Sosiaali- ja terveysvaliokunnalle
HE 109/2024

HALIN LAUSUNTO VALTION VUODEN 2025 TALOUSARVIOSTA

Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunta on pyytänyt Hyvinvointiala HALI ry:tä lausumaan asiantuntemuksensa perusteella hyvinvointialueiden rahoituksesta ja palvelujen saatavuudesta. Tässä lausunnossa nostetaan esille tärkeimpiä ja ajankohtaisimpia sosiaali- ja terveyspolitiikan kysymyksiä otsikoituna kuulemispyynnössä asetettujen osa-alueiden alle.

1. Vanhuspalvelujen tilanne

1.1. Hoivan mitoitusmuutoksen toimeenpano

Hallitus esittää ikääntyneiden ympärivuorokautisen palveluasumisen henkilöstön vähimmäismitoituksen laskemista 0,65:stä 0,6:een työntekijään asiakasta kohden 1.1.2025 alkaen. Esitykseen sisältyy merkittäviä ongelmia henkilöstön ja muutoksen toimeenpanon kannalta.

Aluehallintovirastot ovat ilmoittaneet esitysluonnosta koskevassa lausunnossaan, että ”koulutetun sote-henkilöstön määrää ei vähennetä, vaan laskeminen tapahtuu muissa henkilöstöryhmissä, kuten hoiva-avustajissa”. On siis merkittävä riski esimerkiksi siitä, että Valvira palaisi vanhaan käytäntöön, jossa hoiva-avustajia voisi olla enintään yksi kymmentä asukasta kohden, kun nyt määrä on kaksi. Tällöin hoivapalveluista vapautuisi lähinnä hoiva-avustajia, joille ei juuri ole kysyntää muissa sote-palveluissa. Uudistus ei siis helpottaisi sote-alan työvoimapulaa käytännössä lainkaan. Työvoimapula voisi pahentua, mikäli hoivakotien houkuttelevuus työpaikkana heikentyisi mitoituksen laskemisen myötä.

Vaikka AVIt lausuivat henkilöstörakenteen muutoksista edellä mainitusti, niin Valvira ei kuitenkaan ole suostunut ottamaan kantaa esimerkiksi hoiva-avustajien käyttöön, vaan odottaa, että lainsäädäntö on valmis. Palveluntuottajat eivät siis tiedä, millaisella henkilöstörakenteella ikääntyneiden hoivaa pitää tuottaa 1.1.2025. Tilanne on myös hoiva-avustajien näkökulmasta inhimillisesti vakava, mikäli heitä joudutaan irtisanomaan satamäärin.

Hallituksen esityksen mukaan vain noin kolmasosa hoivakodeista pystyy laskemaan henkilöstömitoitustaan siten, että asiakkaiden tarpeet kyetään jatkossakin täyttämään. Hyvinvointialueet lähtevät kuitenkin siitä, että lähes kaikki ostopalveluyksiköt soveltaisivat 0,6:n mitoitusta 1.1.2025 alkaen. HE:ssä ehdotetaan, että palveluntuottaja voi laskea henkilöstömitoitusta 0,6:een ilman Valviran tai AVIn

päätöstä. Koska hyvinvointialueet edellyttävät 0,6:n mitoitusta ja maksavat palvelusta sen mukaan, ei yksityisille palveluntuottajille jää muuta vaihtoehtoa kuin laskea mitoitus lain minimitasolle.

Lopputuloksena käytännössä kaikki hoivakodit tulevat laskemaan mitoitusta, vaikka HE:n mukaan vain kolmasosa voi tehdä sen asiakasturvallisesti. Pienempi henkilöstömäärä lisää painetta hygieniahaalareiden ja turvavöiden käyttöön, asiakashuoneiden ovien lukitsemiseen sekä muihin itsemääräämisoikeutta rajoittaviin toimenpiteisiin.

Hyvinvointialueet toimeenpanevat kategorisesti 0,6:n mitoitusta, eivätkä STM tai valvojat ohjaa mitenkään mitoituksen toimeenpanoa. Esimerkiksi Kymsote aikoo laskea ostopalvelujen henkilöstömitoitusta 0,6:een jo 1.12.2024. Henkilöstömitoituksen hallitsematon toimeenpano on merkittävä riski asiakasturvallisuudelle ja palvelutuotannon sujuvuudelle. Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunnan on otettava esitys käsittelyyn mahdollisimman pian. STM:n on samalla hillittävä hyvinvointialueiden toimeenpanoa.

Henkilöstön vähimmäismitoituksen pienentäminen aiheuttaa merkittäviä riskejä myös hoivateknologian hyödyntämiselle. Valvojat suhtautuvat todennäköisesti selvästi kriittisemmin henkilöstön korvaamiseen teknologialla, kun mitoitus laskee 0,6:een.

Todellisuudessa mitoitusta ei pitäisi pienentää ollenkaan. Säästöjä voidaan saada pitämällä nykyinen 0,65 mitoitus voimassa, mutta monipuolistamalla henkilöstörakennetta esimerkiksi siten, että sote-alan ammattitutkinnot muodostaisivat mitoituksesta 0,5 ja muut vanhuspalvelulaissa mainitut henkilöstöryhmät 0,15.

2. Hoitotakuu ja terapiatakuu, ml. Kela-korvaukset

Hallitus tiedotti 9.10. Kela-korvausten kehityksen vaiheistamisesta. Yli 65-vuotiaita koskevan pilotin toteuttaminen on kannatettava ratkaisu. Tällöin julkista terveydenhuoltoa suurempi omavastuu ei enää muodostaisi kynnystä yksityisten terveyspalvelujen käyttämiselle ja nopealle hoitoon pääsylle.

Myös hallituksen aikoma omalääkärikokeilu on kannatettava hanke. Omalääkärikokeilu toisi Suomen lähemmäs länsimaisia verrokkimaitaan, joissa perusterveydenhuollon vastaanottopalvelut perustuvat laajasti monituottajuuteen. Taulukossa 1. kaikissa vertailumaissa eri palveluntuottajilla on mahdollisuus ryhtyä tuottamaan perusterveydenhuollon vastaanottopalveluja. Pääsääntöisesti mallina on omalääkäri/ammatinharjoittajamalli, mutta monissa maissa tehdään siirtymää kohti suurempia palveluntuottajia, joissa moniammatillisia tiimejä ja teknologiaa voidaan hyödyntää paremmin.

Maa	Voiko yksityinen palveluntuottaja tai elinkeinonharjoittaja ryhtyä tarjoamaan perusterveydenhuollon vastaanottopalveluja täyttämällä lain ja muun sääntelyn ehdot?	Kuinka suuri osuus edellisen 12 kk:n aikana lääkäripalveluja tarvinneista ei ole saanut lääkärin hoitoa pitkien jonojen takia? (Eurostatin kysely v. 2022)
Saksa	Kyllä	0,1 %
Hollanti	Kyllä	0,2 %
Norja	Kyllä	0,5 %
Ruotsi	Kyllä	1,5 %
Tanska	Kyllä	1,6 %
Suomi	Ei (pääsy vain hva:n kilpailutuksen kautta)	6,3 %

Taulukko 1. Perusterveydenhuollon monituottajuuden ja hoitojonojen kansainvälinen vertailu.

Suomessa perusterveydenhuollon vastaanottotoiminta perustuu poikkeuksellisesti lähes täysin hyvinvointialueiden itse ylläpitämiin sote-keskuksiin ja terveysasemiin. Eurostatin kyselyn[1] mukaan jopa 6,3 prosenttia edellisen 12 kuukauden aikana lääkäripalveluja tarvinneista suomalaisista ei saanut lääkärin hoitoa pitkien jonojen takia vuonna 2022. Verrokkimaissa vastaava osuus oli 0,1–1,6 prosenttia, eli vastaavaa pitkien jonojen ongelmaa ei käytännössä ollut.

3. Tehdyt ja tulevat säästöt

3.1. Sote-järjestöjen rahoitus

Hallitus esittää merkittävää leikkausta sosiaali- ja terveysjärjestöjen valtionavustuksiin vuodelle 2025. Sote-järjestöjen STEA-avustuksiin käytetään ensi vuonna lähes 80 miljoonaa euroa vähemmän kuin tänä vuonna. Sote-järjestöt tarjoavat järjestölähtöisenä toimintana sellaisia palveluja, joita hyvinvointialueet tai markkinaehtoiset toimijat eivät laajasti tuota. Tällaisia palveluja ovat muun muassa etsivä nuorisotyö, maksuttomat auttavat puhelimet tai vertaistuen järjestäminen vakavasti sairaille. Näiden toimintojen supistuminen tarkoittaa suomalaisille tarjottujen sote-palvelujen heikentymistä.

Sote-järjestöjen toiminta supistuu todennäköisesti leikkauksia enemmän, kun kokonaisia hankkeita joudutaan ajamaan alas riittämättömien omarahoitusosuuksien takia.

Leikkausten toteuttaminen juustohöylällä ei ole tarkoituksenmukainen tapa säästöjen toteuttamiseksi. Toimeenpanossa on huomioitava muun muassa palvelutarve, johon toiminnalla vastataan, sen tuloksellisuus, järjestökentän

[1] Eurostat, unmet health care needs statistics; https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Unmet_health_care_needs_statistics

monimuotoisuus sekä aito valtakunnallisuus. Lisäksi on arvioitava, onko avustuskokonaisuuden sisällä sellaista toimintaa, joka on perusteltua rajata kokonaan STEA-avustusten ulkopuolelle.

Vuoden 2025 osalta leikkausten pitää kohdistua avustuksiin, joihin ei ole vielä myönnetty rahoitusta, ja joihin ei vielä kohdistu kuluja. Tämä tarkoittaa uusien projektien ja investointien jäädyttämistä vuodeksi. Rahoitusta on kuitenkin voitava hakea EU-rahoitukseen vaaditun omarahoitusosuuden kattamiseksi.

Kevään 2024 kehysriihen pöytäkirjamerkinnän mukaan yleisavustusten osuutta valtionavustuksista vahvistetaan. STEA:n myöntämistä avustuksista yleisavustuksiksi luokitellaan sekä yleiset yleisavustukset (AY) että kohdennetut yleisavustukset (AK). AY-avustusten painottaminen avustuskokonaisuudessa vahvistaisi sote-järjestöjen taloudellista kestävyyttä, toiminnan joustavaa suuntaamista ja tukisi eri lähteistä koottavan rahoituksen yhteensovittamista.

Avustusjärjestelmän ongelmana on, että merkittävä osa myönnetyistä valtionavustuksista kanavoituu niiden haku-, raportointi- ja tilintarkastusprosesseihin. Näiden prosessien keventäminen vähentäisi sekä avustusten saajien että valtionapuviranomaisen hallinnollista taakkaa. Avustuksen käyttötarkoitus pitäisi rajata avustuspäätöksissä nykyistä väljemmin. Tämä mahdollistaisi sote-järjestön joustavamman toiminnan muuttuvien tarpeiden ympäristössä.

Järjestöjen ja STEAn hallinnollista taakkaa voidaan pienentää esimerkiksi seuraavilla muutoksilla:

- Sote-järjestöjen toiminnan ennakoinnin ja hallinnollisen taakan vähentämiseksi yleisavustuksia ja kohdennettuja yleisavustuksia pitäisi voida hakea kolmen vuoden välein. Vastaava käytäntö on ollut hankeavustuksissa jo muutaman vuoden ajan.
- Avustuskohteet pitäisi voida yhdistää isommiksi kokonaisuuksiksi. Suurella osalla järjestöistä on useampi kuin yksi avustuskohde, joista jokaisesta tehdään erikseen vuosiselvitys, vuosittainen jatkorahoitushakemus ja tarvittaessa myös tuloksellisuusraportti.
- Avustuksensaajan pitäisi voida tehdä talousarvionsa sisällä nykyistä laajempia muutoksia, mikäli avustuksen käyttötarkoitus, ehdot, rajoitukset, myöntöperusteet, toiminnan kohderyhmä tai päätavoitteet eivät muutu. Tällä hetkellä vähäisten muutosten arviointi tehdään aina STEAssa.

Yksittäisten järjestöjen pitää itse voida päättää, miten ne heille kohdennetun leikkauksen budjetissaan toteuttavat, jotta edunsaajille koituva haitta minimoidaan. Avustusrakenteeseen tarvittavat muutokset (esim. avustuskohteiden yhdistäminen isommiksi kokonaisuuksiksi) on tehtävä järjestön ja STEAn yhteistyönä.

Valtionavustusten leikkauksen vastapainoksi sote-järjestöjen omaa varainhankintaa on tuettava. Kevään 2024 kehysriihessä linjattu yksityishenkilöiden lahjoitusten verovähennysoikeus rajattiin vain nuoriso-, liikunta-, urheilu- ja lapsijärjestöille tehtyihin lahjoituksiin. Tämä rajaus asettaisi järjestöt huomattavan eriarvoiseen asemaan ja olisi vaikeasti tulkittava. Lahjoitusten verovähennysoikeus tulee ehdottomasti ulottaa myös sote-alan järjestöihin.

3.2. Hyvinvointialueiden säästöt ikääntyneitä jonotuttamalla

Moni hyvinvointialue on käyttänyt säästökeinonaan sitä, että ikääntyneitä pidetään määrätty aika hoivajonossa, vaikka vapaita hoivapaikkoja olisi tarjolla. Apulaisoikeusasiamies Maija Sakslin selvitti Pirkanmaan hyvinvointialue Pirhan ohjeistusta ikäihmisten palveluasumisesta, ja totesi sen lainvastaiseksi.

Apulaisoikeusasiamiehen ratkaisussa todetaan Pirhan ohjeistuksesta seuraavaa: ”jos oman tuotannon paikkaa ei heti ole vapaana, [Pirhassa] ohjeistetaan, että on aina odotettava kolme kuukautta eikä hoivan tarvitsijaa saa sinä aikana sijoittaa ostopalveluhoivakotiin”. Ratkaisussa todetaan, että vanhuspalvelulaissa käytetty sanamuoto ”ilman aiheetonta viivytystä” tarkoittaa, ettei toimeenpanoa saa tarkoituksellisesti viivästyttää esimerkiksi sen takia, että hyvinvointialue pyrkisi säästämään vanhuspalvelujen järjestämisen kustannuksissa.

Apulaisoikeusasiamies korostaa, että lainmukaista ei ole se, että asiakkaita estetään saamasta heidän tarpeitaan vastaavia tarjolla olevia yksityisiä palveluja, jos vastaavia palveluja ei ole tarjolla hyvinvointialueen omana toimintana. Hyvinvointialueiden on varmistettava, etteivät ne käytä laittomia ohjeita tai menettelyjä – ikäihmisen yksilölliset tarpeet ajavat budjettien, tuottavuusohjelmien ja peittävyystavoitteiden edelle.

4. Rahoituksen riittävyys

4.1. Ostopalvelujen kustannukset

Ostopalveluja on pidetty merkittävänä syyllisenä hyvinvointialueiden vaikeaan taloudelliseen tilanteeseen. Ikääntyneiden ympärivuorokautinen hoiva on erikoissairaanhoidon jälkeen hyvinvointialueiden suurin ostopalveluerä. HALI on kerännyt hyvinvointialueilta ja niitä edeltäviltä kunnilta ja kuntayhtymiltä dataa ikääntyneiden hoivan kustannuksista.

HALIn tähän mennessä laskemilla alueilla[2] hyvinvointialueiden omien hoivakotien kustannukset nousivat noin 15 prosenttia vuosien 2022 ja 2023 välillä. Taustalla ovat

[2] Helsinki, Itä-Uusimaa, Kanta-Häme, Keski-Uusimaa, Länsi-Uusimaa, Pirkanmaa, Pohjois-Pohjanmaa, Vantaa-Kerava ja Varsinais-Suomi

merkittävät palkankorotukset, henkilöstömitoituksen nousu 1.4.2023 alkaen ja muu palvelutuotannon kustannusinflaatio. Ostopalvelujen hinnat nousivat vastaavassa ajassa kuitenkin noin 24 prosenttia. Edellä mainitut kustannustekijät vaikuttivat vastaavalla tavalla myös yksityisessä palvelutuotannossa.

Vuonna 2023 hyvinvointialueet korottivat ostopalveluhintoja, koska hinnat olivat aiempina vuosina jääneet merkittävästi jälkeen kustannusten kehityksestä. Hyvinvointialueet eivät osanneet syksyllä 2022 talousarvioita laatiessaan ennakoida vuonna 2023 tulevia ostopalvelujen hintojen korotuksia, mikä yllätti monet alueet ja asiantuntijatkin. Toisaalta korjausta vaatinut tilanne oli nähtävissä vuonna 2022, kun toiminta oli raskaasti tappiollista monen suurenkin palveluntuottajan taloudellisen raportoinnin perusteella.

Vaikka ostopalveluhintoja korjattiin vuonna 2023, oli hyvinvointialueiden oma palvelutuotanto silti noin 23 prosenttia ostopalveluja kalliimpaa. Hyvinvointialueiden oman palvelutuotannon vuorokausihinta oli noin 207 euroa, ja ostopalveluhinta noin 168 euroa vuonna 2023.

Yksikköhinnat osoittavat, että ympärivuorokautisen hoivan ostopalvelujen korvaaminen omalla tuotannolla lisäisi hyvinvointialueiden kustannuksia. LUVN ja Kanta-Hämeen hyvinvointialue ovat laskeneet itse hoivan yksikkökustannuksiaan, ja ne ovat linjassa HALIn laskelmien kanssa.

4.2. Sote-palvelujen priorisointi

Sote-palvelulupauksen suuri laajuus lisää hyvinvointialueiden haasteita riittävien sote-palvelujen turvaamisessa. Useampi hyvinvointialuejohtaja on esittänyt, että alueiden järjestämisvastuuta pitäisi merkittävällä tavalla rajata, jotta sote-palvelujen saatavuus ja laatu voidaan turvata.

Aikuisten suun terveydenhuolto on selkeä kokonaisuus, jonka rajaamista hyvinvointialueiden järjestämisvastuun ulkopuolelle tulisi selvittää. Suun terveydenhuolto on hyvinvointialueille noin 600 miljoonan euron kokonaisuus (summa sisältää myös alaikäisten hammashoidon), jonka siirtäminen yksilöiden vastuulle helpottaisi hyvinvointialueiden taakkaa. Olemassa olevia suun terveydenhuollon Kela-korvauksia voitaisiin samanaikaisesti kehittää yhteiskunnan tavoitteiden mukaisesti (korvausten painotus ennaltaehkäisyyn vs. hoitoihin tai korvauksen universaaliuteen vs. kohdistamiseen pienituloisille).

Toinen mahdollinen priorisoinnin kokonaisuus on ikääntyneiden kevyt (esim. enintään 2 käyntiä viikossa) kotihoito. THL:n mukaan jopa 23,2 prosenttia kotihoidon asiakkaista saa palvelua enintään kaksi kertaa viikossa. Hyvinvointialueiden taakka pienenisi merkittävästi, mikäli tällainen kevyt kotihoito siirrettäisiin ikääntyneen itse hankittavaksi kotitalousvähennyksen turvin. Samalla kotitalousvähennystä voitaisiin

kehittää niin, että ikääntyneillä olisi mahdollisuus vähentää esim. 50 prosenttia hoivan ja kotitaloustyön kustannuksista. Tämä tulisi julkiselle taloudelle edullisemmaksi, kuin hyvinvointialueiden järjestämä palvelu, jonka kustannukset lankeavat asiakasmaksun jälkeen noin 80-prosenttisesti hyvinvointialueille.

4.3. Rahoitus työterveyshuollosta

Julkisuudessa on säännöllisesti esitetty terveydenhuollon monikanavarahoituksen purkamista hyvinvointialueiden ahdingon helpottamiseksi. Usein tällä tarkoitetaan erityisesti työterveyshuollon sairaanhoidollisen järjestelmän (työterveyshuollon korvausluokka 2) purkamista.

Kelan mukaan vuonna 2022 työterveyshuollon kustannukset olivat noin 991 miljoonaa euroa, josta sairaanhoidon osuus oli 498 miljoonaa euroa. Kela maksoi työnantajille korvauksia sairaanhoitopalveluista noin 133 miljoonaa euroa, eli noin 27 prosenttia.

Mikäli työterveyshuollon sairaanhoito lakkautettaisiin ja sairausvakuutusmaksut muutettaisiin siltä osin ansiotuloveroksi, voitaisiin hyvinvointialueille kanavoida 133 miljoonaa euroa, mikä on noin 0,48 prosenttia hyvinvointialueiden vuoden 2023 menoista (noin 27,8 miljardia euroa).

Työterveyshuollon sairaanhoidon purkaminen johtaisi kuitenkin siihen, että työnantajat arvioisivat, kenelle työterveyshuoltoa kannattaa enää tarjota. Työterveyshuollon rajaaminen aloitettaisiin todennäköisesti heikossa työmarkkina-asemassa olevista ryhmistä sekä riskiryhmistä, kuten vanhemmista työntekijöistä tai pitkäaikaissairaista.

Työterveyshuollon purkaminen lisäisi työntekijöiden ja toimialojen välistä eriarvoisuutta ilman takuuta hyvinvointialueiden järjestämän terveydenhuollon parantumisesta. Hyvinvointialueiden järjestämien terveydenhuollon palvelujen tila todennäköisesti heikentyisi, kun työterveyshuoltoa eniten käyttävät ryhmät siirtyisivät hyvinvointialueiden palvelujen piiriin. Työterveyshuollon purkaminen olisi sote-palvelujen saatavuuden, julkisen sektorin kustannusten sekä yhdenvertaisuuden kannalta haitallista.

4.4. Henkilöstövuokrauksen kustannuskehitys

Henkilöstövuokraus on aiheuttanut paljon keskustelua julkisuudessa ja myös työryhmätyötä STM:ssä. **Valtiokonttorin mukaan hyvinvointialueet ovat saaneet vähennettyä vuokratyötä noin 21 miljoonalla eurolla eli 6,1 prosentilla 1–8/2023 ja 1–8/2024 välill**ä. Samaan aikaan hyvinvointialueiden kaikki henkilöstökulut ovat kasvaneet noin 352 miljoonaa euroa eli 4,7 prosenttia. HALIn arvion mukaan sekä henkilöstövuokraukseen sisältyvät työvuodet että keskimääräinen tuntihinta ovat

pienentyneet. Hyvinvointialueet ovat saaneet parannettua henkilöstötilannetta viime vuodesta.

Lääkärivuokrausta on kritisoitu myös siitä, että nuori lääketieteen kandidaatti voi vuokratyön kautta ansaita tuplasti kokeneeseen virkalääkäriin verrattuna. Tällaisten tilanteiden taustalla on lähes aina sama syy: huono tai kiireessä tehty hankinta. Henkilöstövuokrauksen tilannetta ja hankintoja voidaan arvioida seuraavien neljän tapauksen kautta:

1. Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue LUVN järjesti kesällä 2024 lääkäripalvelujen kilpailutuksen, jossa palveluntuottajista muodostettiin hintojen avulla etusijajärjestys. LUVN tekee tilaukset etusijajärjestyksen mukaan. Jos edullisimman tarjouksen tehnyt tuottaja ei kykene toimittamaan lääkäriä kulloiseenkin tarpeeseen, siirtyy tilaus toiseksi halvimmalle, ja niin edelleen. Viiden parhaan tarjouksen tuntihinnat olivat kaikki alle 98 euroa, mikä tarkoittaa arviolta noin 70 euron tuntipalkkaa lääkärille. Kyseinen korvaus ei ole lääkärille poikkeuksellisen korkea tilanteessa, jossa työn määrä ja sisältö on epävarma.
2. Etelä-Savon hyvinvointialue Eloisa kilpailutti kesällä 2024 Mikkelin sairaalan päivystyksen vuokratyövoiman. Kilpailutukseen osallistuvat palveluntuottajat eivät tiedä, kuinka paljon Eloisa tulee palvelua eli lääkäreiden työaikaa hankkimaan, mutta Eloisalla on oikeus tehdä tilaus vain kuukauden varoitusajalla. Jokaisesta neljän tunnin poissaolosta asetetaan tuottajalle 50 000 euron sakko. Jos vuokralääkäri vaikkapa sairastuu, eikä tuuraajaa löydetä, maksaa yksi kahdeksan tunnin päivä palveluntuottajalle 100 000 euroa. Sakkojen välttämiseksi palveluntuottaja joutuu käytännössä palkkaamaan toisen lääkärin varalle. Eloisan kilpailutus on omiaan nostamaan sekä lääkäreiden palkkavaatimuksia että palveluntuottajan kustannuksia. Eloisa ei ole vastannut HALIn tekemään tietopyyntöön palvelutuotannon tuntihinnasta, mutta hankinta on Eloisalle todennäköisesti varsin kallis. On todennäköistä, että LUVNia vastaavalla hankinnalla Eloisa olisi saanut merkittävästi parempia tarjouksia.
3. Kajaanin keskussairaalan päivystyksen lääkäripalvelujen kilpailutus valmistui syyskuussa 2024. Tarjouksia tuli 10, ja voittajan vertailuhinta oli vajaat 123 euroa tunnilta. Tarjousten määrä kertoo, että henkilöstövuokrauksen kilpailu ja markkina toimii myös Pohjoisessa Suomessa.
4. Lapin, Kainuun, Pohjois-Pohjanmaan ja Keski-Pohjanmaan hyvinvointialueet ovat tänä vuonna ostaneet lääkärityövoimaa omistamaltaan Tervia Osaajat Oy:ltä yli miljoonalla eurolla ilman kilpailutusta[3]. Tervia laskuttaa

[3] YLE; https://yle.fi/a/74-20110995

hyvinvointialueita erikoistuvasta lääkäristä vajaat 190 euroa ja erikoislääkäristä reilut 230 euroa per tunti. Suorahankinta Tervialta tulee siis noin 54 prosenttia kalliimmaksi, kuin em. kilpailutettu hankinta Kajaanissa.

Tehottomia suorahankintoja on syytä hillitä panemalla toimeen hallitusohjelman mukainen 10 prosentin omistusraja sidosyksiköille. Tällöin hyvinvointialue voisi kiertää kilpailutuksen vain, jos se omistaa yhteisyrityksestä vähintään 10 prosenttia.

STM selvittää parhaillaan Ruotsin mallia, jossa vuokrahenkilöstölle on kolme maantieteellistä hinta-aluetta kiinteine tuntihintoineen. Palveluntuottajien etusijajärjestys määräytyy vuokrahenkilöstön (1) kokemuksen (esimerkiksi lääkärillä maksimipisteet, jos on yli tuhat tuntia ko. työtä vastaavaa kokemusta) ja (2) palveluntuottajan kapasiteetin (täydet pisteet, jos pystyy toimittamaan koko tilauksen) mukaan.

Esimerkiksi LUVNissa toteutettu hankinta ei olisi Ruotsin puitejärjestelyssä mahdollinen. Jäykempi malli pienentäisi täydet pisteet saavien lääkäreiden määrää, mikä nostattaisi heidän palkkavaatimuksiaan. Aina yhteen tuottajaan perustuva ratkaisu lisäisi myös palveluntuottajan riskiä ja sen myötä hintaa. Ruotsin mallin mukaan toteutettu kilpailutus todennäköisesti nostaisi esimerkiksi edellä mainittujen LUVNin ja Kajaanin keskussairaalan hankintojen hintoja.

Kunnioittavasti,

Sanna Aunesluoma

toimitusjohtaja
Hyvinvointiala HALI ry

Lisätiedot:

Joel Kuuva

pääekonomisti
Hyvinvointiala HALI ry