

Utlåtande

10.12.2025

Ärende: VN/36135/2023

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

Taustatiedot lausunnonantajalta

Organisaatio tai vastaajataho

Muu järjestö tai yhdistys

Kysymys viranomaisille, mikä on lausuntoa käsitelleen toimielimen nimi ja käsittelypäivämäärä?

-

Lausunnonantajan lausunto

Onko ehdotus sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoiman periaatteista säätämisestä kannatettava?

Kyllä

Perustelut ja lisähuomiot esityksen kannatettavuutteen liittyen.

Kokonaisuutena kyseinen lakiesitys on tarpeen ja sen ohjauksen taso on sopiva. Yksityiskohtaisemman sääntelyn toteuttaminen ei olisi kestävää ja esityksen negatiiviset vaikutukset ovat rajallisia. Esityksessä painotetaan vahvasti kokonaisharkintaa, mikä on hyvä asia, mutta mikä myös lisää henkilökunnan painetta työssä. Nykyisellään eri hyvinvointialueiden toimintatavat eroavat toisistaan. Terveystenhuoltoa ohjaa hyvät käytännöt ja suositukset. Kulut ovat uusien hoitomuotojen, kalliiden lääkkeiden sekä väestön ikääntymisen vuoksi voimakkaassa kasvussa. On hyvä, jos esityksen myötä voidaan varata resursseja myös ennaltaehkäisevään toimintaan. Hyvin toteutettuna esitys toiminee mainiosti, mutta siihen sisältyy vielä ongelmia.

**Antaako esitysluonnos riittävän ja oikean kuvan lakiehdotusten taloudellisista vaikutuksista (jakso 4.2)?
Voitte perustella näkemystänne tähän.**

Yksityisen puolen terveystenpalveluiden ja työterveyden paine lisääntynee kysynnän siirtyessä osittain sille puolelle. On vaikeaa nähdä varmuudella, miten taloudelliset vaikutukset toteutuvat. Esityksessä todetaan, että yksityisten terveystenpalveluiden käyttö saattaa lisääntyä tilanteissa, joissa jokin

hoitomuoto poissuljetaan julkisen sektorin hoitovalikoimasta. Toisaalta pidetään myös mahdollisena, että jokin julkisen palvelun tarjonta paranee, mikä vähentää tarvetta käyttää yksityisiä palveluita.

Ikääntyneiden hoidon tarve ja kustannusten jakaantuminen

Ikääntyneet ovat taloudellisten resurssien puolesta heterogeeninen ryhmä. Tilastojen mukaan ikääntyneillä (yli 55-vuotiaat) on keskimäärin enemmän nettovarallisuutta kuin nuoremmilla ikäluokilla, mikä antaa monelle heistä taloudellista liikkumavaraa (lähde: Tilastokeskus). Vastaavasti eläkeläisten keskimääräinen tulotaso on alhaisempi kuin nuoremmilla ikäluokilla. Vuonna 2024 eläkeläisten mediaanieläketulo oli 1 848 euroa kuukaudessa, kun palkansaajien mediaanitulo oli 3 314 euroa kuukaudessa.

Eläkeläiset eivät kuulu työterveyden piiriin, eikä eläkkeellä olevan ole enää realistisia mahdollisuuksia saada uutta terveysvakuutusta. Tämä kokonaisuus tarkoittaa sitä, että monen eläkeläisen kohdalla julkisen sektorin tarjoamat terveyspalvelut ovat pääsääntöisesti ainoa vaihtoehto, tai useimmilla on korkeintaan rajalliset mahdollisuudet turvautua yksityisen puolen erikoissairaanhoidon palveluihin.

Panostukset ennaltaehkäisevään hoitoon ja niiden oletetut säästövaikutukset

Tuen ja ennaltaehkäisevän työn on oltava riittävän varhaista, tarkastellen laajemmin ihmisen elinkaarta. Pelkästään liikalihavuuden arvioidaan aiheuttavan vuositasolla yli 2,5 miljardin euron kustannukset (lähde: FinWeight-tutkimus, 2025). Elintavat voivat johtaa sydän- ja verisuonisairauksiin tai diabeteksen puhkeamiseen eläkeiässä tai sen kynnyksellä, vaikka seurausten taustalla on usein jopa vuosikymmenten toiminnan tulos. Työvuosien aikaisten rasitusten aiheuttamat tuki- ja liikuntaelimistön kulumat ja vammat voivat aiheuttaa enemmän terveydenhuollon kuluja vasta eläkkeellä. Eliniän pidetessä myös muistisairaudet lisääntyvät. Oikealla ja ennaltaehkäisevällä työllä muistisairauksien puhkeamisen ikää voidaan myöhentää ja hidastaa sairauden etenemistä.

Panostukset kansalliseen rokotusohjelmaan osana ennaltaehkäisyä

Nostamme tässä yhteydessä esiin myös suomalaisen terveydenhuollon monikanavaisuuden haasteet, joilla on suora yhteys palveluvalikkokeskusteluun. Erityisesti rokotusten osalta on nähtävissä osaoptimointia, kun kansallinen rokotusohjelma rahoitetaan suoraan valtion budjetista samalla kun hyvinvointialueet vastaavat muuten terveydenhuollosta alueellaan.

Kansallinen rokoteohjelma on tärkeä osa ennaltaehkäisevää ja vaikuttavaa terveydenhuoltoa. Lasten rokottamisessa Suomi onkin ollut kansainvälinen mallioppilas kautta vuosikymmenten. Sen sijaan aikuisten ja varsinkin ikääntyneiden rokottamisessa Suomen ei voi sanoa kulkevan etunenässä huolimatta siitä, että tutkimukset osoittavat monien rokotteiden myös ikääntyneiden kohdalla tuovan merkittäviä säästöjä erikoissairaanhoidon hoitopäivissä ja jopa ennenaikaisten kuolemien ennaltaehkäisyssä.

EETU pitää tärkeänä, että palveluvalikkoa arvioitaessa huomioidaan myös kansallinen rokotosohjelma. On kansantaloudellisesti epätarkoituksenmukaista ja inhimillisesti väärin, että tehokkaita rokotteita edelleen puuttuu kansallisesta rokotosohjelmasta ja samalla vältettävissä olevat vakavat infektiot rasittavat hyvinvointialueiden taloutta ja vaarantavat yksilöiden terveyden.

Antaako esitysluonnos riittävän ja oikean kuvan lakiehdotusten muista vaikutuksista (jakso 4.2)? Voitte perustella näkemystänne tähän.

Ikääntyneiden palveluiden saatavuudesta

Ehdotetut lakimuutokset koskettavat ikääntyneitä muuta väestöä enemmän. Jo esityksessä todetaan, että sosiaalihuollon asiakkaista eläkeläisiä on suhteellisesti muuta väestöä enemmän. Samoin ikääntyneet käyttävät muuta väestöä enemmän terveyspalveluita. Heillä on muuta väestöä useammin monisairauksia ja tai jokin krooninen sairaus. Tätä taustaa vasten lakiesityksen vaikutuksia ikääntyneeseen väestöön on tarkasteltu melko suppeasti. Tämän lisäksi olisi pitänyt pystyä tekemään selkeämpi arvio siitä, miten esityksen vaikutukset heijastuvat eri ikäluokkiin. Tapahtuuko esityksen toteutuessa muutoksia ikäluokkien välisessä yhdenvertaisuudessa, ja jos, niin millaisia?

Vaikutuksia ikääntyneisiin henkilöihin esitellään sivulla 23. Tekstissä mainitaan esimerkkeinä iäkkäille sopimattomat lääkkeet, joiden myöntämistä tulisi rajoittaa. Potilaan kokemusta lääkkeen toimivuudesta on silti tärkeää kuulla. Hitaasti etenevän syövän jarruttaminen lääkityksellä lisää monen laadukkaita elinvuosia.

Lakiesityksestä olisi pitänyt käydä paremmin ilmi, miten palveluvalikoiman rajaaminen ja priorisointi tarkoittaa esimerkiksi uusien hoitomenetelmien ja lääkkeiden osalta. Otetaanko Suomessa jatkossa käyttöön esimerkiksi uusia ja kalliita syöpähoitojen menetelmiä vasta sitten, kun kustannukset ovat laskeneet? Sama koskee erilaisten sairauksien lääkitystä tai vaikutuksia monisairaisiin. Samoin olisimme toivoneet arviota siitä, miten suomalaisten sote-palveluiden laatu ja vaikuttavuus kehittyvät esityksen seurauksena suhteessa muihin Pohjoismaihin.

Esityksessä mainitaan aivan oikein, että ikääntyvien palvelujen piiriin tulevat uudet asiakkaat ovat huonokuntoisempia kuin aiempina vuosina. Mielestämme on tärkeää panostaa riittävästi myös ennakoivaan ja toimintakykyä ylläpitävään hoivaan ja sosiaalityöhön. Arvio ennaltaehkäisyn vaikutuksista ikääntyneiden hyvinvointiin ja toimintakykyyn on kuitenkin kokonaisuudeltaan epärealistinen. On vakiintunut tieto, että ihmisen hoidon ja hoivan suhteen kalleimmat ikävuodet tulevat todennäköisesti olemaan elämän loppuvaiheessa. Ennaltaehkäisyllä voitaneen myöhentää tätä kehitystä, mutta sillä ei voida estää sitä.

Vaikuttavuuden arvioinnista ohjenuorana

Vaikuttavuuden edistäminen on periaatteena kannatettavaa. Erityisesti vähähyötyisten hoitojen vähentäminen tulee todennäköisesti vaatimaan merkittävästi toimeenpanon ohjeistamista. Tulee välttää tilanteita, joissa lain perusteella asiakas voi kokea jäävänsä perusteettomasti hoitoa tai hoivaa vaille, vaikka ko. hoidolla tai hoivalla ei saavutettaisi hyötyä asiakkaalle. Tässä korostuu henkilökunnan kyky selkeyttää asiakkaille ja näiden omaisille hoidon ja hoivan asianmukaisuus sekä vaikuttavuus.

Olemme kuitenkin äärimmäisen epäileväisiä vaikuttavuuden arviointiin ja hoidon- tai hoivantarpeen merkittäviin muutoksiin hyvinvointialueilla tai Helsingissä ikääntyneiden asiakkaiden kohdalla. Ikääntyneiden palveluiden määrä koetaan jo Suomessa liian alhaiseksi, Huomisen kynnyksellä 2025-tutkimuksen mukaan sosiaali- ja terveyspalveluiden heikko saavutettavuus on suurin murheen aihe 55–84-vuotiaiden keskuudessa tällä hetkellä. Pelkästään periaatteita muuttamalla tai toisin soveltamalla sitä tuskin vähennetään. Ainoaksi ratkaisuksi tullaan todennäköisemmin katsomaan yksinkertaisesti palveluvalikoiman merkittävä vähentäminen, millä tulee olemaan erittäin negatiivisia vaikutuksia ikääntyneiden asiakkaiden hyvinvointiin tai jopa hengissä pysymiseen.

Sukupuolten välisestä tasa-arvosta

EETU ry kantaa myös huolta sukupuolten välisen tasa-arvon toteutumisesta. Niin asiakkaiden kuin ammattilaistenkin osalta esityksen vaikutukset osuvat useammin naisiin, mikä on itsessään jo haaste. Esitys mainitsee, että naiset käyttävät palveluja useammin, jolloin vaikutukset osuvat enemmän heihin asiakkaina. Sukupuolten välisen tasa-arvon tilastollinen tasaaminen palveluista yksipuolisesti karsimalla ei kuitenkaan edistä yhdenvertaisuutta, ei yksilötasolla eikä laajemmassa kuvassa. Palveluiden saatavuuden pitää vastata tarpeeseen. Tarpeissa on sukupuolittuneita eroja.

Onko lakiehdotuksilla jotain sellaisia vaikutuksia, joita esitysluonnoksessa ei vielä ole otettu huomioon, ja jos on, niin millaisia vaikutuksia?

Näemme esityksessä suuren riskin alueelliselle tasa-arvolle haja-asutusalueilla, erityisesti iäkkäiden ihmisten palveluiden kuten pitkäkestoisen geriatrisen kuntoutuksen tai kotisairaanhoidon osalta. Kustannustehokkuuden vaatimus voi olla haitaksi vanhustenhoivan palveluiden toteuttamiselle.

Iäkkäiden osalta sosiaali- ja terveyspalveluiden välimaasto on yhä ongelmallinen, mikä voi aiheuttaa väliinpuotoamista ja kokonaan ilman palveluita jäämistä.

Kommenttinne pykälästä ja säännöskohtaisista perusteluista: Terveystieteidenhuoltolaki 7 a §

Kannatamme sitä, että hoidon pitää lähtökohtaisesti olla lääketieteellisesti tai odontologisesti perusteltua.

Näemme että terveydenhuoltolain 7 a §:n toisella kohdalla (sisältämät riskit potilaan hengelle tai terveydelle eivät ole kohtuuttoman suuret suhteessa saavutettavissa olevaan terveyshyötyyn) voi olla kohtuuttomia seurauksia iäkkäämmille, erityisesti yli 80-vuotiaille henkilölle. Sen pohjalta voidaan rajata ulos erinäisiä toimenpiteitä, kuten leikkauksia, tulehdusriskiä tai potilaan lähtökohtaisen kuntoon perustuen. Näillä toimenpiteillä saattaa kuitenkin olla yksilön tuleville elinvuosille ratkaiseva merkitys.

Saman lain kolmannella kohdalla (vaikuttavuus terveyteen tai hyvinvointiin on saatavilla olevan näytön perusteella riittävää) voi olla haitallisia seurauksia iäkkäämmille potilaille, esimerkiksi kalliiden tai markkinoille hiljattain tulneiden lääkkeiden osalta.

Kohtuullisten kustannusten vaatimus saavutettavissa olevaan terveys- tai hyvinvointihyötyyn ja hoidolliseen arvoon nähden (terveydenhuoltolain 7 a §:n neljäs kohta) voi aiheuttaa alueellista

epätasa-arvoa haja-asutusseuduilla, joilla iäkkäiden ihmisten kotisairaanhoidon ja kuntoutuksen palveluita voi olla vaikeaa tuottaa kustannustehokkaasti.

Näemme vaarana sen, että vähemmän tutkitut tai todennetut hoitomuodot, kuten iäkkäiden toimintakykyyn liittyvä kuntoutus säästetään pois heikkojen mittareiden tai olemattoman tiedon vuoksi. Yksilöiden toimintakyvyssä on suuria iästä riippumattomia vaihteluja. Ajankohtaisessa tutkimuksessa on yleisesti suuria puutteita yli 85-vuotiaiden osalta. Elämänlaadun ja toimintakyvyn mittareissa on suuria puutteita suhteessa somaattisiin diagnooseihin. Kuntoutuksen kliiniset hyödyt ovat kiistattomat, vaikka sen muodollinen todennus iäkkäimpien osalta on puutteellista.

Tahdomme erityisesti painottaa, että toimenpiteen, tutkimuksen, hoidon tai kuntoutuksen palveluvalikoimaan kuulumista koskevan päätöksenteon tulee perustua kokonaisharkintaan, ja siinä tulee varmistaa potilaiden yhdenvertaisuus ja ihmisarvon loukkaamattomuus.

Kommenttinne pykälästä ja säännöskohtaisista perusteluista: Sosiaalihuoltolaki 30 a §

Esityksen hyöty sosiaalihuollon puolella jää epäselväksi sen kuitenkin pohjautuessa subjektiivisille oikeuksille ja esimerkiksi tarkkaan säädetyille henkilömitoituksille.

Evidenssiperusteisuus päätöksenteon pohjana voi rankaista kohtuuttomasti niitä ryhmiä, joista ei ole saatavilla kattavaa ajantasaista tutkimusta. Toimenpiteiden vaikutukset ovat moninaisia ja työn menetit pääasiassa yksilöiden tilanteeseen ja työntekijän harkintaan perustuvia, siksi myös vaikeammin tilastollisesti todennettavissa. Sosiaalihuollon puolella on yhtä lailla puutteita yli 85-vuotiaita käsittelevän tutkimuksen osalta, mikä saattaa vaikuttaa heidän palvelutarjontansa. Kannamme huolta kotiin vietävien palveluiden kustannustehokkuudesta ja tulevasta saatavuudesta haja-asutusalueilla.

EETU ry tahtoo erityisesti ilmaista huolensa Sosiaalihuoltolain 30 a §:n kohdista 3 ja 4.

Näemme, että niillä on tarkoitus lisätä myönnettävien palveluiden vaikuttavuutta, mutta esitetty muotoilu avaa mahdollisuuden palveluiden alikäytölle. Kohdassa 4.2.1 (s. 16) mainitaan ikääntyneiden arkipäivän osalta tyydyttämätön palvelujen tai tuen tarve. Koemme esityksen oikeansuuntaiseksi, mikäli sillä tavoitellaan tilannetta, jossa ihmisen tuen tarve vähenee ennaltaehkäisyllä tai mahdollisesti muihin piileviin taustasyihin, kuten yksinäisyyteen tai elintapoihin, vastaamalla. Rohkenemme kuitenkin epäillä näiden palveluiden laajaa saatavuutta käytännössä.

Sosiaalihuollon palveluiden näyttöperustaisuuden vaatimus (kohta 3) voi mahdollistaa riittävyden väärän arvioinnin. Esimerkiksi kuntoutuksen palveluissa voidaan sivuuttaa asiakkaan sekä asiakaskohtaisen työntekijän harkinta ja evätä palvelu, koska sen toimivuus voi olla selkeä, muttei suoraan todistettavissa näytöllä asiakaskohtaisesti.

Kohta 4 vääristää lähes kokonaisuudessaan sosiaali- ja terveyspalveluiden periaatteen hyvinvoinnin edistämisestä ja asettaa kustannushyödyt liian ensisijaisiksi. Kohtuullisuuden vaatimus tässä kohdassa mahdollistaa liian laajan tulkinnan kustannushyötysuhteen kohtuullisuudesta. Vaikka pykälä itsessään mainitsee vaatimuksen kokonaisarviolle, yhdenvertaisuudelle, sekä ihmisarvon loukkaamattomuudelle, vaarantaa tämä esitys näiden riittävän toteutumisen.

Kommenttinne pykälästä ja säännöskohtaisista perusteluista: Sote-järjestämislaki 36 §

Sote-järjestämislain 36 § hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksesta on hyvä ja tarpeellinen. Sen pyrkimyksenä on yhdenmukaistaa julkisesti rahoitettuja sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita valtakunnallisesti siten, että samalla maksimoidaan käytössä olevat resurssit. Pidämme myös tärkeänä tavoitteena sitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoimaa ja valintoja koskevaa avoimuutta pyritään lisäämään.

Liittyykö esitysluonnoksen mukaisten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoiman periaatteiden soveltamiseen haasteita, ja jos liittyy, niin millaisia ja miten haasteita voisi mielestänne ratkaista?

Viittaamme aiempiin kommentteihimme koskien kustannustehokkuuden vaatimusta, jonka osalta pitää erityisesti huomioida haja-asutusalueiden rakenne ja alat, joilla on puutteita todennetun datan saatavuudessa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinnassa on yhä vaaraa palveluiden ulkopuolelle putoamiselle molemmilla puolilla palvelujärjestelmää.

Kannamme huolta myös henkilökunnan paineen lisääntymisestä kustannustehokkuuden vaatimuksista kokonaisvaltaisten arvioiden, yhdenvertaisuuden ja ihmisarvon loukkaamattomuuden äärellä toimiessa.

Muita näkemyksiä ja täsmennysehdotuksia?

Valmistelu painottuu hämmentävän vahvasti yhteisön tarpeisiin, kyseen kuitenkin ollessa yksilön elämän laatuun vahvasti vaikuttavasta toiminnasta. Lakien käyttöönoton ja niiden soveltamisen tulee tapahtua kansalaisten perusoikeuksia vaarantamatta. Tämä on erityisen olennaista ikääntyneiden kohdalla, jotka ovat muuta väestöä riippuvaisempia julkisen sektorin tarjoamista sosiaali- ja terveysten palveluista.

Vaikuttavuusarviointien osalta tulee muistaa tutkimukselliset katvealueet kuten päihderiippuvuudet tai yli 85-vuotiaiden toimintakyvyn variaatiot. Toimenpiteiden kliniset hyödyt voivat olla hyvinkin toimijoiden tiedossa, mutta vaikeasti todennettavissa numeroin.

Palveluiden tehokkaalla keskittämisellä on haittansa erityisesti haja-asutusalueiden iäkkäiden kansalaisten osalta. Paikallistuntemus on keskeistä laadukkaalle palveluiden kehittämiselle. Vahva keskittäminen vaarantaa myös palveluiden saatavuuden kansalliskielillä, kieliympäristön ja osaamisen vaihdellessa kovasti alueiden välillä. Alueelliset erot pitää pystyä huomioimaan, myös kustannuksia painottavassa toimintamallissa.

