

Valtakunnalliset tavoitteet sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiselle vuosille 2023-2026

Sisällys

1	TAUSTA	3
2	SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON NYKYTILA	4
2.1	Väestö	5
2.2	Toimintaympäristö	5
2.3	Tiedonhallinta ja digitalisaatio	6
2.4	Talous ja kustannukset	7
3	SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON VALTAKUNNALLISET TAVOITTEET	8
3.1	Palvelujen laatu paranee	8
3.1.1	Palvelut on järjestetty yhdenvertaisesti ja laissa säädetyt oikeudet turvaten	8
3.1.2	Eryteisesti perustason palvelujen toimintavarmuus vahvistuu ja integraatio lisääntyy	9
3.1.3	Osaavan henkilöstön saanti turvataan sekä vahvistetaan sosiaali- ja terveysalan veto- ja pitovoimatekijöitä	10
3.2	Lisätään toiminnan vaikuttavuutta	10
3.2.1	Toiminta on taloudellisesti kestävä	10
3.2.2	Kustannusten kasvua hidastetaan suhteessa palvelutarpeen kasvuun ja painotusta siirretään ennaltaehkäisevään työhön	11
3.2.3	Kansallisessa ja alueellisessa ohjauksessa painottuu vaikuttavuusperustaisuus	12
3.3	Sosiaali- ja terveydenhuolto on toimiva osa yhteiskuntaa	12
3.3.1	Hyvinvointialueiden ja kuntien sekä muiden toimijoiden välillä on toimivat yhteistyörakenteet ja toimintakäytännöt	12
3.3.2	Valmiussuunnittelu ja varautuminen toteutuvat kansallisesti yhtenäisiin perusteisiin pohjautuen	13
3.3.3	Toiminnassa tunnistetaan mahdollisuuksia sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestäviin toimiin sekä keinoja ilmastonmuutoksen hillitsemiseen	13
3.4	Tiedon ja tutkimuksen merkitys kasvaa	14
3.4.1	Palvelujärjestelmään sekä perusterveyden ja sosiaalihuollon palveluihin liittyvä tutkimus- ja kehittämistoiminta vahvistuu	14

3.4.2 Kansallisesti ja yhteistyöalueen tasolla suunniteltu tiedonhallinta ja digitalisaatio tukevat tavoitteiden saavuttamista ja asiakaslähtöistä toiminnan uudistamista

14

1 Tausta

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetussa laissa (612/2021) säädetään, että valtioneuvosto vahvistaa sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnalliset tavoitteet joka neljäs vuosi. Julkaistavat tavoitteet ovat ensimmäiset sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain 22 §:n mukaiset sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnalliset tavoitteet.

Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisvastuu siirtyy vuoden 2023 alusta hyvinvointialueille. Helsingin kaupunki vastaa kuntana sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisestä ja HUS-yhtymä erikoissairaanhoidon järjestämisestä Uudellamaalla. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnalliset tavoitteet ovat strategisia tavoitteita ja koskevat koko Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa. Tavoitteet ovat keskeinen osa sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallista ohjausta. Tavoitteiden kautta voidaan nostaa esiin palvelujen ajankohtaisia uudistus- ja kehittämistarpeita.

Valtakunnallisten tavoitteiden valmistelun lähtökohtana ovat väestön hyvinvointia ja terveyttä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa ja taloutta koskevat seurantatiedot. Lisäksi tavoitteissa huomioidaan valtioneuvoston asettamat julkisen talouden finanssipoliittiset tavoitteet, jotka on vahvistettu hallitusohjelmassa, julkisen talouden suunnitelmassa ja valtion talousarviossa. Jatkossa valtakunnalliset strategiset tavoitteet perustuvat sosiaali- ja terveysministeriön laatimaan, sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain 31 §:n mukaiseen selvitykseen, jossa arvioidaan sosiaali- ja terveydenhuollon yhdenvertaista toteutumista ja rahoituksen tason riittävyttä. Ensimmäisiä tavoitteita laadittaessa seurantatietoina on hyödynnetty Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen vuoden 2020 asiantuntija-arvioita, joissa sosiaali- ja terveyspalveluja arvioitiin hyvinvointialueittain.

Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisten tavoitteiden toteutumista seurataan ja arvioidaan vuosittain. Jokaiselle tavoitteelle on määritelty mittarit, joiden avulla tavoitteen etenemistä voidaan seurata. Valtakunnalliset tavoitteet huomioidaan sosiaali- ja terveysministeriön hyvinvointialueen kanssa käytävissä vuosittaisissa neuvotteluissa, joissa neuvotellaan hyvinvointialueen järjestämisvastuuseen kuuluvien sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien toteuttamisesta. Hyvinvointialueiden tulee huomioida sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnalliset tavoitteet palvelustrategiassaan. Uusia valtakunnallisia tavoitteita määriteltäessä hyödynnetään aikaisempien tavoitteiden seuranta- ja arviointitietoa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisia tavoitteita voidaan tarvittaessa muuttaa kesken nelivuotiskauden. Syynä tähän voi olla esimerkiksi merkittävät muutokset toimintaympäristössä, minkä vuoksi sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan ja valtakunnallisen ohjauksen painotusta on perusteltua muuttaa. Yksi tai useampi hyvinvointialue voi esittää muutosta tavoitteisiin. Aloitteen muutoksesta voi tehdä myös sosiaali- ja terveysministeriö tai valtiovarainministeriö.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain 22 §:ssä säädetään, että sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisissa tavoitteissa on määriteltävä:

- 1) tavoitteet sosiaali- ja terveydenhuollon yhdenvertaisen toteutumisen, vaikuttavuuden, palvelujen yhteensovittamisen ja kielellisten oikeuksien turvaamiseksi sekä sukupuolten tasa-arvon edistämiseksi;

- 2) tavoitteet hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi sekä hyvinvointialueiden, kuntien ja muiden toimijoiden väliselle tätä koskevalle yhteistyölle;
- 3) tavoitteet sosiaali- ja terveydenhuollon koulutus-, tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoiminnalle sekä sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan kehittämiseksi;
- 4) tavoitteet hyvinvointialueiden väliselle ja sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueiden väliselle yhteistyölle ja työnjaolle;
- 5) tavoitteet sosiaali- ja terveydenhuollon tuottavuuden ja kustannusvaikuttavuuden lisäämiselle;
- 6) yleiset linjaukset sosiaali- ja terveydenhuollon investoinneista; sekä
- 7) tavoitteet alueellisen ja valtakunnallisen valmiuden ja varautumisen toteuttamiseksi.

Tämän lisäksi tavoitteiksi voidaan nostaa muita asioita, jotka ovat tarpeellisia sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämiseksi.

Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisten tavoitteiden valmistelu on tehty sosiaali- ja terveysministeriössä ja valmistelussa on kuultu muita ministeriöitä ja hyvinvointialueita. Nyt julkaistavien tavoitteiden valmisteluprosessi aloitettiin kesällä 2022. Ensimmäisiä tavoitteita laadittaessa on hyödynnetty olemassaolevia strategioita sekä toimintaohjelmia. Jatkossa sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisia tavoitteita valmisteltaessa voidaan hyödyntää laajemmin kertynyttä seuranta- ja arviointitietoa sekä sosiaali- ja terveysministeriössä laadittavia vuosittaisia selvityksiä. Ensimmäiset valtakunnalliset tavoitteet ovat suppeammat, siirtymävaiheen tavoitteet, joissa huomioidaan järjestämistä vastuun siirtymiseen liittyvät erityispiirteet sekä hyvinvointialueiden vasta rakentuvat toimintamallit ja organisaatio.

2 Sosiaali- ja terveydenhuollon nykytila

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) arvioi vuosittain sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä. Vuodesta 2023 lähtien THL laatii sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen asiantuntija-arvion valtakunnallisesti, sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueittain ja hyvinvointialueittain. Valvira ja aluehallintovirastot laativat lisäksi vuosittain selvityksen sosiaali- ja terveydenhuollon yhdenvertaisesta toteutumisesta hyvinvointialueilla valvonnan yhteydessä saatavien tietojen perusteella. THL hyödyntää näitä selvityksiä asiantuntija-arvioita laadittaessa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain mukaan asiantuntija-arvioissa tarkastellaan väestön hyvinvoinnin ja terveyden tilaa väestöryhmittäin, sosiaali- ja terveydenhuollon tarpeen, saatavuuden, laadun, vaikuttavuuden ja yhdenvertaisuuden toteutumista ja arvioitua tulevaa kehitystä, asiakkaiden palvelujen yhteensovittamisen toteutumista, sosiaali- ja terveydenhuollon investointien tarvetta ja vaikutuksia sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia, niiden kehitystä ja tuottavuutta. Lisäksi raporteissa arvioidaan toimenpiteitä, joiden toteuttaminen hyvinvointialueella on kustannusten hallinnan kannalta tai muutoin välttämätöntä, jotta sosiaali- ja terveydenhuollon tarpeenmukaisuus, saatavuus, laatu, vaikuttavuus ja yhdenvertaisuus sekä asiakkaiden palvelujen yhteensovittaminen voidaan valtion rahoituksella ja muulla tulorahoituksella turvata.

Jatkossa sosiaali- ja terveysministeriö laatii vuosittaisen valtakunnallisen selvityksen, jossa arvioidaan sosiaali- ja terveydenhuollon yhdenvertaista toteutumista ja rahoituksen tason riittävyttä. Selvitystä hyödynnetään sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisia tavoitteita laadittaessa. Selvityksen laadinnassa hyödynnetään THL:n tuottamia asiantuntija-arvioita. Ensimmäisiä tavoitteita laadittaessa ensimmäistä vuosittaista selvitystä ei ole vielä julkaistu.

Julkaistavien tavoitteiden tausta-aineistona on hyödynnetty THL:n vuoden 2020 asiantuntija-arvioita, jotka toteutettiin valtakunnallisesti sekä hyvinvointialueittain ([Sosiaali- ja terveyspalvelut Suomessa 2020](#)). Sosiaali- ja terveydenhuollon nykytilaa koskeva osio pohjautuu vuoden 2020 arviointeihin.

Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisilla tavoitteilla on selkeä kytkös julkisen talouden suunnitteluun. Valtakunnallisia tavoitteita laadittaessa otetaan huomioon finanssipoliittiset tavoitteet, jotka on vahvistettu hallitusohjelmassa, julkisen talouden suunnitelmassa sekä valtion talousarviossa. Tämän lisäksi valtakunnallisissa tavoitteissa huomioidaan muut valtioneuvoston asettamat tavoitteet ja toimenpiteet, kuten hallituksen työllisyystavoitteet ja niihin liittyvät toimenpiteet. Julkisen talouden suunnitelmassa arvioidaan hyvinvointialueiden rahoituksen riittävyttä tehtävien hoitamiseen, hyvinvointialueiden velvoitteita ja tehtäviä koskevaa lainsäädäntöä sekä hyvinvointialueiden taloutta.

2.1 Väestö

Suomen väestö ikääntyy ja tarvitsee aiempaa enemmän palveluja. Samaan aikaan työikäisen väestön määrä vähenee, syntyvyys laskee ja huoltosuhte heikkenee. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudella rakenteella pyritään takaamaan yhdenvertainen palvelujen saatavuus kaikkialla Suomessa. Väestöryhmien väliset ja alueelliset hyvinvointi- ja terveyserot ovat edelleen suuret. Hyvinvointialueet suunnittelevat toimintamallit ja palvelut vastaamaan väestön tarpeita.

Hyvinvointialueiden väestökehityksen erot ovat suuria. Vuonna 2021 monilla muuttotappioalueilla muuttotappio pieneni ja toisaalta Uudenmaan muuttovoitto kääntyi negatiiviseksi. Väestöennusteessa ennustetaan väkiluvun kasvavan vuoteen 2030 mennessä vain Uudellamaalla, Varsinais-Suomessa, Pohjois-Pohjanmaalla ja Pirkanmaalla. Etelä-Savossa, Kainuussa ja Kymenlaaksossa väestökehitykseen liittyy erityisiä haasteita.

Seitsemän hyvinvointialuetta, Helsingin kaupunki ja HUS-yhtymä ovat kaksikielisiä eli sosiaali- ja terveyspalvelut on järjestettävä sekä suomeksi että ruotsiksi. Noin kolme prosenttia Lapin hyvinvointialueen väestöstä on saamenkielisiä. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain mukaan asiakkaalla on oikeus käyttää saamen kieltä saamelaisten kotiseutualueen kunnissa tuotettavissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa sekä Lapin hyvinvointialueen alueella sellaisissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa, joita tuotetaan vain kotiseutualueen kuntien ulkopuolella sijaitsevilla toimintayksiköissä.

Suomen väestö kansainvälistyy ja muiden kuin suomen-, ruotsin- ja saamenkielisten osuus väestöstä kasvaa. Vuonna 2020 vieraskielisten osuus oli lähes kahdeksan prosenttia. Vieraskielisten osuus väestöstä oli huomattavasti muita hyvinvointialueita suurempi Vantaan ja Keravan sekä Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueilla ja Helsingissä. Venäjänkielisiä on eniten kaakkoisilla alueilla.

2.2 Toimintaympäristö

Hyvinvointialueet ovat lähteneet eri lähtökohdista uudistukseen. Hyvinvointialueiden väestörakenteen sekä hyvinvointi- ja terveyserojen lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon aikaisempi järjestämistapa vaikuttaa kehittämistarpeisiin. Kuntayhtymäpohjaisilla alueilla lähtökohdat ovat olleet paremmat. Näillä alueilla monia toimintoja on jo aikaisemmin kehitetty koko alueen tasolla.

Palveluverkon tiheys vaihtelee eri alueilla. Vuonna 2020 palvelujen saavutettavuus oli parhainta Uudellamaalla sekä muilla Etelä-Suomen väestöltään suurimmilla alueilla. Heikointa saavutettavuus oli Lapissa, Kainuussa, Etelä-Savossa ja Etelä-Karjalassa.

Erityisesti lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen saatavuudessa on haasteita sekä erikoissairaanhoidossa että perustasolla. Perusterveydenhuollon vastaanottomäärät romahtivat vuonna 2020 koronapandemian vuoksi. Palvelu- ja hoitovelkaa syntyi erityisesti kroonisten tautien hoitamisessa ja palveluissa, joihin liittyi eniten rajoituksia, kuten koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa. Erityisesti suun terveydenhuollossa on pitkäaikaista hoitovelkaa. Erikoissairaanhoidossa palvelu- ja hoitovelkaa on syntynyt vain osalle erikoisaloista ja kiireetön hoito on kärsinyt vaihtelevasti.

Koronapandemialla on ollut monenlaisia kielteisiä vaikutuksia väestön hyvinvointiin. Nuorten ahdistuneisuus- ja masennusoireilu on lähtenyt jyrkempään kasvuun. Ikääntyneiden, vammaisten ja toimintarajoitteisten henkilöiden yksinäisyys on lisääntynyt muuta väestöä enemmän.

Sosiaalipalveluissa lastensuojeluilmoitukset ja sijoitukset kodin ulkopuolelle ovat lisääntyneet. Myös työikäisten palvelujen saatavuus heikentyi henkilökohtaisen asioinnin vaikeutuessa, kun palveluja suljettiin tai muutettiin etäpalveluiksi. Siirtyminen etäpalveluihin heikensi varsinkin vaikeassa sosiaalisessa tilanteessa olevien palvelujen saamista sekä asiointia.

Ympäri vuorokautisessa hoidossa olevien ikääntyneiden osuus pienentyi. Ympäri vuorokautisen hoivan palvelujen saatavuus on heikentynyt monilla alueilla ja jonot hoivapalveluihin pidentyneet. Tämän myötä kotona asuvien asiakkaiden toimintakyky on heikentynyt.

Sosiaali- ja terveyspalveluiden henkilöstön saatavuushaasteet ovat kasvaneet. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunnasta on merkittävä työvoimapula, joka koskee sekä perus- että erityistason palveluja. Henkilöstön saatavuus vaihtelee alueittain ja ammattiryhmittäin. Henkilöstön eläköityminen lisää rekrytointihaasteita. Pohjois- ja Itä-Suomen alueella eläköityy suhteellisesti eniten henkilöstä. Ennustetaan, että vuoteen 2030 mennessä tulevien hyvinvointialueiden henkilöstöstä noin viidennes siirtyy eläkkeelle.

Koronapandemia kuormitti merkittävästi sosiaali- ja terveydenhuoltoalaa. Tämä näkyi erityisesti henkilökunnan riittävyys- ja jaksamishaasteina. Työvoiman saatavuutta on pyritty turvaamaan monilla eri keinoilla, joista monet tähtäävät alan houkuttelevuuden ja työolojen parantamiseen. Henkilöstön veto- ja pitovoiman ylläpitäminen sekä vahvistaminen on kasvava haaste hyvinvointialueille. Tarve tiivistää yhteistyötä järjestötoimijoiden ja palveluntuottajien kanssa on myös tunnistettu.

2.3 Tiedonhallinta ja digitalisaatio

Sosiaali- ja terveydenhuollon tiedon sujuva liikkuvuus eri toimijoiden välillä varmistaa yhdenmukaisen kokonaisuuden asiakkaille. Kattavat tiedot sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista mahdollistavat palvelujen ja toiminnan kehittämisen. Kaikessa kehittämisessä tulisi huomioida tietoturvallisuus sekä kansalliset tietorakenteet. Asiakas- ja potilastietoa sekä henkilöstö-, talous- ja palvelutietoa kerätään monista lähteistä eri tarkoituksia varten. Päällekkäisiä ja erillisiä tiedonkeruita tulisi vaihteittain purkaa, automatisoida tietotuotannon työvaiheita sekä löytää yhteisiä toimintatapoja.

Monilla alueilla on jo yhtenäistetty tietojärjestelmiä sekä hankittu ja otettu käyttöön uusia järjestelmiä. Kuitenkin erityisesti alueilla, joilla maakunnan tason yhteistyö on aikaisemmin ollut vähäistä, on ollut käytössä useita asiakas- ja potilastietojärjestelmiä.

Tietojärjestelmäkokonaisuuksista vuonna 2020 järjestyneimmät olivat erikoissairaanhoidossa ja hajanaisimmat sosiaalihuollossa. Terveydenhuollossa on muutenkin yhtenäistetty tietojärjestelmiä sosiaalihuoltoa enemmän. Lähivuosina erilaisten sähköisten asiointipalvelujen, tietojärjestelmien ja tietojohdantamisen alueellinen kehittäminen on lisääntynyt järjestelmäkohtaisen kehittämisen sijaan.

Hyvinvointialueilla on ollut vuoden 2021 alusta velvoite laatia tiedonhallintamalli. Uudet asiakas- ja potilastietojärjestelmiin kohdistuvat vaatimukset ovat osaltaan edesauttaneet hyvinvointialueiden valmistautumista tietojohdantamiseen. Kerätty tieto mahdollistaa eri toimenpiteiden ja tapahtumien vaikutusten ennakoimista. Tietojohdantaminen mahdollistaa toiminnan kehittämisen sekä voimavarojen kohdentamisen sinne, missä niistä saadaan merkittävin hyöty. Hyvinvointialueet tarvitsevat oikeaa ja ajantasaista tietoa väestön hyvinvoinnista ja terveydestä sekä sote-palvelujen kustannuksista ja vaikuttavuudesta, jotta ne pystyvät tarjoamaan asukkailleen oikeita palveluja.

Digitaalisessa palvelutarjonnassa on paljon vaihtelua hyvinvointialueittain. Erilaiset etähoitopalvelut tai –vastaanotot ovat kehittyneet, laajentuneet ja yleistyneet merkittävästi. Palveluja on myös laajennettu uusiin toimintoihin. Palvelujen kehitystä ja käyttöönottoa on vauhdittanut koronapandemia. Sähköiseen asiointiin liittyy edelleen erilaisia esteitä ja käyttäjien huolia. Palvelujen kehittämisessä tuleekin huomioida eri käyttäjäryhmät.

2.4 Talous ja kustannukset

Hyvinvointialueiden rahoitus perustuu pääosin valtion rahoitukseen, eikä niillä ole verotusoikeutta. Hyvinvointialueet saavat valtion rahoituksen lisäksi asiakasmaksuja ja erilaisia toimintatuloja. Hyvinvointialueiden rahoitus on yleiskatteista. Rahoitus jaetaan hyvinvointialueille laskennallisten kriteerien perusteella. Yleiskatteinen rahoitus määräytyy pitkälti hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen tehtävien palvelutarvetta ja olosuhdetekijöitä kuvaavien tekijöiden perusteella. Lisäksi osa rahoituksesta määräytyy asukasperusteisesti sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kriteerin kautta. Jos myönnetyn rahoituksen taso vaarantaa sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen palvelujen järjestämisen, on hyvinvointialueella oikeus saada lisärahoitusta palvelujen turvaamiseksi.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on tehnyt ennustelaskelmia sosiaali- ja terveystalouden kustannusten reaalkasvusta, jonka ennakoidaan olevan keskimäärin 1,4 prosenttia vuodessa vuoteen 2030 mennessä. Laskelmat pohjautuvat väestön ikärakenteen muutoksiin. Kustannusten kasvu vaihtelee alueittain. Väestön ikärakenteen muutoksien lisäksi hyvinvointialueille siirtyvän henkilöstön palkkaharmonisointi nostaa merkittävästi kustannuksia eri alueilla.

Hyvinvointialueen tulee laatia vuosittain investointisuunnitelma seuraavaa tilikautta seuraavien neljän tilikauden aikana aloitettavista investoinneista ja investointeista vastaavista sopimuksista ja niiden rahoituksesta. Investointisuunnitelman esitys toimitetaan valtiovarainministeriölle, sosiaali- ja terveysministeriölle ja sisäministeriölle. Esityksen hyväksymisestä päätetään sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain 26 §:n tai pelastustoimen järjestämisestä annetun lain 11 §:n mukaan.

Kuntayhtymien investoinnit ovat pysyneet vuosia korkealla tasolla, mutta vuonna 2020 investointien kasvuvauhti hidastui. Sairaalarakentaminen on kasvattanut sairaanhoitopiirien

velkaantumista. Sosiaali- ja terveydenhuollon rakennusinvestointeja on suunniteltu ja toteutettu myös kunnissa. Hyvinvointialueiden aloittaessa toimintansa arvioidaan investointimenojen olevan normaalia korkeammalla tasolla. Tämä johtuu erilaisista suurista hankkeista, joita on meneillään. Investointiennuste tarkentuu hyvinvointialueiden investointisuunnitelmissa.

3 Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnalliset tavoitteet

Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisia tavoitteita on yhteensä yksitoista. Jokaiselle tavoitteelle on määritelty tausta ja tarkoitus, minkä kautta tarkennetaan tavoitteen sisältöä sekä mahdollisia toimenpiteitä, jotka mahdollistavat tavoitteen saavuttamisen. Tavoitteille on määritelty lisäksi mittarit, joista osa on indikaattoreita. Indikaattoreihin perustuvista mittareista suurin osa on sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuusmittariston (KUVA) indikaattoreita. Osa mittareista on yksinkertaisia kyllä/ei –mittareita.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet on ryhmitelty neljän yläperiaatteen alle. Yläperiaatteet havainnollistavat ja selkeyttävät tavoitteiden keskeisiä teemoja. Yläperiaatteet ovat palvelujen laatu paranee, lisätään toiminnan vaikuttavuutta, sosiaali- ja terveydenhuolto on toimiva osa yhteiskuntaa sekä tiedon ja tutkimuksen merkitys kasvaa.

3.1 Palvelujen laatu paranee

3.1.1 *Palvelut on järjestetty yhdenvertaisesti ja laissa säädetyt oikeudet turvaten*

Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteita uudistamalla pyritään turvaamaan yhdenvertaiset palvelut koko väestölle. Palveluissa huomioidaan eri asiakasryhmien tarpeet sekä edistetään eri ryhmien yhdenvertaisuutta tavoitteellisesti ja suunnitelmallisesti.

Kaikki asiakasryhmät saavat laadukkaita sosiaali- ja terveystalveluja. Tuolloin asiakas saa tarpeensa mukaista palvelua oikea-aikaisesti ja oikeassa paikassa. Palvelujen käyttäjien itsemääräämisoikeutta vahvistetaan sekä kiinnitetään erityistä huomiota monialaisia tai paljon palveluja tarvitsevien henkilöiden palvelujen kehittämiseen.

Hyvinvointi- ja terveyseroja kavennetaan sekä edistetään ja ylläpidetään väestön hyvinvointia, terveyttä, toiminta- ja työkykyä sekä sosiaalista turvallisuutta. Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamisessa huomioidaan alueelliset eroavaisuudet.

Suomen kansalliskielet ovat suomi ja ruotsi. Lisäksi saamelaisilla on perustuslain mukainen oikeus käyttää saamen kieltä viranomaisessa. Kielellisten oikeuksien toteutumista tuetaan ja vahvistetaan erityisesti ruotsin ja saamen kielellä sekä viittomakielellä huomioiden lisäksi muut kieliryhmät sekä alueelliset erityispiirteet. Suomessa käytetään myös useita vähemmistökieliä ja käytettyjen kielten moninaisuus on lisääntynyt viime vuosina. Haasteena on kielellisten oikeuksien toteutuminen, kielten käyttömahdollisuuksien vähentyminen sekä kielten elinvoimaisuus.

Sukupuolten tasa-arvon tulee toteutua sosiaali- ja terveystalveluissa ja tasa-arvoa tulee edistää aktiivisesti. Hyvinvointialueilla tulee valmistella toiminnallinen ja henkilöstöpoliittinen tasa-arvosuunnitelma ja sen laatiminen tehdään yhdessä henkilöstön edustajien kanssa tasa-arvolain mukaisesti.

Tavoitetta seurataan seitsemän mittarin avulla:

- Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärin kiireettömän käynnin odotusaika yli 7 pv hoidon tarpeen arvioinnista, % toteutuneista käynneistä
- Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut, yli 90 vrk odottaneet %, psykiatrian erikoissalat yhteensä
- RAI-arvioidut 75 vuotta täyttäneet asiakkaat, (%) vastaavan ikäisestä väestöstä
- Erikoissairaanhoidon yli 6 kk odottaneet / 10 000 asukasta
- 1.10. - 31.3. aikana lakisääteisen 3 kk:n kuluessa valmistuneet lastensuojelun palvelutarpeen arvioinnit, %
- Hyvinvointialueille osoitettujen toimeentulotukihakemusten käsittely 7 arkipäivän kuluessa, % hakemuksista
- Toiminnallisen ja henkilöstöpoliittisen tasa-arvosuunnitelman laatiminen on aloitettu vuonna 2023 ja henkilöstö on osallistettu tasa-arvosuunnitelman laatimiseen tasa-arvolain määrittelemällä tavalla (kyllä/ei)

3.1.2 Erityisesti perustason palvelujen toimintavarmuus vahvistuu ja integraatio lisääntyy

Palvelujen saatavuus ja hoitoon pääsy vaihtelevat sosiaali- ja terveyspalveluissa koko maassa. Erityisesti perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen tulisi olla jokaisen saavutettavissa oikea-aikaisesti ja laadukkaasti, vaikka koronapandemia on lisännyt entisestään hoito-, kuntoutus- ja palveluvelkaa.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen toimintavarmuutta vahvistetaan entisestään. Palvelujen toimintavarmuus turvataan järjestämisvastuun siirtyessä ja hyvinvointialueiden toiminnan alkaessa. Toimintavarmuus turvataan erityisesti häiriö- ja poikkeustilanteissa.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen integroimisella tavoitellaan palvelujen sujuvuuden, jatkuvuuden ja sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten yhteistyön lisäämistä. Integroiduissa sosiaali- ja terveyspalveluissa asiakkaalle muodostuu kokonaisuus hänen tarvitsemistaan palveluista. Pelastustoimen ja terveystoimen yhteistyön kautta voidaan varmistaa laadukkaat ensihoitopalvelut. Digitaaliset ratkaisut mahdollistavat nopean ja sujuvan tiedonsaannin ja asioinnin silloin kun fyysistä palvelua ei tarvita. Tiedonhallinta ja tietojärjestelmät tukevat sosiaali- ja terveyspalvelujen saumatonta ja asiakaslähtöistä toteuttamista, mm. lisäämällä asiakkaiden ja vähentämällä ammattilaisten osuutta palveluissa, joissa se on mahdollista.

Erityisesti perustason palvelujen kehittäminen on tärkeää. Palvelujärjestelmän rakennetta uudistetaan ja otetaan käyttöön uusia monialaisia ja moniammatillisia toimintamalleja, joiden avulla voidaan edistää ihmisten terveyttä ja hyvinvointia. Lisätään matalan kynnyksen palveluja, jotka vastaavat paremmin haavoittuvassa asemassa olevien ihmisten tarpeisiin. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten työnjakoa, toimintatapoja ja yhteistyötä kehitetään.

Vahvistetaan väestön omaa toimijuutta, tietoisuutta ja osallisuutta omaan elämäänsä, terveyteen ja sekä työ- ja toimintakykyyn liittyvissä asioissa. Asiointiprosesseja ja polkuja sujuvoitetaan ja tehostetaan asiakaslähtöisesti.

Tavoitetta seurataan neljän mittarin avulla:

- Avohoidon keinoin vältettävissä olevat, päivystyksellisesti alkaneet sairaalahoitotaksot perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla
- Monisairaiden hoidon jatkuvuus (COCI) perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärikäynneillä tai hoitajakäynneillä

- Koki palvelun sujuvaksi, (%) sosiaalipalveluita käyttäneistä
- Niiden kotihoidon 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden osuus, joilla päivystyksenä alkaneita sairaalajaksoja, % vastaavan ikäisistä kotihoidon asiakkaista

3.1.3 Osaavan henkilöstön saanti turvataan sekä vahvistetaan sosiaali- ja terveysalan veto- ja pitovoimatekijöitä

Sosiaali- ja terveysalan osaavan henkilöstön saatavuus näyttäyty tulevaisuudessa haasteellisena. Ilman osaavaa henkilöstöä sosiaali- ja terveystalvakuja ei voida järjestää laadukkaasti. Hyvinvoiva henkilöstö tuottaa asiakkaille hyvinvointia. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön saatavuuden turvaamiseksi ja sosiaali- ja terveysalan veto- ja pitovoimatekijöiden vahvistamiseksi tarvitaan yhteistyössä sekä kansallisia että alueellisia toimia.

Henkilöstön saatavuus, riittävyys ja pysyvyys varmistetaan ja käynnistetään toimet riittävän henkilöstön turvaamiseksi. Sosiaali- ja terveysalan koulutus on tärkeä tekijä varmistettaessa väestön palvelutarvetta vastaava henkilöstön määrä ja osaaminen.

Sosiaali- ja terveysalan veto- ja pitovoimatekijöitä parannetaan. Otetaan käyttöön työn motivaatiota lisääviä toimenpiteitä. Lisätään ammattilaisten osallisuutta ja hyödynnetään ammattilaisten osaamista ja näkemystä toiminnan kehittämisessä.

Sosiaali- ja terveysalalla kiinnitetään erityistä huomiota työn tekemisen edellytyksiin, työolosuhteisiin, työhyvinvointiin ja johtamiseen. Henkilöstön työolosuhteiden tulee olla kestävä. Tähän sisältyy psykososiaalisten riskitekijöiden vähentämiseen ja työturvallisuuden lisäämiseen tähtäävä työ.

Tavoitetta seurataan kuuden mittarin avulla:

- Henkilöstömitoituksen toteutuminen iäkkäiden henkilöiden tehostetussa palveluasumisessa ja pitkäaikaisessa laitoshoidossa
- Täyttämättömien lääkäritehtävien (lääkärivaje) osuus kaikista terveyskeskusten lääkäritehtävistä, %
- Hyvinvointialueella on käytössä säännöllinen laaja-alainen sote-henkilöstön työhyvinvoinnin tilaa kuvaava kysely/selvitys (kyllä/ei)
- Hyvinvointialue seuraa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden riittävyttä palvelukokonaisuuksissa ammattiryhmittäin (kyllä/ei)
- Sosiaali- ja terveysalan ammattien alueelliset vajeet ja kehitysnäkymät (Ammattibarometri)
- Henkilöstökertomuksen viisi tunnuslukua:
 - Henkilötyövuosi
 - Henkilöstön ikärakenne
 - Vakinaisen henkilöstön vaihtuvuus
 - Sairauspoissaolot
 - Henkilöstön osaamisen kehittäminen / koulutuspäivät

3.2 Lisätään toiminnan vaikuttavuutta

3.2.1 Toiminta on taloudellisesti kestävä

Hyvinvointialueiden laskennallinen ja yleiskatteinen valtion rahoitus luo raamit toiminnalle.

Laskennalliseen rahoitusmalliin on sisällytetty tavoite kustannusten nousun hillinnästä. Pitämällä

huolta julkisen talouden kestävydestä turvataan laadukkaat palvelut myös tuleville sukupolville. Vuodesta 2025 eteenpäin rahoitus talousarviovuodelle ei tule olemaan täysimääräinen suhteessa väestön palvelutarpeen arvioituun kasvuun.

Rahoitusmalli luo ennakoitavan näkymän rahoituksen tulevaan tasoon ja turvaa riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut, toiminnan kehittämisen sekä tarkoituksenmukaiset investoinnit.

Rahoituksen jälkikäteinen kustannusten tarkistus turvaa sen, että laskennallinen rahoitus ei erkane toteutuneista kustannuksista. Alueilla on oikeus lisärahoitukseen.

Hyvinvointialueiden investoinneissa huomioidaan hyvinvointialueiden keskinäisen yhteistyön tuomat mahdollisuudet sekä huolehditaan, että kyky rahoittaa investointeja pysyy riittävänä. Etusijalla ovat investoinnit, jotka mahdollistavat uusien toimintatapojen myötä kustannushyötyjä, parantavat palvelujen saatavuutta ja edistävät hyvinvointialueiden välistä yhteistyötä.

Tavoitetta seurataan kolmen mittarin avulla:

- Tilikauden yli-/alijäämä, 1 000 euroa
- Vuosikate, % poistoista
- Laskennallisen rahoituksen suhde hyvinvointialueen nettokäyttökustannuksiin

3.2.2 Kustannusten kasvua hidastetaan suhteessa palvelutarpeen kasvuun ja painotusta siirretään ennaltaehkäisevään työhön

Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisen osuus julkisista kokonaismenoista on merkittävä. Väestön ikääntyessä ja syntyvyyden pysyessä matalalla tasolla huoltosuhde heikkenee, mikä haastaa hyvinvointivaltion rahoituspohjaa.

Laadukkaat ja yhdenvertaiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut tuotetaan mahdollisimman tehokkaasti ja taloudellisesti. Kustannusten kasvua pyritään hidastamaan suhteessa palvelutarpeen kasvuun löytämällä vaikuttavampia tapoja järjestää ja tuottaa palveluja sekä kohdentamalla palveluja mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti ja vaikuttavasti. Lisäämällä toiminnan vaikuttavuutta erityisesti kuntoutuksen ja päihde- ja mielenterveyspalvelujen osalta sekä parantamalla hoitoon pääsyä ja ehkäisemällä kansansairauksia parannetaan asukkaiden hyvinvointia ja vähennetään tarvetta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluille. Digitalisaation mahdollisuudet hyödynnetään.

Ennaltaehkäisevä työ ja terveyden edistäminen ovat keskiössä kustannusten kasvun hillitsemisessä. Painopistettä siirretään ongelmien varhaiseen ratkaisemiseen ja ennaltaehkäisyyn. Ennaltaehkäisyä tehdään asiakaslähtöisesti ja yhteistyössä kaikkien toimijoiden kanssa pitäen sisällään kunnat, yritykset ja kolmas sektori. Vahvistetaan vaikuttavia ennaltaehkäiseviä ja varhaisen vaiheen puuttumisen mahdollistavia palveluja.

Tavoitetta seurataan viiden mittarin avulla:

- Ennaltaehkäisevien palvelujen osuus kokonaiskustannuksista (ehkäisevät / korjaavat)
- THL:n sairastavuusindeksi, ikävakioiden
- Päivittäin tupakoivien osuus (%)
- Alkoholia liikaa käyttävien osuus (AUDIT-C) (%)
- Sosiaali- ja terveystoiminnan nettokäyttökustannukset (pl. varhaiskasvatus 2015-), euroa / asukas

3.2.3 Kansallisessa ja alueellisessa ohjauksessa painottuu vaikuttavuusperustaisuus

Vaikuttavuusperustaisen ohjauksen tavoitteena on luoda rajallisten resurssien rajoissa palvelurakenne, joka palvelee väestön terveyttä ja toimintakykyä mahdollisimman hyvin. Vaikuttavuuden ohjaamiseen tarvitaan tietoa palvelujen vaikutuksista. Vaikuttavuustiedon avulla ohjauksessa voidaan huomioida entistä paremmin sosiaali- ja terveystalv palveluille asetetut tavoitteet sekä suunnata palvelut ja toimenpiteet tarkoituksenmukaisesti.

Sosiaali- ja terveystalv palvelut rakennetaan ja niitä ohjataan siten, että palvelut ovat sekä yksilön että yhteiskunnan kannalta vaikuttavia. Vaikuttavuusperustaisuudella tarkoitetaan toiminnan ohjaamista toiminnasta kerätyn tiedon avulla. Vaikuttavuusperustaisista ohjauksista tehdään sekä kansallisella että alueellisella tasolla asiakkaan ja potilaiden kautta. Asetettujen tavoitteiden toteutumista seurataan ja arvioidaan vaikuttavuustietoa vasten.

Alueellisella ja kansallisella tasolla luodaan vaikuttavuusperustaisen ohjauksen mahdollistavia toimintamalleja ja rakenteita.

Tavoitetta seurataan kolmen mittarin avulla:

- Hyvinvointialueen sisäisessä ohjauksessa hyödynnetään vaikuttavuuden mittareita (kyllä/ei)
- Hyvinvointialue on mukana vaikuttavuusverkostossa (kyllä/ei)
- Hyvinvointialueella suunnitellaan/on käynnissä vaikuttavuuden pilotteja (kyllä/ei)

3.3 Sosiaali- ja terveydenhuolto on toimiva osa yhteiskuntaa

3.3.1 Hyvinvointialueiden ja kuntien sekä muiden toimijoiden välillä on toimivat yhteistyörakenteet ja toimintakäytännöt

Hyvinvointialueilla ja kunnilla sekä muilla toimijoilla on useita yhdyspintoja, joissa yhteistyörakenteet ja yhteiset toimintakäytännöt mahdollistavat vaikuttavan yhteistyön terveyden, työ- ja toimintakyvyn, turvallisuuden ja hyvinvoinnin edistämiseksi sekä palvelujen järjestämisessä.

Hyvinvointialueiden keskinäinen yhteistyö sekä hyvinvointialueiden ja kuntien sekä muiden toimijoiden välinen toimiva yhteistyö on tärkeää. Näin varmistetaan sujuvasti yhteen toimivat palvelut. Erityisesti siirtymän alussa, hallinnon ja rakenteiden muuttuessa tarvitaan uudenlaisia toimintamalleja, johtamista ja yhteistyötä hyvinvointialueiden ja kuntien sekä muiden toimijoiden välillä. Hyvinvointialueiden ja kuntien sekä muiden toimijoiden välille muodostetaan toimivat yhteistyörakenteet ja sovitaan toimintakäytännöistä.

Hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistämistyössä tarvitaan eri toimijoiden laajaa yhteistyötä, alueellisia yhteistyörakenteita ja yhteisesti sovittuja toimintakäytänteitä. Hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistäminen on kokonaisvaltaista sisältäen hyvinvoinnin, terveyden ja arjen turvallisuuden eri alueet sekä taustatekijöihin vaikuttamisen olemassa olevien strategialinjausten mukaisesti. Työssä otetaan huomioon alueiden erityispiirteet.

Tavoitetta seurataan neljän mittarin avulla:

- Yhteistyörakenteet ja toimintamallit ovat olemassa (kyllä/ei)
- Alueet ovat tehneet YTA-sopimuksen (kyllä/ei)

- TEA-viisarin kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyön aktiivisuus
- Alueella on käytössä elintapaohjauksen tarkistuslista (kyllä/ei)

3.3.2 Valmiussuunnittelu ja varautuminen toteutuvat kansallisesti yhtenäisiin perusteisiin pohjautuen

Väestölle turvataan terveyden ja toimintakyvyn kannalta keskeiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut sekä terveellinen elinympäristö kaikissa olosuhteissa. Sosiaali- ja terveydenhuollon varautumista häiriötilanteisiin ja poikkeusoloihin johtaa, valvoo ja yhteensovittaa sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveydenhuollon valmiuden tilannekuvaa saadaan kattavasti viiden valmiuskeskuksen mallin avulla ja hälytysjärjestelyistä ja tilannekuvan vaihtamisesta sovitaan yhteistyöalueen hyvinvointialueiden kesken, valmiuskeskusten kesken ja sosiaali- ja terveysministeriön valmiusyksikön kanssa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisten periaatteiden mukaisesti yhteistyöalueelle luodaan rakenteet valmiussuunnittelun ja varautumisen ohjaukselle yhteistyössä sosiaali- ja terveydenhuollon valmiuskeskuksen kanssa.

Hyvinvointialueella perustetaan ja on toiminnassa valmiuden ja varautumisen yhteistyöryhmä. Hyvinvointialueen valmiussuunnitelma viedään Valsu-portaaliin ja valmiussuunnitelmassa huomioidaan valmiustasot.

Hyvinvointialueet huolehtivat kriittisten tietojärjestelmien toimintavarmuudesta ja turvallisuudesta riskiperusteisesti hyödyntäen alan parhaita käytäntöjä sekä viranomaisten antamia ohjeita.

Tavoitetta seurataan kahden mittarin avulla:

- Valmiussuunnittelu perustuu kansallisesti yhtenäisiin perusteisiin (kyllä/ei)
- Varautuminen perustuu kansallisesti yhtenäisiin perusteisiin (kyllä/ei)

3.3.3 Toiminnassa tunnistetaan mahdollisuuksia sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestäviin toimiin sekä keinoja ilmastonmuutoksen hillitsemiseen

Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnassa ja päätöksenteossa on tärkeä ottaa huomioon sosiaalisen, taloudellisen ja ekologisen kestävyuden tasapaino. Hyvinvointitalouden lähestymistapa mahdollistaa kestäväen hyvinvoinnin ja talouskasvun lisäämisen samaan aikaan.

Hyvinvointialueilla on mahdollisuus tehdä paikallisia toimia, jotka ovat sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestäviä. Nämä toimet edellyttävät usein hallintosektorit ylittävää yhteistyötä sekä paikallista yhteistyötä kuntien ja muiden toimijoiden kanssa. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden sopeuttavat omaa toimintaansa ja huomioivat sosiaalisen, taloudellisen ja ekologisen kestävyden julkisissa hankinnoissa.

Ilmastonmuutoksella on sekä suoria että välillisiä vaikutuksia väestön hyvinvointiin ja terveyteen. Sosiaali- ja terveydenhuollossa varaudutaan ilmastonmuutoksen hyvinvointi- ja terveysvaikutuksiin sekä tunnistetaan mahdolliset uhkakuvat ja haavoittuvat ryhmät. Sosiaali- ja terveydenhuollon sopeutumistoimien hyötyjä ja kustannuksia on tärkeä arvioida sekä kartoittaa niihin liittyviä tietotarpeita. Ilmastonmuutokseen sopeutumisen alueelliset erityispiirteet huomioidaan sekä määritellään keinot, miten toiminnassa voidaan huomioida ilmastonmuutokseen sopeutuminen.

Tavoitetta seurataan kahden mittarin avulla:

- Julkisissa hankinnoissa on huomioitu sosiaalinen, taloudellinen ja ekologinen kestävyys (kyllä/ei)
- Hyvinvointialueiden strategioissa on huomioitu sosiaalinen, taloudellinen ja ekologinen kestävyys (kyllä/ei)

3.4 Tiedon ja tutkimuksen merkitys kasvaa

3.4.1 *Palvelujärjestelmään sekä perusterveyden ja sosiaalihuollon palveluihin liittyvä tutkimus- ja kehittämistoiminta vahvistuu*

Sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus- ja kehittämistoiminta vahvistaa päätöksenteon tietopohjaa ja mahdollistaa tiedon järjestelmällisen hyödyntämisen sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämisessä. Tietopohja koostuu moninaisesta tiedosta, jota saadaan eri tietolähteistä. Tutkimus- ja kehittämistoiminnan tavoitteena on vahvistaa hyvinvoinnin perustaa, turvata hyvinvointi kaikille sekä tukea tervettä ja turvallista elinympäristöä.

Vahvistamalla erityisesti palvelujärjestelmän ja perustason palveluihin liittyvää tutkimusta, kehittämistä ja vaikuttavuutta voidaan tukea monialaisuutta ja palvelujen yhteensovittamista, vaikuttavuutta sekä asiakas- ja potilasturvallisuutta. Sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus- ja kehittämistoiminnassa vahvistetaan erityisesti perustason palveluihin, perusterveydenhuoltoon ja sosiaalihuoltoon liittyvää tutkimusta ja kehittämistä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon koulutus-, tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoiminta organisoidaan eri tasoilla laaja-alaisena yhteistyönä tiedolla johtamisen, näyttöön perustuvan toiminnan ja osaamisen johtamisen tukirakenteina. Varmistetaan samalla määrämuotoiset menettelytavat yhteistyölle ja yhteistoiminnalle korkeakoulujen, oppilaitosten, tutkimuslaitosten, sosiaalialan osaamiskeskusten ja sosiaali- ja terveyspalveluita tuottavien yhteisöjen kanssa.

Tavoitetta seurataan neljän mittarin avulla:

- TKKI-toimintaan on luotu toimintamallit perustason palveluihin liittyen a) kansallisella ja b) alueellisella tasolla (kyllä/ei)
- Alueilla on luotu alueelliset yhteistyörakenteet sidosryhmien kesken tukemaan koulutus-, tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoiminnan YTA-tasoisien strategisen suunnitelman toteuttamista (kyllä/ei)
- Asiakas- ja potilasturvallisuusmittarit on otettu käyttöön hyvinvointialueella (kyllä/ei)

3.4.2 *Kansallisesti ja yhteistyöalueen tasolla suunniteltu tiedonhallinta ja digitalisaatio tukevat tavoitteiden saavuttamista ja asiakaslähtöistä toiminnan uudistamista*

Tiedonhallinnan kehittyminen ja digitalisaatio tukevat sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden kansallisesti ja etenkin alueellisesti toteuttamaa palvelujen ja toiminnan kehittämistä. Ne auttavat osaltaan saavuttamaan muita kansallisia sosiaali- ja terveydenhuollon sisällöllisiä ja kehittämiseen liittyviä tavoitteita ja muodostavat asiakkaalle yhdenmukaisen kokonaisuuden.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan kehittämistä toteutetaan yhteistyössä kansallisten, alueellisten ja YTA-tason toimijoiden kanssa tukeutuen kansallisesti toteutettuihin tietojärjestelmäpalveluihin ja alueiden yhteiskäyttöisiin palveluihin (erityisesti DigiFinland Oy:n tuottamiin). Yhteistyöalueen hyvinvointialueet laativat osana YTA-sopimustaan yhteisen

suunnitelman siitä, miten tietojärjestelmien uudistamisen edellyttämät hankinnat ja käyttöönotot toteutetaan yhteistyössä.

Pitkän aikavälin tavoitteena on, että merkittävät tietojärjestelmät toteutetaan YTA-tasoisesti. Erityisesti yhteistyötä tulisi tehdä asiakas- ja potilastietojärjestelmien laaja-alaisen uudistamisen yhteydessä.

Kansallista ja alueellista sote-tietotuotantoa kehitetään siten, että se mahdollistaa viranomaisten seuranta-, arviointi-, ohjaus- ja valvontatyön sekä hyvinvointialueiden vaikuttavuusperustaisen johtamisen. Tietojohtamiseen liittyvien ICT-ratkaisujen kehittämisessä pyritään mahdollisimman laajaan yhteistyöhön.

Kaikessa kehittämisessä huomioidaan tietoturvallisuus.

Tavoitetta seurataan neljän mittarin avulla:

- Sosiaali- ja terveysministeriön, hyvinvointialueiden ja keskeisten valtakunnallisten toimijoiden yhteistyössä on laadittu yhteinen tiekartta vuoteen 2030 ja toimintasuunnitelma vuosille 2023-2026
- Yhteistyöalueen hyvinvointialueet ovat laatineet yhteisen suunnitelman merkittävien tietojärjestelmien hankkimiseksi ja käyttöönottamiseksi ja sopineet siitä YTA-sopimuksessa. Suunnitelma laaditaan 31.12.2023 mennessä (kyllä/ei)
- Hyvinvointialue hyödyntää valtakunnallisesti ja alueiden yhteistyönä kehitettyjä ratkaisuja (kyllä/ei)
- Digitaalisten palvelujen kypsyystasoa mitataan osana THL:n luomaa kypsyystasomittaria, joka toteutetaan osana Suomen kestävän kasvun ohjelman toimeenpanoa