

Valtiovarainministeriö

Viite: Lausuntopyyntöne 24.4.2026 VN/37410/2025

## **Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen lausunto valtiovarainministeriölle Etelä-Karjalan, Etelä-Pohjanmaan, Etelä-Savon, Kanta-Hämeen, Keski-Suomen ja Pohjanmaan hyvinvointialueiden vuoden 2026 rahoitusta koskevasta päätöksestä tekemistä oikaisuvaatimuksista**

Valtiovarainministeriö (VM) on pyytänyt Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta (THL) lausuntoa Etelä-Pohjanmaan, Etelä-Savon, Etelä-Karjalan, Pohjanmaan, Keski-Suomen ja Kanta-Hämeen hyvinvointialueiden oikaisuvaatimuksista, jotka koskevat valtiovarainministeriön 18.12.2025 tekemää päätöstä hyvinvointialueiden vuoden 2026 rahoituksesta (VN/37410/2024, jäljempänä lyhyesti ”rahoituspäätös”).

Lausunnossa on pyydetty ottamaan kantaa ja esittämään selvitystä kaikista oikaisuvaatimuksissa esitetyistä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen toimintaa koskevista väitteistä. Lausunto on pyydetty toimittamaan viimeistään 7.5.2026. Lausunnon antamiselle on pyydetty ja saatu lisääaikaa 11.5.2026 saakka.

THL kiittää mahdollisuudesta lausua asiassa ja toteaa lausuntonaan seuraavaa:

### **Hoitoilmoitusrekisterin tietojen käyttö tarvekertoimien määrittelyssä**

Hyvinvointialueiden oikaisuvaatimuksissa arvostellaan THL:n hoitoilmoitusrekisterien vuosien 2022 ja 2023 tietojen laatua, niiden keräämisen prosessia, sekä niiden käyttämistä tarvekertoimen määrittämisessä. Oikaisuvaatimuksissa esitetään myös, että tarvekertoimien laskennassa käytettäviä tietoja tulisi jollakin, yleensä tarkemmin määrittelemättömällä, tavalla täydentää tai oikaista.

Hyvinvointialueiden rahoituksesta annetun lain (617/2021, jäljempänä rahoituslaki) 14 § edellyttää, että THL laskee vuosittain alueelliset terveyden-, vanhusten- ja sosiaalihuollon palvelutarvekertoimet (jäljempänä tarvekertoimet) siinä säädetyn tietopohjan ja rahoituslain liitteessä olevien tarvetekijöiden perusteella. Tarvekerrointen määrittämisessä on kyseisen säännöksen mukaan käytettävä Digi- ja väestötietoviraston, Eläketurvakeskuksen, Kansaneläkelaitoksen, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ja Tilastokeskuksen tietoja. Säännöksessä säädetään sitovasti myös siitä, minkä vuosien tietoja määrittämisessä on käytettävä. Lisäksi rahoituslain liitteessä määritellään laskennassa huomioitavat lukuisat tarvetekijät osin jopa ICD-koodien tarkkuudella. Vielä täsmällisemmin malli, jolla tarvekertoimet lasketaan, on kuvattu kyseisen lain hallituksen esityksessä viitatussa THL:n työpaperissa.

THL toteaa, että huomioiden edellä kuvatut sitovassa lainsäädännössä olevat määrittelyt, nyt kyseessä olevan vuoden tarvekertoimien laskennassa on käytännössä pakko käyttää THL:n hoitoilmoitusrekisterien tietoja vuosilta 2022 ja 2023. Monien liitteessä säädettyjen tarvetekijöiden määrittäminen ei onnistu ilman juuri hoitoilmoitusrekistereistä saatavia tietoja ja edellä todetusti myös siitä, minkä vuosien tiedoilla laskenta tehdään, on säädetty.

THL toteaa lisäksi, että hoitoilmoitusrekistereissä olevat tiedot ovat paras laitoksen (tai muunkaan tahon) käytettävissä oleva lähde kyseisille tiedoille niiden poimimisen hetkellä. Hyvinvointialueiden vaatimukset siitä, että tarvekertoimen määrittelyssä huomioitaisiin rekistereistä puuttuvia tietoja ovat käytännössä mahdottomia toteuttaa, sillä laskentaa ei ole mahdollista tehdä millään kuvitteellisella ”täydellisellä rekisteritiedolla”, vaan ainoastaan olemassa olevilla tiedoilla. Lisäksi rekisteritiedon täydentäminen laskennassa – jos se siis olisi mahdollista – olisi juridisesti ongelmallista, sillä tarvekertoimien laissa määritelty tietopohja sulkee pois muiden kuin määriteltyjen tietolähteiden käytön täydentämään tietopohjaa. Muita rahoituslaissa määriteltyjä tietolähteitä taas

käytetään jo tällä hetkellä mahdollisuuksien mukaan täydentämään hoitoilmoitusrekisterin tietoja laskennassa.

Hoitoilmoitusrekisterit muodostuvat sote-palvelunantajien THL:n ylläpitämään rekisteriin toimittamista tiedoista. Hyvinvointialueet ja muut sote-palvelunantajat vastaavat toimittamiensa tietojen täydellisyydestä ja virheettömyydestä – myös silloin, kun ne käyttävät tietojen toimittamiseen alihankkijaa, kuten tietojärjestelmätoimittajaa. Hyvinvointialueet julkisina toimijoina toimivat asiassa virkavastuulla.

THL rekisterinpitäjänä tarkistaa osaltaan tietojen laatua eri tavoin sekä niiden saapuessa THL:ään, että niiden käsittelyn eri vaiheissa, sekä puuttuu mahdollisuuksiensa mukaan tiedoissa havaittuihin virheisiin. On kuitenkin huomattava, että THL:lla ei ole mahdollisuutta vertailla sille toimitettuja tietoja esimerkiksi hyvinvointialueiden potilastietojärjestelmissä oleviin tietoihin, eli laitos ei käytännössä yleensä pysty kyseenalaistamaan yksittäisen sille toimitetun hoitotapahtumatiedon oikeellisuutta sisällöllisesti.<sup>1</sup>

THL ei myöskään – toisin kuin sote-palvelunantaja – voi valita sote-palvelunantajan tietojen toimittamisessa hyödyntämiä alihankkijoita tai asettaa näille suoraan vaatimuksia tai reklamoida alihankkijan virheellisesti toimittamia tietoja alihankkijalle. THL ei niin ikään voi vaikuttaa siihen, millaista raportointia toimitetuista tiedoista alihankkija toimittaa sote-palvelunantajalle. Rekisteritiedon luotettavuus riippuu näin ollen aina etenkin tietoja toimittavan

---

<sup>1</sup> THL ei siten pysty lähtökohtaisesti kyseenalaistamaan esimerkiksi yksittäisessä hoitotapahtumassa lonkkamurtuman tai aivoverenkiertohäiriön kirjaamista ja toimittamista THL:n rekisteriin pitkäaikaisena diagnoosina (koska molemmat voivat tapauksesta riippuen perustellusti olla sellaisia, vrt. Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen oikaisuvaatimus). Tästä syystä THL:lla ei myöskään käytännössä ole itsenäisesti mahdollisuutta ”oikaista” tällaisia hyvinvointialueiden toimittamia tietoja, sillä laitoksella ei ole tietoa siitä onko tieto virheellinen tai mikä oikea tieto olisi.

organisaation, eli nyt kyseessä olevien tietojen osalta hyvinvointialueen, toiminnasta.

Useiden hyvinvointialueiden oikaisuvaatimuksissa nostetaan esille myös hoitoilmoitusrekisteritietojen keräämisestä annettu hallintopäätös ja kytketään tämä hallintolain 31 §:n mukaiseen selvittämiselvöllisyyteen. Kuten oikaisuvaatimuksissa on tuotu esille, ensimmäinen Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta annetun lain (668/2008) 5 c §:n mukainen hallintopäätös terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisterin (Hilmo) tiedonkeruusta on annettu vuonna 2024. Tätä ennen Hilmo-tiedonkeruu on perustunut ennen mainitun säännöksen voimaantuloa voimassa olleeseen lainsäädäntöön sekä THL-lain 5 §:ssä säädettyyn Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen oikeuteen saada ja käsitellä kyseisiä tietoja.

Hilmo-tiedonkeruun sisältö, tietomäärittelyt ja menettelytavat on kuitenkin yksityiskohtaisesti kuvattu Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisemissa Hilmo-oppaissa sekä ennen 5 c §:n mukaisen päätöksen antamista, että sen jälkeen. Tiedonkeruun käytännön toteutus ei ole päätöksen antamisen myötä olennaisesti muuttunut, vaan päätöksessä on viitattu Hilmo-oppaassa määriteltyihin tietosisältöihin ja menettelyihin.

Oikaisuvaatimuksissa ei ole yksilöity, millä tavoin vuonna 2024 annettu THL-lain 5 c §:n mukainen päätös olisi muuttanut hyvinvointialueiden toimintaa Hilmo-tiedonkeruussa verrattuna aiempaan tilanteeseen, eikä myöskään sitä, miten päätöksen antamisajankohdalla olisi konkreettista vaikutusta oikaisuvaatimuksen kohteena olevaan vuoden 2026 rahoituspäätökseen tai sen perusteena käytettyihin tarvekertoimiin. Edellä todetusti tarvekertoimia ei ole mahdollista määrittää rahoituslain edellyttämällä tavalla ilman vuosien 2022 ja 2023 hoitoilmoitusrekisteritietojen käyttämistä.

### **Yksityisen sektorin palvelutapahtumille kirjattujen diagnoosien käyttäminen tarvekerrointen määrittelyssä**

Hyvinvointialueiden oikaisuvaatimuksissa vaaditaan, että rahoituspäätöstä oikaistaisiin poistamalla yksityisen sektorin diagnoosikirjausten vaikutus vuoden 2026 rahoitukseen samaan tapaan kuin rahoitusmalliin suunnitellun päivityksen myötä tullaan todennäköisesti tekemään vuonna 2027. Toisin kuin oikaisuvaatimuksissa väitetään, yksityisen sektorin diagnoositietojen sisällyttäminen sote-rahoituksen tarvemalliin ei kuitenkaan ole vastoin nykymallin tarvetekijöiden määrittelyä.

Tarvemallinnustyössä on pyritty alusta alkaen (Häkkinen ym. 2020) tunnistamaan väestön sairastavuus mahdollisimman kattavasti. Yksityisen sektorin palvelutapahtumissa kirjattua diagnoositietoa on ollut THL:n hoitoilmoitusrekistereissä jo pitkään erityisesti vuodeosastohoitoa ja päiväkirurgiaa koskien. Avohoidon tietotoimitusten määrä lähti kasvuun koronavuosina.

Lisäksi tarvelaskennan aineistoon sisältyy sairastavuustietoja esimerkiksi eläkkeitä, sairauspäivärahoja ja lääkkeiden erityiskorvausoikeuksia koskevista rekistereistä. Ne eivät ole vain hyvinvointialueiden palveluihin liittyviä tietoja, vaan voivat olla seurausta myös muiden sektorien käytöstä.

Laajalla sairastavuuspoiminnalla on pyritty täydentämään hyvinvointialueiden palvelujen huonosta saatavuudesta (tyydyttymätön tarve), heikosta diagnoosikirjaamisesta tai puutteellisista tietotoimituksista mahdollisesti aiheutuvia sairastavuustiedon puutteita ja turvaamaan laadukkaiden tietotoimitusten kannusteita.

Lisäksi ostopalvelujen ja yksityisesti rahoitettujen palvelujen erotteluun on liittynyt epävarmuuksia. Perusteluja on eritelty tarkemmin uusimmassa työpaperissa Holster ym. (2025).

Tarvemalli sisältää muuttujia, joilla huomioidaan muiden sektorien käytön vaikutusta hyvinvointialueiden palveluiden käyttöön. Näitä muuttujia ovat koulutusaste, opiskelu, työllisyys ja asuntokunnan

käyttötulot kulutusyksikköä kohden, ja ne ovat sisältyneet hyvinvointialueiden rahoituksen tarvemalliin alusta alkaen (Häkkinen ym. 2020).

Koska korkeakouluopiskelijat voivat käyttää Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön (YTHS) palveluja, työlliset työterveyshuoltoa ja paremmassa taloudellisessa asemassa olevat yksityisesti rahoitettuja palveluja hyvinvointialueiden palveluja korvaavina, saavat nämä muuttajat mallissa negatiivisen kertoimen, eli ne vähentävät alueen saamaa rahamäärää. Tuoreimmassa työpaperissa (Holster ym. 2025) jopa ehdotettiin, että tarvemallissa käytettäisiin jatkossa YTHS:n, työterveyshuollon ja yksityisesti rahoitettujen palvelujen käyttöön perustuvia muuttujia, sillä rekisteritiedon paranemisen takia muiden sektorien palvelujen käyttöä pystytään huomioimaan aiempaa paremmin suoraan.

Mallissa pyritään siis tunnistamaan kaikki sairastavuustekijät tai muutoin tekijät, jotka altistavat kohonneelle palvelukäytölle, ja mukauttamaan ennustetta sen mukaan, paljonko henkilöllä havaitaan muiden sektoreiden palvelujen käyttöä.

THL:n työpaperissa toivotaan keskustelua siitä, halutaanko rahoitusmallissa jatkossa kompensoida alueita vastuuväestön täydestä palvelutarpeesta (jolloin muiden sektoreiden käyttöä ei huomioitaisi rahoitusta vähentävänä) vai vain siinä määrin, kun väestö tosiasiallisesti käyttää hyvinvointialueen palveluja (jolloin muiden sektorien käyttö huomioitaisiin nykyisen tapaisesti). Vaikka väestön tosiasiallista hyvinvointialueiden palvelujen käyttöä vastaava palvelutarpeen määritelmä voi olla siinä mielessä luontevampi, että hyvinvointialueet saavat silloin saman rahamäärän käytettäväksi palvelukäyttäjien palvelutarpeeseen vastaamiseksi, on valinta lopulta periaatteellinen ja poliittinenkin.

THL toivoo tarvemallitutkimukseen laajasti kommentteja ja monista tutkimuksellisista ratkaisuista voi olla perusteltuja erimielisyyksiä.

Sairastavuustiedon tietolähteiden käytön kysymykset ovat haasteellisia, eikä kaikkiin kysymyksiin voi olla yksiselitteistä tilastolliseen tunnuslukuun perustuvaa vastausta. Yksityisillä hoitotapahtumilla kirjatun sairastavuustiedon käytössä nyt kyseessä olevia tarvekertoimia määriteltäessä ei kuitenkaan ole kyse virheestä aineiston muodostamisessa tai laskentavirheestä, eikä se myöskään tee rahoituspäätöksestä THL:n arvion mukaan millään tavalla lain vastaista.

### **Pitkäaikaisdiagnoosien ohjeistus**

Hyvinvointialueiden oikaisuvaatimuksissa esitetään väitteitä siitä, että pitkäaikaisdiagnoosien kirjaamis- ja tietotoimitusohjeistus on ollut epäselvää.

Diagnoosien kirjaamista sekä diagnoosien toimittamista hoitoilmoitusrekisterin tiedonkeruussa on ohjeistettu kansallisesti jo pitkään. Esimerkiksi pitkäaikaisdiagnoosi koskeva ohjeistus on ollut jo ainakin vuodesta 2012 lähtien *Suomalainen tautien kirjaamisen ohjekirjassa*. Siinä suositellaan ”potilaskertomusjärjestelmien kehittämistä siten, että terveydenhuollon ammattilaiset voivat koostaa niistä potilaan pitkäaikaisdiagnoosien listan kokonaistilanteen hahmottamiseksi” sekä ”diagnoosin pysyvyyden kirjaamista AR/ YDIN - Pysyvyys luokituksella”.

Diagnoosien kirjaamista on ohjeistettu myöhemmin lisää, esimerkiksi *Terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen oppaassa* vuonna 2015 sekä sen myöhemmissä versioissa, joista viimeisin *Potilastiedon kirjaamisen yleisopas* julkaistiin kesäkuussa 2025.

Hilmo-tiedonkeruu olettaa terveydenhuollon ammattilaisten kirjaavan diagnoosit kansallisten kirjaamisohjeiden mukaisesti. Diagnoosien toimittamista Hilmoon ohjaa puolestaan noin 1–2 vuoden välein päivitettävä Hilmo-opas.

Tässä yhteydessä Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen oikaisuvaatimuksessa (s. 7/12) siteerataan myös THL:n ylläkäri Heikki

Virkkusen aiheeseen liittyen lähettämää sähköpostiviestiä. Kyseistä viestiä siteerataan harmillisesti kuitenkin vain osittain ja sen jälkimmäisen osa on jätetty kokonaan pois. Näin sitaatista jää täysin väärä käsitys. Poisjätetty osa on: ”luokittelu [Pysyvyys-luokittelu koodistopalvelimella julkaistussa Tautiluokitus - ICD-10:ssä] on kuitenkin tarkoitettu vain tuottamaan diagnoosin pysyvyyden oletusarvo, jota kirjaaja voi harkintansa mukaan muuttaa. Eli kirjaajalla on aina oikeus – ja velvollisuus – käyttää harkintaansa tiedon kirjaamisessa”.

Mainitun sitaatin yhteydessä puhutaan lisäksi ”virheellisestä luokittelusta”. Jälkimmäinen ilmaisu on sekin harhaanjohtava. Kyseinen luokitus sisältää pysyvyyden oletusarvoja, joiden ei ole ajateltu olevan juuri se tieto, jonka ammattilainen kirjaa. Jos ammattilaisen arvio ja siten kirjattava tieto diagnoosin pysyvyydestä olisi aina sama kuin sen oletusarvo, pysyvyyden kirjaaminen sekä sen tallentaminen alueiden tietojärjestelmiin sekä kansallisiin tietojärjestelmäpalveluihin ja rekistereihin olisi täysin turhaa.

### **Pitkäaikaisdiagnoosien lukumäärän merkityksestä tarvekerroinlaskelmassa**

Useissa oikaisuvaatimuksissa nostetaan esiin, että kyseisen alueen *avohoidon* hoitoilmoitusrekisteristä havaittujen ”pitkäaikaisdiagnoosien määrä” ei vastaa alueen väestön koon perusteella odotettua määrää ja että erot näiden lukujen välillä voivat olla suuria. Tätä pidetään osoituksena siitä, että tarvekerroinlaskennassa alueiden tautitaakkojen eroja arvioidaan hyvin olennaisesti väärin.

Tältä osin THL toteaa, että tarvekerroinlaskenta ei perustu diagnoosien tai muiden määrittelytekijöiden lukumääriin, vaan henkilöiden havaittuun sairastavuuteen (tapausmääriin). Henkilöille merkitään laskennassa sairausluokkia perustuen avohoidon hoitoilmoitusrekisterien tietojen lisäksi useisiin muihin tietolähteisiin, kuten muiden hoitoilmoitusrekisterien (esimerkiksi tiedot sairaaloiden

ja terveyskeskusten vuodeosastohoidosta sekä erikoissairaanhoidon avohoidosta eivät ole *avohoidon* hoitoilmoitusrekisterissä) ja muun muassa Kansaneläkelaitoksen ja Eläketurvakeskuksen rekisteritietoihin.

Merkitystä on siis sillä, havaitaanko henkilöllä sairaus tai tila *jostain* tietolähteestä *vähintään* kerran. Suuri kasvu avohoidon hoitoilmoitusrekisterissä tietyn sairauden pitkäaikaisdiagnooseissa ei siten vaikuta alueen laskennalliseen palvelutarpeeseen, jos samoille henkilöille tunnustetaan kyseinen sairaus jostain toisestakin tietolähteestä. Myöskään sillä ei ole vaikutusta, jos henkilölle kirjataan sama diagnoosi usealle saman tilastovuoden hoitotapahtumalle. Avohoidon hoitoilmoitusrekisterin diagnoosien lukumäärien muutoksista ei siis voi suoraan päätellä muutoksia alueiden tarvekertoimissa, eivätkä niiden erot kuvaa suoraan eroja tarvekertoimia määritettäessä huomioidussa tautitaakassa.

### **Toiminnan kehittäminen ei tarkoita nykyisen toiminnan virheellisyyttä**

Oikaisuvaatimuksissa on useita kohtia, joissa THL:n rekisteritietoa, omia ohjeitaan tai tarvemallia koskeva kriittinen arviointi ja kehittäminen on tulkittu tarkoittavan niiden virheellisyyden myöntämistä jollakin sellaisella tavalla, joka kyseenalaistaisi laitoksen määrittämät tarvekertoimet tai rahoituspäätöksen.

Näiden väitteiden osalta THL toteaa, että sen on huolellisesti toimivana viranomaisena nimenomaan jatkuvasti kriittisesti arvioitava ja kehitettävä näitä kohteita ja näin ylläpidettävä niiden laatua.

Esimerkiksi yleinen lähtökohta kaikessa rekisteritutkimuksessa on, että rekisteritieto ei ikinä ole aivan täydellistä. On selvää, että yli sadasta miljoonasta vuosittaisesta hoitotapahtumakirjauksesta koostuvassa hoitoilmoitusrekisterikokonaisuudessa on – laadunvarmistuksesta huolimatta – virheitä ja epätäydellisyyksiä. Ajatus siitä, että rekisteritietoja ei voitaisi hyödyntää yhteiskunnallisen päätöksenteon tietopohjana, mikäli ne ovat joltain osin epätäydellisiä, on siis

rekisteritiedonkeruiden todellisuudelle vieras. Myöskään hallintolain 31 §:n mukaisesta selvittämismuutoksen tai hallintolain 6 §:n oikeusperiaatteista ei THL:n käsityksen mukaan voida johtaa tällaista tulkintaa (vrt. useissa oikaisuvaatimuksissa lausuttu). Viranomaisen päätöksenteko voi perustua vain *parhaaseen kulloinkin saatavilla olevaan* tietoon: *täydellistä* tietoa ei tosimaailman ilmiöistä usein ole mahdollista saada.

Samalla on todettava, että rekisteritieto, epätäydellisyydestään huolimatta, on yleensä paras käytettävissä oleva tietolähde<sup>2</sup>. THL:n rekisterit ovat kansainvälisesti vertaillen kattavia ja laadukkaita<sup>3</sup>. THL:n arvion mukaan tarvekerrointen laskenta on perustunut parhaaseen rahoituslain 14 §:n mukaisista tietolähteistä saatavilla olevaan tietopohjaan.

Vastaavasti ei myöskään ole olemassa mitään kaikissa tilanteissa optimaalista tarvemallia. Mallin jatkuvaa kehittämistä ja kriittistä tarkastelua nimenomaisesti edellytetään rahoituslaissa, jonka 14 § 4 momentin mukaan palvelujen tarvetta ja kustannuksia kuvaavista tarvetekijöistä ja niiden painokertoimista säädetään *Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimukseen perustuen vähintään neljän vuoden välein*. Tällainen kehittäminen ei kuitenkaan tarkoita, että aiemmat mallit olisivat olleet virheellisiä tai etenkin, että niiden perusteella lasketut tarvekertoimet tai rahoitus olisivat olleet lain vastaisia.

## Muut väitteet

---

<sup>2</sup> Esimerkiksi laajoilla kyselytutkimuksilla kerättävien aineistojen kattavuus on käytännössä aina merkittävästi rekisteritietoja huonompi.

<sup>3</sup> Esimerkiksi Terveys-Hilmo-rekisterin laatua on selvitetty useiden vuosikymmenten aikana yli kolmessakymmenessä tieteellisessä validointitutkimuksessa. Ne ovat osoittaneet tietojen laadun olevan pääosin hyvän.

Oikaisuvaatimuksissa esitetään myös joukko muita THL:n toimintaa koskevia väitteitä, joita on listattu ja kommentoitu alla lyhyesti.

- Etelä-Savon hyvinvointialueen oikaisuvaatimuksessa esitetään, että THL:n olisi pitänyt tehdä hallintopäätös rahoituslaskennassa käytettyjen hoitoilmoitusrekisteritietojen poimintapäivämäärästä (ns. jäädytyspäivämäärä, 28.2.2025). THL katsoo, että laskenta-aineiston poimiminen eri rekistereistä, kuten muutkin tarvekertoimien laskennan työvaiheet, on luonteeltaan tosiasiallista hallintotoimintaa, josta ei tule tehdä hallintopäätöstä. Tietojen poimimisen ajankohdalla ei aseteta millekään taholle oikeuksia tai velvollisuuksia, eikä se ole myöskään määräaika tietojen toimittamiselle rekisteriin<sup>4</sup>. THL on myös aiemmin VM:lle antamassaan lausunnossa (THL/5423/4.00.00/2025, VN/32897/2025) käsitellyt tätä kysymystä ja viittaa laajempien perustelujen osalta tuolloin lausumaansa.

- Keski-Suomen hyvinvointialueen oikaisuvaatimuksessa (s. 8/10) viitataan THL:n tiedotteeseen 6/2025 diagnoosien sijoittumisesta väärin tietokenttiin. Kyseiset diagnoosit eivät THL:n käsityksen mukaan ole sinänsä väärin vaan ne oli sijoitettu Hilmo-toimituksissa väärään tietokenttään. Tämä ei vaikuta tarvekerroinlaskentaan. Vaikka vääränlaisella toimituksella ei ole vaikutusta tarvekertoimien määrittämiseen, sillä on vaikutusta eräissä muissa hoitoilmoitusrekisteritietojen käyttötarkoituksissa ja THL on siksi ollut yhteydessä virheellisiä tietoja toimittaneisiin hyvinvointialueisiin tietojen korjaamiseksi.

- Mm. Keski-Suomen hyvinvointialueen oikaisuvaatimuksessa esitetään, että Varsinais-Suomen hyvinvointialueen saama rahamäärä nousi vuonna 2025 78 miljoonaa euroa kun kyseinen alue toimitti THL:lle puuttuvia pitkäaikaisdiagnooseja, jotka ”valtionvarainministeriö

---

<sup>4</sup> Määräaika tietojen toimittamiselle rekisteriin on ollut vuoden 2023 tietojen osalta vuotta aiemmin, ja vuoden 2022 tietojen osalta kahta vuotta aiemmin.

huomioi” rahoitusta määriteltäessä. Tämän katsotaan oikaisuvaatimuksessa kuvaavan ”puuttuvien diagnoositietojen merkittävää rahoituspainetta”. THL toteaa (lausunnossa THL/5423/4.00.00/2025, VN/32897/2025 laajemmin kuvatuksi), että Varsinais-Suomen hyvinvointialue toimitti tuolloin THL:n hoitoilmoitusrekistereihin lisää tietoja jo ennen rekisteriaineiston poimimista laskentaa varten (eli ennen ns. jäädytyspäivää). Tiedot vaikuttaisivat olleen olennaisilta osin kokonaan puuttuneita hoitotapahtumia (eli ei pelkkiä diagnoositietoja, joita olisi yhdistetty jo toimitettuihin hoitotapahtumiin), esimerkiksi Turun terveystieteiden keskuksen (Topi-koodi 90545) hoitotapahtumat vuodelta 2022 vaikuttaisivat puuttuneen kokonaan rekisteristä (ja siten aineistosta, jolla alustava laskenta oli tehty) ennen virheen korjaavaa tietotoimitusta. Tilanne oli siis hyvin erilainen kuin oikaisuvaatimuksessa annetaan ymmärtää, eikä vertaudu tilanteeseen, jossa jo poimittuun laskenta-aineistoon jollain tavalla muutettaisiin tai lisättäisiin diagnoositietoja.

### Lopuksi

Edellä lausuttu huomioiden THL toteaa, että hyvinvointialueiden oikaisuvaatimuksissa ei THL:n toiminnan osalta tuoda esiin mitään sellaista, joka antaisi aiheutta oikaista THL:n tuottamaa tarvekerroinlaskentaa tai rahoituspäätöstä muultakaan osin.

Pääjohtaja

Mika Salminen

Johtaja

Pia Aarnisalo

## Lähteitä

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

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.

THL (2026). Perusterveydenhuollon hoitoilmoitusrekisterin laatutiedot (BETA). Saatavilla:

<https://raportointi.thl.fi/t/public/views/Avohilmonlaaturaportti/Etusivu?%3Aembed=y&%3AisGuestRedirectFromVizportal=y>

Suomalainen tautien kirjaamisen ohjekirja. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-511-6>

**SIGNATURES****ALLEKIRJOITUKSET****UNDERSKRIFTER****SIGNATURER****UNDERSKRIFTER**

This document contains 13 pages before this page

Dokumentet inneholder 13 sider før denne siden

Tämä asiakirja sisältää 13 sivua ennen tätä sivua

Dette dokument indeholder 13 sider før denne side

Detta dokument innehåller 13 sidor före denna sida

authority to sign

representative

custodial

asemavaltuus

nimenkirjoitusoikeus

huoltaja/edunvalvoja

ställningsfullmakt

firmateckningsrätt

förvaltare

autoritet til å signere

representant

foresatte/verge

myndighed til at underskrive

repræsentant

frihedsberøvende