

Lasse Männistö, Matias Mäkyne

SOTEN SEURAAVA ASKEL

Tuottavuutta johtamisella,
teknologialla ja fiksulla kilpailulla

**KASVU
ATLAS
2026**

Tämä muistio on Sitran Kasvuatlas-työhön liittyvä keskustelunavaus. Avaukset syventyvät teemoihin, joissa nähdään mahdollisuuksia merkittäviin kehitysloikkiin. Kasvuatlassa hahmotellaan kestäväen talouskasvun lähtökohtia ja etsitään ratkaisuehdotuksia kasvun vauhdittamiseen.

Sitran muistio

© Sitra 2026

Soten seuraava askel – tuottavuutta johtamisella, teknologialla ja fiksulla kilpailulla

Kirjoittajat: Lasse Männistö, Matias Mäkynen

Taitto: Grano Oy

ISBN 978-952-347-467-3 (PDF) www.sitra.fi

ISSN 2737-1034 (PDF) www.sitra.fi

Tämä muistio on Sitran Kasvuatlas-työhön liittyvä keskustelunavaus, eli Kasvuavaus. Avaukset syntyvät teemoihin, joissa nähdään mahdollisuuksia merkittäviin kehitysloikkiin. Kasvuatlassa hahmotellaan kestävästä talouskasvun lähtökohdista ja etsitään ratkaisuehdotuksia kasvun vauhdittamiseen.

Tässä muistiossa esitetyt ajatukset ja suositukset ovat kirjoittajien henkilökohtaisia näkemyksiä eivätkä ne siten edusta välttämättä heidän työnantajiansa tai julkaisija Sitran kantaa.

Lasse Männistö on yritysjohtaja, joka toimi liiketoimintajohtajana Mehiläisen julkisissa terveystalouksissa vuosina 2015–2025. Aiemmin Männistö toimi Kokoomuksen kansanedustajana vuosina 2011–2015.

Matias Mäkynen on SDP:n kansanedustaja vuodesta 2019. Ennen kansanedustajuuttaan ja oikeustieteen pro gradussaan hän on erikoistunut uusien lääkkeiden arviointiin ja käyttöönottoon.

Sisältö

Esipuhe	5
Tiivistelmä	7
Sammanfattning	9
Summary	11
1. Johdanto	13
2. Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä	15
2.1 Kokonaiskuva	15
2.2 Sote-järjestelmä osana julkista taloutta	17
2.3 Palveluiden käyttäjien näkökulma	20
2.4 Sote-järjestelmän kohtaamat muutostrendit	21
3. Tuottavuus ja vaikuttavuus sosiaali- ja terveydenhuollossa	24
3.1 Tuottavuuden ja vaikuttavuuden määrittely	24
3.2 Onko tuottavuudella merkitystä?	25
3.3 Viime vuosien kehitys	29
4. Tuottavuuden ajurit	37
4.1 Kilpailu	37
4.2 Johtaminen, kulttuuri ja henkilöstö	39
4.3 Mittaaminen ja seuranta	41
4.4 Teknologia ja innovaatiot	42
4.5 Sääntely ja ohjaus	44
5. Hyvinvointialueet	45
5.1 Johtaminen, kulttuuri ja henkilöstö	46
5.2 Toiminnan mittaaminen ja seuranta	50
5.3 Kilpailu	51

6. Teknologia, data ja tekoäly	53
6.1 Teknologian välttämättömyys ja tuottavuuden peruslogiikka	53
6.2 Suomen digitaalinen lähtökohta ja rakenteelliset esteet	54
6.3 Tekoäly ja automaatio: työn tekemisen muutos	56
6.4 Ennakoiva sote, työnjako ja vastuunjako muutoksessa	59
6.5 Sääntely ja kansallisen tulkintakerros	62
6.6 Kansallinen terveystiedon alue, kansainväliset tietomallit ja datan laatu	65
6.7 Reaalimaailman kustannusvaikuttavuus ja käyttöönoton nopeuttaminen	66
6.8 Teknologia ja data terveysalan kasvun moottorina ja strategisena valintana	69
7. Kansallinen taso	71
7.1 Kilpailun edistäminen kansallisesti	71
7.2 Työvoiman saatavuus	78
7.3 Toiminnan mittaaminen ja tiedolla johtaminen	79
8. Johtopäätökset ja toimenpidesuosituks	81
8.1 Hyvinvointialueille kohdistuvat toimenpidesuosituks	83
8.2 Teknologiaa, dataa ja tekoälyä koskevat toimenpidesuosituks	84
8.3 Kansalliset toimenpidesuosituks	86
Lähteet	88
Liitteet	91
Lista haastatelluista asiantuntijoista	95
Työhön osallistuneen sparrausryhmän jäsenet	95

Esipuhe

Suomen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä on kyse kansalaisten kannalta ensiarvoisen tärkeistä peruspalveluista, joille hyvä ja terve elämä perustuu. Kyse on kuitenkin myös merkittävistä taloudellisista intresseistä. Sote on ylivoimaisesti suurin julkinen menoerä, ja sote-palveluita käyttää käytännössä jokainen suomalainen jossain vaiheessa elämää.

Käsillä oleva Lasse Männistön ja Matias Mäkysen laatima muistio on tervetullut ja tarpeellinen puheenvuoro tähän suomalaisen yhteiskunnan kohtalonkysymykseen. Se tuo sotesta käytävään poliittiseen keskusteluun analyyttisen näkymän siihen, miten tuottavuutta ja kustannusvaikuttavuutta voidaan konkreettisesti parantaa, ei vain yleisiä toiveita säästöistä tai rakenteellisista uudistuksista.

Muistion perusviesti on vakava: sote-palveluissa ei ole saavutettu merkittävää tuottavuusloikkaa viimeisen kymmenen vuoden aikana. Kustannukset ovat kasvaneet voimakkaasti, mutta lisäeurot eivät ole johtaneet parempiin palveluihin. Tämä yhtälö ei toimi. Korjaaminen vain karsimalla ja säästämällä ei ole viisasta, vaan on löydettävä myös tavat tehdä paremmin ja vaikuttavammin.

Raportti muistuttaa, että kustannusten hillinnän rinnalla olennaista on, kuinka paljon käytetyt resurssit tuottavat todellista terveyshyötyä, hyvinvointia ja toimintakykyä kansalaisille. Suomen sote-järjestelmän parempi tulevaisuus rakentuu kyvyllä uudistaa palveluntuotantoa sisältäpäin: paremmalla johtamisella, uuden teknologian hyödyntämisellä ja kilpailun mahdollistamalla tuottavuuden kasvulla.

Muistion tunnistamat tuottavuuden ajurit ovat tärkeitä. Johtamisen uudistaminen hyvinvointialueilla, toiminnan systemaattinen mittaaminen ja seuranta, henkilöstön kannustimien kehittäminen sekä tekoälyn ja datan täysimittainen hyödyntäminen eivät ole vain mahdollisuuksia – ne ovat välttämättömyyksiä. Muistion ehdottama kansallinen sote-tekoäylaki, terveysdata-alueen rakentaminen ja valinnanvapauden perustuva kilpailun lisääminen muodostavat kokonaisuuden, joka voi kääntää järjestelmän kehityssuunnan.



Erityisen tärkeää on, että muistion ehdotukset kytkeytyvät laajempiin kansallisiin ja eurooppalaisiin tavoitteisiin. Digitalisaatio, terveysdatan hyödyntäminen ja terveysteknologian kehittäminen ovat kansainvälisiä hankkeita. Ne liittyvät yhtä aikaa palvelujärjestelmän kestävyteen, kansalaisten hyvinvointiin ja Suomen kilpailukykyyn kansainvälisessä terveysteknologiassa. Suomelle tämä tarkoittaa mahdollisuutta rakentaa uutta kasvua alalle, jolla on paitsi valtava taloudellinen potentiaali, myös syvä yhteiskunnallinen merkitys.

Suomen sote-järjestelmän pelastaminen ei synny yhdestä päätöksestä eikä yhdestä uudistuksesta. Se syntyy kyvystä nähdä tarkemmin, valita viisaammin ja uudistaa rohkeammin. Tämä Sitran Kasvuatlas-työhön kytkeytyvä muistio luo hyvän perustan yhteiselle keskustelulle siitä, miten turvaamme laadukkaat sosiaali- ja terveyspalvelut myös tuleville sukupolville.

Kiitämme kirjoittajia, Matias Mäkystä ja Lasse Männistöä, rohkeasta ja perustellusta avauksesta, joka toivon mukaan saa aikaan vilkkaan ajatusten- vaihdon ja ohjaa myös päättäjiä ja ammattilaisia oikeiden uudistusten pariin.

Helsingissä, 28.4.2026

Atte Jääskeläinen

yliasiamies

Sitra

Esa Suominen

vanhempi neuvonantaja

Sitra

Tiivistelmä

Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon menot ovat suuruusluokaltaan noin kymmenen prosenttia bruttokansantuotteesta ja kolmannes valtion budjetista. Sote-järjestelmän kyky tuottaa palveluja tehokkaasti ja vaikuttavasti on siten koko julkisen talouden kestävyuden kannalta ratkaiseva kysymys.

Hyvinvointialueiden kaksi ensimmäistä toimintavuotta ovat kuluneet organisaatioiden rakentamiseen, integraatiotyöhön ja talouden sopeuttamiseen. Samaan aikaan kansalaisten luottamus julkisiin sote-palveluihin on heikentynyt merkittävästi, hoitojonot ovat kasvaneet ja palveluiden saataavuus on koetuksella. Tuottavuuden parantaminen ei kuitenkaan ole ollut järjestelmän uudistamisen keskeisessä ytimessä. Tähän on saatava nopea ja konkreettinen muutos.

Tässä muistiossa analysoidaan Suomen sote-järjestelmän tuottavuuden, laadun ja kustannusvaikuttavuuden nykytilaa ja tunnistetaan keinoja niiden parantamiseksi. Käytettävissä olevien tietojen perusteella sote-palveluissa ei ole saavutettu merkittävää tuottavuusloikkaa viimeisen kymmenen vuoden aikana. Erikoissairaanhoidon tuottavuus on laskenut, perusterveydenhuollossa kehitys on pysynyt ennallaan ja sosiaalipalvelujen tuottavuudesta kansallinen tietopohja on puutteellinen. Tilanne on kestävä: väestö ikääntyy, palvelutarve kasvaa, työikäisten määrä vähenee ja julkinen talous on vahvasti alijäämäinen. Ilman tuottavuuden kasvua järjestelmä rapautuu rahoituksen riittämättömyyden ja palveluiden karsimisen kautta.

Analyysin perusteella tunnistetaan viisi keskeistä tuottavuuden ajuria: kilpailu, johtaminen ja henkilöstö, mittaaminen ja seuranta, teknologia ja innovaatiot sekä sääntely ja ohjaus. Näiden pohjalta toimenpidesuositukset jakautuvat kolmeen teemaan. Ensimmäinen on johtamisen uudistaminen ja palveluntuotannon systemaattinen kehittäminen hyvinvointialueilla. Tämä edellyttää huomion kiertämistä rakenteellisista uudistuksista ruohonjuuritason palveluntuotannon johtamiseen: selkeiden tavoitteiden asettamista tiimitasolla, toiminnan mittaamista ja seurantaan automaattisilla raporteilla, henkilöstön kannustimien kehittämistä sekä toimintakulttuurin muutosta, joka tukee jatkuvaa kehittämistä ja kokeiluja.

Toinen teema on teknologian, datan ja tekoälyn nostaminen sote-uudistamisen kärkeen. Suomi ei voi saavuttaa tarvittavaa tuottavuusloikkaa ilman näiden systemaattista hyödyntämistä. Sote-ammattilaiset käyttävät jopa kolmanneksen työajastaan hallinnollisiin tehtäviin, joita tekoäly ja automaatio voivat merkittävästi keventää. Ehdotamme muun muassa kansallista sote-tekoäylakia, joka loisi johdonmukaisen oikeudellisen perustan

tekoälyn käytölle, sekä kansallista tulkintakerrosta ja ennakkohyväksynnän mallia teknologioiden käyttöönoton nopeuttamiseksi. Sitä täydentäisivät suomalaisen terveystietojen alueen (FHDS) rakentaminen, kansainvälisiin tietomalleihin siirtyminen ja reaali maailman kustannusvaikuttavuuteen perustuva arviointimalli lääkkeiden ja terveysteknologioiden käyttöön-otossa.

Kolmas teema on kilpailun edistäminen ja markkinoiden hyödyntäminen. Valinnanvapaudesta käyty keskustelu tulee elvyttää terveeltä ja pragmaattiselta pohjalta – kyseessä on väline eikä päämäärä, ja sen lopputulokset ovat kiinni ennen muuta siitä, miten valinnanvapaus toteutetaan ja miten järjestelmä rakennetaan.

Ehdotamme uudistusta, joka perustuisi valinnanvapauteen ja joka ulotettaisiin perusterveydenhuollon avovastaanotto toimintaan, soveltuvin osin erikoissairaanhoidon polikliiniseen ja toimenpidetoimintaan sekä sosiaalihuollon asumispalveluihin. Rahoitusmalli perustuisi vuosittaiseen ikä- ja palvelutarvevakioituun kapitaatiohintaan tai suoritekohtaiseen korvaukseen, ja palveluntuottajien laatu- ja kustannustietoja tulisi seurata systemaattisesti. Tätä tukisi julkisia virka- ja työsuhteita koskevan lainsäädännön uudistus, joka parantaisi julkisen palveluntuotannon joustavuutta ja kilpailuedellytyksiä.

Lopulta tärkein viesti on, että tuottavuuden ja kustannusvaikuttavuuden parantaminen on nostettava soite-järjestelmän uudistamisen keskeisimmäksi tavoitteeksi kaikilla tasoilla. Kyse ei ole vain säästöistä, vaan siitä, miten rajallisilla resursseilla kyetään tuottamaan parempia palveluja kasvamaan tarpeeseen. Paremman johtamisen, uuden teknologian hyödyntämisen sekä kilpailun ja positiivisten kannusteiden avulla voimme parantaa sosiaali- ja terveystietojen tuottavuuden kasvua merkittävästi ja turvata laadukkaat palvelut myös tuleville sukupolville.

Sammanfattning

Utgifterna för Finlands social- och hälsovård uppgår till cirka tio procent av bruttonationalprodukten och ungefär en tredjedel av statsbudgeten. Social- och hälsovårdssystemets förmåga att producera tjänster effektivt är därför en avgörande fråga för de offentliga finansernas hållbarhet som helhet.

De två första verksamhetsåren för välfärdsområdena har till stor del ägnats åt att bygga upp organisationer, genomföra integrationsarbete och anpassa ekonomin. Samtidigt har medborgarnas förtroende för de offentligt finansierade social- och hälsovårdstjänsterna försvagats avsevärt, vårdköerna har växt och tillgången till tjänster har satts på prov. En förbättring av produktiviteten har dock inte stått i centrum för systemreformen. Här behövs en snabb och konkret förändring.

I denna promemoria analyseras nuläget när det gäller produktivitet, kvalitet och kostnadseffektivitet i Finlands social- och hälsovårdssystem, och förbättringsåtgärder identifieras. Tillgängliga uppgifter visar att ingen betydande produktivitetsökning har uppnåtts inom social- och hälsovårdstjänsterna under de senaste tio åren. Produktiviteten inom den specialiserade sjukvården har minskat, utvecklingen inom primärvården har i huvudsak stått stilla och det nationella informationsunderlaget om socialtjänsternas produktivitet är bristfällig. Situationen är ohållbar: befolkningen åldras, servicebehovet ökar, antalet personer i arbetsför ålder minskar och de offentliga finanserna uppvisar ett betydande underskott. Utan en produktivitetsökning riskerar systemet att urholkas genom otillräcklig finansiering och nedskärningar i tjänsterna.

Utifrån analysen identifieras fem centrala drivkrafter för produktivitet: konkurrens, ledning och personal, mätning och uppföljning, teknik och innovationer samt reglering och styrning. Utifrån dessa delas åtgärdsrekommendationerna in i tre teman. Det första gäller förnyad ledning och systematisk utveckling av tjänsteproduktionen inom välfärdsområdena. Detta förutsätter att fokus flyttas från strukturella reformer till ledning av tjänsteproduktionen på gräsrotsnivå: att tydliga mål fastställs på teamnivå, att verksamheten mäts och följs upp genom automatiserad rapportering, att incitamenten för personalen utvecklas samt att verksamhetskulturen förändras så att kontinuerlig utveckling och försök främjas.

Det andra temat är att lyfta fram teknik, data och artificiell intelligens som kärnan i social- och hälsovårdsreformen. Finland kan inte uppnå den produktivitetshöjning som krävs utan en systematisk användning av dessa. Arbetstagare inom social- och hälsovården använder upp till en tredjedel av

sin arbetstid till administrativa uppgifter, som kunde minskas betydligt med hjälp av artificiell intelligens och automatisering. Vi föreslår bland annat en nationell lag om artificiell intelligens inom social- och hälsovården, som skulle utgöra en konsekvent rättslig grund för användningen av artificiell intelligens, samt en nationell tolkningsgrund och en modell för förhandsgodkännande för att påskynda införandet av teknologier. Dessa skulle kompletteras med uppbyggnaden av ett finländskt hälsodataområde (FHDS), en övergång till internationella datamodeller samt en bedömningsmodell för användning av läkemedel och hälsoteknologier baserad på kostnadseffektivitet i verkliga förhållanden.

Det tredje temat gäller att främja konkurrens och bättre utnyttja marknaderna. Diskussionen om valfrihet behöver återupplivas på en sund och pragmatisk grund – valfrihet är ett verktyg, inte ett mål i sig, och resultatet beror i första hand på hur valfriheten genomförs och hur systemet utformas.

Vi föreslår en reform som baserar sig på valfrihet och som skulle omfatta öppenvårdstjänster inom primärvården, i tillämpliga delar poliklinisk verksamhet och åtgärdsverksamhet inom den specialiserade sjukvården samt boendetjänster inom socialvården. Finansieringsmodellen skulle baseras på en årlig, ålders- och servicebehovsjusterad kapiteringsersättning eller på prestationsbaserad ersättning, och tjänsteproducenternas kvalitets- och kostnadsuppgifter skulle följas upp systematiskt. Detta skulle stödjas av en reform av lagstiftningen om offentliga tjänste- och arbetsförhållanden för att förbättra flexibiliteten och konkurrensförutsättningarna inom den offentliga tjänsteproduktionen.

I slutändan är det viktigaste budskapet att förbättrad produktivitet och kostnadseffektivitet måste lyftas fram som det mest centrala målet för reformen av social- och hälsovårdssystemet på alla nivåer. Det handlar inte enbart om besparingar, utan om hur man med begränsade resurser kan producera bättre tjänster för ett växande behov. Genom bättre ledning, effektiv användning av ny teknik samt konkurrens och positiva incitament kan vi avsevärt stärka produktivitetstillväxten inom social- och hälsovårdstjänsterna och trygga tjänster av hög kvalitet även för kommande generationer.

Summary

Expenditure on Finland's health and social services amounts to about ten per cent of GDP and roughly one third of the central government budget. The system's ability to deliver services efficiently and effectively is therefore a decisive factor for the sustainability of public finances as a whole.

The first two years of operation of the wellbeing services counties have largely been focused on building organisations, integrating services and adjusting finances. At the same time, public trust in publicly funded health and social services has weakened significantly, care queues have grown, and access to services has deteriorated. Improving productivity, however, has not been at the core of system reform. A rapid and concrete shift is now needed.

This memorandum analyses the current state of productivity, quality and cost-effectiveness in Finland's health and social services system and identifies ways to improve them. Available data shows that no significant productivity gains have been achieved in health and social services over the past ten years. Productivity in specialised health care has declined, development in primary health care has remained largely unchanged, and the national database on the productivity of social services is inadequate.

The situation is unsustainable: the population is ageing, service needs are increasing, the working-age population is shrinking and public finances are in deep deficit. Without productivity growth, the system will erode through insufficient funding and service cuts.

The analysis identifies five key drivers of productivity: competition, management and personnel, measurement and monitoring, technology and innovation, and regulation and steering. Based on these, the recommendations are structured around three themes.

The first theme is the renewal of management and the systematic development of service delivery in the wellbeing services counties. This requires shifting the focus from structural reforms to the management of frontline service delivery: setting clear team-level objectives, monitoring performance through automated reporting, developing personnel incentives, and transforming organisational culture to support continuous improvement and experimentation.

The second theme is placing technology, data and artificial intelligence at the forefront of health and social services reform. Finland cannot achieve the necessary productivity leap without their systematic utilisation. Health and social care professionals spend up to one third of their working time on

administrative tasks and that could be significantly reduced through automation and artificial intelligence. We propose, among other measures, a national health and social services AI Act to establish a coherent legal basis for the use of artificial intelligence, as well as a national interpretation layer and an ex ante approval model to accelerate the deployment of new technologies. These would be complemented by the development of a Finnish Health Data Space (FHDS), a transition to international data models, and the adoption of real-world cost-effective assessment models for medicines and health technologies.

The third theme is promoting competition and making better use of markets. The debate on freedom of choice must be revitalised on a sound and pragmatic basis: freedom of choice is a tool, not an end in itself, and its outcomes depend primarily on implementation and system design.

We propose a reform based on freedom of choice that would apply to primary health care outpatient services, selected outpatient and procedural activities in specialised health care, and residential services in social care. The funding model would be based on annual, age- and needs-adjusted capitation payments or activity-based reimbursement, combined with the systematic monitoring of service-provider quality and cost performance. This should be supported by reforms to public-sector employment legislation to improve the flexibility and competitive conditions of public service provision.

Ultimately, improving productivity and cost-effectiveness must become the central objective of health and social services reform at all levels. This is not only about savings, but about using limited resources to deliver better services in the face of growing demand. Through stronger management, effective use of new technologies, and competition combined with positive incentives, it is possible to significantly accelerate productivity growth and secure high-quality services for future generations.

1. Johdanto

Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon menot ovat suuruusluokaltaan noin kymmenen prosenttia maamme bruttokansantuotteeseen suhteutettuna, ja julkiset sote-menot ovat noin kolmasosa valtion budjetista. Ei siis ole yhdentekevää, miten tehokkaassa ja tuottavassa käytössä näiden elintärkeiden palveluiden rahoittamiseksi kerätyt verovarot ovat. Tai kääntäen, miten kykenemme ikääntyvässä Suomessa ylläpitämään ja turvaamaan nämä palvelut tulevaisuudessa ilman kestämatöntä taakkaa julkiselle taloudelle.

Sosiaali- ja terveystaloudellista koskeva arviointi ja keskustelu, niin päätäjien kuin kansalaistenkin tasolla, on ollut syystä aktiivista viime vuosina. Sote-uudistuksen jälkeen keskustelua on käyty erityisen aktiivisesti sote-palveluista haettavista kustannussäästöistä, julkisesta palvelulupauksesta, palveluverkon karsinnasta ja aivan viime aikoina julkisten palveluiden rahoitusmallista. Kuitenkaan analyysissä ja keskustelussa on harvoin pureuduttu siihen, miten tuottavasti ja kustannusvaikuttavasti palvelut on tuotettu tai miten tehokkaassa käytössä veroeurot ovat.

Tässä julkaisussa pyrimme pureutumaan palveluntuotannon tuottavuuteen, laatuun ja kustannusvaikuttavuuteen ja peräänkuulutamme analyysin lopputuloksena näiden teemojen nostamista keskeiseksi teemaksi sote-palveluidemme uudistamiseen.

Raportin ensivaiheessa piirrämme analyttisen kuvan Suomen sote-järjestelmän nykytilasta ja järjestelmän kohtaamista muutostrendeistä tulevana vuosina. Tarkastelemme seuraavaksi tuottavuutta, laatua ja kustannusvaikuttavuutta sekä tunnistamme tutkimuskirjallisuudesta käsin ajureita etenkin tuottavuuden ja kustannusvaikuttavuuden nostamiseksi. Raportin varsinaiset toimenpidesuosituksien tunnustetaan näiden pohjalta seuraavissa luvuissa ja jaotellaan hyvinvointialueiden toimenpiteisiin, teknologian mahdollisuuksiin ja kansallisiin toimenpiteisiin. Näemme, että paremman johtamisen, uuden teknologian hyödyntämisen sekä kilpailun ja positiivisten kannusteiden avulla voimme parantaa sosiaali- ja terveystaloudellisten palveluiden tuottavuuden kasvua merkittävästi.

Raportissa esitetty ei korvaa tai ole vaihtoehto aiemmin esitetyille sote-järjestelmän kehittämiseen tähtäville puheenvuoroille. Näemme, että tuottavuuden ja kustannusvaikuttavuuden tavoittelemisen ja sen asettamisen sote-järjestelmän kehittämisen keskiöön on kuitenkin laadukkaiden ja toimivien sote-palveluiden turvaamisen ehto tulevana vuosina, toteutettiinpa sote-järjestelmässä muita uudistuksia tai ei.

Analyysin ja raportin toteuttamiseksi olemme haastatelleet lukuisia asiantuntijoita tuottavuuden, laadun ja kustannusvaikuttavuuden näkökulmasta. Kullekin haastatellulle on esitetty sama kysymyslista.

Siteeraamme vastauksia raportissa anonyymisti. Raportin toteuttamista on tukenut myös erillinen asiantuntijaryhmä, joka on kokoontunut viisi kertaa. Luettelot haastatelluista asiantuntijoista ja työtä tukeneen asiantuntijaryhmän jäsenistä löytyvät raportin liiteaineistosta. Haluamme kiittää kaikkia asiantuntijoita panoksesta työn toteuttamiseksi ja arvokkaista näkemyksistä sekä Sitraa työstä sosiaali- ja terveydenhuollon kasvu- ja tuottavuusteemojen nostamiseksi julkiseen keskusteluun.

2. Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä

2.1 Kokonaiskuva

Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä (”sote-järjestelmä”) koostuu julkisista, yksityisistä ja kolmannen sektorin palvelujen järjestäjistä ja tuottajista (kuvio 1). Palveluiden järjestäjä järjestää asukkaille ja asiakkaille sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut (”sote-palvelut”) käytettävissä olevalla rahoituksella lainsäädännön asettamien velvoitteiden ja normien puitteissa. Keskeisimmät julkisesti rahoitettujen sote-palvelujen järjestäjät ovat 21 hyvinvointialuetta, Helsinki ja HUS yhtymä. Julkiset järjestäjät ovat itsehallinnollisia, aluedemokraattisia toimijoita, joiden operatiivisesta johtamisesta vastaavat viranhaltijat ja strategisesta päätöksenteosta alueelliset luottamushenkilöt, eli poliittiset päättäjät. Yksityisrahoitteisia palveluja järjestävät ennen kaikkea palveluntuottajat ja vakuutusyhtiöt. Työnantajat toimivat työterveyshuollon järjestäjinä. (ks. esim. THL 2024a, STM 2024a).

Kuvio 1: Sote-palvelujärjestelmän merkittävimmät toimijat ja rahoitusmuodot (kuvio on viitteellinen)

Suomen sosiaali- ja terveystalouden markkina									
	Yksityinen rahoitus			Julkinen rahoitus					
	Terveyspalvelut			Sosiaalipalvelut					
Palvelu	Työ-terveys-huolto	Yksityiset lääkäri-asetat	Suun terveyden-huolto	Perus-terveyden-huolto	Erikois-sairaanhoidto	Ikäänty-neiden palvelut	Vammaisten palvelut	Lasten, nuorten ja perheiden palvelut	Muut sosiaali-palvelut
	Suun terveydenhuolto								
Järjes-täjä	Työn-antaja	Yksityiset lääkäri-asetat	Yksityiset hammas-lääkäri-asetat	21 hyvinvointialuetta, Helsinki ja HUS					
Tuottaja	Yksityiset lääkäriasemat			Terveys-keskukset	5 yliopis-tollista sairaalaa	Julkiset palveluntuottajat			
				Kaupungin-sairaalat	20 keskus-sairaalaa				
				Aluesairaalat		Yksityiset palveluntuottajat			
				Mahdollinen alihankinta yksityisiltä toimijoilta					
Rahoit-taja	Sairausvakuutus (Kela)			Valtio			Valtio		
	Asiakasmaksut								
	Työn-antajat	Yksityiset vakuutukset		Asiakasmaksut			Asiakasmaksut		

Lähde: NHG:n analyysi

Palveluntuottaja vastaa palvelujen toteuttamisesta. Keskeisimmät julkiset palveluntuottajat ovat palvelujen järjestäjät, eli hyvinvointialueet, Helsingin kaupunki ja HUS. Palvelujen järjestäjät toimivat myös palvelujen tuottajina. Yksityiset ja kolmannen sektorin palveluntuottajat tuottavat myös julkisesti järjestettyjä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. Tällöin julkinen järjestäjä hankkii palvelut useimmiten julkisena hankintana. Muita vähemmän käytettyjä hankintamalleja ovat palvelusetelit, maksusitoumukset ja henkilökohtainen budjetti (ks. esim. THL 2024a)

Suomen sote-palvelujärjestelmässä sekä julkisia että yksityisiä palveluita rahoitetaan julkisin ja yksityisin varoin monikanavarahoituksen kautta. Julkisten palvelujen päärahoittajana toimii valtio, joka kerää varat kansalaisia verottamalla. Valtio kanavoi sote-palvelujen rahoituksen julkisille palvelujen järjestäjille ja Kelalle. Kela korvaa sairausvakuutuksen kautta lääkkeitä ja yksityisiä palveluja sekä rahoittaa opiskelijaterveydenhuollon palvelut tuottavan YTHS:n toimintaa. Työnantajat maksavat työterveyshuollosta, jota rahoitetaan myös muilla tavoin, ja yksityiset vakuutusyhtiöt rahoittavat täydentäviä palveluita. Kansalaiset osallistuvat rahoitukseen verotuksen, sosiaalivakuutusmaksujen ja asiakasmaksujen kautta, sekä mahdollisesti yksityisten vakuutusten ja palvelumaksujen kautta, jos käyttävät yksityisrahoitteisia palveluja. (THL 2024a)

Kansallisesti sote-järjestelmää ohjaa valtioneuvosto, käytännössä sosiaali- ja terveysministeriö sekä valtiovarainministeriö apunaan lukuisia muita julkisia toimijoita, kuten Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Aluehallintovirastot ja Valvira puolestaan vastaavat toimilupien myöntämisestä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntuottajille ja valvovat sote-järjestelmää.

Suomen sote-järjestelmä poikkeaa merkitsevästi monista muista eurooppalaisista verrokeistaan erityisesti terveydenhuollon palveluiden rahoituskanavien ja lukuisten palveluiden järjestäjien osalta. Monissa eurooppalaisissa maissa on omaksuttu Suomen sijaan järjestelmä, jossa terveyspalveluiden järjestäminen ja rahoitus tapahtuu vahvemmin yhden rahoitusjärjestelmän puitteissa, olipa rahoitus kanavoitu tuottajille valtion (Iso-Britannia), alueiden (Ruotsi) tai sairausvakuutuksen (Manner-Eurooppa, esim. Alankomaat) kautta. Näissä järjestelmissä yksityiset ja julkiset palveluntuottajat tuottavat palveluita samoilla terveyspalveluiden markkinoilla. Suomi poikkeaa monista läntisen Euroopan verrokkimaistaan yksityisen rahoituksen korkean osuuden osalta.

Suomen sote-järjestelmä on suurelta osin sote-uudistuksen muovaama. Liki kaksi vuosikymmentä hieman eri painopistein tavoiteltu muutos toteutui, kun sosiaali- ja terveyspalvelujen sekä pelastustoimen järjestämisvastuu siirrettiin kunnilta ja kuntayhtymiltä hyvinvointialueille 1.1.2023. Uudistuksen rakenteellisena päätoimena oli sosiaali- ja terveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon palveluiden kokoaminen yhteen vahvempien alueellisten järjestäjien ja kansallisen rahoituksen alle. Sisällöllisesti uudistuksella

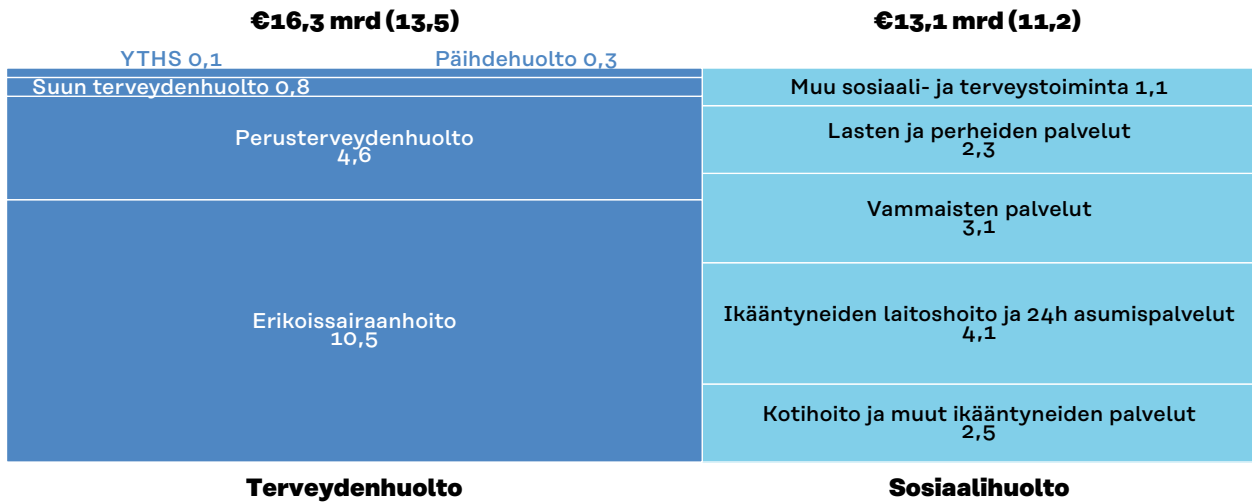
tavoitellaan mm. hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamista, yhdenvertaisia ja laadukkaita palveluja, palveluiden saatavuuden ja saavutettavuuden parantamista erityisesti perustason palveluissa, ammattitaitoisen työvoiman saannin turvaamista sekä kustannusten kasvun hillintää. Sote-uudistuksen yksi tärkeä tavoite oli myös siirtää painopistettä kalliista erikoissairaanhoidosta ja korjaavista palveluista ennaltaehkäiseviin ja peruspalveluihin sekä vahvistaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä (hyte-työ) hyvinvointialueiden lakisääteisenä tehtävänä. Uudistus on kuitenkin jäänyt tältä osin vaatimattomaksi ja pistemäiseksi, eikä se ainakaan vielä ole näkynyt muutoksena käytännön toiminnassa.

Sote-uudistuksen ohella järjestelmää on pyritty uudistamaan jatkuvasti 2020-luvulla niin alueellisesti kuin kansallisesti ohjattuna. Viime vuosina hyvinvointialueiden toiminnan uudistaminen on keskittynyt isossa kuvassa talouden sopeuttamiseen kansallisen rahoitusraamin mukaiseksi. Tämän kehityskulun rinnalla tuottavuuden tai vaikuttavuuden parantamista edesauttavia toimia on lukuisia, esimerkiksi digitaalisten palveluiden hyödyntäminen niin asiakkaiden palveluissa kuin ammattilaisten välisessä työskentelyssä on yleistynyt (koronapandemian myötävaikutuksella); vaikuttavuuden mittaamista on edistetty eri keinoin (esim. RRP-hankkeet); tarkastelussa on julkisen palveluvalikoiman määrittäminen sekä terveydenhuollon menetelmien arviointitoiminnan (Health Technology Assessment, HTA) uudistaminen (Rissanen 2025, STM 2025g, Vaikuttavuuskeskus 2024, STM 2025 a ja b). Tästä kaikesta huolimatta tuottavuuden parantaminen ei näyttäydy palvelujärjestelmän uudistamisen yhtenä keskeisenä tavoitteena ja johdonmukaisena toimintana. Palvelujärjestelmän uudistaminen näyttääytyy ennemmin toimintaympäristön muutoksiin reagoivana kuin selkeisiin päätavoitteisiin suuntautuvana toimintana, pl. sote-uudistuksen toteuttaminen.

2.2 Sote-järjestelmä osana julkista taloutta

Vuonna 2024 Suomen julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaismenot olivat noin 30 miljardia euroa (brutto, kuvio 2). Sote-menot ovat suuruusluokaltaan karkeasti noin kymmenesosa Suomen BKT:sta ja kolmannes valtion budjetista, mikä kertoo sote-palvelujen mittakaavasta ja merkityksestä julkisessa taloudessa. Terveydenhuolto kattaa hieman yli puolet koko soten menoista. Erikoissairaanhoidon muodostaa suurimman erän, noin kolmannes, kaikista sote-menoista. Sosiaalihuollon kustannukset painottuvat erityisesti ikääntyneiden palveluihin, kuten ympärivuorokautiseen asumiseen ja kotihoitoon, jotka muodostavat yhdessä noin viidennesosan sote-kustannuksista.

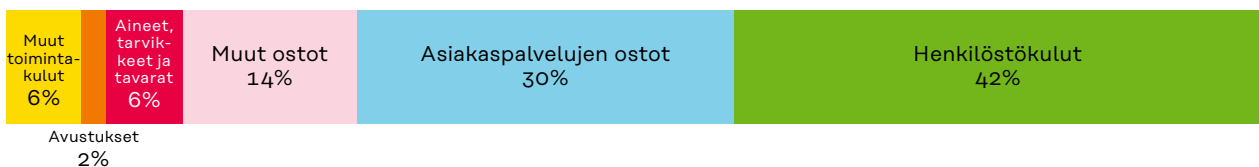
Kuvio 2: Julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon menot Suomessa vuonna 2024, bruttokäyttökustannukset (suluissa nettokäyttökustannukset), mrd €



Lähde: THL

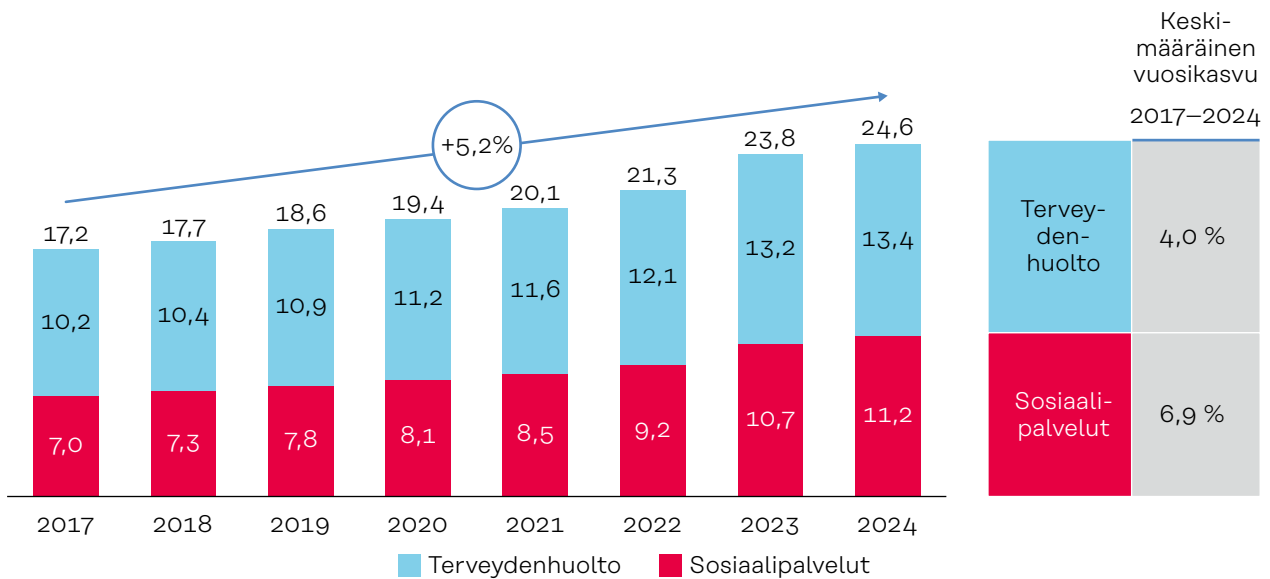
Sosiaali- ja terveydenhuolto on henkilöstöintensiivinen ala. Menoluokittain tarkasteltuna henkilöstökulut on ylivoimaisesti merkittävin menoluokka sosiaali- ja terveydenhuollossa (kuvio 3). Yhdessä asiakaspalvelujen ostojen, jotka edelleen muodostuvat valtaosaltaan palveluntuottajien henkilöstökuluista, kanssa ne muodostavat noin 70 prosenttia soten kokonaismenoista. Muut palvelujen ostot (sisältää mm. ICT-palvelut), aineet, tavarat ja tarvikkeet (sisältää mm. lääkkeet), avustukset ja muut toimintakulut (sisältää mm. vuokrat) muodostavat yhdessä loput noin 30 prosenttia toimintakuluista. Asiakaspalveluiden ostoihin sisältyy merkittävänä menoluokkana esimerkiksi hyvinvointialueiden ostot yliopistollisilta keskussairaaloilta. Asiakaspalveluiden ostot eivät siis sisällä ostoja vain yksityisiltä toimijoilta.

Kuvio 3: Hyvinvointialueiden toimintakulujen jakautuminen menoluokittain Suomessa vuonna 2024



Lähde: Valtiokonttori (tutkihallintoa.fi)

Kuvio 4: Suomen julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon nettokäyttökustannusten kehitys, mrd €

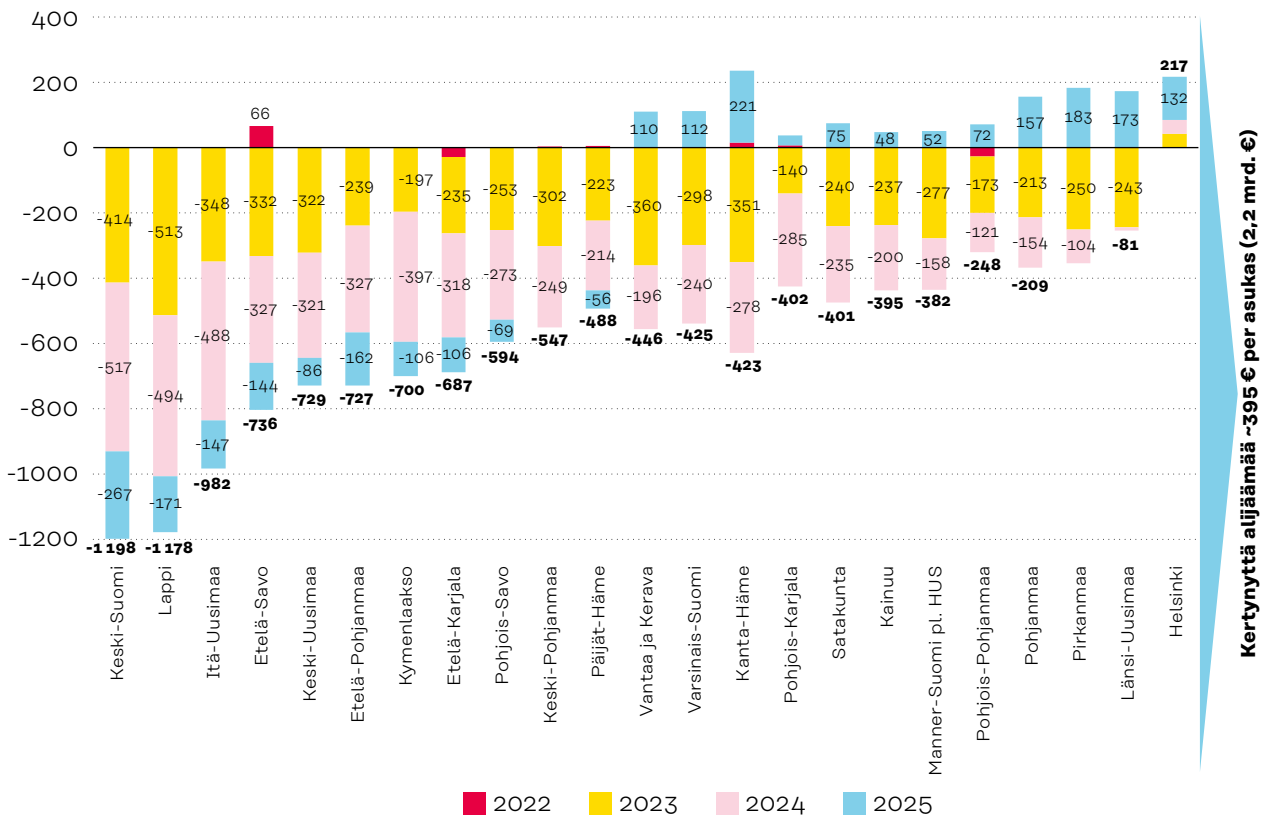


Lähde: THL

Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset ovat kasvaneet voimakkaasti. Viimeisen vajaan kymmenen vuoden (2017–2024) sote-kustannusten keskimääräinen vuosikasvu on ollut noin 5,2 prosenttia (kuvio 4). Vastavalla ajanjaksolla inflaatio (kuluttajahintaindeksin vuosikasvu) on ollut Suomessa noin 2,5 prosenttia. Sosiaalipalvelut ovat kasvaneet nopeammin kuin terveyspalvelut, liki seitsemän prosenttia vuodessa. Lääkekustannukset, sisältäen sairaala- ja apteekkilääkkeet, ovat kasvaneet hieman kokonaiskustannuskasvua hitaammin, keskimäärin noin neljä prosenttia vuodessa (liite A). Kustannuskasvun takana on useita eri tekijöitä. Osa niistä on jatkuvia, kuten yleinen hintakehitys, ja osa merkittäviä kertaluontoisia, kuten esimerkiksi julkisen sektorin vuoden 2020 palkkaratkaisu yleiskorotuksineen.

Julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon talous on ajautunut kriittiseen pisteeseen. Hyvinvointialueet ovat kahden ensimmäisen toimintavuoden jälkeen vakavasti alijäämäisiä. Käänteeseen on nähtävissä 2025 ennustettujen tuloksen perusteella, mutta hyvinvointialueiden lakisääteinen velvoite tasapainottaa talous vuoden 2026 loppuun mennessä näyttää monella hyvinvointialueella erittäin vaikealta.

Kuvio 5: Hyvinvointialueiden alijäämän kehitys, euroa per asukas (2025 ennuste)



VM 2025 ja 2025b

2.3 Palveluiden käyttäjien näkökulma

Suomen sote-palvelujen laatua ja käyttäjien kokemusta palveluista on tuoreltaan tarkasteltu kattavasti (esimerkiksi THL 2025a) ja tiiviimmin terveydenhuoltoon keskittyen (WHO 2024). Yleisenä trendinä viime vuosina käyttäjien kokemuksissa korostuvat hoidon heikko saatavuus sekä laskeva luottamus julkisesti rahoitettuihin sote-palveluihin. Laajempaan otantana viimeaikaisista selvityksistä voidaan kansalaisten näkökulmasta havaita seuraavat havainnot sote-järjestelmästä.

1. Kokonaisuutena arvioiden Suomessa toteutuu laadukkaat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, vaikka palvelu- ja aluekohtaista hajontaa eri näkökulmista tarkasteltuna onkin. (ks. esim. THL 2025a, WHO 2024)
2. Hälyttävänä signaalina voidaan pitää sitä, että kansalaisten luottamus sote-palveluihin on heikentynyt viime vuosina merkittävästi. Esimerkiksi THL 2025b todetaan seuraavasti: ”Vuonna 2024 noin puolet suomalaisista luotti terveystalouden toimintaan, kun vuonna 2018 osuus oli vielä 80 prosenttia. ... Myös luottamus sosiaalipalvelujen toimintaan

heikkeni ajanjaksolla 2018–2024. Vuonna 2024 sosiaalipalveluihin luotti enää 42 prosenttia suomalaisista, kun kuusi vuotta aiemmin osuus oli 64 prosenttia.” Luottamus terveydenhuoltoon näyttää tippuneen radikaalisti myös VNK:n vuodesta 2021 asti tehdyssä Kansalaispulssi -tutkimuksessa.

3. Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon saatavuus on vuonna 2024 koko lailla samalla tasolla kuin vuonna 2021 (liite C).
4. Erikoissairaanhoidossa hoitovelka on edelleen kasvanut (THL 2025a) ja näkyy esimerkiksi yli 180 vuorokautta hoitoa laittomissa hoitajonoissa odottaneiden potilaiden lukumäärässä.
5. Suomessa kansalaisten kokemus tyydyttymättömästä hoidon tarpeesta on eurooppalaisiin verrokkimaihin nähden korkealla tasolla ja on kehittynyt vuosina 2018–2022 heikompaan suuntaan (liite B).
6. Mielenkiintoisesti: ”Suurimmat haasteet palvelujen tarpeenmukaisessa saatavuudessa näyttäisivät olevan sosiaalipalveluissa, vaikka sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa julkisen keskustelun keskiössä on ollut terveystalouden saatavuus.” (THL 2023a, Palvelujen riittävyys).
7. ”Ikääntyneiden palveluiden osalta on olemassa viitteitä siitä, että palveluiden piiriin päästessään ihmiset ovat huonokuntoisempia kuin muutamia vuosia sitten.” (THL 2025a)
8. Kesäkuun 2025 lopussa hoivapaikkaa odotti noin 2000 ikääntynyttä (lähde: HALI). Säännöllisen kotihoidon 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden prosenttiosuus on laskenut yli kolmanneksella 20 vuodessa. (THL: Kotihoidon käynnit ja asiakkaat 2025 -raportti 30.9.2025).

Palveluiden saatavuuden ja palveluihin pääsyn parantaminen ovat vahvasti tuottavuuteen liittyviä kysymyksiä; matala tuottavuus palveluiden ensilinjassa näkyy pienempänä suoritteiden määränä ja sitä myöten heikkona saatavuutena. Tai päinvastoin katsottuna tuottavuuden kasvaessa siitä syntyvä lisäarvo voitaisiin kanavoida säästöjen ohella esimerkiksi palveluiden saatavuuden parantamiseen.

2.4 Sote-järjestelmän kohtaamat muutostrendit

Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittymistä muokkaavat useat muutostrendit, joista valtaosa on hyvin tunnistettuja pitkäaikaisia kehityskulkuja, ja osa taas hitaasti voimistuvia ilmiöitä, kuten henkilöstöpula. Yhteistä kaikille kuviossa 6 kuvatuille muutostrendeille on se, että ne korostavat tarvetta tai mahdollisuuksia tuottavuuden ja kustannusvaikuttavuuden parantamiseen.

Henkilöstön saatavuushaasteet kohdistuvat tiettyihin ammattiryhmiin, joista lähihoitajat ovat keskeisin (VNTEAS 2024). Myös lääkärivajetta on

ennakoitu, mutta todennäköisesti koulutusmäärien kasvattamisen myötä lääkäripula rajoittunee etenkin tiettyjen erikoisalojen erikoislääkäreiden saatavuuteen, etenkin suurten kaupunkien ulkopuolella. Lääkärimäärä Suomessa on kasvanut tasaisesti, ja Suomessa on nykyisin noin 23 000 työikäistä lääkäriä. Väestöön suhteutettuna lääkärimäärä on keskitasoa tai jopa hieman korkeampi verrattuna muihin Pohjoismaihin. Absoluuttisen lääkäripulan sijaan ongelmana voidaankin Suomessa nähdä lääkäreiden, erityisesti erikoislääkäreiden, saatavuuden alueelliset ongelmat suurten kaupunkien ulkopuolella niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairanhoidossa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon teknologiamurros on jo käynnissä. Teknologia luo edellytyksiä tuottavuuden merkittävälle parantamiselle, mikäli uusien palveluiden käyttöönotossa onnistutaan ja palveluntuotannon tapoja uudistetaan oppien pois vanhasta sen sijaan, että liitetään vain uusia palveluita olemassa olevien palvelupolkujen rinnalle. Teknologinen kehitys edistää palveluntuotannon ohella myös esimerkiksi uusien lääkkeiden kehitystä ja käyttöönottoa. Uusien lääkkeiden vaikutus kansalaisten terveyden ja hyvinvoinnin paranemiseen on ollut viime vuosikymmeninä järjestyttävä.

Kansallinen sote-järjestelmän ohjaus hakee vielä muotoaan (STM 2025h). Muutostrendien ja menneiden vuosien kehityskulkujen näkökulmasta tulisi kansallisen ohjauksen ja kansallisten uudistusten keskittyä tulevana vuosina tuottavuuden ja vaikuttavuuden parantamiseen sekä näille asetettujen tavoitteiden saavuttamiseen hyvinvointialueiden toiminnassa.

Kuvio 6: Suomen sote-järjestelmä tulevaisuuteen vaikuttavia muutostrendejä

Julkisen sektorin kustannuspaine	Julkisten talouden kantokyky koetuksella nyt ja tulevana vuosinakin.
Sosiodemografia palvelutarpeen kasvuajurina	Ikääntyminen ennen kaikkea mutta myös muita.
Rakenteellisista muutoksista toiminnan uudistamiseen	Reformi tehty, alueelliset rakenteelliset uudistuksetkin pian tehty.
Teknologia, data, digipalvelut ja tekoäly	Murros on jo käynnissä, huomattavat mahdollisuudet.
Merkittävä henkilöstöpula	2030-luvulla erityisesti lähihoitajat ja lääkärit.
Sosiaali- ja terveydenhuollon kuluttajaistuminen	Terveysvakuutusten käyttötapaa ja määrän kasvu yksi indikaatio tästä.
Kansallisen ohjauksen rooli tulevaisuudessa	Hyvinvointialueiden kansallinen ohjaus hakee vielä muotoaan.

Tilanteessa, jossa julkinen talous on vahvasti alijäämäinen, väestön palveluntarve kasvaa, osaavan henkilöstön saatavuus laskee ja viime vuosina toteutetut muutokset ovat keskittyneet rakenteellisiin uudistuksiin niin valtakunnallisesti kuin alueellisestikin, tulisi sote-sektorilla keskittää huomio ensisijaisesti tuottavuuden parantamiseen. Tuottavuuden kasvun avulla syntyy lisäarvoa voidaan edelleen, poliittisin päätöksin, kanavoida tukemaan julkista taloutta menosäästöin, palveluiden saatavuuden parantamiseen ja/tai ylipäätään laajojen julkisesti rahoitettujen sote-palveluiden ylläpitoon. Toisaalta ilman tuottavuuden kasvua järjestelmä tulee rapautumaan julkisen rahoituksen riittämättömyyden ja tätä seuraavan palveluiden karsimisen kautta, mikä johtaa edelleen palveluiden saatavuuden laskuun ja luottamuksen heikkenemiseen julkisia sote-palveluita kohtaan.

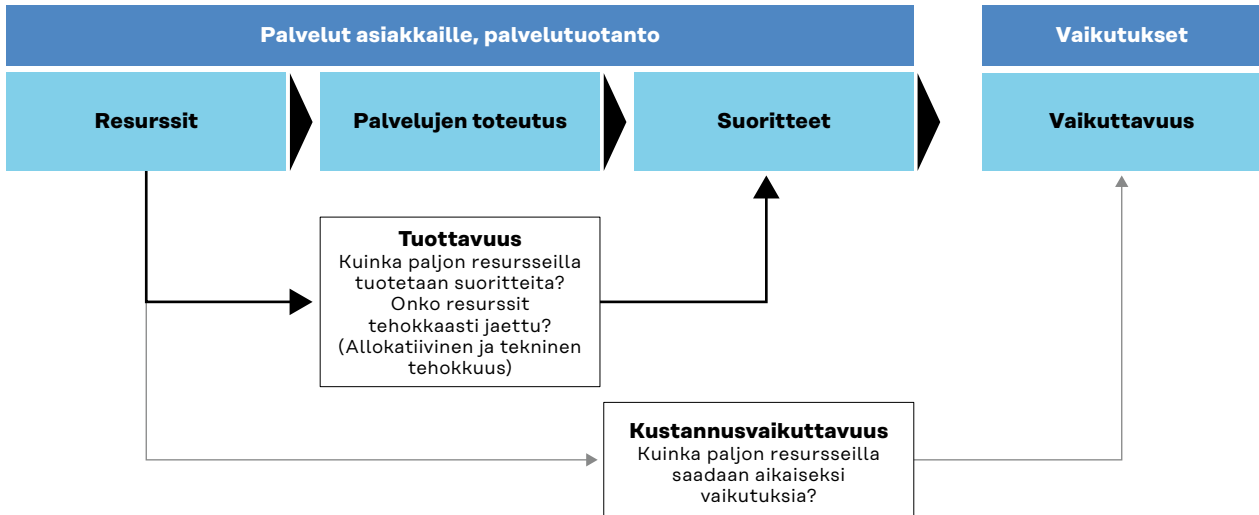
3. Tuottavuus ja vaikuttavuus sosiaali- ja terveydenhuollossa

3.1 Tuottavuuden ja vaikuttavuuden määrittely

Tuottavuudella tarkoitetaan yleisesti resurssien tehokasta käyttöä. Tyypillisesti tuottavuus määritellään tehokkuuden mittana, joka kertoo kuinka paljon suoritteita saadaan aikaiseksi käytetyillä panoksilla. Tässä paperissa tuottavuus ymmärretään siten, että se kattaa sekä teknisen tehokkuuden (”tehdäänkö asiat oikein”) että allokatiivisen tehokkuuden (”tehdäänkö oikeita asioita”) näkökulmat (kuvio 7). Tuottavuuden parantamisella tavoitellaan käytännössä sitä, että aikaansaadaan enemmän tai laadukkaampaa tuotosta samoilla resursseilla tai sama tuotos vähemmällä resursseilla. (ks. mm. Laihonen, Kork & Sinervo 2024, Lönnqvist & Laihonen, 2012)

Vaikuttavuus on yksi sosiaali- ja terveydenhuollon kulmakivistä, ja tuottavuus yksi sen keskeisistä ajureista. Vaikuttavuudella viitataan siihen, kuinka paljon todellista hyötyä, positiivista muutosta, palvelu saa aikaan asiakkaan terveydelle, hyvinvoinnille tai toimintakyvylle. Kustannusvaikuttavuudesta puhutaan, kun vaikutukset suhteutetaan käytettyihin panoksiin (ks. esim. Pitkänen ym., 2020). Sosiaali- ja terveydenhuollossa keskeistä on löytää keinot tuottaa mahdollisimman suuri terveyshyöty rajallisilla voimavaroilla. Tuottavuus on tässä keskeisessä roolissa, kun ”tehdään oikeita asioita oikein”. Kustannusvaikuttavuutta ei voi syntyä ilman tuottavuutta. (ks. esim. STM2025g).

Kuvio 7: Tuottavuus muodostuu suoritteiden ja niihin käytettyjen resurssien suhteesta; vaikuttavuus puolestaan tarkoittaa suoritteiden tuottamaa myönteistä muutosta



3.2 Onko tuottavuudella merkitystä?

Ulkoiset muutostrendit ovat viime ajat toimineet pitkälti palvelujärjestelmän kestävyyttä vastaan kasvattaen tarvetta parantaa sosiaali- ja terveydenhuollon tuottavuutta ja vaikuttavuutta. Tässä alaluvussa taustoitetaan muutostrendeistä johtuvia syitä sille, miksi tuottavuuden parantaminen sote-järjestelmässä on tärkeää. Yksinkertaistettuna: kun resurssien (panostukset) määrä vähenee henkilöstön saatavuuden ja taloudellisen tilanteen heikentyessä, ja kasvava palveluiden tarve nostaa samalla tarvittavien suoritteiden (tuotokset) määrää, on tuottavuuden nostaminen yksi ainoista vaihtoehdoista nykyisen kaltaisen järjestelmän ylläpitämiseen.

Lukuisissa tämän raportin taustaksi toteutetuissa asiantuntijahaastatteluisissa tunnistettiin palveluntuotannon tuottavuus ja vaikuttavuus keskeiseksi ja tärkeäksi sote-järjestelmän kehittämiskohdaksi tulevinä vuosina. Haastateltavat totesivat tuottavuuden ja vaikuttavuuden roolista esimerkiksi seuraavaa.

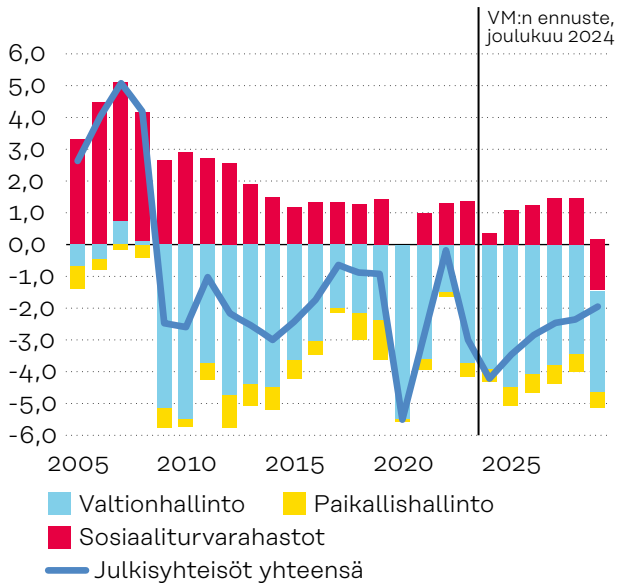
”Tuottavuus on erittäin relevantti kysymys, jokaisella hyvinvointialueella seuraavien 10 vuoden aikana. Tuottavuus ja vaikuttavuus ovat ratkaisevia tekijöitä, jotta laajenevaan palvelutarpeeseen voidaan vastata, kun resurssit eivät ainakaan kasva. Toisaalta toistaiseksi hyvinvointialueilla ei ole juurikaan haettu uudella tavalla tekemistä, vaan toistaiseksi on keskitytty säästöihin ja karsintaan”.

”Suomi on ottanut velkaa vuodesta 2009 saakka ja jatkaa velkaantumistaan. Samalla väestö ikääntyy ja palvelutarve kasvaa. Yhtälö ei toimi. Emme voi jatkaa vanhoilla palveluprosesseilla ja vain skaalata niitä ylöspäin. Vaikka rahat riittäisivät, mitä ne eivät tee, niin tekijöitä ei myöskään ole riittävästi. Sote-sektorilla ei ole tunnustettu, että yhtälö on rikki. Tilanne on käännettävissä ja voimme ratkaista sen, mutta tämä vaatii palveluprosessien muuttamista ja koko sektorin uudelleen mietintää. Tuottavuuskeskustelu jää jalkoihin, koska kaikkien mielikuva on se, että väännetään ihmisistä vaan irti enemmän ja enemmän. Tästä ei ole kyse. Kyse on siitä, että käytetään työtä mielekkäästi ja siihen, millä on arvoa.”

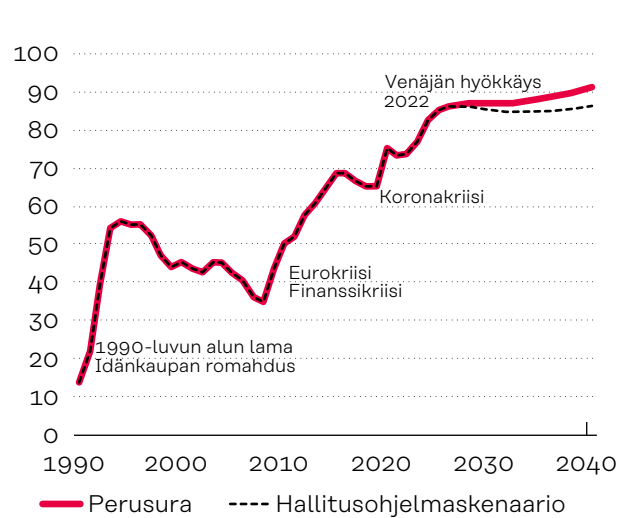
Julkisen sektorin kustannuspaine on valtava (kuvio 8). Suomen talous on kasvanut heikosti viimeiset 17 vuotta. Julkisyhteisöjen rahoitusasemaa kuvaava kuvio 8 osoittaa, että Suomen julkinen talous on ollut viime vuosina alijäämäinen. Julkinen sektori kuluttaa enemmän kuin se saa tuloja, ja erotus rahoitetaan velalla.

Kuvio 8: Suomen julkisen talouden tilanne on heikko.

Julkisyhteisöjen rahoitusasema* suhteessa BKT:een, %



Suomen julkisyhteisöjen velka suhteessa BKT:een, %



*Julkisyhteisöjen rahoitusasemalla viitataan julkisen talouden rahoitusasemaan (alijäämään), eli julkisyhteisöjen sektorin tulojen ja menojen erotukseen. Suomen julkisen talouden tilanne on heikko ja paine kasvaa mm. ikääntymisen myötä. On tarve merkittävälle tuottavuusloikalle. Lähde: Valtionvarainministeriö 2024, perustuen Tilastokeskus, VM, STM, Euroopan tilintarkastustuomioistuim

Velkaantuminen on jatkunut vuodesta 2008 alkaen. Julkisen talouden alijäämäisyyden taustalla vaikuttavat kansallisten valintojen ja syiden ohella etenkin 2020-luvulla myös kansainväliset ilmiöt: Koronakriisi nosti velan ennätyslukemiin ja Venäjän hyökkäys Ukrainaan nosti edelleen julkisyhteisöjen menotaakkaa. Globaali tilanne on edelleen epävakaa. Syistä riippumatta julkisen talouden epätasapaino korostaa tarvetta julkisen sektorin rakenteellisille uudistuksille ja tuottavuuden parantamiselle.

Julkisen talouden kestävyysvajeen arvioidaan olevan noin 2,5 prosenttia suhteessa BKT:hen eli noin 7,5 miljardia euroa vuoden 2029 tasolla. Kestävyysvaje kuvaa tilannetta, jossa julkisen talouden menot kasvavat pitkällä aikavälillä nopeammin kuin tulot, mikä johtaa velkaantumiseen, ellei politiikkaa muuteta. Se on keskeinen mittari arvioitaessa julkisen talouden kestävyttä tulevaisuudessa, erityisesti väestön ikääntyessä ja huoltosuhteen heikentyessä. (VM 2025c)

Sosio-demografiset muutokset Suomessa ovat tulevina vuosina valtavia: väestörakenne muuttuu ja muodostaa aiempaa vaikeamman toimintaympäristön sosiaali- ja terveystalouden palvelujärjestelmälle. Ikääntyneiden osuus väestöstä kasvaa jyrkästi, kun ihmiset elävät vanhemmiksi ja tämän myötä kysyntä sote-palveluille kasvaa. Samalla työikäisten määrä laskee ja syntyvyyden lasku vakiintuu pysyväksi ilmiöksi. Väestörakenne muuttuu myös alueellisesti, kun keskittyminen suurille kaupunkiseuduille jatkuu. Kaikki nämä yhdessä vaikuttavat suoraan hoivan rakenteisiin ja julkisen talouden kestävyteen, luovat alueellisia eroja palvelutarpeisiin sekä vaikeuttavat yhdenvertaisen palveluverkon ylläpitoa. (MDI 2025a). Sosio-demografiset muutokset ovat osaltaan syynä myös kansalliseen ja alueelliseen henkilöstöpulaan, kun työmarkkinoilta poistuu enemmän ihmisiä kuin sinne tulee, ja sen lisäksi nuoret muuttavat kasvukeskuksiin.

Toimintakyvyn heikentyminen lisää avun tarvetta väestön ikääntyessä. Lisääntyvät mielenterveyshäiriöt vaikuttavat työkykyyn heikentäen inhimillisen kustannuksen ohella myös kansantaloutta. Myös ylipaino ja lihavuus ovat nousseet keskeisiksi kansanterveyden haasteiksi lisäten entisestään kansantautien, kuten sydän- ja verisuonitautien, diabeteksen ja tuki- ja liikuntaelinsairauksien esiintymisen riskiä, mikä puolestaan lisää palveluiden tarvetta ja lääkekustannuksia.

Lisäksi medikalisaatio ja hoitomenetelmien kehittyminen lisäävät kysyntää ja luovat epäsuhtaa, jossa väestön odotukset palvelujen saatavuudesta kasvavat ja asukkaiden suhtautuminen palveluihin kuluttajaistuu. Kasvava vaatimustaso lisää epäsuhtaa panosten ja haluttujen suoritteiden välillä (vrt. Torkki ym. 2022). Ilman vaikuttavuuden arviointia, priorisointia ja tuottavuuden kasvua järjestelmän kantokyky vaarantuu.

Samaan aikaan kun kysyntä ja palvelutarve on kasvanut, hoitoon pääsy on heikentynyt. Kokemus hoidon saatavuudesta onkin Suomessa EU:n keskiarvoa heikompaa. Etenkin heikossa sosioekonomisessa asemassa

olevat ihmisen kokevat jäävänsä palveluiden ulkopuolelle. Ikääntyneiden palveluiden, erityisesti kotihoidon, peittävyys on laskenut suhteessa samanikäiseen väestöön vuosien 2017–2024 välillä (ks. kuvio 13). Erikoissairaanhoidon pääsy on heikentynyt, sillä jonot ovat kasvaneet merkittävästi sekä määrällisesti että suhteellisesti koronapandemian jälkeen (ks. liite C). Perusterveydenhuollossa tilanne on pysynyt suhteellisen vakaana, mutta käyttäjien kokemus hoidon saatavuuden ongelmista ei ole perusterveydenhuollossa uusi. Se, että perusterveydenhuollon palveluihin pääsy ei ole heikentynyt, vaikka erikoissairaanhoidon pääsy on laskenut, on hyvä kokonaistuottavuuden kannalta: mitä aiemmin palveluiden piiriin pääsee, sitä vähemmän asiakkaat ja potilaat kuormittavat koko järjestelmää. Palveluiden riittämättömästä saatavuudesta kysyntään nähden kertoo myös se, että ihmiset ostavat enenevässä määrin yksityisiä terveysvakuutuksia päästäkseen hoitoon nopeammin (Tilastokeskus 2024).

Sote-uudistuksen myötä kansalliset ja ensivaiheen alueelliset rakenteelliset uudistukset esimerkiksi palveluverkon osalta ovat jo pian valmiina, vaikka kansallinen ohjaus vielä hakee muotoaan ja keskustelu palvelurakenteesta tulee jatkumaan. Hyvinvointialueiden rakenteellisten uudistusten ajurina on ensivaiheessa toiminut tarve toteuttaa merkittäviä säästöjä talouden tasapainottamiseksi ja alijäämien kattamiseksi. Rakenteelliset uudistukset, kuten muutokset palveluverkossa, eivät välttämättä tuo lähivuosille enää suoraan merkittäviä parannuksia järjestelmän keskeisiin haasteisiin.

Ruotsin ja Tanskan kokemusten pohjalta kertaalleen uudistettuja kansallisia sote-järjestelmän rakenteita tullaan päivittämään vielä 2030-luvulla, mutta tämä on liian hidas tie Suomen ongelmienkorjaamisen näkökulmasta. Meidän tulee siirtää huomiotaamme rakenteellisista muutoksista toiminnan uudistamiseen, eli palveluiden järjestämisen ja etenkin tuottamisen tasolla tapahtuvaan muutokseen olemassa olevien rakenteiden sisällä. Teknologia, data, digipalvelut ja tekoäly tarjoavat valtavat mahdollisuudet järjestelmän ja palvelutuotannon parantamiseen. Jotta niistä on oikeasti hyötyä asukkaille ja asiakkaille, tulee niiden hyödyt pystyä mittaamaan tuottavuuden ja vaikuttavuuden parantumisenä. Muuten teknologiainvestoinnit eivät todellisuudessa muuta palveluprosessia ja pahimmillaan ne vain sirpaloivat järjestelmää aiheuttaen lisäkustannuksia. Sama kehitys pätee seuraavan sukupolven lääkkeisiin.

Kun kysyntä nousee, mutta tuotannontekijöiden määrä ei, tuottavuuden pitää nousta, jotta palvelut saadaan ylläpidettyä väestön tarpeita vastaavalla tasolla. Tuottavuus ei nouse itsestään, vaan sitä pitää johtaa, arvioida ja mitata, sekä siihen pitää keskittää merkittävästi huomioita kaikilla sote-järjestelmän tasoilla.

3.3 Viime vuosien kehitys

Kun Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon tuottavuuden ja vaikuttavuuden kehittymistä tarkastellaan viimeisen kymmenen vuoden aikahorisontilla, voidaan tehdä kolme keskeistä johtopäätöstä. Ensinnäkin emme seuraa kansallisella tasolla johdonmukaisesti tuottavuuden kehittymistä eri palvelukokonaisuuksissa. Toisekseen käytössä olevien julkisten tietojen perusteella voidaan todeta, että emme ole kokonaisuutena tehneet sote-palveluissa tuottavuusloikkaa, eli tuottavuus ei ole kasvanut ainakaan merkittävästi. Kolmanneksi kansallinen tietopohja erityisesti sosiaalipalvelujen tuottavuuden kehittymisen seurantaan varten on hyvin puutteellista. Hyvinvointialueiden omien tietojen kohdalla tilanne ei välttämättä ole näin, mutta kansallisesti tiedämme lopulta melko vähän sosiaalipalvelujen tuottavuudesta.

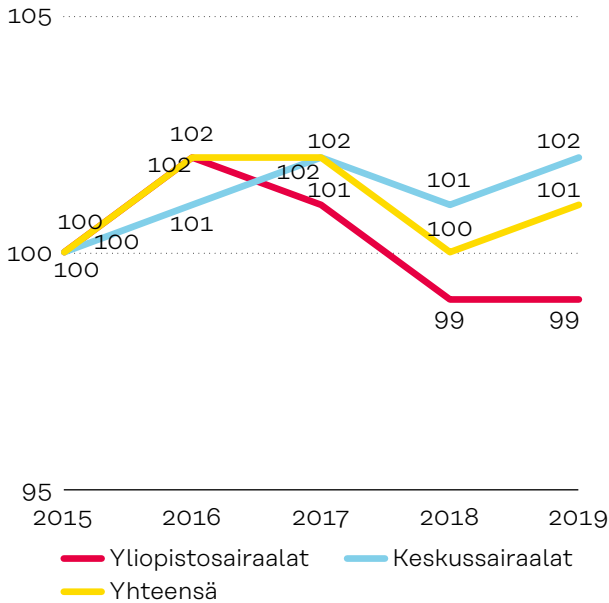
Kun sote-palvelujen tuottavuuden kehittymistä arvioidaan palvelukokonaisuuksittain, on luontevaa lähteä liikkeelle taloudellisesti merkittävimmistä ja tietopohjaltaan parhaimmista kokonaisuudesta, eli erikoissairaanhoidosta. Kansallisesti tuottavuutta on mitattu pääosin juuri erikoissairaanhoidossa, mahdollisesti edellä mainituista syistä. Erikoissairaanhoidon kohdalla THL seuraa sairaaloiden tuottavuutta DRG-pohjaisesti ja muihin palvelukokonaisuuksiin nähden huomattavasti sofistikoituneemmin, vaikka tähänkin tarkastelutapaan liittyy omat rajoitteensa mm. eri tekijöiden painotuksia koskien (THL 2025c).

Erikoissairaanhoidon tuottavuus on laskenut viimeisen viiden vuoden aikana ja säilynyt suhteellisen ennallaan edeltävinä viitenä vuonna 2015–2019 (kuvio 9). Koronapandemia on varmasti vaikuttanut näistä tuoreemman aikaperiodin tilanteeseen. Kustannusten ja tuotoksen suhdetta tarkastellessa näkyy, että episodituotos eli hoitajaksojen määrä on pienentynyt kustannusten kasvaessa maltillisesti. Kustannusten ja suoritteiden kehitys on eriytynyt toisistaan verrattuna vuosien 2015–2019 tilanteeseen. Erikoissairaanhoidon tuottavuuden paikallaan pysymisestä kertoo samansuuntaista viestiä karkea potilas- ja hoitokäyntien määrän tarkastelu suhteessa lääkärimäärään. (THL 2023 ja 2024b, kuvio 10).

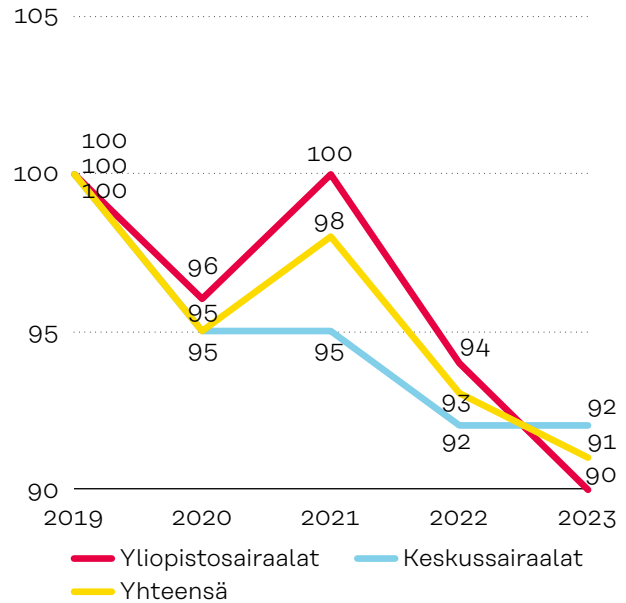
Julkisen perusterveydenhuollon tuottavuuden kehittymisessä ei myöskään näy merkittävää muutosta parempaan tai heikompaan v. 2015–2024 käynti- ja asiakasmäärien kautta tarkasteltuna (kuvio 11). Käynti- ja asiakasmäärät terveyskeskuslääkäriä kohden ovat pysyneet liki samana vuosien 2015 ja 2024 välillä. Tulos on jopa hieman yllättävä viime vuosien avosairaanhoidon voimakkaan digitalisoinnin ja etäasioinnin kasvun valossa. Vuosina 2020–2024 tuottavuus kuitenkin selvästi kasvaa näillä tuottavuusmittareilla tarkasteltuna.

Kuvio 9: Sairaaloiden tuottavuus. Kuvion vasen puoli kuvaa tuottavuuden kehitystä ja tuotoksen ja kustannusten keskinäistä suhdetta vuosina 2015–2019, oikea puoli samojen muuttujien kehitystä 2019–2024

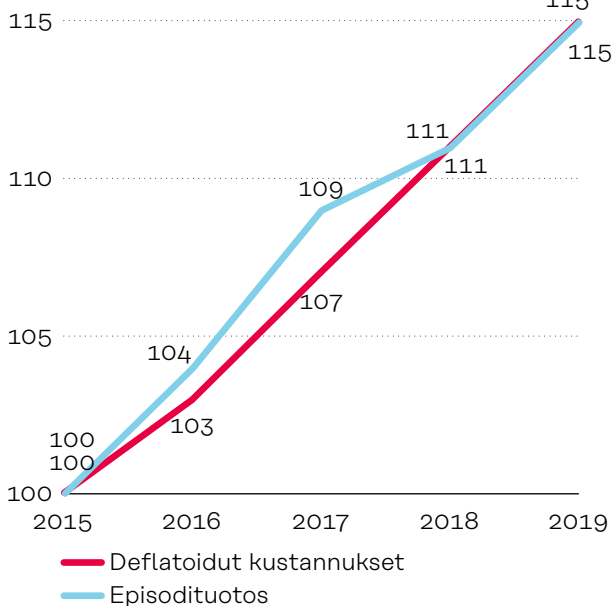
Sairaalaryhmien tuottavuuden kehitys, 2015–2019; indeksi 2015 = 100*



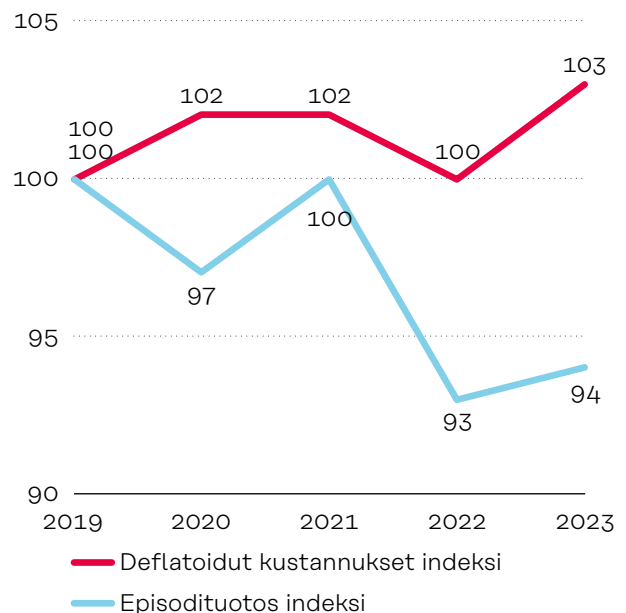
Sairaalaryhmien tuottavuuden kehitys, 2019–2023; indeksi 2019 = 100*



Sairaalaryhmien tuotoksen ja kustannusten kehitys, 2015–2019; indeksi 2015 = 100*



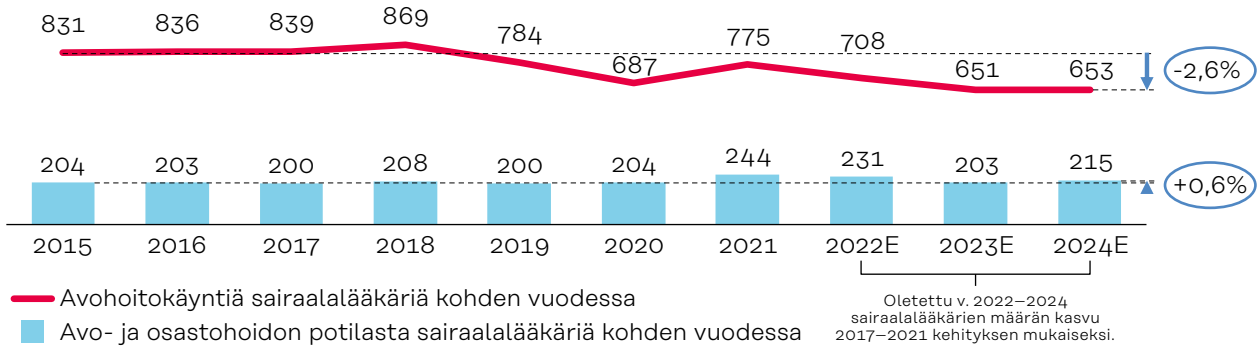
Sairaalaryhmien tuotoksen ja kustannusten kehitys, 2019–2023; indeksi 2019 = 100*



*Huomioitava, että sairaaloiden DRG-perusteiseen tuottavuuden mittaamiseen liittyy episodiperusteisuuteen, jakaumaan ja painotukseen liittyviä rajoitteita. Tämän vuoksi tuottavuutta on hyvä tarkastella myös käynti- ja asiakasmäärien kehityksenä.
Lähde: THL 2023b ja 2024b

Kuvio 10: Erikoissairaanhoidon tuottavuus karkeasti asiakas- ja käyntimäärillä tarkasteltuna

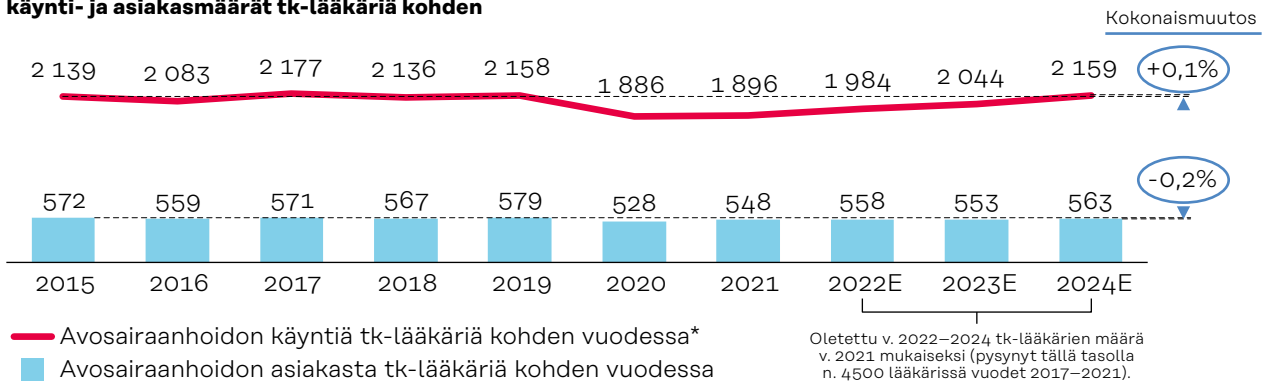
Tuottavuus julkisessa somaattisessa erikoissairaanhoidossa: käynti- ja asiakasmäärät sairaalalääkärinä kohden



Lähde: THL, Lääkäriliitto

Kuvio 11: Perusterveydenhuollon tuottavuus karkeasti asiakas- ja käyntimäärillä tarkasteltuna

Tuottavuus julkisessa perusterveydenhuollossa: käynti- ja asiakasmäärät tk-lääkärinä kohden



* Kaikki yhteystavat

Lähde: THL, Lääkäriliitto

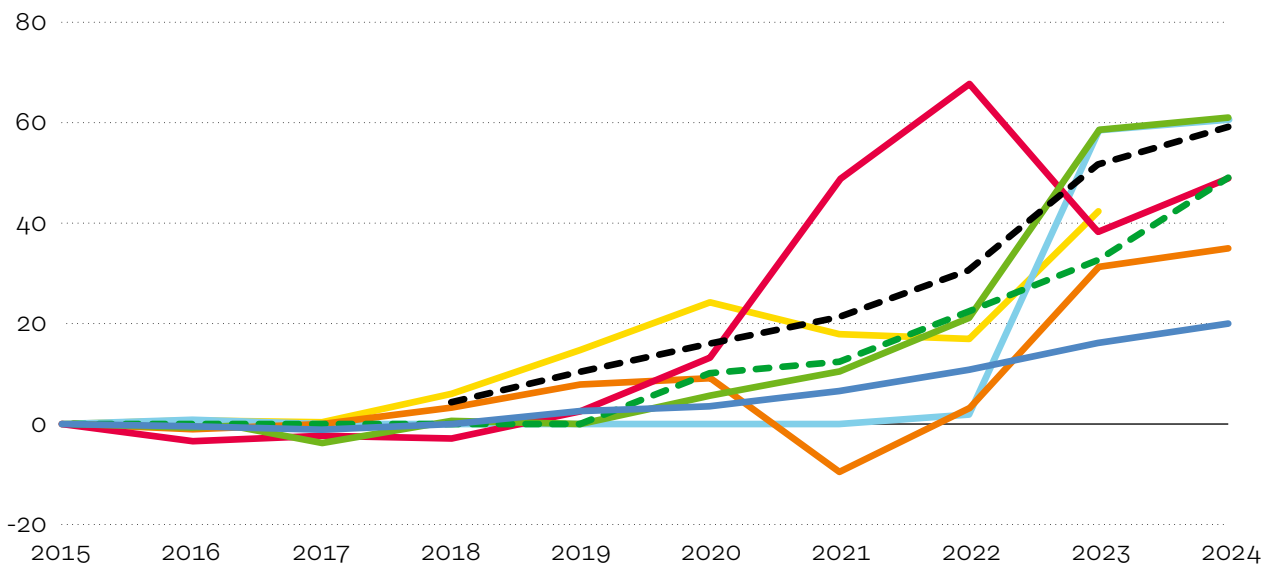
Kun tarkastellaan eri sosiaalipalvelujen tuottavuuden kehittymistä rinnakkain asiakaskohtaisten nettokäyttökustannusten kautta¹ (kuvio 12) ja suhteessa julkisten menojen sote-hintaindeksiin, huomataan seuraavat seikat. Kokonaisuutena asiakaskohtaisten nettokäyttökustannusten kehitys on

1 Tämä on käänteinen tuottavuusmittari, jota käytetään, jotta kehitystä voidaan suoraan verrata julkisten menojen sote-hintaindeksiin.

hintaindeksin mukaista (”käyräparven muoto”), mutta voimakkaammin kasvavaa erityisesti vuoden 2020 jälkeen. Tämä viittaa siihen, että tuottavuuden kasvu on kustannusten kasvua hitaampaa. Tämän tulkinnan väistämättömyyttä kuitenkin rajaavat seuraavat keskeiset seikat: tilastokäytänteiden poikkeamat näkyvät vuosikohtaisina erittäin merkittävinä muutoksina (esim. kehitysvammaisten laitospalvelut v. 2020–2021 muutos). Hyvinvointialuesiirtymä v. 2022–2023 näkyy kaikissa palveluissa merkittävänä kustannuskasvuna, jota selittää siirtymään liittyvä tilastointitapojen ja kustannusten kohdentamisen muutokset.

Varovainen johtopäätös kokonaisuudesta on, että sosiaalipalveluissa ei ole aikaansaatu merkittävää tuottavuusloikkaa tarkasteluperiodilla. Väkevämpi johtopäätös sen sijaan on, että kansallisen tason tietopohja sosiaalipalveluista ei nykyisellään mahdollista kuin äärimmäisen karkean tason tuottavuustarkastelua.

Kuvio 12: Asiakaskohtaisten nettokäyttökustannusten* indeksoitu kehitys eri sosiaalipalveluissa, % muutos suhteessa v. 2015 tasoon



- Vammaisten ympärivuorokautinen palveluasuminen
- Kehitysvammaisten laitospalvelu**
- Vammaisten henkilökohtainen apu
- Ikääntyneiden ympärivuorokautinen palveluasuminen
- Lastensuojelun laitos- ja perhehoito
- Ikääntyneiden säännöllinen ja tilapäinen kotihoito***
- Julkisten menojen sote-hintaindeksi
- Sosiaalihuollon nettokäyttökustannukset yhteensä****

* Huom. Kustannustietoja ei inflaatiokorjattu

** Tilastointitapamuutos 2020–2021

*** Sisältää omaishoidon tuen 2021–

**** Vertailukohtana vuosi 2017 toisin kuin muissa, joissa vertailukohtana v. 2015

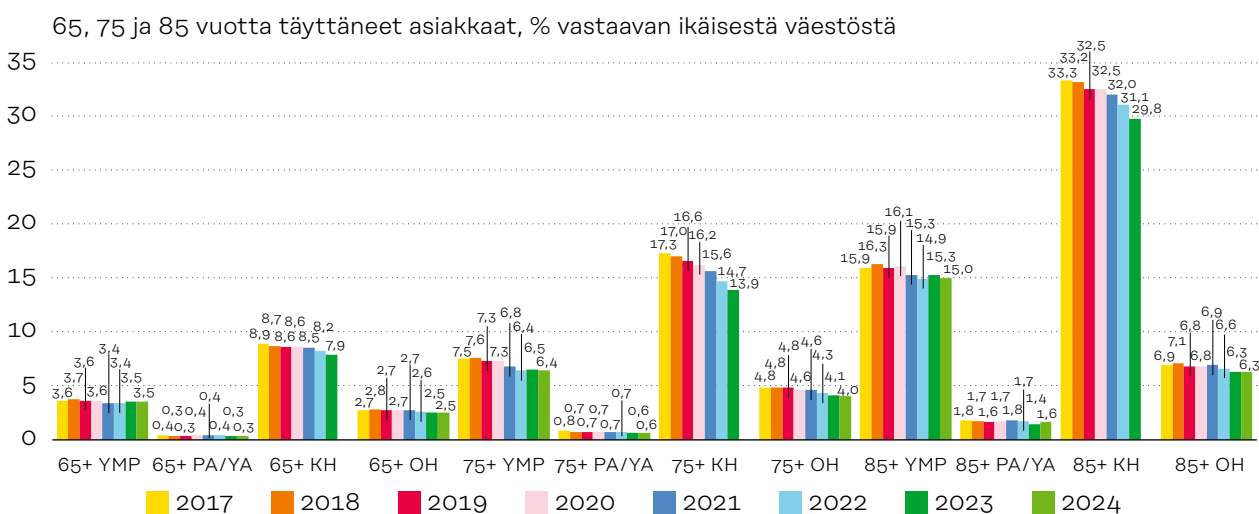
Lähde: Tilastokeskus, THL, Sotkanet

Ikääntyneiden sosiaalipalveluja kokonaisuutena tarkasteltaessa huomio kiinnittyy seuraavaan: Resurssien kohdentamisen näkökulmasta vaikuttaa siltä, että palvelurakennetta on kevennetty läpi ikääntyneiden palveluketjun sen sijaan, että painopistettä olisi siirretty raskaista palveluista kevyempiin (kuvio 13). Tällöin kyse ei ole niinkään allokaatiivisen tehokkuuden parantamisesta vaan palvelujen sopeuttamisesta; ellei kyse olisi ylitarjonnan vähentämisestä kautta linjan. On kuitenkin syytä huomata, että peittävyksien kautta palvelurakennetta tarkasteltaessa eliniän pidentyminen vaikuttaa myös kehityskulkuun.

Ikääntyneiden ympärivuorokautisessa asumispalvelussa tuotokset vaikuttavat kasvaneen samaa tahtia kustannuskasvun kanssa aina vuoteen 2020 asti, kun asiaa tarkastellaan hoitopäivien lukumäärän ja bruttokäyttökustannusten kautta (kuvio 14). Vuoden 2020 jälkeen kustannuskasvu dominoi merkittävällä tavalla, ja tuottavuus näyttäisi heikkenevän voimakkaasti. Johtopäätöksiä vetäminen tästä aikaperiodista on kuitenkin vaikeaa, koska siihen ajoittuu joukko tilanteeseen eri tavoin vaikuttavia ilmiöitä: koronapandemia, hyvinvointialuesiirtymä v. 2023 tilastointimuutoksineen ja ikääntyneiden asumispalveluiden henkilöstömitoituksen kiristäminen.

Asiakaskohtaiset kustannukset kertovat saman tarinan toista kautta (kuvio 15). Vuoteen 2020 miljoonalla eurolla on palveltu ikääntyneiden ympärivuorokautisessa hoivassa kutakuinkin sama määrä asiakkaita. Vuoden 2020 jälkeen tilanne muuttuu merkittävästi. Keskeisin ajuri muutokseen on vuosien 2021–2024 roima kustannuskasvu, josta osa on tilastointitekniestä harhaa. Vertailun vuoksi vastaavan suuntainen ilmiö on havaittavissa lastensuojelun laitos- ja perhehoidossa (kuvio 16).

Kuvio 13: Ikääntyneiden prosentuaalinen osuus (peittävyys) eri palveluissa ikäryhmittäin



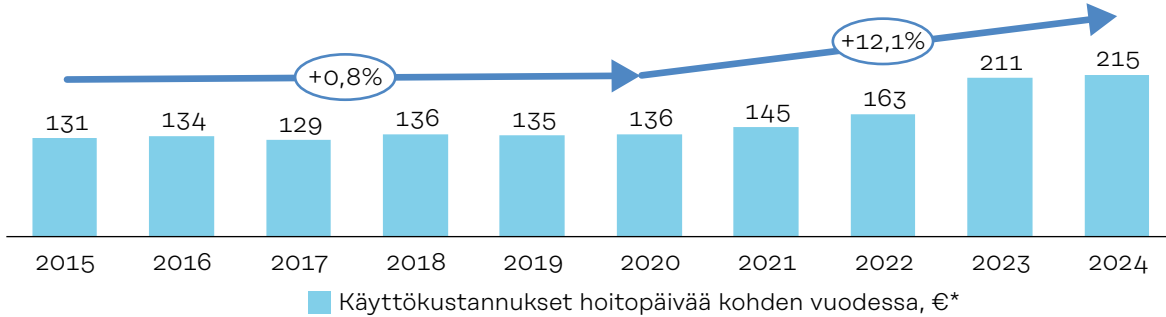
*Säännöllisen kotihoidon data on saatavilla vain vuoteen 2023 asti

**Vuodesta 2023 lähtien tavallisen palveluasumisen data on kerätty nimellä yhteisöllinen asuminen

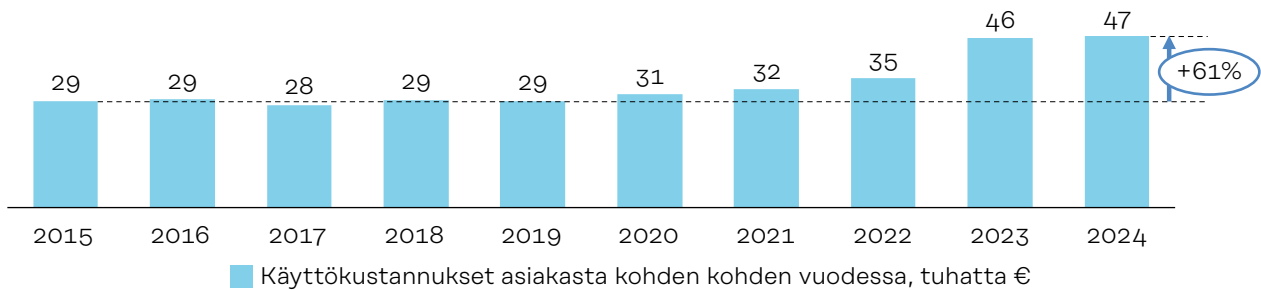
Lähde: THL (Sotkanet)

Kuvio 14: Ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoivan tuottavuus hoitopäivien ja bruttokäyttökustannusten kautta tarkasteltuna

Iäkkäiden ympärivuorokautisen palveluasumisen bruttokäyttö-kustannukset hoitopäivää kohden



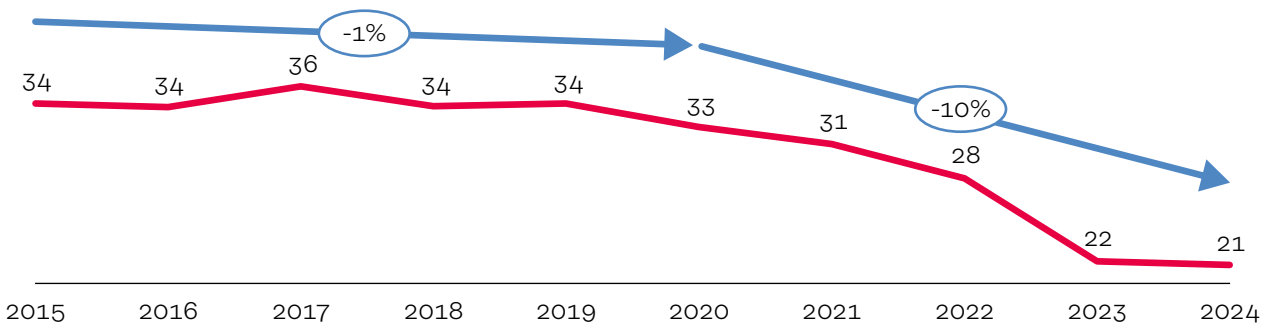
Iäkkäiden ympärivuorokautisen palveluasumisen käyttökustannukset asiakasta kohden



Lähde: THL, Sotkanet

Kuvio 15: Ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoivan tuottavuus asiakasmäärän ja bruttokäyttökustannusten kautta tarkasteltuna

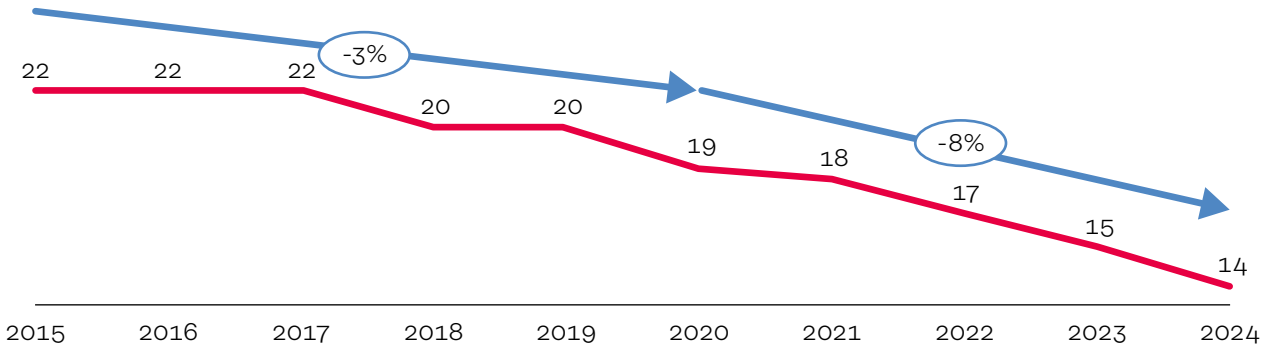
Palveltua asiakasta per 1 milj. euroa*, ikääntyneiden ympärivuorokautinen asumispalvelu, asiakasmäärä per 1 m€ (bruttokäyttökustannukset)



*Huom. Kustannustietoja ei ole inflaatiokorjattu.
Lähde: THL

Kuvio 16: Lastensuojelun laitos- ja perhehoidon tuottavuus asiakasmäärän ja nettokäyttökustannusten kautta tarkasteltuna

Palveltua asiakasta per 1 milj. euroa*, lastensuojelun laitos- ja perhehoito, asiakasmäärä per 1 m€ (nettokäyttökustannukset)



Lähde: THL

Keskustelussa tuottavuudesta sosiaali- ja terveystaloudessa on selvää, että tuottavuuden mittaaminen ei ole yksioikoista ja näkökulmia on lukuisia. Sosiaali- ja terveystalouden perustehtävä ei ole tuottavuus, vaan ihmisten laadukkaiden ja vaikuttavien palveluiden kautta saavutettava hyvinvointi ja laadukkaat elinvuodet. Niin ikään menneiden vuosien kehitystä voi pitää väistämättömänä sellaisten tekijöiden kuten koronapandemian, johon emme voineet vaikuttaa, johdosta. Tässä raportissa ei pyritäkään yksiselitteisesti osoittamaan, että julkisen sote-järjestelmän tuottavuus on kehittynyt yksiselitteisesti tietyn suuntaisesti. Pikemminkin pyrimme antamaan näkökulmia menneiden vuosien tuottavuuden arviointiin vaillinaisin, mutta ainoin julkisesti käytössä olevin tietoaineistoin. Vaikuttaa selvältä, että tuottavuus ei ole ainakaan kasvanut merkittävässä mittakaavassa. Samaan aikaan selvää on, että tuottavuuden parantaminen ei ole ollut viime vuosina julkisen sote-järjestelmän reformoinnin ensisijaisena kohteena.

Riippumatta menneestä kehityksestä nykyinen tilanne, jossa järjestelmämme lepää, edellyttää tuottavuuden ja vaikuttavuuden kasvun nostamista keskeiseksi ohjaavaksi tavoitteeksi hyvinvointialueilla. Tälle vaihtoehdona näyttäytyy ainoastaan nykyisen sote-järjestelmän rapautuminen rahoituksen sekä tuotannon tekijöiden vähenemisen ja palveluiden kysynnän kasvun ristipaineissa.

Asiantuntijahaastatteluisissa sote-palveluiden tuottavuuden kehitystä arvioitiin esimerkiksi seuraavasti:

”Julkisissa terveystalouksissa on vallinnut tilastollisesti negatiivinen tuottavuuskehitys. Vastaanottokäyntien lukumäärä per lääkäri on laskenut, hoitohenkilöstön määrä kasvanut eivätkä sairaalajaksojen tai toimenpiteiden lukumäärät ole kasvaneet.”

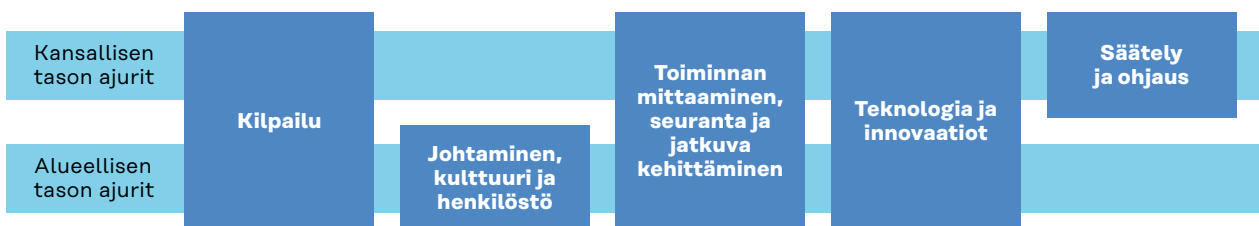
”Erikoissairaanhoidon tuottavuus on laskenut suurella osalla alueista. Muutama poikkeus on, mutta iso kuva on, että tuottavuus on laskenut. Perusterveydenhuollossa tuottavuus on myös laskenut, mutta syyt ovat moninaisempia. Esimerkiksi kasvanut paine perusterveydenhuollossa. Sosiaalipalvelut ovat hankalampia, siellä tulee katsoa pelkän tuottavuuden rinnalla myös vaikuttavuutta.”

”Kustannusten kasvu on ollut todella kovaa. Tuottavuustavoitteita on ollut, mutta tuottavuus ei ole kasvanut. Alueilla on kuitenkin edetty vanhoilla prosesseilla ja lisätty koneeseen vain rahaa ja henkilöstöä. Yksityisellä sektorilla on taas kyetty lisäämään tehokkuutta esimerkiksi digitaalisten palveluiden luomisen kautta. Ne ovat kiistatta tehostaneet toimintaa ja muuttaneet prosesseja. Nyt julkinen puoli on ottanut myös käyttöön näitä, mutta tulokset eivät siellä näy vielä. Julkisella ei ole ollut myöskään kannustimia tuottavuuden nousuun.”

4. Tuottavuuden ajurit

Toteutettujen asiantuntijahaastatteluiden ja tutkimusten sekä selvitysten pohjalta voidaan hahmottaa viisi kokonaisuutta, joilla on keskeinen rooli palveluntuotannon tuottavuuden ja vaikuttavuuden saralla sote-sektorilla. Tässä osiossa tarkastellaan näitä viittä keskeistä tuottavuuden ajuria, eli tekijää, joiden kautta voidaan suoraan tai välillisesti vaikuttaa tuottavuuden kasvuun tai jotka voivat nykyisessä tilassaan estää tuottavuuden kasvua (kuvio 17). Edelleen seuraavissa osioissa syvennyttään ajureihin ja nykytilaan tarkemmin tunnistuen konkreettisia muutostarpeita niin kansallisesti kuin hyvinvointialueiden tasolla. Teknologisen kehityksen ja innovaatioiden mahdollisuuksia tuottavuuden ja kustannusvaikuttavuuden parantamiseen käsitellään erikseen luvussa 7.

Kuvio 17: Viisi keskeistä ajuria tuottavuuden parantamiseksi



4.1 Kilpailu

Sote-markkinalla valtaosa palveluiden tuotannosta on palveluiden järjestämisestä vastuullisten hyvinvointialueiden omaa tuotantoa ja alan yksityiset toimijat ovat viime vuosina ostaneet pienempiä kilpailijoitaan. Viime vuosina on kuitenkin tutkittu ja kokeiltu, kuinka kilpailulliset elementit voisivat luoda tuottavuutta ja tehokkuutta myös sote-sektorille. Kilpailulla voidaan tarkoittaa sekä markkinakilpailua palveluntuottajien välillä (esim. asiakkaiden valinnanvapauten perustuen) että kilpailua markkinoille pääsystä (esim. hankintakilpailut). Suomessa näistä on hyödynnetty etenkin jälkimmäistä hyvinvointialueiden hankkiessa palveluita kilpailutuksen kautta yksityisiltä palveluntuottajilta. Tällaisessa mallissa kynnys markkinoille pääsyssä syntyy ensikädessä palveluiden järjestäjän valinnoista sekä hankintaprosesseissa asetetuista vaatimuksista palveluntuottajille ja toissijaisesti kriteereistä valittavan palveluntuottajan suhteen. Monissa muissa eurooppalaisissa sote-järjestelmissä kilpailua on syntynyt julkisesti rahoitetuissa

sote-palveluissa myös hyödyntäen asiakkaiden valinnanvapautta, jolloin eri palveluntuottajat voivat omin päätöksin lähteä kilpailemaan keskenään asiakkaista niiden täyttäessä tietyt kriteerit markkinoille pääsystä. Suomessa palveluiden loppukäyttäjien valintoihin perustuvaa avointa kilpailua tapahtuu lähinnä yksityisesti rahoitetun palveluntuotannon ja työterveyshuollon tuotannon saralla. Poikkeuksen tähän muodostavat julkisesti rahoitetuissa erikoissairaanhoidon palveluissa in-house-yhtiöt, kuten Coxa ja Sydän-sairaala, joiden palveluiden piiriin asiakas voi hakeutua lähetteellä sekä palvelusetelit, joiden käyttö on lisääntynyt etenkin sosiaalipalveluissa.

Erityisesti terveydenhuollossa on kansainvälistä tutkimusnäyttöä siitä, että oikein suunniteltuna kilpailu voi toimia tuottavuuden ja vaikuttavuuden ajurina. Empiiristen tutkimusten valossa sote-palvelut eivät siis ole talouden yleisten lainalaisuuksien ulkopuolella, vaan kilpailulla voi olla positiivinen vaikutus keskeisiin tekijöihin, kuten johtamiseen, tuottavuuteen ja terveydenhuollon vaikuttavuuteen. Taloustieteen näkökulmasta kilpailu, tai jopa näennäinen ”kvasikilpailu” julkisten tuottajien kesken, kannustavat parempaan tehokkuuteen ja innovointiin. Kilpailu ja muiden toimijoiden potentiaalinen markkinoille tulo ajaa tyypillisesti organisaatioita etsimään uusia ratkaisuja, parempia johtamistapoja sekä kehittämään toimintaansa. Uusien innovaatioiden käyttöönoton vauhdittaminen ja kustannushallinnan potentiaali ovatkin keskeisiä kilpailun hyötyjä. (Pöysti 2015; Virtanen ym. 2016)

Käytännössä kilpailun vaikutukset sote-alalla riippuvat paljon toteuttamistavoista, ja esimerkiksi hinnoittelun sääntely on yksi kriittisistä tekijöistä. Talousteoriaan pohjaten kilpailu vaikuttaa laatuun positiivisesti tilanteissa, joissa palveluntuottajien korvaukset ovat kiinteähintaisia (esim. DRG-perusteiset maksut sairaaloille) – tuottajien on välttämätöntä kilpailla laadulla, mikäli hinnalla ei voi kilpailla. Tätä tukevat myös empiiriset havainnot eri maista. Toisaalta vapaassa markkinahinnoittelussa kova kilpailu saattaa madaltaa hintoja ja heikentää kannusteita panostaa laatuun. Kilpailulla on tutkimusten valossa kuitenkin kustannusten hillinnän kannalta myönteinen vaikutus, sillä vähäinen kilpailu on yhteydessä korkeampiin hintoihin. Sote-palvelujen tuottavuuteen ja vaikuttavuuteen kilpailu vaikuttaa tuottajien suoriutumisen paranemisen myötä mm. lisäämällä paineita tehostaa toimintaa ja vastata asiakkaiden tarpeisiin. (Pöysti 2015; Virtanen ym. & Linnosmaa 2016)

Kilpailun hyödyt näkyvät myös johtamisessa: kilpailulliset elementit voivat toimia kannustimena parempaan johtamiseen, joka on tunnistettu tuottavuuden avaintekijäksi. Laadukkaammat ja vaikuttavammat yksiköt pärjäävät markkinakilpailussa tyypillisesti hyvin, ja vaikuttavat palvelut vetävät puoleensa asiakkaita ja mahdollistavat palveluntuottajille enemmän sopimuksia. Myös julkiset toimijat voivat kilpailun oloissa parantaa tuottavuuttaan. Esimerkiksi kuntatasolla on havaittu aiemmin, että vertailemalla

omia palveluja keskenään sekä omaa palvelutuotantoa yksityisiin (ns. kilpailullinen vertailuasetelma) löytyy kehityskohteita, joilla oma tuotanto saadaan tehokkaammaksi. Sekä kansalliset että kansainväliset esimerkit osoittavat, että kilpailullisten elementtien kuten sopimuskilpailun, valinnanvapauden ja palvelusetelien avulla on aikaansaataavissa merkittäviä hyötyjä sosiaali- ja terveydenhuollossa. (Pöysti 2015; Virtanen ym. 2016)

Kilpailua on pyritty ainakin ylätasoin linjauksissa lisäämään myös Suomessa osana sote-järjestelmän kehittämistä. Kuitenkin julkisen palvelutuotannon monopoliasemaan, markkinoiden keskittymiseen, asiakkaan valinnanmahdollisuuksiin sekä kilpailun edellytyksiin kuten vaihtoehtoisten tuottajien liittyvien rajoitteiden vuoksi kilpailu on markkinamielessä vaillinaista. Useiden suomalaisten lähteiden perusteella kilpailullisten elementtien hallittu lisääminen on kuitenkin kannattavaa. Kilpailulla on kuitenkin aikaansaataavissa hyötyjä vain tarkoin ohjatusti, sillä ilman ohjausta markkinat voivat vääristyä, mikä voi johtaa liialliseen keskittymiseen tai epätoivottuun valikoitumiseen (esim. vaikeiden palvelujen ja asiakasryhmien välttäminen). Nyt kilpailu toteutuu Suomessa osassa palveluita esimerkiksi hankintakilpailuina ja rajoitettuna valinnanvapautena (esim. palvelusetelit), mutta enemmän alueellisesti kuin kansallisesti. (Virtanen ym. 2016)

Kilpailun suhteen tulee huomioida, että kilpailu ajurina palvelutuotannon tuottavuuden ja vaikuttavuuden parantamisessa ei suoraan tarkoita sitä, että palvelutuotantoa keskittyisi nykyistä enemmän yritysten tuottamaksi, vaan markkinoilla kilpailevat tuottajat voivat olla myös julkisen sektorin toimintayksiköitä, yhdistyksiä, säätiöitä tai yrityksiä. Kilpailu itsessään toimii ajurina tuottavuudelle, kuten jo mainittua, myös julkisten tuottoyksiköiden välillä, kunhan niiden kesken vallitsevat yhdenmukaiset kriteerit ja kannustimet kilpailulle. Kilpailu tulee siis nähdä keinona tuottavuuden, vaikuttavuuden ja laadullisten tavoitteiden saavuttamiseksi eikä arvona sinänsä.

4.2 Johtaminen, kulttuuri ja henkilöstö

Sote-alan palvelut ovat erittäin työvoimavaltaisia, minkä vuoksi henkilöstöön ja johtamiseen liittyvät tekijät ovat kilpailun lisäksi tuottavuuden kannalta keskeisiä ajureita. Suurin osa kustannuksista muodostuu työvoimasta, ja palvelusuoritteet ja niiden laatu riippuvat pitkälti ammattilaisten työpanoksesta. Henkilöstötekijät – kuten työntekijöiden hyvinvointi, kannustimet, kuormitus, osaaminen, riittävyys ja saatavuus – ovat kriittisiä sekä palvelujen tuottavuudelle, laadulle että vaikuttavuudelle. Tekijät, jotka vaikuttavat työntekijöiden jaksamiseen ja tehokkuuteen, heijastuvat suoraan palvelujen tuloksellisuuteen. Esimerkiksi sairaaloiden tuottavuuden on

todettu olevan voimakkaasti yhteydessä hoitohenkilöstön saatavuushaasteisiin. Kansainvälinen näyttö puolestaan puoltaa työelämän laadun ja henkilöstön terveyden olevan selvästi yhteydessä tuottavuuteen. Investoinnit hyviin työolosuhteisiin parantavat yhtä aikaa henkilöstön hyvinvointia ja ovat taloudellisesti tehokkaita. (Pitkänen ym. 2020; Akava 2022; Airila & Savinainen 2023; THL 2024)

Työhyvinvointi ja tuottavuus kulkevatkin käsi kädessä. Työhyvinvoinnin parantaminen kasvattaa työpanosta ja tuottavuutta mm. vähentämällä sairauspoissaoloja ja parantamalla työn laatua. Esimerkiksi työuupumus on yhteydessä heikompaan tuottavuuteen sote-alalla, sillä väsymys ja henkinen kuormitus vaikuttavat työtehoon sekä palvelujen määrään ja laatuun laskevasti. Pitkittyessään uupumus johtaa sairauspoissaoloihin – ja sote-alalla sairauspoissaolot ovatkin tilastojen mukaan korkeammalla tasolla kuin monilla muilla toimialoilla. Alalla on runsaasti työkyvyttömyyteen liittyviä haasteita ja sote-alan ”työolojen kehittäminen on keskeinen keino alalla pysymiseen ja uusien työntekijöiden saamiseen”. Henkilöstön pitovoima ja työvoiman saatavuus puolestaan kytkeytyvät palveluiden saatavuuteen. Kun työntekijöitä ei ole riittävästi, palveluja ei pystytä tuottamaan suunnitellussa laajuudessa, jonot kasvavat ja käyttämättä jääneet resurssit (esim. tyhjät toimenpiteajat) tarkoittavat tuottavuuden laskua. Henkilöstön saatavuuteen liittyvät haasteet korostavatkin entisestään käytettävissä olevan työvoiman työn tuottavuutta. (Akava 2022; Airila & Savinainen 2023)

Henkilöstön hyvinvoinnin parantaminen, osaamisen kehittäminen ja oikeat kannustinmallit ovat käytännön keinoja, joilla organisaatiot voivat samanaikaisesti lisätä tuottavuutta ja vaikuttavuutta. Osaava henkilöstö mahdollistaa tuottavan ja vaikuttavan palvelutuotannon: koulutettu ja ammattitaitoinen henkilöstö toimii laadukkaasti ja tehokkaasti, mikä tukee resurssien tehokasta käyttöä ja hoitoprosessien sujuvuutta. Siksi henkilöstön osaamisen kehittäminen, täydennyskoulutus ja osaamisrakenteen optimointi ovat tuottavuuden kannalta keskeisiä tekijöitä. Kun työntekijät puolestaan voivat hyvin, he jaksavat palvella enemmän asiakkaita ja paneutua työhönsä paremmin – mikä näkyy mm. potilasturvallisuutena, hoidon jatkuvuutena ja asiakkaiden tyytyväisyytenä. Kuormittavuuden hallinnan ja työkyvyn tukemisen kannalta korostuvat mm. johtamisen ja esihenkilötyön kehittäminen, työn organisointi ja vaikutusmahdollisuuksien parantaminen, osaamisen jatkuva kehittäminen sekä työn muokkaaminen työntekijöiden voimavaroja vastaavaksi. Tutkimusnäytön perusteella mm. työhyvinvointia tukevalla johtamisella ja työn hallinnalla on positiivinen yhteys tuottavuuteen. On myös havaittu, että yhteistyö ja tuki työyhteisössä auttavat jaksamaan ja ylläpitävät tehokkuutta. (Akava 2022; Airila & Savinainen 2023; Hotus 2025)

Henkilöstötekijöillä on selkeä yhteys myös palvelujen vaikuttavuuteen. Riittävä, osaava ja pysyvä henkilöstö ovat edellytyksiä hoidon jatkuvuudelle

ja sille, että asiakkaat saavat oikea-aikaisesti tarvitsemaansa palvelua. Työntekijöiden vähäisyys ja vaihtuvuus voivat puolestaan heikentää hoidon vaikuttavuutta, mikäli esimerkiksi hoidon seuranta katkeaa. Lisäksi henkilöstön hyvinvointi vaikuttaa myös heidän kykyynsä omaksua uusia toimintatapoja ja kouluttautua. Osaamisen kehittäminen, kuten uusien hoitomenetelmien ja teknologioiden hallinta, puolestaan tehostavat hoitoa ja tekevät siitä vaikuttavampaa. (Kangasniemi ym. 2017; Laitinen ym. 2025)

Kansainväliset esimerkit osoittavat, että työhyvinvointiin on mahdollista vaikuttaa myös allokaatiivisilla tekijöillä. Toimivan kohdentamisen avulla on mahdollista aikaansaada tuottavuutta ilman panosten, kuten työvoiman kasvattamista. Esimerkiksi johdon mahdollistama tehokas resurssiallokaatio sekä työnjako ja -järjestelyt vaikuttavat siihen, mihin ja miten täysimääräisesti henkilöstön työaika hyödynnetään sekä mitkä ammattiryhmät eri tehtäviä toteuttavat. Johdon tehtävänä on ohjata sote-ammattilaisten työaika tuottaviin, laadukkaisiin ja vaikuttaviin tehtäviin sekä välittömään hoitotyöhön. Tässä korostuvat mm. tehtävien jako soveltuvimmalle ammattiryhmälle ja välillisten työtehtävien delegaatio muulle henkilöstölle potilastyötä tekevän henkilöstön sijaan. (EXPH 2019; OECD/ILO 2022; WHO 2025)

4.3 Mittaaminen ja seuranta

Tuottavuuden, laadun ja vaikuttavuuden kehittämisen kannalta on myös olennaista, että organisaatiot osaavat mitata ja seurata niitä sekä hyödyntää kerättyä tietoa toimintansa tukena. Mittaaminen ja seuranta tukevat näyttöön perustuvien ja tutkitusti toimivien menetelmien käyttöä niin organisaatiotasolla, organisaatioiden välillä kuin kansallisellakin tasolla. Toisin sanoen nämä mahdollistavat toiminnan informaatiopohjaisen kohdentamisen tehokkaisuuteen ja vaikuttaviin toimintoihin, ja toisaalta tehostamista toiminnoista luopumisen tai niiden tehostamisen. Näyttöön perustuvuuden edistäminen vaatii organisaatioilta rakenteita ja resursseja, kuten hyödynnettävää tietopohjaa, aikaa perehtyä tutkimustietoon, koulutusta uusien suositusten omaksumiseen, sekä käytäntöjä, joilla varmistetaan tiedon hyödyntäminen käytännössä. Tuoreen valtakunnallisen kyselyn mukaan alle puolet hoitajista arvioi, että näyttöön perustuva toimintatapa toteutuu hyvin heidän työssään. (Hotus 2025)

Mittaaminen ja arviointi linkittyvät myös organisaatiotason johtamiseen, sillä ne ovat tärkeä osa tiedolla johtamista: systemaattisesti kerätty tieto mahdollistaa päätöksenteon tiedon pohjalta. Tiedolla johtamisen periaatteita hyödyntämällä organisaatiot voivat lisätä tuottavuuttaan esimerkiksi analysoimalla toimintaansa ja kehittämällä prosessejaan data-perusteisesti, luomalla yksilö- ja tiimitason kannustimia ja/tai

kohdentamalla resurssejaan vaikuttavasti. Hyvinvointialueiden vaikuttavuusjohtamisessa korostuvatkin mm. arviointi ja mittaaminen sekä tiedolla johtaminen. (Laihonon ym. & WHO 2024b)

Sote-sektorilla on perinteisesti mitattu toiminnan volyymin, kuten käyntimäärien ja suoritteiden kehitystä, mutta vaikuttavuuden mittaaminen on ollut vähäisempää. Uusi sote-järjestämislaki velvoittaa hyvinvointialueita keräämään tietoa palvelujen saatavuudesta, laadusta, vaikuttavuudesta ja kustannuksista vertailtavuuden ja ohjauksen tueksi. Hyvinvointialueiden ohjauksen tueksi tarvitaan taloustietojen lisäksi tietoa väestön hyvinvoinnista ja palvelutarpeista sekä palvelujen vaikuttavuudesta. Näitä tietoja voidaan hyödyntää hyvinvointialueiden ohjauksessa ja johtamisessa. Lisäksi hyvinvointialueilla on velvoite verrata omia tietojaan muiden alueiden tietoihin. Tietoa on organisaatiotasolla mahdollista hyödyntää toiminnan kehittämisen ja päätöksenteon lisäksi myös esimerkiksi vaikuttavuusperusteisiin hankintoihin. Kansallisella tasolla pyritään erilaisten kokoavien tietokantojen, kuten laaturekistereiden perustamiseen eri toimijoiden tulosten vertailun ja vertaiskehittämisen mahdollistamiseksi. Kirjallisuuden perusteella tieto suoriutumisen mittaamisesta ja vertailusta kannustaa toiminnan kehittämiseen ja tuloksellisuuden parantamiseen sekä mahdollistaa kilpailullisia asetelmia mittarein ilman markkinakilpailua (vrt. kilpailuun liittyvät vaikutukset). Mittaritietoa ja dataa voidaan näin hyödyntää myös kansallisen tason ohjauskeinoina. (Pöysti 2015; STM & VM 2023)

4.4 Teknologia ja innovaatiot

Digitalisaatio on yksi merkittävimmistä tuottavuuden ja vaikuttavuuden ajureista sote-palveluissa. Digitaalisten palveluiden on mm. todettu vapauttavan henkilöstön työaikaa, parantavan palvelujärjestelmän kustannustehokkuutta ja korvaavan perinteisiä käyntejä laadun, vaikuttavuuden ja potilastyytyväisyyden säilyessä. Digipalvelut tuovat hyötyjä erityisesti, kun ne integroidaan osaksi muuta palveluverkkoa. Ne voivat nopeuttaa asiointia ja vähentää päällekkäistä työtä, kunhan huolehditaan, ettei digitaalinen kanava lisää ammattilaisten kokonaiskuormitusta. Erilaiset teknologiat – kuten sähköiset potilastietojärjestelmät, terveysdata ja data-analytiikka sekä tekoäly – mahdollistavat hoitoprosessien automatisoinnin, tiedonkulun parantamisen sekä päätöksenteon tukemisen tavalla, joka sekä tehostaa toimintaa että parantaa hoidon laatua. Datan ja tekoälyn avulla voidaan tuottaa laadukkaampaa palvelua ja hoitoa, saada kustannussäästöjä sekä käyttää julkisia varoja tehokkaammin. Terveysdatan hyödyntäminen ja dataan perustuva tarkempi kohdentaminen auttaa myös ennaltaehkäisyssä ja yksilöllisen hoidon suunnittelussa, millä voi olla merkittävä vaikutus sekä terveysvaikutuksiin että kustannusten hallintaan. Tietojärjestelmien yhteen-

puhelu ja tekoälyn tuomien mahdollisuuksien käyttöönotto mahdollistaa työn tuottavuuden paranemisen ja vapauttaa ammattilaisten aikaa. (Pennanen ym. 2023; Larsio 2023 & 2024; Niskasaari ym. 2025)

Digitalisaatio parantaa tuottavuutta ensisijaisesti vähentämällä manuaalista työtä ja nopeuttamalla tiedonkulkua. Esimerkiksi sähköiset ajanvaraus-, raportointi- ja seurantajärjestelmät automatisoivat aiemmin käsin tehtyjä prosesseja, jolloin henkilöstön aikaa säästyy. Tämä mahdollistaa entistä suuremman asiakasmäärän palvelemisen samalla resurssilla tai vapautuneen ajan käyttämisen varsinaiseen tai vaikuttavampaan hoitotyöhön. Hoidon laadun ja vaikuttavuuden kannalta teknologia auttaa varmistamaan, että ammattilaisilla on oikea tieto oikeaan aikaan päätöksenteon tukena. Tekoälyä hyödyntävät kliiniset päätöksentekojärjestelmät voivat esim. ehdottaa diagnooseja tai varoittaa yhteensopimattomista lääkityksistä, mikä vähentää virheitä. Lisäksi digitaaliset työkalut mahdollistavat etäpalvelut ja telelääketieteen, joiden avulla asiakkaille voidaan tarjota palveluja joustavammin ja ehkäistä ongelmien pahenemista, kun apua saa ajoissa. Sote-alalla ammattilaiset käyttävät paljon aikaa hoitotapahtumien kirjaamiseen potilastietojärjestelmiin, ja mm. sanelua ja puheentunnistusta hyödyntävien tekoälypohjaisten ratkaisujen avulla voidaan vähentää kirjaamiseen kuluvaa aikaa. Kun rutiinityöt automatisoidaan, hoitohenkilöstö voi käyttää enemmän aikaa potilaiden kohtaamiseen, mikä parantaa koettua palvelun laatua ja vaikuttavuutta. (Pennanen ym. 2023; Larsio 2023 & 2024; Niskasaari ym. 2025)

Vaikka sosiaali- ja terveydenhuoltoa on viime vuosina paljolti digitalisoitu, useiden julkisten raporttien perusteella sote-sektorilla on vielä hyödyntämätöntä potentiaalia digitalisaation saralla. Esimerkiksi palvelujärjestelmää ei pystytä optimoimaan, koska tieto liikkuu vain osittain eri järjestelmien välillä. Tiedon siiloutuminen ja yhteentoimivuuden puute johtavat mm. päällekkäiseen työhön ja tiedon hyödyntämättä jättämiseen: puuttuvan tiedon takia samoja tutkimuksia tai hoitoja joudutaan tekemään tarpeettomasti uudelleen, ja ammattilaisten aikaa kuluu turhaan kirjaamiseen tai tiedon etsimiseen. Lisäksi virheellinen tai puutteellinen tieto voi johtaa vääriin päätöksiin, mikä heikentää vaikuttavuutta. Tekoälyä ei myöskään vielä hyödynnetä riittävästi rutiinitehtävien nopeuttamiseen ja tukemiseen. (Larsio 2023 & 2024)

4.5 Sääntely ja ohjaus

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö on vahvasti säänneltyä. Lainsäädäntö, rahoitusmallit ja hallinnollinen ohjaus luovat ne puitteet, joissa edellä kuvatut ajurit toimivat. Esimerkiksi kilpailun mahdollisuudet riippuvat sääntelyn asettamista rajoista markkinamekanismien toteutumiselle ja henkilöstö- sekä johtamiskysymykset riippuvat osin työelämää koskevasta sääntelystä, kuten työlainsäädännöstä ja resurssikäytön joustavuudesta. Mittaamista ja seurantaan puolestaan tukevat kansalliset ohjauskeinot ja mahdollistava lainsäädäntö, joka tukee myös teknologioiden ja innovaatioiden käyttöönottoa. Teknologian käyttöönottoa sekä muita tuottavuuden ja vaikuttavuuden ajureita tukee myös rahoitus. Lainsäädäntö voi toimia myös esteenä uusien digitaalisten palveluketjujen toteuttamiselle, jos sääntely estää teknologian hyödyntämistä. Hyvä sääntely ja toimivat ohjausrakenteet voivat siis tukea tuottavuuden ja vaikuttavuuden kasvua, ja vastavasti huonosti toteutettuina luoda rajoitteita tai muodostaa esteen innovaatioille ja tehokkuudelle.

Rahoitusmallit ja kannustinjärjestelmät ovatkin keskeisiä ohjausvälineitä kohti parempaa tuottavuutta ja vaikuttavuutta. Palveluntuottajille asetetut tavoitteet ja rahoitusmekanismit vaikuttavat siihen, mihin suuntaan toimintaa kehitetään. Viime vuosina on puhuttu vaikuttavuusperusteisesta ohjauksesta ja rahoituksesta, jonka mukaan resursseja alettaisiin jakaa osin saavutettujen hyötyjen perusteella tuotettujen suoritteiden sijaan ja/tai korvaus sidottaisiin osin mitattuihin tuloksiin. Tällainen malli kannustaisi panostamaan ennaltaehkäisyyn, laatuun ja vaikuttavuuteen – muun muassa tulosperusteisista hankinnoista sosiaalipalveluissa on myös empiirisesti positiivista näyttöä. (Pitkänen ym. 2020; Lindner ym. 2023)

Myös kansallisella sääntelyllä on suoria vaikutuksia sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Esimerkiksi laatusuosituksilla ja mitoitusnormeilla on mahdollista pyrkiä resurssien riittävyyteen hoidon vaikuttavaksi toteuttamiseksi. Toisaalta ylimitoitettu tai jäykkä sääntely voi jäykistää järjestelmää esimerkiksi vaikeuttamalla työnjakoa tai -organisointia, mistä toimivat esimerkkinä eri tehtäviin säädetyt pätevyysvaatimukset. Myös erilaiset standardointimenetelmät, kuten aiemmin digitalisaation yhteydessä mainitut yhtenäiset tietomallit, ovat kansallisesti edistettäviä esimerkkejä sääntelystä. (Valtioneuvoston oikeuskansleri 2023; STM 2025e)

5. Hyvinvointialueet

Hyvinvointialueiden vastatessa julkisten sote-palveluiden järjestämisen ohella valtaosasta palveluiden tuotantoa, ovat ne kaikkein keskeisimmässä roolissa palveluntuotannon tuottavuuden ja vaikuttavuuden parantamisessa. Tuottavuus ja kustannusvaikuttavuus syntyvät lopulta palveluntuotannon ruohonjuuritasolla, joten keskeisimpänä ajurina näille voidaan nähdä hyvinvointialueiden toiminta ja sen osana etenkin johtaminen. Johtaminen ja siinä tapahtuva muutos hyvinvointialueilla voidaan nähdä edellytyksenä kaikelle tuottavuustyölle julkisesti rahoitettujen sosiaali- ja terveystalouden saralla.

Hyvinvointialueiden perustamisen jälkeen niiden alkuaika on kulunut organisaation luomiseen, aiempien palveluorganisaatioiden integroimiseen yhdeksi kokonaisuudeksi sekä suureen määrään muuta integraatiotyötä kuten tietojärjestelmien yhteensovittamista.

Hyvinvointialueet ovat hyvin pian toiminnan käynnistämisen jälkeen olleet pakotettuja karsimaan kustannuksiaan ja etsimään säästöjä toisaalta tiukan rahoitusraamin ja alijäämien kattamisvelvoitteen ja toisaalta taas uudistukseen liittyvien kustannusten ja kustannuksia nostavien inflaation ja palkkaratkaisujen vuoksi. Säästöjä on alkuvaiheessa etsitty esimerkiksi palveluverkkoa ja palvelutasoa karsimalla sekä ostopalveluita vähentämällä pidemmän aikavälin tuottavuustoimien ja kustannusvaikuttavuuden sijaan. Tämä on ollut luontaista, sillä tuottavuuden nousun eteen tehtävä työ ei tuota säästöjä välittömästi.

Monilla alueilla toiminnan kehittämiseen ja palveluketjujen ja -raken- teiden uudistamiseen on jo lähdetty, mutta alueiden tilanne vaihtelee suu- resti. Kaikilla hyvinvointialueilla tulee tehdä systemaattista työtä palvelun- tuotannon tuottavuuden ja kustannusvaikuttavuuden parantamiseksi. Tähän on alueiden toiminnassa monia mahdollisuuksia. Nimenomaan tuottavuuskehitys ja kustannusvaikuttavuuden aikaansaaminen tulee lopulta ratkaisemaan paitsi organisaatioiden onnistumisen kasvavaan pal- velutarpeeseen vastaamisessa, myös taloudellisten haasteiden selättämi- sessä.

Kuinka suurta tuottavuushyötyä hyvinvointialueet voivat siis toimin- taansa kehittämällä tavoitella? Tavoitetasoa on vaikeaa arvioida, eikä aihetta ole Suomessa tuottavuuden näkökulmasta juurikaan arvioitu. Jonkinlaista arviointia voi kuitenkin perustaa siihen, millainen on yksityisen sektorin näkökulma julkiseen palveluntuotantoon. Viime vuosikymmeninä Suo- messa on ennen sote-uudistuksen toteuttamista toteutettu ns. kokonaisul- koistuksia, jossa kunnat ovat ulkoistaneet palveluntuotantonsa yksityisille palveluntuottajille kokonaisuudessaan. Mallissa kunta on maksanut

lakisääteisten sote-palveluiden tuottamisesta asukkailleen yksityisille palveluntuottajille kiinteää hintaa ja siirtänyt ulkoistuksessa palveluntuotannon tekijät yksityiselle tuottajalle. Sopimukset on solmittu kiinteähintaisiksi ja laadullisilta vaatimuksiltaan usein kunnianhimoisemmiksi, kuin kunnan oma edeltävä palveluntuotanto on ollut. Näiden sopimusten hinnanmuodostus on ollut vaihtelevaa, mutta yleisin malli kokonaisulkoistuksen hinnanmuodostuksen osalta on ollut malli, jossa palveluntuottajalle maksettu kiinteä hinta on perustunut palveluntuotannon siirtymisen hetkellä edeltäneen tilintarkastetun vuoden oman tuotannon kustannuksiin vähentäen tästä 2 prosentin tavoite tuottavuudelle. Yksityinen sektori on siis uskonut voivansa tuottaa palvelut itselleen voitollisesti parantaen tuottavuutta ja kustannusvaikuttavuutta, jopa kiristyvien laatuvaatimusten rinnalla, välittömästi yli 2 prosenttia suhteessa noin 2 vuoden takaisiin julkisen sektorin omiin kustannuksiin verrattuna. Kuntien sote-kustannusten vuosittaisen kustannusten nousun oltua viime vuosikymmeninä yli 5 prosenttia vuosittain, tarkoittaisi tämä välittömästi jopa 10 prosentin tuottavuuden nousua, ilman yrityksen tavoitteleman voiton huomioimista. Ulkoistussopimusten vuotuinen hinnan nousu on lisäksi alittanut selvästi julkisen sektorin yleisen sote-kustannusten nousun tason sopimuskaudella. Tuottavuuspotentiaalin voidaan siis tästä näkökulmasta arvioituna nähdä olevan merkittävä.

5.1 Johtaminen, kulttuuri ja henkilöstö

Hyvinvointialueiden keinovalikoimassa tuottavuuden ja vaikuttavuuden parantamiseksi toiminnan johtamiseen, kulttuuriin ja henkilöstöön liittyvät tekijät voidaan nähdä kaikkein keskeisimpinä. Niin asiantuntijahaastatteluiden kuin muunkin analyysin tuloksina voidaan selkeästi havaita, että kaikkein keskeisimpinä ajureina tuottavuuden ja vaikuttavuuden eteen tehtävässä työssä korostuu nimenomaan johtaminen ja nimenomaan niissä organisaatioissa, joissa palveluntuotanto tapahtuu. Lopulta tuottavuus ja vaikuttavuus riippuvat tekijöistä, jotka tapahtuvat palveluntuotannon ruohonjuuritasolla ja siellä saavutettavassa toimintamallien uudistamisessa.

Haastatellut kuvasivat tämän kokonaisuuden keskeisyyttä esimerkiksi seuraavasti.

”Ensinnä tulee saada hukka pois. Palveluntuotannossa on päivittäistä variaatiota ja tätä kautta hukkaa. Prosesseissa on paljon tekemistä, eli sen kuvaamista, miten asioita tulee tehdä ja jalkauttaa. Samoin fokusta pitää saada itse palveluiden kysymyksiin ja tuotantoon. Hallintoa on kevennettävä ja resursseja koottua itse palveluntuotantoon. Tietty määrä hallintoa on toki oltava, mutta organisaatioiden tulee fokuoitua palveluntuotannon tukemiseen kaikessa.”

”Oma toiminta pitää oikeasti tuntea. Pitää aidosti mennä katsomaan prosesseja, avainindikaattoreita, lukuja ja taloutta. Ei voi arvailla vaan oikeasti tietää, mitä omassa organisaatiossa tapahtuu. Ison kuvan katsomisen jälkeen pitää oikeasti jakaa se iso kuva riittävän pieniksi kokonaisuuksiksi ja luoda kullekin näille konkretia ja mittarit ja vastuuhenkilöt. Helmasynti julkisella sektorilla on se, että katsotaan vain liian isoa kuvaa. Johtajat eivät voi itse tietää, mitä pitää tehdä. Alaiset on saatava mukaan löytämään konkreettinen tie ja keinot.”

”Kyllähän se on niin, että etenkin julkisella puolella turvallisempaa on olla tekemättä mitään. Silloin kukaan ei pääse syyttämään siitä, että meni pieleen. Kannustimet julkisella sektorilla johtamiselle ovat väärät. Vaatii hullua rohkeutta, jotta johtajana päättää lähteä muuttamaan toimintamalleja.”

”Johtamisessa tulee ottaa käyttöön luovuus-sana. Tämä tarkoittaa, että kun löydetään uusi tapa toimia, luovutaan vanhasta. Tämä on valtaistanut työntekijät havaitsemaan, että jostain pitää luopua, kun tehdään uusia asioita. Ei voida vaan liimata uutta tapaa toimia vanhan päälle. Tämä rohkaisee ja antaa valtaa myös tekijöille ruohonjuuritasolla.”

Lukuisissa keskusteluissa niin haastateltujen asiantuntijoiden kuin hyvinvointialueilla työskentelevienkin kanssa korostuu näkökulma siitä, että fokus hyvinvointialueilla tulee keskittää seuraavaksi nimenomaan palveluntuotannon johtamiseen ja tällä saralla tarvittavien muutosten läpivientiin. Uusia palveluntuotannon mahdollisuuksia tulee tarkastella avoimin mielin ja luopua vanhasta tavasta toimia silloin, kun asioita voidaan tehdä tehokkaammin tai laadukkaammin uusilla tavoilla esimerkiksi uutta teknologiaa hyödyntäen. Tässä työssä korostetaan myös sitä, että **valtaa ja vastuuta parhaiden toimintamallien löytämisestä tulisi saada organisaation ylätasolta yksittäisten tiimien ja esihenkilöiden tasolle**. Henkilöstölle on annettava tarpeellinen tieto, valta ja resurssit oman työnsä kehittämiseen annettujen tavoitteiden saavuttamiseksi.

Hyvinvointialueiden esihenkilötyössä ja johtamisessa tulee varmistaa, että johtamisen perusprosessit toimivat ja ohjaavat ruohonjuuritasolla palveluntuotantoa kohti asetettuja tavoitteita. Tämä voidaan nähdä kaikessa toiminnassa edellytyksenä sille, että tuottavuutta ja kustannusvaikuttavuutta voidaan ylipäättään johtaa. Jokaisen tiimin toiminnalle tulee asettaa vuosittaiset ja edelleen niistä johdetut kuukausittaiset tavoitteet niin talouden kuin toiminnan avainmittareiden osalta. Jokaisen esihenkilön johdolla tulee sitoutua selkeään koko tiimin johtamisprosessiin ja esimerkiksi yhteisiin kokouksiin viikko- ja kuukausitasolla. Kuukausikokouksessa tulee läpikäydä edellisen kuukauden taloudelliset ja toiminnalliset tulokset

suhteessa asetettuihin tavoitteisiin. Jokaisen hyvinvointialueen työntekijän kanssa tulee käydä vuosittaiset kehityskeskustelut, jotka sisältävät työntekijän arvioinnin ja tästä annettavan palautteen. Esihenkilöiden toimintaa tulee arvioida vuosittain osana säännönmukaisia henkilöstötutkimuksia.

Keskeisenä osana onnistuvien organisaatioiden toimintaa on luottamus oman organisaation toimintaan ja yhteenkuuluvuuden tunne. Hyvinvointialueiden jokaisella työntekijällä tulee olla mahdollisuus vaikuttaa omaan työhönsä sekä osallistua työyhteisön yhteenkuuluvuutta lisääviin epävirallisiin tapahtumiin ja tiimien virkistyspäiviin.

Asiantuntijamielipiteissä korostuu usein näkökulma, jonka mukaan hyvinvointialueiden alkutaipaleella johdon ja esihenkilöiden fokus on ollut suurelta osin joko oman organisaation ulkopuolella tai oman organisaation sisällä oman asematason yläpuolisten tasojen palveleminen. Ensin mainituista esimerkkeinä mainitaan mm. valtakunnalliset palvelurakennepäätökset, keskustelu hyvinvointialueiden rahoitusmallista ja valtiollinen ohjaus hyvinvointialueille. Toisaalta hyvinvointialueiden alkutaipaleella johdon ja esihenkilöiden fokus on ollut esimerkiksi palveluverkkoa tai palvelutasoa koskevissa päätöksissä, joiden ratkaisut ovat keskittyneet organisaation ylätasolle.

Tuottavuuden ja vaikuttavuuden eteen tehtävässä työssä korostuu näkökulma, jossa fokus toiminnan organisoinnissa ja johtamisessa tulisi kääntää organisaatioiden ylätasolta kohti ruohonjuuritasoa. Tämä edellyttää muutosta johtajien työssä ja fokuksessa. **Hyvinvointialueilla huomio tulee keskittää oman organisaation sisäiseen työhön ja oman johdettavan organisaation ja omien alaisten onnistumiseen.** Jokaisen esihenkilön tehtävänä on ensisijaisesti johtaa omia alaisia, ei sukkuloida oman organisaation ulkopuolella eikä keskittyä päätöksiin, jotka tehdään oman tason yläpuolella. Esihenkilöllä on ensisijainen vaikutusmahdollisuus siihen, mitä omalla vastuulla olevalla tasolla tapahtuu.

Tuottavuuden johtamisessa korostuu selkeiden tavoitteiden määrittäminen, näistä johdettujen selkeiden mittareiden seuranta sekä vallan antaminen alaisille tulosten saavuttamisesta. **Jokaisen tiimin toiminnalle tulee asettaa selkeät taloudelliset ja toiminnalliset mittarit ja koko tiimin tulee voida seurata toimintaa suhteessa näihin. Edelleen jokaisella tiimillä tulee olla, esihenkilön johdolla, mahdollisuudet etsiä uusia toimintamalleja asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi ja toteuttaa keinoja, jotka edistävät tätä.**

Hyvinvointialueiden palveluntuotantoa koskien useat haastatellut kuvasivat epäsuhtaa verrattuna yksityiseen palveluntuotantoon liittyen yksilötason kannustimiin tai julkisella sektorilla näiden puuttumiseen. **Hyvinvointialueilla tulisi ottaa käyttöön kannustimia, joiden avulla tiimejä ja yksilöitä kannustetaan asetettujen tavoitteiden saavuttamiseen ja palkitaan onnistumisista.** Kannustimet eivät rajoitu taloudelliseen

palkitsemiseen vaan liittyvät myös esimerkiksi siihen, miten onnistumisia tehdään julkiseksi ja johto voi tehdä onnistumiset julkisesti näkyväksi ja kiittää hyvin tehdystä työstä. **Hyvinvointialueilla tulee vuosittain nostaa esiin huippusuorituksia ja palkita näistä myös muuten kuin taloudellisin kannustein. Palkitsemisen on perustuttava yhdessä henkilöstön kanssa sovittuihin, avoimesti seurattaviin mittareihin ja kriteereihin, jotka liittyvät työn tuottavuuteen ja laatuun sekä huomioivat sote-työn moniammatillisuuden ja yhteistyön merkityksen.**

Useissa asiantuntijahaastatteluissa todettiin, että etenkin sosiaalipalveluissa ja sosiaalityössä, jossa palveluprosessit liittyvät viranhaltijoiden päätöksentekoon, kulttuuri toiminnan tuottavuuden ja toiminnan tehokkuuden seurannassa ja tavoitteellisuudessa, on usein vielä vaillinaista. On selvää, että sosiaalityön saralla keskeisenä fokuksena tulee olla toiminnan vaikuttavuuden seuranta ja arviointi. Tämä ei kuitenkaan ole vastakohta tuottavuudelle ja tuottavuuden nostaminen vaikuttavuuden rinnalle toiminnan johtamisessa ja toimintakulttuurissa on myös sosiaalipalveluiden saralla perusteltua. Tuottavuus ei ole vastakohta vaikuttavuudelle ja sen ohella, että toiminnan tulee pyrkiä vaikuttavuuteen, tulee varmistua myös sen tuottavuudesta.

Hyvinvointialueilla tulee tunnistaa toiminnassaan myös ylätasolla prosesseja, joiden avulla voidaan parantaa palveluntuotannon tuottavuutta ja kustannusvaikuttavuutta siten, että palvelujärjestelmämme voi samalla vastata jopa paremmin asiakkaiden tarpeisiin ja toiveisiin. Esimerkiksi perusterveydenhuollossa on varmistettava systemaattisella prosessilla, että kaikilla eläköityvillä hyvinvointialueen asukkailla on mahdollisuus halutessaan asettaa omaa hoitoa koskevien toiveiden etukäteisilmoitus (ns. hoitotahto). Tällä vastattaisiin paitsi asiakkaiden toiveisiin hoidon osalta, myös hoitotaakka kevenisi tietyissä tilanteissa.

Hyvinvointialueiden alkuvaiheessa perustoimintaa tukevien toimintojen, kuten tietohallinnon ja taloushallinnon, rooli integraatiotyössä on ollut usein itsenäinen ja suhteellisesti katsottuna kaukana itse hyvinvointialueen palveluntuotannosta ja tämän johtamisesta. Käytännössä esimerkiksi tietohallinnossa on keskitytty hyvinvointialueiden käynnistämävaiheen jälkeen organisaation ylätasolla valittujen keskeisten integraatioprojektien toteuttamiseen ja resurssit allokoitu näihin projekteihin, joiden eteneminen ja seuranta on tapahtunut kunkin tukifunktion vastuualueella.

Jatkossa toiminnan kehittämiseksi tuottavuutta ja kustannusvaikuttavuutta tukevaan suuntaan tulee hyvinvointialueilla varmistaa, että tukipalveluiden toiminta palvelee nimenomaan palveluntuotannon tarpeita ja näiden ohjaukseen vaikuttavat keskeisesti palveluntuotannon tarpeet toiminnan kehittämiseksi. **Hyvinvointialueen tukitoimintojen tehtävä on tukea itse ydintoimintaa, ja tätä kautta palveluntuotannon tarpeiden tulee ohjata suoraviivaisemmin tukitoimintojen valintoja ja resurssien kohdentumista.**

5.2 Toiminnan mittaaminen ja seuranta

Hyvinvointialueiden tuottavuuden ja vaikuttavuuden johtamisessa keskiössä on kyky paitsi asettaa tavoitteita, myös seurata niiden toteutumista ja tehdä toiminnan tulokset läpinäkyväksi ja vertailtavaksi kaikille osallisille. Kaikkein keskeisintä tämä on hyvinvointialueen ruohonjuuritason palveluntuotannossa. Esihenkilöiden ja työntekijöiden tulee tietää paitsi mitä tavoitellaan, myös kyetä seuraamaan toimintaa ja tehtyjen ratkaisujen vaikutuksia suhteessa asetettuihin tavoitteisiin ja tätä kautta tunnistaa tarpeet toiminnan muutoksille, jos tavoitellulta uralta poiketaan. Mitä et mittaa, et voi johtaa.

Hyvinvointialueiden toiminnan alkuvaihetta ovat leimanneet paitsi organisaatioiden rakentaminen ja nopeiden säästöjen etsiminen, myös toiminnan käynnistämiseen liittyvä integraatiotyö esimerkiksi tietojärjestelmien karsimisen ja yhteensovittamisen saralla. Toistaiseksi vasta osalla hyvinvointialueista on päästy kehittämään toiminnan seuranta- ja mittamista tavalla, joka tukee palveluntuotannon tavoitteita toiminnan jatkuvasta seurannasta. Silloinkin, kun tieto on löydettävissä, ei se useinkaan ole helpposti käytettävissä muodossa esimerkiksi automaattisten raporttien muodossa vaan tietoja joudutaan etsimään ja yhdistelemään manuaalisesti.

Kullakin hyvinvointialueella tulee toteuttaa talous- ja toimintatietojen osalta yhtenäinen tietovaranto, johon viedään talous- ja toimintatiedot koko toiminnan osalta. Tietovarannon tulee sisältää palveluntuotannon eri yksiköiden taloustietojen ohella tiedot yksiköiden suoritteista, resursseista (kuten tiedot henkilöstöstä) ja keskeisistä toiminnan avainmittareista (KPI) kuten asiakastyytyväisyydestä, hoidon saatavuudesta/jonotusajoista sekä laadullisista mittareista.

Tietovarannon tietojen pohjalta hyvinvointialueen tulee toteuttaa toiminnan seuranta- ja raportointijärjestelmä, joka perustuu automaattiseen raportointiin ja tarjoaa yksikkökohtaiset selkeät kuukausiraportit toiminnan kustannuksista, suoritteista, resursseista ja avainmittareista (KPI). Raportteihin tulee lisäksi koostaa keskeisiä avaintunnuslukuja yhdistelemällä tietoja esimerkiksi suoritekohtaisten kustannusten hahmottamiseksi tai henkilöstöresurssien suhteuttamiseksi aikaan saatuihin suoritteisiin. Tietojen tulee olla paitsi hyvinvointialueen johdon käytössä, myös esihenkilöiden käytössä oman vastualueen osalta. Raportointijärjestelmä mahdollistaa myös toiminnan vertailun saman toimialan eri yksiköiden välillä, jolloin voidaan vertailla eri yksiköiden toimintaa ja tunnistaa parhaita käytäntöjä toiminnan kehittämiseksi.

5.3 Kilpailu

Kilpailun edistämistä voidaan toteuttaa niin kansallisesti kuin hyvinvointialueidenkin tasolla. Hyvinvointialueiden mieltäessä ensisijaisen roolinsa nimenomaan palveluiden järjestäjänä, tulee niiden etsiä mahdollisuuksia palveluntuotannossa saavutettavaan tuottavuuden kasvuun. Tämä edellyttää paitsi ymmärrystä palveluiden kustannus- ja laatutasosta, myös oman toiminnan ja markkinaehtoisien palveluntuotannon jatkuvaa vertailua ja hankintaosaamisen kehittämistä. Vertailu ja analyysi vaativat tuekseen nykyistä kehittyneempää toiminnan mittaamista ja seurantaa, niin oman toiminnan kuin ostopalveluidenkin osalta, jota on käsitelty erikseen edellisessä osiossa.

Hyvinvointialueiden tulee jatkossa selkeästi vertailla oman toiminnan kustannus- ja laatutasoa markkinoilla toimivien toimijoiden tuottamiin palveluihin. Nykyisellään tämä toteutuu lähinnä jo ostettavien palveluiden osalta siten, että palveluntuottajien toimintaa arvioidaan ja vertaillaan kunkin sopimuksen seurannan yhteydessä. Seurannalle ei useinkaan ole systemaattista prosessia ja se, vertaillaanko ostopalveluiden kustannuksia tai laatua suhteessa omaan toimintaan, vaihtelee suuresti hyvinvointialueiden välillä. Lisäksi hyvinvointialueet arvioivat markkinoilla toimivien palveluntuottajien mahdollisuuksia ja saavat näistä tietoja sellaisten palveluiden osalta, joita ne eivät ole kilpailuttaneet, kun ne ovat jo päättäneet käynnistää jonkin hankintaprosessin palvelun hankkimiseksi. Tätä vaihetta hankintaprosessissa kutsutaan markkinavuoropuheluksi, joka edeltää lopullisen tarjouspyynnön julkaisua.

Hyvinvointialueiden tulisi systematisoida ostopalveluiden seurannan prosessi siten, että kunkin ostopalvelusopimuksen laatumittareita ja kustannuksia seurataan säännöllisesti standardoiduin mittarein. Kunkin sopimuksen omistajalla, eli tilaajan vastuuhenkilöllä tai vastuuhenkilöllä, tulee olla selkeä ja jatkuva kuva palveluntuottajan laadusta kustannuksissa ja näiden muutoksista. Toimintaa tulee vertailla samoilla mittareilla vastaavaan omaan palveluntuotantoon. Systemaattisen seurannan tulokset tulee saada automaattisesti toiminnan seurantajärjestelmästä ja raportoida myös keskeisille sidosryhmille, kuten hyvinvointialueen luottamushenkilöille ja palveluiden loppukäyttäjille.

Jo ostettavien palveluiden ohella hyvinvointialueella on palveluiden järjestäjäroolissa oltava jatkuva näkemys siitä, millaisia kyvykkyksiä markkinoilla toimivilla muilla palveluntuottajilla on sellaisten palveluiden tuotantoon, jotka hyvinvointialue nykyisellään tuottaa itse. Tätä varten **hyvinvointialueiden tulee ylläpitää jatkuvaa markkinavuoropuhelua markkinoilla toimivien yritysten kanssa siten, että ne voisivat tehdä esityksiä hyvinvointialueelle jonkin palvelun tuottamiseksi kustannustehokkaammin ja/tai laadukkaammin kuin se itse tuottaa.** Esimerkiksi Ruotsissa

käytössä oleva malli tunnetaan nimellä palveluhaaste. Hyvinvointialue voisi perustaa tällaista toimintaa varten erillisen vastuuyksikön palveluiden järjestämisen funktioon. Markkinoilla toimivat palveluntuottajat voisivat tehdä esityksiä jatkuvassa markkinavuoropuhelussa jonkin palvelun tuottamiseksi siten, että tuottavuus tai kustannusvaikuttavuus kasvaisi, ja hyvinvointialueen tulisi analysoida tällaiset esitykset ja analyysin pohjalta se voisi käynnistää erillisen hankintaprosessin palveluiden hankkimiseksi.

6. Teknologia, data ja tekoäly

6.1 Teknologian välttämättömyys ja tuottavuuden peruslogiikka

Teknologia nähdään laajasti ratkaisuna sosiaali- ja terveydenhuollon ongelmiin. Odotukset ovat suuret: teknologian toivotaan ratkaisevan resurssipulaa, lyhentävän jonoja, helpottavan arkea ja samalla avaavan uudenlaista talouden kasvupotentiaalia. Samalla siihen liittyy epäluuloja ja pelkoja, jotka koskevat esimerkiksi työn inhimillisyyden katoamista, henkilöstön korvaamista ja tietosuojan horjumista. On olennaista tunnistaa, että teknologia voi joko vahvistaa tai heikentää tuottavuutta sen mukaan, miten se otetaan käyttöön. Huonosti suunniteltu ja toteutettu teknologia lisää kitkaa ja kuormitusta, kun taas hyvin johdettu käyttöönotto muuttaa työnjaon ja palvelurakenteen tuottavammaksi.

Suomen sosiaali- ja terveydenhuolto on tilanteessa, jossa palvelutarve kasvaa nopeammin kuin työvoima. Työikäisen väestön määrä ei riitä kattamaan tulevien vuosien henkilöstötarvetta, eikä ratkaisua voida etsiä vain lisäämällä resursseja tai kiristämällä työntekijöiden tahtia. Keskeiseksi tavoitteeksi on nostettava tuottavuuden nousu ja se, miten työnjako uudistuu ja miten dataa ja teknologiaa käytetään osana kaikkia prosesseja. Teknologia ei siten ole sote-järjestelmässä lisäosa, vaan sen tulevaisuuden toimivuuden edellytys.

Teknologialta odotetaan eri suunnista paljon. Ammatillaiset toivovat esimerkiksi vapautuvansa raskaasta kirjaamisesta ja hallinnollisista tehtävistä, johtajat etsivät reaaliaikaista tietoa resurssien kohdentamiseen ja kansalaiset haluavat sujuvaa asiointia, oikea-aikaista hoitoa ja mahdollisuuden hyödyntää omia tietojaan. Myös yritykset näkevät terveydenhuollossa kasvupotentiaalin, joka toteutuu vain, jos uudet teknologiat saadaan sujuvasti käyttöön ja dataa voidaan käyttää turvallisesti ja ennakoivasti. Nämä odotukset ovat yhteensopivia, mutta ne toteutuvat vain, jos teknologia ja data kytketään suoraan tuottavuutta parantavaan rakenteelliseen muutokseen ja jos muutosta johdetaan systemaattisesti.

Teknologian vaikutuksia on mitattava ja seurattava. Jokaisen merkittävän käyttöönoton yhteydessä on johdettava koko palveluprosessin muutosta ja arvioitava, miten käyttöönotto vaikuttaa palvelujen saatavuuteen, henkilöstön työhön, kustannuksiin ja laatuun. Henkilöstön hyvinvoinnin ja tuottavuuden näkökulmasta erityisen tärkeää on kiinnittää huomiota teknologian käytettävyyteen. Ilman mittareita ja vertailtavaa tietoa teknologia jää helposti irralliseksi lisäosaksi, jonka vaikutuksista ei saada otetta.

Kansalaisen asema on muutoksessa keskeinen. Yksilön sosiaali- ja terveystiedot on voitava nähdä reaaliaikaisesti asiakasportaalin tai sovelluksen kautta, ja tietojen on oltava sähköisessä ja koneluettavassa muodossa, jotta niitä voi hyödyntää esimerkiksi terveyssovelluksissa, omahoidossa tai tutkimukseen osallistumisessa. Tämä vahvistaa sekä yksilön oikeuksia että luo kysyntää ja mahdollisuuksia uusille ratkaisuille.

Uuden teknologian käyttöönotosta on tehtävä Suomen sote-järjestelmän keskeisin uudistustavoite ja Suomesta tehtävä sote-teknologian kärkimaa. On tunnustettava, että ilman teknologian, datan ja tekoälyn systemaattista hyödyntämistä Suomen sote-järjestelmä ei kykene vastaamaan tuottavuusloikkaan, jota palvelujen saatavuus ja julkisen talouden kestävyys edellyttävät. Tämän on näyttävä myös hyvinvointialueille asetetuissa tavoitteissa.

Varmistetaan, että kansalaisella on reaaliaikainen ja koneluettava pääsy omiin sosiaali- ja terveystietoihin, ja että tätä perusoikeutta tuetaan lainsäädännössä ja käytännössä.

6.2 Suomen digitaalinen lähtökohta ja rakenteelliset esteet

”Tulisi ajatella teknologian vaikutukset ja muutokset laajasti läpi palveluprosessien kaikissa palveluissa ja toteuttaa muutokset teknologioiden käyttöönoton jälkeen”.

Hyvinvointialueiden ensimmäiset vuodet ovat osoittaneet, että järjestelmäkentän harmonisointi on edennyt monin paikoin nopeasti. Useilla alueilla on siirrytty yhteiseen potilas ja asiakastietojärjestelmään, hajanaiset paikalliset ratkaisut on yhdistetty ja digitalisaatiossa on otettu merkittävä askel eteenpäin: digiklinikoita, etävastaanottoja, sähköisiä ajanvarauksia ja viestipalveluja on otettu laajasti käyttöön. Samalla keskustelu on pyörinyt myös mahdollisen yhteisen potilas- ja asiakastietojärjestelmän ympärillä, mutta yhä selvemmäksi on käymässä, että olennaisempaa kuin yksi järjestelmä on tiedon yhteentoimivuus ja saatavuus.

Suomella on kansainvälisesti vahva digitaalinen perusta. Osalla hyvinvointialueista on kattavia tietoaltaita, Kanta kokoaa yhteen kansallisen potilastiedon keskeiset osat ja rekisterit, biopankit, genomitieto ja Finn-Genin kaltaiset tutkimusinfrastruktuurit täydentävät kokonaisuutta. CSC:n supertietokonelaskenta ja kansallisten toimijoiden datakyvykkyys muodostavat teknisen ympäristön, jota monet maat pitävät tavoitetilana. Suomella on myös pitkälle kehittynyt tietosuojakehikko, vaikka sen käytännön soveltaminen ja tulkinnat vaihtelevat merkittävästi, kuten myöhemmin kuvataan.

Tästä huolimatta data ei ole helposti hyödynnettävissä. Tietomallit, koodistot ja arkkitehtuurit poikkeavat toisistaan, eikä yhteentoimivuudesta ole sovittu kansallisesti. Järjestelmät ovat syntyneet eri aikoina ja eri tarkoituksiin, eikä niiden välinen tekninen tai käsitteellinen yhteys ole riittävä. Rekisterit tarkastelevat usein ilmiöitä tilastollisella tasolla, eivätkä tarjoa valmiita rajapintoja hyvinvointialueiden tiedolla johtamisen tarpeisiin. Kanta on säilyttänyt valtavan määrän dataa, mutta sen toisiokäyttö on jäänyt järjestelmätasolla vajaaksi.

Lisäksi tietojen yhdistäminen on Suomessa edelleen usein raskasta, hidasta ja kallista. Useilla rekisterinpitäjillä on omat lupaprosessinsa, ja myös toisilain mukainen, Findatan koordinoima lupamenettely on koettu hitaaksi, monimutkaiseksi ja resursseja hukkaavaksi. Tämä koskee yhtä lailla tutkimusta, tilastointia ja innovaatiotoimintaa kuin hyvinvointialueiden omaa analytiikkaa ja kehittämistä: samaan käyttötarkoitukseen tarvittava tieto voi edellyttää useita rinnakkaisia lupia ja liitevaatimuksia eri tahoilta. Reaaliaikainen, dataohjattu johtaminen ei nykyisessä pirstaleisessa rakenteessa ja monimutkaisten lupamenettelyjen oloissa vielä toteudu laajasti, vaikka tekniset edellytykset olisivat olemassa.

Suomessa on otettava käyttöön ‘kerää ja kirjaa kerran, käytä usein’-periaate, jossa ammattilainen kirjaa tiedon vain kerran ja järjestelmät huolehtivat sen rakenteistamisesta, siirtämisestä ja hyödyntämisestä eri palveluissa, päätöksenteossa ja tutkimuksessa. Tämä periaate on teknologian tuottavuusvaikutusten perusedellytys: ilman sitä automaatio ei vähennä työtä, tekoälymallit eivät opi riittävän laadukkaasta datasta eikä tiedolla johtaminen perustu ajantasaisiin ja vertailukelpoisiin tietoihin. Samalla periaate keventää ammattilaisten työtä ja tekee mahdolliseksi sen, että kirjaaminen voidaan tulevaisuudessa pitkälti automatisoida tekoälykirjureilla. Eräs asiantuntija nostaa verrokiksi etelänaapurimme Viron:

”Virossa on hyvä malli, jossa jaetaan kaikki tieto avoimesti. Siellä joka yö julkinen data päivittyy ja voidaan aidosti seurata palveluiden tilannetta, mutta myös kustannuksia ja tuottavuutta julkisesti. Voidaan myös vertailla eri alueita. Tämä olisi myös demokratian näkökulmasta tärkeää, jotta suomalaiset näkisivät, millaisia palveluita ja millaisilla hinnoilla ja laadulla tarjoamme. Tiedon tuottaminen on olennaista.”

Laadukas tiedolla johtaminen edellyttää läpinäkyvyyttä ja vertailtavuutta. Esimerkiksi Virossa järjestelmä mahdollistaa vertailun reaaliaikaisesti. Vastaava ajattelu olisi tärkeää myös Suomessa, jotta kansalaiset, päätöksentekijät ja johto voisivat nähdä, millaisia palveluja eri alueilla tarjotaan ja millä panoksella niihin päästään. Tämä on myös palveluita kohtaan koetun luottamuksen näkökulmasta keskeistä.

Rakenteellisten ongelmien rinnalla myös osaamisessa on puutteita. Johtaminen ja vastuunjako ovat epäselviä. Teknologinen kehittäminen on monilla alueilla eriytynyt palvelutuotannosta ja jäänyt tietohallintojen ja kehitysyksiköiden harteille erillisiin hankkeisiin, kun taas palvelutuotannon johto ei näe teknologiaa tuottavuuden välineenä vaan yhtenä hankkeena muiden joukossa. Kansallinen ohjaus jakaantuu STM:n, THL:n, Kelan, Fimean ja Valviran kesken tavalla, joka ei muodosta selkeää kokonaisvastuuta datan, teknologian ja tekoälyn yhteensovittamisesta.

Hyvinvointialueet kilpailevat samoista data- ja teknologiaosaajista kuin muut toimialat, eikä rekrytointi onnistu ilman joustavia työjärjestelyjä ja vahvempaa kansallista tukea. Myös teknologian käyttöönottoa tukevassa hankintaosaamisessa on puutteita. Samanaikaisesti alueilla on käynnissä suuri määrä erilaisia projekteja, mikä vaikeuttaa priorisointia ja hajottaa johtamisen fokusta. Riskinä on, että juuri ne hankkeet, jotka voisivat tuottaa suurimman tuottavuuspotentiaalin, jäävät huomiotta.

Teknologian käyttöönoton on oltava palvelutuotannosta vastaavien johtajien vastuulla hyvinvointialueilla, eikä sitä saa eristää erilliseen IT-tukipalveluiden, tietohallinnon tai kehittämisen yksikköön. Sote-johtajien teknologiaosaamista on lisättävä. On selkeytettävä kansallinen ja alueellinen työnjako teknologian käyttöönotossa.

6.3 Tekoäly ja automaatio: työn tekemisen muutos

Tekoäly ja data mahdollistavat täysin uuden tavan tuottaa palvelut. Niiden avulla voidaan tunnistaa korkean riskin potilaita, kohdentaa palveluja oikea-aikaisemmin ja rakentaa ennaltaehkäiseviä hoitopolkuja, jotka vähentävät raskaiden palvelujen tarvetta. Sairaaloissa tekoäly voi ennustaa vuodeosastojen kuormitusta, ennakoida kotiutuksia ja hoitajaksojen kestoa sekä tukea lääkityksen ja hoidon laadun arviointia. Perusterveydenhuollossa tekoäly voi tukea hoidon tarpeen arviointia, diagnoosin määrittelyä ja tarjota omahoitoon ohjaavia palveluja, jotka vähentävät tarpeettomia kontakteja. Sosiaalihuollossa tekoäly voi tukea palvelutarpeen arviointia ja päätöksiä sekä auttaa tunnistamaan varhaisen tuen tarpeita.

Selkein ja nopein tuottavuuspotentiaali syntyy hallinnollisen työn automatisoinnista. Arvioiden mukaan sote-ammattilaiset käyttävät jopa kolmanneksen työajastaan kirjaamiseen, raportointiin, läheteiden laadintaan, ajanvarauksiin ja muihin tehtäviin, jotka eivät vaadi kliinistä asiantuntemusta. Tekoälykirjurit, automaattinen ajanvaraus, viestiluonnosten automaattinen tuotanto ja rakenteinen kirjaaminen voivat vapauttaa tästä ajasta huomattavan osan potilastyöhön. Digiklinikat, sähköiset asiointikanavat ja speech to text -ratkaisut ovat jo käytössä monilla alueilla, mutta

niiden potentiaali vapauttaa työaikaa riippuu siitä, miten prosessit niiden ympärille suunnitellaan ja johdetaan.

Tekoäly muuttaa sote-työtä radikaalisti. Niin sanottujen taustakirjuritratkaisujen (ambient scribe) avulla vastaanottotilanne voidaan nauhoittaa, ja tekoäly voi tuottaa siitä automaattisen kirjauksen, lausunnon ja tarvittavat jatkotoimenpiteet, kuten avata potilaalle mahdollisuuden jatkoajan varaukseen. Tämä ei ole enää pelkkää puheentunnistusta, vaan kontekstin ymmärtävää älyä, joka vapauttaa ammattilaisen aikaa ja parantaa kirjaamisen tarkkuutta. Tekoäly voi myös koostaa kiireettömien viestien vastausluonnoksia, arvioida oirekyselyitä, tunnistaa potilaan hoidon kannalta olennaisia riskitekijöitä ja ohjata potilasta oikeaan palveluun tai omahoitoon.

Myös moni haastateltu asiantuntija nimesi useita teknologian käytön mahdollisuuksia, kuten nykyisen hoitajien tekemän hoidon tarpeen arvioinnin:

”Low hanging fruit: Lainsäädäntö estää tekoälyn hoidon tarpeen arvioinnin toteuttamisessa. On selvää, että nykyinen manuaalinen työ voitaisiin antaa tekoälylle ja saavuttaa tuottavuutta.”

Lainsäädäntö rajaa vielä sitä, missä määrin tekoäly voi toimia ilman ammattilaisen hyväksyntää. Erityinen esimerkki on hoidon tarpeen arviointi, jossa nykyinen sääntely estää tekoälyratkaisujen täysimittaisen hyödyntämisen, vaikka manuaalinen työ voitaisiin siirtää pitkälti automaatiolle ilman, että potilasturvallisuus vaarantuu. Tämä on matalan kynnyksen mahdollisuus, jossa sääntelyn tarkistaminen voisi tuottaa merkittävän tuottavuusparannuksen.

Tuottavuus syntyy vasta, kun teknologia muuttaa työn ja palvelujen rakennetta. Digitaalisten palvelujen ja tekoälyn käyttöönotto on siksi kytkettävä palveluprosessien uudistamiseen ja työnjaon kehittämiseen. Teknologia ei itsessään muuta mitään, ellei sen ympärille rakenneta uusia työkujuja.

Uuden teknologian ja tekoälyn käyttöönotto edellyttää myös selkeitä kansallisia pelisääntöjä siitä, miten tietoa kerätään, miten tekoälyjärjestelmiä koulutetaan ja millä periaatteilla niitä voidaan käyttää osana hoitoa tai sen suunnittelua. GDPR:n sallimaa liikkumavaraa ei ole Suomessa hyödynnetty täysimääräisesti, mikä on johtanut varovaisiin ja toisistaan poikkeaviin tulkintoihin hyvinvointialueilla. Tekoälyn käyttö hoidon tukena ei saa hämärtää vastuita, ja siksi on määriteltävä, mitä tehtäviä tekoäly voi tukea ja milloin päätösten tulee perustua ammattilaisen arvioon. Sote-tekoälyjärjestelmien koulutusdata, validointi ja testaus tulisi toteuttaa kansallisesti yhteisillä periaatteilla ja korkeiden riskien järjestelmät testata sand box -ympäristössä ennen käyttöönottoa.

Tietosuojavastaavat ja tietohallinnon henkilöstö toimivat hyvinvointialueilla tärkeinä asiantuntijoina ja tukevat lainmukaisuuden sekä teknisen turvallisuuden varmistamista. Vastuu tekoälyn ja muiden uusien teknologioiden käyttöönotosta kuuluu kuitenkin palvelutuotannosta vastaavalle johdolle, jonka on ymmärrettävä sekä teknologian toimintaperiaatteet että tietosuojaa ja riskiperusteista arviointia koskevat velvoitteet. Teknologian käyttöönotto ei ole tekninen IT-hanke, vaan johdon vastuulla oleva toiminnallinen muutos, joka vaikuttaa työnkuviin, prosesseihin ja vastuisiin ja jonka vaikutukset on arvioitava ennakkolta. Käyttöönotto voi muuttaa työnkuvia ja henkilöstörakennetta siinä määrin, että vaikutukset on arvioitava ennakkolta ja käsiteltävä läpinäkyvästi esimerkiksi yhteistoimintamenetellessä.

Digitaaliset palvelut ja tekoälyn käyttö on toteutettava niin, että ne korvaavat vanhoja toimintamalleja ja mahdollistavat suoraan tuotuvuutta parantavat muutokset palveluprosesseissa, eikä tekoäly jää päällekkäiseksi kerrokseksi manuaalisen työn kanssa.

Yhä useampi suomalainen hyödyntää tekoälyä oman terveytensä ja hyvinvointinsa tukena tavalla, joka tapahtuu kokonaan palvelujärjestelmän ulkopuolella: tekoälyltä kysytään selkokiekisiä selityksiä diagnooseista, tulkitaan laboratoriotuloksia, laaditaan listoja seuraavaa vastaanottoa varten tai kootaan yhteen eri lähteistä saatuja hoito-ohjeita. Tämä omaehtoinen tekoälyn käyttö ei ole poikkeus, vaan uusi ja pysyvä ominaisuus terveydenhuollossa. Samalla ihmiset käyttävät ja yhdistelevät entistä enemmän omia tietojaan – oirepäiväkirjoja, mittaustuloksia, älykellojen dataa, käyntien dokumentteja ja digitaalisen asioinnin jälkiä – ja muodostavat tästä kokonaisuudesta tekoälyn avulla uudenlaista tulkintaa ja ymmärrystä.

Jotta omahoito ja yksilön oman datan hyödyntäminen olisi turvallista, vaikuttavaa ja hoitoketjuja tukevaa, viranomaisten tulisi tarjota selkeät, kansalaisille suunnatut ohjeet tekoälyn vastuulliseen käyttöön sekä periaatteet, joilla omien tietojen käyttö on turvallista ja hoitoa tukevaa. Ohjeiden tulisi sisältää käytännön mallit siitä, miten tekoälyä hyödynnetään ymmärryksen lisäämiseen, vastaanotoille valmistautumiseen ja oman tilanteen jäsentämiseen, mutta samalla vahvistaa, että diagnostiikka ja hoitopäätökset ovat ammattilaisten vastuulla. Osana tätä on luotava kansalaisille selkeä viitekehys omien tietojen käyttöön tekoälyn kanssa: missä tilanteissa tietoja voi hyödyntää, mitä tietoja ei tule jakaa, miten tunnistetiedot poistetaan ja miten oma data voi täydentää kliinistä tutkimusta ilman että sitä sekoitetaan siihen.

Jotta tämä kehitys tukisi järjestelmää eikä kuormittaisi sitä, viranomaisten ei pidä rajoittaa ohjeisiin: heidän tulee myös aktiivisesti kannustaa ihmisiä tekoälyn turvalliseen omaehtoiseen käyttöön. Oikein käytettynä tekoäly voi lisätä ymmärrystä, auttaa kansalaista valmistautumaan hoitotilanteisiin ja tehdä hoitoketjuista sujuvampia. Kannustaminen voi

tarkoittaa selkeitä esimerkkejä, julkisia ohjeistuksia, valmiita dialogipohjia oman tilanteen kuvaamiseen tai viranomaisten tuottamia ”AI-lukutaidon perusohjeita”, jotka madaltavat kynnystä hyödyntää omaa dataa turvallisesti ja vahvistavat hoitoon kiinnittymistä. Kansalaiset tulevat käyttämään tekoälyä osana terveydenhuoltoa joka tapauksessa – kyse on vain siitä, miten he sitä käyttävät.

Viranomaiset voivat lisätä luottamusta ja turvallisuutta testaamalla yleisesti käytettyjä tekoälypalveluja, antamalla suosituksia ja kuvaamalla ne tilanteet, joissa tekoälyn tuki on aidosti hyödyllistä ja ne, joissa syntyy riskejä. Näin julkinen sektori voi rakentaa ”AI-lukutaito-ohjelman”, joka mahdollistaa kansalaisten oman tiedon turvallisen hyödyntämisen, tukee omahoitoa, ehkäisee virheellisen tiedon leviämistä ja parantaa potilaiden valmiutta osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon – kuitenkin siirtämättä hoitovastuuta tekoälylle tai hämärtämättä ammattilaisen roolia.

Suomen itsenäisyyden juhlarahasto Sitra voisi tukea kansalaisen sote-tekoälyohjeiden ja lukutaito-ohjelman laatimista.

6.4 Ennakoiva sote, työnjako ja vastuunjako muutoksessa

Ennakoiva sosiaali- ja terveydenhuolto on yksi tekoälyn keskeisimmistä mahdollisuuksista. Tekoäly mahdollistaa terveystieteiden tunnistamisen ja ennakoinnin uudessa mittakaavassa, systemaattisesti ja automaattisesti. Ennakoivan soten lainsäädännön uudistaminen avaa mahdollisuuden rakentaa palvelujärjestelmä, joka ei perustu pelkästään korjaaviin toimenpiteisiin vaan varhaiseen tukeen. Ennakoiva analytiikka voi tunnistaa esimerkiksi mielenterveysriskien kasautumista, lasten ja nuorten varhaisen tuen tarpeita, ikääntyneiden toimintakyvyn laskua, kroonisten sairauksien riskejä, syrjäytymisriskiä tai päihdeongelman alkavia merkkejä. Näin palveluja voidaan kohdentaa ennen kuin ongelmat muuttuvat raskaiksi, kalliiksi ja inhimillinen taakka kasvaa.

Sama koskee sosiaalihuoltoa. Data ja tekoäly voivat tukea palvelutarpeen arviointia ja päätöksentekoa, täydentää ammattilaisen työtä ja auttaa tunnistamaan tilanteet, joissa tarvitaan raskaan tuen sijaan yksinkertaisempia ja varhaisempia toimia. Sosiaalihuollon kirjaamisen automatisointi voi vapauttaa aikaa asiakkaiden kohtaamiseen ja samalla tuottaa parempaa tietoa palvelujen vaikutuksista pitkällä aikavälillä. Tekoälyn avulla sosiaalihuollon asiakastapaamiset voidaan äänittää ja translitteroida rakenteiseksi tekstiksi niin, että oikeusturvan kannalta välttämätön tarkkuus saavutetaan ilman, että ammattilaisen tarvitsee käyttää aikaa hoidon kannalta muuten tarpeettoman yksityiskohtaisten kirjausten tekemiseen.

Teknologian käyttöönotto ja ennakoivan soten rakentaminen herättävät kysymyksen vastuusta. On tärkeää, että vastuunjako on selkeä: kansallisen tason tehtävä on luoda edellytykset ja yhteiset pelisäännöt, yhteistyöalueiden tehtävä on hyödyntää mittakaavaetuja esimerkiksi hankinnoissa, ja hyvinvointialueiden tehtävä on johtaa työn muutosta ja palveluprosesseja. Kansallisella tasolla määritellään lainsäädäntö, tietomallit ja periaatteet. Yhteistyöalueilla tehdään suuria hankintoja ja järjestelmäpäätöksiä. Hyvinvointialueilla on järjestämisvastuu ja kyvykkyys viedä muutokset arjen työhön. Kunnilla, yrityksillä ja järjestöillä on omat roolinsa palvelujen tuottajina ja kehittäjinä.

Moni haastateltu asiantuntija nosti esiin yksityisen sektorin roolin ja yhteistyön sote-ammattihenkilöiden ja teknologioiden sovelluksia kehittävien toimijoiden välillä:

”Kannatan näitä public-private-partnershipejä, kyllähän yksityinen sektori on ollut todella hyvä kehittämään uusia innovaatioita ja toimintamalleja. Joskus kannattaisi vaan suoraan ostaa ja rakentaa kumppanuutta, jos yksityisellä on iso etumatka. Ei ole realismia kehittää julkisella itse vastaavaa ainakaan nopeasti. Joskus on toki vaikeaa yhdistää yksityisen tavoite voitontavoittelusta ja julkisen missiosta, mutta on kyllä löydetty paljon hyviä toimintamalleja kumppanuuden kautta.”

”Keskustelevatko meillä riittävästi teknologian kehitys ja propellipäät sekä kliininen maailma eli lääkärit tai hoivapuolella hoitajat? Tulisi varmaan kohdata näiden ryhmien kesken enemmän ihan jo teknologian kehityksen alkuvaiheessa eikä vasta kun tuotteet on jo kehitetty. Esimerkiksi Tanskassa on käytössä test bed -systeemi, jonka ympärillä kokoontuvat teknologioiden kehittäjät ja palveluiden tuottajat/järjestäjät ja todella voidaan kehittää ja kokeilla yhdessä. Tällainen voisi todella edesauttaa kehitystä ja TKI-toiminnan systematisointia. Tämä voisi olla hyvä.”

Yksityinen sektori on ollut hyvä kehittämään innovaatioita ja palvelumalleja, ja monessa tapauksessa nopein ja realistisin tapa hyödyntää teknologiaa on rakentaa kumppanuuksia sen sijaan, että julkinen sektori kehittäisi itse kaiken alusta. Tämä edellyttää kuitenkin hankintakäytäntöjä, jotka sallivat pitkäjänteisen kumppanuuden ja testaamisen, eivätkä rajoitu lyhyisiin, raskaisiin kilpailutuksiin. Tanskassa käytössä oleva test bed -malli, jossa teknologian kehittäjät ja palvelujen tuottajat kehittävät ja kokeilevat ratkaisuja yhdessä, tarjoaa esimerkin siitä, miten innovaatiot voidaan kytkeä suoraan palvelutuotantoon. Suomessa vastaavaan suuntaan on otettava askelia niin, että myös jatkuvuus ja vastuun siirtyminen pilottien jälkeen on mietitty alusta asti.

Moni haastateltu korosti teknologiamurroksen toteuttamisessa johtamista ja osaamista, joiden vahvistaminen nähtiin edellytyksenä muutoksen toteuttamiselle:

”Vaikeinta on kuitenkin tässä koko teknologiakentässä muuttaa asiantuntijoiden työ. On vähän irrelevanttia pohtia, kuka minkäkin investoinnin tekee, pitäisi muistaa tämä vaikein vaihe muutoksessa. Ainakin hyvinvointialueille tulisi mahdollistaa muutoksen tekeminen, koska ne ovat järjestämisvastuussa. Kyvykkyys johtaa muutosta pitää rakentaa organisaatioon.”

”Teknologiakyvykkyudet ja -taidot ovat hyvin vaihtelevia. Sama pätee johtoon ja varsinkin keskijohtoon. Kaikki hyvät esimerkit ovat vienneet paljon aikaa. Oltava isoja ja hyviä muutoksia, jotta kannattaa käyttää niin paljon aikaa. Muussa tapauksessa kannattaa jättää tekemättä. Liittyy koko järjestelmän muutoskyvykkyuteen ja -halukkuuteen.”

”Kyllähän se on niin, että etenkin julkisella puolella turvallisempaa on olla tekemättä mitään. Silloin kukaan ei pääse syyttämään siitä, että meni pieleen. Kannustimet julkisella sektorilla johtamiselle on väärät. Vaatii hullua rohkeutta, jotta johtajana päättää lähteä muuttamaan toimintamalleja.”

Samalla on tunnistettava johtamisen ja osaamisen esteet. Teknologiakyvykkyudet ja -taidot vaihtelevat huomattavasti niin johdon, keskijohdon kuin sote-ammattilaisten välillä. Hyvätkin esimerkit ovat vaatineet paljon aikaa ja energiaa. Siksi kannattaa keskittyä suuriin, rakenteellisiin muutoksiin, ei kymmeneen pieniin hankkeisiin, joiden hyödyt jäävät vähäisiksi suhteessa niihin käytettyyn aikaan. Julkisella sektorilla on nykyisellään heikot kannusteet muutokseen: virheiden pelko ja kritiikin riski ohjaavat varovaisuuteen, jolloin tekemättä jättäminen voi tuntua turvallisemmalta kuin rohkea uudistaminen.

Rakennetaan ennakoivaan analytiikkaan nojaava sosiaali- ja terveydenhuolto, jossa kansallinen taso vastaa edellytyksistä ja hyvinvointialueet johtavat työn muutosta, ja jossa julkisen ja yksityisen kumppanuuksia ja test bed -malleja käytetään järjestelmällisesti uusien ratkaisujen kehittämiseen.

Panostetaan sote-sektorilla koulutukseen teknologioiden hyödyntämistä ja rohkaistaan sote-ammattihenkilöitä perehtymään teknologioiden mahdollisuuksiin myös ilman välitöntä vaikutusta omaan työhön.

6.5 Sääntely ja kansallisen tulkintakerros

”Regulaatio on ihan hyvällä mallilla ja mahdollistaa, mutta vaatii aika paljon tulkintaa ja rohkeutta, että ymmärretään mitä ollaan tekemässä ja miten regulaatio toimii.”

Sääntely ja siihen liittyvä epävarmuus on yksi suurimmista syistä siihen, että teknologiaa ei ole otettu käyttöön laajasti. EU-tason säännöksiä täydentävät yksityiskohtaiset kansalliset lait ja viranomaisten ohjeistukset, joita hyvinvointialueet tulkitsevat kukin erikseen. Tämä johtaa tilanteeseen, jossa sama ratkaisu voi olla yhdellä alueella mahdollinen ja toisella tulkittu mahdottomaksi. Lopputuloksena järjestelmä ohjaa varovaisuuteen, ei kehittämiseen. Myös teknologiaa kehittävien yritysten näkökulmasta tilanne näyttää haastavana, kun tulkitsijoita ja tulkintoja tehdään monella tasolla useiden toimijoiden toimesta. Terveysdatan toisiokäytön kohdalla on jo nähty, miten hajanaiset tulkinnat voivat johtaa sekavaan tilanteeseen, jossa kukaan ei hallitse kokonaisuutta.

Sääntelykeskeinen ajattelutapa näkyy erityisesti datan ja tekoälyn kohdalla. Huolellisuus tietosuojan kanssa on tärkeää, mutta käyttöönotossa tietosuojan rinnalla on kyettävä punnitsemaan kokonaisuuksia, joissa myös potilasturvallisuus, hoitoon pääsyn nopeutuminen ja henkilöstön kuormituksen väheneminen ovat merkittäviä hyötyjä. Lainsäädäntö on yksityiskohtaista, ja tulkintoja tekevät monilla alueilla yksittäiset tietosuojavastavat, mikä lisää tulkintojen hajanaisuutta. Tällöin syntyy tilanne, jossa riskien välttäminen korostuu, mutta mahdollisuuksien hyödyntäminen jää vähälle. Riskejä ei aina punnita suhteessa mahdollisuuksiin.

Sääntelyä on selkeytettävä. Asiakastietolakia, toisiolakia ja muita tiedonhallintaa koskevia lakeja on päivitettävä vastaamaan tekoälyn, automaation, hajautetun laskennan ja jäljempänä käsiteltävän kansallisen terveystietoalueen FHDS:n (Finnish Health Data Space) kaltaisten ratkaisujen käyttöä. Tämä edellyttää myös sitä, että hoidon laatuun ja potilasturvallisuuden liittyvät tekijät näkyvät sääntelyn perusteluissa, eikä tietosuoja tai tulkinnalliset epäselvyydet saa muodostua kehittämisen esteeksi.

Suomen lainsäädäntö ei nykyisellään hyödynnä täysimääräisesti sitä mahdollisuutta, jonka EU-asetuskehikko – erityisesti GDPR:n 6 ja 9 artiklan säännökset – antaa sosiaali- ja terveydenhuollon tekoälyn käytölle. GDPR ei estä tekoälyn hyödyntämistä hoidon tukena tai osana päätöksentekoa, kun käyttö perustuu kansalliseen lakiin ja täyttää vaatimukset oikeusperustasta, käyttötarkoituksen määrittelystä, tietoturvasta ja riskiperusteisesta arvioinnista. Artikla 9:n h-, i- ja j-kohdat mahdollistavat erityisiin henkilötietoryhmiin kuuluvien tietojen käsittelyn terveydenhuollon palvelujen järjestämiseksi, vaikuttavuuden ja turvallisuuden varmistamiseksi sekä tutkimus- ja kehittämistarkoituksissa. Käytännössä tämä

tarkoittaa, että kansallisella lailla voidaan säätää hyvinvointialueiden ja palveluntuottajien oikeudesta käyttää tekoälyä hoidon suunnittelussa, ennakoinnissa, riskinarvioissa ja jopa tietyissä yksilöllisissä päätöksissä, kunhan vastuu päätöksestä osoitetaan viranhaltijalle ja tekoälyn rooli määritellään selkeästi.

Suomeen on säädettävä tämän vuoksi kansallinen sosiaali- ja terveydenhuollon tekoälylaki, joka loisi johdonmukaisen oikeudellisen perustan tekoälyn käytölle hoitoprosesseissa ja palvelutuotannossa.

Laissa tulisi määritellä käyttötarkoitukset, joihin tekoälyä voidaan hyödyntää; periaatteet, joilla koulutusdata, validointi ja mallien testaus tehdään; vastuusuhteet tekoälyn ehdotusten ja päätösten osalta; potilaan oikeudet ja mahdollisuus vastustaa tekoälyn käyttöä; sekä järjestelmän kehittäjiä ja viranomaisia koskevat velvoitteet. Lakiin voitaisiin sisällyttää myös mahdollisuus tekoälypohjaisiin yksilöllisiin päätöksiin silloin, kun päätös perustuu lainsäädäntöön ja sen lopullisesta hyväksynnästä vastaa viranhaltija. Kansallinen lainsäädäntö voi lisäksi sisältää ennakollisen vaikutusten arvioinnin (DPIA), joka tehtäisiin koko järjestelmän tasolla ja jota hyvinvointialueet voisivat soveltaa ilman päällekkäisiä paikallisia selvityksiä.

Kansallinen sääntely on välttämätöntä myös siksi, että suomalainen sote-tekoäly voitaisiin skaalata turvallisesti muihin EU-maihin. Ilman selkeitä kansallisia sääntöjä tekoälyjärjestelmien koulutusdatasta, riskinhallinnasta ja käyttötarkoituksista ei synny yhtenäistä pohjaa, joka olisi yhteensopiva eurooppalaisen sääntely-ympäristön kanssa. Kansallinen tekoälylaki toimisi siten sekä oikeusvarmuutta lisäävänä rakenteena että suomalaisen terveysteknologian viennin edellytyksenä.

Sääntelyä on muutettava myös tulkintakulttuurin tasolla. Suomessa tulkinnat tehdään palveluiden järjestämistä vastaavissa olevissa organisaatioissa, kun taas esimerkiksi Tanskassa on luotu kansallinen tulkintakerros, joka ratkaisee epäselvyydet yhdessä ja tarjoaa yhdenmukaiset linjaukset. Suomi tarvitsee vastaavan mallin, jossa keskeiset ratkaisut arvioidaan kansallisesti ja tulkinnat yhdenmukaistetaan. Tämä koskee sekä terveysdatan toisiokäyttöä että tekoälyyn perustuvia ratkaisuja, kuten hoidon tarpeen arviointia ja ennakoivaa analytiikkaa.

Teknologioiden käyttöönottoa on nopeutettava kansallisella ennakkohyväksynnällä. Sellaisten ratkaisujen, joiden turvallisuus, tietoturva ja lainmukaisuus on arvioitu kansallisesti, on voitava olla käytettävissä kaikilla hyvinvointialueilla ilman erillisiä paikallisia arviointeja. Kansallinen hyväksyntä voi nojata EU-sääntelyyn ja kansainvälisiin standardeihin: esimerkiksi ISO 13485 -laatu järjestelmä, ISO 14971 -riskinhallinta, ISO 27001 -tietoturva ja terveysohjelmistoja koskeva ISO 82304-2 voivat muodostaa perustan, jonka päälle kansallinen arviointi rakentuu. Tämä mahdollistaa sen, että viranomaiset voivat keskittyä kansallisesti olennaisiin lisäarvioihin kuten tietosuojan, yhteentoimivuuteen ja potilasturvallisuuden

kokonaisvaikutuksiin sen sijaan, että jokainen ratkaisu arvioitaisiin alusta asti. Fimealla on erityinen rooli lääkinällisten laitteiden ja ohjelmisto-perusteisten ratkaisujen arvioinnissa, mutta muiden viranomaisten on täydennettävä tätä teknologioiden kokonaisuuden osalta. Viranomaisten tehtävänä ei ole ainoastaan riskien torjunta, vaan myös järjestelmän kehittämisen mahdollistaminen ja innovaatioiden käyttöönoton nopeuttaminen. Riskejä on suhteutettava mahdollisuuksiin. Ministeriöiden on seurattava EU-sääntelyn kehitystä systemaattisesti ja päivitettävä kansallinen ohjaus sekä lainsäädäntö vastaamaan sekä eurooppalaista sääntelyä että käytännön teknologista kehitystä.

Luodaan uuden teknologian käyttöönotolle kansallinen tulkinta-kerros ja ennakkohyväksynnän malli, joka yhtenäistää sääntelyn tulkinat ja helpottaa teknologian käyttöönottoa hyvinvointialueilla, samalla kun potilasturvallisuus ja tietosuoja turvataan.

Kansallista ennakkohyväksyntää ja yhtenäisiä tulkintoja tukisi parhaiten Tanskan mallia vastaava ohjausyksikkö, joka tarjoaisi hyvinvointialueille, tietosuojavastaaville ja palvelutuotannon johdolle keskitettyä tulkinta-, ohjeistus- ja neuvontatukea. Tanskassa vastaavaa tehtävää hoitaa terveydenhuollon tietosuojan ohjauselin, joka antaa ennakkollisia suosituksia, selkeyttää sääntelyn tulkintoja ja toimii matalan kynnyksen neuvontakanavana. Suomessa tähän rooliin liittyviä tehtäviä ovat jo osin hoitaneet esimerkiksi Terveydenhuollon tietosuojan ohjausryhmä (Tellu), Valvira ja tietosuojaviranomaiset, mutta toiminta on jakautunut useille tahoille eikä muodosta yhtä yhtenäistä, käytännön työtä tukevaa kokonaisuutta.

Suomeen tarvittaisiin tämän vuoksi kansallinen sote-teknologian ja tekoälyn ohjausyksikkö, joka kokoaisi yhteen nykyiset sirpaleiset toiminnot ja tarjoaisi yhden luukun mallin teknologian käyttöönoton juridiseen, tietosuojalliseen ja toiminnalliseen ohjaukseen. Tällainen yksikkö voisi antaa ennakkosuosituksia tekoälyjärjestelmien käytöstä, tarjota mallipohjat vaikutustenarviointiin ja riskiperusteiseen tarkasteluun, julkaista suositteluja tulkintoja vaikeista lainsäädäntökysymyksistä sekä tukea hyvinvointialueita järjestelmällisesti uusien teknologioiden käyttöönotossa. Se loisi yhtenäiset käytännöt koko maahan ja varmistaisi, että ennakkohyväksyntä, sertifiointi ja käytännön ohjaus muodostavat yhden selkeän ja turvallisen kokonaisuuden.

Hyvinvointialueiden on tarkasteltava teknologian käyttöönottoa myös tietosuojan ja tiedonkäytön näkökulmasta tavalla, joka selkeyttää sekä vastuita että oikeusperusteita. Suomen tietosuojakäytännöissä on hyödynnetty vain osa GDPR:n sallimasta liikkumavarasta, ja tulkinat vaihtelevat alueittain. Tämä aiheuttaa epävarmuutta sekä ammattilaisille että järjestelmien kehittäjille. Näitä epäselvyyksiä on ratkaistava niin, että hoitoketju ja tietoketju ovat keskenään yhdenmukaiset: kun potilas suostuu hoitoon, hänen tulisi lähtökohtaisesti voida suostua myös siihen tiedonkäsittelyyn, joka

hoidon toteuttaminen tosiasiallisesti edellyttää. Tämä ei heikennä potilaan oikeuksia, vaan tekee tiedon käytöstä ymmärrettävää ja ennakoitavaa.

Teknologian käyttöönotto on myös organisaation johdon vastuuta, ei IT-toiminnon tekninen hanke. Uusi teknologia muuttaa työnkuvia, vastuita ja hoitoprosesseja, ja siksi sen vaikutukset on arvioitava osana palvelutuotantoa ja johtamista. Johdon on varmistettava, että teknologian ja tekoälyn käyttö on yhdenmukaista, lainmukaista ja hoidon kannalta tarkoituksenmukaista – ja että henkilöstö saa muutoksessa tarvittavan tuen ja osaamisen.

6.6 Kansallinen terveystieto-alue, kansainväliset tietomallit ja datan laatu

Sitran selvityksessä (Sitra 2026) ehdotettu kansallinen terveystietoalue (Finnish Health Data Space, FHDS) tarjoaa mallin, jolla Suomen terveys- ja hyvinvointidata voidaan ottaa tehokkaasti käyttöön ilman, että sitä tarvitsee keskittää yhteen järjestelmään tai yhdenmukaistaa kaikkia hyvinvointialueiden järjestelmiä. FHDS ei ole uusi jättijärjestelmä, vaan yhteentoimivuuskerros, joka rakentuu olemassa olevan infrastruktuurin päälle. Samalla kyse on eurooppalaisen terveystieto-alueen (European Health Data Space, EHDS) kansallisesta toimeenpanosta.

FHDS perustuu loogiseen kansalliseen tietomalliin, yhtenäisiin koodistoihin ja rajapintoihin sekä hajautetun laskennan periaatteeseen. Data pysyy siellä missä se syntyy, esimerkiksi hyvinvointialueiden tietoaletissa, biopankeissa, rekistereissä ja Kelan Kannan tiedoissa. Analytiikka, tutkimuskyselyt ja tekoälymallit tuodaan datan luo ja niistä syntyy anonymisoituja ja aggregoituja koosteita, jotka ovat kansallisesti vertailukelpoisia. Tämä yhdistää käytännön tiedolla johtamisen, tutkimuksen ja innovaatio toiminnan samaan infrastruktuuriin.

FHDS mahdollistaa laajan tiedon hyödyntämisen ilman, että raakadataa siirretään, mikä parantaa tietosuojaa ja vähentää teknistä riskiä. Se tekee mahdolliseksi kansallisen vertailutiedon tuottamisen palvelujen saatavuudesta, vaikuttavuudesta, kustannuksista ja resurssien käytöstä. Samalla se tukee tutkimusta ja innovaatioiden kehittämistä, kun laajoja aineistoja voidaan hyödyntää sujuvasti yhtenäisissä teknisissä ja käsitteellisissä puitteissa.

FHDS edellyttää kansainvälisten tietomallien käyttöönottoa. THL:n on valittava kansallisesti yhtenäiset tietomallit (esimerkiksi openEHR ja OMOP) sekä sanomamallit (esimerkiksi HL7 FHIR). Kun tietomalli ja siihen liittyvät tiedonsiirtomääritykset ovat kunnossa, sote-dataa voidaan siirtää palveluntarjoajalta toiselle kahdensivälisesti, jos käyttöoikeudet sen sallivat. Samalla tämä mahdollistaa datan liikkumisen koko EU:n alueella

osana Euroopan terveystietoaluetta ja helpottaa suomalaisten terveysteknologiatuotteiden vientiä ja uusien ohjelmistojen käyttöönottoa Suomessa. Yhtenäinen tietomalli auttaa myös välttämään toimittajaloukkuja.

FHDS edellyttää myös datan laadun varmistamista. Sote tietojärjestelmien kirjatun datan laatu on nykyisin vaihtelevaa ja monissa hankkeissa suuri osa resursseista kuluu datan puhdistamiseen. Kansalliset laadunhallintastandardit (esimerkiksi ISO9001, ISO8000 ja ISO27001) on otettava käyttöön ja THL:n on ohjeistettava niiden soveltaminen sote-järjestelmässä. Käytännössä tämä tarkoittaa, että jokaisen sote-palveluntuottajan, joka luo tai hyödyntää dataa, on otettava käyttöön yhtenäiset datan laadunhallinnan mekanismit, jotta data on riittävän kattavaa ja sisällöllisesti ymmärrettävää käyttäjille.

Tietojärjestelmien käytettävyys on yhtä ratkaisevaa kuin niiden tietomalli. Jos järjestelmiä on vaikea käyttää, ammattilaiset eivät löydä eivätkä kirjaa tietoa, vaikka mallit ja koodistot olisivat kunnossa. Siksi **tarvitaan kansallinen ohjelma tietojärjestelmien käytettävyyden parantamiseksi, jossa ammattihenkilöstö on tiiviisti mukana ja jota seurataan yhtenäisellä mittaristolla**. Ilman sujuvaa käyttöliittymää ja arjen työn näkökulman huomioimista datan laatu ja hyödynnettävyys eivät parane.

Rakennetaan suomalainen terveystieto-alue niin, että suomalainen terveystieto- ja hyvinvointidata muodostavat yhden loogisen kokonaisuuden, jota voidaan hyödyntää johtamisessa, tutkimuksessa ja innovaatio-toiminnassa sekä kansallisesti että osana Euroopan terveystietoaluetta.

6.7 Reaalimaailman kustannusvaikuttavuus ja käyttöönoton nopeuttaminen

Suomessa uusien lääkkeiden, terveysteknologian ja digitaalisten ratkaisujen käyttöönotto on hajanaista ja hidasta. Avohoidon lääkkeitä päättää lääkkeitä hintalautakunta (Hila), joka arvioi lääkkeen hinnan ja korvattavuuden sairausvakuutuslain pohjalta. Sairaaloissa lääkkeet ovat osa hoitoketjujen kokonaisuutta, ja niiden käyttöönotosta päätetään alueellisesti hyödyntäen Fimean arvioita, Palveluvalikoimaneuvoston (Palko) suosituksia, FinCCHTA:n ja arviointiyhdylläkäriverkoston työtä sekä hyvinvointialueiden omia analyysejä. Digitaalisten ratkaisujen ja laitteiden osalta prosessit ovat vielä epäsystemaattisempia, ja kustannusvaikuttavuuden arviointi perustuu usein hajanaiseen näyttöön.

Lääkkeiden käyttöönoton monikanavaisuus hämärtää kokonaiskuvaa ja voi johtaa osaoptimointiin. Pahimmillaan avohoidossa käytetty lääke voi olla kustannusvaikuttava Kelan näkökulmasta, mutta lisätä sairaalahoitoon tarvetta, tai päinvastoin. Riskinjakosopimukset ja salaiset hinnat vaikeuttavat kokonaiskustannusten arviointia ja heikentävät julkisen sektorin

neuvotteluasemaa. Avohoidon ja sairaaloiden lääkkeitä arvioidaan eri kriteereillä. Sairaalamuotoisen käyttöönotossa korostuu kliininen teho, kun Hilan prosessissa huomioidaan rinnalla myös kustannusvaikuttavuus. Myös Hilan päätösten ja Palkon suositusten juridisesti erilainen luonne, mutta tosiasiallisesti samankaltainen rooli käyttöönotossa, on epäjohtomukaista. Saman sairauden hoitoon saatetaan käyttää eri kanavissa lääkkeitä ja menetelmiä, joiden arviointi perustuu erilaisiin kriteereihin.

Hajautunut ja kustannusvaikuttavuutta vain osittain arvioiva käyttöönotto ei paranna tuottavuutta, koska tuottavuus sote-järjestelmässä tarkoittaa enemmän terveyttä ja hyvinvointia käytettyä resurssia kohden, ei pelkästään yksittäisten kustannusten pienentämistä. Jos kustannuksia tarkastellaan vain yhden budjetin tai kanavan näkökulmasta, voidaan päätyä ratkaisuihin, jotka pienentävät kustannuksia yhdellä sektorilla, mutta lisäävät niitä toisaalla ja heikentävät koko järjestelmän tuloksia. Todellinen tuottavuus paranee vasta, kun resurssit kohdennetaan niihin hoitoihin ja teknologioihin, jotka parantavat terveyttä ja hoitotuloksia suhteessa kustannuksiin koko järjestelmän tasolla – toisin sanoen, kun sama rahamäärä tuottaa enemmän terveyttä, toimintakykyä ja hyvinvointia, myös epäsuorat kustannukset kuten työkyvyttömyys, työpanoksen menetykset ja viivästysten aiheuttamat terveyshaitat huomioiden.

FHDS:n myötä on siirryttävä käyttöönottomalleihin, joissa lääkkeiden, teknologioiden ja digitaalisten ratkaisujen vaikuttavuutta voidaan arvioida reaali maailman datalla. Tämä tekee mahdolliseksi potilaskohtaisen, hoitokohtaisen ja aluekohtaisen vaikuttavuuden vertailun. Samalla voidaan tietyissä tilanteissa arvioida myös potilaskohtaista kustannusvaikuttavuutta eli ICER-arvoa (incremental cost-effectiveness ratio) silloin, kun vertailuryhmä on riittävän suuri ja tiedot ovat vertailukelpoisia. Kontrafaktin sijaan voidaan verrata hoitoa saaneita potilaita saman sairauden potilaiden keskiarvoon tai erilaisia hoitolinjoja keskenään. Reaali maailman vaikuttavuus voidaan yhdistää kustannuksiin, mikä tekee arvioinnista jatkuvasti päivittyvää ja todellisen hoidon vaikuttavuutta kuvaavaa.

Sama lähestymistapa voidaan tuoda myös sosiaalipalveluihin, joissa vaikuttavuuden arviointi on ollut vaikeaa. FHDS mahdollistaa sosiaalipalvelujen, terveystieteiden ja etuusjärjestelmien yhteisen tarkastelun, jolloin voidaan arvioida esimerkiksi palvelujen pitkäaikaisvaikutuksia syrjäytymisriskiin, työkykyyn tai toimeentulotuen tarpeeseen. Näin voidaan arvioida myös sosiaalihuollon palvelujen kustannusvaikuttavuutta ja tunnistaa tilanteet, joissa nykyisestä käytännöstä olisi perusteltua luopua tai se olisi korvattavissa vaikuttavammilla menetelmillä. Pitkällä aikavälillä on myös syytä arvioida Kelan ja hyvinvointialueiden välistä työnjakoa: ihmisten kannalta olisi johdonmukaista, että palveluja ja etuuksia koskevat päätökset perustuvat samaan tietoon ja syntyvät samassa järjestelmässä. Tämä vähentäisi

päällekkäistä työtä ja loisi eheämmän perustan sosiaalihuollon vaikuttavuuden arvioinnille.

”Näen, että kansallisesti tulisi katsoa millaisia sopimuksia tehdään. Sekä harvinaisemmissa että suuremman volyymin tuotteissa kannattaisi tehdä kansallisia hankintoja enemmän, eikä vastuu voi olla alueilla, koska kun yksi ottaa käyttöön, tulee kaikkien ottaa käyttöön. Tällöin siis tulisi toteuttaa kansallisesti.”

Arviointi ja päätöksenteko on hajautunut useille viranomaisille ja tasoille. Tämä vaikeuttaa kokonaiskuvan rakentamista ja heikentää mahdollisuuksia tehdä johdonmukaisia linjauksia. Siksi lääkkeiden, terveysteknologioiden ja hoitomenetelmien arviointia on perusteltua keskittää vahvemmin yhdelle viranomaiselle, esimerkiksi Fimealle, jonka alaisuuteen voitaisiin koota kustannusvaikuttavuuden arviointi, HTA-toiminta ja kansallisten sopimusmallien hallinta. Tällöin arviointi perustuisi yhtenäisiin periaatteisiin ja samoihin menetelmiin koko järjestelmässä.

Arvioinnin ja päätöksenteon keskittyessä Fimeaan Palko toimii kliinisenä ohjauselimenä, joka tuottaa kliinisiä suosituksia ja hoitolinjausten sisältöjä. Sen työ on tärkeää kytkeä osaksi keskitettyä kansallista arviointikehikkoa, jotta kliiniset suositukset, kustannusvaikuttavuusarviot ja kansalliset käyttöönottopäätökset muodostavat yhtenäisen kokonaisuuden. Näin kliininen ohjaus (Palko) ja kansallinen arviointi (Fimea) vahvistavat toisiaan.

Kansallisella tasolla on tarkasteltava myös lääke- ja terveysteknologia-teollisuuden toimintaympäristöä ja sopimusmalleja aiempaa strategisemmin. Tässä keskeinen rooli on niin sanotuilla PLEG-malleilla eli post-launch evidence generation -kokonaisuuksilla, joissa hoidon vaikuttavuutta seurataan systemaattisesti sen käyttöönoton jälkeen reaali maailman datalla. PLEG ei ole sopimusmuoto, vaan tutkimus- ja seurantakehikko, jonka avulla voidaan tuottaa jatkuvaa näyttöä lääkkeiden, menetelmien ja hoitopolkujen vaikuttavuudesta todellisessa kliinisessä käytössä. FHDS tekee PLEG-malleista realistisia myös Suomessa, sillä yhtenäinen tietomalli ja hajautettu laskenta mahdollistavat vaikuttavuuden seurannan korkealla tarkkuudella koko maassa.

PLEG tarjoaa perustan myös vaikuttavuussopimuksille, joissa lääkkeen tai teknologian hinnoittelu, korvattavuus tai jatkokäyttö sidotaan todelliseen vaikutukseen potilailla. Näissä sopimuksissa osa hinnasta maksetaan vain, jos hoidolla saavutetaan sovittuja tuloksia, mikä tekee niistä tehokkaan mekanismin kustannusvaikuttavuuden varmistamiseen tilanteissa, joissa hoito on kallis tai kliininen näyttö etukäteen rajallista. FHDS:n tuotama reaali maailman tieto tekee tällaisista sopimusmalleista käytännössä

mahdollisia myös Suomessa ja vahvistaa samalla Suomen asemaa lääketutkimuksen ja terveysteknologian houkuttelevana kehitysympäristönä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon menetelmien arviointi on kehitettävä yhtenäiseksi, jotta järjestelmä kykenee sekä ottamaan käyttöön vaikuttavia uusia hoitoja että luopumaan tehottomista ja vähävaikutteisista menetelmistä. Lääkkeet, laitteet, digitaaliset hoidot ja sosiaalihuollon menetelmät on arvioitava yhteisellä periaatteellisella kehikolla, jossa huomioidaan vaikuttavuus, kustannusvaikuttavuus sekä laajemmat hyvinvointi- ja tuottavuusvaikutukset koko järjestelmän tasolla. Yhtenäinen arviointimalli ei ole ainoastaan uusien teknologioiden käyttöönoton väline, vaan myös palveluvalikoiman aktiivisen johtamisen perusta: se tekee näkyväksi ne hoitomuodot ja interventiot, joiden vaikutus terveyteen ja hyvinvointiin on heikko suhteessa käytettyihin resursseihin. Samalla se mahdollistaa sen, että käyttöön otetaan vain ne menetelmät, joilla on osoitettua vaikuttavuutta tosielämän datassa, ja että käytöstä poistetaan menetelmät, jotka eivät enää täytä vaikuttavuuden tai kustannusvaikuttavuuden kriteerejä. Näin syntyy priorisoinnin malli, jossa resurssit ohjataan johdonmukaisesti niihin hoitoihin ja teknologioihin, jotka tuottavat mahdollisimman paljon terveyttä ja toimintakykyä käytettävissä olevilla resursseilla.

Siirrytään malliin, jossa päätöksenteko on keskitetty yhdelle kansalliselle viranomaiselle ja lääkkeiden, terveysteknologioiden, digitaalisten hoitojen ja sosiaalihuollon menetelmien käyttöönotto sekä käytössä pysyminen perustuu reaali maailman vaikuttavuuteen ja kustannusvaikuttavuuden jatkuvaan arviointiin koko järjestelmän tasolla.

6.8 Teknologia ja data terveysalan kasvun moottorina ja strategisena valintana

Teknologia, data ja tekoäly muodostavat kokonaisuuden, joka voi tuottaa merkittäviä taloudellisia ja hyvinvointivaikutuksia. Reaali maailman datan hyödyntäminen nopeuttaa vaikuttavien hoitojen käyttöönottoa, vahvistaa suomalaista terveysteknologian ekosysteemiä ja mahdollistaa sen, että Suomi toimii kansainvälisenä testi- ja kasvualustana uusille innovaatioille. Samalla nämä ratkaisut parantavat palvelujen saatavuutta, vähentävät raskaiden hoitoketjujen tarvetta ja tukevat sote-järjestelmän taloudellista kestävyyttä. Kun teknologia ja data kytetään osaksi rakenteellista uudistamista, niiden vaikutus ulottuu palvelutuotannosta koko kansantalouden kasvun edellytyksiin.

Suomen on tehtävä terveys- ja hyvinvointialasta strateginen kasvu-ala. STM:n terveys- ja hyvinvointialan kasvuohjelma luo tälle perustan: sen tavoitteena on, että Suomi on maa, jossa digitaaliset hoidot, uudet lääkehoidot, terveysteknologiat ja dataan perustuvat palvelut voidaan ottaa

käyttöön hallitusti mutta nopeasti. FHDS, kansainvälisiin standardeihin perustuvat tietomallit, kansallinen tulkintakerros ja ennakoivan soten lainsäädäntö muodostavat infrastruktuurin, jonka varaan tämä kasvu voi rakentua. Kliinisten lääketutkimusten kansallinen yhteistyömalli ja digihoitokokeilut ovat esimerkkejä alustoista, jotka yhtä aikaa parantavat potilaiden pääsyä uusiin hoitoihin ja luovat markkinaa suomalaisille ja Suomessa toimiville yrityksille.

Kasvun ja tuottavuusparannusten kannalta on ratkaisevaa, että julkinen sosiaali- ja terveydenhuolto nähdään aktiivisena kehittämisalustana eikä pelkkänä kustannuseränä. Rahoitusmallin on kannustettava hyvinvointialueita investoimaan tuottavuutta parantaviin teknologioihin ja osallistumaan tutkimus- ja kehitystoimintaan. Tähän voidaan hyödyntää TKI-rahoitusta, tulosperusteisia rahoitusinstrumentteja ja SIB (Social Investment Bond)-tyyppisiä malleja, joissa osa tuotoista sidotaan mitattuihin hyvinvointi- ja tuottavuusvaikutuksiin. Hyvinvointialueiden esteet hyödyntää Business Finlandin rahoitusta on purettava. Investointikynnystä on madallettava niin, että myös taloudellisesti tiukassa tilanteessa voidaan tehdä teknologisia uudistuksia, jotka parantavat järjestelmän kestävyyttä pitkällä aikavälillä.

Suomen kilpailukyky teknologian ja terveysinnovaatioiden kohteena riippuu myös siitä, miten julkinen ja yksityinen sektori kykenevät toimimaan yhdessä. Yhteiskehittämisen mahdollistaminen, ketterät pilotit, toimivat kumppanuusmallit ja myös pk-yrityksiä palveleva hankintapolitiikka ovat välttämättömiä, jotta suomalaiset ratkaisut voivat skaalautua. Terveysteknologian, digitaalisten hoitojen ja dataan perustuvien palvelujen kehittäminen edellyttää aitoja käyttöympäristöjä: pääsyä aineistoihin, kliinistä osaamista, mahdollisuutta testata ratkaisuja tosielämän prosesseissa ja reaali maailman vaikuttavuuden arviointia kansallisessa mittakaavassa.

Kun teknologia, data ja tekoäly kytketään tuottavuuden parantamiseen ja terveysalan kasvuun, syntyy kehityssuunta, jossa Suomi ei ainoastaan ylläpidä nykyistä palvelutasoa, vaan rakentaa tulevaisuuden terveys- ja hyvinvointijärjestelmää, joka kykenee sekä parempiin tuloksiin että kansainväliseen kilpailukykyyn. Tämä on yhtä aikaa talouspolitiikkaa, innovaatiopolitiikkaa ja hyvinvointipolitiikkaa.

Suomesta on tehtävä maa, jossa uudet lääkkeet, terveysteknologiat ja digitaaliset hoidot otetaan käyttöön hallitusti ja nopeasti, ja jossa FHDS mahdollistaa niiden vaikuttavuuden seuraamisen tosielämässä niin, että tuottavuus, laatu ja kustannusvaikuttavuus sekä terveysalan kasvu muodostavat yhden johdonmukaisen kokonaisuuden.

7. Kansallinen taso

Sote-uudistus vuoden 2023 alusta lukien oli merkittävä kansallinen muutos julkisten sote-palveluiden järjestämisvastuun ja rahoituksen saralla. Uudistuksen tavoitteina oli synnyttää hajautuneen kuntakentän sijaan laajemmat hartiat julkisten sote-palveluiden järjestämiseksi ja edelleen parantaa sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuutta, yhdenvertaisuutta ja kustannustehokkuutta sekä kaventaa terveyseroja väestöryhmien välillä. Toistaiseksi ei vielä tiedetä, tullaanko rakenneuudistuksella saavuttamaan sille asetettuja tavoitteita, mutta ainakaan vielä tilanne ei julkisissa sote-palveluissa ole parantunut.

Julkisen talouden ja kansalaisten hyvinvoinnin näkökulmasta sote-palveluiden toimivuus, tuottavuus ja edelleen kustannusvaikuttavuus ovat keskeisiä kansallisia kysymyksiä, vaikka vastuu palveluiden järjestämisestä on hyvinvointialueiden (ml. Helsinki ja HUS) vastuulla. Kansallisesti tuottavuuden ja kustannusvaikuttavuuden ohjaus on luonteeltaan ensisijaisesti välillistä, eikä kansallisin ratkaisuin voida suoraan vaikuttaa etenkin organisaatioiden johtamiseen, henkilöstöön tai kulttuuriin. Kansallisesti voidaan kuitenkin edesauttaa tuottavuuden kasvua moniin edellisessä luvussa 4 tunnistettuihin tuottavuuden ajureihin liittyen.

7.1 Kilpailun edistäminen kansallisesti

Nykyisin avoiminta kilpailua sote-sektorilla esiintyy yksityisesti rahoituksissa sote-palveluissa ja työterveyshuollossa. Julkisten sote-palveluiden tuotannossa kilpailu rajoittuu niihin palveluihin, joita kukin hyvinvointialue päättää hankkia kilpailuttamalla palvelut markkinoilla. Laajamittaisimmin kilpailua eri tuottajien välillä hankintaprosessien kautta on hyvinvointialueilla toteutettu sosiaalipalveluiden sektorilla asumispalveluissa etenkin lastensuojelun, vammaisten palveluiden ja ikääntyneiden palveluiden osalta. Näiden palveluiden piiriin pääseminen edellyttää asiakkaan pelkän oman tahdon sijaan, palvelutarpeen arviointia ja sosiaalipalveluissa tapahtuvaa viranhaltijapäätöksentekoa. Näin ollen asiakkaan oman valinnan mahdollisuudet ovat jo lähtökohtaisesti rajoitetumpia.

Julkisten terveyspalveluiden saralla tilanne on toinen, etenkin perusterveydenhuollossa, jonka piiriin kaikki suomalaiset kuuluvat lainsäädännön nojalla ja kansalaisilla on oikeus tarpeen ilmetessä hakeutua hoidon piiriin omalla päätöksellään. Ylivoimainen valtaosa julkisen perusterveydenhuollon palveluista, ja myös perusterveydenhuollon avoterveydenhuollosta, on hyvinvointialueiden itse tuottamaa. Poikkeuksen tähän

pääsääntöön muodostavat muutamat perusterveydenhuollon ja terveys-
asemapalveluiden kilpailutukset hyvinvointialueiden toimesta. Työssä käy-
vän väestön perusterveydenhuolto hoidetaan lähtökohtaisesti jo nyt osana
työterveyshuoltoa ja lasten ja ikääntyneiden perusterveydenhuollossa asia-
kas voi julkiseen palveluun tyytymättömänä hakeutua yksityisesti tuotettu-
jen palveluiden piiriin hankkimalla terveysvakuutuksen tai maksamalla
kustannukset itse käyntiperusteisesti. Yksityisten terveysvakuutusten määrä
onkin kasvanut voimakkaasti viime vuosina.

Erikoissairaanhoidossa ylivoimainen valtaosa julkisista palveluista on
hyvinvointialueiden omaa tuotantoa. Ostopalvelut palveluntuotannossa
liittyvät ennen muuta ammatinharjoittajien palveluiden ostoihin erikois-
lääkäripalveluissa ja henkilöstövuokrauksen käyttöön. Näiden tarvetta on
lisännyt pula osaavasta henkilöstöstä sen sijaan, että palveluntuotannossa
tavoiteltaisiin tuottavuuden tai kustannusvaikuttavuuden kasvua. Erikois-
sairaanhoidon palveluntuotannossa vaikuttaa yhä vahvasti ennen hyvin-
vointialueiden syntyä vallinnut sote-rakenne, jossa sairaanhoitopiirit tuotti-
vat erikoissairaanhoidon palvelut monopoliasemassa kunnille, jotka olivat
tosiasiassa pakotettuja ostamaan palvelut sairaanhoitopiireiltä, joilla oli
hinnoitteluvälit ja päätösvalta palveluiden tuotannosta.

Suomalaisen tie julkiseen erikoissairaanhoitoon kulkee useimmiten
perusterveydenhuollon kautta, josta erikoissairaanhoitoa tarvitsevat poti-
laat lähetetään erikoissairaanhoidon palveluiden piiriin. Osa toiminnasta
sairaaloissa on sitoutunut vaativiin ja monipolvisiin hoitoketjuihin, joissa
kilpailun edistäminen ei ole helppoa, sillä toimijalla tulisi olla laaja sairaa-
lainfra käytössään. Esimerkkinä tällaisista funktioista ovat vaikkapa kiireel-
listä hoitoa vaativat päivystykselliset potilaat. Kuitenkin merkittävä osa
erikoissairaanhoidon toimintaa on ns. kiireetöntä erikoissairaanhoitoa
varsin selkein hoitoketjuin, joissa tuottavuuden kasvua voitaisiin edistää
kilpailun keinoin. Tällaisia ovat esimerkiksi tietyt leikkaustoimenpiteet
kuten teknonivelleikkaukset tai silmätoimenpiteet sekä kiireetön polikliini-
nen vastaanotto toiminta useilla erikoisaloilla. Osittain kilpailua on auen-
nutkin julkisomisteisten tuottajien välillä esimerkiksi teknonivelsairaala
Coxan toiminnan kautta. Coxan pääomistajiin kuuluvat Pirkanmaan,
Päijät-Hämeen ja Kanta-Hämeen hyvinvointialueet ja sairaala kilpailee
julkisen lähetteen saaneista teknonivelasiakkaista kansallisesti. Coxa onkin
tuonut kilpailua hyvinvointialueiden välille. Yksityisomisteisten palvelun-
tuottajien kilpailuvaikutus kiireettömässä erikoissairaanhoidossa on kuiten-
kin Suomessa olematonta.

Kuten Coxan esimerkki osoittaa, kilpailun lisääminen on mahdollista
ja mielestämme myös tarkoituksenmukaista toteuttaa hyvinvointialueiden
järjestämisvastuuseen perustuvassa järjestelmässä. Tämä tarkoittaa, että
alueet vastaavat palveluiden järjestämisestä ja rahoituksesta alueensa väes-
tölle, mutta palveluiden tuotannossa mahdollistetaan niin julkisten,

yksityisten kuin kolmannen sektorin toimijoiden tuottamat palvelut. Kilpailun mahdollistaminen ei siis tarkoita järjestämisvastuun siirtymistä yksityiselle sektorille ja kilpailun lisääntyminen tarkoittaa tätä myös ja ennen kaikkea julkisten yksiköiden kesken. Samalla on ymmärrettävä, että kilpailua ei synny kaikilla alueilla kaikkiin palveluihin. Tällöin hyvinvointialueen on järjestämisvastuunsa mukaisesti huolehdittava palveluiden tuotannon toteutumisesta. Kilpailun tasapuolinen toteutuminen ja käytännön onnistuminen edellyttää myös, että tässä raportissa ehdotetut toimet avoimuuden ja läpinäkyvyyden sekä toiminnanohjauksen parantamiseksi julkisissa sote-palveluissa toteutetaan. Tämä edistää toisaalta kustannusten parempaa vertailtavuutta, myös julkisesti tuotettujen palveluiden laadun ja kilpailuedellytysten parantumista.

Asiantuntijahaastatteluissa moni näki niin ikään tarpeen lisätä kilpailua ja monituottajuutta perusterveydenhuollossa sekä soveltuvilta osin erikoissairaanhoidossa.

”Edistäisin systemaattisesti tuotantotapojen moninaisuutta ja kilpailua, esimerkiksi kansalaisten valinnanvapauden kautta. On tärkeää, että tietyissä palvelukokonaisuuksissa säilyy hyvinvointialueiden oma tuotanto, jo valmiuden ja varautumisen näkökulmasta, mutta muutoin tulisi aidosti avata valinnanvapautta ja kilpailua. Tämä koskee etenkin perusterveydenhuoltoa, mutta mielestäni myös tiettyä osaa erikoissairaanhoidosta. Markkina kyllä muotoutuu ja muokkaa tuotannon rakenteet. Tuotantotapoja avattaessa valinnanvapauden keinoin tulisi tuottajille asettaa tietyt laatuksiteerit tai hinnat, joiden nojalla markkina avautuisi.”

Kun tarkastellaan sosiaalipalveluiden, etenkin asumispalveluiden, tilannetta tarkemmin, voidaan havaita, että nykymallinen kilpailutus hankintaprosessina tuottaa tilanteen, jossa yrityksen voittofunktio perustuu hyvin pitkälle kustannusten minimointiin ja tosiasiallinen laadunvalvonta on haastavaa, ellei mahdotonta. Ikäihmiset, mielenterveyskuntoutujat ja vammaisryhmät eivät kykene aktiivisesti ajamaan etujaan ja tuomaan esille epäkohtia saamastaan palvelusta, mikä puolustaa sellaisen hankintamenettelyn tarvetta, joka tuottaa laadukkaampaa palvelua. Nykymallinen kilpailutusmenettely on myös ristiriidassa sosiaalihuollon asiakaslain 8 §:n kanssa ”Sosiaalihuoltoa toteutettaessa on ensisijaisesti otettava huomioon asiakkaan toivomukset ja mielipide ja muutoinkin kunnioitettava hänen itsemääräämisoikeuttaan.”, koska kilpailutusmenettely edellyttää, että kilpailutuksessa paremmin pärjänneellä, useimmiten halvemmän tarjouksen jättäneellä toimijalla, on etusija saada asiakas. Myöskään minkäänlaisten innovaatioiden, teknologisten tai muiden, hyödyntämisen mahdollisuudet ovat olemattomat kilpailutusmallissa tarjousvaiheen ulkopuolella, ja niihinkin niitä on käytännössä

vaikea mahduttaa. Havainnot puolustaisivat myös sosiaalipalveluiden asumispalveluissa uudenlaista kilpailullista mallia palveluntuottajien välillä.

Kansallisesti kilpailua tulisi edistää julkisrahoitteisessa terveydenhuollossa ja sosiaalihuollon asumispalveluissa toteuttamalla useiden eurooppalaisten esimerkkien (esim. Ruotsi) mukainen kansalaisten valinnanvapauten perustuva uudistus, jossa hyvinvointialueiden oma palveluntuotanto, kolmannen sektorin palveluntuottajat ja yksityiset palveluntuottajat voisivat kilpailla asiakkaista samoin julkisen rahoituksen kriteerein. Palveluntuottajien laadulle ja muulle toiminnalle tulisi asettaa kriteerit, joiden nojalla toimijat hyväksyttäisiin tuottamaan palveluita valinnanvapauden nojalla. Hyväksynnän antaisivat hyvinvointialueet kaikille kriteerit täyttävälle palveluntuottajille ilman kilpailutusta ja niiden toteutusta ja palveluntuottajien valvontaa toteutettaisiin hyvinvointialueiden ja valtakunnallisen valvontaviranomaisen toimesta. Valinnanvapaus ulotettaisiin koskemaan perusterveydenhuollon avovastaanottoa laajasti, suppeammin erikoissairaanhoidon polikliinistä toimintaa soveltuvilla erikoisaloilla sekä soveltuvilta osin sosiaalihuollon asumispalveluita eri asiakasryhmille. Lisäksi valinnanvapausjärjestelmän piiriin tulisi ottaa tietyt tavanomaiset erikoissairaanhoidon toimenpiteet, kuten kaihileikkaukset ja tekonivelkirurgia.

Valinnanvapausjärjestelmän piirissä palveluiden rahoitusmalli olisi kullakin hyvinvointialueella sama kaikille palveluntuottajille ja se perustuisi vuosittaiseen asiakasperusteiseen ikä- ja palvelutarvevakioituun kapitaatiohintaan perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidon polikliinisessä toiminnassa ja suoritekohtaiseen korvaukseen tai palveluseteliin erikoissairaanhoidon toimenpide- ja leikkaustoiminnassa sekä sosiaalihuollon asumispalveluissa. Kapitaatiopohjainen rahoitusmalli kannustaa palveluntuottajia nimenomaan kokonaisvastuuseen hoitamastaan väestöstä eikä mahdollista kermankuorintaa tai kannusta tuottajia vain tuottamaan suoritteita, kuten lisäkäyntejä, kuten suoritepohjainen korvausmalli tekisi sellaisissa palveluissa, joiden piiriin asiakas voi lähtökohtaisesti hakeutua omalla päätöksellään. Valinnanvapautta koskevan alueellisen rahoitusmallin tulisi kannustaa kustannusvaikuttavuuteen ja palveluntuottajien vastuunottoon siten, että se ei mahdollista kermankuorintaa tai ongelmien sysäämistä muiden vastuulle ilman sanktiota tuottajalle itselleen.

Valinnanvapausjärjestelmä mahdollistaisi hyvinvointialueiden kilpailulle altistuvan oman palveluntuotannon uudelleenjärjestelyjä esimerkiksi osakeyhtiömuotoiseksi, mutta ei edellyttäisi sitä. Lainsäädännössä ja hyvinvointialueiden toiminnassa tulisi kuitenkin varmistaa, että palveluntuottajia kohdeltaisiin yhdenmukaisin kriteerein niin laadun kuin rahoituksenkin näkökulmasta. Myös asiakasmaksut olisivat samat kaikkien palveluntuottajien kesken.

Valinnanvapausjärjestelmä mahdollistaisi nykymallia paremmin myös pienille ja keskisuurille yrityksille ja kolmannen sektorin toimijoille pääsyn julkisten sosiaali- ja terveystalvveluiden markkinoille. Se mahdollistaisi myös nyt jo käyttöön muutamilla hyvinvointialueilla otetun omalääkärimallin laajenemisen lääkäreiden oman yrittäjyyden / ammatin harjoittamisen kautta ja lääkäreiden omalla päätöksellä. Valinnanvapausmallissa hyvinvointialue voisi toimia myös tilojen ja laitteiden vuokraajana yksityisille ammatinharjoittajille. Yksityinen tuottajakenttä monipuolistuisi ja kilpailu lisääntyisi julkisten palveluiden sote-markkinoilla.

On huomionarvoista, että valinnanvapausjärjestelmä ei välttämättä lisääsi palveluntuottajien määrää kaikilla alueilla, etenkin järjestelmän käyttöönoton alkuvaiheessa. Kilpailun määrä siis vaihtelisi eri alueilla, ja joillain alueilla palveluntuotannon valtaosa myös valinnanvapausjärjestelmän piirissä olevissa palveluissa tuotettaisiin vahvasti jatkossakin julkisen sektorin toimesta. Tämä ei kuitenkaan tarkoittaisi, etteikö kilpailu monilla alueilla lisääntyessään tuottaisi tuottavuus- ja kustannusvaikuttavuuden näkökulmasta hyötyä.

Erikoissairaanhoidon ulotettuja valinnanvapausmalleja kohtaan on esitetty kritiikkiä päivystyksellisen valmiuden ylläpidon osalta, kun osa sairaaloiden toiminnasta altistuisi kilpailulle. Kritiikin kärjeksi on nostettu uhkakuva siitä, että kilpailu päiväkirurgiassa eri yksiköiden välillä vaikeuttaisi kirurgian päivystyksellisen valmiuden ylläpitoa julkisissa sairaaloissa. Valinnanvapausjärjestelmässä uhkien toteutuminen voitaisiin kuitenkin välttää ulottamalla järjestelmän piiriin ensivaiheessa vain valittu osa kirurgisista toimenpiteistä tai vaihtoehtoisesti avaamalla kilpailua esimerkiksi vain niitä asiakkaita koskien, jotka ovat odottaneet toimenpideaikaa julkisen sairaalan jonossa tietyn ajan. Malli toimenpiteiden valinnanvapaudessa voisi toimia esimerkiksi siten, että kaksi kuukautta jonossa odottaneille potilaille tarjottaisiin automaattisesti vaihtoehtoksi jonottamiselle palveluseteli, jolla voi hakeutua toisen palveluntuottajan tarjoamaan toimenpiteeseen. Tällöin osa asiakkaista jäisi automaattisesti julkisesti tuotetun erikoissairaanhoidon piiriin, eikä esitettyä ongelmaa syntyisi.

Kilpailun avaaminen sosiaali- ja terveystalvveluissa tuo merkittäviä mahdollisuuksia, mutta sen onnistuminen riippuu markkinaolosuhteista, jotka eivät synny sote-sektorilla itsestään. Kansainväliset kokemukset osoittavat, että ilman tarkkaa riskivakiointia, läpinäkyvää tietoa ja tiukkoja laatuvaatimuksia kilpailu voi johtaa kermankuorintaan, palveluketjujen pirstoutumiseen tai kustannusminimointiin. Erityisesti sosiaalipalveluissa asiakkaan heikko neuvotteluasema, epäsymmetrinen tieto ja palvelujen heterogeenisyys luovat rakenteellisen riskin markkinahäiriöille, mikä edellyttää palveluiden järjestäjältä tarkkaa valvontaa ja selkeitä mitattavia laatu-kriteerejä.

Kilpailun toimivuus edellyttää lisäksi hyvinvointialueilta uutta osaamista seurata, valvoa ja ohjata palveluntuottajia. Hankintaosaaminen, sopimusjuridiikan tuntemus, markkina-analyysi, riskien ja laadun seuranta sekä tuottajien välinen vertailu ovat kriittisiä elementtejä, joita tulee vahvistaa useilla hyvinvointialueista. Ilman vahvaa tilaajaosaamista kilpailun avaaminen voi johtaa tilanteisiin, joissa kaikki tuottajat eivät pääse osallistumaan markkinoille, markkinat keskittyvät, sopimuksia ei valvota systemaattisesti ja kilpailun hyödyt jäävät toteutumatta. Hyvinvointialueiden kyky johtaa monituottajamallia, tulkita tietoa ja ohjata palvelutuotantoa vaikuttavuuden perusteella vaihtelee alueittain huomattavasti – ja osaltaan määrittää, johtaako kilpailun lisääntyminen tuottavuuden, laadun ja kustannusvaikuttavuuden nousuun. Kilpailu voidaan siksi nähdä keinona, ei itseisarvona: se toimii vain, jos markkinoille syntyy todellisia mahdollisuuksia, jos hinnoittelu ja riskit ovat hallittuja ja jos laatu-tieto ohjaa sekä tuottajien toimintaa että asiakkaiden valintoja.

Kansallisesti tulisi toteuttaa julkisesti tuotettuja sosiaali- ja terveyspalveluita koskevan lainsäädännön uudistaminen koskien julkisia virka- ja työsuhteita siten, että kilpailun edellytykset olisivat mahdollisimman yhdenmukaiset ja julkisen palveluntuotannon johdolla olisi riittävä joustavuus tuotannon suunnittelussa ja toteutuksessa. Nykyisellään virka- ja työsuhteita koskeva lainsäädäntö ei mahdollista johdolle riittävää joustavuutta ja johdon keinovalikoimaa tuotannon suunnittelussa ja toteutuksessa, kuten useat asiantuntijat haastatteluissa totesivat. Yksityisen sektorin työsuhdemallit nähtiin merkittävästi julkisen sektorin vastaavia joustavampina. Uudistus voidaan nähdä myös edellytyksenä yhdenvertaiselle kilpailuasetelmalle edellä kuvatun valinnanvapauden lisääntyessä. Tarkoituksena on siis parantaa julkisen palvelutuotannon edellytyksiä menestyä kilpailussa sekä tuottaa palvelut nykyistä joustavammin myös esimerkiksi virka-aikojen ulkopuolella. Muutoksen tavoitteena on myös vähentää sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön hierarkisuutta.

Virka- ja työsuhteita koskevassa uudistuksessa tulee luopua mallista, jossa toiminta julkisissa terveyspalveluissa edellyttää sitä, että henkilökunta on lähtökohtaisesti julkisessa virka- tai työsuhteessa hyvinvointialueeseen. Samalla julkiselle palveluntuottajalle tulee mahdollistaa joustavien ja kilpailukykyisten palkkaus- ja kannustinmallien rakentaminen henkilöstöä koskien. Uudistuksessa tulee luopua viranhaltijapäätöksistä tilanteissa, joissa tosiasiallisesti perusteena hoitopäätökselle on diagnoosi eikä julkisen viranhaltijavallan vaatimukselle ole tosiasiallista tarvetta. Lähtökohtaisesti virkasuhteista sote-sektorilla tulisi siirtyä työsuhteisiin aina silloin kun virkasuhteelle ei ole erityisiä perusteita. Julkisten työnantajien tulisi voida jatkossa palkita ja kannustaa työntekijöitä saavuttamaan heille asetetut tavoitteet niin yksilöinä kuin tiimeinäkin ja yhtenä osana tätä myös

todelliset toimintaa ohjaavat taloudelliset kannustimet tulisi ottaa keinovalikoimaan.

Erikoissairaanhoidon päivystysten osalta nykymallinen virkasuhde on toiminut takuuna päivystyksellisen valmiuden turvaamiseen, kun virkalääkärit on voitu tarvittaessa määrätä päivystykselliseen valmiuteen. Tällaista mahdollisuutta ei nykymuotoinen työsuhte ole turvannut työnantajalle. Päivystyksellisen valmiuden ylläpito voidaan kuitenkin turvata siten, että erikoissairaanhoidon sairaalalääkäreille solmitaan jatkossakin päivystystyötä koskeva virkasuhde muuta sairaalassa tehtävää työtä koskevan työsuhteen rinnalle. Vaihtoehtoisesti päivystävät erikoissairaanhoidon lääkärit voivat toimia jatkossakin kokonaan virkasuhteessa, mikäli järjestelmän selkeys edellyttää tätä ja päivystyksellisen valmiuden ylläpito tosiasiallisesti tätä edellyttää.

Kilpailulle altistuvien terveydenhuollon palveluntuottajien ja/tai niiden toimintayksiköiden, jotka eivät menesty kilpailussa asiakkaista tai toiminta ei ole taloudellisesti kannattavaa, tulee poistua markkinoilta. Yksityisten palveluntuottajien kohdalla tämä tarkoittaa liiketoiminnan loppumista, mutta elinkelvottomien julkisomisteisten toimintayksiköiden toimintaa ei kilpailussa pidä voida teennäisesti tekoengittää. Tämä tappaa aidon kilpailun ja tasa-arvoisen pelikentän edellytykset.

Valinnanvapausmalli perusterveydenhuollossa ja soveltuvilta osin erikoissairaanhoidossa, tuettuna julkisten virka- ja työsuhteiden uudistuksella, johtaisi tuottavuuden nousun ohella perusterveydenhuollon laadun ja saatavuuden paranemiseen, kun asiakkaat voisivat äänestää jaloillaan ja siirtyä halutessaan paremmin toimivien palveluiden piiriin. Nykyjärjestelmässä tämä edellyttää oman rahan käyttöä tai terveystakuutusta. Asiakaslähtöisyys siis kasvaisi ja julkisen terveydenhuoltojärjestelmän legitimitetti kasvaisi veronmaksajien keskuudessa.

Yli ajan uudistus voisi johtaa myös työterveyshuollon uudistumiseen kohti alkuperäistä tavoitettaan. Mikäli julkisen perusterveydenhuollon saatavuus, laatu ja asiakastyytyväisyys paranevat, vähenee ajan kuluessa myös työnantajien tahto rahoittaa rinnakkaista työterveyden sairastuvuuden ottotoimintaa. Myös yksityisten terveystakuutusten määrä kääntyy laskuun, kun kansalaisten luottamus julkiseen terveydenhuoltoon nousee.

7.2 Työvoiman saatavuus

Sosiaali- ja terveystalouden järjestämisen ja keskeisen osan tuotannosta ollessa hyvinvointialueiden vastuulla, on kansallisesti vaikutusta organisaatioiden toimintaan vain välillisesti. Osaavan työvoiman saatavuus on kuitenkin paitsi alueellinen ja eri organisaatioiden työmarkkinoilla kohtaama haaste, myös kansallisesti tärkeä kysymys. Kuten aiemmin todettua, tullaan nykyennusteiden valossa kohtaamaan tulevana vuosina pulaa osaavasta työvoimasta etenkin lähihoitajien osalta. Lisäksi osaavan lääkäri työvoiman saatavuus tulee haastamaan sote-palveluita jatkossakin etenkin erikoislääkäreiden alueellisen saatavuuden osalta.

Lähihoitajatyövoiman saatavuutta tulee parantaa paitsi koulutuspolitiikan, myös ja etenkin työperäisen maahanmuuton keinoin.

Hoitajakoulutuksen omaavien maahanmuuttajien osalta tulisi kotoutumisen ohella edesauttaa kielen oppimista ja varmistaa sujuva koulutus ja näyttöjen antaminen ulkomailta maahan muuttavalle terveydenhuollon ammattihenkilöstölle.

Lääkäri työvoiman osalta tulee seurata ja ohjata kansallisesti nykyistä tarkemmin yliopistojen erikoislääkärikoulutuksen määriä siten, että eri erikoislääkäreiden koulutusmäärät vastaavat myös erikoislääkäreiden alueelliseen tarpeeseen. Lääkäreiden työllisyystilanteen ollessa erinomainen ja lääkäripulan johtaessa julkisen sektorin kasvaviin kustannuksiin tulee kaikissa tilanteissa varmistaa, että lääkäreitä koulutetaan riittävästi. Koulutusmäärien lisäämistä ei voida nähdä ongelmana ainakaan niin kauan, kuin lääkärikunta on täystyöllistettyjä. Nykyisellään yliopistot rajoittavat erikoislääkärikoulutusta ja esimerkiksi yritysten on vaikeaa solmia koulutussopimuksia yliopistojen kanssa, vaikka kyse olisi vastaavasta julkisesta terveydenhuollon toiminnasta kuin julkisena tuotantona. **Erikoislääkärikoulutuksen tulee määräytyä sisällöllisten perusteiden pohjalta ja lainsäädännön vaatimukset erikoistumisesta julkisessa virkasuhteessa tulee poistaa.**

Kansallisesti tulisi lisäksi arvioida, voitaisiinko joitain lääketieteen nykyisiä erikoisaloja yhdistää ja tätä kautta selkeyttää erikoisalojen rakennetta. Suomessa lääketieteessä vallitsee noin 50 erikoisalaa, kun taas esimerkiksi Tanskassa selvittää 35 erikoisalan turvin. Samoin itse erikoistumispolkua voisi ohjata esimerkiksi niin, että erikoislääkärikoulutuksen alkuvaiheen valinta kohdistuisi erikoisalaryhmiin (kirurgiset alat, fysiatriiset alat, diagnostiset alat, operatiiviset alat ja konservatiiviset alat) ja suppeampi erikoisala valitaan vasta myöhemmin, esimerkiksi seuraavana vuonna. Tällöin erikoistumisalat täytyisivät tasaisemmin, sillä opiskelija tuskin jättää erikoistumista kesken vaikkei ensisijaiselle tarkalle erikoisalalleen pääsisikään.

7.3 Toiminnan mittaaminen ja tiedolla johtaminen

Huomioiden, että julkiseen sosiaali- ja terveydenhuoltoon käytetään noin 30 miljardia euroa verovaroja vuosittain, on toiminnan kansallinen seuranta niin talous- kuin toiminnallistenkin tietojen osalta vaillaista ja tiedon yhteismitallisuus ja laatu erittäin vaillaista. Kansallisesti tietoja palveluntuotannosta kerätään Tilastokeskuksen ja toimialaspesifisti Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) toimesta. Kansallisesti ylätasoisia tietoja kerätään edellisen ohella myös sosiaali- ja terveysministeriön (STM) sekä valtiovarainministeriön (VM) toimesta. Tarkempia tietoja palveluntuotannon ja hyvinvointialueiden talouden osalta omaavat lähinnä hyvinvointialueet itse ja ne päättävät pitkälti miltä osin ja minkä tasoisia tietoja toiminnastaan raportoivat julkisesti.

Tietojen keruu muiden viranomaisten toimesta perustuu useilta osin hyvinvointialueiden raportointiin ja vaikka tietoja raportoidaan näiden toimesta myös julkisesti, ovat tiedot usein hyvin ylätasoisia ja niiden vertailtavuus on monelta osin vaillaista tai johtaa väärin johtopäätöksiin.

Vaikka julkishallintomme toiminta ja talous ovat lainsäädännön nojalla muodollisesti julkisia, ei tosiasiasa kansalaisella tai veronmaksajalla ole käsitystä siitä, miten tehokkaassa käytössä julkiset sote-menot ovat tai miten eri alueet suhteutuvat toisiinsa laadullisin kriteerein. Tiedon yhteismitallisuuden puute johtaa vertailtavuuden katoamiseen, jolloin vieläkin ongelmallisempaa voidaan nähdä kyvyttömyys hyödyntää tietoja hyvinvointialueiden ohjauksessa ja johtamisessa, kun luotettavaa ja ajantasaista vertailutietoa ei ole saatavilla ohjauksen ja kansallisen päätöksenteon tueksi.

Ylätasoin tietojen jälkikäteinen arviointi ei riitä, vaan kansallisesti tulisi voida vertailla hyvinvointialueiden eri toimintoja ainakin talouden ja resurssien, suoritteiden, laadullisten mittareiden ja palveluihin pääsyn näkökulmasta. Nyt luotettavaa vertailutietoa esimerkiksi palveluntuotannon suoriteisiin sitoutuvien kustannusten (suoritehintojen) osalta ei ole olemassa.

Toimintaa tulee voida vertailla kansallisesti, jotta voidaan paitsi tunnistaa kustannusvaikuttavia palveluntuotantomalleja ja -yksiköitä, myös kehittää ja ohjata muiden toimintaa. Myös kansallinen sote-päätöksenteko perustuu nykyisellään liian usein pistemäiseen ja ylätasoiseen arviointiin sekä siitä vedettyihin hypoteeseihin faktapohjaisen ja vertailtavan toiminta- ja taloustiedon puuttuessa.

Kansallisesti tulisi selkeästi määritellä kerättävien tietoaineistojen sisältö vertailtavuuden varmistamiseksi ja sisällyttää määrittelyihin ja raportointiin kansallinen sote-tuottavuustieto mittareineen. Edelleen tuottavuustiedon aineisto tulisi tuoda hyvinvointialueiden seurantaraportteihin. Tavoitteena tulee olla järjestelmä, jossa hyvinvointialueiden järjestämävastuulla olevien julkisten sosiaali- ja terveyspalveluiden

toiminnalliset, taloudelliset ja edelleen tuottavuutta koskevat tiedot tuotaisiin yhteen siten, että tieto on luotettavaa ja vertailukelpoista. Tiedot eivät sisältäisi potilastietoja, vaan tiedot koskisivat hyvinvointialueiden talous- ja toimintatietoja, kuten tietoja palveluntuotannon suoritteista ja eri yksiköiden resursseista kuten kustannus- ja sitoutuvien henkilöstömäärien ja ostopalveluiden kustannusten tiedot.

Keskeisen osan talous- ja tuottavuustietojen raportoinnista tulisi olla julkisia kaikille julkisten tietoverkkojen välityksellä, mutta osan raporteista olisi mahdollisesti käytössä vain kansallisessa hyvinvointialueiden ohjauksessa ja lainsäädännön valmistelussa sekä hyvinvointialueiden johtamisen tukena. Tietojen vertailtavuutta ja tuottavuustiedon raportointia koskevaa hanketta voitaisiin rahoittaa paitsi kansallisesti, myös esimerkiksi Suomen itsenäisyyden juhlarahaston (Sitra) toimesta.

Useat haastatellut asiantuntijat nostivat esiin tarvittavien talous- ja toimintatietojen seurannan sekä vertailtavuuden kansalliseksi ongelmaksi tuottavuuden ja vaikuttavuuden aikaansaamiseksi. Eräs haastatelluista asiantuntijoista kiteytti oman näkemyksensä vertailutiedon osalta seuraavasti:

”Meidän tulee tuottaa tietoa kansallisesti myös tuottavuuden osalta. Hyviä alkuja on, mutta vielä ei olla lähelläkään maalia. Tarvittaisiin kansallinen ohjelma normiston purkamiseksi sen osalta, miten tietoa voidaan jakaa ja käyttää. Tarvittaisiin hallitusohjelmaan selkeä hanke tästä. Pohjatyötä on tehty hyvin, etenkin talouden osalta, mutta toiminta- ja taloustiedon yhdistäminen etenkin on vielä lapsenkengissä.”

Mikäli edellä kuvatun kaltaisen luotettavan ja vertailukelpoisen tiedon tuottamiselle tai hyödyntämiselle on esteitä lainsäädännössä, tulisi tällaiset esteet purkaa toteuttamalla **kansallinen normiston purkamista koskeva ohjelma sote-tuottavuustiedon keräämisen ja käytön mahdollistamiseksi**. Järjestelmiin ei ole määrä tuoda sensitiivistä yksilötason tunnistettavaa potilastietoa, vaan tietoa suoritteista, kustannuksista ja laadullisista mittareista.

8. Johtopäätökset ja toimenpidesuosituksset

Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon tulevaisuus määrittyy ratkaisevasti sen mukaan, kykeneekö järjestelmä parantamaan tuottavuuttaan ja kustannusvaikuttavuuttaan tilanteessa, jossa palvelutarve kasvaa ja käytettävissä olevan työvoiman määrä ei riitä vastaamaan tulevien vuosien haasteisiin. Talouden kestävyys, henkilöstön saatavuus, palveluiden saatavuus ja hoitoon pääsy muodostavat kokonaisuuden, jossa nykyiset toimintatavat eivät enää riitä. Raportin analyysien, asiantuntijahaastattelujen ja kansainvälisen vertailun perusteella tuottavuus ja vaikuttavuus eivät synny yksittäisistä toimenpiteistä, vaan laajemmasta johtamisen ja toimintamallien muutoksesta, joka ulottuu hyvinvointialueiden operatiivisesta johtamisesta uuden teknologian laajaan hyödyntämiseen, kansalliseen ohjaukseen ja sääntelyyn saakka.

Raportissa esitetyn analyysin ja havaintojen pohjalta sosiaali- ja terveydenhuoltomme tuottavuuden, laadun ja tätä kautta kustannusvaikuttavuuden eteen vaaditut toimenpiteet jakautuvat kolmeen keskeiseen teemaan, jotka tulisi nostaa keskiöön sote-sektorin uudistamisessa:

1. Johtamisen uudistaminen ja palvelutuotannon systemaattinen kehittäminen
2. Teknologian nostaminen soten uudistamisen kärkeen
3. Kilpailun edistäminen ja markkinoiden hyödyntäminen

Näiden kolmen teeman alla toteutettu uudistuminen voi kääntää sote-järjestelmän kehityssuunnan. Ne eivät ole vaihtoehtoisia, vaan toisiaan täydentäviä kokonaisuuksia, joiden avulla voimme tavoitella pysyvästi tuottavampaa, laadukkaampaa ja kustannusvaikuttavampaa sosiaali- ja terveydenhuoltoa.

Johtamisen uudistaminen ja palvelutuotannon kehittäminen

Hyvinvointialueet vastaavat valtaosasta palvelutuotannosta, ja siten johtamisen laatu ratkaisee käytännössä sote-järjestelmän tuottavuuden kehityksen. Raportissa esitetyt havainnot tekevät selväksi, että nykyinen johtaminen ei vielä ohjaa toimintaa riittävästi palveluprosessien, työnjaon, tuottavuuden ja vaikuttavuuden kehittämiseen.

Organisaatioiden alkuvuodet ovat kuluneet rakenteiden perustamiseen ja integraatioon. Seuraavan vaiheen on keskityttävä siihen, miten

palveluprosesseja johdetaan, miten henkilöstöä tuetaan, ja ennen kaikkea siihen, miten toimintaa mitataan ja miten tietoa käytetään päätöksenteossa.

Keskeinen johtopäätös on, että tuottavuus ja kustannusvaikuttavuus eivät ole yksittäisten toimenpiteen tai tehtävän muutoksen seurausta, vaan pitkäjänteisesti johdetun palveluprosessien muutoksen lopputulos. Tällöin korostuvat erityisesti:

- selkeät tavoitteet ja seuranta,
- prosessijohtaminen läpi organisaation,
- henkilöstön työnjaon ja kannustimien uudistaminen,
- datan ja mittareiden kytkeminen päätöksentekoon,
- organisaatiokulttuuri, joka tukee jatkuvaa kehittämistä ja kokeiluja.

Teknologian nostaminen sotien uudistamisen kärkeen

Suomi ei voi saavuttaa tuottavuusloikkaa ilman uutta teknologiaa, dataa ja tekoälyä. Teknologian rooli ei ole tuki- tai lisäpalikka palveluprosessien ympärillä, vaan keskeinen työkalu työnjaon, prosessien ja hoitoprosessien uudistamisessa.

Keskeinen johtopäätös on, että uuden teknologian käyttöönotosta ja datan hyödyntämisestä on tehtävä sote-palveluiden tuotannon uudistamisen keskeinen jatkuva mahdollistaja, ei erillinen digitalisaatiohanke. Teknologian, automaation ja tekoälyn avulla voidaan:

- vapauttaa merkittävästi ammattilaisten työaika,
- lyhentää hoitoon pääsyä,
- keventää henkilöstön kuormitusta,
- parantaa kirjaamisen laatua ja vähentää virheitä,
- ohjata potilaita oikeaan hoitoon ja omahoitoon,
- tukea palvelujen vaikuttavuutta reaaliaikaisella datalla.

Raportissa on tunnistettu useita esteitä, kuten lainsäädännölliset rajoitukset tekoälyn hyödyntämisessä ja tietojärjestelmien yhteentoimivuuden ongelmat. Johtopäätös on yksiselitteinen: Suomeen tarvitaan kansallinen kokonaisuus, joka mahdollistaa teknologian laajamittaisen käyttöönoton ja datan käytön ilman viivettä.

Kilpailun edistäminen ja markkinoiden hyödyntäminen

Kilpailu – oikein toteutettuna – on yksi tehokkaimmista tavoista nostaa tuottavuutta ja parantaa palveluiden laatua. Kilpailu ei tarkoita palveluiden järjestämisvastuun siirtoa yksityiselle sektorille, eikä se ole itseisarvo, vaan keino parantaa tuottavuutta.

Raportti sisältää useita konkreettisia suosituksia kilpailun edistämiseksi, niin hyvinvointialueiden tasolla kuin kansallisestikin toteutettuna,

joiden kautta palveluiden tuottavuus, laatu ja kustannusvaikuttavuus voivat kilpailun kirittävän vaikutuksen kautta nousta. Kilpailu edellyttää eri palveluntuottajien, niin julkisten kuin yksityistenkin, yhdenmukaisia edellytyksiä osallistua kilpailuun hyvinvointipalveluiden markkinoilla. Oikein toteutettuna kilpailu luo edellytykset myös sote-palveluiden tuottajien kentän monipuolistumiselle.

8.1 Hyvinvointialueille kohdistuvat toimenpidesuosituks

Johtaminen ja henkilöstö

- Hyvinvointialueiden esihenkilötyössä ja johtamisessa tulee varmistaa, että johtamisen perusprosessit toimivat ja ohjaavat ruohonjuuritasolla palveluntuotantoa kohti asetettuja tavoitteita.
- Hyvinvointialueilla huomio tulee keskittää oman organisaation sisäiseen työhön ja oman johdettavan organisaation ja omien alaisten onnistumiseen.
- Jokaisen tiimin toiminnalle tulee asettaa selkeät taloudelliset ja toiminnalliset mittarit ja koko tiimin tulee voida seurata toimintaa suhteessa näihin. Edelleen jokaisella tiimillä tulee olla, esihenkilön johdolla, mahdollisuudet etsiä uusia toimintamalleja asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi ja toteuttaa kokeiluja, jotka edistävät tätä.
- Hyvinvointialueilla tulisi ottaa käyttöön kannustimia, joiden avulla tiimejä ja yksilöitä kannustetaan asetettujen tavoitteiden saavuttamiseen ja palkitaan onnistumisista.
- Hyvinvointialueilla tulee vuosittain nostaa esiin huippusuorituksia ja palkita näistä myös muuten kuin taloudellisin kannustein. Palkitsemisen on perustuttava yhdessä henkilöstön kanssa sovittuihin, avoimesti seurattaviin mittareihin ja kriteereihin, jotka liittyvät työn tuottavuuteen ja laatuun sekä huomioivat sote-työn moniammatillisuuden ja yhteistyön merkityksen.
- Hyvinvointialueilla tulee tunnistaa toiminnassaan myös ylätasolla prosesseja, joiden avulla voidaan parantaa palveluntuotannon tuottavuutta ja kustannusvaikuttavuutta siten, että palvelujärjestelmämme voi samalla vastata jopa paremmin asiakkaiden tarpeisiin ja toiveisiin (esim. hoitotahdon tarjoaminen kaikille eläköityville).
- Hyvinvointialueen tukitoimintojen tehtävä on tukea itse ydintoimintaa, ja tätä kautta palveluntuotannon tarpeiden tulee ohjata suoraviivaisemmin tukitoimintojen valintoja ja resurssien kohdentumista.

Toiminnan mittaaminen ja seuranta

- Hyvinvointialueella tulee toteuttaa talous- ja toimintatietojen osalta yhtenäinen tietovaranto, johon viedään talous- ja toimintatiedot koko toiminnan osalta.
- Tietovarannon tietojen pohjalta hyvinvointialueen tulee toteuttaa toiminnan seuranta- ja raportointijärjestelmä, joka perustuu automaattiseen raportointiin ja tarjoaa yksikkökohtaiset selkeät kuukausiraportit toiminnan kustannuksista, suoritteista, resursseista ja avainmittareista (KPI).

Kilpailu

- Hyvinvointialueiden tulisi systematisoida ostopalveluiden seurannan prosessi siten, että kunkin ostopalvelusopimuksen laatumittareita ja kustannuksia seurataan säännöllisesti standardoiduin mittarein.
- Hyvinvointialueiden tulee ylläpitää jatkuvaa markkinavuoropuhelua markkinoilla toimivien yritysten kanssa siten, että ne voisivat tehdä esityksiä hyvinvointialueelle jonkin palvelun tuottamiseksi kustannustehokkaammin ja/tai laadukkaammin kuin se itse tuottaa (palveluhaaste).

8.2 Teknologiaa, dataa ja tekoälyä koskevat toimenpidesuosituks

Teknologia yleisesti

- Uuden teknologian käyttöönotosta on tehtävä Suomen sote-järjestelmän keskeisin uudistustavoite ja Suomesta tehtävä sote-teknologian kärki-maa. On tunnustettava, että ilman teknologian, datan ja tekoälyn systemaattista hyödyntämistä Suomen sote järjestelmä ei kykene vastaamaan tuottavuusloikkaan, jota palvelujen saatavuus ja julkisen talouden kestävyys edellyttävät. Tämän on näytävä myös hyvinvointialueille asetetuissa tavoitteissa.
- Varmistetaan, että kansalaisella on reaaliaikainen ja koneluettava pääsy omiin sosiaali- ja terveystietoihin, ja että tätä perusoikeutta tuetaan lainsäädännössä ja käytännössä.
- Suomessa on otettava käyttöön 'kerää ja kirjaa kerran, käytä usein' -periaate, jossa ammattilainen kirjaa tiedon vain kerran ja järjestelmät huolehtivat sen rakenteistamisesta, siirtämisestä ja hyödyntämisestä eri palveluissa, päätöksenteossa ja tutkimuksessa.
- Teknologian käyttöönoton on oltava palvelutuotannosta vastaavien johtajien vastuulla hyvinvointialueilla, eikä sitä saa eristää erilliseen IT-tuki-palveluiden, tietohallinnon tai kehittämisen yksikköön. Sote-johtajien teknologiaosaamista on lisättävä. On selkeytettävä kansallinen ja alueellinen työnjako teknologian käyttöönotossa.

Tekoäly ja automaatio

- Digitaaliset palvelut ja tekoälyn käyttö on toteutettava niin, että ne korvaavat vanhoja toimintamalleja ja mahdollistavat suoraan tuottavuutta parantavat muutokset palveluprosesseissa, eikä tekoäly jää päällekkäiseksi kerrokseksi manuaalisen työn kanssa.
- Jotta omahoito ja yksilön oman datan hyödyntäminen olisi turvallista, vaikuttavaa ja hoitoketjuja tukevaa, laaditaan kansalaisille suunnatut ohjeet tekoälyn omaehtoiseen vastuulliseen käyttöön sekä periaatteet, joilla omien tietojen käyttö on turvallista ja hoitoa tukevaa.

Ennakoiva sote, työnjako ja vastuunjako muutoksessa

- Rakennetaan ennakoivaan analytiikkaan nojaava sosiaali- ja terveydenhuolto, jossa kansallinen taso vastaa edellytyksistä ja hyvinvointialueet johtavat työn muutosta, ja jossa julkisen ja yksityisen kumppanuuksia ja test bed -malleja käytetään järjestelmällisesti uusien ratkaisujen kehittämiseen.
- Panostetaan sote-sektorilla koulutukseen teknologioiden hyödyntämistä ja rohkaistaan sote-ammattihenkilöitä perehtymään teknologioiden mahdollisuuksiin myös ilman välitöntä vaikutusta omaan työhön.

Sääntely ja kansallinen tulkintakerros

- Luodaan uuden teknologian käyttöönotolle kansallinen tulkintakerros ja ennakkohyväksynnän malli, joka yhtenäistää sääntelyn tulkinnat ja helpottaa teknologian käyttöönottoa hyvinvointialueilla, samalla kun potilasturvallisuus ja tietosuojaturvataan.

Kansallinen terveysdata-alue, kansainväliset tietomallit ja datan laatu

- Rakennetaan suomalainen terveysdata-alue niin, että suomalainen terveys- ja hyvinvointidata muodostaa yhden loogisen kokonaisuuden, jota voidaan hyödyntää johtamisessa, tutkimuksessa ja innovaatiotoiminnassa sekä kansallisesti että osana Euroopan terveystietoaluetta.

Reaalimaailman kustannusvaikuttavuus ja käyttöönoton nopeuttaminen

- Siirrytään malliin, jossa päätöksenteko on keskitetty yhdelle kansalliselle viranomaiselle ja lääkkeiden, terveysteknologioiden, digitaalisten hoitojen ja sosiaalihuollon menetelmien käyttöönotto sekä käytössä pysyminen perustuu reaalimaailman vaikuttavuuteen ja kustannusvaikuttavuuden jatkuvaan arviointiin koko järjestelmän tasolla.

Teknologia ja data terveysalan kasvun moottorina ja strategisena valintana

- Suomen on tehtävä terveys- ja hyvinvointialasta strateginen kasvuala. Tehdään Suomesta maa, jossa uudet lääkkeet, terveysteknologiat ja digitaaliset hoidot otetaan käyttöön hallitusti ja nopeasti, ja jossa kansallinen data (FHDS) mahdollistaa niiden vaikuttavuuden seuraamisen tosielämässä niin, että tuottavuus, laatu ja kustannusvaikuttavuus sekä terveysalan kasvu muodostavat yhden johdonmukaisen kokonaisuuden.

8.3 Kansalliset toimenpidesuosituks

Kilpailun edistäminen kansallisesti

- Kansallisesti kilpailua tulisi edistää julkisrahoitteisessa terveydenhuollossa ja sosiaalihuollon asumispalveluissa toteuttamalla useiden eurooppalaisten esimerkkien (esim. Ruotsi) mukainen kansalaisten valinnanvapauten perustuva uudistus. Palveluiden rahoitusmalli perustuisi vuosittaiseen asiakasperusteiseen ikä- ja palvelutarvevakioituun kapitaatiohintaan perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidon polikliinisessä toiminnassa ja suoritekohtaiseen korvaukseen tai palveluseteliin erikoissairaanhoidon toimenpide- ja leikkaustoiminnassa sekä sosiaalihuollon asumispalveluissa.
- Kansallisesti tulisi toteuttaa julkisesti tuotettuja sosiaali- ja terveystalvituksita koskevan lainsäädännön uudistaminen koskien julkisia virka- ja työsuhteita siten, että kilpailun edellytykset olisivat mahdollisimman yhdenmukaiset ja julkisen palveluntuotannon johdolla olisi riittävä joustavuus tuotannon suunnittelussa ja toteutuksessa.

Työvoiman saatavuus

- Lähihoitajatyövoiman saatavuutta tulee parantaa paitsi koulutuspolitiikan, myös ja etenkin työperäisen maahanmuuton keinoin.
- Lääkärityövoiman osalta tulee seurata ja ohjata kansallisesti nykyistä tarkemmin yliopistojen erikoislääkärikoulutuksen määriä siten, että eri erikoislääkäreiden koulutusmäärät vastaavat myös erikoislääkäreiden alueelliseen tarpeeseen.
- Erikoislääkärikoulutuksen tulee määräytyä sisällöllisten perusteiden pohjalta ja lainsäädännön vaatimukset erikoistumisesta julkisessa virka-suhteessa tulee poistaa.
- Kansallisesti tulisi lisäksi arvioida, voitaisiinko joitain lääketieteen nykyisiä erikoisaloja yhdistää ja tätä kautta selkeyttää erikoisalojen rakennetta.

Toiminnan mittaaminen ja tiedolla johtaminen

- Kansallisesti tulisi selkeästi määritellä kerättävien tietoaineistojen sisältö vertailtavuuden varmistamiseksi ja sisällyttää määrittelyihin ja raportointiin kansallinen sote-tuottavuustieto mittareineen. Edelleen tuottavuustiedon aineisto tulisi tuoda hyvinvointialueiden seuranta-raportteihin.
- Toteutetaan kansallinen normiston purkamista koskeva ohjelma sote-tuottavuustiedon keräämisen ja käytön mahdollistamiseksi, mikäli lainsäädäntö asettaa tälle esteitä.

Lähteet

Aaltio & Kannasoja (2024). Katsaus lapsiperheiden ja lastensuojelun sosiaalityön vaikuttavuustutkimukseen Suomessa. julkaisussa J Kiili, A-M Jaakola, M Anis, T Lamponen & E Stenvall (toim), Lapsiperheiden ja lastensuojelun sosiaalityö. Gaudeamus, Helsinki, Sivut 229–245.

Airila & Savinainen (2023). Sosiaali- ja terveysala – tutkittua tietoa ja keinoja työn kuormituksen hallintaan. Varman Tietoa työkyvystä -raportti 1/2023. Keskinäinen työeläkevakuutusyhtiö Varma. [Tietoa työkyvystä 1/2023](#)

Akava (2022). Työhyvinvoinnin tuottavuusvaikutukset tutkimuksen valossa. Akava Works -artikkeli 12.1.2022. <https://akavaworks.fi/julkaisut/tyohyvinvoinnin-tuottavuusvaikutukset-tutkimuksen-valossa>

EXPH (2019). TASK SHIFTING AND HEALTH SYSTEM DESIGN. Expert Panel on effective ways of investing in Health. [05bdbaec-6c01-4d60-aa57-a982261a096d_en](#)

Honkatukia ym (2024) <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-348-7>

Hotus (2025). Näyttöön perustuvan hoitotyön ja sitä tukevien tekijöiden toteutuminen Suomessa 2024. Hoitotyön tutkimussäätiö. [npt-raportti-hotus-2025-web.pdf](#)

Kangasniemi ym. (2017). Työn uusjako. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmien työnkuvien ja keskinäisen työnjaon kohdistaminen ja tehostaminen SOTE-reformissa. [66_Tyon_uusjako.pdf](#)

Laihonen ym. (2024). Vaikuttavuuden johtamisen mekanismit – lähtökohtia ja edellytyksiä hyvinvointialueille. Tampereen yliopiston tutkimusportaali. <https://researchportal.tuni.fi/fi/publications/vaikuttavuuden-johtamisen-mekanismit-l%C3%A4ht%C3%B6kohtia-ja-edellytyksi%C3%A4->

Laihonen H, Kork AA, Sinervo LM (2024). Onko vaikuttavuudesta tullut synonyymi sote-palvelujen tuottavuuden parantamiselle? Työn tuuli. 2024;33(2):13–19.

Laitinen ym. (2025). Mitä kuuluu sosiaali- ja terveydenhuollon työhyvinvoinnille 2024. Työterveyslaitos. [Mitä kuuluu sosiaali- ja teveydenhuollon työhyvinvoinnille 2024](#)

Larsio (2023). Datasta voimaa sote-järjestelmään. Sitra, 8.5.2023. [Datasta voimaa sote-järjestelmään](#)

Larsio (2024). Tietomalleista tehoa sote-järjestelmään. Sitra, 22.5.2024. [Tietomalleista tehoa sote-järjestelmään](#)

Lindner, L. and L. Lorenzoni (2023), “Innovative providers’ payment models for promoting value-based health systems: Start small, prove value, and scale up”, OECD Health Working Papers, No. 154, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/627fe490-en>.

Linnosmaa (2016). Miten kilpailu vaikuttaa hintoihin ja laatuun sote-palveluissa? Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, asiantuntija-artikkeli 21.6.2016. Julkaistu Julkari-tietokannassa. [Miten kilpailu vaikuttaa hintoihin ja laatuun sote.pdf](#)

Lönnqvist, A. & Laihonen, H. (2012). Welfare service system productivity: the concept and its application. International Journal of Productivity and Performance Management, 61(2), 128–141.

Niskasaari ym. (2025). Suomi ennakoivan sosiaali- ja terveydenhuollon edelläkävijäksi. Sitra, 5.3.2025.
[Suomi ennakoivan sosiaali- ja terveydenhuollon edelläkävijäksi](#)

OECD/ILO (2022), Equipping Health Workers with the Right Skills: Skills Anticipation in the Health Workforce, Getting Skills Right, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9b83282e-en>.

Pennanen ym. (2023). Digitaalisten palvelujen vaikutukset sosiaali- ja terveydenhuollossa. VALTIONEUVOSTON SELVITYS- JA TUTKIMUSTOIMINNAN JULKAISUSARJA 2023:5. Valtioneuvoston kanslia.
[Digitaalisten palvelujen vaikutukset sosiaali- ja terveydenhuollossa](#)

Pitkänen ym. (2020). Reittiopas vaikuttavuuteen – Vaikuttavuusperustainen ohjaus sote- ja työllisyyspalveluissa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2020:1 (Valtioneuvosto). <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-820-5>

Pöysti (2015). Kilpailun ja kilpailullisen vertailuasetelman merkitys sote-palveluiden laadulle ja tuotannon taloudellisuudelle. Sosiaali- ja terveysministeriö, Valtiovarainministeriö (muistio 26.10.2015).
[dc1f418a-9cc7-4b04-877a-9a5df7af4257](https://doi.org/10.1787/9b83282e-en)

Rissanen, Antti; Snicker, Kalle; Ylitervo, Oskari; Siivonen, Noora; Leskelä, Riikka-Leena (2025). Suomen terveydenhuollon menetelmien arviointitoimijat. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2025:22
<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/166356>

STM (2024a). <https://stm.fi/sotepalvelut/jarjestelma-vastuut>

STM (2025a). Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon palveluvalikoima.
<https://stm.fi/sosiaalihuollon-ja-terveydenhuollon-palveluvalikoima>

STM (2025b). Kansallinen palvelureformi 2023–2027. Sosiaali- ja terveysministeriö.
<https://stm.fi/kansallinen-palvelureformi>

STM (2025c). Sosiaali- ja terveysministeriö. <https://stm.fi/-/terveydenhuollon-menetelmien-arviointitoimintaa-uudistetaan-nykytilan-tarpeita-vastavaksi->

STM (2025e). Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevan lainsäädännön uudistus. Sosiaali- ja terveysministeriö.
<https://stm.fi/ammattihenkiloita-koskevan-lainsaadannon-uudistus>

STM (2025g). Hyvinvointialueiden tehtäviä koskevat valtakunnalliset tavoitteet vuosille 2025–2029. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/166323>

STM (2025h) Alivaltiosihteerin toimeksianto, tehtävä 1 loppuraportti 8.5.2025: [Hyvinvointialuereformin etenemisen ja siihen liittyvän ohjauskokonaisuuden kehittämistyö](#)

STM & VM (2023). Tieto hyvinvointialueiden palvelujen vaikuttavuudesta tukee alueiden ohjausta (tiedote 21.6.2023). Sosiaali- ja terveysministeriö / Valtioneuvoston kanslia. <https://valtioneuvosto.fi/-/10623/tieto-hyvinvointialueiden-palvelujen-vaikuttavuudesta-tukee-alueiden-ohjausta>

THL (2023a) Terve Suomi tutkimus, ilmiöraportti, Palvelujen riittävyys, [Palvelujen riittävyys](#)

THL (2023b) Sairaaloiden tuottavuus 2023. [Sairaaloiden tuottavuus - THL](#)

THL (2024a), <https://thl.fi/aiheet/sote-palvelujen-johtaminen/kehittyva-palvelujarjestelma>

THL (2024b). Sairaaloiden tuottavuus 2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Tilastoraportti 40/2024. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2024062658626>

THL (2025a) Tynkkynen L-K. et al, Tilannekuvia hyvinvointialueilta – muutokset palvelujärjestelmässä sote-uudistuksen alkuvuosina. [Tilannekuvia hyvinvointialueilta](#)

THL (2025b) Aikuisväestön hyvinvointi ja terveys – Terve Suomi 2024, [Aikuisväestön hyvinvointi ja terveys – Terve Suomi 2024](#).

THL (2025c) [Sairaaloiden toiminta ja tuottavuus - THL](#)

THL [Kotihoidon käynnit ja asiakkaat 2025 – raportti 30.9.2025](#)

Tilastokeskus (2024). <https://stat.fi/tietotrendit/artikkelit/2024/sairauskuluvakuutusten-kannattavuus-laskussa-maara-edelleen-kasvanut>

Torkki, Paulus; Patja, Kristiina; Ignatius, Eveliina; Kousa, Ilona; Vanhala, Antero; Gehrmann, Katariina; Tikkinen, Kari A O; Ojanen, Tuomas; Tapanainen, Pasi; Pantzar, Mika; Ranta, Jussi; Leskelä, Riikka-Leena (2022), Terveystieteiden tutkimuskeskuksen palveluvalikoiman priorisointi. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/164298>

Valtioneuvoston oikeuskansleri (2023). Vanhuspalvelulain henkilöstömitoitus. [julkaistu_lausunto_vanhuspalvelulain_henkilostomitoitus_OKV_1583_21_2023.pdf](#)

Vaikuttavuuskeskus (2024), <https://vaikuttavuuskeskus.fi/rrp-vaikuttavuushankkeet/>

Virtanen ym. (2016) Kilpailun mahdollisuudet ja edellytykset sote-palveluissa. Kilpailu- ja kuluttajaviraston selvityksiä 5/2016. [Kilpailu- ja kuluttajaviraston selvityksiä 5/2016](#)

VM (2025). <https://bin.yhdistysavain.fi/1607178/G3cZbyNZSfAfGizgpvSW0cgMcq/Ahonen%20Ville-Veikko.pdf>

VM (2025b). <https://bin.yhdistysavain.fi/1607178/G3cZbyNZSfAfGizgpvSW0cgMcq/Ahonen%20Ville-Veikko.pdf>

VM (2025c). Taloudellinen katsaus, kevät 2025. <https://vm.fi/taloudellinen-katsaus-kevat-2025#/>

VNK. Kansalaispulssi. <https://valtioneuvosto.fi/kansalaispulssi/yhteenvedot>

VNTEAS (2024) Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen henkilöstötarpeen ennakointi [Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen henkilöstötarpeen ennakointi - Valto](#)

WHO (2024a) Keskimäki I, Tynkkynen LK, Reissell E, Koivusalo M, Syrjä V, Vuorenkoski L, Rechel B, Karanikolos M. Finland: Health system review. Health Systems in Transition, 2019; 21(2): 1 – 166. [content](#)

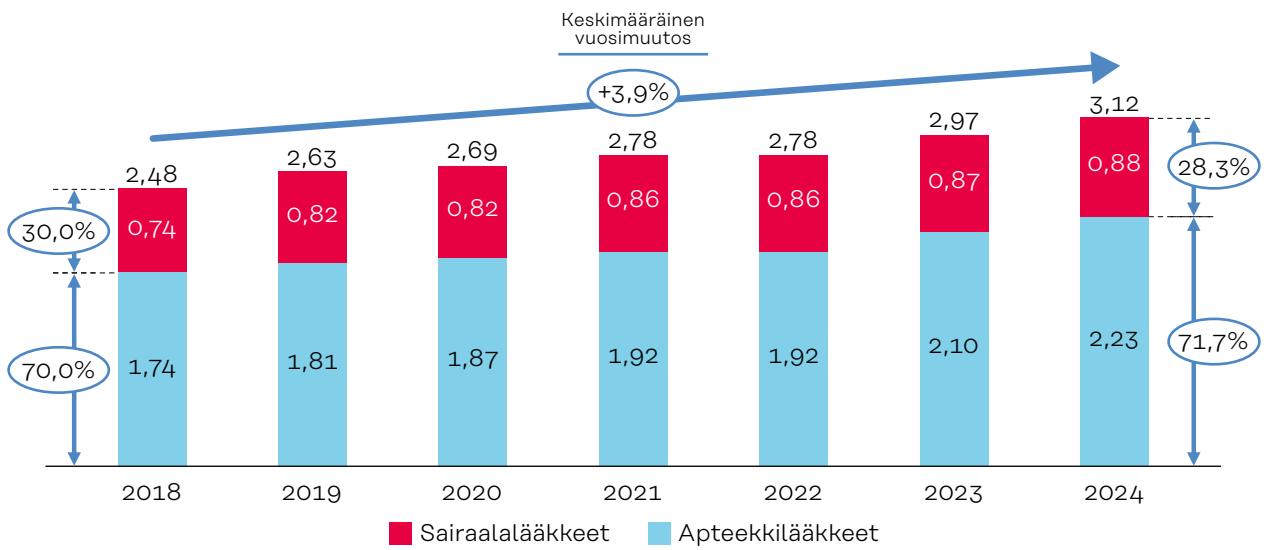
WHO (2024b). WHO issues updated guidance for strengthening health information systems. World Health Organization. [WHO issues updated guidance for strengthening health information systems](#)

WHO (2025). Accelerating action on the global health and care workforce by 2030. World Health Organization. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA78/A78_R16-en.pdf

Liitteet

Liite A

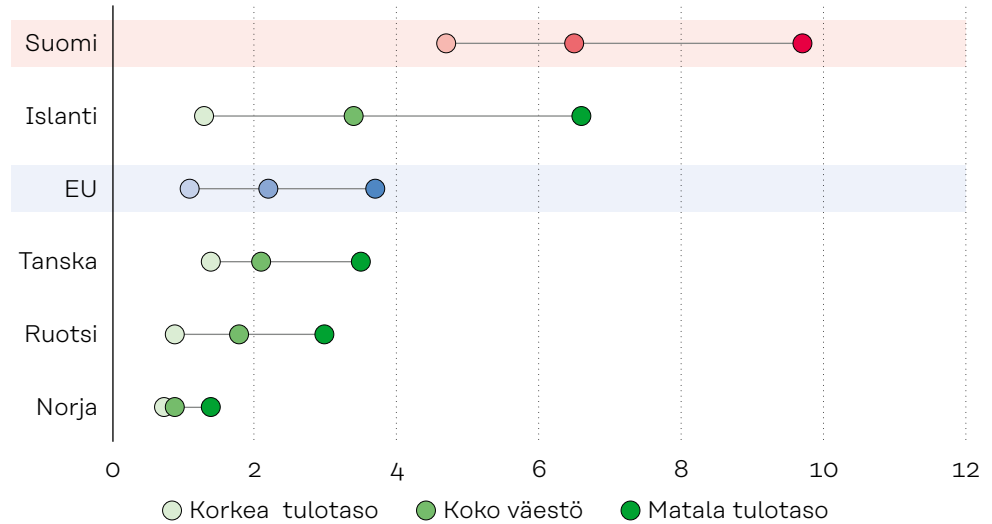
Lääkkeiden kokonaismyynti tukkuihin Suomen apteekkeihin ja sairaaloihin 2018–2024, Mrd. €



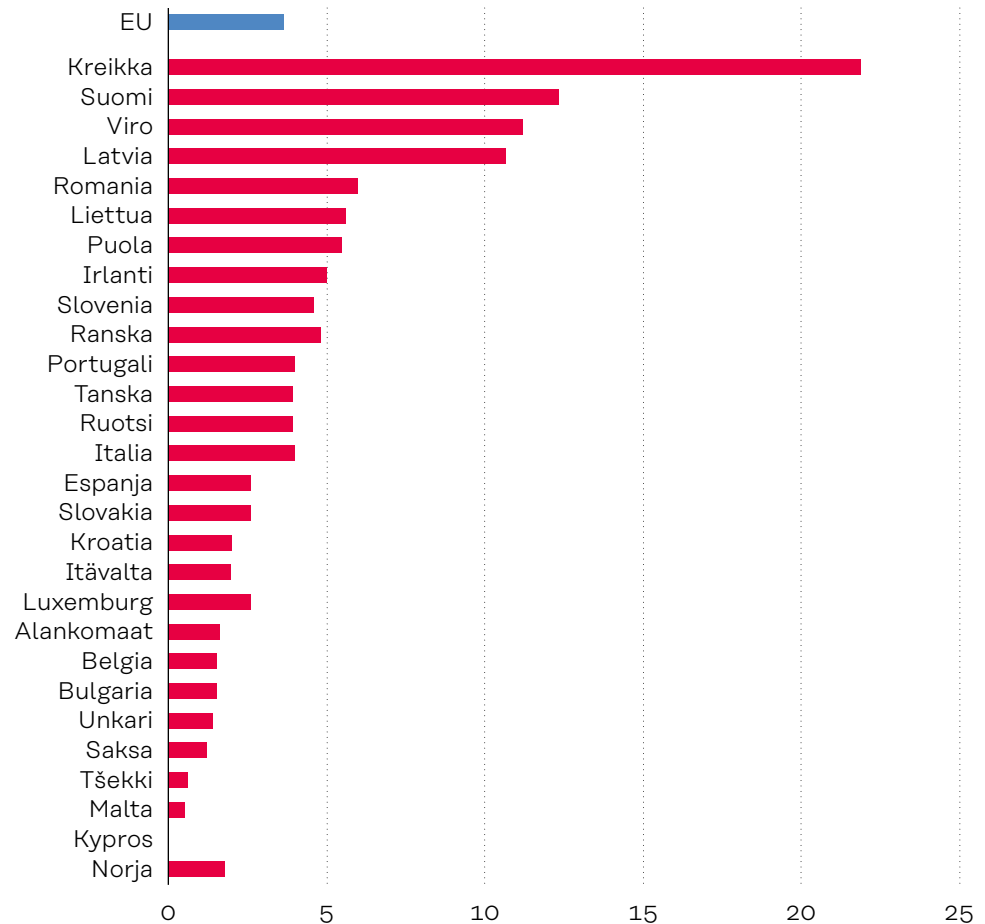
Lähde: Fimea – Suomen lääketilastoraportit 2018–2024

Liite B

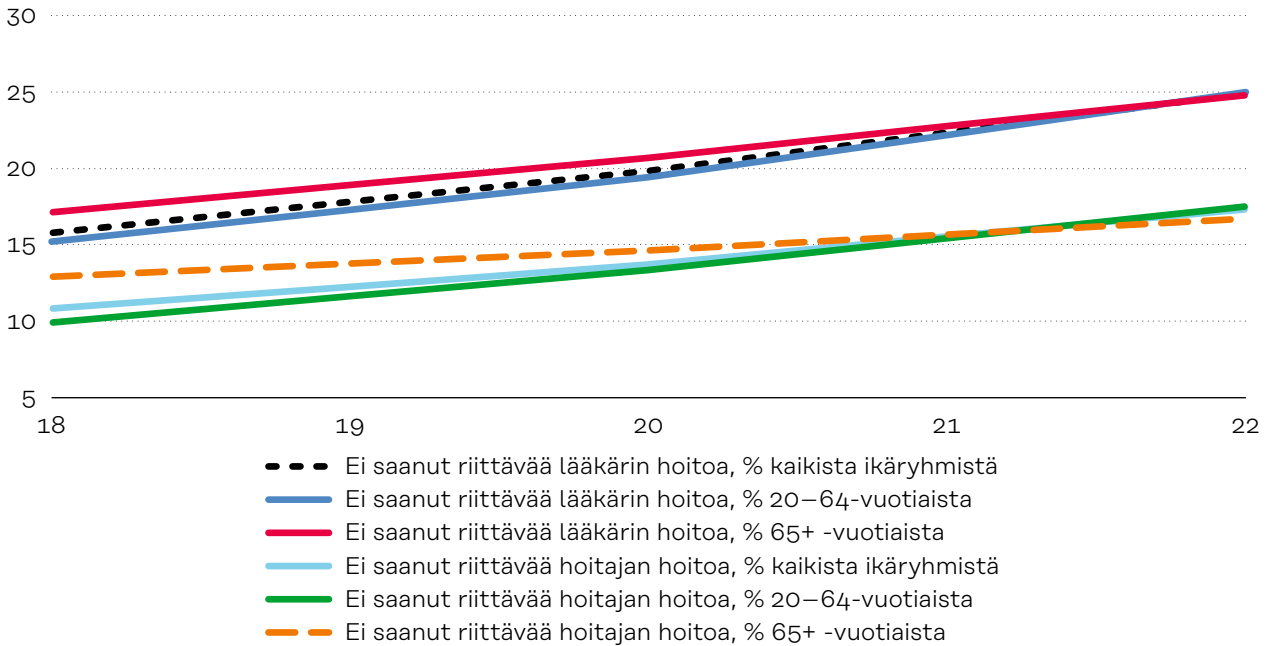
Ilmoitukset tyydyttämättömästä hoidon tarpeesta tuloluokittain, % koko väestöstä



Täyttämätön lääkärintarkastuksen tarve taloudellisten syiden, jonojen tai etäisyyden takia, 2024, % yli 16-vuotiaista, jotka tarvitsivat lääkärintarkastusta



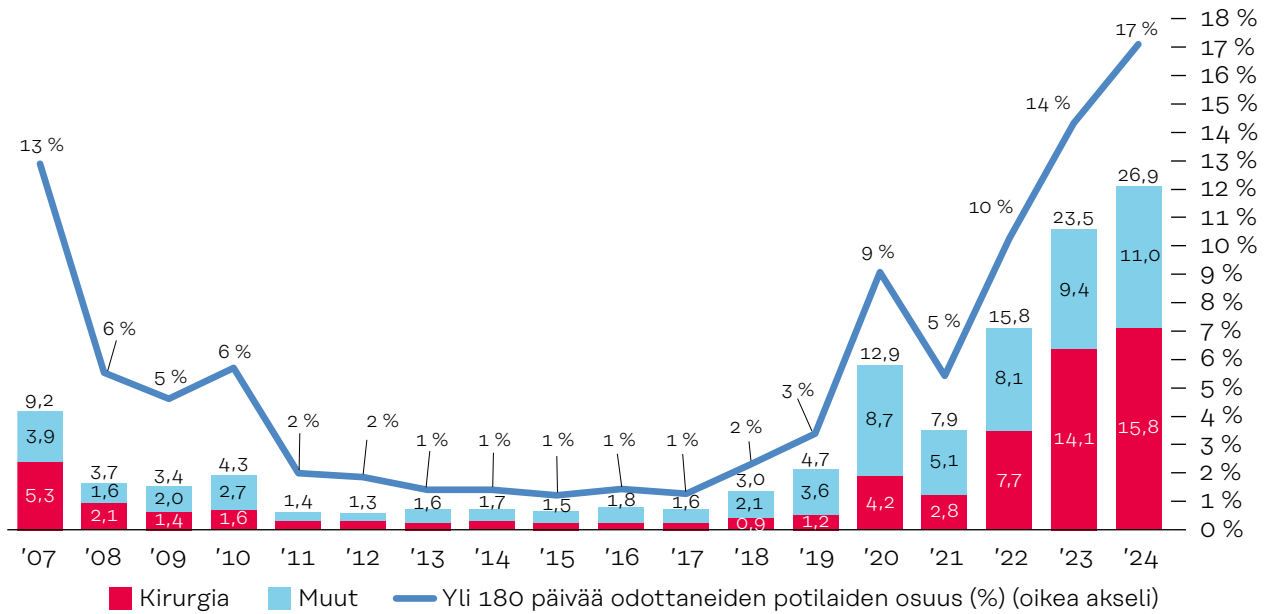
Väestön kokemus riittävän hoidon saamisesta, 2018–2022 % ihmisistä, jotka kokevat, etteivät ole saaneet riittävää hoitoa



Lähteet: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2024), Suomi: Maan terveysprofiili 2023, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/dcbda54d-fi>; Eurostat, THL, Kela, Sotkanet

Liite C

Yli 180 päivää erikoissairaanhoidoa odottaneet potilaat erikoisalottain vuosina 2007–2024, tuhatta potilasta



Lähde: THL, NHG:n analyysi

Lista haastatelluista asiantuntijoista

- Ahonen, Ville-Veikko (ylijohtaja, valtiovarainministeriö)
- Erhola, Marina (alivaltiosihteeri, sosiaali- ja terveysministeriö)
- Hakari, Kari (selvityshenkilö, Terveysten ja hyvinvoinnin laitos)
- Järvenpää, Janne-Olli (toimitusjohtaja, Mehiläinen Oy)
- Lankinen, Petteri (johtava ylilääkäri, Terveystalo Oy)
- Svahn, Sanna (hyvinvointialueen johtaja, Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue)
- Kempainen, Tommi (Vice-President, Nordic Healthcare Group Oy)

Työhön osallistuneen sparrausryhmän jäsenet

- Aarnio, Reijo (vanhempi neuvonantaja, Sitra)
- Bono, Petri (Chief Medical Officer, Faron Pharmaceuticals)
- Huovila, Mikko (johtava konsultti, Nordic Healthcare Group)
- Kalliola, Markus (ohjelmajohtaja, Sitra)
- Korkea-aho, Lauri (viestintä- ja yhteiskuntasuhdejohtaja, Lääkäriliitto)
- Kuosmanen, Taru (sosiaali- ja terveysjohtaja, Pirkanmaan hyvinvointialue)
- Lehto, Petri (johtava asiantuntija, Sitra)
- Nikoskinen, Tuomas (CEO, Nordic Healthcare Group)
- Sanmark, Johan (lääkäri, maajohtaja, Tandem Health)
- Tiihonen, Tuula (johtava asiantuntija, Sitra)
- Ämmälä, Laura (toimitusjohtaja, Validia)

SITRa

SITRAN MUISTIO 28.4.2026

Sitran muistiot ovat tulevaisuustyömme taustaksi
tuotettuja sisältöjä.

ISBN 978-952-347-467-3 (PDF) www.sitra.fi

SITRA.FI

Itämerenkatu 11-13

PL 160

00181 Helsinki

P. +358 294 618 991

LinkedIn @Sitra