

25.5.2026

Sosiaali- ja terveysvaliokunta

StV@eduskunta.fi**Asia: HE 56/2026 vp**

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

Esityksen pääasiallisena tavoitteena on leikata hyvinvointialueiden rahoitusta. Säästötoimenpiteiden aluekohtaisia vaikutuksia ehdotetaan kompensoitavaksi muuttamalla tervekertoimia, yksityisen sektorin diagnoosikirjausten huomioimista, siirtymätaustien kohdentumista sekä saaristoisuuskriteerillä jaettavaa laskennallista rahoitusta. Lisäksi THL:lle ja VM:lle esitetään mahdollisuutta muuttaa saamiaan rekisteritietoja ilman hyvinvointialueiden hyväksyntää.

Lääkäriliitto kiittää mahdollisuudesta lausua asiasta.

Yhteenveto

Hyvinvointialueiden rahoitusmalli ei ole toimiva. Tästä johtopäätöksestä vallitsee varsin laaja yksimielisyys. Malli on tarpeettoman monimutkainen, mistä seuraa, että tietojen oikeellisuudesta ei ole riittävää varmuutta. Lisäksi mallin taustalla oleva kustannustieto – kun mallin tarkoituksena on kuitenkin jakaa rahaa – ei ole ajantasaista eikä riittävän tarkkaa. Lopputuloksena malli ei ole ennustettava, oikeudenmukainen, kannustava eikä kustannustehokas. Koska vaihtoehtoisia rahoitusmalleja on välttämätöntä analysoida ja todennäköisesti nykyistä rahoitusmallia merkittävästi muuttaa, ei ole tarkoituksenmukaista tehdä malliin esitettyä hienosäätöä, mikä entisestään vaikeuttaa ennustettavuutta ja vähentää kannustavuutta kustannustehokkuuden parantamiseen.

Lääkäriliitto esittää, että rahoituslaki pidetään muutoin ennallaan, mutta siihen päivitetään palvelutarpeen kasvukertoimet vuosille 2027-2030. Toivottavasti tänä aikana on mahdollista ottaa käyttöön uudistettu rahoitusmalli riittävän pitkällä siirtymäajalla.

Hyvinvointialueiden saaman rahoituksen riittävyyttä ei voi arvioida vain niiden taloudellisten tulosten perusteella. Rahoituksen perusteena on väestön palvelutarpeet, jotka eivät vähene rahoitusta vähentämällä. Rahoitusjärjestelmä on kokonaisuus, jossa hyvinvointialueiden

perusrahoituksen lisäksi jälkikäteistarkistuksella säädetään rahoituksen tasoa. Perusrahoituksen leikkaamisesta ei siten välttämättä seuraa rahoituksen vähenemää.

Jos hyvinvointialueiden rahoitusta on pakko leikata, leikkaukset tulee kohdentaa suhteessa alueiden nyt saamaan valtionrahoitukseen, koska mallin muuttaminen nyt vaikeuttaa tulevien – välttämättömien – muutosten toteuttamista. Leikkausten osalta tulee tiedostaa, että ne johtavat henkilöstön irtisanomisiin joko hyvinvointialueiden omasta henkilökunnasta tai ostopalveluilla hankittavien palvelujen henkilökunnasta. Irtisanomisista seuraava julkisen talouden säästö tulee olemaan huomattavasti palkkakulujen säästöä vähäisempi. Lääkäriliitto esittää, että vaikutusarviointi laajennetaan tarkastelemaan kustannusmuutoksia koko valtiontalouden tasolla, ei ainoastaan hyvinvointialueiden rahoituksessa.

Yksityiskohtaiset arviot esityksen sisällöistä

Valtiontaloudellisten säästöjen toteuttamiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon vuosittaisesta palvelutarpeen kasvusta ehdotetaan otettavaksi rahoituksessa huomioon 60 prosenttia vuodesta 2027.

Ei voida pitää moraalisesti hyväksyttävänä, että palvelutarpeen arvioidusta kasvusta huomioidaan vain osa. On ymmärrettävää, että hyvinvointialueiden odotetaan omilla toimenpiteillään vähentävän palvelutarpeen kasvua ja tuottavuuden kasvulla leikkaamaan siitä aiheutuvaa kustannuspainetta. Nämä tekijät tulisi kuitenkin huomioida erikseen. Hyvinvointialueille tulee voida asettaa vuosittainen tuottavuustavoite (esim. 2%), mutta tuottavuus ja sairastavuus (tarve) eivät välttämättä kulje eri hyvinvointialueilla käsi kädessä.

Mikäli tekijöitä ei haluta edellä kuvatulla tavalla eritellä, ei tule puhua palvelutarpeen kasvusta vaan rahoituksen kasvusta. Palvelutarve ja rahoitustarve eivät muutoinkaan ole sama asia. Palvelutarve voi kasvaa rahoitustarpeen kasvamatta (esim. jos ei ole henkilökuntaa tuottamaan palveluja, vaikka niitä tarvittaisiinkin). Toisaalta rahoitustarve voi kasvaa palvelutarpeen kasvamatta, koska tieto ja teknologia vaikuttavat rahoitus- ja henkilöstötarpeeseen merkittävästi enemmän kuin sairauksien tai toimintakyvyn perusteella arvioitu tarve. SOME-mallilla arvioidun palvelutarpeen kasvun ongelmana onkin, että se ei huomioi lääketieteen kehittymistä. Toki voidaan ajatella, että Suomessa hoidetaan vuonna 2050 potilaita samalla tavalla kuin 2025. Se kuitenkin tarkoittaisi, että Suomi jää jälkeen muista kehittyneistä maista, koska niissä ei tule tapahtumaan näin. Lääketieteen kehittyminen merkitsee lyhyempiä hoitoaikoja, vähentyneitä komplikaatioita, parempia hoitotuloksia ja terveempiä potilaita, mutta valitettavasti vain hyvin harvoin alentuneita hoitokustannuksia. Tulisikin tunnustaa – ja muuttaa rahoituslakia siten – että joko lääketieteen kehitys huomioidaan rahoitustarpeen kasvuna tai vaihtoehtoisesti julkilausutaan

se, että hoitomenetelmien osalta ei jatkossa enää pyritä siihen korkeaan kansainväliseen tasoon, jota on tavoiteltu tähän asti.

Hyvinvointialuekohtaisen rahoituksen määräytymisen perusteena olevaa, terveyden-, vanhusten- ja sosiaalihuollon palvelujen tarvetta ja kustannuksia kuvaavaa tarvemallia päivitetäisiin THL:n tutkimukseen perustuen.

Kaikki hyvinvointialueille annettava valtionrahoitus määräytyy ja pitääkin määräytyä palvelutarpeen perusteella. Kyse on siitä, miten palvelutarvetta arvioidaan/mitataan ja millainen rahoitustarve palvelutarpeesta seuraa. Tarvemalli on nyt hyvin monimutkainen ja epälooginen, kuten esimerkiksi, että yli 90-vuotiaiden naisten määrä laskee alueen saamaa rahoitusta, samoin 30-50 -vuotiaiden miesten määrä tai vaikeasti heikkonäköisten määrä.

Terveydenhuollon ja erityisesti erikoissairaanhoidon palvelujen kustannusrakenteessa on huomattava määrä kiinteitä kustannuksia. Tämä tarkoittaa, että samasta palvelutarpeesta ei eri alueilla seuraa samat kustannukset, vaan isompien alueiden on mahdollista tuottaa palvelut alhaisemmilla yksikkökustannuksilla kuin pienempien. Tätä rahoitusmalli ei huomioi.

Esityksessä kuvatussa aineistossa on kaksi kohtaa, jotka hyvin osoittavat mallin toimimattomuuden:

1. Tarvekertoimet (taulukko 9) vaihtelevat kohtuuttoman paljon yksittäisten vuosien välillä – todellisessa tarpeessa ei voi tapahtua näin paljon muutoksia (suhteessa asukasmäärään); lisäksi tarvekertoimet ovat merkittävästi laskeneet alueilla, joilla on selvää, että todellinen tarve ei missään tapauksessa ole vähentynyt.
2. Pitkäaikaisdiagnoosien tarkastelujakson pidentämisen kahteen vuoteen osalta esityksessä todetaan (s. 79): “Valmisteluryhmän päivitettyjen vaikutusarvioiden perusteella tekemän arvion ja THL:ltä 24.3.2026 saadun asiantuntija-arvion mukaan ehdotus ei vakauttaisi rahoitusta eikä parantaisi mallin kykyä kuvata aluekohtaista palvelutarvetta.” Ei ole mitään syytä epäillä, etteikö juuri näin olisi, mutta se osoittaa tarvearviointimallin toimivan huonosti, koska on itsestään selvää, että pitkäaikaisdiagnoosit tulisi huomioida vähintään 2 vuoden aikajaksolla.

Koska tiedetään käytössä olevan rahoitusmallin heikkoudet palvelutarpeen kirjaamisen, määrittämisen ja kannustavuuden osalta, päädytään loogiseen päätelmään, että nyt tulisi pidättäytyä kaikista muutoksista malliin, kunnes on tarkkaan analysoitu, millainen malli olisi pitkällä aikavälillä tarkoituksenmukaisin ja siirtyä sen käyttöönottoon todennäköisesti tarpeellisella useiden vuosien siirtymäajalla.

Lisäksi muun kuin hyvinvointialueiden ostopalveluna tai palvelusetelinä rahoittaman yksityisen terveydenhuollon diagnoositietojen huomioon ottamista hyvinvointialueiden rahoituksessa rajattaisiin osittain.

Lyhyellä aikavälillä tällaista muutosta voidaan pitää oikeudenmukaisena ja perusteltuna. Toisaalta tulee muistaa, että tulevaa rahantarvetta arvioidaan historiallisen palvelukäytön perusteella. Siten vähintään tulisi huomioida toteutunut palvelutuotanto useamman vuoden ajalta. Lisäksi, koska Suomen nykyinen terveydenhuollon palvelujärjestelmä on yksi OECD-maiden epätasa-arvoisimmista, on perusteltua ja tarkoituksenmukaista kehittää mallia siihen suuntaan, että verorahoitteen universaalin järjestelmän kautta rahoitettaisiin jatkossa suurempi osa perusterveydenhuollon palvelutuotannosta. Alueilla tulisi siirtyä omalääkärijärjestelmän käyttöön, mikä tarkoittaa, että julkisen rahoitusvastuun piirissä ovat (ainakin osittain) kaikki suomalaiset, ei ainoastaan työvoiman ulkopuolella olevat.

Tietopohjan laadun turvaamiseksi Terveiden ja hyvinvoinnin laitos voisi myös korjata rekisteritiedoissa olevia selviä virheitä.

Tavoite on periaatteessa hyvä ja kannatettava. Toisaalta THL:n tulee analysoida datan laatua ja informoida hyvinvointialueita siinä mahdollisesti olevista epäselvyyksistä tai ilmeisistä virheistä. Ei saa syntyä tilannetta, jossa THL on sitä mieltä, että rekisteritiedoissa on virhe, mutta hyvinvointialueen mielestä virhettä ei ole.

Kuten hallituksen esityksen kohdassa 2.1.2.5 todetaan: "THL ei yleensä voi tietää, mitkä olisivat oikeita tietoja." Tästä johtuen tietojen "automaattiseen" korjaamiseen tulee suhtautua pidättyvästi. Sen sijaan voitaisiin sanktioida ilmeisen virheellisen tiedon korjaamatta tai oikean tiedon ilmoittamatta jättäminen (vrt. verotustietojen oikeellisuus).

Siirtymätasaukset

On helppo olla hallituksen esityksen kanssa samaa mieltä siitä, että siirtymätasaukset ovat menettäneet merkityksensä turvallisen siirtymän mahdollistamiseksi. Tämä pätee kuitenkin vain aleneviin, ei pysyviksi sovittuihin tasauksiin. On kohtuutonta, että ensin päätetään mallista, jonka perusteella alueet voivat suunnitella toimintansa pysyvän rahoituksen varaan, ja sitten toisessa ajanhetkessä tämä rahoitus leikataan pois. Helsingin kaupungilla ei ollut insentiiviä "piilotella" sote-menoja ennen hyvinvointialueuudistusta toisin kuin muilla kunnilla, minkä lisäksi sille ei tullut samanlaisia muutostalouksia kuin muille alueille. Kumpakaan tekijää ei voi pitää perusteena rahoitusleikkauksille.

Lait on tarkoitettu tulemaan voimaan 1.1.2027

Hyvinvointialueiden rahoituspohjan tulee olla vakaa ja tehdä mahdollisia muutoksia niin hitaasti, että hyvinvointialueilla on tosiasiallinen mahdollisuus reagoida rahoituksen muutoksiin ennakoiden tai vähintään

sopeuttaa menot samalla aikajänteellä, kun tulot muuttuvat. Tästä syystä rahoituksen muutokset tulee olla tiedossa aina vähintään yhtä budjettivuotta aiemmin. Tiettyjä päivityksiä lakiin on toki pakko tehdä, koska esim. vuodelle 2027 ei ole vielä määritelty palvelutarpeen kasvukerrointa.

Voimassa oleva rahoituslain 14 §:n sääntely perustuu THL:n vuonna 2022 julkaisemaan tutkimukseen

Mallissa on kaksi perustavaa laatua olevaa ongelmaa: 1) se ei millään tavoin huomioi kiinteitä ja muuttuvia kustannuksia; koska Suomessa väestömäärät useimmilla hyvinvointialueilla ovat kansainvälisesti katsoen pienet, on tällä huomattava vaikutus rahoituksen oikeudenmukaiseen kohdentumiseen, ja 2) Suomessa ei ole koskaan ollut tiedossa, eikä edelleenkään ole, niin tarkkoja potilaskohtaisia kustannustietoja, että niiden perusteella voisi tehdä potilaskohtaista regressiolaskentaa sillä tarkkuustasolla, kun SOME-mallissa tehdään. Käytetyt kustannustiedot ovat vanhoja (pääosin vuodelta 2019), puutteellisia ja perustuvat huomattavalta osin epäsuorien kustannusten allokointiin toteutuneelle suoritevolyyymille, mistä seuraa, että niitä ei voida käyttää sillä tarkkuustasolla, jolla SOME-malli on toteutettu. Kuten hallituksen esityksessäkin todetaan, myöskään sosiaalitoimen osalta ei ole käytössä kattavaa rekisteritietoa sosiaalihuollon kustannuksista.

Vaikutus työntekijöiden asemaan ja hyvinvointialueisiin

Hyvinvointialueiden vuoden 2025 toimintakuluista 43,3% oli oman henkilöstön kuluja ja 43,3% palveluostoja, yhteensä siis 86,6%. Palveluostoista ehdoton valtaosa on hyvinvointialueiden omaa toimintaa korvaavia/täydentäviä palveluostoja (esim. Uudenmaan hyvinvointialueilla HUSin niille tuottamat palvelut). Jos ulkoisten palvelujen ostot jätetään huomioimatta, henkilöstökulujen osuus hyvinvointialueiden menoista on hieman yli 76%. Palveluostoissa henkilöstökulujen osuus on vielä tätä suurempi. Näin ollen, henkilöstömenojen (omien ja ostopalvelujen yhteensä) osuus on noin 80% hyvinvointialueiden toimintakuluista. On siten selvää, että merkittävät rahoitusleikkaukset kohdistuvat aina henkilöstöön.

Kuten hallituksen esityksessä hyvin todetaan, alueiden kehitys on taloudellisen tasapainon osalta erkaantunut kahteen ryhmään: osa pärjää saamallaan rahoituksellaan kohtuullisesti tai jopa hyvin, osa erittäin heikosti. Hallituksen esitys leikkaa rahoitusta erityisesti niiltä alueilta, jotka ovat saavuttaneet kohtuullisen taloudellisen tasapainon, jonka jälkeen on oletettavaa, että nekin pärjäävät tämän jälkeen huonosti. Kehitystä vahvistaa jälkikäteisrahoituksen leikkaus 2027 (vuodelta 2025 kertyneen ylijäämän johdosta). Esityksessä on arvioitu hyvin ja kattavasti muutosten kohteena olevien tekijöiden vaikutukset hyvinvointialueiden talouteen mutta ei ole huomioitu muiden samanaikaisesti tapahtuvien muutosten vaikutuksia, eikä siinä ole simuloitu hyvinvointialueiden rahoituksen sekä ali-/ylijiäämän kehittymistä pitkällä (esim. 5 vuoden) aikajänteellä.

Hyvinvointialueiden ja valtiontaloudenkin kannalta ei ole kovin merkityksellistä, millaisia vaikutuksia yksittäisten rahoituskomponenttien muutoksilla on, vaan miten alueiden rahoitus kokonaisuudessaan muuttuu vuosina 2027-2030. Se, että yhdenkään hyvinvointialueen rahoitus ei laske, ei auta kovin pitkälle.

Valtiontalouden näkökulmasta tulisi myös arvioida sitä, minkä summan yhteiskunta säästää julkisella sektorilla työskentelevän henkilön irtisanomisen myötä, kun työttömyyden aikaiset tuet ja verotulojen menetys jäävät kuitenkin yhteiskunnan maksettaviksi (eli vain osa kuluista säästetään), mutta työpanoksesta menetetään 100%.

Kunnioittavasti,
Suomen Lääkäriliitto

Janne Aaltonen
toiminnanjohtaja