

Eduskunnan sosiaali- ja terveystieteiden valiokunta

Sosiaali- ja terveystieteiden valiokunnan etäkuulemistilaisuus 21.5.2026

**Lausunto HE 56/2026 vp hallituksen esityksestä eduskunnalle laeiksi
hyvinvointialueiden rahoituksesta annetun lain muuttamisesta ja saariston
kehityksen edistämisestä annetun lain muuttamisesta**

Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) kiittää mahdollisuudesta lausua hallituksen esitykseksi hyvinvointialueiden rahoituslain ja saariston kehityksen edistämisestä annetun lain muuttamisesta sosiaali- ja terveystieteiden valiokunnalle. THL on kommentoinut esityksessä ehdotettuja muutoksia kattavasti lausuntokierroksella annetussa lausunnossa.¹ Suurin osa hallituksen esityksen muutosehdotuksista säilyi hengeltään muuttumattomana lausuntokierroksen jälkeen. Näitä ovat erityisesti:

1. Palvelutarpeen kasvusta huomioidaan aiempaa pienempi osuus hyvinvointialueiden kokonaisrahoituksen kasvussa.
2. Tarvekertoimien laskennassa käytettävän tarvevakiointimallin tietopohja päivitetään ja malliin tehdään pieniä muutoksia.
3. Valtiovarainministeriön (VM) ja THL:n toimivaltuuksia tarkennetaan palvelutarvekertoimien ja rahoituspäätösten tietopohjassa olevien virheiden korjaamisen parantamiseksi.
4. Siirtymätasauksia muutetaan vuodesta 2027 alkaen. Samalla valtion rahoitusosuutta pienennetään asteittain ja osa kustannuksista siirretään hyvinvointialueille.
5. Rahoitukseen tuodaan tasausmekanismi, jolla taattaisiin, että minkään alueen rahoitus ei voi pienentyä (perälautamalli).

¹ Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos 10.3.2026. Lausunto luonnoksesta hallituksen esitykseksi eduskunnalle laeiksi hyvinvointialueiden rahoituksesta annetun lain muuttamisesta ja väliaikaisesta muuttamisesta sekä saariston kehityksen edistämisestä annetun lain muuttamisesta. Diaarinumero THL/578/4.00.00/2026. Saatavilla: https://api.hankeikkuna.fi/asiakirjat/a364addb-8a41-4191-bd86-203a6fde80b8/63709356-9586-4674-85e6-8b14a8c4a96a/LAUSUNTO_20260311185111.PDF

Lausuntokierroksen perusteella hallituksen esitykseen tehtiin myös muutama muutos:

1. Pitkäaikaisdiagnoosien poimintaa ei laajenneta tarvevakiointimallisissa yhdestä kahteen vuoteen.
2. Säästökompensaatiosta luovutaan. Se olisi tarkoittanut palvelutarpeen määräytymistekijän osuuden kasvattamista yhdellä prosenttiyksiköllä ja vastaavasti asukasmäärän osuuden vähentämistä yhdellä prosenttiyksiköllä.

Palvelutarpeen kasvusta huomioidaan rahoituksen kokonaistasossa entistä pienempi osa

Hyvinvointialueiden koko maan rahoituksen tasoa korotetaan vuosittain palvelutarpeen kasvuennusteen mukaisesti. Kasvuennuste perustuu THL:n ylläpitämään SOME-malliin. Mallin ennusteet perustuvat sote-palveluiden käytöstä aiheutuvien menojen kohdentamiseen ikä- ja sukupuoliryhmille ja niiden projisointiin tulevaisuuteen väestöennusteen perusteella. Laskenta nojaa oletukseen, että menojen jakautuminen eri toimenpiteisiin säilyy nykyisen kaltaisena *kunkin ikä-sukupuoliryhmän sisällä* (esim. 73-vuotiaiden naisten ryhmässä perusterveydenhuollon avosairaanhoidon palveluiden osuus sote-menoista säilyy tulevaisuudessakin noin 30 prosentissa). Tällöin kokonaiskustannusten ja toimenpidekohtaisten kustannusten kehitys voidaan ennustaa ikäryhmien koon ennustetuista muutoksista. Palvelujen käyttöä koskeva aineisto on peräisin THL:n hoitoilmoitusrekisteristä ja kattaa terveys- ja sosiaalipalvelujen toteutuneen käytön hyvinvointialueilla. Palvelukäyttötiedot muutetaan menoiksi yksikkökustannusten avulla. Laskennassa palvelut aggregoidaan AURA-palveluluokituksen mukaisiin luokkiin ja kokonaismenot täsmäytetään vielä hyvinvointialueiden tilinpäätöstietoihin.

Malli ennustaa noin prosentin keskimääräistä vuosikasvua palvelutarpeeseen ajanjaksolle 2027–2030. Nykyisen rahoituslain mukaisesti tästä kasvusta huomioitaisiin koko maan rahoitustason

korotuksissa 80 prosenttia. Tosin toistaiseksi on voimassa ollut 0,2 prosenttiyksikön korotus, jonka vuoksi prosentin kasvuennusteeseen vastataan periaatteessa täysmääräisesti.

Hallituksen esityksessä leikataan rahoituksessa huomioitavaa kasvua siten, että jatkossa vain 60 prosenttia ennakoidusta kasvutarpeesta huomioitaisiin. Lisäksi esitetään 0,2 prosenttiyksikön korotuksen poistamista jo vuonna 2028. Tämä tarkoittaisi, että hyvinvointialueiden yhteenlasketun rahoituksen kasvu perustuisi enää 60-prosenttisesti ennakoituun tarpeeseen. Käytännössä: mikäli hyvinvointialueiden kohtaama palvelutarve kasvaisi demografian muutoksen myötä esimerkiksi sata miljoonaa euroa vuodessa, kasvaisi hyvinvointialueiden saama rahoitus vain 60 miljoonaa euroa.

THL ei kannata ehdotusta, että palvelutarpeen kasvusta huomioitaisiin aiempaa pienempi osuus hyvinvointialueiden kokonaisrahoituksen kasvussa. THL katsoo, että rahoituksen kokonaistason tulisi seurata täysimääräisesti palvelutarpeen kasvua, jotta hyvinvointialueiden kyky järjestää väestölleen riittävät sote-palvelut ei vaarantuisi. Mikäli Suomen väestörakenne muuttuu ennusteiden mukaisesti ja hyvinvointialueet eivät samanaikaisesti kykene tehostamaan palvelutuotantoaan merkittävästi, kasvuennusteen mukaisesta palvelutarpeen kasvusta leikkaaminen tarkoittaa tosiasiallisesti palvelutarjonnan heikkenemistä tulevaisuudessa.

Tarvevakiointimallin muutokset

Hallituksen esitys ehdottaa tarvevakiointimalliin suhteellisen pientä päivitystä, joka on dokumentoitu THL:n huhtikuussa 2026 julkaistussa työpaperissa.² THL pitää tarvevakiointimallin aineistopohjan päivittämistä, toteutuneisiin kustannuksiin tehtävää täsmäytystä sekä

² Lavaste, K., Holster, T., Haula, T., Laukkonen, M.-L., Lindell, E. & Korajoki, M. 2026. Hyvinvointialueiden sote-rahoituksen tarvevakiointimalli: Vuoden 2027 rahoituslakuuudistuksen valmistelussa ehdotettu versio. THL Työpaperi 14/2026. Saatavilla: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-678-3>

palveluiden alueellista tarjontaa kuvaavaa erikoissairaanhoidon päivystyksen matka-ajan tarkentamista perusteltuina. Muutokset parantavat tarvevakiointimallin tarkkuutta ja rahoituksen kohdentumista tarpeen mukaisesti.

Sen sijaan THL ei kannata ehdotusta, että tarvevakiointimallin sairausluokitusta ei päivitetä THL:n elokuussa 2025 julkaiseman ehdotuksen³ mukaisesti, eikä alueiden sairastavuuden määrittelyssä käytettävää hoitoilmoitusrekisterien diagnoosipointintaa laajenneta lääkärin avovastaanoton läsnäkäynneistä muun muassa etävastaanottoihin ja sairaanhoitajakäynteihin. Tutkimuskirjallisuuden perusteella laajempi ja kattavampi diagnoositieto voi parantaa tarvevakiointimallin ennustetarkkuutta ja vähentää rahoituksen kohdentumiseen liittyvää satunnaisvaihtelua sekä parantaa rahoituksen kohdentumisen tarkkuutta. Erityisesti suun terveydenhuollon palvelumuodon diagnoosikirjaukset olisi tarpeen lisätä rahoituksen laskenta-aineistoon.

Laajempi sairastavuustiedon hyödyntäminen tekisi rahoitusmallista sikäli neutraalimman, että se ei kannustaisi panostamaan juuri lääkärin avosairaanhoidon läsnävastaanottokäyntien tuottamiseen. Esimerkiksi hyvinvointialueiden kannusteet kehittää digitaalisia palveluja ja etävastaanottoihin perustuvia toimintamalleja pysyvät toivottua heikompina, kun etävastaanoilla kirjattuja diagnooseja ei edelleenkään oteta huomioon alueen sairastavuuden määrittämisessä.

THL ei kannata esitystä, jonka mukaan hoitoilmoitusrekisterien diagnoosipointintaa rajattaisiin yksityisen sektorin osalta niin, että ainoastaan ostopalvelu- ja palvelusetelitapahtumissa kirjatut diagnoosit huomioitaisiin. THL katsoo, että muidenkin yksityisellä sektorilla (esimerkiksi asiakkaan itsemaksamissa palveluissa) kirjattujen diagnoosien huomioiminen tarvevakiointimallissa voisi

³ Holster, T., Haula, T., Korajoki, M., Laukkanen, M.-L. & Lavaste, K. 2025. Hyvinvointialueiden sote-rahoituksen tarvevakiointimalli: päivitys 2025. THL Työpaperi 41/2025. Saatavilla: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-578-6>

parantaa tarvevakiointimallin ennustetarkkuutta ja vähentää rahoituksen kohdentumiseen liittyvää satunnaisvaihtelua. Mikäli rahoitus halutaan kohdentaa kunkin *alueen koko väestön* sairastavuuden mukaisesti, tuovat yksityisellä sektorilla kirjatut diagnoosit tärkeää lisäinformaatiota tarvekertoimiin. Jos taas kohdentamisen halutaan perustuvan vain kunkin alueen *julkisia sote-palveluita käyttävän väestön* sairastavuuteen, on rajausta perusteltu. Viime kädessä kysymys on normatiivisesta valinnasta, joka on tehtävä poliittisten päättäjien toimesta.

THL katsoo, että tarvevakiointimallia tulisi päivittää seuraavan kerran aiemmin kuin vasta neljän vuoden päästä, kunhan rahoituksen vakaus turvataan siirtymävaiheissa.

Palvelutarvekertoimien ja rahoituspäätösten tietopohjassa olevien virheiden korjaaminen

THL kannattaa esitystä siitä, että sen ja Valtiovarainministeriön toimivaltaa laajennettaisiin rahoituslaskelmien taustalla olevien laskenta-aineistojen selvien virheiden korjaamisessa. Tämä parantaisi hyvinvointialueiden yhdenvertaista kohtelua ja rahoituksen oikeellisuutta. Tämä on erityisesti tärkeää tilanteissa, joissa laskenta-aineisto on jo ehditty poimia hoitoilmoitusrekisteristä, eikä rekisteriin tehty korjaus enää ehtisi välittyä laskenta-aineistoon.

Siirtymätasauksen muutokset

THL kannattaa pysyvien siirtymätasauksien hallittua ja asteittaista poistumista, sillä pysyvät siirtymätasaukset jättävät alueiden väliseen rahanjakoon eroja, jotka eivät perustu kunkin ajanhetken palvelutarpeeseen. Siksi THL katsoo, että pysyvät siirtymätasaukset ovat pitkällä aikavälillä ristiriidassa tarveperusteisuuden kanssa. Ehdotukseen sisältyvä pysyvien siirtymätasauksien pienentäminen (porrastusta kasvattamalla) on tarpeellinen askel kohti pysyvistä siirtymätasauksista luopumista. THL pitää tärkeänä, että siirtymätasauksen purkaminen toteutetaan riittävän pitkällä ja hallitulla

siirtymäajalla, jotta muutokset eivät vaaranna yksittäisten alueiden palvelujen järjestämistä tai aiheuta äkillisiä taloudellisia heikennyksiä.

Lisäksi siirtymätasauksiin ehdotetaan säästöjä, jotka kohdentuvat asukasperusteisesti alueiden välille, lukuun ottamatta muutamaa heikoimmassa taloudellisessa tilanteessa olevaa aluetta. THL näkee, että lisäleikkauksia hyvinvointialueiden rahoitukseen pitäisi välttää, mutta leikkausten tasavertainen kohdentuminen alueille on kannusteiden vuoksi perusteltua. Taloudellisesti heikoimpien alueiden jättäminen säästöjen ulkopuolelle voi olla palveluiden turvaamisen vuoksi perusteltua, joskin se voi pahentaa pehmeän budjettirajoitteen ongelmaa tulevaisuudessa: kukin alue tietää, että valtio tulee viime kädessä turvaamaan sen rahoituksen, jos tarvittavia säästötoimia ei toteuteta.

Rahoituksen vähimmäiskasvun turvaaminen

THL kannattaa ehdotusta, joka takaa, ettei minkään alueen rahoitus voi laskea edelliseen vuoteen verrattuna (perälautamalli). Tämä rahoitetaan ottamalla rahoitusta pois niiltä alueilta, joiden rahoituksen kasvu ylittää koko maan keskimääräisen kasvun. Järjestely auttaa turvaamaan alueiden rahoituksen ja toiminnan edellytykset siihen asti, että alueiden toiminta ja talous vakiintuvat. Ratkaisun on kuitenkin oltava ehdottomasti väliaikainen, sillä vakautumisen jälkeen perälautamalli heikentää rahoituksen tarveperustaisuutta: se ohjaa rahoitusta kasvavan palvelutarpeen alueilta laskevan palvelutarpeen alueille.

Pitkäaikaisdiagnoosien poiminnan laajentamisesta luopuminen

THL kannattaa pitkäaikaisdiagnoosien poiminnan laajennuksesta luopumista. Ennen pitkäaikaisdiagnoosien käytön laajentamista on tarpeen selvittää nykyistä tarkemmin, johtuvatko alueiden väliset erot pitkäaikaisdiagnoosien yleisyydessä todellisista eroista sairastavuudessa vai esimerkiksi tietojärjestelmissä olevista ongelmista.

THL:n näkemyksiä pitkäaikaisdiagnoosien poimintaan on avattu kattavammin lausuntokierroksen yhteydessä julkaistussa kannanotossa (24.3.2026).⁴

Säästökompensaatiosta luopuminen

THL kannatti lausuntokierroksella säästökompensaatiota sen vaikutusten vuoksi, mutta kritisoi sen perusteluja. Säästökompensaatiolla tarkoitetaan tarveperustaisen määräytymistekijän painoarvon kasvua hyvinvointialueiden rahoituksen jakautumisessa ja vastaavaa asukasperusteisen osan painoarvon laskua. THL näkee, että muutos olisi vienyt hyvinvointialueiden rahoitusta entistä tarveperusteisempaan suuntaan. Siksi THL ei nyt kannata tarveperustaisen määräytymistekijän painoarvon nostosta luopumista. THL:n kritiikki muutoksen perusteluille on kuitenkin edelleen aiheellinen: rahoitusmalliin tehtäviä muutoksia tulisi perustella rahoitusmallin ylätasen tavoitteista (kuten kannusteista ja tarveperusteisuudesta) lähtien, eikä rahoitusmallin kulloinkin tuottaman jakauman pohjalta. Rahoitusmallin säätäminen jonkin toivotun rahoitusjakauman saavuttamiseksi pilaa rahoitusmallin uskottavuutta ja alueiden kannustimia kustannustensa hillitsemiseen.

Pääjohtajan sijainen,
hallinto- ja talousjohtaja

Mia Nykopp

Johtaja

Piia Aarnisalo

⁴ Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 24.3.2026. Kannanotto pitkäaikaisdiagnoosien poiminnasta hallituksen esityksessä. Saatavilla: https://api.hankeikkuna.fi/asiakirjat/a364addb-8a41-4191-bd86-203a6fde80b8/503ee5ef-d57a-469e-92e8-86c54bd7ca58/PYYNTO_20260415090951.PDF

This document contains 7 pages before this page

Dokumentet inneholder 7 sider før denne siden

Tämä asiakirja sisältää 7 sivua ennen tätä sivua

Dette dokument indeholder 7 sider før denne side

Detta dokument innehåller 7 sidor före denna sida

authority to sign

representative

custodial

asemavaltuus

nimenkirjoitusoikeus

huoltaja/edunvalvoja

ställningsfullmakt

firmateckningsrätt

förvaltare

autoritet til å signere

representant

foresatte/verge

myndighed til at underskrive

repræsentant

frihedsberøvende