



Lausunto

15.2.2021

Sosiaali- ja terveystoimikunta

tiistai 16.02.2021 klo 10.00 / HE 241/2020 vp / Lausuntopyyntö

Yksityisten silmäterveydenhuollon palveluntuottajien asiantuntijalausunto hallituksen esityksestä eduskunnalle hyvinvointialueiden perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi

Näkeminen ja silmäterveys ry pitää hallituksen esitystä lähtökohtaisesti tavoitteiltaan kannatettavana. Uudistuksella tulee 1) kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja, 2) turvata yhdenvertaiset ja laadukkaat sosiaali- ja terveyspalvelut kaikille suomalaisille, 2) parantaa palveluiden saatavuutta ja saavutettavuutta erityisesti perustasolla, johon myös silmäterveydenhuollon peruspalvelut kuuluvat, sekä 4) hillitä kustannusten kasvua.

Jotta tavoitteilla olisi aidosti mahdollisuus toteutua käytännössä, esitämme tässä yhteydessä viittä täsmennystä säännöskohtaisiin perusteluihin:

- **Muutosesitys 1: Poistetaan vaatimus omasta tuotannosta jokaisella erityisalalla** (Säännöskohtaiset perustelut; Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä, 8 § s. 672)
- **Muutosesitys 2: Annetaan alueille mahdollisuus hankkia erityisalan osaamista myös yksityisiltä toimijoilta** (Säännöskohtaiset perustelut; Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä, 8 § s. 673)
- **Muutosesitys 3: Tehdään palvelustrategia yhteistyössä alueilla ja sisällytetään siihen kustannusvaikuttavuus; huomioiden myös silmäterveydenhuollon peruspalvelut** (Säännöskohtaiset perustelut; Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä, 11 § s. 680)
- **Muutosesitys 4: Poistetaan alihankinnan prosenttirajat** (Säännöskohtaiset perustelut; Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä, 17 § s. 712)
- **Muutosesitys 5: Mahdollistetaan julkisten ja yksityisten palvelujen kustannusten vertailu** (Säännöskohtaiset perustelut; Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä, 22 § s. 722)



Perustelut

Muutosesitys 1:

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu määritellään 8§:n perusteluissa. Perusteluissa puhutaan riittävästä omasta tuotannosta, jolla halutaan taata paitsi palvelut myös palveluiden hankkimiseen liittyvä osaaminen. Osa määrittelyistä menee kovin pitkälle, eivätkä ne välttämättä vastaa nykytodellisuutta alueilla. Lainsäätäjän kannattaakin harkita, miten pitkälle alueiden kädet sidotaan ja mitä laissa edellytetään. Ohjauskeinoja on muitakin.

Esitämme Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä, säännöskohtaisista perustelut 8§ s. 672 osalta muokattavaksi seuraavasti (poistoehdotus yliviivattu):

- ”Hyvinvointialueella olisi oltava riittävästi omaa palvelutuotantoa niin sosiaalihuollossa kuin terveydenhuollon perustasolla ja erikoissairaanhoidossa. Myös näiden ylätasen sektoreiden sisällä oman palvelutuotannon olisi oltava riittävä ja laaja-alaisesti toiminta-alueen tehtävät kattavaa siten, ~~ettei jotakin lääketieteen erikoisalaa tai jotakin muuta palvelualaa, esimerkiksi kaikkea perustason suunhoitoa, kaikkia ikääntyneiden palveluja, kaikkia vammaispalveluja, kaikkia lastensuojelun palveluja tai kaikkia kuntoutuksen palveluja~~ ole kokonaan ulkoistettu, vaan kullakin sektorilla olisi riittävästi myös hyvinvointialueen omaa osaamista. Esimerkiksi hyvinvointialueen yksittäisten terveysasemien ulkoistus olisi kuitenkin mahdollista ja myös kunkin palvelusektorin ja ~~lääketieteen erikoisalan~~ sisällä voidaan hankkia erilaisia palveluja, kunhan otetaan huomioon ehdotetun 12 §:n sääntely eikä yksityisten hoidettavaksi anneta esimerkiksi hyvinvointialueen järjestämistehtäviä tai julkista valtaa sisältäviä tehtäviä, jotka hyvinvointialueen on hoidettava viranomaisena. Oman palvelutuotannon tulisi muodostaa toiminnan ytimen siten, että eri toiminnoissa tarvittava oman henkilöstön palvelutuotantoon liittyvä osaaminen sekä toiminnan vakaus olisi turvattu eikä palvelutuotanto vaarantuisi häiriötilanteissa. Terveysdenhuollossa oman henkilöstön osaamisen tulisi olla riittävällä tasolla ~~myös eri lääketieteen erikoisaloilla~~ siten, että järjestäjän osaaminen ulkoistettujen palvelujen sisällöllisen ja laadullisen arvioinnin tekemisessä on turvattu sekä toiminnan vakaus ja sellaiset ydintoiminnot, kuten päivystys kyetään asianmukaisesti toteuttamaan kaikissa tilanteissa.”

Muutosesitys 2:

Erikoistuneita palveluita ei ole enää joka paikassa saatavilla, tai niiden tuotantoon käytettävissä olevia terveydenhuollon erikoistuneita ammattilaisia ei ole riittävästi. Näin on tilanne esimerkiksi silmäterveydenhuollossa silmätautien erikoislääkärien ja laillistettujen optikoiden osalta monilla alueilla. Siksi erikoistuneiden terveydenhuollon palveluiden hankinnan osalta lainsäätäjän kannattaakin harkita niille vastaavaa erityisasemaa, kuin esimerkiksi kieliperusteisesti palveluita hankittaessa.

Esitämme Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä, säännöskohtaiset perustelut 8§ s. 673 osalta muokattavaksi seuraavasti (lisäysehdotus alleviivattu):



- ”Hyvinvointialueella olisi myös mahdollisuus päättää tarkoituksenmukaisista tuotantotavoista järjestämisvastuun toteutumisen puitteissa, ja palveluja voitaisiin hankkia laajasti myös yksityisiltä palveluntuottajilta ehdotetussa 12 §:ssä säädetyillä edellytyksillä. Hyvinvointialue voisi kokonaisharkintansa perusteella hankkia yksityisiltä palveluntuottajilta suurehkonkin osuuden sellaisia palveluja, jotka luonteensa puolesta erityisesti soveltuvat paremmin tuotettaviksi yksityisten palveluntuottajien toimesta tai jotka muutoin on tarkoituksenmukaista tuottaa hankkimalla ne yksityiseltä palveluntuottajalta. Lisäksi hyvinvointialueella voi olla tarve hankkia tiettyjä palveluja, esimerkiksi joitakin ruotsinkielisiä palveluja tai pitkälle erikoistuneita terveydenhuollon palveluita, joiden osaamista on haastavaa löytää muualta kuin yksityissektorilta. Hyvinvointialueella ei näin ollen tarvitsisi olla omana tuotantonaan jokaista sosiaali- ja terveydenhuollon yksittäistä palvelua.”

Muutosesitys 3:

Palvelustrategia tulee olemaan merkityksellinen työkalu alueilla. Palvelustrategia-pykälän (11§) yksityiskohtaisissa perusteluissa todetaan palvelujen saatavuuden turvaaminen sekä yksityisten ja kolmannen sektorin palveluntuottajien hyödyntäminen. Strategia tulisi tehdä yhteistyössä toimijoiden kanssa, minkä lisäksi kannattaisi edellyttää palvelujen korkeaa kustannustehokkuutta niin julkiselta kuin yksityiseltä sektorilta.

Esitämme Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä, säännöskohtaiset perustelut 11§ s. 680 osalta muokattavaksi seuraavasti (lisäysehdotus alleviivattu):

- ”Pykälän 2 momentin mukaan palvelustrategiassa hyvinvointialue päättäisi järjestämisvastuulleen kuuluvan sosiaali- ja terveydenhuollon pitkän aikavälin tavoitteet. Lisäksi hyvinvointialue asettaisi palvelustrategiassa tavoitteet sille, miten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut toteutetaan ottaen huomioon hyvinvointialueen asukkaiden tarpeet ja paikalliset olosuhteet. Palvelu- strategian ensisijaisena tavoitteena olisi määrittellä miten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut toteutetaan hyvinvointialueen alueella. Siinä voitaisiin hyödyntää hyvinvointialueen omia sekä yksityisiä ja kolmannen sektorin palveluntuottajia. Palveluja voidaan myös toteuttaa ja tuottaa monin eri tavoin. Näihin liittyvät mahdollisuudet kehittyvät nopeasti muun muassa digitalisaation ja tietotekniikan kehittymisen vuoksi. Lisäksi palvelustrategiassa olisi tarkasteltava myös ehdotettavan lain 4 §:ssä määriteltyjä periaatteita palvelujen saatavuudelle ja saavutettavuudelle sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi. Palvelustrategian tarkoituksena olisi tämän mukaisesti ottaa kantaa muun ohella palveluverkon toteutukseen, lähipalvelujen saatavuuteen ja toteutustapaan sekä yleisesti palvelujen saavutettavuuteen ja niiden kustannusvaikuttavuuteen. Silloin kun palveluja kootaan suurempiin kokonaisuuksiin, hyvinvointialue voisi palvelustrategiassa ottaa kantaa siihen, miten asukkaille turvataan näiden palvelujen saavutettavuus hyvinvointialueen alueen eri osissa asuville henkilöille. Palvelustrategia tehdään yhteistyössä alueellisten ja paikallisten toimijoiden kanssa.

Palvelustrategia laaditaan hyvinvointialueen järjestämisvastuulla oleville sosiaali- ja terveydenhuollon palveluille, mutta sen valmistelussa on huomioitava myös muiden palveluiden tarjonta ja käyttö. Esimerkiksi joidenkin hyvinvointialueiden työikäisestä väestöstä merkittävä osa käyttää työterveyshuollon palveluita, jolloin tarve hyvinvointialueen palveluille on toisenlainen kuin hyvinvointialueella, jossa merkittävä osa työikäisistä on työelämän ulkopuolella ja käyttää hyvinvointialueen järjestämiä palveluita. Samoin voidaan ottaa huomioon väestön vanhetessa lisääntyvä silmäterveydenhuollon peruspalveluiden tarve, mitä tällä hetkellä hoidetaan pitkälti



perusterveydenhuollon ulkopuolella (optikkoliikkeen). Palvelustrategiassa voidaan ottaa kantaa esimerkiksi palvelusetelin käyttöön palvelujen saatavuuden turvaamiseksi muutostilanteessa.”

Muutosesitys 4:

Lakiehdotus määrittelee tuottajille osin jo olemassa olevia vastuita. Lisäksi siinä halutaan rajata yksityisen palvelutuottajan alihankkijoilta hankkimia palveluita prosenttimäärillä. Sote-palveluiden yksityiset tuotantomallit vaihtelevat paljon. Silmäterveydenhuollon palvelutuotantoon, kuten kaikkialle muuallekin yksityiselle sektorille, on vakiintunut vuosikymmenien kuluessa isäntäyhtiö – ammatinharjoittaja – malli. Erityisesti lääkärit toimivat melkein aina omalla toiminimellään. Malli on myös julkisen sektorin etu, sillä se mahdollistaa paitsi niukkojen resurssien yhteiskäytön yksityisen ja julkisen sektorin välillä myös mahdollisuuden priorisoida julkisen toimijan resurssitarvetta ammatinharjoittajan voidessa itse joustavasti määritellä toimintansa laajuuden yksityisen sektorin palveluntuotannossa. Mallissa isäntäyhtiö huolehtii yleensä ammatinharjoittajien yhteisistä tukipalveluista, kuten potilastietojärjestelmähankinnoista, tilahankinnoista, toimilupa-asioista ja usein myös esimerkiksi tarvittavien kuvantamis- ja laboratoriopalveluiden tuotannosta. Tätä vuosikymmenien aikana hyväksi havaittua menettelyä olisi syytä suosia myös hyvinvointialueen hankinnoissa ja jättää yksityisten palveluntuottajien rakenne niiden itsensä tarkoituksenmukaisesti päätettäväksi. Hallituksen esityksen 12§ mukaan yksityiset palveluntuottajat *”vastaavat palvelujensa lainmukaisesta ja sopimuksen mukaisesta tuottamisesta”*. Tämän pitäisi lainsäätäjälle riittää. Lisäksi esitettyjen prosenttirajojen seuraaminen on käytännössä mahdotonta.

Esitämme Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä, säännöskohtaiset perustelut 17§ s. 712 osalta muokattavaksi seuraavasti (lisäysehdotus alleviivattu, poistoehdotus yliviivattu):

- ”Yksityinen palveluntuottaja ei voisi hankkia kaikkea palvelutoimintaansa alihankkijalta toimien niin sanottuna kuoriorganisaationa, vaan hankkia voisi täydentäviä palveluja tai täydentävää työvoimaa. Yksityisellä palveluntuottajalla olisi oltava 14 §:ssä tarkoitetulla tavalla hyvinvointialueen hankkimien palvelujen sisältöön ja laajuuteen nähden riittävä osaaminen, palveluksessaan toiminnan edellyttämä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstö sekä muut riittävät toimintaedellytykset. Lisäksi sen olisi oltava riittävän vakavarainen, jotta se pystyy huolehtimaan toiminnasta, sen jatkuvuudesta ja lakisääteisten velvollisuuksiensa täyttämisestä. Yksityisen palveluntuottajan olisi nimettävä toiminnasta vastaava vastuuhenkilö sekä toiminnan laatuun ja laajuuteen nähden riittävä määrä toimintokohtaisia vastuuhenkilöitä. Se osuus tai palvelut, jotka katsottaisiin yksityisen palveluntuottajan omaa palvelutoimintaa täydentäviksi, riippuisi yksityisen palveluntuottajan hyvinvointialueelle tuottamien palvelujen laadusta ja laajuudesta. Lähtökohtana olisi pidettävä, että täydentävinä palveluina hankittavien palvelujen osuus ei saa olla niin merkittävä voisi olla yksityisen palveluntuottajan hyvinvointialueelle tuottamista palveluista enintään 30 ja 49 prosentin välillä eli ei ainakaan yli puolta sen hyvinvointialueelle tuottamista palveluista, että palvelutuotanto voisi vaarantua. Täydentävinä palveluina voitaisiin hankkia esimerkiksi yksittäisten sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden antamia palveluja tai työvoimaa.”

Muutosesitys 5:

Lakiehdotuksessa säädetään valtakunnallisista tavoitteista sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiselle, jotka valtioneuvosto tulee vahvistamaan neljän vuoden välein (22§). Tuottavuuden ja kustannusvaikuttavuuden lisääminen sekä julkisen talouden kestävyys ovat tärkeitä näitä tavoitteita, mutta sen tietopohjaa olisi hyvä vahvistaa mahdollistamalla kustannusvertailu paitsi eri alueiden – myös julkisten – ja muiden palvelutuottajien välillä. Kustannusvertailua olisi syytä pystyä tarkastelemaan yksittäisten palveluiden tasolla.

Esitämme Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä, säännöskohtaiset perustelut 22§ s. 722 osalta muokattavaksi seuraavasti (lisäysehdotus alleiviivattu):

- “Momentin 5 kohdan mukaan osana sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisia tavoitteita määriteltäisiin tavoitteet hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon tuottavuuden ja kustannusvaikuttavuuden lisäämiselle. Suomen nykyisessä toimintaympäristössä, jossa väestön ikääntyminen ja heikentävä huoltosuhde sekä valtionvelan kasvu on nopeaa, tuottavuuden kasvattaminen on välttämätöntä julkisista varoista rahoitetun sosiaali- ja terveydenhuollon turvaamiseksi myös tulevaisuudessa. Resurssien on riitettävä perusoikeuksista ja muista lakisääteistä velvoitteista huolehtimiseen, ja samalla julkistalouden tulojen ja menojen pitää olla pitkällä aikavälillä tasapainossa. Tuottavuuden lisääminen edellyttää, että toiminnan tehokkuutta ja sen muutoksia pystytään luotettavasti mittaamaan ja vertaamaan esimerkiksi yksityisten palvelutuottajien kustannuksiin. Usein organisaatioiden sisäistä tehokkuutta tarkastellaan taloudellisuuden ja tuottavuuden avulla ja ulkoista tehokkuutta vaikuttavuudella. Julkisesti rahoitetun sosiaali- ja terveydenhuollon vaikutusten ja kustannusten suhdetta on tärkeää tarkastella hyvinvointialueiden toiminnassa. Erityisesti julkisella sektorilla kyseessä on monimutkainen prosessi, jossa täysin luotettava ja yksiselitteistä keinoa mitata tuottavuutta ei vielä ole. Käynnissä on kuitenkin valmistelutyö sosiaali- ja terveydenhuollon kustannus- ja vaikuttavuustiedon perusteella muodostettavien mittareiden ja indikaattoreiden käyttöönottamiseksi (Sote-uudistuksen vaikuttavuus- ja kustannustietoryhmä, ISO-KUVA, <https://stm.fi/hanke?tun-nus=STM067:00/2018>). Tätä kertynyttä tietoa käytettäisiin sekä valtakunnallisten strategisten tavoitteiden asettamisessa että niiden saavuttamista arvioitaessa. Lisäksi tulisi mahdollista eri tavoin tuotettujen palveluiden kustannusvertailu.”

Näkeminen ja silmäterveys NÄE ry

Panu Tast, toimitusjohtaja