

Medical Management Centrum

Hallintovaliokunta

Laki asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa (HE 16/2018 vp)

Keskityn tässä lausunnossa pohtimaan nyt käsiteltävänä olevan valinnanvapautta koskevan lakiesityksen vaikutuksia maakunnan itsehallintoon ja hallintokäytäntöihin. Pidän kuitenkin perusteltuna myös tarkastella laajemmin maakunta- ja sote-uudistuksen tavoitteita ja miten ne oletettavasti toteutuvat.

Maakunnan itsehallinto ja hallintokäytännöt

Maakunta- ja soteuudistuksen tärkein kohta on sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun siirtäminen kuntia suurempien itsehallintoalueiden kannettavaksi. Tämä vahvistaa järjestämisvastuussa olevien viranomaisten valmiuksia vastata perustuslain 19 § mukaisesta velvollisuudesta taata kansalaisille alueellaan riittävä sosiaali- ja terveydenhuolto sekä perustuslain 6 § mukainen kansalaisten yhdenvertaisuus. Taloustieteellinen ja vakuutusmaattainen kirjallisuus toteaa yksiselitteisesti, että iso väestöpohja tasaa sosiaali- ja terveyspalvelujen satunnaisvaihtelun taloudellisia vaikutuksia. Ottaen huomioon Suomen väestömäärä olisi hyvin perusteltavissa, että järjestämisvastuu siirrettäisiin valtion tehtäväksi. Kun kuitenkin suomalaisessa julkisessa hallinnossa halutaan korostaa kansalaisten mahdollisimman laajaa vaikuttamismahdollisuutta sekä paikallisten ja alueellisten olosuhteiden huomioonottamista, nyt ehdotettu järjestelmäratkaisu on ”kelpo kompromissi”.

Sosiaali- ja terveydenhuollon *rahoitus* kuitenkin siirtyy uudistuksen myötä valtion tehtäväksi. Tämä vahvistaa valtion ohjausmahdollisuuksia, mikä on tärkein tae sille, että kansalaisten yhdenvertaisuus voi toteutua myös maan eri alueilla. Sosiaali- ja terveysministeriöön on uudistusta ennakoiden perustettu valtion ohjausta varten erillinen osasto.

Maakunnan itsehallinnon ja sen tehtävien suorittamisen kannalta on tärkeää, että uudistukseen kuuluvissa eri lakiesityksissä korostetaan, että keskeisimmät taloutta ja toimintaa koskevat päätökset valmistellaan *valtion ja maakuntien välisissä neuvotteluissa*.

Maakuntalakiesityksen § 13 (Valtion ja maakunnan neuvottelu) on kirjoitettu seuraavaan muotoon:

”Edellä 11 §:ssä tarkoitetun julkisen talouden suunnitelman tekemiseksi tapahtuvan valtio-neuvoston päätöksen tueksi ja maakuntien taloudellista ohjausta varten on valtion ja maakunnan välinen neuvottelu. Neuvottelu ja johtaa valtiovarainministeriö.

Valtion ja maakunnan neuvottelussa:

- 1) arvioidaan maakunnan kustannusten toteutunutta ja tulevaa kehitystä;
- 2) arvioidaan valtion maakunnalle osoittaman rahoituksen ja maakunnan muun tulorahoituksen toteutunutta ja tulevaa kehitystä;
- 3) arvioidaan maakunnassa toteutettavia kustannusten hallinnan kannalta välttämättömiä ja niitä muita toimenpiteitä, joilla maakunnan tehtävien hoitaminen ja palvelujen saatavuus voidaan käytettävissä olevalla rahoituksella turvata;
- 4) tarkastellaan maakuntien investointien vaikutuksia maakuntien talouteen ja toimintaan;
- 5) käsitellään tarvittavassa laajuudessa muita maakunnan toimintaan ja talouteen liittyviä te-kijöitä, kuten maakuntien tietohallinnon tilaa ja digitalisointikehitystä sekä niihin liittyviä kehittämisehdotuksia.

Neuvottelua ja ministeriöissä tapahtuvaa talouden ja toiminnan suunnittelua varten kukin maakuntien tehtävien ohjaamisesta vastaava ministeriö valmistelee toimialansa tehtävien ja kustannusten arvioinnin.

Käydyistä neuvotteluista laaditaan asiakirja, johon kirjataan johtopäätökset maakuntien kustannusten kehittymisestä, toimenpiteistä ja maakuntien investointien yhteensovittamisesta.”

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskeva lakiesityksen mukaan sosiaali- ja terveysministeriö valmisteli ehdotuksen lakiesityksen 26 §:ssä tarkoitetuiksi valtakunnallisiksi tavoitteiksi yhteistyössä maakuntien kanssa (27 §). 29 §:n mukaan sosiaali- ja terveysministeriö ja maakunnat neuvottelisivat vuosittain maakunnan järjestämisvastuuseen kuuluvien sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien ja palvelujen toteuttamisesta.

Verrattuna vuonna 2017 jätettyä esitystä nyt käsiteltävän oleva valinnanvapautta koskeva lakiesitys vahvistaa olennaisesti maakunnan itsehallintoa ja tosiasiallisia mahdollisuuksia toteuttaa järjestämisvastuuseen kuuluvia tehtäviään. Esityksessä on tältä osin otettu huomioon perustuslakivaliokunnan kesäkuussa 2017 annettu lausunto. Maakuntaa koskevia pakottavia määräyksiä sisällyttää sosiaali- ja terveystalvakuja valinnanvapauden piiriin on olennaisesti vähennetty. Merkittävin muutos on, että maakunta itse voi päättää mikäli ja mitkä erikoissairaanhoidon palvelut ovat valinnanvapauden piirissä.

Valinnanvapauspalveluissa maakunnalla on lakiesityksen mukaan vahva sananvalta. Maakunta hyväksyy suoran valinnan palvelujen tuottajat, ja voi asettaa hyväksymisen ehtoja, mm. koskien palvelujen laatua, voimavaroja ja saatavuutta. Maakunta päättää suoran valinnan palvelujen tuottajien korvaukset laissa määriteltyjen yleisten periaatteiden perusteella. Lakiesitysten mukaan valtioneuvostolle on valtuus asetuksella antaa tarkempia säännöksiä tuottajakorvauksista, mikä kuitenkin on alueellisen tasa-arvon sekä alueellisen vertailtavuuden kannalta perusteltua.

Maakunta päättää ne liikelaitoksen toimialaan kuuluvat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, joiden kohdalla katsotaan tarkoituksenmukaiseksi antaa asiakkaille valinnan mahdollisuus käyttämällä asiakaseteliä tai henkilökohtaista budjettia. Maakunta määrää myös asiakassetelin arvon ja henkilökohtaisen budjetin laajuuden.

Lakiesitys varmistaa, mikäli maakunta- ja -soteuudistukseen kuuluvat maakuntalaki ja järjestämislaki hyväksytään esitetyssä muodossa, maakunnalle riittävän itsehallinnon ja mahdollisuudet huolehtia järjestämisvastuustaan tavalla, joka on sopusoinnussa perustuslain julkiselle vallalle annettujen velvoitteiden kanssa.

Lakiesitys määrittelee valinnanvapauspalveluissa selkeän hallintokäytännön. Maakunnan tai sen liikelaitoksen toimitusvirasto tai viranhaltija tekee oikeutta, etuutta tai palvelua koskevan hallintopäätöksen, hyväksyy osaltaan valinnanvapauspalvelujen tuottajan kanssa laadittavan sopimuksen ja päättää korvauksesta sekä osoittaa alueellaan asuvalle henkilölle asiakasasetelmin tai henkilökohtaisen budjetin palvelujen tarvetta koskevan arvioinnin tai asiakassuunnitelman perusteella. Tämän tarkan sääntelyn vuoksi hallintopäätökset ovat yksityiskohtaisia ja seikkaperäisiä, josta syystä niiden lukumäärä voidaan olettaa kasvavan huomattavan suuressi. Suo luo samalla myös välimatkan ja hallinnollisen raja-aidan hallintopäätöksiä tekevän viranomaisen sekä asiakkaan ja palvelujen tuottajan välille. Osaltaan se voi myös vaikeuttaa paljon palveluja tarvitsevien palvelujen tehokasta yhteensovittamista. On kuitenkin korostettava, että *tämä lakiesitykseen tehty tarkennus on seurausta perustuslakivaliokunnan kesäkuussa 2017 antamasta lausunnosta koskien julkisen vallan käyttöä sosiaali- ja terveydenhuollossa.*

Tarkastelen seuraavaksi maakunta- ja sote-uudistuksen tavoitteita ja esitän arvioita niiden toteutumisesta.

Terveys- ja hyvinvointierojen kaventaminen

Kansanterveys on viime vuosikymmeninä tasaisesti parantunut, mutta eri tuloryhmien väliset terveys- ja hyvinvointierot ovat säilyneet suurina ja eräiden tutkimusten mukaan jopa kasvaneet (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 5.9.2017). Kansalaisten ja väestöryhmien terveys- ja hyvinvoinnissa todettu epätasa-arvo ("health inequities") liittyykin, kuten Maailman terveysjärjestö on korostanut, ennen kaikkea ihmisten sosioekonomiseen taustaan ja elinolosuhteisiin sekä elintapoihin. Riskitekijöiden kasaantuminen alemman tulotason ryhmiin kärjistää terveys- ja hyvinvointieroihin liittyvää epäoikeudenmukaisuutta. *On korostettava, että tähän yhteiskunnalliseen ongelmaan pitää ensisijaisesti puuttua talous- ja sosiaalipoliittisin keinoin.*

Sosiaali- ja terveydenhuollon mahdollisuudet vähentää terveys- ja hyvinvointieroja ovat rajalliset, mutta nämä erot lisäävät palvelujärjestelmän kuormitusta. Sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävänä on kuitenkin suunnata ennaltaehkäiseviä, korjaavia, kuntouttavia ja ihmisten elämäntilannetta kohottavia toimenpiteitä etenkin niitä yksilöitä tukien, jotka terveyserojen johdosta ovat epäedullisessa asemassa. Terveys- ja hyvinvointierojen kielteisiä vaikutuksia voidaan osittain korjata parantamalla sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuutta ja suunntaamalla niitä ongelmien vaikeusasteen ja toimenpiteiden vaikuttavuuden perusteella. *Valinnanvapautta lisäämällä uudistus ja nyt käsiteltävänä oleva lakiesitys tähtää palvelujen saatavuuden parantamiseen ja palvelujen tehokkaampaan allokointiin ja sitä kautta vähentämään terveyserojen haitallisia vaikutuksia.* Kokemukset muista maista – etenkin Ruotsista

ja Englannista – osoittavat, että valinnanvapaus sosiaali- ja terveydenhuollossa parantaa palvelujen saatavuutta myös alemman tulotason väestöryhmissä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten kasvun hillintä

Kustannuskasvun hillintä 0,9:ään % vuodessa on kunnianhimoinen tavoite ottaen huomioon väestön vanhempien ikäluokkien määrällinen kasvu, joka kasvattaa sosiaali- ja terveystalvelujen tarvetta. Kustannusten hillintää tukevat kaksi strategiaa, joihin pitää tukeutua rinnan: ”tehokkaimman tuotantorintaman” toteuttaminen kaikilla maantieteellisillä alueilla sekä ”teknologialoikkien” järjestelmällinen hyödyntäminen.

Vaikka esimerkiksi erikoissairaanhoidon tuottavuus verrattuna muihin Pohjoismaihin ja joukkoon Euroopan maita on korkea, on suuria eroja sairaanhoitopiirien välillä. Myös perusterveydenhuollon kustannukset asukasta kohti vaihtelevat maan eri osien välillä. Voimavarojen puute kuitenkin vääristää viimeksi mainittua toimintasektoria koskevia vertailuja. Erot joka tapauksessa kielivät siitä, että mikäli *tehokkaimmat toimintakäytännöt* saadaan toteutettua suurimmassa osassa maata, on valtakunnan tasolla saavutettavissa kustannussäästöjä. Tämä edellyttää nykyistä vahvempaa valtakunnallista ohjausta ja kuntia suuremman väestöpohjan omaavia järjestämisvastuussa olevia organisaatioita. *Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen siirtyminen valtion hoidettavaksi ja järjestämisvastuun luovuttaminen 18 maakunnalle ovat omiaan edesauttamaan toimintakäytäntöjen virtaviivaistamista ja sitä kautta potentiaalisesti suuriakin kustannussäästöjä.*

Myös sosiaali- ja terveydenhuollon palveluyksiköiden kohdalla tulisi edistää pyrkimistä kustannustehokkaimpien toimintakäytäntöjen käyttöönottoa. *Palveluyksiköiden keskinäinen kilpailu luo tähän kannustimia.*

EU:n komission nimeämä asiantuntijajaneeli (Barros ym. 2015) toteaa, että mikäli hinnat on säännelty ja toiminnan laatu voidaan mitata ja se vaikuttaa kuluttajien valintoihin, talousteoriat ennustaa, että kilpailu johtaa parempilaatuisiin terveystalveluihin. Useat kirjallisuuskatsaukset ja empiiriset tutkimukset terveydenhuollon alueelta päätyvät samaan. Valinnanvapautta koskeva lakiesitys tähtää juuri sen kaltaiseen järjestelyyn, jossa järjestämisvastuussa oleva maakunta määrää palvelujen sisällöt ja hinnat valtakunnallisten kriteerien ja käytäntöjen mukaisesti. Kokemukset Ruotsista osoittavat, että toimijat kilpailutilanteessa kiinnittävät huomiota paitsi palvelujen laatuun – ennustettavasti - myös mahdollisimman tehokkaaseen toimintatapaan. *Tuotantokustannusten alentuessa järjestäjä voi laskea tuottajien korvauksia ja siten alentaa kyseisen toiminnan kustannustasoa.*

Kilpailun taloudellisia vaikutuksia pohdittaessa esitetään usein huoli monituottajamallin ja sen vaatiman sopimusjärjestelmän synnyttämistä transaktiokustannuksista. Kotimaiset kokemukset palveluseteleiden käytöstä ja muista maista saadut tiedot sopimusohjauksen kustannuksista viittaavat siihen, että transaktiokustannukset sosiaali- ja terveydenhuollon julkisen rahoituksen varassa toimivilla säädellyillä markkinoilla voivat vaihdella 2 ja 20 % välillä. On kuitenkin syytä korostaa, että mikäli kilpailumekanismin käyttöä haluttaisiin välttää, olisi julkisen järjestelmän sisällä kehitettävä muita ohjauksen keinoja, joiden avulla kustannusten kasvujen hillintää koskeva tavoite voitaisiin saavuttaa. Tällöin tarvitaan ohjausta

toteutettava hallinto. Ei ole takeita siitä, että näin aiheutuvat kustannukset olisivat alhaisemmat kuin edellä mainitut transaktiokustannukset.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa merkittävä kustannusvaikuttavuuden ja tuottavuuden kohottaminen ja siten kustannusten kasvun hillintä voidaan saavuttaa ensisijaisesti tietämyksen lisääntymisen ja uuden teknologian mahdollistamien toimintakäytäntöjen muutosten avulla. Varsinkin ”*teknologiaoikien*” vaikutukset voivat olla hyvin merkittäviä. (Eräs esimerkki 1970-luvulta on mahahaavan hoitoon kehitetty lääkehoito, joka kokonaisuudessaan korvasi leikkaushoidon). Myös potilaiden ja omaisten nykyistä suurempi vastuu terveyden edistämisessä ja sairauksien hoidossa voi vähentää terveydenhuollon ammattihenkilöiden panostusten tarvetta. Tästä on jo olemassa näyttö monien pitkäaikaissairauksien hoidossa. Valinnanvapauden lisääminen on omiaan tukemaan tätä kehitystä. – Tämän sosiaali- ja terveydenhuollon toimialan luontaista kehittymistä kohti kustannusvaikuttavampaa ja tuottavampaa toimintaa voidaan parhaiten tukea

- luomalla rahoitus- ja kannustinjärjestelmät sellaisiksi, että sosiaali- ja terveydenhuollon toimijat voivat harjoittaa kokeilu- ja innovaatiotoimintaa ja siten kehittää kustannustehokkaita palveluja

- panostamalla määrätietoisesti sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoimintaan

Sosiaali- ja terveystalouden integraatio

Hallitus on eräissä periaatepäätöksessään eritellyt ”integraation eri tasoja” ja edellytyksiä varmistaen ”tärkeiden palveluketjujen saumaton kokonaisuus”.

”Taloudellinen integraatio” toteutuu nyt kaavailussa uudistuksessa siten, että rahoituksesta vastaa valtio ja maakunnat järjestäjinä päättävät varojen suuntaamisesta kokonaisuudessaan kaikille julkisrahoituksen sosiaali- ja terveydenhuollon piiriin kuuluville alueella toimiville palvelujen tuottajille strategiansa ja väestön palvelujen tarvetta koskevan tiedon ohjaamina.

”Tiedon integraatio” tapahtuu vahvistamalla ja kehittämällä valtakunnallista sosiaali- ja terveydenhuollon tietoinfrastruktuuria ja velvoittamalla toimijoita liittymään valtakunnallisiin järjestelmiin ja luovuttamaan toimintaansa koskevia tietoja.

Sen sijaan uudistus ei pyri ”järjestelmä-” tai ”organisatoriseen integraatioon”. Tämä on erityisesti uudistuksen kustannusten kasvun hillintää koskevan tavoitteen kannalta perusteltua. Sosiaali- ja terveydenhuollon ydinpalveluissa ei juuri ole saavutettavissa skaalaetuja. Päinvastoin tuottajaorganisaatioiden kasvaessa niiden monimutkaisuus kasvaa aiheuttajien jäykkyyttä, koordinaatiotarvetta, kustannuksia ja tehottomuutta.

Viime kädessä palveluketjujen saumaton kokonaisuus ratkeaa – ja sen merkitys materialisoi- tuu – yksilön tasolla. Paljon ja monimuotoisia palveluja tarvitseviin ryhmiin kuuluu noin 10, korkeintaan 20 % väestöstä. Palveluorganisaation rakentaminen ensisijaisesti palvelemaan tätä ryhmää tarkoittaisi, että valtaosa väestöstä, jolla on vain satunnaista palvelujen tarvetta, saisi palvelunsa turhan ”raskaan koneiston” tuottamana. Tämän vuoksi *toiminnallinen integ-*

raatio on kustannustehokkain tapa vastata ”palveluintegraatiosta” riippuvaisten ihmisten tarpeisiin.

Valinnanvapautta koskeva lakiesitys luo hyvät puitteet toiminnallisen integraation toteutumiseen sitä tarvitseville potilas- ja asiakasryhmille. Maakunnalla on vastuu ja keinot kannustaa palvelujen tuottajia siihen yhteistyöhön ja yhteisvastuuseen, joka parhaiten takaa että näiden ryhmien tarpeiden mukaiset palvelut tuotetaan.

Omat havaintoni Ruotsista tukevat tätä johtopäätöstä ja tuovat esille myös ei-taloudellisten kannustimien ja motiivien merkityksen.

Ruotsissa maakäräjät ovat järjestämisvastuussa väestönsä terveyspalveluista sekä palvelujen rahoittajina vahvoja tilaajia. Sen sijaan sosiaalipalveluista sekä vanhusten ja vajaakykyisten ihmisten asumis-, hoiva- ja tutkimuspalveluista vastaavat kunnat. Sen vuoksi moniongelmaisten ihmisten palvelujen yhteen sovittaminen on koettu ongelmalliseksi, ja viranomaisen toiminnan koordinointiin on kiinnitetty runsaasti huomiota ja sitä yritetty eri keinoin edistää. Valinnanvapausjärjestelmän toteuttaminen perusterveydenhuollossa ei ole haastetta vähentänyt, mutta ei liioin lisännytkään. Maakäräjien tilaajaviranomaisten harjoittama valinnanvapauden piiriin kuuluvien palvelujen tarjoajien ohjaaminen sitovin sopimuksin on sinänsä tehokkaampaa kuin aiemmin harjoitettu palvelujen koordinointi.

Oma tutkimuksemme Norrtäljen kunnasta, jossa yhdistettiin sosiaali- ja terveydenhuolto yhteiseen palvelujen tuottajaorganisaatioon, osoitti, että tilaajaviranomainen oli sisältänyt sopimuksiin yhteistyövaatimuksia. Vertailu moniongelmaisten mielenterveyshäiriöitä potevien ihmisten saamiin palveluihin Norrtäljessä vapaaehtoiseen yhteistyöhön perustuvaan Södertäljen järjestelyyn toi esille, että sopimuksiin sisältyvien vaatimusten rinnalla aineetomat kannustimet kuten ammatilliset tavoitteet ja ammattiyhteisö olivat tärkeitä yhteistyötä edistäviä tekijöitä. Päätelmämme oli, että toiminnallisen integraation avulla on mahdollista aikaansaada hyvin koordinoitu palvelukirjo myös niiden ihmisten kohdalla, jotka tarvitsevat laajasti eri sosiaali- ja terveyspalveluja.

Valinnanvapaus tapana vahvistaa kansalaisten perusoikeuksia

Maakunta- ja sote-uudistusta koskevassa keskustelussa on korostetusti keskitytty perustuslain 19 § julkiselle vallalle kohdistettuun velvoitteeseen turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Hallitus toteaa valinnanvapausesityksen yleisperusteluissa, että perustuslain 19 § mukainen oikeus sosiaaliturvaan ja huolenpitoon on luonteeltaan subjektiivinen oikeus. Uudistusta arvioitaessa on kuitenkin syytä myös nostaa esille perustuslain 7 §, joka takaa jokaiselle kansalaiselle itsemääräämisoikeuden sekä henkilökohtaisen vapauden ja koskemattomuuden.

Itsemääräämisoikeuden toteutuminen on tunnetuista syistä haasteellinen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tähän on Suomessa kuitenkin kiinnitetty enemmän huomiota kuin monessa muussa maassa. Suomi sai vuonna 1992 lajissaan ensimmäisen potilaan asemaa ja oikeuksia koskevan lain, ja myöhemmin säädettiin vastaava laki koskemaan myös sosiaalihuoltoa.

Asenteet ja toimintakäytännöt muuttuvat kuitenkin hitaasti ammatillisessa toiminnassa. Sen vuoksi pyrkimys aidosti yhteiseen tai jaettuun päätöksentekoon (shared decision-making) ja potilaiden todelliset mahdollisuudet vastuuseen ja ”ratkaisuvaltaan” omasta elämästään ovat vielä vaillinaiset. Palvelujen tuottajien ja ammattihenkilön valintamahdollisuus lisää potilaan, asiakkaan ja omaisen valtaa – ja heidän edukseen.

Erityisesti haluan painottaa, miten tärkeä osa valinnanvapausuudistusta henkilökohtaisen budjetin käyttöönotto on. Julkisessa keskustelussa korostetaan usein, että uudistus on kielteinen niiden ihmisten kohdalla, jotka esimerkiksi toiminnanvajauksen vuoksi ovat kykene-mättömiä tekemään valintoja. Vaikka kannanotto on varmaan hyvää tarkoittava, se loukkaa näiden yksilöiden ihmisarvoa. Kehitysvammaisten erityishuollossa työskentelevät ammatti-henkilöt tuovat painokkaasti esille, että erityisesti kehitysvammaisille on ensiarvoisen tärke-ää, että hän saavat mahdollisimman samanarvoiset mahdollisuudet itsenäiseen elämään ja elämänsä hallintaan kuin muut kansalaiset.

Lopuksi

On syytä korostaa, että lakiesitystä asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuol-lossa on pitkän ja huolellisen valmistelun tulos. Siihen on osallistunut laaja asiantuntijajouk-ko, jonka työ on järjestetty mittavan ja hyvin järjestäytyneen projektiorganisaation muodos-sa rinnan lainvalmistelutyön. Valinnanvapaus toteutetaan koko sosiaali- ja terveydenhuollon laajuutta ajatellen tarkasti rajoitetuissa muodoissa, niin että syntyvät markkinat ovat tarkasti julkisen vallan sääntelemiä. Lakiesityksen sisältämät palvelujen ja palvelujen tuottajien ra-hoitusmuodot ovat hyvin harkittuja, ja niitä voidaan käyttää kilpailun mahdollisten vääris-tymien tai palvelujen tuottajien epätarkoituksenmukaisen toiminnan ehkäisemiseksi.

Lakiesitykseen sisältyy laaja ja yksityiskohtainen vaikutusarviointi. Siinä todetaan erittäin perustellusti, ettei tarkkoja arvioita lakiesityksen eri osien taloudellisista vaikutuksista ole mahdollista tai syytä tehdä. Sen sijaan tuodaan esille ehdotettuihin ratkaisuvaihtoehtoihin liittyvät riskit ja miten niitä voidaan hallita. Edelleen esityksessä valmistaudutaan uudistuk-sen vaikutusten seurantaan, jälkikäteisarviointiin sekä tutkimukselliseen arviointiin. Kansal-lista seurantajärjestelmää ja mittaristoa kehitetään paraikaa. Keskeiset toimijat, joiden vas-tuulla on seuranta, arviointi ja tutkimus, on nimetty.

Sote-uudistuksen tarpeellisuutta ei aseteta julkisessa keskustelussa kyseenalaiseksi. Katson, että toteutus voi hyvin tapahtua eduskunnalle jätettyjen lakiesitysten mukaisesti.



Mats Brommels
professori