

Tämä raportti on yksi kymmenestä SDP:n työryhmien vuosina 2024–2025 tekemän ilmiötyön loppuraporteista. Puolueen työryhmät ovat analysoineet kymmentä yhteiskunnallista ilmiötä, joihin politiikan pitää pystyä vastaamaan tulevaisuudessa.

Ilmiötyön raportit eivät edusta puolueen virallista kantaa, vaan niissä syntyneitä ideoita voidaan hyödyntää SDP:n uudessa poliittisessa ohjelmassa ja eduskuntavaaliohjelmassa. Poliittinen ohjelma ja puolueen uusimmat poliittiset kannat on tarkoitus hyväksyä puoluekokouksessa toukokuussa 2026.

Ilmiö 6: Väestön ikärakenne muuttuu ja työikäisen väestön määrä vähenee. Ihmisten hyvinvointi heikkenee eikä palveluita ole saatavilla.

Alkusanat

Raportti jakaantuu kahteen osaan. Ensin keskitytään yleisellä tasolla väestön ikärakenteen muutoksen analyysiin ja joihinkin asiantuntijakuulemisissa esitettyihin toimenpide-ehdotuksiin. Jälkimmäisessä osassa keskitytään sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteeseen ja kehittämiseen sekä esitetään mahdollisia toimenpiteitä huomioitavaksi jatkossa.

Analyysi: väestökehitys

Keskeisiä tilastotietoja Suomen väestöstä (Tilastokeskus)

Väkiluvun kehitys

- Suomen väkiluku vuonna 2023: noin **5,63 miljoonaa**.
- Väkiluku voi kasvaa jopa **6,3 miljoonaan v. 2060 mennessä**, jos nykyinen maahanmuuton taso jatkuu.
- Vuoden 2024 väestöennuste perustuu oletukseen: **nettomuutto 40 000 henkilöä/vuosi**.

Syntyvyys

- Kokonaishedelmällisyysluku (TFR) vuonna 2024: **1,25**.
- Luku on laskenut tasaisesti 2010-luvulta lähtien (esim. 2012: 1,8).
- Suomen syntyvyys on **EU:n alhaisimpia**, ja selvästi alle väestön uusiutumistason (n. 2,1).

Kuolleisuus

- Vuonna 2022 kuolleisuus nousi korkeimmalle tasolle yli 60 vuoteen (COVID-19-pandemia).
- Elinajanodote on sittemmin palautunut ja ylittänyt pandemiaa edeltävän tason.

Maahanmuutto

- Nettomaahanmuutto vuonna 2023: **57 914 henkilöä**.
- Ukrainalaisten osuus merkittävä: arviolta **70 000 henkilöä** saapunut sodan seurauksena.
- Maahanmuutto Aasiasta on **nelinkertaistunut vuodesta 2015**.
- Maahanmuutto vaikuttaa suoraan työikäisten määrään ja väestön kasvuun.

Huoltosuhde ja työikäiset

- Työikäisen väestön määrä kasvaa ennusteen mukaan seuraavat 30 vuotta.
- Maahanmuutto lykkää huoltosuhteen heikkenemistä, mutta ei estä sitä.
- Vanhushoivan tarve kasvaa nopeasti tulevana vuosikymmeninä.

Väestökehityksen nykytila ja ennusteet Suomessa

Suomen väestökehitys on viime vuosina muuttunut merkittävästi. Syntyvyys on laskenut jyrkästi, ja kokonaishedelmällisyysluku on vuonna 2024 enää 1,25, mikä on selvästi alle väestön uusiutumistason. Työikäisten määrä suhteessa eläkeikäisiin on nopeasti heikkenemässä ja Suomi sijoittuu toiseksi korkeimmalle vanhushuoltosuhteessa kansainvälisessä vertailussa, heti Japanin jälkeen. Viime vuosien aikana maahanmuutto on kasvanut voimakkaasti, erityisesti Aasiasta sekä Ukrainan sodan seurauksena.

Tilastokeskuksen väestöennusteet perustuvat oletuksiin syntyvyydestä, kuolleisuudesta ja muuttoliikkeestä. Vuoden 2024 ennusteessa oletetaan nettomaahanmuuton olevan 40 000 henkilöä vuodessa, mikä on 25 000 enemmän kuin vuoden 2021 ennusteessa. Maahanmuutolla on ratkaiseva rooli väestön ja työikäisten määrän kehityksessä. Nykyisellä maahanmuuton tasolla väkiluku kasvaisi seuraavat 50 vuotta, ja työikäisten määrä lisääntyisi ainakin 30 vuoden ajan. Tämä lykkäisi väestöllisen huoltosuhteen heikkenemistä, mutta ei estäisi sitä kokonaan. Matalan syntyvyyden vaikutukset näkyvät selkeämmin vasta 2060-luvulla.

Väestöennusteisiin liittyy aina epävarmuutta. YK:n heinäkuussa 2024 julkaistun väestöennusteen mukaan Suomen nettomaahanmuutto olisi vuosina 2027–2075 keskimäärin 11 000 henkeä ja Eurostatin toukokuussa 2023 julkaistussa ennusteessa se olisi keskimäärin 13 000. Tilastokeskuksen vuoden 2024 ennuste on laadittu poikkeuksellisessa tilanteessa, jossa kaikki väestökehityksen osatekijät ovat olleet muutoksessa. Epävarmuudesta huolimatta voidaan arvioida väestön ikääntymisen jatkuvan, mikä tarkoittaa kasvavaa vanhushoivan tarvetta tulevana vuosikymmeninä. Maahanmuutto voi lievittää ikärakenteen vinoutumista, mutta sen taloudellinen vaikutus riippuu olennaisesti maahanmuuttajien työllistymisestä.

Tilastokeskus on aloittanut pilottiprojektin stokastisten syntyvyysennusteiden tuottamiseksi yhteistyössä [FLUX-hankkeen](#) kanssa. Stokastiset väestöennusteet¹ huomioivat epävarmuuden tuottamalla todennäköisyysjakauman, jonka avulla voidaan arvioida erilaisten kehityskulkujen todennäköisyyksiä ja vastata näin paremmin väestökehityksen nopeasti muuttuvaan dynamiikkaan.

Toimenpide-ehdotus: Otetaan käyttöön ja kehitetään stokastisia väestöennusteita. Edellyttää riittävää ja pitkäjänteistä resursointia.

Väestörakenteen muutos: haasteet, seuraukset ja ratkaisumallit

Väestörakenteen murros vaikuttaa laaja-alaisesti yhteiskunnan toimintaan, talouden kestävyys ja yksilöiden hyvinvointiin. Väestön ikääntyminen, syntyvyyden lasku ja muuttoliikkeen muutokset muodostavat keskeisiä demografisia haasteita, joihin tarvitaan ennakoivaa ja kokonaisvaltaista politiikkaa.

Syntyvyys

Tutkimusten mukaan suuri osa suomalaisista toivoo enemmän lapsia kuin he lopulta saavat. Perhebarometrin mukaan 35–45-vuotiaiden ihanteellinen lapsiluku on keskimäärin yli kaksi, mutta toteutunut lapsiluku jää selvästi alle tämän. Syntyvyyden laskun taustalta löytyy moninaisia syitä. Parisuhteet ovat haurastuneet, avioituminen on vähentynyt ja sopivan kumppanin löytäminen koetaan vaikeaksi; lastensaanti aiheuttaa kustannuksia; vanhemmuuteen liittyvät odotukset ovat korkeita ja aiheuttavat paineita; lisäksi tietoa

¹ Kalevi Sorsa säätiö julkaisi syyskuussa 2025 väestötieteen tohtori Aapo Hiilamon laatiman [analyysin](#) syntyvyyden, kuolleisuuden ja muuttoliikkeen vaihtelun vaikutusta Suomen väestöön. Analyysin laskelmat osoittavat, että maahanmuuton määrä ratkaisee lähivuosikymmenten väestökehityksen suunnan. Vuosittainen muuttovoitto asettuu todennäköisesti 20 000–65 000 henkilön välille, jolloin Suomen väkiluku voi kasvaa enimmillään seitsemään miljoonaan vuonna 2050.

Hiilamon laatima väestöennuste perustuu ns. stokastiseen eli epävarmuuden huomioivaan väestöennusteeseen. Hiilamon ennuste eroaa Tilastokeskuksen vuoden 2024 ennusteesta, joka olettaa syntyvyyden ja nettomaahanmuuton pysyvän vakioina lähellä nykyhetkeä, kun ne Hiilamon käyttämässä ennusteessa vaihtelevat historian aineiston mukaan. Molemmat ennusteet arvioivat elinajanodotteen nousevan.

Hiilamon johtopäätösten mukaan syntyvyyden laskua Suomessa pidetään usein huolestuttavana, mutta analyysin mukaan sillä ei ole merkittävää vaikutusta kansantalouteen lyhyellä tai keskipitkällä aikavälillä, koska vaikutukset näkyvät vasta vuosikymmenten viiveellä. Väestökehityksen suunnan ratkaisee lähivuosikymmeninä maahanmuuton määrä, sillä syntyvyyden ja kuolleisuuden vaikutukset ovat rajallisia ja tapahtuvat viiveellä. Tilastokeskuksen korotettu muuttovoittoennuste (40 000) on analyysin mukaan realistinen ja sen toteutuminen vahvistaisi työikäisten määrää sekä julkisen talouden kestävyyttä.

Maahanmuuttoon voidaan vaikuttaa politiikalla enemmän kuin syntyvyyteen, ja Suomella on hyvät edellytykset houkutella maahanmuuttajia. Maailmassa on suuri määrä ihmisiä, jotka haluavat muuttaa, ja Suomi voi tarjota heille parempaa elämää samalla hyötyen itse.

Maahanmuutto vahvistaisi myös julkista taloutta. [Valtiovarainministeriön](#) analyysin mukaan jo 7500 henkilön lisäys maahanmuuttoon vähentäisi kestävyysvajetta merkittävästi (0,4%-y). Jos Tilastokeskuksen ennustama 40 000 henkilön muuttovoitto toteutuu, julkisen talouden näkymät paranevat entisestään.

hedelmällisyyden rajoista puuttuu tai sitä sivuutetaan. Elinikäinen lapsettomuus on yleistynyt erityisesti matalasti koulutettujen miesten keskuudessa, joista lähes 40 % jää lapsettomaksi. Polarisaatio syntyvyyden suhteen on kasvanut, mikä heijastuu myös sosiaaliseen eriarvoisuuteen.

Syntyvyyden lasku kytkeytyy laajasti sosiaalisiin, taloudellisiin ja kulttuurisiin tekijöihin. Toivotun lapsiluvun politiikka edellyttää kokonaisvaltaista lähestymistapaa, jossa yhdistyvät perhepolitiikka, sosiaaliturva, mielenterveys ja yhteiskunnalliset arvot. Väestöliitto on esittänyt keinoja toivotun lapsiluvun saavuttamiseen.

Toimenpide-ehdotuksia ovat muun muassa:

- Kansallisen syntyvyyden ja hedelmällisyyden keskuksen tai Väestöpoliittisen instituutin perustaminen. (Syntyvyyden tutkimuksen, hedelmällisyystietoisuuden ja lastensaannin palvelurakenteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Väestöpolitiikka laajemmin: Syntyvyys, maahanmuutto ja ikääntyminen.)
- Vanhemmuuden kustannusten nykyistä parempi kompensointi.
- Ruutuaikasuositukset eri elämänvaiheisiin. (liittyy etenkin parisuhteiden haurastumiseen, mielikuviin perhe-elämästä ja lastensaannista, muun elämän imuun ja mielenterveyteen.)

Ks. myös selvityshenkilö Anna Rotkirch: [20 ehdotusta lapsitoiveiden tukemiseksi: Selvitys syntyvyyden laskusta Suomessa](#)

Maahanmuutto ratkaisuna

Kuten edellä todettua, työikäisen väestön määrä on yhä enemmän riippuvainen nettomaahanmuutosta. Ulkomaalaistaustaisten osuus väestöstä on kasvanut merkittävästi 2000-luvulla, ja maahanmuutto on keskeinen tekijä työvoiman saatavuuden turvaamisessa. Kansainvälinen muuttoliike voi osittain vastata demografisiin haasteisiin, mutta vain, jos yhteiskunnallinen valmius muuttoliikkeen lisäämiseen vahvistuu.

Toimenpide-ehdotus: Maahanmuuton onnistumiseksi on vahvistettava yhteiskunnan osallistavuutta ja oikeudenmukaisuutta.

Koulutuksen rooli sopeutumisessa

Koulutustason nostaminen on keskeinen keino lieventää väestön ikääntymisen taloudellisia vaikutuksia. On myös huomattava, että Suomen koulutustaso on heikentynyt suhteessa muihin OECD-maihin. Koulutusvuosien määrä on Suomessa keskimäärin 4.6, kun OECD:n keskiarvo on 5 vuotta. Työikäisen väestön väheneminen ja koulutustason lasku heikentävät työvoiman tuottavuutta ja Suomen kilpailukykyä.

Strategisen tutkimuksen neuvoston [Demography-ohjelman](#) tutkimuksen simulaatiot ja kansainväliset vertailut osoittavat, että koulutusinvestoinnit voivat kompensoida matalan syntyvyyden vaikutuksia jopa ilman lisärahoitusta ohjaamalla pienistä ikäluokista ”säästyvät” koulutusresurssit koulutustason nostamiseen. Tulokset osoittavat, että koulutusinvestoinnit voivat merkittävästi parantaa palkkasumman kehitystä ja työllisyyttä pitkällä aikavälillä, vaikka syntyvyys pysyisi matalana. Erityisesti miesten koulutustason

nostaminen parantaa tuottavuutta ja vahvistaa huoltosuhdetta. (Mikko Myrskylä, Julia Hellstrand, Sampo Lappo, Angelo Lorenti, Jessica Nisen, Ziwei Rao & Heikki Tikanmäki: [Koulutukseen panostaminen tasaa matalan syntyvyyden vaikutusta – jopa ilman lisärahoitusta](#)). Koulutusinvestoinnit johtavat korkeampaan tulotasoon, myöhempään eläköitymiseen, korkeampaan työllisyyteen ja pienempään eläkemenoon suhteessa palkkasummaan. Koulutustason nostolla on positiivinen vaikutus myös yksilön terveyteen ja hyvinvointiin sekä koko yhteiskunnan taloudelliseen ja sosiaaliseen kestävyys.

Toimenpide-ehdotus: Ikäluokkien pienenemisestä johtuen koulutuksen resurssien painopistettä voidaan siirtää koulutustason nostoon ja työvoiman osaamisen parantamiseen.

Väestön ikääntyminen vaikuttaa myös perusopetuksen järjestämisen edellytyksiin. Valtaosassa Suomea lasten määrä on vähenemässä voimakkaasti, mutta osassa kunnista lapsimäärä kasvaa. Samalla maahanmuuttotasaisten lasten määrä lisääntyy erityisesti pääkaupunkiseudulla ja osassa muista kaupungeista. Lasten ja nuorten sivistyksellisten perusoikeuksien turvaaminen on välttämätöntä.

Ks. esim. [Perusopetuksen tilannekuva erilaistuvissa kunnissa](#) (JYU, Koulutuksen tutkimuslaitos. 2025).

Politikkalinjaukset/toimenpide-ehdotukset:

- Kouluverkkoa kehitettäessä on varmistettava, että jokaisella lapsella on mahdollisuus laadukkaaseen opetukseen turvallisessa ja terveellisessä lähikoulussa ja, että hän saa siellä tarvitsemansa tuen. Lähikoulun on oltava kaikkien koulu, joka kokoaa yhteen lapsen muitakin palveluita ja harrastuksia.
- Kuntien tulee ehkäistä koulujen eriytymistä tukemalla kouluja tarveperustaisesti. Koulua koskevilla valinnoilla ja oppilaaksiottoalueilla ei tule kiihdyttää koulujen eriytymistä.
- Kuntien vastuulla olevien koulutuspalvelujen laatu on varmistettava koko maassa esimerkiksi koulutuksen järjestäjien yhteistyötä lisäämällä.
- Opetustarjonnan monipuolisuudesta huolehditaan paitsi yhteistyöllä, myös etäyhteyksiä hyödyntämällä. Lukioiden ja ammatillisten oppilaitosten tiiviimmällä yhteistyöllä voidaan parantaa koulutuksen laatua ja saatavuutta kustannustehokkaasti.

Kokonaisvaltainen väestöpoliittinen ohjelma

Väestöpolitiikan alalla on pitkään toteutettu yksittäisiä, pistemäisiä ja satunnaisia toimenpiteitä, vaikka tarve olisi pitkäjänteiselle ja hallintorajat ylittävälle, tietoon pohjautuvalle väestöpolitiikalle.

Toimenpide-ehdotus: Laaditaan kokonaisvaltainen väestöpoliittinen ohjelma, joka kattaa kaikki keskeiset väestökehityksen osatekijät ja vastaa demografisiin haasteisiin ennakoivasti ja kestävästi.

Analyysi: sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuuden kestävyys

Taloudellinen huoltosuhde on heikentynyt: vuonna 2023 se oli 1,32, mikä tarkoittaa, että yhtä työllistä kohden on yli 1,3 ei-työllistä. Tämä kehitys lisää painetta julkiselle taloudelle. Sosiaaliturvamenot olivat vuonna 2023 yhteensä 87 miljardia euroa, eli 32 % BKT:sta. Työeläkemenosta muodostui 36 miljardia euroa, mikä korostaa eläkejärjestelmän merkitystä julkisessa taloudessa. Hyvinvointivaltion tulevaisuus edellyttää sopeutumista, tietoperustaista uudistamista ja toimintakykyyn keskittyvää politiikkaa. Sosiaalimenojen hallinta, palvelujen kohdentaminen ja ikääntymisen vaikutusten ymmärtäminen ovat keskeisiä kestäväen hyvinvoinnin rakentamisessa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarve kasvaa väestön ikääntyessä

Suomi on siirtynyt YK:n ja WHO:n määritelmän mukaisesti super-ikäntyneeksi yhteiskunnaksi, jossa yli 21 % väestöstä on 65 vuotta täyttäneitä. Vuonna 2041 osuus nousee ennusteiden mukaan 28 prosenttiin. Tämä demografinen muutos haastaa sosiaali- ja terveystalouden rakenteita ja kestävyttä. Ikääntyneiden määrän kasvu ei ole yllättävää, mutta kasvu on ollut nopeaa, erityisesti vanhimmissa ikäryhmissä (85+). Ikääntyminen nostaa merkittävästi palvelutarvetta sosiaali- ja terveystaloudessa. Absoluuttisesti nopeimmin ikääntyneiden määrä kasvaa Etelä-Suomen korkean väestönkasvun alueilla, mutta ikääntyneiden osuus väestöstä säilyy muuta maata korkeampana väestöään menettävillä Itä- ja Pohjois-Suomen alueilla. Ikääntyneiden määrän kasvu näkyy suoraan paineina perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Vastaavasti myös kotona asumisen tuen ja asumispalvelujen tarve kasvaa. Ikärakenteen muutos vähentää suhteellisesti neuvolapalvelujen ja kouluterveydenhuollon tarvetta koko maan tasolla, mutta kasvukeskuksissa näiden palvelujen tarve säilyy ennallaan tai kasvaa maltillisesti.

Ympäri vuorokautisen hoidon paikat ovat vähentyneet sekä suhteellisesti että absoluuttisesti 2020-luvulla, ja hoidon painopiste on siirtynyt yhä enemmän dementia- ja sairaanhoitoon. Samaan aikaan vanhustalouden peittävyys on heikentynyt: yhä harvempi yli 75-vuotias on säännöllisen kotihoidon, omaishoidon tai ympärivuorokautisen hoidon piirissä. Esimerkiksi säännöllisen kotihoidon piirissä olevien osuus laski 17,3 %:sta (2016) 13,9 %:iin (2023). Iäkkäiden terveydessä ja toimintakyvyssä ei ole kuitenkaan havaittavissa niin selkeää kohentumista, että se selittäisi peittävyysalennuksen, joten palvelujen saanti on kiristynyt. Sotkanetin tilastot osoittavat, että kotihoidossa suunnitellutkaan palvelut eivät välttämättä toteudu: vuonna 2024 vain 51,6 % kotihoitoyksiköistä toteutti palvelutunteja asiakassuunnitelmien mukaisesti. Myös omaishoidontuen saatavuus on heikentynyt.

Kotihoito on muuttunut puuttuvan ympärivuorokautisen hoidon korvikkeeksi, mikä on johtanut käyntikertojen kasvuun mutta sisällön kaventumiseen. Sosioemotionaaliset, kognitiiviset ja kodinhoidolliset tarpeet jäävät usein vaille huomiota. Samalla omaishoidon rooli on kasvanut, ja palvelujärjestelmän heikentyminen on siirtänyt vastuuta yhä enemmän

omaisille. Teppo Kröger on esittänyt aiheellisen kysymyksen siitä, olemmeko Suomessa siirtymässä omaisolettamasta jopa omaisvelvoitteeseen, jos ainoa tapa turvata ikääntyneen hyvinvointi on omaishoitajaksi ryhtyminen. Tämä kehitys uhkaa erityisesti sukupuolten tasa-arvoa omaishoitovastuun kohdistuessa helposti työssäkäyviin keski-ikäisiin naisiin.

Hyvinvointialueiden talousvaikeudet ja hallituksen jo tehdyt ja suunnittelemat leikkaukset uhkaavat entisestään palvelujen saatavuutta. Samalla myös sote-järjestöjen rahoitusta leikataan. Tämä kehitys lisää riskiä hoivaköyhyydelle, hoidon laadun heikkenemiselle ja omaisten kuormituksen kasvulle.

Vaikka terveiden elinvuosien määrä on kasvanut, hoivan tarve elämän loppuvaiheessa ei ole vähentynyt. Ikääntyneiden ryhmä kuitenkin eriytyy jatkuvasti. Ikääntyminen ei automaattisesti nosta palveluntarvetta ja kustannuksia, vaan avainasemassa ovat hyvä terveys ja hyvä toimintakyky. Sairastavuus selittää hieman yli 20 % prosenttia sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaiskustannusten kasvusta. Kustannukset myös jakautuvat epätasaisesti viimeisiä elinvuosia elävien keskuudessa (kallein 10 % aiheuttaa 65–80 % kuluista). Väestön ikääntymisen myötä julkisten menojen BKT-osuuden ennustetaan kasvavan perusuralla terveydenhuollossa 6,2 prosentista (2022) ensin 6,4 prosenttiin (2030) ja pitkällä aikavälillä 6,8 prosenttiin (2070) ja ikääntyneiden pitkäaikaishoivassa 2,1 prosentista (2022) ensin 2,5 prosenttiin (2030) ja pitkällä aikavälillä 3,9 prosenttiin (2070).

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän arviointia

Sosiaali- ja terveydenhuollon (sote) järjestelmä on monikanavainen ja -toimijainen kokonaisuus, jossa palveluja järjestää, tuottaa ja rahoittaa usea eri taho. Rakenteessa on sekä hyviä puolia, että merkittäviä haasteita. Hyvinvointialueiden organisaatiot ja päätöksenteon prosessit hakevat vielä muotoaan. Sote-uudistuksen myötä ja tilastojen valossa palveluissa on havaittavissa sekä parannuksia että heikennyksiä.

Hyvinvointialueiden kolmen ensimmäisen toimintavuoden ajan sosiaali- ja terveystaloudellista keskustelua ovat värittäneet hyvinvointialueiden säästöpainotteet. Alijäämän kattamisen lakisääteinen aikataulu on kaikilla alueilla johtanut merkittäviin säästötoimenpiteisiin. Lopputuloksena sote-palveluja on supistettu, laajoja yt-neuvotteluja käyty ja henkilöstöä irtisanottu koko maassa.

Koska alueilla on erilaiset lähtökohdat kustannuksien vähentämiseen, on talouden tasapainottaminen kiihdyttänyt hyvinvointialueiden toiminnallista ja taloudellista eriytymistä. Osa alueista suoriutuu hyvin ja koko ajan paremmin, kun taas osalla alueista haasteet kasautuvat ja kasvavat.

Kokonaisuutena sosiaali- ja terveysministeriö arvioi, että hyvinvointialueet suoriutuvat vastuullaan olevien palvelujen järjestämisestä mainettaan paremmin ([STM raportteja 2025:14](#)). Hoitoon pääsyn viiveet, henkilöstön alueittainen heikko saatavuus ja talouspaineet kuitenkin hidastavat uusiutumiskykyä.

Hyvinvointialueiden perustaminen tukee palveluintegraatiota, mutta uusien toimintamallien käyttöönotto vaihtelee alueittain. Kansallinen ohjaus tukee yhdenvertaisuutta, mutta voi rajoittaa alueellisten erityispiirteiden huomioimista. Kansallisessa ohjauksessa korostuvat talouspoliittiset tavoitteet, ja terveyden ja hyvinvoinnin tavoitteet jäävät toissijaisiksi. Rahoituksen monikanavaisuus vaikeuttaa resurssien tehokasta kohdentamista ja hyödyntämistä. Rahoitusmallin kannustimet vaativat kehittämistä.

Rahoitusmallin piirteet ja tiukka taloustilanne haastavat hyvinvointialueiden itsehallintoa, uudistuksen toimeenpanoa ja tavoitteiden toteutumista. Julkisen rahoituksen osuus on noin 80 % kokonaishoiduksesta. Hyvinvointialueiden menojen ennustetaan kasvavan noin 20 % vuoteen 2040 mennessä, pääosin ikääntymisen ja erikoissairaanhoidon kasvavan tarpeen seurauksena. Somaattinen erikoissairaanhoido kattaa noin 30 % kokonaishoiduksesta, kun taas ennaltaehkäisevät ja edistävät palvelut kattavat vain noin 20 % kokonaishoiduksesta.

Palvelutarve ja henkilöstötarve kasvavat etenkin kasvukeskuksissa. Vuoteen 2040 mennessä lähihoitajia tarvitaan lähes 26 000, sairaanhoitajia noin 9 400 ja lääkäreitä noin 2900 nykyistä enemmän. Suomessa kv-vertailuissa vähemmän lääkäreitä ja enemmän hoitajia kuin EU:ssa keskimäärin.

Luottamus terveyspalvelujen toimintaan on laskenut merkittävästi: Vuonna 2024 vain 54 % suomalaisista aikuisista luotti terveyspalvelujen toimintaan (80 % v. 2018). Luottamus on heikentynyt sekä työ-, että eläkeikäisillä miehillä ja naisilla.

Laajojen uudistusten toimeenpano on hidasta ja vaativaa. Mikään yksittäinen malli ei ratkaise kaikkia haasteita, ja monia kehittämistoimia voidaan toteuttaa nykyjärjestelmässä ilman suuria rakenteellisia uudistuksia. Luottamuksen palauttamiseksi ja sote-järjestelmän jatkuvan kehittämisen tueksi olisi kirkastettava visiota: Tarvitaan selkeä käsitys arvoista ja tavoitteista, joita suomalainen sote-järjestelmä toteuttaa. Parlamentaarinen tulevaisuustyö on tarpeen seuraavien askelten määrittelyssä.

Suomessa terveyserot ovat säilyneet merkittävinä

Alueelliset hyvinvointi- ja terveyserot ovat säilyneet voimakkaina myös sote-uudistuksen jälkeen. Pienituloiset ja työelämän ulkopuolella olevat suomalaiset kokevat huomattavasti useammin tyydyttymättömyyttä terveydenhuollon tarvetta kuin hyvätuloiset ja työelämässä olevat. Pienituloisilla on yli viisi kertaa enemmän menetettyjä elinvuosia kuin hyvätuloisilla, ja miehillä kaksi kertaa naisia enemmän. Tästä huolimatta naiset kokevat useammin tyydyttymättömyyttä terveydenhuollon tarvetta ja kuluttavat enemmän terveyspalveluja.

Väestön sairastavuudessa ja hyvinvoinnissa on suuria alueellisia eroja, eikä hyvinvointialueiden toiminnan aloitus ole muuttanut näitä merkittävästi. Sairastavuus on suurinta Pohjois-Savossa, Pohjois-Karjalassa ja Kainuussa ja vähäisintä Uudenmaan alueilla ja Pohjanmaalla.

Erityisesti nuorten hyvinvointi on heikentynyt kaikkialla maassa, ja syrjäytyminen on merkittävä riski. Myös elintapoihin liittyvät terveyden ja hyvinvoinnin ongelmat kuormittavat palvelujärjestelmää.

Eduskunnan tarkastusvaliokunnan THL:lta tilaama [tutkimus](#) perustason avosairaanhoidon järjestelmästä julkaistiin lokakuussa 2025. Tutkimuksen mukaan ihmiset, jotka käyttävät pelkästään julkisia terveyspalveluja käyttävät palveluja vähiten suhteessa palvelutarpeeseensa, kun taas eniten palveluja käyttävät - suhteessa tarpeeseen - henkilöt, jotka ovat työterveyshuollon palvelujen piirissä.

Perustason hoidossa hoitaja- ja etävastaanotot korostuvat

Perusterveydenhuolto on Suomessa enimmäkseen hoitajavetoista etäasiointia. Vuonna 2024 kolme neljästä hoitotakuun mukaisesta käynnistä oli hoitajan vastaanottoja, ja näistä 76 % tapahtui etäyhteyden välityksellä. Terveyskeskuslääkärin vastaanotolle pääsy ei ole nopeutunut kymmenessä vuodessa oleellisesti. Lääkärikäyntien läsnävastaanottojen osuus on pienentynyt ja korvautunut konsultaatioilla. Kiireettömän hoidon jonot perusterveydenhuollossa ja mielenterveyspalveluissa muodostavat päivystyksen kuormituksen ohella terveydenhuoltojärjestelmän pullonkaulan.

Erikoissairaanhoidon jonot ovat pisimmillään vuosikymmeniin

Erikoissairaanhoidon jonot olivat viime vuonna historiallisen pitkät, mutta kuluvana vuonna yli puoli vuotta hoitoa odottaneiden osuus on kääntynyt laskuun. Valvira määräsi maaliskuussa 2024 neljatoista hyvinvointialuetta ja HUS-yhtymän saattamaan erikoissairaanhoidon pääsyn lainmukaiseksi vuoden sisällä, ja edelleen lokakuussa 2025 uhkasakot yhdeksälle hyvinvointialueelle ja HUS-yhtymälle, joiden pitää saattaa kiireetön erikoissairaanhoidon lainmukaiseksi 30.4.2026 mennessä.

Terveyspalveluissa asiointi on kallistunut

Asiakasmaksut ovat Suomessa Euroopan keskiarvoa korkeammat.

Vuonna 2024 yli 30 % työikäisistä ja yli 40 % eläkeikäisistä terveyspalveluja käyttäjistä koki, että liian korkeat maksut vaikeuttivat terveyspalveluiden saamista (FinSote 2018–2020, Terve Suomi -tutkimus 2022 ja 2024). Asiakasmaksut hankaloittivat palvelujen saamista erityisesti eläkeikäisillä. Joka neljäs koki, ettei saa riittävästi lääkäripalveluja tarpeeseensa nähden.

Vuoden 2025 alusta asiakasmaksujen lakisääteistä maksimimäärää korotettiin erikoissairaanhoidossa 45 % ja perusterveydenhuollossa 22,5 %. Korkeat asiakasmaksut uhkaavat muodostaa yhä useammalle esteen käyttää tarvittavia sote-palveluita.

Kela-korvaukset

Yksityislääkärikäynneistä ryhdyttiin maksamaan vuoden 2024 alussa kahdeksan euron sijaan korvausta 30 euroa käynniltä. Lisäksi on korotettu tai otettu korvauksen piiriin muun muassa yksityisessä terveydenhuollossa annettujen hedelmöityshoitojen, gynekologin vastaanottojen sekä fysioterapian korvauksia. Hedelmöityshoidon rajaaminen sairauteen liittyviin hoitoihin rajasi monet naisparit ulos korvauksen piiristä.

Yksityislääkärikäyntien Kela-korvausten nosto kolminkertaisti korvausmenot, mutta käyttö lisääntyi vain kaksi prosenttia. Korvausten nostosta suurempi osuus kohdentui suuri- ja keskituloisille. Yle laski elokuussa 2025, että hintojen nousu huomioiden korotukset johtivat [noin 750 euron kustannuksiin jokaista uutta yksityislääkärikäyntiä kohden](#). Syksyn 2025 budjettiriihessä korvaus päätettiin laskea 30 eurosta takaisin 8 euroon.

65 vuotta täyttäneiden 2-vuotisessa valinnanvapauskokeilussa käyntimäärät ovat kasvaneet, mutta toistaiseksi haasteena on ollut mm. käynnin yhteydessä tehtyjen tutkimusten hinta. Kokeilun vaikutukset tulevat arvioitavaksi myöhemmin. On todennäköistä, että tulokset ovat asiakasnäkökulmasta pääosin positiivisia, koska palveluiden saatavuus kohderyhmälle paranee. Saavutettu terveyshyöty suhteessa kustannuksiin on arvioitava huolellisesti.

Työterveyshuollon sairastuvuuden kustannukset

Työterveyshuolto pohjautuu yritysten lakisääteiseen velvollisuuteen järjestää työterveyshuollon palveluja. Tämän lisäksi yhä useampi yritys hankkii vapaaehtoisia sairastuvuuden, jonka kautta työntekijät pääsevät yksityisellä sektorilla nopeammin terveydenhuollon palvelujen pariin. Sairastuvuuden on työnantajalle osin

verovähennyskelpoista, ja lisäksi veroton etu työntekijälle. Kyseessä on siksi verovaroin subventoitu järjestelmä eli osa ensisijaisen terveydenhuollon monikanavaista rahoitusta.

Työterveyshuollon markkinat ovat Suomessa keskittyneet merkittävässä määrin kolmelle suurelle terveysterveyspalveluyritykselle, ja markkinoilla on vain vähän pieniä toimijoita. Tämä muodostaa haasteen erityisesti pienille ja keskisuurille yrityksille, jotka tyypillisesti hankkivat työterveydenhuollon palvelut kukin itse omalla sopimuksella terveysterveyspalveluyritysten kanssa. Tämä mahdollistaa sen, että terveysterveyspalveluyritykset eivät tarjoa työterveyshuollon palveluista "listahintaista" tuotetta, ja yritysten on vaikea vertailla omaa työterveyshuollon sopimustaan muiden yritysten vastaaviin sopimuksiin.

Kahden yrityksen välisenä sopimuksena nämä työterveyshuollon hankinnat ovat liikesalaisuuden piirissä, ja näin ollen läpinäkyvyyttä työterveyshuollon palvelujen hinnoista ja sisällöstä ei juuri ole, vaikka hankintoja subventoidaan verovaroilla. Tämä antaa hankinnassa merkittävää valtaa yksityisille terveysterveysyrityksille, minkä nosti esille alustuksessaan muun muassa tutkimusprofessori Ilmo Keskimäki.

Pienten ja keskisuurten yritysten edunvalvontaa tekevän Suomen Yrittäjien toimitusjohtaja Mikael Pentikäinen on sanonut Ylelle, että yritysten on nykyisin lähes mahdotonta valvoa työterveysyhtiöiden laskutusta. Taustalla oli Yleisradion MOT-ohjelman paljastama tieto siitä, että Terveystalossa on tullut ilmi tapauksia, joissa lääkärit olivat toistuvasti veloittaneet työterveyshuollon asiakkailta ylihintaa.

Vuonna 2023 työnantajan järjestämän työterveyshuollon hyväksytyt kustannukset olivat 137 miljoonaa euroa, mikä oli 14,7 % enemmän kuin edellisvuonna. Summasta puolet on lakisääteistä ja puolet vapaaehtoista työterveyshuoltoa. Yli 90 % työterveyshuollosta hankitaan yksityisiltä terveysterveyspalveluyrityksiltä.

Yksityiset terveysterveyskuluvaluutukset

Yksityisin vakuutuksin korvattiin sairaus- ja tapaturmamenoja 791 miljoonalla eurolla v. 2024. Korvauksia sai noin miljoona vakuutettua ja keskimääräinen korvaus oli 722 euroa (571 euroa v. 2020). Terveysterveysvakuutusten hinnat ovat nousseet muutamassa vuodessa jyrkästi. Esimerkiksi vuonna 2022 yksivuotiaan helsinkiläislapsen terveysterveysvakuutuksesta maksettiin 439 euroa (omavastuu 100 euroa), kun vastaava vakuutus maksaa nyt 840 euroa vuodessa. Lisäturvat nostavat sitä entisestään. (Finanssivalvonta, Finanssiala, Yle).

Terveydenhuollon digitalisaatio on edennyt nopeasti

Hyvinvointialueiden kyky tuottaa, ylläpitää ja kehittää digitaalisia palveluja on vahvistunut selvästi viime vuosina. Digitaalisia asiointialustoja on otettu käyttöön kaikilla alueilla, ja ne tukevat palvelujen saatavuuden parantamista.

Monilla alueilla tavoitteena on vähentää fyysisiin toimipisteisiin sidottujen palvelujen käyttöä. Esimerkiksi Kainuussa jo merkittävä osa kaikista palveluista tuotetaan etäpalveluna, mutta kokonaisuutena fyysisten toimipistepalvelujen kysyntä ei ole vielä

vähentynyt. Vastaavasti esimerkiksi Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueella, jossa laajamittainen digitaalisen asioinnin käyttöönotto toteutui huhtikuussa 2025, on havaittu puhelinasiointin vähentyneen digitaalisen asioinnin kasvun tahdissa.

Digitaalisesti sote-palveluissa asiointeiden osuus on kasvanut vuosien 2022–2024 välillä koko maassa. Sote-palvelujen käyttäjien valmiuksissa asioida digitaalisesti on eroja alueiden välillä. Uudenmaan alueilla noin puolet väestöstä on asoinut sote-ammattilaisen kanssa digitaalisesti, kun taas iäkkäämmän väestön Etelä-Pohjanmaalla vastaava osuus on reilusti alle kolmannes. Erot heijastelevat hyvinvointialueiden digitaalisen asioinnin eroavaisuuksia. (Lähde: [Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen Suomessa: Valtakunnallinen asiantuntija-arvio, syksy 2025](#)).

Digitaalisten palvelujen palveluvalikoimassa on eroja hyvinvointialueiden välillä, muun muassa johtuen eroista käyttöön valikoituneissa ratkaisuissa. Osalla hyvinvointialueista asukkaat saavat yhteyden terveydenhuollon ammattilaiseen minuuttien odotusajalla chat-palvelussa, mutta toisilla alueilla digitaalista asiointia on rajoitettu kiireettömiin viesteihin, joihin vastataan päivien kuluessa.

Toimenpide-ehdotuksia

Sote-järjestelmän kehittäminen

- Soten uudistamista pitää jatkaa
 - o Järjestelmän ohjaaminen terveyden ja hyvinvoinnin parhaaksi sekä talouden kestävyysvarmistamiseksi edellyttää monikanavarahoituksen uudistusta.
 - o Sote-järjestelmän kehittämistä tulee jatkaa laajaan poliittiseen tukeen ja tutkittuun tietoon perustuen
- Väestön luottamuksen varmistaminen on soten kohtalonkysymys.
 - o Laajojen reformien toimeenpano vie aikaa, ja viestinnän tulee perustua faktoihin, ei uhkakuihin.
- Sote-järjestelmä ansaitsee laaja-alaisen poliittisen tuen
 - o Rakenneuudistuksen jälkeen on kiinnitettävä huomiota järjestelmän tavoitteisiin, toimintaperiaatteisiin ja palveluvalikoimaan.
 - o Soten yhteinen suunta? STM korostaa tuoreessa [visiossaan 2040](#), ettei sote-uudistus ole yksittäinen hanke, vaan vuosikymmenten mittainen muutos. STM:n virkakunta ehdottaa, että tulevaisuuden suunta valmistellaan parlamentaarisesti. Näin sosiaali- ja terveydenhuolto pysyy muutoksen aikanakin vakaana, yhdenvertaisena ja yhteiskunnan kantokykyyn sovitettuna. Löytyykö soten tulevaisuudelle yhteinen suunta?
- Sote-ammattilaiset ovat järjestelmän avaintoimijoita
 - o Uudistusten toimeenpanossa on huomioitava henkilöstön jaksaminen ja riittävä resursointi.
- Hyvinvointialueille annettava mahdollisuus onnistua

- Liian nopeat säästötoimet voivat vaarantaa järjestelmän toiminnan ja pysäyttää kehityksen. Alijäämän kattamisvelvollisuutta on pidennettävä (vrt. [hallituksen esitysluonnos](#))
- Sote-uudistusta pitää arvioida useasta näkökulmasta
 - Vaikutuksia on tarkasteltava pitkällä aikavälillä, myös väestön ja ammattilaisten näkökulmasta
- Terveys kaikissa politiikoissa -periaatteen vahvistaminen
 - Terveystuettajajärjestelmän yhteistyö muiden politiikkalohkojen kanssa
 - Hint- ja veropolitiikka
 - Terveystuettajataidon vahvistaminen
- Henkilöstön saatavuus, osaaminen ja hyvinvointi
 - Kehitetään suunnitelmallisesti alan veto- ja pitovoimaa, tuetaan urapolkuja sekä jatkuvaa oppimista (aikuiskoulutustukea vastaava malli?)
 - Tuetaan työhyvinvointia
 - Varmistetaan tarkoituksenmukainen työnjako ja kohdennetaan resurssit väestön tarpeiden mukaan
- Sote-järjestelmän strateginen ohjaaminen
 - Määritellään tavoitteet ja ohjataan rahoitusta sekä henkilöstövoimavaroja tavoitteiden mukaisesti
 - Ennaltaehkäisyyn panostaminen edellyttää tietoisia politiikkavalintoja
- Rakenteellisen eriarvoisuuden vähentäminen
 - Puututaan rakenteisiin, joiden kautta resurssit kohdentuvat tarpeeseen nähden epätasa-arvoisesti
- Palveluiden tuottavuuden, laadun ja vaikuttavuuden parantaminen
 - Kohdennetaan rahoitusta sinne, missä saatavissa eniten vastinetta
 - Uudistetaan rahoitusmallia siten, että se kannustaa paremmin tuottavuuteen, laatuun ja kustannusvaikuttavuuteen
 - Ohjataan alueita ottamaan käyttöön vaikuttavaksi osoittautuneita toimia ja muutetaan tarvittaessa sääntelyä. Esim. turhien todistusten vähentämisellä voitaisiin pienentää merkittävästi lääkäriajetta. STM:n v. 2023 arvion mukaan, jos lausuntoihin kuluva aika voitaisiin vähentää 10 %, vapautuisi työaika 180 lääkäriä vuodessa, tai jos kirjoittamiseen käytetty aika puolitettaisiin, vapautuisi huimat 900 työvaihtoa. Tässäkin yhteydessä myös digitalisaation ja tekoälyn hyödyntäminen huomiotava.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeen kasvu

- Ikääntyneiden määrän kasvun aiheuttama sote-kustannusten kasvu aiheutuu sairastavuudesta ja toimintakyvyn laskusta. Sosiaali- ja terveystoimintapolitiikassa tulisi priorisoida hyvin toimivia perustason palveluja, joilla toimintakyvyn laskua voidaan ehkäistä ennalta ja hillitä.

- Yli 65-vuotiaiden ja etenkin yli 85-vuotiaiden määrän kasvu edellyttää palveluihin satsaamista, jotta ikääntyneiden perustuslain mukaiset oikeudet riittäviin sosiaali- ja terveystalouteen voidaan toteuttaa.
- Palveluiden on oltava esteettömiä ja saavutettavia kaikilta osin.
- Väestön ikääntymisen aiheuttamaa kustannusten kasvua voidaan hillitä ennaltaehkäisevillä toimilla, kuten terveellisten elintapojen edistämällä ja toimintakyvyn monipuolisella ylläpidolla. Tämä koskee myös omaishoitajien jaksamisen tukemista. Esimerkkinä Tampereen liikuntaryhmät.
- Palvelujärjestelmän kehittämättömyys ja tehottomuus voivat lisätä kustannuksia, jos ikääntyneiden tarpeisiin ei vastata oikea-aikaisesti ja vaikuttavilla palveluilla. Siksi tarvitaan satsauksia paitsi palveluiden saatavuuteen ja laatuun, myös rakenteellisiin uudistuksiin.
- Asumisen erilaisia muotoja on innovoitava edelleen niin, että ne vastaavat ihmisten tarpeita ja toiveita.
- Vieraskielisen väestön kasvu tulee huomioida terveystaloutten järjestämisessä ja kehittämisessä. Vaikeaselkoinen terveystalouttenjärjestelmä ei saa olla esteenä maahanmuuttajaväestön terveystaloutten käytölle.
- On edistettävä nykyistä selkeämpää terveydenhuoltojärjestelmää. Selkeästi kuvatut palvelut, sujuva ja yksinkertainen yhteydenotto ja nopea pääsy julkisen perusterveydenhuollon palveluihin palvelevat kaikkia suomalaisia ja kasvattavat luottamusta terveydenhuoltoon kohtaan.
- HVA-rahoitusmallin uudistaminen niin, että yleiskatteelliseen rahoitusmalliin tuodaan vaiheittain ikääntyvän väestön toimintakyvyn ylläpitämisestä palkitseva kerroin.

Hoitoon pääsy

- Suomalaiset raportoivat tutkimuksissa enemmän tyydyttymättömyyttä terveydenhuollon tarvetta kuin muiden Pohjoismaiden asukkaat, ja merkittävin syy tälle ovat liian pitkät odotusajat.
- On parannettava hoitoon pääsyä edistämällä 14 vrk ja myöhemmin 7 vrk hoitotakuuseen palaamista.
- Omalääkärijärjestelmän käyttöönoton edetessä on tarkasteltava kriittisesti hoidon tarpeen arviointiin liittyvää lainsäädäntöä. Portinvartijana pidettyä hoitajavetoista hoidon tarpeen arviointia tulisi paremman hoidon jatkuvuuden myötä asteittain purkaa, vaikka tämä lisäisikin lääkärin vastaanottojen kysyntää.

Hoidon hinta

- Työterveyshuollon laajamittainen sairaanhoito ja monet yksityisen sektorin Kela-korvaukset ylläpitävät tehotonta monikanavaista terveydenhuoltojärjestelmää. Edellä mainitut kokonaisuudet tulisi arvioida seuraavalla hallituskaudella kriittisesti ja suunnata tarvittaessa julkisen sektorin omalääkärimallin ylläpitoon.

- Hoitovajeesta kärsivien alojen, kuten silmätautien, hedelmöityshoitojen ja gynekologisen hoidon Kela-korvaukset tulisi todennäköisesti säilyttää, huolehtien samalla näiden tarjonnan lisäämisestä julkisella sektorilla.
- Yli 65-vuotiaiden valinnanvapauskokeilun tulokset on vuoden 2027 lopussa analysoitava tarkasti. Mikäli kokeilu lisää käyntimääriä kaikissa tuloluokissa ja tuottaa korkeaa hoidon jatkuvuutta kustannustehokkaasti, tulee kokeilun yhdistämistä julkisen sektorin omalääkärimalliin harkita.
- Työterveyshuollon vapaaehtoisen sairausvastaanoton yrityskohtaiset kustannukset kasvavat nopeasti ja muodostavat pienille ja keskisuurille yrityksille merkittävän kustannuserän, johon yrityksillä itsellään on vain vähän keinoja vaikuttaa.
- Lyhyellä aikavälillä on edistettävä työterveyshuollon kustannusten ja sopimusten läpinäkyvyyttä, tavoitteena pienten ja keskisuurten yritysten tukeminen työterveyshuollon markkinoilla. Keskipitkällä aikavälillä on edistettävä ns. työterveyshuollon toimitusvelvollisen tuotteen mallia (vrt. sähkömarkkinalain mukainen sähköyhtiöiden velvollisuus toimittaa sähköä kohtuullisella hinnalla) tai muuta työterveyshuollon kustannuksia kohtuullistavaa mallia. Pitkällä aikavälillä tulee tarkastella vapaaehtoisen työterveyshuollon verovähennyskelpoisuutta ja näiden verovarojen kanavoimista julkisen sektorin omalääkärijärjestelmään.

Omalääkärijärjestelmä

- Suomen perusterveydenhuollon ensisijaiset ongelmat ovat heikko hoidon saatavuus ja jatkuvuus. Kummankaan puuttuessa ei saavuteta parhaita terveyshyötyjä. Hoidon jatkuvuutta ei voida merkittävästi parantaa nykyistä terveysasematoimintaa hienosäätämällä. Omalääkärimallien kokeiluista on aika siirtyä mallin ylläpitovaiheeseen.
- Seuraavan hallituskauden aikana on edistettävä ensisijaisen terveydenhuollon hoidon jatkuvuutta ja kustannusvaikuttavuutta vakiinnuttamalla Suomeen omalääkärimallin, jossa lääkäri voi valintansa mukaan toimia työsuhteessa tai yksityisyrittäjänä julkisella sektorilla. Sopiva sekoitussuhde takaa mallin kustannustehokkuuden ja auttaa houkuttelemaan lisää omalääkäreitä yksityiseltä sektorilta.
- Ammatinharjoittajaomalääkärinä toimimista tuetaan helpottamalla omalääkärien yhteisyritysten tai osuuskuntien perustamista.

Luottamus terveydenhuoltoon

- Suomalaisten luottamus terveydenhuoltoon on laskenut. Mikäli luottamus jatkaa laskuaan, on vaarassa julkisen terveydenhuoltojärjestelmän oikeutus ja tätä kautta halukkuus tukea julkista järjestelmää verovaroin.
- Julkisen sektorin terveystalvelujen tulee lunastaa niille asetettuja odotuksia hoitoon pääsyyssä ja muun muassa digitaalisessa asiointissa. Omalääkärimallin vakiinnuttamisen yhteydessä on pidettävä huolta siitä, että malli nopeuttaa hoitoon pääsyä ja mahdollistaa joustavan ja asiakaslähtöisen asiointin.

- Hyvinvointialueiden taloutta tulee tasapainottaa pitkäjänteisesti ja reilusti. Rahoitusmallin epäselvyyksistä on päästävä eroon, jotta rahoitusmallin legitimitetti ja sitä kautta luottamus sote-palvelujen tulevaisuuteen säilyy.

Vuokratyö ja työvoiman tarve

- On edistettävä terveydenhuollon ammattilaisten työtaakan keventämistä vähentämällä vähähyötyistä tai tarpeetonta työtä.
- Korvataan kaikki lyhyet sairauslomatoistukset (1-9 vrk) ilmoitukseen perustuvalla käytännöllä.
- Luovutaan lääkityksen erityiskorvattavuuden B-lausunnosta. Useimmissa tilanteissa lääkärinlausunnon voisi korvata yksinkertaisella reseptimerkinnällä. 2,9 miljoonaa suomalaista sai vuonna 2023 Kelan lääkekorvauksia.
- Kuntoutukseen vaadittavien lääkärinlausuntojen (esim. B-lausunto Kelan kuntoutuspsykoterapian tarpeesta) sijaan tulee hyödyntää muita tietoja, kuten kertomusmerkintöjä. Vuonna 2021 Kelan järjestämässä kuntoutuksessa oli 156 139 yksittäistä kuntoutujaa, joille kaikille on täytynyt laatia yksi tai useampi laaja lääkärinlausunto.

Digitaaliset palvelut

- Digitaalinen asiointi etenee hyvinvointialueilla nopeasti. Nopean laajentumisen vaiheen jälkeen on tärkeää keskittyä digitaalisten palvelujen asiakaslähtöisyyteen ja sen varmistamiseen, että digitaaliset palvelut toimivat saumattomana osana palvelujärjestelmää.
- On edistettävä hyvinvointialueilla käynnissä olevaa digitaalisen asioinnin palvelujen laajentamista, tavoitteena digitaalisen asioinnin ensisijaisuus sote-palveluissa. Samalla on tärkeää kehittää myös asiakaslähtöisiä puhelinasiointiin ja paikan päällä asiointiin perustuvia yhteydenottotapoja.
- Digitaalisen asioinnin osalta tulee asettaa kansallisia tavoitteita palveluvalikoimalle ja yhteydenoton viiveelle. Nopean vastausajan chat-palvelujen saatavuus ei vielä kata koko maata, ja tällaiset uudet yhteydenottotavat tulisi huomioida nykyistä paremmin hoitotakuun lainsäädännössä.

Raportin tekoon osallistuneet työryhmät ja työssä kuullut asiantuntijat

Päävastuussa työstä on ollut sote-työryhmä.

Mukana ovat olleet lisäksi seuraavat työryhmät: nuorisopoliittinen työryhmä, varhaiskasvatus-, koulutus- ja sivistys -työryhmä, työ- työvoima- ja sosiaaliturva -työryhmä sekä liikuntapoliittinen työryhmä.

Kuullut asiantuntijat:

- Markus Sovala, pääjohtaja (Tilastokeskus)
- Susan Kuivalainen, ohjelmajohtaja (Demography-hanke)
- Juho Saari, sosiaali- ja terveystalouden professori (Tampereen yliopisto)
- Liina-Kaisa Tynkkynen, johtava tutkija (THL)
- Teppo Kröger, yhteiskuntapolitiikan professori (Jyväskylän yliopisto)
- Mikko Myrskylä, yhteiskuntatieteiden professori (Helsingin yliopisto)
- Venla Berg, johtava tutkija (Väestöliitto)
- Ismo Linnosmaa, sosiaali- ja terveystaloustieteen professori (Itä-Suomen yliopisto)
- Laura Kestilä, johtava tutkija (THL)
- Mikko Kautto, toimitusjohtaja (Eläketurvakeskus)

Lisätietoja

Puheenjohtajat:

- Kim Berg, etunimi.sukunimi@eduskunta.fi
- Niina Alho, etunimi.sukunimi@gmail.com

Sihteerit:

- Laura Lindeberg, etunimi.sukunimi@gmail.com
- Outi Vilen etunimi.sukunimi@eduskunta.fi

SDP:n ilmiötyöstä yleisesti lisätietoja antaa puolueen poliittisen valmistelun päällikkö Miia Järvi, etunimi.sukunimi@sdp.fi