestä. Esimerkiksi Helsingin kaupunki, MIELI ry ja Suomen Psykologiliitto toivat esiin, että menetelmäkeskeinen ohjaus voi kaventaa asiakaslähtöistä harkintaa ja heikentää potilaan yksilöllisen tilanteen vaatimaa hoitoa, erityisesti jos näyttövaatimuksia sovelletaan liian kapeasti. Yksilöllisten tarpeiden huomioiminen nähtiin erityisen keskeisenä mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Muutamat lausunnonantajat toivat esiin epäselvyyksiä tilanteista, joissa potilas tai asiakas kieltäytyy vaikuttavaksi arvioidusta palvelusta tai menetelmästä. Esityksessä ei pidetty riittävän selkeänä, miten tällaisissa tilanteissa tulisi toimia ja missä määrin asiakkaalla on oikeus vaihtoehtoihin, vähemmän vaikuttaviksi arvioituihin palveluihin.

Vammaisjärjestöt toivat esiin eksistenssiminimin kaltaisten käsitteiden ongelmallisuutta, mikäli ne eivät tosiasiaassa turvaa osallistumista ja yhdenvertaisia edellytyksiä. Lääketeollisuus ry nosti esiin prosessien yhdenvertaisuuden yritysnäkökulmasta sekä mahdollisuuden hyödyntää rekisteritietoja pitkän aikavälin vaikutusten arvioinnissa. Saamelaiskäräjät korostivat kulttuurisesti turvallisten palvelujen ja positiivisen erityiskohtelun tarvetta yhdenvertaisuuden todellisen toteutumisen varmistamiseksi. Useat lausunnonantajat korostivat myös kansalaisviestinnän merkitystä. Periaatteiden soveltamisen pitäisi olla ymmärrettävää ja läpinäkyvää ja päätösten perusteluiden julkisia ja saavutettavia. Lisäksi lausunnoissa tuotiin esiin järjestöjen keskeinen rooli tiedon tuottamisessa ja välittämisessä.

Tunnistettujen haasteiden ratkaisuksi ehdotettiin kansallisen sisältöohjauksen vahvistamista ja soveltamisohjeita sekä periaatteiden soveltamisen vastuu- ja päätöksentekotasojen selkeyttämistä hallituksen esityksessä. Nämä tukisivat sekä järjestämisvastuullisia tahoja että ammattilaisia. Lausunnoissa nähtiin tärkeänä myös tietopohjan kehittäminen sekä arviointirakenteiden (erityisesti sosiaalihuollossa) vahvistaminen ja mm. Käypä hoito -suositusten vahvistaminen ja niiden jalkauttamisen kehittäminen. Lisäksi esitettiin riittävää resurssointia osaamiseen, koulutukseen ja muutosjohtamiseen.

Muita näkemyksiä ja täsmennysehdotuksia

Muissa näkemyksissä tuotiin esiin pääosin samoja asioita, kuin muualla lausuntopalautteessa. Useampi lausuja pohti periaatteiden keskinäistä arviointia, jonka nähtiin edellyttävän ohjeistusta tai ohjausta, koska periaatteet voivat joissakin tilanteissa olla myös ristiriidassa keskenään.

Jotkut lausujat katsovat, että lakiesityksen valmistelua tulisi jatkaa vasta sosiaalihuoltolain palvelu-uudistuksen valmistuttua, koska muutosten yhteisvaikutuksia ei ole arvioitu riittävästi. Lisäksi esityksen taustalla vaikuttavat taloudelliset reunaehdot tulisi tuoda avoimemmin esiin, koska ne vaikuttavat väistämättä palveluvalikoiman linjauksiin. Muina huomioina lausujat tuovat esiin terminologian täsmennystarpeen. Käytettyjä käsitteitä pidetään osin epäselvänä, mikä voi vaikeuttaa periaatteiden yhtenäistä tulkintaa. Lisäksi esitettiin, että palveluihin ohjautuvuutta ja saavutettavuutta voitaisiin tarkastella osana palveluvalikoiman periaatteita, erityisesti lasten, nuorten ja nuorten aikuisten kohdalla.

Kokonaisuutena lausujat pitivät periaatteita lähtökohdiltaan kannatettavina, mutta toivat esiin tarpeen tarkentaa linjauksia, vahvistaa kansallista ohjausta, turvata perus- ja ihmisoikeudet sekä varmistaa, että palveluvalikoiman kehittäminen toteutuu yhdenvertaisesti, läpinäkyvästi ja tutkimusnäyttöön perustuen. Lisäksi korostettiin, että palveluvalikoiman periaatteiden tulisi tukea sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisvaltaista kehittämistä eikä johtaa palvelujen kaventumiseen tai haavoittuvassa asemassa olevien ryhmien aseman heikkenemiseen.

Liite 1. Lausunnonantajat

1. Akavan sairaanhoitajat ja Taja ry
2. A-klinikkasäätiö
3. Akupunktioammattilaiset ry
4. Allergia-, Iho- ja Astmaliitto ry
5. Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus
6. Autismiliitto ry
7. BusinessOulu Työllisyyspalvelut
8. Diabetesliitto
9. Diakonissalaitos
10. Eduskunnan oikeusasiamies
11. EFPP Suomen kansallinen verkosto ry
12. Eläkeläisliittojen etujärjestö EETU ry – Pensionärsförbundens intresseorganisation PIO rf
13. Ensi- ja turvakotien liitto ry
14. Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue
15. Etelä-Suomen aluehallintovirasto
16. FDUV
17. Finlands svenska synförbund rf
18. Gynekologinen potilasjärjestö Korento ry
19. Harvinaiset-verkosto
20. Helsingin hallinto-oikeus (ei lausuttavaa)
21. Helsingin kaupunki
22. Helsingin yliopisto, Svenska social- och kommunalhögskolan
23. Hengitysliitto
24. Hengitystuki ry
25. Hoitotyön tutkimussäätiö sr (Hotus)
26. Huoltaja-säätiö sr
27. HUS-Yhtymä
28. Hyvinvointiala HALI
29. Hyvinvointialueyhtiö Hyvil Oy
30. Invalidiliitto ry
31. Itsenäisyyden juhluvuoden lastensäätiö sr

32. Itä-Uudenmaan hyvinvointialue
33. Kansallinen HTA-koordinaatioyksikkö (FinCCHTA)
34. Kansallinen senioriliitto ry (ei lausuttavaa)
35. Kansallinen syöpäkeskus FICAN
36. Kansaneläkelaitos
37. Kanta-Hämeen hyvinvointialue
38. Kehitysvammaisten Tukiliitto ry
39. Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue Soite
40. Keski-Suomen hyvinvointialue
41. Keski-Suomen Psykoterapeuttiyhdistys
42. Keski-Uudenmaan hyvinvointialue
43. Kilpisjärven matkailuyhdistys ry
44. Korkein hallinto-oikeus (ei lausuttavaa)
45. KT Kuntatyönantajat
46. Kuluttajaliitto ry, Konsumentförbundet rf
47. Kuntoutuksen toimialayhdistys
48. Kuuloliitto ry
49. Lasten ja nuorten psykoterapiayhdistys ry
50. Lastensuojelun Keskusliitto
51. Lihastautiliitto ry
52. Luontaishoitoalan Ammattilaiset ry
53. Lupus Suomi ry
54. Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue
55. Lääketeollisuus ry
56. Lääkäripalveluyritykset ry
57. Maahanmuuttovirasto
58. Mielenterveyspooli
59. MIELI Suomen Mielenterveys ry
60. Muistiliitto ry
61. Neuroliitto ry
62. Nouseva mieli - Suomen skitsofreniayhdistys ry
63. Nuorisola ry
64. Näkeminen ja silmäterveys NÄE ry

65. Näkövammaisten liitto ry
66. Näyttöön perustuvan toiminnan vahvistaminen sosiaalityössä (NÄPSÄ) -tutkimushanke
67. Oikeahetki
68. Oikeusministeriö
69. Omaishoitajaliitto ry
70. Onesys OY
71. Opetus- ja kulttuuriministeriö
72. Pelastakaa Lapset ry
73. Perinnehoidon neuvottelukunta ja Kansanlääkintäseura ry
74. Pirkanmaan hyvinvointialue
75. Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue
76. Pohjois-Savon hyvinvointialue
77. Psykosociala förbundet rf
78. Psykoterapeuttiyhdistys PSYRY ry
79. Puolustusministeriö (ei lausuttavaa)
80. Päihdeasiamiestoiminta
81. Päijät-Hämeen hyvinvointialue
82. Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry
83. Saamelaiskäräjät
84. Sailab - MedTech Finland ry
85. SAMS - Samarbetsförbundet kring funktionshinder rf
86. Satakunnan hyvinvointialue
87. Sininauhaliitto ry
88. Sisäministeriö (ei lausuttavaa)
89. Socca - Etelä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus
90. Sosiaali- ja terveysministeriö, HILA
91. Sosiaali- ja terveysministeriö, PALKO
92. Sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijärjestö Talentia
93. Sosiaalityöntekijäin liitto ry
94. Sosiaalityöntekijöiden seura ry
95. SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry
96. STTK ry
97. Suolistosairaudet ry

98. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim
99. Suomen Ammattiliittojen Keskusjärjestö SAK ry
100. Suomen Erikoislääkäriyhdistys ry
101. Suomen Fysioterapeutit - Finlands Fysioterapeuter ry
102. Suomen Geronomiliitto ry
103. Suomen Hammaslääkäriliitto ry
104. Suomen Kuurosokeat ry
105. Suomen Kuvataidepsykoterapia ry ja Suomen Kuvataidepsykoterapeuttien liitto ry
106. Suomen lastenlääkäriyhdistys ry
107. Suomen Luustoliitto ry
108. Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPer ry
109. Suomen Lääkäriliitto ry
110. Suomen musiikkiterapiayhdistys ry / Musikterapiföreningen i Finland rf
111. Suomen Osteopaattiliitto ry
112. Suomen perhe- ja pariterapiayhdistys ry
113. Suomen Psykologiliitto
114. Suomen Puheterapeuttiliitto ry
115. Suomen ratsastusterapeutit ry
116. Suomen Reumaliitto ry
117. Suomen Sydänliitto ry
118. Suomen Syöpäpotilaat ry
119. Suomen Tanssiterapiayhdistys ry
120. Suomen Toimintaterapeuttiliitto ry
121. Suomen Traumapsykoterapiakouluttajayhdistys ry
122. Suomen Yleislääkärit GPF ry
123. Suomen ylioppilaskuntien liitto (SYL)
124. Svenska Finlands folkting
125. Svenska hörsselförbundet rf
126. Syöpäjärjestöt
127. Tampereen psykoterapiayhdistys ry
128. Tehy ry
129. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos THL
130. Terveys- ja sosiaalityöntekijät ry

- 131. Tuki- ja liikuntaelinliitto Tule ry
- 132. Tunnefokusoitu psykodynaaminen psykoterapia ry
- 133. Tyks Kuvantaminen, Varha
- 134. Työterveyslaitos
- 135. Työttömien Keskusjärjestö ry
- 136. Vaikuttavuusseura ry
- 137. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE
- 138. Valtakunnallinen sosiaalityön yliopistoverkosto Sosnet
- 139. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus
- 140. Valtiovarainministeriö
- 141. Valvira (ei lausuttavaa)
- 142. Vammaisfoorumi ry
- 143. Vanhus- ja lähimmäispalvelun liitto Valli ry
- 144. Vanhusasiavaltuutettu
- 145. Vankiterveydenhuollon yksikkö
- 146. Varsinais-Suomen hyvinvointialue
- 147. Yhdenvertaisuusvaltuutettu
- 148. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö (YTHS)
- 149. Ålands landskapsregering (ei lausuttavaa)

Lisäksi lausunnon antoi 11 yksityishenkilöä.