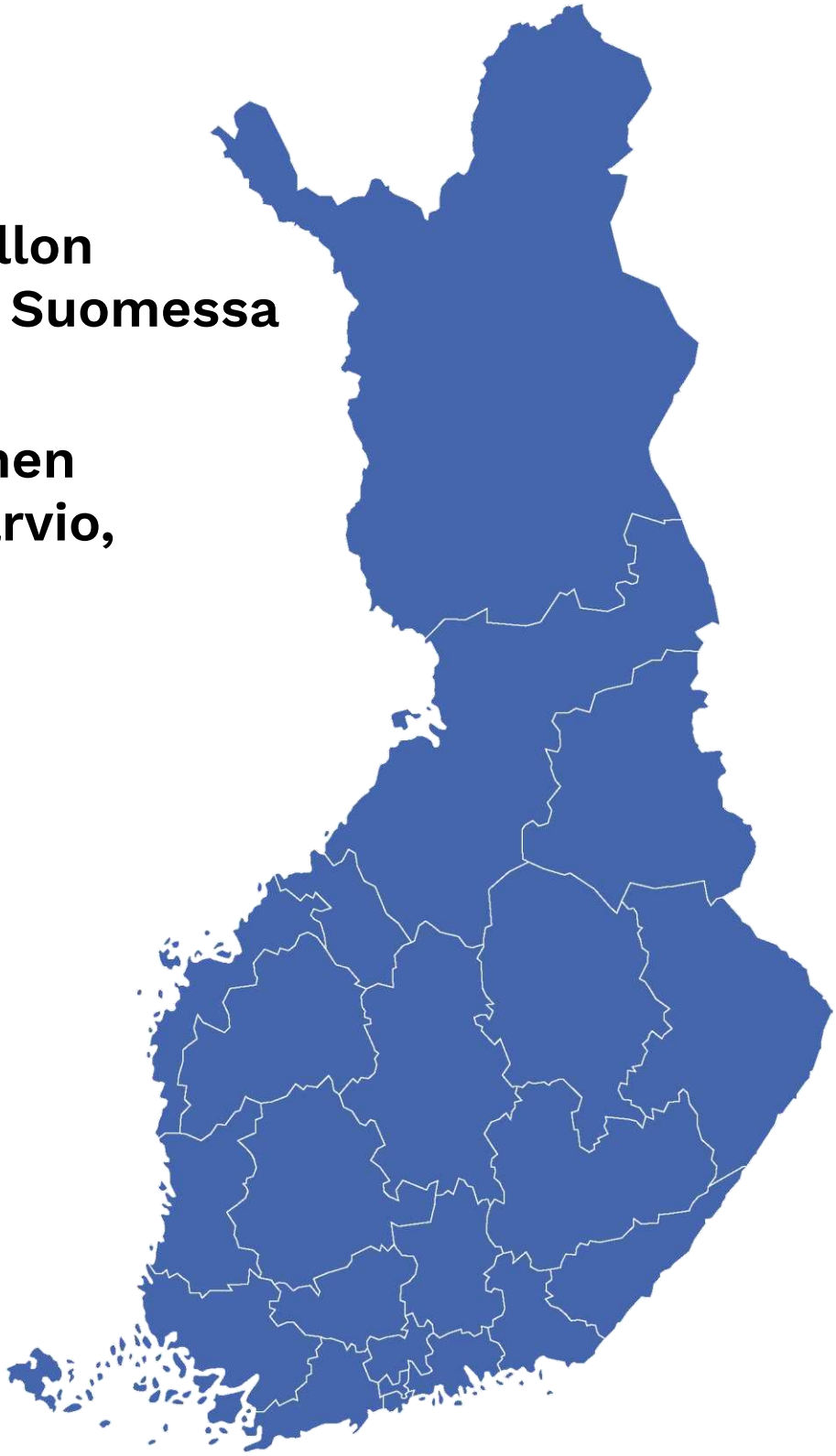
thl Päätösten tueksi
Tiedosta arviointiin tavoitteena paremmat palvelut
33/2026

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen Suomessa

Valtakunnallinen asiantuntija-arvio, syksy 2026



Nina Knape
Henri Lahtinen
Jaana Leipälä
Tuulikki Louet-Lehtoniemi
Pasi Oksanen
Hannele Ridanpää
Vesa Syrjä
Taru Syrjänen

CC BY-NC-ND 4.0 | Helsinki 2026
ISBN 978-952-408-754-4 (verkko), ISSN 1799-3946 (verkko),
http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-754-4

Sisällys

Lukijalle ... 3
Asiantuntija-arvion johtopäätökset ... 4
Väestö, palvelutarve ja toimintaympäristö ... 11
Sote-palvelujen nykytila ja kehitys ... 20
Arvioinnin tietopohja ... 42
Lähteet ... 43
Liite 1. Indikaattorit ... 45

Lukijalle

Osana valtakunnallista ohjausta Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tehtävänä on sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain 30 §:n mukaan laatia vuosittain asiantuntija-arviot sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä hyvinvointialueittain, yhteistyöalueittain ja valtakunnallisesti. Tämä syksyn 2026 valtakunnallinen asiantuntija-arvio tarjoaa tuoreen tilannekuvan hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä.

Syksyn 2026 sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen valtakunnallinen asiantuntija-arvio sisältää katsauksen hyvinvointialueiden toimintaympäristön ja väestön palvelutarpeen muutoksiin sekä sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan ja talouden nykytilaan ja kehitykseen.

Valtakunnallisessa asiantuntija-arviossa on hyödynnetty erityisesti THL:n eri raportointityökalujen tarjoamia tietoja ja hyvinvointialuekohtaisten asiantuntija-arvioiden päähavaintoja sekä muita ajankohtaisia alueellisia ja valtakunnallisia selvityksiä ja tutkimuksia. Asiantuntija-arvion valmistelussa on kuultu lisäksi laajasti THL:n asiantuntijoita. THL julkaisee valtakunnallisen asiantuntija-arvion ja hyvinvointialuekohtaiset arviot samaan aikaan.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen valtakunnallinen asiantuntija-arvio on suunnattu tukemaan kansallisia ja alueellisia päättäjiä, viranhaltijoita ja asiantuntijoita. THL:n asiantuntija-arviot muodostavat vahvan perustan myös sosiaali- ja terveysministeriön vuosittain laatimalle valtakunnalliselle selvitykselle sosiaali- ja terveydenhuollon yhdenvertaisesta toteutumisesta ja rahoituksen tason riittävyydestä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen asiantuntija-arvioita täydentää hyvinvointialueiden ohjauksessa ja johtamisessa sekä seurannassa ja arvioinnissa tarvittavaa strategisen tason tietoa kokoava Seurannan, arvioinnin ja ohjauksen ydintiedot (SAO) -raportointipalvelu.

Helsingissä 4.11.2026

Piia Aarnisalo

Ylijohtaja

Asiantuntija-arvion johtopäätökset

Alueet eriytyvät entistä vahvemmin

Väestön ikärakenne, sairastavuus ja työkyvyttömyys vaihtelevat huomattavasti alueittain ja heijastuvat palvelutarpeisiin. Sairastavuuden alue-erot ovat säilyneet suurina, ja työkyvyttömyydessä ne ovat kasvaneet. Väestökehitys voimistaa eriytymistä entisestään alueiden välillä, mutta väestön keskittyminen kasvukeskuksiin eriyttää palvelutarpeita myös alueiden sisällä.

Väestönkasvun ennakoidaan jatkuvan erityisesti Uudellamaalla, Pirkanmaalla ja Varsinais-Suomessa. Väestöään menettävillä alueilla ikääntyminen sekä monin paikoin korkea sairastavuus ja työkyvyttömyys ylläpitävät korkeaa palvelutarvetta ja haastavat palvelujen järjestämisen taloudellisia edellytyksiä.

Maahanmuuttoon painottuva väestönkasvu ja samanaikainen ikääntyminen lisäävät palvelujen kysyntää ja muuttavat palvelutarpeiden rakennetta. Väestön monimuotoistuminen korostaa kielellisesti ja kulttuurisesti saavutettavien palvelujen tarvetta. Asunnottomuuden lisääntyminen puolestaan kasvattaa hyvinvoinnin ja terveyden eriarvoisuuden riskiä ja korostaa asumisen tuen sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteensovittamisen tarvetta.

Ehkäisevän toiminnan uudistaminen ei pysy kasvavien palvelutarpeiden tahdissa

Hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistämisen merkitys korostuu palvelutarpeiden kasvaessa ja hyvinvointi- ja terveyserojen säilyessä suurina. Toiminnan strateginen perusta ja yhteistyörakenteet ovat vahvistuneet, mutta ehkäisevälle toiminnalle asetettujen tavoitteiden ja käytettävissä olevien voimavarojen välillä on epäsuhtaa, mikä vaikeuttaa tavoitteiden toteuttamista. Ehkäisevän toiminnan toimeenpano ja vaikuttavien toimintamallien vakiinnuttaminen etenevät alueittain eri tahtiin, eivätkä kokonaisuutena riittävästi vastaa kasvaviin palvelutarpeisiin. Rajalliset voimavarat korostavat tarvetta priorisoida vaikuttavimpia toimintatapoja ja kehittää uudenlaisia ratkaisuja hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamiseksi sekä palvelutarpeiden kasvun hillitsemiseksi.

Jatkuvat muutosneuvottelut kuormittaneet henkilöstön työhyvinvointia

Henkilöstön saatavuuden paraneminen on vahvistanut hyvinvointialueiden oman palvelutuotannon edellytyksiä ja mahdollistanut vuokratyövoiman käytön vähentämisen. Haasteita on edelleen erityisesti lääkärien, psykologien ja sosiaalityöntekijöiden saatavuudessa. Talouden sopeuttamistoimet ovat vähentäneet henkilöstöä osalla hyvinvointialueista, mutta irtisanottujen työntekijöiden uudelleenrekrytoinnin vuoksi henkilöstömäärä ei ole juurikaan muuttunut. Toisaalta palvelujen siirtäminen ostopalveluista omaan tuotantoon on lisännyt henkilöstömäärää.

Talouden sopeuttamiseen liittyvät muutosneuvottelut ovat lisänneet epävarmuutta työtehtävien jatkuvuudesta, sisällöistä ja sijainnista sekä kuormittaneet henkilöstön työhyvinvointia lähes kaikilla alueilla. Työhyvinvoinnin haasteet voivat lisätä sairauspoissaoloja ja henkilöstön vaihtuvuutta, mikä heikentää oman palvelutuotannon edellytyksiä ja lisää kustannuspaineita. Oman palvelutuotannon toimintakyvyn turvaaminen edellyttää riittävää henkilöstön saatavuutta, työkyvyn tukemista sekä osaamisen ja henkilöstövoimavarojen kohdentamista palvelutarpeiden mukaisesti.

Väestön muuttuvat palvelutarpeet ja henkilöstön laaja eläköityminen lisäävät tulevina vuosina riskiä henkilöstövoimavarojen ja palvelutarpeiden epätasapainosta. Yhdenvertaisten palvelujen ja taloudellisen kestävyyden turvaaminen edellyttää henkilöstösuunnittelun tiiviimpää kytkemistä palvelurakenteen uudistamiseen ja talouden suunnitteluun sekä henkilöstön työkyvyn ja pysyvyyden tukemista.

Palveluverkkojen uudistaminen vielä kesken

Palveluverkkojen uudistaminen on edennyt hyvinvointialueilla eri tahtiin. Useimmilla alueilla uudistukset ovat toimeenpanovaiheessa, mutta päätöksenteon viivästymiset ovat paikoin lykänneet suunniteltuja muutoksia ja niiltä odotettuja säästöjä. Palvelujen keskittäminen ja palvelukanavien monipuolistaminen luovat edellytyksiä toiminnan tehostamiselle, kustannussäästöjen saavuttamiselle ja resurssien riittävyyden turvaamiselle. Samalla digitaalisia palvelukanavia vahvistetaan täydentämään ja osin korvaamaan fyysistä palveluverkkoa. Palveluverkkouudistuksilla pyritään myös keventämään palvelurakennetta vähentämällä esimerkiksi vuodeosastokapasiteettia ja siirtämällä palvelujen painopistettä avohoitoon ja kotiin vietäviin palveluihin.

Palveluverkon muutosten hallinta edellyttää korvaavien palvelujen oikea-aikaista vahvistamista suhteessa raskaampien palvelujen vähentämiseen. Samalla on varmistettava, että eri toimipisteissä ja palvelukanavissa tuotetut palvelut muodostavat asiakkaiden tarpeisiin vastaavan, saavutettavan ja vaikuttavan kokonaisuuden. Erityisesti digitaalisten palvelujen kehittämisessä on huomioitava eri väestöryhmien valmiudet ja mahdollisuudet käyttää palveluja. Palvelukanavien monipuolistuminen korostaa myös palvelujen yhteensovittamisen, asiakasohjauksen ja hoidon jatkuvuuden merkitystä. Uudistusten kokonaisvaikutuksia palvelujen saatavuuteen, vaikuttavuuteen ja kustannuksiin on vielä liian aikaista arvioida.

Tiedolla johtamisen edellytyksiä vahvistettava tietopohjan laatua ja kattavuutta kehittämällä

Tietojärjestelmien yhtenäistäminen on vahvistanut hyvinvointialueiden tiedolla johtamisen edellytyksiä. Talouden tietopohja on kehittynyt valtakunnallisesti hyvin. Toimintaa kuvaavan tietopohjan laatu- ja kattavuuspuutteet vaikeuttavat silti edelleen palvelujen järjestämisen arviointia sekä kustannusten ja palvelujen vaikutusten tarkastelua yhtenä kokonaisuutena. Erityisesti sosiaalihuollon tietopohjan puutteet vaikeuttavat palvelutarpeiden tunnistamista ja palvelujen kohdentamista. Kansallisten vaikuttavuus- ja kustannusvaikuttavuustavoitteiden saavuttaminen edellyttää tietojärjestelmien yhtenäistämisen rinnalla tiedon laadun, analysoinnin ja päätöksenteossa hyödyntämisen vahvistamista.

Hyvinvointialueiden talouden kehitysnäkymät voimakkaasti eriytyneet

Hyvinvointialueiden talouden kokonaisuutena myönteinen kehitys peittää alleen merkittäviä alueellisia eroja taloudellisessa kestävyydessä ja palvelujärjestelmän uudistamisen edellytyksissä. Osalla alueista kustannuskehityksen hallinta ja rahoituksen kasvu ovat mahdollistaneet kertyneiden alijäämien kattamisen sekä palvelujen kehittämisen. Toisilla alueilla suuret alijäämät, kasvava palvelutarve ja rahoituksen kasvun hidastuminen ylläpitävät huomattavaa sopeutuspainetta.

Väestökehitys vahvistaa alueiden eriytymistä: kasvavilla alueilla kokonaisrahoitus ja myös palvelutarve lisääntyy, kun taas väestöään menettävillä ja ikääntyvillä alueilla rahoituksen hidas kasvu kaventaa taloudellista liikkumavaraa suhteessa muuttuvaan palvelutarpeeseen.

Sote-kustannusten kasvua onnistuttu hidastamaan palvelutarpeiden kasvupaineista huolimatta

Sosiaali- ja terveydenhuollon menojen kasvun hidastuminen osoittaa kustannusten hallinnan vahvistuneen kokonaisuutena, mutta alueelliset erot ovat edelleen huomattavia. Korkeita asukaskohtaisia kustannuksia selittävät osin väestön suuri palvelutarve ja alueelliset olosuhteet, mutta myös raskaat palvelurakenteet, sairaala- ja päivystysverkon laajuus sekä tuotantotapojen erot.

Palvelutarpeeseen suhteutettu kustannustarkastelu tarkentaa kuvaa alueiden välisistä eroista. Etelä-Savossa sekä asukaskohtaiset nettokustannukset että laskennallinen palvelutarve ovat maan korkeimmat, mutta palvelutarpeeseen suhteutetut kustannukset ovat lähellä maan keskitasoa. Kymenlaaksossa korkeita tarvevakioituja kustannuksia selittää suuren palvelutarpeen lisäksi raskas palvelurakenne, kun taas Pohjois-Karjalassa matalat tarvevakioidut kustannukset herättävät kysymyksen palvelujen riittävyydestä suhteessa väestön tarpeisiin.

Taloudellisten toimintaedellytysten eriytyminen vaarantaa palvelujen yhdenvertaista saatavuutta

Kustannuskehityksen alueelliset erot viittaavat myös palvelurakenteiden uudistamisen eritahtisuuteen ja kustannusten hallinnan erilaisiin tuloksiin. Erityisen haasteellinen tilanne on alueilla, joilla korkeat tarvevakioidut kustannukset, merkittävät alijäämät ja hidas rahoituskehitys yhdistyvät keskeneräisiin rakenneuudistuksiin. Etenkin voimakkaasti väestöään menettävillä alueilla taloudellisen liikkumavaran kaventuminen vaikeuttaa palvelujen turvaamista ja lisää riskiä alueellisten yhdenvertaisuuserojen kasvuun.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuus on monilta osin parantunut, mutta palvelujen riittävyydessä ja saatavuudessa on edelleen huomattavia eroja eri palvelujen ja hyvinvointialueiden välillä. Hoitoon pääsy on parantunut erityisesti erikoissairaanhoidossa, ja perustason palveluja sekä varhaista tukea on vahvistettu. Perusterveydenhuollossa lääkärille pääsyn ja hoidon jatkuvuuden puutteet haastavat kuitenkin yhdenvertaisuutta. Myös sosiaalipalvelujen saatavuudessa ja riittävyydessä on alueellisia eroja, ja erityisesti lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa, vammaispalveluissa sekä iäkkäiden palveluissa on edelleen puutteita tarpeenmukaisten palvelujen toteutumisessa.

Hyvinvointialueiden talouden tasapainottamisessa ratkaisevaa on, johtavatko sopeutustoimet pysyviin, palvelutarpeeseen nähden kustannusvaikuttaviin muutoksiin ja vahvistavatko ne samalla perustason palvelujen edellytyksiä. Tämä korostaa taloudellisen kestävyyden, tarvevakioidun kustannuskehityksen sekä palvelujen riittävyyden ja vaikuttavuuden yhteistä arviointia.

Lasten, nuorten ja perheiden palvelutarve kasvaa nopeammin kuin perustason palvelut vahvistuvat

Lasten, nuorten ja perheiden palvelujen saatavuus on parantunut, mutta yhdenvertaisuus toteutuu edelleen puutteellisesti. Lastensuojelun määräaikojen noudattaminen ja psykiatriseen erikoissairaanhoitoon pääsy ovat parantuneet. Henkilöstövajeet sekä kielelliset ja kulttuuriset esteet vaikeuttavat kuitenkin oikea-aikaisen avun saamista. Erityisesti perustason mielenterveys- ja päihdepalvelujen riittämättömyys ja pirstaleisuus hankaloittavat tarpeenmukaisen tuen ja hoidon saantia.

Perustason palvelujen vahvistuminen ei ole vielä olennaisesti keventänyt palvelurakennetta. Lapsiperheiden varhaisen tuen palvelujen peittävyys on kasvanut, mutta myös lastensuojelun avohuollon asiakkuudet ovat lisääntyneet ja sijoitettujen lasten osuus on säilynyt ennallaan. Toistuvat lastensuojeluilmoitukset ja pienten lasten asiakkuuksien kasvu kertovat tarpeesta vahvistaa tuen oikea-aikaisuutta ja riittävyyttä. Mielenterveyspalvelujen painopiste on siirtymässä perustasolle, mitä kuvastanee myös lasten- ja nuorisopsykiatrian kustannuskasvun hidastuminen.

Palvelujen integraatio on edennyt ja perustason ja erikoissairaanhoidon yhteistyö tiivistynyt. Vaativaa tukea tarvitsevien asiakkaiden palveluketjuissa on kuitenkin edelleen puutteita. Haasteet korostuvat vaativaa psykiatrista hoitoa ja päihdehoitoa tarvitsevien nuorten sekä lastensuojelun ja psykiatrian yhteisasiakkaiden palveluissa. Palveluja on siksi kehitettävä kokonaisuutena ja myös lasten ja heidän vanhempiensa palvelujen yhteensovittamista vahvistettava.

Työikäisten heikentynyt sosioekonominen tilanne lisännyt palvelutarvetta

Työikäisten sosiaalipalvelujen kehitys on pääosin valtakunnallisten tavoitteiden suuntaista: varhaista tukea, palveluohjausta, monialaista integraatiota ja digitaalisia palveluja on vahvistettu. Aikuisväestön sosioekonomisen tilanteen heikentyminen lisää paitsi työikäisten sosiaalipalvelujen myös lapsiperheiden tuen ja muiden sosiaali- ja terveyspalvelujen tarvetta.

Kasvava palvelutarve ei kuitenkaan vielä näy työikäisten sosiaalipalvelujen käytön tai kustannusten nousuna. Aktivointiasteen lasku, työttömien terveystarkastusten matala kattavuus ja palvelujen saatavuuteen kohdistuvat riskit korostavat tarvetta seurata, pystytäänkö kasvavaan työ- ja toimintakyvyn sekä perheiden tuen tarpeeseen vastaamaan riittävästi ja oikea-aikaisesti.

Mielenterveys-, päihde- ja riippuvuuspalvelujen rakenteellinen uudistaminen jatkuu

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen painopistettä on siirretty kevyempiin, liikkuviin ja kotiin vietäviin palveluihin. Painopisteen muutos näkyy myös kustannuskehityksessä, vaikka alueiden

väliset kustannuserot ovat edelleen suuria. Mielenterveys-, päihde- ja riippuvuuspalvelujen kustannukset ovat lisääntyneet muuta sosiaali- ja terveydenhuoltoa nopeammin, mutta kustannusten kasvu painottuu kevyempiin palveluihin.

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen uudistaminen on kesken, eivätkä kevyemmät palvelut aina vastaa asiakkaiden palvelutarpeita. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon saatavuus on selvästi parantunut, mutta perustason palvelujen saatavuudessa on edelleen puutteita. Erityisesti päihde- ja riippuvuuspalvelujen saatavuudessa on alueellisia eroja, jotka voivat heikentää palvelujen yhdenvertaista toteutumista.

Perus- ja erityistason sekä sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio on edennyt yhtenäisten palvelupolkujen ja hoidonporrastuksen kehittämisen myötä. Palvelujen yhteensovittamisessa on kuitenkin edelleen puutteita.

Vammaispalvelujen järjestämistä haastaa uuden lain toimeenpano

Uuden vammaispalvelulain siirtymäaika päättyy vuoden 2027 lopussa, johon mennessä alueiden on uusittava kaikkien vammaispalveluasiakkaiden palvelupäätökset. Päätösten uusimisprosessi haastaa alueita, sillä jo nykytilanteessa päätöksenteossa on viiveitä. Palvelutarpeen arviointien käsittelyviiveet ja laatuongelmat sekä vaikeudet palvelupäätösten toimeenpanossa ovat paikoin heikentäneet palvelujen saatavuutta. Vammaispalvelulain soveltaminen edellyttää arviointia siitä, vastaavatko ensisijaisen lainsäädännön mukaiset palvelut henkilön yksilöllisiin tarpeisiin. Jos ne eivät ole vammaisen henkilön kannalta sopivia ja riittäviä, palvelut järjestetään vammaispalvelulain mukaisina palveluina.

Alueiden toimenpiteet palvelurakenteen keventämiseksi eivät vielä näy palvelujen käytössä ja kustannuksissa. Ympärivuorokautista asumispalvelua käytetään edelleen paljon ja kustannukset ovat kasvaneet nopeasti. Laitoshoidon purkaminen on edennyt hitaasti. Suuret alueelliset erot palvelujen käytössä voivat viitata puutteisiin palvelujen yhdenvertaisessa saatavuudessa, mutta eroja selittävät myös alueiden erilaiset palvelutarpeet ja palvelujen järjestämistavat.

Iäkkäiden palvelurakenteen muutos edellyttää riittävää tukea kotona asumiseen

Iäkkäiden palvelurakenne kevenee hitaasti. Ympärivuorokautisen palveluasumisen peittävyys on pysynyt ennallaan. Kotihoidon peittävyys sitä vastoin on pienentynyt edelleen ja yhteisöllisen asumisen osuus on hienoisesta kasvusta huolimatta vähäinen. Lähes ennallaan säilyneestä palvelurakenteesta huolimatta iäkkäiden sosiaalipalvelujen nettokustannukset 75 vuotta täyttäneeseen väestöön suhteutettuna laskivat selvästi vuonna 2025. Kustannusten vähenemistä selittää erityisesti ympärivuorokautisen hoivan vähimmäishenkilöstömitoituksen alentaminen.

Kotihoidon ja sitä tukevien palvelujen riittämättömyys rajoittaa mahdollisuuksia vähentää ympärivuorokautisen hoivan tarvetta. Rakenteen uudistaminen edellyttää kevyempien palvelujen riittävää vahvistamista sekä muutosten yhteensovittamista ja ajoittamista siten, että tarpeenmukainen hoiva turvataan.

Kotihoidon toteutumatta jääneet palvelutunnit ja asumispalvelujen odotusajat viittaavat puutteisiin tarpeenmukaisen tuen saamisessa ja resursoinnissa, vaikka lakisääteiset määräajat pääosin toteutuivat. Huomattavat alueelliset erot erityisesti kotihoidon peittävyydessä osoittavat, että avunsaanti riippuu palvelutarpeen ohella asuinpaikasta. Yleistynyt läheisapu vahvistaa arjen

tukea ja täydentää palveluja. Toisaalta yhä useampi 75 vuotta täyttänyt ei saa iäkkäiden sosiaalipalveluja.

Iäkkäiden palvelujen asiakkaat ovat yhä huonokuntoisempia, mikä lisää monipuolisten ja yhteensovitettujen palvelujen tarvetta. Iäkkäiden sosiaalipalvelujen ja terveydenhuollon palvelujen integraatio on vahvistunut. Liikkuvat terveyspalvelut, kuntoutus sekä ensihoito- ja sairaalayhteistyö ovat parantaneet paikoin palveluketjujen sujuvuutta. Valtakunnallisesti kehitys ei kuitenkaan vielä näy kotihoidon asiakkaiden päivystyksellisten sairaalajaksojen vähenemisenä. Viiveet ympärivuorokautiseen hoivaan siirtymisessä sairaalahoidon tarpeen päätyttyä korostavat tarvetta johtaa iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluja yhtenä kokonaisuutena.

Perusterveydenhuollossa hoitoon pääsy pääosin toteutuu, jatkuvuudessa paljon parannettavaa

Perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn määräajat toteutuvat kokonaisuutena hyvin, mutta lääkäripalvelujen saatavuudessa on edelleen merkittäviä alueellisia eroja ja hoidon jatkuvuudessa puutteita.

Hoidon jatkuvuutta pyritään vahvistamaan omatiimi- ja omalääkärimalleilla. Niissä asiakkaiden yhteydenotot ohjataan pääosin omalle tiimille ja nimetylle lääkärille, jotka voivat näin kantaa kokonaisvastuun etenkin paljon palveluja tarvitsevien potilaiden hoidosta. Mallien toimivuuden arvioinnissa on seurattava, kuinka hyvin yhteydenotot ohjautuvat omalle ammattilaiselle ja kuinka suuri osa asioinnista toteutuu hänen kanssaan. Lisäksi on arvioitava mallien vaikutuksia hoitoon pääsyyn, toistuviin yhteydenottoihin, päivystys- ja sairaalapalvelujen käyttöön ja palvelujen yhdenvertaisuuteen. Seurannan ja arvioinnin tulee kattaa sekä oma palvelutuotanto että ostopalvelut.

Päivystyskäynnit ovat lisääntyneet ja avohoidolla vältettävissä olevien sairaalahoitojaksojen väheneminen on pysähtynyt. Kehitys voi kertoa haasteista perustason palvelujen kyvyssä vastata asiakkaiden tarpeisiin oikea-aikaisesti. Tämä korostaa palvelujen saatavuuden, hoidon jatkuvuuden ja toimialarajat ylittävien hoito- ja palveluketjujen merkitystä. Päivystystä ja vuodeosastoja kuormittavat myös kotiin vietävien palvelujen riittämättömyys, jatkohoitopaikkojen puute ja jatkohoitoon siirtymisen viiveet. Oikea-aikainen ja tarkoituksenmukainen asiakkaiden tarpeisiin vastaaminen edellyttää perustason saatavuuden ja jatkuvuuden varmistamista, toimivia kotiin vietäviä palveluja ja riittävää konsultaatiotukea.

Erikoissairaanhoidon saatavuuden ja kustannusvaikuttavuuden parantaminen vaativat rohkeutta uusiin ratkaisuihin

Syksyllä 2025 Valvira määräsi kymmenen hyvinvointialuetta ja HUS-yhtymän saattamaan kiireettömään erikoissairaanhoitoon pääsyn lainmukaiseksi sakon uhalla. Lisäksi viisi hyvinvointialuetta sai kehotuksen korjata tilanteensa ilman uhkasakkoa. Kiireettömään somaattiseen erikoissairaanhoitoon pääsy on kehittynyt myönteisesti. Jonoja on purettu sekä tehostamalla omaa tuotantoa että käyttämällä täydentäviä jononpurkutoimia. Saavutettujen tulosten pysyvyyttä ja jonojen hallinnan kustannuksia on seurattava ja varmistettava, että kiireettömään hoitoon pääsee määräajassa ilman erillisiä jononpurkutoimia.

Somaattisen erikoissairaanhoidon sekä ensihoidon ja päivystyksen asukaskohtaiset kustannukset vaihtelevat huomattavasti alueittain. Erot selittyvät vain osittain palvelutarpeella. Sairaala- ja päivystysverkolla ja perus- ja erikoistason työnjaolla on olennainen vaikutus kustannuksiin.

Erikoissairaanhoito muodostaa merkittävän osan sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista, joten sen palveluverkkoa ja työnjakoa koskevat ratkaisut ovat keskeisiä koko palvelujärjestelmän kestävyyden kannalta. Erikoissairaanhoidon toimivuuden varmistaminen edellyttää päättäjiltä valmiutta tarkastella kokonaisuutta omaa aluetta laajemmin ja rohkeutta yhteisiin työnjako- ja palveluverkkoratkaisuihin. Ratkaisuilla on turvattava väestön tarpeiden mukaisten palvelujen saatavuus, henkilöstön osaaminen ja riittävyys, potilasturvallisuus sekä palvelujen kustannusvaikuttavuus. Sairaalaverkkoa on tarkasteltava kansallisena kokonaisuutena ja sitä koskevia ratkaisuja tulee tehdä hyvinvointialuerajat ylittäen, vähintään yhteistyöalueen tasolla.

Väestö, palvelutarve ja toimintaympäristö

Päähavainnot

- Maahanmuuttoon perustuva väestönkasvu keskittyy Uudellemaalle, Pirkanmaalle ja Varsinais-Suomeen. Väestö vähenee erityisesti itäisessä Suomessa.
- Väestörakenteen muutoksessa korostuvat ikääntyminen sekä kielellinen ja kulttuurinen monimuotoistuminen.
- Hyvinvointialueiden väliset erot sairastavuudessa, työkyvyttömyydessä ja väestön hyvinvoinnissa ovat edelleen suuria.
- Palveluverkkouudistukset vähentävät ja keskittävät fyysisiä asiointipisteitä, keventävät palvelurakenteita ja monipuolistavat palvelukanavia. Toimeenpano etenee eri tahtiin, ja kokonaisvaikutuksia on vielä aikaista arvioida.
- Henkilöstön saatavuuden parantumisesta huolimatta henkilöstövajeet, talouden sopeuttaminen ja eläköityminen haastavat palvelujen järjestämistä ja korostavat pitkäjänteisen henkilöstösuunnittelun tarvetta.
- Sote-tiedonhallinta on vahvistunut, mutta alueiden kypsyystaso vaihtelee edelleen. Tiedolla johtamista ja tekoälyn hyödyntämistä rajoittavat hajanaiset tietopohjat ja -järjestelmät, yhteentoimivuuden ja tiedon laadun haasteet sekä niukat resurssit.
- Hyvinvointialueiden talouden myönteisen kehityksen ennakoidaan jatkuvan vuonna 2026, mutta jatkossa alueiden eriytynyt talous- ja kustannuskehitys sekä rahoitusta nopeampi kustannuskasvu haastavat talouden tasapainottamista.

1.1 Väestön kehitys, terveys ja hyvinvointi

Väestökehitys eriyttää palvelutarpeita

Suomen väkiluku oli vuoden 2025 lopussa 5 652 881. Väkiluku kasvoi edellisvuodesta hieman (0,3 %), erityisesti 75 vuotta täyttäneiden osuus suureni. Väestöstä vajaa viidennes oli alle 18-vuotiaita, yli puolet työikäisiä ja lähes neljännes 65 vuotta täyttäneitä. Helsingin kaupungin (694 392 asukasta) jälkeen hyvinvointialueista suurin oli Pirkanmaa (548 910 asukasta) ja pienin Keski-Pohjanmaa (67 498 asukasta). Väestö oli nuorinta Uudellamaalla sekä Keski- ja Pohjois-Pohjanmaalla ja iäkkäintä Etelä-Savossa, Kainuussa ja Kymenlaaksossa.

Ruotsinkielisten osuus väestöstä oli suurin Pohjanmaalla (49 %), Itä-Uudellamaalla (27 %) ja Länsi-Uudellamaalla (11 %). Lukumääräisesti ruotsinkielisiä asui paljon myös Helsingissä ja Varsinais-Suomessa. Vaikka ruotsinkielisten osuus väestöstä on pienentynyt, ruotsinkielisten palvelujen tarve säilyy merkittävänä myös tulevaisuudessa.

Alhaisen syntyvyyden ja väestön ikääntymisen vuoksi maahanmuuton merkitys väestökehitykselle kasvaa. Väkiluvun ennakoidaan kasvavan vuoteen 2040 mennessä 5,8 prosenttia vuoden 2023 tasosta. Kasvu keskittyy Uudellemaalle, Pirkanmaalle ja Varsinais-Suomeen. Suhteellisesti väestö

kasvaa eniten Vantaan ja Keravan alueella, Länsi-Uudellamaalla ja Helsingissä. Väestöä suhteellisesti eniten menettävät Kymenlaakso, Etelä-Savo ja Kainuu. Väestön keskittyminen kasvukeskuksiin lisää eriytymistä myös hyvinvointialueiden sisällä, mikä korostaa tarvetta mukauttaa palveluja alueellisesti muuttuvaan palvelutarpeeseen.

Valtaosalla hyvinvointialueista alaikäisten määrä vähenee ja työikäisten osuus väestöstä suurenee (kuvio 1). Ikääntyneiden osuus kasvaa kaikkialla, voimakkaimmin Etelä-Savossa, Kainuussa ja Kymenlaaksossa. 85 vuotta täyttäneiden määrä vähintään kaksinkertaistuu Uudellamaalla Helsinkiä lukuun ottamatta. Väestöltään kasvavilla alueilla palvelutarvetta lisäävät sekä asukasluvun nousu että ikääntyminen. Väestöään menettävillä alueilla ikääntyminen muuttaa palvelutarpeen rakennetta.

Väestön monimuotoistuminen korostaa palvelujen saavutettavuutta

Ulkomaalaistaustaisten osuus väestöstä kasvoi vuosina 2022–2025 kaikilla hyvinvointialueilla, eniten Vantaan ja Keravan alueella, Länsi-Uudellamaalla ja Pohjanmaalla (kuvio 2). Vuonna 2025 osuus oli koko maassa 11,7 prosenttia ja Vantaan ja Keravan alueella lähes 30 prosenttia. Lukumääräisesti ulkomaalaistaustaisia asui eniten Helsingissä, Länsi-Uudellamaalla sekä Vantaan ja Keravan alueella. Vieraskielisen väestön osuuden kasvu lisää kulttuurisensitiivisten ja eri kielillä saavutettavien palvelujen tarvetta. Hyvinvointialueiden on tärkeää tunnistaa myös tämän väestöryhmän palvelutarpeet sekä seurata palvelujen saavutettavuuden ja yhdenvertaisuuden toteutumista.

Terveyden ja hyvinvoinnin kehitys on eriytynyt

Sairastavuudessa ei ole tapahtunut merkittäviä muutoksia, ja alue-erot ovat säilyneet suurina. Alueet eroavat myös hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavissa tekijöissä, jotka voivat myöhemmin heijastua sairastavuuteen ja palvelutarpeeseen. Vuonna 2024 sairastavuus oli suurinta Etelä-Savossa ja Kainuussa ja vähäisintä Länsi-Uudellamaalla ja Helsingissä. Diabeteksen ja kroonisten keuhkosairauksien yleistymisen rinnalla sydän- ja verisuonitaudit ovat vähentyneet.

Nuorten koettu terveys on kohentunut, mutta tyttöjen ahdistuneisuusoireet ja seksuaalisen häirinnän kokemukset sekä poikien kokema fyysisen väkivallan uhka kertovat edelleen merkittävistä hyvinvoinnin haasteista. Nikotiinipussien ja energiajuomien käytön sekä ylipainon yleistyminen korostavat terveellisten elintapojen tukemisen tarvetta. Lasten ja nuorten ylipaino lisää riskiä työ- ja toimintakyvyn heikkenemiseen aikuisiässä.

Työikäisten elämänlaatu ja koettu työkyky ovat heikentyneet ja yksinäisyys lisääntynyt. Myös asunnottomuus on lisääntynyt useimmilla hyvinvointialueilla. Samalla työkyvyttömyyden alue-erot ovat kasvaneet erityisesti pitkissä sairauspäivärahakausissa. Uudellamaalla työkyvyttömyys on vähentynyt, kun taas muualla maassa se on pääosin pysynyt ennallaan tai lisääntynyt. Työkyvyttömyys on yleisintä Kainuussa ja Pohjois-Savossa. Kehitys korostaa varhaisen työkyvyn tuen, kuntoutuksen ja palvelujen yhteensovittamisen tarvetta etenkin väestöään menettävillä alueilla, joilla työkyvyttömyys voi vaikeuttaa myös työvoiman riittävyyttä. Työttömyyden ja pitkäaikaistyöttömyyden lisääntyminen kasvattaa osaltaan perheiden hyvinvoinnin heikkenemisen riskiä.

Kaikkein iäkkäimpien määrän kasvu ja muistisairauksien yleistyminen lisäävät ehkäisevän työn ja palvelujen tarvetta. THL arvion mukaan iäkkäiden hoivan osuus sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeen kasvusta on tulevina vuosina noin puolet. Kehitys korostaa ehkäisevän toiminnan ja toimintakyvyn tukemisen merkitystä palvelutarpeen kasvun hillitsemisessä.

1.2 Palveluverkon ja palvelukanavien keskeiset muutokset

Hyvinvointialueet ovat uudistaneet palveluverkkojaan väestörakenteen muutosten, muuttuvan palvelutarpeen ja käytettävissä olevien resurssien mukaan. Palveluja on keskitetty ja vuodeosastokapasiteettia vähennetty samalla, kun avohoitoa ja kotiin vietäviä palveluja on vahvistettu. Digitaalisia kanavia käytetään aiempaa enemmän esimerkiksi hoidon tarpeen arvioinnissa ja vastaanottotoiminnassa. Liikkuvat palvelut täydentävät lähipalveluja.

Uudistuksen toimeenpano on käynnistynyt useimmilla alueilla, mutta eteneminen vaihtelee alueittain. Etelä-Pohjanmaalla palveluverkkopäätökset tehtiin vasta keväällä 2026, ja Kymenlaaksossa keskeiset päätökset ovat vielä tekemättä. Poliittisten päätösten viivästyminen on lykännyt suunniteltuja muutoksia ja niiltä odotettuja säästöjä molemmilla alueilla.

Palveluverkon muutokset ovat paikoin vähentäneet tilakustannuksia ja parantaneet palvelujen saatavuuden edellytyksiä. Erityisesti digitaalisilla palveluilla pyritään parantamaan palvelujen saavutettavuutta ja kaventamaan saatavuuseroja, jotka ovat edelleen huomattavia myös hyvinvointialueiden sisällä. Digitaalisten palvelujen käyttö on lisääntynyt, mutta erityisesti iäkkäillä sähköisten palvelujen käyttöön liittyvät esteet ja huolet ovat edelleen yleisiä. Palvelujen kehittämisessä on siksi huomioitava eri väestöryhmien valmiudet ja mahdollisuudet käyttää niitä, jotta uudistuksilla tavoitellut hyödyt voidaan saavuttaa yhdenvertaisuutta vaarantamatta.

Palvelukanavien monipuolistuminen korostaa samalla toimivan asiakasohjauksen, tiedonkulun ja palvelujen yhteensovittamisen merkitystä. Järjestäjän näkökulmasta keskeistä on varmistaa, että eri kanavissa tuotetut palvelut muodostavat asiakkaalle sujuvan, saavutettavan ja vaikuttavan kokonaisuuden. Koska uudistus on monin paikoin kesken, sen kokonaisvaikutuksia palvelujen saatavuuteen, vaikuttavuuteen ja kustannuksiin on vielä liian aikaista arvioida.

1.3 Henkilöstön saatavuus, riittävyys ja työhyvinvointi

Henkilöstön riittävyys edellyttää pitkäjänteistä ennakointia

Henkilöstön saatavuus on yleisesti parantunut ja vuokratyövoiman käyttö pääosin vähentynyt. Talouden sopeuttamistoimet ovat vähentäneet henkilöstöä osalla hyvinvointialueista, mutta irtisanottujen työntekijöiden uudelleenrekrytoinnin vuoksi henkilöstömäärä ei ole juurikaan muuttunut. Toisaalta palvelujen siirtäminen ostopalveluista omaan tuotantoon on lisännyt henkilöstömäärää. Saatavuuden paranemisesta huolimatta lääkärivaje sekä paikoin psykologien, sosiaalityöntekijöiden ja hoitohenkilöstön niukkuus vaikeuttavat edelleen palvelujen järjestämistä. Henkilöstövajeet ja henkilöstömäärän vähentäminen voivat heikentää oman palvelutuotannon riittävyyttä, lisätä ostopalvelujen tarvetta ja vaikeuttaa kustannusten hallintaa.

Henkilöstön riittävyyteen vaikuttaa myös työhyvinvointi. Palvelujen uudistaminen ja talouden sopeuttaminen ovat paikoin lisänneet henkilöstön kuormitusta. Työhyvinvoinnin kehitys vaihtelee alueittain, ja henkilöstökokemus on vahvistunut esimerkiksi Etelä-Savossa, mutta heikentynyt Keski-Suomessa ja Keski-Uudellamaalla. Sairauspoissaolot työntekijää kohden lisääntyivät hieman koko maassa vuonna 2025.

Kevan ennusteen mukaan eläköityvän henkilöstön osuus vaihtelee alueittain 25 ja 35 prosentin välillä vuosina 2025–2034. Väestön palvelutarpeen kasvaessa eläköityminen korostaa rekrytoinnin, osaamisen siirron ja henkilöstön kohdentamisen ennakointia. Strateginen henkilöstösuunnittelu on vahvistumassa, mutta sen toimeenpano vaihtelee alueittain.

1.4 Sote-tiedonhallinta ja tiedolla johtaminen

Hyvinvointialueiden asiakas- ja potilastietojärjestelmien yhtenäistäminen etenee, mutta uudistukset jatkuvat useilla alueilla vielä vuosina 2026–2028. Sote-tietopohjan laadussa ja kattavuudessa on edelleen huomattavia haasteita, jotka heikentävät alueiden seurantaa ja vertailtavuutta. Taloustietojen kattavuus on kehittynyt sosiaali- ja terveydenhuollon tietotuotantoa nopeammin. Erityisesti sosiaalihuollon asiakastiedoissa sekä terveydenhuollon hoitoonpääsy- ja ostopalvelutiedoissa on merkittäviä katveita.

Sosiaalihuollon asiakastietojen tallentaminen yhtenäisillä rakenteilla Kanta-palveluihin on tullut pakolliseksi syyskuussa 2026. Jatkossa tiedot muodostavat eheän tietopohjan, mikä parantaa tietotuotannon yksityiskohtaisuutta, laatua ja kattavuutta.

Rakenteellisen sosiaalityön hyödyntämissä tiedoissa on havaittavissa alueellista vaihtelua. Laadullisen ilmiötiedon tuottamisen, tiedon analysoinnin sekä tiedon hyödyntämisen rakenteet ovat hyvinvointialueilla eri kehitysvaiheissa.

Tietojohtamisen kypsyydessä on myös merkittäviä alue-eroja. Useilla alueilla tietojärjestelmät, raportointi ja analytiikka tukevat jo tiedolla johtamista, mutta yhteisiä kehittämiskohteita ovat edelleen tiedon laatu, vaikuttavuustieto ja tiedon yhdenmukainen hyödyntäminen johtamisessa.

Tekoälyn käyttöönoton edellytykset vaihtelevat hyvinvointialueittain. Tekoäly tarjoaa mahdollisuuksia asiakas- ja potilastyön sujuvoittamiseen, tiedon hyödyntämiseen ja tuottavuuden parantamiseen, mutta käyttöönottoa rajoittavat tietopohjan ja järjestelmäintegraatioiden puutteiden lisäksi osaamis- ja resurssivajeet sekä sääntelyn tulkintaan ja riskienhallintaan liittyvät haasteet. Ammattilaisten työtä tukevia vähäriskisiä ratkaisuja voidaan ottaa käyttöön jo nykytilanteessa, mutta asiakas- ja potilasturvallisuuteen tai päätöksentekoon vaikuttavat ratkaisut edellyttävät yhtenäistä ja laadukasta tietopohjaa, toimivia integraatioita sekä riittävää osaamista ja riskienhallintaa.

1.5 Hyvinvointialueiden talouden tilannekuva ja ennakoitu tuleva kehitys

Talouden vahvistumisesta huolimatta alueiden väliset erot ovat suuria

Vuonna 2025 hyvinvointialueiden (pl. HUS) yhteenlaskettu tilikauden tulos parani edellisvuodesta ja oli noin 725 milj. euroa ylijäämäinen. Kumulatiivinen alijäämä pieneni noin 1,7 mrd. euroon. Nettokustannusten kasvu (1,3 %) oli selvästi edellisvuotta maltillisempi. Vuoden 2025 ylijäämäistä tulosta selittävät erityisesti valtionrahoituksen kasvu ja jälkikäteistarkistus sekä alueiden talouden ja toiminnan sopeutustoimet.

Vuosi 2025 päättyi vain kuudella alueella alijäämäiseen tulokseen. Asukaskohtaiset nimelliset nettokustannukset kasvoivat eniten Kainuun (3,9 %) ja Pohjois-Pohjanmaan (3,7 %) hyvinvointialueilla. Kustannusten lasku oli voimakkainta Vantaan ja Keravan (-2,8 %) sekä Keski-Uudenmaan alueilla (-1,7 %). Väestöön suhteutettuna tilikauden tulos oli paras Vantaan ja Keravan hyvinvointialueella (367 €/as.) ja heikoin Keski-Suomen hyvinvointialueella (-193 €/as.). Keski-Suomella myös asukaskohtainen kumulatiivinen alijäämä oli suurin. Länsi-Uusimaa nousi Helsingin kaupungin rinnalle alueeksi, jonka taseessa ei ole kertynyttä alijäämää.

Investointitaso oli maltillinen, lainakanta lähes ennallaan

Merkittävimmät investoinnit kohdistuivat sairaaloiden ja muiden palvelutilojen rakentamiseen ja peruskorjauksiin sekä asiakas- ja potilastietojärjestelmiin ja muihin ICT-ratkaisuihin. Useilla

alueilla investointitaso oli kuitenkin vuonna 2025 maltillinen, ja merkittäviä rakennusinvestointeja ajoittuu tuleville vuosille.

Hyvinvointialueiden yhteenlaskettu lainakanta pysyi edellisvuoden tasossa (5,7 mrd. € pl. HUS). HUS-yhtymän lainakanta oli noin 1,1 mrd. euroa. Suurimmat asukaskohtaiset lainakannat olivat edelleen Kanta-Hämeellä ja Pohjois-Pohjanmaalla. Helsinkiä lukuun ottamatta alueet joutuivat ottamaan lyhytaikaista lainaa, suurimmalla osalla lainakanta kuitenkin pieneni, kun talouden hallinta onnistui edellisvuotta paremmin.

Hyvinvointialueiden talous vahvistuu vuonna 2026, silti sopeutuspaine jatkuu

Vuonna 2026 hyvinvointialueiden rahoitus kasvaa (3,6 %) edellisvuotta maltillisemmin. Manner-Suomen (pl. HUS) nimellisten nettokustannusten kasvun ennakoidaan kuitenkin kiihtyvän kahden maltillisemman vuoden jälkeen 4,1 prosenttiin eli rahoituksen kasvua nopeammaksi. Samalla alueiden kustannuskehitys eriytyy: yli puolella alueista kustannusten kasvu ylittää kolme prosenttia, kun osalla kasvu jää vähäiseksi tai kustannukset laskevat.

Kustannuskasvun kiihtymisestä huolimatta vuoden 2026 yhteenlasketun tuloksen ennakoidaan olevan noin 600 milj. euroa ylijäämäinen. Suurin osa hyvinvointialueista ennakoi ylijäämäistä tulosta, ja vain Itä-Uusimaa ja Kymenlaakso alijäämää. Myönteistä tuloskehitystä tukevat valtionrahoituksen kasvu sekä aiemmin käynnistettyjen sopeutustoimien ja rakenneuudistusten vaikutusten voimistuminen. Pirkanmaa sekä Vantaa ja Kerava ennakoivat kattavansa kertyneet alijäämänsä vuoden 2026 loppuun mennessä.

Kustannusten kasvun hillinnässä ovat korostuneet henkilöstömenojen hallinta, palvelutuotannon kokonaisuuden ohjaus sekä palvelurakenteen, palveluverkon ja tuotantotapojen uudistaminen. Kustannuskasvua puolestaan ylläpitävät kasvava palvelutarve ja raskaiden palvelujen käyttö sekä henkilöstö- ja ostopalvelumenojen kasvu etenkin silloin, kun rakenteellisten uudistusten säästövaikutukset toteutuvat viiveellä.

Valtion talousohjaus tiivistyy, alijäämien kattaminen etenee alueittain eri tahdissa

Vuonna 2025 yhdeksän aluetta haki valtion lisärahoitusta, ja vain Pohjois-Karjala sai myönteisen päätöksen. Vuonna 2025 alkaneet hyvinvointialuelain 122 §:n mukaiset arviointimenettelyt päättyivät kesällä 2026 Itä-Uusimaan, Keski-Suomen ja Lapin alueilla. Uusia arviointimenettelyjä on päätetty käynnistää Etelä-Pohjanmaan, Kymenlaakson ja Etelä-Karjalan alueilla. Lisäksi yhdeksällä alueella ja HUS-yhtymällä oli syksyllä 2026 meneillään lainanottovaltuuden muutosneuvottelut (hyvinvointialuelaki 15 §).

Kertyneiden alijäämien kattaminen etenee, mutta talouden tasapainottamisen lähtökohdat ja aikataulut vaihtelevat huomattavasti alueittain. Useat alueet ovat hakeneet alijäämän kattamisajan pidentämistä. Arviointihetkellä myönteinen päätös oli annettu Pohjois-Karjalalle, Etelä-Savolle, Kanta-Hämeelle ja Pohjanmaalle. Lisäksi hakemuksia oli vireillä kymmenellä alueella.

Useiden alueiden suunnitelmat edellyttävät merkittäviä ylijäämiä useana peräkkäisenä vuonna, ja osalla alueista alijäämien kattamissuunnitelma ulottuu vuosikymmenen loppuun. Osana hyvinvointialueiden jättämien alijäämien jatkoaikahakemusten arviointia valtiovarainministeriö on käynnistänyt myös hyvinvointialuelain mukaisen ennakollisen talouden ohjauksen menettelyn Keski-Uusimaan, Päijät-Hämeen ja Pohjois-Savon alueilla.

Rahoituksen kasvu hidastuu ja väestökehitys eriyttää alueiden rahoitusnäkymiä

Hyvinvointialueiden rahoituksen kasvu hidastuu edelleen vuonna 2027 (1,3 %) ja on noin 27,5 mrd. euroa. Kasvua tukee lisääntyvä palvelutarve, mutta sitä hidastavat erityisesti jälkikäteistarkistuksen pienentyminen sekä sote-rahoitukseen sisältyvät tehtävämuutokset.

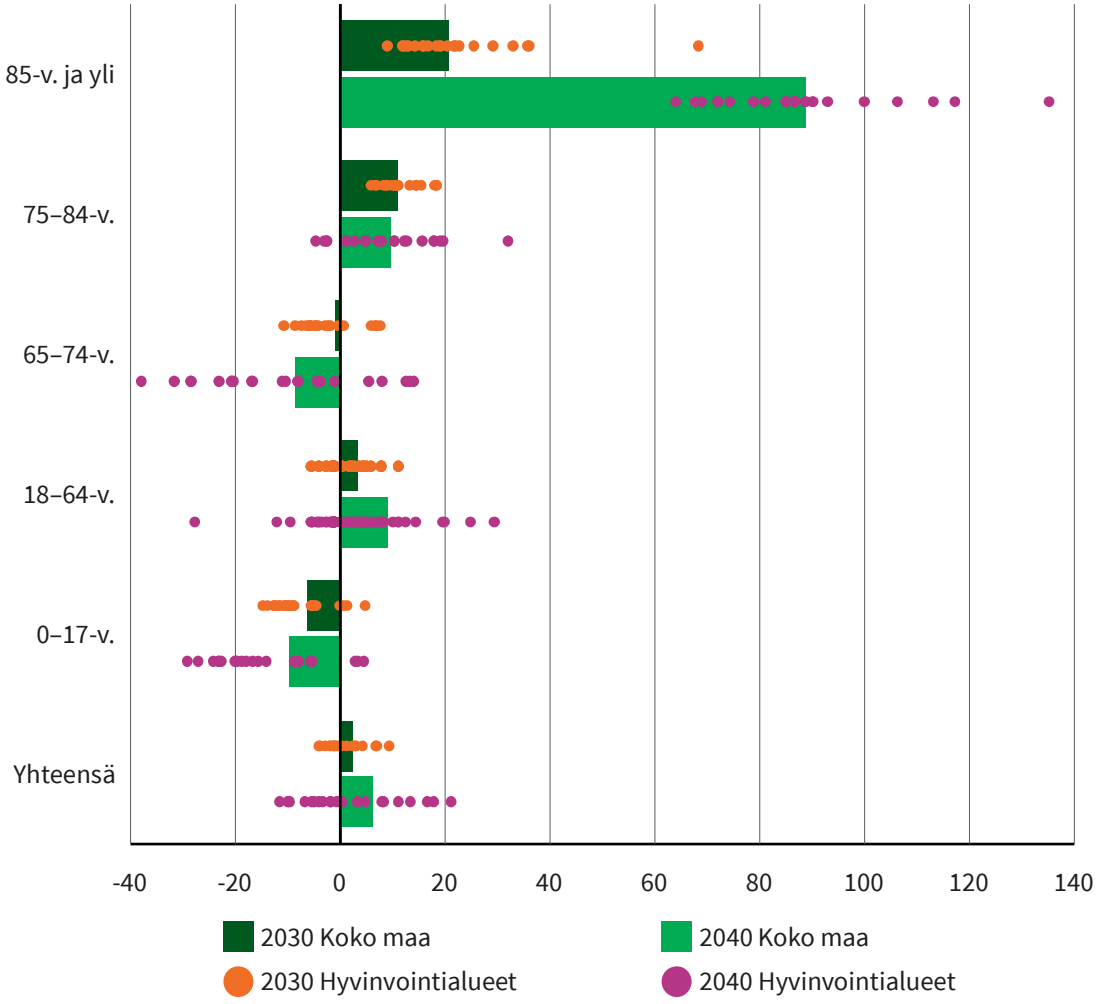
Siirtymätasauksen vaikutus kokonaisrahoitukseen on pieni, mutta aluekohtaiset vaikutukset ovat merkittäviä. Hyte-kriteerin perusteella maksettava rahoitus kasvaa noin 405 milj. euroon.

Väestökehitys eriyttää alueita rahoituksen suhteen: pienillä, ikääntyneillä ja väestöään menettävillä alueilla asukaskohtainen rahoitus on korkea suuren palvelutarpeen vuoksi, mutta rahoituksen kasvu jää hitaaksi tai jopa pysähtyy vv. 2027–2030. Suurilla ja kasvavilla alueilla asukaskohtainen rahoitus on usein matalampi, mutta väestönkasvu vahvistaa kokonaisrahoituksen kehitystä. (Kuvio 3.)

Suosituksena esitetään, että alueet

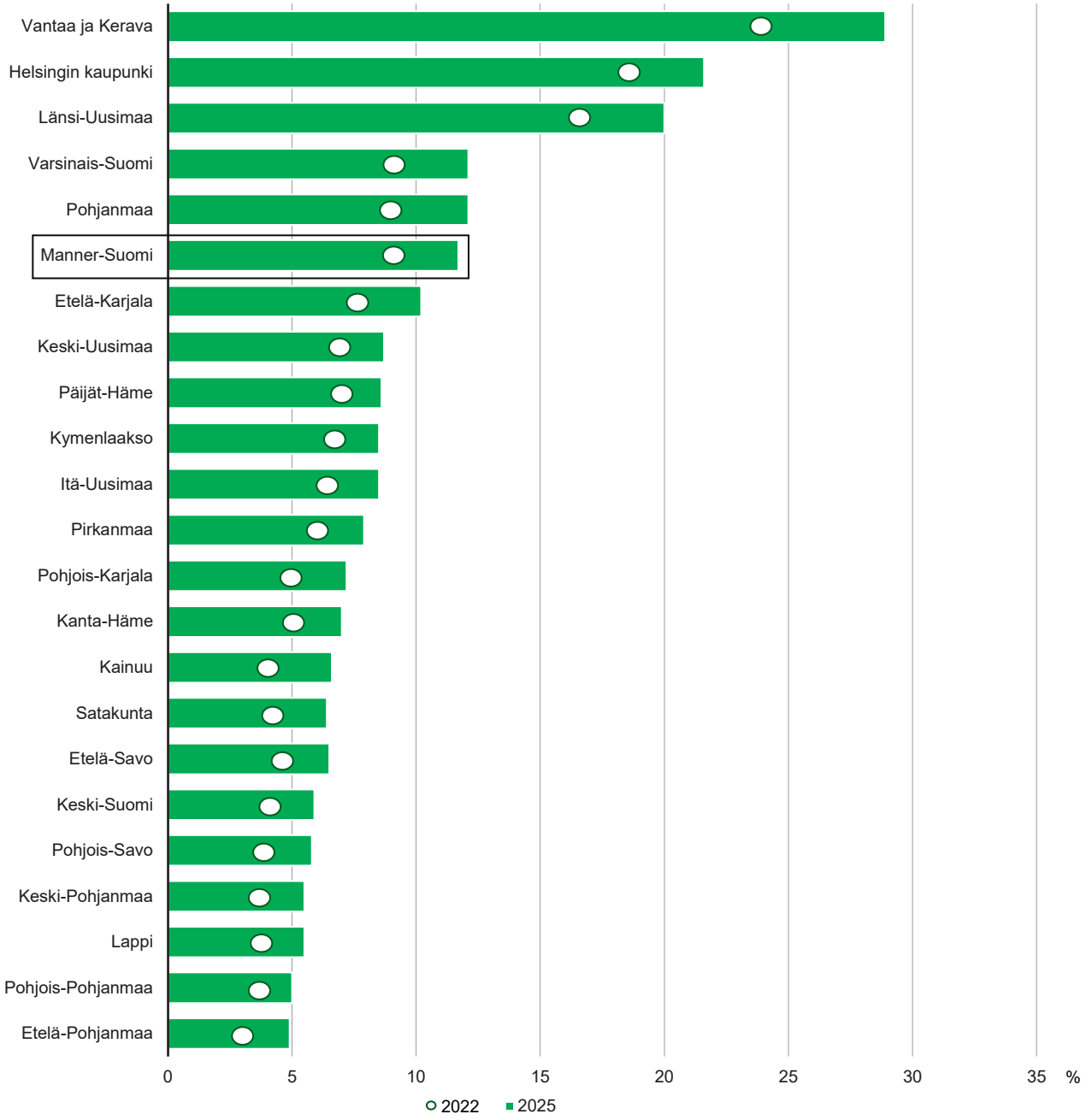
- varmistavat korvaavien palvelujen valmiuden palveluverkon muutoksissa, sovittavat eri palvelukanavat sujuvaksi kokonaisuudeksi ja seuraavat muutosten vaikutuksia palvelujen saatavuuteen, vaikuttavuuteen ja kustannuksiin.
- varmistavat palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden ja saavutettavuuden eri väestö-, kulttuuri- ja kieliryhmissä.
- vahvistavat henkilöstösuunnittelua ennakoimalla palvelu- ja osaamistarpeita sekä eläköitymistä, ja tukevat henkilöstön saatavuutta, pysyvyyttä ja työkykyä.
- edistävät tekoälyn käyttöönottoa ja varmistavat siinä tietojen laadun, henkilöstön osaamisen ja riskienhallinnan.

Kuvio 1. Eri ikäryhmiin kuuluvan väestön määrän muutos vuosina 2025–2030 ja 2025–2040 koko maassa ja hyvinvointialueilla väestöennusteen mukaan, prosenttia



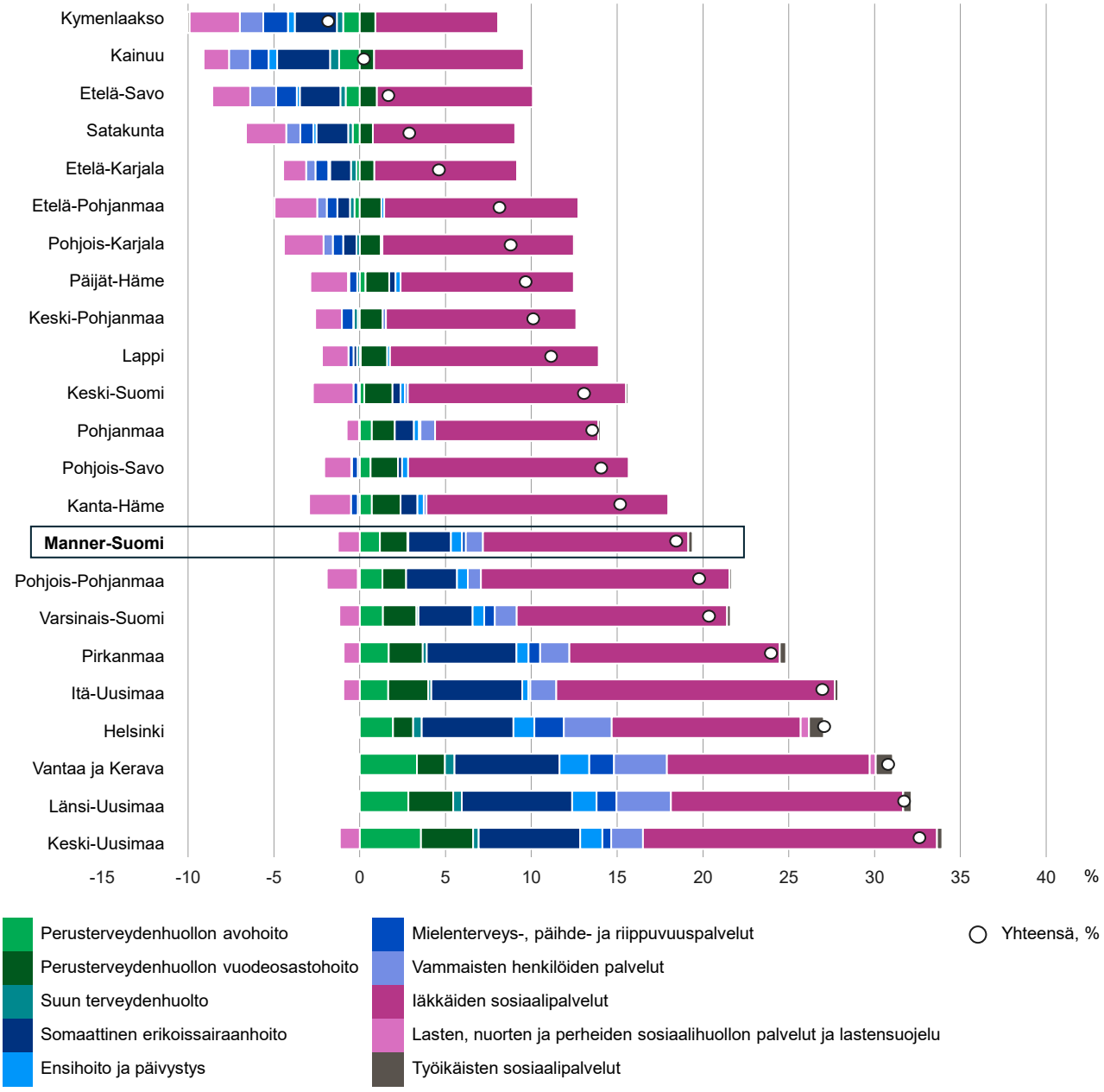
▲ Kuviossa esitetään ikäryhmittäin väestön määrän muutos vuosina 2025–2030 ja 2025–2040 prosentteina väestöennusteen perusteella. Käytetty ikäryhmäjako on seuraava: 0–17-vuotiaat, 18–64-vuotiaat, 65–74-vuotiaat, 75–84-vuotiaat, 85 vuotta täyttäneet sekä koko väestö yhteensä. Tiedot esitetään koko maan tasolla. Hyvinvointialueiden tilanne on kuvattu palloina janalla. Lähteenä on käytetty Tilastokeskuksen väestörakennetilastoa vuoden 2025 väestöstä sekä vuoden 2024 väestöennustetta.

Kuvio 2. Ulkomaalaistaustaisen väestön osuus hyvinvointialueilla ja koko maassa vuosina 2022 ja 2025, prosenttia



▲ Kuviossa esitetään ulkomaalaistaustaisen väestön osuus koko väestöstä hyvinvointialueittain ja koko maassa vuosina 2022 ja 2025. Tiedot on haettu Tilastokeskuksen väestörakennetilastosta.

Kuvio 3. Väestörakenteen muutoksen vaikutus alueiden sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten ennakoituun kehitykseen, prosenttia vuodesta 2025 vuoteen 2045



▲ Kuviossa esitetään, miten sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset kehittyvät väestörakenteen muutoksen myötä, mikäli toiminta säilyy nykytilan kaltaisena. Arvio palvelutarpeen vuosittaisista muutoksista perustuu pitkän aikavälin sosiaalimenojen analyysimallin (SOME-mallin) ennusteisiin. Luvut ilmaisevat palvelukokonaisuuksittain, kuinka paljon sosiaali- ja terveyspalvelujen volyymi kasvaa vuosien 2025 ja 2045 välillä. Kasvuennuste ei huomioi inflaation, tuottavuuden, palvelurakenteen eikä väestön sosioekonomisen aseman muutoksia.

Sote-palvelujen nykytila ja kehitys

Päähavainnot

Sote-kustannukset:

- Asukaskohtaiset sote-kustannukset vaihtelevat huomattavasti alueittain. Eroja selittävät väestön palvelutarve, palvelurakenne ja maantieteelliset olosuhteet sekä työterveyshuollon ja yksityisten palvelujen käytön laajuus.
- Vuosina 2023–2025 kokonaiskustannusten kasvu hidastui, mutta alueiden ja palvelukokonaisuuksien kustannuskehitys eriytyi huomattavasti.

Hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistäminen:

- Hyte-työn rakenteet ovat vahvistuneet, mutta vaikutusten arvioiminen on toistaiseksi vähäistä eikä ehkäisevän työn painotus vielä näy kustannusten kohdentumisessa.
- Hyte-kerroin vahvistaa ehkäisevän työn taloudellista kannustinta, mutta ei yksin turvaa työn resursointia.

Lasten, nuorten ja perheiden palvelut:

- Lasten, nuorten ja perheiden palvelutarve on kasvanut perustason palvelujen vahvistumista nopeammin.
- Lasten, nuorten ja perheiden palvelujen yhteensovittaminen on edennyt. Puutteita kuitenkin on vaativaa psykiatrista ja päihdehoitoa tarvitsevien nuorten sekä lastensuojelun ja psykiatrian yhteisasiakkaiden palveluketjuissa.

Työikäisten sosiaalipalvelut:

- Työikäisten sosiaalipalveluissa painopiste on siirtymässä työkyvyn, osallisuuden ja työllistymisen kokonaisvaltaiseen tukemiseen, mutta pitkäaikaistyöttömyyden kasvu ja samanaikainen aktivointiasteen lasku korostavat tarvetta vahvistaa palvelujen riittävyyttä ja oikea-aikaista kohdentumista.

Mielenterveys-, päihde- ja riippuvuuspalvelut:

- Mielenterveys-, päihde- ja riippuvuuspalvelujen kasvanut tarve on lisännyt palvelujen käyttöä ja kustannuksia. Palvelurakennetta on kevennetty ja palvelujen integraatiota vahvistettu, mutta uudistaminen on edelleen kesken.
- Psykiatrisen erikoissairaanhoidon hoitoon pääsy on parantunut, mutta erityisesti päihde- ja riippuvuuspalvelujen saatavuudessa on edelleen merkittäviä alueiden sisäisiä ja välisiä eroja.

Vammaispalvelut:

- Uuden vammaispalvelulain toimeenpano etenee hitaasti ja kuormittaa supistunein resurssein toimivia hyvinvointialueita.
- Vammaispalvelujen kustannukset nousivat muita sote-palveluja nopeammin, sillä palvelurakenteen keventäminen eteni hitaasti ja ympärivuorokautinen palveluasuminen muodosti yhä suuren osan kustannuksista.

Iäkkäiden palvelut:

- Iäkkäiden palvelujen peittävyydessä, palvelurakenteessa ja saatavuudessa on huomattavia alueellisia eroja.
- Palvelurakenteen uudistaminen on edennyt hitaasti, kotihoidon peittävyys jatkoi laskuaan.
- Ympärivuorokautisen hoidon vähimmäishenkilöstömitoituksen alentaminen oli keskeinen syy iäkkäiden palvelujen nettokustannusten laskuun vuonna 2025.
- Iäkkäiden sosiaalipalvelujen ja terveyspalvelujen integraatio on tiivistynyt, mutta palveluketjujen toimivuudessa ilmenee edelleen puutteita.

Perusterveydenhuolto:

- Perusterveydenhuollon vastaanottopalvelujen ja vuodeosastohoidon kustannukset kasvoivat maltillisesti, kun taas suun terveydenhuollon kustannukset laskivat. Asukaskohtaisissa kustannuksissa oli huomattavaa alueiden välistä vaihtelua.
- Alle 23-vuotiaiden hoitotakuun hyvä kokonaistoteuma perustuu hoitajavetoiseen palveluun ja peittää lääkäripalvelujen heikon, alueellisesti eriytyneen saatavuuden.
- Alle 23-vuotiaiden suun terveydenhuollon hoitotakuu toteutuu kohtalaisesti, kun taas 23 vuotta täyttäneiden pitkä määräaika peittää vastaanottokapasiteetin puutteita sekä huomattavia alueellisia eroja.
- Perusterveydenhuollon hoidon jatkuvuus on edelleen heikkoa. Sen parantamiseksi alueet kehittävät omalääkäri-, omatiimi- ja ammatinharjoittajamalleja vuosille 2026–2027 myönnetyn valtionavustuksen tuella.

Somaattinen erikoissairaanhoito:

- Kiireettömän erikoissairaanhoidon pitkät jonot lyhenivät selvästi. Jonojen purussa käytettiin myös täydentäviä toimia, minkä vuoksi tulosten pysyvyyttä ja jonojen hallinnan kustannuksia on seurattava.
- Somaattisen erikoissairaanhoidon kustannuksissa ja käytössä on suuria alue-eroja, joita palvelutarve selittää vain osittain.
- Päivystyskäynnit lisääntyivät vuonna 2025. Päivystyksen kuormituksen vähentäminen edellyttää perustason palvelujen, hoidon jatkuvuuden ja jatkohoidon saatavuuden vahvistamista.

Ensihoito ja päivystys:

- Pitkät etäisyydet selittävät ensihoidon ja päivystyksen alueellisia kustannuseroja

2.1 Sote-kustannusten nykytila ja kehitys

Sote-palvelujen kustannusten tasossa ja kehityksessä suuria alue-eroja

Hyvinvointialueiden järjestämisvastuulla olevan sosiaali- ja terveydenhuollon nettokäyttökustannukset olivat vuonna 2025 yhteensä 24,9 mrd. euroa eli 4 436 euroa asukasta kohti (kuvio 4). Asukaskohtaiset kustannukset olivat pienimmät Uudellamaalla, jossa matalaa kustannustasoa selittävät osaltaan väestön keskimääräistä vähäisempi palvelutarve sekä työterveyshuollon ja yksityisten palvelujen muuta maata laajempi käyttö. Myös väestömäärältään

suurilla Pirkanmaan ja Varsinais-Suomen hyvinvointialueilla kustannukset jäivät maan keskitasoa pienemmiksi (kuvio 5).

Suurimmat asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset olivat Etelä-Savossa, Kymenlaaksossa, Kainuussa ja Lapissa, joissa ne olivat noin 25–30 prosenttia maan keskitasoa korkeammat. Näillä alueilla sekä perusterveydenhuollon että somaattisen erikoissairaanhoidon asukaskohtaiset kustannukset ylittivät maan keskitason. Korkeaa kustannustasoa selittävät väestön suuren palvelutarpeen ohella alueesta riippuen raskaisiin palveluihin painottuva palvelurakenne, runsas erikoissairaanhoidon käyttö sekä sairaala- ja päivystystoiminnan ylläpito useassa toimipisteessä. Harvaan asutuilla alueilla pitkät välimatkat voivat lisäksi kasvattaa kustannuksia ja rajoittaa mahdollisuuksia keskittää palveluja.

THL:n ennakollisten laskelmien mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset suhteessa väestön palvelutarpeeseen olivat korkeimmat Pohjanmaalla ja Etelä-Karjalassa (kuvio 6). Maan keskitason ylittivät selvästi myös Kymenlaakso, Itä-Uusimaa ja Keski-Suomi. Matalimmat tarvevakioidut kustannukset olivat Keski-Pohjanmaalla, Vantaan ja Keravan alueella sekä Pohjois-Karjalassa. Palvelutarpeen huomioiminen muuttaa siten osin kuvaa alueiden välisistä kustannuseroista: esimerkiksi Kainuussa ja Lapissa asukaskohtaiset nettokustannukset olivat maan korkeimpia, mutta tarvevakioidut kustannukset lähellä maan keskitasoa.

Kustannustason lisäksi alueet erosivat toisistaan kustannuskehityksessä. Hyvinvointialueiden nimelliset asukaskohtaiset nettokustannukset kasvoivat vuosina 2023–2025 yhteensä 3,3 prosenttia (kuvio 7). Samalla ajanjaksolla alueittainen muutos vaihteli –2,6 prosentista +9,8 prosenttiin. Myös palvelukokonaisuuksien kustannuskehityksessä oli merkittäviä alueellisia eroja. Suurimmat erot olivat perusterveydenhuollon vuodeosastohoidossa sekä lasten, nuorten ja perheiden sosiaalihuollon avopalveluissa ja lastensuojelussa. Pienimmät erot olivat somaattisessa erikoissairaanhoidossa. Vuonna 2025 sote-palvelujen asukaskohtaisten nettokustannusten kasvu hidastui koko maassa selvästi, 0,9 prosenttiin.

Useat hyvinvointialueet ovat pyrkineet hillitsemään kustannusten kasvua vähentämällä vuokratyövoiman ja ostopalvelujen käyttöä, uudistamalla palveluverkkoa sekä vahvistamalla kotiin vietäviä, liikkuvia ja digitaalisia palveluja. Uudistusten eteneminen ja vaikutukset vaihtelevat alueittain. Kustannuskehityksen alueelliset erot kuvastavatkin palvelurakenteiden ja tuotantotapojen eritahtista uudistamista.

Kustannusten kasvun hidastuminen viittaa siihen, että kustannusten hallinta on kokonaisuutena vahvistunut. Alueiden väliset erot ovat kuitenkin edelleen huomattavia. Somaattinen erikoissairaanhoito on suuren kustannuspainonsa vuoksi keskeinen kustannusten hallinnan kohde.

2.2 Hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistäminen

Hyte-työn edellytykset vahvistuivat

Hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistämisen strateginen perusta ja rakenteet vahvistuivat. Ne ohjaavat työtä aiempaa järjestelmällisemmin, mutta tavoitteiden kytkentä toimeenpanon resursointiin jää vielä ohueksi. Talouden sopeuttaminen on paikoin vähentänyt työn voimavaroja ja vaikeuttanut tavoitteiden saavuttamista. Enemmistö hyvinvointialueista pyrkii vuonna 2026 kasvattamaan hyte-rahoitusta. Keinoina ovat muun muassa ehkäisevän toiminnan vahvistaminen sekä tiedon laadun ja seurannan kehittäminen.

Yhdyspintatyö perustuu yhä enemmän tietoon, mutta tiedon pirstaleisuus haastaa yhteisen tilannekuvan rakentamista. Seuranta painottuu toimenpiteisiin ja yhteistyön toimivuuteen, kun

työn vaikutuksia arvioidaan vielä vähän. Kustannusten painotus on edelleen korjaavissa palveluissa (kuvio 8).

Toimeenpano eteni vaihtelevasti

Hyvinvointialueiden osallistuminen kuntien hyte-työhön yleistyi, mutta kattoi edelleen vain noin puolet kunnista. Osallistuminen oli yleisempää Etelä-Karjalassa ja Keski-Uudellamaalla sekä vähäisintä Itä-Uudellamaalla.

Vaikuttavien toimintamallien käyttö on vahvistumassa, mutta niiden vakiinnuttaminen pysyväksi toiminnaksi vaihtelee. Näitä on käytössä etenkin elintapaohjauksessa sekä mielen hyvinvoinnin, päihteettömyyden ja arjen turvallisuuden edistämisessä. Digitaaliset palvelutarjottimet ovat käytössä kaikilla hyvinvointialueilla ja Helsingissä, mutta puutteellinen ammattilaisohjeistus vaikeuttaa niiden vakiinnuttamista ja asiakkaiden ohjautumista palveluihin.

Yhteistyö on edennyt pisimmälle lasten, nuorten ja perheiden palveluissa osana perhekeskustoimintaa. Iäkkäiden hyte-työtä ja toimintaa kokoavat rakenteet ovat yleistymässä ja esimerkiksi Pirkanmaalla ja Länsi-Uudellamaalla toiminta on jo vakiintunutta. Työikäisten hyte-työtä kokoavat rakenteet ovat hajanaisempia.

2.3 Lasten, nuorten ja perheiden palvelut

Palvelurakenne ei juurikaan muuttunut

Lasten, nuorten ja perheiden palvelujen nimelliset nettokustannukset olivat vuonna 2025 yhteensä 3 035 euroa alle 18-vuotiasta kohti. Kasvua vuodesta 2023 oli lähes yhdeksän prosenttia (kuvio 9). Kustannusten perusteella palvelurakenne oli raskas Satakunnassa, Etelä-Pohjanmaalla, Pohjois-Savossa ja Pohjois-Karjalassa, ja kevyempi Itä-Uudellamaalla ja Pohjanmaalla. Erityistason kustannusosuus oli suurin Pohjois-Karjalassa. Sosiaalihuollon avopalvelujen ja lastensuojelun palvelutarpeeseen suhteutetut kustannukset olivat suurimmat Keski-Uudellamaalla (1,44) ja pienimmät Kainuussa (0,59).

Ehkäisevät ja varhaisen tuen palvelut vahvistuivat, henkilöstövajeet haasteina osalla alueista

Neuvolan ja opiskeluhuollon käyntimäärät ja nelivuotiaiden laajojen terveystarkastusten peittävyys kasvoivat. Äitiysneuvolakäyntejä oli tuhatta 15—44-vuotiasta naista kohti Etelä-Pohjanmaalla kaksinkertaisesti Etelä-Karjalaan verrattuna. Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon käyntimäärät olivat suhteellisesti suurimmat Keski-Pohjanmaalla ja Lapissa, maan pienimpiä Vantaa-Keravalla.

Lupa- ja valvontaviraston (LVV) selvityksen mukaan lääkäri- ja psykologivaje heikensi yhdenvertaista saatavuutta. Haasteet koulupsykologien riittävyydessä korostuivat erityisesti Etelä-Pohjanmaalla, Lapissa ja Pohjois-Pohjanmaalla. Asiointia vaikeuttivat myös kielelliset ja kulttuuriset esteet, palvelujärjestelmän vaikeaselkoisuus ja henkilöstön puutteellinen kielitaito etenkin kaksikielisillä ja suuren ulkomaalaistaustaisen väestöosuuden alueilla.

Varhaisen tuen vahvistuminen ei vielä vähentänyt raskaiden lastensuojelupalvelujen tarvetta

Sosiaalihuoltolain mukaisia varhaisen tuen palveluja sai yhä useampi lapsiperhe. Lastensuojeluilmoituksen kohteena oli noin joka yhdeksäs lapsi. Ilmoitukset lisääntyivät ja kohdistuivat aiempaa useammin samoihin lapsiin.

Avohuollon asiakkuudet lisääntyivät: asiakkaina oli noin 36 100 lasta (3,6 % alaikäisistä), joista 41 prosenttia oli uusia. Asiakkuus oli yleisintä Lapissa (8 %) ja 16–17-vuotiailla. Alle kolmivuotiaiden määrä avo- ja sijaishuollossa kasvoi. Kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten osuus säilyi

ennallaan. Heistä lähes puolet oli sijoitettu lastensuojelulaitoksiin. Laitospainotteisuuden vähentämistä vaikeuttivat vaativat tuen tarpeet ja soveltuvien sijaisperheiden puute.

Lastensuojelun sosiaalityön henkilöstötilanne ja määräaikojen noudattaminen paranivat. Lastensuojelun enimmäisasiakasmäärä ylittyi yhä valtaosalla hyvinvointialueista, mutta ylitykset koskivat aiempaa harvempia sosiaalityöntekijöitä. Haasteet korostuivat Pohjanmaalla ja Pohjois-Pohjanmaalla.

Mielenterveyspalvelujen painopiste siirtymässä perustasolle

Hyvinvointialueet vahvistivat perustason mielenterveyspalveluja lisäämällä matalan kynnyksen tukea, psykososiaalisia hoitoja ja psykiatrian konsultaatioita sekä kehittämällä hoidon porrastusta. Palvelut olivat silti yhä pirstaleisia ja riittämättömiä. Terapiatakuun toteutumisen seuranta oli vielä puutteellista.

Palvelutapahtumien ja potilaiden määrät kasvoivat perustasolla enemmän kuin erikoissairaanhoidossa. Perustasolla kasvu painottui erityisesti opiskeluhuoltoon. Erikoissairaanhoidossa väestöön suhteutettu potilasmäärä pysyi edellisvuoden tasolla, mutta palvelutapahtumien määrä lisääntyi hieman. Yhä useampi palvelutapahtuma toteutui etäkäyntinä.

Erikoissairaanhoitoon pääsy parani hieman, alueiden väliset erot suuria

Vuoden 2025 lopussa noin 15 prosenttia psykiatrista erikoissairaanhoitoa tarvitsevista alle 23-vuotiaista oli odottanut hoitoon pääsyä yli kolme kuukautta. Hoitoon pääsy parani edellisvuodesta, mutta alueelliset erot olivat edelleen merkittäviä: osuus oli suurin Pohjois-Savossa. Syyskuussa 2026 yli kolme kuukautta odottaneiden osuus oli koko maassa laskenut yhdeksään prosenttiin.

Nuorisopsykiatrian osastohoidon hoitopäivät lisääntyivät, vaikka hoitojaksot ja potilasmäärä vähenivät. Tämä viitannee sairastavuuden vaikeutumiseen. Osastohoito korostui Pohjois-Savossa ja Kainuussa. Kelan kuntoutuspsykoterapiaa saaneiden osuus säilyi edellisvuoden tasolla ja oli Helsingissä lähes kolminkertainen Kainuuseen verrattuna. Eroja selittää ainakin psykoterapian tarjonta.

Perustason mielenterveyspalvelujen ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon yhteensovittaminen eteni, mutta palveluketjujen toimivuus vaihteli alueittain. Haasteet korostuivat vaativaa psykiatrista ja päihdehoitoa tarvitsevien nuorten hoidossa. Kehitettävää oli myös lastensuojelun ja psykiatrian yhteisasiakkaiden palveluissa sekä heidän vanhempiensa mielenterveys- ja päihdepalvelujen ja lapsiperhepalvelujen yhteistyössä.

2.4 Työikäisten sosiaalipalvelut

Työikäisten sosiaalipalvelujen asukaskohtaiset nettokustannukset ovat vähentyneet vuosina 2023–2025 (kuvio 7). Vuoden 2025 kustannusten laskua selittää merkittävästi maahanmuuttajien sosiaalipalvelujen tuottojen kasvu, joka johtui aiemmille vuosille kuuluvien pakolaistyön korvausten takautuvasta kirjaamisesta. Myös kuntouttavan työtoiminnan ja muiden työikäisten sosiaalipalvelujen kustannukset pienenivät. Vuosina 2025–2026 valmistellun työikäisten palvelujen uudistuksen vaikutuksia kustannuskehitykseen odotetaan näkyvän pääosin vuodesta 2027 alkaen.

Palvelujen saatavuus on kasvaneesta palvelutarpeesta huolimatta säilynyt pääosin kohtuullisena, mutta alueiden välillä on huomattavia eroja ja palvelujen riittävyyteen kohdistuu lisääntyviä riskejä. Haasteita on ollut muun muassa palvelujen myöntämisessä ja päätöksenteossa, toimeentulotuen hakemusten käsittelyssä sekä palvelutarpeen arvioinnissa. Saatavuuden riskit

korostuvat erityisesti alueilla, joilla heikentynyt työllisyystilanne yhdistyy henkilöstöpulaan tai työkyvyn tuen heikkoon kattavuuteen.

Työttömien aktivointiaste on pienentynyt vuodesta 2023 lähes kahdeksan prosenttiyksikköä, kun muun muassa kuntouttavaa työtoimintaa on kohdennettu tarkemmin ja erityisesti vaikeasti työllistyville. Vuonna 2025 korkein aktivointiaste oli Pohjanmaalla, jossa rakennetyöttömyyttä oli vähiten. Työttömien terveystarkastusten osuus on pysynyt vuosina 2023–2025 lähes samana, noin kahdeksassa prosentissa. Vuonna 2025 tarkastusten kattavuus oli suurin Kainuussa, jossa työttömien osuus työvoimasta oli hieman keskimääräistä pienempi. Hyvinvointialueiden myöntämän harkinnanvaraisen toimeentulotuen saajien osuudet pysyivät edellisvuoden tasolla.

Palveluissa on vahvistettu varhaista tukea ja palveluohjausta sekä lisätty omaa tuotantoa ja digitaalisia palveluja. Perinteisestä aikuissosiaalityöstä ollaan siirtymässä kohti laajempaa toimintakyvyn, osallisuuden ja työllistymisen tukemisen kokonaisuutta. Työikäisten sosiaali-, terveys- ja työllisyyspalvelujen integraatio sekä Kela-yhteistyö on vahvistunut, mutta sen toteutumisessa on edelleen alueellisia ja asiakasryhmäkohtaisia puutteita.

2.5 Mielenterveys-, päihde- ja riippuvuuspalvelut

Palvelutarpeen kasvu on lisännyt mielenterveys-, päihde- ja riippuvuuspalvelujen kustannuksia

Väestön psyykkinen kuormittuneisuus ja päihteistä erityisesti huumeiden käyttö on lisääntynyt 2020-luvulla. Tämä näkyy myös palvelujen käytössä ja kustannuksissa. Hyvinvointialueiden järjestämien mielenterveys-, päihde- ja riippuvuuspalvelujen asukaskohtaiset nimelliset nettokäyttökustannukset nousivat 2,7 prosenttia vuonna 2025 ja 9,3 prosenttia vuodesta 2023 vuoteen 2025. Kustannukset ovat kasvaneet selvästi enemmän kuin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut yhteensä. Mielenterveyspalvelujen kustannuskehitys on ollut päihde- ja riippuvuuspalveluja voimakkaampaa.

Selvästi suurimmat asukaskohtaiset kustannukset vuonna 2025 olivat Kymenlaaksossa ja Pohjois-Savossa. Molemmilla alueilla painottuvat raskaammat palvelut ja psykiatrian kustannukset olivat noin kolmanneksen maan keskitasoa suuremmat. Erityisesti Pohjois-Savon korkeaa kustannustasoa selittävät vakavat mielenterveyteen liittyvät sairaudet, jotka ovat maan yleisimpiä. Palvelutarpeeseen suhteutettuna kustannukset olivat suurimmat Pohjanmaalla ja pienimmät Vantaalla ja Keravalla.

Palvelurakenne on keventynyt ja integraatio edennyt

Kaikilla alueilla tavoitteena on ollut varhaisen tuen palvelujen ja perustason vahvistaminen sekä mielenterveys- että päihdepalveluissa. Liikkuvia ja kotiin vietäviä palveluja on lisätty, mikä on mahdollistanut asiakkaiden siirtymiä raskaista palveluista kevyempiin palveluihin. Kehityssuunta näkyy myös kustannuksissa, jotka ovat nousseet erityisesti kevyemmissä ja matalan kynnyksen palveluissa. Samalla psykiatrian erikoisalojen osuus palvelukokonaisuuden kustannuksista on pienentynyt. Psykiatrian potilasmäärät ovat pysyneet lähes ennallaan, mutta hoitojaksot ovat lyhentyneet. Terveydenhuollon päihde- ja riippuvuushoitoa on useilla alueilla uudistettu ja selkiytetty lisäämällä omaa palvelutuotantoa. Päihde- ja riippuvuuspalveluissa on kuitenkin edelleen suurta vaihtelua alueiden sisällä ja välillä.

Palvelurakenteen keveneminen näkyy myös sosiaalihuollon palveluissa, sillä mielenterveyskuntoutujien ympärivuorokautisen palveluasumisen kustannukset ovat laskeneet. Ei-ympärivuorokautisen asumispalvelun kustannukset ja asiakasmäärät ovat selvästi nousseet. Päihde- ja riippuvuuspalveluissa on havaittavissa vastaavaa kehitystä, mutta hieman lievempänä.

Alueet ovat edistäneet integraatiota sekä terveydenhuollon perus- ja erityistason välillä että sosiaali- ja terveydenhuollon välillä. Alueilla on kehitetty ja otettu käyttöön hoidonporrastusmalleja ja yhtenäisiä hoitopolkuja. Palvelurakenteen uudistaminen on kuitenkin kesken. Lisäksi valvontaviranomainen on havainnut erityisesti päihdepalveluissa paikoin tapauksia, joissa asiakas on siirretty raskaista palveluista liian kevyisiin palveluihin.

Palvelujen saatavuus on parantunut vuodesta 2025 vuoteen 2026 psykiatrian erikoisalalla. Lähes kaikki alueet ovat saaneet psykiatrian hoitojonot hallintaan vuoden 2026 aikana, vaikka psykiatrien saatavuus on ollut edelleen heikkoa. Perustason palvelujen saatavuudessa on ollut useilla alueilla puutteita. Päihdekuntoutuksessa palveluun pääsyn kriteerit ovat paikoin vaikeuttaneet yhdenvertaista palvelujen järjestämistä.

2.6 Vammaispalvelut

Uuden lain toimeenpano haastaa vammaispalvelut

Vammaispalvelut ovat murroksessa. Vuoden 2027 loppuun mennessä kaikille asiakkaille on tehtävä uuden vammaispalvelulain mukaiset palvelupäätökset, mutta toistaiseksi niitä on tehty vain pienelle osalle. Päätösten uusiminen kuormittaa alueita tilanteessa, jossa asiantuntijaresursseja on monin paikoin supistettu ja hakemusten käsittelyajat ovat pidentyneet. Myös valvontaviranomainen on havainnut viiveitä päätöksenteossa ja laatuongelmia palvelutarpeen arvioinneissa. Uusi laki edellyttää alueilta entistä vahvempaa palvelujen yhteensovittamista.

Sekä Kelan vammaisetuuksien saajien määrät että hyvinvointialueiden järjestämien vammaispalvelujen piirissä olevien asiakkaiden määrät ovat hyvinvointialueiden toiminnan aikana pysyneet lähes ennallaan. Vammaisetuuksia sai vuonna 2025 noin 4,6 prosenttia väestöstä ja vammaispalvelujen asiakkaina oli noin 2,4 prosenttia väestöstä. Kainuussa oli suhteellisesti eniten vammaisetuuksien saajia, ja siellä myös vammaispalveluja myönnettiin väestöön suhteutettuna selvästi eniten. Myös Etelä-Savossa ja Kymenlaaksossa myönnettiin paljon vammaispalveluja. Vähiten vammaispalveluja asukaslukuun suhteutettuna käytettiin Länsi-Uudellamaalla.

Vuonna 2025 eniten asiakkaita oli edelleen vammaispalvelulain mukaisessa liikkumisen tuen palvelussa. Palvelun piirissä olevien asiakkaiden määrä pieneni hieman vuodesta 2023 vuoteen 2025. Asiakasmäärät vaihtelivat huomattavasti alueittain. Selvästi eniten palvelun saajia oli Kainuussa ja vähiten Pohjois-Pohjanmaalla. Osalla alueista ja erityisesti Lapissa painottuivat lisäksi sosiaalihuoltolain mukaiset liikkumista tukevat palvelut. (Kuvio 10).

Henkilökohtaisen avun asiakkaiden määrä kasvoi hieman vuodesta 2023 vuoteen 2025. Myös henkilökohtaisen avun asiakkuuksien määrät vaihtelivat alueittain. Eniten asiakkuuksia oli Etelä-Savossa, Lapissa ja Kymenlaaksossa, vähiten Länsi-Uudellamaalla.

Vammaispalvelujen rakenne edelleen raskas

Vammaispalvelujen asukaskohtaiset nimelliset nettokäyttökustannukset kasvoivat vuodesta 2023 vuoteen 2025 noin 14 prosenttia eli selvästi enemmän kuin alueiden sote-kustannukset yhteensä (3 %). Kustannukset olivat suurimmat Keski-Pohjanmaalla, Etelä-Savossa ja Lapissa. Ympärivuorokautisen palveluasumisen osuus vammaispalvelujen kustannuksista oli lähes puolet ja kustannukset kasvoivat lähes kolmanneksen vuodesta 2023. Alueiden tavoitteena on ollut vähentää raskaampia palveluja ja vahvistaa ryhmämuotoista ei-ympärivuorokautista asumisen tukea ja muita kotiin annettavia palveluja. Kustannusten ja asiakasmäärien kehityksessä tavoitellut muutokset eivät vielä näy. Ympärivuorokautisen palveluasumisen asiakkaita oli

väestöön suhteutettuna eniten Satakunnassa, Kainuussa ja Lapissa. Laitoksissa on edelleen myös alle 18-vuotiaita asiakkaita. Uuden vammaispalvelulain mukaista lapsen asumisen tukea ei voida toteuttaa laitoksessa, joten ennen siirtymäajan loppumista näille lapsille on tehtävä uudet palvelupäätökset. Laitosasiakkuuksien määrä pieneni vain hieman vuonna 2025 ja oli suurin Etelä-Savossa, Lapissa ja Pohjois-Savossa.

2.7 Iäkkäiden palvelut

Palvelujen peittävyys säilyi ennallaan ja kustannukset vähenivät

Iäkkäiden sosiaalipalvelujen peittävyys pysyi vuonna 2025 ennallaan: palveluja sai noin joka neljäs 75 vuotta täyttänyt. Alueellinen vaihtelu oli suurta, sillä peittävyys vaihteli Vantaan ja Keravan sekä Keski-Uudenmaan 20 prosentista Keski-Pohjanmaan 32 prosenttiin (kuvio 11). Myös eri palvelujen peittävyyksissä oli huomattavia alueellisia eroja; kotihoidossa ero oli lähes kaksinkertainen. Iäkkäiden palvelujen asiakkaiden toimintakyky on heikentynyt ja palvelutarpeet ovat kasvaneet. Samalla kotona asutaan aiempaa pidempään ja läheisavun merkitys on kasvanut.

Iäkkääseen väestöön suhteutetut nimelliset nettokustannukset vähenivät edellisvuodesta 3,2 prosenttia ja olivat Manner-Suomessa keskimäärin 7 739 euroa 75 vuotta täyttänyttä kohden. Kustannuksia laski erityisesti ympärivuorokautisen hoivan vähimmäismitoituksen alentaminen. Ne vähenivät eniten Keski-Suomessa (-12 %) ja kasvoivat eniten Etelä-Savossa (+1,3 %). Palvelutarpeeseen suhteutetut kustannukset olivat suurimmat Pohjanmaalla (1,12) ja pienimmät Päijät-Hämeessä (0,86).

Palvelurakenne ei juurikaan muuttunut

Iäkkäiden palvelujen uudistamisen suunta on yhdenmukainen: hyvinvointialueet pyrkivät vahvistamaan kotiin vietäviä palveluja, lisäämään yhteisöllistä asumista sekä vähentämään ympärivuorokautisen palveluasumisen tarvetta. 75 vuotta täyttäneeseen väestöön suhteutettuna palvelurakenne pysyi valtakunnallisesti pääosin ennallaan.

Kotihoidon peittävyys pieneni, vaikka asiakasmäärä ja nettokustannukset kasvoivat. Omaishoidon peittävyys säilyi ennallaan. Yhteisöllinen asuminen ja perhehoito vahvistuivat, mutta niiden osuus palvelukokonaisuudesta jäi yhä pieneksi. Valvontaviranomainen havaitsi yhteisöllisen asumisen sisällössä ja toimitiloissa puutteita.

Ympärivuorokautisen palveluasumisen peittävyys pysyi ennallaan, mutta asiakasmäärä kasvoi. Uusi vähimmäismitoitus toteutui pääosin. Valvontaviranomaisen havaintojen mukaan henkilöstöä oli kuitenkin paikoin vähennetty kaavamaisesti vähimmäistasolle eikä sen määrä aina vastannut asiakkaiden palvelutarvetta. Laitospalvelusta on pääosin luovuttu.

Alueelliset erot palvelurakenteessa olivat huomattavia. Raskas palvelurakenne korostui Pohjois-Karjalassa, Etelä-Pohjanmaalla ja Lapissa, joissa ympärivuorokautisen hoidon peittävyys oli maan korkeimpia ja nettokustannukset suuret. Palvelurakenne painottui selkeimmin kevyisiin palveluihin Etelä-Karjalassa ja Päijät-Hämeessä. Ympärivuorokautisen hoidon osuus iäkkäiden sosiaalipalvelujen nettokustannuksista oli suurin Vantaan ja Keravan alueella (69 %).

Palvelujen saatavuus toteutui pääosin, vaikka alueelliset erot olivat huomattavia

Lakisääteiset määräajat toteutuivat pääosin hyvin. Ongelmat painottuivat ympärivuorokautiseen palveluasumiseen, jossa keskimääräinen odotusaika oli Hali ry:n selvityksen mukaan vuoden 2025 jälkipuoliskolla 61 vuorokautta ja hieman aiempaa pidempi. Odotusajat olivat pisimmät Pohjois-Karjalassa ja Keski-Uudellamaalla sekä lyhimmät Päijät-Hämeessä ja Satakunnassa.

Kotihoidon ja sitä tukevien palvelujen riittämättömyys haastaa ympärivuorokautisen hoivan tarpeen vähentämistä. Kotihoidon suunnitellut palvelutunnit toteutuivat täysimääräisesti vain noin puolessa toimintayksiköistä. Myös kotikäyntien kesto ja paljon kotihoitoa saavien asiakkaiden osuus vaihtelivat huomattavasti. Hoivateknologian hyödyntäminen lisääntyi ja etäkäyntien osuus kaikista kotihoidon käynneistä kasvoi seitsemään prosenttiin alueiden välisten erojen ollessa huomattavat. Vuonna 2026 yli puolet asiakkaista suosittelisi kotihoidon palveluja; tulos on pysynyt lähes ennallaan.

Vahvistuneen integraation vaikutukset eivät vielä näkyneet valtakunnallisesti

Sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatio vahvistui liikkuvien terveyspalvelujen, kuntoutuksen sekä ensihoito- ja sairaalayhteistyön kehittyessä. Uusilla toimintamalleilla on paikoin vähennetty päivystys- ja sairaalapalvelujen käyttöä ja nopeutettu jatkohoitoon siirtymistä.

Kehitys ei kuitenkaan ollut alueellisesti yhdenmukaista. Iäkkäiden sosiaalipalvelujen ja kuntoutuksen riittämätön tai epätasapainoinen kapasiteetti viivästytti paikoin jatkohoitoon siirtymistä ja kuormitti päivystys- ja sairaalapalveluja. Osa alueista joutui uudelleen lisäämään ympärivuorokautisen palveluasumista jonojen ja ruuhkien hallitsemiseksi. Integraation vahvistuminen ei vielä näy kotihoidon asiakkaiden päivystyksellisten sairaalajaksojen vähenemisenä tai akuuttisairaanhoidosta kotihoitoon palaavien osuuden kasvuna.

2.8 Perusterveydenhuolto

Vuonna 2025 perusterveydenhuollon asukaskohtaiset nimelliset nettokustannukset vaihtelivat Helsingin 458 eurosta Lapin 969 euroon (Manner-Suomi 691 euroa). Koko maassa kustannukset kasvoivat 1,8 prosenttia vuodesta 2024. Vastaanottopalveluissa kasvu oli 1,2 prosenttia ja vuodeosastohoidossa 1,5 prosenttia. Suun terveydenhuollon asukaskohtaiset nettokustannukset vaihtelivat Länsi-Uudenmaan 93 eurosta Kainuun 153 euroon (Manner-Suomi 106 euroa). Koko maassa ne laskivat 3,9 prosenttia vuodesta 2024.

Alueellisia eroja tarkasteltaessa on syytä huomioida julkisen perusterveydenhuollon avosairaanhoitoa käyttävän väestönosuuden huomattava vaihtelu sekä julkisten palvelujen korostunut merkitys iäkkäiden, pienituloisten ja monisairaiden hoidossa.

2.8.1 Avohoito

Hoitotakuun toteutuminen ei poista lääkärille pääsyn haasteita

Vuonna 2025 alle 23-vuotiaiden hoitotakuu toteutui kohtalaisen hyvin hoitajavastaanottojen ansiosta. Tammi–syyskuussa 2026 hoitotakuu toteutui tässä ikäryhmässä 94 prosentissa avosairaanhoidon hoitoonpääsykäynneistä. Heikointa hoitoon pääsy oli Pohjois-Savossa ja Pohjois-Karjalassa.

Alle 23-vuotiaiden lääkärikäynneistä kuitenkin vain 69 prosenttia toteutui 14 vuorokauden kuluessa hoidon tarpeen arvioinnista. Vantaan ja Keravan hyvinvointialueella osuus oli 30 prosenttia. Myös Keski-Suomen hyvinvointialueella ja Helsingissä lääkärille pääsyssä oli huomattavia vaikeuksia.

23 vuotta täyttäneiden kolmen kuukauden hoitotakuu toteutui tammi–syyskuussa 2026 myös lääkärivastaanotoilla. Kun koko väestön hoitoon pääsyä tarkastellaan 14 vuorokauden aikarajalla, määräajassa toteutuneiden käyntien osuus jää huomattavasti pienemmäksi etenkin lääkärivastaanotoilla, ja alueiden väliset erot korostuvat.

Hoidon jatkuvuus on edelleen heikkoa

Perusterveydenhuollon hoidon jatkuvuus oli vuonna 2025 edelleen heikkoa. Lääkärikäynneillä jatkuvuus koheni hieman koko väestössä, 65 vuotta täyttäneillä ja monisairailla. Hoitajakäynneillä se kuitenkin heikkeni kaikissa tarkastelluissa ryhmissä. Monisairaiden hoitajakäyntien jatkuvuus oli selvästi lääkärikäyntejä heikompaa, ja alue-erot olivat huomattavia (kuvio 12).

Hyvä hoitoon pääsy ei takaa jatkuvuutta. Jatkuvuutta vaikeuttavat lääkärivaje ja vuokratyövoiman käyttö, henkilöstön vaihtuvuus sekä se, ettei asiointi aina ohjaudu omalle ammattilaiselle. Myös oman tuotannon ja ostopalvelujen välillä on eroja jatkuvuusmallien käyttöönotossa, mikä korostaa tarvetta varmistaa hoidon jatkuvuus tuotantotavasta riippumatta. Jatkuvuuden puutteet voivat lisätä yhteydenottoja sekä päivystyksen ja erikoissairaanhoidon käyttöä etenkin monisairailla ja paljon palveluja tarvitsevilla.

Saatavuutta ja jatkuvuutta kehitetään rinnakkain

Saatavuutta ja jatkuvuutta vahvistavien mallien kattavuus ja vakiintuneisuus vaihtelevat alueittain. Palvelukanavien lisääminen hoitoon pääsyn kehittämiseksi on hajauttanut asiakkuuksia ja korostanut niiden hallinnan merkitystä. Lääkäripalvelujen saatavuutta vahvistavat mallit ovat usein kokeilu- tai laajentamisvaiheessa, ja saatavuutta parannetaan vielä tilapäisratkaisuin. Jatkuvuusmalleja kohdennetaan paljon palveluja tarvitseville ja pitkäaikaissairaille tai koko väestölle. Omalääkäri-, omahoitaja-, omatiimi- ja ammatinharjoittajamallien kehittämistä tukee kaikille alueille vuosille 2026–2027 myönnetty valtionavustus.

2.8.2 Suun terveydenhuolto

Suun terveydenhuollon alue-erot ovat huomattavia

Vuonna 2025 alle 23-vuotiaiden suun terveydenhuollon hoitotakuu toteutui kohtalaisesti. Hammaslääkärille pääsy ei heikentänyt hoitotakuun kokonaistoteumaa merkittävästi, vaikka siinä oli huomattavia eroja sekä alueiden välillä että niiden sisällä. Tammi–syyskuussa 2026 hammaslääkärin vastaanotolle pääsi määräajassa 91 prosenttia alle 23-vuotiaista asiakkaista. Parhaiten hoitoon pääsy toteutui Päijät-Hämeessä ja Kymenlaaksossa, heikoimmin Pohjois-Karjalassa ja Etelä-Savossa.

23 vuotta täyttäneiden kuuden kuukauden hoitotakuu toteutui tammi–syyskuussa 2026 lähes täysin. Hammaslääkärille pääsy määräajassa oli heikointa Helsingissä ja Pohjanmaalla.

Kaikki ikäryhmät huomioiden 80 prosenttia asiakkaista pääsi hoitoon kolmessa kuukaudessa tammi–syyskuussa 2026.

2.8.3 Vuodeosastohoito

Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon väheneminen hidastui

Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon käyttö väheni vuosina 2023–2025 erityisesti 75 vuotta täyttäneillä. Väheneminen painottui vuoteen 2024, jolloin potilasmäärä laski viisi ja hoitopäivien määrä neljä prosenttia. 75 vuotta täyttäneillä molemmat vähenivät noin yhdeksän prosenttia. Vuonna 2025 koko väestön potilasmäärän lasku pysähtyi. 75 vuotta täyttäneillä sekä potilaiden että hoitopäivien määrä väheni enää noin kaksi prosenttia.

Vuonna 2025 väestöön suhteutetut potilas- ja hoitopäivämäärät olivat suuria erityisesti Etelä-Pohjanmaalla. Hoitopäiviä kertyi runsaasti myös Keski-Uudellamaalla ja Pohjois-Karjalassa. Alue-

eroja voivat palvelutarpeen lisäksi selittää vuodeosastoverkko, maantiede, perus- ja erikoistason työnjako sekä kotiin vietävien ja jatkohoitopalvelujen kattavuus. Käytön vähenemistä voivat hidastaa jatkohoitopaikkojen riittämättömyys sekä viiveet kotiutumisessa ja ikääntyneiden palveluihin siirtymisessä.

2.9 Somaattinen erikoissairaanhoito

Somaattisen erikoissairaanhoidon kustannuksissa ja käytössä suuret alue-erot

Somaattisen erikoissairaanhoidon asukaskohtaiset nimelliset nettokustannukset olivat vuonna 2025 Manner-Suomessa 1 126 euroa. Ne alittivat vuoden 2023 tason vajaat puoli prosenttia. Kustannukset olivat suurimmat Kainuussa (41 % yli maan keskitason), Etelä-Savossa (31 % yli maan keskitason) ja Kymenlaaksossa (21 % yli maan keskitason). Kustannukset olivat pienimmät Vantaan ja Keravan sekä Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueilla.

Etelä-Savossa palvelutarve selittää huomattavan osan suurista kustannuksista, kun taas Kymenlaaksossa ja Kainuussa kustannukset olivat suuret myös palvelutarpeeseen suhteutettuina. THL:n ennakollisten laskelmien mukaan palvelutarpeeseen suhteutetut kustannukset olivat suurimmat Etelä-Karjalassa, Kymenlaaksossa ja Kainuussa ja pienimmät Vantaan ja Keravan, Pohjois-Karjalan ja Keski-Uudenmaan hyvinvointialueilla.

Lähetteiden määrä kasvoi vuonna 2025 runsaan prosentin. Vain prosentti lähetteistä käsiteltiin lakisääteisen kolmen viikon määräajan jälkeen.

Syksyllä 2025 Valvira määräsi kymmenen hyvinvointialuetta ja HUS-yhtymän saattamaan kiireettömään erikoissairaanhoitoon pääsyn lainmukaiseksi sakon uhalla. Lisäksi viisi hyvinvointialuetta sai kehotuksen korjata tilanteensa ilman uhkasakkoa. Yli 180 vuorokautta kiireetöntä erikoissairaanhoitoa odottaneiden osuus väheni vuoden 2025 lopun 12,7 prosentista 4,2 prosenttiin huhtikuussa 2026 ja oli syyskuussa 2026 kuusi prosenttia. Pitkä odotus painottui kirurgiaan ja silmätauteihin. Syyskuun 2026 lopussa pitkään odottaneiden osuus oli suurin Pohjois-Savossa, Pohjanmaalla ja HUS-yhtymässä, pienin Kainuussa, Keski-Pohjanmaalla ja Etelä-Pohjanmaalla.

Jonoja purettiin tehostamalla omaa tuotantoa sekä hyödyntämällä ilta- ja viikonlopputyötä ja ostopalveluja. Tulosten pysyvyyttä ja jonojen hallinnan kustannuksia on syytä seurata.

Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon käyttö pysyi potilas- ja hoitopäivämäärien perusteella vuosina 2023–2025 kansallisesti suhteellisen vakaana. Avohoitokäyntien väestöön suhteutettu määrä sen sijaan väheni samalla ajanjaksolla noin seitsemän prosenttia.

Vuonna 2025 sekä avo- että vuodeosastohoidon käyttö oli runsasta Etelä-Savossa ja Keski-Pohjanmaalla. Pirkanmaalla vuodeosastohoitopäivien määrä oli maan suurin, vaikka potilasmäärä ylitti maan tason vain hieman. Myös Varsinais-Suomessa hoitopäiviä kertyi potilasmäärään nähden runsaasti. Kymenlaaksossa avohoitokäyntejä oli eniten, mutta vuodeosastohoitopäivien määrä alitti maan keskitason. Sekä avo- että vuodeosastohoidon käyttö oli vähäistä erityisesti Länsi-Uudellamaalla sekä Vantaan ja Keravan hyvinvointialueella.

Alueellisia kustannus- ja käyttöeroja voivat palvelutarpeen lisäksi selittää sairaala- ja muun palveluverkon rakenne ja laajuus, ympärivuorokautisen valmiuden ylläpito, avo- ja vuodeosastohoidon painotus sekä perus- ja erikoistason työnjako. Uudellamaalla eroihin vaikuttavat lisäksi erillisratkaisuun liittyvät HUS-yhtymän, hyvinvointialueiden ja Helsingin väliset työnjaon erityispiirteet. Vuodeosastohoitopäivien määrään vaikuttavat myös jatkohoidon saatavuus ja kotiutusten sujuvuus.

2.10 Ensihoito ja päivystys

Toimivilla palveluketjuilla pyritään vähentämään kuormitusta

Vuonna 2025 perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystyskäyntejä oli 761 tuhatta asukasta kohti, 5,5 prosenttia edellisvuotta enemmän (Kuvio 13). Käyntejä oli eniten Pohjois-Savossa, Keski-Uudellamaalla ja Kanta-Hämeessä sekä vähiten Länsi-Uudellamaalla, Pohjois-Karjalassa ja Itä-Uudellamaalla. Käynnit lisääntyivät eniten Keski-Uudellamaalla, Kanta-Hämeessä ja Kainuussa. Perus- ja erikoissairaanhoidon käyntimääriä ei voida vertailla luotettavasti yhteispäivystysten erilaisten kirjauskäytäntöjen vuoksi.

Päivystyksen käyttöön vaikuttavat palvelutarpeen lisäksi perustason palvelujen saatavuus, hoidon jatkuvuus, palveluohjaus ja kotiin vietävien palvelujen kattavuus. Jatkohoidon puutteet ja siirtymisviiveet kuormittavat päivystystä.

Hyvinvointialueet pyrkivät vähentämään erityisesti iäkkäiden päivystyskäyntejä muun muassa ennakoivilla hoitosuunnitelmilla, koti- ja liikkuvalla sairaalalla, konsultaatiotuella, ensihoidon etäarvioinnilla sekä kotiutumisen ja kuntoutumisen tuella. Toimintamallien vaikutuksia on seurattava. Avohoidolla vältettävissä olevien, päivystyksellisesti alkaneiden sairaalahoitojaksojen määrä pysyi lähes ennallaan.

Ensihoidon ja päivystyksen kustannukset korostuivat harvaan asutuilla alueilla

Ensihoitotehtäviä oli vuonna 2025 noin 687 000 eli 121 tuhatta asukasta kohti. Tehtäviä oli eniten Kainuussa, 67 prosenttia maan keskiarvoa enemmän, seuraavaksi eniten Lapissa ja Pohjois-Pohjanmaalla. Vähiten niitä oli Länsi-Uudellamaalla, Helsingissä ja Keski-Uudellamaalla.

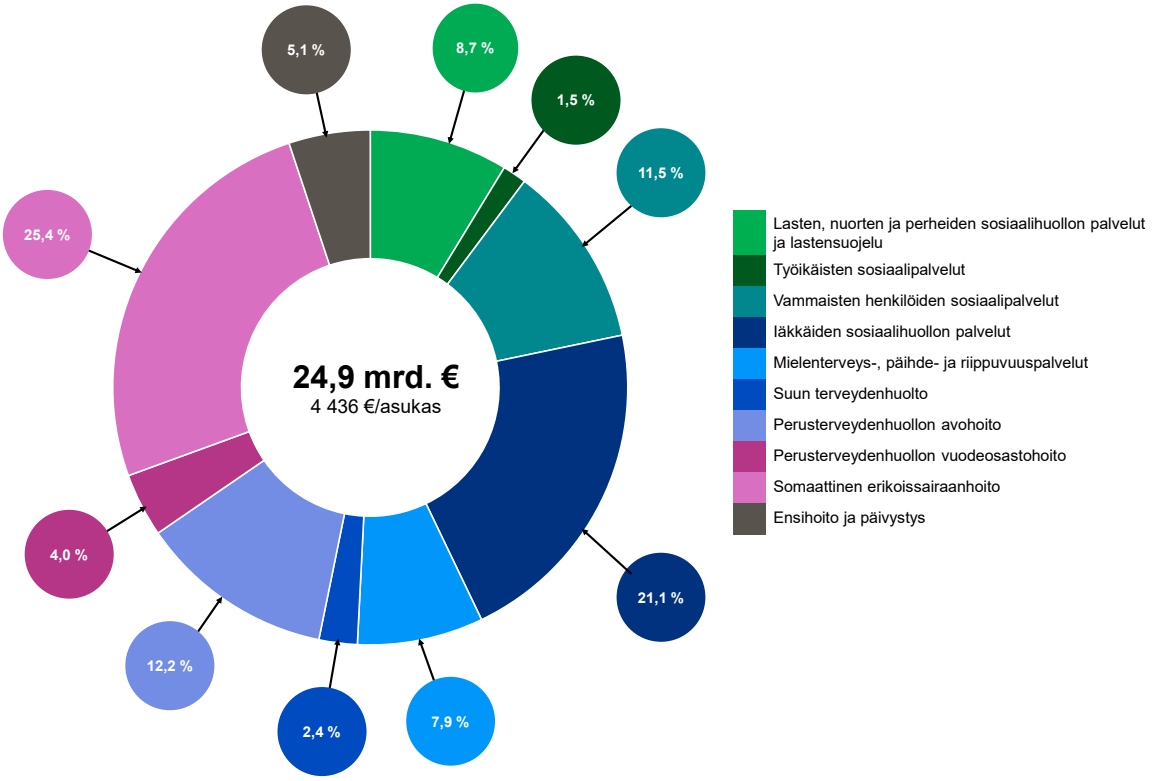
Ensihoidon ja päivystyksen nimelliset nettokäyttökustannukset olivat Manner-Suomessa noin 1,29 miljardia euroa eli 230 euroa asukasta kohti. Kymenlaaksossa (434 €/as.) ja Etelä-Karjalassa (431 €/as.) kustannukset olivat lähes kaksinkertaiset keskiarvoon nähden. Myös Kainuussa, Lapissa, Etelä-Savossa ja Pohjois-Karjalassa kustannukset olivat selvästi keskimääräistä suuremmat.

Suosituksena esitetään, että alueet

- turvaavat resurssit ennaltaehkäisevien toimien ja lasten ja nuorten mielenterveyden varhaisen tuen pitkäjänteiseen vahvistamiseen, vaikutusten arviointiin sekä terapiatakuun toteutumiseen.
- varmistavat työikäisten sosiaalipalvelujen oikea-aikaisen ja yhdenvertaisen saatavuuden sekä riittävät resurssit paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden monialaiseen tukeen.
- syventävät sosiaali- ja terveydenhuollon sekä perus- ja erityistason integraatiota yhtenäisten palvelukokonaisuuksien vahvistamiseksi ja palvelujen painopisteen siirtämiseksi perustasolle.
- varmistavat riittävät resurssit uuden vammaispalvelulain mukaisiin palvelutarpeen arviointeihin ja palvelupäätösten laadintaan.
- vahvistavat väestön ikääntymiseen varautumista ja palvelutarpeiden muutosten ennakointia sekä jatkavat palvelurakenteen uudistamista turvaten palvelujen tarpeenmukaisen saatavuuden ja riittävyyden.
- vahvistavat avosairaanhoidon palvelujen saatavuutta ja hoidon jatkuvuutta vakiinnuttamalla omalääkäri-, omahoitaja- ja tiimimalleja sekä varmistamalla hoitovastuun toteutumisen palvelukanavasta ja tuotantotavasta riippumatta.

- uudistavat erikoissairaanhoidon sairaalaverkkoa kansallisessa ja YTA-yhteistyössä kustannusvaikuttavuuden parantamiseksi sekä henkilöstön riittävyyden ja osaamisen turvaamiseksi.

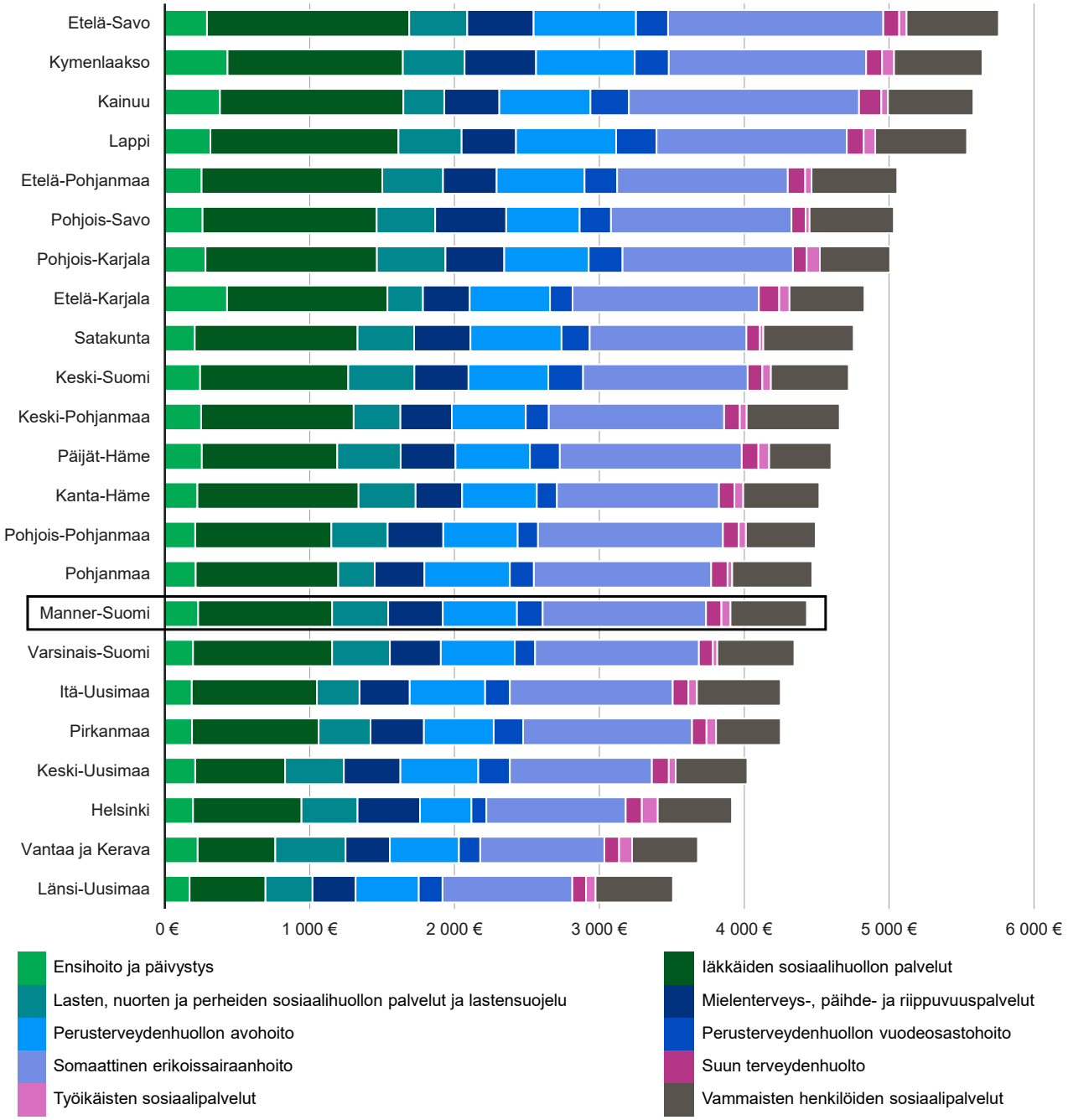
Kuvio 4. Sosiaali- ja terveydenhuollon nettokäyttökustannusten jakauma vuonna 2025



▲ Kuviossa esitetään sosiaali- ja terveydenhuollon nettokäyttökustannusten jakauma palvelukokonaisuuksittain. Palvelukokonaisuuden osuuden leveys kuvaa nettokäyttökustannusten suhteellista osuutta kaikista sosiaali- ja terveydenhuollon nettokäyttökustannuksista. Mielenterveys-, päihde- ja riippuvuuspalvelujen kokonaisuuteen on sisällytetty psykiatrian lisäksi sosiaalihuollon palveluja, kuten mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asumispalvelut.

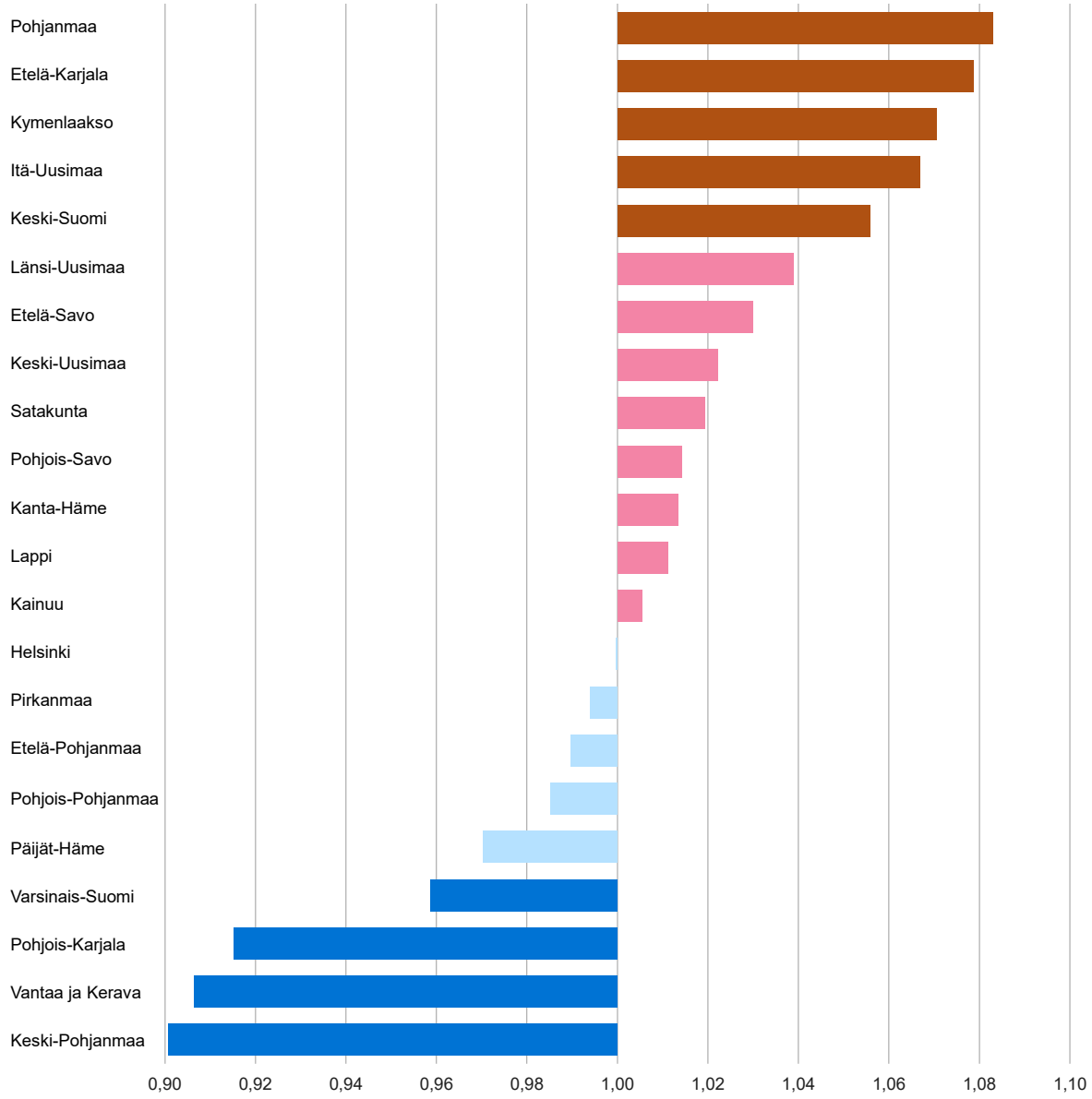
Tiedot perustuvat palveluluokkakohtaisiin taloustietoihin, jotka hyvinvointialueet ovat raportoineet Valtiokonttorille 26.8.2026 mennessä.

Kuvio 5. Hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset nimellishinnoin vuonna 2025



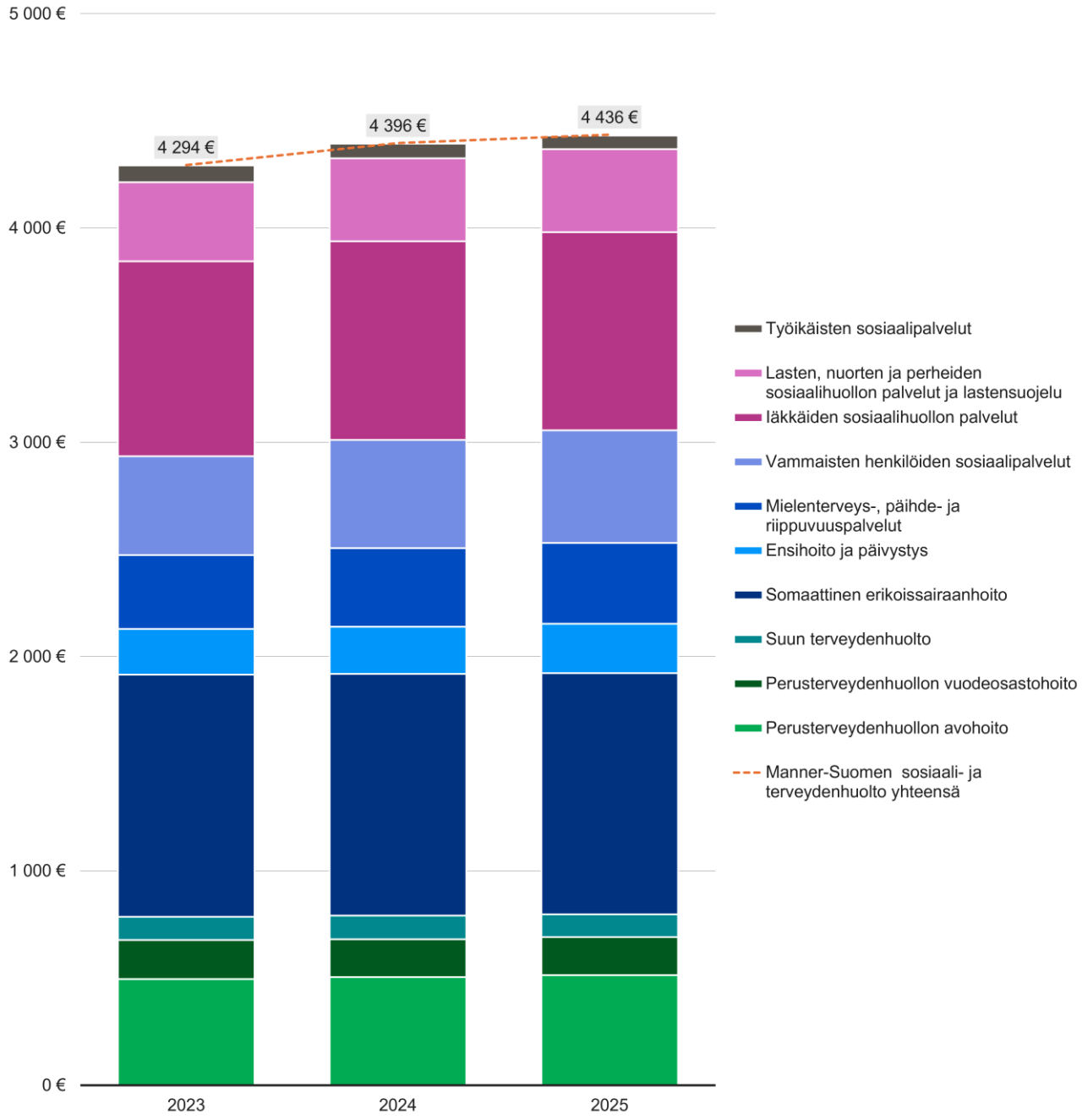
▲ Kuviossa esitetään hyvinvointialueiden asukaskohtaisten nimellisten nettokäyttökustannusten jakauma palvelukokonaisuuksittain vuonna 2025. Manner-Suomen keskiarvo on kuviossa omana, ympäröitynä palkkinaan. Nimelliskustannus tarkoittaa kustannusta sen hetkisessä rahamäärässä ilman inflaation tai rahan ostovoiman muutoksen huomioimista. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen kokonaisuuteen on sisällytetty psykiatrian lisäksi sosiaalihuollon palveluita, kuten mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asumispalvelut. Tiedot perustuvat taloustietoihin, joita hyvinvointialueet ovat raportoineet Valtiokonttorille 26.8.2026 mennessä.

Kuvio 6. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeeseen suhteutetut kustannukset 2025



▲ Kuviossa esitetään hyvinvointialueittain palvelutarpeeseen suhteutettujen kustannusten poikkeama maan keskiarvosta (1). Mitä kauemmas kustannuksia kuvaava palkkiviiva ulottuu keskiarvosta, sitä pienemmät tai suuremmat alueen palvelutarpeeseen suhteutetut kustannukset ovat. Tarvetekijöinä on huomioitu väestön ikä- ja sukupuolirakenne, sairastavuus ja sosioekonominen asema. Tarvekertoimet ovat ennakollisia, ja ne perustuvat tuoreimpaan saatavilla olevaan rekisteritietoon vuodelta 2025. Kustannustiedot perustuvat hyvinvointialueiden Valtiokonttorille 26.8.2026 mennessä raportoimiin taloustietoihin. Kustannuksina on käytetty nettokäyttökustannuksia, jotka on laskettu vähentämällä hyvinvointialueiden käyttökustannuksista käyttötuotot.

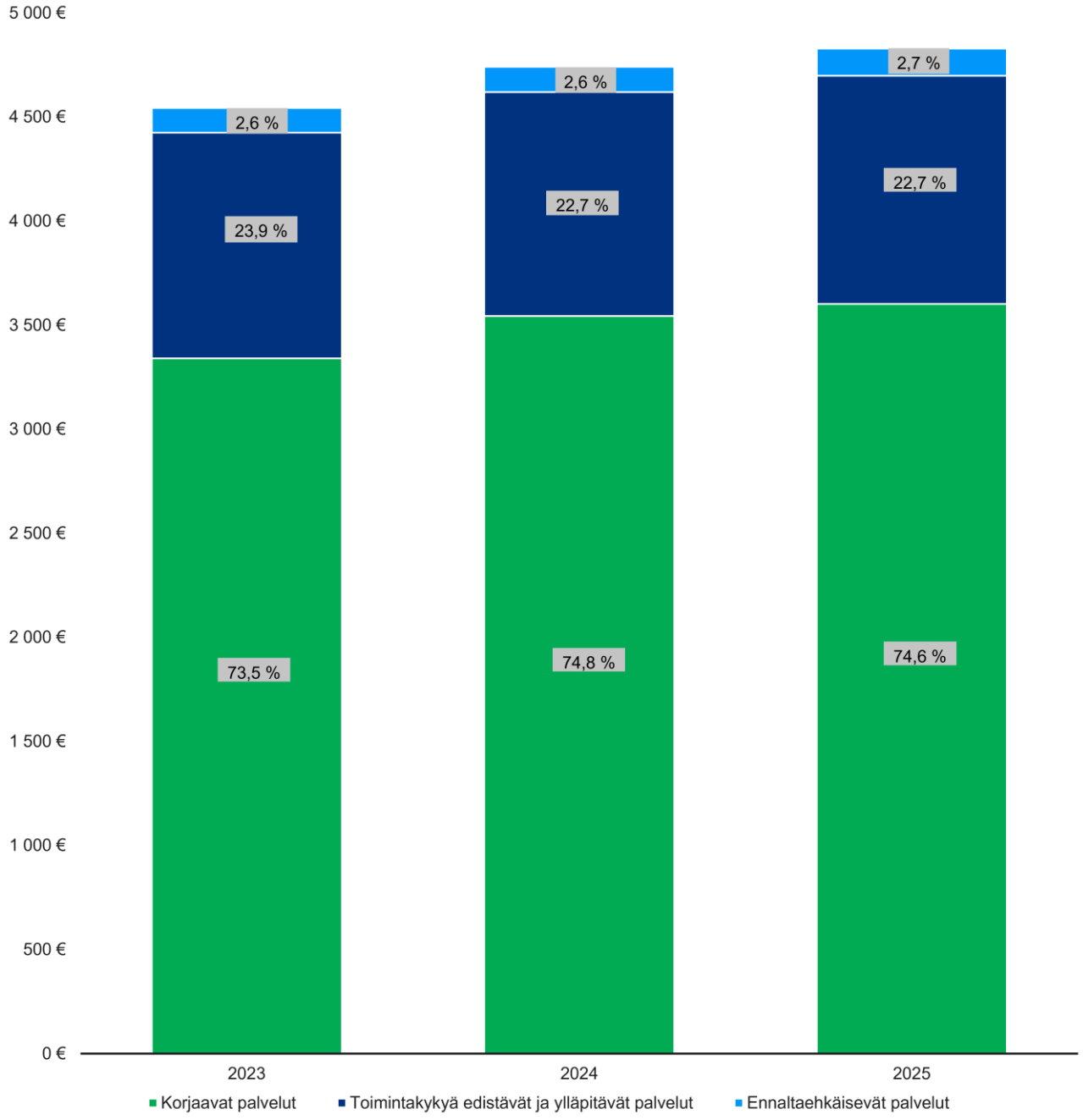
Kuvio 7. Sosiaali- ja terveydenhuollon nimellisten asukaskohtaisten nettokäyttökustannusten kehitys vuosina 2023–2025



▲ Kuviossa esitetään Manner-Suomen nimellisten asukaskohtaisten nettokäyttökustannusten kehitys palvelukokonaisuuksittain vuosina 2023–2025. Nimelliskustannus tarkoittaa kustannusta sen hetkisessä rahamäärässä ilman inflaation tai rahan ostovoiman muutoksen huomioimista.

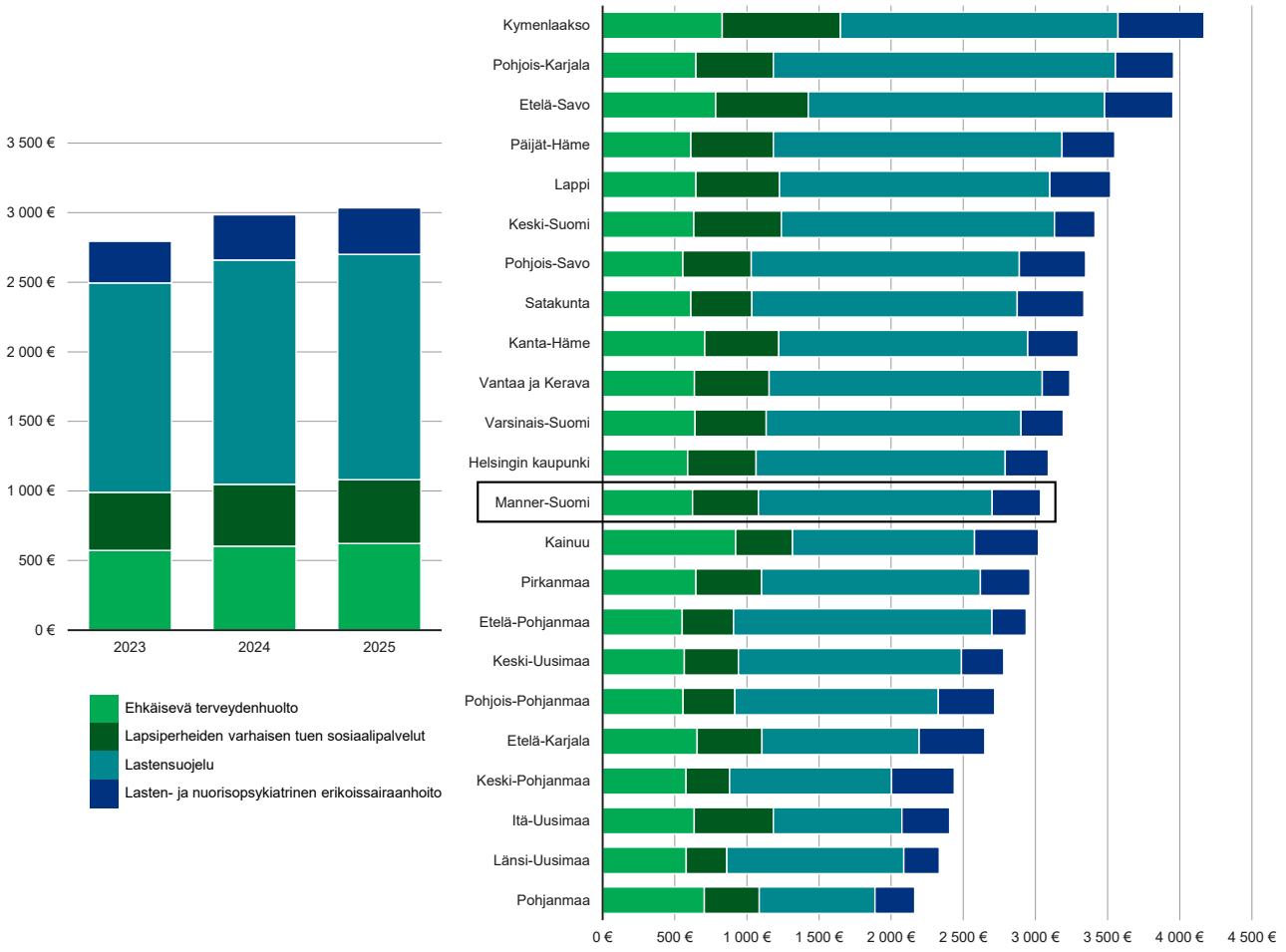
Tiedot perustuvat taloustietoihin, joita hyvinvointialueet ovat raportoineet Valtiokonttorille vuosina 2023–2025. Vuoden 2025 tiedot perustuvat palveluluokkakohtaisiin taloustietoihin, joita hyvinvointialueet ovat raportoineet Valtiokonttorille 26.8.2026 mennessä.

Kuvio 8. Sosiaali- ja terveydenhuollon asukaskohtaisten nettokäyttökustannusten jakautuminen ennaltaehkäiseviin, toimintakykyä edistäviin ja ylläpitäviin sekä korjaaviin palveluihin vuosina 2023-2025



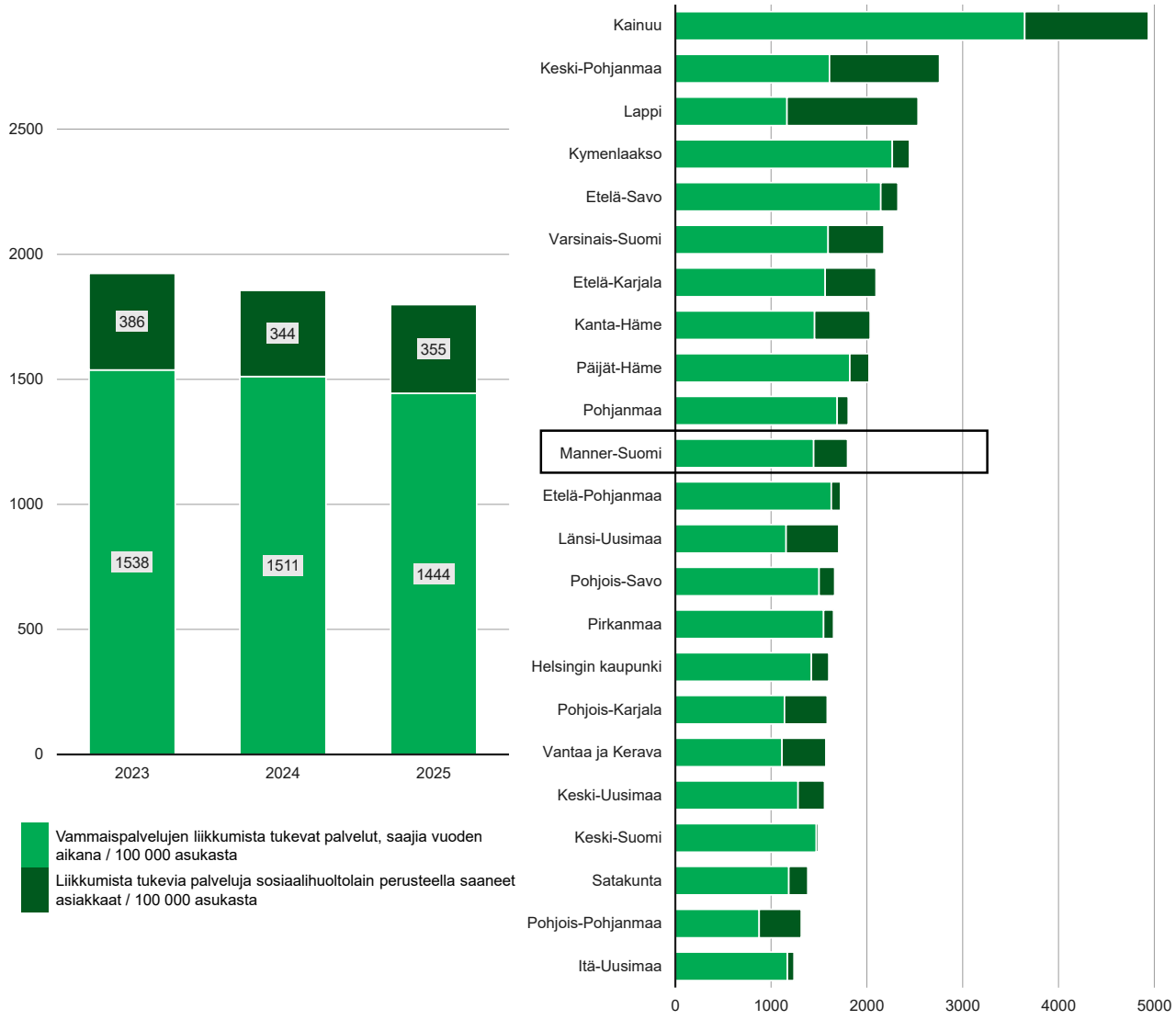
▲ Kuviossa esitetään hyvinvointialueiden asukaskohtaisten nimellisten nettokäyttökustannusten jakauma eri palvelukategorioihin prosentteina sekä kokonaiskustannukset euroina vuosina 2023-2025. Hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon palveluluokittelu sisältää yli 60 palveluluokkaa, joille toiminnasta aiheutuvat kustannukset kirjataan. Palveluluokat on jaoteltu kolmeen kategoriaan niiden toiminnan pääasiallisen luonteen mukaisesti: a) ennaltaehkäisevät, b) toimintakykyä ylläpitävät ja edistävät sekä c) korjaavat palvelut. Tiedot perustuvat taloustietoihin, joita hyvinvointialueet ovat raportoineet Valtiokonttorille vuosina 2023–2025. Vuoden 2025 tiedot perustuvat palveluluokkakohtaisiin taloustietoihin, joita hyvinvointialueet ovat raportoineet Valtiokonttorille 26.8.2026 mennessä.

Kuvio 9. Lasten, nuorten ja perheiden ehkäisevän terveydenhuollon, sosiaalihuollon palvelujen ja lastensuojelun sekä lasten- ja nuorisopsykiatrian nimellisten nettokäyttökustannusten kehitys vuosina 2023–2025 ja alueelliset erot vuonna 2025



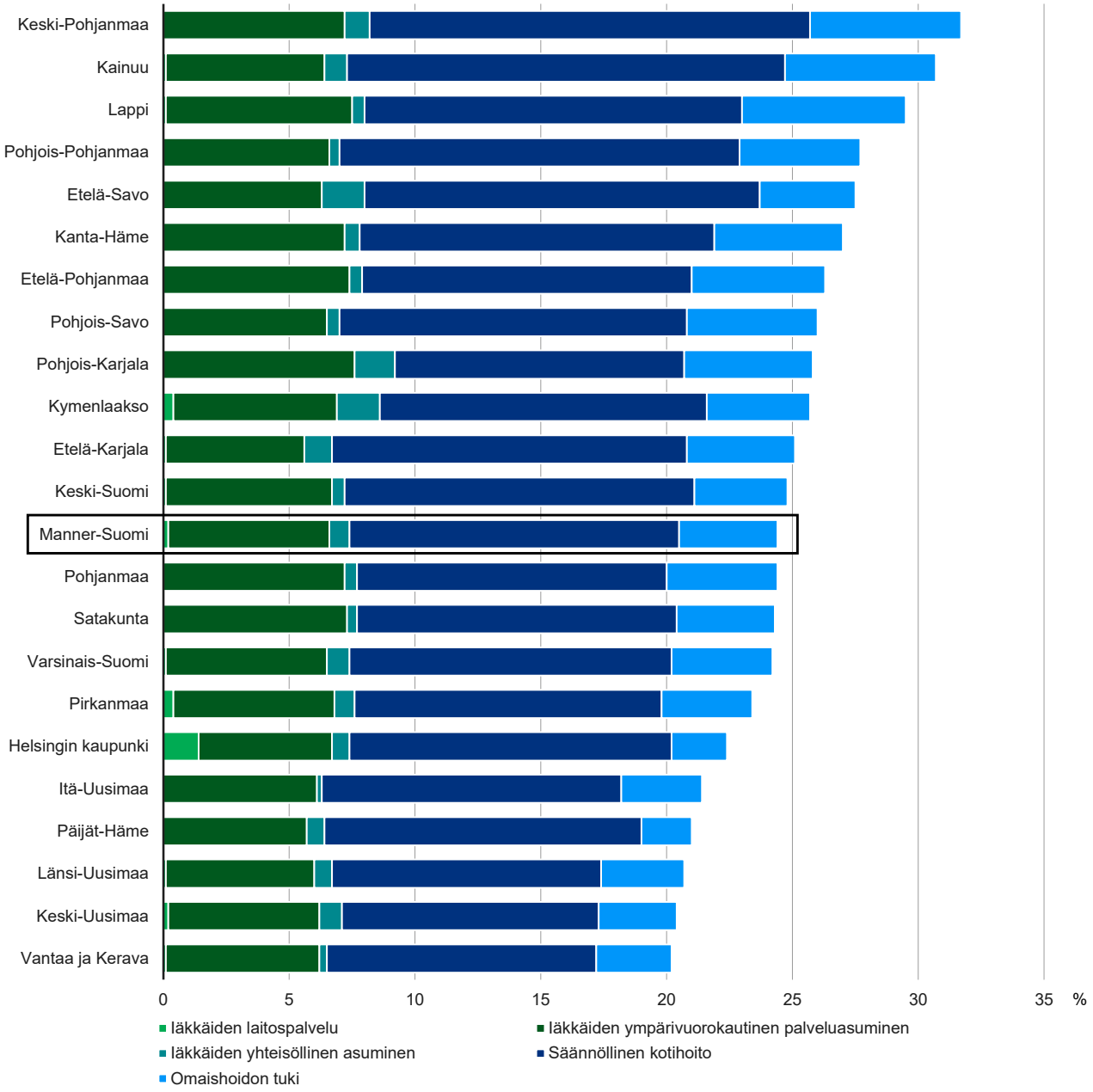
▲ Kuviossa esitetään lasten, nuorten ja perheiden ehkäisevän terveydenhuollon, sosiaalihuollon palvelujen ja lastensuojelun sekä lasten- ja nuorisopsykiatrian nimellisten nettokäyttökustannusten kehitys vuosina 2023–2025 Manner-Suomessa sekä erot hyvinvointialueittain vuonna 2025. Palveluluokat on jaoteltu neljään kategoriaan niiden toiminnan pääasiallisen luonteen mukaisesti: a) ehkäisevä terveydenhuolto, b) lapsiperheiden varhaisen tuen sosiaalipalvelut, c) lastensuojelu sekä d) lasten- ja nuorisopsykiatrinen erikoissairaanhoito. Tarkastelussa on huomioitu niiden palveluluokkien tiedot, jotka ovat kohdistettavissa alle 18-vuotiaaseen väestöön. Tiedot perustuvat taloustietoihin, joita hyvinvointialueet ovat raportoineet Valtiokonttorille vuosina 2023–2025. Vuoden 2025 tiedot perustuvat palveluluokkakohtaisiin taloustietoihin, joita hyvinvointialueet ovat raportoineet Valtiokonttorille 26.8.2026 mennessä.

Kuvio 10. Liikkumista tukevia palveluja saaneiden määrä koko maassa vuosina 2023–2025 ja hyvinvointialueilla vuonna 2025, asiakkaita / 100 000 asukasta



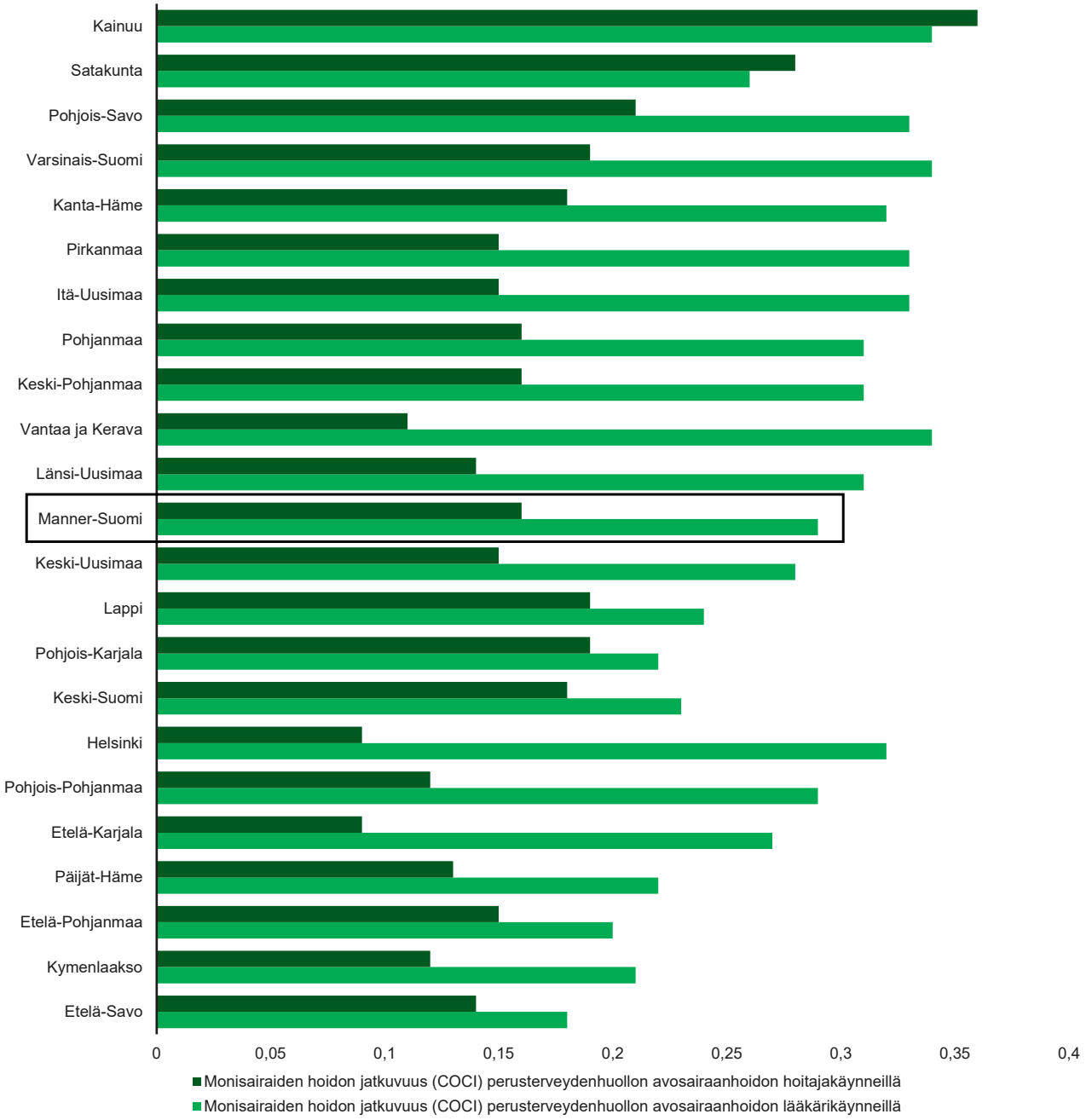
▲ Kuviossa esitetään vammaispalvelulain mukaista liikkumisen tukea ja sosiaalihuoltolain mukaisia liikkumista tukevia palveluja saaneiden henkilöiden määrä 100 000 asukasta kohden koko maassa vuosina 2023–2025 ja hyvinvointialueilla vuonna 2025. Tietolähteenä on käytetty Sotkanet-tilastotietokantaa.

Kuvio 11. 75 vuotta täyttäneiden iäkkäiden sosiaalihuollon palvelujen peittävyys vuonna 2025



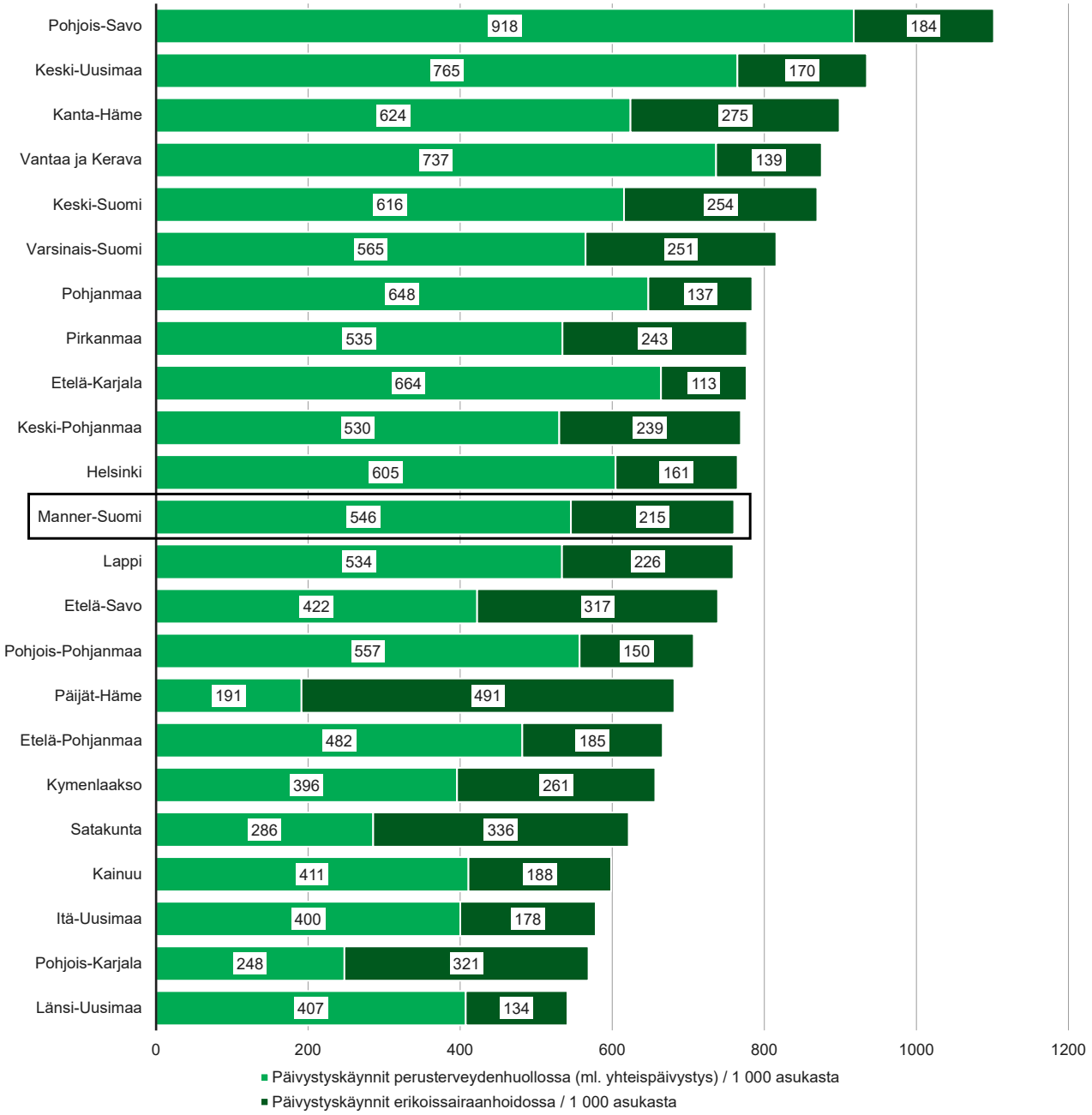
▲ Kuviossa esitetään 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden lukumäärä hyvinvointialueilla, Helsingin kaupungissa suhteutettuna alueen samanikäiseen väestöön. Säännöllisen kotihoidon ja omaishoidon tuen peittävyydessä on huomioitu vuoden aikana palvelujen piirissä olleet asiakkaat. Muut tiedot ovat poikkileikkaustietoja tilanteesta 31.12.2025. Tietolähteenä on käytetty Sotkanet-tilastotietokantaa.

Kuvio 12. Monisairaiden hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollon avosairaanhoidon hoitaja- ja lääkärikäynneillä vuonna 2025



▲ Kuviossa esitetään monisairaiden hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollon avosairaanhoidon hoitaja- ja lääkärikäynneillä hyvinvointialueittain vuonna 2025. Hoidon jatkuvuudella tarkoitetaan hoitoon liittyvän osa-alueen, potilaan ja ammattihenkilön välisen hoitosuhteen ja vuorovaikutuksen keskimääräistä jatkuvuutta perusterveydenhuollon avosairaanhoidon kiireettömiä lääkäripalveluja käyttäneillä monisairailla asiakkailla. Monisairaiksi katsotaan ne asiakkaat, joilla on rekisteritiedoissa (Terveys- ja Avohilmo) vähintään kaksi eri sairausryhmään kuuluvaa pitkäaikaissairautta. Tiedot perustuvat THL:n hoitoilmoitusrekisterin tiedoista koostamaan Perusterveydenhuoltotilastoon.

Kuvio 13. Perusterveydenhuollon (ml. yhteispäivystys) ja erikoissairaanhoidon päivystyskäynnit 1 000 asukasta kohden hyvinvointialueittain ja koko maassa vuonna 2025



▲ Kuviossa esitetään perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystyskäynnit tuhatta asukasta kohti hyvinvointialueittain vuonna 2025. Perusterveydenhuollon käynteihin sisältyvät Avohilmo-tiedonkeruussa kiireellisiksi ilmoitetut käynnit sekä ne yhteispäivystyksen päivystyskäynnit, jotka on ilmoitettu erikoissairaanhoidon tietojärjestelmän kautta Hilmo-tiedonkeruussa yleislääketieteen erikoisalalle. Tiedot perustuvat THL:n hoitoilmoitusrekisterin tiedoista koostamiin Perusterveydenhuolto- ja Erikoissairaanhoitotilastoihin.

Arvioinnin tietopohja

THL hyödyntää sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen arvioinnissa sekä laadullista että määrällistä tietopohjaa. Arvioinnissa käytetyt tiedot kuvaavat valtaosin vuotta 2025 ja vuoden 2026 ensimmäistä vuosipuoliskoa.

Laadullisen tietopohjan perustan muodostavat hyvinvointialueiden dokumenttiaineistot, kuten sote-järjestämislain mukaiset hyvinvointialueiden selvitykset sosiaali- ja terveydenhuollon toteutumisesta ja taloudesta. Muita keskeisiä dokumentteja ovat alueiden muutosohjelmat, strategiat ja niiden toimeenpano-ohjelmat, tilinpäätökset, toimintakertomukset ja hyvinvointikertomukset. Arvioinnin olennaista tietopohjaa ovat myös Lupa- ja valvontaviraston sote-järjestämislain mukaiset selvitykset alueiden sosiaali- ja terveydenhuollon yhdenvertaisesta toteutumisesta. Arvioinnin tuloksena syntynyttä tilannekuvaa täydentävät THL:n ja muiden asiantuntijaorganisaatioiden tutkimukset ja selvitykset sekä arviointiprosessiin kiinteästi kuuluva THL:n asiantuntijoiden ja hyvinvointialueiden edustajien tiivis dialogi.

Määrällisen tietopohjan ytimen muodostaa lokakuussa 2025 avattu Seurannan, arvioinnin ja ohjauksen ydintiedot -raportointipalvelu (SAO). Palvelun raportointinäkymä kokoaa yhteen hyvinvointialueiden ohjauksen kannalta keskeistä tietoa väestöstä, palvelujärjestelmän eri palvelukokonaisuuksista ja taloudesta. SAO:n ohella arviointitoiminto käyttää THL:n ylläpitämän tilasto- ja indikaattoripankin Sotkanetin (sotkanet.fi) tietoja sekä THL:n vuotuisia raportointeja useammin päivittyviä tietokantaraportteja (thl.fi/data-ja-tilastot) tuoreimman mahdollisen tilannekuvan varmistamiseksi. Arvioinnissa on myös huomioitu hyvinvointialueiden Valtiokonttorille 26.8.2026 mennessä raportoimat palveluluokkakohtaiset taloustiedot.

THL:n julkaisemien tilastotietojen laadussa havaitaan ajoittain poikkeamia, jotka vaikuttavat indikaattorien arvoihin ja tulkintaan. Tästä syystä indikaattoreiden arvoja saatetaan joutua korjaamaan tietojen julkaisemisen jälkeen. Tietojen laatupoikkeamista tiedotetaan THL:n tilastoraporttien laatuselosteissa ja tarvittavin osin indikaattorien lisätiedoissa SAO- ja Sotkanet-verkkopalveluissa.

THL:n omien indikaattoritietojen lisäksi arvioinnissa käytetään muiden viranomaisten ja asiantuntijaorganisaatioiden, kuten Tilastokeskuksen ja julkisen alan eläkevakuuttajan Kevan laskemia tilastotietoja.

Arvioinnissa on otettu huomioon myös valtioneuvoston vahvistamat hyvinvointialueiden tehtäviä koskevat valtakunnalliset tavoitteet ja niiden seurantaindikaattorit vuosille 2025–2029.

Vuonna 2026 arviointitoiminto on käyttänyt ChatGPT-tekoälysovellusta arviointiaineiston käsittelyssä ja tekstien tiivistämisessä, kielenhuollossa ja käännöksissä. Tekoälyä ei ole hyödynnetty johtopäätösten ja suositusten muodostamisessa.

Lähteet

Croell, K. (toim.) (2026). Hyvinvointialueiden palvelujen kehittämisen seuraava vaihe. Valtakunnallisten tavoitteiden, toimenpidesuositusten, hyvinvointialueiden strategioiden, vuoden 2026 selvitysten, Innokylän toimintamallien ja heikkojen signaalien synteesi. Työpaperi 33/2026. Verkkolähde

Edgren, J., Häsä, J., Asikainen, J., Saukkonen, P., Ovaskainen, R. & Aaltonen, M. (2026). Iäkkäiden palvelunsaajien toimintakyky ja palvelutarpeet – RAI-vertailutiedot 2025. Tilastoraportti 28/2026. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkolähde

Erikoissairaanhoidon hoitoa ja hoidon tarpeen arviointia odottavat erikoisaloittain. Verkkolähde

Forsell, M. & Kultas, A. (2026). Lastensuojelun asiakkaat 2025. Tilastoraportti 12/2026. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 12/2026. Verkkolähde

Forsell, M., Klutas, A. & Seppälä, K. (2026). Lastensuojelun sosiaalityön henkilöstömitoitus huhtikuussa 2026. Tilastoraportti 23/2026. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkolähde

Forsell, M., Klutas, A. & Seppälä, K. (2026). Lastensuojelun käsittelyajat 1.10.2025–31.3.2026. Tilastoraportti 24/2026. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkolähde

Hali ry (2026). Sote-ikkuna. Verkkolähde

Helenius, J., Kivimäki, H., Luopa, P. (2025) Lasten ja nuorten hyvinvointi – Kouluterveyskysely 2025. Verkkolähde

Hoitoon pääsy perusterveydenhuoltoon (osuus potilaista, joilla ensimmäinen hoitotapahtuma toteutuu lakisääteisessä määräajassa), tilanne tammikuu 2025-elokuu 2026. Verkkolähde

Hoitoon pääsy suun terveydenhuoltoon (osuus potilaista, joilla ensimmäinen hoitotapahtuma toteutuu lakisääteisessä määräajassa), tilanne tammikuu 2025-elokuu 2026. Verkkolähde

Holm ME, Reinikainen J, Sainio P, Sääksjärvi K, Lundqvist A, Lahti J, Koskinen S, Parikka S. (2026) Increasing mobility limitations among older adults in Finland: time trends and projections during 2013–2040. BMC Public Health. Verkkolähde

Hyvinvointialueiden yleinen talous. Verkkolähde

Kyytsönen, M., Hakamäki, P. & Kollander, E. (2025). Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen digitaaliset palvelutarjottimet hyvinvointialueilla 2025. Tutkimuksesta tiiviisti 45/2025. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkolähde

Launio S. & Heikkinen E. (2026). Hoidon jatkuvuuden kehittäminen Suomessa: Omalääkäri 2.0 ja Suomen kestävän kasvun ohjelma. Työpaperi 9/2026. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkolähde

Lumme S. & al. (2025). Perustason avosairaanhoidon rakenteet, resurssit ja rahoitus. Eduskunnan tarkastusvaliokunnan julkaisu 1/2025. Verkkolähde

Marttila T., Mahkonen R., Leivonen A., Launio S., Pyrhönen K. (2025). Perusterveydenhuollon avohoito 2024: Perusterveydenhuollon avohoidon palvelut olivat laajimmin käytettyjä terveyspalveluita. Tilastoraportti 59/2025. 15.12.2025. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkolähde

Marttila T., Mahkonen R. & Leivonen A. (2026). Hoitoon pääsy perusterveydenhuollossa 2025: hoitotakuun pidentyminen hidasti hoitoon pääsyä. Tilastoraportti 20/2026. 3.6.2026. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkolähde

Mielikäinen, L. & Kuronen, R. (2026). Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2025. Tilastoraportti 11/2026. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkolähde

Paasela P. (2026). Hoitoon pääsy erikoissairaanhoidossa 2025: Yli 180 vuorokautta hoitoa odottaneiden määrä laski vuonna 2025. Tilastoraportti 21/2026. 3.6.2026. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkolähde

Parikka, S., Lindell, E., Sarttila, K. (2026) Kansallinen terveysindeksi 2024. Verkkolähde

Pietilä, S., Tolonen, E. & Peltola, P. (2026). Toimeentulotuki 2025. Täydentävän ja ehkäisevän toimeentulotuen saajamäärät vaihtelevat alueittain. Tilastoraportti 18/2026. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkolähde

Raulio S, Haario P, Takkinen H-M, Ahonen S, Hulshof I, Virtanen SM, Niinistö S. (2026) Nuorten energiajuomien käyttö ja kofeiinin saanti – tuloksia Nuorten ravitsemustutkimuksesta. Tutkimuksesta tiiviisti 18/2026. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkolähde

Saske, S., Josefsson, K. & Karttunen, T. (2026). Vanhuspalvelujen tila 2025. Tilastoraportti 6/2026. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkolähde

Savolainen, N., Hakamäki P., Kauppinen T., Liukko E., Nick R. (2025). Ennaltaehkäisyä vahvistamassa: asiakas- ja paleluohjaus hyvinvointia ja terveyttä edistävään toimintaan. Verkkolähde

Sääksjärvi, K., Holm, M., Parikka, S., Reinikainen, J., Koskinen, S., Sainio, P. Time trends and projections in functional limitations in ageing population in Finland in 2013-2040. The European Journal of Public Health (2025). Verkkolähde

Tasala, T. & Kauppinen, T. (2026). Hyvinvointitalous hyvinvointialueiden hyvinvointikertomuksissa, -suunnitelmissa ja talousasiakirjoissa. Tutkimuksesta tiiviisti 21/2026. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkolähde

THL (2025). Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kuntajohdossa – TEA 2025. Tilastoraportti 52/2025. Verkkolähde

THL (2026). Kerro palvelustasi – Kansallinen vanhuspalvelujen asiakastyytyväisyyden seuranta. Verkkolähde

THL (2026). Mielenterveyden tilannekuva. Verkkolähde

THL (2026). Mielenterveys Suomessa. Mielenterveysstrategian väliraportti 2020–2025. Työpaperi 25/2026. Verkkolähde

THL (2026). Terveydenedistämisaktiivisuus (TEA) hyvinvointialueilla 2026. Verkkolähde

THL (2026). Uuden vammaispalvelulain toimeenpano ja vammaispalveluiden tilanne vuonna 2025. Tuloksia hyvinvointialueiden seurantakyselystä. Työpaperi 26/2026. Verkkolähde

THL (2025). Vammaispalvelut sosiaalihuollossa. Kootusti tietoa THL:n rekistereistä ja tietolähteistä. Työpaperi 56/2025. Verkkolähde

Tolonen, E. & Leivonen, A. (2026). Kotihoidon käynnit ja asiakkaat 2025. Tilastoraportti 31/2026. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkolähde

Liite 1. Indikaattorit

Väestö, palvelutarve ja toimintaympäristö

- Väestö 31.12., vuosi 2025 (indikaattori 127, Sotkanet-linkki)
- 0-17-vuotiaat, % väestöstä (indikaattori 1065, Sotkanet-linkki)
- 18-64-vuotiaat, % väestöstä (indikaattori 206, Sotkanet-linkki)
- 65 vuotta täyttäneet, % väestöstä (indikaattori 1068, Sotkanet-linkki)
- Ruotsinkielinen väestö, % väestöstä 31.12. (indikaattori 2343, Sotkanet-linkki)
- Ulkomaalaistaustaiset / 1000 asukasta (indikaattori 5102, Sotkanet-linkki)
- Väestöennuste 2040 (laskettu 2024) (indikaattori 751, Sotkanet-linkki)
- 0-17-vuotiaat, % väestöstä, väestöennuste 2040 (laskettu 2024) (indikaattori 814, Sotkanet-linkki)
- 18-64-vuotiaat, % väestöstä, väestöennuste 2040 (laskettu 2024) (indikaattori 811, Sotkanet-linkki)
- 75 vuotta täyttäneet, % väestöstä, väestöennuste 2040 (laskettu 2024) (indikaattori 757, Sotkanet-linkki)
- 85 vuotta täyttäneet, % väestöstä, väestöennuste 2040 (laskettu 2024) (indikaattori 790, Sotkanet-linkki)
- Sairastavuusindeksi, ikävakioimaton (laskettu 2024) (indikaattori 5642, Sotkanet-linkki)
- Työkyvyttömyysindeksi, ikävakioimaton (laskettu 2024) (indikaattori 5664, Sotkanet-linkki)
- Asunnottomat yksin asuvat / 1 000 asukasta (indikaattori 483, Sotkanet-linkki)

Sote-kustannusten nykytila ja kehitys

- Sosiaali- ja terveystoiminnan nettokäyttökustannukset yhteensä, euroa / asukas (indikaattori 5956, Sotkanet-linkki)
- Hyvinvointialueiden talous (SAO-raportointi)

Lasten, nuorten ja perheiden palvelut

- Perusterveydenhuollon äitiysneuvolan käynnit yhteensä / 1 000 15 - 44-vuotiasta naista (indikaattori 2452, Sotkanet-linkki)
- Perusterveydenhuollon lastenneuvolan käynnit yhteensä / 1 000 0 - 7-vuotiasta (indikaattori 2453, Sotkanet-linkki)
- Lastenneuvolan laajojen terveystarkastusten peittävyys 4-vuotiailla (indikaattori 5005, Sotkanet-linkki)
- Perusterveydenhuollon kouluterveydenhuollon käynnit / 1 000 7 - 18- vuotiasta (indikaattori 694, Sotkanet-linkki)
- Perusterveydenhuollon opiskeluterveydenhuollon käynnit yhteensä / 1 000 16 - 25 -vuotiasta (indikaattori 2455, Sotkanet-linkki)
- Kasvatus- ja perheneuvoloiden aikuiset asiakkaat vuoden aikana (indikaattori 1921, Sotkanet-linkki)
- Perheitä lapsiperhepalvelujen kotipalveluissa, % lapsiperheistä (indikaattori 3519, Sotkanet-linkki)
- Perheitä lapsiperhepalvelujen perhetyössä, % lapsiperheistä (indikaattori 3518, Sotkanet-linkki)
- 0 - 17-vuotiaat lapset, joista on tehty lastensuojeluilmoitus, % vastaavan ikäisestä väestöstä (indikaattori 1086, Sotkanet-linkki)

- Lastensuojeluilmoitusten lukumäärä (indikaattori 1085, Sotkanet-linkki)
- 1.10. - 31.3. aikana lakisääteisen 3 kk:n kuluessa valmistuneet lastensuojelun palvelutarpeen arvioinnit, % (indikaattori 3497, Sotkanet-linkki)
- 1.10. - 31.3. aikana lakisääteisen 7 arkipäivän kuluessa aloitetut lastensuojelun palvelutarpeen arvioinnit, % (indikaattori 3496, Sotkanet-linkki)
- 1.4. - 30.9. aikana lakisääteisen 3 kk:n kuluessa valmistuneet lastensuojelun palvelutarpeen arvioinnit, % (indikaattori 3495, Sotkanet-linkki)
- 1.4. - 30.9. aikana lakisääteisen 7 arkipäivän kuluessa aloitetut lastensuojelun palvelutarpeen arvioinnit, % (indikaattori 3494, Sotkanet-linkki)
- Lastensuojelun avohuollon asiakkaat, 0 - 17-vuotiaat vuoden aikana, % vastaavan ikäisestä väestöstä (indikaattori 1245, Sotkanet-linkki)
- Uudet lastensuojelun avohuollon asiakkaat, 0 - 17-vuotiaat, % vastaavasta väestöstä (indikaattori 5485, Sotkanet-linkki)
- Lastensuojelun sosiaalityöntekijöiden asiakaskeskiarvo (kevät) (indikaattori 3587, Sotkanet-linkki)
- Lastensuojelun sosiaalityöntekijöiden asiakaskeskiarvo (syksy) (indikaattori 3586, Sotkanet-linkki)
- Osuus lastensuojelun sosiaalityöntekijöistä, joiden asiakasmäärä ylitti enimmäisasiakasmäärän (kevät), % (indikaattori 3584, Sotkanet-linkki)
- Osuus lastensuojelun sosiaalityöntekijöistä, joiden asiakasmäärä ylitti enimmäisasiakasmäärän (syksy), % (indikaattori 3585, Sotkanet-linkki)
- Huostassa vuoden aikana olleet 0 - 17-vuotiaat, % vastaavan ikäisestä väestöstä (indikaattori 1077, Sotkanet-linkki)
- Kiireellisesti vuoden aikana sijoitettuna olleet 0 - 17-vuotiaat, % vastaavan ikäisestä väestöstä (indikaattori 1078, Sotkanet-linkki)
- Kodin ulkopuolelle sijoitetut 0 - 17-vuotiaat, % vastaavan ikäisestä väestöstä (indikaattori 191, Sotkanet-linkki)
- Kodin ulkopuolelle sijoitetut 0 - 17-vuotiaat, joiden sijoituspaikkana ammatillinen perhekoti, % kaikista kodin ulkopuolelle sijoitetuista lapsista (indikaattori 417, Sotkanet-linkki)
- Kodin ulkopuolelle sijoitetut 0 - 17-vuotiaat, joiden sijoituspaikkana laitos, % kaikista kodin ulkopuolelle sijoitetuista lapsista (indikaattori 419, Sotkanet-linkki)
- Kodin ulkopuolelle sijoitetut 0 - 17-vuotiaat, joiden sijoituspaikkana perhe, % kaikista kodin ulkopuolelle sijoitetuista lapsista (indikaattori 418, Sotkanet-linkki)
- Kuntoutuspsykoterapiaa saaneet 16 - 24-vuotiaat / 1 000 vastaavan ikäistä (indikaattori 3872, Sotkanet-linkki)
- Psykiatrian laitoshoidon 13 - 17-vuotiaat potilaat / 1 000 vastaavan ikäistä (indikaattori 2573, Sotkanet-linkki)
- Psykiatrian laitoshoidon hoitojaksot 13 - 17-vuotiailla / 1 000 vastaavan ikäistä (indikaattori 2559, Sotkanet-linkki)
- Psykiatrian laitoshoidon hoitopäivät 13 - 17-vuotiailla / 1 000 vastaavan ikäistä (indikaattori 2566, Sotkanet-linkki)
- Psykiatriseen hoitoon yli 3 kk odottaneet alle 23-vuotiaat vuoden aikana, % odottaneista ind. 5510, SAO-raportointi (tilanne 8/2026), ajantasainen tieto tietokuutioista: Psykiatrista hoitoa ja hoidon tarpeen arviointia odottavat lapset ja nuoret (alle 23-vuotiaat) - THL kuutio- ja tiivistekäyttöliittymä

Työikäisten sosiaalipalvelut

- Työikäisten sosiaalipalvelujen palvelukokonaisuuden nettokäyttökustannukset yhteensä, euroa / asukas, vv. 2023–2025 (indikaattori 5770, Sotkanet)
- Työikäisten sosiaalipalvelujen palvelukokonaisuuden nettokäyttökustannukset yhteensä, euroa / 18–64-vuotiaat, vv. 2023–2025 (indikaattori 5666, Sotkanet)
- Työikäisten sosiaalipalvelujen nettokäyttökustannusten kehitys palveluluokittain (euroa/18–64-vuotiaat, SAO-raportointi)
- Nuorisotyöttömät, % 18–24-vuotiaasta työvoimasta (indikaattori 189, Sotkanet)
- Työttömät, % työvoimasta (indikaattori 181, Sotkanet)
- Vaikeasti työllistyvät (rakennetyöttömyys), % 15–64-vuotiaista (indikaattori 3071, Sotkanet)
- Työttömien aktivointiaste ja terveystarkastukset (SAO-raportointi)
- Hyvinvointialueille osoitettujen toimeentulotukihakemusten käsittely 7 arkipäivän kuluessa, % hakemuksista (huhtikuu) (indikaattori 3948, Sotkanet ja SAO-raportointi)
- Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneet henkilöt vuoden aikana, % asukkaista (indikaattori 4021, Sotkanet ja SAO-raportointi)

Mielenterveys-, päihde- ja riippuvuuspalvelut

- Mielenterveysindeksi, ikävakioimaton (indikaattori 5652, Sotkanet-linkki)
- Alkoholisairastavuusindeksi, ikävakioimaton (indikaattori 5660, Sotkanet-linkki)
- Psykiatrian laitoshoidon potilaat / 1 000 asukasta (indikaattori 1264, Sotkanet-linkki)
- Psykiatrian erikoisalojen avohoitokäynnit / 1 000 asukasta (indikaattori 1562, Sotkanet-linkki)
- Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelujen asiakkaat 31.12. (ympärivuorokautinen) / 10 000 asukasta (indikaattori 2924, Sotkanet-linkki)
- Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelujen asiakkaat 31.12. (ei-ympärivuorokautinen) / 10 000 (indikaattori 2932, Sotkanet-linkki)
- Päihde- ja riippuvuustyön erityisten palvelujen laitospalvelun asiakkaat vuoden aikana yhteensä / 1 000 asukasta (indikaattori 6193, Sotkanet-linkki)
- Päihdehuollon asumispalveluyksiköiden asiakkaat vuoden aikana (indikaattori 2127, Sotkanet-linkki)

Vammaispalvelut

- Kelan vammaisuuden perusteella maksamien etuuksien saajat / 1000 asukasta (indikaattori 2313, Sotkanet-linkki)
- Vammaisille myönnettävät palvelut ja tuet / 100 000 asukasta (indikaattori 5275, Sotkanet-linkki)
- Vammaispalvelujen liikkumista tukevat palvelut, saajia vuoden aikana / 100 000 asukasta (indikaattori 381, Sotkanet-linkki)
- Liikkumista tukevia palveluja sosiaalihuoltolain perusteella saaneet asiakkaat / 100 000 asukasta (indikaattori 3462, Sotkanet-linkki)
- Henkilökohtaisen avun asiakkaita vuoden aikana / 100 000 vastaavan ikäistä (indikaattori 385, Sotkanet-linkki)
- Kehitysvammaisten ympärivuorokautisen palveluasumisen asiakkaat 31.12./100 000 asukasta (indikaattori 2828, Sotkanet-linkki)
- Kehitysvammaisten laitospalvelun asiakkaat 31.12./100 000 asukasta (indikaattori 2797, Sotkanet-linkki)

- Vammaisten henkilöiden laitospalvelun asiakkaat 31.12. / 100 000 asukasta (indikaattori 6163, Sotkanet-linkki)
- Vammaisten henkilöiden ryhmämuotoinen ympärivuorokautisen asumisen tuen asiakkaat 31.12. / 100 000 asukasta (indikaattori 6173, Sotkanet-linkki)
- Vammaisten henkilöiden ryhmämuotoisen ei-ympärivuorokautinen asumisen tuen asiakkaat 31.12. / 100 000 asukasta (indikaattori 6183, Sotkanet-linkki)

Iäkkäiden palvelut

- Omaishoidon tuen 75 vuotta täyttäneet hoidettavat vuoden aikana, % vastaavan ikäisestä väestöstä (indikaattori 3262, Sotkanet-linkki)
- Säännöllisen kotihoidon 75 vuotta täyttäneet asiakkaat, % vastaavan ikäisestä väestöstä (indikaattori 5513, Sotkanet-linkki)
- Iäkkäiden laitospalvelun 75 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12., % vastaavan ikäisestä väestöstä (indikaattori 3369, Sotkanet-linkki)
- Iäkkäiden yhteisöllisen asumisen 75 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12., % vastaavan ikäisestä väestöstä (indikaattori 6108, Sotkanet-linkki)
- Iäkkäiden ympärivuorokautisen palveluasumisen 75 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12., % vastaavan ikäisestä väestöstä (indikaattori 3261, Sotkanet-linkki)
- Ikääntyneiden perhehoito, asiakkaita 31.12. (indikaattori 1942, Sotkanet-linkki)
- Kotihoidon asiakkaan tilanne 2 kk akuuttisairaanhoitoon joutumisen jälkeen (onko takaisin kotihoidossa), % (indikaattori 5380, Sotkanet-linkki)
- Kotihoidon etäkäyntien osuus kaikista kotihoidon käynneistä (reaaliaikainen etäasiointi) (%) (indikaattori 5466, Sotkanet-linkki)
- Kotihoidon palvelutuntien määrä on toteutunut asiakassuunnitelmien mukaisesti, % kotihoidon toimintayksiköistä info (indikaattori 6037, Sotkanet-linkki)
- Niiden kotihoidon 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden osuus, joilla päivystyksenä alkaneita sairaalajaksoja, % vastaavan ikäisistä kotihoidon asiakkaista (indikaattori 5028, Sotkanet-linkki)
- Voimassa olevan henkilöstömitoituksen täyttäneiden toimintayksiköiden osuus iäkkäiden ympärivuorokautisessa hoidossa, % (indikaattori 6035, Sotkanet-linkki)

Perusterveydenhuolto

- Hoidon jatkuvuus (COCI) perusterveydenhuollon avosairaanhoidon:
    - lääkärikäynneillä (indikaattori 5502, Sotkanet-linkki)
    - hoitajakäynneillä (indikaattori 5503, Sotkanet-linkki)
    - lääkärikäynneillä, 65 vuotta täyttäneet (indikaattori 5504, Sotkanet-linkki)
    - hoitajakäynneillä, 65 vuotta täyttäneet (indikaattori 5505, Sotkanet-linkki)
    - lääkärikäynneillä, monisairaat (indikaattori 5506, Sotkanet-linkki)
    - hoitajakäynneillä, monisairaat (indikaattori 5507, Sotkanet-linkki)
- Avohoidon keinoin vältettävissä olevat päivystyksellisesti alkaneet sairaalahoitojaksot perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla (indikaattori 5586, Sotkanet-linkki)
- Avohoidon keinoin vältettävissä olevat päivystyksellisesti alkaneet sairaalahoitojaksot erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla (indikaattori 5587, Sotkanet-linkki)

- Perusterveydenhuollon vuodeosastohoito:
  - Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon hoitopäivät / 1000 asukasta (indikaattori 1267, Sotkanet-linkki)
  - Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon potilaat / 1000 asukasta (indikaattori 1268, Sotkanet-linkki)
  - Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon hoitopäivät 75 vuotta täyttäneillä potilailla / 1000 vastaavan ikäistä (indikaattori 703, Sotkanet-linkki)
  - Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon 75 vuotta täyttäneet potilaat / 1000 vastaavan ikäistä (indikaattori 2704, Sotkanet-linkki)

Somaattinen erikoissairaanhoito

- Hoitoa ja hoidon tarpeen arviointia odottavat erikoisaloittain (Raportit - THL kuutio- ja tiivistekäyttöliittymä)
- Somaattisen erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit / 1000 asukasta (indikaattori 1561, Sotkanet-linkki)
- Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon potilaat / 1000 asukasta (indikaattori 1260, Sotkanet-linkki)
- Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoitojaksot / 1000 asukasta (indikaattori 1257, Sotkanet-linkki)
- Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoitopäivät / 1000 asukasta (indikaattori 1259, Sotkanet-linkki)

Ensihoito ja päivystys

- Päivystyskäynnit perusterveydenhuollossa (ml. yhteispäivystys) / 1000 asukasta (indikaattori 5081, Sotkanet-linkki)
- Päivystyskäynnit perusterveydenhuollossa 75 vuotta täyttäneillä (ml. yhteispäivystys) / 1000 vastaavan ikäistä (indikaattori 5080, Sotkanet-linkki)
- Päivystyskäynnit erikoissairaanhoidossa / 1000 asukasta (indikaattori 5077, Sotkanet-linkki)
- Päivystyskäynnit erikoissairaanhoidossa 75 vuotta täyttäneillä / 1000 vastaavan ikäistä (indikaattori 5070, Sotkanet-linkki)
- Avohoidon keinoin vältettävissä olevat, päivystyksellisesti alkaneet sairaalahoitojaksot erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla (indikaattori 5587, Sotkanet-linkki)
- Ensihoitotehtävät / 1000 asukasta (indikaattori 5269, Sotkanet-linkki)