

LUONNOS  
24.2.2026

**Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi terveydenhuoltolain, vankeuslain 10 luvun ja tutkintavankeuslain 6 luvun 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 terveystieteiden keskuksen tai terveysaseman saa jatkossa valita kolmen kuukauden välein, kun nyt vaihdon saa tehdä kerran vuodessa. Laissa täsmennettäisiin, että kirjallisen ilmoituksen hoitopaikan valinnasta voi tehdä sähköisesti tai paperilla.

Hoitoon pääsyn enimmäisaikojen toteutumisen seurantaan 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 potilasryhmät, käytänteet ja nykytilan arviointi .....	9
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.....	23
2.3.1 Hoitoon pääsyn enimmäisaikojen toteutumista koskevien tietojen julkaisua koskeva lainsäädäntö.....	23
2.3.2 Hoitoon pääsyn enimmäisaikojen toteutumista koskevien tietojen julkaisua koskevat käytänteet ja nykytilan arviointi.....	27
3 Tavoitteet .....	29
4 Ehdotukset ja niiden vaikutukset .....	29
4.1 Keskeiset ehdotukset.....	29
4.2 Pääasialliset vaikutukset.....	30
4.2.1 Taloudelliset vaikutukset .....	30
4.2.2 Vaikutukset viranomaisten toimintaan.....	34
4.2.3 Ihmisiin kohdistuvat ja muut yhteiskunnalliset vaikutukset .....	37
5 Muut toteuttamisvaihtoehdot .....	41
5.1 Vaihtoehdot ja niiden vaikutukset.....	41
5.2 Ulkomaiden lainsäädäntö ja muut ulkomailla käytetyt keinot .....	44
6 Lausuntopalaute.....	47
7 Säännöskohtaiset perustelut.....	47
8 Lakia alemman asteinen sääntely .....	51
9 Voimaantulo .....	51
10 Toimeenpano ja seuranta .....	51
11 Suhde muihin esityksiin.....	51
11.1 Esityksen riippuvuus muista esityksistä.....	51
11.2 Suhde talousarvioesitykseen .....	51
12 Suhde perustuslakiin ja säätämisyjärjestys .....	52
LAKIEHDOTUKSET .....	55
terveydenhuoltolain muuttamisesta.....	55
vankeuslain 10 luvun 1 §:n muuttamisesta .....	57
tutkintavankeuslain 6 luvun 1 §:n muuttamisesta .....	58
LIITE .....	60
RINNAKKAISTEKSTIT .....	60

LUONNOS  
24.2.2026

terveydenhuoltolain muuttamisesta.....	60
vankeuslain 10 luvun 1 §:n muuttamisesta .....	64
tutkintavankeuslain 6 luvun 1 §:n muuttamisesta .....	66

LUONNOS

## 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 käsiteli vuosina 2017–2018 kansalaisaloitetta, jossa ehdotettiin, että eduskunta ryhtyy lainvalmistelutoimenpiteisiin eutanasiaalain 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. Säädöstyöryhmä 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 hyvinvointialueet

---

<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-kilpailukyky-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>

velvoitetaan julkaisemaan lakisääteisten hoitopääsyt määräraikojen 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. Esiselvityksessä, keskustelutilaisuudessa ja hyvinvointialueiden kirjallisissa vastauksissa esiin tulleita näkökohtia hyödynnettiin esityksen valmistelussa.

Esityksestä pidettiin lausuntokierros ajalla 24.2.-7.4.2026. Lausuntopyyntö lähetettiin hyvinvointialueille sekä keskeisille valtion viranomaisille, ammattijärjestöille, potilasjärjestöille ja muille sidosryhmille.

## 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. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen määritelmän mukaan *Palliatiivinen hoito* on parantumaton, etenevä sairaus 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, psyykkisiin, sosiaalisiin ja henkisiin ja hengellisiin tarpeisiin vastaaminen. Hoito on moniammatillista, ja siinä korostuu vuorovaikutus.<sup>5</sup>

Palliatiivista 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

---

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

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

LUONNOS  
24.2.2026

palvelurakenteesta ja asiakkaan tilanteesta. Erityistason palliatiivista hoitoa annetaan esimerkiksi sairaaloissa, saattohoitokodeissa tai kotisairaalan turvin kotona tai asumispalveluissa.

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen mukaan hyvinvointialueen on järjestettävä alueensa asukkaiden sairaanhoito- ja hoivapalvelut. Sairaanhoito- ja hoivapalveluihin 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.

Hallituksen esityksessä HE 159/2025 vp esitetään mainittuun 1 momenttiin täsmennyksiä siten, että 1 ja 4 kohdassa säädetään palveluihin kuuluvan myös hoidon seuranta. Esityksen käsittely on alkuvuonna 2026 kesken eduskunnassa.

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen mukaan sairaanhoito on toteutettava potilaan lääketieteellisen tai hammaslääketieteellisen tarpeen ja käytettävissä olevien yhtenäisten hoidon perusteiden mukaisesti. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen mukaan sosiaali- ja terveysministeriö ohjaa valtakunnallisten yhtenäisten lääketieteellisten ja hammaslääketieteellisten hoidon perusteiden toteutumista. Ministeriö laatii yhdessä Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa yhtenäiset hoidon perusteet. Terveystieteiden 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 palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon.<sup>6</sup> Perusteiden sisältöä on käsitelty jaksossa 2.1.2.

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen mukaan hyvinvointialueiden järjestämävastuulla olevaan mielen- ja mielenterveyden hoitoon kuuluu terveydenhuollon palveluihin sisältyvä mielenterveyttä suojaavia ja sitä vaarantaviin tekijöihin liittyvä ohjaus ja neuvonta sekä tarpeenmukainen yksilön, perheen ja muiden läheisten psykososiaalinen tuki ja sen yhteensovittaminen.

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen mukaan hyvinvointialueen on järjestettävä alueensa asukkaiden kotisairaanhoito. Kotisairaanhoito on hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista tai 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 kotisairaalahoito on määräaikaista, tehostettua kotisairaanhoitoa. Se voi olla perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon tai niiden yhdessä järjestämää toimintaa. Kotisairaalahoitoon yhteydessä annettavat lääkkeet ja hoitosuunnitelman mukaiset hoitotarvikkeet sisältyvät hoitoon.

---

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

LUONNOS  
24.2.2026

Sairaanhoitoa koskevassa 24 §:ssä tai terveydenhuoltolaissa muuten ei erikseen säädetä palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta. Tällaisen hoidon antaminen kuitenkin kuuluu hyvinvointialueiden järjestämismääräysten 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. Potilaslain 5 §:n mukaan potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista 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 tietyistä hoidosta tai hoitotoimenpiteistä, 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 saadaan 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 toteuttamiskataulu. 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 vastaavatyypisesti 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.

LUONNOS  
24.2.2026

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. Ympäri- vuorokautisesta 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.

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. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain (612/2021, jäljempänä *sote-järjestämislaki*) 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 määrittämisestä, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhteensovittamisesta hyvinvointialueen muiden palvelujen kanssa sekä asiakasta koskevan tiedon hyödyntämisestä eri tuottajien välillä.

Sote-järjestämislain 3 luvussa säädetään sosiaali- ja terveystalveluiden 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 oma- valvonnasta 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 on palliatiivisessa hoidossa 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 alku-peräisten 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 Palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa hoitoa koskevat potilasryhmät, käytänteet ja nykytilan arviointi

##### *Palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa tarvitsevat potilasryhmät*

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

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

Palliatiivista 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 % palliatiivisen hoidon tarpeesta.
- Elinten vajaatoiminta ja etenevät pitkäaikaisairaudet, kuten sydämen vajaatoiminta, keuhko-ahtaumatauti, tietyt keuhkosairaudet, munuais- ja maksasairaudet, verisairaudet ja metaboliset taudit.
- Neurologiset sairaudet ja muistisairaudet: Esimerkiksi ALS (amyotrofinen lateraaliskleroosi), Parkinsonin tauti ja vaikea dementia.

LUONNOS  
24.2.2026

Lasten palliatiivinen hoito on harvinaista (alle 5 % kaikista palliatiivisen 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 palliatiivista hoitoa elämänsä loppuvaiheessa, ja vielä suurempi osa jo ennen sitä. Tähän arvioon ei kuitenkaan ole otettu mukaan ikääntymiseen kuuluvaa hiipumista ja sen mukanaan tuomaa vähittäin lisääntyvää palliatiivista hoidon tarvetta. <sup>7</sup> WHO:n dataan perustuen on esitetty arvio, että palliatiivista hoitoa tarvitsevia on vuosittain jopa 60 000.<sup>8</sup>

Palliatiivisen 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 palliatiivisen hoidon ja saattohoidon 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.

---

<sup>7</sup> Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa. Alueellinen kartoitus ja suositusehdotukset 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: Palliatiivisen hoidon järjestäminen Suomessa. Duodecim 2026;142:279–86

<sup>9</sup> Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatukriteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Saarto, Tiina ja asiantuntijatyöryhmä. Sosiaali- ja terveysministeriön 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 terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:68, saatavilla <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/161946>

Samana vuonna 2019 julkaistiin myös yhtenäisen kiireettömän 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 lääketieteellisiin ja hoidollisiin perusteisiin.

Yhtenäisen kiireettömän 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, päiväsaairaala, 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 monipuolisia palliatiivisen hoidon ja saattohoidon palveluita, kuten palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon erikoistunut poliklinikkatoiminta, konsultaatiotiimi, palliatiivinen vuodeosasto tai -vuodepaikat, saatto-osasto tai -koti, kotisairaala ja päiväsaaralatoiminta. 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 keskuksat järjestävät ympärivuorokautisen erityistason palliatiivisen hoidon konsultaatiotuen.

Vuonna 2021 sosiaali- ja terveysministeriö toteutti valtionavustushaun suosituksen toteuttamisen kehittämishankkeisiin. Kehittämishankkeen 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 kotihoiton henkilökunnan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisen kehittäminen, lasten ja nuorten palliatiivisen hoidon kehittäminen ja digitaalisten palvelujen kehittäminen kotisairaalassa 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 Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen käynnistämään Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon

---

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

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

laatutieto -projektin. Sen tavoitteena oli määrittellä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laadun seurantaan tarvittavat tiedot ja tietolähteet sekä tehdä ehdotuksia tarvittavista tiedonkeruista ja rakenteisesta kirjaamisesta. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laatusuositus valmisteltiin osana laatutieto-projektia, ja sen valmistelussa hyödynnettiin myös vuonna 2017 valmistuneen suosituksen osaamis- ja laatukriteereitä. Se julkaistiin vuonna 2022 nimellä Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus.<sup>14</sup> Laatusuosituksen tavoitteena on edistää yhdenvertaisen, laadukkaan ja hyvän 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, joille suositus on kuvaus palliatiivisesta hoidosta ja sen laadusta sellaisena, kun sitä on edellytys odottaa.

Laatusuositus perustuu edellä kuvattuun perustason (A), erityistason (B) ja vaativan erityistason (C) määrittelyyn. Laatusuosituksessa kuvataan matriisimallin mukaisesti palliatiivisen hoidon kuusi horisontaalista ja neljä vertikaalista laatualuetta, joille on määritelty laatukriteereitä ja alustavia esimerkkejä laatuindikaattoreista. Horisontaaliset laatualueet ovat oikea-aikainen hoitoon pääsy ja saumaton hoidon jatkuvuus, ennakoiva hoidon suunnittelu, kokonaisvaltainen yksilö- ja perhekeskeinen hoito (sisältää kolme laatualuetta, jotka ovat yksilökeskeinen, elämäntilaa ylläpitävä hoito, vaikuttava oirehoito sekä psykososiaalinen, henkinen ja hengellinen tuki, läheisen tukeminen ja osallisuuden mahdollistaminen) sekä inhimillinen saattohoito ja arvostava kuoleman jälkeinen tuki. Vertikaaliset laatualueet ovat riittävä henkilöstö ja tarkoitukseenmukaiset 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 laatuindikaattoreiden jatkekehittäminen 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 laatutieto -projektin loppuraportti<sup>15</sup> Laatusuositus ohjasi myös vuosien 2021–2025 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

---

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

<sup>15</sup> Kohti palliatiivisen hoidon laaturekisteriä. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laatutieto -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>

LUONNOS  
24.2.2026

erityisvastuualueilla ja myöhemmin hyvinvointialueilla valtionavustuksin tuetuin kehittämishankkeiden muodossa. Kehittämistyö perustui STM:n suosituksiin 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 osaja- 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. Säännösten selkeyttäminen tukisi palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisen ja saatavuuden varmistamista ja palveluiden yhdenvertaista saatavuutta valtakunnallisesti, hallitusohjelman linjausten mukaisesti. Seuraavassa kuvataan yksityiskohtaisesti palliatiivisen hoidon ja saattohoidon nykytilaa FinPall-hankkeen loppuraportin pohjalta.

Loppuraportin mukaan kotisairaaloiminnan alueellinen kattavuus on parantunut merkittävästi. Edelleen haasteita tuovat kotisairaaloiden pula henkilöstöresursseista sekä palliatiivisen hoidon erityisosaamisesta. Tämä rajoittaa kotisairaaloiden tukea kotihoidolle ja asumispalveluille, jotta laadukas palliatiivinen hoito voidaan turvata erityisesti iäkkäille ihmisille. Vanhuspalveluyksiköt täytyy raportin mukaan systemaattisemmin integroida palliatiivisiin palveluketjuihin kotisairaaloiden ja liikkuva sairaala -mallin mukaisesti ja näin vakiinnuttaa palliatiivisen hoidon taso vanhuspalveluyksiköissä. Kotisairaaloiminnan ja etenkin kotisaattohoidon kulmakivenä ovat kotisairaaloiden tukiosastot. Kotoa tulee päästä tarvittaessa osastohoitoon saumattomasti ilman tarpeettomia päivystyskäyntejä.

Erikoissairaanhoidon keskittämisesetuksissa keskitettyjä tehtäviä varten ja palliatiivista hoitoa koskevien suosituksen mukaisesti yliopistollista sairaalaa ylläpitävät hyvinvointialueet ja HUS-yhtymä ovat perustaneet palliatiiviset keskuksat. Kaikkiaan kolmessa neljäsosassa hyvinvointialueesta on hankkeen päättyessä perustettu palliatiivinen keskus. Joillakin hyvinvointialueilla palliatiiviset keskuksat muodostavat oman yksikkönsä organisaatiossa. Osalla keskus on verkostomainen ja osalta puuttuu kokonaan.

Palliatiiviset keskuksat tarjoavat erityistason ja vaativan erityistason palveluita alueensa asukkailla. Loppuraportin mukaan palliatiivisten keskusten perustaminen on osoittautunut toimivaksi tavaksi järjestää erityistason palvelut ja konsultaatiotuki sekä vastata koko palliatiivisesta hoitoketjusta hyvinvointialueilla. Niiden toiminta mahdollistaa erityisosaajien ammatillisen kehittymisen. Parantuneesta saatavuudesta huolimatta palliatiivisten keskusten konsultaatiotoimintaa tulee edelleen kehittää. Hankkeen aikana kehitetty psykososiaalisen tuen malli ja

psykososiaalisen tuen ammattilaisten integrointi palliatiivisten keskusten moniammatillisiin tiimeihin on parantanut psykososiaalisen tuen tarpeen tunnistamista ja saatavuutta.

Päivystysaikainen palliatiivisen hoidon tuki on osoittautunut tarpeelliseksi. Loppuraportin mukaan palliatiivisen hoidon päivystystuki tulisi olla saatavilla 24/7, jotta palvelu voidaan jalkauttaa ja turvata vaativissa tapauksissa sekä tarjota konsultaatiotuki ilman aikarajauksia. Päivystysaikaista erityistason konsultaatiotoimintaa on käynnistetty viikonloppuisin paikoin Etelä- ja Sisä-Suomessa. Muualta Suomesta se vielä puuttuu.

Asumispalveluyksiköiden ja kotihoidon henkilökunnan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamista kehitettiin palliatiivisen hoidon palvelujen tuottaminen ja laadun parantaminen -ohjelmassa. Kaikilla hyvinvointialueilla on järjestetty koulutusta alueiden asumispalvelun ja kotihoidon yksiköissä. Hankkeessa luotiin asiantuntijasairaanhoitajien verkosto ja malli, jonka avulla voidaan taata koulutusten jatkuvuus. Nämä on otettu käyttöön osalla hyvinvointialueita. Valtakunnallinen palliatiivisen hoidon ja saattohoidon perustason täydennyskoulutusmalli on valmistunut ja sen koulutusmateriaalit ja koulutusvideot ovat kaikkien ammattilaisten käytettävissä. Yhteistyössä Saava-hankkeen<sup>19</sup> kanssa on tuotettu ohjeistus vapaaehtoistoiminnan käynnistämiseksi eri yksiköissä<sup>20</sup>. Loppuraportissa todetaan, että osaamisen vahvistaminen ja täydennyskoulutusten ylläpitäminen edellyttää palliatiivisen hoidon kliinisten asiantuntijasairaanhoitajien 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 aikuisten ja lasten toimijoiden kesken.

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

---

<sup>19</sup> <https://www.sphy.fi/saava/>

<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>

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.

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

Palliativinen 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 palliativista hoitoa ja saattohoitoa koskeva 24 a §. Pykälässä ehdotettiin säädettävän kunnan (nykyisin siis hyvinvointialueen) velvollisuudesta järjestää palliativinen hoito ja saattohoito sekä palliativisen hoidon ja saattohoidon määritelmä. Lisäksi ehdotettiin säädettävän, että palliativinen 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 monipuoliset ja moniammatilliset erityistason palliativiset keskuskeskukset sekä koko sairaanhoitopiirin kattavat palliativiset kotisairaalaverkostot, joita koskevat palvelut tulee olla saatavilla 24 tuntia joka vuorokausi. Lisäksi ehdotettiin säännöstä, että yliopistosairaanhoitopiireissä tulee olla palliativiset keskuskeskukset, jotka vastaavat vaativan erityistason palliativisen hoidon palveluista koko erityisvastuualueella ja jotka vastaavat lasten ja nuorten palliativisen hoidon ja saattohoidon toteuttamissuunnitelmien laadinnasta. Pykälän ehdotettiin myös asetuksenantovaltuutta antaa tarkempia määräyksiä palliativisen hoidon ja saattohoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta asetuksella.

Työryhmä totesi, että terveydenhuoltolain osittainen tarkistaminen pelkästään lisäämällä uudenlaisia palliativista hoitoa ja saattohoitoa koskevia säännöksiä on monisyinen kysymys, koska laki ja asetus sisältävät jo nyt myös näitä hoitoja koskevia säännöksiä. On ilmeistä, että palliativista 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 palliativisen 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.

Palliativista hoitoa ja saattohoitoa tarvitaan monien eri sairausryhmien kohdalla osalta, eivätkä niihin liittyvät hoitomenetelmät liity vain yhteen lääketieteellisen erikoisalaan, kuten syöpätautien erikoisalaan. Nykyaikainen palliativinen hoito ja oireiden hoito on monierikoisalaista ja moniammatillista ja saattaa sisältää myös esimerkiksi palliativisia kirurgisia leikkauksia ja toimenpiteitä. Lääkäriliitto myöntää lääkäreille palliativisen hoidon erityispätevyksiä tietyn

---

<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>

<sup>23</sup> STM 2021:23, s. 57–59

LUONNOS  
24.2.2026

edellytyksin. Palliatiivinen hoito ei kuitenkaan ole oma erillinen erikoisalansa eikä Suomessa ole erillistä palliatiivisen hoidon erikoislääkäriohjelmaa. Sosiaali- ja terveysministeriölle on tehty aloite palliatiivisen erikoisalalan perustamisesta. Uuden lääketieteen erikoisalalan 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 palliatiivinen hoito ja saattohoito. Lisäksi säätämällä palliatiivisen 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 palliatiivisia 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 palliatiivinen keskus. Se, toimiiko keskus omana organisaatiossa määriteltynä yksikkönään vai onko palliatiivisen keskuksen palvelut ja osaaminen toteutettu hyvinvointialueen rakenteissa verkostomaisesti, ei ole keskeistä, kunhan potilas saa palvelut tavoitteiden mukaisesti. Jo voimassa olevan erikoissairaanhoidon keskittämisesetuksen nojalla yliopistollista sairaalaa ylläpitäville hyvinvointialueille ja HUS-yhtymälle on keskitetty vaativa palliatiivinen hoito ja saattohoito, ja ne ylläpitävät tehtävän hoitamiseksi palliatiivisia keskuksia, vaikkei velvoitetta juuri palliatiivisten 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, hyvinvointialuelaisissa ja sote-valvontalaissa on paljon palveluiden toteuttamista ohjaavaa lainsäädäntöä. Vaikka terveydenhuoltolakia voidaankin täsmentää siten, että säädetään nimenomaisesti hyvinvointialueen velvoitteesta järjestää laissa määritelty palliatiivinen 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 terveyskeskuksesta 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 kotisairaanhoitoa 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 kestävä 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 erikoissairanhoidon hoitopaikan valinnasta. Terveydenhuoltolain 47 §:n 3 momentin mukaan, jos lääkäri tai hammaslääkäri arvioi, että henkilö tarvitsee erikoissairanhoidon palveluja, henkilö voi valita hoidon antavan hyvinvointialueen erikoissairanhoidon 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 kiirettömän 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 asiakaslähtöisempään palveluprosessiin, 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 asiakastytyväisyyttä. Joustavampi valintamahdollisuus hyödyttää erityisesti potilaita, jotka asuvat vuoden aikana usealla paikkakunnalla ja joiden palvelutarpeisiin nykyinen, ja joille terveydenhuoltolain 48 §:n 1 momentin mukainen, hoitosuunnitelmaan sidottu valintaoikeus ei riittävästi vastaa. Lisäksi nykyistä joustavampi mahdollisuus valita hoitopaikka auttaa niitä potilaita, jotka

**LUONNOS**  
**24.2.2026**

ovat tyytymättömiä terveyskeskukseensa tai -asemaansa ja mahdollistaa siirtymisen toisen aseman asiakkaaksi sujuvammin.

Terveyden 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 potilastietojärjestelmästä 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 Terveyden 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 vajuus 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 merkittävä osa vaihtajista vaihtaa hyvinvointialueen sisällä, ja vain pieni osa vaihtaa 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). Terveydenhuoltolain 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 tarkoitettussa opetuksessa tai koulutuksessa oleville oppilaille ja opiskelijoille heidän kotipaikastaan riippumatta. Opiskeluhuollon psykologipalvelut ovat osa oppilas- ja opiskelijahuoltolain mukaisia

LUONNOS  
24.2.2026

opiskeluhuollon palveluja. Lainsäädännön selkeyden ja yhdenmukaisuuden vuoksi on perusteltua lisätä 17 a §:ssä tarkoitettua opiskeluhuollon psykologipalvelut 47 §:n 2 momentin säännökseen, 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 omaan 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 lähtökohdaksi 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 omaan alueensa ulkopuolelle, on perusteltua ulottaa myös muihin kotiin annettaviin palveluihin. Järjestämisvastuun yhtenäistäminen estäisi tilanteet, joissa hoitopaikan valinta johtaisi perusteettomaan velvoitteeseen palvelujen toteuttamisesta toisen hyvinvointialueen alueella. Samalla säännösmuutos selkeyttäisi hyvinvointialueiden vastuuta ja oman alueen sisällä toimimiseen sidottua järjestämislogiikkaa.

#### *Hoitopaikan vaihtamisen menettely*

Voimassa olevan terveydenhuoltolain 47 §:n 1 momentin mukaan perusterveydenhuollon hoitopaikan eli terveyskeskuksen tai -aseman vaihtamisesta ilmoitetaan kirjallisesti. Säännöksen esitöissä (HE 90/2010 vp) ei käsitellä asiaa nimenomaisesti, mutta voidaan olettaa, että säännöksen tarkoitus on, että suullinen ilmoittaminen ole riittävää, ellei sitten järjestäjä tällaisinkin ilmoittamista salli. ”Kirjallisesti” tehtävän ilmoituksen käsitteellä on tuskin tarkoitettu poissulkeva sähköisen asioinnin mahdollisuutta, mutta ainakaan käytännössä säännöstä ei ole tulkittu siten, että siinä velvoitetaan hyvinvointialueita vastaanottamaan ja käsittelemään ilmoituksia sähköisesti.

Sähköistä viranomaisasiointia koskee oma lainsäädäntönsä. Sähköisestä asioinnista viranomais-toiminnassa annettua lakia (13/2003) sovelletaan muun muassa hallintoasian sähköiseen vireillepanoon, käsittelyyn ja päätöksen tiedoksiantoon, jollei muualla laissa toisin säädetä. Lakia sovelletaan soveltuvin osin myös muussa viranomaistoiminnassa. Lain 9 §:n 1 momentin mukaan vireillepanossa ja asian muussa käsittelyssä vaatimuksen kirjallisesta muodosta täyttää myös viranomaiselle toimitettu sähköinen asiakirja. Digitaalisten palveluiden tarjoamisesta annettua lakia (306/2019, jäljempänä *digipalvelulaki*) sovelletaan myös hyvinvointialueiden viranomaisiin. Lain 5 §:n 1 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 asiassaan viranomaisten sähköisten viestien ja asiakirjojen vastaanottamiseen hallinnon yhteisistä sähköisen asioinnin tukipalveluista annetussa laissa (571/2016) tarkoitettua

viestinvälityspalvelua tai muuta riittävän tietoturvallista sähköistä tiedonsiirtomenetelmää, jos viranomainen voi toimittaa viestin tai asiakirjan sähköisessä muodossa.

Digipalvelulain esitöiden mukaan sähköisten julkisten palveluiden ensisijaisuuden saavuttamiseksi on olennaisen tärkeää, että viranomaiset järjestävät henkilöiden asemaan, oikeuksiin ja velvollisuuksiin liittyvät digitaaliset palvelut ja sähköisen asioinnin niin, että sähköinen asiointikanava on käytettävissä muiden asiointimahdollisuuksien ohella. Myös muiden, vaihtoehtoisten kanavien ja asiointitapojen saatavilla olosta on huolehdittava tarkoituksenmukaisella tavalla. Säännös ei sen esitöiden mukaan aseta hallinnon asiakkaalle digitaalisten palvelujen käyttövelvoitetta. Palvelujen tarjoamisvelvollisuus koskee viranomaisia. Säännöksessä ei rajata minkälaisia viestejä hallinnon asiakas voisi lähettää viranomaisen tarjoaman digitaalisen palvelun tai muun sähköisen tiedonsiirtomenetelmän avulla, vaan velvollisuus koskee vain viestintämahdollisuuden tarjoamista asiointitarpeen hoitamiseksi. Viestit voivat liittyä esimerkiksi asian vireille panemiseen ja tietopyynnön tai neuvontapyynnön esittämiseen. Esitöissä tuodaan myös esiin, että sähköisestä asioinnista viranomaistoiminnasta annetun lain 9 §:n sääntely ei edellytä viranomaista erikseen mahdollistamaan asiakirjojen toimittamista sähköisessä muodossa, mutta digipalvelulain nojalla on tarkoitus asettaa siis velvoite tarjota hallinnon asiakkaalle mahdollisuus hoitaa asiansa sähköisessä muodossa sähköisiä tiedonsiirtomenetelmiä käyttäen (HE 60/2018 vp, s. 66). Digipalvelulain 4 §:ssä säädetään digitaalisten palveluiden suunnittelusta ja ylläpidosta. Pykälässä muun ohella säädetään, että viranomaisen on suunniteltava ja ylläpidettävä digitaaliset palvelunsa siten, että niiden tietoturvasuus, tietosuoja, löydettävyyden ja helppokäyttöisyys on varmistettu. Lain 6 §:n mukaan viranomainen voi vaatia digitaalisessa palvelussa käyttäjältä sähköistä tunnistamista vain, jos se on tarpeen palvelun tai sen tietosisältöön liittyvien käyttöoikeuksien varmistamiseksi tai palvelussa tehtävään toimeen liittyvien oikeusvaikutusten vuoksi. Laissa säädetään kattavasti saavutettavuuteen liittyvistä velvoitteista.

Digipalvelulain 3 §:n mukaan kyseisen lain 2 luvun, eli myös mainittuja 4–6 §:n, säännöksiä sovelletaan yleisölle tarjottaviin viranomaisen digitaalisiin palveluihin ja muihin sähköisiin tiedonsiirtomenetelmiin, jollei muualla laissa toisin säädetä.

Sähköistä asiointia koskevan lainsäädännön ja terveydenhuoltolain 47 §:n 1 momentin hoitopaikan valintaa koskevan menettelysääntelyn suhde ei ole täysin selvä. Hoitopaikan vaihtoa koskeva asia on asioimista hyvinvointialueen viranomaisen kanssa, ja hoitopaikan valinnan tekeminen soveltuu sähköiseen asiointiin. Täten lainsäädäntöä voidaan tulkita siten, että hoitopaikan valintaan tulisi jo nyt soveltua digipalvelulain 5 §:n mukainen velvoite tarjota mahdollisuus sähköiseen asiointiin. Terveysministeriön 47 §:n 1 momentin sääntelyä, on myös mahdollista tulkita poikkeussäännökseksi digipalvelulain sääntelystä, jos ”kirjalliseen” ilmoittamiseen liittyvän sanamuodon tulkitaan tarkoittavan yksinomaan paperilla tehtävää ilmoittamista. Tällainen tulkinta kuitenkin tuntuu epäloogiselta ottaen huomioon, että terveydenhuoltolain hallituksen esitys annettiin ja laki tuli voimaan aikana, jolloin sähköinen asiointi oli jo mahdollista hallinnossa, eli vuonna 2010–2011.

Osana hallituksen esityksen valmistelua sosiaali- ja terveysministeriö piti hyvinvointialueiden perusterveydenhuollon johdon edustajille keskustelutilaisuuden ja lähetti hyvinvointialueille kirjallisia kysymyksiä perusterveydenhuollon hoitopaikan valintaan liittyvistä käytännöistä. Keskustelutilaisuuteen osallistui edustajia 16 alueelta, ja 13 hyvinvointialuetta toimitti kirjalliset vastaukset ministeriön esittämiin kysymyksiin. Vastausten perusteella osalla alueita on käytössä hyvinvointialueen sisäisissä vaihdoissa sähköinen alusta, joka edellyttää vahvaa tunnistautumista, kun taas osassa käytössä on vain paperilomakkeet. Hyvinvointialueiden rajat ylittävissä tilanteissa ei ole käytössä sähköistä alustaa. Yhden vastanneen hyvinvointialueen alueella

on käytössä laaja valinnanvapaus, jossa potilas voi asioida millä hyvinvointialueen asemalla vain. Vastausten perusteella hyvinvointialueilla toimitaan niin, että vaikka alueen käytössä on sähköisen alusta vaihtoilmoituksen tekemiseen, tieto vaihdosta viedään manuaalisesti potilastietojärjestelmään.

Sosiaali- ja terveysministeriö teetti konsulttiyhtiö NHG:llä esiselvityksen valinnanvapausprosessin digitalisoinnista (8.10.2024). Myös esiselvityksessä tuli esiin, että alueilla on erilaisia käytäntöjä siitä, miten hoitopaikan valinnan voi suorittaa. Sen lisäksi, mitä vastauksissa ministeriön esittämiin kysymyksiin tuli esille, esiselvityksen mukaan osa alueista mahdollistaa vaihdon myös vapaamuotoisella Suomi.fi –viestillä. Esiselvityksen mukaan digitaalisissa lomakkeissa on paljon eroja. Lomakkeet sisältävät sisällöllisesti samoja tietoja, mutta toteutukset voivat poiketa toisistaan merkittävästi. Suhteellisesti pienestä vaihtomäärästä huolimatta vaihdot ovat työläitä. Toteutustavasta huolimatta tiedot on siirrettävä alueella käytössä olevaan potilastietojärjestelmään käsin, joka on hidasta. Vaihdon lomakkeella voi esimerkiksi olla vapaamuotoisesti ilmaistu uuden terveyskeskuksen nimi mutta potilastietojärjestelmään on laitettava terveyskeskuksen koodi. Tämä ei välttämättä ole sama kuin kansallisesti käytössä oleva koodi.

Pääministeri Orpon hallituksen ohjelmassa linjataan, että mahdollistetaan terveydenhuoltolain määrittelemän kiireettömän hoidon hoitopaikan uusi valinta kolmen kuukauden välein sekä valinnan tekeminen digitaalisesti. Voimassa olevan terveydenhuoltolain 47 §:n 1 momentin sanamuoto ei estä sähköistä ilmoittamista, mutta ilmoittamiseen liittyy edellä kuvatulla tavalla erilaisia käytänteitä ja lainsäädännöllistä epäselvyyttä. Sähköinen asiointi on arkipäivää hallinnossa, ja on perusteltua varmistaa, että asiakkaiden käytettävissä on sähköinen asiointitapa.

Sosiaali- ja terveysministeriö konsulttiyhtiö NHG:llä teettämän esiselvityksen tarkoituksena oli arvioida erilaisia toteutusvaihtoehtoja (miten prosessi voitaisiin digitalisoida) sekä kuka tai ketkä toimijat voisivat toteuttaa digitaalisen ratkaisun. 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 etenemine kohti kansallista palvelua olisi suositeltavin ratkaisu, mutta epävarmuustekijät eivät puolla kokonaisvaltaisen ratkaisun rakentamista välittömästi. Paras vaihtoehto olisi edetä vähitellen kohti kokonaisvaltaisempaa palvelua ja tarvittaessa muuttaa tavoitetta, kun aiheesta olisi opittu enemmän. Vaiheittainen eteneminen on myös kaikkein kustannustehokkain ratkaisu. Selvityksessä arvioitiin eri toimijoihin liittyviä hyviä ja huonoja puolia.

Tämän hallituksen esityksen valmistelussa arvioitiin kansallisen toteutuksen vaihtoehtoa, ja parhaaksi vaihtoehdoksi lähtökohtaisesti arvioitiin Kansaneläkelaitoksen Kanta-palveluihin tehtävä toteutus. Jatkovalmistelussa kuitenkin arvioitiin, etteivät resursseihin ja aikatauluun liittyvät syyt puolla keskitetyn kansallisen ratkaisun tekemistä.

Lainsäädäntöä voidaan siis tulkita siten, että digipalvelulain tultua voimaan 1.4.2019 hyvinvointialueilla on jo ollut velvoite tarjota mahdollisuus tehdä ilmoitus hoitopaikan valinnasta käyttäen digitaalisia palveluita tai muita sähköisiä tiedonsiirtomenetelmiä. Tällainen asiointimahdollisuus on sinänsä melko yksinkertaista toteuttaa esimerkiksi siten, että hyvinvointialue ottaa vastaan hoitopaikan vaihtoilmoituksen hallinnon yhteisistä sähköisen asioinnin tukipalveluista annetun lain mukaisen viestinvälityspalvelun (suomi.fi viestit) kautta, mutta muunlaisetkin ratkaisut ovat mahdollisia. Yksinkertaisin tapa toteuttaa hallitusohjelman kirjaus on selkeyttää lainsäädäntöön, että hoitopaikan valinnan voi tehdä kirjallisesti sähköisesti tai paperilla, mutta ei sitoa sähköistä ilmoittamista mihinkään tiettyyn sähköiseen palveluun ja toimintamalliin. Toiminnallisella tasolla tämä tosin johtanee erilaisiin alueellisiin ratkaisuihin.

Terveydenhuoltolain 48 §:n 1 momentissa säädetään mahdollisuudesta asioida pitkäaikaiseen oleskeluun perustuen toisen hyvinvointialueen alueella sijaitsevassa terveyskeskuksessa tai -asemassa hoitosuunnitelmaan perustuvien hoitojen ja tutkimusten saamiseksi. Pykälän 2 momentin mukaan terveyskeskuksen tai -aseman valitsemiseksi henkilön on tehtävä ilmoitus valinnastaan noudattaen, mitä 47 §:n 1 momentissa säädetään. Terveydenhuoltolain 47 §:n 1 momenttiin tehtävät täsmennykset koskisivat myös 48 §:n mukaisia hoitopaikan valintaa koskevia ilmoituksia.

NHG:n esiselvityksessä arvioituja vaihtoehtoja sekä Kanta-palveluun perustuvaan ratkaisuvaihtoehtoon liittyviä seikkoja on kuvattu tarkemmin jaksossa 5.1.

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

#### **2.3.1 Hoitoon pääsyn enimmäisaikojen toteutumista koskevien tietojen julkaisua koskeva lain-säädäntö**

Terveydenhuoltolain 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 määrämuotoiseen ja aikarajoitteiseen psykososiaaliseen hoitoon) koskevat hoitoon pääsyä perusterveydenhuollon palveluihin. Lain 51 c § (Pääsy perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavaan erikoissairaanhoidon), 52 (Erikoissairaanhoidon pääsy) ja 53 §: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 kuntoutustapah-tuma 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 terveysongel-mansa 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 haakeutumisen 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 perusteella 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 perusteella 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 määritetty yksilöllinen tutkimus- tai hoitoväli.

Jos neuvolapalveluihin tai koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvan suun määräämisen terveystarkastuksen suorittaa muu suun terveydenhuollon ammattihenkilö kuin hammaslääkäri

LUONNOS  
24.2.2026

ja ammattihenkilö toteaa tarpeen hammaslääkärin tutkimukselle tai hoidolle, pääsy hammaslääkärille on järjestettävä neljän viikon kuluessa palvelun tarpeen toteutamisesta. 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 erikoissairaanhoitoa 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 erikoissairaanhoitoa 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 psykiatriassa erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut hyvinvointialueen sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoitoa 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 psykiatrinen erikoissairaanhoito on 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

LUONNOS  
24.2.2026

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 terveystilaa 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 kotikuntalaissa (201/1994) tarkoitettua kotikuntaa Suomessa, on oikeus saada terveydenhuoltopalveluja terveydenhuoltolain 50 §:n mukaisesti (eli kiireellisiä palveluja) sekä oikeus saada terveydenhuollon ammattihenkilön välttämättömiksi arvioimia muita terveystilaa. 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 velvoitteen tarjota tilapäistä suojelua saaville sekä alle 18-vuotiaille kansainvälistä suojelua hakeville ja ihmiskaupan uhreille kiireetön hoito terveydenhuoltolain vastaavien enimmäisaikojen puitteissa. Vastaanottolain ei kuitenkaan ole nimenomaisia hoitoon pääsyn enimmäisaikojen 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 tunnusluvut 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 terveydenhuollon järjestäviltä viranomaisilta sekä palveluja tuottavilta sosiaali- ja terveydenhuollon 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 hoitoilmoitusjärjestelmäkokoaisuutta (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, terveyskeskuksesta ja muusta terveydenhuollon toimintayksiköstä. Jos toimintayksikön alaisuudessa on terveysasema, 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 terveysministeriön 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 (siirtymä kautena 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 (siirtymä kautena 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 hoitoon pääsyn 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

**LUONNOS**  
**24.2.2026**

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 enimmäisaikojen noudatetaan. Sote-valvontalain 23 §:ssä säädetään palvelunjärjestäjien eli myös hyvinvointialueiden veloitteesta suorittaa omavalvontaa, jonka osana palvelunjärjestäjän on muun muassa varmistettava omien sekä hankkimiensä 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 muista hyvinvointialueista 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 ne 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. Potilaalla on myös mahdollista 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 odotusaikojen koskevien tietojen julkaisulla toteutetaan säännöksen alkuperäisten perustelujen mukaan viranomaisen toiminnan julkisuudesta annetun lain (621/1999) 20 §:n mukaista veloitetta edistää toimintansa avoimuutta ja tässä tarkoituksessa tarvittaessa laadittava muun muassa tilastoja ja muista tietoaineistoista 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 erikoissairaanhoidon tarjoavien yksiköiden hoitoon pääsyn toteutumisesta. Vuodesta 2021 alkaen on erikoissairaanhoidon hoitoon pääsy rekisterin tiedot kerätty ja julkaistu kerran kuukaudessa tietokantoihin. Tilastoraportti tehdään kerran vuodessa. Tiedot kerätään erikoissairaanhoidon tarjoavista yksiköistä kerran kuukaudessa poikkileikkauspäivänä, joka on aina kuukauden viimeinen päivä. Tietojen toimittaminen laitokselle on pakollista ja perustuu Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta annettuun (668/2008). 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. 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 esiintyy vaihtelua siitä, mihin tietoihin linkit on laitettu. Hyvinvointialueet pääosin linkkaavat edellä mainitun tilaston tiedot tai toisintavat sen sivuillaan. Kuitenkin muutaman hyvinvointialueen sivuilla on 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 hoitopaasytietoja ei ole päivitetty lainkaan vuonna 2025.

Koska THL tuottaa erikoissairaanhoidon hoitopaasytietoja 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 olevana palveluna sekä näiden hoitojen määrittelyä 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. Selkeyttämällä lainsäädäntöä siitä, että perusterveydenhuollon hoitopaikan valinnan voi tehdä sähköisesti, edistettäisiin joustavaa viranomaisasiointia.

Tiivistämällä velvoitetta, kuinka usein erikoissairaanhoidon hoitoon pääsyn enimmäisaikojen toteutumisesta tulee julkaista tietoa hyvinvointialueiden internet-sivuilla, 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

---

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

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. Laissa täsmennettäisiin, että kirjallisen ilmoituksen hoitopaikan valinnasta voi tehdä sähköisesti tai paperilla.

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.

## 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. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämisvastuun säätämisessä olisi kyse hyvinvointialueilla jo olevan tehtävän tarkemmasta, nimenomaisesta kirjaamisesta lainsäädäntöön. Sen sijaan esityksessä ei velvoitettaisi hyvinvointialueita toteuttamaan hoitoa jollain tietyllä tavalla, joka voisi johtaa kustannusten nousuun ja ei esimerkiksi velvoitettaisi perustamasta tietyntylaisia 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 laatuun ja palveluketjujen sujuvuutta koskevaan sääntelyyn. Esitys ei myöskään vähennä velvoitteita, joten sillä ei voida arvioida olevan myöskään kustannuksia vähentäviä vaikutuksia 9 §:n 1 momentissa tarkoitettulla tavalla.

Siitä, että laissa erikseen säädettäisiin palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämisestä hyvinvointialueiden tehtävänä ja näiden hoitojen määritelmästä voi lisätä joidenkin alueiden kustannuksia ainakin lyhyellä aikavälillä, jos lakisääteisen järjestämisvastuun täsmentäminen johtaa hoito- ja toimintakäytänteiden kehittämiseen. Suoraan lakimuutosehdotuksesta seuraavaan kustannusvaikutuksen ei arvioida kuitenkaan olevan merkittävä. Se, että hyvinvointialueet järjestäisivät jatkossa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon suositusten mukaisesti yhä hoito- ja palveluketjuja ja hoidon suunnitelmallisuutta kehittäen, antaa myös merkittävän potentiaalín 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 tai vähentää hyvinvointialueille kohdennettavasta rahoituksesta.

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

#### *Hoitopaikan valinta ja vaihdon tekeminen sähköisesti*

Se, että säädettäisiin asiakkaiden mahdollisuudesta vaihtaa perusterveydenhuollon hoitopaikka nykyistä useammin taikka että lainsäädäntöä selkeytettäisiin siten, että hoitopaikan valinnan voi tehdä sähköisesti, 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 eikä sillä muuten olisi vaikutuksia valtiontalouteen.

Nykytilan arviointia koskevassa jaksossa (2.2.2) todetaan, että lainsäädäntöä on siis mahdollista tulkita siten, että digipalvelulain tultua voimaan 1.4.2019 hyvinvointialueilla on jo ollut velvoite tarjota mahdollisuus tehdä ilmoitus hoitopaikan valinnasta käyttäen digitaalisia palveluita tai muita sähköisiä tiedonsiirtomenetelmiä. Tällainen asiointimahdollisuus on melko yksinkertaista toteuttaa esimerkiksi siten, että hyvinvointialue ottaa vastaan hoitopaikan vaihtoa koskevan ilmoituksen suomi.fi viestien kautta, jos se ei ole kehittänyt omaa sähköistä lomakettaan tai asiointialustaa, jolla vaihdon voi ilmoittaa. Suomi.fi -viestien käyttämisestä ei aiheutuisi alueille varsinaisia uusia tietojärjestelmäkustannuksia, koska palvelu olisi niiden käytettävissä jo nyt. Lain täsmennys voi johtaa siihen, että hyvinvointialueet kehittävät omia ratkaisujaan, josta aiheutuisi niille kustannuksia.

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 henkilöstöresursseja ilmoitusten käsittelyä ja potilasjärjestelmiin 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 ne 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.

**LUONNOS**  
**24.2.2026**

Joitain terveysasemia on ulkoistettu eli niiden palvelut tuottavat yksityiset terveydenhuollon palveluntuottajat, ja hyvinvointialueiden omissa 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 periä 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 periä 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 perittävissä maksuissa ei huomioida toisen hyvinvointialueen alueella 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 alueelta kalenterivuoden aikana, jos asiakas käyttäisi palveluja useamman hyvinvointialueen alueella. 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.

Käytännössä edellä kuvattu sääntely tarkoittaa, että matka korvataan enintään sen mukaan, mitä se maksaa vakinaisesta kotiosoitteesta oman hyvinvointialueen lähimpään terveyskeskukseen, jossa on saatavilla henkilön tarvitsemat terveystalvelut. Jos siis henkilö vaihtaa hoitopaikkaan muun terveyskeskuksen tai -aseman kuin sen keskuksen tai aseman, joka on lähimpänä hänen kotiaan, hänelle voi tulla itse maksettavia kustannuksia enemmän kuin itselle lähin keskus tai asema valitessa. Ehdotettu lainmuutos ei tuo muutosta matkakustannusten korvausten käytänteisiin. Asiakkaille, jotka päättävät vaihtaa nykyistä tiiviimmin hoitopaikkaansa esimerkiksi useamman eri hyvinvointialueen 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 säädetyissä enimmäisajoissa, sen on järjestettävä ne hyvinvointialueesta annetun lain (611/2021) 9 §:n 1 momentissa tarkoitettulla 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) tarkoitettuna. Hyvin saatavilla oleva tieto erikoissairaanhoidon hoitoon pääsystä voi johtaa parempaan tietoisuuteen hoitajanoista 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 valintaoikeuden 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 nukutusta tai puudutusta vaativia toimenpiteitä voidaan hankkia yksityisiltä palveluntuottajilta. Potilaan käyttäessä oikeuttaa 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 niidenkin asiakasmääriin arvioidaan myös hyvin vähäiseksi. Yritysten tunnettavuus valinnanvapausasiakkaiden keskuudessa on hyvä jo nyt.

#### 4.2.2 Vaikutukset viranomaisten toimintaan

##### *Palliatiivinen 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 palliatiivisen 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 kehitystyöhön.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on osallistunut elämän loppuvaiheen hoidon kansalliseen kehittämiseen, ja esitys on linjassa niiden suositusten ja laatuksiteereiden 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 ja vaihdon tekeminen sähköisesti*

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 tullen ilmi hoitoon hakeutuva pyrkii löytämään terveysaseman, jolla hoitoon pääsy on tilastojen nojalla nopeampaa ja vaihtaa tämän takia terveysasemaansa, jos hän ei saa omalta asemaltaan

hoitoaika 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 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 laajemmat 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 toimiessa 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 opiskeluhuollon psykologipalvelut, kotiin annettavat palvelut) selkeyttäisi järjestämisvastuuseen liittyviä vastuita. Jo voimassa olevan sääntelyn mukaan hyvinvointialueen ei tarvitse järjestää kotisairaanhoidon omaan alueensa ulkopuolella. 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 muutos lähinnä selkeyttäisi lainsäädäntöä mahdollisesti esiin tulevien tilanteiden varalta.

Sääntelyn selkeyttäminen siitä, että ilmoitus hoitopaikan valinnasta tulee voida tehdä sähköisesti, johtaa niillä alueilla, joilla ilmoitusta ei voi nyt tehdä sähköisesti, tarpeeseen ratkaista

sähköisen asiointitavan malli. Koska esityksessä ei ehdoteta tehtäväksi yhtenäistä kansallista ratkaisua, johtaa tämä todennäköisesti alueellisesti erilaisiin käytänteisiin, eikä tieto todennäköisesti tule siirtymään eri alueiden järjestelmien välillä. Käytännössä tämä tarkoittaa, että ainakin hyvinvointialueiden rajat ylittävissä vaihdoissa tieto jatkossakin viedä manuaalisesti potilastietojärjestelmiin, mistä aiheutuu hallinnollista työtä.

Hoitopaikan valinta ei muuta rekisterinpitäjän asemaa, ja 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.

#### *Hoitoon pääsyn enimmäisaikojen seurannan tiivistäminen*

Velvoitteen, 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. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos tuottaa tunnusluvut jo nyt kuukausittain. Alueilla, jossa raportit viedään hyvinvointialueen omalle sivulle (eikä siis ole vain laitettu linkkiä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen sivuille, jossa tilastot ovat), 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 valinta-oikeutta 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 velvoitteen 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 ennakoida 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 Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle. Se kuitenkin voi ohjata niitä hyvinvointialueita, joiden tunnuslukujen raportoinnissa on tällä hetkellä puutteita, lainsäädännön velvoitteiden oikeasisältöisestä soveltamisesta.

#### 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 soveltuvin 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, hyväksyttävyys 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.

Suomessa kuolee vuosittain noin 60 000 henkilöä, joista noin puolen arvioidaan tarvitsevan 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. Ympärivuorokautisen 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 asianmukaisiin 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 perinataalijän sairauksien, synnynnäisten epämuodostumien tai kromosomipoikkeavuuksien seurauksena. Tavallisimmat kuolinsyyt 1–14-vuotiaiden keskuudessa ovat syöpä-, hermosto-, tai aineenvaihduntasairaudet. Lapsia koskevissa kansainväliset palliatiivisen hoidon standardeissa<sup>27</sup> korostetaan oikeutta palliatiiviseen hoitoon kaikille henkeä uhkaavaa tai elämää rajaavaa sairautta sairastaville lapsille, nuorille ja heidän perheilleen.

---

<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.

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 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.

Vammaisuuteen liittyviä erityiskysymyksiä palliatiivisessa hoidossa selvittänyt Terveyden 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. Myös vammaisten henkilöiden osalta järjestämistä vastuusta säättäminen tukee yhdenvertaisten terveyspalvelujen toteutusta. Esitys ei kuitenkaan sisällä itsemääräämisoikeuteen liittyä säännösehdotuksia.

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

#### *Hoitopaikan valinta ja vaihdon tekeminen sähköisesti*

---

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

LUONNOS  
24.2.2026

Mahdollisuus vaihtaa perusterveydenhuollon hoitopaikkaa nykyistä useammin lisää potilaiden mahdollisuuksia toteuttaa valinnanvapautta hyvinvointialueen järjestämissä 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, kun mahdollisuus siirtyä toisen aseman asiakkaaksi on nykyistä joustavampaa. 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 työettä eläkeikäisillä miehillä ja naisilla. Kuitenkin vuonna 2024 kaksi kolmesta terveyspalveluja käyttäneistä arvioi myönteisesti vuorovaikutusta ammattilaisen kanssa viimeksi toteutuneella vastaanotokäynnillä. Myönteinen asiakaskokemus terveyspalvelussa oli työikäisillä hieman yleisempää kuin eläkeikäisillä.<sup>29</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.

Mahdollisuus hoitopaikan vaihtoon useasti vuoden aikana voi aiheuttaa ilmiötä, jossa päihteiden 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 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 luovutuslupa ei ole tai sitä on kieltojen avulla rajattu, potilastiedot eivät ole toisen hyvinvointialueen vastuulle kuuluvassa hoitopaikassa käytettävissä. Lääkemääräysten osalta sääntely on kuitenkin 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 määrävälle lääkärille saadaan luovuttaa tiedot kaikista potilaalle määrättyistä pkv- ja huumausainelääkkeistä ja niihin liittyvistä merkinnöistä. Potilaan kiellosta huolimatta oleva tiedon luovutusoikeus ei kuitenkaan kata esimerkiksi tietoa siitä, että potilas on pyrkinyt saamaan pkv-lääketäi huumausainereseptin, mutta sitä ei ole hänelle kirjoitettu.

Terveydenhuollon palveluiden vaikuttavuuden ja henkilökohtaisen hoidon jatkuvuuden välillä on tieteellisesti todennettu vahva yhteys<sup>30</sup>. Henkilökohtainen hoidon jatkuvuus lisää potilaan

---

<sup>29</sup> Aikuisväestön hyvinvointi ja terveys – Terve Suomi 2024 : Luottamus terveys- ja sosiaalipalveluihin heikentynyt – asiakastytyväisyys säilynyt korkealla tasolla. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Tilastoraportti 31/2025, saatavilla <https://www.julkari.fi/items/d372fa5e-a70c-40ab-9b14-cd5b9f68d8f7>

<sup>30</sup> Ks. esim. Raivio, Risto: Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa. Tutkimus Tampereen yliopistolaisen sairaalaan erityisvastuualueen ja Oulun kaupungin terveyskeskuksissa. Tampere University Press 2016. Saatavilla <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0178-1>

sitoutumista hoitosuunnitelmaan ja parantaa hoitotuloksia erityisesti pitkäaikaissairauksien hoidossa. Käynnissä olevan sosiaali- ja terveysministeriön omalääkäriohjelman<sup>31</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. Kuitenkin arvioidaan, että pääosa potilaista ei todennäköisesti jatkossakaan vaihtaisi hoitopaikkaansa useasti, sillä monet ihmiset arvostavat lähipalveluja ja mahdollisuutta asioida tutun hoitohenkilökunnan kanssa.

Mahdollisuus tehdä ilmoitus hoitopaikan valinnasta sähköisesti edistäisi potilaiden mahdollisuuksia joustavampaan viranomaisasiointiin. Potilaiden tulisi kuitenkin jatkossakin tehdä kaksi erillistä ilmoitusta terveysaseman vaihtamisesta hyvinvointialueen rajat ylittävissä vaihdossa. Hyvinvointialueiden sähköisen asiointin toteutustavat voivat olla erilaiset eri aluilla, mikä voi näyttäytyä potilaille epäselvänä prosessina.

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 päivitettyinä. Tämä 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

---

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>31</sup> <https://stm.fi/omalaakariohjelma>

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 ja vaihdon tekeminen sähköisesti*

Jakson 2.2.2. alajaksossa ”Hoitopaikan vaihtamisen menettely” kuvatulla tavalla konsulttiyhtiö NHG:n esiselvityksessä arvioitiin hoitopaikan valinnan digitalisoinnin toteutusvaihtoehtoja. Ratkaisuvaihtoehtoiksi selvityksessä tarkasteltiin seuraavia vaihtoehtoja: kansallinen vaihtopalvelu; kansallinen lomake ja arkisto tai tietovaranto; kansallinen lomake ja hajautettu tallennus; sekä ei tehdä mitään -vaihtoehto.

Kansallinen vaihtopalvelu tuottaisi vaihtopalvelun käyttöliittymän, tiedon tallennuksen ja siirron. Palvelu sisältäisi kaiken vaihtamiseen liittyvät tarpeelliset ominaisuudet (vahva tunnistautuminen, puolesta asiointi, integraatiot). Vaihtolomakkeen lähettämisen jälkeen palvelu lähettäisi tiedon asianomaisille tahoille tietojen päivittämiseksi, jos on tarve. Palvelussa tehtäisiin hyvinvointialueen sisäiset ja alueiden väliset vaihdot. Sisäisissä vaihdoissa tieto välitettäisiin vain yhdelle rekisterinpitäjälle, mutta alueiden välisessä vaihdossa tiedot välitettäisiin molemmille. Kansallinen vaihtopalvelu toteuttaisi keskitettyä kansallista tiedonhallintaa.

Vaihtoehto kansallinen lomake ja kansallinen arkisto tai tietovaranto olisi muutoin sama kuin kansallinen vaihtopalvelu, mutta kokonaisvaltaisen palvelukokonaisuuden sijaan kansallinen toimija tarjoaisi lomakepohjan ja lomake toteutettaisiin kunkin hyvinvointialueen omaan asiointipalveluun. Käyttöönnoton hetkellä ei ole tarjolla lähtötietoja eli missä hoitopaikka tällä hetkellä on. Valintatiedot tallennettaisiin kansalliseen tietovarantoon.

Kolmannessa ratkaisuvaihtoehdossa toteutettaisiin kansallinen lomake, joka tallennettaisiin hajautetusti. Kansallinen taho tarjoaisi lomakkeen, jolla vaihdon voi toteuttaa. Lomakkeen tallentaminen tapahtuisi hyvinvointialueen valitsemalla tavalla, eikä tässä vaihtoehdossa tehtäisi kansallista tallennuspalvelua. Hyvinvointialueiden ylitse tehtävissä vaihdoissa tieto siirtyisi oikealle taholle, mikäli integraatio olisi olemassa. Integraation rakentaminen olisi täysin hyvinvointialueen vastuulla. Integraatiot potilastietojärjestelmiin ja tallennusjärjestelmiin pitäisi tehdä sovelluskohtaisesti, mikä lisää hyvinvointialueiden työmäärää ja tekee tietojärjestelmien kokonaisuuden hallinnoinnista työlästä. Kansallisesti voitaisiin tuottaa rajapintamäärittelyt valintatietojen yhdenmukaiseen välittämiseen ja hakemiseen, mutta pelkkä määrittely ei takaisi yhdenmukaista tiedonvaihtoa.

Jaksossa 2.2.2 tuodaan esiin, että 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 puiteissa 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.

Selvityksessä tarkasteltiin kuutta mahdollista toteuttajaa: asiakas- ja potilastietojärjestelmien toimittajat, DigiFinland Oy, Digi- ja väestötietovirasto (DVV), hyvinvointialueet, Kansaneläkelaitoksen Kanta-palvelut sekä UNA Oy. Toimijoita vertailtiin kuuden eri aiheeseen liittyvän

LUONNOS  
24.2.2026

teeman mukaan: pysyvyys, toteutuskyky, yhteensopivuus kokonaisarkkitehtuurin kanssa, ymmärrettävyys, tiedon jakelu ja skaalautuvuus. Kokonaisuuden toteuttajaksi selvityksessä ehdotettiin Kansaneläkelaitosta (Kanta-palvelut), Digi- ja väestötietovirastoa (DVV) tai DigiFinland Oy:tä, tai mahdollisesti useampi niistä voisi olla mukana kokonaisuuden toteutuksessa.

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, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ja hyvinvointialueiden aikaa ja resursseja sitovaa muuta kehittämistoimintaa. Niitä aiheutuu esimerkiksi asiakastietolain toimeenpanosta sekä eurooppalaisesta terveys-tietoalueesta 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. Tästä syystä pyrittiin tunnistamaan ratkaisu, jossa asiakkaiden sähköinen asiointi mahdollistetaan, mutta vähemmän resursseja vaativin toimin.

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 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 hoitoonpääsyn 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 valtiontalouden 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 säädetyissä tilanteissa jäänyt seitsemän tai 14 vuorokautta koko väestön osalta, olisi voitu arvioida, onko tarkoituksenmukaista tiivistää perusterveydenhuollon avosairaanhoidon hoitotakuun seuranta esimerkiksi kahden viikon välein tapahtuvaan seurantaan. Koska kuitenkin 23 vuotta täyttäneiden osalta enimmäisaika hoitoon pääsyssä perusterveydenhuollossa on kolme kuukautta, ei ole perusteltua tiivistää sen seuranta nykyisestä kuukausittain tapahtuvasta raportoinnista.

Hallitusohjelmakirjauksen mukaan hoitoon pääsyn enimmäisaikojen toteutumista seurataan asiakaslähtöisellä tavalla. Voimassa olevan sääntelyn mukaan hyvinvointialueen tulee julkaista tiedot internet- sivuillaan. Terveiden 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 terveystalouden antamisesta, ja kunnat sosiaalihuollon. Ruotsissa ei säädetä erikseen palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta, vaan hoitoon soveltuu terveydenhuollon yleinen sääntely. Terveystaloukselta 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 täyttyvä, eli esimerkiksi perustua potilaan itsemääräämisoikeuden ja integriteetin kunnioittamiseen. Sosiaalipalvelulain (Socialtjänstlag, 2001:453) mukaan sosiaalilautakunnan (Socialnämnd) on tarjottava tukea henkilöille, jotka hoitavat vakavasti sairasta läheistään.

Sosiaalihuolto (Socialstyrelsen) on antanut kansalliset suuntaviivat eli suosituksen palliatiivisesta hoidosta (Nationella riktlinjer 2025 – Palliativ vård). Suosituksessa korostetaan muun muassa integraatiota muiden palveluiden kanssa ja sen osana henkilökunnan kouluttamista palliatiiviseen, kokonaisvaltaiseen lähestymistapaan. Kommunikaatio ja keskustelut ovat keskeisiä

yksilölähtöisessä laadukkaassa hoidossa. Palveluihin 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 sosiaalipalveluissa. 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. Palveluun 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 terveyspalveluiden tarkoitus on edistää kansanterveyttä ja estää sairauksia, kärsimystä ja toimintarajoitteita. Laissa säädetään kunnallisten ja alueellisten viranomaisten velvoitteesta antaa sairaalapalveluja ja kotisairaanhoidoa. Lain ainoa palliatiivista hoitoa kohdennetusti koskeva säännös on 75 §, jossa säädetään hoitokotipaikkojen palvelutuotannon hankinnasta.

Terveyshallitus (Sundhetsstyrelsen) on julkaissut 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 poikkitieteellistä ja yhteistyöhön perustuvaa. Suosituksessa kuvataan perus- ja erikoistason palliatiivisen hoidon vastuita.

Norjassa perusterveydenhuollon järjestävät kunnat ja erikoissairaanhoidon valtio alueellisten viranomaisten kautta. Hoitoon soveltuu 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 kotisairaanhoido. Laissa on säännöksiä esimerkiksi hoidon laadusta sekä yhteistyöstä erikoissairaanhoidon kanssa. Erikoissairaanhoidolaissa säädetään alueellisten viranomaisten velvoitteesta järjestää muun muassa sairaalapalvelut.

Terveysviranomainen (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 organisointumiseen 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>32</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. Terveystieteiden ammattihenkilöiden on tehtävä kaikki toimenpiteet, joilla turvataan tämän oikeuden kunnioittaminen. 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.

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 toteutettavaan 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, psykisen, 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 määritetään 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.

---

<sup>32</sup> STM 2021:23, s. 44–52.

## 6 Lausuntopalaute

(täydennetään lausuntokierroksen jälkeen)

## 7 Säännöskohtaiset perustelut

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 parantumattonta, etenevää sairautta sairastavan potilaan oireiden hallintaan ja toimintakyvyn ylläpitoon 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. Koska palliatiivisen hoidon vaihe voi kestää vuosia, ei kyse 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. Palliatiiviseen hoitoon siirtymisestä tehdään ratkaisut hoitavan lääkärin toimesta ja yhteistyössä potilaan ja usein myös tämän läheisten kanssa. Myös saattohoitovaiheen kestoon vaikuttaa 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, psykiset, sosiaaliset ja hengelliset tai eksistentiaaliset tarpeet. Kokonaisvaltaiseen hoitoon sisältyy

hoidon moniammatillinen toteuttaminen. 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 vakaamuksellisista 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 tuskan lievittämisellä 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 vaativuustason 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. 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 keskittämisesetuksessa 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 kotisairaanhoitona tai kotisairaalahoitona, jossa myös on tärkeää perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon palveluiden antaminen potilaan kannalta tarkoituksenmukaisella ja hoitoa tukevalla tavalla.

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 säädettäisiin mahdollisuudesta tehdä hoitopaikan valinta sähköisesti, sekä mahdollistettaisiin hoitopaikan valinta nykyistä useammin.

Pykälän voimassa olevan 1 momentin mukaan terveyskeskuksen tai -aseman vaihtamisesta on tehtävä kirjallinen ilmoitus sekä sille terveyskeskukselle tai -asemalle, jota henkilö käyttää, että sille, jonka hän valitsee. Momentissa ehdotetaan täsmennettävän, että kirjallisen ilmoituksen voi tehdä sähköisesti tai paperilla. Viittaamalla sähköiseen asiointiin selkeytetään voimassa olevan sääntelyn suhdetta jo voimassa olevaan digipalvelulain 5 §:n 1 momentin sääntelyyn, jonka mukaan viranomaisen on tarjottava jokaiselle mahdollisuus toimittaa asiointitarpeeseensa liittyvät sähköiset viestit ja asiakirjat käyttäen digitaalisia palveluita tai muita sähköisiä tiedonsiirtomenetelmiä. Momentissa edelleen säädettäisiin vaihtoehtoisena asiointitapana, että ilmoituksen voi tehdä 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. Viittaamalla paperiseen ilmoitukseen sääntely olisi käsitteiden puolesta yhteneväistä terveydenhuoltolain 1.9.2026 voimaan tulevan 70 a §:n kanssa, jossa sähköisen terveystarkastuksen vaihtoehtona säädetään paperisesta terveystarkastuksesta.

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.

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 säädetyin 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.

Terveydenhuoltolain 48 §:n 1 momentissa säädetään mahdollisuudesta pitkäaikaiseen oleskeluun perustuen asioida toisen hyvinvointialueen alueella sijaitsevassa terveyskeskuksessa tai -asemassa hoitosuunnitelmaan perustuvien hoitojen ja tutkimusten saamiseksi. Pykälän 2 momentin mukaan terveyskeskuksen tai -aseman valitsemiseksi henkilön on tehtävä ilmoitus

LUONNOS  
24.2.2026

valinnastaan noudattaen, mitä 47 §:n 1 momentissa säädetään. Terveys- ja hoitoalain 47 §:n 1 momenttiin tehtävät täsmennykset koskisivat myös 48 §:n mukaisia hoitopaikan valintaa koskevia ilmoituksia.

Pykälän 2 momentissa säädetään palveluista, joita hoitopaikan valinta ei koske. Pykälän 2 momentissa on jo säädetty siitä, että oikeus valintaan ei koske terveys- ja hoitoalain 16 §:ssä tarkoitettu kouluterveydenhuolto ja 17 §:ssä tarkoitettu opiskeluterveydenhuolto. Säännökseen ehdotetaan lisättäväksi selvyyden 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 kotisairaanhoidon omaan 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 palveluja yksittäisen toisen hyvinvointialueen alueella asuvan asiakkaan palveluiden antamiseksi.

Hyvinvointialue, jonka alueella henkilöllä on kotikuntalain 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 kotikuntalain mukainen kotikunta tietyn hyvinvointialueen alueella, mutta hän esimerkiksi tosiasiaassa asuu osan vuodesta toisen hyvinvointialueen alueella ja hän tarvitsee siellä asuinpaikkaansa annettavia palveluja, ja hän on valinnut terveyskeskukseksi tai -asemakseen oleskelupaikkansa keskuksen tai aseman, vastaa tämä hyvinvointialue näiden palveluiden antamisesta asuinpaikkaan. Hoitosuunnitelmaan perustuvaa hoitoa, kuten kotisairaanhoidon, voidaan kuitenkin antaa terveys- ja hoitoalain 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 terveyskeskuksen 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 perusterveydenhuoltoon 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 Terveys- ja hyvinvoinnin laitos tuottaa julkaistavat tunnusluvut. Sääntelyyn ei ehdoteta tältä osin muutoksia.

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 järjestämissään vankiterveydenhuollon palveluissa kuukausittain tiedot siitä, miten hoitoon pääsyn enimmäisaikojen toteutuminen edellisenä kalenterikuukautena toteutui erikoissairaanhoidossa, kun nyt tunnusluvut tulee julkaista neljän kuukauden välein.

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**

**11 Suhde muihin esityksiin**

**11.1 Esityksen riippuvuus muista esityksistä**

Hallituksen esityksessä eduskunnalle laeiksi terveydenhuoltolain sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä annetun lain muuttamisesta (HE 159/2025 vp) esitetään muutoksia sairaanhoitopalveluita koskevaan terveydenhuoltolain 24 §:ään. Riippuen siitä, milloin eduskunta käsittelee esityksen, tämän hallituksen esityksen 1. lakiehdotuksen johtolauseetta voi olla tarpeen muuttaa terveydenhuoltolain 24 §:n osalta.

**11.2 Suhde talousarvioesitykseen**

Esityksellä ei ole vaikutuksia valtion vuoden 2027 talousarvioesitykseen eikä julkisen talouden suunnitelmaan vuosille 2027–2030.

## 12 Suhde perustuslakiin ja säätämisjärjestys

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 kieltö (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 riittävyyden 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 terveyspalveluihin oikeutettuna edellyttää "viime kädessä yksilökohtaista arviointia palvelujen riittävyydestä" (ks. PeVL 30/2013 vp, s. 3/I). Oikeus riittäviin terveyspalveluihin 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 velvoitetaan 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 terveyspalveluiden, 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 määritelmistä, ja määritelmillä on tarkoitus olla ohjausvaikutusta siihen, miten hyvinvointialueet hoidon antavat. Esityksessä olisi kuitenkin kyse lainsäädännön täsmentämisestä, ei uusien lakisääteisten 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 toimintakyvyn ylläpidosta, 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 kautta.

LUONNOS  
24.2.2026

Hallituksen käsityksen mukaan ehdotukset ovat perustuslain mukaisia. Hallituksen käsityksen mukaan lakiehdotukset voidaan säätää tavallisen lain säätämisyksessä.

*Ponsi*

Edellä esitetyn perusteella annetaan eduskunnan hyväksyttäväksi seuraavat lakiehdotukset:

LUONNOS

1.

## Laki

### terveydenhuoltolain muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti  
*muutetaan* terveydenhuoltolain (1326/2010) 47 §:n 1 ja 2 momentti ja 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 sairaanhoito-  
palveluina palliatiivinen hoito ja saattohoito. Palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan parantuma-  
tonta, etenevää sairautta sairastavan potilaan oireiden hallintaan ja toimintakyvyn ylläpitoon  
tähtävää aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa. Saattohoidolla tarkoitetaan palliatiivisen hoidon  
viimeistä vaihetta, jossa erityisenä tavoitteena on kärsimyksen lievittäminen ja elämän viime-  
vaiheen arvokkuuden turvaaminen. Potilaan tarpeen mukaan palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa  
on järjestettävä perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa.

---

47 §

*Kiireettömän hoidon hoitopaikan valinta*

Henkilö voi valita, miltä terveyskeskuksesta tai sen terveysasemalta hän saa 2 ja 3 luvussa  
tarkoitettut terveydenhuollon palvelut, riippumatta siitä, minkä hyvinvointialueen alueella ter-  
veyskeskus tai -asema sijaitsee. Terveyskeskuksen tai -aseman vaihtamisesta on tehtävä kirjjal-  
linen ilmoitus sähköisesti tai paperilla sekä sille terveyskeskukselle tai -asemalle, jota henkilö  
käyttää, että sille, jonka hän valitsee. Hoitovastuu siirtyy valitulle terveyskeskukselle tai -ase-  
malle viimeistään kolmen viikon kuluttua ilmoituksen saapumisesta. Valinta voi kohdistua sa-  
manaikaisesti vain yhteen terveyskeskukseen tai -asemaan. Uuden valinnan voi tehdä aikaisin-  
taan kolmen kuukauden kuluttua edellisestä valinnasta.

Edellä 1 momentissa tarkoitettu oikeus valintaan ei koske 16 §:ssä tarkoitettua koulutervey-  
denhuoltoa, 17 §:ssä tarkoitettua opiskeluterveydenhuoltoa eikä 17 a §:ssä tarkoitettuja opiske-  
luhuollon psykologipalveluja. Oikeus valita ei myöskään koske pitkäaikaista laitoshoidtoa, ellei  
laissa toisin säädetä. Hyvinvointialueella ei ole velvollisuutta järjestää 25 §:ssä tarkoitettua ko-  
tisairaanhoitoa 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 x.x.20xx

**Pääministeri**

**Etunimi Sukunimi**

LUONNOS  
24.2.2026

..ministeri Etunimi Sukunimi

LUONNOS

1.

## Laki

### terveydenhuoltolain muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti muutetaan terveydenhuoltolain (1326/2010) 47 §:n 1 ja 2 momentti ja 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 lääkinällinen 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 lääkinällinen 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 parantumatonta, etenevää sairautta sairastavan potilaan oireiden hallintaan ja toimintakyvyn ylläpitoon tähtäävää aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa. Saattohoidolla tarkoitetaan palliatiivisen hoidon viimeistä vaihetta, jossa erityisenä tavoitteena on kärsimyksen lievittäminen ja*

*Voimassa oleva laki*

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.

*Ehdotus*

*elämän viimevaiheen arvokkuuden turvaaminen. Potilaan tarpeen mukaan palliativista 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 tukemisestä 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.

*Voimassa oleva laki*

*Ehdotus*

*Kiireettömän hoidon hoitopaikan valinta*

Henkilö voi valita, miltä terveystieteiden keskukselta tai sen terveystieteiden keskukselta hän saa 2 ja 3 luvussa tarkoitetut terveydenhuollon palvelut, riippumatta siitä, minkä hyvinvointialueen alueella terveystieteiden keskus tai -asema sijaitsee. Terveystieteiden keskuksen tai -aseman vaihtamisesta on tehtävä kirjallinen ilmoitus sekä sille terveystieteiden keskukselle tai -asemalle, jota henkilö käyttää, että sille, jonka hän valitsee. Hoitovastuu siirtyy valitulle terveystieteiden keskukselle tai -asemalle viimeistään kolmen viikon kuluttua ilmoituksen saapumisesta. Valinta voi kohdistua samanaikaisesti vain yhteen terveystieteiden keskukseseen 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 laitoshuoltoa, ellei laissa toisin säädetä. Hyvinvointialueella ei ole velvollisuutta järjestää 25 §:ssä tarkoitettua kotisairaanhoidon omaan 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. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen tuottaa tunnusluvut Terveystieteiden ja hyvinvoinnin

*Kiireettömän hoidon hoitopaikan valinta*

Henkilö voi valita, miltä terveystieteiden keskukselta tai sen terveystieteiden keskukselta hän saa 2 ja 3 luvussa tarkoitetut terveydenhuollon palvelut, riippumatta siitä, minkä hyvinvointialueen alueella terveystieteiden keskus tai -asema sijaitsee. Terveystieteiden keskuksen tai -aseman vaihtamisesta on tehtävä kirjallinen ilmoitus *sähköisesti tai paperilla* sekä sille terveystieteiden keskukselle tai -asemalle, jota henkilö käyttää, että sille, jonka hän valitsee. Hoitovastuu siirtyy valitulle terveystieteiden keskukselle tai -asemalle viimeistään kolmen viikon kuluttua ilmoituksen saapumisesta. Valinta voi kohdistua samanaikaisesti vain yhteen terveystieteiden keskukseseen 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 opiskeluterveydenhuollon psykologipalveluja*. Oikeus valita ei myöskään koske pitkäaikaista laitoshuoltoa, ellei laissa toisin säädetä. Hyvinvointialueella ei ole velvollisuutta järjestää 25 §:ssä tarkoitettua kotisairaanhoidon omaan 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. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos tuottaa tunnusluvut Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksesta annetun lain (668/2008) 5 ja 5 c §:n nojalla saamiensa tietojen perusteella. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen on luovutettava julkaisua varten tarpeelliset tiedot hyvinvointialueelle.

LUONNOS  
24.2.2026

*Voimassa oleva laki*

*Ehdotus*

laitoksesta annetun lain (668/2008) 5 ja 5 c §:n nojalla saamiensa tietojen perusteella. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen on luovutettava julkaisua varten tarpeelliset tiedot hyvinvointialueelle.

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

LUONNOS

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.

LUONNOS  
24.2.2026

*Voimassa oleva laki*

*Ehdotus*

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

LUONNOS

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 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.

LUONNOS  
24.2.2026

*Voimassa oleva laki*

*Ehdotus*

*Tämä laki tulee voimaan päivänä   kuuta  
20 .*

---

LUONNOS