

## HE 81/2026 vp

**Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi terveydenhuoltolain, vankeuslain 10 luvun 1 §:n ja tutkintavankeuslain 6 luvun 1 §:n muuttamisesta**

### ESITYKSEN PÄÄASIALLINEN SISÄLTÖ

Esityksessä ehdotetaan muutettavaksi terveydenhuoltolakia, vankeuslakia ja tutkintavankeuslakia.

Esityksessä ehdotetaan, että terveydenhuoltolain sairaanhoitopalvelua koskevaa sääntelyä täsmennetään siten, että nimenomaisesti säädetään palliatiivisen hoidon ja saattohoidon olevan hyvinvointialueen järjestämisvastuulla olevia palveluita. Laissa säädettäisiin myös palliatiivisen hoidon ja saattohoidon määritelmät.

Hoitopaikan valintaa koskevaa sääntelyä muutettaisiin siten, että terveyskeskuksen tai terveysaseman saa jatkossa valita kolmen kuukauden välein, kun nyt vaihdon saa tehdä kerran vuodessa.

Hoitoon pääsyn enimmäisaikojen toteutumisen seuranta koskevaa sääntelyä muutettaisiin siten, että hyvinvointialueen ja Vankiterveydenhuollon yksikön on julkaistava kuukausittain edellistä kalenterikuukautta koskevat tunnusluvut siitä, miten hoitoon pääsyn enimmäisaikojen noudattaminen toteutui erikoissairaanhoidossa, kun voimassa olevan lainsäädännön mukaan tiedot on julkaistava neljän kuukauden välein.

Lait on tarkoitettu tulemaan voimaan 1 päivänä tammikuuta 2027.

---

## SISÄLLYS

|   |    |
|---|----|
| ESITYKSEN PÄÄASIALLINEN SISÄLTÖ .....   | 1  |
| PERUSTELUT .....  | 4  |
| 1 Asian tausta ja valmistelu .....  | 4  |
| 1.1 Tausta .....  | 4  |
| 1.2 Valmistelu .....  | 5  |
| 2 Nykytila ja sen arviointi .....   | 5  |
| 2.1 Palliatiivinen hoito ja saattohoito .....   | 5  |
| 2.1.1 Palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa koskeva lainsäädäntö .....  | 5  |
| 2.1.2 Palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa hoitoa koskevat käytänteet ja nykytilan arviointi .....                             | 10 |
| 2.2 Perusterveydenhuollon hoitopaikan valinta .....   | 17 |
| 2.2.1 Kiireettömän hoidon hoitopaikan valintaa koskeva lainsäädäntö .....   | 17 |
| 2.2.2 Perusterveydenhuollon hoitopaikan valintaa koskevat käytänteet ja nykytilan arviointi .....                               | 18 |
| 2.3 Hoitoon pääsyn enimmäisaikojen toteutumista koskevien tietojen julkaisu .....   | 21 |
| 2.3.1 Hoitoon pääsyn enimmäisaikojen toteutumista koskevien tietojen julkaisua koskeva lainsäädäntö .....                       | 21 |
| 2.3.2 Hoitoon pääsyn enimmäisaikojen toteutumista koskevien tietojen julkaisua koskevat käytänteet ja nykytilan arviointi ..... | 25 |
| 3 Tavoitteet .....  | 27 |
| 4 Ehdotukset ja niiden vaikutukset .....  | 27 |
| 4.1 Keskeiset ehdotukset .....  | 27 |
| 4.2 Pääasialliset vaikutukset .....   | 28 |
| 4.2.1 Taloudelliset vaikutukset .....   | 28 |
| 4.2.2 Vaikutukset viranomaisten toimintaan .....  | 31 |
| 4.2.3 Ihmisiin kohdistuvat ja muut yhteiskunnalliset vaikutukset .....  | 34 |
| 5 Muut toteuttamisvaihtoehdot .....   | 40 |
| 5.1 Vaihtoehdot ja niiden vaikutukset .....   | 40 |
| 5.2 Ulkomaiden lainsäädäntö ja muut ulkomailta käytetyt keinot .....  | 42 |
| 6 Lausuntopalaute .....   | 44 |
| 7 Säännöskohtaiset perustelut .....   | 47 |
| 7.1 Terveystoimintalaki .....   | 47 |
| 7.2 Vankeuslaki .....   | 51 |
| 7.3 Tutkintavankeuslaki .....   | 51 |
| 8 Lakia alemman asteinen sääntely .....   | 51 |
| 9 Voimaantulo .....   | 52 |
| 10 Toimeenpano ja seuranta .....  | 52 |
| 11 Suhde muihin esityksiin .....  | 52 |
| 12 Suhde perustuslakiin ja säätämisyjärjestys .....   | 52 |
| LAKIEHDOTUKSET .....  | 55 |
| 1. Laki terveydenhuoltolain muuttamisesta .....   | 55 |
| 2. Laki vankeuslain 10 luvun 1 §:n muuttamisesta .....  | 57 |
| 3. Laki tutkintavankeuslain 6 luvun 1 §:n muuttamisesta .....   | 58 |
| LIITE .....   | 59 |
| RINNAKKAISTEKSTIT .....   | 59 |

|   |    |
|---|----|
| 1. Laki terveydenhuoltolain muuttamisesta .....               | 59 |
| 2. Laki vankeuslain 10 luvun 1 §:n muuttamisesta.....         | 63 |
| 3. Laki tutkintavankeuslain 6 luvun 1 §:n muuttamisesta ..... | 65 |

## PERUSTELUT

### 1 Asian tausta ja valmistelu

#### 1.1 Tausta

Pääministeri Petteri Orpon hallituksen ohjelman mukaan selkeytetään säädöksiin oikeus saattohoitoon, joka turvaa hyvän elämän loppuvaiheen hoidon riippumatta ihmisen asuinpaikasta tai hoitopaikasta. Varmistetaan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaaminen ja saatavuus sekä omaisten huomioiminen palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa. Lisäksi hallitusohjelman mukaan elämän loppuvaiheen arvokkuus ilman kärsimystä ja yksilölliset tarpeet huomioiden varmistetaan. Tarpeelliset erityisjärjestelyt hyvälle saattohoidolle ja palliatiiviselle hoidolle toteutetaan riippumatta siitä, tapahtuuko hoito kotona, palvelutalossa tai sairaalassa, kielelliset sekä kulttuuriset tarpeet huomioiden ja eriaisteiset vammaisuudet huomioiden<sup>1</sup>. Neuvotellessaan julkisen talouden suunnitelmasta 2026–2029 keväällä 2025 hallitus linjasi, että toteutetaan pikaisesti lain sanamuotojen tarkennus, jotta jokaiselle tulee lakisääteinen oikeus saattohoitoon<sup>2</sup>.

Eduskunta käsitteli vuosina 2017–2018 kansalaisaloitetta, jossa ehdotettiin, että eduskunta ryhtyy lainvalmistelutoimenpiteisiin eutanasia lain säätämiseksi ja eutanasian laillistamiseksi Suomessa (KAA 2/2017 vp). Eduskunta hylkäsi aloitteen, mutta hyväksyi lausuman, jonka mukaan eduskunta edellyttää, että valtioneuvosto asettaa laajapohjaisen asiantuntijatyöryhmän selvittämään elämän loppuvaiheen hyvää hoitoa, itsemääräämisoikeutta sekä saattohoitoa ja eutanasiaa koskevia sääntelytarpeita ja tarvittaessa antaa selvitystyön pohjalta eduskunnalle ehdotukset lainsäädännön muutoksiksi. Sosiaali- ja terveysministeriö asetti ajalle 8.5.2018–30.6.2021 asiantuntijatyöryhmän (STM055:00/2018), jonka tehtävänä oli muun muassa selvittää elämän loppuvaiheen hoidon, itsemääräämisoikeuden toteutumisen sekä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon nykytilanne ja vallitseva lainsäädäntö, selvittää onko elämän loppuvaiheen hoitoa ja saattohoitoa tarpeen määrittää ja sen järjestämistä ohjata lainsäädännöllä sekä tehdä tarvittaessa ehdotukset lainsäädännön muutoksiksi. Asiantuntijaryhmän alaisuudessa toimi alatyöryhmiä, joista yksi oli säädöstyöryhmä. Säädösryhmä tuotti yksimieliset säädösehdotukset jatkovalmisteluun palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta, joista erään mukaan terveydenhuoltolaissa (1326/2010) tulisi säätää kunnan (nykyään siis hyvinvointialueen) velvoitteesta järjestää palliatiivinen hoito ja saattohoito. Sääntelytarpeita ja säädösehdotuksia kartoittanut loppuraportti julkaistiin vuonna 2021<sup>3</sup>.

Pääministeri Orpon hallituksen ohjelmassa myös linjataan, että mahdollistetaan terveydenhuoltolain määrittelemän kiireettömän hoidon hoitopaikan uusi valinta kolmen kuukauden välein sekä valinnan tekeminen digitaalisesti. Lisäksi hallitusohjelman mukaan

---

<sup>1</sup> Vahva ja välittävä Suomi. Pääministeri Petteri Orpon hallituksen ohjelma 20.6.2023, s. 37. Saatavilla [Vahva ja välittävä Suomi : Pääministeri Petteri Orpon hallituksen ohjelma 20.6.2023 - Valto](#)

<sup>2</sup> <https://vm.fi/-/194055633/orpon-hallitus-riihipaatokset-vahvistavat-suomen-kielpailukyky-ja-turvallisuutta-1>

<sup>3</sup> Selvitys sääntelytarpeista ja työryhmän näkemyksiä lainsäädännön muuttamisesta. Elämän loppuvaiheen hoitoa, itsemääräämisoikeutta, saattohoitoa ja eutanasiaa koskevan lainsäädäntötarpeen asiantuntijatyöryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2021:23. Saatavilla <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/163380>

hyvinvointialueet veloitetaan julkaisemaan lakisääteisten hoitopääsyn määräaikojen toteutumisen tiedot nykytilannetta tiheimmin asiakaslähtöisellä tavalla.<sup>4</sup>

## 1.2 Valmistelu

Esitys on valmisteltu virkatyönä sosiaali- ja terveysministeriössä. Hankkeen tunnukset ovat VN/21436/2025 ja STM069:00/2025. Hallituksen esityksen valmisteluasiakirjat ovat julkisessa palvelussa osoitteessa <https://stm.fi/hanke?tunnus=STM069:00/2025>.

Valmistelussa on hyödynnetty palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta tehtyjä selvityksiä ja raportteja, joita on kuvattu jaksoissa 1.1 ja 2.1.2.

Sosiaali- ja terveysministeriö tilasi konsulttiyhtiö Nordic Health Group:lta (NHG) esiselvityksen valinnanvapausprosessin digitalisoinnista. Selvitys valmistui 8.10.2024. Osana esityksen valmistelua järjestettiin 15.12.2025 kuulemistilaisuus hyvinvointialueiden perusterveydenhuollon johdolle, jossa käsiteltiin erityisesti hoitopaikan valintaan liittyviä kysymyksiä. Sosiaali- ja terveysministeriö lähetti kuulemistilaisuuteen liittyen hyvinvointialueille myös kirjallisia kysymyksiä, jotka koskivat hoitopaikan valintaa koskevan voimassa olevan lainsäädännön tulkintaan ja toimeenpanoon. Keskustelutilaisuuteen osallistui edustajia 16 alueelta, ja 13 hyvinvointialuetta toimitti kirjalliset vastaukset ministeriön esittämiin kysymyksiin. Esiselvityksessä, keskustelutilaisuudessa ja hyvinvointialueiden kirjallisissa vastauksissa esiin tulleita näkökohtia hyödynnettiin esityksen valmistelussa.

Esityksen lausunnoilla olleessa versiossa ehdotettiin terveydenhuoltolain 47 §:n 1 momentin hoitopaikan valintaa koskevan sääntelyn täsmentämistä siten, että kirjallisen ilmoituksen hoitopaikan valinnasta voisi tehdä sähköisesti tai paperilla. Esityksen jatkovalmistelussa kuitenkin päädyttiin siihen, ettei potilaiden oikeus sähköiseen asiointiin vaadi lakimuutoksia vaan asiaan soveltuu sähköistä asiointia koskeva yleislainsäädäntö. Esityksen jaksossa 5.1. (vaihtoehdot ja niiden vaikutukset) käsitellään valmistelun aikana arvioitua vaihtoehtoa toteuttaa hoitopaikan valinta digitaalisesti kansallisen palvelun kautta.

Esityksestä pidettiin lausuntokierros ajalla 24.2.–7.4.2026. Lausuntopyyntö lähetettiin hyvinvointialueille sekä keskeisille valtion viranomaisille, ammattijärjestöille, potilasjärjestöille ja muille sidosryhmille. Lausuntopalautetta kuvataan jaksossa 6.

## 2 Nykytila ja sen arviointi

### 2.1 Palliatiivinen hoito ja saattohoito

#### 2.1.1 Palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa koskeva lainsäädäntö

Palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa ei ole määritelty lainsäädännössä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen määritelmän mukaan *Palliatiivinen hoito* on parantumaton, etenevää sairautta sairastavan potilaan aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa. Sen tavoitteena on vähentää kärsimystä ja vaalia elämänlaatua. Läheisten huomioiminen ja tukeminen kuuluvat palliatiiviseen hoitoon. Palliatiivinen hoito voi kestää vuosia. *Saattohoito* on palliatiivisen hoidon viimeinen vaihe. Sen aika on viimeisinä elinviikkoina tai -päivinä. Palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa keskeistä on kivun ja muiden oireiden lievitys sekä fyysisiin,

---

<sup>4</sup> Hallitusohjelma, s. 29–30

psykykisiin, sosiaaliin ja henkisiin ja hengellisiin tarpeisiin vastaaminen. Hoito on moniammatillista, ja siinä korostuu vuorovaikutus.<sup>5</sup>

Palliativista hoitoa ja saattohoitoa voidaan järjestää avohoitona esimerkiksi potilaan kotona, sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä, kuten ympärivuorokautisen palveluasumisen ja yhteisöllisen asumisen yksiköissä sekä terveyskeskusten ja sairaaloiden vuodeosastoilla. Kotisaattohoito voidaan toteuttaa kotisairaalan, kotisairaanhoidon tai kotihoidon turvin riippuen alueen palvelurakenteesta ja potilaan tilanteesta. Erityistason palliativista hoitoa annetaan esimerkiksi sairaaloissa, saattohoitokodeissa tai kotisairaalan turvin kotona tai asumispalveluissa.

Terveystuoltolain 24 §:n mukaan hyvinvointialueen on järjestettävä alueensa asukkaiden sairaanhoitopalvelut. Sairaanhoitopalveluihin sisältyvät:

- 1) sairauksien tutkimus, lääketieteellinen tai hammaslääketieteellinen taudinmääritys, hoito, hoitosuunnitelman mukaiset pitkäaikaisen sairauden hoitoon tarvittavat hoitotarvikkeet sekä tarpeellinen lääkinnällinen kuntoutus;
- 2) sairauksien ehkäiseminen, parantaminen ja kärsimysten lievittäminen;
- 3) ohjaus, jolla tuetaan potilaan hoitoon sitoutumista ja omahoitoa;
- 4) erityistä tukea, tutkimusta ja hoitoa tarvitsevan potilaan terveysongelmien varhainen tunnistaminen, hoito ja jatkohoitoon ohjaaminen.

Eduskunta hyväksyi 21.4.2026 mainittuun 1 momenttiin muutoksia siten, että 1 ja 4 kohdassa säädetään palveluihin kuuluvan myös hoidon seuranta (HE 159/2025 vp).

Terveystuoltolain 24 §:n 2 momentin mukaan sairaanhoito on toteutettava potilaan lääketieteellisen tai hammaslääketieteellisen tarpeen ja käytettävissä olevien yhtenäisten hoidon perusteiden mukaisesti. Terveystuoltolain 7 §:n mukaan sosiaali- ja terveysministeriö ohjaa valtakunnallisten yhtenäisten lääketieteellisten ja hammaslääketieteellisten hoidon perusteiden toteutumista. Ministeriö laatii yhdessä Terveystuon ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa yhtenäiset hoidon perusteet. Terveystuon ja hyvinvoinnin laitos seuraa ja arvioi yhtenäisten hoidon perusteiden toteutumista hyvinvointialueilla. Hyvinvointialueen eri toimijoiden on yhteistyössä seurattava yhtenäisten hoidon perusteiden toteutumista. Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2019 julkaisemissa kiireettömän hoidon perusteissa on perusteet elämän loppuvaiheen palliativiseen hoitoon ja saattohoitoon.<sup>6</sup> Perusteiden sisältöä on käsitelty jaksossa 2.1.2.

Terveystuoltolain 27 §:n mukaan hyvinvointialueiden järjestämisvastuulla olevaan mielenterveyden hoitoon kuuluu terveydenhuollon palveluihin sisältyvä mielenterveyttä suojaaviin ja sitä vaarantaviin tekijöihin liittyvä ohjaus ja neuvonta sekä tarpeenmukainen yksilön, perheen ja muiden läheisten psykososiaalinen tuki ja sen yhteensovittaminen.

Terveystuoltolain 25 §:n 1 momentin mukaan hyvinvointialueen on järjestettävä alueensa asukkaiden kotisairaanhoido. Kotisairaanhoido on hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista tai

---

<sup>5</sup> <https://thl.fi/aiheet/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/mita-on-palliativinen-hoito>

<sup>6</sup> Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2019:2, saatavilla <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/161496>

tilapäistä potilaan asuinpaikassa, kotona tai siihen verrattavassa paikassa moniammatillisesti toteutettua terveyden ja sairaanhoidon palvelua. Kotisairaanhoidossa käytettävät hoitosuunnitelman mukaiset pitkäaikaisen sairauden hoitoon tarvittavat hoitotarvikkeet sisältyvät hoitoon. Pykälän 2 momentin mukaan kotisairaalahoido on määräaikaista, tehostettua kotisairaanhoidoa. Se voi olla perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon tai niiden yhdessä järjestämää toimintaa. Kotisairaalahoidon yhteydessä annettavat lääkkeet ja hoitosuunnitelman mukaiset hoitotarvikkeet sisältyvät hoitoon.

Sairaanhoitoa koskevassa 24 §:ssä tai terveydenhuoltolaissa muuten ei erikseen säädetä palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta. Tällaisen hoidon antaminen kuitenkin kuuluu hyvinvointialueiden järjestämisvastuun piiriin osana sairaanhoidon järjestämistehtävää.

Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992, jäljempänä *potilaslaki*) 3 §:n mukaan potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan. Potilaan äidinkieli, hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa on mahdollisuuksien mukaan otettava hänen hoidossaan ja kohtelussaan huomioon. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain (612/2021, jäljempänä *sote-järjestämislaki*) 5 §:n mukaan sosiaali- ja terveydenhuolto on järjestettävä sekä suomeksi että ruotsiksi kaksikielisen hyvinvointialueen alueella siten, että asiakas saa ne valitsemallaan kielellä, joko suomeksi tai ruotsiksi. Yksikielisen hyvinvointialueen alueella sosiaali- ja terveydenhuolto järjestetään hyvinvointialueen kielellä. Kielilaisissa (423/2003) säädetään asiakkaan oikeudesta käyttää omaa kieltään, tulla kuulluksi, saada toimituskirjansa suomen tai ruotsin kielellä sekä oikeudesta tulkkaukseen. Asiakkaalla on oikeus käyttää saamen kieltä saamelaiden kotiseutualueen kunnissa tuotettavissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa sekä Lapin hyvinvointialueen alueella sellaisissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa, joita tuotetaan vain kotiseutualueen kuntien ulkopuolella sijaitsevilla toimintayksiköissä. Lisäksi asiakkaalla on oikeus käyttää saamen kieltä Lapin hyvinvointialueen alueella kotiseutualueen kuntien ulkopuolella sijaitsevilla toimintayksiköissä tuotettavissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa, jotka Lapin hyvinvointialue on osoittanut kotiseutualueen kuntien asukkaiden käytettäväksi 4 §:ssä tarkoitetun palvelujen saavutettavuuden perusteella. Oikeudesta käyttää saamen kieltä säädetään muutoin saamen kielilaisissa (1086/2003). Jos sosiaali- tai terveydenhuollon henkilöstö ei hallitse asiakkaan käyttämää viittoma- tai muuta kieltä tai asiakas ei vammaisuuden tai muun syyn vuoksi voi tulla ymmärretyksi, on palveluja annettaessa mahdollisuuksien mukaan huolehdittava tulkkitsemisestä ja tulkin hankkimisesta.

Potilaslain 5 §:n mukaan potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Selvitystä ei kuitenkaan tule antaa vastoin potilaan tahtoa tai silloin, kun on ilmeistä, että selvityksen antamisesta aiheutuisi vakavaa vaaraa potilaan hengelle tai terveydelle. Terveydenhuollon ammattihenkilön on annettava selvitys siten, että potilas riittävästi ymmärtää sen sisällön.

Potilaslain 6 §:ssä säädetään potilaan itsemääräämisoikeudesta. Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietystä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Jos täysi-ikäinen potilas ei mielenterveydenhäiriön, kehitysvammaisuuden tai muun syyn vuoksi pysty päättämään hoidostaan, potilaan laillista edustajaa taikka lähiomaista tai muuta läheistä on ennen tärkeän hoitopäätöksen tekemistä kuultava sen selvittämiseksi, millainen hoito parhaiten vastaisi potilaan tahtoa. Jos tästä ei saada selvitystä, potilasta on hoidettava tavalla, jota voidaan pitää

hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena. Tällöin hoitoon tulee saada potilaan laillisen edustajan taikka lähiomaisen tai muun läheisen suostumus. Laillisen edustajan, lähiomaisen ja muun läheisen tulee suostumusta antaessaan ottaa huomioon potilaan aiemmin ilmaisema tahto tai, jos hoitotahtoa ei ole ilmaistu, hänen henkilökohtainen etunsa. Jos laillinen edustaja, lähiomainen tai muu läheinen kieltää hoidon antamisen tai hoitotoimenpiteen tekemisen potilaalle, potilasta on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä suostumisesta kieltäytyvän henkilön kanssa muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Jos laillisen edustajan, lähiomaisen tai muun läheisen näkemykset hoidosta eroavat toisistaan, potilasta on hoidettava tavalla, jota voidaan pitää hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena. Lain 7 §:ssä säädetään alaikäisen potilaan asemasta.

Potilaslain 4 a §:ssä ja terveydenhuoltolain 24 §:n 3 momentissa säädetään velvoitteesta laatia hoitosuunnitelma. Suunnitelmasta tulee ilmetä potilaan hoidon järjestäminen ja toteuttamisaiakataulu. Suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan, hänen omaisensa tai läheisensä taikka hänen laillisen edustajansa kanssa.

Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (812/2000) säädetään sosiaalihuollon asiakkaan oikeuksista vastaavantyypisesti kuin potilaslaissa.

Terveydenhuoltolain 45 §:n mukaan 1 momentin mukaan osa sellaisista tutkimuksista, toimenpiteistä ja hoidoista, jotka harvoin esiintyvinä tai vaativina edellyttävät toistettavuutta tai usean alan erityisosaamista riittävän taidon ja osaamisen saavuttamiseksi ja sen ylläpitämiseksi tai merkittäviä investointeja laitteistoihin ja välineisiin terveydenhuollon laadun ja potilasturvallisuuden, vaikuttavuuden, tuottavuuden ja tehokkuuden takaamiseksi, kootaan suurempiin yksiköihin. Pykälän 2 momentin mukaan alueellisesti keskitettävä erikoissairaanhoito kootaan viiteen yliopistolliseen sairaalaan tai erityisistä syistä muuhun vastaavan tasoiseen sairaalaan.

Erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä annetun valtioneuvoston asetuksen (582/2017, jäljempänä *erikoissairaanhoidon keskittämisasetus*) 4 §:n mukaan yliopistollista sairaalaa ylläpitävien hyvinvointialueiden ja Uudellamaalla HUS-yhtymän tehtävänä on huolehtia vaativasta palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta sekä niiden suunnittelusta ja yhteen sovittamisesta alueellisesti. Asetuksen 6 §:n mukaan viiteen yliopistolliseen sairaalaan kootaan lasten ja nuorten saattohoidon ja palliatiivisen hoidon toteutussuunnitelman laatiminen.

Sosiaalihuollon lainsäädännössä säädetään asumispalveluista. Palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa voidaan antaa ympärivuorokautisen palveluasumisen yksiköissä tai laitoshoidossa. Ympärivuorokautisesta palveluasumisesta säädetään sosiaalihuoltolain (1301/2014) 21 c §:ssä ja laitospalveluista 22 §:ssä. Kotona annettavina palveluina hoidon tukena voidaan käyttää sosiaalihuoltolain 19 §:ssä tarkoitettuja kotihoidon palveluita. Vammaispalvelulain (675/2023) 18 §:ssä säädetään vammaisen henkilön oikeudesta saada asumisen tukea.

Palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa koskee hyvinvointialueiden järjestämää terveydenhuoltoa ja sosiaalihuoltoa koskeva järjestämistä ja palveluiden sisältöä normittava sääntely. Esiin voidaan tässä nostaa eräitä laadun ja palveluketjujen sujuvuuden varmistamiseen velvoittavia säännöksiä. Terveydenhuoltolain 8 §:n 1 momentin mukaan terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Sote-järjestämislain 4 §:n 1 momentin mukaan hyvinvointialueen on suunniteltava ja toteutettava sosiaali- ja terveydenhuolto sisällöltään, laajuudeltaan ja laadultaan sellaisena kuin asiakkaiden tarve edellyttää. Palvelut on toteutettava yhdenvertaisesti, yhteen sovitettuina

palvelukokonaisuuksina sekä hyvinvointialueen väestön tarpeet huomioon ottaen lähellä asiakkaita. Palveluja voidaan koota hyvinvointialueen alueella suurempiin kokonaisuuksiin silloin, kun palvelujen saatavuus ja laadun turvaaminen edellyttävät erityisosaamista tai kalliita investointeja tai kun palvelujen tarkoituksenmukainen, kustannusvaikuttava ja tehokas toteuttaminen edellyttävät sitä. Sote-järjestämislain 10 §:n 1 momentin mukaan hyvinvointialueella on vastuu asiakkaiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhteensovittamisesta kokonaisuuksiksi. Hyvinvointialueen on huolehdittava yhteen sovitettuja palveluja laaja-alaisesti tarvitsevien asiakasryhmien ja asiakkaiden tunnistamisesta, sosiaali- ja terveydenhuollon yhteensovittamisesta ja palveluketjujen ja palvelukokonaisuuksien määrittelemisestä, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhteensovittamisesta hyvinvointialueen muiden palvelujen kanssa sekä asiakasta koskevan tiedon hyödyntämisestä eri tuottajien välillä. Terveystieteiden ja sosiaalihuollolaissa sekä muissa palvelulaaissa säädetään tarkemmin terveydenhuollon ja sosiaalihuollon yhteistyöstä.

Sote-järjestämislain 3 luvussa säädetään sosiaali- ja terveystieteiden hankinnasta yksityisiltä palveluntuottajilta. Yksityisinä palveluntuottajina toimii muutama saattohoitokoti, ja yksityiset palveluntuottajat tuottavat paljon sosiaalihuollon asumispalveluja. Hyvinvointialueesta annetun lain (611/2021) 10 §:n mukaan hyvinvointialueen tulee varmistaa, että sen järjestämisvastuulle kuuluvia palveluja tuottavalla muulla palveluntuottajalla on riittävät ammatilliset, toiminnalliset ja taloudelliset edellytykset huolehtia palveluiden tuottamisesta. Hyvinvointialueen tulee ohjata ja valvoa sen järjestämisvastuulle kuuluvaa palvelutuotantoa. Valvonnasta ja omavalvonnasta säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta annetussa laissa (741/2023, jäljempänä *sote-valvontalaki*).

Sote-järjestämislain 55 §:ssä säädetään palveluiden järjestämisestä hyvinvointialueen muuttuessa. Pykälän mukaan henkilö, joka haluaa muuttaa toisen hyvinvointialueen alueella sijaitsevan kunnan asukkaaksi, mutta ei ikänsä, vammaisuutensa tai muun sellaisen syyn vuoksi kykene asumaan siellä ilman perhehoitoa, laitospalveluja tai asumispalveluja, voi hakea näitä palveluja ja näiden lisäksi tarvitsemiaan muita sosiaalipalveluja siltä hyvinvointialueelta, jonka alueella kyseinen kunta sijaitsee, samoin perustein kuin jos hän olisi kyseisen kunnan asukas. Pykälässä säädetään menettelystä hakemusta käsiteltäessä. Henkilö, joka saa palliatiivista hoitoa ja haluaa esimerkiksi muuttaa läheistensä asuinalueelle ja tarvitsee näitä palveluja, voi tehdä 55 §:n mukaisen hakemuksen palveluiden saamiseksi, jotta muuttoa varten on päätös saatavista palveluista valmiina. Sääntely koskee ensisijaisesti sosiaalihuollon palveluja, mutta sääntelyn alkuperäisten perustelujen mukaan ehdotonta estettä ei olisi myöskään sille, että henkilön tarvitsemat palvelut järjestettäisiin terveydenhuollon toimintayksikössä ja osittain terveydenhuollon lainsäädäntöön perustuvina palveluina. Näin ollen esimerkiksi terveyskeskuksen vuodeosastolla pitkäaikaisessa hoidossa oleva henkilö voisi siirtyä ehdotettavan uuden menettelyn kautta hoitoon toisen [nyk. hyvinvointialueen] alueella sijaitsevaan terveydenhuollon yksikköön, jos tätä pidettäisiin terveydenhuollon ammattihenkilöiden päätöksenteon perusteella perusteltuna. (HE 101/2010 vp, s. 26). Sääntely periaatteessa koskee myös saattohoitoa, mutta koska saattohoito on viimeisinä elinviikkoina tai -päivinä annettavaa hoitoa, ei siirtyminen toisen alueen potilaaksi useinkaan ole tarkoituksenmukaista aiempien hoito- ja palveluketjujen katkeamisen, siirron vaatiman hallinnollisen ajan ja potilaan terveydentilan takia. Hoitopaikan valintaa koskevaa sääntelyä käsitellään muilta osin jaksossa 2.2.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetussa laissa (734/1992) ja – asetuksessa (912/1992).

## 2.1.2 Palliativista hoitoa ja saattohoitoa hoitoa koskevat käytänteet ja nykytilan arviointi

### *Palliativista hoitoa ja saattohoitoa tarvitsevat potilasryhmät*

Palliativisen hoidon kesto riippuu taustalla olevasta sairaudesta ja sen vaiheesta. Hoito voi kestää joitakin viikkoja tai toisaalta vuosia. Potilaan kunto ja toimintakyky voi vaihdella palliativisen vaiheen aikana paljon. Osa potilaista pystyy elämään varsin tavanomaista elämää ja esimerkiksi opiskelemaan tai käymään töissä. Palliativinen hoito ei siis rajoitu elämän viimeisiin viikkoihin, vaan voi alkaa kuukausia tai vuosia ennen kuolemaa. Tarkkaa tilastointia palliativisen hoidon käytöstä diagnoosiryhmittäin ei Suomessa vielä ole, mikä vaikeuttaa täsmällistä volyymiarviota. Saattohoitovaiheen aikana potilaan kunto ja toimintakyky on yleensä heikompi ja oireita voi olla enemmän.

Palliativinen hoito tai saattohoito ei rajoitu diagnoosiin tai ikään, vaan perustuu oirekuormaan ja sairauden ennusteeseen.

Palliativista hoitoa tarvitsevat potilaat voidaan ryhmitellä esimerkiksi seuraavasti:

- Syöpäsairaudet, joka on yleisin ryhmä: Pitkälle edenneessä vaiheessa lähes kaikki syöpäpotilaat tarvitsevat oireenmukaista hoitoa. Syöpäsairaudet aiheuttavat arvioiden 40 % palliativisen hoidon tarpeesta.
- Elinten vajaatoiminta ja etenevät pitkäaikaissairaudet, kuten sydämen vajaatoiminta, keuhkoastma- ja keuhkosairaudet, tietyt muut keuhkosairaudet, munuais- ja maksasairaudet, verisairaudet ja metaboliset taudit.
- Neurologiset sairaudet ja muistisairaudet: Esimerkiksi ALS (amyotrofinen lateraaliskleroosi), Parkinsonin tauti ja vaikea dementia.

Lasten palliativinen hoito on harvinaista (alle 5 % kaikista palliativisen hoidon potilaista), mutta liittyy esimerkiksi vaikeisiin synnynnäisiin tai geneettisiin sairauksiin tai syöpäsairauksiin.

Väestön ikääntymiseen liittyvät monet syöpä-, neurologiset ja pitkäaikaissairaudet. On arvioitu, että vuosittain 30 000 henkilöä vuodessa Suomessa tarvitsee palliativista hoitoa elämänsä loppuvaiheessa, ja vielä suurempi määrä jo ennen sitä. Tähän arvioon ei kuitenkaan ole otettu mukaan ikääntymiseen kuuluvaa hiipumista ja sen mukanaan tuomaa vähittäin lisääntyvää palliativista hoidon tarvetta.<sup>7</sup> WHO:n dataan perustuen on esitetty arvio, että palliativista hoitoa tarvitsevia on vuosittain jopa 60 000.<sup>8</sup>

Palliativisen hoidon ja saattohoidon kehittämiseksi on tehty viimeisen kymmenen vuoden aikana paljon työtä. Osana sosiaali- ja terveysministeriön asettaman valtakunnallisen hoidon saatavuuden ja yhtenäisten hoidon perusteiden työryhmän työtä ministeriö antoi vuonna 2016 asiantuntijaryhmälle tehtäväksi laatia ehdotus palliativisen hoidon ja saattohoidon

---

<sup>7</sup> Palliativisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa. Alueellinen kartoitus ja suositus ehdotukset laadun ja saatavuuden parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:14, s.14, saatavilla <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/161396>

<sup>8</sup> Saarto, Tiina ja Lehto, Juh: Palliativisen hoidon järjestäminen Suomessa. Duodecim 2026;142:279–86

järjestämisestä siten, että valmistelussa olleessa valtioneuvoston asetuksessa erikoissairaanhoidon järjestämisestä ja keskittämisestä määritellyt toimijat yhteistyössä huolehtivat palliatiivisen hoidon ja saattohoidon yhdenvertaisesta ja vaikuttavasta toteuttamisesta koko maassa. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen -suositus (2017)<sup>9</sup> pohjautuu aikaisempiin vuonna 2010 laadittuihin suosituksiin. Se esittää osaamis- ja laatukriteerit sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän eri tasoille sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden osaamisen kehittämiseen tähtäviä toimenpiteitä. Suositus perustuu kolmiportaiseen malliin palvelujen järjestämisestä perustasolla (A), erityistasolla (B) ja vaativalla erityistasolla (C). Sen pohjalta voidaan alueellisesti suunnitella palveluketjut ja sopia työnjaosta valtioneuvoston asetuksen (582/2017) mukaisesti.

Vuonna 2017 eduskunta myönsi miljoonan euron määrärahan käytettäväksi vuoteen 2020 mennessä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittämiseen. Työtä tekemään asetettu työryhmä julkaisi vuonna 2019 väliraportin, jossa kuvataan muun muassa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon nykytila.<sup>10</sup> Loppuraporttinaan työryhmä laati suosituksen palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa.<sup>11</sup> Suosituksen tavoitteena oli yhtenäistää käytäntöjä ja mahdollistaa laadukas saattohoito ja palliatiivinen hoito niitä tarvitseville potilaille asuinpaikasta ja hoitavasta tahosta riippumatta.

Samana vuonna 2019 julkaistiin myös yhtenäisen kiirettömän hoidon perusteet (2019). Perusteiden mukaan elämän loppuvaiheen palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta sekä niiden porrastuksesta noudatetaan edellä kuvatun Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämisen -suosituksen (2017) kolmiportaista mallia. Potilaat ohjataan erityistason tai vaativan erityistason palveluihin lääketieteellisin ja hoidollisin perustein.

Yhtenäisen kiirettömän hoidon perusteissa määritellään myös eri tasojen tehtävät ja edellytyksiä. Palliatiivisen hoidon perustason tehtävänä on huolehtia palliatiivisesta hoidon ja saattohoidon toteutuksesta potilaille, joiden oirekuva on vakaa, ja hoidon ja tuen tarve on ennakoitavissa elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelmalla. Edellytykset perustason saattohoidolle ovat, että lääkärin ja sairaanhoitajan tulee olla konsultoitavissa; saattohoidossa tarvittavien lääkkeiden, kuten vahvojen opioidien ja rauhoittavien lääkkeiden, tulee olla saatavilla; elämän loppuvaihetta ennakoiva hoitosuunnitelma on tehty; ja että yhteistyö erityistason kanssa ja konsultaatiotuki erityistasolta toimii. Erityistasolla tarkoitetaan keskussairaalan yhteydessä toimivia palliatiivisia keskuksia ja alueellisia erityistason yksiköitä, jotka tarjoavat seuraavat erityistason palliatiivisen hoidon ja saattohoidon palveluja: kotisairaala, joka vastaa kotona tapahtuvasta palliatiivisesta hoidosta ja kotisaattohoidosta, kotisairaalan tueksi nimetty tukiosasto, päiväsairaala, palliatiivisen keskuksen poliklinikkavastaanotto, palliatiivisen keskuksen konsultaatiotiimi 24/7, palliatiivinen tai saatto-osasto/koti. Edellytyksenä on palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon erikoistunut tai muutoin riittävästi koulutautunut moniammatillinen henkilöstö. Vaativalla erityistasolla yliopistosairaaloita ylläpitävien hyvinvointialueiden palliatiiviset keskuksat tarjoavat

---

<sup>9</sup> Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatukriteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Saarto, Tiina ja asiantuntijatyöryhmä. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportteja ja muistioita 2017:44, saatavilla:

<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/items/f7852699-1534-40ab-bb16-93e06d5f3240>

<sup>10</sup> STM 2019:14

<sup>11</sup> Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa.

Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportteja ja muistioita 2019:68, saatavilla <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/161946>

monipuolisia palliatiivisen hoidon ja saattohoidon palveluita, kuten palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon erikoistunut poliklinikkatoiminta, konsultaatiotiimi, palliatiivinen vuodeosasto tai -vuodepaikat, saatto-osasto tai -koti, kotisairaala ja päiväsairaalatoiminta. Laajapohjainen moniammatillinen ja monialainen työryhmä arvioi ja hoitaa erityistason potilaita. Työryhmässä tulee olla edustettuna tarvittavat lääketieteen erikoisalajat tapauskohtaisesti. Lisäksi edustettuna tulee tapauskohtaisesti olla psykososiaalisen tuen, henkisen ja hengellisen tuen ammattilaiset, sekä erityistyöntekijöitä. Vaativan erityistason keskuskeskukset järjestävät ympärivuorokautisen erityistason palliatiivisen hoidon konsultaatiotuen.

Vuonna 2021 sosiaali- ja terveysministeriö toteutti valtionavustushaun suosituksen toteuttamisen kehittämishankkeisiin. Kehittämissuunnitelman tarkoituksena oli turvata ihmisarvoa kunnioittava saattohoito, palliatiivinen hoito ja kivun hoito. Sosiaali- ja terveysministeriö myönsi yhteensä noin 5,6 miljoonaa euroa valtionavustusta hyvinvointialueiden hankkeisiin palliatiivisen hoidon kehittämiseksi vuosien 2021–2024 aikana. Valtionavustushankkeiden toimenpidekokonaisuudet olivat kotisairaaloiminnan kehittäminen, palliatiivisen hoidon keskusten perustaminen sairaanhoitopiireihin, asumispalvelujen ja kotihoidon henkilökunnan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisen kehittäminen, lasten ja nuorten palliatiivisen hoidon kehittäminen ja digitaalisten palvelujen kehittäminen kotisairaaloissa ja palliatiivisen hoidon vastaanotoilla. Hankkeiden loppuraportti julkaistiin vuonna 2025.<sup>12</sup>

Vuonna 2019 julkaistussa STM:n loppuraportissa<sup>13</sup> työryhmä suositteli jatkotoimenpiteenä muun muassa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon palveluiden laadun ja saatavuuden seurannan järjestämistä sekä laatu- ja vaikuttavuustiedon kehittämistä. Tämän edistämiseksi STM valtuutti Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen käynnistämään Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laatu- ja seuranta -projektin. Sen tavoitteena oli määrittellä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laadun seurantaan tarvittavat tiedot ja tietolähteet sekä tehdä ehdotuksia tarvittavista tiedonkeruista ja rakenteisista kirjaamisista. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laatusuositus valmistettiin osana laatu- ja seuranta -projektia, ja sen valmistelussa hyödynnettiin myös vuonna 2017 valmistuneen suosituksen osaamis- ja laatu- ja vaikuttavuus -kriteereitä. Se julkaistiin vuonna 2022 nimellä Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus.<sup>14</sup> Laatusuosituksen tavoitteena on edistää yhdenvertaisen ja laadukkaan palliatiivisen hoidon toteutumista kaikkialla Suomessa, ja luoda pohjaa systemaattiselle laadun arvioinnille ja seurannalle. Laatusuositus on tarkoitettu sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille sekä terveydenhuollon järjestämisestä vastaaville johtajille, organisaatioille ja päätöksentekijöille. Laatusuositus on tarkoitettu myös palliatiivisessa hoidossa oleville potilaille ja heidän läheisilleen.

Laatusuositus perustuu edellä kuvattuun perustason (A), erityistason (B) ja vaativan erityistason (C) määrittelyyn. Laatusuosituksessa kuvataan matriisimallin mukaisesti palliatiivisen hoidon kuusi horisontaalista ja neljä vertikaalista laatu- ja vaikuttavuus -kriteeriä, joille on määritelty laatu- ja vaikuttavuus -kriteereitä ja alustavia esimerkkejä laatuindikaattoreista. Horisontaaliset laatu- ja vaikuttavuus -alueet ovat oikea-aikainen hoitoon pääsy ja saumaton hoidon jatkuvuus, ennakoiva hoidon suunnittelu, kokonaisvaltainen yksilö- ja perhekeskeinen hoito (sisältää kolme laatu- ja vaikuttavuus -aluetta, jotka ovat yksilökeskeinen, elämänlaatua ylläpitävä hoito, vaikuttava oirehoito sekä psykososiaalinen, henkinen ja

---

<sup>12</sup> Palliatiivisen hoidon palveluiden tuottaminen ja laadun parantaminen -ohjelma (FinPall). Hankkeiden loppuraportti palliatiivisen hoidon kehittämisestä vuosina 2021-2024. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 4/2025. Saatavilla <https://www.julkari.fi/handle/10024/150875>

<sup>13</sup> STM 2019:68

<sup>14</sup> Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Ohjaus 4/2022, saatavilla <https://www.julkari.fi/handle/10024/144065>

hengellinen tuki, läheisen tukeminen ja osallisuuden mahdollistaminen) sekä inhimillinen saattohoito ja arvostava kuoleman jälkeinen tuki läheisille. Vertikaaliset laatualueet ovat riittävä henkilöstö ja tarkoituksenmukaiset muut resurssit, korkeatasoinen osaaminen, sujuva tiedonkulku ja vaikuttava viestintä, sekä hyvä palveluketjun koordinointi ja johtaminen. Laatualueille on määritelty yhteensä 50 laatukriteeriä ja näille useita esimerkkejä laatuindikaattoreista. Mitattavien laatuindikaattorien jatkokehittäminen mahdollistaa tietopohjan rakentamisen kansalliselle palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laaturekisterille. Laaturekisterin perustamisen edellytyksiä ja tietopohjan kehittämistä on kuvattu tarkemmin raportissa Kohti palliatiivisen hoidon laaturekisteriä. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laatu-tieto -projektin loppuraportti.<sup>15</sup> Laatusuositus ohjasi myös vuosien 2021–2024 valtionavustuksilla toteutettujen kehittämishankkeiden etenemistä.

Palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta on annettu myös Käypä hoito -suositus vuonna 2019<sup>16</sup>.

### *Nykytilan arviointi*

Palliatiivisen hoidon palvelujen tuottaminen ja laadun parantaminen -ohjelman<sup>17 18</sup> tavoitteena oli turvata Suomessa kaikille sitä tarvitseville oikea-aikainen ja yhdenvertainen hoito, hoiva ja huolenpito elämän loppuvaiheessa. Ohjelmaa toteutettiin vuosina 2021–2024 ensin erityisvastuualueilla ja myöhemmin hyvinvointialueilla valtionavustuksin tuetuin kehittämishankkeiden muodossa. Kehittämistyö perustui STM:n suositukseen palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämisestä.

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tilanne ennen valtionavustushankkeiden käynnistymistä ei vastannut palliatiivisen hoidon STM:n suosituksia: palliatiivisia keskuksia ei ollut vielä kaikilla hyvinvointialueilla, erityistason palvelut eivät olleet tasa-arvoisesti saatavilla, konsultaatiotoiminnassa ja henkilöstön osaamisessa oli puutteita eikä erityistason tuki sosiaalitoimen yksiköille ollut systemaattista. Palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisen ja laadun parantamisen valtakunnallisessa -ohjelmassa (FinPall) lähdettiin parantamaan palliatiivisen hoidon laatua ja oikea-aikaista saatavuutta sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä sekä lisäämään ammattilaisten osaamista. FinPall-hankkeessa on kehitetty toimivat mallit ja käynnistetty monia STM:n vuoden 2019 suosituksen mukaisia palveluita, joiden myötä palliatiivisen hoidon saatavuus ja laatu on merkittävästi parantunut. Hankkeen loppuraportissa kuitenkin todetaan, että edelleen maassamme on alueita, joista puuttuvat palliatiiviset keskuksat ja palliatiivisen hoidon palvelut ovat pienten ja haavoittuvien resurssien varassa. Hankkeiden aikana vahvistunut kansallinen palliatiivisen hoidon osaaja- ja kehittäjäverkoston toiminta on vakiintunut.

Hankkeen jälkeen käynnistettyjen palveluiden vakiinnuttaminen sekä palveluiden saattaminen alueellisesti yhdenvertaisiksi jää valtaosin hyvinvointialueiden vastuulle. Valtion ohjauksessa tulee kiinnittää huomiota palliatiivisten palveluiden säilyttämiseen ja edelleen kehittämiseen.

---

<sup>15</sup> Kohti palliatiivisen hoidon laaturekisteriä. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laatu-tieto -projektin loppuraportti. Saarto T, Finne-Soveri H, Hammar T, Forsius P, Lyytikäinen M, Lehto J & Ahtiluoto S. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2022:3, saatavilla:

<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/items/c125fb39-6603-45f9-9700-00d5cd454327>

<sup>16</sup> <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063>

<sup>17</sup> <https://stm.fi/saattohoito>

<sup>18</sup> <https://www.innokyla.fi/fi/kokonaisuus/palliatiivisen-hoidon-palvelujen-tuottaminen-ja-laadun-parantaminen-ohjelma>



vapaaehtoistoiminnan käynnistämiseksi eri yksiköissä<sup>20</sup>. Loppuraportissa todetaan, että osaamisen vahvistaminen ja täydenniskoulutusten ylläpitäminen edellyttää palliatiivisen hoidon kliinisten asiantuntijasairaanhoidajien verkostoa.

Raportin mukaan myös lasten ja nuorten palliatiivisen hoidon ja saattohoidon palveluiden saatavuus ja palveluohjaus on parantunut palliatiivisten poliklinikoiden, konsultaatiotoiminnan sekä kotisairaaloiminnan seurauksena. Toiminta on edelleen pienimuotoista ja vaatii vahvistamista. Etenkin kotiin vietävien palveluiden kattava järjestäminen lähellä kotia edellyttää yhteistyön kehittämistä.

Digitaalisilla palveluilla voidaan parantaa palliatiivisen hoidon tavoitettavuutta etenkin haja-asutusalueilla. Digitaalisia palveluita on vielä toistaiseksi vähän käytössä palliatiivisessa hoidossa. Palliatiivinen digi-hoitopolku voi tukea palveluketjuja ja parantaa potilaiden ja läheisten yhteydenpitoa ammattilaisten kanssa, sekä parantaa tiedonkulkua eri ammattilaisten välillä.

Palliatiivista hoitoa saavan potilaan näkökulmasta erityisen merkityksellinen on suositus ennakoivasta hoitosuunnitelmasta. Lupa- ja valvontavirastonkin mukaan elämän loppuvaiheen hoidossa tulisi laatia ennakoiva hoitosuunnitelma, johon kirjataan muun muassa potilaan toiveet ja hoitotahto, hoitolinjaukset ja hoidon rajaukset sekä toimintaohjeet tilanteen äkillisen huononemisen varalle<sup>21</sup>. Potilaslain 4 a §:ssä, terveydenhuoltolain 24 §:ssä ja sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 7 §:ssä säädetään velvoitteesta laatia hoito- palvelusuunnitelma. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen vuoden 2022 selvityksen mukaan elämän loppuvaiheen ennakoivan hoitosuunnitelman laatiminen ei toteudu suositusten mukaisesti eri palvelumuodoissa. Ympäri vuorokautisen hoidon yksiköistä yli puolet ilmoitti, että lähes kaikille asiakkaille oli laadittu ennakoiva hoitosuunnitelma. Sen sijaan kotihoidossa tilanne oli selvästi heikompi: yli puolessa kotihoidon toimialueista tai tiimeistä suunnitelmaa ei ollut laadittu kenellekään asiakkaalle tai se oli laadittu enintään kolmannekselle asiakkaista<sup>22</sup>. Havainto osoittaa, ettei ennakoivan hoitosuunnittelun käytäntö toteudu yhdenmukaisesti suositusten edellyttämällä tavalla erityisesti kotihoidon palveluissa.

#### *Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämistä koskevan lainsäädännön kehittämistarpeet*

Palliatiivinen hoito ja saattohoito ovat jo hyvinvointialueiden järjestämisvastuulla olevia tehtäviä, mutta niistä ei säädetä nimenomaisesti terveydenhuoltolaissa. Elämän loppuvaiheen hoitoa, itsemääräämisoikeutta, saattohoitoa ja eutanasiaa koskevan lainsäädäntötarpeen asiantuntijatyöryhmä ehdotti loppuraportissaan (2021), että terveydenhuoltolakiin lisätään uusi palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa koskeva 24 a §. Pykälässä ehdotettiin säädettävän kunnan (nykyisin siis hyvinvointialueen) velvollisuudesta järjestää palliatiivinen hoito ja saattohoito sekä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon määritelmä. Lisäksi ehdotettiin säädettävän, että palliatiivinen hoito ja saattohoito on järjestettävä porrasteisesti osaamistasojen mukaan niin, että valtakunnallisesti tasa-arvoinen, tarvelähtöinen hoitoon pääsy turvataan. Pykälässä olisi myös asetettu velvoite, että sairaanhoitopiireissä (nykyisin siis hyvinvointialueilla) tulee olla

<sup>20</sup> [https://evl.fi/plus/wp-content/uploads/sites/3/2024/02/SAAVA-Saattohoidon-vapaaehtoisen-kasikirja\\_2024.pdf](https://evl.fi/plus/wp-content/uploads/sites/3/2024/02/SAAVA-Saattohoidon-vapaaehtoisen-kasikirja_2024.pdf)

<sup>21</sup> <https://lrv.fi/sosiaali-ja-terveydenhuolto/elaman-loppuvaiheen-hoito>

<sup>22</sup> Elämän loppuvaihetta pitäisi suunnitella iäkkäiden palveluissa enemmän. Forsius Pirita, Hammar Teija & Alastalo Hanna. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, tutkimuksesta tiiviisti 58/2022, saatavilla <https://www.julkari.fi/items/6f362770-fc19-4368-9b1d-37334e7edba0>

monipuoliset ja moniammatilliset erityistason palliatiiviset keskuksset sekä koko sairaanhoitopiiriin kattavat palliatiiviset kotisairaalaverkostot, joita koskevat palvelut tulee olla saatavilla 24 tuntia joka vuorokausi. Lisäksi ehdotettiin säännöstä, että yliopistosairaanhoitopiireissä tulee olla palliatiiviset keskuksset, jotka vastaavat vaativan erityistason palliatiivisen hoidon palveluista koko erityisvastuualueella ja jotka vastaavat lasten ja nuorten palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteuttamissuunnitelmien laadinnasta. Pykälän ehdotettiin myös asetuksenantovaltuutta antaa tarkempia määräyksiä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta asetuksella.

Työryhmä totesi, että terveydenhuoltolain osittainen tarkistaminen pelkästään lisäämällä uudenlaisia palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa koskevia säännöksiä on monisyinen kysymys, koska laki ja asetus sisältävät jo nyt myös näitä hoitoja koskevia säännöksiä. On ilmeistä, että palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa koskevat säädökset ja määräykset olisivat tosiasiaa päällekkäisiä jo nyt voimassa olevan sääntelyn kanssa, mutta säädöstason nostaminen korostaisi sääntelyn merkitystä sekä voisi tehostaa terveydenhuoltoalan ohjaus- ja valvontakeinojen ja sanktioiden käyttöä.<sup>23</sup>

Kuten palliatiivisen hoidon ja saattohoidon nykytilan kuvausta ja arviointia koskevista jaksoista käy ilmi, elämän loppuvaiheen hoidon puutteet ja kansallisesti yhdenvertaisen toteutumisen haasteet on todettu jo yli kymmenen vuotta sitten. Erillisillä selvityksillä, suosituksilla, kehittämis- ja toimeenpanohankkeilla on pyritty kehittämään toimintaa. Elämän loppuvaiheen hoito on näillä toimin tullut laadukkaammaksi ja saatavuus on parantunut, mutta edelleenkin esiintyy puutteita, joista osa on arvioitu olennaisiksi palvelujen laadun ja yhdenvertaisuuden kannalta.

Palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa tarvitaan monien eri sairausryhmien kohdalla osalta, eivätkä niihin liittyvät hoitomenetelmät liity vain yhteen lääketieteellisen erikoisalaan, kuten syöpätautien erikoisalaan. Nykyaikainen palliatiivinen hoito ja oireiden hoito on monierikoisalaista ja moniammatillista ja saattaa sisältää myös esimerkiksi palliatiivisia kirurgisia leikkauksia ja toimenpiteitä. Lääkäriliitto myöntää lääkäreille palliatiivisen hoidon erityispätevyyksiä tietyin edellytyksin. Palliatiivinen hoito ei kuitenkaan ole oma erillinen erikoisalansa eikä Suomessa ole erillistä palliatiivisen hoidon erikoislääkäriohjelmaa. Sosiaali- ja terveysministeriölle on tehty aloite palliatiivisen erikoisalan perustamisesta. Uuden lääketieteen erikoisalan perustamisen arviointi on käsiteltyssä sosiaali- ja terveysministeriössä ja erikoislääkärikoulutusta koordinoivissa elimissä.

Palliatiivista hoitoa ja saattohoitoon kuuluvia menetelmiä ja toimenpiteitä käytetään sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Yhtenäisillä hoidon perusteilla ja palliatiivista ja saattohoitoa koskevilla hoitosuosituksilla on pyritty määrittelemään hoidon porrastusta ja potilaan tarpeisiin vastaavaa hoidon tasoa. Perustason hoidolla ei voida korvata sellaista potilaan tarpeen mukaista palliatiivista tai saattohoitoa, jossa tarvitaan hoidon porrastuksen mukaista erikoissairaanhoidon osaamista tai menetelmiä.

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon aseman edelleen kehittämiseksi terveydenhuollossa sekä potilaiden oikeuksien toteutumiseksi lainsäädäntöä on perusteltua täsmentää siten, että terveydenhuoltolaissa säädetään nimenomaisesti hyvinvointialueen velvoitteesta järjestää

---

<sup>23</sup> STM 2021:23, s. 57–59

palliatiiivinen hoito ja saattohoito. Lisäksi säätämällä palliatiiivisen hoidon ja saattohoidon määritelmästä voidaan ohjata tapaa, miten niiden antamisen tulee laadukkaasti toteutua.

Hyvinvointialueilla on itsehallinto palveluiden toteuttamisessa. Lainsäädännöllä voidaan tarvittaessa ohjata vahvastikin sitä, miten palveluja annetaan, mutta pääsääntöisesti terveydenhuoltolaissa ja sen nojalla annetuissa asetuksissa ei esimerkiksi säädetä velvoitetta järjestää jokin palvelu tietynlaisen hallintorakenteen tai toimintatavan mukaisesti. Tällöin arvioidessa sitä, kuinka tarkasti esimerkiksi hoidon porrastamisesta säädetään tai asetetaanko hyvinvointialueille velvoite ylläpitää palliatiiivisiä keskuksia, on pohdittava tarkkaan ohjaavan sääntelyn välttämättömyyttä. Hyvin täsmällinen säädösohjaus ei välttämättä tunnista hyvinvointialueiden erilaisuutta ja voi johtaa lainsäädännön jäämiseen jälkeen ajastaan, jos se esimerkiksi estää uudenlaisten toimintamallien kehittämisen. Edellä kuvattujen asiantuntijatyöryhmän tekemien ehdotusten jälkeen on jatkettu kehitystyötä, ja valtaosassa, muttei kaikissa, hyvinvointialueita on palliatiiivinen keskus. Se, toimiiko keskus omana organisaatiossa määriteltynä yksikkönään vai onko palliatiiivisen keskuksen palvelut ja osaaminen toteutettu hyvinvointialueen rakenteissa verkostomaisesti, ei ole keskeistä, kunhan potilas saa palvelut tavoitteiden mukaisesti. Jo voimassa olevan erikoissairaanhoidon keskittämisasetuksen nojalla yliopistollista sairaalaan ylläpitäville hyvinvointialueille ja HUS-yhtymälle on keskitetty vaativa palliatiiivinen hoito ja saattohoito, ja ne ylläpitävät tehtävän hoitamiseksi palliatiiivisiä keskuksia, vaikkei velvoitetta juuri palliatiiivisten keskusten ylläpitämiseen asetuksessa säädetäkään.

Lainsäädäntötyöryhmän työn jälkeen toiminnallisessa ja oikeudellisessa ympäristössä on myös tapahtunut merkittävä muutos, kun sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen on siirtynyt kunnilta ja sairaanhoitopiireiltä hyvinvointialueiden hoidettavaksi, mikä mahdollistaa saman järjestäjän järjestäessä palvelut niin perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon kuin sosiaalihuollon järkevien toiminnallisten kokonaisuuksien suunnittelun ja toteuttamisen. Sote-järjestämislaissa, hyvinvointialueluissa ja sote-valvontalaissa on paljon palveluiden toteuttamista ohjaavaa lainsäädäntöä. Vaikka terveydenhuoltolakeja voidaankin tämentää siten, että säädetään nimenomaisesti hyvinvointialueen velvoitteesta järjestää laissa määritelty palliatiiivinen hoito ja saattohoito, ei ainakaan tällä hetkellä pidetä välttämättömänä toteuttaa työryhmän ehdottamia muita yksityiskohtaisempia muutoksia terveydenhuoltolakiin.

## **2.2 Perusterveydenhuollon hoitopaikan valinta**

### **2.2.1 Kiireettömän hoidon hoitopaikan valintaa koskeva lainsäädäntö**

Kiireettömän hoidon hoitopaikan valinnasta säädetään terveydenhuoltolain 47 §:ssä. Pykälän 1 momentti koskee perusterveydenhuoltoa. Momentin mukaan henkilö voi valita, miltä terveyskeskukselta tai sen terveysasemalta hän saa 2 ja 3 luvussa tarkoitetut terveydenhuollon palvelut, riippumatta siitä, minkä hyvinvointialueen alueella terveyskeskus tai -asema sijaitsee. Terveydenhuoltolain 2 luvussa säädetään terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen palveluista ja 3 luvussa sairaanhoidon palveluista. Pykälän 2 momentin mukaan oikeus valintaan ei koske 16 §:ssä tarkoitettua kouluterveydenhuoltoa eikä 17 §:ssä tarkoitettua opiskeluterveydenhuoltoa. Oikeus valita ei myöskään koske pitkäaikaista laitoshoidoa, ellei laissa toisin säädetä. Hyvinvointialueella ei ole velvollisuutta järjestää 25 §:ssä tarkoitettua kotisairaanhoidoa oman alueensa ulkopuolelle.

Säännös, jonka mukaan hoitopaikan valinta koskee pitkäaikaista laitoshoidoa vain, jos laissa tästä säädetään, käytännössä viittaa sote-järjestämislain 55 §:n sääntelyyn. Sen mukaan henkilö, joka haluaa muuttaa toisen hyvinvointialueen alueella sijaitsevan kunnan asukkaaksi, mutta ei ikänsä, vammaisuutensa tai muun sellaisen syyn vuoksi kykene asumaan siellä ilman

perhehoitoa, laitospalveluja tai asumispalveluja, voi hakea näitä palveluja ja näiden lisäksi tarvitsemiaan muita sosiaalipalveluja siltä hyvinvointialueelta, jonka alueella kyseinen kunta sijaitsee, samoin perustein kuin jos hän olisi kyseisen kunnan asukas. Pykälässä säädetään asiaan liittyvistä menettelyistä. Käytännössä mainittu 55 §:n säännös koskee erityisesti sosiaalihuollon palveluja, mutta periaatteessa voi soveltua myös esimerkiksi tilanteeseen, jossa potilas saa pitkäaikaisesti hoitoa terveyskeskuksen vuodeosastolla (ks. myös jakso 2.1.1).

Terveydenhuoltolain 47 §:n 1 momentissa säädetään terveyskeskuksen tai -aseman vaihtamisen menettelyssä. Vaihdoista on tehtävä kirjallinen ilmoitus sekä sille terveyskeskukselle tai -asemalle, jota henkilö käyttää, että sille, jonka hän valitsee. Hoitovastuu siirtyy valitulle terveyskeskukselle tai -asemalle viimeistään kolmen viikon kuluttua ilmoituksen saapumisesta. Valinta voi kohdistua samanaikaisesti vain yhteen terveyskeskukseen tai -asemaan. Uuden valinnan voi tehdä aikaisintaan vuoden kuluttua edellisestä valinnasta.

Terveydenhuoltolain 48 §:n 1 momentin mukaan jos henkilö asuu tai oleskelee säännönmukaisesti tai pitempiaikaisesti työn, opiskelun, vapaa-ajan vieton, lähiomaisen tai muun läheisen asumisen tai muun vastaavan syyn vuoksi sellaisella hyvinvointialueella, jonka alueella hänen kotikuntansa ei sijaitse, hän voi käyttää hoitosuunnitelmansa mukaisen hoidon toteuttamiseen myös muun hyvinvointialueen kuin oman hyvinvointialueensa perusterveydenhuollon palveluja hoidosta vastaavan terveyskeskuksen tai -aseman muuttumatta. Säännöksen perustelujen mukaan säännönmukaisuudella tarkoitettaisiin tässä ajallisesti tiedettävää tai ennakoitavaa ja toistuvaa, ja pitempiaikaisella ainakin useita viikkoja kestävää yhtäjaksoista oleskelua. Viimeksi mainittu tilanne saattaisi olla esimerkiksi silloin, kun henkilön työkohteet ovat eri puolille maata ja työtä tehdään vaihtelevan pituisina ajanjaksoina yksittäisissä työkohteissa (HE 90/2010 vp, s. 142/I). Pykälän 2 momentin mukaan terveyskeskuksen tai -aseman valitsemiseksi henkilön on tehtävä ilmoitus valinnastaan noudattaen, mitä 47 §:n 1 momentissa säädetään.

Terveydenhuoltolain 47 ja 48 §:ssä säädetään myös erikoissairaanhoidon hoitopaikan valinnasta. Terveydenhuoltolain 47 §:n 3 momentin mukaan, jos lääkäri tai hammaslääkäri arvioi, että henkilö tarvitsee erikoissairaanhoidon palveluja, henkilö voi valita hoidon antavan hyvinvointialueen erikoissairaanhoidon toimintayksikön riippumatta siitä, minkä hyvinvointialueen alueella toimintayksikkö sijaitsee. Hoitopaikka on valittava yhteisymmärryksessä lähetteen antavan lääkärin tai hammaslääkärin kanssa. Terveydenhuoltolain 48 §:n mukaan edellisessä kappaleessa kuvatussa tilanteessa henkilö voi myös käyttää hoitosuunnitelmansa mukaisen erikoissairaanhoidon toteuttamiseen muun hyvinvointialueen kuin oman hyvinvointialueensa erikoissairaanhoidon toimintayksikön palveluja hoitovastuun siirtymättä.

Lisäksi terveydenhuoltolain 48 §:n 3 momentin mukaan yhteistyöalueella olevan korkeakoulun sekä muun oppilaitoksen opiskelijalle annetaan sinä aikana, jonka hän opiskelun vuoksi joutuu oleskelemaan yhteistyöalueella, jonka alueella hänellä ei ole kotikuntaa, sairaanhoitoa kyseisen yhteistyöalueen sairaalassa tai muussa toimintayksikössä. Sama koskee henkilöä, joka työnsä vuoksi joutuu oleskelemaan vieraalla paikkakunnalla, ja tilanteita, joissa jokin muu syy välttämättä vaatii sairaanhoidon antamista yhteistyöalueella, jonka alueella hänellä ei ole kotikuntaa.

## 2.2.2 Perusterveydenhuollon hoitopaikan valintaa koskevat käytänteet ja nykytilan arviointi

### *Perusterveydenhuollon hoitopaikan vaihtaminen*

Voimassa olevan terveydenhuoltolain 47 §:n 1 momentin mukaan terveyskeskuksen tai sen aseman voi valinnan voi tehdä aikaisintaan vuoden kuluttua edellisestä valinnasta, eli käytännössä siis keskuksen tai aseman voi valita kerran vuodessa. Säännöksen esitöissä (HE 90/2010 vp) ei perustella sitä, miksi tämä valittiin sopivaksi aikaväliksi. Voidaan olettaa, että rajauksen taustalla vaikutti se, että kunnille, nykyään hyvinvointialueille, haluttiin antaa mahdollisuus toimintansa suunnitelmalliseen organisointiin, kun yksittäisen keskuksen tai aseman asiakasmäärissä ei tapahdu nopeaa vaihtelua. Lisäksi ratkaisuun on todennäköisesti vaikuttanut se, että 48 §:n 1 momentin mukaisesti henkilö voi asuessaan tai oleskellessaan säännönmukaisesti tai pidempiaikaisesti työn, opiskelun, vapaa-ajan vieton, lähiomaisen tai muun läheisen asumisen tai muun vastaavan syyn vuoksi sellaisella hyvinvointialueella, jonka alueella hänen kotikuntansa ei sijaitse, käyttää hoitosuunnitelmansa mukaiseen hoidon toteuttamiseen myös muun hyvinvointialueen kuin oman hyvinvointialueensa perusterveydenhuollon palveluja hoidosta vastaavan terveyskeskuksen tai -aseman muuttumatta. Täten hoidon saaminen toisella alueella on mahdollista lain mukaisin edellytyksin ilman terveyskeskuksen tai -aseman vaihtamista elämäntilanteen sitä edellyttäessä. Hoitopaikan valintaa koskevan sääntelyn selkeyttämistä koskevassa hallituksen esityksessä lisäksi todetaan, että jos henkilö muuttaa, on tämä peruste valita hoitopaikka uudelleen, vaikka edellisestä valinnasta ei olisi vuotta vielä kulunutkaan (HE 319/2022 vp, s. 38).

Pääministeri Orpon hallituksen ohjelmassa linjataan, että mahdollistetaan terveydenhuoltolain määrittelemän kiireettömän hoidon hoitopaikan uusi valinta kolmen kuukauden välein. Voimassa olevan hoitopaikan valintaa koskevan sääntelyn esitöissä esitettiin perusteluna sääntelylle, että valinnan mahdollisuuden lisäämisen tavoitteena on varmistaa potilaiden mahdollisuudet saada hänen tarvitsemiaan palveluja hänelle sopivassa paikassa hänelle sopivaan aikaan. Lisääntyvä valinnan mahdollisuus parhaimmillaan voisi muun muassa johtaa asiakaslähtöisempiin palveluprosesseihin, lyhentää potilasjonoja ja lisätä asiakkaiden luottamusta julkisiin palveluihin (HE 90/2010 vp, s. 140/II). Mahdollistamalla perusterveydenhuollon hoitopaikan valinta nykyistä useammin lisättäisiin asiakkaiden valinnanvapautta ja voitaisiin lisätä asiakastyytyvyyttä. Joustavampi valintamahdollisuus hyödyttää erityisesti potilaita, jotka asuvat vuoden aikana usealla paikkakunnalla ja joiden palvelutarpeisiin nykyinen terveydenhuoltolain 48 §:n 1 momentin mukainen hoitosuunnitelmaan sidottu valintaoikeus ei riittävästi vastaa. Lisäksi nykyistä joustavampi mahdollisuus valita hoitopaikka auttaa niitä potilaita, jotka ovat tyytymättömiä terveyskeskukseensa tai -asemaansa ja mahdollistaa siirtymisen toisen aseman asiakkaaksi sujuvammin. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen ylläpitämän Sotkanet.fi tilasto- ja indikaattoripankkiin kertyy vuosittain tietoja perusterveydenhuollon asiakkaiden terveysaseman valinnoista indikaattorina uudeksi asiakkaaksi tulleet 10 000 asukasta kohti (ind. 5058). Mainitusta indikaattorista esitetään myös lukuarvotiedot vuosittain. Tietoja on käytettävissä vuosilta 2015–2024. Tilasto perustuu palveluntuottajilta saatuihin tietoihin, jotka poimiintuvat potilastietojärjestelmistä päivittäin automaattisesti (Avohilmo-tiedot). Perusterveydenhuollon avohoidon indikaattoreiden data on poimittu Avohilmo-rekisteristä joitakin päiviä ennen indikaattorin Sotkanetiin päivittämistä.

Vuosina 2015–2024 uudeksi asiakkaaksi tuli koko maassa 22,2–40,5 henkilöä 10 000 asukasta kohti, kun luku oli suurin vuonna 2022 (40,5/10 000 asukasta). Vuosina 2023 ja 2024 luvut olivat 37,4 ja 34,0 eli pienemmät kuin aikasarjan vuoden 2022 suurin lukuarvo. Vastaavasti henkilömäärinä uudeksi asiakkaaksi tulleita oli vuosittain 11 353–22 556 henkilöä. Lukumäärä oli suurin vuonna 2022. Vuosina 2023 ja 2024 luvut olivat 20 941 ja 19 157 henkilöä.

Tiedoissa on puutteita, joiden vaikutuksia valtakunnallisiin lukuihin Terveiden ja hyvinvoinnin laitos on arvioinut. Vantaan (vuodesta 2019 alkaen), Helsingin (vuodesta 2021 alkaen) ja Keravan (vuodesta 2021 alkaen) tiedoissa on puutteita. Niiden vaikutus koko maan käyntimääriin on ollut suurimmillaan vuonna 2022, jolloin käyntimäärä oli tästä syystä noin 7

prosenttia pienempi. Vuodesta 2024 Helsingin tiedot näyttäisivät palanneen aiemmalle oikealle tasolle. Vantaalla on vuoden 2024 tiedoissa noin 20 prosentin ja Keravalla noin 30 prosentin vajeus käyntien määrässä. Vuoden 2024 tietojen puutteiden vaikutus näiden osalta koko maan tasolla on noin yksi prosentti.

Käytettävissä olevien indikaattori- ja lukumäärätietojen perusteella uudeksi asiakkaaksi vuosittain tulevien suhteelliset lukumäärät ja absoluuttiset lukumäärät ovat olleet samalla tasolla pitkään, eikä vuosien 2023–2024 perusteella ole odotettavissa lukumäärien suuria muutoksia.

Konsulttiyhtiö NHG:n selvityksessä kysyttiin kahdelta alueelta vaihtojen määrästä. Vastaukset ovat linjassa sotkanet.fi:n tilastojen kanssa, sillä yhdellä alueella vaihtoja tehtiin noin 1000 vuosittain, joista puolet sähköisesti ja puolet paperisia, toisella hyvinvointialueella vaihtoja tehtiin yhteensä 500. Molemmilla alueilla pääosa vaihtajista vaihtaa hoitopaikkaa hyvinvointialueen sisällä, ja vain pieni osa vaihtaa sen toiselle hyvinvointialueelle.

#### *Hoitopaikan valinnan rajaukset*

Voimassa olevan 47 §:n 2 momentin sääntelyssä, joka koskee palveluja, joita oikeus perusterveydenhuollon hoitopaikan valintaan ei koske, on havaittu eräitä täsmentämistarpeita. Momentin mukaan oikeus valintaan ei koske 16 §:ssä tarkoitettua kouluterveydenhuoltoa eikä 17 §:ssä tarkoitettua opiskeluterveydenhuoltoa. Lainkohdan perustelujen mukaan poikkeus perustuu siihen, että lapsen ja nuoren edun mukaista on koulunkäynnin fyysisen paikan ja oppilashuollon muodostama kokonaisuus siten, ettei kouluterveydenhuolto eriytyisi valinnan mahdollisuuden kautta oppilashuollon kokonaisuudesta. Kouluterveydenhuollon tavoin opiskeluterveydenhuolto on kokonaisuus, joka on opiskelijan edun mukaista pitää yhtenä kokonaisuutena. (HE 90/2010 vp, s. 145/II). Terveystieteiden lain 17 a §:n mukaan, joka on tullut voimaan 1.1.2023, hyvinvointialueen on järjestettävä opiskeluhuollon psykologipalvelut alueellaan sijaitsevien koulujen ja oppilaitosten oppilas- ja opiskelijahuoltolain (1287/2013) 1 §:ssä tarkoitetussa opetuksessa tai koulutuksessa oleville oppilaille ja opiskelijoille heidän kotipaikastaan riippumatta. Opiskeluhuollon psykologipalvelut ovat osa oppilas- ja opiskelijahuoltolain mukaisia opiskeluhuollon palveluja. Lainsäädännön selkeyden ja yhdenmukaisuuden vuoksi on perusteltua lisätä 17 a §:ssä tarkoitetut opiskeluhuollon psykologipalvelut 47 §:n 2 momentin sääntökyseeseen, jossa säädetään palveluista, joita oikeus valita ei koske.

Hoitopaikan valintaan liittyviä poikkeuksia koskevan 47 §:n 2 momentin mukaan hyvinvointialueella ei ole velvollisuutta järjestää 25 §:ssä tarkoitettua kotisairaanhoidon oman alueensa ulkopuolelle. Jos henkilö on valinnut hoitoa antavaksi terveyskeskukseen tai -asemakseen sellaisen keskuksen tai aseman, joka sijaitsee eri hyvinvointialueella kuin sillä alueella, jossa hänen kotinsa, asuinpaikkansa tai muu siihen verrattava paikkansa on, sillä hyvinvointialueella, johon valinta on kohdistunut, ei siis ole velvoitetta järjestää palveluja henkilön kotiin. Jos tällainen velvoite olisi, tarkoittaisi se käytännössä, että toisen hyvinvointialueen henkilökunta joutuisi käymään hoitamassa toisen hyvinvointialueen alueella olevaa asiakasta, tai tehdä järjestelyjä, jotta muu palveluntuottaja antaa palvelut henkilön kotiin.

Käytännössä lainsäädännön rajausta kotisairaanhoidon koskien tarkoittaa, että hyvinvointialue, jossa henkilöllä on koti, vastaa kotisairaanhoidon järjestämisestä, vaikka henkilö on muuten valinnut toisen hyvinvointialueen alueella olevan terveyskeskuksen tai -aseman lähtökohtaiseksi perusterveydenhuollon hoitopaikakseen. Rajausta voidaan käytännön toiminnan kannalta pitää perusteltuna, mutta rajausta pelkkään kotisairaanhoidon voidaan pitää liian kapeana. Esimerkiksi lääkinnällisessä kuntoutuksessa voi olla kotiin tuotavia palveluita, kuten apuvälineiden asennusta. Rajausta, ettei hyvinvointialueella ei ole velvollisuutta järjestää kotisairaanhoidon oman alueensa ulkopuolelle, on perusteltua ulottaa myös muihin kotiin

annettaviin palveluihin. Järjestämisvastuun yhtenäistäminen estäisi tilanteet, joissa hoitopaikan valinta johtaisi perusteettomaan veloitteeseen palvelujen toteuttamisesta toisen hyvinvointialueen alueella. Samalla säännösmuutos selkeyttäisi hyvinvointialueiden vastuuta ja oman alueen sisällä toimimiseen sidottua järjestämislogiikkaa.

## **2.3 Hoitoon pääsyn enimmäisaikojen toteutumista koskevien tietojen julkaisu**

### **2.3.1 Hoitoon pääsyn enimmäisaikojen toteutumista koskevien tietojen julkaisua koskeva lainsäädäntö**

Terveystieteiden tutkimuslain 51, 51 a, 51 b, 51 c §, 52 ja 53 §:ssä säädetään hoitoon pääsystä sekä hoitoon pääsyä koskevista enimmäisajoista. Lain 51 § (yhteyden saaminen perusterveydenhuollon yksikköön ja arvio hoidon tarpeesta), 51 a § (Pääsy perusterveydenhuoltoon kuuluvaan hoitoon), 51 b § (Pääsy perusterveydenhuoltoon kuuluvaan suun terveydenhuoltoon) sekä 53 §:n 1 momentti (Hoitoon pääsy lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten perusterveydenhuoltoon kuuluvaan lyhytpsykoterapiaan tai psykologiseen vuorovaikutukseen perustuvaan määrämääräiseen ja aikarajoitteiseen psykososiaaliseen hoitoon) koskevat hoitoon pääsyä perusterveydenhuollon palveluihin. Lain 51 c § (Pääsy perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavaan erikoissairaanhoidon), 52 § (Erikoissairaanhoidon pääsy) ja 53 §:n 2 momentti (Hoitoon pääsy lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa) koskevat erikoissairaanhoidon palveluihin pääsyä.

Lain 51 §:n mukaan hyvinvointialueen on järjestettävä toimintansa siten, että potilas voi saada arkipäivisin virka-aikana saman päivän aikana yhteyden terveyskeskukseen tai muuhun perusterveydenhuollon toimintayksikköön ja saada yksilöllisen arvion tutkimustensa tai hoitonsa tarpeesta ja kiireellisyydestä sekä siitä, minkä terveydenhuollon ammattihenkilön tekemiä tutkimuksia tai antamaa hoitoa potilas tarvitsee.

Lain 51 a §:ssä on säädetty erilaisia hoitoon pääsyn enimmäisaikoja, ja enimmäisajat ovat erilaiset alle 23-vuotiaiden ja 23 vuotta täyttäneiden osalta.

Lain 51 §:ssä tarkoitettussa arvioissa lääketieteellisesti tarpeelliseksi todetun perusterveydenhuollon kiireettömän hoidon, kuntoutuksen ja terveyttä ja hyvinvointia edistävän palvelun sekä todistuksen tai lausunnon laatimista koskevan palvelun ensimmäinen hoito- tai kuntoutustapahtuma on järjestettävä potilaan terveydentila, työ-, opiskelu- ja toimintakyky, palveluiden tarve ja hänen sairautensa tai vammansa ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin arviointia seuraavien kolmen kuukauden aikana. Jos potilas on 51 §:ssä tarkoitettun arvion perusteella ohjattu muun laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön kuin lääkärin vastaanotolle ja ammattihenkilö toteaa, että potilas tarvitsee kyseisen terveysongelmansa hoitoon lääkärin tekemän tutkimuksen tai hoidon, myös pääsy lääkärin vastaanotolle on järjestettävä kolmen kuukauden kuluessa 51 §:ssä tarkoitettusta arviosta. Tätä hoitoon pääsyn enimmäisaikaa eli kolmea kuukautta sovelletaan kaikkeen 23 vuotta täyttäneiden hoitoon.

Alle 23-vuotiaiden osalta ensimmäinen hoitotapahtuma on järjestettävä potilaan terveydentila ja hänen sairautensa tai vammansa ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin 51 §:n mukaista arviointia seuraavien 14 vuorokauden aikana, jos hoitoon hakeutumisen syynä on sairastuminen, vamma, pitkäaikaissairauden vaikeutuminen, uusien oireiden esilletulo tai toimintakyvyn aleneminen ja hoito kuuluu yleislääketieteen alaan. Jos potilas on ohjattu muun laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön kuin lääkärin vastaanotolle ja ammattihenkilö toteaa, että potilas tarvitsee kyseisen terveysongelmansa

hoitoon lääkärin tekemän tutkimuksen tai hoidon, pääsy lääkärin vastaanotolle on järjestettävä ammattihenkilön vastaanottoa seuraavien seitsemän vuorokauden aikana. Muiden palveluiden osalta alle 23-vuotiaidenkin osalta ensimmäinen hoitotapahtuman on järjestettävä 1 momentin mukaisesti eli kohtuullisessa ajassa, kuitenkin arviointia seuraavien kolmen kuukauden aikana.

Enimmäisajat eivät koske hoito- tai kuntoutussuunnitelman mukaisia hoitotapahtumia.

Terveydenhuoltolain 53 §:n 1 momentin mukaan lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten perusterveydenhuoltoon kuuluva lyhytpsykoterapia tai psykologiseen vuorovaikutukseen perustuva määrämuotoinen ja aikarajoitteinen psykososiaalinen hoito on aloitettava 28 vuorokauden kuluessa siitä, kun tarve tällaiselle hoidolle on todettu, jolleivät lääketieteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat muuta edellytä.

Suun terveydenhuoltoa perusterveydenhuollossa koskevan 51 b §:n mukaan 23 vuotta täyttäneillä ensimmäinen tutkimus- tai hoitotapahtuma on järjestettävä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun 51 §:ssä tarkoitettu arvio on tehty. Jos potilas on 51 §:ssä tarkoitettua arviota ohjattu muulle suun terveydenhuollon ammattihenkilölle kuin hammaslääkärille ja ammattihenkilö toteaa tarpeen hammaslääkärin tutkimukselle tai hoidolle, myös pääsy hammaslääkärille on järjestettävä 1 momentissa säädetyn ajan kuluessa 51 §:ssä tarkoitettua arviosta. Jos suun terveydenhuollon ammattihenkilö toteaa tarpeen perusterveydenhuollossa toimivan erikoishammaslääkärin tutkimukselle tai hoidolle, pääsy erikoishammaslääkärille on järjestettävä kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun kyseinen ammattihenkilö on todennut palvelun tarpeen.

Alle 23-vuotiaille tutkimus taikka ensimmäinen tutkimus- tai hoitotapahtuma on järjestettävä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun 51 §:ssä tarkoitettu arvio on tehty. Jos potilas on 51 §:ssä tarkoitettua arviota ohjattu muulle suun terveydenhuollon ammattihenkilölle kuin hammaslääkärille ja ammattihenkilö toteaa tarpeen hammaslääkärin tutkimukselle tai hoidolle, pääsy hammaslääkärille on järjestettävä neljän viikon kuluessa palvelun tarpeen toteamisesta tai kolmen kuukauden kuluessa 51 §:ssä tarkoitettua arviosta. Jos suun terveydenhuollon ammattihenkilö toteaa lapsella tai alle 23-vuotiaalla nuorella tarpeen perusterveydenhuollossa toimivan erikoishammaslääkärin tutkimukselle tai hoidolle, pääsy erikoishammaslääkärille on järjestettävä kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun kyseinen ammattihenkilö on todennut palvelun tarpeen.

Suun terveydenhuollon hoitoon pääsyn enimmäisaikoja lähtökohtaisia enimmäisaikoja (23 vuotta täyttäneillä kuusi kuukautta ja alle 23-vuotiailla kolme kuukautta) ei sovelleta, jos potilaalle on määritelty yksilöllinen tutkimus- tai hoitoväli.

Jos neuvolapalveluihin tai koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvan suun määräraikaisen terveystarkastuksen suorittaa muu suun terveydenhuollon ammattihenkilö kuin hammaslääkäri ja ammattihenkilö toteaa tarpeen hammaslääkärin tutkimukselle tai hoidolle, pääsy hammaslääkärille on järjestettävä neljän viikon kuluessa palvelun tarpeen toteamisesta. Hoitoon sovelletaan myös muita edellä kuvattuja säännöksiä.

Erikoissairaanhoidon hoitoon pääsyä koskevan terveydenhuoltolain 52 §:n 2 momentin mukaan hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut hyvinvointialueen sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoidon toteuttavaan toimintayksikköön. Jos hoidon tarpeen arviointi edellyttää erikoislääkärin arviointia tai erityisiä kuvantamis- tai laboratoriotutkimuksia, on arviointi ja tarvittavat tutkimukset toteutettava kolmen kuukauden

kuluessa siitä, kun lähete on saapunut hyvinvointialueen sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoidon toteuttavaan toimintayksikköön. Vastaavasti 51 c §:n mukaan perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavan erikoissairaanhoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut toimintayksikköön.

Terveydenhuoltolain 52 §:n 3 momentin mukaan hoidon tarpeen arvioinnin perusteella lääketieteellisesti, hammaslääketieteellisesti tai terveystieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito ja neuvonta on järjestettävä ja aloitettava hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on todettu. Perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavan erikoissairaanhoidon osalta 51 c §:n 2 momentissa säädetään, että hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu. Enimmäisaika saadaan ylittää enintään kolmella kuukaudella, jos lääketieteellisistä tai hammaslääketieteellisistä, hoidollisista tai muista vastaavista perustelluista syistä hoidon antamista voidaan lykätä potilaan terveydentilan vaarantumatta.

Terveydenhuoltolain 53 §:n 3 momentin mukaan lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut hyvinvointialueen sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoidon toteuttavaan toimintayksikköön taikka perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavan erikoissairaanhoidon toimintayksikköön. Jos hoidon tarpeen arviointi edellyttää erikoislääkärin arviointia tai erityisiä kuvantamis- tai laboratoriotutkimuksia, arviointi ja tarvittavat tutkimukset on toteutettava kuuden viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut. Pykälän 4 momentin mukaan Hoidon tarpeen arvioinnin perusteella tarpeelliseksi todettu psykiatrisen erikoissairaanhoidon järjestettävä lapsille ja alle 23-vuotiaille nuorille hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on todettu, jolleivät lääketieteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat muuta edellytä.

Hoitoon pääsyn enimmäisaikoja sovelletaan myös korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollossa ja vankiterveydenhuollossa sekä käytännössä myös vastaanottokeskusten järjestämissä terveyspalveluissa. Korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain (695/2019, *OTHL-laki*) 10, 10 a ja 10 b §:ssä on terveydenhuoltolain 51 a, 51 c ja 53 §:n 2 momenttia vastaavat säännökset hoitoon pääsystä. Lain mukaiset palvelut järjestää Kansaneläkelaitos, ja niiden lakisääteinen tuottaja on Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö. OTHL-lain nojalla ei järjestetä erikoissairaanhoidon palveluja, joten laissa ei säädetä myöskään erikoissairaanhoidon hoitoon pääsystä.

Vankiterveydenhuollon järjestää Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen alainen Vankiterveydenhuollon yksikkö. Vankeuslain (767/2005) 10 luvun 1 §:ssä ja tutkintavankeuslain (768/2005) 6 luvun 1 §:ssä on säännökset, joiden mukaan Vankiterveydenhuollon yksikön järjestämiin palveluihin pääsyä koskeviin enimmäisaikoihin sovelletaan, mitä terveydenhuoltolain 51, 51 a, 51 b ja 52–54 §:ssä säädetään hoitoon pääsystä.

Kansainvälistä suojelua hakevan vastaanotosta sekä ihmiskaupan uhrin tunnistamisesta ja auttamisesta annetun lain (746/2011, *vastaanottolaki*) mukaan säädetään vastaanottokeskusten velvoitteesta antaa terveyspalveluja laissa tarkoitetuille kansainvälistä suojelua hakevalle, tilapäistä suojelua saavalle sekä ihmiskaupan uhrille. Vastaanottolain 26 §:n 1 momentin mukaan kansainvälistä suojelua hakevalla ja ihmiskaupan uhrilla, jolla ei ole kotikuntalaisia (201/1994) tarkoitettua kotikuntaa Suomessa, on oikeus saada terveydenhuoltopalveluja

terveydenhuoltolain 50 §:n mukaisesti (eli kiireellisiä palveluja) sekä oikeus saada terveydenhuollon ammattihenkilön välttämättömiksi arvioimia muita terveysterveyspalveluja. Pykälän 2 momentin mukaan tilapäistä suojelua saavalle sekä kansainvälistä suojelua hakevalle lapselle ja ihmiskaupan uhrille, joka on lapsi ja jolla ei ole kotikuntalaissa tarkoitettua kotikuntaa Suomessa, annetaan terveydenhuoltopalvelut samoin perustein kuin henkilölle, jolla on kotikuntalaissa tarkoitettu kotikunta Suomessa. Hallituksen esityksessä 74/2022 vp (s. 77) todetaan, että vastaanottolain 26 §:n 2 momentin sääntelyn voidaan tulkita tarkoittavan, että se luo veloitteen tarjota tilapäistä suojelua saaville sekä alle 18-vuotiaille kansainvälistä suojelua hakeville ja ihmiskaupan uhreille kiireetön hoito terveydenhuoltolakia vastaavien enimmäisaikojen puitteissa. Vastaanottolaissa ei kuitenkaan ole nimenomaisia hoitoon pääsyn enimmäisaikoja koskevia säännöksiä.

Terveydenhuoltolain 55 §:n mukaan hyvinvointialueen on julkaistava kuukausittain yleisessä tietoverkossa edellistä kalenterikuukautta koskevat tunnusluvut siitä, miten 51, 51 a ja 51 b §:ssä sekä 53 §:n 1 momentissa säädettyjen enimmäisaikojen noudattaminen toteutui sekä neljän kuukauden välein siitä, miten 51 c ja 52 §:ssä sekä 53 §:n 2 ja 3 momentissa säädettyjen enimmäisaikojen noudattaminen toteutui. Käytännössä sääntelyn mukaan siis perusterveydenhuollon hoitoon pääsyä koskevat tunnusluvut tulee julkaista kuukausittain ja erikoissairaanhoidon hoitoon pääsyä koskevat tunnusluvut neljän kuukauden välein. Vankeuslain 10 luvun 1 §:n 4 momentin ja tutkintavankeuslain 6 luvun 1 §:n 4 momentin nojalla Vankiterveydenhuollon yksikön on julkaistava tiedot vastaavasti ja OTHL-lain 10 d §:n nojalla Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön on julkaistava vastaavasti perusterveydenhuollon hoitoon pääsyä koskevat tiedot kuukausittain.

Terveydenhuoltolain, OTHL-lain, vankeuslain ja tutkintavankeuslain nojalla hoitoon pääsyä koskevat tunnusluvut tuottaa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta annetun lain (668/2008, *THL-laki*) 5 ja 5 c §:n nojalla saamiensa tietojen perusteella. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen on luovutettava julkaisua varten tarpeelliset tiedot hyvinvointialueelle. THL-lain 5 §:n mukaan Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella on oikeus saada lakisääteisten tehtäviensä (muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan seuranta ja arviointi) toteuttamiseksi muun muassa sosiaali- ja terveydenhuoltoa järjestäviltä viranomaisilta sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntuottajilta laitoshoidon ja avopalveluita koskevia tietoja, muun ohella palvelun antamisen aloittamis- ja päättymisajankohdasta, palvelun antamisen perusteesta ja saatavuudesta sekä palvelun tarpeesta, lajista ja määrästä. Hoitoon pääsyä koskevat tiedot tallennetaan osaksi perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoituksia (Avohilmo), joka on osa sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitusjärjestelmäkokonaisuutta (Hilmo). THL-lain 5 c §:ssä säädetään rekisterinpitäjän velvollisuudesta luovuttaa tietoja sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen toimivallasta päättää tiedonantovelvollisuuden perusteella toteutettavista uusista tiedonkeruista sekä tiedonkeruiden laajentamisesta, niiden antamisesta noudatettavista määräajoista ja menettelytavoista sekä tiedonantajille toimitettavista palautetiedoista.

Hyvinvointialueen on julkaistava tunnusluvut erikseen kustakin sairaalasta, terveysterveyskeskuksesta ja muusta terveydenhuollon toimintayksiköstä. Jos toimintayksikön alaisuudessa on terveysterveysasema, hammashoitola tai muu vastaava erillinen yksikkö, tunnusluvut on julkaistava erikseen kustakin tällaisesta yksiköstä, jos se on mahdollista. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön on julkaistava tiedot kustakin toimipisteestään. Vankiterveydenhuollossa kutakin Vankiterveydenhuollon yksikön sairaalaa ja poliklinikkaa koskevat tunnusluvut on julkaistava erikseen ja ostopalveluina hankittuja erikoissairaanhoidon palveluita koskevat tunnusluvut on julkaistava koko Vankiterveydenhuollon yksikköä koskien. Tunnusluvut on julkaistava myös siten, että ne ovat vankilassa vankien saatavilla. Sosiaali- ja terveysterveysministeriön asetuksella voidaan säätää tarkemmin niistä tunnusluvuista, jotka on julkaistava.

### 2.3.2 Hoitoon pääsyn enimmäisaikojen toteutumista koskevien tietojen julkaisua koskevat käytänteet ja nykytilan arviointi

Hoitoon pääsyn tunnuslukujen julkaisua koskeva voimassa oleva sääntely tuli voimaan 1.9.2023. Tällöin sääntely muuttui aiemmasta sääntelystä siten, että perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn seurannassa siirryttiin kuukausittaiseen tietojen julkaisuun, kun tätä ennen tiedot tuli terveydenhuoltolain nojalla julkaista niin perusterveydenhuollon kuin erikoissairaanhoidon osalta neljän kuukauden välein. Muutos liittyi siihen, että tuolloin lakiin säädettiin perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa hoitoon pääsyn enimmäisajaksi seitsemän vuorokautta (siirtymäkautena 14 vuorokautta) aiemman kolmen kuukauden enimmäisajan sijaan, kun hoitoon hakeutumisen syynä on sairastuminen, vamma, pitkäaikaissairauden vaikeutuminen, uusien oireiden esilletulo tai toimintakyvyn aleneminen ja hoito kuuluu yleislääketieteen alaan. Perusterveydenhuollon suun terveydenhuollossa enimmäisaika oli kolme kuukautta (siirtymäkautena neljä kuukautta) aiemman kuuden kuukauden enimmäisajan sijaan. Muutos perustui hallituksen esitykseen HE 74/2022 vp.

Pääministeri Orpon hallituksen ohjelman mukaisesti perusterveydenhuollon avosairaanhoidon seitsemän vuorokauden hoitoon pääsyn enimmäisaika ei koskaan astunut voimaan, vaan hallitusohjelmaan perustuvan esityksen hyväksymisen myötä enimmäisajaksi säädettiin 14 vuorokautta (HE 55/2023 vp). Sitten hallitus teki lisää päätöksiä valtiontalouden tasapainottamiseksi, ja hoitoon pääsyn lähtökohtaiseksi enimmäisajaksi 23 vuotta täyttäneillä palautettiin kolme kuukautta perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa ja kuusi kuukautta perusterveydenhuollon suun terveydenhuollossa. Alle 23-vuotiailla hoitoon pääsyn enimmäisaika on edelleen 14 vuorokautta tietyissä tilanteissa ja suun terveydenhuollossa kolme kuukautta (HE 134/2024 vp). Hoitoon pääsyn enimmäisajoista on eräitä täydentäviä erityissäännöksiä, joita on kuvattu edellisessä jaksossa.

Pääministeri Orpon hallituksen ohjelman mukaan hyvinvointialueet veloitetaan julkaisemaan lakisääteisten hoitopääsyn määräaikojen toteutumisen tiedot nykytilannetta tiheimmin asiakaslähtöisellä tavalla. Hallitusohjelman kirjaus on tehty aikana, jolloin 23 vuotta täyttäneidenkin osalta perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn enimmäisaika oli huomattavasti lyhyempi, eli 14 vuorokautta, kuin nykyisin voimassa oleva kolme kuukautta. Perusterveydenhuollon osalta ei katsota olevan tarkoituksenmukaista tiivistää hoitoon pääsyn toteutumisen raportointia. Vaikka alle 23-vuotiailla perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn enimmäisaika on edelleen 14 vuorokautta tietyissä tilanteissa, ei kuitenkaan katsota perustelluksi säätää erillistä tiiviimpää hoitoon pääsyn toteutumisen raportointiväliä näiden palveluiden osalta.

Voimassa olevan terveydenhuoltolain 55 §:n hoitoon pääsyn toteutumisen seurannan sääntelyä laadittaessa lakihankkeessa HE 74/2022 vp ei muutettu erikoissairaanhoidon hoitoon pääsyn toteutumista koskevien tietojen julkaisuväliä. Lainsäädännössä edelleen säädetään, että erikoissairaanhoidossa tiedot julkaistaan hyvinvointialueiden internet-sivuilla edelleen neljän kuukauden välein eli kolme kertaa vuodessa.

Hoitoon pääsyn enimmäisaikojen seurannan tarkoitus on tukea terveydenhuollon omavalvontaa sekä tarjota valvoville viranomaisille tietoa, miten hoitoon pääsyn lakisääteisten enimmäisaikoja noudatetaan. Sote-valvontalain 23 §:ssä säädetään palvelunjärjestäjien eli myös hyvinvointialueiden veloitteesta suorittaa omavalvontaa, jonka osana palvelunjärjestäjän on muun muassa varmistettava omien sekä hankkimiensa palvelujen saatavuus, jatkuvuus, turvallisuus ja laatu. Sote-järjestämislain 29 §:ssä säädetään hyvinvointialueiden seuranta- ja arviointivelvoitteista. Hyvinvointialueiden tulee seurata muun ohella järjestämänsä sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetta, saatavuutta ja yhdenvertaisuutta. Hyvinvointialueen on verrattava

seurantatietoja vastaaviin muihin hyvinvointialueita koskeviin tietoihin. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos tuottaa vertailutiedon valtakunnallisesti. Hyvinvointialueen on hyödynnettävä tietoa järjestämisvastuullaan olevan sosiaali- ja terveydenhuollon tietojohtamisessa toiminnan, tuotannon ja talouden ohjauksen, johtamisen ja päätöksenteon tukena. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella voidaan antaa tarkempia säännöksiä muun muassa seurannan vähimmäistiedoista. Tällaista vähimmäistietoja koskevaa asetusta ei ole annettu, mutta asetusta on valmisteltu alkuvuonna 2026 sosiaali- ja terveysministeriössä.

Hoitoon pääsyn aikojen seuranta ja se, että tiedot ovat julkisesti saatavilla internetissä, on myös potilaiden oikeuksien toteutumisen kannalta merkityksellistä. Potilaslaissa säädetään terveyden- ja sairaanhoitoonsa tai siihen liittyvään kohteluunsa tyytymättömän potilaan oikeudesta tehdä muistutus terveydenhuollon toimintayksikössä terveydenhuollosta vastaavalle johtajalle. Tällainen muistutus voi koskea myös hoitoon pääsyä koskevaa epäkohtaa. Potilaalla on myös oikeus tehdä kantelu laillisuusvalvojille. Potilas voi hyödyntää julkisesti saatavilla olevaa tietoa omassa muistutus- tai kanteluasiassaan. Lisäksi tieto voi hyödyttää potilasta, kun hän tekee vertailua siitä, minkä terveyskeskuksen tai sairaalan potilaaksi hän haluaa hakeutua terveydenhuoltolain hoitopaikan valintaa koskevien säännösten mukaisesti. Hoitoon pääsyn odotusaikoja koskevien tietojen julkaisulla toteutetaan säännöksen alkuperäisten perustelujen mukaan viranomaisen toiminnan julkisuudesta annetun lain (621/1999) 20 §:n mukaista velvoitetta edistää toimintansa avoimuutta ja tässä tarkoituksessa tarvittaessa laadittava muun muassa tilastoja ja muita tietoaineistoja palveluistaan sekä tiedottaa toiminnastaan ja palveluistaan (HE 77/2004 vp, s. 40/II ja 42/II).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Erikoissairaanhoidon hoitoon pääsyn tilasto sisältää tiedot hyvinvointialueiden erikoissairaanhoitoa tarjoavien yksiköiden hoitoon pääsyn toteutumisesta. Vuodesta 2021 alkaen on erikoissairaanhoidon hoitoon pääsy rekisterin tiedot kerätty ja julkaistu kerran kuukaudessa tietokantoihin. Tilastoraportti julkaistaan kerran vuodessa. Tiedot kerätään erikoissairaanhoitoa tarjoavista yksiköistä kerran kuukaudessa poikkileikkauspäivänä, joka on aina kuukauden viimeinen päivä. Tietojen toimittaminen laitokselle on pakollista ja perustuu THL-lakiin. Terveydenhuoltolain 55 §:n mukaisesti hyvinvointialueen internetissä julkaisemat hoitoon pääsyn toteutumisen seurannan tunnusluvut tuottaa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, eli hyvinvointialue siis julkaisee sivuillaan laitoksen tuottamat tiedot.

Osana tämän hallituksen esityksen valmistelua tarkasteltiin sitä, miten hyvinvointialueet julkaisevat sivuillaan tiedon hoitoon pääsystä. Tarkastelun (2/2026) perusteella valtaosa hyvinvointialueista hoitaa raportoinnin siten, että ne ovat laittaneet linkin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen erikoissairaanhoidon hoitoon pääsyä koskevalle sivulle ja siellä oleviin niin sanottujen tilastokuutioiden alueellisiin tietoihin. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos tuottaa erikoissairaanhoidossa aluekohtaisesti ja erikoisalakohtaisesti tiedon hoitoa odottavien lukumäärästä, kuinka moni odottaa hoitoa 1–90 vrk, 91–180 vrk, ja yli 180 vrk. Lisäksi esitetään prosentteina yli 180 vrk eli lakisääteisen kuuden kuukauden enimmäisajan odottaneet. Myös keskimääräinen odotusaika (mediaani) tilastoidaan. Tällainen tieto antaa potilaille yksityiskohtaista tietoa hoitoon pääsyn tilanteesta. Hyvinvointialueiden sivuilla kuitenkin esiintyi vaihtelua siitä, mihin tietoihin linkit on laitettu. Hyvinvointialueet pääosin linkkaavat edellä mainitun tilaston tiedot tai toisintavat sen sivuillaan. Kuitenkin muutaman hyvinvointialueen sivuilla oli linkattuna vain tieto hoitoa odottavien lukumäärästä ja muutaman alueen sivuilla on vain linkki Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen yleiselle

erikoissairaanhoidon hoitoon pääsyä koskevalle sivulle<sup>24</sup> ilman linkitystä aluekohtaisiin tietoihin. Yhdellä alueella hoitopääsytietoja ei ollut päivitetty lainkaan vuonna 2025.

Koska THL tuottaa erikoissairaanhoidon hoitopääsystä tilastotietoa kuukausittain, käytännössä jo nyt tieto on saatavilla kuukausittain potilaille myös hyvinvointialueiden sivujen kautta. Lainsäädäntö on tarkoituksenmukaista saattaa vastaamaan käytäntöä. Muutos koskisi myös Vankiterveydenhuollon yksikköä.

Edellä kuvatulla tavalla joillain hyvinvointialueilla on puutteita siinä, miten tieto on niiden sivuilla potilaiden saatavilla. Varsinkin käytäntö, jossa aluekohtaisten tietojen sijaan on vain linkitetty THL:n erikoissairaanhoidon hoitoon pääsyä koskeva yleinen sivu eikä aluekohtaisia tietoja, ei vastaa voimassa olevan lainsäädännön tarkoitusta. Tieto ei ole asiakasystävällisesti ja helposti potilaiden saatavilla, jos sitä joutuu erikseen etsimään THL:n tilastokuutioista. Tällaiset puutteet on mahdollista korjata hallinnollisen ohjauksen keinoin eikä puutteiden korjauksen arvioida edellyttävän lainsäädäntömuutoksia.

### **3 Tavoitteet**

Säätämällä palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta hyvinvointialueiden järjestämisvastuulla olevina palveluina sekä näiden hoitojen määritelmistä tuettaisiin hoidon tosiasiallista toteutumista laadukkaasti hyvinvointialueilla.

Mahdollistamalla perusterveydenhuollon hoitopaikan vaihtaminen nykyistä useammin edistettäisiin potilaiden valinnanvapautta sekä helpotettaisiin erityisesti sellaisten henkilöiden asiointia, jotka asuvat tai oleskelevat useammalla kuin yhdellä paikkakunnalla.

Tiivistämällä velvoitetta, kuinka usein erikoissairaanhoidon hoitoon pääsyn enimmäisaikojen toteutumisesta tulee julkaista tietoa hyvinvointialueiden internetsivuilla, edistettäisiin potilaiden mahdollisuuksia seurata hoitoon pääsyn tilannetta eri yksiköissä ja saatettaisiin lainsäädäntö vastaamaan jo valtaosassa alueita olevia käytänteitä.

### **4 Ehdotukset ja niiden vaikutukset**

#### **4.1 Keskeiset ehdotukset**

Esityksessä ehdotetaan, että terveydenhuoltolain sairaanhoitopalvelua koskevaa sääntelyä täsmennetään siten, että nimenomaisesti säädetään palliatiivisen hoidon ja saattohoidon olevan hyvinvointialueen järjestämisvastuulla olevia palveluita. Laissa säädettäisiin myös palliatiivisen hoidon ja saattohoidon määritelmät.

Hoitopaikan valintaa koskevaa sääntelyä muutettaisiin siten, että terveyskeskuksen tai terveysaseman saa jatkossa valita kolmen kuukauden välein, kun nyt vaihdon saa tehdä kerran vuodessa.

Hoitoon pääsyn enimmäisaikojen toteutumisen seurantaa koskevaa sääntelyä muutettaisiin siten, että hyvinvointialueen ja Vankiterveydenhuollon yksikön on julkaistava kuukausittain edellistä kalenterikuukautta koskevat tunnusluvut siitä, miten hoitoon pääsyn enimmäisaikojen

---

<sup>24</sup> <https://thl.fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/terveyspalvelut/hoitopaaasy-erikoissairaanhoidossa>

noudattaminen toteutui erikoissairaanhoidossa, kun voimassa olevan lainsäädännön mukaan tiedot on julkaistava neljän kuukauden välein.

## **4.2 Pääasialliset vaikutukset**

### 4.2.1 Taloudelliset vaikutukset

#### *Palliatiivinen hoito ja saattohoito*

Hyvinvointialueen rahoituksesta annetun lain (617/2021, *hyvinvointialueiden rahoituslaki*) 9 §:n 1 momentin mukaan valtion rahoituksen tasoa varainhoitovuodelle määritettäessä otetaan 5 §:ssä tarkoitettulla tavalla täysimääräisesti huomioon hyvinvointialueiden järjestämisvastuulle kuuluvien tehtävien laajuuden tai laadun muutos, jos se aiheutuu asianomaista tehtävää koskevasta laista tai asetuksesta, lakiin tai asetukseen perustuvasta valtion viranomaisen määräyksestä tai valtion talousarviosta. Valtion rahoitusta voidaan korottaa tai alentaa tehtävien laajuuden tai laadun muutoksen perusteella. Palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa koskevissa säännösehdoituksessa ei olisi kyse hyvinvointialueiden rahoituslain 9 §:n 1 momentissa tarkoitettua tehtävän laajuuden tai laadun muutoksesta. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämisvastuun säätämisessä olisi kyse hyvinvointialueilla jo olevan tehtävän tarkemmasta, nimenomaisesta kirjaamisesta lainsäädäntöön. Esityksessä ei veloitettaisi hyvinvointialueita toteuttamaan hoitoa jollain tietyllä tavalla, esimerkiksi veloiteta niitä perustamaan tietynlaisia hallinnollisia rakenteita. Säätämällä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon määritelmät, jotka sisältävät laadullisia elementtejä (aktiivinen kokonaisvaltainen hoito, elämän loppuvaiheen arvokkuuden turvaaminen), on tarkoitus ohjata hoidon käytännön toteuttamista. Tällainenkin sääntely on kuitenkin luonteeltaan lähinnä täsmentävää suhteessa jo voimassa olevassa lainsäädännössä oleviin palveluiden laatua ja palveluketjujen sujuvuutta koskevaan sääntelyyn.

Se, että laissa erikseen säädettäisiin palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämisestä hyvinvointialueiden tehtävänä ja näiden hoitojen määritelmästä, voi kuitenkin lisätä joidenkin alueiden kustannuksia ainakin lyhyellä aikavälillä, jos lakisäätöisen järjestämisvastuun täsmentäminen johtaa hoito- ja toimintakäytänteiden kehittämiseen. Kustannuksia voi syntyä esimerkiksi henkilöstön kouluttamisesta ja muusta osaamisen kehittamisestä. Suoraan lakimuutosehdotuksesta seuraavaan kustannusvaikutuksen ei arvioida kuitenkaan olevan merkittävä. Se, että hyvinvointialueet järjestäisivät jatkossa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon suositusten mukaisesti hoito- ja palveluketjuja ja hoidon suunnitelmallisuutta edelleen kehittäen, antaa myös merkittävän potentiaalin hillitä epätarkoituksenmukaisia kustannuksia, joita aiheutuu esimerkiksi potilaiden tarpeettomista päivystyskäynneistä, tutkimuksista tai hoitajaksoista sairaalassa. Jos sääntelyn seurauksena palliatiivinen hoito ja saattohoito pitkällä aikavälillä toteutuisivat nykyistä tarkoituksenmukaisemmin, tällä saattaisi olla hyvinvointialueiden kustannuksia vähentäviä vaikutuksia. Tähän liittyvää kustannusten hillintää ei kuitenkaan voida etukäteen laskennallisesti osoittaa eikä rahoitusta vähentää hyvinvointialueille kohdennettavasta rahoituksesta.

Esitys ei aiheuta suoraan taloudellisia vaikutuksia valtiolle, yrityksille tai kotitalouksille. Jos hoitosuosituksen toimeenpano johtaa siihen, että hyvinvointialueet ohjaavat resursseja palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon, voi tämä merkitä ostopalveluidenkin lisääntymistä.

#### *Hoitopaikan valinta*

Se, että säädettäisiin asiakkaiden mahdollisuudesta vaihtaa perusterveydenhuollon hoitopaikka nykyistä useammin, ei olisi hyvinvointialueiden rahoituslain 9 §:n 1 momentissa tarkoitettu

hyvinvointialueen tehtävän tai sen laadun tai laajuuden muutos. Muutosehdotus ei siis johtaisi muutoksiin valtion hyvinvointialueiden etukäteisessä rahoituksessa. Perusterveydenhuollon hoitopaikan vaihtaminen olisi mahdollista nykyistä useammin. Nykytilan arvioissa tuodaan esiin, että nykyisin riippumatta siitä, ilmoitetaanko hoitopaikan vaihtamisesta paperilla vai sähköisesti, nykytilassa tiedot on siirrettävä lomakkeelta alueella käytössä olevaan potilastietojärjestelmään käsin, joka on hidasta. On mahdollista, että mahdollisuus vaihtaa hoitopaikkaa nykyistä useammin johtaa vaihtojen ja siten ilmoitusten käsittelyn lisääntymiseen. Tämä voi edellyttää sitä, että hyvinvointialueet joutuvat lisäämään jossain määrin henkilöstöresurssia ilmoitusten käsittelyä ja potilastietojärjestelmiin kirjaamista varten.

Sote-järjestämislain 57 §:n mukaan jos hyvinvointialue antaa lakiin perustuen sosiaali- tai terveyspalveluja toisen hyvinvointialueen asukkaalle, on sen hyvinvointialueen, jonka asukas henkilö on, korvattava ilman aiheutonta viivytystä palvelun antamisesta aiheutuneet kustannukset, jollei kustannusten korvaamisesta muualla toisin säädetä tai jolleivät hyvinvointialueet toisin sovi. Kustannuksilla tarkoitetaan toteutuneita kuluja, jotka ovat aiheutuneet palvelun antamisesta ja joista on vähennetty palvelusta kertyneet toimintatulot. Toimintatuloilla viitataan erityisesti perittyihin asiakasmaksuihin. Mahdollisuus vaihtaa hoitopaikkaa nykyistä useammin voi johtaa hoitopaikan vaihtamisen lisääntymiseen väestötasolla. Hyvinvointialueilla voi olla vaihtelua sen suhteen, millä kustannuksilla ne perusterveydenhuollon käynnin tuottavat. On mahdollista, että joillekin alueille tulee lisäkustannuksia siitä, että ne maksavat korvauksia asukkaidensa toisella alueella tekemistä hoitokäynneistä, jos tuotantokustannukset ovat korkeammat toisella alueella. Vaikutuksen arvioidaan kuitenkin olevan hyvin maltillinen ottaen huomioon vaihtojen määrien vuosittaiset melko vähäiset volyymit, joihin ei ennakoida tapahtuvan merkittävää kasvua.

Joitain terveysasemia on ulkoistettu eli niiden palvelut tuottavat yksityiset terveydenhuollon palveluntuottajat, ja hyvinvointialueiden omista terveysasemissa voi olla yksityiseltä palveluntuottajalta hankittua vuokratyövoimaa. Mahdollisuus vaihtaa hoitopaikka nykyistä useammin tarkoittanee sitä, että potilaita ohjautuu tällaistenkin asemien palveluihin tai pois niistä. Riippuu hyvinvointialueiden ja palveluntuottajien sopimuksista, millaisia vaikutuksia asiakasmäärien muutoksilla olisi yrityksiin taloudellisesti.

Lakiehdotuksella voi olla taloudellisia vaikutuksia kotitalouksiin asiakasmaksulainsäädännön kautta. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun asetuksen 7 §:n mukaan terveyskeskuksen avosairaanhoidon lääkäripalveluista voidaan 18 vuotta täyttäneiltä perä terveyskeskuksen ylläpitäjän päätöksen mukainen maksu, joka voi olla:

- 1) enintään 60,30 euron vuosimaksu, joka on voimassa kalenterivuoden siinä terveyskeskuksessa, johon maksu on suoritettu; jos palvelun käyttäjä ei suorita vuosimaksua, peritään häneltä 30,20 euron käyntimaksu käyntikertojen lukumäärästä riippumatta; tai
- 2) enintään 30,20 euron käyntimaksu; maksun saa kuitenkin perä ainoastaan kolmelta ensimmäiseltä käynniltä samassa terveyskeskuksessa kalenterivuoden aikana.

Sosiaali- ja terveysministeriön hyvinvointialueille tekemän kyselyn (ks. jakso 1.2) vastauksissa ilmeni, että valtaosassa hyvinvointialueita on käytössä 2 kohdan mukainen kolmelta ensimmäiseltä kerralta kalenterivuodessa perittävä käyntimaksu. Vastausten mukaan perittävässä maksuissa ei huomioida toisen hyvinvointialueen alueella sijaitsevassa terveyskeskuksessa tapahtuvia käyntejä, eli maksut peritään kolmesta ensimmäisestä oman hyvinvointialueen alueella tapahtuneesta käynnistä. Täten jo nyt 18 vuotta täyttäneen potilaan vaihtaessa kalenterivuoden aikana hoitopaikkaansa toiselle hyvinvointialueelle voi hänelle tulla maksettavaksi enemmän kuin kolme käyntimaksua tai yksi vuosimaksu. Kun hoitopaikkaa voi

jatkossa vaihtaa kolmen kuukauden välein, perittyjen maksujen määräkin voisi lisääntyä, kun käyntimaksuja tai vuosimaksu voidaan periaatteessa periä jatkossa myös useammalta alueella kalenterivuoden aikana, jos asiakas käyttää usean hyvinvointialueen palveluja. Sellaisten asiakkaiden määrä, jotka vaihtavat hoitopaikkaansa kolmen tai neljän hyvinvointialueen alueella ja jotka käyttävät terveyskeskuksen palveluja esimerkiksi kuukausittain, voidaan arvioida olevan korkeintaan erittäin pieni. Asiakasmaksulain 6 a §:ssä säädetty maksukatto rajoittaa asiakkaalta kalenterivuoden aikana perittyjen asiakasmaksujen määrää. Sen mukaan asiakasmaksujen enimmäismäärä asiakkaalle on 815 euroa kalenterivuodessa, ja siinä otetaan huomioon kalenterivuoden aikana perityt maksut muun muassa terveyskeskuksen avosairaanhoidon palvelusta. Potilaan tulee kuitenkin itse seurata maksukaton täyttymistä.

Jos taas henkilö valitsee hoitopaikan siten, että hän esimerkiksi vaihtaa kesäksi hoitopaikkansa vapaa-ajan asuntonsa sijainnin mukaan, mutta on alkuvuonna ja loppuvuonna kotihyvinvointialueensa terveyskeskuksen asiakas, alkuvuonna perityt käyntimaksut huomioidaan loppuvuoden käynneistä perityissä maksuissa.

Sairausvakuutuslain (1224/2004) 4 luvun 1 §:n mukaan vakuutetulla on oikeus saada sairauden hoitoon liittyvistä matkakustannuksista korvaus, jos matka on tehty valtion tai hyvinvointialueen terveydenhuollon toimintayksikköön. Luvun 3 a §:n mukaan vakuutetun kiireettömään tutkimukseen tai hoitoon tekemän matkan kustannukset korvataan enintään sen mukaan, kuinka paljon matka olisi tullut maksamaan kotikuntalain (201/1994) mukaisesta väestötietojärjestelmään merkitystä kotikunnan asuinpaikasta aloitettuna. Jos vakuutetulla ei ole kotikuntaa Suomessa, matka katsotaan aloitetun siitä osoitteesta, jossa vakuutettu ilmoittaa pääasiallisesti oleskelevansa. Luvun 4 §:n mukaan jos vakuutettu on terveydenhuoltolain 47 tai 48 §:n perusteella valinnut hoitopaikan, matkakustannukset korvataan enintään sen mukaan, kuinka paljon matka olisi maksanut lähimpään valtion tai hyvinvointialueen terveydenhuollon toimintayksikön tutkimus- ja hoitopaikkaan. Luvun 5 §:n mukaan vakuutetun matkakustannukset korvataan sen mukaan, kuinka paljon matka olisi tullut maksamaan käyttäen halvinta käytettävissä olevaa matkustustapaa, eli ensisijaisesti joukkoliikennettä käyttäen. Vakuutetun matkakustannukset korvataan kuitenkin erityisajoneuvon käytöstä aiheutuneiden kustannusten perusteella, jos vakuutetun sairaus, vaikea vamma tai liikenneolosuhteet edellyttävät erityisajoneuvon käyttöä. Erityisajoneuvolla tarkoitetaan muun muassa omaa autoa, taksia ja vammaisvarustettua ajoneuvoa. Luvun 7 §:n mukaan vakuutetulle aiheutuneet matkakustannukset korvataan kokonaan siltä osin kuin ne yhdensuuntaiselta matkalta ylittävät 25 euroa (omavastuuosuus). Korvaus maksetaan kuitenkin enintään matkakustannuksen korvauksen perusteeksi vahvistetun korvaustaksan määrästä.

Esityksessä ei esitetä muutoksia sairausvakuutuslain matkakustannusten korvausten käytänteisiin. Jos asiakas tekee matkan vakinaisen kotiosoitteen mukaisen hyvinvointialueen sisällä, Kansaneläkelaitoksen korvauskäytännön mukaan matka korvataan enintään kuten vakinaisesta kotiosoitteesta siihen perusterveydenhuollon hoitopaikkaan, mistä asiakas on hoidon saanut. Jos valinnanvapauden perusteella on valittu toisen hyvinvointialueen alueella oleva perusterveydenhuollon hoitopaikka, matka korvataan enintään sen mukaan, mitä se maksaa vakinaisesta kotiosoitteesta oman hyvinvointialueen lähimpään terveyskeskukseen, jossa on saatavilla henkilön tarvitsemat terveyspalvelut. Asiakkaille, jotka päättävät vaihtaa nykyistä tiiviimmin hoitopaikkaansa muiden kuin oman hyvinvointialueensa alueella sijaitseviin toimipisteisiin, voi itse maksettavien matkakustannusten määrä nousta.

### *Hoitoon pääsyn enimmäisaikojen seurannan tiivistäminen*

Erikoissairaanhoidon hoitoon pääsyn enimmäisaikojen noudattamisen toteutumisen seurannan lakisääteisen raportointivälin tiivistämisellä ei ole taloudellisia vaikutuksia hyvinvointialueille, Terveiden ja hyvinvoinnin laitokselle tai muuten julkiselle taloudelle. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos tuottaa tunnusluvut, jotka hyvinvointialueet julkaisevat internet-sivuillaan. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos jo nyt siis julkaisee erikoissairaanhoidon hoitoon pääsyä koskevat tiedot kuukausittain. Nykytilan arvioinnin jaksossa (jakso 2.3.2) kuvatulla tavalla valtaosa hyvinvointialueista julkaisee alueensa hoitopääsytiedot laittamalla linkin Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen sivuille ja niissä alueensa tietoihin.

Muutos ei myöskään suoraan aiheuta taloudellisia vaikutuksia yrityksille tai kotitalouksille. Terveidenhuoltolain 54 §:n mukaan jos hyvinvointialue ei voi itse tuottaa tutkimuksia, hoitoa tai kuntoutusta säädettyissä enimmäisajoissa, sen on järjestettävä ne hyvinvointialueesta annetun lain 9 §:n 1 momentissa tarkoitetulla tavalla tuottamalla ne yhteistoiminnassa toisen hyvinvointialueen kanssa tai hankkimalla ne sopimukseen perustuen muilta palvelun tuottajilta. Hyvinvointialue voi myös antaa potilaalle palvelusetelistä annetussa laissa (569/2009) tarkoitetun palvelusetelin. Hyvin saatavilla oleva tieto erikoissairaanhoidon hoitoon pääsystä voi johtaa parempaan tietoisuuteen hoitajoina ja terveydenhuoltolain 54 §:n mukaisesta oikeudesta saada hoito muun palveluntuottajan tuottamana, jos hyvinvointialue ei pysty itse tuottamaan hoitoa lakisääteisessä enimmäisajassa. Muutosehdotuksella ei kuitenkaan arvioida olevan varsinaista vaikutusta ostopalveluiden käyttöön hyvinvointialueilla.

Tietoisuus erikoissairaanhoidon jonotilanteista voi ohjata potilaita erikoissairaanhoidon hoitopaikan valinta-oikeuden kautta myös alueille, joissa palveluntuottajana joissain palveluissa toimii yksityinen palveluntuottaja. Terveidenhuoltolain 45 §:ssä ja eräistä leikkauksista ja lääketieteellisistä toimenpiteistä annetussa valtioneuvoston asetuksessa (888/2025) säännellään sitä, millä edellytyksin leikkauksia ja anesthesiologista osaamista edellyttäviä nuketusta tai puudutusta vaativia toimenpiteitä voidaan hankkia yksityisiltä palveluntuottajilta. Potilaan käyttäessä oikeutta valita erikoissairaanhoidon hoitopaikka potilaita voi ohjautua myös hyvinvointialueiden omistamien erikoissairaanhoidon tuottavien yritysten asiakkaaksi. Näitä yrityksiä ovat nykyisin Tekonivelsairaala Coxa Oy ja Tays Sydänkeskus Oy. Muutosehdotuksen vaikutus niiden asiakasmääriin arvioidaan myös hyvin vähäiseksi. Yritysten tunnettavuus valinnanvapausasiakkaiden keskuudessa on hyvä jo nyt.

#### 4.2.2 Vaikutukset viranomaisten toimintaan

##### *Palliativinen hoito ja saattohoito*

Esitys ei toisi hyvinvointialueille uusia lakisääteisiä tehtäviä eikä muuttaisi niiden nykyistä järjestämisvastuuta, mutta muutoksen voidaan arvioida tukevan hyvinvointialueita palvelukokonaisuuksien suunnittelussa ja toteuttamisessa siten, että hoito järjestetään tarkoituksenmukaisemmin, selkeämmin ja yhdenvertaisemmin koko maassa. Esitys voi vaikuttaa siihen, miten hyvinvointialueet käytännössä rakentavat ja ohjaavat palliativisen hoidon ja saattohoidon palveluja ja siten edistää toimintakäytäntöjen yhdenmukaistamista. Esitys voi edistää sitä, että hoitoa pyritään järjestämään kansallisten hoitosuosituksen mukaisesti, sillä lakiehdotuksen sanamuodoissa ja lain perusteluissa on nojaututtu aiemmin tehtyyn kehitysohjelmaan. Palliativisen hoidon ja saattohoidon palvelujen toteutuminen kuitenkin riippuu hyvinvointialueiden käytettävissä olevista resursseista ja osaamisesta, jotka voivat vaihdella alueittain. Lakimuutokset voivat johtaa tarpeeseen kehittää henkilöstön osaamista.

Hyvinvointialueiden järjestämisvastuun täsmentäminen terveydenhuoltolaissa ei tarkoita, ettei muulla julkisella palvelunjärjestäjällä voi olla velvoitetta järjestää palliatiivisen hoidon tai saattohoidon palvelut. Asia koskee erityisesti vankiterveydenhuoltoa, ja vankeuden aikana näiden palveluiden järjestäminen ja rahoittaminen on lähtökohtaisesti Vankiterveydenhuollon yksikön vastuulla. Yksikkö voi kuitenkin ostaa näitäkin palveluja hyvinvointialueilta, jolloin palvelun siis tuottaa vangille hyvinvointialue.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on osallistunut elämän loppuvaiheen hoidon kansalliseen kehittämiseen, ja esitys on linjassa niiden suositusten ja laatukriteereiden kanssa, joita laitos on ollut edistämässä. Lakimuutosten toimeenpano ei johtaisi uusiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tehtäviin.

Lainsäädännön täsmennys voi tukea valvovaa viranomaista eli Lupa- ja valvontavirastoa tehtävässään. Kun lailla on nykyistä tarkemmin säädetty järjestämisvastuusta palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa, voi tämä mahdollisesti vaikuttaa siihen, millä tavalla valvova viranomainen puuttuu hoidon puutteisiin.

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osalta esitys ei sisällä erillisiä tietoyhteiskuntaan tai tietosuojaan liittyviä vaikutuksia. Digipalveluita voidaan hyödyntää myös palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa, eikä esityksellä olisi suoraa vaikutusta näihin käytäntöihin.

#### *Hoitopaikan valinta*

Perusterveydenhuollon hoitopaikan vaihtoja tehdään saatavilla olevien valtakunnallisten tilastojen mukaan nykyään noin 20 000 vuodessa. Niistä valtaosan arvioidaan tapahtuvan saman hyvinvointialueen sisällä. Mahdollisuus vaihtaa perusterveydenhuollon hoitopaikkaa nykyistä useammin voi johtaa vuosittaisten vaihtojen määrän lisääntymiseen. Lakimuutoksen vaikutus vaihtojen määrään kasvuun arvioidaan kuitenkin melko maltilliseksi. Hyvinvointialueet ovat tehneet toiminnallisia muutoksia palveluverkkoonsa, joiden myötä terveyskeskuksia ja -asemia on lakkautettu, ja pitkät etäisyydet eri keskusten ja asemien välillä voivat vähentää halukkuutta hakeutua hoitoon toiseen keskukseen tai asemaan.

On mahdollista, että jossain määrin esiintyy ilmiötä, jossa tapauskohtaisesti hoidon tarpeen tullessa ilmi hoitoon hakeutuva pyrkii löytämään terveysaseman, jolla hoitoon pääsy on tilastojen nojalla nopeampaa ja vaihtaa tämän takia terveysasemaansa, jos hän ei saa omalta asemaltaan hoitoa nopeasti. Tällaista ilmiötä voisi esiintyä esimerkiksi Uudenmaan hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin alueella, jossa kohtuullisten matkojen ja joukkoliikenneyhteyksien sisällä on useiden eri järjestäjien terveysasemia. Ilmiötä voi vähentää se, että hoitovastuu siirtyy lainsäädännön mukaan viimeistään kolmen viikon kuluttua, ei siis välttämättä välittömästi vaihtoilmoituksen tekemisen jälkeen.

Eräs asiakasryhmä, joka voisi hyödyntää nykyistä tiiviimpää mahdollisuutta hoitopaikan vaihtamiseen, on sellaiset henkilöt, jotka asuvat osan vuotta toisella paikkakunnalla ja osan vuotta toisella. Täten esityksen vaikutukset voivat kohdistua suhteessa enemmän sellaisiin hyvinvointialueisiin, jossa asuu tai oleskelee paljon kausiasujia, eli alueille, joissa sijaitsee niin sanottuja suosittuja mökkipaikkakuntia. Varsinkin Lapin hyvinvointialueelle taas voi ohjautua asiakkaita, jotka vaihtavat terveysasemaansa kausityön takia. Tosiasiallisia vaikutuksia siihen, kuinka paljon uusia asiakkaita näiden alueiden palveluihin tulee näistä ilmiöistä johtuen, todennäköisesti vähentää se, että pitkäaikaisen oleskelun perusteella saa jo nyt käyttää oleskelupaikkakunnan alueen terveyskeskuspalveluita hoitosuunnitelmaan perustuvissa hoidoissa ja tutkimuksissa terveydenhuoltolain 48 §:n 1 momentin nojalla.

Hyvinvointialueilla terveysaseman vaihtomahdollisuus voi toimia kannustimena kehittää vähemmän suosittujen terveysasemien toimintaa, mikä voi osaltaan tasata asiakasvirtoja ja edistää palvelujen yhdenvertaista saatavuutta. Hoitopaikan valintaa koskevan sääntelyn vaikutukset palveluprosessien laatuun ovat kuitenkin todennäköisesti rajallisia. Hyvinvointialueiden näkökulmasta mahdollisuus vaihtaa usein hoitopaikkaa voi näyttäytyä kielteisenäkin ilmiönä. Perusterveydenhuollossa on valtakunnallisesti ja alueellisesti pyritty panostamaan hoidon jatkuvuuteen ja erilaisiin omalääkäri- ja omahoitojamalleihin. Hoitopaikan tiivis vaihtomahdollisuus näyttäytyy vastakkaiseen suuntaan menevältä toimelta. Hyvinvointialueiden merkittävät resurssi- ja kapasiteettihaasteet vähentävät todennäköisesti mahdollisuuksia ja kannustimia pyrkiä aktiivisesti houkuttelemaan uusia asiakkaita muilta alueilta.

Esityksen toimeenpanossa voi esiintyä haasteita sen suhteen, miten perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn enimmäisaikaa koskevia säännöksiä toteutetaan, kun potilas vaihtaa hoitopaikkaa sen jälkeen, kun ajanvaraus tietylle terveysasemalle on jo tehty. Voimassa olevan lainsäädännön mukaan 23 vuotta täyttäneillä hoitoon pääsyn enimmäisaika on kolme kuukautta. Kun vaihto tapahtuu toiselle hyvinvointialueelle, potilaan tulisi tehdä uusi ajanvaraus ja enimmäisajan laskeminen käynnistyisi uudelleen. Saman alueen sisällä toimivissa hyvinvointialueilla olisi velvoite noudattaa enimmäisaikoja koskevaa lainsäädäntöä vaihdosta huolimatta. Käytännössä vaihtotilanteissa vaihdosta huolimatta jo tehty ajanvaraus voi toteutua aiemmin valitulla terveysasemalla, jos hyvinvointialue ei pysty siirtämään hoidon toteuttamista valitulle terveysasemalle hoitoon pääsyn enimmäisajan sisällä.

Perusterveydenhuollon hoitopaikan vaihtoon liittyvien eräiden rajausten tekeminen (17 a §:n mukaiset opiskeluhoollon psykologipalvelut, kotiin annettavat palvelut) selkeyttäisi järjestämisvastuuseen liittyviä vastuita. Jo voimassa olevan sääntelyn mukaan hyvinvointialueen ei tarvitse järjestää kotisairaanhoidoa oman alueensa ulkopuolella. Rajauksen laajentaminen muihinkin kotiin annettaviin palveluihin estäisi tilanteet, joissa hoitopaikan valinnan hyödyntäminen johtaisi perusteettomaan velvoitteeseen palvelujen toteuttamisesta toisen hyvinvointialueen rajojen sisäpuolella. Nykytilanteessa ei sinänsä ole havaittu ongelmia, joten muutokset lähinnä selkeyttäisivät lainsäädäntöä mahdollisesti esiin tulevien tilanteiden varalta.

Tiedonvaihto hyvinvointialueiden välillä perustuu hoidon järjestämisen edellyttämään oikeusperustaan. Kanta-palvelut mahdollistavat potilastietojen turvallisen ja yhdenmukaisen saatavuuden eri hoitotilanteissa. Hyvinvointialue ei voi rajoittaa potilastietojen luovutusta oman alueensa sisällä tavalla, joka vaarantaisi potilaan hoidon toteuttamisen.

Kansaneläkelaitos tarvitsee sairausvakuutuslain mukaisen matkakorvauksen korvattavuutta arvioidessa tiedon siitä, onko asiakas käyttänyt terveydenhuoltolain mukaista valinnanvapauttaan hoitopaikan valinnassa silloin, kun kyseessä on hyvinvointialueen rajat ylittävstä hoitopaikanvaihdosta. Useimmiten tieto pyydetään lisäselvityksenä asiakkaalta itseltään, joka vaatii lisätyötä. Joskus Kansaneläkelaitos tiedustelee tietoa hoitopaikan valinnasta myös suoraan terveydenhuollosta. Kun asiakkaalla on mahdollista vaihtaa hoitopaikkaa useammin kuin kerran vuodessa, voi lisäselvitysten tarpeen määrä kasvaa, mikä aiheuttaa lisätyötä niin Kansaneläkelaitokselle kuin hyvinvointialueille.

#### *Hoitoon pääsyn enimmäisaikojen seurannan tiivistäminen*

Veloitteen, jonka mukaan jatkossa erikoissairaanhoidon hoitoon pääsyn enimmäisaikojen noudattamisen toteutumisesta tulisi jatkossa julkaista tiedot kuukausittain voimassa olevan

neljän kuukauden julkaisuvälin sijaan, arvioidaan aiheuttavan hyvinvointialueille korkeintaan vain hyvin vähäisessä määrin lisää hallinnollista työtä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos tuottaa tunnusluvut jo nyt kuukausittain. Alueilla, jossa raportit viedään hyvinvointialueen omalle sivulle, raportit tulee viedä jatkossa sivuille kuukausittain, josta syntyisi vähäisesti hallinnollista lisätyötä. Kokonaisvaikutusta vähentää se, että hyvinvointialueiden tulee jo voimassa olevan lainsäädännön perusteella julkaista tunnusluvut perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn enimmäisaikojen noudattamisen toteutumisesta kuukausittain ja monet alueet vaikuttavat jo nyt julkaisevan tunnusluvut erikoissairaanhoidonkin hoitoon pääsyn toteutumisesta tällä tavalla.

Tieto siitä, miten hoitoon pääsyn enimmäisaikojen noudattaminen toteutuu eri hyvinvointialueilla, voi lisätä potilaiden tietoisuutta hoitoon pääsyn tilanteesta eri hyvinvointialueilla. Täten raportointivälin tiivistämisellä periaatteessa voisi olla vaikutusta siihen, mihin yksiköihin potilaat hakeutuvat hoitoon erikoissairaanhoidon hoitopaikan valintaoikeutta käyttäessään, ja siten olla vaikutusta eri hyvinvointialueiden ja niiden sairaaloiden asiakasmääriin. Ottaen kuitenkin huomioon se, että raportointi käytännössä siis on jo nyt pääosin alueilla kuukauden välein tapahtuvaa, lakimuutoksen käytännön vaikutukset jäävät tältäkin osin vähäisiksi. Lisäksi on epäselvää, kuinka hyvin potilaat ovat tietoisia siitä, että internetissä on saatavilla säännöllisesti päivittyvää tietoa hoitoon pääsyn tilanteesta.

Kokonaisuutena arvioiden lakimuutoksen keskeinen vaikutus on se, että se luo veloitteen kuukausittaiseen raportointiin, kun nykyään näin tiivis raportointiväli perustuu hyvinvointialueiden itsenäisesti tekemään päätökseen. Nykyisiä julkaisukäytänteitä on ainakin osassa hyvinvointialueita nykytilan arvioissa (jakso 2.3.2) esiin tuodulla tavalla perusteltua kehittää, mutta tämä kehitystyö ei suoraan liity tähän lakiesitykseen vaan jo voimassa olevan sääntelyn tehokkaaseen toimeenpanoon.

Myös Vankiterveydenhuollon yksikön tulee jatkossa julkaista tiedot kuukausittain. Vankiterveydenhuoltoa koskee erityissääntely, jonka mukaan internet-sivuilla julkaisun lisäksi tunnusluvut on julkaistava siten, että ne ovat vankilassa vankien saatavilla. Käytännössä tämä voi tapahtua esimerkiksi siten, että tiedot julkaistaan vankiloiden ilmoitustauluilla. Tästä voi seurata vähäistä hallinnollista työtä Vankiterveydenhuollon yksikölle, joskin koska myös sen tulee jo nyt julkaista perusterveydenhuoltoa koskevat tiedot kuukausittain, ei lisätyötä ennakoita käytännössä juurikaan syntyvän.

Hoitoon pääsyn enimmäisajoista säädetään myös korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetussa laissa koskien Kansaneläkelaitoksen järjestämää ja Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön lakisääteisesti tuottamaa korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuoltoa. Lakimuutos ei kuitenkaan koske niitä, koska korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuoltoon kuuluu lakisääteisesti vain perusterveydenhuollon palveluja.

Esityksestä ei aiheudu suoria vaikutuksia Terveiden ja hyvinvoinnin laitokselle. Se kuitenkin voi ohjata niitä hyvinvointialueita, joiden tunnuslukujen raportoinnissa on tällä hetkellä puutteita, lainsäädännön veloitteiden sisällöstä.

#### 4.2.3 Ihmisiin kohdistuvat ja muut yhteiskunnalliset vaikutukset

##### *Palliatiivinen hoito ja saattohoito*

Oikeudesta riittäviin terveyspalveluihin määrätään perustuslaissa ja ihmisoikeussopimuksissa.

Perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaan julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Esityksen suhdetta perustuslakiin käsitellään jaksossa 12.

YK:n taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskeva kansainvälinen yleissopimuksen (SopS 6/1976, TSS-sopimus) 12 artiklan 1 kohdassa määrätään siitä, että sopimusvaltiot tunnustavat jokaiselle oikeuden nauttia korkeimmasta saavutettavissa olevasta ruumiin- ja mielenterveydestä. Sopimusvaltioiden tulee ryhtyä tämän oikeuden täydellisen toteuttamisen saavuttamiseksi muun muassa toimenpiteisiin, jotka ovat välttämättömiä kulku- ja tarttuvien tautien sekä ammattitautien ja muiden tautien estämiseksi, hoitamiseksi ja valvomiseksi sekä sellaisten olosuhteiden luomiseksi, jotka ovat omiaan turvaamaan jokaiselle lääkärin ja sairaaloiden palvelukset sairaustapauksissa. Sopimuksen 2 artiklan 1 kohdan mukaan jokainen yleissopimuksen sopimusvaltio sitoutuu sekä erikseen että varsinkin talouden ja tekniikan alalla kansainvälisen avun ja yhteistoiminnan kautta täysimääräisesti käytettävissä olevien voimavarojensa mukaan ryhtymään toimenpiteisiin kaikin soveltuvuin keinoin ja varsinkin lainsäädäntötoimenpitein tässä yleissopimuksessa tunnustettujen oikeuksiensa toteuttamiseksi asteittain kokonaisuudessaan.

TSS-komitea esittää yleiskommentissa nro 14 General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12), 11.8.2000 tulkintansa ihmisarvoista elämää edistävästä jokaisen oikeudesta nauttia korkeimmasta saavutettavissa olevasta ruumiin- ja mielenterveydestä. TSS-komitea toteaa, että saatavuus, saavutettavuus, hyväksyttävyyys ja laatu ovat terveyttä koskevan oikeuden olennaisia elementtejä. TSS-komitean mukaan oikeus terveyteen, kuten kaikki ihmisoikeudet, asettaa sopimusvaltioille myös kolme yleistä velvollisuutta: velvollisuuden suojella, kunnioittaa ja toteuttaa oikeus terveyteen. Toteuttamiseen kuuluvat lainsäädännölliset toimet. TSS-komitea toteaa, että jokaisella sopimusvaltiolla on tietty harkintamarginaali sen suhteen, mitkä toimet parhaiten toteuttavat oikeutta terveyteen kyseisen valtion erityisolosuhteissa. TSS-komitean mukaan terveyttä koskevan oikeuden asteittainen toteuttaminen tarkoittaa sitä, että sopimusvaltioilla on erityinen ja jatkuva velvollisuus siirtyä mahdollisimman nopeasti ja tehokkaasti kohti 12 artiklan täysimääräistä täytäntöönpanoa.

Ehdotuksella arvioidaan olevan pääosin myönteisiä vaikutuksia palliatiivisen hoidon ja saattohoidon yhdenvertaisuuteen ja palveluiden saatavuuteen ja siten myös perus- ja ihmisoikeuksien toteutumiseen. Vaikka esitetyt muutokset eivät sinänsä muuta hyvinvointialueiden velvoitteita tai velvoita tietynlaisen järjestämisen tapaan, säännöksillä kuitenkin arvioidaan olevan ohjausvaikutusta siihen, että palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteutumiseen panostetaan ja jo tehtyä kehittämistyötä jatketaan. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon palveluketjujen selkeyttäminen ja vahvistaminen parantaisivat väestön mahdollisuuksia saada oikea-aikaisia ja tarpeenmukaisia palveluja riippumatta asuinpaikasta. Tämä lisäisi myös väestön luottamusta sosiaali- ja terveyspalveluihin ja vahvistaisi siten yhteiskunnan integriteettiä. Hyvinvointialueille ei kuitenkaan kohdennettaisi uutta rahoitusta palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteuttamiseen, joten lainsäädännön käytännön toimeenpano riippuu hyvinvointialueilla tehtävistä ratkaisuista, mukaan lukien miten niiden saamaa valtionrahoitusta kohdennetaan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon palveluiden järjestämiseen ja toiminnan kehittämiseen. Alueiden tekemät ratkaisut ohjaavat potilaiden oikeuksien käytännön toteutumista.

Suomessa kuolee vuosittain noin 60 000 henkilöä, ja arvioiden mukaan 30 000–60 000 ihmistä vuodessa tarvitsee palliatiivista hoitoa. Palliatiivinen ja saattohoito voi koskea kaikkia ikäryhmiä, vaikka taustalla olevien sairauksien jakauma vaihtelee eri ikävaiheissa. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeeseen johtavat yleisemmin syöpäsairaudet, elinten

vajaatoiminta ja etenevät pitkäaikaissairaudet sekä neurologiset sairaudet ja muistisairaudet, kuten jaksossa 2.1.2. kuvataan. Tarkkoja tilastolukuja siitä, kuinka moni kuolleista on ollut palliatiivisessa hoidossa tai saattohoidossa, ei ole saatavilla.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastojen mukaan vuonna 2024 kotihoidossa oli 161 000 asiakasta, joista 107 000 sai säännöllistä kotihoitoa. Säännöllistä kotihoitoa saaneista 85 000 oli 75 vuotta täyttäneitä, mikä vastasi 13 prosenttia vastaavan ikäisestä väestöstä. Ympäri vuorokautisen palveluasumisen ja pitkäaikaisen laitoshoidon piirissä oli arviolta 6–7 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä, ja näillä asiakkailla on lähes poikkeuksetta yksi tai useampi pitkäaikaissairaus, joista yleisin on muistisairaus.<sup>25</sup> Koska palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarve kohdistuu suhteellisesti eniten iäkkääseen väestöön, esityksen vaikutukset kohdistuisivat erityisesti tähän väestöryhmään. Väestön ikääntymisen myötä palvelujärjestelmän kyky vastata kasvavaan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeeseen korostuu entisestään.

Lapsen oikeuksia koskevan YK:n yleissopimuksen (SopS 60/1991) 24 artiklan mukaan sopimusvaltiot tunnustavat, että lapsella on oikeus nauttia parhaasta mahdollisesta terveydentilasta sekä sairauksien hoitamiseen ja kuntoutukseen tarkoitetuista palveluista. Sopimusvaltiot pyrkivät tämän oikeuden täysimääräiseen toteuttamiseen ja ryhtyvät asianmukaisesti toimiin erityisesti muun muassa varmistaakseen, että kaikki lapset saavat välttämättömän lääkärin- ja terveydenhoidon. Sopimuksen 3 artiklan mukaan kaikissa julkisen tai yksityisen sosiaalihuollon, tuomioistuinten, hallintoviranomaisten tai lainsäädäntöelimien toimissa, jotka koskevat lapsia, on ensisijaisesti otettava huomioon lapsen etu.

Suomessa kuolee vuosittain noin 200 alle 18-vuotiasta lasta tai nuorta<sup>26</sup>. Tyypillisimmin alle vuoden ikäiset lapset kuolevat perinataaliajan sairauksien, synnynnäisten epämuodostumien tai kromosomipoikkeavuuksien seurauksena. Tavallisimmat kuolinsyyt 1–14-vuotiaiden keskuudessa ovat syöpä-, hermosto-, tai aineenvaihduntasairaudet. Lapsia koskevilla kansainvälisissä palliatiivisen hoidon standardeissa<sup>27</sup> korostetaan oikeutta palliatiiviseen hoitoon kaikille henkeä uhkaavaa tai elämää rajaavaa sairautta sairastaville lapsille, nuorille ja heidän perheilleen. Vaikutukset lapsille, nuorille ja perheille toteutuvat vahvimmin, jos lakimuutosten myötä vaativan erityistason palvelujen saatavuus parantuu.

Vammaisten henkilöiden oikeuksia koskevan YK:n yleissopimuksen (SopS 26–27/2016) 25 artiklassa määrätään terveydestä. Vammaisyleissopimuksen 25 artiklan 1 kohdan mukaan sopimuspuolet tunnustavat, että vammaisilla henkilöillä on oikeus parhaaseen mahdolliseen terveyden tasoon ilman syrjintää vammaisuuden perusteella. Sopimuspuolet toteuttavat kaikki asianmukaiset toimet varmistaakseen sukupuolisensitiivisten terveydenhuoltopalvelujen saatavuuden vammaisille henkilöille, terveyteen liittyvä kuntoutus mukaan lukien. Sopimuspuolet erityisesti muun muassa järjestävät vammaisille henkilöille samanlaajuiset, -laatuiset ja -tasoiset maksuttomat tai kohtuuhintaiset terveydenhuoltopalvelut ja -ohjelmat kuin muille sekä järjestävät ne terveydenhuoltopalvelut, joita vammaiset henkilöt tarvitsevat erityisesti vammaisuutensa vuoksi, mukaan lukien varhainen tunnistaminen ja puuttuminen

---

<sup>25</sup> Ikääntyminen ja iäkkäiden palvelut Tilannekuva laatuindikaattoreiden näkökulmasta. Alastalo, Hanna, Saukkonen, Petra. THL 2025. Työpaperi 31/2025.

<https://www.julkari.fi/server/api/core/bitstreams/20a57319-8127-4cfb-84b6-460f23bc5938/content>

<sup>26</sup> Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolemansyyt [verkkajulkaisu]. Helsinki: Tilastokeskus. Saatavilla <https://stat.fi/tilasto/ksyyt>. Viitattu 3.2.2025.

<sup>27</sup> Benini F, Papadatou D, Bernadá M, et al. International Standards for Pediatric Palliative Care: From IMPaCCT to GO-PPaCS. *J Pain Symptom Manage* 2022; 63: e529- e543.

tarvittaessa, sekä palvelut, joilla pyritään minimoimaan ja estämään uusia vammoja, myös lasten ja vanhusten keskuudessa. Lisäksi niiden tulee vaatia terveydenhuoltoalan ammattihenkilöitä järjestämään vammaisille henkilöille samanlaatuista hoitoa kuin muille, myös vapaan ja tietoon perustuvan suostumuksen perusteella, muun muassa lisäämällä tietoisuutta vammaisten henkilöiden ihmisoikeuksista, arvosta, itsemääräämisoikeudesta ja tarpeista järjestämällä koulutusta sekä saattamalla voimaan julkista ja yksityistä terveydenhuoltoa koskevat eettiset ohjeet. Yleissopimuksen muita asian kannalta erityisen keskeisiä artikloja ovat 9 (esteettömyys ja saavutettavuus), 12 (yhdenvertaisuus lain edessä) ja 19 (eläminen itsenäisesti ja osallisuus yhteisössä).

Vammaisuuteen liittyviä erityiskysymyksiä palliatiivisessa hoidossa selvittänyt Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen projekti toteutettiin osana sosiaali- ja terveysministeriön Elämän loppuvaiheen hoito -hanketta, jonka tavoitteena oli palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laadun ja yhdenvertaisen saatavuuden parantaminen. Projektin toteutus sijoittui hankekauden 2019–2021 ajanjaksolle, ja sen tulokset koottiin loppuraporttiin, joka julkaistiin vuonna 2021<sup>28</sup>. Raportin mukaan tietoa siitä, mihin suomalaiset vammaiset ihmiset kuolevat, missä he kuolevat, onko heillä ollut mahdollisuus vaikuttaa elämän loppuvaiheen hoitopaikkaan ja onko heille tehty palliatiivisen hoitolinjauksen tai saattohoidon päätöksiä, ei ollut raporttia kirjoitettaessa saatavilla. Suositusten tavoite on varmistaa, että vammaiset henkilöt saavat samantasoiset ja laadukkaat palliatiivisen hoidon ja saattohoidon palvelut kuin muutkin väestöryhmät. Raportti suosittelee esimerkiksi vahvistamaan henkilöstön osaamista vammaisuuden ja palliatiivisen hoidon kohtaamisessa sekä lisäämään täydennyskoulutusta eri ammattiryhmille. Lisäksi hoidon saavutettavuus ja kommunikaatiomenetelmien esteettömyys tulee turvata, mukaan lukien selkokieli ja muut kommunikoinnin apuvälineet. Itsemääräämisoikeuden toteutuminen edellyttää yksilöllisen tahdon selvittämistä myös silloin, kun kommunikointi on vaikeutunut. Näiden tekijöiden huomioon ottaminen on keskeistä, jotta vammaisten henkilöiden oikeus laadukkaaseen ja ihmisarvoiseen hoitoon elämän loppuvaiheessa voidaan varmistaa.

Vammaiset henkilöt eivät muodosta yhtenäistä ryhmää, vaan heidän elämäntilanteensa, toimintarajoitteensa, toiveensa, avun, tuen ja palveluiden tarpeensa ovat erilaisia ja laadukkaana palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteutuminen voi edellyttää hyvinvointialueilta erilaisia toimia. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laadukas toteutuminen voi henkilön tarpeista riippuen edellyttää vammaispalvelulain nojalla annettavien palveluiden antamista. Myös vammaisten henkilöiden osalta järjestämisvastuusta säättäminen tukee yhdenvertaisten terveyspalvelujen toteutumista. Esitys ei kuitenkaan sisällä esimerkiksi itsemääräämisoikeuteen tai saavutettavuuteen liittyviä säännöshdotuksia, vaan niiden osalta noudatetaan voimassa olevaa lainsäädäntöä. Vammaispalvelulain 14 §:n nojalla vammaisella henkilöllä on esimerkiksi oikeus saada erillisenä palveluna toteutettavaa tuettua päätöksentekoa, jos hän tarvitsee tukea voidakseen tehdä omaa elämäänsä koskevia merkittäviä päätöksiä.

Kielellisten oikeuksien toteutumisesta juuri palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa ei tietyvästi ole julkaistu arviointitietoa. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallisessa laatusuosituksessa eräänä laatuksena nostetaan se, että potilas saa palvelua omalla äidinkielellään<sup>29</sup>. Oikeusministeriön julkaisemassa ruotsin kieltä koskevassa Kielibarometri 2024 -julkaisussa on koottu kuntalaisten antamia arvosanoja palveluille erittelyllä

---

<sup>28</sup> Vammaisuuteen liittyviä erityiskysymyksiä palliatiivisessa hoidossa. McLellan, Susanna, Hömppi, Päivi ja Nurmi-Koikkalainen, Päivi. THL 2021. Työpaperi nro 24/2021. <https://www.julkari.fi/items/fd7f8fa6-f3db-40c3-9558-c94a1479bea8>

<sup>29</sup> THL 4/2022, s. 24

ruotsinkielinen vähemmistö, ruotsinkielinen enemmistö ja suomenkielinen vähemmistö. Kun tarkastellaan kielellistä palvelua kaikissa kunnissa, joissa on ruotsin- tai suomenkielinen vähemmistö, korkeimmat arvosanat saa yleensä varhaiskasvatus ja sen jälkeen äitiys- ja lastenneuvola sekä hammaslääkärihoito. Heikoimmin sijoittuvat vanhustyö, sairaalahoito ja päivystys. Ruotsinkielisen enemmistön keskuudessa tyytyväisyys kaikkien palvelu tyyppien kielelliseen palveluun on suurinta lukuun ottamatta sairaalahoitoa, ja sekin sijoittuu puolen arvosanan päähän niistä kunnista, joissa on suomenkielinen vähemmistö. Heikoimmat arvosanat eri palveluille antaa ruotsinkielinen vähemmistö. Keskiarvosanojen vaihteluväli tarkastelussa kaikissa sosiaali- ja terveyspalveluissa on 9,2–7,1.<sup>30</sup>

Kielioikeuksien, tasa-arvon ja sukupuolivaikutusten osalta ehdotuksella ei arvioida olevan erillisiä kohdistuvia vaikutuksia, mutta yhdenvertaisten hoitokäytäntöjen vahvistuminen hyödyttää kaikkia väestöryhmiä.

### *Hoitopaikan valinta*

Mahdollisuus vaihtaa perusterveydenhuollon hoitopaikkaa nykyistä useammin lisää potilaiden mahdollisuuksia toteuttaa valinnanvapautta hyvinvointialueen järjestämässä palveluissa. Nykyistä joustavampi mahdollisuus vaihtaa hoitopaikkaa palvelisi erityisesti niitä potilaita, jotka asuvat ja oleskelevat pidempiä aikoja enemmän kuin yhden hyvinvointialueen alueella, tai hyvinvointialueen sisällä eri kuntien alueella.

Nykyistä joustavampi mahdollisuus valita hoitopaikka hyödyttää niitä potilaita, jotka ovat tyytymättömiä terveyskeskukseensa tai -asemaansa. Luottamus terveyspalveluihin on vähentynyt viime vuosien aikana. Vuonna 2024 vain noin puolet (54 %) suomalaisista aikuisista luotti terveyspalvelujen toimintaan, kun vuonna 2018 osuus oli vielä 80 prosenttia. Luottamus on heikentynyt sekä työ- että eläkeikäisillä miehillä ja naisilla. Kuitenkin vuonna 2024 kaksi kolmesta terveyspalveluja käyttäneistä arvioi myönteisesti vuorovaikutusta ammattilaisen kanssa viimeksi toteutuneella vastaanottokäynnillä. Myönteinen asiakaskokemus terveyspalvelussa oli työikäisillä hieman yleisempää kuin eläkeikäisillä.<sup>31</sup>

Avohilmo-rekisterin mukaan vuonna 2023 naiset tekivät terveydenhuollon avohoidon käynneistä 58 prosenttia ja miehet 42 prosenttia. Suun terveydenhuollon käynneistä naiset tekivät 54 prosenttia ja miehet 46 prosenttia.

Henkilöiden mahdollisuuteen hyödyntää valinnanvapautta vaikuttaa heidän henkilökohtaiset olosuhteensa. Esimerkiksi monille iäkkäille henkilöille, vammaisille henkilöille tai alaikäisille voi olla hankalaa valita muuta kuin itselle lähin tai kätevimpien liikenneyhteyksien päässä oleva terveysasemaa liikkumisen hankaluuden tai liikkumisesta aiheutuvien kustannusten takia.

Mahdollisuus hoitopaikan vaihtoon useasti vuoden aikana voi aiheuttaa ilmiötä, jossa päihtheiden väärinkäyttäjät pyrkii saamaan haltuunsa huumausainereseptejä asioimalla eri terveysasemilla ja hyvinvointialueilla. Potilastietojen rekisterinpitäjä on se hyvinvointialue, joka vastaa henkilön valitseman hoitopaikan toiminnasta, eikä henkilön kotikunnan mukaan määräytyvä hyvinvointialue. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä annetun

<sup>30</sup> Kielibarometri 2024. Oikeusministeriön julkaisuja, Selvityksiä ja ohjeita 2025:7, s. 44–46

<sup>31</sup> Aikuisväestön hyvinvointi ja terveys – Terve Suomi 2024 : Luottamus terveys- ja sosiaalipalveluihin heikentynyt – asiakastyytyväisyys säilynyt korkealla tasolla. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Tilastoraportti 31/2025, saatavilla <https://www.julkari.fi/items/d372fa5e-a70c-40ab-9b14-cd5b9f68d8f7>

lain (703/2023, *asiakastietolaki*) mukaan potilastietojen luovuttaminen rekisterinpitäjien (eri hyvinvointialueiden) välillä edellyttää henkilön antamaa luovutuslupaa. Luovutuslupa koskee kaikkia potilastietoja, mutta sen laajuutta voi rajata kieltojen avulla. Siten tilanteessa, jossa luovutuslupaa ei ole tai sitä on kieltojen avulla rajattu, potilastiedot eivät ole toisen hyvinvointialueen vastuulle kuuluvassa hoitopaikassa käytettävissä. Lääkemääräyksestä säädetään sähköisestä lääkemääräyksestä annetussa laissa (61/2007). Sen 13 §:n mukaan potilas voi kieltää hänelle määrättyyn lääkkeeseen liittyvien tietojen luovutuksen. Kiellosta huolimatta lääkemääräyksiä koskevia tietoja saadaan kuitenkin luovuttaa tietyissä tilanteissa, esimerkiksi pkv-lääkettä (pääasiassa keskushermostoon vaikuttava lääkevalmiste) ja huumausainelääkettä määräävälle lääkärille saadaan luovuttaa tiedot kaikista potilaalle määrätystä pkv- ja huumausainelääkkeistä ja niihin liittyvistä merkinnöistä. Potilaan kiellosta huolimatta oleva tiedon luovutusosoikeus ei kuitenkaan kata esimerkiksi tietoa siitä, että potilas on pyrkinyt saamaan pkv-lääke- tai huumausainereseptin, mutta sitä ei ole hänelle kirjoitettu.

Terveystieteiden palveluiden vaikuttavuuden ja henkilökohtaisen hoidon jatkuvuuden välillä on tieteellisesti todennettu vahva yhteys<sup>32</sup>. Henkilökohtainen hoidon jatkuvuus lisää potilaan sitoutumista hoitosuunnitelmaan ja parantaa hoitotuloksia erityisesti pitkäaikaissairauksien hoidossa. Käynnissä olevan sosiaali- ja terveysministeriön omalääkäriohjelman<sup>33</sup> tavoitteena on tukea hyvinvointialueita hoidon jatkuvuusmallien kehittämisessä. Hoidon jatkuvuusmalleja ovat esimerkiksi omalääkäri-, omahoitaja- tai omatiimimalli. Mahdollisuus vaihtaa hoitopaikkaa nykyistä useammin on osittain ristiriidassa hoidon jatkuvuuden kehittämisen tavoitteen kanssa. Hoidon jatkuvuutta voi myös haitata se, jos potilas kieltää potilastietojensa luovuttamisen rekisterinpitäjien välillä. Hoidon jatkuvuuden puutteet ovat myös yksi tunnistettu potilasturvallisuusriski, sillä tiedonkulun katkokset ovat yksi syy diagnoosi- ja hoitoviiveille tai virheelliselle tai puutteelliselle hoidon suunnittelulle. Kuitenkin arvioidaan, että pääosa potilaista ei todennäköisesti jatkossakaan vaihtaisi hoitopaikkaansa useasti, sillä monet ihmiset arvostavat lähipalveluja ja mahdollisuutta asioida tutun hoitohenkilökunnan kanssa.

Hoitopaikan valintaan kohdistuvien rajoitusten muutokset olisivat luonteeltaan lainsäädäntöä selkeyttäviä, eikä niillä arvioida olevan käytännössä merkitystä siihen, miten palveluita annetaan.

Esityksellä voi olla vähäisiä ympäristövaikutuksia, jos potilaita hakeutuu muun kuin oman lähimmän terveysasemansa asiakkaaksi nykyistä enemmän, ja he liikkuvat omalla autollaan tai taksilla.

#### *Hoitoon pääsyn enimmäisaikojen seurannan tiivistäminen*

Lakimuutoksen keskeinen vaikutus potilaiden oikeuksien toteutumiseen olisi, että lakisääteisesti varmistettaisiin, että tiedot erikoissairaanhoidon hoitoon pääsyn enimmäisaikojen noudattamisen toteutumisesta ovat saatavilla kuukausittain päivitetynä. Tämä

---

<sup>32</sup> Ks. esim. Raivio, Risto: Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa. Tutkimus Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen ja Oulun kaupungin terveyskeskuksissa. Tampere University Press 2016. Saatavilla <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0178-1>  
Sven Göran Engström, Malin André, Eva Arvidsson, Carl Johan Östgren, Margareta Troein and Lars Borgquist. Personal GP continuity improves healthcare outcomes in primary care populations: a systematic review. *British Journal of General Practice* 2025; 75 (757): e518-e525. DOI: <https://doi.org/10.3399/BJGP.2024.0568>

<sup>33</sup> <https://stm.fi/omalaakariohjelma>

edistää hyvän hallinnon periaatteiden ja julkisuuslakiin perustuvien tiedonsaantioikeuksien toteutumista. Esityksen taloudellisten ja viranomaisvaikutusten yhteydessä todetusti muutosesityksellä voi olla jossain määrin vaikutusta potilaiden mahdollisuuteen hyödyntää tietoa päättäessään, mihin hoitopaikkaan he hakautuvat.

## **5 Muut toteuttamisvaihtoehdot**

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

#### *Palliatiivinen hoito ja saattohoito*

Jakson 2.1.2 alajaksossa ”Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämistä koskevan lainsäädännön kehittämistarpeet” on kuvattu Elämän loppuvaiheen hoitoa, itsemääräämisoikeutta, saattohoitoa ja eutanasiaa koskevan lainsäädäntötarpeen asiantuntijatyöryhmän ehdotuksia siitä, miten terveydenhuoltolain palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa koskevaa sääntelyä voitaisiin kehittää. Samassa jaksossa esitetään perustelut, miksi työryhmän ehdotuksista vain osa esitetään toteutettavaksi tällä hallituksen esityksellä.

#### *Hoitopaikan valinta*

Hallituksen esityksen valmistelussa arvioitiin mahdollisuutta toteuttaa hallitusohjelmakirjaus, jonka mukaan mahdollistetaan terveydenhuoltolain määrittelemän kiireettömän hoidon hoitopaikan valinnan tekeminen digitaalisesti, säätämällä sähköisen asioinnin kansallisesta ratkaisusta.

Konsulttiyhtiö NHG:n esiselvityksessä arvioitiin hoitopaikan valinnan digitalisoinnin toteutusvaihtoehtoja. Ratkaisuvaihtoehtoina selvityksessä tarkasteltiin seuraavia vaihtoehtoja: kansallinen vaihtopalvelu; kansallinen lomake ja arkisto tai tietovaranto; kansallinen lomake ja hajautettu tallennus; sekä ei tehdä mitään -vaihtoehto.

Esiselvityksen mukaan eteneminen kohti kansallista palvelua olisi suositeltavin ratkaisu. Selvityksessä tunnistettiin selvä tarve keventää tietojärjestelmiin liittyvää hyvinvointialueiden henkilöstön kuormitusta. Epävarmuustekijät eivät kuitenkaan puolla kokonaisvaltaisen ratkaisun rakentamista välittömästi. Selvityksen ja asiantuntijakeskustelujen puitteissa ei saatu riittävää ymmärrystä tietojärjestelmäkentästä, hyvinvointialueiden toimintaprosesseista, hoitopaikan vaihtomääristä ja niiden aiheuttamasta työmäärästä eikä potilastietojärjestelmien toimittajien näkemyksistä aiheeseen. Paras vaihtoehto olisi edetä vähitellen kohti kokonaisvaltaisempaa palvelua ja tarvittaessa muuttaa tavoitetta, kun aiheesta olisi opittu enemmän. Vaiheittainen eteneminen on myös kaikkein kustannustehokkain ratkaisu.

Tämän hallituksen esityksen valmistelussa arvioitiin kansallisen toteutuksen vaihtoehtoa, ja jatkovalmisteluun valikoitui Kansaneläkelaitoksen Kanta-palveluihin tehtävä toteutus. Nykytilanteessakin Kanta-palveluiden avulla ylläpidetään potilasta koskevia tietoja, joiden tulee olla kaikkien hyvinvointialueiden ja muiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelunantajien saatavilla, ja joita henkilön tulee voida myös itse ylläpitää digitaalisen palvelun kautta. Kanta-palveluissa on kansalaisen käyttöliittymä eli OmaKanta-palvelu, ja tieto valinnasta voitaisiin tallentaa Kanta-palvelujen tahdonilmaisupalveluun. Hyvinvointialueiden potilastietojärjestelmistä on tehty integraatiot Kanta-palveluihin. Mallin hyvänä puolena olisi, että hyvinvointialueiden ja potilaiden käytettävissä olisi luetettava ja ajantasainen tieto hoitopaikasta.

Koska henkilöillä tulee olla mahdollisuus ilmoittaa valinnoista myös muutoin kuin OmaKanta-palvelun avulla, tulisi myös hyvinvointialueiden tietojärjestelmiin toteuttaa mahdollisuus tallentaa valintatietoja Kanta-palveluihin. Lisäksi tulisi toteuttaa toiminnallisuus ja rajapinta valintatietojen vastaanottamiseen siten, että hyvinvointialue saisi toisaalta tiedon valinnoista nopeasti palveluiden järjestämistä varten ja toisaalta tieto olisi käytettävissä sen tietojärjestelmissä.

Valmistelussa kuitenkin nähtiin kielteisenä seikkana epävarmuus ratkaisun kustannuksista ja vaikeus arvioida niitä. Kansaneläkelaitokselle arvioitiin koituvan kertaluonteisina kustannuksina muutama satatuhatta euroa. Hyvinvointialueille valintatietojen tallentaminen ja tietojen hakeminen ja/tai Kanta-palvelusta lähetettyjen tietojen vastaanottaminen edellyttäisi tietojärjestelmiin muutoksia. Esiselvityksenkin mukaan toteutuksen kustannusten kokonaisarvion tekeminen on erittäin vaikeaa muun muassa siksi, että potilastietojärjestelmien toimittajat eivät hinnoittele maksujaan osatoiminnallisuuksittain. Näin ollen hyvinvointialueille ja siten valtiolle koituvia välillisiä kuluja järjestelmän kehittämisestä ja ylläpidosta on erittäin vaikea arvioida. Kustannukset saattavat nousta merkittäviksi suhteessa melko vähäisiin vuosittaisiin hoitopaikan vaihtomääriin (valtakunnallisesti nykyään noin 20 000 vaihtoa vuodessa).

Kanta-palveluihin kohdistuu nyt ja lähivuosina paljon Kansaneläkelaitoksen, Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen ja hyvinvointialueiden aikaa ja resursseja sitovaa muuta kehittämistoimintaa. Niitä aiheutuu esimerkiksi asiakastietolain toimeenpanosta sekä eurooppalaisesta terveystietoalueesta sekä direktiivin 2011/24/EU ja asetuksen (EU) 2024/2847 muuttamisesta annetun Euroopan parlamentin ja neuvoston asetuksen (EU) 2025/327 eli niin sanotun EHDS-asetuksen kansallisesta toimeenpanosta.

Ottaen huomioon kansallisen keskitetyn ratkaisun vaatimat resurssipanostuksen ja muun kehittämistyön priorisointi, arvioitiin, ettei Kanta-pohjaista ratkaisua ole perusteltua edistää tässä kohtaa, mutta sen toteuttamiskelpoisuutta voidaan mahdollisesti arvioida tulevaa Kanta-kehittämistyötä tehdessä. Osana Kanta-pohjaisen ratkaisun valmistelua tulisi ratkottavaksi myös se, koskisiko kansallinen ratkaisu myös terveydenhuoltolain 48 §:n 1 momentissa tarkoitettujen hoitosuunnitelman toteuttamiseen liittyvien hoitopaikan valintaa koskevien ilmoitusten tekemistä, vai ainoastaan 47 §:n 1 momentin mukaisia järjestämistä vastuun siirtoon johtavia hoitopaikan valintoja.

#### *Hoitoon pääsyn enimmäisaikojen seurannan tiivistäminen*

Pääministeri Orpon hallitusohjelman mukaan hyvinvointialueet velvoitetaan julkaisemaan lakisääteisten hoitopääsyn määräaikojen toteutumisen tiedot nykytilannetta tiheimmin asiakaslähtöisellä tavalla. Hallitusohjelmakirjauksessa ei oteta kantaa siihen, mihin hoitoon nykytilannetta tiiviimpi toteutumisen seuranta ulottuu, eli siis koskeeko kirjaus myös perusterveydenhuoltoa.

Hallituskauden alkaessa perusterveydenhuollon avosairaanhoidon hoitoon pääsyn enimmäisaika oli 14 vuorokautta, jos potilaan hoitoon hakeutumisen syynä on sairastuminen, vamma, pitkäaikaissairauden vaikeutuminen, uusien oireiden esilletulo tai toimintakyvyn aleneminen, ja hoito kuuluu yleislääketieteen alaan. Hallituskauden alussa voimassa olleen lainsäädännön mukaan tämän enimmäisajan piti vielä kiristyä seitsemään vuorokauteen 1.11.2024. Pääministeri Orpon hallitusohjelmassa linjattiin, että hoitotakuuksi perusterveydenhuollossa jätetään voimaan 14 vuorokautta. Myöhemmin vielä osana valtionalouden säästöjä luovuttiin tästä hoitoon pääsyn enimmäisajasta 23 vuotta täyttäneiden

osalta ja hoitoon pääsyn enimmäisajaksi palautettiin aiempi kolme kuukautta (HE 55/2022 vp, HE 134/2023 vp). Jos hoitoon pääsyn enimmäisajaksi olisi laissa säädettyissä tilanteissa jäänyt seitsemän tai 14 vuorokautta koko väestön osalta, olisi voitu arvioida, onko tarkoituksenmukaista tiivistää perusterveydenhuollon avosairaanhoidon hoitotakuun seurantaan esimerkiksi kahden viikon välein tapahtuvaan seurantaan. Koska kuitenkin 23 vuotta täyttäneiden osalta enimmäisaika hoitoon pääsyssä perusterveydenhuollossa on kolme kuukautta, ei ole perusteltua tiivistää sen seurantaan nykyisestä kuukausittain tapahtuvasta raportoinnista.

Hallitusohjelmakirjauksen mukaan hoitoon pääsyn enimmäisaikojen toteutumista seurataan asiakaslähtöisellä tavalla. Voimassa olevan sääntelyn mukaan hyvinvointialueen tulee julkaista tiedot internetsivuillaan. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos tuottaa tunnusluvut, jotta ne ovat vertailukelpoisia. Nykyisen toimintamallin arvioidaan olevan lähtökohtaisesti asiakaslähtöinen. Nykytilan arvioinnin jaksossa (2.3.2.) esiin tuodun mukaisesti joidenkin hyvinvointialueiden tietojen julkaisutavassa on puutteita, joihin voidaan puuttua ohjauksella tai valvonnalla. Olisi kuitenkin oikeusjärjestyksen kannalta kasuistista esimerkiksi erikseen velvoittaa julkaisemaan tiedot asiakaslähtöisellä ja selkeällä tavalla, koska viranomaisen tulisi yleisestikin julkaista toimintaansa koskevat tiedot tällaisella tavalla.

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

Ruotsissa alueet vastaavat pääosin terveystalveluiden antamisesta, ja kunnat sosiaalihuollon. Ruotsissa ei säädetä erikseen palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta, vaan hoitoon soveltuu terveydenhuollon yleinen sääntely. Terveystalveluita koskeva yleislaki on Hälso- och sjukvårdslag (2017:30). Laissa säädetään hoidon antamiseen liittyviä yleisiä lähtökohtia, eli esimerkiksi se, että hoito tulee antaa yhdenvertaisesti ja ihmisarvoa kunnioittaen. Niille, joilla on suurin tarve hoidolle, tulee antaa etusija hoidon antamisessa. Hyvän hoidon edellytysten on täytyttävä, eli hoidon tulee esimerkiksi perustua potilaan itsemääräämisoikeuden ja integriteetin kunnioittamiseen. Sosiaalitalvelulain (Socialtjänstlag, 2001:453) mukaan sosiaalitalvelukunnan (Socialnämnd) on tarjottava tukea henkilöille, jotka hoitavat pitkäaikaisesti sairasta läheistään.

Sosiaalitalvelus (Socialstyrelsen) on antanut kansalliset suuntaviivat eli suosituksen palliatiivisesta hoidosta (Nationella riktlinjer 2025 – Palliativ vård). Suosituksessa korostetaan muun muassa integraatiota muiden talveluiden kanssa ja sen osana henkilökunnan kouluttamista palliatiiviseen, kokonaisvaltaiseen lähestymistapaan. Kommunikatio ja keskustelut ovat keskeisiä yksilölähtöisessä laadukkaassa hoidossa. Talveluihin tulee kuulua psykologista, sosiaalista ja eksistentiaalista tukea. Potilaille, joilla on monimutkaisia oireita tai erityistarpeita aiheuttava elämäntilanne, tulee olla myös erikoistunutta palliatiivista hoitoa koko maassa. Palliatiivista hoitoa on voitava tarjota kaikissa hoitomuodoissa ja kaikkien hoidon järjestäjien toimesta sekä alueellisesti että kunnallisesti ja monissa sosiaalitalveluissa. Erikoistunutta palliatiivista hoitoa tarjotaan sekä perusterveydenhuollossa että sairaalahoidossa. Erikoistuneen palliatiivisen hoidon on pystyttävä tukemaan yleistä palliatiivista hoitoa, kun potilaalla on erityistarpeita, riippumatta siitä, missä hoito annetaan. Talveluun kuuluu myös omaisten tukeminen.

Tanskassa terveydenhuollon järjestävät alueet ja kunnat. Terveyslain (sundhedsloven, LBK nr 1286 af 02/11/2018) säännökset terveydenhuollosta koskevat myös palliatiivista hoitoa. Lain yleissääntelyn mukaan terveystalveluiden tarkoitus on edistää kansanterveyttä ja estää sairauksia, kärsimystä ja toimintarajoitteita. Laissa säädetään kunnallisten ja alueellisten viranomaisten veloitteesta antaa sairaalatalveluja ja kotisairaanhoidoa. Lain ainoa palliatiivista hoitoa kohdennetusti koskeva säännös on 75 §, jossa säädetään hoitokoti-talvelujen talvelutuotannon hankinnasta.

Terveystyhallitus (Sundhetsstyrelsen) on julkaisut kansallisen palliatiivisen hoidon suosituksen (Anbefalinger for den palliative indsats, 2017). Suosituksen mukaan palliatiivinen hoito on kokonaisvaltaista, suunnitelmallista hoitoa. Omaisten tuki on keskeinen osa hoitoa. Hoito annetaan alhaisimmalla mahdollisella vaikuttavalla tasolla ja sitä annetaan joustavasti potilaan tarpeiden mukaan. Palliatiivinen hoito on poikkiteollista ja yhteistyöhön perustuvaa. Suosituksessa kuvataan perus- ja erikoistason palliatiivisen hoidon vastuita.

Norjassa perusterveydenhuollon järjestävät kunnat ja erikoissairaanhoidon valtio alueellisten viranomaisten kautta. Hoitoon soveltuvat laki kunnallisista hoito- ja hoivapalveluista (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven LOV-2011-06-24-30) ja erikoissairaanhoidolaki (Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven LOV-1999-07-02-61), joissa ei ole palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa koskevaa erityissääntelyä. Kuntien tulee järjestää muun muassa sairauksien tutkimus, diagnosointi ja hoito sekä kotisairaanhoidon. Laeissa on säännöksiä esimerkiksi hoidon laadusta sekä yhteistyöstä erikoissairaanhoidon kanssa. Erikoissairaanhoidolaissa säädetään velvoitteesta järjestää muun muassa sairaalapalvelut.

Terveystyviranomainen (Helsedirektoratet) on julkaissut kansallisen syövän hoidon palliatiivisen hoidon toimenpideohjelman (Palliasjon i kreftomsorgen – handlingsprogram, 2019). Suosituksen yleisemmät osat soveltuvat muidenkin sairauksien kuin syövän palliatiiviseen hoitoon. Suosituksen mukaan yhteistyö eri erikoisalojen, ammattilaisten ja terveydenhuollon portaiden välillä lisää hoidon laatua. Ennakoitavuus, vastuunjaon selkeys ja jatkuvuus tulee välittyä potilaille ja heidän läheisilleen. Potilas saa hoitoa omalääkäriltään, kunnallisilta viranomaisilta tai erikoissairaanhoidossa tarpeensa mukaan, ja tarve vaihtuu sairauden eri vaiheissa. Suosituksessa korostuu potilaslähtöinen lähestymistapa.

Yhteenvetona Pohjoismaiden järjestelmistä voidaan todeta, ettei niiden lainsäädännössä säädetä erikseen palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta erikseen terveydenhuollon palveluna. Terveydenhuollon viranomaiset ovat kuitenkin laatineet kansallisia suosituksia siitä, miten hoitoa tulisi antaa. Edellä on lyhyesti kuvattu erityisesti hoidon organisoitumiseen ja yleisiin lähtökohtiin liittyviä suositusten sisältöjä, mutta suositukset ovat hyvin kattavia ja niissä käsitellään laajasti muitakin asioita, kuten konkreettisemmin hoitoon liittyviä kysymyksiä, koulutusta ja tutkimusta.

Elämän loppuvaiheen asiantuntijatyöryhmän työn yhteydessä tunnistettiin eräitä maita, joissa erikseen säädetään oikeudesta palliatiiviseen hoitoon.<sup>34</sup> Tässä on valittu kuvattavaksi kolme maata.

Ranskan kansanterveyslain (Code de la santé publique) mukaan jokaisella on oikeus ihmisarvoiseen elämän loppuvaiheeseen, jossa lievitetään kärsimystä mahdollisimman hyvin. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden on tehtävä kaikki toimenpiteet, joilla turvataan tämän oikeuden toteutuminen. Lain mukaan jokaisella, jonka terveydentila sitä edellyttää, on oikeus palliatiiviseen hoitoon ja tukeen. Palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan aktiivista ja jatkuvaa hoitoa, jota antaa moniammatillinen tiimi laitoksessa tai kotona. Sen tarkoitus on vähentää kipua, rauhoittaa psykologista kärsimystä, turvata sairaan henkilön ihmisarvoa sekä antaa tukea hänen perheelleen ja läheisilleen.

---

<sup>34</sup> STM 2021:23, s. 44–52.

Saksan sosiaalioikeuskirja-nimisessä sosiaali- ja terveysoikeutta sääntelevässä laissa (Sozialgesetzbuch, SGB) säädetään palliatiivisesta hoidosta. Lain mukaan vakuutettu on oikeutettu lääketieteelliseen hoitoon, johon kuuluu myös palliatiivinen hoito. Laissa säädetään myös kotisairaanhoidosta, joka sisältää palliatiivisen hoidon. Lisäksi vakuutetulla, jolla on parantumaton, etenevä ja pitkälle edennyt sairaus ja rajallinen elinajanodote, ja joka tarvitsee erityisen vaativaa hoitoa, on oikeus erikoistuneeseen palliatiiviseen hoitoon avosairaanhoidona. Erikoistunut palliatiivisen hoidon avosairaanhoido sisältää lääke- ja hoitotieteelliset palvelut, mukaan lukien niiden yhteensovittaminen erityisesti kivunlievityksessä ja oireiden hallinnassa, ja sen tavoitteena on mahdollistaa vakuutetun hoidon antaminen tutussa ympäristössä. Laissa myös säädetään oikeudesta laitoshoidon toteuttamiseen hoitokotihoitoon, jos hoitoa ei voida antaa kotona. Avohoitokodit tarjoavat konsultaatiota palliatiivisessa hoidossa.

Belgian palliatiivisen hoidon lain (Loi relative aux soins palliatifs) mukaan jokaisella potilaalla on oikeus palliatiiviseen hoitoon, mikäli hänellä on vakava, etenevä ja hengenvaarallinen sairaus, joka on pitkällä tai loppuvaiheessa. Oikeus on riippumaton potilaan elinajanodotteesta. Palliatiivisen hoidon tarjonnan on oltava riittävän laajaa ja kriteerit, jotka koskevat hoidon korvaamista sosiaaliturvan avulla, takaavat kaikille potilaille yhtäläisen pääsyn palliatiiviseen hoitoon. Potilaalle on taattava monitieteinen hoitoryhmä, joka varmistaa potilaan fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen, moraalisen, eksistentiaalisen ja tarvittaessa hengellisen tukemisen. Palliatiivisen hoidon tarkoituksena on taata potilaalle ja hänen läheisilleen paras mahdollinen elämän laatu ja itsenäisyys. Palliatiivista hoitoa tarjotaan siitä lähtien, kun potilas identifioidaan palliatiiviseksi potilaaksi. Palliatiivisen potilaan tunnistamisesta laadittiin vuonna 2018 tarkentava asetus (arrêté royal fixant les critères pour identifier un patient palliatif). Asetuksessa säädetään tarkentavia kysymyksiä, joiden kautta määrittyy se, onko kyseessä palliatiivista hoitoa tarvitseva potilas.

Eri maiden lainsäädännöissä on sääntelyä myös elämän loppuvaiheen aikana tehtävistä hoidoista kuten palliatiivisesta sedaatiosta ja hoitotoimenpiteiden rajaamisesta. Osassa maita on lääkäriavusteista itsemurhaa tai eutanasiaa koskevaa lainsäädäntöä. Näitä asioita ei ole käsitelty tässä yhteenvedossa, koska näistä asioista ei ehdoteta säännösehdotuksia tässä hallituksen esityksessä. Elämän loppuvaiheen asiantuntijatyöryhmän loppuraportissa on kuvattu eri maiden teemaan liittyvää lainsäädäntöä tässä kuvattua laajemmin.

## **6 Lausuntopalaute**

### *Yleistä*

Esityksestä annettiin yhteensä 80 lausuntoa. Lausunnon antoivat Etelä-Karjalan, Etelä-Pohjanmaan, Etelä-Savon, Kainuun, Kanta-Hämeen, Keski-Suomen, Kymenlaakson, Lapin, Länsi-Uudenmaan, Päijät-Hämeen, Pirkanmaan, Pohjanmaan, Pohjois-Karjalan, Pohjois-Pohjanmaan, Pohjois-Savon, Satakunnan, Varsinais-Suomen, Vantaan ja Keravan hyvinvointialueet, Helsingin kaupunki, HUS-yhtymä, Hyvinvointialueyhtiö Hyvil Oy, valtiovarainministeriö, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Lupa- ja valvontavirasto, Kansaneläkelaitos, Vanhusasiavaltuutettu, Lapsiasiavaltuutetun toimisto, Kirkkohallitus, Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta (ETENE), Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus, Kansallinen syöpäkeskus FICAN, Saamelaiskäräjät, Svenska Finlands Folkting, Helsingin yliopisto, Itä-Suomen yliopisto, Turun yliopisto, Tampereen yliopisto, Turun ammattikorkeakoulu Oy, Suomen Lääkäriliitto – Finlands Läkarförbund, Suomen Yleislääkärit GPF ry, Suomen Kristillinen Lääkäriseura, Suomen Erikoislääkäriyhdistys ry, Suomen Geriatri ry, Tehy ry, Suomen Sairaanhoidajat ry, Akavan sairaanhoidajat ja Taja ry, Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPer ry, Suomen Geronomiliitto ry, Suomen palliatiivisen lääketieteen yhdistys, Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys ry,

Suomen palliatiivisen lääketieteen professorit, SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry, Kuluttajaliitto ry – Konsumentförbundet rf, Hengityслиitto ry, Suomen Sydänliitto ry, Suomen Syöpäpotilaat ry, Suomen Diabetesliitto ry, Suomen Reumaliitto ry, Pulmones – Suomen Keuhkosityöpäyhdistys ry, Invalidiliitto ry, Muistiliitto ry, Syöpäjärjestöt, Filha ry, TERHO-säätiö sr, Vammaisperheyhdistys Jaatinen ry, Omaishoitajaliitto ry, Vammaisfoorumi ry, Eläkeläisliittojen etujärjestö EETU ry, Kehitysvammaliitto, Kynnys ry, Vanhus- ja lähimmäispalvelun liitto Valli ry, Surevan kohtaaminen -toiminta, Munuais- ja maksaliitto ry, Vanhustyön keskusliitto, Suomen Lukiolaisten Liitto ry (SLL), Hyvinvointiala HALI ry ja Lääkäripalveluyritykset ry. Lisäksi lausunnon antoivat kaksi yksityishenkilöä. Eduskunnan oikeusasiamies ilmoitti, ettei se lausu esityksestä ja opetus- ja kulttuuriministeriö ilmoitti, ettei sillä ole esityksestä lausuttavaa.

### *Palliatiivinen hoito ja saattohoito*

Ehdotusta hyvinvointialueiden palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämisvastuun täsmentämisestä kannatettiin valtaosassa lausuntoja. Esityksessä arvioitujen mukaisesti useissa lausunnoissa katsottiin, että lainsäädännön täsmentämisellä voidaan tukea palliatiivisen hoidon ja saattohoidon yhdenvertaista toteutumista.

Esityksen lausuntoversiossa ehdotettiin, että palliatiivisen hoidon määritelmässä viitattaisiin palliatiivisella hoidon olevan toimintakyvyn ylläpitoon tähtäävää aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa. Useassa lausunnossa katsottiin, että määritelmässä toimintakyky pitäisi korvata elämänlaadun tukemisen käsitteellä, koska tätä käsite on vakiintunut kansainvälissä (WHO) ja kansallisissa määritelmässä ja suosituksissa. Lausuntopalautteen perusteella tehtiin tällainen muutos säännösehdotukseen.

Joissain lausunnoissa katsottiin, että säännösehdotuksessa tai ainakin sen perusteluissa tulisi selvemmin ottaa kantaa siihen, että palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa tulee järjestää kansallisten laatusuositusten mukaisesti perustasolla, erityistasolla että vaativalla erityistasolla. Toisaalta parissa hyvinvointialueiden lausunnossa erikseen todettiin, että on hyvä, ettei sääntely ole liian ohjaavaa, vaan jättää liikkumatilaa velvoitteiden toteuttamiselle.

Muutamassa lausunnossa (muun muassa valtiovarainministeriö, Lupa- ja valvontavirasto ja ETENE) nostettiin esiin, että tietyistä terveydenhuollon palveluista (eli palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta) säätäminen erikseen terveydenhuoltolain 24 §:ssä sairaanhoitopalveluun kuuluvina palveluina ei ole toivottava kehityssuunta ja/tai on vastakkainen mainitun pykälän sääntelytavan kanssa.

Asiaan kantaa ottaneissa lausunnoissa pääosin yhdyttiin esityksessä esitettyyn näkemykseen, ettei palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen ole hyvinvointialueille uusi tehtävä, vaan kyse on lainsäädännön täsmentämisestä. Vain yksi lausunnonantaja, Pohjois-Karjalan hyvinvointialue, nimenomaisesti katsoi, että ehdotetussa lakimuutoksessa on kyse hyvinvointialueiden rahoituslain 9 §:n 1 momentin mukaisesta hyvinvointialueiden tehtävän laajuuden tai laadun muutoksesta, joka edellyttää hyvinvointialueille tehtävän hoitamiseen lisärahoitusta. Osassa lausuntoja kuitenkin nostettiin esiin, että palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon panostaminen tosiasiallisesti voi vaatia resurssipanostuksia, jotta esityksen tavoitteet yhdenvertaisten palveluiden toteuttamisesta toteutuvat. Esiin nousivat erityisesti tarpeet panostaa henkilöstön riittävään koulutukseen ja osaamiseen. Valtiovarainministeriö totesi, että yksittäisten terveydenhuollon osa-alueiden täsmentävällä sääntelyllä voi lähtökohtaisesti olla myös kustannusvaikutuksia. Ottaen huomioon esityksen kokonaisuus hyvinvointialueiden on mitoitettava palliatiivisen ja saattohoidon toteuttaminen ja kehittämistyö myös jatkossa talouden ja toiminnan tasapainottamisen reunaehtoihin.

Osassa lausuntoja katsottiin, että esityksen vaikutusarvioita tulisi täydentää erityisesti eri ihmisryhmiin kohdistuvien vaikutusten osalta.

Lausuntopalautteen perusteella täsmennettiin esityksen vaikutusarvioita ja muita perusteluja.

#### *Perusterveydenhuollon hoitopaikan valinta*

Lausuntopalautte ehdotuksesta, että perusterveydenhuollon hoitopaikan saisi jatkossa valita kolmen kuukauden välein, jakautui. Useat erityisesti potilaita edustavat järjestöt kannattivat ehdotusta. Osa lausunnonantajista, kuten Suomen Lääkäriliitto, Tehy ry, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, muutama hyvinvointialue ja osa potilasjärjestöistä katsoi, että potilaiden valinnanvapauden lisääminen on lähtökohtaisesti myönteinen asia, mutta lakiehdotuksella voi olla kielteisiä vaikutuksia erityisesti hoidon jatkuvuuteen ja hallinnollisen työn lisääntymiseen. Kahdeksan hyvinvointialuetta sekä Valtakunnallinen kansanterveystyön johtajaverkosto totesivat, etteivät ne kannata ehdotusta. Perusteena viitattiin edellä todettuihin haitallisiin vaikutuksiin suhteessa hoidon jatkuvuuteen sekä lisääntyvään hallinnolliseen työhön sekä viitattiin hyvinvointialueiden resurssien hallinnan ja toiminnan organisoimisen hankaloitumiseen. Valtiovarainministeriö piti hoitopaikan valintaa koskevaa sääntelyä jäykkänä. Perustellumpi tapa voisi olla potilaiden ohjaaminen hoitoon ensisijaisesti hoidon jatkuvuuden turvaavalla tavalla niissä tilanteissa, joissa potilaalla on omalääkäri, omahoitaja tai omatiimi. Niissä tilanteissa, joissa hoidon jatkuvuus ei olisi keskeistä, vaan kyse olisi yksittäisestä käynnistä, hyvinvointialueiden tulisi voida nykyistä joustavammin hyödyntää koko alueen terveyskeskus ja -asemakapasiteettia.

Lausunnoilla olleessa esitysluonnoksessa ehdotettiin terveydenhuoltolain hoitopaikan valintaa koskevan 47 §:n 1 momentin sääntelyn täsmentämistä siten, että kirjallisen ilmoituksen hoitopaikan valinnasta voi tehdä sähköisesti tai paperilla. Esitysluonnoksessa kuvattiin sähköistä viranomaisasiointia koskevaa lainsäädäntöä ja katsottiin, että sähköistä asiointia koskevan lainsäädännön ja terveydenhuoltolain 47 §:n 1 momentin hoitopaikan valintaa koskevan menettelysääntelyn suhde ei ole täysin selvä, jonka vuoksi sääntelyä on perusteltua selkeyttää sähköisen asiointitavan varmistamiseksi.

Osassa lausuntoja pidettiin hyvänä, että hoitopaikan valinnan tekemisestä sähköisesti säädetään lainsäädännössä. Kuitenkin muutamassa lausunnossa katsottiin, ettei sähköisen asiointin mahdollistaminen vaadi lakimuutoksia, vaan on mahdollista jo nykyisääntelyn nojalla. Muutamat lausunnonantajat viittaisivat kansallisen ratkaisun tarpeeseen sähköistä asiointia kehittäessä.

Valtiovarainministeriö katsoi, että voimassa olevan sähköistä asiointia koskeva yleislainsäädännön sääntely on riittävää ja sähköisestä asiointista erikseen säätäminen terveydenhuoltolain 47 §:n 1 momentissa on omiaan aiheuttamaan sekaannusta suhteessa mainittuihin yleislakien säännöksiin, ja ehdotettu ilmoitustapaa koskeva muutos tulisi jatkovalmistelussa poistaa esityksestä. Mahdolliset menettelyt, joissa viranomainen ei hyväksyisi sähköisesti tehtyä ilmoitusta hoitopaikan valinnasta tulisi korjata ensisijaisesti informaatio-ohjauksella. Ministeriö yhtyi esitysluonnoksessa esiin tuotuun näkemykseen, että sähköisen asiointimahdollisuuden toteuttaminen ei aiheuttaisi hyvinvointialueille tietojärjestelmäkustannuksia, jos ne vastaanottaisivat hoitopaikan vaihtoa koskevan ilmoituksen Suomi.fi-viestien kautta ja piti perusteltuna, että esitys ei sisällä ehdotusta muun kansallisen ratkaisun edistämisestä.

Valtiovarainministeriön lausunnon perusteella terveydenhuoltolain 47 §:n 1 momentin muutosehdotus, jonka mukaan kirjallisen ilmoituksen voi tehdä sähköisesti tai paperilla,

poistettiin esityksestä. Sähköistä asiointia koskevaa yleissääntelyä kuvataan terveydenhuoltolain 47 §:n 1 momentin säännöskohtaisissa perusteluissa.

Hoitopaikan valintaa koskevista rajauksista (47 §:n 2 momentti) lausuttiin vain parissa lausunnossa. Suomen lukiolaisten liitto katsoi olevan perusteltua, ettei hoitopaikan valinta koske opiskeluterveydenhuoltoa ja opiskeluhuollon psykologipalveluita, sillä on loogista ja järkevää, että opiskeluhuollon paikka linkittyy oppilaitokseen, jotta lasten ja nuorten terveyttä ja hyvinvointia voidaan arvioida kokonaisvaltaisesti.

#### *Hoitoon pääsyn enimmäisaikojen toteutumista koskevien tietojen julkaisu*

Lausunnoissa suhtauduttiin myönteisesti tai neutraalisti erikoissairaanhoidon hoitoon pääsyn enimmäisaikojen toteutumista koskevien tietojen julkaisuvälin tiivistämiseen. Esityksessä esiin tuodun mukaisesti muutosta pidettiin sen käytännön vaikutusten osalta vähäisenä, mutta sinänsä tiedonsaantioikeuksien toteutumisen kannalta myönteisenä asiana. Joissain lausunnoissa kiinnitettiin huomiota hallinnollisen työn lisääntymiseen, vaikka pieneenkin. Vain yhdessä lausunnossa ei kannatettu ehdotusta viittaamalla siihen, ettei hyvinvointialueiden hallinnollisen työn määrää ole syytä lisätä.

Esitystä ei muutettu lausuntopalautteen perusteella.

## **7 Säännöskohtaiset perustelut**

### **7.1 Terveydenhuoltolaki**

**24 §. Sairaanhoito.** Pykälässä säädetään hyvinvointialueen järjestämisvastuusta sairaanhoitopalveluissa. Pykälän 1 momentissa määritetään, mitä sairaanhoitopalveluihin sisältyy, eli siis muun muassa sairauksien tutkimus, lääketieteellinen taudinmääritys, hoito, kärsimysten lievittäminen ja potilaan ohjaus. Pykälään ehdotetaan lisättäväksi uusi 2 momentti, jossa säädettäisiin, että hyvinvointialueen on järjestettävä 1 momentin mukaisina sairaanhoitopalveluina palliatiivinen hoito ja saattohoito. Lisäksi säädettäisiin siitä, mitä palliatiivisella hoidolla ja saattohoidolla tarkoitetaan.

Terveydenhuoltolain 24 §:n sairaanhoitopalveluita koskeva pykälä on yleisluonteinen siten, että siinä ei mainita erikseen esimerkiksi tiettyjä hoitoja, erikoisaloja, hoitomalleja taikka hoito- tai toimintokokonaisuuksia. Pykälän ehdotetun 2 momentin sääntely olisi tästä lähtökohdasta poikkeus, sillä siinä erikseen säädettäisiin, että palliatiivinen hoito ja saattohoito ovat pykälässä tarkoitettuja palveluita.

Momentissa ehdotetaan säädettäväksi, että palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan parantumaton, etenevää sairautta sairastavan potilaan oireiden hallintaan ja elämänlaadun tukemiseen tähtäävää aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa. Saattohoidolla tarkoitetaan palliatiivisen hoidon viimeistä vaihetta, jossa erityisenä tavoitteena on kärsimyksen lievittäminen ja elämän viimevaiheen arvokkuuden turvaaminen. Potilaan tarpeen mukaan palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa on järjestettävä perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa.

Palliatiivisen hoidon kesto riippuu taustalla olevasta sairaudesta ja sen vaiheesta. Palliatiivinen hoito voi kestää vuosia ja sitä voidaan toteuttaa sairauskeskeisen hoidon rinnalla (varhainen palliatiivinen hoito). Kyse ei siis ole yksinomaan elämän loppuvaiheen hoidosta. Palliatiivisen hoidon määritelmään sisältyy kuitenkin, että taustalla olevaa sairautta ei voida parantaa ja se etenee jollakin aikataululla peruuttamattomalla tavalla ja johtaa potilaan menehtymiseen. Aikaa palliatiivisen hoidon alkamisesta potilaan kuolemaan voidaan arvioida sairaudesta käytettävissä

olevan lääketieteellisen tiedon pohjalta. Toisaalta potilaan yksilölliset ominaisuudet ja muu tilanne vaikuttavat palliatiivisen hoidon vaiheen kestoon merkittävästi. Myös saattohoitovaiheen kestoon vaikuttavat potilaan tilanne ja ominaisuudet.

Potilaan kunto, toimintakyky ja oireet voivat vaihdella palliatiivisen vaiheen aikana paljon ja eri vaiheessa voidaan tarvita hyvin erilaisia lääketieteellisiä hoitoja ja muita menetelmiä ja palveluita. Saattohoitovaiheen aikana potilaan kunto ja toimintakyky on yleensä heikompi ja oireita voi olla enemmän tai vaikeampina. Hyvinvointialueen järjestämisvastuuseen kuuluvat eri hoitomenetelmät ja niitä voi sisältyä eri erikoisalojen toimintaan. Nykyaikainen palliatiivinen hoito ja oireiden hoito on monierikoisalaista ja moniammatillista ja saattaa sisältää myös esimerkiksi palliatiivisia kirurgisia leikkauksia ja toimenpiteitä.

Kokonaisvaltaisella hoidolla tarkoitetaan hoitoa, joka ottaa huomioon potilaan fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja hengelliset tai eksistentiaaliset tarpeet. Kokonaisvaltaiseen hoitoon sisältyy hoidon moniammatillinen toteuttaminen potilaan hoidon kannalta tarkoituksenmukaisessa laajuudessa. Moniammatillinen työskentely tarkoittaa eri ammattiryhmien –lääkäreiden, sairaanhoitajien, lähihoitajien, fysioterapeuttien, sosiaalityöntekijöiden, psykologien ja tarpeen mukaan muiden sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten – yhteistyötä potilaan kokonaistilanteen arvioimiseksi ja hoidon toteuttamiseksi. On myös huolehdittava, että potilas voi halutessaan keskustella hengellisistä tai vakaumuksellisista asioista näiden asioiden ammattilaisen kanssa. Hyvinvointialueella hoito toteutetaan tarvittaessa tarkoituksenmukaisella tavalla terveydenhuollon ja sosiaalihuollon yhteistyönä.

Kärsimyksen lievittäminen kattaa sekä fyysisen oireenmukaisen hoidon että psyykkisen, sosiaalisen ja hengellisen tai eksistentiaalisen tuen. Eksistentiaalisen lievittämisenä tarkoitetaan potilaan elämän merkityksellisyyteen, kuoleman lähestymiseen, identiteettiin, arvoihin tai maailmankatsomukseen liittyvien kysymysten ja tunteiden kohtaamista ja niihin vastaamista potilaan tarpeiden mukaisella tavalla. Saattohoidon tavoitteena on turvata potilaan elämän viimevaiheen arvokkuus ja lievittää hänen kokonaisvaltaista kärsimystään.

Palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon kuuluu myös potilaan läheisten tukeminen. Palveluja annettaessa on huolehdittava potilaan omaisten ja läheisten tarvitsemasta ohjauksesta, neuvonnasta ja psyykkisestä tuesta ennen potilaan kuolemaa sekä sen jälkeen. Terveydenhuoltolain 27 §:ssä säädetään hyvinvointialueen velvollisuudesta järjestää terveydenhuollon palveluihin sisältyvä ohjaus ja neuvonta mielenterveyttä suojaaviin ja sitä vaarantaviin tekijöihin liittyen sekä tarpeenmukainen psykososiaalinen tuki yksilölle, perheelle ja muille läheisille. Tämä säännös soveltuu myös palliatiiviseen ja saattohoitoon, mukaan lukien omaisten ja läheisten tukeminen ja tuen yhteensovittaminen osaksi potilaan hoitoprosessia.

Palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon kuuluvia menetelmiä ja toimenpiteitä käytetään sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Hoidonporrastusta ohjataan tavanomaisin tavoin yhtenäisillä hoidon perusteilla ja hoitosuosituksilla sekä hyvinvointialueiden ohjeella. Perustason palliatiivinen hoito ei voida korvata sellaista potilaan tarpeen mukaista palliatiivista tai saattohoitoa, jossa tarvitaan hoidon porrastuksen mukaista erikoissairaanhoidon osaamista tai menetelmiä.

Momentin säännöksen, jonka mukaan palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa on järjestettävä perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa, tarkoitus on korostaa sitä, että niitä annetaan potilaan tarpeen mukaan eri vaatavuustason mukaisina palveluina. Esityksen jaksossa 2.1.2 on kuvattu palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laatusuosituksia ja yhtenäisen hoidon perusteita, joissa kuvataan hoidon antamista perustasolla, erityistasolla ja vaativalla erityistasolla. Niin

perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa voidaan antaa eri tasoista hoitoa. Vaikka lailla ei veloiteta noudattamaan tiettyjä hoitosuosituksia, sääntely palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa annettavina palveluina korostaa sitä, että hoitoa on annettava potilaan tarpeen mukaisella tavalla ja palveluilla. Erikoissairaanhoidon keskittämisasiäsetuksessa on jo voimassa olevassa sääntelyssä erikseen säädetty vaativan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon antamisesta siten, että tällaisen hoidon antaminen on yliopistollista sairaalaa ylläpitävien hyvinvointialueiden ja HUS-yhtymän tehtävä. Lisäksi niiden on huolehdittava tällaisen hoidon suunnittelusta ja yhteen sovittamisesta alueellisesti. Palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa hoitoa voidaan toteuttaa 25 §:n mukaisena kotisairaanhoidona tai kotisairaalahoidona, jossa myös on tärkeää perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon palveluiden antaminen potilaan kannalta tarkoituksenmukaisella ja hoitoa tukevalla tavalla. Kotisairaanhoido on tunnistettu toimivaksi tavaksi antaa palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa.

Voimassa olevat pykälän 2 ja 3 momentti siirtyisivät muuttumattomina 3 ja 4 momentiksi. Niiden sääntely koskisi myös palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa.

**47 §. Kiireettömän hoidon hoitopaikan valinta.** Pykälän 1 momentissa säädetään oikeudesta valita terveyskeskus tai sen terveyskeskus riippumatta siitä, minkä hyvinvointialueen alueella terveyskeskus tai -asema sijaitsee. Pykälän 1 momenttia muutettaisiin siten, että mahdollistettaisiin hoitopaikan valinta nykyistä useammin.

Voimassa olevan säännöksen mukaan uuden valinnan voi tehdä aikaisintaan vuoden kuluttua edellisestä valinnasta. Jatkossa valinnan voisi tehdä aikaisintaan kolmen kuukauden kuluttua edellisestä valinnasta. Momentissa edelleen säädettäisiin, että hoitovastuu siirtyy valitulle terveyskeskukselle tai -asemalle viimeistään kolmen viikon kuluttua ilmoituksen saapumisesta. Uuden valinnan tekemisen mahdollisuuteen liittyvä kolmen kuukauden vähimmäisaika laskettaisiin kuitenkin siis hetkestä, kun valinta tehdään, ei hoitovastuun siirtymisen ajankohdasta.

Momentissa olisi edelleen säännös, jonka mukaan terveyskeskuksen tai -aseman vaihtamisesta on tehtävä kirjallinen ilmoitus sekä sille terveyskeskukselle tai -asemalle, jota henkilö käyttää, että sille, jonka hän valitsee. Sähköisestä asiointista viranomaistoiminnassa annetun lain (13/2003) 9 §:n 1 momentin mukaan vireillepanossa ja asian muussa käsittelyssä vaatimuksen kirjallisesta muodosta täyttää myös viranomaiselle toimitettu sähköinen asiakirja. Digitaalisten palveluiden tarjoamisesta annetun lain (306/2019) 5 §:n 1 momentin mukaan viranomaisen on tarjottava jokaiselle mahdollisuus toimittaa asiointitarpeeseensa liittyvät sähköiset viestit ja asiakirjat käyttäen digitaalisia palveluita tai muita sähköisiä tiedonsiirtomenetelmiä. Viranomaisen on tarjottava jokaiselle mahdollisuus käyttää asiassa viranomaisten sähköisten viestien ja asiakirjojen vastaanottamiseen hallinnon yhteisistä sähköisen asiointin tukipalveluista annetussa laissa (571/2016) tarkoitettua viestinvälityspalvelua tai muuta riittävän tietoturvallista sähköistä tiedonsiirtomenetelmää, jos viranomainen voi toimittaa viestin tai asiakirjan sähköisessä muodossa. Mainitun sääntelyn nojalla hyvinvointialueiden on huolehdittava siitä, että potilaiden käytettävissä on mahdollisuus tehdä hoitopaikan valinta sähköisesti. Edellä mainittu viestivälityspalvelu tarkoittaa suomi.fi -viestipalvelua, jota hyvinvointialue voi hyödyntää sähköisenä alustana valintailmoitusten vastaanotossa.

Ilmoituksen voi edelleen tehdä myös paperilla. Kaikilla ei ole osaamista tai mahdollisuutta käyttää sähköisiä palveluita, ja on perusteltua, että asiakas voi tehdä vaihdon myös muulla tavalla. Halutessaan hyvinvointialue voi sallia myös suullisen ilmoittamisen.

Pykälän mukaan valinta voi kohdistua samanaikaisesti vain yhteen terveyskeskukseen tai - asemaan. Käytännössä sääntely tarkoittaa, ettei asiakkaalla ole oikeutta valita osaa palveluista tietyistä keskuksista tai asemasta, ja osaa toisesta. Kaikissa terveyskeskuksissa ja -asemissa ei tarjota kaikkia palveluita, jotka ovat lain 2 ja 3 luvun nojalla hyvinvointialueen järjestämisvastuulla ja lähtökohtaisen hoitopaikan valinnan piirissä. Esimerkiksi neuvolapalveluita, suun terveydenhuollon palveluita, apuvälinepalveluita tai laboratoriopalveluita on voitu keskittää vain osaan keskuksia tai asemia, tai ne voivat toimia omissa toimipisteissään. Sääntely jättää hyvinvointialueen omaan päätösvaltaan sen, miten toimitaan tällaisissa tilanteissa. Hyvinvointialue voi toimia esimerkiksi siten, että tietyn terveysaseman valinneille osoitetaan toimipiste, josta saa palvelut, joita omalla terveysasemalla ei ole tarjolla, taikka sallia se, että muiden palveluiden osalta asiakas saa valita toimipisteen. Kun asiakas päättää vaihtaa toisen hyvinvointialueen alueella sijaitsevan terveyskeskuksen tai -aseman hoitopaikakseen, koskee vaihto toiselle hyvinvointialueella kaikkia perusterveydenhuollon palveluita 2 momentissa säädettyin poikkeuksin.

Hyvinvointialue voi luonnollisesti halutessaan sallia hoitopaikan valinnan tässä pykälässä säädettyä laajemminkin, esimerkiksi sallia omalla alueellaan vaihdon pykälässä säädettyä useammin taikka sallia asiakkaiden käyttävän eri terveyskeskuksiensa ja -asemiensa palveluja ilman tiettyyn toimipisteeseen kohdistuvaa valintaa.

Pykälän 2 momentissa säädetään palveluista, joita hoitopaikan valinta ei koske. Pykälän 2 momentissa on jo säädetty siitä, että oikeus valintaan ei koske terveydenhuoltolain 16 §:ssä tarkoitettu kouluterveydenhuolto ja 17 §:ssä tarkoitettu opiskeluterveydenhuolto. Säännökseen ehdotetaan lisättäväksi selvyuden vuoksi, ettei oikeus valintaan koske myöskään 17 a §:ssä tarkoitettuja opiskeluhuollon psykologipalveluja.

Momentissa on myös säännös, jonka mukaan hyvinvointialueella ei ole velvollisuutta järjestää 25 §:ssä tarkoitettua kotisairaanhoidoa oman alueensa ulkopuolelle. Säännöstä ehdotetaan muutettavaksi siten, ettei hyvinvointialueella ole velvollisuutta järjestää muitakaan kotiin annettavia palveluja oman alueensa ulkopuolella. Tällainen palvelu voi olla esimerkiksi apuvälineiden asentaminen henkilön kotiin. Sääntelyn perusteena on, ettei ole kohtuullista edellyttää hyvinvointialuetta lähettämään hoitohenkilökuntaansa toisen hyvinvointialueen alueelle antamaan palveluja asiakkaalle, tai että hyvinvointialueen tulisi hankkia palveluita yksityiseltä toisen hyvinvointialueen alueella toimivalta palveluntuottajalta yksittäisen toisen hyvinvointialueen alueella asuvan asiakkaan palveluiden antamiseksi.

Hyvinvointialue, jonka alueella henkilöllä on kotikuntalainen mukainen kotikunta ja siten koti, johon palveluja annetaan, vastaisi siis kaikkien kotona annettavien palveluiden järjestämisestä, vaikka henkilö on valinnut lähtökohtaiseksi hoitopaikakseen toisen hyvinvointialueen alueella sijaitseva terveyskeskuksen tai terveysaseman. Jos kuitenkin henkilöllä on kotikuntalainen mukainen kotikunta tietyn hyvinvointialueen alueella, mutta hän esimerkiksi tosiasiallisesti asuu osan vuodesta toisen hyvinvointialueen alueella ja hän tarvitsee siellä asuinpaikkaansa annettavia palveluja, ja hän on valinnut terveyskeskukseen tai -asemakseen oleskelupaikkansa keskuksen tai aseman, vastaa tämä hyvinvointialue näiden palveluiden antamisesta asuinpaikkaan. Hoitosuunnitelmaan perustuvaa hoitoa, kuten kotisairaanhoidoa, voidaan kuitenkin antaa terveydenhuoltolain 48 §:n 1 momentin nojalla ilman, että henkilön tarvitsee vaihtaa varsinaista hoitopaikkaansa. Mainitun 48 §:n 1 momentin mukaan jos henkilö asuu tai oleskelee säännönmukaisesti tai pitempiaikaisesti työn, opiskelun, vapaa-ajan vieton, lähiomaisen tai muun läheisen asumisen tai muun vastaavan syyn vuoksi sellaisella hyvinvointialueella, jonka alueella hänen kotikuntansa ei sijaitse, hän voi käyttää hoitosuunnitelmansa mukaisen hoidon toteuttamiseen myös muun hyvinvointialueen kuin oman

hyvinvointialueensa perusterveydenhuollon palveluja hoidosta vastaavan terveystieteiden tai -aseman muuttumatta.

**55 §. Tietojen julkaiseminen.** Pykälän 1 momentissa säädetään siitä, kuinka usein hyvinvointialueiden on julkaistava yleisessä tietoverkossa eli internetissä tiedot siitä, miten 51, 51 a–51 c, 52 ja 53 §:ssä säädettyjen hoitoon pääsyn enimmäisaikojen eli niin sanotun hoitotakuun noudattaminen toteutui. Voimassa olevan sääntelyn mukaan perusterveydenhuoltoa koskien hyvinvointialueen on julkaistava kuukausittain tunnusluvut siitä, miten hoitoon pääsyn enimmäisaikojen noudattaminen toteutui edellisenä kalenterikuukautena, ja erikoissairaanhoidon koskevat tunnusluvut neljän kuukauden välein. Pykälän 1 momenttia ehdotetaan muutettavaksi siten, että jatkossa myös erikoissairaanhoidon koskevat tunnusluvut julkaistaan kuukausittain perusterveydenhuollon tunnuslukujen julkaisua vastaavasti. Momentissa säädetään myös siitä, että Terveyden ja hyvinvoinnin laitos tuottaa julkaistavat tunnusluvut. Sääntelyyn ei ehdoteta tältä osin muutoksia.

## **7.2 Vankeuslaki**

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

**1 §. Vangin terveyden- ja sairaanhoito.** Pykälän 4 momenttiin ehdotetaan tehtäväksi vastaava muutos kuin terveydenhuoltolain 55 §:n 1 momenttiin. Jatkossa myös Vankiterveydenhuollon yksikön on julkaistava järjestämässään vankiterveydenhuollon palveluissa kuukausittain tiedot siitä, miten hoitoon pääsyn enimmäisaikojen toteutuminen edellisenä kalenterikuukautena toteutui erikoissairaanhoidossa, kun nyt tunnusluvut tulee julkaista neljän kuukauden välein.

## **7.3 Tutkintavankeuslaki**

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

**1 §. Tutkintavangin terveyden- ja sairaanhoito.** Pykälän 4 momenttiin ehdotetaan tehtäväksi vastaava muutos kuin vankeuslain 10 luvun 1 §:n 4 momenttiin.

## **8 Lakia alemman asteinen sääntely**

Voimassa olevassa terveydenhuoltolain 55 §:n 3 momentissa, vankeuslain 10 luvun 1 §:n 4 momentissa ja tutkintavankeuslain 6 luvun 1 §:n 4 momentissa säädetään, että sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella voidaan säätää tarkemmin hoitoon pääsyn tunnusluvuista, jotka on julkaistava. Esityksessä ei ehdoteta muutettavaksi sääntelyä, mutta asetuksenantovaltuus jatkossakin koskisi myös erikoissairaanhoidon hoitoon pääsyn noudattamisen toteutumisen tunnusluvuista tarkemmin säätämistä.

## **9 Voimaantulo**

Ehdotetaan, että lait tulevat voimaan 1.1.2027.

## **10 Toimeenpano ja seuranta**

Sosiaali- ja terveysministeriössä on haettavana 50 000 euron avustus palliatiivisen hoidon ja saattohoidon palveluiden kansalaisviestintään. Hankkeen tavoitteena on viestiä laajalti STM:n palliatiivisen ja saattohoidon suosituksista ja THL:n julkaisemista laatukriteereistä hyödyntäen verkostotyötä keskeisten tutkimuslaitosten, hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin, HUS-

yhtymän sekä potilasjärjestöjen kanssa. Tämä hanke tukee palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa koskevan lainsäädännön toteutumista.

THL:n koodistopalvelimelle kerätään hoitojen sisältöjä kuvaavia toimenpidekoodeja. Toimenpideluokitusta käytetään yksilöimään terveydenhuollon ammattihenkilöiden tekemät toimenpiteet. Luokitusta käytetään osana potilaskertomuksen keskeisiä terveystietoja sekä paikallisissa potilastietojärjestelmissä että valtakunnallisissa Kanta-palveluissa ja lisäksi hoitoilmoitusten tiedonkeruussa, hallinnollisissa prosesseissa ja tilastotoimessa sekä kliinisessä tutkimus- ja kehittämistyössä. Palliatiivisen hoidon toimenpidekoodeja on kehitetty ja jalkautettu osana viime vuosina tehtyjä palliatiivisen hoidon kehittämishankkeita. Palliatiivisen hoidon toimenpidekoodeilla kirjataan ja saadaan esille erityisesti palliatiiviseen hoitoon kuuluvat toimenpiteet. Yksiköt voivat ladata toimenpidekoodit käyttöönsä koodistopalvelimelta. Toimenpidekoodien käyttö auttaa arvioimaan potilaan hoidon laatua, mahdollistaa yhtenäisen laadun tarkkailun yksiköissä ja auttaa laatukriteerien seurannassa.

## **11 Suhde muihin esityksiin**

Eduskunta hyväksyi 21.4.2026 muutoksia terveydenhuoltolain 24 §:n 1 momenttiin perustuen hallituksen esitykseen eduskunnalle laeiksi terveydenhuoltolain sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä annetun lain muuttamisesta (HE 159/2025 vp; StVM 3/2026 vp). Tämän hallituksen esityksen 1. lakiehdotuksen johtolauseetta on tarpeen muuttaa eduskuntakäsittelyssä terveydenhuoltolain 24 §:n osalta.

## **12 Suhde perustuslakiin ja säätämisyjärjestys**

Esitykseen sisältyvistä ehdotuksista erityisesti 1. lakiehdotuksen 24 §:ään ehdotettavalla palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa koskevalla sääntelyllä on yhteys perusoikeuksien, erityisesti perustuslain 19 §:n 3 momentin, toteutumiseen.

Perustuslain 19 §:n 1 momentin mukaan jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaan julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistapaan ja palvelujen saatavuuteen vaikuttavat välillisesti muut perusoikeudet kuten yhdenvertaisuus ja syrjinnän kieltäminen (6 §) sekä julkisen vallan velvollisuus turvata perus- ja ihmisoikeuksien toteutuminen (22 §). Perusoikeussäännöksillä määrätään osaltaan tapaa, jolla sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaamisvelvollisuus on täytettävä.

Perustuslain 1 §:n 2 momentin mukaan valtiosääntö turvaa ihmisarvon loukkaamattomuuden ja yksilön vapauden ja oikeudet sekä edistää oikeudenmukaisuutta yhteiskunnassa. Ihmisarvon loukkaamattomuus on eräs koko valtiosäännön taustalla olevista perustavanlaatuisista arvoista. Se ilmaisee osaltaan ensi sijassa hallitusmuodon arvoperustan, mutta sillä voi olla myös välitöntä oikeudellista merkitystä eräissä tilanteissa. Sillä on tulkinnallista vaikutusta esimerkiksi sovellettaessa varsinaisia perusoikeussäännöksiä. Ihmisarvon käsite viittaa kaikkien ihmisyksilöiden periaatteelliseen yhdenvertaisuuteen (HE 309/1993 vp, s. 42/I).

Perustuslain 19 §:n 3 momentin säännös viittaa etenkin palvelujen saatavuuden turvaamiseen. Perustuslain 19 §:n 3 momentissa mainitulle oikeudelle riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin on vakiintunut tietty oikeudellinen sisältö ja arviointiperusteet. Palvelujen riittävyden

arvioimisessa lähtökohtana on niiden mukaan sellainen palvelujen taso, joka luo "jokaiselle ihmiselle edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä" (ks. HE 309/1993 vp, s. 71/II). Viittaus jokaiseen terveystalouteen oikeutettuna edellyttää "viime kädessä yksilökohtaista arviointia palvelujen riittävydestä" (ks. PeVL 30/2013 vp, s. 3/I). Oikeus riittäviin terveystalouteen turvaa vakavimmissa tilanteissa perustuslain 7 §:ssä perusoikeutena turvattua oikeutta elämään (ks. PeVL 17/2021 vp, kappale 71, PeVL 65/2014 vp, s. 4/II).

Perustuslakivaliokunta on korostanut, että vaikka perustuslain 19 §:n 3 momentin säännöksen ensimmäinen virke ei turvaa mitään nimenomaista tapaa tarjota palveluja, tältä osin perustuslain mukainen edellytys on, että palveluja on riittävästi (ks. PeVL 17/2021 vp, kappale 72, PeVL 26/2017 vp, s. 32 ja 36—41 ja PeVL 12/2015 vp, s. 3 ja PeVL 11/1995 vp, s. 2). Valiokunta on painottanut nimenomaisesti, että säännöksellä veloitetaan julkinen valta turvaamaan palvelujen saatavuus (ks. PeVL 26/2017 vp, erit. s. 44—45 ja PeVL 54/2014 vp, s. 2/I). Säännös merkitsee siten myös vaatimusta palvelujen riittävästä tarjonnasta maan eri osissa asuville (ks. PeVL 17/2021 vp, kappale 72, PeVL 26/2017 vp, s. 33, PeVM 25/1994 vp, s. 32/II). Lauseke lailla toteutettavasta tarkemmasta sääntelystä jättää lainsäätäjälle liikkumavaraa oikeuksien sääntelyssä ja viittaa siihen, että perusoikeudellinen täsmällinen sisältö määräytyy perusoikeussäännöksen ja tavallisen lainsäädännön muodostaman kokonaisuuden pohjalta (PeVM 25/1994 vp, s. 5—6).

Perustuslain 6 §:n 1 momentin mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. Pykälän 2 momentin mukaan ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella. Perustuslain esitöiden mukaan kiellettyä on asettaa ketään eri asemaan ilman hyväksyttävää perustetta myöskään asuinpaikan takia (HE 309/1993 vp, s. 44/I). Yhdenvertaisuussäännös kohdistuu myös lainsäätäjään. Lailla ei voida mielivaltaisesti asettaa ihmisiä tai ihmisryhmiä toisia edullisempaan tai epäedullisempaan asemaan. Yhdenvertaisuussäännös ei kuitenkaan edellytä kaikkien ihmisten kaikissa suhteissa samanlaista kohtelua, elleivät asiaan vaikuttavat olosuhteet ole samanlaisia (HE 309/1993 vp, s. 42—43). Perustuslakivaliokunta on myös vakiintuneesti korostanut, ettei yhdenvertaisuusperiaatteesta voi johtua tiukkoja rajoja lainsäätäjän harkinnalle pyrittäessä kulloisenkin yhteiskuntakehityksen vaatimaan sääntelyyn (ks. esim. PeVL 2/2011 vp, s. 2/II, PeVL 64/2010 vp, s. 2).

Perustuslain 22 §:n mukaan julkisen vallan on turvattava perus- ja ihmisoikeuksien toteutuminen. Tämä lainkohta velvoittaa julkista valtaa nimenomaisesti turvaamaan perusoikeuksien, kuten riittävien sosiaali- ja terveystaloutten, toteutumisen käytännössä. Perustuslain esitöiden mukaan keskeisiin keinoihin kuuluvat perusoikeudenkäyttöä turvaavan ja täsmentävän lainsäädännön säätäminen sekä taloudellisten voimavarojen kohdentaminen. Säännös ulottaa julkisen vallan turvaamisvelvollisuuden perusoikeuksien ohella myös Suomea velvoittavissa kansainvälisissä sopimuksissa turvattuihin ihmisoikeuksiin. (HE 309/1993 vp, s. 75). Periaate oikeuksien edistämisestä sosiaalisten oikeuksien alalla sisältyy myös TSS-sopimuksen 2 artiklan 1 kohtaan (velvoite ryhtyä toimiin toteuttaa oikeudet asteittain täysimääräisesti). TSS-sopimuksen ja muiden Suomea sitovien ihmisoikeussopimusten esityksen kannalta keskeisiä sopimusmääräyksiä on kuvattu jaksossa 4.2.3.

Esityksessä ehdotetaan, että hyvinvointialueiden järjestämisvastuuta koskevaa sääntelyä täsmennetään siten, että säädetään palliatiivisen hoidon ja saattohoidon olevan hyvinvointialueen järjestämisvastuulla olevia palveluita. Lisäksi säädettäisiin palliatiivisen hoidon ja saattohoidon määrittämisestä, ja määrittämisellä on tarkoitus olla ohjausvaikutusta siihen, miten hyvinvointialueet hoidon antavat. Esityksessä olisi kuitenkin kyse lainsäädännön täsmentämisestä, ei uusien lakisääteiden tehtävien antamisesta lailla hyvinvointialueille.

Nykyistä täsmällisemmällä sääntelyllä on yhteys perustuslain 121 §:n 4 momenttiin. Perustuslain 121 §:n 4 momentin mukaan itsehallinnosta kuntia suuremmilla hallintoalueilla säädetään lailla. Perustuslakivaliokunta on korostanut kuntia suurempien alueiden itsehallinnon välttämättöminä peruselementteinä itsehallinnon kansanvaltaista perustaa ja siihen nojautuvaa demokraattista päätöksentekoa sekä maakunnan tehtävien ja hallinnon lakiperustaa. Itsehallinnon yhtenä takeena edellytetään tiettyä laintasoisuutta, millä on merkitystä suhteessa hyvinvointialueiden hallinnon järjestämiseen ja niiden rahoitukseen (PeVL 17/2021 vp, kappale 34). (PeVL 17/2021 vp, kohta 9, 17, 34, PeVL 26/2017 vp, s. 18–30).

Potilaiden näkökulmasta nykyistä täsmällisempi sääntely tukisi perustuslain erityisesti 19 §:n 3 momentissa säädettyjen oikeuksien sekä ihmisoikeussopimissa määrättyjen terveyspalveluja koskevien oikeuksien toteutumista. Sääntely voisi myös edistää perustuslain 6 §:ssä suojatun yhdenvertaisuuden yksilötasoista, alueellista ja valtakunnallista toteutumista sekä osaltaan toteuttaisi perustuslain 80 §:n 1 momentin sääntelyä, jonka mukaan lailla on säädettävä yksilön oikeuksien ja velvollisuuksien perusteista. Palliatiivinen hoito ja saattohoito ovat määritelmällisesti hoitoa, jossa ei ole kyse taustalla olevan sairauden parantamisesta, koska varsinaista parannuskeinoa ei ole, vaan elämänlaadun tukemisesta, oireiden hallinnasta ja elämän loppuvaiheessa erityisesti kärsimyksen lievittämisestä ja elämän viimevaiheen arvokkuuden turvaamisesta. Sääntelyllä olisi siten yhteys myös perustuslain 1 §:n 2 momentin mukaisen ihmisarvon loukkaamattomuuden toteuttamiseen 19 §:n 3 momentissa suojattujen oikeuksien toteutumisen kautta.

Hallituksen käsityksen mukaan ehdotukset ovat perustuslain mukaisia. Hallituksen käsityksen mukaan lakiehdotukset voidaan käsitellä tavallisessa lainsäätämisyjärjestyksessä.

*Ponsi*

Edellä esitetyn perusteella annetaan eduskunnan hyväksyttäväksi seuraavat lakiehdotukset:

1.

## Laki

### terveydenhuoltolain muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti  
muutetaan terveydenhuoltolain (1326/2010) 47 §:n 1 ja 2 momentti sekä 55 §:n 1 momentti, sellaisena kuin ne ovat, 47 §:n 1 ja 2 momentti laissa 426/2023 sekä 55 §:n 1 momentti laissa 1107/2024, sekä  
lisätään 24 §:ään, sellaisena kuin se on osaksi laeissa 1303/2014 ja 581/2022, uusi 2 momentti, jolloin nykyinen 2 ja 3 momentti siirtyvät 3 ja 4 momentiksi, seuraavasti:

#### 24 §

##### *Sairaanhoito*

---

Hyvinvointialueen on järjestettävä alueensa asukkaiden 1 momentin mukaisina sairaanhoitopalveluina palliatiivinen hoito ja saattohoito. *Palliatiivisella hoidolla* tarkoitetaan parantumatonta, etenevää sairautta sairastavan potilaan oireiden hallintaan ja elämänlaadun tukemiseen tähtäävää aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa. *Saattohoidolla* tarkoitetaan palliatiivisen hoidon viimeistä vaihetta, jossa erityisenä tavoitteena on kärsimyksen lievittäminen ja elämän viimevaiheen arvokkuuden turvaaminen. Potilaan tarpeen mukaan palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa on järjestettävä perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa.

---

#### 47 §

##### *Kiireettömän hoidon hoitopaikan valinta*

Henkilö voi valita, miltä terveyskeskukselta tai sen terveysasemalta hän saa 2 ja 3 luvussa tarkoitetut terveydenhuollon palvelut, riippumatta siitä, minkä hyvinvointialueen alueella terveyskeskus tai -asema sijaitsee. Terveyskeskuksen tai -aseman vaihtamisesta on tehtävä kirjallinen ilmoitus sekä sille terveyskeskukselle tai -asemalle, jota henkilö käyttää, että sille, jonka hän valitsee. Hoitovastuu siirtyy valitulle terveyskeskukselle tai -asemalle viimeistään kolmen viikon kuluttua ilmoituksen saapumisesta. Valinta voi kohdistua samanaikaisesti vain yhteen terveyskeskukseen tai -asemaan. Uuden valinnan voi tehdä aikaisintaan kolmen kuukauden kuluttua edellisestä valinnasta.

Edellä 1 momentissa tarkoitettu oikeus valintaan ei koske 16 §:ssä tarkoitettua kouluterveydenhuoltoa, 17 §:ssä tarkoitettua opiskeluterveydenhuoltoa eikä 17 a §:ssä tarkoitettuja opiskeluhuollon psykologipalveluja. Oikeus valita ei myöskään koske pitkäaikaista laitoshoidtoa, ellei laissa toisin säädetä. Hyvinvointialueella ei ole velvollisuutta järjestää 25 §:ssä tarkoitettua kotisairaanhoitoa tai muita kotiin annettavia palveluja oman alueensa ulkopuolelle.

---

55 §

*Tietojen julkaiseminen*

Hyvinvointialueen on julkaistava kuukausittain yleisessä tietoverkossa edellistä kalenterikuukautta koskevat tunnusluvut siitä, miten 51, 51 a–51 c, 52 ja 53 §:ssä säädettyjen enimmäisaikojen noudattaminen toteutui. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos tuottaa tunnusluvut Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta annetun lain (668/2008) 5 ja 5 c §:n nojalla saamiensa tietojen perusteella. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen on luovutettava julkaisua varten tarpeelliset tiedot hyvinvointialueelle.

---

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 .

---

## 2.

### **Laki**

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

Eduskunnan päätöksen mukaisesti  
*muutetaan* vankeuslain (767/2005) 10 luvun 1 §:n 4 momentti, sellaisena kuin se on laissa 121/2023, seuraavasti:

10 luku

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

1 §

##### *Vangin terveyden- ja sairaanhoito*

---

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

---

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 .

---

### 3.

## Laki

### tutkintavankeuslain 6 luvun 1 §:n muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti  
*muutetaan* tutkintavankeuslain (768/2005) 6 luvun 1 §:n 4 momentti, sellaisena kuin se on laissa 122/2023, seuraavasti:

#### 6 luku

#### Sosiaali- ja terveydenhuolto

#### 1 §

#### *Tutkintavangin terveyden- ja sairaanhoito*

---

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

---

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 .

---

Helsingissä 30.4.2026

**Pääministeri**

**Petteri Orpo**

Sosiaali- ja terveysministeri Wille Rydman

1.

## Laki

### terveydenhuoltolain muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti  
muutetaan terveydenhuoltolain (1326/2010) 47 §:n 1 ja 2 momentti sekä 55 §:n 1 momentti, sellaisena kuin ne ovat, 47 §:n 1 ja 2 momentti laissa 426/2023 sekä 55 §:n 1 momentti laissa 1107/2024, sekä

lisätään 24 §:ään, sellaisena kuin se on osaksi laeissa 1303/2014 ja 581/2022, uusi 2 momentti, jolloin nykyinen 2 ja 3 momentti siirtyvät 3 ja 4 momentiksi, seuraavasti:

*Voimassa oleva laki*

*Ehdotus*

24 §

24 §

*Sairaanhoito*

*Sairaanhoito*

Hyvinvointialueen on järjestettävä alueensa asukkaiden sairaanhoitopalvelut. Sairaanhoitopalveluihin sisältyvät:

1) sairauksien tutkimus, lääketieteellinen tai hammaslääketieteellinen taudinmääritys, hoito, hoitosuunnitelman mukaiset pitkäaikaisen sairauden hoitoon tarvittavat hoitotarvikkeet sekä tarpeellinen lääkinnällinen kuntoutus;

2) sairauksien ehkäiseminen, parantaminen ja kärsimysten lievittäminen;

3) ohjaus, jolla tuetaan potilaan hoitoon sitoutumista ja omahoitoa;

4) erityistä tukea, tutkimusta ja hoitoa tarvitsevan potilaan terveysongelmien varhainen tunnistaminen, hoito ja jatkohoitoon ohjaaminen.

(uusi 2 mom)

Hyvinvointialueen on järjestettävä alueensa asukkaiden sairaanhoitopalvelut. Sairaanhoitopalveluihin sisältyvät:

1) sairauksien tutkimus, lääketieteellinen tai hammaslääketieteellinen taudinmääritys, hoito, hoitosuunnitelman mukaiset pitkäaikaisen sairauden hoitoon tarvittavat hoitotarvikkeet sekä tarpeellinen lääkinnällinen kuntoutus;

2) sairauksien ehkäiseminen, parantaminen ja kärsimysten lievittäminen;

3) ohjaus, jolla tuetaan potilaan hoitoon sitoutumista ja omahoitoa;

4) erityistä tukea, tutkimusta ja hoitoa tarvitsevan potilaan terveysongelmien varhainen tunnistaminen, hoito ja jatkohoitoon ohjaaminen.

*Hyvinvointialueen on järjestettävä alueensa asukkaiden 1 momentin mukaisina sairaanhoitopalveluina palliatiivinen hoito ja saattohoito. **Palliatiivisella hoidolla** tarkoitetaan parantumattomia, etenevää sairautta sairastavan potilaan oireiden hallintaan ja elämänlaadun tukemiseen tähtäävää aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa. **Saattohoidolla** tarkoitetaan palliatiivisen hoidon viimeistä vaihetta, jossa erityisenä tavoitteena on kärsimyksen lievittäminen ja*

Sairaanhoito on toteutettava potilaan lääketieteellisen tai hammaslääketieteellisen tarpeen ja käytävissä olevien yhtenäisten hoidon perusteiden mukaisesti. Hoito on toteutettava tarkoituksenmukaisella tavalla ja yhteistyöllä. Hoito toteutetaan avohoidossa silloin, kun se on potilasturvallisuus huomioon ottaen mahdollista.

Hoidon ja kuntoutuksen toteutukselle on tarvittaessa laadittava hoito- ja palvelusuunnitelma siten kuin potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992) 4 a §:ssä säädetään. Kun potilas on erityistä tukea tarvitseva lapsi tai muu erityistä tukea tarvitseva henkilö, hoito- ja palvelusuunnitelma on pyrittävä tekemään siten, että suunnitelma voidaan ottaa huomioon sosiaalihuoltolain 46 §:n mukaista päätöstä tehtäessä. Erityisen tuen tarpeessa olevana henkilönä pidetään henkilöä, jolla on erityisiä vaikeuksia hakea ja saada tarvitsemiaan sosiaali- ja terveyspalveluja kognitiivisen tai psyykkisen vamman tai sairauden, päihteiden ongelmakäytön, usean yhtäaikaisen tuen tarpeen tai muun vastaavan syyn vuoksi ja jonka tuen tarve ei liity korkeaan ikään siten kuin ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain (980/2012) 3 §:ssä säädetään. Erityistä tukea tarvitsevana lapsena pidetään lasta, joka on erityisen tuen tarpeessa edellä mainituista syistä tai jonka kasvuolosuhteet vaarantavat tai eivät turvaa lapsen terveyttä tai kehitystä tai joka itse käyttäytymisellään vaarantaa terveyttään tai kehitystään.

47 §

*Kiireettömän hoidon hoitopaikan valinta*

*elämän viimevaiheen arvokkuuden turvaaminen. Potilaan tarpeen mukaan palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa on järjestettävä perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa.*

Sairaanhoito on toteutettava potilaan lääketieteellisen tai hammaslääketieteellisen tarpeen ja käytävissä olevien yhtenäisten hoidon perusteiden mukaisesti. Hoito on toteutettava tarkoituksenmukaisella tavalla ja yhteistyöllä. Hoito toteutetaan avohoidossa silloin, kun se on potilasturvallisuus huomioon ottaen mahdollista.

Hoidon ja kuntoutuksen toteutukselle on tarvittaessa laadittava hoito- ja palvelusuunnitelma siten kuin potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992) 4 a §:ssä säädetään. Kun potilas on erityistä tukea tarvitseva lapsi tai muu erityistä tukea tarvitseva henkilö, hoito- ja palvelusuunnitelma on pyrittävä tekemään siten, että suunnitelma voidaan ottaa huomioon sosiaalihuoltolain 46 §:n mukaista päätöstä tehtäessä. Erityisen tuen tarpeessa olevana henkilönä pidetään henkilöä, jolla on erityisiä vaikeuksia hakea ja saada tarvitsemiaan sosiaali- ja terveyspalveluja kognitiivisen tai psyykkisen vamman tai sairauden, päihteiden ongelmakäytön, usean yhtäaikaisen tuen tarpeen tai muun vastaavan syyn vuoksi ja jonka tuen tarve ei liity korkeaan ikään siten kuin ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain (980/2012) 3 §:ssä säädetään. Erityistä tukea tarvitsevana lapsena pidetään lasta, joka on erityisen tuen tarpeessa edellä mainituista syistä tai jonka kasvuolosuhteet vaarantavat tai eivät turvaa lapsen terveyttä tai kehitystä tai joka itse käyttäytymisellään vaarantaa terveyttään tai kehitystään.

47 §

*Kiireettömän hoidon hoitopaikan valinta*

Henkilö voi valita, miltä terveyskeskuksesta tai sen terveystasemalta hän saa 2 ja 3 luvussa tarkoitetut terveydenhuollon palvelut, riippumatta siitä, minkä hyvinvointialueen alueella terveyskeskus tai -asema sijaitsee. Terveyskeskuksen tai -aseman vaihtamisesta on tehtävä kirjallinen ilmoitus sekä sille terveyskeskukselle tai -asemalle, jota henkilö käyttää, että sille, jonka hän valitsee. Hoitovastuu siirtyy valitulle terveyskeskukselle tai -asemalle viimeistään kolmen viikon kuluttua ilmoituksen saapumisesta. Valinta voi kohdistua samanaikaisesti vain yhteen terveyskeskukseen tai -asemaan. Uuden valinnan voi tehdä aikaisintaan vuoden kuluttua edellisestä valinnasta.

Edellä 1 momentissa tarkoitettu oikeus valintaan ei koske 16 §:ssä tarkoitettua kouluterveydenhuoltoa eikä 17 §:ssä tarkoitettua opiskeluterveydenhuoltoa. Oikeus valita ei myöskään koske pitkäaikaista laitoshoittoa, ellei laissa toisin säädetä. Hyvinvointialueella ei ole velvollisuutta järjestää 25 §:ssä tarkoitettua kotisairaanhoidtoa oman alueensa ulkopuolelle.

Henkilö voi valita, miltä terveyskeskuksesta tai sen terveystasemalta hän saa 2 ja 3 luvussa tarkoitetut terveydenhuollon palvelut, riippumatta siitä, minkä hyvinvointialueen alueella terveyskeskus tai -asema sijaitsee. Terveyskeskuksen tai -aseman vaihtamisesta on tehtävä kirjallinen ilmoitus sekä sille terveyskeskukselle tai -asemalle, jota henkilö käyttää, että sille, jonka hän valitsee. Hoitovastuu siirtyy valitulle terveyskeskukselle tai -asemalle viimeistään kolmen viikon kuluttua ilmoituksen saapumisesta. Valinta voi kohdistua samanaikaisesti vain yhteen terveyskeskukseen tai -asemaan. Uuden valinnan voi tehdä aikaisintaan kolmen kuukauden kuluttua edellisestä valinnasta.

Edellä 1 momentissa tarkoitettu oikeus valintaan ei koske 16 §:ssä tarkoitettua kouluterveydenhuoltoa, 17 §:ssä tarkoitettua opiskeluterveydenhuoltoa eikä 17 a §:ssä tarkoitettuja opiskeluhuollon psykologipalveluja. Oikeus valita ei myöskään koske pitkäaikaista laitoshoittoa, ellei laissa toisin säädetä. Hyvinvointialueella ei ole velvollisuutta järjestää 25 §:ssä tarkoitettua kotisairaanhoidtoa tai muita kotiin annettavia palveluja oman alueensa ulkopuolelle.

## 55 §

*Tietojen julkaiseminen*

Hyvinvointialueen on julkaistava kuukausittain yleisessä tietoverkossa edellistä kalenterikuukautta koskevat tunnusluvut siitä, miten 51, 51 a ja 51 b §:ssä sekä 53 §:n 1 momentissa säädettyjen enimmäisaikojen noudattaminen toteutui sekä neljän kuukauden välein siitä, miten 51 c ja 52 §:ssä sekä 53 §:n 2 ja 3 momentissa säädettyjen enimmäisaikojen noudattaminen toteutui. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos tuottaa tunnusluvut Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksesta annetun lain (668/2008) 5 ja 5 c §:n nojalla saamiensa

## 55 §

*Tietojen julkaiseminen*

Hyvinvointialueen on julkaistava kuukausittain yleisessä tietoverkossa edellistä kalenterikuukautta koskevat tunnusluvut siitä, miten 51, 51 a–51 c, 52 ja 53 §:ssä säädettyjen enimmäisaikojen noudattaminen toteutui. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos tuottaa tunnusluvut Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksesta annetun lain (668/2008) 5 ja 5 c §:n nojalla saamiensa tietojen perusteella. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen on luovutettava julkaisua varten tarpeelliset tiedot hyvinvointialueelle.

*Voimassa oleva laki*

*Ehdotus*

tietojen perusteella. Terveyden ja  
hyvinvoinnin laitoksen on luovutettava  
julkaisua varten tarpeelliset tiedot  
hyvinvointialueelle.

-----  
-----  
*Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20*  
-----

## 2.

### Laki

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

Eduskunnan päätöksen mukaisesti  
muutetaan vankeuslain (767/2005) 10 luvun 1 §:n 4 momentti, sellaisena kuin se on laissa  
121/2023, seuraavasti:

*Voimassa oleva laki*

*Ehdotus*

10 luku

10 luku

#### Sosiaali- ja terveydenhuolto

#### Sosiaali- ja terveydenhuolto

1 §

1 §

*Vangin terveyden- ja sairaanhoito*

*Vangin terveyden- ja sairaanhoito*

---

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

---

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

*Voimassa oleva laki*

*Ehdotus*

-----

-----

Tämä laki tulee voimaan päivänä \_\_\_\_\_ kuuta  
20 . \_\_\_\_\_

### 3.

## Laki

### tutkintavankeuslain 6 luvun 1 §:n muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti  
muutetaan tutkintavankeuslain (768/2005) 6 luvun 1 §:n 4 momentti, sellaisena kuin se on  
laissa 122/2023, seuraavasti:

*Voimassa oleva laki*

*Ehdotus*

6 luku

6 luku

#### Sosiaali- ja terveydenhuolto

#### Sosiaali- ja terveydenhuolto

1 §

1 §

*Tutkintavangin terveyden- ja sairaanhoito*

*Tutkintavangin terveyden- ja sairaanhoito*

---

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

---

---

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

---

*Voimassa oleva laki*

*Ehdotus*

*Tämä laki tulee voimaan päivänä   kuuta  
20 .*

\_\_\_\_\_