

Ekhvan asiantuntijanäkemys sote-valiokunnalle

-

eriytyminen tulee pysäyttää

13.10.2025

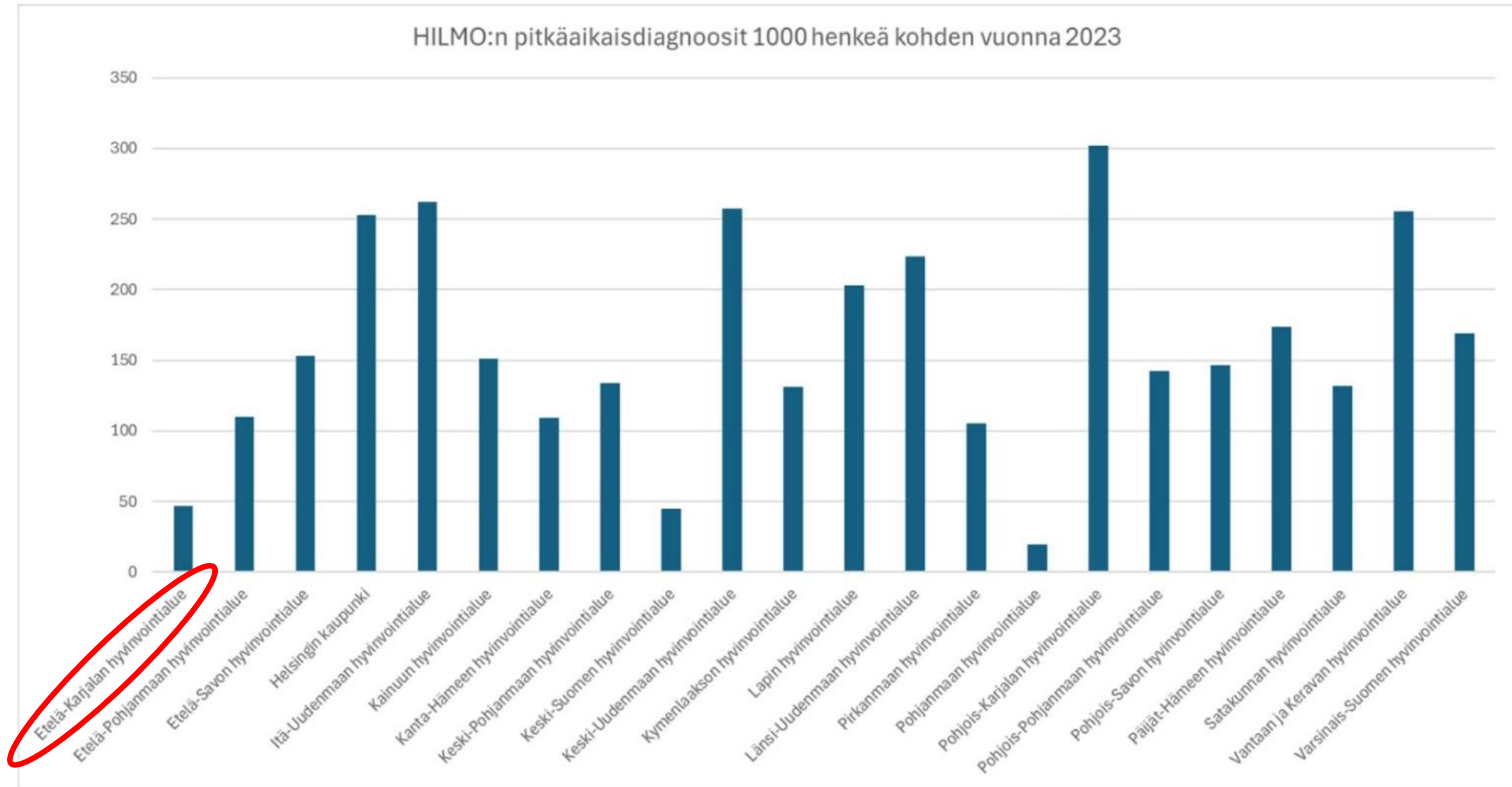


ETELÄ-KARJALAN
hyvinvointialue

Tarvevakiointimallin ongelmat

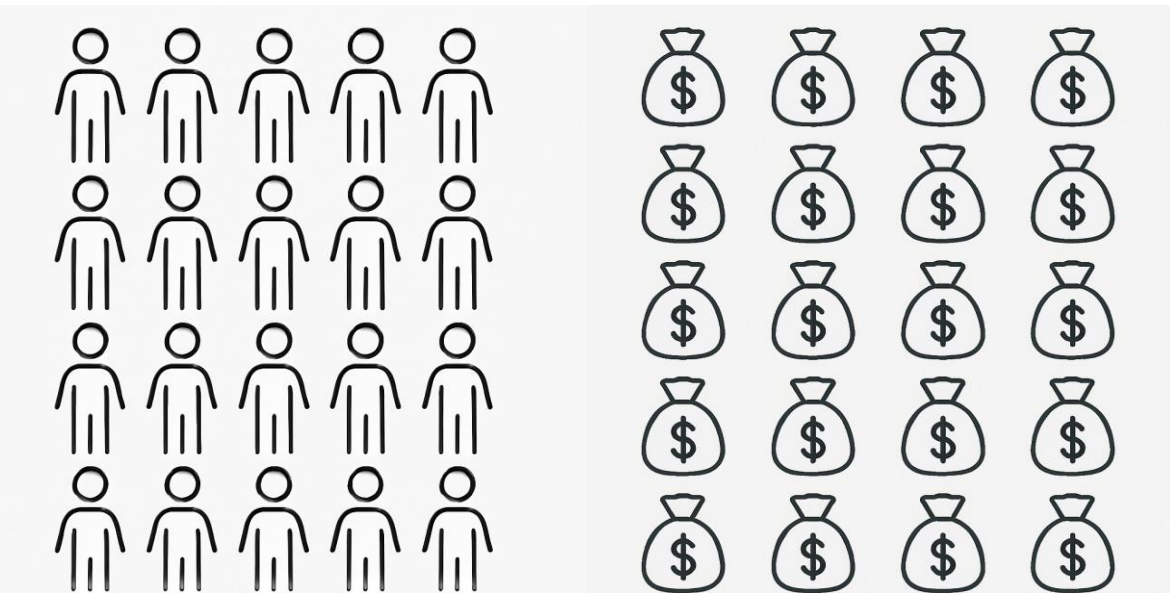


Erot eivät selity sairastavuudella

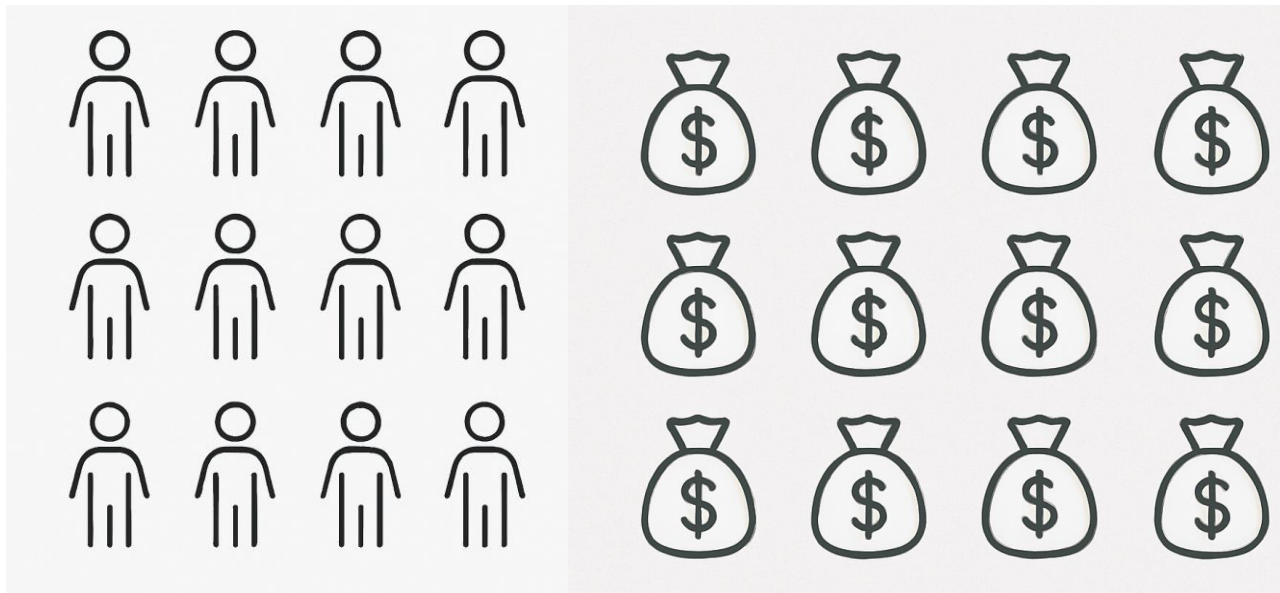


Lähtökohdat tarvepohjaiselle rahoitusmallille

- Alue A

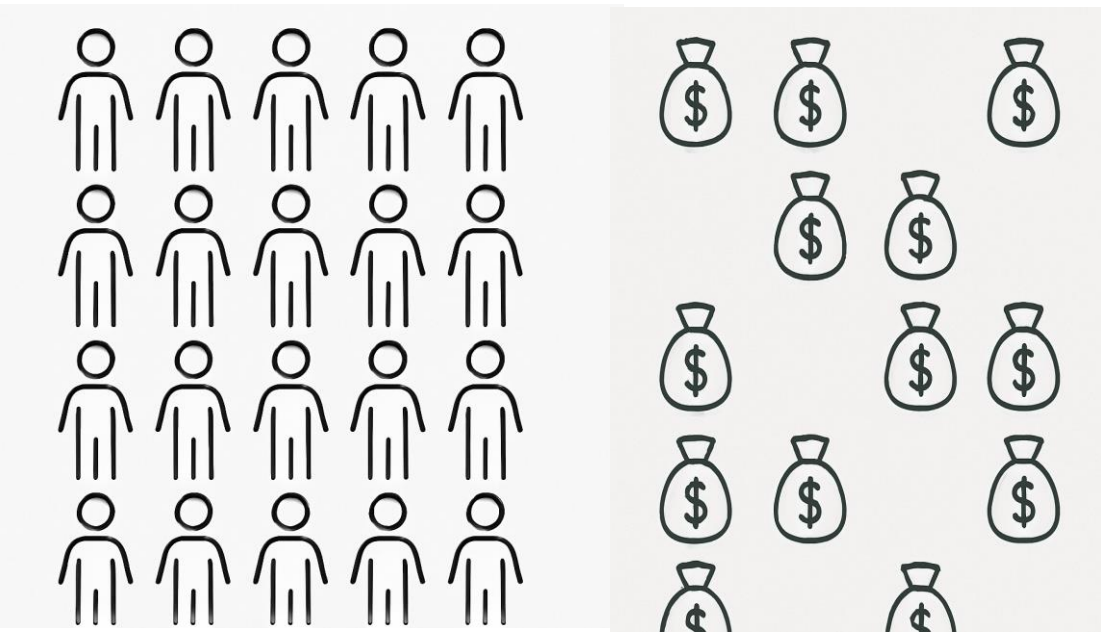


- Alue B



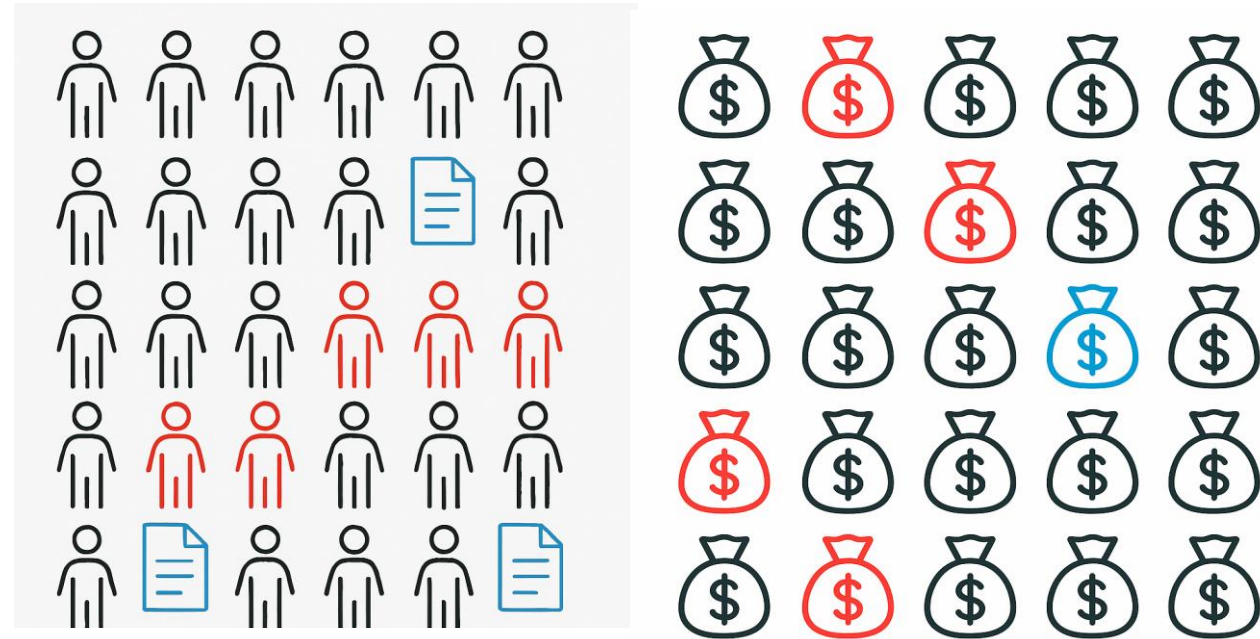
Tilanne nyt: rekisteri rikastuu myös epätarkoituksenmukaisilla tavoilla ja nollasummapeli johtaa rahoituksen vääristymään

- Alue A



Tarve pysyy ennallaan. Rahoitus vähenee.

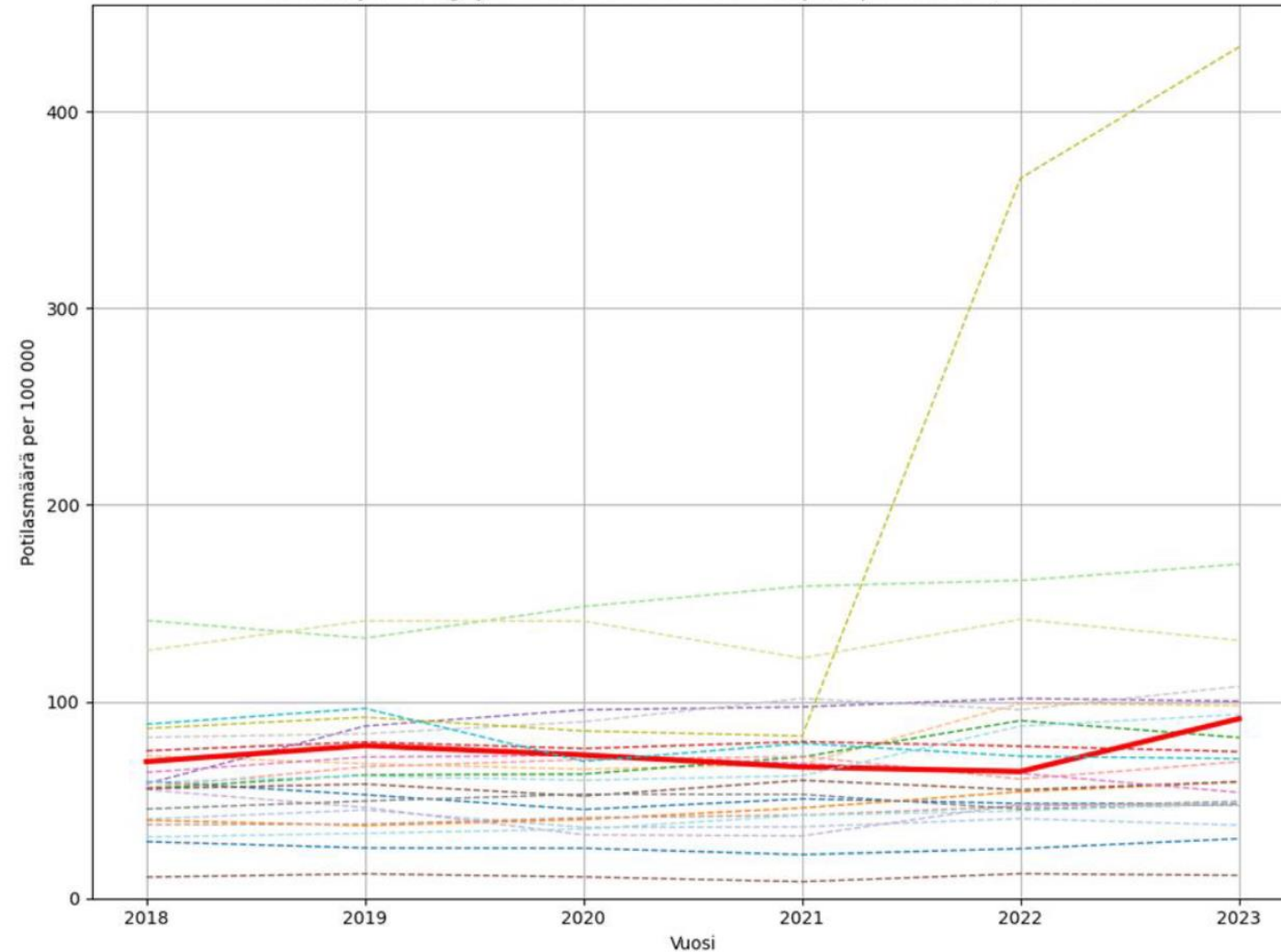
- Alue B



Punaisella kuvataan tarvetta, joka on löytynyt tai löytynyt jälkikäteen.
Sininen kuvaa tilannetta, jossa esim. kirjauskäytäntöjä on muutettu.
Tarve on muuttunut, osin tosiasiallisesti, osin teknisesti.
Rahoitus kasvaa ja on muilta pois.

Esimerkki diagnoosien kirjaamisen vääristymistä

Trendikäyrä: Hengityselinten krooninen toimintavajaus per 100 000, 2018-2023



Krooninen hengitysvajaus (J96.1)

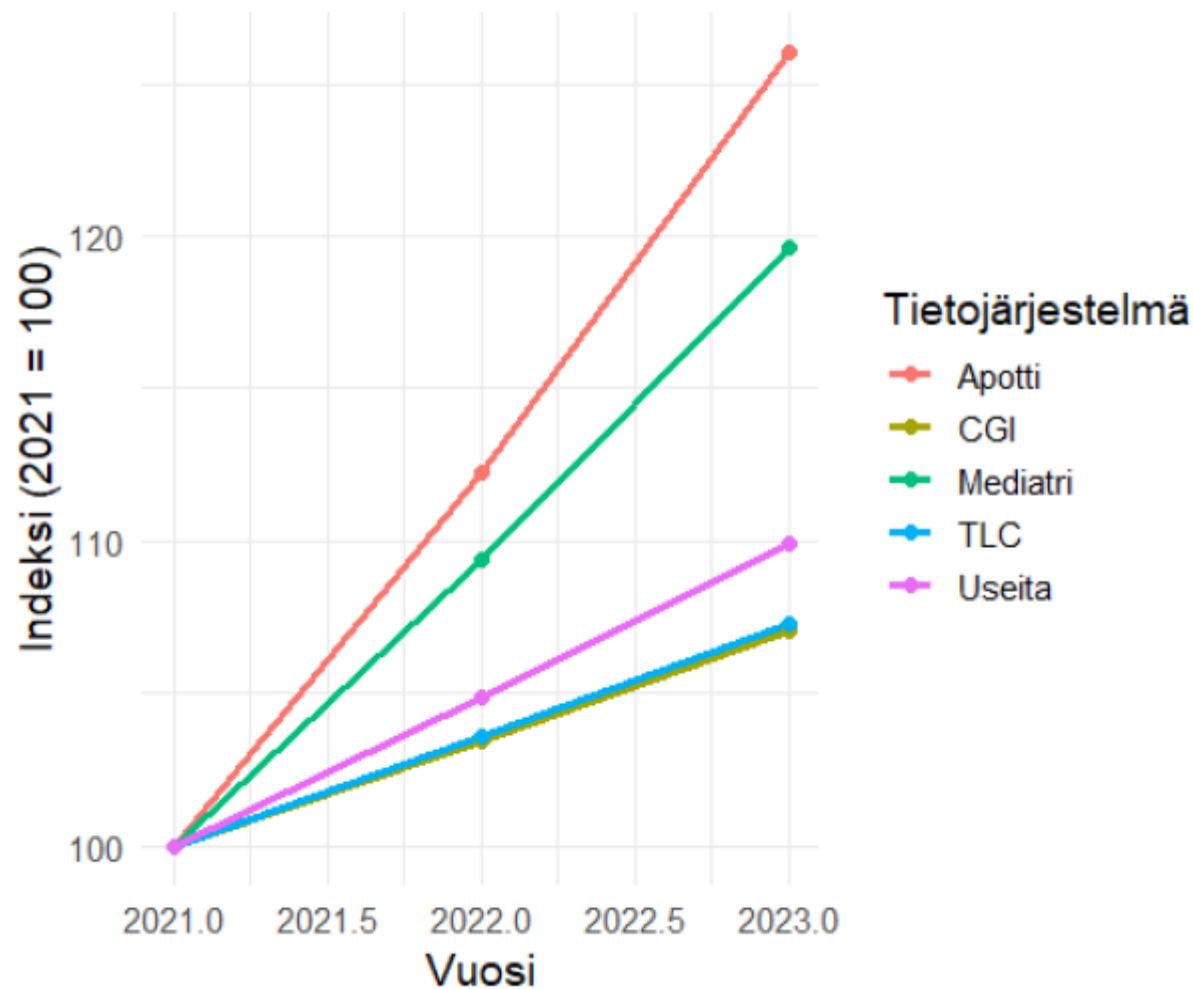
Regressiokerroin 4602

Yksittäisen hyvinvointialueen alueella esiintyy yli 30 kertainen määrä (potilaita per 100 000 asukasta) kroonisen hengitysvajauksen diagnoosin omaavia potilaita verrattuna vähiten näitä diagnooseja raportoineeseen alueeseen.

Yhteensä alueella on tilastoissa näitä diagnooseja 0,4% koko alueen väestöstä. Lääketieteellisesti tämä tarkoittaisi sitä, että **yksi jokaisesta alueen 250:sta asukkaasta käyttäisi**, happipulloa, happirikastinta tai eläisi ulkoisen hengityslaitteen varassa.

Tämä yksinkertaisesti **ei voi pitää paikkaansa**.

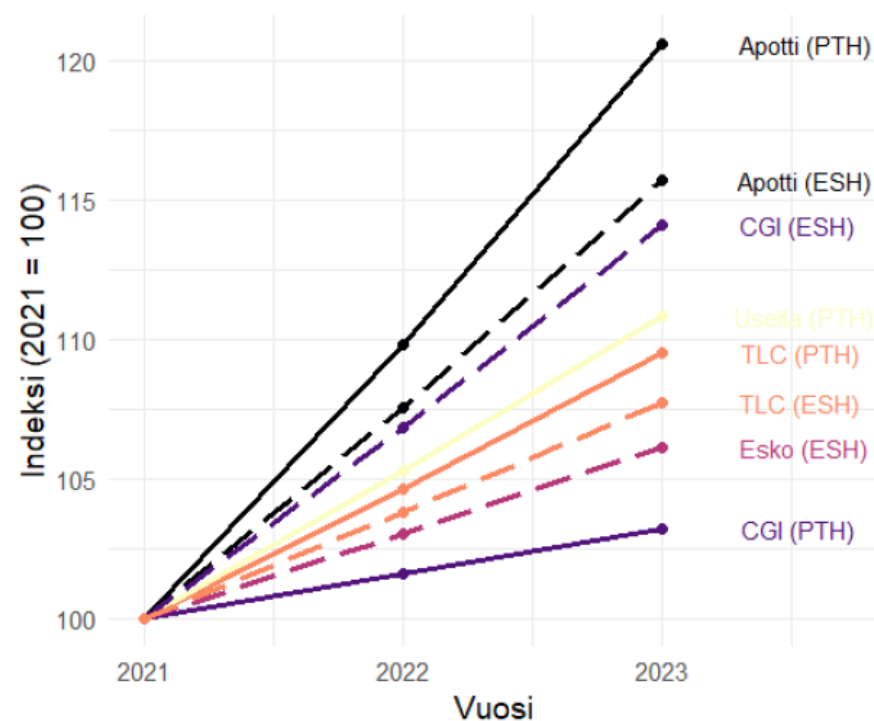
Diagnoosimäärien kehitys 2021=100 – järjestelmä



Tulkinta

- **Apotti–Apotti-alueilla** diagnoosien määrä kasvoi nopeimmin, noin **+12 % vuodessa**.
- **PTH-järjestelmillä on iso merkitys kasvuun:** kaikki muut PTH-järjestelmät (CGI, TLC, Useita) kasvoivat tilastollisesti merkitsevästi hitaammin kuin Apotti.
- **ESH-järjestelmien vaikutus** näkyi enemmän lähtötasoissa kuin trendeissä: CGI nosti lähtötasoa selvästi, mutta kasvuvauhti ei eronnut. Sen sijaan Esko ja TLC hidastivat kasvua selvästi verrattuna Apottiin.
- Apotin käyttö perusterveydenhuollossa liittyy jyrkimpään nousuun diagnoosimäärissä, kun taas muiden järjestelmien alueilla kasvu on merkittävästi loivempaa.

PTH vs. ESH – 2021=100 indeksitrendit



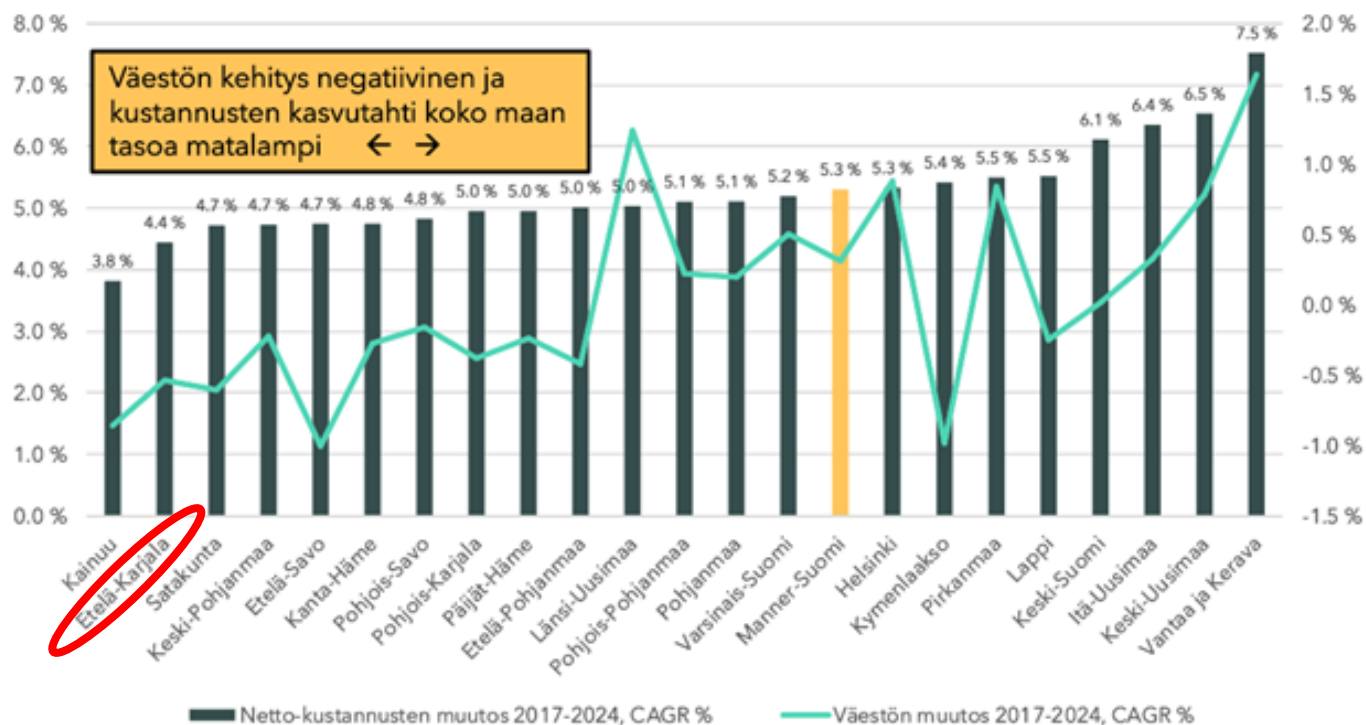
Lähtötilanne eriyttää
ja tarvevakiointimalli pahentaa



ETELÄ-KARJALAN
hyvinvointialue

Ekhvan nettokustannusnousu (1.3%) v.-25 on Suomen pienimpiä
–kuten myös edelliset 8v

Sosiaali- ja terveydenhuollon nettokustannusten ja väestön muutos 2017-2024



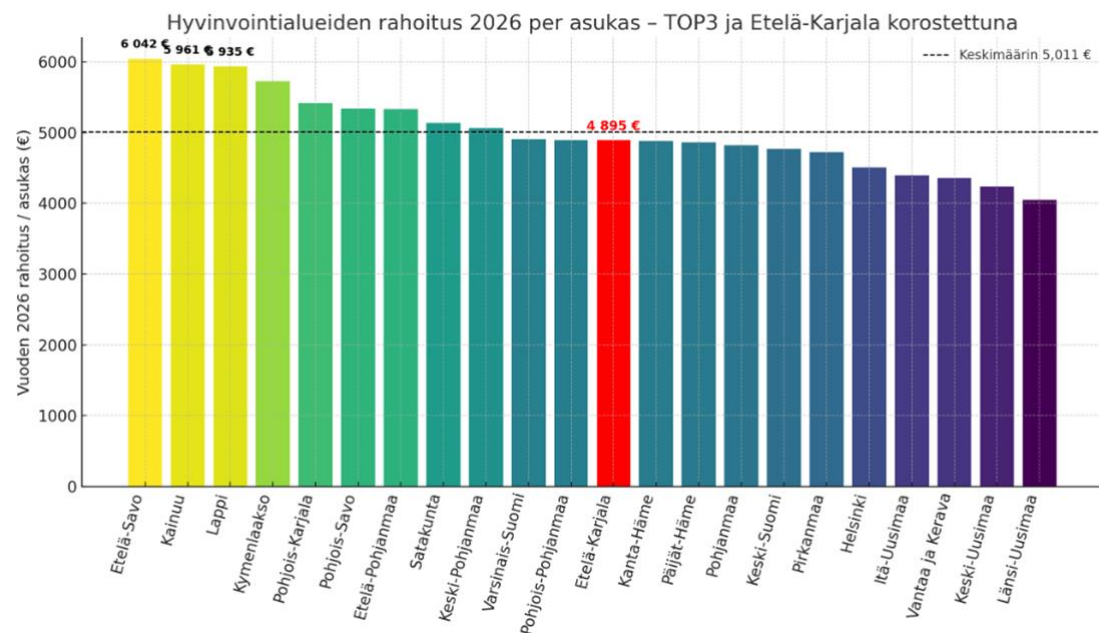
Nettokustannusten
tasoitettu kasvutahti
5,3 %

Väestön
kasvuvauhti 0,3%

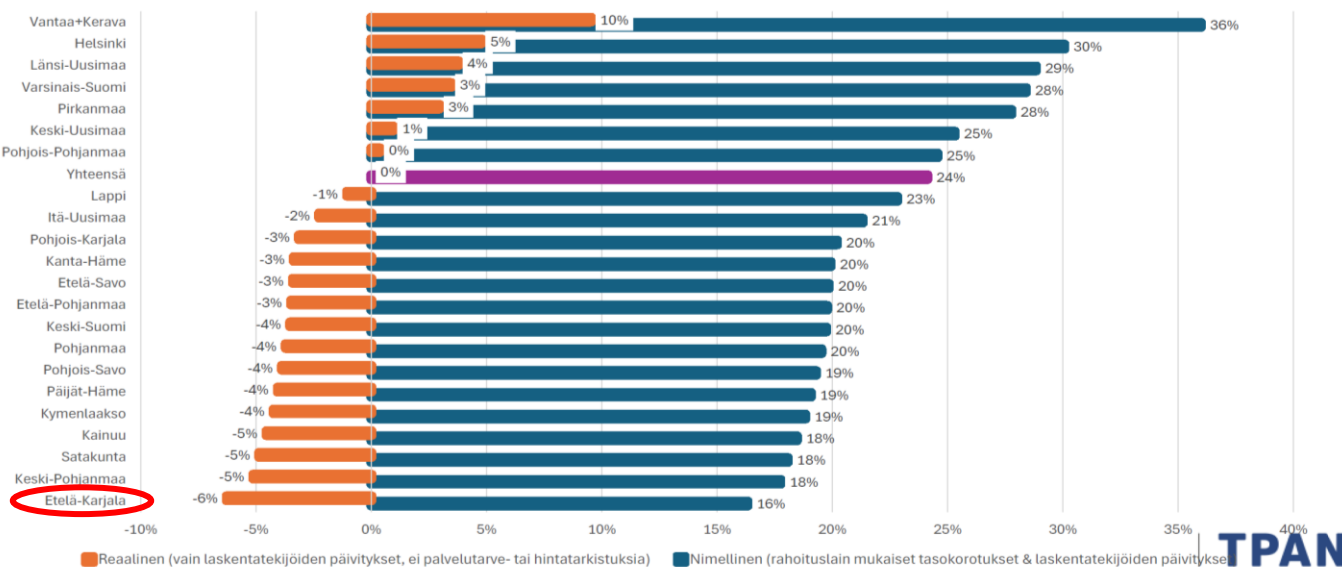
Rahoitusmallin keskeisimmät korjaustarpeet

Rakenteellinen alirahoitus on tullut kipeästi näkyväksi

Lähtökohtaiset erot hyvinvointialueiden välillä eivät ole perustuneet tarpeeseen vaan historialliseen kulurakenteeseen ja voi kurjistaa tiukan kulurakenteen alueita kohtuuttomasti.



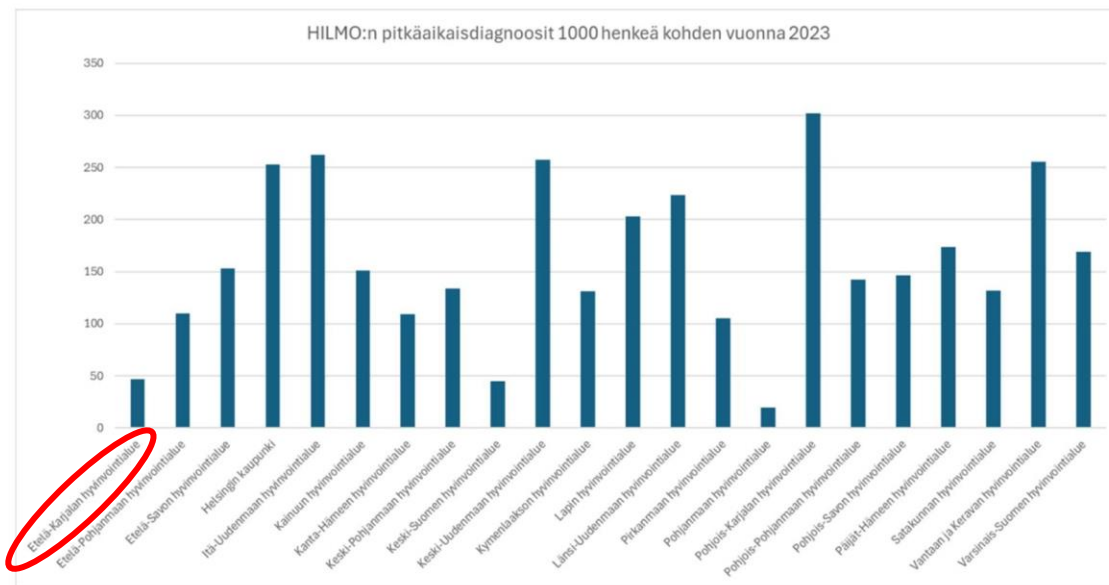
Laskennallisen sote-rahoituksen muutos 2022-2026



2. Rekisterivirheet eivät saa ohjata miljardien rahoituspäätöksiä

- THL:n rekisteritietoihin perustuvan tarvevakiointimallin käyttäminen hyvinvointialueiden rahoituksen määrittämisessä on ollut suurin yksittäinen virhe soteuudistuksessa.
- THL:n rekistereitä (mm. hoitoilmoitusrekisteri) ei ole alun perin tarkoitettu käytettäväksi rahoituksen määräytymisen tekijöinä, eikä dataa ole kerätty tai tilastoitu siksi yhteneväisesti ennen hyvinvointialueuudistusta. Kirjaamisen insentiivit vääristävät dataa uudistuksen jälkeen.
- Rekistereihin toimitettavien tietojen kattavuudessa ja luotettavuudessa on merkittäviä eroja eri alueiden välillä hyvinvointialueiden lähtötilanteessa (vuosien 2020-2022 tiedot). Nämä erot ovat kasvaneet hyvinvointialueiden toiminnan käynnistyessä (vuoden 2023 tiedot). Osa eroista on tietojärjestelmäriippuvaista ja osa liittyy kirjaamisen käytäntöjen ennakoimattomiin muutoksiin, alleviivaten rekisterin haavoittuvuutta.
- Rekisteritietojen puutteiden vuoksi mallia ei voida pitää luotettavana tai oikeudenmukaisena tapana jakaa rahoitusta. Nämä puutteet ovat aiheuttaneet merkittävän repeämän eri hyvinvointialueiden rahoituksessa.

- Rahoituksen tulisi määrittyä väestön demografisiin tekijöihin perustuvan mallin kautta. Tämä tietosisältö on vakaampi, eikä se ole altis manipulaatiolle. Lisäksi malli kannustaa ennalta ehkäiseviin toimenpiteisiin, toisin kuin diagnooseihin perustuva malli.
- THL:n mallinnuksessa demografiaan perustuva malli on terveydenhuollon palveluissa aluetasolla todennetusti ennakoanut kustannuksia paremmin kuin diagnooseihin perustuva malli.

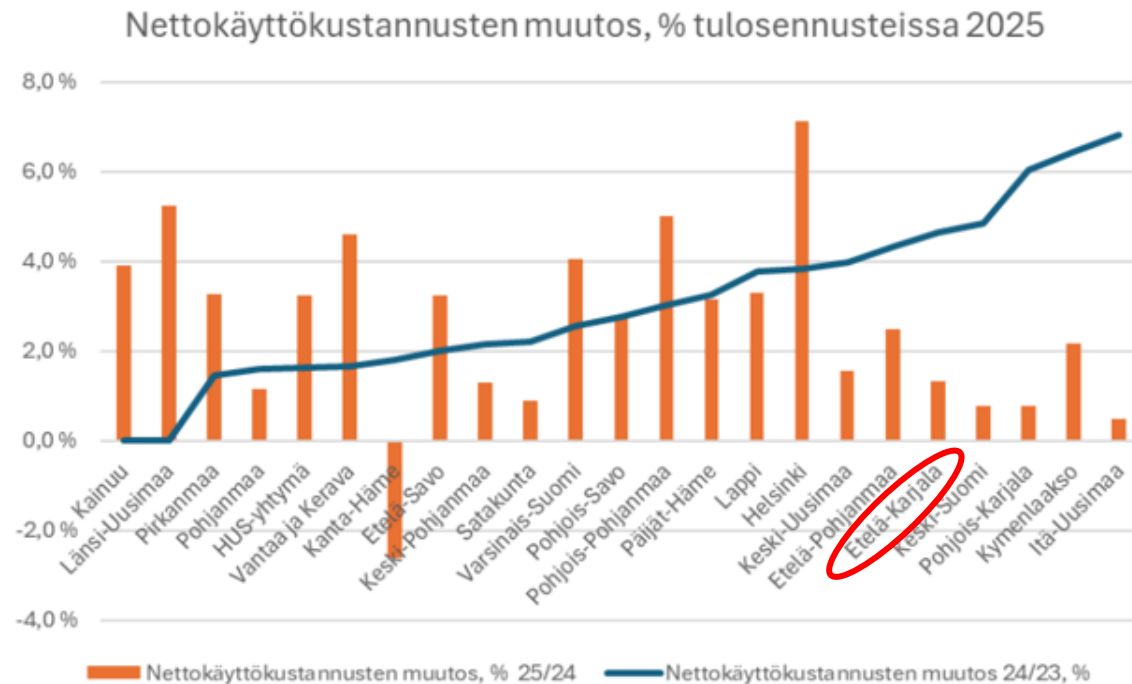


Rahoituksen eriytyminen on jo johtanut kahden todellisuuden Suomeen eikä korreloi hyvinvointialueen kulukuriin

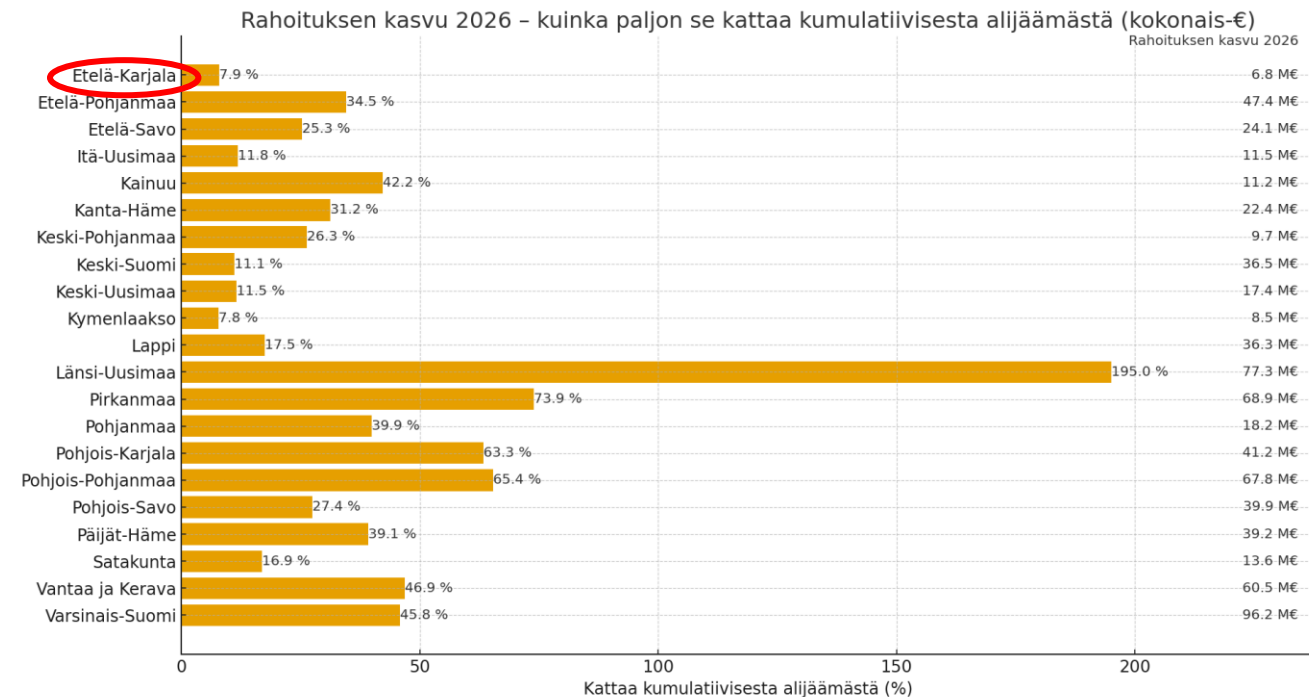
Etelä-Karjalan hyvinvointialue on onnistunut kääntämään nettotoimintamenojen kasvun kehityksen. Kaikki hyvinvointialueet eivät ole tässä onnistuneet, kuvaten rahoitusmallin kannustinten heikkoutta yleisellä tasolla.

Alueiden välillä on merkittäviä eroja siinä, kuinka rahoituksen lisääntyminen mahdollistaa alijäämien kattamista. Tämäkään ei korreloi esim. nettotoimintamenojen kasvun muutoksiin.

Tulosennusteet Q2/2025 (Hyvil Oy)



Rahoituksen kasvu vs. alijäämien kattaminen



Lähteet: VM/HVO 22.9.2025 (Yhteenveto) ja PDF s.7 (€/asukas → €). Helsinki pois (ylijäämä). HUS ei mukana.



Ratkaisut

Julkisen talouden menot on saatava kuriin, mutta se pitää tehdä oikeudenmukaisesti.

1. Räikeimmät lähtötilanteen alirahoituksen virheet korjataan heti arvioimalla alijäämien kattamisvelvoitetta.
2. Tarvevakiointimallin korjaukset käynnistetään välittömästi todennetusti parhaan ennustettavuuden, korrelaation sekä ennaltaehkäisevien toimenpiteiden kannustinvaikutusten vuoksi demografiseksi malliksi.
3. Rahoituksen eriytymisen syyt ja seuraukset analysoidaan ja hyvinvointialueiden nollasummapelistä luovutaan tarvevakiointimallin-osana, kunnes epävakaa ja vääristymille altis malli on korjattu.

