

LAUSUNTO

Helsinki 5.9.2025

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

Asia: Lausunto ja puheenvuoropyyntö: Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoiman periaatteet - Vaikuttavien palvelujen ja menetelmien kansallisen valinnan periaatteista säättäminen

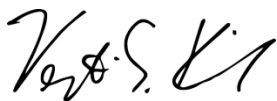
Lisätietoja:

erityisasiantuntija Minttu Ojanen, minttu.ojanen@soste.fi, 050 462 3347

erityisasiantuntija Erja Saarinen, erja.saarinen@soste.fi, 050 433 4202

SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry on valtakunnallisten sosiaali- ja terveysjärjestöjen kattojärjestö. SOSTE on sosiaali- ja terveyspoliittinen vaikuttaja ja asiantuntijajärjestö, joka rakentaa sosiaalisen hyvinvoinnin ja terveyden edellytyksiä yhteistyössä jäsenyhteisöjensä kanssa. SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry:n varsinaisina jäseninä on lähes 250 valtakunnallista sosiaali- ja terveysalan järjestöä ja yhteistyöjäseninä noin 70 muuta sosiaali- ja terveysalan toimijaa.

SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry



Vertti Kiukas
pääsihteeri

SOSTE

SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry
SOSTE Finlands social och hälsa rf
SOSTE Finnish Federation for Social Affairs and Health

www.soste.fi

SOSTE kiittää mahdollisuudesta lausua asiasta.

Yleistä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoiman periaatteiden sääntelystä

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoimaan liittyvässä sääntelyssä määriteltäisiin ne periaatteet, joiden mukaan palvelut ja menetelmät kuuluvat sosiaali- tai terveydenhuollon palveluvalikoimaan tai on rajattu niiden ulkopuolelle. Periaatteista säätämällä on muiden vaikuttavuuden lisäämiseen pyrkivien hankkeiden ohella tarkoitus hallitusohjelman mukaisesti hillitä kustannuksia. Kommentoitavan esityksen mukaan palveluvalikoiman sosiaali- ja terveydenhuollolle yhteiset periaatteet koottaisiin lainsäädännössä yhteen nykyistä selvemmin, sosiaalihuoltolakiin ja terveydenhuoltolakiin.

Vastaavia periaatteet on jo olemassa eri laeissa ja ammattieettisissä ohjeissa. Niistä voidaan johtaa eettisiä periaatteita, joilla voidaan arvioida, kuuluuko jokin menetelmä tai palvelu palveluvalikoimaan. Näitä ovat muun muassa ihmisarvon kunnioitus, yhdenvertaisuus, oikeudenmukaisuus ja odotettavissa oleva hyöty. Tästä syystä SOSTE ei näe välttämätöntä tarvetta säätää vielä erikseen palveluvalikoiman ylätasen periaatteista.

Esityksestä jää epäselväksi, mihin esitetyllä sääntelyllä pyritään säästöjen lisäksi ja mikä yhteys sillä on esimerkiksi valmisteltavaan sosiaalihuoltolain, etenkin sen 14 §:ssä olevan palveluvalikoiman, uudistamiseen.

Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus tuotaisiin uusina periaatteina niin sosiaali- kuin terveydenhuoltolakiinkin ihmisarvon loukkaamattomuuden, yhdenvertaisuuden, tarveperiaatteen ja turvallisuuden rinnalle. Se, että palvelusta, menetelmästä tai toimenpiteestä on asiakkaalle ja potilaalle tutkimuksella toteen näytettyjä hyötyjä, on erittäin tärkeää ja tavoiteltavaa ja sitä on syytä kaikin tavoin edistää. Etenkin sosiaalihuollossa tällaisen tietopohjan rakentaminen vie kuitenkin vuosia eikä sitä synny vain kirjaamalla vaikuttavuus- ja kustannusvaikuttavuus lakiin. Puutteellisen vaikuttavuus- ja kustannusvaikuttavuustiedon vuoksi on vaikea nähdä, miten esityksellä saataisiin säästöjä.

Kustannusvaikuttavuus ja sen suhde muihin esitettyihin periaatteisiin herättää monia kysymyksiä. Kun vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus nostettaisiin lainsäädännön tasolle, mitä se tarkoittaisi mikrotasolla, asiakastyössä hallintopäätöksiä tekeville? Entä väestötasolla?

Esityksen mukaan periaatteita punnittaisiin toisiaan vasten. Päätös perustuisi kokonaisharkintaan ja päätökset perusteltaisiin avoimesti. Mitä tämä tarkoittaa konkreettisesti, jää vielä epäselväksi. Jos ylätasoisista periaatteista säädetään, niiden soveltamiseksi periaatteet on määriteltävä tarkemmin ja konkretisoitava. Tarvitaan erillinen soveltamisopas.

SOSTE kannattaa sitä, että palveluvalikoimaa koskeva päätöksenteko on läpinäkyvää, avointa ja perusteltua. On tärkeää, että kansalaiset sekä asiakas- ja potilasryhmät otetaan mukaan keskusteluun ja päätöksentekoon periaatteista ja niiden soveltamisesta. SOSTE edustaa heikoimmassa asemassa olevia ihmisryhmiä, joihin priorisointi erityisesti vaikuttaa.

SOSTE muistuttaa, että sosiaali- ja terveydenhuollon lähtötilanne on monin tavoin erilainen. Tämä on otettava sääntelyssä huomioon. Terveystieteidenhuollossa ei esimerkiksi ole juridisesti sitovaa palveluvalikoimaa, vaan suosituksia, kuten PALKOn ja Käypä hoito -suositukset. Sosiaalihoitolaissa sekä esimerkiksi vammaispalvelulaissa on taas säädetty palveluvalikoimasta. Tosin käytännössä palveluvalikoimassa ja palveluiden myöntämiskriteereissä on hyvinvointialuekohtaisia eroja.

SOSTE katsoo, että uuden sääntelyn sijaan tarvittaisiin panostusta sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimusrahoitukseen ja sosiaalihoitolaissa myös TKI-rakenteiden vahvistamiseen. Nykyisin lainsäädännössä olevia periaatteita olisi syytä konkretisoida soveltamisohjeilla. Palveluiden vaikuttavuuden kehittämiseksi tarvitaan systemaattista asiakas- ja kansalaisosallistamista.

Kommentit pykäläehdotuksista:

Sosiaalihoitolaiki 30 a § Sosiaalihoitolaissa palveluvalikoiman periaatteet

Sosiaalihoitolaissa tehdään usein asiakkaiden elämään ja arkeen suuresti vaikuttavia päätöksiä. On selkeä epäkohta, että niiden vaikuttavuudesta on niukasti tutkimustietoa. On erittäin tärkeää, että toimien vaikuttavuudesta saadaan yhä enemmän tutkimustietoa, mutta myös koottua ja analysoitua ammatillista kokemustietoa. Ammatillisen kokemuseräisesti vahvistetun tiedon tulee sisältää myös asiakkailta ja heiltä edustavilta järjestöiltä kerättyä ja analysoitua tietoa. Tämä vahvistaisi palvelun asiakaslähtöisyyttä.

Esitetty sääntely saattaisi korostaa vaikuttavuustiedon hankkimisen tärkeyttä. Asian etenemiseksi tarvitaan kuitenkin lisärahoitusta ja rakenteita sosiaalihoitolaissa tutkimukseen ja kehittämiseen kansallisesti ja hyvinvointialueilla. Tutkimusrahoitusta on lisätty, mutta esimerkiksi sosiaalialan osaamiskeskusten uudelleenorganisointi ja resurssien leikkaaminen ovat vaikeuttaneet kehittämistyötä.

SOSTE on jo aiemmin tuonut esille, että sosiaalihoitolaissa kustannusvaikuttavuuden arviointi on tällä hetkellä käytännössä mahdotonta, sillä sosiaalihoitolaissa ei ole riittävää tietoa palvelujen kustannusvaikuttavuudesta tai edes yhtenäisiä mittareita sen arviointiin. Tarvittaisiin sosiaalitaloustiedettä terveystaloustieteen rinnalle.

On hyvä, että ennaltaehkäisy ja varhainen tuki on huomioitu pykälässä, vaikka niiden kustannusvaikutusten arviointi pidemmällä aikavälillä on vielä vaikeampaa, etenkin kun budjetit tehdään

aina vain seuraavaksi vuodeksi. Hyöty voi olla todennettavissa vasta vuosien päästä. Vaihtoehtokustannusten arviointi vaatisi myös tutkimuksen ja osaamisen kehittämistä sekä resursseja.

Resurssien puutteen takia myös tarveperiaate vaarantuu. Terve Suomi -väestötutkimuksen tulokset osoittavat, että lähes 40 prosenttia vastaajista koki saaneensa vammaispalveluja tai lapsiperhepalveluja riittämättömästi. Sosiaalityön palveluissa näin koki yli 40 prosenttia. Vanhusten kotihoitopalveluja koki saaneensa riittämättömästi kolmannes 75 vuotta täyttäneistä. Esimerkiksi vanhoja, usein muistisairaita ihmisiä jätetään heitteille omaan kotiinsa, kun ympärivuorokautista hoivaa on karsittu. Näin on tehty, vaikka sitä tarvitsevaa iästä väestöä on yhä enemmän. Hyvinvointialueiden edellytykset järjestää palveluita ovat erilaiset niiden taloudellisen tilanteen mukaan.

Vaikka palvelutarve olisi todettu, siihen vastaamiseksi voi asiakkaalla ja palvelunjärjestäjällä olla erilaisia näkemyksiä. Järjestöihin on kertynyt tästä runsaasti tietoa vammaisten henkilöiden palveluista: ihmisiä ”työnnetään” vammaispalvelulain mukaisilta palveluilta sosiaalihuoltolain palveluiden piiriin, vaikka ne eivät tosiasiallisesti vastaa itsenäisen elämän ja osallisuuden tarpeisiin.

Terveystalousoikeuslaki 7 a § Terveystalouden palveluvalikoiman periaatteet

Lainsäädännössä on jo lukuisia yleisiä eettisiä periaatteita, joista voidaan johtaa terveystalouden priorisoinnin eettisiä periaatteita (esimerkiksi perustuslaki, potilaslaki, laki terveystalouden ammattihenkilöistä, yhdenvertaisuuslaki, Euroopan ihmisoikeussopimus).

Terveystaloudessa on myös jo monia tarveperiaatteella toimivia kriteerejä, kuten tehohoidon ja ensihoidon kiireellisyysluokat. Niiden soveltamisessa on kuitenkin eroja hyvinvointialueiden välillä esimerkiksi erikoislääkärivajauksen ja muun resurssivajauksen vuoksi.

Terveystalouden palveluvalikoimassa tarveperiaatteen painottaminen voi johtaa siihen, ettei hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen tai primaaripreventioon enää suunnata resursseja, vaikka niihin panostaminen olisi pidemmällä tähtäimellä kustannusvaikuttavaa ja inhimillisesti järkevää.

Terveystaloudessa tutkittua tietoa on olemassa aivan eri tavalla kuin sosiaalihuollossa. Tutkimukseen myös osoitetaan resursseja aivan eri mittakaavassa, joten tietoa vaikuttavuudesta on eri tavalla saatavilla. Terveystaloustieteessä tutkitaan muun muassa sitä, miten palvelutarpeisiin nähden niukat voimavarat kohdennetaan ja miten niitä pitäisi kohdentaa terveyden maksimoimiseksi ja jakamiseksi mahdollisimman oikeudenmukaisesti.

Kustannusvaikuttavuus ja terveyshyöty ovat ongelmallisia periaatteita silloin, kun kyseessä on ylläpitävä hoito, joka estää tilanteen pahenemisen. Kustannusvaikuttavuuden periaatteen toteutumisen haasteena

on julkisella rahalla tuetun yksityisen terveydenhuollon eri kriteerit palvelujen saamiselle, osaoptimointi sekä akustinen priorisointi, jossa hoitoa ja palvelua saavat ne, jotka pitävät eniten ääntä.