Eduskunnan talolusvaliokunta
TaV@eduskunta.fi

Vastauspyyntö 9.4.2021

HE 241/2020 vp (sote), pyydetyt asiantuntijavastaukset

1. Vastauspyyntö

Eduskunnan talousvaliokunta pyytää vastauksia liitteessä oleviin kysymyksiin asiassa HE 241/2020 vp.

2. Suomen Yrittäjien vastaukset, yleistä

Yleisenä huomiona toteamme edelleen, että lakiesityksen on kirjoitettu siten, että näyttää siltä, että palvelujen ostot yksityiseltä sektorilta sallitaan edelleen laajasti. Lakiesityksen 12 § (Edellytykset palvelujen hankkimiselle yksityiseltä palveluntuottajalta) näyttäisi rajaavan ostot vain vähäisessä määrin, mutta muihin pykäliin ja perusteluteksteihin liittyvät tarkennukset tosiasiassa rajoittavat palvelujen hankintoja/ostoja yksityiseltä sektorilta voimakkaasti.

Toteamme, että lain perusteluiden tulee tukea säädetyksi tulevia pykäliä. Nyt varsinaiset asiakokonaisuudet on kirjoitettu perusteluihin, eikä säädetyksi tuleviin pykäliin. Pelkästään lakitekstiä lukemalla on mahdotonta päästä käsitykseen siitä, mikä lain tarkoitus on ja mitä yksittäinen säännös tarkoittaa. Lain säätämisen jälkeen hyvinvointialueiden ja tuomioistuinlaitoksen tulee voida pystyä toimimaan lakitekstiin turvaten. Nyt näin ei ole asianlaita. Ei voida olettaa, että jatkossa perusteluteksti kertoo säännöksen sisällön, eikä itse pykälä.

2.1. Vastaukset kysymyksiin

STM /VM:
Mitkä ovat sairauksiin perustuvan tarveperusteisen mallin lisäksi valittuja rahoituksenjakoperusteita (mm. kielilisät) ja millainen niiden kunkin euromääräinen osuus on?
Miten lapsivaikutusten arviointi on toteutettu? Miten tarvekerroin huomioi esimerkiksi tällä hetkellä puutteelliset lastensuojelun rahoituksen ja lastenpsykiatrian tarpeen?
Miten rahoitusmallia voitaisiin kehittää vaikuttavuuden huomioimiseksi (nyt sairausperusteinen)?
Miten voimme avata tarvekerroinmallin, jonka perusteella jaetaan miljardeja, tutkijoiden

käyttöön avoimeksi (tällä hetkellä ei ole)?
Miten kustannusten lähtötaso ja kehitys voitaisiin huomioida alueellisesti?
Miten tarvekerroinmallin sairausluokituksia tulisi parantaa ja laajentaa? Miten sosiaalipalveluiden laskentaa kehitetään?
HUS-alue on laskenut, että sairasluokituksessa vain n. 54% sairauksista on huomioitu, mikä on osuus muissa sairaanhoitopiireissä?
Miten yliopistosairaaloiden toiminta ja kustannustaso huomioitaisiin kattavammin?
Miten kannustinvaikutusongelmilta aiotaan välttyä?
Miten alueiden todellisen itsehallinnon puutteen ongelmalta aiotaan välttyä?
Hallitus (sote-minry) on päättänyt veromallin edistämisestä. Milloin hyvinvointialueilla on verotusoikeus käytössä?
Kuinka suuri vaikutus on kerätyn datan epäyhtenäisyydellä?
Miten kuntien ja hyvinvointialueiden yhteistyötä kehitetään?
Miten vastaatte arvioon rahoituksen kohdennuksen väärästä painopisteestä? Miten nykyiseen kohdennukseen (asukasmäärän osuus) on päädytty? Mksi on päädytty tähän prosenttirajaukseen?
Vähenisikö rahoituksenjaossa asukasmäärän osuuden kasvattaminen tarvekerroinmallissa havaittuja epätarkkuuksia?

Miten terveydenhuollon rahoitus riittää tällä tasolla ja miksi ei pyritä Pohjoismaiselle tasolle?
Miten vastaatte kasvukaupunkien esittämään palautteeseen?

Miten kuntien taloudellista asemaa voitaisiin helpottaa? Onko arvioitu, miten kuntien pääasialliseen tehtävään, koulutukseen jää rahoitusta kuntien verotulojen leikkautuessa? Mitkä olisivat ensisijaisia ehdotuksia kuntien verotuksellisen aseman vahvistamiseksi?

Kaikille asiantuntijoille:
Miten kustannusten lähtötaso ja kehitys voitaisiin käytännössä huomioida alueellisesti?
Miten tarvekerroinmallin sairausluokituksia (ja sosiaalipalveluiden huomiointia) tulisi parantaa ja laajentaa?
Miten osin lähtötasoon perustuva malli ja vain osittaiset sairausluokitukset huomioivat sen, että esimerkiksi mielenterveyspalveluita ei tällä hetkellä resursoida riittävästi?
Miten kannattaisi arvioida tieteellisesti ja avoimesti rahoitusmallin vaikutukset terveyteen ja talouteen?
Kuinka suuria heittoja tarvekerroinmallin virheet / epätarkkuudet voivat aiheuttaa euromääräisesti?
Tulisiko asukasperusteisen laskennan osuutta lisätä?
HUS-alue on laskenut, että sairasluokituksessa vain n. 54 % sairauksista on huomioitu, mikä on osuus muissa sairaanhoitopiireissä?

Jos uudistus viedään läpi esitetyssä muodossaan ilman muutoksia, onko se mielestänne parannus vai heikennys nykytilaan suomalaisten hyvinvoinnin kannalta?

Esitys on selkeä heikennys sekä julkisen sektorin että yksityisen sektorin kannalta. Esitys on selkeä heikennys myös asiakkaan näkökulmasta, koska täkein tavoite, asiakkaan hoitoonpääsy ei tule paranemaan, vaan se tulee heikkenemään voimakkaasti. Uudistus tulee lisäämään väistämättä terveysvakuutusten hankintaa niiden osalta, joilla siihen on varaa. Tämä

puolestaan lisää kansalaisten eriarvoisuutta. Jos julkisen sektorin palvelutarjonta ei pysty vastaamaan kysyntään, etsivät hoidon tarvitsijat muita mahdollisuuksia. Viime vuosikymmeninä tapahtunut kehitys on johtanut yksityisten terveysvakuutusten yleistymiseen ja työterveysjärjestelmän laajenemiseen. Hallituksen esityksen mukaisesti toimien tämä kehitys tulee jatkumaan ja jopa voimistumaan. Se johtaa vääjäämättä eriarvoisuuden lisääntymiseen.

Yritysten kannalta esitys rajoittaa liikaa sitä, miten yksityiset yritykset voivat tarjota palveluitaan hyvinvointialueille, sekä julkista sektoria siinä, mitä palveluita, ja miten ne voivat palveluita yksityiseltä sektorilta ylipäänsä hankkia. Tämä ei ole yksityisen sektorin, eikä myöskään julkisen sektorin etu. Se ei ole myöskään asiakkaan etu.

Esitetty toimintamalli ja ratkaisut eivät paranna julkisrahoitteisten palveluiden saatavuutta, koska väestön ikärakenteen muuttuessa palveluiden tarve lisääntyy nopeammin kuin esitetyllä mallilla pystytään kansalaisten tarvitsemia julkisrahoitteisia palveluita tuottamaan. Tavoite sote-palveluiden saatavuuden ja saavutettavuuden parantamisesta ei silloin toteudu.

Emme näe, että uudistus millään tavoin esitetyssä muodossaan parantaa esityksen tavoitteita hoitoonpääsyn, kustannusten hillinnän tai palveluiden saatavuuden tai saavutettavuuden osalta. Esitys johtaa päinvastaiseen suuntaan, mikäli se hyväksytään esitetyssä muodossa.

Miten yksityisten palveluntarjoajien rooli muuttuisi uudistuksessa? Kuinka laaja mahdollisuus hyvinvointialueilla tosiasiassa on järjestää palveluja haluamallaan tavalla uudistuksen jälkeen?

Lakiesityksen on kirjoitettu siten, että näyttää siltä, että palvelujen ostot yksityiseltä sektorilta sallitaan edelleen laajasti. Lakiesityksen 12 § (Edellytykset palvelujen hankkimiselle yksityiseltä palveluntuottajalta) näyttäisi rajaavan ostot vain vähäisessä määrin, mutta muihin pykäliin ja perustelutekstein liittyvät tarkennukset tosiasiassa rajoittavat palvelujen hankintoja/ostoja yksityiseltä sektorilta voimakkaasti.

Esitys pyrkii ensinnäkin vaikuttamaan yksityisen sektorin organisointitapaan. Se kieltää ostot ns. kuoriorganisaatioilta, joita eivät ole ainoastaan isot terveysjätit. Alihankinnan rajaaminen enintään 49 %:iin on todellinen ongelma, ja erityisesti pienempien yritysten kannata. Rajaus on myös kirjoitettu erittäin epäselvästi; ”*täydentävinä palveluina hankittavien palvelujen osuus voisi olla yksityisen palveluntuottajan hyvinvointialueelle tuottamista palveluista enintään 30 ja 49 prosentin välillä eli ei ainakaan yli puolta sen hyvinvointialueelle tuottamista palveluista”.* Mikäli esitetty rajaus lakiin jää, tulee sen olla kirjoitettu säännöksessä, ja se tulee määritellä siten, että se on toteutettavissa. Ei ole mahdollista laskea palvelutuotannon määrää

(esim. lääkärin vastaanottojen yhteismäärää, toimenpiteitä yms kuukausi/vuosi vai millä tasolla? Parasta olisi puhua henkilötyövuosista, jolloin täytyy määritellä, ketä henkilöitä säännös koskee. Onko esim. vastaanottovirkailija mukana laskennassa, koska hän tosiasiallisesti on mukana sotetoiminnassa?

Suomen Yrittäjien teki kyselyn sote-yrittäjille maalis-huhtikuun vaihteessa 2021. Kyselyn mukaan kolmannes yrityksistä myy joko kaiken tai osan palvelutuotannostaan toiselle sote-yritykselle. Kyse on siis laajasta joukosta pieniä sote-yrityksiä, ja pääosin kyse on ammatinharjoittajista tai muista toiminimiyrittäjistä. Esitys käytännössä estää näiden pienten toimijoiden elinkeinon harjoittamisen, koska noin 67 % sote-yrityksistä tuottaa joko ostopalvelu- tai palvelusetelipalvelua julkiselle sektorille. Nämä julkisen sektorin ostot tulevat esityksen myötä vähenemään radikaalisti esitykseen sisältyvien rajoitusten ja hyvinvointialueen oman riittävän tuotannon vaatimuksen myötä.

Alihankinnan ketjutuksen kielto on myös ongelma, koska pienyrittäjän tulee pystyä varmistamaan oma palvelulupauksensa hyvinvointialueelle välttääkseen mahdolliset sanktiot (esim. sairastumisen tai lomien aikaan tulee olla mahdollisuus ketjuttaa alihankintaa normaalista). Alihankinnan ketjutuksen ei voi nähdä olevan ongelma, koska toimijat tarvitsevat pääosin toimintaluvan Valviralta. He ovat siten päteviä eivätkä ns. virolaisia rakennusmiehiä (vertaus tuli valiokunnassa).

Lakiesitys kannustaa hyvinvointialueita tuottamaan palveluita itse, eikä hankkimaan niitä yksityiseltä sektorilta. Nykyisessä mallissa kunnat ja kuntayhtymät ovat voineet itse päättää investoivatko tiloihin, laitteisiin ja henkilökuntaan vai tuleeko edullisemmaksi ostopalveluiden hyödyntäminen yksityisiä toimijoita kilpailuttamalla tai palveluseteleitä käyttäen. hallituksen esityksen mukaan hyvinvointialueiden päätösvaltaa ollaan rajoittamassa merkittävästi. Se johtaa vääjäämättä huomattavasti nykyistä kalliimpiin ratkaisuihin. Tällöin sote-menojen osuus kasvaa entisestään.

Riittävän oman palvelutuotannon määrä on epäselvästi kirjattu. Sen vaatiminen kaikilta osasektoreilta aiheuttaa sen, että hyvinvointialueen tulee ottaa omaksi tuotannokseen myös sellaista palvelutuotantoa, jota tällä hetkellä tuotetaan paljon palvelusetelillä. Palvelusetelituottajat ovat nimenomaan pääosin pieniä yrityksiä, joilta jopa loppuu elinkeinonharjoittamisen edellytykset, ja sitä myöten mm. hallituksen työllisyystavoitteet heikkenevät.

Myös lakiesityksen 16 §:n hankintojen lisätty perusteluvelvoite hankaloittaa palvelujen hankintaa yksityiseltä sektorilta. Hankintalain säännösten täytyy

olla riittäviä myös sote-hankintojen osalta tulevaisuudessakin. Ei ole syytä hankaloittaa muutenkin hankalia hankintoja entisestään.

Asiantuntijakuulemisessa on väitetty, että uudistuksessa yksityisen sektorin kanssa tehtyä yhteistyötä rajoitetaan ja vähennetään merkittävällä tavalla ja tämän myötä kasvavat kustannukset arvioituakin nopeammin ja samalla tuottavuus heikkenee. Miten kommentoitte tätä väitettä?

Väite pitää paikkansa.

Kun yksityisen sektorin kanssa tehtyä yhteistyötä vähennetään, tulee hyvinvointialueen ottaa tehtäviä omaan hoitoonsa. Tämä tarkoittaa sitä, että hyvinvointialueen vastuulle ei tule ainoastaan henkilökunnasta työnantajalle aiheutuvat vastuut, vaan hyvinvointialueen tulee investoida tarvittaviin tiloihin ja laitteisiin. Näitä kustannuksia kunnat ja sairaanhoitopiirit eivät yleensä laske lainkaan palvelun tuotantokustannuksiin.

Lakiesitykseen liittävä laskentamalli ei ota lainkaan huomioon esitykseen liittyvää kustannusten lisäystä. Lisäkustannuksia tulee aiheutumaan siitä, että hyvinvointialue joutuu tuottamaan ison osan siitä palvelutuotannosta, joka tällä hetkellä tuotetaan yksityisen sektorin toimesta. Lisäkustannuksia aiheutuu siten henkilöstö-, laite-, tila- yms. kustannuksista. Tilojen osalta tulee kyseeseen myös uudet investoinnit, jotka hyvinvointialueen täytyy rahoittaaOn myös otettava huomioon se, että julkisen sektorin henkilöstökulut ovat suuremmat julkisella sektorilla kuin yksityisellä. Toiseksi etukäteen voi arvioida, että tarvittavaa henkilöstöä ei edes ole mahdollista rekrytoida julkiselle sektorille. Ainakin osan menetetystä palvelutuotannosta tulee korvaamaan uudet sairauskuluvakuutuksilla palveluja hakevat henkilöt, jolloin nykyisillä yrittäjillä ei ole mielenkiintoa siirtyä julkisen sektorin töihin.

Esityksen säästöpotentiaali on siten virheellisesti laskettu, eikä se tule toteutumaan missään tapauksessa.

Asiantuntijalausunnoissa on tuotu esiin, että raja sallitun ja ei-sallitun yksityisen palvelutuotannon kohdalla on epäselvä (mm. Teperi). Kuinka kommentoitte tätä väitettä ja miten kuvaatte tilannetta?

Lakiesityksessä ei ole määritelty sitä, mikä on hyvinvointialueen riittävän oman palvelutuotannon määrä. Tällöin rajanveto sallitun ja ei-sallitun yksityisen palvelutuotannon hyödyntämisen kohdalla jää tulkinnanvaraiseksi.

Järjestämislakiesityksen mukaan (24 § ja 42 §) asiaa valvovat ja siten myös tulkitsevat aluehallintovirastot ja viime kädessä se jää sosiaali- ja terveysministeriön ratkaistavaksi ministeriöiden ja hyvinvointialueiden neuvotteluissa.

Alihankintaa täydentävinä palveluina hankittavien palvelujen osuus voisi olla yksityisen palveluntuottajan hyvinvointialueelle tuottamista palveluista enintään 30 ja 49 prosentin välillä eli ei ainakaan yli puolta sen hyvinvointialueelle tuottamista palveluista. Kirjaus on epäselvä.

Alihankinnan rajaaminen enintään 49 %:iin on todellinen ongelma, ja erityisesti pienempien yritysten kannata. Rajaus on myös kirjoitettu erittäin epäselvästi; ”täydentävinä palveluina hankittavien palvelujen osuus voisi olla yksityisen palveluntuottajan hyvinvointialueelle tuottamista palveluista enintään 30 ja 49 prosentin välillä eli ei ainakaan yli puolta sen hyvinvointialueelle tuottamista palveluista”. Mikäli esitetty rajaus lakiin jää, tulee sen olla kirjoitettu säännöksessä, ja se tulee määritellä siten, että se on toteutettavissa. Ei ole mahdollista laskea palvelutuotannon määrää (esim. lääkärin vastaanottojen yhteismäärää, toimenpiteitä yms. kuukausi/vuosi vai millä tasolla? Parasta olisi puhua henkilötyövuosista, jolloin täytyy määritellä, ketä henkilöitä säännös koskee. Onko esim. vastaanottovirkailija mukana laskennassa, koska hän tosiasiallisesti on mukana sote-toiminnassa?

Esitykseen sisältyy pykäliä, joiden nojalla jotkut ulkoistussopimukset tai sopimusehdot voisivat muuttua mitättömiksi tai uuden sääntelyn mukaan lainvastaiset sopimukset voitaisiin irtisanoa. Kuinka arvioitte sopimusten irtisanomiseen, mitätöimiseen ja uudelleen neuvotteluun liittyviä kustannuksia ja muita vaikutuksia ja riskejä kuntatalouden näkökulmasta?

Voimassa olevat ulkoistussopimukset on tehty harkitusti: niiden avulla on tavoiteltu ja saavutettukin sote-uudistuksen tavoitteita: palveluiden saatavuus ja kustannustehokkuus ovat parantuneet. Miksi lainsäädännöllä pitäisi kiirehtiä kyseisten sopimusten purkamista?

Nykyiset ulkoistussopimukset ovat voimassa olevan lainsäädännön mukaisia. Jos niistä tehdään ”laittomia” uudella lainsäädännöllä, pitää nykyisten sopimusten ainakin antaa olla voimassa sopimusten määrittämän ajan, muuten jouduttaneen mittaviin korvauksiin sopimusrikkomuksista. Tällöin on olemassa ilmeinen vaara, että valtio joutuu maksamaan sopimusrikkomuksista koituvat korvaukset – niitä ei voi jättää nykyisten kuntien maksettaviksi.

Missä on näyttö siitä, että näistä palveluiden tuotantoon liittyvistä sopimuksista olisi haittaa perustettavien hyvinvointialueiden vastuiden toteuttamiselle?

Kuinka suurena uhkana näette koulutetun työvoiman saatavuuteen liittyvät ongelmat sote-sektorin kehittämisessä ja tuoko uudistus välineitä vaikuttaa asiaan?

Lausunnoissa kannetaan huolta kuntien ja hyvinvointialueiden välisestä integraatiosta ja näiden väliin jäävissä palveluissa. Erityisesti ennaltaehkäisen hoidon saatavuuden, kannusteiden ja Uudenmaan erillisratkaisun suhteen esiintyy huolta. Millä tavoin integraation vahvistaminen on huomioitu uudistuksessa?

Asiantuntijakuulemisessa on väitetty, ettei uudistus sisällä riittäviä kannustimia kustannusvaikuttavuuden kehittämiseen ja ennaltaehkäisevään työhön. Millaiset ovat hyvinvointialueiden kannustimet kustannusvaikuttavuuden kehittämiseen ja ennaltaehkäisevään työhön?

Vastuu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä jakautuu kuntien ja hyvinvointialueiden välille. Tähän on arvioitu asiantuntijakuulemisessa sisältyvän riski siitä, että hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen jäisi ns. ”ei kenenkään maaksi”. Miten arvioitte väitettä? Koska hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osuus esimerkiksi kuntien saamasta rahoituksesta on melko pieni, se herättää kysymyksen siitä, miten se kannustaa kuntia panostamaan ennaltaehkäisevään ja hyvinvointia edistävän työhön?

Asiantuntijalausunnoissa on kannettu huolta kuntien investointikyvystä ja lainakannan hoito- ja takaisinmaksukyvystä veropohjan muuttuessa ja rahoituksen siirtyessä valtionosuuspainotteisemmaksi. Miten arvioitte väitettä?

Potilasdirektiivin implementoiminen: Asiantuntijakuulemisessa on arvioitu, että Suomi voi joutua korvausvastuuseen, mikäli potilasdirektiiviä ei implementoida. Miten arvioitte väitettä?

EU:n komissio on aloittanut Suomen valtiota vastaan rikkomusmenettelyn potilasdirektiivin väärästä implementoinnista jo vuonna 2016.
Suomi on useita kertoja luvannut, että sote-uudistuksessa EU:n potilasdirektiivi implementoidaan kansalliseen lainsäädäntöön (laki rajat ylittävästä terveydenhuollosta) oikein.
Tämä tarkoittaa sitä, että Suomen on muutettava korvauskäytäntönsä muista EU maissa haettavista terveyspalveluista potilasdirektiivin mukaiseksi
Jos potilasdirektiiviä ei implementoida oikein, valtio joutunee maksamaan sanktioita ja korvausvastuuseen potilasdirektiivin vastaisesta toiminnasta.
Suomalaisen potilaan oikeudet eivät toteudu potilasdirektiivin mukaisesti kuten esim. ruotsalaisilla.

Kuulemisessa on esitetty, että hyvinvointialueille siirtyvät valtion takaamat lainat, joiden korko ei muutu, muodostavat kiellettyä valtion tukea alueille. Miten arvioitte väitettä ja riskiä sekä notifioinnin tarvetta siirtyvien lainojen osalta?

Coxa ja Sydänsairaala ovat kuulemisessa tuoneet esiin huolen, että uudistuksen jälkeen heidän toimintansa ei olisi mahdollista eli esitys johtaisi sidosyksikkömuodossa harjoitetun toiminnan eli osakeyhtiömuodossa toteutetun omistajasairaanhoitopiirien yhteistoiminnan purkamiseen tai toiminnan epätarkoituksenmukaiseen osittaiseen palauttamiseen hyvinvointialueelle ja sitä myötä kustannusten kasvuun. Miten kommentoitte tätä väitettä? Millä tavoin ko. toiminta olisi mahdollista myös uudistuksen jälkeen? Millä tavoin virkalääkärivaatimus vaikuttaisi hoidon saatavuuteen, tasoon ja kustannuksiin?

Kuulemisessa on arvioitu, että esityksessä ei käytännössä lainkaan oteta kantaa siihen, miten teknologisen kehityksen avulla voidaan parantaa palveluita ja keventää kustannusrakennetta samanaikaisesti. Kuinka valmistelussa on pyritty miettimään digitalisaation ja teknologian tuomia mahdollisuuksia tulevaisuuden sote-palveluiden järjestämisessä ja miten mallin hallinnollisin tai kannustinratkaisuin pyrittäisiin varmistamaan uusien teknologioiden hyödyntäminen?

Helsinki / Espoo / Vantaa:

Miten kuntien taloudellista asemaa voitaisiin helpottaa? Onko arvioitu jääkö kuntien pääasialliseen tehtävään, koulutukseen ja siihen liittyviin investointeihin riittävästi rahoitusta kuntien verotulojen leikkautuessa? Mikä on ensisijainen ehdotus kuntien verotuksellisen aseman vahvistamiseksi?

3. Suomen Yrittäjien esitykset pykälämuutoksiksi

3.1. Järjestäminen ja tuottaminen erotetaan velvoittavasti lainsäädännössä.

Muutosesitys: Lisätään lakiin hyvinvointialueesta 7.4 § säännös järjestämisen ja tuottamisen erottamisesta:
Maakunnan järjestämisvastuulle kuuluvan palvelun tuottamisen erottamisesta säädetään erikseen.

Muutosesitys: Lisätään järjestämislakiin 8 §:ään uusi momentti järjestämisen ja tuottamisen erottamisesta:
Maakunnan on omassa toiminnassaan erotettava sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen ja palvelujen tuottaminen.

3.2. Kehitetään ja otetaan käyttöön yhteinen kustannuslaskentamalli. Eduskunnan on sote-lainsäädännön yhteydessä velvoitettava laatimaan tämä toimintamalli.

3.3. Palvelustrategian (11 §) kirjausten tulee tukea maakunnan työllisyyttä ja elinvoimaa sekä tukea monituottajuutta. Tähän tulee luoda selkeitä kannusteita.

Muutosesitys: Lisäys järjestämislain 11 §:n
Palvelustrategiassa hyvinvointialue päättää järjestämisvastuulleen kuuluvan sosiaali- ja terveydenhuollon pitkän aikavälin tavoitteet. Lisäksi hyvinvointialue asettaa palvelustrategiassa tavoitteet sille, miten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut toteutetaan ottaen huomioon hyvin- vointialueen asukkaiden tarpeet, paikalliset olosuhteet sekä palvelujen saatavuus ja saavutettavuus. Palvelustrategian tulee tukea paikallista elinvoimaa ja monituottajuutta sekä mahdollistaa yksityisen sektorin innovaatioiden kehittymisen.

3.4. Hankintojen perusteluvelvollisuus (16 §) yksityisen palvelutuotannon osalta tulee poistaa kokonaan. Hankintalain sääntelyn tulee riittää.

Muutosesitys: Poistetaan järjestämislain 16 §.:
~~*16 . Palvelujen hankintaa koskevan päätöksen perusteleminen*~~
~~*Sen lisäksi, mitä hankintalain 123 §:ssä ja hallintolain (434/2003) 45 §:ssä säädetään, hyvin- vointialueen 12 §:ssä tarkoitettujen palvelujen hankkimista koskevassa hankintapäätöksessä on ilmettävä perustelut siitä, että palvelujen hankinnalle on olemassa 12 §:ssä tarkoitetut edellytykset sekä*~~

~~*siitä, kuinka hyvinvointialue kykenee toteuttamaan 8 §:ssä säädetyn järjestämisvastuunsa hankkiessaan palveluja. Lisäksi perusteluista on ilmettävä, miten hyvinvointialue on huolehtinut 15 §:ssä tarkoitetuista velvoitteistaan.*~~

3.5. Asiakkaille turvataan oikeus palveluseteliin kaikissa kiireettömissä toimenpiteissä.

3.6. Hyvinvointialueelle asetettu vaatimus riittävistä omista resursseista tulee poistaa (8.2 §)

3.7. Ylikapasiteetin vaatimus tulee poistaa (8.2.§).

Muutosesitys 8.2 §:ään:
Hyvinvointialueella on oltava riittävä osaaminen, toimintakyky ja valmius vastata sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja sen on huolehdittava asukkaidensa palvelutarpeen mukaisesta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen saatavuudesta kaikissa tilanteissa. Järjestämisvastuunsa toteuttamiseksi hyvinvointialueella on oltava ~~*palveluksessaan*~~ ***käytössään*** *toiminnan edellyttämä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstö sekä hallinnollinen ja muu henkilöstö, hallinnassaan asianmukaiset toimitilat ja toimintavälineet sekä muut tarvittavat toimintaedellytykset.* ~~*Lisäksi hyvinvointialueella on oltava järjestämisvastuunsa toteuttamisen edellyttämä riittävä oma palvelutuotanto.*~~ ***Hyvinvointialue voi ostaa toiminnan edellyttämää palvelutuotantoa myös muilta palveluntuottajilta****.*

3.8. Hankintoja yksityiseltä palvelutuottajalta ei tule rajoittaa (12.2–3 §).

Muutosesitys 12.2–3§:iin:
Hyvinvointialue ei saa hankkia yksityiseltä palveluntuottajalta:
1) palveluja, joihin sisältyy julkisen vallan käyttöä, jollei lailla erikseen toisin säädetä;
2) sosiaalihuoltolain 15 §:ssä tarkoitettua sosiaalityötä eikä 29 §:ssä tarkoitettua sosiaalipäivystystä;
~~*3) terveydenhuoltolain 50 §:ssä tarkoitettuja kiireellisen hoidon ja päivystyksen palveluja lukuun ottamatta mainitun pykälän 2 momentissa tarkoitettua perusterveydenhuollon päivä- ja ilta-aikaista kiireellistä vastaanottotoimintaa;*~~ *eikä*
3*) terveydenhuoltolain 40 §:ssä tarkoitettua ensihoitopalvelua lukuun ottamatta mainitun lain 40 §:n 1 momentin 1 ja 3 kohdassa tarkoitettuja palveluja.*

Hyvinvointialueen on vastattava palvelutarpeen arvioinnista hankkiessaan palveluja yksityiseltä palveluntuottajalta. Edellä säädetyn estämättä hyvinvointialue voi hankkiessaan perusterveydenhuollon ja

erikoissairaanhoidon palveluja antaa yksityisen palveluntuottajan tehtäväksi, osana asiakkaille annettavaa hoitoa, asiakkaan lääketieteellisen tai hammaslääketieteellisen hoidon tarpeen arvioinnin ja hoitoratkaisujen tekemisen, hoitosuunnitelman laatimisen sekä perusterveydenhuollossa lähetteen laatimisen erikoissairaanhoitoon. ~~Sama koskee perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavissa olevia ja niihin kiinteästi liittyviä erikoissairaanhoidon palveluja, jotka eivät vaadi erikoissairaanhoidon sairaala- tai poliklinikkaolosuhteita ja joissa asiakkaan hoitovastuu säilyy perusterveydenhuollossa. Lähetteen perusteella tehtävän terveydenhuoltolain 52 §:ssä tarkoitetun ratkaisun asiakkaan ottamisesta sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoitoa toteuttavaan toimintayksikköön sairaanhoitoa varten ja siihen liittyvän hoidon tarpeen arvioinnin ja hoitoratkaisut sekä sairaalaan otetun asiakkaan erikoissairaanhoidon palvelujen antamiseen liittyvän hoidon tarpeen arvioinnin ja hoitoratkaisut tekee kuitenkin virkasuhteessa oleva lääkäri tai hammaslääkäri.~~

3.9. Yksityisen palveluntuottajan oikeutta organisoida palvelutuotantoaan ei tule rajoittaa.

3.10. Kuoriorganisaatiota koskevat rajaukset ja -kiellot on poistettava (14.2 §).

Muutosesitys 14.2. §:
*Yksityisellä palveluntuottajalla on oltava hyvinvointialueen hankkimien palvelujen sisältöön ja laajuuteen nähden riittävä osaaminen, ~~palveluksessaan~~ **käytössään** toiminnan edellyttämä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstö sekä muut riittävät toimintaedellytykset. Yksityisen palveluntuottajan on oltava riittävän vakavarainen, jotta se pystyy huolehtimaan toiminnasta, sen jatkuvuudesta ja lakisääteisten velvollisuuksiensa täyttämisestä. Yksityisen palveluntuottajan on nimettävä toiminnasta vastaava vastuuhenkilö sekä toiminnan laatuun ja laajuuteen nähden riittävä määrä toimintokohtaisia vastuuhenkilöitä. Toiminnasta vastaavan vastuuhenkilön tehtävänä on varmistaa tässä laissa säädettyjen vaatimusten ja 15 §:ssä tarkoitettujen sopimusvelvoitteiden täyttyminen yksityisen palveluntuottajan toiminnassa käytännön tasolla. Toimintokohtaisen vastuuhenkilön tehtävänä on huolehtia vastuualueellaan sopimuksen alaan kuuluvien tehtävien lainmukaisesta hoitamisesta käytännön tasolla.*

Hyvinvointialueelle 12 §:ssä tarkoitetulla tavalla sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tuottava yksityinen palveluntuottaja voi hankkia omaa toimintaansa täydentäviä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tai omaa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöään täydentävää työvoimaa alihankkijalta. Mainittuja palveluja voidaan hankkia alihankkijalta kuitenkin vain, jos siitä on sovittu hyvinvointialueen kanssa 15 §:n 2 momentin mukaisesti~~. Lisäksi edellytyksenä on, että yksityinen palveluntuottaja ilmoittaa hyvinvointialueelle alihankkijat, joita sen on tarkoitus käyttää ja esittää selvityksen siitä, että nämä täyttävät 14 §:ssä säädetyt vaatimukset~~,~~

~~*ja että hyvinvointialue antaa hyväksyntänsä kyseisten alihankkijoiden käyttämiseen.*~~

3.11. Alihankintaa koskevat rajaukset ja sen ketjuttamista kiellot on poistettava (17 §).

Muutosesitys 17 §:
Hyvinvointialueelle 12 §:ssä tarkoitetulla tavalla sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tuottava yksityinen palveluntuottaja voi hankkia omaa toimintaansa täydentäviä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tai omaa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöään täydentävää työvoimaa alihankkijalta. ~~*Mainittuja palveluja voidaan hankkia alihankkijalta kuitenkin vain, jos siitä on sovittu hyvinvointialueen kanssa 15 §:n 2 momentin mukaisesti. Lisäksi edellytyksenä on, että yksityinen palveluntuottaja ilmoittaa hyvinvointialueelle alihankkijat, joita sen on tarkoitus käyttää ja esittää selvityksen siitä, että nämä täyttävät 14 §:ssä säädetyt vaatimukset, ja että hyvinvointialue antaa hyväksyntänsä kyseisten alihankkijoiden käyttämiseen.*~~

Lisäksi lain perusteluista on poistettava alihankinnan ketjuttamisen kieltoa koskevat maininnat.

3.12. Julkisia ja yksityisiä osakeyhtiöitä tulee kohdella yhdenvertaisesti (lakiesitys tulee tältä osin säilyttää)

3.13. **Palveluntuottajalaki valmistellaan** ja otetaan käyttöön itsenäisenä lakina edellisen vaalikauden valmistelun perusteella.

3.14. Neuvolatoimintaa ei tule määritellä julkiseksi hallintotehtäväksi

3.15. Hyvinvointialueen oikeus harjoittaa vähäriskistä liiketoimintaa poistetaan (6.2 §)

Muutosesitys Poistetaan Laki hyvinvointialueesta 6.2 §:
~~*Hyvinvointialue voi alueellaan tai yhdessä toisen hyvinvointialueen kanssa myös tämän hyvinvointialueen alueella harjoittaa vähäriskistä liiketoimintaa, jos se tukee sen lakisääteisten tehtävien toteuttamista. Hyvinvointialueen toiminnasta kilpailutilanteessa markkinoilla säädetään 15 luvussa.*~~

Kunnioittavasti

Suomen Yrittäjät

Anssi Kujana
varatoimitusjohtaja

Tanja Matikainen
kunta- ja elinkeinoasioiden päällikkö