



Hyvinvointialueuudistuksen väliarviointi

Arto Haveri, Harri Jalonen, Ilmo Keskimäki,
Juho Saari, Liina-Kaisa Tynkkynen, Markku Pekurinen,
Mika Kortelainen, Teemu Lyytikäinen, Tiina Ristikari,
Ville-Pekka Sorsa

Saara Leppinen (toim.)

Hyvinvointialueuudistuksen väliarviointi

Arto Haveri, Harri Jalonen, Ilmo Keskimäki, Juho Saari,
Liina-Kaisa Tynkkynen, Markku Pekurinen, Mika Kortelainen,
Teemu Lyytikäinen, Tiina Ristikari, Ville-Pekka Sorsa
Saara Leppinen (toim.)

Julkaisujen jakelu

Distribution av publikationer

**Valtioneuvoston
julkaisuarkisto Valto**

Publikations-
arkivet Valto

julkaisut.valtioneuvosto.fi

Valtioneuvosto
Sosiaali- ja terveysministeriö
CC BY-NC-ND 4.0

ISBN pdf: 978-952-383-022-6
ISSN pdf: 2490-0966

Taitto: Valtioneuvoston hallintoyksikkö, Julkaisutuotanto

Helsinki 2025

Hyvinvointialueuudistuksen väliarviointi

Valtioneuvoston julkaisuja 2025:109

Julkaisija Valtioneuvosto

Tekijä/t Arto Haveri, Harri Jalonen, Ilmo Keskimäki, Juho Saari, Liina-Kaisa Tynkkynen, Markku Pekurinen, Mika Kortelainen, Teemu Lyytikäinen, Tiina Ristikari, Ville-Pekka Sorsa
Toimittaja/t Saara Leppinen
Kieli suomi **Sivumäärä** 171

Tiivistelmä

Hyvinvointialueuudistuksen laajapohjainen väliarviointi perustuu pääministeri Petteri Orpon hallitusohjelman kirjaukseen, jonka mukaan hallitus seuraa ja arvioi tiiviisti sosiaali- ja terveyspalveluiden rahoitusmallin kestävyyttä ja kannustavuutta sekä palvelujärjestelmän toimivuutta, mukaan lukien palveluiden integraation toteutumisen ja palveluiden saatavuuden.

Hyvinvointialueuudistuksen kaltaisen suuren uudistuksen toimeenpanoa pitää arvioida säännöllisesti. Väliarvioinnin tavoitteena oli arvioida, miten uudistuksen toimeenpanossa on onnistuttu vuosien 2023–2025 perusteella ja tarkastella edellytyksiä uudistuksen pitkän aikavälin tavoitteiden saavuttamiselle. Arvioinnissa huomiottiin hyvinvointialueiden erilaiset lähtökohdat sekä toimintaympäristön muutokset, jotka ovat olennaisesti vaikuttaneet uudistuksen toteutukseen.

Riippumattoman arvioinnin toteutti joukko ansioituneita asiantuntijoita. Asiantuntijoina toimivat professori Arto Haveri Tampereen yliopistosta, professori Harri Jalonen Vaasan yliopistosta, professori emeritus Ilmo Keskimäki THL:stä ja Tampereen yliopistosta, professori Juho Saari Tampereen yliopistosta, johtava tutkija Liina-Kaisa Tynkkynen THL:stä, tutkimusprofessori emeritus Markku Pekurinen, professori Mika Kortelainen Turun yliopistosta, tutkimusprofessori Teemu Lyytikäinen VATT:sta, toimitusjohtaja Tiina Ristikari Väestöliitosta sekä tutkimusjohtaja Ville-Pekka Sorsa Helsingin yliopistosta.

Väliarviointi koostuu asiantuntijoiden omista arviointiosuuksista sekä asiantuntijoiden yhteisistä johtopäätöksistä ja suosituksista.

Asiasanat terveyspalvelut, terveydenhuoltojärjestelmä, arviointi, sosiaali- ja terveysministeriö, sisäministeriö, valtiovarainministeriö, hyvinvointialueet, sote-uudistus

ISBN PDF	978-952-383-022-6	ISSN PDF	2490-0966
Asianumero	VN/13365/2025	Hankenumero	STM042:00/2025

Julkaisun osoite <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-022-6>

Halvtidsutvärdering av välfärdsområdesreformen

Statsrådets publikationer 2025:109

Utgivare Statsrådet

Författare Arto Haveri, Harri Jalonen, Ilmo Keskimäki, Juho Saari, Liina-Kaisa Tynkkynen, Markku Pekurinen, Mika Kortelainen, Teemu Lyytikäinen, Tiina Ristikari, Ville-Pekka Sorsa
Redigerare Saara Leppinen
Språk finska **Sidantal** 171

Referat

Den breda halvtidsutvärderingen av välfärdsområdesreformen grundar sig på en skrivning i regeringsprogrammet för statsminister Petteri Orpos regering enligt vilken regeringen för social- och hälsovårdstjänsterna följer och noga utvärderar finansieringsmodellens hållbarhet och sporrande effekt samt servicesystemets funktion, inkl. integrationen av och tillgången till tjänster.

En stor reform i likhet med välfärdsområdesreformen bör utvärderas regelbundet. Halvtidsutvärderingen syftade till att utifrån åren 2023–2025 utvärdera hur reformen har utfallit och granska förutsättningarna för att nå målen på lång sikt. Utvärderingen beaktade välfärdsområdenas olika utgångsläge samt de ändringar i omvärlden som avsevärt har påverkat genomförandet av reformen.

Den oberoende utvärderingen gjordes av ett antal meriterade experter: professor Arto Haveri från Tammerfors universitet, professor Harri Jalonen från Vasa universitet, professor Ilmo Keskimäki från Institutet för hälsa och välfärd och Tammerfors universitet, professor Juho Saari från Tammerfors universitet, ledande forskare Liina-Kaisa Tynkkynen från Institutet för hälsa och välfärd, emeritus forskningsprofessor Markku Pekurinen, professor Mika Kortelainen från Åbo universitet, forskningsprofessor Teemu Lyytikäinen från Statens ekonomiska forskningscentral, verkställande direktör Tiina Ristikari från Västöliitto och forskningsdirektör Ville-Pekka Sorsa från Helsingfors universitet.

Halvtidsutvärderingen utgörs av experternas egna bedömningar samt deras gemensamma slutledningar och rekommendationer.

Nyckelord Utvärdering, inrikesministeriet, social- och hälsovårdsministeriet, finansministeriet

ISBN PDF 978-952-383-022-6
Ärendenummer VN/13365/2025

ISSN PDF 2490-0966
Projektnummer STM042:00/2025

URN-adress <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-022-6>

Interim evaluation of the wellbeing services county reform

Publications of the Finnish Government 2025:109

Publisher Finnish Government

Author(s) Arto Haveri, Harri Jalonen, Ilmo Keskimäki, Juho Saari, Liina-Kaisa Tynkkynen, Markku Pekurinen, Mika Kortelainen, Teemu Lyytikäinen, Tiina Ristikari, Ville-Pekka Sorsa
Editor(s) Saara Leppinen
Language Finnish **Pages** 171

Abstract

The broad-based interim evaluation of the wellbeing services county reform is based on the Programme of Prime Minister Petteri Orpo's Government. According to the document, the Government will closely monitor and evaluate the sustainability and incentive effect of the health and social services funding model and the functioning of the service system, including service integration and the availability of services.

The implementation of a major overhaul such as the wellbeing services county reform must be evaluated regularly. The aim of the interim evaluation was to assess how the reform has progressed in the 2023–2025 period and to examine the prerequisites for achieving the long-term objectives set for the reform. Various starting points of the wellbeing services counties and changes in the operating environment were considered in the evaluation. Both factors have had a major impact on the implementation of the reform.

The independent evaluation was conducted by a group of prominent experts. The expert group had the following members: Professor Arto Haveri from Tampere University; Professor Harri Jalonen from the University of Vaasa; Professor Ilmo Keskimäki from the Finnish Institute for Health and Welfare and Tampere University; Professor Juho Saari from Tampere University; Chief Researcher Liina-Kaisa Tynkkynen from the Finnish Institute for Health and Welfare; Research Professor Emeritus Markku Pekurinen; Professor Mika Kortelainen from the University of Turku; Research Professor Teemu Lyytikäinen from the VATT Institute for Economic Research; Tiina Ristikari, Managing Director of Väestöliitto; and Ville-Pekka Sorsa, Director, Uhealth, from the University of Helsinki.

The interim evaluation consists of the experts' own contributions and their joint conclusions and recommendations.

Keywords Evaluation, Ministry of the Interior, Ministry of Social Affairs and Health, Ministry of Finance, healthcare services, healthcare system, wellbeing services counties, health and social services reform

ISBN PDF 978-952-383-022-6
Reference number VN/13365/2025

ISSN PDF 2490-0966
Project number STM042:00/2025

URN address <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-022-6>

Sisältö

Esipuhe	9
1 Arvioinnin tausta, tavoitteet ja käytetty aineisto	10
1.1 Arvioinnin tausta ja tavoitteet.....	10
1.2 Arvioinnin toteutus.....	11
1.3 Käytetty aineisto	14
2 Lainsäädännön keskeiset reunaehdot	15
2.1 Hyvinvointialueiden ja kuntapohjaisen sote-järjestelmän keskeiset erot.....	17
2.2 Uudenmaan erillisratkaisu	18
2.3 Hyvinvointialueiden verotusoikeus ja alueiden määrä	20
2.4 Keskeiset havainnot	22
3 Alueelliset lähtökohdat	23
3.1 Sosiodemografiset tekijät.....	23
3.2 Väestön sairastavuus ja palvelutarve	24
3.3 Ennen hyvinvointialueuudistusta tehty uudistaminen	25
4 Ulkoiset muutosvoimat	27
4.1 Koronaviruspandemia	27
4.2 Geopoliittiset muutokset.....	28
4.3 Talouskehitys ja inflaatio.....	30
5 Hyvinvointialueuudistuksen alueellinen toimeenpano	32
5.1 Päätöksenteko, johtamiskyvykkyydet ja johtamisosaaminen.....	32
5.2 Henkilöstönäkökulma	36
5.3 Muutosohjelmat ja palveluverkon ja -rakenteen uudistuminen	38
5.4 Yhteistyörakenteet ja yhdyspinnat.....	40
5.5 Keskeiset havainnot	42
6 Sosiaali-, terveys- ja pelastuspalvelujen toimivuus	43
6.1 Saatavuus ja saavutettavuus.....	43
6.2 Palveluiden laatu ja vaikuttavuus	52
6.3 Asiakkaiden luottamus ja kokemukset	54
6.4 Integraatio.....	56
6.5 Sotepe-palvelujen yhdenvertaisuus ja yhdenmukaisuus.....	57
6.6 Kriisi- ja häiriötilanteisiin varautuminen	58
6.7 Keskeiset havainnot	60

7	Hyvinvointialueiden rahoitusmalli ja talouden kehitys	62
7.1	Hyvinvointialueiden rahoitusmallin tavoitteet	62
7.2	Hyvinvointialueiden rahoituksen määräytymisperusteiden toimivuus	64
7.2.1	Rahoituksen jakautuminen hyvinvointialueille	64
7.2.2	Rahoituksen tason määräytymisperusteet	65
7.2.3	Alijäämän kattamisvelvoite ja sen vuorovaikutus jälkikäteistarkistuksen kanssa	68
7.2.4	Kustannusten ja alijäämän kehitys	70
7.3	Hyvinvointialueiden rahoitusmallin kannustavuus	70
7.3.1	Mihin nykyinen hyvinvointialueiden rahoitusmalli kannustaa?	71
7.3.2	Rahoitusmallin kannustimet ennaltaehkäisyyn	74
7.3.3	Hyvinvointialueiden verotusoikeudesta	75
7.4	Keskeiset havainnot	78
8	Hyvinvointialueiden hallintorakenne	82
8.1	Hyvinvointialueiden itsehallinnon toteutuminen	82
8.2	Itsehallintoa tukevat ja haastavat tekijät	84
8.3	Aluedemokratian toteutuminen	85
8.4	Keskeiset havainnot	92
9	Hyvinvointialueiden kansallinen ohjaus	93
9.1	Ohjauskokonaisuuden toimivuus	93
9.2	Ministeriöiden yhteistyö hyvinvointialueiden ohjauksessa	95
9.3	Ohjauksen kehityskaari ensimmäisten toimintavuosien aikana	96
9.4	Kansallisen ohjauksen tietopohja	97
9.5	Kansallisen tietopohjan vastaavuus ohjauksen tarpeisiin	97
9.6	Keskeiset havainnot	99
10	Johtopäätökset	101
11	Suosituks	105
12	Sanasto	109
	Liitteet	112
	Liite 1. Hyvinvointialueiden johdolle toteutettu kysely 2025	112
	Liite 2. Sote-uudistuksen valmisteluvaiheet 2005–2022	115
	Liite 3. Uudistuksen eteneminen Uudellamaalla	119
	Liite 4. Toimeenpano hyvinvointialueittain	120
	Liite 5. Esimerkkejä palvelujen uudelleenorganisoinnista	131
	Liite 6. Hyvinvointialueiden arviot uudistuksen etenemisestä eri osa-alueilla	132
	Liite 7. Hyvinvointialueiden arviot uudistuksen vaikutuksista palvelujärjestelmään	134
	Liite 8. Laskennallinen sote-rahoitus vuonna 2026	135
	Liite 9. Yllättävän kustannussokin vaikutus rahoituksen tasoon	136
	Liite 10. Hyvinvointialueiden alijäämien kehitys	138

Liite 11. Osallisuuden johtamisen ja osallistamisen rakenteet hyvinvointialueilla	139
Liite 12. Aluevaltuustojen valtuustoaloitteiden analyysi	141
Liite 13. Aluevaalien äänestysprosentit alueittain.....	156
Liite 14. Kansallisen ohjauksen tietopohja	157
Lähteet	158

ESIPUHE

Lähes 20 vuotta valmisteltu hyvinvointialueuudistus toteutui 1.1.2023. Uudistuksessa vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämisestä siirtyi 21 hyvinvointialueelle, HUS-yhtymälle ja Helsingin kaupungille.

Hyvinvointialueuudistus on yksi Suomen historian merkittävimpiä hallinnollisia uudistuksia, joka muutti julkisesti rahoitettujen sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisen, tuottamisen ja rahoituksen tavat. Uudistus on maamme julkisen hallinnon ja demokraattisen järjestelmän kokonaisuudistus, ja sen kokoluokka on kansainvälisestikin vailla vertaansa.

Uudistuksen tavoitteena on turvata riittävät, yhdenvertaiset ja laadukkaat sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen palvelut kansalaisille kustannusvaikuttavasti. Hyvinvointialueiden alkutaivalta ovat määrittäneet voimakkaat muutokset kansallisessa ja kansainvälisessä toimintaympäristössä, jotka ovat haastaneet uudistukselle asetettujen tavoitteiden saavuttamista.

Hyvinvointialueuudistuksen kaltaisen suuren uudistuksen toimeenpanoa pitää arvioida säännöllisesti. Sosiaali- ja terveysministeriö, valtiovarainministeriö ja sisäministeriö käynnistivät vuonna 2025 hyvinvointialueuudistuksen laajapohjaisen väliarvioinnin osana alivaltiosihteeri Marina Erholan toimeksiantoa. Tavoitteena oli arvioida, miten uudistuksen toimeenpanossa on onnistuttu ensimmäisinä toimintavuosina ja millaiset ovat edellytykset uudistuksen tavoitteiden saavuttamiseen pitkällä aikavälillä.

Riippumattomien asiantuntijoiden toteuttama arviointi mahdollistaa perusteltujen muutosten tekemisen uudistuksen tavoitteiden saavuttamiseksi. Toteutettu väliarviointi tarjoaa suosituksia hyvinvointialuerakenteeseen, kansalliseen ohjaukseen, rahoitusmalliin sekä palvelujärjestelmään.

Lainsäädäntö määrittäi uudistuksen rakenteet. Uudistuksen tavoitteiden saavuttaminen edellyttää asiantuntijoiden esittämiin suosituksiin tarttumista yhdessä.

Veli-Mikko Niemi, kansliapäällikkö, sosiaali- ja terveysministeriö
Marina Erhola, alivaltiosihteeri
Joulukuu 2025

1 Arvioinnin tausta, tavoitteet ja käytetty aineisto

Hyvinvointialueuudistus siirsi sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämismääräyksen kunnilta hyvinvointialueille 1.1.2023. Uudistuksen tavoitteena on turvata yhdenvertaiset, vaikuttavat ja taloudellisesti kestävät palvelut koko maassa. Sosiaali- ja terveysministeriö, valtiovarainministeriö ja sisäministeriö käynnistivät yhdessä vuonna 2025 uudistuksen laajapohjaisen väliarvioinnin.

1.1 Arvioinnin tausta ja tavoitteet

Hyvinvointialueuudistuksen laajapohjainen väliarviointi perustuu pääministeri Petteri Orpon hallitusohjelman kirjaukseen, jonka mukaan hallitus seuraa ja arvioi tiiviisti sosiaali- ja terveyspalveluiden rahoitusmallin kestävyyttä ja kannustavuutta sekä palvelujärjestelmän toimivuutta, mukaan lukien palveluiden integraation toteutumisen ja palveluiden saatavuuden.

Väliarvioinnin tavoitteena on arvioida, miten uudistuksen toimeenpanossa on onnistuttu vuosien 2023–2025 perusteella ja tarkastella edellytyksiä uudistuksen pitkän aikavälin tavoitteiden saavuttamiselle.

Kokonaisuudessaan väliarviointi palvelee kolmea tarkoitusta:

1. Kokonaisarvion muodostaminen uudistetusta järjestelmästä alkuvaiheen perusteella.
2. Vertailukelpoisen lähtökohdan muodostaminen tulevaisuuden arvioinneille.
3. Lyhyen ja pitkän aikavälin kehityssuositusten laatiminen.

Arvioinnissa huomioidaan alueiden erilaiset lähtökohdat sekä toimintaympäristön muutokset, jotka ovat olennaisesti vaikuttaneet uudistuksen toteutukseen. Tarkoituksena ei ole arvioida muita uudistuksia, edellistä lainsäädäntöä tai laajemmin hyvinvointivaltion tulevaisuutta.

1.2 Arvioinnin toteutus

Väliarviointi toteutettiin osana alivaltiosihteeri Marina Erholan toimeksiantoa. Erhola koordinoi toteutusta nimetyn ryhmän kanssa. Koordinointiryhmässä oli jäsenet sosiaali- ja terveysministeriöstä, valtiovarainministeriöstä, sisäministeriöstä sekä terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta.

Riippumattoman arvioinnin toteutti joukko ansioituneita asiantuntijoita. Asiantuntijoina toimivat professori Arto Haveri Tampereen yliopistosta, professori Harri Jalonen Vaasan yliopistosta, professori emeritus Ilmo Keskimäki THL:stä ja Tampereen yliopistosta, professori Juho Saari Tampereen yliopistosta, johtava tutkija Liina-Kaisa Tynkkynen THL:stä, tutkimusprofessori emeritus Markku Pekuri-nen, professori Mika Kortelainen Turun yliopistosta, tutkimusprofessori Teemu Lyytikäinen VATT:sta, toimitusjohtaja Tiina Ristikari Väestöliitosta sekä tutkimusjohtaja Ville-Pekka Sorsa Helsingin yliopistosta.

Arvioinnin pohjana toimiva arviointiviitekehys mukaili Health System Performance Assessment -viitekehystä (1). Tähän arviointiin viitekehystä muokattiin Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestelmään sopivaksi (kuva 1).

Kuva 1. Hyvinvointialueuudistuksen väliarvioinnin viitekehys. (Lähde: mukailten Papanicolas ym. 2022)

Päämääränä on arvioida **hyvinvointialueuudistusta vuosien 2023 – 2025 toimeenpanon perusteella ja tarkastella edellytyksiä uudistuksen pitkän aikavälin tavoitteiden saavuttamiselle.** Arvioinnissa huomioidaan toimintaympäristön vaikutukset.

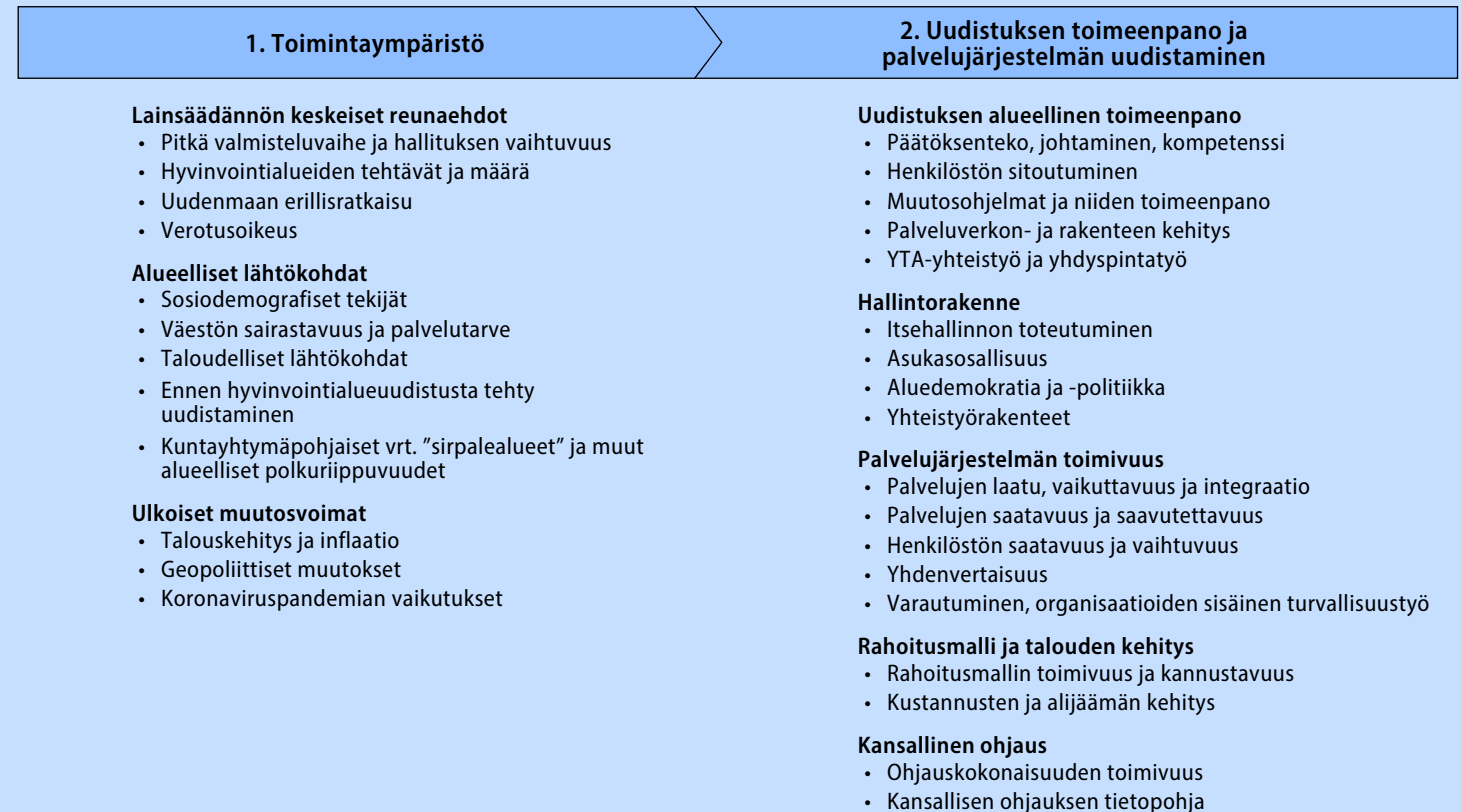
Uudistuksen pitkän aikavälin tavoitteet

1. Kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja
2. Turvata yhdenvertaiset ja laadukkaat sosiaali- ja terveyspalvelut sekä pelastustoimen palvelut kaikille suomalaisille
3. Parantaa palveluiden saatavuutta ja saavutettavuutta erityisesti perustasolla
4. Turvata ammattitaitoisen työvoiman saanti
5. Vastata yhteiskunnallisten muutosten mukanaan tuomiin haasteisiin
6. Hillitä kustannusten kasvua
7. Parantaa turvallisuutta

Arvioinnin päätutkimuskysymykset

1. Miten **onnistuneena uudistusta** voidaan kokonaisuutena pitää vuosien 2023–2025 **käynnistämisvaiheen perusteella**?
2. Millaiset ovat **edellytykset** uudistuksen pitkän aikavälin **tavoitteiden saavuttamiselle**?
3. Mitkä **toimintaympäristön tekijät** ovat keskeisimmin vaikuttaneet uudistuksen toteutukseen ja miten?
4. Mitkä ovat uudistuksen tähänastiset **onnistumiset**, merkittävimmät **kehitysmahdollisuudet** ja kriittisimmät **ongelmakohdat**?
5. Miten **palvelujärjestelmä**, hyvinvointialueiden **rahoitusmalli**, sosiaali- ja terveyspalveluiden **hallintorakenne** ja **kansallinen ohjaus** toimivat käynnistämisvaiheen perusteella?

Arvioinnin viitekehys



Hyvinvointialueuudistuksen kaltaisen suuren uudistuksen arvioinnissa on toisinaan vaikea erottaa kehityskulussa sitä, mitkä asiat johtuvat itse uudistuksesta ja mitkä toimintaympäristön muutoksista tai muista syistä. Toimintaympäristö voi vaikuttaa siihen, miten uudistus käytännössä toteutuu, mutta se ei kerro miten hyvin uudistus toimii.

Arvioinnin viitekehyksessä on huomioitu toimintaympäristön sekä uudistuksen toimeenpanon ja palvelujärjestelmän uudistumisen näkökulmat. Näin saadaan parempi käsitys siitä, miten uudistus on onnistunut ja millaisia vaikutuksia sillä on ollut.

1. **Toimintaympäristön tarkastelu:** Selvitetään, millaisessa toimintaympäristössä hyvinvointialueuudistus on käynnistetty.
2. **Uudistuksen toteutus ja järjestelmän uudistuminen:** Arvioidaan ensimmäisten toimintavuosien perusteella, miten uudistusta on toteutettu eri hyvinvointialueilla, miten hallintorakenne, sosiaali-, terveys- ja pelastuspalvelut sekä rahoitusmalli toimivat ja miten hyvinvointialueiden talous on kehittynyt. Lisäksi tarkastellaan, miten kansallinen ohjaus on tukenut uudistuksen toimeenpanoa.

Arvioinnissa tarkastellaan hyvinvointialueuudistuksen toimeenpanon prosessia sekä edellytyksiä hyvinvointialueuudistuksen tavoitteiden saavuttamiselle ensimmäisten toimintavuosien perusteella. Väliarvioinnin kautta pyritään löytämään vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Miten onnistuneena hyvinvointialueuudistusta voidaan kokonaisuutena pitää vuosien 2023–2025 käynnistämisvaiheen perusteella?
2. Millaiset ovat edellytykset hyvinvointialueuudistuksen pitkän aikavälin tavoitteiden saavuttamiselle?
3. Mitkä toimintaympäristön tekijät ovat keskeisimmin vaikuttaneet hyvinvointialueuudistuksen toteutukseen ja miten?
4. Mitkä ovat hyvinvointialueuudistuksen tähänastiset onnistumiset, merkittävimmät kehitysmahdollisuudet ja kriittisimmät ongelmakohdat?
5. Miten sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen palvelujärjestelmä (sotepe), hyvinvointialueiden rahoitusmalli, sosiaali- ja terveystalouden hallintorakenne ja kansallinen ohjaus toimivat käynnistämisvaiheen perusteella?

1.3 Käytetty aineisto

Väliarviointi koostuu riippumattomien asiantuntijoiden arviointiosuuksista sekä yhteisesti muodostetuista johtopäätöksistä ja suosituksista. Arvioinnissa hyödynnetään olemassa olevia tutkimuksia, selvityksiä ja aineistoja, jotka koskevat hyvinvointialueiden toimintaa vuosina 2023–2025. Kukin asiantuntija on hyödyntänyt arvioinnissaan julkista tietopohjaa uudistuksesta ja hyvinvointialueista. Mahdollisesti hyödynnetyt lisäaineistot ja -menetelmät on kuvattu asiantuntijoiden arviointiosuuksien yhteydessä.

Olemassa olevan aineiston lisäksi keväällä 2025 tunnistettiin tarve toteuttaa hyvinvointialueiden johdolle suunnattu kysely. Osana väliarviointia toteutetun kyselyn tarkoituksena oli tarjota asiantuntijoille mahdollisuus kartoittaa arvioinnin kannalta olennaista tietoa, jota ei olemassa olevista materiaaleista ole saatavilla. Kysely toteutettiin kesän 2025 aikana (liite 1).

2 Lainsäädännön keskeiset reunaehdot

Tutkimusprofessori emeritus Markku Pekurinen

Luvun tarkoituksena on luoda ymmärrys hyvinvointialueuudistuksen keskeisistä lainsäädännön asettamista reunaehdoista ja niiden vaikutuksista siihen, millaiseksi uudistus lopulta muotoutui sen käynnistyessä 1.1.2023. Hyvinvointialueuudistusta valmisteltiin eri nimikkeillä ja vaihtuvilla tavoitteilla vuodesta 2005 alkaen kuuden kehitysvaiheen kautta. Pitkään valmistellun uudistuksen toimeenpano käynnistyi vuoden 2023 alusta sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämistä vastuun siirryttyä kunnilta uudistuksessa perustetuille itsehallinnollisille hyvinvointialueille. Matka uudistuksen valmistelun käynnistymisestä uudistuksen toimeenpanoon on ollut monipolvinen ja vaiherikas.

Hyvinvointialueuudistusta edelsi useita erilaisia kuntarakennetta ja sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskeneita uudistuksia ja uudistusesityksiä, jotka on kuvattu tarkemmin liitteessä 2.

Pitkän valmistelun aikana uudistuksen tavoitteet, sisältö, painotukset ja rooli ovat vaihdelleet merkittävästi. Uudistuksen laajuus ja sisältö ovat heijastaneet ajan-kohtaisiksi koettuja julkisen sektorin uudistustarpeita ja kulloisenkin hallituksen kokoonpanoa ja tavoitteita.

Uudistusprosessin alkuvaiheessa (2005–2013) sote-uudistus toimi kuntauudistuksen vipuvartena ja oli toissijainen kuntarakenteen uudistamiseen nähden. Uudistus kohdistui pääosin perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon palvelujen kunta-perusteiseen järjestämiseen ja rahoitukseen.

Kuntauudistuksen myrskyisimmän vaiheen rauhoituttua (2014–2015) julkisten sote-palvelujen uudistaminen laajeni koskemaan myös erikoissairaanhoidon. Uudistusta valmisteltiin aluksi hallituksen toimesta, mutta lopulta myös oppositio osallistui uudistusesityksen viimeistelyyn. Tavoitteena oli kuntayhtymäpohjainen kuntien rahoitukseen perustuva sote-järjestelmä, jossa palvelujen järjestäminen ja tuottaminen on eriytetty.

Vuonna 2014 peruslakivaliokunta hylkäsi välilliseen demokratiaan perustuneen kuntayhtymämallin ja avasi väylän itsehallinnollisille maakunnille toimia sote-palveluiden järjestäjänä. Tämän seurauksena uudistuksen valmistelu otti uuden suunnan vuosina 2015–2018.

Kunnianhimoisen ja laajan maakunta- ja sote-uudistuksen valmistelu käynnistyi 2015. Itsehallinnollisten maakuntien tehtäväksi hahmoteltiin koko julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun lisäksi laajasti valtion aluehallinnosta maakunnille siirrettäväksi soveltuvia tehtäviä. Konkreettisina toimina esitettiin sote-palveluiden järjestämisen ja tuottamisen eriyttämistä, asukkaiden valinnanvapauden merkittävää laajentamista sekä yksityisen sektorin roolin olennaista vahvistamista sote-palveluiden tarjonnassa. Maakunnat veloitettiin esityksen mukaan yhtiöittämään oma palvelutuotantonsa tai perustamaan niitä varten liikelaitos. Maakuntien päättäjät esitettiin valittavaksi suoralla kansanvaalilla ja maakuntien rahoitus tulisi valtiolta.

Uudistusprosessi raukesi, kun maakunta- ja sote-uudistus osoittautui laajuuden, sisällön sekä aikataulun puolesta mahdottomaksi toteuttaa yhden vaalikauden aikana.

Lopulta vuodesta 2019 alkaen uudistuksen valmistelu rajautui sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämisvastuun siirtämiseen kunnilta uusille perustettaville hyvinvointialueille. Järjestämisvastuu siirtyi vuoden 2023 alussa 195 kunnalliselta sote-järjestäjältä ja 22 pelastuslaitokselta 21 hyvinvointialueelle ja Helsingin kaupungille. Lisäksi Uudenmaan hyvinvointialueet ja Helsingin kaupunki järjestävät erikoissairaanhoidon palvelut yhdessä HUS-yhtymän kanssa. Hyvinvointialuejako noudattaa pääpiirteissään uudistusta edeltänyttä sairaanhoitopiirien aluejakoa, poikkeuksina Lapin ja Etelä-Savon hyvinvointialueet sekä Uudenmaan erilliskäyttö. Alueiden rahoitus tulee pääosin valtiolta, päättäjät (valtuusto) valitaan suoralla kansanvaalilla ja valtio ohjaa alueiden rahoitusta sekä tehtäviä (ks. luku 7 Hyvinvointialueiden rahoitusmallista ja talouden kehityksestä).

2.1 Hyvinvointialueiden ja kuntapohjaisen sote-järjestelmän keskeiset erot

Hyvinvointialueuudistus toteutettiin siirtämällä järjestämisvastuu sosiaali- ja terveystoimen sekä pelastustoimen palveluista (ns. sotepe-palvelut) ja niitä vastaava henkilöstö kunnilta hyvinvointialueille. Samalla siirtyviä tehtäviä vastaavat kuntien valtionosuudet ohjattiin hyvinvointialueille. Tehtävien siirto pyrittiin toteuttamaan kustannusneutraalisti. Käytännössä kunnilta siirtynyt rahoitus ei vastannut kunnilta siirtyneiden tehtävien kustannuksia, mikä osaltaan johti hyvinvointialueiden käynnistämisvaiheessa niiden talouden alijäämiin.

Uudistuksen jälkeen hyvinvointialueet vastaavat kaikkien julkisten sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen palvelujen järjestämisestä alueensa väestölle. Järjestämisvastuu kattaa erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon, sosiaalihuollon ja pelastustoimen palvelut, ei siis vain osaa sote-palveluista¹ (2,3,4).

Rahoitus tulee kokonaan valtiolta pääosin alueen väestön palvelujen tarvetta, olosuhteita ym. kuvaavien tekijöiden perusteella (5). Hyvinvointialueen budjettivalta kattaa kaikki julkiset sotepe-palvelut. Alue voi melko itsenäisesti päättää miten se kohdentaa ja käyttää valtiolta saamansa rahoituksen sotepe-palvelujen järjestämiseen alueellaan.

Hyvinvointialueen päättäjät (valtuusto) valitaan suoralla kansanvaalilla (6) samoin kuin kuntapäättäjät. Aiempien sote-kuntayhtymien päättäjien valintaan asukkaat eivät voineet suoraan vaikuttaa.

Valtio ohjaa alueita tiukasti sekä rahoituksen määrän, lainsäädännön että vuorovaikutteisen neuvotteluprosessin kautta.

Alueet voivat tuottaa palvelut itse tai hankkia ne yksityisiltä tai muilta palvelujen tuottajilta (6). Asukkaat voivat periaatteessa valita vapaasti sosiaali- ja terveyskeskuksen tai sairaalan, jossa palvelut tuotetaan.

¹ Hyvinvointialueiden järjestämisvastuulla ovat muun muassa perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido, sosiaalihuolto, lasten, nuorten ja perheiden palvelut, työikäisten palvelut, mielenterveys- ja päihdepalvelut, vammaispalvelut, oppilashuolto sekä pelastustoimi ja ensihoito.

Hyvinvointialueet eroavat monessa suhteessa aiemmasta kuntopohjaisesta sote-pe-palvelujen järjestämis- ja rahoitustavasta. Hyvinvointialueilla ei ole kunnista poiketen yleistä toimialaa. Kunnista poiketen alue voi hoitaa vain sille lainsäädännössä erikseen määriteltyjä tehtäviä.

Hyvinvointialueet saavat rahoituksensa valtiolta, eikä niillä ole kuntien tapaan omaa verotusoikeutta. Siinä missä kuntien saama valtion rahoitus on yleiskatteellista, hyvinvointialueet voivat käyttää valtion rahoitusta vain sotepe-palvelujen järjestämiseen. Kunnat voivat käyttää valtiolta saamansa rahoituksen ja kuntaveron tuoton vapaasti lakisääteisten ja itselleen ottamiensa tehtävien toteuttamiseen.

Hyvinvointialueella sotepe-palvelut on yhteensovitettu (integroitu) yhden järjestäjän, johdon ja budjettilinjan alle. Hyvinvointialueella on päättävältä kaikesta sotepe-rahoituksen käytöstä² (budjettivalta). Kuntayhtymissä valta kunnan rahojen käytöstä ja rahoituksen tasosta jakautuu kunnan ja kuntayhtymien kesken.

Hyvinvointialueen kokonaisvastuu kaikkien julkisten sotepe-palvelujen järjestämisestä helpottaa palvelujen yhteensovittamista alueella.

2.2 Uudenmaan erillisratkaisu

Uudellamaalla hyvinvointialueuudistus toteutettiin muusta maasta poiketen erillisratkaisuna, jonka sisällöstä ja toimeenpanosta säädetään erikseen sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämistä Uudellamaalla koskevassa laissa (4).

Uudenmaan hyvinvointialueilla³ ja Helsingin kaupungilla on ensisijainen järjestämisvastuu sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen palvelujen järjestämisestä Uudellamaalla.

Muista alueista poiketen, Uudenmaan hyvinvointialueet ja Helsingin kaupunki järjestävät erikoissairaanhoidon palvelut yhdessä HUS-yhtymän kanssa keskinäisen järjestämissopimuksen mukaisesti (7). HUS-yhtymästä ja sen tehtävistä on säädetty erikseen (4).

2 Hyvinvointialue päättää palvelujen järjestämisestä, palveluvalikoimasta, palveluverkosta, resurssoinnista, ostopalvelujen käytöstä ym. omalla alueellaan.

3 Uudellamaalla on neljä hyvinvointialuetta: Itä-Uudenmaan, Keski-Uudenmaan, Länsi-Uudenmaan sekä Vantaan ja Keravan hyvinvointialue.

Uudenmaan erillistarkkaisuun poikkeamista muista hyvinvointialueista on toiminnallisesti hankala perustella uskottavasti. Erillistarkkaisu oli poliittisesti välttämätön valtakunnallisen sotepe-uudistuksen toteuttamiseksi.

Erillistarkkaisuun valmistelua ja sisältöä ei ole ensisijaisesti dominoinut uudistuksen tavoitteiden kannalta parhaan mahdollisen toimintamallin laatiminen Uudellemaalle. Tästä huolimatta tarkkaisu tarjoaa mittavalle uudistukselle ainutlaatuisen empiirisen vertailukohdan uudistuksen seuraavien vaiheiden valmistelulle sekä erilaisten sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen rakenne- ja hallinnollisten tarkkaisujen toimivuuden arvioinnille.

Keskeiset Uudenmaan poikkeamat muualla maassa toteutetusta uudistuksesta voidaan kiteyttää seuraavasti:

- Uudenmaan hyvinvointialueilla (ml. Helsinki) on ensisijainen järjestämisvastuu kaikista sotepe-palveluista, mutta erikoissairaanhoidon järjestämisvastuu on jaettu hyvinvointialueiden ja HUS-yhtymän kesken järjestämissopimuksella (7).
- Helsingin kaupunki järjestää itse ainoana manner-Suomen kuntana sotepe-palvelut.
- Palvelujen järjestämisen integraatio (vertikaalinen & horisontaalinen, sote-pela) toteutuu vain osittain, koska erikoissairaanhoidon palvelujen järjestämisvastuu (vertikaalinen, erikoissairaanhoidon perusterveydenhuolto) on jaettu hyvinvointialueiden, Helsingin ja HUS-yhtymän kesken.
- Uudenmaan hyvinvointialueet ovat väestömäärältään pääosin muita hyvinvointialueita suurempia⁴.
- Helsingin kaupunki voi hyvinvointialueista poiketen käyttää yleisen toimialansa puitteissa myös omaa tulorahoitustaan sotepe-palvelujen järjestämiseen.

4 Helsinki (680 000 asukasta), Länsi-Uusimaa (500 000), Vantaa ja Kerava (290 000), Keski-Uusimaa (210 000) ja Itä-Uusimaa (100 000). Muiden hyvinvointialueiden asukasluvun mediaani on noin 180 000 asukasta.

Hyvinvointialueuudistuksen toteutus on edennyt Uudellamaalla pääpiirteissään muiden hyvinvointialueiden tahdissa, mutta epätasaisesti (liite 3). Osana väliarviointia toteutettu kysely antaa viitteitä siitä, että uudistuksen toimeenpanossa Uusimaa on edennyt hieman muita alueita hitaammin lähtötilanteeseen verrattuna erityisesti palvelujen saatavuuden ja yhdenvertaisuuden parantamisessa sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelujen yhteensovittamisessa (vertikaalinen integraatio) (8).

2.3 Hyvinvointialueiden verotusoikeus ja alueiden määrä

Hyvinvointialueuudistuksen pitkän valmisteluprosessin aikana käsitellyt monet kysymykset, kuten kysymys hyvinvointialueiden optimaalisesta määrästä, tehtävien laajuudesta ja verotusoikeudesta valmisteltiin monipuolisesti. Nämä kysymykset rajattiin toteutuneen uudistuksen ulkopuolelle odottamaan kokemuksia hyväksytyn mallin toimivuudesta, ja ne siirrettiin seuraavien hallitusten työlistalle.

Maakuntaverotusta pohtinut parlamentaarinen komitea painotti arviossaan lähinnä kokonaisverotuksen tasoon ja valtion veropolitiikkaan liittyviä teknisluontoisia kysymyksiä, ei niinkään hyvinvointialueiden itsehallinnon, rahoituksen kannustavuuden tai kustannuskehityksen hallinnan kysymyksiä (9).

Taloustieteilijöitä lukuun ottamatta alueiden verotusoikeuteen on suhtauduttu pääosin torjuvasti. Hyvinvointialueiden verotusoikeuden otaksutaan johtavan korkeampaan kokonaisveroasteen, monimutkaistavan verojärjestelmää, heikentävän verotuksen kokonaisuuden hallintaa sekä lisäävän alueiden välisiä eroja palvelujen tarjonnassa (9, 10).

Taloustieteilijöiden keskeisinä perusteina alueiden verotusoikeuden puolesta nousivat useimmiten esille alueiden itsehallinnon vahvistuminen, budjettikurin ja tehokkuuden paraneminen, verotuksen ja palvelujen yhteyden selkiytyminen sekä pehmeän budjettirajoitteen heikkeneminen (10–14).

Käytännössä alueveron osuus hyvinvointialueiden rahoituksessa jäisi ilmeisesti sangen pieneksi ja valtion rahoitus olisi edelleen ensisijainen. Selvää on, että alueiden tulopohjan erilaisuus edellyttäisi samankaltaista verotuloihin perustuvaa valtionrahoituksen tasausjärjestelmää kuin nyt kunnilla.

Kokemusten kerryttyä hyvinvointialueiden rahoitusmallin toimivuudesta, kannustavuudesta ja kehittämistarpeista jo useammalta vuodelta, on tarpeen uudelleen arvioida alueiden verotusoikeutta, ei pelkästään verojärjestelmän teknisten

ominaisuuksien kannalta. Ensisijaisesti tulee arvioida, voidaanko valtionrahoitusta täydentävällä alueiden verotukseen perustuvalla rahoitusmallilla saavuttaa hyvinvointialueuudistuksen pitkän aikavälin tavoitteet⁵ paremmin kuin pelkästään nykyistä valtion rahoitusmallia hienosäätämällä. Hyvinvointialueiden verotusoi-keutta käsitellään tarkemmin luvussa 7.3.3.

Näkemyks sopivasta alueiden määrästä on elänyt uudistusprosessin aikana moneen suuntaan, vaihdellen 5 ja 22 järjestäjän välillä. Ehdotukset sopivasta alueiden määrästä ja maantieteellisestä jakautumisesta ovat noudattaneet pääpiirteissään aiempien sairaanhoitopiirien ja yliopistosairaaloiden vastuualueita. Hyvinvointialueiden väestömäärä vaihtelee Keski-Pohjanmaan ja Kainuun vajaasta 70 000 asukkaasta Helsingin noin 680 000 asukkaaseen. Hyvinvointialueiden väestöpohja on kansainvälisesti tarkastellen sote-palvelujen (erityisesti terveydenhuollon) järjestäjäksi perin pieni.

EU-maissa terveydenhuollon järjestäjien väestöpohja on tyypillisesti keskimäärin noin 890 000 asukasta, mediaanin ollessa noin 530 000 asukasta (15). Hyvinvointialueista vain neljän (Helsinki, Pirkanmaa, Länsi-Uusimaa ja Varsinais-Suomi) väestömäärä ylittää puoli miljoonaa asukasta⁶. EU-maiden tietoja soveltaen, puhtaasti mekaanisesti arvioiden Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisvastuun toteuttamiseen riittäisi 6–11 hyvinvointialuetta.

5 Hyvinvointialueuudistuksen pitkän aikavälin tavoitteet: i) Kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja, ii) turvata yhdenvertaiset ja laadukkaat sosiaali- ja terveyspalvelut sekä pelastustoimen palvelut kaikille suomalaisille, iii) parantaa palveluiden saatavuutta ja saavutettavuutta erityisesti perustasolla, iv) turvata ammattitaitoisen työvoiman saanti, v) vastata yhteiskunnallisten muutosten mukanaan tuomiin haasteisiin, vi) hillitä kustannusten kasvua ja vii) parantaa turvallisuutta.

6 Hyvinvointialueiden (ml. Helsinki) keskimääräinen väestömäärä on noin 250 000 asukasta ja asukasluvun mediaani on noin 200 000 asukasta.

2.4 Keskeiset havainnot

Hyvinvointialueuudistuksen siirtymäkauden jälkeen, välittömästi seuraavan hallituskauden alkaessa 2027, on tarpeellista arvioida kriittisesti, mitä muita uudistuksia jo toteutuneen lisäksi tarvitaan. Toimenpiteitä tarvitaan väestön palvelujen turvaamiseksi, alueiden itsehallinnon vahvistamiseksi, alueiden määrän tarkistamiseksi ja rahoitusmallin uudistamiseksi, jotta uudistuksen pitkän aikavälin tavoitteet on mahdollista saavuttaa.

Johtopäätöksinä edellä kuvatusta voidaan nostaa seuraavat havainnot:

1. Uudistus on selkeyttänyt sotepe-palvelujen järjestämisvastuuta ja tuonut palvelujen järjestämiselle tavoitellut ”leveämmät hartiat”.
2. Uudistuksen tekninen toteutusvaihe alkaa olla loppusuoralla, mikä tarjoaa aiempaa vankemman pohjan sotepe-palvelujen sisällölliselle uudistamiselle.
3. Uudistus on selkeyttänyt sotepe-palvelujen järjestämisvastuuta. Julkisen sairausvakuutuksen kautta rahoitettujen palvelujen yhteensovittaminen hyvinvointialueiden toiminnan kanssa on vielä kesken.
4. Uudellamaalla toteutettu muista hyvinvointialueista poikkeava erillisratkaisu tarjoaa uudistuksen seuraavien vaiheiden valmistelulle ainutlaatuisen vertailukohdan erilaisista tavoista toteuttaa sotepe-palvelut ja uudistuksen pitkän aikavälin tavoitteita.
5. Uudistuksen käynnistämisvaiheessa sotepe-palvelujen järjestämisestä vastaavien alueiden määrä jäi kansainvälisesti vertaillen suureksi. Uudistuksen seuraavassa vaiheessa alueiden määrää tulisi arvioida uudelleen uudistuksen pitkän aikavälin tavoitteiden saavuttamiseksi.
6. Alueiden verotusoikeutta on tarpeen arvioida, kun kokemuksia on kertynyt nykyisen rahoitusmallin toimivuudesta, kannustavuudesta ja kehittämistarpeista. Erityisenä tarkastelukohteena on, voidaanko valtion rahoitusta täydentävällä hyvinvointialueiden verotusoikeudella saavuttaa uudistuksen pitkän aikavälin tavoitteet paremmin kuin pelkästään nykyistä valtion rahoitusmallia hienosäätämällä.

3 Alueelliset lähtökohdat

**Professori emeritus Ilmo Keskimäki, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos,
Tampereen yliopisto**

Hyvinvointialueilla oli toiminnallisia ja rakenteellisia eroja niiden aloittaessa toimintansa vuoden 2023 alusta. Joillain hyvinvointialueilla oli jo pidempään tehty alueellista yhteistyötä yhden sairaalan tai keskuksen ympärillä, toisilla oli puolestaan vakiintuneet keskuksat, jotka olivat vuosia rakentaneet kilpailevaa palvelutuotantoa. Myös rakenteellisesti tarkastellen väestörakenteessa ja sairastuvuudessa oli pysyviä eroja, joista osa periytyi vuosikymmenten tai vuosisatojen takaa, ja joihin sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmällä oli ollut rajalliset vaikutukset.

3.1 Sosiodemografiset tekijät

Suomen väestörakenteen muutokset sekä huomattavat erot muun muassa väestön alueellisessa ikärakenteessa ovat olleet keskeinen tarve uudistaa sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää. Myös ikääntyminen, muuttoliike, alueelliset erot väestökehityksessä ja huoltosuhteen heikkeneminen ovat luoneet painetta palvelujärjestelmän uudistamiseen ja resurssien uudelleen kohdentamiseen. (16, 17.)

Suomen väestö on ikääntynyt nopeasti ja tällä hetkellä 65 vuotta täyttäneiden osuus aikuisväestöstä on Suomea suurempi vain Japanissa ja Italiassa. 65 vuotta täyttäneiden osuus Suomen koko väestöstä oli 23,5 prosenttia vuonna 2024 ja vuoteen 2050 heidän määränsä arvioidaan kasvavan noin viidenneksellä. Ennusteiden mukaan 85 vuotta täyttäneiden määrä kaksinkertaistuu vuoteen 2050 ja vastaa noin 6 prosenttia koko väestöstä. (18.) Samanaikaisesti monilla alueilla työikäisen väestön määrä vähenee, mikä on vaikuttanut sosiaali- ja terveyspalvelujen kysyntään ja niiden tuottamiseen työvoiman tarjonnan heikentymisen seurauksena.

Haasteita on ollut esimerkiksi henkilöstön saatavuuden ja palvelujen jatkuvuuden turvaamisessa. Ristiriita työikäisen väestön vähenemisen ja ikääntyvän väestön määrän kasvun välillä odotetaan korostuvan erityisesti harvaan asutuilla alueilla ja vaikeuttavan tarvittavien pitkäaikaishoidon ja vanhuspalvelujen tuotantoa.

Väestön ikääntymisen lisäksi muut demografiset muutokset vaikuttavat sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristöön. Maan sisäinen muuttoliike ja väestön keskittyminen suuriin kaupunkeihin ja kasvukeskuksiin on lisännyt painetta kaupunkialueiden palveluille, mutta on samalla jättänyt useat pienemmät kunnat haavoittuviksi. Suurissa kaupungeissa erityisesti pääkaupunkiseudulla, Tampereen ja Turun alueella lisääntyvä monikulttuurisuus sekä kieliryhmien tarpeet ovat korostaneet uusilla tavoilla palvelujen saavutettavuuden merkitystä. Samoilla paikkakunnilla lisääntynyt segregatio ja sosiaalisten ongelmien kasaantuminen ovat haastaneet myös sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämistä ja korostaneet alueellisia eroja palvelutarpeissa.

3.2 Väestön sairastavuus ja palvelutarve

Yleisellä tasolla sairastavuus kuvaa väestön terveydentilaa ja sitä, kuinka yleisiä erilaiset sairaudet, toimintakyvyn rajoitteet ja terveydelliset riskitekijät ovat. Sairastavuus heijastaa sekä terveyspalvelujen että muiden hyvinvointipalvelujen, erityisesti pitkäaikaishoidon ja hoivapalvelujen tarvetta. Yksilö- tai väestötasolla sairastavuutta voidaan määritellä esimerkiksi diagnoosien, lääkkeiden käytön, sairaala- tai avohoitojaksojen tai toimintakyvyn arvioiden perusteella.

Suomessa sairastavuutta on kuvattu erilaisilla sairastavuusindekseillä, jotka yhdistävät useita terveystittareita alueittain ja mahdollistavat alueiden välisen vertailun (19). Vastaavia laskennallisia arviointitapoja käytetään myös kohdennettaessa sosiaali- ja terveydenhuollon voimavaroja ja rahoitusta Suomessa ja useissa muissa maissa (ks. luku 7 Hyvinvointialueiden rahoitusmallista ja talouden kehityksestä).

Suomessa alueelliset erot sairastavuudessa ovat olleet historiallisesti merkittäviä ja erot ovat väestörakenteen muutoksen ja muuttoliikkeen myötä suurelta osin säilyneet samansuuntaisina. Sairastavuuden ja siihen liittyvien hyvinvoinnin eri ulottuvuuksien suuret alueelliset erot ovat olleet keskeinen tekijä suomalaisissa sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän uudistuksissa. Itä- ja Pohjois-Suomessa sairastavuus on keskimäärin korkeampaa kuin Etelä-Suomessa, mikä vaikuttaa alueellisiin palvelu- ja rahoitustarpeisiin. Tämä korostaa tarvetta aluekohtaiselle palvelujen ja resurssien kohdentamiselle. Väestörakenteen ja erilaisten olosuhdetekijöiden väliset alueelliset erot puolestaan vaikuttavat palvelutarpeiden alueellisiin profiileihin. Lapsiperheiden määrä, monikulttuurinen väestö ja kasautuvat sosiaaliset haasteet edellyttävät erityyppistä palvelurakennetta verrattuna alueisiin, joita luonnehtivat pitkät välimatkat ja ikääntyvä, kroonisista taudeista ja monisairastavuudesta kärsivä väestö.

Sairastavuus vaikuttaa suoraan sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeeseen. Mitä enemmän väestössä on pitkäaikaissairauksia, monisairaita tai toimintakyvyttään heikentyneitä henkilöitä, sitä suurempi on palvelutarve. Usein palvelutarpeen arvioinnissa käytetään sairastavuuden lisäksi tietoja väestörakenteesta, ikäjakaumasta, sosioekonomisista tekijöistä ja alueellisista olosuhteista, joilla voi olla vaikutusta millaisia palveluita tarkkaan ottaen tarvitaan ja millaisia palveluita on tarkoituksenmukaista tuottaa. Sairastavuudesta, väestörakenteesta ja erilaisista olosuhdetekijöistä riippuen palvelutarve voi kohdistua esimerkiksi erilaisiin perusterveydenhuollon palveluihin, erikoissairaanhoidon, kotihoitoon, kuntoutukseen tai sosiaalipalveluihin.

Alueellisesti hyvinvointialueuudistusta ryhdyttiin toimeenpanemaan hyvin erilaisista lähtökohdista. Osa hyvinvointialueista oli jo toteuttanut hallinnollisia ja rakenteellisia uudistuksia sekä organisoineet palvelutuotantoa kuntayhtymämuotoisesti vuosien ajan. Hyvinvointialueiden välisiä lähtötilanteen eroja korostivat aiemmasta desentralisoidusta järjestelmästä periytyneet alueellisesti eriytyneet palveluverkostot. Asiantuntija-arvioiden mukaan myös kuntapohjaisesta järjestelmästä siirtyvän rahoituksen tasoa arvioitiin eri tavoin alueiden välillä. Laskennalliseen tarpeeseen suhteutettuna hyvinvointialueiden rahoitus vaihteli alueittain merkittävästi uudistuksen lähtötilanteessa. (20, 21.)

3.3 Ennen hyvinvointialueuudistusta tehty uudistaminen

Ennen varsinaista hyvinvointialueuudistusta Suomessa toteutettiin useilla alueilla merkittäviä rakenteellisia ja toiminnallisia uudistuksia sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisessä. Näistä uudistuksista muodostui tärkeä pohja myöhemmälle hyvinvointialueuudistukselle. Erityisesti kuntayhtymäpohjaiset mallit osoittautuivat keskeisiksi hyvinvointialueuudistuksen suunnan kannalta.

Ennen hyvinvointialueuudistusta tehty alueellinen uudistaminen ei ainoastaan valmistellut teknistä ja hallinnollista siirtymää, vaan myös muokkasi hyvinvointialueuudistuksen poliittista kontekstia ja toteutusvaihtoehtoja. Kuntayhtymäpohjaiset mallit toimivat sekä esimerkkeinä että käytännön alustoina, joiden voi katsoa nopeuttaneen ja suunnanneen hyvinvointialueuudistuksen toteuttamista. Kuntayhtymäpohjaiset alueet myös hyötyivät merkittävästi aiemmista rakenteellisista ratkaisuistaan, kun taas niin kutsutut sirpalealueet kohtasivat suurempia haasteita uudistuksen alkuvaiheessa. (22.)

Kahdeksan aluetta Suomessa oli siirtynyt kuntayhtymäpohjaiseen hallintomalliin ennen hyvinvointialueuudistuksen käynnistymistä. Esimerkiksi Eksote Etelä-Karjalassa, Siunsote Pohjois-Karjalassa ja Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä olivat edelläkävijöitä, jotka yhdistivät sosiaali- ja terveyspalvelut ennen valtakunnallista uudistusta (23).

Näillä alueilla oli jo olemassa rakenteita, yhteistyökäytäntöjä ja hallintomalleja, jotka helpottivat siirtymää uuteen järjestämisvastuuseen. Alueiden mallit tarjosivat konkreettisia esimerkkejä siitä, miten palvelut voidaan integroida hallinnollisesti ja toiminnallisesti yli kuntarajojen. Useilla alueilla oli olemassa vakiintuneet hallinto-rakenteet, yhteiset tietojärjestelmät ja toimintakulttuuri, jotka helpottivat siirtymää.

Kuntayhtymämalli tarjosi valmiin alustan uudistuksen toteuttamiselle, mikä näkyi muun muassa nopeampana organisoitumisena, henkilöstön siirtojen hallittuna toteutuksena ja palvelujen jatkuvuuden turvaamisena. Toisaalta monet integroiduista kuntayhtymistä oli muodostettu vasta vuonna 2017 tai sen jälkeen, joten näillä alueilla monet yhteiset menettelytavat saattoivat olla vasta muodostumassa.

Niin sanotuilla sirpalealueilla, joissa sosiaali- ja terveyspalvelut oli järjestetty hajanaisesti yksittäisten kuntien toimesta, hyvinvointialueuudistuksen toteuttaminen oli huomattavasti haastavampaa. Näillä alueilla jouduttiin rakentamaan uudet hallintomallit, yhtenäistämään käytännöt ja sovittamaan yhteen erilaisia toimintakulttuureja. Tämä loi siirtymävaiheeseen epävarmuutta ja kuormitti sekä hallintoa että henkilöstöä. Osalla sirpalealueista kyettiin kuitenkin hyödyntämään uudistusritysten aiemmissa vaiheissa tehtyä valmistelua. (24.)

Aiemmin tehty uudistaminen vaikutti myös asenteisiin ja hyvinvointialueuudistuksen vastaanottoon. Alueilla, joilla uudistukset olivat onnistuneita ja tuottaneet positiivisia tuloksia, oli enemmän luottamusta valtakunnalliseen uudistukseen. Toisaalta alueilla, joissa aiemmat kokeilut olivat kohdanneet haasteita tai epäonnistumisia, saatettiin suhtautua hyvinvointialueuudistukseen varautuneemmin.

Polkuriippuvuudet, eli alueiden aiemmat ratkaisut ja kehityspolut, vaikuttivat myös siihen, millaisia vaihtoehtoja uudistuksen toteuttamisessa oli käytettävissä. Esimerkiksi alueilla, joissa palveluja oli ulkoistettu laajasti yksityisille toimijoille, uudistuksen toteuttaminen edellytti erityistä huomiota sopimuksiin, kilpailutuksiin ja palvelujen integraatioon. Vastaavasti alueilla, joilla oli vahva julkinen palvelutuotanto, siirtymä oli hallinnollisesti suoraviivaisempi.

4 Ulkoiset muutosvoimat

Professori Juho Saari, Tampereen yliopisto

Hyvinvointialueuudistuksen toimeenpano tapahtui suunnitellusta poikkeavassa ympäristössä. Koronapandemian aiheuttamat muutokset palveluiden toimintaan, hoitovelkaan ja taloudelliseen kuormittavuuteen muuttivat uudistamisen aikataulua ja sisältöä. Julkisen talouden tilanne aiheutti osaltaan siirtymiä toiminnallisen ja taloudellisen ohjauksen välillä ja kansainvälisen turvallisuustilanteen muutos siirsi voimavaroja sisäistä ja ulkoista turvallisuutta tukeviin kohteisiin.

Ulkoisilla muutosvoimilla tarkoitetaan toimintaympäristön muutosten välittymistä hyvinvointialueiden institutionaaliin rakenteisiin ja menoihin. Keskeisimmät muutosvoimat liittyvät kansantalouden ja julkisen talouden tilaan, työmarkkinoiden sääntelyyn sekä kansainväliseen taloudelliseen ja poliittiseen toimintaympäristöön.

4.1 Koronaviruspandemia

Koronaviruspandemia vaikutti hyvinvointialueuudistuksen käynnistymiseen ja sen käytännön toteuttamiseen. Pandemia paljasti monia suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteellisia haavoittuvuuksia, kuten hajanaisen palvelujärjestelmän, puutteellisen kriisivalmiuden ja henkilöstön riittämättömyyden (25, 26, 27). Nämä tekijät loivat painetta uudistuksen nopeuttamiselle ja vahvistivat tarvetta keskitetympään ja koordinoitumpaan palvelujärjestelmään. Koronaviruspandemia toimi sekä katalysaattorina että stressitestinä hyvinvointialueuudistukselle. Se vahvisti uudistuksen perusteluita, nopeutti joidenkin muutosten käyttöönottoa ja toi esiin kriittisiä kehityskohteita, jotka vaikuttivat hyvinvointialueuudistuksen sisältöön ja toteutustapaan.

Koronaviruspandemian aikana korostui erityisesti tarve yhtenäiselle johtamiselle ja tiedonhallinnalle, kun alueelliset erot toimintatavoissa ja resurssien saatavuudessa vaikeuttivat valtakunnallista koordinaatiota. Tämä vahvisti näkemystä siitä, että hajautettu kuntapohjainen järjestelmä ei ollut riittävän ketterä vastaamaan laajoihin kansanterveydellisiin kriiseihin. Hyvinvointialueiden perustaminen nähtiin yhtenä keinona vahvistaa järjestelmän resilienssiä ja parantaa valmiutta tuleviin kriiseihin (27).

Toisaalta koronaviruspandemia myös kiihdytti digitaalisten palvelujen kehitystä, kuten etävastaanottojen ja sähköisten asiointikanavien käyttöönottoa. Nämä muutokset loivat pohjaa uusille toimintamalleille, joita voitiin hyödyntää hyvinvointialueilla. Alueet, jotka olivat jo ennen pandemiaa investoineet digitaalisiin ratkaisuihin, pysyivät siirtymään uusiin toimintatapoihin nopeammin ja tehokkaammin.

Pandemian vaikutukset eivät kuitenkaan olleet alueellisesti yhtenäisiä. Joillakin alueilla terveydenhuollon kuormitus oli huomattavasti suurempi, mikä vaikutti henkilöstön jaksamiseen, palvelujen saatavuuteen ja luultavimmin myös hyvinvointialueuudistuksen aikatauluun (28). Tämän voi katsoa luoneen epätasapainoa uudistuksen toteuttamiseen ja korostaneen tarvetta alueellisesti joustaville ratkaisuille.

Koronaviruspandemian hiipumiseen ja hyvinvointialueuudistuksen alkuvaiheeseen liittyi useita hyvinvointialueiden toimintaympäristöön vaikuttaneita muutoksia. Näistä esimerkkejä ovat hyvinvointialan työriita ja sitä seurannut palkkaratkaisu sekä geopolitiittisen tilanteen aiheuttama voimakas inflaatio. Tapahtumien samanaikaisuuden tuottaman monikriisin takia on vaikea yksilöidä yksittäisiin kehityskulkuihin liittyviä syy-seuraussuhteita. On kuitenkin ilmeistä, että koronaviruspandemiaan liittyen syntyi patoutunutta hoidon tarvetta tai hoitovelkaa muun muassa sairaalapalvelujen sulkujen takia. Tätä kuvastavat sairaalahoidon pitkittyneiden jonotusaikojen ohella voimakkaasti, noin 200 000 kappaletta, lisääntyneet sairaalalähetteen määrät vuonna 2023. Jonotustilanne myös vaihteli hyvinvointialueittain merkittävästi. (29.)

Koronaviruspandemian aikana valtio kompensoi kunnille pandemiaan liittyviä kustannuksia tuntuvasti. Talouspolitiikan arviointineuvoston mukaan osa kunnista saattoi kuitenkin saada valtiolta enemmän tukea kuin mitä pandemia tosiasiallisesti aiheutti lisäkustannuksia (30). Tämä niin sanottu ylikompensaatio ei ainoastaan vaikuttanut kuntatalouteen, vaan sillä on saattanut olla myös pidempikestoisia vaikutuksia hyvinvointialueiden rahoituspohjaan.

4.2 Geopoliittiset muutokset

Suomen kansainvälinen taloudellinen ja poliittinen ympäristö muuttui olennaisesti hyvinvointialueuudistuksen toimeenpanon aikana. Suurvaltojen ja Euroopan unionin kaltaisten suuralueiden välinen kilpailu kaupan ja kehityksen globaalien sääntöjen määrittelyssä sekä kauppavirtojen ohjailussa muuntui kamppailuksi globaalista johtoasemasta yhteiskuntaelämän eri aloilla.

Erityisinä painopisteinä olivat tekoälyn, digitalisaation ja robotiikan kannalta strategiset teknologiat ja raaka-aineet, joiden hallinnan ja hankkimisen yhteensopivuus sisämarkkinoiden ja valtion tukisääntöjen suhteen osoittautui ongelmalliseksi. Euroopan unionissa kasvu- ja työllisyyspolitiikka muuttui aikaisempaa keskeisemmäksi teemaksi. Keskeinen uusi avaus koski rahastoitujen varojen poliittista ohjaamista kasvun ja työllisyyden kannalta strategisiin investointeihin.

Euroopan unionin harjoittaman politiikan muutokset merkitsivät voimavarojen uudelleenkohdentamista sekä jäsenmaiden julkisen talouden vakauden kriteerien aikaisempaa tarkempaa valvontaa. Jäsenvaltioissa tämä näkyi välittömästi syksyllä 2024 hyväksytyissä finanssipoliittisrakenteellisissa suunnitelmissa sekä puolustusvoimien investointien ja turvallisuuteen liittyvien menoerien poikkeuksellisenä kohteluna osana julkisen talouden menoja. Suomen kannalta keskeinen toiminnallinen haaste on työeläkevarojen rajaaminen ulos julkisen talouden alijäämää koskevasta arvioinnista. (31, 32.)

Pienenä avoimena taloutena Suomi sopeutuu kansainvälisen ympäristön muutoksiin julkisen talouden käytössä olevien voimavarojensa puitteissa. Koska julkisen talouden velka ja alijäämä rajasivat merkittävästi julkisen talouden liikkumavaraa, julkisen vallan oli Suomessa tehtävä valintoja eri menokohteiden ja -erien välillä. Käytännössä muut kohteet alkoivat syrjäyttää sosiaali- ja terveysmenoja, jotka vuosikymmenten ajan olivat syrjäyttäneet muita menoja julkisen talouden sisällä. Suomen kannalta Venäjän hyökkäyssota Ukrainaan aiheutti turvallisuusympäristön muutoksen, joka heijastui välittömästi puolustusvoimien investointeina ja Naton jäsenyyden aiheuttamina menolisäyksinä.

Tästä aiheutuva niukkuus lisäsi valtiovarainministeriön talousohjauksen painoarvoa myös hyvinvointialueiden toiminnallisessa ohjauksessa. Hyvinvointialueiden kohdalla talousohjauksen merkitystä korosti budjettiluokan merkittävyys (ja sijoittuminen valtiovarainministeriön alle) sekä siihen liittyvät kasvuodotukset ja poliittiset jännitteet. (33.)

Vastauksena turvallisuusympäristön muutoksiin valtioneuvosto vahvisti sosiaali- ja terveysalan valmiutta ja varautumista normaaliaikojen häiriötilanteiden ja poikkeusaikojen olosuhteiden varalta tekemällä tarpeelliset lainsäädäntömuutokset. Niiden myötä hyvinvointialueet integrointiin osaksi uhkakuvien hallintaa. Viisi yhteistyöaluetta ovat avainasemassa varautumisessa. Hyvinvointialueiden välisestä varautumisesta koskevasta yhteistyöstä, työnjaosta ja yhteensovittamisesta sovitaan hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksessa.

Integroitu osa hyvinvointialueiden varautumista on investoinnit kyberturvallisuuden takaamiseen, sillä hyvinvointivaltion toiminnallinen riippuvuus digitalisoitujen palvelujen toimivuudesta on ilmeinen toiminnallinen haaste poikkeusoloissa. Kyberturvallisuuden kokonaisuutta on edistetty myös erillisessä sosiaali- ja terveydenhuollon digitalisaation ja tiedonhallinnan strategiassa (34). Vuodesta 2026 alkaen valtioneuvosto kohdentaa hyvinvointialueille niidenkin mittakaavassa merkittäviä määrärahoja (yli 100 miljoonaa euroa) poikkeusoloihin varautumiseen puolustusvoimien tarpeiden mukaisesti. Investointi syrjäyttää julkisen talouden sisällä muuta hyvinvointialueiden rahoitusta (31, 35, 36, 37).

Ukrainan sodan välitön vaikutus oli pakolaisaalto etenkin sodan ensimmäisenä vuotena. Ukrainasta sotaa paenneiden suojelu Suomessa perustuu EU:n tilapäisen suojelun direktiiviin, joka on kirjoittamishetkellä voimassa 4.3.2027 asti (38). Suomeen tulleet henkilöt ovat enimmäkseen olleet naisia ja lapsia Ukrainan rajatessa miesten muutttoa puolustusvoimien tarpeiden ja yhteiskunnan toimivuuden takia.

Tilapäistä suojelua myönnettiin 45 368 Ukrainasta paenneelle henkilölle vuonna 2022, 18 969 henkilölle vuonna 2023 ja 12 310 henkilölle vuonna 2024. Suomessa oleskelevien ukrainalaisten määrä on vaihdellut pakolaisten siirtyessä edelleen kolmansiin maihin tai palatessa Ukrainaan. Vuonna 2025 ukrainalaisten pakolaisten kokonaismäärä on ollut noin 50 000 henkilöä. Heistä merkittävä osa (lähinnä 2022 tulleet) on jo asettunut kuntiin ja siirtynyt työmarkkinoille tai muiden tulojen puuttuessa toimeentulotuen asiakkaaksi. Sosiaali- ja terveyspalvelujen organisointivastuu on maahantulon jälkeen vastaanottokeskuksilla, jotka ovat tehneet yhteistyötä hyvinvointialueiden kanssa. Oikeus terveyspalveluihin on ollut sama kuin kotipaikka-oikeuden saaneilla. Ikärakenteen myötä ryhmästä hyvinvointialueille aiheutunut välitön taloudellinen ja toiminnallinen kuormitus on jäänyt varsin vähäiseksi maahantulo-tarkastuksia ja rokotuksia lukuun ottamatta. (39.)

4.3 Talouskehitys ja inflaatio

Hyvinvointialueuudistuksen toimeenpanoa valmisteltaessa julkisen talouden näkymät olivat varsin myönteiset. Valtiontalous oli saavuttamassa tasapainon vuoden 2018 lopulla työllisyysasteen nousun ja verokertymän kasvun sekä menojen kasvua hillinneiden leikkausten ja uudistusten myötä. Tulevaisuuden näkymiä vakautti myös vuonna 2017 toimeenpantu työeläkeuudistus, joka on lisännyt uskoa hyvinvointivaltion tulevaisuuteen sekä julkisen talouden hallittavuuteen. Vuonna 2019 ei osattu ennakoida tulevia julkisen talouden merkittäviä leikkauspaineita ja digitalisaation kehityksessä sekä hyvinvointialueuudistuksessa arvioitiin olevan merkittäviä säästömahdollisuuksia. (40.)

Hyvinvointialueuudistuksen toimeenpanovaihetta vuodesta 2023 eteenpäin kuormittivat useat ennakoimattomat kansainvälisen terveysympäristön, talouden ja politiikan murrokset (41). Nämä muutokset aiheutuivat muun muassa koronaviruspandemian synnyttämästä kansantalouden toimintahäiriöstä, julkisen talouden voimakkaasta velkaantumisesta ja Venäjän hyökkäyssodan aiheuttamasta suomalaisten ostovoimaa voimakkaasti alentaneesta elinkustannuskriisistä (42, 43).

Työmarkkinoilla palkansaajajärjestöjen pyrkimys ostovoiman palauttamiseen aiheutti merkittäviä paineita palkankorotuksiin, jonka seurauksena palkat ja muut työvoimakustannukset nousivat merkittävästi pidemmällä aikavälillä. Näiden ohella julkisen talouden velanhoitokustannusten merkittävä kasvu, korkotason nousu, kansantalouden ennakoitua hitaampi kasvu ja työllisyysasteen lasku tuottivat omat haasteensa julkisen talouden kestävyydelle. Tarkastelujakson loppupuolella verotukseen ja sosiaalivakuutusmaksuihin tehty muutokset ja luottoluokituksen lasku ovat osaltaan lisänneet hallinnollista ja toiminnallista painetta julkisen talouden menokehityksen hillintään myös tulevana vaalikausina.

Hyvinvointialueiden tulo- ja menokehitys eivät myöskään noudattaneet hallituksen esityksen aikana ennustettuja tasoja suhteessa kansantuotteeseen. Kansantuotteen ennakoitua hitaampi kasvu on nostanut sosiaali- ja terveyspalvelujen menojen kansantuotesuhdetta.

Hyvinvointialueiden toteutuneiden menojen laskenta suhteessa ennakoituun perusuraan ei ole vaivatonta lukuisten samanaikaisten rahoituskanavien ja samanaikaisten menolisäysten ja -vähennysten takia. Menokehityksen laskentaa on vaikeuttanut myös inflaation kohdentuminen eriaikaisesti hyvinvointialueen toimintaan liittyviin eri eriiin (palkkoihin, hyödykkeisiin ja lainoihin). (43, 44.)

Yleiskuva on, että hyvinvointialueiden menokehitys on toimeenpanovaiheessa ylittänyt suunnitellun tason, mutta menokehitys on tämän jälkeen seurannut julkisen talouden suunnitelmia varsin hyvin. Samalla useimmat hyvinvointialueet ovat tasapainottaneet talouttaan lainanotolla, rakennemuutoksilla ja yhteistoimintamenettelyillä. Merkittäviä ylityksiä on tapahtunut ICT-kuluissa ja palkankorotuksissa. Palkankorotukset kattavat palvelumitoitukset ja palkkaharmonisaation. (31, 37.)

5 Hyvinvointialueuudistuksen alueellinen toimeenpano

Professori Harri Jalonen, Vaasan yliopisto

Hyvinvointialueuudistuksen etenemisestä hyvinvointialueilla piirtyy moniulotteinen kuva. Analyysi osoittaa suurta alueellista vaihtelua hyvinvointialueuudistuksen toimeenpanon kyvykkyydessä ja vaikutuksissa. Alueelliset erot näkyvät niin päätöksenteon rakenteissa, johtamiskyvykkyyksissä kuin henkilöstön sitoutumisessa ja palvelurakenteiden uudistumisessa.

Uudistuksen mittakaava, tiukka aikataulu ja samanaikaiset taloudelliset reunaehdot (ks. luku 7 Hyvinvointialueiden rahoitusmallista ja talouden kehityksestä) sekä toimintaympäristössä tapahtuneet muutokset (ks. luku 4 Ulkoisista muutosvoimista) ovat haastaneet sekä strategista ohjausta että operatiivista toimeenpanoa.

Vaikka myönteistä kehitystä on havaittavissa useilla osa-alueilla, kokonaiskuvaa leimaa hajanaisuus ja monitasoiset jännitteet. Väliarvioinnin liitteestä 4 löytyy tarkempia hyvinvointialuekohtaisia nostoja. Luvun analyysi perustuu asiantuntija-arvioihin, hyvinvointialueiden kyselyihin ja kansallisiin raportteihin. Luvussa arvioidaan hyvinvointialueuudistuksen toteuttamiseen vaikuttavia rakenteellisia ja toimintakulttuurisia edellytyksiä hyvinvointialueilla.

5.1 Päätöksenteko, johtamiskyvykkydet ja johtamisosaaminen

Johtamisella on kriittinen merkitys hyvinvointialueuudistuksen toimeenpanossa, sillä se ohjaa tavoitteiden konkretisoitumista arjen toimintaan ja osaltaan varmistaa, että muutosprosessit etenevät suunnitellusti (46, 47). Johtamisosaaminen viittaa johtajan tietoihin ja taitoihin, kuten strategiseen suunnitteluun, talouden hallintaan ja henkilöstöjohtamiseen. Johtamiskyvykkyys puolestaan kuvaa näiden osaamisten soveltamista ja yhdistämistä monimutkaisissa, muuttuvissa ja usein ennakoimattomissa tilanteissa.

Hyvinvointialueuudistuksen toimeenpano etenee, mutta vaihtelevasti ja joillakin hyvinvointialueilla melko hitaasti (48, 49) ja todennäköistä onkin, että hyvinvointialueuudistus ei etene valtakunnallisesti aikataulussa (50).

Vaikka alueilla on pyritty strategisempaan päätöksentekoon kuin aiemmassa kunta-pohjaisessa järjestelmässä (51), toimeenpanoa jarruttavat toimielinten roolien vakiintumattomuus (ks. luku 8 Hyvinvointialueiden hallintorakenteesta) sekä vaikeudet irtaantua kunta- ja sairaanhoitopiiripohjaisesta päätöksentekokulttuurista (49). Strategisten tavoitteiden jalkauttaminen arjen toimintaan onkin monin paikoin puutteellista (49). Päätöksentekoa heikentävät rahoitusmallin haasteet, tiukka taloustilanne, henkilöstövaje, poliittiset ristiriidat ja monenlaiset toiminnalliset jännitteet.

Päätöksentekokykyä heikentää se, että prosessit ja roolitus erityisesti aluehallituksen ja -valtuuston välillä koetaan osittain epäselviksi. Aluevaltuuston vaikuttamismahdollisuuksia pidetään heikkoina ja sen rooli on jäänyt pinnalliseksi verrattuna aluehallitukseen. Päätöksentekijöiden kaksoisroolit hyvinvointialueen ja kunnan edustajina vaikeuttavat hyvinvointialuetasojen ratkaisujen tekemistä. Luottamus-henkilöiden ja viranhaltijoiden keskinäinen yhteistyö vaatii edelleen kehittämistä ja vuoropuhelun vahvistamista esimerkiksi viranhaltijoiden esitysvalmistelun osalta. (49, 51.)

Nykyisellään strategisen ja operatiivisen toiminnan sekoittuminen aiheuttaa ongelmia (51). Tämä näkyy esimerkiksi siinä, että poliittisissa toimielimissä käsitellään paikoitellen yksityiskohtaisia operatiivisia kysymyksiä strategisten linjausten sijaan, kun taas viranhaltijoiden vastuulle jää toisinaan strategisia ratkaisuja ilman riittävästi poliittista ohjausta. Hyvinvointialueuudistuksen toimeenpanossa edistyksellisiä alueita yhdistää strategisten ohjelmien valmistelu, poliittinen tuki, kokemukset alueellisesti yhteistyöstä ja yhteistyörakenteiden kehittäminen (48, 52).

Johtamiskyky vaihtelee alueittain. Alueet, joilla on selkeä strateginen johtamismalli, osaava ylimmän johdon tiimi ja investointeja johtamiseen, ovat edenneet hyvinvointialueuudistuksen toimeenpanossa muita alueita nopeammin. Johdon kuormitus ja jatkuva epävarmuus ovat kuitenkin monilla alueilla heikentäneet muutosjohtamisen kyvykkyyttä. (48, 51, 52.) Näillä alueilla strateginen johtaminen ei vielä riittävästi ohjaa operatiivista toteutusta, ja muutosjohtamisen käytännöt ovat vasta muodostumassa (52). Päätöksenteon ohella myös yhteistyö hyvinvointialueiden sisällä ja välillä on vielä kehittymässä. Sisäisen yhteistyön puutteet vaikeuttavat sitoutumista yhteisiin tavoitteisiin, erityisesti palvelualueiden integraatiossa.

Samalla johtamiskyvykkyudet eivät ole kehittyneet vaaditulle tasolle, mikä on heikentänyt henkilöstön sitouttamista uudistuksen toteuttamiseen. Hyvinvointialueiden ylimmän johdon työskentelyä haastaa edelleen johtamisrakenteen roolituksen epäselvyys, mikä näkyy muutosvastarintana. Useilla alueilla johtamismalli on keskeneräinen ja rakenteiltaan siiloutunut, ja vastuiden ja vallan jakautuminen eri organisaatiotasolle on vielä hahmottumatta. Joillakin alueilla johtoryhmän toiminnan painopiste on suuntautunut liiaksi operatiivisiin kysymyksiin. (49.)

Pelastustoimen johtamisjärjestelmät ovat monin paikoin sirpaleisia ja osittain riittämättömiä. Lain mukaan pelastustoimintaa tulee johtaa pelastusviranomaisen toimesta, mutta käytännön toteutus vaihtelee alueittain jopa siinä määrin, että menettelyt voivat olla ristiriidassa voimassa olevan lainsäädännön kanssa. (53.) Pelastustoimen johtamiseen soveltuvan henkilöstön saatavuudessa on puutteita, erityisesti pienillä hyvinvointialueilla (50). Tämän vuoksi johtamisvalmiudet on rajattu joillakin alueilla ainoastaan virka-aikaan, minkä on arveltu heikentävän toimintavalmiutta laajoissa onnettomuustilanteissa.

Lisäksi joillakin hyvinvointialueilla johtamistilat ja poikkeusolojen johtamisjärjestelyt ovat vielä keskeneräisiä. Johtamistiloilla tarkoitetaan sekä fyysisiä ja teknologisia tiloja että organisatorisia rakenteita, joiden avulla muodostetaan tilannekuvaa ja johdetaan toimintaa erityisesti poikkeusoloissa. (53.)

Johtamisosaamista voidaan pitää keskeisenä hyvinvointialueuudistuksen alueellista toimeenpanoa edistävänä tekijänä. Johtamisosaamista haastavat erityisesti hyvinvointialueuudistuksen monimutkaisuus, talouden niukkuus ja muutosjohtamisen tarpeet. Monilla alueilla johtaminen on ollut talouspaineista sisällöllisen kehittämisen kustannuksella. (51.) Huomionarvoista on, että vain harvoilla johtajilla on kokemusta hyvinvointialueiden kokoisten organisaatioiden johtamisesta, ja uudistuksen edellyttämät osaamisalueet ovat vasta muodostumassa (49). Johtaminen henkilöityy liiallisesti hyvinvointialuejohtajaan, kun taas monilta toimialajohtajilta puuttuu strategista otetta ja rohkeutta visionääriseen johtamiseen. Lisäksi muutosjohtamisen avainhenkilöiden irrallisuus virallisesta johtamisjärjestelmästä ja virkavastuun puute nakertavat johtamisen legitimitettä (49). Johtamisen haasteista kertovat osaltaan usean hyvinvointialuejohtajan eroamiset vuosien 2024 ja 2025 aikana.

Hyvinvointialueet tunnistavat vaikuttavuusperusteisuuden ja tiedon merkityksen strategisessa ohjauksessa ja arjen johtamisessa, mutta käytännön toteutuksessa on selkeää vaihtelua. Monilla alueilla vaikuttavuusperustaisuus on jo sisällytetty strategioihin, toimintamalleihin ja mittaristoihin, kun taas toisilla se on vielä pistemäistä ja osin hanketyöhön rajautuvaa. (51.)

Valtaosalla (18 kpl) alueista on käytössään vaikuttavuustiedolla johtamista tukeva tietojärjestelmä. Useilla alueilla on vaikuttavuustiedolla johtamista mahdollistavat järjestelmät, mutta niiden kattavuus, käyttöaste ja vaikuttavuusmittareiden määrittelyaste vaihtelevat huomattavasti. Vaikuttavuustiedolla johtamisen edellytyksiä ollaan rakentamassa useimmilla hyvinvointialueilla, mutta kokonaiskuva on edelleen hajanainen ja kehittyvä. Tiedon saatavuuden, mittareiden määrittelyn ja teknisen infrastruktuurin lisäksi tarvitaan myös strategista panostusta, tutkimusyhteistyötä ja kulttuurin muutosta, jotta vaikuttavuustieto juurtuu osaksi arjen päätöksentekoa. (51.)

Johtamistasojen välillä ei ole vielä vakiintunutta toimintakulttuuria eikä yhteistä linjaa. Palvelualueilla korostuu siiloutuminen ja päällekkäiset rakenteet, kun yksiköt keskittyvät omiin tehtäviinsä yhteistyön sijaan. Toimialajohtajat painottavat oman sektorinsa resurssien turvaamista, eikä poikkialueellista yhteistyötä hyödynnetä riittävästi. Osallistavan ja ihmiskeskeisen otteen puute heikentää henkilöstön sitoutumista ja muutoksen käytännön toimeenpanoa. Samalla viranhaltijoiden varovaisuus ja paikallismedian kriittisyys heikentävät päätöksenteon rohkeutta ja vaikuttavuutta. (49.)

Hyvinvointialueilla tarvittava muutosjohtamisosaaminen on vielä kehittymässä, ja kyvykkyyksissä esiintyy huomattavaa vaihtelua eri organisaatiotasolla. Monilla alueilla on panostettu lähijohtajien osaamiseen esimerkiksi työkykyjohtamisen muodossa (51), sillä osa lähijohtajista toimii enemmän yksikkönsä kuin työnantajan edustajana (49). Monilla alueilla johtamisessa on kriisijohtamiseen piirteitä. Kriisijohtamisella tarkoitetaan ensisijaisesti tarvetta reagoida akuutteihin ongelmiin, kuten henkilöstövajeisiin, talouspaineisiin ja palvelujen saatavuuden häiriöihin. Kun resursseja joudutaan kohdentamaan ensisijaisesti välittömien ongelmien ratkaisuun, strateginen ja pitkäjänteinen kehittämistyö jää paikoin taka-alalle.

5.2 Henkilöstönäkökulma

Hyvinvointialueilla toimii hoitohenkilöstön ammateissa noin 108 000 henkilöä⁷. Lääkäreitä hyvinvointialueilla työskentelee noin 14 500. (54, 55.) Hyvinvointialueorganisaatioiden koko ja nopea organisatorinen muutos ovat tuottaneet merkittäviä haasteita henkilöstön sitouttamisessa. Henkilöstön sitouttaminen muutokseen ja yhteisiin tavoitteisiin on edennyt vaihtelevasti (48).

Muutosneuvottelut ja epäselvät tavoitteet ovat heikentäneet luottamusta ja sitoutumista. Toisaalta useilla alueilla henkilöstön veto- ja pitovoimaa on pyritty vahvistamaan panostamalla työhyvinvointiin, palkitsemiseen, urakehitykseen, koulutusmahdollisuuksiin ja kansainväliseen rekrytointiin. (49, 51, 52, 54.) Osallistavalla johtamisella ja avoimuuteen perustuvalla toimintakulttuurilla voidaan edistää henkilöstön sitoutumista ja pysyvyyttä. Henkilöstötyytyväisyys on parantunut erityisesti alueilla, joissa on panostettu osallistamiseen ja työhyvinvointiin. (48, 49, 51, 52.)

Henkilöstön sitoutumisen näkökulmasta keskeisenä haasteena on se, että moni työntekijä ei koe ymmärtävänsä hyvinvointialueorganisaation uutta rakennetta tai sen tavoitteita. Osallistamisen keinot ovat puutteellisia, ja viestintä on jäänyt monin paikoin riittämättömäksi. (49.) Myös muutosohjelmien valmistelussa henkilöstön osallistaminen on ollut puutteellista, mikä on johtanut kokemuksiin etäisestä päätöksenteosta (56). Toistuvat muutosneuvottelut ja yhteisen kulttuurin puute ovat lisänneet epävarmuutta ja muutosvastarintaa (48, 51, 52).

Lähiesihenkilötasolla esiintyy vaikeuksia työntekijöiden sitouttamisessa, ja operatiivisen tason henkilöstön osallistaminen päätöksentekoon on ollut vähäistä. Epäselviksi koetut säästötavoitteet ja vuokratyövoiman käyttö heikentävät motivaatiota kehittämiseen ja osalla henkilöstöstä on taipumus turvautua poliittiseen vaikuttamiseen hallinnollisten ratkaisujen sijaan.

Myös palkkaharmonisaation keskeneräisyys aiheuttaa tyytymättömyyttä ja epätasa-arvon kokemuksia henkilöstössä, joka on heikentänyt työyhteisöjen yleistä ilmapiiriä ja luottamusta muutoksen johtamiseen. Uuden organisaatiokulttuurin vakiinnuttaminen etenee hitaasti erityisesti alueilla, joissa kuntapohjainen ajattelu-tapa elää yhä vahvana (49). THL:n vuonna 2025 toteutetussa kyselyssä hyvinvointialueet arvioivat kykynsä sitouttaa henkilöstöään melko hyvin, sillä kymmenen aluetta antaa itselleen arvosanan 'erinomaisesti' tai 'kiitettävästi' ja kymmenen arvosanaksi 'hyvin', vain yksi alue arvioi kykynsä 'tydyttäväksi' (51).

7 Sairaanhoitaja, terveydenhoitaja, kättilö, ensihoitaja, lähihoitaja, suuhygienisti, hammas-
tekniikko, laboratoriohoitaja, röntgenhoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, jalkate-
rapeutti, apuvälinetekniikko, kiropraktikko, naprapaatti, osteopaatti, koulutettu hieroja.

Hyvinvointialueuudistus on heikentänyt monin paikoin henkilöstön työkykyä ja työolosuhteita. Organisaatiorakenteiden yhdistäminen muutti työnjakoa, johtamista ja toimintatapoja, usein ilman riittävää valmistelua tai tukea henkilöstölle. Todennäköisesti myös hyvinvointialueiden ympärillä käytävä kielteinen julkinen keskustelu erityisesti paikallismedioissa on heikentänyt hyvinvointialueiden mainetta ja henkilöstön sitoutumista. (57.)

Vuonna 2024 hieman yli kolmannes hyvinvointialueiden työntekijöistä koki työkykynsä alentuneeksi, ja lähes puolet harkitsi työnantajan vaihtoa. Vaikka luvut ovat suuria, työkyky on parantunut hieman edellisvuodesta. (58.) Samaan aikaan sairauspoissaolot ovat monilla alueilla vähentyneet, mutta vaihtelu alueiden ja ammattiryhmien välillä on suurta (56). Nopea organisaatiorakenteiden yhdistäminen lisäsi erityisesti sirpalealueilla työn kuormittavuutta, ja muutos vaikutti etenkin jo valmiiksi kuormittaviin työtehtäviin.

Eniten henkilöstövajetta on ollut lähihoitajista, sairaanhoitajista, lääkäreistä, psykologeista ja sosiaalityöntekijöistä (56). Vuoden 2024 aikana hoitotyön henkilöstötilanne on kuitenkin alkanut parantua (56, 59) erityisesti lähi- ja sairaanhoitajien sekä osin myös lääkäreiden osalta. Tämä viittaa onnistuneisiin rekrytointi- ja työhyvinvointitoimenpiteisiin. Henkilöstön saatavuus ja pysyvyys vaihtelevat edelleen alueittain, mutta kokonaiskuva on kohentunut hyvinvointialueuudistuksen edetessä. Tämä kehitys on näkynyt erityisesti vuokratyövoiman käytön vähenemisenä (60, 61). Pelastustoimessa henkilöstön saatavuusongelmat vaikeuttavat palvelujen yhdenvertaista toteutumista (50, 53).

Myös alueille laaditun kyselyn (8) mukaan henkilöstön saatavuus ja pysyvyys ovat parantuneet merkittävästi tai jonkin verran useimmilla hyvinvointialueilla perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa ja sosiaalihuollossa. Pelastushenkilöstön riittävyyteen liittyvät haasteet ovat heijastuneet pelastustoimen työturvallisuuden heikentymiseen (8, 50). Pelastustoimessa kuitenkin noin puolet hyvinvointialueista raportoi parannusta henkilöstön saatavuudessa ja pysyvyydessä, mutta neljä aluetta kertoi saatavuuden ja yksi alue pysyvyyden heikentyneen.

Henkilöstön saatavuutta on vahvistettu tehostamalla rekrytointia, kehittämällä oppilaitos- ja urapolkuja, uudistamalla johtamista, panostamalla työhyvinvointiin ja osaamisen kehittämiseen sekä tukemalla kansainvälistä rekrytointia ja työnantajamielikuvaa. Henkilöstön pysyvyyttä on vahvistettu kokonaisvaltaisesti kehittämällä työkykyjohtamista ja palkitsemista, tukemalla työhyvinvointia ja osatyökykyisten työllistymistä sekä lisäämällä joustoja, sisäistä liikkuvuutta ja osallistavaa toimintakulttuuria.

Työnantajan suositteluhaluukkuus on jatkanut laskuaan: kun vuonna 2017 työnantajaansa suositteli 75 prosenttia vastaajista, vuonna 2024 osuus oli ikäluokasta riippuen 64–69 prosenttia (58). Hyvinvointialueiden omat arviot antavat viitteitä siitä, että suositteluhaluukkuuden lasku olisi kuitenkin pysähtynyt ja monilla alueilla myös parantunut (8, 50).

Henkilöstöteemojen kehitys on jatkossa ratkaisevaa hyvinvointialueuudistuksen onnistumiselle. Vaikka henkilöstön saatavuudessa ja työhyvinvoinnissa on havaittavissa myönteisiä merkkejä, sitouttamisen ja luottamuksen vahvistaminen ratkaisee, eteneekö uudistus suunnitellussa aikataulussa. Ilman riittävää ja motivoitunutta henkilöstöä uudistuksen tavoitteet jäävät rakenteellisiksi, eivätkä muutu toiminnalliseksi parannukseksi palveluissa.

5.3 Muutosohjelmat ja palveluverkon ja -rakenteen uudistuminen

Hyvinvointialueiden muutosohjelmat vastaavat vaihtelevasti kansallisiin talouden tasapainottamisen velvoitteisiin ja toiminnallisiin tavoitteisiin. Ohjelmien painopisteet ovat kuitenkin usein kapeampia kuin hyvinvointialueuudistuksen kokonaistavoitteet: talouden tasapainottaminen on vahvasti esillä, kun taas palvelujen integraatio, vaikuttavuus ja asukaslähtöisyys jäävät talouspaineiden vuoksi osin pienempään rooliin. (49.) Onnistuneita esimerkkejä löytyy muun muassa fyysisen palveluverkon uudistamisesta ja digi- ja etäpalveluiden laajentamisesta (50, 52).

Lyhyen aikavälin talouspaineet ovat vieneet huomiota pitkän aikavälin toiminnallisilta kehittämistavoitteilta (51). Osa alueista kipuilee ohjelmien toimeenpanon viiveiden ja epärealististen tavoitteiden kanssa, mikä vaarantaa ohjelmien onnistumisen (48, 50).

Monet ohjelmat eivät ole riittävän tavoitteellisia tai realistisesti toteutuskelpoisia talouden tasapainottamiseksi (ks. luku 7 Hyvinvointialueiden rahoitusmallista ja talouden kehityksestä), minkä lisäksi ne jäävät yläton kuvaukseksi ilman konkreettisia ja kustannusvaikuttavia linjauksia, eikä säästöpotentiaali ole riittävä alijäämän taittamiseksi (50). Muutosohjelmiin sisältyy myös osiooptimointia ja ristiriitoja kansallisen ohjauksen kanssa (49).

Toimenpiteitä on aloitettu laajasti, mutta vaikutukset näkyvät viiveellä. Toteutus on hidasta, ja osa suunnitelluista toimista on vaikeasti toteutettavissa tai niiden vaikuttavuus on epävarmaa. Poliittiset ristiriidat, jääviyskysymykset, resurssien riittävyys

ja henkilöstön saatavuus ovat heikentäneet ohjelmien toimeenpanoa. (48, 51, 52.) Toimeenpanoa hidastaa myös se, että muutoksia viedään aika ajoin eteenpäin ilman aitoa sitoutumista yhteisiin tavoitteisiin, eivätkä lähijohtajat aina onnistu viestimään muutostarpeita riittävän selkeästi henkilöstölle (49).

Hyvinvointialueuudistuksen toimenpiteiden keskeneräisyydestä kertoo myös se, että 12 hyvinvointialuetta ilmoitti alkuvuodesta 2025 tekevänsä päätöksiä uusista sopeutustoimista vielä keväällä 2025 päättyvällä valtuustokaudella. Lisäksi 19 hyvinvointialuetta ilmoitti alueellaan olevan vuoden 2025 aikana virkamiesvalmistelussa lisäsopeutustoimia uudelle aluehallitukselle tai -valtuustolle käsiteltäväksi. (51.)

Toisaalta palvelujen uudelleenorganisoinnissa sekä digi- ja liikkuvien palveluiden käyttöönotossa on edistytty monilla alueilla (51, 52). Palvelujen uudistamisessa on kolme keskeistä tavoitetta: raskaan erikoissairaanhoidon sijaan perustasolle ja ennaltaehkäisyyn, laitospalveluista kevyempiin ja yhteisöllisiin palveluihin sekä kasvokkain tarjottavista palveluista digitaalisiin ja liikkuviin palveluihin (51).

Alueille toteutetun kyselyn perusteella tavoitteisiin vastaavat toimenpiteet voidaan jäsentää viiteen teemaan: ennaltaehkäisevien ja peruspalvelujen vahvistaminen, palveluverkon ja -rakenteiden uudistaminen, palvelujen saatavuuden ja jatkuvuuden parantaminen, talouden tasapainottaminen ja tuottavuusohjelmat sekä palveluintegraation ja johtamisen kehittäminen (51), ks. esimerkkejä liitteestä 5.

Ulkopuolisten arviointien mukaan palveluverkon muutokset ovat vielä alkuvaiheessa ja rakenteiden uudistaminen on monin paikoin kesken ja eteneminen on hidasta (51, 52). Vaikka digipalvelut ovat laajentuneet (50), on fyysisten toimipisteiden vähentäminen osoittautunut vaikeaksi (48). Hyvinvointialueet arvioivat kuitenkin melko myönteisesti palveluverkon ja -rakenteiden uudistumista, sillä seitsemän aluetta antavat itselleen arvosanan 'erinomainen' tai 'kiitettävä', kolmetoista aluetta arvosanan 'hyvä' ja vain kaksi arvosanan 'tydyttävä' (51). Palveluverkon ja -rakenteiden uudistumista on edistetty erityisesti palveluohjausta ja palvelujärjestelmää selkeyttämällä (51).

5.4 Yhteistyörakenteet ja yhdyspinnat

Hyvinvointialueiden yhteistyörakenteiden toimivuus on keskeistä, sillä niiden kautta määrittyvät hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen käytännön edellytykset. Yhteistyörakenteet muodostavat laajan ja monitasoisen kokonaisuuden, jossa korostuvat monialaisuus, elämänkaariajattelu, kumppanuus kuntien ja järjestöjen kanssa sekä yhdyspintojen johtaminen.

Hyvinvointialueiden, kuntien ja muiden toimijoiden välille on eri puolilla Suomea muodostettu monenlaisia yhteistyöverkostoja ja -eliimiä, ja alueelliset erot näiden osalta ovat suuria. Osa yhteistyörakenteista perustuu aiempiin alueellisiin käytäntöihin, mutta rinnalle on syntynyt myös täysin uusia järjestelyjä. (62.) Erityisiä haasteita liittyy kuntien omistukseen jääneiden sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen kiinteistöjen vuokraamiseen, sillä kaikille kiinteistöille ei ole käyttöä hyvinvointialueilla (63).

Yhteistyörakenteet ovat vielä osittain keskeneräisiä eikä toimivaltakysymyksiä ja kokoonpanoja ole avattu kovin läpinäkyvästi (49). Tästä kertoo osaltaan myös se, että vuoden 2024 hyvinvointialuekohtaisista arviointiraporteista yli kolmannes oli sellaisia, joissa ei mainittu lainkaan yhteistyötä järjestöjen kanssa (52).

Vaikka päihdetyö, liikuntaneuvonta ja yleinen elintapaohjaus ovatkin yleisempiä yhteistyön teemoja, hyvinvointialueet ja kunnat eivät tunnista riittävästi yhteistyöhön liittyviä mahdollisuuksia, keskinäisriippuvuuksia tai synergiaetuja (49, 51). Vuonna 2024 yhteistyön kehittämistä varjostivat heikentynyt taloustilanne, resurssi-leikkaukset ja muutosneuvottelut, jotka katkaisivat olemassa olevia yhteistyösuhteita (51).

Toisaalta alueilla on tapahtunut selkeää edistymistä (51, 52) ja yhteistyörakenteita on onnistuttu muodostamaan (48). Esimerkiksi TKKIO-toiminnan (tutkimus, kehittäminen, koulutus, innovaatiot ja osaaminen) osalta on tehty kansallisella yhteistyöllä toimenpide-ehdotuksia ja tavoitetilan määrittelyä (64). Parhaiten ovat edistyneet alueet, joilla oli yhtenäinen sairaanhoitopiirin tai kuntayhtymän tausta ja siten pidempi kokemus yhdyspintapalveluista soten ja muiden toimijoiden välillä. Vastavasti haastavammassa asemassa olivat ne alueet, joissa oli yhdistynyt useita erilaisia organisaatioita ja yhteistyö jouduttiin rakentamaan alusta. (51.)

Hyvinvointialueille suunnatun kyselyn (51) perusteella alueet arvioivat oman yhdyspintatyönsä 'erinomaiseksi' (2 aluetta), 'kiitettäväksi' (12 aluetta) tai 'hyväksi' (8 aluetta). Kaikilla alueilla on oma alueellinen hyvinvointisuunnitelma, joka toimii yhteistyötä ohjaavana asiakirjana. Lisäksi alueiden ja kuntien toiminnan arvioinnissa

hyödynnetään melko laajasti Terveyden edistämisen vertailutietojärjestelmää (TEA-viisari). Alueet ovat perustaneet erilaisia teemakohtaisia foorumeja erityisesti hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen, osallisuuden ja yhdenvertaisuuden tukemiseen, turvallisuuden ja varautumisen parantamiseen sekä strategisen ohjauksen ja kehittämisen vahvistamiseen (51).

Osalla alueista on virallisia sopimuksia kuntien ja maakuntaliittojen kanssa, joihin sisältyy tavoitteita, toimenpiteitä ja mittareita, kun taas osa alueista kohdentaa avustuksia järjestöille terveyttä ja hyvinvointia edistävään työhön. Huomionarvoista on, että yhdyspintatyöskentelyn kuvauksissa ei juurikaan mainita nimeltä keskeisiä yhteistyötahoja. (48, 51, 52.)

Pelastustoimissa yhteistyöverkostot toimivat pääosin hyvin, erityisesti julkisen sektorin viranomaisten kesken. Säädosmuutokset (esim. kuntien roolin supistuminen) ja alueelliset erot kuitenkin haastavat rakenteiden vakiinnuttamista. (52.)

Yhteistyöalueen (YTA) yhteistoiminta on käynnissä, mutta sen toimivuus vaihtelee alueittain. YTA-yhteistyötä on kehitetty etenkin henkilöstöresursoinnin, hankintojen ja erikoissairaanhoidon osalta. Parhaiten yhteistyö toimii alueilla, joissa on aiempaa kokemusta kuntayhtymistä tai sairaanhoitopiirien yhteistyöstä. (51.) Haasteita aiheuttavat tiedonkulun ongelmat, yhteisten tietojärjestelmien puute ja alueiden toimintakulttuurien erot (48, 52). Monilla alueilla muutosta johdetaan ilman vahvaa uskoa yhteiseen päämäärään, mikä hidastaa integraation toteuttamista.

Yhteistyörakenteet ovat vasta kehittymässä, eikä toimivallan ja kokoonpanojen jaottelua ole tehty riittävän avoimesti. Yhteistyöalueiden verkostojen rooli suhteessa hyvinvointialueiden itsehallintoon on epäselvä, ja alueelliset intressierot vaikeuttavat verkoston rakentumista. Hyvinvointialueuudistus on parantanut perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä, mutta toimijoiden roolien määrittelyyn ja työnjakoon tulee edelleen panostaa (51). Kokonaisuutena vuoro-vaikutus YTA-tasolla on vielä heikkoa, toimijat eivät tunne toisiaan riittävästi ja toiminnassa esiintyy päällekkäisyyksiä. Lisäksi YTA-tasoisien ohjauksen puuttuminen vaikeuttaa alueellista koordinaatiota.

5.5 Keskeiset havainnot

Hyvinvointialueuudistuksen toimeenpano etenee eri puolilla maata epätasaisesti. Erot näkyvät erityisesti johtamisessa, päätöksenteossa ja henkilöstön sitoutumisessa. Laaja muutos, tiukka aikataulu ja taloudelliset paineet ovat koetelleet alueiden kykyä johtaa uudistusta johdonmukaisesti. Monilla alueilla on edistytty, mutta kokonaiskuvaa leimaa pirstaleisuus ja vaihteleva etenemistahti.

Tiukan kansallisen ohjauksen vuoksi hyvinvointialueilla koetaan olevan strategisia vapausasteita melko vähän. Strategisen johtamisen käytännöt ovat vasta muotoutumassa. Epäselvät vastuut ja toimielinten roolien sekoittuminen vaikeuttavat päätöksentekoa, ja poliittiset ristiriidat heikentävät toimeenpanokykyä. Parhaiten ovat edenneet alueet, joissa johto toimii yhtenäisesti ja strategiset tavoitteet on sidottu käytännön toimintaan. Vaikuttavuusperusteista johtamista on kehitetty, mutta sen hyödyntäminen päätöksenteossa on vielä hajanaista.

Henkilöstön riittävyys ja pysyvyys ovat kriittisiä kysymyksiä hyvinvointialueuudistuksen onnistumisen kannalta. Rakenteiden yhtenäistäminen ja jatkuvat muutokset ovat kuormittaneet työntekijöitä, ja luottamuksen rakentaminen on edelleen kesken. Monilla alueilla henkilöstötilanne on kuitenkin parantunut, mikä näkyy muun muassa vuokratyövoiman käytön vähenemisenä. Työhyvinvointiin, johtamiseen ja koulutukseen panostavat alueet onnistuvat paremmin henkilöstön sitouttamisessa.

Alueiden muutosohjelmat painottuvat talouden tasapainottamiseen, mikä on jättänyt palvelujen integraation ja ennaltaehkäisyn kehittämisen taka-alalle. Fyysisen palveluverkon uudistaminen etenee hitaasti, vaikka digitaaliset ja liikkuvat palvelut ovat laajentuneet. Kuntien, järjestöjen ja muiden toimijoiden kanssa tehtävän yhteistyön rakenteet ja vastuut ovat vielä osin vakiintumattomia. Parhaiten yhteistyö on edennyt alueilla, joilla on aiempaa kokemusta kuntayhtymämallisesta toiminnasta.

6 Sosiaali-, terveys- ja pelastuspalvelujen toimivuus

Johtava tutkija Liina-Kaisa Tynkkynen, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos
Toimitusjohtaja Tiina Ristikari, Väestöliitto

Sosiaali-, terveys- ja pelastuspalveluiden toimivuuden arvioinnin keskeisenä tietopohjana on hyödynnetty avointa indikaattoritietoa, Avohilmo-rekistereistä saatua hoitoon pääsy tietoja, palvelujärjestelmän toiminnasta ja hyvinvointialueuudistuksesta tuotettuja raportteja ja selvityksiä, aluehallintoviraston valvontaraportteja, THL:n väestökyselyitä sekä alueiden antamia itsearvioita palvelujärjestelmän toiminnasta verrattuna aikaan ennen uudistusta (liite 6, liite 7).

6.1 Saatavuus ja saavutettavuus

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmän toimivuuden ja kansalaisten luottamuksen kannalta on tärkeää, että palveluiden piiriin pääsee silloin, kun niitä tarvitsee. Palveluiden saatavuuden ja saavutettavuuden parantaminen onkin yksi hyvinvointialueuudistuksen päätavoitteista.

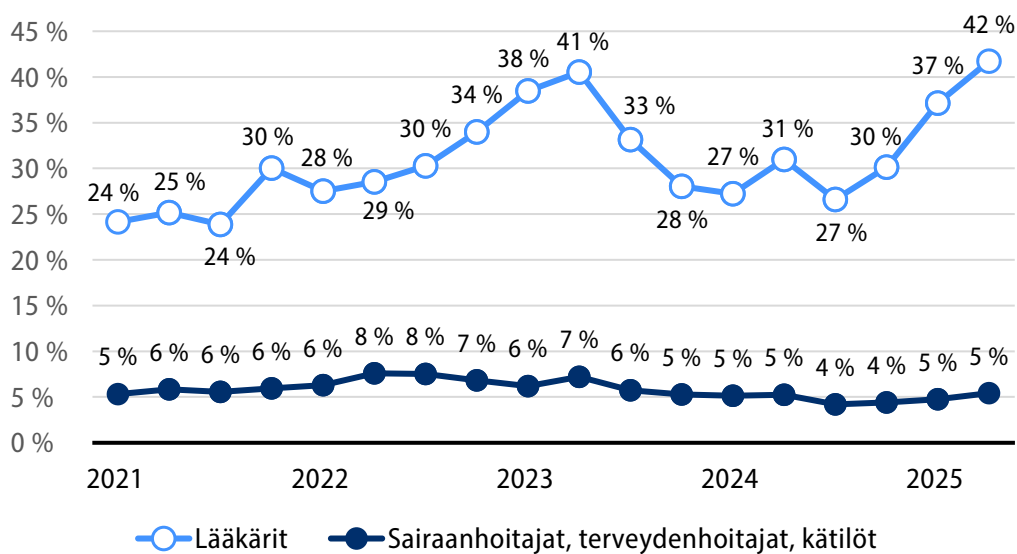
Perusterveydenhuollon saatavuus näyttää toteutuvan avosairaanhoidon hoitoon pääsy tietojen perusteella valtakunnallisesti hieman paremmin kuin ennen uudistusta. Suuri osa väestöstä pääsee perusterveydenhuollon kiireettömälle vastaanotolle viikon sisällä hoidontarpeen arvioinnista (hoitajille noin 90 prosenttia ja lääkärille noin 40–50 prosenttia). (65.) Alueelliset erot perusterveydenhuollon avosairaanhoidon palveluiden saatavuudessa ovat tasaantuneet verrattuna uudistusta edeltäneeseen aikaan (taulukko 1).

Taulukko 1. Perusterveydenhuollon avosairaanhoidoon pääsyn ensimmäisen hoito-tapahtuman toteutuminen 15 vrk – 3 kk kuluessa hyvinvointialueittain, 2021–6/2025, kaikki ammattiryhmät (% asiakkaista). (Lähde: Avohilmo 2025)

Hyvinvointialue	2021 (%)	2022 (%)	2023 (%)	2024 (%)	1–6/2025 (%)
Etelä-Karjala	23 %	27 %	31 %	7 %	6 %
Etelä-Pohjanmaa	28 %	21 %	9 %	16 %	18 %
Etelä-Savo	22 %	31 %	11 %	4 %	5 %
Helsinki	17 %	24 %	10 %	10 %	10 %
Itä-Uusimaa	19 %	24 %	17 %	11 %	11 %
Kainuu	6 %	4 %	5 %	5 %	3 %
Kanta-Häme	29 %	32 %	33 %	10 %	8 %
Keski-Pohjanmaa	7 %	11 %	12 %	10 %	11 %
Keski-Suomi	16 %	15 %	20 %	17 %	18 %
Keski-Uudenmaa	2 %	4 %	4 %	6 %	7 %
Kymenlaakso	26 %	29 %	28 %	10 %	10 %
Lappi	13 %	11 %	12 %	9 %	11 %
Länsi-Uusimaa	22 %	23 %	13 %	11 %	15 %
Pirkanmaa	14 %	17 %	19 %	11 %	13 %
Pohjanmaa	14 %	13 %	15 %	11 %	5 %
Pohjois-Karjala	4 %	9 %	9 %	4 %	19 %
Pohjois-Pohjanmaa	18 %	24 %	28 %	22 %	7 %
Pohjois-Savo	20 %	21 %	12 %	13 %	14 %
Päijät-Häme	12 %	27 %	24 %	16 %	7 %
Satakunta	9 %	10 %	8 %	6 %	10 %
Vantaa ja Kerava	24 %	22 %	16 %	15 %	17 %
Varsinais-Suomi	19 %	21 %	24 %	15 %	22 %
Koko Suomi	15 %	18 %	16 %	11 %	13 %

Yli kaksi viikkoa lääkrivastaanottoa odottaneiden määrä on kuitenkin kääntynyt kasvuun (kuvaaja 1), mikä todennäköisesti heijastelee muutoksia hoitoon pääsyn määräaikoihin tehdyissä lainsäädäntömuutoksissa. Yli 3 kuukautta hoitoa odottaneiden määrät ovat pysyneet maltillisina.

Kuvaaja 1. Perusterveydenhuollon avosairaanhoitoon pääsyn ensimmäisen hoitotapahtuman toteutuminen 15 vrk – 3 kk kuluessa, 2021–6/2025, (% asiakkaita). (Lähde: Avohilmo 2025)



Kaiken kaikkiaan perusterveydenhuollon hoitoon pääsy on koko maassa hyvällä tasolla hoitajan vastaanotolle, mutta lääkripalveluihin pääsyssä on isoja alueellisia eroja ja tähän on kiinnitetty huomiota myös valvontaviranomaisten raporteissa.

Terve Suomi -väestökyselyn mukaan joka neljäs lääkärin vastaanottopalveluja tarvinneista koki, ettei saanut riittävästi lääkripalveluja tarpeeseensa nähden (66). Myös kansainvälisesti arvioiden Suomen perusterveydenhuollon saatavuus näyttäytyy yhtenä Euroopan heikoimmista, kun saatavuutta arvioidaan perustuen kansalaisten kokemukseen tyydyttämättömästä hoidon tarpeesta. Tähän liittyy myös suurta tulotasoon perustuvaa eriarvoisuutta, joka on yhdenvertaisuuden näkökulmasta hälyttävää (67).

Hyvinvointialueiden tekemillä terveysasemien palveluverkkouudistuksilla voi olla vaikutuksia palveluiden saavutettavuuteen. Tämä käy ilmi myös hyvinvointialueiden antamissa vastauksissa osana väliarviointia kesällä 2025 toteutettuun kyselyyn (8). Alustavien arvioiden perusteella näyttää kuitenkin siltä, että terveysasemia ei ole suljettu alueilta, joissa väestö on merkittävästi keskimääräistä sairaampaa (68).

Erikoissairaanhoidon saatavuudessa oli jo ennen hyvinvointialueuudistusta merkittäviä eroja hyvinvointialueiden välillä (29), eivätkä alueelliset erot ole uudistuksen jälkeen kaventuneet. Erikoissairaanhoidon yli 180 vuorokautta odottaneiden potilaiden määrä on pysytellyt korkealla tasolla myös uudistuksen jälkeisenä aikana, ja monella alueella odottaneiden määrä on kasvanut (taulukko 2).

Taulukko 2. Yli 180 vrk erikoissairaanhoidon odottaneiden määrä, 2021–1–6/2025, (% asiakkaita). (Lähde: THL 2025)

Hyvinvointialue	2021 (%)	2022 (%)	2023 (%)	2024 (%)	1–6/2025 (%)
Etelä-Karjala	3 %	3 %	18 %	17 %	10 %
Etelä-Pohjanmaa	0 %	5 %	7 %	11 %	9 %
Etelä-Savo	2 %	0 %	1 %	2 %	3 %
HUS	12 %	18 %	23 %	25 %	21 %
Kainuu	10 %	18 %	23 %	24 %	14 %
Kanta-Häme	7 %	15 %	17 %	20 %	14 %
Keski-Pohjanmaa	6 %	7 %	8 %	4 %	5 %
Keski-Suomi	10 %	14 %	19 %	28 %	23 %
Kymenlaakso	5 %	6 %	6 %	10 %	6 %
Lappi	0 %	2 %	8 %	5 %	4 %
Pirkanmaa	1 %	3 %	3 %	3 %	6 %
Pohjanmaa	7 %	10 %	15 %	13 %	16 %
Pohjois-Karjala	2 %	21 %	30 %	27 %	31 %
Pohjois-Pohjanmaa	4 %	5 %	36 %	36 %	32 %
Pohjois-Savo	6 %	24 %	35 %	36 %	27 %
Päijät-Häme	6 %	14 %	23 %	29 %	17 %
Satakunta	1 %	6 %	13 %	16 %	10 %
Varsinais-Suomi	2 %	10 %	26 %	29 %	24 %

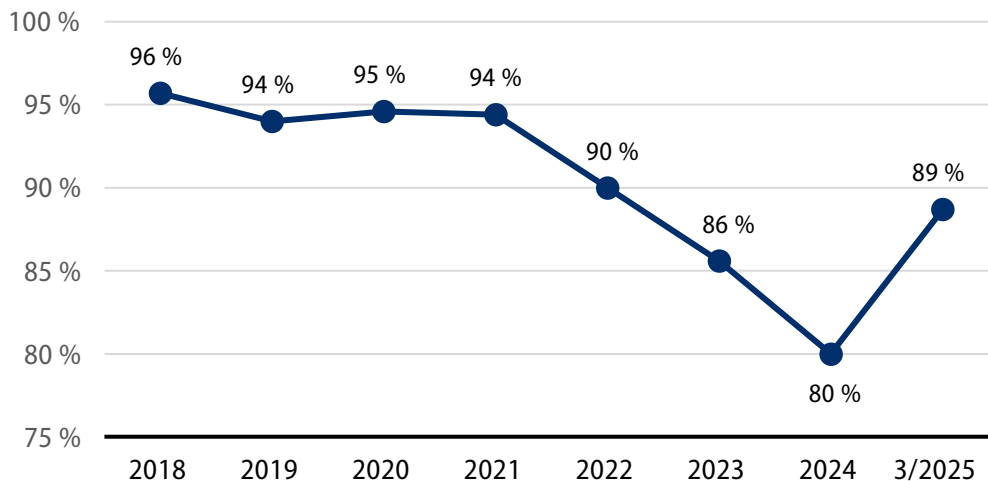
Se, missä määrin ongelmat erikoissairaanhoidon saatavuudessa johtuvat hyvinvointialueuudistuksesta, ei ole selvää. Todennäköisesti erikoissairaanhoidon tilanteen vaikeutuminen johtuu ennemmin uudistusta edeltäneistä kehityskuluista, joihin kuuluvat esimerkiksi koronapandemian aiheuttama hoitovelka, väestön ikääntyminen ja kasvaneet palvelutarpeet. Lisäksi taustalla voivat olla erikoissairaanhoidon palveluverkon uudistamistarpeet.

Terveyspalveluiden saatavuuden alueellisesta vaihtelusta sekä osittaisista haasteista huolimatta STM:n hyvinvointialueille tekemän hyvinvointialueselvityksen mukaan hyvinvointialueet arvioivat terveyspalveluiden riittävyyden olevan kokonaisuudessaan melko hyvällä tasolla. Poikkeuksen muodostavat lasten- ja nuorisopsykiatrinen erikoissairaanhoido. Näiden palveluiden osalta suurin osa alueista totesi, että palvelut eivät ole riittävällä tasolla tarpeeseen nähden. (56.)

Hyvinvointialueuudistus ei toistaiseksi ole toiminut merkittävänä sairaalaverkon ja sairaaloiden työnjaon uudistamisen ajurina, vaikka alueiden yhteistyö on jossain määrin lisääntynyt yhteistyöaluetasolla uusien yhteistyöaluesopimusten myötä (69). Näyttää siltä, että hyvinvointialueet ovat karsineet ennemmin peruspalveluverkostoa kuin koskeneet erikoissairaanhoidon järjestämiseen, mikä voi näkyä heikentyneenä peruspalveluiden saatavuutena ja raskaampien palveluiden kysyntänä. Tulevina vuosina sairaalaverkon uudelleenarviointi on ajankohtaista.

Sosiaalipalveluiden saatavuudessa on merkittäviä eroja sekä hyvinvointialueiden että eri sosiaalipalveluiden välillä. Lastensuojelussa lakisääteisten kolmen kuukauden kuluessa valmistuneiden palvelutarpeen arviointien osuus on laskenut vuodesta 2021 (kuvaaja 2).

Kuvaaja 2. Kolmen kuukauden kuluessa valmistuneet lastensuojelun arvioinnit aikavälillä 1.4.–30.9., 2018–3/2025, (% asiakkaista). (Lähde: Sotkanet 2025)



Vuoden 2025 aikana palvelutarpeen arviointien toteutumista on kuitenkin saatu parannettua, ja epäsuotuisa kehitys näyttää ainakin toistaiseksi taittuneen koko maan tasolla. Silti vain harvat alueet pystyvät noudattamaan lain edellyttämiä määräaikoja.⁸ (70.)

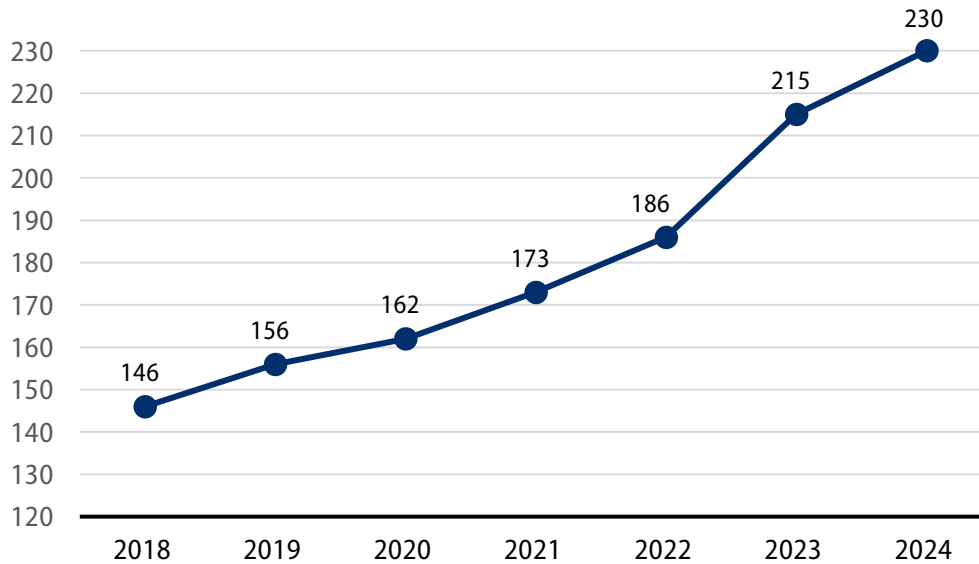
Lastensuojeluilmoitusten määrä on kasvanut voimakkaasti (kuvaaja 3). Lastensuojeluilmoitusten voimakas kasvu kuormittaa lastensuojelua ja voi kertoa siitä, että palvelujärjestelmä ei tällä hetkellä pysty riittävästi vastaamaan lasten ja perheiden palvelutarpeisiin. Kiireellisten sijoitusten määrä on myös lisääntynyt, mikä voi osaltaan kertoa lasten ja perheiden tuen viivästymisestä. (71.)

Yhä harvempi lastensuojeluilmoitus kuitenkin johtaa lastensuojelun asiakkuuteen, mikä voi viitata palveluiden saamisen kriteerien tiukentumiseen, mutta myös siihen, että tuen tarpeisiin pystytään vastaamaan peruspalveluissa aiempaa paremmin (69). Toisaalta on myös mahdollista, että lastensuojeluilmoitusten lisääntyminen kertoo heikentyneistä yhteistyörakenteista lasten kasvuympäristöjen, kuten koulun ja varhaiskasvatuksen, sekä lapsiperhepalvelujen välillä hyvinvointialueuudistuksen aikana.

⁸ Palvelutarpeen arvioinnin on valmistuttava kolmen kuukauden aikana, jos lapsella arvioidaan lastensuojelun tarvetta tai lapsi on erityisen tuen tarpeessa. Vireille tulevien lastensuojeluasioiden mahdollinen kiireellisyys arvioidaan kuitenkin välittömästi. Lähde: THL

Kuvaaja 3. Lastensuojeluilmoitusten lukumäärä, 2018–2024, (1 000 kappaletta).

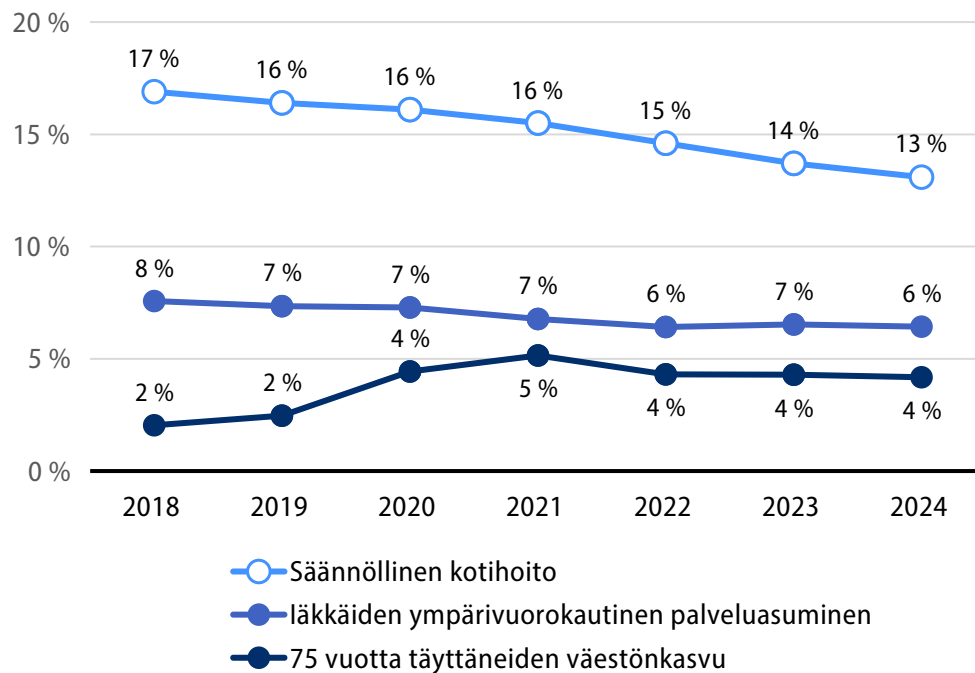
(Lähde: Sotkanet 2025)



Aikuissosiaalityössä näyttää siltä, että palveluiden saatavuus on heikentynyt. Lisäksi sosiaaliturvaan tehdyt leikkaukset ovat vaikeuttaneet aikuissosiaalityön asiakkaiden tilannetta (72). Näillä kehityskuluilla on todennäköisesti heijastevaikutuksia laajemmin palvelujärjestelmään ja myös esimerkiksi lasten ja perheiden palveluiden kuormitukseen.

Ikääntyneiden määrä kasvaa voimakkaasti (ks. luku 3 Alueellisista lähtökohdista). Tästä huolimatta ikääntyneiden palveluissa 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden määrä on vähentynyt kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa palveluasumisessa (kuvaaja 4).

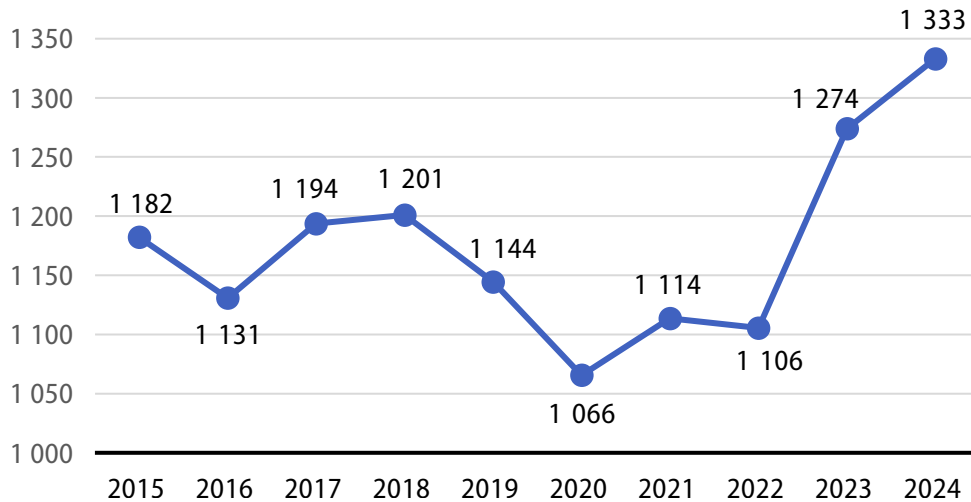
Kuvaaja 4. Säännöllisen kotihoidon ja ympärivuorokautisen palveluasumisen 75 vuotta täyttäneet asiakkaat, 2018–2024 (% vastaavan ikäisestä väestöstä).
(Lähde: Tilastokeskus 2025, Sotkanet 2025)



Vaikka kehitys voi viitata ikääntyneiden parempaan toimintakykyyn tai siihen, että ikääntyneiden tarpeisiin vastataan muiden palveluiden toimesta (73), on kotihoidon palveluiden asiakasmäärien lasku huolestuttava signaali ikääntyneiden palvelujärjestelmän toiminnan kehityksessä.

Kotihoidon vähentyneet kustannukset (69) sekä kotihoidon suunniteltujen tuntien heikko toteutuminen usealla alueella (74) viittaavat siihen, että kotihoidon palveluita tarjotaan aiempaa vähemmän ja saatavuus ei välttämättä ole riittävällä tasolla ikääntyvän väestön tarpeeseen nähden. Tämän lisäksi 75 vuotta täyttäneiden päivystyskäyntien lisääntyminen voi viitata puutteelliseen hoivan ja ikääntyneiden lääkäripalveluiden saatavuuteen (kuvaaja 5).

Kuvaaja 5. Päivystyskäynnit 75 vuotta täyttäneillä, 2015–2024, (1 000 vastaavan ikäistä).
(Lähde: Sotkanet 2025)



Ympäri vuorokautisen palveluasumisen osalta näyttää myös siltä, että palvelun saamisen kriteerit ovat tiukentuneet. Lisäksi palveluihin tulevat asiakkaat ovat aiempaa huonokuntoisempia (74). Nämä kehityskulut eivät todennäköisesti ole ainoastaan hyvinvointialueuudistuksesta johtuvia. Kehityskulkuun liittyvät myös pidemmän ajan puutteellinen varautuminen vastata ikääntymisen myötä lisääntyvään palveluiden kysyntään.

Samanaikaisesti hyvinvointialueet ovat keventäneet ikääntyneiden palveluiden palvelurakennetta järjestelmän taloudellisen kestävyys takaamiseksi. Tämän kehityksen seurauksena ikääntyneiden palvelujärjestelmään ollaan tuomassa uusia palvelumuotoja, kuten yhteisöllisen asumisen palveluja. Uusien ja kevyempien palvelumuotojen osuus koko palvelutuotannosta on kuitenkin pieni. Hyvinvointialueet myös itse arvioivat näiden palveluiden olevan vielä toistaiseksi riittämättömällä tasolla (56).

Digitaalisten terveysten palveluiden, kuten digiklinikoiden yleistymisen (75) voi edesauttaa palveluiden saatavuuden ja saavutettavuuden parantumista etenkin alueilla, joissa fyysisten palveluiden järjestämiseen on liittynyt ongelmia. Uudet digitaaliset palvelut eivät kuitenkaan vielä ole merkittävästi näkyneet laskuna fyysisissä toimipisteissä tarjottavien palvelujen kysynnässä (69).

Tämä voi viitata siihen, että aiemmin tyydyttymättömään palvelutarpeeseen pystytään ainakin osin vastaamaan digitaalisten palveluiden avulla. Terveyspalveluiden ohella myös sosiaalipalvelut digitalisoituvat (76, 77), mutta kehitys ei ole ollut yhtä nopeaa. Tämä johtuu todennäköisesti palvelujen erilaisesta luonteesta ja näin myös teknologioille asetettavista vaatimuksista. Palveluita suunniteltaessa on tärkeää huomioida, että kaikki väestöryhmät eivät pysty hyödyntämään digitaalisia palveluja. (51, 78.)

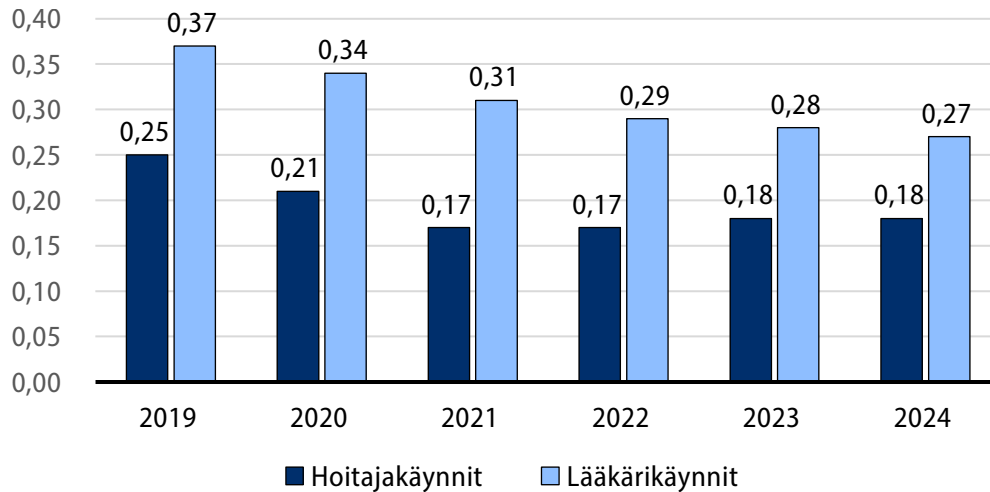
Pelastustoimen palveluiden saatavuudessa on nähtävissä positiivista kehitystä hyvinvointialueiden ensimmäisiltä toimintavuosilta. Aluehallintovirasto arvioi, että vuoden 2023 ja 2024 aikana toimintavalmius ja varmuus ovat kehittyneet valtakunnallisesti myönteiseen suuntaan. Alueellisia eroja kuitenkin esiintyy erityisesti kasvukeskuksissa, joissa kehitys ei ole täysin vastannut väestönkasvun ja demografisten muutosten tarpeita. (53.) Kansallisten hätäkeskustoiminnasta kertovien tilastojen mukaan hätäkeskusten keskimääräinen vastausaika on noussut hieman, mutta 30 sekunnin tavoite on saavutettu lähes kaikissa puheluissa (79). Uudistuksella ei ole ollut vaikutusta hätäkeskuslaitoksen toimintaan, sillä hätäkeskuslaitos on sisäministeriön alainen virasto, eikä osa hyvinvointialueita.

6.2 Palveluiden laatu ja vaikuttavuus

Osana väliarviointia kesällä 2025 toteutetun kyselyn perusteella hyvinvointialueet kokevat, että palveluiden laatu ja vaikuttavuus ovat uudistuksen jälkeen parantuneet jonkin verran tai pysyneet samalla tasolla kuin ennen uudistusta (liite 6). Hyvinvointialueiden itsearviot ja aikaisemmat selvitykset osoittavat, että uudistus on mahdollistanut vaikuttavien menetelmien ja osaamisen jakamisen aiempaa paremmin koko alueen väestön käyttöön (51). Näyttää siltä, että hyvinvointialue luo rakenteellisesti aiempaa parempia mahdollisuuksia levittää toimivia käytäntöjä vähintään alueiden sisällä. Palvelujärjestelmän toimintaa on kuitenkin seurattava pidemmällä aikavälillä, jotta päätelmiä hyvinvointialueuudistuksen merkityksestä palveluiden laadun ja vaikuttavuuden kehitykselle voidaan tehdä.

Monessa maassa perusterveydenhuollon palveluiden organisointi perustuu vahvaan hoidon jatkuvuuteen ja sitä voidaan tarkastella yhtenä perusterveydenhuollon laadun mittarina. Palveluiden jatkuvuuden osalta tilanne oli heikko jo ennen hyvinvointialueuudistusta ja viimeisten vuosien aikana hoidon jatkuvuutta kuvaava COCI-indeksi on jatkanut laskua etenkin lääkärikäyntien osalta (kuvaaja 6). Hoidon jatkuvuuden kehittämistä on edistetty alueilla erilaisten omalääkäri- ja omatiimimallien kautta. Tätä työtä tuetaan mm. kansallisen Omalääkäriohjelman kautta, jolla voi onnistuessaan olla suotuisa vaikutus hoidon jatkuvuuden kehitykseen.

Kuvaaja 6. Monisairaiden hoidon jatkuvuus COCI perusterveydenhuollon avosairaanhoidon hoitaja- ja lääkärikäynneillä, 2019–2024. Arvot välillä 0–1, jossa 1 kuvastaa täydellistä hoitosuhteen jatkuvuutta. (Lähde: Sotkanet 2025)



Erikoissairaanhoidossa hoidon laatu oli jo ennen uudistusta hyvällä tasolla kansainvälisissä vertailuissa⁹ (67), ja monelta osin erikoissairaanhoidon laatu ja vaikuttavuus ovat viime vuosina pysyneet samalla tasolla. Keskeistä on kuitenkin kiinnittää huomiota alueellisiin eroihin, jotka ovat pysyneet merkittävinä jopa vuosikymmenten ajan. Suuret erot laadussa perustelevat omalta osaltaan sitä, että sairaalaverkon uudistamisen vaihtoehtoja pitää tarkastella tulevaisuudessa.

Ikääntyneiden palveluiden laatua on jo pitkään seurattu ja kehitetty laatusuositusten ohjaamina. Hyvinvointialueiden aloittaessa vuonna 2023 näytti siltä, että ikääntyneiden palveluiden laatu on kohtuullisen hyvällä tasolla, mistä kertovat esimerkiksi asiakkailta saatu hyvä palaute ja hoidon laatua kuvaavien indikaattoreiden verrattain korkea taso koko maan tasolla. Laadun toteutumisessa on jonkin verran eroja eri alueiden välillä. (76.)

Valvontaviranomainen on huomauttanut useaa aluetta lastensuojelun asiakassuhteen jatkuvuudesta. Lisäksi huomautuksia on henkilöstön vaihtuvuuteen sekä sosiaalityöntekijöiden lakisääteisiin asiakasmääriin liittyen. Laadun parantamiseksi lasten ja perheiden palveluiden kohdalla tehdään kuitenkin alueilla työtä

9 Mittarina terveydenhuollon keinoin vältettävissä oleva kuolleisuus

(51). Joillakin hyvinvointialueilla on lähdetty kehittämään perhekeskustoimintaan yhteisiä laatukortteja, joiden tavoitteena on ollut toiminnan vaikuttavuuden kehittäminen.

Perhekeskusten laadun ja vaikuttavuuden kehittämisen haasteena on kuitenkin ollut ajantasaisen seuranta- ja arviointitiedon puute. Hyvinvointialueet kertovat tarvitsevasa kansallista tukea perhekeskustoiminnan seurantaindikaattoreiden kehittämiseen sekä seuranta- ja arviointitiedon tuottamiseen. (80.) Tämä koskee laajemminkin sosiaalihuollon palveluja, joista ei ole saatavissa yhtä helposti laatu- ja vaikuttavuustietoa kuin terveydenhuollon palveluista.

6.3 Asiakkaiden luottamus ja kokemukset

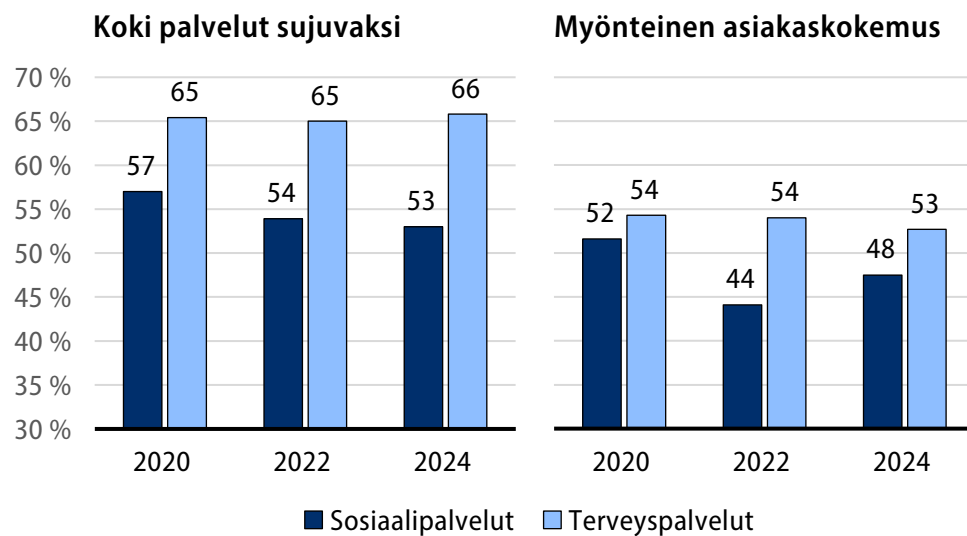
Kansalaisten luottamus terveyspalveluihin on ollut voimakkaasti laskussa 2020-luvulla. Terve Suomi -väestökyselyssä terveyspalveluihin luottaneiden osuus oli 76 prosenttia vuonna 2020, mutta vuoteen 2024 mennessä osuus oli pudonnut 54 prosenttiin (66). Kansalaispulsssikyselyssä luottamus terveydenhuoltoon laski vuosina 2020 – 2025 noin 90 prosentista noin 60 prosenttiin. Viimeiset kyselyt vuodelta 2025 viittaavat kuitenkin luottamuksen laskun pysähtymiseen tai ainakin tilanteen vakiintumiseen (81). Kansalaisten luottamus hätäkeskuspalveluihin on hyvinvointialueuudistuksen aikana pysynyt vahvana, ja asiakastytyväisyyystulokset ovat olleet erinomaisia (82).

Luottamuksen lasku on ollut huomattavan voimakasta, kun sitä arvioi suhteessa palvelujen saatavuutta koskeviin tietoihin ja kokemukseen palveluiden laadusta. Näissä indikaattoreissa ei nimittäin ole tapahtunut merkittävää muutosta verrattuna aikaan ennen uudistusta. Luottamuksen laskusta kertovat tulokset voivat heijastella hyvinvointialueista käytyä julkista keskustelua. Luottamuksen lasku voi myös liittyä uudistuksen toimeenpanon etäisyyteen suhteessa paikallisiin tarpeisiin ja asukkaiden toiveisiin (83).

Hyvinvointialueuudistus ei näytä merkittävästi vaikuttaneen asiakkaiden kokemukseen palveluiden laadusta. THL:n Terve Suomi -väestökyselyn mukaan myönteiset asiakaskokemukset ovat pysyneet melko samalla tasolla kuin ne olivat ennen hyvinvointialueuudistusta (kuvaaja 7). Terveystieteiden tutkimuskeskuksessa on huomattu, että sosiaalipalveluiden asiakkailla, ja alue-erot myönteisessä asiakaskokemuksessa olivat kohtuullisen pieniä (66). Tämä viittaa siihen, että sosiaaliterveydenhuollon ammattilaiset tarjoavat laadukasta hoitoa ja kohtaamisia, kunhan asiakas pääsee palvelujen piiriin.

Myös kokemus palvelun sujuvuudesta on pysynyt melko samalla tasolla verrattuna aikaan ennen sote-uudistusta (kuvaaja 7). Terveyspalveluiden käyttäjät arvioivat sujuvuutta kuitenkin myönteisemmin kuin sosiaalipalvelujen käyttäjät.

Kuvaaja 7. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita käyttäneiden kokemus palveluiden sujuvuudesta ja myönteisestä asiakaskokemuksesta, 2020–2024, (% asiakkaista). (Lähde: Sotkanet 2025)



Vanhuspalvelulain mukaisen vuonna 2024 toteutetun Kerro palvelustasi -kyselyn mukaan ikääntyneiden palveluissa yleinen asiakastyytyväisyys on säilynyt hyvänä, mutta kotihoidon asiakkaiden kokemukset palveluista ovat heikentyneet usealla osa-alueella kuten kokemuksessa avun saannin riittävydessä, toiveiden huomioimisessa, turvallisuuden kokemuksessa, ulkoilussa sekä ruoka- ja ateriapalveluissa. (84)

Kotihoidon suositteluhaluus (NPS) on kuitenkin melko hyvällä tasolla, eikä muu-
tosta hyvinvointialueuudistusta edeltäneeseen aikaan juuri ollut (84). Tulos koti-
hoidon asiakaskokemuksen heikentymisessä voi heijastella palvelujärjestelmän
yleisiä muutoksia, mutta myös sitä, että kotihoidon palvelut eivät toteudu riittävällä
tasolla ja kotona asutaan entistä huonokuntoisempina.

6.4 Integraatio

Palveluintegraatio sekä horisontaalisessa¹⁰ että vertikaalisessa¹¹ mielessä on ollut yksi hyvinvointialueuudistuksen keskeinen keino, jonka on arvioitu edesauttavan uudistukselle asetettujen tavoitteiden saavuttamista. Palveluintegraation tavoitteena on asiakastasolla edesauttaa asiakkaan pääsyä tarpeenmukaisiin palveluihin, parantaa palveluprosessien sujuvuutta ja jatkuvuutta sekä asiakastyytyväisyyttä.

Palvelujärjestelmän tasolla integroitu sosiaali- ja terveydenhuolto voi edistää aiempaa parempaa resurssien kohdentamista väestön palvelutarpeiden mukaisesti. Integroitu sosiaali- ja terveydenhuolto voi lisätä palvelujärjestelmän vaikuttavuutta ja potentiaalia kustannusten kasvun hillintään. Hyvinvointialueilla onkin aiempaan kuntapohjaiseen järjestelmään verrattuna paremmat mahdollisuudet ohjata sote-pe-palvelujärjestelmää kokonaisuutena, koska sosiaali-, terveys- ja pelastuspalvelut ovat nyt saman johdon ja budjetin alla. Integraation käytännön toteuttaminen on kuitenkin usein hidasta ja haastavaa (85, 86).

Hyvinvointialueet ovat lähteneet integraation kehittämiseen hyvin erilaisista lähtökohdista (87). Vuonna 2023 toteutettiin neljällä hyvinvointialueella pilottitutkimus, jossa arvioitiin alueiden integraation valmiuksia SCIROCCO-mittarin avulla (88). Alueet, joilla palvelut oli järjestetty sote-kuntayhtymäpohjalta jo ennen hyvinvointialueuudistusta, arvioivat integraatiovalmiutensa paremmiksi kuin alueet, jotka olivat lähteneet liikkeelle kuntapohjaisesta järjestelmästä.

Kuntapohjalta aloittaneet hyvinvointialueet saivatkin perinnöksi kuntakohtaiset erot palveluvalikoimassa, toimintatavoissa, -käytänteissä ja -kulttuureissa, mitkä ovat haastaneet uuden organisaation rakentamista ja palveluiden yhteensovittamista. Palveluiden yhteensovittaminen asiakastasolla edellyttää uudenlaisia toimintamalleja, ammattilaisten välistä yhteistyötä ja kehittämistä, ja tämä työ on kaikilla hyvinvointialueilla vielä kesken (87). Integraation kehittämistarve ulottuu hyvinvointialueen sisäisiä prosesseja laajemmalle, kuten hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistämisen alueelle (HYTE).

10 Horisontaalinen palvelujen integraatio tarkoittaa samalla palvelutasolla toimivien sosiaali- ja terveyspalveluiden yhteensovittamista asiakkaan moninaisten tarpeiden mukaiseksi kokonaisuudeksi.

11 Vertikaalinen palvelujen integraatio tarkoittaa perustason ja erityistason palvelujen välistä saumatonta yhteistyötä ja yhtenäisiä asiakasprosesseja, jotka varmistavat hoidon jatkuvuuden eri palveluporrasten välillä.

Uudistuksen alkuvaiheessa painopiste HYTE-yhteistyön kehittämisessä on kuitenkin ollut sisäisten yhteistyörakenteiden luomisessa. Yhteistyön syventämistä haastavat etenkin epäselvyydet rooleissa ja työnjaossa sekä puutteelliset kannusteet yhteistyöhön (89) (ks. luku 5 Hyvinvointialueuudistuksen alueellisesta toimeenpanosta). HYTE-toiminnan kehittymistä haastavat lisäksi hyvinvointialueiden sopeuttamistoimet sekä samanaikaisesti toteutettavat leikkaukset järjestöjen toimintaan (69).

Yksi sotepe-järjestelmän hallinnollisen integraation keskeinen hyöty on potentiaalisesti se, että palvelujärjestelmää voitaisiin johtaa ja ohjata siten, että se vastaa entistä paremmin väestön moninaisiin palvelutarpeisiin. Tätä kuitenkin haastavat erilaiset intressit ja palvelujärjestelmän ohjaukseen liittyvät puutteet. Kesällä 2025 osana väliarviointia toteutetun kyselyn perusteella hyvinvointialueet arvioivat, että resurssien kohdentaminen väestön tarpeiden mukaisesti olikin edennyt vain vähän verrattuna aikaan ennen hyvinvointialueuudistusta. Pieni osa alueista koki, että tilanne oli heikentynyt (liite 7). Jotta palvelujärjestelmän toiminta saadaan vastaamaan uudistukselle asetettuja tavoitteita ja hallinnollisesta integraatiosta pystytään ulosmittaamaan sen potentiaaliset hyödyt, tarvitaan määrätietoista uudistamista hyvinvointialueen virka- ja poliittiselta johdolta sekä kansalliselta ohjaukselta.

6.5 Sotepe-palvelujen yhdenvertaisuus ja yhdenmukaisuus

Sotepe-palvelujärjestelmän toiminnassa on merkittäviä eroja alueiden välillä. Alueiden väliset erot palvelujärjestelmän toiminnassa ovat olleet suomalaisessa sotepe-järjestelmässä jo pitkään tunnistettu haaste (ks. luku 3 Alueellisista lähtökohdista) eikä tilanteen voida olettaa täysin muuttuvan muutamassa vuodessa. Tältä osin uudistuksen toimeenpano on edelleen alkuvaiheessa.

Aikaisemmasta tutkimuksesta tiedetään, että terveyden ja hyvinvoinnin tasossa, palveluiden käytössä sekä palvelujärjestelmän tuottamissa lopputulemissa on melko pysyväluonteisia eroja väestöryhmien välillä (71, 90, 91). Myös kokemus tarpeenmukaisten palveluiden saamisesta vaihtelee väestöryhmien välillä ja sosio-ekonomiset erot tässä ovat kansainvälisesti vertailtuna suuret (67). Sosioekonominen eriarvoisuus ja siihen liittyvät rakenteelliset haasteet (90) ovat iso sosiaali- ja terveyspoliittinen haaste, joka edellyttää toimia niin kansallisella kuin alueellisella tasolla.

Hyvinvointialueiden omassa toiminnassa yhdenvertaisuuden huomioiminen on vaihtelevaa ja hyvinvointialueet ovat uudistuksen ensimmäisinä vuosina olleet erilaisissa tilanteissa sen osalta, missä määrin yhdenvertaisuuden edistämiseen ja

palvelujärjestelmän kehittämiseen on kiinnitetty huomiota (92). Hyvinvointialueille kesällä 2025 toteutetun kyselyn perusteella palveluiden yhdenvertaisuus¹² on kehittynyt vaihtelevasti eri hyvinvointialueilla sekä palvelukokonaisuuksissa verrattuna tilanteeseen ennen hyvinvointialueiden toiminnan alkamista (liite 7).

Kysyttäessä yhdenvertaisuutta edistävistä ja estävistä tekijöistä (liite 7) useat alueet raportoivat, ja aikaisemmat selvitykset myös osoittavat (51), että yhdenvertaisten palveluiden järjestäminen alueen koko väestölle on nyt paremmin toteutettavissa ja alueiden sisäinen, kuntakohtainen vaihtelu on vähentynyt palveluiden laadussa ja vaikuttavuudessa.

Lisäksi osana väliarviointia toteutetussa kyselyssä nousi esiin, että osaamista ja näyttöön perustuvia menetelmiä pystytään hyödyntämään nyt koko alueen väestön hyväksi. Usean alueen vastauksista käy kuitenkin ilmi, että yhdenvertaisuuden kohentuminen ei välttämättä ole tarkoittanut palveluiden paranemista. Tämä johtuu siitä, että joidenkin alueen kuntien palvelutasoa on laskettu aiemmasta, kun palveluita on koko alueen laajuudella yhdenmukaistettu.

6.6 Kriisi- ja häiriötilanteisiin varautuminen

Aiempien selvitysten mukaan koronapandemia vauhditti valmiuden ja varautumisen kehittämistä sotepe-järjestelmässä, ja hyvinvointialueuudistus on edelleen mahdollistanut pandemian aikana syntyneiden mallien laajemman käyttöönoton. Lainsäädäntö on vahvistanut hyvinvointialueiden valmiussuunnittelua, yhteistyöalueiden valmiuskeskuksia sekä tilannekuvan keruuta, mikä on todennäköisesti nopeuttanut rakenteiden kehittymistä verrattuna aiempaan kuntapohjaiseen järjestelmään. (93.)

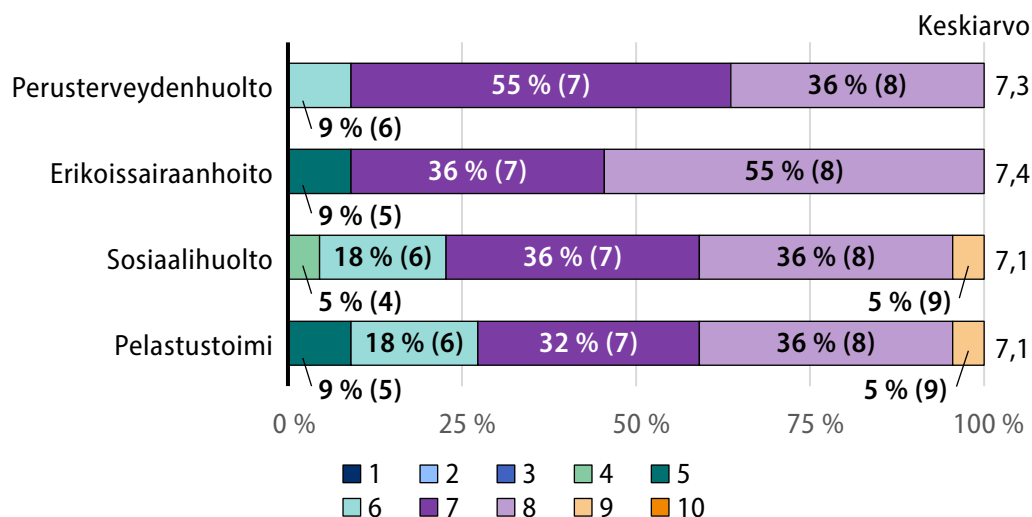
Kiristyneen kansainvälisen turvallisuustilanteen vuoksi hyvinvointialueille on myös annettu ja ollaan antamassa uusia velvoitteita varautumisen osalta. Näistä keskeisiä ovat muutokset sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakiin, joiden myötä vahvistetaan varautumista hyvinvointialuetta laajempiin ja kansallisen riskiarvion

12 Osana väliarviointia toteutetussa kyselyssä yhdenvertaisuus määriteltiin seuraavasti: ”Palveluiden yhdenvertaisuus tarkoittaa, että kaikilla ihmisillä on tasavertaiset mahdollisuudet saada tarvitsemiaan palveluja, riippumatta esimerkiksi iästä, sukupuolesta, kielestä, etnisestä taustasta, toimintakyvystä, asuinpaikasta tai sosioekonomisesta asemasta. Se edellyttää, että palvelut ovat saavutettavia, laadukkaita ja kohtelevat asiakkaita oikeudenmukaisesti yksilölliset tarpeet huomioiden.”

mukaisiin häiriötilanteisiin (94) sekä parannetaan sosiaali- ja terveydenhuollon valmiutta vastata muuttuneen turvallisuus ja toimintaympäristön vaatimuksiin sekä toimia aseellisen hyökkäyksen tai sen uhan aiheuttamissa poikkeusoloissa (95).

Hyvinvointialueet arvioivat, että kriisi- ja häiriötilanteisiin varautuminen on kehittynyt monilla alueilla myönteisesti, erityisesti erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon osalta (kuvaaja 8). Valtaosa alueista arvioivat varautumisen parantuneen.

Kuvaaja 8. Hyvinvointialueiden itsearvio: ”Kuinka koette kriisi- ja häiriötilanteisiin varautumisen kehittyneen hyvinvointialueuudistuksen jälkeen?” 1 = merkittävästi huonompi, 5 = ei muutosta, 10 = merkittävästi parempi (arvosana suluissa).
(Lähde: Osana väliarviointia toteutettu kysely 2025, $n=22$)



Tämä voi kuitenkin johtua myös siitä, että varautumiseen on koronapandemiasta lähtien kiinnitetty lisääntyvää huomiota ja varautumisen merkitys on entisestään korostunut Venäjän Ukrainaa vastaan aloittaman hyökkäyssodan jälkeen. Sosiaalihuollossa ja pelastustoimessa tilannearvio näyttäytyy hajanaisempana. Kokonaisuudessaan itsearviointi osoittaa, että hyvinvointialueet ovat tunnistaneet kehitystarpeet ja edenneet osin varautumisen vahvistamisessa, mutta vaihtelu eri palvelukokonaisuuksien ja alueiden välillä on merkittävää.

Pelastuslaitoksen Pronto-järjestelmän mukaan pelastuslaitoksen henkilöstön kehityksessä on tapahtunut myönteistä kehitystä vuodesta 2022 vuoteen 2023 niin päätoimisen henkilöstön kuin sopimushenkilöstön osalta. Pelastustoiminnassa vuosittaiset vaihtelut eri tehtävissä ovat merkittäviä, mutta isossa kuvassa

hyvinvointialueiden toiminnan ensimmäisinä vuosina tehtävien määrät ovat pysyneet samassa mittaluokassa kuin uudistusta edeltävänä aikana. Pelastustoimen valmiusajassa on sisäministeriön selvityksen perusteella nähtävissä myönteistä kehitystä, mutta alueelliset erot avunsaantiajassa ovat merkittävät.

6.7 Keskeiset havainnot

Arvioinnin keskeinen johtopäätös on, että turvallinen siirtymä palvelujärjestelmän toiminnassa on pääosin pystytty varmistamaan uudistuksen alkuvuosina. Uudistuksen hyödyt näkyvät kuitenkin epätasaisesti eri puolilla maata ja suurimmat haasteet tulevana vuosina palvelujärjestelmän toiminnassa liittyvät alueellisiin eroihin ja niiden ratkomiseen. Vallitsevassa pitkäkestoisessa kustannuspaineessa hyvinvointialueet ovat myös haastavan tehtävän edessä suhteessa uudistuksen tavoitteisiin: talouden merkittävä vakauttaminen ja samanaikainen palveluiden saatavuuden, laadun ja vaikuttavuuden parantaminen.

Palvelujärjestelmän ohjaaminen ja kehittäminen väestön tarpeiden mukaisesti ei näytä vielä olevan uudistuksen tavoitteisiin suhteutettuna riittävällä tasolla. Sote-järjestelmälle on tarve asettaa selkeämmät tavoitteet palveluvalikoiman määrittelyyn ja järjestelmän suorituskyvyn osalta, jotta järjestelmän toimintaa olisi mahdollista arvioida ja toisaalta yhteensovittaa haastavan taloudellisen tilanteen kanssa myös yli vaalikausien. Jatkossa keskeistä on myös tarkastella, miten hyvinvointialueiden budjeteissa priorisoidaan palveluja, ohjataan järjestelmän toimintaa väestön tarpeiden mukaisesti ja turvataan myös haavoittuvimmassa asemassa olevien ihmisryhmien tarpeet.

Yksi keskeinen hyvinvointialueuudistuksen tavoite on kaventaa alueellisia eroja palvelujärjestelmän toiminnassa, mutta erot ovat edelleen merkittäviä lähes kaikilla arvioiduilla osa-alueilla. Vaikka oletettavaa on, että alueelliset erot eivät ole merkittävästi ehtineet kaventua uudistuksen toimeenpanon alkuvuosina, on tämä teema, johon tulee jatkossa kiinnittää huomiota niin kansallisessa ohjauksessa, kuin palvelujärjestelmän seurannassa ja arvioinnissa.

Yhdenvertaisuuden näkökulmasta on olennaisen tärkeää, että alueellisia eroja palveluiden saatavuudessa, saavutettavuudessa ja laadussa saadaan kavennettua pitkällä aikavälillä. Samaan aikaan tulisi myös miettiä tavoitteet sille, kuinka suuria eroja väestön hyvinvoinnissa, terveydessä ja palvelujärjestelmän toiminnassa ollaan valmiita hyväksymään ja mitkä ovat ne kansalliset toimenpiteet, joihin ryhdytään, jos erot kasvavat liian suuriksi tai niitä ei saada kavennettua.

Väestön kokemusten perusteella näyttää siltä, että hyvinvointialueuudistuksen myötä riittävien palveluiden saatavuus on pitkälti pysynyt uudistusta edeltäneellä tasolla. Pitkään jatkunutta epäsuotuisaa kehitystä tyydyttymättömien palvelutarpeiden osalta ei kuitenkaan ole saatu katkaistua.

Väestön kokemukset järjestelmästä ovat olennainen osa järjestelmän oikeutuksen rakentumista. Jos väestössä koetaan laajaa tyytymättömyyttä tai epäluottamusta palvelujärjestelmän toimintaan, voi se haastaa järjestelmän olemassaolon oikeutusta. Siltä osin väestön romahtanut luottamus sosiaali- ja terveydenhuoltoon (66) on vakava signaali siitä, että järjestelmän toiminnan tulisi nykyistä paremmin vastata väestön odotuksiin (83). Hyvä uutinen kuitenkin on se, että palveluiden piiriin päästyään ihmisten kokemukset esimerkiksi asiakaskohtaamisten laadusta ovat säilyneet hyvällä tasolla.

Sosiaali- ja terveystalouden horisontaalinen ja vertikaalinen integraatio on ollut yksi keskeinen hyvinvointialueuudistuksen ajuri. Hyvinvointialueuudistus näyttää vahvistaneen erityisesti organisaatiotason edellytyksiä tiiviimpään yhteistyöhön monilla palvelualueilla (51). Se, että palvelut toimivat saman johdon alla tai kuuluvat samaan hallinnolliseen kokonaisuuteen, on todennäköisesti helpottanut palvelukokonaisuuksien johtamista, kehittämistä ja ammattilaisten välistä yhteistyötä. Vaikka hallinnollisen integraation luomat rakenteet tukevat todennäköisesti myös palveluiden yhteensovittamista asiakas- ja potilastasolla, ollaan uudistuksen toimeenpanossa tältä osin kuitenkin vielä alkuvaiheessa.

Arvioinnin tietopohjaan liittyy useita rajoitteita. Yksi keskeisimmistä on, että kaikista sote-palveluista ei ole saatavilla yhtäläisesti tietoa, minkä vuoksi arvioinnissa osa sote-palveluista saa suuremman painoarvon kuin sellaiset palvelut, joista esimerkiksi indikaattoritietoa ei arvioitavien osa-alueiden näkökulmasta ole saatavilla.

Lisäksi arvioinnissa käytetyn indikaattoritiedon tulkintaa haastaa se, missä määrin niissä tapahtunut kehitys on johtunut hyvinvointialueuudistuksesta ja missä määrin esimerkiksi muutoksista muussa kansallisessa sääntelyssä. Koska palvelujärjestelmän toiminta ja rakenteet muuttuvat usein hitaasti, indikaattoreita olisi seurattava pidempään, jotta palvelujärjestelmän toiminnasta uudistuksen jälkeen olisi mahdollisuus tehdä pidemmälle meneviä johtopäätöksiä.

Hyvinvointialueet lähtivät uudistukseen hyvin erilaisista lähtökohdista ja myös palveluiden uudistamisen tahti on ollut vaihteleva eri alueilla. Talouden tilanne on ollut koko uudistuksen toimeenpanon ajan haastava (ks. luku 4 Ulkoisista muutosvoimista), mikä osaltaan vaikuttaa siihen, miten nopeasti uudistuksen tavoitteita on edes teoriassa mahdollisuus saavuttaa.

7 Hyvinvointialueiden rahoitusmalli ja talouden kehitys

Tutkimusprofessori emeritus Markku Pekurinen

Professori Mika Kortelainen, Turun yliopisto

Tutkimusprofessori Teemu Lyytikäinen, Valtion taloudellinen tutkimuskeskus

7.1 Hyvinvointialueiden rahoitusmallin tavoitteet

Rahoituslailla säädellään hyvinvointialueiden valtion yleiskatteellisen rahoituksen kokonaistasoa ja kohdentumista hyvinvointialuekohtaisesti. Hyvinvointialueiden rahoituksen kokonaistaso määräytyy alueiden edellisvuoden rahoituksen ja rahoituksen vuosittaisten tarkistusperiaatteiden mukaan ja kohdennetaan alueille pääosin niiden väestön palvelujen tarvetta kuvaavien kriteerien mukaisesti. On tärkeä huomioida, että rahoitus kohdennetaan palvelujen järjestämisen edellytysten varmistamiseen, ei suoraan palvelujen tuottamiseen (6).

Hyvinvointialueiden rahoitukselle ei määritellä kovin selkeitä tavoitteita hyvinvointialueiden rahoituslaissa (5) tai järjestämislaissa (2). Hallituksen esitysten perusteista ko. laeiksi voidaan koostaa hyvinvointialueiden rahoitukselle seuraavat kolme keskeistä tavoitetta:

Tavoite 1: Yhtäläiset taloudelliset edellytykset

Rahoituksen tarkoitus on varmistaa hyvinvointialueille yhtäläiset taloudelliset edellytykset järjestää väestön tarpeen mukaiset sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen palvelut. Tavoitteeseen pyritään kohdentamalla käytössä oleva kokonaisrahoitus pääosin kunkin hyvinvointialueen väestön palvelujen tarvetta kuvaavien kriteerien perusteella hyvinvointialueille.

Tarveperusteiseen rahoitukseen siirrytään asteittain seitsemän vuoden siirtymäajan kuluessa 2023–2029. Siirtymäkaudella ja sen aikana sovellettavalla rahoituksen siirtymätasauksella pyritään mahdollistamaan kaikille hyvinvointialueille hallittu toiminnan mukauttaminen tarpeenmukaisen rahoituksen tasoon siirtymäajan kuluessa.

Tavoite 2: Kustannusten kasvun hillintä

Hyvinvointialueiden toiminta rahoitetaan pääasiassa valtion toimesta. Valtio päättää, ohjaa ja säätelee hyvinvointialueiden käytössä olevan vuosittaisen rahoituksen kokonaismäärää. Alueiden rahoitus perustuu pääosin kunkin alueen väestön palvelujen tarvetta kuvaaviin kriteereihin ja on yleiskatteellista.

Kokonaisrahoituksen taso tarkistetaan vuosittain laissa määriteltujen kriteerien perusteella koko maan tasolla:

- a. koko maan tasolla arvioidusta palvelutarpeen kasvusta otetaan huomioon 80 prosenttia (käytännössä rahoitus seuraa väestön määrän kasvua),
- b. kustannustason nousu otetaan huomioon hyvinvointialueindeksillä,
- c. rahoituksen jälkikätestarkastus tehdään koko maan tasolla, ei hyvinvointialueen tasolla.

Tehtävämuutosten vaikutus alueiden rahoitukseen arvioidaan tapauskohtaisesti erikseen.

Lisäksi hyvinvointialuekohtaisesti päätettävät luvat merkittävien investointien rahoitukselle sekä arviointimenettely ovat keskeinen osa kustannusten kasvun hillintää.

Tavoite 3: Kannuste terveyden edistämiseen

Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen on ainoa selkeä rahoituksen kriteeri, jolla pyritään kannustamaan hyvinvointialueita aktivoimaan kansallisella sosiaali- ja terveystaloudella tavoiteltavaa toimintaa. Kriteerin rahoituspaino 1,5 prosenttia on alueiden kokonaisrahoituksen kannalta vaatimaton.

Hyvinvointialueiden rahoituksesta puuttuvat selkeät ja yksiselitteiset kannusteet terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä lukuun ottamatta palvelujen ja toiminnan kustannusvaikuttavaan järjestämiseen, vaikka kustannusvaikuttavuuden parantaminen on yksi hyvinvointialueuudistuksen keskeisistä tavoitteista (2).

Rahoituslain perusteluissa todetaan, että palvelutarpeen kasvusta johtuvan rahoitustarpeen huomioon ottaminen 80 prosenttisesti ”loisi hyvinvointialueille kannustimen tehostaa toimintaansa ja siten hidastaa kustannusten kasvua. Tätä kannustinta tehostaisi se, että hyvinvointialueen toistuva rahoitusali jäämä johtaisi arviointimenettelyn käynnistymiseen.”

7.2 Hyvinvointialueiden rahoituksen määräytymisperusteiden toimivuus

7.2.1 Rahoituksen jakautuminen hyvinvointialueille

Noin 80 prosenttia valtionrahoituksesta jaetaan hyvinvointialuekohtaisen palvelutarvearvion perusteella. Palvelutarve riippuu sairastavuudesta, ikärakenteesta ja sosioekonomisista tekijöistä. Runsas 13 prosenttia jaetaan asukasperusteisesti, noin 5 prosenttia olosuhdetekijöiden perusteella ja noin 1,5 prosenttia HYTE-kertoimen perusteella. Liitteessä 8 kuvataan eri rahoituskriteerien perusteella jaettavan rahoituksen osuus sekä rahoituksen vaihteluväli.

Lisäksi rahoituksen jakautumiseen vaikuttaa merkittävästi siirtymätasaus. Vuonna 2026 korkein siirtymätasaukseen perustuva rahoituksen lisäys on 251 euroa asukasta kohden ja suurin vähennys on 352 euroa. Siirtymätasauksesta aiheutuu siis suuruusluokaltaan yhtä suuria eroja rahoitukseen kuin terveyden-, vanhusten- tai sosiaalihuollon palvelutarpeen tai asukastiheyden eroista (liite 8).

Valtion rahoitus mahdollistaa saman tasoiset palvelut eri hyvinvointialueilla, mikäli rahoituskriteerit heijastavat hyvin alue-eroja palvelutarpeessa ja kustannustasossa. Käytännössä rahoituksen määrä poikkeaa tavoitteesta monesta syystä. Näin oli ennen sote-uudistustakin, mutta valtionosuuksien merkitys oli pienempi, kun valtaosa rahoituksesta tuli omista verotuloista. Nyt erot valtionrahoituksessa heijastuvat suuremmin palvelujen järjestämisen edellytyksiin.

Palvelutarvearviot perustuvat THL:n tilastollisiin tutkimuksiin (97, 98, 99). Tarvekertoimia voidaan pitää parhaimpana saatavilla olevana tietona palvelutarpeen eroista, ja niitä kehitetään edelleen. Tarvekertoimet perustuvat kuitenkin tilastollisiin ennustemalleihin, jotka selittävät palvelukäytön vaihtelusta vain pienen osan. Ennustemallin tuloksiin liittyy väistämättä ennustevirheen mahdollisuus ja tilastollista epävarmuutta. Myös sairauksien kirjaamiseen ja niitä koskevan tietopohjan laatuun liittyy haasteita, jotka voivat heikentää tarveperusteisen rahoituksen tasapuolisuutta.

Vieraskielisyys ja asukastiheys ovat esimerkkejä olosuhdetekijöistä, joiden tarkoituksena on tasata palvelutuotannon kustannuseroja. Ei kuitenkaan ole selvää mihin olosuhdetekijöiden kertoimet perustuvat ja kuinka hyvin ne vastaavat todellisia eroja kustannustasossa. Rahoituksen tasapuolisuuden kannalta olosuhdetekijöiden kertoimien toimivuutta olisi syytä tarkastella, ja niitä tulisi pyrkiä päivittämään. Olosuhteiden vaikutuksen luotettava ja tarkka mittaaminen tutkimuksella on kuitenkin erittäin haastavaa (99). Käytännössä on mahdoton tietää, onko yksittäisen alueen

saama rahoitus tarpeisiin ja olosuhteisiin nähden muita suurempi vai pienempi. Epävarmuus mallin tasapuolisuudesta tulee olemaan jatkuva ja merkittävä haaste, vaikka rahoitusmallia kehitettäisiinkin tutkimuksen perusteella.

Rahoituksen asukasperusteisen osan suuruudelle ei ole selkeitä perusteita. Sen suuri paino todennäköisesti heikentää rahoituksen yhteyttä palvelutarpeeseen ja kustannuksiin vaikuttaviin olosuhteisiin. Myöskään siirtymätasaus ei ole perusteltu palvelutarpeen tai kustannustason vakioimisen näkökulmasta. Siirtymätasaus oli tarpeen uudistuksen läpiviemiseksi mutta se heikentää rahoituksen tasapuolisuutta.

Pelastustoimen rahoituksen merkitys on sote-rahoitukseen verrattuna pieni. Pelastustoimen rahoituksen vaihteluväli vuonna 2026 on 81 – 152 €/asukas, josta asukaskohtaisuuden osuus on 68 euroa.

7.2.2 Rahoituksen tason määräytymisperusteet

Hyvinvointialueiden saaman valtion rahoituksen kokonaismäärä on noin 26,2 miljardia euroa vuonna 2025. Sote-rahoituksen osuus tästä on noin 25,7 miljardia. Pelastustoimen rahoituksen osuus on vain 2 prosenttia (580 miljoonaa), minkä takia tarkastelun pääpaino on sote-rahoituksessa.

Sote-rahoituksen taso perustuu kuntien sote-palvelujen nettomenoihin vuonna 2022, joihin lisätään indeksikorotus, ennustetun palvelutarpeen kasvun mukainen korotus, lainsäädännön muutoksista johtuva korjaus, siirtymätasaus sekä jälkikäteistarkistus.

Valtion rahoituksen kokonaismäärä = Nettomenot 2022 + indeksikorotus + palvelutarpeen kasvun ennuste + jälkikäteistarkistus + lainsäädännön muutokset + siirtymätasaus

Alla tarkastellaan rahoituksen kokonaismäärän perusteita ja pyritään arvioimaan, miten rahoituksen tason kehitys vertautuu todelliseen kustannuskehitykseen. Arviot komponenteittain on koottu taulukkoon 3. Kaiken kaikkiaan vaikuttaa siltä, että hyvinvointialueiden kokonaisrahoitus ei ole alkuvuosina vastannut tasoa, joka mahdollistaisi hyvinvointialueuudistusta edeltäneen palvelutason. Toisin sanoen hyvinvointialueille siirtynyt rahoitus ei ole vastannut siirtyneitä kustannuksia.

Taulukko 3. Rahoituksen tason määräytymistekijät ja niiden ero toteutuneeseen tarpeiden ja kustannusten tasoon.

Valtion rahoituksen kokonaistason määräytymistekijä	Ero todellisten tarpeiden sekä kustannustason ja -kehityksen välillä, arvio
Nettomenot 2022	Todellista tarvetta alempi
Indeksikorotus	Todellista tarvetta alempi
Palvelutarpeen kasvun ennuste	Epäselvä
Jälikäteistarkistus	Epäselvä
Lainsäädännön muutokset	Epäselvä
Siirtymätasaus	Ei merkittävää eroa

Nettomenot vuonna 2022

Kuntien sote-palvelujen nettomenot saadaan vähentämällä kuntien vuoden 2022 sote-toimintamenojen kokonaismäärästä asiakasmaksut ja muut valtion avustukset. Vuoden 2022 sote-menot saattoivat poiketa normaalista tasosta monesta syystä. Ensinnäkin kunnilla oli kannustin tavoitella mahdollisimman pieniä sote-menoja vuonna 2022, sillä kunnan valtionosuuksien määrä sote-uudistuksen jälkeen oli sitä suurempi, mitä pienemmät kunnan sote-menot olivat kyseisenä vuonna. Tämä johtui ns. muutosrajoittimesta, joka lisää kuntien rahoitusta 60 prosentilla kunnalta hyvinvointialueille siirtyneiden tulojen ja sote-menojen erotuksesta. Toiseksi koronaviruspandemian jälkihoito teki vuodesta 2022 poikkeuksellisen. Kunnat saivat vuonna 2022 suuria koronaviruspandemiaan liittyviä valtionavustuksia, jotka vähennetään nettomenoja laskettaessa. Jos valtionavustukset ylittivät pandemian aiheuttamat lisäkustannukset, olivat kunnan nettomenot keinoitekoisen pienet. Talouspolitiikan arviointineuvoston (30) mukaan kuntien koronatuettuna vuonna 2022 ylittivät lisämenot noin 250–300 miljoonalla, mikä jäi pysyväksi vajeeksi rahoitus-pohjaan. Kuntien sote-menojen aliresursoinnin suuruudesta ei ole määrällistä arviota.

Indeksikorotus

Valtionrahoitusta korotetaan vuosittain hyvinvointialueindeksillä (hva-indeksi), joka koostuu yleisestä ansiotasoindeksistä (paino 60 prosenttia), kuluttajanhintaindeksistä (paino 30 prosenttia) ja työnantajamaksujen kehityksestä (paino 10 prosenttia). Hyvinvointialueindeksi ei välttämättä kuvaa kovin tarkasti hyvinvointialueiden kustannuskehitystä. Sote-työvoiman palkkakehitys voi poiketa merkittävästi yleisestä ansiotason kehityksestä eikä kuluttajahintaindeksi välttämättä kuvaa hyvinvointialueiden muiden kustannusten kehitystä (esim. sairaalatarvikkeet ja lääkkeet). Lisäksi rahoitus perustuu hva-indeksin edeltävän vuoden syksyn ennusteeseen, mikä voi poiketa merkittävästi kustannusten todellisesta kehityksestä. Ennustettua kehitystä käytetään, jotta rahoituksen määrä olisi paremmin ennakoitavissa. Esimerkiksi vuonna 2023 sote-alan palkat nousivat 6 prosentilla, kun syksyllä 2022 ennustettu ansiotasoindeksin nousu oli vain 3,5 prosenttia ja toteutunut nousu oli 4,2 prosenttia. Myös toteutunut inflaatio on ollut merkittävästi ennustettua inflaatiota nopeampaa. Vaikuttaa siltä, että indeksikorotukset ovat olleet alkuvuosina merkittävästi todellista kustannustason kehitystä matalampia. TPAN (30) laskelman mukaan hva-indeksin ennustetun arvon ja toteutuneen arvon erosta aiheutui vuosina 2023 ja 2024 noin 300 miljoonan euron vaje vuosittaiseen rahoitukseen. Myös sote-alan palkkojen kehityksen ja yleisen ansiotasoindeksin kehityksen erosta syntyi merkittävää vajetta rahoitukseen.

Palvelutarpeen kasvu

Palvelutarpeen kasvuarvio perustuu THL:n laskelmiin, joissa hyödynnetään Tilastokeskuksen väestöennustetta. Arvio päivitetään neljän vuoden välein, jotta rahoituksen tason muutokset olisivat ennakoitavia. Tämänhetkinen arvio palvelutarpeen kasvusta on noin 1 prosentti vuosina 2023–2027. Sote-menojen kasvua pyritään hillitsemään kasvattamalla rahoitusta vain 80 prosentilla ennakoidusta palvelutarpeen kasvusta. Vuosina 2023 ja 2024 palvelutarpeen ennakoitu kasvu huomioitiin kuitenkin täysin. Lisäksi vuosina 2025–2029 palvelutarpeen kasvua korotetaan 0,2 prosenttiyksiköllä mikä käytännössä tarkoittaa, että ennakoitu palvelutarpeen kasvu huomioidaan täysin myös tulevinä vuosina. Ennustettu palvelutarpeen muutos saattaa poiketa todellisesta merkittävästi. Lainsäädännön muutoksista aiheutuvat muutokset kustannuksiin huomioidaan rahoitusta lisäävinä tai vähentävinä tekijöinä. Kustannusvaikutusten arviointi voi kuitenkin olla haastavaa.

Siirtymätasaus

Siirtymätasaus perustuu laskennallisen valtionrahoituksen ja alueen kuntien vuoden 2022 sote-menojen erotukseen. Siirtymätasaus lievenee asteittain vuoteen 2029 asti, jonka jälkeen se on toistaiseksi pysyvä. Siirtymätasaus kattaa vuodesta 2029 lähtien alueen kuntien todellisten kustannusten ja laskennallisten kustannusten erotuksesta +200 euroa ylittävän osan ja -100 euroa alittavan osan. Siirtymätasaukseen ei tehdä indeksikorotuksia, mikä pienentää sen reaalista merkitystä vuoden 2029 jälkeenkin. Negatiiviset ja positiiviset siirtymätasaukset pitkälti kumoavat toisensa, joten siirtymätasauksen vaikutus rahoituksen kokonaistason on vain joitain kymmeniä miljoonia. Negatiivisten ja positiivisten siirtymätasauksen erot ovat suuria, joten siirtymätasaus vaikuttaa merkittävästi rahoituksen jakautumiseen hyvinvointialueiden kesken.

Jälkikäteistarkistus

Jälkikäteistarkistus lasketaan koko maan tasolle hyvinvointialueiden saamaan laskennallisen valtion rahoituksen ja nettokustannusten erotuksen perusteella. Toteutuneiden menojen ja rahoituksen erotus lisätään rahoituksen tasoon kahden vuoden viiveellä. Ensimmäinen jälkikäteistarkistus tehtiin vuonna 2025 ja se kasvatti vuotuista rahoitusta noin 1,4 miljardilla eurolla. Vuonna 2026 jälkikäteistarkistus vähentää rahoitusta noin 200 miljoonalla eurolla. Vuodesta 2026 alkaen jälkikäteistarkistuksesta vähennetään omavastuu, joka on aluksi 5 prosenttia ja kasvaa asteittain 30 prosenttiin vuonna 2029.

7.2.3 Alijäämän kattamisvelvoite ja sen vuorovaikutus jälkikäteistarkistuksen kanssa

Valtionrahoituksen määräytymisperusteiden ohella myös hyvinvointialueiden talouden sääntely vaikuttaa rahoituksen tasoon, sillä rahoitus seuraa toteutunutta kustannuskehitystä jälkikäteistarkistuksen takia. Keskeinen ohjauksen väline on kertyneen alijäämän kattamisvelvoite.

Jos hyvinvointialue tekee alijäämäisen tuloksen, sen on katettava alijäämä kolmen vuoden kuluessa. Myös alijäämäisen vuoden jälkeen kertyvä lisäalijäämäkin on katettava samassa kolmen vuoden aikaikkunassa. Alijäämän kattamisvelvoite ohjaa hyvinvointialueet tasapainottamaan taloutensa, mikä puolestaan vaikuttaa rahoituksen tasoon jälkikäteistarkistuksen kautta.

Esimerkiksi hyvinvointialueelta, joka teki 100 miljoonan alijäämän vuosina 2023 ja 2024, vaaditaan 200 miljoonan ylijäämä viimeistään vuonna 2026. Vuoden 2023 alijäämä lisää jälkikäteistarkistuksen kautta kaikkien hyvinvointialueiden rahoitusta 100 miljoonalla vuonna 2025. Vuoden 2026 ylijäämä puolestaan johtaa jälkikäteistarkistuksen pienenemiseen vuonna 2028 eli vähentää hyvinvointialueen rahoitusta.

Rahoitukseen tehtävän jälkikäteistarkistuksen tarkoituksena on ollut taata, että koko maan tasolla rahoitus seuraisi toteutunutta kustannuskehitystä. Alijäämän kattamisvelvoite kuitenkin johtaa siihen, ettei näin välttämättä ole. Kun alijäämä katetaan, menot pienenevät ja negatiivinen jälkikäteistarkistus palauttaa rahoituksen aiemmalle tasolle tai sen alle. Jos hyvinvointialueet ovat kokonaisuudessaan alijäämäisiä samanaikaisesti ja kattavat kertyneitä alijäämiä samanaikaisesti, syntyy rahoituksen tasoon syklinen heilahtelu jälkikäteistarkistuksen kautta. Liitteessä 9 esitellään havainnollistava laskelma, joka kuvaa mekanismin synnyn.

Jälkikäteistarkistukseen vuonna 2026 käyttöön otettava osittainen omavastuu lieventää kustannussokista aiheutuvaa heilahtelua, mutta ei poista sitä. Esimerkiksi yllättävästä hintojen ja palkkojen noususta saattaa aiheutua sokki, joka johtaa pitkään jatkuvaan heilahteluun rahoituksen tasossa. Keskimäärin rahoitus jää yllättävän kustannustason nousun mukaisen kustannustason alapuolelle. Rahoitusta voitaisiin pyrkiä vakauttamaan esimerkiksi lisäämällä rahoitukseen korjaustermi, joka perustuisi edellisen vuoden hva-indeksin alkuperäisen ennusteen ja tarkentuneen tai toteutuneen arvon erotukseen. Tällöin rahoitus reagoisi nopeammin yllättäviin muutoksiin kustannuksissa.

Myös alijäämän kattamisveloitteen pidentäminen tasapainottaisi rahoituksen tason kehitystä. Valtiovarainministeriössä onkin valmisteilla väliaikainen täydennys hyvinvointialueiden talouden ohjaukseen sääntelyyn, joka antaisi tietyin ehdoin hyvinvointialueille, joille ei kerry uutta alijäämää vuodelta 2025, mahdollisuuden kattaa ennen vuotta 2025 syntyneet alijäämät vasta vuoden 2027 tai 2028 loppuun mennessä. (100.)

7.2.4 Kustannusten ja alijäämän kehitys

Liite 10 kuvaa hyvinvointialueiden talouden tasapainon kehitystä asukasta kohden mitatun alijäämän avulla. Vuosien 2023 ja 2024 luvut perustuvat tilinpäätöksiin ja vuosi 2025 talousarvioihin, joiden toteutuminen on epävarmaa. Hyvinvointialueiden talous on ollut voimakkaasti alijäämäinen vuosina 2023 ja 2024, ja kaikki alueet Helsinkiä lukuun ottamatta tekivät alijäämää näinä vuosina. Vuonna 2025 hyvinvointialueiden talous kohenee merkittävästi, mikä johtuu suurelta osin rahoituksen jälkikäteistarkistuksesta (noin 1,4 miljardia euroa). Seitsemän aluetta on kuitenkin talousarvioiden mukaan edelleen alijäämäisiä vuonna 2025. Kymmenen hyvinvointialueen vuosina 2023–2025 kertynyt alijäämä vastaa yli 10 prosenttia vuosittaisista toimintamenoista. Alijäämän kattamisvelvoitteen noudattaminen vuoden 2026 loppuun mennessä johtaisi erittäin merkittävään palvelujen karsimiseen. Alijäämien kattamisvelvoitteeseen onkin valmisteilla lievennyksiä, ja osa alueista saattaa myös hakea lisärahoitusta.

7.3 Hyvinvointialueiden rahoitusmallin kannustavuus

Nykyisellä valtionrahoitukseen perustuvalla rahoitusmallilla pyritään yhdistämään tarveperusteinen yhdenvertaisuus ja kustannusten kasvun hillintä, mutta tehokkuuden ja ennaltaehkäisyn kannusteet ovat jääneet järjestelmätasolla puutteellisiksi. Tämä on ollut toistuva huomio arvioitaessa rahoitusmallin kannustinvaikutuksia (13).

Hyvinvointialueet ovat nostaneet esille rahoitusmallin keskeisinä käytännön haasteina sen ennakoimattomuuden ja tietopohjaan liittyvät epävarmuudet. Mallia on päivitetty toistuvasti, mikä on vaikeuttanut alueiden pitkäjänteistä taloussuunnittelua. Lisäksi laskennallisen tarveperusteisuuden taustalla oleva tietopohja on sekä osin epätarkka että jatkuvan kehittämisen kohteena. Rahoitusmallin laskentatapa aiheuttaa ns. nollasummapelin: kun yhden alueen palvelutarpeen arviointiin liittyvät painotukset tai tietopohja muuttuu, rahoitusosuudet täsmentyvät myös muiden alueiden kustannuksella.

On tärkeää korostaa, että nykyisessä järjestelmässä valtionrahoituksen muutokset korostuvat merkittävästi aiempaan kuntapohjaiseen järjestelmään verrattuna, jossa valtion rahoitusosuus kattoi koko maan tasolla vain noin 20 prosenttia kokonaisuudesta. Rahoitusmalli altistaa hyvinvointialuekohtaisen rahoituksen muutokselle, mikäli yksittäisen alueen tietopohja tarkentuu tai valtakunnallinen malli päivittyy.

Mallissa hyvinvointialueiden rahoitus määräytyy valtaosin laskennallisesti väestön palvelutarpeen perusteella, minkä lisäksi mukana ovat väkilukuun ja olosuhdetekijöihin perustuvat komponentit sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen

kerroin eli HYTE-kerroin. Malli painottaa tarveperusteisuutta, mutta sen kannustavuus palveluiden tehokkaaseen järjestämiseen ja ennaltaehkäisevään työhön on osoittautunut hyvin rajalliseksi.

7.3.1 Mihin nykyinen hyvinvointialueiden rahoitusmalli kannustaa?

Laskennallinen rahoitus sisältää periaatteessa tehokkuuskannustimen, mutta alueet voivat käyttää säästyneet varat vain lainsäädännössä määritellyn toimintaan alueella. Käytännössä kannustin voi jäädä heikoksi, koska säästöjen hyödyntäminen edellyttää selkeää hallintoa ja strategista johtamista, ja rahoituksen kokonaistaso määräytyy valtakunnallisesti. Toisin kuin aiemmassa kuntapohjaisessa järjestelmässä, alueet eivät voi käyttää säästämäänsä rahoja sellaisiin julkisiin menoihin, jotka eivät liity hyvinvointialueisiin tai ohjata esimerkiksi sairauksien ennaltaehkäisyn kautta saavutettuja säästöjä takaisin alueen veronmaksajille eli äänestäjille.

Merkittävä heikkous tarveperusteisessa rahoitusmallissa on se, että malli ei palkitse alueita sairastavuuden vähentämisestä. Hyvinvointialueen rahoitus voi päinvastoin kasvaa, jos rekistereihin kirjautuu enemmän palvelutarvetta lisääviä diagnooseja tietopohjan kehittymisen tai kirjaamiskäytäntöjen muuttumisen takia¹³. Tämä luo kannustimen ylläpitää tai jopa kasvattaa havaittua palvelutarvetta – ilmiö, jota kansainvälisessä tutkimuskirjallisuudessa kutsutaan ”upcodingiksi” (101, 102).

Upcoding ei edellytä suoraa väärinkirjaamista tai vilpillistä toimintaa, vaan se voi ilmetä hienovaraisina muutoksina kirjaamiskäytännöissä, joissa rajatapauksissa valitaan rekisteröitäväksi vakavampi diagnoosi tai useampia diagnooseja. Ilmiön houkuttelevuutta lisää se, että se voi lisätä alueen rahoitusta ilman todellisia panostuksia palveluihin tai sairastavuuden vähentämiseen. Siten upcoding muodostaa jatkossakin merkittävän haasteen rahoitusmallin oikeudenmukaisuudelle ja kustannusohjaukselle. Koska tarveperusteinen rahoitus kytkeytyy vahvasti kirjaamiskäytäntöihin, rahoitusmalli sisältää sisäänrakennetun riskin tietopohjan manipuloimisesta hallinnollisin käytäntein. Ilmiö ei ole vain tekninen, vaan se voi rapauttaa järjestelmän uskottavuutta, jos rahoitus koetaan riippuvaiseksi kirjaamiskäytännöistä enemmän kuin todellisista tarpeista.

13 Hyvinvointialueiden erilaiset diagnoosien kirjaamiskäytännöt eivät vaikuta soten kokonaisrahoituksen tasoon, mutta vaikuttavat rahoituksen jakautumiseen alueiden kesken. On tärkeää varmistaa valtakunnallisten kirjaamisohjeiden yhdenmukainen tulkinta, soveltaminen ja noudattaminen hyvinvointialueilla. Terveysvakuutukseen perustuvissa rahoitusjärjestelmissä diagnoosien kirjaamista auditoidaan säännöllisesti ja pistokokein riippumattomien, tehtävään auktorisoitujen asiantuntijatahojen toimesta.

Kansainvälisen tutkimusnäytön perusteella tarveperusteiset mallit voivat kannustaa erityisesti sellaiseen strategiseen kirjaamiseen, jossa lieviä oireita kirjataan vakavampina tai palvelutarvetta lisäävinä diagnooseina (102, 103). Vaikka ilmiötä ei ole vielä Suomessa laajasti tutkittu, kirjausten lisääntymisestä hyvinvointialueilla on jo havaintoja. Tällä hetkellä käytettävissä olevien tietojen perusteella on kuitenkin vaikea erottaa, johtuuko kirjausten lisääntyminen muutoksissa tietopohjassa ja toisaalta kirjaamiskäytännöissä.

Kirjauskäytäntöjen muutoksia tulisi seurata systemaattisesti tulevaisuuden arvioinneissa. HYTE-kerroin on yritys tasapainottaa ilmeistä kannustinongelmaa, mutta sen painoarvo on nykyisellään pieni ja mittaristo rajallinen. Tämä tekee HYTE-kertoimesta enemmän symbolisen kuin aidosti ohjaavan välineen.

Rahoitusmallin toinen erityispiirre on se, että vaikka hyvinvointialueet saavat rahoituksensa ennakkoon laskennallisin perustein, kokonaistasoa tarkistetaan kahden vuoden viiveellä kansallisesti toteutuneiden kustannusten pohjalta aluekohtaisten kustannusten sijaan. Yksittäinen alue ei voi odottaa saavansa jatkossa lisää rahoitusta sen perusteella, että sen omat kustannukset ovat ylittyneet, ellei samanlaista kustannuskehitystä tapahdu myös muilla alueilla. Koska yksittäisen alueen pysyvästi ylijäämäinen tilinpäätös ei suoraan hyödytä aluetta, on alueella tyypillisesti kannustin käyttää kaikki valtiolta saatu rahoitus. Tämä heikentää motivaatiota kustannustehokkaaseen toimintaan ja luo tilanteen, jossa alueet eivät tavoittele ylijäämiä, vaikka siihen olisi taloudelliset edellytykset.

Koska säästöistä ei palkita ja mahdollinen ylijäämä voi johtaa pienempään rahoitukseen tulevaisuudessa (vrt. esim. Helsingille ehdotettu rahoitusleikkaus keväällä 2025), on alueiden rationaalista käyttää kaikki jaetut resurssit täysimääräisesti.¹⁴ Tämä niin kutsuttu ”käytä tai menetä” -logiikka voidaan nähdä rahoitusmallin keskeisenä kannustinpuutteena. Kyse on rakenteellisesta vinoutumasta, joka ohjaa alueita menojen maksimointiin tehokkuuden sijasta. Kannustavammassa rahoitusmallissa ylijäämäisistä tilinpäätöksistä pitäisi ennemminkin palkita alueita, ei rangaista. Taloudellisesta näkökulmasta kyse on moral hazard (moraalikato) -tyyppisestä tilanteesta, jossa alueen oma tehokkuus ei koidu sen omaksi hyödyksi.

14 Rahoitukseen tehtävän kertaluentaisen leikkauksen ohella (kuten Helsingin leikkaus), muita alueita parempi talouden tasapaino voi lisätä riskiä pysyvämpäänkin rahoituksen vähenemiseen, jos rahoitusmallia päivitetään tukemaan voimakkaammin heikossa tilanteessa olevia alueita.

Valtakunnallinen rahoituksen kokonaistason tarkistus synnyttää myös asetelman, jossa hyvinvointialueilla voi olla yhteinen, vaikkakin implisiittinen, kannustin kasvattaa kustannuksia tai olla hillitsemättä niiden kasvua. Jos suuri osa alueista alittaa budjettinsa, se voi johtaa valtakunnallisesti rahoituksen kiristymiseen tulevina vuosina. Vastaavasti suuret alijäämät voivat lisätä painetta ylimääräiseen valtakunnalliseen rahoitukseen.

Näin syntyy tilanne, jossa yksittäisellä alueella voi olla strateginen intressi mukautua yleiseen kustannustasoon – ei poikkeamalla tehokkaammaksi, vaan ennemminkin pysyttelemällä keskiarvossa. Tätä voidaan luonnehtia eräänlaiseksi hiljaiseksi yhteisymmärrykseksi (*tacit collusion*), jossa alueet implisiittisesti koordinoivat käyttäytymistään yhteisen edun vuoksi. Vaikka kyse ei ole muodollisesta yhteistyöstä, tällainen dynamiikka voi heikentää rahoitusmallin kykyä ohjata tehokkuuteen ja hillitä menojen kasvua.

Tutkimuskirjallisuus korostaa, että ilman selkeitä sanktiomekanismeja ja vastuunjakoa, valtiollisessa rahoitusmallissa muodostuu budjetin ylittyessä odotus lisärahoituksesta (11). Tämä heikentää alueiden motivaatiota tehdä vaikeita sopeutustoimenpiteitä. Yksi keskeisimmistä kannustinongelmista nykyisessä valtionrahoitteisessa sote-mallissa onkin riski niin sanotulle pehmeälle budjettirajoitteelle (*soft budget constraint*).

Tällaisessa tilanteessa alueiden ei tarvitse kantaa täyttä vastuuta päätöstensä taloudellisista seurauksista, mikä voi erityisesti pitkällä aikavälillä johtaa tehottomaan resurssien käyttöön ja heikkoon kustannusten hallintaan. Pehmeä budjettirajoite luo rakenteen, jossa alueiden poliittinen ja hallinnollinen rationaalisuus ohjaa usein lisärahoituksen hakemiseen, ei kustannusten hillintään. Pehmeän budjettirajoitteen ilmiö on laajasti tunnettu taloustieteessä (104) ja se on erityisen relevantti terveydenhuoltopalvelujen järjestämisessä, jossa poliittinen paine turvata palvelut voi estää todellisten taloudellisten rajoitteiden muodostumisen.

Empiiristä näyttöä pehmeän budjettirajoitteen vaikutuksista on raportoitu esimerkiksi Norjassa ja Italiassa, joissa valtion viimekätinen rahoitusvastuu on johtanut järjestelmän kustannusten kasvuun ja resurssien tehottomaan kohdentumiseen (105, 106). Vastaava dynamiikka on nähtävissä myös Suomessa. Valtiolta voidaan hakea lisärahoitusta, ja valtakunnallinen kustannustarkistus tekee rahoituksesta osin kollektiivisen. Tämä voi johtaa tilanteeseen, jossa yksittäinen alue ei saa täyttä hyötyä säästöistään eikä toisaalta kanna täyttä vastuuta ylityksistään.

Tämä dynamiikka ruokkii myös niin sanottua syyllistämispeliä (*blaming game*), jossa hyvinvointialueiden johtajat ja poliittiset päättäjät voivat syyttää palvelutuotannon puutteista liian vähäistä valtionrahoitusta ja toisaalta valtio alueita resurssien

tehottomasta kohdentamisesta tai käytöstä. Syyllistämiskeinoista on näyttöä esimerkiksi Norjasta (105) ja myös Suomessa on nähty syyllistämistä sekä järjestäjien että rahoittajien taholta.

Kaiken kaikkiaan nykyinen rahoitusmalli ei kannusta riittävästi hyvinvointialueita ylimääräisten budjettien tekemiseen. Budjetin ylitykset voivat johtaa lisärahoitukseen, ja säästäminen voi johtaa rahoituksen leikkaukseen tulevaisuudessa. Tämä vinouttaa kannustimet siten, että rakenteellisen ylijäämän tavoittelu ei ole tarkoituksenmukainen strategia alueille. Nämä rahoitusmallin kannustimet voivat voimistaa sote-menojen nousua pidemmällä aikavälillä, mikä johtaisi myös kokonaisverotusasteen nousuun. Rahoitusmalli voi osaltaan kiihdyttää julkisen talouden kestävyysvajetta ja lisätä painetta verotuksen kiristämiseen tulevana vuosikymmeninä.

7.3.2 Rahoitusmallin kannustimet ennaltaehkäisyyn

Nykyinen malli ei sisällä selkeitä kannustimia kustannusvaikuttaviin tai ennaltaehkäiseviin toimiin. Mallissa on jopa sisäänrakennettuna kannustin olla investoimatta ennaltaehkäisyyn, koska ennaltaehkäiseviin toimenpiteisiin panostaminen voi vähentää sairastavuutta ja sitä kautta vähentää alueen saamaa rahoitusta merkittävästi tulevaisuudessa. Näin ollen nykyinen rahoitusmalli voi kannustaa alueita pitämään rekisteröidyn sairastavuuden ennallaan tai jopa kasvattamaan sitä.

Nykyisessä mallissa on myös yksi selkeä kannustinelementti, HYTE-kerroin. Vaikka se on askel kannustavampaan suuntaan, sen painoarvo (1,5 prosenttia vuodesta 2026 alkaen) on toistaiseksi liian pieni vaikuttaakseen merkittävästi alueiden toimintaan. Lisäksi mittaristo kattaa vain rajatun osan hyvinvointialueiden vastuista. HYTE-kertoimeen sisältyvä suppea indikaattorivalikoima voi ohjata alueita optimoimaan vain mitattaviin tavoitteisiin muiden ei-mitattavien asioiden kustannuksella.

Etenkin sosiaalihuollon osalta kannustinrakenteet ovat lähes olemattomia, eikä HYTE-kerroin esimerkiksi palkitse alueita, jotka ovat panostaneet lastensuojelun vaikuttavuuteen. Mikäli kertoimen painoarvoa lisättäisiin nykyisestä merkittävästi, olisikin tärkeää huomioida laajemmin sote-palvelut ja erityisesti keskeisimmät sosiaalipalvelut. Tämä vaatisi todennäköisesti myös tietopohjan kehittämistä, koska erityisesti sosiaalihuollon osalta sopivia indikaattoreita on huomattavasti saatavilla.

Kansainvälisesti yksi tunnetuimmista terveydenhuollon kannustinrahoituksen esimerkeistä on Iso-Britannian NHS:n Quality and Outcomes Framework (QOF). Siinä perusterveydenhuollon kapitaatiopohjaista rahoitusta on täydennetty laajalla Pay-for-Performance (P4P) -järjestelmällä, jossa osa rahoituksesta on sidottu

ennaltaehkäisevien ja laadullisten tavoitteiden saavuttamiseen. QOF on kannustanut esimerkiksi rokotuskattavuuden parantamiseen ja kroonisten sairauksien hoidon yhdenmukaistamiseen.

Tutkimusnäyttö on kuitenkin osoittanut myös kannustinmallin varjopuolia: mittarien kapeus on lisännyt osaoptimointia ja kannustanut tavoittelevaan helposti saavutettavia indikaattoreita vaikuttavampien mutta vaikeammin mitattavien toimien kustannuksella (107). Lisäksi vaikutukset ovat olleet osin lyhytaikaisia, ja kannustimien poistaminen on joissakin tapauksissa johtanut hoidon laadun heikkenemiseen.

Britannian kokemus osoittaa, että kannustinrahoitus voi ohjata toimijoita ennaltaehkäisyyn ja laatuun, mutta vain silloin, kun mittaristo on riittävän kattava ja rahoituksen painoarvo riittävä. Suomen HYTE-kerroin on tähän verrattuna hyvin pieni ja rajattu väline, minkä vuoksi sen vaikutus jää lähinnä symboliseksi. Jos HYTE-kertoimen roolia halutaan kasvattaa, on syytä oppia Iso-Britannian ja muiden kannustinrahoitusta käyttäneiden maiden kokemuksista, jotta vältetään osaoptimointi ja varmistetaan aidosti kustannusvaikuttavat ja pitkäjänteiset ennaltaehkäisevät toimet. Samalla tulisi varmistaa, että kannusteet kohdistuvat sekä terveyden että sosiaalihuollon ennaltaehkäiseviin toimiin, jotta eri sektorit eivät kehity eritahtisesti.

7.3.3 Hyvinvointialueiden verotusoikeudesta

Hyvinvointialueuudistuksen pitkän valmisteluprosessin aikana käsitellyt monet kysymykset kuten kysymys hyvinvointialueiden optimaalisesta määrästä, tehtävien laajuudesta ja verotusoikeudesta valmisteltiin monipuolisesti. Verotusoikeus kuitenkin rajattiin pois toteutuneesta uudistuksesta odottamaan kokemuksia hyväksytyn mallin toimivuudesta, siirtäen asian seuraavien hallitusten työlistalle.

Maakuntaverotusta pohtinut parlamentaarinen komitea painotti arviossaan lähinnä kokonaisverotuksen tasoon ja valtion veropolitiikkaan liittyviä teknisluontoisia kysymyksiä, ei niinkään hyvinvointialueiden itsehallinnon, rahoituksen kannustavuuden tai kustannuskehityksen hallinnan kysymyksiä (9).

Taloustieteilijöitä lukuun ottamatta alueiden verotusoikeuteen on suhtauduttu valtaosin odotetun torjuvasti. Hyvinvointialueiden verotusoikeuden otaksutaan johtavan korkeampaan kokonaisveroasteeseen, monimutkaistavan verojärjestelmää ja lisäävän alueiden välisiä eroja palvelujen tarjonnassa, samalla kun se vahvistaisi alueiden itsehallintoa. (9, 10.) Kriittisissä kommentteissa rahoituksen kannustevaikutuksia on kommentoitu niukasti.

Useimmiten esille on nostettu mm. seuraavat perusteet alueiden **verotusoikeutta vastaan** (9, 10):

1. Kokonaisveroaste nousee: Verotusoikeus johtaisi korkeampaan kokonaisveroasteeseen, jos valtion ja kunnan verotuksen lisäksi syntyisi kolmas verotuksen taso, aluevero.
2. Verotus monimutkaistuu: Verotusoikeus monimutkaistaisi verojärjestelmää ansiotulosta kerättävien verojen määrän kasvaessa.
3. Verotuksen kokonaisuuden hallinta heikkenee: Uusi verotuksen taso heikentäisi verotuksen kokonaishallintaa ja valtion veropolitiikan liikkumavaraa.
4. Verotuksen taso eriytyy: Hyvinvointialueiden suuri lukumäärä ja asukaspohjan erot johtaisivat veroprosenttien eriytymiseen ja lisäisi eroja palvelujen tarjonnassa, kuten kuntaveron kohdalla.^{15–16}

Taloustieteilijöiden kanta hyvinvointialueiden verotusoikeuteen on ollut pääosin myönteinen (10–14).

15 Näkemys hyvinvointialueiden veroprosenttien erkanemisesta pohjautuu pitkälti maa-kuntaverokomitean mietintöön (Valtioneuvosto 2021). Kortelainen, Kotakorpi ja Lyytikäinen (2021) arvioivat mietintöä kriittisesti ja huomauttavat komitean johtopäätösten perustuvan suuret alue-erot tuottavaan mallivaihtoehtoon, vaikka mietinnön liitteessä esitettiin myös pienemmät lyhyen aikavälin alue-erot tuottava malli. Pitkän aikavälin alueellista erkanemista tässäkin mallissa tapahtuisi painelaskelmien mukaan, mutta sitä ajoi laskelmien oletus, jonka mukaan valtionrahoituksen osuus vähenee ajan myötä ja oman verorahoituksen osuus kasvaa.

16 Riski verotuksen tason eriytymiseen on merkittävästi kuntia pienempi, Hyvinvointialueita (21 ja Helsinki) on murto osa kuntien määrästä (292 – Manner-Suomi).

Keskeisinä perusteina alueiden **verotusoikeuden puolesta** nousevat useimmiten esille seuraavat:

1. Itsehallinto vahvistuu: Verotusoikeus vahvistaa alueiden itsenäistä päätäntävaltaa, tilivelvollisuutta äänestäjille ja aitoa itsehallintoa. Ilman verotusoikeutta alueiden itsehallinto on rajallinen ja talouden liikkumavara on valtion määrittämä.
2. Budjettikuri ja tehokkuus paranevat: Verotusoikeus kannustaa alueita pysymään budjetissa ja parantaa palvelutuotannon tehokkuutta. Taloudellinen tehokkuus voisi näkyä alueen asukkaiden keveämpänä verotuksena tai laadultaan ja laajuudeltaan muita alueita parempana ja monipuolisempana palveluvalikoimana. Valtiorahoitteisessa järjestelmässä asukkaat eivät hyödy rahallisesti alueensa tehokkuudesta.
3. Verotuksen ja palvelujen yhteys läpinäkyväksi: Verotusoikeus tarjoaisi alueille mahdollisuuden sovittaa palvelutarjonta paremmin alueen asukkaiden toiveiden mukaisesti. Palvelujen ja verotuksen tason yhteys olisi nykyistä selkeämpi ja kiinteämpi. Pehmeä budjettirajoite heikkenee: Verotusoikeus vähentäisi odotusta siitä, että valtio pelastaa alijäämäisen alueen lisärahoituksella.
4. Esillä olleissa vaihtoehtoissa alueveron osuus hyvinvointialueiden rahoituksessa jäisi sängen pieneksi ja valtion rahoitus olisi edelleen ensisijainen. Selvää on, että alueiden tulopohjan erilaisuus edellyttäisi samankaltaista verotuloihin perustuvaa valtionrahoituksen tasausjärjestelmää kuin nyt kunnilla¹⁷. Näin ollen verotusoikeuden käyttöönotto ei poistaisi tarvetta laajalle valtion roolille, mutta voisi täydentää sitä luomalla alueille aidon taloudellisen kannustimen.

Verotusoikeuden arvioinnin näkökulmasta Ruotsi tarjoaa kiinnostavan vertailukohdan Suomelle. Ruotsissa terveydenhuollosta vastaavat 21 aluetta (regioner), joilla on oma verotusoikeus¹⁸. Alueet rahoittavat noin 70 prosenttia terveydenhuoltomenoistaan omilla veroillaan, ja valtio täydentää järjestelmää tasausmekanismilla.

¹⁷ Kuntien veropohjan tasaus heikentää niiden kannusteita veropohjan kehittämiseen elinkeinotoimintaa ja työllisyyttä edistävin toimin. Hyvinvointialueilla ei ole tällaisia tehtäviä, joten hyvinvointialueiden veropohjan tasausjärjestelmä ei aiheuta alueiden toimintaan negatiivisia kannustinvaikutuksia.

¹⁸ Myös kunnilla on Ruotsissa verotusoikeus.

Tämä malli yhdistää alueellisen autonomian ja budjettikurin: alueet kantavat itse vastuun kustannuksistaan, mutta valtionosuusjärjestelmä tasaa väestöpohjan eroja (108).

Verotusoikeus Ruotsissa on lisännyt alueiden tilivelvollisuutta äänestäjille ja kannustanut kustannustehokkuuteen, koska alueiden tehokkuus näkyy suoraan veroprosentissa. Samalla järjestelmä on antanut alueille mahdollisuuden investoida ennaltaehkäisyyn ja muihin paikallisesti tärkeisiin prioriteetteihin, sillä säästöjä voidaan hyödyntää alueen omien tavoitteiden mukaisesti.

Ruotsin kokemuksista voidaan oppia, että verotusoikeuteen liittyviä riskejä, kuten alueiden välisten erojen kasvua, voidaan hillitä tasausjärjestelmällä. Suomessa verotusoikeus voisi näin vahvistaa alueiden itsehallintoa ja budjettikuria ilman, että eriarvoisuus palveluissa välttämättä kasvaisi. Kysymys ei ole vain veroteknisestä järjestelmästä, vaan siitä, ohjaako rahoitusmalli alueita vastuulliseen taloudenpitoon ja pitkän aikavälin hyvinvointi-investointeihin.

Kun kokemuksia hyvinvointialueiden rahoitusmallin toimivuudesta, kannustavuudesta ja kehittämistarpeista on kertynyt jo useammalta vuodelta, on tarpeen uudelleen arvioida alueiden verotusoikeutta myös verojärjestelmän teknisiä ominaisuuksia laajemmin. Keskeinen kysymys on, voidaanko valtionrahoitusta täydentävällä alueverolla saavuttaa uudistuksen pitkän aikavälin tavoitteet paremmin kuin nykyistä valtion rahoitusmallia hienosäätämällä.

7.4 Keskeiset havainnot

Hyvinvointialueiden rahoitusmallin kehittämisen tulee tukea uudistuksen pitkän aikavälin tavoitteiden saavuttamista. Uudistuksella pyritään muun muassa:

1. Kaventamaan hyvinvointi- ja terveyseroja,
2. Turvaamaan yhdenvertaiset ja laadukkaat sotepe-palvelut kaikille suomalaisille,
3. Parantamaan erityisesti perustason palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta,
4. Turvaamaan ammattitaitoisen työvoiman saanti ja
5. Hillitsemään kustannusten kasvua.

Näiden tavoitteiden toteutuminen edellyttää rahoitusmallilta sekä riittävää vakautta että selkeitä ja ennakoitavia kannustimia tehokkuuteen ja ennaltaehkäisyyn.

Rahoituksen tason määräytymisperusteet eivät ole alkuvaiheessa vastanneet toteutunutta palvelutarpeen ja kustannusten kehitystä. Rahoituksen jälkikäteistarkistukseen ei nosta rahoituksen tasoa pysyvästi yllättävän kustannusshokin jälkeen, eikä täytä alkuvaiheen rahoituspohjan vajetta. Alijäämän kattamisvelvoitetta noudattaessaan alueet tekevät ylijäämää, mikä johtaa negatiivisiin jälkikäteistarkistuksiin. Jälkikäteistarkistusten ja alijäämän kattamisvelvoitteen vuorovaikutus voi johtaa epätarkoituksenmukaiseen heiluntaan rahoitustasossa. Alijäämän kattamisen määrääjän höllentäminen ja jälkikäteistarkistuksen omavastuu lieventävät heiluntaa. Poliittisella päätöksellä voidaan kasvattaa rahoituspohjaa tai heikentää sitä. Kyseessä on arvovalinta sotepe-palvelujen ja julkisten varojen muiden käyttökohteiden välillä.

Rahoituksen jakautumisen määräytymisperusteiden toimivuuteen liittyy merkittävää epävarmuutta. Käytännössä on mahdoton tietää, onko yksittäisen alueen saama rahoitus tarpeisiin ja olosuhteisiin nähden muita suurempi vai pienempi. Näin oli ennen sote-uudistustakin, mutta täysin valtion rahoittamassa mallissa sen epätarkkuuden merkitys on suurempi kuin pääosin omilla verotuloilla rahoitetussa järjestelmässä. Epävarmuus mallin tasapuolisuudesta tulee olemaan haaste jatkossakin, vaikka rahoituksen jakautumiskriteerejä pyritäänkin kehittämään. Asukasperusteisen osan suuruudelle ei ole selkeitä perusteita palvelutarve- ja kustannuserojen näkökulmasta. Myöskään pysyvä siirtymätasaus ei ole perusteltu palvelutarpeen tai kustannustason vakioimisen näkökulmasta.

Hyvinvointialueiden rahoitusmallissa tehokkuuden ja vaikuttavuuden kannusteet ovat jääneet toistaiseksi heikoiksi. Kokemus sekä Suomesta että muista maista osoittaa, että kannustavuutta voidaan lisätä kahdella mekanismilla, joilla on omat etunsa ja haasteensa. Ensimmäinen mekanismi on nykyisen valtionrahoitteisen mallin sisäisten kannustinrakenteiden vahvistaminen, toinen alueiden oman rahoitusvastuun lisääminen verotusoikeuden kautta.

Kannustinperusteisten elementtien vahvistaminen rahoitusmallissa, kuten HYTE-kertoimen suhteellisen osuuden kasvattaminen tai kannustinmittareiden laajempi hyödyntäminen, on yksi varteenotettava tapa lisätä rahoitusmallin kannustavuutta. Kansainvälisesti kannustinmittareita on käytetty enemmän palveluntuottajille (esim. lääkärit, terveysasemat) kuin järjestäjille, mutta hyvin suunniteltuina ne voivat soveltua myös käytettäväksi osana hyvinvointialueiden rahoitusjärjestelmää.

Nykyisellään HYTE-kerroin voidaan jo nähdä kannustinrahoituksena, mutta sen osuus alueiden kokonaisrahoituksesta (1,5 prosenttia) on hyvin vähäinen. Jatkossa yksi vaihtoehto olisi vähentää rahoitusmallissa asukasperusteisen rahoituksen

osuutta ja kasvattaa HYTE-kerrointa tai muun kannustinrahoituksen osuutta. Kannustinrahoitusmallit voivat kohdentaa huomiota erityisesti hoidon laatuun, saatavuuteen ja ennaltaehkäisevään työhön, mutta niiden suunnittelussa keskeisintä on huomioida mittareiden valinta, kannustimien kohdentuminen ja mahdolliset sivuvaikutukset. Erityisen tärkeää olisi välttää tilanne, jossa suppea mittaristo johtaa osaoptimointiin tai resurssien ohjautumiseen vain helposti mitattaviin tavoitteisiin.

HYTE:n lisäksi tarvitaan laajempi valikoima uudistuksen perustavoitteita, erityisesti palvelujärjestelmän toimivuuden ja taloudellisuuden parantamista tukevia kannusteita. Erilaisissa terveydenhuollon kannuste-sanktiomalleissa tyypillisiä mittareita ovat esimerkiksi hoitoon pääsyä, vältettävissä olevaa kuolleisuutta sekä vältettävissä olevaa sairaalahoitoon lähettämistä koskevat indikaattorit.

Mikäli kannustinrahoituksen osuutta haluttaisiin jatkossa kasvattaa, rahoitusmallissa pitäisi lisäksi kiinnittää huomiota sosiaalipalveluihin liittyviin vaikuttavuusmittareihin sekä niiden systemaattiseen kehittämiseen ja käyttöönottoon. Näin voitaisiin paremmin varmistaa, että kannusteet kohdistuvat koko sote-järjestelmään eikä vain terveyspalveluihin.

Toinen vaihtoehto rahoitusmallin kehittämiseksi on alueiden **verotusoikeuden käyttöönotto**, joka kannustaisi alueita järjestämään sote-palvelut tehokkaammin tai kustannuksia säästään. Verotusoikeus voisi lisätä alueiden taloudellista vastuullisuutta, koska alueet joutuisivat perustelemaan menonsa myös paikallisille veronmaksajille. Tämä mahdollistaisi alemman veroprosentin, ja äänestäjät voisivat palkita vaalien kautta ne poliitikot, jotka tuottaisivat parhaan palvelujen ja verojen yhdistelmän. Lisäksi osittainen rahoitusvastuu verotuksen kautta voisi parantaa kannusteita kustannustehokkuuteen, ennaltaehkäisyyn ja pitkäjänteiseen investointipäätöksentekoon, koska alueen väestö voisi hyötyä ennaltaehkäisystä ja kustannustehokkaasta toiminnasta taloudellisesti alemman verotuksen kautta.

Vaikka verotusoikeus voisi lisätä riskiä alueellisten erojen kasvuun, hyvin suunnitellulla tasausjärjestelmällä alueelliset erot voidaan pitää hallinnassa. Verotusoikeus vähentäisi myös pehmeän budjettirajoituksen ongelmaa eli sitä, että valtio viime kädessä pelastaa taloudelliseen ahdinkoon joutuneet alueet tai myöntää niille lisärahoitusta. Rahoitusmallin kannustavuuden lisäämiseksi riittäisi jo pieni aluevero, vaikka käytännössä verotuksen tasolla on merkitystä erityisesti silloin kun rahoitusmallissa on mukana sairastavuus (13).

Verotusoikeus voisi myös yksinkertaistaa rahoitusjärjestelmää vähentämällä tarvetta monimutkaisille kannustinrahoitusmalleille ja niihin liittyvien indikaattorien jatkuvalla kehittämiselle. Kansainväliset kokemukset (esim. NHS:n QOF-järjestelmä)

ja tutkimuskirjallisuus ovat osoittaneet, että mittaristojen ylläpito ja uudistaminen on haastavaa ja altistaa osaoptimoinnille. Verotusoikeuden myötä alueilla olisi suora taloudellinen vastuu, mikä loisi kannustimia ilman raskaita ja teknisesti monimutkaisia ohjausmekanismeja.

Lopulta rahoitusmallin kehittäminen edellyttää poliittista valintaa siitä, painotetaanko enemmän tehokkuutta ja paikallista vastuuta vai valtakunnallista yhdenvertaisuutta ja ohjausvaltaa. Parhaimmillaan kannustavuus ja tasapuolisuus voidaan yhdistää mallissa, jossa tarveperusteinen valtionosuus yhdistyy alueelliseen verotusoikeuteen ja/tai hyvin harkitusti asetettuihin vaikuttavuuskannustimiin.

8 Hyvinvointialueiden hallintorakenne

Tutkimusjohtaja Ville-Pekka Sorsa, Helsingin yliopisto
Professori Arto Haveri, Tampereen yliopisto

Tässä luvussa arvioidaan hyvinvointialueiden hallinnon rakennetta ja toimintaa itsehallinnon ja demokratian toteutumisen näkökulmista. Arviointi on rajoittunut koko hyvinvointialuetta koskevaan, palveluiden järjestämisvastuun käyttöön liittyvään poliittiseen ja hallinnolliseen päätöksentekoon. Uudistuksessa järjestämisvastuun alueille siirtämisen edellytyksenä pidettiin itsehallinnon ja demokratian toteutusta riittävässä määrin. Arvioinnin kohteena on tässä yhteydessä vain palveluiden järjestämisvastuuta koskeva päätöksenteko. Palveluiden tuotantoon ja uudistuksen toimeenpanoon liittyvät hallinnolliset rakenteet ja toiminnot on tässä yhteydessä rajattu arvioinnin ulkopuolelle.

Itsehallinnon toteutumisen arviointi perustuu juridisiin ja tieteellisiin lähtökohtiin. Itsehallinnon oikeudelliset määritelmät ja kriteerit ovat ensisijaisesti perustuslaissa sekä Suomen ratifioimassa Euroopan neuvoston paikallisen itsehallinnon peruskirjassa. Lisäksi hallinnon ja politiikan tutkimuksen tieteellinen kirjallisuus sisältää näkemyksiä paikallisen ja alueellisen itsehallinnon luonteesta ja merkityksistä. Hyvinvointialueiden päätöksenteon perusteet on kerrottu liitteessä 11. (109, 110, 111.)

Demokratian toteutumisen arviointi perustuu tieteellisiin lähtökohtiin. Alueellisen päätöksenteon demokraattisuudelle ei ole yksiselitteisiä kriteerejä, eikä sen arvioinnille ole kansainvälisesti sovittuja standardeja. Tieteellisessä tutkimuksessa demokraattisuutta on arvioitu kolmen ulottuvuuden osalta: ala, osallisuus ja autenttisuus (112).

8.1 Hyvinvointialueiden itsehallinnon toteutuminen

Hyvinvointialueiden itsehallinto näyttäytyy ohuena ja se poikkeaa selvästi luontevasta vertailukohteesta eli kunnallisesta itsehallinnosta. Hyvinvointialueilla toteutuu paikallisen itsehallinnon kolmesta peruselementistä (kansanvaltaisuus, yleinen toimiala ja oma tulonmuodostus) vain kansanvaltaisuus. Yleisen toimialan puuttuminen ei ole eurooppalaisessa katsannossa varsinkaan aluetasolla mitenkään poikkeuksellista, sen sijaan hyvinvointialueiden taloudellinen riippuvuus valtiosta näyttää itsehallinnon näkökulmasta ongelmalliselta. (62, 111, 113.)

Hyvinvointialueiden vapausasteet suhteessa valtion keskushallintoon (vapaus josta-kin) ovat vähäiset kansallisen ohjauksen määrittäessä voimakkaasti sekä tavoitteita että toimintaa. Tähän ohjauskokonaisuuteen kuuluu ministeriöiden harjoittama ohjaus, tehtävien järjestämistapaa koskevat rajoitukset, esimerkiksi rajoitettu oikeus tehdä sopimuksia ja investoida, sekä aluehallintovirastojen ja Valviran harjoittama valvonta. (6, 89, 114.)

Vaikka hyvinvointialueiden valtuustoilla on muodollisesti katsottuna runsaasti valtaa, niiden palveluita koskeva päätöksenteko (vapaus johonkin) on käytännössä melko rajoitettua palvelujen lakisääteisyyden sekä niiden sisältöjä ja järjestämistä määrittävän lainsäädännön vuoksi. Esimerkiksi terveyspalvelun tarpeesta päättämisessä aluevaltuustolla ei ole itsehallintoon kuuluvaa harkintavaltaa sen kuuluessa pääasiassa lääkäriprofessiolle. Myös palvelujen laadun, määrän ja saavutettavuuden määrittelyssä itsehallinto on vähäistä. Aluevaltuustojen ja niille vastuussa olevien muiden toimielimien mahdollisuudet käyttää itsehallinnollista toimivaltaa palveluissa ovat siis melko heikot. Hyvinvointialueilla on kuitenkin päätösvaltaa etenkin hyvinvointialueen strategiassa, palveluverkkokysymyksissä, hallinnon järjestämisessä sekä valinnoissa eräistä palvelujen tuottamisen ja järjestämisen tavoista kuten ostopalveluista ja kumppanuuksista. (115, 116.)

Keskushallinnon (ministeriöiden johto ja asiantuntijat) ja hyvinvointialueiden toimijoilla (aluevaltuutetut, johtavat viranhaltijat, hyvinvointialuejohtajat) on erilaisia tulkintoja itsehallinnon toteutumisesta ja sen merkityksestä. Aluevaltuutettujen kokemus vaikuttamismahdollisuuksistaan on pääosin huono, sillä ensimmäisen valtuustokauden valtuutetuista monet olivat turhautuneita ja pettyneitä rooliinsa. Myös monet hyvinvointialuejohtajista näkevät itsehallinnon hyvin rajoitukseksi ja kokevat, että heillä on vain vähän mahdollisuuksia vaikuttaa esimerkiksi hyvinvointialueen talouteen. Osa hyvinvointialuejohtajista ja valtaosa ministeriöiden edustajista sen sijaan on sitä mieltä, että ilman uudistuksen alkuun liittyneitä nopeita toimintaympäristömuutoksia (ks. luku 4 Ulkoisista muutosvoimista) itsehallinto ei näyttäytyisi kovin ongelmallisena kysymyksenä. Julkisen talouden heikentymisen seurauksena ongelman nähdään kulminoituvan lakisääteisten palvelujen ja rahoituksen väliseen epäsuhtaan, kun hyvinvointialueilla on vain vähän liik-kumavaraa ja toimintavapautta rahoituksen käyttämisessä. (89, 114.)

8.2 Itsehallintoa tukevat ja haastavat tekijät

Oikeudellisesta näkökulmasta hyvinvointialueiden itsehallinnon perusta on valtuustojen valinta suoralla kansanvaalilla, taloudellisesta näkökulmasta taas valtiolta tulevan rahoituksen yleiskatteellisuus. Riippuen taloudellisesta tilanteestaan hyvinvointialueiden on mahdollisuus kohdentaa yleiskatteellista rahoitusta vapaasti itse haluamiinsa kohteisiin ja näin panostaa esimerkiksi ennaltaehkäisevään toimintaan.

Hyvinvointialueet tekevät yllä kuvatuista itsehallinnon rajoituksista huolimatta erilaisia poliittisia valintoja ja siten hyödyntävät sitä rajoitettua liikkumavaraa, mikä niille on annettu. Erisuuntaisten valintojen ohella itsehallinnon toimivuuden puolesta puhuvat myös eräät muut aluedemokratian toimivuuteen liittyvät näkökohdat, joista jäljempänä tässä luvussa. Alueilla on tehty erilaisia ratkaisuja toiminnan organisoimisessa ja palvelujen järjestämistavoissa, kuten siinä, mikä on oman palvelutuotannon merkitys suhteessa ostopalveluihin ja kumppanuuksiin. Alueiden aktiivisuus on erilaista myös palveluverkkokysymyksissä. Palveluverkon muutoksia on suunniteltu erilaisilla aikaperspektiiveillä ja palveluverkon kehittämisen strategiset painopisteet ja priorisoinnit eroavat toisistaan. Palveluverkkostrategioissa osa alueista painottaa verkon laajuuteen ja määrään liittyviä kysymyksiä (esim. palvelupisteiden ja vastaanottojen määrät), osa taas verkon luonnetta ja laatua koskevia kysymyksiä (esim. liikkuvien palveluiden kehittäminen ja tilojen käyttötavat (ks. luku 5 Alueellisesta toimeenpanosta ja luku 6 Sosiaali-, terveys- ja pelastuspalvelujen toimivuudesta).

Hyvinvointialueiden itsehallintoa haastavat eniten rahoitusmalli ja taloudellinen riippuvuus valtiosta. Oman ja vaikutettavan rahoituksen määrä on keskimäärin hyvin vähäinen, kun jopa asiakasmaksujen skaalasta päättää valtio. Lakisääteisten palvelujen ja rahoituksen suhteessa on vähintään aluekohtaisia ja tilapäisiä epäsymmetrioita. Investointeihin liittyvät rajoitukset (ks. Luku 7 Rahoitusmallista ja talouden kehityksestä) vaikuttavat myös voimakkaasti itsehallintoon, samoin kansallisen ohjauksen lyhytjänteisyys ja ristiriitaisuus (ks. luku 9 Hyvinvointialueiden kansallisesta ohjauksesta). (51, 62, 89, 111, 113, 114, 116.)

Hyvinvointialueiden rajoitetulla itsehallinnolla voi olla kielteinen vaikutus niiden mahdollisuuksiin huomioida toiminnassaan alueen erityispiirteitä ja kehitysedellytyksiä. Strateginen pitkän aikavälin kehittäminen voi kärsiä oman päätösvallan puutteista ja investointeihin kohdistuvista rajoitteista. Heikko itsehallinto voi myös heikentää alueiden demokraattista päätöksentekoa, luottamusta palveluihin ja kansalaisten halua osallistua ja vaikuttaa. Toisaalta voimakasta kansallista ohjausta ja normisidonnaisuutta voidaan perustella finanssipoliittisilla tavoitteilla, palveluiden yhdenvertaisuuteen liittyvillä pyrkimyksillä ja kansalliseen varautumiseen liittyvillä seikoilla.

Itsehallintoon kuuluu, että hyvinvointialueet voivat tehdä itsenäisiä päätöksiä ilman kuntien ohjaavaa vaikutusta. Hyvinvointialueen päätöksentekijöiden kaksoisrooli hyvinvointialueiden ja kuntien valtuutettuina voi jossain määrin haastaa itsehallinnon toteutumista. Etenkin palveluverkkoratkaisuissa ja muissa kuntien elinvoiman kannalta tärkeiksi kokemissa kysymyksissä voi syntyä eturistiriitoja kuntien edun ja hyvinvointialueen kokonaisedun välillä. Jos kuntien ja alueiden avainroolit keskittyvät pitkälti samoille henkilöille, voivat kaksoisroolit heikentää päätöksenteon moniäänisyyttä ja riippumattomuutta kunnista. Toisaalta kaksoisrooleista voi myös olla hyötyä hyvinvointialueiden ja kuntien välisen tiedonkulun ja paikallistuntemuksen vahvistamisessa. Kaksoisroolien vaikutuksista on toistaiseksi vielä hyvin vähän empiiristä tutkimustietoa. (51.)

8.3 Aluedemokratian toteutuminen

Alueellisen päätöksenteon demokraattisuutta voidaan arvioida kolmen ulottuvuuden osalta: ala, osallisuus ja autenttisuus (112). Osallisuuden ja autenttisuuden arvioinnissa on huomioitava, että alueiden päätöksentekoon kuuluu sekä edustuksellisen demokratian että suoran demokratian piirteitä.

Demokratian ala kuvaa demokraattisen päätöksenteon piirissä olevien elämänalueiden laajuutta. Laajuuteen vaikuttavat sekä demokraattisen päätöksenteon alan lähtökohtainen raja eli toimivalta että demokratian tosiasiallinen ala eli toimivallan käytön laajuus suhteessa lähtökohtaisiin rajauksiin.

Kuten edellä on todettu, hyvinvointialueiden toimivalta on rajattu lähtökohtaisesti erittäin kapeaksi. Edustuksellisen demokratian toimivalta koskee pääasiallisesti palveluiden järjestämisvastuuseen liittyvän toimeenpanovallan ohjausta ja valvontaa sekä rajatusti toimeenpanoon liittyviä strategisia valintoja. Suoraan asukkaiden elämään merkittävästi vaikuttavia strategisia päätöksiä voidaan tehdä lähinnä palveluverkkoa, tiloja ja kiinteistöjä sekä hankintoja koskeissa asioissa.

Edustuksellisen demokraattisen päätöksenteon alan lähtökohtainen raja on vielä jokseenkin jäsentymätön hyvinvointialueiden sisällä. Poliittisen päätöksenteon ja viranhaltijoiden päätöksenteon vastuiden rajanveto on koettu usein epäselväksi molempien tahojen toimesta (89, 116). Epäselvyydet ovat heikentäneet viranhaltijoiden ja luottamushenkilöiden välistä luottamusta. Joillakin hyvinvointialueilla on käytössään tai valmisteilla malli poliittisia päätöksiä vaativien asioiden määrittelemiseksi. Vastuunjaon selkeärajaisten mallien riskinä on, että osa asioista poistetaan demokraattisen harkinnan piiristä. Poliittisen ja hallinnollisen päätöksenteon rajanvetoja tulisi arvioida säännöllisesti demokratian näkökulmasta, mikäli tällaisia malleja omaksutaan.

Demokratian tosiasiallista alaa arvioitaessa on huomioitava paitsi päätösvallan käytön laajuus suhteessa toimivaltaan myös päätösvallan tietoinen käyttämättä jättäminen. Arvioinnissa tulee siksi huomioida myös toimivallan käyttöä koskevan demokraattisen keskustelun laajuus.

Kuten edellä todettiin, alueet ovat käyttäneet toimivaltaansa erilaisten ratkaisujen tekemiseen. Tämä viittaa demokratian tosiasiallisen alan olevan suhteellisen laaja. Toisaalta demokraattisen päätöksenteon tosiasiallinen ala on jäänyt toimivaltaa jonkin verran kapeammaksi valtion tiukan talousohjauksen takia. Tiukka talousohjaus on kaventanut demokraattisen päätöksenteon tosiasiallista alaa ensimmäisillä valtuustokausilla, koska sopeuttamistoimenpiteet on täytynyt käytännössä kohdistaa helpoimmin leikattaviin toimintoihin osin demokraattisen harkinnan yli (51). Osa sopeuttamistoimenpiteistä on kohdistunut esimerkiksi alueiden strategioissa korostettuihin palveluihin ja toiminnan strategisen kehittämisen kannalta keskeisiin asiantuntija- ja esihenkilötehtäviin. Sopeuttamistoimenpiteet on kohdistettu pääasiallisesti muihin kuin lakisääteisiin vastuisiin liittyviin tehtäviin.

Toimivallan käyttöä koskevan keskustelun laajuutta voidaan arvioida esimerkiksi aluevaltuutettujen tekemien valtuustoaloitteiden avulla. Demokraattisesti valitut valtuutetut voivat esittää aloitteita palveluiden järjestämisvastuuta koskevissa asioissa valtuustolle ja viranhaltijoille. Jälkimmäinen piirre mahdollistaa demokraattisen keskustelun ulottamisen myös toimeenpanovallan ja viranhaltijoiden päätösvallan piiriin kuuluviin asioihin.

Kuuden hyvinvointialueen valtuustoaloitteiden analyysin perusteella selkeä enemmistö aloitteista käsittelee viranhaltijoiden päätösvallan piiriin kuuluvia asioita (liite 12). Lisäksi yli neljännes aloitteista käsittelee valtuuston päätösvallassa olevia asioita. Yli puolet annetuista valtuustoaloitteista ovat koskeneet laaja-alaisesti hyvinvointialueiden toimintaa koskevaa asiakokonaisuutta, erityisesti palveluiden rakennetta ja saatavuutta. Tässä valossa demokraattinen keskustelu palveluiden järjestämisvastuuta koskien on ollut hyvin laaja-alaista suhteessa toimivaltaan. Toisaalta merkittävä osa aloitteista käsittelee myös alueiden järjestämisvastuun piiriin kuulumattomia, erityisesti palveluiden tuotantoon liittyviä tai kokonaan muiden toimijoiden päätösvallassa olevia kysymyksiä. Keskustelun laajuuden yhtenä syynä voi olla heikko ymmärrys alueiden toimivallan tai järjestämisvastuun rajoista. Tässä tapauksessa aloitteiden ulottuminen toimivallan rajojen ulkopuolelle on osoitus demokratian heikosta autenttisuudesta (ks. alla).

Osallisuus demokratiaan kuvaa demokraattisen päätöksenteon piirissä olevien tahojen päätöksentekoon osallistumisen laajuutta ja aktiivisuutta. Edustuksellisen demokratian näkökulmasta keskeistä on asukkaiden aktiivisuus vaaleissa ja vaaleilla

valittujen edustajien aktiivisuus. Suoran demokratian näkökulmasta keskeistä on asukkaiden ja sidosryhmien osallistumiseen tarkoitettujen rakenteiden ja käytäntöjen saatavuus ja asukkaiden osallistuminen niiden toimintaan.

Äänestysaktiivisuus nousi vuosien 2022 ja 2025 aluevaalien välillä kaikilla alueilla (liite 13). Vuoden 2022 aluevaalien äänestysprosentti oli 47,5 ja vuoden 2025 aluevaalien 51,7. Alle 50 prosentin äänestysaktiivisuus on demokratian toteutumisen kannalta ongelmallista, koska vaalitulokset edustaa vähemmistön kantaa. Vuoden 2022 aluevaaleissa vain kolmella alueella äänestysprosentti ylitti 50 prosentin rajan, kun taas vuoden 2025 vaaleissa raja ylittyi jo 14 alueella. Äänestysaktiivisuuden nousu on vahvistanut demokraattisen osallisuuden toteutumista. Aluevaalien kannalta myönteistä on ollut myös se, että ehdokasasettelussa ei nähty vuonna 2025 kuntavaalien kaltaista ehdokasmäärän merkittävää vähentymistä. Osa puolueista onnistui kasvattamaan ehdokasmääriään verrattuna vuoden 2022 aluevaaleihin.

Yksittäisten edustajien ja valtuustoryhmien osallistumisaktiivisuutta voidaan arvioida kokousaktiivisuuden ja valtuustoaloitteiden tekemisaktiivisuuden kautta. Aluevaltuustot ja -hallitukset ovat kokoontuneet vaihtelevissa määrin. Sitran selvityksen mukaan ajanjaksolla 1.1.2023–30.6.2024 aluehallitukset kokoontuivat 20–51 kertaa ja aluevaltuustot 7–16 kertaa (116). Kokouksiin osallistumisen aktiivisuudesta ei ole keskitetysti kerättyä tietoa. Osa aluevaltuutetuista on kokenut kokouksia järjestävän liian harvoin ja peräänkuuluttanut tarvetta tiheämmälle kokous- ja iltakoulu-rytmille merkittäviä asioita käsiteltäessä.

Tutkimuksessa tai julkisuudessa ei ole noussut esiin sellaisia osallistumiseen liittyviä ongelmia, minkä takia kokousten päätösvaltaisuus olisi vaarantunut. Niin sanotut kaksois- tai kolmoismandaatit eli alueiden luottamushenkilöiden luottamustehtävät kunnissa ja/tai kansanedustajana ovat kuitenkin aiheuttaneet esteellisyysongelmia (116). Nämä ovat johtaneet varavaltuutettujen käyttöön lyhyellä varoitussajalla ja moninkertaiseen valmisteluun, mitä voidaan pitää demokratian autenttisuuden kannalta ongelmallisena (ks. alla). Hyvinvointialueilla voidaan tietyissä tapauksissa tarvittaessa rajoittaa vaalikelpoisuutta aluehallituksiin ja lautakuntiin esteellisyysongelmien vähentämiseksi (117).

Aluevaltuutetut ovat jättäneet valtuustoaloitteita vaihtelevasti (liite 12). Alueiden välillä on merkittäviä eroja tehtyjen valtuustoaloitteiden määrissä. Eräillä hyvinvointialueilla aloitteiden poikkeuksellisen suurta määrää valtuuston kokoon suhteutettuna selittää muutamien yksittäisten valtuutetun korkea aktiivisuus aloitteiden jättämisessä. Yksittäisen valtuutetun aktiivisuus ei välttämättä indikoi vahvaa osallisuutta, koska syynä aloitteiden jättämiseen voi olla myös vähäinen osallistuminen kokouksiin tai heikko integraatio valtuustoryhmän toimintaan.

Kuuden hyvinvointialueen analyysin perusteella lähes puolessa aloitteista on tekijänä yksi valtuustoryhmä ja kahdessa viidestä useampi yksittäinen valtuutettu. Useamman valtuustoryhmän yhdessä tekemät ja vain yksittäisten valtuutettujen tekemät aloitteet ovat keskimäärin harvinaisempia, joskin alueiden välillä on näiden suhteen merkittäviä eroja.

Osana väliarviointia hyvinvointialueille, Helsingin kaupungille ja HUSille toteutetun kyselyn perusteella kaikilla on käytössä jonkinlaisia pysyväksi tarkoitettuja asukas- ja sidosryhmäosallisuuden rakenteita. Hyvinvointialueet hyödyntävät monia erilaisia rakenteita ja työkaluja osallisuuden edistämiseksi päätöksenteossa ja johtamisessa. Kaikki vähintään yhdellä alueella käytössä olevat rakenteet on listattu liitteessä 11. Järjestöjen ja kuntien kanssa tehtävän yhteistyön rakenteita, yhdyspintatyötä ja muuta monitoimijaista yhteistyötä kuvataan tarkemmin toisaalla (ks. luku 5 Hyvinvointialueuudistuksen alueellisesta toimeenpanosta).

Kaikilla alueilla toimivat lakisääteiset nuorten, vammaisten ja ikääntyneiden vaikuttamistoimielimet. Joillakin hyvinvointialueilla on erillinen osallistumiseen ja osallisuuteen liittyvä toimielin, kuten osallisuus-, asiakkuus- ja demokratiajohtokunta, -lautakunta tai -jaosto (62). Alueet ovat perustaneet myös johtamisen tueksi useita asukas- ja sidosryhmäosallistumiseen erikoistuneita elimiä, kuten neuvottelukuntia, paneeleja ja foorumeita. Osallistumisen institutionalisoitumista on pyritty vahvistamaan osallisuussuunnitelmien ja -ohjelmien avulla (86). Alueet kehittivät ensimmäisellä valtuustokaudella asukkaiden kuulemisen menetelmiä päätöksenteon ja johtamisen tueksi eri tavoin (116), ja erityisesti digitaaliset osallistumiskeinot ja yksittäisiin asiakysymyksiin kohdennetut osallistumiskanavat ovat olleet laajasti käytössä.

Asukkaiden suorasta osallistumisesta ei ole olemassa kattavaa tutkimustietoa. Viranhaltijoiden näkemyksen mukaan hyvinvointialueiden asukkaat eivät tunne kattavasti osallisuuden eri muotoja tai ole osallistuneet niihin laajalti, eivätkä käytetyt kanavat ole saavuttaneet kaikkia väestöryhmiä (116). Asukkaat ovat tehneet ja kannattaneet hyvinvointialuealoitteita vähänlaisesti. Hyvinvointialueille oli aikavälillä 1.10.2024–31.7.2025 tehty 35 aloitetta hyvinvointialuealoite.fi-palvelussa. Annetuista aloitteista ainoastaan yksi oli kerännyt merkittävän määrän kannattajia (707 kpl) ja suurimmalle osalle annetuista aloitteista ei ollut ilmoittautunut kannattajia 31.7.2025 mennessä.

Demokratian autenttisuus kuvaa päätöksenteon demokraattista laatua eli kyvykkyyttä, konkreettisuutta ja harkintaan perustumista. Edustuksellisen demokratian tapauksessa keskeiset teemat ovat päätöksenteon sujuvuus ja toimielinrakenteen

kyky edistää demokraattista päätöksentekoa sekä päätöksentekijöiden harkinta ja kokemukset vaikutusmahdollisuuksista päätöksentekoon. Lisäksi suoran demokration näkökulmasta keskeistä ovat asukasosallisuuden integraatio päätöksentekoon.

Hyvinvointialueiden poliittinen päätöksentekovalta on pääasiassa keskittynyt aluehallituksille ja -valtuustoille, eikä päätöksentekoa ole hajautettu suuremmalle määrälle toimielimiä ja luottamushenkilöitä (118). Aluevaltuustojen ja -hallitusten välinen työnjako on koettu pääosin selkeäksi ja toimivaksi, mutta joillain alueilla hallituksen ja valtuuston välinen työ on koettu jännitteiseksi ja osa valtuutetuista on kokenut valtuustot aluehallitusten ”kumileimasimiksi” (116). Aluehallitusten rooli on pääosin ollut odotettua vahvempi. Eräillä alueilla hallintosääntöä on muutettu valtuustojen vallan vahvistamiseksi suhteessa hallitukseen.

Hyvinvointialueiden hallintosäännöissään omaksumat toimielinrakenteet vaihtelevat merkittävästi, mikä osaltaan kertoo itsehallinnollisesta liikkumavarasta hallinnon järjestämisessä ja pyrkimyksestä vahvistaa demokratiaa (110). Hyvinvointialueiden omaksuma toimielinrakenne on poikennut merkittävästi kuntahallinnosta tutuista toimialakohtaisista ja toimivaltaisista lautakunnista. Toimielimet ovat pääasiallisesti demokraattista päätöksentekoa avustavia eli valvovia, neuvovia tai valmistelevia elimiä. Aluevaltuustojen ja -hallitusten päätösvaltaa on vain harvoissa tapauksissa delegoitu muihin toimivaltaisiin toimielimiin, kuten lautakuntiin tai valiokuntiin, mikä on osoitus pyrkimyksestä pitää demokraattisesti valitut elimet kyvykkäinä päätöksentekoon. Valiokuntien rooli päätöksenteossa on usein jäänyt niiden toimivaltaa vähäisemmäksi (89). Hyvin yleisluontoisten avustavien toimielinten, kuten tulevaisuuslautakuntien roolit on koettu epäselviksi. Luottamushenkilöillä on ollut epätietoisuutta siitä, miten avustavia toimielimiä kannattaisi päätöksenteossa hyödyntää. Osa aluevaltuuston ja -hallituksen työtä avustavista toimielimistä on kokenut olevansa etäällä valmistelutyöstä. Luottamushenkilöt ovat olleet keskimääräistä tyytyväisempiä toimenkuvaansa niillä alueilla, joilla päätöksenteon vastuita on delegoitu muille toimielimille. (116.)

Hyvinvointialueiden toisen valtuustokauden alkaessa toimielinrakenteet ovat tiivistyneet huomattavasti. Lakisääteisten toimielinten rinnalle hyvinvointialueet olivat perustaneet 30.6.2024 mennessä 3–17 toimielintä, pääasiallisesti lautakuntia ja jaostoja. 16 hyvinvointialuetta muutti tai oli päättänyt muuttaa toimielinrakennettaan aikavälillä 1.7.2024–30.6.2025. Toimielinten määrää on vähennetty ja rakennetta tiivistetty yhdistämällä elinten tehtäviä. Myös toimielinten jäsenmäärää on vähennetty ja puheenjohtajien tehtäviä muutettu useilla alueilla. Muita kuin lakisääteisiä vaikuttamistoimielimiä sekä lautakuntia ja jaostoja on lakkautettu useilla

alueilla. Noin kolmanneksella hyvinvointialueista on vähennetty jaostojen tai lautakuntien määrää. Lautakuntien, jaostojen ja valiokuntien tehtäviä tai muita sääntöjä on muutettu ja useita toimielimiä on yhdistetty.

Luottamushenkilöt ja viranomaiset ovat kokeneet laajan toimielinrakenteen tiiviimpää rakennetta huonommin toimivaksi tehtävien ja vastuiden epäselvyyksien takia. Toisaalta luottamushenkilöt ovat kokeneet päätöksenteon tapahtuvan pääosin oikeissa elimissä ja päätöksenteko useissa elimissä on koettu osallistavaksi ja siksi demokratian kannalta tarpeelliseksi (116). Virkahenkilöt taas ovat kokeneet laajan toimielinrakenteen tehottomaksi. Demokratian vahvistaminen on ollut yksi laajojen toimielinrakenteiden perusteluista. Toimielinrakenteen tiivistäminen ei heikennä demokratian autenttisuutta silloin, kun tiivistäminen kohdistuu rooleiltaan epäselvien ja vähäisiä vaikutusmahdollisuuksia tarjoavien elinten muutoksiin.

Asukkaiden ja sidosryhmien mahdollisuudet vaikuttaa päätöksentekoprosessiin lakisääteisissä vaikuttamistoimielimissä on koettu vähäiseksi ja tiedonkulku paikoin epäselväksi (116). Muun asukasosallisuuden yhdistäminen alueiden päätöksentekoon on vielä vähäistä. Ilman riittävää asukasosallisuuden yhteyttä päätöksentekoon vaarana on, että alueet hakevat tekemilleen valinnoille alueen asukkaiden hyväksyntää ilman asukkaiden aktiivista ja prosessiin vaikuttavaa roolia tai että asukkaiden näkemykset jäävät irrallisiksi kannanotoiksi, mielipiteiksi tai palautteiksi ilman systemaattista yhteyttä päätöksentekoon (62). Moni hyvinvointialue on strategiassaan sitoutunut asukasosallistumisen edistämiseen päätöksenteossa, mutta vakavia tai pysyviä käytännön toteutuksia ei tähän välttämättä vielä ole. Asukkaiden ja sidosryhmien osallisuuden päätöksentekoon integroinnin hankauskohdat liittyvät selvitysten perusteella resursseihin, epäselviin rooleihin ja osallistumisen organisointitapaan (116).

Hyvinvointialueet eivät ole vielä tunnistaneet parhaita käytäntöjä siihen, missä kohdissa ja millä keinoilla päätöksentekoa asukas- ja sidosryhmäosallisuutta on mielekkäintä yhdistää päätöksentekoon. Hyvinvointialueiden kokeilemat asukasraadit, -paneelit ja -poolit sekä työpajamaiset toimintatavat on nähty pääosin toimiviksi, joskin kalliiksi keinoiksi. Kuulemiset taas on koettu pääasiallisesti keinoksi välittää asukkaiden näkemyksiä hyvinvointialueiden johdolle poliittisen päätöksenteon sijaan. Sidosryhmien osallistamisessa lausuntomenettely on usein koettu ”kuulemiseksi ilman kuuntelemista”. Alueet ovat kokeneet osallistavat rakenteet tarpeelliseksi asukkaiden, sidosryhmien ja poliittisen päätöksenteon välisenä tulkkina ja viranomaistyön täydentäjinä. (116.)

Aluevaltuustot ja -hallitukset ovat vaihtelevissa määrin kokeneet olevansa riittävän informoituja päätöksentekoon. Käsiteltävien asioiden suuri määrä, mittakaava ja monimutkaisuus sekä epäselvyydet niihin puuttumisen mahdollisuuksista toimivallan puitteissa on näkynyt osalla valtuutetuista kokemuksena heikoista vallankäytön mahdollisuuksista. Varsinkin taloudellisten paineiden takia tehtyjen leikkaustoimien kohdalla valtuutettujen kokemus on ollut, ettei aluevaltuustolla ole ollut riittävästi aikaa ottaa kantaa ja perehtyä päätettäviin asioihin. Odotukset valtuuston roolista ja vaikutusvallasta eivät ole nykyisessä järjestelmässä täysin täyttyneet ja aluevaltuutetut ovat osin pettyneet rooliinsa. (89.)

Valtuutettujen heikko informointi ja heikoksi koetut vaikutusmahdollisuudet näkyvät myös valtuustoaloitteissa. Kuuden hyvinvointialueen analyysin perusteella yli kolme neljästä loppuun käsitellystä valtuustoaloitteesta ei ole johtanut muihin jatkotoimenpiteisiin kuin vastauksen saamiseen (liite 12). Yleisimmät perustelut jatkotoimenpiteiden puuttumiselle ovat, että aloitteessa tehty toimenpideehdotukset jo toteutuvat, niiden toteuttamista jo valmistellaan tai kehitetään hyvinvointialueella, tai etteivät ehdotukset ole tarkoituksenmukaisia hyvinvointialueen toteutettavaksi. Tämä osoittaa demokratian vähäistä autenttisuutta heikon informoinnin mielessä. Valtuustoaloitteet ovat osoittautuneet myös hitaaksi keinoksi hankkia tietoa päätöksenteon tueksi, sillä valtuustoaloitteiden käsittelyaika on paikoin ollut jopa usean vuoden mittainen.

Alueiden päätöksenteon tukirakenteissa ja niiden resursseissa on eroja (116), jotka ovat demokratian autenttisuuden kannalta merkityksellisiä. Luottamushenkilöiden kokemus tuen puutteesta on yleinen, vaikka moni johtava virkahenkilö käyttää jo huomattavan osan työajastaan päätöksenteon valmisteluun ja tukeen. Demokratian autenttisuuden vahvistaminen voi vaatia hyvinvointialueilta laajempaa työpanosta ja vaikuttavampia keinoja päätöksentekijöiden informointiin ja neuvonantoon. Myös valtuustoryhmien sisäiset työskentelytavat ovat demokratian autenttisuuden kannalta oleellisia. Moni valtuutettu on kokenut, että heidän osallistumisellaan on vähänlaisesti vaikutusta päätöksentekoon tai että heille ei ole tiedotettu tärkeistä asioista riittävässä määrin. Osa on kokenut päätösten tulevan tehdyksi valtuustoryhmien välillä jo valmistelun varhaisessa vaiheessa tai lautakunnissa ilman ryhmien kaikkien jäsenten huomiointia. Esimerkiksi lautakuntien päätösesityksiä on hylätty valtuustoissa harvoin.

8.4 Keskeiset havainnot

Hyvinvointialueiden itsehallinto näyttäytyy ohuena ja se poikkeaa selvästi luontevasta vertailukohteesta eli kunnallisesta itsehallinnosta. Hyvinvointialueiden vapausasteet suhteessa valtion keskushallintoon ovat vähäiset kansallisen ohjauksen määrittäessä voimakkaasti sekä tavoitteita että toimintaa, ja hyvinvointialueiden taloudellinen riippuvuus valtiosta näyttää itsehallinnon näkökulmasta ongelmalliselta. Vaikka hyvinvointialueiden valtuustoilla on muodollisesti katsottuna runsaasti valtaa, niiden palveluita koskeva päätöksenteko on käytännössä melko rajoitettua palvelujen lakisääteisyyden sekä niiden sisältöjä ja järjestämistä määrittävän lainsäädännön vuoksi.

Demokratia on toteutunut ohuen itsehallinnon puitteissa vaihtelevasti eri osa-alueilla. Demokraattisen päätöksenteon alaa on hyödynnetty toimivaltaan nähden varsin laajasti ja keskustelu on ulottunut demokratiaa vahvistavalla tavalla myös toimeenpanovallan piiriin. Osallisuus edustukselliseen demokratiaan on vahvistunut. Aluevaalien äänestysaktiivisuuden nousu kaikilla alueilla on vahvistanut demokraattisen osallisuuden toteutumista. Suoraa demokraattista osallisuutta on pyritty vahvistamaan alueilla järjestelmällisesti, vaikka osallistuminen onkin mahdollisesti jäänyt melko vähäiseksi ja parhaat käytännöt ovat vielä tunnistamatta. Autenttisuuden osalta demokratia toteutuu muita osa-alueita heikommin. Päätöksenteon kyvykkyyttä on pyritty vahvistamaan ja toimielinten toimivuutta on vahvistettu. Päätöksenteko on perustunut demokraattiseen harkintaan paikoitellen heikosti. Luottamushenkilöiden kokemukset informoiduksi tulemisesta ja aluevaltuutettujen kokemukset vaikutusmahdollisuuksista ovat jääneet heikoiksi. Kansalaisosallistumista ei ole vielä selkeästi integroitu päätöksentekoon.

Keskeisimmät riskit demokratian toteutumiselle liittyvät päätöksenteon tehostamiseen, asukasosallisuuteen ja päätöksentekijöiden tukemiseen. Hyvinvointialueiden toisen valtuustokauden alkaessa toimielinrakenteet ovat tiivistyneet huomattavasti, mitä on virka- ja luottamushenkilöiden näkökulmasta pidetty perusteltuna. Toimielinrakenteen tiivistämiseen sekä poliittisen ja hallinnollisen päätöksenteon rajanvetoihin sisältyy demokraattisen keskustelun rajaamisen riski. Julkiseen argumentaatioon, päätöksentekoon valmistautumiseen ja asukasosallisuuteen täytyy varata riittävästi aikaa myös tehostetussa päätöksenteossa. Asukkaiden osallisuuden ja vaikuttamisen rakenteita on kokeiltu ja kehitetty, mutta asukkaat eivät vielä tunne kattavasti osallisuuden eri muotoja, eivätkä kehitetyt kanavat ole saavuttaneet kaikkia väestöryhmiä. Päätöksentekijöiden kokemukset heikosta informoinnista ja epäselvyydet päätösvallasta vaativat päätöksenteon tuen kehittämistä. Päätöksenteon valmistelu vaatii alueilta vaikuttavampia keinoja informoida ja neuvoa päätöksentekijöitä sekä mahdollisesti nykyistä laajempaa työpanosta.

9 Hyvinvointialueiden kansallinen ohjaus

Professori Arto Haveri, Tampereen yliopisto

Hyvinvointialueiden kansallisen ohjauksen perimmäinen tehtävä on tukea ja varmistaa hyvinvointialueiden toimintaedellytyksiä niin, että hyvinvointialueet voivat suoriutua niille asetetuista tehtävistä saamallaan rahoituksella. Ohjauksen keinot ovat julkisen hallinnon perinteiset ohjausvälineet eli normiohjaus, resurssiohjaus ja informaatio-ohjaus, sekä näiden yhdistelmänä syntyvä hybridiohjaus.

Esitetty arviointi perustuu useista eri lähteistä kootun tiedon yhdistämiseen ja sen pohjalta tehtyihin analyttisiin johtopäätöksiin. Lähdeaineistoon sisältyvät julkaisujen tutkimusten, selvitysten ja asiakirjojen ohella ministeriöiden vuonna 2025 toteuttaman hyvinvointialueselvityksen aineisto, ohjaavien ministeriöiden ja hyvinvointialueiden välisten neuvottelujen pöytäkirjat vuosilta 2023–2025, sekä ohjauksen tietopohjaa koskevat asiantuntijahaastattelut. Haastattelut on toteutettu ohjaaville ministeriöille (VM, SM, STM), Kelalle ja Tilastokeskukselle sekä neljälle eri kokoiselle ja eri puolella maata sijaitsevalle hyvinvointialueelle.

Hyvinvointialueiden ohjaukseen osallistuu kolme ministeriötä; valtiovarainministeriö, sisäministeriö sekä sosiaali- ja terveysministeriö. Ohjauksen prosessissa erityisen tärkeitä ovat vuosittaiset ohjausneuvottelut, joissa ohjaavat ministeriöt neuvottelevat jokaisen hyvinvointialueen kanssa hyvinvointialueen järjestämisvastuuseen kuuluvien tehtävien toteuttamisesta ja hyvinvointialueen taloudenhoidosta. Neuvotteluissa käydään läpi alueen tilannetta ja etsitään ratkaisuja näkyvissä oleviin haasteisiin. Prosessia tuetaan erilaisella tietoaineistolla, kuten THL:n asiantuntija-arvioilla, valvontaraporteilla ja alueiden omilla selvityksillä ja muulla datalla.

9.1 Ohjauskokonaisuuden toimivuus

Hyvinvointialueiden ensimmäisten toimintavuosien (2023 – 2025) aikana kansallinen ohjaus ei ole vielä muodostunut toimivaksi ja yhtenäiseksi kokonaisuudeksi, eikä se ole kokonaan vastannut hyvinvointialueiden tarpeisiin. Kolmen ohjaavan ministeriön (VM, SM, STM) yhteistyössä on ongelmia, ja ohjauksen roolit, ohjaustavat, ohjauksen sisältö ja prosessit eroavat toisistaan. Sisäministeriön ohjaus on eniten yksityiskohtiin ja jopa hyvinvointialueiden operatiiviseen toimintaan

puuttuvaa, valtiovarainministeriön ohjaus on keskittynyt talouden toimintaedellytysten varmistamiseen lähes irrallaan sisältökysymyksistä. Sosiaali- ja terveysministeriön ohjaus on jäänyt melko pistemäiseksi ja epäsystemaattiseksi. (49, 62, 89, 119.)

Normiohjaus ja resurssiohjaus ovat osin, ehkä jopa systeemisesti ristiriidassa keskenään, mikä voidaan päätellä siitä, että lakisääteisten palveluvelvoitteiden täyttäminen siihen kohdennetulla rahoituksella on tuottanut vaikeuksia lähes kaikilla hyvinvointialueilla. Talouden ja substanssin eli sisältöjen ohjaus ovat eriytyneitä. Talousohjauksen rooli on ensimmäisten toimintavuosien aikana ollut vahvaa ja korostunut uudistuksen edetessä toimintaympäristön muutosten vuoksi. Samaan aikaan hyvinvointialueilla on toivottu sisältöjä koskevan ja uudistuksen etenemisen ohjauksen vahvistamista ja kytkemistä paremmin osaksi ohjauskokonaisuutta. (30, 51, 120.)

Ohjauksen ongelmana on myös lyhytjänteisyys, erityisesti talouden ohjauksen kysymyksissä. Ohjauksen lyhytjänteisyyden seurauksena monet hyvinvointialueet ovat joutuneet sopeuttamaan toimintaansa lähes paniikinomaisesti ja kohdistaneet sopeuttamistoimenpiteitä sellaisiin kohteisiin, jotka pidemmällä aikavälillä voivat osoittautua ongelmallisiksi. (8, 30, 51, 62.)

Hyvinvointialueiden johdolla on toisistaan eroavia näkemyksiä ohjauskokonaisuuden toimivuudesta ja ohjauksen merkityksestä. Yleisin näkemys on, että ohjaus on epäyhtenäistä, ristiriitaista ja lyhytjänteistä sekä haastaa hyvinvointialueiden itsehallintoa. Toiset näkevät kuitenkin ohjauksen melko toimivana ja korostavat esimerkiksi yhteisten kansallisen tason tapaamisten ja keskustelujen hyödyllisyyttä kokemusten vaihdossa, hyvien käytäntöjen kehittämisessä sekä johtamisen tukena suhteessa alueellisiin päätöksentekijöihin. (8, 62, 89.)

Ohjauksen onnistumisena voidaan pitää sitä, että tiukalla talouden ohjauksella on ilmeisesti onnistuttu vaikuttamaan hyvinvointialueiden talouskuriin, vaikka osa sopeuttamistoimista voikin yllä mainitun mukaisesti osoittautua lyhytjänteisiksi. Ohjauksella on kyetty edistämään uudistuksen etenemistä hyvinvointialueilla antamalla hyvinvointialueiden johdolle tukea organisaation, palvelujen järjestämisen ja palveluverkkojen uudistamiseen. (8, 62.)

Hyvinvointialueiden itsehallinnon näkökulmasta myönteisenä voidaan pitää sitä, että itsehallinnon tiukoista raameista huolimatta (ks. luku 8 Hyvinvointialueiden hallintorakenteesta) hyvinvointialueille on jäänyt tilaa tehdä omanlaatuistansa hyvinvointialuepolitiikkaa, mikä näkyy erilaisina ratkaisuin suhteessa organisaatioon, palvelujen järjestämistapaan, palveluverkkoon ja kumppanuuksiin (ks. luku 5 Hyvinvointialueuudistuksen alueellisesta toimeenpanosta ja luku 6 Sosiaali-, terveys- ja pelastuspalvelujen toimivuudesta).

Kansallista ohjausta ei ole toistaiseksi kohdennettu hyvinvointialueille. Ohjaus ei ole riittävästi huomioinut alueiden erityispiirteitä, niiden erilaisia lähtökohtia, ongelmia ja kehitysmahdollisuuksia. Tästä esimerkiksi ovat kuntayhtymätaustan vaikutus (ks. luku 3 Alueellisista lähtökohdista) ja tarkempana tapauskohtaisena esimerkkinä Lapin matkailijoiden pelastustointa ja terveystalveta kuormittava vaikutus. Tämä johtuu osittain kansallisen ohjauksen tietopohjan puutteista (ks. seuraava alaluku), ja osittain siitä, ettei ministeriöillä ole ollut tarvittavaa osaamista, ns. kenttäkokemusta tai aikaresurssia alueiden yksilölliseen ohjaukseen. (62, 119.)

Hyvinvointialuekohtaisen ohjauksen niukkuus liittyi erityisesti uudistuksen käynnistämisvaiheeseen. Uudistuksen alkuvaiheessa ohjauksen resurssit jouduttiin kohdentamaan ns. välttämättömiin toimintoihin, kuten uusien järjestelmien toimintaan, henkilöstösiirtoihin, aluedemokratiaan sekä palvelujen laatuun ja saatavuuteen liittyviin kysymyksiin.

9.2 Ministeriöiden yhteistyö hyvinvointialueiden ohjauksessa

Hyvinvointialueuudistus on vaikuttanut voimakkaasti kaikkien hallinnontasojen toimintaan ja haastaa myös valtioneuvostoa. Uudistus on vahvistanut valtion roolia sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen ohjauksessa, laajentanut ministeriöiden vastuita ja siirtänyt ohjauksen painopistettä koordinoivaan ja strategiseen tehtävään. Tähän ovat vaikuttaneet etenkin hyvinvointialueiden rahoitusmalli, ohjauksen kohteena oleva laaja ja monimutkainen palveluverkosto sekä toimintaympäristön muutokset (ks. luku 4 Ulkoisista muutosvoimista). Tarve valtakunnallisten ja alueellisten tavoitteiden yhteensovittamiseen on vielä aiempaakin tärkeämpää uudistuksen tavoitteiden saavuttamiseksi. Tämä edellyttää ministeriöiltä uudenlaista osaamista, tietoa, hallinnonalojen yhteensovittamista ja ohjausmenetelmien kehittämistä.

Useiden ministeriöiden yhteinen ohjaus voi parhaimmillaan vahvistaa ohjauksen asiantuntemusta ja moniulotteisuutta. Tämä moninäkökulmaisuus voi myös toimia institutionaalisena tarkastusmekanismina, jossa eri ministeriöiden vuorovaikutus auttaa tunnistamaan ristiriitaisuuksia ja ehkäisemään yksipuolisten ratkaisujen tai virheellisten linjausten syntymistä. Ministeriöiden välisessä työnjaossa ja yhteistyössä näyttää kuitenkin olevan vielä paljon kehitettävää. Ohjauksen epäyhtenäisyyden syinä voidaan nähdä se, että ministeriöillä ei ole jaettua ymmärrystä strategisista pitkän aikavälin tavoitteista. Ohjauksen käytännöt ja toimintatavat ovat

hajanaisia, lyhytjänteisiä ja eriytyneitä, sillä kansallisesti puuttuu yhteinen tahtotila hyvinvointialueiden ohjauskokonaisuudessa ja näkemys pitkän aikavälin kehityssuunnista. (49, 62.)

Yhteistyötä vaikeuttavat myös keskushallinnon voimakas siiloutuminen, ministeriöiden ja niiden alaisten laitosten ja virastojen väliset ristiriidat sekä käsitteelliset erot ohjauksen menetelmistä ja sisällöistä. Valtiovarainministeriö lähestyy ohjausta taloudellisen tehokkuuden ja resurssien hallinnan näkökulmasta, kun taas sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö painottaa palvelujen vaikuttavuutta, yhdenvertaisuutta ja hoidon laatua. Sisäministeriön ohjaus puolestaan keskittyy pelastustoimen ja varautumisen operatiivisiin kysymyksiin. Näiden erilaisten ohjauslogiikkojen yhteensovittaminen on haastavaa, ministeriöt käyttävät toisistaan poikkeavaa kieltä, mittaristoa ja normatiivista kehystä. Tämä luo hyvinvointialueille kuvan hajanaisesta ohjauksesta ja heikentää alueiden itsehallinnon edellyttämää strategista johdonmukaisuutta. (49, 62, 119.)

9.3 Ohjauksen kehityskaari ensimmäisten toimintavuosien aikana

Hyvinvointialueiden kansallisessa ohjauksessa tapahtunutta muutosta uudistuksen ensimmäisten toimintavuosien aikana kuvataan käsitteellä **ohjauksen kehityskaari**, jolla viitataan ohjauksen sisältöjen, painotusten ja toimintatapojen vaiheittaiseen muotoutumiseen.

Kansallisessa ohjauksessa on tapahtunut merkittävää kehitystä niiden ensimmäisten toimintavuosien aikana. Ohjauksen dynamiikka on siirtynyt alkuvaiheen käynnistämisen ja toiminnallisen tuen painotuksesta kohti taloudellisesti kohdentuvaa ja sääntöpohjaltaan tiukentuvaa ohjausta. Samalla on nähtävissä asteittainen siirtymä kohti kokonaisvaltaisempaa ohjausotetta, jossa alueiden erityispiirteet ja kontekstuaalinen vaihtelu pyritään huomioimaan aiempaa systemaattisemmin. (62, 89, 119.)

Kehityskaaren aikana talouspoliittisten tavoitteiden painoarvo on kasvanut toimintaympäristön muutosten myötä, mikä on vahvistanut valtiovarainministeriön asemaa ohjauksessa. Tämä näkyy erityisesti siinä, että hyvinvointialueiden ohjauksen yhteensovittaminen on säädetty valtionvarainministeriölle vuonna 2024, mikä edelleen institutionalisoi ministeriön roolia strategisena ohjaajana. Lisäksi ohjauksen hajanaisuus on tullut esiin sekä selvityksissä että hyvinvointialueiden palautteissa, ja sen yhtenäistämiseksi on käynnistetty lainsäädännöllisiä ja hallinnollisia

toimenpiteitä. Joillakin hyvinvointialueilla toimenpiteiden on jo koettu parantavan ohjauksen laatua, mikä viittaa ohjausjärjestelmän vähittäiseen yhdenmukaistumiseen. (62, 89, 119.)

Ohjauksen kehityskaaressa merkittävänä tekijänä voidaan nostaa esiin myös vuoden 2025 alusta käyttöön otettu ennakollisen talouden ohjauksen menettely. Vaikka sen retorinen kehystys korostaa päätöksenteon tukemista, menettelyä voidaan tarkastella myös valtionvalvonnan vahvistumisena ja kontrollin lisääntymisenä. Huomionarvioista on, että hyvinvointialueiden ja valtiovarainministeriön välinen suhde on kehittymässä parempaan suuntaan, mutta on silti jännitteinen. (62.)

9.4 Kansallisen ohjauksen tietopohja

Kansallisen ohjauksen tietopohja koostuu laajasta määrällisen ja laadullisen tiedon aineistosta sisältäen tietoa palveluiden tarpeesta, hyvinvointialueiden toiminnasta, taloudesta ja resursseista, väestön hyvinvoinnista ja terveydestä sekä varautumisen kysymyksistä (liite 14). Sitä hyödyntävät ohjaavat valtion viranomaiset, hyvinvointialueet, sotepe-ammattilaiset ja kunnat. Tietoa kerätään useista eri lähteistä, kuten hyvinvointialueilta, THL:ltä, Kelalta, Valviralta ja Tilastokeskukselta. (121, 122.)

9.5 Kansallisen tietopohjan vastaavuus ohjauksen tarpeisiin

Hyvinvointialueiden kansallisen ohjauksen pitäisi perustua yhdenmukaiseen ja vertailtavaan tietopohjaan, mutta käytännössä tietopohja on vielä hajanaista, osin puutteellista ja jopa virheellistä. Tietopohjan hyödyntäminen on myös osin työlästä. (49, 56, 123, 124, 125, 126.)

Laadullista ja määrällistä tietoa on sinänsä runsaasti erilaisissa lähteissä kuten tilastoissa, kyselytuloksissa ja pistemäisinä tutkimustuloksina. Eri tietojärjestelmät ja Kanta-palvelu mahdollistavat periaatteessa laajan asiakas- ja palvelutiedon keruun. Lisäksi hyvinvointialueiden raportointivelvoitteet tuottavat säännöllistä tietoa taloudesta, toiminnasta ja varautumisesta. Tietojen yhdisteleminen ja kokonaiskuvan saaminen on kuitenkin vielä vaikeaa, sillä tieto on pirstoutunut eri rekistereihin, puutteellisesti yhteismitallista tai ei riittävän ajantasaista. Kokonaiskuvan hahmottamiseksi tarvitaan useiden eri rekisteritietojen yhdistelemistä, asiantuntemusta ja aikaa. (121, 123, 124.)

Kansallisen ohjauksen tietopohjan tulisi muodostaa kokonaisuus, jossa tieto olisi hyödynnettävissä ohjauksen tarkoituksiin ilman vaativia muokkaustoimenpiteitä ja lisätyötä. Tiedon tulisi olla yhtenäistä, ajankohtaista, luotettavaa ja saatavilla kaikille keskeisille toimijoille. Erityisen tärkeää ministeriöiden ohjauksen kannalta on se, että tietopohjan pitäisi luoda toimiva pohja toiminnan ja talouden näkökulmien yhteensovittamiselle. Hyvinvointialueiden toiminnan kehittämisen kannalta taas valtakunnallisen vertailun mahdollistavat helppokäyttöiset rekisterit ovat avainasemassa.

Valtiovarainministeriön ohjaus perustuu nykyisin lähinnä hyvinvointialueiden taloutta koskeviin tietoihin. Ihannetilanteessa tietopohja mahdollistaisi toiminnan vaikuttavuuteen tai vähintään tuloksellisuuteen perustuvan arvioinnin ja kannustusjärjestelmät. Toistaiseksi ollaan vielä kaukana tästä ihannetilanteesta, sillä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa, suoritteita sekä toiminnan tuloksellisuutta ja vaikuttavuutta koskevia tietoja ei ole riittävästi käytettävissä tai ne ovat liian vaikeasti yhdistettävissä talouden tietoihin. Valtiovarainministeriön, sosiaali- ja terveysministeriön ja THL:n yhteistyössä on puutteita kansallisen ohjauksen tietoperustan kehittämisessä. (49, 56, 123, 124.)

Pelastustoimen tietopohja on viime vuosina kehittynyt ja yhtenäistynyt, mutta vuosille 2023–2026 asetettuja strategisia tavoitteita ei ole vielä täysin saavutettu. Rekisterit tarjoavat laajasti operatiivista dataa hälytystehtävistä, onnettomuuksista ja riskienhallinnasta, tukevat valmiussuunnittelua ja kriisijohtamista, mutta niiden käyttö vaihtelee alueellisesti, ja tiedon hajanaisuus voi heikentää kokonaisvaltaisen tilannekuvan muodostamista. (124, 127.)

Myös pelastustoimen näkökulmasta tietopohjan hyödyntämisessä ilmenee useita haasteita hyvinvointialueilla. Ensinnäkin tiedon yhteentoimivuus eri järjestelmien välillä (esimerkiksi STM:n, SM:n ja hyvinvointialueiden tietojärjestelmissä) on rajallista. Tämä vaikeuttaa tiedon integrointia osaksi strategista johtamista ja palveluohjausta. Toiseksi tiedon käyttö on usein operatiivista ja reaktiivista, eikä ennakoivaa analytiikkaa tai vaikuttavuusarviointia ole systemaattisesti hyödynnetty. (8, 124.)

Tietojen yhteismitallisuus ja vertailtavuus ovat vielä puutteellisia eri hyvinvointialueiden välillä kaikissa sotepe-palveluissa. Edistyneempiä ovat ne kuntayhtymätaustaiset hyvinvointialueet, jotka ovat tehneet tietojärjestelmien uudistamiseen ja yhtenäistämiseen liittyvää työtä pitempään kuin muut. Hyvinvointialueiden tietojärjestelmien yhtenäistäminen ei kuitenkaan toisi kovin suurta lisäarvoa, sillä kysymys on enemmän käytettävistä tietomalleista ja siitä, miten siirto yhteiseen valtakunnalliseen järjestelmään toteutetaan. (124.)

Keskeiset toimijat jakavat melko yhtenäisen käsityksen kansallisen tietopohjan tilasta, ja tietopohjaan liittyvät ongelmat tunnistetaan. Tietopohjan kehittämisestä on kuitenkin eriäviä mielipiteitä ja keskeisillä toimijoilla näyttää olevan kilpailua tietopohjan omistajuudesta ja koordinaatiosta. Hyvinvointialueilta saatujen vastausten mukaan kansallisesti ja yhteistyöalueittain suunniteltu tiedonhallinta ja digitalisaatio tukevat hyvinvointialueiden tavoitteiden saavuttamista ja asukaslähtöistä toiminnan uudistamista nykyisellään tyydyttävästi tai hyvin. Hyvinvointialueet käyttävät kuitenkin enemmän omia tietojärjestelmiään, eivätkä kovinkaan laajasti vielä valtakunnallisia tietojärjestelmiä johtamisen tukena, vaikka tietopohja tietyiltä osin mahdollistaisi jo vertailut ja niihin perustuvan toiminnan kehittämisen. (8, 124.)

Lähes kaikki hyvinvointialueet näkevät esimerkiksi kansallisen laaturekisteritoiminnan erittäin tärkeänä oman toimintansa kannalta ja haluavat sitä laajennettavan ja kehitettävän edelleen. Laaturekisteritoiminnan kehittämisen katsotaan parantavan mahdollisuutta kehittää hoidon ja palvelun laatua ja vaikuttavuutta, lisätä toiminnan avoimuutta, vertailtavuutta ja läpinäkyvyyttä, sekä mahdollistavan luopumisen erillisrekistereistä. Toisaalta korostetaan, että rekisterien laajentamisen tulisi tuoda aidosti lisäarvoa eri toimijoiden tiedolla johtamiseen ja niiden tiedonkeruun tapahdusta osana ”luonnollista” kirjaamista aiheuttamatta lisätyötä tai kustannuksia. (8.)

9.6 Keskeiset havainnot

Hyvinvointialueiden kansallinen ohjaus ei ole uudistuksen ensimmäisinä vuosina ollut yhtenäistä, eikä vastannut hyvinvointialueiden tarpeisiin. Ohjausta on kuitenkin kehitetty, ja sen painopiste on siirtynyt kohti taloudellisesti kohdentuvaa ja sääntöpohjaltaan tiukentuvaa ohjausta. Samalla on nähtävissä asteittainen siirtymä kohti kokonaisvaltaisempaa ohjausotetta, jossa alueiden erityispiirteet pyritään huomioimaan aiempaa systemaattisemmin. Hyvinvointialueiden ja valtiovarainministeriön välinen luottamus on rakentumassa. Luottamuksen vahvistuminen edellyttää panostusta vuorovaikutukseen ja yhteisen ymmärryksen luomiseen.

Ohjauksen tietopohjan kehittämiseksi keskeisten kansallisen tason toimijoiden tulisi saavuttaa yhteinen visio pidemmän aikavälin kehityksestä ja sopia tiedon tuotannon, analysoinnin ja raportoinnin vastuista ja koordinaatiosta. Tarvitaan myös korkeimman tason poliittisia linjauksia tietopohjan kehittämisen esteiden poistamisesta, yhteistyön tiivistämisestä ja yhteisestä suunnasta sekä roolituksista.

Tietopohjaa on kehitettävä yhden kansallisen tietovarannon suuntaan, jotta kansallinen ohjaus voi tukea vaikuttavaa ja kustannustehokasta palvelujärjestelmää. Kansallisen ohjauksen tietopohjan kehittämiseksi onkin käynnissä useita toimenpiteitä, joiden voidaan toteutuessaan olettaa parantavan tilannetta oleellisesti, esimerkkinä THL:n hanke informaatio-ohjauksen kehittämiseksi ja yhden luukun sote-tietovarantojärjestelmä, joka harmonisoi eri rekisteriaineistot ja mahdollistaa palveluketjujen tarkastelun kokonaisuutena. Toinen esimerkki on hallitusohjelman huomio kansallisten laaturekisterien kehittämiseen ja niihin osoitettu rahoitus. Lisäksi ministeriöiden ja hyvinvointialueiden ohjausneuvotteluissa on vuonna 2025 alettu korostaa tietopohjan kehittämisen merkitystä. (8, 119, 128.)

Pelastustoimen tietopohjan kehittäminen edellyttää vahvempaa institutionaalista kapasiteettia, tiedonhallinnan rakenteiden uudistamista sekä poikkihallinnollista koordinaatiota. Tiedon tulisi palvella paitsi pelastustoimen operatiivista johtamista myös strategista suunnittelua, vaikuttavuuden arviointia ja riskiperusteista resursien kohdentamista. Tämä edellyttää, että pelastustoimen tietopohja ei jää erilliseksi sektoritiedoksi, vaan integroidaan osaksi hyvinvointialueiden kokonaisvaltaista tietojohtamista ja turvallisuuspolitiikkaa.

Kokonaisuudessaan hyvinvointialueiden kansallisen ohjauksen tietopohjassa ei ole kysymys vain tietopohjan kehittämisestä, vaan myös olemassa olevan tietopohjan paremmasta hyödyntämisestä. Tarvitaan osaamisresursseja ja rohkeutta hyödyntää käytettävissä olevaa tietoa ennakoivan ohjauksen perustana. Johtopäätösten tekeminen vaatii työtä ja tiedolla johtamisen kulttuurin kehittämistä sekä ministeriöissä että hyvinvointialueilla.

10 Johtopäätökset

Arviointia toteuttaneiden asiantuntijoiden yhteinen näkemys:

Kokonaisarvio hyvinvointialueuudistuksen ensimmäisistä toimintavuosista on, että uudistuksen toimeenpano etenee kaikilla hyvinvointialueilla. Palvelujen kehittämisessä ja uudistuksen etenemisessä on kuitenkin alueellisia eroja.

Vaikka myönteistä kehitystä on havaittavissa useilla osa-alueilla, kokonaiskuvaa leimaa hajanaisuus ja monitasoiset jännitteet. Alueelliset erot näkyvät niin päätöksenteon rakenteissa, johtamiskyvykkyyksissä kuin henkilöstön sitoutumisessa ja palvelurakenteiden uudistumisessa. Lisäksi uudistuksen toimeenpanon kyvykkyydessä on suurta alueellista vaihtelua.

Kokonaisuutena arvioiden palvelujärjestelmä on selvinnyt hyvinvointialueiden käynnistämisvaiheesta hyvin. Tärkeimpiä kehittämiskohteita ovat hyvinvointialueita ohjaavien ministeriöiden ohjauksen yhtenäistäminen, alueellisten erojen kaventaminen, rahoitusmallin toimivuus sekä kansalaisten luottamuksen palauttaminen palveluihin.

Hyvinvointialueuudistuksen kaltaisen suuren uudistuksen toteutusta arvioitaessa on huomioitava, että toiminnan vakiinnuttamiseen kuluu väistämättä useampi vuosi. On toisinaan vaikea erottaa kehityskulussa sitä, mitkä asiat johtuvat itse uudistuksesta ja mitkä johtuvat toimintaympäristön muutoksista tai muista syistä.

Vuonna 2025 hyvinvointialueiden tilanne on osoittautunut ennakoitua haastavammaksi johtuen monista samanaikaisista, koko Suomea koskevista toimintaympäristön muutoksista. Näihin lukeutuvat muun muassa koronaviruspandemian vaikutukset, työmarkkina- ja palkkamallin muutokset, heikentynyt kansainvälinen turvallisuustilanne sekä kansantalouden kasvavat paineet. Nämä ovat kiristäneet julkista taloutta, mikä puolestaan on vaatinut hyvinvointialueilta tiukkoja sopeutustoimia.

Myös muut tekijät ovat vaikeuttaneet hyvinvointialueita saavuttamasta niille perustamisvaiheessa asetettuja tavoitetta kaikille yhdenvertaisesta palvelutasosta ja taloudellisesta kestävydestä koko maassa. Näitä ovat muun muassa alueelliset erot väestörakenteessa, sairastavuudessa ja muuttoliikkeessä.

Hyvinvointialueiden ensimmäisten toimintavuosien arvioinnin perusteella alueet ovat onnistuneet järjestämään ja uudistamaan alueensa palveluja. Valtakunnallisesti palvelujen saatavuudessa ei ole tapahtunut merkittäviä heikennyksiä.

Arvion mukaan palvelujärjestelmä toimii Suomessa kokonaisuutena. Yksittäisten palvelujen saatavuudessa ja uudistamisessa on kuitenkin merkittäviä eroja alueiden välillä eikä kansallinen ohjaus ole onnistunut kaventamaan näitä eroja. Yksi olennainen taustalla vaikuttava tekijä on sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstövaje. Henkilöstön saatavuudessa ja pysyvyydessä on hyvinvointialueiden välillä merkittävää vaihtelua, joskin kokonaisuutena tilanne on uudistuksen edetessä parantunut.

Hyvinvointialueiden kansallinen ohjaus ei ole ensimmäisinä toimintavuosina ollut yhtenäistä eikä se ole vastannut hyvinvointialueiden tarpeisiin. Hyvinvointialueita ohjaavat ministeriöt (sosiaali- ja terveysministeriö, valtiovarainministeriö ja sisäministeriö) eivät ole vielä kyenneet muodostamaan riittävän yhtenäistä ohjausrakennetta kansallisessa ohjauksessa. Tämä näkyy puutteina ohjaavien ministeriöiden välisessä yhteistyössä, ohjauksen yhteensovittamisessa ja hyvinvointialueiden erityispiirteiden huomioimisessa.

Tilannetta on vaikeuttanut myös se, että ohjaukseen tarvittavassa tietopohjassa ja sen hyödyntämisessä on puutteita. Vaikka tietoa hyvinvointialueiden toiminnasta, taloudesta ja palveluista kerätään monipuolisesti useista lähteistä, on tietopohja edelleen hajanaista, osin puutteellista ja vaikeasti hyödynnettävää.

Hyvinvointialueiden ohjauksen yhteensovittaminen on kuulunut valtionvarainministeriölle vuodesta 2024 alkaen. Tämä on vahvistanut valtiovarainministeriön asemaa hyvinvointialueiden ohjauksessa, mikä puolestaan on korostanut talouden merkitystä ohjauksessa. Samalla toiminnan, palvelujen sisältöjen ja hyvinvointialueuudistuksen etenemisen ohjaus on jäänyt vähemmälle. Tämä johtuu muun muassa sosiaali- ja terveysministeriön sisäisestä hajanaisuudesta sekä sisäministeriön ohjauksen liiasta operatiivisuudesta.

Lisäksi hyvinvointialueiden ohjausta on leimannut lyhytjänteisyys. Monet hyvinvointialueet ovat joutuneet tekemään taloudellisessa paineessa nopeita sopeuttamistoimia, jotka voivat pidemmällä aikavälillä osoittautua ongelmallisiksi.

Vahva talouteen painottuva kansallinen ohjaus ja talouden sopeuttaminen ovat estäneet hyvinvointialueita hyödyntämästä täysimääräisesti omaa päätösvaltaansa ja rajoittaneet hyvinvointialueiden itsehallintoa.

Myönteistä on, että hyvinvointialueiden ohjauksessa on tapahtunut kehitystä ensimmäisten toimintavuosien aikana ja että ohjausta kehitetään jo tunnistettujen ongelmien pohjalta.

Uudistuksen yhtenä tavoitteena on ollut edistää palvelujen yhdenvertaisuutta. Tässä on menty eteenpäin: hyvinvointialueiden palvelujen myöntämiskriteerit ja palvelujen sisällöt ovat yhtenäistyneet. Tämä puolestaan on parantanut väestön yhdenvertaisuutta. Asiakkaiden yksilöllisiin tarpeisiin vastaamisen pitkäaikaiset haasteet eivät kuitenkaan ole kaikilta osin ratkenneet. Järjestelmän toimivuutta on kehitettävä vastaamaan nykyistä paremmin kansalaisten tarpeita ja odotuksia.

Hyvinvointialueiden johtaminen edellyttää uutta osaamista ja tarkoituksenmukaisia toimintatapoja. Johtamiskyky vaihtelee alueittain, mutta monilla hyvinvointialueilla on onnistuttu ihmisten ja muutosten johtamisessa. Resurssit ovat kuitenkin monilla hyvinvointialueilla suuntautuneet akuuttien ongelmien ratkaisuun. Tämä on johtanut siihen, että strateginen ja pitkäjänteinen johtaminen ja kehittäminen ovat jääneet vähemmälle huomiolle.

Myös yhteistyöverkostot, vastuut ja yhteistyön rakenteet hyvinvointialueiden, kuntien ja muiden toimijoiden välillä ovat vasta rakentumassa. Kokonaisuutena arvioiden hyvinvointialueiden poliittinen päätöksenteko ja johtamisjärjestelmä ovat olleet sopeutumiskykyisiä.

Hyvinvointialueiden talous on ollut voimakkaasti alijäämäinen kahtena ensimmäisenä toimintavuotena. Hyvinvointialueilla laaditut muutosohjelmat eivät kaikilla alueilla ole riittävän tavoitteellisia tai toteutuskelpoisia talouden tasapainottamiseksi. Vaikka talouden tasapainottamiseen tähtäviä toimenpiteitä on aloitettu laajasti, näkyvät vaikutukset viiveellä.

Hyvinvointialueiden rahoitusmalli on käynnistämisvaiheessa osoittautunut monilta osin haasteelliseksi. Rahoitus ei ole alkuvuosina täysin vastannut uudistusta edeltäneen palvelutason kustannuksia, mikä on johtanut monilla alueilla merkittäviin alijäämiin. Tähän on vaikuttanut erityisesti kuntien poikkeuksellisen alhainen kustannustaso, joka johtui vuonna 2022 koronaviruspandemian vuoksi myönnettyistä korvauksista ja kuntien kannusteista. Suuriin alijäämiin ovat vaikuttaneet merkittävästi myös hyvinvointialueindeksin ja todellisen kustannuskehityksen erot.

Rahoitusmalli perustuu pääosin tarveperustaiseen laskentaan. Tietopohjan epävarmuudet, mallin monimutkaisuus ja rakenteelliset puutteet kannustimissa ovat vaikeuttaneet hyvinvointialueiden pitkäjänteistä ja kustannusvaikuttavaa budjetointia. Kannusteet tehokkuuteen, ennaltaehkäisyyn ja ylijäämien tavoitteluun ovatkin mallissa jääneet heikoiksi.

Käytännössä puutteet rahoitusmallin kannusteissa näkyvät niin, että joidenkin alueiden ylijäämäiset tulokset voivat johtaa tulevien vuosien rahoitusleikkauksiin. Tämä puolestaan voi johtaa alueiden odotuksiin siitä, että valtio kattaa tehdyt alijäämät. Lisäksi alueilla on kannuste tehdä liikaa sairastavuuskirjauksia. Kaiken kaikkiaan rahoitusmalli on jättänyt järjestelmään sekä taloudellisia että ohjauksellisia vinoumia, jotka pitäisi jatkossa korjata.

Hyvinvointialueiden hallintorakenteen eli poliittisen päätöksenteon ja johtamisjärjestelmän rakentuminen on ollut monella alueella haasteellista. Rakenteita on kuitenkin saatu uudistettua, ja hyvinvointialueiden poliittisessa päätöksenteossa toimielinten rakenteita on selkeytetty. Luottamushenkilöt kokevat, että päätökset hyvinvointialueilla tehdään pääosin oikeissa elimissä. Toisaalta päätöksenteon vastuiden ja roolien epäselvyydet ovat hyvinvointialueilla yleisiä. Luottamushenkilöiden vaikutusvallan koetaan jääneen odotuksia vähäisemmiksi.

Hallinnollista kehittämistä hyvinvointialueilla ovat lisäksi hidastaneet vaikeus irtautua aiemmasta kuntapohjaisesta päätöksenteosta sekä vakiintumattomat toimielinten roolit. Asukasosallisuuden ja vaikuttamisen rakenteita on hyvinvointialueilla kehitetty, mutta asukasosallisuus on vielä vähäistä.

Hyvinvointialueiden toiminnassa on jännitteitä hyvinvointialueiden itsehallinnon ja demokratian toteutumisen, kansallisen ohjauksen sekä palvelujärjestelmälle asetettujen tavoitteiden välillä. Uudistuksen toimeenpanon edetessä jännitteet voivat voimistua. Jännitteitä voidaan poistaa rakenteellisilla uudistuksilla: joko vahvistamalla hyvinvointialueiden itsehallintoa tai valtion ohjausta. Jännitteitä voidaan myös lieventää kehittämällä nykymallia laaja-alaisesti.

Ensimmäisten toimintavuosien kokemusten perusteella koko maassa edetään hyvinvointialueuudistukselle asetettujen tavoitteiden suuntaan. Tavoitteiden saavuttamiseen on yhä matkaa, ja toimintaympäristössä tapahtuneet muutokset ovat tuoneet lisää haasteita uudistuksen etenemiselle.

Hyvinvointialueuudistuksen tavoitteiden saavuttamiseen pidemmällä aikavälillä on kaikki edellytykset, mutta onnistuminen vaatii tarttumista seuraavassa luvussa esitettyihin suosituksiin. Kokonaisuudessaan ohjaus-, hallinto- ja rahoitusrakenteiden uudistamista olisi rohkeasti jatkettava uudistuksen tavoitteiden saavuttamiseksi.

11 Suositukset

Arviointia toteuttaneiden asiantuntijoiden yhteinen näkemys:

Lyhyen aikavälin välittömästi toimeenpantavat suositukset

1. **Vahvistetaan ja selkeytetään kansallista hyvinvointialueiden ohjausta.** Ohjaavat ministeriöt muodostavat yhteisymmärryksen hyvinvointialueiden strategisesta ja yhdensuuntaisesta ohjauksesta, ohjauskokonaisuudesta sekä sen keskeisistä sisällöistä. Ministeriöt sovittavat yhteen olemassa olevat ohjauskeinot niin, että ne auttavat saavuttamaan uudistuksen toiminnalliset ja taloudelliset tavoitteet. Tämä koskee erityisesti resurssi- ja normiohjausta. Ministeriöt painottavat alueelliseen tilannekuvaan perustuvaa ohjausta sitä tarvitseville hyvinvointialueille. Samalla huolehditaan, että ohjaus painottuu ja tarvittaessa myös kevenee hyvinvointialueiden tilanteen mukaisesti. Kehitetään ohjauksen tietopohjaa kansallisesti hyödynnettävän tietovarannon suuntaan.
2. **Korjataan rahoitusmallin keskeiset tunnistetut ongelmakohdat.** Mahdollistetaan pidennetty alijäämien kattamisveloitteen määräaika vuoteen 2028 myös niille hyvinvointialueille, jotka tekevät alijäämäisen tuloksen vuonna 2025 ja joilla on riittävän yksityiskohtainen ja valtioneuvoston hyväksymä suunnitelma vakauttaa toiminta ja talous tulevina vuosina. Tämä antaa alueille mahdollisuuden vakauttaa ja sopeuttaa toimintaansa hallitusti. Poistetaan siirtymätasauksen pysyvä osa tasausjakson päätyttyä vuonna 2029, jotta rahoitusmalli pohjautuisi jatkossa aiempaa tarkemmin kunkin alueen tarpeisiin ja olosuhteisiin. Varmistetaan, että kaikki hyvinvointialueet noudattavat yhdenmukaisia ja luotettavia kirjaamiskäytäntöjä. Tämä koskee erityisesti diagnoosi- ja sairastavuuskirjauksia. Käynnistetään tarvittaessa kirjauskäytäntöjen ulkoinen auditointi.

3. **Kehitetään hyvinvointialueiden rahoitusmallia kannustavammaksi vaiheittain.** Muutetaan HYTE-kertoimen nimi ja laajennetaan sisältö kannustepalkkioksi. Kannustepalkkio sisältää toiminnan tuottavuuden ja tehokkuuden parantamiseen sekä valtakunnallisten tavoitteiden saavuttamiseen kannustavia tekijöitä. Lisäksi kasvatetaan kannustepalkkion rahoitusosuutta asukasperusteisuutta pienentämällä. Tämä on mahdollista esimerkiksi kasvattamalla HYTE-kertoimen osuutta rahoitusmallissa aluksi 3–5 prosenttiin. On olennaista, että kannustinpalkkion kasvattamisen ohella mittaristoa laajennetaan niin, että se kattaa aiempaa laajemmin myös sosiaali- ja pelastuspalvelut.
4. **Vahvistetaan suunnitelmallisuutta sosiaali- ja terveyspalvelujen sekä pelastuspalvelujen palvelujärjestelmän uudistamiseksi yli vaalikausien.** Nimetään parlamentaarinen työryhmä, jolla tuetaan kaikkien puolueiden sitoutumista mm. rahoitusmallin kehittämiseen sekä palvelujen ja rakenteiden uudistamiseen. Hyvinvointialueita ohjaavat ministeriöt muodostavat yhteistyössä näkemyksen kevään 2027 hallitusneuvotteluihin hyvinvointialueiden palvelujen ja rakenteiden strategisista uudistamistarpeista sekä näiden vaikutuksista julkiseen talouteen ja palvelujärjestelmään.
5. **Arvioidaan hyvinvointialuerakenne ja alueiden määrä kansallisesti.** Hyvinvointialueiden nykyinen määrä oli sovitteluratkaisu sille, että sote-uudistukselle saatiin aikanaan poliittinen hyväksyntä. Määritellään selkeät toiminnalliset ja taloudelliset kriteerit ennen kevään 2027 hallitusneuvotteluja siitä, miten hyvinvointialueiden rakennetta ja määrää uudelleenarvioidaan. Uudelleenarvioinnin yhteydessä pitää ottaa huomioon, että suuremmat ja taloudellisesti vakaammat alueet voivat kantaa vastuunsa itsenäisemmin. Tämä vähentää odotusta valtion lisärahoituksesta. Jos aluejakoon tehdään muutoksia, pitää muutokset tehdä kansallisen kokonaisarvion perusteella. Hyvinvointialueiden toiminnallinen ja taloudellinen vakaus sekä toimintakyky on turvattava siirtymäkauden aikana.
6. **Arvioidaan sairaala- ja päivystysverkon tiivistämistä.** Hyödynnetään jo tehtyä selvitystä (Kansallisen erikoissairaanhoidon sairaaloiden ja päivystysten porrasteisuuden, työnjaon ja yhteistyön selvitys) ja arvioidaan, mitkä erikoissairaanhoidon palvelut kullakin hyvinvointialueella on mahdollista ja tarkoituksenmukaista tuottaa. Luodaan arvioinnin pohjalta ehdotus sairaala- ja päivystysverkon kehittämisestä kevään 2027 hallitusneuvotteluihin.

7. **Jatketaan julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän palveluvalikoiman säädösvalmistelun kehittämistyötä.** Palveluvalikoiman määrittäminen on jatkoa sosiaali- ja terveysministeriön säädösvalmistelulle palveluvalikoiman periaatteista. Määritettyjä periaatteita sovelletaan, kun päätetään, mitä julkisia sosiaali- ja terveyspalveluita verovarjoilla ja asiakasmaksuilla tuotetaan. Julkisen palveluvalikoiman määrittely selkeästi ja avoimesti on myös keino vahvistaa kansalaisten luottamusta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmään.

Pitkän aikavälin suositukset

1. **Linjataan hyvinvointialueiden asema osana sosiaali- ja terveyspalvelujen sekä pelastuspalvelujen palvelujärjestelmää: entistä vahvempi alueiden itsehallinto, nykymallin kehittäminen vai vahvempi valtion ohjaus.** Arvioidaan mallien vaikutus palvelujen järjestämiseen, demokratiaan sekä sotepe-palveluiden rahoitustapoihin. Arvion perusteella eduskunta linjaa, vahvistetaanko hyvinvointialueiden asemaa itsehallinnollisina alueyhteisöinä vai kehitetäänkö niitä palveluorganisaatioina, jotka kytkeytyvät tiiviisti osaksi valtionhallintoa. Alla esitettyjen pitkän aikavälin suositusten toteutus riippuu valitusta lähestymistavasta (taulukko 4).

Pitkän aikavälin suositukset, jotka ovat toteutuskelpoisia **alueiden aiempaa vahvempaan itsehallintoon** perustuvassa mallissa:

2. **Valmistellaan hyvinvointialueiden verotusoikeuden ja veropohjan tasausjärjestelmän käyttöönotto.** Selvitetään hyvinvointialueiden verotusoikeuden toteuttamisvaihtoehdot sekä alueveron osuus kokonaisrahoituksesta.
3. **Kevennetään hyvinvointialueiden kansallista ohjausta vastaamaan hyvinvointialuelain lähtökohtia, kun hyvinvointialueet ovat saavuttaneet riittävän, yhteisesti sovittuihin kriteereihin perustuvan toiminnallisen ja taloudellisen vakauden.** Kansallisella tasolla yhteisesti sovitut kriteerit koskevat muun muassa palveluiden laatua, talouden tasapainoa, hyvinvointialueiden johtamista ja niiden välistä yhteistyötä. Poikkeusmenettelyt voidaan ottaa käyttöön, mikäli vakaudessa esiintyy merkittäviä poikkeamia sovittujen kriteerien perusteella. Aiempaa kevyemmän kansallisen ohjauksen ja lainsäädännön tavoite on entistä vahvempi hyvinvointialueiden itsehallinto.

Pitkän aikavälin suositus, joka on toteutuskelpoinen vahvempaan kansalliseen ohjaukseen perustuvassa mallissa:

4. **Selvitetään, onko tarpeen koota hyvinvointialueiden ohjaus yhden kansallisen toimijan vastuulle.** Tavoitteena on vahvistaa hyvinvointialueiden kansallista ohjausrakennetta. Varmistetaan, että ratkaisu tukee uudistuksen tavoitteiden saavuttamista: riittävien ja yhdenvertaisten palvelujen turvaamista sekä kustannusvaikuttavan palvelujärjestelmän toteuttamista.

Taulukko 4. Pitkän aikavälin suosituksiin liittyvät sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestelmän uudistamisvaihtoehdot ja näkökulmat.

Näkökulma	Aiempaa vahvempi itsehallinto	Nykymallin kehittäminen	Vahvempi kansallinen ohjaus
Alueiden määrä	Nykyistä pienempi kokonaisarvion pohjalta	Nykyistä pienempi kokonaisarvion pohjalta	Ei relevantti, järjestämisvastuu vahvemmin kansallisella tasolla
Verotus-oikeus	Lähtökohtaisesti kyllä	Lähtökohtaisesti ei	Ei relevantti
Kansallinen ohjaus	Kevenee laaja-alaisesti, kun riittävä toiminnallinen ja taloudellinen vakaus saavutettu	Kevenee, kun riittävä toiminnallinen ja taloudellinen vakaus saavutettu	Yksi keskitetty kansallinen toimija vastaa ohjauksesta
Rahoitus-malli	Uudistettava	Uudistettava	Uudistettava
Palvelut	Palveluvalikoiman määrittäminen säädösvalmistelun jatkona	Palveluvalikoiman määrittäminen säädösvalmistelun jatkona	Palveluvalikoiman määrittäminen säädösvalmistelun jatkona

12 Sanasto

Termi	Selite
Alijäämien kattamisvelvoite	Hyvinvointialuelain kirjaus, joka velvoittaa alueet kattamaan syntyneet alijäämät vuoteen 2026 mennessä.
Aluehallitus	Hyvinvointialueella toimii aluevaltuuston lisäksi aluehallitus, joka johtaa hyvinvointialueen toimintaa, hallintoa ja taloutta.
Aluevaltuusto	Aluevaltuusto on hyvinvointialueen ylin päättävä toimielin, joka valitaan suorilla aluevaaleilla. Se vastaa hyvinvointialueen toiminnasta ja taloudesta sekä käyttää päätösvaltaa.
Aluevaltuutettu	Aluevaltuutettu päättää mm. hyvinvointialueen ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelustrategiasta, pelastustoimen palvelutasosta, hyvinvointialueen taloudesta ja jäsenten valitsemisesta toimielimiin.
Arviointi-menettely	Menettely, jossa valtio ja hyvinvointialue arvioivat hyvinvointialueen taloudellisia sekä sosiaali- ja terveystalouden palvelujen ja pelastustoimen palvelujen järjestämiseen liittyviä edellytyksiä selvittää tehtävistään.
COCI-indeksi	Continuity of Care -indeksi kuvaa perusterveydenhuollon asiakkaan tietyllä ajanjaksolla tekemien käyntien hajautuneisuutta eri ammattihenkilöille. Indeksillä voi saada arvoja 0–1 välillä, jossa 0 merkitsee kaikkien käyntien toteutuneen eri ammattihenkilöillä (ei jatkuvuutta) ja arvo 1 merkitsee kaikkien käyntien toteutuneen samalla ammattihenkilöllä (täydellinen jatkuvuus).
Desentralisoitu	Tilanne, jossa palveluiden järjestäminen ja päätöksenteko on hajautettu eri toimijoille ja alueille.
Erikoissairaanhoito	Palveluita, joihin sisältyy eri erikoisalojen tutkimukset ja hoito. Palveluita järjestetään pääosin sairaaloissa ja niiden poliklinikoilla, ja niihin pääsy toteutuu hoidonpöytäkirjan kautta tietyin kriteerein. Edellyttää yleensä lähetystä.
Henkilöstön pysyvyys	Viittaa siihen, kuinka kauan työntekijät pysyvät organisaatiossa. Vastakohta henkilöstön vaihtuvuudelle.
Hoitovelka	Kertynyt hoidon tarve, joka on jäänyt toteutumatta esimerkiksi resurssipulan, palvelujen ruuhkautumisen tai poikkeustilanteen, kuten pandemian, vuoksi.

Termi	Selite
Horizontaalinen integraatio	Palvelujen integraatio samalla hoidon tai palvelun tasolla, jossa eri palveluita koordinoidaan ja integroidaan asiakkaan tarpeenmukaiseksi kokonaisuudeksi.
Hyvinvointialue-indeksi, hva-indeksi	Valtiovarainministeriön julkaisema indeksi, joka koostuu ansiotasoindeksistä, kuluttajahintaindeksistä ja työnantajamaksujen kehityksestä. Sillä korotetaan hyvinvointialueiden valtionrahoitusta vuosittain.
Hyvinvointialue-johtaja	Johtaa aluehallituksen alaisena hyvinvointialueen hallintoa, taloudenhoitoa ja muuta toimintaa. Valitaan aluevaltuustossa, virkasuhteessa hyvinvointialueeseen.
Hyvinvointi-aluekohtainen arviointiraportti	THL:n vuosittainen asiantuntija-arvio sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä hyvinvointi- ja yhteistyöalueittain sekä valtakunnallisesti.
Hyvinvointialue-uudistus	Uudistus, jossa sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisvastuu siirtyi kunnilta hyvinvointialueille 1.1.2023.
HYTE-kerroin	Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kerroin, joka vaikuttaa hyvinvointialueiden valtionrahoitukseen ja kannustaa monipuolisiin toimiin.
Indeksikorotus	Rahoituksen automaattinen tarkistus hintojen tai palkkakustannusten nousun perusteella, jotta ostovoima säilyy.
Johtamis-kyvykyys	Johtamisosaamisten soveltamista ja yhdistämistä monimutkaisissa, muuttuvissa ja usein ennakoimattomissa tilanteissa.
Johtamis-osaaminen	Johtajan tiedot ja taidot, kuten strateginen suunnittelu, talouden hallinta ja henkilöstöjohtaminen.
Julkisen hallinnon perinteiset ohjausvälineet	Normiohjaus: säädöksillä veloitetaan toimimaan tietyllä tavalla. Resurssiohjaus: päätetään voimavarojen käytöstä, esim. talousarvio. Informaatio-ohjaus: tiedon jakaminen ja välittäminen, esim. tutkimukset ja suositukset.
Koronavirus-pandemia	Maailmanlaajuinen tartuntatautiepideemia, joka alkoi vuonna 2019 ja vaikutti laajasti terveydenhuoltoon, yhteiskuntaan ja talouteen.
Liikkumisen tuen palvelut	Palvelut, jotka auttavat henkilöä liikkumaan, kun kyky omatoimiseen liikkumiseen on heikentynyt. Esim. kuljetus- ja saattajapalvelut, invataksit ja apuvälineet.
Palveluiden laatu	Miten hyvin palvelut vastaavat asiakkaiden tarpeisiin, ovat asiantuntevia, turvallisia ja käyttäjäystävällisiä.
Palveluiden saatavuus	Palveluita on saatavilla silloin kun ihminen niitä tarvitsee.

Termi	Selite
Palveluiden saavutettavuus	Jokainen voi käyttää palveluita omista lähtökohdistaan riippumatta. Kattaa mm. taloudelliset, maantieteelliset, ajalliset ulottuvuudet, esteettömyyden, kielellisen ymmärrettävyyden, digitaaliset taidot ja kulttuurisen sopivuuden.
Palveluiden vaikuttavuus	Kuvaa sitä, kuinka hyvin palvelut saavuttavat niille asetetut tavoitteet, kuten hyvinvoinnin, terveyden tai toimintakyvyn parantamisen.
Palveluiden yhdenvertaisuus	Kaikilla ihmisillä on tasavertaiset mahdollisuudet saada tarvitsemiaan palveluja, riippumatta esim. iästä, sukupuolesta, kielestä, etnisestä taustasta, toimintakyvystä, asuinpaikasta tai sosioekonomisesta asemasta.
Palvelujärjestelmä	Kokonaisuus, jonka puitteissa lakisääteiset ja muut julkiset, yksityiset sekä kolmannen sektorin palvelut tuotetaan ja järjestetään väestölle.
Palvelurakenne	Hallinnollis-organisatorinen rakenne, jonka mukaisesti lakisääteiset sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut järjestetään.
Palveluverkko	Palvelun ja sen tilojen muodostama kokonaisuus.
Perusterveydenhuolto	Hyvinvointialueen järjestämää väestön terveydentilan seuranta, terveyden edistämistä ja erilaisia terveystaloudellisia palveluita.
Rahoituksen jälkikäteistarkastus	Hyvinvointialueiden rahoitusmallin mekanismi, jossa toteutuneet kustannukset lasketaan yhteen ja verrataan myönnettyyn rahoitukseen.
Segregaatio	Eri väestöryhmien eriytyminen esim. taustan, sosioekonomisen aseman tai palvelutarpeiden perusteella.
Siirtymätasaus	Hyvinvointialueiden laskennallisen rahoituksen ja alueen kuntien kustannuksien erotuksen tasaaminen siirtymäkaudella.
Sote-palvelut	Sosiaali- ja terveystoimen sekä pelastustoimen palvelut.
Strateginen johtaminen	Organisaation pitkäjänteinen suunnittelu ja ohjaus, jossa visiot, missio, arvot ja strategiset tavoitteet jalkautuvat arjen päätöksiin ja toimintoihin.
Vertikaalinen integraatio	Perustason ja erityistason palvelujen saumatonta yhteistyötä tai yhdessä sovittuja asiakasprosesseja.
Yhteistyöalue, YTA	Alue, jonka hyvinvointialueet yhteistoimin muodostavat sosiaali- ja terveydenhuollon alueellista yhteensovittamista, kehittämistä, yhteistyötä ja vastuunjakoja varten.

Liitteet

Liite 1. Hyvinvointialueiden johdolle toteutettu kysely 2025

Pakolliset kysymykset merkitty tähdellä (*).

1. Mikä hyvinvointialue on kyseessä?*

Teema: Päätöksenteko, johtaminen & kompetenssi

2. Mitä konkreettisia toimia alueellanne on tehty strategisen johtamisen ja päätöksentekokyvyn vahvistamiseksi?

Teema: Muutosohjelmat ja niiden toimeenpano

3. Hyvinvointialueiden tulee tasapainottaa talous vuoteen 2026 mennessä. Väittämä: Tällä voi olla heikentävä vaikutus uudistuksen pitkän aikavälin tavoitteiden saavuttamiseen hyvinvointialueellanne.

Vastausvaihtoehdot:

- Pidän väitettä epätodennäköisenä.
- Pidän väitettä melko epätodennäköisenä.
- Pidän väitettä melko todennäköisenä.
- Pidän väitettä todennäköisenä.

Teema: Palveluverkon ja -rakenteen kehitys

4. Millaisia päätöksiä aluevaltuusto on tehnyt palveluverkon suhteen?
5. Mainitse keskeiset palveluverkon ja -rakenteen uudistamista edistävät tekijät hyvinvointialueellanne. Mainitse enintään kolme edistävää ja estävää tekijää.
6. Mainitse keskeiset palveluverkon ja -rakenteen uudistamista estävät tekijät hyvinvointialueellanne. Mainitse enintään kolme edistävää ja estävää tekijää.

Teema: Aluedemokratia ja rakenteet

7. Onko hyvinvointialueellanne tehty muutoksia toimitilinrakenteeseen ja toimitilimiin 30.6.2024 jälkeen? Vastausvaihtoehdot: Kyllä / Ei.
8. Jos vastasit edelliseen kysymykseen kyllä, millaisia muutoksia?
9. Onko alueellanne otettu käyttöön pysyviä asukas- tai/ja sidosryhmäosallisuuden rakenteita? Vastausvaihtoehdot: Kyllä / Ei.
10. Jos vastasit edelliseen kysymykseen kyllä, millaisia rakenteita?

Teema: Sotepe-palvelujärjestelmä (tiivistetyt kyselyn kysymykset)

11. Arvioi millaisia edellytyksiä hyvinvointialueuudistus ja sen myötä syntynyt uusi rakenne on luonut palvelujärjestelmän toimivuudelle perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, sosiaalihuollon ja pelastustoimen palveluissa suhteessa hyvinvointialueuudistusta edeltävään aikaan skaalalla 1–10. Lisäksi kerro, mitkä tekijät edistävät ja estävät kehitystä alla olevilla osa-alueilla:
 - yhdenvertaisuus ja yhdenmukaisuus,
 - saatavuus,
 - saavutettavuus,
 - laatu ja vaikuttavuus,
 - resurssien kohdentamisen väestötarpeen mukaisesti,
 - sotepe-palvelujärjestelmän kehittämisen väestöntarpeiden mukaisesti,
 - palveluintegraatio,
 - henkilöstön saatavuus,
 - Mitä konkreettisia toimia olette tehneet henkilöstön saatavuuden parantamiseksi?
 - henkilöstön pysyvyys,
 - Mitä konkreettisia toimia olette tehneet henkilöstön pysyvyyden parantamiseksi?
 - Millä tasolla työ-/henkilöstötyytyväisyys on ja miten se on kehittynyt alueellanne vuodesta 2023 alkaen?
 - kriisi- ja häiriötilanteisiin varautuminen.

12. Onko alueeltasi saatavilla tietoa asiakasnäkökulmasta perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, sosiaalihuollon, ja pelastustoimen palvelujen kehittymisestä yhdenvertaisuuden, vaikuttavuuden, saatavuuden, saavutettavuuden ja väestön tarpeiden suhteen? Jos on, lisää lähteet tähän.
13. Kuvaa kolme keskeisintä asiaa, jotka ovat parantuneet sotepe- palvelujärjestelmän toiminnassa hyvinvointialueuudistuksen jälkeen.
14. Kuvaa kolme keskeisintä asiaa, jotka ovat heikentyneet sotepe- palvelujärjestelmän toiminnassa hyvinvointialueuudistuksen jälkeen.

Liite 2. Sote-uudistuksen valmisteluvaiheet 2005–2022¹⁹

Hyvinvointialueuudistusta valmisteltiin eri nimikkeillä ja vaihtuvilla tavoitteilla vuodesta 2005 alkaen kuuden kehitysvaiheen kautta. Matka uudistuksen valmistelun käynnistymisestä uudistuksen toimeenpanoon on ollut monipolvinen ja vaiherikas.

Hyvinvointialueuudistusta edelsi useita erilaisia kuntarakennetta ja sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskeneita uudistuksia ja uudistusesityksiä, joita seuraavassa kuvataan pääpiirteittäin.²⁰

1) Kunta- ja palvelurakennemuutos (2007–2012): Uudistuksen valmistelu käynnistyi toden teolla kunta- ja palvelurakennemuutoksen (lyh. KUPRU) nimellä Vanhasen hallituksen (2003–2010) toimesta vuonna 2005, ja nimettiin myöhemmin palvelurakennemuutukseksi (ns. PARAS-hanke).

Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden uudistus käynnistyi vauhdikkaasti esityksellä 20 aluekunnasta, joilla olisi järjestämisvastuu sosiaali- ja terveystalouksista. Rapsakan aloituksen jälkeen järjestämisvastuu supistui kattamaan perusterveydenhuollon ja siihen kiinteästi liittyvät sosiaalihuollon palvelut (ns. Paras-puitelaki) ja täydentyi myöhemmin sisältämään sosiaalipalvelut kattavasti 2010 (129). Erikoissairaanhoidon ei ehdotettu olennaisia muutoksia.

Uudistuksen tavoitteena oli vahvistaa kuntien järjestämisvastuuseen ja rahoitukseen (ml. kuntien valtionosuus) perustuvaa perinteistä kuntapohjaista järjestelmää määrittelemällä perustason sote-palvelujen järjestämisvastuun minimiväestöpohjaksi vähintään 20 000 asukasta. Väestövaatimus voitiin saavuttaa joko yksittäisen kunnan tai niiden muodostaman yhteistoiminta-alueen toimesta.

19 Auli Valli-Lintu on kuvannut kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon pitkää, monimuotoista ja vaiherikasta uudistamisprosessia kolmessa julkaisussaan (129–131). Julkaisut valottavat erinomaisesti kuntien ja valtion vastuulla olevien palvelujen uudistamisen vaikeutta, milloin mistäkin syystä, erityisesti lainsäätäjän näkökulmasta.

20 Uudistusten valmistelussa hyödynnettiin monia kuntien yhteistyönä käynnistyneistä sosiaali- terveydenhuollon alueellista toimintamalleista (esim. Eksote, Siun sote, Essote, Päijät-Hämeen sote-yhtymä ym.) kertyneitä kokemuksia sote-palvelujen yhteensovittamisesta ja alueellisesta järjestämisestä sekä Kainuun hallintokokeilun (2005–2012) kokemuksia suoralla kansanvaalilla valitusta maakunnallisesta päätöksentekokomallista.

2) Kuntauudistus: Osana Kataisen hallituksen (2011–2014) toteuttamaa kunta-uudistusta ministerien Orpo ja Backman johtama kunta- ja sote-koordinaatioryhmä tuotti monimutkaisen ja pirstaleisen esityksen sosiaali- ja terveydenhuollon perustason palvelujen uudistamiseksi 2013. SDP:n irtisanoutuminen kuntien pakko-liitoksista 2011 oli jo aiemmin vesittänyt merkittävämmän kuntauudistuksen edellytykset.

Sote-palvelujen uudistaminen ei edennyt alkua pitemmälle.

3) Sote 5, ei kun 19 alueelle: Stubbin hallitus (2014–2015) laati esityksen viiden kuntayhtymän varaan rakentuvasta sote-uudistuksesta. Valmistelun loppuvaiheessa oppositio tarjosi hallitukselle auttavan kätensä ja esitys viimeisteltiin parlamentaarisesti eduskunnan sote-valiokunnan toimesta. Sosiaali- ja terveyspalvelujen **järjestämisvastuu** olisi ehdotuksen mukaan viidellä sote-alueella (kuntayhtymä) ja **tuottamisvastuu** enintään 19 kuntayhtymällä, joita olisi 4–5 kullakin sote-alueella.

Olennainen ero aiempiin esityksiin oli palvelujen järjestämisen ja tuottamisen erottaminen ja palveluista vastaavien toimijoiden määrän radikaali vähentäminen.

Kun perustuslakivaliokunta oli torjunut esityksen viidestä sote-alueesta, eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunta työsti uuden esityksen, jonka mukaan palvelujen järjestämis- ja tuottamisvastuu olisi 19 sote-alueella.

Kyseessä olisi kuntien rahoitukseen (ml. kuntien valtionosuus) perustuva kuntayhtymäpohjainen sote-järjestelmä.

4) Uudistuksen käännekohta 2014: Esitys viidestä sote-alueesta törmäsi perustuslakivaliokunnan kantaan (129, 132), jonka mukaan demokraattisen päätöksenteon ja rahoitusperiaatteen puutteellinen toteutuminen olivat niin merkittäviä ongelmia esityksessä, ettei eduskunta voi käsitellä esitystä normaalissa säätämisyjärjestyksessä.

i) **Demokratiavaje:** ”Kansanvaltaisuuden toteutumisen osalta ongelmana on valittu hallintomalli eli kuntayhtymä ja varsinkin kuntayhtymien suuruus. Noin 180 kunnan ääniosuus olisi ollut alle prosentin. ... Useimpien kuntien ja niiden asukkaiden vaikutusmahdollisuudet sosiaali- ja terveysalueella jäivät varsin heikoiksi ja hallinnon demokraattinen perusta muodostui hyvin välilliseksi ja ohueksi.”

ii) **Rahoitusperiaate:** ”Sote-uudistuksen ja samaan aikaan toteutetun valtionosuusuudistuksen ja valtionosuusleikkausten tuloksena kunnallis-veroprosenttien ero kasvaisi kuudesta yli 11 prosenttiyksikköön ... tämä voisi vaarantaa rahoitusperiaatteen toteutumisen usean kunnan osalta.”²¹

Perustuslakivaliokunta esitti myös kolme järjestämisvaihtoehtoa uudistuksen etenemiselle.

iii) **Etenemismallit:** 1) Kuntaa suurempi itsehallintoalue, 2) valtio, 3) yksitasoinen kuntayhtymä. Näistä ensimmäinen vaihtoehto valikoitui uudistuksen seuraavien vaiheiden valmistelun lähtökohdaksi.

5) Maakunta- ja sote-uudistus 2015–2018: Pitkän uudistusprosessin kunnianhimoisin vaihe oli Sipilän hallituksen (2015–2018) valmisteleva laaja maakunta- ja sote-uudistus. Alun perin hallitus esitti perustettavaksi 18 tehtäviltään laaja-alaista maakuntaa, joista 15 olisi järjestämisvastuu sote-palveluista. Esitys oli toistaiseksi radikaalein eduskunnan käsittelyyn päätyneistä uudistusesityksistä.

Esityksen mukaan soten lisäksi merkittävä osa valtion alueellisista tehtävistä siirtyisi maakuntien vastuulle. Järjestämisen ja tuottamisen johtaminen eriyttäisiin toisistaan. Maakuntien rahoitus tulisi suoraan valtiolta. Maakuntien päättäjät (valtuusto) valittaisiin suorilla vaaleilla. Sosiaali- ja terveydenhuollossa toteutettaisiin pitkälti Ruotsin mallin mukainen asiakkaiden valinnanvapaus. Palvelutuotantoa monipuolistettaisiin vahvistamalla yksityisen sektorin roolia merkittävästi.

Esitystä tarkennettiin keväällä 2016 määrittelemällä kaikille 18 maakunnalle järjestämisvastuu sote-palveluista, järjestämisen ja tuottamisen eriyttäminen juridisesti sekä yhtiöittämisvelvoite (liikelaitos) maakunnan tuottamille palveluille. Valinnanvapauden piiriin määriteltiin vajaa kolmannes (31 prosenttia) sote-palvelujen euro-määräisistä markkinoista.

Maakunta- ja sote-uudistus kariutui keväällä 2018 ja hallituksen taival päättyi tämän jälkeen eronpyyntöön hieman ennen vaalikauden loppua.

21 ”VM:n laskelmien mukaan esitetty sote-uudistus on kuntaverovaikutukseltaan veroneutraali, mutta vuoden alusta voimaan tullut valtionosuusuudistus ja valtionosuuksien leikkaukset lisäävät verojen korotuspainetta, sotea riippumatta.”

6) Sote-uudistus/Hyvinvointialueuudistus 2019–2022: Rinteen/Marinin hallitus rajasi uudistuksen koskemaan pelkästään sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen palveluja. Sotea ei käytetty enää vipuvartena muiden tavoitteiden toteuttamiseen. Uudistus astui voimaan vuoden 2023 alusta palvelujen järjestämistä vastuun siirtyessä kunnilta hyvinvointialueille.

Vuoden 2023 alusta sotepe-palvelujen järjestämistä vastuu on 21 hyvinvointialueilla ja Helsingillä. Muista hyvinvointialueista poiketen Uudenmaan hyvinvointialueet ja Helsinki hankkivat erikoissairaanhoidon palvelut HUS:ltä. Muiden hyvinvointialueiden palvelujen tuotantovalikoima kattaa myös erikoissairaanhoidon palvelut. Valtio vastaa hyvinvointialueiden rahoituksesta (nettokustannukset). Hyvinvointialueen päättäjät (valtuusto) valitaan suoralla kansanvaalilla.

Liite 3. Uudistuksen eteneminen Uudellamaalla

Taulukko 3.1. Uudistuksen eteneminen lähtötilanteeseen verrattuna* Uudenmaan hyvinvointialueilla, Helsingissä ja HUS-yhtymässä muihin hyvinvointialueisiin nähden (8). Perustuu hyvinvointialueiden itsearviointiin uudistuksen etenemisestä.**

Osa-alue	Perus-terveydenhuolto	Erikois-sairaanhoito	Sosiaali-huolto	Pelastus-toimi
Saatavuus	Hitaammin	Samaa tahtia	Hitaammin	Samaa tahtia
Saavutettavuus	Samaa tahtia	Samaa tahtia	Samaa tahtia	Samaa tahtia
Voimavarat	Samaa tahtia	Hitaammin	Samaa tahtia	Nopeammin
Yhdenvertaisuus	Hitaammin	Samaa tahtia	Samaa tahtia	Hitaammin
Väestön tarpeet & palvelut	Samaa tahtia	Samaa tahtia	Hitaammin	Samaa tahtia

Taulukko 3.2. Integraation eteneminen lähtötilanteeseen verrattuna* Uudenmaan hyvinvointialueilla, Helsingissä ja HUS-yhtymässä muihin hyvinvointialueisiin nähden (8). Perustuu hyvinvointialueiden itsearviointiin uudistuksen etenemisestä.**

Osa-alue	Perus-terveydenhuolto	Erikois-sairaanhoito	Sosiaali-huolto	Pelastus-toimi
Vertikaalinen	Hitaammin	Hitaammin	–	–
Horisontaalinen	Samaa tahtia	Samaa tahtia	Samaa tahtia	–
Sosiaali- ja terveydenhuolto & pelastustoimi	Samaa tahtia	Samaa tahtia	Samaa tahtia	Samaa tahtia

* Tulkinta: Hyvinvointialueuudistus on edennyt lähtötilanteeseen verrattuna Uudellamaalla muita hyvinvointialueita **nopeammin** (alueiden vastausten keskiarvojen ero > 5 %-yksikköä), jokseenkin **samaa tahtia** (ero ± 5 %-yksikköä) ja muita alueita **hitaammin** (ero < -5 %-yksikköä).

** Uudenmaan hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän itsearviointi uudistuksen etenemisestä lähtötilanteeseen nähden verrattuna muiden hyvinvointialueiden itsearviointiin.

Liite 4. Toimeenpano hyvinvointialueittain

Hyvinvointialueuudistuksen toimeenpano näyttäytyy eri puolilla maata monimuotoisena ja eritahtisena. Hyvinvointialueuudistuksen haasteellisuutta kuvastaa se, että peräti 18 hyvinvointialuetta piti kesäkuussa 2025 melko tai hyvin todennäköisenä, että vaatimuksella talouden tasapainottamisesta vuoteen 2026 mennessä on heikentävä vaikutus uudistuksen pitkän aikavälin tavoitteiden saavuttamiseen hyvinvointialueella (8).

Ohessa on esitetyt hyvinvointialuekohtaiset nostot perustuvat THL:n vuoden 2024 aluekohtaiset arviointeihin (48), hyvinvointialueille suunnattuihin kyselyihin (8, 51), hyvinvointialueiden laatimiin osavuosikatsauksiin (133) sekä hyvinvointialueiden ja kuntien välistä suhdetta, johtamista ja ohjausta tarkastelevan HALKO-hankkeen väliraporttiin (89). Aluekohtaiset nostot kohdistuvat kuvaamaan hyvinvointialueuudistuksen toimeenpanoa päätöksenteon, johtamisen, henkilöstön ja yhteistyön näkökulmista jättäen muut näkökulmat tarkastelun ulkopuolelle.

Etelä-Karjalan hyvinvointialueella on otettu käyttöön useita strategisen johtamisen ja toimeenpanon välineitä, minkä lisäksi sopeutustoimien tiivis seuranta sekä ennakkovaikutusten arviointi tukevat tavoitteiden systemaattista toteuttamista ja strategian jalkauttamista. Toimivaa päätöksentekoa vahvistaa aluehallituksen ja valtuuston roolien selkeys suhteessa siihen, onko kyse palvelustrategisesta linjauksesta vai yksittäistä yksikköä koskevasta päätöksestä. Toisaalta palveluverkon kehittämistä hidastavat kuntapohjaiseen ajatteluun liittyvät poliittiset jännitteet. Organisaatiokulttuuria uudistetaan kokonaisvaltaisesti, ja poliittisen johtamisen tueksi on kehitetty keskustelu- ja valmistelutakuukonsepti, jonka tavoitteena on lisätä avoimuutta, vuoropuhelua ja vaikuttavuustietoisuutta. Henkilöstöpolitiikan keskiössä on Etujoukkue-ohjelma, joka pyrkii vahvistamaan myönteistä henkilöstökokemusta ja lisäämään työnantajamielikuvaa. Alueella on käytössä rekrytointikannustimet tilanteissa, joissa henkilöstön saatavuus on vaikeutunut. Vaikka tulokset osoittavat vahvaa työyhteisökokemusta ja esihenkilötyötä, alue kohtaa haasteita muun muassa resurssien riittävyudessa, työn kuormituksessa ja palvelujen sujuvuudessa. Hyvinvointialueella tehdään yhteistyötä Etelä-Karjalan Kumppanuuspöydän muodossa, jossa on edustus eri järjestökatgorioista, kaikista maakunnan kunnista, Etelä-Karjalan liitosta ja EKHVA:sa (ennen Eksotesta). Lisäksi toimintaan osallistuu asiantuntijoita muista organisaatioista.

Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueella on tunnistettu tarve strategian ja siihen liittyvän mittariston tarkemmalle fokuoimiselle, ja strategian päivitysprosessi on jo käynnistetty. Palveluverkon uudistamista tuetaan digitaalisilla palveluilla. Uudistamista kuitenkin jarruttaa politiikassa vahvana elävä kuntanäkökulma, joka

tekee palveluverkon uudistamisesta ja palvelujen keskittämisestä haastavaa. Myös johtamisosaamisessa on tunnistettu puutteita. Näihin haasteisiin pyritään vastaamaan uudistetulla johtamis- ja organisaatorakenteella, jonka toimeenpano on parhaillaan käynnissä. Lähiesihenkilöiden johtamisosaamista on vahvistettu, ja työkykyjohtamisen prosesseja on kehitetty. Nämä tukevat henkilöstön pysyvyyttä ja hyvinvointia. Hyvinvointialueen ja alueen kuntien välinen yhteistyö toteutuu yhdyspintatyön sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen lautakunnan muodossa.

Etelä-Savon hyvinvointialueella strategian ja valtuuston asettamien tavoitteiden toteutumista seurataan systemaattisesti muun muassa reaaliaikaisen johdon työpöytä näkymän kautta. Hallintoa on kevennetty ja painopistettä siirretty suoritettavaan työhön, ja alueella on rakennettu toimivia yhteistyörakenteita. Palvelurakenteen uudistamista on viety määrätietoisesti eteenpäin: ostopalveluja on purettu, omalääkärimalli otettu käyttöön ja palvelutuotannossa on tehty kustannuksiin kohdistuvia skenaarioita. Uudistuksia tukevat myös digipalvelut (OmaEloisa) ja keskitetty palveluohjaus, mutta etenemistä hidastavat poliittisen päätöksenteon jännitteet ja kuntien kanssa käytävät tilannekeskustelut. Henkilöstöpolitiikassa pyritään edistämään reilua tekemisen meininkiä, jota tuetaan laajalla henkilöstön osallistamisella. Alueen suositteluindeksi (eNPS) parani vuonna 2024 ja oli +16.

Helsingin kaupungin sosiaali-, terveys- ja pelastustoimiala (katso luku 2.2 Uudenmaan erillisratkaisu) on vahvistanut strategista johtamista selkeyttämällä johtamisrakenteita ja ottamalla käyttöön uusia seurantamalleja. Talouden hallintaa tukevat kattavat tietopohjat ja kohdennetut sopeutustoimet, joita seurataan säännöllisesti. Palvelurakenteen uudistamista ohjaavat kaupungin tiivis rakenne, tarve kasvattaa tuottavuutta sekä painopiste siirtymisestä korjaavista palveluista ennaltaehkäisyyn. Yhteistyötä tehdään aktiivisesti muun muassa kasvatuksen ja koulutuksen toimialan kanssa. Henkilöstöpolitiikassa on panostettu osaamisen kehittämiseen, työhyvinvointiin ja yhdenvertaisuuden edistämiseen. Kaupunkia työnantajana suosittelisi 79 prosenttia sosiaali-, terveys- ja pelastustoimialan työntekijöistä. Henkilöstön saatavuuden varmistamiseksi on toteutettu laaja-alaisia kehittämistoimia, joita ovat erityisesti oppilaitosyhteistyö, kansanvälinen rekrytointi ja kilpailukykyinen palkkaus. Näistä osa vaikuttaa myös henkilöstön pysyvyyteen, kuten hyvä työnantajamielikuva ja kilpailukykyinen palkkaus. Kuitenkin palvelutarpeen kasvu, erityisesti ikääntyneiden ja lastensuojelun osalta ja tilojen riittämättömyys tuovat haasteita uudistustyöhön. Digitalisaation hyödyntäminen sekä yhteiskehittäminen ovat keskeisiä keinoja toiminnan kehittämisessä.

HUSin (katso luku 2.2 Uudenmaan erillisratkaisu) strateginen johtaminen perustuu konsernistrategiaan, jonka toimeenpanoa seurataan säännöllisesti. Kasvava palvelujen kysyntä lisäsi ostopalvelujen ja vuokrahenkilöstön käyttöä erityisesti vuosina

2020–2022. Vuonna 2024 HUSissa toteutettu vuokratyövoiman käyttöä ja kustannuksia tarkasteleva tuottavuusprojekti oli tuloksekas. Henkilöstöpolitiikassa on panostettu rekrytointiprosesseihin, esihenkilötyöhön ja johtamiseen. Kehitystyö on tuottanut tulosta, sillä henkilöstön saatavuuden ja pysyvyyden koetaan parantuneen merkittävästi. Yhteistoimintaneuvottelut aiheuttavat kuitenkin haasteita. Alueellista yhteistyötä on tiivistetty esimerkiksi investointisuunnittelussa, mutta prosessit ovat osoittautuneet vaativiksi. ErillISRatkaisu edellyttää nykyistä selkeämpää yhteisten tavoitteiden määrittelyä ja resurssien kohdentamista, jotta yhteistyössä voidaan saavuttaa hyvinvointialueuudistukselle asetetut tavoitteet.

Itä-Uudenmaan hyvinvointialueella (katso luku 2.2 Uudenmaan erillISRatkaisu) strategista johtamista tuetaan tuottavuusohjelmalla, hallintosäännön päivityksillä ja ennakkovaikutusten arvioinneilla, ja strategian toteutumista seurataan osavuosiraportoinnin ja tilinpäätöksen yhteydessä. Päätöksentekoa kuitenkin vaikeuttavat useat rakenteelliset ja poliittiset haasteet, kuten palvelujen pirstaloituminen, säästöpainneiden aiheuttamat hätiköidyt ratkaisut sekä kuntataustaiset kaksoisroolit, jotka heikentävät päätöksentekokykyä. Lisäksi rekrytointihaasteet ja vaikeudet asiakaspalautteen hyödyntämisessä, yksikkörajat ylittävässä yhteistyössä ja perehdytyksessä rajoittavat palvelujen kehittämistä. Vuonna 2024 toteutetulla sitouttamisrahapilotilla on ollut myönteinen vaikutus rekrytointeihin. Henkilöstötyytyväisyys on kehittynyt myönteisesti ja vuonna 2024 toteutun kyselyn mukaan 81 prosenttia työntekijöistä suosittelisi aluetta työnantajana. Alueella virallisena toimielimenä kokoontuva kehittämisen ja yhteistyön lautakunta linjaa yhteistyön suunnittelua ja koordinoitua hyvinvointialueen kuntien, kolmannen sektorin ja erikoissairaanhoidon kanssa ja myös mm. koordinoi vapaaehtoistyötä hyvinvointialueella.

Kainuun hyvinvointialueella strategia on integroitu osaksi palvelutuotantoa, johtamista ja kehittämistä. Strategian toimeenpanoa on tuettu esihenkilöille ja poliittisille päättäjille suunnatuilla koulutuksilla. Hyvinvointialueuudistuksen edetessä edistymistä on tapahtunut strategisen tahtotilan selkeytymisessä ja yhteistyössä kuntien kanssa. Toisaalta samoissa teemoissa näkyvät myös merkittävimmät haasteet. Yhteistä tavoitetilaa ei aina löydy viranhaltijoiden ja poliittisten päättäjien välillä, ja tilannekuva väestön palvelutarpeista jää monin paikoin puutteelliseksi. Uusia toimintatapoja ja ajattelua ei ole onnistuttu systemaattisesti juurruttamaan, ja palveluverkon uudistamisessa törmätään sekä toimijoiden että palvelunkäyttäjien muutosvastarintaan. Strateginen suunta on olemassa, mutta toimeenpanon edellytyksissä ja muutosjohtamisen kyvykkyydessä on vielä selkeitä kehittämiskohtia. Henkilöstötyytyväisyyteen on panostettu säännöllisillä kyselyillä sekä työkykyjohtamisen vahvistamisella, mikä on osaltaan tukenut työyhteisön kehittämistä ja varhaista puuttumista työkyvyn haasteisiin. Alueella panostetaan

oppilaitosyhteistyöhön ja kansainvälisen rekrytointiin. Alueella toimiva hyvinvointi- ja yhdyspintalautakunta valmistelee ja kehittää osallisuuteen sekä hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistämiseen liittyviä asioita ja yhteistyötä kuntien, järjestöjen, elinkeinoelämän sekä muiden toimijoiden kanssa.

Kanta-Hämeen hyvinvointialueella strategista johtamista on vahvistettu perustamalla uusi strategia- ja integraatiotoimiala sekä ottamalla käyttöön tavoitejohtamisen malli, joka yhdistää pitkän ja lyhyen aikavälin tavoitteet ja mahdollistaa niiden systemaattisen seurannan. Palveluverkon ja -rakenteen uudistamista tukevat toimielinten päätöksentekokyky, yli toimialarajojen ulottuva yhteistyö sekä henkilöstön sitoutuminen muutoksiin. Uudistamista on kuitenkin hidastanut alueen sirpaleinen rakenne, joka on vaatinut erityistä huomiota rakenteellisten ratkaisujen aikataulutuksessa. Alueella toteutetaan aktiivista henkilöstöpolitiikkaa, jonka yhteydessä on panostettu muun muassa veto- ja pitovoimatekijöiden tunnistamiseen, luottamuksen rakentamiseen, ihmislähtöiseen johtamiseen ja henkilöstön osallistamiseen. Henkilöstökyselyn perusteella 70 prosenttia suosittelisi työnantajaa, mutta kuormitus on korkeaa ja henkilöstökokemus vaihtelee organisaatioyksiköittäin. Alueellista yhteistyötä edistetään järjestöneuvottelukunnan muodossa.

Keski-Pohjanmaan hyvinvointialueella on rakennettu toimivat yhteistyörakenteet, jotka tukevat strategista valmistelua ja palveluiden kehittämistä. Kuntien ja muiden alueellisten toimijoiden kanssa tehdyt yhteistyökäytännöt ovat vakiintuneita, ja hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen yhdyspintatyö on järjestetty systemaattisesti alueneuvottelukunnan muodossa. Palvelurakenteen uudistamista tukevat liikkuvat palvelut, omalääkärimalli ja digitaaliset ratkaisut, jotka lisäävät palvelujen saavutettavuutta. Kokonaiskuva on kuitenkin kaksijakoinen. Vaikka yhteistyö on tiivistä, uudistusten läpivienti kohtaa monia rakenteellisia ja poliittisia esteitä. Kuntapolitiikan korostuminen alueellisessa päätöksenteossa on johtanut jännitteisiin, jotka vaikeuttavat yhtenäisen palveluverkon kehittämistä. Lisäksi pitkät välimatkat ja investointikyvyn puute rajoittavat mahdollisuuksia toteuttaa laajempia ja vaikuttavampia uudistuksia.

Keski-Suomen hyvinvointialueella on vahvistettu strategiatyötä sisällyttämällä siihen laajaa henkilöstön ja sidosryhmien osallistamista sekä tietoperustaisuuden hyödyntämistä. Tiedolla johtamista on edistetty kehittämällä raportointijärjestelmiä ja analytiikkaratkaisuja, jotka tukevat ennakoivaa ja vaikuttavaa päätöksentekoa. Palvelurakenteen uudistamista edistää monikanavainen palvelutuotanto, jossa palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta arvioidaan alue-, seutu- ja paikallistasolla. Palveluja tuotetaan joustavasti fyysisissä toimipisteissä, kotiin vietävinä, liikkuvina sekä digitaalisina ratkaisuin. Palveluverkon ja -rakenteen uudistamisen jarruna ovat kuitenkin poliittinen päätöksentekokyky ja vaikea taloudellinen tilanne.

Loppuvuodesta 2024 kariutunut tietojärjestelmähanke viivästyttää digitaalisten ratkaisujen toteuttamista. Henkilöstön saatavuus on parantunut, mihin on vaikuttanut yleisen työmarkkinatilanteen ohella rekrytointikampanjat ja työnantajamielikuvan kehittäminen. Henkilöstön pysyvyyttä on edistetty tehtäväkuvia yhdenmukaistamalla, mikä on samalla lisännyt oikeudenmukaisuuden kokemusta. Henkilöstötyytyväisyys on pysynyt melko hyvällä tasolla. Vuoden 2024 lopussa työnantajan suosittelemiseksi oli 65 prosenttia, mikä ylittää valtakunnallisen keskiarvon. Alueella toimii järjestöfoorumi, jossa keskustellaan erityisesti järjestöjä koskevista kysymyksistä. Alueen ja kuntien välinen yhteistyö on järjestetty kahdenvälisen neuvottelujen varaan.

Keski-Uudenmaan hyvinvointialueella (katso luku 2.2 Uudenmaan erilliskeskitys) on vahvistettu strategisen järjestäjän roolia ottamalla käyttöön palveluketjujohtamisen malli, jossa korostuvat väestötason asukaslähtöisyys ja vaikuttavuusperustainen ohjaus. Mallia on pilotoitu ikääntyneiden palveluissa, ja sen laajentamista koko alueelle kaavaillaan vuodelle 2026. Strategiatyötä tukevat ennakointityöpajat, tietopohjan vahvistaminen ja poliittisten päätöksentekorakenteiden muokkaaminen. Teknologiaratkaisut, kuten hybridihoito, etävastaanotot ja tekoälyä hyödyntävät keskitetyt digipalvelut, tukevat palvelurakenteen kehittämistä ja saavutettavuuden parantamista. Vaikka alue profiloituu valtakunnallisena edelläkävijänä sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatiossa, hyvinvointialueuudistuksen etenemistä hidastavat useat rakenteelliset haasteet. Poliittiset paineet ovat estäneet palveluverkon tarpeellisen uudistamisen, ja taloudelliset rajoitteet sekä investointitarpeet vaikeuttavat muutosten toteuttamista. Lisäksi tietojärjestelmien hajanaisuus vaikeuttaa toimintamallien yhtenäistämistä ja hidastaa digitaalisten ratkaisujen käyttöönottoa. Henkilöstön johtamisosaamista ja yhteistä toimintakulttuuria on tuettu Keskustan ja työelämän laatumittariston keinoin. Alueella on edistetty kansainvälistä rekrytointia ja tiivistetty oppilaitosyhteistyötä. Loppuvuodesta 2024 on käynnistetty ammatinharjoittajamallin valmistelu, jossa lääkärit ja hoitajat voivat toimia ammatinharjoittajina. Tavoitteena on hoidon jatkuvuuden lisäksi lisätä pitkäaikaisen henkilöstön saatavuutta ja vähentää vuokratyövoiman käyttöä. Alueellista yhteistyötä edistetään HYTE-verkoston avulla, johon kuuluvat hyvinvointialueen lisäksi järjestöt, kunnat ja seurakunnat.

Kymenlaakson hyvinvointialueella strategista johtamista on vahvistettu systemaattisen toimeenpanon ja säännöllisen seurannan avulla. Hallintosäännön ja luottamushenkilöorganisaation uudistukset ovat selkeyttäneet päätöksentekoa ja tukeneet strategisten linjausten toimeenpanoa. Tiedolla johtaminen on hyvällä tasolla, ja kokonaisarkkitehtuuri sekä laadunhallinta vahvistavat ennakoivaa ja vaikuttavaa päätöksentekoa. Palvelurakenteen uudistamista edistää muun muassa vuoden 2025 alussa käyttöön otettu digitaalinen sote-keskus ”Oma Kymenlaakso”,

joka yhdessä toimivan asiakasohjauksen kanssa parantaa palvelujen saavutettavuutta. Kaiku24-alustan kautta toteutettu yhtenäinen hoidontarpeen arviointi ja virtausmalli tehostavat perusterveydenhuoltoa. Poliittisen päätöksenteon paineet alueellisten etujen puolustamiseen vaikeuttavat koko hyvinvointialuetta koskevien ratkaisujen tekemistä. Terveyskeskusten lakkautusten yhteydessä haasteena on riittävien korvaavien palveluiden määrittely ja toteuttaminen. Etä- ja liikkuvien palveluiden kehittäminen vie aikaa, ja pidentyvät matkat herättävät huolta asukkaissa ja päättäjissä. Henkilöstökokemus on parantunut ja henkilöstön kehittämistä ohjataan mittaustiedon perusteella. Henkilöstöpolitiikassa panostetaan henkilöstön osallistamiseen. Yhtenä osoituksena onnistumisesta toimii se, että veto- ja pitovoima-työ palkittiin Kunta- ja hyvinvointialuetyönantajien (KT) ”tärkeissä töissä”-gaalassa joulukuussa 2024 HR-kategoriassa. Alueen yhteistyörakenteena toimii Kymenlaakson järjestöjen neuvottelukunta, jossa osallisina ovat järjestöjen edustajat, alueen kunnat, maakuntaliitto ja hyvinvointialue.

Lapin hyvinvointialueella strategian toimeenpanoa tuetaan laajalla ohjelma-kokonaisuudella, ja sen seuranta tukee asiakassegmenttikohtainen malli. Palvelurakenteen uudistamista edistävät pyrkimykset tarjota tasalaatuisia palveluja koko alueella, yhdenmukaistaa toimintamalleja sekä hyödyntää digitaalisia palveluita, jotka voivat lisätä saavutettavuutta pitkien välimatkojen alueella. Strateginen johtaminen kaipaa kuitenkin selkeämpiä rakenteita ja vahvempaa johtoryhmytyötä, sillä operatiivinen työ hallitsee edelleen toimintaa. Uudistamista hidastavat erityisesti nykyiset toimitilat, joiden kehittämistä rajoittavat investointi- ja rahoitushaasteet. Maantieteellisesti laaja alue, pitkät välimatkat sekä haasteet poliittisessa päätöksenteossa tuovat lisävaikeuksia palveluverkon uudistamiseen ja suunnitelmalliseen kehittämiseen. Alueella on ryhdytty monenlaisiin toimiin henkilöstön saatavuuden ja pysyvyyden varmistamiseksi. Näitä ovat esimerkiksi suorahakurekrytoinnin ja sijaisrekrytoinnin pilotointi sekä kansainvälinen rekrytointi Talent Boost -ohjelman kautta. Työhyvinvointi on säilynyt valtakunnallisen keskiarvon tasolla. Alueella toimiva hyvinvointialueen ja kuntien neuvottelukunta edistää yhteistyötä hyvinvoinnin, terveyden ja arjen turvallisuuden edistämiseksi. Lisäksi hyvinvointialueen ja kuntien yhteistyötä toteutetaan kuntajohtajien palaverien muodossa.

Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueella (katso luku 2.2 Uudenmaan erillisratkaisu) strategialähtöistä johtamista tuetaan Tahti-johtamisjärjestelmällä, joka kattaa tavoitteiden seurannan ja arvioinnin. Palvelurakenteen uudistamista tukevat useat konkreettiset toimet. Lähiterveysasemakonseptin ja laajojen aukioloaikojen akuuttivastaanottojen käyttöönotto vahvistavat peruspalvelujen saavutettavuutta ja vastaavat alueen palvelutarpeisiin. Perhekeskusten käyttöönotto tukee lasten, nuorten ja perheiden palveluiden integraatiota. Lisäksi osastotoiminnan keskittäminen sairaalakampusten läheisyyteen tehostaa resurssien käyttöä ja selkeyttää hoitoketjuja.

Digitaalisten palvelujen laajamittainen käyttöönotto puolestaan lisää palvelujen joustavuutta ja tukee asukaslähtöisiä ratkaisuja eri puolilla aluetta. Henkilöstön sitouttamista edistetään laajasti käytössä olevalla tavoite- ja kehityskeskustelumallilla, jonka avulla jokainen työntekijä voi tunnistaa omat strategiaan pohjautuvat henkilökohtaiset tavoitteensa. Rekrytointia on tehostettu erillisen urapalveluorganisaation kautta. Alueella on käynnissä myös ammatinharjoittajamallin pilotti ja virkalääkärien omalääkärikokeilu. Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen järjestöneuvottelukunta edustaa alueella toimivia järjestöjä ja tekee tiivistä yhteistyötä hyvinvointialueen kanssa. Hyvinvointialueen ja kuntien yhteistyö toteutuu kuntajohtajien palaverien (C10-kokoukset) muodossa Espoon johdolla.

Pirkanmaan hyvinvointialueella strategista johtamista on vahvistettu toimeenpano-ohjelmalla, joka kokoaa kehittämiskokonaisuudet, selvitystyöt ja strategiset ohjelmat yhtenäiseksi kokonaisuudeksi. Tavoitteiden toteutumista seurataan lähes kuukausittain, mikä mahdollistaa ketterän suunnanmuutoksen tarpeen mukaan. Ohjelma on parantanut tavoitteiden jalkautumista ja lisännyt toiminnan läpinäkyvyyttä. Palvelurakenteen uudistamista tukevat huolellinen suunnittelu, pitkän aikavälin palvelutarpeen arviointi sekä päätöksentekoa edeltävä laaja asukkaiden kuuleminen. Nämä prosessit luovat pohjan tietoperustaiselle ja legitiimille muutokselle, joka vahvistaa luottamusta ja suuntaa kehittämistyötä todettuihin tarpeisiin. Toisaalta uudistuksia hidastavat rakenteelliset ja taloudelliset esteet. Esimerkiksi vuokra-asetuksen 3+1 vuotta -malli sekä valtion tuen väheneminen erityisryhmien asuntorakentamisessa ovat pysäyttäneet uusien tilaratkaisujen etenemisen. Lisäksi uusien toimintamallien – kuten digipalvelujen – kehittäminen ja juurruttaminen vaativat aikaa, ja edellyttävät sekä asiakkaiden että henkilöstön sopeutumista muutokseen. Henkilöstön saatavuutta ja osaamista vahvistetaan laajalla keinovalikoimalla, johon kuuluvat rekrytointimarkkinointi, lääkärirekrytoinnin pilotit, opiskelijarekrytoinnin ja urapolkujen kehittäminen, kansainvälisten osaajien kotouttamisen tuki, oppisopimuskoulutuksen kohdentaminen, perehdytys- ja johtamisjärjestelmien kehittäminen sekä oppilaitosyhteistyöhön, osaamisen kehittämiseen ja sisäisiin koulutusohjelmiin panostaminen. Henkilöstön suositteluindeksiä (eNPS) mitataan säännöllisesti; vaikka kehitystä on tapahtunut, tulos on edelleen lievästi negatiivinen. Työyhteisöjen sisäisiä kehittämistarpeita seurataan kvartaaleittain laajennetulla mittaristolla, mikä tukee työhyvinvoinnin parantamista ja esihenkilötyön kohdentamista oikeisiin asioihin.

Pohjanmaan hyvinvointialueella strategiset tavoitteet on operationalisoitu selkeiksi mittareiksi, joita seurataan ja raportoidaan säännöllisesti. Pitkän aikavälin strategia painottaa kestävästä kehitystä ja ihmisläheisyyttä, ja tavoitteiden toteutumista varmistetaan arvioinneilla ja tarkistuksilla. Strategisen johtamisen tukena toimii ”Miten voi Pohjanmaa?” -hyvinvointikertomus, joka tarjoaa kokonaiskuvan alueen

tilanteesta. Palvelurakenteen uudistamista edistävät hallituksen hyvä päätöksentekokyky, vahva tarjonta raskaammissa palveluissa sekä organisaatiomalli, joka tukee väestölähtöisyyttä ja palvelutarpeiden tunnistamista. Väestönäkökulman huomioiminen vahvistaa myös integraatiopyrkimyksiä, mikä tukee kokonaisvaltaista palvelujen kehittämistä. Toisaalta uudistamista rajoittaa muun muassa se, että strategian vahva lähipalvelupainotus voi vaikeuttaa asiantuntijuuden keskittämistä ja resurssien tehokasta kohdentamista. Lisäksi väestön korkea luottamus nykyisiin palveluihin sekä tottumus kattavaan palvelutarjontaan voivat jarruttaa muutoksia. Tämä voi heikentää uudistusten hyväksyttävyyttä ja vaikeuttaa sopeutumista uusiin, taloudellisesti ja toiminnallisesti kestävämpiin palveluratkaisuihin. Vaikka useat samanaikaiset rakenteelliset muutokset kuormittavat henkilöstöä, henkilöstötyytyväisyyttä mittaava suosittelemittari (eNPS) on noussut miinusmerkkisestä arvoon 8, mikä kertoo myönteisestä kehityksestä. Henkilöstön saatavuuden edistämiseksi alueella toteutetaan ammattiryhmäkohtaisia toimenpiteitä. Pysyvyyden edistämisen osalta alueella on mahdollisuus ammattienväliseen urapolkuun.

Pohjois-Karjalan hyvinvointialueella strateginen johtaminen rakentuu hyvinvointialue- ja palvelustrategian varaan, joista johdetut mittarit ohjaavat sekä strategista että operatiivista toimintaa. Palveluverkon ja -rakenteen uudistamista tukee kehittämismyönteinen ilmapiiri ja henkilöstön riittävyys. Lisäksi panostus palvelujen yhdenvertaiseen saatavuuteen näkyy vahvana sitoutumisena alueelliseen tasa-arvoon. Uudistamista tukevat ohjelmat, kuten palvelustrategian toimeenpanosuunnitelma, henkilöstöohjelma ja omavalvontasuunnitelma, vahvistavat palvelujen laatua ja saatavuutta. Toisaalta strategista päätöksentekoa ovat heikentäneet useat hallinto-oikeuteen tehdyt valitukset, erityisesti palveluverkkoa koskien. Uudistamista jarruttavat myös talouden sopeuttamisvaateet ja säästöpainet, henkilöstön ja kuntien taholta nouseva muutosvastarinta sekä aluepoliittiset jännitteet. Näiden haasteiden keskellä kuntien rooli voi muodostua ristiriitaiseksi, jos alueellinen edunvalvonta kytkeytyy palveluverkon säilyttämisvaatimukseen. Henkilöstön sitoutuneisuus näyttäytyy kuitenkin vahvana: 75 prosenttia kyselyyn vastanneista suosittelisi työnantajaa tuttavalleen, ja lähtövaihtuvuus on pysynyt alhaisella.

Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen rakentaminen käynnistyi etupainotteisesti, ja alue päätti hyvinvointialuestrategiasta jo toukokuussa 2022. Strategian toimeenpano eteni nopeasti muun muassa sote-järjestämissuunnitelman ja tuottavuus- ja taloudellisuusohjelman hyväksymisellä sekä pelastustoimen ja ensihoidon palvelutasopäätöksillä. Strategisten tavoitteiden toteutumista arvioidaan säännöllisesti osavuosikatsauksissa ja järjestämissuunnitelman seurannan avulla. Palveluverkon uudistamistyötä on edistänyt myös tiukka taloustilanne, joka on pakottanut tarkastelemaan rakenteita kriittisesti ja kohdentamaan resursseja uudelleen. Henkilöstön saatavuus sekä palvelutarpeen ja resurssien epätasainen jakautuminen

alueella ovat tuoneet esiin tarpeen kehittää palveluverkkoa tehokkaammaksi ja tasa-arvoisemmaksi. Toisaalta strategian käytäntöön vientiä jarruttavat epätarkoituksenmukaisesti sijoittunut palveluverkko ja pitkät maantieteelliset etäisyydet. Henkilöstön saatavuutta on vahvistettu mm. jatkuvalla avoimella haulla, opiskelijoiden osa-aikatyöllä ja oppisopimuskoulutuksella ja keskitetyllä kesärekrytointimallilla. Alueen henkilöstötyytyväisyydessä on ollut ongelmia, joskin se on parantumaan päin muun muassa työnantajamielikuvaan, esihenkilötyön tukeen ja osaamisen johtamiseen kohdistuneiden panostusten myötä. Alueellista yhteistyötä edistetään virallisena toimielimenä kokoontuvan yhdyspintalautakunnan johdolla.

Pohjois-Savon hyvinvointialueen strategia ja sen toimeenpanosuunnitelma on hyväksytty aluevaltuustossa ja -hallituksessa, ja niiden rinnalla toteutetaan useita strategisia ohjelmia, kuten palvelustrategia, henkilöstövoimavarojen kehittäminen sekä tuottavuus- ja taloudellisuusohjelma. Strategisten tavoitteiden toteutumista seurataan säännöllisesti aluehallituksessa ja -valtuustossa. Palvelurakenteen uudistamistyötä hidastavat kuitenkin useat rakenteelliset ja toiminnalliset haasteet. Laaja palveluverkkotyö on vaativa ja aikaa vievä osallistava prosessi, joka edellyttää merkittäviä resursseja. Vanhan järjestämistavan mukainen organisaatiokulttuuri muuntuu hitaasti, mikä hidastaa muutoksen läpivientiä. Lisäksi uudistusten suunnitteluun ja toimeenpanoon kiinnitettyjen resurssien niukkuus rajoittaa etenemistä. Henkilöstötyytyväisyyden mittaristo ei vielä ole käytössä, mutta työhyvinvointia koskeva mittaus on käynnistetty ja sen tuloksia odotetaan syksyllä 2025. Tulosten pohjalta voidaan jatkossa tarkentaa henkilöstöjohtamisen ja muutosjohtamisen painopisteitä. Alueellista yhteistyötä johtaa poikkihallinnollinen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen neuvottelukunta. Lisäksi alueella toimiva kuntafoorumi kokoaa kuntien ja hyvinvointialueen yhteiset ajankohtaiset asiat ja johtaa ne toimenpiteiksi hyvinvointialueen eri toimialoilla.

Päijät-Hämeen hyvinvointialueella strategian toimeenpanoa tuetaan selkeillä painopistealueilla – henkilöstö, vaikuttavuus ja saatavuus – sekä niitä tukevilla ohjelmilla, kuten henkilöstö-, ICT- ja tekoälyohjelmilla. Lisäksi valmistellaan tavoitejohtamisen mallia, joka tukee yhtenäistä johtamisotetta. Strategian seuranta toteutetaan säännöllisesti osavuosisikatsauksissa, joiden käsittelyyn aluevaltuutetut osallistuvat seminaarimuotoisesti. Palvelurakenteen uudistamista edistävät useat rakenteelliset ja toiminnalliset ratkaisut, kuten digitaalinen palveluverkko, erityispalvelujen keskittäminen ja toimitilaohjelma, joka tukee palveluverkon kehittämistä ja tuo säästöjä tilakuluissa. Myös sote- ja pelastustoimen yhteiset kiinteistöratkaisut ja yhteiskäyttötilat tukevat synergiaetujen hyödyntämistä. Kotiin vietävien ja jalkautuvien palvelujen sekä hoidon ja palvelujen porrasteisuuden kehittäminen vahvistavat perustason toimivuutta. Toisaalta uudistamista hidastavat poliittiset jännitteet ja osittain puutteellinen kyky ulosmitata digitaalisten ratkaisujen hyödyt riittävän

nopeasti. Sosiaalityöntekijöiden saatavuushaasteet ovat vaikeuttaneet suunnitelmallista ja tavoitteellista muutostyötä. Pelastustoimen digipalveluiden kehittäminen on riippuvainen valtakunnallisesta ohjauksesta ja rahoituksesta, mikä rajoittaa alueellista etenemistä. Henkilöstön veto- ja pitovoimaa on vahvistettu panostamalla työnantajakuvaan ja rekrytointiviestintään, uudistamalla palkitsemisjärjestelmä ja edistämällä palkkaharmonisaatiota, kehittämällä osaamista ja urapolkuja, parantamalla työterveyspalveluja ja työkykyjohtamisen välineitä sekä toteuttamalla laaja johtamisen valmennuskokonaisuus ja työntekijäkokemusta tukevia toimia. Henkilöstön suositteleva indeksi on hyvällä tasolla: 80 prosenttia työntekijöistä suosittelee aluetta työnantajana, joskin pelastustoimen osalta tulokset ovat heikentyneet. Alueellista yhteistyötä edistetään yhdyspintaneuvottelukunnassa, johon kuuluvat kuntajohtajat, järjestöjen edustajat, Päijät-Hämeen liitto ja hyvinvointialue.

Satakunnan hyvinvointialueella strategian toimeenpanoa on ohjattu Muutosohjelman ja OmaSata tuottavuus- ja talousohjelman avulla, joiden toteutumista seurataan säännöllisesti. Vaikka strategian onnistumista mittaavat indikaattorit raportoidaan aluehallitukselle ja valtuustolle kerran vuodessa, kokonaisuudesta välittyy johtajuusvaje: poliittinen ohjaus on hajanaista eikä toimeenpanon suuntaa ja vastuita ole kyetty selkiyttämään riittävästi. Aluevaltuuston hyväksymä palveluverkkosuunnitelma on mahdollistanut uudistustyön etenemisen, ja sen toimeenpano on käynnistynyt alueellisesti vaiheittain. Uudistamista hidastaneita tekijöitä ovat olleet erityisesti lainaottovaltuuksien pitkään kestänyt neuvotteluprosessi, joka viivästytti palveluverkkosuunnitelman toimeenpanoa. Lisäksi poliittisessa päätöksenteossa kuntanäkökulma on ajoittain korostunut enemmän kuin hyvinvointialueen kokonaisuus. Myös henkilöstön muutosvastarintaa on esiintynyt, mikä on vaatinut lisäpanostuksia muutosviestintään ja osallistavaan kehittämiseen. Henkilöstökyselyn mukaan työyhteisö ja esihenkilötyö saavat pääosin myönteistä palautetta, mutta esiin on noussut myös huolta syrjintä- ja työpaikkakiusaamiskokemuksista. Henkilöstön saatavuutta ja pysyvyyttä vahvistetaan monipuolisilla toimilla, kuten lääkärirekrytinnin piloteilla, sosiaalityön kehittämisohjelmalla, pelastajakoulutuksen esittämisellä Satakuntaan, kansainvälisten osaajien rekrytoinnilla ja oppilaitosyhteistyön tiivistämisellä. Lisäksi on otettu käyttöön uusia digitaalisia rekrytointivälineitä, perustettu työkykyjohtamisen ohjausryhmiä, kehitetty perehdytystä ja urapolkuja sekä toteutettu mentorointia, työkiertoa ja systemaattisia koulutusmalleja. Alueella toimii elinkeino- ja järjestöneuvottelukunta, joka on hyvinvointialueen järjestämisvastuulle kuuluvien palveluiden ja niiden alaan kuuluvien yksityisten palvelutuottajien, yhdistysten ja seurakuntien toimintojen yhteistyöfoorumi. Lisäksi alueellista yhteistyötä edistetään maakuntaliiton isännöimissä kuntajohtajakokouksissa, joissa on edustus alueen kunnista ja hyvinvointialueelta.

Vantaa-Keravan hyvinvointialueella (ks. luku 2.2 Uudenmaan erillisratkaisusta) uudistustyötä ohjaa strateginen ohjelma, jonka tavoitteena on 2 prosentin vuosittainen tuottavuuden kasvu vuoteen 2030 mennessä. Strategian toimeenpanoa seurataan systemaattisesti, ja sen jalkauttamista tukevat tulokortit ja tilannekuva-raportointi. Tiiviissä kaupunkirakenteessa toimii jo varsin toimiva palveluverkko, jota kehitetään erityisesti ikääntyvän väestön tarpeisiin. Supistamisen sijaan tavoitteena on verkon uudelleenjärjestely. Alueella on panostettu muun muassa yhteisölliseen asumiseen, ja poliittinen päätöksenteko on sitoutunut uudistuksiin edellyttäen, ettei palvelutaso heikkene. Kehittämistä jarruttavat toimitilojen omistusrakenne ja merkittävä korjausvelka sekä kaavoituksen ja tonttipulan aiheuttamat esteet uusien tilojen rakentamiselle. Rahoitusmallin ja palvelutarpeiden epäsuhta on vaikeuttanut investointeja, ja myös teknologian hyödyntäminen on jäänyt vajaaksi. Vaikka uudistukset kuormittavat henkilöstöä, työtyytyväisyys ja johtaminen ovat pysyneet hyvällä tasolla. Henkilöstöpolitiikassa panostetaan johtamisen kehittämiseen ja henkilöstökokemuksen parantamiseen. Alueellista yhteistyötä pyritään edistämään järjestöyhteistyön neuvottelukunnan avulla.

Varsinais-Suomen hyvinvointialueella strategiset tavoitteet on jalkautettu talous-arvioon toiminnallisina tavoitteina, joiden toteutumista seurataan kuukausittain operatiivisesti ja neljännesvuosittain aluehallituksessa. Johtamista tukee sähköinen projektinhallintatyökalu ja vuoden 2025 aikana otetaan käyttöön kriittiset avainmittarit. Palvelurakenteen uudistamista edistää se, että alueella on tunnistettu korjaaviin palveluihin painottunut rakenne, ja keventämiseen pyritään ikääntyneiden, vammaisten ja päihdekuntoutujien asumispalveluissa sekä lapsiperheiden sosiaalipalveluissa. Palveluverkkoa pidetään liian tiheänä ja digipalvelujen laajentamista keinona sen keventämiseen. Uudistamista hidastavat kuitenkin poliittisesti haastava päätöksenteko, hajanainen tietopohja ja useat muutosneuvottelut. Pienten toimipisteiden sulkeminen edellyttäisi keskitettyjä yksiköitä ja investointeja, mutta rahoitusmallin jäykkyydet yhdistettynä alueelliseen edunvalvontaan rajoittavat etenemistä. Henkilöstön saatavuutta ja pysyvyyttä on vahvistettu kohdennetulla rekrytoinnilla, oppilaitosyhteistyöllä, palkallisten harjoittelupaikkojen lisäämisellä sekä palkkauksen ja nimikkeiden harmonisoinnilla. Lisäksi on panostettu lähiesihenkilötyön tukemiseen, työmäärän tasaisempaan jakautumiseen ja henkilöstön osallistamiseen kehittämistyöhön. Urapolkuja ja kaksikielisyyden tukimuotoja kehittämällä on pyritty vahvistamaan henkilöstön pysyvyyttä. Työtyytyväisyyskyselyt osoittavat vahvuuksia lähijohtamisessa ja työyhteisöissä, vaikka henkilöstön psyykinen kuormitus ja asiakasväkivallan uhka herättävätkin huolta. Alueellista yhteistyötä pyritään edistämään sote-järjestöjen neuvottelukunnan avulla.

Liite 5. Esimerkkejä palvelujen uudelleenorganisoinnista

Palvelujen uudelleenorganisointi	Esimerkkejä hyvinvointialueilta
Ennaltaehkäisevien ja peruspalvelujen vahvistaminen	Omatiimimallien ja omalääkärijärjestelmien hyödyntäminen, seniorikeskus- ja perhekeskustoiminnan kehittäminen
Palveluverkon ja -rakenteiden uudistaminen	Palveluasumisen rakenteiden keventäminen, digitaaliset sotekeskukset
Palvelujen saatavuuden ja jatkuvuuden parantaminen	Omatiimimallien ja omalääkärijärjestelmän hyödyntäminen, 14 vrk:n hoitotakuu, hoidon tarpeen arvioinnin ja hoitopolkujen kehittäminen
Talouden tasapainottaminen ja tuottavuusohjelmat	Henkilöstörakenteen optimointi, tuotantotapa-analyysit, toimitilojen tiivistäminen
Palveluintegraation ja johtamisen kehittäminen	Tiedolla johtamisen kehittäminen, segmenttiperustainen palveluintegraatio

Liite 6. Hyvinvointialueiden arviot uudistuksen etenemisestä eri osa-alueilla

1 = tilanne merkittävästi huonompi, 5 = ei muutosta,
10 = tilanne merkittävästi parempi

Osa-alue	Sektorit	Keskiarvo	Vaihteluväli
1. Palveluiden yhdenvertaisuus ja yhdenmukaisuus	Yhteensä	28,50	20–37
	PTH	7,59	4–10
	ESH	6,77	3–10
	SOS	7,64	4–9
	PELA	6,50	5–9
2. Palveluiden saatavuus	Yhteensä	27,77	21–36
	PTH	7,18	4–10
	ESH	6,86	4–9
	SOS	7,27	5–9
	PELA	6,45	4–9
3. Palveluiden saavutettavuus	Yhteensä	27,32	18–36
	PTH	7,09	4–10
	ESH	6,45	4–9
	SOS	7,18	5–9
	PELA	6,59	5–9
4. Palveluiden laatu ja vaikuttavuus	Yhteensä	27,45	21–36
	PTH	7,00	5–9
	ESH	6,59	5–9
	SOS	7,09	5–9
	PELA	6,77	5–9
5. Resurssien (raha ja ammattilaisten työpanos) kohdentaminen väestön tarpeiden mukaisesti	Yhteensä	24,73	14–36
	PTH	6,27	3–9
	ESH	6,33	3–9
	SOS	6,27	3–9
	PELA	6,14	3–9

Osa-alue	Sektori	Keskiarvo	Vaihteluväli
6. Sotepe- palvelujärjestelmän kehittäminen väestön tarpeiden mukaisesti	Yhteensä	27,41	18–36
	PTH	7,18	5–9
	ESH	6,82	4–9
	SOS	6,86	3–9
	PELA	6,55	3–9
7. Palveluintegraatio	Yhteensä	21,50	16–30
	SO – TE	7,18	5–10
	PTH – ESH	7,09	5–10
	SOTE – PELA	7,23	4–10
8. Henkilöstön saatavuus	Yhteensä	25,77	9–33
	PTH	6,77	3–10
	ESH	6,75	5–9
	SOS	7,09	3–10
	PELA	5,77	3–8
9. Henkilöstön pysyvyys	Yhteensä	27,00	12–40
	PTH	7,32	3–10
	ESH	7,05	5–10
	SOS	7,14	4–10
	PELA	6,45	4–10
10. Kriisi- ja häiriötilanteisiin varautuminen	Yhteensä	28,50	20–34
	PTH	7,27	6–8
	ESH	7,33	5–8
	SOS	7,14	4–9
	PELA	7,09	5–9

Liite 7. Hyvinvointialueiden arviot uudistuksen vaikutuksista palvelujärjestelmään

Osa-alue	Heikentynyt	Parantunut
Yhdenvertaisuus ja yhdenmukaisuus	- Yhdenmukaistaminen vähentänyt yksilöllisyyttä ja saattanut heikentää palvelutasoa joidenkin kuntien alueella - Talouden tasapainottaminen ja henkilöstön saatavuusongelmat heikentäneet yhdenvertaisuutta - Asiakasmaksut ja etäisyydet palveluihin kasvaneet	- Palvelujen saatavuus ja laatu yhdenmukaistuneet - Lakisääteiset palvelut saatavilla koko alueella - Erityisosaaminen ja esimerkiksi digipalvelut saatavilla koko alueen asukkaille
Saatavuus ja saavutettavuus	- Rahoitus ei vastaa palvelutarpeen kehitystä - Erikoissairaanhoidon ja ikääntyneiden palveluihin pääsy vaikeutunut - Pelastustoimen palvelukyky pienten kuntien alueella	- Hoitoon pääsy parantunut etenkin perusterveydenhuollossa ja sosiaalipalveluissa - Digipalvelut lisänneet saatavuutta - Tehostunut neuvonta mahdollistaa asiakkaiden pääsyn tarkoituksenmukaisiin palveluihin
Laatu ja vaikuttavuus	- Pitkäjänteinen laadun ja vaikuttavuuden kehittäminen hankaloitunut rahoituksen ennakoimattomuuden ja muutosneuvotteluiden vuoksi - Investointien vaikeutuminen - Väestön luottamus palvelujärjestelmään heikentynyt	- Näyttöön perustuvat menetelmät laajentuneet - Resurssien kohdentaminen vaikuttavasti ja tiedolla johtaminen vahvistunut - Laadun yhdenmukaistuminen alueen sisällä - Kustannustietoisuus, -tehokkuus ja -vaikuttavuus kehittyneet
Integraatio	- Vakiintuneet palveluketjut pirstoutuneet muutoksen myötä - Vastuunjaossa epäselvyyksiä - Kuntien ja hyvinvointialueiden yhteistyössä haasteita	- Monialainen yhteistyö etenkin paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden osalta vahvistunut - Yhteinen tilannekuva parantanut koordinaatiota ja asiakaspolkuja - HYTE-yhteistyö tiivistynyt - Yhteistyön parantuminen varautumisessa hyvinvointialueen ja kuntien kesken sekä sotepe-palveluiden sisällä

Liite 8. Laskennallinen sote-rahoitus vuonna 2026

Laskentatekijät	Osuus sote-rahoituksesta (%)	Manner-Suomi yhteensä (€/asukas)	Ylin (€/asukas)	Alin (€/asukas)	Ylin-Alin (€/asukas)
Asukasperusteisuus	13,11 %	621,6	621,6	621,6	0,0
Terveydenhuollon palvelutarve	44,43 %	2 105,7	2 492,8	1 786,0	706,7
Vanhustenhuollon palvelutarve	16,91 %	801,3	1 195,1	501,5	693,5
Sosiaalihuollon palvelutarve	19,39 %	919,2	1 232,1	688,0	544,1
Vieraskielisyys	1,99 %	94,4	237,1	37,8	199,3
Kaksikielisyys	0,50 %	23,6	262,2	0	262,2
Asukastiheys	1,49 %	70,8	690,1	0,4	689,7
Saaristoisuus	0,11 %	5,3	39,2	0	39,2
HYTE-kriteeri	1,50 %	71,0	95,7	46,0	49,7
Saamenkielisyys	0,01 %	0,6	20,1	0	20,1
Yo-sairaalisä	0,56 %	26,4	42,4	0	42,4

Tiedot perustuvat 30.4.2025 mukaiseen rahoituslaskelmaan.

Liite 9. Yllättävän kustannussokin vaikutus rahoituksen tasoon

Laskelmalla tarkastellaan hypoteettista tilannetta, jossa hyvinvointialueiden talous on aluksi tasapainossa. Niiden saama valtionrahoitus ja nettomenot ovat 100 yksikköä vuonna $t - 1$. Vuonna t menot nousevat yllättävän kustannusten nousun takia arvoon 101. Indeksitarkistus ja palvelutarpeen nousun ennuste jättävät yllättävän nousun huomioimatta, joten rahoitus pysyy vuonna t tasolla 100.

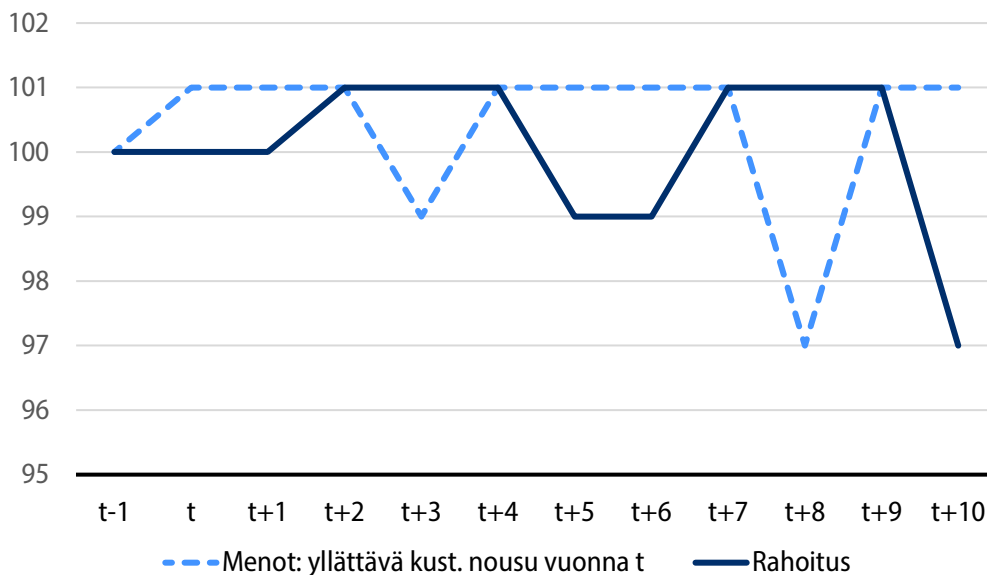
Laskelmassa oletetaan yksinkertaistaen, että hyvinvointialueet kattavat alijäämän kokonaan alijäämän kattamisvelvoitteen vaatiessa vuonna $t + 3$. Siten hyvinvointialueet tekevät 1 yksikön lisää alijäämää myös vuonna $t + 1$. Vuonna $t + 2$ rahoitukseen tehdään jälkikätestarkistus, mikä nostaa sen tason 101:een ja tasapainottaa hyvinvointialueiden talouden. Vuonna $t + 3$ niiden on kuitenkin katettava kertynyt 2 yksikön alijäämä, jolloin ne leikkaavat menotasonsa 99:ään. Kun alijäämä on katettu, voidaan menot nostaa taas rahoitusta vastaavaksi tasolle 101 vuonna $t + 4$. Vuonna $t + 5$ rahoitus laskee kuitenkin jälkikätestarkistuksen myötä tasolle 99 ja hyvinvointialueet tekevät aiempaa suurempaa alijäämää.

Jatkuessaan prosessi johtaa voimistuvaan heilahteluun rahoituksessa ja menoissa. Kyseessä on kaavamainen esimerkkilaskelma, joka ei toteudu todellisuudessa näin äärimmäisenä. Laskelma havainnollistaa, että alijäämän kattamisvelvoitteen ja jälkikätestarkistuksen vuorovaikutuksesta voi aiheutua epätarkoituksenmukaista vaihtelua rahoitukseen ja sote-menoihin. Kuvaaja 9.1 havainnollistaa menojen ja rahoituksen kehitystä tässä esimerkissä.

Taulukko 9.1. Esimerkki kustannussokin vaikutuksesta rahoituksen tasoon, aikavertailu.

Osa-alue	t-1	t	t+1	t+2	t+3	t+4	t+5	t+6	t+7	t+8	t+9	t+10
Menot ilman yllätystä	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Menot: yllättävä kust. nousu vuonna t	100	101	101	101	99	101	101	101	101	97	101	101
Rahoitus	100	100	100	101	101	101	99	99	101	101	101	97
yli/alijäämä	0	-1	-1	0	2	0	-2	-2	0	4	0	-4
Kertynyt yli/alijäämä	0	-1	-2	-2	0	0	-2	-4	-4	0	0	-4
Jälkikätestarkistus	0	0	0	1	1	1	-1	-1	1	1	1	-3

Kuvaaja 9.1. Menojen ja rahoituksen kehitys kustannusshokin jälkeen, jos hyvinvointialueet tasapainottavat taloutensa kolmantena vuonna shokin jälkeen.



Liite 10. Hyvinvointialueiden alijäämien kehitys

Hyvinvointialue	Ylijäämä (alijäämä) per asukas (€)			2023–2025 kertynyt alijäämä per asukas (€)	2023–25 kertynyt alijäämä / 2025 toimintamenot (%)
	2023	2024	2025*		
Etelä-Karjala	-235 €	-318 €	-113 €	-666 €	-12,8 %
Etelä-Pohjanmaa	-238 €	-327 €	-144 €	-709 €	-12,8 %
Etelä-Savo	-331 €	-327 €	3 €	-655 €	-11,2 %
Helsinki	43 €	42 €	60 €	145 €	2,1 %
Itä-Uusimaa	-349 €	-488 €	81 €	-756 €	-16,7 %
Kainuu	-274 €	-158 €	72 €	-360 €	-7,7 %
Kanta-Häme	-351 €	-278 €	168 €	-461 €	-7,2 %
Keski-Pohjanmaa	-302 €	-249 €	-199 €	-750 €	-14,4 %
Keski-Suomi	-415 €	-517 €	-157 €	-1 089 €	-17,7 %
Keski-Uusimaa	-324 €	-321 €	0 €	-645 €	-12,0 %
Kymenlaakso	-196 €	-397 €	2 €	-591 €	-13,5 %
Lappi	-513 €	-494 €	0 €	-1 007 €	-15,5 %
Länsi-Uusimaa	-247 €	-11 €	149 €	-109 €	-1,7 %
Pirkanmaa	-253 €	-104 €	168 €	-189 €	-4,7 %
Pohjanmaa	-214 €	-154 €	158 €	-210 €	-4,0 %
Pohjois-Karjala	-140 €	-285 €	124 €	-301 €	-6,0 %
Pohjois-Pohjanmaa	-173 €	-121 €	22 €	-272 €	-4,7 %
Pohjois-Savo	-254 €	-273 €	-188 €	-715 €	-13,6 %
Päijät-Häme	-223 €	-214 €	8 €	-429 €	-6,8 %
Satakunta	-240 €	-235 €	-1 €	-476 €	-9,0 %
Vantaa ja Kerava	-365 €	-196 €	55 €	-506 €	-8,8 %
Varsinais-Suomi	-300 €	-240 €	111 €	-429 €	-9,8 %

Selite: Sarakkeet 1–2 perustuvat hyvinvointialueiden tilinpäätöksiin (lähde: Sotkanet) ja sarake 3 hyvinvointialueiden talousarvioihin ja -suunnitelmiin (lähde: tutkiahallinto.fi). Sarakkeiden 4 ja 5 laskelmat ovat omia.

* Ennuste.

Liite 11. Osallisuuden johtamisen ja osallistamisen rakenteet hyvinvointialueilla

Rakenteen luokka	Rakenteen tyyppi	Esimerkit
Lakisääteiset päätöksenteon rakenteet	Lakisääteiset toimielimet	- Nuorisovaltuusto - Vammaisneuvosto - Ikäihmisten neuvosto / vanhusneuvosto
	Muut lakisääteiset rakenteet	HYTE-neuvottelukunta
Vapaaehtoiset päätöksenteon rakenteet	Osallisuutta koskevan päätöksenteon toimielimet	- Osallisuusvaliokunta - Asiakaskokemusjaosto - Neuvottelukunnat
	Osallisuutta koskevan päätöksenteon työkalut	- Osallisuussuunnitelmat - Osallisuusohjelmat
	Monitoimijaisen päätöksenteon ja koordinaation rakenteet	- Neuvotteluryhmät - Alueelliset neuvottelukunnat - Neuvostot
	Osallisuuden johtamisen rakenteet	- Lakisääteisten toimielinten osallistuminen johtamiseen - Osallisuuden johtoryhmät (ml. ohjausryhmät, toimikunnat, koordinaatioryhmät) - Osallisuustyöryhmät ja yhteistyöryhmät - Osallisuusverkostot - Osallisuuteen liittyvät palvelut - Osallistamisen mittarit - Johdon asukastapaamiset - Osallisuutta koskevat tiedotuskanavat

Rakenteen luokka	Rakenteen tyyppi	Esimerkit
Osallistavat rakenteet	Asukkaiden suoran osallistumisen kanavat	• Oma-aloitteiset osallistumiskanavat (asukaspoolit, vapaaehtoistyö, vertaistoiminta) • Aloitekanavat (hyvinvointialuealoite, sähköinen asiointi, sähköposti, kirjeet) • Muut mielipiteen ilmaisemisen kanavat (asiakasraadit, asukaspaneelit, kokemusasiantuntijat, kehittäjäasiakkaat, kyselyt ja asiakaspalaute, Polis-verkkoalusta)
	Sidosryhmien (ml. kunnat, järjestöt, palveluntuottajat, yritykset, yrittäjät) suoran osallistumisen kanavat	• Neuvottelukunnat ja ohjausryhmät • Raadit • Säännölliset tapaamiset (vaikuttamisfooromit, alueelliset tapaamiset, kumppanuuspöydät) • Muu osallistava yhteistyö (mm. aamukahvit, avustukset, toimitilojen käyttö, toiminnalliset yhteistyösopimukset)

Liite 12. Aluevaltuustojen valtuustoaloitteiden analyysi

Näin tutkimus tehtiin

Selvityksessä tarkastellaan hyvinvointialueilla tehtyjä valtuustoaloitteita ja niihin annettuja vastauksia. Valtuustoaloitteiden analyysi on rajattu hyvinvointialueisiin. Helsingin kaupungin valtuustoaloitteet on jätetty analyysin ulkopuolelle, koska näissä käsitellään tyypillisesti myös muuhun kuin sosiaali-, terveys- ja pelastuspalveluihin (sotepe) liittyviä asioita. Helsingin kaupungin sotepe-teemoja sisältävät valtuustoaloitteet vastaavat määrältään noin puolta kaikilla hyvinvointialueilla tehdyistä valtuustoaloitteista. Niiden sisällyttäminen analyysiin voisi siksi vääristää löydöksiä merkittävästi.

Selvityksen aineistona on 31.5.2025 mennessä annetut valtuustoaloitteet sekä aluehallitusten ja mahdollisesti muiden viranhaltijoiden ja toimielinten samaan päivämäärän mennessä antamat vastaukset näihin aloitteisiin. Nämä on kerätty kokonaisaineistoksi tietokantaan, joka sisältää linkit aloitteeseen ja mahdolliseen vastaukseen alueiden verkkosivuilla, aloitteen esittämisen päivämäärän sekä aloitteen otsikon. Tietokannassa oli listattuna yhteensä 1173 hyvinvointialueilla tehtyä valtuustoaloitetta ja 581 Helsingin kaupungin sotepe-teemaista valtuustoaloitetta.

Taulukko 12.1. Hyvinvointialueilla tehdyt valtuustoaloitteet ja Helsingin kaupungin sotepe-aiheiset valtuustoaloitteet.

Hyvinvointialue	2022 (kpl)	2023 (kpl)	2024 (kpl)	1–5/2025 (kpl)	Yhteensä (kpl)	Per valtuusto- paikka
Etelä-Karjala	13	6	9	12	40	0,68
Etelä-Pohjanmaa	7	15	16	8	46	0,78
Etelä-Savo	10	16	9	7	42	0,71
Itä-Uusimaa	2	10	10	7	29	0,49
Kainuu	5	8	9	5	27	0,46
Kanta-Häme	26	7	13	11	57	0,97
Keski-Pohjanmaa	0	10	7	2	19	0,32
Keski-Suomi	8	7	7	7	29	0,42
Keski-Uusimaa	11	8	5	2	26	0,38
Kymenlaakso	22	8	8	7	45	0,76
Länsi-Uusimaa	17	17	32	27	93	1,18
Lappi	26	42	31	17	116	1,97
Päijät-Häme	6	11	6	6	29	0,42
Pirkanmaa	31	38	26	29	124	1,57
Pohjanmaa	8	20	13	12	53	0,90
Pohjois-Karjala	4	18	15	3	40	0,68
Pohjois-Pohjanmaa	13	26	31	17	87	1,10
Pohjois-Savo	2	13	9	3	27	0,39
Satakunta	12	30	18	17	77	1,12
Vantaa ja Kerava	33	19	31	17	100	1,45
Varsinais-Suomi	4	17	21	24	66	0,84
HVA:t yht.	260	346	326	240	1 172	–
Helsinki	158	108	162	153	581	–
Yhteensä	678	800	814	633	1 753	–

Tutkimuksessa analysoidaan otosta edellä kuvatulla aikavälillä tehdyistä hyvinvointialueiden valtuustoaloitteista. Kaikkien aloitteiden satunnaisotos ei olisi alueiden suhteen edustava, koska yksittäisillä alueilla tehtyjen valtuustoalueiden määrä vaihtelee erittäin merkittävästi. Alueiden satunnaisotos ei taas olisi kaikkien aloitteiden osalta edustava, koska osalla alueista aloitteita on tehty huomattavan vähän. Otos on näistä syistä muodostettu ryväsotantana. Ryväsotannassa tehdään ensin otantoja havaintoyksiköjä suuremmista kokonaisuuksista, jonka jälkeen valitaan näistä kokonaisuuksista varsinaiseen otokseen tulevat havaintoyksiköt siten, että otos olisi mahdollisimman edustava. Rypäät on muodostettu aloitteiden määrän ja alueiden kokonaisuuksien perusteella.

Otos muodostuu tietyt kriteerit täyttävien, satunnaisesti valikoitujen alueiden kaikista valtuustoaloitteista. Otoksen vähimmäiskattavuudeksi määriteltiin 25 prosenttia tietokannan aloitteista. Otokseen täytyi sisältyä vähintään 294 valtuustoaloitetta. Aloitteiden vähimmäismäärä tuli täyteen vähintään kolmen ja enintään kymmenen alueen rypäällä. Jotta mukaan ei valikoituisi aloitteiden suhteen pelkästään kaikkein eniten (pieni ryväs) tai vähiten (suuri ryväs) aktiivisia valtuustoja, muodostettiin otos 5–8 alueen rypäiden perusteella. Alueista poimittiin 5–8 alueen satunnaisesti muodostettuja rypäitä tietokoneavusteisesti. Analyysiin valittiin muodostamisjärjestyksessä ensimmäinen ryväs, joka täytti aloitteiden määrää koskevat vähimmäisehdot.

Ensimmäisessä ehdot täyttävässä ja siten analyysiin valikoidussa rypäässä oli kuusi hyvinvointialuetta: Etelä-Karjala, Keski-Uusimaa, Lappi, Pohjois-Savo, Päijät-Häme ja Varsinais-Suomi. Näiden aloitteet (305 kpl) edustivat n. 26,0 prosenttia kaikista tietokannassa olleista aloitteista.

Otos on alueiden valtuustojen koon osalta jokseenkin edustava ja aloitteiden tekemisaktiivisuuden osalta hyvin edustava. Otokseen sisältyy valtuuston koon osalta yksi suuri (Varsinais-Suomi) sekä kolme keskikokoista (Keski-Uusimaa, Pohjois-Savo, Päijät-Häme) ja kaksi pientä (Etelä-Karjala, Lappi) aluetta. Keskikokoiset valtuustot ovat otoksessa yliedustettuja pieniin nähden. Valtuustoaloitteiden määrän osalta otos on hyvin edustava. Otokseen kuuluu aloitemäärältään kaksi suhteellisen suurta (Lappi, Varsinais-Suomi), keskimääräistä (Etelä-Karjala, Päijät-Häme) ja pientä (Keski-Uusimaa, Pohjois-Savo) aluetta. Otos on myös maantieteellisesti jokseenkin edustava. Keski-Uudenmaan osalta on huomioitava, että aloitteet voivat koskea osin myös HUSin toimintaa.

Aloitteita analysoitaessa vahvistettiin myös aloitteiden määrä mahdollisten kaksoiskappaleiden ja virhemerkintöjen varalta. Yksi duplikaatti löytyi eli lopullinen aineisto sisälsi 304 valtuustoaloitetta.

Aineiston analyysieihin on selvityksen aikarajoitteiden takia sisällytetty vain sellaiset valtuustoaloitteet ja vastineet, jotka ovat saatavilla hyvinvointialueiden nettisivuilta. Analyysiin sisältyy seuraavat aineiston saatavuudesta johtuvat rajoitteet:

- **Aloitteiden tekijöihin liittyvät analyysit:** Yhteensä 15 valtuustoaloitetta (Etelä-Karjala 2, Pohjois-Savo 6 ja Varsinais-Suomi 7) ei ollut saatavilla hyvinvointialueiden nettisivuilta. Keski-Uudenmaan hyvinvointialue taas ei arkistoi nettisivuillaan allekirjoitettuja valtuustoaloitteita. Puuttuvien ja Keski-Uudenmaan aloitteiden kannattajia ei voida selvittää internetistä saatavilla olevista materiaaleista. Näiden osalta aloitteiden esittäjät on poimittu kokouspöytäkirjoista sekä aluehallitusten ja viranhaltijoiden vastineista aloitteisiin. Pöytäkirjoissa ja vastineissa esitetään tyypillisesti vain aloitteen ensimmäinen allekirjoittaja. Kahden puuttuvan aloitteen osalta yhtään esittäjää ei nimetty vastineissa, minkä takia näitä ei ole huomioitu analyysissa. Käsien allekirjoitettujen aloitteiden allekirjoituksista ei kaikissa tapauksissa ole voitu päätellä allekirjoittajan nimeä, koska nimen selvennys on puuttunut. Näissä tapauksissa allekirjoittaja ja tämän myötä muista allekirjoittajista mahdollisesti eroava ryhmäjäsenyys on jätetty huomioimatta.
- **Jatkotoimenpiteisiin liittyvät analyysit:** Kaikki otokseen kuuluvat hyvinvointialueet eivät sisällytä vastauksia valtuustoaloitteisiin erillisinä merkintöinä aluevaltuuston kokouksen pöytäkirjoihin. Aluehallitusten ja viranhaltijoiden vastineet on näissä tapauksissa hankittu aluehallitusten kokousten pöytäkirjoista tai hakutoiminnolla alueiden nettisivuilta. Näistä ei välttämättä käy ilmi, onko asia todettu loppuun käsitellyksi valtuustossa. Ellei aluehallituksen vastauksesta käy ilmi asian jättäminen pöydälle, on asian tulkittu olevan loppuun käsitelty. Kolmen aloitteen (Etelä-Karjala 2, Lappi 1) käsittelyn tila jäi epäselväksi ja kahden aloitteen (Keski-Uusimaa) kohdalla viimeinen käsittelyn tilaa koskeva merkintä on asian pöydälle jättäminen aluehallituksessa. Näitä ei ole sisällytetty jatkotoimenpiteitä koskeviin analyysieihin.

Analyysi

Otokseen sisältyvien valtuustoaloitteiden analyysissä tarkasteltiin neljää asia-kokonaisuutta: 1) aloitteen ehdotusten suhde toimivaltaan, 2) aloitteen ensisijaiset aiheet, 3) aloitteen tekijät ja 4) aloitteiden jatkotoimenpiteet. Näistä kahta ensimmäistä käsitellään demokratiaan alaan liittyvässä arvioinnissa, kolmatta demokraattiseen osallistumiseen koskevassa arvioinnissa ja neljättä demokratian autenttisuutta koskevassa arvioinnissa. Analyysi perustuu aloitteiden sisällön erittelyyn ja luokitteluun.

Suhdetta toimivaltaan analysoitiin aloitteissa ehdotettujen toimenpiteiden toimivaltaisista tahoista erittelemällä. Yksittäinen aloite saattaa sisältää usean eri tason ja toimijan toimivaltaan kuuluvia toimenpide-ehdotuksia. Jokaiseen aloitteeseen merkittiin yksi tai useampia toimivaltaisista tahoja.

Toimivaltainen taho pääteltiin aloitteista ja vastineista. Erittelyssä käytettiin viittä yläluokkaa: valtuusto, hallinto, tuotanto, professio ja muu toimija.

- Valtuuston toimivaltaan kuuluvat aloitteet sisältävät aluevaltuuston suorassa päätösvallassa olevia asioita eli hyvinvointialueen hallintosääntöä, strategiaa (ml. hyvinvointialue- ja palvelustrategiat, toimintaohjelmat ja muut valtuuston hyväksymät strategiat ja suunnitelmat) ja taloutta (ml. talousarvio ja asiakasmaksut) koskevat toimenpide-ehdotukset.
- Luokkaan hallinto sisältyvät kaikki hyvinvointialueen hallinnolliseen toimivaltaan lainsäädännön mukaan kuuluvat ja virkahenkilöille alueen hallintosäännön myötä delegoidut, palveluiden järjestämisvastuuseen ja ohjaamiseen liittyvät, palvelunjärjestäjän omavalvonnan piirissä olevat asiat.
- Luokkaan tuotanto sisältyvät kaikki palveluiden toteuttamiseen liittyvät, hyvinvointialueiden johdon ja organisaation vastuulle kuuluvat, palvelun tuottajan omavalvonnan piirissä olevat asiat.
- Luokkaan professio sisältyvät kaikki yksittäisten ammattilaisten harkintavallan piirissä olevat asiat, kuten esimerkiksi hoidon määrääminen.
- Luokkaan muu toimija kuuluvat kokonaan muiden toimijoiden kuin hyvinvointialueiden, kuten esimerkiksi kuntien, järjestöjen, ministeriöiden tai lainsäätäjien päätösvallassa olevat asiat.

Työnantajavastuisiin, hankintoihin ja kiinteistöjen käyttöön liittyvät sekä toimeenpanoa koskevia suunnitelmia, organisaatorakennetta ja johtamisen kehittämistä (ml. koulutus) koskevat asiat on tulkittu pääasiallisesti kuuluvan luokkaan hallinto. Työn organisointiin ja henkilöstökoulutukseen (pl. johtajien koulutus) liittyvät asiat on tulkittu pääasiallisesti kuuluvan luokkaan tuotanto. Pienestä osasta vastauksia ei käy selkeästi ilmi, ovatko aloitteen tekijät ja viranhaltijat tulkinneet aloitteen koskevan järjestämisvastuuta vai palvelutuotantoa koskevia kysymyksiä. Näissä tapauksissa toimivaltaa on tulkittu vastauksen antajan mukaan. Valtuuston tai hallinnon toimivaltaa koskeviin aloitteisiin vastauksen ovat tyypillisesti antaneet aluehallitus, muut toimielimet ja/tai ylimmän johdon tai konsernijohdon jäsenet. Tuotantoa ja ammattilaisia koskeviin aloitteisiin vastaukset ovat tyypillisesti palvelujohtajien tai -päälliköiden tai asiantuntijoiden antamia.

Toimivaltaa koskevan analyysin tulokset on kuvattu taulukossa 12.2. Analyysissa on huomioitu 296 kokonaisuudessaan saatavilla olevaa valtuustoaloitetta ja kaikki niissä esitetyt toimenpide-ehdotukset. Merkittävää on, että noin joka kuudennen aloitteen toimenpide-ehdotukset koskivat muun toimijan kuin hyvinvointialueen päätösvallassa olevia asioita. Lisäksi noin joka neljäs aloite esitti toimenpiteitä, jotka koskevat järjestämisvastuun ulkopuolisia, joko palvelutuotannon tai ammattilaisten harkinnan piiriin kuuluvia asioita.

Taulukko 12.2. Valtuustoaloitteissa esitettyjen toimenpiteiden toimivaltaiset tahot ($n=296$).

Toimivalta	Toimija	Määrä (kpl)	Osuus (%)
Järjestämisvastuuta koskeva toimivalta	Aluevaltuusto	87	29,4
	Hallinto	182	61,5
Muu toimivalta	Tuotanto	70	23,6
	Ammattilaiset	9	3,0
	Muu toimija	35	17,9

Valtuustoaloitteiden aiheita selvitettiin luokittelemalla aloitteita niiden pääasiallisen vaikuttamisen kohteen kautta. Aloitteiden käsittelemien aiheiden abstraktiotaso ja esitettyjen toimenpide-ehdotusten määrä ja laajuus vaihtelevat merkittävästi. Pääasiallisen vaikuttamisen kohteen tulkinnan tarkoituksena on hahmottaa, miten laajaan asiakokonaisuuteen aloitteella tavoitellaan muutosta. Luokittelussa käytettiin viittä pääluokkaa. Palveluiden, rahoituksen ja muun toiminnan pääluokat koskevat laajinta, koko hyvinvointialueiden toimintaa koskevaa asiakokonaisuutta. Pääluokat on eroteltu toiminnan pääasiallisen vaikuttamisinstrumentin (so. organisaatio, raha ja muu) mukaan. Strategian ja talouden sekä organisaation pääluokat koskevat suppeampaa, toiminnan ohjaamisen asiakokonaisuutta. Myös tässä tapauksessa ohjaamisen instrumentin mukaan (so. normit ja resurssit sekä johtaminen). Päätöksenteon pääluokka taas koskee suppeinta, toiminnan ohjaamista koskevan päätöksenteon tekotavan asiakokonaisuutta.

- Palveluiden pääluokkaan sisältyvät kaikki palveluiden järjestämistä vastuuseen ja palvelutuotantoon kohdistuvat aloitteet. Pääluokkaan kuuluvat aloitteet sisältävät tyypillisesti useita toimenpide-ehdotuksia ja poikkileikkaavat valtuuston, viranhaltijoiden ja ammattilaisten harkintavallassa olevia asioita.
- Rahoituksen pääluokkaan sisältyvät kaikki alueiden myöntämään rahoitukseen kohdistuvat aloitteet pois lukien alueiden työntekijöille kohdistettuja tukia koskevat aloitteet, jotka on sisällytetty pääluokkaan organisaatio. Omaishoitajille kohdistuvat tuet sisältyvät rahoituksen pääluokkaan.
- Muun toiminnan pääluokka sisältää toimintaa koskevat aloitteet, jotka eivät sisälly edellä kuvattuihin kahteen pääluokkaan.
- Strategian ja talouden pääluokkaan kuuluvat aloitteet, jotka koskevat alueiden toimintaan liittyviä strategioita, suunnitelmia, toimenpideohjelmia, talousarvioita ja muita toimintaa ohjaavia sisäisiä linjauksia. Pääluokkaan on sisällytetty sekä valtuuston päätösvallassa olevat että viranhaltijoiden toimivaltaan kuuluvat linjaukset.
- Organisaation pääluokkaan kuuluvat kaikki aloitteet, jotka koskevat alueiden toiminnan järjestämiseen liittyviä, mutta valtuuston välittömän päätösvalan ulkopuolella olevia tai valtuuston sinne delegoimia asioita.
- Päätöksenteon pääluokkaan kuuluvat kaikki aloitteet, jotka koskevat alueiden päätöksenteon järjestämiseen liittyviä, valtuuston välittömän päätösvalan piirissä olevia asioita.

Aloitteiden pääasialliset aiheet sekä pääluokkien sisältämät yläluokat ja näiden mahdolliset alaluokat on listattu taulukossa 12.3. Yli puolet aloitteista koskee varsin laaja-alaisesti hyvinvointialueiden toimintaa koskevia asiakokonaisuuksia. Noin neljännes aloitteista koskee suppeammin hyvinvointialueiden toiminnan ohjausta koskevia asiakokonaisuuksia ja noin kuudennes aloitteista koskee suppeasti päätöksentekoa koskevia asiakokonaisuuksia.

Taulukko 12.3. Aloitteiden pääasialliset aiheet ($n=302$).

Koonti aloitteiden asiakokonaisuuksista.

Asiakokonaisuus	Määrä (kpl)	Osuus (%)
Toiminnan asiakokonaisuus (laaja)	171	56,6
Ohjaamisen asiakokonaisuus (keskilaaaja)	82	27,2
Päätöksenteon asiakokonaisuus (suppea)	49	16,2

Koonti toiminnan asiakokonaisuudesta.

Asia- kokonaisuus	Aloitteen pääasiallinen aihe	Määrä (kpl)	Osuus aloitteista (%)
Palvelut	Palvelut (yhteensä)	145	48,0
	Rakenne	86	28,5
	• Palvelun perustaminen	(27)	–
	• Palvelun säilyttäminen (ml. palauttaminen, turvaaminen)	(13)	–
	• Palvelun vahvistaminen (ml. laajentaminen)	(17)	–
	• Palvelurakenne (mm. palvelusetelit, tuotantomallit, integraatio)	(8)	–
	• Palveluverkko	(6)	–
	• Hankinnat	(15)	–
	Saatavuus	35	11,6
	• Palvelutarpeen arviointi	(5)	–
	• Pääsyn helpottaminen	(6)	–
	• Toimijuuden vahvistaminen	(3)	–
	• Asiakasmaksut (ml. kuljetukset)	(6)	–
	• Ikärajat	(8)	–
	• Viestintä	(7)	–
	Kehittäminen	24	7,9
	• Toimintamallit (ml. kliininen työ, johtamisen työkalu)	(10)	–
	• Tietopohja (ml. seuranta ja valvonta)	(4)	–
	• Toimivuus (ml. laatu, nopeus)	(6)	–
	• Taloudellisuus (ml. tehokkuus, kustannusvaikuttavuus)	(3)	–
	• TKI-yhteistyö	(1)	–
Rahoitus	Rahoitus (yhteensä)	17	5,6
	Tuet ja palkkiot (pl. työntekijät)	13	4,2
	Muu rahoitus	4	1,3
Muu	Muu (yhteensä)	9	3,0
	Omaisuuksien käyttö	5	1,7
	Ulkoinen vaikuttaminen	4	1,3

Koonti ohjaamisen asiakokonaisuudesta.

Asia- kokonaisuus	Aloitteen pääasiallinen aihe	Määrä (kpl)	Osuus aloitteista (%)
Strategia ja talous	Strategia ja talous (yhteensä)	30	9,9
	Omaa toimintaa koskevat strategiat	20	6,6
	Usean toimijan toimintaa koskevat strategiat	6	2,0
	Talousarvio	4	1,3
Organisaatio	Organisaatio (yhteensä)	52	17,2
	Organisointitapa	18	6,0
	• Organisaation ja johtamisen kehittäminen	(2)	–
	• Organisaatorakenne	(5)	–
	• Työnkuvat ja työnjako (ml. uudet työtehtävät, -järjestelyt ja -tavat)	(11)	–
	Työntekijät	19	6,3
	• Työolot ja -ehdot (ml. palkat, etuudet, muistaminen, turvallisuus)	(17)	–
	• Yhteistoiminta	(1)	–
	• Rekrytointi	(1)	–
	Koulutus	12	4,0
	• Henkilöstökoulutus ja osaaminen	(5)	–
	• Muu koulutus	(7)	–
	Johdon toiminta	3	1,0
	• Johdon valvonta	(2)	–
	• Johtajien valinta	(1)	–

Koonti päätöksenteon asiakokonaisuudesta.

Asia- kokonaisuus	Aloitteen pääasiallinen aihe	Määrä (kpl)	Osuus aloitteista (%)
Päätöksenteo	Päätöksenteko (yhteensä)	49	16,2
	Valtuuston toiminta	4	1,3
	Hallintotapa	10	3,3
	Hallintopalkkiot	3	1,0
	Tietopohja	18	6,0
	Osallisuus	5	1,7
	Luottamushenkilöt	2	0,7
	Valtuustoryhmät	3	1,0
	Viestintä	4	1,3

Tekijöiden analyysissä on eritelty aloitteiden tekijän tyyppi ja tekijöiden ryhmätaustat. 300 aloitteen tekijät pystyttiin selvittämään saatavilla olevista materiaaleista. Tekijöiden analyysissä ei ole tehty eroa aloitteen tekijän ja kannattajan välillä, vaan kaikki aloitteen allekirjoittaneet on tulkittu sen tekijäksi. Myöskään valtuutetuja ja varavaltuutettuja ei ole eritelty analyysissä. Tekijöiden tyypit ovat analyysissä yksi valtuustoryhmä, useampi valtuustoryhmä, yksittäinen valtuutettu ja useampi yksittäinen valtuutettu. Yksittäinen aloite voi olla sekä valtuustoryhmien että yksittäisten valtuutettujen tekemiä. Tekijätyypit on tunnistettu paitsi valtuustoaloitteiden myös vastausten perusteella. Kahden aloitteen tapauksessa esittäjänä on vastauksen perusteella osoittautunut olevan koko valtuustoryhmä, eikä vain yksittäiset valtuutetut. Tekijöitä koskevan analyysin tulokset on kuvattu taulukossa 12.4.

Taulukko 12.4. Aluevaltuustoissa tehtyjen aloitteiden allekirjoittajat (* sis. vain aloitteiden ensisijaiset tekijät, eivät kaikkia allekirjoittajia).

Hyvinvointialue	Aloitteen tekijät (kpl)	Yksi ryhmä (kpl)	Osuus (%)	Usea ryhmä (kpl)	Osuus (%)	Yksi valtuutettu (kpl)	Osuus (%)	Usea valtuutettu (kpl)	Osuus (%)
Etelä-Karjala	38	21	55,3 %	1	2,6 %	0	0,0 %	17	44,7 %
Keski-Uusimaa*	26	23	88,5 %	0	0,0 %	3	11,5 %	0	0,0 %
Lappi	116	34	29,3 %	2	1,7 %	46	39,7 %	34	29,3 %
Päijät-Häme	29	10	34,5 %	2	6,9 %	2	6,9 %	20	69,0 %
Pohjois-Savo	27	18	66,7 %	5	18,5 %	2	7,4 %	5	18,5 %
Varsinais-Suomi	64	33	51,6 %	8	12,5 %	0	0,0 %	41	64,1 %
Yhteensä	300	139	46,3 %	18	6,0 %	53	17,7 %	117	39,0 %

Tekijöiden ryhmätausta on selvitetty hyvinvointialueiden nettisivuilta ja tietojen puuttuessa muun muassa vaalikoneista ja valtuutettujen omilta nettisivuilta. Ryhmätaustan analyysissä ei ole eritelty puolueiden jäseniä ja sitoutumattomia. Tekijöiden ryhmätaustassa on huomioitu edustajien tekemät ryhmien vaihdot internetissä saatavilla olevien alueiden tai valtuustoryhmien tekemiin tiedotteisiin ja/tai media-tietoihin perustuen. Ryhmävaihtoja ei ole huomioitu, ellei näistä ole tiedotettu julkisuudessa. Taulukossa 12.5 kuvattujen löydösten perusteella eniten aloitteita ovat allekirjoittaneet keskustan, sosialidemokraattien, vihreiden, vasemmiston ja perussuomalaisten valtuustoryhmät tai niiden jäsenet.

Taulukko 12.5. Valtuustoaloitteiden allekirjoittaneiden ryhmätausta.

Valtuustoryhmä	Allekirjoitettuja aloitteita
Hämeen sitoutumattomat	3
Keskusta	114
Kokoomus	56
Kristillisdemokraatit	38
Lapin sitoutumattomat	30
Liike Nyt	15
Perussuomalaiset	66
Pienten kuntien puolesta yhteislista	7
Pro Lahti	9
Ruotsalainen kansanpuolue	15
Sitoutumattomat	3
Sosialidemokraattinen puolue	98
Valta kuuluu kansalle	1
Vasemmisto	83
Vihreät	85

Jatkotoimenpiteitä analysoitiin pääasiallisesti aloitteisiin tehtyjen vastausten perusteella. Analyysiin sisällytettiin vain valtuustojen loppuun käsitellyksi toteamat aloitteet. Näitä oli yhteensä 203 kappaletta. Kaikkiin käsiteltyihin valtuustoaloitteisiin sisältyy joitain tiedon hankintaan tai jakamiseen liittyviä piirteitä. Analyysissä eroteltiin ensin pelkkään tiedon hankintaan tai jakamiseen pyrkivät aloitteet

jatkotoimenpiteitä ehdottavista aloitteista. Jatkotoimenpiteitä ehdottavien aloitteiden osalta arvioitiin niiden onnistumista vastausten perusteella. Onnistumisen arvioinnissa käytettiin kolmea luokkaa: johtanut jatkotoimenpiteisiin; voivat johtaa jatkotoimenpiteisiin, mikäli niin päätetään; ja ei johtanut jatkotoimenpiteisiin. Jatkotoimenpiteiden tekemättä jättämisen perusteluita eriteltiin aineistolähtöisesti aloitteisiin annetuista vastauksista.

Analyysin tulokset on kuvattu alueittain taulukossa 12.6. Yli kolme neljästä loppuun käsitellystä aloitteesta (156 kpl) ei ole johtanut vastausten perusteella minkäänlaisiin jatkotoimenpiteisiin. Analyysissa tunnistettiin jatkotoimenpiteiden puuttumiselle viidenlaisia perusteluita. 52 aloitteeseen annettiin useampi kuin yksi perustelu toimenpiteiden puuttumiselle. Perusteluita esiintyi aloitteissa seuraavasti:

- ei tarkoituksenmukaista (54 kpl, esiintyy 34,6 % aloitteista)
- ei resursseja toimintaan (19 kpl, 12,2 %)
- ehdotettua toimintaa tehdään tai se toteutuu jo (69 kpl, 44,2 %)
- ehdotettua toimintaa valmistellaan tai kehitetään jo (46 kpl, 29,5 %)
- ehdotettu toiminta ei ole hyvinvointialueen päätösvallassa (24 kpl, 15,4 %)

Taulukko 12.6. Loppuun käsiteltyjen valtuustoaloitteiden jatkotoimenpiteet alueittain.

Hyvinvointialue	Loppuun- käsiteltyt aloitteet (kpl)	Joissa tavoiteltu jatkotoimen- piteitä (kpl)	johtaneet jatkotoimen- piteisiin (kpl)	osuus (%)	johtavat jatko- toimenpiteisiin, mikäli niin päätetään (kpl)	osuus (%)	ei johtanut jatkotoimen- piteisiin (kpl)	osuus (%)
Etelä-Karjala	26	25	4	15,4 %	2	7,7 %	20	76,9 %
Keski-Uusimaa	23	19	1	4,3 %	2	8,7 %	16	69,6 %
Lappi	81	77	10	12,3 %	6	7,4 %	61	75,3 %
Päijät-Häme	23	21	1	4,3 %	2	8,7 %	18	78,3 %
Pohjois-Savo	18	17	3	16,7 %	1	5,6 %	13	72,2 %
Varsinais-Suomi	32	31	0	0,0 %	3	9,4 %	28	87,5 %
Yhteensä	203	191	19	9,4 %	16	7,9 %	156	76,8 %

Liite 13. Aluevaalien äänestysprosentit alueittain

Hyvinvointialue	2022 (%)	2025 (%)	Muutos (%-yks.)
Etelä-Karjala	46,3	49,6	+3,3
Etelä-Pohjanmaa	50,4	53,4	+3,0
Etelä-Savo	48,1	50,3	+2,2
Itä-Uusimaa	48,5	54,7	+6,2
Kainuu	45,5	47,2	+1,7
Kanta-Häme	46,6	52,0	+5,4
Keski-Pohjanmaa	51,1	54,9	+3,8
Keski-Suomi	47,5	51,6	+4,1
Keski-Uusimaa	45,1	50,0	+4,9
Kymenlaakso	46,2	47,8	+1,6
Lappi	47,4	52,4	+5,0
Länsi-Uusimaa	48,0	53,8	+5,8
Pirkanmaa	49,4	54,7	+5,3
Pohjanmaa	53,9	56,8	+2,9
Pohjois-Karjala	44,4	48,0	+3,6
Pohjois-Pohjanmaa	48,1	50,8	+2,7
Pohjois-Savo	45,9	49,4	+3,5
Päijät-Häme	45,6	50,1	+4,5
Satakunta	48,4	50,9	+2,5
Vantaa ja Kerava	39,3	45,3	+6,0
Varsinais-Suomi	49,6	54,2	+4,6
Keskiarvo	47,0	51,3	+3,9

Liite 14. Kansallisen ohjauksen tietopohja

Kansallisen ohjauksen tietopohja

- Väestö- ja palvelutarvetiedot (esim. sairastavuusindeksi, pelastustoimen onnettomuustilastot)
- Toiminnalliset tiedot
- Taloustiedot
- Henkilöstötiedot
- Strategiset ja toiminnalliset suunnitelmat
- Lainsäädäntö ja valtakunnalliset linjaukset
- Tietojärjestelmät ja analytiikka

Lähteet

1. Papanicolas, I. & Rajan, D. & Karanikolos, M. & Soucat, A. & Figueras, J. (toim.). Health System Performance Assessment: A Framework for Policy Analysis. Geneva: Maailman terveysjärjestö (WHO), 2022. 231 s. (Health Policy Series 57). ISBN 978-92-4-004247-6.
2. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021. [Annettu 29.6.2021]. Saatavissa: <http://data.finlex.fi/eli/sd/2021/612/ajantasa/2025-06-27/fin>.
3. Laki pelastustoimen järjestämisestä 613/2021. [Annettu 29.6.2021]. Saatavissa: <http://data.finlex.fi/eli/sd/2021/613/ajantasa/2025-06-27/fin>.
4. Laki sosiaali- ja pelastustoimen järjestämisestä Uudellamaalla 615/2021. [Annettu 29.6.2021]. Saatavissa: <http://data.finlex.fi/eli/sd/2021/615/ajantasa/2025-04-25/fin>.
5. Laki hyvinvointialueiden rahoituksesta 617/2021. [Annettu 29.6.2021]. Saatavissa: <http://data.finlex.fi/eli/sd/2021/617/ajantasa/2025-06-27/fin>.
6. Laki hyvinvointialueesta 611/2021. [Annettu 29.6.2021]. Saatavissa: <http://data.finlex.fi/eli/sd/2021/612/ajantasa/2025-06-27/fin>.
7. HUS. HUS-järjestämissopimus. [Hyväksytty HUS-yhtymän kokouksessa 15.6.2023]. Saatavissa: <https://www.hus.fi/sites/default/files/2023-08/HUS-j%C3%A4rjest%C3%A4missopimus2023.pdf>.
8. Valtioneuvosto. Erillistiedonkeruu hyvinvointialueille. [Toteutettu kesäkuussa 2025].
9. Parlamentaarisen maakuntaverokomitean sihteeristö. Parlamentaarisen maakuntaverokomitean mietintö. Helsinki: Valtioneuvosto, 2021. 169 s. (Valtioneuvoston julkaisuja 15). ISBN 978-952-383-880-2.
10. Viherkenttä, T. Tulisiko hyvinvointialueilla olla verotusoikeus? Kansantaloudellinen aikakauskirja, 2021. Vol. 117. S. 190–202. Saatavissa: https://www.taloustieteellinenyhdistys.fi/wp-content/uploads/2021/06/KAK_2_2021_WEB-56-68.pdf.

11. Kortelainen, M. & Lapointe, S. Inefficiencies in the Financing of Finnish County Governments – Lessons from the Literature on Fiscal Federalism. Helsinki: Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, 2019. 27 s. (VATT tutkimusraportti 188). ISBN 978-952-274-231-5.
12. Kortelainen, M. & Kotakorpi, K. & Lyytikäinen T. & Saxell, T. Sote-uudistus jää tyngäksi ilman maakuntien verotusoikeutta. [Blogi 25.9.2020]. Saatavissa: <https://vatt.fi/-/sote-uudistus-jaa-tyngaksi-ilman-maakuntien-verotusoikeutta>.
13. Kortelainen, M. & Kotakorpi, L. & Lyytikäinen, T. Hyvinvointialueiden rahoitusmallin kannustinvaikutukset. Kansantaloudellinen aikakausikirja, 2021. Vol. 117. S. 203–210. Saatavissa: [KAK_2_2021_WEB-69-76.pdf](#).
14. Talouspolitiikan arviointineuvosto. Talouspolitiikan arviointineuvoston raportti 2018. Helsinki: Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, 2019. 124 s. ISBN 978-952-274-249-2.
15. Thomson, S. & Foubister, T. & Mossialos, E. Financing Health Care in the European Union: Challenges and policy responses. Kööpenhamina: Maailman terveysjärjestö (WHO), 2009. 200 s. (Observatory Studies Series 17). ISBN 978-92-890-4165-2.
16. Kestilä, L. & Martelin, T. Suomen väestörakenne ja sen kehitys. Teoksessa: Kestilä, L. & Karvonen, S. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2018 (Elinolot). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2019. S. 26–45. ISBN 978-952-343-256-7.
17. Jalovaara, M. & Valkonen, T. & Leinonen, T. & Kmak, M. & Samaletdin, Y. & Hanell, T. & Rotkirch, A. & Vaalavuo A. & Kauppinen, T. & Linnosmaa, I. & Zechner, M. & Kuivalainen, S. Väestörakenteen muutos haastaa yhteiskunnan kestävyys. [Demography-ohjelman tietopaketti 21.1.2023]. Saatavissa: https://www.aka.fi/globalassets/3-stn/1-strateginen-tutkimus/strateginen-tutkimus-pahkinan-kuoressa/ohjelmat-ja-hankkeet/2023_demography_vaalitietopaketti.pdf.
18. Tilastokeskus. Väestöennuste 2024: Väestö iän ja sukupuolen mukaan alueittain, 2024–2045. [Päivitetty 24.10.2024]. Kuutio 301_14wx_2045.
19. Lindell, E. & Koponen, P. & Parikka, S. & Särtilä, K. & Luoto, R. & Sarnola, K. Kansallinen terveysindeksi 2021–2023: Sairastavuus ja työkyvyttömyys edelleen yleisintä Itä ja Pohjois-Suomessa. THL Tilastoraportti, 2025. Vol. 26. S. 1–37. Saatavissa: <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2025050637337>.
20. Croell, K. & Hetemaa, T. & Knappe, N. & Leipälä, J. & Louet-Lehtoniemi, T. & Nieminen, J. & Ridanpää, H. & Suomela, T. & Syrjä, V. & Syrjänen, T. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen Suomessa: Valtakunnallinen asiantuntija-arvio, kevät 2023. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2023. 34 s. (Päätösten tueksi 1). ISBN 978-952-408-049-1.

21. Croell, K. & Hetemaa, T. & Knape, N. & Leipälä, J. & Louet-Lehtoniemi, T. & Nieminen, J. & Ridanpää, H. & Suomela, T. & Syrjä, V. & Syrjänen, T. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen Suomessa: Valtakunnallinen asiantuntija-arvio, syksy 2023. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2023. 29 s. (Päätösten tueksi 42). ISBN 978-952-408-199-3.
22. Tiirinki, H. & Sulander, J. & Sinervo, T. & Halme S. & Keskimäki, I. Integrating Health and Social Services in Finland: Regional Approaches and Governance Models. *International Journal of Integrated Care*, 2022. Vol 22:3. S. 1–11. Saatavissa: <https://doi.org/10.5334/ijic.5982>.
23. Keskimäki, I. & Koivisto, J. & Sinervo, T. Integrating Health and Social Services in Finland: Regional and Local Initiatives to Coordinate Care. *Public Health Panorama*, 2018. Vol. 4:4. S. 679–686. ISSN 2412-544X.
24. Paatela, S. & Tynkkynen, L.-K. "Sote-uudistus ei oo ollenkaan vielä ohi, vaan se on vasta alkanut": ylimmän johdon näkemyksiä hyvinvointialueiden toiminnan alkuvaiheista. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2025. 8 s. (Tutkimuksesta tiiviisti 8). ISBN 978-952-408-271-6.
25. Huhtakangas, M. & Paananen, H. & Kihlström, L. & Rautiainen, P. & Keskimäki, I. & Karreinen, S. & Tynkkynen, L.-K. "Peruskehikko on olemassa, mutta sitä ei seurattu" – asiantuntijanäkemykset kansanterveysjärjestelmän toiminnasta ja ketterästä hallinnasta COVID-19-pandemiassa vuosina 2020–2021. *Hallinnon Tutkimus*, 2023. Vol. 42:2. S. 149–168. Saatavissa: <https://doi.org/10.37450/ht.122290>.
26. Karreinen, S. & Rautiainen, P. & Keskimäki, I. & Satokangas, M. & Viita-aho, M. & Tynkkynen, L.-K. Pandemic Preparedness and Response Regulations in Finland: Experiences and Implications for Post-COVID-19 Reforms. *Health Policy Journal*, 2023. Vol. 132:104802. S. 1–6. Saatavissa: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104802>.
27. Kihlström, L. & Huhtakangas, M. & Karreinen, S. & Keskimäki, I. & Tynkkynen, L.-K. Resilienssin stressitesti? Oppeja Covid-19-epidemian hallinnasta ja johtamisesta Suomessa. Teoksessa: Karvonen, S. & Kestilä, L. & Saikkonen, P. (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2022*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2022. S. 310–332. ISBN 978-952-343-996-2.
28. Kestilä, L. & Kapiainen, S. & Mesiäislehto, M. & Rissanen, P. (toim.) *Covid-19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen: asiantuntija-arvio, kevät 2022*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2022. 207 s. (Raportti 4). ISBN 978-952-343-865-1.

29. Launio, S. & Reissel, E. & Hetemaa, T. Erikoissairaanhoito. Teoksessa: Tynkky-
nen, L.-K. & Paatela, S. & Aalto, A.-M. & Keskimäki, I. & Nykänen, E. & Peltola, M.
& Sinervo, T. & Tammi, T. & Viita-aho, M. (toim.) Tilannekuvia hyvinvointialueilta
– muutokset palvelujärjestelmässä sote-uudistuksen alkuvuosina (Sosiaali- ja
terveydenhuollon palvelut). Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2025. S.
136–143. (Raportti 3). ISBN 978-952-408-459-8.
30. Talouspolitiikan arviointineuvosto. Talouspolitiikan arviointineuvoston
raportti 2024. Helsinki: Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, 2025. 83 s. ISBN
978-952-274-304-6.
31. Valtiovarainministeriö. Hyvinvointialuelouden näkymät 2024–2028.
[Muistio 8.5.2024]. Saatavissa: <https://vm.fi/documents/10623/0/Hyvinvointialuelouden+n%C3%A4kym%C3%A4t+vuosina+2024-2028.pdf/1eaaec2f-9594-4e45-6643-81796fdffb05/Hyvinvointialuelouden+n%C3%A4kym%C3%A4t+vuosina+2024-2028.pdf?t=1715152380777>.
32. Valtiovarainministeriö. Julkisen talouden suunnitelma vuosille 2026–2029.
Helsinki: Valtioneuvosto, 2025. 196 s. (Valtiovarainministeriön julkaisuja 16).
ISBN 978-952-367-874-3.
33. HE 78/2024: Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi hyvinvointialueesta anne-
tun lain ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisestä
Uudellamaalla annetun lain 2 ja 17 §:n muuttamisesta. [Annettu 29.8.2024].
Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/hallituksen-esitykset/2024/78>.
34. Sosiaali- ja terveysministeriö. Digitaalisuus sosiaali- ja terveydenhuollon kivija-
laksi: Sosiaali- ja terveydenhuollon digitalisaation ja tiedonhallinnan strategia
2023–2035. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2023. 30 s. (Sosiaali- ja ter-
veysministeriön julkaisuja 32). ISBN: 978-952-00-9889-6.
35. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveydenhuollon valmiutta ja varau-
tumista vahvistettiin lakimuutoksella. [Tiedote 27.6.2025]. Saatavissa:
<https://stm.fi/-/sosiaali-ja-terveydenhuollon-valmiutta-ja-varautumista-vahvis-tettiin-lakimuutoksella>.
36. Valtioneuvosto. Hyvinvointialueiden tehtäviä koskevat valtakunnalliset tavoit-
teet vuosille 2025–2029. Helsinki: Valtioneuvosto, 2025. 28 s. (Valtioneuvoston
julkaisuja 57). ISBN 978-952-383-525-2.
37. Valtiovarainministeriö. Suomen keskipitkän aikavälin suunnitelma 2025–2028:
Kansallinen keskipitkän aikavälin finanssipoliittisrakenteellinen suunnitelma.
Helsinki: Valtionvarainministeriö, 2024. 67 s. (Valtiovarainministeriön julkaisuja
54). ISBN 978-952-367-864-4.

38. Neuvoston direktiivi 2001/55/EY: Vähimmäisvaatimuksista tilapäisen suojelun antamiseksi siirtymään joutuneiden henkilöiden joukottaisen maahantulon tilanteissa, ja toimenpiteistä näiden henkilöiden vastaanottamisen ja vastaanottamisesta jäsenvaltioille aiheutuvien rasitusten tasapuolisen jakautumisen edistämiseksi. [Annettu 20.7.2001]. Saatavissa: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/?uri=CELEX:32001L0055>.
39. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut Ukrainasta tulleille henkilöille. [2025]. Saatavissa: <https://stm.fi/ukrainasta-tulleiden-henkiloiden-sosiaali-ja-terveyspalvelut>.
40. Valtiovarainministeriö. Uudistuva, vakaa ja kestävä yhteiskunta. Valtiovarainministeriön virkamiespuheenvuoro. Helsinki: Valtiovarainministeriö, 2019. 199 s. (Valtiovarainministeriön julkaisuja 11). ISBN 978-952-251-992-4.
41. HE 241/2020: Hallituksen esitys eduskunnalle hyvinvointialueiden perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi. [Annettu 8.12.2020]. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/hallituksen-esitykset/2020/241>.
42. Tilastokeskus. Työvoimatutkimus-tilasto. [2025]. Saatavissa: <https://stat.fi/tilasto/tyti>.
43. Valtiokonttori. Tilastoja valtionvelasta. [2025]. Saatavissa: https://www.valtionvelka.fi/tilastot/tilastoja_valtionvelasta/.
44. Valtiovarainministeriö. Julkisen talouden suunnitelma vuosille 2022–2025. [Hyväksytty Valtioneuvostossa 12.5.2021]. Saatavissa: <https://vm.fi/documents/10623/307577/julkisen+talouden+suunnitelma+vuosille+2022-2025.pdf/5e58c12a-3479-aa37-358a-b7a0caa5f14c?t=1620814700770>.
45. Valtiovarainministeriö. Julkisen talouden suunnitelma vuosille 2023–2026. Helsinki: Valtiovarainministeriö, 2022. 154 s. (Valtiovarainministeriön julkaisuja 27). ISBN 978-952-367-207-9.
46. Pollitt, C. & Bouckaert, G. Public Management Reform. A Comparative Analysis – Into Age of Austerity. 4. painos. Croydon: Oxford University Press, 2017. 392 s. ISBN: 978-0-19-879517-9.
47. Hill, M. & Hupe, P. Implementing Public Policy: An Introduction to the Study of Operational Governance. 4. painos. Lontoo: Sage Publications, 2021. 304 s. ISBN: 978-1-5297-2486-8.
48. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Alueelliset asiantuntija-arviot. [2025]. (Päätösten tueksi). Saatavissa: <https://thl.fi/julkaisut/julkaisusarjat/paatosten-tueksi>.

49. Erhola, M. Hyvinvointialuereformin etenemisen ja siihen liittyvän ohjauskokonaisuuden kehittämistyö. Alivaltiosihteerin toimeksiannon ensimmäisen tehtävän loppuraportti. Helsinki: Valtioneuvosto, 2025. 45 s. (Valtioneuvoston julkaisuja 56). ISBN 978-952-383-944-1.
50. Valtionvarainministeriö & sosiaali- ja terveysministeriö & sisäministeriö. Hyvinvointialueiden tilanne 1–2025. [27.3.2025]. Saatavissa: [Katsaus hyvinvointialueiden toimintaan ja talouteen - nykytila ja tulevaisuuden näkymät](#).
51. Tynkkynen, L.-K. & Paatela, S. & Aalto, A.-M. & Keskimäki, I. & Nykänen, E. & Peltola, M. & Sinervo, T. & Tammi, T. & Viita-aho, M. (toim.) Tilannekuvia hyvinvointialueilta – muutokset palvelujärjestelmässä sote-uudistuksen alkuvuosina. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2025. 329 s. (Raportti 3). ISBN 978-952-408-459-8.
52. Croell, K. & Knappe, N. & Leipälä, J. & Louet-Lehtoniemi, T. & Nieminen, J. & Ridanpää, H. & Savolainen, N. & Syrjä, V. & Syrjänen, T. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen Suomessa: Valtakunnallinen asiantuntija-arvio, syksy 2024. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2024. 52 s. (Päätösten tueksi 7). ISBN 978-952-408-363-8.
53. Leinonen, M. Pelastustoimen valtakunnallinen asiantuntija-arvio 2023. Hämeenlinna: Etelä-Suomen aluehallintovirasto, 2024. 63 s. (Aluehallintovirastojen julkaisuja 266). ISBN 978-952-7481-37-0.
54. Välimäki, M. & Rekiranta, S. & Satamo, M. & Suvivuo, P. & Nygren, P. Hoitohenkilöstön erikoistumiskoulutus. Nykytilanne ja toimenpide-ehdotukset. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2025. 194 s. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 7). ISBN 978-952-00-4428-2.
55. Kunta- ja hyvinvointialuetyöntajat. Kunta- ja hyvinvointialan henkilöstömäärä kasvoi, mutta palveluiden kysyntä kasvaa edelleen. [Tiedote 18.1.2024]. Saatavissa: <https://www.kt.fi/uutiset-ja-tiedotteet/2024/kunta-ja-hyvinvointialan-henkilostomaara-kasvoi-mutta-palveluiden>.
56. Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvitys hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun toteutumisesta 2024. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2025. 117 s. (Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 14). ISBN 978-952-00-4396-4.
57. Suomen Tietotoimisto. Hyvinvointialuejohtajat: Hyvinvointialueiden palvelut eivät ole kriisissä. [Tiedote 2.9.2024]. Saatavissa: <https://www.sttinfo.fi/tiedote/70466718/hyvinvointialuejohtajat-hyvinvointialueiden-palvelut-eivat-ole-kriisissa?publisherId=69820557&lang=fi>.

58. Leinonen, J. & Selander, K. & Nikunlaakso, R. & Ervasti, J. Mitä kuuluu sosiaali- ja terveydenhuollon työhyvinvoinnille 2024. Helsinki: Työterveyslaitos, 2025. 37 s. ISBN 978-952-391-199-4.
59. Tuomaala, M. Työvoiman saatavuus ja kohtaanto 1/2024. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö, 2024. 17 s. (TEM-analyyseja 119). ISBN 978-952-327-921-6.
60. Sosiaali- ja terveysministeriö. Hyvinvointialueet ovat saaneet vuokratyön käytön hallintaan – uusia toimia harkitaan Ruotsin mallin mukaisesti. [Tiedote 4.10.2024]. Saatavissa: <https://stm.fi/-/hyvinvointialueet-ovat-saaneet-vuokratyön-kayton-hallintaan-uusia-toimia-harkitaan-ruotsin-mallin-mukaisesti>.
61. Happo, P. Porvoo onnistui pudottamaan vuokralääkärien määrää liki kahdestakymmenestä kahteen – katso oman alueesi tilanne. [Päivitetty 12.6.2025]. Saatavissa: <https://yle.fi/a/74-20165297>.
62. Paananen, H. & Jäntti, A. & Haveri, A. (toim). Hyvinvointialueet ja kunnat osana monitasoista hallintojärjestelmää. Hyvinvointialueiden ja kuntien välinen suhde, johtaminen ja ohjaus (HALKO) -hankkeen loppuraportti. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia, 2025. 160 s. (Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 6). ISBN 978-952-383-140-7.
63. Hyvinvointialueiden TKKI-asiantuntijaryhmä. Hyvinvointi- ja yhteistyöalueiden TKKIO-toiminnan kehittämistarpeet ja -ehdotukset: Loppuraportti. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2025. 48 s. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 10). ISBN 978-952-00-5813-5.
64. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Avohilmo: Ensimmäisen hoitotapahtuman toteutuminen. [Heinäkuu 2025]. THL:n kuutio- ja tiivistekäyttöliittymä.
65. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Avohilmo: Perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn ensimmäisen hoitotapahtuman toteutuminen. [Heinäkuu 2025]. THL:n kuutio- ja tiivistekäyttöliittymä.
66. Parikka, S. & Koskela, T. & Sarttila, K. & Ikonen, J. Aikuisten hyvinvointi ja terveys – Terve Suomi 2024. Luottamus terveys- ja sosiaalipalveluihin heikentynyt – asiakastytyväisyys säilynyt korkealla tasolla. THL Tilastoraportti, 2025. Vol. 31. S. 1–19. Saatavissa: <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2025051241025>.
67. European Observatory on Health Systems and Policies. Suomi: Maan terveysprofiili 2023. State of Health in the EU. Pariisi: OECD Publishing, 2023. 24 s. ISBN 978-926-43-1701-7.

68. Haaga, T. & Morén, A. & Väisänen, V. & Kivimäki, A. & Mauno, V. & Kortelainen, M. & Nokso-Koivisto, O. & Saxell, T. & Sääksvuori, L. Vajaan miljoonan suomalaisen lähin terveysasema on sulkemisuhan alla. Voidaanko terveysasema korvata digiklinikkatoiminnalla? [Tutkimusblogi 20.3.2025]. Saatavissa: <https://soteda-talab.fi/uutinen/vajaan-miljoonan-suomalaisen-lahin-terveysasema-on-sulkemisuhan-alla-voidaanko-terveysasema-korvata-digiklinikkatoiminnalla/>.
69. Knape, N. & Leipälä, J. & Louet-Lehtoniemi, T. & Nieminen, J. & Oksanen, P. & Ridanpää, H. & Savolainen, N. & Syrjä, V. & Syrjänen, T. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen Suomessa: Valtakunnallinen asiantuntija-arvio, syksy 2025. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2025. 42 s. (Päätösten tueksi 40). ISBN 978-952-408-600-4.
70. Forsell, M. & Inget-Leinonen, S. & Seppälä, K. Lastensuojelun käsittelyajat 1.10.2024-31.3.2025. Palvelutarpeen arviointien viivästykset vähenivät vihdoin. THL Tilastoraportti, 2025. Vol. 37. S. 1–16. Saatavissa: <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2025060661986>.
71. Kestilä, L. & Karvonen, S. (toim.). Ratkaisuja kestävä yhteiskunnan rakentamiseen: Väestön terveys- ja hyvinvointikatsaus 2025. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2025. 126 s. (Raportti 1). ISBN 978-952-408-444-4.
72. Kivipelto, M. & Elovainio, M. Työikäisten sosiaalipalvelut: aikuissosiaalityö. Teoksessa: Tynkkynen, L.-K. & Paatela, S. & Aalto, A.-M. & Keskimäki, I. & Nykänen, E. & Peltola, M. & Sinervo, T. & Tammi, T. & Viita-aho, M. (toim.) Tilannekuvia hyvinvointialueilta – muutokset palvelujärjestelmässä sote-uudistuksen alkuvuosina (Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2025. S. 190–194. (Raportti 3). ISBN 978-952-408-459-8.
73. Saske, S. Uudistunut palvelurakenne. Kehusmaa S. & Honkanen, S. & Saukkonen, P. (toim.) Kehittyvät iäkkäiden palvelut Suomessa. Vanhuspalvelujen tila-seurannan tuloksia 2023. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2024. S. 9–21. (Raportti 5). ISBN 978-952-408-324-9.
74. Aaltonen, M. & Edgren, J. & Heikkilä, R. & Josefsson, K. & Ilmarinen, K. Ikääntyneiden palvelut. Teoksessa: Tynkkynen, L.-K. & Paatela, S. & Aalto, A.-M. & Keskimäki, I. & Nykänen, E. & Peltola, M. & Sinervo, T. & Tammi, T. & Viita-aho, M. (toim.) Tilannekuvia hyvinvointialueilta – muutokset palvelujärjestelmässä sote-uudistuksen alkuvuosina (Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2025. S. 177–189. (Raportti 3). ISBN 978-952-408-459-8.
75. Kivimäki, A. & Haaga, T. & muu SoteDataLab-tiimi (2025). Julkisten digiklinikoiden väestökattavuus nousi toukokuussa 2025 jo yli 4,3 miljoonaan. [Blogi 2.6.2025]. Saatavissa: <https://sotedatalab.fi/uutinen/julkisten-digiklinikoiden-vaestokattavuus-nousi-toukokuussa-2025-jo-yli-43-miljoonaan/>.

76. Alastalo, H. & Saukkonen, P. Ikääntyminen ja iäkkäiden palvelut: Tilannekuva laatuindikaattoreiden näkökulmasta. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2025. 38 s. (Työpaperi 31). ISBN 978-952-408-527-4.
77. Tolonen, E. & Leivonen, A. Kotihoidon käynnit ja asiakkaat 2024: Julkisesti järjestetyn kotihoidon asiakasmäärä edelleen laskussa. THL tilastoraportti, 2025. Vol. 47. S. 1–17. Saatavissa: <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2025092998751>.
78. Haaga, T. & Kortelainen, M. & Mauno, V. & Nokso-Koivisto, O. & Saxell, T. & Seppä, M. & Sääksvuori, L. Julkisen avosairaanhoidon digiklinikka-asioinnin osuus on ollut suurin pienillä lapsilla, nuorilla aikuisilla, naisilla ja tulojakauman yläpäässä. [Tutkimusblogi 3.2.2025]. Saatavissa: <https://sotedatalab.fi/uutinen/julkisen-avosairaanhoidon-digiklinikka-asioinnin-osuus-on-ollut-suurin-pienilla-lapsilla-nuorilla-aikuisilla-naisilla-ja-tulojakauman-ylapaassa/>.
79. Hätäkeskuslaitos. Tilastotietoa hätäkeskustoiminnasta. [2025]. Saatavissa: <https://112.fi/tilastotietoa-hatakeskustoiminnasta>.
80. Nieminen, S. & Kalmari, H. & Kekkonen, M. Perhekeskusten tilannekuva Suomessa. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2025. 13 s. (Tutkimuksesta tiiviisti 20). ISBN 978-952-408-510-6.
81. Valtioneuvoston kanslia. Kansalaispulssi: Luottamus useisiin instituutioihin noussut loppuvuodesta. [Tiedote 11.4.2025]. Saatavissa: <https://valtioneuvosto.fi/-/kansalaispulssi-luottamus-useisiin-instituutioihin-noussut-loppuvuodesta>.
82. T-Media. Rajavartiolaitos ja lääkärihelikopteripalvelu ovat julkishallinnon maineikkaimmat – Poliisi suurin nousija. [Blogi 4.12.2024]. Saatavissa: <https://t-media.fi/rajavartiolaitos-ja-laakarihelikopteripalvelu-ovat-julkishallinnon-maineikkaimmat-2024/>.
83. Kihlström, L. & Keskimäki, I. & Paananen, H. & Paatela, S. & Satokangas, M. & Tynkkynen, L.-K. How is a large-scale reform perceived by citizens in Finnish primary health care? Social Science & Medicine, 2025. Vol. 387. S. 1–10. Saatavissa: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2025.118688>.
84. Leppäaho, S. & Havakka, P. & Sorvali, J. Vanhuspalvelujen asiakastytyväisyys vuosina 2022 ja 2024 – mikä on muuttunut? Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2024. 11 s. (Tutkimuksesta tiiviisti 41). ISBN 978-952-408-392-8.
85. Raus, K. & Mortier, E. & Eeckloo, K. Challenges in Turning a Great Idea into Great Health Policy: the Case of Integrated Care. BMC Health Services Research, 2020. Vol. 20:130. S. 1–9. Saatavissa: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4950-z>.

86. Auschra, C. Barriers to the Integration of Care in Inter-Organisational Settings: A Literature Review. *International Journal of Integrated Care*, 2018. Vol. 18:1. S. 1–14. Saatavissa: <https://doi.org/10.5334/ijic.3068>.
87. Paatela, S. & Karreinen, S. & Tynkkynen, L.-K. Ylimmän johdon näkemyksiä integraation etenemisestä ja edellytyksistä hyvinvointialueilla. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2024. 11 s. (Tutkimuksesta tiiviisti 9). ISBN 978-952-408-272-3.
88. Pesonen, T. & Sulander, J. & Tiirinki, H. & Räsänen, P. & Sahlström, M. & Keskimäki, I. & Sinervo, T. Palveluintegraation arviointi – Scirocco-mittarin pilotointi. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2023. 14 s. (Tutkimuksesta tiiviisti 61). ISBN 978-952-408-227-3.
89. Paananen, H. & Jäntti, A. & Haveri, A. & Sinervo, L.-M. & Sinkkonen, J. Havainnot hyvinvointialueiden toiminnan käynnistymisestä ja suhteesta kuntiin. Hyvinvointialueiden ja kuntien välinen suhde, johtaminen ja ohjaus (HALKO) -hankkeen väliraportti. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia, 2024. 66 s. (Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 27). ISBN 978-952-383-235-0.
90. Lumme, S. & Satokangas, M. & Holster, T. & Laukkonen, M.-L. & Haula, T. & Honkatukia, J. & Hetemaa, T. & Nieminen, J. & Korajoki, M. & Keskimäki, I. & Tynkkynen, L.-K. Perustason avosairaanhoidon rakenteet, resurssit ja rahoitus. Helsinki: Eduskunnan tarkastusvaliokunta, 2025. 136 s. (Eduskunnan tarkastusvaliokunnan julkaisu 1). ISBN 978-951-53-3833-4.
91. Kuusio, H. & Mäkipää, L. & Klemettilä, K.-L. & Nykänen, S. & Kytö, S. & Lilja, E. Kansallinen tutkimus ulkomailla syntyneiden terveydestä, hyvinvoinnista ja palveluista – MoniSuomi 2022 tutkimus: Keskeisiä havaintoja päätöksenteon tueksi. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2023. 4 s. (Tutkimuksesta tiiviisti 54). ISBN 978-952-408-208-2.
92. Sahrio, A. Yhdenvertaisuuden huomioiminen palveluiden järjestämisessä. Teoksessa: Tynkkynen, L.-K. & Paatela, S. & Aalto, A.-M. & Keskimäki, I. & Nykänen, E. & Peltola, M. & Sinervo, T. & Tammi, T. & Viita-aho, M. (toim.) Tilannekuvia hyvinvointialueilta – muutokset palvelujärjestelmässä sote-uudistuksen alkuvuosina (Palveluiden järjestäminen, ohjaus ja rahoitus). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2025. S. 37–43. (Raportti 3). ISBN 978-952-408-459-8.
93. Lampilinna, V. Valmius ja varautuminen. Teoksessa: Tynkkynen, L.-K. & Paatela, S. & Aalto, A.-M. & Keskimäki, I. & Nykänen, E. & Peltola, M. & Sinervo, T. & Tammi, T. & Viita-aho, M. (toim.) Tilannekuvia hyvinvointialueilta – muutokset palvelujärjestelmässä sote-uudistuksen alkuvuosina (Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2025. S. 260–263. (Raportti 3). ISBN 978-952-408-459-8.

94. HE 210/2024: Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain muuttamisesta. [Annettu 19.12.2024]. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/hallituksen-esitykset/2024/210>.
95. HE 86/2025: Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain muuttamisesta. [Annettu 11.9.2025]. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/hallituksen-esitykset/2025/86>.
96. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021. [Annettu 29.6.2021]. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/2021/612>.
97. Holster, T. & Haula, T. & Korajoki, M. & Laukkonen, M.-L. & Lavaste, K. Hyvinvointialueiden sote-rahoituksen tarvevakiointimalli: Päivitys 2025. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2025. 132 s. (Työpaperi 41). ISBN 978-952-408-578-6.
98. Holster, T. & Haula, T. & Korajoki, M. Sote-rahoituksen tarvevakiointi: Päivitys 2022. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2022. 51 s. (Työpaperi 26). ISBN 978-952-343-876-7.
99. Häkkinen, U. & Holster, T. & Haula, T. & Kapiainen, S. & Kokko, P. & Korajoki, M. & Mäklin, S. & Nguyen, L. & Puroharju, T. & Peltola, M. Soterahoituksen tarvevakiointi. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2020. 85 s. (Raportti 6). ISBN 978-952-343-483-7.
100. Valtiovarainministeriö. Täysimääräisesti talouttaan tasapainottaville hyvinvointialueille harkinnanvarainen lisäaika alijäämien kattamiseen. [Tiedote 17.6.2025]. Saatavissa: <https://vm.fi/-/taysimaaraisesti-talouttaan-tasapainottaville-hyvinvointialueille-harkinnanvarainen-lisaaika-alijaamien-kattamiseen>.
101. Dafny, L. S. How Do Hospitals Respond to Price Changes? American Economic Review, 2005. Vol. 95:5. S. 1525–1547. Saatavissa: <https://doi.org/10.1257/000282805775014236>.
102. Geruso, M. & Layton, T. Upcoding: Evidence from Medicare on Squishy Risk Adjustment. Journal of Political Economy, 2020. Vol. 12:3. S. 984–1026. Saatavissa: <https://doi.org/10.1086/704756>.
103. Bauhoff, S. & Fischer, L. & Göppfarth, D. & Wuppermann, A. C. Plan Responses to Diagnosis-Based Payment: Evidence from Germany's Morbidity Based Risk Adjustment. Journal of Health Economics, 2017. Vol. 56. S. 397–413. Saatavissa: <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2017.03.001>.
104. Kornai, J. The Soft Budget Constraint Syndrome in the Hospital Sector. International Journal of Health Care Finance and Economics, 2009. Vol. 9. S. 117–135. Saatavissa: <https://doi.org/10.1007/s10754-009-9064-4>.

105. Tjerbo, T. & Hagen, T. P. Deficits, Soft Budget Constraints and Bailouts: Budgeting after the Norwegian Hospital Reform. *Scandinavian Political Studies*, 2009. Vol. 32:3. S. 337–358. Saatavissa: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9477.2008.00230.x>.
106. Wright, D. J. Soft Budget Constraints in Public Hospitals. *Health Economics*, 2016. Vol. 25:5. S. 578–590. Saatavissa: <https://doi.org/10.1002/hec.3174>.
107. Ho, L. & Mercer, S. W. & Henderson, D. & Donaghy, E. & Guthrie, B. Effect of UK Quality and Outcomes Framework pay-for-performance Programme on Quality of Primary Care: Systematic Review with Quantitative Synthesis. *The BMJ*, 2025. Vol. 389:e083424. S. 1–11. Saatavissa: <https://doi.org/10.1136/bmj-2024-083424>.
108. Anell, A. & Glenngård, A. H. & Merkur, S. Sweden: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 2012. Vol. 14:5. S. 1–159. ISSN 1817-6127.
109. Suomen perustuslaki 731/1999. [Annettu 11.6.1999]. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/eli?uri=http://data.finlex.fi/eli/sd/1999/731/ajantasa/2018-10-05/fin>.
110. Pratchett, L. Local Autonomy, Local Democracy and the 'New Localism'. *Political Studies*, 2004. Vol. 52:2. S. 358–375. Saatavissa: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9248.2004.00484.x>.
111. Euroopan neuvosto. European Charter of Local Self-Government. *European Treaty Series*, 1985. No. 122. S. 1–6. Saatavissa: <https://rm.coe.int/168007a088>.
112. Dryzek, J. S. *Democracy in Capitalist Times: Ideals, Limits, and Struggles*. New York: Oxford University Press, 1996. 182 s. ISBN 0-19-510599-0.
113. Mutanen, A. The Finnish Constitutional Doctrine on Regional Self-Government. Teoksessa: Pekkola, E. & Johanson, J.-E. & Mykkänen, M. (toim.) *Finnish Public Administration: Nordic Public Space and Agency*. Cham: Springer International Publishing, 2023. S. 143–158. ISBN 978-3-031-34862-4.
114. Paananen, H. & Heikkilä, M. & Jäntti, A. & Haveri, A. Hyvinvointialueiden aluevaltuustojen rooli näkökulmasta. Helsinki: Valtioneuvosto, 2024. 26 s. (Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 12). Saatavissa: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/server/api/core/bitstreams/f89fcade-2759-4d7f-a818-5ce5227d3e2d/content>.
115. Tanner, L. & Saarni, S. & Nykänen, E. Hyvinvointialueen itsehallinnon rajoilla. Miten oikeus riittäviin terveyspalveluihin rajaa hyvinvointialueen paikallista itsehallintoa? *Lakimies*, 2025. Vol. 123:2. S. 254–281. Saatavissa: <https://journal.fi/lakimies/article/view/147312>.

116. Peltonen, S. & Korhonen, E. & Rissanen, A. & Ylittervo, O. & Leskelä, R.-L. & Salomaa, J. Mitä demokratia maksaa hyvinvointialueilla? Helsinki: Sitra, 2025. 54 s. (Siträn selvityksiä 245). ISBN 978-952-347-413-0.
117. Salminen, J. Samanaikainen toiminta luottamustehtävissä kotimaisen julkishallinnon useilla eri tasoilla. Oikeudellinen selvitys. Helsinki: Valtiovarainministeriö, 2025. 42 s. (Valtiovarainministeriön julkaisuja 1). ISBN 978-952-367-877-4.
118. Lajunen, S. Aluedemokratia ja lautakuntainstituution uudelleenmäärittely – vertailu hyvinvointialueiden lautakunnista ja toimielinmalleista. Hallinnon Tutkimus, 2025. Vol. 44:2. 17 s. Saatavissa: <https://doi.org/10.37450/ht.152161>.
119. Ministeriöiden ja hyvinvointialueiden ohjausneuvottelujen pöytäkirjat vuosille 2023–2025. Koottu valtiovarainministeriön, sosiaali- ja terveysministeriön sekä vuoden 2025 osalta osin hyvinvointialueiden verkkosivuilta. [2025]. Saatavissa mm.: <https://stm.fi/hyvinvointialueiden-ohjaus> tai <https://vm.fi/hyvinvointialueiden-neuvottelut>.
120. Oikeuskanslerivirasto. Päättös OKV/3069/10/2024: Hyvinvointialueen talousnormiston ja järjestämisvastuuta määrittävän lainsäädännön välinen riski. [Päätetty 23.4.2025]. Saatavissa: https://www.ekhva.fi/wp-content/uploads/2025/04/OKV_3069_10_2024-OKV-8OKn-paatos-OKV3069102024.pdf.
121. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Sote-tietopohja. [Päivitetty 9.1.2025]. Saatavissa: <https://thl.fi/aiheet/sote-palvelujen-johtaminen/arviointi-ja-seuranta/sote-tietopohja>.
122. Valtiovarainministeriö. Hyvinvointialueiden ohjaus. [2025]. Saatavissa: <https://vm.fi/hyvinvointialueiden-ohjaus>.
123. Aejmelaeus, R. & Pitkänen, L. & Matinheikki, J. Tiedosta tekoihin – Hyvinvointialueiden tiedolla ohjaaminen ja vaikuttavuus: Valtiovarainministeriön Kustannusvaikuttavuuden osaamiskeskus -hankkeen loppuraportti. Helsinki: Valtiovarainministeriö, 2023. 93 s. (Valtiovarainministeriön julkaisuja 63). ISBN 978-952-367-673-2.
124. Valtioneuvosto. Asiantuntijahaastattelut koskien hyvinvointialueiden kansallisen ohjauksen tietopohjaa. [Toteutettu valtionvarainministeriölle, sisäministeriölle, sosiaali- ja terveysministeriölle, kansaneläkelaitokselle ja neljälle hyvinvointialueelle kesällä 2025].

125. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. THL on havainnut merkittäviä virheitä hyvinvointialueiden toimittamissa diagnoositiedoissa – asiaa selvitetään yhdessä alueiden kanssa. [Tiedote 17.6.2025] Saatavissa: <https://thl.fi/-/thl-on-havainnut-merkittavia-virheit-hyvinvointialueiden-toimittamissa-diagnoositiedoissa-asiaa-selvitetaan-yhdessa-alueiden-kanssa#:~:text=THL%20on%20havainnut%20huomattavia%20virheit%C3%A4%20hyvinvointialueiden%20toimittamissa%20perusterveydenhuollon,pitk%C3%A4aikaissairauksien%20diagnoosim%C3%A4%C3%A4rist%C3%A4%2C%20ja%20ne%20koskevat%20ainakin%20vuotta%202023>.
126. Valtiovarainministeriö. Hyvinvointialueiden vuoden 2026 ennakkolisessa rahoituslaskelmassa käytetyt tarvekertoimet ovat päivittyneet. [Tiedote 26.6.2025]. Saatavissa <https://vm.fi/-/hyvinvointialueiden-vuoden-2026-ennakkolisessa-rahoituslaskelmassa-kaytetyt-tarvekertoimet-ovat-paivittyneet>.
127. Sisäministeriön pelastusosasto. Valtakunnalliset strategiset tavoitteet pelastustoimen järjestämiselle vuosille 2023–2026. Helsinki: Sisäministeriö, 2023. 26 s. (Sisäministeriön julkaisuja 1). ISBN 978-952-324-590-7.
128. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. THL vahvistaa rooliaan hyvinvointialueiden kansallisessa ohjauksessa. [Tiedote 27.5.2025]. Saatavissa: <https://thl.fi/-/thl-vahvistaa-rooliaan-hyvinvointialueiden-kansallisessa-ohjauksessa#:~:text=Terveyden%20ja%20hyvinvoinnin%20laitos%20%28THL%29%20vahvistaa%20rooliaan%20hyvinvointialueiden,ett%C3%A4%20THL%20ottaa%20aiempaa%20vahvemman%20roolin%20alueiden%20informaatio-ohjauksessa>.
129. Valli-Lintu, A. Sote- ja kuntarakenteen pitkä kujanjuoksu. Helsinki: Kunnallisan kehittämissätiö, 2017. 54 s. (Kunnallisan kehittämissätiön Julkaisu 10). ISBN 978-952-7072-99-8.
130. Valli-Lintu, A. Sote- ja kuntarakenteen pitkä kujanjuoksu – Osa II. Helsinki: Kunnallisan kehittämissätiö, 2019. 53 s. (Kunnallisan kehittämissätiön Julkaisu 27). ISBN 978-952-349-035-2.
131. Valli-Lintu, A. Sote- ja kuntarakenteen pitkä kujanjuoksu – soten uusi alku, osa III. Helsinki: Kunnallisan kehittämissätiö, 2021. 90 s. (Kunnallisan kehittämissätiön Julkaisu 49). ISBN 978-952-349-080-2.
132. Perustuslakivaliokunta. Lausunto 67/2014 vp: Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi. [Annettu 19.2.2025]. Saatavissa: https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/Lausunto/Documents/pevl_67+2014.pdf.
133. Hyvinvointialueiden laatimat osavuositarkastukset. Koottu hyvinvointialueiden verkkosivuilta. [2025].



VALTIONEUVOSTO
STATSRÅDET

SNELLMANINKATU 1, HELSINKI
PL 23, 00023 VALTIONEUVOSTO
valtioneuvosto.fi
julkaisut.valtioneuvosto.fi

ISBN pdf: 978-952-383-022-6
ISSN pdf: 2490-0966