

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan  
eettinen neuvottelukunta ETENE

13.3.2017

STM105:00/2014

Kirjaamo  
Sosiaali- ja terveysministeriö**ETENEn lausunto valinnanvapautta koskevasta lakiluonnoksesta**

Sosiaali- ja terveysministeriö on avannut lausuntokierroksen valinnanvapautta koskevasta lakiluonnoksesta. Vaikka sosiaali- ja terveysalan eettiseltä neuvottelukunnalta ei ole pyydetty luonnoksesta lausuntoa, päätimme perehtyä luonnokseen ja antaa siitä lausuntomme. Lisäksi vastaamme Webropol-kyselyyn siltä osin kuin se kuuluu asiantuntija-alueellemme.

ETENE käsitteli lakiluonnosta kokouksessaan 9.2.2017 ja on laatinut lausuntonsa kokoukseskustelun ja sen jälkeisen sähköpostikeskustelun perusteella. ETENE päätti pohtia tätä ehdotettua järjestelmää oman työnsä ja erityisesti aiemmin julkaisemiensa terveydenhuollon ja sosiaali- ja terveysalan yhteisten eettisten periaatteiden näkökulmasta.

**Oikeudenmukaisuus ja yhdenvertaisuus**

Suomen sosiaali- ja terveydenhuolto on varsin eriarvoista, hoitoa ja palveluita eniten tarvitsevat saavat niitä usein vähiten. Aikarajat ovat parantaneet pääsyä hoitoon, mutta eivät takaa potilaan hoidetuksi tulemistä ajallaan. Monikanavainen rahoitusjärjestelmä pitää yllä hoidon eriarvoisuutta. Terveiden ja hyvinvoinnin edistämistä ja sairauksien ehkäisyä on ehkä parhaiten kehitetty työterveyshuollossa. Työelämän ulkopuolella oleville ei ole vastaavaa tukea.

Sote- ja maakuntauudistuksen peruslähdekohta on oikeudenmukaisuuden ja yhdenvertaisuuden parantaminen. Se merkitsee sote-palveluiden yhdenmukaistamista eri puolilla Suomea. Valinnanvapauslainsäädäntöä on perusteltu paremmalla pääsyyllä hoitoon. Lakiluonnos on tältä osaltaan varsin sekava, ja siinä on varsin monta ongelmakohtaa. Tästä ei vähäisimpänä 15 § suoran valinnan palveluista.

Työterveyshuolto jää kokonaisuudessaan valinnanvapauden ulkopuolelle. Nykyisin n. 60 % Kelan korvaamista työterveydenhuollon kustannuksista johtuu sairausvastaanotoista, ja 40 % lakisääteisestä työterveyshuollosta. On varsin ymmärrettävää, että lakisääteinen työterveyshuolto ei sovi uudistukseen, koska se toimii terveyden edistämisen ja työkyvyn ylläpitämisen saralla, ja se myös rahoitetaan toista kautta. Työterveyshuollossa toteutettavista sairausvastaanotoista sen sijaan on vaikeaa kuvitella, etteikö niistä muodostuisi helposti valinnanvapauden piiriin kuuluvia palveluita, ja maksajaksi vaihtuu valtio. Samat yritykset, jotka nykyisin järjestävät työterveyshuoltoa ovat tulevaisuudessa mitä todennäköisimmin myös sote-keskusten ylläpitäjiä. Työterveyshuollon asiakkaat on helppo houkutellessa omaan sote-keskukseen jolloin ainakin osa kustannuksista siirtyy valtiolle.

Potilas voi tämän lakiesityksen mukaisesti valita myös suun terveydenhuollon yksikön. ETENE kiinnitti huomionsa jo aiemmassa lausunnossaan PALKOLle suun terveydenhuollon asiakkaan eriarvoiseen asemaan terveydenhuollossa. Suun terveydenhuollon asiakasmaksut ovat nykyisellään korkeampia kuin muussa terveydenhuollos-



sa, ja asiakkaan omakustannusosuus erityistoimenpiteissä (esim. implantit ja proteesit) on niin suuri, että monet potilaat jää tämän vuoksi tarvitsemansa hoidon ulkopuolelle. Jos maksut jäävät ennalleen, potilaiden asema ei muutu valinnanvapauden myötä, ja jos yhteiskunnan kustannukset pyritään tällä sektorilla pitämään ennallaan, potilaan itse maksama osuus hoitokustannuksista kasvaa merkittävästi. Jos pyritään yhdenvertaisuuteen, on varauduttava kustannusten merkittävään kasvuun.

### Itsemääräämisoikeus

Lain tarkoitus on lisätä potilaan ja sosiaalihuollon asiakkaan valinnanvapautta, parantaa palveluiden saatavuutta ja laatua ja vahvistaa palvelujärjestelmän kannusteita kustannusvaikuttavaan toimintaan ja jatkuvaan kehittämiseen. Tarkoitus on hyvä, tärkeä ja painottaa itsemääräämisoikeuden eettistä periaatetta.

Lakiehdotuksessa painotetaan jatkovalmistelua sekä sitä, että edellä mainittuja työkaluja kehitetään. Näin ollen lakiehdotuksessa pitäisi ottaa kantaa ja edistää toimintaa, jonka vaikutuksia ei sitä hyväksyttäessä pystytä arvioimaan eikä tiedetä, millaisia mitareita pystytään asetetussa aikarajassa kehittämään.

ETENE näkee merkittävänä myös toteutumattomat palvelun tarpeet. On näyttöä siitä, että mitä matalammat tulot ja mitä alhaisempi koulutus asiakkaalla on, sitä useammin palvelutarpeet jäävät täyttämättä. Palveluiden viidakossa tarvitaan huomattavan kehittyntä sote-lukutaitoa ja neuvontaa. On epäselvää, kuka tai mikä taho vastaa neuvonnasta. Järjestöille, jotka ovat tehneet paljon asiakastyötä ja neuvontaa, ei voi säilyttää vastuuta lakisääteisten palvelujen neuvonnasta. Nykyisin jo sosiaalihuoltolain 6 §:n mukaan kunnan asukkaiden saatavissa on oltava sosiaalihuollon neuvontaa ja ohjausta. Erityistä huomiota on kiinnitettävä lasten, nuorten sekä erityistä tukea tarvitsevien henkilöiden neuvontaan ja ohjaukseen. Neuvontaa ja ohjausta järjestäessään sosiaalihuollon on tarvittaessa toimittava yhteistyössä terveydenhuoltolain (1326/2010) 13 §:ssä tarkoitettua terveysneuvontaa järjestävän perusterveydenhuollon sekä muiden toimijoiden kanssa. Vanhuspalvelulain 12 §:n mukaan kunnan on järjestettävä myös ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista tukevat neuvontapalveluja. Vanhuspalveluihin on sisällytettävä myös sosiaalihuoltoa ja muuta sosiaaliturvaa koskeva ohjaus sosiaalisten ja terveydellisten ongelmien tunnistamisen lisäksi. Näin ollen valinnanvapauslaki ei toisi siihen juurikaan uutta. Sen sijaan laki on rakenteeltaan varsin monimutkainen, ja nykyisellään se on suunnattu sote-lukutaitoisille, hyvin toimeen tuleville ja hyvin koulutetuille ihmisille, joilla suuria palvelujen tarpeita ei useinkaan ole.

Keskeisin potilaan itsemääräämisoikeuteen ja valinnanvapauteen vaikuttava kohta tässä lakiluonnoksessa on 3. luku ja erityisesti siinä 15 §. Tämän mukaan se mitä sote-keskuksissa hoidetaan poikkeaisi merkittävästi nykyisestä. Terveyskeskuksissa yleislääkärin hoidossa on merkittävän paljon moniongelmaisia henkilöitä, jotka tarvitsevat sosiaalihuollon päätöksiä sekä psykososiaalista tukea. Erityisen merkittävää kustannusten kannalta on yhteistyö erikoissairaanhoidon kanssa myös harvinaisempien sairauksien ja vammojen hoidossa. Hyvä esimerkki tästä ovat syöpää sairastavat potilaat sairauden eri vaiheessa. Mitä paremmin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuolto toimivat yhteistyössä, sitä varhemmin potilaat voidaan siirtää perusterveydenhuollon jatkohoitoon ja -seurantaan. Syöpäsairaahan potilaan kohdalla myös siirtyminen palliatiiviseen ja saattohoitoon vaatii todella paljon erikoisosaamista, muttei välttämättä erikoissairaanhoidon muuten kuin konsultoiden. 15 § säättää suoran valinnan palve-



luiksi terveysneuvonnan, terveystarkastukset, yleisten oireiden toteamisen ja oireen mukaisen hoidon, yleisten sairauksien tutkimuksen ja hoidon sekä tavanomaisimpien pitkäaikaissairauksien toteamisen ja hoidon. Tästä voidaan ymmärtää, että erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon siirretty ja yhteistyönä toteutettu hoito jäisi valinnanvapauden ulkopuolelle. Näinkö on tarkoitus? Tai annetaanko potilaalle asiakasseteli myös tilanteessa, jossa oma sote-keskus ei osaa jatkohoitaa häntä, tai siellä ei ole mahdollisuuksia esim. apuvälineiden hankintaan. Erittäin epäselvää luonnoksessa on mitä tapahtuu, mikäli asiakas ei halua asiakasseteliä jatkohoitonsa. Jos hoito pirstoutuu pieniksi yksityiskohdiksi ja ennakoimattomaksi määräksi erilaisia toimijoita, voi potilas jäädä omien voimavarojen puuttuessa ilman tarvittavaa hoitoa ja pahimmassa tapauksessa pudota hoitoprosessista kokonaan.

### Hyvän tekeminen ja vahingon välttäminen

Useat valinnanvapauslaissa esitetyt tavoitteet ovat Suomessa jo toteutuneet sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa. Monilta paikkakunnilta löytyy esimerkkejä mielen-terveys- ja päihdekuntoutujien kokonaisvaltaisesta ja ennaltaehkäisevästä hoidosta, jossa kallista tahdosta riippumatonta psykiatrista hoitoa on pystytty merkittävässä määrin vähentämään. Ns. lonkkaliukumäki jossa lonkkapotilaan hoitoon integroidaan erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja kuntoutuksen, on loistava esimerkki potilaslähtöisen hoidon kehittämisestä, joka säästää myös kustannuksia. Lasten huollossa ja suojelussa Suomessa on käytössä merkittäviä, yhteiskunnan voimavaroja säästäviä hankkeita, joissa on pystytty vähentämään yhteiskunnalle kalliita ja henkilöille itselleen raskaita lasten sijoituksia perheen ulkopuolelle.

Näissä esimerkeissä keskiössä ovat kallis hoito ja suuret potilas- ja asiakasryhmät. Tärkein potilaan, asiakkaan ja perheen kärsimystä helpottava ja samalla kustannuksia alentava tekijä on osapuolten kiinteä, saumaton ja ajantasainen yhteistyö sekä kaikkien toimintojen ja toimijoiden integraatio ja työnjako. Nämä ovat tyyppiesimerkkejä, jossa keskeinen toimija on erikoissairaanhoidon, mutta kustannusten kannalta tärkeätä on ollut perustasolla tehtävä ennaltaehkäisevä, varhain puuttuva ja kuntouttava työ. Kun toimintoja on voitu integroida perusterveydenhuollon ja kuntoutuksen kanssa, lähemmäksi ihmisen omaa toimintaympäristöä, potilas keskiössä, on parannettu potilastyytyväisyyttä, hoidon laatua, ja laskettu yhteiskunnan kustannuksia.

Nyt lausunnolla olevassa lakiluonnoksessa ei löydy edellytyksiä tällaiseen toimintaan. Hoitopolut pitäisi määritellä yksilöllisesti, kilpailuttaa ja maksaa asiakassetelillä. Jos asiakas saa asiakassetelin, onko selvää että hänen sote-keskuksensa ja hänen valitsemansa henkilöt osaavat häntä hoitaa? Olisiko hänen sote-keskuksessansa tarvittavat apuvälineet? Jos ei ole, pitääkö potilaan itse selvittää mistä hän saa palvelunsa? Kuka koordinoisi että potilaan hoidon tarpeet tulisivat täytetyiksi? Jos tämä jää potilaan tai asiakkaan omalle vastuulle, astumme ajassa vuosikymmeniä taaksepäin. Onko palvelukeskuksissa osaamista arviointiin, seurantaan tai koordinointiin?

Sote-keskuksille kuuluu tässä lakiehdotuksissa sosiaalityön neuvonta, joka on merkityksellistä, mutta vaatimaton osa sosiaalityötä. Merkittävä osa sekä kustannuksista ja oletetuista säästöistä sisältyvät palveluihin kaikissa ikä- ja sosiaaliryhmissä. Sosiaalihuollossa on kehitetty jo varsin paljon valinnanvapautta ja palvelusetelimalleja julkisella sektorilla, joten valinnanvapauslainsäädäntö ei toisi tälle alueelle uutta, ei myöskään säästöjä. Toisaalta se voi hyvinkin pirstaloittaa moniongelmaisten asiakkaiden



palvelujärjestelmän ilman että kenellekään jäisi vastuuta toimien yhdenmukaistamisesta ja koordinoinnista. On unohtunut erityisesti sosiaalihuoltolain peräänkuuluttama moniammatillisuus.

### Hyödyn maksimointi

Sosiaali- ja terveydenhuollossa on pyrittävä sekä parhaaseen mahdolliseen hoitoon ja huoltoon että toiminnan tehokkuuteen, laatuun ja järkeviin kustannuksiin. Julkisella ja yksityisellä sektorilla on tehty paljon näiden tavoitteiden saavuttamiseksi. Kalliimpien potilas- ja asiakasryhmien kohdalla eivät riitä yksittäiset ”temput”, kun tarvitaan toimintojen integraatiota. Uudistuksella silputaan palvelujärjestelmä ennalta arvaamattomasti. Julkisen järjestelmän yhtiöittäminen, uusien järjestelmien rakentaminen ja niiden keskeneräisyys ja samanaikainen valvontaorganisaation kokonaisuudistus tuovat tähän järjestelmään todella paljon epävarmuustekijöitä ja lisäävät riskejä. Uudistuksen vaikutusten arviointi tarkoittaa ennustamista ilman esimerkkejä tai vertailukohdita. Nyt ollaan tekemässä perinpohjainen muutos tilanteessa, jossa sitä ei pystytä monitoroimaan eikä sen seurauksia arvioimaan etukäteen.

Kilpailutus ja monet muut markkinaehtoiset mallit eivät välttämättä toimi terveydenhuollossa. Myös kapitaatiomalliin sisältyy alihoidon riski. Maksuseteli, joita hoidon tuottaja on velvollinen asiakkaalleen tarjoamaan, muotoutuu helposti palveluihin, joita palveluiden tuottaja itse tuottaa. Potilaalla ei ole työkaluja arvioida palveluiden laatua, ja jos valtio maksaa kustannukset, hänellä ei ole tarvetta arvioida toiminnan kustannusvaikuttavuutta tai hintaa. Mainonta ja markkinointi löytävät helposti oikeuksistaan tietoisien hyvinvoivan asiakkaansa, erityisesti jos hoitosuhde on jo olemassa työterveyshuollon kautta.

### Yhteistyö, keskinäinen arvonanto, ammattitaito ja hyvinvoinnin edistäminen

ETENE pitää sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisinä eettisinä arvoina yhteistyötä, keskinäistä arvonantoa, ammattitaitoa ja hyvinvoinnin edistämistä. Ne tulevat toistuvasti esiin kehitettäessä sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt ovat tällä hetkellä todella suuren muutoksen edessä. Laissa ei ole vaikutusarvioita henkilöstön asemasta ja muutoksista. Henkilöstömuutoksilla voi olla ratkaiseva merkitys koko järjestelmän rakentumiselle - tai kaatumiselle.

Kilpailu osaajista saattaa nostaa sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaiskustannuksia merkittäväällä tavalla. Erikoissairaanhoidon keskittämistä koskevasta hankkeesta tiedämme, että erikoisosaajien siirtyminen paikkakunnalta / sairaanhoitopiiristä toiseen vaikuttaa jo päivystyksen järjestelyihin. Jos henkilöstö siirtyy suurena määränä julkiselta sektorilta yksityisiin sote-keskuksiin ja pienistä maakunnista suurempiin, ei kaikkiiin maakuntien palvelukeskuksiin jää osaajia arvioimaan asiakkaita ja potilaita ja tekemään heitä koskevia päätöksiä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon arviointityö ja päätöksenteko vaativat pitkää koulutusta, asiantuntemusta, monialaista tietämystä ja käytännönviisautta. Näitä on mahdotonta hetkessä korvata, jos henkilöstö siirtyy pois. Sama koskee perusterveydenhuollon toimintojen yhtiöittämistä: kuka palvelukeskuksissa arvioi hoidon tarpeen tilanteissa, joissa potilas tarvitsee muuta kuin suoran valinnan palveluita? Mistä löytyy koordinaatio jota tarvitsevat monia palveluita tarvitsevat, mahdollisesti itse valinnanvapau-



teen kykenemättömät asiakkaat ja potilaat? Kuka vastaa jatkuvasta henkilöstön koulutuksesta?

#### Vaikutukset asiakkaan ja potilaan kannalta

Edellä on jo kuvattu monenlaisia riskejä huollon ja hoidon pirstaloitumisesta erityisesti monia palveluita tarvitsevien henkilöiden kannalta. Asiakas/potilas ei välttämättä pysty sote-keskusta valitessaan arvioimaan, mitä palveluita hän sieltä saa, ja mitä saa hankintoina eri palveluntarjoajilta. Tällainen järjestelmä on myös asiakas- ja potilas-turvallisuuden kannalta vaikeasti valvottavissa ja ohjattavissa. Järjestelmä on myös byrokraattinen. Potilaan pitää ilmoittaa palveluntarpeistaan esim. mökkipaikkakunnalla ennen kuin tarvitsee palveluita. Mitä jos hän ei osakaan ennakoida palveluiden tarpeitaan? Jääkö hän niitä ilman? Ne joilla asiat ovat hyvin, joilla on tietokoneet ja verkot, pärjäävät varmaan myös pienistä paloista koostuvissa verkoissa. Monia palveluita tarvitsevilla ei välttämättä ole työkaluja, voimavaroja ja ennen kaikkea ei ole päätöksiin tarvittavaa tietoa valintoja tehdäkseen. Mikäli asianmukaista tietoa keskusten toiminnan laadusta, tehokkuudesta ja vaikuttavuudesta ei ole, valinnat perustuvat helposti mainontaan ja mielikuviin. Julkinen terveydenhuolto jää tässä häviölle. Näyttää myös siltä, että asiakkaalla ei ole mahdollisuutta olla ottamatta asiakasseteliä palveluja tarvitessaan. Valinnan vapaus merkitseekin valinnan pakkoa.

#### Vaikutukset järjestelmän kannalta

Julkista sosiaali- ja terveydenhuoltoa rasittavat myös demokraattisen yhteiskuntajärjestyksen päätöksentekojärjestelmät, koulutus ja tutkimus. Yhdelle viivalle asettaminen järjestelmää vasta luotaessa on epäreilua sekä järjestelmää että asiakkaita ja potilaita kohtaan. Yksityisellä tai kolmannella sektorilla ei ole rasitteenaan yhteiskunnallinen päätöksenteko, ja yritykset ovat pystyneet jo vuosia hiomaan järjestelmää kilpailukykyiseksi tähän asetelmaan nähden. Päinvastaisista lupauksista huolimatta tämä järjestelmä sisältää mielikuvamarkkinoiden ja kiintiöiden kautta huomattavan suuren riskin asiakkaiden valikointiin.

#### Johtopäätökset

ETENE totesi, että valinnanvapauden tulisi vahvistaa potilaan ja asiakkaan itsemääräämisoikeutta. Lakiluonnos on kuitenkin kirjoitettu pääsääntöisesti palveluntarjoajien näkökulmasta. Asiakkaan ja potilaan näkökulmasta avautuu pirstaleinen näkymä, jossa kokonaisuutta on vaikea hahmottaa.

Valinnanvapauslainsäädännöllä pyritään valtavaan sosiaali- ja terveydenhuollon rakennemuutokseen ilman, että muutoksen vaikutuksia voidaan arvioida. Tähän ei ole malleja, kokeilut ovat kesken ja tulokset niistä valmistuvat vasta lain lopullisen muotoilun ja hyväksymisen jälkeen. Suomessa on monissa vaikutuksiltaan vähäisemmistäkin hankkeissa ja muutoksissa painotettu ennakkointia ja huolellista vaikutusten ennakoarvointia. Onko näin nopea aikataulu todella välttämätön näin merkittävässä muutoksessa?

ETENE on huolissaan aikataulusta, jolla tätä lakikokonaisuutta viedään eteenpäin. Lakia ollaan muuttamassa ennen lausuntojen saamista, eikä lopullista lakiesitystä pysty enää kommentoimaan. Valtion- ja kuntatalouden kannalta merkittävää muutosta



koskevasta lakiluonnoksesta puuttuu merkittävästi vaikutusarvioita. Vaikutuksen arviointiin tarvittavia mittareita ollaan vasta kehittämässä, ja kokeilut ovat kesken. Päätökset pitäisi tehdä jo ennen kuin tietoa piloteista on käytössä.

Suomi on rakentanut ja kehittänyt julkista sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmäänsä pitkään. Siihen on sisältynyt suuria hankkeita, jotka ovat merkityksellisiä myös tässä massiivisessa uudistuksessa. Esimerkiksi kansalliset terveydenhuollon ja sosiaalihuollon sähköiset arkistot ovat vasta kehitteillä, eikä vuoden 2019 alkuun mennessä kaikkia toimijoita saada liitettyä Kanta-järjestelmään. Tämä olisi erityisen tärkeää potilaskeskeisen toiminnan integraation kannalta. Maakuntia ei vielä ole olemassa, koko järjestelmä uusine sähköisine järjestelmineen tulisi rakentaa, samoin järjestelmän johto ja ohjaus. Eri toimijoiden väliset suhteet tulisi suunnitella ja vahvistaa henkilöstön asema, jotta potilaiden hoito sujuisi muutoksessa ja sen jälkeen mahdollisimman sujuvasti. Valvontavirasto on nyt perustettu, mutta mitään muuta sen asemasta tai toiminnasta ei vielä tiedetä, joten valvonnasta, joka olisi tässä toiminnan varmistamisen edellytys, emme tiedä vielä yhtään mitään. Yksityinen ja kolmas sektori pystyvät ilman painetta hiomaan organisaationsa valmiiksi tulevaa sotea varten. Henkilöstön tilanteen epävarmuus voi pahimmillaan vaikuttaa siihen, että osaajat siirtyvät sankoin joukoin pois julkiselta sektorilta. Kuka tällöin tekee arviot potilaiden ja asiakkaiden palvelujentarpeista?

Peruspalveluiden yhtiöittäminen on todella ongelmallinen ja tuottaa mahdollisesti osaamisen vajausta ja sijoittautumista aivan väärään kohteeseen. Tässä huolen nostaa osaaminen maakunnan palvelulaitoksessa, jolle kuuluu merkittävä vastuu palvelutarpeen arvioinnissa. Yhtiöittäminen ja asiakkaan oikeus olla ottamatta asiakasseteliä käyttöön nostaa aika kummallisen skenaarion siitä, miten palveluiden pitäisi sijoittautua tässä verkostossa jotta asiakas/potilas saa tarvitsemansa palvelun.

ETENE seuraa potilaan ja asiakkaan perus- ja ihmisoikeuksien kehitystä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Näemme uhkia erityisesti monia palveluita tarvitsevien asiakkaiden ja potilaiden hoivassa ja huolenpidossa ja niiden kokonaisvastuutuksessa. Lisäksi julkinen sektori, joka viimekädessä vastaa kaikista ongelmallisimpien asioiden ja kaikista eniten apua tarvitsevien hoidosta, joutuu kohtuuttomaan asemaan, kun rakenteita joudutaan hyvin lyhyellä aikavälillä uudistamaan ja ponnistamaan samanaikaisesti yksityisen sektorin vuosikautia valmisteltujen prosessien kanssa samalle viivalle. Jo luotujen, asiakkaille ja potilaille suunnattujen integroitujen prosessien kannalta tämä voi hajottaa koko pitkään rakennetun olemassa olevan sosiaali- ja terveystalouden järjestelmän.

Neuvottelukunnan puolesta

Varapuheenjohtaja

Jaakko Heinimäki

Pääsihteeri

Ritva Halila



Tiedoksi STM/sosiaali- ja terveystalveluosasto  
STM/perustalveluministeri  
STM/Hallitussihteeri Pirjo Kainulainen  
STM/Lääkintöneuvos Taina Mäntyranta

