

Selvitys hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun toteutumisesta 2024



Sosiaali- ja
terveysministeriö

Sosiaali- ja terveysministeriön
RAPORTTEJA JA MUISTIOITA | 2025:14

Selvitys hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun toteutumisesta 2024

Julkaisujen jakelu

Distribution av publikationer

**Valtioneuvoston
julkaisuarkisto Valto**

Publikations-
arkivet Valto

julkaisut.valtioneuvosto.fi

Sosiaali- ja terveysministeriö

This publication is copyrighted. You may download, display and print it for Your own personal use.
Commercial use is prohibited.

ISBN pdf: 978-952-00-4396-4

ISSN pdf: 2242-0037

Taitto: Valtioneuvoston hallintoyksikkö, Julkaisutuotanto

Helsinki 2025

Selvitys hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun toteutumisesta 2024

Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2025:14

Julkaisija Sosiaali- ja terveysministeriö

Yhteisötekijä Sosiaali- ja terveysministeriö
Kieli suomi

Sivumäärä 117

Tiivistelmä

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain (612/2021) 31 §:n mukaisesti sosiaali- ja terveysministeriö laatii vuosittain valtakunnallisen selvityksen. Selvityksessä arvioidaan sosiaali- ja terveydenhuollon yhdenvertaista toteutumista ja rahoituksen tason riittävyyttä.

Hyvinvointialueet ovat järjestäneet sosiaali- ja terveydenhuollon väestön kannalta yhdenvertaisemmin ja lainmukaisemmin kuin aiemmin kuntien ollessa palveluiden järjestämisvastuussa. Perusterveydenhuollon kiireettömään hoitoon pääsy on nopeutunut, henkilöstöpula on helpottanut ja digitaaliset palvelut ovat yleistyneet. Kiireelliseen ja päivystykselliseen hoitoon pääsy toimii kaikkialla Suomessa hyvin. Samanaikaisesti on kuitenkin sosiaali- ja terveystaloutta, joiden järjestäminen ei toteudu lainmukaisesti kuten esimerkiksi mielenterveysongelmia kokevien ja päihteitä käyttävien lasten ja nuorten sosiaali- ja terveystaloutta sekä kaiken ikäisten erikoissairaanhoidon kiireetön hoito suhteessa lainsäädännön määräaikoihin.

Hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon talouden ja toiminnan tietopohja on edelleen puutteellinen, jotta vertailukelpoinen arvio palvelukohtaisesta ja hyvinvointialuekohtaisesta rahoituksen tason riittävyydestä on mahdollista tehdä. Hyvinvointialueiden keskinäisestä sijoittumisesta valtakunnallisten sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteiden mittarien suhteen ei voi tehdä yksioikoisia tulkintoja johtuen sosiaali- ja terveydenhuollon tietopohjan puutteellisuudesta.

Hyvinvointialueiden alijäämien kattaminen hyvinvointialueilta edellytetyssä aikataulussa edellyttää useilla alueilla sopeutustoimenpiteitä, jotka saattavat vaarantaa lakisääteisten sosiaali- ja terveystaloutta järjestämisen. Tilanteeseen liittyvät riskit tulisi huomioida hyvinvointialueiden toiminnan ja talouden ohjauksessa esimerkiksi ennakollisella talouden ohjauksen menettelyllä.

Asiasanat Hyvinvointialue, selvitys, yhdenvertaisuus, rahoitus, valtakunnallinen

ISBN PDF 978-952-00-4396-4

ISSN PDF 2242-0037

Julkaisun osoite <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4396-4>

Utredning om hur välfärdsområdenas ansvar för att ordna social- och hälsovård uppfylldes 2024

Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2025:14

Utgivare Social- och hälsovårdsministeriet

Utarbetad av Social- och hälsovårdsministeriet
Språk finska

Sidantal 117

Referat

Enligt 31 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård (612/2021) ska social- och hälsovårdsministeriet årligen utarbeta en riksomfattande redogörelse. I redogörelsen bedömer ministeriet hur jämlik social- och hälsovården är och om nivån på finansieringen är tillräcklig. Välfärdsområdena har ordnat social- och hälsovården mer jämlikt och följt lagen bättre jämfört med när kommunerna ansvarade för ordnandet av tjänsterna.

Det går bra att få brådskande vård och jourvård överallt i Finland. Man kan erbjuda icke-brådskande vård snabbare, det råder inte längre lika stor brist på personal och användningen av e-tjänsterna ökar. Men samtidigt finns det också vissa social- och hälsovårdstjänster där lagens krav inte uppfylls, till exempel tillgången till social- och hälsovårdstjänster för barn och unga med psykiska problem eller problem med berusningsmedel, och väntetiderna när det gäller alla åldrar till icke-brådskande specialiserad sjukvård i förhållande till de lagstadgade tidsfristerna.

Det finns fortfarande för många brister i välfärdsområdenas kunskapsunderlag om verksamheten och ekonomin inom social- och hälsovården för att kunna bestämma den tillräckliga jämförbara nivån på finansieringen för de olika tjänsterna och välfärdsområdena.

På grund av bristerna i kunskapsunderlaget om social- och hälsovården kan man inte få entydiga resultat när man mäter hur de olika välfärdsområdena uppfyller de riksomfattande målen för social- och hälsovården.

Många välfärdsområden måste vidta anpassningsåtgärder för att klara av att täcka sina underskott inom den bestämda tidsfristen, och de här åtgärderna kan äventyra ordnandet av de lagstadgade social- och hälsovårdstjänsterna. Riskerna bör beaktas i styrningen av välfärdsområdenas verksamhet och ekonomi till exempel genom det förebyggande förfarandet för ekonomisk styrning.

Nyckelord nationell, välfärdsområden, utredning, jämlikhet, finansiering

ISBN PDF 978-952-00-4396-4

ISSN PDF 2242-0037

URN-adress <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4396-4>

Report on the realisation of the wellbeing services counties' responsibility for organising healthcare and social welfare 2024

Reports and Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health 2025:14

Publisher Ministry of Social Affairs and Health

Group author Ministry of Social Affairs and Health

Language Finnish

Pages

117

Abstract

In accordance with section 31 of the Act on Organising Healthcare and Social Welfare Services (612/2021), the Ministry of Social Affairs and Health prepares annually a national report assessing how well equality is realised in the organisation of healthcare and social welfare and whether the level of funding is sufficient. The wellbeing services counties have organised healthcare and social welfare services for the population on a more equal basis and complied with the law more effectively compared to when the municipalities were responsible for organising these services.

People have good access to urgent and emergency care throughout Finland. Access to non-urgent primary healthcare is faster, the shortage of personnel has eased, and digital services have become more common. At the same time, however, there are certain health and social services where the requirements of the law are not met, such as access to health and social services for children and young people with mental health and substance abuse issues and the waiting times for access to non-urgent specialised healthcare for people of all ages in relation to the statutory time limits.

There are still too many shortcomings in the wellbeing services counties' knowledge base on the activities and finances of the healthcare and social welfare sector to be able to decide on a sufficient and comparable level of funding for different services and wellbeing services counties.

Due to the shortcomings in the knowledge base on healthcare and social welfare, it is not possible to make unambiguous interpretations when measuring how the various wellbeing services counties meet the national objectives for healthcare and social welfare.

Many wellbeing services counties must take adjustment measures to be able to cover their deficits within the set timetable, and these measures can jeopardise the organisation of statutory health and social services. The potential risks involved should be taken into account in the guidance of the activities and finances of the wellbeing services counties by using, for example, a procedure for proactive financial guidance.

Keywords national, wellbeing services counties, report, equality, funding

ISBN PDF 978-952-00-4396-4

ISSN PDF

2242-0037

URN address <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4396-4>

Sisältö

1	Yhteenveto	7
1.1	Johdanto	7
1.2	STM:n arvio hyvinvointialueiden järjestämisen toteutumisesta	7
1.3	STM:n arvio valtakunnallisten sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteiden toteutumisesta	10
1.4	STM:n ehdotukset julkisen talouden suunnitelmaan 2026–2029	21
1.5	STM:n ehdotukset valtakunnallisten tavoitteiden valmisteluun	22
1.6	STM:n ehdotukset hyvinvointialueille ja yhteistyöalueille	23
2	Arvio sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnasta	33
2.1	Arvio yhdenvertaisuudesta	33
2.2	Arvio kustannusvaikuttavuudesta	68
2.3	Arvio yhteistyöstä	74
2.4	Arvio tutkimus- ja kehittämistoiminnasta, sekä tiedonhallinnasta ja digitalisaatiosta	84
3	Arvio sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen riittävydestä	91
	Käsitteet	99
	Lähteet	101
	Liitteet	105

1 Yhteenveto

1.1 Johdanto

Tämä asiakirja arvioi sosiaali- ja terveydenhuollon yhdenvertaista toteutumista ja rahoituksen tason riittävyyttä kokoamalla sosiaali- ja terveysministeriön (jäljempänä STM) virkakunnan keskeisimmät havainnot koskien hyvinvointialueiden järjestämisen toteutumista vuonna 2024.

Havainnot perustuvat Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (jäljempänä THL) asiantuntija-arvioihin, hyvinvointialueiden ja valvontaviranomaisten (Valvira ja aluehallintovirastot) julkaisemiin selvityksiin (ks. Lähteet) sekä erillisselvityksiin ja muuhun hyvinvointialueilta saatuun sekä hyvinvointialueita koskevaan valtakunnalliseen sosiaali- ja terveydenhuollon tietoon vuosilta 2023–2024.

Näkökulmaksi on rajattu hyvinvointialueiden järjestämistehtävien arviointi sosiaali- ja terveydenhuollossa (ks. Käsitteet). Hyvinvointialue -käsite kattaa tässä asiakirjassa soveltuvien osien lisäksi Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimen sekä HUS-yhtymän.

1.2 STM:n arvio hyvinvointialueiden järjestämisen toteutumisesta

Hyvinvointialueet ovat vuoden 2024 selvityksissään arvioineet pystyvänsä järjestämään sosiaali- ja terveyspalveluja riittävän yhdenvertaisesti. Alueet ovat myös sitoutuneet tasapainottamaan talouttaan turvallisesti ja hallitusti, ihmisten lakisääteiset palvelut ja luottamus säilyttäen. Hyvinvointialueiden johtajat ovat julkisuudessa todenneet, että mediassa parjattu sote-uudistus ei ole ajanut palveluita kriisiin¹. Hyvinvointialuejohtajien mukaan esimerkiksi perusterveydenhuollon hoitoon pääsy on monin paikoin nopeutunut. Lisäksi henkilöstöpula on monella alueella taittunut ja sujuvat digitaalisen asioinnin sosiaali- ja terveyspalvelut ovat yhä useamman suomalaisen ulottuvilla. Hyvinvointialuerakenne tarjoaa aikaisempaa paremmat

1 Helsingin Sanomat (2.9.2024). [Johtajien lista julki: Nämä sote-palvelut toimivat paremmin kuin ennen parjattua uudistusta](#) | HS.fi

puitteet, mahdollisuudet ja osaamispohjan parhaiden käytäntöjen käyttöönotolle ja palvelujen organisoinnille. STM toteaa hyvinvointialueiden järjestävän sosiaali- ja terveydenhuollon väestön kannalta yhdenvertaisemmin ja lainmukaisemmin kuin aiemmin kuntien vastatessa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä. Kiireellinen ja päivystyksellinen hoitoon pääsy toimii kaikkialla Suomessa hyvin. STM tukee hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen toteutumista vuoden 2024 alussa käynnistyneellä kansallisella palvelureformilla, jossa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelulainsäädäntöä uudistetaan vastaamaan nykyistä hyvinvointialuerakennetta sekä uudistetaan kansallista hyvinvointialueiden ohjausta.

STM:n arvio hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä perustuu suhteessa lainsäädäntöön. Arvioidessaan hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä STM käyttää arviointiperusteina muun muassa yhdenvertaisuutta, riittävyttä, laatua, tarvakkaita kustannuksia sekä käytettävissä olevaa henkilöstöä ja osaamista. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä kertynyt tieto ja käytetyt mittarit eivät kuitenkaan vielä ole riittävät vertailukelpoisesti yksilöimään kaikkia eri palveluita ja alueita, joissa järjestäminen on mahdollisesti vaarantunut. Osa käytettävissä olevista mittareista kuvaa kokonaisten palveluketjujen ja -kokonaisuuksien toimivuutta tai toimimattomuutta. Mittariin heijastuvat ongelmat yksittäisen palvelun järjestämisessä voivat vaihdella hyvinvointialueittain ja eri palveluiden välillä.

STM arvioi perusterveydenhuollon kiireettömän hoidon hoitoonpääsyn nopeutuneen lääkärin ja sairaan-/terveydenhoitajan fyysisen ja etävastaanoton osalta. Myönteisestä kehityskulusta huolimatta perusterveydenhuollon kiireettömän hoidon hoitoonpääsy enimmäisaika (14 vrk) ylittyi kaikilla hyvinvointialueilla ja Helsingin kaupungissa. STM arvioi, että kaikilla hyvinvointialueella ja Helsingin kaupungilla on todennäköisesti yksittäisiä lakisääteisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita, joiden järjestäminen on ilmeisen vaarantunut suhteessa lainsäädäntöön. Sote-palveluiden järjestämisen vaarantuminen johtuu lähtökohtaisesti henkilöstön ja palveluiden yhteen sovittamisen riittämättömyydestä sekä hyvinvointialueilla tehtyjen yleiskatteellisen rahoituksen kohdentamisen valinnoista. Palveluiden riittämättömän saatavuus ja toimimattomat hoito- ja palvelupolut näkyvät vaativimpien ja kalliimpien palvelujen järjestämisen ongelmina, kuten kiireettömän erikoissairanhoidon hoitojonoina ja lastensuojelun kustannusten kasvuna.

STM arvioi, että mielenterveysongelmia kokevien ja päihteitä käyttävien lasten ja nuorten tarvitsemat sosiaali- ja terveyspalvelut ovat vakavasti vaarantuneet kaikilla hyvinvointialueilla ja Helsingin kaupungissa.² Hyvinvointialueilla ei ole riittävästi tarpeenmukaisia palveluja huumeita käyttäville lapsille ja nuorille. Lasten ja nuorten huumeiden käyttö luo välttämättömän tarpeen monialaiselle yhteistyölle ja palveluiden yhteen sovittamiselle.³ Keskeinen hyvinvointialueiden ratkaistava ongelma on lasten ja nuorten palvelujärjestelmän pirstaleisuus ja se, että ehkäisevän terveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon väliltä puuttuvat riittävät palvelut lapsille ja nuorille. Tilanteen korjaaminen edellyttää kaikilla hyvinvointialueilla lasten ja nuorten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän uudistamista huomioiden erityisesti ennalta ehkäisyä ja perustason palvelujen nykyistä parempi toimivuus.

STM arvioi erikoissairaanhoidon järjestämisen olevan vaarantunut suhteessa lainsäädännön määräaikoihin kaikilla hyvinvointialueilla, Helsingin kaupungissa ja HUS-yhtymässä. Tästä kertovat erikoissairaanhoidon kiireettömän hoidon hoitoon pääsyn tavoiteaikojen pitkäaikainen ylittyminen⁴ ja Valviran asiaan kohdentamat valvontatoimenpiteet⁵. Monella hyvinvointialueella ja HUS-yhtymässä on kuitenkin vaikeassa tilanteessa kyetty purkamaan yksittäisten erikoisalojen kiireetöntä hoitoa ja kiireettömän hoidon hoitoon pääsyn tavoiteaikojen ylittymisen kasvu saattaa olla taittumassa vuonna 2024. Monella alueella tiettyjen erikoisalojen (mm. psykiatrian alat, silmätaudit) järjestäminen on lisäksi vaarantunut henkilöstön riittämättömyyden vuoksi. Syyt erikoissairaanhoidon järjestämisen ongelmille ovat moninaiset, vaihtelevat alueittain ja edellyttävät ratkaisuksi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kokonaisuuden nykyistä parempaa yhteen toimivuutta. Tilanne ei ole ratkaistavissa yksinomaan lisäämällä resursseja tai henkilötyöpanosta yksittäisiin erikoissairaanhoidon toimintoihin. Samanaikaisesti on kyettävä varmistamaan peruspalveluiden toimivuus ja jatkohoidon ja -palveluiden toteutuminen oikea-aikaisesti ja oikeassa paikassa. Tämä edellyttää hyvinvointialueilta hoito- ja palvelupolkujen sujuvuuden vahvistamista sekä perus- ja vaativien palvelujen yhteensovittamista.

2 [Valtiontalouden tarkastusvirasto. \(2024\). Nuorten mielenterveys- ja päihdepalvelut hyvinvointialueilla - Palvelujen saatavuus, saavutettavuus ja yhteensovittaminen. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset 15/2024.](#)

3 [Kailanto, S. & Viskari, I. \(toim\). \(2023\). Huumekuolemien ehkäisy Suomen malli - Toimenpide-ehdotuksia ja ohjeita käytännön toteutukseen. Ohjaus 12/2023, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.](#)

4 [Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. \(2025\). Hoitoonpääsy erikoissairaanhoidossa.](#)

5 [Valvira. \(2024\). Valvira määrää: Kiireettömään erikoissairaanhoidon pääsy lain vaatimalle tasolle.](#)

1.3 STM:n arvio valtakunnallisten sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteiden toteutumisesta

STM:n arvio valtakunnallisten sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteiden (jäljempänä sote-tavoitteet) toteutumisesta hyvinvointialueilla perustuu THL:n hyvinvointialuekohtaiseen koosteeseen valtakunnallisten sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteiden 2024–2027 mittareista. Vain osa näistä mittareista on vertailukelpoisessa määrällisessä muodossa ja siten hyödynnettävissä tässä selvityksessä. Osalle mittareista on määritetty kansallinen tavoitetaso esimerkiksi laissa säädettyyn määräaikaan perustuen. Osalle mittareista ei ole määritetty tai määriteltävissä kansallista tavoitetasoa. Niiden mittareiden osalta, joissa kansallinen tavoitetaso on määritetty, yksikään alue ei ole saavuttanut sitä vuonna 2024. Alueet on siten tässä selvityksessä asetettu keskinäiseen järjestykseen kunkin mittarin arvojen perusteella.

Alueiden keskinäistä sijoittumista tulkittaessa on erittäin tärkeää ottaa huomioon, että sote-tavoitteiden mittarit kuvaavat yksittäisiä ja eri tasoisia asioita. Samanaikaisesti on myös erittäin tärkeää huomata, että valtaosa tässä selvityksessä käytetyistä mittareista kuvaa tässä vaiheessa enemmän alueen väestön koostumusta kuin sitä, mitä alue on ehtinyt tehdä tai jättänyt tekemättä väestönsä hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden eteen. Lisäksi on tärkeää huomata, että kaikkien alueiden osalta THL:lle on kertynyt jokin vuoden 2024 toiminnan ja suoritteiden tieto epätäydellisestii ja mittareiden tulokset eivät ole vuoden 2024 osalta täysin yhteismitallisia ja luotettavia. Hyvinvointialueen sijoittumisesta yksittäisen mittarin osalta ei siten voi tehdä yksioikoista tulkintaa hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisen toteutumisesta. Lisätietoa hyvinvointialueen sijoittumisesta yksittäisen mittarin osalta on liitteissä 1–3.

Etelä-Karjala:

- Hyvinvointialueiden parhaimman kolmanneksen joukossa seuraavissa mittareissa
 - Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon kiireettömään hoitoon pääsyn 14 vuorokauden enimmäisajan toteutuminen eri ammattiryhmien osalta, % hoitoonpääsykynneistä
 - Erikoissairaanhoidon yli 6 kk odottaneet / 10 000 asukasta
 - Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut, yli 90 vrk odottaneet %, psykiatrian erikoisalajat yhteensä

- Hyvinvointialueiden heikoimman kolmanneksen joukossa seuraavissa mittareissa
 - Niiden kotihoidon 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden osuus, joilla päivystyksenä alkaneita sairaalajaksoja, % vastaavan ikäisistä kotihoidon asiakkaista
 - Työvoimavuokrauksen osuus kokonaistyövoimasta
 - Sairastavuusindeksi
 - Työote-toimintamalli on käytössä erikoissairaanhoidon ja työterveyshuollon välisessä yhteistyössä vähintään 10 eri sairausryhmän osalta

Etelä-Pohjanmaa

- Hyvinvointialueiden parhaimman kolmanneksen joukossa seuraavissa mittareissa
 - Erikoissairaanhoidon yli 6 kk odottaneet / 10 000 asukasta
 - Työvoimavuokrauksen osuus kokonaistyövoimasta
 - Työote-toimintamalli on käytössä erikoissairaanhoidon ja työterveyshuollon välisessä yhteistyössä vähintään 10 eri sairausryhmän osalta
 - Erittäin heikko osallisuuden kokemus, %
- Hyvinvointialueiden heikoimman kolmanneksen joukossa seuraavissa mittareissa
 - Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon kiireettömään hoitoon pääsyn 14 vuorokauden enimmäisajan toteutuminen eri ammattiryhmien osalta, % hoitoonpääsykäänneistä
 - Niiden kotihoidon 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden osuus, joilla päivystyksenä alkaneita sairaalajaksoja, % vastaavan ikäisistä kotihoidon asiakkaista
 - Työkyvyttömyysindeksi
 - Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen kustannusten osuus kokonaiskustannuksista
 - Asiakas- ja potilasturvallisuusmittareita on otettu riittävästi käyttöön hyvinvointialueella

Etelä-Savo

- Hyvinvointialueiden parhaimman kolmanneksen joukossa seuraavissa mittareissa
 - Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon kiireettömään hoitoon pääsyn 14 vuorokauden enimmäisajan toteutuminen eri ammattiryhmien osalta, % hoitoonpääsykäänneistä
 - Erikoissairaanhoidon yli 6 kk odottaneet / 10 000 asukasta

- Hyvinvointialueiden heikoimman kolmanneksen joukossa seuraavissa mittareissa
 - Niiden kotihoidon 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden osuus, joilla päivystyksenä alkaneita sairaalajaksoja, % vastaavan ikäisistä kotihoidon asiakkaista
 - Sairastavuusindeksi
 - Työkyvyttömyysindeksi
 - Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen kustannusten osuus kokonaiskustannuksista
 - Työote-toimintamalli on käytössä erikoissairaanhoidon ja työterveyshuollon välisessä yhteistyössä vähintään 10 eri sairausryhmän osalta
 - Erittäin heikko osallisuuden kokemus, %

Helsinki

- Hyvinvointialueiden parhaimman kolmanneksen joukossa seuraavissa mittareissa
 - Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon kiireettömään hoitoon pääsyn 14 vuorokauden enimmäisajan toteutuminen eri ammattiryhmien osalta, % hoitoonpääsykäynneistä
 - Niiden kotihoidon 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden osuus, joilla päivystyksenä alkaneita sairaalajaksoja, % vastaavan ikäisistä kotihoidon asiakkaista
 - Sairastavuusindeksi
 - Työkyvyttömyysindeksi
 - Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen kustannusten osuus kokonaiskustannuksista
 - Asiakas- ja potilasturvallisuusmittareita on otettu riittävästi käyttöön hyvinvointialueella
 - Hyvinvointialueen terveyden edistämisen aktiivisuus
- Hyvinvointialueiden heikoimman kolmanneksen joukossa seuraavissa mittareissa
 - Ei sijoitusta hyvinvointialueiden heikoimpaan kolmannekseen

Itä-Uusimaa

- Hyvinvointialueiden parhaimman kolmanneksen joukossa seuraavissa mittareissa
 - Niiden kotihoidon 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden osuus, joilla päivystyksenä alkaneita sairaalajaksoja, % vastaavan ikäisistä kotihoidon asiakkaista

- Sairastavuusindeksi
- Työkyvyttömyysindeksi
- Hyvinvointialueiden heikoimman kolmanneksen joukossa seuraavissa mittareissa
 - Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon kiireettömään hoitoon pääsyn 14 vuorokauden enimmäisajan toteutuminen eri ammattiryhmien osalta, % hoitoonpääsykäynneistä
 - Työvoimavuokrauksen osuus kokonaistyövoimasta
 - Asiakas- ja potilasturvallisuusmittareita on otettu riittävästi käyttöön hyvinvointialueella
 - Hyvinvointialueen terveyden edistämisen aktiivisuus

Kainuu

- Hyvinvointialueiden parhaimman kolmanneksen joukossa seuraavissa mittareissa
 - Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon kiireettömään hoitoon pääsyn 14 vuorokauden enimmäisajan toteutuminen eri ammattiryhmien osalta, % hoitoonpääsykäynneistä
 - Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut, yli 90 vrk odottaneet %, psykiatrian erikoisalot yhteensä
 - Hyvinvointialueen terveyden edistämisen aktiivisuus
- Hyvinvointialueiden heikoimman kolmanneksen joukossa seuraavissa mittareissa
 - Sairastavuusindeksi
 - Työkyvyttömyysindeksi

Kanta-Häme

- Hyvinvointialueiden parhaimman kolmanneksen joukossa seuraavissa mittareissa
 - Ei sijoitusta hyvinvointialueiden parhaimpaan kolmannekseen
- Hyvinvointialueiden heikoimman kolmanneksen joukossa seuraavissa mittareissa
 - Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut, yli 90 vrk odottaneet %, psykiatrian erikoisalot yhteensä
 - Erittäin heikko osallisuuden kokemus, %

Keski-Pohjanmaa

- Hyvinvointialueiden parhaimman kolmanneksen joukossa seuraavissa mittareissa
 - Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon kiireettömään hoitoon pääsyn 14 vuorokauden enimmäisajan toteutuminen eri ammattiryhmien osalta, % hoitoonpääsykäynneistä
 - Erikoissairaanhoidon yli 6 kk odottaneet / 10 000 asukasta
 - Asiakas- ja potilasturvallisuusmittareita on otettu riittävästi käyttöön hyvinvointialueella
- Hyvinvointialueiden heikoimman kolmanneksen joukossa seuraavissa mittareissa
 - Niiden kotihoidon 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden osuus, joilla päivystyksenä alkaneita sairaalajaksoja, % vastaavan ikäisistä kotihoidon asiakkaista
 - Erittäin heikko osallisuuden kokemus, %

Keski-Suomi

- Hyvinvointialueiden parhaimman kolmanneksen joukossa seuraavissa mittareissa
 - Niiden kotihoidon 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden osuus, joilla päivystyksenä alkaneita sairaalajaksoja, % vastaavan ikäisistä kotihoidon asiakkaista
 - Työvoimavuokrauksen osuus kokonaistyövoimasta
 - Työote-toimintamalli on käytössä erikoissairaanhoidon ja työterveyshuollon välisessä yhteistyössä vähintään 10 eri sairausryhmän osalta
- Hyvinvointialueiden heikoimman kolmanneksen joukossa seuraavissa mittareissa
 - Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon kiireettömään hoitoon pääsyn 14 vuorokauden enimmäisajan toteutuminen eri ammattiryhmien osalta, % hoitoonpääsykäynneistä
 - Erikoissairaanhoidon yli 6 kk odottaneet / 10 000 asukasta
 - Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen kustannusten osuus kokonaiskustannuksista

Keski-Uusimaa

- Hyvinvointialueiden parhaimman kolmanneksen joukossa seuraavissa mittareissa
 - Niiden kotihoidon 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden osuus, joilla päivystyksenä alkaneita sairaalajaksoja, % vastaavan ikäisistä kotihoidon asiakkaista
 - Sairastavuusindeksi
 - Työkyvyttömyysindeksi
 - Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen kustannusten osuus kokonaiskustannuksista
 - Asiakas- ja potilasturvallisuusmittareita on otettu riittävästi käyttöön hyvinvointialueella
 - Erittäin heikko osallisuuden kokemus, %
 - Hyvinvointialueen terveyden edistämisen aktiivisuus
- Hyvinvointialueiden heikoimman kolmanneksen joukossa seuraavissa mittareissa
 - Työvoimavuokrauksen osuus kokonaistyövoimasta

Kymenlaakso

- Hyvinvointialueiden parhaimman kolmanneksen joukossa seuraavissa mittareissa
 - Erikoissairaanhoidon yli 6 kk odottaneet / 10 000 asukasta
 - Työote-toimintamalli on käytössä erikoissairaanhoidon ja työterveyshuollon välisessä yhteistyössä vähintään 10 eri sairausryhmän osalta
- Hyvinvointialueiden heikoimman kolmanneksen joukossa seuraavissa mittareissa
 - Työvoimavuokrauksen osuus kokonaistyövoimasta
 - Sairastavuusindeksi
 - Työkyvyttömyysindeksi
 - Asiakas- ja potilasturvallisuusmittareita on otettu riittävästi käyttöön hyvinvointialueella
 - Erittäin heikko osallisuuden kokemus, %

Lappi

- Hyvinvointialueiden parhaimman kolmanneksen joukossa seuraavissa mittareissa
 - Erikoissairaanhoidon yli 6 kk odottaneet / 10 000 asukasta

- Hyvinvointialueiden heikoimman kolmanneksen joukossa seuraavissa mittareissa
 - Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut, yli 90 vrk odottaneet %, psykiatrian erikoissalat yhteensä
 - Niiden kotihoidon 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden osuus, joilla päivystyksenä alkaneita sairaalajaksoja, % vastaavan ikäisistä kotihoidon asiakkaista
 - Työkyvyttömyysindeksi
 - Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen kustannusten osuus kokonaiskustannuksista
 - Työote-toimintamalli on käytössä erikoissairaanhoidon ja työterveyshuollon välisessä yhteistyössä vähintään 10 eri sairausryhmän osalta
 - Hyvinvointialueen terveyden edistämisen aktiivisuus

Länsi-Uusimaa

- Hyvinvointialueiden parhaimman kolmanneksen joukossa seuraavissa mittareissa
 - Sairastavuusindeksi
 - Työkyvyttömyysindeksi
 - Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen kustannusten osuus kokonaiskustannuksista
 - Asiakas- ja potilasturvallisuusmittareita on otettu riittävästi käyttöön hyvinvointialueella
 - Hyvinvointialueen terveyden edistämisen aktiivisuus
- Hyvinvointialueiden heikoimman kolmanneksen joukossa seuraavissa mittareissa
 - Työvoimavuokrauksen osuus kokonaistyövoimasta
 - Erittäin heikko osallisuuden kokemus, %

Pirkanmaa

- Hyvinvointialueiden parhaimman kolmanneksen joukossa seuraavissa mittareissa
 - Työote-toimintamalli on käytössä erikoissairaanhoidon ja työterveyshuollon välisessä yhteistyössä vähintään 10 eri sairausryhmän osalta
 - Erittäin heikko osallisuuden kokemus, %
 - Hyvinvointialueen terveyden edistämisen aktiivisuus

- Hyvinvointialueiden heikoimman kolmanneksen joukossa seuraavissa mittareissa
 - Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut, yli 90 vrk odottaneet %, psykiatrian erikoisalat yhteensä
 - Asiakas- ja potilasturvallisuusmittareita on otettu riittävästi käyttöön hyvinvointialueella

Pohjanmaa

- Hyvinvointialueiden parhaimman kolmanneksen joukossa seuraavissa mittareissa
 - Sairastavuusindeksi
 - Työkyvyttömyysindeksi
- Hyvinvointialueiden heikoimman kolmanneksen joukossa seuraavissa mittareissa
 - Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon kiireettömään hoitoon pääsyn 14 vuorokauden enimmäisajan toteutuminen eri ammattiryhmien osalta, % hoitoonpääsykäynneistä
 - Hyvinvointialueen terveyden edistämisen aktiivisuus

Pohjois-Karjala

- Hyvinvointialueiden parhaimman kolmanneksen joukossa seuraavissa mittareissa
 - Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon kiireettömään hoitoon pääsyn 14 vuorokauden enimmäisajan toteutuminen eri ammattiryhmien osalta, % hoitoonpääsykäynneistä
 - Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut, yli 90 vrk odottaneet %, psykiatrian erikoisalat yhteensä
 - Työote-toimintamalli on käytössä erikoissairaanhoidon ja työterveyshuollon välisessä yhteistyössä vähintään 10 eri sairausryhmän osalta
- Hyvinvointialueiden heikoimman kolmanneksen joukossa seuraavissa mittareissa
 - Erikoissairaanhoidon yli 6 kk odottaneet / 10 000 asukasta
 - Sairastavuusindeksi
 - Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen kustannusten osuus kokonaiskustannuksista
 - Erittäin heikko osallisuuden kokemus, %
 - Hyvinvointialueen terveyden edistämisen aktiivisuus

Pohjois-Pohjanmaa

- Hyvinvointialueiden parhaimman kolmanneksen joukossa seuraavissa mittareissa
 - Työvoimavuokrauksen osuus kokonaistyövoimasta
 - Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen kustannusten osuus kokonaiskustannuksista
 - Erittäin heikko osallisuuden kokemus, %
- Hyvinvointialueiden heikoimman kolmanneksen joukossa seuraavissa mittareissa
 - Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon kiireettömään hoitoon pääsyn 14 vuorokauden enimmäisajan toteutuminen eri ammattiryhmien osalta, % hoitoonpääsykäynneistä
 - Erikoissairaanhoidon yli 6 kk odottaneet / 10 000 asukasta
 - Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut, yli 90 vrk odottaneet %, psykiatrian erikoisalajat yhteensä
 - Asiakas- ja potilasturvallisuusmittareita on otettu riittävästi käyttöön hyvinvointialueella
 - Hyvinvointialueen terveyden edistämisen aktiivisuus

Pohjois-Savo

- Hyvinvointialueiden parhaimman kolmanneksen joukossa seuraavissa mittareissa
 - Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut, yli 90 vrk odottaneet %, psykiatrian erikoisalajat yhteensä
 - Niiden kotihoidon 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden osuus, joilla päivystyksenä alkaneita sairaalajaksoja, % vastaavan ikäisistä kotihoidon asiakkaista
 - Työvoimavuokrauksen osuus kokonaistyövoimasta
 - Asiakas- ja potilasturvallisuusmittareita on otettu riittävästi käyttöön hyvinvointialueella
 - Erittäin heikko osallisuuden kokemus, %
- Hyvinvointialueiden heikoimman kolmanneksen joukossa seuraavissa mittareissa
 - Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon kiireettömään hoitoon pääsyn 14 vuorokauden enimmäisajan toteutuminen eri ammattiryhmien osalta, % hoitoonpääsykäynneistä
 - Erikoissairaanhoidon yli 6 kk odottaneet / 10 000 asukasta
 - Sairastavuusindeksi
 - Työkyvyttömyysindeksi

- Työote-toimintamalli on käytössä erikoissairaanhoidon ja työterveyshuollon välisessä yhteistyössä vähintään 10 eri sairausryhmän osalta

Päijät-Häme

- Hyvinvointialueiden parhaimman kolmanneksen joukossa seuraavissa mittareissa
 - Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut, yli 90 vrk odottaneet %, psykiatrian erikoisalot yhteensä
- Hyvinvointialueiden heikoimman kolmanneksen joukossa seuraavissa mittareissa
 - Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon kiireettömään hoitoon pääsyn 14 vuorokauden enimmäisajan toteutuminen eri ammattiryhmien osalta, % hoitoonpääsykäynneistä
 - Erikoissairaanhoidon yli 6 kk odottaneet / 10 000 asukasta
 - Työote-toimintamalli on käytössä erikoissairaanhoidon ja työterveyshuollon välisessä yhteistyössä vähintään 10 eri sairausryhmän osalta

Satakunta

- Hyvinvointialueiden parhaimman kolmanneksen joukossa seuraavissa mittareissa
 - Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon kiireettömään hoitoon pääsyn 14 vuorokauden enimmäisajan toteutuminen eri ammattiryhmien osalta, % hoitoonpääsykäynneistä
 - Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut, yli 90 vrk odottaneet %, psykiatrian erikoisalot yhteensä
 - Niiden kotihoidon 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden osuus, joilla päivystyksenä alkaneita sairaalajaksoja, % vastaavan ikäisistä kotihoidon asiakkaista
- Hyvinvointialueiden heikoimman kolmanneksen joukossa seuraavissa mittareissa
 - Asiakas- ja potilasturvallisuusmittareita on otettu riittävästi käyttöön hyvinvointialueella
 - Työote-toimintamalli on käytössä erikoissairaanhoidon ja työterveyshuollon välisessä yhteistyössä vähintään 10 eri sairausryhmän osalta

Vantaa-Kerava

- Hyvinvointialueiden parhaimman kolmanneksen joukossa seuraavissa mittareissa
 - Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon kiireettömään hoitoon pääsyn 14 vuorokauden enimmäisajan toteutuminen eri ammattiryhmien osalta, % hoitoonpääsykäynneistä
 - Niiden kotihoidon 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden osuus, joilla päivystyksenä alkaneita sairaalajaksoja, % vastaavan ikäisistä kotihoidon asiakkaista
 - Sairastavuusindeksi
 - Työkyvyttömyysindeksi
 - Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen kustannusten osuus kokonaiskustannuksista
- Hyvinvointialueiden heikoimman kolmanneksen joukossa seuraavissa mittareissa
 - Työvoimavuokrauksen osuus kokonaistyövoimasta

Varsinais-Suomi

- Hyvinvointialueiden parhaimman kolmanneksen joukossa seuraavissa mittareissa
 - Niiden kotihoidon 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden osuus, joilla päivystyksenä alkaneita sairaalajaksoja, % vastaavan ikäisistä kotihoidon asiakkaista
 - Työvoimavuokrauksen osuus kokonaistyövoimasta
- Hyvinvointialueiden heikoimman kolmanneksen joukossa seuraavissa mittareissa
 - Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon kiireettömään hoitoon pääsyn 14 vuorokauden enimmäisajan toteutuminen eri ammattiryhmien osalta, % hoitoonpääsykäynneistä
 - Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut, yli 90 vrk odottaneet %, psykiatrian erikoisalot yhteensä
 - Työote-toimintamalli on käytössä erikoissairaanhoidon ja työterveyshuollon välisessä yhteistyössä vähintään 10 eri sairausryhmän osalta

1.4 STM:n ehdotukset julkisen talouden suunnitelmaan 2026–2029

Julkisen talouden suunnittelussa (jäljempänä: JTS) on huomioitava taloudellisen kestävyysyden lisäksi yhteiskunnan pidemmän aikavälin sosiaalinen kestävyys uudistettaessa sosiaali- ja terveyspalveluja toimintaympäristön jatkuvasti muuttuessa. Sosiaalisesti kestävässä talouden suunnittelussa panostetaan ylisukupolvisen huono-osaisuuden ennaltaehkäisyyn, hyvinvoinnin mahdollistamiseen, eriarvoisuuden kaventamiseen muun muassa ennalta ehkäisevien palvelujen avulla. Näin sosiaali- ja terveydenhuollon yhdenvertaisuus, laatu ja välttämättömät lakisääteiset palvelut voidaan jatkossakin turvata.

Valtioneuvosto on hallitusohjelmassa sitoutunut hillitsemään hyvinvointialueiden kustannusten kasvua 1,3 miljardia euroa vuoteen 2027 mennessä verrattuna vuoden 2023 julkisen talouden perusuraan. Hyvinvointialueiden rahoitus vuonna 2025 on 26,2 mrd. euroa, josta vuoteen 2023 kohdentuva jälkikäteistarkistus on 1,4 mrd. euroa. Vuosien 2025–2028 julkisen talouden suunnitelman mukaan vuonna 2028 valtion rahoitus on n. 25,2 mrd. euroa (vuoden 2025 hintatasossa). Rahoitusta vähentää kehyskaudella erityisesti jälkikäteistarkistuksen määrän arvioitu väheneminen vuosina 2026–2028. Lisäksi rahoitusta vähentää hallitusohjelmassa ja julkisen talouden suunnitelmassa sovitut sosiaali- ja terveydenhuollon palvelulainsäädännön muutokset. Vuosia 2026–2029 koskevan julkisen talouden suunnitelman valmistelu STM:ssä painottuu hallitusohjelmassa päätettyjen uudistusten sekä keväällä 2024 päätettyjen lisätoimien arvioiden tarkentamiseen ja säädös- muutosten vaikutusten huomioimiseen.

Arvioidessaan hyvinvointialueiden rahoituksen riittävyyttä STM kiinnittää huomiota erityisesti hyvinvointialueiden alijäämiin ja niiden kattamiseen liittyvään sääntelyyn. Hyvinvointialueiden palvelukohtaisen rahoituksen riittävyyden arviointiin ei ole vielä riittävää tietopohjaa, mutta sitä tarkennetaan vuosi vuodelta. Hyvinvointialueiden vuoden 2024 alijäämän ennakoidaan olevan noin 1,2 mrd. euroa. Vuosien 2023 ja 2024 kumulatiivinen alijäämä olisi siten noin 2,5 mrd. euroa. Alueiden väliset erot talouden tilassa ja näkymissä ovat merkittävät. STM:n arvion mukaan hyvinvointialueiden nykyisiin muutosohjelmiin sisältyvät toimenpiteet ovat lähes kaikilla alueilla riittämättömiä sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistumisen kannalta, mikä tulee hidastamaan niiden talouden kestävästä tasapainottumista. Vuodesta 2025 alkaen hyvinvointialueet saavat takautuvasti lisärahoitusta ns. jälkikäteistarkistuksen muodossa. Jälkikäteistarkistus toteutetaan kahden vuoden viiveellä koko maan yhteenlasketun alijäämän perusteella ja jälkikäteistarkistuksen rahoituserä jaetaan hyvinvointialueille samassa suhteessa kuin muu rahoitus. Valtaosalle alueista jää rahoituksen jälkikäteistarkistuksen jälkeenkin merkittävä sopeuttamistarve

muodostuneiden alijäämien kattamiseksi. Hyvinvointialueiden taloussuunnitelmien perusteella noin puolet alueista olisi saavuttamassa tai lähes saavuttamassa alijäämien kattamisen velvoitteen vuoden 2026 loppuun mennessä. Hyvinvointialueiden taloussuunnitelmiin liittyy kuitenkin merkittävää epävarmuutta ja niiden perusteella on liian varhaista arvioida hyvinvointialueiden todellisia alijäämiä vuoden 2025 lopussa. STM:n arvio on, että alijäämien kattaminen hyvinvointialueilta edellytetyssä aikataulussa edellyttää useilla alueilla sopeutustoimenpiteitä, jotka saattavat vaarantaa lakisääteisten sosiaali- ja terveystalouksien järjestämisen.

STM:n ehdotus JTS:aan: Hyvinvointialueiden kertyneiden alijäämien kattamisen aikataulu on tiukka. Tilanteeseen liittyvät riskit tulisi huomioida hyvinvointialueiden toiminnan ja talouden ohjauksessa esimerkiksi ennakollisella talouden ohjauksen menettelyllä.

1.5 STM:n ehdotukset valtakunnallisten tavoitteiden valmisteluun

Hyvinvointialueiden valtakunnalliset strategiset tavoitteet julkaistaan keväällä 2025. Niissä yhteensovitetään sisäministeriön (jäljempänä SM) ja STM:n valtakunnalliset toimialakohtaiset tavoitteet.

STM arvioi, että nykyiset toimialakohtaiset tavoitteet on mahdollista sovittaa toiminnallisesti yhteen. Täysin uusien valtakunnallisten tavoitteiden laatiminen ei ole perusteltua tai tarpeellista, sillä tammikuussa 2024 julkaistujen tavoitteet kattavat kaikki keskeiset hyvinvointialueiden toimintaa koskevat tehtävät.

Sosiaali-, terveys-, ja pelastustoimen valtakunnallisten tavoitteiden osalta on keskeistä pyrkiä turvaamaan väestön hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta. Sosiaali-, terveys-, ja pelastustoimessa täytyy pyrkiä yhdenvertaisiin palveluihin, taloudelliseen ja sosiaaliseen kestävyys- ja vaikuttavuuteen. Henkilöstö, tieto ja yhteistyö ovat keskeisiä onnistumisen edellytyksiä kaikilla toimialoilla.

1.6 STM:n ehdotukset hyvinvointialueille ja yhteistyöalueille

STM:n hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vahvistamista koskevat ehdotukset

Hyvinvointialueiden tulee varmistaa, että hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen, ehkäisevän päihdetyön ja väkivallan vastaisen työn johtaminen on osa alueen johtamista, myös strategisella tasolla. Väkivallan vastainen työ edellyttää hyvinvointialuetasoista ja myös hyvinvointialueiden välistä ja muiden toimijoiden (kuten poliisin ja järjestöjen) kanssa tehtävää yhteistyötä. Hyvinvointialueiden pitää käynnistää välittömästi toimet, mikäli alueella ei ole systemaattista ja pitkäjänteistä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakennetta, joka tukee sen omia toimintoja ja sidosryhmäyhteistyötä erityisesti kuntien ja alueen kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. Kaikkien alueiden tulee varmistaa, että käytössä on arvioidut ja vaikuttaviksi todetut toimintamallit ja palvelut, ja vaikuttavuudeltaan heikot poistetaan käytöstä. Alueilla, joilla ikääntyneen väestön osuus on lisääntymässä, tulee kiinnittää erityistä huomiota toiminnan painopisteen siirtämiseen ikääntyvän väestön toimintakyvyn ylläpitämiseen.

STM:n yhteistyörakenteita koskevat ehdotukset

Hyvinvointialueiden tulee jatkaa ja edelleen rakentaa sellaista alueellista yhteistyötä, joka vahvistaa ja lisää alueen väestön hyvinvointia. Hyvinvointialueiden tulee myös jatkaa neuvottelukäytäntöjen ja -rakenteiden kehittämistä kuntien ja vuoden 2025 alussa aloittaneiden työllisyysalueiden kanssa. Yhteistyön tulisi aidosti tukea yhteisten tavoitteiden asettamista ja toteuttamista. Hyvinvointialueiden ja kuntien tulee yhdessä tarkastella kriittisesti hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen resursien riittävyyttä suhteessa alueen erityispiirteisiin kuten väestön sairastavuuteen, kuntien lukumäärään, väestömäärään sekä yhteistyörakenteiden pysyvyyteen ja kehittämistarpeisiin. Järjestöyhteistyön osalta tulee kehittää vaikuttavia toimintamalleja, parhaisiin käytäntöihin ja kokeiluihin perustuen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen viranomaisyhteistyön rakenteet pitää vakiinnuttaa. Keskeisiä ovat kuntien vastuulle vuoden 2025 alussa siirtyneet työvoimapalvelut, asuminen, kotoutumiseen liittyvät palvelut, Kelan vastuulla olevat palvelut ja etuudet sekä yhteistyö kouluissa ja oppilaitoksissa sekä poliisin hoito-ohjausreittien sopiminen.

STM:n lasten, nuorten ja perheiden palveluja koskevat ehdotukset

Henkilöstön riittävyyden ja saatavuuden haasteet ovat nousseet esille erityisesti lasten, nuorten ja perheiden sosiaalipalveluissa kaikilla hyvinvointialueilla.

Hyvinvointialueiden pitää jatkaa jo aloitettuja toimenpiteitä henkilöstön riittävyyden ja saatavuuden parantamiseksi. Hyvinvointialueiden pitää varmistaa riittävä oma tuotanto erityisesti niissä palveluissa, jotka nykyisin tuotetaan pääosin ostopalveluina, esimerkiksi lastensuojelun laitoshoidon. Tämä on välttämätöntä osaamisen turvaamisen ja häiriötilanteisiin varautumisen kannalta. Hyvinvointialueiden on vahvistettava erityisesti niitä lasten ja nuorten palveluita, jotka koskettavat samanaikaisesti sekä sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Hyvinvointialueiden pitää tehdä toimenpiteitä, jotka siirtävät palvelutuotannon painopistettä varhaisen tuen ja perustason palveluihin.

STM:n työikäisten palveluita koskevat ehdotukset

Hyvinvointialueiden pitää hyödyntää STM:n julkaisemaa tarkistuslistaa⁶ työikäisten palveluiden ja työkyvyn huomioimisesta alueellaan. Hyvinvointialueiden pitää varmistaa sotekeskusten moniammatillisten työkyvyn tuen tiimien toiminta, riittävät resurssit työttömien terveystarkastuksiin ja monialaiseen työttömien aktivointiin. Hyvinvointialueiden pitää ottaa TYÖOTE-toiminta pysyväksi osaksi erikoissairaanhoidon ja työterveyshuollon välistä yhteistoimintaa. Hyvinvointialueiden pitää edistää työllistymiseen tähtäävän IPS-toimintamallin käyttöönottoa.

STM:n ikääntyneiden palveluita koskevat ehdotukset

Hyvinvointialueiden pitää kehittää ikääntyneiden palveluita siten, että ne ehkäisevät palvelutarpeiden syntymistä sekä tarvetta raskaammille palveluille. Hyvinvointialueiden pitää vahvistaa iäkkäiden kotona-asumista tukevaa ohjausta ja palveluja, kuten asumistarpeiden ennakointia ja varhaista toimintakyvyn tukea yhteistyössä kuntien ja kolmannen sektorin kanssa. Myös tukipalvelujen (mm. ruoka-, siivous- ja vaatehuoltopalvelut) ja kotihoidon saatavuutta pitää parantaa. Hyvinvointialueiden tulee edistää omaishoitajien yhdenvertaisuutta, tukea jaksamista ja edistää omaishoitajien vapaapäivien käyttöä. STM suosittelee alueita kehittämään omaishoidon tuen myöntämisperusteita kohti THL:n antamaa ehdotusta omaishoidon kansalliseksi myöntämisperusteiksi. Hyvinvointialueiden pitää lisätä teknologian ja etäpalveluiden käyttöä ja niiden hankintaa ja toteutusta on tehtävä

6 Työikäiset hyvinvointialueella -tarkistuslista auttaa hyvinvointialueita ottamaan huomioon työikäiset ja työkyvyn.

hyvinvointialueiden välisenä yhteistyönä. Hyvinvointialueiden on investoitava riittävästi iäkkäiden kevyempiin asumisen ratkaisuihin, esimerkiksi yhteisölliseen asumiseen.

STM:n perusterveydenhuollon vahvistamista koskevat ehdotukset

Hyvinvointialueiden on jatkettava perusterveydenhuollon vahvistamista yhteensovittamalla soveltuvilta osin erikoissairaanhoidtoa ja perusterveydenhuoltoa toiminnalliseksi kokonaisuudeksi sekä siirtämällä suunnitelmallisesti erikoissairaanhoidon resurssia niihin perusterveydenhuollon toimintoihin, jotka tutkitusti vähentävät erikoissairaanhoidon tarvetta. Hyvinvointialueiden on lisättävä perusterveydenhuollon palveluiden saatavuutta ja jatkuvuutta.

STM:n erikoissairaanhoidtoa koskevat ehdotukset

Hyvinvointialueiden on jatkettava erikoissairaanhoidon porrasteisuuden, työnjaon ja yhteistyön kehittämistä hyvinvointialueiden yhteistyönä ja myös kansallisessa ohjauksessa. Hyvinvointialueiden on otettava huomioon väestöprofiiliin, palvelutarpeiden, väestön sijainnin ja työvoiman saatavuuden muutokset sekä julkisen talouden kehittyminen. Näin voidaan varmistaa yhdenvertainen, vaikuttava ja kustannusvaikuttava erikoissairaanhoidon palvelukokonaisuus sekä turvata pitkän aikavälin riittävä osaaminen, potilasturvallisuus ja henkilöstön riittävyys niin erityis- palveluissa kuin peruspalveluissa.

Resurssi- ja osaamisvaatimukseltaan raskainta erikoissairaanhoidtoa on todennäköisesti edelleen keskitettävä nykyistä harvempiin sairaaloihin ja myös kansallisesti. Toisaalta uusien toimintamallien, digitalisaation ja osaamisen muun liikkuvuuden kautta voidaan palveluita tuoda aiempaa enemmän tukemaan eri puolilla alueilla tehtävää työtä.

Hyvinvointialueiden on yhdessä haettava ratkaisuja ja tarvittaessa turvauduttava yhteistyöalueensa yliopistosairaalaan erikoissairaanhoidon järjestämisen varmistamiseksi erityisesti niillä erikoisaloilla, joilla hyvinvointialue ei pysty vastaamaan väestön palvelutarpeeseen lainsäädännön mukaisesti tai joilla osaamisen ja henkilöstön saatavuus on merkittävästi vaikeutunut. Erityistä huomiota on kiinnitettävä psykiatrian erikoisaloihin (lasten, nuoriso- ja aikuispsykiatria), joissa hoitotakuun ylittäviä potilaita on suhteellisesti merkittävästi enemmän kuin monilla muilla kliinisen lääketieteen erikoisaloilla. Yliopistosairaalaan ylläpitävien hyvinvointialueiden ja HUS-yhtymän on yhdessä haettava ratkaisuja ja tarvittaessa turvauduttava HUS:aan

erikoissairaanhoidon järjestämisen varmistamiseksi niiden potilasryhmien osalta, jotka ovat erityisen haavoittuvia, erityisen harvinaisia tai joiden hoito edellyttää kansainvälistä yhteistyötä.

STM:n kuntoutuspalveluja koskevat ehdotukset

Hyvinvointialueiden on huomioitava kuntoutus läpileikkaavana toimintana kaikissa palveluissa. Monialaista yhteistyötä pitää kehittää palvelujen yhteensovittamiseksi. Varhaisten kuntoutustarpeiden tunnistaminen ja palveluketjujen toimivuus on tärkeää kaikissa ikä- ja asiakasryhmissä. Lääkinnällisen kuntoutuksen on oltava toiminnallisesti yhteensovitettua potilaan hoitokokonaisuuteen erityisesti lasten ja nuorten somaattisessa erikoissairaanhoidossa. Hyvinvointialueiden pitää vahvistaa matalan kynnyksen kuntoutuspalveluita, jotta kuntoutus aloitetaan riittävän varhain ja oikea-aikaisesti. Hyvinvointialueiden pitää lisätä digitaalisia kuntoutuspalveluita, kuten etäkuntoutusta.

STM:n TKKI-toimintaa koskevat ehdotukset

Hyvinvointialueiden on vakiinnutettava järjestämiensä palveluiden TKKIO-toiminta ja yhteensovitettava se osaksi yhteistyöaluetasoisesti toimivaa osaamiskeskittymää. Hyvinvointialueiden on otettava huomioon valtakunnallisissa sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteissa sekä hyvinvointialueiden strategisessa päätöksenteossa asetettujen tavoitteiden saavuttaminen ja mittaaminen.

STM:n kaikkia yhteistyöalueita koskevat ehdotukset

Hyvinvointialueiden on päivitettävä YTA-sopimuksensa sote-järjestämislain YTA-pykälien, niitä tarkentavan YTA-sopimusasetuksen ja muun sote-järjestämisen lainsäädännön mukaisiksi. STM valmistelee hyvinvointialueiden tueksi YTA-sopimisen soveltamisohjeen kevään 2025 aikana.

Aluekohtaiset ehdotukset hyvinvointialueille

Etelä-Karjala

Toimenpidesuosituksat hyvinvointialueelle 26.11.2024 ohjausneuvottelussa:

- Alueen on määrätietoisesti jatkettava erityisesti ennaltaehkäisevien ja peruspalvelujen uudistamista, saatavuuden parantamista ja talouden tasapainottamista. Erityisesti on keskityttävä pitkäaikaissairaiden ja ikääntyneiden palvelujen parantamiseen.

- Alueen on varmistettava palvelutarvetta vastaava henkilöstörakenne ja henkilöstön käytön oikea kohdentaminen.
- Alueen on vauhditettava palveluverkon keventämistä.

Etelä-Pohjanmaa

Toimenpidesuosituksat hyvinvointialueelle 12.11.2024 ohjausneuvottelussa:

- Alueen on varmistettava poliittinen päätöksentekokyky, joka tukee muutosohjelman ripeää toimeenpanoa talouden tasapainottamiseksi ja palveluiden uudistamiseksi.
- Alueen on varmistettava, että ikäihmisten palveluiden kehittämissuunnitelma toteutuu.
- Alueen väestöennusteet ja aluerakenteen muutokset huomioiden alueen palveluverkkoa on kevennettävä vastaamaan palvelutarpeiden mukaista saatavuutta ja kustannusvaikuttavuutta.

Etelä-Savo

Toimenpidesuosituksat hyvinvointialueelle 7.11.2024 ohjausneuvottelussa:

- Alueen on varmistettava poliittinen päätöksentekokyky, joka tukee muutosohjelman ripeää toimeenpanoa talouden tasapainottamiseksi ja palveluiden uudistamiseksi
- Alueen on välittömästi sopeutettava erikoissairaanhoidon kustannuksia suhteessa palvelutarpeeseen ja uudistettava sairaalapalvelujen työnjakoa
- Alueen on merkittävästi tehostettava toimitilojen käyttöä.

Helsinki

Toimenpidesuosituksat hyvinvointialueelle 10.12.2024 ohjausneuvottelussa:

- Helsingin on jatkettava palvelurakenteen keventämistä sekä kustannuskehityksen hillintää.
- Uudenmaan järjestämisvastaavien ja HUS-yhtymän tulee vahvistaa perus- ja erikoissairaanhoidon integraatiota ja suunnittelua sekä sitoutua yhteen sovitettuun talouden tasapainottamissuunnitelman toteutukseen

HUS

Toimenpidesuosituksat hyvinvointialueelle 11.12.2024 ohjausneuvottelussa:

- HUS-yhtymän tulee sitoutua jatkossakin hoitojonojen purkamiseen ja palvelupolkujen yhteensovittamiseen.
- Uudenmaan järjestämisvastaavien ja HUS-yhtymän tulee vahvistaa perus- ja erikoissairaanhoidon integraatiota ja suunnittelua sekä sitoutua yhteen sovitettuun talouden tasapainottamissuunnitelman toteutukseen.

Itä-Uusimaa

Toimenpidesuosituksat hyvinvointialueelle 5.11.2024 ohjausneuvottelussa:

- Alueen on nopeutettava uudistusohjelman päätöksenteon ja toimenpiteiden toimeenpanoa sekä varmistettava niiden kustannusvaikutusten toteutuminen ja palvelujen saatavuus.
- Alueen on varmistettava palvelutarvetta vastaava henkilöstörakenne ja henkilöstön käytön oikea kohdentaminen.
- Uudenmaan järjestämisvastuullisten ja HUS-yhtymän tulee vahvistaa perus- ja erikoissairaanhoidon integraatiota ja suunnittelua sekä sitoutua yhteen sovitettuun talouden tasapainottamissuunnitelman toteutukseen.

Kainuu

Toimenpidesuosituksat hyvinvointialueelle 31.10.2024 ohjausneuvottelussa:

- Alueen on nopeutettava muutosohjelman toimeenpanoa ja varmistettava kustannusvaikutusten saavuttaminen talouden tasapainottamiseksi
- Alueen on parannettava perusterveydenhuollon yhdenvertaista saatavuutta palvelutarpeen ja väestömäärän suhteen kustannusvaikuttavampaan suuntaan
- Alueen on nostettava Kainuun keskussairaalan tuottavuutta.

Kanta-Häme

Toimenpidesuosituksat hyvinvointialueelle 28.11.2024 ohjausneuvottelussa:

- Alueen tulee jatkaa määrätietoista työtään palvelurakenteen keventämiseksi.
- Alueen on tärkeää varmistaa talouden tasapainottaminen ja toiminnan uudistaminen ottaen jatkossakin huomioon henkilöstön työhyvinvointi ja kyky sopeutua muutoksiin.
- Alueen tulee jatkaa hyvin vauhtiin lähtenyttä kehittämistä tiedolla johtamisessa mm. ostopalveluiden kokonaisuuden hallinnassa.

Keski-Pohjanmaa

Toimenpidesuosituksat hyvinvointialueelle 1.11.2024 ohjausneuvottelussa:

- Alueen on määrätietoisesti jatkettava palveluiden uudistamista ja talouden tasapainottamista
- Alueen on varmistettava integroitujen palveluiden jatkuvuus johtamis- ja organisaatiorakenteen muuttuessa.

Keski-Suomi

Toimenpidesuosituksat hyvinvointialueelle 8.11.2024 ohjausneuvottelussa:

- Alueen on määrätietoisesti jatkettava palveluiden uudistamista ja varmistettava taloutta tasapainottavien toimenpiteiden toteutuminen aikataulussa
- Alueen on jatkettava ikääntyneiden palvelurakenteen ripeää keventämistä.

Keski-Uusimaa

Toimenpidesuosituksat hyvinvointialueelle 3.12.2024 ohjausneuvottelussa:

- Alueen on jatkettava muutosohjelman toimenpiteitä, varmistettava niiden toimeenpano ja kustannusvaikutusten saavuttaminen talouden tasapainottamiseksi.
- Uudenaan järjestämisvastaavien ja HUS-yhtymän tulee vahvistaa perus- ja erikoissairaanhoidon integraatiota ja suunnittelua sekä sitoutua yhteen sovitettuun talouden tasapainottamissuunnitelman toteutukseen.

Kymenlaakso

Toimenpidesuosituksat hyvinvointialueelle 27.11.2024 ohjausneuvottelussa:

- Alueen on määrätietoisesti jatkettava toimenpiteitä erityisesti ennaltaehkäisevien ja peruspalveluiden uudistamista sekä talouden tasapainottamista. Erityisesti on keskityttävä lasten-, nuorten ja perheiden palvelujen parantamiseen.
- Alueen on määrätietoisesti lisättävä digitaalisten palvelujen käyttöä kaikissa palveluketjussa.
- Alueen on konkretisoitava henkilöstöohjelmaa veto- ja pitovoiman parantamiseksi sekä oman palvelutuotannon lisäämiseksi.

Lappi

Toimenpidesuosituksat hyvinvointialueelle 29.10.2024 ohjausneuvottelussa:

- Alueen on täsmennettävä ja konkretisoitava muutosohjelman toimenpiteitä, varmistettava niiden ripeä toimeenpano ja kustannusvaikutusten saavuttaminen talouden tasapainottamiseksi
- Alueen on varmistettava ikääntyneiden palveluiden yhdenvertainen saatavuus ja palvelurakenteen kustannusvaikuttava uudistaminen
- Alueen on jatkettava sairaalapalveluiden työnjaon uudistamista vastaamaan henkilöstön riittävyttä sekä palvelutarpeen mukaista palveluiden saatavuutta ja kustannusvaikuttavuutta

Länsi-Uusimaa

Toimenpidesuosituksat hyvinvointialueelle 4.12.2024 ohjausneuvottelussa:

- Uudenmaan järjestämisvastaavien ja HUS-yhtymän tulee vahvistaa perus- ja erikoissairaanhoidon integraatiota ja suunnittelua sekä sitoutua yhteen sovitettuun talouden tasapainottamissuunnitelman toteutukseen.

Pirkanmaa

Toimenpidesuosituksat hyvinvointialueelle 18.11.2024 ohjausneuvottelussa:

- Alueen on määrätietoisesti jatkettava hyvin edenneiden sopeutustoimien ja muutosohjelman toimeenpanoa täysimääräisesti sekä seurattava niiden taloudellisia ja toiminnallisia vaikutuksia.
- Alueen tulee edelleen kiinnittää huomioita tulevien isojen investointien (erit. TAYS-uudistamisohjelma) vaikutukseen alueen talouteen ja lainanhoitokykyyn sekä vaikutukseen alueen vastuulla olevien palveluiden järjestämiseen.

Pohjanmaa

Toimenpidesuosituksat hyvinvointialueelle 19.11.2024 ohjausneuvottelussa:

- Alueen on määrätietoisesti jatkettava muutosohjelman ripeää toimeenpanoa talouden tasapainottamiseksi ja palveluiden uudistamiseksi.
- Alueen on jatkettava lasten, nuorten ja perheiden palveluiden kehittämistä.
- Alueen on siirrettävä painopistettä ennaltaehkäiseviin ja kevyempiin palveluihin (ml. etä- ja digipalvelut) sekä vähennettävä raskaampien palvelujen tarvetta.

Pohjois-Karjala

Toimenpidesuosituksat hyvinvointialueelle 5.11.2024 ohjausneuvottelussa:

- Alueen on määrätietoisesti jatkettava palveluiden uudistamista ja talouden tasapainottamista
- Alueen on varmistettava lasten, nuorten ja perheiden perustason palveluiden saatavuus erityisesti varhaisen tuen osalta.

Pohjois-Pohjanmaa

Toimenpidesuosituksat hyvinvointialueelle 30.10.2024 ohjausneuvottelussa:

- Alueen on määrätietoisesti jatkettava palveluiden uudistamista ja talouden tasapainottamista
- Alueen on varmistettava lasten, nuorten ja perheiden perustason palveluiden saatavuus

- Alueen on varmistettava yliopistollisen sairaalan tuottavuushyötyjen toteutuminen.

Pohjois-Savo

Toimenpidesuosituksat hyvinvointialueelle 6.11.2024 ohjausneuvottelussa:

- Alueen on varmistettava poliittinen päätöksentekokyky, joka tukee muutosohjelman ripeää toimeenpanoa talouden tasapainottamiseksi ja palveluiden uudistamiseksi.
- Alueen on ripeästi ja vaikuttavasti yhtenäistettävä palveluprosesseja ja -kanavia sekä varmistettava integraation toteutuminen koko alueella.

Päijät-Häme

Toimenpidesuosituksat hyvinvointialueelle 28.11.2024 ohjausneuvottelussa:

- Alueen on määrätietoisesti jatkettava ennaltaehkäisevien- ja perustason palveluiden kehittämistä sekä yhdyspintatyötä väestön hyvinvoinnin ja toimintakyvyn tukemiseksi, palvelutarpeeseen vastaamiseksi sekä talouden tasapainottamiseksi. Erityisesti on vietävä eteen päin lasten-, nuorten ja perheiden palvelujen kehittämistyötä. Iäkkäiden palvelujen osalta jatkuvalla kehittämistyöllä varmistetaan, että asiakkaiden palvelutarpeisiin pystytään vastaamaan myös jatkossa asiakasmäärien kasvaessa.
- Alueen on määräämällä jatkettava digitaalisten palvelujen käyttöä kaikissa palveluketjuissa.
- Alueen on jatkettava vuokratyön käyttöä vähentäviä toimenpiteitä.

Satakunta

Toimenpidesuosituksat hyvinvointialueelle 20.11.2024 ohjausneuvottelussa:

- Alueen on konkretisoitava muutosohjelman toimenpiteitä ja vauhditettava sen toimeenpanoa sekä vahvistettava tiedolla johtamista talouden tasapainottamiseksi ja toiminnan uudistamiseksi.
- Sata-alueen on ripeästi ja vaikuttavasti yhtenäistettävä erityis- ja perustason asiakasprosessit sekä palvelujen siirto erityistasolta perustasolle niin, että perustason toiminta vahvistuu. Lisäksi Sata-alueen on varmistettava sosiaali-, terveys- ja pelastustoimen integraation toteutuminen koko Sata-alueella yli toimialuerajojen.
- Alueen tulee jatkaa työtään henkilöstön työhyvinvoinnin, työkyvyn ylläpidon ja sairauspoissaolojen ehkäisemisen parantamiseksi.

Vantaa-Kerava

Toimenpidesuosituksat hyvinvointialueelle 29.11.2024 ohjausneuvottelussa:

- Alueen on jatkettava uudistusohjelman toimenpiteiden toimeenpanoa ja varmistettava niiden kustannusvaikutusten toteutuminen.
- Alueen on varmistettava iäkkäiden ja vammaisten ympärivuorokautiselle asumispalvelulle ja lastensuojelun laitoshoidolle asettamansa oman tuotannon tavoitteiden saavuttaminen.

Varsinais-Suomi

Toimenpidesuosituksat hyvinvointialueelle 22.11.2024 ohjausneuvottelussa:

- Alueen on määrätietoisesti jatkettava palveluiden uudistamista ja varmistettava taloutta tasapainottavien toimenpiteiden toteutuminen aikataulussa
- Alueen on vahvistettava tiedolla johtamista sekä kustannusten seurantaa.
- Alueen on varmistettava poliittinen päätöksentekokyky ja toimiva toimielinrakenne

2 Arvio sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnasta

2.1 Arvio yhdenvertaisuudesta

Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä perustuu erityisesti terveydenhuollon osalta monikanavaiseen järjestämiseen ja rahoitukseen. Julkista rahoitusta kohdentuu suoraan ja epäsuoraan hyvinvointialueiden järjestämiin koko väestön sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin, korkeakouluopiskelijoille KELAn järjestämiin ja YTHS:n tuottamiin palveluihin sekä osin työnantajien työssä käyville järjestämiin työterveyshuollon palveluihin. Lisäksi tietyille pienille erityisryhmille valtio järjestää sosiaali- ja terveydenhuoltoa (valtion koulukodit ja vankilan perheosasto, valtion mielisairaalat ja vankiterveydenhuolto). Suomessa asuvilla on tämän ohella mahdollisuus saada korvausperusteiden täyttyessä julkisesti rahoitettua sairausvakuutuskorvausta (ns. Kela-korvaus) yksityisesti tuotetuista terveysterveyspalveluista ja lääkkeistä.

Valvontaviranomaiset, THL ja kansainväliset asiantuntijat (ml. OECD) ovat jo ennen hyvinvointialueiden käynnistymistä tuoneet esille huolestuttavia puutteita ja kehityssuuntia suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Väestö on enenevässä määrin eriarvoisessa asemassa suhteessa julkisesti rahoitettujen terveydenhuollon palvelujen saatavuuteen ja saavutettavuuteen hyvinvointialueilla, hyvinvointialueiden välillä ja terveydenhuollon rinnakkaisten palvelujärjestelmien käytön suhteen.

Rinnakkaisten palvelujärjestelmien päällekkäisyydet ovat nopeasti muodostumassa ongelmaksi väestön ikääntymiseen liittyvän palvelutarpeen voimakkaasti kasvaessa ja tähän liittyvän terveydenhuollon henkilöstöresurssin kansallisesti niukentuessa. Niukan terveydenhuollon henkilöstöresurssin ollessa rinnakkaisissa palvelujärjestelmissä käytännössä yhteistä se jakautuu voimistuvan epätasaisesti terveydenhuollon monikanavaisessa järjestämisessä.

Eri alueiden ja väestöryhmien kasvaneita terveyseroja kuvaavat useat indikaattorit mm. sairastavuus (kuvio 1), menetetyt elinvuodet eli ennenaikainen kuolleisuus (PYLL), ennenaikainen eläköityminen sekä tautitaakan takia menetetyt elinvuodet

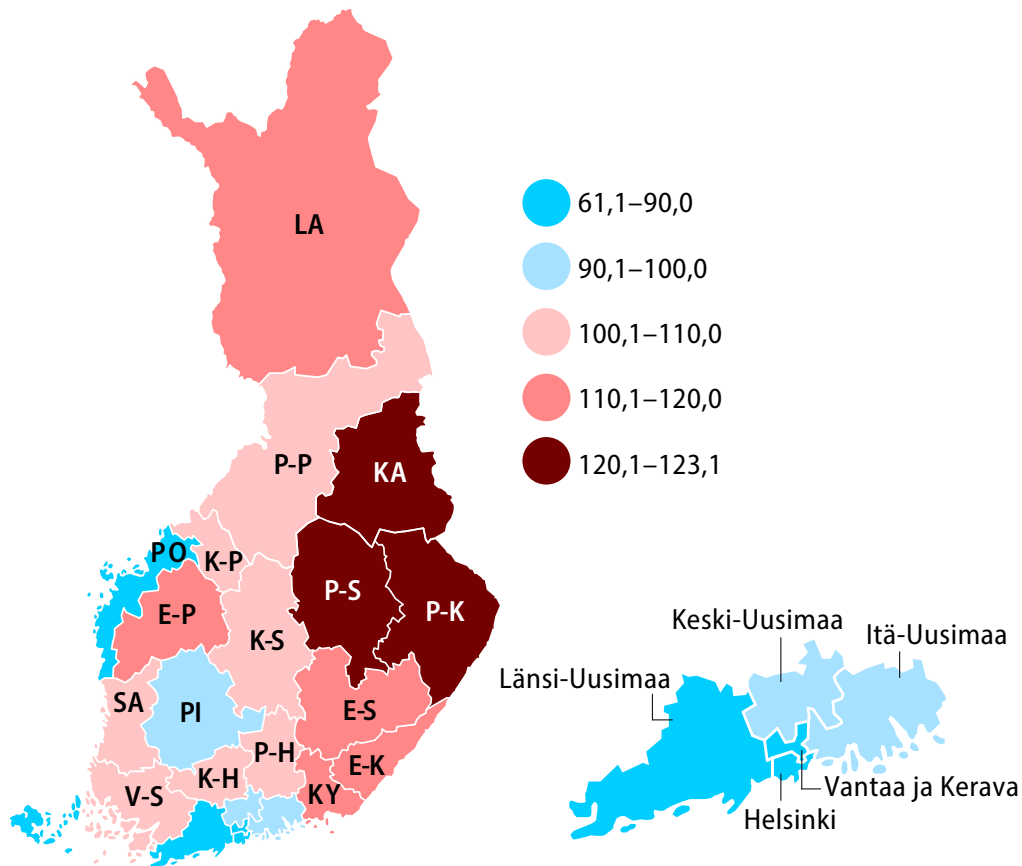
(DALY)⁷ Nämä indikaattorit antavat kuvaa siitä, kuinka paljon alueilla eläköidytään tai kuollaan ennenaikaisesti ja minkä sairauksien seurauksina. Terveyserojen kasvu ilmenee myös eri väestöryhmien osallisuutta kuvaavissa indikaattoreissa sekä työelämän ja koulutuksen ulkopuolella olevien nuorten osuudessa.

Hyvinvointialueittain tarkasteltuna terveimmät suomalaiset asuvat pääsääntöisesti Länsi- ja Etelä-Suomessa. Sairastavuus on suurinta Itä- ja Pohjois-Suomessa. Suurimmat sairausryhmittäiset alue-erot havaitaan alkoholisairauksien, sepelvaltimotaudin, tuki- ja liikuntaelinten sairauksien sekä mielenterveyden osaindekseissä.⁸ Alue-erojen taustalla on paitsi väestön terveydentilaan, terveyskäyttäytymiseen ja elinoloihin liittyviä alueellisia eroja, myös eroja palvelujärjestelmän toiminnassa sekä rakenteellisia tekijöitä, kuten alueen palvelujärjestelmään ja sosio-ekonomiseen rakenteeseen liittyviä eroja.⁹ Hyvinvointialueiden erilaistuminen on osin tarkoituksenmukaista, koska alueen väestön palvelutarpeet ovat erilaisia eri puolilla Suomea. Osa hyvinvointialueista on organisoinut palvelutuotantonsa pienempiin, maantieteellisiin alueisiin ja seuraa sosiaali- ja terveydenhuollon yhdenvertaista toteutumista alueensa sisällä.

7 PYLL = Potential Years of Life Lost, DALY = Disability-Adjusted Life Years, jossa on vastavia elementtejä kuin mittareissa nimeltä QALY = Quality-Adjusted Life Years ja PALY = Productivity-Adjusted Life Years

8 THL, Tilastoraportti: Kansallinen terveysindeksi 2019–2021, 30/2023, (30.5.2023)

9 Työttömyys, taloudellinen tilanne ja koulutustaso heijastuvat ihmisten hyvinvointiin ja terveyteen. Väestön terveys- ja hyvinvointikatsaus 2023, s.32.

Kuvio 1. Ikävakioimaton sairastavuusindeksi ajanjaksolta 2020–2022.

Lähde: Hyvinvointialueittain laaditut THL:n asiantuntija-arvioinnit.

Arvio palvelujen saatavuudesta

Vuonna 2023 julkisen perusterveydenhuollon avopalveluissa oli noin 4 miljoonaa asiakasta (72 % suomalaisista). Sosiaalihuollon palvelujen piirissä arvioitiin olevan puolestaan noin 770 000 asiakasta (14 % suomalaisista). Palvelujen saatavuus ja niiden piiriin pääsy vaihtelevat sosiaali- ja terveystaloudessa koko maassa. Palveluiden painopistettä on vuosia pyritty siirtämään raskaammista palveluista kohti perustason palveluita siinä vain osin onnistuen.

THL:n keräämät käyntitiedot hyvinvointialueilta kuvaavat osaltaan palveluiden tarjontaa ja kohdistuvat määrärahojen noudattamiseen. THL:n käyntitiedot eivät pidä sisällään kaikkia palvelumuotoja, kuten kaikkia digitaalisia palveluita. Yksinomaan suuri käyntien tai suoritteiden määrä ei takaa sitä, että palveluiden saatavuus on hyvä tai vaikuttava, koska näiden käyntien ja kontaktien syytä ja sisältöä ei pystytä

analysoimaan. Oleellista olisi pystyä arvioimaan, mitä terveys- ja hyvinvointihyötyä käynti tuottaa tai mitä jää saamatta, mikäli käyntien määrä on pieni. Lisäksi palvelujärjestelmän tietopohjassa on saatavissa tietoa tuottavuuden tarkasteluun, mutta tietoa ei ole saatavissa henkilön, ryhmän tai organisaation tasoilla terveydentilan muutoksista (vaikuttavuustietoa). Tähän tarvittaisiin laatu- ja vaikuttavuusmittareita, joiden vertailukelpoista tietopohjaa on vielä rajallisesti tarjolla. Tätä kuvataan tarkemmin vaikuttavuusperusteisen ohjauksen ja tietopohjan yhteydessä kohdassa *”Arvio vaikuttavuusperustaisuudesta ja tietojohdamisesta”*.

Sosiaalihuollon kansallinen tietopohja on vasta kehittymässä, minkä vuoksi tietoa sosiaalihuollon palvelujen saatavuudesta ja käytöstä ei ole saatavissa vastaavalla tavalla kuin terveydenhuollosta. THL:n Sosiaalihuollon seurantarekisteri kokoaa Kanta-palveluihin tallennettua ja hyvinvointialueiden erikseen toimittamia sosiaalihuollon tietoja muun muassa sosiaalipalvelun päätöstiedoista ja asiakkuusjaksoista. Seurantarekisterin tietoja ei toistaiseksi ole julkaistu säännöllisinä tilastoina.

Arvio perusterveydenhuollon saatavuudesta

Avosairaanhoidon palvelut

Hyvinvointialueiden perusterveydenhuollon avosairaanhoidon palvelut ovat lähtökohtaisesti koko väestön käytettävissä. Näihin palveluihin kuuluvat perustasolle kuuluva ennalta ehkäisevä terveydenhuolto, sairauksien tutkiminen, hoito ja kuntoutus sekä myös kiireellinen hoito ja päivystys siltä osin, kuin sitä annetaan sosiaali- ja terveyskeskuksissa osana virka-aikaista ja iltta- ja viikonloppuaikaista kiirevastaanottoa.

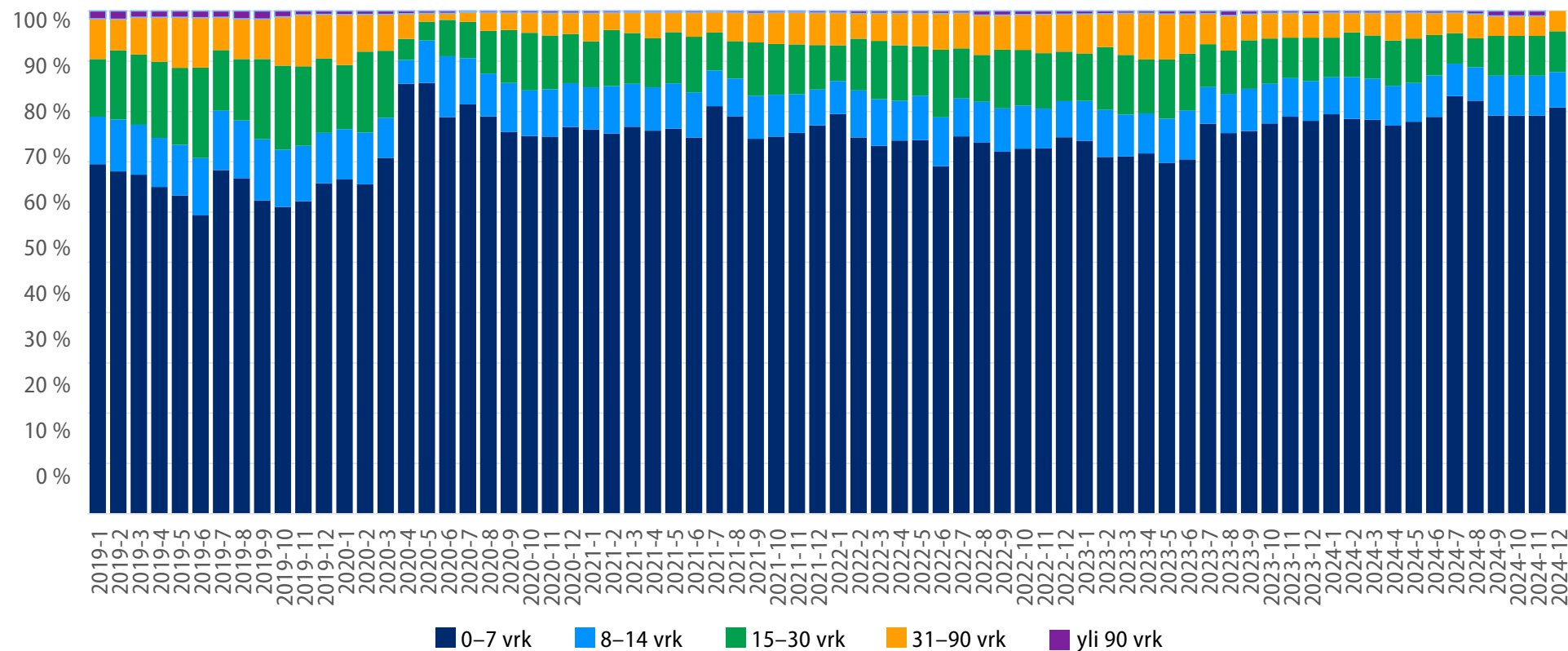
Perusterveydenhuollon hoitotakuu kiristyi aiemmasta 3 kuukauden enimmäismääräajasta 14 vuorokauteen 1.9.2023 alkaen. Alun perin suunniteltua tiukentumista 7 vuorokauteen 1.11.2024 alkaen ei toteutettu. Perusterveydenhuollon kiireettömään hoitoon pääsyn enimmäisajat sen sijaan pitenivät vuoden 2025 alusta lukien (134/2024) ja perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa hoitotakuu on jatkossa 3 kuukautta ja suun terveydenhuollossa 6 kuukautta. Hoitoon on kuitenkin aina päästävä lääketieteelliset ja hammaslääketieteelliset seikat huomioiden kohtuullisessa ajassa. Muutokset eivät koske alle 23-vuotiaita. Monet hyvinvointialueet ovat ilmoittaneet omaksi toiminnalliseksi tavoitteekseen perusterveydenhuollon avosairaanhoidon 3 kk hoitotakuuta merkittävästi nopeamman kiireettömän perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn. Esimerkiksi Helsingin kaupunki tavoittelee 30 vuorokauden enimmäisaikaa. Nopeamman hoitoon pääsyn kehittämiseksi alueille on myönnetty erillisrahoitusta EU:n elpymis- ja palautumistukivälineen Suomen kestävän kasvun -ohjelman (RRP) kautta.

Valtakunnallisesti kiireettömään perusterveydenhuoltoon yhden ja kahden viikon kuluessa hoitoon päässeiden osuudet lähtivät kasvuun hieman ennen kuin hoitoon pääsyn uusi takuu tuli voimaan 1.9.2023 alkaen.

Tarkastelukaudella vuoden 2019 tammikuusta vuoden 2024 joulukuun loppuun keskimäärin kolme neljästä (74 %) potilaista pääsi kiireettömään hoitoon viikon kuluessa hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen julkisessa perusterveydenhuollossa ja lisäksi keskimäärin yksi kymmenestä (9 %) pääsi hoitoon 8–14 vuorokauden kuluessa (kuvio 2). Kiireelliseen ja päivystykselliseen hoitoon pääsy toteutuu kaikkialla hyvin.

Kuvio 2. Hoitoon pääsy perusterveydenhuollossa hoidon tarpeen arvioinnista toteutuneeseen käyntiin (osuudet, %) odotusajoin ja kuukausittain vuosina 2019–2024.¹⁰

Osuudet (%) kuukausittain

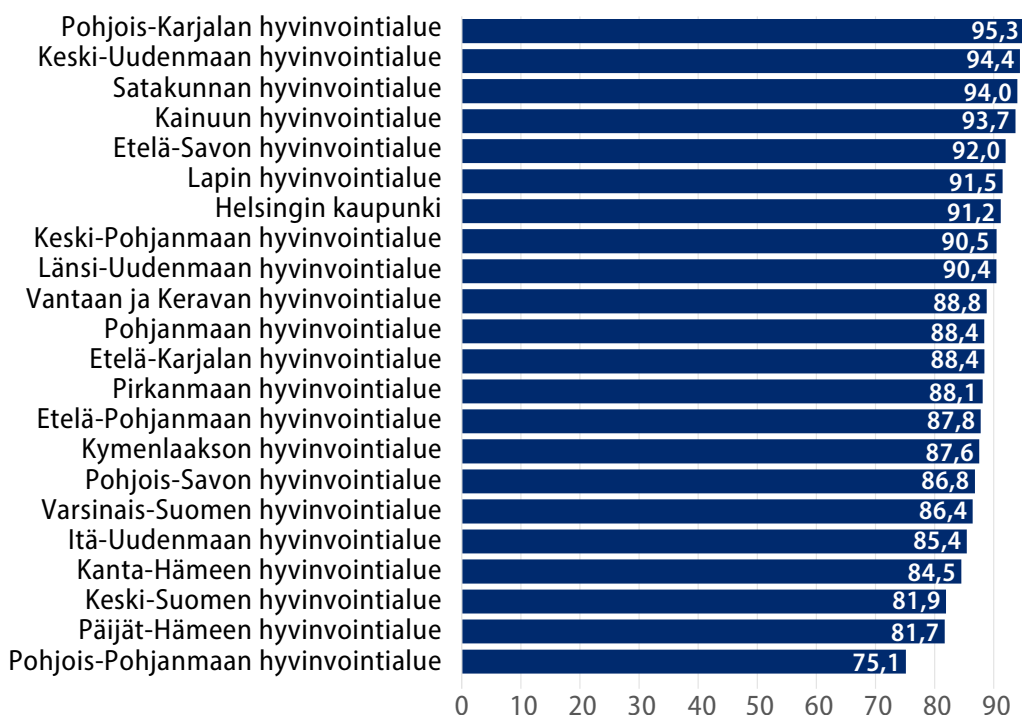


Lähde: THL, Avohilmo-rekisteri. Tiedot on päivitetty 15.1.2025.

¹⁰ Hoitotakuu muuttui 1.9.2023 niin, että perusterveydenhuollon avosairaanhoidon tuli 1.9.2023 alkaen päästä 14 vuorokauden enimmäisajan kuluessa hoidon tarpeen arvioinnista.

Vaikka valtakunnallisesti 14 vuorokauden sisällä kiireettömään hoitoon päässeiden osuudet ovat nousseet viimeisen vuoden aikana, on alueellisesti ja ajallisesti hyvinvointialueiden sisällä ja niiden välillä merkittäviä vaihteluja. Viiveitä on sekä yhteyden saannissa, hoidon ja palvelun tarpeen arviointiin pääsyssä sekä näiden jälkeisessä hoidon ja palvelun saannissa.

Kuvio 3. Julkisen perusterveydenhuollon 0–14 vuorokauden avosairaanhoidon kiireettömään hoitoon pääsyn enimmäisajan toteutuminen (hoidon tarpeen arviointikäynnistä toteutuneeseen käyntiin) hyvinvointialueittain ja Helsingin kaupungissa 1.9.2023–31.8.2024.



Lähde: THL, Avohilmo-rekisteri. Tiedot on päivitetty 15.9.2024.

Tarkastelujakson 1.9.2023–31.8.2024 aikana hoitoon pääsy kahden viikon kuluessa julkisen perusterveydenhuollon kiireettömään hoitoon sairaanhoitajalle tai terveydenhoitajalle toteutui hyvinvointialueellisesti lähes täysimääräisesti (pienin osuus alueellisesti 88 %). Hoitotakuun toteutuminen lääkärin vastaanotolle toteutui heikommin ja sisälsi paljon alueellista vaihtelua (korkeimmillaan 93 % ja matalimmillaan 48 %). Hoitoon pääsyn enimmäisajan toteutuminen lainmukaisesti oli hyvinvointialueittain parhaimmillaan 95 prosentin tasolla ja matalimmillaan 75 prosentin tasolla.

Terveydenhuollon palveluiden sisältöä ei yksityiskohtaisesti säädellä lain-
säädannössä, vaan sitä ohjataan ns. sisältöohjauksen keinoin erilaisten suositusten
avulla (mm. Yhtenäiset kiireellisen ja kiireettömän hoidon perusteet, Palvelu-
valikoimaneuvoston suositukset, Käypä hoito -suositukset, HOTUS -hoitotyön suo-
situkset). Palveluiden sisällön laadusta ja vaikuttavuudesta ei ole vielä kansallista
tietopohjaa, jota voitaisiin hyödyntää eri hyvinvointialueiden ja eri palveluiden ana-
lysoinnissa. Laatu-, vaikuttavuus- ja potilasturvallisuuden mittareita ja kirjaamista
kehitetään aktiivisesti STM:n ohjauksessa.

Palvelujen saatavuutta on parantanut liikkuvien palveluiden sekä useiden
yhteydenottoväylien (paikalla asiointi, puhelinpalvelu, sähköinen yhteydenotto)
laajempi alueellinen käyttöönotto. Lokakuussa 2024 etäkäyntien määrä oli 64 %,
kun vuonna 2023 se oli koko vuoden ajan 51 %. Digitaalisten palveluiden laa-
jempi hyödyntäminen näyttäytyy alueellisesti hyvinvointialueella hoitotakuun 14
vuorokauden hoitoon päässeiden etävastaanottomäärien suhteellisenä kasvuna.
Erityisesti sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan vastaanotoista valtaosassa hyvin-
vointialueissa suuri osa toteutetaan etävastaanottona. Yleisesti käytössä oleva
moniammatillinen tiimimalli tukee monia palveluja tarvitsevien asiakkaiden hoitoa
ja digitaalisten palvelujen käyttöä.

Hyvinvointialueilla on tehty parannuksia palveluketjujen ja hoitoon pääsyn orga-
nisoinnissa, mikä on edistänyt perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon
yhteiskehittämistä ja painopisteen siirtämistä perustason palveluihin. Hyvinvointi-
alueiden toimenpiteillä on pyritty ensisijaisesti vahvistamaan lasten-, nuorten- ja
perhepalveluiden saatavuutta.

Mielenterveyden oireiden ja häiriöiden psykososiaalisten hoitomuotojen saata-
vuutta on parannettu kaikille ikäryhmille Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus
– ja Suomen kestävä kasvun ohjelmissa. Kyse on sekä perinteisestä vastaanotolla
tapahtuvasta hoidosta että digiavusteisten palvelujen saatavuuden lisäämisestä.
Alle 23-vuotiaiden ikäryhmässä mielenterveysperusteisten terveydenhuollon käyn-
tien määrä on kasvanut jatkuvasti. Siihen tulisi vastata jatkamalla perusterveyden-
huollon hoitopalvelujen vahvistamista, koska puutteelliset perustason palvelut
lisäävät hoitovajetta ja osaltaan lisäävät erikoissairaanhoitoon kohdistuvaa painetta.

Päihde- ja riippuvuuspalveluja koskeva lainsäädäntö on muuttunut vuonna 2023,
jonka jälkeen hyvinvointialueet ovat yhtenäistäneet palveluja. Niiden tulee järjestää
päihde- ja riippuvuushoitoa monimuotoisina palveluina perusterveydenhuollossa
ja erikoissairaanhoidossa sekä turvata potilaalle terveyden- ja sairaanhoidon koko-
naisuus. Päihde- ja riippuvuushoidon on muodostettava toimiva kokonaisuus
muun sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa. Kaikilla hyvinvointialueilla on tarjolla

vieroitushoitoa, päihdeavohoitoa ja -kuntoutusta. Erityisesti huumehoidosta merkittävä osa on ostopalvelua. Hyvinvointialueet ovat tunnistanee, että tulevaisuudessa on odotettavissa lisääntyvää kysyntää päihde- ja riippuvuuspalveluille päihteiden saatavuuden lisääntymisen myötä.

Kehitysaskeleista huolimatta useilla hyvinvointialueilla on havaittavissa haasteita siirtää tai lisätä resursointia perusterveydenhuoltoon. Palvelujen yhdenvertaisessa saatavuudessa esiintyy puutteita lähes kaikilla hyvinvointialueilla.

Suun terveydenhuollon palvelut

Suun terveydenhuollossa kiireellinen hoito toteutuu hyvin, mutta ongelmia on kii-reettömään hoitoon pääsyssä hoitotakuun puitteissa sekä siinä, että hoitojaksot venyvät pitkiksi. Suun terveydenhuollon kiireettömän hoidon kaikista vastaan-ottokäynneistä toteutui lokakuussa 2024 neljän kuukauden hoitotakuuajan kuluessa 91 prosenttia (3 kk kuluessa 85 %) ja suuhygienistikäynneistä 87 prosenttia (3 kk kuluessa 78 %). Parhaiten neljän kuukauden hoitoon pääsyn enimmäis-aika toteutui Vantaa ja Keravan hyvinvointialueella (100 %), Helsingin kaupungilla (99 %) ja Päijät-Hämeen hyvinvointialueella (99 %). Heikointa hoitoon pääsy neljässä kuukaudessa oli Pohjanmaan (62 %), Kainuun (72 %) ja Pirkanmaan (81 %) hyvinvointialueilla.

Suun terveydenhuollon hoitotakuu muuttui neljästä kolmeen kuukauteen 1.11.2024 alkaen, mutta piteni jälleen 23 vuotta täyttäneiden osalta 6 kuukauteen 1.1.2025 alkaen. Osalla hyvinvointialueista on ennakoitu hoitotakuuajan pidentymistä vähentämällä suun terveydenhuollon ostettavia palveluja jo syksyllä 2024, mikä on jälleen paikoin pidentänyt odotusaikoja.

Hyvinvointialueilla edelleen yhtenäistetään kuntien eri käytäntöjä suun terveydenhuollossa ja levitetään hyväksi todettuja toimintamalleja. Tästä voidaan mainita esimerkkeinä asiakassegmentointi, monialainen yhteistyö muiden sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden kanssa, monihuonemallit, kerralla enemmän -malli, etävastaanotot, muut digitaaliset palvelut, liikkuvat palvelut, lohkeamaklinikat, keskitetty päivystys ja suun erikoishoidon yksiköt, joihin on keskitetty erikoishammaslääkäritasoista hoitoa. Lisäksi suun terveydenhuollossa hyödynnetään digitaalisia palveluja ja tekoälyä, mutta kehittämistyö on näiden osalta useimmilla hyvinvointialueilla vielä alkuvaiheessa. Näiden mahdollisuuksien täysimääräinen hyödyntäminen voisi parantaa hoidon saatavuutta huomattavasti, mutta se vaatii alkuinvestointeja.

Väestörakenteen muutokset näkyvät suun terveydenhuollon palvelutarpeen muutoksina. Väestö kasvaa lähinnä suurissa kasvukeskuksissa, ja niissä kasvaa myös maahanmuuttajataustainen väestön osa, joka tarvitsee erityistä huomiota terveydenlukutaidon parantamiseksi sekä suun sairauksien hoitamiseksi ja ennalta ehkäisemiseksi. Suun terveydenhuollon palveluista huomattava resurssi kohdentuu lapsiin johtuen muun muassa leukojen kasvuun sekä hampaiden ja purennan kehittymiseen ajoitettavasta oikomishoidosta. Lasten vähentyminen vapauttaa julkisen suun terveydenhuollon resursseja. Samaan aikaan kuitenkin yhä useammalla ikään-tyneellä on hampaita, mikä on muun muassa ravitsemuksen ja toimintakyvyn kan-
nalta hyvä asia, mutta lisää tarvetta ikääntyvän väestön suun sairauksien hoitoon ja ennaltaehkäisyyn.

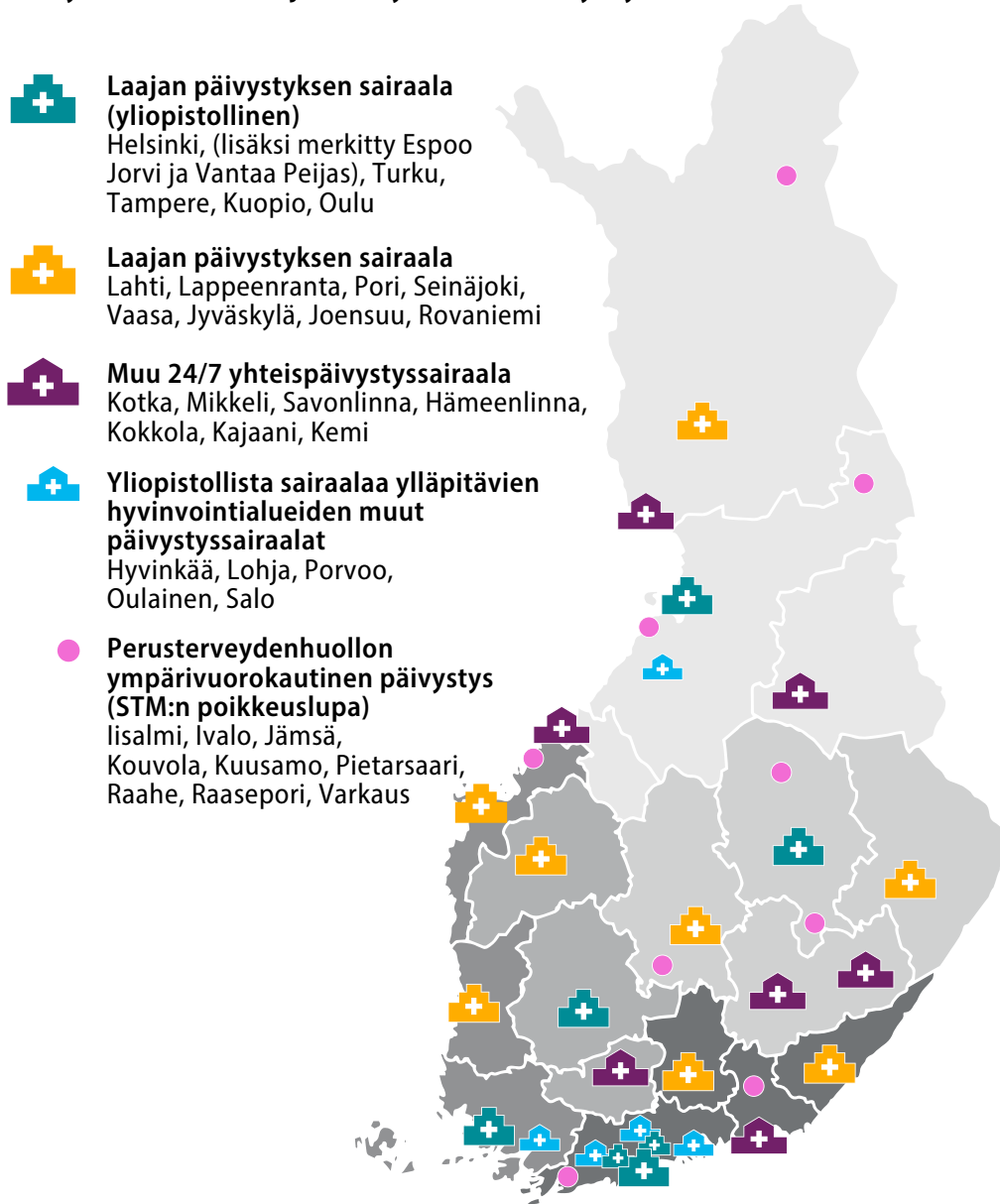
Arvio erikoissairaanhoidon saatavuudesta

Sairaaloiden palveluvalikoima ja palveluverkko on muotoutunut vuosikymmenten aikana. Jokaisella hyvinvointialueella on erikoissairaanhoidosta päävastuussa oleva yliopistollinen sairaala (n=5) tai keskussairaala (n=13), joiden palveluvalikoimasta on erikseen lainsäädännöllä säädetty.

Uudellamaalla HUS-yhtymällä on kymmeniä eri sairaalakiinteistöjä, joista osasta muodostuu alueen yliopistosairaala. Lisäksi alueilla on muita sairaaloita. Sairaala-verkko on historiallisista syistä kansallisesti varsin tiheä, eikä sairaaloiden määrä ja sijainti ole seurannut väestöprofiilin ja työvoiman keskittymistä.

Kuvio 4. Suomen erityyppiset sairaalat ja ympärivuorokautisesti päivystävät muut yksiköt syksyn 2024 mukaisessa tilanteessa.

Päivystävät sairaalat ja terveyskeskukset, syksy 2024



Osalla hyvinvointialueista on huomattavia vaikeuksia pystyä järjestämään erikois-alapalvelunsa tietyillä erikoisaloilla keskussairaaloissaan, kun erityisosaaminen on jakautunut yhä pienempiin osa-alueisiin ja erityisosaavan henkilöstön saatavuus on hankaloitunut. Lisäksi osa sairaaloista on käytännössä yhden tai parin erikoislääkärin varassa useilla erikoisaloilla. Erityisosaamisen saatavuuden

haasteet johtavat herkästi vaikeuksiin järjestää erikoisalalan päivystystä, potilaiden epäyhdenvertaisuuteen, vaihtelevaan palvelun laatuun, ehdoiltaan haastaviin vuokratyövoima- ja ostopalvelusopimuksiin ja ennakkoimattomiin potilasvirtoihin naapuri-hyvinvointialueille, joissa palvelua on tarjolla. Myös koulutussairaalana toimiminen kyseisellä erikoisalalla vaarantuu, mikä edelleen lisää haasteita työvoiman saamisessa. Kriisiytyviä erikoisaloja ovat erityisesti psykiatrian eri alat ja silmätaudit. Huolta on myös muun muassa tekonivelkirurgiasta ja useista muista erikoisaloista.

Kaikilla hyvinvointialueilla on kaikkia erikoisaloja koskeva erikoissairaanhoidon järjestämisvastuu. Osa erikoissairaanhoidon palvelutuotannosta on keskitetty isoimpiin sairaaloihin ja niiden suunnittelu- ja koordinaatiotehtäviä on vastuutettu yliopistollista sairaalaa ylläpitäville tahoille. Lakisääteisen hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksen tarkoituksena on varmistaa hyvinvointialueiden tarkoituksenmukainen yhteistyö. Käytännössä on kuitenkin osoittautunut, että hyvinvointialueiden on hyvin vaikea konkreettisesti luovuttaa palveluiden tuottamisvastuutaan toiselle alueelle tai muutoin rajata sairaaloidensa palveluvalikoimaa. Eduskunta on vuonna 2024 hyväksynyt muutokset terveydenhuoltolakiin, jolla muutetaan ympärivuorokautisesti päivystävien sairaaloiden ja leikkaustoiminnan edellytyksiä (HE 149/2024 vp).

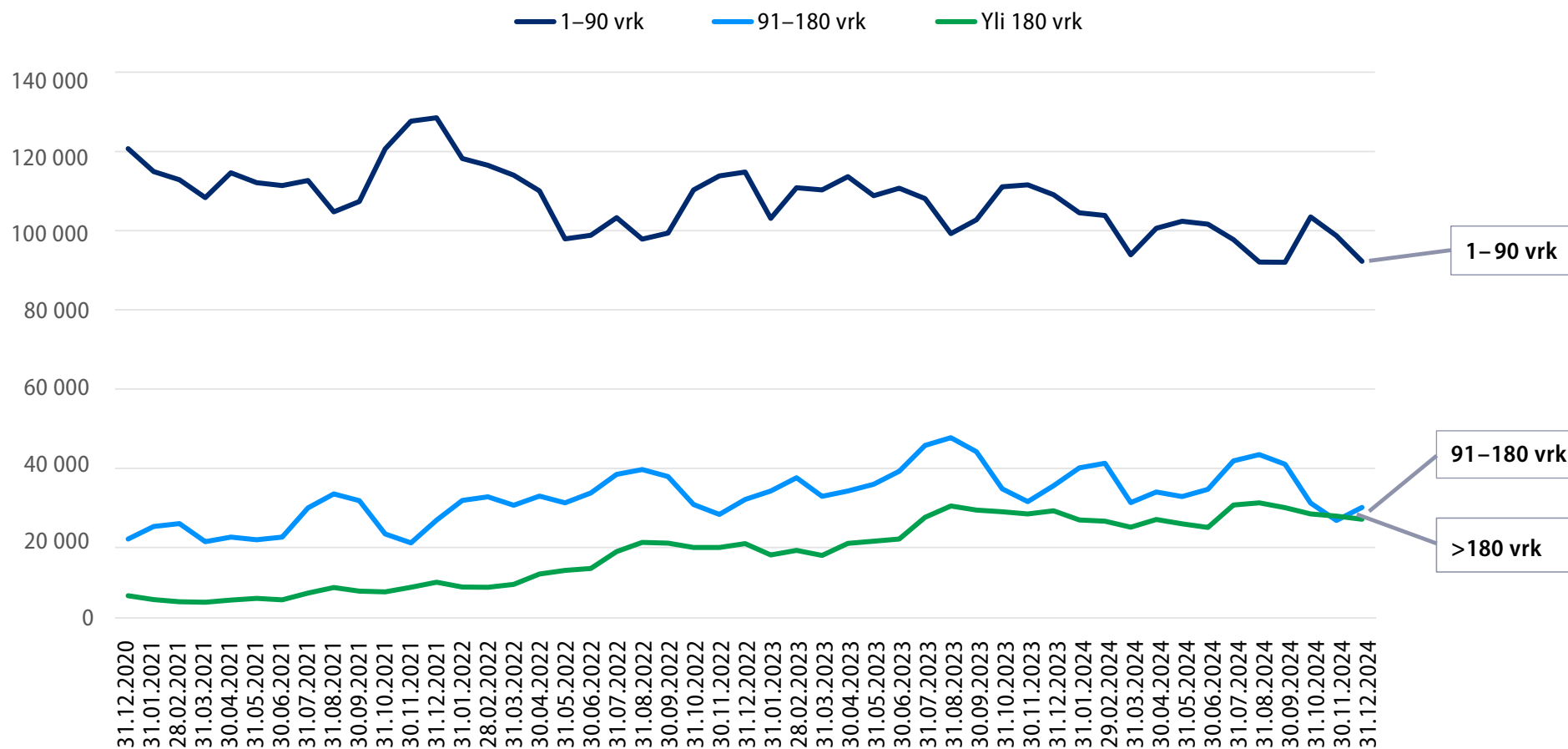
Erikoissairaanhoidon kiirettömän hoidon hoitojonot ja ongelmat hoitotakuun enimmäisaikojen noudattamisessa alkoivat merkittävästi hankaloitumaan koronapandemian aikana, kun kiireetöntä hoitoa jouduttiin rajoittamaan. Epidemian jälkeen terveydenhuollon henkilöstön saatavuus on ollut merkittävin erikoissairaanhoidon kiirettömän hoidon hoitojonojen kasvun ajuri. Aiempien vuosien lääkärivajeen tilannetta on hyvinvointialueiden järjestämisvastuun alkuvaiheessa hankaloittanut myös hoitohenkilökunnan saatavuus. Vuokrahenkilöstön ja työpanoksen kustannusten noususta on tarkemmin selvityksen luvussa *”Arvio sote-henkilöstötilanteesta”*. Näistä kaikista syistä erikoissairaanhoitoon on kertynyt hoitovelkaa, mikä yhdistettynä yleiseen mm. ikääntymiseen liittyvään palvelutarpeen kasvuun näkyy pidentyneinä kiirettömän hoidon odotusaikoina, jonossa olevien potilaiden määrän kasvuna ja hoitotakuuaikojen pitkittyneenä ylityksenä. Tilanteen korjaantumista on osin vaikeuttanut hyvinvointialueiden vaikea taloudellinen tilanne. Henkilöstöön kohdistuvien muutosohjelmien ja yhteistoimintamenettelyjen seurauksena ei kiirettömän hoidon jonoja ole päästy varsinaisesti purkamaan, vaikka tilanteen vaikeutuminen vaikuttaa pysähtyneen ja taittuneen. Osaa erikoissairaanhoidosta, esimerkiksi raskasta kirurgiaa tai psykiatriasta tahdosta riippumatonta hoitoa, ei ole mahdollista hankkia ostopalveluna. Henkilöstön saatavuus on kuitenkin alkanut parantua kesän 2024 jälkeen johtuen mahdollisesti osin

Suomen yleisen taloustilanteen heikentymisen myötävaikuttamasta hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden aiempaa voimakkaammasta siirtymisestä palvelussuhteisiin hyvinvointialueelle.

Päivystyksellisen ja lääketieteellisin perustein kiireelliseksi katsotun erikoissairaanhoidon saatavuus on koko maassa hyvä. Käytävissä olevat taloudelliset ja henkilöstöresurssit allokoidaan eri toimintoihin ja eri erikoisalojen välille siten, että lääketieteellisesti kiireellisimmät potilaat hoidetaan ensin. Käytännössä esimerkiksi syöpäpotilaiden leikkaushoito ohittaa kiireettömässä jonossa tekonivelkirurgian, jos leikkaussalikapasiteetista on pulaa. Vuodesta toiseen nähdäänkin erityisesti tiettyjä väestön ikääntymiseen liittyviä toimenpiteitä, kuten kaihi- ja tekonivelkirurgiaa, koskevia hoitotakuun ylityksiä.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira on määrännyt hyvinvointialueet ja HUS-yhtymän saattamaan kiireettömään erikoissairaanhoidoon pääsyn lainmukaiseksi viimeistään 31.3.2025. Valviran asettama määräys ei ainoana koske Etelä-Karjalan hyvinvointialuetta. Hoitojonojen purku lainmukaiseksi edellyttää hyvinvointialueita lisäämään omaa tuotantokapasiteettia esim. lisäämällä erikoissairaanhoidon tuottavuutta, lisäämällä erikoissairaanhoidon henkilöstöresurssia, henkilöstön lisätöin tai ostopalveluin, mikä väistämättä nostaa erikoissairaanhoidon kustannuksia ja henkilöstön tarvetta.

Joulukuun 2024 lopussa yli 149 000 potilasta odotti pääsyä kiireettömään erikoissairaanhoidoon hyvinvointialueiden yksiköissä. Hoitoa odottaneista liki 27 000 (18 %) oli odottanut hoitoonpääsyä yli puoli vuotta eli yli erikoissairaanhoidon hoitotakuun. Yli kuusi kuukautta hoitoa odottaneiden osuus vaihteli merkittävästi alueittain.

Kuvio 5. Julkisen erikoissairaanhoidon hoitoa odottaneiden lukumäärät odotusajoittain ja kuukausittain 31.12.2020–31.12.2024 koko maassa.

Lähde: THL, Erikoissairaanhoidon hoitoon pääsyn rekisteri. Tiedot on päivitetty 28.1.2025.

Suurimpiin sairaaloihin kohdistuu määrällisesti eniten kysyntää, ja vaativien palveluiden keskittämisen vuoksi niissä potilaat ovat usein vaikeahoitoisempia ja moniongelmaisia. Nämä palvelut priorisoidaan, jolloin kyseisissä sairaaloissa tiettyjen muiden kiireettömien toimenpiteiden odotusaika voi herkästi pidentyä. Toisaalta osassa sairaaloita sairaalan palvelujen tarjonta saattaa luoda kysyntää tai löysentää hoidon kriteerejä. Näin voi käydä, jos esimerkiksi päivystyskyvyn vaatimaa suurta henkilöstöresurssia ylläpidetään sairaalassa silloin, kun alueen väestön palvelutarve on pienempi kuin sairaalan ylläpitämä kapasiteetti.

Erikoissairaanhoidon hoitoon odottaneiden henkilöiden lukumäärä vaihteli erikoisaloittain siten, että suurimmat lukumäärät olivat kirurgian eri aloilla, silmätaudeilla, korva-, nenä- ja kurkkutaukeilla sekä sisätaudeilla. Yli 180 vuorokautta erikoissairaanhoitoon hoitoa odottaneiden osuus oli eri erikoisaloista suurin psykiatrialla.

Lasten ja nuorten psykiatriseen hoitoon pääsyn enimmäisajat on määriteltä terveydenhuoltolain 53 §:ssä. Tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä alle 23-vuotiaille viimeistään kolmen kuukauden kuluessa. Syyskuun lopussa 2024 hoitoon pääsyn määräajan ylittäneiden osuus oli 42 prosenttia ja henkilöiden määrä oli 619. Hoitoon pääsyn enimmäisajan ylitykset koskivat ennen kaikkea Lapin, Pohjois-Pohjanmaan, Pirkanmaan ja Varsinais-Suomen hyvinvointialueita. Vuoden 2024 loppua kohden monet hyvinvointialueet ovat onnistuneet merkittävästi lyhentämään hoitoon pääsyn määräajan ylittäneiden osuutta (42 % -> alle 20 %). Tilastoissa on otettava huomioon, että ne sisältävät myös aikuispsykiatrialla hoidetut alle 23-vuotiaat potilaat.

Kotisairaalapalvelujen väestöllinen kattavuus on yli 90 prosenttia. Tyypillisesti kotisairaalassa hoidetaan työikäisten ja iäkkäiden säännöllisten palvelujen piirissä olevien asiakkaiden akuutteja sairauksia sekä annetaan palliatiivista ja saattohoitoa. Kotisairaalassa voidaan hoitaa myös perusterveydenhuollon potilaita. Kotisairaala nähdään tulevaisuudessa kasvavana palvelumuotona perinteisen vuodeosastohoidon sijaan.

Erikoissairaanhoidon palveluiden sisältöä ohjataan samoin kuin perusterveydenhuoltoa erilaisin suosituksin (Yhtenäiset kiireellisen ja kiireettömän hoidon perusteet, Palveluvalikoimaneuvoston suositukset, Käypä hoito -suositukset, HOTUS-hoitotyön suositukset). Kansallisesti vertailukelpoinen tietopohja palveluiden kriteereistä ja laadusta, vaikuttavuudesta, turvallisuudesta ja kustannusvaikuttavuudesta on valmisteilla. Toistaiseksi hyvinvointialueiden järjestämisvastuun toteutumista ei pystytä kovin tarkasti arvioimaan näistä näkökulmista. Kuitenkin esimerkiksi psykiatrisen hoidon eri hoitomuotojen saatavuudesta tiedetään erillisselvitysten kautta, että siinä on suuria alueellisia eroja. Jotkin

alueet ovat ilmoittaneet, etteivät vielä pysty tarjoamaan suurimmalle osalle potilaista yhtäkään sellaisista keskeisimmistä vakavien mielenterveyden häiriöiden hoitointerventioista, joita kansainvälisen tutkimusnäytön perusteella tulisi olla saatavilla. Toisaalta osalla alueista on laaja eri hoitomuotojen palveluvalikoima.

Arvio sosiaalipalvelujen saatavuudesta

Sosiaalihuollon tietopohjan puutteiden vuoksi tilannekuvaa ja arvioita sosiaalipalvelujen yleisestä saatavuudesta on edelleen haastavaa tehdä. Saatavilla oleva tieto ei anna luotettavaa ja tasapainoista kokonaiskuvaa hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnasta tai siitä, miten palvelutuotanto vastaa asiakkaiden tarpeisiin. Tietopohjan puutteiden vuoksi myös kansallisten tavoitteiden seurantamittarit painottuvat terveydenhuoltoon.

Sosiaalipalvelujen saatavuuden osalta parhaiten kansallista seurantatietoa saadaan niistä palveluista, joiden osalta lainsäädännössä on täsmällisempiä palveluun liittyviä aikamääreitä. Tällaista tarkempaa palvelujen saatavuuteen liittyvää sääntelyä on esimerkiksi ikääntyneiden palveluissa, lastensuojelussa ja toimeentulotuessa. Tilanne sosiaalihuollon tietopohjan osalta on kuitenkin paranemassa rekisteritiedon saatavuuden vaiheittaisen parantumisen myötä. Lähivuosina myös muun sosiaalihuollon osalta palvelujen saatavuutta voidaan seurata aikaisempaa paremmin ja kansallisten tavoitteiden mittareita voidaan asettaa kattavammin sosiaalihuollon toimintaan.

Elämänkaarimallinen ajattelu soveltuu pääosin hyvin sosiaalihuollon palvelutoimintaan, minkä vuoksi palvelujen saatavuutta arvioidaan usein lapsi- ja perhepalvelujen, työikäisten palvelujen ja ikääntyneiden palvelukokonaisuuksien näkökulmasta. Myös vammaisten palveluja on usein arvioitu erikseen, vaikka siihen palvelukokonaisuuteen kuuluu eri ikäisiä asiakkaita.

Arvio palvelujen saavutettavuudesta

Saavutettavuuteen kuuluvat eri palvelukanavat ja -muodot. Näitä ovat mm. digitaaliset palvelut, liikkuvat ja kotiin ja lähiympäristöön jalkautuvat palvelut sekä erilaiset fyysiset toimintayksiköt, joiden palveluvalikoima vaihtelee yksittäisen ammattilaisen vastaanotosta tai asumisyksiköstä monierikoisalaisiin sairaaloihin. Lisäksi saavutettavuuteen kuuluu myös ajallinen/aikataulullinen pääsy eri palveluihin. Lainsäädännössä ei ole määritelmiä esimerkiksi lähipalveluille. Kuitenkin yhä useampi palvelu voidaan toteuttaa nykyisin asiakkaalle älypuhelimella tai kotiin digitaalisina palveluina tai liikkuvina palveluina. Lähipalvelua ei enää mitata yksinomaan fyysisenä tai ajallisena etäisyytenä kiinteisiin palvelupisteisiin. Saavutettavuuteen

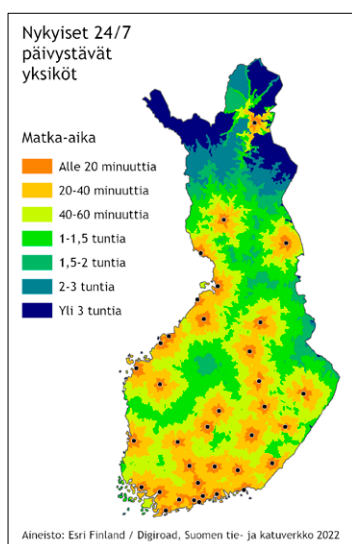
kuuluu myös se, että asiakkaalla on todellinen mahdollisuus päästä palvelun piiriin esim. liikkumismahdollisuuksien tai toisaalta teknisten ja tiedollisten kykyjensä avulla. Näin ollen tarvitaan erilaisille asiakkaille erilaisia palvelumuotoja myös saavutettavuuden näkökulmasta.

Hyvinvointialueilla on otettu palveluiden saavutettavuuden parantamiseksi käyttöön monenlaisia digitaalisia palveluita sekä sosiaalihuollossa että terveydenhuollossa. Digitaalisilla palveluilla on pyritty korvaamaan muuta ja erityisesti fyysistä kohtaamista edellyttävää palvelua. Vielä ei ole täysin selvää, mikä on digitaalisten palveluiden saavutettavuuden parantumisen vaikutus palvelujen kokonaiskäyttöön.

Hyvinvointialueiden omia tai ostopalveluna hankkimia perustason terveydenhuollon tai sosiaalipalveluiden fyysisiä toimipisteitä tai asumispalveluita on yhteensä satoja tai tuhansia. Näistä ei ole toistaiseksi saatavilla kansallista koostetta. Perustason palveluiden palveluverkkopäätökset kuuluvat hyvinvointialueiden itsenäiseen päätösvaltaan. Hyvinvointialueiden palveluverkkopäätösten ja muutoshjelmien trendinä on ollut keskittää palveluita isompiin kiinteisiin yksiköihin ja isoimpien väestökeskittymien yhteyteen. Harvemmin asutulle seudulle palveluita on toteutettu erilaisin liikkuvien palveluin sekä osa-aikaisesti toimivien kapeamman palveluvalikoiman toimipistein.

Sairaaloiden ja ympärivuorokautisten päivystysten saavutettavuudesta on tietoa kansallisesti. Syksyllä 2024 kumulatiivisesti väestöstä yli kaksi kolmesta (69 %) asui enintään 20 minuutin automatkan päässä päivystysyksiköistä (sairaalat, yhteispäivystysyksiköt ja perusterveydenhuollon 24/7 päivystysyksiköt). Enintään tunnin automatkan päässä asui 97 prosenttia väestöstä (kuvio 6). Pisimmät matka-ajat olivat Lapissa ja Itä-Suomessa sekä osin Pohjois-Pohjanmaan, Keski-Pohjanmaan ja Keski-Suomen reuna-alueilla.

Kuvio 6. Nykyinen saavutettavuus väestön asuinsoitteista 24/7 päivystysyksiköihin (yhteispäivystysyksiköt ja perusterveydenhuollon 24/7 yksiköt) matka-ajan sekä kumulatiivisten väestömäärien ja väestöosuusien (%) perusteella.



Saavutettavuus kaikkiin 24/7 päivystysyksiköihin, syksy 2024

Mukana yhteispäivystysyksiköt ja perusterveydenhuollon 24/7 yksiköt

Matka-aika	Kumulatiivinen väestömäärä	Kumulatiivinen väestöosuus (%)
0 – 20 min	3 774 277	69,1
20 – 40 min	4 860 905	88,9
40 – 60 min	5 275 460	96,5
1 – 1,5 h	5 438 396	99,5
1,5 – 2 h	5 456 549	99,8
2 – 3 h	5 462 995	100,0
yli 3 h	5 464 848	100,0

Aineisto: Tilastokeskus, Väestöruutuaineisto 31.12.2022

Lähde: Tilastokeskus.

Arvio palvelujen jatkuvuudesta

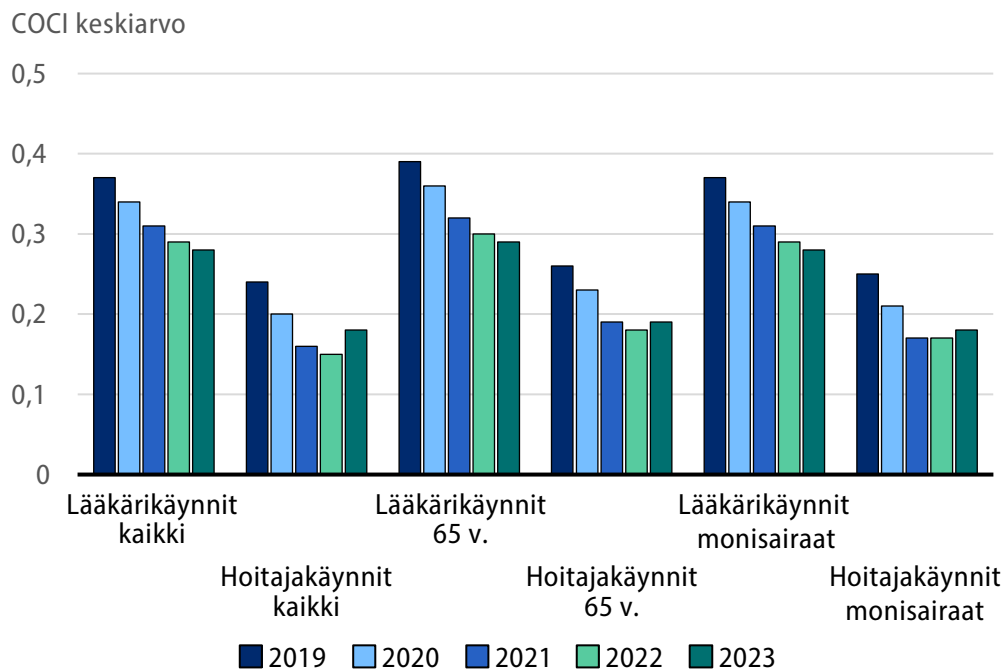
Jatkuvuuden merkitys on viime vuosina korostunut erityisesti perusterveydenhuollossa potilaan ja yleislääkärin välillä. Tutkimuksissa on toistuvasti havaittu saman yleislääkärin hoidon jatkuvuuden olevan yhteydessä parempiin hoitotuloksiin, sairastavuuden ja kuolleisuuden vähenemiseen, lisääntyneeseen potilastyytyväisyyteen, vähempään päivystyspalvelujen käyttöön sekä auttavan kustannusten hallinnassa. Samankaltaista on tunnistettavissa myös sosiaalihuollon palveluissa, joissa asiakkaan ja hänen palvelutarpeensa tunteva ammattilainen lisää asiakastyytyväisyyttä sekä auttaa palvelukokonaisuuden suunnittelussa ja sen jatkuvassa päivittämisessä.

Jatkuvuuden indeksinä perusterveydenhuollossa käytetään ns. Continuity of Care -indeksiä (COCI). Indeksi kuvaa perusterveydenhuollon asiakkaan tietyllä ajanjaksolla tekemien käyntien hajautuneisuutta eri ammattihenkilöille, eli sitä, tapaako asiakas yleensä saman tai samat työntekijät vai onko vastaanottava henkilö useimmiten eri. Vuosina 2019–2023 hoidon jatkuvuus julkisen perusterveydenhuollon lääkärikäynneillä on vähentynyt kaikilla indikaattoreilla tarkasteltuna (kuvio 7) perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanottotoiminnassa. Vuonna 2023 hoitajakäyntien jatkuvuudessa puolestaan on ollut nousua kaikilla indikaattoreilla perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanottotoiminnassa. Tämä on

osittain seurausta hyvinvointialueiden digitaalisten ja liikkuvien palveluiden laajemmasta käyttöön otosta, minkä seurauksena hoidon jatkuvuus hoitajakäynneillä erityisesti pitkäaikaissairauksien seurannan ja monisairaiden potilaiden hoidon ohjaamisessa on parantunut.

Kaiken kaikkiaan julkaistut hoidon jatkuvuuden arvot ovat heikot vuosina 2019–2023, vaikkakin alueiden välillä ja alueiden sisällä on eroja. Erityisesti iäkkäiden ja muiden paljon eri sosiaali- ja terveysten palveluita tarvitsevien voitaisiin arvioida hyötyvän jatkuvuudesta erityisen paljon. Avoterveydenhuollon osalta yli puolet työssä käyvästä työikäisestä väestöstä asioi omassa työterveyshuollossaan ja vain kolmasosa hyvinvointialueilla.

Kuvio 7. Hoidon jatkuvuus eri ammatti- ja asiakasryhmissä vuosina 2019–2023 koko maassa.



Lähde: THL. COCI on Continuity of Care -indeksi. Arvo 0 merkitsee kaikkien tietyn ajanjakson käyntien toteutuneen eri ammattihenkilöille (ei jatkuvuutta), arvo 1 puolestaan samalle ammattihenkilölle kuvastaen täydellistä hoitosuhteen jatkuvuutta.

Hoitosuhteen huonoon jatkuvuuteen on monia syitä. Perusterveydenhuollossa on ollut vuosia vaikeuksia varmistaa kokeneiden, pitkäaikaisten yleislääkäreiden ja yleislääketieteen erikoislääkäreiden saatavuus ja pysyvyys. Suuri osa

terveyskeskuslääkäreistä on lyhytaikaisia tai suorittaa yksinomaan pakollista 9 kuukauden terveyskeskuspalveluaan, mikä ei edistä jatkuvuutta eikä toiminnan pitkäjänteistä kehittämistä. Väestövastuutyypin toiminnan (omalääkäri/omatiimi) esteenä on myös ollut aito lääkärivaje sekä perusterveydenhuollon virkapohjien vähyys, jolloin lääkärin potilasmäärä on voinut kasvaa kohtuuttoman suureksi. Viime vuosina on lisäksi kansallisesti painotettu hoidon saatavuuden parantamista (tiukentunut perusterveydenhuollon hoitotakuu), mikä on heikentänyt fokuksista hoidon jatkuvuuteen. Parantuva hoidon jatkuvuus parantaa sekä satunnaisasioijien että paljon palveluita tarvitsevien vastaanottopalvelun saatavuutta, kun potilaiden hoito toteutuisi suunnitellusti ja hallitusti. Erilaisia asiakassegmentaatioon perustuvia toimintamalleja onkin kehitetty eri alueilla.

Suomen kestävän kasvun -ohjelman (2022–2025) tukemana hyvinvointialueilla on menossa paljon kehittämistyötä hoidon jatkuvuuden edistämiseksi kuten erilaisia omalääkäri- ja omatiimihankkeita sekä hankkeita lääkärin ammatinharjoittajuuden kokeiluksi omalääkäriyden näkökulmasta. Keväällä 2024 seitsemän hyvinvointialuetta sai rahoitusta hoidon jatkuvuusmallin edistämiseen.

STM sekä valtionvarainministeriö ovat käynnistäneet vuonna 2024 ohjelman, jonka tarkoituksena on omalääkärimallien edistäminen. Ohjelman tavoitteena on parantaa hoidon saatavuutta ja jatkuvuutta perusterveydenhuollossa hyödyntämällä sekä julkisen että yksityisen sektorin palveluita. Omalääkäri-nimisen ohjelman toimikausi on 19.11.2024–1.4.2027.

Arvio palvelujen yhteensovittamisesta

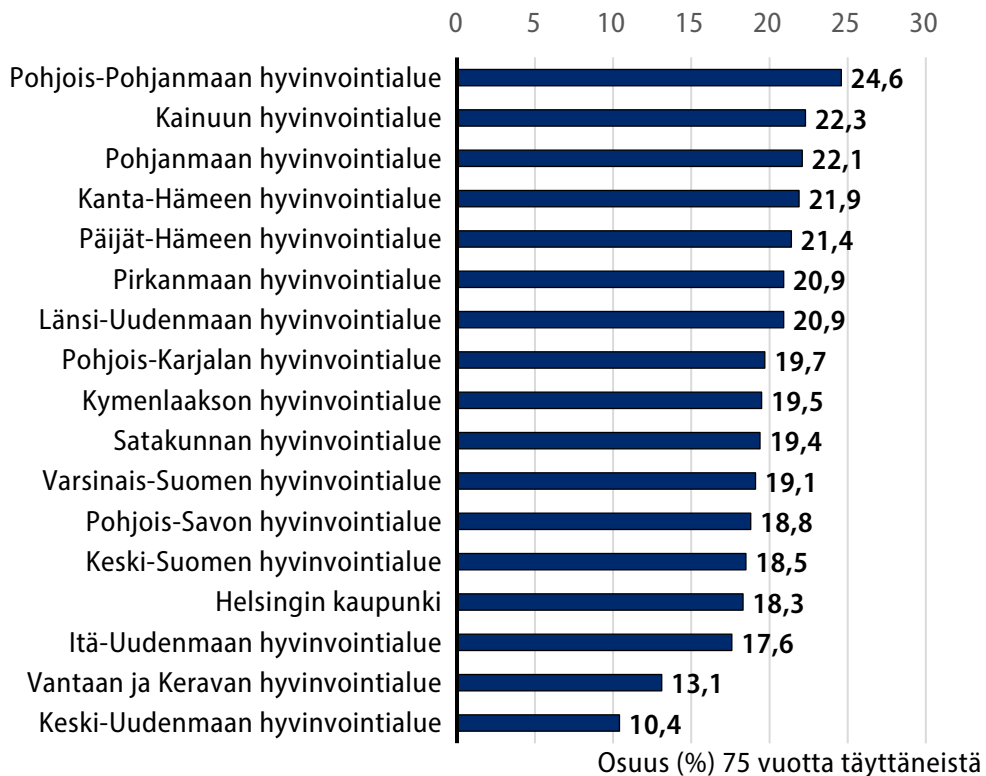
Sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteensovittamisella tavoitellaan palvelujen sujuvuuden, jatkuvuuden sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten yhteistyön lisäämistä. Pelastustoimen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden yhteistyön kautta voidaan varmistaa laadukkaat ensihoitopalvelut. Digitaalisia palveluja hyödynnetään silloin, kun se on mahdollista ja hoidon tai palvelun kanalta tarkoituksenmukaista ja turvallista. Tiedonhallinta ja tietojärjestelmät tukevat sosiaali- ja terveyspalvelujen saumatonta ja asiakaslähtöistä toteuttamista.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteensovittaminen kuuluu sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuuseen. Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäjän on huolehdittava laaja-alaisesti yhteensovitettuja palveluja tarvitsevien asiakasryhmien ja asiakkaiden tunnistamisesta, palvelukokonaisuuksien määrittelemisestä ja koordinoinnista sekä siitä, että sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajat voivat hyödyntää

asiakasta koskevaa tietoa palvelujen tarjoamisessa. Hyvinvointialueen on myös edistettävä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujensa yhteensovittamista muiden toimijoiden alueella tuottamien palvelujen kanssa.

Kotihoidon 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden osuus, joilla oli päivystyksenä alkaneita sairaalajaksoja vastaavan ikäisistä kotihoidon asiakkaista, oli suurin Pohjois-Pohjanmaan (25 %), Kainuun (22 %) ja Pohjanmaan (22 %) hyvinvointialueilla (kuvio 8). Osuudet olivat pienimmät Keski-Uudenmaan (10 %), Vantaan ja Keravan (13 %) sekä Itä-Uudenmaan (18 %) hyvinvointialueilla.

Kuvio 8. Niiden kotihoidon 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden osuus, joilla on päivystyksenä alkaneita sairaalajaksoja, % vastaavan ikäisistä kotihoidon asiakkaista hyvinvointialueittain ja Helsingin kaupungissa.



Lähde: THL, Sotkanet tilasto- ja indikaattoripankki. Tiedot on päivitetty 15.9.2024.

Hyvinvointialueiden toimenpiteet terveydenhuollon sisäiseksi ja sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteensovittamiseksi vaihtelevat alueellisesti. Useiden tietojärjestelmien käyttäminen on osaltaan tuonut haasteita palveluiden yhteen sovittamiseen.

Alueilla on tuotu erikoisosaamista perusterveydenhuollon ja muun perustason tueksi mm. kehittämällä ammattilaisten välisiä sähköisiä ja muita konsultaatio- ja yhteistyökäytäntöjä. Erikoissairaanhoidon soveltuvaa poliklinikkatoimintaa on tuotu perusterveydenhuoltoon. Näin potilaalle voidaan tarjota erikoissairaanhoidon tasoista hoidon tarpeen arviointia ja hoitoa samalla, kun hoitokokonaisuuden vastuu ja hallinta säilyy omalla hoitavalla perustason tiimillä. Toiminnallista integraatiota on vahvistettu erityisesti perhekeskuspalveluissa sekä ikääntyneiden palvelujen ja terveysterveysten yhteistyönä. Psykiatrian erikoisalojen potilaiden palvelujen tärkeä kehittämistavoite koko maassa on sairaalahoidon, avohoidon ja asumispalveluiden yhteistyön parantaminen.

Useilla hyvinvointialueilla organisaatorakenteet ovat edistäneet mahdollisuuksia sovittaa yhteen palveluja, ja useilla alueilla integroivien toimintamallien vakiinnuttaminen sosiaali- ja terveyskeskus- ja perhekeskuspalveluihin on vahvasti työn alla. Uudenmaan erillISRatkaisun on todettu asettavan haasteita yhteistyön toiminnan edellytyksille, minkä johdosta yhteistyöalueen tarkoituksena tulevaisuudessa on kartoittaa yhteistyön eri järjestämismallivaihtoehtoja.

Arvio palveluverkon kehittymisestä

Useilla hyvinvointialueilla on merkittäviä haasteita siirtää tai lisätä resursseja perustasolle. Taloudellisten resurssien lisäksi henkilöstön saatavuus on haaste painopisteen siirtämiselle perusterveydenhuoltoon. Vaikka hyvinvointialueilla on haasteita kohdentaa resursseja perusterveydenhuoltoon, on osalla hyvinvointialueista (Keski-Pohjanmaa, Lappi) onnistuttu siirtämään resursseja erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Uudenmaan erillISRatkaisu vaikuttaa Uudellamaalla yksittäisten hyvinvointialueiden mahdollisuuteen kohdentaa resursseja. HUSin talousarviosta 2024 päätettäessä rahoituksen jaossa on huomioitu 0,1 %-yksikön painopisteen siirto peruspalvelujen vahvistamiseen. Vastaavaa on kaavailtu myös vuodelle 2025.

Hyvinvointialueilla on tapahtunut perustason vahvistamista esimerkiksi lisäämällä resursseja kotiin vietäviin palveluihin, vahvistamalla perustason palveluja lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa, hyödyntämällä erikoissairaanhoidon konsultaatiomahdollisuutta sekä yhteensovittamalla tarkoituksenmukaisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja.

Hyvinvointialueiden uudistumisen erivaiheisuus on vuoden 2024 osalta aiempaa näkyvämpää. Osalla alueista palveluverkon tarkastelu on pitkällä ja sitä on toteutettu jo sote-uudistusta edeltävänä aikana. Osalla alueista uudistumisen toimenpiteet ovat päätösvaiheessa ja osalla alueista toteutetaan uudistumista juuri nyt

voimakkaasti. Keskeiset uudistukset liittyvät pienten yksiköiden keskittämiseen suurempiin kokonaisuuksiin ja vanhojen tai toimimattomien toimitilojen poistamiseen käytöstä. Eniten muutoksia on vireillä sosiaalihuollon asumispalveluverkostoon. Myös etä-, digi- ja liikkuvien palvelujen kehittämiseen panostetaan. Useilla hyvinvointialueilla ympärivuorokautisia vanhuspalveluita lakkautetaan ja niitä korvataan esimerkiksi yhteisöllisen asumisen palveluilla tai kotihoidon palveluilla. Myös vammaispalveluiden asumispalveluita keskitetään ja lakkautetaan.

Sosiaalihuollon palveluja on laajasti saatavilla liikkuvina palveluina. Ammatillaiset liikkuvat asiakastarpeen mukaisesti erityisesti sosiaalityössä, jossa kotikäynnit ovat yksi työmuoto. Iso osa sosiaalipalveluista tuotetaan jo lähtökohtaisesti asiakkaan toimintaympäristössä (kuten kotihoito, perhetyö tai tuettu asuminen).

Arvio palvelutuotantotavoista

Sosiaalihuollossa ostopalvelujen osuus on hyvin suuri. Monilla hyvinvointialueilla tehdään tai suunnitellaan parhaillaan tuotantotapa-analyysia tai vastaavaa, jonka myötä tullaan asettamaan tarkempia tavoitteita palvelujen tuotantorakenteille ja palvelurakenteille.

Hyvinvointialueiden lakisääteisten selvitysten perusteella useimmilla hyvinvointialueilla on tunnistettu tarve lisätä oman palvelutuotannon osuutta eri asumispalvelujen osalta. Tämä nousee esiin erityisesti mielenterveys- ja päihdekuntoutujien ympärivuorokautisen asumispalvelujen järjestämisessä (mm. Etelä-Karjala, Etelä-Pohjanmaa, Pirkanmaa, Pohjois-Pohjanmaa, Päijät-Häme, Vantaa ja Kerava, Varsinais-Suomi). Suurin osa oman palvelutuotannon tavoitetason määrittäneistä hyvinvointialueista katsoo, että oman tuotannon osuus olisi hyvä olla yli puolet. Asiakasmäärät ja asiakasmäärien vaihtelu on tunnistettu osassa hyvinvointialueita tekijöiksi, jotka vaikuttavat oman tuotannon tavoitetasoon.

Lastensuojelun sijaishuollon palveluista laitoshoidossa yksityisen palvelutuotannon osuus on ollut suuri jo pitkään (mediaaniarvo 80 %). Toimeksiantoisen perhehoidon osalta oman tuotannon osuus on, joitakin poikkeuksia lukuun ottamatta, korkealla tasolla. Hyvinvointialueiden palvelutuotantorakenteet ovat erilaiset, ja useilla alueilla on tunnistettu tarve lisätä omaa tuotantoa erityisesti lastensuojelun laitoshoidossa mutta myös perhehoidossa. Yksikään alue ei tuonut esiin tarvetta nostaa ostopalvelujen osuutta lastensuojelussa. Koska hyvinvointialueet ovat olleet vasta kaksi vuotta toiminnassa, niiden palvelutuotannon rakenteessa näkyy vielä aiemmin sosiaali- ja terveydenhuollosta järjestämisvastuussa olleiden kuntien ja kuntayhtymien tekemät ratkaisut.

lääkkäiden palveluissa selkeitä numeerisia tavoitetasoja omavaraisuusasteeseen ei ole asetettu. Niillä alueilla, joilla sellaisia on määritetty (mm. Etelä-Savo, Kymenlaakso sekä Vantaa ja Kerava) on oman tuotannon tavoitteeksi asetettu 50 % osuus ympärivuorokautisesta palveluasumisesta. Useat alueet, joiden oma tuotanto on lähellä puolta tuotannosta, ovat numeeristen tavoitteiden sijaan todenneet, että nykyinen oman tuotannon osuus on sopiva. Monet alueet ovat tunnistaneeet, että tarvetta oman tuotannon lisäämiselle on jonkin verran ja pyrkivät siihen tulevana vuosina. Kotihoidon osalta palvelutuotannolle ei ole asetettu numeerisia tavoitteita, mutta useampi alue on tunnistanut tarpeen lisätä yksityistä palvelutuotantoa.

Vammaisten ympärivuorokautisten asumispalvelujen osalta on tunnistettavissa tarvetta lisätä omaa tuotantoa, vaikka se usealla alueella on sopivalla tai lähellä sopivaa tasoa. Palvelusetelituotannon osuus on matala, ja sen kehittäminen merkitsisi palvelutuotannon monipuolistumista sekä asiakkaan että talouden näkökulmasta. Ostopalvelutuotannon ja palvelusetelituotannon suuren yhteisösuuden osalta on hyvä ottaa huomioon, että hyvinvointialueen tehtävä on turvata oman tuotannon riittävyys.

Kansallisen tason tarkastelussa iäkkäiden ympärivuorokautisen palveluasumisen tuotanto jakaantuu lähes tasan hyvinvointialueiden oman tuotannon ja yksityisiltä palveluntuottajilta ostettujen palvelujen kesken painottuen hiukan yksityisten palvelujen suuntaan, kun mukaan lasketaan asiakkaiden palveluseleillä yksityisiltä palveluntuottajilta hankkimat palvelut. Palvelusetelin käyttö on kuitenkin hyvin vähäistä. Yksityisiltä palveluntuottajilta ostettavien palvelujen tuotantorakenteessa palvelusetelien osuutta voisi kasvattaa, jolloin asiakkaan valinnanmahdollisuus paranisi ja yksityisten palveluntuottajien potentiaali saataisiin täysimääräisesti hyödynnettyä. Asiakkaiden määrä yhteisöllisessä asumisessa ja ympärivuorokautisessa palveluasumisessa tulee jatkossa lisääntymään väestön ikääntymisen myötä, vaikka palvelujen peittävyys ei kasvaisikaan, ja koko palvelujärjestelmän kapasiteetti on syytä saada hyödynnettyä.

Kansallisessa tarkastelussa iäkkäiden kotihoito painottuu erittäin voimakkaasti hyvinvointialueiden oman tuotannon suuntaan. Alle 10 prosenttia tuotannosta on yksityisten palveluntuottajien ostopalveluna tuottamaa ja palvelusetelillä ostettua palvelua on marginaalinen osuus. Tuotantorakenne on siten varsin epätasapainoinen ja yksityisten palveluntuottajien osuutta tuotantorakenteesta on perusteltua kasvattaa. Kotihoidon palvelujen tarve tulee kasvamaan tulevana vuosina, joten palvelutarjontaa olisi välttämätöntä saada alueilla lisättyä, vaikka palvelujen peittävyys ei kasvaisikaan. Myös palvelusetelin mahdollisuuksia vastaamaan asiakkaiden erilaisiin kotona asumisen tuen tarpeisiin on syytä hyödyntää nykyistä

enemmän. Yksityisten yritysten hyödyntämisellä erityisesti palvelusetelien kautta voi myös olla työllisyyttä ja elinvoimaa parantavia vaikutuksia, koska kotihoitoa voivat tuottaa myös hyvin pienet yhden tai muutaman hengen paikalliset yritykset.

Päihdelaitoskuntoutuksesta suurin osa on ostopalveluja myös terveydenhuollossa. Kun hyvinvointialueet ovat vähentämässä ostopalvelujen käyttöä, on riskinä, että oma tuotanto ei riitä kattamaan palvelujen tarvetta ja sen kirjoa.

Arvio sote-henkilöstötilanteesta

Sote-henkilöstöön liittyviä asioita tarkastellaan tarkemmin STM:n **Hyvän työn** -ohjelmassa. Palvelujen saavutettavuuden ja niiden piirin pääsyn ongelmien taustalla on henkilöstövaje kaikilla sosiaali- ja terveydenhuollon ammattialoilla. Valtakunnallisesti on ollut erityistä vajetta lähihoitajista, sairaanhoitajista, lääkäreistä, psykologeista ja sosiaalityöntekijöistä. Hoitotyön henkilöstövaje on vuoden 2024 aikana alkanut pienentyä.

Syntyvyyden pitkään kestäneen laskun myötävaikuttama ikäluokkien merkittävä pienentyminen aiheuttaa erityisen huolen sosiaali- ja terveydenhuoltoon koulutettavien ammattilaisten riittävydestä. Ei ole realistista olettaa kykenevämmme koulutamaan jatkuvasti pienenevästä ikäluokasta määrällisesti ja suhteellisesti nykyistä kovin paljon enemmän sote-henkilöstöä. Samaan aikaan tilannetta helpottavaa maahanmuuton merkittävää ei ole näköpiirissä, vaikka sen lisäämisen suhteen tehtäisiin enemmän. On todennäköistä, että kovin merkittävää sote-henkilöstön määrän kasvua ei tulla tulevana vuosina ja vuosikymmeninä näkemään, vaikka väestön palvelujen tarve tulee ikääntymisen myötä merkittävästi kasvamaan.

Arvio henkilöstön työssä jaksamisesta

Hyvinvointialueilla oli Kevan mukaan sairauspoissaolopäiviä keskimäärin 15,6 henkilöä kohden vuonna 2023. Sairauspoissaolopäivien määrä kääntyi laskuun edelliseen vuoteen nähden. Eniten sairauspoissaoloja oli lähi- ja sairaanhoitajilla.

Työterveyslaitos seuraa hyvinvointialueiden tilannetta Mitä kuuluu -kyselyllä ja muilla työhyvinvointikyselyillä. Mitä kuuluu? -kysely on toteutettu vuodesta 2018 lähtien vuosittain ja siihen osallistuneet organisaatiot ovat vaihdelleet jonkin verran vuosittain. Työterveyslaitoksen mukaan jo vuosia jatkunut haastava tilanne: pitkittynyt sotemuutos, koronapandemia, talousongelmat ja työvoimapula, on aiheuttanut epävarmuutta ja pitkittynyttä kuormitusta henkilöstössä. Kyselyn mukaan työkykynsä koki alentuneeksi melkein kaksi viidestä hyvinvointialueiden työntekijästä (38 %). Sirpalealueiden työntekijöiden osuus oli hiukan suurempi 41 prosenttia

ja muualla vastaava osuus oli 34 prosenttia. Eniten alentuneen työkyvyn omaavia oli seuraavissa ammattiryhmissä: sosiaalityöntekijät (53 %), psykologit ja puhe- ja psykoterapeutit (46 %) sekä laboratoriohoitajat ja laborantit (43 %).

Työterveyslaitoksen mukaan siirtyminen hyvinvointialueille on ensimmäisen vuoden aikana aiheuttanut verrattain pieniä muutoksia valtaosalle työntekijöistä. Kuoritus jopa helpottui jonkin verran verrattuna koronapandemia-aikaan.

Vuokratyövoiman käyttö

Rekrytointivaikeuksien vuoksi alueet ovat joutuneet edelleen turvautumaan ostopalveluihin ja vuokratyövoimaan. Vuokratyövoimaan käytettiin vuonna 2023 valtakunnallisesti 0,6 mrd. euroa. Työvoimavuokrauksen kustannusten osuus kokonaistyövoimasta (henkilöstökulut ja työvoimavuokraus) koko maan tasolla oli syksyllä 2024 n. 3,7 prosenttia.

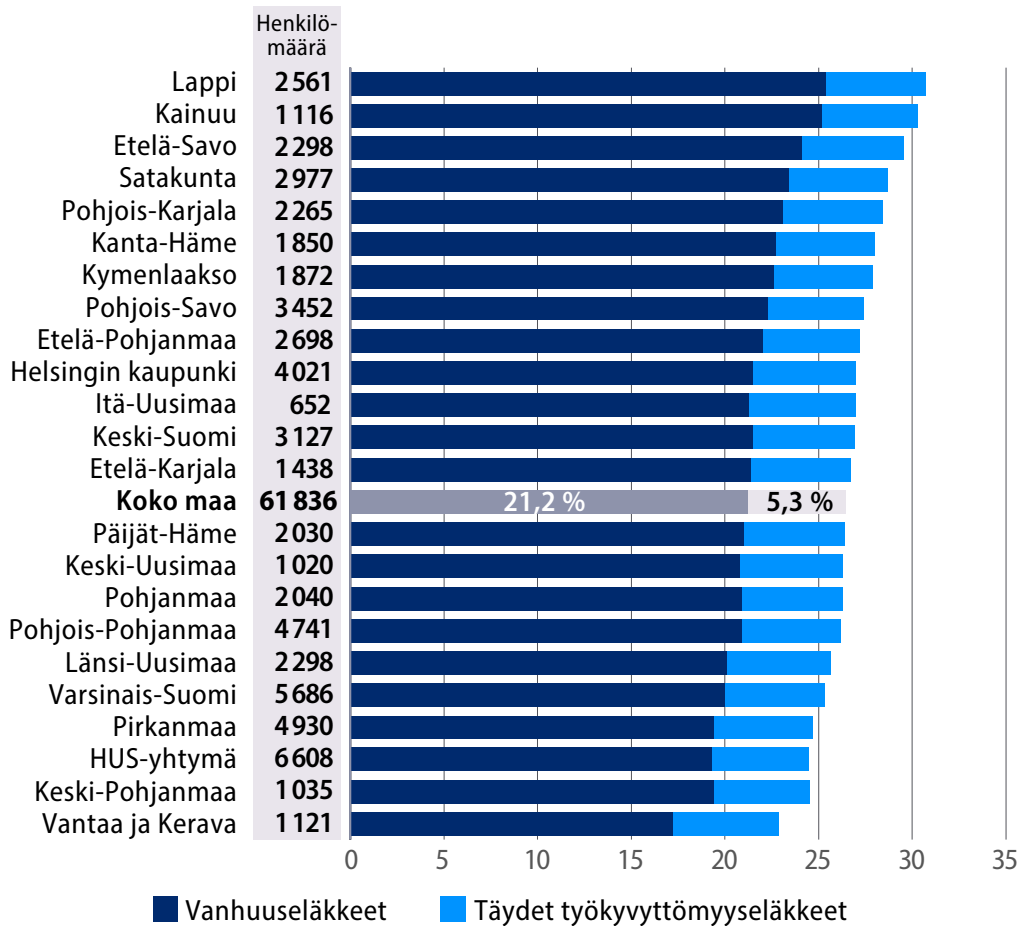
Hyvinvointialueiden henkilöstövaje heijastuu edelleen vuokratyövoiman käytön tarpeeseen. Vuokratyövoimaa onkin kuitenkin kyetty suurimmalla osalla hyvinvointialueista vähentämään onnistuneella omalla henkilöstöresursoinnilla.

Aluekohtaiset sote-henkilöstöön liittyvät erityishuomiot

THL:n mukaan henkilöstön saatavuustilanne on osin parantunut ainakin Kanta-Hämeen, Pirkanmaan, Pohjois-Karjalan, Länsi-Uudenmaan sekä Vantaan ja Keravan hyvinvointialueilla. Sote-henkilöstön saatavuusongelmat vaihtelevat alueiden sisällä. Hankalin tilanne on hyvinvointialueiden reuna-alueilla ja pienemmillä paikkakunnilla. Ruotsinkielisestä sote-henkilöstöstä on pulaa erityisesti Helsingissä, Länsi-Uudellamaalla ja Varsinais-Suomessa. Työntekijöiden työkykyyn liittyvät riskit ovat Kevan mukaan suuria esimerkiksi Kymenlaakson hyvinvointialueella ikärakenteen ja pitkien sairauspoissaolojen vuoksi.

Saatavuushaasteita kärjistää henkilöstön eläköityminen. Kevan ennusteen mukaan valtakunnallisesti yli neljännes hyvinvointialueiden henkilöstöstä siirtyy vanhuuseläkkeelle tai täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle seuraavan kymmenen vuoden aikana. Henkilöstöä eläköityy suhteellisesti eniten Lapissa ja Kainuussa ja vähiten Vantaalla ja Keravalla sekä Keski-Pohjanmaalla (kuvio 9).

Kuvio 9. Vanhuuseläkkeelle ja täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyvän henkilöstön osuus hyvinvointialueittain ja koko maassa vuosina 2024–2033.



Lähde: THL & Keva (2024).

Viidellä YTA-alueella hyvinvointialueiden yhteistyö henkilöstön saatavuuden parantamisessa on vasta rakentumassa. Alueet kokevat kilpailevansa työvoimasta, mutta myös yhteistyön kohteita on löytynyt. Pisimmällä yhteistyön rakentuminen on Itä- ja Pohjois-Suomessa. Yhteisvirat tai henkilöstön yhteiskäyttö on edelleenkin melko satunnaista. Kansallista yhteistyötä tehdään myös Kunta- ja hyvinvointialueuudantajien sekä hyvinvointialueiden työikäiset verkostoissa.

Arvio työikäisten palveluja koskien

Työikäisillä työelämässä olevilla henkilöillä perustason terveystalvelujen käyttö jakautuu hyvinvointialueiden järjestämän terveydenhuollon ja työnantajain järjestämän työterveyshuollon välille. Vuonna 2024 23–64 -vuotiailla henkilöillä oli

4,6 perusterveydenhuollon ja 3,6 työterveyshuollon hoitotapahtumaa asukasta kohden, eli työterveyshuollon hoitotapahtumia oli lähes yhtä paljon kuin perusterveydenhuollon hoitotapahtumia. Vertailuksi alle 23-vuotiailla hoitotapahtumia oli perusterveydenhuollossa 7,4 ja työterveyshuollossa 0,3. Yli 64-vuotiailla vastaavat luvut olivat 9,0 ja 0,2. Työterveyshuollon luvut sisältävät sekä ennaltaehkäisevän työterveyshuollon että työterveyshuollon avosairaanhoidon ja muun yksityisellä sektorilla työterveyshuollossa toimivan ammattilaisen toteuttaman hoidon. Ikäryhmässä 23–64 vuotta oli suurempi osa työterveyshuollon käynneistä lääkärin vastaanottoja, kun taas perusterveydenhuollon käynneistä suurempi osa oli muun työntekijän vastaanottoja. Työikäisen työssä olevan väestön terveydenhuolto näytetään erilaisena kuin lasten ja nuorten, työelämän ulkopuolella olevien työikäisten sekä eläkeikäisten terveydenhuolto. Erot hoitoon pääsyssä ovat merkittävät työterveyshuollon nopeamman hoitoon pääsyn vuoksi, mistä muun muassa OECD on toistuvasti raportoinut.

Työikäisten sosiaalipalveluissa toteutetaan sosiaalihuoltolain mukaisia palveluja ja lisäksi erityislainsäädäntöä kuten kuntouttavasta työtoiminnasta annetun lain, kotoutumista koskevan lain ja työttömien monialaista yhteispalvelua koskevan lainsäädännön tehtäviä. Aikuissosiaalityö on keskeinen osa työikäisten sosiaalipalveluja ja sen kautta toteutetaan muun muassa taloudellista toimintakykyä edistäviä palveluja ja hoidetaan esimerkiksi akuutteja asumiseen liittyviä tuen tarpeita. Työikäisten palveluissa on vähän valtakunnallisesti seurattavia mittareita. Työikäisten sosiaalipalveluiden asiakkuudessa on vähemmän kuin yksi kymmenestä (7 %) 18–64-vuotiaasta väestöstä. Työikäisten sosiaalipalvelussa on yhtä paljon asiakkaita kuin vanhuspalvelussa, mutta palvelujen osuus sosiaalihuollon menoista on vain neljä prosenttia. Täydentävää toimeentulotukea vuonna 2023 sai 56 703 ja ehkäisevää toimeentulotukea 35 721 kotitaloutta.

Aikuissosiaalityöhön lähetetään Kelasta perustoimeentulotukea saavien asiakkaiden tilanteeseen liittyviä ilmoituksia käsiteltäväksi. Vuonna 2024 niitä on lokakuuhun mennessä lähetetty 122 652, kun edellisenä vuonna vastaava luku oli 81 547. Myös hyvinvointialueilta saadun tiedon mukaan aikuissosiaalityön tarve on lisääntynyt, kun asiakkaiden täydentävän toimeentulotuen ja itse aikuissosiaalityön palvelun tarve on kasvanut muun muassa sosiaaliturvan muutosten vuoksi. Erityisinä huomioina on asumisen ongelmien lisääntyminen: vuoden 2023 Ulosottolaitoksen häätötilastojen mukaan häätöjen määrä on nousussa erityisesti suurissa kaupungeissa.

Päihde- ja riippuvuuspalvelujen rekisteritiedon keruu on vasta kehittymässä. Käytävissä olevien erillistiedonkeruiden perusteella monia päihdetyön palvelumuotoja puuttuu vielä laajasti. Päihdeiden käyttäjille suunnattua sosiaalityötä on tarjolla, mutta puutteita on muissa päihdetyön palveluissa ja sisällöissä, kuten etsivässä päihdetyössä, selviämispalvelussa ja tilapäismajoituksessa.

Kuntouttavasta työtoiminnasta annetun lain (189/2001) tarkoitus on parantaa pitkään jatkuneen työttömyyden perusteella työmarkkina- tai toimeentulotukea saaneen henkilön edellytyksiä työllistyä avoimilla työmarkkinoilla sekä edistää hänen mahdollisuuksiaan osallistua koulutukseen ja työvoimaviranomaisen tarjoamaan julkiseen työvoimapalveluun. Lain toteutumista ja toiminnan peittävyttä voidaan arvioida esimerkiksi kunnan osarahoittaman työmarkkinatuen saajien lukumäärällä. Kunnat eivät rahoita työllistymistä edistävien (kuten kuntouttava työtoiminta, jossa oli lokakuussa 120 048 työmarkkinatuen saajaa) palvelujen ajalta maksettua työmarkkinatukea. Kunnan osarahoittamaa työmarkkinatukea sai 151 004 saajaa vuonna 2021, kun luku oli 137 426 vuonna 2022 ja 124 680 vuonna 2023. Vaikka edellä mainitun määrän suunta on ollut laskeva se osoittaa, että työllistymistä edistäviä palveluja ei ole riittävästi tarjolla aktivointiehdon täyttävälle työttömälle.

OECD:n (2020) mukaan terveysongelmat ovat yksi yleisin työn ulkopuolelle jäämiseen vaikuttava tekijä Suomessa. Vaikka terveystarkastukset voivatkin lisätä terveyspalvelujen käyttöä lyhyellä aikavälillä, potentiaali kustannussäästöihin ongelmia ennaltaehkäisemällä on työttömien keskuudessa suuri. Työttömien terveystarkastuksia tehtiin hyvinvointialueiden käynnistymisvuonna 2023 koko maassa noin 21 500, mikä Sotkanetin tilastojen perusteella tarkoittaa noin 8.3 % työttömistä. Toteutuneiden käyntien määrä on ollut selkeässä kasvussa useita vuosia. Työttömän terveystarkastus on palveluna sisällytetty hyte-kertoimen määrittelyyn yhdeksi prosessi-indikaattoriksi. Tämä edistää osaltaan kyseisen palvelun tuottamista, koska siinä on pieni, mutta selkeä kytkös hyvinvointialueen saamaan hyte-rahoitukseen.

Erikoissairaanhoidossa on otettu käyttöön mielenterveyden häiriöitä sairastavien psykiatriseen hoitoon yhdistetty tuetun työllistymisen IPS-malli (Sijoita- ja valmenna!) noin puolella hyvinvointialueista. Mallia laajennetaan lähivuosina uusille hyvinvointialueille osana hallitusohjelman toimeenpanoa.

Työllistymistä edistävien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tavoitteiden toteutumisen seuranta vaihtelee eri hyvinvointialueilla. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus on asetettu tavoitteeksi yli puolessa hyvinvointialueista, mutta

käytettävissä vaikuttaa Hyvil Oy:n ja THL:n tekemän selvityksen mukaan olevan lähinnä asiakasmääriin ja suoritteisiin liittyviä mittareita. Jonkin verran hyvinvointialueilla seurataan myös työllistymistä ja tilannetta palvelun päättymisen jälkeen.

Kaikilla hyvinvointialueilla on huolehdittu työterveyshuoltolain mukaisesta työterveyshuollon järjestämisestä omalle henkilöstölle.

Arvio lasten, nuorten ja perheiden palveluista

Lasten, nuorten ja perheiden sosiaali- ja terveysten palvelujen tarve on kasvanut samaan aikaan, kun palvelujen saatavuudessa on puutteita. Tämä näkyy esimerkiksi lastenneuvolassa, koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa, lasten ja nuorten mielen-terveys- ja päihdepalveluissa ja lastensuojelussa. Monilla alueilla on haasteita toteuttaa lakisääteisiä lääkärintarkastuksia neuvolassa ja kouluterveydenhuollossa. Parannettavaa on myös opiskeluhuollon psykologipalveluihin ja suun terveydenhuoltoon pääsyssä.

Vaikka hyvinvointialueiden tavoitteena on vahvistaa perustason palveluja, on palvelujärjestelmän painopiste edelleen monelta osin erityis palveluissa. Perustason matalan kynnyksen palveluja ja digitaalisia palveluja on pyritty lisäämään, mutta painopisteen siirtäminen perustason palveluihin on hankalaa tilanteessa, jossa raskaiden palveluiden tarve ja käyttö on edelleen suurta. Perustason palveluiden systemaattinen vahvistaminen esimerkiksi mielenterveyspalvelujen osalta on kuitenkin keskeistä lasten- ja nuorisopsykiatrian palvelutarpeen kasvun hillitsemisessä. Hyvinvointialueiden ja kuntien yhteistyön kehittäminen on väestön hyvinvoinnin ja osallisuuden edistämisessä olennaista. Nuorten hyvinvoinnin ongelmat ovat lisääntyneet, ja erityistä huomiota pitää kiinnittää nuorten kiinnittymiseen koulutukseen ja työelämään. Syrjäytymisriskissä olevia nuoria aikuisia on eniten Kymenlaaksossa ja Päijät-Hämeessä.

Lasten, nuorten ja perheiden sosiaalihuollon palvelujen saatavuudessa on haasteita, eikä varhaista tukea ole riittävästi tarjolla. Lastensuojeluilmoitusten määrä on lisääntynyt, ja useilla alueilla on ollut vaikeuksia pysyä lastensuojelun palvelutarpeen arviointien lakisääteisissä määräaajoissa. Suhteellisesti eniten lastensuojeluilmoituksia tehtiin Etelä-Savon ja Vantaa-Keravan hyvinvointialueilla. Lastensuojelun sosiaalityöntekijöiden enimmäisasiakasmäärä ylittyi noin kolmanneksella työntekijöistä (huhtikuussa 2024 tehdyssä seurannassa). Eniten ylityksiä oli Pohjanmaalla, Päijät-Hämeessä ja Satakunnassa, kun taas Etelä-Karjalassa, Helsingissä ja Keski-Pohjanmaalla ei ylityksiä ollut.

Lasten, nuorten ja perheiden sosiaalihuollon palveluissa reaaliset kustannukset ovat kasvaneet nopeasti. Lasten ja nuorten ja perheiden palvelujen alle 18-vuotiaaseen väestöön suhteutetut kustannukset olivat korkeimmat Etelä-Savossa ja Kymenlaaksossa, ja matalimmat Pohjanmaalla sekä Keski-Pohjanmaalla. Kustannuserot ovat merkittäviä ja selittyvät suurelta osin kodin ulkopuolelle sijoitettujen asiakkaiden osuuksilla.¹¹

Valviran ja aluehallintovirastojen lapsiperheiden palvelujen ja lastensuojelun valvonnan tilannekuvan mukaan keskeisimmät ongelmat liittyvät liian suuriin sosiaalityöntekijäkohtaisiin asiakasmääriin. Lisäksi lapsen asioista vastaavan sosiaalityöntekijän nimeämättä jättäminen ja asiakassuunnitelmien tekemättä jättäminen on toistuvaa. Valvontaviranomaisten havaintojen mukaan omavalvontaa ei toteuteta hyvinvointialueilla riittävän kokonaisvaltaisesti.

Arvio iäkkäiden palveluista

Väestön voimakas ikääntyminen lisää ikääntyneen väestön palvelutarpeita merkittävästi. Palvelujen saatavuuden turvaamiseksi iäkkäiden henkilöiden tulee saada oikeat palvelut oikea-aikaisesti. Palvelurakennetta tulee kehittää siten, että se tukee asiakkaiden terveyttä, hyvinvointia ja toimintakykyä.

Iäkkäiden palvelut muodostavat ison ja kasvavan osuuden hyvinvointialueen kustannuksista, joten niihin kohdistuvilla tuottavuustoimilla on merkittävä vaikutus julkisen talouden kestävyYTEEN. Väestön ikääntyminen ja matala syntyvyys heikentävät huoltosuhdetta, mikä haastaa hyvinvointivaltion rahoituspohjaa.

Hyvinvointialueilla on organisoitu iäkkäiden palvelurakenteita ja yhdenmukaistettu toimintakäytänteitä. Monilla hyvinvointialueilla tämä työ on kuitenkin vielä kesken ja esimerkiksi alueen yhteisiä asiakas- ja potilastietojärjestelmiä ollaan vasta hankkimassa tai ottamassa käyttöön, joten tiedolla johtamiseen ja toiminnan kustannusvaikuttavuuden kehittämiseen ei vielä ole kaikkia välineitä käytettävissä. Samoin tuotantotapa-analyysit ja palveluverkkosuunnitelmat ovat vielä työn alla monilla alueilla, eivätkä siten vielä mahdollista asiakkaiden sijoittamista oikea-aikaisesti oikeaan palveluun parhaalla mahdollisella tavalla. Väestön nopeaan ikääntymiseen ja palvelutarpeiden kasvuun nähden iäkkäille suunnattuihin palveluihin on hyvinvointialueiden investointisuunnitelmissa hyvin vähän varauksia.

11 THL. (2024). Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen Suomessa : Valtakunnallinen asiantuntija-arvio, [syksy](#) 2024 (s. 18).

Useimmilla hyvinvointialueilla kotihoidon asiakasmäärät, käyntien määrät ja peittävyys ovat pienentyneet. THL:n selvityksen mukaan vuonna 2023 kotihoidossa oli 185 000 asiakasta, joista säännöllisiä kotihoidon asiakkaita oli 113 000 eli 61 prosenttia kaikista asiakkaista. Kaikkien kotihoidon asiakkaiden määrä väheni 10 000:lla (-5 %) ja säännöllisen kotihoidon asiakkaiden määrä lähes 2 000:lla (-2 %) vuoteen 2022 verrattuna. Kotihoidossa tehtiin 39,1 miljoonaa käyntiä, joista 38,5 miljoonaa (99 %) tehtiin säännöllisen kotihoidon asiakkaille. Lyhytaikaisten asiakkaiden käyntimäärä laski 0,7 miljoonalla (-2 %) ja säännöllisten asiakkaiden käyntien määrä 0,9 miljoonalla (-2 %) vuoteen 2022 verrattuna. Palvelurakenteen säilyttämiseksi sekä sosiaalisesti että taloudellisesti kestäväällä pohjalla on tärkeää, että asiakkaiden kotona asumista haastaviin tarpeisiin pystytään vastaamaan.

Hyvinvointialueilla on ollut vaikeuksia tuottaa asiakkaille palvelutarpeiden mukaisesti myönnettyä kotihoidon palvelua. THL seurasi kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon toteutumista lokakuussa 2023. Tuolloin kotihoidon riittävyyden seurannan mukaan noin puolet (53 prosenttia) yksiköistä toteutti asiakkaille suunnitellun määrän tai enemmän palvelutunteja. Jotta kotona asuvien iäkkäiden asiakkaiden toimintakyky säilyy mahdollisimman pitkään, on tärkeää, että he saavat sen määrän palvelua, jonka on arvioitu olevan tarpeen heidän palvelutarpeisiinsa vastaamiseksi.

Valvontaviranomaiset huomioivat, että henkilöstön saatavuuden ongelmat näkyivät laaja-alaisesti ikääntyneiden palveluissa. Kotihoidon asiakkaiden toteutuneet palvelutunnit eivät ole kaikilta osin vastanneet myönnettyjä ja suunniteltuja tunteja johtuen henkilöstöpulasta. Vain osalla hyvinvointialueista kotihoidon asiakkaille oli nimetty omatyöntekijä sosiaalihuoltolain edellyttämällä tavalla. Huomiota herätti, että palvelujen saatavuudessa oli hyvinvointialueiden sisällä merkittäviä alueellisia eroja. Hyvinvointialueet ovat myös tiukentaneet palvelujen saantikriteereitä, ja yhä huonokuntoisempia ikääntyneitä hoidetaan kotona. Ikääntyneiden palvelujen osalta usealla aluehallintovirastolla oli herännyt huoli omavalvonnan ja valvonnan organisoimisesta ja toteutumisesta. Positiivisena esimerkkinä nousi esiin Etelä-Savon hyvinvointialue, joka on onnistuneesti kehittänyt ikäihmisten eri palvelumuotoja.

Hyvinvointialueet ovat suunnitelmissaan ilmaisseet tavoitteita lisätä kotihoidon ja ympärivuorokautisen palveluasumisen väliin sijoitettavia palveluja kuten yhteisöllistä asumista ja perhehoitoa. Sekä yhteisöllistä asumista että perhehoitajan kodissa tai ammatillisessa perhekodissa tapahtuvaa perhehoitoa on toistaiseksi järjestetty varsin vähän. THL on arvioinut, että ns. välimuotoisille palveluille on potentiaalisia asiakkaita sekä paljon käyntejä tarvitsevilla kotihoidon asiakkailla että vastaavissa

asiakkaissa, joita nyt vaihtoehtojen puuttuessa on sijoitettu ympärivuorokautiseen palveluasumiseen. Hyvinvointialueiden tulisi hakea ratkaisuja yhteisöllisen asumisen lisäämiseksi (mm. kumppanuussopimusmallit).

Omaishoidon tukea saavia sopimusomaishoitajia vuonna 2023 oli noin 50 500. Omaishoidon tukea sai 65 vuotta täyttäneistä keskimäärin 2,5 prosenttia ja 75 vuotta täyttäneistä 4,1 prosenttia. Omaishoidon peittävyys on ollut näissä ikäryhmissä hienoisessa laskussa. THL:n sopimusomaishoidon tilannekuvan (2024) mukaan omaishoidon tuen myöntämisperusteet vaihtelevat alueittain. Vajaalla kolmasosalla alueista kriteerit ovat melko lähellä THL:n ehdotusta omaishoidon myöntämisperusteiksi (Omakari 2022), reilu kolmasosa alueista poikkeaa niistä monelta osin ja vajaa kolmasosa alueista paljon. THL on antanut aluekohtaiset suositukset omaishoidon tuen myöntämisperusteiden kehittämiseksi. Keskimäärin vain 55 % omaishoitajista käyttää lakisääteiset vapaansa. Vapaapäivien käyttöä tulee edistää, minkä lisäksi on huolehdittava muista omaishoitajaa tukevien palveluiden järjestämisestä. Iäkkäiden omaishoidettavien hoitoon omaishoitajien vapaapäivien aikana tulisi lisätä vaihtoehtoja ympärivuorokautisen palveluasumisen sijaan, jotta ympärivuorokautinen palveluasuminen voidaan kohdentaa niille asiakkaille, jotka sitä toimintakykynsä ja terveydentilansa vuoksi välttämättä tarvitsevat.

Kotona asumista tukevaa teknologiaa on kehitetty paljon ja sitä myös käytetään runsaasti. Etäkäynnit ovat jo vakiintuneet laajasti kotihoitoon, samoin lääkehoidon tukemiseen tarkoitettua teknologiaa on asiakkailla paljon. Myös erilaista sensoriteknologiaa on käytössä ja teknologioita on koottu yhteisille alustoille. Teknologia-ratkaisujen hyödyntäminen iäkkäiden palveluissa on tarpeen palvelujen ja sote-henkilöstön riittävyyden turvaamiseksi silloin, kun niillä voidaan vastata asiakkaiden palvelutarpeisiin.

Iäkkäiden ympärivuorokautisen palveluasumisen vähimmäishenkilöstömitoituksesta on palvelun laadun ja asiakasturvallisuuden varmistamiseksi säädetty lailla. Taloudellisen kestävyys ja henkilöstön riittävyyden turvaamiseksi vähimmäishenkilöstömitoitusta on 1.1.2025 lähtien alennettu siten, että 0,65 mitoituksen sijaan mitoitus on 0,6. Koska kyse on vähimmäismitoituksesta, tulee mitoituksen olla korkeampi, mikäli asiakkaiden palvelutarve sitä edellyttää.

Henkilöstömitoitukseen ei nykyisen lain mukaan voida laskea muuta kuin laissa määritellyjä henkilöstöryhmiä. Palveluissa voidaan kuitenkin jo nyt hyödyntää henkilöstön työtä helpottavaa teknologiaa ja sitä on THL:n selvityksen mukaan verrattain paljon jo käytössä myös ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä.

RAI-arviointivälineistön käyttäminen asiakkaan palvelutarvetta arvioitaessa on ollut kaikkia toimintayksiköitä koskeva velvoite 1.4.2023 lähtien. THL:n ennakkolistien tietojen mukaan ympärivuorokautisessa palveluasumisessa RAI-arviointeja tehtiin 79 prosentille yli 75-vuotiaista asiakkaista ja säännöllisessä kotihoidossa 53 prosentille yli 75-vuotiaista asiakkaista vuonna 2023. Ilman käsitystä asiakaskunnan toimintakyvystä ja palvelutarpeista on vaikea luotettavasti määritellä palvelurakenteelle realistisia peittävyystavoitteita. RAI-arviointien kattavuutta on lisättävä, jotta niistä kertyvää tietoa asiakasrakenteesta voidaan jatkossa hyödyntää laajemmin palvelu- ja henkilöstörakenteen suunnittelussa.

Aluekohtaiset erityishuomioiden ikääntyneiden palveluihin liittyen

THL:n vuoden 2024 asiantuntija-arvioinneissa keskityttiin erityisesti ikääntyneiden palveluihin. Tästä johtuen myös tähän selvitykseen on nostettu tämän palvelukokonaisuuden osalta alueilta tunnistettuja hyviä käytäntöjä. Vuonna 2024 alueilla on kehitetty ikääntyneiden palveluja monelta osin vaikuttavampaan ja kustannustehokkaampaan suuntaan:

- **Liikkuvat palvelut** kuten Kainuussa kotikäyntejä tekevä vanhuspsykiatrian työryhmä ja toimintamalli, jossa akuutti kotisairaala ja tilannekeskus-yksikkö turvaavat kotona asuvan iäkkään kiireettömän akuuttivaiheen hoidon ja Satakunnan Combilanssi-toiminta, joka on vähentänyt päivystyskäyntien tarvetta.
- Pirkanmaalla Lähitorit ovat **monitoimijaisia matalan kynnyksen kohtaamispaikkoja**, joilla on keskeinen rooli sekä hyvinvointityössä että digituessa.
- **Teknologian hyödyntäminen** kuten Keski-Pohjanmaalla kotihoidossa käytössä oleva asiakkaiden vointia ja toimintakykyä ennakoiva tekoäly, joka vähentää asiakkaiden ensihoidon käyttöä. Kuvapuhelimien ja lääkeautomaattien lisääminen on vapauttanut henkilöstöresurssia välittömään työhön esimerkiksi Kymenlaaksossa.
- Hyvinvointialueen, kuntien ja kolmannen sektorin yhteistyössä järjestämä iäkkäiden **digituki** tarjoaa apua sähköisten palvelujen käyttöön Pohjois-Karjalassa.
- **RAI-osaaminen** on henkilöstön osaamisen kehittämisen painopisteenä Pohjois-Pohjanmaalla.
- **Perhehoidossa** kiertävien perhehoitajien mahdollistamat omaishoitajien vapaapäivät näkyvät ympärivuorokautisen palveluasumisen tarpeen vähenemisenä Keski-Pohjanmaalla. Pohjois-Karjalassa perhoitoa on kehitetty pitkään. Alueella on noin 30 perhekotia ja omais- ja perhehoitokeskus Onneli antaa neuvontaa

ja ohjausta iäkkäiden perhehoitoon sekä omaishoitoon liittyvissä kysymyksissä.

- **Omaishoidossa** kansallisen ehdotuksen mukaiset myöntämisperusteet on otettu käyttöön Itä-Uudellamaalla.
- **Asumisen kehittäminen** mm. yhteistyössä alueen kuntien kanssa Keski-Uudellamaalla suunnitellut korttelit, joissa voidaan toteuttaa monimuotoista ja monisukupolvista asumista.
- **Yhteisöllisen asumisen** lisäämistä ohjaa Päijät-Hämeessä kumppanuusmalli. Siinä hyvinvointialue valitsee ja sijoittaa asiakkaat palveluun. Asiakkaat ovat suorassa vuokrasuhteessa kiinteistön ulkoiseen omistajaan. Malli vapauttaa hyvinvointialueen kiinteistöihin liittyvistä riskeistä ja investoinneista.
- Etelä-Savon hyvinvointialueella toteutuu ikäihmisten asumispalveluiden vähimmäishenkilöstömitoitus. Kanteluja ja epäkohtailmoituksia on tullut palveluista vain muutamia. Etelä-Savon hyvinvointialue on **kehittänyt onnistuneesti ikäihmisten eri palvelumuotoja**.
- Iäkkäiden kasvuun palvelutarpeisiin nähden iäkkäiden palveluihin kohdentuu hyvinvointialueilla vähän **investointeja**. Palvelurakenteen keventäminen ja oman palvelutuotannon vahvistaminen asumispalveluissa edellyttää suunnitelmallista investoimista, josta esimerkkinä Länsi-Uusimaa, jonka investointisuunnitelmassa on varauduttu lisäämään hallitusti omaa asumispalvelutuotantoa.
- **YTA-alueitasoista yhteistyötä** tehdään iäkkäiden palvelujen osalta vielä varsin vähän. Mahdollisuuksia tähän olisi nykyistä enemmän. Itäisellä YTA-alueella käynnissä olevan kansainvälisen rekrytoinnin YTA-alueasoinen hanke on hyvä esimerkki tarkoituksenmukaisesta yhteistyöstä.

Arvio vammaisten palveluja koskien

Vammaispalvelulain tarkoituksena on muun ohella turvata vammaisen henkilön yksilöllisen tarpeen ja edun mukaiset, riittävät ja laadultaan hyvät palvelut. Lailla pyritään varmistamaan lain yhtenäinen soveltaminen ja yhdenvertainen palvelujen saanti eri alueilla.

Vammaispalveluiden osalta tietopohja on vielä joidenkin hyvinvointialueiden osalta hyvin vähäistä tai jopa olematonta.

Vammaispalvelujen osalta alueilla nousi esille monia yhteisiä haasteita, kuten henkilöstön saatavuus ja riittävyys haasteet ja ostopalveluiden suuri osuus erityisesti asumispalveluissa. Usealla alueella ostopalvelujen suuri osuus kytkeytyy

henkilöstön riittävyyden ja saatavuuden haasteisiin. Joillain alueilla on jouduttu turvautumaan vuokratyövoiman käyttöön. Vammaispalveluissa kustannuskehitys on ollut suurta ja oman tuotannon lisääminen erityisesti asumispalveluissa onkin useilla alueilla työn alla.

Vammaispalveluiden palvelurakenteen keventäminen on usealla hyvinvointialueella tavoitteena. Palvelurakenteen keventämisen vaikutuksista on saatu hyviä tuloksia esimerkiksi Kanta-Hämeessä, jossa palvelurakenteiden keventäminen on vähentänyt ostopalvelujen käyttöä.

2.2 Arvio kustannusvaikuttavuudesta

Arvio taloudellisesta kestävydestä

Tässä selvityksessä tarkastellaan kustannusten ja palvelutarpeen kasvuun liittyen nettokäyttökustannusten ja kertyneen alijäämän kehitystä. Vuosikatteen ja poistojen suhteen tarkastelu ei ole laajasti negatiivisten vuosikatteiden valossa perusteltua, joten taloudellista kestävyttä on tarkasteltu hyvinvointialueiden velkaantuneisuuteen ja maksuvalmiuteen liittyvien tunnuslukujen perusteella.

Liitetaulukkoon 4 on kerätty raportoituja tietoja hyvinvointialueiden vuoden 2023 ja 2024 nettokäyttökustannuksista. Liitetaulukkoon 5 on listattu hyvinvointialueiden ali- tai ylijäämiä koskevia arvioita vuodelta 2023 ja 2024.

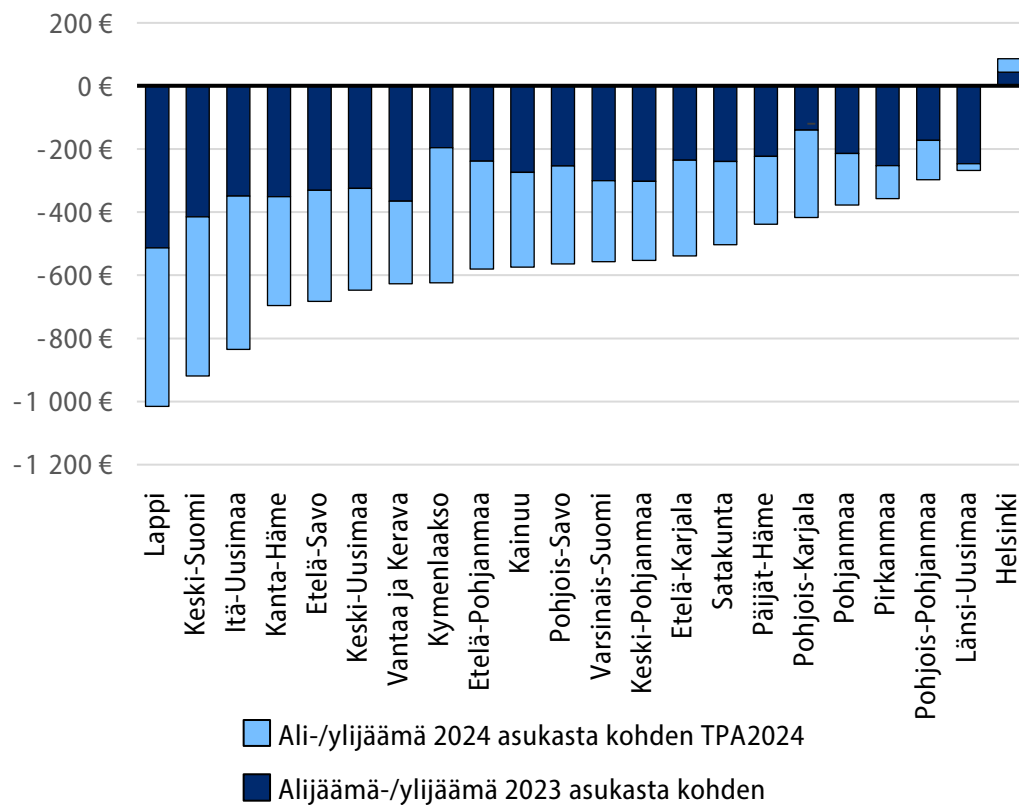
Hyvinvointialueiden vuoden 2025 tilinpäätösarvioiden perusteella vuoden 2024 hyvinvointialueiden yhteenlasketut nettokäyttökustannukset olisivat kasvamassa 3,3 prosenttia noin 25,3 miljardiin euroon. Suurinta kasvu on Kymenlaakson hyvinvointialueella, jossa nettokäyttökustannukset kasvaisivat 7,1 prosenttia. Pienintä kasvu olisi puolestaan Länsi-Uudellamaalla, jossa nettokäyttökustannukset ovat kasvaneet 0,3 prosenttia.

Hyvinvointialueiden rahoitus vuodelle 2024 kasvoi 3,9 prosenttia noin 24,1 miljardiin euroon. Rahoituslaissa säädettyjen automaattisten mekanismien aiheuttaman kasvun lisäksi rahoitukseen lisättiin noin 12 miljoonaa euroa muuttuneiden tehtävien perusteella sekä kokonaan uutta rahoitusta yliopistosairaalalisänä 130 miljoonaa euroa. Siirtymätasausjärjestelmä, joka tasoittaa vuonna 2024 voimaantulleen tarveperusteisen rahoituksen vaikutusta verrattuna vuoden 2022 kustannusten perusteella siirtyneeseen rahoitukseen, vähensi kuitenkin kokonaisuudessaan hyvinvointialueiden rahoituksen tasoa noin 104 miljoonaa euroa.

Hyvinvointialueiden nettokäyttökustannusten kasvoivat tilinpäätösarvioiden perusteella vuonna 2024 kokonaisuudessaan hieman hyvinvointialueiden rahoitusta hitaammin, joten myös vuositason alijäämä pieneni yhteensä noin 1,2 miljardiin euroon. Kaikkien alueiden tilikausi oli Helsingin kaupunkia lukuun ottamatta alijäämäinen. Suurimpia asukaskohtaisia alijäämiä muodostui Keski-Suomen hyvinvointialueella (noin 500 euroa), Lapin hyvinvointialueella (noin 500 euroa), Itä-Uudellamaalla (noin 490 euroa) ja Kymenlaaksossa (noin 430 euroa). Pienin asukaskohtainen alijäämä muodostoi Länsi-Uudellemaan hyvinvointialueella (noin 20 euroa).

Vuosien 2023 ja 2024 tilikausista kumuloituvan alijäämä kasvoi noin 2,5 miljardiin euroon. Kuvioon 10 on kuvattu asukaskohtaista alijäämää alueittain. Kaikilla alueilla Helsingin kaupunkia lukuun ottamatta on näiltä vuosilta kumuloitunutta alijäämää. Suurimman alijäämän ennakoidaan muodostuvan Lapin hyvinvointialueella (noin 1 020 euroa per asukas).

Kuvio 10. Alueiden asukaskohtainen alijäämä vuosina 2023–2024.



Hyvinvointialueiden tilikauden 2023 noin 1,3 miljardin euron alijäämät eivät koko maan tason tarkastelussa näkyneet kovinkaan merkittävinä lyhytaikaisen velan lisääntymisenä. Tilinpäätöksen yhteydessä julkaistujen rahoituslaskelmien perusteella lyhytaikainen velka lisääntyi vain noin 113 miljoonaa euroa. Liitetaulukkoon 6 on koottu joitain hyvinvointialueiden velkaantuneisuuden ja maksuvalmiuden kannalta olennaisia tunnuslukuja¹².

Rahoituksellisesti vuoteen 2023 liittyi monia siirtymävaiheeseen kytkeytyviä poikkeuksia. Hyvinvointialueet saivat yhden kahdestoistaosan vuoden valtion rahoituksesta joulukuussa 2022 ja 1.1.2023 kunnat luovuttivat hyvinvointialueille noin 730 miljoonaa euroa rahavaroja. Kesäkuun 2023 alussa hyvinvointialueet saivat rahoituslain säätämän maksuaikataulun mukaisesti yhden kuudesosan vuoden rahoituksesta, joka näkyy 30.6.2023 rahavaroissa. Vuoden 2023 lopussa rahavaroja oli jäljellä yhtä lailla 730 miljoonaa euroa. Huomionarvoista on myös, että tammikuun 2024 alussa valtio maksoi hyvinvointialueille siirtolaskelmien tarkentumisesta johtuvaa vuoden 2023 varainhoitovuoden rahoitusta noin 530 miljoonaa euroa. Siirtolaskelmien tarkentumisesta kasvaneen vuoden 2023 rahoituksen toinen maksuerä maksettiin huhtikuussa 2023. Tammikuussa 2024 maksettu rahoituserä huomioiden tilikauden 2023 lopussa hyvinvointialueiden rahavarat olisivat olleet 1 260 miljoonaa euroa. Tilikauden 2023 aikana lyhytaikaiset saamiset kasvoivat noin 600 miljoonaa euroa, jota osin selittää tammikuussa 2024 maksettu rahoituserä.

Lyhytaikaisten lainojen sijaan käyttöpääomien vahvaa tilannetta vuoden 2023 lopussa selittää niin sanottujen korottomien lyhytaikaisten velkojen kasvu. Esimerkiksi lyhytaikaiset ostovelat kasvoivat arviolta yli 800 miljoonaa euroa tilikauden aikana, eli hyvinvointialueet ovat onnistuneet saamaan aikaisempaa edullisempia maksuaikatauluja menoihinsa. Omaisuuden luovutuksista hyvinvointialueet saivat tuloja yhteensä vain noin 13 miljoonaa euroa.

Tilinpäätöksessä korottomaksi laskettavatkään velat eivät ole välttämättä täysin kuluttomia. Toisaalta hyvinvointialueet eivät ole STM:n käsityksen mukaan joutuneet maksamaan kovinkaan suuria marginaaleja lyhytaikaisista lainoistaan. Esimerkiksi neljän prosentin korkojen vuosikulu koko vuoden 2023 alijäämästä olisi noin

12 Jotkin hyvinvointialueet eivät ole julkaisseet niin kutsuttua avaavaa tasetta kirjanpitolautakunnan ohjeiden mukaisella tarkkuudella, joten 1.1.2023 taseen lukuihin liitetty epävarmuutta ja niihin tulee suhtautua arviona. Avaava tase eroaa merkittävästi 31.12.2022 taseesta, sillä kuntien ja kuntayhtymien hyvinvointialueiden tehtäviin liittyvien varojen ja velkojen luovutus hyvinvointialueelle tapahtui 1.1.2023. Vasta ensimmäisistä valtiokonttorille 31.3.2023 raportoiduista taseen tiedoista on erotettavissa taseen lyhytaikaisen lainan alle vuoden mittaiset velkasitoumukset.

50 miljoonaa euroa, eli noin 0,2 prosenttia hyvinvointialueiden toimintakulujen nykytasosta, joka ei vielä aseta suuria haasteita taloudelliselle kestävyydelle. Toisaalta hyvinvointialueet ovat vasta aloittaneet toimintansa eikä lyhytaikaisen lainarahoituksen marginaaleja ole vielä koeteltu kuin vasta hyvin pienillä lyhytaikaisen lainan kokonaismäärillä.

Pitkäaikaisten lainojen kehitys kokonaisuudessaan vuonna 2023 oli jossain määrin suurempaa kuin hyvinvointialueiden investointimenojen kehitys, joita oli yhteensä noin 722 miljoonaa euroa. Tilinpäätöksen rahoituslaskelmien perusteella pitkäaikaista lainaa on nostettu tilikauden noin 849 miljoonaa euroa ja avustuksia investointeihin on saatu noin 7 miljoonaa euroa. Investointimenot olivat kokonaisuudessaan noin 80 prosenttia suuremmat kuin hyvinvointialueiden yhteenlasketut poistot ja arvonalentumiset, jotka olivat noin 397 miljoonaa euroa. Toisaalta investointimenojen määrässä on erittäin suurta vaihtelua. Neljä eniten investoinutta aluetta (Pohjois-Pohjanmaa, Kanta-Häme, Varsinais-Suomi ja Pohjois-Savo) investoivat euromääräisesti lähes 55 prosenttia hyvinvointialueiden investoinneista.

Vuonna 2024 muodostuneen alijäämän yhteenlaskettu määrä olisi tilinpäätösarvioiden perusteella pienenemässä noin 1,2 miljardiin euroon. Vuoden 2024 lopussa alueiden lyhytaikaisten lainojen määrä on kasvanut noin 466 miljoonaa euroa ollen vuoden lopussa yhteensä noin 749 miljoonaa euroa. Kaikkienensa lyhytaikaisten velkojen määrä kasvoi vain noin 170 miljoonaa euroa. Ostovelkojen määrä ei jatkanut kasvuaan ja niiden kokonaismäärä pieneni noin 267 miljoonalla eurolla. Lyhytaikaisen velkaantumisen verrattain maltillista kehitystä selittää hyvinvointialueiden saatavien pieneneminen. Hyvinvointialueilla oli lyhytaikaisia saatavia noin 671 miljoonaa euroa vähemmän vuoden 2024 lopussa verrattuna vuoden takaiseen.

Vuoden 2024 tilinpäätösten rahoituslaskelmia ei ole vielä julkaistu, mutta taseiden perusteella voidaan päätellä, että pitkäaikaisten lainojen lisääntyminen suhteessa investointimenoihin on ollut huomattavasti maltillisempaa edellisvuoteen verrattuna. Investointimenojen kokonaismäärä oli noin 753 miljoonaa euroa vuonna 2024. Poistojen ja arvonalentumisten yhteenlaskettu määrä kasvoi niin ikään maltillisesti noin 403 miljoonaan euroon. Investointiaktiivisuus vaihteli alueittain myös vuonna 2024. Samat eniten investoineet neljä hyvinvointialuetta (Pohjois-Pohjanmaa, Kanta-Häme, Varsinais-Suomi ja Pohjois-Savo) toteuttivat euromääräisesti noin 60 % hyvinvointialueiden kaikista investoinneista.

Arvio vaikuttavuusperustaisuudesta ja tietojohdamisesta

Hyvinvointialueet ovat lähteneet edistämään vaikuttavuusperustaisuutta useilla eri tavoilla ja useimmilla hyvinvointialueilla vaikuttavuusperustaisuuden edistäminen on otettu toiminnallisen uudistuksen kantavaksi periaatteeksi. Valta-kunnalliset tavoitteet ohjaavat ja velvoittavat alueita viemään tämän tavoitteen osaksi palvelustrategiaa, mutta tästä riippumattomasti vaikuttavuutta edistäviä toimia on runsaasti hyvinvointialueilla. Useimmilla hyvinvointialueilla toimenpiteet painottuvat vaikuttavuustiedolla johtamisen ja ohjausjärjestelmän kehittämiseen. Konkreettinen toiminnallisen muutoksen määrä vaihtelee paljon alueittain ja osalla alueista ollaan vasta suunnittelutasolla. Hyvinvointialueselvityksen perusteella Etelä-Karjalan ja Lapin aktiivisuus näyttää vähäisemmältä muihin hyvinvointialueisiin nähden. Pohjois-Karjalassa on lukuisia toimenpiteitä, jotka tähtäävät palvelutarpeen ennaltaehkäisyyn vahvistamalla erityisesti ikääntyneiden toimintakykyä ja kotona pärjäämisen edellytyksiä. Kysyttäessä vaikuttavuusperustaisuuden toimenpiteitä alueilla vähiten mainintoja saivat vähähyötyisten hoitojen vähentäminen, kustannusvaikuttavuuden parantaminen, vaikuttavuusvalmennukset ja vaikuttavuusperustaiset hankinnat.

Suomen Kestävän Kasvun -ohjelmassa (RRP) STM on antanut valtionavustusta moneen sosiaali- ja terveydenhuollon kansalliseen ja alueelliseen vaikuttavuuden kehittämiseen. Yksi näistä kehittämishankkeista on Kansallinen vaikuttavuuskeskus -pilotti. Vaikuttavuuskeskus -pilotissa on arvioitu yhteistyössä THL:n kanssa vaikuttavuustiedon kypsyystasoa. Hyvinvointialueille lähetettiin kysely huhtikuussa 2024, mihin saatiin vastauksia 14 alueelta. Vastauksien mukaan suurimmalla osalla vastanneista hyvinvointialueista toteutuu joko hyvin tai osin säännöllinen palvelutarvetta koskevan tiedon käsittely ja keinojen kehittäminen palvelutarpeen paremmaksi huomioimiseksi. Hyvin tai osin toteutuvat myös vaikuttavuusperustaisen johtamisen sisältyminen alueiden palvelustrategiaan, tavoiteasetanta ja seuranta asiakkaiden osallisuuden edistämässä sekä ylimmän johdon päätöksen perustuminen tietoon palvelujen laadusta, asiakastyytyväisyydestä, väestön hyvinvoinnista ja kustannuksista. Kehittyviä osa-alueita ovat ICT-strategia tuki vaikuttavuusperustaiselle johtamiselle ja tietojen julkaisemiseen. Vaikuttavuuden johtamisen kypsyystaso on suurimmalla osalla vastanneista vasta tietoisuuden tasolla tiedon keräämisen tarpeesta ja vaikuttavuustiedon infrastruktuuri on jatkuvan kehittymisen tasolla vain yhdellä hyvinvointialueella. Seitsemän aluetta on edennyt kuitenkin perusinfran toteuttamiseen ja käynnistänyt yksittäisiä pilotteja vaikuttavuustiedon hyödyntämisen osalta.

Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus on toteuttanut asiakas- ja potilasturvallisuusstrategian toimeenpanon seuraamiseksi neliportaisen itsearviointityökalun. Itsearviointikysely toteutettiin loppuvuodesta 2023 ja siihen vastasivat kaikki

hyvinvointialueet. Vastauksien mukaan arvioitavista 12 tavoitteista vain vaativan lääkehoidon osaamisen varmistaminen sosiaalihuollon yksiköissä ja asiakas- ja potilasturvallisuuden viestintä ko. asiantuntijoille toteutuivat hyvin hyvinvointialueilla. Eniten parannettavaa oli kahdessa tavoitteessa, koskien turvallisuusosaamisen sekä turvallisten etä- ja digipalvelujen varmistamista. Hyvinvointialueista Pirkanmaan hyvinvointialue oli itsekriittisin, kun taas Pohjois-Savon hyvinvointialue arvioi toteuttavansa hyvin suurinta osaa tavoitteista.

Työterveyslaitos on tehnyt asiantuntija-arvion koskien Työote -toimintamallin käyttöönottoa. Tavoitteena on, että hyvinvointialueilla olisi Työote -toimintamalli käytössä vähintään 10 eri sairausryhmän osalta työterveyshuollon ja erikoissairaanhoidon välisessä yhteistyössä. Arvion mukaan kahdella hyvinvointialueella minimi-tavoite on saavutettu. Sitoutuminen toimintamalliin toteutuu kaikilla alueilla. Toimintamallin aikaansaamista edistävä koordinaattori ja yhteistyöverkosto puuttuu noin kolmasosassa alueista, mikä osaltaan vaikeuttaa toimintamallin rakentamista ja levittämistä.

Useimmat hyvinvointialueet ovat edistyneet keskeisissä strategisissa tavoitteissaan suunnitellusti, vaikka joillakin alueilla on ollut viivästyksiä ja haasteita erityisesti tietojärjestelmien ja resurssien osalta. Strategisten tavoitteiden seuranta ja raportointia on kehitetty jatkuvasti, ja monilla alueilla seurantamittareita edelleen tarkennetaan ja päivitetään. Johtamis- ja organisaatiokulttuurin uudistaminen on käynnissä useilla alueilla, ja yhteistyötä eri toimijoiden kanssa on vahvistettu. Kokonaisuutena hyvinvointialueiden strategiset tavoitteet ovat toteutuneet suunnitelmien mukaisesti, mutta joidenkin alueiden on edelleen parannettava tietojohdantamista ja varmistettava riittävät resurssit tavoitteiden saavuttamiseksi.

Suurin osa hyvinvointialueista tuo esille hyvinvointialueiden rahoituksen riittämättömyyden lakisääteisten palvelujen järjestämiseen ja palvelutarpeeseen vastaamiseen. Osa hyvinvointialueista pitää rahoituksen ns. siirtymätasauksen aiheuttamaa alueiden eriarvoistumista hyvin epäoikeudenmukaisena. Valtiollisen toiminnan ja talouden ohjauksen epätasapainoa pidetään hyvinvointialueilla haastavana toiminnan ja talouden suunnittelulle. Hyvinvointialueet haluavat selkeää, vahvaa ja pitkäjänteistä ohjausta järjestämisvastuun toteuttamisen, toiminnan uudistamisen ja talouden kantokyvyn parantamisen sekä vaikuttavuusperusteisuuden edistämiseksi.

2.3 Arvio yhteistyöstä

Arvio hyvinvoinnin edistämisen ja ennaltaehkäisyn nykytilasta

Suurin osa alueista on toteuttanut tai on toteuttamassa lainsäädännön edellyttämiä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ja ehkäisevän päihdetyön toimia. Muun muassa hyvinvointikertomus- ja suunnitelma on suurimmalla osalla alueista valmistelussa. Vain muutamalla alueella on hyvinvointialueen valtuuston hyväksymä hyvinvointikertomus. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen neuvotteluja on käyty lähes kaikilla alueilla. Niiden osallistujat ja toteutustapa vaihtelee. Toteutustapoja ovat mm. yhden päivän aikana toteutettu neuvottelu, jatkuvan neuvottelun käytäntö, neuvottelu yksittäisen kunnan kanssa, kuntaryppäinä tai kaikkien alueen kuntien kanssa yhtä aikaa. Myös järjestöjen osallistumisen käytännöt vaihtelevat. Suurimmassa osassa hyvinvointialueita järjestöedustaja on ollut mukana hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen neuvotteluissa.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ja ehkäisevän päihdetyön strategien johtaminen osana hyvinvointialueen johtamista on pääsääntöisesti vielä ohutta. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuun sijoittaminen strategia- tai kehittämysyksikköön tai vastaavaan on melko yleinen ratkaisu. Tämä todennäköisesti vahvistaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamista strategisesti ja pitkäjänteisesti.

Hyvinvointialueiden välillä on suuria eroja hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen koordinointiin käytettävissä olevissa resursseissa. Erot näkyvät sekä sisältöalueiden määrässä että käytettävissä olevissa henkilötyövuosissa suhteessa kuntien lukumäärään, asukasmäärään tai sairastavuusindeksiin. Tästä johtuen hyvinvointialueilla on hyvin erilaiset mahdollisuudet toteuttaa lakisääteisiä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen sekä ehkäisevän päihdetyön tehtäviä ml. yhteistyövelvoitetta kuntiin ja muihin toimijoihin nähden.

Useiden hyvinvointialueiden muutosohjelmiin sisältyneistä yhteistoimintamenettelyistä on seurannut vähennyksiä ja uudelleen organisointia hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen. Vähennykset ovat kohdistuneet esimerkiksi hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen sekä ehkäisevän päihdetyön koordinaattoreihin.

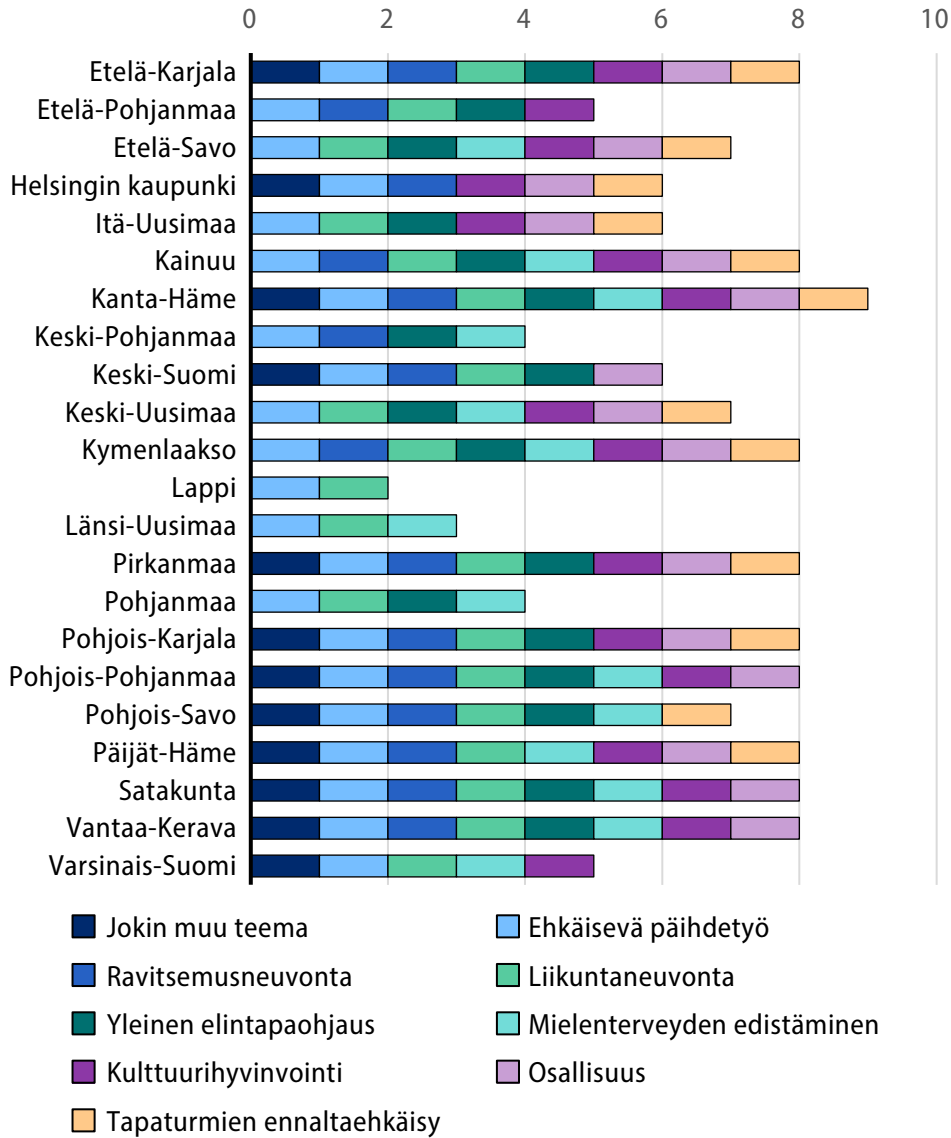
Hyvinvointialueiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen taloudellisista resursseista ei voida vielä muodostaa luotettavaa kuvaa, koska alueiden raportointi ko. kohtaan ei ole toteutunut ohjeistuksen mukaisesti. Lisäksi hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen strategisen johtamisen heikkous näkyy siinä, että hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä käsitellään vain joidenkin alueiden talousasiakirjoissa.

Arvio yhteistyörakenteiden toimivuudesta

Suurimmalla osalla alueista on muodostettu alueelliset rakenteet yhteistyön toteuttamiseksi alueen kuntien, valtion (esim. poliisi) ja muiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimijoiden kanssa. Yhteistyön toteutus vaihtelee ja yleisimmin se näyttaa toteutuvan asiantuntijatasolla. Johtamisen tai poliittisen päätöksenteon tason yhteistyö on käynnistynyt joillakin alueilla.

Osa alueista on organisoinut laaja-alaista yhdyspintatyötä eri sisältöalueisiin liittyen. Työ on useimmiten organisoitu erilaisten sisällöllisten ryhmien tai vastaavien avulla. Laaja-alainen strategisesti johdettu yhteistyö on vielä vähäistä tai toteutuu vain joidenkin sisältöalueiden osalta, mikä osaltaan voi selittää kuntien viestimää tyytymättömyyttä yhteistyöhön. Alueiden yhdyspintatyöhön kohdennettu resurssi vaihtelee ja sen riittävyyden määrittely tai perusteet jäävät epäselväksi.

Kuvio 11. Alueella eri sisältöalueista koostuva monialainen työryhmä tai verkosto, jossa kunnat mukana (lkm=22).



Lähde: Kauppinen T. & Ylitörmänen, T. (2024). Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen koordinaatio hyvinvointialueilla 2024. Tutkimuksesta tiiviisti 42/2024. THL.

Hyvinvointialueiden ja kuntien tulostavoitteiden sopimisessa seurannassa suurin osa alueista hyödyntää hyvinvointikertomuksen- ja suunnitelman tietopohjaa. Hyvinvointialue ja kunnat ovat pääsääntöisesti määritelleet omat toimenpiteet tavoitteiden saavuttamiseksi. Toimenpiteitä sekä niiden vaikuttavuutta seurataan vuosittain valmisteltavassa hyvinvointiraportissa. Muutamat alueet ovat tehneet myös sopimuksia kuten esimerkiksi strategisen yhteistyösopimuksen,

puitesopimuksen tai vastaavan kuntien kanssa. Niillä alueilla, joilla konkreettisia mitattavia tulostavoitteita ei ole sovittu, on kuitenkin useimmiten silti kyetty sopimaan kuntien ja hyvinvointialueen tehtävänjaosta ja vastuista.

Hyvinvointialueiden järjestöyhteistyön tilanne vaihtelee. Suurimmassa osassa hyvinvointialueita (18) toimii hyvinvointialueeseen kiinnittyvä tai hyvinvointialueen perustama yhteistyörakenne, jossa on mukana järjestöedustus. Kahdeksalla hyvinvointialueella on laadittu järjestöyhteistyön asiakirja, joka kokoaa yhteen hyvinvointialueiden ja järjestöjen välisen yhteistoiminnan periaatteet. Yhdeksällä hyvinvointialueella järjestöyhteistyön asiakirja on suunnitteilla. Yhtä hyvinvointialuetta lukuun ottamatta hyvinvointialueilla on nimetty järjestöyhteistyöstä vastaava työntekijä.

SOSTEn Järjestöbarometri 2024:n kyselyssä kaksi kolmesta alueellisesta vastaajasta koki yhteistyörakenteiden toteutuvan alueellaan hyvin. Vajaa puolet alueellisista järjestövastaajista arvioi hyvinvointialueiden aloittamisen tuoneen muutoksia toimintamahdollisuuksiin. Enemmistön mielestä järjestöavustusten saatavuus oli muuttunut, ja siihen oltiin myös tyytymättömiä. Maksuttomien ja edullisten toimitilojen saantiin hyvinvointialueella ilmaisi tyytyväisyytensä vain runsas neljäsosa aluevastaajista. Kaksi kolmasosaa vastaajista ilmaisi tyytymättömyytensä kuntien ja hyvinvointialueiden avustusperiaatteiden erilaisuuteen. Kuntien ja hyvinvointialueen välille toivottiin tiiviimpää vuorovaikutusta. Osalla alueista on hyvinkin laaja-alaista ja toimivaa yhteistyötä eri tahojen kanssa, mutta alueiden erot näyttävät varsin suurina. Osalla alueista yhteistyö rajoittuu kuntien tai esimerkiksi oppilaitosten kanssa tehtäväksi yhteistyöksi. Osalla alueista on puolestaan laaja-alainen strateginen ja monitoimijainen ote kehittämiseen. Osa alueista on organisoinut laaja-alaista yhdyspintatyötä eri sisältöalueisiin liittyen. Työ on useimmiten organisoitu erilaisten sisällöllisten ryhmien tai vastaavien avulla. Osa alueista raportoi yhdyspintatyön organisointia ja toteuttamista lähinnä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen näkökulmasta. Osalla alueista yhdyspintatyötä ei ole organisoitu strategisella tasolla vaan se toteutuu esimerkiksi lähinnä osana palvelualueiden toimintaa. Vastauksista saa kuvan, että laaja-alaisempi yhteistyö on vielä sattumanvaraista tai toteutuu vain joidenkin sisältöalueiden osalta, mikä osaltaan voi selittää kuntien viestimää tyytymättömyyttä yhteistyöhön. Alueiden yhdyspintatyöhön kohdennettu resurssi vaihtelee ja sen riittävyyden määrittely tai perusteet jäävät epäselväksi.

Hyvinvointialueiden ja kuntien tulostavoitteiden sopimisen seurannassa suurin osa alueista hyödyntävää hyvinvointikertomuksen- ja suunnitelman tietopohjaa. Tällöin yhteisten tavoitteiden kuvataan ohjaavan sekä hyvinvointialueen että kuntien toimia väestön hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistämisessä. Hyvinvointialue ja kunnat ovat määritelleet omat toimenpiteet tavoitteiden saavuttamiseksi.

Toimenpiteitä sekä niiden vaikuttavuutta seurataan vuosittain valmisteltavassa hyvinvointiraportissa. Muutamat alueet ovat tehneet myös sopimuksia kuten esimerkiksi strategisen yhteistyösopimuksen, puitesopimuksen tai vastaavan kuntien kanssa.

Opiskeluhuollon psykologi- ja kuraattoripalvelujen siirryttyä hyvinvointialueille monialaisen opiskeluhuoltotyön yhteistyö on oppilaitoksissa pysynyt tiiviinä. Sen sijaan odotukset opiskeluhuoltopalvelujen tiiviimmästä yhteistyöstä muiden sosiaali- ja terveyspalvelujen kanssa eivät ole vielä toteutuneet.

Arvio hyvinvointialueiden välisestä yhteistyöstä

Kaikilla yhteistyöalueilla on saatu YTA-sopimus voimaan tammikuun 2025 alussa. Hyvinvointialueilla on saatu rakennettua YTA-sopimuksen valmistelun mahdollistanut prosessi ja yhteistyöalueen sisäinen vuoropuhelu on vahvistunut.

STM arvioi hyvinvointialueiden yhteistyöaluesopimuksia (jäljempänä YTA-sopimus) suhteessa sote-järjestämislain, YTA-sopimusasetuksen ja muun sote-järjestämisen lainsäädännön vaatimuksiin ja tavoitteisiin. Sote-järjestämislain 36 § 1 momentti määrittelee yhteistyösopimuksen tavoitteet: ”Yhteistyösopimuksen tarkoituksena on varmistaa yhteistyöalueeseen kuuluvien hyvinvointialueiden työnjako, yhteistyö ja yhteensovittaminen siltä osin kuin se on tarpeellista hyvinvointialueiden lakisäädteisten tehtävien toteutumisen ja sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuuden turvaamiseksi.”

STM:n arvio on, että voimassa olevat YTA-sopimukset eivät ole riittävältä osin sote-järjestämislain, sitä tarkentavan YTA-sopimusasetuksen ja muun sote-järjestämisen lainsäädännön mukaisia.

Arvio yhteistyöstä työikäisten palveluissa

Työikäisten työkykyä tukevat ja työllistymistä edistävät palvelut ovat hajaantuneet hyvinvointialueiden, kuntien, järjestöjen, yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon sekä työterveyshuollon toimijoiden kesken. Hyvinvointialueiden vastuulla on huolehtia työikäisten työkyvyn tuen palveluista työterveyshuollon ja korkeakoulu-opiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon ulkopuolella olevien osalta. STM julkaisi hyvinvointialueille tarkistuslistan¹³ työikäisten ja työkyvyn huomioimisesta alku-

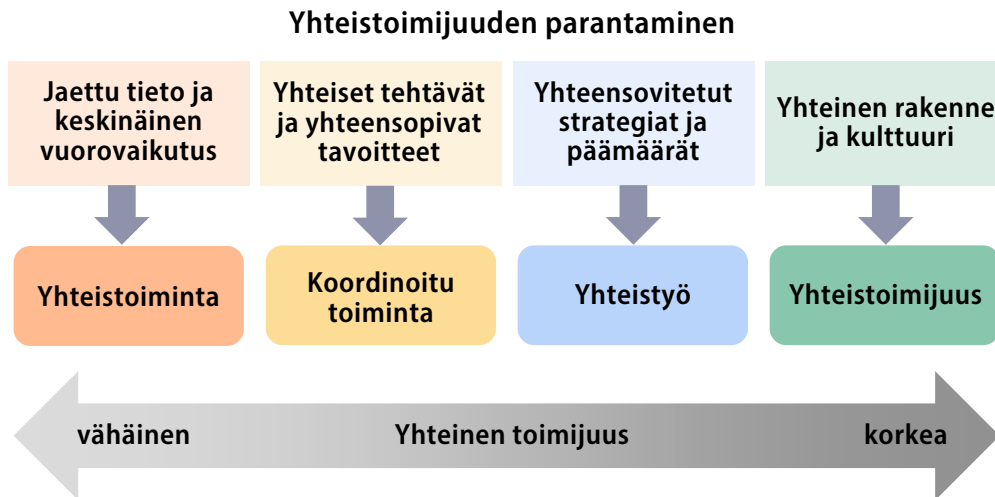
13 [Työikäiset hyvinvointialueella -tarkistuslista auttaa hyvinvointialueita ottamaan huomioon työikäiset ja työkyvyn.](#)

vuodesta 2023, jossa nostettiin esille keinoja ja toimintamalleja koordinaatio-vastuun hallitsemiseksi. Työ- ja elinkeinoministeriön nimeämä sote-yhdyspinnat -työryhmä kokosi keväällä 2024 yhdyspintojen rakentamisen tueksi kansalliset suositukset yhdyspintojen rakentamiseen alueelle.

Työkykyä ja työllistymistä tukevien sote-palvelujen tarve on tunnistettu hyvinvointialueilla, mutta palvelujen kokonaisuuden kehittyminen tarvitsee vielä yhteensovittavaa johtamista. Hyvinvointialueilla tarvitaan useita eri tasoisia, monialaisia ja moniammatillisia verkostoja, joilla voidaan varmistaa eri toimijoiden ja asiakkaiden osallistaminen palvelukokonaisuuksien ja palveluketjujen rakentamiseen sekä niiden toimeenpanoon. Terveystuon rooli työllistymisen ja työkyvyn tuen palvelujen kokonaisuudessa on vielä ohuempi kuin sosiaalihuollolla, ja terveystuon toivotaan osallistuvan nykyistä vahvemmin palvelukokonaisuuden johtamiseen ja toteutukseen.

Monialaista ja moniammatillista yhteistyötä on toteutettu esimerkiksi sote-keskusten työkyvyn tuen tiimeissä ja työttömien terveystarkastusten ympärille rakennetuissa verkostoissa sekä työllistymistä edistävän monialaisen yhteispalvelun (TYP) verkostoissa. Työkyvyn tuen tiimit voivat koostua usean eri alan asiantuntijoista, joilla on työkyvyn ja työllistymisen tuen sekä työ- ja toimintakyvyn arvioinnin osaamista. Työkyvyn tuen tiimi tarjoaa tukea niin työttömille kuin niille, jotka eivät ole työterveyshuollon tai opiskeluterveyshuollon piirissä. Tiimi suunnittelee ja kokoaa yhdessä asiakkaan kanssa palvelutarpeen mukaiset työkyvyn ja työllistymisen tuen palvelut asiakkaan tueksi. Asiakkaan tarpeiden mukaan tiimiin voidaan kutsua myös työvoimapalveluiden ja Kelan ammattilaisia. Työllistymistä edistävä monialainen yhteispalvelu (TYP) on suunnattu pitkään työttömänä oleville asiakkaille, joilla on todettu monialainen palvelutarve. TYP-verkostossa on hyvinvointialueiden lisäksi työllisyyspalveluiden ja Kelan asiantuntijoita.

Esimerkkinä monialaisesta ja organisaatioiden rajat ylittävästä verkostosta toimii myös lähes kaikilla hyvinvointialueilla rakentunut yhteistyöfoorumi, jossa on mukana työikäisten palveluita tuottavia toimijoita perusterveyshuollosta, erikoissairaanhoidosta, sosiaalihuollosta, kunnista, sote-keskuksen työkyvyn tuen tiimeistä, järjestöistä jne. Yhteistyöfoorumilla sovitaan esim. alueellisten hoito- ja palveluketjujen rakentumisesta kullakin hyvinvointialueella sekä välitetään tietoa mitä kussakin organisaatioissa tehdään työikäisten palveluiden osalta. Verkostomaisen toiminnan aikaansaaminen ja siihen liittyvän yhteistoiminnan paraneminen edellyttää vuorovaikutusta ja keskustelua, jotta asiakkaiden/potilaiden palveluprosessien sujuvuutta voidaan parantaa. Yhteistoiminnan parantamista voidaan visualisoida kuvion 12 mukaisesti.

Kuvio 12. Yhteistoimijuuden parantaminen.

Lähde: Tarvainen ym. (2015). Alueellisella yhteistyöllä tukea työkykyyn. Työterveyslaitos ja Väyrynen, S., & Lindh, J. (2013). Yhteistoimijuuden rajakohteet päihde- ja mielenterveyskuntoutuksessa. teoksessa M. Laitinen, & A. Niskala (toim.), Asiakkaat toimijoina sosiaalityössä (s. 405–426).

Kotoutumista edistävät palvelut

Kotoutumista edistävien palveluiden osalta pääasiallinen koordinaatiovastuu on kunnilla. Hyvinvointialue on vastuussa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista kotoutuja-asiakkaille ja hyvinvointialueen vastuista säädetään myös kotoutumislaisissa, jonka kokonaisuudistus astuu voimaan 1.1.2025. Kunnan ja hyvinvointialueiden tulee sopia yhteistyön tavoista ja mm. kuulemiskäytännöistä pakolaisten vastaanoton osalta. Palveluiden yhteensovittamisen ja yhteistyön osalta on merkittäviä alueellisia eroja valtakunnallisesti. Sujuvammin yhteistyöstä on saatu sovittua suurten kaupunkien alueilla, jossa hyvinvointialueet ovat keskittäneet maahanmuuttajien ja kotoutujien kanssa tehtävän työn omiin maahanmuuttajapalveluiden yksiköihin ja kotoutumista edistävillä palveluilla on pitkät perinteet. Suurimpia epäselvyyksiä palveluiden yhteensovittamisessa on erityisesti neuvonta- ja ohjauspalveluiden osalta sekä toimivaltakysymysten ratkomisessa. Monessa kunnassa sekä hyvinvointialueella kotoutujien kanssa tehtävä työ on uutta ja toiminta on vasta muotoutumassa. Kehittämistarpeet ovat ilmeisiä tilanteessa, jossa Suomessa on Ukrainasta paenneiden myötä enemmän pakolaistaustaista väestöä kuin koskaan aiemmin.

Merkittävä kotoutumislain mukana muuttuva tehtävä hyvinvointialueiden näkökulmasta on ilman huoltajaa saapuneiden lasten perheryhmäkotoiminnan muuttuminen sosiaalihuoltolain mukaiseksi palveluksi vuoden 2025 alusta.

Hyvinvointialueilla on ollut järjestämisvastuu ilman huoltajaa saapuneiden hoi- vasta, huolenpidosta ja asumisesta jo vuoden 2023 alusta alkaen, mutta sosiaali- huoltolain muutos (SHL 22a§) liittyy perheryhmäkotitoiminnan sosiaalihuollon palvelujen säätelyn ja valvonnan piiriin. Hyvinvointialue sopii perheryhmäkotien perustamisesta E-keskusten kanssa ja palvelu korvataan hyvinvointialueelle täysi- määräisesti. Pääsääntöisesti palvelut on saatu järjestettyä tarkoituksenmukaisesti ja moni hyvinvointialue on hankkinut perheryhmäkotipalvelun yksityiseltä palvelun- tuottajalta. Palveluntuottajien velvollisuutta rekisteröityä soteri-rekisteriin sekä valvonnan piiriin siirtymisestä on tiedotettu hyvinvointialueille hyvissä ajoin ja alueellisesti yhteistyötä valvontaviranomaisen kanssa on tehty jo ennakkolisesti. Hankaluutena on palveluiden reaktiivisuus suhteessa Maahanmuuttoviraston alaikäisyksiköiden perustamiseen ja lakkauttamiseen, joka on hyvinvointialueiden näkökulmasta ennakoimatonta. Lisäksi ko. asiakasryhmän palvelut vaativat erityistä osaamista, jonka kerryttäminen edellyttää jatkuvuutta palveluissa.

Muu yhteistyö kuntien kanssa

Hyvinvointialueet tekevät kuntien kanssa yhteistyötä myös asumiseen liittyvien pal- veluiden ja asunnottomuuden ennaltaehkäisyyn osalta. Kokonaisuuteen liittyvät kehittämishankkeet ovat ympäristöministeriön vastuulla ja yhteistyörakenteiden kehittämiseen on tarjolla myös rahoitusta. Kuntien ja hyvinvointialueiden yhdessä kolmannen sektorin toimijoiden kanssa tulee yhteensovittaa toimivaltansa nojalla toimiaan asumisen ongelmien ja asunnottomuuden ehkäisemiseksi. Hyvinvointi- alueilla ei ole rakennuskantaa, josta osoittaa asiakkaille asuntoja , eikä kunnilla ole asumisen tueksi usein tarvittavia sosiaali- ja terveystalvveluja, joten yhteistyö on monessa tilanteessa välttämätöntä. Asunnottomuustyö Suomessa perustuu asunto ensin periaatteelle, jossa lähtökohtana on tarjota asunnottomalle henkilölle ensin oma asunto. Asumisen tueksi tarjotaan tarpeenmukaiset sosiaali- ja terveystalvvelut. Kuntien, järjestöjen ja hyvinvointialueiden välinen yhteistyö on keskeistä erityisesti kotiin tuotavien tukipalveluiden ja tarkoituksenmukaisten asumisolosuhteiden jär- jestämisessä. Monella hyvinvointialueella yhteistyö kuntien kanssa asumiseen liitty- vien palveluiden ja asunnottomuuden ennaltaehkäisyn osalta tehtävä työ on uutta ja toiminta on vasta muotoutumassa.

Arvio palvelujärjestelmän joustavuudesta ja kriisinkestävyydestä

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen on aiemmin ollut varsin hajanaista. Etenkin valmiuden, varautumisen ja häiriötilanteiden hoidon osalta sosiaali- ja terveydenhuollosta on puuttanut yhtenäiset toimintamallit ja kansalliset johtamis- rakenteet. Kuntapohjaisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa yli 200 järjestä- jän olemassaolo teki yhtenäisten varautumisen periaatteiden toteuttamisesta

haastavaa. Sairaanhoidopiirien varautumistoiminta oli kuntapohjaisessa järjestelmässä yhdenmukaisempaa kuin kuntien järjestämissä sote-palveluissa. Välttämättömiä tietoja käytettävissä olevista kansallisista voimavaroista ei ole ollut kuitenkaan edes sairaaloiden osalta systemaattisesti saatavilla.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän kyky varautua erilaisiin merkittäviin häiriötilanteisiin ja poikkeusoloihin on parantunut viime vuosina erityisesti kahdesta syystä. Ensinnäkin koronapandemian myötä saadut kokemukset sosiaali- ja terveydenhuollon varautumisesta nostivat esille keskeisiä kehitystarpeita ja tiettyjä merkittäviä varautumistoimenpiteitä. Koronapandemia osoitti, että paikallisen tason, viiden erityisvastuualueen, kansallisen tason ja kansainvälisen tason tulee muodostaa yhteen toimiva kokonaisuus. Pandemian aikana STM:n ja terveydenhuollon viiden erityisvastuualueen yhteistyö oli keskeisessä roolissa nopeassa tilanteen ennakkoinnissa, materiaalien hankinnassa ja hoitoresurssien riittävyyden turvaamisessa. Toiseksi hyvinvointialueiden organisaatorakenne – mukaan lukien viisi yhteistyöaluetta – on parantanut erittäin merkittävästi mahdollisuuksia yhteinäistä sosiaali- ja terveydenhuollon valmiussuunnittelua ja tilannekuvan muodostamista ja hyödyntämistä.

Yhteistyöaluetasolla käynnistynyt hyvinvointialueiden yhteistyö on parantanut varautumista ja yhteistyötä samaan yhteistyöalueeseen kuuluvien hyvinvointialueiden osalta. Parannettavaa on havaittu sosiaalihuollon tiedontuotannon vahvistamisessa sekä useampaa kuin yhtä yhteistyöaluetta koskevissa häiriötilanteissa, niin säädösten kuin toiminnankin osalta. Koronapandemia osoitti käytännössä, että merkittävät häiriötilanteet eivät noudata hallinnollisia aluejakoja.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa on alueellisesti varauduttu perinteisiin uhkiiin kuten suuronnettomuuksiin, joissa tarvitaan erikoissairaanhoidoa sekä esimerkiksi sosiaali- ja kriisipäivystyksen toimia. Pitkäkestoisiin, hyvinvointialueiden rajat ylittäviin tai vakaviin häiriötilanteisiin varautuminen on ollut vaihtelevaa, eikä perustason palvelujen varautuminen häiriöihin ole ollut samalla tasolla kuin erikoissairaanhoidon varautuminen. Pitkittyneet häiriöt kuten koronapandemia aiheuttavat yleensä myös hoito- ja palveluvelkaa, mikä edellyttää palvelujärjestelmältä jatkuvaa varautumista ja toiminnan sopeuttamista.

Yhteistyöalueille perustetut viisi sosiaali- ja terveydenhuollon valmiuskeskusta aloittivat toimintansa vuoden 2023 alussa. Valmiuskeskukset kokoavat ja analysoivat tiedot sosiaali- ja terveyspalveluiden häiriötilanteista ja niiden uhkista sekä muodostavat ja ylläpitävät valmiutta kuvaavaa tilannekuvaa alueen koko sosiaali- ja terveydenhuollosta, yhdessä STM:n kanssa ja yhteistyössä THL:n kanssa. Tilannekuva sisältää muiden muassa tiedot palvelujen toiminnasta ja kuormituksesta,

henkilöstö- ja materiaaliressursseista ja tukipalveluiden toiminnasta. Tilannekuvaa käsitellään kansallisesti ja alueellisesti viikoittain, minkä perusteella on kyky tehdä tarvittavia ennakoivia toimia tai vastata häiriötilanteeseen. Valmiuskeskukset tukevat myös yhteistyöalueensa hyvinvointialueiden varautumista, valmiussuunnittelua ja valmiuden ylläpitoa. Valmiuskeskukset ovat vahvistaneet kansallista varautumista ja parantaneet yhteiskunnan valmiutta vastata erilaisiin häiriötilanteisiin ja poikkeusoloihin.

STM:n valmiusyksikön arvion mukaan hyvinvointialueiden kyky tuottaa sosiaali- ja terveydenhuollon tilannekuvaa valmiuden ja varautumisen tarpeisiin on merkittävästi parantunut. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhtenäinen valmiussuunnittelu on myös edistynyt merkittävin askelin viimeisten kahden vuoden aikana. STM:n valmiusyksikön ja aluehallintovirastojen tekemän arvion mukaan hyvinvointialueet saavuttivat vuoden 2023 loppuun mennessä niiltä edellytetyn valmiussuunnittelun. On kuitenkin huomioitava, että valmiussuunnittelu on jatkuva prosessi. Viidellä yhteistyöalueella on vielä nähtävissä eroja siinä, miten hyvinvointialueet toimivat yhdessä valmiussuunnittelussa ja tilannekuvan luomisessa. Eroavaisuuksien taustalla on muun muassa alueiden erilaiset tietojärjestelmät. THL:n aiemmin julkaiseman yhteistyöalueittaisen arvioinnin perusteella valmiuskeskusten toiminta on kehittynyt pisimmälle Etelä- ja Pohjois-Suomessa.

Huomiot hyvinvointialueiden digiturvaa koskien

Hyvinvointialueiden toiminnan jatkuvuuden kannalta digitaalisten palveluiden, lääkinnällisten laitteiden ja ICT-ympäristön suojaaminen ja jatkuvuudenhallinta on tärkeää. Hyvinvointialueiden digitaalisen turvallisuuden kehittämistä seurataan mm. digitaalisen turvallisuuden kokonaiskuvapalvelun (DVV) avulla. Hyvinvointialueiden digitaalisen turvallisuuden kehitys on ollut nopeampaa kuin muualla julkisella sektorilla. Alueet ovat kyselyvastausten perusteella huomioineet hyvin digitaalisen turvallisuuden tavoitteet ja vastuut niin omassa toiminnassa kuin palveluhankinnoissa. Hyvinvointialueilla tulee digitaalisen turvallisuuden vahvistamiseksi kiinnittää huomiota haavoittuvuuksien seurantaan, tietoturva-auditointeihin sekä harjoittelemalla häiriötilanteiden varalle. Hyvinvointialueita kannustetaan kehittämään ICT-huoltovarmuutta ja digitaalista turvallisuutta yhteistyössä sekä osallistumaan aktiivisesti yhteisiin kyberturvaharjoituksiin.

2.4 Arvio tutkimus- ja kehittämistoiminnasta, sekä tiedonhallinnasta ja digitalisaatiosta

Arvio tutkimus- ja kehittämistoiminnasta

Hyvinvointialueiden sisäinen TKKIO-toiminta on osin vielä organisoitumassa. Alueet ovat kuitenkin eri tilanteissa ja vaiheissa niin TKKIO-toiminnan yleensä kuin etenkin painotetun perusterveyden- ja sosiaalihuollon palveluiden TKKIO-toiminnan vahvistamisen osalta. Hyvinvointialueilla on omat vahvuudet ja kehittämiskohteet TKKIO-toiminnan ja sen osa-alueiden näkökulmasta. Kokonaisuutena tutkimus-toimintaan liittyen suurella osalla hyvinvointialueista on monia toimia käynnissä. Koska alueet ja niiden tarpeet ovat erilaisia, myös suunnitellut toimet ovat ymmärrettävästi erilaisia niin hyvinvointi- kuin yhteistyöaluetasolla.

STM:n toimeksiannosta on toteutettu syksyllä 2024 sote-järjestämislain TKKIO-lain-säädäntökehikko (tutkimus-, koulutus-, kehittämis-, innovaatio- ja osaamistoiminta) huomioiden selvitys hyvinvointi- ja yhteistyöalueiden TKKIO-toiminnan tavoitteista, rakenteista, rahoituksesta, toimeenpanosta, menetelmistä ja käytännöistä.

Yhteistyöalueilla TKKIO-toiminnan rakenteet ja yhteistyökäytännöt ovat vahvistumassa YTA-sopimuksiin liittyvien strategioiden valmistelun myötä. Palvelujärjestelmään ja perustason palveluihin painottuva tutkimus- ja kehittämistoiminta on pisimmällä yliopistollista sairaalaa ylläpitävillä hyvinvointialueilla. Innovaatio-toiminta vaikuttaa monella yhteistyöalueella olevan erityinen kehittämistä edellyttävä toiminta.

Pohjois-Suomen yhteistyöalueen TKI-strategia laaditaan vuonna 2024 yliopistollista sairaalaa ylläpitävän Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen koordinoimana. Tavoitteena on laajentaa TKKIO-yhteistyötä nykytasosta. Yhteistyörakenteita lujitetaan yhteisten kehittämis- ja tutkimushankkeiden sekä osaamisen vahvistamisen kautta. Sosiaalialan osaamiskeskustoimintaa kehitetään yhteistyössä, ja puitesopimukset opetus- ja koulutusyhteistyöstä oppilaitosten kanssa solmitaan vuonna 2024. TKKIO-toimintoja on vahvistettu hyvinvointialuetasoisesti TKIO-ohjelmilla, oppilaitos- ja yliopistoyhteistyöllä sekä yhteiskoulutushankkeilla. Hanketoimintaa ja tutkimuslupakäytäntöjä on kehitetty ja osaamisen kehittämisen tarpeita kartoitettu. Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue vastaa lakisääteisistä toimikunnista, eli Pohjois-Suomen yhteistyöalueen tutkimustoimikunnasta ja lääketieteellisestä tutkimuseettisesta toimikunnasta. Innovaatio-, testaus- ja kehitysyhteistyötä edistetään yhteistyöalueella olevien testausympäristöjen kanssa. Pohjois-Pohjanmaan

hyvinvointialueen innovaatioalustan käyttö on laajennettavissa koko yhteistyö-alueelle. Lapin hyvinvointialueen TKIO-ohjelmatyössä huomioidaan saamen kielen asema.

Etelä-Suomen yhteistyöalueelle perustetaan TKKIO-neuvottelukunta. Vuonna 2023 käynnistyi Uudenmaan alueen TKKIO-toimintaa koordinoivan neuvottelukunnan toiminta HUS-järjestämissopimuksen mukaisesti ja luonnosteltiin TKKIO-tiekartta. Suurimmassa osassa yhteistyöalueen hyvinvointialueita TKKIO-toiminta on organisoitunutta. Vuoden 2023 alussa perustettiin Uudenmaan sosiaali-alan osaamiskeskus, joka koordinoi sosiaalialan TKKIO-yhteistyötä Uudenmaan hyvinvointialueilla ja Helsingissä yhteistyössä Helsingin yliopiston ja alueen korkeakoulujen kanssa. Osaamiskeskus Verso toimii osana Päijät-Hämeen hyvinvointialuetta, ja Etelä-Karjalassa ja Kymenlaaksossa toimii Sosiaalialan osaamiskeskus SOCOM.

HUS:n perusterveydenhuollon yksiköllä on vastuu yleislääketieteen ammatillisesta jatkokoulutuksesta yhteistyöalueella yhteistyössä Helsingin yliopiston kanssa. Yhteistyöalueella on laajat kouluttaja-, ohjaaja- ja koulutusylilääkäriverkostot. Perusterveydenhuoltoon liittyvän yhteistyön lisäksi yhteistyöalueella tehdään kehittämis-yhteistyötä, jossa ovat mukana HUS:n kliniset potilashoidon yksiköt, asiakkuudenhallintayksikkö, strategia- ja kehittämis-yksikkö sekä hyvinvointialueet ja Helsingin kaupunki. Kaksikielisten hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin, HUS-yhtymän, THL:n ja FSKC:n (*Ab Det Finlandssvenska kompetenscentret inom det sociala området*) kesken on muodostettu Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen koordinoima yhteistyöverkosto, jonka tavoitteena on parantaa ruotsinkielisten palvelujen toteutumista. Verkostotyössä on yhtenäistetty seurantamittareita, kartoitettu hyviä käytäntöjä ja jaettu informaatiota. Kehittämistyötä varten on perustettu innovaatioverkosto. Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen tuki ruotsinkielisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kehittämiseen on pääosin suunnitteluasteella.

Länsi-Suomen yhteistyöaluesopimuksessa on sovittu vaikuttavuuden arvioinnista, yhdistävästä yliopistollisuudesta sekä tiiviistä korkeakoulu- ja oppilaitosyhteistyöstä. TKKIO-kokonaisuuden vetovastuu on yliopistollista sairaalaa ylläpitävällä Varsinais-Suomen hyvinvointialueella. Valmisteilla oleva strateginen suunnitelma kattaa TKKIO-toiminnan koordinoinnin; suunnitelmassa huomioidaan yhteistyöalueen TKI-toiminta, opetuksen ja koulutuksen strategisen suunnitelman laatiminen, yliopistotasoinen terveyden tutkimuksen toimikunnan toiminta, sosiaalihuollon tutkimustoiminnan koordinaatio ja toteutuksen rakenne sekä rahoitus. Perustettavat koordinaatioryhmät sovittavat yhteen yhteistyöalueen tutkimusta, innovaatiota ja kehittämistä. Yhteistä lakisääteistä tutkimuseettistä

toimikuntaa koordinoi Varsinais-Suomen hyvinvointialue. Sosiaalialan yhteistyövision mukaan TKKI-toiminnan tavoitteena on vähentää palvelutarpeen kasvua edistämällä väestön hyvinvointia ja palvelujen vaikuttavuutta. Yhteistyöalueen sisällä on eroja TKKI-toimintojen organisoitumisasteessa. Kaikki osapuolet ovat hyväksyneet Varsinais-Suomen hyvinvointialueen vastuulla olleen kaksikielisten hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän yhteistyösopimuksen. Sopimuksen pohjalta on valmisteltu palvelusopimusta.

Itä-Suomen yhteistyöaluesopimuksen voimaantulon jälkeen TKKIO-yhteistyön odotetaan syvenevän. Yhteistyöaluesopimukseen sisältyvän strategisen yhteistyövision mukaan TKKIO-toiminnan tavoitteena on vähentää palvelutarpeen kasvua edistämällä väestön hyvinvointia ja palvelujen vaikuttavuutta. Toimintaa ohjaamaan perustetaan Itä-Suomen yhteistyöalueen monialainen TKKIO-yhteistyöryhmä. Hyvinvointialueiden TKKIO-strategiat ja strategiset ohjelmat rakennetaan toisiaan tukeviksi. Pyrkimyksenä on vahvistaa TKKIO-toiminnan edellytyksiä tasapuolisesti koko alueella ja varmistaa aktiivinen toiminta. Vielä nyt yhteistyöalueen sisällä on eroja TKKIO-toimintojen organisoitumisasteessa.

Yhteistyöalueen laajeneva tutkimustoiminta tulee kattamaan koko palvelujärjestelmän. Yhteistyötä eri koulutusorganisaatioiden kanssa tiivistetään riittävän ja ammattitaitoisen henkilöstön varmistamiseksi. Alueelle on perustettu uusi sosiaali- ja terveydenhuollon menetelmäarviointikäytänteitä yhtenäistävä arviointi- ja vaikuttavuusverkosto. Alueellisten sosiaalialan osaamiskeskusten toimintaa on tarkoitus yhteensovittaa ja biopankkien yhteistyötä tiivistää. Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus siirtyi osaksi Keski-Suomen hyvinvointialuetta kesällä 2024. Itä-Suomen yhteistyöalueen lääketieteellinen tutkimuseettinen toimikunta on yhdistämässä nykyiset erilliset toimikunnat.

Sisä-Suomen yhteistyöalueen TKKIO-toiminnan perustaksi laadittavan strategisen yhteistyöohjelman valmistelu on käynnistynyt syksyllä 2024. TKI-työryhmän toiminta on jatkunut. Yhteistyöalueen sisällä on eroja TKKIO-toimintojen organisoitumisasteessa. Alueella toimii perusterveydenhuollon tutkijaterveyskeskusverkosto. Suomen kestävä kasvun ohjelmassa on käynnissä tutkimushanke, jossa arvioidaan hyvinvointialueiden systeemitasoista vaikuttavuutta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa sekä tutkitaan sosiaalityön laatua ja vaikuttavuutta. Hyvinvointialueiden kehittämispalvelut ovat vertailleet toimintojaan tulevan yhteistyön pohjustukseksi. Yleislääketieteen tiimi vastaa alueella erikoislääkäriskoulutuksen kehittämisestä sekä yleislääketieteen koulutuksen laadun valvonnasta. Koulutus- eli KOVA-lääkäriverkoston toiminta on erikoissairaanhoidon yhteistyöaluetason koulutusta. Kirurgian koulutuskeskuksen toiminta on laajene-
massa yhteistyöalueen tasolle. Hoitotyön tutkimusta ja kehittämistä raamittavan

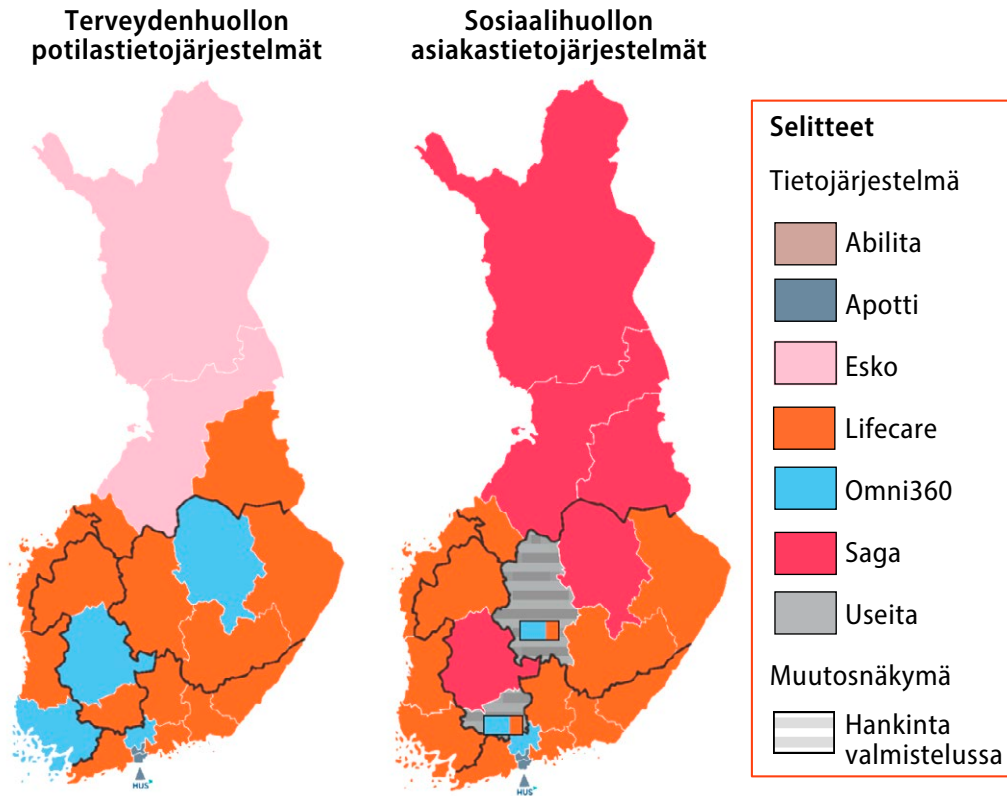
hoitotieteellisen toimintaohjelman päivitys valmistui syksyllä 2024. Innovaatio-toiminnan edistäminen edellyttää ensivaiheessa hyvinvointialueiden sisäistä järjestyntymistä, joka on käynnissä.

Arvio tiedonhallinnasta ja digitalisaatiosta

Hyvinvointialueiden tiedonhallinnan ja digitalisaation tilanne on kehittynyt nopeasti. Hyvinvointialueet pitävät digitaalisten palvelujen merkitystä osana palvelustrategiaa hyvin tai erittäin merkittävänä.

Hyvinvointialueet ovat onnistuneet tuomaan perinteisen palvelutuotannon rinnalle digitaalisen asioinnin mahdollisuuksia. Tulevina vuosina täytyy kiinnittää huomiota digitalisaation hyödyntämiseen koko toiminnan läpäisevästi. Hyvinvointialueiden tulee tarjota digitaalinen asiointi ensisijaisena palvelukanavana niille, jotka pystyvät digitaalisia palveluja hyödyntämään ja joiden palvelutarpeeseen ja -kokonaisuuteen digitaalinen asiointi soveltuu. Henkilöstön työkuormaa on pienennettävä tukemalla päätöksentekoa teknologialla ja automatisoimalla tehtäviä esimerkiksi hyödyntämällä tekoälyratkaisuja. Digitaalisten palveluiden ja teknologian hyödyntämisen tulee varmistaa lähipalvelut niille, joiden tarpeet edellyttävät niitä.

Hyvinvointialueiden tekemät hankintapäätökset ja käyttöönotot vähentävät käytössä olevien tietojärjestelmien määrää. Yhteistyö alueiden välillä on aktiivista, mutta se ei perustu yhteistyösopimuksiin. Tietojärjestelmähankinnoista on sovittu yhteistyöalueiden sisällä yksittäisten hyvinvointialueiden kesken tai yhteistyöalueiden rajat ylittäen. Yhteistyöalueet ovat edistäneet selvityksiä ja suunnitelmia tiedonhallinnan ja tietojärjestelmien yhtenäistämisestä aluetasolla.

Kuvio 13. Asiakas- ja potilastietojärjestelmien muutosnäkymä kohti vuotta 2026.

Lähde: Una Oy. Hyvinvointialueiden asiakas- ja potilastietojärjestelmien kehitys, 10.1.2025.

Yhteistyöalueetasoista tietojärjestelmien kehittämistä on vähäisesti, mutta jos-sain määrin esimerkiksi Länsi-Suomessa. Itä-Suomessa sopimuksessa on tunnistettu yhteistyön tarve asiakas- ja potilastietojärjestelmien kehityksessä sekä digiratkaisuissa ja arkkitehtuurissa. Pohjois-Suomen selvitys tietojärjestelmien yhtenäistämisestä valmistui tammikuussa 2025. Selvitys sisältää tavoitearkkitehtuurin, poistuvien järjestelmien aikataulujen ja mahdollisten yhteishankintojen selvittämisen. Sisä-Suomessa on lähdetty selvittämään laaja-alaisten tietojärjestelmien yhtenäistämistä vuoteen 2035 mennessä. Sisä-Suomessa tietojärjestelmien kehittämis-yhteistyö nojaa sote-uudistusta edeltäviin yhteistyöverkostoihin ja yhteistyöstä on sovittu lähinnä ylläpitotehtäviin liittyen.

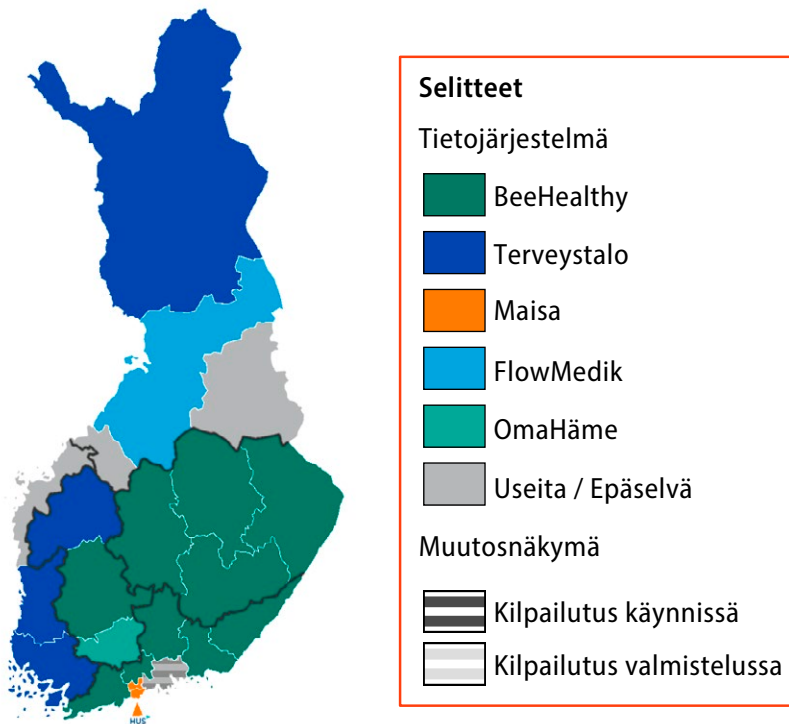
Yhteistyöalueiden tietojärjestelmien yhtenäistämistä haasteena on alueiden erilaiset lähtötilanteet tietojärjestelmien yhtenäistämässä hyvinvointialueiden sisällä, toimintaympäristö, erilaiset sidosyksikköyhtiöt ja sopimuskumppanit huomioiden, palvelutuotannon toimintamallien yhtenäistämisen tarve ja yhteisen strategisen tavoitetilän puuttuminen.

Kaikkien yhteistyöalueiden on tarkennettava yhteistyösopimuksissaan, miten alueet etenevät vaiheittain tiedonhallinnan ja digitalisaation yhtenäistämässä. Yhtenäistämisen on tuettava alueiden palveluiden järjestämisen tarpeita, kuten henkilöstön hyödyntämisen hyvinvointialueiden välillä tai ICT-kustannusten hillintää.

Suurimmalla osalla eli 18 hyvinvointialueella on käytössään digitaalinen sosiaali- ja terveyskeskus eli digisotekeskus. Digisotekeskus kokoaa yhteen alueen digitaaliset palvelut. Noin puolella hyvinvointialueista palvelu kattaa kaikki hyvinvointialueen kunnat. Yhdellä hyvinvointialueella digisotekeskus on suunnitteilla. Kolmella hyvinvointialueella digisotekeskusta ei ole käytössä eikä suunnitteilla.

Kuvio 14. Digialustojen kehityksen yleistilanne.

Digitaalisen palvelutuotannon alustat



Lähde: Una Oy. Hyvinvointialueiden asiakas- ja potilastietojärjestelmien kehitys, 10.1.2025.

Digisotekeskusten palvelutarjonta on usein moniammatillista ja voi kattaa jopa lähes kaikki palvelut. Hyvinvointialueiden hankkimat digialustojen ja -palveluiden laajuus voi poiketa toisistaan. Lähtökohtana ovat useimmiten avoterveydenhuollon

palvelut, mutta useilla hyvinvointialueilla on laajentamissuunnitelmia vähintäänkin sosiaalihuollon palveluihin, mutta myös esimerkiksi pelastustoimen tai hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen suuntaan.

Digitaalisten sosiaali- ja terveystieteiden organisointi ja resursointi vaihtelevat merkittävästi ja käsittää 10–70 keskuksessa toimivaan sote-ammattilaista. Lähes kaikki ammattiryhmät ovat edustettuina digisotekeskuksissa. Eniten keskuksissa työskentelee terveydenhuollon ammattilaisia eli lääkäreitä, sairaanhoitajia, terveydenhoitajia, fysioterapeutteja, psykiatrisia sairaanhoitajia ja lähihoitajia, mutta sosiaalipalveluiden ammattihenkilöitä sekä kuntoutuksen työntekijöitä on myös hyvin mukana.

Valtakunnallisissa tavoitteissa nostetaan esille, että digitaalisten palvelujen kehittämisessä tulee huomioida riittävä tuki asukkaille, joille digitaalisten ratkaisujen käyttäminen on vaikeampaa sekä myös riittävä tuki sote-ammattilaisille. Asukkaille tarjottavan digitaalisten palvelujen käyttötuen muodot ovat laajimmat pisimmällä palvelujen digitalisoinnissa olevilla hyvinvointialueilla. Digitaalisten palvelujen käytön tukea asukkaille kehitetään ja tarjotaan monipuolisesti erilaiset haastavat asiakasryhmät huomioiden. Hyvinvointialueet korostavat vaihtoehtoisten palvelukanavien tarjoamista. Kunnat ja järjestöt ovat tärkeitä kumppaneita tuen tarjoamisessa. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöille kehitetään ja tarjotaan tukea monimuotoisilla ja hyviksi todetuilla toimintamalleilla, joita hyvinvointialueet jakavat keskenään.

Digitalisaation edistäminen vaatii hyvinvointialueiden, yksityisten toimijoiden ja valtion saumatonta yhteistyötä. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojen nykyistä tehokkaampi hyödyntäminen, tekoälyyn ja data-analytiikkaan perustuvien ratkaisujen käyttöön ottaminen sekä digitaalisten asiointipalvelujen ensisijaisuus edellyttävät lainsäädännön ketterää uudistamista käytännön kokemuksiin perustuen. Hyvinvointialueiden tulee osallistua aktiivisesti lainsäädännön valmisteluun jatkuvan vuoropuhelun ja virallisen lainsäädäntöprosessin kautta. Lainsäädännön antamia mahdollisuuksia tulee hyödyntää rohkeasti yhteisten tulkintojen ja aktiivisten kokeilujen avulla. Hyvinvointialueiden tulee myös tehdä investointeja tietojärjestelmiinsä, jotta lainsäädännön jo mahdollistamat hyödyt esimerkiksi tiedonkulun parantamiseksi toteutuvat.

3 Arvio sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen riittävydestä

Hyvinvointialueiden rahoituksesta annetussa laissa säädetään valtion rahoituksen myöntämisestä hyvinvointialueiden järjestämisvastuulle kuuluvien tehtävien kattamiseen. Valtion rahoituksen tarkoituksena on varmistaa, että kaikilla hyvinvointialueilla on olosuhteista ja asukkaiden palvelutarpeiden eroista huolimatta edellytykset toteuttaa lakisääteiset tehtävänsä.

Rahoituksen riittävyyden tarkastelua vaikeuttaa lakisääteisten tehtävien perustuminen yksilölliseen tarpeeseen ja sen arvioimiseen. Kansallisella tasolla kunkin alueen palvelutarpeen arvioiminen perustuu palvelujen toteutuneeseen käyttöön, eikä yksiselitteistä tietoa esimerkiksi tyydyttymättömästä palvelutarpeesta ole käytettävissä. Lisäksi STM huomauttaa, että lakisääteisen minimitason kattamiseen riittävä rahoitus ei tarkoita automaattisesti rahoituksen optimaalista tasoa kansanterveyden ja -talouden näkökulmasta. Suuntaa antavaa tietoa on kuitenkin käytettävissä palvelujärjestelmän eri osista. Perusterveydenhuollon palveluihin pääsyn ongelmat hidastavat Suomessa eri väestöryhmien välistä hyvinvointi- ja terveyserojen kaventumista. Palvelujen yhdenvertaisessa saatavuudessa on puutteita lähes kaikilla hyvinvointialueilla. Perusterveydenhuollon rahoituksen lisääntyminen ennen koronapandemiaa ei vastannut kasvaneeseen väestön palvelutarpeeseen.

STM toteaa, että hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon talouden ja toiminnan tietopohja on edelleen puutteellinen, jotta vertailukelpoinen arvio palvelukohtaisesta ja hyvinvointialuekohtaisesta rahoituksen tason riittävydestä on mahdollista tehdä. Tietopohjan lisääntyessä ja tarkentuessa arvion tekeminen on mahdollista osin jo vuoden 2025 osalta.

Olemassaoleva tietopohja mahdollistaa rahoituksen riittävyyden tarkastelun eri näkökulmista. Arvioimme ensin, miten hyvinvointialueiden kustannusten ja rahoitusten kehitys vaikuttavat alijäämien kattamisvelvoitteeseen vuoden 2026 loppuun mennessä, miten alueiden muutosohjelmat vastaavat sopeutustarpeeseen ja miten alueet ovat taloussuunnitelmiensa perusteella sopeuttamassa toimintaansa. Lisäksi vertaamme alueiden nettokäyttökustannuksia ja tarvevakioituja kustannuksia palveluluokittain.

Hyvinvointialueiden talouden kehitys ja muutosohjelmat

Hyvinvointialueiden rahoituksen riittävyyttä haastaa lähivuosina se, että hyvinvointialueiden on hyvinvointialuelain 115 § pykälän nojalla katettava syntyneet alijäämät kolmen vuoden kuluessa. Helsingin kaupunkia lukuun ottamatta kaikkien hyvinvointialueiden tulokset olivat vuonna 2023 alijäämäisiä, joten myös vuosina 2024 ja 2025 kertyvät alijäämät on katettava vuoden 2026 loppuun mennessä näillä alueilla. HUS-yhtymän ja Päijät-Hämeen hyvinvointialueen osalta kertyvät alijäämät on katettava vuoden 2025 loppuun mennessä, koska alijäämää oli näillä palvelunjärjestäjillä kertynyt jo vuonna 2022. Vuonna 2024 kaikki hyvinvointialueet Helsingin kaupunkia lukuun ottamatta ovat tehneet alijäämäisen tuloksen. Alijäämien kattaminen edellyttää kertyneitä alijäämiä vastaavien ylijäämäisten tulosten tekemistä. Rahoituksen jälkikäteistarkistus auttaa osaltaan saamaan taloutta tasapainoon valtaosalla alueista, mutta talouden kääntäminen ylijäämäiseksi tulee edellyttämään valtaosalta alueita merkittäviä sopeutustoimia talouteensa.

Alaluvussa 2.2 läpikäytyjen alijäämien lisäksi on hyödyllistä pyrkiä arvioimaan hyvinvointialueiden kustannusten ja rahoituksen kehitystä. Liitetaulukkoon 7 on koottu laskennallisen mallin tuloksia hyvinvointialueiden kustannusten kasvupaineesta ja rahoituksen kehityksestä vuoden 2026 loppuun asti¹⁴.

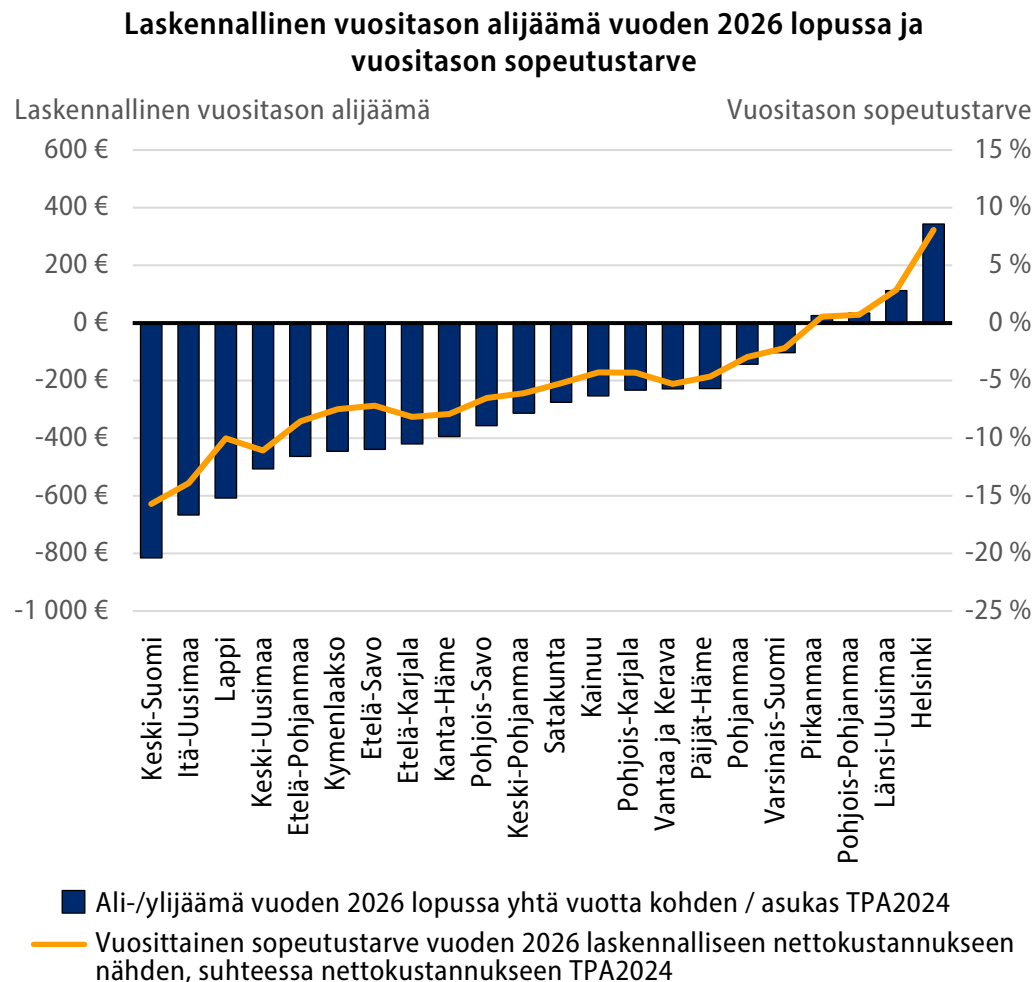
Vuoden 2026 lopussa muodostuvalla laskennallisella vuositason ali- tai ylijäämällä tarkoitetaan tässä sitä jäämää, joka muodostuisi, jos kustannukset jatkaisivat kasvuaan nykyisellä kasvu-urallaan. Alijäämä on jaettu kahdella, koska hyvinvointialueilla on kaksi vuotta aikaa sopeuttaa talouttaan¹⁵. Keski-Suomen

14 Kustannusten mallintamisessa on käytetty vuoden 2024 tilinpäätösarvioiden tietoja vuoden 2024 nettokäyttökustannuksista, joiden kehitystä on tarkistettu tehtävämuutoksilla, vuoden 2025 valtion talousarvioesityksessä julkaistulla nettokäyttökustannusten kasvuarviolla sekä THL:n 31.5.2022 julkaisemia hyvinvointialueittaisia palvelutarpeen kasvuarvioita. Palvelutarpeen kasvun osuus on kokonaisuudessaan vähennetty vuoden 2025 valtion talousarvion kasvuennusteesta, jotta palvelutarpeen kasvu ei tule kahteen kertaan huomioiduksi. Pelastustoimen kustannuksia on yhtenevällä tavalla, vaikkakin THL:n palvelutarpeen kasvuarviot koskevat nimenomaan sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia. Rahoituksen kasvun mallintamisessa on hyödynnetty VM:n 23.9.2024 rahoituksen painelaskelmaa, joka sisältää rahoituksen jälkikäteistarkistuksen. Kyseinen rahoitusura ei huomioi eduskunnan vuodelle 2025 hyväksymässä rahoituksessa tapahtunutta noin 20 miljoonan lisäystä, joka on syntynyt eduskuntakäsittelyn aikana talousarvioesityksestä muuttuneista tehtävämuutoksista.

15 Helsingillä ei ole tarvetta kattaa alijäämää. Päijät-Hämeen hyvinvointialueen olisi lain mukaan katettava alijäämä jo vuoden 2025 aikana, sillä alueen tulos oli vuonna 2022 noin 0,5 miljoonaa euroa alijäämäinen. Päijät-Hämeen hyvinvointialuetta on vertailtavuuden vuoksi käsitelty tässä käsitelty samalla tavoin kuin muitakin alueita.

hyvinvointialueen tilanne vaikuttaa tehdyn mallinnuksen perusteella haastavimmalta, ja alueen tulisi sopeuttaa vuodessa toimintaansa noin 816 eurolla asukasta kohden, joka vastaisi lähes 17 prosenttia vuoden 2026 mallinnetusta nettokäyttökustannuksesta. Kolme hyvinvointialuetta (Länsi-Uusimaa, Pirkanmaa ja Pohjois-Pohjanmaa) olisi mallinnuksen perusteella tilanteessa, jossa kustannusten laskennallinen kasvu sekä rahoituksen oletettu kasvu johtaisi lähes muodostuneiden alijäämien kattamiseen vuoden 2026 loppuun mennessä laskennallisella kasvu-uralla.

Kuvio 15. Laskennallinen vuositasen alijäämä vuoden 2026 lopussa ja vuositasen sopeutustarve suhteessa nettokäyttökustannukseen.

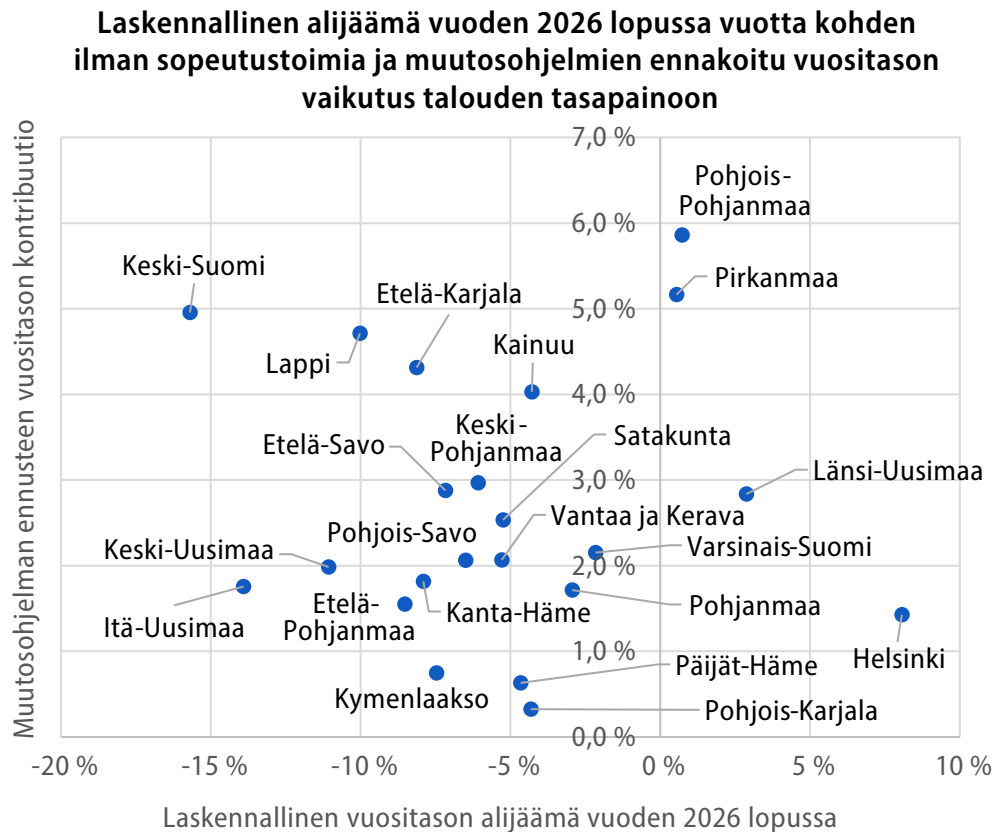


Hyvinvointialueet ovat syyskuussa 2024 raportoineet STM:n ja VM:n virkakunnalle pyynnöstä muutosohjelmiensa tietoja. Muutosohjelmien toimenpiteillä (pl. HUS) tavoitellaan vuoden 2026 loppuun mennessä noin 2,6 miljardin euron

sopeutustoimia. Muutosohjelmien toimenpiteiden osalta on kuitenkin erittäin vaikea arvioida sitä, miten ja milloin toimenpiteet toteutuvat ja alkavat vaikuttaa hyvinvointialueen talouteen. Muutosohjelmia koskevassa raportoinnissa on arvioitu myös toimenpiteiden toteutumisen todennäköisyyttä. Kuvioon 16 on koottu muutosohjelmien toimenpiteiden vuositasen ennakoitua vaikutusta suhteessa ilman sopeutustoimia vuoden 2026 lopussa muodostuvaan vuositasen alijäämään.

Muutosohjelmien kunnianhimon taso vaihtelee merkittävästi hyvinvointialueittain. Suurimpia laskennallisia alijäämän kattamispaineita kohtaavista alueista Keski-Suomen hyvinvointialueen muutosohjelma vaikuttaa olevan huomattavasti Itä-Uudenmaan hyvinvointialueen muutosohjelmaa kunnianhimoisempi. Toisaalta Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen ja Pirkanmaan hyvinvointialueen muutosohjelmat vaikuttavat olevan tässä tarkastelussa kaikista kunnianhimoisimpia, vaikka alueiden alijäämät tulisivat mallinnuksen perusteella lähes katetuiksi jopa ilman sopeutustoimia.

Kuvio 16. Laskennallinen alijäämä vuoden 2026 lopussa vuotta kohden ilman sopeutustoimia ja muutosohjelmien ennakoitu vuositasen vaikutus talouden tasapainoon.



Hyvinvointialueiden sopeutustoimet taloussuunnitelmissa

Hyvinvointialueiden aluevaltuustot ovat hyväksyneet vuoden 2025 talousarvion ja vuosien 2026–2027 taloussuunnitelman, joiden perusteella on tarkasteltu suunnitelmia kattaa alijäämiä lain edellyttämällä tavalla. Noin puolet alueista on tehnyt taloussuunnitelman, joka kattaa tai lähes kattaa syntyneet alijäämät vuoden 2026 loppuun mennessä. On mahdollista, että joidenkin hyvinvointialueiden taloussuunnitelma on laadittu lain vaatimusten täyttämiseksi epärealistiseksi¹⁶.

Kuvioon 17 on kuvattu yllä kuvatun ilman sopeutustoimia laskennallisesti toteutuvan vuositason alijäämän ja sopeutustoimien suhdetta¹⁷. Kuvion poikki piirretty viiva kuvaa sopeutustasoa, jolla alijäämät tulevat katetuksi vuoden 2026 loppuun mennessä. Viivan yläpuolelle jäävät alueet eivät suunnittele kattavansa alijäämiä lain edellyttämässä aikataulussa.

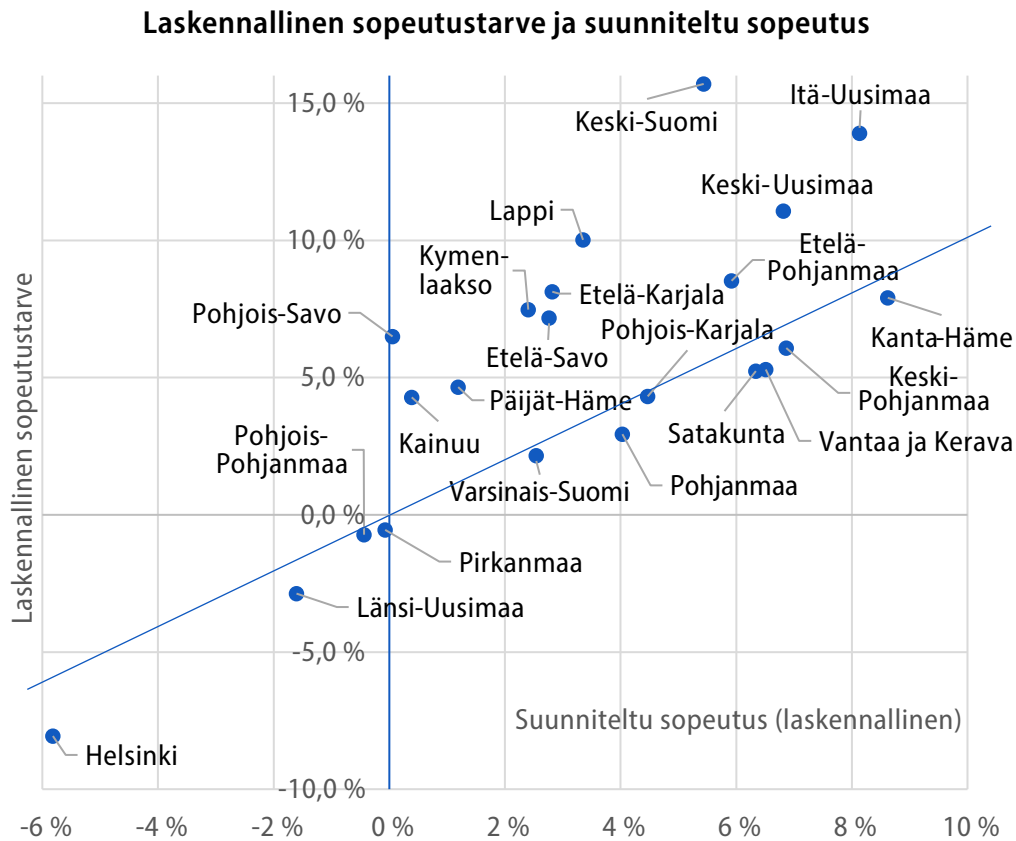
Mallinnuksen perusteella Kanta-Hämeen hyvinvointialue olisi sopeuttamassa talouttaan eniten, vuositasolla lähes yhdeksän prosenttia. Itä-Uudenmaan hyvinvointialue olisi sopeuttamassa talouttaan vuositasolla lähes yhtä paljon, noin kahdeksan prosenttia. Keski-Uudenmaan hyvinvointialue ja Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue olisivat sopeuttamassa lähes seitsemän prosenttia. Suurimmista laskennallisista sopeutustarpeista kohtaavista alueista¹⁸ Itä-Uudenmaan hyvinvointialue suunnittelee taloussuunnitelmassaan huomattavasti Keski-Suomen hyvinvointialuetta merkittävämpää sopeutusta, vaikka muutosohjelmien tarkastelussa asetelma oli päinvastainen. Itä-Uudenmaan hyvinvointialueen taloussuunnitelma ei olisi kuitenkaan vielä sopeutukseltaan riittävä alijäämien kattamiseksi.

16 Esimerkiksi Vantaan ja Keravan hyvinvointialue toteaa vuoden 2025 talousarvion kirjassaan: ”Jotta Vantaan ja Keravan hyvinvointialue täyttää hyvinvointialuelain § 115 vaatimukset taloussuunnitelmakaudelle, talousarvio on laadittu teknisesti siten, että alijäämät tulevat katettua vuoden 2026 loppuun mennessä.”

17 Sopeutustoimien suuruutta on mallinnettu vertaamalla taloussuunnitelman mukaisia nettokäyttökustannuksia laskennallisen uran nettokäyttökustannuksiin ja suhteuttamalla erotus vuoden 2026 laskennalliseen nettokäyttökustannukseen.

18 Pois lukien Päijät-Hämeen hyvinvointialue, jonka on lain mukaan katettava alijäämät jo vuoden 2025 aikana.

Kuvio 17. Laskennallinen vuositason alijäämä vuoden 2026 lopussa ja suunniteltu vuositason sopeutus



Hyvinvointialueiden nettokäyttökustannukset

Hyvinvointialueiden järjestämisvastuulla olevan sosiaali- ja terveydenhuollon nettokäyttökustannukset olivat vuonna 2023 yhteensä 23,9¹⁹ mrd. euroa (4 236 euroa / asukas). Asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset olivat pienimmät Uudenmaan hyvinvointialueilla sekä Helsingin kaupungilla. THL:n arvion mukaan tätä selittää alueiden verrattain nuori väestö, jonka sairastavuus on verrattain vähäistä ja osa palvelukäytöstä suuntautuu työterveyshuoltoon. Suurimmat asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset olivat Etelä-Savossa, Kainuussa ja Lapissa, missä väestö on verrattain ikääntynyttä ja sairastavuus suurta. Lapin korkeita kustannuksia selittävät lisäksi iäkkäiden palvelujen suuri peittävyys, raskaaseen ympärivuorokautiseen hoivaan painottuva palvelurakenne sekä palvelutarpeeseen nähden tiheä

19 Vuonna 2024 tilinpäätösarvion perusteella 24,8 mrd. euroa.

terveydenhuollon palveluverkko, joka kattaa myös kaksi sairaalaa. STM kiinnittää huomiota erityisesti niihin hyvinvointialueisiin, joilla suunnitellut sopeutustoimet ovat suurimpia, mutta joissa asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset ovat jo nyt maan alhaisimpien joukossa ja tarvevakioidut sote-kustannuksetkin alle maan keskitason (esimerkiksi Vantaan ja Keravan sekä Itä-Uudenmaan hyvinvointialueet).

Kuviossa 18 ja liitetaulukossa 8 on tarkasteltu asukaskohtaisten nettokäyttökustannusten jakautumista eri palveluluokkiin hyvinvointialueittain. Kustannusten jakautumisesta palveluluokittain ei voi tehdä johtopäätöksiä rahoituksen riittävyydestä, mutta se on yksi keino vertailla rahoituksen kohdentumista alueittain. Rahoituslain mukainen valtion rahoitus on hyvinvointialueelle yleiskatteellista eli hyvinvointialue päättää rahoituksen käytöstä ja kohdentamisesta itsehallintonsa ja toimivaltansa rajoissa huomioiden lainsäädännön velvoitteet.

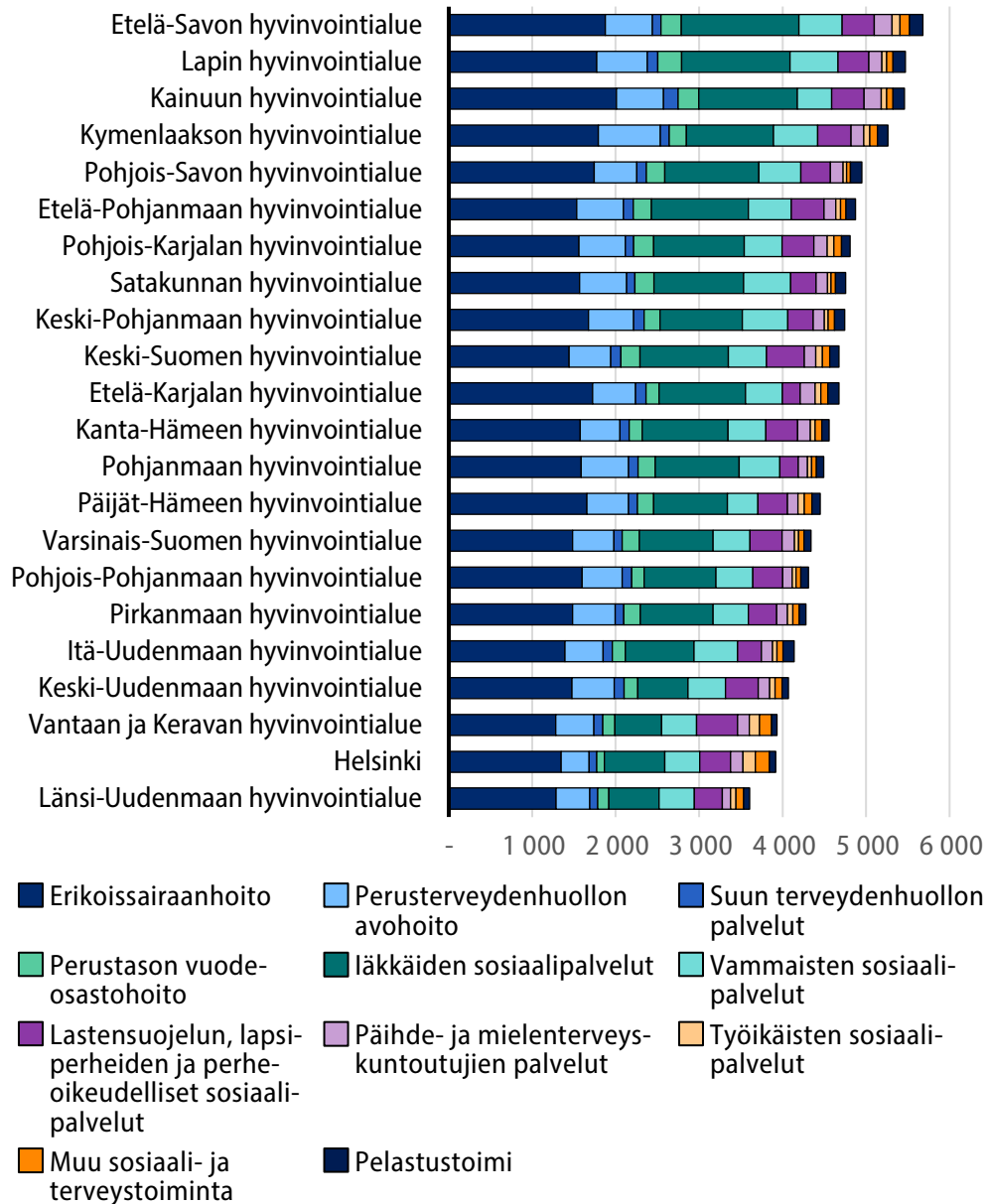
Kuten edellä (*Arvio erikoissairaanhoidon saatavuudesta*) on todettu, kansallisella tasolla kiireettömään erikoissairaanhoidon pääsytilanne ei ole lainmukainen. Tähän vaikuttaa monilla alueilla ja erikoisaloilla ensisijaisesti hankala henkilöstöpula sekä erikoissairaanhoidon tarpeen kasvu. Koko maan tasolla erikoissairaanhoidon käytetään keskimäärin kolmannes kokonaiskustannuksista (1 517 euroa asukasta kohti). Korkeimmat asukaskohtaiset erikoissairaanhoidon kustannukset olivat Kainuussa (2 008 euroa) ja matalimmat Vantaan ja Keravan hyvinvointialueella (1 282 euroa).

Perusterveydenhuollossa 14 vuorokauden sisällä hoitoon päässeiden osuudet ovat nousseet viimeisen vuoden aikana kansallisesti, mutta osassa hyvinvointialueista on laaja-alaisia viiveitä hoidon ja palvelun tarpeen arviointiin pääsyssä, hoidon ja palvelun saannissa sekä palvelujen toimintavarmuudessa ja laadussa. Perustason palvelujen saatavuuteen liittyvät haasteet voivat osaltaan johtaa muiden palvelujen tarpeen kasvuun. Perusterveydenhuollon avohoitoon käytetään maassa keskimäärin 11 % sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen kokonaiskustannuksista. Keskimääräistä pienempi osuus (8,6 %) perusterveydenhuollon avohoitoon käytetään Helsingissä. Vastaavasti keskimääräistä suurempi osuus rahoituksesta ohjataan perusterveydenhuollon avohoitoon Kymenlaaksossa (15 %).

lääkkäiden palveluihin käytetään keskimäärin viidesosa sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen kustannuksista. Pienimmän osuuden kaikista kustannuksista ikääntyneiden palveluihin käyttävät Keski-Uudenmaan sekä Vantaan ja Keravan hyvinvointialueet, joilla osuus on alle 15 %. Etelä-Pohjanmaan, Etelä-Savon ja Lapin hyvinvointialueet sen sijaan käyttävät ikääntyneiden palveluihin 25–26 %. Erityistä huomiota on syytä kiinnittää myös siihen, että THL:n arvion mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon menojen ennakoitu kasvu on pääosin ikääntyneiden palveluista johtuvaa. Vammaisten palveluihin käytetään maassa keskimäärin 10 % kokonaiskustannuksista. Maan keskitasoa pienempi osuus käytetään Kainuussa ja

Päijät-Hämeessä, ja keskitasoa suurempi osuus Itä-Uudellamaalla. Lasten, nuorten ja perheiden palveluiden kustannukset ovat koko maassa keskimäärin 8 % kokonaiskustannuksista. Vantaan ja Keravan hyvinvointialueella vastaava osuus on 12,5 %, kun Etelä-Karjalassa ja Pohjanmaalla se on 4,6–4,8 %. Lasten, nuorten ja perheiden palveluihin liittyvistä kustannuksista valtaosa (75 %) kohdentuu lastensuojeluun. Suun terveydenhuollon, mielenterveys- ja päihdepalvelujen sekä työikäisten sosiaalipalvelujen osuudet ovat kokonaiskustannuksista vain 1–3 prosenttia, eikä alueiden välillä ole suurta vaihtelua näissä.

Kuvio 18. Sosiaali- ja terveydenhuollon nettokäyttökustannusten jakautuminen palveluluokittain hyvinvointialueilla ja maassa keskimäärin vuonna 2023.



Käsitteet

Aakkosjärjestyksessä listattuja käsitteitä voidaan käyttää tässä asiakirjassa tavalla, joka eroaa käsitteiden muusta vakiintuneesta käyttötavasta.

Eriarvoisuus: Sosiaali- ja terveyspalveluissa eriarvoisuutta tarkastellaan erityisesti eri väestöryhmien välisinä hyvinvointi- ja terveyseroina.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen: Hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen ohella laajasti yhteiskunnan ja siihen liittyen myös kuntien ja hyvinvointialueiden toiminta kokonaisuutena.

Hyvinvointitalous: Päätöksenteon lähestymistapa, jolla pyritään saavuttamaan sosiaalisen, taloudellisen ja ekologisen kestävyys- ja nykyistä parempi tasapaino. Hyvinvointitalous luo mahdollisuuksia lisätä hyvinvointia ja tukea kestävää taloutta samanaikaisesti.

Jatkuvuus: Jatkuvuudella tarkoitetaan asiakkaan sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen välisen hoito- tai asiakassuhteen jatkuvuutta sekä tiedonkulkua asiakkaan yksilöllisessä palvelukokonaisuudessa.

Saatavuus: Sosiaali- ja terveyspalveluja on riittävästi tarjolla eri väestöryhmien tarpeisiin nähden. Sosiaali- ja terveyspalvelujen yhdenvertaisella saatavuudella tarkoitetaan sitä, mitä palveluja on olemassa ja kuinka paljon niitä on sekä vastaavatko ne väestöryhmien tarpeisiin.

Saavutettavuus: Eri väestöryhmien yhdenvertainen pääsy sosiaali- ja terveyspalveluihin on turvattu ja eri väestöryhmät pystyvät hyödyntämään palveluja yhdenvertaisesti.

Tasa-arvo: Tila, jossa ihmisten poliittiset ja sosiaaliset oikeudet, mahdollisuudet ja resurssit ovat jakautuneet tasapuolisesti.

Tiedolla johtaminen: Tiedon hyödyntäminen johtamisen tukena. Ohjauksen kontekstissa voidaan puhua tiedolla ohjaamisesta.

Tiedonhallinta: Tiedon keräämiseen, käyttöön (ml. koostamiseen) ja varastointiin liittyvät toimet. Tiedonhallinta on välttämätön edellytys tiedolla ohjaamiselle.

Tietojohtaminen: Tiedolla johtamisen ja tiedonhallinnan muodostama kokonaisuus.

Työkyky: Henkilön toimintakyvyn, osaamisen ja ammattitaidon muodostama kokonaisuus suhteessa työn vaatimuksiin. Henkilön työkyky voi olla hyvä, vaikka hänen toimintakykynsä olisi heikentynyt. Työtä voidaan sovittaa henkilön työkykyä vastaavaksi.

Vaikuttavuus: Sosiaali- ja terveydenhuollossa vaikuttavuus on toiminnalla aikaansaatu muutos ihmisten terveydentilassa, toimintakyvyssä tai hyvinvoinnissa.

Vaikuttavuusperustainen ohjaus (terveydenhuollossa value-based healthcare): Ohjaus- tai johtamis-järjestelmä, jossa (kustannus)vaikuttavuus on nostettu (ensisijaiseksi) tunnusluvuksi ja tavoitteeksi.

Yhdenvertaisuus: Tila, jossa ihmiset eivät ole tarkasteltavan toiminnan tai tavoitteen suhteen eriarvoisessa asemassa. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhdenvertaisuutta arvioidaan tässä asiakirjassa erityisesti suhteessa perustuslain, yhdenvertaisuuslain, tasa-arvolain, sote-järjestämislain, asiakas- ja potilaslakien sekä sote-palvelujen sisältölainsäädännön velvoitteisiin.

Yhdyspinta: Kahden tai useamman organisaation välinen toiminnallinen yhteys tai liittymäpinta, jossa korostuu yhdessä tekemisen merkitys.

Yhteensovittaminen; Sosiaali- ja terveystalouden palvelujen *yhteensovittaminen* (sosiaali- ja terveystalouden palvelujen integraatio) on toimintaa, jossa sosiaali- ja terveystalouden palvelujen järjestäjä tai tuottaja huolehtii asiakkaan tarvitseman palvelukokonaisuuden muodostamisesta.

Lähteet

Selvityksen valmistelussa on hyödynnetty useita tietolähteitä, erityisesti THL:n 2024 asiantuntija-arvioita (Haettu osoitteesta: <https://thl.fi/aiheet/sote-palvelujen-johdaminen/arviointi-ja-seuranta/sosiaali-ja-terveydenhuollon-jarjestamisen-arviointi>) sekä valvontaviranomaisten (Haettu osoitteesta: [Sosiaali- ja terveydenhuolto - Hyvinvointialueet - Uutishuone - Aluehallintovirasto - Aluehallintovirasto](#)) ja hyvinvointialueiden keväällä 2024 laatimia selvityksiä (sote-järjestämislain 29 § ja 30 §). Taloutta koskevia tietoja on kerätty valtion talousarvioesitysten tiedoista (Haettu osoitteesta: <https://budjetti.vm.fi>), hyvinvointialueiden päätöksentekoaineistoista (mm. niin kutsuttuja avaavia taseita koskien) ja tilinpäätös- ja talousarvioasiakirjoista sekä valtiovarainministeriön hyvinvointialueita koskevista rahoitus- ja painelaskelmista (Haettu osoitteesta: <https://vm.fi/rahoituslaskelmat>). Lisätietoja on kerätty alla listatuista lähteistä sekä esimerkiksi syksyllä 2024 pidetyissä neuvotteluissa (sote-järjestämislain 24 § ja 37 §), investointien ohjausprosessissa (mm. sote-järjestämislain 26 §), sote-neuvottelukunnassa (sote-järjestämislain 23 §) ja hyvinvointialuejohtajien verkostossa.

Aalto-Setälä, T., Huikko, E. & Peltola, K. (2023). Vaikuttavammat mielenterveyspalvelut lapsille ja nuorille: toimenpidesuositus. Päätösten tueksi 4/2023, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu osoitteesta: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-070-5>

Croell, K., Knape, N., Leipälä, J., Louet-Lehtoniemi, T., Nieminen, J., Ridanpää, H., Savolainen, N., Syrjä, V. & Syrjänen, T. (2024). Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen Suomessa: Valtakunnallinen asiantuntija-arvio, syksy 2024. Päätösten tueksi 7/2024, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu osoitteesta: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-363-8>

Forsell, M., Inget-Leinonen, S., Jasim, R., Lastikka, S., Lehto, J., Mielikäinen, L. & Vakkuri, M. (2024). Sosiaalihuollon asiakasmäärät: Sosiaalihuollon seurantarekisterin tiedot vuoden 2023 vuosineljänneksillä. THL työpaperi 32/2024. Haettu osoitteesta: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-319-5>

Koivuranta, P. (toim.). (2019). Terveidenhuollon laatuopas. Suomen Kuntaliitto. Haettu osoitteesta: [Terveydenhuollon laatuopas | Kuntaliitto.fi](https://www.kuntaliitto.fi/terveydenhuollon-laatuopas)

Kuvaja, E., Kuussaari, K., Heiskanen, M., Airaksinen, T., Kesänen, M., Virolainen, E. & Väkeväinen, E. (2025). Päihde- ja riippuvuuspalvelut muutoksessa – tuloksia hyvinvointikyselystä 2024. Tutkimuksesta tiiviisti 7/2025, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu osoitteesta: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-469-7>

Linnaranta, O. & Pelkonen, I. (2023). Teknologia-avusteiset mielenterveyden hoitomenetelmät Suomessa. Tutkimuksesta tiiviisti 16/2023, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu osoitteesta: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-067-5>

Linnaranta, O. (2024). Psykiatrian sairaalapaikkojen määrä on vakiintumassa: paikka-tilanne vuonna 2023. Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen työpaperi 49/2024. Haettu osoitteesta: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-351-5>

Pennanen, P., Jansson, M., Torkki, P., Harjunmaa, M., Pajari, I., Laukka, E., Lakoma, S., Härkönen, H., ym. (2023). Digitaalisten palvelujen vaikutukset sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2023:52. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-059-2>

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2024). Sosiaalihuoltolain soveltamisopas 2024. STM julkaisuja 2024:13. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-7155-4>

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2024). Valtakunnalliset tavoitteet sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiselle. STM julkaisuja 2024:2. Haettu osoitteesta: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5424-3>

Suomela, T. & Mikkola, A. (2023). Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa 2022. Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa jatkaa heikentymistään: asiakas tapaa entistä useammin eri henkilön. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastoraportti 16/2023. Haettu osoitteesta: <https://www.julkari.fi/handle/10024/146496>

Suvisaari, J., Cresswell-Smith, J., Lindgren, M., Viertiö, S. & Linnaranta, O. (2025). Monimuotoiset palvelut vakavien mielenterveyshäiriöiden hoidossa. Selvitys ja suosituksia. THL Työpaperi 8/2025. Haettu osoitteesta: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-462-8>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. (15.11.2024). Avohilmo: Suun terveydenhuollon hoitoonpääsyn enimmäisajan toteutuminen. Haettu osoitteesta: https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/avohpaasy/sthjono01/fact_ahil_sthjono01

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2023). Päihde- ja riippuvuuspalvelut manner-Suomen kunnissa 2022. Tuloksia kuntakyselystä. Työpaperi 1/2023. Haettu osoitteesta: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/146156/URN_ISBN_978-952-408-012-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2023). Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisen keskeiset käsitteet. Haettu osoitteesta: <https://sotesanastot.thl.fi/term-med-publish-server/vocabulary/5deffdd9-14bf-4e5c-b1d7-b001cd52619e/concept/79bb0b09-ee77-4cdc-a72a-082a1424f3f6>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2024). Sosiaali- ja terveystalouden talous 2023: iäkkäiden palvelut ja somaattinen erikoissairaanhoito kattavat lähes puolet kustannuksista. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastoraportti 49/2024. Haettu osoitteesta: <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2024102386846>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2024). Sosiaali- ja terveystalouden talous 2023: iäkkäiden palvelut ja somaattinen erikoissairaanhoito kattavat lähes puolet kustannuksista. Tilastoraportti 49/2024. Haettu osoitteesta: <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2024102386846>

Tevameri, T. (2024). Sote-palvelualue: työelämän sekä yksityisen sektorin viimeaikaiset kehityssuunnat. Työ- ja elinkeinoministeriön toimialaraportit 2024:2. Haettu osoitteesta: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-327-981-0>

Tuominen, P. (2024). Hoitoon pääsy erikoissairaanhoidossa 31.8.2024: kiireettömään erikoissairaanhoitoon odottaneiden määrä on pysynyt suurena. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastoraportti 48/2024. Haettu osoitteesta: <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2024101580330>

Valtiokonttori. (2025). Hyvinvointialueen ja hyvinvointiyhtymän tilinpäätösarvio. Haettu osoitteesta: [Hyvinvointialueen ja hyvinvointiyhtymän tilinpäätösarvio - Tutkihallintoa.fi](https://www.tutkihallinto.fi/hyvinvointialueen-ja-hyvinvointiyhtymän-tilinpäätösarvio)

Valtiokonttori. (2025). Hyvinvointialueiden palveluluokkakohtaiset tilinpäätöstiedot. Haettu osoitteesta: [Hyvinvointialueiden palveluluokkakohtaiset tilinpäätöstiedot - Tutkihallintoa.fi](https://www.tutkihallinto.fi/hyvinvointialueiden-palveluluokkakohtaiset-tilinpäätöstiedot)

Valtiontalouden tarkastusvirasto. (2023). Vaikeasti työllistyvien työvoimapalvelut – Pohjoismaisen työpalvelumallin, TYP-toiminnan ja SIB-mallin toimivuus. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset 16/2023. Haettu osoitteesta: <https://www.vtv.fi/app/uploads/2023/11/VTV-Tarkastus-16-2023-Vaikeasti-tyollistyvien-tyovoimapalvelut.pdf>

Valvira. (2024). Sosiaali- ja terveydenhuollon lupa- ja valvontavirasto Valviran antama järjestämislain 30 §:n 2 momentin mukainen selvitys sosiaali- ja terveydenhuollon yhdenvertaisesta toteutumisesta vuonna 2023 ja Q1/2024, Haettu osoitteesta: https://valvira.fi/documents/152634019/171564151/Selvitys_sosiaali_ja_terveydenhuollon_yhdenvertaisesta_toteutumisesta_2023.pdf/b5491b1c-c925-6f31-d932-e02c05500a11/Selvitys_sosiaali_ja_terveydenhuollon_yhdenvertaisesta_toteutumisesta_2023.pdf?t=1716797128397

Vogt, E., Saikku, P., Blomgren, S., Karjalainen, J., Kock, T. & Normia-Ahlsten, L. (2024). Työllistymistä ja työkykyä tukevat sosiaali- ja terveystalvelut hyvinvointialueilla 2024: Hyvinvointialueille, Helsingin kaupungille ja HUS-yhtymälle tehdyn kyselyn tulokset. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen työpaperi 44/2024. Haettu osoitteesta: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-341-6>

Liitteet

Liitetaulukko 1. Yhdenvertaisuus

Alue	"Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon kiireetömään hoitoon pääsyn 14 vuorokauden enimmäisajan toteutuminen eri ammattiryhmien osalta, % hoitopääsykäynneistä (THL:n tietokantaraportit) / 8/2024"	Alueen sijoitus	"Erikoissairaanhoitoa yli 6 kk odottaneet / 10 000 asukasta (ind. 3 332 ja 4 771) / 31.10.2024"	Alueen sijoitus	"Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut, yli 90 vrk odottaneet %, psykiatrian erikoisalatyhteensä (THL:n tietokantaraportit) / 31.7.2024"	Alueen sijoitus	"Niiden kotihoidon 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden osuus, joilla päivystyksenä alkaneita sairaalajaksoja, % vastaavan ikäisistä kotihoidon asiakkaista (ind. 5 028)"	Alueen sijoitus	Työvoimavuokrauksen osuus kokonaistyövoimasta (henkilöstökulut + työvoimavuokraus)	Alueen sijoitus
Etelä-Karjala	96	4	7,2	4	0,0	1	29	12	0,08	8
Etelä-Pohjanmaa	83	14	7,9	6	13,9	7	28	11	0,02	2
Etelä-Savo	98	2	2,0	1	3,8	4	26	9	0,07	7
Helsinki	96	4	20,5	12	16,9	9	18	3	0,05	5
Itä-Uusimaa	89	11	20,5	12	16,9	9	18	3	0,14	14
Kainuu	100	1	12,3	8	0,0	1	22	7	0,05	5
Kanta-Häme	94	6	17,2	10	22,2	10	22	7	0,07	7
Keski-Pohjanmaa	97	3	3,4	2	8,9	5	30	13	0,05	5
Keski-Suomi	84	13	20,5	12	14,3	8	19	4	0,03	3

Alue	"Perusterveydenhuollon avosairanhoidon kiireetömään hoitoon pääsyn 14 vuorokauden enimmäisajan toteutuminen eri ammattiryhmien osalta, % hoitopääsykäynneistä (THL:n tietokantaraportit) / 8/2024"	Alueen sijoitus	"Erikoissairanhoidon hoitoa yli 6 kk odottaneet / 10 000 asukasta (ind. 3 332 ja 4 771) / 31.10.2024"	Alueen sijoitus	"Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut, yli 90 vrk odottaneet %, psykiatrian erikoisalatyhteensä (THL:n tietokantaraportit) / 31.7.2024"	Alueen sijoitus	"Niiden kotihoidon 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden osuus, joilla päivystyksenä alkaneita sairaalakaksoja, % vastaavan ikäisistä kotihoidon asiakkaista (ind. 5 028)"	Alueen sijoitus	Työvoimavuokrauksen osuus kokonaistyövoimasta (henkilöstökulut + työvoimavuokraus)	Alueen sijoitus
Keski-Uusimaa	93	7	20,5	12	16,9	9	10	1	0,08	8
Kymenlaakso	92	8	7,6	5	14,3	8	20	5	0,09	9
Lappi	91	9	5,6	3	36,6	12	27	10	0,04	4
Länsi-Uusimaa	90	10	20,5	12	16,9	9	21	6	0,08	8
Pirkanmaa	90	10	9,2	7	61,4	14	21	6	0,04	4
Pohjanmaa	89	11	12,3	8	11,4	6	22	7	0,04	4
Pohjois-Karjala	95	5	23,6	13	0,0	1	20	5	0,06	6
Pohjois-Pohjanmaa	73	16	28,3	15	59,3	13	25	8	0,01	1
Pohjois-Savo	89	11	30,0	16	0,0	1	19	4	0,03	3
Päijät-Häme	82	15	23,7	14	2,5	3	21	6	0,05	5
Satakunta	95	5	13,7	9	1,8	2	19	4	0,04	4
Vantaa-Kerava	98	2	20,5	12	16,9	9	13	2	0,10	10
Varsinais-Suomi	86	12	19,6	11	29,8	11	19	4	0,03	3
HUS	-	-	20,5	12	16,9	9	-	-	-	-

Liitetaulukko 2. Kustannusvaikuttavuus

Alue	Sairastavuus- indeksi	Alueen sijoitus	Työ- kyvyttö- myys- indeksi	Alueen sijoitus	Sosiaali- ja terveyden- huollon perus- palvelujen kustannusten osuus kokonais- kustan- nuksista (THL:n arvio)	Alueen sijoitus	"Asiakas- ja potilasturvallisuus- mittareita on otettu riittävästi käyttöön hyvin- vointialueella (THL:n arvio, konsultoiden kansallista asiakas- ja potilas- turvallisuus- keskusta)"	Alueen sijoitus	"Työote- toimintamalli on käytössä erikoissairaan- hoidon ja työ- terveyshuollon välisessä yhteistyössä vähintään 10 eri sairausryhmän osalta (TTL:n arvio)"	Sijoitus
Etelä-Karjala	116	16	110	9	0,48	6	64,5	8	3	8
Etelä-Pohjanmaa	112	14	127	16	0,50	8	48,25	20	8	4
Etelä-Savo	120	18	140	19	0,50	8	56	15	2	8
Helsinki	85	3	63	1	0,44	2	72,5	5	-	-
HUS	-	-	-	-	-	-	68,25	6	6	5
Itä-Uusimaa	91	6	81	4	0,47	5	41,25	21	-	-
Kainuu	122	20	150	21	0,48	6	55,5	16	4	6
Kanta-Häme	105	11	112	10	0,48	6	63,25	9	4	6
Keski-Pohjanmaa	104	10	118	12	0,46	4	72,75	4	6	5
Keski-Suomi	103	9	108	8	0,50	8	57,25	14	14	1
Keski-Uusimaa	90	5	85	5	0,43	1	75	2	-	-
Kymenlaakso	118	17	132	17	0,48	6	38,25	22	8	4

Alue	Sairastavuus- indeksi	Alueen sijoitus	Työ- kyvyttö- myys- indeksi	Alueen sijoitus	Sosiaali- ja terveyden- huollon perus- palvelujen kustannusten osuus kokonais- kustan- nuksista (THL:n arvio)	Alueen sijoitus	"Asiakas- ja potilasturvallisuus- mittareita on otettu riittävästi käyttöön hyvin- vointialueella (THL:n arvio, konsultoiden kansallista asiakas- ja potilas- turvallisuus- keskusta)"	Alueen sijoitus	"Työote- toimintamalli on käytössä erikoissairaan- hoidon ja työ- terveyshuollon välisessä yhteistyössä vähintään 10 eri sairausryhmän osalta (TTL:n arvio)"	Sijoitus
Lappi	115	15	135	18	0,50	8	52,75	17	1	9
Länsi-Uusimaa	80	1	66	2	0,43	1	73,5	3	-	-
Pirkanmaa	98	7	100	6	0,47	5	30,5	23	12	2
Pohjanmaa	87	4	85	5	0,48	6	57,25	13	6	5
Pohjois-Karjala	121	19	126	15	0,50	8	64,5	7	10	3
Pohjois- Pohjanmaa	106	12	125	14	0,45	3	48,75	19	6	5
Pohjois-Savo	123	21	141	20	0,47	5	77,75	1	1	9
Päijät-Häme	110	13	113	11	0,46	4	57,75	12	3	7
Satakunta	104	10	119	13	0,49	7	50,25	18	1	9
Vantaa-Kerava	83	2	69	3	0,44	2	59,25	11	-	-
Varsinais-Suomi	102	8	103	7	0,47	5	63,25	10	2	8

Liitetaulukko 3. Yhteistyö

Alue	Erittäin heikko osallisuuden kokemus, % (ind. 404)	Alueiden sijoitus	"Hyvinvointi-alueen terveyden edistämisen aktiivisuus (alkuperäinen mittari ollut TEA-viisarin kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyön aktiivisuus)"	Alueiden sijoitus
Etelä-Karjala	9	2	58	10
Etelä-Pohjanmaa	8	1	54	11
Etelä-Savo	11	4	60	8
Helsinki	10	3	72	1
HUS	-	-	-	-
Itä-Uusimaa	9	2	33	17
Kainuu	9	2	71	2
Kanta-Häme	11	4	54	11
Keski-Pohjanmaa	12	5	63	6
Keski-Suomi	10	3	59	9
Keski-Uusimaa	8	1	67	4
Kymenlaakso	11	4	52	12
Lappi	10	3	42	15
Länsi-Uusimaa	11	4	64	5
Pirkanmaa	8	1	69	3
Pohjanmaa	9	2	49	14
Pohjois-Karjala	12	5	38	16
Pohjois-Pohjanmaa	8	1	51	13
Pohjois-Savo	8	1	60	8
Päijät-Häme	9	2	58	10
Satakunta	11	4	61	7
Vantaa-Kerava	10	3	61	7
Varsinais-Suomi	10	3	51	13

Liitetaulukko 4. Hyvinvointialueiden nettokäyttökustannukset vuosina 2023 ja 2024

Alue	2023	2024	Vuosiskasvu
Helsinki	2 571 909 219,22	2 670 408 158,94	3,8 %
Vantaa ja Kerava	1 099 792 654,90	1 135 989 287,72	3,3 %
Länsi-Uusimaa	1 774 691 565,07	1 779 981 418,59	0,3 %
Itä-Uusimaa	409 892 401,18	437 448 900,96	6,7 %
Keski-Uusimaa	831 329 415,98	864 351 798,22	4,0 %
Varsinais-Suomi	2 133 024 924,15	2 194 899 381,44	2,9 %
Satakunta	1 023 267 320,15	1 052 072 744,00	2,8 %
Kanta-Häme	773 594 001,98	798 736 514,02	3,3 %
Pirkanmaa	2 299 728 478,43	2 332 760 847,78	1,4 %
Päijät-Häme	907 463 028,18	937 210 136,83	3,3 %
Kymenlaakso	836 981 416,76	896 369 060,72	7,1 %
Etelä-Karjala	583 908 160,36	609 207 329,60	4,3 %
Etelä-Savo	737 450 882,99	755 740 067,60	2,5 %
Pohjois-Savo	1 237 948 013,57	1 281 390 581,66	3,5 %
Pohjois-Karjala	779 113 547,53	824 957 244,91	5,9 %
Keski-Suomi	1 272 360 083,00	1 329 954 344,00	4,5 %
Etelä-Pohjanmaa	931 197 034,15	974 569 822,38	4,7 %
Pohjanmaa	800 993 697,07	815 391 149,82	1,8 %
Keski-Pohjanmaa	321 938 747,19	329 015 577,22	2,2 %
Pohjois-Pohjanmaa	1 803 791 577,91	1 859 415 192,20	3,1 %
Kainuu	385 268 771,84	395 347 378,13	2,6 %
Lappi	969 917 227,29	1 008 027 160,36	3,9 %
Yhteensä	24 485 562 168,90	25 283 244 097,10	3,3 %

Liitetaulukko 5. Hyvinvointialueiden alijäämät vuosina 2023 ja 2024

Alue	Alijäämä 2023	Alijäämä 2023 asukasta kohden	Ali-/ylijäämä 2024	Alijäämä 2024 asukasta kohden	Ali-/ylijäämä yhteensä	Ali-/ylijäämä yhteensä asukasta kohden
Helsinki	28 998 029,12	42,99 (1.)	29 254 273,49	43,37 (1.)	58 252 302,61	86,36 (1.)
Vantaa ja Kerava	- 104 365 972,90	-365,36 (20.)	-74 699 131,77	-261,5 (9.)	-179 065 104,67	-626,86 (16.)
Länsi-Uusimaa	- 122 023 986,98	-246,54 (10.)	-10 653 673,67	-21,52 (2.)	-132 677 660,65	-268,06 (2.)
Itä-Uusimaa	- 34 568 768,48	-349,23 (18.)	-48 099 713,13	-485,92 (20.)	-82 668 481,61	-835,14 (20.)
Keski-Uusimaa	- 66 629 589,85	-324,32 (16.)	-66 383 610,10	-323,12 (15.)	-133 013 199,95	-647,44 (17.)
Varsinais-Suomi	- 147 348 367,74	-300,23 (14.)	-125 879 572,94	-256,49 (8.)	-273 227 940,68	-556,72 (11.)
Satakunta	- 50 801 888,07	-239,93 (9.)	-55 828 839,00	-263,67 (10.)	-106 630 727,07	-503,59 (8.)
Kanta-Häme	- 59 458 541,83	-350,69 (19.)	-58 509 148,69	-345,09 (17.)	-117 967 690,52	-695,78 (19.)
Pirkanmaa	- 136 452 576,84	-253,01 (11.)	-56 041 456,94	-103,91 (3.)	-192 494 033,78	-356,93 (4.)
Päijät-Häme	- 45 589 262,75	-222,95 (6.)	-44 058 023,39	-215,46 (6.)	-89 647 286,14	-438,42 (7.)
Kymenlaakso	- 31 027 310,73	-195,56 (4.)	-68 000 417,72	-428,6 (19.)	-99 027 728,45	-624,16 (15.)
Etelä-Karjala	- 29 442 778,02	-235,24 (7.)	-37 985 473,31	-303,49 (13.)	-67 428 251,33	-538,73 (9.)
Etelä-Savo	- 42 947 138,39	-330,58 (17.)	-45 729 729,60	-352 (18.)	-88 676 867,99	-682,58 (18.)
Pohjois-Savo	- 62 935 754,49	-253,58 (12.)	-77 114 548,67	-310,71 (14.)	-140 050 303,16	-564,29 (12.)
Pohjois-Karjala	- 22 668 166,68	-139,65 (2.)	-44 949 240,41	-276,92 (11.)	-67 617 407,09	-416,57 (6.)
Keski-Suomi	- 113 496 750,00	-415,33 (21.)	-137 762 030,00	-504,12 (22.)	-251 258 780,00	-919,45 (21.)
Etelä-Pohjanmaa	- 45 381 647,16	-238,18 (8.)	-65 149 968,35	-341,92 (16.)	-110 531 615,51	-580,1 (14.)
Pohjanmaa	- 38 020 528,09	-214,08 (5.)	-29 016 222,82	-163,38 (5.)	-67 036 750,91	-377,45 (5.)
Keski-Pohjanmaa	- 20 483 009,01	-302,39 (15.)	-17 000 000,00	-250,97 (7.)	-37 483 009,01	-553,37 (10.)

Alue	Alijäämä 2023	Alijäämä 2023 asukasta kohden	Ali-/ylijäämä 2024	Alijäämä 2024 asukasta kohden	Ali-/ylijäämä yhteensä	Ali-/ylijäämä yhteensä asukasta kohden
Pohjois-Pohjanmaa	- 72 168 709,17	-172,57 (3.)	-51 999 999,01	-124,34 (4.)	-124 168 708,18	-296,91 (3.)
Kainuu	- 19 255 378,38	-274,43 (13.)	-21 001 923,13	-299,33 (12.)	-40 257 301,51	-573,76 (13.)
Lappi	- 90 344 057,25	-512,88 (22.)	-88 554 214,50	-502,72 (21.)	-178 898 271,75	-1 015,6 (22.)
Manner-Suomi yhteensä	-1 326 412 153,69	-237,99	-1 195 162 663,66	-214,44	-2 521 574 817,35	-452,44

Liitetaulukko 6. Hyvinvointialueiden velkaantuneisuutta ja maksuvalmiutta kuvaavia tunnuslukuja

Pvm.	Laina- kanta, milj. euroa	Inves- tointi- menot kvar- taa- lilla, milj. euroa	Laina- kan- nasta pitkä- aikaista lainaa, milj. euroa	Laina- kan- nasta lyhyt- aikais- ta lainaa, milj. euroa	Lyhyt- aikaisesta lainasta pitkä- aikaisten lainojen vuoden aikana erääntyviä lyhennyksiä, milj. euroa	Lyhyt- aikai- sesta lainasta ottohet- kellä alle vuodessa erään- tyvää, milj. euroa	Lyhyt- aikaiset varat yhteen- sä, milj. euroa	Rahoi- tus- arvo- pape- rit, milj. euroa	Raha- varat, milj. euroa	1720- 1829 Lyhyt- aikaiset saamiset, milj. euroa	Lyhyt- aikaiset velat yhteensä, milj. euroa	2545 Lyhyt- aikaiset osto- velat, milj. euroa	Current ratio
31.12.2022	199,32	-	84,32	115,00	-	-	2 367,59	-	1 901,47	466,12	2 479,03	145,45	0,96
1.1.2023	3 917,25	-	3 508,33	408,92	-	-	4 002,79	0,11	2 636,06	1 526,18	4 950,48	685,56	0,81
31.3.2023	4 039,89	167,84	3 765,92	273,97	141,61	132,36	5 806,68	145,11	2 340,73	3 320,85	5 918,06	806,40	0,98
30.6.2023	3 994,53	145,09	3 853,59	140,94	104,58	36,36	4 562,51	215,11	2 718,88	1 628,53	5 555,41	1 102,47	0,82
30.9.2023	4 038,06	137,43	3 956,86	81,20	59,44	21,76	3 062,91	304,11	1 213,51	1 545,29	4 393,49	969,55	0,70
31.12.2023	4 810,57	271,16	4 223,45	587,11	304,43	282,68	2 992,78	129,94	728,77	2 134,07	4 906,06	1 524,08	0,61
31.3.2024	4 561,80	128,82	4 252,45	309,35	224,88	84,48	3 322,60	199,88	1 487,87	1 634,85	5 120,20	931,73	0,65
30.6.2024	4 629,03	195,24	4 405,87	223,16	157,85	65,32	4 249,98	199,94	2 060,45	1 989,60	6 418,86	1 220,48	0,66
30.9.2024	4 923,16	138,96	4 620,38	302,78	134,16	168,62	2 716,38	1 016,86	124,28	1 575,24	5 049,63	903,35	0,54
31.10.2024	5 073,72	-	4 641,04	432,68	134,12	298,57	2 379,01	726,90	90,99	1 561,12	4 796,53	908,44	0,50
30.11.2024	5 277,96	-	4 671,04	606,92	144,39	462,53	2 254,92	644,72	81,14	1 529,06	4 710,22	976,18	0,48
31.12.2024	5 660,26	290,43	4 632,79	1 027,47	278,61	748,87	2 078,66	603,09	12,14	1 463,43	5 075,90	1 257,30	0,41

Liitetaulukko 7. Hyvinvointialueiden kustannusten ja rahoituksen mallinnettu kehityksen vaikutus ali- tai ylijäämään

Alue	Laskennallinen ali-/ylijäämä vuoden 2026 lopussa, euroa	Vuosittainen sopeutustarve, euroa asukasta kohden	Sopetustus-tarve suhteessa laskennalliseen vuoden 2026 laskennalliseen nettokäyttö-kustannukseen
Helsinki	463 018 167,09	343,23 (1.)	8,7 % (1.)
Vantaa ja Kerava	-130 727 201,15	-228,82 (8.)	-5,8 % (11.)
Länsi-Uusimaa	110 889 125,12	112,02 (2.)	3,1 % (2.)
Itä-Uusimaa	-131 849 281,60	-665,99 (21.)	-15,1 % (21.)
Keski-Uusimaa	-208 184 863,94	-506,67 (19.)	-12 % (20.)
Varsinais-Suomi	-101 648 404,27	-103,56 (5.)	-2,3 % (5.)
Satakunta	-116 369 311,28	-274,79 (11.)	-5,5 % (10.)
Kanta-Häme	-133 744 549,02	-394,42 (14.)	-8,4 % (16.)
Pirkanmaa	27 365 850,81	25,37 (4.)	0,6 % (4.)
Päijät-Häme	-92 982 092,41	-227,36 (7.)	-5 % (9.)
Kymenlaakso	-141 125 738,84	-444,75 (17.)	-7,9 % (15.)
Etelä-Karjala	-105 083 201,59	-419,79 (15.)	-8,6 % (17.)
Etelä-Savo	-113 957 379,80	-438,59 (16.)	-7,5 % (14.)
Pohjois-Savo	-176 627 403,48	-355,83 (13.)	-6,9 % (13.)
Pohjois-Karjala	-75 599 306,26	-232,87 (9.)	-4,6 % (8.)
Keski-Suomi	-445 763 664,09	-815,61 (22.)	-16,8 % (22.)
Etelä-Pohjanmaa	-176 304 125,48	-462,65 (18.)	-9 % (18.)
Pohjanmaa	-50 999 682,76	-143,58 (6.)	-3,1 % (6.)
Keski-Pohjanmaa	-42 471 514,02	-313,51 (12.)	-6,5 % (12.)
Pohjois-Pohjanmaa	28 932 501,30	34,59 (3.)	0,8 % (3.)
Kainuu	-35 518 588,89	-253,11 (10.)	-4,5 % (7.)
Lappi	-214 092 455,07	-607,7 (20.)	-10,6 % (19.)
Manner-Suomi yhteensä	-1 862 843 119,62	-167,12	-3,7 %

Liitetaulukko 8. Hyvinvointialueiden nettokäyttökustannusten jakautuminen palveluluokkien pääluokittain vuonna 2023

Alue	Erikois-sairaan-hoito yhteensä	lääkkäiden sosiaali-palvelut yhteensä	Lasten-suojelun, lapsi-perheiden ja perhe-oikeudelliset sosiaali-palvelut yhteensä	Muu sosiaali- ja terveys-toiminta yhteensä	Pelastus-toimi yhteensä	Perus-tason vuode-osasto-hoito	Perus-terveyden-huollon avohoito yhteensä	Päihde- ja mielen-terveys-kuntou-tujien palvelut yhteensä	Suun terveyden-huollon palvelut	Työ-ikäisten sosiaali-palvelut yhteensä	Vammaisten sosiaali-palvelut yhteensä
Manner-Suomi hyvinvointialueet yhteensä	34,4 %	20,4 %	8,2 %	2,0 %	2,2 %	4,1 %	11,1 %	3,2 %	2,4 %	1,7 %	10,3 %
Etelä-Karjalan hyvinvointialue	36,8 %	22,1 %	4,6 %	1,8 %	2,9 %	3,3 %	11,1 %	3,8 %	2,6 %	1,5 %	9,5 %
Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue	31,5 %	23,9 %	8,1 %	1,3 %	2,3 %	4,4 %	11,5 %	2,9 %	2,4 %	1,2 %	10,5 %
Etelä-Savon hyvinvointialue	33,1 %	24,8 %	6,8 %	2,1 %	2,8 %	4,3 %	9,9 %	3,7 %	1,8 %	1,6 %	9,1 %
Helsinki	34,4 %	18,5 %	9,4 %	4,3 %	2,0 %	2,3 %	8,6 %	3,8 %	2,3 %	3,8 %	10,7 %
Itä-Uudenmaan hyvinvointialue	33,7 %	19,9 %	6,9 %	1,7 %	3,2 %	3,7 %	11,0 %	3,2 %	2,7 %	1,3 %	12,6 %
Kainuun hyvinvointialue	36,8 %	21,6 %	7,1 %	1,4 %	2,5 %	4,6 %	10,3 %	3,8 %	3,2 %	1,1 %	7,5 %
Kanta-Hämeen hyvinvointialue	34,6 %	22,6 %	8,4 %	1,8 %	1,9 %	3,4 %	10,5 %	3,3 %	2,4 %	1,3 %	9,9 %
Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue	35,3 %	20,8 %	6,4 %	1,6 %	2,5 %	4,0 %	11,4 %	2,8 %	2,6 %	1,0 %	11,5 %

Alue	Erikois-sairaan-hoito yhteensä	lääkkäiden sosiaali-palvelut yhteensä	Lasten-suojelun, lapsi-perheiden ja perhe-oikeudelliset sosiaali-palvelut yhteensä	Muu sosiaali- ja terveys-toiminta yhteensä	Pelastus-toimi yhteensä	Perus-tason vuode-osasto-hoito	Perus-terveyden-huollon avohoito yhteensä	Päihde- ja mielen-terveys-kuntou-tujien palvelut yhteensä	Suun terveyden-huollon palvelut	Työ-ikäisten sosiaali-palvelut yhteensä	Vammaisten sosiaali-palvelut yhteensä
Keski-Suomen hyvinvointialue	30,9 %	22,6 %	9,7 %	1,9 %	2,4 %	4,8 %	10,7 %	3,0 %	2,6 %	1,7 %	9,8 %
Keski-Uudenmaan hyvinvointialue	36,2 %	14,8 %	9,7 %	2,0 %	1,9 %	4,0 %	12,5 %	3,3 %	2,9 %	1,6 %	11,0 %
Kymenlaakson hyvinvointialue	34,1 %	19,8 %	7,5 %	1,8 %	2,4 %	3,9 %	14,0 %	2,9 %	2,1 %	1,3 %	10,1 %
Lapin hyvinvointialue	32,4 %	23,7 %	6,7 %	1,3 %	2,7 %	5,2 %	11,1 %	2,9 %	2,3 %	1,1 %	10,5 %
Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue	35,7 %	16,7 %	9,3 %	2,6 %	2,0 %	3,7 %	11,2 %	2,8 %	2,6 %	1,7 %	11,7 %
Pirkanmaan hyvinvointialue	34,7 %	20,4 %	7,9 %	1,8 %	1,9 %	4,6 %	11,9 %	3,0 %	2,5 %	1,5 %	9,8 %
Pohjanmaan hyvinvointialue	35,3 %	22,4 %	4,8 %	1,3 %	2,0 %	4,6 %	12,6 %	2,5 %	2,5 %	1,1 %	10,9 %
Pohjois-Karjalan hyvinvointialue	32,5 %	22,6 %	7,9 %	1,9 %	2,1 %	5,0 %	11,5 %	3,4 %	2,1 %	1,6 %	9,4 %
Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue	37,1 %	20,0 %	8,3 %	1,3 %	2,1 %	3,4 %	11,1 %	2,7 %	2,7 %	1,1 %	10,2 %

Alue	Erikois-sairaan-hoito yhteensä	lääkkäiden sosiaali-palvelut yhteensä	Lasten-suojelun, lapsi-perheiden ja perhe-oikeudelliset sosiaali-palvelut yhteensä	Muu sosiaali- ja terveys-toiminta yhteensä	Pelastus-toimi yhteensä	Perus-tason vuode-osasto-hoito	Perus-terveyden-huollon avohoito yhteensä	Päihde- ja mielen-terveys-kuntou-tujien palvelut yhteensä	Suun terveyden-huollon palvelut	Työ-ikäisten sosiaali-palvelut yhteensä	Vammaisten sosiaali-palvelut yhteensä
Pohjois-Savon hyvinvointialue	35,2 %	22,8 %	7,2 %	0,9 %	2,7 %	4,5 %	10,4 %	3,1 %	2,2 %	0,9 %	10,1 %
Päijät-Hämeen hyvinvointialue	37,2 %	19,8 %	7,9 %	2,1 %	2,2 %	4,4 %	11,2 %	2,8 %	2,4 %	1,7 %	8,2 %
Satakunnan hyvinvointialue	33,0 %	22,6 %	6,4 %	1,1 %	2,6 %	4,7 %	11,9 %	2,9 %	2,1 %	0,9 %	11,8 %
Vantaan ja Keravan hyvinvointialue	32,6 %	14,2 %	12,5 %	3,7 %	1,6 %	3,7 %	11,6 %	3,6 %	2,8 %	3,1 %	10,7 %
Varsinais-Suomen hyvinvointialue	34,2 %	20,4 %	8,9 %	1,5 %	1,9 %	4,8 %	11,3 %	3,4 %	2,3 %	1,1 %	10,2 %

ISSN pdf: 2242-0037
ISBN pdf: 978-952-00-4396-4



Sosiaali- ja
terveysministeriö

stm.fi/julkaisut
julkaisut.valtioneuvosto.fi