

EDUSKUNNAN SOSIAALI- JA TERVEYSVALIOKUNTA

20.4.2018

Asia: Kirjallinen lausunto HE 16/2018 vp Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi

Teema: Korvausperusteet, kustannus- ja kannustevaikutukset

Valmistelija: Janne Aaltonen (erik.lääk., MBA), yhteyspäällikkö, HUS-konsernihallinto

Alla olevassa kirjallisessa lausunnossa tarkastellaan hallituksen esitystä valinnanvapauslaiksi yksinomaan kustannus- ja kannustevaikutusten sekä korvausperusteiden näkökulmasta.

Lähtökohta

Sote- ja maakuntauudistuksen toteuduttua maakuntien ja tätä kautta sosiaali- ja terveystalvelujen rahoituksesta päättää eduskunta. Rahoitus kanavoidaan maakunnille erikseen laissa määriteltyjen periaatteiden mukaisesti. Asiakasmaksuista päätetään lainsäädännöllä. Maakunnalla ei tosiasiallisesti ole muita tulonlähteitä, joten sen tulisi kyetä suoriutumaan velvoitteistaan annetun kiinteän määrärahan turvin riippumatta siitä, kuinka paljon sen palveluja tarvitaan tai käytetään. Maakunta ei voi päättää sote-palveluihin käytettävästä määrärahasta itse, vaikka maakunnan asukkaiden yhteinen tahtotila olisi käyttää näihin palveluihin enemmän varoja kun eduskunta on niitä myöntänyt. Vastaavasti, jos eduskunta korottaa määrärahaa, se kohdentuu kaikkiin maakuntiin tasapuolisesti.

Maakunnan tulisi järjestäjänä kanavoida saamansa rahoitus siten, että käytettävissä olevalla rahamäärällä tuotetaan maksimaalinen määrä hyvinvointia. Valinnanvapauslain mukaisten palvelujen rahoitus on määritelty kuitenkin siten, että maakunnan tulee huolehtia näiden palvelujen rahoituksesta ensisijaisesti, sillä palvelujen käyttäjällä on ehtojen täytyessä subjektiivinen oikeus asiakasseteliin tai henkilökohtaiseen budjettiin, ja suoran valinnan palvelutuottajien rahoitus määräytyy asiakasmäärän ja palvelusuoritteiden perusteella – ei maakunnan hyvinvointitarpeen perusteella.

Maakunnan järjestäjän näkökulmasta rahoitus on nollasummapieliä, jossa muutuskustannukset, hallintokulujen kasvu sekä lisäpanostus valinnanvapauspalveluihin ovat suoraan pois sosiaalitoimen ja erikoissairaanhoidon palveluista. Vaihtoehtona on kustannusraamin kasvattaminen nykyisestä tai asiakasmaksujen merkittävä korottaminen.

Muutosta on perusteltu sillä, että sosiaali- ja terveystoimen kustannukset ovat kasvaneet bruttokansantuotetta nopeammin ja palvelujen avaaminen markkinoille tehostaa toimintaa.

1. Onko olemassa ongelma nykyisiin tai odotettavissa oleviin kustannuksiin liittyen?

Julkisessa keskustelussa on usein esitetty väite, että ikärakenteen muutos johtaa hillitsemättömään kustannuskasvuun, mm. Valtionvarainministeriön kunta- ja aluehallinto-osaston päällikkö Jani Pitkäniemi/HS 27.3.2018:

Väestörakenteen muutos yhdistettynä sotien nykyiseen tuotantorakenteeseen johtaisi Pitkäniemen mukaan Suomen velkaantumiseen. "Me viemme tämän maan kuralle, jos emme ymmärrä tätä. Jos sotea ei tehdä, miljardit täytyy imuroida muualta valtion budjetin sisältä, enkä usko, että siihen kukaan on valmis", Pitkäniemi sanoo.

Sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen kustannukset muodostuvat palkoista, tiloista, laitteista, tavaroista ja tarvikkeista. Alla ote Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin tuloslaskelmasta 2017:

	1.1.-31.12.2017	1.1.-31.12.2016
Toimintatuotot		
Myyntituotot	2 042 353 416,25	1 888 572 503,37
Maksutuotot	72 864 938,87	71 218 921,58
Tuet ja avustukset	12 278 693,85	9 889 253,39
Muut toimintatuotot	11 193 797,19	9 106 339,09
Toimintakulut		
Henkilöstökulut		
Palkat ja palkkiot	-955 301 434,70	-907 428 263,89
Henkilöstösivukulut		
Eläkekulut	-172 116 584,03	-168 209 478,09
Muut henkilösivukulut	-46 183 734,87	-57 931 491,99
Palvelujen ostot	-349 596 433,31	-327 225 648,54
Aineet, tarvikkeet ja tavarat	-409 841 656,07	-377 513 850,88
Avustukset	-5 430 846,73	-5 651 111,11
Muut toimintakulut	-74 520 211,34	-2 012 990 901,05
		-67 576 069,19
		-1 911 535 913,69

Henkilöstökulujen osuus toimintakuluista oli 58%. Koska kuluissa on mukana palvelujen ostoja, ei osuus kokonaiskustannuksista kerro koko kuvaa. Henkilöstökulujen osuus oman toiminnan kuluista oli 71%. Tiloja, laitteita, tavaroita ja tarvikkeita tarvitaan vain, mikäli on niitä käyttävää henkilökuntaa. Sosiaali- ja terveystalveissa ei kyetä tekoälyllä tai robotiikalla ainakaan vielä toistaiseksi korvaamaan ihmisen tuottamia palveluja ei. Siksi henkilöstökulujen muutokset tulevat määrittämään sote-palvelujärjestelmän kokonaiskustannusten kehityksen. Sillä, mikä on milloinkin palvelutarve, ei kustannuskehityksen näkökulmasta ole suurta merkitystä.

Sosiaali- ja terveystalvejen tuotanto on erittäin vahvasti reguloitua. Terveystalveja voivat tuottaa vain terveydenhuollon ammattihenkilöt. Yleislääkärin koulutus kestää vähintään 6 vuotta, erikoislääkärin 11-12 vuotta. Sairaanhoidajan koulutus kestää 3,5 vuotta. Käytännössä tämän jälkeen edellytetään työpaikkakoulutusta.

Edellä esitetystä seuraa, että sosiaali- ja terveystalvejen kustannukset voivat kasvaa merkittävästi nykyistä nopeammin vain, jos:

- ammattihenkilökoulutusta koulutetaan merkittävästi enemmän kuin aiemmin (tällaista ei ole

suunnitteilla);

- b. palvelutuotanto avataan markkinoille, jolloin on todennäköistä, että innovoidaan substituutteja henkilöpalveluille (se voi alentaa yksikkökustannuksia, mutta mitään takuuta siitä ei ole; kokonaiskustannukset joka tapauksessa kasvavat); tai
- c. palkat harmonisoidaan ja käynnistetään palkkakilpailu markkinaehtoistamalla osa palvelutuotannosta (mikä ei kohota ainoastaan niiden henkilöiden palkkoja, joista kilpaillaan, vaan palkkaharmonisoinnin kautta koko henkilöstön palkkoja).

Toinen julkisessa keskustelussa usein esitetty väite on, että sote-menot (yleensä nimenomaan terveydenhuoltomenot) ovat nousseet 5% vuodessa ja kasvu ylittää selvästi bruttokansantuotteen kasvun. Toteutunutta aiempaa kustannuskehitystä on tarkasteltu osin vanhan aineiston perusteella. Alla olevassa taulukossa on esitetty menojen vuosikustannusten muutos eri ajanjaksoina (1):

Aikajakso	Terveydenhuollon kokonaismenot	Julkiset terveydenhuoltomenot yhteensä	Yksityiset terveydenhuoltomenot yhteensä
Keskim. 2000-2015	5,2 %	5,5 %	4,4 %
Keskim. 2005-2015	4,4 %	4,3 %	4,8 %
Keskim. 2010-2015	3,6 %	3,5 %	3,8 %
Keskim. 2014-2015	1,3 %	0,8 %	2,8 %

Vuoden 2016 kustannustietoja odotetaan lähiviikkoina (THL). Odotettavissa on, että kustannuskehitys on jatkunut erittäin maltillisena.

Terveydenhuoltomenojen kasvu Suomessa oli 2000-luvun alkupuolella hieman muita OECD-maita nopeampaa, mikä johtui pääosin siitä, että bruttokansantuote kasvoi nopeammin kuin muissa OECD-maissa. Terveydenhuoltomenot ovat kasvaneet bruttokansantuotetta nopeammin käytännössä kaikissa OECD-maissa lähes kaikkina niinä vuosina, kun asiaa on mitattu (vuodesta 1960 lähtien). Terveydenhuoltomenojen ja terveydenhuoltomenojen suhde bkt:een korreloi vahvasti, kuten alla oleva kuva osoittaa (2). Asia on ollut pitkään tutkijoiden tiedossa, mutta on yleisesti huonosti tiedostettu. Yhteys on todettu esim. OECD:n tutkimusraportissa (3), johon Valtiovarainministeriön blogi-kirjoituksessa viitataan (4). Raportissa todetaan, että vuosien 1995-2009 aikana Suomessa toteutuneesta keskimääräisestä vuosimuutoksesta (4,1%) puolet (2,0%) selittyy väestön vaurastumisella ja 0,6% väestön ikääntymisellä. Jäljelle jäävä 1,5% kasvu on

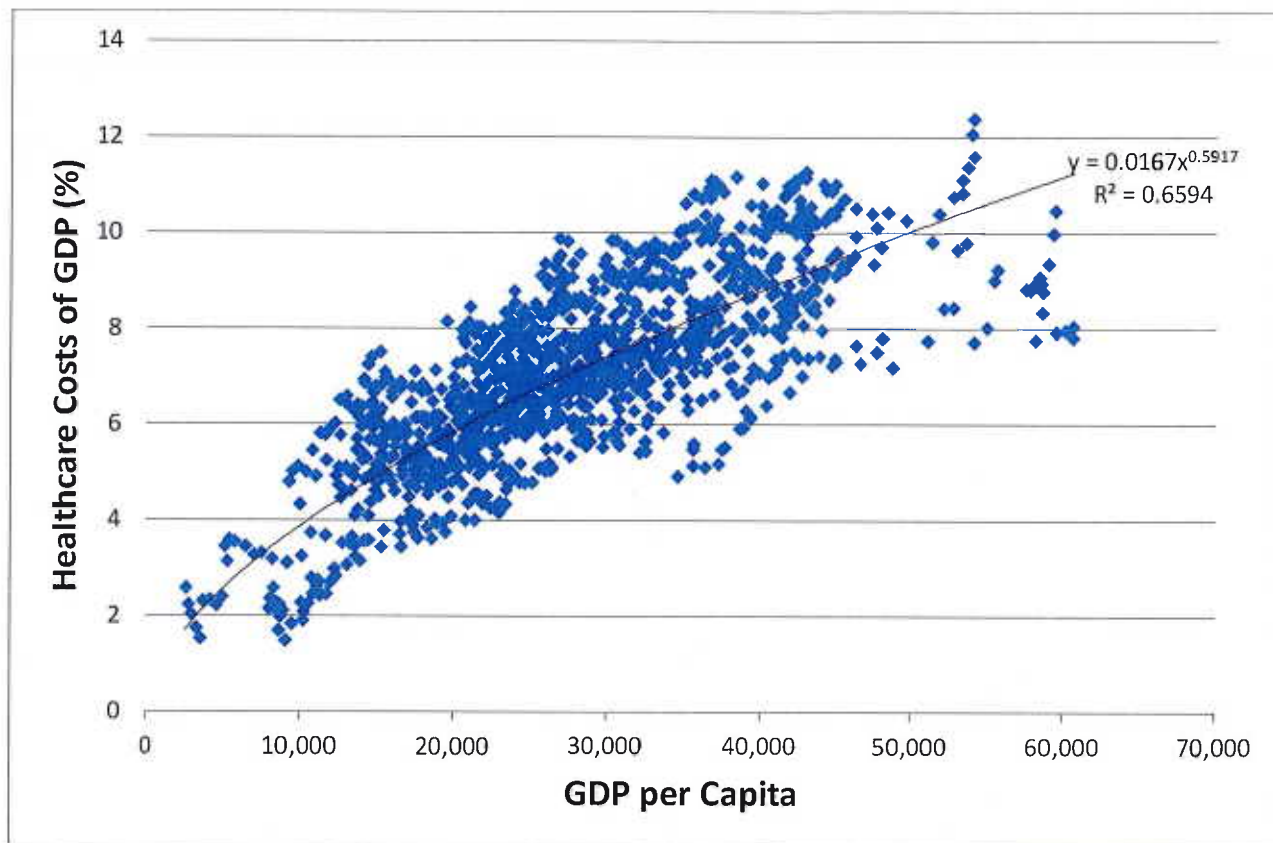
1 Kela. Tilastollinen vuosikirja 2016.

2 OECD Health Data (<http://stats.oecd.org>)

3 De la Maisonneuve, C and J Oliveira Martins (2013), "A projection method for public health and long-term care expenditures", OECD, Economics Department Working Papers No 1048, June. (<https://www.oecd.org/economy/growth/Health%20FINAL.pdf>)

4 Nerg P, Hetemäki M. Maakunta- ja sote-uudistuksen huolista (<http://alueuudistus.fi/blogi/-/blogs/maakunta-ja-sote-uudistuksen-huolista>)

samaa tasoa, kuin vertailumaissa, ja selittyy pääosin lääketieteen teknologian kehityksellä ja vähäiseltä osin terveydenhuoltosektorin palkkakehityksellä. Tämä vastaa kustannuskehitystä muilla toimialoilla.



Johtopäätöksenä voidaan todeta, että väestön ikääntyminen ei merkittävästi vaikuta sosiaali- ja terveyskustannuksiin, ellei palveluja avata (hallitsemattomasti) markkinoiden tuotettaviksi. Toteutunut sote-palvelujen kustannuskehitys on vuosina 2014-16 ollut erittäin maltillinen, eikä puolla järjestelmämuutosta kustannusnäkökulmasta.

2. Onko olemassa ongelma palvelujen kustannustehokkuuteen tai -laatuun liittyen?

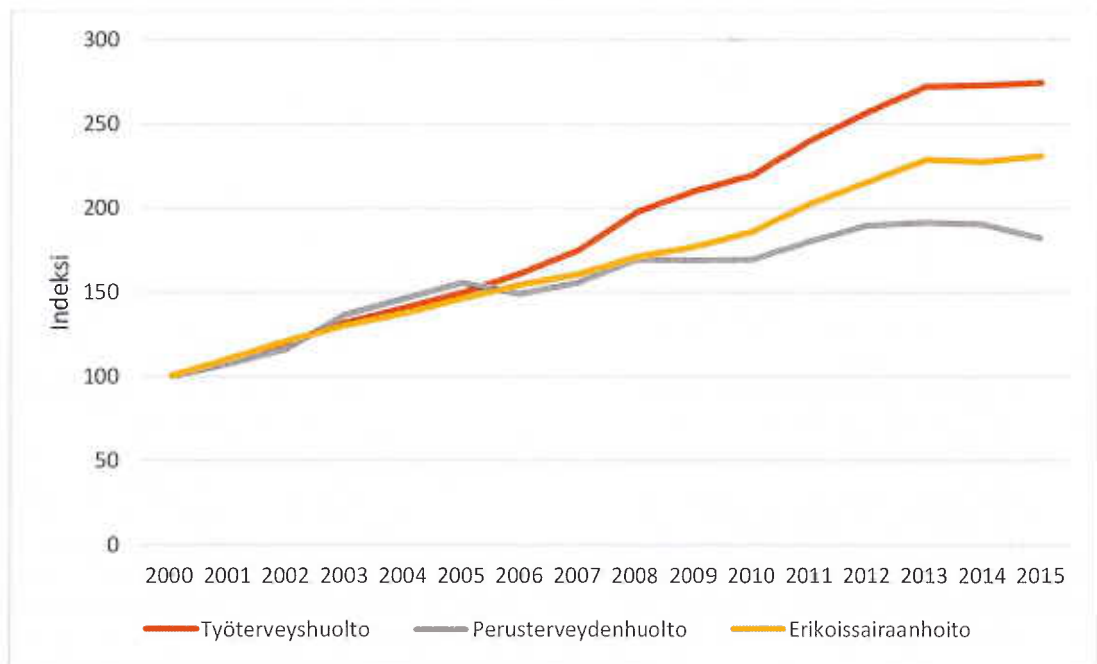
OECD:n tilastojen mukaan terveyspalvelut tuotetaan Suomessa laadukkaasti ja tehokkaasti. Elinajanodote syntyessä on kasvanut Suomessa 12,6 vuodella vuodesta 1960 vuoteen 2015, kun se OECD-maissa lisääntyi keskimäärin 11,9 vuotta ja muissa Pohjoismaissa 8,7 vuotta (2). Käytännössä kaikissa OECD:n käyttämissä laatuindikaattoreissa Suomi sijoittuu paremmin kuin OECD-maat keskimäärin ja useissa mittareissa parhaan 10 joukkoon. Esimerkiksi syöpäkuolleisuus Suomessa on OECD-maiden toiseksi alhaisin ja EU-maiden alhaisin.

Suomessa käytettiin vuonna 2016 edelleen relevantteja vertailumaita vähemmän rahaa terveyspalveluihin suhteessa bruttokansantuotteeseen (taulukko):

Belgia	Hollanti	Itävalta	Norja	Ranska	Ruotsi	Saksa	Suomi	Sveitsi	Tanska	UK
10,4	10,5	10,4	10,5	11,0	11,0	11,3	9,3	12,4	10,4	9,7
Australia	Japani	Kanada	USA	Uusi-Seelanti						
9,6	10,9	10,6	17,2	9,2						

Arvostetussa Lancet-lehdessä viime keväänä julkaistussa artikkelissa (5) Suomi sijoittui 195 maan aineistossa seitsemänneksi parhaaksi tarkasteltaessa 30 laatumittaria. Erikoissairaanhoito on Suomessa yleisesti tunnustettu sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän parhaiten toimivaksi komponentiksi.

On esitetty väite, että kustannuskehitystä voitaisiin hillitä tuottamalla osa terveyspalveluista yksityisten yritysten toimesta. Kuten sivulla 3 esitetyssä taulukosta voidaan havaita, yksityiset terveysmenot ovat kuitenkin kasvaneet selvästi julkisia menoja nopeammin vuodesta 2005 lähtien. Kun tarkastellaan kustannusindeksin muutosta työterveyshuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluissa, voidaan työterveyshuollon kustannusten todeta kasvaneen kaikkein nopeimmin (1).



Skenaariot siitä, miten kustannukset kehittyisivät, mikäli kaikki tuottajat olisivat yhtä tehokkaita kuin tehokkaimmat ovat yhtä hyödyllisiä kuin skenaario siitä, kuinka hyvin Suomi pärjäisi jalkapallon MM-kilpailuissa, jos kaikki pelaajat olisivat yhtä hyviä kuin Jari Litmanen. Eroja eri tuottajien

5 Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. GBD 2015 Healthcare Access and Quality Collaborators. Lancet May 18, 2017. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30818-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30818-8)

tehokkuudessa on ja tulee olemaan aina. Lisäksi, jos säästöpotentiaalin arvioinnissa on käytetty toteutuneita säästöjä (esim. Eksote), voidaan niitä luonnollisesti soveltaa vain silloin, kun tätä mallia laajennetaan, ei tilanteessa, jossa nämä säästöjen taustalla olevat rakenteet rikotaan (kuten nyt esitetään). Tärkeintä olisi pyrkiä luomaan mekanismi, jossa myös asiakkaat ja yhteiskunta (maksaja) ei ainoastaan tuottaja hyötyy siitä, että se toimii tehokkaasti. Esitetyssä valinnanvapausmallissa tai sote-uudistuksessa laajemmin ei tällaisia elementtejä ole.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että terveyspalvelujen laatu ja kustannustehokkuus ovat Suomessa parempia kuin vertailumaissa keskimäärin. Ei ole mitään näyttöä siitä, että hyödyntämällä enemmän yksityisiä palveluja voitaisiin lisätä kustannustehokkuutta (tai laatua).

3. Miten lakiesitys vaikuttaa palvelujen kustannuksiin ja kustannustehokkuuteen?

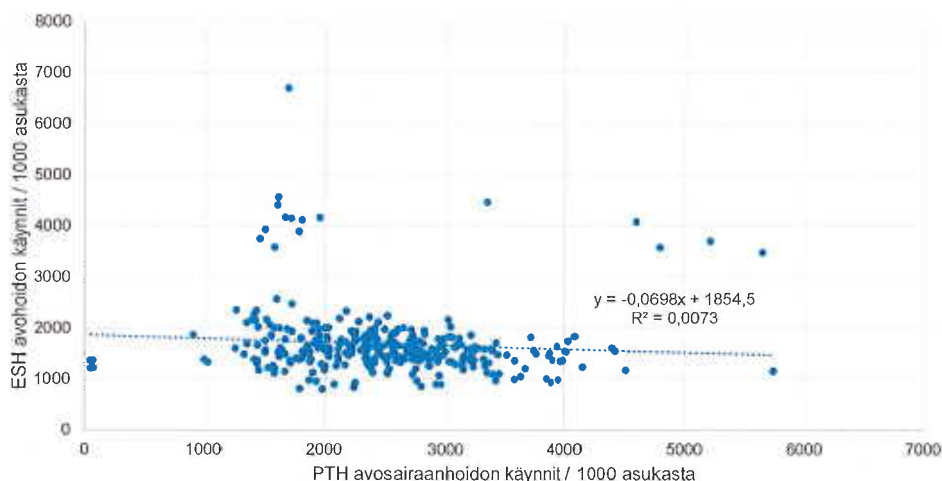
Valinnanvapauslaki parantaa oletettavasti merkittävästi sote-palvelujen saatavuutta. Tämä johtuu osittain suoran valinnan palvelujen saatavuuden parantumisesta niiden tuottajamäärän lisääntyessä ja ennen kaikkea asiakasseteli- ja henkilökohtaisen budjetin palvelujen lisääntymisen kautta, joihin asiakkaalla on subjektiivinen oikeus. Koska lakiesitys toteaa (sinänsä varsin loogisesti), että asiakassetelin arvon on oltava sellainen, että asiakkaalla on tosiasiallinen mahdollisuus valita maakunnan hyväksymä palveluntuottaja (24 §), ei maakunta voi käytännössä rajata yksittäisten asiakassetelien tai henkilökohtaisten budjettien myöntämistä taloudellisin perustein. Nämä tekijät yhdessä johtavat siihen, että näiden palvelujen kustannukset tulevat kasvamaan merkittävästi siitä, mitä ne ovat nyt. Asian suuruusluokka käy ilmi vertaamalla hallituksen valinnanvapauspiloteille osoittamaa määrärahaa (200 milj. euroa) yksityisten sairaanhoitokäyntien Kela-korvauksiin nyt (lääkärikäynnit 58,7 milj. euroa ja tutkimus- ja hoitokorvaukset 43,3 milj. euroa vuonna 2016).

Panostuksella perusterveydenhuoltoon voidaan teoriassa vähentää erikoissairaanhoidon menoja. Valitettavasti käytännössä se ei ole mahdollista. Tämä johtuu kahdesta tekijästä. 1) Erikoissairaanhoidon työvoimaa voidaan hyvin rajallisesti jos laisinkaan siirtää tuottamaan perusterveydenhuollon palveluja. Erikoissairaanhoidon palveluja voidaan toki tuottaa sote-keskusten yhteydessä tai muutoin lähempänä potilasta, mutta tuotantoyksikön muutos ei muuta erikoissairaanhoidon menoja perusterveydenhuollon menoiksi. 2) Perusterveydenhuollon käytön lisääminen ei vähennä erikoissairaanhoidon kustannuksia, vaan ennemminkin lisää niitä (6). Tämä johtuu siitä, että mitä useampi potilas perusterveydenhuollossa tutkitaan, sitä suurempi määrä heitä lähetetään jatkotutkimuksiin tai hoitoon erikoissairaanhoitoon (lähetetaajuus voi pysyä sama tai hieman laskeakin, mutta läheteiden kokonaismäärä kasvaa).

PTH avosairaanhoidon käyntimäärä ei vaikuta ESH avohoidon käyntimäärään



PTH avosairaanhoidon käyntimäärän vaikutus ESH avohoidon käyntimäärään



Lähteet: Kuntaliitto, THL

77

Toinen tekijä, joka lisää kustannuksia välittömästi, on päällekkäiset vakuutusjärjestelmät. Uudenmaan alueella ja lähes koko Suomessa noin puolet suoran valinnan piiriin kuuluvista palveluista hoidetaan tällä hetkellä yksityisesti palvelujen käyttäjien, yksityisten vakuutusten tai työnantajien rahoittamana. Tästä seuraa, että joko (teoriassa) jaetaan nykyisin käytettävä julkinen maksuosuus kaksinkertaiselle asiakasmäärälle, jolloin asiakkaat tuottavat ainakin kaikille julkisille sote-keskuksille, osalle yksityisiäkin tuottajia tappiota, tai (käytännössä) kaksinkertaistetaan nykyisiin peruspalveluihin käytetyt varat. Koska nämä palvelut tuotetaan tälläkin hetkellä (muulla rahoituksella), eivät ne vaadi juurikaan lisää resursseja. Tämä tulonlisä kanavoituu suoraan yksityisten tuottajien ylijäämäksi. Mikäli kasvava kustannus halutaan balansoida maakunnan kokonaismenoissa, merkitsee tämä hyvin huomattavaa säästöä sosiaalipalveluista ja erikoissairaanhoidosta.

Myös tukipalvelujen kustannukset kasvavat. HUS-kuntayhtymä tuottaa tällä hetkellä Uudenmaan alueella merkittävän osan kuntien sote-toimintojen edellyttämistä tukipalveluista, kuten laitosapteekki-, laboratorio-, kuvantamis-, pesula-, ym. palvelut. Myös tietojärjestelmäpalveluja ollaan yhdistämässä (Apotti Oy). Näihin liittyy hyvin huomattavia skaalaetuja, ja tukipalvelujen keskittämisellä on saavutettukin sekä merkittäviä kustannussäästöjä että laadun paranemaa. Vain ja ainoastaan näiden hyötyjen saamiseksi kunnat ovat palveluja HUS:n tuotantovastuulle siirtäneet. Kunnilla olisi ollut mahdollisuus hankkia nämä palvelut myös yksityisten palvelutuottajien tuottamina, mutta ne ovat katsoneet HUS:n palvelut kustannus-laadultaan paremmiksi.

On todennäköistä, että merkittävä osa valinnanvapauspalveluista siirtyy yksityisten tuottajien

tuotettaviksi. Niillä ei tällä hetkellä ole oikeutta käyttää HUS:n – myöhemmin Uudenmaan maakunnan liikelaitoksen – tukipalveluja, sillä hankintalaki rajaa julkisen tuottajan yksityisille toimijoille tuottaman palveluvolyymin. Mikäli maakunta yhtiöittää valinnanvapauden piirissä olevia palvelujaan, ei näilläkään ole oikeutta käyttää maakunnan liikelaitoksen tukipalveluja. Tämä on ongelma esim. Apotti-tietojärjestelmän osalta, joka on suunniteltu ja hankittu (investoitu) sekä perus- että erityispalvelujen käyttöön. Jos peruspalvelujen käyttäjämäärä vähenee suunnitellusta, erityispalvelujen järjestelmäkustannukset kasvavat. Tietojärjestelmällä ei myöskään saada alun perin tavoiteltuja hyötyjä, jos vain pieni osa sote-keskustuottajista käyttää sitä.

Sote- ja maakuntauudistus johtaa useimpien arviointien mukaan hyvin huomattaviin muutuskustannuksiin. Uudenmaan maakuntavalmistelussa tehdyn arvion mukaan välittömien muutuskustannusten suuruusluokka on 300 miljoonaa euroa (7). Koko maahan suhteutettuna tämä tarkoittaa noin 1 miljardin euron lisäkustannusta. Tämä on todennäköisesti huomattava aliarvio todellisesta kustannuskasvusta, sillä Kuntatyönantaja on arvioinut, että jo pelkkä palkkaharmonisointi saattaa aikaansaada 700 miljoonan euron kustannukset. Vaadittavien tietojärjestelmämuutosten ja -kehityksen kustannukset ovat satoja miljoonia euroja. Kilpailu työvoimasta sote-keskusten kesken ja osin sote-keskusten ja liikelaitosten välillä johtaa palkkakilpailuun, mikä nostaa toimialan keskimääräistä palkkakehitystä muita toimialoja nopeammin. Hallinnollisten kustannusten kasvu on muutoksen alkuvaiheessa huomattava, kun järjestämisen ja tuottamisen erottaminen aiheuttaa kaksinkertaiset palkkakustannukset nykyiseen nähden. Lisäksi erityisesti asiakassetelipalvelujen ja henkilökohtaisen budjetin hallinnointi tulee alkuvaiheessa olemaan erittäin työlästä, ennen kuin saadaan kehitettyä tietojärjestelmiä, joiden avulla hallintotyötä voidaan automatisoida. Tilakustannusten on laskettu nousevan noin 5%.

Kapitaatioperusteisesta laskutusmallista johtuen suoran valinnan palvelutuottajilla on taloudellinen kannustin siirtää hoitoa vaativat potilaat mahdollisimman laajasti liikelaitoksen vastuulle ja liikelaitoksella vastaavasti kannustin siirtää asiakkansa suoran valinnan palvelutuottajan vastuulle. Tästä seuraa, että tulee määritellä tarkoin, missä vastuuraja kulkee. Se on massiivinen työ. Meneillään olevien valinnanvapauskokeilujen perusteella on havaittu, että vastuunjako tulee määritellä yksittäisen tutkimuksen ja toimenpiteen tarkkuudella. Vaikka määrittelyvastuu kuuluu maakunnille, ei ole mielekästä tehdä työtä 18 kertaan ja päätyä 18 erilaiseen malliin. Vähintään pohjaehdotus tulee tehdä kansallisesti (esim. Duodecim). Tarvitaan myös jonkinlainen riidanhallintamekanismi, jos määrittelystä huolimatta suoran valinnan palvelutuottaja on sitä mieltä, että palvelu kuuluu liikelaitoksen annettavaksi ja liikelaitos sitä mieltä, että se kuuluu suoran valinnan palvelutuottajan tuotettavaksi.

7 Uusimaa 2019: Sote- ja maakuntauudistusta koskevien esityksien arviointia talouden ja uudistuksen toteuttamisen näkökulmasta – VaV & TyV 6.4.2018

*Johtopäätös: Sote- ja maakuntauudistus ja erityisesti valinnanvapauslain mukaiset palvelut tulevat lisäämään muutosvuosien sote-kustannuksia **vähintään** 1,5-2,0 miljardilla eurolla (per vuosi).*

4. Vaihtoehdot ongelmien ratkaisemiseksi

Edellä kuvatut ongelmat voidaan ratkaista alla kuvatuilla tavoilla:

- i. keskeytetään sote- ja maakuntauudistuksen käsittely eduskunnassa ja toteutetaan se parlamentaarisesti valmisteltuna yhteistyössä asiantuntijoiden (yksityinen ja julkinen sektori) kanssa – kyse on suurimmasta Suomessa koskaan toteutetusta hallinnollisesta muutoksesta, johon liittyy erittäin suuria epävarmuustekijöitä, eikä sen valmistelu tulisi olla yhden vaalikauden ja senhetkisen hallituspohjan tulos; tai
- ii. vaiheistetaan toimeenpano hallitusohjelmassa esitetyn mukaisesti:
 - a. julkisten sosiaali- ja terveystalveluiden integraatio ja rakenneuudistus
 - b. siirtyminen yksikanavaiseen rahoitukseen
 - c. valinnanvapauden ja tuotannon monipuolistuminen

Helsingissä 18.4.2018



Janne Aaltonen
Yhteyspäällikkö
Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri



Aki Lindén
Toimitusjohtaja
Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri