

Asia: VN/13749/2025

**Lausuntopyyntö luonnoksesta hallituksen esitykseksi eduskunnalle laeiksi hyvinvointialueiden rahoituksesta annetun lain muuttamisesta ja väliaikaisesta muuttamisesta sekä saariston kehityksen edistämisestä annetun lain muuttamisesta**

**Lausunnonantajan lausunto**

**1. Koko maan rahoituksen tasossa huomioon otettava sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeen kasvu arvio vuosille 2027–2030 (7 § 1 mom.)**

Kyseessä on teknisluonteinen SOME-malliin perustuva päivitys.

-

**2. Palvelutarpeen kasvun huomioon ottamista koskevat säästötoimenpiteet (7 § 1 mom. ja 36 § 1 mom.)**

Palvelutarpeen kasvusta ehdotetaan otettavaksi rahoituksessa huomioon 60 prosenttia vuodesta 2027. Määräaikaisesta 0,2 prosenttiyksikön korotuksesta luovuttaisiin vuodesta 2028.

-

**3. Palvelutarpeen kasvun säästöjen kohdentaminen ja säästökompensaatio (3 § 1 mom.)**

Palvelutarpeen kasvua koskeva säästö kohdennettaisiin kaikille hyvinvointialueille sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen määräytymistekijöiden perusteella.

Säästötoimenpiteiden vaikutuksia kompensoitaisiin nostamalla palvelutarpeen määräytymistekijän rahoitusosuutta yhdellä prosenttiyksiköllä ja vastaavasti vähentämällä asukasperusteista osuutta vuonna 2028.

-

**4. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarvemallin päivitykset (14 § ja lain liite)**

Tarvetekijöiden ja niiden kertoimien taustalla olevissa käyttö- ja kustannustiedoissa otettaisiin huomioon uusimmat tiedot ja nykyisiin tarvetekijöihin tehtäisiin eräitä tarkistuksia, mutta ei toteutettaisi

tarvetekijöitä tai tietopoimintoja koskevia merkittäviä laajennuksia. Yksityisen terveydenhuollon diagnoositietojen huomioon ottamista rahoituksessa rajattaisiin osittain.

-

#### **5. Palvelutarvekertoimien tietopohjan laadun turvaaminen (14 § 3 mom. ja 26 a § 2 mom.)**

THL:n tehtävää tarkistaa tietopohjan laatua ja oikeutta korjata rekisteritiedoissa olevia selviä virheitä selkiytettäisiin. Valtiovarainministeriö voisi rahoituspäätöksessä ottaa huomioon rekisteritiedoissa olevia selviä virheitä, jotka vaikuttaisivat merkittävästi hyvinvointialuekohtaiseen rahoitukseen.

-

#### **6. Saaristoisuus rahoituksen määräytymistekijänä (19 §)**

Saaristolain määritelmän mukaiselle saaristoiselle hyvinvointialueelle laskettaisiin saaristoisuuskerroin, jonka perusteella määriteltäisiin hyvinvointialueille saaristoisuuden perusteella kohdennettava sosiaali- ja terveydenhuollon laskennallinen rahoitus.

-

#### **7. Siirtymätasauksien porrastuksen muuttaminen (35 § 2–5 mom.)**

Siirtymätasausten porrastusta muutettaisiin sekä siirtymätasausvähennysten että -lisien osalta kymmenellä eurolla asukasta kohden lisää vuosittain vuodesta 2027 siten, että pysyvien siirtymätasausten määrä vähenee noin neljäsosalla vuoden 2030 loppuun mennessä.

-

#### **8. Siirtymätasauksia koskeva säästötoimenpide ja sen kohdentaminen (40 §)**

Siirtymätasauksista valtion rahoittamasta osuudesta siirrettäisiin hyvinvointialueiden rahoitettavaksi 53 milj. euroa vuonna 2028, 91 milj. euroa vuonna 2029 ja 82 milj. euroa vuodesta 2030. Rahoituksen vähennys kohdistettaisiin asukasta kohden yhtä suurena kaikille hyvinvointialueille, lukuunottamatta niitä siirtymätasauslisää saavia hyvinvointialueita, joilla siirtymätasaus on laskennallisen rahoituksen kehityksen huomioon ottaen tarpeen palvelujen järjestämiseksi riittävän rahoituksen turvaamiseksi.

-

#### **9. Kommenttinne koskien saariston käsitettä (saaristolain 3 §)**

-

#### **10. Kommenttinne koskien saaristoista hyvinvointialuetta (saaristolain 9 a §) sekä siihen liittyvää valtioneuvoston asetusta**

-

#### **11. Mahdolliset muut kommentit hallituksen esitysluonnoksesta**

Tieto Caretech kiittää mahdollisuudesta lausua asiassa. Lähtökohtaisesti esityksen tavoitteita hyvinvointialueiden rahoituksen muuttamisesta voidaan pitää oikeansuuntaisina ja kannatettavia.

Esityksessä esitettyjen uudistusten lisäksi Tieto Caretech haluaa tuoda esille muutamia seikkoja erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarvetekijöihin liittyen, millä esitystä voitaisiin entisestään tarkentaa sekä parantaa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarvetekijöiden päivittäminen (3 § ja 14 §)

Pitkäaikaisdiagnoosien tarkasteluaikaväli ja diagnoosien tietopohja

Esityksessä ehdotetaan, että vuodesta 2027 lukien rahoituksen pohjana olevassa tarvemallissa pitkäaikaisdiagnoosit poimittaisiin kahdelta viimeisimmältä vuodelta, nykyisen yhden vuoden otannan sijaan, jossa vaaditaan joka vuosi potilaskontakti (käynti, etäasiointi tai hoitojakso). Tieto Caretechin mielestä uudistus on oikeasuuntainen.

Nähdäksemme diagnoosien tarkasteluaikaväliä voisi kuitenkin kasvattaa entisestään 5 vuoden mittaiseksi. Pidempi tarkasteluaikaväli vähentäisi vuosikohtaista vaihtelua ja toisi ennakoitavuutta hyvinvointialueille rahoituksen suuruudesta. Samalla määräaikaisen ja pysyväisluonteisen diagnoosin kirjauseron merkittävyys poistuisi. Tarkasteluvälin kasvattaminen voitaisiin tehdä vaiheittain, esimerkiksi lisäämällä aina yksi vuosi tarkasteluväliin vuosittain, jolloin vanha data ei aiheuttaisi ongelmia.

Lisäksi esityksessä ehdotetaan, että THL:n tehtäviä aluekohtaisten palvelutarvekertoimien laskennassa ja siihen liittyvän tietopohjan laadun varmistamisessa selkiytetään ja tietopohjan laadun turvaamiseksi THL voisi myös korjata rekisteritiedoissa olevia selviä virheitä.

Tieto Caretechin näkökulmasta tämä uudistus on hyvä ensiaskel diagnoosipohjan korjaamiseksi. Haluamme kuitenkin tuoda ilmi vaihtoehtoisen ehdotuksen, jossa diagnoosien tietopohja haettaisiin jatkossa potilastietovarannosta hoitoilmoitusrekisterin sijaan. Käytäntö parantaisi merkittävästi järjestelmän läpinäkyvyyttä kansalaisten suuntaan sekä vähentäisi mahdollisia kirjaus- ja raportointivirheitä, sillä Potilastietovarannossa kansalaisilla on mahdollisuus tarkistaa omat tietonsa. Potilastietovarannon laajempi hyödyntäminen tukisi esityksen tavoitteita diagnoosien tietopohjan laadun parantamisessa, samalla vähentäen THL:n hallinnollista taakkaa.

Hyvinvointialueiden rahoitusperusteet

Esityksessä ”tarvemallin aineistopohja kustannuksista ja palveluiden käytöstä päivitetään tuoreemmaksi sekä kokonaiskustannukset täsmäytetään hyvinvointialueiden toteutuneisiin palvelukokonaisuuskohtaisiin kustannuksiin koko maan tasolla”.

Valtiontalouden heikko tilanne ja hyvinvointialueiden kasvavat rahoitustarpeet ovat ymmärrettävästi hyvin hankalasti yhdistettävissä ja siksi on tärkeää, että rahoitusperusteita kehitetään jatkuvasti. Tieto Caretechin mukaan esityksessä ei kuitenkaan taklata riittävästi nykyisen mallin keskeistä ongelmaa, eli sitä, että malli ohjaa rahoituksen pitkälti sairauksien hoitamiseen niiden ehkäisemisen sijaan, mikä kasvattaa kalliin erikoissairaanhoidon kustannuksia.

Tieto Caretechin näkemyksen mukaan hyvinvointia ja terveyttä ylläpitävien, edistävien ja ennaltaehkäisevien toimenpiteiden tulisi olla keskeisempi osa rahoitusta, kuin mitä esityksessä on ehdotettu. Tämä lisäisi hyvinvointialueille kannustimia panostaa enemmän kansalaisten terveyttä ja hyvinvointia edistävien palveluiden kehittämiseen ja tarjoamiseen (esim. HyTe-mittarit), ja kansalaiset olisivat terveempiä samalla kun raskaammat erikoissairaanhoidoa vaativat hoidot vähenisivät. Lisäksi jos nuorten hyvinvointiin tehtävien toimenpiteiden vaikuttavuuskerroin muutettaisiin isommaksi, välttyttäisiin raskailta ja kalliilta kustannuksilta (mm. aikainen eläköityminen).

Toiseksi Tieto Caretech esittää, että perusterveydenhuollon ja suunterveydenhuollon hoitoon pääsyn toteutuminen otettaisiin mukaan rahoituslaskentaan. Tällä hetkellä perustason palveluihin vaikea päästä hyvinvointialueiden säästöjen vuoksi. Aikaisen hoidon puutteen vuoksi oireet pahenevat, jonka seurauksena apua haetaan päivystyksestä, mikä puolestaan aiheuttaa merkittäviä lisäkustannuksia. Mikäli hyvinvointialueet tarjoaisivat perustason hoitoa enemmän ja nopeammin, välttyttäisiin raskailta erikoissairaanhoidon kuluilta.

Heinonen Leo  
Tietoevry Finland Oy - Tieto Caretech