

Selvitys hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun toteutumisesta 2025



Sosiaali- ja
terveysministeriö

Sosiaali- ja terveysministeriön
RAPORTEJA JA MUISTIOITA | 2026:9

Selvitys hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun toteutumisesta 2025

Julkaisujen jakelu

Distribution av publikationer

**Valtioneuvoston
julkaisuarkisto Valto**

Publikations-
arkivet Valto

julkaisut.valtioneuvosto.fi

Sosiaali- ja terveysministeriö

This publication is copyrighted. You may download, display and print it for your own personal use.
Commercial use is prohibited.

ISBN pdf: 978-952-00-7510-1

ISSN pdf: 2242-0037

Taitto: Valtioneuvoston hallintoyksikkö, Julkaisutuotanto

Helsinki 2026

Selvitys hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun toteutumisesta 2025

Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2026:9

Julkaisija Sosiaali- ja terveysministeriö

Yhteisötekijä Sosiaali- ja terveysministeriö
Kieli suomi

Sivumäärä 136

Tiivistelmä

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain (612/2021) 31 §:n mukaisesti sosiaali- ja terveysministeriö laatii vuosittain valtakunnallisen selvityksen. Selvityksessä arvioidaan hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon yhdenvertaista toteutumista ja rahoituksen tason riittävyyttä.

Hyvinvointialueiden toiminnallinen ja taloudellinen eriytyminen voimistui vuoden 2025 aikana. Hyvinvointialueiden eriytymiskehityksen arvioidaan edelleen syvenevän tulevana vuosina väestön ikääntyessä, palvelutarpeen kasvaessa ja alueellisten muuttoliikkeiden pysyessä epätasaisina. Tästä huolimatta STM arvioi selvityksessään, että hyvinvointialueet ovat järjestäneet lakisääteisen sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuudessaan aiempaa vuotta ja julkisessa keskustelussa esitettyä paremmin. Perusterveydenhuollon kiireettömään hoitoon pääsy on nopeutunut ja hoidon jatkuvuusmalleja on kehitetty ja käyttöön otettu kaikilla hyvinvointialueilla. Kiireellinen ja päivystyksellinen hoitoon pääsy toimii hyvin kaikkialla Suomessa. Henkilöstön riittävyys ja saatavuus ovat parantuneet keskeisimpien henkilöstövajeryhmien osalta koko maassa ja digitalisaatio ja tietojärjestelmien yhtenäistäminen ja muu kehittäminen on edennyt. Monista myönteisistä kehityskuluista huolimatta kaikilla hyvinvointialueilla on edelleen joitain lakisääteisiä sosiaali- ja terveyspalveluja, joiden järjestäminen on vaarantunut.

Hyvinvointialueiden talous on kääntynyt kokonaisuutena selkeästi ylijäämäiseksi. Vuoden 2025 kustannusten kasvu oli hitaampaa kuin rahoituksen kasvu, vaikka tarkasteltaisiin rahoituksen kasvua ilman vuonna 2025 rahoitukseen lisättyä jälkikäteistarkistusta. Jälkikäteistarkistuksesta huolimatta vuoden 2025 talous oli alijäämäinen yhdeksällä alueella.

Julkaisu on päivitetty 19.2.2026, s. 58. 24.2.2026, s. 33, 63.

Asiasanat hyvinvointialueet, selvitys, yhdenvertaisuus, rahoitus, järjestämisvastuu, valtakunnallinen

ISBN PDF 978-952-00-7510-1

ISSN PDF 2242-0037

Julkaisun osoite <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-7510-1>

Utredning om hur välfärdsområdenas ansvar för ordnandet av social- och hälsovården uppfylldes 2025

Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2026:9

Utgivare Social- och hälsovårdsministeriet

Utarbetad av Social- och hälsovårdsministeriet
Språk finska

Sidantal 136

Referat

Enligt 31 § i lagen om ordnande av social- och hälsovård (612/2021) ska social- och hälsovårdsministeriet årligen utarbeta en riksomfattande redogörelse. I utredningen bedöms hur jämlik social- och hälsovården i välfärdsområdena är och om nivån på finansieringen är tillräcklig.

Skillnaderna i verksamheten och ekonomin mellan välfärdsområdena ökade under år 2025. Differentieringen av välfärdsområdena bedöms utvecklas i en allt negativare riktning under de kommande åren i och med befolkningens åldrande, det ökande servicebehovet och den ojämna fördelningen av migrationen. Trots det bedömer social- och hälsovårdsministeriet i sin utredning att välfärdsområdena som helhet har lyckats bättre med ordnandet av den lagstadgade social- och hälsovården jämfört med förra året och det som framförts i den offentliga debatten. Man har fått icke-brådiskande primärvård snabbare och modeller för vårdens kontinuitet har utvecklats och tagits i användning i alla välfärdsområden. Även tillgången till brådiskande vård och jourvård är på god nivå överallt i Finland. Tillgången till arbetskraft har förbättrats och personalresurserna har varit tillräckliga i de yrkesgrupper i hela landet där personalbristen varit störst. Digitaliseringen, samordningen av informationssystemen och det övriga utvecklingsarbetet har framskridit bra. Trots att utvecklingen varit positiv inom många områden har fortfarande vissa lagstadgade social- och hälsovårdstjänster varit äventyrade i alla välfärdsområden.

Välfärdsområdenas ekonomi uppvisar tydligt ett överskott totalt sett. År 2025 ökade kostnaderna långsammare än finansieringen ökade även då finansieringsökningen granskas utan den justering som gjordes i efterhand 2025 av finansieringen. I nio välfärdsområden uppvisade ekonomin dock ett underskott trots den justering som gjordes i efterhand 2025.

Publikation uppdaterades den 19 februari 2026, s. 58. 24 februari 2026 s. 33, 63.

Nyckelord landsomfattande, välfärdsområden, utredning, jämlikhet, finansiering, organiseringsansvar

ISBN PDF 978-952-00-7510-1

ISSN PDF 2242-0037

URN-adress <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-7510-1>

Report on the realisation of the wellbeing services counties' responsibility for organising healthcare and social welfare 2025

Reports and Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health 2026:9

Publisher Ministry of Social Affairs and Health

Group author Ministry of Social Affairs and Health

Language Finnish

Pages

136

Abstract

In accordance with section 31 of the Act on Organising Healthcare and Social Welfare Services (612/2021), the Ministry of Social Affairs and Health annually draws up a national report assessing how well equality is realised in the organisation of healthcare and social welfare and whether the level of funding is sufficient.

The operational and economic divergence between the counties increased in 2025. This divergence trend is expected to further accelerate in the coming years as the population ages, the need for services increases and regional migration flows continue to vary. Nevertheless, in its report, the Ministry assesses that the counties have, as a whole, organised their statutory healthcare and social welfare services better than in the previous year and better than what has been presented in public debate. Access to non-urgent primary healthcare is faster, and continuity-of-care models have been developed and introduced in all counties. People have good access to urgent and emergency care throughout Finland. The sufficiency and availability of personnel have improved in respect of the key shortage groups across the country. In addition, digitalisation, the harmonisation of information systems and other development have progressed. Despite many positive developments, all counties still have some statutory health and social services which are not organised as required.

As a whole, the finances of the counties have turned into a clear surplus. In 2025, the growth of costs was slower than that of funding, even when examining the increase in funding without the ex-post control added to the funding in 2025. Despite this ex-post control, the finances of nine counties were in deficit in 2025.

Publication was updated on 19th February 2026, p. 58. 24th February 2026, p. 33, 63.

Keywords national, wellbeing services counties, report, equality, funding, responsibility for organising services

ISBN PDF 978-952-00-7510-1

ISSN PDF

2242-0037

URN address <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-7510-1>

Sisältö

1	Johdanto	8
1.1	Hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus vuonna 2025	13
1.2	Hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksen kehittäminen vuonna 2025	16
2	STM:n arvio hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuonna 2025	21
2.1	Arvio sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhdenvertaisesta toteutumisesta	21
2.1.1	Valtakunnallisesti	21
2.1.2	Hyvinvointialuekohtaisesti	29
2.2	Arvio sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen tason riittävyydestä	68
3	STM:n ehdotukset	91
3.1	STM:n ehdotukset julkisen talouden suunnitelmaan 2027–2030	91
3.2	STM:n ehdotukset valtakunnallisten tavoitteiden valmisteluun	92
3.3	STM:n ehdotukset hyvinvointialueille ja yhteistyöalueille	92
4	Johtopäätökset	97
	Lähteet	99
	Liitteet	103
	Liite 1. Selvityksessä käytetyt indikaattorit	103
	Liite 2. Hyvinvointialueiden yli- tai alijäämä vuosina 2024 ja 2025 suhteutettuna nettokäyttökustannuksiin, prosenttia	110
	Liite 3. Hyvinvointialueiden kehysten mukaiset kustannukset, valtion rahoitus ja alijäämä 2023–2028, alueiden tilinpäätöstiedot 2023–2024, tilinpäätösarviot 2025, taloussuunnitelmat 2026–2028	111
	Liite 4. Hyvinvointialueiden valtion rahoitus 2023–2028, rahoitus: 12/2025 VM painelaskelma huomioiden vuoden 2025 alueiden tilinpäätösarviot, kustannukset: hyvinvointialueiden taloussuunnitelmat, väestö: tilastokeskuksen väestöennuste	113
	Liite 5. Hyvinvointialueiden tilikauden alijäämä 2023–2028, rahoitus: 12/2025 VM painelaskelma huomioiden vuoden 2025 alueiden tilinpäätösarviot, kustannukset: hyvinvointialueiden taloussuunnitelmat, väestö: tilastokeskuksen väestöennuste	115

Liite 6. Hyvinvointialueiden alijäämäkertymät 2023–2028, rahoitus: 12/2025 VM painelaskelma huomioiden vuoden 2025 alueiden tilinpäätösarviot, kustannukset: hyvinvointialueiden taloussuunnitelmat, väestö: tilastokeskuksen väestöennuste.....	116
Liite 7. Hyvinvointialueiden valtakunnallinen taloustilanne 2023 – 2028, rahoitus: VM 12/2025 painelaskelma huomioiden alueiden 2025 tilinpäätösarviot, kustannukset: alueiden taloussuunnitelmat	117
Liite 8. Hyvinvointialueita ohjaavien ministeriöiden antamat sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevat suositukset ja ehdotukset vuoden 2025 ohjausneuvotteluissa ja ohjauksen erillismenettelyissä.....	118

1 Johdanto

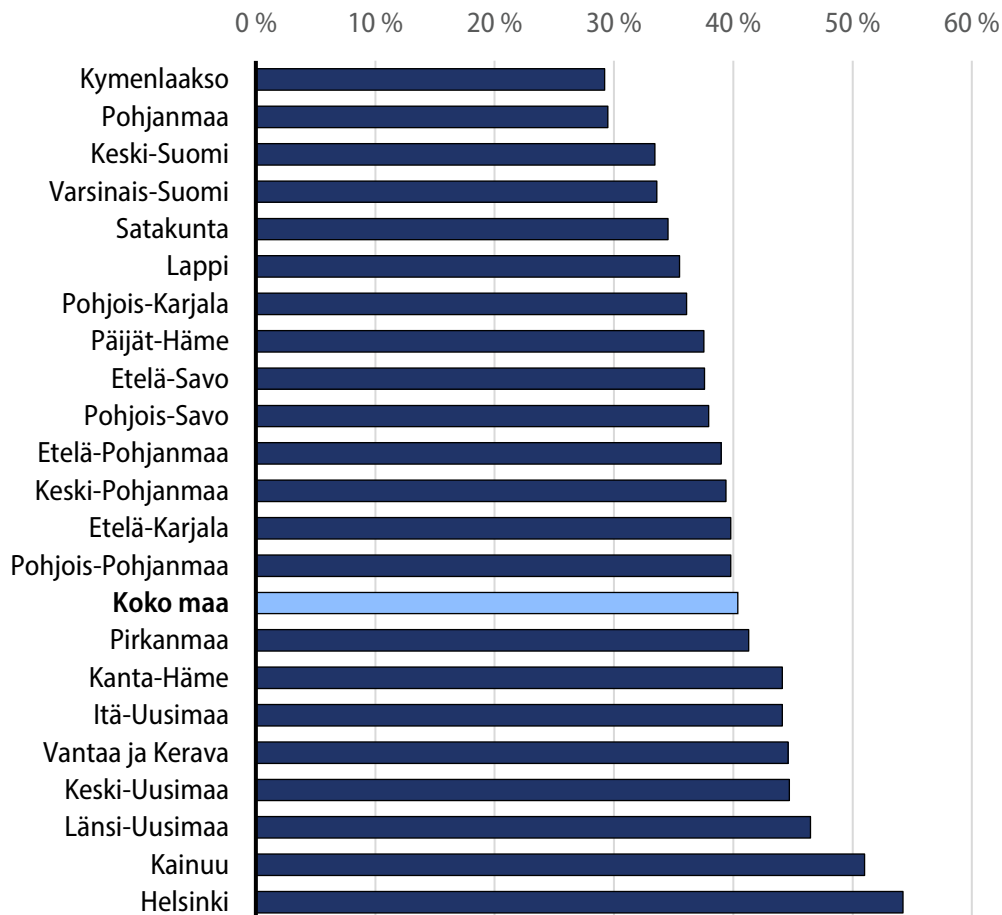
Tässä asiakirjassa arvioidaan sosiaali- ja terveydenhuollon yhdenvertaista toteutumista ja rahoituksen tason riittävyyttä kokoamalla sosiaali- ja terveysministeriön (jäljempänä STM) virkakunnan keskeisimmät havainnot koskien hyvinvointialueiden järjestämisen toteutumista vuonna 2025. Havainnot perustuvat Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (jäljempänä THL) asiantuntija-arvioihin, hyvinvointialueiden ja valvontaviranomaisten (Valvira ja aluehallintovirastot) julkaisemiin selvityksiin (ks. Lähteet) sekä erillisselvityksiin ja muuhun hyvinvointialueilta saatuu sekä hyvinvointialueita koskevaan valtakunnalliseen sosiaali- ja terveydenhuollon tietoon vuosilta 2024–2025.

Hyvinvointialueiden toiminnallinen ja taloudellinen eriytyminen voimistui vuoden 2025 aikana. Hyvinvointialueiden eriytymiskehityksen arvioidaan syvenevän tulevana vuosina väestön ikääntyessä, palvelutarpeen kasvaessa ja alueellisten muuttoliikkeiden pysyessä epätasaisina. Tulevana vuosina hyvinvointialueiden on uudistettava palveluverkkojaan ja toimintamallejaan ennakoitua ripeämmin selviytyäkseen lakisääteisistä järjestämisvastuistaan. Järjestämisvastuun toteutumisen arviointia vaikeuttaa alueellisen kehityksen ohella sosiaali- ja terveydenhuollon yhä puutteellinen tietopohja. Vaikka yleiskuva palveluiden järjestämisestä on muodostunut aiempia vuosia tarkemmaksi, riittävän luotettavaa ja yksityiskohtaista arviointia ei ole vielä mahdollista tehdä minkään yksittäisen alueen osalta.

STM arvioi, että hyvinvointialueet suoriutuivat vuonna 2025 lakisääteisistä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuistaan kokonaisuudessaan aiempaa vuotta ja julkisessa keskustelussa esitettyä paremmin. Vuonna 2025 perusterveydenhuollon hoitotakuu toteutui keskimäärin hyvin: lähes kaikki pääsivät hoitoon kolmessa kuukaudessa ja noin kolme neljäsosaa kahdessa viikossa, vaikka tilanne heikentyikin hieman vuoden aikana. Tämän toteutumista edesauttoi se, että yli 23 vuotta täytäneiden perusterveydenhuollon hoitotakuu muuttui 14 vuorokaudesta kolmeen kuukauteen 1.1.2025 alkaen. Hoidon jatkuvuuden vahvistamista edistettiin kaikilla hyvinvointialueilla ja jokaisella alueella on käytössä tai suunnitteilla malleja, jotka tukevat omalääkärin tai hoitotiimin pysyvyyttä. Toimivat ja riittävät peruspalvelujen hoito- ja palvelupolut tunnistetaan keskeisiksi toimivan palvelujärjestelmän kannalta. Näiden palvelujen riittämätön saatavuus ja jatkuvuus näkyvät vaativimpien ja kalliimpien palvelujen järjestämisen ongelmina, kuten kiireettömän

erikoissairaanhoidon hoitojonoina ja lastensuojelun kustannusten kasvuna. Marras-
kuussa 2025 hyvinvointialueiden hoidon jatkuvuusmallien kehittämishankkeisiin on
esitetty 40 miljoonan euron valtionavustuksia ja niihin perustuvat hankkeet alkavat
vuonna 2026.

Kiireellinen ja päivystyksellinen hoitoon pääsy toimii edelleen hyvin kaikkialla
Suomessa. Hoidon jatkuvuusmalleja on kehitetty ja käyttöön otettu kaikilla hyvin-
vointialueilla. Asiakas- ja potilastietojärjestelmien yhtenäistäminen on edennyt
etenkin alun perin useista organisaatioista muodostuneilla hyvinvointialueilla, mikä
pitkällä aikavälillä parantaa tiedolla johtamisen edellytyksiä. Hyvinvointialueilla on
onnistuttu edistämään palveluketjujen yhtenäistämistä, laajentamaan digitaalisten
palvelujen käyttöä ja syventämään sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatiota. Digi-
taalisien asiointien käyttö onkin voimakkaasti lisääntynyt valtakunnallisesti, vaikka
hyvinvointialuekohtaiset erot ovat yhä suuria. Myös yhteistyötä tukevia rakenteita
hyvinvointialueiden ja kuntien välillä on kehitetty, mutta toiminnassa on edelleen
merkittäviä eroja hyvinvointialueiden välillä. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteis-
työalueiden rooli on vahvistumassa, vaikka hyvinvointialueiden sopimukset ja käy-
tännön yhteistyö eivät vaikuta vielä kokonaisuudessaan täyttävän lainsäädännön
velvoitteita ja kansallisen ohjauksen tavoitteita.

Kuvaaja 1. Etäpalvelujen käytön osuus hyvinvointialueilla vuonna 2025

Hyvinvointialueilla henkilöstön riittävyys ja saatavuus ovat parantuneet keskeisimpien henkilöstövajeryhmien osalta koko maassa, mutta esimerkiksi lääkärien ja psykologien saatavuudessa on edelleen merkittäviä alueellisia ongelmia. Tilanteeseen ovat osaltaan vaikuttaneet eräät säädosmuutokset (henkilöstömitoitus ikääntyneiden palveluissa, hoitoonpääsyn määräajat), jotka ovat vähentäneet henkilöstötarvetta. Merkittävästi henkilöstön tarjontaa ovat lisänneet määräaikaiset koulutuslisäykset erityisesti hoitotyön ammateissa sekä yleinen taloustilanne, joka on vähentänyt kaikkiaan tarjolla olevien työpaikkojen määrää. Henkilöstön saatavuuden kohentumisen taustalla vaikuttavat myös kaksi keskeistä hyvinvointialueiden toimenpidettä: hyvinvointialueiden hallinnollisten päällekkäisyyksien karsiminen sekä rahoitusvajeen vuoksi toteutetut henkilöstövähennykset. Tilanteen arvioidaan kuitenkin olevan vain väliaikainen hyvinvointialueiden henkilöstön ikääntyessä ja eläköityessä seuraavien vuosien aikana ja ylipäätään väestön

ikäntymisestä johtuvan palvelutarpeen kasvaessa. Seuraavien viiden vuoden aikana ennakoitu suuri eläkepoistuma vaikuttaa monella alueella olevan muodostumassa ongelmaksi. Alueet hakevat ratkaisuja olemassaolevaan ja tulevaan henkilöstöpulaansa mm. ammattiryhmien työnjakoa kehittämällä, henkilöstön jakamista ja työkykyä tukemalla, erilaisilla ammatinharjoittajamalleilla, teknologisilla ratkaisuilla (mm. tekoäly) ja yhteistyöaluetasoisilla henkilöstöyhtiöillä, joiden tavoitteena on turvata erikoisosaamista usean alueen käyttöön.

STM arvioi, että monista myönteisistä kehityskuluista huolimatta kaikilla hyvinvointialueilla on edelleen joitain lakisääteisiä sosiaali- ja terveyspalveluja, joiden järjestäminen on vaarantunut. Taustalla on STM:n arvion mukaan monenlaisia syitä. Osa hyvinvointialueista ei ole pystynyt uudistamaan palveluja ja palveluverkkoa riittävän nopeasti vastaamaan väestön tarpeita. Joillakin alueilla palvelujen järjestämistä vaikeuttaa henkilöstöpula. Toisaalla alueet ovat joutuneet priorisoimaan talouden tasapainottamista, jotta lakisääteiset palvelut voidaan turvata myös pitkällä aikavälillä. Lisäksi yleiskatteista rahoitusta ei vielä kaikilla alueilla kohdenneta väestön tarpeiden mukaisesti.

STM arvioi, että mielenterveysongelmia kokevien ja päihkeitä käyttävien lasten ja nuorten tarvitsemat sosiaali- ja terveyspalvelut ovat viime vuoden STM:n selvityksessä¹ todetun mukaisesti edelleen vaarantuneet, vaikka toimenpiteitä asian korjaamiseksi on toteutettu vuoden 2025 aikana sekä kansallisesti (mm. lasten ja nuorten terapiatakuu ja sote-ohjauksella) että alueellisesti. Palvelujärjestelmän pirstaleisuus ei kuitenkaan korjaannu nopeasti. Perustason palvelujen ja erikoissairaanhoidon väliin ja sisälle jää edelleen katvealueita, joissa nuoret ja heidän perheensä eivät saa tarvitsemiaan palveluja. Tilanteen korjaaminen edellyttää perustason mielenterveyden hoidon vahvistamista kaikilla hyvinvointialueilla. STM:n näkemyksen mukaan perusterveydenhuollon lasten ja nuorten mielenterveys- ja päihdeongelmia hoitavien työryhmien tulee pystyä tukemaan ehkäisevää työtä ja saada työhönsä tukea erikoissairaanhoidosta. Perustason vahvistamisen odotetaan vapauttavan erikoissairaanhoidon kapasiteettia vaikeiden ongelmien hoitoon sekä vähentävän lastensuojelun palvelujen tarvetta. Samalla on kuitenkin huomioitava, etteivät pelkät painotukset perusterveydenhuoltoon riitä kaikilla alueilla psykiatrisen erikoissairaanhoidon tilanteen parantamiseen.

1 STM. (2025). *Selvitys hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun toteutumisesta vuonna 2024.*

Vuoden 2025 aikana yli kuusi kuukautta kiireettömään erikoissairaanhoidon odotaneiden jonot lyhenivät sekä valtakunnallisesti että suurimmalla osalla hyvinvointialueista. Tästä huolimatta kiireettömän erikoissairaanhoidon määrääjat ylittyivät edelleen laajasti ja osalla alueista tilanne on edelleen lainvastainen², minkä vuoksi Valvira on antanut uhkasakolla tehostetun määräyksen yhdeksälle hyvinvointialueelle ja HUS-yhtymälle korjata tilanne maaliskuuhun 2026 mennessä. STM:n arvion mukaan tilanne johtuu osin joidenkin erikoisaloiden (esim. silmätaudit, psykiatrian alat, tekonivelkirurgia) pitkäaikaisesta henkilöstöpulasta, joka korjaantuu hitaasti, vaikka alueet tekisivät oikeita toimenpiteitä. STM toteaa, että ongelmaa ei voida ratkaista yksiselitteisesti lisäämällä erikoissairaanhoidon henkilöstö- ja taloudellisia resursseja, koska ongelman taustalla vaikuttaa mm. mielenterveysongelmien lisääntyminen ja väestön ikääntyminen, mitkä kasvattavat erikoissairaanhoidon tarvetta.

Vuonna 2025 hyvinvointialueiden talous kääntyi valtakunnallisesti tarkasteltuna yli-jäämäiseksi. Tämän on mahdollistanut vuonna 2025 ensimmäistä kertaa toteutettu rahoituksen jälkikäteistarkistus. Myös kustannusten kasvu pysyi maltillisena. Jälkikäteistarkistus tulee osaltaan auttamaan hyvinvointialueiden alijäämien kattamista koskevan sääntelyn toteuttamista. On silti epävarmaa, tuleeko jälkikäteistarkistus korjaamaan rahoituksen tasoa uudistuksen alkuvuosina muodostuneiden pysyvien muutuskustannusten (jotka johtuivat mm. palkkojen, etuuksien ja tietojärjestelmien yhtenäistämisestä) osalta. Alijäämien kattamisen aiheuttamien sopeutustarpeiden mittaluokka ja haastavuus aiheuttavat alueille hyvin eri tasoisia haasteita lähivuosien toiminnan ja talouden suunnittelussa. Kaikille alueille osana yleiskatteellista rahoitusta kohdennettava jälkikäteistarkistus ei erikseen huomioi tätä eriytymiskehitystä. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujen enimmäismääriä korotettiin ja samalla vähennettiin hyvinvointialueiden rahoitusta vastaavasti. Kaikki hyvinvointialueet korottivat maksuja Helsinkiä lukuunottamatta. Asiakasmaksuilla voi tutkimusten mukaan olla vaikutusta hoitoon hakeutumisessa ja ne voivat siten välillisesti heikentää sosiaali- ja terveystalouden yhdenvertaista toteutumista.

2 Valvira. (8.10.2025). [Uhkasakolla tehostetut määräykset yhdeksälle hyvinvointialueelle ja HUS-yhtymälle](#) | Valvira

1.1 Hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus vuonna 2025

STM:llä on velvoite seurata, arvioida ja ohjata hyvinvointialueiden lakisääteisten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämistä. Tämä toteutuu ensisijaisesti sote-järjestämislain 4 ja 5 luvuissa määritellyin tavoin. Näitä vuosittain hyödynnettäviä ohjausvälineitä ovat mm. hyvinvointialueen selvitys, hyvinvointialueelta edellytetty toiminnan ja talouden vähimmäistietosisältö, THL:n hyvinvointialuekohtaiset asiantuntija-arviot, hyvinvointialueesta tehdyt Valviran/Aluehallintoviranomaisten valvontaraportit, hyvinvointialueen kanssa käydyt neuvottelut, neuvottelut hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksesta, kaksikielisten hyvinvointialueiden neuvottelut sekä hyvinvointialueiden sote-investointisuunnitelmien hyväksyntä.

Etelä-Karjalan ja Satakunnan hyvinvointialueet kantelivat joulukuussa 2024 oikeuskanslerille hyvinvointialueissa säädetyistä määräajasta alijäämän kattamiseen. Kantelussa katsottiin määräaika koskevan velvoitteen olevan ristiriidassa hyvinvointialueiden lakisääteisten sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisvelvollisuuden kanssa. Oikeuskanslerin ratkaisu³ huhtikuussa 2025 on käytännössä edellyttänyt hyvinvointialueita ohjaavia ministeriöitä mm. tarkentamaan ja arvioimaan aloitteen tekemisen kynnyistä ohjauksen erillismenettelyissä, jotta alueet suoriutuvat lakisääteisten palveluiden järjestämisvastuusta. Oikeuskanslerin ratkaisussa todetaan, että hyvinvointialueen tulee tehdä talouden tasapainon saavuttamiseksi sopeutustoimia sen verran kuin on mahdollista ilman, että perustuslaissa jokaiselle turvatut riittävät sosiaali- ja terveystalvelut tai pelastustoimen talvelut vaarantuvat lainvastaisella tavalla. Oikeuskanslerin ratkaisussa todetaan, että hyvinvointialueilla on nykyisen hyvinvointialueiden rahoituslain 26 §:n mukaisesti ensisijaisena keinona rahoituksen riittämättömyyden vaarantaessa perustuslaissa ja laissa edellytetyt talvelut hakea hyvinvointialueiden rahoituslain 11 §:n mukaista lisärahoitusta. Hyvinvointialueiden ohjauksessa korostui vuonna 2025 hyvinvointialueiden ohjauksen erillismenettelyt, kuten lisärahoitus- ja arviointimenettelyt sekä lainanottovaltuuden muuttaminen. Vuonna 2025 lisärahoitusta haki yhdeksän hyvinvointialuetta

3 Hyvinvointialueiden velvoite alijäämän kattamiseen | Valtioneuvoston oikeuskansleri

- Etelä-Pohjanmaa – valtioneuvoston päätös 27.6.2025.
- Etelä-Karjala – valtioneuvoston päätös 9.10.2025.
- Varsinais-Suomi – valtioneuvoston päätös 9.10.2025.
- Pohjois-Karjala – valtioneuvoston päätös 30.10.2025
- Päijät-Häme – valtioneuvoston päätös 27.11.2025
- Pohjois-Savo – valtioneuvoston päätös 11.12.2025
- Keski-Uusimaa – valtioneuvoston päätös helmikuussa 2026
- Keski-Suomi – valtioneuvoston päätös helmikuussa 2026
- Kymenlaakso – valtioneuvoston päätös helmikuussa 2026

Lisärahoitusta arvioineissa valmisteluryhmissä tarkasteltiin erityisesti lakisääteisten sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistä. Valmisteluryhmissä katsottiin, että jokaisella hyvinvointialueella on joitakin puutteita palveluiden järjestämisessä, mutta niiden ei katsottu olevan sellaisia, jotka ratkeaisivat yksinomaan lisärahoituksella. Lisärahoitusta tarkastelleet valmisteluryhmät totesivat kaikkien muiden paitsi Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen osalta, ettei alueella ole oikeutta lisärahoitukseen. Pohjois-Karjalan hyvinvointialueelle myönnettiin 2,6 miljoonan euron lisärahoitus alueen ja ohjaavien ministeriön yhteisen valmisteluryhmän oltua yksimielinen siitä, että alueella oli oikeus lisärahoitukseen perustuslain mukaisten riittävien sosiaali- ja terveyspalvelujen sekä pelastustoimen palvelujen turvaamiseksi.⁴

Valtiovarainministeriö (jäljempänä VM) käynnisti kesäkuussa 2025 ensimmäiset hyvinvointialueiden arviointimenettelyt Itä-Uusimaan, Keski-Suomen ja Lapin hyvinvointialueiden osalta. Arviointimenettelyä varten VM asetti arviointiryhmät, joihin nimettiin myös STM:n edustajat. Prosessin aikana arviointiryhmät tekevät ehdotuksia hyvinvointialueen talouden tervehdyttämiseksi sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen ja pelastustoimen palvelujen järjestämisen edellytysten turvaamiseksi tarvittavista toimista. Kesällä 2025 käynnistetyt arviointimenettelyt on tarkoitus saada päätökseensä kesän 2026 alussa. Sote-järjestämislain 27 §:n mukaan myös STM voi tehdä VM:lle aloitteen arviointimenettelyn käynnistämiseksi, jos on esimerkiksi osoittautunut, että hyvinvointialueen kyky järjestää sosiaali- ja terveydenhuolto on ilmeisesti vaarantunut muutoin kuin tilapäisesti.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen seurannan, arvioinnin ja ohjauksen tietopohja on vahvistunut ja käytettävissä olevat mittarit ovat tarkentuneet vuoden 2025 aikana. Vuonna 2024 julkaistun johdon strategisen tilannekuvan (jäljempänä JST) kehittämistyö on jatkunut ja se on vakiintunut osaksi THL:n toteuttamaa

4 Valtiovarainministeriö. (2025). Pohjois-Karjalan hyvinvointialueelle myönnetään lisärahoitusta 2,6 miljoonaa euroa.

hyvinvointialueiden seurantaa ja arviointia. Valtioneuvosto päätti hyvinvointialueiden valtakunnallisista tavoitteista⁵ kesäkuussa 2025 ja niiden seurannan nk. VALTTI-mittarit täydentävät osaltaan JST:n tietopohjaa. Syksyllä 2025 julkaistiin Seurannan, arvioinnin ja ohjauksen ydintiedot -raportointipalvelu⁶ (jäljempänä SAO-palvelu), joka kokoaa yhteen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain hyvinvointialueilta edellyttämää ns. vähimmäistietosisältöä. SAO-palvelu ja JST muodostavat hyvinvointialueiden strategisen ohjauksen keskeisen tietopohjan valtioneuvostossa ja hyvinvointialueilla. STM:ssä on jatkettu sosiaali- ja terveydenhuollon arviointikehikon valmistelua. Sen tavoitteena on tarkentaa hyvinvointialuekohtaista käsitystä lakisääteisten sote-palveluiden järjestämisen toteutumisesta ja rahoituksen tason riittävydestä. Tietopohja on vahvistumisestaan huolimatta yhä monin paikoin hajanainen eikä tiedon systemaattinen hyödyntäminen täysin toteudu.

Vuoden 2025 aikana havaittiin⁷ ongelmia ja virheitä alueiden potilastietojärjestelmien diagnoositietojen toimituksissa THL:lle. Hyvinvointialueiden rahoitusmallin toimivuuden kannalta on olennaisen tärkeää, että diagnoositiedot on kirjattu ja toimitettu THL:n rekistereihin annetun ohjeistuksen mukaisesti. Hyvinvointialueet, THL, STM ja VM ovat pyrkineet aktiivisesti löytämään ratkaisuja havaittuihin ongelmiin. Tietotoimitusten oikeellisuuteen kiinnitettiin huomiota myös syksyllä 2025 hyvinvointialueiden kanssa käydyissä ohjausneuvotteluissa, joissa kaikille hyvinvointialueille annettiin tietotoimitusten korjaamista koskeva toimenpidesuositus. VM on lisäksi nimittänyt marraskuussa 2025 selvityshenkilön⁸ sosiaali- ja terveydenhuollon diagnoositietopohjan prosessien arviointiin ja tiedon luotettavuuden parantamiseen.

Aluevaalit järjestettiin huhtikuussa 2025. Uudet aluevaltuustot aloittivat kesällä 2025.

5 [Hyvinvointialueiden tehtäviä koskevat valtakunnalliset tavoitteet vuosille 2025–2029](#)

6 [Seurannan, arvioinnin ja ohjauksen ydintiedot -raportointi \(ns. SAO-palvelu\)](#)

7 [Esim. THL on havainnut merkittäviä virheitä hyvinvointialueiden toimittamissa diagnoositiedoissa – asiaa selvitetään yhdessä alueiden kanssa \(17.6.2025\) ja Diagnoosiongelmat vievät sotesta miljoonia, johtajat sanovat \(30.10.2025\)](#)

8 [Ministeri Ikonen nimittää selvityshenkilön läpivalaisemaan sote-rahoituksen diagnoositietojen toimittamista ja tietopohjan varmennusta – Valtiovarainministeriö](#)

1.2 Hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksen kehittäminen vuonna 2025

Hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausta kehitetään vuosittain hallitusohjelmaan perustuvalla lainsäädännön uudistamisella, hankkeilla ja ohjelmilla. Lisäksi STM:llä on vastuu jatkuvasti kehittää sosiaali- ja terveydenhuollon yleistä strategista seuranta- ja arviointia ja ohjausta. Vuoropuhelu hyvinvointialueiden kanssa on olennainen osa jatkuvaa kehittämistyötä.

STM:ssä toteutetaan vuosina 2023–2027 kansallista palvelureformia, jossa uudistetaan sosiaali- ja terveydenhuollon sisältöjä koskevaa lainsäädäntöä sekä siihen liittyvää ohjausta vastaamaan paremmin nykyisiä sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteita ja hyvinvointialueille asetettuihin valtakunnallisiin tavoitteisiin.

Keskeisiä hyvinvointialueiden toimintaan ja toimintaedellytyksiin vaikuttaneista lainsäädännön muutoksista olivat:

- 1.1.2025 voimaan tullut perusterveydenhuollon hoitotakuun muuttaminen 14 päivästä kolmeen kuukauteen yli 23 vuotta täyttäneiden osalta.
- Vammaispalvelulaki ja sen tarkennettu soveltamisala tulivat voimaan vuoden 2025 alussa ja vuoden aikana soveltamisalaa edelleen selkeytettiin siten, että lakiin lisättiin elämänvaiheita koskeva säännös, jonka tarkoituksena on varmistaa, että vammaispalvelulaki säilyy vammaisten henkilöiden palvelut turvaavana erityislakina. Soveltamisalan muutokset tulivat voimaan 1.1.2026.
- läkkäiden ympärivuorokautisen hoidon henkilöstömitoituksen vähimmäismitoitukseksi muutettiin vuoden 2025 alusta lähtien 0,6 työntekijää asiakasta kohden.
- 1.5.2025 voimaan tullut terapiatakuu alle 23 vuotta täyttäneillä, jonka myötä lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten on päästävä perusterveydenhuollossa tiettyihin psykososiaalisiin hoitoihin ja sosiaalihuollossa tiettyjen psykososiaalisen tuen menetelmien piiriin viimeistään kuukauden kuluessa siitä, kun tarve on todettu.

- 1.7.2025 voimaan tullut sosiaali- ja terveydenhuollon valmiutta ja varautumista koskeva lakimuutos. Lakimuutoksella varmistettiin riittävät toimivaltuudet sosiaali- ja terveydenhuollon johtamiseen ja päätöksentekoon normaaliaikojen häiriötilanteissa ja poikkeusoloissa. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakiin tehdyt muutokset mahdollistavat varautumisen yksittäistä hyvinvointialuetta laajempiin tai valtakunnallisiin häiriötilanteisiin.
- 1.1.2025 on voimaan tullut leikkaustoimintaa ja 1.10.2025 päivystystä koskevat terveydenhuoltolain muutokset. Lakimuutoksissa säädettiin sairaaloiden leikkaustoiminnan ja päivystysten edellytysten ja palveluverkon sekä hankinnan mahdollisuuksien muutoksista.
- Hyvinvointialueen varautumista poikkeusoloihin ja Suomen puolustuksen tukemista koskeva lakimuutos tuli voimaan 1.12.2025. Muutos koskee hyvinvointialueiden ja puolustusvoimien välistä yhteistyötä ja yhteistyön rahoitusta.

Vuoden 2025 alussa Marina Erhola nimitettiin määräaikaiseksi alivaltiosihteeriksi vastaamaan hyvinvointialueiden kansallisen ohjauksen kehittämisestä. Tehtävän tavoitteena oli luoda edellytykset hyvinvointialueuudistuksen etenemiselle ja vauhdittamiselle siten, että asukkaille turvataan riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut valtion rahoituksen puitteissa. Laajan haastatteluaineiston pohjalta koottiin ehdotus hyvinvointialueuudistuksen etenemisen ja ohjauksen kehittämiseksi. Keväällä 2025 julkaistussa ohjauskokonaisuuden kehittämistyön loppuraportissa todettiin, että ohjaavien ministeriöiden on vahvistettava sekä sisäistä että keskinäistä yhteistyötään. Joulukuussa 2025 julkaistiin hyvinvointialueuudistuksen väliarviointi, jossa todettiin yksimielisesti hyvinvointialueiden ohjauskokonaisuuden olevan vielä hajanaista.

Loppuvuodesta STM julkaisi Sote2040 -vision koosteen⁹, joka on STM:n virkakunnan näkemys sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän muutostarpeista. Visio-työn tueksi STM keräsi kansallisilta ja kansainvälisiltä tutkijoilta sekä sidosryhmiltä rohkeita, sosiaali- ja terveydenhuollon tulevaisuutta koskevia aloitteita. Kahden vuoden ajan ideoita työstettiin sisäisissä ja ulkoisissa työpajoissa. Visio ei ole kerta-luonteinen ja suoraviivainen toimintasunnitelma, vaan jatkuvasti täydentyvä näkemys. Sote-palvelujärjestelmän kehittäminen edellyttää harkittuja päätöksiä

9 STM. (2025). *STM:n virkakunta: Tulevaisuuden sote tarjoaa palvelut kaikille tarpeen mukaan – Sosiaali- ja terveysministeriö*

ja johdonmukaista toimeenpanoa usean hallituskauden ajan. Eri vaihtoehtojen yhteensovittaminen toimivaksi sote-kokonaisuudeksi edellyttää parlamentaarista yhteistyötä sekä laaja-alaista valmistelua sidosryhmien kanssa.

Terveydiksi – kansallisen terveys- ja hyvinvointiohjelman 2024–2027 tavoitteena on vähentää väestöryhmien välisiä terveys- ja hyvinvointieroja sekä kansansairauksia vaikuttamalla riskitekijöihin, kuten tupakointiin, alkoholinkäyttöön, ruokavalioon, liikkumattomuuteen ja ylipainoon, sekä yksinäisyyteen. Vuonna 2025 avustusta myönnettiin kansallisiin hankkeisiin, joissa kehitettiin kouluruokailua sekä työikäisten julkisia joukkoruokailu- ja ravintolapalveluja.

Terveys- ja hyvinvointialan kasvuohjelman tavoitteena on tukea hyvinvointialueita uudistumaan niin, että ne voivat paremmin edistää kansalaisten terveyttä ja hyvinvointia sekä parantaa palveluiden laatua ja saatavuutta. Ohjelma tukee hyvinvointialueiden, yritysten ja tutkijoiden yhteistyötä, jotta ne voivat yhdessä kehittää alan parhaat käytännöt ja hyödyntää uusinta teknologiaa.

Lapsibudjetoinnin levittämistä hyvinvointialueiden toimintaan on edistetty. Lapsibudjetointia ja sen osana lapsivaikutusten arviointia pilotoitiin kansallisen lapsistrategian koordinoimassa kehittämishankkeessa kahdella hyvinvointialueella vuosina 2023–2024. Osana pilottia tehtiin myös verkostoyhteistyötä lapsibudjetoinnin käytäntöjen kehittämiseksi 14 hyvinvointialueen kanssa. Pilotoinnin loppuraportti julkaistiin vuonna 2025¹⁰.

Hyvän työn ohjelma 2024–2027 on yksi kansalliseen palvelureformiin kiinnitetyistä toimenpideohjelmista, joka tähtää sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastusalan henkilöstön riittävyyden ja saatavuuden turvaamiseen sekä alojen veto- ja pitovoiman lisäämiseen. Ohjelman toimenpiteet sisältävät muun muassa alan koulutuksen lisäämistä, ammattiryhmien välisen työnjaon parantamista työjakopiloteilla 2024–25 sekä säädösmuutoksilla, turhien tehtävien karsimista, työssä jaksamisen ja työkyvyn vahvistamista sekä rekrytoinnin laajentamista kotimaassa ja ulkomailta. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön riittävyys ja saatavuus ovat parantuneet keskeisimmissä henkilöstövajeryhmissä lukuun ottamatta psykiatrian erikoisaloja koko maassa vuonna 2025.

10 [Lapsibudjetointi hyvinvointialueilla : Kokemuksia hyvinvointialueiden lapsibudjetointipilotista 2023–2024](#)

Sosiaali- ja terveydenhuollon digitalisaatio-ohjelma puolestaan vastaa palvelu-reformin tavoitteisiin kehittämällä teknologiamyönteistä lainsäädäntöä, rahoittamalla kokeiluhankkeita sekä tuottamalla tietoa teknologian ja digitaalisen palveluiden vaikuttavuudesta. Vuonna 2025 STM rahoitti sosiaali- ja terveydenhuollon tekoälyekosysteemin toimintaa ja sen puitteissa 10 hyvinvointialueen tekoälykokeilua. Digitaalisten palvelujen vaikuttavuustutkimus käynnistyi RCT-tutkimuksen¹¹ digiklinikoiden vaikutuksista yhdessä Pohjanmaan hyvinvointialueen kanssa. Digitalisaatio-ohjelman puitteissa valmistellut hallituksen esitykset 113/2025, 118/2025 ja 159/2025 vahvistavat lainsäädännöllistä pohjaa teknologian hyödyntämiselle osana asiakkaalle tarjottavia sosiaali- ja terveystalvluita.

Sote-tietojohdamisen ja vaikuttavuuden lisäämisen ohjelman tavoitteita ovat vaikuttavuusperustaisen ohjauksen vahvistaminen ja avoin priorisointi, interventioiden arvioinnin ja arviointiosaamisen vahvistaminen sekä vaikuttavuustiedon tietotuotannon kehittäminen. Näitä tavoitteita toimeenpannaan noin 20 eri projektissa. Palveluvalikoiman periaatteita koskevan hallituksen esityksen valmistelu käynnistettiin vuonna 2025 ja sitä jatketaan vuoden 2026 aikana. Arviointi- ja suositustoimijoiden prosesseja ja resursseja selvitetään neljässä eri selvityksessä ja ensimmäiset ehdotukset tulevaisuuden organisoitumisesta ovat käsittelyssä. Hoitotoiminnan ja Käypä hoito -suosituksien määrää ja laatua kehitettiin. Lisäksi tietotuotantoa kehitettiin erityisesti palvelujen laatua ja vaikuttavuutta koskevien tietoaaineistojen osalta.

Suomen kestävän kasvun ohjelman toimenpiteet ovat kohdistuneet palveluiden saatavuuden vahvistamiseen ja kustannusvaikuttavuuden lisäämiseen sekä työllisyysasteen ja osaamistason nostamiseen. Ohjelman toimeenpano hyvinvointialueilla ja kansallisissa projekteissa päättyi vuoden 2025 lopussa. EU:n elpymisvälineen rahoitus STM:n hallinnonalalle oli yhteensä 381 miljoonaa euroa. Hyvinvointialueille jaettiin vuosien 2022–2025 aikana yhteensä noin 300 miljoonaa euroa valtionavustuksia. Rahoitetut hankkeet edistivät palveluiden saatavuutta ja niihin pääsyä kehittämällä toimintamalleja ja monikanavaisuutta, joita digitaalisten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden käyttöönotto ja laajentaminen tukivat. Hyvinvointialueilla kehitettiin ja käyttöönotettiin ratkaisuja hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi, rakennettiin monialaisia palveluita sekä kohdennettiin palveluita haavoittuville ihmisryhmille. Hanketyön myötä alueiden kehittämisosaaminen

11 RCT-tutkimuksessa ([Randomized Controlled Trial](#), Satunnaistettu Kontrolloitu Tutkimus) osallistujat jaetaan satunnaisesti (arpomalla) kahteen tai useampaan ryhmään, joista yksi saa interventiota ja toinen kontrollia, jotta voidaan luotettavasti todentaa intervention syy-seuraussuhteet ja teho. Se on tehokkain tapa osoittaa vaikuttavuutta ja minimoida harhoja.

lisääntyi ja yhteiskehittäminen verkostoissa parantui synnyttäen myös uusia yhteistyömuotoja kolmannen sektorin toimijoiden ja oppilaitosten kanssa. Ohjelman avulla on parannettu sosiaali- ja terveydenhuollon tietopohjaa, palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta. Digipalvelujen käyttö on lisääntynyt merkittävästi hyvinvointialueilla. Kehitetyillä toimintamalleilla hoidon jatkuvuus on vahvistunut, mikä on vähentänyt mm. päivystysten käyttöä. Ennaltaehkäisy ja varhainen tuki ovat juurtuneet osaksi palveluja. Lisäksi on laajennettu työkyvyn tuen malleja ja saatu hyviä tuloksia IPS-työhönvalmennuksen ja Työote-mallin käyttöönotoista.

2 STM:n arvio hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuonna 2025

Hyvinvointialueet arvioivat vuoden 2025 selvityksissään pystyvänsä järjestämään sosiaali- ja terveyspalveluja riittävän yhdenvertaisesti. Alueet sitoutuivat myös tasa-painottamaan talouttaan turvallisesti ja hallitusti, ihmisten lakisääteiset palvelut ja luottamuksen säilyttäen.

Hyvinvointialueiden vertailua haastaa osin se, että Suomessa on päädytty ratkaisuun, jossa Uudellamaalla on muusta Suomesta poikkeava sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu eli ns. Uudenmaan erillISRatkaisu. Uudellamaalla on neljä hyvinvointialuetta ja Helsingin kaupunki, jotka vastaavat kaiken muun sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä, mutta kaiken erikoissairaanhoidon järjestää HUS-yhtymä. HUS-yhtymällä on erikoissairaanhoidossa yhdet jonot kaikille uusimaalaisille. HUS-yhtymä järjestää erikoissairaanhoidon ja vaativan erikoissairaanhoidon lisäksi Uudenmaan hyvinvointialueille ja Helsingille kaikki diagnostiset palvelut (laboratorio ja kuvantaminen) ja yhteispäivystyksen. Lisäksi HUS-yhtymä tuottaa Uudenmaan hyvinvointialueille ja Helsingille laajasti sote-palveluiden tukipalveluita, kuten tietohallintoa, apteekkipalveluita ja muita tukipalveluita sekä tuottaa diagnostiikan palvelut koko eteläiselle yhteistyöalueelle paitsi Päijät-Hämeelle. HUS-yhtymä myös johtaa terveydenhuollon varautumista ja valmiutta eteläisellä yhteistyöalueelle.

STM arvioi hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä THL:n tuottamien valtakunnallisten ja hyvinvointialuekohtaisten mittareiden pohjalta. Tähän asiakirjaan on valittu ainoastaan sellaisia mittareita, joissa vertailukelpoista tietoa on saatavilla kaikkien hyvinvointialueiden osalta. Alueiden keskinäistä sijoitumista tulkittaessa on erittäin tärkeää ottaa huomioon, että tässä selvityksessä käytetyt mittarit kuvaavat yksittäisiä ja eri tasoisia palveluita. Samanaikaisesti on lisäksi tärkeää huomata, että valtaosa tässä selvityksessä käytetyistä mittareista koskee vuoden 2024 tietoja johtuen siitä, että vuoden 2025 tietoja ei ollut vielä saatavilla.

2.1 Arvio sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhdenvertaisesta toteutumisesta

2.1.1 Valtakunnallisesti

Perusterveydenhuolto

Suomessa on edelleen paljon tyydyttymätöntä hoidon tarvetta, ja tulotason mukaiset erot palvelujen saannissa ovat OECD-maiden suurimpia.

Perusterveydenhuollon kolmen kuukauden hoitotakuu toteutui vuoden 2025 aikana 23 vuotta täyttäneillä lähes täysin. Marraskuussa 2025 käynneistä 99 % toteutui määräajassa.¹² Myös alle 23-vuotiailla kahden viikon hoitotakuu toteutui suhteellisen hyvin. Marraskuussa 2025 kahdeksalla hyvinvointialueella hoitotakuun toteutumisaste jäi alle 90 prosentin.

Perusterveydenhuollon hoidon jatkuvuus säilyi heikkona vuonna 2024, mikä koski sekä lääkäri- että hoitajakäyntejä. Hoitajakäyntien hoidon jatkuvuutta kuvaava COCI-indeksi laski 0,18 (0,17 vuonna 2023).¹³ Jatkuvuus pysyi heikkona myös asiakasryhmissä, jotka olisivat hyötäneet siitä eniten (monisairaat ja ikääntyneet). STM käynnisti keväällä 2025 omalääkäriohjelman, jonka tavoitteena on kannustaa hyvinvointialueita kehittämään ja ottamaan käyttöön alueen tarpeita vastaavia malleja. Vuoden 2025 aikana useilla hyvinvointialueilla vahvistettiin hoidon jatkuvuutta kehittämällä omalääkäri- ja omatiimimalleja.

Suun terveydenhuollon hoitotakuu toteutui joulukuussa 2025 hyvin. Hoitoon pääsi määräajassa 98 prosenttia 23 vuotta täyttäneistä (6 kk takuu) ja 93 prosenttia alle 23-vuotiaista (3 kk takuu). Tuloksen taustalla ovat ostopalvelujen käyttö ja kohdennetut jononpurkutoimet. Lisäksi useilla alueilla on uudistettu toimintamalleja palveluketjujen sujuvoittamiseksi.

12 Hyvinvointialueiden järjestämän perusterveydenhuollon kiireettömään hoitoon pääsyn enimmäisajoista eli ns. hoitotakuusta säädetään terveydenhuoltolaissa (1326/2010). Perusterveydenhuollon kiireettömään hoitoon pääsyn enimmäisajat pitenevät 1.1.2025 alkaen kolmeen kuukauteen.

13 COCI kuvaa potilaan ja ammattihenkilön välisen hoitosuhteen jatkuvuutta perusterveydenhuollon kiireettömässä avosairaanhoidossa. COCI-indeksi (0–1) mittaa käyntien keskittymistä samoille ammattihenkilöille: arvo 0 tarkoittaa ei jatkuvuutta ja arvo 1 täydellistä jatkuvuutta.

Erikoissairaanhoito

Kiireettömän erikoissairaanhoidon jonot säilyivät pitkinä vuonna 2025, vaikka tilanne onkin hieman parantunut aiemmasta. Marraskuun lopussa 14 prosenttia potilaista oli odottanut hoitoa yli puoli vuotta. Määrällisesti eniten jonottajia oli kirurgian, silmätautien sekä korva-, nenä- ja kurkkutautien erikoisaloilla. Jonottajien osuus oli huomattava myös eräillä pienillä erikoisaloilla. Valvira määräsi lokakuussa 2025 yhdeksän hyvinvointialuetta ja HUS-yhtymän saattamaan hoitoon pääsyn lainmukaiseksi 30.4.2026 mennessä.

Kiireellisen hoidon kokonaiskysyntä kasvoi vuonna 2024, vaikka erikoissairaanhoidon päivystyskäynnit vähenivät. Kasvu johtui perusterveydenhuollon päivystyskäyntien lisääntymisestä. Erikoissairaanhoidon luvuissa on kuitenkin huomioitava mahdolliset erot alueiden kirjaamiskäytännöissä.

Samaan aikaan erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon käyttö jatkoi laskuaan. Tämä näkyy sekä somaattisten potilaiden määrässä että avohoidolla vältettävissä olevien päivystysjaksojen vähenemisenä. Kehitys osoittaa hoidon painopisteen siirtyneen onnistuneesti poliklinisiin toimintamalleihin.

Lasten, nuorten ja perheiden palvelut

Valtaosalla hyvinvointialueista integraation edellytyksiä vahvistava perhekeskustoiminta on vakiintunutta, mutta yhdyspintayhteistyön merkitys ja sujuvuus vaihtelee yhä alueittain. Asiakkaita ohjataan keskitetysti ja aikaisempaa nopeammin palveluihin.

Henkilöstöpula on vaikeuttanut palvelujen toteuttamista monilla alueilla, mikä on jättänyt lapsia, nuoria ja perheitä palvelujen ulkopuolelle tai ohjannut heitä epätarkoituksenmukaisesti muihin palveluihin. Opiskeluhuoltopalveluissa pula lääkäreistä ja psykologeista on vaikeuttanut palvelujen toteuttamista monilla alueilla, ja palveluja on tarjolla epätasaisesti myös hyvinvointialueiden sisällä.

Opiskeluhuoltopalvelujen rooli mielenterveyden hoidossa korostuu erityisesti alueilla, joilla perustason mielenterveyden hoito on riittämätöntä. Palvelujärjestelmässä on edelleen kriittinen puute: perustason mielenterveyden hoito ei ole kaikilla alueilla riittävän vahvaa, mikä vaikeuttaa hoitoketjujen sujuvuutta ja johtaa epätarkoituksenmukaiseen erikoissairaanhoidon käyttöön sekä suuriin kustannuksiin. Alueet eroavat myös neuropsykiatristen häiriöiden hoidon käytännöissä, mikä lisää palvelujen epätasaisuutta alueiden välillä.

Lastensuojeluilmoitusten määrä on vuonna 2025 edelleen kasvanut, mutta entistä harvempi ilmoitus on johtanut lastensuojelun asiakkuuteen. Vuoden 2025 aikana lastensuojelun asiakasmitoitus on toteutunut hyvinvointialueilla yhä paremmin. Positiivisesta kehityksestä huolimatta laissa määritelty enimmäisasiakasmäärä ylittyy valtaosalla hyvinvointialueista. Lokakuussa 2025 koko maassa 90 % palvelutarpeen arvioinneista valmistui alle kolmessa kuukaudessa (80 % lokakuussa 2024).

Lastensuojelun sijoituksia ei ole onnistuttu vähentämään, vaikka kehitys vuonna 2024 tasaantui. Sosiaalihuollon lapsiperhepalveluissa on selkeä tarve vahvistaa varhaisen tuen palveluja.

Työikäisten palvelut

Työssäkäyvistä noin 90 % saa osan perusterveydenhuollon avosairaanhoitopalveluista osana työnantajan järjestämisvastuulla olevia työterveyshuoltopalveluita.

Työikäisten työkyvyn tuen palvelut ovat hyvinvointialueiden vastuulla. Työkykyä ja työllistymistä tukevien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tarve on tunnistettu hyvinvointialueilla, mutta eri toimijoiden välisiä (esim. työllisyyspalvelut ja Kela) palvelukokonaisuuksia ja palveluketjuja pitää yhä vahvistaa. Hyvinvointialueilla on lakisääteinen velvollisuus järjestää työttömien terveystarkastuksia ja valtakunnallisesti terveystarkastusten määrät ovat olleet viime vuosina kasvussa. Vuonna 2025 työttömien terveystarkastuksia tehtiin noin 25 % enemmän kuin vuonna 2024.

Työttömyyden kasvu ja väestön hyvinvoinnin osittainen heikkeneminen ovat lisänneet työikäisten sosiaalipalvelujen tarvetta ja kysyntää. Useilla alueilla työikäisten sosiaalipalvelujen kehittämisen painopisteenä on palvelujen integroiminen tiiviimmin osaksi sote-keskusten kokonaisuutta.

Vammaispalvelut

Vammaisille henkilöille suunnattujen erityispalvelujen asiakasmäärä on kasvussa. Samaan aikaan joidenkin palveluiden kohdalla asiakasmäärät ovat kuitenkin laskeutuneet (esim. vammaispalvelulain mukainen liikkumisen tuki).

Pitkäaikaisen laitoshoidon purku on edennyt erityisesti henkilökohtaisen avun ja ympärivuorokautisen palveluasumisen vahvistuessa. Asumispalvelurakenteen keventäminen on kuitenkin kesken, ja sen etenemistä hidastavat muun muassa hyvinvointialueiden palveluverkon uudistamisen keskeneräisyys sekä puutteet niissä palveluissa, joita tarvitsevat henkilöt, joilla on runsaasti avun, tuen ja jopa valvonnan tarvetta.

Vuoden 2025 alussa tuli voimaan uusi vammaispalvelulaki, joka sisältää 15 erilaista palvelua. Siirtymäajan 2025–2027 vanha vammaispalvelulaki on edelleen osittain voimassa, mikä tekee vammaispalvelujen palvelukokonaisuudesta moninaisen. Osa uuden lain mukaisista palveluista on täysin uusia, mikä vaatii hyvinvointialueilta toiminnan kehittämistä lainsäädännön toimeenpanemiseksi sekä palvelujen toteuttamisessa että palvelutarpeen arvioinnissa ja päätöksenteossa. Uuden lainsäädännön toimeenpanossa korostuu vammaispalvelujen yhteistyö ensisijaisten sosiaalihuoltolain perusteella myönnettävien palvelujen kanssa sekä muilla yhdyspinnoilla.

lääkkäiden palvelut

Valtakunnallisesti tarkasteltuna suuret alueelliset erot palvelurakenteissa heikentävät ikääntyneiden yhdenvertaisuutta. lääkkäiden palveluissa palvelurakenteen uudistaminen on käynnissä, mutta muutokset etenevät hitaasti.

lääkästä henkilöä hoitavien omaishoidon tuen saajien määrä on vakiintunut ja se ei ole kasvanut samaa tahtia väestön ikääntymisen kanssa. Eläkeikäisten omaishoito nojaa iäkkäisiin puolisohoitajiin. Uusien palvelujen, kuten kiertävien perhehoitajien, käyttö on edelleen marginaalista, vaikkakin hieman kasvanut. Suurin osa hyvinvointialueista on varannut tarpeeseen nähden riittävästi määrärahoja omaishoidon tukeen.

Kotihoito on volyymiltään suurin lääkkäiden käyttämä sosiaalipalvelu. Koko maan tasolla kotihoidon peittävyys 75 vuotta täyttäneessä väestössä on viime vuosina laskenut ja julkisesti järjestetyn kotihoidon käyntimäärät ovat vähentyneet. Kotihoidon peittävyydessä on suuria eroja hyvinvointialueiden välillä (9–19 %, 75 vuotta täyttäneistä). Suuret erot selittyvät ennen muuta lääkkäiden palvelujen saatavuuden eroilla maan eri alueilla.

Kotiin annettavien palvelujen tulee olla määrältään riittäviä ja sisällöltään sellaisia, että ne vahvistavat asiakkaiden toimintakykyä. Riittämätön kotiin saatava apu ja siitä seuraavat ongelmat arjen hallinnassa lisäävät tarvetta terveydenhuollon palveluille sekä asumispalveluille. Hyvinvointialueiden järjestämisvastuun piiriin kuuluvia tukipalveluja, kuten ateria-, siivous- ja pyykkipalveluja, ei järjestetä asiakkaiden tarpeita vastaavasti. Hyvinvointialueilla on myös ollut vaikeuksia järjestää riittävästi kotihoitoa. Palveluketjujen toimivuuden kannalta on tärkeää, että asiakkaiden kotona asumista haastaviin tarpeisiin pystytään vastaamaan.

Ympäri vuorokautisen hoivan peittävyys pysyi vuonna 2024 edellisvuosien tasolla ja asiakasmäärä kasvoi. Palvelutarpeisiin ei ole pystytty riittävästi vastaamaan kevyemmällä palvelulla ja viiveet ympärivuorokautiseen palveluasumiseen pääsyssä

ovat lisänneet ostopalvelujen käyttöä. Kotihoidon ja ympärivuorokautisen palveluasumisen väliin sijoittuvia palveluja kuten yhteisöllistä asumista ja perhehoitoa on toistaiseksi järjestetty varsin vähän. Myös niillä voitaisiin hillitä ympärivuorokautisen palveluasumisen tarpeen kasvua.

Integraatio ikääntyneiden palvelujen ja terveystalvelujen välillä on tiivistynyt. Päivystyskäyntien määrän kasvu kertoo kuitenkin siitä, että ikääntyneiden palveluketjut eivät toimi kunnolla. Palveluketjun alkuvaiheen palvelut ovat vahvistuneet hitaammin kuin ympärivuorokautisen palveluasumisen peittävyuden vähentäminen edellyttäisi. Tiivistynyt integraatio ei siten riitä paikkaamaan ikääntyneiden palvelukokonaisuuden rakenteellisia puutteita.

Mielenterveys-, päihde- ja riippuvuuspalvelut

Psykiatrian kiireettömän hoidon saatavuus on kohentunut merkittävästi vuoden 2025 aikana. Marraskuussa enää noin 12 % potilaista oli odottanut hoitoa yli kuusi kuukautta, mikä on selvä parannus edellisvuoteen. Myönteisestä kehityksestä huolimatta psykiatrian erikoislääkäripula on edelleen merkittävä valtakunnallinen haaste, joka vaikeuttaa palvelujen järjestämistä.

Kaikkien hyvinvointialueiden strategisena tavoitteena on vahvistaa perustason mielenterveys-, päihde- ja riippuvuuspalveluja sekä vähentää raskaiden palvelujen tarvetta. Rakenteellinen muutos etenee alueilla eri tahtiin. Valtakunnallisella tasolla muutokset palvelujen käytössä ja kustannuksissa ovat toistaiseksi olleet vähäisiä. Arviointia vaikeuttavat puutteet tiedonkeruussa. Kattavaa tietoa perustason hoitoonpääsystä tai terapiatakuun toteutumisesta ei ole vielä saatavilla kaikilta alueilta.

Ostopalvelujen hintojen nousu on lisännyt kustannuspaineita. Tästä huolimatta useat alueet ovat onnistuneet vahvistamaan omaa tuotantoaan ja vähentämään riippuvuutta ostopalveluista ja vuokrahenkilöstöstä. Painopistettä on siirretty ympärivuorokautisesta palveluasumisesta kevyempiin asumismuotoihin ja kotiin annettaviin palveluihin.

Ehkäisevät palvelut, kuten ehkäisevä päihdetyö, ovat monin paikoin edelleen riittämättömiä. Palveluketjuja on kuitenkin kehitetty pitkäjänteisesti. Kehitystyö jatkuu Kestävän kasvun ohjelmassa kansallisen mielenterveysstrategian (2020–2030) linjausten mukaisesti. Alueilla on rahoitettu muun muassa Terapiat etulinjaan -toimintamallia ja vahvistettu digitaalisia palveluja. Noin puolet hyvinvointialueista on ottanut käyttöön IPS-työhönvalmennuksen (Individual Placement and Support), jolla tuetaan mielenterveyskuntoutujien työllistymistä avoimille työmarkkinoille.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

Väestön terveyden, toimintakyvyn ja työllisyyden alueelliset erot ovat merkittäviä. Korkea sairastavuus ja työkyvyttömyys painottuvat Itä-Suomen lisäksi alueille, joilla väestörakenne on ikääntynyt ja koulutustaso matala.

Koko maan kehityskulkuja kuvaavat väestön ylipainon nopea yleistyminen, päih-teiden käytön ongelmat sekä nuorten ahdistuneisuusoireilu muodostavat kasva-van paineen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiselle. Myös kasvava työttömyys ja ikääntyvien asumisen kysymykset haastavat palvelujärjestelmää. Väestöryhmien väliset yhteiset haasteet edellyttävät hyvinvointialueilta vahvempaa panostusta ennaltaehkäisevään työhön. Samalla on varmistettava, että hyvinvoinnin ja tervey-den edistämisen (HYTE) toimenpiteet ovat vaikuttavia.

Hyvinvointialueiden, kuntien ja järjestöjen välinen yhteistyö on rakenteellisesti vah-vistunut. Useimmilla alueilla on jo luotu toimivat puitteet terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi, mutta toteutuksessa on edelleen merkittäviä alueellisia eroja. Eri alu-eilla on otettu laajasti käyttöön digitaalisia palvelutarjottimia, jotka helpottavat asukkaiden ohjautumista järjestöjen ja muiden kolmannen sektorin toimijoiden pal-veluihin. Alueiden välillä on edelleen merkittäviä eroja yhteistyön toteutumisessa. Yhteistyössä on siirryttävä kohti laaja-alaisempaa näkökulmaa, jossa väestön hyvin-vointi ja alueellinen elinvoima nähdään osana strategista kokonaisuutta. Toiminnan vaikuttavuuden varmistaminen edellyttää tiedolla johtamisen aktiivista kehittä-mistä. Tiedon avulla on voitava osoittaa ennaltaehkäisevän työn tulokset ja kohden-taa resurssit oikein.

Palvelujärjestelmän kyky vastata väestön tarpeisiin varhaisessa vaiheessa edel-lyttää monialaista yhteistyötä ja kolmannen sektorin laajempaa hyödyntämistä. Perhekeskusten avoimet kohtaamispaikat ovatkin muodostuneet keskeisiksi yhdys-pinnoiksi, joissa hyvinvointialueiden, kuntien ja järjestöjen palvelut nivoutuvat yhteen. Nämä foorumit ovat mahdollistaneet matalan kynnyksen tuen ja edistä-neet lasten, nuorten sekä perheiden hyvinvointia tehokkaasti. Väestön ikäänty-essä ja muistisairauksien yleistyessä toimintakyvyn tukemisella ja terveysongelmien ennaltaehkäisyllä on puolestaan kyetty vaikuttamaan ikääntyneiden elämänlaatuun ja raskaampien palvelujen tarpeen vähentämiseen. Järjestöjen rooli on joillain alu-eilla hieman vahvistunut osaksi palveluketjuja, ja hyvinvoinnin edistämisestä on tul-lut aiempaa toimivampi osa alueellista kokonaisuutta.

Hyvinvointialueiden laatimien hyvinvointisuunnitelmien ohjausvaikutus on tois-aiseksi ollut riittämätön toimenpiteiden kohdentamisessa eniten tukea tarvitse-ville väestöryhmille. Erityisesti iäkkäiden sekä työn ja opiskelun ulkopuolella olevien tarpeisiin vastaaminen edellyttää nykyistä täsmällisempiä ja oikea-aikaisempia

toimenpiteitä. Kohdennettujen toimien kehittäminen edellyttää tiivistä ja tavoitteellista yhteistyötä kuntien kanssa, jotta palvelut ja ennaltaehkäisevät toimet saavuttavat kohderyhmänsä tehokkaasti. Hyvinvointisuunnitelmien tulisi nykyistä vahvemmin toimia työkaluina, jotka priorisoivat toimenpiteitä väestön todellisen palvelutarpeen ja hyvinvointivajeiden perusteella.

Hyvinvointialueiden välinen yhteistyö

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) neuvotteli alkuvuodesta 2025 yhteistyöalueet muodostavien hyvinvointialueiden kanssa niiden vuoden 2024 aikana laatimien yhteistyösopimusten sisällöistä. Neuvotteluissa todettiin, että vaikka hyvinvointialueiden yhteistyö, työnjako ja toiminnan yhteensovitus ovat vuoden aikana lisääntyneet, nykyiset hyvinvointialueiden väliset sopimukset ja käytännön yhteistyö eivät vielä kaikilta osin vastaa lainsäädännön velvoitteita tai kansallisen ohjauksen tavoitteita.

Hyvinvointialueilla on useita toimintoja, joita on toiminnallisesti ja kustannusvaikuttavuuden näkökulmasta perusteltua olla vain muutamalla hyvinvointialueella YTA-tasoisesti ja 1–5 hyvinvointialueella kansallisesti. Hyvinvointialueiden vahvistuvassa yhteistyössä on olemassa merkittävä toiminnallinen ja taloudellinen tehokkuuspotentiaali, jota ei vielä ole päästy hyödyntämään päivystys- ja keskittämisasetuksin ja nykyisin YTA-sopimuksin. Hyvinvointialueiden tiivis yhteistyö osaltaan varmistaa väestön palveluiden yhdenvertaisen toteutumisen YTA-tasoisesti ja kansallisesti.

Kevään 2025 puoliväliriihessä asetettiin tavoitteeksi hyvinvointialueiden välisen työnjaon ja yhteensovittamisen merkittävä vahvistaminen. Ohjausta päätettiin vahvistaa erityisesti ICT:n, ICT-häiriöhallinnan, kyberturvallisuuden sekä väestön harvoin tarvitsemien sosiaali- ja terveyspalveluiden osalta.

STM antoi kesäkuussa 2025 soveltamisohjeen, joka velvoittaa alueet sopimaan aiempaa tarkemmin yhteistyöstä ja työnjaosta. Ohjeistuksen tavoitteena on varmistaa korkeatasoinen erityisosaaminen harvoin tarvittavissa palveluissa ja vahvistaa hyvinvointialueiden taloutta harvoin tarvittavien palveluiden yhteisellä järjestämisvastuulla ja päällekkäisyyksien karsimisella. Loppuvuodesta 2025 STM tuki aktiivisesti hyvinvointialueita yhteistyön edistämisessä ja yhteistyösopimusten valmistelussa.

Valmius ja varautuminen

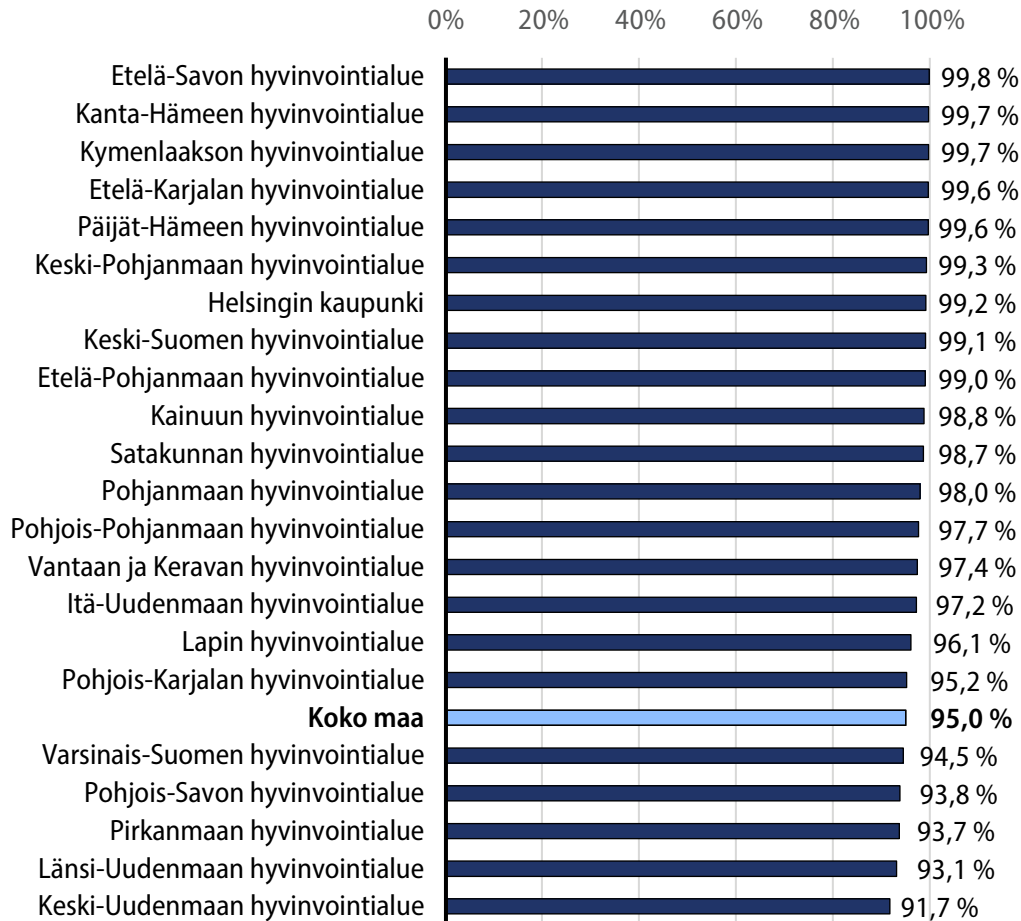
Hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon valmiussuunnittelu ja tilannekuvan luominen ovat merkittävästi parantuneet aiempaan kuntapohjaiseen malliin verrattuna. Sosiaali- ja terveydenhuollon valmiuden tilannekuvaa muodostetaan tällä hetkellä viikoittain ja hyvinvointialueiden valmiussuunnitelmia kehitetään pohjautumaan yhtenäiseen rakenteeseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon valmiuskeskusten toiminta on vakiinnutettu. Toimintaympäristön muutokset edellyttävät kuitenkin hyvinvointialueilta edelleen järjestelmällistä työtä varautumisen kehittämiseksi ja myös kansallista yhdenmukaistamista tulee jatkaa. Yhteistyö pelastustoimen kanssa on myös edistynyt, mikä on vahvistanut alueellista valmiutta ja varautumista.

2.1.2 Hyvinvointialuekohtaisesti

Perusterveydenhuolto

Perusterveydenhuollon kolmen kuukauden hoitotakuu toteutui vuoden 2025 aikana 23 vuotta täyttäneillä lähes täysin. Vuoden 2025 marraskuussa käynneistä 99 % toteutui määräajassa. Heikoiten suoriutuvallakin hyvinvointialueella Pohjois-Karjalassa, käynneistä 96 % toteutui kolmen kuukauden kuluessa. Vuoden 2025 marraskuussa kahdeksalla hyvinvointialueella alle 23-vuotiaiden hoitotakuun toteutuminen kahden viikon kuluessa jäi alle 90 %. Heikoiten alle 23-vuotiaiden hoitotakuu toteutui marraskuussa 2025 Keski-Uudenmaan (76 %), Länsi-Uudenmaan (78 %), Pirkanmaan (79 %) ja Pohjois-Savon (80 %) hyvinvointialueilla.

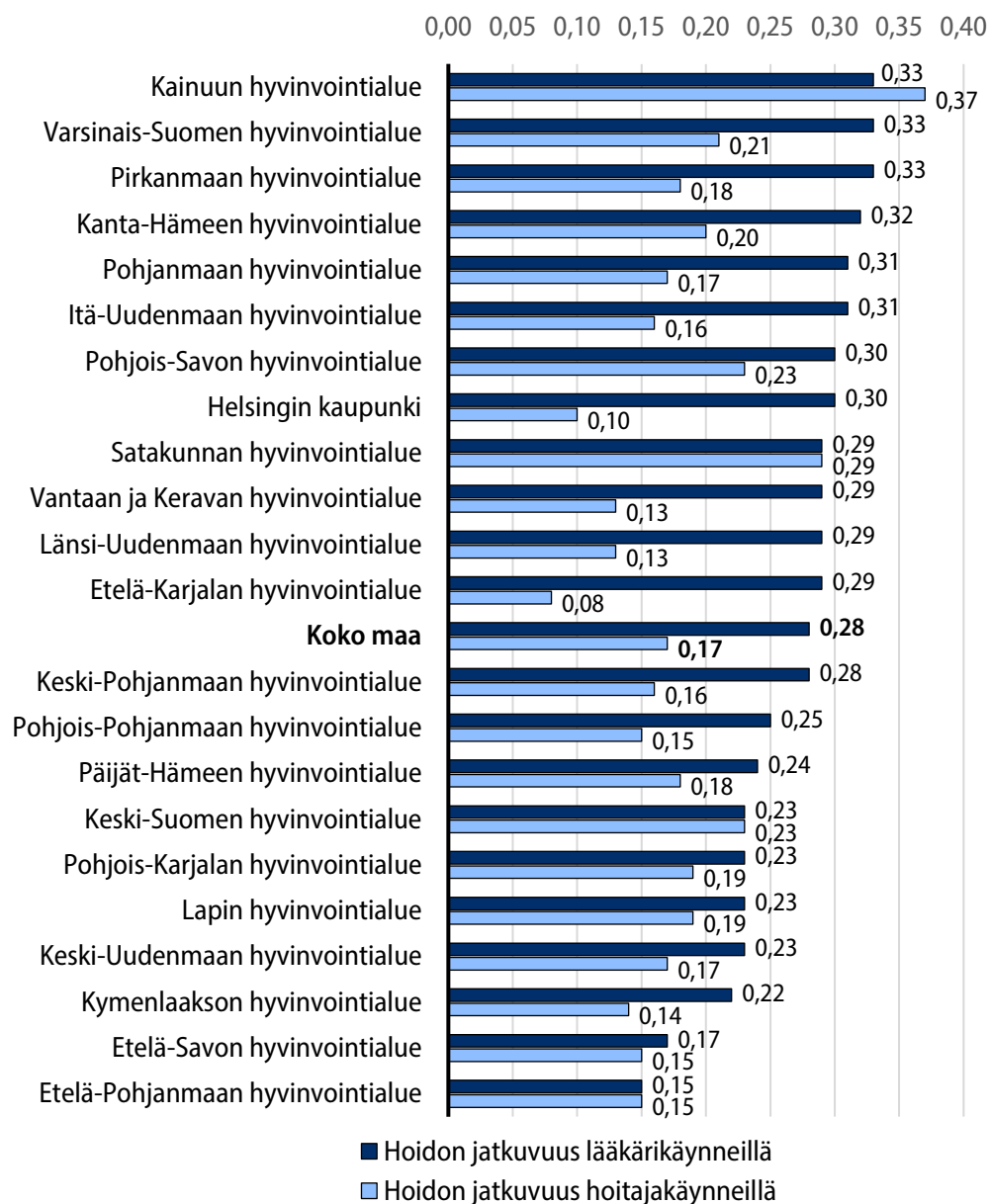
Kuvaaja 2. Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon kiireettömän hoidon lakisääteisen enimmäisajan toteutuminen joulukuussa 2025¹⁴



Vuonna 2024 perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärikäynneillä hoidon jatkuvuus (COCI) koko maassa oli 0,28 (vuonna 2023 myös 0,28). Hoidon jatkuvuus (COCI) oli korkein (0,33) Kainuussa, Pirkanmaalla ja Varsinais-Suomessa ja vastaa-vasti matalin Etelä-Pohjanmaalla (0,15) ja Etelä-Savossa (0,17). Hoidon jatkuvuus on parantunut Etelä-Pohjanmaalla, Pohjois-Pohjanmaalla, Keski-Pohjanmaalla, Pohjois-Savossa, Pirkanmaalla ja Kainuussa vuonna 2024.

14 Laskennassa huomioidaan ikään perustuva ero enimmäisajoissa: alle 23-vuotiailla 14 vuorokautta ja 23-vuotiailla ja sitä vanhemmilla kolme kuukautta. Enimmäisaika laske-taan hoidon tarpeen arviointikäynnistä ensimmäisen hoitotapahtuman toteutumiseen.

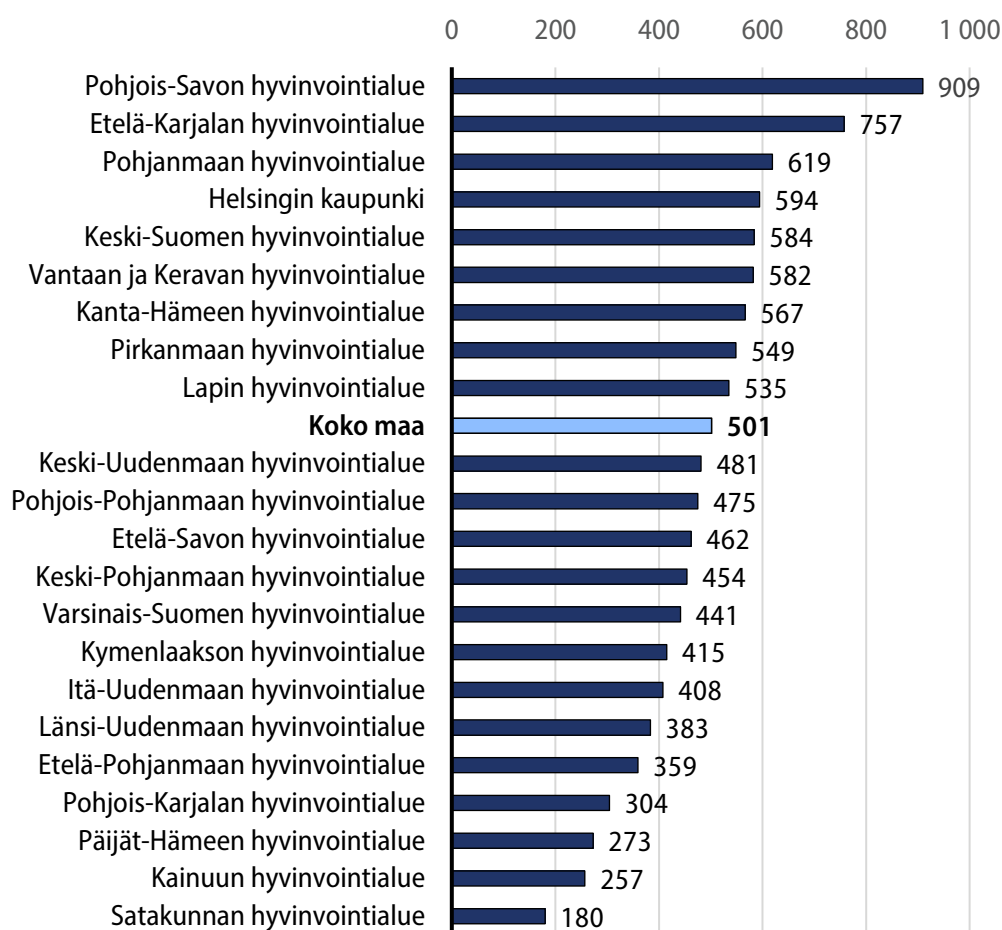
Kuvaaja 3. Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärikäyntien ja hoitajakäyntien hoidon jatkuvuus (COCI) 2024



Hoidon jatkuvuus hoitajakäynneillä oli vuonna 2024 korkein Kainuussa (0,37) ja Satakunnassa (0,29). Kainuussa ja Satakunnassa hoidon jatkuvuus on parantunut merkittävästi vuodesta 2022 alkaen. Heikoin hoidon jatkuvuus hoitajakäynneillä oli Etelä-Karjalassa (0,08) ja Helsingissä (0,1).

Perusterveydenhuollon päivystyskäyntien määrä 1 000 asukasta kohti oli vuonna 2024 koko maassa 501 ja se on kasvanut merkittävästi vuodesta 2022. Eniten perusterveydenhuollon päivystyskäyntejä oli vuonna 2024 Pohjois-Savossa (909) ja Etelä-Karjalassa (757) ja vähiten Satakunnassa (180) ja Kainuussa (257). Tarkasteltaessa alueellisia eroja, on kuitenkin huomioitava, että joiltain osin eroja selittävät edelleen alueiden erilaiset kirjaamistavat (esim. yhteispäivystyksen kirjautuminen kokonaan erikoissairaanhoidon Päijät-Hämeessä).

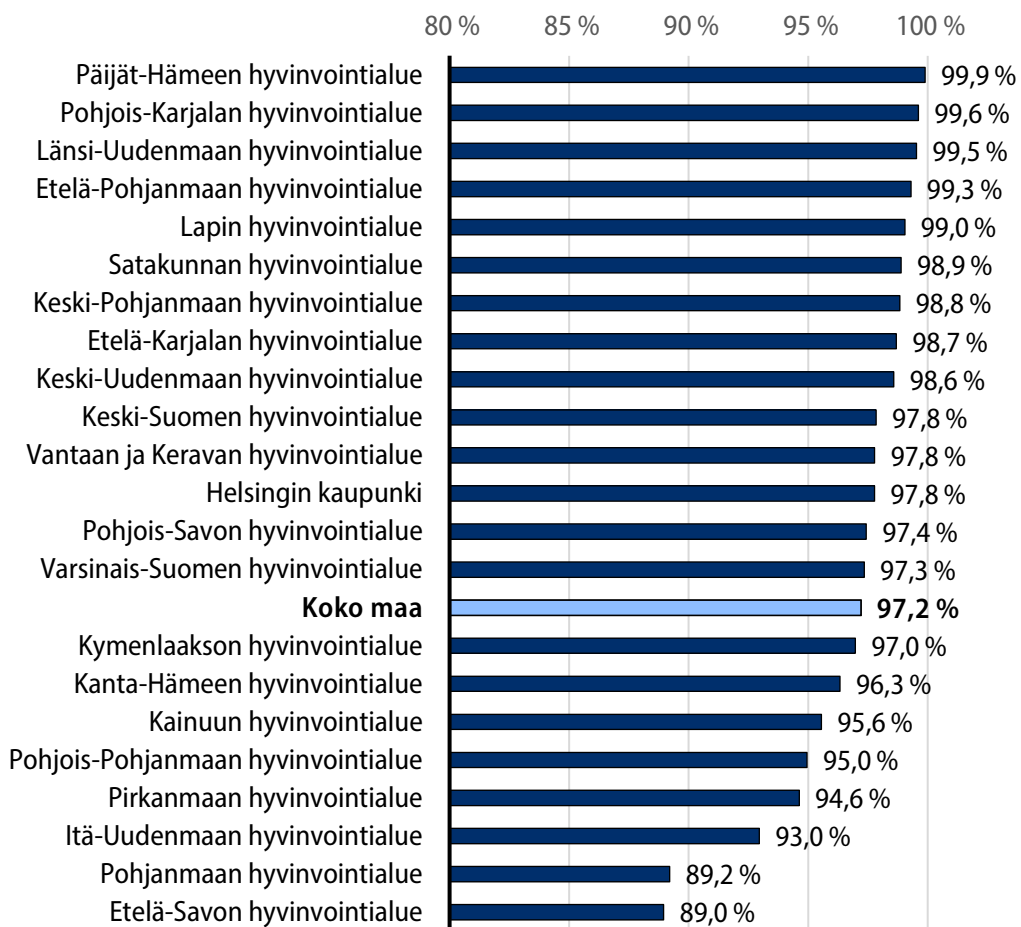
Kuvaaja 4. Päivystyskäynnit perusterveydenhuollossa (ml. yhteispäivystys), 1 000 asukasta kohden vuonna 2024



Suun terveydenhuollossa hoitotakuu täyttyi vuoden 2025 joulukuussa 98 % 23 vuotta täyttäneillä ja alle 23-vuotiailla 93 %. Tilanne on pysynyt ennallaan vuoteen 2024 verrattuna. 23 vuotta täyttäneillä suun terveydenhuollon kuuden kuukauden

hoitotakuu täyttyi heikoiten Etelä-Savossa (90 %) ja Pohjanmaalla (91 %). Alle 23-vuotiailla suun terveydenhuollon kolmen kuukauden hoitotakuu täyttyi heikoiten Kainuussa (77 %) ja Pohjanmaalla (81 %).

Kuvaaja 5. Suun perusterveydenhuollon kiireettömän hoidon lakisääteisen enimmäisajan toteutuminen joulukuussa 2025¹⁵

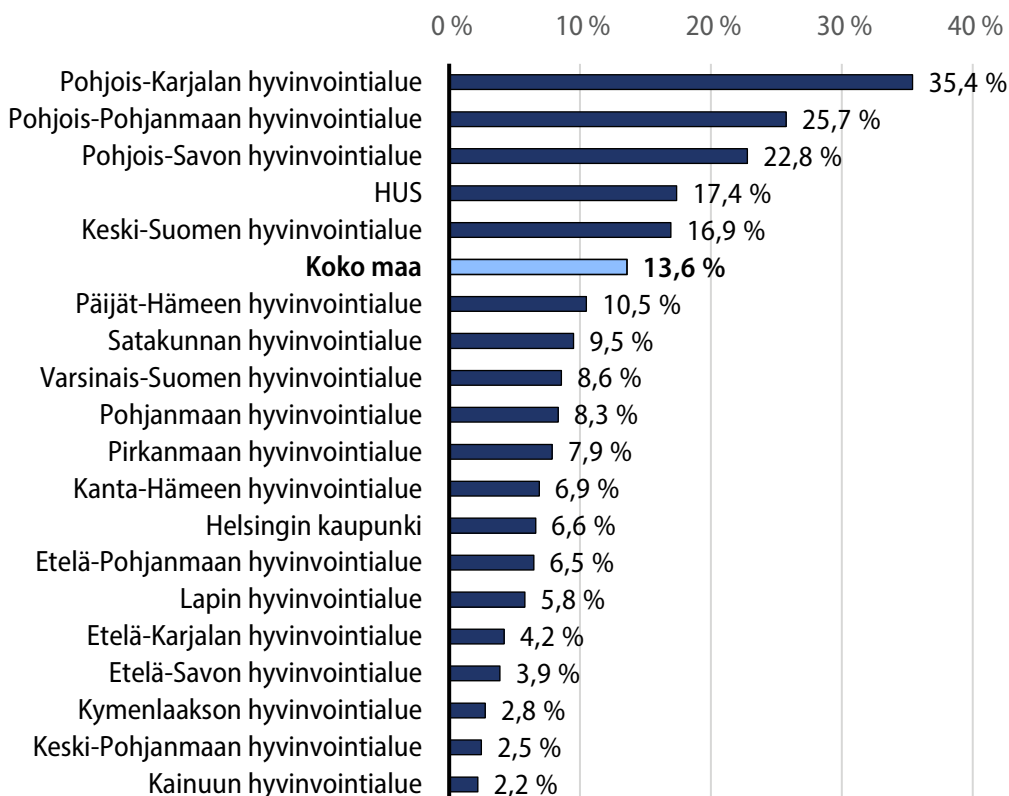


15 Laskennassa on huomioitu ikään perustuva ero määraajoissa: alle 23-vuotiailla kolme kuukautta ja 23-vuotiailla sekä sitä vanhemmilla kuusi kuukautta. Enimmäisaika laske-
taan hoidon tarpeen arviointikäynnistä ensimmäisen hoitotapahtuman toteutumiseen.

Erikoissairaanhoito

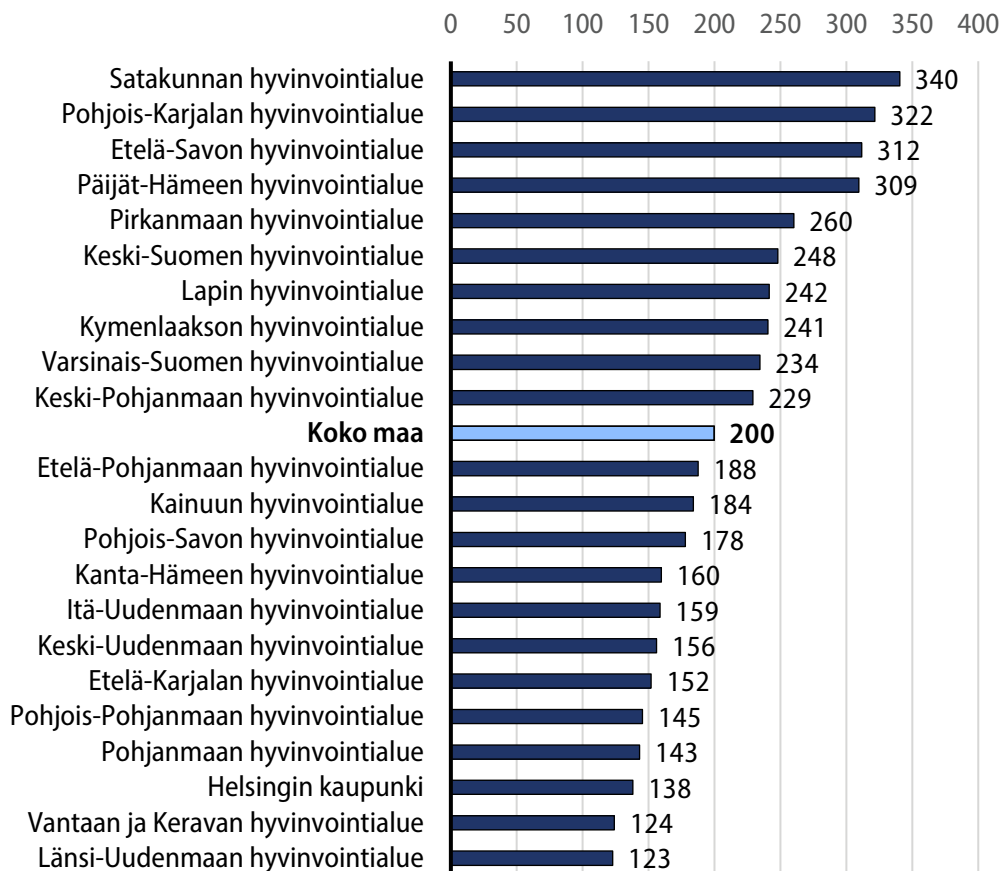
Kiireettömän erikoissairaanhoidon hoitoon pääsyä yli puoli vuotta odottaneiden osuus oli 14 % marraskuun 2025 lopussa. Vastaavana ajankohtana vuonna 2024 oli yli kuusi kuukautta jonottaneiden osuus 17 %. Eniten yli kuusi kuukautta jonottaneita oli Pohjois-Karjalassa (35 %) ja Pohjois-Pohjanmaalla (26 %). Pohjois-Karjalassa jonottaneiden määrä on ollut korkea koko hyvinvointialueen toiminnan ajan, ja vuonna 2025 se on edelleen kasvanut merkittävästi. Pohjois-Pohjanmaalla ja Pohjois-Savossa jonottaneiden osuus on ollut yli viidennes kaikista jonottaneista jo usean vuoden ajan. Vähiten kiireettömään erikoissairaanhoitoon yli kuusi kuukautta jonottaneita oli marraskuussa 2025 Keski-Pohjanmaalla, Kainuussa sekä Kymenlaaksossa, joissa kussakin yli kuusi kuukautta jonottaneiden osuus oli alle neljä prosenttia.

Kuvaaja 6. Erikoissairaanhoitoon pääsyä yli 180 vuorokautta odottaneiden osuus marraskuussa 2025



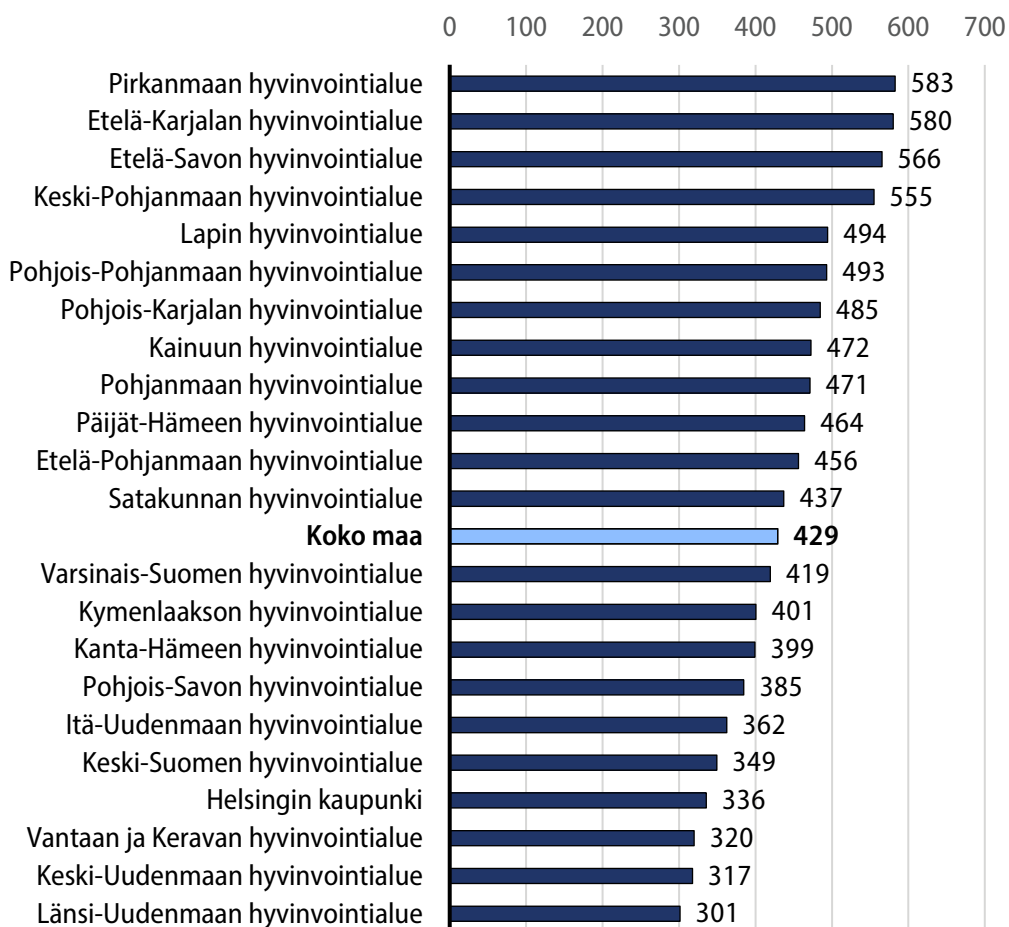
Erikoissairaanhoidon päivystyksen käyntimäärät 1 000 asukasta kohden ovat vähentyneet vuonna 2024 ja vastanneet vuoden 2022 tasoa. Käyntimäärät ovat kuitenkin lisääntyneet vuonna 2024 Etelä-Pohjanmaalla, Keski-Pohjanmaalla, Kymenlaaksossa, Lapissa ja Satakunnassa. Eniten erikoissairaanhoidon päivystyskäyntejä oli Satakunnassa (340) ja Pohjois-Karjalassa (322) ja vähiten Länsi-Uudella- maalla (123) ja Vantaa-Keravalla (124). Koko HUS-alueen käyntimäärä (135) on myös muuta maata alhaisempi. Joillain alueilla perusterveydenhuollon ilta- ja viikon- loppupäivystyksiä on lakkautettu tai keskitetty erikoissairaanhoidon yhteyteen, ja perusterveydenhuollon kiirevastaanottojen heikko saatavuus ovat voineet joh- taa potilaiden ohjautumiseen tai hakeutumiseen suoraan erikoissairaanhoidon päi- vystyspisteisiin. On lisäksi alueellisia eroja siinä, miten yhteispäivystyksen käynnit kirjautuvat joko perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon suoritteiksi vaikut- taen tilastoituun kehitykseen.

Kuvaaja 7. Päivystyskäynnit erikoissairaanhoidossa, 1 000 asukasta kohden vuonna 2024

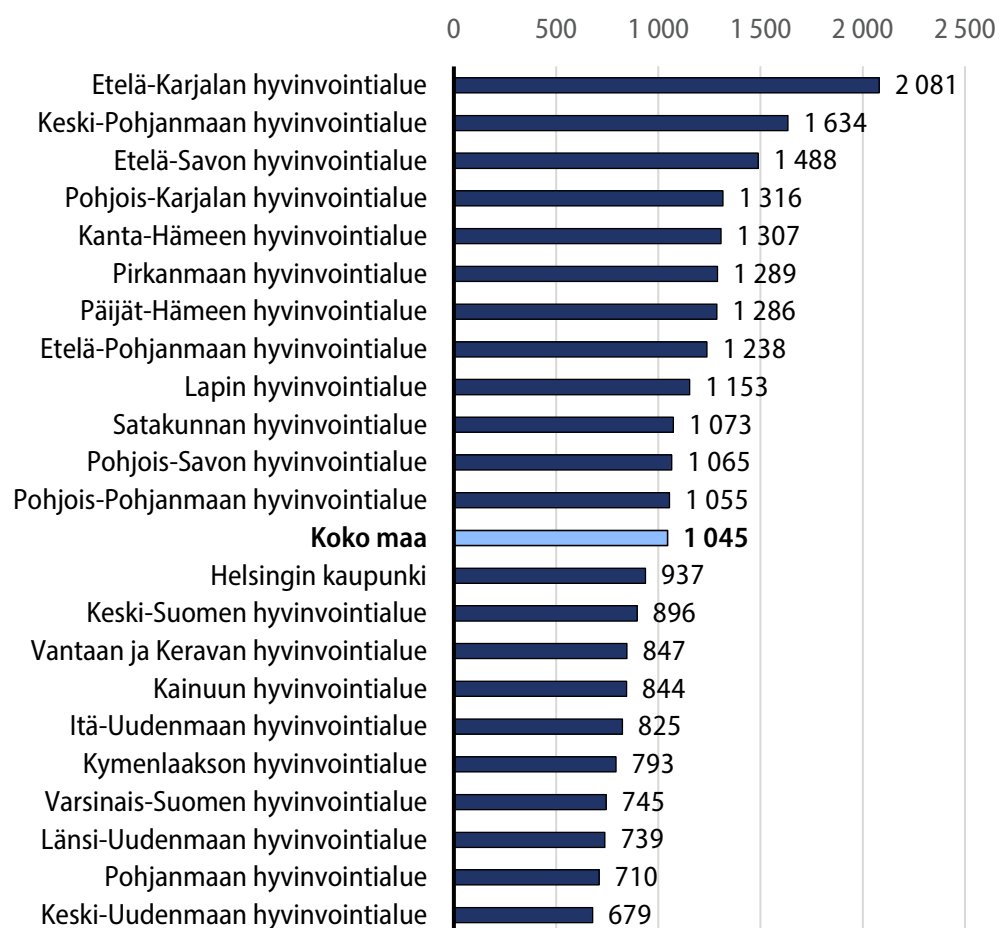


Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoitopäivien määrä 1 000 täysi-ikäistä kohden on vähentynyt jo useana vuonna peräkkäin. Eniten hoitopäiviä kertyi vuonna 2024 Pirkanmaalla (583) ja Etelä-Karjalassa (580). Näillä hyvinvointialueella osastopäiviä on ollut eniten myös vuosina 2022 ja 2023. Vähiten hoitopäiviä vuonna 2024 oli Länsi-Uudellamaalla (301) ja Keski-Uudellamaalla (317). Myös HUS-alueen yhteenlaskettu hoitopäivien määrä (323) oli maan alhaisin. Avohoidon keinoin vältettävissä olevien, päivityksellisesti alkaneiden erikoissairaanhoidon vuodeosastohoitojaksojen ilmaantuvuus 25 vuotta täyttäneessä väestössä 100 000 samanikäistä asukasta kohden on vähentynyt jo usean vuoden ajan. Eniten jaksoja vuonna 2024 oli Etelä-Karjalassa (2 081) ja Keski-Pohjanmaalla (1 634). Etelä-Karjalassa jaksoja oli eniten myös vuosina 2023 ja 2022 ja Keski-Pohjanmaalla toiseksi eniten. Vähiten hoitojaksoja vuonna 2024 oli Keski-Uudellamaalla (679) ja Pohjanmaalla (710).

Kuvaaja 8. Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoitopäivät 18 vuotta täyttäneillä, 1 000 vastaavan ikäistä asukasta kohden vuonna 2024



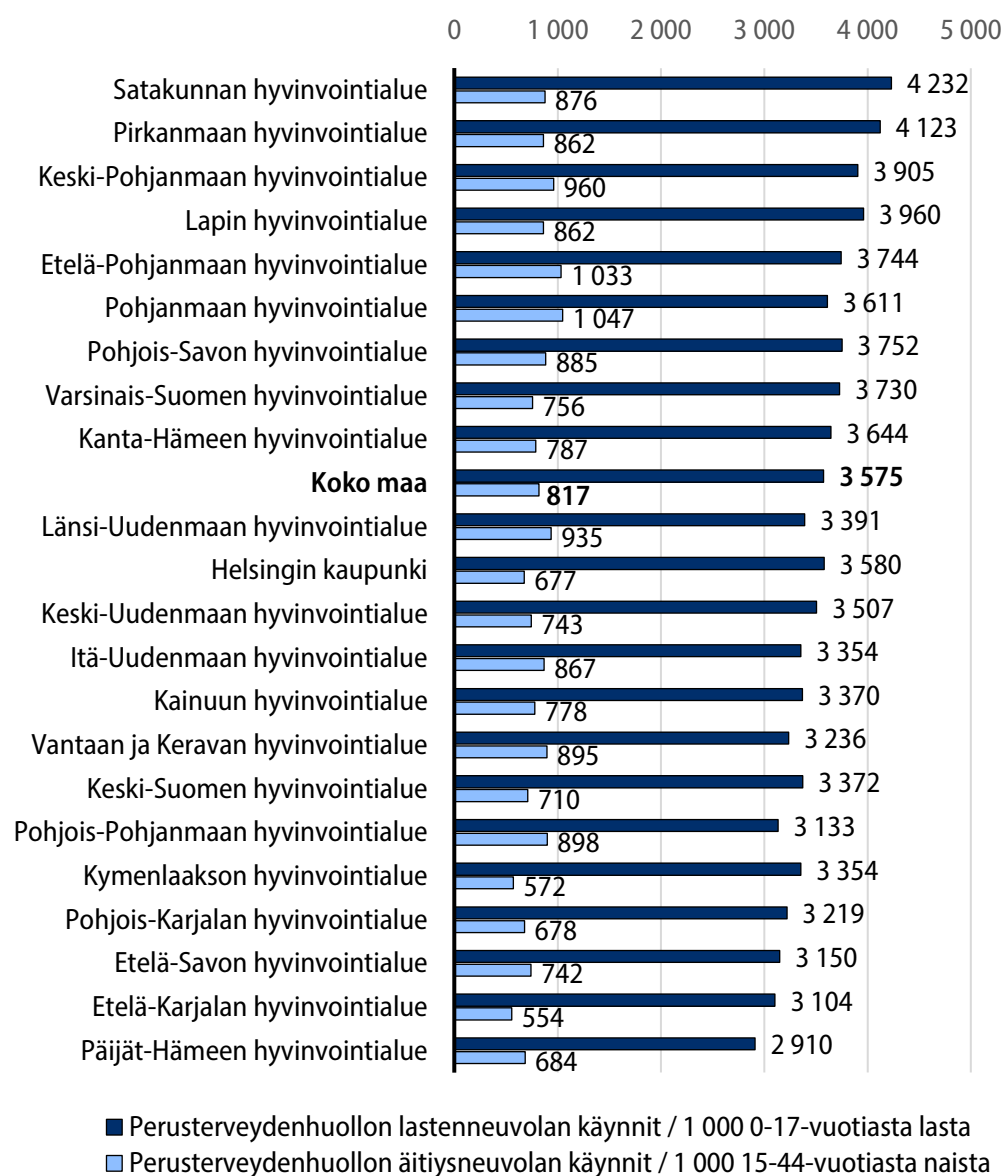
Kuvaaja 9. Avohoidon keinoin vältettävissä olevat, päivystyksellisesti alkaneet sairaalahoitajaksot erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla 25 vuotta täyttäneillä, 100 000 vastaavan ikäistä asukasta kohden vuonna 2024



Lasten, nuorten ja perheiden palvelut

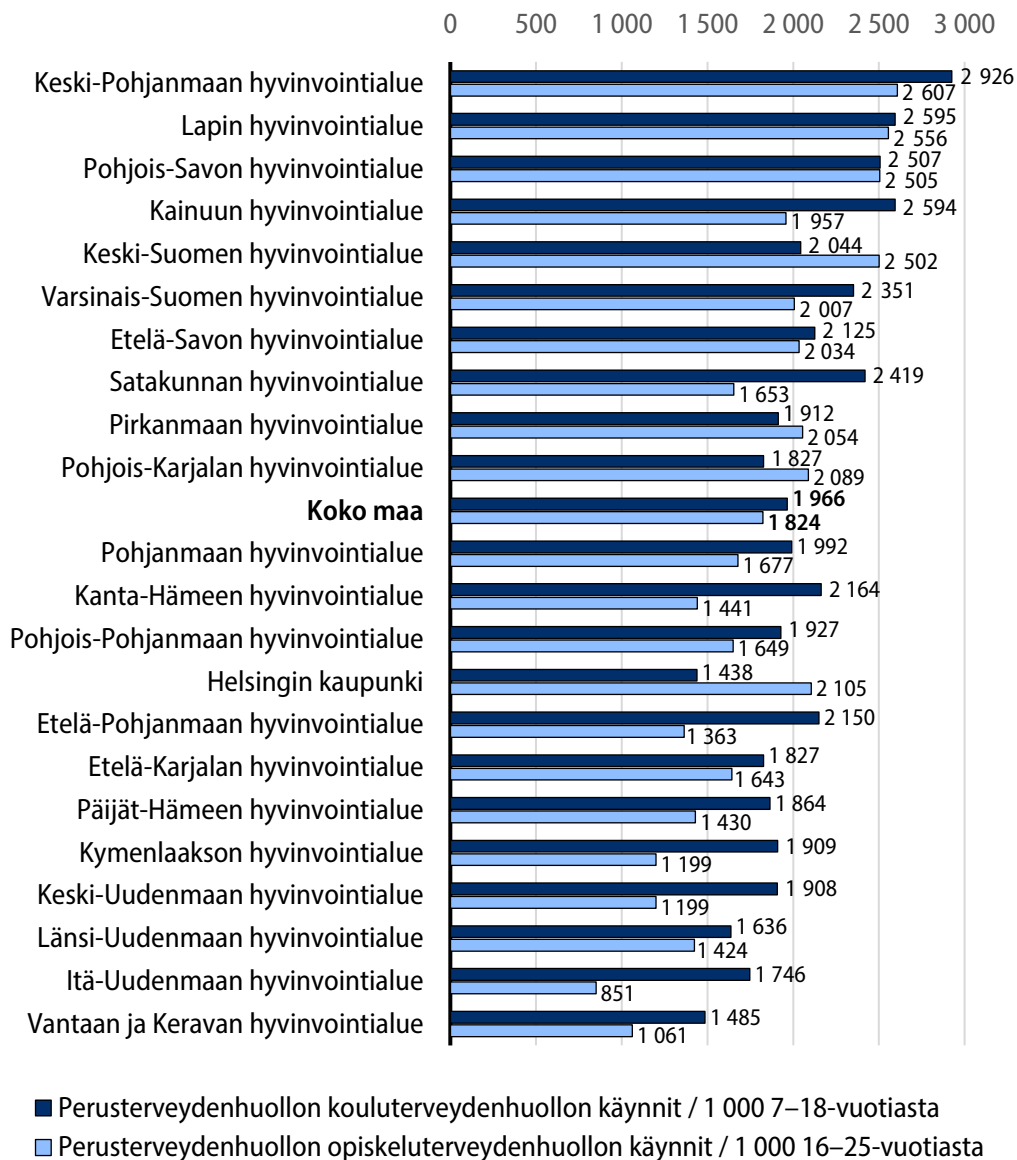
Äitiysneuvolakäyntejä toteutui vuonna 2024 yhteensä 817 käyntiä/1 000 15–44-v. naista. Eniten käyntejä toteutui Pohjanmaalla (1 047), vähiten Etelä-Karjalassa (554). Lastenneuvolakäyntejä toteutui vuonna 2024 koko maassa 3 575 käyntiä/1 000 0–7-vuotiasta. Eniten käyntejä toteutui Satakunnassa (4 232), vähiten Päijät-Hämeessä (2 910).

Kuvaaja 10. Perusterveydenhuollon äitiysneuvolan käynnit tuhatta 15–44-vuotiaista naista kohden sekä lastenneuvolan käynnit tuhatta 0–17-vuotiaista lasta kohden vuonna 2024



Kouluterveydenhuollon käyntejä (kaikki käynnit, ammattiryhmäkohtaisia tietoja ei käytettävissä) toteutui vuonna 2024 koko maassa 1 966/1 000 7–18-v. lasta. Eniten kouluterveydenhuollon käyntejä oli Keski-Pohjanmaalla (2 926), vähiten Helsingissä (1 438).

Kuvaaja 11. Perusterveydenhuollon kouluterveydenhuollon käynnit tuhatta 7–18-vuotiasta kohden sekä perusterveydenhuollon opiskeluterveydenhuollon käynnit tuhatta 16–25-vuotiasta kohden vuonna 2024

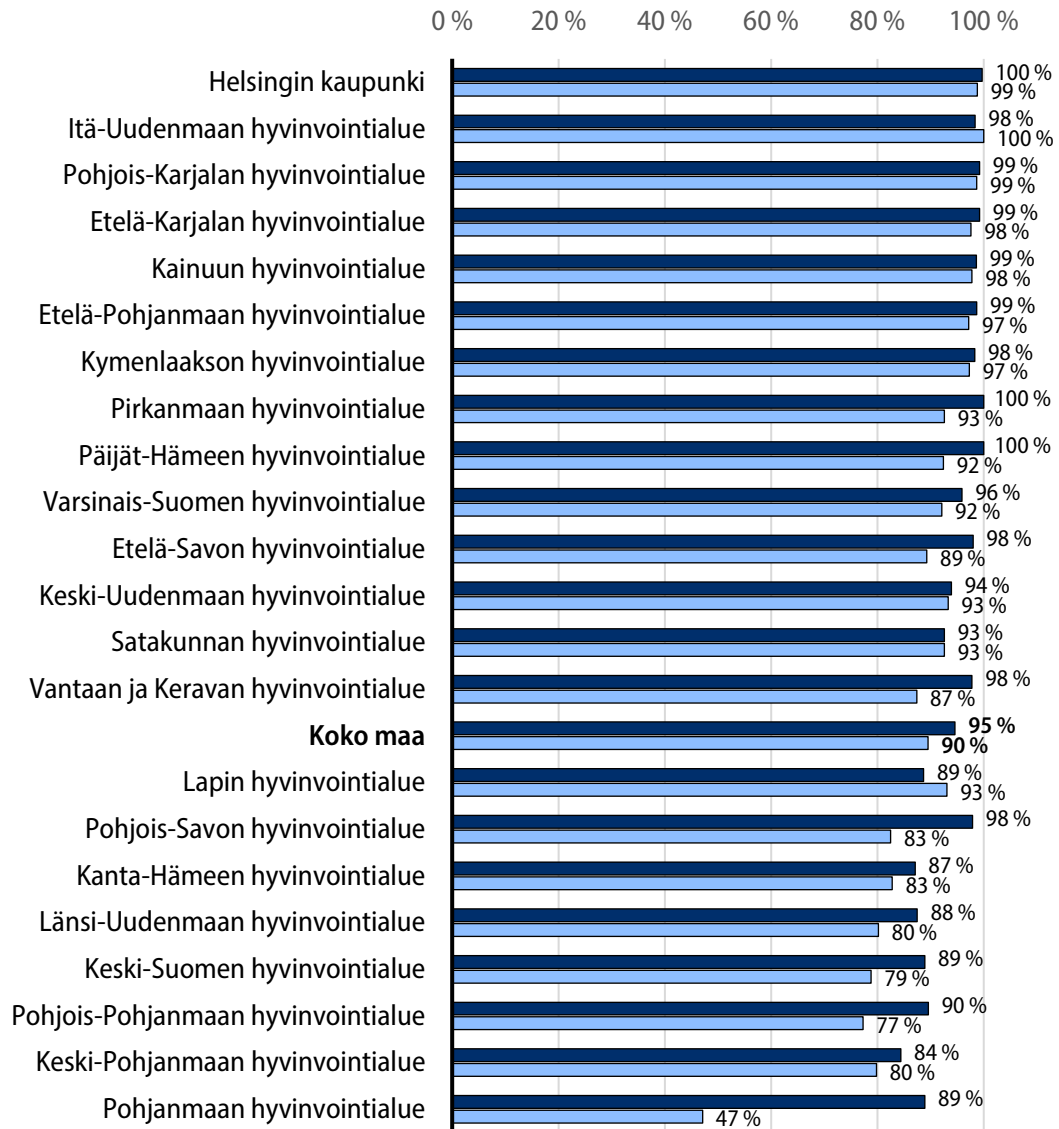


Opiskeluterveydenhuollossa 16–25-vuotiaiden ikäryhmään suhteutetut käyntimäärät ovat vähentyneet koko maassa vuosina 2022–2024. Vuonna 2024 käyntimäärät olivat suurimmat Keski-Pohjanmaan ja Lapin hyvinvointialueilla. Ikäryhmään suhteutetut opiskeluterveydenhuollon käyntimäärät ovat olleet usean vuoden ajan pienimmät Itä-Uudellamaalla. Vantaa-Keravan sekä Keski-Uudenmaan hyvinvointialueilla ikäryhmään suhteutetut opiskeluterveydenhuollon käynnit ovat niin ikään pysyneet usean vuoden ajan maan pienimpien joukossa.

Lastensuojeluilmoitusten kohteina olleiden alaikäisten osuus on kasvanut 1,6 prosenttiyksikköä vuosina 2022–2024. Vuonna 2024 ilmoitus tehtiin 10,7 prosentista alaikäisiä. Suurimmat osuudet olivat Pohjois-Savon (12,8 %), Lapin (12,6 %) sekä Vantaan ja Keravan hyvinvointialueilla (12,6 %). Pohjanmaalla (7,9 %) ja Etelä-Karjalassa (8,8 %) ilmoitusten osuudet olivat pienimmät.

Tarkasteluaikana 1.4.–30.9.2025 lastensuojelutarpeen tai erityistä tukea tarvitsevan lapsen palvelutarpeen arvioinnin käsittely alkoi noin 95 prosentissa tapauksista lakisääteisen seitsemän arkipäivän kuluessa. Edellisellä seurantakaudella vastaava osuus oli sama. Määräajassa käynnistettyjen palvelutarpeen arvioinnin osuudet ovat olleet vuosina 2022–2024 pienimpiä Keski-Uudenmaan ja Pohjanmaan hyvinvointialueilla ja suurimpia Itä-Uudellamaalla ja Etelä-Pohjanmaalla. Vuonna 2025 toteuma ylsi 100 % Pirkanmaalla ja Päijät-Hämeessä. Pienin toteuma puolestaan oli Keski-Pohjanmaalla ja Kanta-Hämeessä.

Kuvaaja 12. Lakisääteisen 7 arkipäivän kuluessa aloitettujen lastensuojelun palvelutarpeen arviointien osuus ja lakisääteisen 3 kk:n kuluessa valmistuneiden lastensuojelun palvelutarpeen arviointien osuus ajanjaksolla 1.4.–30.9.2025

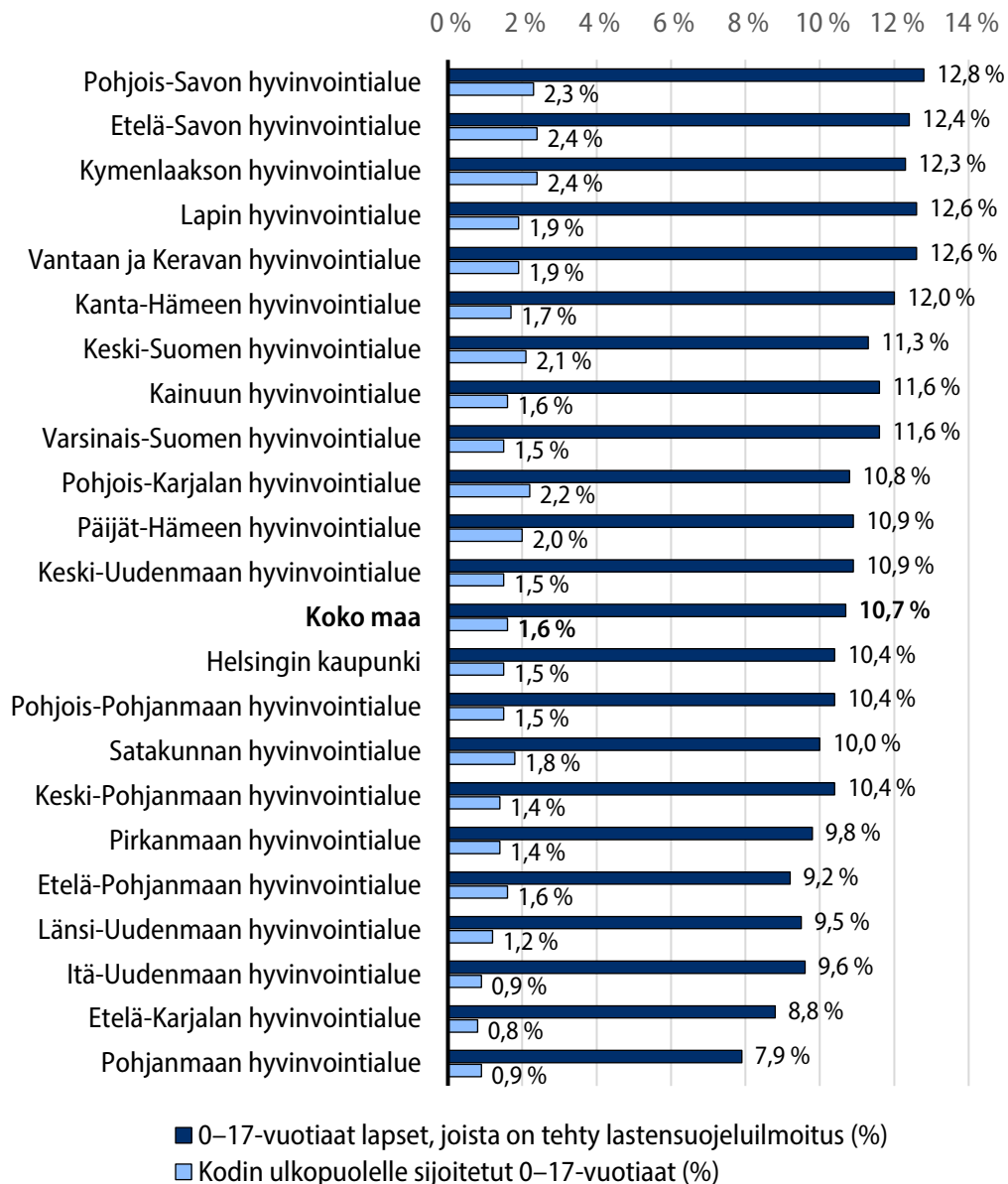


■ Lakisääteisen 7 arkipäivän kuluessa aloitetut lastensuojelun palvelutarpeen arvioinnit (%)
 ■ Lakisääteisen 3 kk:n kuluessa valmistuneet lastensuojelun palvelutarpeen arvioinnit (%)

Lastensuojelutarpeen tai erityistä tukea tarvitsevan lapsen palvelutarpeen arvioinnit valmistuivat 90 % lakisääteisessä kolmen kuukauden määräajassa tarkasteluajankohtana 1.4–30.9.2025. Edellisellä seurantakaudella vastaava osuus oli 89 %. Pohjanmaalla tilanne on ollut vaikea jo pitkään, ja vuonna 2025 tuoreimmassa seurannassa vain vajaa puolet (47 %) palvelutarpeen arvioinneista valmistui määräajassa. Vastaavalla seurantajaksolla Pohjois-Pohjanmaalla valmistui maan toiseksi pienin osuus (77,3 %) arvioinneista. Itä-Uudenmaan hyvinvointialueella määräajassa valmistuneiden palvelutarpeen arviointien osuus nousi 100 prosenttiin vuonna 2025. Hyvinvointialueet suoriutuivat tehtävästä vuonna 2025 edellisvuoden vastaavaa tarkasteluajankohtaa paremmin, osuuden kasvettua 9,5 prosenttiyksikköä.

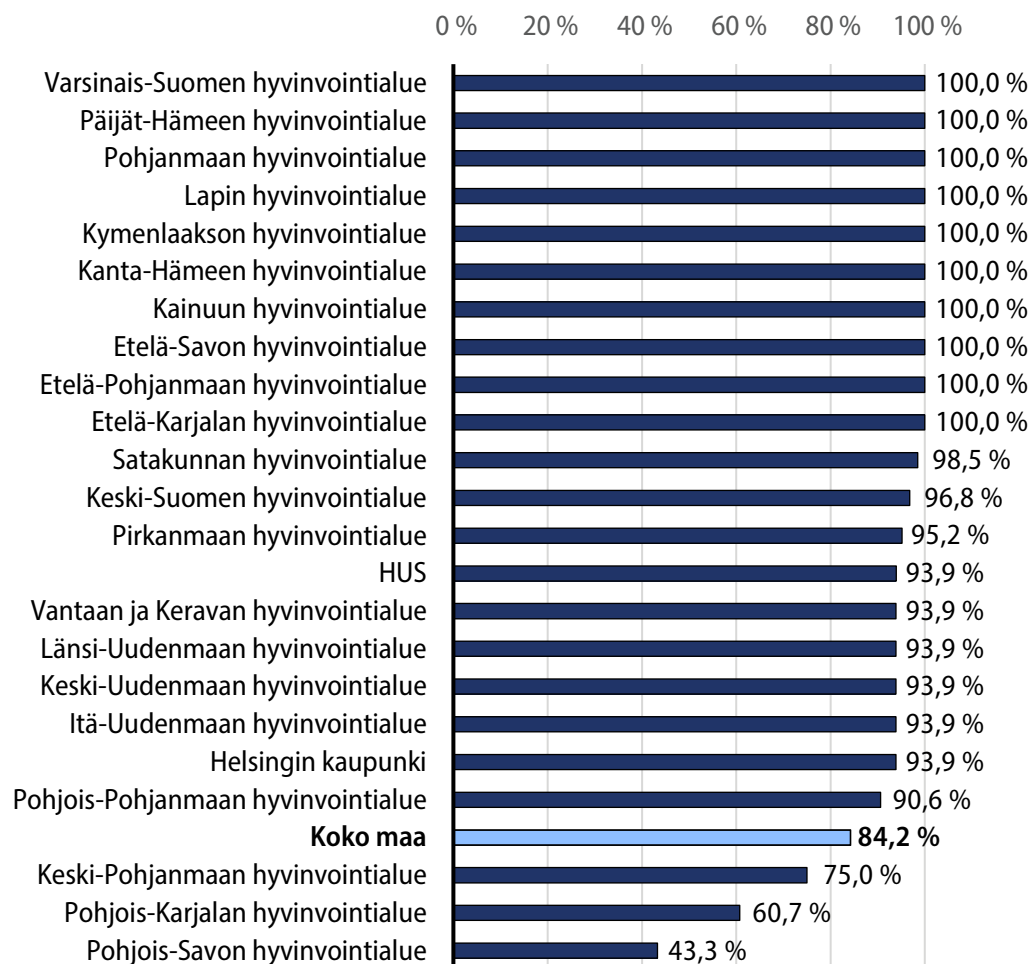
Kodin ulkopuolelle sijoitettujen alaikäisten osuus (1,6 %) on pysynyt koko maan tasolla vakaana usean vuoden ajan, mutta alueelliset erot ovat suuria. Vuonna 2024 kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten ja nuorten osuus oli suurin Etelä-Savossa ja Kymenlaaksossa (2,4 %), pienin Etelä-Karjalassa ja Pohjanmaalla. Etelä-Savossa ja Kymenlaaksossa sijoitettujen osuus on ollut maan keskiarvoa suurempi jo usean vuoden ajan.

Kuvaaja 13. Kodin ulkopuolelle sijoitettujen 0–17-vuotiaiden lasten osuus sekä 0–17-vuotiaiden lasten osuus, joista on tehty lastensuojeluilmoitus, vastaavan ikäisestä väestöstä vuonna 2024



Alle 23-vuotiaiden psykiatriseen hoitoon pääsy määräajassa on koko maassa parantunut vuosina 2023–2025, erityisesti vuodesta 2024 alkaen. Lokakuussa 2025 hoitoa yli 90 vuorokautta odottaneiden osuus oli koko maassa 17 %. Hyvinvointialueilla kehitys on kuitenkin edennyt eritahtisesti. Kehitys on ollut erityisen myönteistä Lapissa, Pirkanmaalla ja Varsinais-Suomessa. Pohjois-Savossa hoitoa yli määräajan odottaneiden osuus puolestaan on kymmenkertaistunut vuodesta 2023. Heikoin tilanne lokakuussa 2025 oli Pohjois-Savossa (57 %) ja Pohjois-Karjalassa (46 %).

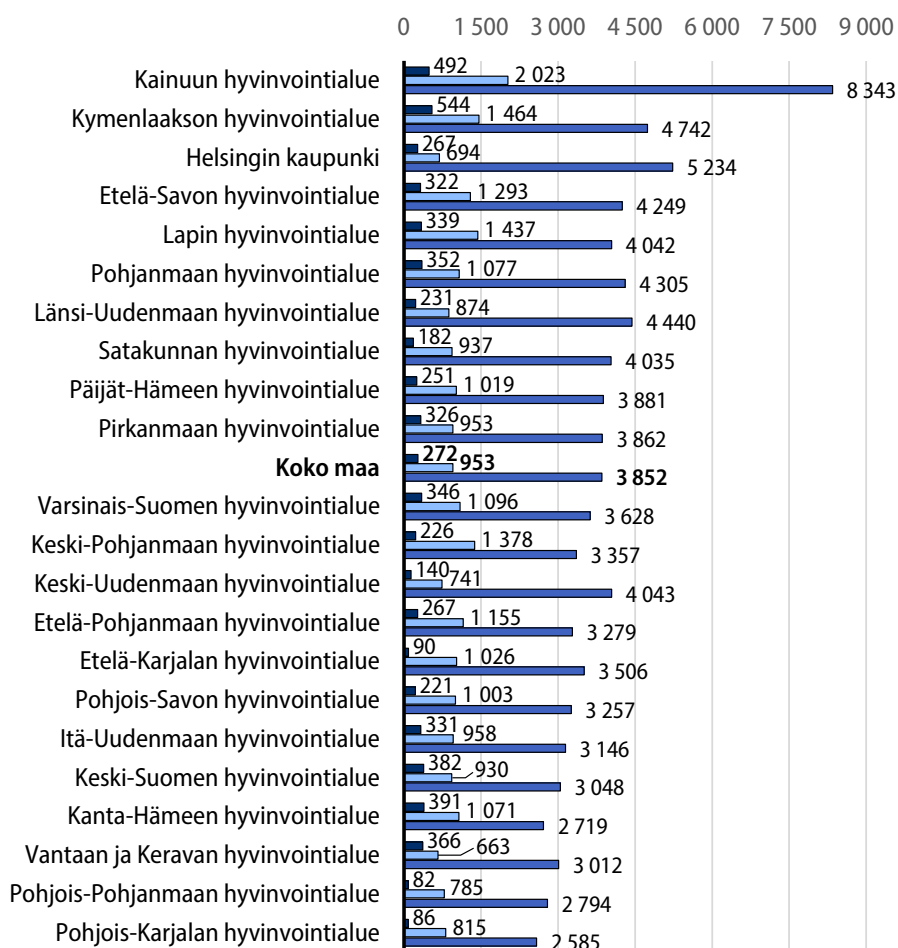
Kuvaaja 14. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon lakisääteisen kolmen kuukauden enimmäisajan toteutuminen 0–22-vuotiailla marraskuussa 2025. Enimmäisaika lasketaan hoidon tarpeen arviointikäynnistä ensimmäisen hoitotapahtuman toteutumiseen



Vammaispalvelut

Vammaispalvelulain mukaisen liikkumisen tuen palvelujen saajien osuus väestöstä on pysynyt hyvinvointialueiden toiminnan ajan lähes samana. Alueiden väliset erot ovat kuitenkin suuria. Selvästi eniten palvelun saajia vuonna 2024 oli Kainuussa. Myös Kymenlaaksossa, Etelä-Savossa ja Lapissa liikkumista tukevien palvelujen saajien määrät ovat maan keskitasoa selvästi suuremmat. Vähiten palvelun saajia on Vantaan ja Keravan hyvinvointialueella ja Pohjois-Pohjanmaalla.

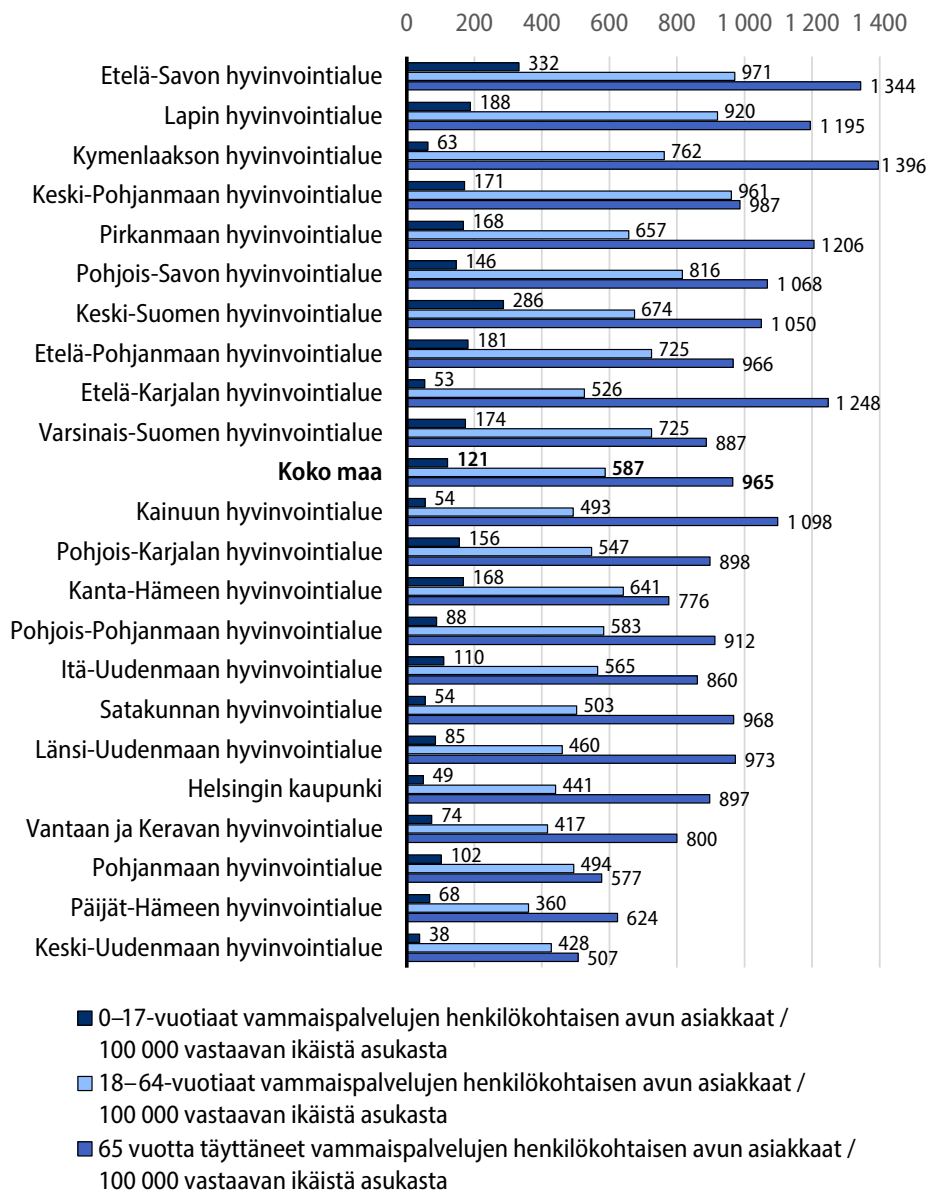
Kuvaaja 15. Vammaispalvelulain mukaisten vaikeavammaisten liikkumista tukevien palveluiden saajat ikäryhmittäin, 100 000 vastaavan ikäistä asukasta kohden vuonna 2024



- 0–17-vuotiaat vaikeavammaisten liikkumista tukevien palvelujen saajat / 100 000 vastaavan ikäistä asukasta
- 18–64-vuotiaat vaikeavammaisten liikkumista tukevien palvelujen saajat / 100 000 vastaavan ikäistä asukasta
- 65 vuotta täyttäneet vaikeavammaisten liikkumista tukevien palvelujen saajat / 100 000 vastaavan ikäistä asukasta

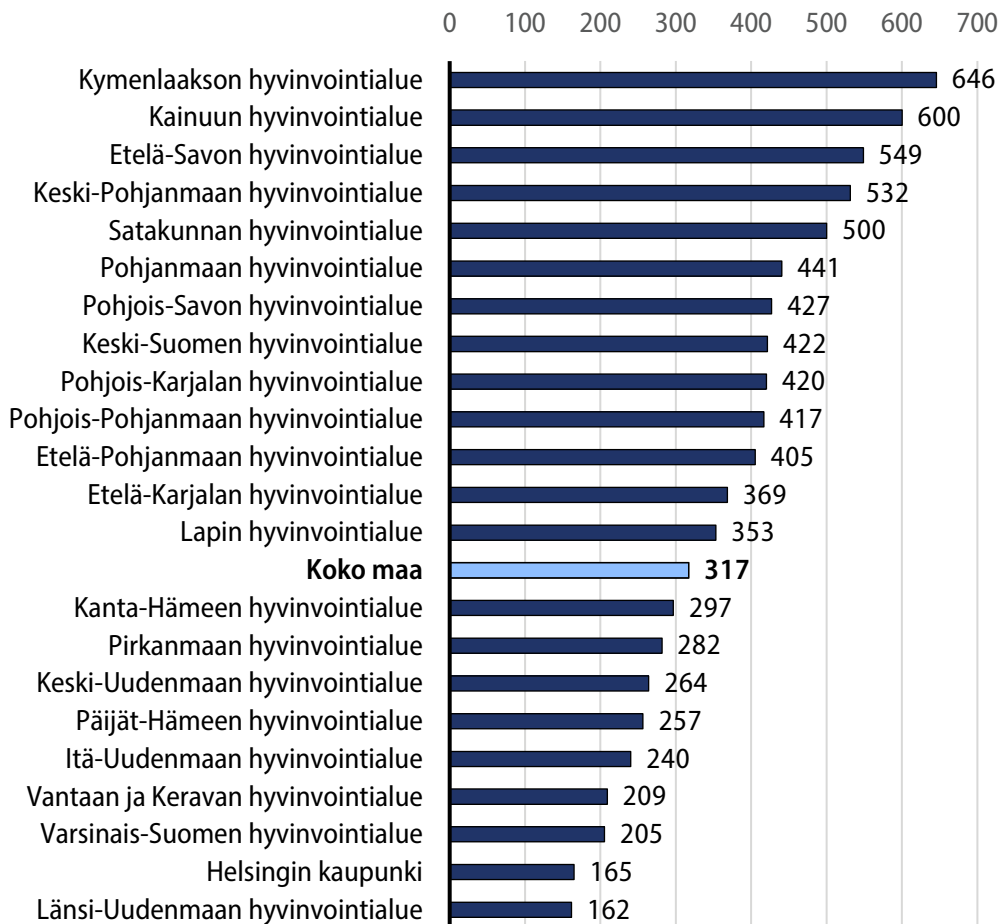
Vammaispalvelulain mukaista henkilökohtaista apua saaneiden osuus väestöstä on noussut noin 10 % hyvinvointialueiden lähtötilanteeseen eli vuoteen 2022 nähden. Selvästi eniten henkilökohtaista apua saaneita oli vuonna 2024 Etelä-Savossa, jossa palvelun saajien osuus väestöstä oli lähes kaksi kertaa suurempi kuin maassa keskimäärin. Ero maan keskitasoon oli suuri kaikissa ikäryhmissä. Myös Lapissa ja Kymenlaaksossa palvelun saajia oli selvästi keskimääräistä enemmän. Vähiten henkilökohtaisen avun saajia oli Keski-Uudellamaalla ja Päijät-Hämeessä.

Kuvaaja 16. Vammaispalvelujen henkilökohtaisen avun asiakkaiden määrä ikäryhmittäin, 100 000 vastaavan ikäistä asukasta kohden vuoden 2024 aikana



Vammaisten henkilöiden työ- ja päivätoiminnan piirissä olevien asiakkaiden määrä on vähentynyt hyvinvointialueiden toiminnan aikana. Vuonna 2024 työ- ja päivätoiminnan piirissä oli 367 asiakasta 100 000 asukasta kohden eli noin 10 % vähemmän kuin vuonna 2022. Eniten asiakkaita väestöön suhteutettuna oli Kymenlaaksossa ja Kainuussa ja vähiten Länsi-Uudellamaalla ja Helsingissä.

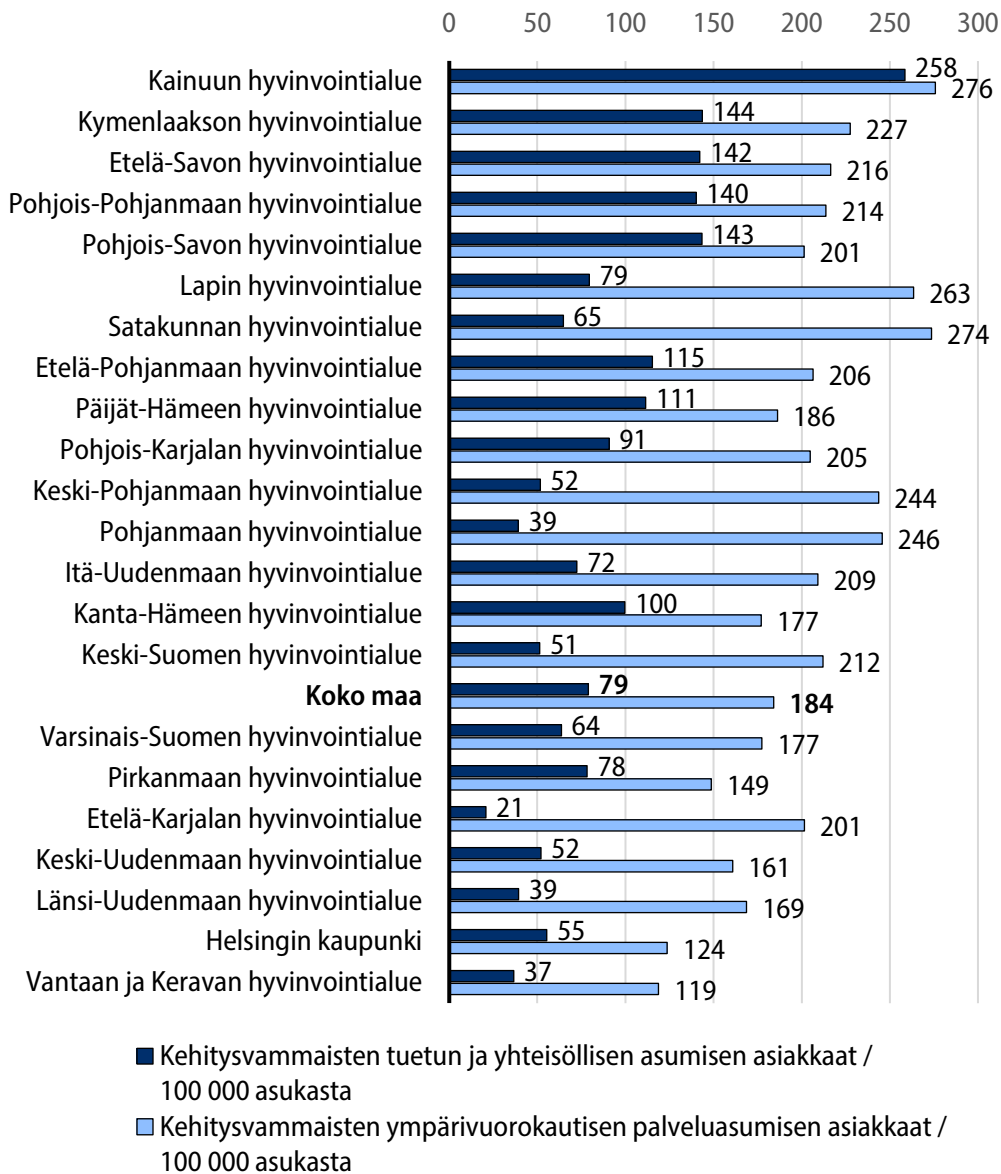
Kuvaaja 17. Vammaispalvelujen työ- ja päivätoiminnan piirin asiakkaiden määrä, 100 000 asukasta kohden vuoden 2024 lopussa



Kehitysvammaisten ympärivuorokautisen palveluasumisen asiakkaiden osuus väestöstä on hieman noussut hyvinvointialueiden lähtötilanteeseen nähden. Eniten ympärivuorokautisen palveluasumisen asiakkaita vuonna 2024 oli Kainuussa ja Satakunnassa ja vähiten Vantaalla ja Keravalla sekä Helsingissä. Laitospalvelun asiakkaiden osuus väestöstä on hieman vähentynyt ja useimmilla alueilla laitospalvelua

ei ole lainkaan tai sitä on vain vähän. Kuitenkin erityisesti Etelä-Savossa ja Lapissa on koko maan tasoa selvästi enemmän laitospalvelun asiakkaita, ja laitospalvelun osuus on pysynyt tasaisena. Etelä-Savon osalta laitospalvelun korkeaa käyttöä selittää osaltaan se, että alueella sijaitsee Vaalijalan osaamis- ja tukikeskus, joka tuottaa erityisen vaativia vammaispalveluita kansallisesti.

Kuvaaja 18. Kehitysvammaisten asumispalveluiden asiakkaiden määrä, 100 000 asukasta kohden vuoden 2024 lopussa



Kehitysvammaisten tuetun ja yhteisöllisen asumisen asiakkaiden osuus väestöstä on hyvinvointialueiden lähtötilanteeseen hieman noussut, mutta osuus on edelleen huomattavasti pienempi kuin ympärivuorokautisessa hoivassa. Alueiden välillä on merkittäviä eroja palvelun saajien määrissä. Selvästi eniten tuetun ja yhteisöllisen asumisen asiakkaita vuonna 2024 oli Kainuussa ja Pohjois-Pohjanmaalla. Etelä-Karjalassa ja Keski-Pohjanmaalla palvelun saajia oli vähiten.

Ikäihmisten palvelut

lääkkäiden sosiaalihuollon palvelujen peittävyys

Vuonna 2024 noin joka neljäs (24 %) 75 vuotta täyttäneistä sai ikääntyneiden sosiaalihuollon palveluja. Palvelujen kokonaispeittävyys oli suurin Kainuussa (32 %, maan suurin myös vuonna 2023) ja Lapissa (31 %) ja pienin Vantaan ja Keravan (myös vuonna 2023) sekä Keski-Uudenmaan hyvinvointialueilla (19 %).

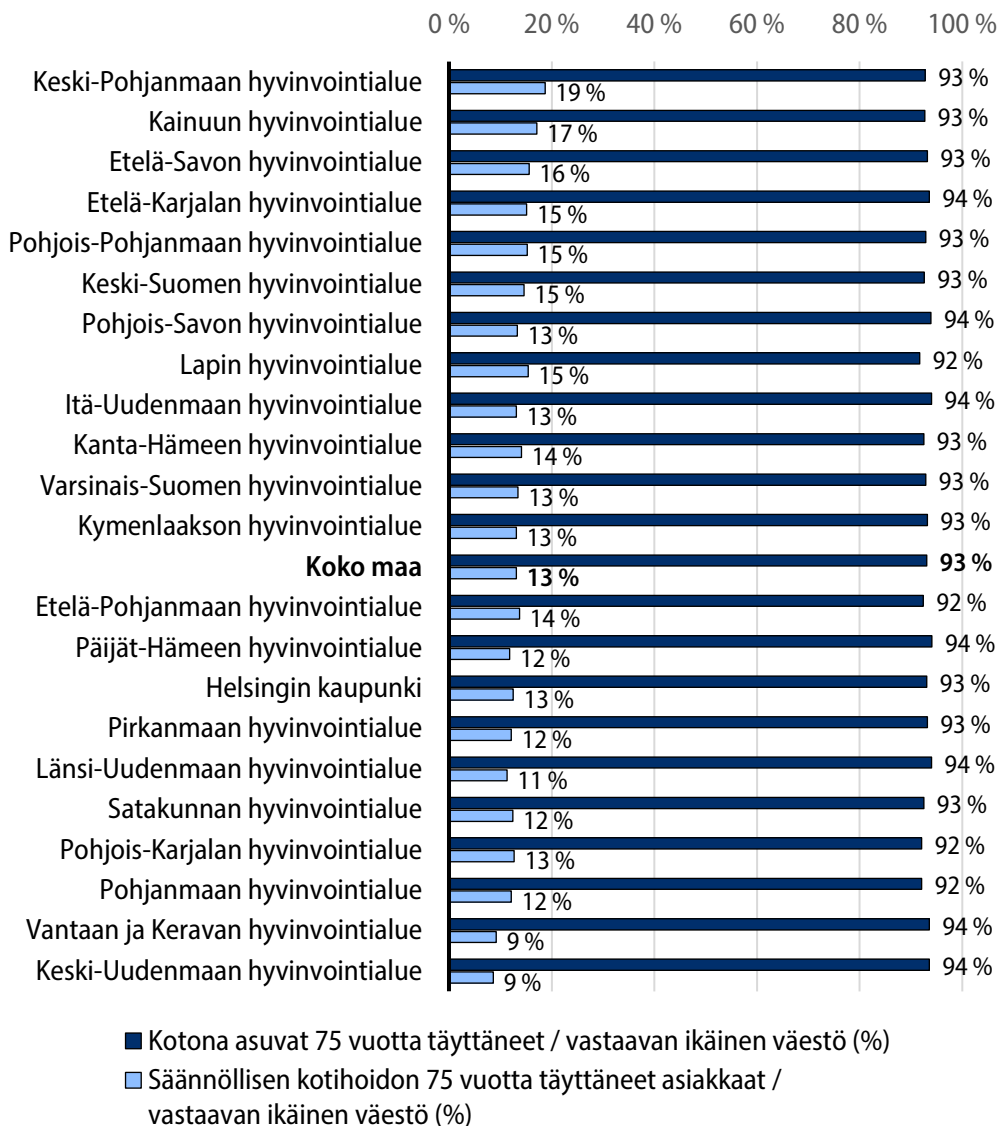
Palvelujen kokonaispeittävyys on laskenut 0,9 prosenttiyksikköä vuodesta 2023. Eniten peittävyys väheni Pohjois-Pohjanmaalla (-1,9 %) ja Etelä-Pohjanmaalla, Itä-Uudellamaalla, Keski-Uudellamaalla ja Pohjois-Savossa (-1,8 %). Vaikka peittävyys kasvoi eniten Vantaan ja Keravan hyvinvointialueella (2 %), se pysyi maan pienimpien joukossa.

lääkkäiden palvelurakenne

Säännöllistä kotihoitoa vuonna 2024 sai 13 % 75 vuotta täyttäneistä. Osuus pieneni edellisvuodesta 0,6 prosenttiyksikköä. Osuus oli maan suurin Keski-Pohjanmaalla (19 %) ja Kainuussa (17 %) ja pienin Keski-Uudenmaan sekä Vantaan ja Keravan hyvinvointialueilla (9 %). Alueet ovat pysyneet samoina edellisvuodesta. Osuus pieneni lähes kaikilla alueilla paitsi Vantaan ja Keravan hyvinvointialueella, jossa se pysyi ennallaan. Eniten osuus pieneni Kainuussa (-1,9 %).

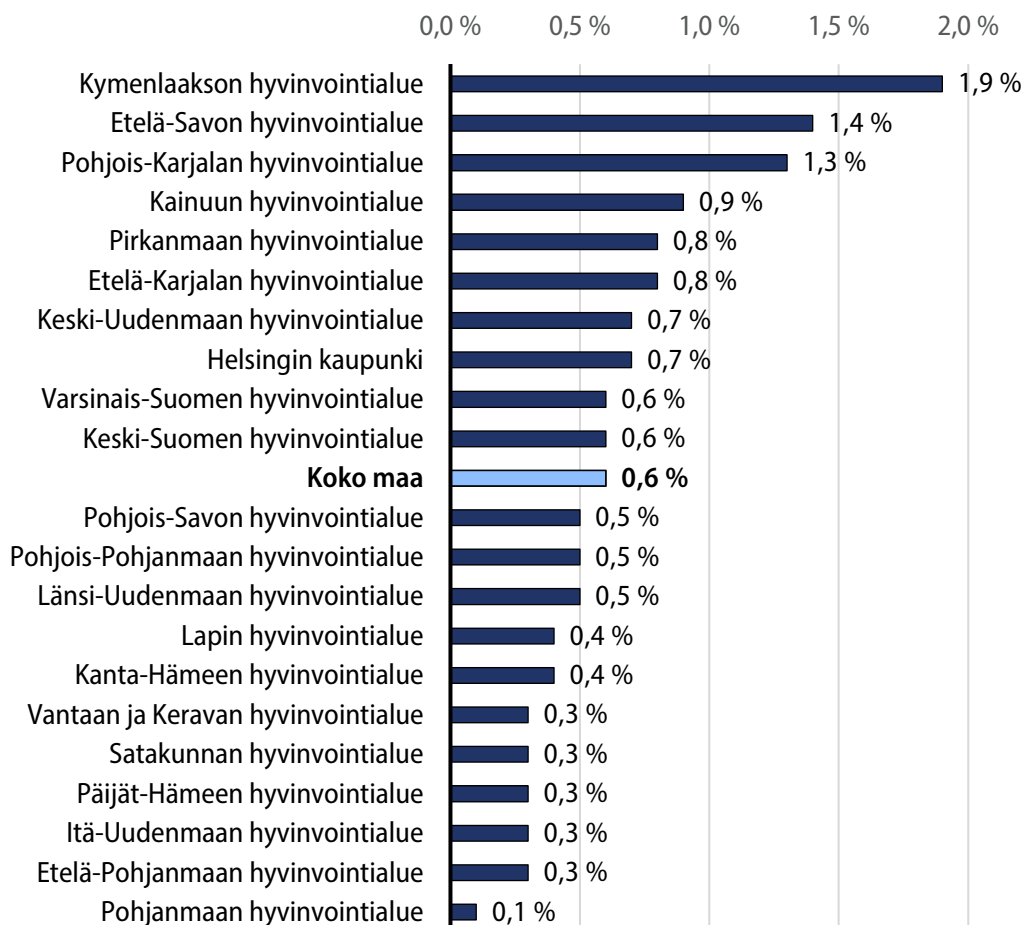
Vuonna 2024 kotihoidon palvelutunteja toteutui vähintään suunniteltu määrä 52 % yksiköistä. Osuus on pienentynyt edellisvuodesta. Suunnitellut palvelutunnit toteutuivat parhaiten Pohjois-Karjalassa (86 % kotihoidon yksiköistä). Jo toista vuotta peräkkäin heikoin tilanne oli Helsingissä (11 % kotihoidon yksiköistä). Edellisvuoteen verrattuna tilanne heikkeni eniten Keski-Uudellamaalla (-20 %) ja parani Pohjanmaan, Itä-Uudenmaan sekä Vantaan ja Keravan hyvinvointialueilla (+ 20 %).

Kuvaaja 19. Kotona asuvien 75 vuotta täyttäneiden ja säännöllisen kotihoidon 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden osuus vastaavan ikäisestä väestöstä vuonna 2024



Yhteisöllisen asumisen piirissä oli 0,6 % 75 vuotta täyttäneistä. Osuus pysyi edellisvuoden tasolla. Yhteisöllisen asumisen osuus oli suurin Kymenlaakson hyvinvointialueella (2,9 %) ja pienin Pohjanmaalla (0,1 %). Edellisvuoteen verrattuna osuus on kasvanut eniten Etelä-Savossa (0,7 %) ja vähentynyt Etelä-Karjalassa (-0,6 %).

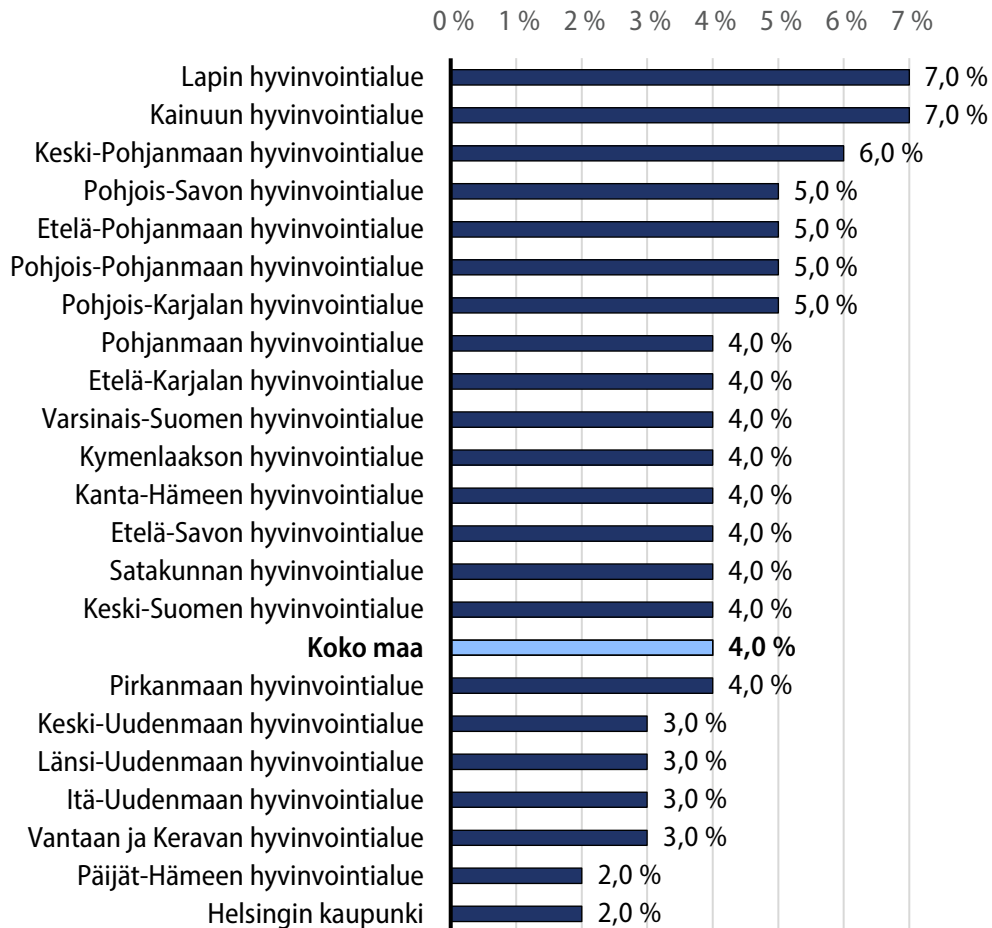
Kuvaaja 20. Iäkkäiden yhteisöllisen asumisen 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden osuus vastaavan ikäisestä väestöstä vuoden 2024 lopussa¹⁶



Omaishoidon tukea sai neljä % 75 vuotta täyttäneistä. Osuus pieneni 0,1 prosenttiyksikköä edellisvuodesta. Osuus oli maan suurin Kainuussa (7 %) kasvaen edellisvuodesta maan eniten. Osuudet olivat jo toista vuotta peräkkäin pienimmät Päijät-Hämeessä (2 %) ja Helsingissä (2,2 %). Edellisvuoteen verrattuna osuus pieneni eniten Kanta-Hämeessä (-0,6 %).

16 Tietoa ei ole saatavilla Keski-Pohjanmaan hyvinvointialueelta.

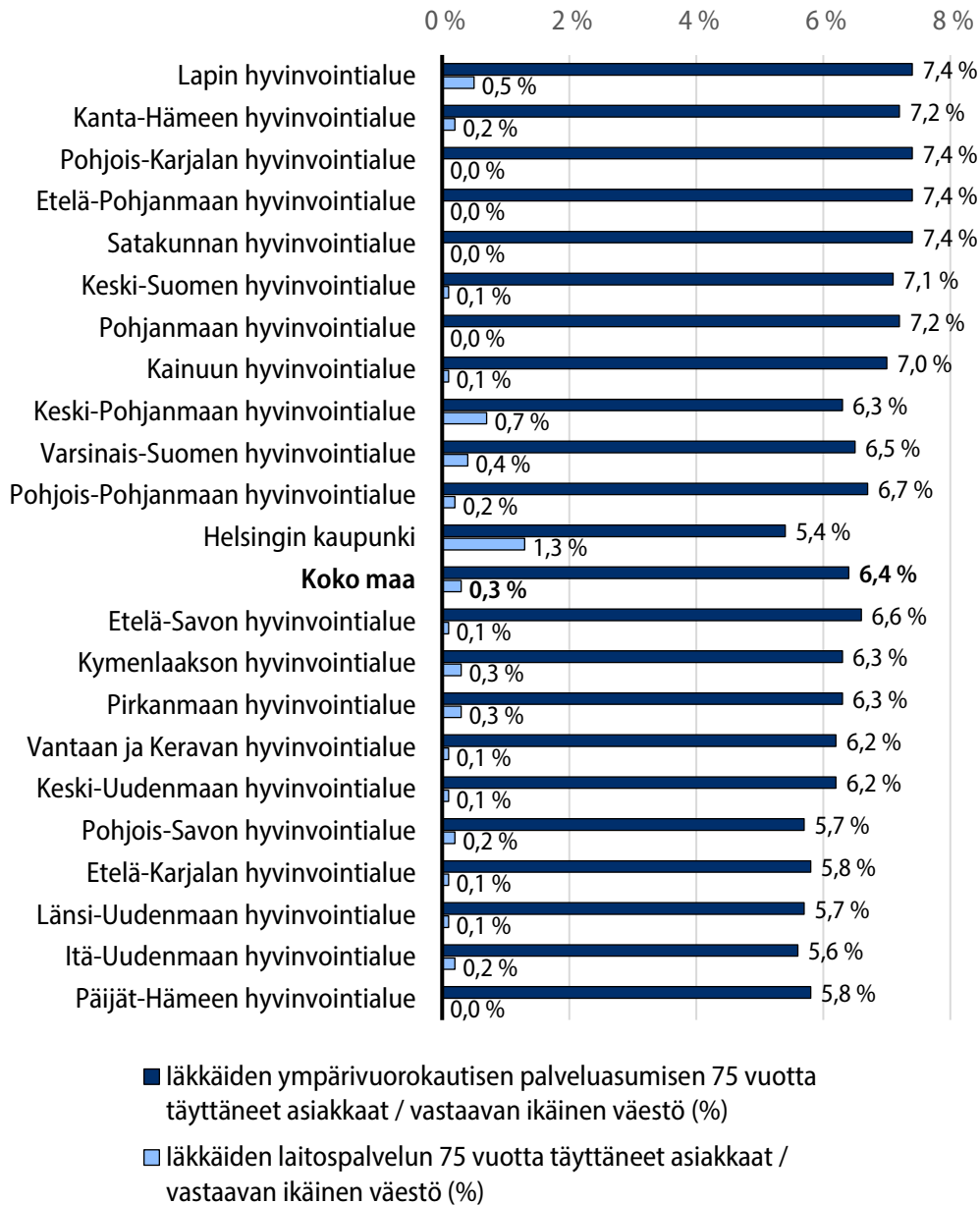
Kuvaaja 21. Omaishoidon tukea saaneiden 75 vuotta täyttäneiden hoidettavien osuus vastaavan ikäisestä väestöstä vuoden 2024 aikana



Ikääntyneiden perhehoidossa asiakkaita on väestömäärään suhteutettuna vähän kaikilla hyvinvointialueilla, ja määrän kasvu on ollut erittäin pientä.

Ympäri vuorokautista palveluasumista sai 6,4 % 75 vuotta täyttäneistä. Osuus pieneni 0,1 prosenttiyksikköä edellisvuodesta. Ympäri vuorokautisen palveluasumisen osuus oli suurin (7,4 %) seuraavilla hyvinvointialueilla: Etelä-Pohjanmaa, Lappi, Satakunta. Myös Pohjois-Karjalassa osuus oli maan suurimpien joukossa, mutta trendi on selvästi laskeva. Näillä alueilla palvelurakenne oli raskas jo edellisvuonna. Maan pienin osuus oli Helsingin kaupungissa (5,4 %). Edellisvuoteen verrattuna osuus pieneni eniten Pohjois-Savossa (-1 %) ja kasvoi Vantaan ja Keravan hyvinvointialueella (1,9 %).

Kuvaaja 22. Iäkkäiden ympärivuorokautisen palveluasumisen ja laitospalvelun 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden osuus vastaavan ikäisestä väestöstä vuoden 2024 lopussa



Iäkkäiden laitospalvelua sai 0,3 % 75 vuotta täyttäneistä. Osuus pieneni 0,1 prosenttiyksikköä edellisvuodesta. Osuus oli maan suurin Helsingin kaupungissa (1,3 %) jo toista vuotta peräkkäin. Kansallisten tavoitteiden mukaisesti laitoshoidon on purettu jo kokonaan osassa hyvinvointialueita kuten Etelä-Pohjanmaalla, Pohjanmaalla, Pohjois-Karjalassa, Päijät-Hämeessä ja Satakunnassa.

lääkkäiden hoidon jatkuvuus

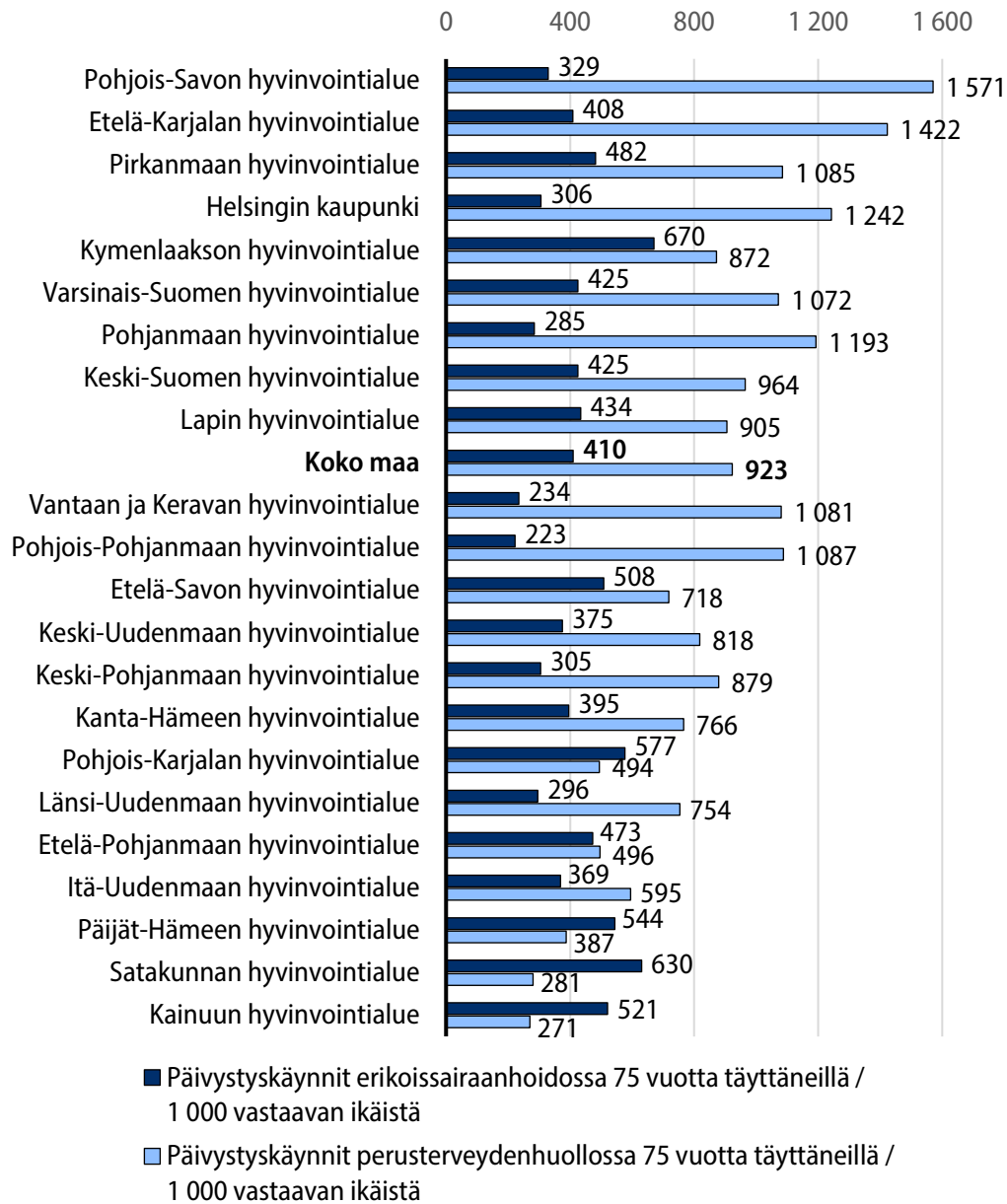
65 vuotta täyttäneiden hoidon jatkuvuus (COCI) perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärikäynneillä toteutui paremmin kuin hoitajakäynneillä (0,28 vs. 0,19). Heikoiten lääkärikäyntien jatkuvuus toteutui Etelä-Pohjanmaalla (0,17) aikaisempien vuosien tapaan. Parhaiten hoidon jatkuvuus toteutui Pirkanmaan, Kanta-Hämeen ja Varsinais-Suomen hyvinvointialueilla (0,33) edeltäviä vuosia mukaillen.

lääkkäiden päivystyskäynnit

Perusterveydenhuollon päivystyskäyntien (ml. yhteispäivystys) määrä 75 vuotta täyttäneillä on jatkanut kasvuaan (923 käyntiä per 1 000 vastaavan ikäistä). Eniten käyntejä kertyi Pohjois-Savossa (1 571) ja Etelä-Karjalassa (1 422), joissa tilanne on pysynyt maan heikoimpana jo useamman vuoden. Vähiten käyntejä kertyi Kainuun (271) ja Satakunnan (281) hyvinvointialueilla. Edellisvuoteen verrattuna päivystyskäyntien määrä kasvoi eniten Helsingissä (+ 396) ja Etelä-Pohjanmaalla (+ 369), ja väheni Kymenlaakson hyvinvointialueella (- 373).

75 vuotta täyttäneiden erikoissairaanhoidon päivystyskäynnit ovat vähentyneet hyvinvointialueiden toiminta-aikana (410 käyntiä per 1 000 vastaavan ikäistä). Eniten päivystyskäyntejä kertyi Kymenlaaksossa (670 käyntiä / 1 000 vastaavan ikäistä) ja Satakunnan hyvinvointialueilla (630), joissa myös käyntimäärien kasvu edellisvuodesta oli maan voimakkainta. Vähäisintä käyttö oli Pohjois-Pohjanmaan (223) sekä Vantaan ja Keravan (234) hyvinvointialueilla. Erikoissairaanhoidon päivystyskäyntien määrä väheni suhteellisesti eniten Päijät-Hämeen hyvinvointialueella.

Kuvaaja 23. Päivystyskäynnit erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa (ml. yhteispäivystys) 75 vuotta täyttäneillä, 1 000 vastaavan ikäistä kohden vuonna 2024

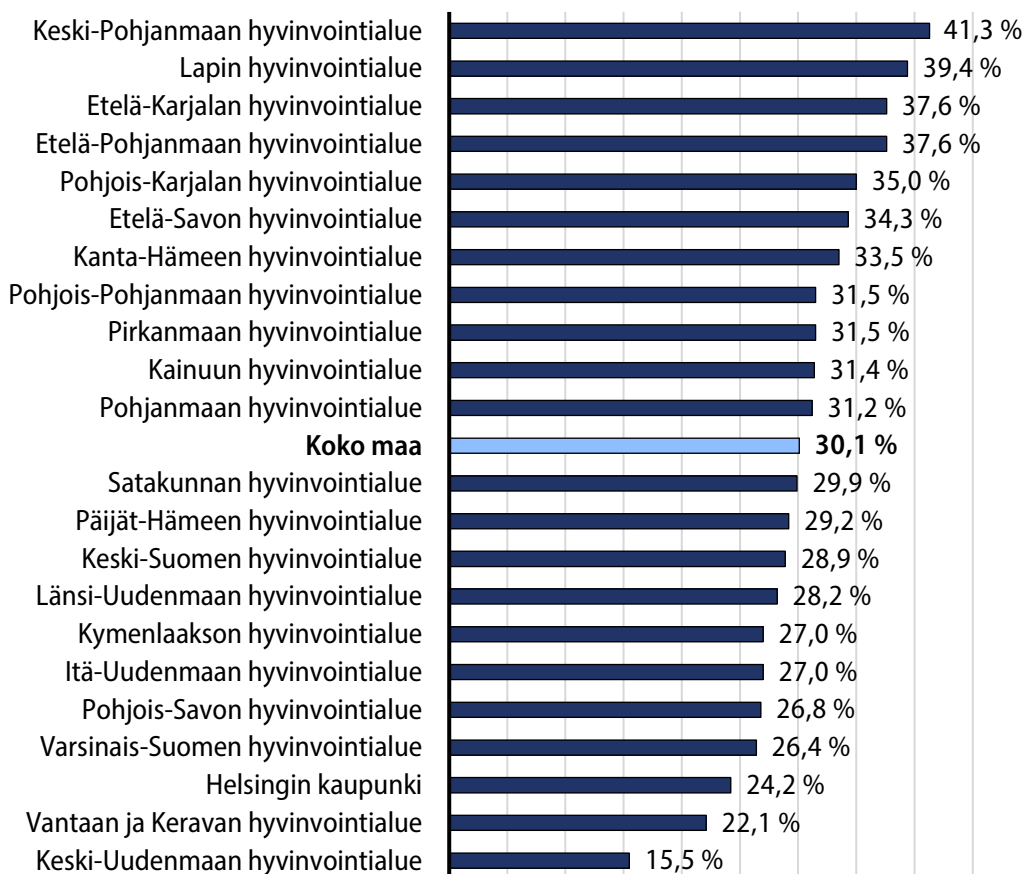


Lähes joka kolmannelle (30 %) kotihoidon asiakkaista kertyi päivystyksenä alkaneita sairaalajaksoja. Trendi on laskeva. Osuus oli maan suurin Keski-Pohjanmaan (41 %) ja Lapin (39 %) hyvinvointialueilla, ja vastaavasti pienin Keski-Uudenmaan (16 %)

sekä Vantaan ja Keravan hyvinvointialueilla (22 %). Järjestys on pysynyt samana edellisvuodesta. Edellisvuoteen verrattuna osuus väheni eniten Pohjois-Pohjanmaalla (- 6 %) ja kasvoi Vantaan ja Keravan hyvinvointialueella (+ 4 %).

Kotihoidon asiakkaista 78 % oli palannut takaisin kotihoitoon kaksi kuukautta akuuttisairaanhoidon joutumisen jälkeen. Osuudet olivat maan pienimmät Päijät-Hämeessä (71 %) ja Itä-Uudellamaalla (72 %). Maan suurimmat osuudet olivat Satakunnassa (84 %) ja Keski-Pohjanmaalla (82 %). Erityisesti Päijät-Hämeessä osuus on pysynyt maan pienimpien joukossa jo vuosia ja Keski-Pohjanmaalla maan suurimpien alueiden joukossa. Osuus pieneni edellisvuodesta eniten Keski-Uudellamaalla (- 6,4 %) ja kasvoi Satakunnassa (5,3 %).

Kuvaaja 24. Niiden kotihoidon 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden osuus, joilla on päivystyksenä alkaneita sairaalajaksoja, vastaavan ikäisistä kotihoidon asiakkaista vuonna 2024



lääkkäiden vuodeosastohoito

75 vuotta täyttäneitä hoidetaan vuodeosastoilla yhä vähemmän, niin perusterveydenhuollossa kuin somaattisessa erikoissairaanhoidossa. Somaattisessa erikoissairaanhoidossa hoidettujen ikääntyneiden määrä (165 potilasta per 1 000 vastaavan ikäistä) on kuitenkin hieman suurempi kuin perusterveydenhuollossa hoidettujen ikääntyneiden määrä (115 potilasta per 1 000 vastaavan ikäistä). Perusterveydenhuollon vuodeosastoilla hoidettujen potilaiden määrä väheni edellisvuodesta hieman enemmän kuin somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla hoidettujen ikääntyneiden määrä.

Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon potilaita oli eniten Etelä-Pohjanmaan (195 potilasta per 1 000 vastaavan ikäistä) ja Lapin hyvinvointialueilla (187 potilasta). Vähiten iäkkäitä hoidettiin Keski-Uudenmaan (46) ja Etelä-Karjalan (65) hyvinvointialueilla. Alueiden osalta järjestys on säilynyt ennallaan edellisvuodesta. Eniten kasvua edellisvuodesta oli Kymenlaakson hyvinvointialueella, kun taas Pohjois-Pohjanmaalla terveyskeskuksen vuodeosastoilla hoidettujen potilaiden määrä väheni eniten.

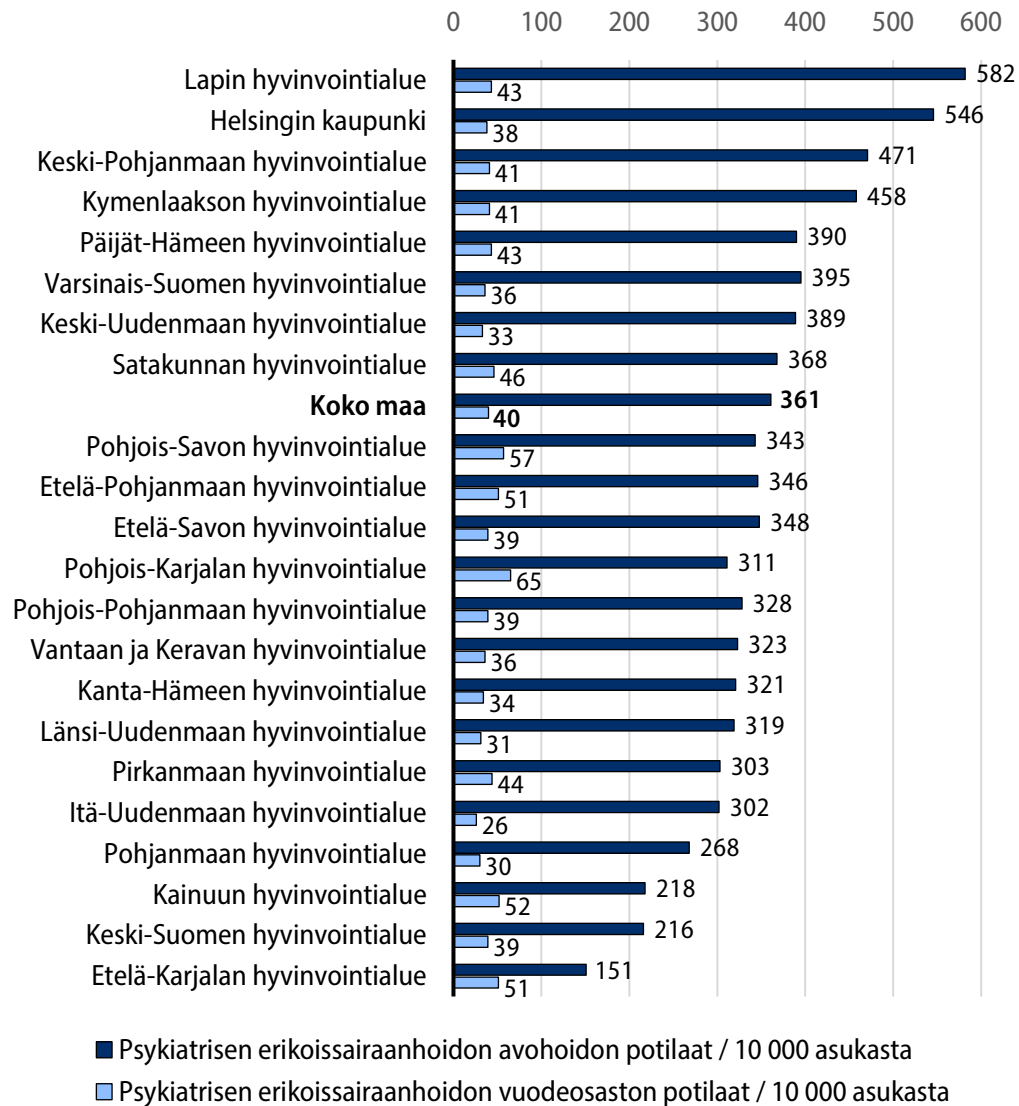
Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon 75 vuotta täyttäneitä potilaita oli eniten Keski-Pohjanmaalla (225 potilasta per 1 000 vastaavan ikäistä) ja vähiten Keski-Uudellamaalla (119). Samat alueet ovat edustaneet ääripäitä jo useamman vuoden. Eniten kasvua edellisvuodesta tapahtui Pohjois-Pohjanmaalla (+ 5 potilasta per 1 000 vastaavan ikäistä), ja vähennystä Pohjois-Savossa (-39).

Mielenterveys-, päihde- ja riippuvuuspalvelut

Psykiatristen erikoisalojen potilaiden osuus väestöstä (367 potilasta 10 000 asukasta kohden) nousi koko maan tasolla hieman vuodesta 2023 vuoteen 2024. Kasvu kohdentui avohoidon potilaiden väestöosuuden kasvuun. Psykiatrian vuodeosastohoidon osuus pysyi ennallaan. Vuodeosastohoidon potilaiden osuus kaikista psykiatrisen erikoissairaanhoidon potilaista on pysynyt noin 10 %.

Vuonna 2024 psykiatrian erikoissairaanhoidon avohoidon potilaiden osuus alueen väestöstä oli suurin Lapissa ja Helsingissä. Myös Keski-Pohjanmaalla ja Kymenlaaksossa psykiatrian avohoidon potilaiden osuus oli selvästi maan keskitasoa suurempi. Selvästi vähiten psykiatrian potilaita oli Etelä-Karjalassa. Psykiatrian vuodeosastohoidon potilaiden väestöosuus oli suurin Pohjois-Karjalassa ja Pohjois-Savossa ja pienin Itä-Uudellamaalla.

Kuvaaja 25. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidon ja vuodeosastohoidon potilaat, 10 000 asukasta kohden vuonna 2024



Aikuispsykiatrian palveluja yli kuusi kuukautta odottaneiden osuus oli loka-kuussa 2025 noin 12 %. Odottaneiden osuus on pysynyt tasaisena koko vuoden, ja pääsy kiireettömään hoitoon on parantunut selvästi vuodesta 2024, jolloin noin 30 % odotti psykiatrian palveluja yli kuusi kuukautta. Alueiden väliset erot ovat vuoden 2025 aikana olleet suuria. Vaikein tilanne on ollut Pohjois-Savossa, jossa lähes puolet potilaista on joutunut odottamaan hoitoa yli hoitotakuurajan.

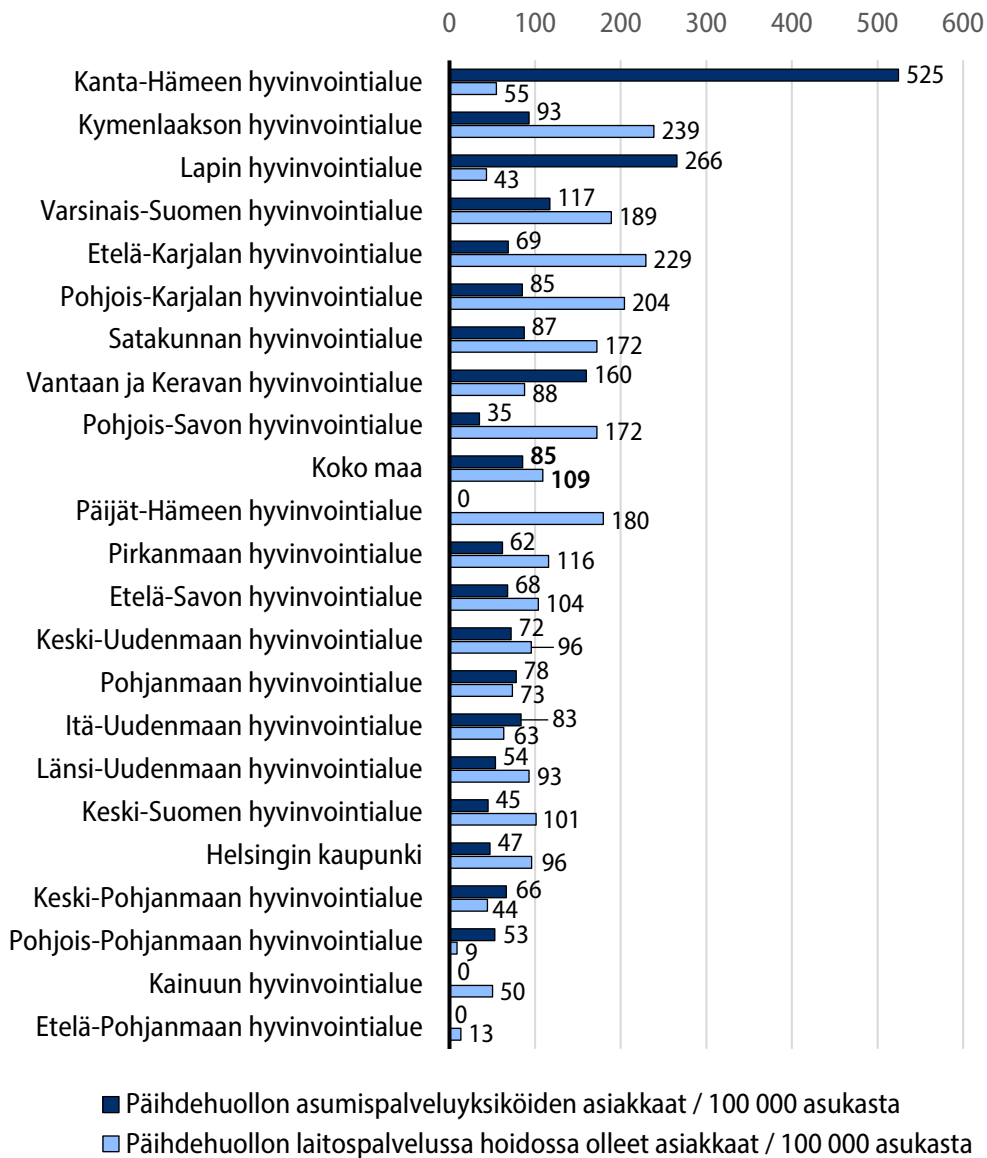
Pohjois-Pohjanmaalla edelleen noin joka viidennen potilaan hoitoon pääsy viivästyy yli hoitotakuurajan, vaikka alueen jonotilanne on kehittynyt myönteisesti. Noin puolella alueista psykiatrian jonoja ei ole lainkaan.

Sekä erityis- että perustason palvelujen hoitoon pääsyssä on haasteita osalla alueista. Psykiatrian kiireettömään hoitoon pääsy on ollut ongelmallista esimerkiksi Pohjois-Savossa ja Pohjois-Pohjanmaalla. Usealla hyvinvointialueella merkittävä osa psykiatrian viroista on täyttämättä. Psykiatrisen sairaalahoidon osalta huolta sairaalapaikkojen riittävyydestä on etenkin HUS-alueella.

Perusterveydenhuollon mielenterveyden hoidon ja päihde- ja riippuvuushoidon hoitopääsystä ja asiakasmääristä ei ole saatavissa hyvinvointialuekohtaista tietoa. Jatkossa tietoa näistä palveluista on mahdollista kerätä palvelumuoto- ja toimintapidekoodien avulla.

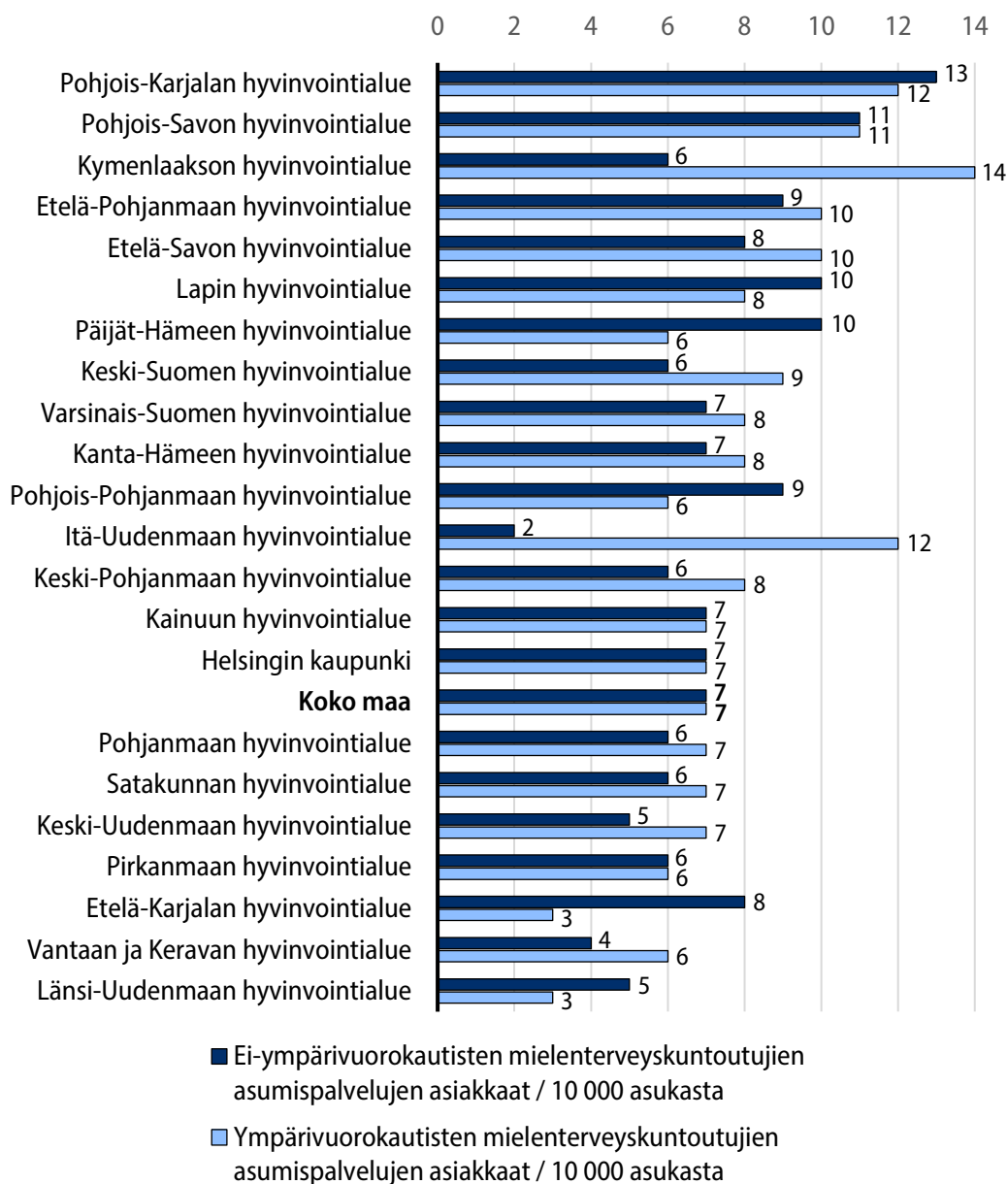
Sosiaalihuollon avomuotoisen päihde- ja riippuvuustyön (mm. sosiaalityö ja sosiaalinen kuntoutus) asiakasmääristä tullaan saamaan indikaattoritietoa tämänhetkisten arvioiden mukaan keväällä 2026. Laitospalvelujen väestöön suhteutetuissa asiakasmäärissä on suuria eroja alueiden välillä. Vuonna 2024 koko maassa oli 109 asiakasta 100 000 asukasta kohden laitospalveluissa päihdepalveluissa. Kymenlaaksossa ja Etelä-Karjalassa asiakasmäärät olivat noin kaksinkertaiset maan keskitasoon nähden. Pohjois-Pohjanmaalla ja Etelä-Pohjanmaalla laitospalvelun asiakkaita oli noin kymmenesosa koko maan tasosta. Laitospalveluista ei vielä pystytty tilastollisesti erottelamaan terveydenhuollon päihde- ja riippuvuushoidon ja sosiaalihuollon päihde- ja riippuvuustyön (kuntoutuksen) osuuksia. Päihdeasiakkaiden asumispalveluyksiköissä oli koko maassa noin 85 asiakasta 100 000 asukasta kohden. Asumispalveluyksiköiden asiakkaita oli selvästi eniten Kanta-Hämeessä. Myös Lapissa asiakasmäärä oli huomattavasti maan keskiarvoa korkeampi. Etelä-Pohjanmaalla, Kainuussa ja Päijät-Hämeessä päihdehuollon asumispalveluyksiköihin ei kirjautunut asiakkuuksia vuonna 2024.

Kuvaaja 26. Päihdeasumispalvelujen ja sosiaali- ja terveydenhuollon laitospalveluun päihdekuntoutuksen asiakkaat, 100 000 asukasta kohden vuonna 2024



Mielenterveyskuntoutujien ei-ympäri vuorokautisen asumispalvelun asiakkaiden määrä on pysynyt lähes ennallaan hyvinvointialueiden toiminnan ajan. Koko maassa oli 7 asiakasta ei-ympäri vuorokautisessa asumispalvelussa 10 000 asukasta kohden vuonna 2024. Eniten asiakkaita oli Pohjois-Karjalassa, jossa asiakkaiden väestösuhteutettu osuus oli lähes kaksinkertainen maan keskitasoon nähden. Myös Pohjois-Savossa asiakkaiden osuus oli selvästi maan keskitasoa suurempi. Vähiten ei-ympäri vuorokautista asumispalvelua oli Itä-Uudellamaalla.

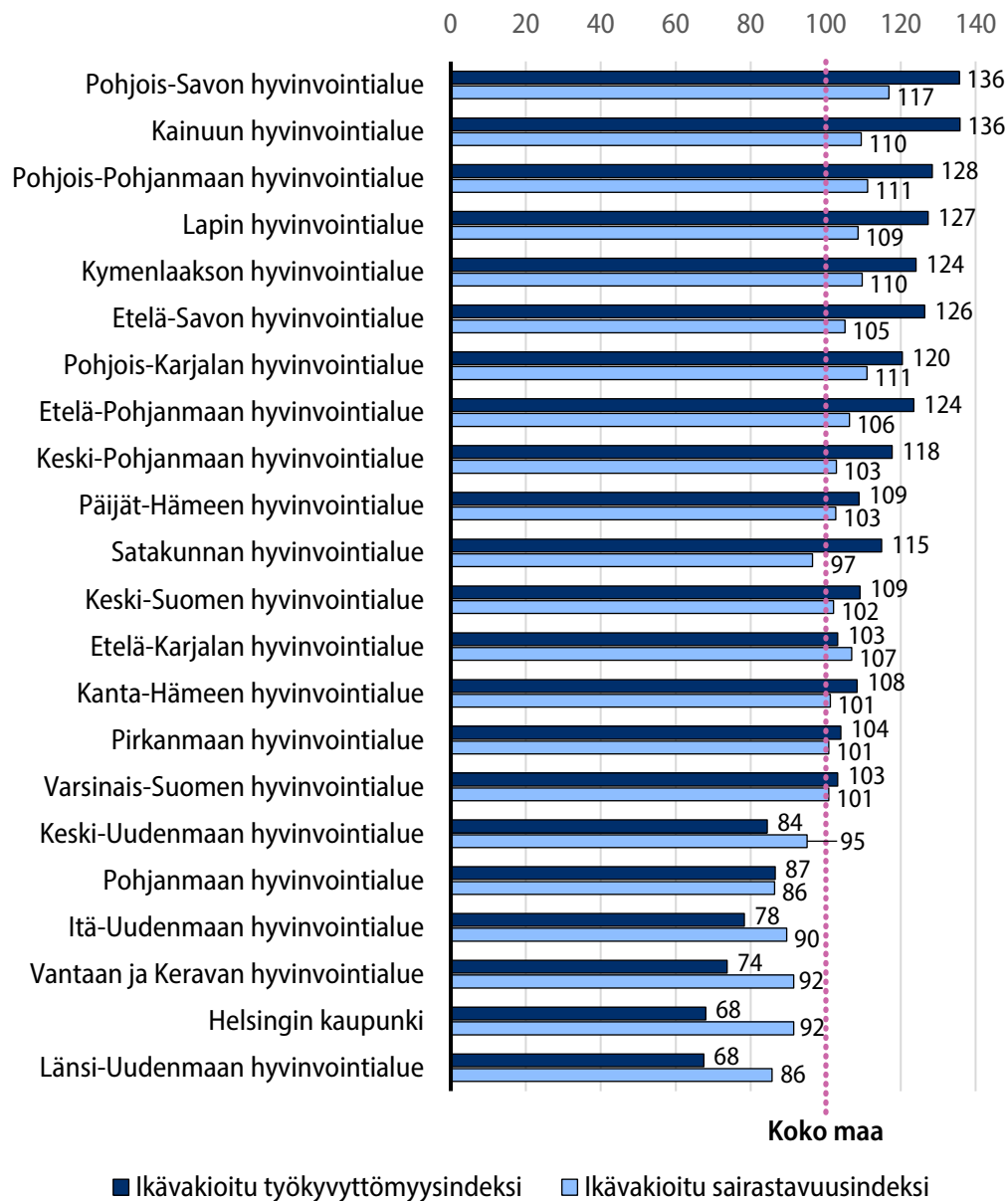
Kuvaaja 27. Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelujen asiakkaat, 10 000 asukasta kohden vuoden 2024 lopussa



Mielenterveyskuntoutujien ympärivuorokautisen asumispalvelun asiakkaiden määrä koko maassa oli ei-ympäri vuorokautisen asumispalvelun tavoin 7 asiakasta 10 000 asukasta kohden. Luku on hieman laskenut hyvinvointialueiden aloitusajan kohtaan nähden osana palvelurakenteen keventämistä. Eniten ympärivuorokautista asumista (14 asiakasta 10 000 asukasta kohden) oli vuonna 2024 Kymenlaaksossa. Myös Pohjois-Karjalassa, Pohjois-Savossa ja Itä-Uudellamaalla oli selvästi maan keskitasoa enemmän ympärivuorokautista asumista.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

Väestön terveydentilassa ja elintavoissa on merkittäviä eroja hyvinvointialueiden välillä. Sairastavuus ja työkyvyttömyys on itäisen Suomen lisäksi suurta alueilla, joissa väestö on iäkästä ja koulutustaso on matala, kuten Etelä-Pohjanmaalla ja Satakunnassa.

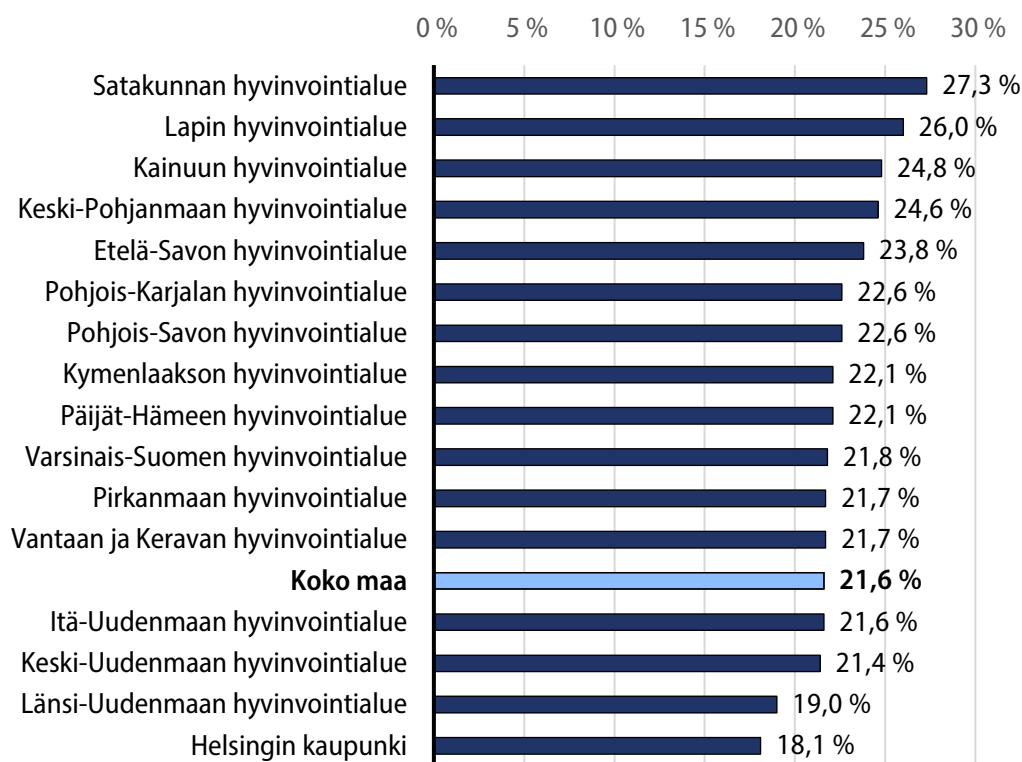
Kuvaaja 28. Ikävakioitu työkyvyttömyysindeksi ja sairastavuusindeksi vuonna 2023¹⁷

17 Alueiden indeksilukuja tulkitaan suhteessa koko maan arvoon, joka on 100. Mitä korkeampi alueen indeksiluku on, sitä yleisempää työttömyys tai sairastavuus kyseisellä alueella on.

Alueelliset erot näkyvät myös lasten ja nuorten toimintakyvyssä. Osuus oppilaista, joiden fyysinen toimintakyky on mahdollisesti terveystä ja hyvinvointia kuluttavalla tai haittaavalla tasolla, vaihtelee hyvinvointialueittain 33–43 % välillä. Pienimmät osuudet havaitaan Helsingin kaupungissa (33 %) sekä Pohjois-Pohjanmaan (33,9 %) ja Itä- ja Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueilla (32,6 % ja 33,3 %). Suurimmat osuudet puolestaan ovat Lapissa (42,7 %), Kainuussa (43,2 %) ja Satakunnassa (42,6 %).

Hyvinvointialueiden välillä on eroja myös lasten ja nuorten ylipainon, lihavuuden ja vaikean lihavuuden yleisyydessä. Osuus vaihtelee alueittain 18–28 %. Tilanne on viime vuosina heikentynyt entisestään lähes kaikilla hyvinvointialueilla. Uusimpien tietojen (2024) mukaan ylipaino ja lihavuus ovat yleisimpiä Etelä-Pohjanmaalla (28 %), Satakunnassa (27 %) ja Lapissa (26 %). Vähiten ylipainoa ja lihavuutta esiintyy lapsilla ja nuorilla Helsingissä (18 % vuoden 2023 tilanne) ja Länsi-Uudellamaalla (19 %).

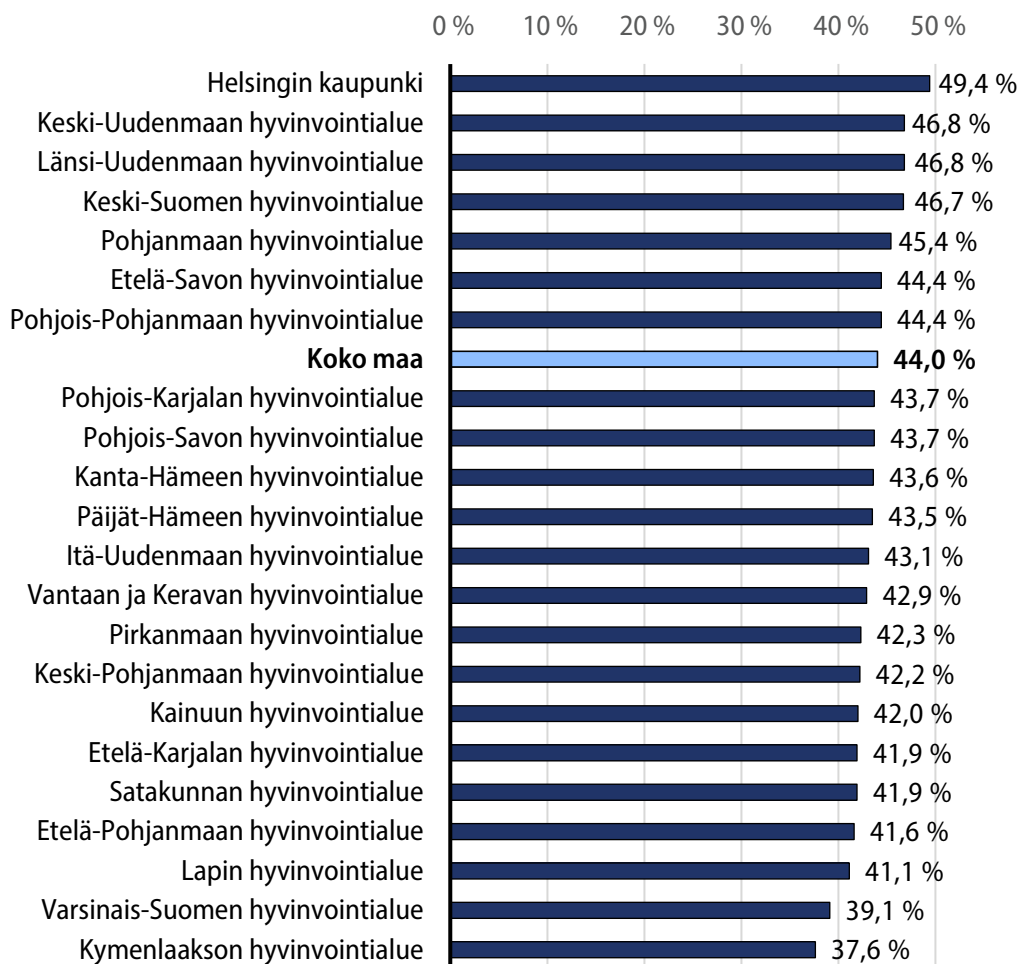
Kuvaaja 29. Ylipainon (ml. lihavuus) yleisyys 2–16-vuotiailla, vastaavan ikäiseen väestöön suhteutettuna vuonna 2023¹⁸



18 Ylipainoksi luokitellaan ISO-BMI ≥ 25 kg/m². Tietoa ei ole saatavilla Etelä-Karjalan, Etelä-Pohjanmaan, Kanta-Hämeen, Keski-Suomen, Pohjanmaan eikä Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueilta.

Terveydelle suotuisia elintapoja noudattavien 20–69-vuotiaiden osuus koko maassa vuodesta 2022 vuoteen 2024 on kasvanut hieman. Helsingin kaupungissa väestöstä lähes puolet noudattaa terveydelle suotuisia elintapoja (49 %). Vähiten terveydelle suotuisia elintapoja noudatetaan Kymenlaakson hyvinvointialueella (38 %) ja Varsinais-Suomen hyvinvointialueella (39 %). Osassa maata suunta on kääntynyt aikaisempaa huonompaan tilanteeseen (Kymenlaakso, Pirkanmaa, Pohjois-Karjala, Pohjois-Pohjanmaa ja Pohjois-Savo). Joillakin alueilla taas tilanne on parantunut, kuten Pohjanmaalla, Kanta-Hämeessä ja Keski-Suomessa.

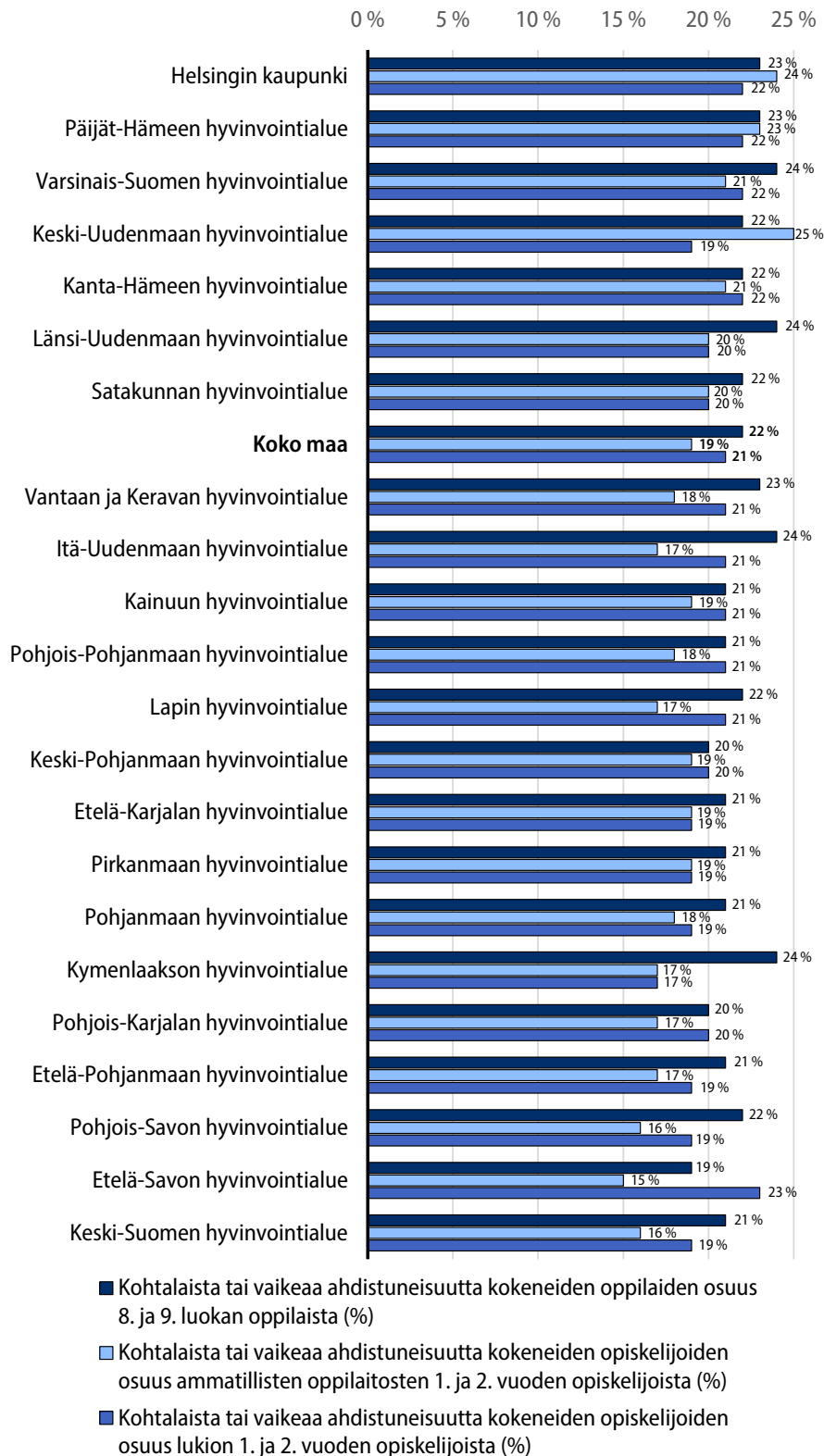
Kuvaaja 30. Terveydelle suotuisia elintapoja noudattavien osuus 20–69-vuotiaista vuonna 2024¹⁹



19 Indikaattori kuvaa niiden asukkaiden osuutta, joilla toteutuu vähintään kolme seuraavista elintavoista: 1) syö useita kertoja päivässä kasviksia sekä hedelmiä ja marjoja, 2) saavuttaa terveystieteiden suositukset, 3) ei käytä päivittäin tupakkaa eikä nikotiinituotteita, ja 4) ei ole alkoholin riskikäyttäjiä AUDIT-C-kyselymittarin mukaan.

Nuorilla ahdistuneisuusoireilu on huolestuttavalla tasolla koko maassa, mutta se myös vaihtelee hyvinvointialueittain. Ahdistuneisuus oli yleisintä 8. ja 9. luokan oppilailla Kymenlaakson ja Varsinais-Suomen hyvinvointialueilla (24 %). Paras tilanne havaittiin Etelä-Savossa (19 %) ja Pohjois-Karjalassa (20 %). Suurimmassa osassa hyvinvointialueista tilanne on pysynyt lähes ennallaan vuodesta 2023, mikä viittaa siihen, että ongelma ei ole pahentunut laajasti, mutta ei myöskään helpottunut. Kymenlaaksossa ja Varsinais-Suomessa tilanne sen sijaan on heikentynyt.

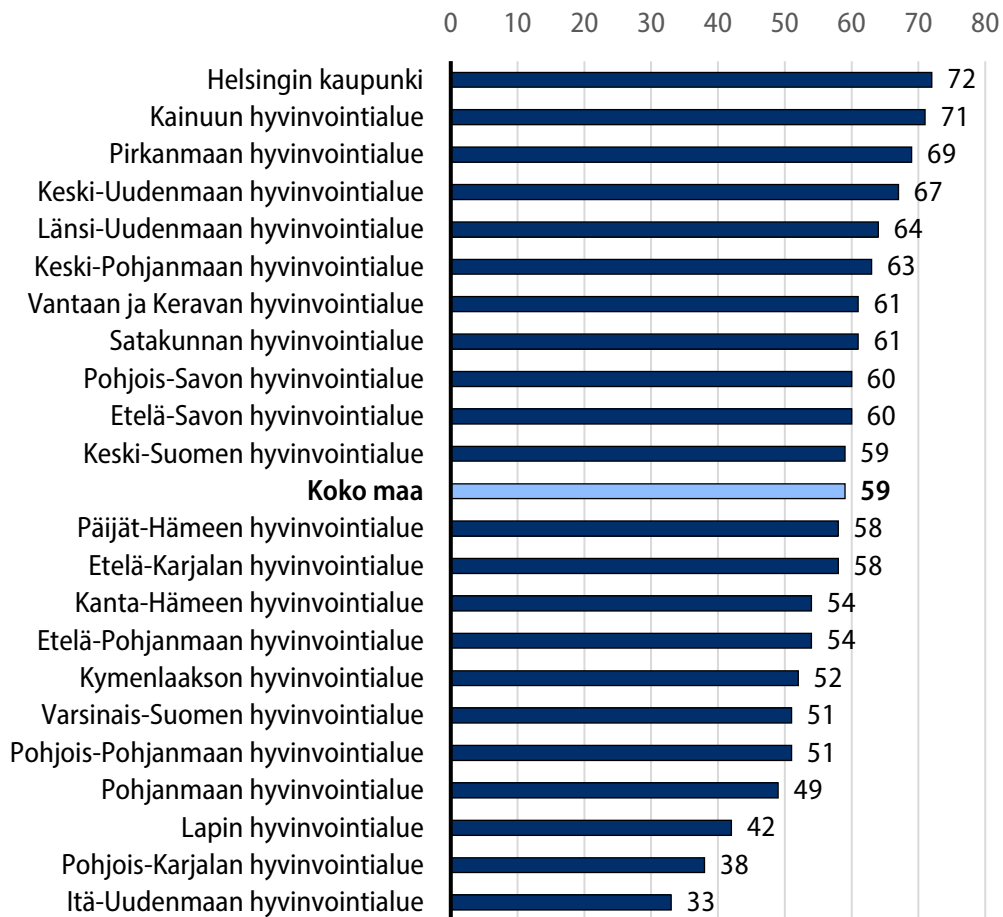
Kuvaaja 31. Kohtalaista tai vaikeaa ahdistuneisuutta kokeneiden oppilaiden ja opiskelijoiden osuus vuonna 2025²⁰



20 Indikaattori perustuu GAD-7-mittariin.

Terveydenedistämiskiivisuus vaihtelee hyvinvointialueilla. Aktiivisuus koostuu toimista, joilla hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työtä ja toimintaa johdetaan, miten sitä seurataan, minkälaisia voimavaroja siihen osoitetaan ja miten siihen sitoudutaan. Viimeisimmän hyvinvointialueille osoitetun tiedonkeruun mukaan vuonna 2024 suurinta aktiivisuus on ollut Helsingin kaupungissa, Kainuussa, Pirkanmaalla ja Keski-Uudellamaalla. Heikoimmat tulokset aktiivisuuden suhteen on raportoitu Itä-Uudellamaalla, Pohjois-Karjalassa, Lapissa ja Pohjanmaalla. Yksikään alue ei yltänyt hyvään tasoon (≥ 75 / 100 pistettä) vuonna 2024.

Kuvaaja 32. Terveydenedistämiskiivisuus vuonna 2024²¹



21 Mitä korkeampi alueen indeksiluku on, sitä paremmin toiminta vastaa hyviä käytäntöjä ja korkeaa laatua.

2.2 Arvio sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen tason riittävyydestä

Hyvinvointialueiden yleiskatteellisesta valtion rahoituksesta säädetään laissa hyvinvointialueiden rahoituksesta (617/2021). Yleiskatteellisen rahoituksen lisäksi hyvinvointialueet saavat valtiolta erinäisiä erillisrahoituksia ja avustuksia²². Valtion rahoituksen lisäksi hyvinvointialueiden tulorahoitus koostuu myös muilta sektoreilta saatavista toimintatuloista ja avustuksista. Muista tulonlähteistä asiakas- ja potilasmaksujen rooli on merkittävin. Lisäksi hyvinvointialueet voivat käyttää hyvinvointialueissa (611/2021) säädetyn lainanottovaltuuden puitteissa pitkäaikaista lainaa investointien toteuttamiseen ja lyhytaikaista lainaa käyttöpääomien hallintaan ja maksuvalmiuden ylläpitoon. Alla olevassa tarkastelussa on keskitytty valtion yleiskatteellisen rahoituksen tarkasteluun.

Hyvinvointialueet voivat itsehallintonsa nojalla päättää budjettinsa menoista. Rahoituksen taso yhdistettynä hyvinvointialuelain 115 §:n sääntelyyn muodostuneiden alijäämien kattamisesta asettaa kuitenkin menoilte budjettirajoitteen. Myös hyvinvointialueiden arviointimenettelyn kriteerit toimivat osaltaan budjettirajoitteena²³. Tässä arviossa on tarkasteltu menojen osalta lähinnä nettokäyttökustannuksia, joka vastaa niitä kustannuksia, joita valtion rahoituksen on tarkoitus kattaa²⁴.

Hyvinvointialueiden rahoituksen riittävyyttä ensimmäisinä vuosina on haastanut vuonna 2023 tapahtunut nopea kustannusten kasvu, jonka jälkeen kustannukset ovat kasvaneet rahoituksen kasvua maltillisemmin. Vuonna 2025 rahoitusta lisättiin vuoden 2023 alijäämän perusteella, jonka myötä vuoden 2025 tilikauden tulos on valtakunnallisesti tarkasteltuna ylijäämäinen. Vuoden 2025 yhteenlaskettujen kustannusten kasvu hidastui edelliseen vuoteen verrattuna, ja kustannusten kasvu alitti rahoituksen kasvun myös, kun jälkikäteistarkistuksen osuus rahoituksesta jätetään huomioimatta. Tätä rahoitusta ilman jälkikäteistarkistusta voidaan kutsua perusuran mukaiseksi rahoitukseksi. Perusuran mukaisen rahoituksen tarkastelu on tärkeää,

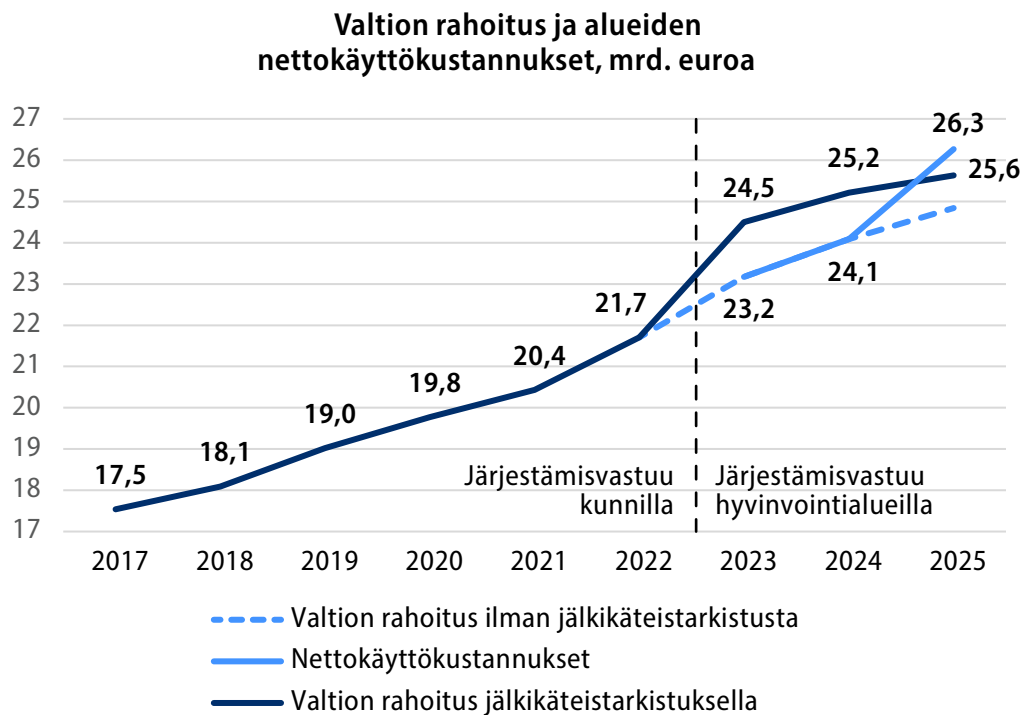
22 Valtion talousarvion yleisperusteluiden osiossa 9.1. on eritelty valtion rahoituseriä hyvinvointialueille.

23 Hyvinvointialuelain 123 § 1 momentin kohdat 1–3 ovat suoraan riippuvaisia kustannustasosta, mutta kohta 4 edellyttää valtioneuvoston päätöstä lainanottovaltuuden muuttamisesta tai lisärahoituksesta.

24 Nettokäyttökustannuksilla tarkoitetaan toimintamenojen, rahoituskulujen sekä poistojen ja arvonalentumisten summaa, josta on vähennetty toimintatulot, valmistus omaan käyttöön sekä valmisteverastojen muutos. Hyvinvointialueiden valtion yleiskatteellisen rahoituksen ja nettokäyttökustannusten erotus vastaa tilikauden yli-/alijäämää kuitenkin sillä erotuksella, että yli-/alijäämään vaikuttavat myös tilikauden satunnaiset erät ja tilinpäätössiirrot.

sillä jälkikäteistarkistus ei lisää rahoituksen tasoa pysyvästi, vaan jälkikäteistarkistuksen määrän kehitys riippuu hyvinvointialueiden yhteenlasketun yli-/alijäämän kehityksestä. Velvoitteet alijäämän kattamisesta tulevat pienentämään jälkikäteistarkistusta tulevaisuudessa, vaikka jälkikäteistarkistukseen säädetty omavastuu tuleekin hidastamaan tätä kehitystä. Karkeasti ottaen jälkikäteistarkistuksen määrittämisessä tehtävän hyvinvointialueiden yhteenlasketun yli-/alijäämän tarkastelu tapahtuu myös toteutuneiden kustannusten ja rahoituksen perusuran erotukseen perustuen²⁵.

Kuvaaja 33. Valtion rahoitus ja alueiden nettokäyttökustannukset 2017–2025, mrd. euroa



25 Rahoituslain 10 §:n mukaan jälkikäteistarkistusta muutetaan varainhoitovuoden laskennallisten ja toteutuneiden kustannusten erotuksen sitä edeltävään varainhoitovuoteen nähden tapahtuneen muutoksen perusteella, huomioiden varainhoitovuodelle tehty jälkikäteistarkistus. Jos jälkikäteistarkistukseen kustannustason ja palvelutarpeen perusteella tehtävät tarkistukset ja jälkikäteistarkistukseen sisältyvä omavastuu jätetään huomiotta, jälkikäteistarkistus vastaisi toteutuneiden kustannusten ja rahoituksen perusuran erotusta kahden vuoden viiveellä.

Rahoituksen kehitys vuosina 2023–2025

Hyvinvointialueiden rahoituksen tasoon vaikuttavat rahoituslaissa säädetty tarkistukset palvelutarpeen arvioidun kasvun²⁶ ja hyvinvointialueindeksin²⁷ perusteella. Lisäksi rahoituslakiin on säädetty, että hyvinvointialueiden tehtävien laatuun tai laajuuteen liittyvän sääntelyn muutokset huomioidaan rahoituksen tasossa²⁸. Vuodesta 2024 lukien rahoituslakiin säädetty siirtymätasaus²⁹ on vaikuttanut rahoituksen tasoon ja vuodesta 2025 lukien tasoon vaikuttaa myös rahoituksen jälkikäteistarkistus³⁰. Taulukkoon 1 on koottu näiden osatekijöiden rooli rahoituksen kasvussa vuosien 2023–2026 aikana.

Taulukko 1. Vuosien 2023–2026 rahoituksen kasvun osatekijät

Osatekijä	Vuosi			
	2023	2024	2025	2026
Hyvinvointialueindeksi	3,6 %	2,6 %	3,0 %	3,3 %
Palvelutarpeen kasvu	1,2 %	1,2 %	1,0 %	1,0 %
Tehtävämuutokset	1,1 %	0,6 %	-1,1 %	-0,1 %
Jälkikäteistarkistus	0,0 %	0,0 %	5,8 %	-0,8 %
Siirtymätasaus	0,0 %	-0,4 %	0,2 %	0,2 %
Vuosikasvu yhteensä	5,9 %	3,9 %	9,0 %	3,6 %

26 Rahoituslaki 7 §

27 Rahoituslaki 8 §

28 Rahoituslaki 9 §

29 Rahoituslaki 35 §. Siirtymätasaus määräytyy yksittäisten alueiden laskennallisten kustannusten ja hyvinvointialueiden alueen kuntien toteutuneiden kustannusten erotuksen perusteella. Tähän perustuen siirtymätasaus kohdennetaan yksittäisille alueille lisäämällä/vähentämällä se alueen laskennalliseen rahoitukseen/rahoituksesta. Rahoituksen yhteismäärään siirtymätasauksilla ei ollut vaikutusta vielä vuonna 2023.

30 Rahoituslaki 10 §

Hyvinvointialueiden valtion rahoituksen lähtötaso vuonna 2023 oli noin 23,2 miljardia euroa. Lähtötaso perustui kuntien vuoden 2022 sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen nettokäyttökustannuksiin, jotka olivat yhteensä noin 21,9³¹ miljardia euroa. Rahoituksen määrittämistä varten vuoden 2022 kustannuksia korotettiin 3,52 prosentiksi ennustettuun hyvinvointialueindeksiin perustuen noin 780 miljoonalla eurolla sekä palvelutarpeen kasvuun perustuen noin 261 miljoonalla eurolla. Näiden lisäksi lakisääteisten tehtävien muutokset korottivat rahoitusta noin 244 miljoonalla eurolla. Vuoden 2023 rahoitus oli näin noin 5,9 % kuntien vuoden 2022 nettokäyttökustannuksia suurempi.

Rahoituslaki sisältää mekanismeja³², jotka kasvattavat rahoitusta vuosina 2023–2029 muutoin säädettyä nopeammin. Ensinnäkin vuosina 2023 ja 2024 palvelutarpeen kasvu huomioitiin 80 prosentin sijaan täysimääräisesti. Lisäksi vuosina 2023–2029 palvelutarpeen vuosittaista kasvua korotetaan 0,2 prosenttiyksiköllä. Vaikka mekanismit ovat väliaikaisia, niiden aikaansaama rahoituksen tason kasvu jää pysyväksi. Vuonna 2023 nämä pysyviä muutuskustannuksia huomioivat mekanismit kasvattivat sekä hyvinvointialueindeksin että palvelutarpeen kasvun perusteella tehtävää korotusta yhteensä noin 90 miljoonalla eurolla.

Vuonna 2024 rahoituksen tason noin 3,9 prosentin kasvu 24,1 miljardiin euroon oli vuoteen 2023 verrattuna hieman hitaampaa. Ainoastaan palvelutarpeen kasvun perusteella rahoitusta korotettiin aikaisempaa vuotta suuremmalla rahamäärällä eli noin 283 miljoonalla eurolla. Hyvinvointialueindeksin, jonka ennustettiin olevan 2,53 prosenttia, perusteella rahoitusta korotettiin noin 593 miljoonalla eurolla. Muutostukiluonteisten mekanismien määrä näiden korotusten yhteydessä oli noin 95 miljoonaa euroa. Tehtävämuutosten perusteella rahoitusta korotettiin noin 142 miljoonalla eurolla, mihin on tässä laskettu myös niin sanottu yliopistosairaalisä, joka kasvatti pysyvästi rahoituksen tasoa noin 130 miljoonalla eurolla. Vuonna 2024 siirtymätasausjärjestelmä laski valtion rahoituksen tasoa noin 104 miljoonalla eurolla, sillä alueille kohdistuneiden siirtymätasausvähennysten yhteismäärä oli suurempi kuin kohdistuneet siirtymätasauslisät. Siirtymätasausjärjestelmän rahoitusta vähentävä mekanismi lisättiin rahoituslakiin yliopistosairaalalisästä säättämisen yhteydessä.

31 Huomattava, että tähän tehtiin oikaisuja siirtyvien kustannusten tarkentumisesta, jotka vaikuttivat rahoitukseen vuodesta 2024 lukien. Näiden merkitys oli kuitenkin vähäinen, noin 0,6 miljoonaa rahoitusta lisäävä.

32 Rahoituslaki 34 §

Vuonna 2025 rahoitus kasvoi huomattavasti aikaisempia vuosia enemmän noin 26,3 miljardiin euroon, mikä tarkoitti noin 9 prosentin vuosikasvua. Tästä kasvusta valtaosa, noin 1,4 miljardia, muodostui vuoden 2023 hyvinvointialueiden yhteenlasketun alijäämän perusteella tehdystä jälkikäteistarkistuksesta. Ilman jälkikäteistarkistusta vuoden 2025 rahoitus olisi kasvanut vain 3,2 prosenttia. Tätä muutoin pientä kasvua selittää tehtävämuutoksien nojalla tehty 254 miljoonan euron vähennys rahoituksen tasoon. 3,00 prosentiksi ennustetulla hyvinvointialueindeksillä tehdyn noin 733 miljoonan euron ja palvelutarpeen arvioidulla kasvulla tehdyn noin 241 miljoonan euron korotusten yhteissumma oli absoluuttisesti ja vuosikasvuna kuitenkin aikaisempaa vuotta suurempi. Lisäksi siirtymätasausten johdosta hyvinvointialueiden rahoitusta vähennettiin noin 37 miljoonaa euroa vähemmän.

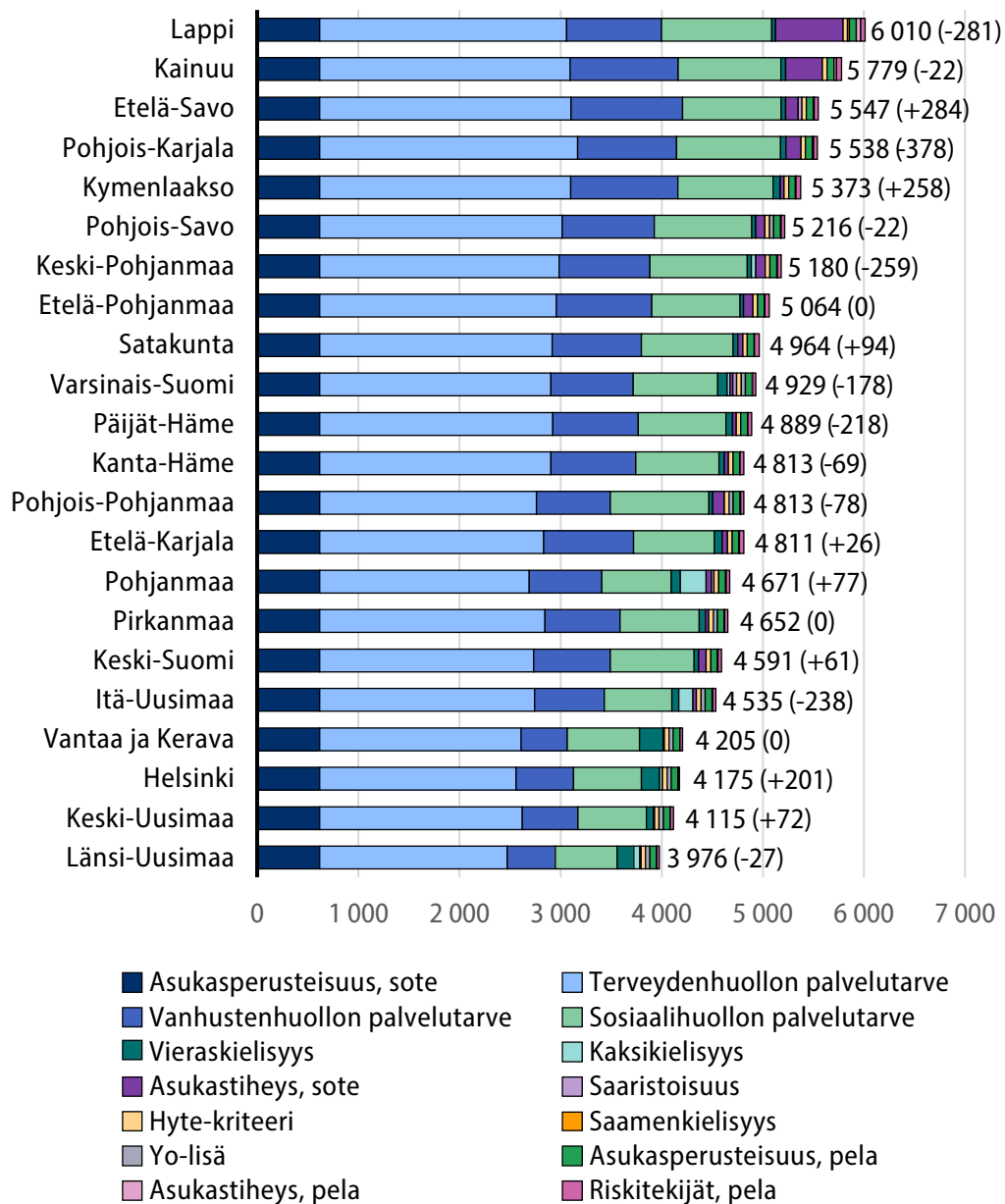
Rahoituksen alueellinen kohdentuminen

Hyvinvointialueiden rahoitus kohdennetaan alueille rahoituslakiin perustuvilla määräytymistekijöillä, joiden perusteella muodostuvaan niin kutsuttuun laskennalliseen rahoitukseen huomioidaan lisäksi aluekohtaisesti rahoituslakiin säädetty siirtymätasaus. Siirtymätasauksen tarkoituksena on tasata eroja ennen hyvinvointialueuudistusta vallinneiden kustannusten ja laskennallisen rahoituksen välillä. Tarkastelu tehdään vuoden 2022 tasossa, myös määräytymistekijöiden osalta³³. Vuonna 2023 siirtymätasaus tasasi eron aikaisemmin vallinneiden kustannusten ja laskennallisen rahoituksen välillä siten, että rahoituksen kohdentuminen vastasi hyvinvointialueen vuosien 2021 ja 2022 kuntien nettokäyttökustannuksien keskiarvoa³⁴. Vuonna 2024 laskennallisen rahoituksen ja siirtyvien kustannusten välisen eron sallittiin olevan 10 euroa. Vuonna 2025 laskennallisen rahoituksen sallittiin ylittävän siirtyvät kustannukset 30 euroa ja alittavan 20 euroa. Vuoden 2025 laskennallista rahoitusta ja niihin lisättyä siirtymätasausa on kuvattu kuvaajaan 34.

33 Vuosina 2026–2029 hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen määräytymistekijä huomioidaan siirtymätasauksissa vuoden 2026 rahoituksessa käytetyn hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kertoimen perusteella.

34 Eli niin kutsutut siirtyvät kustannukset. Vertailu määräytymistekijöiden perusteella laskettavasta laskennallisesta rahoituksesta ja siirtyvistä kustannuksista tehdään aina vuoden 2022 tasolla.

Kuvaaja 34. Hyvinvointialueiden laskennallinen rahoitus vuonna 2025, euroa/asukas, (+/- siirtymätasaus)



Hyvinvointialueiden kustannukset vuosina 2023–2025

Hyvinvointialueiden järjestämisvastuulla olevien sosiaalihuollon ja terveydenhuollon palvelujen sekä pelastustoimen nettokäyttökustannukset kasvoivat ennen sote-uudistuksen voimaantuloa noin neljä prosenttia vuodessa vuodesta 2017 alkaen vuoteen 2022. Alla olevaan Taulukkoon 2 on koottu hyvinvointialueiden³⁵ nettokäyttökustannusten kasvun tekijöitä. Taulukkoon on poimittu kustannuserän absoluuttisen ja suhteellisen muutoksen lisäksi kustannuserän osuus nettokäyttökustannusten kasvusta. Palvelujen ostojen kustannuserä sisältää sekä välituotteiden että lopputuotteiden ostot.

Taulukko 2. Hyvinvointialueiden nettokäyttökustannusten kasvun osatekijät 2023–2025.

Toiminnan tuotot ja kulut	2023		2024			2025, tilinpäätösarvio		
	Kasvu, milj. euroa	Kasvu- %	Kasvu, milj. euroa	Kasvu- %	Kontri- buutio	Kasvu, milj. euroa	Kasvu- %	Kontri- buutio
Palvelujen ostot	–	–	273,8	2,2 %	1,1 %	-50,8	-0,4 %	-0,2 %
Henkilöstö- kulut	–	–	481	4,2 %	2,0 %	661,8	5,5 %	2,6 %
Muut toimintakulut	–	–	99,9	2,6 %	0,4 %	-34,8	-0,9 %	-0,1 %
Rahoituskulut ja poistot	–	–	23,4	5,9 %	0,1 %	17	4,1 %	0,1 %
Maksutuotot	–	–	144,3	9,5 %	-0,6 %	132,1	8,0 %	-0,5 %
Muut toiminta- tuotot	–	–	11,9	0,5 %	0,0 %	40,4	1,8 %	-0,2 %
Nettokäyttö- kustannukset yhteensä	2601,7	11,9 %	721,9	2,9 %	2,9 %	419,9	1,7 %	1,7 %

35 Tiedot koskevat hyvinvointialueita, joten esimerkiksi HUS:n kustannukset näkyvät palvelujen ostoissa.

Vuonna 2023 hyvinvointialueiden yhteenlasketut kustannukset kasvoivat huomattavasti aikaisempia vuosia nopeammin. Nettokäyttökustannukset kasvoivat lähes kahdeksan prosenttia nopeammin kuin kuntien näiden tehtävien nettokäyttökustannusten kasvuvauhti vuosina 2017–2022. Tähän kehitykseen on useissa yhteyksissä³⁶ tunnistettu lukuisia syitä, kuten yleinen hintakehitys ja sote-alan palkkaratkaisu. Kehitykseen ovat vaikuttaneet myös muutuskustannukset, kuten palkkojen, etuuksien ja tietojärjestelmien yhtenäistäminen. Hyvinvointialueiden vuoden 2023 kustannuskehityksestä ei toistaiseksi ole kuitenkaan julkaistu kattavaa jälkiarviointia, jossa tarkasteltaisiin kustannustasoon pysyvästi vaikuttaneita muutuskustannuksia³⁷.

Vuonna 2024 nettokäyttökustannusten kasvu oli jo huomattavasti maltillisempaa. Kasvua ajoivat erityisesti henkilöstökulut, jotka kasvoivat hieman hyvinvointialueindeksin ja palvelutarpeen kasvua nopeammin. Palveluostojen kasvu oli henkilöstökulujen kasvua lähes puolet hitaampaa. Nettokäyttökustannusten kasvua pienensi myös maksutuottojen merkittävä kasvu. Vuoden 2024 alusta sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuihin toteutettiin kahden vuoden välein tehtävä indeksikorotus.

Vuonna 2025 nettokäyttökustannukset kasvoivat selkeästi vähemmän vuoteen 2024 verrattuna. Jälleen kustannusten kasvua ajoi erityisesti henkilöstömenojen kasvu, jotka kasvoivat aikaisempaa vuotta nopeammin. Palveluostot kuitenkin kasvun sijaan pienenivät. Maksutuottojen kasvu jatkui lähes samalla tasolla, johon on voinut vaikuttaa vuoden 2025 alusta tehdyt erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollot asiakasmaksujen tasokorotukset.

Henkilöstömenojen kasvu on ollut suurin kustannusten kasvua ajanut tekijä alueiden ensimmäisinä toimintavuosina. Hyvinvointialueilla on toteutettu laajalti palkkaharmonisointia, jotka ovat lähtökohtaisesti kasvattaneet hyvinvointialueiden henkilöstön palkkoja verrattuna kuntien järjestämisvastuun aikaan. Julkisen sektorin palkkaratkaisu astui voimaan vuoden 2025 aikana, mikä tulee myös tulevana vuosina lisäämään painetta henkilöstömenojen kasvulle³⁸.

36 Esimerkiksi Talouspolitiikan arviointineuvoston vuoden 2024 talouspolitiikan katsaus ja valtion talousarvioesitys 2025 (HE 109/2024 vp)

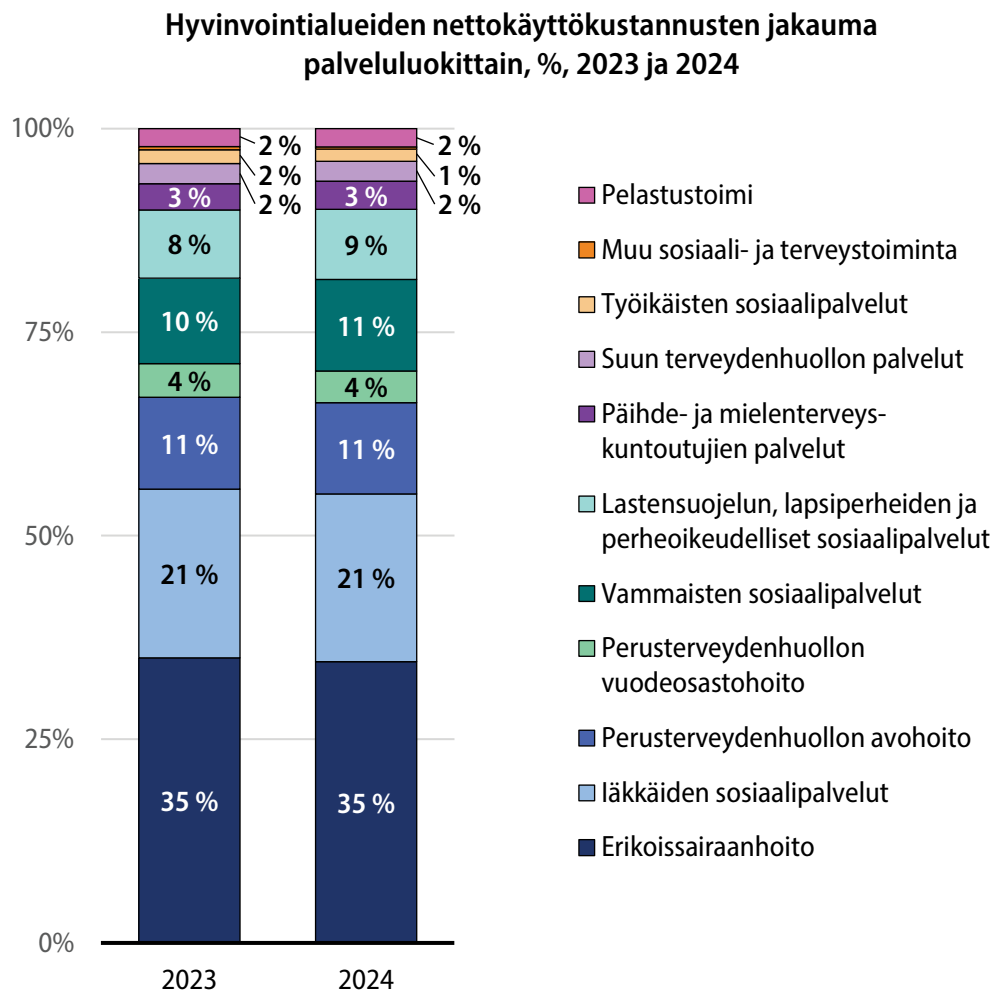
37 Hallituksen esityksen 241/2020 vp osiossa 4.2.1.14.3 pysyvien muutuskustannusten arvioitiin olevan noin 600 miljoonaa euroa, johon ylempänä mainitut muutuskustannuksia huomioivat mekanismien arvioitiin huomioivan noin 300 miljoonalla eurolla vuoteen 2030 mennessä.

38 Katso esimerkiksi Kunta- ja hyvinvointialuetyönantajat KT, koonti sopimusratkaisusta 2025–2028: <https://www.kt.fi/sopimukset/kunta-ja-hyvinvointialan-sopimusratkaisu-2025-2028/kunta-alan-sopimuskorotukset>

Henkilöstömenojen kasvua on aiheuttanut myös hyvinvointialueiden pyrkimykset kasvattaa oman palvelutuotannon roolia palvelujen järjestämisessä. Tähän kehitykseen voi liittyä oman tuotannon edullisuus verrattuna ostopalveluihin tai tarve ennakoivasti vähentää riippuvuutta ostopalveluista lisäämällä omaa tuotantoa. Palveluostojen osuus nettokäyttökustannuksista on kasvanut hitaammin eli noin 0,9 prosenttia vuodessa vuodesta 2023 alkaen. Ostopalvelujen kustannukset hyvinvointialueilla olivat keskimäärin 2 258 euroa asukasta kohden vuonna 2025.

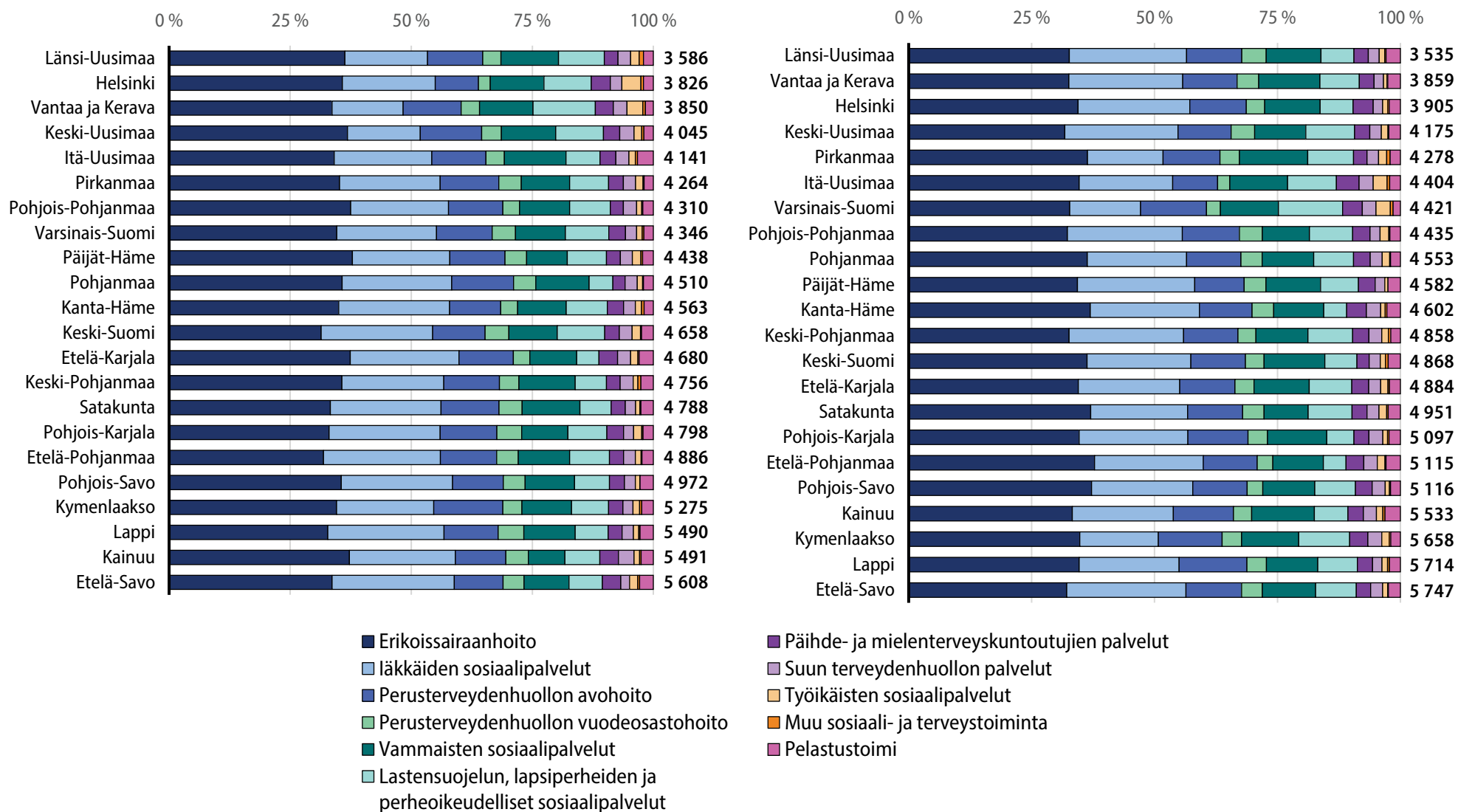
Palveluluokkakohtaiset kustannukset vuosina 2023 ja 2024

Kuvaaja 35. Hyvinvointialueiden nettokäyttökustannusten jakauma palveluluokittain, %, 2023 ja 2024



Kuvaajassa 35 on esitetty hyvinvointialueiden yhteenlaskettujen nettokäyttökustannusten jakautuminen AURA-palveluluokituksen mukaisesti palvelukokonaisuuksiin vuosina 2023 ja 2024. Tietoja vuoden 2025 palveluluokitelluista kustannuksista on odotettavissa vasta vuoden 2026 toisella neljänneksellä.

Erikoissairaanhoito, perusterveydenhuolto, sekä iäkkäiden, vammaisten ja perheiden sosiaalipalvelut muodostavat valtaosan hyvinvointialueiden kustannuksista. Käytännössä hyvinvointialueiden kustannusrakenteessa palveluiden näkökulmasta ei ole tapahtunut ensimmäisten vuosien aikana merkittäviä muutoksia.

Kuvaaja 36. Hyvinvointialueiden nettokäyttökustannukset euroa/asukas ja osuus palveluluokittain, %, 2023 (vasemmalla), 2024 (oikealla)

Kuvaajissa 36 on esitetty hyvinvointialueittain palveluluokitellut kustannukset vuosina 2023 ja 2024. Hyvinvointialueiden keskinäisessä vertailussa kustannusten jakautuminen palveluluokkiin näyttää hyvin yhtenevältä hyvinvointialueiden ensimmäisinä toimintavuosina.

Talouden tasapaino

Hyvinvointialueiden rahoitus ei ole uudistuksen kahtena ensimmäisenä vuotena vastannut nettokäyttökustannuksia³⁹ koko maan tasolla eikä alueellisesti Helsinkiä lukuun ottamatta. Keskimäärin nettokäyttökustannukset ovat ylittäneet valtion rahoituksen noin viidellä prosentilla vuosina 2023 ja 2024 (kuvaaja 37). Vuoden 2023 valtakunnan tason alijäämä oli noin 1,3 miljardia euroa ja vuoden 2024 noin 1,1 miljardia. Vuonna 2025 valtakunnan tasolla valtion rahoitus ylittää nettokäyttökustannukset, minkä vuoksi hyvinvointialueiden yhteenlaskettu ylijäämä oli noin 600 miljoonaa euroa.

Alijäämien kattamista koskeva sääntely on ohjannut kaikki alueet talouden sopeuttamistoimiin uudistuksen ensimmäisinä vuosina. Vuoden 2025 kustannusten kasvu alitti rahoituksen perusuran kasvun, mikä antaa selkeitä viitteitä hyvinvointialueiden onnistumisista kustannusten kasvun hillinnässä. Sopeutustoimet voivat järkevöittää toimintaa, ja parantaa samalla palvelujen taloudellisuutta ja vaikuttavuutta. Kuten hyvinvointialueuudistuksen väliarvioinnissa todetaan, sopeutustoimet voivat olla kuitenkin vastoin alueiden ja jopa valtakunnallisia sote-uudistuksen tavoitteita. Näiden sopeutustoimien pitkän aikavälin vaikutukset voivat olla kansanterveyden ja hyvinvointialueen toimintaedellytysten kannalta ongelmallisia.

Alueilla ei ole ollut ongelmia ylläpitää alijäämäistä taloutta esimerkiksi maksuvalmiuden ja vakavaraisuuden näkökulmasta. Hyvinvointialueiden maksuvalmiutta voidaan pitää yleisesti katsoen hyvänä, mitä turvaa muun muassa lyhytaikaisen lainan saatavuus, matala korkotaso sekä useilla alueilla myös kunnilta siirtyneet kasvavarat. Yhteensä seitsemän hyvinvointialuetta haki valtiolta rahoituslain mukaista lisärahoitusta vuonna 2025, ja näistä Pohjois-Karjalan hyvinvointialueelle myönnettiin 2,6 miljoonan euron lisärahoitus palveluiden järjestämisen tilanteen ja talouden kokonaisarvioinnin perusteella. Yksikään hyvinvointialue ei hakenut lisärahoitusta akuutin kassakriisin tai maksuvalmiuden välittömän vaarantumisen perusteella, vaan pääosin lisärahoitusta haettiin perusoikeuksien tai lakisääteisten palvelujen turvaamiseen, sekä osin myös taseeseen kertyneiden alijäämien kattamiseen.

39 Hyvinvointialueen tilikauden yli-/alijäämään vaikuttavat nettokäyttökustannusten ja valtion rahoituksen erotuksen lisäksi satunnaiset erät ja tilinpäätössiirrot.

Taulukossa 3 on kuvattu hyvinvointialueiden lainakantaa ja investointeja koskevia tunnuslukuja valtakunnallisella tasolla. Valtakunnallisella tasolla hyvinvointialueiden laskennallinen lainanhoitokate on parantunut jokaisena toimintavuonna, ja vuonna 2025 myös hyvinvointialueiden vuosikatteen suhde poistoihin nousee yli hyvinvointialueissa määritellyn arviointimenettelykriteerin alarajan⁴⁰, noin 84 prosenttiin.

Taulukko 3. Hyvinvointialueiden lainakantaa ja investointeja koskevia tunnuslukuja 2023–2025

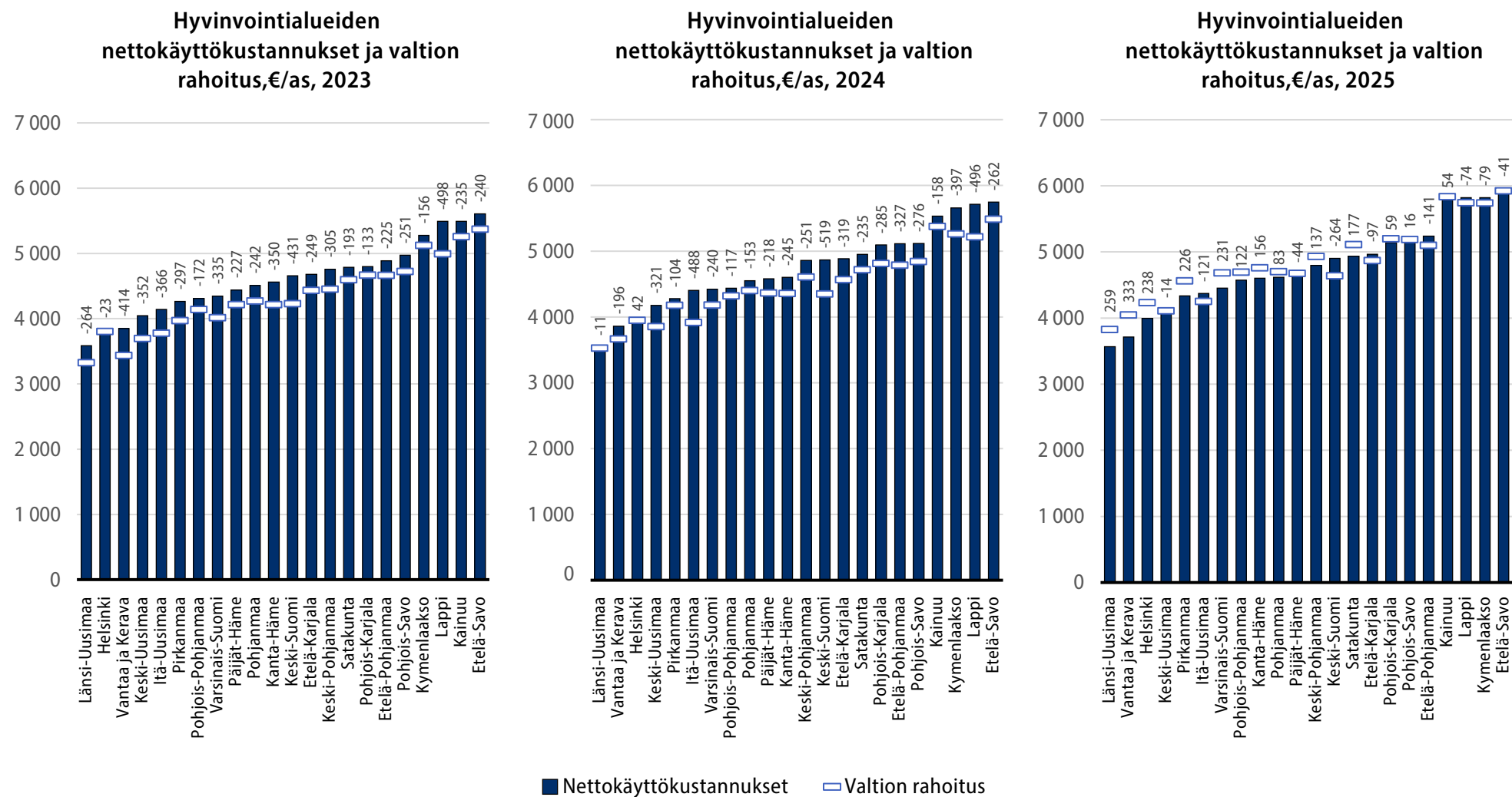
Tunnusluku	2023	2024	2025
Ennakoitu lainakanta, milj.€	–	–	7 050,2
Lyhytaikainen laina, milj.€	621,9	1 208,2	–
Pitkäaikainen laina, milj.€	5 148,8	5 621,4	–
Lainakanta yhteensä, milj.€	5 806,8	6 829,6	7 050,2
Vuosikate, milj.€	-751,5	-402,8	910,4
Poistot, milj.€	694,3	713,2	1 083,4
Sidottu valtuus, milj.€	4 808,4	2 206,5	1 666,9
Laskennallinen valtuus, milj.€	3 629,1	139,0	0,0
Lainanottovaltuuden muutos, milj.€	2 312,9	2 105,6	1 895,8
Laskennallinen lainanhoitokate	-0,77	-0,25	1,24
Vuosikate / poistot, %	-108 %	-56 %	84 %

Aluekohtaisessa tarkastelussa yhteensä 12 hyvinvointialuetta ja Helsingin kaupunki tekevät ylijäämäisen tuloksen vuonna 2025. Suurin alijäämäkertymä vuoden 2025 päätteeksi on Keski-Suomessa ja Lapissa, joissa alijäämiä on kertynyt ensimmäiseltä kolmelta toimintavuodelta yli tuhat euroa asukasta kohden. Yhdeksällä hyvinvointialueella vuoden 2025 tulos on alijäämäinen.

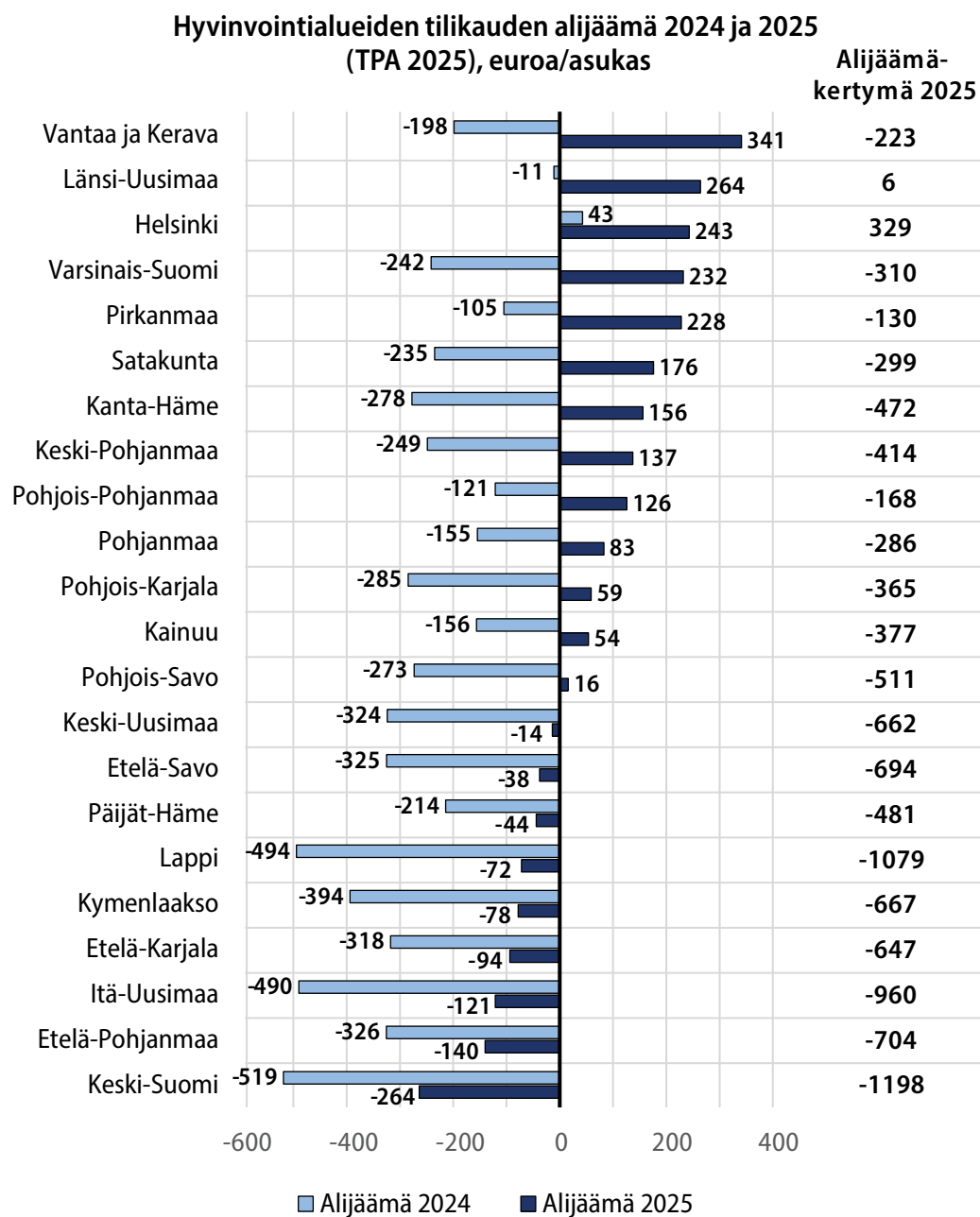
40 On huomattava, että hyvinvointialuelain 123 § 1 momentin kriteerit 2–3 koskevat konsernitason tunnuslukuja.

Ensimmäisinä vuosina hyvinvointialueiden taseeseen kertyneet alijäämät näkyvät rahoituslain sääntelyn mukaisesti hyvinvointialueiden rahoituksessa rahoituksen jälkikätestarkistuksena, vuoden 2023 hyvinvointialueiden yhteenlaskettuun alijäämään perustuen. Vuonna 2025 ensimmäistä kertaa tehty jälkikätestarkistus kasvatti valtion rahoitusta valtakunnallisella tasolla 1,4 miljardia euroa, ja se kohdentuu kaikille hyvinvointialueille rahoituksen määräytymistekijöiden mukaisesti. Ilman jälkikätestarkistusta hyvinvointialueiden yhteenlaskettu tulos varainhoitovuodelta olisi ollut noin 800 miljoonaa euroa alijäämäinen. Hyvinvointialueiden taloudellinen tilanne on parantunut myös muista syistä kuin jälkikätestarkistuksen ansiosta, sillä hyvinvointialueet ovat myös omilla sopeuttamistoimillaan pystyneet hillitsemään kustannusten kasvua.

Kuvaaja 37. Hyvinvointialueiden nettokäyttökustannukset (TPA 2025) suhteessa valtion rahoitukseen, sekä rahoituksen alijäämäisyys suhteessa kustannuksiin 2023–2025, euroa/asukas



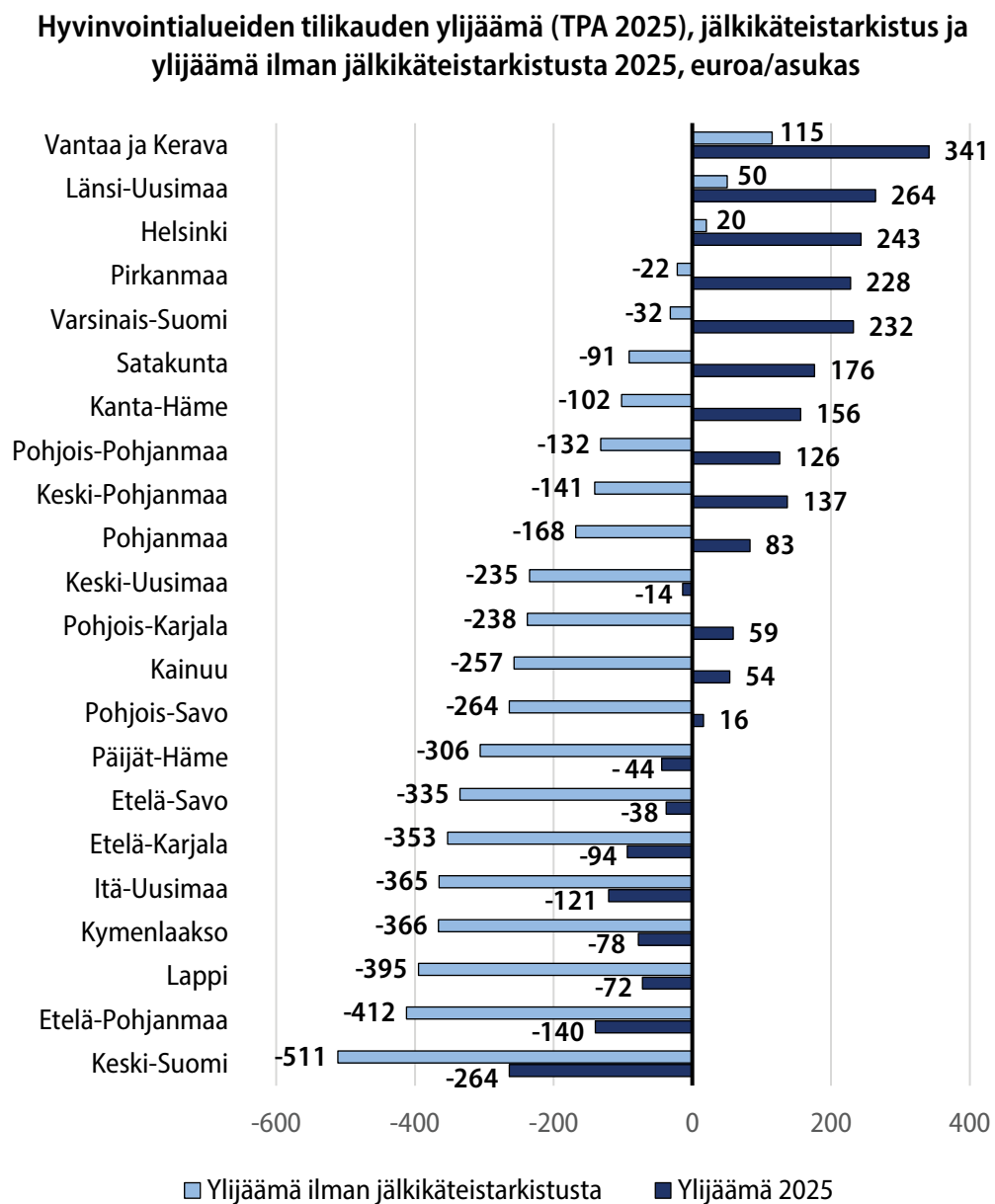
Kuvaaja 38. Hyvinvointialueiden tilikauden alijäämä 2024 ja 2025 (TPA 2025), euroa/asukas



Ilman jälkikätestarkistusta 19 hyvinvointialuetta ei tekisi ylijäämäistä tulosta vuonna 2025 (Kuvaaja 38). Helsingin kaupunki, Vantaan ja Keravan sekä Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueiden tilikauden ylijäämä ylittää valtion rahoituksen,

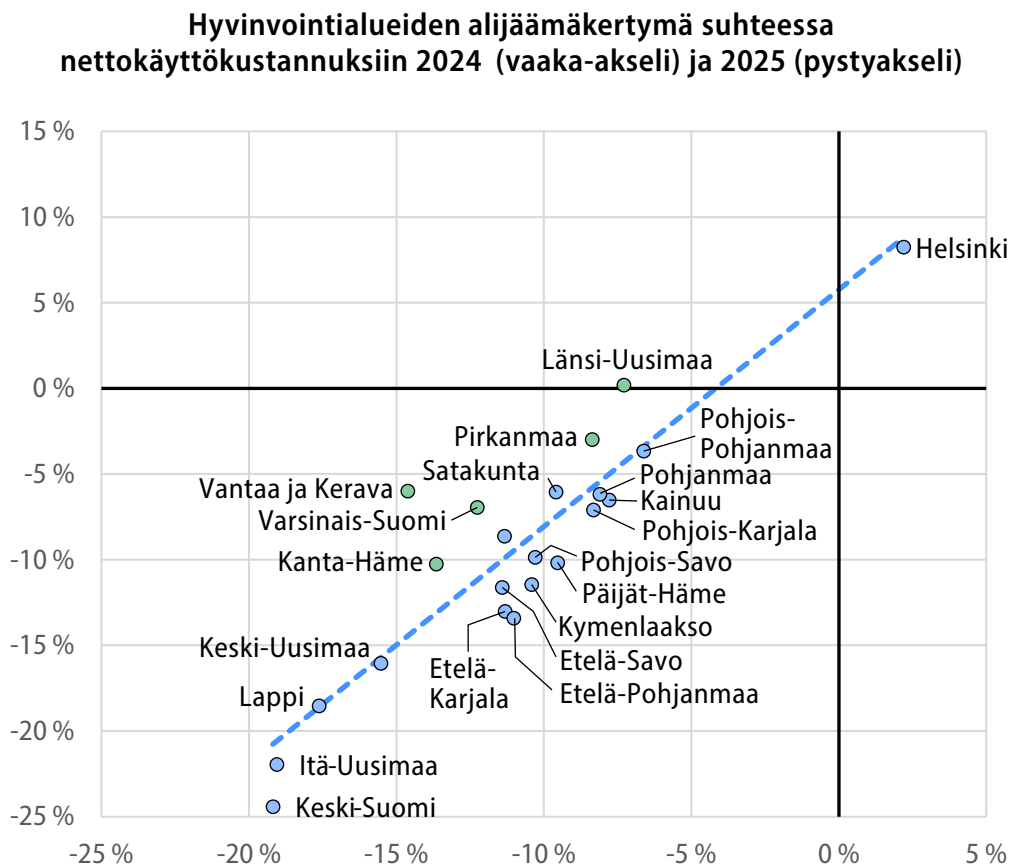
jos jälkikätestarkistuksen tuomaa rahoitusta ei olisi huomioitu. Toistaiseksi kolme hyvinvointialuetta on siis saavuttanut taloudessaan tilanteen, jossa toiminnan menot ovat vähintään rahoituksen perusuran tasolla.

Kuvaaja 39. Hyvinvointialueiden tilikauden ylijäämä (TPA 2025), jälkikätestarkistus ja ylijäämä ilman jälkikätestarkistusta 2025, euroa/asukas



Jälkikäteistarkistuksen myötä kasvaneesta valtion rahoituksesta huolimatta yhdeksän hyvinvointialuetta tekee alijäämäisen tilinpäätöksen vuonna 2025. Näillä alueilla tilanne näyttää siis hyvin haastavalta, vaikka jälkikäteistarkistus auttaakin näitä alueita kuromaan umpeen rahoituksen perusuran ja kustannusten välistä eroa.

Kuvaaja 40. Hyvinvointialueiden alijäämäkertymä suhteessa nettokäyttökustannuksiin 2024 (vaaka-akseli) ja 2025 (pystyakseli), %



Vuoden 2024 päätteeksi hyvinvointialueiden yhteenlaskettu alijäämäkertymä asukasta kohden oli Manner-Suomessa 436 euroa per asukas, kun vuoden 2025 jälkeen kertymä on noin 323 euroa asukasta kohden eli yhteensä noin 1,8 miljardia euroa (hyvinvointialueiden yhteenlasketun ylijäämän ollessa noin 112 euroa asukasta kohden vuonna 2025). Hyvinvointialueiden taseisiin kertynyt alijäämä pienenee vuonna 2025 noin viidellä prosentilla. Kuvaajassa 40 katkoviiva kuvaa alijäämätilanteen keskimääräistä kohentumista alueittain vuodesta 2024 vuoteen 2025, kun

alijäämäkertymä suhteutetaan nettokäyttökustannuksiin⁴¹. Joukko alueita on pienentänyt alijäämäkertymäänsä keskimääräistä paremmin vuonna 2025 tilinpäätösarvioiden perusteella, erityisesti Kanta-Häme, Vantaa ja Kerava, Varsinais-Suomi, Pirkanmaa ja Länsi-Uusimaa.

Tilanteen kehitys vuosina 2026–2028

Hyvinvointialueiden vuosien 2026–2028 taloussuunnitelmien⁴² perusteella hyvinvointialueiden kustannukset lähestyvät tulevina vuosina kohti valtion rahoituksen perusuraa. Taloussuunnitelmien talouden tasapainoon liittyy huomattavaa epävarmuutta vuosien 2027–2028 osalta, joiden rahoitus tulee hyvinvointialueindeksiä koskevan ennusteen lisäksi tarkentumaan muun muassa vuoden 2025–2026 tilikauden alijäämien perusteella määrittyvän jälkikäteistarkistuksen sekä vuoden 2027 rahoitukseen tehtävän tarvemallin päivityksen perusteella.

Ensimmäisinä kahtena toimintavuotenaan lähes kaikki hyvinvointialueet tekivät noin ~3–10 % alijäämäisen tuloksen suhteessa toiminnan kokoon. Kuvaajaan 41 on kuvattu tilikauden yli-/alijäämien jakaumaa taloussuunnitelmien perusteella. Vuoden 2025 tilinpäätösarvioiden mukaan yhdeksän aluetta olisi tekemässä alijäämäisen tuloksen. Taloussuunnitelmien perusteella lähes kaikki alueet tavoittelevat ylijäämäistä tulosta vuonna 2026: kolmen hyvinvointialueen talousarvio vuodelle 2026 on alijäämäinen, minkä lisäksi Keski-Suomen hyvinvointialue suunnittelee tekevänsä nollatuloksen. Vuonna 2027 kaikki alueet suunnittelevat tekevänsä ylijäämäisen tuloksen, ja vuonna 2028 kaikki pl. Lapin hyvinvointialue.

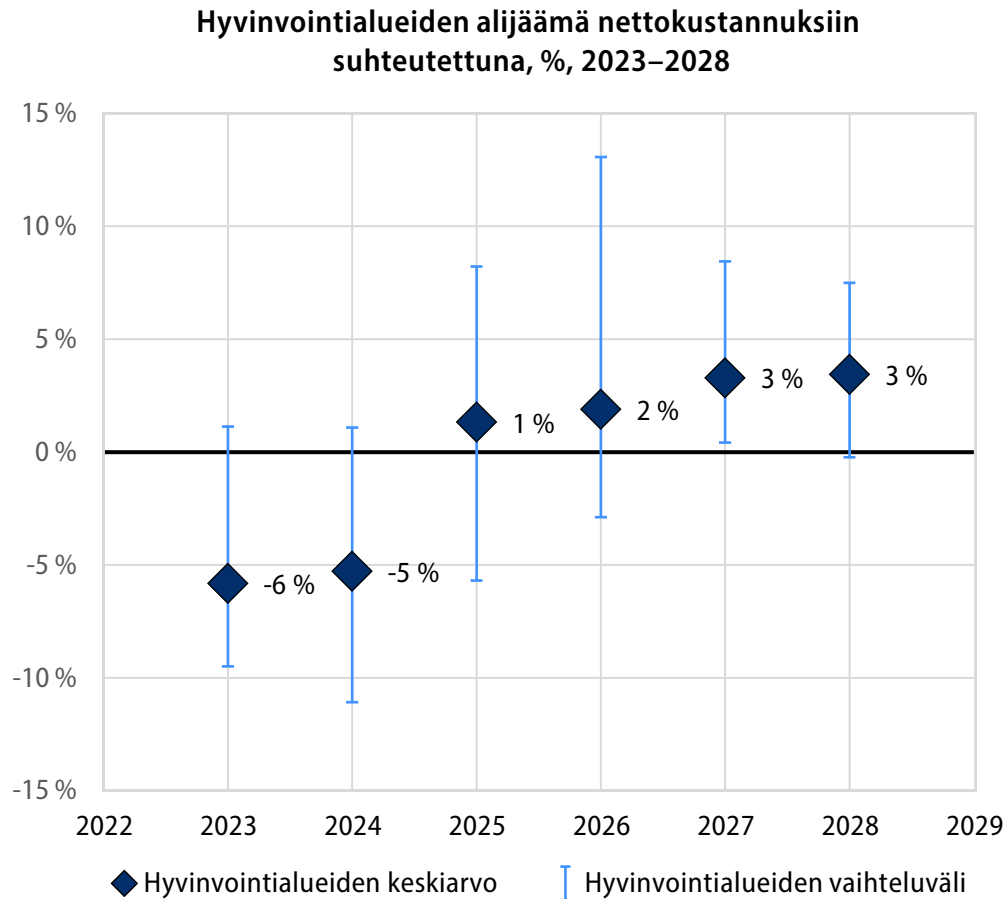
Valtaosalla alueista kumulatiivinen alijäämä ei olisi kuitenkaan tulossa katetuksi taloussuunnitelmakaudella. Vuoden 2026 lopussa kattamatonta kertynyttä alijäämää olisi edelleen 17 hyvinvointialueella, vuoden 2027 lopussa 15 alueella ja vuoden 2028 lopussa yhdeksällä alueella. Alijäämäkertymäkehityksen tarkastelussa on otettu huomioon hyvinvointialueiden vuoden 2025 tilinpäätösarviot ja vuosien 2026–2028 taloussuunnitelmat. Aluekohtainen alijäämäkertymäkehitys on kuvattu tarkemmin aluetasolla tämän selvityksen liitteeseen 3.⁴³

41 Mitä kauempana ylhäällä hyvinvointialueen etäisyys katkoviivasta, sitä enemmän hyvinvointialue on pienentämässä alijäämäkertymäänsä 2025 suhteessa muihin tai kääntäen, mitä kauempana alhaalla, sitä vähemmän alueen alijäämäkertymäkertymä on parantumassa vuonna 2025.

42 Taloussuunnitelmätiedot on kerätty tätä selvitystä varten erillispoimintana hyvinvointialueiden päätösasiakirjoista.

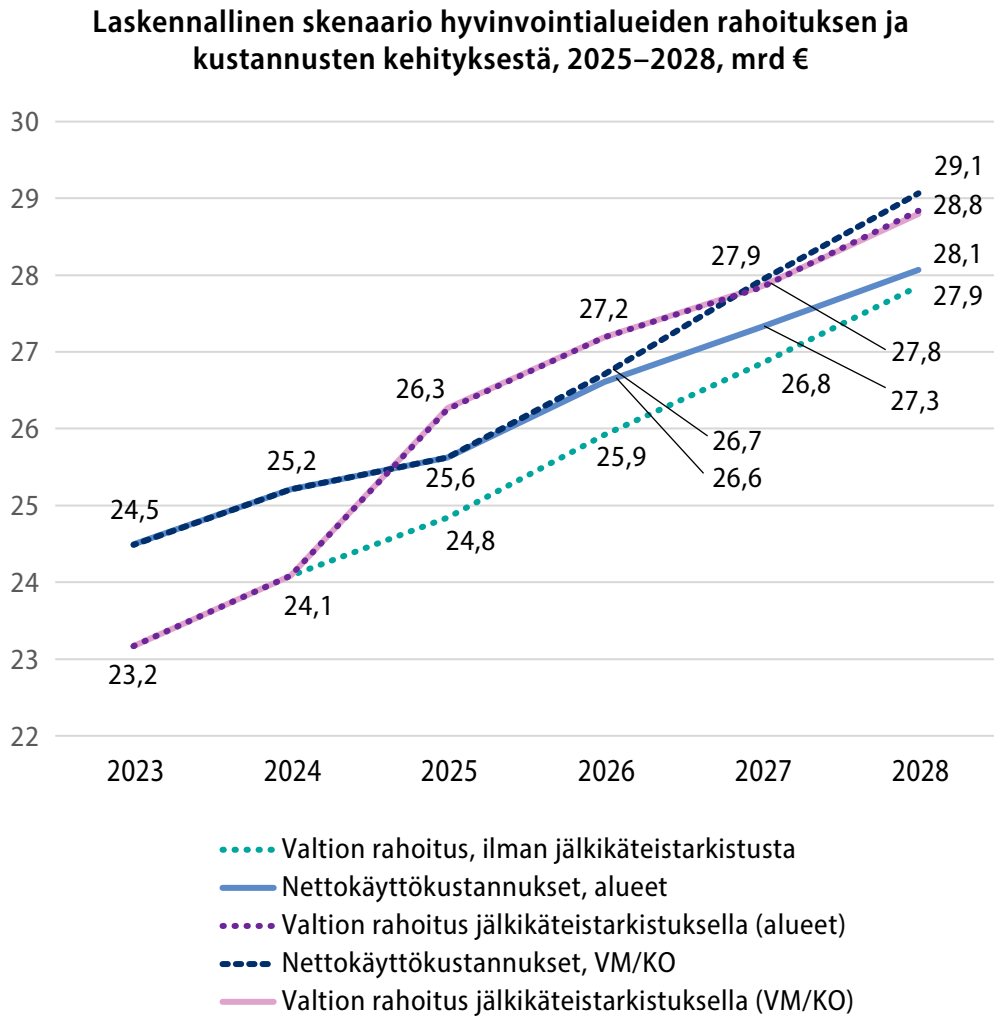
43 Alijäämäkertymän kehityksessä on huomioitu alueiden taloussuunnitelmien 2026–2028 lisäksi varainhoitovuoden 2025 tilinpäätösarviot, jotka valmistuivat alueilla tammi-kuussa 2026.

Kuvaaja 41. Hyvinvointialueiden alijäämä nettokäyttökustannuksiin suhteutettuna, %, 2023–2028



Valtakunnallisella tasolla valtion rahoituksen kehitys vuosina 2026–2028 on hyvinvointialueiden vuoden 2026 talousarvioiden ja vuoden 2025 tilinpäätösarvioiden valmistuttua jokseenkin hyvin ennakoitavissa. Rahoituksen kehitykseen sisältyy silti huomattavaa epävarmuutta, varsinkin vuoden 2028 osalta, sillä kyseisen vuoden rahoituksen jälkikäteistarkistus riippuu vuoden 2026 toteutuneista kustannuksista. Kuvaajassa 42 on kuvattu kaksi skenaariota rahoituksen ja alueiden kustannusten kehityksestä seuraavien kolmen vuoden aikana. Sinisellä katkoviivalla on esitetty alueiden vuosien 2026–2028 taloussuunnitelmiin pohjautuva kustannuskehitys. Sen perusteella hyvinvointialueiden tulevien vuosien kustannuskasvu hieman hidastuisi ensimmäisten kolmen vuoden 3,0 prosentin keskimääräisestä kasvusta 2,6 prosenttiin vuodessa, ja vuoteen 2028 mennessä alueiden nettokäyttökustannukset kasvaisivat 28,1 miljardiin euroon. Alueiden taloussuunnitelmien perusteella nettokäyttökustannukset ylittävät vuonna 2028 valtionrahoituksen perusuran edelleen noin 200 miljoonalla eurolla, ja kustannuskehitys tässä skenaariossa lähestyisi selkeästi rahoituksen perusuraa.

Kuvaaja 42. Laskennallisia skenaarioita hyvinvointialueiden kustannuskehityksestä ja valtion rahoituksen tasosta, 2026–2028, mrd. euroa.



Toinen esitetty skenaario alueiden kustannuskehityksestä on VM:n kansantalousosaston joulukuussa 2025 laatima ennuste hyvinvointialuetalouden menokehityksestä⁴⁴. Tässä ennusteessa hyvinvointialueiden nettokäyttökustannukset kasvaisivat alueiden taloussuunnitelmiin verrattuna noin miljardi euroa korkeammaksi noin 29,1 miljardiin euroa vuonna 2028. Vuoden 2026 osalta kustannusskenaariot ovat lähellä toisiaan, mutta erkanevat toisistaan vuodesta 2027 eteenpäin. Kansantalousosaston ennusteessa hyvinvointialueiden kustannuskehitys ei lähestyisi rahoituksen perusuraa, vaan kustannusten ja rahoituksen perusuran välinen ero jopa kasvaisi.

⁴⁴ Valtiovarainministeriön kansantalousosaston joulukuun 2025 ennuste laadittiin ennen tammikuussa 2026 julkaistuja hyvinvointialueiden tilinpäätösarvioita.

Kuvaajaan 42 on myös esitetty skenaarioita valtion rahoituksen kehittymisestä, joihin on otettu huomioon vuoden 2025 tilinpäätösarviotietojen vaikutus vuosien 2027–2028 jälkikäteistarkistukseen. Vuoden 2028 jälkikäteistarkistukseen vaikuttaa myös kustannusskenaarioiden perusteella määrittyvä vuoden 2026 alijäämä. Molemmissa menoskenaarioissa rahoituksen jälkikäteistarkistuksen osuus yleiskatteellisesta laskennallisesta rahoituksesta olisi noin miljardi euroa vuonna 2028. Koska kaksi kustannuskehitysskenaariota vuoden 2026 osalta ovat hyvin lähellä toisiaan, myös arvio jälkikäteistarkistetun rahoituksen suuruudesta voidaan ennakoida toteutuvan noin 29 miljardiin euroon vuonna 2028.

Hyvinvointialueiden tilinpäätösarvioiden 2025 ja taloussuunnitelmien 2026–2028 perusteella hyvinvointialueiden yhteenlaskettu kumulatiivinen jäämä olisi jo positiivinen vuoden 2028 jälkeen. Alijäämän kattamisveloitteen toteuttaminen olisi kuitenkin vielä kesken yhdeksällä hyvinvointialueella, ja näiden yhdeksän alueen alijäämäkertymän suuruus olisi tässä skenaariossa noin 721 miljoonaa euroa. Kahden toista ylijäämäisen hyvinvointialueen sekä Helsingin kaupungin yhteenlaskettu ylijäämäkertymä vastaavasti olisi noin 1,1 miljardia euroa.

Alueilla, joilla olisi taloussuunnitelmakauden 2026–2028 päätteeksi edelleen katettavaa kertynyttä alijäämää, toiminnan sopeuttaminen edelleen vaatisi lisää sopeuttamistoimia jo aiemmin tehtyjen sopeuttamisten lisäksi. On mahdollista, että tähän asti tunnistettujen sopeuttamismahdollisuuksien lisäksi vaikuttavien tapojen löytäminen kustannustehokkuuden parantamiseksi on yhä vaikeampaa. Toiminnan liiallinen sopeuttaminen voisi johtaa palveluiden vaarantumiseen.

Taloussuunnitelmien mukaisen kustannusuran toteutumista haastaa sopeutustoimien onnistumisen lisäksi mittavien kumulatiivisten ylijäämien muodostuminen joillakin alueilla. Alijäämien kattamisveloitteen toteuttaneilla alueilla ei ole veloitetta jatkaa ylijäämäisen talouden ylläpitoa, joten kustannuksissa voi näillä alueilla olla nousupainetta; hyvinvointialue voi suunnitella toimintansa ja taloutensa tässä tilanteessa vapaammin niin, että nettokäyttökustannukset kasvavat, jopa niin että yksittäisillä tilikausilla voitaisiin tehdä alijäämää, ja kattaa kertyvät alijäämät hyvinvointialuelain mukaisesti kolmen vuoden kuluessa.

Alijäämäkertymäisten alueiden sopeuttamismahdollisuuksiin liittyvä epävarmuus sekä ylijäämäkertymäisten alueiden talouden suunnittelun kannustimet yhdessä haastavat taloussuunnitelmien mukaisen kustannusuran toteutumista. Alueiden taloudellisten tilanteiden eriytyminen voi siten johtaa hyvinvointialueiden järjestämisvastuulla olevien palveluiden kustannusten kasvuun lähivuosina. Jos alueiden kustannukset kasvavat nykyisiä taloussuunnitelmia nopeammin, myös

jälkikäteistarkistettu valtion rahoitus tulisi kasvamaan. Toisaalta vuonna 2025 tapahtunut kustannuskehityksen hidastuminen voi näkyä tulevien vuosien matalampana kustannustasona.

Yhteenveto keskeisimmistä havainnoista rahoituksen riittävyyttä koskien

Hyvinvointialueiden yhteenlasketut nettokäyttökustannukset ovat vuoden 2023 kasvupiikin jälkeen jatkaneet kasvuaan maltillisemmin. Vuonna 2024 kustannukset kasvoivat noin kolme prosenttia edellisvuodesta ja vuonna 2025 jo alle kaksi prosenttia. Kustannusten kasvun merkittävin ajuri on ollut henkilöstömenojen kasvu, ja palveluittain kustannukset ovat kasvaneet suhteellisesti eniten vammaispalveluissa ja perheiden sosiaalipalveluissa.

Vuoden 2023 jälkeen kustannustaso jäi kuitenkin korkeaksi suhteessa hyvinvointialueiden rahoitukseen, ja yhteenlasketun alijäämän määrä on vuoden 2025 jälkeen noin 1,8 miljardia euroa vuoden 2025. Valtakunnallisesti hyvinvointialueiden alijäämäkertymä pienenee noin 600 miljoonalla eurolla vuonna 2025. Rahoituksen riittävyys näyttäytyy edelleen haastavalta, sillä vain kaksi hyvinvointialuetta ja Helsingin kaupunki tekisivät ylijäämäisen tuloksen vuonna 2025, jos rahoitus ei sisältäisi jälkikäteistarkistusta.

Hyvinvointialueilla ei ole ollut maksuvalmiuteen tai rahoituskustannuksiin liittyviä haasteita toteuttaa lakisääteisiä tehtäviään alijäämäisillä tuloksilla. Hyvinvointialueiden alijäämäisyys siirtyy kuitenkin rasittamaan valtion taloutta rahoituksen jälkikäteistarkistuksena.

22 hyvinvointialueesta 19 tavoittelee vähintään tasapainoista tulosta vuonna 2026, ja kaikki hyvinvointialueet suunnittelevat vähintään tasapainoista tulosta vuodeksi 2027. Vuoden 2026 talousarvioiden toteutuessa alijäämien kattamisvelvoite olisi vuoden 2026 jälkeen edelleen toteuttamatta 17 alueelta, joten näiden alueiden olisi tässä tilanteessa edelleen jatkettava sopeuttamista lähivuosina. Taloussuunnitelmien ja vuoden 2025 tilinpäätösarvioiden tietojen perusteella vuoden 2028 jälkeen alijäämien kattamisvelvoite olisi edelleen toteuttamatta yhdeksällä alueella. Jälkikäteistarkistuksesta yhä suurempi osa kohdentuu tulevina vuosina alueille, joilla sille ei olisi tarvetta alijäämien kattamiseksi.

3 STM:n ehdotukset

3.1 STM:n ehdotukset julkisen talouden suunnitelmaan 2027–2030

Hyvinvointialueiden rahoituksen jälkikätestarkistus ei tule korjaamaan eroa hyvinvointialueiden ensimmäisen vuoden kustannusten ja rahoituksen tason välillä, johon tuen alijäämien kattamisvelvoitteesta. Jälkikätestarkistus kohdentaa rahoitusta yhtä lailla kaikille alueille, riippumatta siitä, miten haastavaa alijäämien kattaminen on.

Jälkikätestarkistukseen liittyviä kehitysehdotuksia:

- Toteutetaan hyvinvointialueuudistuksen pysyvien muutuskustannusten jälkiarviointi ja arvioidaan sen perusteella tarvittavia korjaavia toimia.
- Kohdennetaan jälkikätestarkistusta painotetummin niille alueille, joilla alijäämä on muodostunut. Tämä helpottaisi alijäämänsä kanssa vaikeimmassa asemassa olevien alueiden tilannetta ja voisi samalla vähentää valtion jälkikätestarkistuksesta aiheutuvia menoja.

Lain hyvinvointialueiden rahoituksesta 9 §:ssä säännellään valtion rahoituksen tason muuttamista ennakollisesti, joka on pykälän perusteella mahdollista ainoastaan tehtävien laajuutta tai laatua koskevia säädöksiä muuttamalla. Saadut kokemukset ovat osoittaneet tämän vaikeaksi keinoksi sopeuttaa valtion taloutta. Olisi syytä selvittää tapoja laajentaa ennakollisen rahoituksen tason muuttamisen keinovalikoimaa. Valtion tasolla tehdään hyvinvointialueiden järjestämien palvelujen kustannusvaikuttavuutta edistäviä toimia, joita tulisi olla mahdollisuus ottaa huomioon rahoituksen tasossa. Rahoituksen tason muuttamisen menettelyjen kehittämistä, esimerkiksi hyvinvointialueiden kanssa tehtävän yhteistyön, aikataulujen ja kokonaistarkastelun osalta, tulisi myös selvittää.

3.2 STM:n ehdotukset valtakunnallisten tavoitteiden valmisteluun

Valtioneuvosto vahvisti toukokuussa 2025 valtakunnalliset strategiset tavoitteet hyvinvointialueiden tehtävien hoitamiseksi vuosille 2025–2029. Hyvinvointialueiden valtakunnalliset tavoitteet ovat keskeinen osa valtakunnallista sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen ohjauksen kokonaisuutta. Niillä ohjataan hyvinvointialueiden toimintaa, palvelujen uudistamista ja kestävästä talouden tasapainottamista. Niillä ohjataan myös siihen, että kaikessa hyvinvointialueiden toiminnassa, johtamisessa ja ohjauksessa painotetaan vaikuttavuusperustaisuutta. STM valmistelee sosiaali- ja terveydenhuollon keskeisiin haasteisiin valtakunnallisia tavoitteita täsmentävän kokonaisuuden.

Valtakunnallisten tavoitteiden seurannassa käytetään VALTTI-mittareita, jotka ovat osa JST:a. Tietopohjan kehittyessä mittareita päivitetään tarvittaessa, kuitenkin enintään kerran vuodessa. Uusimmat mittarit saatetaan hyvinvointialueille tiedoksi vuotuisissa ohjausprosesseissa, joissa voidaan käydä näiden käytöstä ja kehittämistarpeista keskustelua.

3.3 STM:n ehdotukset hyvinvointialueille ja yhteistyöalueille

STM:n ehdotukset hyvinvointialueille

Keväällä 2025 julkaistussa ohjauksen kehittämissuunnitelmassa⁴⁵ todettiin tämän selvityksen tavoin, että sote-uudistuksen etenemisessä on suuria alueellisia eroja. Palvelutarpeen kasvu, hyvinvointi- ja terveyserojen kehitys sekä julkisen talouden tila edellyttävät hyvinvointialueilta jatkuvia toimia tuottavuuden ja vaikuttavuuden parantamiseksi sekä kustannusten kasvun hillitsemiseksi. Hetkellinen ylijäämä ei saa hidastaa välttämättömiä rakenteellisia uudistuksia. Hyvinvointialueiden on vahvistettava päätöksentekokykyään, jotta varmistetaan palvelujen ja palveluverkkojen riittävä uudistuminen.

45 Hyvinvointialuereformin etenemisen ja siihen liittyvän ohjauskokonaisuuden kehittämistyö : Alivaltiosihteerin toimeksiannon ensimmäisen tehtävän loppuraportti

1. Toiminnan ja talouden kestävä uudistaminen

- Hyvinvointialueiden on jatkettava talouden tasapainottamista ja tuottavuusohjelmien toimeenpanoa siten, että vaikutukset näkyvät suoraan menokehityksessä ja toimintakatteessa. Toimenpiteet on toteutettava siten, että lakisääteiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut eivät vaarannu.
- Hyvinvointialueiden on nopeutettava siirtymää raskaista palveluista kevyempiin palveluihin. Erityisesti ikääntyneiden palveluissa ympärivuorokautisen palveluasumisen ja laitoshoidon osuutta on vähennettävä suhteessa väestömäärään ja korvattava ne yhteisöllisellä asumisella, kotona asumista tukevilla palveluilla ja teknologiaratkaisuilla.
- Hyvinvointialueiden on arvioitava kriittisesti uusien rakennusinvestointien vaikutukset käyttötalouteensa (esim. vuokratulot) suhteessa alueen taloudelliseen kantokykyyn ja väestöennusteeseen.
- Hyvinvointialueilla tehtävän TKKIO-kehittämisen lisäksi alueiden pitää yhteensovittaa TKKIO-toimintaansa osaksi yhteistyöaluetasoisesti toimivaa osaamiskeskittymää.
- Hyvinvointialueiden on varmistettava palveluverkkosuunnitelmien eteneminen ja jatkettava palvelurakenteen uudistamista (esim. palveluketjut, työnjako, digitaaliset ja etäpalvelut) siten, että raskaampien palvelujen tarve ja kustannuspaineet vähenevät.
- Hyvinvointialueiden on tehostettava toimitilojen käyttöä ja hallittava toimitilakustannuksia osana talouden tasapainottamista ja palveluverkon uudistamista.
- Hyvinvointialueiden on vahvistettava poliittista ja operatiivista päätöksentekokykyä palveluverkon ja palvelujen uudistusten läpiviemiseksi. Hyvinvointialueiden on tarvittaessa arvioitava ja muutettava toimielinrakennettaan.

2. Palvelujen saatavuus, hoidon jatkuvuus ja palveluketjut

- Perusterveydenhuollossa on otettava käyttöön ja vakiinnutettava hoidon jatkuvuutta tukevia malleja (esim. omalääkäri-, omatiimi- ja ammatinharjoittajamallit) valtionavustushankkeiden⁴⁶ tukemana. Tavoitteena on, että mahdollisimman laajalla osalla väestöä olisi nimetty omalääkäri ja omahoitaja ja heidän tukenaan toimisi muita sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia.
- Hyvinvointialueiden on vahvistettava sosiaali- ja terveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon toiminnallista yhteensovitusta sujuvien palveluketjujen varmistamiseksi.
- Hyvinvointialueiden on yhteensovitettava lääkinnällinen kuntoutus osaksi potilaan hoitokokonaisuutta erityisesti lasten ja nuorten somaattisessa erikoissairaanhoidossa.
- Niiden hyvinvointialueiden ja HUS-yhtymän, joilla kiireettömän hoidon odotusajat ylittävät lakisääteiset rajat, on ryhdyttävä välittömiin toimenpiteisiin jonojen purkamiseksi. Hyvinvointialueiden on laadittava ja toimeenpantava konkreettinen suunnitelma kiireettömän erikoissairaanhoidon hoitoonpääsyn saattamiseksi lainmukaiselle tasolle, varmistaen yhteensovituksen ja yhteistyön muun palvelujärjestelmän ja tarvittaessa muiden alueiden kanssa. Alueiden on hyödynnettävä täysimääräisesti yhteistyöalueiden erikoissairaanhoidon kapasiteettia, ostopalveluja ja prosessien tehostamista.
- Hyvinvointialueiden on vakiinnutettava digitaaliset asiointikanavat ensisijaisiksi niissä palveluissa ja väestöryhmissä, joihin ne soveltuvat.

46 STM tukee omalääkäri- ja omatiimimallien käyttöönottoa – tärkein työ tehdään hyvinvointialueilla – Sosiaali- ja terveysministeriö

3. Lasten, nuorten ja perheiden palvelut

- Hyvinvointialueiden on siirrettävä mielenterveys- ja päihdepalvelujen painopistettä erikoissairaanhoidosta peruspalveluihin. Peruspalveluiden kyvykkyyttä hoitaa lieviä ja keskivaikeita oireita on vahvistettava, jotta erikoissairaanhoidon tehtävien läheteiden määrä saadaan hallintaan.
- Hyvinvointialueiden on luotava sitovat yhteistyörakenteet lasten ja nuorten sosiaalihuollon palvelujen, lasten- ja nuorisopsykiatrian ja sivistystoimen välille, jotta palveluketjut ovat ehyitä erityisesti paljon tukea tarvitseville lapsille ja nuorille.
- Hyvinvointialueiden on varmistettava osaamisen turvaamisen ja häiriötilanteiden kannalta välttämätön oma tuotanto erityisesti palveluissa, jotka nykyisin tuotetaan lähes täysin (esimerkiksi yli 90 %) ostopalveluina.

4. Asumispalvelut

- Hyvinvointialueiden on tehostettava omavalvontaansa ja huolehdittava, että asumispalveluyksiköissä henkilöstömitoitus vastaa asiakkaiden palvelutarvetta ja toimintakykyä.
- Hyvinvointialueiden on varmistettava, että asumispalveluiden asiakkaiden hyvä hoito ja huolenpito sekä tarvittaessa kuntoutus toteutuvat lain edellyttämällä tavalla asiakasturvallisuuden ja palvelun laadun vaarantumatta.
- Hyvinvointialueiden on varmistettava, että asumispalveluissa käytettävistä rajoitustoimista on selkeä ohjeistus. STM:ssä on valmistelussa IMO-opas (itseään määräämisoikeus).
- Hyvinvointialueiden on järjestettävä asukkaiden tarvitsemat riittävät kotona asumista tukevat palvelut sekä välimuotoiset palvelut, kuten yhteisöllinen asuminen ja perhehoito, jotta ympärivuorokautisen palveluasumisen peittävyttä voidaan vähentää.
- Hyvinvointialueiden on hyödynnettävä teknologiaa täysimääräisesti hoito- ja hoivatyön lisänä ja tukena.

5. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

- Hyvinvointialueiden on kiinnitettävä huomiota laaja-alaisen väestön hyvinvoinnin ja elinvoiman näkökulman vahvistamiseen osana kuntien kanssa tehtävän strategisen yhteistyön kehittämistä.
- Hyvinvointialueiden on jatkettava tiedolla johtamisen kehittämistä toiminnan vaikuttavuuden turvaamiseksi.
- Hyvinvointialueiden ja kuntien on selkeytettävä ja yhteensovitettava väestön hyvinvointia ja osallisuutta edistäviä toimintojaan.

6. Tietopohjan ja kirjaamisen laatu

- Hyvinvointialueiden terveydenhuollon johdon on varmistettava, että terveydenhuollon ammattihenkilöstö kirjaa diagnoosi-, toimenpide- ja palvelutiedot kattavasti ja oikeellisesti asiakas- ja potilastietojärjestelmiin.
- Hyvinvointialueiden on seurattava ja varmistettava lakisääteisten sote-tietotoimitusten oikeellisuus ja kehitettävä sote-tiedon laatua valtakunnallisessa yhteistyössä, jotta alueellinen ja kansallinen tietopohja on mahdollisimman oikeellinen.
- Hyvinvointialueiden on tehtävä toimenpideohjelma kirjaamisen laadun parantamiseksi.
- Hyvinvointialueiden on priorisoitava asiakas- ja potilastietojärjestelmien yhtenäistäminen tiedonkulun ja tiedolla johtamisen edellytysten varmistamiseksi.

Hyvinvointialueita ohjaavat ministeriöt ovat antaneet sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyviä hyvinvointialuekohtaisia suosituksia ja ehdotuksia vuoden 2025 ohjausneuvotteluissa ja erillismenettelyissä. Nämä ovat liitteessä 8.

STM:n ehdotukset yhteistyöalueille

Hyvinvointialueiden on vahvistettava yhteistyösopimuksiin perustuvaa (YTA-tasoista ja tarvittaessa kansallista) työnjakoa ja yhteistoimintaa, tunnistettava yhteiset kustannuspotentiaalit ja varmistettava, että yhteistyösopimusten valmistelu ja toimeenpano etenevät sote-järjestämislain ja STM:n antaman ohjeistuksen mukaisesti erityisesti vaativassa erikoissairaanhoidossa ja hyvinvointialueiden kalliissa investoinneissa (ml. rakentaminen).

4 Johtopäätökset

Hyvinvointialueiden kyky järjestää lakisääteiset sosiaali- ja terveyspalvelut yhdenvertaisesti on kokonaisuutena vahvistunut, mutta palvelujärjestelmässä on aluekohtaisesti yksittäisten palveluiden katveita ja alueiden väliset taloudelliset erot ovat kasvaneet, mitkä voivat johtaa alueiden toiminnalliseen eriytymiseen.

STM turvaa sote-palvelujen riittävän järjestämisen hyödyntämällä järjestelmällisesti ministeriön toimivallan mukaista sosiaali- ja terveydenhuollon normi-, informaatio- ja resurssiohjausta. STM osallistuu hyvinvointialueiden erillismenettelyihin ja vastaa niissä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun toteutumisen arvioinnista. Lisäksi STM seuraa jatkuvasti lakisääteisten palvelujen järjestämistä ja rahoituksen tason riittävyyteen liittyviä riskejä sekä arvioi, onko tarvetta hyödyntää ministeriön aloiteoikeutta hyvinvointialueen lisärahoitus- ja/tai arviointimenettelyn käynnistämiseksi. STM edellyttää tarvittaessa hyvinvointialueilta suunnitelmia todettujen puutteiden korjaamiseksi ja seuraa niiden toimeenpanoa osana tavanomaista ohjausta.

Palvelujen saatavuuden, jatkuvuuden ja vaikuttavuuden paraneminen edellyttää samanaikaisesti a) perustason vahvistamista ja toimivia hoito- ja palvelupolkuja, b) vahvaa tietopohjaa ja yhdenmukaisia käytäntöjä ja c) ohjauksen ja erillismenettelyiden johdonmukaista käyttöä tilanteissa, joissa lakisääteisen tason toteutuminen tai rahoituksen riittävyys vaarantuu.

Nostoja STM:n keskeisistä toimenpiteistä vuonna 2026:

- Mielenterveys- ja päihdepalvelujen vahvistaminen ja terapiatakuun toimeenpanon tuki hyvinvointialueille, mukaan lukien ohjaava ja yhtenäistävä tukimateriaali. Psykososiaalisten menetelmien saatavuuden tukeminen kaksipuolisella psykoterapeuttikoulutuksella.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoiman periaatteet osaltaan varmistavat yhdenvertaisuutta, vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta kansallisesti.⁴⁷

47 Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon palveluvalikoiman periaatteiden määrittäminen

- STM laatii yhdessä THL:n kanssa yhtenäisen hoidon perusteet, jotka tukevat alueita yhdenvertaisen hoidon järjestämisessä ja vähentävät käytäntöjen alueellista vaihtelua.
- Hyvinvointialueille kohdennetaan 40 miljoonaa euroa hoidon jatkuvuusmallien kehittämisen tueksi ja hankkeiden toimeenpano käynnistyy vuoden 2026 aikana.
- STM uudistaa sosiaalihuoltolain ja lastensuojelulain osana kansallista palvelureformia.
- STM kehittää hyvinvointialueiden ohjausta vastaamaan paremmin hyvinvointialueiden tarpeita toimeenpanemalla ohjauksen kehittämissuunnitelmaa.
- STM vahvistaa ohjausta erityisesti teemoissa, joissa valtakunnallinen yhdenmukaisuus ja alueiden välinen työnjako ovat keskeisiä palvelujen riittävyys ja kustannusvaikuttavuuden kannalta. Tämä tarkoittaa hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksiin (YTA-sopimus) perustuvan työnjaon ja yhteistoiminnan vahvistamista erityisesti ICT:n, ICT-häiriöhallinnan, kyberturvallisuuden sekä väestön harvoin tarvitsemien sosiaali- ja terveyspalveluiden osalta, jotta palvelut voidaan turvata yhdenvertaisesti myös silloin, kun yksittäisen alueen kyky järjestää palveluja vaarantuu. Sosiaali- ja terveydenhuollon investointien osasuunnitelmien arviointia tehostetaan.
- STM jatkaa ohjauksen tietopohjan vahvistamista ja yhdenmukaistaa ohjauksen käytäntöjä, jotta sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus voidaan kohdentaa tarvittavan varhaisessa vaiheessa ja korjaavat toimet voidaan mitoittaa oikein.

Edellä kuvatut toimet kytkeytyvät osaksi STM:n ja hyvinvointialueiden jatkuvaa vuoropuhelua sekä tietopohjan vahvistamista, jotta todetut puutteet voidaan korjata ja palvelujen saatavuutta, laatua ja yhdenvertaisuutta parantaa suunnitelmallisesti.

Lähteet

Selvityksen valmistelussa on hyödynnetty useita tietolähteitä, erityisesti THL:n 2025 asiantuntija-arvioita (Haettu osoitteesta: <https://thl.fi/aiheet/sote-palvelujen-johdaminen/arviointi-ja-seuranta/sosiaali-ja-terveydenhuollon-jarjestamisen-arviointi>) sekä valvontaviranomaisten (Haettu osoitteesta: [Sosiaali- ja terveydenhuolto - Hyvinvointialueet - Uutishuone - Aluehallintovirasto - Aluehallintovirasto](#)) ja hyvinvointialueiden keväällä 2025 laatimia selvityksiä (sote-järjestämislain 29 § ja 30 §). Taloutta koskevia tietoja on kerätty valtion talousarvioesitysten tiedoista (Haettu osoitteesta: <https://budjetti.vm.fi>), hyvinvointialueiden päätöksentekoaineistoista (mm. niin kutsuttuja avaavia taseita koskien) ja tilinpäätös- ja talousarvioasiakirjoista sekä VM:n hyvinvointialueita koskevasta rahoitus- ja painelaskelmista (Haettu osoitteesta: <https://vm.fi/rahoituslaskelmat>). Lisätietoja on kerätty alla listatuista lähteistä sekä esimerkiksi syksyllä 2025 pidetyissä neuvotteluissa (sote-järjestämislain 24 § ja 37 §), investointien ohjausprosessissa (mm. sote-järjestämislain 26 §), hyvinvointialueiden neuvottelukunnassa (sote-järjestämislain 23 §) ja hyvinvointialuejohtajien verkostossa.

- Erhola, M. (2025). *Hyvinvointialuereformin etenemisen ja siihen liittyvän ohjauskokonaisuuden kehittämistyö. Alivaltiosihteerin toimeksianto, tehtävä 1 loppuraportti*. Valtioneuvosto. Haettu osoitteesta: [https://stm.fi/documents/1271139/231157712/8.5.2025 %20Alivaltiosihteerin%20Erholan%20raportti.pdf/f9f4f47c-6024-993a-8cb2-319e45736681/8.5.2025 %20Alivaltiosihteerin%20Erholan%20raportti.pdf?t=1746699553697](https://stm.fi/documents/1271139/231157712/8.5.2025%20Alivaltiosihteerin%20Erholan%20raportti.pdf/f9f4f47c-6024-993a-8cb2-319e45736681/8.5.2025%20Alivaltiosihteerin%20Erholan%20raportti.pdf?t=1746699553697)
- Forsell, M., Hömppi, P., Lastikka, S., Mielikäinen, L., Nurmi-Koikkalainen, P., Pietilä, S. & Väyrynen, R. (2025). *Vammaispalvelut sosiaalihuollossa. Kootusti tietoa THL:n rekistereistä ja tietolähteistä*. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Työpaperi 56/2025. Haettu osoitteesta: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-624-0>
- Haveri, A., Jalonen, H., Keskimäki, I., Saari, J., Tynkkynen, L-K., Pekurinen, M., Kortelainen, M., Lyytikäinen, T., Ristikari, T., Sorsa, V-P. & Leppinen, S (toim.). (2025). *Hyvinvointialueuudistuksen väliarviointi*. Valtioneuvoston julkaisuja 2025:109. Haettu osoitteesta: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-022-6>
- Innokylä. (2025a). *Kansallinen Suomen kestävä kasvun ohjelma (RRP)*. Haettu osoitteesta: <https://www.innokyla.fi/fi/kokonaisuus/kansallinen-suomen-kestavan-kasvun-ohjelma-rrp>

- Innokylä. (2025b). *Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma*. Haettu osoitteesta: [Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma | Innokylä](#)
- Innokylä. (2024). *Kansallinen Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelma 2020 – 2023*. Haettu osoitteesta: <https://www.innokyla.fi/fi/tulevaisuudensote>
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012. <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/2012/980> Haettu 22.1.2026
- Laki korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta 695/2019. <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/2019/695> Haettu 22.1.2026
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 734/1992. <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/1992/734> Haettu 22.1.2026
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021. <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/2021/612> Haettu 22.1.2026
- Nurmi-Koikkalainen, P., Korhonen, M., Hömppi, P. & Gissler, M. (2025). *Vammaispalveluiden tunnelmia kesäkuussa 2025 – puoli vuotta uuden lain voimaantulosta*. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimuksesta tiiviisti 41/2025. Haettu osoitteesta: [Vammaispalveluiden tunnelmia kesäkuussa 2025 : puoli vuotta uuden lain voimaantulosta](#)
- OECD. (2025). *Health at a Glance 2025. OECD Indicators*. Haettu osoitteesta: <https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en>
- Pennanen, M., Tenhonen, E., Lautala, E., Neijonen, A., Luonsinen, M., Hammar, T. & Viljamaa, S. (2025). *Selvitys iäkkään väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä hyvinvointialueilla Hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin iäkkäiden hyvinvointikertomukset, hyvinvointisuunnitelmat ja palveluverkkosuunnitelmat*. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 12/2025. Haettu osoitteesta: [Selvitys iäkkään väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä hyvinvointialueilla : Hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin iäkkäiden hyvinvointikertomukset, hyvinvointisuunnitelmat ja palveluverkkosuunnitelmat](#)
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2026). *Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon palveluvalikoiman periaatteiden määrittäminen*. Haettu osoitteesta: [Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon palveluvalikoima – Sosiaali- ja terveysministeriö](#)
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2025). *Terveudeksi – kansallinen terveys- ja hyvinvointiohjelma*. Haettu osoitteesta: <https://stm.fi/terveydeksi-kansallinen-terveys-ja-hyvinvointiohjelma>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2025). *Lapsibudjetointi hyvinvointialueilla. Kokeuksia hyvinvointialueiden lapsibudjetointipilotista 2023–2024. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2025:2*. Haettu osoitteesta: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4201-1>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2025). *Hyvän työn ohjelma – vetoa ja pitoa hyvinvointialueille*. Haettu osoitteesta: [Hyvän työn ohjelma 2024-2027 – Sosiaali- ja terveysministeriö](#)

- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2025). *Sote2040-visio. Sosiaali- ja terveysministeriön virkakunnan näkemyksiä ja ehdotuksia sote-palvelujärjestelmän muutostarpeista*. Haettu osoitteesta: <https://stm.fi/documents/1271139/231157712/STMn%20virkakunnan%20Sote2040-visio.pdf/d3fd7a7f-78c1-fce4-700c-287f38461673/STMn%20virkakunnan%20Sote2040-visio.pdf?t=1761807336387>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2025). *Sote2040 polkuja tulevaisuuteen: Asiantuntijoiden esseet koskien sosiaali- ja terveydenhuollon tulevaisuutta*. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2025:32. Haettu osoitteesta: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5829-6>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2025). *Ohje: Säännökset lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten pääsystä perusterveydenhuollon lyhytpsykoterapiaan ja sosiaali- ja terveydenhuollon määrämuotoisiin lyhytinterventioihin (terapiatakuu)*. Haettu osoitteesta: [Ohje_Lasten+ja+nuorten+terapiatakuu.pdf](#)
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2025). *Ohje: Perusterveydenhuollon kiireettömään hoitoon pääsyä koskevien säännösten soveltaminen*. Haettu osoitteesta: [Hoitotakuuta koskeva ohje_24.3.2025.fi.pdf](#)
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2025). *STM tukee omalääkäri- ja omatiimimallien käyttöönottoa – tärkein työ tehdään hyvinvointialueilla*. Haettu osoitteesta: <https://stm.fi/-/stm-tukee-omalaaakari-ja-omatiimimallien-kayttoonottoa-tarkein-tyo-tehdaan-hyvinvointialueilla>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2025). *YTA-sopimisen soveltamisasiakirja 2025*. Haettu osoitteesta: https://stm.fi/documents/1271139/150123656/18.6.2025+YTA_sopimisen+soveltamisohje.pdf/92defd24-6b02-3dc9-d3c0-f8e-d6a2520a1/18.6.2025+YTA_sopimisen+soveltamisohje.pdf?t=1750314250782
- Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/2014/1301>
Haettu 22.1.2026
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2025). *Johdon strateginen tilannekuva*. Haettu osoitteesta: www.thl.fi/jst
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2025). *IPS-työhönvalmennus auttaa mielenterveyden häiriötä sairastavia henkilöitä työllistymään*. Päätösten tueksi 11/2025. Haettu osoitteesta: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-321-8>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2025). *Lasten ja nuorten ADHD-diagnoosien yleisyys 2023*. Tilastoraportti 4/2025. Haettu osoitteesta: [Lasten ja nuorten ADHD-diagnoosien yleisyys 2023](#)
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2025). *Lastensuojelun sosiaalityön henkilöstömitoitus lokakuussa 2025*. Tilastoraportti 57/2025. Haettu osoitteesta: <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe20251125111306>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2025). *Lastensuojelun käsittelyajat 1.4.–30.9.2025*. Tilastoraportti 56/2025. Haettu osoitteesta: <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe20251125111353>
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010. <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/2010/1326>.
Haettu 22.1.2026

- Tynkkynen, L-K., Paatela, S., Aalto, A-M., Keskimäki, I., Nykänen, E., Peltola, M., Sinervo, T., Tammi, T. & Viita-aho, M. (toim.). (2025). *Tilannekuvia hyvinvointialueilta – muutokset palvelujärjestelmässä sote-uudistuksen alkuvuosina*. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Haettu osoitteesta: <https://www.julkari.fi/server/api/core/bitstreams/c930085d-592e-4314-adfe-f8ec0163ad4c/content>
- Valtioneuvosto. (2025). *Hyvinvointialueiden tehtäviä koskevat valtakunnalliset tavoitteet vuosille 2025–2029*. Valtioneuvoston julkaisu 2025:57. Haettu osoitteesta: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-525-2>
- Valtioneuvosto. (2025). *Hyvinvointialueita koskevat päätökset hallituksen puoliväliriihessä 2025*. Haettu osoitteesta: <https://vm.fi/documents/194055633/200124281/Hyvinvointialueita+koskevat+p%C3%A4%C3%A4t%C3%B6kset+hallituksen+puoliv%C3%A4liriihess%C3%A4+2025.pdf/25f67951-7365-6c8e-9a81-04d59ab4a858/Hyvinvointialueita+koskevat+p%C3%A4%C3%A4t%C3%B6kset+hallituksen+puoliv%C3%A4liriihess%C3%A4+2025.pdf?t=1745432038694>
- Valtioneuvoston oikeuskansleri. (2025). *Oikeuskanslerin ratkaisu: Hyvinvointialueen talousnormiston ja järjestämisvastuuta määrittävän lainsäädännön välinen ristiriita*. Haettu osoitteesta: https://oikeuskansleri.fi/documents/1428954/230633213/julkaistu_ratkaisu_hyvinvointialueiden_velvoite_alijaaman_kattamiseen+_OKV_3069_10_2024.pdf/bd5f30ef-7fc8-606f-5b7b-587d1f8d008f/julkaistu_ratkaisu_hyvinvointialueiden_velvoite_alijaaman_kattamiseen+_OKV_3069_10_2024.pdf?t=1745559443870
- Vammaispalvelulaki 675/2023. <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/2023/675>
Haettu 22.1.2026

Liitteet

Liite 1. Selvityksessä käytetyt indikaattorit

- **Perusterveydenhuolto**

- Hoitoon pääsy terveydenhuollossa / Perusterveydenhuollon avosairaanhoito (osuus potilaista, joilla ensimmäinen hoitotapahtuma toteutuu lakisääteisessä määräajassa), tilanne marras-joulukuussa 2025 ([Avohilmo: Perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn ensimmäisen hoitotapahtuman toteutuminen – THL kuutio- ja tiivistekäyttöliittymä](#))
- Hoitoon pääsy terveydenhuollossa / Suun terveydenhuolto (osuus potilaista, joilla ensimmäinen hoitotapahtuma toteutuu lakisääteisessä määräajassa) / tilanne marras-joulukuussa 2025 ([Suun terveydenhuollon ensimmäisen hoitotapahtuman toteutuminen ikäryhmittäin – Avohilmo: Suun terveydenhuollon hoitoonpääsyn ensimmäisen hoitotapahtuman ensimmäisajan toteutuminen – THL kuutio- ja tiivistekäyttöliittymä](#))
- Hoidon jatkuvuus (COCI) perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärikäynneillä, vuosi 2024, indikaattori 5502 sekä Hoidon jatkuvuus (COCI) perusterveydenhuollon avosairaanhoidon hoitajakäynneillä, vuosi 2024, indikaattori 5503 ([Sotkanet-linkki](#))
- Päivystyskäynnit perusterveydenhuollossa (ml. yhteispäivystys), vuosi 2024, (indikaattori 5081) ([SAO-raportointi](#) ja [Sotkanet-linkki](#))

- **ESH**

- Hoitoon pääsy terveydenhuollossa (erikoissairaanhoitoa yli 180 vrk. odottaneet, % jonottaneista, 30.11.2025) ([Hyvinvointialueiden vertailu erikoisaloittain – Hoitoa ja hoidon tarpeen arviointia odottavat erikoisaloittain – THL kuutio- ja tiivistekäyttöliittymä](#))
- Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoitopäivät 18 vuotta täyttäneillä / 1 000 vastaavan ikäistä, vuosi 2024, vuosi 2024, (indikaattori 5079) ([Sotkanet-linkki](#))

- Avohoidon keinoin vältettävissä olevat päivystyksellisesti alkaneet sairaalahoitojaksot erikoissairaanhoidossa, vuosi 2024, (indikaattori 5587) ([Sotkanet-linkki](#))
- Päivystyskäynnit erikoissairaanhoidon päivystyksessä / 1 000 asukasta, vuosi 2024, (indikaattori 5077) ([SAO-raportointi](#) ja [Sotkanet-linkki](#))
- **Lasten, nuorten ja perheiden palvelut**
 - Perusterveydenhuollon äitiysneuvolan käynnit yhteensä/1 000 15–44-vuotiaista naista, vuosi 2024 (indikaattori 2452) ([Sotkanet-linkki](#))
 - Perusterveydenhuollon lastenneuvolan käynnit yhteensä/1 000 0–7-vuotiaista, vuosi 2024 (indikaattori 2453) ([Sotkanet-linkki](#))
 - Perusterveydenhuollon kouluterveydenhuollon käynnit/1 000 7–18-vuotiaista, vuosi 2024 (indikaattori 694) ([Sotkanet-linkki](#))
 - Perusterveydenhuollon opiskeluterveydenhuollon käynnit yhteensä/1 000 16–25-vuotiaista, vuosi 2024 (indikaattori 2455) ([Sotkanet-linkki](#))
 - 0–17-vuotiaat lapset, joista on tehty lastensuojeluilmoitus, % vastaavan ikäisestä väestöstä (THL), vuosi 2024 (indikaattori 1086) ([Sotkanet-linkki](#))
 - 1.4.–30.9. aikana lakisääteisen 7 arkipäivän kuluessa aloitetut lastensuojelun palvelutarpeen arvioinnit, %, vuosi 2025 (indikaattori 3494) ([SAO-raportointi](#) SAO:ssa raportoitu vuoden 2024 tieto päivittyy myöhemmin uusimpaan tietoon ja [Sotkanet-linkki](#))
 - 1.4.–30.9. aikana lakisääteisen 3 kk:n kuluessa valmistuneet lastensuojelun palvelutarpeen arvioinnit, %, vuosi 2025 (indikaattori 3495) ([SAO-raportointi](#) SAO:ssa raportoitu vuoden 2024 tieto päivittyy myöhemmin uusimpaan tietoon ja [Sotkanet-linkki](#))
 - Kodin ulkopuolelle sijoitetut 0–17-vuotiaat, % vastaavan ikäisestä väestöstä (THL), vuosi 2024, (indikaattori 191) ([Sotkanet-linkki](#))

- Hoitoon pääsy terveydenhuollossa (osuus potilaista, joilla ensimmäinen hoitotapahtuma toteutuu lakisääteisessä määräajassa) psykiatrinen esh, 0–22-vuotiaat (3 kk:ssa) ([SAO-raportointi](#) SAO-raportointipalvelussa 30.11.2025 tilanne (15.12.2025)), Ajantasainen tieto tietokuutioista: [Psykiatrasta hoitoa ja hoidon tarpeen arviointia odottavat lapset ja nuoret \(alle 23-vuotiaat\) – THL kuutio- ja tiivistekäyttöliittymä](#)

- **Vammaispalvelut**

- Vammaispalvelujen asiakkaita vuoden aikana / 100 000 vastaavan ikäistä asukasta – Henkilökohtainen apu, vuosi 2024, (indikaattori 385) ([SAO-raportointi](#) (ikäryhmittäin) ja [Sotkanet-raportointi](#))
- Vammaispalvelujen asiakkaita vuoden aikana / 100 000 vastaavan ikäistä asukasta – Vaikeavammaisten liikkumista tukevat palvelut, vuosi 2024, (indikaattori 381) ([SAO-raportointi](#) (ikäryhmittäin) ja [Sotkanet-raportointi](#))
- Vammaispalvelujen asiakkaita vuoden aikana / 100 000 vastaavan ikäistä asukasta – Säännöllinen kotihoito, vuosi 2024 ([SAO-raportointi](#) (ikäryhmittäin))
- Vammaispalvelujen asiakkaita vuoden aikana / 100 000 vastaavan ikäistä asukasta – Omaishoidon tuki, vuosi 2024 ([SAO-raportointi](#) (ikäryhmittäin))
- Vammaispalvelujen asiakkaita vuoden lopussa / 100 000 asukasta – Vammaisten henkilöiden työ- ja päivätoiminnan piirissä asiakkaita, vuosi 2024 (<https://raportointi.thl.fi/t/public/views/SAO-sote-palvelujarjestelma/DBVammaispalvelut?%3Aembed=y&%3AisGuestRedirectFromVizportal=y>)
- Vammaispalvelujen asiakkaita vuoden lopussa / 100 000 asukasta – Vammaispalvelujen perhehoidon asiakkaat, vuosi 2024 (<https://raportointi.thl.fi/t/public/views/SAO-sote-palvelujarjestelma/DBVammaispalvelut?%3Aembed=y&%3AisGuestRedirectFromVizportal=y>)

- Vammaispalvelujen asiakkaita vuoden lopussa / 100 000 asukasta
– Kehitysvammaisten tuetun ja yhteisöllisen asumisen asiakkaat, vuosi 2024, on SAO:ssa. (indikaattori 6105) (<https://raportointi.thl.fi/t/public/views/SAO-sote-palvelujarjestelma/DBVammaispalvelut?%3Aembed=y&%3AisGuestRedirectFromVizportal=y> ja Sotkanet-linkki)
- Vammaispalvelujen asiakkaita vuoden lopussa / 100 000 asukasta
– Kehitysvammaisten ympärivuorokautisen palveluasumisen asiakkaat, vuosi 2024, on SAO:ssa (indikaattori 2828) (<https://raportointi.thl.fi/t/public/views/SAO-sote-palvelujarjestelma/DBVammaispalvelut?%3Aembed=y&%3AisGuestRedirectFromVizportal=y> ja Sotkanet-linkki)
- **Ikäihmisten palvelut**
 - Palvelujen riittävyys: kotihoidon palvelutuntien toteutuminen suunnitellusti, vuosi 2024. (SAO-raportointi)
 - Kotona asuvat 75 vuotta täyttäneet, % vastaavan ikäisestä väestöstä, vuosi 2024, (indikaattori 1570), ei SAO:ssa (Sotkanet-linkki)
 - Säännöllisen kotihoidon 75 vuotta täyttäneet asiakkaat, % vastaavan ikäisestä väestöstä, vuosi 2024, (indikaattori 5513) (SAO-raportointi ja Sotkanet-linkki)
 - Omaishoidon tuen 75 vuotta täyttäneet hoidettavat vuoden aikana, % vastaavan ikäisestä väestöstä, vuosi 2024, (indikaattori 3262). (SAO-raportointi ja Sotkanet-linkki)
 - Ikääntyneiden perhehoito, asiakkaita 31.12., vuosi 2024 (indikaattori 1942), ei SAO:ssa. (Sotkanet-linkki)
 - Lääkäiden yhteisöllisen asumisen 75 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12., % vastaavan ikäisestä väestöstä, vuosi 2024, (indikaattori 6108). (SAO-raportointi ja Sotkanet-linkki)

- läkkäiden ympärivuorokautisen palveluasumisen 75 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12., % vastaavan ikäisestä väestöstä, vuosi 2024, (indikaattori 3261). (SAO-raportointi ja https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s_aPAgA=®ion=s07 MtDbxsM7R-MwQA&year=sy5ztTbS0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.1.5&buildTimestamp=202505220800)
- läkkäiden laitospalvelun 75 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12., % vastaavan ikäisestä väestöstä, vuosi 2024, (indikaattori 3369). (SAO-raportointi ja [Sotkanet-linkki](#))
- Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon potilaat / 1 000 asukasta (indikaattori 1268), vuosi 2024, ei SAO:ssa. Ei suhteutusta 75+ täyttäneisiin ([Sotkanet-linkki](#))
- Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon hoitopäivät / 1 000 asukasta (indikaattori 1267), vuosi 2024, ei SAO:ssa. Ei suhteutusta 75+ täyttäneisiin ([Sotkanet-linkki](#))
- Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon 75 vuotta täyttäneet potilaat / 1 000 vastaavan ikäistä, vuosi 2024 (indikaattori 2701), ei SAO:ssa ([Sotkanet-linkki](#))
- Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoitopäivät 75 vuotta täyttäneillä / 1 000 vastaavan ikäistä, vuosi 2024 (indikaattori 6), ei SAO:ssa ([Sotkanet-linkki](#))
- Päivystyskäynnit erikoissairaanhoidossa 75 vuotta täyttäneillä / 1 000 vastaavan ikäistä, vuosi 2024 (indikaattori 5070), ei SAO:ssa. ([Sotkanet-linkki](#))
- Päivystyskäynnit perusterveydenhuollossa 75 vuotta täyttäneillä (ml. yhteispäivystys) / 1 000 vastaavan ikäistä, vuosi 2024 (indikaattori 5080), ei SAO:ssa. ([Sotkanet-linkki](#))
- Niiden kotihoidon 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden osuus, joilla päivystyksenä alkaneita sairaalajaksoja, % vastaavan ikäisistä kotihoidon asiakkaista, vuosi 2024 (indikaattori 5028), ei SAO:ssa. ([Sotkanet-linkki](#))

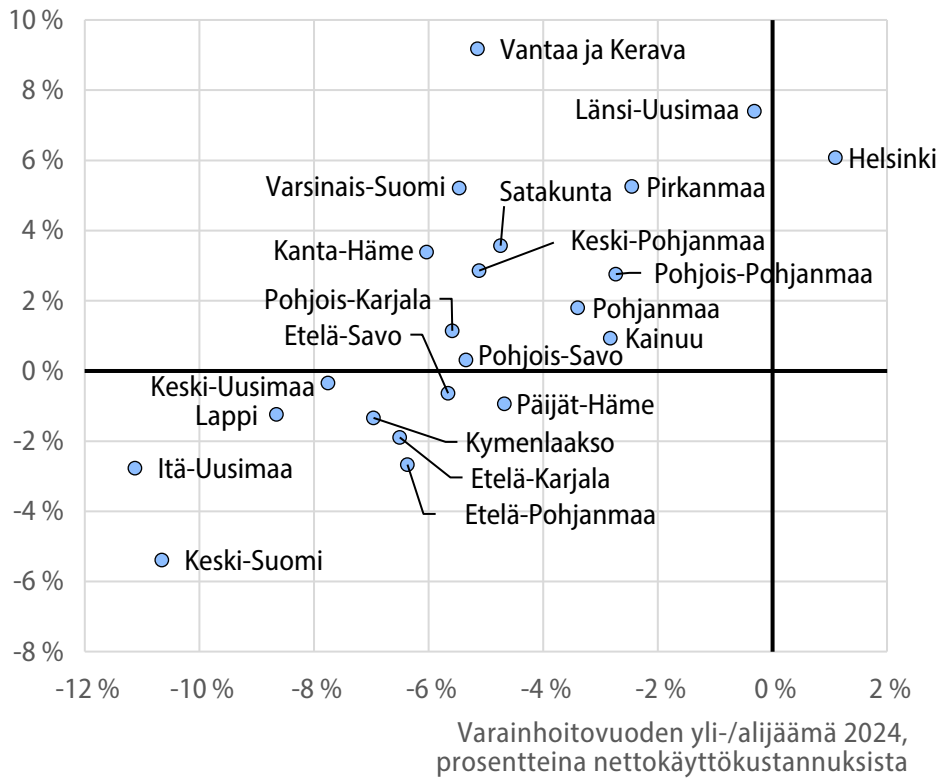
- **Mielenterveys-, päihde- ja riippuvuuspalvelut**
 - Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelujen asiakkaat 31.12. (ei-ympäri vuorokautinen) / 10 000 asukasta, vuosi 2024 (indikaattori 2932), ei SAO:ssa ([Sotkanet-linkki](#))
 - Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelujen asiakkaat 31.12. (ympäri vuorokautinen) / 10 000 asukasta, vuosi 2024 (indikaattori 2924), ei SAO:ssa ([Sotkanet-linkki](#))
 - Psykiatrisen erikoissairaanhoidon kaikki potilaat / 10 000 asukasta, vuosi 2024 ([SAO-raportointi](#))
 - Psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidon potilaat / 10 000 asukasta, vuosi 2024 ([SAO-raportointi](#))
 - Psykiatrisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon potilaat / 10 000 asukasta, vuosi 2024 ([SAO-raportointi](#))
 - Päihdehuollon asumispalveluyksiköiden asiakkaat vuoden aikana / 100 000 asukasta, vuosi 2024 ([SAO-raportointi](#))
 - Päihdehuollon laitospalvelussa hoidossa olleet asiakkaat yhteensä vuoden aikana / 100 000 asukasta, vuosi 2024 ([SAO-raportointi](#))
 - Psykiatrian hoitoonpääsy, vuosi 2025, ei SAO:ssa
- **Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen**
 - Sairastavuusindeksi, ikävakioitu, vuosi 2023 (indikaattori 5641) ([SAO-raportointi](#) ja [Sotkanet-linkki](#))
 - Työkyvyttömyysindeksi, ikävakioitu, vuosi 2023 (indikaattori 5663) ([SAO-raportointi](#) ja [Sotkanet-linkki](#))
 - Ylipainon (ml. lihavuus) yleisyys (%) 2–16-vuotiailla, vuosi 2023, (indikaattori 3693) ([SAO-raportointi](#) ja [Sotkanet-linkki](#))
 - Terveydelle suotuisat elintavat (%), 20–69-vuotiaat, vuosi 2024 (indikaattori 4559) ([SAO-raportointi](#) ja [Sotkanet-linkki](#))

- Kohtalainen tai vaikea ahdistuneisuus, % 8. ja 9. luokan oppilaista, AOL 1. ja 2. vuoden opiskelijoista, lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoista, vuosi 2025 (indikaattorit) 328, 346, 337 (ei SAO:ssa) ([Sotkanet-linkki](#))
- Terveystiedon edistämisen aktiivisuus hyvinvointialueilla – TEA, pistemäärä, vuosi 2024 (indikaattori 6409) ([SAO-raportointi](#) ja [Sotkanet-linkki](#))

Liite 2. Hyvinvointialueiden yli- tai alijäämä vuosina 2024 ja 2025 suhteutettuna nettokäyttökustannuksiin, prosenttia

Hyvinvointialueiden yli- tai alijäämä vuosina 2024 ja 2025 suhteutettuna nettokäyttökustannuksiin, prosenttia

Varainhoitovuoden yli-/alijäämä 2025, prosentteina nettokäyttökustannuksista



Liite 3. Hyvinvointialueiden kehysten mukaiset kustannukset, valtion rahoitus ja alijäämä 2023–2028, alueiden tilinpäätöstiedot 2023–2024, tilinpäätösarviot 2025, taloussuunnitelmat 2026–2028

Nettokäyttökustannukset asukasta kohden, vuosimuutos ja muutos prosentteina

Hyvinvointi- alue	2023	2024	2025	2026e	2027e	2028e
Etelä-Karjala	4 680 €	4 884 €	4 966 €	4 947 €	5 057 €	5 164 €
	–	(+204 €, +4,4 %)	(+82 €, +1,7 %)	(-19 €, -0,4 %)	(+110 €, +2,2 %)	(+106 €, +2,1 %)
Etelä-Pohjanmaa	4 886 €	5 115 €	5 240 €	5 254 €	5 355 €	5 488 €
	–	(+229 €, +4,7 %)	(+125 €, +2,5 %)	(+14 €, +0,3 %)	(+101 €, +1,9 %)	(+133 €, +2,5 %)
Etelä-Savo	5 608 €	5 747 €	5 962 €	6 107 €	6 209 €	6 368 €
	–	(+139 €, +2,5 %)	(+215 €, +3,7 %)	(+144 €, +2,4 %)	(+102 €, +1,7 %)	(+160 €, +2,6 %)
Helsinki	3 826 €	3 905 €	3 995 €	4 288 €	4 398 €	4 513 €
	–	(+79 €, +2,1 %)	(+90 €, +2,3 %)	(+293 €, +7,3 %)	(+110 €, +2,6 %)	(+115 €, +2,6 %)
Itä-Uusimaa	4 141 €	4 404 €	4 372 €	4 429 €	4 359 €	4 366 €
	–	(+263 €, +6,4 %)	(-32 €, -0,7 %)	(+58 €, +1,3 %)	(-71 €, -1,6 %)	(+7 €, +0,2 %)
Kainuu	5 491 €	5 533 €	5 783 €	5 951 €	6 099 €	6 265 €
	–	(+42 €, +0,8 %)	(+250 €, +4,5 %)	(+168 €, +2,9 %)	(+148 €, +2,5 %)	(+166 €, +2,7 %)
Kanta-Häme	4 563 €	4 602 €	4 602 €	4 334 €	4 651 €	4 874 €
	–	(+39 €, +0,9 %)	(+1 €, +0 %)	(-269 €, -5,8 %)	(+317 €, +7,3 %)	(+223 €, +4,8 %)
Keski-Pohjanmaa	4 756 €	4 858 €	4 795 €	5 009 €	5 063 €	5 181 €
	–	(+102 €, +2,2 %)	(-63 €, -1,3 %)	(+213 €, +4,5 %)	(+54 €, +1,1 %)	(+117 €, +2,3 %)
Keski-Suomi	4 658 €	4 868 €	4 904 €	4 771 €	4 735 €	4 712 €
	–	(+210 €, +4,5 %)	(+36 €, +0,7 %)	(-133 €, -2,7 %)	(-36 €, -0,8 %)	(-23 €, -0,5 %)
Keski-Uusimaa	4 045 €	4 175 €	4 123 €	4 133 €	4 052 €	4 118 €
	–	(+130 €, +3,2 %)	(-52 €, -1,2 %)	(+10 €, +0,2 %)	(-80 €, -1,9 %)	(+66 €, +1,6 %)

Hyvinvointi- alue	2023	2024	2025	2026e	2027e	2028e
Kymenlaakso	5 275 €	5 658 €	5 821 €	6 028 €	6 025 €	6 025 €
	–	(+383 €, +7,3 %)	(+162 €, +2,9 %)	(+208 €, +3,6 %)	(-3 €, 0 %)	(0 €, 0 %)
Lappi	5 490 €	5 714 €	5 819 €	5 999 €	6 178 €	6 440 €
	–	(+224 €, +4,1 %)	(+105 €, +1,8 %)	(+180 €, +3,1 %)	(+179 €, +3 %)	(+262 €, +4,2 %)
Länsi-Uusimaa	3 586 €	3 535 €	3 568 €	3 814 €	3 935 €	4 027 €
	–	(-51 €, -1,4 %)	(+33 €, +0,9 %)	(+246 €, +6,9 %)	(+121 €, +3,2 %)	(+91 €, +2,3 %)
Pirkanmaa	4 264 €	4 278 €	4 336 €	4 493 €	4 660 €	4 804 €
	–	(+14 €, +0,3 %)	(+58 €, +1,3 %)	(+158 €, +3,6 %)	(+167 €, +3,7 %)	(+143 €, +3,1 %)
Pohjanmaa	4 510 €	4 553 €	4 618 €	4 506 €	4 733 €	4 894 €
	–	(+43 €, +0,9 %)	(+65 €, +1,4 %)	(-112 €, -2,4 %)	(+227 €, +5 %)	(+161 €, +3,4 %)
Pohjois-Karjala	4 798 €	5 097 €	5 140 €	5 349 €	5 560 €	5 708 €
	–	(+299 €, +6,2 %)	(+43 €, +0,8 %)	(+210 €, +4,1 %)	(+211 €, +3,9 %)	(+147 €, +2,7 %)
Pohjois-Pohjanmaa	4 310 €	4 435 €	4 573 €	4 756 €	4 931 €	5 127 €
	–	(+126 €, +2,9 %)	(+137 €, +3,1 %)	(+183 €, +4 %)	(+176 €, +3,7 %)	(+196 €, +4 %)
Pohjois-Savo	4 972 €	5 116 €	5 171 €	5 318 €	5 354 €	5 367 €
	–	(+143 €, +2,9 %)	(+55 €, +1,1 %)	(+147 €, +2,8 %)	(+36 €, +0,7 %)	(+13 €, +0,2 %)
Päijät-Häme	4 438 €	4 582 €	4 721 €	4 838 €	4 937 €	5 010 €
	–	(+144 €, +3,2 %)	(+139 €, +3 %)	(+117 €, +2,5 %)	(+99 €, +2 %)	(+74 €, +1,5 %)
Satakunta	4 788 €	4 951 €	4 935 €	5 165 €	5 234 €	5 320 €
	–	(+163 €, +3,4 %)	(-16 €, -0,3 %)	(+231 €, +4,7 %)	(+69 €, +1,3 %)	(+86 €, +1,6 %)
Vantaa ja Kerava	3 850 €	3 859 €	3 714 €	4 021 €	4 118 €	4 169 €
	–	(+9 €, +0,2 %)	(-145 €, -3,8 %)	(+307 €, +8,3 %)	(+97 €, +2,4 %)	(+51 €, +1,2 %)
Varsinais-Suomi	4 346 €	4 421 €	4 451 €	4 745 €	4 854 €	4 998 €
	–	(+75 €, +1,7 %)	(+31 €, +0,7 %)	(+293 €, +6,6 %)	(+110 €, +2,3 %)	(+144 €, +3 %)

Liite 4. Hyvinvointialueiden valtion rahoitus 2023–2028, rahoitus: 12/2025 VM painelaskelma huomioiden vuoden 2025 alueiden tilinpäätösarviot, kustannukset: hyvinvointialueiden taloussuunnitelmat, väestö: tilastokeskuksen väestöennuste

Valtion rahoitus asukasta kohden, vuosimuutos ja muutos prosentteina

Hyvinvointi- alue	2023	2024	2025	2026e	2027e	2028e
Etelä-Karjala	4 431 €	4 565 €	4 840 €	4 924 €	5 086 €	5 197 €
	–	(+134 €, +3 %)	(+276 €, +6 %)	(+83 €, +1,7 %)	(+162 €, +3,3 %)	(+111 €, +2,2 %)
Etelä-Pohjanmaa	4 662 €	4 788 €	5 080 €	5 350 €	5 547 €	5 669 €
	–	(+127 €, +2,7 %)	(+292 €, +6,1 %)	(+269 €, +5,3 %)	(+197 €, +3,7 %)	(+123 €, +2,2 %)
Etelä-Savo	5 368 €	5 485 €	5 856 €	6 110 €	6 329 €	6 474 €
	–	(+116 €, +2,2 %)	(+371 €, +6,8 %)	(+254 €, +4,3 %)	(+219 €, +3,6 %)	(+145 €, +2,3 %)
Helsinki	3 802 €	3 947 €	4 314 €	4 423 €	4 527 €	4 611 €
	–	(+144 €, +3,8 %)	(+368 €, +9,3 %)	(+108 €, +2,5 %)	(+104 €, +2,4 %)	(+84 €, +1,9 %)
Itä-Uusimaa	3 775 €	3 916 €	4 279 €	4 366 €	4 553 €	4 715 €
	–	(+141 €, +3,7 %)	(+363 €, +9,3 %)	(+87 €, +2 %)	(+187 €, +4,3 %)	(+162 €, +3,6 %)
Kainuu	5 256 €	5 375 €	5 800 €	5 999 €	6 206 €	6 374 €
	–	(+119 €, +2,3 %)	(+425 €, +7,9 %)	(+199 €, +3,4 %)	(+207 €, +3,4 %)	(+168 €, +2,7 %)
Kanta-Häme	4 213 €	4 357 €	4 747 €	4 891 €	5 035 €	5 085 €
		(+144 €, +3,4 %)	(+390 €, +8,9 %)	(+144 €, +3 %)	(+144 €, +3 %)	(+50 €, +1 %)
Keski-Pohjanmaa	4 451 €	4 607 €	4 923 €	5 077 €	5 293 €	5 483 €
	–	(+156 €, +3,5 %)	(+316 €, +6,9 %)	(+154 €, +3,1 %)	(+216 €, +4,3 %)	(+189 €, +3,6 %)
Keski-Suomi	4 228 €	4 349 €	4 638 €	4 773 €	4 924 €	5 018 €
	–	(+122 €, +2,9 %)	(+289 €, +6,6 %)	(+135 €, +2,9 %)	(+151 €, +3,2 %)	(+94 €, +1,9 %)
Keski-Uusimaa	3 693 €	3 854 €	4 154 €	4 192 €	4 317 €	4 392 €
	–	(+161 €, +4,4 %)	(+301 €, +7,8 %)	(+37 €, +0,9 %)	(+125 €, +3 %)	(+75 €, +1,7 %)

Hyvinvointi- alue	2023	2024	2025	2026e	2027e	2028e
Kymenlaakso	5 119 €	5 261 €	5 675 €	5 796 €	5 992 €	6 132 €
	–	(+142 €, +2,8 %)	(+413 €, +7,9 %)	(+122 €, +2,1 %)	(+196 €, +3,4 %)	(+139 €, +2,3 %)
Lappi	4 992 €	5 218 €	5 729 €	5 952 €	6 207 €	6 413 €
	–	(+226 €, +4,5 %)	(+511 €, +9,8 %)	(+223 €, +3,9 %)	(+255 €, +4,3 %)	(+206 €, +3,3 %)
Länsi-Uusimaa	3 322 €	3 524 €	3 892 €	3 979 €	4 107 €	4 181 €
	–	(+202 €, +6,1 %)	(+368 €, +10,5 %)	(+87 €, +2,2 %)	(+128 €, +3,2 %)	(+74 €, +1,8 %)
Pirkanmaa	3 966 €	4 174 €	4 600 €	4 687 €	4 831 €	4 917 €
	–	(+208 €, +5,2 %)	(+426 €, +10,2 %)	(+87 €, +1,9 %)	(+143 €, +3,1 %)	(+86 €, +1,8 %)
Pohjanmaa	4 268 €	4 399 €	4 717 €	4 802 €	4 942 €	5 029 €
	–	(+131 €, +3,1 %)	(+318 €, +7,2 %)	(+84 €, +1,8 %)	(+141 €, +2,9 %)	(+86 €, +1,7 %)
Pohjois-Karjala	4 665 €	4 812 €	5 183 €	5 438 €	5 681 €	5 874 €
	–	(+147 €, +3,2 %)	(+371 €, +7,7 %)	(+255 €, +4,9 %)	(+243 €, +4,5 %)	(+193 €, +3,4 %)
Pohjois-Pohjanmaa	4 137 €	4 319 €	4 734 €	4 856 €	5 048 €	5 164 €
		(+181 €, +4,4 %)	(+415 €, +9,6 %)	(+122 €, +2,6 %)	(+192 €, +4 %)	(+117 €, +2,3 %)
Pohjois-Savo	4 722 €	4 840 €	5 181 €	5 348 €	5 545 €	5 661 €
	–	(+118 €, +2,5 %)	(+341 €, +7 %)	(+167 €, +3,2 %)	(+197 €, +3,7 %)	(+116 €, +2,1 %)
Päijät-Häme	4 211 €	4 365 €	4 667 €	4 869 €	5 081 €	5 261 €
	–	(+154 €, +3,7 %)	(+302 €, +6,9 %)	(+202 €, +4,3 %)	(+212 €, +4,4 %)	(+180 €, +3,5 %)
Satakunta	4 596 €	4 716 €	5 070 €	5 177 €	5 350 €	5 460 €
	–	(+120 €, +2,6 %)	(+354 €, +7,5 %)	(+107 €, +2,1 %)	(+173 €, +3,3 %)	(+111 €, +2,1 %)
Vantaa ja Kerava	3 436 €	3 663 €	4 146 €	4 251 €	4 366 €	4 436 €
	–	(+227 €, +6,6 %)	(+483 €, +13,2 %)	(+105 €, +2,5 %)	(+115 €, +2,7 %)	(+70 €, +1,6 %)
Varsinais-Suomi	4 011 €	4 181 €	4 712 €	4 876 €	5 063 €	5 218 €
	–	(+170 €, +4,2 %)	(+530 €, +12,7 %)	(+164 €, +3,5 %)	(+188 €, +3,8 %)	(+155 €, +3,1 %)

**Liite 5. Hyvinvointialueiden tilikauden alijäämä 2023–2028,
rahoitus: 12/2025 VM painelaskelma huomioiden
vuoden 2025 alueiden tilinpäätösarviot, kustannukset:
hyvinvointialueiden taloussuunnitelmat, väestö:
tilastokeskuksen väestöennuste**

Tilikauden alijäämä asukasta kohden

Hyvinvointi- alue	2023	2024	2025	2026e	2027e	2028e
Etelä-Karjala	-249 €	-319 €	-126 €	-23 €	29 €	34 €
Etelä-Pohjanmaa	-225 €	-327 €	-160 €	95 €	192 €	181 €
Etelä-Savo	-240 €	-262 €	-107 €	3 €	120 €	106 €
Helsinki	-23 €	42 €	320 €	134 €	128 €	97 €
Itä-Uusimaa	-366 €	-488 €	-93 €	-63 €	194 €	349 €
Kainuu	-235 €	-158 €	17 €	49 €	108 €	109 €
Kanta-Häme	-350 €	-245 €	144 €	557 €	384 €	211 €
Keski-Pohjanmaa	-305 €	-251 €	128 €	68 €	230 €	302 €
Keski-Suomi	-431 €	-519 €	-266 €	2 €	190 €	306 €
Keski-Uusimaa	-352 €	-321 €	31 €	59 €	264 €	274 €
Kymenlaakso	-156 €	-397 €	-146 €	-232 €	-33 €	107 €
Lappi	-498 €	-496 €	-90 €	-47 €	29 €	-27 €
Länsi-Uusimaa	-264 €	-11 €	324 €	165 €	172 €	155 €
Pirkanmaa	-297 €	-104 €	264 €	194 €	170 €	113 €
Pohjanmaa	-242 €	-153 €	100 €	296 €	210 €	135 €
Pohjois-Karjala	-133 €	-285 €	43 €	89 €	120 €	166 €
Pohjois-Pohjanmaa	-172 €	-117 €	161 €	100 €	116 €	37 €
Pohjois-Savo	-251 €	-276 €	10 €	30 €	191 €	294 €
Päijät-Häme	-227 €	-218 €	-54 €	32 €	145 €	251 €
Satakunta	-193 €	-235 €	135 €	11 €	116 €	140 €
Vantaa ja Kerava	-414 €	-196 €	432 €	230 €	248 €	267 €
Varsinais-Suomi	-335 €	-240 €	260 €	131 €	209 €	220 €

Liite 6. Hyvinvointialueiden alijäämäkertymät 2023–2028, rahoitus: 12/2025 VM painelaskelma huomioiden vuoden 2025 alueiden tilinpäätösarviot, kustannukset: hyvinvointialueiden taloussuunnitelmat, väestö: tilastokeskuksen väestöennuste

Alijäämäkertymä asukasta kohden hyvinvointialueittain

Hyvinvointi- alue	2023	2024	2025	2026e	2027e	2028e
Etelä-Karjala	-235 €	-553 €	-651 €	-652 €	-601 €	-545 €
Etelä-Pohjanmaa	-238 €	-880 €	-709 €	-596 €	-385 €	-184 €
Etelä-Savo	-331 €	-978 €	-704 €	-654 €	-486 €	-331 €
Helsinki	43 €	-610 €	322 €	394 €	461 €	497 €
Itä-Uusimaa	-349 €	-1 088 €	-951 €	-1 029 €	-851 €	-520 €
Kainuu	-274 €	-703 €	-383 €	-289 €	-133 €	24 €
Kanta-Häme	-351 €	-278 €	-474 €	91 €	484 €	703 €
Keski-Pohjanmaa	-302 €	-249 €	-415 €	-337 €	-96 €	185 €
Keski-Suomi	-415 €	-517 €	-1 196 €	-1 195 €	-1 007 €	-703 €
Keski-Uusimaa	-324 €	-321 €	-650 €	-621 €	-388 €	-146 €
Kymenlaakso	-196 €	-397 €	-680 €	-860 €	-844 €	-688 €
Lappi	-513 €	-494 €	-1 082 €	-1 118 €	-1 078 €	-1 094 €
Länsi-Uusimaa	-247 €	-11 €	9 €	125 €	245 €	348 €
Pirkanmaa	-253 €	-104 €	-124 €	32 €	163 €	236 €
Pohjanmaa	-214 €	-154 €	-282 €	1 €	198 €	319 €
Pohjois-Karjala	-140 €	-285 €	-367 €	-263 €	-126 €	57 €
Pohjois-Pohjanmaa	-173 €	-121 €	-166 €	-78 €	25 €	49 €
Pohjois-Savo	-254 €	-273 €	-510 €	-480 €	-290 €	4 €
Päijät-Häme	-223 €	-214 €	-481 €	-443 €	-290 €	-32 €
Satakunta	-240 €	-235 €	-303 €	-262 €	-118 €	51 €
Vantaa ja Kerava	-365 €	-196 €	-210 €	-42 €	144 €	347 €
Varsinais-Suomi	-300 €	-240 €	-303 €	-198 €	-17 €	174 €

Liite 7. Hyvinvointialueiden valtakunnallinen taloustilanne 2023 – 2028, rahoitus: VM 12/2025 painelaskelma huomioiden alueiden 2025 tilinpäätösarviot, kustannukset: alueiden taloussuunnitelmat

Tunnusluku	2023	2024	2025	2026e	2027e	2028e
Nettokäyttökustannukset, milj.€	24 495	25 210	25 627	26 610	27 326	28 066
Valtion yleiskatteellinen rahoitus, milj.€*	23 169	24 084	26 266	27 189	27 850	28 798
Valtion yleiskatteellinen rahoitus alueiden taloussuunnitelmien mukaan, milj.€	23 169	24 084	26 266	27 139	28 160	28 896
Rahoitus ilman jälkikäteistarkistusta, milj.€	23 169	24 084	24 842	25 916	26 847	27 854
Perusjäämä (alijäämä, kun rahoituksena rahoitus ilman jälkikäteistarkistusta), milj.€	-1 326	-1 126	-785	-694	-479	-212
Tilikauden ylijäämä / alijäämä yhteensä, milj.€	-1 326	-1 119	630	532	836	832
Ylijäämäisten / alijäämäisten alueiden määrä	1 / 21	1 / 21	13 / 9	19 / 3	22 / 0	21 / 1
Tilikaudella alijäämäisten alueiden alijäämä varainhoitovuonna yhteensä	-1 355	-1 148	-165	-41	0	-3
Tilikaudella ylijäämäisten alueiden ylijäämä varainhoitovuonna yhteensä	29	29	795	572	836	834
Kertynyt ylijäämä / alijäämä, milj.€**	-1 326	-2 446	-1 816	-1 284	-448	383
Kumulatiivisesti ylijäämäisten / alijäämäisten alueiden määrä	1 / 21	1 / 21	2 / 20	5 / 17	7 / 15	13 / 9
Alijäämäkertymäisten alueiden alijäämä yhteensä	-1 355	-2 504	-2 045	-1 661	-1 169	-721
Ylijäämäkertymäisten alueiden ylijäämä yhteensä	29	58	229	376	721	1 104

* Perustuu VM:n painelaskelmaan, johon on muutettu jälkikäteistarkistuksen uraa TPA2025 tietojen perusteella. Jälkikäteistarkistuksen laskentaa on yksinkertaistettu niin, että tarkastelu tapahtuu tilikauden yli-/alijäämän perusteella ja pelastustoimen jälkikäteistarkistus on tehty samalla tavoin kuin sosiaali- ja terveydenhuollon jälkikäteistarkistus. Tässä taulukossa esitetyt arviot kunakin varainhoitovuonna yli- tai alijäämäisistä alueista sekä valtakunnallinen yli-/alijäämä perustuvat alueiden taloussuunnitelmien mukaiseen rahoitusuraan, sillä TPA2025 tietojen pohjalta päivitettyä rahoitusuraa ei ole laskettu kullekin hyvinvointialueelle erikseen.

**Arviossa alijäämäkertymien kehityksestä on otettu huomioon vuoden 2025 tilinpäätösarviot.

Liite 8. Hyvinvointialueita ohjaavien ministeriöiden antamat sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevat suositukset ja ehdotukset vuoden 2025 ohjausneuvotteluissa ja ohjauksen erillismenettelyissä

Etelä-Karjala

Toimenpidesuosituksat hyvinvointialueelle 28.10.2025 ohjausneuvottelussa:

- Hyvinvointialueen on vahvistettava peruspalveluita sekä perus- ja erikoissairaanhoidon integraatiota.
- Hyvinvointialueen on jatkettava talouden tasapainottamista ja palveluiden kustannusvaikuttavuuden seurantaa, sekä oikein kohdennettua henkilöstön käyttöä.
- Hyvinvointialueen tulee varmistaa lasten ja nuorten riippuvuus- ja mielenterveyspalvelujen järjestäminen vahvistamalla perustason palveluja.
- Hyvinvointialueen tulee osaltaan seurata ja varmistaa lakisääteisten sote-tietotoimitusten oikeellisuutta ja kehittää niitä valtakunnallisessa yhteistyössä, jotta alueellinen ja kansallinen tietopohja rakentuu mahdollisimman oikeelliseksi.

Etelä-Pohjanmaa

Toimenpidesuosituksat hyvinvointialueelle 19.11.2025 ohjausneuvottelussa:

- Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen tulee jatkaa ennaltaehkäisevien ja perustason palveluiden kehittämistä sekä vahvistaa yhdyspintatyötä väestön hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistämiseksi. Erityistä huomiota on kiinnitettävä työikäisten ja ikääntyvien hyvinvointiin osana palveluja sekä alueellisen HYTE-yhteistyön vahvistamiseen talouden tasapainon tukemiseksi.
- Alueen on varmistettava poliittinen päätöksentekokyky, joka turvaa talouden tasapainottamista ja palveluiden uudistamista.

- Alueen väestöennusteet huomioiden palveluverkkosuunnitelman eteneminen on turvattava ja palvelurakenteen uudistamista on jatkettava, esim. palveluketjuja tehostamalla ja digitaalisia palveluita hyödyntämällä.
- Hyvinvointialueen tulee varmistaa lasten ja nuorten riippuvuus- ja mielenterveyspalvelujen järjestäminen vahvistamalla perustason palveluja.
- Hyvinvointialueen tulee osaltaan seurata ja varmistaa lakisääteisten sote-tietotoimitusten oikeellisuutta ja kehittää niitä valtakunnallisessa yhteistyössä, jotta alueellinen ja kansallinen tietopohja rakentuu mahdollisimman oikeellisenä.

Etelä-Savo

Toimenpidesuosituksat hyvinvointialueelle 27.11.2025 ohjausneuvottelussa:

- Alueen on välittömästi sopeutettava erikoissairaanhoidon kustannuksia suhteessa palvelutarpeeseen ja jatkettava sairaalapalvelujen työnjaon uudistamista.
- Alueen on merkittävästi tehostettava toimitilojen käyttöä.
- Hyvinvointialueen on jatkettava palvelurakenteen keventämistä sekä kustannuskehityksen hillintää huomioiden alueen väestökehitys ja palvelutarve.
- Hyvinvointialueen tulee varmistaa lasten ja nuorten riippuvuus- ja mielenterveyspalvelujen järjestäminen jatkamalla perustason palvelujen ja integraation vahvistamista.
- Hyvinvointialueen tulee osaltaan seurata ja varmistaa lakisääteisten sote-tietotoimitusten oikeellisuutta ja kehittää niitä valtakunnallisessa yhteistyössä, jotta alueellinen ja kansallinen tietopohja rakentuu mahdollisimman oikeellisenä.

Helsinki

Toimenpidesuosituksat hyvinvointialueelle 21.10.2025 ohjausneuvottelussa:

- Uudenmaan hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän järjestämisvastuullisina tulee edelleen vahvistaa perustason sosiaali- ja terveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon toiminnallista integraatiota sekä sitoutua yhteisesti määriteltyjen investointien toteuttamiseen.
- Helsingin kaupungin on jatkettava palvelurakenteen keventämistä sekä kustannuskehityksen hillintää.
- Helsingin kaupungin tulee vahvistaa lasten ja nuorten hyvinvoinnin palveluja ja varmistaa lasten ja nuorten mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestäminen vahvistamalla erityisesti perustason palveluja.

HUS

Toimenpidesuosituksat hyvinvointialueelle 18.11.2025 ohjausneuvottelussa:

- Uudenmaan hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän järjestämisvastuullisina tulee edelleen vahvistaa perustason sosiaali- ja terveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon toiminnallista integraatiota sekä sitoutua yhteisesti määriteltyjen investointien toteuttamiseen.
- HUS-yhtymän tulee varmistaa ensihoidon yhdenvertainen toteutuminen koko Uudenmaan alueella ja sopia järjestämissopimuksessa sen rahoituksesta sekä siitä, miten ensihoito integroituu muihin palveluihin.
- HUS-yhtymä tekee ja toimeenpanee konkreettisen suunnitelman kiireettömän erikoissairaanhoidon hoitopääsyn pitämiseksi lainmukaisella tasolla. Tavoitteeseen pääseminen edellyttää integraation ja yhteistyön varmistamista muun palvelujärjestelmän ja muiden alueiden kanssa.
- HUS-yhtymän tulee osaltaan seurata ja varmistaa lakisääteisten sote-tietotoimitusten oikeellisuutta ja kehittää niitä valtakunnallisessa yhteistyössä, jotta alueellinen ja kansallinen tietopohja rakentuu mahdollisimman oikeellisenä.

Itä-Uusimaa

Toimenpidesuosituksat hyvinvointialueelle 31.10.2025 ohjausneuvottelussa:

- Uudenmaan hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän järjestämisvastuullisina tulee edelleen vahvistaa perustason sosiaali- ja terveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon toiminnallista integraatiota sekä sitoutua yhteisesti määriteltyjen investointien toteuttamiseen.
- Alueen on nopeutettava tuottavuusohjelman päätöksenteon ja toimenpiteiden toimeenpanoa sekä varmistettava niiden kustannusvaikutusten toteutuminen ja palvelujen saatavuus.
- Alueen on varmistettava palvelutarvetta vastaava henkilöstörakenne ja henkilöstön käytön oikea kohdentaminen.
- Hyvinvointialueen tulee varmistaa lasten ja nuorten riippuvuus- ja mielenterveyspalvelujen järjestäminen vahvistamalla perustason palveluja.
- Hyvinvointialueen tulee osaltaan seurata ja varmistaa lakisääteisten sote-tietotoimitusten oikeellisuutta ja kehittää niitä valtakunnallisessa yhteistyössä, jotta alueellinen ja kansallinen tietopohja rakentuu mahdollisimman oikeelliseksi.

Itä-Uusimaan hyvinvointialue on asetettu arviointimenettelyyn VM:n päätöksellä 17.6.2025. Vuoden 2025 loppuun mennessä arviointiryhmä antoi hyvinvointialueelle alla olevat toimenpide-ehdotukset. Arviointiryhmän toimikausi jatkuu touko-kesäkuuhun 2026.

Arviointiryhmä esittää Itä-Uusimaan hyvinvointialueelle hyvinvointialueesta annetun lain 122 §:n tarkoittamana toimenpide-ehdotuksena, että:

- Alue ryhtyy toteuttamaan alueen valmistelemaa tuottavuusohjelmaa vuosille 2026–2029. Käytännössä tämä edellyttää, että alue jo vuoden 2026 talousarviota käsitellessään päättää
- Viedä yt-menettelyn lopputuloksen täysimääräisesti toimeenpanoon, jotta varmistetaan, että tuottavuusohjelmassa esitetty toimintakulujen lasku verrattuna vuoden 2025 tilinpäätöksen ennakkotietoihin toteutuuvuosina 2026–2027.

- Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluverkosta niin, että siirtyminen tuottavuusohjelmassa esitettyyn kolmen sote-keskuksen malliin mahdollistuu, jotta alueen henkilöstö- ja muut resurssit ovat optimaalisessa ja tehokkaassa käytössä.
- Viedä pikaisesti toimeenpanoon kaikki muut sellaiset tuottavuusohjelmassa esitetyt toiminnalliset muutokset, joilla voidaan vaikuttaa välittömästi vuoden 2026–2027 toimintakuluihin. Tällaisia ovat erityisesti mm. asumispalveluihin (esim. omana toimintana tuotetun asumispalvelun vähentäminen, ympärivuorokautisen asumisen tarpeen vähentäminen laajentamalla arviointiyksikkötoimintaa sekä lisäämällä yhteisöllistä asumista ja kotiin annettavia palveluja) sekä palvelujen tuotantotapaan ja palvelutasoon liittyvät, tuottavuusohjelmassa esitetyt muutokset.

Kainuu

Toimenpidesuosituksat hyvinvointialueelle 4.12.2025 ohjausneuvottelussa:

- Hyvinvointialueen on uudistettava palveluverkkoa nykyistä kustannustehokkaammaksi. Alueen on määrätietoisesti jatkettava palveluiden uudistamista ja talouden tasapainottamista.
- Hyvinvointialueen on nostettava Kainuun keskussairaalan tuottavuutta.
- Hyvinvointialue toimeenpanee konkreettisen suunnitelmansa kiireettömän erikoissairaanhoidon hoitoonpääsyn saattamiseksi lainmukaiselle tasolle. Tavoitteeseen pääseminen edellyttää integraation ja yhteistyön varmistamista muun palvelujärjestelmän ja muiden alueiden kanssa.
- Hyvinvointialueen tulee varmistaa lasten ja nuorten riippuvuus- ja mielenterveyspalvelujen järjestäminen vahvistamalla perustason palveluja.
- Hyvinvointialueen tulee osaltaan seurata ja varmistaa lakisäätöiden sote-tietotoimitusten oikeellisuutta ja kehittää niitä valtakunnallisessa yhteistyössä, jotta alueellinen ja kansallinen tietopohja rakentuu mahdollisimman oikeelliseksi.

Kanta-Häme

Toimenpidesuosituksat hyvinvointialueelle 21.11.2025 ohjausneuvottelussa:

- Hyvinvointialueen tulee varmistaa lasten ja nuorten riippuvuus- ja mielenterveyspalvelujen järjestäminen jatkamalla perustason palvelujen vahvistamista.
- Hyvinvointialueen tulee osaltaan seurata ja varmistaa lakisääteisten sote-tietotoimitusten oikeellisuutta ja kehittää niitä valtakunnallisessa yhteistyössä, jotta alueellinen ja kansallinen tietopohja rakentuu mahdollisimman oikeellisena.

Keski-Pohjanmaa

Toimenpidesuosituksat hyvinvointialueelle 8.12.2025 ohjausneuvottelussa:

- Hyvinvointialueen on vahvistettava ennakoivia ja matalan kynnyksen palveluja.
- Alueen on määrätietoisesti jatkettava palveluiden uudistamista ja talouden tasapainottamista.
- Hyvinvointialue jatkaa konkreettisen suunnitelman toimeenpanoa kiireettömän erikoissairaanhoidon hoitopääsyn saattamiseksi lainmukaiselle tasolle. Tavoitteeseen pääseminen edellyttää integraation ja yhteistyön varmistamista muun palvelujärjestelmän ja muiden alueiden kanssa.
- Hyvinvointialueen tulee jatkaa lasten ja nuorten riippuvuus- ja mielenterveyspalvelujen varmistamista vahvistamalla perustason palveluja.
- Hyvinvointialueen tulee osaltaan seurata ja varmistaa lakisääteisten sote-tietotoimitusten oikeellisuutta ja kehittää niitä valtakunnallisessa yhteistyössä, jotta alueellinen ja kansallinen tietopohja rakentuu mahdollisimman oikeellisena.

Keski-Suomi

Toimenpidesuosituksat hyvinvointialueelle 28.11.2025 ohjausneuvottelussa:

- Alue jatkaa konkreettisen suunnitelman toimeenpanoa kiireettömän erikoissairaanhoidon hoitoonpääsyn saattamiseksi lainmukaiselle tasolle. Tavoitteeseen pääseminen edellyttää integraation ja yhteistyön varmistamista muun palvelujärjestelmän ja muiden alueiden kanssa.
- Hyvinvointialueen tulee huomioida hyvinvoinnin edistäminen, ennaltaehkäisevät palvelut sekä perustason palvelujen painotus kehittäessään lasten ja nuorten palveluja ja nuorten päihde- ja mielenterveyspalveluja.
- Hyvinvointialueen tulee osaltaan seurata ja varmistaa lakisääteisten sote-tietotoimitusten oikeellisuutta ja kehittää niitä valtakunnallisessa yhteistyössä, jotta alueellinen ja kansallinen tietopohja rakentuu mahdollisimman oikeellisenä.

Keski-Suomen hyvinvointialue on asetettu arviointimenettelyyn VM:n päätöksellä 17.6.2025. Vuoden 2025 loppuun mennessä arviointiryhmä antoi hyvinvointialueelle alla olevat toimenpide-ehdotukset. Arviointiryhmän toimikausi jatkuu touko-kesäkuuhun 2026.

- Hyvinvointialue hyväksyy ja pikaisesti toimeenpanee palveluverkkoa koskevan vaiheen 2 suunnitelman niin, että sillä saavutetaan vähintään arvioidut noin 18,6 M€ taloudelliset vaikutukset ja lisäksi päättää edelleen jatkaa palveluverkkoon liittyvien, hyvinvointialueen taloutta kohentavien toimenpiteiden valmistelua.
- Hyvinvointialue pikaisesti purkaa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon väliset päällekkäisyydet omassa palvelutuotannossaan sekä varmistaa sujuvat hoito- ja palveluketjut erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden välillä.
- Hyvinvointialue keskittyy erikoissairaanhoidon palvelutuotannossa ensisijaisesti vastaamaan väestönsä keskussairaالاتasoiseen vaativaan erikoissairaanhoidon, ja luopuu sellaisista erikoissairaanhoidon tehtävistä, jotka ovat harvinaisia ja/tai edellyttävät erityisiä tiloja, laitteita ja osaamista, ja ovat siten järkevintä toteuttaa yliopistollisissa sairaaloissa.

- Hyvinvointialue sitoutuu tiiviiseen yhteistyöhön erikoissairaanhoidossa Itä-Suomen yhteistyöalueen, muiden hyvinvointialueiden ja Kuopion yliopistollisen sairaalan kanssa toiminnallisten ja taloudellisten hyötyjen varmistamiseksi.
- Hyvinvointialue toteuttaa sosiaalihuollossa sellaiset palvelurakenne-, henkilöstö- ja organisaatiomuutokset, joita hyvinvointialuejohtajan talousarvio- ja taloussuunnitelmaehdotuksen 2026–2030 taloudelliset tavoitteet edellyttävät. Tämä tarkoittaa alueen toimintakatteen paranemista noin kolmella prosentilla talousarviovuoden 2026 aikana. Käytännössä tämä tarkoittaa muun muassa seuraavaa:
 - hyvinvointialueella varmistetaan ensisijaisesti sosiaalihuollon ja terveydenhuollon yleislainsäädännön mukaisten ja lakisääteisten palveluiden saatavuus ja toteutuminen ennen raskaampien, erityislainsäädännössä säädettyjen palvelujen käyttöönottoa
 - palvelutarjonnan keventämistä kaikissa sosiaalihuollon asiakasryhmissä, ympärivuorokautisten palvelujen vähentämistä sekä palvelu- ja toimipisteverkon karsimista. Samanaikaisesti tulee kasvattaa digitaalisten sekä etäpalveluiden ensisijaisuutta ja käyttäjävolyymia.

Keski-Uusimaa

Toimenpidesuosituksat hyvinvointialueelle 22.10.2025 ohjausneuvottelussa:

- Uudenmaan hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän järjestämisvastuullisina tulee edelleen vahvistaa perustason sosiaali- ja terveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon toiminnallista integraatiota sekä sitoutua yhteisesti määriteltyjen investointien toteuttamiseen.
- Hyvinvointialueen on varmistettava sujuva päätöksenteko ja jatkettava päivitetyn tuottavuus- ja taloudellisuusohjelman toimenpiteitä toimeenpanoa ja niiden vaikutusten seurantaa talouden tasapainottamiseksi.
- Hyvinvointialueen tulee varmistaa lasten ja nuorten riippuvuus- ja mielenterveyspalvelujen järjestäminen vahvistamalla perustason palveluja.

- Hyvinvointialueen tulee osaltaan kiinnittää jatkossakin huomiota sote-tietotoimitusten seurataan ja varmistaa lakisääteisten sote-tietotoimitusten oikeellisuutta sekä kehittää niitä valtakunnallisessa yhteistyössä, jotta alueellinen ja kansallinen tietopohja säilyy mahdollisimman oikeellisenä.

Kymenlaakso

Toimenpidesuosituksat hyvinvointialueelle 30.10.2025 ohjausneuvottelussa:

- Alueen tulee jatkaa digitaalisten palvelujen kehittämistä ja käytön lisäämistä asiakas- ja palveluohjauksessa sekä asiakas- ja potilaskohtaisten palvelupolkujen sujuvoittamisessa.
- Alueen on tehostettava talouden tasapainottamista ja jatkettava oman palvelutuotannon lisäämistä.
- Alueen on jatkettava määrätietoista työtä henkilöstön riittävyyden ja pysyvyyden varmistamiseksi, sekä vähentääkseen ylimääräisen vuokratyövoiman ja ostopalvelujen käyttöä.
- Alueen on määrätietoisesti tehostettava toimenpiteitä ennaltaehkäisevien ja peruspalvelujen uudistamisessa. Erityisesti on varmistettava ikääntyneiden sekä lasten ja nuorten palvelujen – etenkin riippuvuus- ja mielenterveyspalvelujen – järjestäminen vahvistamalla perustason palveluja.
- Alueen tulee osaltaan seurata ja varmistaa lakisääteisten sote-tietotoimitusten oikeellisuutta ja kehittää niitä valtakunnallisessa yhteistyössä, jotta alueellinen ja kansallinen tietopohja säilyy mahdollisimman oikeellisenä.

Lappi

Toimenpidesuosituksat hyvinvointialueelle 2.12.2025 ohjausneuvottelussa:

- Hyvinvointialueen on tehostettava talouden tasapainottamista. Alueen on varmistettava toimintatapojen uudistustoimenpiteiden eteneminen, joilla saavutetaan tuntuvia kustannussäästöjä. Alueen on uudistettava perusterveydenhuollon palveluverkkoa nykyistä kustannustehokkaammaksi.
- Hyvinvointialue on tehnyt ensimmäisen päätöksen Länsi-Pohjan sairaalan toiminnan muuttamisesta. Hyvinvointialueen on varmistettava päätöksen toimeenpano.
- Hyvinvointialueen tulee varmistaa lasten ja nuorten riippuvuus- ja mielenterveyspalvelujen järjestäminen vahvistamalla perustason palveluja.
- Hyvinvointialueen tulee osaltaan seurata ja varmistaa lakisääteisten sote-tietotoimitusten oikeellisuutta ja kehittää niitä valtakunnallisessa yhteistyössä, jotta alueellinen ja kansallinen tietopohja rakentuu mahdollisimman oikeelliseksi.

Lapin hyvinvointialue on asetettu arviointimenettelyyn VM:n päätöksellä 17.6.2025. Vuoden 2025 loppuun mennessä arviointiryhmä antoi hyvinvointialueelle alla olevat toimenpide-ehdotukset. Arviointiryhmän toimikausi jatkuu touko–kesäkuuhun 2026.

- Hyvinvointialue päättää toimeenpanna palveluverkkoa ja toimitiloja koskevia muutoksia vuoden 2026 talousarvion ja vuosien 2026–2028 taloussuunnitelman hyväksynnän yhteydessä niin, että alueen toimitilakustannuksia saadaan vuonna 2026 alennettua merkittävästi vuoden 2025 tasosta ja että kustannusten lasku jatkuu taloussuunnitelmakaudella.

- Erikoissairaanhoidon hyvinvointialue irtisanoo Mehiläinen Länsi-Pohja Oy:n kanssa solmitun sopimuksen päättymään mahdollisimman pikaisesti, kuitenkin viimeistään 31.12.2027.
 - Länsi-Pohjan sairaalan toiminta muutetaan vastaamaan lähinnä alueen perusterveydenhuollon tarpeita ja että alueen muut terveyspalvelut mitoitetaan tämän mukaisesti. Erikoissairaanhoidon luettavia palveluita tarjotaan perusterveydenhuollon yhteydessä niiltä osin kuin se on toiminnallisesti ja taloudellisesti perusteltua.
- Lapin hyvinvointialue keventää ikääntyneiden palvelurakennetta purkamalla laitoshoidon, vähentämällä ympärivuorokautista palveluasumista, lisäämällä yhteisöllistä asumista ja perhehoitoa sekä ohjaamalla näiden palveluiden sisääntuloa tavoitteellisesti.
- Lapin hyvinvointialue keventää vammaispalvelujen palvelurakennetta purkamalla laitospalvelua ja ohjaamalla laitospalvelun asiakkaat ympärivuorokautisen asumisen piiriin. Lisäksi ympärivuorokautisen palveluasumisen vähennetään vahvistamalla yhteisöllistä asumista.
- Lapin hyvinvointialue luopuu asumispalvelujen kuntakohtaisesta kriteeristä ja varmistaa asumispalvelujen saavutettavuuden tavalla, joka mahdollistaa tarkoituksenmukaisen palvelurakenteen.
- Talousarvio ja taloussuunnitelma 2026–2030 Hyvinvointialueen on tarkennettava talousarviota vuodelle 2026 ja siihen sisällytettyä muutosohjelmaa ja valmisteltava vuoteen 2030 saakka ulottuva uudistettu taloussuunnitelma, joka muodostaa sitovan raamin tulevien vuosien toiminta- ja taloussuunnittelulle.
- Taloussuunnitelman tulee sisältää riittävät konkreettiset toimenpiteet talouden tasapainottamiseksi ja alijäämän kattamiseksi, sekä toimenpiteiden arvioidut talousvaikutukset vuosittain. Mukana tulee olla sekä jo päätetyt toimenpiteet, että suunnittelussa ja valmistelussa olevat toimenpiteet, lähtökohtana arviointiryhmän toimenpideehdotukset ja suositukset sekä alueen omat suunnitelmat, talouden tasapainotusohjelmat, muutosohjelmat, selvitykset ja muu tehty valmistelutyö, ml. konsulttiselvitykset. Taloussuunnitelman valmistelussa tulee nostaa esille toimenpiteitä mahdollisimman ennakkoluulottomasti. Taloussuunnitelman tulee olla ylijäämän osalta sitova siten, että ohjelman sisäiset muutokset ovat kustannusneutraaleja.

- Hyvinvointialueen aluevaltuusto käsittelee tarkennetun talousarvion ja vuoteen 2030 ulottuvan taloussuunnitelman viimeistään toukokuun 2026 aikana. Arviointiryhmä muodostaa kantansa hyvinvointialueesta annetun lain 122 §:n 3 momentin tarkoittamaan aluejakoselvittäjän asettamiseen sen jälkeen, kun aluevaltuuston päätös taloussuunnitelmasta on tiedossa. Arviointiryhmä katsoo, että palveluverkkoa koskevat päätökset tulee tehdä aluevaltuustossa jo tätä aikaisemmin eli suunnitellun mukaisesti helmikuussa 2026.
- Edellä ehdotetun toteuttamiseksi arviointiryhmä ehdottaa, että hyvinvointialueella valmistellaan tarkennetun taloussuunnitelman laadinnan pohjaksi arviointiryhmän tammikuun kokoukseen mennessä kyseiset vuodet kattava kehysbudjetti toimialoittain ja soveltuvin osin vastuualueittain. Lisäksi ehdotetaan, että vuoden 2026 talousarvio ja vuoteen 2030 ulottuva taloussuunnitelma puretaan erillisessä dokumentissa yksityiskohtaisempiin toimenpiteisiin, joilla on selkeät ajalliset ja euromääräiset tavoitteet.

Länsi-Uusimaa

Toimenpidesuosituksat hyvinvointialueelle 29.10.2025 ohjausneuvottelussa:

- Uudenmaan hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän järjestämisvastuullisina tulee edelleen vahvistaa perustason sosiaali- ja terveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon toiminnallista integraatiota sekä sitoutua yhteisesti määriteltyjen investointien toteuttamiseen.
- Hyvinvointialueen tulee varmistaa lasten ja nuorten riippuvuus- ja mielenterveyspalvelujen järjestäminen vahvistamalla perustason palveluja.
- Hyvinvointialueen tulee osaltaan seurata ja varmistaa lakisääteisten sote-tietotoimitusten oikeellisuutta ja kehittää niitä valtakunnallisessa yhteistyössä, jotta alueellinen ja kansallinen tietopohja rakentuu mahdollisimman oikeelliseksi.

Pirkanmaa

Toimenpidesuosituksat hyvinvointialueelle 20.11.2025 ohjausneuvottelussa:

- Hyvinvointialueen tulee varmistaa lasten ja nuorten riippuvuus- ja mielenterveyspalvelujen järjestäminen jatkamalla perustason palvelujen vahvistamista.
- Hyvinvointialueen tulee osaltaan seurata ja varmistaa lakisääteisten sote-tietotoimitusten oikeellisuutta ja kehittää niitä valtakunnallisessa yhteistyössä, jotta alueellinen ja kansallinen tietopohja rakentuu mahdollisimman oikeellisenä.

Pohjanmaa

Toimenpidesuosituksat hyvinvointialueelle 6.11.2025 ohjausneuvottelussa:

- Alueen on siirrettävä painopistettä ennaltaehkäiseviin ja kevyempiin palveluihin (ml. etä- ja digipalvelut) sekä jatkettava raskaampien palvelujen tarpeen vähentämistä.
- Hyvinvointialueen tulee varmistaa lasten ja nuorten riippuvuus- ja mielenterveyspalvelujen järjestäminen vahvistamalla perustason palveluja.
- Hyvinvointialueen tulee osaltaan seurata ja varmistaa lakisääteisten sote-tietotoimitusten oikeellisuutta ja kehittää niitä valtakunnallisessa yhteistyössä, jotta alueellinen ja kansallinen tietopohja rakentuu mahdollisimman oikeellisenä.

Pohjois-Karjala

Toimenpidesuosituksat hyvinvointialueelle 12.11.2025 ohjausneuvottelussa:

- Hyvinvointialueen on jatkettava palvelurakenteen keventämistä sekä kustannus/menokehityksen hillintää erityisesti ikääntyneiden palveluissa.
- Hyvinvointialue tekee ja toimeenpanee konkreettisen suunnitelman kiireettömän erikoissairaanhoidon hoitoonpääsyn saattamiseksi lainmukaiselle tasolle. Tavoitteeseen pääseminen edellyttää integraation ja yhteistyön varmistamista muun palvelujärjestelmän ja muiden alueiden kanssa.

- Hyvinvointialueen tulee varmistaa lasten ja nuorten riippuvuus- ja mielenterveyspalvelujen järjestäminen vahvistamalla perustason palveluja.
- Hyvinvointialueen tulee osaltaan seurata ja varmistaa lakisääteisten sote-tietotoimitusten oikeellisuutta ja kehittää niitä valtakunnallisessa yhteistyössä, jotta alueellinen ja kansallinen tietopohja rakentuu mahdollisimman oikeelliseksi.

Pohjois-Karjalan hyvinvointialue haki 21.5.2025 VM:ltä lisärahoitusta turvatakseen alueensa väestölle perustuslain mukaiset, rahoituksen riittämättömyyden vuoksi vaarantumisuhan alla olevat sosiaali- ja terveyspalvelut sekä pelastuspalvelut. Lisärahoitusta selvittäneen valmisteluryhmän arvion mukaan Pohjois-Karjalan hyvinvointialue ei ollut järjestänyt vuonna 2025 kaikkia sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen palveluja lainsäädännön mukaisesti. Alueen talousarvion mukainen rahoituksen taso vuonna 2025 ei valmisteluryhmän arvion mukaan riittänyt kaikilta osin lakisääteisten palvelujen järjestämisen kustannusten kattamiseen. Pohjois-Karjalan hyvinvointialueelle myönnettiin rahoituslain 11 §:n mukaisesti lisärahoitusta yhteensä 2,6 miljoonaa euroa. Lisärahoituksen myöntämisen ehdoiksi asetettiin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen osalta seuraavat ehdot:

- Hyvinvointialueen on varmistettava, että alueen sosiaali- ja terveyspalvelut toteutuvat riittävällä tasolla kaikissa palvelukokonaisuuksissa, erityisesti ikäihmisten asumispalvelujen, erikoissairaanhoidon kiireettömän hoidon sekä lastensuojelun sijaishuollon ja avohuollon tukipalvelujen sekä nuorten mielenterveys- ja päihdepalvelujen osalta esiintyvien lakisääteisen tason toteutumisen puutteita korjaten.
- Hyvinvointialueen on toteutettava välttämättömiä muutoksia sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaisuudessa, kuten palvelurakenteen keventäminen ja palveluketjujen toimivuutta koskevat muutokset, palveluintegraation syventäminen ja muutokset alueen voimavarojen kohdentamisessa.

Pohjois-Karjalan hyvinvointialue on tehnyt suunnitelman lisärahoituksen todettujen ongelmien korjaamiseksi ja ryhtynyt niiden toimeenpanoon. Tämän selvityksen valmistuessa tammikuussa 2026 on kuitenkin vielä liian varhaista arvioida toimenpiteiden onnistumista. STM arvioi tilannetta hyvinvointialueelta edellytetyn selvityksen yhteydessä toukokuussa 2026.

Pohjois-Pohjanmaa

Toimenpidesuosituksat hyvinvointialueelle 3.12.2025 ohjausneuvottelussa:

- Alueen on määrätietoisesti jatkettava palveluiden uudistamista ja talouden tasapainottamista.
- Alueen on varmistettava yliopistollisen sairaalan tuottavuushyötyjen toteutuminen.
- Hyvinvointialue toimeenpanee konkreettisen suunnitelmansa kiireettömän erikoissairaanhoidon hoitopääsyn saattamiseksi lainmukaiselle tasolle. Tavoitteeseen pääseminen edellyttää integraation ja yhteistyön varmistamista muun palvelujärjestelmän ja muiden alueiden kanssa.
- Hyvinvointialueen tulee varmistaa lasten ja nuorten riippuvuus- ja mielenterveyspalvelujen järjestäminen vahvistamalla perustason palveluja.
- Hyvinvointialueen tulee osaltaan seurata ja varmistaa lakisääteisten sote-tietotoimitusten oikeellisuutta ja kehittää niitä valtakunnallisessa yhteistyössä, jotta alueellinen ja kansallinen tietopohja rakentuu mahdollisimman oikeelliseksi.

Pohjois-Savo

Toimenpidesuosituksat hyvinvointialueelle 25.11.2025 ohjausneuvottelussa:

- Hyvinvointialue tekee ja toimeenpanee konkreettisen suunnitelman kiireettömän erikoissairaanhoidon hoitoon pääsyn saattamiseksi lainmukaiselle tasolle. Tavoitteeseen pääseminen edellyttää integraation ja yhteistyön varmistamista muun palvelujärjestelmän ja muiden alueiden kanssa.
- Alueen on edelleen varmistettava poliittinen päätöksentekokyky, joka tukee talouden tasapainottamista ja palveluverkon uudistumista.
- Hyvinvointialueen tulee varmistaa lasten ja nuorten riippuvuus- ja mielenterveyspalvelujen järjestäminen vahvistamalla perustason palveluja ja integraatiota.

- Hyvinvointialueen tulee osaltaan seurata ja varmistaa lakisääteisten sote-tietotoimitusten oikeellisuutta ja kehittää niitä valtakunnallisessa yhteistyössä, jotta alueellinen ja kansallinen tietopohja rakentuu mahdollisimman oikeellisenä.

Päijät-Häme

Toimenpidesuosituksat hyvinvointialueelle 3.11.2025 ohjausneuvottelussa:

- Alueen on jatkettava talouden tasapainottamista ja vuokratyövoiman vähentämistä, sekä omantuotannon ja ostopalveluiden optimointia silloin, kun se on taloudellisesti perusteltua.
- Hyvinvointialue tekee ja toimeenpanee konkreettisen suunnitelman kiireettömän erikoissairaanhoidon hoitoon pääsyn saattamiseksi lainmukaiselle tasolle. Tavoitteeseen pääseminen edellyttää integraation ja yhteistyön varmistamista muun palvelujärjestelmän ja muiden alueiden kanssa.
- Hyvinvointialueen on määrätietoisesti jatkettava toimenpiteitä ennaltaehkäisevien ja peruspalvelujen vahvistamiseksi. Erityisesti on varmistettava lasten ja nuorten palvelujen – etenkin riippuvuus- ja mielenterveyspalvelujen – järjestäminen vahvistamalla perustason palveluja.
- Hyvinvointialueen tulee osaltaan seurata ja varmistaa lakisääteisten sote-tietotoimitusten oikeellisuutta ja kehittää niitä valtakunnallisessa yhteistyössä, jotta alueellinen ja kansallinen tietopohja rakentuu mahdollisimman oikeellisenä.

Satakunta

Toimenpidesuosituksat hyvinvointialueelle 6.11.2025 ohjausneuvottelussa:

- Alueen on määrätietoisesti jatkettava ennaltaehkäisevien- ja perustason palveluiden kehittämistä sekä yhdyspintatyötä väestön hyvinvoinnin ja toimintakyvyn tukemiseksi, palvelutarpeeseen vastaamiseksi sekä talouden tasapainottamiseksi.
- Hyvinvointialue tekee ja toimeenpanee konkreettisen suunnitelman kiireettömän erikoissairaanhoidon hoitoonpääsyn saattamiseksi

lainmukaiselle tasolle. Tavoitteeseen pääseminen edellyttää, että alueella vahvistetaan edelleen perustason ja erikoissairaanhoidon integraatiota lisääviä ratkaisuja. Samalla tulee jatkaa palvelurakenteen keventämistä ja vahvistaa myös ennaltaehkäiseviä palveluja.

- Hyvinvointialueen tulee varmistaa lasten ja nuorten riippuvuus- ja mielenterveyspalvelujen järjestäminen vahvistamalla perustason palveluja.
- Hyvinvointialueen tulee osaltaan seurata ja varmistaa lakisääteisten sote-tietotoimitusten oikeellisuutta ja kehittää niitä valtakunnallisessa yhteistyössä, jotta alueellinen ja kansallinen tietopohja rakentuu mahdollisimman oikeellisenä.

Vantaa-Kerava

Toimenpidesuosituksat hyvinvointialueelle 23.10.2025 ohjausneuvottelussa:

- Uudenmaan hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän järjestämisvastuullisina tulee edelleen vahvistaa perustason sosiaali- ja terveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon toiminnallista integraatiota sekä sitoutua yhteisesti määriteltyjen investointien toteuttamiseen.
- Hyvinvointialueen tulee varmistaa lasten ja nuorten riippuvuus- ja mielenterveyspalvelujen järjestäminen vahvistamalla perustason palveluja.
- Hyvinvointialueen tulee osaltaan seurata ja varmistaa lakisääteisten sote-tietotoimitusten oikeellisuutta ja kehittää niitä valtakunnallisessa yhteistyössä, jotta alueellinen ja kansallinen tietopohja säilyy mahdollisimman oikeellisenä.

Varsinais-Suomi

Toimenpidesuosituksat hyvinvointialueelle 5.11.2025 ohjausneuvottelussa:

- Palveluverkkosuunnitelman eteneminen on turvattava ja palvelurakenteen uudistamista on jatkettava, esim. palveluketjuja tehostamalla ja digitaalisia palveluita hyödyntämällä.
- Alueen on varmistettava poliittinen päätöksentekokyky ja tarpeen vaatiessa muutettava toimielinrakennettaan.

- Alue tekee ja toimeenpanee konkreettisen suunnitelman kiireettömän erikoissairaanhoidon hoitoonpääsyn saattamiseksi lainmukaiselle tasolle. Tavoitteeseen pääseminen edellyttää integraation ja yhteistyön varmistamista muun palvelujärjestelmän ja muiden alueiden kanssa.
- Hyvinvointialueen tulee varmistaa lasten ja nuorten riippuvuus- ja mielenterveyspalvelujen järjestäminen vahvistamalla perustason palveluja.
- Hyvinvointialueen tulee osaltaan seurata ja varmistaa lakisääteisten sote-tietotoimitusten oikeellisuutta ja kehittää niitä valtakunnallisessa yhteistyössä, jotta alueellinen ja kansallinen tietopohja rakentuu mahdollisimman oikeellisenä.

ISSN pdf: 2242-0037
ISBN pdf: 978-952-00-7510-1



Sosiaali- ja
terveysministeriö

stm.fi/julkaisut
julkaisut.valtioneuvosto.fi