LÄÄKÄRIPALVELUYRITYKSET RY
Eteläranta 10, PL 30, 00131 Helsinki

19.4.2021

Sosiaali- ja terveysministeriö

ASIA **Lääkäripalveluyritykset ry:n vastaukset eduskunnan TaV:n asiantuntijoille esittämiin kysymyksiin / HE 241/2020 vp**

Lääkäripalveluyritykset ry kiittää mahdollisuudesta vastata eduskunnan talousvaliokunnan asiantuntijoille esittämiin kysymyksiin. Vastasimme alla lihavoituina ja punaisella merkittyihin 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?

- Sote-uudistuksen keskeiset tavoitteet (palveluiden saatavuuden ja yhdenvertaisuuden parantaminen sekä kustannusten kasvuvauhdin hillitseminen julkisen talouden kestokyvyn turvaavalle tasolle) voidaan saavuttaa vain koko palvelujärjestelmän tuottavuutta merkittävästi parantamalla.

Palveluiden saatavuus heikkenee

- Jos HE hyväksytään sellaisenaan, johtaa se merkittävään julkisrahoitteisten palveluiden saatavuuden heikkenemiseen. Se taas lisää eriarvoisuutta palveluiden saatavuuden ja saavutettavuuden näkökulmasta. Myös kustannukset nousevat arvioitua nopeammin, koska tuottavuus laskee.
- Hallituksen esityksessä halutaan keskittää sote-palveluiden tuotanto ensisijaisesti julkiselle sektorille. Erityisesti järjestämislaissa ja sen perusteluissa halutaan rajata ja vähentää merkittävästi perustettavien sote maakuntien mahdollisuuksia yksityisen sektorin palvelutarjonnan hyödyntämiseen.
- 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.

Eriarvoisuus lisääntyy

- 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.
- Yksityisten toimijoiden hyödyntämisen rajaaminen julkisten sote-palveluiden tuotannossa heikentää kyseisten palveluiden saatavuutta – ja lisää eriarvoisuutta ainakin terveyspalveluissa.
- Jos monopoliasemassa olevalla palveluntuottajalla on budjettirajoite, yksi keino kustannusten hillitsemiseen on se, että palveluiden tuotanto keskitetään entistä harvempiin yksiköihin. Jos palveluntarvitsijalla ei ole käytettävissään vaihtoehtoja, tulee keskittämisestä palveluntuottajalle entistä houkuttelevampaa. Edellä mainittu johtaa väistämättä siihen, että palveluiden saavutettavuus ja saatavuus heikkenevät – tarpeelliset lähipalvelut etääntyvät. Myös tämä aiheuttaa eriarvoisuuden lisääntymistä.

Tuottavuus heikkenee ja kustannukset kasvavat

- Hallituksen sote-esitys ei sisällä riittävästi kannusteita palvelujärjestelmän kehittämiseen ja uudistamiseen. Siinä ei myöskään esitetä riittävästi konkreettisia keinoja sote-uudistukselle asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Tällaisia keinoja olisivat muun muassa palveluntuottajien välisen kilpailun lisääminen, esim. palvelusetelijärjestelmiä ja ostopalveluita hyödyntäen

- Nykyiset sote-palveluiden järjestäjätahot (kunnat ja kuntayhtymät) ovat hyödyntäneet yksityisiä palvelun-tuottajia pystyäkseen täyttämään velvoitteensa palveluiden saatavuuden turvaamisesta. Ne ovat käyttäneet ostopalveluita ja palvelusetelijärjestelmiä silloin, kun se on ollut tarkoituksenmukaista.

Palvelulupaus puuttuu

- Sote-uudistukseen pitää sisällyttää konkreettinen palvelulupaus, jonka järjestämisvastuussa oleva maakunta sitoutuu täyttämään. Esityksessä sote-maakuntien järjestämisvastuuksi kirjatut asianmukaiset ja riittävät palvelut ovat tulkinnanvaraisia. Mitä niillä tarkoitetaan ja kuka tulkitsee riittävyyttä ja asianmukaisuutta?
- Jotta sote-uudistuksen kunnianhimoiset tavoitteet voidaan saavuttaa, täytyy kaikkia käytettävissä olevia resursseja hyödyntää tarkoituksenmukaisella ja optimaalisella tavalla, myös yksityisellä sektorilla tarjolla olevia.

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

- Hyvinvointialueista on tavoitteena tehdä itsehallinnollisia yhteisöjä. Vaikka hyvinvointialueiden päättäjät valitaan vaaleilla, jää niiden itsenäisyys esityksen mukaisesti toimien kuitenkin suppeaksi. Hyvinvointialueiden tosiasiallista, itsenäistä päätösvaltaa siitä, kuinka ne sote-palveluiden järjestämisvastuutaan toteuttavat, rajataan lakiesityksessä merkittävästi. Tällöin on vaarana, että hyvinvointialueiden vaaleilla valituista luottamushenkilöistä sekä viranhaltijoista tulee näennäisen päätösvallan käyttäjiä – tosiasiallinen valta siirtyy keskushallinnolle, käytännössä ministeriöille.
- Hyvinvointialueilla tulee olla vahva ja itsenäinen valta päättää palvelustrategiastaan ja sen toteuttamisesta. Valtiovallan tehtävänä on tällöin määritellä kansalliset sosiaali- ja terveyspolitiikan tavoitteet ja jättää niiden käytännön toteuttaminen hyvinvointialueiden järjestämisvastuulle.
- Yksityisen sektorin toimijat (järjestöt ja yritykset tuottavat noin neljänneksen kaikista terveyspalveluista ja kolmanneksen sosiaalipalveluista. Julkisen sektorin terveyspalveluiden ostot ovat kuitenkin vähäisiä erikoissairaanhoidosta 6 %, perusterveydenhuollosta 8 % ja suun terveydenhuollosta 9 %). Nämä osuudet tulisivat entisestään pienenemään hallituksen esityksen toteutuessa muuttomattomana.
- Hyödyntämällä ostopalveluita ja palvelusetelijärjestelmiä ovat kunnat ja kuntayhtymät onnistuneet parantamaan palveluiden saatavuutta ja tuotannon kustannustehokkuutta. Yhteistyön lisäämisessä olisi valtavasti potentiaalia, mutta hallituksen esityksessä näitä yhteistyönmahdollisuuksia halutaan rajoittaa sekä tehdä yhteistyöstä nykyistä byrokraattisempaa.
- Järjestämislaissa ja sen perusteluissa rajoitetaan merkittävästi perustettavien hyvinvointialueiden mahdollisuuksia hyödyntää yksityisen sektorin palveluntuottajia järjestämisvastuunsa toteuttamisessa.
- 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.
- Esitys rajoittaa hyvinvointialueiden mahdollisuuksia ottaa huomioon paikalliset ja alueelliset olosuhteet sen päättäessä palveluiden järjestämisestä ja tuotantotavastapaikallista.
- Sote esityksen mukaisesti hyvinvointialueiden päätöksenteko palveluiden tuottamistavoista alistetaan valtiolle (STM:lle ja VM). Lakiesityksellä pyritään ohjaamaan itsehallinnollisten sote-maakuntien päivittäistä operatiivista työtä, kun pitäisi asettaa kansalliset sote-politiikan tavoitteet sekä keskittyä seuraamaan ja valvomaan niiden toteutumista.
- Lakiesityksen suurimpia ongelmia on se, että sote-alojen palvelutuotannon ja -markkinoiden kehittämiseen liittyvät kirjaukset puuttuvat lähes kokonaan. Palvelumarkkinoiden kehittäminen on mainittu ainoastaan hyvinvointialueen strategian yhteydessä. Ei riitä, että hyvinvointialue vain kehittää markkinoita, maakunnan on

tarvittaessa luotava markkinoita sekä kehitettävä ja ylläpidettävä niitä yhteistyössä yksityisten palveluntuottajien kanssa.

Lakiin täytyy lisätä seuraavat asiat:

1) Hyvinvointialueen pitää antaa palvelulupaus tai ainakin viitata siihen (erillislaeissa määriteltäväksi),

2) Hyvinvointialueella velvollisuus tarjota asiakkaalle palveluseteleitä,

3) Hyvinvointialueella on velvollisuus ottaa käyttöön erilaisia henkilökohtaisen budjetin malleja,

4) Hyvinvointialueita on kannustettava erottamaan palveluiden järjestäminen ja tuottaminen toisistaan – jopa velvoitettava siihen,

5) velvoitettava sote-maakuntia huolehtimaan palvelumarkkinoiden kehittämisestä ja toimivuudesta.

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 on oikea ja huoli perusteltu. Hallituksen esityksessä rajoitetaan huomattavasti sote--palveluiden saatavuutta, laatua ja kustannustehokkuutta tutkitusti parantaneiden ostopalveluiden hyödyntämistä ja yksityisen sektorin toimijoiden kanssa tehtävää yhteistyötä. Tällöin uudistus heikentää palveluiden saatavuutta ja tuottavuutta.
- Järjestämislain sääntely yksityisen sektorin kanssa tehtävästä yhteistyöstä ei ole kaikilta osin tarkoituksenmukaista. Ylimitoitettu sääntely voi johtaa tilanteeseen, jossa ostopalveluiden ja vuokratyövoiman perusteltu ja tarkoituksenmukainen käyttäminen jää virheiden pelossa tai ylimääräisen hallintotaakan vuoksi tekemättä. Silloin päädytään suosimaan julkisen sektorin omaa palvelutuotantoa, vaikka se ei olisi kustannustehokasta. Tämä johtaa vääjäämättä kustannusten kasvuun sekä tuottavuuden ja palveluiden saatavuuden heikkenemiseen.
- Esityksessä pitää turvata maakunnille mahdollisuus hyödyntää ostopalveluita ja palvelusetelijärjestelmiä joustavasti. Alihankinnasta ja siten yhteistyöstä yksityissektorin kanssa tulee vaikeaa, jos maakuntien päätösvaltaa rajataan esitetyllä tavalla.
- Vaatimus ”riittävästä” omasta tuotannosta kaikissa olosuhteissa sekä STM:lle alisteinen alueellinen päätöksenteko mm. ostopalveluiden käyttämisestä johtaa ulkopuolisten tuottamien palveluiden hyödyntämisen vähenemiseen – ja oman palvelutuotannon epätarkoituksenmukaiseen kasvattamiseen.

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?

- Esityksen kirjaukset hyvinvointialueiden riittävästä oman tuotannon määrästä ovat epäselviä. Sitä, mikä on ”riittävä” määrä omaa tuotantoa, esitys ei määrittele. 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.

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?

- Alan koulutetun työvoiman saatavuus muodostuu tulevaisuudessa nykyistä suuremmaksi haasteeksi.
- Valitettavasti esitys ei sisällä välineitä kyseisen haasteen ratkaisemiseksi.

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?

- Kolmasosalla suomalaisista yksi sote-uudistuksen keino järjestämisen ja taloudenhoidon integraatiosta ei ole Uudenmaan alueella toteutumassa:

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

- Esitys ei sisällä kannusteita kustannusvaikuttavuuden kehittämiseen juuri lainkaan
- Hyvinvointialueen oman tuotannon ”suosiminen” ja ensisijaisuus ei kannusta niitä tehostamaan toimintaansa
- Palveluiden tarjoajien kilpailuttamiseen itsessään sisältyy kannuste tuottaa palvelut kustannustehokkaasti ja laadukkaasti. Jos alueellinen päätöksenteko ostopalveluiden kilpailutuksista ja ulkoistuksista nykyisestä käytännöstä rajoitetaan, se tulee heikentämään kannusteita toimia tehokkaasti
- Jos päätöksenteko alueellisista kilpailutuksista alistetaan ministeriölle, se lisää byrokratiaa ja vähentää mahdollisuuksia hyödyntää palvelutuottajien kilpailuttamista.

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?

- On hämmästyttävää, että hallituksen esityksessä ei käsitellä EU:n potilasdirektiiviin liittyvä asiaa ja haasteita lainkaan
- 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.
- EU:n komissio on aloittanut Suomen valtiota vastaan rikkomusmenettelyn potilasdirektiivin väärästä implementoinnista jo vuonna 2016.
- 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?

- On itsestään selvää, että alan yhtiöitä on kohdeltava samalla tavalla omistajatahosta riippumatta. Muut ratkaisut aiheuttavat kilpailuvääristymiä ja olisivat valtiontukisääntelyn näkökulmasta ongelmallisia.
- Myös Coxan ja Sydänsairaalan nykyisiä toimintamahdollisuuksia turvaisi osaltaan se, että järjestämislaista poistetaan hyvinvointialueille epämääräisesti määritelty riittävän oman tuotannon vaatimus sekä tiukat alihankintoja rajoittavat kirjaukset.

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?

- Digitalisaation ja uuden teknologian kehittäminen ja käyttöönotto mahdollistavat yhtä aikaa sekä palveluiden saatavuuden että tuottavuuden parantamisen.
- Esitys ei sisällä juurikaan kannusteita ja keinoja uuden teknologian kehittämisen ja käyttöönoton nopeuttamiseksi.

- Toimialan kehittämistä vaikeuttaa ja hidastaakin se, että laatu- ja kustannusdata alan palveluista on puutteellista. Parempi tietotuotanto auttaisi valtiota rahoittajana, hyvinvointialueita järjestäjinä ja kaikkia palvelun-tuottajia tunnistamaan heikkoudet ja kehittämiskohteet sekä toisaalta parhaat suoriutujat, joiden hyviä käytäntöjä voitaisiin kopioida. Sekä järjestäjät että tuottajat saisivat avoimesta datasta kannusteita laadun ja kustannusvaikuttavuuden parantamiseksi.
- Parempi tiedon tuotanto ja hyödyntäminen edellyttää kuitenkin uudistuksia sääntelyyn ja hallintoon.
- Hyvinvointialueiden käyttöön pitää luoda yhtenäisiä kansallisia kustannuslaskentamalleja, joiden käyttöönottoon hyvinvointialueet velvoitettaisiin.

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?

Lääkäripalveluyritykset ry:n puolesta,

Ismo Partanen
toiminnanjohtaja
p. 040 518 5799