

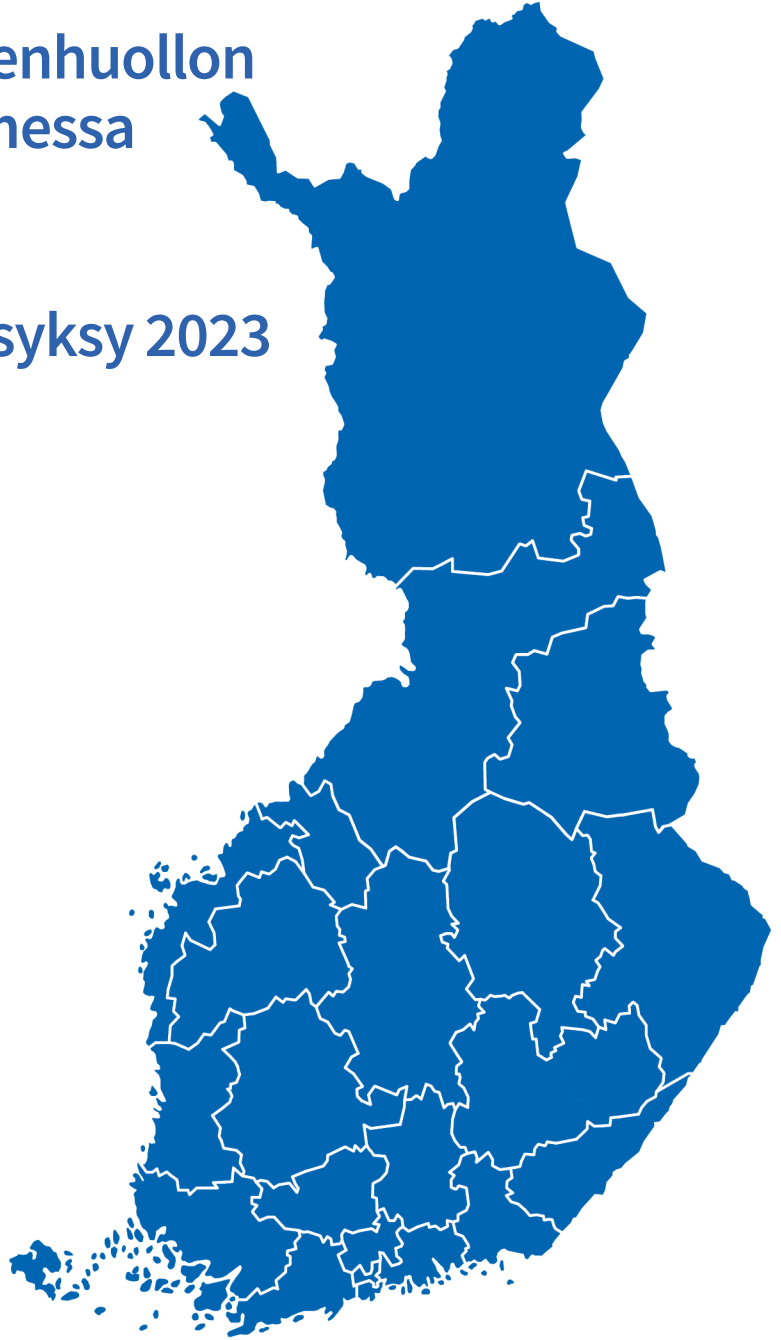
TIEDOSTA ARVIOINTIIN

tavoitteena paremmat palvelut

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen Suomessa

Valtakunnallinen asiantuntija-arvio, syksy 2023

Katja Croell
Tiina Hetemaa
Nina Knape
Jaana Leipälä
Tuulikki Louet-Lehtoniemi
Jutta Nieminen
Hannele Ridanpää
Tuuli Suomela
Vesa Syrjä
Taru Syrjänen



PÄÄTÖSTEN TUEKSI 42/2023

© Kirjoittaja(t) ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos | Helsinki 2023

ISBN 978-952-408-199-3 (verkko), ISSN 1799-3946 (verkko), <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-199-3>

Sisällys

Lukijalle	3
Asiantuntija-arvion johtopäätökset	4
Väestö ja toimintaympäristö	8
Kustannukset, investoinnit ja rahoitus	12
Palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, henkilöstön riittävyyttä ja talouden hallintaa edistävät toimenpiteet	20
Menetelmät ja laatuseloste	27
Lähteet ja arvioinnissa käytetty tausta-aineisto	29

Lukijalle

Vuoden 2023 alusta alkaen sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisestä ovat vastanneet 21 hyvinvointialuetta ja Helsingin kaupunki. Lisäksi HUS-yhtymä vastaa erikoissairaanhoidon järjestämisestä Uudellamaalla.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) lakisäätöteisenä tehtävänä on laatia vuosittain asiantuntija-arviot sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä hyvinvointialueittain, yhteistyöalueittain ja valtakunnallisesti. Tämä syksyn 2023 valtakunnallinen asiantuntija-arvio tarjoaa tuoreen kokonaiskuvan hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistehtävän käynnistymisvaiheesta ja uudistusten etenemisestä.

THL:n valtakunnallisessa asiantuntija-arviossa tarkastellaan väestön palvelutarvetta, hyvinvointialueiden toiminnallista rakentumista sekä henkilöstön saatavuutta ja riittävyttä. Lisäksi tarkastellaan sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia, rahoitusta ja investointeja. Sisällöllisenä painopisteenä ovat palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, henkilöstön riittävyttä ja talouden hallintaa edistävät toimenpiteet, joilla vastataan sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisiin ja alueiden omiin strategisiin tavoitteisiin.

Valtakunnallisen asiantuntija-arvion laadinnassa on hyödynnetty hyvinvointialuekohtaisten asiantuntija-arvioiden tuloksia sekä ajankohtaisten alueellisten ja valtakunnallisten selvitysten ja tutkimusten havaintoja. THL julkaisee valtakunnallisen asiantuntija-arvion ja hyvinvointialuekohtaiset arviot samaan aikaan.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen valtakunnallinen asiantuntija-arvio on suunnattu tukemaan kansallisia ja alueellisia päättäjiä, viranhaltijoita ja asiantuntijoita. Asiantuntija-arvio tukee hyvinvointialueiden työn toimeenpanoa tarjoamalla tuoreita havaintoja keskeisistä palvelujen järjestämisestä koskevista näkökohdista valtakunnallisesti ja maan eri alueilla. THL:n asiantuntija-arviot muodostavat vahvan perustan myös sosiaali- ja terveysministeriön vuosittain laatimalle valtakunnalliselle selvitykselle sosiaali- ja terveydenhuollon yhdenvertaisesta toteutumisesta ja rahoituksen tason riittävydestä.

Helsingissä 24.10.2023

Nina Knape

Arviointijohtaja

Asiantuntija-arvion johtopäätökset

Palvelujen järjestämisen haasteena on väestön ikääntyminen ja palvelutarpeen kasvu

1.1.2023 aloittaneita hyvinvointialueita haastavat väestön nopeaan ikääntymiseen liittyvä palvelutarpeen kasvu ja samaan aikaan syvenevä henkilöstöpula. Kuolleisuus on syntyvyyttä suurempaa; maan väkiluvun kasvu perustuu positiiviseen nettomaahanmuuttoon. Väestön sairastavuudessa ja iäkrakenteessa on suuria alueellisia eroja. Vieraskielisen väestön määrä jatkaa kasvuaan, osuus on suuri erityisesti pääkaupunkiseudulla. Lasten ja nuorten palvelutarvetta kasvattaa mielen hyvinvoinnin haasteiden yleistyminen.

Henkilöstöpula on heikentänyt palvelujen saatavuutta. Ennusteiden mukaan ammattihenkilöstön eläköityminen jatkuu lähivuosina vahvana. Seuraavien viiden vuoden aikana yli puolella hyvinvointialueista noin viidennes sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöstä siirtyy eläkkeelle.

Hyvinvointialueen järjestämisvastuu mahdollistaa uudenlaiset henkilöstöratkaisut

Järjestämisvastuun siirtymävaiheessa hyvinvointialueiden henkilöstöressurit olivat vahvasti sidottuna aikaisempien järjestäjien tuotantorakenteisiin. Hyvinvointialuetasoisella suunnittelulla onkin mahdollista löytää henkilöstön riittävyttä sekä palvelujen saatavuutta ja jatkuvuutta tukevia ratkaisuja erityisesti alueilla, joilla aiemmin oli runsaasti eri järjestäjiä.

Hyvinvointialueiden strategisissa tavoitteissa painottuvat henkilöstön pito- ja vetovoimaa vahvistavat toimet, jotka ovat välttämättömiä väestön palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden varmistamiseksi. Lakisääteisten palvelujen turvaamiseksi hyvinvointialueilla on lisätty omaa henkilöstöä ja vahvistettu varahenkilöstöratkaisuja. Vuokratyövoiman ja ostopalvelujen käyttöä on lisätty, mikä voi toisaalta laajentuaan aiheuttaa myös riskin hyvinvointialueiden talouden hallinnalle ja riittävän oman palvelutuotannon turvaamiselle. Lisäksi mahdolliset alueilla toteutetut kokonaisulkoistukset voivat hidastaa hyvinvointialueiden palvelurakenteiden kehittämistä.

Hyvät käytännöt on tarpeen juurruttaa osaksi koko hyvinvointialueen toimintaa

Hyvinvointialueet aloittivat toimintansa hyvin erilaisista lähtökohdista. Niiden uusi organisaatiokulttuuri on rakentumassa. Maakunnallisten järjestäjien alueilla oli hyvinvointialuetta muodostettaessa mahdollisuus hyödyntää aiempia johtamisen ja päätöksenteon rakenteita sekä järjestelmiä. Muilla alueilla on jouduttu yhdistämään monien eri organisaatioiden toimintoja ja järjestelmiä sekä luomaan uudet yhdyspintarakenteet.

Hyvinvointialueiden suurimmat järjestämisen haasteet liittyvät lasten, nuorten ja perheiden sekä iäkkäiden perus- ja erityistason palveluihin. Näiden palvelujen nettokäyttökustannukset kasvoivat vuosina 2018–2022 suhteellisesti eniten. Erityisesti väestön ikääntyminen kasvattaa palvelutarpeita ja kustannuksia jatkossakin.

Lasten, nuorten ja perheiden palvelujen kehittäminen on painottunut matalan kynnyksen palveluihin. Sähköistä perhekeskuspalvelua on otettu käyttöön ja mielenterveyspalveluja vahvistettu. Jotta perustason palveluja ja niiden yhteensovittamista saadaan vahvistettua, on toteutettujen ja käynnissä olevien kehittämistoimien lisäksi juurrutettava hyviä käytäntöjä koko hyvinvointialueelle. Ikääntyneiden kotona asumisen mahdollisuuksia on lisätty kehittämällä sitä tukevia palveluja. Erityisesti yhteisöllisen asumisen palveluille on kasvava tarve. Kotihoitoa helpottavaa teknologiaa on otettu käyttöön, ja etäkäynnit ovat lisääntyneet.

Suuret alijäämäennusteet ovat riski talouden tasapainottamiselle myös tulevana vuosina

Vuonna 2022 kuntien ja kuntayhtymien järjestämän sosiaali- ja terveydenhuollon nettokäyttökustannukset olivat 21,2 miljardia euroa. Hyvinvointialueiden asukaskohtaiset kustannukset vaihtelivat 3 168 eurosta 4 923 euroon.

Hyvinvointialueiden talousarviot vuodelle 2023 laadittiin noin 0,86 miljardia euroa alijäämäisiksi tilanteessa, jossa Venäjän hyökkäyssota Ukrainaan ja Covid-19-pandemia vaikuttivat edelleen toimintaympäristöön. Rahoituksen tasoa korotettiin rahoituslakiin sisältyvien tekijöiden perusteella vuoden 2022 tasoon nähden. Rahoituslaskelmat tarkentuvat edelleen, ja huolimatta 0,7 miljardin euron kertakorvauksesta hyvinvointialueiden yhteenlaskettu alijäämä on nousemassa 1,1 miljardiin euroon.

Hyvinvointialueiden rahoituksen lisäys ei ole vastannut täysimääräisesti inflaatiokehityksen eikä valtakunnallisen työmarkkinaratkaisun tasoa. Osavuositarkastusten perusteella merkittäviä talousarviopoikkeamia on aiheutunut myös ostopalvelujen volyymin kasvusta, hinnankorotuksista ja työvoimavuokrauksen yleistymisestä. Palkkojen yhteensovittaminen on toteutettu vain osalla hyvinvointialueista, suurimmalla osalla työ on vasta käynnistynyt. Heikentyneet talousnäkymät vaikeuttavat hyvinvointialueiden taaseeseen kertyneiden alijäämien kattamista vuoden 2026 loppuun mennessä.

Tiukka rahoitusraami edellyttää toimenpiteiden vauhdittamista

Vain osa hyvinvointialueista on asettanut kustannussäästötavoitteet kuluvalle vuodelle, ja niilläkin säästötavoitteiden saavuttaminen vaikuttaa epätodennäköiseltä. Osassa alueita toiminnan ja talouden sopeuttamistoimia on lisäksi tehty jo pidempään, mikä vaikeuttaa uusien säästö- ja tehostamiskeinojen löytämistä. Vuosiin 2024–2025 kohdistuu merkittäviä sopeutusvaateita. Alueista vain kaksi arvioi keväällä 2023, että niillä oli täysimääräiset edellytykset saattaa toimintansa taloudellisesti kestäväksi vuoteen 2025 mennessä. Valtiovarainministeriö voi käynnistää hyvinvointialueen arviointimenettelyn sosiaali- ja terveysministeriön aloitteesta tai taloudellisiin kriteereihin perustuen, mikäli alueet eivät pysty sopeuttamaan talouttaan määräaikaan mennessä.

Hyvinvointialueiden käynnistämät toimet ja niiden etenemisvauhti näyttävät tällä hetkellä riittämättömiltä suhteessa rahoitukseen sekä väestön yhdenvertaisuuden ja palvelutarpeiden kasvun haasteisiin. On kuitenkin syytä ottaa huomioon, että hyvinvointialueet ovat toimineet vasta vajaan vuoden ajan ja toimenpiteiden suunnitteluun, päätöksentekoon ja toimeenpanoon menee aikaa. Palvelujärjestelmän kehittämistä vaikeuttaa samaan aikaan paheneva henkilöstöpula.

Sairaalinvestoinnit ovat nostaneet hyvinvointialueiden lainakantaa

Hyvinvointialueet jatkavat jo suunniteltuja ja käynnissä olevia sairaalinvestointeja sekä peruspalvelujen uudisrakennus- ja peruskorjaushankkeita. Asiakas- ja potilastietojärjestelmien yhtenäistämiseen investoidaan erityisesti aiemman hajautuneen järjestämisen alueilla. Investointien myötä hyvinvointialueiden lainakannan odotetaan kasvavan 4,8 miljardiin euroon vuonna 2023. Suurimmat asukaskohtaiset lainakannat ovat hyvinvointialueilla, joilla on toteutettu tai käynnissä sairaalarakennushankkeita. Erityisesti näillä alueilla tulevien vuosien investointimahdollisuudet ovat niukat.

Palvelujärjestelmän toiminnallinen uudistaminen on välttämätöntä

Tarpeenmukaisten palvelujen järjestäminen ja taloudellinen kestävyys edellyttävät palvelujärjestelmän toiminnallista uudistamista kaikilla hyvinvointialueilla. Alueilla kartoitetaan parhaillaan vaikuttavan ja kustannustehokkaan järjestämisen vaihtoehtoja. Palveluverkon ja -kanavien uudistamistarpeita selvitetään, ja omaa palvelutuotantoa verrataan ostopalveluihin. Moniammatillista yhteistyötä pyritään edelleen vahvistamaan.

Strategisten tavoitteiden mukaisesti hoidon ja palvelutarpeen kasvuun ja kysyntään pyritään vaikuttamaan monikanavaisella neuvonnalla ja ohjauksella sekä omahoitoa tukemalla. Asiakas- ja potilasvirtaa hallitaan yhdenmukaistamalla ja tiukentamalla hoidon saannin tai palvelun myöntämisen perusteita. Useimmilla alueilla on jatkettu myös jo aiemmin toiminutta hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistämisen verkostomaista työtä.

Palvelukanavien tasapaino on vasta muotoutumassa

Useilla hyvinvointialueilla on suunnitelmia keskittää toimintaa isompiin yksiköihin ja vahvistaa perus- ja erityistason palvelujen yhteensovittamista. Samalla palvelukanavia monipuolistetaan väestön palvelutarpeiden mukaisesti esimerkiksi liikkuvia palveluja lisäämällä. Sähköisten palvelujen käyttöä laajennetaan edelleen, ja teknologiaa hyödynnetään yhä monipuolisemmin. Odotukset sähköisten palvelujen tuomista hyödyistä vaikuttavat suurilta, etenkin jos huomioon otetaan esimerkiksi maaseutumaisten alueiden asukkaat ja eläkeikäiset, jotka käyttävät sähköisiä palveluja muita väestöryhmiä vähemmän. Alueilla onkin tarve löytää sähköisten ja toimipisteissä annettavien palvelujen tarkoituksenmukainen tasapaino.

Osallistava strategiatyö antaa hyvän pohjan hyvinvointialueen toiminnalliselle rakentumiselle

Hyvinvointialueilla strategiatyö on toteutettu laajasti asukkaita, henkilöstöä, päättäjiä ja muita sidosryhmiä osallistamalla. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnalliset tavoitteet on huomioitu pääsääntöisesti hyvin alueiden strategisissa linjauksissa. Valtaosassa alueita hyvinvointialue- ja palvelustrategiat ohjaavat jo osittain toiminnan kehittämistä, vaikka strategioita toimeenpanevia ohjelmia ja suunnitelmia valmistellaan edelleen. Hyvinvointialueilla on aikaisempaa paremmat edellytykset jalkauttaa hyväksi havaittuja käytäntöjä koko alueelle. Yhteistyöalueet tarjoavat puolestaan mahdollisuuksia tiivistää

hyvinvointialueiden välistä yhteistyötä esimerkiksi tiedonhallintaa ja digitalisaatiota koskevissa hankinnoissa ja kehittämissä.

Väestö ja toimintaympäristö

Nettomaahanmuutto kasvatti väestömäärää, syntyvyys pieneni

Suomessa oli vuoden 2022 lopussa 5 563 970 asukasta. Syntyneiden määrä väheni edellisvuodesta. Kuolleisuus on ollut syntyvyyttä suurempaa vuodesta 2016. Ennätyksellinen nettomaahanmuutto on kasvattanut väkilukua. Vantaan ja Keravan sekä Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueilla sekä Helsingissä syntyneitä oli kuolleita enemmän, ja näiden alueiden asukasluvua kasvatti lisäksi ennätysuuri nettomaahanmuutto. Väkiluku kasvoi nettomaahanmuuton ansiosta lisäksi Keski-Uudenmaan, Varsinais-Suomen, Pirkanmaan, Pohjanmaan ja Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueilla. Ennusteen mukaan maan väestö kasvaa vuoteen 2030 asti, mutta alkaa vähetä vuonna 2034. Väestö vähenee erityisesti Etelä-Savon, Kymenlaakson ja Kainuun hyvinvointialueilla.

Vieraskielisen väestön osuus kasvaa. Suurin se on Vantaan ja Keravan hyvinvointialueella ja Helsingissä. Suomessa asuvia ulkomaan kansalaisia on eniten Virosta ja Venäjältä. Ruotsinkielisen väestön osuus ei ole muuttunut vuosina 2017–2022.

Nuorten ahdistuneisuus ja kiusaaminen kasvussa

Vuoden 2023 kouluterveyskyselyn mukaan yläkoululaisten ahdistuneisuus on lisääntynyt ja tilanne on huonontunut pandemia-aikaan verrattuna. Reilu viidennes nuorista on kokenut kohtalaista tai vaikeaa ahdistuneisuutta, pienin osuus Pohjanmaalla (19 %) ja suurin Vantaan ja Keravan hyvinvointialueella (23 %). Terveydentilansa huonoksi kokeneiden yläkoululaisten osuus on kasvanut, heitä on hieman yli neljännes. Tilanne on heikoin Itä-Uudenmaan ja Kainuun hyvinvointialueilla. Kiusaamisen kokemukset ovat lisääntyneet.

Suuria alueellisia eroja ikärakenteessa, sairastavuudessa, työkyvyttömyydessä ja ennenaikaisessa kuolleisuudessa

Työikäisen väestön osuus on pienentynyt vuosina 2017–2022. Se on pienin Etelä-Savossa ja suurin Helsingissä. Työttömien osuus on suurin Pohjois-Karjalan ja pienin Pohjanmaan hyvinvointialueella. Ikävakioimaton työkyvyttömyys pysyi ennallaan vuosina 2019–2021. Se on suurin Kainuun hyvinvointialueella ja pienin Helsingissä. Väestön koulutustaso on korkein Helsingissä ja matalin Satakunnan hyvinvointialueella. Taloudellinen huoltosuhde palasi vuonna 2021 pandemiaa edeltäneelle tasolle. Helsingissä se on pienin (109) ja Pohjois-Karjalassa suurin (167).

Sairastavuus väheni vuosien 2019–2021 aikana. Se on suurinta Pohjois-Savossa ja pienintä Länsi-Uudellamaalla. Ennenaikainen kuolleisuus on suurinta Kainuun ja pienintä Pohjanmaan hyvinvointialueella.

Suomi on EU:n nopeimmin ikääntyviä maita

Yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä on viimeisten kymmenen vuoden aikana kasvanut Suomessa toiseksi eniten EU-maista. Osuus on lisääntynyt viidellä prosenttiyksiköllä. Suomen väestöstä 65 vuotta

täyttäneitä oli 23 prosenttia (vuonna 2022). Hyvinvointialueiden väestön ikääntymisessä on suuria eroja (kuvio 1). Yli 75-vuotiaiden määrä on suurin Etelä-Savossa. Uudenmaan hyvinvointialueilla ja Helsingissä yli 75-vuotiaiden osuus on keskimääräistä pienempi, vaikka lukumääräinen kasvu onkin suurta.

Alueet aloittivat järjestämistehtävänsä hyvin erilaisista lähtötilanteista

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudet järjestäjät aloittivat toimintansa hyvin erilaisista lähtötilanteista. Aiemmin maakunnallisesti toimineet kahdeksan järjestäjää olivat jo osittain tai kokonaan järjestäneet palvelut koko maakuntansa alueella. Näillä alueilla voitiin osittain hyödyntää jo luotuja päätöksenteon ja johtamisen rakenteita. Kuntapohjaisen järjestämisvastuun siirtämisessä hyvinvointialueelle oli paljon enemmän tehtävää. Nämä hyvinvointialueet keskittyivät ensimmäisten toimintakuukausiensa ajan turvalliseen siirtymään ja välttämättömiin tehtäviin. Uudenmaan erillisratkaisussa järjestämisvastuu jakautui neljälle hyvinvointialueelle, Helsingin kaupungille ja HUS-yhtymälle. Erillisratkaisun toimeenpano vaati uusien yhteistyörakenteiden ja -kulttuurin kehittämistä alueen kuuden järjestäjätahon välille.

Työvoiman riittävyys palvelujen järjestämisen kriittinen haaste

Ammattitaitoisen työvoiman riittävyys on palvelujen järjestämisen suurin haaste koko maassa. Työvoima- ja elinkeinoministeriön työvoimatietokarttadatan mukaan suurin pula on edelleen lähihoitajista ja sairaanhoitajista. Lisäksi pulaa on kotipalvelujen kodinhoitajista, lääkäreistä, hammaslääkäreistä, sosiaalityön erityisasiantuntijoista ja psykologeista. Ulkomaista työvoimaa on parhaiten otettavissa vastaan lähihoitajiksi, kodinhoitajiksi ja hammaslääkäreiksi.

KEVAN maaliskuun 2023 tietojen perusteella laatimien viiden vuoden eläköitymisennusteiden mukaan yli puolella hyvinvointialueista koko henkilöstöstä jää eläkkeelle noin viidennes. Lähihoitajista eläköityy viidellä alueella runsas viidennes. Sairaanhoitajista yli kymmenesosa jää eläkkeelle kaikilla alueilla. Sosiaalityön erityisasiantuntijoista eläköityy kolmella hyvinvointialueella noin kolmannes, HUS-yhtymässä lähes puolet. Kaikkein suurinta eläkkeelle siirtyminen on kotipalvelun työntekijöillä: neljällä alueella yli puolet heistä eläköityy.

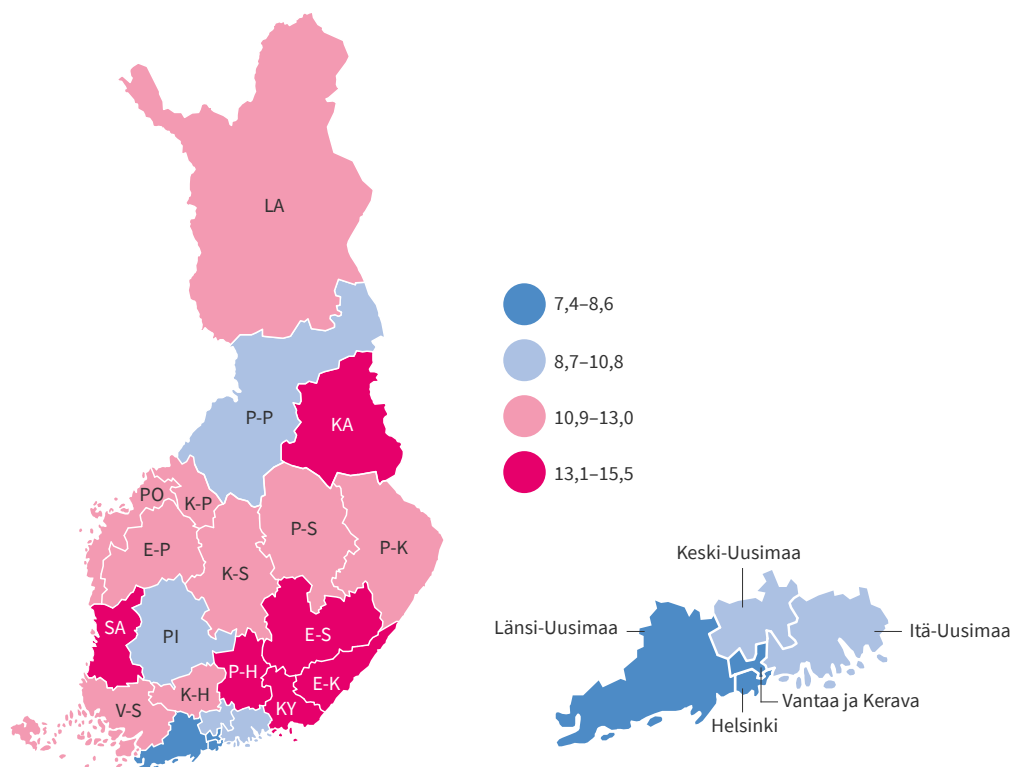
Asiakasmaksuja on yhtenäistetty

Osalla hyvinvointialueista oli niiden toiminnan alkaessa kuntakohtaisia eroja asiakasmaksuissa. Hyvinvointialueet ovat yhdenmukaistaneet asiakasmaksujansa. Hyvinvointialueiden välisiä eroja on maksuttomissa ja maksullisissa palveluissa. Vain osa alueista tarjoaa maksutonta raskaudenehkäisyä alle 25-vuotiaille. Erikoissairaanhoidon hoitajavastaanotot ovat pääosin maksuttomia. Lapin hyvinvointialue ei ole määritellyt maksuja etävastaanoitoille säännöllistä kotihoitoa lukuun ottamatta. Helsinki ei peri terveyskeskusmaksuja. Suun terveydenhuollon perusmaksut ovat hyvin yhtenevät koko maassa.

Asiakas- ja potilastietojärjestelmien yhtenäistäminen keskittynyt yhteistyöhön muutamien järjestelmätoimittajien kanssa

Valtaosa hyvinvointialueista on aloittanut asiakas- ja potilastietojärjestelmiensä (APTJ) yhtenäistämisen. Kymmenen hyvinvointialuetta maan eri puolilta on hankkinut tai hankkimassa APTJ:nsä yhdeltä ydintietojärjestelmien toimittajalta. Viisi muuta aluetta ovat hankkineet APTJ:n kahdelta muulta järjestelmätoimittajalta. APTJ-kilpailutuksia on käynnissä muutamilla alueilla. Monilla alueilla selvitetään mahdollisuuksia yhteistyöalueen yhteisiin hankintoihin, ja muutamat alueet kehittävät tiedolla johtamista yhteistyöalueen rajat ylittävässä yhteistyössä.

Kuvio 1. 75 vuotta täyttäneiden osuus alueen väestöstä (%)



▲ Kartassa esitetään 75 vuotta täyttäneen väestön osuus väestöstä hyvinvointialueilla ja Helsingin kaupungissa vuonna 2022. Koko maan väestöstä 10,8 prosenttia oli täyttänyt 75 vuotta vuonna 2022. Maan keskiarvon ylittävät alueet on väritetty punaisen sävyillä ja keskiarvon alittavat alueet sinisen sävyillä. Kuvion tiedot perustuvat Tilastokeskuksen väestörakennetilaston väestötietoihin (31.12.2022).

Kustannukset, investoinnit ja rahoitus

Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksissa suuria alueellisia eroja

Vuonna 2022 kuntien järjestämisvastuulla olleet sosiaali- ja terveydenhuollon nettokäyttökustannukset olivat 21,2 miljardia euroa, keskimäärin 3 817 euroa asukasta kohti (kuvio 2). Asukaskohtaiset kustannukset vaihtelivat Länsi-Uudenmaan 3 168 eurosta Etelä-Savon 4 923 euroon.

Palvelutarpeeseen suhteuttamattomat nettokäyttökustannukset ovat kasvaneet vuosina 2018–2022 reaalisesti kahdeksan prosenttia vuoden 2022 hintatasolla tarkasteltuna. Vaikka kustannukset vähenivät eniten Kainuussa (-4 %), niin ne olivat vuonna 2022 edelleen maan keskitasoa suuremmat. Eniten nettokäyttökustannukset kasvoivat Vantaan ja Keravan hyvinvointialueella ja Helsingissä (21 %), joissa ne olivat kuitenkin edelleen maan keskitasoa pienemmät. Nettokäyttökustannusten tasoon vaikuttavat vuosina 2020–2021 myönnetyt korona-avustukset sekä vuonna 2022 toteutuneet kertaluontoiset erät.

Voimakkainta reaalisten nettokäyttökustannusten kasvu oli lasten, nuorten ja perheiden sosiaalihuollon avopalveluissa ja lastensuojelussa (18 %). Toiseksi eniten kasvoivat iäkkäiden palvelujen kustannukset (11 %).

Aikaisempi järjestämismalli ei ollut yhteydessä tarvevakioitujen kustannusten tasoon

THL:n vuonna 2023 päivittämien laskelmien mukaan väestön palvelutarve oli vuonna 2021 maan pienin Helsingissä (indeksi 83, koko maa 100) ja suurin Pohjois-Karjalassa (indeksi 123). Tarvevakioidut kustannukset eli palvelutarpeeseen suhteutetut sosiaali- ja terveydenhuollon nettokäyttökustannukset olivat maan suurimmat Helsingissä (+14 %) ja pienimmät Pohjois-Karjalassa (-12 %) (kuvio 3).

Tarvevakioidut kustannukset olivat seitsemällä alueella keskimääräistä suuremmat ja kymmenellä alueella keskimääräistä pienemmät vuosina 2019, 2020 ja 2021. Tarvevakioitujen kustannusten taso ei johdonmukaisesti liittynyt alueen aikaisempaan järjestämismalliin, väestömäärään tai ikärakenteeseen. Myöskään asiakastyytyväisyys ja väestön tyytyväisyys palvelujen riittävyyteen eivät korreloineet tarvevakioitujen kustannusten kanssa. Ajanjaksolla tarvevakioitujen kustannusten indeksi pieneni eniten Vantaan ja Keravan alueella ja Länsi-Uudenmaalla, eniten se suureni Etelä-Savossa ja Etelä-Pohjanmaalla.

Väestön voimakas ikääntyminen haastaa uudistamaan palvelurakenteita ennakoidun kustannuskehityksen hillitsemiseksi

Väestön ikärakenteen muutoksiin pohjautuvien THL:n ennustelaskelmien mukaan koko maan sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten reaalikasvu on vuoteen 2030 asti keskimäärin prosentin vuodessa. Suurinta sen ennustetaan olevan Uudenmaan hyvinvointialueilla. Vastaavasti pienintä kasvun ennakoidaan olevan Kainuussa ja Etelä-Savossa, missä ikääntyneiden väestöosuudet ovat jo tällä hetkellä maan suurimpia ja väestö vähenee.

Väestön kasvu ja erityisesti ikääntyminen kasvattavat palvelutarpeita ja sen myötä sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia ikääntyneiden palveluissa ja somaattisessa erikoissairaanhoidossa (kuvio 4).

Kuntayhtymät purettiin järjestämisvastuun siirtyessä hyvinvointialueille

Kun sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu siirtyi kunnilta hyvinvointialueille ja osin HUS-yhtymälle, aiempien lakisääteisten kuntayhtymien jäsenkunnat kattoivat kuntayhtymien taseeseen kertyneet alijäämät. Niistä suurimmat jäivät Keski-Suomen, Kymenlaakson, Pohjois-Karjalan ja Etelä-Karjalan alueiden jäsenkuntien katettavaksi. Siirtymävaiheessa purettiin myös taseen kumulatiivisia ylijäämiä ja investointivaroja, joista merkittävimmät toteuttivat Pohjois-Pohjanmaan ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirit. Järjestämisvastuun siirtyminen hyvinvointialueille myötävaikutti kuntien halukkuuteen myydä sosiaali- ja terveydenhuollon kiinteistöjä. Merkittävimmät myyntipäätökset tehtiin Oulun, Lahden, Jyväskylän ja Espoon kaupungeissa.

Sairaanhoitopiirien lainakanta jatkoi kasvuaan 4,5 miljardiin euroon mittavien sairaalainvestointien vuoksi. Eniten lainakannat kasvoivat Helsingin ja Uudenmaan, Kanta-Hämeen, Pohjois-Pohjanmaan ja Pohjois-Savon sairaanhoitopiireissä. Siirtymävaiheessa lakisääteisten kuntayhtymien varat ja velat siirtyivät hyvinvointialueille.

Hyvinvointialueiden rahoituslaskelmat tarkentuvat edelleen

Hyvinvointialueiden rahoitus perustuu pääosin valtion yleiskatteelliseen rahoitukseen sekä osin asiakas- ja käyttömaksuihin. Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus perustuu kullakin alueella väestön arvioituun palvelutarpeeseen (80 %), asukasmäärään sekä muihin määräytymistekijöihin. Palvelutarve nostaa laskennallista asukaskohtaista rahoitusta erityisesti alueilla, joilla väestö on verrattain iäkästä, kuten Kainuussa, Pohjois-Karjalassa ja Etelä-Savossa. Määräytymistekijöistä asukastiheyden perusteella rahoitusta saavat erityisesti Lapin ja Kainuun hyvinvointialueet (kuvio 5). Asukaskohtainen laskennallinen rahoitus on pienintä Uudenmaan alueilla ja Helsingin kaupungilla, mutta sitä kuitenkin kasvattaa vieraskielisten suuri osuus.

Elokuussa 2023 valtiovarainministeriön julkaisemien laskelmien mukaan hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin sosiaali-, terveys- ja pelastustoimialan rahoitus vuodelle 2023 on yhteensä 23,2 miljardia euroa, josta sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen osuus on 22,7 miljardia euroa. Laskelmassa on otettu valtiovarainministeriön kunnille ja kuntayhtymille toteuttaman kyselyn perusteella siirtolaskelmia vääristävät erät vuosien 2021 ja 2022 osalta. Rahoituksessa on huomioitu korvaukset kahdesta ympäri- vuorokautisesta yhteispäivystyksiköstä Lapin ja Etelä-Savon hyvinvointialueille. Laskelmien mukaan laskennallinen rahoitus kasvaa eniten Pohjois-Karjalan, Varsinais-Suomen ja Lapin alueilla ja vähenee useilla Uudenmaan alueilla suhteessa siirtyviin kustannuksiin.

Rahoituksen muutos porrastetaan siirtymätasausmenettelyllä vuosina 2023–2029. Yhdeksän aluetta saavuttaa laskennallisen rahoituksen tason siirtymäkauden aikana. Siirtymäkauden päättyessä suurimmat toistaiseksi pysyvät siirtymätasauslisät jäisivät Helsingin kaupungin, Kymenlaakson ja Etelä-Savon hyvinvointialueiden rahoitukseen. Vastaavasti suurimmat siirtymätasausvähennykset jäisivät Pohjois-Karjalan ja Lapin hyvinvointialueiden rahoitukseen.

Valtiovarainministeriön elokuussa julkaiseman laskelman mukaan kokonaisrahoitus vuodelle 2024 on 24,4 miljardia euroa, josta sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus on 23,9 miljardia euroa. Uutena määräytymistekijänä vuoden 2024 rahoituksessa on yliopistosairaalalisä, 131 miljoonaa euroa.

Tilinpäätösennusteet alijäämäisiä

Talousarvioita laadittiin erittäin epävarmassa tilanteessa Venäjän hyökkäyssodan ja Covid-19-pandemian edelleen vaikuttaessa toimintaympäristöön. Hyvinvointialueiden talousarviot vuodelle 2023 oli laadittu alijäämäisiksi Pohjois-Savoa lukuun ottamatta. Yhteensä ennakoitu alijäämä oli noin 860 miljoonaa euroa. Alkuvuodesta THL arvioi, että vuoden 2022 tilinpäätöstietojen perusteella maksettava kertakorvaus tulisi leikkaamaan alijäämästä merkittävän osan. Talousarviosuunnitelmien mukaan talouden tasapaino kuitenkin saavutettaisiin vuoden 2025 loppuun mennessä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen tasoa korotettiin vuoden 2022 tasoon nähden hyvinvointialueindeksin (3,52 %) ja palvelutarpeen kasvun (1,22 %) mukaisesti ja 0,25 miljardia euroa uusien sote-tehtävien osalta, yhteensä 1,3 miljardilla eurolla. Alueiden raportoimien tilinpäätösennusteiden yhteen laskettu alijäämä on kasvamassa noin 1,1 miljardiin euroon rahoitukseen lisätystä 0,7 miljardin euron kertakorvauksesta huolimatta. Rahoituksen tason kasvu ei kuitenkaan ole vastannut täysimääräisesti inflaatiokehityksen eikä valtakunnallisen työmarkkinaratkaisun tasoon, mikä on kasvattanut alueiden alijäämäennusteita edelleen suhteessa talousarvioon. Osavuosikatsausten perusteella merkittävimmät talousarviopoikkeamat aiheutuvat lisäksi ostopalvelujen volyymin kasvusta ja hinnankorotuksista sekä työvoimavuokrauksen yleistymisestä.

Suurimmat asukaskohtaiset alijäämäennusteet ovat Kainuun, Etelä-Savon, Kymenlaakson, Keski-Suomen, Pohjois-Savon ja Lapin hyvinvointialueilla. Pienimmät asukaskohtaiset alijäämäennusteet puolestaan ovat Helsingin kaupungilla ja Keski-Pohjanmaan hyvinvointialueella.

Valtaosalla vuoden 2023 alussa järjestäytyneistä alueista oli viiveitä asiakaslaskutuksen käynnistämisessä, ostolaskujen kierrossa ja palkanmaksussa. Kirjanpidon ajantasaisuuden ja täsmällisyyden haasteet heijastuvat edelleen alueiden talousennusteisiin.

Kunta- ja hyvinvointialuetyönantajat ry on arvioinut palkkojen harmonisoinnin nostavan työvoimakustannuksia noin kuusi prosenttia. Maakunnallisesti aiemmin järjestäytyneillä alueilla, kuten Etelä-Karjalassa, palkkojen harmonisointi on jo toteutettu, mutta osalla se on vielä kesken. Vastaavasti palkkojen harmonisointi on vasta alkamassa alueilla, joissa palvelut on aiemmin järjestetty hajautuneesti, kuten Pirkanmaalla, Varsinais-Suomessa, Länsi-Uudellamaalla ja Pohjois-Pohjanmaalla.

Useat hyvinvointialueet hakevat lisälainanottovaltuutta

Kesäkuussa 2023 valtioneuvosto myönsi vuosikatteen perusteella pitkäaikaista lainanottovaltuutta vuodelle 2024 vain Pohjois-Karjalan hyvinvointialueelle. Muut hyvinvointialueet voivat jatkaa aiempia investointihankkeita normaalisti ja nostaa niihin osoitetut lainat, mutta ne eivät voi ottaa lainaa uusiin hankkeisiin. Useat alueet ovat kuitenkin hakeneet lisälainanottovaltuutta tai harkitsevat sitä.

Suurimmat asukaskohtaiset lainakannat ovat Kainuun, Pohjois-Pohjanmaan, Pohjois-Savon ja Keski-Suomen hyvinvointialueilla, joilla on toteutettu tai käynnissä sairaalarakennushankkeet. Pienimmät asukaskohtaiset lainakannat ovat Kymenlaakson ja Uudenmaan hyvinvointialueilla, joista jälkimmäisten erikoissairaanhoidon investoinnit toteuttaa HUS-yhtymä. Helsingissä kaupunki toteuttaa rakennusinvestoinnit ja sosiaali-, terveys- ja pelastustoimiala vuokraa tilat sisäisesti. Helsingin kaupungin lainanotto-oikeutta ei rajoiteta. Investointien myötä hyvinvointialueiden lainakannan odotetaan kasvavan 4,8 miljardiin euroon vuonna 2023.

Investointisuunnitelmissa painottuvat sairaalarakentaminen sekä asiakas- ja potilastietojärjestelmien yhtenäistäminen

Hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän omaan taseeseen toteutettavat investointihankkeet ovat yhteensä 4,9 miljardia euroa talousarviosuunnitelmakaudelle 2024–2027. Lisäksi investointeja vastaavia sopimuksia, lähinnä vuokrasopimuksia, on 1,1 miljardia euroa.

Hyvinvointialueet jatkavat jo suunniteltuja ja käynnissä olevia sairaalainvestointeja sekä peruspalvelujen uudisrakennus- ja peruskorjaushankkeita. Asiakas- ja potilastietojärjestelmien yhtenäistämiseen investoidaan erityisesti alueilla, joilla järjestäminen oli aiemmin hajautunutta. Investoinneissa korostuvat lisäksi sähköisen asioinnin palvelut ja etähoitojärjestelmät mutta myös tiedolla johtamisen järjestelmät sekä tietoaltaat.

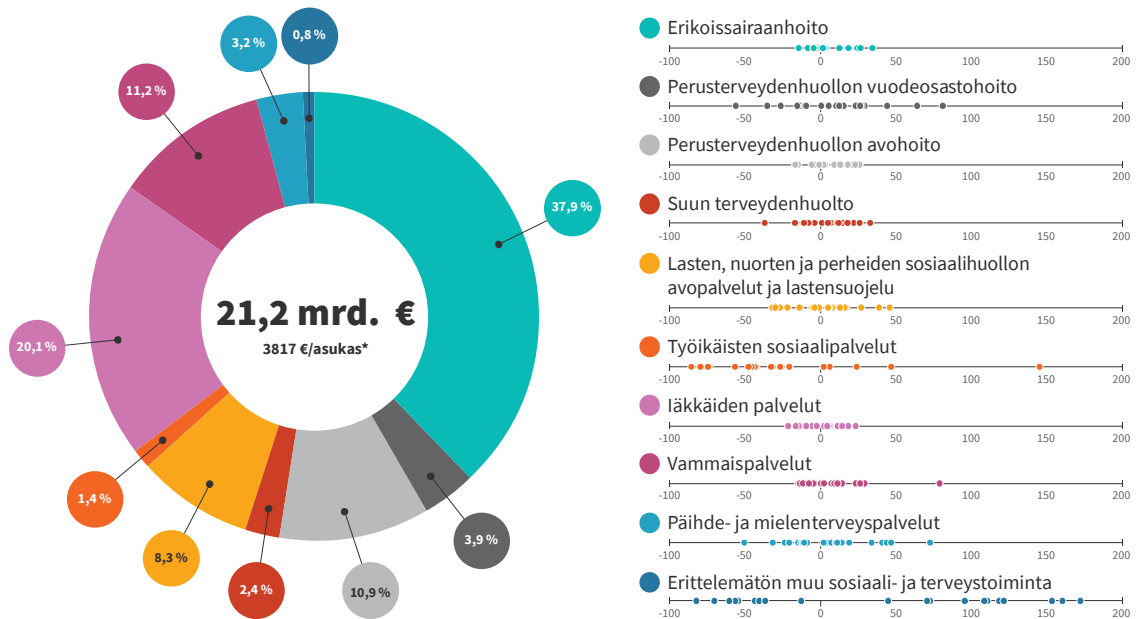
Talouden tasapainottaminen välttämätöntä

Tarpeenmukaisten palvelujen järjestäminen ja taloudellinen kestävyys edellyttävät palvelujärjestelmän toiminnallista uudistamista kaikilla hyvinvointialueilla. Alueiden tulee kattaa taseeseen kertynyt alijäämä enintään kahden vuoden kuluessa tilinpäätöksen vahvistamista seuraavan vuoden alusta lukien, eli vuonna 2023 syntyvä alijäämä tulee kattaa vuoden 2026 loppuun mennessä. Jos vuonna 2024 syntyy lisää alijäämää, myös se tulee kattaa vuoden 2026 loppuun mennessä. Jos alijäämää ei ole katettu lain mukaisessa aikataulussa, alue voi joutua arviointimenettelyyn.

Syyskuun loppuun mennessä 11 aluetta oli asettanut vuodelle 2023 yhteensä 260 miljoonan euron kustannussäästötavoitteen, mutta tavoitteiden toteutuminen vaikuttaa useilla alueilla epätodennäköiseltä. Lisäksi Helsingissä tavoitellaan ensimmäisessä vaiheessa toimenpide-ehdotuksia ainakin 100 miljoonan euron sopeuttamiseksi. Useilla alueilla säästötavoitteet tarkentuvat vuoden 2024 talousarvion laadinnan yhteydessä. Osalla alueista on pitkään jatkuneen sopeuttamisen aikana jo tehty monia toimenpiteitä, mikä haastaa uusien säästökohteiden löytämistä. Toisilla alueilla toimenpiteitä vasta suunnitellaan.

Järjestämislain 29 §:n mukaisen selvityksen mukaan alueista vain Länsi-Uusimaa ja Pohjois-Karjala arvioivat, että niillä on täysimääräiset edellytykset saattaa toimintansa taloudellisesti kestäväksi vuoteen 2025 mennessä.

Kuvio 2. Sosiaali- ja terveydenhuollon nettokäyttökustannusten jakauma tehtävittäin ja alueiden ero maan keskiarvoon vuonna 2022

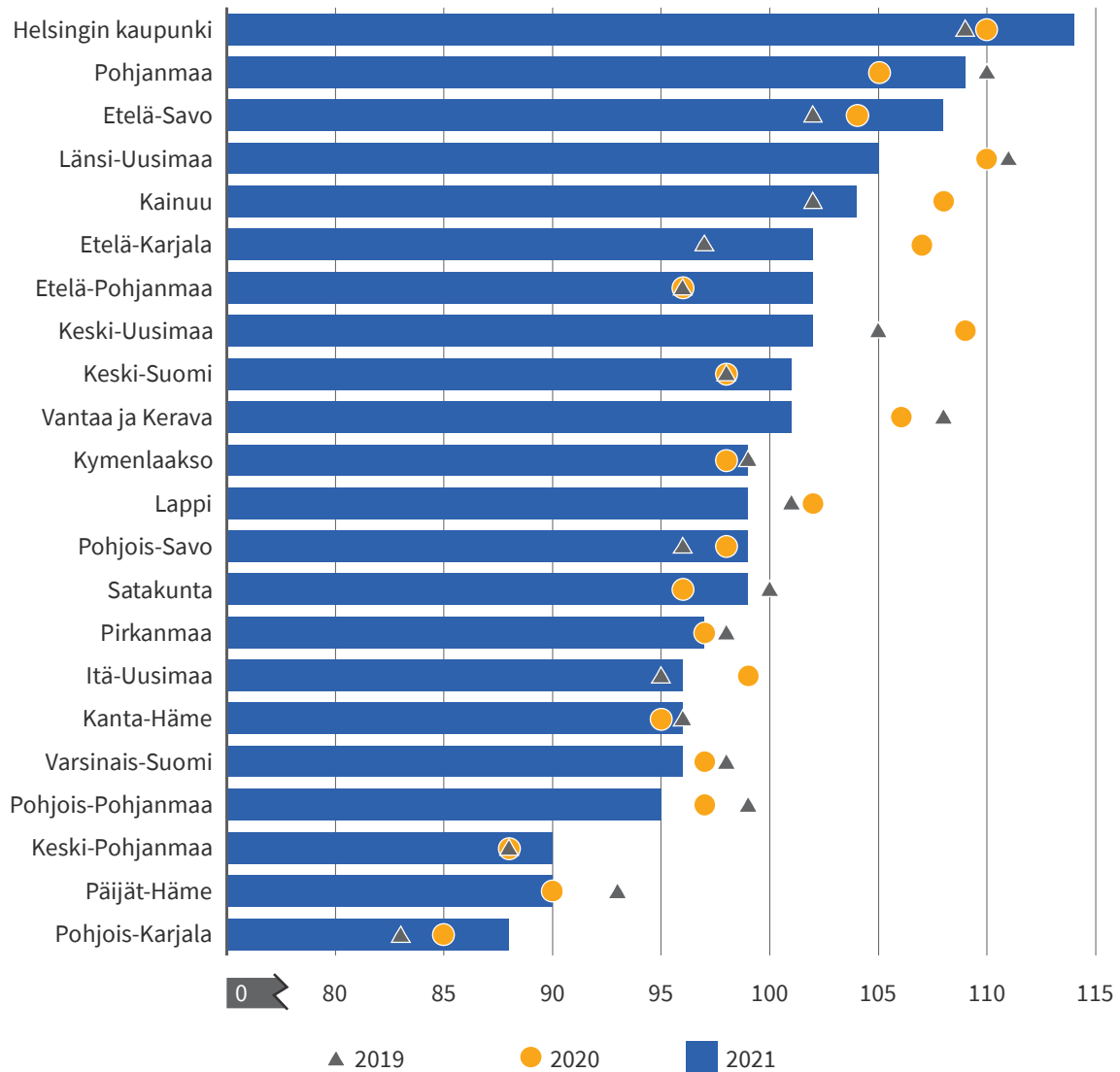


▲ Vasemmalla kuviossa esitetään tehtävittäin prosentiosuudet vuoden 2022 sosiaali- ja terveydenhuollon nettokäyttökustannuksista koko maassa. Oikealla kuviossa esitetään sosiaali- ja terveydenhuollon nettokäyttökustannusten jakauma tehtävittäin suhteutettuna palveluita käyttävien ikäluokkien väestöön. Jos hyvinvointialueen väestöön suhteutetut menot ovat maan keskiarvoa suuremmat, alueen arvo on positiivinen. lääkäiden palvelujen nettokäyttökustannukset on suhteutettu yli 75-vuotiaaseen väestöön. Työikäisten sosiaalipalvelujen nettokäyttökustannukset on suhteutettu 18–65-vuotiaaseen väestöön. Lasten, nuorten ja perheiden sosiaalihuollon avopalvelujen ja lastensuojelun nettokäyttökustannukset on suhteutettu alle 18-vuotiaaseen väestöön.

Tiedot perustuvat kuntien Valtiokonttorille raportoimiin palveluluokkakohtaisiin taloustietoihin.

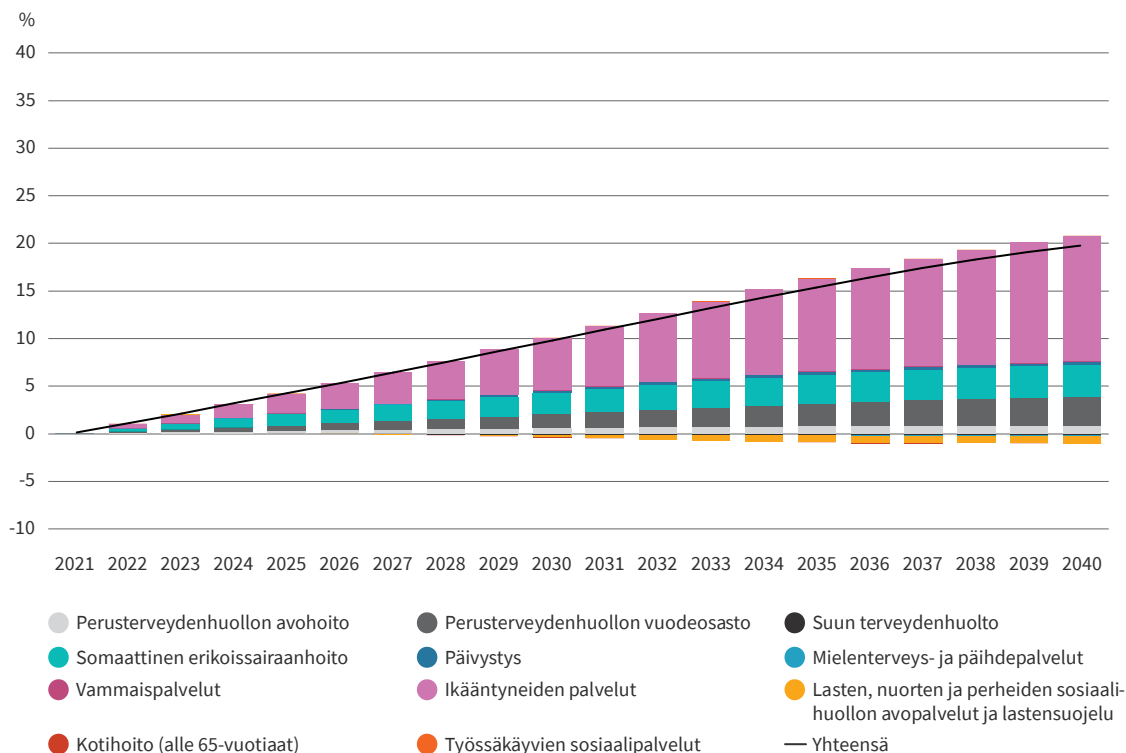
* Nettokäyttökustannukset poikkeavat rahoituslaskelmissa käytetystä tasosta siirtolaskelmissa tehtyjen oikaisuerien sekä päivittyneen aineiston vuoksi.

Kuvio 3. Tarvevakioidut kustannukset vuosina 2019–2021, indeksi (koko maa=100)



▲ Kuviossa esitetään hyvinvointialueittain tarvevakioidujen kustannusten poikkeama maan keskiarvosta (100). Mitä kauempana kustannuksia kuvaava palkkiviiva on keskiarvosta, sitä pienemmät tai suuremmat ovat alueen tarvevakioidut kustannukset. Tarvetekijöinä on huomioitu väestön ikä- ja sukupuolirakenne, sairastavuus ja sosioekonominen asema. Tiedot perustuvat Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen vuonna 2023 päivittämiin vuosien 2019–2021 laskelmiin.

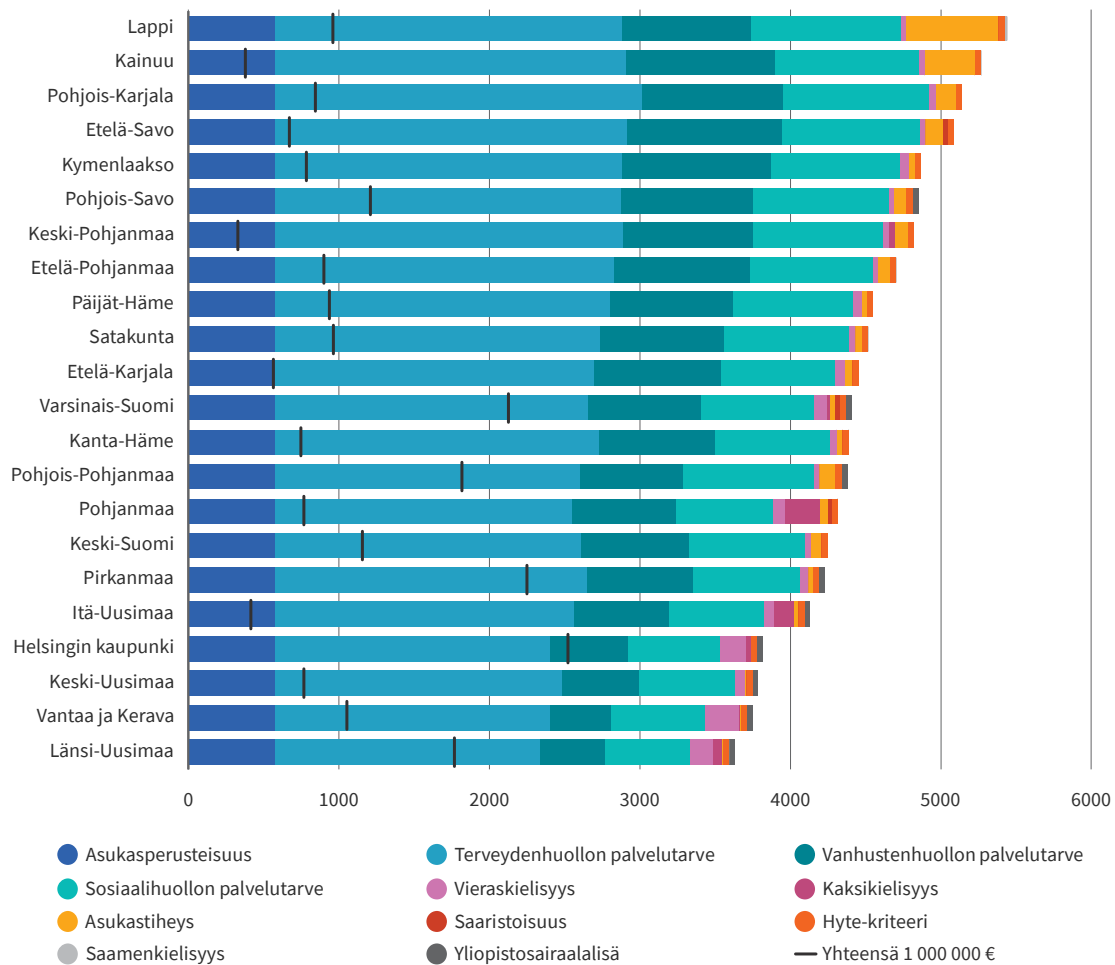
Kuvio 4. Väestörakenteen muutoksen vuosittainen vaikutus sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten ennakoituun kehitykseen, prosenttia vuodesta 2021 vuoteen 2040



▲ Kuviossa esitetään, miten sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset kehittyvät väestörakenteen muutoksen myötä, mikäli toiminta säilyy nykytilan kaltaisena. Arvio palvelutarpeen vuosittaisista muutoksista perustuu pitkän aikavälin sosiaalimenojen analyysimallin (SOME-mallin) ennusteisiin. Luvut kertovat prosentteina tehtävittäin, kuinka paljon sosiaali- ja terveystarpeiden volyymi keskimäärin vuosittain kasvaa vuodesta 2021 vuoteen 2040. Kasvuennuste ei huomioi inflaation, tuottavuuden, palvelurakenteen tai väestön sosioekonomisen aseman muutoksia.

Laskentamalli perustuu THL:n kokoamiin rekisteriaineistoihin vuodelta 2019 sekä sosiaalihuollon avohoidon osalta suoriin aineistopyyntöihin.

Kuvio 5. Sosiaali- ja terveydenhuollon laskennallinen asukaskohtainen rahoitus määrätymistekijöittäin sekä rahoitus hyvinvointialueittain vuonna 2024.



▲ Kuviossa esitetään hyvinvointialueiden rahoituskriteereiden mukainen sosiaali- ja terveydenhuollon laskennallinen asukaskohtainen rahoitus määrätymistekijöittäin sekä vuoden 2024 rahoitus alueittain. Laskennallinen rahoitus poikkeaa toteutuvasta rahoituksesta siirtymätasausmenettelyn vuoksi, joka vähentää tai kasvattaa alueen rahoitusta siirtymäkaudella vuosina 2023–2029.

Palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, henkilöstön riittävyttä ja talouden hallintaa edistävät toimenpiteet

Hyvinvointialueiden strategiat vastaavat valtakunnallisiin tavoitteisiin

Hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän tehtävänä on järjestää väestön palvelut yhdenvertaisesti, yhteen sovitettuina palvelukokonaisuuksina ja tarpeet huomioiden lähellä asiakkaita. Hyvinvointialueet asettavat palvelustrategiassa tavoitteet sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen toteuttamiselle.

Joulukuussa 2022 valtioneuvosto vahvisti sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnalliset strategiset tavoitteet yhdenvertaisen, laadukkaan ja kustannusvaikuttavan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiselle. Tavoitteet on pääsääntöisesti huomioitu hyvin hyvinvointialueiden strategisissa linjauksissa.

Tavoitteet taloudellisesti kestävästä toiminnasta sekä kustannusten kasvun hidastamisesta suhteessa palvelutarpeen kasvuun ovat konkretisoituneet voimakkaasti jo hyvinvointialueiden aloittaessa. Jokaisen hyvinvointialueen sekä Helsingin kaupungin ja HUSin ensimmäisen vuoden tilinpäätösennuste on alijäämäinen.

Alueista noin puolella suunnitelma talouden ja toiminnan tasapainottamiseksi

Noin puolet alueista sekä Helsingin kaupunki ja HUS ovat jo päättäneet talouden ja toiminnan tasapainottamiseen liittyvistä linjauksista ja toimenpiteistä osana strategioita tai erillisinä suunnitelmina ja ohjelmina. Palveluverkkoa koskevia linjauksia on osalla alueista jo strategioissa, osalla linjauksia tehdään talouden ja toiminnan tasapainottamissuunnitelman yhteydessä vuoden 2023 lopussa. Osa alueista tekee päätöksiä vasta vuonna 2024.

Päätökset tehneillä alueilla talouden ja toiminnan tasapainottamistavoitteet ovat hyvin samansuuntaisia. Muun muassa tavoitteet hoidon ja palvelutarpeen kasvun hidastamisesta, yhdenvertaisesta saatavuudesta ja saavutettavuudesta sekä henkilöstön saatavuudesta ja riittävydestä on huomioitu jokaisessa suunnitelmassa. Moni suunnitelma sisältää myös tavoitteen toiminnallisesta integraatiosta. Sitä pidetään kustannusvaikuttavan sekä asiakas- ja potilaslähtöisen toiminnan edellytyksenä.

Hoidon tarpeen ja palvelujen käytön kasvua hillitään

Useimmilla alueilla on jatkettu jo aiemmin toiminutta hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistämisen verkostomaista työtä. Yhdyspintatyöstä haetaan yhä vaikuttavampaa kumppanuutta. Selkeintä tehtäväjako kuntien kanssa on ympäristöterveydenhuollossa ja sivistyspalveluissa. Selkiytymättömintä yhteistyö on vielä kotoutumisen ja asumisen tehtävissä.

Hoidon ja palvelujen tarpeen kasvuun ja kysyntään vaikutetaan monikanavaisella neuvonnalla ja ohjauksella, joita on jo yksittäisillä alueilla keskitetty. Asukkaita ohjataan vahvasti omaehtoiseen hyvinvoinnin ja toimintakyvyn ylläpitämiseen ja parantamiseen. Keskitettyä monialaista neuvontaa ja ohjausta on vielä hyvin vähän.

Asiakas- ja potilasvirtaa pyritään hallitsemaan myös yhdenmukaistamalla ja tiukentamalla hoidon saannin ja palvelun myöntämisen perusteita. Lisäksi asiakkuuden alkamiseen voi liittyä esimerkiksi arviointijakso, jonka aikana asiakkaan omia voimavaroja ja muita mahdollisia tukimahdollisuuksia kartoitetaan.

Tasapainottelua oman tuotannon ja ostopalvelun välillä

Talouden ja toiminnan tasapainottamiseen etsitään pidemmän aikavälin vaikutusten lisäksi nopeitakin ratkaisuja. Vaikka yksiköitä tai paikkoja on vähennetty henkilöstövajeen vuoksi jo aiemmin, on osassa alueita päätetty muuttaa esimerkiksi perinteisiä perusterveydenhuollon vuodeosastoja arviointi- ja kuntoutusyksiköiksi ja samalla vähentää paikkoja. Yksiköiden toimintakulttuuria pyritään muuttamaan esimerkiksi moniammatillisemmaksi. Henkilöstöä siirretään muun muassa vuodeosastolta kotisairaalaan, tehostettuun kotikuntoutukseen tai muuhun kotona asumista tukevaan palveluun.

Taloudellisten realiteettien lisäksi alueet huomioivat suunnitelmissaan myös muutosten toimeenpanoon kohdistuvat riskit ja haasteet. Esimerkiksi tarveperustaisten palvelujen järjestäminen johtaa alueen sisäiseen toimintojen uudelleen organisoimiseen ja totuttujen lähipalvelukonseptien muutokseen. Osa alueista on arvioinut toimenpiteiden vaikutusta asiakkaisiin, henkilöstöön tai palvelutoimintaan.

Alueet käyttävät myös tuotantotapa-analyysejä löytääkseen kustannusvaikuttavimman tavan järjestää palvelut. Monituottajamallin käyttämistä haastavat kuitenkin markkinoiden heilahtelu ja hintojen nousu. Hyvinvointialueiden ensimmäisen toimintavuoden aikana talouden hallintaa on vaikeuttanut omaa tuotantoa kalliimman vuokratyövoiman lisääntynyt käyttö. Henkilöstöpulan vuoksi ostopalveluihin joudutaan muutoinkin turvautumaan entistä useammin.

Palveluissa on kuitenkin lakisääteisiä tehtäviä, joissa alueen oma toiminta on välttämätöntä. Osa tehtävistä on myös vaikuttavuuden ja valvonnan kannalta todettu järkeväksi pitää omana tuotantona, kuten esimerkiksi lastensuojelun vastaanottoyksiköiden toiminta ja ikääntyneiden arviointi- ja kuntoutustoiminta. Hoitojonojen purkuun on käytetty palveluseteliä, jonka käyttö kohdennetaan esimerkiksi episodiassiakkuuksiin. Sosiaalipalveluissa palvelusetelin käyttö on jo huomattavasti yleisempää.

Terveydenhuollossa sähköiset palvelut lisääntyneet

Hyvinvointialueiden yhä vaikeutunut työvoimapula on heikentänyt terveydenhuollon palvelujen saatavuutta. Perusterveydenhuollon lääkärivastaanoitoille pääsyn odotusajat ovat pidentyneet viime vuosien aikana, eivätkä hyvinvointialueet vielä toistaiseksi ole kyenneet tuomaan siihen helpotusta (kuvio 6). Henkilöstövajeet ovat heijastuneet myös erikoissairaanhoidon kiireettömän hoidon tarjoamiseen. Yli kuusi kuukautta hoitoa odottaneiden osuudet ovat olleet erityisen suuria viidellä alueella (kuvio 7).

Hyvinvointialue- ja palvelustrategiat ohjaavat jo osittain kehittämistä alueilla. Useita strategioita jalkauttavia ohjelmia ja suunnitelmia on kuitenkin edelleen valmistelussa, eli strategiat eivät vielä ohjaa palveluja täysimääräisesti. Alueet ovat jatkaneet myös palveluja yhdenmukaistavia sekä saatavuutta ja integraatiota varmistavia toimenpiteitä.

Yksi yleisimmistä hyvinvointialueiden strategisista tavoitteista on ollut parantaa palvelujen saatavuutta sähköisillä palveluilla. Toimenpiteiden vaikutuksia on jo nähtävissä, sillä yhä useamman asiointi ja kontakti sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen kanssa on tapahtunut sähköisen kanavan kautta.

Sähköiset kanavat ovat lisäksi laajentaneet omahoidon mahdollisuuksia ja tarjonneet hoitoa digihoitopoluilla. Samalla työntekijöiden aikaa on vapautunut välittömään työhön, ja palvelujen saavutettavuus on parantunut.

Aiempaa enemmän lasten, nuorten ja perheiden matalan kynnyksen palveluita

Kouluterveydenhuollon käyntimäärät ovat vähentyneet, ja lasten ja nuorten kokemukset palveluiden riittämättömyydestä ovat lisääntyneet. Matalan kynnyksen palvelujen vähäisyys on pitänyt korjaavien palvelujen tarpeen suurena. Lastensuojelun asiakasmäärät kasvoivat kaksi prosenttia edellisvuoteen verrattuna. Samaan aikaan vähentyneet sosiaalityöntekijäresurssit ovat kasvattaneet työntekijäkohtaisia asiakasmääriä yli sallitun määrän lähes kaikilla alueilla. Alueilla työskentelee henkilöitä, joilla on vain sijaispätevyys. Heidän osuutensa palveluissa on ollut 28 prosenttia keväällä 2023. Pula pätevistä sosiaalityöntekijöistä on heikentänyt lastensuojelun määrärajoissa pysymistä ja hidastanut palvelujen saamista (kuviot 8).

Lasten, nuorten ja perheiden palvelujen kehittäminen on painottunut matalan kynnyksen palveluihin. Useilla alueilla on otettu käyttöön sähköinen perhekeskuspalvelu, ja mielenterveyspalvelut ovat vahvistuneet Cool Kids- ja IPC-menetelmillä. Myös erilaiset matalan kynnyksen yhteydenottokanavat ovat lisääntyneet. Palvelupolkuja on kehitetty moniammatillisesti ja -alaisesti useita tarpeita varten. Henkilöstövajeet ovat kuitenkin hidastaneet kehittämistä, mikä haastaa palvelujen riittävyyttä vielä tulevaisuudessaakin. Riittävien palvelujen turvaamiseksi alueet ovat turvautuneet ostopalveluihin yhä useammin ja lisänneet vuokratyövoiman käyttöä.

Kotihoitoa vahvistetaan

Ikääntyvä väestö yhdessä työvoimapulan kanssa on suuri haaste palvelujen järjestämiselle. Valtaosa hyvinvointialueista on suoriutunut kohtalaisen hyvin palvelutarpeen arvioinnista, mutta tarvetta vastaavien palvelujen järjestäminen on ollut yhä vaikeampaa. THL:n selvityksen mukaan keskeisten ikääntyneiden palvelujen peittävyys on omaishoitoa lukuun ottamatta viime vuosina heikentynyt. Suurimmat vajeet ovat palvelujen järjestäjien mukaan olleet palveluasumisessa, parhainta puolestaan on ollut kotihoidon riittävyys. Vanhuspalvelulain mukaisten henkilöstömitoitusten täyttäminen on ollut vaikeaa, ja se on heikentänyt palvelujen saatavuutta.

Henkilöstövajeet ovat heikentäneet kotihoidon palveluja, ja säännöllisen kotihoidon asiakasmäärät ovat vähentyneet. Alueet ovat pyrkineet parantamaan kotihoidon saatavuutta ja kehittäneet neuvonnan ja ohjauksen palveluja. Kotihoidossa on otettu käyttöön työn tekemistä helpottavaa teknologiaa, ja etäkäynnit ovat lisääntyneet. Kotisairaala- ja päiväystyöpalvelujen jalkautuminen asiakkaiden koteihin on vähentänyt erityisesti päiväystyökäyntejä.

Kotona asumisen ja tehostetun palveluasumisen välimuodoksi ollaan tuomassa yhteisöllistä asumista. Alueet ja kunnat yhdessä muiden toimijoiden kanssa kehittävät palvelukonsepteja.

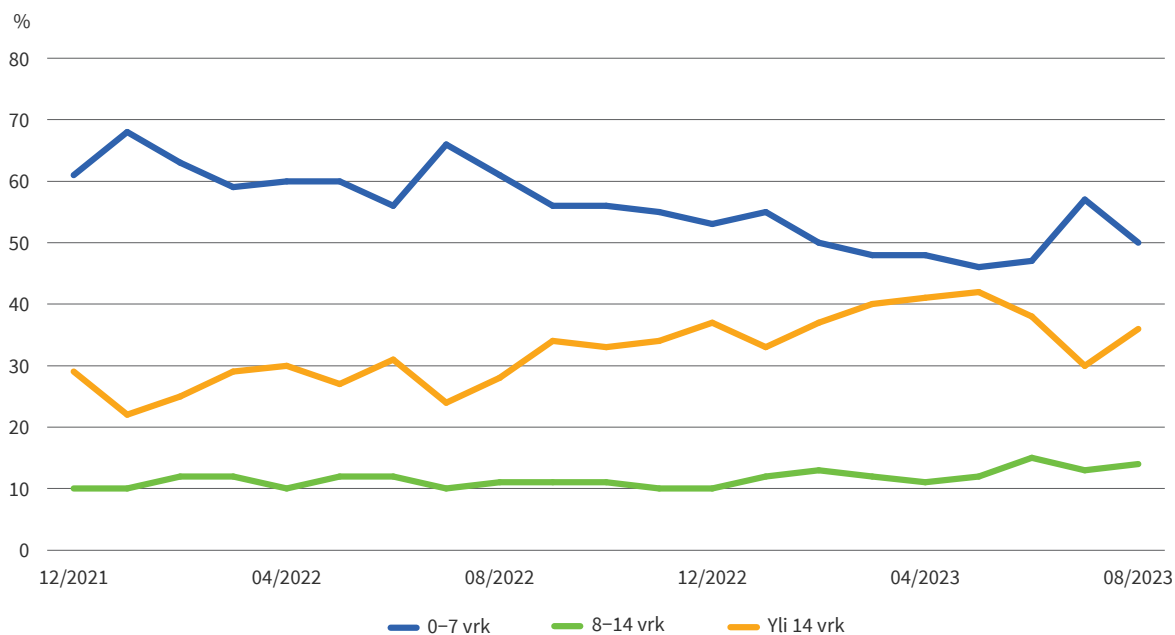
Henkilöstön riittävyyttä edistävät toimenpiteet

Järjestämislain 29 §:n mukaisessa selvityksessä edellytykset turvata osaavan henkilöstön saanti arvioitiin koko maan tasolla heikoimmiksi. Toisaalta palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden arvioitiin toteutuvan lähes täysimääräisesti vuoteen 2025 mennessä.

Henkilöstöstrategian tai -ohjelman laatiminen oli osalla alueista vielä kesken. Jo tehdyissä strategisissa linjauksissa näkyy vahvasti muutosjohtamisen parantaminen eri organisaatiotasolla sekä laaja-alaisena organisaatiokulttuurin uudistamistavoitteena. Hierarkkisesta johtamismallista halutaan siirtyä valmentavaan johtamiseen ja yhteisöohjautuvuuteen, jotka onnistuessaan lisäävät henkilöstön työhyvinvointia ja sitoutumista. Henkilöstölle tarjotaan myös mahdollisuuksia edetä työurallaan.

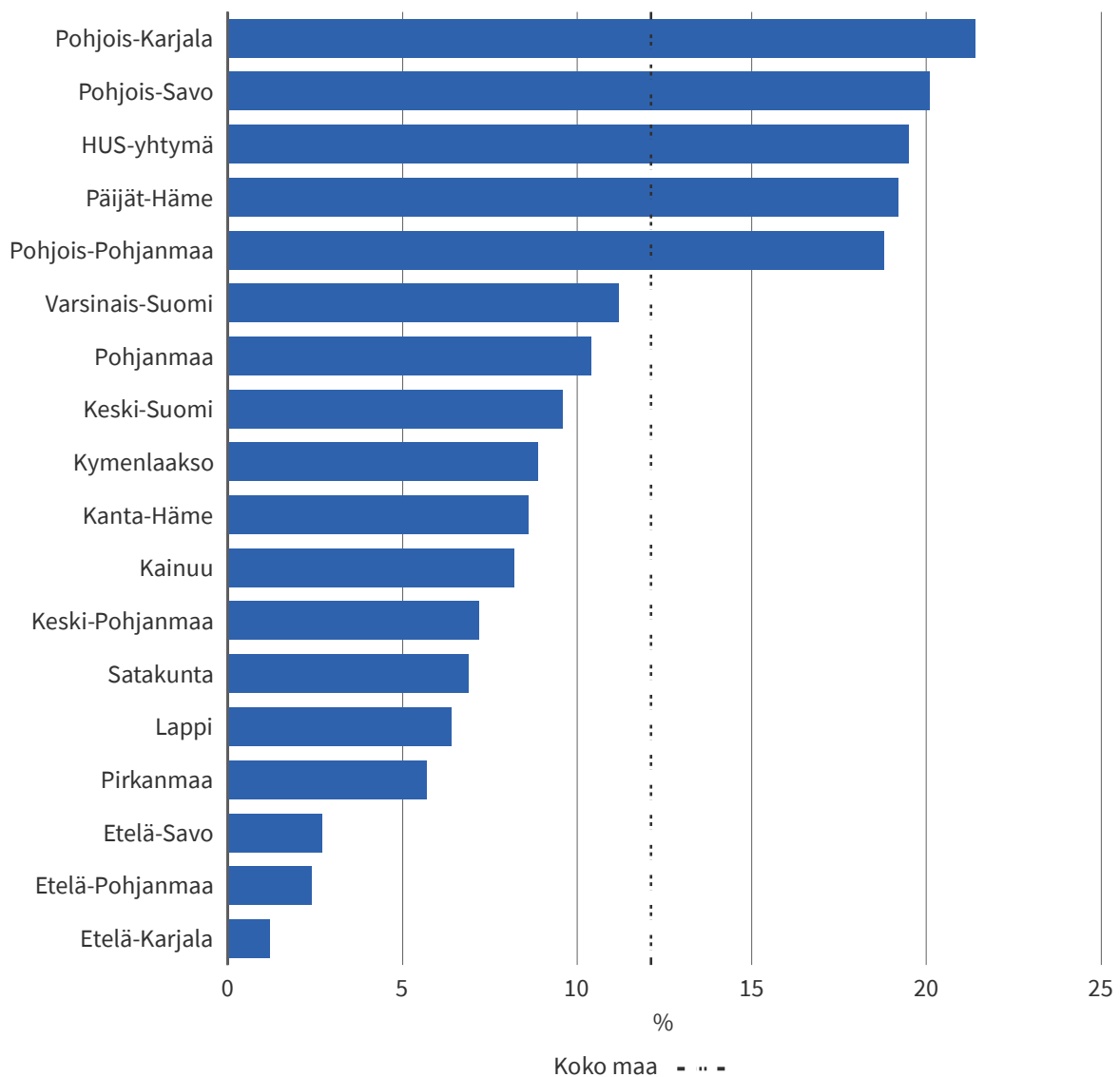
Henkilöstön saatavuuteen ja riittävyyteen tähdätään myös toimenpiteillä, joiden vaikutus näkyy jo lyhyellä aikavälillä. Työnjakoon liittyviä selvityksiä on meneillään, ja muun muassa tukihenkilöstöä on jo osalla alueista lisätty. Varahenkilöstöä palkataan tai nykyistä määrää kasvatetaan. Erilaisia taloudellisia houkuttimia sekä työhyvinvointia edistäviä toimintamalleja on käytössä. Toimeenpanossa olevat talouden ja toiminnan uudistamisohjelmat sisältävät myös palvelurakenteeseen ja -verkkoon liittyviä linjauksia, jotka ovat välttämättömiä henkilöstöressurssin riittävyyden kannalta.

Kuvio 6. Hoitoon pääsyn odotusajat perusterveydenhuollon avosairaanhoidon kiireettömällä lääkärikäynnillä vuosina 2021–2023 (%)



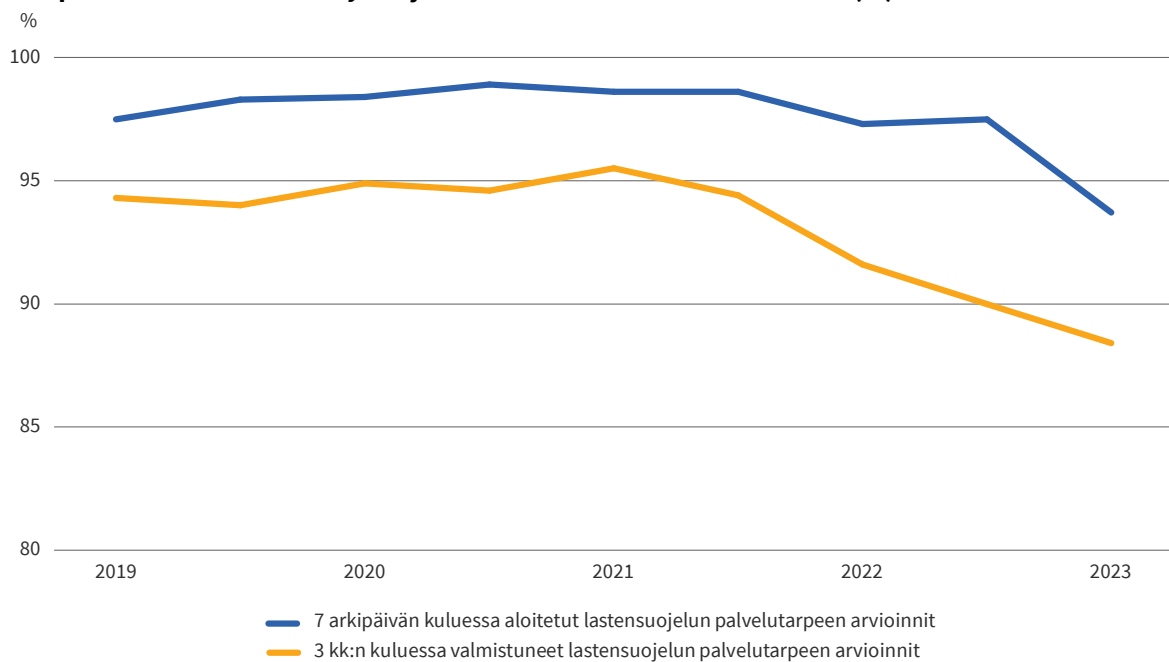
▲ Kuviossa esitetään hyvinvointialueiden perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärin kiireetöntä vastaanottokäyntiä 0–7, 8–14 ja yli 14 vuorokautta odottaneiden osuudet ajanjaksolla joulukuu 2021 – elokuu 2023. Tiedot perustuvat THL:n Perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitus-tietoihin. Tiedot päivitetään THL:n verkkosivuilla kerran kuukaudessa.

Kuvio 7. Kiireetöntä erikoissairaanhoidoa yli kuusi kuukautta odottaneet hyvinvointialueittain vuonna 2023 (%)



▲ Kuviossa esitetään kiireetöntä erikoissairaanhoidoa yli kuusi kuukautta odottaneiden osuudet hyvinvointialueilla ja HUS-yhtymän alueella ajanjaksolla tammikuu–heinäkuu 2023. Tiedot perustuvat THL:n Erikoissairaanhoidon hoitoonpääsy -tietoihin. Tiedot päivitetään THL:n verkkosivuilla kerran kuukaudessa.

Kuvio 8. Lastensuojeluasiana tai erityistä tukea tarvitsevan lapsen asiassa vireille tulleiden palvelutarpeen arviointien käsittelyaikojen toteutuminen vuosina 2021–2023 (%)



▲ Kuviossa esitetään lastensuojeluasiana tai erityistä tukea tarvitsevan lapsen asiassa lakisääteisen seitsemän arkipäivän kuluessa aloitettujen lastensuojelun palvelutarpeen arviointien osuudet ja lakisääteisen kolmen kuukauden kuluessa valmistuneiden lastensuojelun palvelutarpeen arviointien osuudet 2021–2023. THL kerää tiedot kaksi kertaa kalenterivuodessa palvelujen järjestäjiltä.

Menetelmät ja laatuseloste

Arvioinnin tietopohja

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) laatima valtakunnallinen asiantuntija-arvio kokoaa yhteen koko maata koskevan tilannekuvan pääasiallisesti alueellisten asiantuntija-arvioiden havaintojen pohjalta. Asiantuntija-arvion määrällisen tietopohjan perustana on noin 500 indikaattorista muodostuva sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuusmittaristo (KUVA). KUVA-mittariston tarkoituksena on varmistaa sosiaali- ja terveysministeriön (STM) ohjauksessa ja THL:n asiantuntija-arvioinnissa käytettävien tietojen yhdenmukaisuus ja edellytykset yhteisen tilannekuvan synnylle. Arvioinnin määrällistä tietopohjaa vahvistetaan hyödyntämällä soveltuvin osin myös THL:n tietokantaraportteja, joista osa päivitetty kuukausittain.

Valtakunnallisessa arvioissa hyödynnettäviä indikaattorien aluetasojat ovat hyvinvointialueet ja koko maa. Koko maan indikaattoritiedot sisältävät vastaavat tiedot myös Ahvenanmaasta. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain mukaisesti alueellisissa arvioinnissa puolestaan arvioinnin kohteena ovat hyvinvointialueet, Helsingin kaupunki ja HUS-yhtymä. Koko maan indikaattoritietoja verrataan soveltuvin osin myös kansainvälisiin tietoihin. Arvioinnin tietopohjaan on sisällytetty myös vuosille 2023–2026 määritellyt sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisten tavoitteiden seurantaindikaattorit.

Asiantuntija-arvion lähdeaineistona hyödynnetään lisäksi hyvinvointialueiden laatimia selvityksiä sosiaali- ja terveydenhuollon ja talouden tilasta sekä muita dokumenttiaineistoja erityisesti hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän strategioista, talouden asiakirjoista sekä toimeenpano- ja muutosohjelmista. Osa arvioinnin tietopohjaa ovat myös Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston Valviran ja aluehallintovirastojen selvitykset alueiden sosiaali- ja terveydenhuollon yhdenvertaisuudesta sekä muut kansallisten viranomaisten laskelmat, tilastot ja selvitykset. Alueellisissa asiantuntija-arvioissa lisäksi tärkeänä tietolähteenä ovat alueiden edustajien kanssa käydyt arviointikeskustelut.

Tietopohjan avoimuus, saatavuus ja laatu

KUVA-mittaristo ja muu tietopohja on avoimesti tarkasteltavissa. Arvioinnissa käytetyt KUVA-indikaattoritiedot ovat saatavissa Sotekuva-verkkopalvelusta (sotekuva.fi) koko maan tasolla (sis. Ahvenanmaan), hyvinvointialueittain ja kunnittain. Mittariston lisäksi käytetyt muut indikaattoritiedot ovat saatavissa tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanetistä (sotkanet.fi) ja THL:n tietokantaraportteista (thl.fi/tietokantaraportit). Muut tilastotiedot ja arvioinnissa käytetyn laadullisen dokumenttiaineiston tiedot löytyvät lähdeluettelosta. Valviran ja aluehallintovirastojen valvontahavaintoraportit on julkaistu virastojen verkkosivuilla. Valtakunnallisessa asiantuntija-arvioissa on lisäksi hyödynnetty THL:lle arviointia varten toimitettuja Julkisen alan eläköitymisennusteen 3/2023 ennakkotietoja (KEVA), jotka eivät raportin kirjoittamisajankohtana olleet avoimesti saatavissa. Alueiden edustajien kanssa käydyt keskustelut eivät ole julkisia.

Arvioinnissa tarvittavan THL:n indikaattorituotannon tavoitteita ovat ajantasaisuus ja laatu. Laatu puutoksia seurataan indikaattorikohtaisilla lisätiedoilla. Indikaattoreita, joissa on tiedossa olevia merkittäviä laatu puutteita, ei ole käytetty arvioinnissa. KUVA-indikaattorit päivittyvät pääsääntöisesti vuosittain. Toukuussa 2023 KUVA-mittariston indikaattoreista 88 prosenttia oli päivittynyt uusilla tiedoilla hyvinvointialueiden järjestämisen sosiaali- ja terveydenhuollon arviointia varten. Syyskuussa, jolloin laadittiin valtakunnallinen asiantuntija-arvio, mittariston tiedoista oli päivittynyt 95 prosenttia. KUVA-mittariston tuotannon oikea-aikaisuus on parantunut vuodesta 2018 alkaneen seurantajakson aikana.

Vuonna 2021 toteutettu taloustietojen tiedonkeruun uudistaminen vaikuttaa talouden arvioinnin edellytyksiin myös syksyllä 2023 julkaistavissa asiantuntija-arvioissa. Arvioinnissa hyödynnetyt vuoden 2022 sosiaali- ja terveydenhuollon julkinen talous -tilaston indikaattorit sekä tilastokuutiot perustuvat palveluluokkakohtaisiin tietoihin, joita kunnat ja kuntayhtymät ovat 1.5.–16.8.2023 raportoineet Valtiokonttorin tietopalveluun. 21.8.2023 julkaistut taloustiedot ovat saatavissa THL:n [verkkosivuilta](#).

Taloustilaston palveluluokitusten muutokset sekä erittelemättömät palveluluokat vaikuttavat tietojen vertailukelpoisuuteen alueiden sekä vuosien 2021 ja 2022 välillä. Arvioinnissa käytetyissä KUVA-indikaattoreissa tämä on huomioitu karkeistamalla tietojen tarkastelutasoa eli muodostamalla summaindikaattoreita vastaamaan vanhoja tehtäväluokkia soveltuvien osin. Kuntien ja kuntayhtymien tilikaudelle 2022 on kirjattu lisäksi useita poikkeavia eriä, mikä vaikuttaa tietojen vertailukelpoisuuteen. Näitä ovat mm. kuntayhtymien alijäämän kattaminen ja ylijäämän palautus sekä osakkeiden ja kuntien sote-kiinteistöjen myynneistä kirjatut luovutusvoitot. Luvut poikkeavat tältä osin rahoituslaskelmissa käytetystä tietopohjasta. Tietojen laatua kuvataan tarkemmin tilaston [laatuselosteessa](#).

Lähteet ja arvioinnissa käytetty taustaineisto

Eurostat (2022), helmikuu 2023. [Verkkolähde](#)

Forsell M. ja Kuoppala T. (2023). Lastensuojelun käsittelyajat 1.10.2022–31.3.2023. Lakisääteisistä käsittelyajoista lipsutaan yhä useammin. Tilastoraportti 41/2023. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Verkkolähde](#)

Kauppinen, S., Forsius, P. ja Kainiemi, E. (2023). Iäkkäiden palvelujen järjestämisen tila hyvinvointialueiden aloittaessa. Vanhuspalvelujen tila -seurannan järjestäjäkyselyn tuloksia 2014-2022. Raportti 4/2023. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Verkkolähde](#)

Keva (2023). Kuntien eläköitymisennuste 3/2023 (ennakkotieto)

Kunta- ja hyvinvointialueyönantajat KT. Hyvinvointialueiden palkkaharmonisoinnin kustannukset ovat vähintään 680 miljoona. Tiedote 3.2.2022. [Verkkolähde](#)

Pekola-Sjöblom M. ja Jurmu L. (2023). Tilannekuvakartoitus kuntien ja hyvinvointialueiden yhdyspinnoista 2023. Tuloksia keväällä 2023 toteutetuista kuntakyselyistä. Syyskuu 2023. Kuntaliitto ja Hyvinvointialueyhtiö Hyvil Oy. [Verkkolähde](#)

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira. Sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnan selvitykset ja tilastot. [Verkkolähde](#) [luettu 6.9.2023]

Sosiaali- ja terveysministeriö (2023). Tiekartta 2022–2027. Sosiaali- ja terveysalan henkilöstön riittävyyden ja saatavuuden turvaaminen. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2023:8. [Verkkolähde](#)

Tilastokeskus (2023). Syntyvyys laski ennätyksellisen alas – kokonaishedelmällisyysluku mittaushistorian matalin. Uutinen 26.1.2023 [Verkkolähde](#)

Tilastokeskus (2023). Väestötilasto 2023. [Verkkolähde](#)

Työ- ja elinkeinoministeriö. Työvoimatietokarttadata 29.6.2023. [Verkkolähde](#)

Valtiokonttori. Hyvinvointialueiden talousarvion ja -suunnitelman vertailuraportti. [Verkkolähde](#) [luettu 31.8.2023]

Valtiokonttori. Hyvinvointialueiden tilinpäätösennusteiden vertailuraportti. [Verkkolähde](#) [luettu 31.8.2023]

Valtioneuvosto. Yhdelle hyvinvointialueelle mahdollisuus ottaa uutta lainaa. Tiedote 1.6.2023. [Verkkolähde](#)

Valtiovarainministeriö. Hyvinvointialueiden rahoituslaskelmat. 31.8.2023. [Verkkolähde](#) [luettu 4.9.2023]

Valtiovarainministeriö. Luonnos. Kunnilta hyvinvointialueille siirtyvät sosiaali- ja terveyspalveluiden sekä pelastustoimen nettokustannukset. 31.8.2023. [Verkkolähde](#) [luettu 4.9.2023]

Vehko, T., Kyytsönen, M., Ikonen, J., Koskela, T., Kainiemi, E. ja Parikka, S. (2022). Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisten vastaanottopalveluiden käyttö kaupunki-maaseutualueuokituksen mukaan Suomessa. Finnish Journal of EHealth and EWelfare, 14(3), 309–325. [Verkkolähde](#)