

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 kasvu arvio vuosille 2027–2030 (7 § 1 mom.)

Kyseessä on teknisluonteinen SOME-malliin perustuva päivitys.

Vaikka kyseessä on teknisluonteinen SOME-malliin perustuva päivitys, olisi tärkeää avata perusteet sille, että väestön edelleen ikääntyessä vuosittaisen palvelutarpeen kasvun odotetaan aiempien vuosien nousutasoista pienenevän. SOME-mallin oleellisena ongelmana on, ettei se huomioi lääketieteen kehitystä ja uusien hoitomahdollisuuksien mukanaan tuomia kustannusvaikutuksia. Suomen tulee pysyä eurooppalaisella tasolla sairaanhoidon kehityksessä.

Muita SOME-mallin perusongelmia ovat mm. seuraavat: Malli ei huomioi hyvinvointialueiden kiinteitä ja muuttuvia kustannuksia rahoitustarpeen määrittämisessä. Näillä on huomattava merkitys pienempien hyvinvointialueiden kustannusrakenteessa. Potilaskohtainen regressiolaskenta ei myöskään ole toimiva ratkaisu, koska Suomessa ei ole, eikä koskaan ole ollut, tiedossa riittävän tarkkoja potilaskohtaisia kustannustietoja. Käytetyissä vanhoissa kustannustiedoissa huomattava osa perustuu epäsuorien kustannusten allokointiin suoritteille. Tämän vuoksi niitä pitäisi käyttää SOME-mallin tarkkuustasolla.

Mallissa on ongelmia myös regressiokertoimien perusteissa. Outoa on, että 90 vuotta täyttäneiden naisten ja vaikeasti heikkonäköisten määrät vähentävät hyvinvointialueen saamaa rahoitusta negatiivisten regressiokertoimiensa vuoksi. Sosiaalitoimen osalta ei ole käytössä kattavaa rekisteritietoa kustannuksista. Malli on kaiken kaikkiaan tarpeettoman monimutkainen ja epälooginen. Kun arvioidaan alueiden välisen rahanjaon oikeudenmukaisuutta, tulisi pyrkiä

jakamaan alueiden rahoitus yksinkertaisemmin ja erityisesti ennakoitavammin sekä luotettavammin kuin mihin ehdotetulla mallilla on mahdollista päästä.

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.

SOME-mallia käytetään hyvinvointialueiden rahoituksessa kahteen eri tarkoitukseen. Toisaalta arvioidaan järjestelmän tarvitsemaa lisärahoitusta väestön palvelutarpeen lisääntyessä, toisaalta kansallisen rahoituksen kohdentamista hyvinvointialueiden välillä väestön palvelutarpeiden mukaisesti, kun kansallinen rahoitus on päätetty.

Kun lainsäädännössä päätetään, että vain osa väestön palvelutarpeen lisääntymisestä rahoitetaan, on kyseessä moraalisesti epäterve väestön perusoikeuksien toteuttamisen malli. Esityksessä ei oteta kantaa siihen, mikä osa lisääntyneestä palvelutarpeesta jätetään tyydyttämättä. Esityksessä ei myöskään osoiteta miten hyvinvointialueiden olisi mahdollista toteuttaa säästöt palveluja vaarantamatta. Rahoituslain muutosesitysten vaikutuksista hyvinvointialueiden kykyyn toteuttaa perusoikeuksien mukaiset palvelut tulee päätöksentekijälle esittää kokonaisarvio. Lisäksi on kyettävä osoittamaan, että kansalaisten palvelut ja tasavertaisuus eivät vaarannu.

Asianmukaisessa ohjausjärjestelmässä ja sen rahoitusesityksissä palvelutarpeen arvioitu muutos, hyvinvointialueiden palvelutarvetta vähentävien toimenpiteiden vaikutus ja tuottavuuskasvun vaikutukset käsiteltäisiin erikseen. Näistä muodostettaisiin päätöksentekijälle perusteltu näkymä päätöksen erilaisiin vaikutuksiin ja arvio kokonaisvaikutuksesta.

Kun säästöjä sote-palveluista haetaan, on ymmärrettävä, että hyvinvointialueiden toimintakuluista oman henkilöstön kuluja on 42% (2024) ja palveluostoja 44%. Ostoista ehdoton valtaosa on hyvinvointialueen omaa toimintaa korvaavia tai täydentäviä palveluja, esim. HUS ostot Uudellamaalla. Hyvinvointialueen oman toiminnan menoista henkilöstökulut ovat yli 75%. Palveluostoissa henkilöstökulujen osuus on suurempi kuin omassa tuotannossa. Kustannusleikkauksia ja säästöjä toteutettaessa paine kohdistuu aina siis siihen henkilöstöön, jolla väestön tarvitsemat palvelut pyritään riittävällä tasolla tuottamaan. Esityksessä tulisikin realistisesti arvioida hyvinvointialueiden säästöjen toteuttamiseksi tarvittavat henkilöstövähennykset ja niiden vaikutukset palvelujen riittävyyteen.

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.

Valtion vastuulla oleva rahoitus hyvinvointialueille perustuu ja sen tuleekin perustua väestön palvelutarpeeseen, palvelujen toteuttamisen olosuhteisiin liittyvät kustannustekijät mukaan lukien. Nykyisen laskentamallin monimutkaisuutta kuvaa, että väestön koko huomioidaan sekä tarvetekijöissä että sellaisenaan erikseen. Muuttamalla tarveperusteen ja väestöperusteen painotusta ehdotetulla tavalla, ohjataan hyvinvointialueiden välistä rahoituksen jakoa vähäväkisemmille, mutta väestöltään sairaammille hyvinvointialueille. Kun rahoitusta joudutaan leikkaamaan, on oikein kohdentaa vähennykset nimenomaisesti hyvinvointialueiden rahoituksen määräytymistekijöiden perusteella. Määräytymistekijöiden tulee olla yleisesti hyväksytyt ja asianmukaisesti perustellut.

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.

Lääkäriliitto kannattaa tietopohjan päivitystä. Sosiaalihuollon tietopohja tulisi kyetä myös saamaan ajan tasalle.

Yksityisen terveydenhuollon diagnoositietojen rajaamisella, joka sinällään on perusteltu muutos, siirrettäisiin rahoitusta samalla tavoin kuin tarve/väestöpainotuksen muutoksella pienemmille ja vähäväkisemmille alueille, joissa yksityisen palvelutarjonnan osuus kokonaisuudesta on pienempi.

On tarkoituksenmukaista, ettei rahoituksen perusteita voimakkaammin muuteta ennen kuin kansallisesti saadaan päätettyä millaiseen suuntaan sote-rakennetta ryhdytään kehittämään. Lääkäriliitto odottaa parlamentaariselta sote-ryhmältä kauas kantoista näkemystä ratkaisusta. Kansallisen ohjauksen kyvykkyys, rahoituksen keräämisratkaisu ja hyvinvointialuerakenne liittyvät oleellisesti toisiinsa. Rahoituksen perusteisiin ei tule oleellisesti puuttua ennen kuin on ratkaistu, mikä taho kykenee kokonaisuuden tosiasiallisesti ohjaamaan ja kuinka rahoitusvastuu tulevaisuudessa muuhun järjestämisvastuuseen nivotaan.

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.

On perusteltua, että THL vastaa keräämänsä tiedon laadun arvioinnista ja tarvittaessa varmistaa tiedon paikkansa pitävyyden tiedon tuottajilta. On sujuvaa, että THL voi tehdä myös tietopohjaan korjauksia, mutta hyvinvointialueiden toimittamien tietojen muuttaminen tulee olla mahdollista vain varmistamalla hyvinvointialueen kanta tiedon asianmukaisuuteen.

Se kenen tekemiin ja millaisiin laskuvirheisiin valtiovarainministeriön korjausoikeus liittyisi, ei kannanottoa varten riittävästi selviä esityksestä. Asia tulee avata ymmärrettävästi erityisesti suhteessa THL rekisteritietojen korjaamismahdollisuuksiin.

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.)

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

Lääkäriliitto on hallituksen esityksen kanssa samaa mieltä siitä, että siirtymätasaukset ovat menettäneet merkityksensä turvallisen siirtymän mahdollistamiseksi. Tämä pätee kuitenkin vain aleneviin, ei pysyviksi sovittuihin tasauksiin. On kohtuutonta, että ensin päätetään mallista, jonka perusteella alueet voivat suunnitella toimintansa pysyvän rahoituksen varaan, ja sitten toisessa ajanhetkessä tämä rahoitus leikataan pois.

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.

Valtionrahoituksen leikkausta suunnitellaan toteutettavaksi tässä yhteydessä tavalla, jonka vaikutuksia on vaikea arvioida. Vastuu jäljelle jäävien siirtymätasauksen rahoituksesta siirtyisi esityksen mukaan hyvinvointialueille. Esityksessä kyseisen pykälän perusteluissa ei avattu, miten hyvinvointialueet keskenään itsehallinnollisina toimijoina vastuun rahoituksesta kantaisivat. Valtion rahoituksen lisäksi hyvinvointialueet saavat pari prosenttia rahoituksestaan kotitalouksilta, ja hyvin vähän vakuutusyhtiöiltä. Näitä tuloja ei juuri normituksen puitteissa ole mahdollista nostaa, joten vain valtion jakaman rahoituksen keskinäinen uusjako jäisi mahdolliseksi toimintamalliksi. Laadukkaampaa ohjausta olisi, että rahoitus normitettaisiin suoraan hyvinvointialueille ja valtio kantaisi vastuun siitä samoin kuin muusta hyvinvointialueiden välisestä rahoituksen kohdentumisesta. Esityksen ohjausvaikutusta voisi osaltaan tehostaa se, että esitys olisi kirjoitettu yleisesti ymmärrettävään muotoon.

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

On hyvä, ettei rahoitusmallia esitetä tässä yhteydessä perusteiltaan merkittävästi muutettavaksi.

Väestön luottamus terveydenhuoltoon on viime vuosina heikentynyt oleellisesti. Asia olisi korjattavissa kohtuullisen nopeastikin omalääkärimallien käyttöönotolla perusterveydenhuollossa. Tällä varmistettaisiin hoitoon pääsyn sujuvuus, potilaan hoidon jatkuvuus ja perusterveydenhuollon vaikuttavuus sekä vahvistettaisiin väestön heikentynyt luottamus.

Hankalammin korjattavissa on hyvinvointialueiden selvästi heikentynyt luottamus kansalliseen järjestelmän normi- ja resurssiohjaukseen. Sen palauttaminen on kuitenkin ehdoton edellytys järjestelmän kehittämiselle kansallisessa ohjauksessa. Vuoden sisällä on tehty tai valmisteltu useita hyvinvointialueiden rahoitusta muuttavia lakiehdotuksia. Ennakoimattomuus hyvinvointialueiden rahoituksessa rapauttaa rahoitusmallin uskottavuutta sekä heikentää palvelujen suunnittelumahdollisuuksia ja toiminnan kehittämistä. Tempoileva ohjaus johtaa reaktiivisiin korjausliikkeisiin, mikä edelleen vähentää hyvinvointialueiden mahdollisuutta luoda kansalaisten tarpeisiin nyt ja tulevaisuudessa vastaavia palveluja.

Rahoitusjärjestelmä on ratkaistava tavalla, joka on luotettava, ennakoitava ja kannustaa hyvinvointialueita kehittämään toimintaansa vastuuväestönsä palvelujen sujuvaan toteuttamiseen. Alueiden kehitys on nyt taloudellisen tasapainon osalta erkaantunut kahteen ryhmään: osa pärjää saamallaan rahoituksellaan kohtuullisesti tai jopa hyvin, osa erittäin heikosti. Hallituksen esitys leikkaa rahoitusta erityisesti niiltä alueilta, jotka ovat saavuttaneet kohtuullisen taloudellisen tasapainon, jonka jälkeen on oletettavaa, että nekin tämän jälkeen pärjäävät huonosti. Kehitystä vahvistaa jälkikäteisrahoituksen leikkaus 2027 (2025 kertyneen ylijäämän johdosta). Esityksessä on arvioitu muutosten kohteena olevien tekijöiden vaikutukset hyvinvointialueiden talouteen mutta ei ole huomioitu muiden samanaikaisesti tapahtuvien muutosten vaikutuksia. Siinä ei myöskään ole simuloitu hyvinvointialueiden rahoituksen ali-/ylijäämän kehittymistä pidemmällä aikajänteellä. Hyvinvointialueiden ja valtion talouden kannalta ei ole kovin merkityksellistä, millaisia vaikutuksia yksittäisten rahoituskomponenttien muutoksilla on, vaan miten alueiden rahoitus kokonaisuudessaan muuttuu vuosina 2027-2030.

Vaikka tuleva parlamentaarinen sote-työryhmä päätyisi uskomaan siihen, että kansallisella normi-, rahoitus- ja informaatio-ohjauksella kyettäisiin yhdenvertaistamaan koko maan sosiaali- ja terveydenhuolto, olisi rahoitusperuste suunniteltava kokonaan uudestaan. Rahoitusmalli tulisi uudistaa kokonaan myös, mutta eri tavalla, mikäli päädyttäisiin hyvinvointialueiden syvempään itsehallintoon osittaisine rahoitusvastuineen. Ennen kansallista tulevaisuuden kuvaa ja linjausta

rahoitusta ei pidä muuttaa tavoilla, jotka edelleen vaikeuttavat hyvinvointialueiden talouden ja toiminnan suunnittelua.

Mattila Jukka
Suomen Lääkäriliitto - Finlands Läkarförbund