

Tuukka Holster  
Marja-Lisa Laukkonen  
Konsta Lavaste  
Taru Haula  
Merja Korajoki  
Jutta Nieminen  
Liina-Kaisa Tynkkynen

26.6.2024

## Vastine Vantaan ja Keravan hyvinvointialueen lisärahoitushakemuksen liitteeseen koskien THL:n ylläpitämää tarvevakiointimallia

Vantaan ja Keravan hyvinvointialue on jättänyt valtiovarainministeriölle lisärahoituspyynnön. Pynnön liitteenä on professori Teemu Malmin (Aalto-yliopisto) laatima lausunto siihen, miksi hyvinvointialueiden rahoitusmalli ja sen pohjana oleva Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) ylläpitämä tarvevakiointimalli ei kohtele Vantaan ja Keravan hyvinvointialuetta oikeudenmukaisesti.

Vantaan ja Keravan hyvinvointialue on nostanut näitä huolia esille jo 26.9.2023 päivätyssä kannanotossaan, mihin THL on vastannut 26.10.2023 päivätyssä vastineessa. THL kiittää kannanotoista ja professori Malmin lausunnossa esitetyistä kehitysehdotuksista.

Lausunnossaan professori Malmi pyrkii THL:n Sotokuva-palvelun indikaattorien perusteella osoittamaan, että tarvemallinnus mittaa nykyisellään heikosti sosiaalihuollon palvelutarvetta, minkä esitetään johtavan siihen, että rahoitusmalli ei huomioi Vantaan ja Keravan hyvinvointialueen väestön palvelutarvetta riittävän hyvin. Professori Malmi käy läpi joukon sosiaalihuollon palvelutarvetta ja palvelukäyttöä kuvaavia indikaattoreita palvelukokonaisuuksittain ja luettelee, kuinka monessa Vantaan ja Keravan hyvinvointialue sijoittuu maan keskiarvon ylä- tai alapuolelle. Lausunnossa ei kaikilta osin selkeästi listata, mitä indikaattoreita vertailussa on käytetty ja mitä arvoja ne ovat aineiston poimintahetkellä saaneet. Tämän vastineen liitteessä on listattuna, mitä muuttujia lausunnossa tulkitaan käytetyn.

THL näkee hyvinvointialueiden tarveperusteisen rahoituksen kehittämisen periaatteita olevan seuraavat:

- Tarvemallinnuksessa pyritään tunnistamaan hyvinvointialueiden rahoituksessa käytettäväksi sellaisia tarvetekijöitä, jotka

Tuukka Holster  
Marja-Lisa Laukkonen  
Konsta Lavaste  
Taru Haula  
Merja Korajoki  
Jutta Nieminen  
Liina-Kaisa Tynkkynen

26.6.2024

ennustaisivat hyvin palvelukäytön kustannuksia henkilötasolla, mutta eivät suoraan kuvaisi yksittäisen järjestäjän tai tuottajan toimintaa. Tarvetekijät ovat tekijöitä, joiden aiheuttamaan terveyden ja toimintakyvyn heikentymiseen palvelujärjestelmällä pyritään vastaamaan. Tarvetekijöiden käyttämisen ilmeisenä etuna verrattuna puhtaaseen kapitaatioon tai palvelukäyttö-perusteisuuteen on, että rahoitus kohdistuu tarpeen mukaan. Lisäksi vältetään heikentämästä kustannusten hillinnän kannustimia, joiden heikentyminen olisi ongelmana suorassa palvelukäyttö-perusteisessa rahoituksessa.

- Tarvetekijöiden yhteys palvelukäytön kustannuksiin pyritään tunnistamaan empiiriseen tutkimukseen perustuen, käyttäen todellista väestöä ja palvelujärjestelmää kuvaavia aineistoja. Tällä vältetään mielivaltaisuus tarpeen määrittelyssä ja rahoituksen jakamisessa, ja varmistetaan niiden yhteys vallitsevaan palvelujärjestelmään. Koska kyseessä on nimenomaisesti palvelutarve, halutaan tarvetekijän painoarvon kuvaavan siihen liittyvän palvelukäytön kustannuksia. Palvelujärjestelmän asteittain muuttuessa, muuttuu myös näin mallinnettu palvelutarve. Joissain tilanteissa voi olla niin, että hyvin ilmeisiksi koetuista tarve- tai olosuhdetekijöistä ei ole saatavilla kattavia aineistoja. Tällöinkin niille pitäisi asettaa rahoituksessa painoarvot parhaaseen arvioon perustuen, ei mielivaltaisesti.
- Tarvetekijöiden yhteys palvelukäytön kustannuksiin pyritään tunnistamaan henkilötason rekisteriaineistoilla, mikä mahdollistaa laajojen, koko väestön kattavien tietojen käyttämisen. Käyttämällä henkilötason muuttujia aluetason muuttujien sijaan, pyritään välttämään alueellisten tarjontatekijöiden ja palvelutarpeen sekoittuminen. Väestökyselyaineistot taas ovat otoskooltaan liian pieniä suoraan käytettäväksi.

Tuukka Holster  
Marja-Lisa Laukkonen  
Konsta Lavaste  
Taru Haula  
Merja Korajoki  
Jutta Nieminen  
Liina-Kaisa Tynkkynen

26.6.2024

THL on samaa mieltä siitä, että erityisesti sosiaalihuollon tarvevakiointimalli vaatii jatkokehitystä. Sotekuva-palvelun indikaattorien käyttäminen palvelutarpeen arviointiin on kuitenkin monella tapaa ongelmallista. Tässä vastineessa pyritään selventämään tätä seuraavissa kokonaisuuksissa:

1. Lausunnossa kuvatuista indikaattoreista suuri osa mittaa palvelukäyttöä, josta ei haluta suoraan kompensoida rahoitusmallissa
2. Palvelutarvetta kuvaavien, koko maan keskiarvon ylittävien Sotekuva-indikaattorien määrä ei ole riittävä mittari palvelutarpeelle
3. Tarvetekijöinä käytetään sosioekonomisia tekijöitä ja sairastavuutta, joita ei lausunnossa juuri huomioida
4. Olosuhdetekijät sote-rahoituksessa

### **1. Lausunnossa kuvatuista indikaattoreista suuri osa mittaa palvelukäyttöä, josta ei haluta suoraan kompensoida rahoitusmallissa**

Palvelukäyttö ei mittaa suoraan palvelutarvetta. Palvelujen käyttö riippuu muun muassa niiden saatavuudesta ja palvelujen järjestämisen ratkaisuista, minkä vuoksi palvelukäytön erot eivät välttämättä kuvaa hyvin eroja palvelutarpeessa. Jos esimerkiksi maantieteellinen etäisyys palveluntarjoajan toimipisteeseen kasvaa, voi palvelukäyttö samalla laskea. Vantaan ja Keravan (sekä laajemmin pääkaupunkiseudun) hyvinvointialueella etäisyydet ovat muuta maata lyhyemmät, minkä lisäksi hyvät liikenneyhteydet lyhentävät matka-aikoja.

Tuukka Holster  
Marja-Lisa Laukkonen  
Konsta Lavaste  
Taru Haula  
Merja Korajoki  
Jutta Nieminen  
Liina-Kaisa Tynkkynen

26.6.2024

Siksi palvelukäytön sisällyttäminen tarvevakiointiin vääristäisi arvioita palvelutarpeesta. Professori Malmi tunnistaa nämä tarvevakiointimallin periaatteet lausunnossaan, mutta kuitenkin listaa puhtaasti palvelukäytön eroja mittaavia indikaattoreita, kuten Vantaan ja Keravan hyvinvointialueen koko maan keskiarvoa korkeammat asiakasmäärät lapsiperhepalvelujen kotihoidossa sekä potilasmäärät päihdehuollon laitoshoidossa ja asumispalveluissa.

Lisäksi on selvää, että suoraan palvelukäyttöön perustuva rahoitus heikentäisi kustannusten hillinnän kannustimia. Sote-rahoitusmallin keskeinen tavoite on sote-menojen ”kustannusten nousun hillintä” (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2022), eikä suora kompensointi tuotetuista palveluista edistäisi tätä tavoitetta.

Toki voi ajatella, että korkea suhteellinen palvelukäyttö kertoo havaitsematta jääneestä tarpeesta, esittämättä että rahoituksen pitäisi suoraan perustua palvelukäyttöön. Väite pitäisi kuitenkin pystyä näyttämään toteen kattavammalla joukolla tarvetekijöitä. Sellaisenaan palvelukäyttö ei tuo sen enempää lisätietoa kuin alueiden väliset erot nettokäyttökustannuksissa.

## **2. Palvelutarvetta kuvaavien, koko maan keskiarvon ylittävien Sotekuva-indikaattorien määrä ei ole riittävä mittari palvelutarpeelle**

THL toteaa, että Sotekuva-palvelun palvelutarvetta kuvaavat indikaattorit eivät täysin vastaa hyvinvointialueiden rahoitusmallin palvelutarvemääritelmää, eikä palvelun indikaattoreita voida pitää tyhjentävänä listauksena palvelutarpeeseen vaikuttavista tekijöistä. Ei ole selvää, miten vahva yhteys Sotekuva-palvelussa käytetyillä indikaattoreilla on rahoitusmallin mukaiseen, euromääräisinä kustannuksina arvoitettuun palvelutarpeeseen. Indikaattorin yhteys yksilötason palvelukäyttöön voi olla vähäinen, vaikka alueelliset erot siinä olisivat suuriakin.

Tuukka Holster  
Marja-Lisa Laukkonen  
Konsta Lavaste  
Taru Haula  
Merja Korajoki  
Jutta Nieminen  
Liina-Kaisa Tynkkynen

26.6.2024

Kaikkia Sotekuva-palvelun indikaattoreita ei siis ole perusteltua pitää samanarvoisina palvelutarpeen mittareina. Lisäksi osa indikaattoreista kuvaa samoja asioita hieman eri väestörajauksilla. Esimerkiksi päihdepalvelujen tarvetta kuvaavista seitsemästä Sotekuva-indikaattorista kolme indikaattoria kuvaa alkoholikuolleisuutta ja sen myötä menetettyjä elinvuosia. Näistä syistä koko maan keskiarvon ylittävien tai alittävien Sotekuva-indikaattorien määrä ei ole riittävä mittari alueen suhteelliselle palvelutarpeelle.

Huomionarvoista on myös se, että Sotekuva-palvelun indikaattoreista esimerkiksi työkyvyttömyysindeksin ja mielenterveysindeksin osalta Vantaan ja Keravan hyvinvointialue on selkeästi maan keskiarvoa alempana (indeksi-arvot ovat 68,6 ja 88,8, koko maalle 100).

Toimeentulotuen perusosan asiakkuus sisällytettiin tarvetekijänä mallien aikaisempaan versioon (Häkkinen ym. 2020). Myös työpaperissa Holster ym. (2022) kokeiltiin toimeentulotuen perusosan asiakkuuden sisällyttämistä malliin, mutta kuten työpaperin taulukosta 6 nähdään, ei sillä ollut käytännössä mitään vaikutusta mallin ennustekyvyn muiden tekijöiden huomioimisen jälkeen. Työpaperissa ei raportoitu tarvekertoimia tällaisesta vaihtoehtoisesta mallista, mutta on hyvin epätoivottavaa, että mitättömän yksilötason ennustekyvyn omaava muuttaja vaikuttaisi merkittävästi alueiden tarvelaskelmiin.

THL myös toteaa, että osa professori Malmin viittaamista Sotekuva-palvelun tarvetta kuvaavista indikaattoreista perustuu kyselyaineistoihin, minkä vuoksi niiden käyttämiseen rahoitusmallin tarvetekijöinä liittyy kannustinongelmia. Hyvinvointialueille voisi esimerkiksi syntyä kannustin vaikuttaa kyselyiden tuloksiin, jos kyselyn vastauksilla olisi suora vaikutus rahoitukseen.

On silti mahdollista esittää, että indikaattorit kertovat jotain lisää palvelutarpeesta, riippumatta siitä voisiko juuri näitä indikaattoreita

Tuukka Holster  
Marja-Lisa Laukkonen  
Konsta Lavaste  
Taru Haula  
Merja Korajoki  
Jutta Nieminen  
Liina-Kaisa Tynkkynen

26.6.2024

käyttää suoraan rahoituksessa. Tällöin tulee pystyä näyttämään toteen henkilötason aineistoilla, että lausunnossa listatut indikaattorit täydentäisivät palvelutarpeen mittaamista.

Liitteen taulukkoon on kirjattu kunkin Sotekuva-palvelun sosiaalihuollon tarveindikaattorin kohdalle, mitä läheisesti samaa asiaa mittaavia muuttujia rahoituksen tarvemallinnuksessa on nykyisellään mukana. Esitettyjen indikaattorien tuoma parannus ennustekykyyne voi olla heikko siitä syystä, että ne korreloivat vahvasti mallissa jo olevien muuttujien kanssa.

Indikaattorit, joiden osalta tarvemallissa ei ole käytössä tai aiemmin testattuna mitään läheistä muuttujaa, ovat kursivoituna. Rajanveto ei ole yksiselitteistä, mutta tällaisia voivat olla koettua terveyttä, työkykyä, riittämätöntä avunsaantia ja yksinäisyyttä, sekä asunnottomuutta ja vanhempien liiallista alkoholinkäyttöä mittaavat indikaattorit. Selkeästi suurin osa indikaattoreista on kuitenkin jo huomioituna.

Lisäksi on kirjattu, olisiko läheisesti samaa asiaa mittaavaa muuttujaa mahdollista sisällyttää henkilötason rekisteriaineistoista tai FinSote-väestökyselyaineistoista. Asunnottomuus, vanhemman liiallinen alkoholikäyttö ja pitkäaikaistyöttömyys voi olla mahdollista tunnistaa rekistereistä, tosin asunnottomuuden osalta tämä voi olla haastavaa. Väestökyselyaineiston tietoja ei matalien havaintomäärien vuoksi ole mahdollista sisällyttää suoraan rahoituksen tarvemalleihin, mutta niiden ennustekykyyä voidaan silti arvioida rajatussa otoksessa. THL selvittää näiden jatkotyössä, joskin juuri sosiaalihuoltoa koskien väestökyselyaineistoissa voi olla tutkimusluparajoitteita.

### **3. Sosioekonomiset tekijät ja sairastavuus tarvetekijöinä sosiaalihuollon mallissa**

Tuukka Holster  
Marja-Lisa Laukkonen  
Konsta Lavaste  
Taru Haula  
Merja Korajoki  
Jutta Nieminen  
Liina-Kaisa Tynkkynen

26.6.2024

Sotekuva-palvelusta puuttuu suuri joukko muuttujia, joiden yhteys palvelukäyttöön on vahva. Holster ym. (2022) osoittavat, että tällaisia ovat esimerkiksi monet sosioekonomiset tekijät, kuten koulutus (tarvevakiointimallissa huomioituna muuttujilla toinen aste ja korkeakoulu) ja tulotaso (tarvevakiointimallissa käyttötulo). Lisäksi Sotekuva-palvelu sisältää vain vähän sairastavuuden indikaattoreita.

On totta, että sosiaalihuollon palvelutarve liittyy terveydenhuollon palvelutarvetta enemmän toimintakykyyn ja sosiaalisiin ongelmiin. Sairastavuus on kuitenkin yhteydessä toimintakykyyn ja sosiaalisiin ongelmiin, ja siten sillä on merkittävä rooli myös sosiaalihuollon palvelutarpeessa. Sosiaalihuollon kustannuksista huomattava osa kohdistuu mielenterveys-, päihde ja vammaispalveluihin, yhteensä noin 14 % hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon nettokäyttökustannuksista (THL, 2023). Näissä palveluissa diagnoositiedoilla on suuri merkitys. Kuten Malmi lausunnossaan viittaa, esimerkiksi päihde- ja riippuvuushäiriöt, opioidiriippuvuus, masennus, ahdistus, HIV ja C-hepatiitti, älyllinen kehitysvammaisuus ja CP-oireyhtymä on mallissa huomioitu. Lausunnossa jää avaamatta, miksi tämä diagnoositieto ei kuvaisi hyvin erityisesti kalliiden asumis- ja laitospalvelujen tarvetta.

Myös sairausmuuttajat saavat mallinnuksessa huomattavan suuria regressiokertoimia. Selvästi suurimman kertoimen saa älyllinen kehitysvammaisuus, noin 27 000 (Holster ym. 2022). Toisena on hengityshalvaus (13 000) ja kolmantena CP-oireyhtymä (12 000). Näiden sairausmuuttujien yleisyydet olivat vuonna 2021 Vantaan ja Keravan hyvinvointialueella selkeästi alle maan keskiarvon älyllisessä kehitysvammaisuudessa (0,005 ja koko maa 0,007) ja CP-oireyhtymässä (0,0008 ja koko maa 0,0011), ja hengityshalvauksessa maan keskitasoa. Myös WHO:n näkövammaluokitus saa huomattavan painon ja on yleisyydeltään Vantaan ja Keravan hyvinvointialueella maan keskitasoa vähäisempää. Esimerkiksi vuoden 2018 luvut ovat hyvin vastaavia ja niitä voi vertailla THL:n sivuilla saatavilla olevasta taulukosta (THL, 2024).

Tuukka Holster  
Marja-Lisa Laukkonen  
Konsta Lavaste  
Taru Haula  
Merja Korajoki  
Jutta Nieminen  
Liina-Kaisa Tynkkynen

26.6.2024

Sen lisäksi, että diagnoositiedot identifioivat suoraan muun muassa edellä mainittuja sosiaalihuollon asiakasryhmiä, identifioivat ne toisia asiakasryhmiä välillisesti. Näin tapahtuu silloin, kun jokin näennäisesti sosiaalihuollon tarpeeseen liittymätön diagnoosi on yleinen sosiaalihuollon palveluita tarvitsevien keskuudessa. Esimerkki tällaisesta epäsuorasta identifioitumisesta on diagnoosiluokka vammat ja myrkytykset, joka liittyy suorasti terveydenhuollon palvelukäyttöön, mutta joka korreloi vahvasti myös sosiaalihuollon palvelukäytön kanssa.

THL tunnistaa, että väestön sairastavuuden identifiointiin vaikuttaa se, kuinka kattavasti tiedot rekisteriaineistoista havaitaan. Sairastavuustietoa kirjataan luonnollisesti pääasiassa terveydenhuollon palveluissa.

THL laskee tarvekertoimet THL:n ylläpitämiin Hoitoilmoitusrekistereihin alueiden toimittamien tietojen perusteella. Tietojen oikeellinen raportointi on vuodesta 2023 alkaen ollut alueiden lakisääteinen velvollisuus. Joillakin (esimerkiksi Apottia käytävillä) alueilla tietotoimituksessa on ilmennyt ongelmia, mikä voi vähentää alueella havaittua sairastavuutta. Sosiaalihuollon palveluja tarvitsevien terveydenhuollon palvelujen käytössä voi olla myös alueellisia eroja.

#### **4. Olosuhdetekijät sote-rahoituksessa**

Lausunnossa professori Malmi toteaa, etteivät keskimääräiset yksikkökustannukset kuvaa hyvin Uudenmaan korkeaa tuotannontekijäkustannusten tasoa. Nykyisessä rahoitusmallissa palvelutuotannon kustannuseroja pyritään huomioimaan erilaisilla olosuhdetekijöillä. THL kannattaa, että myös olosuhdetekijöiden painokertoimia uudelleenarvioidaan.

Lyytikäisen ym. (2022) selvityksessä havaitaan, että vuonna 2019 sotehenkilöstön tuntipalkka oli Vantaan ja Keravan hyvinvointialueella hie- man korkeampi kuin maassa keskimäärin. Alueellisia palkkaeroja ei



Tuukka Holster  
Marja-Lisa Laukkonen  
Konsta Lavaste  
Taru Haula  
Merja Korajoki  
Jutta Nieminen  
Liina-Kaisa Tynkkynen

26.6.2024

kuitenkaan nykyisin huomioida olosuhdetekijänä ja niiden käyttämiseen liittyy merkittäviä taloudellisia kannustinongelmia. Mahdollisia ratkaisuja on esitetty Häkkinen ym. (2022) raportissa.

Häkkinen ym. (2022) tarkastelivat tutkimuksessaan laajasti muita mahdollisia olosuhdetekijöitä, kuten vieraskielisyyttä ja alueen syrjäisyyttä. Tutkimuksensa pohjalta rahoitusmalliin tehtiin useita muutosehdotuksia, joita ei kuitenkaan ole sellaisenaan viety rahoituslakiin.

Häkkinen ym. (2022) tutkimuksessa hyödynnettiin tietoa kuntien toteutuneista sote-menoista ja siksi sitä olisi syytä päivittää, kun saadaan käyttöön tiedot hyvinvointialueiden toteutuneista menoista. On myös hyvä huomata, että rahoituksen nykyisistä määräytymistekijöistä asukasmäärä saa korkean painon (13 %), mikä hyödyttää ison väestöpohjan Vantaan ja Keravan hyvinvointialuetta. THL katsoo, että asukasperusteinen rahoitus ei nykyisellään ole hyvin perusteltu.

Vaikka maahanmuuttajilla voikin olla korkeaa palvelutarvetta, Malmin ehdottamaa tarvemallin ulkomaalaistataustaisuuden kertoimen asettamista positiiviseksi on vaikea nähdä perustelluksi. THL:n näkemyksen mukaan tarveperusteisen rahoituksen kehittäminen tulee perustua ole-massa olevaa palvelujärjestelmää heijastavaan tutkimukseen, ei mielivaltaisiin korvauserusteisiin.

Malmi ei lausunnossaan nosta esiin tulkkipalvelujen tarvetta, mutta niitä usein korostetaan yhtenä rahoituksessa puutteellisesti huomioituna maahanmuuttajaväestön kustannuksia nostavana tekijänä. Vieraskielisyys on rahoituksen määräytymistekijänä kahden prosentin osuudella, mutta sen paino ei perustu tutkimukseen. Vantaan ja Keravan hyvinvointialueen vuoden 2024 laskennallisesta rahoituksesta 62 milj. euroa perustuu vieraskielisyyteen, mikä vastaa alueen rahoituksesta kuutta prosenttia. Koko maan rahoituksesta vieraskielisyys kattaa 1,967

Tuukka Holster  
Marja-Lisa Laukkonen  
Konsta Lavaste  
Taru Haula  
Merja Korajoki  
Jutta Nieminen  
Liina-Kaisa Tynkkynen

26.6.2024

prosenttia - eli alue hyötyy vieraskielisyyteen perustuvasta kriteeristä mallissa.

Perusterveydenhuollon osalta tulkkipalvelujen käyttöä voi tulevaisuudessa olla mahdollista huomioida kustannuspohjassa toimenpidekoodeihin perustuen, jos tulkkipalvelujen yksikkökustannuksia pystytään jotenkin arvioimaan. Nykyisellään näiden kirjaaminen on kuitenkin heikkoa.

### **Lopuksi**

THL on samaa mieltä siitä, että erityisesti sosiaalihuollon tarvevakiointimalli vaatii jatkokehitystä. THL silti katsoo, että professori Malmin lausunnossa jää näyttämättä toteen, että malli nykyisellään kohtelisi juuri Vantaan ja Keravan hyvinvointialuetta epäoikeudenmukaisesti. Mallin jatkokehittäminen on meneillään, ja siinä pyritään tunnistamaan paremmin esimerkiksi vammaispalvelujen ja lastensuojelun tarve sekä sairausluokitusta että muita tarvetekijöitä kehittämällä. Sosiaalihuollon tarvemallin kehittämistä hidastaa vielä kansallisten rekisteriaineistojen puutteellisuus, mutta tilanne on lähivuosina asteittain paranemassa Sosiaalihuollon seurantarekisterin tietosisällön kehittyessä.

### **Lähteet**

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

Häkkinen, U., Laukkonen, M-L., Nguyen, L., Holster, T., & Kapiainen, S. (2022). Olosuhdetekijät sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksessa. THL-työpaperi 25/2022.

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

Tuukka Holster  
Marja-Lisa Laukkonen  
Konsta Lavaste  
Taru Haula  
Merja Korajoki  
Jutta Nieminen  
Liina-Kaisa Tynkkynen

26.6.2024

Lyytikäinen, T., Saxell, T., Siikanen, M., & Toikka, M. (2022). Alueelliset palkkaerot sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Nguyen, L., & Häkkinen, U. (2022). Koettu tyydyttämätön terveystalv-  
lujen tarve ja terveystalv-  
lujen käyttö. THL-työpaperi 48/2022.

THL (2023). Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen Suomessa Val-  
takunnallinen asiantuntija-arvio, syksy 2023. Päätösten tueksi 42/2023.

THL (2024). Laskentataulukko tarvekertoimille. Saatavilla:

[https://thl.fi/aiheet/sote-palvelujen-johtaminen/rahoitus-ja-kustan-  
nukset/hyvinvointialueiden-sote-palvelujen-tarveperustainen-rahoitus](https://thl.fi/aiheet/sote-palvelujen-johtaminen/rahoitus-ja-kustan-<br/>nukset/hyvinvointialueiden-sote-palvelujen-tarveperustainen-rahoitus)

Sosiaali- ja terveysministeriö (2022). Sosiaali- ja terveydenhuollon val-  
takunnalliset tavoitteet vuosille 2023–2026. Sosiaali- ja terveysminis-  
teriön julkaisuja 2022:18. [https://julkaisut.valtioneu-  
vosto.fi/bitstream/handle/10024/164463/STM\\_2022\\_18J.pdf](https://julkaisut.valtioneu-<br/>vosto.fi/bitstream/handle/10024/164463/STM_2022_18J.pdf)

24.5.2024

## Liite

Indikaattorit: Lasten nuorten ja perheiden palvelut	Numero	Vuosi	Kokoma	Vantaa ja Kerava	Tarvemalli
0–1-vuotiaat, lkm 31.12.	5029	2023	89062	5659	Ikämuuttajat
0–17-vuotiaat, % väestöstä	1065	2023	18.2	19.8	Ikämuuttajat
0–6-vuotiaat, % väestöstä	7	2023	6	7.2	Ikämuuttajat
16–24-vuotiaat, % väestöstä	168	2023	10	10.3	Ikämuuttajat
7–15-vuotiaat, % väestöstä	167	2023	9.9	10.3	Ikämuuttajat
Alle 16-vuotiaan vammaistuen saajat (korotettu ja ylin tuki) / 100 000 vastaavan ikäistä	5108	2023	1876.8	1760.4	Vammaistuen diagnoositietoja käytetään
Kohtalainen tai vaikea ahdistuneisuus, % 8. ja 9. luokan oppilaista	328	2023	21.4	22.5	Masennus- ja ahdistuneisuushäiriöt sairausluokituksessa, koettu ahdistuneisuus kokeiltavissa väestökyselyaineistossa
<i>Kokee terveydentilansa keskinkertaiseksi tai huonoksi, % 8. ja 9. luokan oppilaista</i>	286	2023	26.6	26.8	<i>Koettu terveydentila ei suoraan huomioon, kokeiltavissa väestökyselyaineistossa</i>
Koulutuksen ulkopuolelle jääneet 17–24-vuotiaat, % vastaavan ikäisestä väestöstä	3219	2022	8.3	13.1	Koulutusmuuttuja
Kuntoutuspsykoterapiaa saaneet 16–24-vuotiaat / 1 000 vastaavan ikäistä	3872	2023	19	14.4	Kuntoutuksen diagnoositietoja käytetään
Nuorisotyöttömät, % 18–24-vuotiaasta työvoimasta	189	2023	11.5	10.9	Työllisyysmuuttuja
Syntyvyys (Yleinen hedelmällisyysluku)	5123	2022	39.2	42.7	Synnytysmuuttuja

24.5.2024

Syrjäytymisriskissä (ei työssä, ei opiskele, ei ole varusmiespalvelussa) olevat 18–24-vuotiaat, % vastaavan ikäisistä	5387	2022	14.7	15.7	Huomioituna työllisyys-, koulutus- ja varusmiesmuuttujien kautta
Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneet lapsiperheet, % lapsiperheistä	5097	2023	2.6	5.3	Toimeentulotuen perusosaa kokeiltu, vähäinen merkitys
<i>Vanhemman liiallinen alkoholinkäyttö aiheuttanut haittaa, % 4. ja 5. luokan oppilaista (2017-)</i>	4841	2023	1.8	1.6	<i>Vanhemman liiallinen alkoholinkäyttö ei suoraan huomioituna, kokeiltavissa yhdistämällä rekistereissä lapsille vanhempien päihde- ja riippuvuushäiriöt</i>
Ylipaino, % 8. ja 9. luokan oppilaista	3906	2023	17.4	17	Lihavuus kokeiltuna sairausluokituksessa, vähäinen merkitys (mutta alikirjattu). Painoindeksi kokeiltavissa väestökyselyaineistossa
<b>Indikaattorit: Työkäisten sosiaalipalvelut ja työllistymistä tukevat palvelut</b>					
25-64-vuotiaat, % väestöstä	169	2023	50.7	55.9	Ikämuuttujat
<i>Asunnottomat yksin asuvat / 1 000 asukasta (2018-)</i>	483	2023	0.6	1.1	<i>Asunnottomuus ei suoraan huomioituna, meillä selvittely mahdollisuudesta arvioida henkilön asunnottomuus rekistereistä</i>
Koulutuksen ulkopuolelle jääneet 17–24-vuotiaat, % vastaavan ikäisestä väestöstä	3219	2022	8.3	13.1	Koulutusmuuttuja

24.5.2024

Niiden osuus, jotka uskovat, että todennäköisesti eivät jaksakaan työskennellä vanhuuseläkeikänsä saakka (%), 20–64-vuotiaat	4387	2022	26.5	26.5	Koettu työkyky ei suoraan huomioituna, kokeiltavissa väestökyseilyaineistossa
Nuorisotyöttömät, % 18–24-vuotiaasta työvoimasta	189	2023	11.5	10.9	Työllisyysmuuttuja
Pitkäaikaistyöttömät, % työvoimasta	3562	2023	3.3	3.8	Työllisyysmuuttuja huomioituna, työttömyysjakson pituus kokeiltavissa rekistereistä
Syrjäytymisriskissä (ei työssä, ei opiskele, ei ole varusmiespalvelussa) olevat 18–24-vuotiaat, % vastaavan ikäisistä	5387	2022	14.7	15.7	Huomioituna työllisyys-, koulutus- ja varusmiesmuuttujien kautta
Työlliset, % väestöstä	2328	2022	43.6	48.2	Työllisyysmuuttuja
Työttömät, % työvoimasta	181	2023	9.8	10.9	Työllisyysmuuttuja
Ulkomaalaiset työttömät työnhakijat, % ulkomaalaisten työvoimasta	5099	2022	18.3	18.7	Työllisyysmuuttuja, taustamaa ei Suomi. Näiden yhteisvaikutusta ei suoraan huomioitu mutta kokeiltavissa rekistereistä
Ulkona, yömajoissa, tilapäissuojissa ja laitoksissa olevat yksinäiset asunnottomat / 1 000 asukasta (2018-)	484	2023	0.2	0.3	Asunnottomuus ei suoraan huomioituna, menneillä selvittely mahdollisuudesta arvioida henkilön asunnottomuus rekistereistä
Vaikeasti työllistyvät (rakennetyöttömyys), % 15–64-vuotiaista	3071	2023	4.2	4.7	Työllisyysmuuttuja huomioituna, työttömyysjakson pituus kokeiltavissa rekistereistä

24.5.2024

<b>Indikaattorit: Päihdepalvelut</b>					
Alkoholia liikaa käyttävien osuus (AUDIT-C) (%), 20–64-vuotiaat	4412	2022	29	27.4	Päihde- ja riippuvuushäiriöt sairausluokituksessa, alkoholi-käytön määrä kokeil-tavissa väestökysely-aineistossa
Alkoholia liikaa käyttävien osuus (AUDIT-C) (%), 65 vuotta täyttäneet	4413	2022	32	32.6	Katso Alkoholia liikaa käyttävien osuus
Alkoholikuolemat, menetetyt elinvuodet (PYLL) ikävälillä 25–80 vuotta / 100 000 vastaavan ikäistä	3961	2022	817	893	Katso Alkoholia liikaa käyttävien osuus
Alkoholikuolleisuus / 100 000 asukasta	3105	2022	30	30.5	Katso Alkoholia liikaa käyttävien osuus
Alkoholikuolleisuus 65 vuotta täyttäneillä / 100 000 vastaavan ikäistä	5124	2022	57.2	76.3	Katso Alkoholia liikaa käyttävien osuus
C-hepatiitti-infektioita (kaikki tartuntatavat yhteensä) / 100 000 asukasta	3172	2023	20.1	22.8	HIV, C-hepatiitti sairausluokituksessa
<i>Vanhemman liiallinen alkoholinkäyttö aiheuttanut haittaa, % 4. ja 5. luokan oppilaista (2017-)</i>	4841	2023	1.8	1.6	<i>Vanhemman liiallinen alkoholinkäyttö ei suoraan huomioituna, kokeiltavissa yhdistämällä rekistereissä lapsille vanhempien päihde- ja riippuvuushäiriöt</i>
<b>Indikaattorit: vammaisten palvelut</b>					
16 vuotta täyttäneen vammaistuen saajat (korotettu ja ylin tuki) / 100 000 vastaavan ikäistä	5109	2023	145.5	159.8	Vammaistuen diagnoositietoja käytetään

24.5.2024

Alle 16-vuotiaan vammaistuen saajat (korotettu ja ylin tuki) / 100 000 vastaavan ikäistä	5108	2023	1876.8	1760.4	Vammaistuen diagnoositietoja käytetään
<i>Apua riittämättömästi saavien osuus väestöstä (%), 55 vuotta täyttäneet</i>	4379	2022	6.6	7.1	<i>Koettu riittämätön palvelutarve ei nyt suoraan huomioituna, kokeiltavissa väestökyselyaineistoissa, Nguen ja Häkkinen (2022) tarkastelleet tyydyttymätöntä palvelutarvetta terveydenhuollossa</i>
Kelan vammaisuuden perusteella maksamien etuuksien saajia / 1 000 asukasta	2313	2023	46.7	28.8	Vammaisuuksien diagnoositietoja käytetään
<b>Indikaattorit: Mielen terveystoimet</b>					
Erityiskorvattaviin lääkkeisiin psykoosin vuoksi oikeutettuja 31.12., ikävakioitu väestöosuus (%)	5084	2023	1.6	1.4	Psykoosisairaudet ja kaksisuuntainen mielialahäiriö sairausluokituksessa
Erityiskorvattaviin lääkkeisiin psykoosin vuoksi oikeutettuja, % väestöstä	685	2023	1.7	1.4	Psykoosisairaudet ja kaksisuuntainen mielialahäiriö sairausluokituksessa
Itsemurhakuolleisuus / 100 000 asukasta	3106	2022	13.5	13.5	Masennus- ja ahdistuneisuushäiriöt sairausluokituksessa, koettu mielen terveys ja itsemurha-ajatukset



24.5.2024

					kokeiltavissa väestökyselyaineistoissa
<i>Itsensä yksinäiseksi tuntevien osuus (%), 75 vuotta täyttäneet</i>	4287	2022	12	13	<i>Koettu yksinäisyys kokeiltavissa väestökyselyaineistoissa</i>
Kohtalainen tai vaikea ahdistuneisuus, % 8. ja 9. luokan oppilaista	328	2023	21.4	22.5	Masennus- ja ahdistuneisuushäiriöt sairausluokituksessa, koettu ahdistuneisuus kokeiltavissa väestökyselyaineistossa
Kuntoutuspsykoterapiaa saaneet 16–24-vuotiaat / 1 000 vastaavan ikäistä	3872	2023	19	14.4	Kuntoutuksen diagnoositietoja käytetään
Kuntoutuspsykoterapiaa saaneet 25–64-vuotiaat / 1 000 vastaavan ikäistä	2418	2023	18.9	13.7	Kuntoutuksen diagnoositietoja käytetään
Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkettä saavat 18–34-vuotiaat, % vastaavan ikäisestä väestöstä	5032	2023	1.8	1.1	Työkyvyttömyyseläkkeiden diagnoositietoja käytetään, työkyvyttömyyseläke huomioitu myös itsenäisinä muuttujina
Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkettä saavat 25–64-vuotiaat, % vastaavan ikäisestä väestöstä	2422	2023	3.2	2.1	Työkyvyttömyyseläkkeiden diagnoositietoja käytetään, työkyvyttömyyseläke huomioitu myös itsenäisinä muuttujina
Mielenterveysindeksi, ikävakioimaton	5652	2022	100	88.8	Mielenterveys huomioituna laajalla joukolla sairausluokkia

24.5.2024

Mielenterveysindeksi, ikävakioitu	5651	2022	100	88.8	Mielenterveys huomioituna laajalla joukolla sairausluokkia
Mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saaneet 18–24-vuotiaat / 1 000 vastaavan ikäistä	2346	2023	27.9	24.9	Sairauspäivärahojen diagnoositietoja käytetään
Mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saaneet 25–64-vuotiaat / 1 000 vastaavan ikäistä	2345	2023	32.3	25.9	Sairauspäivärahojen diagnoositietoja käytetään
Psyykkisesti merkittävästi kuormittuneiden osuus (%), 20–64-vuotiaat	4355	2022	19.3	18.1	Masennus- ja ahdistuneisuushäiriöt sairausluokituksessa, koettu mielenterveys kokeiltaisissa väestökyselyaineistoissa