



Hallitusneuvos Merituuli Mähkä
Hallitusneuvos Eva Ojala

Eduskunta

sosiaali- ja terveystieteiden valiokunta

Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi terveydenhuoltolain, vankeuslain 10 luvun 1 §:n ja tutkintavankeuslain 6 luvun 1 §:n muuttamisesta (HE 81/2026 vp) ja sen käsittelyyn yhdistetyt lakialoitteet

-sosiaali- ja terveysministeriön lausunto

Eduskunnan sosiaali- ja terveystieteiden valiokunta on pyytänyt sosiaali- ja terveysministeriöltä lausuntoa hallituksen esityksestä eduskunnalle laeiksi terveydenhuoltolain, vankeuslain 10 luvun 1 §:n ja tutkintavankeuslain 6 luvun 1 §:n muuttamisesta (HE 81/2026 vp) sekä sen käsittelyyn yhdistetyistä lakialoitteista LA 9/2023 vp, LA 8/2024 vp, 11/2024 vp, 16/2024 vp sekä 25/2025 vp.

Hallituksen esityksessä HE 81/2026 vp esitetään kolmea sisällöllistä uudistusta terveydenhuoltoon koskevaan lainsäädäntöön: palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämisvastuun täsmentäminen, perusterveydenhuollon hoitopaikan valinnan tekeminen nykyistä useammin sekä erikoissairaanhoidon hoitoon pääsyn enimmäisaikojen toteutumisen raportointivälin tiivistäminen. Lait esitetään tulevan voimaan vuoden 2027 alussa.

Lakialoitteet LA 9/2023 vp, 8/2024 vp ja 16/2024 vp koskevat palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämisvastuusta säättämistä. Lakialoitteissa 11/2024 vp ja 25/2025 vp esitetään sääntelyä vakavasti sairaan läheisensä saattohoitoon osallistuvan oikeudesta päivärahaetuuteen.

Sosiaali- ja terveysministeriö lausuu kunnioittavasti seuraavaa.

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämisvastuu

Hallituksen esityksen ehdotukset

Esityksessä ehdotetaan, että terveydenhuoltolain (1326/2010) sairaanhoitopalvelua koskevaa 24 §:n sääntelyä täsmennetään siten, että nimenomaisesti säädetään palliatiivisen hoidon ja saattohoidon olevan hyvinvointialueen järjestämisvastuulla olevia palveluita. Laissa säädettäisiin myös palliatiivisen hoidon ja saattohoidon määritelmät.

Voimassa oleva 1 momentti:

Hyvinvointialueen on järjestettävä alueensa asukkaiden sairaanhoitopalvelut.
Sairaanhoitopalveluihin sisältyvät:

- 1) sairauksien tutkimus, lääketieteellinen tai hammaslääketieteellinen taudinmääritys, hoito, hoidon seuranta, hoitosuunnitelman mukaiset pitkäaikaisen sairauden hoitoon tarvittavat hoitotarvikkeet sekä tarpeellinen lääkinnällinen kuntoutus;
- 2) sairauksien ehkäiseminen, parantaminen ja kärsimysten lievittäminen;



Hallitusneuvos Merituuli Mähkä
Hallitusneuvos Eva Ojala

- 3) ohjaus, jolla tuetaan potilaan hoitoon sitoutumista ja omahoitoa;
- 4) erityistä tukea, tutkimusta ja hoitoa tarvitsevan potilaan terveysongelmien varhainen tunnistaminen, hoito ja hoidon seuranta sekä jatkohoitoon ohjaaminen.

ehdotettu uusi 2 momentti:

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

Terveystieteiden voimassa olevassa 24 §:ssä säädetään hyvinvointialueiden velvoitteesta järjestää sairaanhoitopalvelut. Lain 25 §:n mukaan hyvinvointialueen velvoitteena on järjestää kotisairaanhoito ja kotisairaalahoido. Lain 27 §:ssä säädetään hyvinvointialueen velvoitteesta järjestää mielenterveyden hoito, johon mm. kuuluu tarpeenmukainen yksilön, perheen ja muiden läheisten psykososiaalinen tuki. Esityksessä esiin tuodun mukaisesti palliatiivinen hoito ja saattohoito ovat jo hyvinvointialueiden järjestämisvastuulla olevia palveluita, eivätkä ehdotetut 24 §:n muutokset sinänsä olisivat uusia hyvinvointialueille asetettavia velvoitteita.

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittämiseksi on tehty viimeisen kymmenen vuoden aikana paljon työtä. 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. Hallituksen esityksen tavoitteena on järjestämisvastuuta koskevan lainsäädännön täsmentämisellä tukea hoidon tosiasiallista toteutumista laadukkaasti hyvinvointialueilla.

Esityksen taustalla on osaltaan eduskunnan eutanasiaa koskevan kansalaisaloitteen (KAA 2/2017 vp) käsittelyn yhteydessä annettu lausuma, 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. Vuosina 2018–2021 toimineen työryhmän alaisuudessa toimi säädösryhmä, joka tuotti yksimieliset säädösehdotukset jatkovalmisteluun palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta, joista erään mukaan terveydenhuoltolaissa tulisi säätää kunnan (nykyään siis hyvinvointialueen) velvoitteesta järjestää palliatiivinen hoito ja saattohoito.

Lakimuutoksissa ei olisi kyse hyvinvointialueen rahoituksesta annetun lain (617/2021) 9 §:ssä tarkoitetusta tehtävän laajuuden tai laadun muutoksesta. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämisvastuun säätämisessä olisi kyse hyvinvointialueilla jo olevan tehtävän tarkemmasta, nimenomaisesta kirjaamisesta lainsäädäntöön. Esityksessä ei velvoitettaisi hyvinvointialueita toteuttamaan hoitoa jollain tietyllä tavalla, esimerkiksi velvoiteta niitä perustamaan tietynlaisia hallinnollisia rakenteita. Säättämällä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon määritelmät, jotka sisältävät laadullisia elementtejä on tarkoitus ohjata hoidon käytännön toteuttamista. Lakimuutokset voivat lisätä alueiden kustannuksia ainakin lyhyellä aikavälillä, jos lakisääteisen järjestämisvastuun täsmentäminen johtaa hoito- ja toimintakäytänteiden kehittämiseen. Kustannuksia voi syntyä esimerkiksi henkilöstön kouluttamisesta ja muusta osaamisen kehittämisestä. Se, että hyvinvointialueet järjestäisivät jatkossa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon suositusten mukaisesti hoito- ja palveluketjuja ja hoidon suunnitelmallisuutta edelleen kehittäen, antaa myös merkittävän potentiaalin hillitä



Hallitusneuvos Merituuli Mähkä
Hallitusneuvos Eva Ojala

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.

Suomessa kuolee vuosittain noin 60 000 henkilöä, ja arvioiden mukaan 30 000–60 000 ihmistä vuodessa tarvitsee palliatiivista hoitoa. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeeseen johtavat yleisemmin syöpäsairaudet, elinten vajaatoiminta ja etenevät pitkäaikaissairaudet sekä neurologiset sairaudet ja muistisairaudet. Ehdotuksella arvioidaan olevan pääosin myönteisiä vaikutuksia palliatiivisen hoidon ja saattohoidon yhdenvertaisuuteen ja palveluiden saatavuuteen ja siten myös perus- ja ihmisoikeuksien toteutumiseen. Säännöksillä arvioidaan olevan ohjausvaikutusta siihen, että palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteutumiseen panostetaan ja jo tehtyä kehittämistyötä jatketaan. Tämä lisäisi väestön luottamusta sosiaali- ja terveyspalveluihin ja vahvistaisi siten yhteiskunnan integriteettiä. Lainsäädännön käytännön toimeenpano riippuu hyvinvointialueilla tehtävistä ratkaisuista, mukaan lukien miten niiden saamaa valtionrahoitusta kohdennetaan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon palveluiden järjestämiseen ja toiminnan kehittämiseen.

Palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa koskevat lakialoitteet

Lakialoitteissa 9/2023 vp ja LA 8/2024 vp ehdotetaan säädettäväksi uusi terveydenhuoltolain 24 a § koskien saattohoitoa ja palliatiivista hoitoa, sekä täsmennettävän kiireellistä hoitoa koskevan 50 §:n sääntelyä kattamaan saattohoito. Lakialoitteessa 16/2024 vp ehdotetaan, että terveydenhuoltolain 24 §:n 1 momenttiin lisätään kohta, jonka mukaan sairaanhoitopalveluina on järjestettävä saattohoito ja palliatiivinen hoito, sekä ehdotetaan että kotisairaanhoidon koskevassa 25 §:ssä mainitaan erikseen palliatiivinen hoito ja saattohoito.

Lakialoitteiden tavoitteet vastaavat hallituksen esityksen tavoitteita, eli niidenkin tavoitteena on edistää palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteutumista täsmentämällä järjestämisvastuuta koskevaa lainsäädäntöä. Lakialoitteiden 9/2023 vp ja 8/2024 vp ehdotettu sääntely on hallituksen esityksessä ehdotettua sääntelyä yksityiskohtaisempaa. Ehdotukset vastaisivat edellä viitatus asiantuntijaryhmän laatimia säännösehdotuksia. Hallituksen esityksen nykytilan arviointia koskevassa jaksossa (alaotsikko ”Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämistä koskevan lainsäädännön kehittämistarpeet”, s. 15–17) kuvataan, miksi esityksessä ei ehdoteta yhtä yksityiskohtaista sääntelyä kuin asiantuntijaryhmä ehdotti:

”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 asetetaan hyvinvointialueille velvoite ylläpitää palliatiivisia keskuksia, on pohdittava tarkkaan ohjaavan estää sääntelyn välttämättömyyttä. Hyvin täsmällinen säädösohjaus ei välttämättä tunnista hyvinvointialueiden erilaisuutta ja voi johtaa lainsäädännön jäämiseen jälkeen ajastaan, jos se esimerkiksi uudenlaisten toimintamallien kehittämisen. Edellä kuvattujen asiantuntijaryhmän 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 keskittämisesetoksen nojalla yliopistollista sairaalaan 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.

Lainsäädäntöryhmän työn jälkeen toiminnallisessa ja oikeudellisessa ympäristössä on myös tapahtunut merkittävä muutos, kun sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen on siirtynyt kunnilta ja sairaanhoitopiireiltä



Hallitusneuvos Merituuli Mähkä
Hallitusneuvos Eva Ojala

hyvinvointialueiden hoidettavaksi, mikä mahdollistaa saman järjestäjän järjestäessä palvelut niin perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon kuin sosiaalihuollon järkevien toiminnallisten kokonaisuuksien suunnittelun ja toteuttamisen. Sote järjestämislaissa, hyvinvointialueissa 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.”

Edellä todetuin perustein sosiaali- ja terveysministeriö ei puolla lakialoitteissa ehdotettua yksityiskohtaisempaa sääntelyä vaan hallituksen esityksessä esitettyä yleisempää sääntelytapaa. Yksityiskohtaisempi sääntelytapa voisi myös johtaa hyvinvointialueen rahoituksesta annetun lain 9 §:n sääntelyn johdosta veloitteeseen suunnata tehtävämuutoksiin ennakollista valtionrahoitusta.

Ministeriö ei myöskään puolla saattohoidosta säätämistä kiireellistä hoitoa koskevassa terveydenhuoltolain 50 §:ssä. Saattohoito itsessään ei ole luonteeltaan kiireellistä hoitoa, vaan päinvastoin suunnitelmallista, hoitosuunnitelmaan pohjautuvaa hoitoa. Jos saattohoitopotilaan oireet tai tilan heikentyminen vaativat kiireellistä hoitoa, kattaa 50 §:n kiireellisen hoidon määritelmä jo tällaisen hoidon antamisen myös päivystyksellisesti asuinpaikasta riippumatta. Ministeriö ei myöskään pidä tarpeellisena palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta erikseen säätämistä kotisairaanhoidon koskevassa 25 §:ssä lakialoitteessa 16/2024 vp esitetyllä tavalla.

Päivärahaa koskevat lakialoitteet

Lakialoitteissa LA 11/2024 vp ja LA 25/2025 vp ehdotetaan sairausvakuutuslain muuttamista siten, että vakuutetulla olisi oikeus päivärahaetuuteen läheisensä saattohoidon ajalta. Lisäksi lakialoitteessa LA 25/2025 vp ehdotetaan etuutta työsopimuslain mukaisen omaishoitovapaan ajalle. Ensimmäisessä lakialoitteessa esitetään saattohoitoa perusteeksi nykyisen erityishoitorahan myöntämiselle ja jälkimmäisessä lakialoitteessa esitetään säädettäväksi kokonaan uusista päivärahaetuuksista, saattohoitorahasta ja omaishoitorahasta. Lisäksi jälkimmäisessä lakialoitteessa ehdotetaan työsopimuslakiin lisättäväksi oikeus saada työstään saattohoitovapaata.

Sosiaali- ja terveysministeriö viittaa sosiaali- ja terveysvaliokunnalle aiemmin toimitettuun 9.2.2026 päivättyyn lausuntoon koskien lakialoitetta LA 25/2025 vp. Lakialoitteissa esitettyä saattohoitovapaata ja sen ajalta maksettavaa etuutta voidaan sinänsä pitää perusteltuna etenkin inhimillisistä syistä. Kuten lausunnossa on tarkemmin kuvattu, lainsäädännön muutosten valmistelu vaatisi laaja-alaista jatkovalmistelua, jolle tulisi varata riittävästi aikaa. Valmistelu tällä hallituskaudella ei enää ole mahdollista. Lisäksi saattohoitovapaalla olisi julkisia menoja kasvattava vaikutus. Lakialoitteissa ehdotetut muutokset olisivat etuusmenoja lisääviä, mikä on haasteellista huomioiden julkisen talouden heikko tilanne sekä julkisen talouden sopeuttamispaineet myös tulevana vuosina.

Perusterveydenhuollon hoitopaikan valinta

Esityksessä ehdotetaan muutettavan terveydenhuoltolain 47 §:n sääntelyä siten, että terveyskeskuksen tai terveysaseman saa jatkossa valita kolmen kuukauden välein, kun nyt vaihdon saa tehdä kerran vuodessa. Lisäksi täsmennettäisiin hoitopaikan valinnan rajoituksia siten, ettei oikeus valintaan koske opiskeluhoollon psykologipalveluja, koska oikeus valintaan ei muutenkaan koske koulu- tai opiskeluterveydenhuoltoa. Lisäksi säädettäisiin, että hyvinvointialueella ei ole velvoitetta antaa mitään kotiin annettavia palveluita oman alueensa ulkopuolella, kun nyt säännöksessä mainitaan vain kotisairaanhoidon.



Hallitusneuvos Merituuli Mähkä
Hallitusneuvos Eva Ojala

Esityksen tavoitteena on edistää potilaiden valinnanvapautta sekä helpottaa erityisesti sellaisten henkilöiden asiointia, jotka asuvat tai oleskelevat useammalla kuin yhdellä paikkakunnalla. Hoitopaikan valintaa koskevien poikkeuksien muutokset ovat luonteeltaan oikeustilaa selkeyttäviä.

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 maltilliseen lisääntymiseen. Lakimuutoksen vaikutus vaihtojen määrään kasvuun arvioidaan kuitenkin melko maltilliseksi. Hyvinvointialueille aiheuisi muutoksesta jossain määrin lisää hallinnollista työtä. Muutoksella voi olla kielteisiä vaikutuksia hoidon jatkuvuuden toteutumiseen.

Esityksen vaikutukset voivat kohdistua suhteessa enemmän sellaisiin hyvinvointialueisiin, jossa asuu tai oleskelee paljon kausiasujia tai kausityöntekijöitä. Tosiasiallisia vaikutuksia siihen, kuinka paljon uusia asiakkaita näiden alueiden palveluihin tulee, 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.

Erikoissairaanhoidon hoitotakuun raportointivälin tiivistäminen

Hoitoon pääsyn enimmäisaikojen toteutumisen seurantaan koskevaa sääntelyä muutettaisiin terveydenhuoltolain 55 §:ssä sekä vankeuslaissa (767/2005) ja tutkintavankeuslaissa (768/2005) 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. Tavoitteena on edistää potilaiden mahdollisuuksia seurata hoitoon pääsyn tilannetta eri yksiköissä. Ajantasainen tieto tukee myös omavalvontaa ja laillisuusvalvontaa.

Esityksen käytännön vaikutukset ovat vähäiset, sillä Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, joka terveydenhuoltolain 55 §:n nojalla tuottaa hoitoon pääsyä koskevat tiedot, julkaisee tiedot jo nyt kuukausittain, ja samoin valtaosa hyvinvointialueista päivittää tiedon jo nyt kuukausittain internet-sivuilleen. Lakimuutos tekisi tästä seurantavälistä velvoittavan.