Kunta- ja hyvinvointijaosto

Asia: O 17/2025 vp Kuntien ja hyvinvointialueiden talous ja rahoitus sekä rahoitusjärjestelmien uudistukset

Teema: Hyvinvointialueiden rahoitusmallin toimivuus sekä kokonaiskuva mm. siitä näkökulmasta, kuinka hyvinvointialueiden rahoitus ja palvelutarve kohtaavat sekä millaiset kannustimet malli alueille luo. Jos mahdollista, niin tilannekuvaa voisi avata myös esim. sote-järjestämislain mukaisen vuosittaisen valtakunnallisen selvityksen pohjalta. Näkemys hyvinvointialueiden kannusteista panostaa ennaltaehkäisevään hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen sekä perusterveydenhuoltoon.

Talouden tilanne

Talousarvioiden mukaan vuoden 2025 ylijäämä olisi noin 240 milj. euroa. Ylijäämää selittää rahoituksen tason selkeä nosto (+9,0 %, n. 2,2 mrd. euroa) sekä maltillinen kustannusten nousu (+2,8 % verrattuna vuoden 2024 tilinpäätösarvioihin). Jälkikäteistarkistuksen osuus rahoituksen kasvusta on 1,4 miljardia euroa. Alueiden taloudellinen eriytyminen on kiistatonta ja muutosohjelmien toimeenpanossa on merkittäviä alueittaisia eroja. Voidaan nähdä, että alueiden välillä on merkittävää vaihtelua kustannusten muutoksessa vuosien 2024 ja 2025 välillä, mikä kielii eroista talousarvion laadinnan lähtökohtaoletuksissa.

Hyvinvointialueiden alijäämien kattaminen hyvinvointialueilta edellytetyssä aikataulussa edellyttää useilla alueilla sopeutustoimenpiteitä, jotka saattavat vaarantaa lakisääteisten sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisen. Sosiaali- ja terveysministeriö tunnistaa tilanteeseen liittyvät riskit ja huomioi ne hyvinvointialueiden ohjauksessa. Tarvittaessa toiminnan ja talouden ohjauksessa on hyödynnettävä esimerkiksi ennakollista talouden ohjauksen menettelyä.

Järjestämisen tilanne STM:n selvityksessä

Hyvinvointialueet ovat järjestäneet sosiaali- ja terveydenhuollon väestön kannalta yhdenvertaisemmin ja lainmukaisemmin kuin aiemmin kuntien ollessa palveluiden järjestämisvastuussa. Perusterveydenhuollon kiireettömään hoitoon pääsy on nopeutunut, henkilöstöpula on helpottanut ja digitaaliset palvelut ovat yleistyneet. Kiireelliseen ja päivystykselliseen hoitoon pääsy toimii kaikkialla Suomessa hyvin. Samanaikaisesti on kuitenkin sosiaali- ja terveyspalveluja, joiden järjestäminen ei toteudu lainmukaisesti kuten esimerkiksi mielenterveysongelmia kokevien ja päihteitä käyttävien lasten ja nuorten sosiaali- ja terveyspalvelut sekä kaiken ikäisten erikoissairaanhoidon kiireetön hoito suhteessa lainsäädännön määräaikoihin.

STM:n arvio hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä perustuu suhteessa lainsäädäntöön. Arvioidessaan hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä STM käyttää arviointiperusteina muun muassa yhdenvertaisuutta, riittävyyttä, laatua, tarvevakioituja kustannuksia sekä käytettävissä olevaa henkilöstöä ja osaamista.

Hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon talouden ja toiminnan tietopohja on edelleen puutteellinen, jotta vertailukelpoinen arvio palvelukohtaisesta ja hyvinvointialuekohtaisesta rahoituksen tason riittävyydestä on mahdollista tehdä. Hyvinvointialueiden keskinäisestä sijoittumisesta valtakunnallisten sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteiden mittarien suhteen ei voi tehdä yksioikoisia tulkintoja johtuen sosiaali- ja terveydenhuollon tietopohjan puutteellisuudesta. Osa käytettävissä olevista mittareista kuvaa kokonaisten palveluketjujen ja -kokonaisuuksien toimivuutta tai toimimattomuutta. Mittariin heijastuvat ongelmat yksittäisen palvelun järjestämisessä voivat vaihdella hyvinvointialueittain ja eri palveluiden välillä.

Huomioita rahoitusmallista

Toistaiseksi on kulunut vielä liian lyhyt aika, jotta kyettäisiin tekemään pitkälle meneviä johtopäätöksiä rahoitusmallin toimivuudesta ja siitä, miten hyvin toteutunut palvelujen käyttö on vastannut ennustettua palvelutarvetta, jonka perusteella rahoitus on jaettu.

Mallin monimutkaisuus itsessään muodostaa oman haasteensa, vaikeuttaen sen toimivuuden arviointia. Mallissa on useita rahoituksen tasoa määrittäviä tekijöitä siirtymätasauksineen. Lisäksi mallin toimivuutta arvioitaessa tulee huomioida, että edelliset vuodet olleet hyvin poikkeuksellisia mm. pandemian jälkeisen hoitovelan, inflaatiokehityksen sekä palkkaratkaisujen näkökulmasta. Kaikki em. tekijät ovat vaikuttaneet alueiden käynnistysvaiheen kustannuksiin ja rahoitusmallin toimivuuteen.

Sairastavuus ja väestön kehitys ovat mallin tärkeimmät tulevaa palvelujen tarvetta selittävät tekijät. Sairastavuuden erojen taustalla on monia syitä, elintavat, ympäristö, sosioekonomiset tekijät, perinnöllisyys, psykososiaaliset tekijät sekä luonnollisesti myös itse sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Väestörakenteen muutoksen ollessa keskeinen rahoitukseen vaikuttava tekijä, tulee huomiota kiinnittää väestöennusteen sekä tarpeen ennustamisessa käytettävän rekisteritiedon kehittämiseen (etenkin sosiaalipalvelujen osalta).

Sosiaali- ja terveysministeriön näkemyksen mukaan rahoitusmallin luonnetta tulisi pyrkiä kehittämään siihen suuntaan, että ennaltaehkäisyn, uusiin toimintatapoihin kannustamisen ja saavutettujen tulosten merkitys nousisi nykyisestä. Tämä tarve korostuu etenkin tulevina vuosina väestön nopean ikääntymisen ja samaan aikaan tapahtuvan työssä käyvien ikäluokkien pienenemisen aiheuttamien henkilöstöhaasteiden myötä.

Tiedetään, että pieni osa väestöstä aiheuttaa suurimman osan sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannuksista. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on olennaista sairastavuuden vähentämisessä ja toimintakyvyn edistämisessä. Esimerkiksi Suomessa terveydenhuoltojärjestelmä on kustannuksiltaan EU-maiden keskiarvossa ja monen

arviointikriteerin mukaan hyvällä kansainvälisellä tasolla. Järjestelmä ei kuitenkaan ole vastaavalla tasolla, kun arvioidaan terveydenhuollon keinoin ehkäistävissä olevaa kuolleisuutta eli hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toteutumista. Samalla on tärkeä todeta että, väestön terveyttä ja hyvinvointia eniten uhkaaviin tekijöihin, vaikkapa ylipainoon sekä alkoholin ja päihteiden käyttöön, voidaan vaikuttaa parhaiten varsinaisen terveyspalvelujärjestelmän ulkopuolella olevilla toimilla.

Rahoitusmalli on joiltain osin ristiriitainen ennaltaehkäisyyn liittyvien kannusteiden osalta. Malli esimerkiksi selittää palvelutarvetta yksityiskohtaisiin diagnoositietoihin perustuen, jolloin näiden vähenemiseen tähtääviin toimiin liittyvät kannustimet heikkenevät. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kertoimen painoarvon maltillisen kasvattamisen voidaan kuitenkin arvioida jossain määrin parantavan kannustimia ennaltaehkäisevään toimintaan.

Hyvinvointialueilla ei tällä hetkellä ole juurikaan mahdollisuuksia vaikuttaa julkisista varoista käytettävissä olevaan rahoitukseensa. Tämä johtaa siihen, että ylijäämäisen talouden saavuttaakseen hyvinvointialueiden on käytännössä joustettava palvelutuotannosta, mikäli palvelutarve tai vaikka tuotantokustannukset eivät vastaa ennakoitua. Rahoituksellisen autonomian vähyyden voi nähdä myös vähentävän kannusteita panostaa ennaltaehkäisevään toimintaan.

Terveys- ja hyvinvointialan kasvuohjelman kautta on tuotu ilmi huolta rahoitusmallin kannustinvaikutuksista TKKIO-toimintaan ja hyvinvointialueen tekemään yhteistyöhön eri toimijoiden kanssa. Esimerkiksi ulkopuolisen tutkimusrahoituksen hyödyntäminen koetaan haastavaksi nykyisellä rahoitusmallilla, koska ulkopuolinen rahoitus vähentäisi yksittäiseltä alueelta rahoitusta jälkikäteistarkistuksessa. Jälkikäteistarkistuksen toteutuessa koko maan tasolla voi tämän viestin nähdä olevan joiltain osin vailla perusteita, mutta TKI-toiminnan rahoitukseen ja kannustimiin tulisi silti kiinnittää aikaisempaa enemmän huomiota.

Rahoitusmalli ei tällä hetkellä huomioi esimerkiksi kuntien, järjestöjen tai yritysten kanssa tehtävän yhteistyön ja siitä saatavien hyötyjen elementtejä.

Pidemmällä aikavälillä alueiden rahoituksen tulisi nykyistä vahvemmin, tutkimustietoon perustuen, kannustaa alueita edistämään alueen asukkaiden terveyttä ja hyvinvointia. Mallia tulisikin edelleen kehittää siten, että se ottaa nykyistä paremmin huomioon esimerkiksi palvelujärjestelmän suoriutumisen ehkäistävissä olevien kuolemien vähentämisessä. Samalla mallin ongelmalähtöisyyttä olisi mahdollista vähentää.

Asiantuntijalausunnon laatijat STM:

Erityisasiantuntija Jussi Lind, STM/OHO/OHJA

Erityisasiantuntija Suvi Mäklin STM/STAR/ARVI