

Eduskunnan valtiovarainvaliokunnalle

Asia: pyydetty lausunto aiheesta HE 47/2017 vp Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä valtiontalouden tarkastusvirastosta annetun lain 2 §:n muuttamisesta

Aika: tiistai 6.6.2017 klo 12.00

Lausunnon antaja: Juhani Lehto

Kiitän mahdollisuudesta antaa asiantuntija-arvioni edellä mainituista hallituksen esityksistä.

Arvioin lausunnossani valinnanvapauslakiesitystä koko nk. sote-uudistukselle esitettyjen nykyisen monikanavarahoituksen ongelmien vähentämisen, palvelujen parempaan ja tasa-arvoisempaan saatavuuteen pääsemisen, laatuun ja tehokkuuteen ohjaamisen ja julkisten menojen kasvun hillitsemisen näkökulmasta. Lisäksi arvioin esitettyä lain toimeenpanoaikataulua näiden tavoitteiden saavuttamisen kannalta.

Rahoituksen monikanavaisuus

Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän yksi keskeinen ongelma on ollut rahoitusvastuun jakautuminen monelle instituutiolle, kansainvälisesti vertaillen poikkeuksellisen suurelta osin yli 300 kunnalle ja kansainvälisesti vertaillen poikkeuksellisen korkeilla asiakasmaksuilla ja omavastuuosuuksilla kannettavaksi. Monikanavarahoituksen on tutkimuskirjallisuudessa todettu synnyttävän kokonaisjärjestelmän kannalta haitallisia kannusteita kustannusten siirtoon, palvelukokonaisuuksien pirstaloitumiseen ja niistä aiheutuviin ylimääräisiin kustannuksiin ja tehottomuuteen. Liiallisen rahoitusvastuun antaminen niiden kantamisen kannalta pienille instituutioille synnyttää suuren riskin ali-investoimisesta ja korkeat käyttäjän maksut riskin pitkällä aikavälillä lisäkustannuksia aiheuttavasta palvelujen alikäytöstä¹.

Valinnanvapauslakiesitys perustu yhdessä muun sote-lainsäädännön muutoksen kanssa ajatukseen kahden nykyisen monikanavarahoituksen elementin muuttamiseen. Elementit ovat rahoitusvastuun siirtäminen kunnilta valtiolle ja eräiden – vielä tarkkaan täsmentämättömien - sairausvakuutuksen yksityisten sairaanhoitopalvelusten käyttäjille maksettavien korvausten yhdistäminen valtion maakuntien vastuulla olevan sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitukseen.

¹ Pekurinen, M. ym (2011). Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edust, haitat ja kehittämistarpeet. THL, <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe20120508346> ; Mossialos, E. ym (2002). Funding health care: options for Europe. European Observatory on Health Systems and Policies. <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/funding-health-care-options-for-europe-2002>; The Lancet (2008). Do user charges have impact on the access to health care? <http://www.thelancet.com/cms/attachment/2000996337/2003693497/mmc25.pdf>.

Paljon monikanavaisuutta jää kuitenkin vielä jäljelle, esimerkeinä työterveydenhuolto, sairausvakuutuksen ja eläkejärjestelmien kuntoutus, lääkekorvaukset ja asiakasmaksujen taso.

Lakiesitys synnyttää myös maakunnan sisälle uudenlaisen monikanavaisuuden. Esityksen mukaan maakunnan rahoitus ohjataan samaan tuottajakenttään ja samojen asukkaiden käyttämien palvelujen korvaamiseen usean eri ohjausperiaatetta noudattavan kanavan – sotekeskusten korvausten, suun hoidon yksiköiden korvausten, asiakassetelien, henkilökohtaisten budjettien ja ostopalvelusopimusten kautta, maakunnan sote-liikelaitoksen oman toiminnan budjetin ohella. Tämän uuden monikanavaisuuden haittoja ja hyötyjä ei lakiesityksen perustelujen vaikutusarvioissa ole juuri lainkaan arvioitu.

On ilmeistä, että maakunnan eri kanavien välisen päällekkäisyyden ja aukkojen ehkäisemiseksi tullaan tarvitsemaan erittäin yksityiskohtaisia sopimuksia maakunnan ja tuottajien välillä. Kussakin kanavassa on erilaiset tuottajakorvausperusteet ja niillä erilaiset kannustinvaikutukset, joiden yhteisvaikutuksina syntyvien haittojen ehkäisy vaatii yksityiskohtienkin sopimista ja yksityiskohtienkin valvontaa. Kaikkia haittoja ei ole mahdollista estää, mutta silti myös niiden ehkäisyyn pyrkiminen johtaa merkittäviin nk. transaktiokustannuksiin sekä maakunnan että tuottajien puolella – tarvitaan sopimusjuridiikkaa, valvontaa, tuottajien markkinointikustannuksia ja maakunnan tietojärjestelmäkustannuksia, tulkintakonfliktien ratkaisutyötä, yksityiskohtaisten sopimusten valmistelua puolin ja toisin sekä sopimusten ja korvausperusteiden jatkuvaa korjaamista.

Asiakasmaksut

Valinnanvapauslakiesityksen voimaan tullessa noudatettavan asiakasmaksujärjestelmän ja asiakasmaksujen tason aukiolo (asiaa valmistelevan työryhmän määräaika päättyy 31.12.2017) vaikeuttaa tuntuvasti lakiesityksen vaikutusten arviointia. Nykyiset asiakasmaksut ja omavastuut aiheuttavat merkittävää palvelujen kysynnän alenemista erityisesti pienituloisten – ja useammin palveluja objektiivisesti arvioiden tarvitsevien – asukkaiden osalta. Erityisesti tätä on havaittu hammashoidon, vanhusten kevyempien kotipalvelujen ja lääkärien määräämien lääkkeiden käytön ja erikoislääkäreiden avopalveluihin² hakeutumisen osalta.

Uudistuksen myötä maakuntien vastuulle siirtävistä palveluista poistuvat omavastuut ja palveluista perittäneen kaikilta asukkailta saman suuruiset asiakasmaksut. Jos silloin maksut olisivat nykyisillä kunnallisten palvelujen maksujen tasolla, ainakin erikoislääkäripalvelujen käyttö lisääntyisi ja maakunnan maksettavaksi tulisi maksujen ja nykyisten omavastuiden erotus. Koko Suomen väestön osalta erotuksen voi arvioida olevan yksinomaan hammashoidon osalta jopa 400 miljoonaa euroa ja kaikkien Kelan korvaamien palvelujen osalta yli 1000 miljoonaa euroa³. Jos tällaista julkisen menon kasvua pelkäästään omavastuiden ja asiakasmaksujen harmonisoinnin vuoksi ei olla valmiita hyväksymään, on asiakasmaksut asetettava nykyisten kunnallisten

² Manderbacka, K. ym (2017). Eriarvoisuus somaaattisissa terveystaluuissa. THL.
<http://urn.fi/URN:ISBN:987-952-302-853-1>

³ Mikkola H. (2016). Kela-korvauksia ei kannata poistaa kertarysäyksellä. Kelan tutkimusblogi.
<http://blogi.kansanelakelaitos.fi/arkisto/3114>

palvelujen maksutasoa korkeammalle tasolle. Samalla kuitenkin kasvaa – tai erikoislääkäripalvelujen osalta säilyy - korkeiden maksujen eriarvoistava vaikutus.

Sote-keskusten ja suun hoidon yksiköiden palveluvalikoima ja korvausperusteet

Maakunnan edellytykset ohjata suoravalintaperiaatteella toimivia sote-keskuksia ja suun hoidon yksiköitä rakentuvat lakiesityksen mukaan ennen muuta suoravalintayksiköiden palveluvalikoiman määrittelylle ja asiakaskohtaisen korvauksen päättämiseksi. Molempien pitää kohdella kaikkia potentiaalisia tuottajaorganisaatioita yhdenvertaisesti. Ylipäätänsä mitään tuottajakohtaisia erityisvaatimuksia ei saa asettaa, vaikka esimerkiksi palveluverkon kattavuuden ja investointien tehokkuuden kannalta voisi olla mielekästä ohjata eri tuottajia sijoittumaan maakunnan eri osaluueille.

Maakunta voi muodollisesti määrittellä palveluvalikoiman ja korvausperusteet lain ja valtion ohjeiden rajaamalla edellytyksillä omalla päätöksellään. Käytännössä sen pitää kuitenkin ottaa huomioon potentiaalisten tuottajien näkemykset niiden kannalta hyväksyttävistä ehdoista, jotta riittävän moni tuottaja olisi valmis tarjoamaan palveluita maakunnan eri osien väestölle. Asetelma voidaan ymmärtää maakunnan ja potentiaalisten tuottajien neuvotteluksi, vaikka lakiesitys ei sisällä säädöksiä mistään neuvotteluprosessista. Edes lain perusteluissa ei kuvata suositeltavaa maakunnan ja tuottajien vuorovaikutusta palveluvalikoima- ja korvausperusteiden valmisteluvaiheessa. Esimerkiksi Tanskan, Norjan, Iso-Britannian ja monien sosiaalivakuutuksella perusterveydenhuollossaan valinnanvapauden piirissä oleville ammatinharjoittajille tai heidän yhteenliittymilleen maksettavien korvausten perusteet neuvotellaan ja sovitaan ammattikuntien etujärjestöjen ja maksajainstituution välisissä neuvotteluissa. Saksassa keskeisessä roolissa ovat myös maakunta/osavaltiokohtaiset kaikkien osapuolten yhteiset maakunta (osavaltio) konferenssit valmisteluineen. Neuvotteluprosessin jättäminen lailla säätelemättä johtanee epävirallisempiin ja maakunnittain erilaisiin prosesseihin, joka voi vaikeuttaa ja pitkittää toimiviin palveluvalikoima- ja korvauspäätöksiin pääsyä. Se voi myös lisätä konfliktien, oikeusjuttujen ja jopa korruption riskiä.

Suoravalintatuottajilta edellytettävän palveluvalikoiman määrittelylle oman haasteensa asettaa se, että lakiesityksen mukaan suoravalintatuottajille määritellyn palveluvalikoiman mukaisia palveluita ei saa aivan poikkeuksellisia tilanteita lukuun ottamatta tuottaa maakunnan liikelaitoksen toimesta, sen omana toimintana, ostopalveluna tai asiakassetelillä tai henkilökohtaisella budjetilla rahoitettuna. Tämä edellyttää valikoiman määrittelyä erittäin yksityiskohtaisesti. Esimerkiksi määrittelyksi ei riitä lakiluonnoksen tyyppiset ”sosiaalihuollon neuvonta ja ohjaus” tai ”läheisesti yleislääkärijohtoista työtä tukevat muiden lääketieteen erikoislääkärien avovastaanotto- tai konsultaatiopalvelut”, koska molempia tullaan antamaan myös muualla kuin suoravalintayksiköissä. Maakunnan pitää yksityiskohtaisesti täsmentää, mistä ohjauksesta ja neuvonnasta tai mihin tilanteisiin liittyvästä ja miten rajoittuvasta erikoislääkäriin vastaanottotoiminnasta on kysymys ja mistä ei. Palveluvalikoimamäärittelyt kirjattaneen maakunnan ja tuottajien välisiin sopimuksiin. Jos määrittelyt eivät ole yksityiskohtaiset ja yksiselitteiset, odotettavissa on tulkintakonfliktien ja oikeusjuttujen ruuhka⁴. Täysin yksiselitteisiä ja riidattomia määrittelyjä kyetään ainakaan toimeenpanon alkuvuosina antamaan.

⁴ Kuntaliiton lakiasiaíin johtaja Arto Sulosen haastattelu Yleisradiolle 29.5.2017
<http://yle.fi/uutiset/3-9628203>

Suoravalintatuottajille maksettavien korvausten perusteet ovat lakiesityksen mukaan varsin moniosaiset (sotokeskusten osalta 9 perustetta ja suun hoidon keskusten osalta 7 perustetta). Kukin peruste edellyttää perusteen painoarvon määrittämisen suhteessa korvauksen kokonaisuuteen ja perusteen eri vaihtoehtojen (esim ikäperusteessa ikäluokat, palvelun laaturusteissa laatumittariston eri mittaustulosluokat) euroarvon määrittelyn. Yhteensä kyse on siis jopa 32 arvosta, joista vain harvat ovat ikäluokituksen tapaan selväpiirteisiä ja suurin osa edellyttää varsin vaativaa tietoperustaa ja mittaristoja. Suurta osaa edellytetystä tietopohjasta ei ole ainakaan esityksen mukaisen toimeenpanon ensimmäisen viiden vuoden aikana saatavilla. Myöskään niiden soveltamisesta korvauksen määrittelyyn ei ole alkuvaiheessa kokemusta eikä useimmissa maakunnissa myöskään todennäköisesti tarvittavaa asiantuntijakuntaa. Merkittävää osaa lakiesityksen mukaisista korvauserusteista ei siis voida ainakaan käynnistysvaiheessa soveltaa.

Korvauserusteet on esitetty keskeiseksi välineeksi palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden turvaamiseksi ja ”kermankuorinnaksi” kutsutun asukkaiden eriarvoistavan kohtelun estämiseksi. Lakiesityksen mukaiset korvauserusteet tekevät maakunnalle mahdolliseksi tehdä paljon palveluita tarvitsevien asukkaiden valinnat suoravalintayksiköille houkutteleviksi. Lisäämällä perusteisiin korvausta alentavana tekijänä työterveydenhuollon sairaanhoitopalvelujen piirissä olemisen perusteisiin voitaisiin saada riittävät kannustimet valintavaiheen syrjinnän hillintään. Kun kuitenkin kyseessä on kapitaatiokorvauksesta eivät nämä korvauserusteet mitenkään takaa tarvetta vastaavien palveluiden tarjoamista asiakkaiksi valikoituneille. Päinvastoin: kapitaatiokorvaus kannustaa minimoimaan asiakkaasta yksikölle aiheutuvat kustannukset, muun muassa minimoimalla tarjottavat palvelut ja käyttämällä mahdollisuuksien mukaan mahdollisuuksia siirtää osa asiakkaan palveluista toisten (maakunnan liikelaitos, työterveydenhuolto, yksityinen tai pakollinen vakuutus, jne) vastuulle.

Korvauksesta korkeintaan 1/3 voi lakiesityksen mukaan olla ”kannustinperusteista”. Yksikköä voidaan palkita palvelun tarjoamisesta syrjäiselle seudulle, keskimääräistä paremmasta laadusta ja vaikuttavuudesta tai keskimääräistä pienemmistä asiakkaiden hoitoketjujen kokonaiskustannuksista. ”Syrjäseutulisan” tarjoaminen lienee välttämätöntä ja eräissä tapauksissa edes koko kolmasosan maksaminen tällä perusteella ei ehkä ole riittävää. Laatu- ja vaikuttavuus edellyttävät mittareita, jotka toistaiseksi ovat varsin kehittymättömiä ja helposti kannustavat vain siihen mitä mitataan laajemman laadun ja vaikuttavuuden kustannuksella. Suoravalintapalvelun osuus hoitoketjun kokonaiskustannuksista vaihtelee taudista ja muusta palvelutarpeesta toiseen ja on erittäin vaikea muuttaa sellaiseksi mittariksi ja siihen perustuvaksi kannusteeksi, jolla ei olisi myös asiakkaiden perustellusti tarvitsemien palveluiden saamista ehkäiseviä vaikutuksia⁵.

Muitakin kuin vain suoravalintapalveluja käyttävien asukkaiden palveluintegraatio

Sote-lainsäädännön valmistelussa ja myös lakipaketin eri lakien perusteluissa on keskeiseksi tavoitteeksi asetettu eri sote-palvelujen integraatio asukkaan kannalta toimivaksi ja palveluprosessien kannalta kustannustehokkaaksi kokonaisuudeksi. Erityisesti paljon eri palveluja ja korkeiden kustannusten erityis- ja pitkäaikaispalveluja käyttävien asukkaiden palvelujen

⁵ Lehto, Juhani (2017). Sotemarkkinoiden julkisen sääntelyn haasteet. Yhteiskuntapolitiikka. http://julkari.fi/bitstream/handle/10024/132032/YP170306_lehto_online.pdf?sequence=1

parempi integraatio voisi avata merkittäviä mahdollisuuksia sote-järjestelmän kokonaiskustannusten kasvun hillitsemiseen.

Jo palvelutuottajakentän jakautuminen keskenään kilpailevien yritysten kesken tuottaa potentiaalisia lisävaikeuksia integraatiolle. Maakunnan sisäisen ja ulkoisen monikanavarahoituksen synnyttämät kustannusten ja asiakasvastuun siirron kannusteet ja eri kanavissa syntyvät erilaiset asiakkaan palvelemisen kannusteet ovat myös integraation kannalta ongelmallisia. Lakiesityksen mukaan näitä disintegraatiopaineita vastustettaisiin ja integraatiota rakennettaisiin palveluohjauksella ja asiakas/potilaskohtaisilla palvelusuunnitelmilla. Tässä ongelmaksi näyttäisi nousevan, että palveluohjaus sekä jakautuisi yhtäältä terveydenhuollon ja sosiaalihuollon erilaiseksi ohjaukseksi että kahdentuisi sote-keskuksen ja sote-liikelaitoksen ohjaukseksi. Terveydenhuollossa riittäisi entiseen tapaan lääkärin lähetteellä ja reseptillä tapahtuva ohjaus, sosiaalihuollossa taas korostettaisiin ohjausta valittamiskelpoisten hallintopäätösten muodossa. Sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon periaatteiden mukaan palveluohjaus on eräs keskeinen asukkaita lähimpänä olevien palvelujen – siis ennen muuta sote-keskuksen tehtävä⁶. Lakiesityksen mukaan palveluohjaus ja palvelusuunnitelman teko olisi kuitenkin myös maakunnan sote-liikelaitoksen tästä tehtävästä vastuullisten tehtävänä.

Julkisten menojen hillintämahdollisuudet

Valinnanvapauslakiesitys on osa sote-lakipakettia, jonka tavoitteena on sosiaali- ja terveydenhuollon julkisten menojen kasvun hillintä aiempien vuosien yli 3 % keskimääräisestä vuosittaisesta kasvuvauhdista keskimäärin 0,9 %:iin vuoteen 2029 asti. Hallituksen esityksen perusteluissa on esitetty lukuisia huomautuksia kustannusten kasvun riskeistä. Kustannusten hillintää koskevat arviot ovat varsin varovaisia ja perustuvat lähinnä uskoon maakunnan mahdollisuuksiin tuottajien välisen kilpailun ja palveluintegraation edistämiseen. Edellä esitetyn perusteella päädyn epäilemään maakunnan mahdollisuuksia tavoiteltuun kustannusten kasvun hillintään, ainakaan romuttamatta sote-uudistuksen muita keskeisiä tavoitteita.

Paineita kustannusten kasvuun syntyy ainakin seuraavista syistä:

- Rahoituksen vanhan monikanavaisuuden monet osat jatkuvat entisellään. Maakuntien ja tuottajien väliseen rahoitussuhteeseen syntyy lakiesityksen mukaan uusi monikanavaisuus. Yhdistettynä tuottajakentän yksityistymiseen ja yhtiöitymiseen monet rahoituskanavat ja kullakin olevat erilaiset kannustimet ja sopimusvaatimukset luovat pohjan, jossa transaktiokustannukset tulevat kasvamaan merkittävästi. Jos ei aivan päädytä Yhdysvaltain terveydenhuoltojärjestelmän osalta arvioituun transaktiokustannusten nousuun jopa 30 %:iin kokonaiskustannuksista, niin todennäköisesti kuitenkin nykyistä selvästi korkeammalle tasolle⁷.

⁶ Saltman, R, ym. (2006). Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. European Observatory on Health Systems and Policies.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/98421/E87932.pdf

Hänninen, K. (2007). Palveluohjaus: Asiakaslähtöistä täsmäpalvelua vauvasta vaariin. THL. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201210319566>.

⁷ Lehto J. (2010). Harvardin opeilla terveydenhuollon rakennemuutoksia?. Yhteiskuntapolitiikka 75 (4), 411-421

- Perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon ensi linjan palveluun esitetty kapitaatiokorvausmalli ja erityis- ja pitkäaikaishoitoon ehdotettu suoritekorvauspainotteinen malli yhdistettynä palveluohjauksen ja –suunnittelun jakautuneisuuteen muodostavat vakavan riskin paljon palveluita tarvitsevien hoidon integraation heikentymisestä. Seurauksena on kustannuksia kasvattavaa hoitovastuun epätarkoituksenmukaista siirtoa erityis- ja pitkäaikaishoitoon ja palveluketjujen katkeilua, jotka merkitsevät painetta kokonaiskustannusten kasvuun.
- Tuottajien välisen kilpailun laajeneminen lisää tuottajien väliseksi kilpavarusteluksi luonnehditun yli-investoinnin todennäköisyyden kasvua ja kilpailua niukkalukuisista erityisammattilaisista. Tämäkin merkitsee painetta investointi- ja palkkakustannusten kasvuun⁸.
- Toisaalta voi merkittävässä osassa Suomea muodostua olosuhteet, joissa kustannusten kasvun rajoittamisen kannalta riittävää tuottajien välistä kilpailua ei synny. Vaihtoehtoina ovat silloin kilpailun synnyttäminen tarjoamalla korkeampia korvauksia tuottajille tai korkeampien korvausten maksaminen monopoliaseman saavuttaneille tuottajille.

Edellä mainittujen tai muiden kasvupaineiden vuoksi maakunnan kokonaiskustannukset kasvavat nopeammin kuin sote-uudistuksen tavoitteeksi on asetettu. Toisaalta maakuntien rahoitukseen on esitetty varsin tiukka valtion rahoituksen malli, jonka tehtäväksi on asetettu menojen kasvun ehdotetussa raamissa, vaikka kustannusten kasvupaineita olisikin. Verrattuna nykyiseen asetelmaan valtion rahahanan tiukentumisen seurauksia ei ole mahdollista lievittää kasvattamalla kunnan tai maakunnan verotulojen osuutta järjestelmän kokonaisrahoituksessa. Ainoaksi valtion rahoituksen alhaisuutta kompensoivaksi mekanismiksi jää asiakasmaksujen maksupohjan laajentaminen tai maksujen korottaminen. Kun jo sairausvakuutuksen omavastuiden korvaaminen asiakasmaksuilla synnyttää maksujen korotuspaineita, lisää epäonnistuminen kustannusten kasvun hillinnässä entisestään maksujen korotuspaineita.

Lakiesityksen toimeenpanoaikataulu

Lain toimeenpanon alkuvaihe on keskeinen tuottajien markkinaosuuksien jaon pysyvemmänkin muodostumisen kannalta. Se on myös keskeinen tuottajille maksettavien korvausten tason ja palveluvalikoiman vakiintumisen kannalta. Korjausliikkeitä markkinoilla todennäköisesti tapahtuu ja on julkisen vallan ohjattava tapahtuvaksi. Jokainen korjausliike synnyttää kuitenkin omat lisäkustannuksensa. On siis vahvat perusteet edellyttää, että syntyvän järjestelmän toimeenpanoa ei aloiteta ennen kuin

- järjestelmän ohjaamiseen tarvittavat tietojärjestelmät ovat käytettävissä,
- maakuntiin on muodostettu pysyvät tehtävää vastaavat ja toimintakykyiset hallinnot,
- keskeiset tulevien sote-markkinoiden toimintaan vaikuttavat normit on säädetty, mukaan lukien vielä valmistelussa oleva asiakasmaksulaki- ja asetus,
- tarvittavat uudet tuottajien valvontamekanismit ja asiakkaiden oikeusturvajärjestelyt on rakennettu ja niiden toiminta varmistettu,
- sekä yksityisillä että julkisomisteisilla tuottajilla on ollut riittävä aika muodostaa uuteen asetelmaan soveltuva mahdollisimman kilpailukykyinen organisaatio ja juridinen muoto,

⁸ Lehto, Juhani (2017). Sotemarkkinoiden julkisen sääntelyn haasteet. Yhteiskuntapolitiikka. http://julkari.fi/bitstream/handle/10024/132032/YP170306_lehto_online.pdf?sequence=1

liiketoimintasuunnitelma, maakuntien eri rahoituskanaviin soveltuva ansaintamalli ja tarpeellisten investointien toteuttamis- ja rahoitussuunnitelma.

Edellä esitetyt vaatimukset perustelevat omalta osaltaan näkemystä, että toisin kuin sote-uudistuksen muut keskeiset osat, valinnanvapauslaki ei ole nykymuodossaan kypsä säädettäväksi. Se ei ole myöskään valmis toimeenpantavaksi esitetystä aikataulusta.