

Valtiovarainministeriö
kirjaamo.vm@gov.fi

VN/13749/2025

Pohjanmaan hyvinvointialueen asiantuntijalausunto Valtiovarainministeriölle hallituksen esityksestä eduskunnalle hyvinvointialueiden rahoituksesta annetun lain muuttamisesta ja väliaikaisesta muuttamisesta sekä saariston kehityksen edistämisestä annetun lain muuttamisesta

Johdanto

Valtiovarainministeriö pyytää lausuntoanne luonnoksesta hallituksen esitykseksi eduskunnalle laeiksi hyvinvointialueiden rahoituksesta annetun lain muuttamisesta ja väliaikaisesta muuttamisesta sekä saariston kehityksen edistämisestä annetun lain muuttamisesta. Esityksellä toteutettaisiin hallitusohjelman mukaiset hyvinvointialueiden rahoitusmallin kehittämisen kolmannen vaiheen muutokset, sekä eräitä muita muutoksia, joiden on tarkoitus tulla voimaan vuonna 2027.

Ehdotetut muutokset

Hyvinvointialueiden koko maan rahoituksen tasoa varainhoitovuodelle määritettäessä huomioon otettavasta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeen arvioidusta vuosittaisesta kasvusta säädettäisiin vuosille 2027-2030 Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) ylläpitämään SOME-malliin perustuen. Kyseessä on teknisluontoinen päivitys.

Valtiontaloudellista säästöjen toteuttamiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon vuosittaisesta palvelutarpeen kasvusta ehdotetaan otettavaksi rahoituksessa huomioon voimassa olevan lain 80 prosentin sijasta 60 prosenttia vuodesta 2027. Lisäksi palvelutarpeen kasvun huomioon ottamista koskevasta määräaikaisesta 0,2 prosenttiyksikön korotuksesta ehdotetaan luovuttavaksi vuodesta 2028 lukien. Säästö ehdotetaan kohdennettavaksi kaikille hyvinvointialueille sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen määräytymistekijöiden perusteella.

Pohjanmaan hyvinvointialueen vastaus:

Pohjanmaan hyvinvointialue pitää tärkeänä, että palvelutarpeen kasvuvario perustuisi ennakoitavaan malliin. Tällä hetkellä kuitenkin tietopohja johon palvelutarve perustuu, on rikki ja manipuloitavissa, joten todellista palveluntarvetta alueilla ei tiedetä.



Korostamme myös, että rahoituksen riittävyyttä tulee tarkastella suhteessa todelliseen kustannus- ja palvelutarpeen kehitykseen. Rahoituksen nollasummalogiikka tekee järjestelmästä epäoikeudenmukaisen ja palvelutarve ja rahoitus erkaantuvat usealla alueella huomattavan paljon.

SOME-mallin mukainen palvelutarpeen kasvun arvio perustuu pelkästään väestömäärän ja ikä- ja sukupuolirakenteen vuotuisten muutoksien huomioimiseen. Kaikilta muilta osin oletetaan siinä tilanteen pysyvän täysin muuttumattomana.

Kun palvelutarve nyt vuonna 2026 kasvaa tämän pelkistetyn SOME-mallin mukaan 1,02 %, korvataan siitä kasvusta suhteellisesti 80 % + absoluuttisesti 0,2 %, mikä yhteensä tekee suhteellisesti 96 %. Vastaavan suuruudesta kasvusta korvattaisiin esitettyjen muutosten jälkeen vain tuo 60 %, eli vajaa puolet kasvaneesta palvelutarpeesta jäisi korvaamatta.

Ajaudumme tämän seurauksena yhä pahenevaan väestön palvelutarpeen ja tarjonnan ristiriitaan. Kaikkien aikaisempien kiristämistoimenpiteiden jälkeen näiden lisäsäästöjen saavuttaminen toiminnan tehostamisen kautta käy mahdottomaksi.

Pohjanmaan hyvinvointialue suhtautuu erittäin kriittisesti palvelutarpeen kasvun huomioimisen leikkaamiseen 60 prosenttiin sekä määräaikaisen 0,2 prosenttiyksikön korotuksen poistamiseen.

Esitetyt muutokset vähentävät rahoitusta koko maan tasolla tilanteessa, jossa hyvinvointialueet toteuttavat jo mittavia säästö- ja sopeuttamistoimenpiteitä. Pidämme välttämättömänä, että uusia rahoitusta kiristäviä elementtejä ei tuoda tässä vaiheessa. Lisäkiristykset vaarantavat palvelujen järjestämisedellytykset. Valtion tulisi huomioida, että hyvinvointialueet tekivät merkittävästi paremman tuloksen vuonna 2025, joka vähentää alueiden rahoitusta samassa suhteessa 2027, tämä tulisi huomioida säästövaatimuksissa. Vaihtoehtoisesti tulee tarkastella alueiden alijäämien kattamisvelvollisuutta tai valtion tulee rajoittaa rahoituksen lisäksi samassa suhteessa myös soten kansallista palvelulupausta/-valikoimaa.

Säästötoimenpiteiden vaikutuksia ehdotetaan kompensoitavaksi nostamalla palvelutarpeen määräytymistekijän rahoitusosuutta yhdellä prosenttiyksiköllä ja vastaavasti vähentämällä asukasperusteista osuutta vuonna 2028. Tämä turvaisi yhdenvertaisia palvelujen järjestämisen edellytyksiä niillä alueilla, joiden asukkaiden palvelutarve on korkea ja rahoitu kasvaa muita alueita hitaammin vähäisen väestönkasvun vuoksi.



Pohjanmaan hyvinvointialueen vastaus:

Esitetty rahoituksen painorakenteen muutos ei lisää rahoituksen kokonaismäärää, vaan kohdentaa säästön uudelleen alueiden välillä.

Tällä hetkellä n. 13% rahoituksesta tulee pelkästään asukasperusteisesti (ns. puhdas kapitaatio) ja n. 80 - 81% tulee sekin asukasperusteisesti, mutta painotettuna tarvekertoimella – ja loput n. 6% olosuhdetekijöistä. Ideaalia olisi tietenkin, että olisi palvelutarpeen luotettavasti ja tarkasti arvioiva stabiili, ei manipuloitavissa oleva mittari, jolla painotettaisiin koko se osuus, joka ei tule olosuhdetekijöistä. Jo se, ettei niin rohjeta tehdä, kertoo epäsuorasti, ettei valtio itsekään luota tarvevakioinnin oikeellisuuteen – ja nykymallin suuret ongelmat huomioiden tämä puhtaan kapitaation osittaiskäyttö onkin perusteltavissa. On vaikeaa kuitenkin tässä tilanteessa nähdä, mikä tuon puhtaan kapitaation prosenttiosuus olisi nykyisellä ongelmallisella palvelutarpeen mittarilla ideaalinen ja siten vaimentaisi parhaiten tarvevakioinnin virheellisyyksiä. Malliltahan puuttuu ns. kultainen standardi, johon verrata.

Pohjanmaan hyvinvointialue korostaa, että koko rahoitusmalli on niin monimutkainen ja sen valuvikojen korjaaminen johtaa ennakoimattomiin seurauksiin.

Hyvinvointialuekohtaisen rahoituksen määräytymisen perusteena olevaa sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetta ja kustannuksia kuvaavaa tarvetekijämallia päivitetäisiin THL:n tutkimukseen perustuen. Tarvetekijöiden ja niiden kertomien taustalla olevissa käyttö- ja kustannustiedoissa otettaisiin huomioon uusimmat tiedot ja tarvetekijöihin tehtäisiin eräitä tarkistuksia. Tässä vaiheessa ei vielä ehdoteta toteutettavaksi tarvetekijöitä tai tietopohjintoja koskevia merkittäviä laajennuksia. Lisäksi muun kuin hyvinvointialueiden ostopalveluna tai palvelusetelinä rahoittaman yksityisen terveydenhuollon diagnoositietojen huomioon ottamista rahoituksessa rajattaisiin osittain.

Pohjanmaan hyvinvointialueen vastaus:

Kannatamme esitettyä linjaa, jossa merkittäviä tietopohjan laajennuksia ei toteuteta ennen rahoitusmallin uudistusta, koska tietopohjaa on mahdollon korjata nopeassa ajassa ja siitä syystä se on yksinkertaistettava.

Nykytilanteessa pidättyväisyys tarvetekijöiden laajaan muokkaukseen on perusteltua.



Samoin on perusteltua, että hyvinvointialueiden rahoitus ei perustu diagnooseihin, joita yksityisen terveydenhuollon potilaille tehdään, koska hyvinvointialueiden rahoituksen ei pidä perustua sen piirissä toteutumattomiin palveluihin – eli **yksityisen terveydenhuollon** volyymiin. Poikkeuksena tälle olisi vain se tilanne, missä julkisten palvelujen huono saatavuus olisi keskeinen peruste yksityisten palvelujen käyttöön – mitä se tutkimusten mukaan nyt ei ole.

THL – Työpaperissa 41/2025 s. 21 todetaan: *”Epämääräisimmät diagnoosit on perusteltua jättää sairausluokituksesta pois”*. Niinpä tarvekertoimeen vaikuttavista diagnooseista on pudotettu kokonaan pois R-alkuiset ns.

oirediagnoosit, R00-R99 Muualla luokitamattomat oireet, sairaudenmerkit sekä poikkeavat kliiniset ja laboratoriolöydökset. Kaikista potilaiden Avohilmo-käynneistä v. 2024 runsaalle 20 %:lle asetettiin tällainen oirekoodi-dg ja näiden diagnoosien lukumäärä suhteutettuna HVA:n väestöön runsaat 15 %.

Huomautettakoon, että luvut koskevat käyntien diagnoosien määrää, ei niiden yksittäisten potilaiden määrää, jotka saivat tuon diagnoosin.

Oirekoodit asetetaan tilanteissa, joissa oireiden aiheuttajaa ei ole (vielä) diagnosoitu. Osalle näistä potilaista (esim. epäselvät sydän-, vatsa- tai neurologiset oireet) tehdään vakavien sairauksien diagnosoimiseksi tai poissulkemiseksi laajojakin tutkimuksia ja annetaan hoitoja työdiagnoosin perusteella tai oireenmukaisesti. Vain jos näissä tutkimuksissa paljastuu jokin sairaus, käynti muuttuu näkyväksi laskentamallissa ja sille saadaan kustannuspaino. Jos mitään ei löydy, käynti ei näy laskentamallissa ollenkaan ja näiden oirekäyntien terveydenhuollon kustannukset kohdistetaan muille, ”ei-epämääräisille” diagnooseille, joille löytyy mallista paino. Ja terveydenhuollon ammattilaisille on erittäin tuttua, että ne potilaat, jotka oireilevat ilman definitiivistä diagnoosia, työllistävät heitä usein huomattavasti enemmän kuin sen diagnoosin saaneet. Tällaiset potilaiden epäspesifiset oireet ja niistä koituva päätöksenteon vaikeus aiheuttavat myös eettistä stressiä (Suom. Lääkärilehti 2025;80:e46364).

Oletettavaa on, että tässä oirediagnoosi-asiassa on kuultu lääkärikunnan edustajia, mutta seuraavassa esitettäviä lukuja on heillä tuskin ollut silloin tiedossaan: Oirekoodien pois pudottamisella painokertoimista ei olisi merkitystä, jos niiden yleisyys olisi sama kaikissa HVA:issa, mutta näiden diagnoosien määrä suhteessa Avohilmo-potilaskäyntien määrään v. 2024 vaihteli eri HVA:illa välillä 17,9 % - 24,8 %. Niillä ei myöskään olisi merkitystä, jos oirediagnoosien määrä korreloisi läheisesti positiivisesti kyseisen HVA:n tarvekertoimeen, mutta näinkään ei ole, vaan pikemminkin päinvastoin: HVA:n tarvekertoimen kasvaessa oirediagnoosien osuus vähenee ($p=0.004$). Näiden ”epämääräisten” oirediagnoosien puuttuminen tarvekertoimesta vaikuttaa edellä esitettyjen lukujen valossa asialta, joka pitäisi ottaa uuteen käsittelyyn.



Palvelutarvekertoimien laskennassa käytettävän tietopohjan laadun turvaamiseksi selkiytettäisiin THL:n tehtävää tarkistaa tietopohjan laatua ja oikeutta korjata rekisteritiedoissa olevia selviä virheitä. Lisäksi valtiovarainministeriö voisi rahoituspäätöksessä ottaa huomioon rahoituksen pohjana olevissa rekisteritiedoissa olevia selviä virheitä, jotka muutoin vaikuttaisivat merkittävästi hyvinvointialuekohtaiseen rahoitukseen.

Pohjanmaan hyvinvointialueen vastaus:

Tietopohjan laadun turvaaminen esitetyillä toimenpiteillä on kannattavaa. THL:n roolin selkiyttäminen rekisteritietojen tarkistamisessa ja ilmeisten virheiden korjaamisessa on kannatettavaa.

Samoin valtiovarainministeriölle esitetty mahdollisuus huomioida merkittävät rekisterivirheet rahoituspäätöksessä tukee rahoituksen oikeudenmukaista kohdentumista.

Menettelyjen tulee kuitenkin olla läpinäkyviä, yhdenmukaisia ja alueita kuulevia, jotta tietojen korjaamiseen liittyvä luottamus säilyy.

Onkin osoittautunut, että diagnoosien kirjaamisen, tallennuksen ja siirron prosesseissa ja järjestelmissä on ollut monenlaisia virheitä, jotka ovat saaneet jatkua useita vuosia kenenkään niitä soteorganisaatioissa tai keskushallinnossa havaitsematta tai niihin puuttumatta. Tätä taustaa vasten keskushallintoon tulevaa diagnoosi- ym. tietoa pitäisikin erilaisilla automaattisilla järjestelmillä hälytysrajoineen seurata olennaisesti nykyistä tehokkaammin, tarkemmin ja laaja-alaisemmin, mukaan lukien myös pakolliset diagnoosien kirjaamisen auditoinnit – tai vaihtoehtoisesti luopua virhealttiista nykyjärjestelmästä kokonaan.

Yhtenä käytännön esimerkkinä tästä ovat suuret vaihtelut **Avohilmon pitkäaikaisdiagnoosien määrissä** eri hyvinvointialueiden välillä. Viime vuoden aikana esitettiin usealta taholta, että pitkäaikaisdiagnoosien määrissä on hämmästyttävää vaihtelua ja lisäksi niiden joukosta löytyy hämmentäviä, tyypillisesti akuuttien sairauksien diagnooseja (esim. luunmurtumia ym. vammoja ja akuutteja infektioita, kuten keuhkokuumeita), jotka ilmeisesti potilaskertomusjärjestelmä on virheellisesti siirtänyt pitkäaikaisdiagnooseiksi. Mitään kokonaisvaltaista selvitystä ei asiasta kuitenkaan tietääksemme ole julkaistu, joten päädyimme lopulta selvittämään asiaa itse Avohilmasta (tilanne tammikuun lopulla 2026) kaikkien hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin osalta v. 2023-25. Kunkin vuoden aikana kertyneiden pitkäaikaisdiagnoosien lukumäärä suhteutettiin alueen viralliseen väestömäärään vuosina 2023-24.

Koko maassa mainittu suhdeluku (pitkäaikaisdiagnoosien lukumäärä Avohilmossa per väestö) vuosina 2023-25 oli 22 % - 30 % - 34 %, kun Apottia perusterveydenhuollossakin käytävillä Helsingin kaupungilla ja Vantaa-Keravan



HVA:lla suhdeluku oli 40 % - 48 % - 50 %. Uudenmaan ulkopuolisilla yliopistollisilla HVA:illa suhdeluvut olivat 17 % - 27 % - 35 % ja ei-yliopistollisilla HVA:illa 18 %, 26 %, 27 %. Näin ollen Apottia käyttävillä matalan sairastavuuden alueilla oli kolmen vuoden aikana Avohilmossa keskimäärin lähes kaksinkertainen määrä pitkäaikaisdiagnooseja kuin Uudenmaan ulkopuolisilla alueilla, ja Uudellamaallakin HVA:illa, joilla ei ollut avohoidossa Apotti käytössä. Diagnoosien lukumäärä saattaa vielä hieman tarkentua, mutta johtopäätös vaikuttaa kuitenkin ilmeiseltä: Apottia käyttävillä alueilla on pitkäaikaisdiagnooseja kvantitatiivisesti selvästi enemmän ja kvalitatiivisestikin mukana on ilmeisiä ”roikkumaaan” jääneitä akuuttien sairauksien (infektiot 3,9-kertaisia) ja vammojen (3,7-kertaisia) ym. diagnooseja. Tämä vääristää rahoitusta ja rahoituksen nollasummamelistä johtuen vaikutus vielä kertautuu.

Hilmon pitkäaikaisdiagnoosien määrät olivat samalla tavalla koholla kuin Avohilmossakin. Koska koko Uudenmaan erikoissairaanhoido tapahtuu HUSissa, olivat pitkäaikaisdiagnoosienkin määrät koholla kaikilla Uudenmaan alueen neljällä HVA:lla ja Helsingin kaupungilla. Eli ylimääräiset pitkäaikaisdiagnoosit seuraavat kiinteästi juuri Apotin käyttöä.

Saaristoisuutta koskevassa rahoituksen määräytymistekijässä otettaisiin huomioon saariston kehityksen edistämisestä annettuun lakiin ehdotettava uusi saaristoisen hyvinvointialueen määritelmä. Saaristoiselle hyvinvointialueella laskettaisiin saaristoisuuskerron, jonka perusteella määriteltäisiin hyvinvointialueella saaristoisuuden perusteella kohdennettava sosiaali- ja terveydenhuollon laskennallinen rahoitus.

Pohjanmaan hyvinvointialueen vastaus:

Pidämme muutosta kannatettavana.

Siirtymätasausten porrastusta ehdotetaan muutettavaksi vuodesta 2027 lukien. Sekä siirtymätasausvähennysten että -lisien porrastusta kasvatettaisiin vuosittain kymmenellä eruolla lisää asukusta kohden siten, että koko maan tasolla pysyväksi jäävien siirtymätasauksien määrä vähenisi neljäsosalla vuoden 2030 loppuun mennessä. Vastaava muutos porrastukseen tehtäisiin vuonna 2027 määräaikaaisesti voimassa olevaan siirtymätasauslisän leikkaukseen.

Pohjanmaan hyvinvointialueen vastaus:

Siirtymätasausten porrastuksen kiristäminen vähentää rahoitusta koko maan tasolla ja nopeuttaa rahoitustason laskua useilla alueilla. Tässä vaiheessa ei voi



tuoda hyvinvointialueille uusia säästöjä, joten vastustamme voimakkaasti 390 miljoonan lisäsäästöjen tekemistä tässä vaiheessa. Siirtymätasaukseen ei tule koskea.

Siirtymätasausten porrastusmuutos vähentäisi valtion rahoitettavaksi tulevaa osuutta siirtymätasauksista. Lisäksi siirtymätasausten valtion rahoitusosuudesta siirrettäisiin säästötoimenpiteenä hyvinvointialueiden rahoitettavaksi 53 miljoonaa euroa vuonna 2028, 91 miljoonaa euroa vuonna 2029 ja 82 miljoonaa euroa vuodesta 2030. Valtion rahoituksen vähenny kohdistettaisiin asukasta kohden yhtä suurena kaikille hyvinvointialueille, lukuun ottamatta niitä siirtymätasauslisää saavia hyvinvointialueita, joilla siirtymätasaus on tarpeen palvelujen järjestämiseksi riittävän rahoituksen turvaamiseksi, laskennallisen rahoituksen kehitys huomioon ottaen.

Pohjanmaan hyvinvointialueen vastaus:

Pohjanmaan hyvinvointialue suhtautuu muutokseen erittäin kriittisesti. Hyvinvointialueille ei tule kohdentaa uusia säästövelvoitteita ennen kuin jo päätettyjen sopeutustoimien vaikutukset ovat toteutuneet ja arvioitu. Ja siirtymätasaukseen ei tule koskea.

Saariston kehityksen edistämisestä annetussa laissa säädettäisiin uudesta saaristaisen hyvinvointialueen määritelmästä ja saariston käsitteestä.

Pohjanmaan hyvinvointialueen vastaus:

On myönteistä, että saariston käsitettä on laajennettu siten, että tarkastellaan hyvinvointialueen erilaisten saaristoalueiden ja saaristoväestön osuutta sen sijaan, että vain tietyt kunnat määriteltäisiin kokonaan saaristokunniksi.

On tärkeää, että arviointikriteereissä huomioidaan vapaa-ajan asuntojen osuus riippumatta siitä, sijaitseeko omistajan kotikunta omalla vai toisella hyvinvointialueella. Vaikka vapaa-ajan asukkaiden kotikunta olisi saman hyvinvointialueen sisällä, etäisyydet vakituiseen osoitteeseen voivat olla pitkiä, mikä lisää joidenkin toimipisteiden kuormitusta merkittävästi verrattuna tilanteeseen, jossa alueella ei olisi vapaa-ajan asutusta.



Pykälän 19 § tekstin sisällössä ei ole huomautettavaa, mutta teksti on erittäin vaikeaselkoinen, ellei lukija ole perehtynyt tausta-aineistoon ja lue saaristolakia rinnakkain.

Vaasa, 09.03.2026

Marina Kinnunen

Pohjanmaan hyvinvointialueen johtaja

Auvo Rauhala

tutkimuslääkäri
Pohjanmaan hyvinvointialue