

Asia: VN/14277/2025

Lausuntopyyntö hyvinvointialueiden rahoituksesta annetun valtioneuvoston asetuksen muuttamisesta

Lausunnonantajan lausunto

1. Huomionne ehdotetuista hyte-kertoimen indikaattorien tavoitearvoista (3 §) ja laskentatavasta (3 a §)?

Tehy ry kiittää mahdollisuudesta lausua lausuntopyyntöön hyvinvointialueiden rahoituksesta annetun valtioneuvoston asetuksen muuttamisesta.

Rahoitusmallin kannustavuuden lisääminen on hallitusohjelman mukainen tavoite. On kannatettavaa, että laskennallisten kustannusten painotuksiin tehdään lakisääteiset päivitykset, jotta kaikilla hyvinvointialueilla on mahdollisimman kattavat ja yhdenmukaiset tiedot käytettävissä.

Rahoitusmallia kehitetään hallitusohjelman mukaisesti vaiheittain. Käynnissä on muun muassa tarvemallin, alueiden erityispiirteitä huomioivien olosuhdetekijöiden ja siirtymätasausten tarkastelu. Lisäksi otetaan huomioon jo saatua tietoa mallin toimivuudesta. Esimerkiksi ennakoitavuuden lisäämiseksi vuodesta 2026 lähtien rahoituslaskelmissa tarvekertoimien osalta käytetään kahden vuoden keskiarvoa. Samalla kuunnellaan tarkasti alueiden palautetta ja pyritään lisäämään rahoitusmallin ja sen tietopohjan ymmärrettävyyttä, mikä on tärkeää mallin toimivuuden lisäämiseksi.

Pykälässä ehdotetaan uutena asiana säädettäväksi hyte-indikaattoreiden tavoitearvoista siltä osin kuin indikaattorien sisältö ja soveltaminen edellyttävät tavoitearvon asettamista. Tehy kannattaa tätä siltä osin kuin tavoitearvojen asettaminen on mielekästä ja mahdollista. Myös pykälän otsikkoon ehdotetaan lisättäväksi tavoitearvot ja momenttiin tehtäväksi sanamuodon muutos: toimintaa ja voimavaroja kuvaavista indikaattoreista käytettäisiin käsitettä toimintaa kuvaavat indikaattorit. Tämä on perusteltua.

Tehy kannattaa hyvinvointialueiden rahoituksen läpinäkyvyyden ja kannustavuuden lisäämistä, mikä on ollut hyte-kertoimen indikaattorien tavoitearvoista säätämisen tavoitteena. On myös hyvä, että tavoitearvoista säätäminen ottaa huomioon sen, että muutoksen aikaansaaminen on huomattavasti haastavampaa, mitä lähempänä alue jo on toivottua tilannetta. On kuitenkin varmistettava, että tavoitearvot tosiasiallisesti toimivat niin, että ne lisäävät läpinäkyvyyttä sekä kannustavuutta, eivätkä esimerkiksi lisää hyvinvointialueilla erilaista ”kikkailua” tai tilastojen vääristymistä. Päätösten pohjalla olevien tietojen oikeellisuus, ajantasaisuus ja vertailukelpoisuus on oleellista.

Prosessi-indikaattoreista vain yhdelle on asetettu tavoitearvo: lasten tuhkarokko-sikotauti-vihurirokko (MPR) -rokotuskattavuus. Tämä vaikuttaa perustellulta ja tarpeelliselta. Indikaattorina on prosenttiluku, joka ilmaisee, kuinka suuri osuus lapsista on saanut MPR-rokotteen ensimmäisen annoksen 11–24 kuukauden iässä, 97 % rokotekattavuudella saa täydet pisteet. Kuitenkin THL:n mukaan laumasuojan saavuttamiseksi tulisi kaksi MPR-rokoteannosta saaneita olla yli 95 % väestöstä, ja kuusivuotiaille annettavien MPR-rokotteiden toisten annosten kattavuuden nykyinen lasku lisää tuhkarokkoepidemian riskiä. Tämä huomioon ottaen lukijalle ei täysin selviä perustelumiestiosta, miksi juuri ensimmäinen rokoteannos on valittu indikaattoriksi. Indikoiko se myös toisen rokoteannoksen ottamista?

MPR-rokotekattavuuden varmistamiseksi hyvinvointialueilla on vahvistettava ja varmistettava terveydenhoitajien työaikaresurssia, ja heille tulee tarjota työkaluja rokote-epäröinnin ja -kriittisyyden kohtaamiseen. Indikaattori toivottavasti tähän kannustaa. Rokotuskattavuus ja kokonaisuuteen liittyvät haasteet vaihtelevat eri hyvinvointialueilla: mielipiteet saattavat paikoin olla hyvin vahvoja ja tutkittu tieto jäädä ajoin mis- ja disinformaation jalkoihin. Tutkitun tiedon jakaminen useilla eri foorumeilla ja neuvolakäynneillä onkin merkittävässä roolissa. Rokotuksia antaville terveydenhuollon ammattihenkilöille tulee varmistaa tutkittuun tietoon perustuvaa koulutusta ja kertauksia rokotuksiin liittyen siten, että samalla tarjotaan tukea myös avoimeen ja arvostavaan kommunikointiin rokotustilanteisiin liittyen, kohdattiinpa niissä rokotemyönteisyyttä, -epäröintiä tai -kriittisyyttä.

Yhden prosessi-indikaattorin osalta säädettäisiin 3 a §:n 1 momentissa minimiarvo toimenpiteiden tekemiselle, jotta voidaan taata laadukkaan työn tekeminen: alkoholinkäytön mini-intervention perusteena olevien AUDIT-kyselyjen lukumäärälle määritetään minimiarvo syntyneiden lasten lukumäärän perusteella. Prosessi-indikaattorin nimenä on: ”Alkoholinkäytön mini-intervention toteutuminen, kun juomiseen liittyy haitta tai haittariski”. Indikaattorin nimessä ei siis mainita tehtyjen AUDIT-kyselyjen määrää, vaan niiden pohjalta toteutetut mini-interventiot. Kuitenkin indikaattorin kohdalla huomiota kiinnitetään myös siihen, että alueella tehdään riittävästi AUDIT-kyselyitä, THL:n sivujen mukaan indikaattori ”ilmaisee niiden 18 vuotta täyttäneiden perusterveydenhuollon asiakkaiden osuuden, joille on tehty alkoholin riski- ja haitallisen käytön mini-interventio (IHA21) sen jälkeen, kun AUDIT-kyselyn tai AUDIT-C-testin riskirajat ovat ylittyneet. Mini-interventio (IHA21) tulee tehdä 30 päivän sisällä riskin toteamisesta. Jos AUDIT tai AUDIT-C on kirjattu pienemmälle määrälle henkilöitä kuin alueella on syntyneitä, pudotetaan alueen pisteitä samassa suhteessa.”

Tulisiko tehtyjen AUDIT-kyselyjen määrä näkyä myös indikaattorin nimessä? Sinällään mini-interventio on kannatettava indikaattori, koska sen hyödyntämisen vaikuttavuudesta on näyttöä. Termi ”perusterveydenhuolto”, joka löytyy yllä olevasta THL:n kuvauksesta, ei tule esille perustelumuihistossa. Se on kuitenkin oleellinen tieto ja voisi olla selkeämmin esillä. Erikoissairaanhoidon palveluissa tehtyjä AUDIT-kyselyitä ja mini-interventioita ei siis huomioida? AUDIT-testien riittävän määrän kytkeminen alueella syntyvien lasten määrään ei täysin aukea perustelumuihistosta: miksi juuri tämä luku? AUDIT-testiä ohjeistetaan käyttämään muun muassa rutiiniluontoisesti ensimmäisillä käyntikerroilla eri palveluissa ja terveystarkastuksissa, tai jos asiakkaalla on sellaisia oireita, ongelmia tai huolia, joiden taustalla voisi olla alkoholinkäyttö, äitiysneuvolassa raskaana olevien ja heidän puolisoitensa kohdalla alkuraskauden aikana, lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa osana laajoja terveystarkastuksia sekä nuorten kohdalla toistuvasti eri ikävaiheissa. Täten ei tule täysin näkyväksi, miksi AUDIT-testien määrä on kytköksissä juuri syntyneiden lasten määrään alueella, kun syntyvyys ja ikäpyramidi vaihtelevat eri hyvinvointialueilla mm. alueen elinvoimaisuudesta, muuttoliikkeestä, koulutusmahdollisuuksista ja työpaikkojen määrästä johtuen. Tätä voisi kirkastaa.

Tulosindikaattorien osalta jokaiselle indikaattorille ehdotetaan säädettäväksi tavoitearvo, johon alueen indikaattorin arvo verrataan. Tavoitearvo perustuu indikaattoreiden kuvaaman ilmiön kehitykseen ajassa ja asiantuntijoiden arvioon tasosta, joka on mahdollista saavuttaa. Tämä vaikuttaa perustellulta. Asetusluonnoksessa kaikkien viiden indikaattorin kohdalla tavoitearvoissa lukee tavoitetasona ”korkeintaan”. Kuitenkin THL:n sivuilla viidestä indikaattorista kolmen ensimmäisen kohdalla on mainittu tavoitearvossa tavoitetasona ”korkeintaan”, mutta kahden viimeisen kohdalla ei. Kaksi viimeistä indikaattoria kytkeytyvät erilaisten tukien saamiseen. Niiden myöntämisen on oltava asianmukaista, indikaattorit eivät saa johtaa vääristyneisiin tai inhimillisesti julmiin tukipäätöksiin.

Perustelumuihiston taulukossa 1 kuvataan ehdotetun muutoksen mukaan muodostettu hyte-kerroin sekä sen perusteella kohdennettavan aluekohtaisen rahoituksen muutos vuonna 2026. Hyte-kerroin on huomioitu laskelmassa hallituksen esityksessä 38/2025 ehdotetun 1,5 prosentin osuuden ja esitetyn laskentatavan mukaisesti. Koska kyseessä on ”nollasummapeli” muutos on joillain alueilla positiivinen, joillain se pysyy aiemmin suunnitellussa ja joillain se on negatiivinen. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen perusteella kohdentuva rahoitus vaihtelisi nyt alueiden välillä 41–110 euron välillä asukasta kohden. Vaikka perusteluna on rahoituksen läpinäkyvyys ja kannustavuus, on varmistettava, ettei millekään hyvinvointialueille negatiivinen muutos ole tässä vaiheessa kohtalokas asianmukaisten palveluiden tuottamiseksi.

Pykälän 3 momentin sisältöä ei ehdoteta muutettavaksi siitä, mitä voimassa olevan asetuksen 3 §:n 5 momentissa säädetään hyte-kertoimen tietopohjasta. Tämä kokonaisuus kaikkiaan vaikuttaa asianmukaisesti perustellulta ja läpinäkyvältä.

2. Huomionne ehdotetuista pelastustoimen riskikertoimen tekijöistä ja niiden painokertoimista (4 §)?

Pelastustoimen riskikerrointa koskevaan asetuksen 4 §:ään esitetään lisättäväksi kaksi uutta riskikohdetta tai toimintaa, jotka nostaisivat riskiluokkaan III ja IV kuuluvan ruudun painokerrointa. Näitä olisivat matkailutoiminta sekä toiminta, jossa on kohonnut riski öljy- tai aluskemikaalivahingolle. Pidämme tätä kannatettavana. Lisäksi pykälässä luetelluille riskikohteille ja toiminnalle säädettäisiin eri painokertoimia 1 ja 5 painokerrointen välillä. Ehdotettu rahoitusmalli ei kuitenkaan huomioi III ja IV riskiruutuihin sijoittuvaa matkailu ja majoitustoimintaa, joista muodostuu pelastustoimelle selvä palvelutarve. Rahoituslaissa ei oteta huomioon poikkeusolojen riskianalyysia ja väestönsuojelulliseen varautumiseen tarvittavaa rahoitusta. Nämä tulisi huomioida ehdotettua paremmin.

3. Muut mahdolliset huomionne asetuksesta?

Minkään hyvinvointialueen ei pitäisi jäädä pysyvästi kärsimään nykyisessä rahoituslainsäädännössä olevan siirtymätasauksen ja siirtymävaiheen takia.

Hyte-indikaattorit ovat laskennallisia rahoitus-indikaattoreita, mutta Tehy peräänkuuluttaa sitä, että niiden käyttöönoton tulee tosiasiallisesti parantaa väestön terveyttä ja hyvinvointia. Tästä tulee pitää huolta. On varmasti perusteltua tästäkin näkökulmasta, että kaikkiaan tulosindikaattoreiden osalta laskentatapaa muutetaan asetuksessa niin, että absoluuttisen muutoksen (erotuksen) sijasta laskenta perustuisi aluekohtaiseen suhteelliseen muutokseen, koska lähtötilanteet ja olosuhteet vaihtelevat eri hyvinvointialueilla. Jos indikaattorit otetaan ainoaksi seurannan välineeksi, laadullinen tieto (esim. asukkaiden kokemukset) voi jäädä varjoon. Esimerkiksi mielenterveyshäiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkettä saavien määrään voidaan suhtautua ikään kuin alueelliseen oireeseen, jonka juurisyihin on pureuduttava. Laskentamallin tulisi kannustaa juurisyihin puuttumista ja tähän työhön panostamista, ei vaikkapa pahimmillaan tilastojen siivoamista siten, että se tosiasiallisesti voisi aiheuttaa jopa pahoinvoinnin kasvua väestössä. On varmasti jatkossa hyvä nostaa esille toimivia malleja juurisyiden vähentämiseen ja myös tämän työn vaikuttavuuden arviointiin. Professori Antti Malmivaaran sanoin: "Sukupuolitason haaste on yhteisin ponnistuksin saada riittävän luotettavaa arkivaikuttavuustietoa, joka mahdollistaa kansallisen tason vertaisarviointin ja -kehittämisen. Yhtenäistä tietoa tarvitaan päätöksenteon kaikille tasoille: potilas- ja asiakastyöhön sekä johtamiseen yksiköissä, organisaatioissa, hyvinvointialueilla ja ministeriöissä." (Lääkärilehti 42-43/2024 VSK 79, pääkirjoitus.)

Hyte-indikaattoreiden laatimisen takana on vahva ja vakuuttava asiantuntijatyö, jolle Tehy haluaa antaa kiitoksen. On silti hyvä pitää mielessä, että valitut indikaattorit ja niille asetetut tavoitearvot heijastavat myös yhteiskuntamme asenteita, arvoja ja tavoitteita. Siksi on tärkeää nyt uudenlaisten indikaattoreiden kohdalla säilyttää myös herkkyys ja avoimuus reagoida ja mahdollisesti tarkastella ja muuttaa indikaattoreita, jos ne eivät toimisi parhaalla tavalla väestön terveyden ja hyvinvoinnin eduksi, tai esiin nousisi muita merkittäviä indikaattori-tarpeita. Tarkastelukulma voi olla niin erilaisten suojatekijöiden vahvistumisessa kuin riskitekijöiden vähenemisessä tai terveyden epätasavaruuden kaventumisessa. Jos indikaattorit eritellään esimerkiksi tulo-, koulutus-, sukupuoli- tai alueittain, niistä voidaan päätellä, esiintyykö eroja väestöryhmien välillä → tämä on eriarvoisuuden mittaamista epäsuorasti. Kun huomio keskittyy nyt ehkä vahvasti juuri niihin asioihin mitä mitataan, on varmistettava, että myös muunlaiset merkittävät terveyden ja hyvinvoinnin osa-alueet huomioidaan muun muassa resurssien jaossa. Väestön terveyteen ja hyvinvointiin vaikutetaan kaikilla politiikan sektoreilla. Hyte-indikaattorit voivat olla väline terveydenhuollon eriarvoisuuden

seurantaan, mutta vain jos niitä tarkastellaan eriteltynä eri väestöryhmiin ja alueisiin. Jos indikaattoreita raportoidaan vain koko väestön keskiarvoina, alue- ja väestöryhmäkohtaiset erot voivat jäädä näkymättä. Esim. keskimääräinen elinajanodote voi näyttää hyvältä, vaikka tietyillä ryhmillä (pientuloiset, maahanmuuttajat, syrjäseutujen asukkaat) se olisi huomattavasti matalampi.

Suutarla Anna
Tehy ry