

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.

-

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.

Hyvinvointialueille ja Helsingille ei tulisi kohdistaa tässä tilanteessa lisäsäästöjä, etenkin kun alueilta samaan aikaan kuitenkin vaaditaan myös alijäämien kattamista. Alueille tulisi antaa aikaa toimintojen ja talouden uudistamiseen. Jos säästöjä kuitenkin toteutetaan, on niiden kohdistaminen kokonaisrahoitukseen järkevintä ja yksinkertaisinta.

Nyt esitetyt säästöt herättävät huolen siitä, miten hyvinvointialueet pystyvät turvaamaan lakisääteiset palvelut ja erityisen huolen siitä, että tavoite perusterveydenhuollon vahvistamisesta vesittyy säästöjen myötä.

Sosiaali- ja terveystoimen säästöt ovat vuosikymmeniä kohdistuneet perusterveydenhuoltoon ja se näkyy nyt palveluiden heikkona saatavuutena. Hyvinvointialueuudistuksen myötä on päästy valtakunnallisesti yhteiseen ymmärrykseen perusterveydenhuollon vahvistamisen ja hoidon jatkuvuuden merkityksestä. Tämä rahoituksen leikkaaminen voi vaarantaa perusterveydenhuollon vahvistamisen hyvän kehityksen hyvinvointialueilla. Tiukassa taloustilanteessa voidaan sortua säästämään entiseen tapaan perusterveydenhuollosta. Ennaltaehkäisystä ja pitkäaikaissairauksien hyvästä hoidosta säästäminen voi tuntua helpolta ratkaisulta, koska säästötoimet näkyvät viiveellä ihmisten terveydessä. Erikoissairaanhoidon säästötoimenpiteiden pelätään näkyvän heti

hoitojonoissa ja päivystyspalveluiden saatavuudessa ja nämä herättävät voimakkaita reaktioita ja vastustusta.

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.

Rahoitusperustan asukasperusteisen osuuden vähentäminen 1%:lla ja palvelutarpeeseen perustuvan rahoitusosuuden lisääminen 1%:lla on mielestämme maltillinen ja oikeudenmukainen muutos rahoitusperusteissa.

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.

Kannatamme, että pitkäaikaisdiagnoosit huomioidaan kahden vuoden ajalta.

Hyte-kertoimien nosto 1% :sta 1,5%:iin on kannatettavaa ja toivomme, että se jatkossa kannustaa alueita panostamaan entistä enemmän ennaltaehkäiseviin perustason palveluihin.

THL tekemästä tutkimuksesta on hallituksen esitykseen otettu vain yksityisen terveydenhuollon diagnoositietojen rajaaminen. Tämä esitys sisältää riskejä pitkän aikavälin palveluiden järjestämisessä ja väestöryhmien eriytymisessä yksityisen ja julkisen terveydenhuollon välille. Yksityinen terveydenhuolto tarjoaa sujuvaa palvelua, mutta julkinen terveydenhuolto kantaa vastuun siitä, että palvelut toimivat 24/7 joka puolella Suomea yhdenvertaisesti ja kantaa vastuun vakavien sairauksien hoidosta. Nämä vastuut ja tehtävät pitää huomioida rahoituksessa.

Hallituksen esityksen mukaan perusterveydenhuollon diagnooseja etävastaanottokäynneistä ei huomioida rahoituksen perusteena. Tämä on ristiriidassa perusterveydenhuollon viime vuosien kehityksen kanssa. Potilaan ottaessa yhteyttä perusterveydenhuoltoon, jopa 60-65% yhteydenotoista ratkaistaan etäkontaktilla puhelimitse tai digiasioinnin kautta. Mielestämme myös perusterveydenhuollon etäkontaktien diagnoosit pitäisi huomioida rahoituksen perusteena.

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.

Saaristokertoimen lisääminen kokonaisuuteen vaikuttaa hieman erikoiselta ja keinotekoiselta tässä rahoituksen kokonaisuudessa. Vastaavalla tavalla erityisasemassa voidaan Suomessa katsoa olevan esimerkiksi Lapin ja Kainuun kylmät ja runsaslumiset olosuhteet, joissa välimatkat voivat olla erittäin pitkät, tiestö huonokuntoinen ja saavutettavuus vastaavasti huono kuin siltojen puuttuessa saaristossa. Esityksen kohta "Ilman kiinteää tieyhteyttä olevan saariston palveluiden järjestäminen on erityisen haastavaa ja aiheuttaa lisäkustannuksia... välimatkat ovat pitkiä ja esimerkiksi kotihoidon järjestäminen... vähentää kustannustehokkuutta" - sama tilanne on Pohjois- ja Itä-Suomessa.

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

Yleislääkärien näkökulmasta on tärkeää, että rahoitusmalli pyrkii huomioimaan edelleen väestön erityispiirteitä ja tarpeita, sairastavuutta ja palveluverkoston mahdollisuuksia. Eli myös Suomen pohjoisimman alueen ihmiset olisi syytä pystytä tulevaisuudessakin hoitamaan samoin kuin saariston

ihmiset. Suomen yleislääkärit GPF ry:n mielestä tarvitaan ylivaalikautinen ja parlamentaarinen visio terveydenhuollon järjestämisestä. Tämän jälkeen voidaan arvioida millä perusteilla, tutkimukseen perustuen, palveluiden rahoitus järjestetään. Rahoitusmallia pitää kehittää loogisesti, pitkäjänteisesti ja ennustettavasti. Näin alueilla on mahdollisuus kehittää palveluiden saatavuutta ja laatua kestävästi. Toivomme, että laaja tarvemallin päivitys tehdään viimeistään 2020-luvun lopulla.

Ehdotamme, että rahoitusmallin yhdeksi tavoitteeksi otetaan perusterveydenhuollon ja hoidon jatkuvuuden vahvistaminen koko Suomessa. Tämä tarkoittaa sitä, että jokaisella Suomessa asuvalla on nimetty omalääkäri. Toimivan perusterveydenhuollon ja hoidon jatkuvuuden merkityksestä on vankka tutkimusnäyttö: Saman yleislääkärin hoitaessa potilasta hoidon laatu paranee, sairastuvuus ja kuolleisuus vähenevät merkittävästi ja terveydenhuollon palveluiden kokonaistarve ja -kustannukset pienenevät. Suomen aikaisemmat omalääkärimallit ovat kariutuneet työn hallitsemattomuuteen, mikä on aiheutunut perusterveydenhuollon heikosta resursoinnista ja liian suurista vastuuväestöistä.

Miettola Elina
Suomen Yleislääkärit GPF ry