



SOSIAALI- JA TERVEYSVALIOKUNNAN ASiantuntijakutsu

Asia: HE 47/2017 vp, HE 15/2017 vp, HE 52/2017 vp

Kiitän kutsusta tulla kuulluksi asiassa. Keskityn lausunnossani tarkastelemaan kokonaisuutta edellä esitetyistä näkökulmista. Pohdin myös valinnanvapauslain esitykseen ja palvelujen tuottajalakiin liittyviä epäselvyyksiä ja keskeneräisyyksiä sekä Lapin erityispiirteitä suhteessa esitettyihin ratkaisuihin.

Tavoitteet

Sote-uudistuksen tavoitteiksi on kirjattu terveys- ja hyvinvointierojen kaventaminen ja palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden parantaminen sekä julkisen talouden kestävyysvajeen pienentäminen hidastamalla sosiaali- ja terveyspalvelumenojen kasvua. Valinnanvapauslain tavoitteena on edistää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden mahdollisuuksia valita palvelun tuottaja ja parantaa palvelujen saatavuutta ja laatua.

Keinoksi uudistuksen tavoitteiden saavuttamiseen valittiin aluksi järjestämisen integraatio kuntalaissa määritellyyn tapaan. *Kuntalaissa järjestämistä vastuu on määritelty* siten, että kunta vastaa palvelujen yhdenvertaisesta saatavuudesta, tarpeen, määrän ja laadun määrittämisestä, *tuottamistavasta*, tuottamisen valvonnasta ja viranomaiselle kuuluvan toimivallan käyttämisestä. Kunta myös vastaa tehtäviensä *rahoituksesta*. Esimerkkeinä onnistuneista ratkaisusta käytettiin Eksotea ja Kainuuta.

Valmistelun kuluessa kävi ilmeiseksi, että julki tuomattomien tavoitteiden toteuttamiseksi tulevilta järjestäjiltä oli karsittava järjestämistä vastuusta osia pois. Maakunnille ei haluta antaa mahdollisuutta päättää vastuullaan olevien palvelujen tuotantotavoista eikä rahoituksen määrästä, jolloin esimerkkeinä käytettyjen integroitujen sote-ratkaisujen kaltaisiin kustannustehokkaiksi osoittautuneisiin malleihin ei enää ole mahdollisuutta. Sote-keskusten *yhtiöittämisvelvoitteen ja asiakassetelivelvoitteiden vuoksi jo kuntayhtyminä onnistuneet integroidut palvelukokonaisuudet (Eksote, Kainuu, Päijät-Häme, Pohjois-Karjala, Keski-Pohjanmaa, Etelä-Savo) joudutaan pilkkomaan yhtiöihin ja liikelaitoksiin.*

Yhtiöittämisvelvoitetta on perusteltu sillä, että julkisten yhtiöiden tulisi olla samassa asemassa yksityisten yhtiöiden kanssa. Näinhän ei kuitenkaan ole, kun *yksityinen yhtiö voi päättää sijaintinsa ja tarjonnan kapasiteettinsa ja julkinen joutuu sitten huolehtimaan kaikesta siitä, mikä ei kaupallisesti ole kiinnostavaa.*



Perusterveydenhuolto pirstotaan ratkaisulla paikallisesti eri tuottajille niin, että kansanterveystyön tavoitteet on jouduttu muuttamaan lääkärin vastaanotoille pääsyn nopeuttamisen tavoitteeksi. Kansanterveystyö on kokonaan ratkaisussa unohdettu.

Sosiaalihuollon palvelut pilkotaan myös sote-keskusten ja maakunnan liikelaitoksen sekä asiakassetelituottajien tehtäväksi niin, että sen vahvistamista ei osaa kukaan ratkaisun perusteella arvioida. *Valinnanvapauslain perusteella on myös melko epäselvää mitä minkäkin tuottajan vastuulle varsinaisesti sosiaalipalveluista kuuluu. Myös terveyspalvelujen vastuut ovat epäselvät.*

Maakuntien järjestämisvastuu ehdotetaan säädettävän kuntalain sääntelystä hyvin poikkeavasti. Myös *integraation käsitettä on ryhdytty maalailemaan* käyttämällä erilaisia lisämääritteitä: järjestämisen integraatio, rahoituksen integraatio, tiedon integraatio, palveluketjujen integraatio ja tuotannollinen integraatio mm. Näillä selityksillä pyritään viemään huomio siitä, että maakuntien järjestämisvastuun toteuttamiselta on tosiasiallisesti karsittu merkittäviä mahdollisuuksia pois. *Maakuntien vastuu muistuttaa järjestämisvastuuta enemmän jonkin kaltaista järjestelyvastuuta.*

Palvelukokonaisuuden eheyden ja kustannustehokkaan toteutuksen kannalta on täysin eri asia, onko järjestäjällä koko kokonaisuus sekä toiminnan että talouden osalta suorassa työjohtolisessa ohjauksessa vai pyritäänkö sitä hallitsemaan monimutkaisen sopimusohjauksen keinoin. Ehdotetusta mallista muodostuu liksäksi erittäin monimutkainen ja järjestelmään on sisäänrakennettuna eri toimijoille *merkittäviä osamointikannusteita*, kun sekä toiminnan ja talouden vastuut on pilkottu pieniin osiin. Tämä lisää edelleen maakunnan vaikeuksia hallita kokonaisuutta sopimusohjauksella.

Vaikka terveyspalvelujen saatavuus on nykyjärjestelmässä koko maassa laajan valinnanvapauden vuoksi teoriassa yhdenvertainen, vaihtelee tosiasiallinen saatavuus erityisesti perusterveydenhuollon palvelujen osalta kotikunnasta riippuen. Sosiaalipalveluissa ei kuntarajat ylittävää valinnanvapautta nykyisin ole, joten niiden erityisosaamista vaativien palvelujen osalta saatavuus vaihtelee vielä merkittävästi enemmän. Muodostettavien maakuntien kantokyky vaihtelee huomattavasti vähemmän kuin yksittäisten kuntien, minkä vuoksi voisi ajatella molempien palvelujen saatavuuden yhtenäistyvän uudistuksen myötä. *Osa maakunnista on kuitenkin tosiasiassa riittämättömän kokoisia väestöpohjaltaan* eikä niissä tule olemaan saatavilla kattavaa erityisosaamista samaan tapaan kuin suurissa maakunnissa.

Suurimmissa kaupungeissa ja maakuntakeskuksissakin palvelujen tarjonta lisääntynee yhtiöiden aktiivisuuden myötä. Osalla maakunnista tulee olemaan merkittäviä *vaikeuksia tukea markkinoita niin, että pikkukuntiin syntyy todellista tuotantokilpailua ja valinnanvapautta*. Tällöin voi tosiasiassa käydä niin, että maakunnan sisällä palveluja joudutaan markkinoiden tukemisen nimissä keskittämään nykyisestä ja ***saatavuus, tai ainakin saavutettavuus joillain alueella jopa huononee nykyisestä.***

Koska terveys- ja hyvinvointierojen ajatellaan ilmeisesti kaventuvan palvelujen saatavuutta parantamalla, on uudistuksen vaikutuksia todellisuudessa vaikea arvioida. Mitä ilmeisimmin lisääntyvä palvelujen käyttö sote-keskuksissa kohdentuu satunnaisiin tarvitsijoihin, jotka aiemmin ovat käyttäneet joustavampia palveluja. Näin vaikutukset väestön hyvinvointiin ja terveyteen jäivät vähäisiksi. Riippuen yritysten toiminnan



fokusoinnista, voi monisairaiden ja runsaasti apua tarvitsevien palvelujen tarjonta jäädä ennalleen tai jopa heiketä.

Väestön pääsy palveluihin tulee joka tapauksessa olemaan *alueellisesti erilaista* ja kun reformiin ei otettu mukaan *työterveyshuoltoa* ja *opiskeluterveydenhuollonkin* erityisratkaisu on edelleen valmistelussa, tulee myös sosioekonomisten väestöryhmien erot ainakin palvelujen saatavuuden osalta säilymään. Mikäli palvelujen saatavuus sitten määrittää jossain määrin noita eroja, *ei* tuota **tavoitetta hyvinvointierojen pienentämisestä tulla saavuttamaan**.

Valinnanvapauslaissa esitetyn kaltainen maakunnasta käsin ohjattava tuottajaverkosto vaatii *mittavan ja osaavan järjestäjän* erilleen tuotannosta sen lisäksi, että *tietojärjestelmien uudistaminen* yhteen toimivaksi on edellytys ohjaamisen onnistumiselle. Näiden kustannukset tulevat ylittämään odotetut säästöt vaikka monituottajamallinen järjestelmä jotenkin onnistuisi joiltain osin toimintaa tehostamaan. Tällöin myös **taloudellinen tavoite jää saavuttamatta**.

Terveystalolakesitykseen vuonna 2010 valtiovarainministeriö edellytti yksityiskohtaiset vaikutusarviot ja laskelmat tehtiin pykälien, jopa niiden momenttien tarkkuudella. Nyt koko uudistuksen perusteluista ei esimerkiksi selviä miten muutuskustannukset, joita vääjäämättä tämän mittaisesta muutoksesta seuraa, katetaan. *Rahoituslaissa palvelujen rahoitus on mitoitettu tarpeeseen nähden ylituoksi*. Muutoksen kustannuksia ei voida kattaa palvelujen rahoituksesta.

Monimutkainen järjestelmä tulee lisäksi vaatimaan nykyiseen verrattuna myös osin päällekkäisiä voimavaroja sote-keskusten ja liikelaitosten välillä, kun molemmissa tuotetaan nykyiseen perustasoon kuuluvia palveluja (mm. palvelusuunnitelman laadinnan ja päivitysten yhteydessä). Myös palveluun ohjaus vaatii ehdotetussa mallissa merkittävää resursointia liikelaitokseen. Lisäksi vastuiden epäselvä määrittely tulee todennäköisesti lisäämään toimijoiden välisiä *sopimus- ja oikeusriitoja* sekä hallinnollisia kustannuksia. Taloudellisia vaikutuksia ei ole kokonaisuudessaan arvioitu riittävällä tavalla.

Uudistuksen tavoitteet eivät käsitykseni mukaan tule toteutumaan.

Valinnanvapauslaista

Valinnanvapauslakiesitys on **erittäin keskeneräinen** ja monin kohdin **epäselvä**. Tärkein pykälä on 15 §, jossa määritetään sote-keskusten tehtävät. Lausuntokierroksella olleessa versiossa sote-keskusten päävastuu oli kirjattu yleisten sairauksien ja tavanomaisten pitkäaikaissairauksien hoitovastuuksi. Eduskunnalle annetussa esityksessä sama vastuu on kirjattu yleislääketieteen alaan kuuluvaksi hoidoksi.

Yleislääketiede on erikoisala samoin kuin 49 muuta erikoisalaa, mutta sen alaa ei ole määritelty tavalla, joka määrittäisi yritysten vastuulle tulevan osuuden palveluista. Perusteluteksteissä kerrotaan yleislääketieteen



alaan kuuluvilla sairauksilla tarkoitettavan väestöllä yleisesti esiintyviä ja usein pitkään kestäviä sairauksia. Sitä, mitkä näihin sairauksiin kuuluvat tai mitkä niiden sairauksien hoidon osatehtävät sote-keskusten vastuulle kuuluvat, ei ole määritelty.

Esimerkkejä kunnittain hyvin erilaisten vastuujakojen potilasryhmistä ovat vaikkapa muistisairaat, diabetes ja muiden kansansairauksien potilaat, erilaiset kuntoutuspotilaat tai saattohoitopotilaat. Myös mielenterveys- ja päihdepalvelut on kunnittain järjestetty hyvin eritasoisesti.

Perusterveydenhuolto sen paremmin kuin yleislääketieteen ala ei ole sisällöltään yksiselitteinen käsite vaan riippuu miten kunta on sairaanhoitopiirinsä kanssa vastuunjaon sopinut. Nykyisen lainsäädännön mukaan sairaanhoitopiiriin tulee sovittaa oma palvelutuotantonsa kuntien ja asukkaiden tarpeiden mukaan. Tämä lainsäädännön *epäselvyys lisää sote-keskusten kannusteita ja mahdollisuuksia siirtää potilas liikelaitoksen vastuulle.*

15 § ei selkeästi määrittele myöskään yhtiöiden vastuulle kuuluvien sosiaalipalveluiden laajuutta. Sekä kotisairaanhoidon, että sosiaalihuollon kotipalvelujen osalta sote-yrityksille syntyy suora *kannuste määritellä asiakkaiden tarve todellista suuremmaksi* koska päivittäin tarvittava palvelu kuuluu liikelaitoksen vastuulle, mutta harvemmin tarvittava yritykselle. Pykälän sanamuodosta saa myös sen käsityksen, että kotipalvelun voisi valita suoraan (kuuluu suoran valinnan palveluihin) ilman kenenkään tekemää tarveharkintaa.

Pykälistä tai perusteluista ei selviä *mikä on sellaista julkisen vallan käyttämistä*, jota ei voi maakunnan päätökselläkään siirtää yritysten tuottamaksi.

Muissa pykälissä on myös erittäin runsaasti epäselvyyksiä tai outouksia. Seuraavassa *joitain esimerkkejä* sellaisista:

- pykälissä 6 ja 20 puhutaan liikelaitoksen *perustason* toimipisteestä, jota ei määritellä missään. Myöskään jo olemassa olevassa muussa lainsäädännössä ei määritellä perustason sisältöä.
- pykälässä 13 säädetään *laitoshoidon aikana* palvelun tuottajalle *tuotantovastuu* kaikista asiakkaan tarvitsemista sote-palveluista. Esimerkiksi jos kehitysvammalaitoksessa asuva asiakas tarvitsisi ohi-tusleikkauksen, pitäisikö laitoksen tuottaa sellainen?
- samassa pykälässä 13 säädetään, että suoranvalinnanpalvelujen tuottajan vastuu asiakkaasta päättyisi, kun hän on ollut kuukauden laitoksessa. Vastuu sanaa käytetään oudossa merkityksessä eikä ole ymmärrettävää mitä vastuita sote-keskuksella olisi, kun laitospalvelun tuottaja vastaisi jo kaikista asiakkaan tarvitsemista palveluista.
- pykälässä 18 määritetään asiakassetelillä annettavaksi yksittäiset toimenpiteet tai palvelut, jotka ovat *erotettavissa itsenäisiksi tai erillisiksi osakokonaisuuksiksi*. Erittäin epäselvän pykälän ja perustelutekstien perusteella on mahdotonta sanoa, mitä erilliset osakokonaisuudet voisivat tarkoittaa käytännössä. Tämä määrittely olisi kuitenkin sekä toimijoiden vastuiden että asiakkaiden oikeuksien näkökulmasta välttämätöntä.
- liikelaitokselle veloitettua *asiakassetelien* käyttöä säädetään monin eri tavoin epäselvästi pykälissä 23 ja 24. Perusteluissa sekä julkisessa keskustelussa on käsitelty mm. helposti erilliseksi toimenpiteiksi määriteltäviä kaihileikkauksia tai tekonivelleikkauksia, jotka voitaisiin jopa säädöksiin määrätä



asiakassetelillä toteutettavaksi. Näin päätettäessä on ymmärrettävä, että ilman kaihileikkauksia ei tavallisiin keskussairaaloihin saataisi rekrytoitua edes osa-aikaisia silmälääkäreitä hoitamaan muita silmäsairauksia ja palvelujen saatavuus voisi vakavasti vaarantua. Tekonivelleikkausten määrääminen markkinoille taas veisi tavallisilta keskussairaaloilta mahdollisuuden ortopedien rekrytointiin ja traumapäivystyksen hoitaminen olisi uhattuna. Näin voitaisiin aiheuttaa väestölle konkreettista vaaraa siirtämällä ymmärtämättömästi markkinaehtoiseen toimintaan teknisesti yksinkertaisesti määriteltäviä tehtäviä. Olosuhteet erilaisissa maakunnissa vaihtelevat siinä määrin, että olisi riskialtista velvoittaa asiakassetelillä hankittavia palveluja sisällön osalta kansallisesti.

- *liikelaitoksen palveluihin ohjattaisiin asiakkaita (31§), mutta asiakas voisi niihin hakeutua itsekin (33§). Vain kiireetöntä sairaalahoitoa varten tarvittaisiin lähete (33§). Ilmeisesti erikoisalojen avohoitoa varten ei lähetettä tarvittaisi? Ratkaisu muuttaisi erittäin merkittävästi erikoissairaanhoidon palvelujen kysyntää ja lisäisi resurssitarvetta nykyisestä. Muutos näkyisi kustannusten lisääntymisenä.*
- *liikelaitos vastaisi asiakkaan palvelutarpeen kokonaisarvioinnista ja asiakassuunnitelman laadinnasta, kun asiakas saa liikelaitoksen palveluja tai se on muutoin perusteltua (33§). Liikelaitoksen pitäisi olla yhteistyössä sote-keskuksen kanssa suunnitelmaa tehdessään. Suunnitelma sotoisi sote-keskusta. Järjestelmä muuttaisi työnjakoa nykyisestä perusteellisesti. Erikoissairaanhoidossa on nyt tehty potilaalle erikoisaloittain tutkimukset ja hoidot ja kokonaisuuden koordinointi ja hoito on ollut perusterveydenhuollon yleislääkäriin vastuulla. Ehdotetun veloitteen toteuttamiseksi liikelaitokseen tulisi palkata runsaasti yleislääkäreitä tekemään kokonaisarviointeja ja asiakassuunnitelmia sekä päivittämään niitä aina kun tarve jollain tavoin muuttuu, koska liikelaitoksen tekemä suunnitelma sotoisi sote-keskusta. Kustannusvaikutukset olisivat mittavia ja potilaiden hoidon kannalta epätarkoituksenmukaisia. Potilaan pallottelu eri toimijoiden välillä tulisi lisääntymään nykyisestäään.*
- *markkinapuute pykälässä 43 on epäselvä käsite. Koska kyse sote-keskusten yhtiöittämisessä on valinnanvapauden takaamisesta, olisi ilmeisesti jokaisessa kuntayhteisössä oltava vähintään kaksi eri tuottajaa, jotta tilannetta ei tulkita markkinapuutteeksi. Osa kunnista esimerkiksi Lapissa on niin vähäväkisiä, ettei niiden väestö teoriassakaan tarjoa kahdelle tuottajalle toimintaedellytyksiä, joten myös vapaanvalinnanpalveluita uhkaa keskittyminen. Lisäksi pykälän 81 mukaan maakunnan olisi ennalta varauduttava tuottamaan markkinapuutetilanteessa palvelut, esim. yhtiön lopettaessa ylläyttäen tuotantonsa. Varautumisesta seuraisi vääjäämättä ylimääräisiä kustannuksia.*
- *pykälä 63 jättäisi maakunnille runsaasti itse ratkottavaa tuottajien kannustimiksi, sellaista osaaamista ei löydy ainakaan kaikista maakunnista. Tämän osaamisen kehittäminen vaatisi myös valtakunnallisesti riittävän ajan sekä aitoja kokeiluja ennen lain säätämistä.*

Esimerkit epäselvyyksistä valinnanvapauslaissa osoittavat lain keskeneräisyyden ja valmistelun heikkouden.

Eduskunnan kannattaa tarkkaan arvioida, **onko esityksen pohjalta laki korjattavissa** toimivaksi eduskuntakäsittelyssä.



Palvelujen tuottajalaista

Sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamislailla on tavoitteena varmistaa sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävän asiakkaan tai potilaan asiakas- ja potilasturvallisuus, varmistaa laadultaan hyvät palvelut sekä edistää palvelun tuottajan ja viranomaisen välistä yhteistyötä. Niin julkiset kuin yksityiset tuottajat on merkittävä rekisteriin.

Pykälän 27 mukaan tuottaja voidaan poistaa rekisteristä jos se ei täytä 5 § edellytyksiä. Esimerkiksi jos yhteisö on käyttänyt määräämisvaltaa yhteisössä, joka on viiden vuoden sisällä asetettu konkurssiin, voidaan se poistaa rekisteristä. Mikäli vaikkapa maakunnan liikelaitoksen omistama sote-yhtiö menee konkurssiin joutuessaan tuottamaan palvelut sinne minne yksityiset yritykset eivät palveluja tarjoa, *voi valvova viranomainen poistaa maakunnan liikelaitoksen tuottajarekisteristä*. Liikelaitoksella ei sen jälkeen ole mahdollisuutta toimia palvelujen tuottajana. *Onko tällaisen vallan antaminen valvovalle viranomaiselle mahdollista tai millään tavoin perusteltua? Ainakaan se ei ole tarkoituksenmukaista.*

Lappi sote-uudistuksessa

Oleellista on tunnistaa maakuntien erilaiset mahdollisuudet ja velvoitteet. Lapille ominaista ovat pienet kuntayhteisöt kaukana toisistaan. Etäisyydet aiheuttavat merkittäviä lisäkustannuksia väestön palvelujen toteuttamiseen verrattuna tiiviimpiin maakuntiin.

Lapin sairaanhoitopiirin alueella Rovaniemen ulkopuolella terveyskeskustasoiset paikallispalvelut sairaalahoitoineen on järjestetty keskimäärin 4 000 asukkaan väestöpohjilla. Pääkaupunkiseudulla terveysasematasoiset palvelut on kohdennettu noin 30 000 asukkaan väestöille. Lapissa on 6 kertainen määrä ensihoidon yksiköitä asukasta kohden verrattuna pääkaupunkiseutuun, mutta pääkaupunkiseudulla 108 kertainen määrä neliökilometreihin suhteutettuna.

Kun palvelujen keskittämismahdollisuuksia mietitään Lapin olosuhteissa, on hyvä muistaa, että paikallispalvelut on jo keskitetty kuin erityispalvelut tavallisissa maakunnissa. Alle puolet maakunnista on pinta-alaltaan suurempia kuin Sodankylän kunta yksin. Vain kolme maakunnista on suurempia kuin Inari.

Pienistä väkimääristä huolimatta palvelut tulee edes jollain tavalla olla saatavissa koko alueella. Kuntayhteisöt ovat niin pieniä väestömäärältään, ettei niistä moneenkaan ole realistista saada yritystuottajia kilpailemaan palvelujaan valitsevista asiakkaista.

Lapin toinen erityishaaste on maakunnan kaksi sairaanhoitopiiriä ja keskussairaala. *Valtiovalta ei valitettavasti ole tukenut käytettävissään olevin keinoin maakunnan soten rakentamista yhdeksi kokonaisuudeksi.* Lapissa jouduttaneen odottamaan toimivaltaisia maakunnan päättäjiä ennen kuin työnjakoa sairaaloiden välillä päästään ratkomaan. Maakunnan väestöpohja riittää vaivoin yhteen kattavasti erikoissairaanhoitoa tarjoavaan sairaalaan. Kahden päivystävän sairaalan ylläpidosta seuraa merkittävästi ylimääraisäiä kustannuksia, jotka on säästettävä muista palveluista.



Kolmas erityispiirre on monikielisyys ja -kulttuurisuus. *Saamen kielet ja kulttuuri elävät* ja ne tulee huomioida palveluja toteutettaessa. Saamenkielisten palvelujen toteuttaminen valtakunnan rajat ylittäen on ratkaisu, jota tultaneen edistämään maakunnan toimesta. Monikielisyys on myös kustannuksia lisäävä tekijä. Tästä aiheutuvia kustannuksia ei kuitenkaan ole otettu huomioon maakuntien rahoituslaissa. Kustannusten tarveperusteinen jako ei siten ole tältä osin oikeudenmukainen.

Sote-rahoituksessa väestön palvelutarpeet eivät siis yksin riitä rahoituksen oikeudenmukaisen jakamisen perusteeksi. Lapin olosuhteet tulee katettavina kustannustekijöinä huomioida vahvemmin.

Uudistuksen aikataulu

Uudistuksen aikataulu on absurdi. Siihen ei ole mitään sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyviä perusteita.

Näyttää on siitä, että maakunnittain sote-palvelut pystytään hyvinkin nopealla aikataululla kokoamaan yhden organisaation järjestämis- ja tuotantovastuulle niin haluttaessa. Ongelman muodostaa kokonaan uuden tyyppinen järjestelmän ohjaus, jota edellytetään maakunnan järjestäjältä kun tuottaja erotetaan vähintään liikelaitokseen.

Lisäksi täysin turha maakunnan sote-keskustoiminnan yhtiöittämisvelvoite aiheuttaa suuren muutoksen toteuttamiseen tarpeetonta lisätyötä.

Hallitusohjelman mukainen muutoksen askeleittainen toteuttaminen olisi merkittävästi turvallisempi tapa uudistaa kansallinen palvelujärjestelmä. Se tarjoaisi aidosti mahdollisuuksia myös hankkia kokeiluilla osaamista sote-keskustoimijoiden kannustimin ohjaamisesta.

Johtopäätelmät

Uudistuksen tavoitteita ei tulla käsitykseni mukaan saavuttamaan ja uudistukseen sisältyy osin mahdottoman aikataulun ja keskeneräisen epäselvän lainsäädännön vuoksi hallitsemattomia riskejä.

Eduskunnan tulisi vakavasti harkita, ollaanko valmiita kantamaan riskit, joita näin keskeneräinen laki, jonka vaikutuksia ei ole riittävällä tavalla arvioitu, tuo mukanaan.

Jukka Mattila

johtajaylilääkäri

Lapin sairaanhoitopiiri