

Tuukka Holster ja
projektityöryhmä

5.11.2025

THL:n vastine Etelä-Pohjanmaan ja Keski-Suomen hyvinvointialueiden selvitykseen hyvinvointialueiden rahoitusmallin toimivuudesta

Etelä-Pohjanmaan ja Keski-Suomen hyvinvointialueet julkaisivat 9.10.2025 yhteisen kannanoton, jonka mukaan hyvinvointialueiden rahoitusmallin toteutus vaarantaa palvelujen yhdenvertaisuuden. Kannanotto perustuu Kivisen ja Kankaanpään (2025) selvitykseen rahoitusmallin tarveperusteisen osan toimivuudesta.

Selvityksessä koetaan epäselväksi, milloin muuttujat ovat riittävän hyvin perusteltuja sisällytettäväksi tarvevakiointimalliin. Perusteluja muuttujavalinnoille on kuvattu tarvevakiointitutkimuksesta julkaisuissa työpapereissa. Tehtyihin valintoihin liittyy väistämättä myös epävarmuutta. Kiitämme saamistamme kommentteista ja tässä vastineessa pyrimme vastaamaan tarvevakiointimalliin liittyvään kritiikkiin. THL:n vastineet liittyen muun muassa potilastietojärjestelmien toimintaan, toimittajaloukkuihin sekä kansallisiin tietotuotannon kehittämistä koskeviin kokonaisuuksiin käydään erikseen yhteisessä palaverissa Kankaanpään, Kivisen sekä THL:n kehittämisjohtaja Jukka Jokisen kanssa, josta muodostetaan erikseen muistio. THL kutsuu palaverin koolle.

Kankaanpää ja Kivinen näkevät nykyisen rahoitusmallin keskeiseksi ongelmaksi epävarman sairastavuustiedon käytön

Selvityksessä esitetään kuvioita hoitoilmoitusrekisteriin ilmoitettujen diagnoosien lukumääristä yli ajan eri alueilla. On totta, että esitetyn kaltaiset suuret muutokset hoitoilmoitusrekisteriin ilmoitetuissa tiettyjen sairauksien diagnoosilukumäärissä heijastavat muutoksia hyvinvointialueiden kirjaamiskäytännöissä ja tietotoimituksissa.

Tarvelaskenta perustuu henkilöiden sairastavuuteen, ei diagnoosilukumääriin

Kuten myös kirjoittajat toteavat, tarvelaskenta (ja siten alueen rahoitus) ei perustu diagnoosien tai muiden määrittelytekijöiden lukumääriin, vaan henkilöiden havaittuun sairastavuuteen (tapausmääriin).

Tuukka Holster ja
projektityöryhmä

5.11.2025

Henkilöille merkitään sairausluokkia perustuen hoitoilmoitusrekisteritietojen lisäksi useisiin muihin tietolähteisiin, muun muassa Kansaneläkelaitoksen ja Eläketurvakeskuksen rekisteritietoihin. Merkitystä on siis sillä, havaitaanko henkilöllä sairaus tai tila jostain tietolähteestä vähintään kerran. Suuri kasvu esimerkiksi tietyn sairauden pitkäaikaisdiagnooseissa ei vaikuta alueen laskennalliseen palvelutarpeeseen, jos samoille henkilöille tunnistetaan kyseinen sairaus jostain toisestakin tietolähteestä. Myöskään sillä ei ole vaikutusta, jos henkilölle kirjataan sama diagnoosi usealle saman tilastovuoden hoitotapahtumalle. Diagnoosien lukumäärien muutoksista ei voi suoraan päätellä muutoksia alueiden rahoituksessa.

Tarvelaskelmien huomattavat vuosimuutokset toki kertovat siitä, että sairastavuustietojen muutoksilla on ollut vaikutusta. Siltä osin kuin diagnoosilukumäärien kasvu heijastaa rekisterien kattavuuden paranevista tunnistetaan väestön sairastavuutta aiempaa paremmin. Jos alueiden tietojen kattavuus kehittyy hyvin eri tahtiin, on mahdollista, että lyhyellä aikavälillä ajaututtaisiin jopa aiempaa kauemmaksi todellisesta tarpeen jakautumisesta. Huomattavia vuosimuutoksia on siksikin tarpeen hillitä erillisillä mekanismeilla.

THL on kehittänyt vaiheittain hoitoilmoitusrekisterien tietokantaraportointia ja tarvelaskelmien aineistojen raportointia.¹ Näillä mahdollistetaan rekisterien tietosisällön seuraaminen ja tarvelaskelmien läpinäkyvyyden parantaminen.

¹ Tilastoraportteja ja tietokantaraportteja löytyy <https://thl.fi/tilastot-ja-data/ohjeet-tietojen-toimittamiseen/hoitoilmoitusjarjestelma-hilmo/raportointi> ja erityisesti perustason avohoidon osalta <https://thl.fi/tilastot-ja-data/ohjeet-tietojen-toimittamiseen/perusterveydenhuollon-avohoidon-hoitoilmoitus-avohilmo/raportit>. Rahoituksen tarvelaskennasta löytyy materiaaleja <https://thl.fi/aiheet/sote-palvelujen-johdaminen/rahoitus-ja-kustannukset/hyvinvointialueiden-sote-palvelujen-tarveperustainen-rahoitus>, missä on erityisesti tarvekerrointen laskentataulukko ja taulukko eri tietolähteistä havaituista sairausmääristä (taulukko tietolähdepoiminnoista).

Tuukka Holster ja
projektityöryhmä

5.11.2025

Tarvelaskelmien aineistojen tutkiminen ja visualisointi tehdään nykyistä helpommaksi loppuvuoden 2025 aikana kehittyvässä Tableau-pohjaisessa raportoinnissa.

Sairausluokitusta on kehitetty vaiheittain yhdessä hyvinvointialueiden kanssa

Sairausluokituksen sisältöä eli tietolähteistä poimittavia tietoja on vaiheittain kehitetty THL:n järjestämissä työpajoissa yhdessä hyvinvointialueiden klinisten asiantuntijoiden kanssa. Luokitusta on laajennettu ja yksittäisiä sairausluokkia tarkennettu. Kunkin sairausluokan kohdalla on huolellisesti arvioitava sitä, mistä eri lähteistä tietoa poimitaan, ja klininen asiantuntemus on tässäkin erityisen arvokasta. Viimeisimmällä, kevään 2024 kehityskierroksella THL järjesti 12 työpajaa, joista jokaisessa keskityttiin tiettyyn ICD-10 luokituksen tautiryhmään. Työpajoihin osallistui yli 90 klinistä asiantuntijaa eri hyvinvointialueilta, Helsingin kaupungilta ja HUS:sta.

Holster ym. (2025) työpaperissa esitettyyn tarvemallin päivitysehdotukseen sisältyy tämän kehitystyön tuloksena muodostunut päivitetty sairausluokitus. Työpaperissa ehdotettiin myös diagnoosipoiminnan laajentamista Avohilmosta vastaanottokäynneistä muihin yhteystapoihin, avosairaanhoidosta muihin palvelumuotoihin sekä ammattiryhmien osalta lääkäreiden toteuttamista palvelutapahtumista myös muihin ammattilaisiin.

Selvityksessä kritisoidaan tietolähteiden laajentamista, koska alueiden välillä on eroja kirjaamiskattavuudessa

Selvityksessä esitetään, että tietolähteitä laajentaessa siirrytään vajavaisista ämpärillisistä diagnooseja vajavaisiin saaveihin diagnooseja, eikä sairastavuustiedon laatu parane. Selvityksessä tätä havainnollistava kuva 4 on vaikeasti ymmärrettävä, ja jää epäselväksi viitataanko kuvalla vain sairastavuuden tietolähteiden laajentamiseen vai myös sairausluokkien määrän kasvuun.

Tuukka Holster ja
projektityöryhmä

5.11.2025

Riippumatta kuvan tarkasta tulkinnasta on epäselvää, miksi täysin uusien sairausluokkien diagnoosikoodit olisivat nykyisiä sairausluokkia huonommin kirjattuja. Lisäksi työpaperissa Holster ym. (2025) ehdotetun päivitetyn sairausluokituksen luokkien määrän kasvusta iso osa johtuu nykymallin sairausluokkien jakamisesta pienemmiksi, tarkemmiksi luokiksi.

Selvityksessä esitetty tietolähteiden laajentamista koskeva vertauskuva ei siis ole toimiva ja vaikuttaisi nojaavan väärään käsitykseen siitä, että tarvelaskenta perustuisi sittenkin diagnoosien lukumäärien vertailuun. Todellisuudessa uusia tietolähteitä kohdeltaisiin samoin kuin muita: potilaan diagnoosi huomioitaisiin mallissa vain kerran yli kaikkien tietolähteiden. Täsmällisempi vertauskuva olisi esimerkiksi tämä: useista alueiden enemmän tai vähemmän vajaista ämpäreistä (väestön sairastavuus tietolähteissä) havaituilla tiedoilla täytetään yhtä yhteismitallista ämpäriä (väestön sairastavuus). Nykyisellään ollaan toki edelleen tilanteessa, jossa ämpäri jää vajavaiseksi: kaikkea väestön sairastavuutta tuskin havaitaan rekistereistä. THL kuitenkin kehittää tarvelaskentaa jatkuvasti pyrkien siihen, että väestön palvelujen tarpeita aiheuttavaa sairastavuutta havaittaisiin aina entistä paremmin.

Sairastavuuden tietolähteiden laajentamisella pyritään huomioimaan muuttuvat käytännöt tuotantotavoissa

On totta, että tietolähteiden välillä on alueellisia eroja kirjaamiskattavuudessa. Työpaperissa Holster ym. (2025) ehdotetaan Avohilmon sairastavuustiedon poiminnan laajentamista esimerkiksi kaikkien ammattiryhmien tekemiin kirjauksiin, vaikkakin alueelliset erot ovat kirjaamiskattavuudessa nykyistä poimintaa (lääkärien vastaanottokäynnit avosairaanhoidon palvelumuodossa) suurempia muissa ammattiryhmissä, ja etäyhteystavoissa kaikissa ammattiryhmissä (liitekuviot 1 ja 2). Nykyisellä Avohilmo-poiminnalla onkin pyritty rekisteriasiantuntijoiden näkemykseen perustuen minimoimaan alueiden välisiä eroja aiheuttavia tekijöitä tietojen kirjaamisessa, jotta sairastavuutta havaittaisiin mahdollisimman yhdenvertaisesti (Holster, Haula & Korajoki, 2022; Häkkinen ym. 2020).

Tuukka Holster ja
projektityöryhmä

5.11.2025

Ehdotetulla tietolähteiden laajennuksella pyritäisiin huomioimaan alueiden erilaisia ja muuttuvia palvelujen tuotantotapoja. Useilla hyvinvointialueilla on viime vuosina korvattu lääkärin vastaanottokäyntejä etäkäynneillä tai hoitajien vastaanottokäynneillä, joilla kirjattuja diagnooseja ei nykyisessä rahoitusmallissa käytetä.

Pahimmillaan voisi silti käydä niin, että kirjaamiskattavuuden alueeroista syntyvät haitat ylittäisivät tuotantotapojen erojen huomioimisesta koituvat hyödyt: vaikka uusista tietolähteistä saataisiin lisää tietoa väestön sairastavuudesta, se olisi joillain alueilla niin puutteellista, että tarvelaskelmat vääristyisivät nykyisestä. Tässä tilanteessa suppeampi poiminta olisi parempi, koska sen mukaisissa tiedoissa diagnosoien kirjausaste olisi alueilla tasaisin. Kokonaiskuvan muodostaminen vaatii lisää tutkimusta. Työpaperissa Holster ym. (2025) todettiin, että sairastavuustiedon laajentaminen heikentää mallien selitysasteita henkilötasolla arvioituna, mutta vain vähäisesti. Jatkotyössä tietolähteiden laajentamisen vaikutusta tullaan arvioimaan myös aluetasolla.

Selvityksessä esitetään sairastavuustiedon kaventamista

Selvityksessä pohditaan sairastavuustietoon perustuvalle mallille vaihtoehtoa, joka perustuisi vain demografisiin ja sosioekonomisiin muuttujiin (ns. demografinen malli). Demografisen mallin käyttöä on pohdittu myös työpaperissa Holster ym. (2025) ja kuten selvityksessäkin todetaan, olisivat sen suorat kannusteet ennaltaehkäisyyn paremmat, mutta toisaalta mallin ennustekyky ja siis tarveperusteisuus olisi luultavasti nykyistä heikompi.

Toisena vaihtoehtona selvityksessä ehdotetaan vähäisempään sairastavuustietoon perustuvaa mallia, jonka tiedot poimittaisiin vain muutamista, alueiden välillä yhteismitallisista tietolähteistä. Tällaisia tietolähteitä voisivat olla esimerkiksi tiedot lääketoimituksista tai lääkkeiden korvausoikeustiedot. Jälkimmäinen olisi menettelyltään lähellä aiemmin käytössä ollutta kuntien valtionosuuksien sairastavuusosaa, johon sairastavuustieto poimittiin kylläkin vain joidenkin vakavien sairauksien osalta hoitoon käytettävien lääkkeiden korvausoikeustiedoista (Vaalavuo, Häkkinen & Fredriksson, 2013).

Tuukka Holster ja
projektityöryhmä

5.11.2025

Myös tällaisessa mallissa kääntöpuolena olisi heikompi palvelujen käyttöä kuvaava tarveperustaisuus.

Pelkkä muuttujatietojen varmuus ei takaa tarvelaskelman tarkkuutta

Pienempi määrä muuttujia ja vain laadultaan yli ajan tasaisimpien tietolähteiden käyttö voisi vakauttaa tarvelaskelmia. Toisaalta pienemmän muuttujamäärään tai suppeampaan tietopohjaan perustuvaa mallia luultavasti kritisoidisiin puutteellisesta tarveperusteisuudesta, sillä jo nykyistä tarvemallia on kritisoitu liian suppeiden tietojen käytöstä. Esimerkiksi lääkäreiden perusterveydenhuollon etäkäyntien kirjaukset eivät ole nykymallissa poiminnoissa mukana, mikä on koettu epärealistiseksi erityisesti nopeammin etäpalvelujen käyttöön siirtyneillä alueilla. Myös sairausluokituksen sisältöä on pidetty liian suppeana ajatellen esimerkiksi eri ikäryhmissä yleisesti esiintyvää palvelutarvetta.

On kiistatonta, että demografiset ja sosioekonomiset muuttujat sekä Kelan rekisteritiedot lääkkeiden korvausoikeuksista ovat vakaampia tietoja siinä mielessä, että ne eivät ole Hilmo-tietojen tapaan hyvinvointialueiden kirjaamiskattavuuden ja tietotoimitusten varassa. Lääkkeiden korvausoikeustietojen osalta voidaan olla varmoja, etteivät alueiden väliset erot heijasta kirjaamiskattavuutta tai tietotoimitusten vakautta. Sairaalan vuodeosastojaksojen ilmoituksissa taas on varmasti alueellisesti tasaisemmin ja korkeammalla prosentilla kirjattuna diagnooseja kuin Avohilmossa.

Varmat mutta sisällöltään kapeat tiedot voivat kuitenkin mitata palvelutarvetta huomattavasti heikommin, kuin laadultaan jossain määrin vaihtelevat, mutta tietosisällöltään laajat aineistot. Vain lääkekorvausoikeuksiin perustuva sairastavuustiedon poiminta voi, sairausluokasta riippuen, yli- tai aliarvioida todellista sairastavuutta, sillä korvausoikeudet ovat nykyistä epätarkempi ja rajoittuneempi tapa määrittää sairastavuutta. Vain vuodeosastojaksojen diagnooseihin perustuva poiminta keskittyisi vakavimpiin tapauksiin ja jättäisi huomiotta avohoidossa hoidetun sairastavuuden. Tarveperusteisuus voisi kärsiä huomattavasti, jos joillain alueilla avosairaanhoidon lääkehoitoa käytetään vähemmän tai sairaanhoidon painotus on enemmän perustason palveluissa.

Tuukka Holster ja
projektityöryhmä

5.11.2025

Lopulta mallien ennustekykä täytyy pyrkiä arvioimaan tilastollisin kriteerein. Työpaperissa Holster ym. (2025) arvioitiin myös demografista mallia ja todettiin, ettei sitä voi ainakaan tarveperusteisuuden näkökulmasta nykyisellään suosittaa. Demografista mallia on kuitenkin arvioitava lisää. Kivinen ja Kankaanpää ovat oikeassa siinä, että myös pelkästään lääkkeiden korvausoikeuksilla määriteltyn sairastavuuteen perustuvaa mallia tulisi arvioida tilastollisesti, ja THL tulee sisällyttämään tämän jatkotyöhön.

Kuten työpaperissa Holster ym. (2025) todetaan, mallivalintaan jää väistämättä epävarmuutta. Tarvemallin kehittämisessä on nojattu kansainväliseen käytäntöön, jossa sairastavuustiedon käyttäminen on standardi. Sairastavuustietoa käytetään laajasti esimerkiksi Englannin NHS:n rahoitusmallissa (NHS England, 2022), että myös vakuutusperusteisissa terveydenhuoltojärjestelmissä (Ellis, Martins & Rose, 2018).

Tietolähteiden kaventamisessa törmätään helposti vaikeisiin kannusteongelmiin

Sairastavuustiedon poimintalaajuus vaikuttaa kirjaamisen ja palvelutuotannon kannusteisiin. Esimerkiksi vain läsnäkäynteihin perustuva poiminta kannustaa tuottamaan mahdollisimman paljon läsnäpalveluita. Ainoastaan sairaalan vuodeosastojaksojen diagnoosien käyttäminen ei kannustaisi panostamaan perustason hoitoon. THL:n näkemys on, että tarvemallin tulee olla mahdollisimman neutraali tuotantotapojen suhteen. Lääkekorvausoikeustietojen (laajempi) käyttö hyvinvointialueiden rahoituksen (ainoana) sairastavuustiedon lähteenä voisi johtaa lääkehoidon ylipainottamiseen suhteessa muihin (palveluissa toteutettaviin) hoitovaihtoehtoihin. Tällaiseen poimintaan siirtyminen voisikin johtaa siihen, että diagnoosien kirjaamiseen liittyvät huonot kannusteet vain siirtyisivät korvausoikeuksien hakemiseen.

Tietolähteiden valinnassa joudutaan tasapainoilemaan toisaalta tehokkaan tuotannon ja oikeellisten tietotoimitusten kannusteiden ja eri tuotantotapoja valinneiden alueiden yhdenvertaisuuden (mikä vaikuttaa tarveperusteiseen kohdentumiseen), toisaalta tiedon laadun välillä (mikä myös vaikuttaa tarveperusteiseen kohdentumiseen).

Tuukka Holster ja
projektityöryhmä

5.11.2025

Tietolähteiden valitseminen ei siis ole suoraviivainen valinta, eikä valintaan ole yksiselitteistä kriteeriä, sillä tarveperusteisuuden ja kannusteiden välillä täytyy väistämättä tasapainoilla. THL:n työpaperissa esitetty näkemys on, että kapean poiminnan asettama kannuste välttää esimerkiksi etäpalveluja tai hoitajien tuottamia palveluja on kuitenkin niin hankala, että sairastavuuspoiminnan laajentamista tulisi harkita tietopuutteista huolimatta.

Selvityksen ehdotukset rahoitusmallin pidemmän aikavälin kehittämiseksi

Kankaanpää ja Kivinen ehdottavat, että pitkän aikavälin ratkaisuna rahoitusta ohjattaisiin palvelutuotantotapojen ja kustannusten eroavaisuuksien perusteella, mikä heidän näkemyksensä mukaan vaatisi nykyistä tarkempaa rekisteriaineistoa. Kankaanpää ja Kivinen näkevät tietopohjassa erityiseksi ongelmaksi, että siinä missä suoritetiedot ilmoitetaan hoitoilmoitusrekistereihin, hyvinvointialueiden taloustiedot raportoidaan erillisenä HVA-AURA-palveluluokitusta seuraavana toimituksena Valtiokonttorin Kuntien ja hyvinvointialueiden taloustietopalveluun. Kankaanpää ja Kivinen katsovat, että rekisteriaineiston laatuongelmien, palvelutuottamisen mallien erojen ja tuotannon tekijäkustannusten erojen vuoksi hyvinvointialueiden palvelujen tuotantokustannuksia ei voida määrittää riittävän hyvin.

Ehdotus on yleisluontoinen, eikä ole helppoa saada selkeää käsitystä, ehdotetaanko selvityksessä siirtymistä suoriteperusteiseen rahoitusjärjestelmään vai tarveperusteisen rahoitusjärjestelmän kehittämistä siten, että sairauksista kompensoitaisiin edullisimman tai kustannusvaikuttavimman hoitokäytännön mukaan. Suorite- tai menoperusteinen rahoitusmalli olisi nykyisen rahoitusmallin tavoitteiden vastainen, ja siksi seuraavassa tulkitaan ehdotuksessa tarkoitetun tarvemallin kehittämistä.

Selvityksessä jää epäselväksi, miksi alueellisten kustannustietojen tarkentuminen on niin välttämätöntä tarvemallille, kuin kirjoittajat esittävät. Tarvemallin estimointiaineistossa käytetään nykyisellään arvioita koko maan keskimääräisistä yksikkökustannuksista, eikä

Tuukka Holster ja
projektityöryhmä

5.11.2025

hyvinvointialueiden eriäviä yksikkökustannuksia ole pyritty tunnista-
maan. Tarvemallilla ei pyritä kompensoimaan hyvinvointialueille niiden
eriävistä, palvelutuotannon yksikkökustannuksiin (hyvinvointialueen
toiminnasta riippumatta) vaikuttavista olosuhteista, vaan väestön pal-
velutarpeista koko maan keskimääräisellä tuotannontekijäkustannus-
ten tasolla. Tähän tarkoitukseen hyvät arviot koko maan keskimääräi-
sistä yksikkökustannuksista ovat sinänsä riittävät.

Eriävien alueellisten olosuhteiden huomioimista varten rahoitusmallin
määräytymistekijöihin sisältyy tarveperusteisen osan lisäksi niin sanot-
tuja olosuhdetekijöitä. Voi tietysti olla, etteivät nykyiset olosuhdetekijät
huomioi riittävällä tavoin alueellisia eroja olosuhteissa. Tällöin tulisi
kuitenkin esittää ehdotuksia olosuhdetekijöiden kehittämiseksi. Palve-
lutuotannon kustannus- ja suoritustietojen tarkentuminen palvelisi tie-
tysti sekä tarvemallin että olosuhdetekijöiden jatkokehittämistä. Rekis-
teriaineistojen kehittäminen on siksikin kannatettavaa, mutta nykyisen
tutkimustyön on silti perustuttava olemassa oleviin rekisteriaineistoi-
hin.

Kankaanpää ja Kivinen ehdottavat, että rahoitusmallissa verrattaisiin eri
hyvinvointialueiden palvelutuotantoratkaisuja sairausluokittain, ja kom-
pensaatio vastaisi yleisimmän tai edullisimman hoitokäytännön kustan-
nusta. Ehdotus on mielenkiintoinen ja sen taustalla voi tulkita olevan
ajatus tarvemallista, jossa kompensaatio olisi tehokkaan palvelutuo-
tannon mukaista (Smith, 2007).

Kirjoituksesta voi kuitenkin jäädä käsitys, että nykyinen tarvemalli suo-
sisi sellaisia alueita, joilla on poikkeavan kalliit hoitokäytännöt. Näin ei
tietenkään ole. Tarvemallissa sairauden saama regressiokerroin, eli kar-
keasti puhuttuna yhdestä sairaustapauksesta alueelle maksettava kor-
vaus, kuvastaa sitä, kuinka paljon sairauden hoito maksaa koko maassa
keskimäärin (regressiokerroin on siis eri alueiden hoitokäytäntöjen pai-
notettu keskiarvo). Alueet, joilla on käytössä poikkeavan kalliit hoito-
käytännöt, eivät saa toiminnastaan erityistä hyötyä, vaan rahoitusmalli
nimenomaan kannustaa välttämään kalliita hoitokäytäntöjä. Ehdotetun
mallin ero nykytilanteeseen ei siis ole niin radikaali, kuin selvityksestä
voisi ajatella.

Tuukka Holster ja
projektityöryhmä

5.11.2025

Ehdotus johtaisi silti huomattavasti monimutkaisempaan, paljon ylläpi-toa vaativaan rahoitusmalliin, ainakin jos ehdotus olisi arvioida tehok-kaimpia hoitokäytäntöjä sairauksittain.

Tarvemallissa on väistämätöntä tasapainotella eri tavoitteiden välillä

Tarvemallia kehitettäessä on tehtävä valintoja muun muassa seuraa-vien tekijöiden välillä:

- **Tietopohjan täydellisyys vs. tuoreus.** Mikäli jäätäisiin odottamaan täydellisen tietopohjan valmistumista, ei tutkimusta voisi toteut-taa, koska rekisteritieto ei ole ikinä täydellistä. Tietojen toimitta-misen, arvioinnin ja korjaamisen aikajänteen pidentämisellä tie-tojen laatua saadaan parannettua, mutta rahoituksen jakamiseen käytettäisiin nykyistä vieläkin vanhempia tietoja. Esimerkiksi viisi vuotta vanhempien tietojen käyttäminen tuskin lisäisi tarvepe-rusteisen allokation osuvuutta, vaikka tietojen sen hetkinen oi-keellisuus paranisikin. Nykyistä tarvemallia on kritisoitu liian van-hasta tietopohjasta, mikä päin vastoin puoltaisi tietotoimitusten ja -korjausten syklin lyhentämistä. Tarvelaskelmien heilahtelusta seuraavat rahoitusheilahtelut voivat tietysti olla kohtuuttomia, mutta niitä on mahdollista loiventaa erillisillä mekanismeilla, ku-ten käyttämällä tarvekertoimen keskiarvoa esimerkiksi kahdelta viimeiseltä vuodelta.
- **Rahoituksen ymmärrettävyys ja läpinäkyvyys vs. palvelutarve-en-nusteiden todenmukaisuus ja suorituskyky.** Tarvemallit ovat mo-nimutkaisia ja sisältävät paljon tekijöitä siksi, että mallien suori-tuskyky olisi mahdollisimman hyvä ja tarvekertoimet vastaisivat mahdollisimman hyvin todellista palvelutarvetta. Mikäli malleja yksinkertaistetaan, heikkenee niiden ennustekyky. Mikäli taas hyödynnetään tekoälyä ja koneoppimista, heikkenee mallien lä-pinäkyvyys entisestään. Tarvemallilta toivotaankin usein sekä tarkempaa ennustekykyä että parempaa läpinäkyvyyttä. Tavoit-teet ovat kuitenkin ristiriidassa keskenään.

Tuukka Holster ja
projektityöryhmä

5.11.2025

- **Kannustavuus vs. tarveperustaisuus.** Hyvät kannusteet ovat legitiimi tavoite rahoitusmallille, ja myös Kankaanpään ja Kivisen selvityksessä rahoitusmalliin toivotaan lisää kannustavuutta. Samalla pitää ymmärtää, että nykyisen rahoitusmallin keskeinen tavoite on ollut tarveperusteisuus, mikä tarkoittaa sairastavuudesta kompensoimista. Tarveperusteisuus ja ennaltaehkäisyn kannusteet ovat väistämättä ristiriidassa. Voi toki ajatella, että kannusteita tulisi painottaa rahoitusmallissa nykyistä enemmän, ja tarveperusteisuutta vähemmän, mutta ennaltaehkäisyn kannusteiden puute on tarveperusteiselle rahoitukselle pikemminkin ominaisuus kuin vika. Eri muuttujiin ja tietolähteisiin liittyviä kannusteita ja muuttujien ja tietolähteiden manipuloitavuutta on pohdittu paljon työpaperissa Holster ym. (2025).

Rahoitusmallin kehittämiseen sisältyy sekä tutkimuksellisia että normatiivisia valintoja

Tarvetekijöiden valinta on yleensä kiistatonta, kun puhutaan tekijöistä, joiden aiheuttamaan terveyden ja toimintakyvyn heikkenemiseen vastaamiseksi palvelujärjestelmä on olemassa (esimerkiksi sairaudet). Diagnoseja parempi mittari terveydenhuollon palvelujen tarpeelle olisi varmasti todellinen terveydentila, mutta sitä ei ole mahdollista havaita. Kaikkine ongelmineenkin ICD-10-diagnoosit ilmentävät terveydentilaan liittyvää palvelutarvetta.

Aina tarvetekijöiden valintaan ei kuitenkaan ole selkeää tutkimuksellista vastausta. Tarkoittaako esimerkiksi muiden sektorien ja julkisten palvelujen käytön negatiivinen yhteys matalampaa tarvetta julkisille palveluille, eli onko vaihtoehtoisten sektorien käyttö tarvetekijä? Jos maahanmuuttajilla on matalammat palveluihin hakeutumisen preferenssit (tai huonompi tietämys palveluista) ja siten matalampaa palvelukäyttöä, onko maahanmuuttajastatus (tai palveluihin hakeutumisen preferenssit) tarvetekijä? Näissä valinnoissa tarvitaan normatiivista näkemystä siitä, miten tarve julkisille palveluille ymmärretään.

Normatiivista harkintaa tarvitaan myös useiden perusteltujen mutta keskenään kilpailevien tavoitteiden tasapainottamisessa.

Tuukka Holster ja
projektityöryhmä

5.11.2025

On harkittava, mikä on liian suurta vuosivaihtelua rahoituslaskelmissa (missä määrin priorisoidaan vakautta ja missä määrin tarveperusteisuutta) ja miten tehokkaan palvelutuotannon ja ennaltaehkäisyyn kannusteita tasapainotetaan suhteessa tarveperusteisuuteen (otetaanko esimerkiksi jonkinlainen keskiarvo demografisen mallin tarvelaskelmista ja kattavaan sairastavuustietoon perustuvan mallin tarvelaskelmista, kuten nykyisellään tehty asukasluvun ja palvelutarvekertoimen määräytymistekijöillä).

Rahoitusvakaus, kannusteet, tarveperusteisuus ja rahoitusmallin läpinäkyvyys ovat kaikki sinänsä legitiimejä tavoitteita rahoitusmallille, eikä niiden painottamista voi tehdä pelkästään tutkimukseen perustuen. Tutkimus on silti välttämätöntä, jotta normatiivinen valinta perustuisi hyviin laskennallisiin arvioihin valintojen vaikutuksista. Kuinka suurta heilahtelua eri mallien tarvelaskelmissa on odotettavissa, min-kälaisella rahoitusmekanismilla voitaisiin hakea parempaa kompromissia rahoitusvakauden ja tarveperusteisuuden välille, tai paljonko tarveperusteisuus kärsii, jos käytetään kannusteiltaan parempaa mallia? Paljonko mallin ennustekyky ja siis tarveperusteisuus paranisi, jos mallin läpinäkyvyyttä heikennettäisiin käyttämällä koneoppimismenetelmiä? Erityisesti niiltä osin kuin laskennallisten arvioiden tekeminen on vaikeaa (esimerkiksi kannusteiden määrää on vaikea mitata), voi tutkijoilla olla myös rooli asiantuntija-arvioiden antajina.

Tarvemallin arviointia ulkoisten, riippumattomien asiantuntijoiden toimesta on syytä jatkaa

Rahoitusmallia koskevassa palautteessa on toivottavaa pyrkiä konkreettisiin kehitysehdotuksiin esimerkiksi sairausluokituksen sisältöä, sen tietolähteitä ja muita muuttujia koskien, pitäen mielessä tarve tasapainotella eri tavoitteiden välillä. Usein ehdotetut tekoälyyn tai koneoppimiseen perustuvat ratkaisut ovat mahdollisia, mutta heikentävät mallin läpinäkyvyyttä. Toisinaan ehdotettu suorite- tai menoperusteinen rahoitusmalli (ts. alueen rahoitus kasvaa sen tuottamien suoritteiden tai sille koituneiden menojen mukaisesti) olisi merkittävä askel pois tarveperusteisuudesta, mikä samalla heikentäisi huomattavasti tehokkaan palvelutuotannon ja kustannuskontrollin kannusteita.

Tuukka Holster ja
projektityöryhmä

5.11.2025

Esimerkiksi H23-ryhmän kannanotossa toivottiin rahoitusmalliin sisältyvän kilpailullisuuden (yhden rahoitus on muilta pois) poistamista, mutta tämä vaikuttaisi johtavan siirtymiseen enemmän menoperusteiseen malliin.

Hyvinvointialueet ovat rahoitusmallin tärkein sidosryhmä, joiden asiantuntijuutta tarvitaan rahoitusmallin jatkokehittämisessä erityisesti sairausluokituksen osalta ja joilta saatu palaute on useissa kohdin palvelut suoraan tarveperusteisen mallin kehittämistä ja sen perusteluja. Hyvinvointialueiden näkökantoja on siksikin tärkeää kuulla ja erityisesti niitä tulisi painottaa rahoitusvakautta koskevissa kysymyksissä. Jatkossa esimerkiksi sairausluokituksen kehitystyöhön voisi olla jokaiselta alueelta nimettynä vastuuhenkilöitä (esimerkiksi perusterveydenhuollosta ja erikoissairaanhoidosta), jotka sitoutuisivat työhön pitkäjänteisesti. Näin kehitystyö ei olisi pelkästään alueiden kirjaamoihin lähetettyjen työpajakutsujen varassa. Tieto kulkisi varmasti ja yhdenvertaisesti kaikkien alueiden ja THL:n välillä.

Samalla on syytä muistaa, että alueellisten erityispiirteittensä takia hyvinvointialueiden intressit eivät ole aina samansuuntaisia, ja niiden jaetut intressit eivät aina vastaa valtion intressejä. Siksi rahoitusmallin arviointia on syytä jatkaa myös riippumattomien tutkijataustaisten asiantuntijoiden toimesta.

Tuukka Holster ja
projektityöryhmä

5.11.2025

Lähteet

Ellis, R. P., Martins, B. & Rose, S. (2018). Risk Adjustment for Health Plan Payment. In McGuire, T.G. & van Kleef, R. (eds.) Risk Adjustment, Risk Sharing and Premium Regulation in Health Insurance Markets: Theory and Practice (pp. 1–45). Elsevier Press.

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

Holster, T., Haula, T., Korajoki, M. (2022) Sote-rahoituksen tarvevakiointi: Päivitys 2022. THL Työpaperi 26/2022.

Häkkinen, U., Holster, T., Haula, T., Kapiainen, S., Kokko, P., Korajoki, M., Mäklin, S., Nguyen, L., Puroharju, T. & Peltola, M. (2020) Sote-rahoituksen tarvevakiointi. THL Raportti 6/2020.

Kankaanpää, J. & Kivinen, P. (2025). Puuttuvat diagnoositiedot ja virheet hyvinvointialueiden rahoitusta määrittävissä tarvetekijöissä. Etelä-Pohjanmaan ja Keski-Suomen hyvinvointialueet: Raportti 22.9.2025.

NHS England (2022). Update of the formula for general and acute hospital services for 2022/23 allocations. <https://www.england.nhs.uk/publication/research-reports-on-the-allocations-formulae-2022-23/>

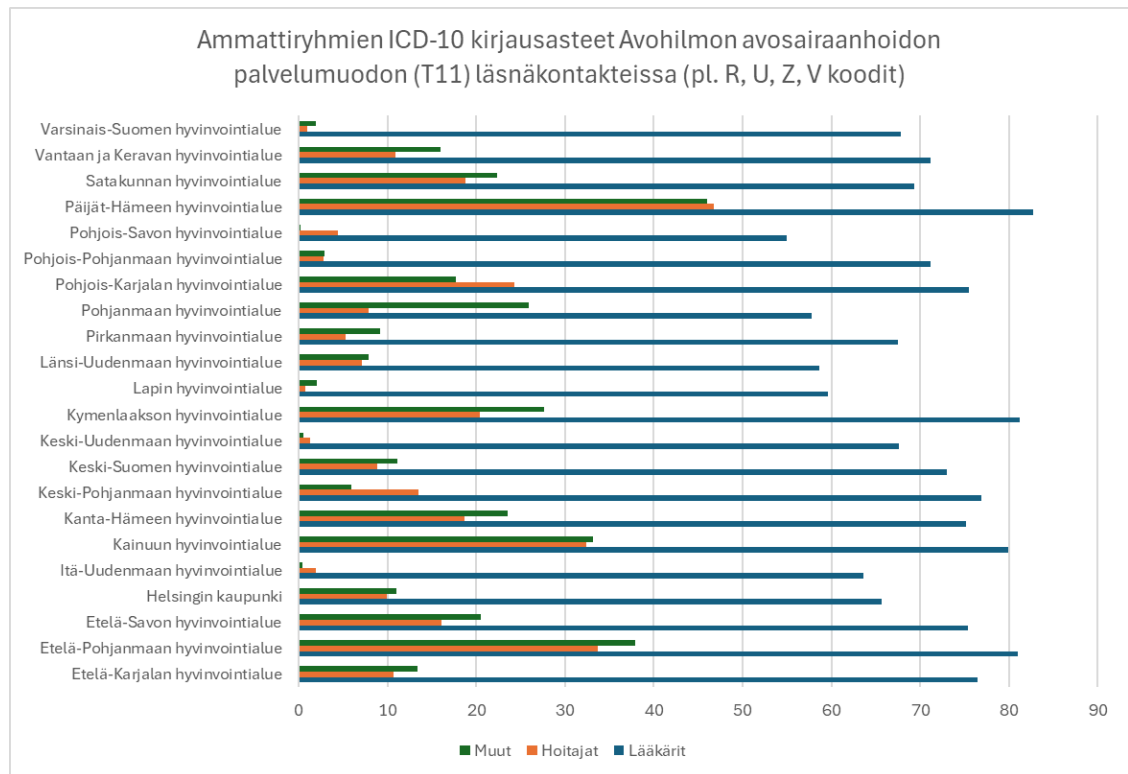
Smith, P. C. (2007). *Formula Funding of Public Services*. Taylor & Francis.

Vaalavuo, M., Häkkinen, U. & Fredriksson, S. (2013). Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetekijät ja valtionosuusjärjestelmän uudistaminen. THL Raportti 24/2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Tuukka Holster ja
projektityöryhmä

5.11.2025

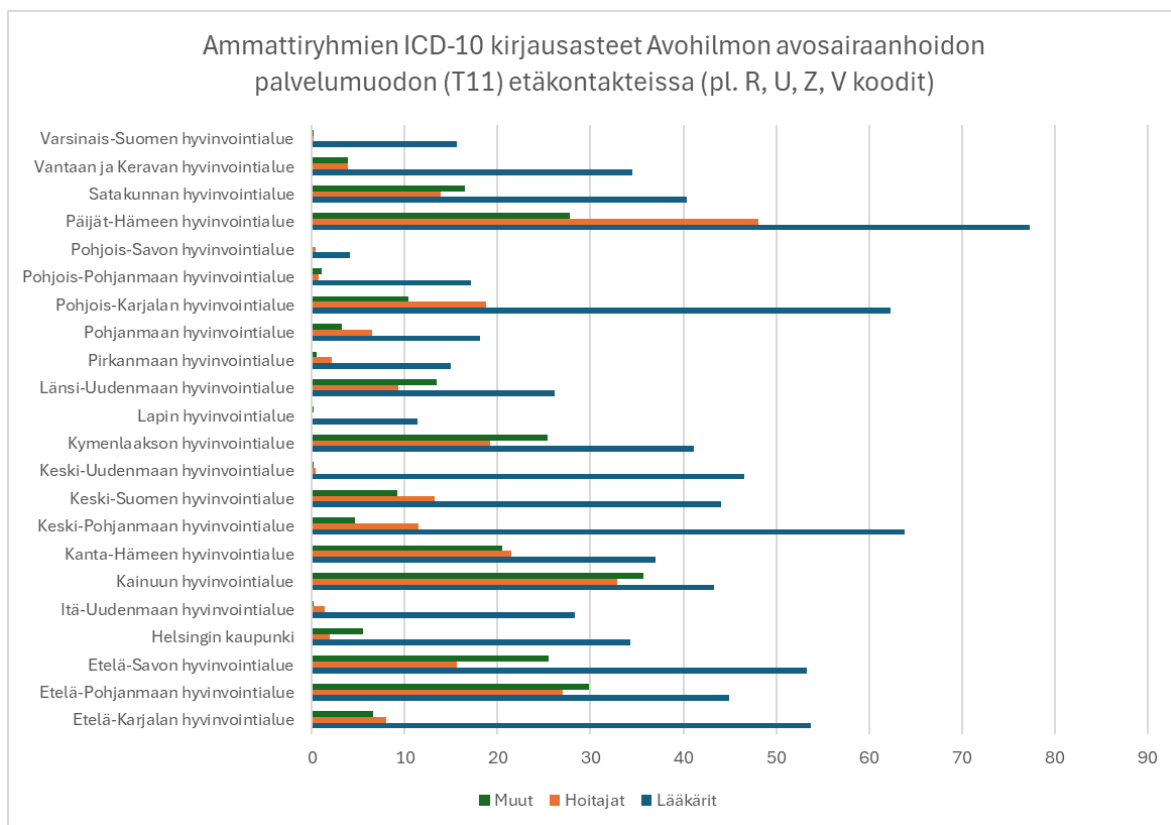
Liitteet



Liitekuva 1. Avohilmon diagnoosien kirjausaste eri ammattiryhmien avosairaanhoidon palvelumuodon läsnäkontakteissa (kirjausaste = osuus tapahtumista, joissa havaittu vähintään yksi dg, lukumäärä per tapahtuma ei ole huomioitu).

Tuukka Holster ja
projektityöryhmä

5.11.2025



Liitekuva 2. Avohilmon diagnoosien kirjausaste eri ammattiryhmien avosairaanhoidon palvelumuodon etäkontakteissa (kirjausaste = osuus tapahtumista, joissa havaittu vähintään yksi dg, lukumäärää per tapahtuma ei ole huomioitu).