Vuosina 2020–2022 kertynyt sosiaali- ja terveydenhuollon hoito- ja palveluvelka – euromääräinen arvio korjaamiseen tarvittavasta rahoituksesta

Tämä muistio kuvaa sosiaali- ja terveysministeriössä tehdyn asiantuntija-arvion kertyneestä hoito- ja palveluvelasta. Covid-19-pandemian aiheuttama ja henkilöstövajeen hankaloittama hoito- ja palveluvelka on ilmiönä erittäin monimutkainen ja eri tekijöillä on paljon keskinäisriippuvuutta. Euromääräinen arviointi sisältää huomattavaa epävarmuutta ja perustuu osin oletuksiin, varsinkin koska käytettävissä oleva tietopohja on vajavainen. Alueelliset ja hoito- ja palvelukohtaiset erot ovat suuret.

Muistiossa on alussa tiivis yhteenveto. Tarkemmat hoito- ja palvelukohtaiset selitykset ja laskentatavat on kuvattu jäljempänä.

Hoito- ja palveluvelkana on arvioitu jo tunnistettuun tarpeeseen liittyvää velkaa (mm. pidentyneet odotusajat, jonottajien määrä, suoritteiden vähentyminen) ja lisäksi vielä piiloon jäänyttä tarvetta (mm. diagnosoimattomat pitkäaikaissairaudet, toteamatta jäänyt toimintakyvyn vaje, heikentynyt toimintakyky), joka lähivuosina aiheuttaa merkittävän hoito- ja palvelutarpeen.

Taulukko 1.

Arvioitu kertynyt hoito- ja palveluvelka (€)	
Perusterveydenhuolto	
- avosairaanhoito (somaattinen ja mielenterveys ja päihde) piilossa oleva tarve	67 – 129 miljoonaa euroa
- suun terveydenhuolto	182 – 202 miljoonaa euroa
- neuvola ja kouluterveydenhuolto	128 – 147 miljoonaa euroa
Erikoissairaanhoito ja päivystys	
- hoitojonojen purku hoitotakuun määräaikoihin	40 – 85 miljoonaa euroa
- vielä piilossa oleva erikoissairaanhoidon tarve	157 – 301 miljoonaa euroa
Sosiaalihuolto	
- iäkkäiden palvelut ja omaishoito	170 miljoonaa euroa
- lasten, perheiden ja aikuisten palvelut	50 – 100 miljoonaa euroa
Yhteensä hoito- ja palveluvelka	**793 – 1 133 miljoonaa euroa**
Suomen kestävän kasvun ohjelman (RRP) panostus	256 miljoonaa euroa

Hoito ja palveluvelan korjaamisen lisäresurssitarve (RRP vähennetty)	**537 – 878 miljoonaa euroa**

Taulukon 1 laskelma perustuu seuraaviin tekijöihin:

- Piiloon jäävää hoitovelkaa on arvioitu korona-aikana havaitun pitkäaikaissairauksien diagnosoinnin aleneman kautta. Näin on arvioitu niiden henkilöiden määrää, joilla hoidon tarvetta on viivästyneesti, ja jotka ovat vasta vuosien 2023–2025 aikana tulossa hoidon piiriin. Osa näistä potilaista tarvitsee erikoissairaanhoitoa tai joutuu hakeutumaan päivystykseen, mikä on huomioitu erikseen. Arvion mukaan pitkäaikaissairauksien diagnoosit ovat vähentyneet 11 prosenttia vuonna 2020 ja 10 – 20 prosenttia vuosina 2021 ja 2022. Osa näistä sairauksista on edelleen diagnosoimatta vuonna 2023 ja sairauden viivästyneen toteamisen on arvioitu aiheuttavan kustannuksia yhteensä 2 500 euron edestä. Näin on arvioitu niiden potilaiden kustannuksia, jotka ovat vasta tulossa perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja päivystyksen palvelujen piiriin.
- Suun terveydenhuollon, neuvolatoiminnan ja kouluterveydenhuollon hoitovelkaa on arvioitu vuosina 2020–2022 toteutumatta jääneiden käyntien kautta.
- Erikoissairaanhoidon tiedossa olevan tarpeen (ajantasainen jonotilanne) ja erikoissairaanhoidon keskimääräisten hoitojaksokustannusten avulla on laskettu hintahaarukka yli 180 vuorokauden ja 90–180 vuorokauden jonojen purkamisesta pandemiaa edeltävälle tasolle.
- Sosiaalihuollon osalta arviot perustuvat THL:n selvityksiin ja arvioihin.
- Kestävän kasvun ohjelmassa (RRP) kohdennetaan vuosina 2023 – 2025 hyvinvointialueilla rahoitusta 255.6 miljoonaa euroa. Digitalisaation edistämisen, ennalta ehkäisevien palvelujen kehittämisen ja suoraan hoito-, kuntoutus- ja palveluvajeen korjaamiseen kohdennettujen toimien kautta pienennetään olemassa olevaan velkaa. Tämä on vähennetty lisäresurssiarviosta.

1 Taustaa

Koronaepidemia on aiheuttanut hoito-, palvelu- ja kuntoutusvelkaa. Käsitteellä tarkoitetaan väestön todettua hoidon, palveluiden tai kuntoutuksen tarvetta, johon palvelujärjestelmä ei ole kyennyt vastaamaan ja lisäksi piiloon jäänyttä kysyntää. Vaikka koronaepidemian vaikutukset yhteiskuntaan ovat vähitellen lievittyneet, ei palvelujärjestelmä ole kyennyt nopeasti ja täysin palautumaan ennalleen. Haavoittuvien ryhmien toipuminen koronakriisin ja rajoitusten aiheuttamista negatiivisista vaikutuksista on myös hitaampaa kuin väestöllä keskimäärin. Erityisesti henkilöstövaje on jatkunut ja vaikeutunut aiheuttaen haasteita sekä sosiaali- että terveydenhuollossa. Vuoden 2022 aikana pitkittynyt työtaistelutilanne vaikutti alueiden kykyyn purkaa kertynyttä velkaa. Alueiden valmistautuminen historiallisen suureen rakenteelliseen muutokseen uusien hyvinvointialueiden aloittaessa toimintansa vuoden 2023 alusta on osaltaan vaikuttanut henkilöstön riittävyyteen ja mahdollisuuksiin purkaa velkaa. Lisäksi koronainfektioiden aiheuttamaa ylimääräistä kuormitusta esiintyy edelleen aaltomaisesti, eikä se ole missään vaiheessa täysin poistunut.

STM:ssä on arvioitu hoito- ja palveluvelkaa sosiaali- ja terveydenhuollossa kaksi kertaa, syyskuussa 2020 ja huhtikuussa 2021. Koronaepidemiasta johtuvan hoito- ja palveluvelan euromääräinen arvo on tuolloin arvioitu sadoiksi miljooniksi, lähes miljardiksi, euroksi. Myös THL on osaltaan arvioinut asiaa muun muassa osana yhteiskunnallisten vaikutusten arviointia. Euromääräistä arviota on tarvittu päätöksenteon tueksi muun muassa pohdittaessa koronaepidemian aiheuttamien lisäkustannusten korvaamista palvelujärjestelmälle sekä suunniteltaessa EU:n elpymis- ja palautumisvälineen Suomen suunnitelmaa.

Euromääräisiä arvioita hoito- ja palveluvelasta on tehty aiemmin muun muassa tarkastelemalla toteutumatta jääneitä suoritteita. Näin on saatu varsin yksinkertaistaviin oletuksiin nojaava, mutta aiemmassa tilanteessa riittävän luotettava euromääräinen arvio hyödynnettäväksi päätöksenteossa. Hoito- ja palveluvelan arviointi on sittemmin muuttunut monimutkaiseksi: suoritteet ovat ajoittain palanneet koronaepidemiaa edeltävälle tasolle tai jopa korkeammalle. Sitä, miten tilannetta on jo pystytty korjaamaan, on vaikea arvioida. Arviointia vaikeuttaa myös se, että etäpalvelut ja niiden käyttö ovat yleistyneet ja niiden volyymit ovat selvästi suuremmat kuin aikaisemmin.

Koko ilmiö on monimutkainen ja kompleksinen. Syy-seuraussuhteet ovat moninaisia ja osin omanlaisiaan palvelujärjestelmän eri osissa. Tietopohja on niukka ja vajavainen. Erityisen hankalaa on ollut arvioida sosiaalihuollon palveluiden kertyneitä vajeita. Suoritetietoja on saatavilla ja niiden perusteella voidaan tarkastella hoito- ja palveluvajetta, kun sitä vastoin väestön terveyden ja hyvinvoinnin tilasta, palveluiden sisällöstä, laadusta ja vaikuttavuudesta tai piilossa olevasta kysynnästä ei ole riittävästi kunnollista, erityisesti vertailukelpoista tietoa saatavilla. Monialaisia hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimia supistettiin koronapandemian aikana, ja niiden uudelleen käynnistymisen vaikutuksista ei ole tietoa. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen velkaa ei voida arvioida, koska siitä ei ole lukuja. Tämä tulee näkymään kohonneena sairastavuutena ja pahoinvointina, mutta arviointiin tarvitaan selvitystyötä. Sekoittavia tekijöitä, joilla on vaikutuksia syytekijöihin ja seurauksiin, on paljon. Koronapandemian aikana joidenkin sairauksien esiintyvyys on ollut myös pienempi kuin ennen epidemiaa ja toisaalta epidemian aikana muun muassa mielenterveyteen liittyvä oireilu on kasvanut. Lisäksi haitat ovat kohdentuneet epätasaisesti niiden kasaantuessa haavoittuvassa asemassa oleviin ihmisiin. Kuntien ja sairaanhoitopiirien kustannustietojen suhteuttaminen toimintatietoon on vaikeaa muun muassa myönnettyjen

koronakorvausten vuoksi. Edellä kuvatut epävarmuustekijät on huomioitava tämän muistion hoito-, kuntoutus- ja palveluvelka-arvioita tarkasteltaessa.

Hoitovelkaa koskeneet kyselyt

Koronakorvauksiin liittyvän valmistelun osana STM:n tilauksesta tehtiin kohdennetuille kunnille, kuntayhtymille ja sairaanhoitopiireille kysely (toteuttajana NHG), jossa vastaajia pyydettiin arvioimaan myös kertynyttä hoito- ja palveluvelkaa. Vastaajien mukaan velkaa oli vaikea arvioida. Noin neljäsosa vastaajista raportoi kyenneensä jo jossain määrin purkamaan velkaa. Velan purkutoimiin resursseja tulisi vastaajien mukaan suunnata etenkin perusterveydenhuoltoon, neuvolatoimintaan, kouluterveydenhuoltoon, suun terveydenhuoltoon, syöpien diagnosointiin ja hoitoon, lastensuojeluun, perhepalveluihin sekä yleisesti mielenterveys- ja päihdepalveluihin. Myös Kuntaliitto suunnitteli keväällä 2022 kyselyä hoito- ja palveluvelasta. Suurten kaupunkien ja keskisuurten kuntien verkostojen mukaan euromääräistä arviota hoito- ja palveluvelan määristä palveluittain ei voida suurissa kaupungeissa tuottaa. Nähtiin, että osa hoitovelasta on jo purettu, osa asiakkaista on ohjautunut muihin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin, ja osa potentiaalisista asiakkaista on jättänyt hakeutumatta palveluihin. Koronan myötä palvelurakenne on myös muuttunut, ja muun muassa etäpalveluiden määrä on lisääntynyt.

Sosiaalipalveluvelasta ei ole tehty erillisselvityksiä.

Selvityksen tarve jatkossa

Mikäli hoito- ja palveluvelan kokonaisuudesta tarvitaan jatkossa tarkempi euromääräinen arvio, tarvitaan realistisesti aikataulutettua ja resursoitua erillisselvitystä, joka on projektoitu. Se ei ole toteutettavissa luotettavasti STM:n tai THL:n tavanomaisen virkatyön lomassa. Tässä muistiossa arvioidaan kuitenkin karkealla tasolla hoito-, kuntoutus- ja palveluvelan ajankohtaista tilannetta sanallisesti sekä annetaan euromääräinen arvio erikoissairaanhoidon hoitovelasta hyödyntäen tietoa hoitotakuun ylittävistä odottajamääristä. Lisäksi esitellään EU:n rahoittaman Kestävän kasvun ohjelman keskeiset toimenpiteet velan purussa.

2 Hoitovelan arviointi erikoissairaanhoidossa

Koronapandemian aiheuttaman hoito- ja palveluvelan määrää erikoissairaanhoidossa on arvioitu palveluvajeen osalta elokuussa 2020 ja huhtikuussa 2021. Tarkastelu pyrki vastaamaan siihen, miten paljon toimenpiteitä on jäänyt tekemättä ja siten siirtynyt tehtäväksi myöhemmin (toisin sanoen ”muodostunut hoitovelaksi”). Tilanteen jatkuessa edelleen tarkastelutavan soveltaminen hoitovelan arvioimiseksi on yllä kuvatuista syistä vaikeampaa. Tässä osassa tarkastellaan erikoissairaanhoidon hoitotakuuajat ylittäneitä hoitojaksoja. Nämä hoitojaksot ovat sitä hoitovelkaa, joka tulisi jo lakisääteisesti tilanteen saavuttamiseksi purkaa.

Yli 180 vuorokautta kiireettömään hoitoon pääsyä odottaneiden lukumäärä on koronaepidemian aikana kasvanut merkittävästi: lukumäärä oli yli 20 000 tilanteessa 30.9.2022, mikä on noin 15 000 enemmän kuin vuonna 2019. Osa ylityksistä on luonteeltaan rakenteellista ja voi liittyä esimerkiksi potilaiden toiveisiin hoidon toteuttamisesta. Ennen vuotta 2018 havaintojen vaihteluväli ei pitkään aikaan ylittänyt 3000 potilasta, mutta tilanne vaikuttaa huonontuneen siitä lähtien, eli jo ennen koronaepidemian alkua. Yli puoli vuotta hoitoa odottaneiden määrä oli suurin elokuussa 2020. Tilanne vaikuttaa huonontuneen uudelleen erityisesti vuoden 2021 puolivälistä alkaen ja erityisen jyrkästi huhtikuusta 2022 lähtien. Vuonna 2022 hoitojonojen purkua ovat vaikeuttaneet myös

pitkittynyt työtaistelutilanne ja jatkuvasti vaikeutuva henkilöstövaje. Odottaneiden lukumäärät vaihtelevat suuresti alueittain.

Kiireettömään hoitoon pääsyä odottavien henkilöiden hoidon tarkemmasta sisällöstä ei ole saatavissa tarkempaa tietoa pois lukien tieto erikoisalasta ja hoitopaikasta. THL:n julkaisemien yksikkökustannusten arvioiden mukaan erikoissairaanhoidon keskimääräinen (vuodeosaston) hoitojakson kustannus on ollut noin 3200 euroa vuoden 2017 hinnoin. Tämä on kuitenkin arvion mukaan liian korkea keskimäärin hoitojonossa olevan hoitojakson kustannukseksi, ja siksi keskimääräisenä euromääräisenä kustannuksen vaihteluvälinä on tässä käytetty 1500–3200 euroa. Näillä perusteilla erikoissairaanhoidon kiireettömään hoitoon pääsyä odottajien noin 15 000 henkilön euromääräinen hoitovelka olisi noin 25–50 miljoonaa euroa, kun lisäksi kustannustason nousu on myös otettu huomioon. Lopulliseen arvioon tehtiin vastaava laskelma 90–180 vrk odottavista.

Syöpien ilmaantuvuuden ja tunnistamisen osalta tilastotietoa on saatavilla Suomen Syöpärekisterin 2.6.2022 julkaistu tilastoraportista vuodelta 2020, jolloin uusia syöpiä todettiin noin 4 % eli 1 600 tapausta odotettua vähemmän. Ensimmäisenä koronavuotena jäi toteamatta 6 % rintasyövistä (330 syöpää) ja 9 % eturauhassyövistä (480 syöpää). Erityisen paljon toteamatta on jäänyt ihomelanoomia, joita tilastoitiin 21 % (410 syöpää) odotettua vähemmän. Paikallisena todettujen syöpien määrä laski 6,4 % edellisvuoteen verrattuna, mutta levinneenä todettujen syöpien määrä laski vain 0,2 %. Paikallisena todettuihin syöpiin jäi koko vuoden tasolla selkeä vaje. Levinneissä syövissä vajetta syntyi keväällä 2020, mutta loppukesän jälkeen eroa kurottiin kiinni. Paikallisena todettujen syöpien määrän lasku on huolestuttavaa, koska niiden toteamiseen liittyvä viive johtaa syöpien löytymiseen edenneinä. Diagnosoimattomien syöpien voidaan arvioida aiheuttavan piilevää hoitovelkaa erikoissairaanhoitoon. Pitkittyminen johtaa myös sairauksien vaikeutumiseen ja hoidon ja kuntoutumisen kallistumiseen. Diagnosoitumattomien pitkäaikaissairauksien osalta tehtyjä arvioita on eritelty tarkemmin liitteenä olevassa excel-taulukossa.

3 Hoito- ja palveluvelan yleistilanne perustasolla

Perusterveydenhuolto

Vuonna 2019 perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärin vastaanotolle pääsi 7 vrk kuluessa vähän yli 40 prosenttia kaikista hoitoon päässeistä. Koronapandemian alettua hoitoon pääsy nopeutui merkittävästi, kun useat henkilöt eivät hakeutuneet enää lainkaan vastaanotoille. Edellä mainittu 7 vrk kuluessa hoitoon päässeiden osuus kaikista perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärin vastaanotolle päässeistä on sittemmin vakiintunut 58–60 prosentin tasolle. Tieto puuttuu niistä, joilla olisi mahdollisesti tarvetta hoidolle, mutta jotka eivät ole ottaneet yhteyttä terveysasemalle tai eivät ole lainkaan päässeet hoitoon.

Keväällä 2020 useimmissa perusterveydenhuollon palveluissa käyntien lukumäärät vähenivät selvästi, mikä kuitenkin korjaantui osin saman vuoden kesän ja syksyn aikana. Käyntimäärät ovat sittemmin ajoittain vähentyneet, mitä selittää muun muassa epidemiatilanteen vaihtelut. Toukokuusta 2022 käyntimäärät ovat pääsääntöisesti ylittäneet koronaepidemiaa edeltävän vuoden 2019 tason. Lisäksi avosairaanhoidon etäasioinnit ylittivät jo maaliskuussa 2019 edellisten vuosien tason ja ovat sen jälkeen olleet noin 100 000 - 200 000 käyntiä korkeammat kuin aiemmin. On kuitenkin huomioitava, että terveysasemia ovat kuormittaneet erityisesti infektiosairauksiin ja

muihin akuuttitilanteisiin liittyvät käynnit, eikä esimerkiksi pitkäaikaissairauksien diagnosoinnissa ja hoidossa ole pystytty etenemään toivotulla tavalla.

Suun terveydenhuollossa käyntimäärät vähenivät merkittävästi vuoden 2020 keväällä, eivätkä ne ole edelleenkään palautuneet epidemiaa edeltävälle tasolle. Vuonna 2022 käyntejä on ollut noin 50 000–100 000 vähemmän kuin vastaavana aikana vuonna 2019, joskin osa hoitokäynneistä on vuoden 2021 alusta siirtynyt Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiölle. Kertynyttä hoitovelkaa voidaan arvioida olevan, mutta sen euromääräinen arvio on haastavaa, koska jonoja on myös pystytty purkamaan. Myös lastenneuvolakäynnit ovat jääneet noin 20 000–30 000 pienemmiksi verrattuna vuoteen 2019, eikä kouluterveydenhuollossakaan ole vielä täysin päästy epidemiaa edeltävälle tasolle.

STN IMPRO – monialainen tutkimusprojekti (https://www.stnimpro.fi/blogikirjoitukset/pitkaaikaissairauksien-diagnosointi-on-vahentynyt-koronaviruspandemian-aikana-perusterveydenhuollossa/), jossa myös THL on mukana, tuottaa tietoa Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen rakenteesta, toimivuudesta ja tuloksellisuudesta. Pitkäaikaissairauksien ilmaantuvuus tammi-lokakuussa 2020 verrattuna edellisen vuoden vastaavaan aikaan pääasiallisesti perusterveydenhuollossa diagnosoitavissa ja hoidettavissa pitkäaikaissairauksissa oli useiden sairauksien osalta (tyypin 2 diabetes, astma, verenpainetauti, hyperkolesterolemiat, nivelrikot, selkäsärky, masennus, ahdistuneisuushäiriöt, ja parodontiitti). laskenut. Vuoden 2021 ajalta ei vastaavia tietoja ole vielä saatavissa, mutta pitkäaikaissairauksien osalta toiminta ei ole palannut ennalleen, ja kertynyttä vajetta on ollut edelleen.

Sosiaalihuolto

Tietopohjan puutteiden vuoksi tietoa sosiaalihuollon palveluista on vaikea saada. Lisäksi tiedon vertailtavuus on vaikeaa, koska palvelujen järjestämistavat vaihtelevat. Palvelujen käyttöä koskevat tilastot voivat myös johtaa vääriin tulkintoihin laskusuunnasta, joka voi johtua siitä, ettei palveluihin pääse, vaikka tarvetta olisikin. Sosiaalihuollon osalta on myös muistettava, että osa asiakkaista on tyytyväisiä, kun heidän tilanteeseensa ei tartuta. Näin on esimerkiksi lastensuojelussa ja päihdepalveluissa. Kela on, ilmeisesti vallitsevan tilanteen johdosta, vähentänyt huomattavasti toimeentulotuen perusosan alentamisia, mikä osaltaan on vähentänyt painetta sosiaalihuollolle tavoitella asiakkaita, joiden kohdalla yleensä työstetään työllistymiseen ja yleiseen elämänhallintaan liittyviä asioita siten, että he pystyvät hoitamaan työllisyysasiansa asianmukaisesti.

Sosiaalihuollossa koronaepidemia vaikutti sekä palvelutuotantoon että palvelutarpeeseen. Koronaepidemiaan liittyvät rajoitustoimenpiteet vaikeuttivat palvelujen saamista ja niiden toteuttamista erityisesti ikääntyneiden palveluissa, lapsiperheiden varhaisen tuen sosiaalipalveluissa, lastensuojelussa, vammaispalveluissa ja työllistymistä edistävissä palveluissa (kuten kuntouttava työtoiminta) sekä sosiaalista toimintakykyä ylläpitävissä ja tukevissa palveluissa (matalan kynnyksen palvelupisteet, päivätoimintapaikat, asukastalot, sosiaalinen kuntoutus yms.). Ryhmätoimintoja lopetettiin ja tapaamisia vähennettiin tai siirrettiin etäyhteyksin toteutettaviksi. Kaikkia ei tavoitettu etäyhteyksillä. Asunnottomien osalta järjestöt raportoivat tilanteiden heikentyneen, mutta myös kouluista kerrottiin oppilaita kadonneen. Positiivisena kehityskulkuna voidaan kuitenkin tunnistaa vahvistunut yhteistyö viranomaisten, järjestöjen ja seurakuntien kesken sekä sähköisten palvelujen kehittymisen. Järjestöt ja seurakunnat ovat koronaepidemiankin aikana

täydentäneet julkisen sektorin palveluja, mikä kuitenkin luo lisähaasteita, kun yritetään arvioida julkiseen palvelujärjestelmään kohdistuvaa palvelutarvetta ja palveluvajetta.

Ikääntyneiden palvelut

THL:n tuoreen arvion mukaan iäkkäiden palveluissa ja omaishoidossa syntynyt hoitovelka on yhteensä arviolta 167 miljoonaa euroa (vuoden 2021 hinnoilla) ja se jakautuu alla olevan mukaisesti palveluasumiseen, kotihoitoon ja omaishoitoon. Laskelmassa käytetyt hinnat perustuvat Kuusikkoraportin vuoden 2021 hintoihin. Tehostetun palveluasumisen osalta on käytetty oman pitkäaikaisen palvelutuotannon bruttohintaa, keskiraskaan palveluasumisen osalta oman tuotannon bruttohintaa ja kotihoidon osalta oman tuotannon bruttohintaa, johon ei sisälly tukipalveluja. Omaishoitajan lakisääteisen vapaan ajalta on käytetty tehostetun palveluasumisen edellä esitettyä hintaa. Kokonaisuudessaan esitetty arvio on 167 miljoonaa euroa. Jos tämä korotetaan hintaindeksillä vuodesta 2021 vuoden 2023 tasolle hinta vastaa 179,4 miljoonaa euroa. Käytetyt indeksit ovat 3,8 ja 3,52. Indeksikorotus ei ota huomioon henkilöstömitoituksen noususta johtuvaa hinnankorotusta. Laskelmassa on käytetty bruttohintoja, vaikka hyvinvointialueiden rahoitus myönnetään nettokustannusten perusteella. Käytettyjä yksikkökustannuksia voidaan kuitenkin pitää oikean suuruisina, kun huomioidaan mitoituksen meneillään oleva nosto, jota ei hinnoissa ole mukana.

Sairaalat ovat raportoineet, ettei *kotihoito* pysty tarjoamaan palveluja, mikä hidastaa kotiuttamista ja pidentää osaltaan hoitojonoja. Kotihoidossa tapahtuva kuntoutuksen viivästyminen pitkittää kuntoutumista. THL:n Avohilmotietojen mukaan kotihoidon keskimääräiset käynnit asiakasta kohden ovat laskeneet tarkastelujaksolla 2019–2020. Mikäli kotihoidon käyntimäärät olisi kyetty pitämään vuoden 2019 keskimääräisellä tasolla, olisi kotihoidossa tehty 750 000 käyntiä toteutunutta enemmän vuonna 2020. Käyntimäärien lasku kohdentuu erityisesti ikäluokkaan 65–95 vuotta. Sen sijaan 95 vuotta täyttäneillä keskimääräiset käynnit olivat nousseet. Kotihoidon käyntien palveluvaje on 31 miljoonaa euroa.

Ikääntyneille ei pystytä tuottamaan riittävästi asumispalveluja, mikä näkyy esimerkiksi erikoissairaanhoidon osastojen ruuhkaantumisina (esh-, pth-, sos tilannekuvakokoukset).

Tehostetun palveluasumisen kattavuus 75 vuotta täyttäneillä on laskenut 0,6 prosenttiyksiköllä tarkasteluvälillä 2019–2021 (THL, Sotkanet). Jos kattavuus olisi kyetty pitämään ennallaan, tehostetun palveluasumisen asiakkaita olisi ollut 3400 enemmän vuonna 2021.

Hoitovelkaa on syntynyt THL:n järjestäjäkyselyn perusteella erityisesti välimuotoiseen palveluasumiseen, koska kyselyyn vastanneet arvioivat niissä palvelujen riittävyyden heikommaksi kuin tehostetussa palveluasumisessa ja kotihoidossa. Kuntavastausten perusteella arvioituna 2/3 ilman ko. palvelua jääneistä asiakkaista olisi todennäköisesti tarvinnut keskiraskasta palveluasumista ja 1/3 tehostettua palveluasumista. Tästä syntyy 122 miljoonan euron vaje palvelussa.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Vuoden 2021 ero vuoteen 2019 (prosenttiyksikköä)	Henkilöä
Ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen 75 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12., % vastaavan ikäisestä väestöstä	5,6	5,9	6,1	6,5	6,7	7,1	7,3	7,5	7,6	7,3	7,3	6,7	-0,6	**3371,67**
Keskiväkiluku 2021 75+ väestö														561 945
© THL, Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi 2005-2022														

Lasten, nuorten ja perheiden palvelut

Lasten, nuorten ja perheiden sosiaalihuollon palvelujen osalta tilastoja ei joko ole lainkaan tai ne saadaan kuukausien viiveellä. Muun muassa THL:n raporttien perusteella erityisesti lapsiperheiden kotiin annettavissa palveluissa on ollut puutteita, mikä on johtanut tuen tarpeen lisääntymiseen ja kasautumiseen (kuten erityistason palvelut). Lastensuojeluilmoitus tehtiin 93 705 lapsesta vuonna 2021. Sekä ilmoitusten määrä (173 466) että ilmoituksen kohteena olevin lasten lukumäärä kasvoi 7 prosenttia edellisestä vuodesta. Jo vuodesta 2018 alkaen lastensuojeluilmoitusten (+19 prosenttia) ja niiden kohteena olevien lasten lukumäärä (+15 prosenttia) ovat kasvaneet. Uusien huostaanottojen lukumäärä väheni kuitenkin edelleen. Vuonna 2018 uusia huostaanottoja tehtiin 1905 vuosittain, joten uusien huostaanottojen lukumäärä on kolmessa vuodessa vähentynyt 16 prosenttia.(https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/lapset-nuoret-ja-perheet/lastensuojelu/lastensuojelu).

Tuoreen THL:n tutkimuksen mukaan (11/2022 https://www.julkari.fi/handle/10024/145465) nuoret joutuivat Suomessa sopeutumaan koronapandemian aikana poikkeuksellisiin rajoituksiin, jotka estivät heitä harrastamasta, käymästä lähikoulua ja tapaamasta muita nuoria. Korona-aikana nuorten yksinäisyys lisääntyi sekä osallisuus ja psyykkinen hyvinvointi heikentyivät. Kunnat raportoivat mielenterveyden haasteiden näkymisestä asiakastyössä keväällä 2020 toteutetuissa STM:n ja THL:n tilannekuvakyselyissä.

Nuorten (Aalto-Setälä ym. 2021) sekä jälkihuollon piirissä olevien nuorten palveluntarpeen on yleisesti arvioitu kasvaneen. Suurin osa kunnista ilmoitti pystyneensä vastaamaan jossain määrin palvelujen tarpeen kasvuun. (Eriksson ym. 2021).

Lasten ja nuorten kokemat mielenterveyden haasteet ovat yleistyneet vuoden 2019 jälkeen. Kouluterveyskyselyn 2021 mukaan 22 prosentilla alakouluikäisistä oli ollut mielialaan liittyviä ongelmia viimeisen kahden viikon aikana. Yläkouluiässä mielenterveysoireilua kokeneiden osuus on kasvanut. Lisääntyminen selittyy ainakin osittain häiriöiden paremmalla tunnistamisella ja sillä, että avun hakemista ei koeta niin leimaavaksi kuin ennen. Kouluterveyskyselyssä nousi esille voimakas, erityisesti tyttöjen keskivaikean ja vaikean ahdistuneisuuden, terveydentilan huonoksi kokemisen sekä yksinäisyyden tunteen lisääntyminen. Maahanmuuttajataustaisten lasten ja nuorten hyvinvoinnissa oli kyselyn perusteella haasteita verrattuna kantasuomalaisiin lapsiin ja nuoriin. Erityisesti yläkouluikäiset ulkomaalaistaustaiset, ulkomailla syntyneet pojat voivat tyttöjä ja suomalaistaustaisia huonommin. Digipelaaminen ja haitallinen sosiaalisen median käyttö lisääntyivät lapsilla ja nuorilla koronan aikaan. 23 % 16-vuotiaista pojista koki pelaavansa liikaa ja 46 % saman ikäisistä tytöistä oli huolissaan sosiaalisen median käytöstään.

Korkeakouluopiskelijoiden terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (KOTT 2021) mukaan joka kolmas korkeakouluopiskelija kärsii ahdistuksen ja masennuksen oireista. Opiskeluhuollon ammattilaisten enemmistön (74 %) näkemyksen mukaan koronaepidemian aiheuttamat hyvinvoinnin haasteet ja palveluvelka edelleen lisääntyivät lukuvuonna 2021–2022. Opiskeluhuollon työntekijät näkivät tilanteen huonoimmaksi lasten- ja nuorisopsykiatriaan pääsyssä. 29 % koki päihdepalvelujen saatavuuden ja 52 % perheneuvolan palvelujen saatavuuden huonontuneen. Perheneuvolassa on em. perusteella palveluvelkaa, mutta koska jonoja ei tilastoida, ei määrää pystytä ilmoittamaan.

Vammaisten palvelut

Kouluterveyskyselyjen perusteella vammaiset ja toimintarajoitteita omaavat koululaiset ovat jääneet vaille tarvitsemaansa apua ja tukea useammin kuin muut. Riittämätön tuki heidän

hyvinvointiinsa on havaittu jo ennen koronaepidemiaa, ja eriarvoisuus avunsaannissa näyttäisi THL:n arvion mukaan kärjistyneen epidemian aikana.

Keskeisten vammaispalvelujen asiakasmäärät vuosittain eivät pääsääntöisesti vähentyneet vuosina 2019–2021. Vuoden 2022 osalta tietoja ei ole vielä saatavissa. Esimerkiksi henkilökohtaisen avun ja asumispalveluiden asiakkaiden määrä jatkoi kasvuaan. Henkilökohtaisen avun toteutusta ovat vaikeuttaneet avustajien rekrytointivaikeudet ja suuri vaihtuvuus, jotka ovat osin koronasta riippumattomia ongelmia. Vammaisille henkilöille on luotu uusia etäpalveluja, jotka on pääsääntöisesti koettu toimiviksi. Esimerkiksi henkilökohtaisen avun käyttäjille tehdyn kyselyn mukaan korona-aika on kuitenkin lisännyt vammaisten henkilöiden yksinäisyyden kokemusta, minkä lisäksi monilla oli kokemuksia elämänlaadun, mielialan ja terveydentilan heikentymisestä.

Omaishoito

Omaishoidon tukea saavien hoitajien määrä on tasaisesti vuosittain noussut (Sotkanet, THL). Vuonna 2021 kehitys on pysähtynyt. Keskimääräinen omaishoidon tukea saavien määrä on kasvanut vuosittain 1500 henkilöllä (keskiarvo vuosista 2017–2020). Mikäli kehitys olisi jatkunut myös vuonna 2021, olisi omaishoidon tuen saajia 1500 havaittua enemmän. Suurin osa uusista hoitajista saa lakisääteistä minimipalkkiota (423,61 e/kk) lisäksi omaishoitajille kuuluvat lakisääteiset vapaapäivät. Näistä syntynyt vaje vastaa 14 miljoonaa euroa.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Koko maa	37212	39131	40492	42519	43235	44107	44152	46132	47251	48927	50283	50241
Muutos		1919	1361	2027	716	872	45	1980	1119	1676	1356	-42
© THL, Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi 2005-2022												

Koronaepidemia heikensi omaishoidon tukipalveluja ja muutti omaishoitotilanteita entistä sitovammiksi ja vaativammiksi. Epidemia on vaikeuttanut erityisesti omaishoitajien vapaiden järjestämistä. Hoito- ja palvelusuunnitelmien ja omaishoitosopimusten tarkistuksissa omaishoitotilannetta vastaaviksi on ollut puutteita. Epidemian alkuvaiheessa kolmannes kunnista ilmoitti, että lakisääteisiä vapaita ei ollut kyetty järjestämään suunnitellusti. Myös erilaisen päivätoiminnan ja työtoiminnan sulkeminen lisäsi omaishoidon sitovuutta Muista palveluista erityisesti kotihoidon tilanne vaikuttaa omaishoitoon.

Aikuisten sosiaalipalvelut

Pitkäaikaistyöttömyys on kasvanut koronan aikana. Tämä tarkoittaa käytännössä myös suoraan palveluvelkaa ja sote-palveluiden/ monialaisten palveluiden tarvetta ja vahvistamista.

Suomessa oli vuoden 2021 lopussa 3 950 yksinelävää asunnotonta, mikä on 390 vähemmän kuin vuonna 2020. Pitkäaikaisasunnottomia oli 1 318. Heidän määränsä väheni 80 henkilöllä edellisvuoteen verrattuna (ARA asunnottomat 2021, 2/2022). Jotta asunnottomuus saataisiin tavoitteen mukaisesti puolitettua hallituskaudella, pitäisi asunnottomia olla v. 2023 noin 2300 ihmistä. Pitkäaikaisasunnottomalla on asumista olennaisesti vaikeuttava sosiaalinen tai terveydellinen ongelma, kuten talous- ja velka-, päihde- tai mielenterveysongelma). Vuodesta 2008 lähtien häätöjä on ollut vuosittain 3 500–4 000 eikä selvää vähenemistä ole havaittavissa (Y-säätiö). Tämän voidaan arvioida kuormittavan myös sosiaali- ja terveyspalveluja tulevaisuudessa (mm. asumissosiaalinen työ, aikuissosiaalityö, sosiaalinen kuntoutus, lastensuojelu). Häädöt ja asunnottomuus eivät aina kulje samansuuntaisesti.

Hallituskaudella osana asunnottomuuden yhteistyöohjelmaa/ puolittamisohjelmaa kehitetään asunnottomuutta vähentäviä sote-palveluita, erityisesti monialaisia matalan kynnyksen palveluita ja liikkuvia palveluita. Kohderyhmänä ovat kaikkein vaikeimmassa asemassa olevat asunnottomat (mm. vapautuvat vangit, nuoret, maahanmuuttajat) sekä asunnottomuusuhan alla olevat; useat vaikeimmassa asemassa olevat asunnottomat eivät myöskään ole palvelujärjestelmän piirissä, vaan heitä ohjataan tarpeiden mukaisesti sosiaali- ja terveyspalvelujen piiriin. Esimerkiksi vangeista noin 80 prosentilla on päihdeongelma ja he tarvitsevat myös vahvaa sosiaali- ja terveyspalvelujen tukea. Hanketyöhön on myönnetty noin 8 milj. euroa toimintaan vuoden 2020 lopusta 31.12.2023 saakka.

THL:n tekemässä (11/2022) asunnottomuutta vähentävien sote-palveluiden arvioinnin väliraportissa nostetaan esille kehittämishankkeissa tunnistettuja asunnottomien asiakkaiden palvelutarpeita, joita ovat mm. asumisen taitojen vahvistaminen, kotiin vietävä liikkuva monialainen tuki, ohjaus päihdepalveluihin, päihteiden käytön vähentämisen tuki, mielenterveysongelmat, toimintakyky ja osallisuus sekä terveyteen liittyvät tuen tarpeet. Lisäksi esimerkiksi sosiaalityön rakenteellisen vaikuttamistyön mahdollisuuksia asunnottomuustyössä olisi tärkeää avata.

Covid-19-epidemia aiheutti lomautuksia, joilla oli vaikutusta henkilöiden toimeentuloon, talousneuvonnan ja henkisen tuen tarpeeseen. Kelalle osoitettiin huhtikuussa 2022 yhteensä 227 000 toimeentulotuen hakemusta. Hakemusten määrä kasvoi 5 prosenttia lokakuusta 2021 huhtikuuhun 2022. Seitsemän arkipäivän käsittelyn ylittäneiden osuus näistä oli huhtikuussa 2022 yhteensä 1,8 prosenttia kun vastaava luku lokakuussa 2021 oli 0,2 prosenttia. Kuntiin osoitettiin huhtikuussa 2022 yhteensä 28 000 toimeentulotuen hakemusta. Kuntiin osoitettujen hakemusten määrä pieneni 7,1 prosenttia lokakuusta 2021 huhtikuuhun 2022. Seitsemän arkipäivän käsittelyn ylittäneiden, kuntaan osoitettujen hakemusten osuus kasvoi ja oli huhtikuussa 2022 yhteensä 1,8 prosenttia kun vastaava luku lokakuussa 2021 oli 1,3 prosenttia.

4 Kestävän kasvun ohjelma hoito-, kuntoutus- ja palveluvelan purussa

STM koordinoi osaltaan EU:n kertaluonteisesta elpymisvälineestä (Next Generation EU) rahoitettavaa Suomen kestävän kasvun ohjelmaa. Ohjelman moniin tavoitteisiin kuuluvat myös hoitoon pääsyn nopeuttaminen ja koronapandemian aiheuttaman sosiaali- ja terveydenhuollon hoito-, kuntoutus- ja palveluvelan purkaminen.

STM vastaa Suomen kestävän kasvun ohjelman pilarista 4, joka koskee sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen saatavuuden vahvistamista ja kustannusvaikuttavuuden lisäämistä. Pilarit jakautuvat investointeihin, ja erityisesti pilarin 4 investoinnissa 1 edistetään hoitotakuun toteutumista (mukaan lukien mielenterveyspalvelut) sekä puretaan koronavirustilanteen aiheuttamaa sosiaali- ja terveydenhuollon hoito-, kuntoutus- ja palveluvelkaa.

Ohjelmaa toimeenpannaan jokaisella hyvinvointialueella. STM myöntää valtionavustuksia yhdelle hankkeelle kullakin hyvinvointialueella, sosiaalialan osaamiskeskuksissa sekä Helsingin kaupungilla. Valtionavustusta voidaan myöntää yhdelle sosiaalialan osaamiskeskukselle, joka toimii hankehallinnoijana osaamiskeskusten yhteenliittymässä. HUS-yhtymä ei voi toimia hakijana, mutta se voi olla osatoteuttajana hankkeissa. Osatoteuttajia voivat olla myös kunnat, kuntayhtymät ja yleishyödylliset yhteisöt.

Suomen kestävän kasvun ohjelman ensimmäisen valtionavustushaun rahoituspäätökset annettiin keväällä 2022, jolloin hakijoille jaettiin noin 34 miljoonaa euroa käytettäväksi vuoden 2022 loppuun

asti. Toinen valtionavustushaku päättyi 6.10.2022. Toisessa haussa jaossa oleva avustusmäärä on 255,6 miljoonaa euroa ja se on käytettävissä vuoden 2025 loppuun (1.1.2023–31.12.2025) pilarissa neljä. Pilarin 4 investoinnille 1 on toisessa haussa haettavana arviolta noin 148,5 miljoonaa euroa, josta erikseen määriteltyihin digitaalisiin hankkeisiin varataan 12 % eli noin 18 miljoonaa euroa. Investoinnille 2 on toisessa haussa haettavana 25 miljoonaa euroa, investoinnille 3 on haettavana 17,2 miljoonaa ja investoinnille 4 on haettavana 58 miljoonaa euroa.

Hankkeessa tehtävät toimenpiteet pilari 4:n investointi 1:ssä ovat a) heikossa tai haavoittuvassa asemassa olevien asiakas- tai potilasryhmien hoito-, kuntoutus- tai palveluvelan purku ja hoitoon ja palvelujen piiriin pääsyn parantaminen ja b) erikseen määriteltyjen digitaalisten toimintamallien käyttöönotto ja jalkauttaminen. Investointi 2:ssä toimenpiteenä on edistää hoitotakuun toteutumista vahvistamalla monialaisia kynnyksettömiä palveluja, ennaltaehkäisyä ja ongelmien varhaista tunnistamista. Investointi 3:ssä toimenpiteenä on vahvistaa sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuutta tukevaa tietopohjaa ja vaikuttavuusperusteista ohjausta ja kansallisena tavoitteena on hoitotakuun kansallinen ajantasainen seuranta. Investointi 4:ssä hankkeessa tehtävänä toimenpiteenä on ottaa käyttöön hoitotakuuta edistävät palvelumuotoillut digitaaliset innovaatiot.

Investoinnissa 1 heikossa tai haavoittuvassa asemassa olevien asiakas- tai potilasryhmien hoito-, kuntoutus- tai palveluvelan purkuun ja hoitoon ja palvelujen piiriin pääsyn parantamiseen liittyvien toimenpiteiden yksityiskohtainen kohdentaminen tehdään alueellisesti hyvinvointialueen väestön tarpeiden mukaisesti pohjautuen ensimmäisen hankejakson aikana tehtyyn selvitys- ja analyysityöhön. Toimenpiteiden tulee edistää strategisen tason palveluketjuja ja -kokonaisuuksia valittujen heikossa ja haavoittuvassa asemassa olevien asiakassegmenttien osalta hyvinvointialuelähtöisesti. Toimenpiteiden tulee sisältää johtamis- ja vastuurakenteet ja niiden on oltava yhteensopivia hyvinvointialueella tehtävän sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen ja muiden kehittämishankkeiden valmistelun kanssa. Toimenpiteet voivat kohdentua perusterveydenhuoltoon, erikoissairaanhoitoon ja sosiaalihuoltoon, ja niiden tavoitteena on koko palveluketjun toiminnan parantaminen ja hoito-, kuntoutus- ja palveluvelan laaja-alainen purku.

Muistion valmisteluun ja taustatyöhön ovat osallistuneet ylilääkäri Kieseppä Tuula (STM/APO), lääkintöneuvos Pikkujämsä Sirkku (STM/APO), neuvotteleva virkamies Kaikko Kirsi (STM/APO), lääkintöneuvos Tapani Hämäläinen (STM/APO), lääkintöneuvos Jormanainen Vesa (STM/APO), lääkintöneuvos Auero Merja (STM/APO), sosiaalineuvos Juurikkala Virva (STM/APO), erityisasiantuntija Järvelä Laura (STM/APO), erityisasiantuntija Suvivuo Pia (STM/YTO), neuvotteleva virkamies Raassina Anne-Mari (STM), erityisasiantuntija Kanto-Ronkanen Anne (STM/YTO), erityisasiantuntija Viljamaa Seija (STM/YTO), erityisasiantuntija Leskelä Riina-Maria (STM/YTO), erityisasiantuntija Meuronen Mikko (STM/JOT), neuvotteleva virkamies Väisänen Antti (STM/JOT), johtaja Alsuhail Faiz (STM/JOT).

Lähteet:

- https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/terveyspalvelut

- https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/lapset-nuoret-ja-perheet/lastensuojelu/lastensuojelu
- https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/kouluterveyskysely
- https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/korkeakouluopiskelijoiden-terveys-ja-hyvinvointitutkimus-kott-
- https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/ajankohtaista/koronan-vaikutukset-yhteiskuntaan-ja-palveluihin
- https://vm.fi/suomen-elpymis-ja-palautumissuunnitelma
- https://www.stnimpro.fi/blogikirjoitukset/pitkaaikaissairauksien-diagnosointi-on-vahentynyt-koronaviruspandemian-aikana-perusterveydenhuollossa/
-