

Asia: VN/13749/2025

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

Lausunnonantajan lausunto

1. Koko maan rahoituksen tasossa huomioon otettava sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeen kasvuarvio 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.

Pidämme esitettyä palvelutarvemallin päivitystä pääosin perusteltuna. On tärkeää, että rahoitusmalli perustuu ajantasaiseen tietoon ja kuvastaa todellista palvelutarvetta. Samalla korostamme, että mallin tulee olla tulkinnaltaan yksiselitteinen, tietopohjaltaan luotettava sekä neutraali suhteessa palvelujen järjestämistapoihin.

1. Tarvetekijöiden taustalla olevien käyttö- ja kustannustietojen päivitys

Kannatamme sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarvemallin kustannus- ja käyttötietojen päivittämistä ajantasaisiin tietoihin. Päivitys on perusteltu rahoitusmallin oikeudenmukaisuuden ja ajantasaisuuden varmistamiseksi.

2. Palvelutarpeen huomioimista kuvaavat muuttujat ja poimintakriteerit

Pidämme valitettavana, että THL:n ehdottamaa sairausluokituksen laajentamista noin 190 sairausluokkaan ei tässä vaiheessa toteuteta. Vaikka laajennus lisäisi mallin teknistä monimutkaisuutta, asiantuntija-arvioiden mukaan se parantaisi palvelutarpeen ennustettavuutta ja kuvaisi väestön sairastavuutta nykyistä tarkemmin. Tarkempi tieto sairauksien alueellisesta esiintyvyydestä ja palvelutarpeesta — esimerkiksi tyyppin 1 ja tyyppin 2 diabeteksen erottelu — voisi lisäksi tukea tiedolla johtamista ja palvelujärjestelmän kehittämistä nykyistä paremmin.

THL on vuoden 2025 aikana parantanut mallin läpinäkyvyyttä ja avannut poimintakriteerejä aiempaa paremmin, mutta käytännön tulkintaeroja esiintyy edelleen hyvinvointialueilla. Palvelutarpeen muuttujien poimintakriteerejä tulisi edelleen selkeyttää. Rahoitusmallin tulee olla yksiselitteinen siltä osin: mitkä diagnoosit huomioidaan, kuinka usein ne huomioidaan ja millä kirjaamiskäytännöillä tieto tulee mukaan laskentaan.

4. Yksityisen terveydenhuollon diagnoositietojen osittainen rajaaminen

Pidämme kannatettavana esitystä rajata muiden kuin julkisen sektorin järjestämien tai rahoittamien palvelujen diagnoositietojen huomioon ottamista palvelutarpeen laskennassa.

Muutos on yhdenvertaisuuden näkökulmasta perusteltu. Yksityisten palvelujen käyttö painottuu väestöltään suuriin ja sosioekonomisesti vahvempiin yliopistosairaala-alueisiin. Ei ole tarkoituksenmukaista, että asiakkaan itse maksamien palvelujen tai työterveyshuollon diagnoositietoja hyödynnetään julkisen palvelutarpeen arvioinnissa.

Palvelutarvelaskennan tulisi ensisijaisesti kuvata julkisen sektorin vastuulle kohdistuvaa palvelutarvetta. On käytännössä vaikeaa arvioida, missä määrin yksityisellä sektorilla tunnistettu palvelutarve realisoituu julkisen sektorin kustannuksiksi.

Ei kuitenkaan täysin voida rajata pois näkökulmaa, että yksityisen sektorin lisääntynyt käyttö olisi heijastus julkisen palvelun heikosta saatavuudesta. Toisaalta taas, jos asiakas siirtyy yksityiseltä

sektorilta julkisiin palveluihin, diagnoosit kirjautuvat tyypillisesti julkiseen järjestelmään ja tulevat tällöin asianmukaisesti huomioiduiksi palvelutarpeessa.

5. Pitkäaikaisdiagnoosien huomioon ottaminen

Kannatamme pitkäaikaisdiagnoosien huomioimista kahden vuoden tarkastelujaksolla.

Käytännön toteutuksessa on kuitenkin varmistettava, että diagnoosikirjausten tulkinta on yhdenmukaista. Nykyisessä tiedonsiirtoikäytännössä asiakkaan pitkäaikaisdiagnoosit välittyvät Hilmo-tiedonsiirrossa usein jokaisen palvelutapahtuman yhteydessä (käyntisyy + pitkäaikaisdiagnoosit). Tällöin kaikki pitkäaikaissairaudet voivat tulla laskettua toistuvasti mukaan riippumatta siitä, liittyikö palvelutapahtuma kyseiseen sairauteen. Laskentasääntöjen tulee olla tältä osin selkeät ja läpinäkyvät, koska sairaus tulee laskettua mukaan.

Kahden vuoden rajausta pitkäaikaisdiagnoseissa on perusteltu, koska jos pitkäaikaissairauteen liittyvää palvelukontaktia ei ole useaan vuoteen, ei voida olettaa henkilön aiheuttavan regressiokertoimen mukaista keskimääräistä lisäkustannusta.

Ehdottaisimme, että pitkäaikaisdiagnoosien osalta mietittäisiin rajausta, mitkä kaikki sairausluokat voidaan huomioida pitkäaikaisdiagnoseiksi mallissa. Näin välttyttäisiin tulkintaeroilta tulevaisuudessa.

On kuitenkin huomioitava, että perusterveydenhuollossa useiden pitkäaikaissairauksien (esimerkiksi verenpainetauti, astma, diabetes) seuranta toteutetaan jo tänä päivänä hoitajavetoisesti. Mikäli mallissa huomioidaan vain lääkärikontaktit perustasolla, osa palvelutarpeesta voi jäädä havaitsematta. Käytännössä vaikutus on kuitenkin näkemyksemme mukaan rajallinen, koska lääkekorvausoikeudet ja muut rekisteritiedot tuovat pitkäaikaissairaudet usein esille.

Jatkossa on tärkeää kiinnittää erityistä huomiota potilastietojärjestelmistä johtuvan tiedonsiirtovarianssin vähentämiseen. Tässä suhteessa hallituksen esityksessä ehdotetut palvelutarvekertoimien tietopohjan laadun varmistamista koskevat täsmennykset (rahoituslain 14 §:n 3 momentti sekä 26 a §:n 2 momentti) ovat kannatettavia ja toivottavasti tarjoavat tähän tarvittavia välineitä.

6. Sektoreiden, ammattiryhmien ja palvelumuotojen huomioiminen

Pidämme perusterveydenhuollon näkökulmaa rahoitusmallin toimivuuden kannalta keskeisenä. Viime vuosina perusterveydenhuolto on muuttunut merkittävästi sekä rakenteellisesti että toiminnallisesti ja rahoituksessa hyödynnettävän palvelutarvemallin tulee tunnistaa tämä muutos.

6.1 Digitaalisten palvelujen huomioiminen

Julkisten investointien myötä digitaaliset palvelukanavat ovat nousseet keskeiseksi osaksi perusterveydenhuollon toimintaa. Digitaaliset klinikat toimivat monilla alueilla ensisijaisena yhteyspisteenä asiakkaille.

Nykyisessä palvelutarvemallissa ei huomioida etäkontakteissa tehtyjä diagnoseja. On mielestämme ristiriitaista, jos etäkontakteissa tehtyt diagnoosit eivät tule huomioiduiksi palvelutarpeen

arvioinnissa. Etäkontaktien rajaaminen laskennan ulkopuolelle voi käytännössä heikentää niiden alueiden asemaa, jotka ovat kehittäneet digitaalisia palveluja aktiivisesti valtion strategisten tavoitteiden mukaisesti.

Etäpalvelujen huomioimatta jättäminen voi myös heikentää harvaan asuttujen ja pitkien etäisyyksien alueiden asemaa sekä alueita, joilla lääkäri työvoiman saatavuus on rajallinen. Riskinä näemme, että rahoitusmalli voi alkaa kuvata palvelutuotannon muotoa eikä todellista alueellista palvelutarvetta.

6.2 Sektorikohtaisen palvelutuotannon huomioiminen ja muut ammattiryhmät

Suomalainen perusterveydenhuolto ja terveyskeskus on historiallisista syistä hyvin sektoripainotteinen. Merkittävä osa sairauksien hoidosta toteutuu erilaisissa palvelumuodoissa, kuten neuvoloissa ja kouluterveydenhuollossa. Käytännössä terveyskeskuksen fyysiset vastaanotot kattavat vain osan toiminnasta. Jos kaikissa palvelumuodoissa syntyvä diagnoositietoa ei tule riittävästi huomioiduksi, on mahdollista, että todellisesta palvelutarpeesta voi jäädä huomattava osa havaitsematta.

Hyvinvointialueilla on pyritty sote-uudistuksen tavoitteiden mukaisesti siirtämään palvelutuotantoa kevyempiin palvelun muotoihin, kuten hoitajavastaanotoille ja digitaalisiin hoitopolkuihin. Pitkäaikaisena kehityksenä on ollut, että hoitajien rooli hoidossa on kasvatettu ja samalla lääkäreiden työnkuvaa kehitetty useilla alueilla konsultatiivisen paan suuntaan, mikä on siirtänyt lääkäriresurssia pois fyysisistä vastaanotoista.

Nyt kuitenkin rahoituksessa huomioidaan vain lääkärin fyysisillä vastaanottokäynneillä huomioidut diagnoositiedot. Rahoitusmallin ei tulisi kannustaa ohjaamaan palvelujen järjestämistä tuotantomuotojen välillä, vaan sen tulee olla neutraali suhteessa tarkoituksenmukaisiin ja kustannusvaikuttaviin palveluratkaisuihin.

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.)

Siirtymätasauksien 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

Näkökulmia tulevaisuuden kehittämiseen:

Tarveperusteinen rahoitus – rahoituksen kohdentaminen sinne, missä palvelutarve on suurin – on lähtökohtaisesti kannatettava periaate. On kuitenkin syytä tunnistaa, että nykyisen mallin mukainen tarveperusteisuus ei itsessään luo kannusteita sairauksien ennaltaehkäisyyn. Julkisessa keskustelussa ajoittain esitetty väite siitä, että diagnoosien kirjaaminen itsessään sairastaisi väestöä ja sairaasta väestöstä palkitaan, on mielestämme kuitenkin virheellinen. Suomessa diagnoosikirjaaminen on perinteisesti ollut perusterveydenhuollossa varovaista. Diagnoosien kirjaamista ei lähtökohtaisesti ole jokaisella terveydenhuollon käynnillä pidetty tarkoituksenmukaisena. Se että terveydenhuollon ammattilaiset asetetaan tunnistamaan ja kirjaamaan palvelutarvetta ei itsessään sairasta väestöä, kun vain tilastollisesti. On toki eettisyyden näkökulmasta hankala tilanne, jos ammattilaiset joutuvat kirjaamaan löydettyjä sairauksia, mutta resurssit eivät riitä asianmukaiseen hoitoon.

Jatkossa olisi perusteltua tarkastella rahoitusmallin kehittämistä asteittain vaikuttavuus- ja laaturapainotteisempaan suuntaan. Nykyinen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen (HYTE) -kerroin kannustaa ennaltaehkäisevään työhön, mutta sen taloudellinen painoarvo on vähäinen ja toimenpiteiden tosielämän vaikuttavuuden osoittaminen vaikeaa. Vaikuttavuuteen perustuvan rahoituksen kehittämisessä tulisi käyttää tieteellisesti valideja, vertailukelpoisia ja luotettavia indikaattoreita, jotka kuvaavat aidosti palvelujärjestelmän tuottamia terveys- ja hyvinvointihyötyjä. Tästä esimerkkinä voisi olla väestön keskimääräisen LDL-kolesterolitason lasku tai hoitotavoitteet saavuttavien potilaiden osuuden kasvu. LDL-kolesterolin taso on tieteellisesti hyvin validoitu sydän- ja verisuonitautien riskitekijä, sen väheneminen väestössä on luotettavasti mitattavissa ja se heijastaa terveydenhuollon ja ehkäisevien toimien vaikutusta väestön terveyteen.

Rahoitusmallin kehittämistä tulisi kytkeä selkeämmin kansallisiin sosiaali- ja terveystalouden tavoitteisiin. Näin voidaan välttää ohjausristiriitoja, joissa valtakunnallisesti tavoiteltu kehityssuunta ei heijastu rahoituksen perusteisiin. Esimerkkinä voidaan mainita perusterveydenhuollon digitaalisten palvelujen nopea käyttöönotto, jonka mahdollisia hyötyjä ei tulisi heikentää rajaamalla etäkontakteissa syntyvää tietoa rahoituksen laskennan ulkopuolelle. Toiseksi voidaan mainita perusterveydenhuollon palvelujen jatkuvuuden vahvistaminen. Mikäli tämä tosiasiallisesti nähdään kansallisena tavoitteena, laatuindikaattoreina voitaisiin tarkastella esimerkiksi hoitosuhteiden jatkuvuutta.

Tuompo Werner
AHCON - Ahlmaa Consulting Oy