

## **Terveydenhuollon palveluvalikoiman nykytila, määrittelyn perusteet ja kehittämistarpeet**

### **Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvoston väliraportti 26.5.2016**

Terveydenhuollossa vaikeiden valintojen tekeminen on arkipäivää. Lääketieteen mahdollisuuksien kehitys on johtanut siihen, että yhteiskunnalla ei ole enää varaa kaikkiin mahdollisiin vaikuttaviin hoitoihin. Tarve hillitä terveydenhuollon kustannusten kasvua johtuu yhtäältä lääketieteen lisääntyneistä mahdollisuuksista diagnosoida ja hoitaa sairauksia ja toisaalta yhteiskunnan medikalisaatiosta, jossa ihmisen elämää tarkastellaan yhä enenevästi lääketieteellisestä näkökulmasta ja jossa aiemmin normaaleina pidettyjä elämäntapahtumia ja poikkeavuuksia lääketieteellistetään.

Terveydenhuollon palveluvalikoimalla tarkoitetaan kokonaan tai osittain julkisin varoin rahoitettuja terveydenhuollon palveluita. Palveluvalikoimaan ei voi sisältyä kaikki nykyisen lääketieteen ja teknologian kehityksen mahdollistama toiminta, sillä yhteiskunnan taloudellinen kantokyky on rajallinen. Terveydenhuollon palveluvalikoiman määrittelyn tavoitteena on yhteisen ja yksilön hyvän tasapainottaminen ja mahdollisimman monien palveluita tarvitsevien auttaminen käytettävissä olevien voimavarojen asettamissa rajoissa.<sup>1</sup>

### **Palveluvalikoiman nykytila**

Terveydenhuollon palveluvalikoimaa on nykyisin määritelty lainsäädännössä, viranomaispäätöksissä, tuomioistuinratkaisuissa sekä erilaisissa suosituksissa (ks. taulukko liitteenä).<sup>2</sup> Nykyisen palveluvalikoiman ytimen voidaan katsoa koostuvan yleisesti käyttöön hyväksytyistä ja vakiintuneista kansallisista hoitokäytännöistä sekä terveydenhuollon osa-alueista, joista on erikseen tarkemmin säädetty, kuten kansallisista rokotus- ja seulontaohjelmista. Palveluvalikoiman kokonaisuuden raja-alueille sijoittuu lisäksi terveydenhuollon menetelmiä, joiden kuuluminen palveluvalikoiman sisä- tai ulkopuolelle ei ole yksiselitteistä. Näitä ovat esimerkiksi erityisen kalliit terveydenhuollon menetelmät, oman elinkaarensa alku- ja loppupään menetelmät sekä erityisen arvolutautuneisiin terveysongelmiin kohdistuvat menetelmät.

Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto seuraa, määrittelee ja arvioi palveluvalikoiman kokonaisuutta. Neuvosto antaa suosituksia terveyden- ja sairaanhoidon toimenpiteiden, tutkimusten sekä hoito- ja kuntoutusmenetelmien kuulumisesta palveluvalikoimaan tai rajaamisesta pois palveluvalikoimasta. Koska palveluvalikoimaneuvoston toimivalta antaa suosituksia palveluvalikoiman sisällöstä perustuu lakiin, neuvoston suositukset ovat ristiriitattomissa muita suosituksia vahvempia. Neuvosto antaa suosituksia yleisellä tasolla; se ei ota kantaa yksittäisten potilaiden hoitoon. Neuvosto arvioi myös yleisesti käyttöön hyväksytyjä ja vakiintuneita terveydenhuollon käytäntöjä, jotka voivat uusiutuvan tutkimustiedon perusteella osoittautua vanhentuneiksi verrattuna uuteen, entistä vaikuttavampaan samaan terveyden-

---

<sup>1</sup> ks. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet, Etene-julkaisu I, 12.12.2001.

<sup>2</sup> Palveluvalikoiman määrittelyn lähteet ja säädöspohja on kuvattu erillisessä muistiossa, Palveluvalikoiman kokonaisuuden kuvaus.



gelmaan kohdistuvaan menetelmään. Tutkimus- tai hoitomenetelmän rajaaminen palveluvalikoiman ulkopuolelle ei merkitse potilaiden hoitamatta jättämistä, vaan heitä voidaan tutkia ja hoitaa muilla, palveluvalikoimaan kuuluvilla menetelmillä. Lisäksi jokaiselle tarvitsevalle on turvattava tarpeellinen hoiva ja huolenpito. Palveluvalikoimasta poikkeaminen on mahdollista laissa määritellyssä erityistilanteessa, joka liittyy potilaan henkeä tai terveyttä vakavasti uhkaavaan sairauteen tai vammaan.

## Palveluvalikoiman määrittelyn perusteet

### *Lainsäädäntö*

Perustuslaki velvoittaa julkisen vallan turvaamaan, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut (PeL 19.3 §). Terveyspalveluiden riittävä taso määräytyy tämän perustuslain säännöksen ja muun lainsäädännön muodostaman kokonaisuuden pohjalta.<sup>3</sup> Palveluiden riittävyttä arvioitaessa lähtökohtana on, että jokaiselle ihmiselle turvataan edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä.<sup>4</sup> Riittäviä terveyspalveluita voidaan luonnehtia esimerkiksi kansalaisen kannalta välttämättömiksi, mitoituseltaan kohtuullisiksi sekä jotakin sosiaalista uhkaa, kuten sairautta, torjuviksi palveluiksi.<sup>5</sup>

Palveluiden järjestämistapaan ja saatavuuteen vaikuttavat myös muut perusoikeudet kuten oikeus elämään, oikeus välttämättömään huolenpitoon sekä yhdenvertaisuus ja syrjinnän kieltö. Vaikka terveydenhuollon järjestämisestä vastaavien kuntien varallisuusasema vaihtelee, perustuslain 6 §:ssä säädetty yhdenvertaisuusperiaate edellyttää, että riittävät terveyspalvelut annetaan yksilöille saman vähimmäistason mukaisina riippumatta heidän kotipaikastaan. Yhdenvertaisuusperiaate edellyttää, että ketään ei aseteta ilman hyväksyttävää perustetta muita parempaan tai huonompaan asemaan terveydenhuollossa. Yhdenvertaisuus ei tarkoita sitä, että jokaisen tulisi saada täsmälleen samat terveydenhuollon palvelut vallitsevasta terveydentilastaan riippumatta, vaan hoidon tarve arvioidaan aina lääketieteellisin perustein.

Terveydenhuollon palveluvalikoimaan sisällyttämisen ja siitä pois rajaamisen perusteista säädetään terveydenhuoltolain 7a §:ssä.

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

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

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

<sup>3</sup> ks. PeVM 25/1994 vp, s. 5–6 ja PeVL 20/2004 vp, s. 2.

<sup>4</sup> ks. perusoikeusuudistusta koskeva HE 309/1993, yksityiskohtaiset perustelut 15a §:n 3 momentin osalta.

<sup>5</sup> ks. perusoikeudesta peruspalveluihin Lehtonen Lasse, Hengen ja terveyden suoja - klassinen vapausoikeus vaikeo sosiaalinen perusoikeus, Oikeustiede Jurisprudentia XXVI 1993, s. 186–188.

Terveydenhuoltolain 78a §:n mukaan palveluvalikoimaneuvoston on suosituksia antaessaan otettava huomioon eri alojen tutkimustieto ja muu näyttö sekä terveydenhuollon eettiset ja järjestämiseen liittyvät näkökohdat.

Palveluvalikoimaneuvosto katsoo, että terveydenhuoltolain 7a §:ää on tarkasteltava suhteessa terveydenhuoltolain kokonaisuuteen, jolloin palveluvalikoimaan sisältyy palveluita koko terveydenhuoltolain soveltamisalueelta, siis myös muuta kuin suoraan sairauksiin liittyvää toimintaa (esimerkiksi raskauden ja synnytyksen hoito).

### ***Palveluvalikoiman määrittelyn periaatteet***

Palveluvalikoiman määrittelyllä tavoitellaan kaikkien julkisesti rahoitettujen terveystalujen arviointia samoilla kriteereillä, läpinäkyvyyttä, yhdenvertaisuutta, vaikuttavien terveydenhuollon menetelmien valintaa, medikalisaation välttämistä ja terveydenhuollon kustannusten hallintaa.

Palveluvalikoimaa koskevan lakiehdotuksen yksityiskohtaisissa perusteluissa (HE 103/2013 vp, s. 86) on todettu, että palveluvalikoiman määrittelyyn vaikuttavat myös terveydenhuoltoon käytössä olevat kansalliset voimavarat. Palveluvalikoimaa koskeva lainkohta antaa kuitenkin rajalliset lähtökohdat erityisesti kustannusten huomioimiselle. Tilanne on ristiriitainen, sillä perustuslain riittävien terveystalujen käsite viittaa kohtuullisuuteen palveluiden mitoituksessa. Jotta riittävät terveystalut kyettäisiin turvaamaan kaikille niitä tarvitseville myös terveydenhuollon menetelmien kustannusten kasvaessa, lainsäädännön tulisi tukea perustuslain tarkoitusta, eikä johtaa terveystalujärjestelmää taloudellisesti kestävämpään suuntaan. Palveluvalikoimaneuvosto katsoo, että terveydenhuollon palveluista syntyviä kustannuksia ei voida jättää huomioimatta palveluvalikoimaa määriteltäessä. Palveluvalikoiman läpäisevänä yleisperiaatteena on otettava huomioon terveydenhuollon eettiset ja järjestämiseen liittyvät näkökohdat. Tämä edellyttää käsitteen ”lääketieteellisesti perusteltu” tarkastelusta myös terveydenhuollon kantokyvyn kannalta. Pelkän tieteellisen tutkimustiedon perusteella ei voida päätellä, mikä on lääketieteellisesti perusteltua, vaan tutkimustietoa ja näyttöä pitää soveltaa suhteessa kulloinkin vallitseviin yhteiskunnallisiin olosuhteisiin kuten lainsäädäntöön, arvoihin ja talouteen.

Palveluvalikoimaneuvoston yhtenä tehtävänä on antaa lausuntoja palveluvalikoiman määrittelyssä käytettävistä periaatteista (VNA terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvostosta 30.1.2014/63). Neuvosto on kokouksessaan 26.5.2016 hyväksynyt perustuslain ja terveydenhuoltolain (TervHL 7a § ja TervHL 78a §) asettamien reunaehtojen puitteissa seuraavat palveluvalikoiman määrittelyn periaatteet:

1. **TERVEYSONGELMAN MERKITTÄVYYS** (PeL 19 § ja TervHL 7a §)  
*Terveysongelman on oltava riittävän merkittävä, jotta sitä on perusteltua hoitaa lääketieteen keinoin julkisin varoin. Merkityksen arvioinnissa sovelletaan lääketieteellisen tiedon lisäksi yhteiskunnallisia arvoja.*
2. **LÄÄKETIETEELLINEN PERUSTELTAVUUS** (TervHL 7a §)

Palveluvalikoimaan kuulumisesta päättäminen näytön perusteella edellyttää, että sekä terveysongelma että sen ratkaisemiseen käytetty terveydenhuollon menetelmä on riittävän tarkasti määritelty.

Palveluvalikoimaan kuuluvan toiminnan on oltava lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti perusteltua. Perusteltavuutta arvioidaan suhteuttamalla toisiinsa *vaikuttavuus, turvallisuus* ja *terveysongelman vakavuus*. Potilasryhmän kykyä hyötyä toiminnasta<sup>6</sup> tarkastellaan osana vaikuttavuutta. Vaikuttavuutta ja turvallisuutta arvioidaan suhteessa hoidettavan terveysongelman vakavuuteen tutkimustiedon ja muun näytön perusteella. Toiminnalla on oltava näytön perusteella riittävä vaikuttavuus ja siihen liittyvien riskien suuruuden on oltava hyväksyttävää.

### 3. EETTISYYS JA TALOUDELLISUUS KOKONAISUUTENA (TervHL 7a ja 78a §)

Palveluvalikoiman määrittelemisessä on otettava huomioon eettiset ja terveydenhuollon organisointiin liittyvät näkökohdat.<sup>7</sup> Tämä tarkoittaa esimerkiksi sitä, että julkisin varoin rahoitettu terveydenhuollon toiminta rakentuu yhteiskunnassa hyväksytyille arvoille, muun muassa ihmisarvoisen kohtelun periaatteelle. Kokonaisvoimavarat pyritään jakamaan oikeudenmukaisesti terveydenhuoltopalveluja tarvitsevien kesken. Eriyisesti kalliiden uusien menetelmien käyttöönottoa arvioidaan myös yhteiskunnan ja terveydenhuoltojärjestelmän taloudellisen kokonaiskantokyvyn kannalta.

Terveydenhuoltolain (TervHL 7 a § 2 mom.) mukaan palveluvalikoimaan ei kuulu toiminta, jossa riskit ovat kohtuuttoman suuret odotettavissa olevaan terveyshyötyyn nähden. Haittojen ja hyödyn suhde on huomioitu myös yllä olevassa kriteerissä 2; terveydenhuoltolain rajaussääntö tarkoittaa haitta-hyöty-suhteen ääritapausta, joka ei täytä haittojen ja hyödyn hyväksyttävyyden kriteeriä. Toinen terveydenhuoltolain palveluvalikoimaa koskeva rajaussääntö puolestaan tarkoittaa ääritapausta kustannusten ja hyödyn suhteesta: palveluvalikoimaan ei kuulu toiminta, jonka vaikuttavuus on vähäinen ja siitä aiheutuvat kustannukset kohtuuttomat terveyshyötyyn ja hoidolliseen arvoon nähden.

Palveluvalikoimaa määritellään potilasryhmätasolla; potilaiden hoitopäätökset tehdään yksilötasolla, yksilöllisen hoidontarvearvion perusteella. Hoidon tarvetta arvioitaessa otetaan lääketieteellisten tai hammaslääketieteellisten seikkojen lisäksi huomioon voimassa oleva lainsäädäntö ja suositukset palveluvalikoiman sisällöstä sekä potilaan kyky hyötyä hoidosta. Tarvearvio voi käytännössä johtaa myös sen toteamiseen, että palveluvalikoimaan kuuluva menetelmä ei ole yksittäisen potilaan käytettävissä, koska potilas ei hyötyisi siitä.

---

<sup>6</sup> Kyvyllä hyötyä toiminnasta viitataan potilasryhmän interventiosta saamaan oletettuun keskimääräiseen terveyshyötyyn ja hoidolliseen arvoon suhteessa tilanteeseen, jossa interventiota ei tehtäisi lainkaan tai valittaisiin jokin toinen interventio. Arviota ei voida perustaa yksinomaan geneerisiin näyttöön perustuviin tutkimustuloksiin, joissa ei välttämättä riittävästi kyetä yksilöimään potilasryhmien eroavaisuuksia. Niinpä on tarkasteltava, kykeneekö potilasryhmä keskimäärin myös tosiasiallisesti hyötymään interventiosta. Kykyyn hyötyä saattaa vaikuttaa esimerkiksi ikä, taudin vaikeusaste ja mahdolliset muut sairaudet. (Ks. potilasryhmän hoidosta saamien hyötyjen arvioinnista Ruotsissa National Model for Transparent Prioritisation in Swedish Health Care 2011:4, s. 31–36.)

<sup>7</sup> HE 103/2013 vp 7a §:n yksityiskohtaiset perustelut s. 86–87.

## **Kehittämistarpeet**

### ***Terveydenhuollon priorisointikeskustelun edistäminen***

Terveydenhuollon palveluvalikoimaa on määritelty pirstaleisesti ja suositusluonteisesti, mikä hankaloittaa sen kokonaisuuden ja sitä määrittelevien normien hierarkian hahmottamista. Lisäksi lainsäädäntö antaa niukasti keinoja huomioida taloudellisia seikkoja palveluvalikoiman määrittelyssä, mikä on johtanut piilopriorisointiin.

Moniin muihin maihin, ml. Pohjoismaihin, verrattuna terveydenhuollon priorisointikeskustelu on Suomessa vielä nuorta. Palveluvalikoimaneuvosto pitääkin priorisointikeskustelun edistämistä tärkeänä, jotta yleinen ymmärrys valintojen välttämättömyydestä ja avointen priorisointikriteerien merkityksestä lisääntyisi. Terveydenhuollon pitäminen taloudellisesti ja eettisesti kestäväällä pohjalla ei onnistu ilman avointa kansallista priorisointia. Avoin, perusteltu kansallinen priorisointi edistää myös potilaiden yhdenvertaisuutta. Piilopriorisointi johtaa sattumanvaraisiin ja muihin kestäättömin perustein tehtyihin valintoihin, kun palveluita saavat ne, jotka osaavat niitä eniten vaatia.

### ***Palveluvalikoimaneuvoston arvio lainsäädännön uudistustarpeesta***

Palveluvalikoiman ja palveluvalikoimaneuvoston asemaa tarkastellaan osana sosiaali- ja terveydenhuollon uudistukseen liittyvää terveydenhuollon sisällöllisen ohjauksen kokonaisuutta. Ohjausjärjestelmää uudistettaessa on ratkaistava, mikä on palveluvalikoimaneuvoston rooli uudessa ohjausjärjestelmässä ja suhde esimerkiksi valinnanvapauden piirissä olevien palvelujen määrittelyyn. Lisäksi on sovitettava yhteen nykyiset yhtenäiset hoidon perusteet ja palveluvalikoima sekä ratkaistava edellä mainittujen suhde muihin palveluvalikoiman määrittelyn lähteisiin.

Palveluvalikoimaneuvosto katsoo, että terveydenhuoltolaissa olevia palveluvalikoiman määrittelyn perusteita on kehitettävä terveydenhuollon priorisointityötä tukevaksi lakia muuttamalla. Terveydenhuollon sisällön ohjaus on muiden maiden esimerkkejä seuraten mahdollista ratkaista monella eri tavalla: runsaalla tai vähäisellä sääntelyllä.

Yhtenä kehittämismuutoksena voisi olla kokonaan uudesta kriteeristöstä säätäminen.<sup>8</sup> Esimerkiksi Norjassa priorisoinnin kolme pääperustetta ovat: (a) terveyshyöty: prioriteetti kasvaa toimenpiteestä odotettavissa olevan terveyshyödyn ja muiden olennaisten hyvinvointihyötyjen mukaan, (b) resurssi: prioriteetti kasvaa sitä enemmän, mitä vähemmän resursseja toteuttamiseen tarvitaan ja (c) sairauden vakavuus: prioriteetti kasvaa sairauden vakavuuden myötä.<sup>9</sup> Kriteeristön painottamisella eri soveltamistilanteissa voitaisiin nykyistä paremmin ottaa huomioon terveydenhuollon priorisointityöhön olennaisesti liittyviä arvovalintoja, jotka ovat poliittisia, eivätkä yksinomaan asiantuntija-arvion perusteella ratkaistavia. Tämänkalta-

---

<sup>8</sup> Toisena vaihtoehtona olisi muuttaa nykyistä terveydenhuoltolain 7a §:ään sisältyvää kriteeristöä taloudelliset seikat paremmin huomioivaan suuntaan esimerkiksi poistamalla vähäisen vaikuttavuuden ja kohtuuttomien kustannusten välinen yhteys (ja -> tai).

<sup>9</sup> Norjan priorisointiraportti 2014 (NOU 2014:12), tiivistelmän suomenkielinen käännös s. 4. Norjan priorisointiraportti 2015 (10/2015) tiivistelmä.

set periaatteet voisivat ohjata päätöksentekijöitä myös silloin, kun ei ole käytettävissä taloudellisia arviointeja esimerkiksi menetelmän kustannusvaikuttavuudesta.

Priorisointiperiaatteiden kokonaiskuvan tulisi tulevaisuudessa välittyä yhdenmukaisesti terveydenhuollon järjestämistä, potilaan oikeuksia ja terveydenhuollon ammattihenkilön velvollisuuksia koskevasta lainsäädännöstä, koska terveydenhuollon priorisoinnissa on kysymys myös resurssien kohdentamisesta niitä lääketieteellisen tai hammaslääketieteellisen arvion perusteella eniten tarvitseville, vaikka tarvearvioon liittyykin aina myös arvosidonnaisia tekijöitä.

Sosiaali- ja terveysvaliokunta totesi mietinnössään 23/2013 vp, että ”Terveydenhuollon palveluvalikoima jää alkuvaiheessa ehdotettua enemmän nykyisin sovellettavien lääketieteellisten ja hammaslääketieteellisten käytäntöjen varaan. Valiokunnan saaman selvityksen mukaan sosiaali- ja terveysministeriö jatkaa palveluvalikoimaan liittyvää säädösvalmistelua tavoitteenaan antaa nyt käsiteltävän hallituksen esityksen periaatteita noudatteleva, perustuslailliset reunaehdot huomioon ottava esitys vuoden 2014 aikana. Valiokunta pitää terveyspalvelujen yhdenvertaisen saatavuuden ja potilaan oikeuksien vahvistamisen kannalta tärkeänä, että palveluvalikoiman määrittely täsmentyy jatkovalmistelussa.”

Liite 1. Taulukko: Esimerkkejä palveluvalikoiman kansallisista lähteistä ja niiden asemasta muodollisessa oikeuslähdejaottelussa<sup>10</sup>:

Palveluvalikoiman määrittelyn lähde	Säädösperusta	Toiminnan vaikuttimet / peruste palveluvalikoimaan sisällyttämiselle
<i>Vahvasti velvoittavia oikeuslähteitä</i>		
Perustuslaki	PeL 19 §	Oikeus välttämättömään huolenpitoon ja jokaiselle riittävät terveyspalvelut.
Terveydenhuoltolaki	TerveydenhuoltoL 7 §, 7 a § ja 8 §	Yhtenäiset hoidon perusteet ja palveluvalikoima
Rokotusasetus: Kansallinen rokotusohjelma	RokotusA (421/2004), annettu TartuntatautiL (583/1986) 11 §:n (1042/2008) nojalla	Tartuntatautiin ehkäisy, kansanterveysnäkökulma, tieteellinen näyttö vaikuttavuudesta, terveyshyöty/haittarpunninta, turvallisuus, kohtuulliset kustannukset saavutettavissa olevaan terveyshyötyyn nähden (THL:n kotisivut).
Seulonta-asetus: Valtakunnalliset seulontaohjelmat	TerveydenhuoltoL 14 § SeulontaA (339/2011) 2 §, annettu TerveydenhuoltoL 23 §:n nojalla	Ennaltaehkäisevä terveydenhuolto, etsittävän taudin yleisyys ja merkityksellisyys sekä yksilön että yhteiskunnan kannalta, taudin ennusteen parantaminen, kansanterveysnäkökulma, terveyshyöty kansanterveyden näkökulmasta - kustannukset (asetus ja THL:n kotisivut).
Neuvola-asetus: Neuvolatoiminta	TerveydenhuoltoL 15 § NeuvolaA (338/2011), annettu TerveydenhuoltoL 23 §:n nojalla	Perheen ja muiden lapsen huolenpidosta vastaavien mahdollisuudet turvata lapsen hyvinvointi ja yksilöllinen kasvu (PeL 19.3 §). Väestön terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, terveyserojen kaventaminen, palvelujen yhdenvertainen saatavuus, laatu ja potilasturvallisuus, sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön vahvistaminen (TerveydenhuoltoL 2 §, lain tarkoitus).
<i>Heikosti velvoittavia oikeuslähteitä</i>		
Korkeimman hallinto-oikeuden ennakkoratkaisut	HallintolainkäyttöL (586/1996) 12 luku	Hoitopäätös voi olla hallintoriidan kohteena. Menettelyssä hallinto-oikeus ratkaisee potilaan kuntaan kohdistaman julkisoikeudellisen järjestämisen tai maksuvelvollisuusvaateen.

<sup>10</sup> Oikeuslähdeoppi ohjaa oikeuslähteiden käyttöä. Oikeuslähdeopissa määritellään, mitä oikeuslähteitä on käytettävä tai on sallittua käyttää, mikä on oikeuslähteiden painoarvo ja keskinäinen etusijajärjestys. Valitettavasti yhtä yhtenäistä käsitystä oikeuslähteistä ei ole. Faktat määrittävät sitä, mistä asiassa on juridisesti kysymys. Oikeuslähteet ja relevantit faktat ovat sidoksissa toisiinsa. Oikeuslähteiden välisten ristiriitojen muodolliset ratkaisuperiaatteet, joille tämäkin lista perustuu, eivät runsastuvan sääntelyn oloissa toimi kestävien linjausten pohjana, vaan tilannekohtainen oikeudellinen harkinta korostuu. Tilannekohtaisessa harkinnassa jokin heikommin sitova tai suosituksenomainen lähde saattaa muodostua hyvinkin vahvaksi lähtökohdaksi oikeudelliselle argumentaatiolle - jos faktat ovat yhteneväiset.

Laillisuusvalvontakäytäntö (EOA, OK)	PeL 109 § ja Laki eduskunnan oikeusasiamiehestä (197/2002).  PeL 108 § ja L valtioneuvoston oikeuskanslerista (193/2000).	Yleinen laillisuusvalvonta. Muokkaavat palveluvalikoiman sisältöä ratkaisukäytäntönsä kautta.
Palveluvalikoimaneuvoston suositukset	TerveydenhuoltoL (1326/2010) 7a ja 78a §  VNa terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvostosta (63/2014)	Lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti perusteltu hoito (vaikuttavuus, turvallisuus ja terveysongelman vakavuus), kustannusvaikuttavuus, riskit saavutettavaan terveyshyötyihin nähden. Ottaa huomioon kaikki palveluvalikoiman määrittelyn lähteet, eri alojen tutkimustiedon ja muun näytön sekä terveydenhuollon eettiset ja järjestämiseen liittyvät näkökohdat.
Yhtenäiset hoidon perusteet	TerveydenhuoltoL (1326/2010) 7 ja 8 §	Näyttöön perustuva terveydenhuolto, hyvät hoito- ja toimintakäytännöt, laatu, turvallisuus ja asianmukainen toteuttaminen (TerveydenhuoltoL 8 §).
Lääkevalmisteiden myyntilupapäätökset (Fimea ja EU:n komissio, jos päätös koko EU:n alueelle)	Lääkelaki (395/1987) 4 luku (Fimea)	Lääkkeen tarkoituksenmukaisuus, turvallisuus (riski-hyötysuhde), näyttö (tehokkuus, turvallisuus ja laadultaan hyväksyttävä).
Lääkkeiden hintalautakunnan päätökset	SairausvakuutusL (1224/2004) 6 luku 1 § ja 5 luku 1 §	Mm. lääkkeen hoidollinen arvo, vaihtoehdotiset lääkevalmisteet ja kustannukset.
<i>Muita sallituja oikeuslähteitä</i>		
Etenen kannanotot	L potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) 2a §	Perus- ja ihmisoikeudet, lääketieteen etiikka.
Terveydenhuollon valvontaviranomaisten päätökset (Valvira, aluehallintovirastot)	L Sosiaali- ja terveystieteiden valvontavirastosta (669/2008) 2 §.  L aluehallintovirastoista (896/2009) 2 ja 4 §.	Virastoja koskevissa laeissa niiden tehtäväksi säädetystä valvonnasta huolehtiminen. Muokkaavat palveluvalikoiman sisältöä ratkaisukäytäntönsä kautta.
Kelan päätökset	SairausvakuutusL (1224/2004), yleisperiaatteet 2 luku 1 § ja 3 §, hoito- ja tutkimuskorvaukset 3 luku, matkakorvaukset 4 luku, lääkekorvaukset 5 luku  VNa kliinisten ravintovalmisteiden kustannusten korvaamisesta (27/2013), annettu SairausvakuutusL:n 5 luvun 7.2 §:n nojalla  VNa lääketieteellisin perustein vaikeiksi ja pitkäaikaisiksi arvioitavista sairauksista, joiden lääkeshoidon kustannuksista sairausvakuutuslain 5 luvun 5 §:n 2 momentin perusteella korvataan 65 tai 100 prosenttia (25/2013), annettu SairausvakuutusL:n 5 luvun 5.3 §:n nojalla	TerveydenhuoltoL:n 7a §:n palveluvalikoimaan kuuluva sairaanhoito korvataan (sis. tutkimus, hoito, matkakustannukset ja lääkkeet). Korvauksedellytyksenä on lääkärin tai hammaslääkärin tekemä tutkimus ja hoito sekä lääkärin tai hammaslääkärin määräämä tutkimus ja hoito; korvausten maksamisen edellytyksenä, että ammattihenkilöllä on voimassa oleva ammatinharjoittamisoikeus Suomessa. Korvaustaksojen perusteet ja vahvistettavat korvaustaksat perustuvat tutkimus- ja hoitotoimenpiteen laatuun, sen vaatimaan työhön ja aiheuttamaan kustannukseen, korvattavan palvelun hoidolliseen arvoon ja korvauksiin käytettävissä oleviin varoihin (SVL 3 luvun 6.2 §).



<p>Käypä hoito -suositukset (Eivät määritä varsinaista palveluvalikoimaa, mutta hoitosuositusten sisältöä hyödynnetään palveluvalikoiman määrittelyssä.)</p>	<p>Ei sääntelyä, perustuu vapaaehtoisuuteen, jonkin verran julkista rahoitusta.</p>	<p>Tutkimusnäyttö (hyödyt, haitat, teho ja vaikuttavuus). Tavoite mm. yhtenäistää hoitokäytäntöjä ja parantaa hoidon laatua kansallisesti. Kustannukset ja kustannusvaikuttavuus huomioidaan vain satunnaisesti.</p>
<p>Lääkkeiden HTA-neuvottelukunnan HTA-kannanotot (Fimea)</p>	<p>L Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskuksesta (593/2009) 2.1 § 8-10 k.</p>	<p>Prosessissa kerätään luotettavaa tietoa menetelmien lyhyt- ja pitkäaikaisista vaikutuksista. Näyttö, vaikuttavuus, turvallisuus, taloudellinen arviointi, potilas- ja organisatorinen näkökulma, eettinen ja juridinen näkökulma (HTA-opas, esite).</p>
<p>HALO-neuvottelukunnan suositukset (Terveystieteiden tutkimuskeskuksen hallittu käyttöönotto: Eivät määritä varsinaista palveluvalikoimaa, mutta suositusten sisältöä voidaan hyödyntää palveluvalikoiman määrittelyssä.)</p>	<p>Ei sääntelyä substanssitasolla, L Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (668/2008) 2 § (tehtävät)</p>	