

Valtiovarainvaliokunnan kunta- ja hyvinvointijaosto

Kunta- ja hyvinvointijaosto torstai 09.10.2025 klo 09.30 / HE 99/2025 vp / Asian-
tuntijapyyntö

Hyvinvointialueiden rahoituksen määräytymistekijät – näkymät vuoden 2026 rahoitukseen ja tarveperusteisuuden ja HYTE-määräytymistekijän toimivuus

Valtiovarainvaliokunnan kunta- ja hyvinvointijaosto on pyytänyt lausuntoa hyvinvointialueiden vuoden 2026 rahoituksen näkymistä ja rahoitusmallin määräytymistekijöiden, erityisesti tarveperusteisen osan ja HYTE-kertoimen toimivuudesta. Lisäksi pyydettiin lausumaan diagnostietojen laadunhallinnasta sekä rahoitusmallin tulevasta kehitystyöstä. THL kiittää mahdollisuudesta lausua asiasta.

Tarveperusteisen osan toimivuus

Palvelutarvekertoimet perustuvat tilastolliseen malliin, jolla pyritään ennustamaan henkilön palvelukäyttöä perustuen ikään, sukupuoleen, sairauksiin, sosioekonomiseen asemaan ja muihin taustatekijöihin. Samalla pyritään poistamaan ennusteesta se osuus, joka johtuu palvelujen saatavuudesta, jotta palvelujen aiempi saatavuus ei vaikuttaisi rahoitukseen. Vastaavan tilastollisen mallin käyttö on kansainvälisesti tyypillinen ratkaisu sekä kansallisten terveydenhuoltojärjestelmien rahoituksen kohdentamisessa että vakuutusperusteisten terveydenhuoltojärjestelmien riskivakiointimekanismeissa.

Tilastolliseen malliin ja sen tietopohjaan liittyy aina epävarmuutta. THL:n näkemys on, että nykyisen kaltainen tarvemalli on silti syytä säilyttää pääasiallisena rahoitusta määräävänä tekijänä, jotta hyvinvointialueiden mahdollisuudet tarjota yhdenvertaiset palvelut turvattaisiin. Rahoitusmallin kannusteet laadukkaille tietotoimituksille ja tehokkaalle palvelutuotannolle ja ovat silti tärkeitä, ja mitä enemmän kannusteita halutaan painottaa, sitä enemmän tulee arvioida vain demografisiin ja sosiaalisiin tekijöihin perustuvan tarvevakioinnin tai HYTE-kertoimen

kaltaisten kannusteosien painoarvon nostoa, tai hyvinvointialueiden verotusoikeuden käyttöönottoa.

Tarvelaskelmien vuosivaihtelun suuruusluokka on herättänyt huolta, ja käytetyn rekisteriaineiston ja erityisesti sairastavuustiedon laatua on siksi kyseenalaistettu. THL tulee jatkossa keskittymään aiempaa perusteellisemmin tarvemallissa käytettävien tietosisältöjen laatuksymyksiin. Tämän lisäksi THL tulee seuraamaan hoitoilmoitusrekistereiden diagnoositoimituksia aiempaa tarkemmin ja tulee olemaan hyvinvointialueisiin yhteydessä koskien mahdollisia suuria muutoksia sairausluokien havaintomäärissä.

Perusterveydenhuollon avohoidon ilmoitusten (Avohilmon) laatu puutteet ovat olleet tiedossa, ja tarvemallitutkimuksessa on alusta alkaen pyritty käyttämään laajaa ja kattavaa aineistoa, jossa eri tietolähteet täydentäisivät toisiaan. Jos joitain tietolähteitä rajattaisiin pois tietopohjasta esimerkiksi laatuksymysten vuoksi, aiheutettaisiin helposti vaikeita kannusteongelmia, sekä kohdeltaisiin hyvinvointialueita eriarvoisesti sen suhteen, mitä tuotantotaparatkaisuja ne ovat tehneet. Tutkimuksessa on siis väistämätöntä tasapainotella aineistoihin liittyvien epävarmuuksien kanssa.

Tutkimuksessa saatujen tulosten perusteella vaikuttaa, että tarvelaskelmissa voi olla huomattavastikin vuosivaihtelua, joka johtuu tarvekijöiden todellisesta vaihtelusta, ja että hyvinvointialueen väkiluku vaikuttaa huomattavasti vaihtelun suuruuteen. Väkiluvultaan pienimmillä hyvinvointialueilla vaihtelun määrä voi olla moninkertainen verrattuna väkirikkaimpiin hyvinvointialueisiin.

Äärimmäisiä vuosivaihteluita on tarpeen tasoittaa riippumatta siitä, missä määrin ne johtuvat vaihteluista rekisteritiedoissa ja missä määrin todellisista muutoksista palvelutarpeesta. Hyvinvointialueiden rahoituksen tarvelaskelmien muutoksia tullaan loiventamaan vuoden 2026 rahoituksesta alkaen käyttämällä tarvekertoimista kahden vuoden keskiarvoa. Vuosimuutokset ja keskiarvon käyttämisen vaikutus näkyvät

taulukossa 1 terveydenhuollon tarvekertoimien osalta (laskelmat tehty vastaavalla tavoin vanhustenhuollon ja sosiaalihuollon osalta). Keskiarvoistaminen hidastaa muutoksia, mutta on tarpeen seurata, riittääkö tämä rahoitusvakauden turvaamiseksi.

Muutkin ratkaisut ennakoitavuuden parantamiseksi ovat mahdollisia: hyvinvointialueen rahoitus voitaisiin esimerkiksi lukita aina muutamien seuraavien vuosien ajanjaksoksi perustuen arvioon alueellisen palvelutarpeen kasvusta yhdistelemällä tarvekertoimia (Holster ym. 2025) ja palvelutarpeen ennakkointityökalun laskelmia (Honkatukia & Pihlava, 2025). Tällaista menetelmää voidaan arvioida tulevaisuudessa. Ratkaisujen kääntöpuolena hidastetaan myös todellisten tarvemuutosten heijastumista alueen rahoitukseen. Tämä on tietysti ongelma erityisesti alueilla, joilla väestö vanhenee ja sairastavuus kasvaa.

Tarvemallin kehittämiseksi on tehty jatkuvaa työtä ja tuoreimmat tulokset, herkkyystarkastelut ja ehdotus rahoituksen tarveperusteisen määräytymistekijän päivittämiseksi on esitetty työpaperissa Holster ym. (2025). Päivitysehdotuksessa esitetään esimerkiksi sairastavuustiedon poiminnan laajentamista perustason sairaanhoidon kirjausten osalta ja muiden sektorien käytön huomioimisen selkeyttämistä.

Työpaperin työtä jatketaan kattavamman raportin julkaisemiseksi. Myös demografisen mallin arviointia jatketaan ja selkeä parannus nykytilaan olisi korvata asukasperusteinen määräytymistekijä demografisen mallin mukaisilla tarvekertoimilla. Ensihoitoa ja ikääntyneiden toimintakykyä koskevat rekisteritiedot ovat kehittyneet viime vuosina, ja sosiaalihuollon avopalvelutietojen osalta tiedonkeruu laajenee lähivuosina. Näiden aineistojen lisäämistä tarvemallin tietopohjaan arvioidaan lähitulevaisuudessa.

Taulukko 1. Terveysthuollon tarvekerroin v. 2026 rahoituksessa kahden vuoden keskiarvoa käyttäen.

Hyvinvointialue	TH:n tarvekerroin 2022	TH:n tarvekerroin 2023	TH:n tarvekerroin: keskiarvo 2022–2023
Helsinki	0,892	0,928	0,910
Vantaa ja Kerava	0,913	0,946	0,930
Länsi-Uusimaa	0,851	0,840	0,845
Itä-Uusimaa	0,975	0,952	0,963
Keski-Uusimaa	0,919	0,905	0,912
Varsinais-Suomi	1,048	1,046	1,047
Satakunta	1,054	1,026	1,040
Kanta-Häme	1,049	1,042	1,045
Pirkanmaa	1,021	1,005	1,013
Päijät-Häme	1,057	1,074	1,066
Kymenlaakso	1,138	1,112	1,125
Etelä-Karjala	1,016	0,989	1,003
Etelä-Savo	1,140	1,171	1,155
Pohjois-Savo	1,100	1,081	1,090
Pohjois-Karjala	1,170	1,214	1,192
Keski-Suomi	0,970	0,969	0,970
Etelä-Pohjanmaa	1,073	1,114	1,093
Pohjanmaa	0,951	0,932	0,942
Keski-Pohjanmaa	1,086	1,069	1,078
Pohjois-Pohjanmaa	0,983	0,965	0,974
Kainuu	1,135	1,138	1,137
Lappi	1,121	1,113	1,117

HYTE-kertoimen toimivuuden arviointi

HYTE-kertoimen kehittäminen aloitettiin 19 vuotta sitten ja ensimmäisen kerran sitä esitettiin valtionosuuden perustaksi vuonna 2008.

Tuolloin kertoimen indikaattoripohja oli liian kapea ja potilastietojärjestelmistä saatava tieto ei ollut riittävän laadukas.

Hyvinvointialueiden HYTE-kertoimen toimivuutta tarkasteltiin ensimmäisen kerran ”Tilannekuvia hyvinvointialueilta – muutokset palvelujärjestelmässä sote-uudistuksen alkuvuosina” (Tynkkynen ym. 2025) julkaisussa. Siinä todettiin, että hyvinvointialueiden toimintavuodet ehkäisevän ja edistävän työn osalta näyttäytyvät tarkasteltavien tietojen valossa vaatimattomilta, mutta vuoden 2024 aikana HYTE-kertoimen indikaattoreihin on kiinnitetty huomiota.

Seuraavassa taulukossa kuvataan ehkäisevän työn tilannetta hyvinvointialueiden käynnistyessä vuonna 2023 sekä tilannetta vuotta myöhemmin, vuonna 2024. Taulukosta ilmenee, että vuonna 2024 – eli hyvinvointialueiden toisena toimintavuotena – henkilöille, joilla oli todettu alkoholinkäyttöön liittyvä riski tai haitta, oli selvästi yleisemmin toteutettu alkoholin riski- ja haitallisen käytön lyhytneuvonta (mini-interventio).

Taulukosta näkee myös, että osalla alueista tieto mini-interventioiden toteuttamisesta ei kirjautunut rakenteellisesti tietojärjestelmään. Käytännössä tämä tarkoittaa, että tiedolla johtaminen alkoholin haitallisen käyttämisen puuttumisen osalta ei ole mahdollista.

Taulukko 2. Alkoholinkäytön mini-intervention toteutuminen, kun juomiseen liittyy haitta tai haittariski hyvinvointialueittain, 2023–2024.

Hyvinvoin- tialue	Riski todettu 2023	Riski todettu 2024	Neu- vontaa an- nettu 2023	Neu- vontaa an- nettu 2024	Neu- vonta, % 2023	Neu- vonta, % 2024
Etelä-Kar- jala	781	1217	7	293	0,9	24,1
Etelä- Pohjanmaa	6	111	0	3	0	2,7
Etelä- Savon	59	232	0	26	0	11,2
Helsingin kaupunki	796	525	0	10	0	1,9
Itä- Uusimaa	9	22	0	2	0	9,1
Kainuu	77	138	0	0	0	0
Kanta- Häme	96	482	1	62	1	12,9
Keski- Pohjanmaa	179	108	5	8	2,8	7,4
Keski-Su- omi	966	1247	0	24	0	1,9
Keski- Uusimaa	25	32	0	10	0	31,2
Ky- menlaakso	904	1237	20	136	2,2	11
Länsi- Uusimaa	13	42	0	0	0	0
Lappi	108	109	0	4	0	3,7
Päijät- Häme	1656	1789	245	312	14,8	17,4
Pirkanmaa	61	45	0	2	0	4,4
Pohjanmaa	2		0		0	
Pohjois- Karjala	721	666	3	15	0,4	2,3
Pohjois- Pohjanmaa	93	39	0	0	0	0
Pohjois- Savo	49	87	0	13	0	14,9
Satakunta	334	286	4	6	1,2	2,1

Vantaan ja Kerava	573	500	0	33	0	6,6
Varsinais-Suomi	332	453	0	107	0	23,6

HYTE-kerroin vaikuttaa ensimmäistä kerran hyvinvointialueiden rahoitukseen vuonna 2026. HYTE-kerroin perustuu indikaattoreihin, jotka kuvaavat tehtyä työtä vuonna 2024 ja muutosta väestön hyvinvoinnissa ja terveydessä vuosina 2023–2024.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on tiedottanut ja tukenut hyvinvointialueita HYTE-kertoimen indikaattorien sisällöstä varmistaakseen osaltaan, että alueet tietävät mitä tietoja HYTE-kertoimessa käytetään ja miten se vaikuttaa rahoitukseen. Ensimmäinen hyvinvointialueiden yhteinen HYTE-kerroin-klinikka pidettiin 13.2.2023 ja viimeisin (11.) 18.8.2025. Lisäksi vuoden 2024 aikana käytiin kaikkien hyvinvointialueiden kanssa kahdenkeskiset klinikat, joissa THL:n alueelta saamaa (Avo-hilmo ja Terveyshilmo) HYTE-kertoimien tietopohjaa tarkasteltiin hyvinvointialueen tietopohjaan. Havaittujen poikkeuksien osalta pystyivät hyvinvointialueet mm. tekemään muutoksia omaan potilastietojärjestelmäänsä siten, että tiedot jatkossa siirtyivät tarkoituksenmukaisesti THL:lle.

HYTE-kerroin näyttää toimineen toivotulla tavalla eli kannustaneen hyvinvointialueita hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyöhön. Tietopohjassa on vielä haasteita joidenkin hyvinvointialueiden osalta, mikä osaltaan haastaa HYTE-kertoimen toimivuutta todellisen työn kuvaajana. Laadukas tietopohja on edellytys tietoperusteiselle johtamiselle ja systemaattisten prosessien kehittämiseen, mihin myös HYTE-kerroin kannustaa. Hyvinvointialueilla on selkeästi otettu askeleita kohti systemaattisia prosesseja, joiden seurauksena on mahdollista saada aikaan myös vaikuttavuutta eli ehkäistä tulevia sairauksia ja ongelmia eikä ainoastaan tunnistaa ongelmia.

THL julkaisee menetelmäraportin HYTE-kertoimesta tänä syksynä ja sen laskentaa on edelleen kehitettävä tarkoituksenmukaisen kannustavuuden kehittämiseksi. Työssä tarvitaan edelleen tiivistä yhteistyötä hyvinvointialueiden kanssa laadukkaan ja riittävän laajan tietopohjan varmistamiseksi ja osaoptimoinnin välttämiseksi.

Pääjohtajan sijainen,
hallinto- ja talousjohtaja

Mia Nykopp

Johtaja

Piia Aarnisalo

Lähteet

Holster, T., Haula, T., Korajoki, M., Laukkonen, M. L. & Lavaste, K. (2025). Hyvinvointialueiden sote-rahoituksen tarvevakiointimalli: Päivitys 2025. THL Työpaperi 41/2025.

Honkatukia J. & Pihlava, M. (2025). Hyvinvointialueiden palvelutarpeen ennakointityökalu. Saatavilla: https://thl.fi/documents/155392151/0/Hyvinvointialueen%20palvelutarpeen%20ennakointity%C3%B6kalu_kuvaus.pdf/8114c2de-debc04c9-e281-bb21507ae119/Hyvinvointialueen%20palvelutarpeen%20ennakointity%C3%B6kalu_kuvaus.pdf.