Kysymykset sosiaali- ja terveysministeri Juusolle (kuultavana ti 11.11. klo 10.00)

Ohessa on kunta- ja hyvinvointijaoston kysymyksiä ministerille. Näihin toivotaan erityisesti kirjallista vastausta. On hyvä, jos ministerin suullisessa kuulemisessa on mahdollista keskittyä ministerin tiiviiseen omaan puheenvuoroon hänen itse keskeisimpinä pitämistään talousarvion teemoista siten, että aikaa jää mahdollisimman paljon keskustelulle ja kysymyksille.

1. **Kuinka sote-alan järjestöavustuksiin kohdentuvat säästöt näkyvät järjestöjen tuottamassa palvelutarjonnassa sekä yhteistyössä hyvinvointialueiden kanssa?**

   Sosiaali- ja terveysjärjestöjen avustuskeskus STEAn valtionavustuksia ei voi kohdentaa järjestöjen palvelutuotantoon, vaan avustukset suunnataan järjestölähtöiseen tukeen, jolla edistetään sosiaalista hyvinvointia ja terveyttä.

   STEA-avustuksina myönnettävien avustusten määrärahat ovat laskeneet merkittävästi ja jatkossa joudutaan entistä tarkemmin tekemään priorisointeja siinä, miten avustuksia kohdennetaan. Säästöjä pyritään kohdentamaan ensisijaisesti hallinnon kustannuksiin. Järjestöjen toiminnan kohderyhmien kannalta tärkeisiin matalan kynnyksen toimintoihin kohdistetaan muita toimintoja vähemmän säästöjä.

   Hyvinvointialueiden johtajat ovat arvioineet, että sosiaali- ja terveysalan järjestöavustuksiin kohdistuvat leikkaukset kasvattavat hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia ja hyvinvointialueet eivät pysty kompensoimaan järjestöjen tekemää ihmisten terveyttä ja hyvinvointia tukevaa vahvistavaa ehkäisevää työtä. STEAlla ei ole puolestaan mahdollisuutta kompensoida hyvinvointialueiden järjestöavustusten laskua.

   STEA-avustuksia suuntautuu hyvinvointialueiden järjestölähtöiseen toimintaan n. 145 miljoonaa euroa, kun taas puolestaan hyvinvointialueiden järjestöavustukset ovat suuruudeltaan 11 miljoonaa euroa. STEAlla ja hyvinvointialueilla on myös joitakin yhteisrahoituskohteita, esim. klubitalot, kriisikeskukset, tyttöjen talot.

   Hyvinvointialueiden ja valtionavustustoiminta muodostavat toisiaan täydentävän kokonaisuuden sosiaali- ja terveysjärjestöjen rahoituksessa. Hyvinvointialueiden järjestöavustusten ja STEA-avustusten osalta tehdään jo yhteistyötä ja yhteensovittamista. Jatkossa on tärkeää huolehtia myös entistä strategisemmasta ja systemaattisemmasta yhteistyöstä, jotta tuen tarpeessa olevien tarpeet tulevat parhaalla mahdollisella tavalla huomioiduksi.

2. **Hyvinvointialueiden alijäämät ja niiden kattaminen. Mitkä ovat näkymät siihen, että hyvinvointialueet pystyvät kattamaan alijäämänsä lakisääteisen aikataulun puitteissa vaarantamatta riittäviä sosiaali- ja terveyspalveluita? Onko nähtävissä lyhytnäköisiä säästötoimia, jotka lisäävät pitkällä aikavälillä kustannuksia?**

   Hyvinvointialueiden kahden ensimmäisen toimintavuoden päätteeksi, vuoden 2024 lopussa, alueiden yhteenlaskettu alijäämä oli noin 2,5 miljardia eli asukasta kohden noin 436 euroa. Yksikään hyvinvointialue ei tehnyt ylijäämää vuonna 2024, ainoana poikkeuksena Helsingin

kaupunki. Tilinpäätösennusteiden mukaan vuonna 2025 arviolta kaksitoista aluetta tekisi ylijäämäisen tuloksen.

Alijäämän kattamista voidaan arvioida perustuen vuosien 2023 ja 2024 tilinpäätöstietoihin, 2025 tilinpäätösennusteisiin, sekä vuoden 2024 lopulla vuoden 2025 talousarvion yhteydessä julkaistuihin vuosien 2026 ja 2027 taloussuunnitelmiin. Vuosien 2025-2027 tiedot tulevat edelleen tarkentumaan ja voivat joidenkin alueiden osalta merkittävästi muuttua, kun alueet julkaisevat loppuvuoden aikana ennakollisia tilinpäätöstietojaan vuodelta 2025, vuoden 2026 talousarviotietoja sekä taloussuunnitelmat vuosille 2027-2028.

Tämänhetkisen tiedon pohjalta näyttää siltä, että kymmenen hyvinvointialuetta suunnittelee pystyvänsä kattamaan alijäämäkertymänsä lakisääteisen aikataulun puitteissa, eli varainhoitovuoden 2026 päätteeksi. Kaikki alueet suunnittelevat tekevänsä ylijäämäisen tuloksen varainhoitovuonna 2026, mutta kahdellatoista alueella tämä ei vielä riittäisi kertyneiden alijäämien kattamiseen, ja näistä kahdestatoista alueesta ainoastaan yksi saisi katettua alijäämänsä vuoden 2027 päätteeksi. Koko maan tasolla alijäämää olisi vuoden 2026 päätteeksi 137 euroa asukasta kohden.

Sosiaali- ja terveysministeriön käsityksen mukaan hyvinvointialueet eivät toistaiseksi ole tehneet päätöksiä talouden sopeutustoimista, jotka merkittävässä määrin sisältäisivät sellaisia lyhytnäköisiä säästötoimia, jotka pitkällä aikavälillä lisäisivät kustannuksia tai vaarantaisivat lakisääteisten palveluiden järjestämisen. Kuitenkin kiireettömän erikoissairaanhoidon hoitoon pääsyn tilanne on monella alijäämien kanssa haasteellisessa tilanteessa olevalla alueella heikko. Tilannetta on tärkeä seurata. Sosiaali- ja terveysministeriöllä on sote-järjestämislain 27 § perusteella mahdollisuus tehdä aloite hyvinvointialueen arviointimenettelyn käynnistämisestä ja hyvinvointialueiden rahoituslain 26 § perusteella mahdollisuus tehdä aloite hyvinvointialueen lisärahoituksesta, jos lakisääteisten palveluiden järjestäminen on vaarantunut.

3. **Kuinka näette tarveperusteisen rahoitusmallin toimivuuden tilanteessa, jossa diagnoositietopohja ei ole vakaa ja luotettava? Kuinka nopeasti datapohjaa pystytään parantamaan? Keinot rahoitusmallin vakauttamiseksi?**

Tarveperusteinen rahoitusmalli perustuu väestön palvelutarpeeseen, jota arvioidaan muun muassa sairastavuustietojen perusteella. Vaikka rekisteriaineistot eivät ole täydellisiä, ne muodostavat parhaan saatavilla olevan tietopohjan, ja laskennassa pyritään käyttämään tuoreinta ja kattavimmin saatavilla olevaa tietoa. Tietopohjassa on kuitenkin tunnistettu haasteita, kuten kirjaamiskäytäntöjen eroja ja tietojärjestelmätoimituksiin liittyviä ongelmia, jotka on korjattava pikaisesti. Samalla on syytä huomioida, että diagnoositietoja poimitaan hoitoilmoitusrekisterien lisäksi mm. syöpä-, näkövamma- ja syntymärekistereistä sekä Kelan ylläpitämistä rekistereistä. Sairastavuustietojen poimiminen useista eri lähteistä lisää tietopohjan vakautta.

Tarvemallin vakauden lisäämiseksi ja vuosittaisen vaihtelun vähentämiseksi rahoitusmalliin on ehdotettu muun muassa pitkäaikaisdiagnoosien poimintaa kahden vuoden ajalta sekä uusien tarvetekijöiden ja tietolähteiden (esim. työterveyshuolto) mukaan ottamista. Kaikkia ehdotuksia ei kannata toimeenpanna tässä vaiheessa ennen kuin luottamus tietopohjaan on palautettu. Luotettavan tietopohjan varmistaminen edellyttää sen vakauden ja laadun jatkuvaa tarkkailua

ja kehittämistä yhteistyössä hyvinvointialueiden kanssa. Erityisen tärkeää on varmistaa, että rahoitusmallissa käytetty tietopohja on vertailukelpoista alueiden välillä minkä vuoksi on varmistuttava kirjaamiskäytäntöjen yhtenäisyydestä. Diagnoositietopohjaa kehitettäessä on kuitenkin huomioitava, että diagnoositietojen ensisijainen tarkoitus on lääketieteellinen, vaikka niiden käyttö rahoitusmallissa voi luoda alueille kannustimen tarkastella kirjauksia myös taloudellisesta näkökulmasta.

4. **Monessa yhteydessä on todettu, että kaiken kaikkiaan sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisessä onnistutaan nyt paremmin kuin kuntapohjaisessa mallissa onnistuttiin. Mikä on uusin tilannekuva tämän osalta? Myös hoidon jatkuvuuden mallien kehittymisen tilannekuva.**

Hyvinvointialueiden aloitettua sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuisina toimijoina on alueilla saatu yhtenäistettyä mm. asiakasmaksut, palveluiden kriteerit ja hoidonporrastus verrattuna aiempaan pirstaleiseen kuntapohjaiseen malliin. Erikoisosaamista on pystytty kokoamaan aiempaa paremmin ja tarjoamaan yhdenvertaisemmin eri yksiköihin ja potilaille hyvinvointialueen eri toimipisteissä.

Hyvinvointialueiden henkilöstön saatavuus on selvästi parantunut viimeisen vuoden aikana mm. hoitohenkilöstön osalta. Tämän näkyy mm. vuokrahenkilöstön määrän ja kustannusten vähenemisenä. Ammattiryhmäkohtaisia eroja kuitenkin esiintyy.

Hyvinvointialueilla on saatu tehtyä päätöksiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluverkon saamiseksi tarkoituksenmukaiseksi pitäen silti palveluiden saavutettavuus riittävän hyvänä.

Hyvinvointialueiden toiminnan aikana pääsy kiireettömään perusterveydenhuoltoon on parantunut. Väestöstä 90 prosenttia pääsi terveyskeskuksessa hoitajalla 14 vrk:ssa ja lääkärille 59 prosenttia. Alueellisia vaihteluja toki on. Erikoissairaanhoitoon hoitoon pääsy on pitkä erityisesti tekonivelkirurgiassa ja kaihileikkauksissa. Jonojen kasvu on kuitenkin pysähtynyt ja kääntynyt hiljakseen laskuun. Myös tässä on alueellisia ja erikoisalakohtaisia eroja. Kiireellinen hoito toteutuu koko maassa hyvin.

Lasten ja nuorten palveluissa on hyvinvointialueilla otettu käyttöön mielenterveyden tuen ja hoidon psykososiaalisia menetelmiä ja lisätty niiden osaamista sekä integraatiota perustason ja erikoissairaanhoidon välillä. Näin erityisosaamista saadaan enemmän ja tasaisemmin jo perustason palveluiden tueksi. Lasten ja nuorten terapiatakuu on käynnistynyt 1.5.2025, joten kattavaa analyysiä vaikutuksista ei vielä ole käytettävissä.

Omalääkäriohjelmassa kehitetään hoidon jatkuvuuden malleja kaikilla hyvinvointialueilla hoitoon pääsyn parantamiseksi ja hoidon jatkuvuuden vahvistamiseksi. Kattoterminä ohjelmassa on henkilökohtaisen hoitosuhteen jatkuvuuden parantaminen, ja hyvinvointialueiden nykyiset mallit, omalääkäri-, omahoitaja- tai omatiimimallit toimivat kehittämistyön lähtökohtina. Joillakin RRP-rahoitusta saaneilla hyvinvointialueilla (Pohjois-Pohjanmaa, Kainuu ja Varsinais-Suomi) on omalääkäri nimetty jo noin 70 %:lle väestöstä. Vuodenvaihteen jälkeen kehittämistyö jatkuu hyvinvointialueiden oman rahoituksen turvin. Ammatinharjoittajamallia pilotoidaan Länsi-

Uudenmaan ja Keski-Suomen hyvinvointialueilla. Yhteen malliin ei ole tällä hallituskaudella mahdollisuutta päästä.

5. **Miten hyvinvointialueiden toimintaa innovaatiotoimijoina edistetään? Millaisin toimin, lakimuutoksin ja vaikutuksin? Mistä eri lähteistä ja millaisia summia rahaa tulee hyvinvointialueille sote-alan TKI-toimintaan? Millaisin toimin voitaisiin lisätä sote- palveluiden samaa rahoitusta valtion T&K-rahoituslisäyksistä?**

Sosiaali- ja terveysministeriö edistää hyvinvointialueiden toimintaa innovaatiotoimijoina vahvistamalla niiden TKKIO-rakenteita, strategista ohjausta ja yhteistyöalueiden koordinaatiomalleja. STM:n koordinoimassa Terveys- ja hyvinvointialan kasvua ja uudistumista vauhdittavassa tutkimus-, kehittämis- ja innovaatio-ohjelmassa edistetään muun muassa ulkoisen rahoituksen ja kannusteiden sekä yritysyhteistyön lisäämistä.

STM on asettanut hyvinvointialueiden TKKIO-asiantuntijaryhmän (1.9.2024-31.5.2025 sekä 1.9.-31.12.2025), jonka tehtävänä on tukea hyvinvointi- ja yhteistyöalueita tutkimus-, koulutus-, kehittämis-, innovaatio- ja osaamisrakenteiden kehittämisessä, rahoituspohjan vahvistamisessa ja yhteistyön tiivistämisessä eri hallinnonalojen, tutkimus- ja innovaatiotoimijoiden välillä.

Strateginen ohjaus ja seuranta

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaki (612/2021) velvoittaa hyvinvointialueet vastaamaan TKKIO-tehtävistä. Yhteistyöalueilla on lisäksi lainsäädännölliset velvoitteet (esim. YTA-sopimusasetus 309/2023) sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen yhteistyöhön. STM on julkaissut YTA-sopimisen soveltamisohjeen 6/2025. Ohje sisältää tarkennukset mm. koulutus-, tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoiminnan toteuttamisesta yhteistyössä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisissa tavoitteissa seurataan tutkimus- ja kehittämistoiminnan toteumaa. STM kehittää parhaillaan kansallista mittaristoa hyvinvointialueiden TKKIO-toiminnan arvioinnin, johtamisen ja ohjauksen tueksi. Hyvinvointialueiden TKKIO-asiantuntijaryhmän raportti (9/2025) toimii tiekarttana TKKIO-toiminnan strategiselle kehittämiselle ja sisältää konkreettisia ehdotuksia, kuten yhteistyöalueiden koordinaatiomallin muodostaminen ja yliopistollista sairaalaa ylläpitävän hyvinvointialueen roolin selkeyttäminen lainsäädännöllisesti, innovaatioalustojen ja Living Lab -mallien perustaminen, näyttöön perustuvan kehittämisen vahvistaminen sekä osaamisen kehittäminen ja viestinnän parantaminen. Asiantuntijaryhmän esittämät ehdotukset edistävät palvelujärjestelmän uudistumista, vaikuttavuutta, alan kasvua ja henkilöstön osaamista kaikilla hyvinvointialueilla. Toiminnalla voidaan mahdollistaa kustannustehokkaat ratkaisut ja tiedolla johtaminen. Asiantuntijaryhmä työstää parhaillaan ehdotusta kansalliseksi toimeenpanosuunnitelmaksi, jossa kehittämisehdotukset tarkennetaan ja arvioidaan mahdolliset lainsäädännön päivitystarpeet.

Rahoituslähteet ja volyymi

Hyvinvointialueiden TKKIO-asiantuntijaryhmän tilaaman rahoitusselvityksen mukaan vuonna 2024 TKKIO-toiminnan kokonaisrahoitus oli noin 335 miljoonaa euroa. Tästä 20 % muodostui valtion yleiskatteisesta rahoituksesta (alle 0,5 % alueiden budjeteista), ja 80 % muista lähteistä,

kuten STM:n julkisrahoitteiset hankkeet suurimpana rahoittajana, Suomen Akatemia, Business Finland, EU-ohjelmat, yritykset ja säätiöt sekä HUS tutkimusraha. Rahoituksen tarkkaa määrää ja kohdentumista eri osa-alueisiin (tutkimus, koulutus, kehittäminen, innovaatiot) ei voida erotella aukottomasti, koska yhtenäistä budjetointimallia ei ole.

Valtion T&K-rahoitus ja kannusteiden lisääminen

Valtion T&K-rahoituslisäyksistä sote-palveluiden osuutta voitaisiin kasvattaa erityisesti kannustemallien avulla. Rahoitusselvityksen ja hyvinvointialueiden TKKIO-asiantuntijaryhmän mukaan suositellaan taloudellisten kannusteiden sisällyttämistä hyvinvointialueiden rahoitusmalliin, sosiaalityön VTR-rahoituksen siirtämistä alueellisille toimijoille, kansallinen tukirakenteen ja asiantuntijaverkoston perustamista EU- ja muiden rahoitushakujen koordinointiin, palkitsevien kannustemallien kehittämistä, kansallisen kliinisen tutkimuksen verkoston perustamista, sekä yhtenäisten mittareiden ja vaikuttavuusarvioinnin kehittämistä, jotta rahoitus voidaan kohdentaa tuloksellisesti.

Ajankohtaiset rahoituspäätökset

Vuoden 2025 budjettiriihessä hyvinvointialueiden T&K-toimintaan kohdennettiin kertaluonteisesti 8 miljoonaa euroa Suomen Akatemian kautta. Vuoden 2025 alusta Business Finlandin rahoitus on mahdollistettu myös hyvinvointialueille yliopistosairaaloiden pitkäjänteiseen, tavoitteelliseen ja vaikuttavaan, yksityisen sektorin T&K-investointeja vivuttavaan T&K-yhteistyöhön yritysten, korkeakoulujen ja tutkimuslaitosten kanssa.

6. Miten on tarkoitus varmistaa, että hoitotyön tutkimuksen määrärahataso saataisiin vastaamaan hallituksen asettamia tavoitteita lisätä hoitosuosituksia? Muu sote- tutkimusrahoitus on noussut.

Hoitotyön tutkimussäätiön (Hotus) toiminta keskittyy hoitotyön näytön tuottamiseen, joka on keskeistä laadukkaan ja yhtenäisen hoidon toteutumisen ja sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten osaamisen varmistamiseksi. Hoitosuosituksilla ja näyttövinkeillä yhtenäistetään hoitotyön käytänteitä tutkimusperustaisesti tavoitteena parantaa hoidon vaikuttavuutta. Suosituksia käytetään koulutuksessa, arjen hoitotyössä ja sen johtamisessa sekä kehittämisessä. Lisäksi Hotuksen kansallisena tehtävänä on kehittää tukirakenteita tutkimusnäytön levittämiseen sekä näytön käyttöönoton ja näyttöön perustuvan toiminnan vakiinnuttamisen tueksi. Hotuksen julkaisema materiaali on maksutta kaikkien saatavilla Hotuksen kotisivuilta. Hotus-hoitosuositukset julkaistaan myös Duodecimin ylläpitämässä Terveysportissa.

Vuoden 2026 talousarvioehdotuksessa esitetään, että THL on myöntää Hoitotyön tutkimussäätiö Hotukselle valtionavustusta 742 000 euroa näyttöön perustuvan hoitotyön ja sitä tukevien menetelmien edistämiseen sekä hoitosuositusten laatimiseen ja niiden levittämiseen.

7. **Millaisia toimia aiotaan tehdä hoitajien erikoistumiskoulutuksen kehittämiseksi?**

Kaikissa ammattiryhmissä erikoistumiskoulutus on osa pitovoimaa: on mahdollista erikoistua ja sillä tavoin edetä uralla ilman, että täytyy vaihtaa ammattia. On perustelua tarkastella kaikkien sosiaali- ja terveysalan ammattiryhmien erikoistumiskoulutusta ja sen tarvetta. Sairaanhoitajien erikoistumiskoulutuksen tarpeesta ja muiden hoitotyön ammattien erikoistumiskoulutuksen tarpeesta on tehty ja julkaistu selvitykset. Sosiaalityöstä vastaava selvitys julkaistaan syksyn aikana ja erikoislääkäritarpeesta työ on meneillään. Selvityksiä ja niihin sisältyviä ehdotuksia sekä meneilllään olevien kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutusten pilottien tuloksia hyödynnetään ammattihenkilölainsäädännön uudistamisessa.

8. **Laaturekisterit ovat keskeisessä asemassa hallituksen linjaamassa vaikuttavuustyössä ja ylipäätään sote-palveluiden kehittämisessä. Jaosto kuuli STM:n asiantuntijoita, jotka kertoivat hyvistä tuloksista, joita on saatu palveluiden parantamisesta laaturekistereiden avulla. Eduskunta on edellyttänyt laaturekistereiden laajentamista uusiin sairausryhmiin ja rekisteritiedon hyödyntämisen kehittämistä sekä myöntänyt siihen lisämäärärahoja. Tavoite on kirjattu myös hallituksen vaikuttavuustyön konkreettisiin tavoitteisiin. Samaan aikaan THL tiedottaa laaturekisteritoiminnan vähentämisestä ja jopa niiden hajauttamista alueille on väläytelty. Mihin toimiin ministeriössä ryhdytään, jotta eduskunnan ja myös hallituksen tahto toteutuu laaturekisteritoiminnan kehittämiseksi?**

Kansalliset laaturekisterit ovat keskeinen osa sosiaali- ja terveydenhuollon laadun, vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden seurantaa. Hyvinvointialueiden kyky kehittää ja ylläpitää rekistereitä vaihtelee. Valtakunnallisesti yhtenäisten tietojen tuottaminen ja analysointi vahvistavat ja korostavat THL:n roolia kokonaisuudessa. Kehitystyö jatkuu THL:n supistuvista resursseista huolimatta, mutta laaturekisteritoiminnan laajentaminen ja vakiinnuttaminen edellyttävät edelleen pitkäjänteistä resursointia ja kansallista koordinaatiota.

Rekisterit mahdollistavat hoitojen vertailut ja tukevat vaikuttavien menetelmien käyttöönottoa valtakunnallisesti. Laaturekisteritoiminta kattaa tällä hetkellä yhdeksän sairausryhmää, ja sen laajentamista uusiin potilasryhmiin pidetään tärkeänä. Kansalliset laaturekisterit seuraavat keskeisiä kansansairauksia kuten diabetesrekisteri sekä sydänrekisteri (sepelvaltimotauti). STM ja THL laativat tiekartan ja suunnitelman laatu- ja vaikuttavuustiedon kehittämiselle vuonna 2025.

Sosiaali- ja terveysministeriö on osoittanut julkisen talouden suunnitelmassa Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle noin miljoona euroa vuosittain yhdistetyn vaikuttavuustietotuotantovarannon rakentamiseen. Laaturekisterien ylläpitoon ja kehittämiseen hallitus on osoittanut julkisen talouden suunnitelmassa toiset miljoona euroa vuosittain. Lisäpanostus on tarkoitettu hoidon laatua koskevien tietojen käsittelyn kehittämiseen sosiaali -ja terveydenhuollon muuttuneessa toimintaympäristössä, jossa yhteistyö ja yhteiskehittäminen hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin kanssa on aiempaa tarkoituksenmukaisempaa.
Vaikuttavuusperustaista ohjausta vahvistetaan laatimalla porrastettu tiekartta uuden ohjausmallin kehittämisestä, laaditaan konkreettiset, ilmiöpohjaiset vaikuttavuustavoitteet osaksi valtakunnallisia sote-tavoitteita ja kehitetään vaikuttavuustavoitteiden seurantajärjestelmää. Seurantamittaristo kytkeytyy kiinteästi vaikuttavuustiedon tietotuotannon –projektiin.

Ilmiöpohjaiset vaikuttavuustavoitteet ovat sosiaali- ja terveydenhuollon julkisen palvelujärjestelmän ohjauksessa käytettäviä painotuksia kansanterveydellisesti ja -taloudellisesti suurimpien sairaus- ja potilasryhmien ohjaamiseksi ja seuraamiseksi. Tarkastelemalla näitä suuria asiakasryhmiä sosiaali- ja terveydenhuollossa ja ohjaamalla palvelujen järjestäjiä ottamaan käyttöön vaikuttaviksi todettuja menetelmiä ja toimintamalleja voidaan saada huomattavia parannuksia aikaan sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kansallisen laaturekisteritoiminnan pitäisi tukea ensisijaisesti näiden kansallisesti valittujen painopistealueiden seurantaa ja ohjausta. Koko sosiaali- ja terveydenhuoltoa ei voida kattaa kansallisella laaturekisteritoiminnalla ja siksi on järkevää keskittyä muutamiin merkittäviin ryhmiin tai ilmiöihin.

Konkreettiset toimenpiteet ovat kansallisen laaturekisteritoiminnan vahvistamiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon vaikuttavuustavoitteiden asettaminen osana hyvinvointialueita koskevia valtakunnallisia tavoitteita, vaikuttavuustiedon tiekartan laatiminen sisältäen laaturekisteritoiminnan tietotuotannon kuvauksen ja kolmantena kansallisen vaikuttavuustyön koordinaation vahvistaminen.

9. **Teknisempänä kysymyksenä edelliseen liittyen: Onko siihen erityinen syy, että kansallisten laaturekistereiden rahoitus on THL:n toimintamenomomentilla vain osana ”yleiskatteisia” toimintamenoja? Olisiko perusteltua muodostaa laaturekisteritoiminnalle ”varattu-erä” tai oma momentti, jolla varmistettaisiin rahoituksen kohdentuminen laaturekistereihin?**

Kansalliselle laaturekisteritoiminnan vahvistamiselle on varattu hallitusohjelman niin kutsutusta vaikuttavuusrahoituksesta miljoona euroa vuosittain terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen perusmäärärahoituksen ja joululahjarahoituksen lisäksi. Tämä toiminnan kehittämiseen suunnattu rahoitus on mahdollista myöntää erikseen projektoitavana hankerahoituksena, mutta ei ole tarkoituksenmukaista huomioiden laaturekistereiden pitkäjänteinen kehittäminen.

Lisäksi on huomioitava, että laaturekisteritoiminta on osa THL:n lakisääteistä toimintaa, jossa lain 2 § kohta neljä alakohtineen velvoittaa THL:n tähän toimintaan. Lakisääteisten tehtävien purkaminen enintään eriksi momentilla tekisi toiminnan suunnittelusta ja tulosohjauksesta sekä toimeenpanosta epätarkoituksenmukaisen jäykkää. Toiminta on pääosin henkilöstömeno-painotteista ja budjetointimääräysten mukaisesti henkilöstömenot tulee pääsääntöisesti budjetoida toimintamenomomentille. Oma momentti tulisi kyseeseen lähinnä ei-lakisääteisen ulkopuolisen toiminnan rahoittamisessa.

10. **Talousarvioesitystä täydentävän esityksen ennakointi vastuualueenne osalta.**

Ministeriön täydentävässä talousarvioehdotuksessa on teknisten tarkistusten lisäksi huomioitu:

- Stea avustusmomentilla Raha-automaattiyhdistykseltä siirtyneen tase-erän loppuosan purkaminen 31.12.2026 mennessä (5,3 milj. euroa).
- THL:n momentille Hoitotyön tutkimussäätiön rahoituksen turvaaminen
- Oikeuslääketieteellisen kuolemansyyn selvittämisen menojen siirto takaisin omalle arviomäärärahamomentille

11. Vastuualueenne kipupisteet talousarvioesityksessä.

Talousarvioesitys kokonaisuutena on perusteltu esitys, jossa on huomioitu valtiontalouden haastava tilanne. Suurin huoli liittyy hyvinvointialueiden rahoitusasemaan ja talouskehityksen epävarmuuteen yleisesti. Mikäli talouden alakulo jatkuu, koskevat kipupisteet kaikkea toimintaa.

12. Miten STM:n hyvän työn ohjelman eri osa- alueet ovat edenneet? Miten ohjelmaan päätetyt eurot on käytetty?

Hallitusohjelman mukaiset osa-alueet ovat edenneet suunnitellusti ja työn eteneminen lokakuun 2025 loppuun mennessä on kerrottu ohjelman sivustolla. Yhtenäinen henkilöstötiedon tietopohja saadaan kuntoon 2026 loppuun mennessä. Hoitotyön ja lääkäreiden koulutusmääriä on lisätty ja koulutusrakenteita kehitetään. Työnjako etene toisaalta ammattihenkilölainsäädännön uudistamisena, jossa ensimmäiset asetusmuutokset on tehty (optikot) ja seuraavat tehdään syksyn aikana. Laajemmat lainsäädännön muutosehdotukset annetaan hallituksen esityksenä syksyllä 2026. Hyvinvointialueiden työjakopilotteja on toteutettu tai vielä meneillään yhteensä yli 20. Veto- ja pitovoimaa sekä työssä jaksamista on vahvistettu valmennuksilla, joihin on osallistunut hyvin tuloksin yli 50 työyksikköä sote- ja pelatusalalta. Työryhmän ehdotukset kirjallisen työn vähentämisestä julkaistaan syksyn 2025 aikana. Pelastusalan työturvallisuushanke etenee suunnitellusti. Ohjelman alkuvuosia on leimaannut välttämättömien selvitys toteuttaminen Vuoden 2025 loppuun mennessä arvio kustannusten jakautumisesta on: määräaikaisten palkkakustannukset n. 20 %, valtionavustukset hyvinvointialueille n. 20 % ja hankinnat n. 60 %. Ohjelman alkuvaiheessa on ollut välttämätöntä toteuttaa laajoja selvityksiä jatkovalmistelun pohjaksi.

13. **Missä vaiheessa on eteneminen hallitusohjelman kirjauksissa koskien sote-henkilöstön kv-rekrytoinnin edistämistä? Esim. selvitys valtakunnallisesta kielikoulutuksesta? Muualla suoritetun tutkinnon tunnistamisprosessin selkeyttämisestä ja täydentämisestä? Miten nämä on tarkoitus rahoittaa? Millaisia kustannuksia niistä on arvioitu syntyvän valtiolle ja/tai hyvinvointialueille.**

Selvitys yhtenäisen kielikoulutuksen mahdollisuuksista ja selvityshenkilöiden ehdotukset ovat avoimessa kommentoinnissa Otakantaa-palvelussa 21.11.2025 saakka.

Kansainvälisen rekrytoinnin ja sitä tukevan koulutuksen asiantuntijaryhmä on julkaissut loppuraportin ja ehdotukset vuonna 2024 . Loppuraportti sisälsi myös kustannusarvioita, joita on täsmennetty vuoden 2025 päättyvien SAILA-hankkeiden kokemuksilla ja arvioilla kustannuksista. Tarkempi kustannusten arviointi jatkuu.

14. **Ammattikorkeakoulujen terveydenhuollon tutkintoihin liittyvät harjoittelupaikat ovat vaikeasti saatavilla ja tämä viivyttää opiskelijoiden valmistumista. Terveydenhuollon yksiköt viestittävät, että heillä ei ole resurssia ohjata tarvittavaa määrää. Haastetta tuo se, että yhä useammin opiskelijan kielitaito on heikko ja se vaikeuttaa käytännön harjoitteluohjausta. Kysymys kuuluu millaisin toimin ja määrärahapanostuksin tilannetta olisi mahdollista helpottaa?**

    Hyvinvointialueiden haastavassa rahoitustilanteessa on näkyvissä, että jotkut hyvinvointialueet ovat vähentäneet harjoittelijoiden ottamista. Toisaalta osa hyvinvointialueista on aktiivisesti kehittänyt toimintaa (esim EKHVAN harjoittelijatakuu). Hyvän työn ohjelman loppukauden aikana pyritään parantamaan harjoittelupaikkojen saatavuutta eri keinoin mukaan lukien kustannusten arviointi.

15. **Eduskunta on nostanut esille valtakunnallista vastuuta kantavien yliopistosairaaloiden rahoituksen ja tarpeen löytää siihen ratkaisuja. Tavoite on myös hallitusohjelmassa. Millaista valmistelua ja euromääräisiä arvioita asiaan liittyy?**

    Hyvinvointialueiden rahoituksessa yliopistosairaalalisä otetaan huomioon Uudenmaan hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin osalta sekä niiden hyvinvointialueiden osalta, joissa on sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetussa laissa tarkoitettu yliopistollinen sairaala. Yliopistosairaalalisää koskevan hallituksen esityksen (446/2023) mukaan siinä on otettu huomioon HUS-alueen valtakunnalliset terveydenhuollon erityisvastuut.