THL/1073/4.00.00/2025

Marja-Lisa Laukkonen ja
Konsta Lavaste

12.3.2025

Eduskunnan valtiovarainvaliokunnan kunta- ja hyvinvointijaosto

Eduskunnan valtiovarainvaliokunnan kunta- ja hyvinvointijaoston kuulemistilaisuus 13.3.2025

Lausunto koskien kuntien ja hyvinvointialueiden taloutta ja rahoitusta sekä rahoitusjärjestelmien uudistuksia

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) kiittää mahdollisuudesta antaa lausunto koskien erityisesti hyvinvointialueiden rahoitusmallia.

1. THL:n keskeiset ehdotukset tarvevakiointimallin päivityksestä.

THL katsoo, että sote-rahoituksen tarvevakiointimallia tulee päivittää säännöllisesti, tutkimukseen perustuen. Touko-kesäkuussa 2025 julkaistavassa raportissa THL tulee esittämään malliin useita muutoksia. Kaikkia yksityiskohtia ei kuitenkaan ole vielä päätetty, joten alla on esitetty vain keskeisimmät muutosehdotukset.

Sairausluokitus. Luokitusta päivitetään, minkä seurauksena luokkien määrä kasvaa merkittävästi aikaisemmasta 123:sta noin 190:een. Päivitystä varten järjestettiin työpajakierros, joissa kerättiin hyvinvointialueilla potilastyötä tekevien kliinisten asiantuntijoiden näkemyksiä tarkoituksenmukaisista sairausluokista. Uudistettu sairausluokitus aiheuttaa selkeitä muutoksia tarvekertoimiin. Lisäksi sairausluokituksen päivitys kasvattaa merkittävästi sosiaalihuollon mallin selitysastetta.

Etävastaanotot ja hoitajakäynnit. Diagnoositietojen poimintaa laajennetaan etävastaanottoihin ja hoitajakäynteihin, kun aikaisemmin tieto poimittiin vain lääkärien vastaanottokäynneistä. Laajempi poiminta varmistaa sen, että diagnoosit huomioidaan kattavasti riippumatta muutoksista hoitokäytännöissä tai alueellisista olosuhdetekijöistä.

Esimerkiksi etäkäyntejä voidaan joutua painottamaan alueilla, joilla etäisyydet ovat pitkiä, tai joillain alueilla hoitajakäyntien osuus voi korostua suhteessa lääkärikäynteihin.

Yksityinen ja työterveyshuolto. Hyvinvointialueiden rahoitus voidaan jakaa joko (a) alueen täyden vastuuväestön palvelutarpeen perusteella tai (b) alueen julkisia palveluja käyttävän vastuuväestön palvelutarpeen perusteella. Nykyisen mallin painopiste on julkisia palveluita käyttävässä vastuuväestössä. Jos taas huomioidaan koko vastuuväestö, pääosin työterveyshuoltoa tai yksityisiä terveydenhuoltopalveluja käyttävää väestöä kohden jaetaan tarvetekijöistä sama rahamäärä, kuin pelkästään julkisia palveluja käyttävistä. Alueet, joiden väestöllä on työmarkkina-asemansa tai tulotasonsa vuoksi parempi pääsy työterveyteen ja yksityisiin palveluihin, voittaisivat.

Täyden vastuuväestön palvelutarpeen määrittämiseksi tulisi nykyiseen tietopohjaan lisätä yksityisen ja työterveyshuollon diagnoosit. Tutkimuksellisesti ei voida tarjota yksiselitteistä vastausta siihen, kumpi toimintamalli on oikea, sillä kyse on normatiivisesta valinnasta. Tällä ratkaisulla on merkitystä siihen, kuinka laajasti diagnoositietoja poimitaan ja mitä tarvetekijöitä malliin sisällytetään (erityisesti koskien yksityisen ja työterveyshuollon käyttöä). THL toivoo asiasta poliittista keskustelua.

Muut muutokset ja lisätarkastelut. Sairauspäiväraha lisätään malliin tarvetekijäksi samalla perusteella kuin nykyisin on sisällytetty työkyvyttömyyseläke. Tekijä ennustaa hyvin yksilöiden palvelukäyttöä ja parantaa mallin selityskykyä. Malliin kokeiltiin myös sisällyttää nykyisistä tarvetekijöistä tarkempia versioita (esimerkiksi taustamaa, ikä ja työmarkkina-asema) ja kokonaan uusia muuttujia (vanhempaa koskevat taustatiedot), mutta ne eivät parantaneet mallin toimivuutta eikä niiden sisällyttämistä siksi esitetä. Lisäksi THL tulee tuottamaan tarkempaa tietoa laskelmiin liittyvästä epävarmuudesta, koskien sekä eri mallivaihtoehtojen vaikutuksia tarvelaskelmiin, että niissä esiintyviä aluekohtaisia vuosivaihteluja.

Marja-Lisa Laukkonen ja
Konsta Lavaste

12.3.2025

Tarkastelut tulevilla hallituskausilla. Sosiaalihuollon seurantarekisterin, vanhusten toimintakykyä kuvaavan RAI-luokituksen ja ensihoitorekisterin hyödyntämistä arvioidaan. Lisäksi suunnitellaan kansainvälisessä tarve- ja riskivakioinnin tutkimuskirjallisuudessa esitettyjen sairausluokitusten soveltuvuuden arviointia ja valmistaudutaan ICD-11-tautiluokituksen käyttöönottoon.

2. Näkökulmia rahoitusmallin kannustimiin.

Rahoitusmalli tulisi valita niin, että sen sisältämät kannustimet tukevat järjestelmälle asetettuja tavoitteita. Tavoitteita voi olla monenlaisia ja kaikkiin järjestelmiin sisältyy myös huonoja kannustimia. Esimerkiksi erikoissairaanhoidossa ennen sote-uudistusta käytössä ollut tuotosperusteinen rahoitus kannusti tuottamaan paljon suoritteita, mutta kannustimet hillitä kustannuksia olivat heikot. Huonot kannustimet eivät siis yksin kerro rahoitusmallin toimimattomuudesta.

Nykyisen järjestelmän keskeiset tavoitteet ovat kustannuskasvun hillintä ja resurssien kohdentuminen tasa-arvoisesti, väestön palvelutarpeen mukaan. Koska täydellistä mallia ei ole olemassa, joudutaan tasapainoilemaan kannustimien ja tasa-arvotavoitteiden välillä.

Hyvät kannusteet. Nykyisessä mallissa rahoitus ei suoraan kasva hoitosuoritteiden määrän kasvaessa, joten alueilla on kannuste hoitaa potilaat mahdollisimman pienin kustannuksin. Kustannuksia voidaan alentaa esimerkiksi panostamalla erikoissairaanhoitoa edullisempaan perusterveydenhuoltoon, joka todennäköisesti myös vähentää tarvetta erikoissairaanhoidolle.

Huonot kannusteet. Rahoitusmallin voi ajatella luovan erilaisia kannustimia diagnoosien kirjaamiseen. Hyvinvointialueiden ei välttämättä kannattaisi panostaa ennaltaehkäisyyn, sillä palvelutarpeessa ja siten rahoituksessa huomioidaan tietyllä hetkellä potilailla voimassa olevat diagnoosit.

Marja-Lisa Laukkonen ja
Konsta Lavaste

12.3.2025

Ennaltaehkäisyn kannustimia heikentää myös se, että monien ehkäisevien palvelujen järjestämisvastuu on sote-uudistuksen jälkeen jäänyt kunnille. Näkökulmasta kuitenkin riippuu, uskotaanko hyvinvointialueiden todella laiminlyövän väestönsä etua korkeamman rahoituksen toivossa vai onko riski lähinnä teoreettinen.

Alueilla on kannustin kirjata väestölleen mahdollisimman paljon ja vakavia diagnooseja, sillä muita alueita aggressiivisemmat kirjaamiskäytännöt voivat lisätä alueen suhteellista palvelutarvetta. Kirjaamisen huonoja kannusteita on pyritty ehkäisemään seuraavasti: (i) THL julkaisee viralliset hoitoilmoitusoppaat, joissa ohjeistetaan diagnoosien kirjaamista (ii) rahoitusmallin sairausluokista on pyritty yhdessä kliinisten asiantuntijoiden kanssa muodostamaan kannustimiltaan mahdollisimman ongelmattomia. Esimerkiksi epämääräisiä, yleisluontoisia ja vähän tulevaa palvelutarvetta aiheuttavia diagnooseja on jätetty luokituksesta pois. Puhtaasti vilpillisiin diagnoosikirjauksiin THL ei pysty vaikuttamaan, ja on myös luotettava kliinistä työtä tekevien ammattietiikkaan.

Diagnoosikirjauksiin liittyvät kannustimet ovat ongelmallisia, mutta niiden vaikutus sote-rahoitukseen on rajallinen. Ensinnäkin diagnoosien määrä ei suoraan vaikuta sote-rahoituksen valtakunnalliseen tasoon, sillä se määräytyy demografisten tekijöiden kehityksen mukaisesti. Toiseksi henkilön vuoden aikana saama tietyn sairauden diagnoosi huomioidaan vain kerran, eikä saman sairausluokan toisella, kolmannella tai siitä seuraavilla diagnooseilla ole vaikutusta henkilölle laskennallisesti määrittyvään palvelutarpeeseen.

Vastaavat diagnoosiperustaiset tarve- ja riskivakiointijärjestelmät ovat laajasti käytössä muissa maissa, eikä niissä – edes yksityiseen palvelutuotantoon perustuvissa vakuutuspohjaisissa järjestelmissä (kuten Saksassa) – diagnoosikirjaamiseen liittyvien kannusteiden ole todettu olevan kestämättömän suuri ongelma.

Diagnoositietoja hyödyntävää rahoitusmallia tultaisiin luultavasti käyttämään Suomessa yhä, vaikka terveydenhuoltojärjestelmää uudistettaisiin poliittisella päätöksellä kohti terveysvakuutuksia ja yksityistä palvelutuotantoa, sillä myös silloin rahoituksen olisi perustuttava tarvevakioituihin korvauksiin.

Kannustimien kehittäminen. Hallitus on esittämässä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen (HYTE) kertoimen painoarvon nostamista 1,5 prosenttiin, mikä voi parantaa rahoitusmallin kannustimia ennaltaehkäisyyn. THL pitää hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä erittäin tärkeänä, mutta puutteellisen tietopohjan vuoksi sen perusteella jaettavaa rahoitusta on vaikeaa kohdistaa juuri niille alueille, jotka ovat ennaltaehkäisyyn panostaneet. Kerroin myös perustuu rajalliseen määrään indikaattoreita, mikä voi johtaa alueilla haitalliseen osaoptimointiin mittaristoon kuulumattomien tekijöiden kustannuksella. Lisäksi ulkomaiset kokemukset terveydenhuollon tuottajien suoriutumiseen perustuvasta rahoituksesta eivät ole johdonmukaisia, vaan toivottuja vaikutuksia voi olla vaikeaa saavuttaa.

On siis tärkeää, että HYTE-kertoimen painoarvoa nostetaan maltillisesti, kertoimen toimivuutta arvioidaan ja kehitystyöhön panostetaan lisää.

THL katsoo, että jonkinasteinen verotusoikeus hyvinvointialueille olisi luultavasti toimivin tapa parantaa rahoitusmallin kannustavuutta. Verotusoikeus lisäisi alueiden kannusteita kustannustehokkuuteen ja budjettikuriin, sillä alijäämä jouduttaisiin kattamaan epäsuosituilla veronkorotuksilla. Tämä myös lieventäisi pehmeän budjettirajoitteen ongelmaa eli pienentäisi valtion kantamaa riskiä siitä, että hyvinvointialueille tulee viimekädessä myöntää lisärahoitusta kustannusten kattamiseen.

Marja-Lisa Laukkonen ja
Konsta Lavaste

12.3.2025

Alueiden kannanotoissa (esimerkiksi Itä-Uusimaan, Lapin, Keski-Pohjanmaan, Pohjois-Karjalan, Päijät-Hämeen ja Varsinais-Suomen hyvinvointialueiden kannanotto siirtymätasausjärjestelmän korjaamisesta sekä Vantaan ja Keravan hyvinvointialueen lisärahoitushakemus) usein korostetaan tarveperusteisuuden olevan oikeudenmukainen peruste rahoituksen kohdentamiselle, ja vaaditaan rahoituksen tarveperusteisuuden vahvistamista. Tämä tukee tulkintaa, että valtionrahoituksen tarveperusteisuus lieventää pehmeän budjettirajoitteen ongelmaa verrattuna vaihtoehtoisiin valtionrahoituksen malleihin, kuten puhtaaseen asukasperusteisuuteen.

THL vastustaa hallituksen esittämiä siirtymätasausten kertaluonteisia leikkauksia hyvinvointialueilta, erityisesti jos ne rankaisevat ylijäämistä. Riskinä on, että pieniltä vaikuttavat muutokset johtavat pitkällä aikavälillä kustannusten merkittävään kasvuun, sillä ennakoimattomilla ja sovittuja sääntöjä rikkovilla leikkauksilla on haitallisia käyttäytymisvaikutuksia. Käytännössä alueille lähetetään viesti, ettei ylijäämää kannata tehdä, sillä sitä ei lupauksista huolimatta voi käyttää itse. Tämän seurauksena hyvinvointialueet voivat pyrkiä positiivisen tuloksen sijaan nollatulokseen eli toimimaan tehottomammin kuin mihin ne pystyisivät.

Tällainen, käytännössä taannehtivin perustein tehtävä leikkaus tuottaa merkittävää mainehaittaa sote-rahoitusmallin uskottavuudelle, jos hyvinvointialueet eivät voi luottaa ennalta sovittuihin pelisääntöihin.

Hyvinvointialueiden oma rooli. Rahoituksen yleiskatteellisuus ja hyvinvointialueiden järjestämisvastuu nojaavat siihen, että paikallisesti tiedetään parhaiten, miten hoito kannattaa järjestää. Tämä koskee esimerkiksi kysymystä siitä, kuinka paljon rahoitusta tulisi kohdistaa perusterveydenhuoltoon ja kuinka paljon erikoissairaanhoitoon.

THL myös muistuttaa, että rahoitus seuraa aina asukasta eli se jaetaan väestön kotikunnan mukaan. Jos asiakas saa hoitoa muualla kuin omalla hyvinvointialueellaan, on palvelun tuottaneen alueen vastuulla laskuttaa potilaan kotialuetta.

3. Muut vaalikauden säädösmuutokset ja yleisiä huomioita.

Eriytymiskehitys. Tarveperusteisen rahoitusmallin yksi tärkeimmistä tavoitteista on pienentää alueiden eriytymiskehitystä. Voidaan olettaa, että muunlaiset rahoitusmallit, joissa ei riittävästi huomioitaisi alueellisia eroja esimerkiksi sairastavuudessa, vain kiihdyttäisivät eriytymistä. Nykyisessä rahoitusmallissa eriytymiskehitystä vahvistaa asukasmäärän huomioiminen erillisenä määräytymistekijänä, mikä suosii väkirikkaampia alueita, joilla on tyypillisesti matalampi palvelutarve. THL on useaan otteeseen ehdottanut asukasperusteisen osan poistamista rahoituksen määräytymistekijöistä.

Aineiston jäädytyspäivämäärät. Varanhoitovuotta edeltävänä vuonna tapahtuvia viime hetken muutoksia rahoituslaskelmissa on pyritty välttämään aikaistamalla tietopohjan (mukaan lukien hyvinvointialueiden diagnoositietotoimitukset) jäädytyspäivämäärää toukokuun lopulta helmikuun loppuun. THL myös korostaa, että tietotoimituksia koskevat säännöt ovat aina samat kaikille hyvinvointialueille, eikä näistä säännöistä ole poikettu taikka tulla tulevaisuudessa poikkeamaan.

Tarvekertoimien keskiarvo. Hallitus on esittämässä, että tarveperusteisen osan määrittämisessä käytettäisiin toistaiseksi tarvekertoimen kahden vuoden keskiarvoa. THL kannattaa esitystä, sillä keskiarvon käyttäminen parantaa rahoitusmallin ennakoitavuutta ja vakautta. Tarvelaskelmien vakautta haastavat niin diagnoositietotoimituksiin ja -kirjauksiin liittyvät puutteet kuin todelliset muutokset alueellisissa palvelutarpeissa. Vakautusta tarvitaan, koska alueiden mahdollisuudet sopeuttaa toimintaansa heikentyneeseen rahoitukseen ovat lyhyellä aikavälillä vähäiset.

Kääntöpuolena on, että keskiarvojen käyttäminen heikentää rahoituksen tarveperustaisuutta, sillä rahoitus reagoi hitaammin myös todellisiin muutoksiin palvelutarpeessa.

Riippuu poliittisesta tahtotilasta, kuinka paljon rahoituksen vakautta halutaan painottaa suhteessa tarveperustaisuuteen. Taloudellinen vakaus voi kärsiä myös siitä, ettei rahoitus seuraa riittävän nopeasti todellisia muutoksia palvelutarpeessa. Keskiarvoa esitetään toistaiseksi voimassa olevaksi, mutta väliaikaiseksi ratkaisuksi, mitä THL kannattaa.

Usealla alueella asiakas- ja potilastietojärjestelmien päivittäminen on käynnistymässä, minkä lisäksi hyvinvointialueiden itse tuottama tieto vaikuttaa rahoitukseen vasta vuonna 2026. Tietotoimituskäytäntöjen vakiintuessa tulee tarkastella tietopohjan laatua sekä vaihtelua, ja sen perusteella harkita siirtymistä keskiarvoista takaisin yhden vuoden tarvekertoimen käyttämiseen.

Parametrien muutokset: Tarvevakiointimallissa erilaisten parametrimuutosten vaikutuksia alueen tarvekertoimeen voi jo nykyisin arvioida THL:n verkossa julkaiseman laskentataulukon avulla. Laskentataulukossa on tieto kaikkien tarvetekijöiden regressiokertoimista ja alueellisista prevalensseista. Yleisesti voidaan todeta, että esimerkiksi tietyn sairausluokan kertoimen kasvu suosii erityisesti niitä alueita, joilla kyseistä sairautta esiintyy paljon.

Pääjohtaja Mika Salminen

Osaston johtaja Piia Aarnisalo