

MUISTIO 25.2.2026

HYVINVOINTIALUEIDEN RAHOITUKSEEN VAIKUTTAVAT DIAGNOOSITIETOJEN PUUTTEET JA KORJausehdotukset

Etelä-Pohjanmaan ja Keski-Suomen hyvinvointialueet haluavat nostaa esiin suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon merkittävän ja vakavan ongelman: nykyinen sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoitusmallin toteutus ei toimi toivotulla tavalla eikä kohtele alueita yhdenvertaisesti.

Rahoitusmallissa keskeisenä hyvinvointialueiden sairastavuutta kuvaavana tietona erityisesti diagnoositiedot ovat osoittautuneet puutteelliseksi ja alueittain suuresti vaihteleviksi. Muut tietolähteet eivät tällä hetkellä kykene, vastoin julkisuudessa esitettyjä väitteitä, korvaamaan riittävästi diagnoositietojen merkitystä sairastavuuteen pohjautuvan tarpeen määrittelyssä. Koska diagnoositiedot ovat merkittävin rahoituksen jakoperusteista, puutteet johtavat vääristymiin valtion rahoituksen jakautumisessa eri alueiden välillä. Tällä on edelleen suora vaikutus alueiden asukkaiden saamiin palveluihin sekä työntekijöiden asemaan. Rahoitusjärjestelmä ei ole läpinäkyvä, ja siitä paljastuu jatkuvasti puutteita, joilla on merkittävä vaikutus hyvinvointialueiden rahoitukseen. Se on hyvinvointialueiden asukkaiden kannalta kestäväntöntä.

Tässä muistiossa kuvaamme keskeisiä ongelmakohtia ja mahdollisia ratkaisuja.

Neljä keskeistä havaintoa ongelmista

1. **Pitkääaikaisdiagnoosien raportoinnissa on suuria eroja alueiden välillä.** Tämä johtaa merkittäviin eroihin rahoitusmallissa huomioitavien diagnoosien osalta, koska pitkäaikaiseksi merkityt diagnoosit huomioidaan rahoituksessa joka vuosi niin kauan kuin ne on merkattu järjestelmissä pitkäaikaisiksi.
2. **Potilastietojärjestelmät toimittavat diagnoositiedot eri tavoin.** Osa asiakas- ja potilastietojärjestelmistä siirtää diagnoosit kattavasti rekisteriin. Kuitenkin osa siirtää ne vain, jos ammattilainen kirjaa ne osaksi käyntiä. Tämä tekee samankaltaisen potilaan diagnoositietojen määrästä erilaisia riippuen potilaan asuinpaikasta, mikä heijastuu suorana vaikutuksena rahoitukseen.

3. **Diagnoositiedoissa on selkeitä virheitä.** Joillakin alueilla esimerkiksi akuutteja murtumia on merkitty pitkäaikaisiksi diagnooseiksi. Tämä paisuttaa sairastavuutta tilastoissa ilman todellista palvelutarvetta. Nämä pitkäaikaiseksi merkatut diagnoosit aiheuttavat miljoonien rahoitusvaikutuksen epähuomiossa.

4. **Yksityisen sektorin diagnoositiedot luetaan vastoin nykyisen THL:n tarvetekijöiden määrittelyä osaksi rahoitusmallia.** Rahoituksen tulisi lain mukaan kattaa hyvinvointialueen järjestämisvastuulle kuuluvat kulut. Tämän virheen seurauksena on rahoitusta siirtynyt alkuperäisen määrittelyn vastaisesti alueille, joissa yksityisen terveydenhuollon tarjonta ja käyttö on suurempaa kuin muilla alueilla. Näiden tietojen käytöstä ei ole aiemmin informoitu hyvinvointialueita riittävästi.

Hyvinvointialueiden alkuvaiheen rahoitusta määrittävät tekijät eivät ole olleet yhteismitallisia

Hyvinvointialueita edeltävällä ajalla tarvetekijämallin tietoja toimittivat vaihtelevista teknisistä lähtökohdista kunnat ja sairaanhoitopiirit sekä jo silloin toimineet vapaaehtoiset kuntayhtymät. Tietoja toimitettiin useista eri asiakas- ja potilastietojärjestelmistä erilaisin ohjein ja menettelytavooin. Lisäksi tietojärjestelmissä oli käytössä useita eri ohjelmaversioita ja alueilla saatettiin käyttää eri Hilmo-oppaiden versioita. Tämä Hoitoilmoitusjärjestelmään toimitettavien tietojen kokonaisuus ei ollut hyvinvointialueiden kannalta riittävän yhdenmukaisella tavalla toteutettua. Kaikilla vuonna 2023 toimintansa aloittaneilla hyvinvointialueilla ei myöskään ollut näihin tietoihin juurikaan vaikutusmahdollisuuksia, mutta tästä huolimatta niiden saama rahoitus on alkuvaiheessa perustunut heikkoon ja epäyhtenäiseen tietopohjaan.

Jälkikäteen on selvinnyt, että osa asiakas- ja potilastietojärjestelmistä ei ole kyennyt toimittamaan THL:n Hoitoilmoitusjärjestelmään käynti-/asiointitapahtuman taustatietona tietoja pitkäaikaisdiagnooseista. Osa tietojärjestelmistä on vastaavasti toimittanut diagnoositiedot erittäin laajasti jo aikaisemmin. Pelkästään tämä on merkittävästi vaikuttanut hyvinvointialueiden saamaan rahoitusosuuteen.

Epäselvä tilanne on johtanut monenlaisiin tulkintoihin korjaustoimenpiteistä hyvinvointialueilla. Yhteistä määritelmää ei ole sille kuinka puuttuvia diagnoositietoja tulisi korjata. Tiedossa ei ole myöskään miten pitkältä aikaväliltä ja millaisin teknisin tietojen

jälkikäsitteilyin laskentaan tuleviin tapahtumiin voidaan liittää mukaan muita, jopa vuosikymmeniä vanhoja pitkäaikaisdiagnoositietoja.

Tämän lisäksi osalla alueista on lääketieteellisesti kertaluontoisiksi ja tilapäisiksi katsottuja sairauksia kirjautunut pysyviksi. Tällaisia ovat esimerkiksi pysyvät lonkkamurtumat ja pysyvät ohimenevät aivoverenkiertohäiriöt, jotka lääketieteellisesti ovat tosiasiallisesti tilapäisiä sairauksia (Liite 1). Tämä on johtanut joillakin alueilla äkillisiin nousuihin erilaisten sairauksien esiintyvyydessä. Edelleen tämä johtaa virheelliseen laskentaan palvelutarvetta määrittävissä laskelmissa. Tämän seurauksena eräät hyvinvointialueet ovat saaneet ylimääräistä ja todelliseen sairastavuuteen perustumatonta rahoitusosuuden kasvua.

Rahoitusmalli luo harhaanjohtavan kuvan alueiden sairastavuudesta

Puuttuvien ja virheellisten diagnoositietojen vuoksi hyvinvointialueen väestö voi näyttää tilastoissa huomattavasti terveemmältä kuin mitä todellisuudessa on. Tämä on voinut aiheuttaa joillekin alueille kymmenien miljoonien eurojen rahoitusvajetta. Olemme varmasti yhtä mieltä siitä, että tehostamistoimenpiteitä on ollut välttämätön tehdä kaikilla hyvinvointialueilla. Kuitenkin rahoituksen epätasa-arvoisen jakautumisen myötä on mahdollisuus, että joillakin alueilla toimenpiteitä tehdään tarpeeseen nähden liian laajasti, jolla voi olla potentiaalisesti kustannuksia edelleen lisäävä vaikutus.

Mallissa on perusongelmana jo se, että hyvinvointialueen väestö huomioidaan rahoitusmallissa kahteen kertaan: jokainen asukas kasvattaa sekä palvelutarpeen perusteella jaettavaa rahoitusta että väestön määrän perusteella jaettavaa rahoitusta. Lisäksi mallissa mukana oleva jälkikäteistarkastus osaltaan johtaa siihen, että ylijäämää tekevät alueet saavat riittämättömästi rahoitusta saavien hyvinvointialueiden kustannuksella suuremman jako-osuuden. Tämän vuoksi voidaan todeta, että valuvikainen rahoitusmalli suosii hyvinvointialueita, joissa asuu keskimääräistä enemmän ihmisiä. Samalla rahoitusmalli vaikeuttaa riittämättömän rahoituksen kanssa toimivien hyvinvointialueiden kykyä toipua ja uudistua, ja ne joutuvat jatkuvien sopeuttamistoimien kohteeksi.

Siten eräät hyvinvointialueet ovat hyötäneet huomattavia summia ilman, että taustalla on todellista palvelutarpeen kasvua ja tätä on osaltaan kärjistänyt aiemmin todettu yksityisten diagnoositietojen laskeminen osaksi rahoitusta vastoin alkuperäistä tavoitetta.

Nykytilanne kuvaa enemmän tietojen toimittamiskyvykkyyttä kuin todellista sairastavuutta – seurauksena Suomi on jakautumassa kahtia

Tilannetta on hyvinvointialueilla yritetty jälkikäteen korjata korjaamalla tietojärjestelmässä olevia virheitä teknisin jälkikäsitteilyin ja tietojen täydennystoimituksin, mikä on lisännyt joidenkin alueiden rahoitusosuuksia jopa kymmenillä miljoonilla euroilla vuodessa. Tämä osoittaa, kuinka sattumanvaraisella pohjalla rahoitusmalli tällä hetkellä toimii. Alueet käyvät tällä hetkellä kilpailua siitä, kenen rekisteritiedot ovat täydellisimmät ja se tulee johtamaan rahoituksen merkittävään vaihteluun lähivuosina.

Eniten eri sairausluokkien mukaisia diagnoositietoja keräävät alueet hyötyvät järjestelmässä eniten. Mitä sairaammaksi alueen väestö saadaan diagnoosein näyttämään, sitä suurempi on sen saama rahoitusosuus. Alueet, jotka yrittävät kohentaa väestönsä terveyttä ja hyvinvointia menettävät rahoitusosuutta. Tämä on hyvinvointialueuudistuksen alkuperäisten tavoitteiden vastaista.

Laskentamallissa todettujen hyvinvointialueiden rahoitusosuutta määrittävien tarvetekijöiden puutteiden ja heikkouksien vuoksi Suomi on jakautumassa kahtia - tiedonkeruussa sekä toimituksessa parhaiten ja toisaalta heikommin siinä onnistuneisiin hyvinvointialueisiin. Tämä ei ole ollut tarvetekijämallin tarkoitus, vaan valitettava aikaansaannos. Ei myöskään voi olla oikein, että alue, joka tekee ylijäämäistä tulosta, saa esimerkiksi jälkikätestarkastuksen perusteella satoja miljoonia euroja lisärahoitusta. Pitkäaikaisesti liian vähän rahoitusta saavien alueiden alijäämä valuu koko maan tasolla tehtävän korjauksen vuoksi muille alueille. Tällainen malli ei toimi.

Rahoitusmallin puutteet ohjaavat alueita virheellisiin toimiin

Koska viime kädessä jaamme pienen maan sisällä yhteistä rahapottia, tämä nollasummapelin muodostuminen johtaa pahimmillaan kustannusten nousuun hyvinvointialueiden keskittyessä diagnoosien kirjausten tarkastamiseen todellisten kustannuksia vähentävien tehostustoimien sijaan. Tiedossamme on, että useilla hyvinvointialueilla käytetään merkittävä määrä terveydenhuollon ammattilaisten – siis lääkäreiden ja hoitajien – työaikaa tilasto-ongelmien korjaukseen varsinaisen työn sijaan.

Nollasummapeli päättyy lopulta tasapainoon, jossa yhdelläkään alueella ei ole mahdollisuutta tehdä sellaista rekisterin kautta tapahtunutta kirjaustoiminnan kohennusta, joka lisäisi merkittävästi sen rahoitusosuutta. Käsityksemme on, että olemme vuosien päässä tästä tasapainotilasta.

Useilla hyvinvointialueilla on tilanne, jossa väestö ei muutu tai jopa kasvaa, mutta tästä huolimatta rahoitusosuus on pienentynyt. Tällainen alue on tarvetekijöiden määrittelyn perusteella joko onnistunut paremmin palvelutarpeen pienentämisessä ja kustannusten alentamisessa kuin alueet, joilla kustannukset nousevat, tai sitten mallin oletamat ovat pahoin väärin johtopäätöksiin ohjaavia. Näistä jälkimmäinen on todennäköisempää, koska eniten uusia sairastavuutta kuvaavia diagnooseja toimittaneet alueet näyttävät lisänneen omaa rahoitusosuuttaan.

Siksi olisi syytä tunnustaa, että myös niille alueille, jotka ovat tarvetekijämallin puutteiden vuoksi saaneet liikaa rahoitusta, on voitava kohdentaa uudelleen rahoitusta kohdistavia toimia yhtä lailla rahoituksen vakauttamiseksi ja tasaamiseksi alueiden kesken. Varsinkin sen vuoksi, että lisärahoituksen kasvu on perustunut rahoitusmallin heikkouksiin.

Nykyinen rahoitusmalli johtaa pysyviin hyvinvointialueiden ongelmiin, joita ei kohta enää voida korjata, minkä seurauksena kumulatiivisten alijäämien kattaminen ei tule mahdollistumaan.

Ratkaisuehdotuksia lyhyellä aikavälillä

Hyvinvointialueille tulee antaa mahdollisuus täydentää puuttuvat diagnoositiedot yhteismitallisiksi. Täydentämisen tulee tapahtua julkisesti sovittujen sääntöjen mukaisella tavalla takautuvasti vuodesta 2019 alkaen. Annetusta päätöksestä lukien hyvinvointialueille tulisi antaa tietojen täydentämiseen, ja sääntöjen mukaiseksi saattamiseen, aikaa yksi vuosi. Tarvekertoimet tulee sen jälkeen laskea uudelleen yhtenäiseksi saadulla tietopohjalla ja tehdä sen perusteella tarvittavat oikaisut rahoitukseen. Vain tällä tavalla voisimme luotettavasti arvioida sitä mikä on hyvinvointialueiden todellinen taloudellinen tilanne nykyjärjestelmässä ja välttyisimme vääriltä toimenpiteiltä.

Osana arviointimenettelyitä valtion tulee jatkossa kyetä selvittämään ja tarkistamaan luotettavalla sekä läpinäkyvällä tavalla hyvinvointialueen rahoituksen tarvetekijöiden määrityksessä käytetyn tietopohjan oikeellisuus, ja sen perusteella määritetyn hyvinvointialueen rahoitusosuuden oikeellisuus. Mikäli nykyinen, voimassa oleva lainsäädäntö ei tätä mahdollista, tulisi lainsäädäntöön tehdä sellaisia muutoksia, jolla osana arviointimenettelyä myös rahoituksen oikeellisuuden selvittäminen olisi mahdollista. Tarvetekijöiden määrittelyssä käytetyt tiedot tulee olla myös hyvinvointialueiden itsensä tarkistettavissa ja todennettavissa osana arviointimenettelyä.

Potilastietojärjestelmien toimitustavat on tarkistettava ja yhtenäistettävä hyvinvointialueiden välillä yhteistyössä Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa. Diagnosietiedot on tuotava järjestelmään yhdenmukaisesti ja sovitulla säännöillä, joiden noudattamista on voitava myös valvoa kansallisesti. Lain tai asetuksen tasoista velvoittavaa sääntelyä on lisättävä myös tietojen toimituksen kokonaisuuden kansallisesta valvonnasta.

Hyvinvointialueiden rahoituksen kannalta keskeistä on, että sairastavuutta mitataan mahdollisimman luotettavasti ja vertailukelpoisesti. Pelkkä diagnoosien käyttö sellaisenaan ei riitä, jos järjestelmään jää määritelmällisiä ja rakenteellisia virheitä. Sairastavuuden arviointia tulisi vahvistaa yhdistämällä useita tietolähteitä: esimerkiksi lääkekorvattavuustiedot ja apteekkiosiot tarjoavat joissain tilanteissa objektiivisemmän kuvan aidosta pitkäaikaissairastavuudesta kuin yksittäinen kirjattu diagnosoikoodi. Kun nykymalliin valittuja luokkia tarkastellaan esimerkiksi kilpirauhasen vajaatoiminnan tarvevakioluokan osalta, tässä tarvevakioluokassa ei tapahdu vastaavaa sairauskohtaista vaihtelua mitä tapahtuu muissa luokissa. Tämä johtuu siitä, että jokainen kilpirauhassairauden lääkettä käyttävä potilas on mallissa apteekista ostetun lääkkeen perusteella, jolloin tiedot ovat käytännössä täydelliset ja täysin vertailukelpoiset alueiden välillä.

Samalla on tarpeen määritellä selkeästi, mitä pitkäaikaissairaus tarkoittaa rahoitusmallissa. Tarvevakiomallissa esiintyneen ongelman ydin on käsityksemme mukaan THL:n itsensä luoma käsite pitkäaikaissairaudesta. Vastaavaa luokitusta ei suoraan esiinny kansainvälisessä lääketieteellisessä kirjallisuudessa, eikä luokitusta ole käsityksemme mukaan tutkittu tässä käyttötapauksessa.

Diagnoosiluokitukselle ei ole tässä käyttötarkoituksessa yksiselitteisiä diagnoosikohtaisia määritelmiä, joista ammattilaiset olisivat yksimielisiä. Diagnoosiluokituksen jako kahteen on aiheuttanut väistämättä tulkintaongelman siitä mikä todellisuudessa on pitkäkestoista hoidon tarvetta aiheuttava diagnoosi ja mikä ei. Tämä avaa mahdollisuuden toiminnalle, jossa alue itse tulkitsee ohjeistusta leveämmin ja kirjaa pitkäaikaisdiagnooseiksi myös sellaisia diagnooseja, joiden pitkäaikaisuus on tulkinnanvaraista. Koska nämä diagnoosit tuottavat rahoitusta vuosittain niin kauan kuin pitkäaikaisuuden merkintä säilyy, on jokaisella hyvinvointialueella intressi laajentaa pitkäaikaisuuden käsitettä jokaiseen mahdolliseen diagnoosiin.

THL kuitenkin vastaa tiedonhallinnan ohjauksesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, ja sen kansalliselle koodistopalvelimelle tuottamat ohjaustiedot ovat osa tätä ohjauskoneistoa. Koska ei ole myöskään säännöstöä ja koneistoa, joilla tosiasiallisesti valvotaan tätä määrittelyiden ja tietojen toimittamisen kokonaisuutta, on syntynyt yhteiskunnalle kallis ja osin hallitsematon diagnoosien toimittamisen kilpailu, joka entisestään lisää hyvinvointialueiden rahoituksessa havaittua ongelmaa.

Määritelmien puute aiheuttaa myös merkittäviä moraalisia haasteita. Onko lääkärin syytä merkitä potilaan päihderiippuvuus ”pysyväksi” tai ”pitkäaikaiseksi” rahoituksen vuoksi, vaikka lääketieteen lähtökohtainen tarkoitus on päihderiippuvuudesta eroon pääsy. Tällaisella merkinnällä saattaa olla merkittävät seuraukset yksilölle tulevissa terveyden- ja sosiaalihuollon kontakteissa. Hyvinvointialueen taloudellinen intressi on kirjata tällainen merkintä pysyväksi.

Lisäksi järjestelmästä tulee rajata mahdollisuus käyttää pitkäaikaisdiagnooseina rahoituksen laskennassa sellaisia diagnooseja, jotka ovat lääketieteellisesti katsoen kertaluonteisia. Tällaisia ovat esimerkiksi murtumat tai muut akuutit vammat. Tällöin rahoitus ohjautuu todelliseen hoidon tarpeeseen eivätkä virhemerkinnät kerrytä rahoitusta pysyvästi väärästä syystä. Näin rahoitusmalli olisi sekä oikeudenmukaisempi että kestävämpi. Tällainen kirjaamistapa tarkoittaisi käytännössä sitä, että esimerkiksi lonkkamurtuma hyväksyttäisiin ainoastaan ns. käyntisyynä, tai jopa ainoastaan kirurgian yksiköiden käyntisyinä, jolloin kenelläkään ei olisi mahdollisuutta saada siitä rahoitusta vahingossa väärällä merkintätavalla. Tällaisen mallin luominen vaatii lisäresursointia THL:n tarvevakiointiryhmälle ja THL:n ja klinikoiden yhteistyön lisäämistä.

Toteamme vielä selvyiden vuoksi, että olemme samaa mieltä THL:n kanssa siitä, että pelkkä demografinen malli ei ole riittävä keino kartoittaa alueiden välisiä eroja sairastavuudessa. Uskomme, että tällä hetkellä paras malli löytyy jostakin nykyisen mallin ja yksinkertaistetun tai rajatun mallin välimaastosta. Selkeää on myös se, että mikäli malliin aiotaan lisätä sairausluokkia tai laajentaa tiedon keruuta kaikkiin ammattilaisiin, yhteystapoihin ja palvelumuotoihin, tämä suunnittelu on tehtävä vuosia ennen uusien muuttujien ottamista malliin, jotta hyvinvointialueet voivat tarkistaa tilastointikäytäntöjen sopivuuden uuteen tilanteeseen, ilman että nykyisen kaltaisia yllätyksiä ilmenee. Tarvitaan siis uusien sairausluokkien tietopohjan validointia ennen sellaisten käyttöönottoa.

Edellä mainittujen lyhyen aikavälin korjausten lisäksi on myös kehitettävä pitkän aikavälin ratkaisuja, jotka todellisuudessa palkitsevat hyvinvointialueita prosessien tehokkuudesta diagnoosien kirjaamisen sijaan.

Kuvaamme tämän kirjeen liitteessä (liite 2) näitä ehdotuksia tarkemmin, ja tuomme myös konkreettisia ehdotuksia lyhyen ja pitkän aikavälin korjaamiseksi.

Yhteenveto

Nykyisen rahoitusmallin toimeenpanon myötä malli mittaa liikaa alueiden kirjaamiskäytäntöjä ja tietojärjestelmien ominaisuuksia, ei väestön todellista palvelutarvetta kuten perustuslakivaliokunta on mallista lausueessa edellyttänyt.

Lisäksi rahoituksen vuosittainen suuri vaihtelu on epäuskottavaa ja hyvinvointialueiden palvelutuotannon johtamista vaikeuttavaa. Tämä uhkaa kansalaisten yhdenvertaista kohtelua ja joidenkin hyvinvointialueiden kykyä turvata perustuslain edellyttämät sosiaali- ja terveysterveyst. ja terveyspalvelut.

Etelä-Pohjanmaalla 25.2.2026

Jyväskylässä 25.2.2026

Tero Järvinen
hyvinvointialuejohtaja
Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue

Lasse Leppä
Konsernipalvelujen toimialajohtaja
Keski-Suomen hyvinvointialue

Jari Kankaanpää
ylilääkäri
Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue

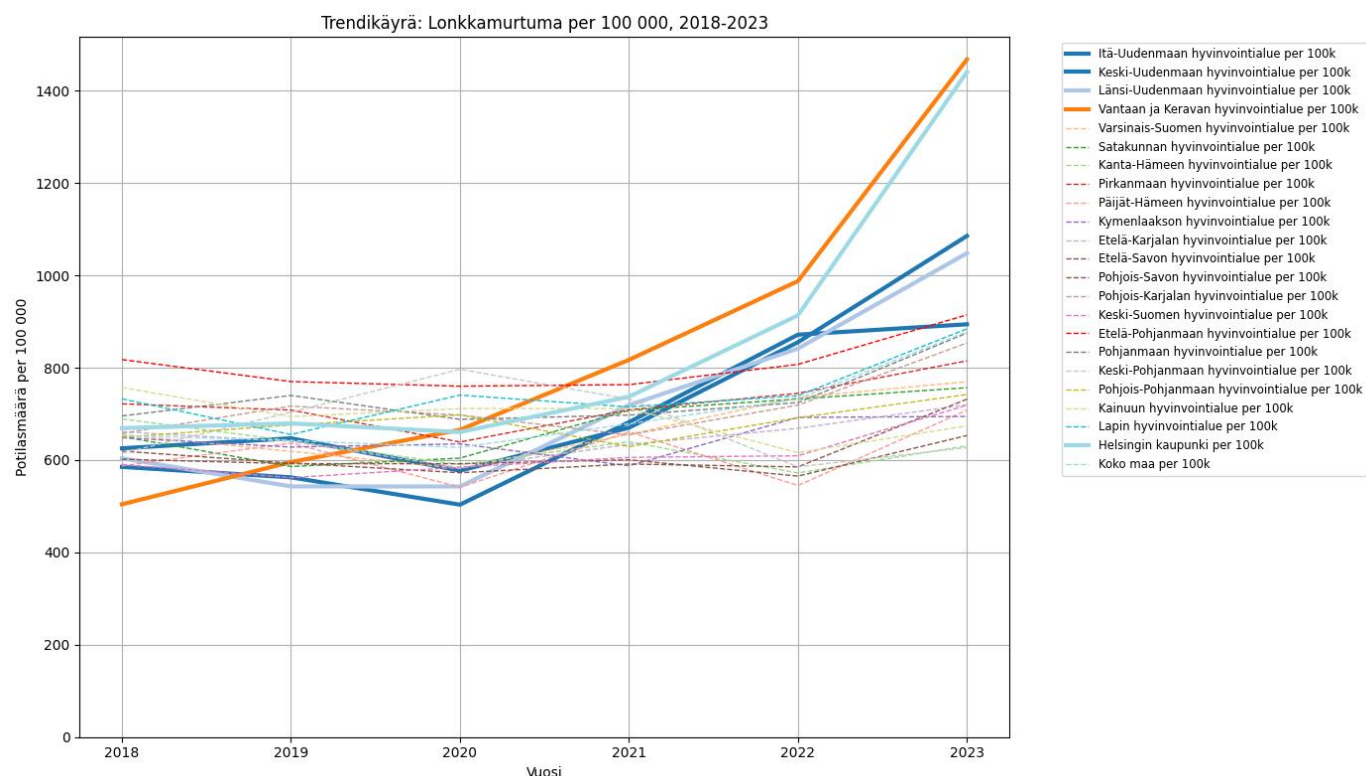
Petri Kivinen
ylilääkäri
Keski-Suomen hyvinvointialue

LIITE:

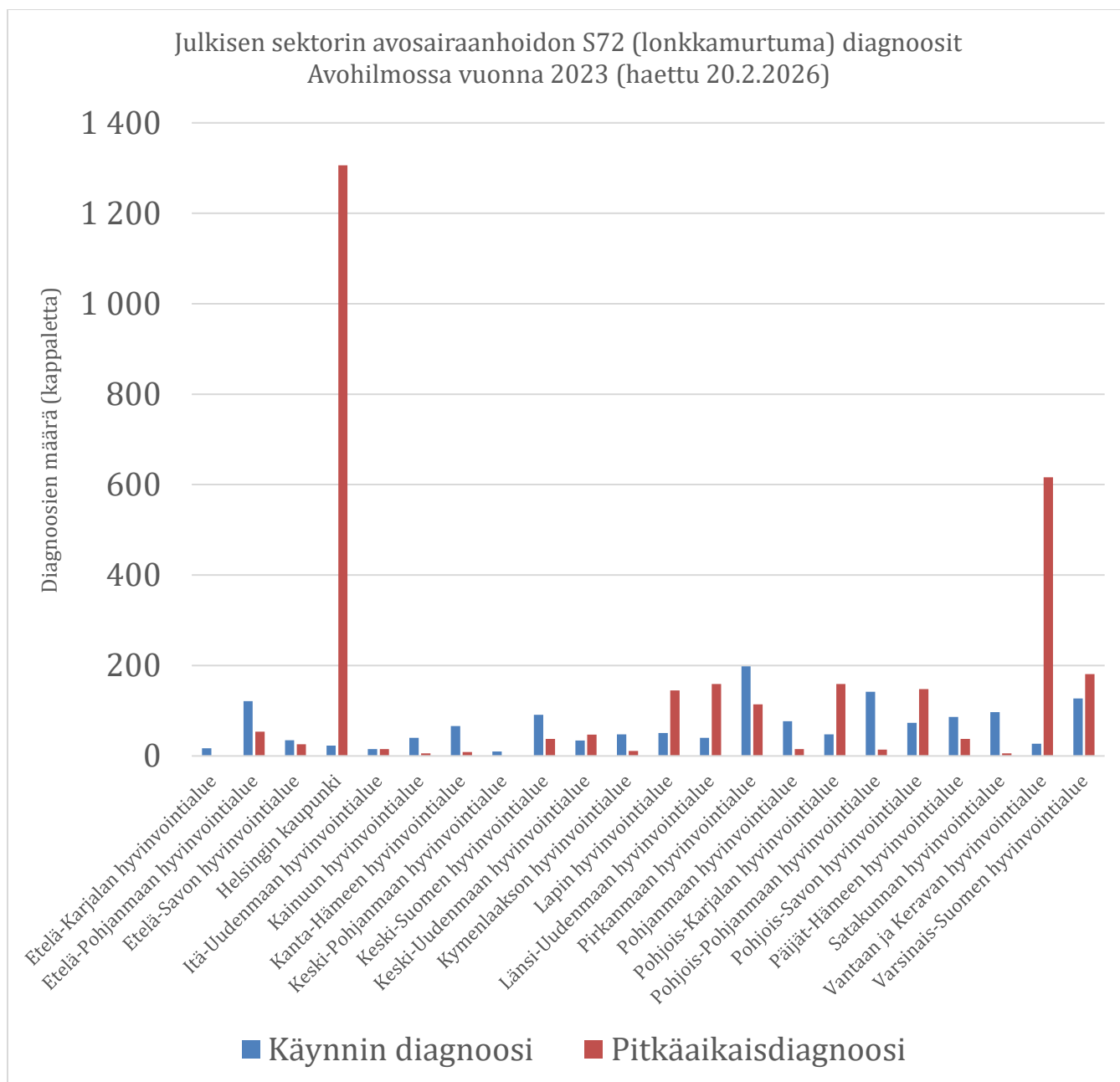
Liite 1: Esimerkkejä tarvetekijöitä vääristävistä virheistä

Liite 2: Lyhyen ja pitkän aikavälin korjausehdotuksia

Liite 1: Esimerkkejä tarvetekijöitä vääristävistä virheistä



Kuva 1. Rahoitusmallin vanhustenhuollon mallin "Lonkkamurtuma" -tarvevakioluokan potilasmäärät. Murtuma on yleensä kertaluontoinen ja ohimenevä, lääketieteellisesti se ei ole käytännössä pysyvä. Murtuman komplisoituessa tulee tautikirjaamisen ohjein käyttää eri diagnoosia. Kyseinen malli huomioi vain yli 64-vuotiaat potilaat. Potilaiden määrä on suhteutettu jokaisen alueen yli 64-vuotiaisiin. Uudenmaan hyvinvointialueilla nähdään merkittävä nousu lonkkamurtumissa vuosina 2020–2023. Vanhustenhuollon mallissa lonkkamurtumien osalta rahaa jaetaan sillä periaatteella, että Helsingin kaupungissa ja Vantaa-Keravan hyvinvointialueella on 2 kertaa enemmän lonkkamurtumia vanhuksilla kuin koko maassa keskimäärin. Edelleen hoitoilmoitusjärjestelmästä voidaan osoittaa, että nousu johtuu pitkäaikaiseksi merkityistä lonkkamurtumista (kuva 2).



Kuva 2. Avohilmosta löytyvät lonkkamurtumat vuonna 2023 hyvinvointialueittain. Lääkäri on merkinnyt käynnin diagnoosiksi Helsingin kaupungissa lonkkamurtuman 23 kertaa. Sen sijaan tietojärjestelmä on raportoinut 1306 pitkäaikaisdiagnoosia, ilman että niitä on toimitettu terveydenhuollon ammattilaisen toimesta. Kyseessä ovat tietojärjestelmässä pitkäaikaiseksi merkityt lonkkamurtumat (lääketieteellisesti ohimenevä tila), jotka kuvan 1. mukaisesti aiheuttavat rahoitusvaikutuksen. Vastaava ilmiö nähdään erikoissairaanhoitoa kuvaavassa Hilmo-rekisterissä.

Liite 2: Lyhyen ja pitkän aikavälin korjausehdotukset

Lyhyen aikavälin korjausehdotukset

1. **THL:n ja ministeriön on pikaisesti luotava säännöt, joilla diagnoosien kirjaamista pysyviksi tai pysyväisluonteisiksi (ns. pitkäaikaisdiagnoosi) määrätään.** THL:n omiin tarpeisiinsa tekemä ei-lääketieteellinen luokittelu on korjattava pikaisesti ja tarvittaessa erotettava se, miten THL itse käyttää Hoitoilmoitusrekisterin tietoja tilastollisiin tarpeisiinsa siitä, miten hyvinvointialueiden rahoitukseen vaikuttavaa tiedonhallinnan ohjausta sillä toteutetaan.

Mikäli muutosta ICD-10 diagnoosien pysyvyysmäärittelyyn koodistopalvelun tietosisältöön ei ole mahdollista tehdä esim. THL:n omien tilastollisten tarpeiden vuoksi, myös tarvetekijämallin määrittelyssä ja laskennassa voidaan vaihtoehtoisesti asiantuntijatyöryhmän pikaisella työllä rajata laskennasta tällaiset epämedisiinisesti pysyviksi (pitkäaikaiseksi) ilmoitetut diagnoosit pois, mikäli tällainen säännöstö THL:n johdolla luotaisiin. Tämä työ tulee joka tapauksessa THL:ssä tehtäväksi uuden ICD-11 koodiston käyttöönoton myötä.

2. **THL:n tulisi määrittää täsmällisesti, mitä pitkäaikaisdiagnoosilla tarkoitetaan.** Joiltakin hyvinvointialueilta kulkeutuu hoitoilmoitusjärjestelmään päivittäin pitkäaikaiseksi tai pysyväksi luokiteltuja diagnooseja, kun toiselta alueelta näin ei tapahdu. Tällä tavalla tietojaan toimittavat hyvinvointialueet saavat joka vuosi asiakkaan muun käynti- tai asiointitapahtuman ilmoitustietona tällaiset virheelliset diagnoosit mukaan rahoitukseen vaikuttavaan laskentaan, lainkaan tällaisia sairauksia hoitamattakin.

THL voi käyttää omia määrittelyitään omiin tutkimustarpeisiinsa, mutta osana tiedonhallinnan kansallista ohjausta rahoitukseen vaikuttavien diagnoosien määrittelyjen tulee olla yleisesti hyväksyttäviä ja hyvinvointialueiden asiantuntijoiden evaluoimia.

3. **Edellä mainitun lisäksi THL:n ja ministeriön on pikaisesti luotava säännöt, joilla määrätään kuinka pitkältä ajalta tietoja tietoltaista tai muista tietolähteistä voidaan tietojen jälkikäsitteilyä tai rikastamisia hyödyntäen liittää ns. pitkäaikaisdiagnooseja tilastovuoden käyntitapahtuman taustailmoituksina tehtäviin täydentämiin.**

Rikastamisella tässä tarkoitetaan sellaista tietoteknistä poimintaa, jolla kyseiseen käynti- tai asiointitapahtumaan ilman ammattilaisen kirjaamia pysyviä (pitkäaikaisia) diagnooseja liitetään Hoitoilmoitukseen useiden vuosien takaa, esimerkiksi käyttäen keinotekoisesti kyseisen käynti- tai asiointitapahtuman kirjaamispäivää pysyvän diagnoosin alkamispäivänä.

4. ***THL:n ja ministeriön on resursoitava pikaisesti lisää asiantuntijoita selvittämään ja ohjeistamaan tätä kokonaisuutta sekä luotava läpinäkyvät ja jäljitettävät keinot valvoa ja seurata edellä kuvattujen sääntöjen noudattamista ja ohjeiston toimivuutta ja tehostaa tietojärjestelmätoimittajiin kohdistuvaa valvontaa ja ohjeistusta.*** Pelkkä hyvinvointialueen ja ohjelmistotoimittajien sopimuksellinen suhde ei riitä, vaan valvonnan on oltava ulkopuolisen tahon tekemää. Voimassa olevat sopimukset nykyisten toimittajien kanssa on solmittu jo vuosia sitten, ja uudet velvoittavat sopimusmuutokset tulisi neuvotella uudelleen.

Epätasomallisten ohjeiden ja puuttuvien sääntöjen sekä tietojen toimituksen kokonaisuuden lain tai asetuksen tasoisen normiston puutteen vuoksi hyvinvointialueiden sopimusriski ja sopimusten kustannukset tulisivat väistämättä kasvamaan. Jos kyse ei ole velvoittavasta ohjeistosta ja sen kansallisesta valvonnasta, ei myöskään hyvinvointialueiden mahdollisuudet tätä valvoa parane tai ole edes kohtuullisin kustannuksin toteutettavissa. Nykytilanne ei ole hyvinvointialueiden edun mukaista.

Lisäresurssit on kohdennettava nimenomaisesti tarveperusteisuuden määrittelyssä edellä ja aiemmissa materiaaleissamme kuvattujen epäkohtien korjaamiseen.

5. ***Jokaiselle hyvinvointialueelle on annettava mahdollistavasta päätöksestä aikaa vuosi täydentää ja rikastaa yhdenmukaisella tavalla, edellä mainituin säännöin, oman alueensa tiedot niin, että niistä tulisi yhteismitallisia.***
6. ***Virheiden pienentämiseksi lyhyellä aikavälillä tarvetta kuvaaviin tekijöihin tulee liittää laajemmin muita vakaita tietolähteitä,*** kuten esimerkiksi Kelan sairauksien hoitoon käytettävien lääkkeiden erityiskorvattavuustilastoja ja kuntoutus-, sekä sairauspäivärahan korvauksiin liittyviä tietoja.

7. ***Vuoden 2027 rahoitus ei saa enää perustua edellä kuvattuun virheelliseen tietoon. Tarvetekijämallin laskennasta on poistettava ne tiedot, jotka eivät kuulu alkuperäiseen THL:n tarvetekijämäärittelyyn.*** Jo hyväksytyn tarvetekijämallin mukaisella tavalla toimittaessa ei tarvita uutta lain tasoista sääntelyä. Rahoituslaskelmissa ei saa tapahtua vuoteen 2026 verraten sellaisia hallitsemattomia muutoksia, jotka heikentävät entisestään rahoituksen tarvetekijämallin heikkouksista ja puutteista kärsivien alueiden rahoitusosuuksia.
8. ***Eduskunnassa tulee säätää tarvittaessa väliaikainen laki, jolla rahoituslain III vaiheen uudistamista siirretään, kunnes tietopohjaan liittyvät ongelmat, puutteet ja epäyhdenmukaisuudet on korjattu ja arvioitu uudelleen.*** Tänä siirtymäaikana rahoitusmallin ennakoitavuutta ja vakautta on parannettava nopeasti. Nykyistä mallia on ennemmin tarve yksinkertaistaa ja pelkistää, kuin muuttaa sitä monimutkaisemmaksi. Tietoon perustumattomia, hätiköityjä muutoksia lainsäädännön muutoksilla toimeenpantaessa on vaara, että korjauksin tuotetaan lisää ongelmia, joiden korjaaminen vaikeutuu entisestään.
9. ***Tavoitteena on ollut ja on yhä jatkossakin säilyttää yhdenvertaiset sosiaali- ja terveyspalvelut kaikkialla Suomessa ja että sen mahdollistavien päätösten ja rahoitusmallin tulee pohjautua kattavaan, oikeaan ja luotettavaan tietoon.*** Se todennäköisesti vaatisi yksinkertaisuudessaan myös avointa tietoon pohjautuvaa keskustelua siitä, että hyvinvointialueen tarpeen ylittävän ja osin perusteettoman edun saaneiden alueiden rahoitusosuuden jakamista uudelleen tulee harkita osana rahoituksen tasapainottamista alueiden kanssa. Tämä olisi kaikkien hyvinvointialueiden edun mukaista. Tällä olisi todennäköisesti julkista keskustelua asian ratkaisun hakemiseen paremmin suuntaavaa vaikutusta. Jos rahoitusmallissa olisi enemmän kannusteita myös kustannusten kasvun hillitsemiseen ja tästä huolimatta riittävän palvelutason säilyttämiseen, julkinen hyväksyntä uudistuksille voisi olla helpompaa.

Pitkän aikavälin korjausehdotukset

1. ***Valtion tulisi perustaa pitkäjänteiseen ja tavoitteelliseen työhön sitoutunut monitieteellinen ja hyvinvointialueilta vahvan asiantuntijuuden omaava tarvetekijämallin kehittämistä suuntaava työryhmä***, jossa kuultaisiin aluksi hyvinvointialueiden tarpeita ja huomioita nykytilanteesta. Pidämme oikeansuuntaisena Valtiovarainministeriön 18.2.2026 tiedotteen mukaista suunnitelmaa, jossa Valtiovarainministeriö käynnistää selvityshankkeen tukemaan hyvinvointialueiden rahoitusmallin seuraavaa uudistusta. Selvityshankkeen lähtökohtana tulee olla rahoitusmallin kokonaisvaltainen kehittäminen yksinkertaisempaan, ennakoitavampaan ja kannustavampaan suuntaan. Pidämme kannatettavana, että selvityksen tuloksena syntyvä uudistus turvaisi palvelut sekä ylläpitäisi ja vauhdittaisi käynnistynyttä hyvinvointialueiden toiminnan uudistumista ja julkisten menojen hillitsemistä, mutta myös pysäyttäisi alueiden eriytymistä.
2. ***Rahoitusmallia tulee uudistaa hyvinvointialueiden prosessien parantamista kannustaviksi.***

Tällä hetkellä rahoitusmallista hyötyvät eniten alueet, jotka saavat alueensa näyttämään sairaimmalta, ja joilla on paljon yksityistä palvelujen käyttöä, joista diagnoositietoja on valunut kyseisten hyvinvointialueiden hyödyksi.

Esimerkiksi hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kertoimen osuutta rahoituksen määräytymisessä tulisi lisätä kuitenkin edellyttäen, että sen arvioinnissa käytettävä tietomalli huomioi myös hyvinvointialueiden kustannusvaikuttavien toimintamallien kehittämisen ja käyttämisen. Nykyinen mekanistinen malli ei kannusta hyvinvointialueita prosessien kehittämiseksi mm. ennakoivien terveystarkastusten toteuttamisessa, koska tilastojen keruu ei huomioi toiminnan tehokkuutta.

Esimerkiksi rahoitusmallissa yhtenä osana olevassa hyte-kertoimessa on valuvikoja, jotka tulisi korjata mahdollistamaan kustannusvaikuttava hyvinvointialueen palvelutuotannon käyttö:

Esimerkki 1: jos alueella tunnistetaan 10 lasta tai nuorta, jotka ovat erityisen tuen tarpeessa, ja heistä 8 selvitetään, tällainen alue saa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kertoimen laskentamallissa paremman pisteytyksen kuin alue, jolla tunnistettu 2000 lasta tai nuorta ja heistä 1400 selvitetään. Alueella muodostuu nyt kannustimeksi tunnistaa mahdollisimman vähän lapsia ja nuoria, joilla on erityisen tuen tarpeita, ja selvittää heistä kaikki. Tavoitteena tulisi sen sijaan olla, että alue tunnistaa kaikki erityisen tuen tarpeessa olevat ja selvittää heistä mahdollisimman monta.

Esimerkki 2: kouluterveydenhuollon tarkastuksia tehdään jo ennakkoiden ennen seuraavan lukuvuoden alkua, jotta tuen tarve voidaan oppilaan eduksi tehdä ns. hiljaisena aikana ja käytettävä ammattilaisresurssi olisi tehokkaassa käytössä. Laskentaan tällaiset tarkastukset eivät kuitenkaan tule toteutuneiksi, koska niitä ei tehdä oikean lukuvuoden aikana. Hyvinvointialue ei hyödy tekemästään, resurssien käytön kannalta tehokkaasta työstä.

Tällaiset vaikuttavaa toimintaa estävät kannustinloukut tulee osana uudistamista ottaa kehittämisen kohteeksi ja hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kerrointa ei saa jatkossa erottaa tarvetekijämallin päivittämisestä. Dialogia hyvinvointialueiden kanssa tulee lisätä ja parantaa mallin kehittämisessä.

3. ***Rahoitusmallia tulee uudistaa myös pitkällä aikavälillä vakaammaksi, vähemmän vuosittaista vaihtelua aikaansaavaksi.*** Monet muutokset hyvinvointialueella vaativat yli budjettivuosien menevää muutoksen tekemistä, jossa alueen rahoituksen ennakoitavuus ja hallittavuus varmistaa turvallisten ja hallittujen siirtymien tekemistä kustannusvaikuttavuudenkin kehittämiseksi. Myöskään väestön kasvu ei ole yllätyksellistä yksittäisen vuoden toimintaa, vaan vaatii pitkäjänteistä ja suunnitelmallista palvelurakenteen sopeuttamista. Siten ei ole perusteltua, että hitaasti ilmenevät väestömuutokset vaikuttaisivat merkittäväällä tavalla vuosittaiseen rahoituksen muuttumiseen.

Mallia kehitettäessä tulisi huomioida, että mm. poliittisten päätösten tekeminen ja sopimukseen vaikuttaminen muuttuvia väestörakenteita vastaaviksi vaatii aikaa. On tiedostettava paremmin myös rahoituksen kannalta, että palvelujen vähentäminen ja tiloista tms. luopuminen on usein sopimuksellisesti pidempi prosessi kuin uusien

palvelujen aloittaminen kasvavalle väestölle. Sopeuttamisaika on siten väistämättä erilainen eri alueilla eri lähtökohdissa.

4. ***Rahoitusmallin tarvetekijöiden määrittelyn kehittämistä tulee jatkaa tutkittuun tietoon pohjautuen.*** Tarveperusteisuudessa tulee huomioida paremmin myös palvelujen käytön eroja ja saatuja hyötyjä, ei vain kappalemääriä ja diagnooseja.

Esimerkiksi kansallisia tietolähteitä huomioiden voidaan jo nyt tunnistaa erilaisia tyyppiasiakkuuksia ja saada palvelujen käytön eroja esiin esimerkiksi keskeisten kansansairauksien hoidossa. Tällaisten tietolähteiden pohjalta voitaisiin ohjata rahoitusta kustannustehokkuudessa onnistumisen perusteella (sama lopputulon pienemmin kustannuksin). Kansallista laaturekisteritietoakin olisi mahdollista jo nyt hyödyntää. Esimerkiksi laadullisesti kansallista keskiarvoa paremmin pärjäävien alueiden tulisi saada kompensatiota tehdystä suuremmasta tuloksekkaasta panostuksesta parempaan ennaltaehkäisyyn tai aikaansaatuun hyvinvoinnin parantumiseen. Nyt mahdollisimman monisairaaksi päätyminen hyödyttää hyvinvointialueita eniten.

Tarvetekijämallin tilastollista mallia kokonaisuutena ja sen muuttujien käyttöä tulisi kehittää vähintäänkin yhdessä ekonometrian ja kansantaloustieteen kansallisten ja kansainvälisten asiantuntijoiden kanssa niin, että väistämättä multikolineaarista aineistoa käyttävässä mallissa selitysasteeksi saataisiin nykyistä korkeampia lukuja.

Myös jälkikätestarkastuksen toimivuutta tulisi tarkastella kriittisesti suhteessa mallin kannustavuuteen ja siihen, mitä käytetyllä rahoituksella on alueilla saatu aikaiseksi.

Mallin kehittämisessä tulisi hyödyntää aiempaa enemmän jopa kansainvälisiä asiantuntijoita, kokemuksia ja toimintamalleja sekä tutkimustietoa, joiden perusteella tarveperusteisuutta tulisi kehittää yksinkertaisempaan, kannustavampaan ja alueiden tuottavuutta parantavaan suuntaan.

5. ***Pitkän aikavälin ratkaisussa tulisi tarkastella myös riippuvuuksia. Onko tarveperusteisen laskentamallin puolueettoman toiminnan kannalta haitta vai hyöty, että sama taho, joka määrittää tarvetekijät, kerää tilastot, ohjeistaa tietojen keruun alueille, saisi jatkossa myös päättää mitä laskentaan otetaan mukaan tai ei.***

Virheiden ja puutteiden tai tiedontoimitusten ongelmien selvittämisessä päädytään nykyisellään helposti myös omien etujen puolusteluun ja riippumattomuus voi olla vaarantunut. Siksi olisi perusteltua selvittää osana mallin kehittämistä, tulisiko ennemmin ulkopuolisen tutkimuslaitoksen tai kotimaisten ja kansainvälisten yliopistojen monialaisista asiantuntijoista koostuvan tahon olla varsinaisen tilastollisen mallin tuottaja.

Tällaisessa mallissa nykyinen tilastoviranomainen tuottaisi tarvittavan tiedon erillään toimivalle tilastollisen mallin tuottajalle. Menettely voisi lisätä mallin uskottavuutta, ja monitieteinen lähestymistapa auttaisi todennäköisesti myös havaitsemaan sen heikkouksia.