

Minna Karlamaa

SUOMEN TERVEYDENHUOLLON MUUTOSTILAN
VAIKUTUKSISTA RAKENTEISIIN JA LAINSÄÄDÄNTÖÖN

Liiketalouden koulutusohjelma
Yritysjuridiikan suuntautumisvaihtoehto
2011

SUOMEN TERVEYDENHUOLLON MUUTOSTILAN VAIKUTUKSISTA RAKENTEISIIN JA LAINSÄÄDÄNTÖÖN

Karlamaa, Minna
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Liiketalouden koulutusohjelma
Tammikuu 2011
Ohjaaja: Mattila, Timo/ Piirala, Kristiina
Sivumäärä: 59
Liitteitä:

Asiasanat: terveydenhuolto, järjestäminen, tuottaminen, priorisointi, tietosuojat

Opinnäytetyön aiheena oli tutkia Suomen terveydenhuollon muutostilan vaikutuksista rakenteisiin ja lainsäädäntöön. Työssä selvitettiin terveydenhuollon toimintaympäristöä eri dokumenttien pohjalta ja tutkimusmenetelmänä käytettiin sisällönanalyysiä. Analyysissä selvitettiin ja kuvailtiin erityisesti terveydenhuoltoon liittyvien terveyspalveluiden lainsäädännöllisiä ja rakenteellisia ulottuvuuksia.

Eri sisältöjen selvittelyillä haluttiin saada selvyys siitä, mitkä lait pääosin säätelevät terveydenhuollon nykyistä toimintaympäristöä ja millaisia lakitarkistuksia ja uusia lakiehdotuksia on suunnitteilla vallitsevan muutostilan johdosta. Lisäksi haluttiin selvittää terveyspalveluihin liittyviä nykyisiä käytänteitä ja muutoskohteita.

Selvittelyiden pohjalta todettiin tarpeelliseksi säätää uusi terveydenhuollon laki, säätää tarkistuksia Paras-puitelakiin, valmistella asetusta potilasturvallisuudesta sekä aloittaa uuden kuntalain suunnittelu. Lisäksi havaittiin säädetyn uusia lakeja viime vuosina liittyen sähköiseen kirjaamiseen. Terveyspalveluiden suhteen todettiin jatkossa korostuvan priorisoinnin, yhteistyön, yhteistoiminta-alueiden muodostumisen ja varhaisen puuttumisen sekä tehtäväkuvien muutosten. Kustannustehokkuuden osalta todettiin korostuvan henkilöresurssien mitoituksen ja tarjottavan hoitovalikoiman. Valmistunut terveydenhuollon laki todettiin osittaiseksi pettymykseksi, koska se säätelee ainoastaan toimintojen sisältöä. Toiveeksi koettiin alkuperäinen suunnitelma rahoituksen ja järjestämisen säätämisestä edellä mainitun lisäksi.

Tulevaisuuden haasteiksi todettiin julkisen terveydenhuollon ja yksityisen palveluntuottajan välinen tasapainoinen yhteistyö oikeudellisine sopimuksineen ja toiminnan ohjauksineen sekä valvontoineen. Potilaan oikeusturvan varmentumisen ja rahoituksen varmistamisen julkisille terveyspalveluille todettiin tuovan oman haasteensa.

THE EFFECTS ON LEGISLATIVE AND ELEMENTS DUE TO THE CHANGE
IN THE STATE OF FINNISH HEALTH CARE

Karlamaa, Minna

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Business and Administration

January 2011

Supervisor: Mattila, Timo/ Piirala, Kristiina

Number of pages: 59

Appendices:

Key words: health care, arrangement, produce, prioritisation, privacy protection

The purpose of this thesis was to study the action of the state of change in Finnish health care in connection with structures and law-making. Health care environment was adjusted by different documents and the Grounded theory was used as a method. Above all the legislative and the structural dimensions of the health service was being analyzed and described.

Working out the different documents it was purposed to give the answer to which acts do mainly control the health care environment and what kind of draft bill it was being chalked out because of the current change . Beside this the current custom of the health service and the objectives of the change were worked out.

Based on the analysis the new health care law was found necessary to legislate , it was needed to make adjustment to the law of Paras- skeleton law , to prepare an act of patient`s privacy protection and to prepare a new communal act . It was also detected that a few laws in connection with digital documentation was being legislated under the last few years. Prioritisation, co- operation, formation of co-operation districts, preventive medical care and the changes of assignments were found out to be emphasized later on. Sizing of the personnel and the assortment of health service were found out to be emphasized as a matter of speaking of cost-efficiency. The new health care law was found out to be a partly disappointment because it only rules the action. The original plan to legislate the finance and arrangement as well was experienced as a wish.

The balanced co- operation between public health service and private health care taking account of judicial contracts and directing and supervising of the action were found out to be the challenge of the future. The protection of patients privacy to become more sure and making sure of the finance sources of public health care was found out to be a challenge as well.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TEORIATAUSTAA.....	7
2.1	Terveydenhuollon toimenpiteistä	7
2.2	Hoitotyö käsitteenä	7
2.3	Hoitoyön etiikasta	8
2.4	Terveydenhuollon oikeuslähteistä ja muutoksesta lyhyesti	9
2.4.1	Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä	9
2.4.2	Potilasrekistereihin liittyvä tietosuoja	10
2.4.3	Kansallinen sähköinen potilasarkisto	11
2.4.4	Vahinkojen korvaaminen	13
2.4.5	Yksityistä terveydenhuoltoa säätelevä laki	15
2.5	Poikkileikkaus terveydenhuoltoon vaikuttavista seikoista	16
2.5.1	Terveydenhuollon palveluista yleensä	16
2.5.2	Terveydenhuollon johtamisesta.....	17
2.5.3	Terveyspalveluiden järjestäminen.....	19
2.5.4	Terveyspalveluiden hankinta.....	20
2.5.5	Kunta- ja palvelurakennemuutos PARAS	21
2.5.6	Terveyspalveluiden laatu.....	21
2.6	Sairaanhoitopiirien toiminnasta	22
3	TERVEYDENHUOLLON RAKENNEMUUTOS.....	24
3.1	Nykytila	24
3.2	Haasteita	24
3.3	Terveydenhuollon priorisoinnista	25
3.3.1	Priorisoinnin määritelmä ja tasot.....	25
3.3.2	Priorisoinnin kriteereistä	27
3.3.3	Priorisointi kunnan toteuttamana	28
3.3.4	Priorisoinnin vaatimuksista	28
3.3.5	Taloudellinen arviointi priorisoinnissa.....	29
3.3.6	Priorisoinnin toteuttaminen	30
3.4	Perusteita muutokselle	31
3.4.1	Terveyspalveluiden kysyntä ja tarjonta.....	31
3.4.2	Terveyspalveluiden palvelutuotannon ohjaus	33
3.4.3	Terveyspalveluiden jakelujärjestelmä	34
3.4.4	Terveyspalveluiden saatavuus.....	34
3.4.5	Terveydenhuollon kustannuksista	35
3.4.6	Terveydenhuollon käyttöasteesta ja kustannusten jakamisesta.....	36

3.5	Katsaus terveydenhuollon järjestämisestä kunnissa vuonna 2010	37
3.6	Uudesta terveydenhuoltojärjestelmästä kaavailtu luonnos	38
4	TERVEYDENHUOLTOLAKI, ALUSTAVA	39
5	TUTKIMUSMENETELMÄT	41
6	JOHTOPÄÄTÖKSET	41
6.1	Hallituksen lakiehdotus terveydenhuoltolaiksi	41
6.1.1	Yleistä	42
6.1.2	Asiakkaan valinnanmahdollisuudet.....	44
6.1.3	Potilastietojen käsittely	45
6.1.4	Ensihoitopalvelu.....	46
6.1.5	Hoitotakuun täsmentyminen	46
6.1.6	Perusterveydenhuollon vahvistaminen.....	47
6.1.7	Yhteistyö erikoissairaanhoidossa	48
6.1.8	Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen	48
6.1.9	Terveydenhuoltolain kustannusvaikutukset	48
6.2	Osa kokonaisuudistusta.....	49
6.3	Potilasturvallisuusasetus, valmisteilla oleva	49
6.4	PARAS- puitelain muutokset.....	49
6.5	Luonnos uudesta kuntalaista	50
6.6	Kaste- ohjelmasta.....	51
7	POHDINTAA.....	52
	LÄHTEET	57
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Opinnäytetyössä pyritään selvittämään ja kuvaamaan Suomen terveydenhuollon vallitsevaa rakennetta ja suunnitteilla olevaa rakennemuutosta. Lisäksi työssä selvitetään niitä suunnitteilla olevat muutoksia, jotka vaikuttavat oleellisesti edellä mainitua terveydenhuoltoa sääteleviin lakeihin. Tarpeen ja perusteen työlle antaa terveydenhuollon nykyrakenteen riittämätön vastaavuus tuottavuuteen liittyvissä asioissa ja se, ettei terveydenhuollon järjestelmämme tyydytä enää väestöpohjan tarpeita taaten hyvää hoitoon pääsyä.

Myös terveydenhuollon lainsäädännön ajantasaistaminen edellyttää selvittelyä vaa-teisiin vastaten. Päällimmäisenä tarkastelussa on suunnitteilla oleva terveydenhuol-lon laki, jossa yhdistyvät nyt voimassa oleva kansanterveyslaki sekä erikoissairaan-hoidon laki. Tutkimustulos helpottaisi kokonaisvaikutelman saamista vallitsevan ter-veydenhuollon ominaispiirteistä ja sen tulevista muutostarpeista. Tulos voisi palvella terveyspalvelualalla toimivaa suoritusportaan ammattihenkilöä.

Tutkimuksessa pyritään löytämään vastaus seuraaviin kysymyksiin: miksi nykyinen terveydenhuollon järjestelmämme ei enää vastaa tarpeisiimme ja tarvitsemme tilalle toisenlaisen ja minkälaisia rakenteellisia ja lainsäädännöllisiä muutoksia edellyte-tään. Tutkimuksessa rajataan selvittely yhtäältä niihin kysymyksiin, jotka antavat vastauksen julkisesti tuotettaviin terveyspalveluihin ja yksityiseltä sektorilta ostetta-viin täydentäviin palveluihin ja toisaalta julkisen järjestelmän tuottavuuteen ja muu-tokseen sekä lopuksi säätelevän lain ajantasaistamistarpeeseen uutta rakennetta vas-taavaksi. Kysymykset on rajattu edellä mainituiksi, jotta tutkimus pysyy sillä tarkoi-tetussa tehtävässään eikä laajene epätarkoituksenmukaiseksi. Muutoin asioiden riit-tävän syvällinen käsittely heikkenisi.

2 TEORIATAUSTAA

2.1 Terveydenhuollon toimenpiteistä

Terveydenhuollolla tarkoitetaan julkisesti ja yksityisesti toteutettuja yksilön terveys-
hyvään pohjautuvia toimenpiteitä. Nämä toimenpiteet voivat olla joko ennaltaehkäi-
seviä tai hoitavia. Ennaltaehkäisevillä toimenpiteillä kyetään välttämään tai mahdol-
lisesti siirtämään yksilöllisesti ja kansantaloudellisesti merkittävien sairauksien puh-
keamista. Tautien tai sairauksien jo puhjettua niitä tutkitaan ja hoidetaan eritasoisissa
sairaaloissa. (Lauri ym. 2001, 54- 56.)

Terveydenhuollon avulla toteutetaan siis erilaisia terveystalvueluita ja nämä palvelut
on totuttu jakamaan niin sanotun perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon pal-
veluihin. Yleensä perusterveydenhuolto sijoittuu terveyskeskuksiin ja erikoissairaan-
hoito on keskittynyt sairaanhoitopiirien sairaaloihin. Näitä toimenpiteitä annetaan
aina jonkin järjestelmän alaisuudessa, ja tämä järjestelmä muodostuu yleensä tietyis-
tä, sovittujen periaatteiden mukaisista toiminnallisista kokonaisuuksista. Tällaisia
perusterveydenhuollon järjestelmiä ovat terveydenhuollon toimialalla muun muassa
terveyskeskukset neuvoloineen ja vuodeosastoineen sekä hammas- ja koulutervey-
denhuolto ja lääkinällinen kuntoutus. Sairaalat erikoisalujen tutkimusosastoineen
(muun muassa laboratorio ja röntgen), sairauksien ehkäisyineen ja hoitoineen sekä
lääkinällinen kuntoutus lukeutuvat erikoissairaanhoidon. Perusterveydenhuollon
toimivallan alaisia tehtäviä säätelee KTL (= kansanterveyslaki) ja erikoissairaanhoi-
don alaisia ESHL(= erikoissairaanhoidon laki). (Narikka 2008, 37- 39.)

2.2 Hoitotyö käsitteenä

Nykykäsityksen mukaisena terveydenhuoltoalan koulutetut ammattihenkilöt toteutta-
vat hoitotyön käytäntöä eri paikoissa terveystalvuelujärjestelmässämme. Tällainen
ammatillinen hoidollinen toiminta on auttamista ja vaikuttamista erilaisin keinoin.
Toisaalta hoitaja voi suorittaa tietyn toimenpiteen ja toisaalta hän voi vaikuttaa välil-
lisesti terveysvaikutteisesti muun muassa valistamalla. Hoitamisen käsite on laajen-
tunut paljoltikin viime vuosikymmenten aikana saaden uusia ja laajempia ulottu-

vuuksia. Ihmisen hoitotapahtumissa tavoitellaan kokonaisuuden huomioon ottamista. Ulottuvuuksina ajatellaan ihmistä itseään ja hänen ympäristöään sekä hänen terveystään ja niihin soveltuvia hoitotyön käytäntöjä. (Lauri 2001, 54- 57.)

2.3 Hoitoyön etiikasta

Jokaista terveydenhuollon ammattilaista sitovat hyvät eettiset ammattikohtaiset periaatteet, mutta aina joskus tulee varsinkin nykyaikana tilanteita, joissa terveydenhuollon ammattilainen kohtaa ristiriitaisuutta etiikan osalta. Tällainen ristiriitaisuus ilmenee yleensä erilaisten arvojen välisenä eturistiriitana, jolloin voi olla useampi ratkaisuvaihtoehto saatavilla potilaalle. Terveydenhuollon organisaation sisällä voi olla erilaisia ongelmakohtia. Nämä voivat olla hoitoon pääsyn ajankohta ja hoitotapahtumat ja toisaalta hoitohenkilökunnan välisiä voimavaroihin ja toimintatapoihin liittyviä. Tämä organisaatio on myös vuorovaikutuksessa muihin organisaatioihin ja näiden kesken voi tulla vastaavasti eettistä ristiriitaisuutta. (Leino- Kilpi ym. 2004, 58-88.)

Terveydenhuollon ammattilaista ohjaavat käytännöissä erilaiset eettiset ulottuvuudet, jotka voidaan jaotella paternalistiseen (=holhoava), liberalistiseen (= vapauttava, voimavaraistava) ja utilitaristiseen (= yleistä etua korostava). Nämä ulottuvuudet korostuvat jokaisen hoitajan persoonassa eri tavoin ja samallakin henkilöllä voi tapahtua kausivaihtelua. Paternalistiseen ulottuvuuteen liittyvät oleellisesti hyveellisyys, ammatillisuus, seurauksellisuus sekä yksilökeskeisyys; liberalistiseen ulottuvuuteen liittyvät vapaus, itsemääräämisoikeus sekä oikeus ylipäänsä ja utilitaristiseen yleinen etu, oikeudenmukaisuus sekä priorisointi (etusijalle laitto). (Leino- Kilpi ym. 2004, 95- 124.)

Terveydenhuollossa potilaan itsemääräämisoikeus on yksi keskeinen etiikan peruskäsite. Potilaalla tulee aina olla mahdollisuus tehdä hoitotapahtumiin liittyviä valintoja ja päätöksiä ja saada toimia näiden ratkaisujen pohjalta. Hoitoyössä on kyse eri prosessin vaiheista, kuten yleensäkin terveyspalvelujärjestelmässämme. Potilas antaa siis yleensä pätevästi ja kyvykkäästi (tai omaistensa kautta) suostumuksensa tarkoitettuun toimenpiteeseen ja tässä kohdin tapahtuu vuorovaikutusta ja tiedon välitty-

mistä. Potilaskohtaisesti on aina varmistuttava tiedon ymmärtämisestä ja siitä, että suostumukseen on ryhdytty vapaaehtoisesti. Potilaan vapautta ja itsemääräämisoikeutta rajoittavat kuitenkin osin mielenterveyslaki, laki kehitysvammaisten erityishuollosta, päihdehuoltolaki sekä tartuntatautilaki. (Leino- Kilpi ym. 2004, 125- 140.)

2.4 Terveysthuollon oikeuslähteistä ja muutoksesta lyhyesti

Kaikissa järjestelmissä olevan henkilöstön ja myös asiakkaiden toimintaa ohjaa lainsäädäntö erilaisilla voimassaolevilla oikeudellisilla säännöksillään, kuten lailla, asetuksilla ja oikeusnormeilla. Säatelevät lait voivat olla kansallisia, joilla tarkoitetaan maan sisäisiä lakeja tai kansainvälisiä, jolloin lait tulee ottaa huomioon myös laadittaessa kansallista lakia sekä oltaessa monikansallisissa yhteyksissä.(Karttunen ym. , 2008, 30- 33.)

Muutoksella tarkoitetaan yleensä sellaista toiminnan olotilaa, mikä muuttuu erilaiseksi siitä tilasta, kuin mitä se oli aiemmin. Tutkimuksessa on siis tarkoitus selvittää nimenomaan tätä ulottuvuutta. Tuottavuutta sen sijaan arvioitaessa selvitetään pääpiirteissään tuotannon tehokkuutta ja pohditaan panoksen ja tuotoksen välistä suhdetta. (Kivistö, 2003, 29.)

2.4.1 Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä

Terveysthuollon ammattihenkilöitä ohjaava laki turvaa osaltaan potilaan oikeus- suojaa, jolloin varmistutaan siitä, että potilas saa asiantuntevaa ja ammattitaitoista hoitoa. Ammattihenkilölakia sovelletaan kaikkiin terveydenhuollon laillistettuihin, luvan saaneisiin ja nimikesuojattuihin ammattihenkilöihin, jotka toimivat yksityisellä tai julkisella taholla tai itsenäisinä ammatinharjoittajina. Näillä henkilöillä on oikeus harjoittaa terveydenhuollon ammattia ja heidän ammattipätevyytensä on tunnustettu joko suomalaisen koulutuksen (lain 4 - 5 §) tai muualla EU- tai ETA- maissa suoritetun koulutuksen (lain 6-7 §) pohjalta. Tämä laki tuo mukanaan sekä oikeuksia että velvollisuuksia. Velvoitteiden pohjalta terveydenhuollon ammattilaisen tulee aina auttaa kiireellistä hoitoa tarvitsevaa potilasta ja ylipäänsä pyrkiä potilaan kärsimysten vähentämiseen. Tämän lain 24 §: n mukaisesti sosiaali- ja terveystministeriö ohjaa ja

päivittää tarvittaessa lakia. Sen sijaan tämän lain piirissä työskenteleviä henkilöitä valvoo Valvira (entinen TEO) ja aluehallintovirasto yhdessä. Valvira antaa aluehallintovirastolle tarvittavat toimintaperiaatteet ja menettelyohjeet sekä varmistaa yhdenmukaiset ratkaisukäytännöt. Valvirassa on erikseen valvontalautakunta, joka käsittelee esilletulleet tapaukset ja ryhtyy tarvittaviin seuraamuksiin (ammattinharjoittamisoikeuden rajoittaminen, menettäminen, takaisin saanti sekä muu kurinpito). (Narikka 2008, 118- 126.)

2.4.2 Potilasrekistereihin liittyvä tietosuojaja

Terveydenhuollon ammattihenkilöitä ohjaavat ja sitovat työssään erilaiset oikeudelliset normit, joilla on oma tärkeysjärjestyksensä. Tämän hierarkian alimmalla tasolla ovat erilaiset ammattieettiset ohjeet ja työpaikkakohtaiset määräykset, sen jälkeen tulevat erilaiset terveydenhuollon toimintaympäristöä säätelevät asetukset ja kolmantena sitovat lait. Omana lakinaan tulee aina ajatella Suomen perustuslakia, koska se säätelee paljolti muun muassa potilaan subjektiivisia oikeuksia. Luonnollisestikin terveydenhuollossa tulee Suomessa lisäksi ottaa huomioon tarvittavin osuin Euroopan unionin tasoiset asetukset ja direktiivit. Kansainväliset ihmisoikeussopimukset ovat merkittäviä hierarkiassa ylimpänä turvaamaan potilaan oikeuksia viime kädessä. (Ylipartanen, 2004, 34.)

Terveydenhuoltotapahtuman yhteydessä potilaasta kirjataan hoitopaikan tietojärjestelmään tietoja, jolloin kyseinen potilas liitetään henkilörekisteriin tai potilasrekisteriin. Potilaasta kirjataan joka kerta täydentäviä ja uusia tietoja uuden tapahtuman yhteydessä. Terveydenhuollon ammattihenkilön toimintaa säätelee kirjaamistapahtumassa yleislain luontoisena henkilötieto- ja julkisuuslaki. Potilaslaki ohjaa erityislain kaltaisena tarkemmin potilaan henkilötietojen käsittelyä. Henkilötietolaki ohjaa yleisesti ammattihenkilöä potilaan tietojen käsittelyssä selventäen muun muassa edellytyksiä tietojen siirtämisessä ja luovuttamisessa. Julkisuuslaki ohjaa lähinnä potilaan terveys- tai sairaustietojen suojaamis- ja salassapitoasioissa. Potilaslaissa on säädelty edellä mainittuja lakeja tarkemmin potilaan tietojen luovuttamisesta ja salassapidosta, jolloin tulee ensisijaisesti noudattaa tätä lakia. (Ylipartanen, 2004, 35- 36.)

Potilaan oikeusturva edellyttää hyvää tietosuojaa nykyajan sähköisissä, digitaalisissa potilasrekistereissä. Tämä onnistuu, jos hallinnollinen vastuu tietosuojasta on hyvin vastuutettu ja selkiinnytetty organisaatiossa, ja hoitohenkilökunnalla on kunnolliset ohjeistukset tietosuojakäytännöistä. Potilaan rekisteritietoja käytetään hoitotyössä ennalta määrättyyn tarkoitukseen hoitosuhteessa, jotta mahdollistetaan potilaalle hyvä hoito. Tässä kohdin sovitut tietosuojakäytännöt elävät aina dynaamisesti potilaan itsemääräämisoikeuden ja toisaalta hoitotyön kehittämisen kesken. Viranomainen on se henkilö, jonka tulee aina toimia näissä asioissa tilanteen arvioijana ja ratkaisun antajana. Terveyspalvelu onnistuu ylipäänsä paremmin, mikäli potilaalla on varmuus hoitosuhteensa luottamuksellisuudesta, itsemääräämisoikeutensa kunnioittamisesta sekä yksityisyyden suojansa turvaamisesta. Terveyspalvelun laadun yksi taakka on potilaan mahdollisuus hakeutua hoitoihin ja tutkimuksiin luottamuksellisesti. Potilaasta kirjataan potilasrekisteriin ainoastaan hoitotarkoituksessa tarpeellisia tietoja eikä tietoja saa luovuttaa sivullisille luvatta, vaan ne ovat lähtökohtaisesti salaisia. (Ylipartanen 2004, 171.)

Potilastietojen siirtämisessä eri toimijoiden välillä tulee aina olla varsin tarkka ja varmistuttava viestin oikeasta perillemenosta vastaanottajalle ja siitä, onko tieto siirtynyt eheänä. Asiakirjojen allekirjoitustapoihin kannattaa myös kiinnittää riittävästi huomiota ja niiden arkistointitapaan, jottei tapahdu potilasturvallisuuden vaarantumista. Lähtökohtaisesti sähköisesti lähetetty viesti on lähettäjän vastuulla, joten tällöin lähettäjä vastaa siitä, että salassapito säilyy. Tietosuojalaki tarkentaa sähköistä viestimistä muun muassa potilastilanteissa. Yleensä potilas saa vaikutelman sähköisen viestimisen luotettavuudesta sen toteuttamistavan pohjalta. (Ylipartanen 2004, 173-174.)

2.4.3 Kansallinen sähköinen potilasarkisto

Suomessa on ollut kehitteillä jo pidempään kansallinen sähköinen potilasarkisto, jonka tarkoituksena on sujuvoittaa eri terveydenhuollon toimijoiden keskeistä potilastietojen siirtämistä sähköisesti sekä lisäksi reseptin toimittamista sähköisesti. Tällaisen potilasarkiston rakenteiden täytyy ottaa selkeästi huomioon potilaan oikeusturvaan liittyvät seikat. Luonnollisestikin nykyiset henkilötieto-, potilas- sekä julki-

suus- ja tietosuojalaki tulevat entisen tapaan ottaa huomioon. Näiden lisäksi on kuitenkin tarvinnut säätää pari lakitäydennystä, jotka ovat Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (9.2.2007/159) ja Laki sähköisestä lääkemääräyksestä (2.2.2007/61). (Kuntaliiton www-sivut 2010.)

Asiakastietojen sähköiseen käsittelyyn liittyvän lain tarkoituksena on edistää entisestään tietoturvaa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen suhteen. Lailla mahdollistetaan sähköisten asiakastietojen yhtenäinen käsittely- ja arkistointijärjestelmä sekä lisäksi edistetään asiakasturvallista ja tehokasta tietojen saantia. Lakia sovelletaan sekä julkisten että yksityisten terveystietojen antajien järjestäessä tai toteuttaessa sosiaali- tai terveydenhuoltoa. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 1 luvun 1-2 §.)

Lain sähköisestä lääkemääräyksestä on tarkoitus parantaa asiakas- ja lääketurvallisuutta ja toisaalta helpottaa sekä tehostaa lääkkeen määräämistä ja toimittamista. Tätä varten on toteutettu järjestelmä, jossa asiakkaan lääkemääräykset voidaan tallettaa sähköisesti valtakunnalliseen reseptikeskukseen ja toimittaa sitä kautta lääkkeet asiakkaan haluamana ajankohtana ja hänen valitsemaansa apteekkiin. Asiakkaan suostumuksella reseptikeskukseen jäävät talletetuiksi hänen lääkemääräyksensä, jolla voidaan helpottaa asiakkaan kokonaislääkityksen selvittämistä ja siten lääkehoidon suunnittelua. Tämän lisäksi viranomaistaho voi tarvittaessa hyödyntää reseptikeskuksen ja – arkiston tietoja. (Laki sähköisestä lääkemääräyksestä 1 luvun 1 §.)

Sähköistä lääkemääräyslakia sovelletaan tarkalleen niissä tilanteissa, joissa lääkkeen määräämiseen oikeutettu henkilö laatii sähköisen lääkemääräyksen tietojenkäsittelylaitteella reseptikeskukseen hyödyntäen tietoverkkoja. Eläimelle määrätty lääke ei lukeudu tämän lain piiriin. Tätä lakia sovelletaan myös Ahvenanmaalla siltä osin kuin siellä on otettu käyttöön sähköinen lääkemääräys. (Laki sähköisestä lääkemääräyksestä 1 luvun 2 §.)

Asiakkaan oikeusturvan varmistus on perusteltua lisääntyvässä sähköisessä arkistoinnissa ja tietojen siirrossa. Kansaneläkelaitos ylläpitää keskitettyä kansallista terveystietojen arkistoa(KanTa), jossa tapahtuu erilaisten terveystietojen säilytys, suostumustenhallinta sekä lokit ja jonka kautta tietoja luovutetaan. Arkistoa on tarkoitus

käyttää paikallisten potilasjärjestelmien kautta. Näin ollen käyttäjien tunnistus ja sähköinen allekirjoitus tehdään tällaisen paikallisen perusjärjestelmän kautta. Voidaan päätellä, että tämä järjestelmä perustuu sähköisiin allekirjoituksiin, autentikointiin (= käyttäjätunnistus) ja varmenteisiin. (Kuntaliiton www-sivut 2010.)

Tavoitteena olisi se, että Suomessa kyettäisiin jo pääsääntöisesti siirtämään potilaan tietoja toimintayksiköstä toiseen sähköisesti Kelan ylläpitämän arkiston kautta vuoteen 2015 mennessä. Sähköistä siirtoa toki jo nytkin tapahtuu osittain ja kokeiluna sovituissa apteekeissa sähköisenä reseptinä ja osassa terveyskeskuksissa. Lopullinen laaja-alainen käyttö onnistuu siinä vaiheessa, kun paikalliset järjestelmät yksityisillä ja julkisilla palvelujen tuottajilla toimivat kansallisen palvelun mukaisesti. (Hoitoportaalin www-sivut 2010.)

Potilasturvallisuutta vaarantava puute tai toiminto potilastietojärjestelmässä edellyttää varhaista puuttumista paikallisesti toimintayksikössä ja tällöin on lisäksi keskeytettävä tällaisen järjestelmän käyttäminen. Tarvittaessa paikallinen aluehallintovirasto tai Valvira puuttuu potilasturvallisuutta vaarantavaan tietojärjestelmään. (Hoitoportaalin www-sivut 2010.)

2.4.4 Vahinkojen korvaaminen

Potilaalla on mahdollisuus saada korvausta vahingoista joko vahingonkorvauslain, potilasvahinkolain tai tuotevastuulain mukaisesti riippuen tapahtumasta. Vahingonkorvauslakia sovelletaan, mikäli potilaalle on aiheutunut lähinnä taloudellista vahinkoa. Tällöin tulee sovellettavaksi VahKL 3: n luvun 2 §, jonka pohjalta säädetään työnantajan ja julkisyhteisön korvausvastuuta. Julkisella yhteisöllä tai tällaista valtaa sopimuksen mukaan käyttävällä taholla on korvausvastuu aiheuttamastaan virheestä tai laiminlyönnistä. Tämän korvausvastuun edellytyksenä on kuitenkin se, että ettei tehtävässä ole noudatettu kohtuudella asetettuja vaatimuksia huomioon ottaen suoritettun tehtävän laatu ja tarkoitus. Yleensä terveyspalvelusektorilla tapahtuva vahinko voi syntyä kunnan yleisen valvontavastuun laiminlyönnistä tai palveluntuottajan virheellisestä suorittamisesta tai kumpaisestakin. Tällaisissa tilanteissa asiaa selvitetään VahKL 4: n luvun 3§:n ja 6: n luvun 2§ mukaisesti. Näidenkin pohjalta sääntely

on yleispiirteistä, joten suositeltavaa on mainita hankintasopimuksessa aina tarkemmin mahdollisen vastuun kanavoimisesta eri osapuolten kesken. (Narikka 2008, 319.)

Tuotevastuulaki määrittelee sellaista potilaan vahinkotapahtumaa, jossa vahinko on pääasiassa johtunut jostakin tuotteesta. Laki korvaa sekä henkilö- että omaisuusvahingot. Lähtökohtana korvaukselle on se, että nimenomainen tuote ei ole vastannut sitä, mitä sen olisi pitänyt turvallisuuden osalta. Arvioitavia seikkoja tässä yhteydessä ovat tuotteen liikkeellelaskun ajankohta, ennakoitu käyttöaika, markkinointi ja käyttöohjeet. Oleellista on tässä kohdin myös se, että vahinkoa kärsineen on kyettävä näyttämään toteen syy- yhteys ei- turvallisen tuotteen ja vahingon välillä. (Narikka 2008, 319- 320.)

Potilasvahinkolaki säätelee sellaisia vahinkotapahtumia, jotka syntyvät potilaalle annetun terveyden- tai sairaanhoidon yhteydessä. Tällöin siis potilaalle voidaan korvata kriteerien täyttyessä korvausta sattuneista henkilövahingoista potilasvakuutuksesta. Tällainen vahinko voi tapahtua sairaankuljetuksessa tai terveydenhuollon ammattihenkilön tekemänä tai ylipäänsä terveydenhuollon toimintayksikössä tehtynä. Mainitun lain pohjalta jokaisella terveyden- ja sairaanhoitotoimintaa harjoittavalla taholla pitää Suomessa olla potilasvahinkolaki. Vakiintuneen käytännön mukaisesti potilasvahinkolaki korvaa tapahtumia sairaalahoidossa, lääkärin vastaanotolla, koulu-, opiskelu- ja työterveyshuollon toimenpiteissä, sairaankuljetuksessa, näytteenotossa, verenluovutuksessa, rokottamistapahtumissa sekä fysioterapiassa. Vakuuttamisvelvolinen on sekä julkinen että yksityinen taho. On huomioitavaa, että ns. keikkalääkärien on itse huolehdittava vakuutuksestaan yksityissektorilla, julkisen tahon vakuutus ei tällöin ulotu heihin. (Narikka 2008, 320- 321.)

Korvaustoiminnasta vastaa Potilasvakuutuskeskus, joka myöntää jäsenyhtiöilleen potilasvakuutuksia. Potilasvahinkotoimintaa harjoittavien vakuutusyhtiöiden on kuultava Potilasvakuutuskeskukseen. Potilasvakuutuskeskuksen yhteydessä toimiva potilasvakuutuspooli myöntää julkiselle taholle potilasvakuutukset. Asiantuntijaeliminä toimii potilasvahinkolautakunta, joka antaa ratkaisusuosituksensa sitä erikseen pyydettyä. On muistettava, ettei vahingonkorvauslakia sovelleta niissä tilanteissa, joissa potilasvahinkolaki tulee kyseeseen. Ellei potilas saa korvausta potilasvahinko-

lain pohjalta, hän voi yrittää sitä myös kuluttajasuojalain 8 luvun mukaisesti. Tällöin potilas tekee korvausvaateen hinnan alentamiselle tai palauttamiselle johtuen sattuneesta henkilö- esine- tai varallisuusvahingosta. (Narikka 2008, 322.)

2.4.5 Yksityistä terveydenhuoltoa säätelevä laki

Laki yksityisestä terveydenhuollosta säätelee yksityisten palveluntuottajien antamia palveluja. Olemassa on erikseen laki ja asetus yksityisestä terveydenhuollosta ja lain pohjalta palvelutoimintaa valvotaan ja säädetään lain rajaus. Lain 2§: n mukaan yksityisiä palveluntuottajia ovat yksittäinen henkilö, yhtiö, osuuskunta, yhdistys, muu yhteisö tai säätiö, jonka tarkoituksena on ylläpitää terveydenhuollon palveluja tuottavaa yksikköä. Yksityinen taho on valvonnan alainen, vaikkei se olekaan tehnyt kunnan kanssa sopimusta palvelujensa myynnistä. Valvonnan ulkopuolelle on kuitenkin jätetty sellainen itsenäinen ammatinharjoittaja ja työnantaja, jotka järjestävät työterveyspalvelunsa itse. (Narikka 2008, 151- 152.)

Yksityinen terveydenhuoltoa säätelevä laki säätelee myös henkilökuntaa ja toimitiloja ja siksi toiminnan toteuttamiselle tulee olla voimassaoleva lupa paikalliselta aluehallintovirastolta. Lain 5 § edellyttää toimintayksikön vastaavan johtajan hyväksyttämistä paikallisella aluehallintovirastolla. Johtaja vastaa siitä, että palvelu noudattaa laissa säädetyt vaatimuksia ja ohjeita, johtajan edellytetään olevan terveydenhuollon ammattihenkilö ja että hänellä on riittävä kokemus ja tiedot suhteessa yksikön toiminnan laajuuteen. Lain 7§ säätelee terveydenhuoltopalveluyksikön käyttöönotto-tarkistuksen tekemistä, näin ollen yksityistahon on tarkistutettava tilansa ja laitteensa kunnan viranomaisella, ennen toiminnan laillista aloittamista. Varsinaisen toiminnan aloittamisesta on ilmoitettava lain 8§:n mukaisesti aluehallintoviranomaiselle. Lain 13 § säätelee viranomaistahon valvontatehtäviä ja toimivaltaa niissä. Aluehallintoviranomaiselle on myös ilmoitettava toiminnan muutoksesta ja lopettamisesta. Lain 10 §:n mukaisesti yksityisen palveluntuottajan on toimitettava vuosittainen kertomus toiminnastaan aluehallintoviranomaiselle. (Narikka 2008, 152- 153.)

Lain 14 a§ säätelee yksityisten palvelunantajien rekisteristä, jota hoitaa nykyään Valvira (entinen TEO). Yhteistyötä saattaa olla aluehallintoviranomaisen kesken.

Terveyspalvelujen käytännön vastuu kuuluu siis aluehallintoviranomaisille ja lain yleinen ohjaus ja valvonta sosiaali- ja terveysministeriölle. Kuntapuolella valvovina viranomaisina toimivat terveyslautakunnat tai vastaavat. Lain 16 -17 §:n mukaisesti tiedonsaanti- ja tarkistusoikeus on paikallisella valvontaviranomaisella. (Narikka 2008, 153-154.)

2.5 Poikkileikkaus terveydenhuoltoon vaikuttavista seikoista

Suomen terveydenhuoltoa säätelee oleellisesti laki. Erilaiset eettiset hoito- ja lääketieteen totut tavat ovat myös hyvin ohjaavia käytänteitä. Suomessa on terveydenhuollon ohjauksessa politiikalla oleellinen osuus, koska erilaiset terveystaloudelliset ohjelmat vaikuttavat määrärahojen saantiin eri kohteille. Yleensä rahoitusta ohjaa selkeästi kansantaloudellinen merkittävyys. Terveydenhuoltojärjestelmämme saa rahoitusta kunnilta ja valtiolta .

Työyhteisötasolla oman leimansa ja panoksensa antavat lääkärit, hoitajat ja muut eri asiantuntijat. Media vaikuttaa nykyään merkittävästi kuntalaisen vaikutelmaan kansallisesta terveydenhuollosta, joskus artikkelit ovat tarkoituksellisesti aiheita korostavia. Toisaalta mainonta aikaansaa nykyään horjuntaa terveystalouteen houkuttelemalla kansalaisia yksityisten terveyspalveluiden käyttäjiksi hyvinkin matalalla kynnyksellä. Kuntalaiset ovat nykyään hyvin valveutuneita oman terveyshyvänsä suhteen ja osaavat vaatia heille kuuluvia palveluita. (Ryynänen ym. 2006, 5-12.)

2.5.1 Terveydenhuollon palveluista yleensä

Julkisen terveydenhuollon on kyettävä antamaan kuntalaisilleen sellaiset palvelut, joihin se on laillisesti velvoitettu. Resurssit näihin palveluihin on kuitenkin kyettävä tuottamaan erilaisista valtionavusta ja kunnan saamista verotuloista sekä asiakasmaksuista. Nykyään, kun taantuma on heikentänyt kuntatalouksia, tuloutettavat lähteet ovat vähentyneet myös terveydenhuoltopalveluissa. Samanaikaisesti on tapahtunut kehittymistä sairauksien hoidossa ja tutkimisessa lääketieteellisesti, jolloin kunnat ja valtio ovat haasteellisessa asemassa suunnitellessaan terveydenhuollon rakenteiden mitoitus. Rakenteiden on oltava kestäväällä pohjalla ajatellen sairauksien

hoitoa, potilaiden tasa-arvoisuutta ja toimenpiteiden kustannustehokkuutta. (Ryynänen ym. 2006, 74- 80.)

Suomessa toimii tällä hetkellä useampia eri sairaanhoitopiirejä ja kuntainliittoja, joiden tarkoitus on mahdollistaa alueensa asiakkaille riittävä hoitojen saatavuus. Suomi onkin ottanut huomioon tämän seikan myös lakia säätäessään. Hoitotakuulaki säätelee ne yleispuitteet, jonka mukaisesti kuntalaisen sairaudenhoidossa menetellään, näin ollen kuntalaisen ei tulisi jäädä sallittua pidemmäksi aikaa odottelemaan jonoon hoitoon tai tutkimukseen pääsyään. Tässä kohdin lääkäri arvioi jokaisen asiakkaan kohdalla erikseen tuon viiveen odotusajalle riippuen hänen yleiskunnostaan ja sairaudestaan.

Jokaisessa sairaanhoitopiirissä on sellainen sairaala, jossa voidaan toteuttaa myös ns. erityistason palvelua. Näin ollen vaikeammin hoidettavan asiakkaan leikkaus- ja tehohoito toteutetaan aina erityistasoa antavassa sairaalassa. Lisäksi ns. terveyskeskussairaalassa on saatavilla perustason hoitoa, josta ovat esimerkkinä vuodeosastojakso ilman erityistä seurantaa ja rutiininomaiset leikkaukset. Tässä kohdin toimii erilaista yhteistyötä eri tahojen välillä. Tarvittaessa eri tahot ostavat palveluita toisiltaan ja tarvittavin osin useasti myös yksityiseltä taholta hoitojonon purkamiseksi tai lääkäripäivystyksen turvaamiseksi. (Narikka 2008, 19- 21.)

2.5.2 Terveystenhuollon johtamisesta

Terveystenhuollossa on paljolti erilaisia prosesseja, joita tulee johtaa ja ohjata. Organisaatorakenteet vaihtelevat, mutta ne ovat enimmäkseen prosessijohtoisia. Erilaisten prosessien välillä tapahtuu vaihdantaa l. yhteistä toimintaa rajapinnoissa, ja tämä aiheuttaa enemmän ja vähemmän ylimääräistä energian ja ajan käyttöä. Luonnollisestikin tällainen toiminta ei ole tuottavaa. Vaihdantaa tapahtuu myös organisaation ulkopuolella etsittäessä ja valittaessa sopivia yhteistyötapoja, sopimuskäytäntöjen luomisessa sekä toiminnan seurannassa läpi organisaation.

Organisaatiossa on paljon erilaista toimintaa, ja yleensä tavoitteena on pyrkimys mahdollisimman taloudelliseen tapaan. Toiminnan osapuolilla on kuitenkin joskus

toisistaan poikkeava tulkintatapa tai tieto asiasta, mikä aikaansaa tiedon osalta ns. epäsymmetriaa. Tätä voi ilmetä esimerkiksi lääketieteen ja hoitotieteen edustajan välillä tai organisaation ulkopuolella olevan osapuolen kesken. Tällaiset epäsymmetriat heikentävät tuloksellisuutta.

Terveystieteidenhuollossa tapahtuu talousohjausta eri tahojen välillä. Näissä tilanteissa vallitsee erilaista tiedon symmetriaa. Kuntatasolla tarkastellen yhteiskunnassa on paljon erilaisia asiantuntijoita, jotka eivät ole luottamustehtävissä, ja lisäksi on toimialakohtaisia asiantuntijaryhmiä kunnan virka- tai työsuhteissa. Toisaalta kunnalla on eri lautakuntia päättämässä asioista osaltaan koostuen eri asiantuntijoista ja erikseen talousasiantuntijat vaikuttamassa taloudellisten päätösten syntymiseen. Lopulta ylimpänä kunnanhallitus, ja kunnanvaltuusto päätöksentekijöinä. Näiden edellä mainittujen tahojen välillä tapahtuu eri prosesseissa liityntää ja erilaista tiedon symmetrisyyttä.

Kunnat ovat liittyneinä kuntaliittoihin ja kuntayhtymiin, joiden kautta ne ovat yhteistyössä sairaanhoitopiirien kanssa. Tarkastellessamme nyt sairaanhoitopiiriä, toteamme siellä olevan erilaisia asiantuntijoita, jotka ovat yhteistyössä ylempään sairaanhoitopiirin johdon kanssa. Sairaanhoitopiirin johto taas on yhteistyössä kiinteästi ylempään olevan sairaanhoitopiirin hallituksen kanssa, ja lopulta tämä ylimpänä olevan sairaanhoitopiirin valtuuston kesken. Kaikki edellä mainitut sairaanhoitopiirin hierarkkiset kuin myös kunnan hierarkkiset tasot ovat keskinäisesti yhteistyössä tarvittavin osin. Tällöin esimerkiksi oleellinen yhteistyösopimus saadaan solmittua kuntayhtymän ja sairaanhoitopiirin kesken. Solmimisen aikana, ja sitä ennen ja jälkeen, tapahtuu erilaista liityntää prosessien rajapinnoissa erilaisella toiminnan tehokkuudella aikaansaaden joko ei-toivottavaa taloudellista toimintaa tai toivottua kustannustehokasta toimintaa. Taustatekijöinä vaikuttavat muun muassa toiminnan ja tiedon selkeys sekä varmuus ja organisaatorakenteelliset tekijät. (Parvinen 2005, 44-45, 183-185, 237-242.)

2.5.3 Terveyspalveluiden järjestäminen

Kuntien on järjestettävä asukkailleen väestöpohjan mukaisesti terveyspalvelut. Järjestämistä säädellään sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta annetussa laissa (= SVTOL). Kunnalla on valittavanaan eri vaihtoehtoja palvelujen järjestämiseksi, muun muassa itse järjestäminen, yhteistyössä muiden kuntien kanssa, hankkiminen valtiolta tai toiselta kunnalta tai kuntayhtymältä. Lisäksi kunta voi hankkia palvelut muulta julkiselta taholta tai yksityiseltä taholta. Yksityisen tahon yhteydessä tulee mahdolliseksi ostopalvelun lisäksi myös palveluseteli, jolloin julkisen ja yksityisen palvelun tuottajan välinen voimavarojen yhdistäminen toteutuu. Lähtökohtaisesti palvelujen laatu on aina turvattava toteuttajasta riippumatta ja tässä kohdin asiakkaan asema ei saa heikentyä. Tämän seurauksena palvelujen tason on oltava samanlaisia sekä yksityisellä että julkisella, mikä takaa asiakkaan oikeusaseman kumpaisessakin palvelussa. (Narikka 2008, 22- 25.)

Erikoissairaanhoidon lain 3§ (= ESHL) ja kansanterveyslain 3§ (= KTL) säätelevät terveyspalveluiden osalta kuntien keskinäistä vastuuta. Täten terveyspalvelut on taattava niille asukkaille, joilla on kotipaikka kunnassa kotikuntalain (3§ 2 kohta) mukaisesti. Nykyään kotikunta määräytyy sen mukaan, missä henkilö tosiasiallisesti asuu, ei esimerkiksi hoitopaikan mukaan. Nyt on kuitenkin vireillä lakimuutos, jonka pohjalta henkilö voisi itse valita kotikuntansa joko asuin- tai hoitopaikan mukaan. Kotikuntalaki tasaa kuntien välistä kustannusvastuuta terveyspalveluista.

Terveyspalveluiden järjestämistä säätelevät tarkemmin ESHL 30§ 2 kohta ja KTL 14§. Näiden pohjalta kunnan on järjestettävä kiireellinen avosairaanhoito ja hammashoito koskemaan kaikkia kunnassa olevia ja samalla periaatteella on annettava myös kiireellistä sairaanhoitoa erikoissairaanhoidon sairaanhoitopiirien sairaaloissa. Lisäksi kunnat ovat velvoitettuja järjestämään henkilön oleskelun pohjalta (yleensä työ ja opiskelu) myös opiskelija- ja työterveyshuolto sekä merimiesterveyspalvelut (KTL 14§). Mainitun oleskeluperiaatteen mukaisesti hoitoa antavalla kunnalla on oikeus jälkeinpäin periä korvausta hoidettavan kotikunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymältä (ESHL 42§). (Narikka 2008, 31- 33.)

Potilaalle on aina ilmoitettava se ajankohta, milloin hän pääsee hoitoon. Mikäli ilmoitettu ajankohta muuttuu, on muuttunut aika annettava välittömästi potilaalle ja kerrottava myös perustelu muutokseen (Potilaslaki 4 §). KTL ja ESHL säätelevät tarkemmin hoitoon pääsyä ja sen järjestämistä terveydenhuoltoon antavissa yksiköissä. Potilaslaki 4 a§ säätelee niitä suunnitelmia, mitkä liittyvät potilaalle tehtäviin tutkimuksiin, annettaviin hoitoihin tai lääkinnälliseen kuntoutukseen. Näistä suunnitelmista tulee ilmetä aikataulu ja toteutuksen järjestäminen. Suunnitelman lähtökohdaksi on aina yhteisymmärrys potilaan, hänen edustajansa tai lähipiirinsä kesken. (Jouko Narikka 2008, 305.)

Terveyspalvelujen järjestäminen kunnissa edellyttää yleensä suunnitelmallisuutta ja sinnikästä yhteistyötä eri kuntien välillä ja myös saman kunnan eri toimialojen välillä. Suomen Kuntaliitto on hyväksynyt v. 2002 kunnille käytettäväksi linjaukset kilpailupolitiikasta sekä suositukset palvelustrategian laatimiseksi pitkällä aikavälillä. Strategiaa tulisi kuitenkin tarkistaa terveyspalveluiden järjestämiseksi ja arvioida palvelurakenteen kehittämistarvetta. Yleensä kuntakohtaisia eroja on todettavissa. (Narikka 2008, 40- 42.)

2.5.4 Terveyspalveluiden hankinta

Yleensä kunnissa kannattaa tehdä konkreettinen hankintastrategia terveyspalveluiden hankkimiseksi. Tämä konkreettisuus nivotaan myös osaksi laajempia toiminnallisia kehittämisen tavoitteita, jotta saadaan selkeä kokonaisvaikutelma. Yksi vallalla oleva hankintamalli on tilaaja-tuottaja- malli, jossa mallissa täytyy muistaa pitää erillään hallinnolliset ja taloudelliset roolit. Hallinnon sisäinen tilaaja-tuottaja- malli helpottaa kunnallisessa päätöksenteossa kustannusten seuranta ja myös niiden hallintaa, mutta muuten se on lähinnä näennäistä. Tässä mallissa korostuu ylipäänsä palvelun laadun ja hinnan selvittely ja lisäksi näiden seikkojen selvittäminen edesauttaa terveyspalveluiden tuotteistamista. Tilaajan tulee valvoa palveluiden suorittamista ja hankkia ne kustannustehokkaalla tavalla. Tuottaja taas vastaa palveluiden laadusta ja kehittämisestä ja tekee ne sovitusti. (Narikka 2008, 40- 41,45.)

2.5.5 Kunta- ja palvelurakennemuutos PARAS

PARAS- hanke käynnistyi kunnissa vuonna 2006 hallituksen aloitteesta ja tähän liittyvä puitelaki tuli voimaan vuonna 2007. PARAS- hankkeen tarkoituksena on ollut vahvistaa kuntien palvelurakennetta vastaamaan mahdollisimman hyvin kunkin kunnan tai kuntaliiton omia lähtökohtia, jotta ne kykenisivät paremmin kehittämään tuotantotapojaan ja organisointia ja jotta ne kykenisivät järjestämään ja hankkimaan asukkailleen muun muassa näiden tarvitsemat oleelliset terveyspalvelut. Lisäksi hankkeella on pyritty uudistamaan kuntien rahoitus- ja valtionosuusjärjestelmää sekä selkiinntämään kuntien ja valtion välistä yhteistyötä. Tavoitteena on ollut kunta-kohtaiset hyvät ja vahvat perustat rakenteelle ja taloudelle ja mahdollistaa täten menojen vähentymistä, tuottavuuden kasvua sekä parempaa ohjausta palveluiden järjestämiselle. Hankkeessa on ajateltu asiakkaan parempaa palvelun saatavuutta tehokkaasti voimavaroja käyttämällä. (Narikka 2008, 71- 72.)

2.5.6 Terveyspalveluiden laatu

Lähtökohtaisesti julkisesti ja yksityisesti tuotettujen terveyspalveluiden on oltava palvelultaan samantasoisia, kun tarkastellaan kunnan järjestämisvastuulla olevia palveluita. Lainsäädännöllisesti ei määritellä sen tarkemmin palvelun tasoa. Laadun tarkka määrittely edesauttaa arvioimaan eri palvelutuotteita keskenään yhteismitallisesti, kun esimerkiksi ostetaan palvelu ulkopuoliselta taholta ja meneillä on hankintaprosessi. Yleensä yksityissektorilla on totuttu käyttämään erilaisia laatustandardeja. Kunta hankkii monesti terveyspalvelut pitkäksi aikaa tietyltä taholta, jolloin laadun merkitys korostuu kunnalle taloudellisessa mielessä sekä asiakkaan oikeusasemaan parantavasti.

Laatutekijöissä on yleensä käytetty tiettyä ammatillista koulutustasoa, henkilökuntamäärää, tiloja ja laitteita sekä johtamistapaa, asiakkaan osallistumismahdollisuuksia ja tiedottamista. Oleellista on lisäksi, että palveluiden tuottajalla on selkeästi määriteltynä vastuujaoit tehtävissä, sekä prosessin ohjeistus, toiminnan seuranta ja valvonta. Tarvittaessa käytetään mahdollisia asiakaspalautteita. Joskus kunnat edellyttävät toimijoiltaan ns. sertifioituja laatujärjestelmiä, jolloin auktorisoidut ulkopuoliset ar-

vioijat käyvät auditoimassa, siis arvioimassa, tilannetta toimijan prosessissa ja tiloissa.

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos THL (entinen STAKES), sosiaali- ja terveysministeriö sekä Suomen Kuntaliitto ovat tehneet yhdessä terveystalouksiin liittyviä laatusuosituksia, joita kuntien päätöksentekijöiden tulisi ottaa huomioon hankkiessaan ja toteuttaessaan palveluita. Tällaisia laatusuosituksia on tehty muun muassa koulu-terveydenhuollosta, terveyden edistämisestä, apuvälinepalveluista, ikäihmisten hoidosta ja palvelusta sekä päihde- ja mielenterveyspalveluista. Terveystalouksien laatua luonnollisestikin arvioidaan viranomaisen puolesta lainsäädännön pohjalta ja tämän laillisuusvalvonnan suorittaa nykyinen aluehallintovirasto, siis entinen lääninhallitus. Tietysti kuntien olisi erikseen hyvä valvoa tosiasiallista laatua erilaisten mahdollisten laadunhallintajärjestelmiensä pohjalta. Kunnan tarkastuslautakunta voi kuntalain 71 §:n mukaisesti arvioida laadussa toimintaa, toimintatapoja, sekä palveluiden tarkoituksenmukaista järjestämistä. Kunnan tulisi myös arvioida laatu- ja hankintapolitiikkaa sekä kunnan palvelustrategiaa. (Narikka 2008, 105- 106.)

2.6 Sairaanhoitopiirien toiminnasta

Suomessa on sairaanhoitopiirejä yhteensä 20. Jokaisella sairaanhoitopiirillä on sairaala tai useampi niitä ja erilaisia toimintayksiköitä. Näiden sairaanhoitopiirien tehtävänä on järjestää alueensa väestölle erikoissairaanhoidon palveluja, jotka täydentävät terveyskeskuksista saatavia perusterveydenhuollon palveluja.

Sairaanhoitopiirin tehtävänä on myös vastata terveyskeskusten erityispalvelujen kehittamisestä (röntgen,laboratorio) sekä laadun valvonnasta. Sairaanhoitopiiri toimii terveyskeskuksen kanssa yhteistyössä tutkimus,- kehittämis- ja koulutustoiminnan suhteen . Jokaisen kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiirin kuntayhtymään. Sairaanhoitopiirien toiminta on murroksessa etsien uusia yhteistyömuotoja piirirajojen yli. Viime aikoina palveluja on organisoitu erilaisiin osakeyhtiöihin ja liikelaitoksiin. (Kuntaliiton www-sivut 2010.)

Sairaanhoitopiireissä on tarkoitus madaltaa ns. hallinnollisia esteitä liittyen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuoltoon. Uusia toimintamalleja yritetään etsiä tiedon siirtämiseen sähköisesti, arkistointiin ja mahdollisimman hyvin liikkuviin palveluihin. Joka tapauksessa sairaanhoitopiirien koko tulee suurentumaan entisestään, jotta tarvittavat palvelut kyetään järkevästi ja taloudellisesti tuottamaan väestöpohjalta ja lisäksi varmistamaan eritasoisen lääkärikoulutuksen. (Kuntaliiton www-sivut 2010.)

Sairaanhoitopiirit tekevät Suomessa keskenään yhteistyötä tavoitellen kukin piirikohdaisesti parempaa kustannustehokkuutta ja hoitojen saavutettavuutta. Tässä kohdin tietyllä tavalla yhdistetään eri piirien resursseja yhteen. Tästä on esimerkkinä Varsinais-Suomen ja Vaasan piirien kesken tehty sopimus (4.11.2009), minkä pohjalta potilas voi valita joulukuun 2009 alusta alkaen, kumman piirin sairaalassa häntä hoidetaan. Tässä sopimuksessa potilaan valintaoikeus liittyy ns. kiireettömään leikkaushoittoon ortopediassa ja silmätaudeissa. Valintaoikeus ei sisällä valtakunnallisesti keskitettyjä hoitoja. Potilaan valitsemalla sairaalalla ei kuitenkaan ole hoitovelvollisuutta, mikäli sen resurssit eivät riitä hoidon toteuttamiseen suurista potilasmääristä johtuen.

Tällaiset sopimukset vähentävät ylimääräistä paperityötä, koska maksusitoumusten kirjoittaminen vähenee. Tulevalla ajalla myös Varsinais-Suomen, Satakunnan ja Vaasan sairaanhoitopiirit pyrkivät lisäämään yhteistyötään erikoissairaanhoidossa. Yhteistyö on nyt kirjoittamishetkellä aiesopimustasolla, jonka pohjalta edellä mainitut sairaanhoitopiirit laativat vuoden 2010 aikana työsuunnitelman. Toimenpiteillä pyritään yhteisin voimin edistämään ja toteuttamaan korkeatasoista ja kustannustehokasta potilashoitoa. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin www-sivut 2009.)

3 TERVEYDENHUOLLON RAKENNEMUUTOS

3.1 Nykytila

Suomen terveydenhuolto terveyspalveluineen on tällä hetkellä paljoltikin dynaamisessa tilassa. Monessa tilanteessa on todettu, että resurssit eivät enää vastaa nykyisiä tarpeita. Taantuma lisää entisestään tietoyhteiskunnassamme kansalaisten välisiä hyvinvointi- ja terveyseroja. Osa työssäkäyvistä pystyy taloudellisesti ajateltuna käyttämään tarvittaessa täydentäviä yksityisiä terveyspalveluita, mutta pitkäaikaisesti työttömillä ja syrjäytyneillä ei kenties ole laisinkaan tällaista mahdollisuutta. Ajateltaessa tilannetta, jossa henkilö käyttää terveyspalveluita, todetaan enemmälti eroja näiden palvelujen saatavuudessa ja vaikuttavuudessa. Näitä voidaan tutkailla eri tasoilla maantieteellisesti tai akselilla julkinen - yksityinen. (Kuntaliiton www-sivut 2008- 2009.)

Nykyään ei saada terveydenhuoltoalalle useinkaan riittävästi työvoimaa haluttavana ajankohtana, jolloin luonnollisestikin organisaation toiminta voi jossain määrin vahingoittua. Organisaatioiden toimintaa heikentävät myös rahoitusongelmat tulolähteiden vähennyttyä johtuen alueellisesta työttömyydestä. Terveydenhuollon haasteita ovat tietotekniikan kehittäminen, kustannustietoisuuden kohentaminen sekä valvonnan ja yhteistyön lisääminen. Terveydenhuollon palveluiden rakenne kaipaa uudistamista huomioiden edellä mainitut elementit ja lisäksi potilaan oman vastuun. (Kuntaliiton www-sivut 2008- 2009.)

3.2 Haasteita

Mainitun taloustaantumien vaikutukset ovat tapahtuneet viiveellä, ja ne tulevat näkyämään edelleen pitkään eri toiminnoissa. Väestön ikärakenne tuo omat haasteensa, koska vanhusikäisiä tulee olemaan suhteellisen paljon. Lisäksi väestön ikärakenteissa on todettavissa alueellisia eroja kansallisesti ja kuntien sisällä lisäten jonkin väestöryhmän palvelutarpeita hyvinkin runsaaksi. Terveydenhuoltojärjestelmän on myös otettava huomioon enenevä väestön liikkuvuus kuntarajojen yli ja globaalisti muihin Yhteisömaihin. Globaalisuus lisää tarvetta monikulttuurisuuteen ja toisaalta tekni-

kan kehittyminen lisää entistä parempia mahdollisuuksia ihmisen parantamiseksi , mutta tuoden samalla lisäkustannuksia. (Hoitoportaalin www-sivut 2010.)

Aikaisemmin mainitut hyvinvointierot ja toisaalta aikaisemman kasvukauden aikana totuttu korkea elintaso ovat aikaansaaneet paljolti ns. elintasosairauksia, joista on kehkeytynyt uudentyyppisiä kansansairauksia. Tämä näkyy osalla hankittuina ylipainoina lisäten riskiä verisuonisairauksille ja tyypin 2 diabetekselle. Tässä kohdin lisääntyy tarve ennaltaehkäisevälle valistustyölle mahdollisimman varhaisesta vaiheesta alkaen (neuvolat, päiväkodit). Ylipäänsä palveluja on entistä tarkemmin arvioitava yksilökohtaisesti, jotta niillä myös saavutettaisiin haluttu kansantaloudellisesti vaikuttava tulos. Suunnittelussa on kuitenkin huomioitava kustannustehokkuus.(Hoitoportaalin www-sivut 2010.)

3.3 Terveysthuollon priorisoinnista

3.3.1 Priorisoinnin määritelmä ja tasot

Terveysthuollollinen käsitys priorisoinnista on muuttunut ajan kuluessa. 90- luvulla priorisoinnilla tarkoitettiin lähinnä sellaisia toimenpiteitä, joilla pyritään vähentämään vähiten vaikuttavien hoitojen käyttöä ja vastaavasti edistämään tehokkaiden menetelmien käyttöä. 2000- luvulla ajatus priorisoinnista laajeni entisestään käsittämään myös sellaiset toimenpiteet, joilla arvioidaan eri vaihtoehtoja oikeudenmukaisesti ja perustellusti. Nykyään priorisoinnilla ohjataan terveysthuolujen järjestämistä muuttuvassa toimintaympäristössä. Hoidon peruslähtökohtana on se, että sen tulisi aikaansaada potilaalle tai asiakkaalle terveysthuotyä; yleensä yhteiskunnallinen hyöty asetetaan toissijaiseksi. (Ryynänen ym. 2006, 106-107.)

Voimme nähdä terveysthuollossa paikallisesti ja globaalisti yhteensä viisi eri tasoa. Yleensä terveysthuoltotapahtuma lähtee liikkeelle siitä, että asiakas tai potilas kääntyy alan ammattilaisen puoleen terveysthuongelmansa suhteen valiten joko julkisen tai yksityisen palveluntuottajan. Asiakas on pätevä tekemään itsenäisiä ratkaisuja itsemääräämisoikeudellaan hoitojen ja tutkimusten laajuudesta ja muodosta, tässä kohdin todetaan tapahtuvan potilaskohtainen 1- taso. Terveysthuoltotapahtuman

yhteydessä eri ammattilaiset tekevät potilaasta päätöksiä hoitoon tai tutkimuksiin liittyen. Tässä tapahtuu terveydenhuollon ammattilaisten 2- taso, mikä voi olla joko sisäistä tai ulkoista priorisointia. Ulkoisessa potilaita asetetaan järjestykseen tutkimusten ja hoitojen osalta ,sisäisessä tehdään valintoja eri vaihtoehtojen välillä . Tämä taso luonnollisestikin näkyy korostuneena terveystaloustieteen tutkimusjärjestelmässämme. Alueellisesti voidaan lisäksi todeta priorisoinnin 3- taso, jossa kunnan tai sairaanhoitoyksikön päättävät tahot tekevät päätöksiä voimavarojen kohdentamisista. Viimeisinä tasoina ovat hallituksen, eduskunnan ja ministeriöiden toteuttama 4- taso budjetoinnillaan ja informaatio- ohjauksellaan sekä 5- taso sisältäen globaalien terveystaloustieteen oikeudenmukaisen jakautumisen. (Ryynänen ym. 2006, 120-121.)

Priorisoitaessa terveystaloustieteen asioita arvioidaan eri lähtökohdista: tasa-arvo, oikeus, hallinnon pysyvyys ja tehokkuus sekä parantamislähtökohta. Ajoittain näiden lähtökohdienten välille tulee ristiriitaisuutta. Terveystaloustieteen tulisi olla saatavilla iästä, sukupuolesta, sosiaalisesta asemasta ja asuinpaikasta riippumatta. Priorisointia saattaa kohdinta tapahtua oikeutetusti ainoastaan, jos terveystarve tai odotettavissa oleva terveyshyöty joka tapauksessa toteutuisi. Tämän pohjalta sairaammalla potilaalla on suurempi oikeutus terveystaloustieteen palveluun lyhyemmällä viiveellä ja täten yhdenvertaiselle tarkastelulle tulee asettaa samanlaisessa terveystarpeessa olevat. Yleisesti oikeuslähtökohtana ovat perusoikeudet, mutta niiden tulkinnassa otetaan huomioon yksilölliset tilanteet. Näin ollen terveystaloustieteen käytössä on todettava mahdollinen selkeä yksilökeskeisyys ja itsekkyyks, mikä ei enää vastaa realistista terveyshyötyä. Tällaista tilannetta tulisi rajoittaa. Jokaisella kansalaisella on kuitenkin oikeus saada hyväksyä kaikki mahdolliset hoitokeinot henkeä uhkaavassa tilanteessa. (Ryynänen ym. 2006, 121-122.)

Terveystaloustieteen käytössä pyritään hallinnoimaan resursseja siten, että ne riittävät tehokkaasti palveluiden antamiseen. Tällöin yhteisön tai organisaation kustannukset pysyvät kohtuullisina ja tuloksellisuus on riittävää. Tämä edellyttää päivittäisten valintojen tekemistä hoitolinjauksissa, jolloin tulee valita mahdollisimman hyvä kustannusvaikuttavuus. Tosiasia lienee se, että kansalaisten vaateet terveyteensä liittyen eivät tule koskaan vastaamaan käytettävissä olevia voimavaroja. Terveydenhuollon ohjaavana yleisperiaatteena on kaikilla ammattilaisilla potilaan parantaminen ja hänen kärsimystensä lievittäminen. (Ryynänen ym.2006, 123-124.)

3.3.2 Priorisoinnin kriteereistä

Priorisoinnissa voidaan nähdä myös erilaisia periaatteita, joiden pohjalta tarkastellaan tehokkuutta ja oikeudenmukaisuutta. Potilaan kokonaisterveyttä tavoitellaan mittaamalla samalla toimenpiteen kustannustehokkuutta ja toisaalta kohdentamalla jokaiselle potilaalle samat voimavarat tehokkuudesta riippumatta. Tavoitteena on hoitaa kaikkein sairaimmat tasaamalla samanaikaisesti väestötasolla terveyttä ja toisaalta hoitamalla ensisijaisesti vähäosaiset. Priorisointia voidaan lisäksi suorittaa yhteiskunnallisesti tärkeimpien tai eniten palveluja ansaitsevien tai muun sovitun ryhmän perusteella. Selvä tosiasia on se, että kansalaisten välistä epätasa-arvoa lisää yksityissektorin palvelujen käyttö. (Ryynänen ym.2006, 141-143.)

Ei-lääketieteelliset kriteerit ovat potilaan ikä, satunnainen priorisointi, arvonta, hoitontulojärjestys, potilaan hyödyllisyys ja syyllisyys sekä hinta- ja piilopriorisointi. Lääketieteellisiä kriteerejä ovat tieteellinen näyttö, sairauden uhkaavuus, hoidon vaikuttavuus ja hoidon kustannusvaikuttavuus. Lähtökohtaisesti voidaan ajatella, että ns. ei-lääketieteelliset priorisointikriteerit eivät kestä kunnolla eettistä tarkastelua, täten lääketieteelliseltä pohjalta valitut ovat lähinnä hyväksyttäviä. Terveystieteellisessä tutkimuksessa on todettu ammattilaisten käyttävän priorisointiongelmien yhteydessä erilaisia keinoja selviytyäkseen taakastaan. Tällöin he voivat valikoida hoitoon kaikkein eniten hyötyvät, asettamalla potilaat varausjonoon, keventäen laatutasoa (jolloin kaikki saavat, mutta vähemmän), siirtämällä potilaan toiseen yksikköön läheteellä, palvelujen saatavuutta vaikeuttamalla (tiedottaminen, yhteydenotto, palvelumaksut), todeta tarpeen ei-kiireelliseksi ja palvelun lopettaminen potilaan uloskirjoittamisella.

(Ryynänen ym. 2006, 143-145.)

Maaliskuussa 2005 voimaantullut hoitotakuulaki selvitti terveydenhuollon priorisointikysymyksiä. Tämän lain pohjalta hoitoon pääsyn aikarajaa arvioidaan ja se antaa lisäksi hoitoon pääsyn kriteerit. Hoitotakuulain jälkeen on kyetty keskustelemaan avoimemmin priorisoinnista. Hoitotakuunkin aikana terveydenhuollossa on jouduttu tasapainoilemaan hoitoon pääsemiseksi jonotussysteemillä. Hoitotakuun kyliäisenä moniongelmaiset, pitkäaikaissairaat ja päihdeongelmaiset potilaat ovat joutuneet karsijan asemaan. Lisäksi on arvioitu, että perusterveydenhuolto olisi heikentynyt hoitotakuun myötä. Hoitotakuun osalta kannattaa myös pohtia sitä, onko kriteerien määrit-

telyssä otettu huomioon riittävästi terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden arvoja ja asenteita. Joka tapauksessa tapahtunut hoitotakuu jonoineen ei yksin ratkaise nykyajan ongelmia epäsuhtaisessa tilanteessa voimavarojen suhteen. (Ryynänen ym. 2006, 149-151.)

3.3.3 Priorisointi kunnan toteuttamana

Kunnat ovat tärkeässä asemassa ainakin periaatteellisesti priorisoidessaan, koska niillä on velvoitteet terveystalouden järjestämiseksi asukkailleen. Kunnat saavat rahoitusta tähän kuntaverotuksen kautta ja valtionosuuksina. Kunnat voivat toteuttaa priorisointia voimavaroja vähentämällä valikoiden tai kaikkiin kohdistuen. Yleisesti kunnat ovat eniten suosineet kaikkien palvelujen yhtämittaista supistamista, tällöin ei tarvitse lähteä vaikeisiin arvokeskusteluihin. Tavallaan terveydenhuollon priorisointi on kunnan taholta tapahtuvaa poliittista vallankäyttöä. Kunta voi halutessaan ottaa kansalaisia mukaan priorisointikeskusteluihin, jotta päätöksiin saataisiin enemmän hyväksyntää. Samalla myös kunnan imago voisi kohentua. (Ryynänen ym. 2006, 153-155.)

3.3.4 Priorisoinnin vaatimuksista

Suomen terveydenhuoltojärjestelmää tulisi arvioida uudelleen ja hoitoon pääsyssä ottaa huomioon myös entistä enemmän ja jatkuvasti hoitomenetelmien vaikuttavuutta. Tavoitteena luonnollisestikin olisi vaikuttavan hoidon suosiminen ja ei- vaikuttavan välttäminen. Toimiva priorisointijärjestelmä edellyttää sitä, että terveydenhuollon menojen kasvua rajoitetaan tehokkaasti ja voimavarojen kohdentamiseen on kiinnitettävä oleellisesti huomiota sekä julkisella että yksityisellä taholla. Priorisointi ei saa kohtuuttomasti heikentää kenenkään asemaa, joten priorisointi voi kohdistua vain ei- uhkaaviin sairauksiin ja hoitoihin, joilla ei ole mainittavaa vaikutusta elämänlaatuun. Priorisoidessa ei saa myöskään tapahtua lisääntyvää epäoikeudenmukaisuutta asuinpaikkaan, varallisuuteen tai taudin itseaiheutetun luonteen vuoksi. Potilaiden ulottuville on taattava priorisoinnista huolimatta uusien lääketieteellisten tekniikoiden ja tietotaidon hyväksikäyttö. (Ryynänen ym. 2006, 215-217.)

Terveydenhuollon pelisääntöjen priorisoinnissa on myös oltava tarkastelun kestäviä ja sääntöjen läpinäkyviä. Muutosten tapahduttua, niistä on ilmoitettava ja myös pidettävä kiinni. Kansalaisen huomaamatta tapahtuvaa priorisointia ei tulisi suorittaa liian paljon. Luonnollisestikin ennaltaehkäisevä, preventiivinen terveydenhuolto on aina kannattavaa, mutta on muistettava, etteivät kaikki kansalaiset välttämättä osaa itse suoriutua siitä ilman ohjausta. Tutkimuksia kannattaa tehdä tietyn vastauksen saamiseksi, ei niinkään varmuuden vuoksi. On kyettävä karsimaan tehottomia hoitoja. Mikäli todetaan selkeitä kuntakohtaisia eroja hoitokäynneissä, tulisi niihin puuttua. Tieteellinen näyttö lääketieteessä on oleellista. (Ryynänen ym. 2006, 218-219.)

3.3.5 Taloudellinen arviointi priorisoinnissa

Nykyaikana vallitsevan resurssivajeen vuoksi terveydenhuollossa kyetään toteuttamaan vain rajallinen määrä toimenpiteitä, valintoja on näin ollen tehtävä. Tässä kohdin todetaan ristiriitaa lääketieteen mahdollistamien keinojen ja käytettävissä olevien voimavarojen suhteen. Tehtävät valinnat edellyttävät luonnollisestikin tarkkaan harkittuja päätelmiä lääketieteellisestä näytöstä ja siitä saatavasta terveyshyödystä potilaalle. Samalla on myös kyettävä tuotteistamaan riittävästi kyseinen terveystalouden palvelu, jotta päästään selville sen kustannusvaikutuksista. (Ryynänen ym.2006, 225-226.)

Terveyshyönteiden tarkoituksena on ylläpitää ja mahdollisuuksien mukaan kohottaa potilaan kokonaisterveystasoa. Viranomaisten tekemät päätökset edellyttävät useampien eri tutkimustulosten kesken tehtyä arviointia, mikä myös osaltaan aikaansaa kustannuksia. Lähtökohtaisesti jokaiseen hoitotapahtumaan liittyvät kustannukset tulisi dokumentoida mahdollisimman totuudellisina, jotta eri hoitomuotojen välistä vertailua kyetään pätevästi tekemään. Voidaan ajatella, että jokaisen terveystalouden lopputuotteena on nähtävissä terveydentilassa oleva niin sanottu nettomuutos taloudellisesti ajateltuna. Nettomuutoksessa otetaan huomioon saavutettu hyöty suhteessa käytettyihin kustannuksiin. (Ryynänen ym.2006, 232-233.)

Terveyshyönteiden tuloksellisuutta ja kustannusvaikuttavuutta voidaan tarkastella eri tasoilla. Ensinnäkin on pohdittava, onko uudella hoidolla enemmän tehoa kuin aikaisemmalla hoidolla tai hoitamatta jättämisellä, ja tämä edellyttää tehtyjä satun-

naistettuja kontrolloituja kokeita. Toisaalta on myös pohdittava sitä ,että toimiiko hoito myös käytännössä ja täten saada selville sen vaikuttavuus. Tämän jälkeen on alettava pohtia mahdollisesti valitun hoidon taloudellisuutta. Onko valittu hoito riittävästi kannattava aliresurssoidussakin tilanteessa ja näin selvittää sen kustannusvaikuttavuus. Hoidolla saatavia tuloksia arvioidaan käytettäviin kustannuksiin. Lopuksi on vielä selvitettävä se, että kohdistuuko valittu hoito todella sitä tarvitsevaan potilaaseen. Tässä kohdin tulee selvittää hoidon saavutettavuus ja käytettävyys ja tehdä mahdollisesti selvittelyjä palveluiden käytöistä. (Ryyänen ym. 2006, 235.)

3.3.6 Priorisoinnin toteuttaminen

Terveydenhuollossa tarvitaan laajaa, monialaista ajattelua, ennen kuin voidaan tehdä päteviä priorisointivalintoja ja toisaalta voidaan parantaa hoitojen vaikuttavuutta. Tästäkin huolimatta haasteellista on vaikuttavuuden huomioon ottaminen julkisessa päätöksenteossa ja se, että kyetäänkö suunnitelluilla toimilla vastaamaan suureneviin terveystaloudellisiin. Terveydenhuollon ammattihenkilöllä on oltava riittävä päätöksenteon tuki takanaan, mikä edellyttää hyvin tehtyjä analysointia hoitoprosesseista ja tämän analyysin pohjalta tehtyä hoitotapahtuman organisointia. Lisäksi ammattihenkilön on kyettävä ennakoimaan yksittäisen potilaan hoitotulosta ja pyrkiä optimoimaan tulosta. Lopuksi on pyrittävä näkemään kokonaisuus potilaan hoitopolusta. Hoitopolku tarkoittaa moniammatillisena työnä tehtyä potilaskohtaista hoitosuunnitelmaa ja hoito-ohjetta. Tämän tarkoituksena on standardoida (vakiinnuttaa) kyseistä hoitoa ja sen laatua. Hoitopolku, hoitoketju ja hoitosuositus eroavat toisistaan sisällöllisesti. (Ryyänen ym.2006, 283- 284, 308 .)

Hoitopolku kuvaa potilaan hoitoa erityisesti erikoissairaanhoidossa ja tätä käyttää moniammatillinen tiimi; hoitoketju kuvaa lähinnä potilaan siirtymistä erikoissairaanhoidon ja perussairaanhoidon välillä ja pääasiassa lääkärit käyttävät tähän liittyviä dokumentteja; hoitosuositus osoittaa näyttöön perustuen suositeltavimman hoidon tiettyyn sairauteen ja tätä käyttävät lähinnä lääkärit. (Ryyänen ym. 2006, 285.)

Priorisoinnin toteuttamista helpottamaan sosiaali- ja terveysministeriö päätyi laatimaan yhtenäisen ohjeistuksen perusteiksi kiireettömälle hoidolle. Laadinta käynnis-

tyi vuonna 2004 ja ohjeistuksia on päivitetty vuosien saatossa. Ohjeistusten laadinnassa on kuultu eri osapuolia, kuten terveydenhuoltoalan ammattijärjestöjä, erikoislääkäriyhdistyksiä, kuntia, viranomaisia ja potilasjärjestöjä. Kiireettömän hoidon perusteet auttavat terveydenhuollon ammattilaista tekemään mahdollisimman pätevä ja oikeudenmukainen päätös potilaan tai asiakkaan tilasta hoidon suhteen. Ohjeistuksissa on läpikäyty perusteita eri lääketieteellisiin erikoisaloittain esilletuoden näkyvimät diagnoosiryhmät. Perusteissa on myös selvitelty apuvälinepalveluita. Luonnollisestikin lääkäri ottaa ohjeistuksen lisäksi aina huomioon potilaan yksilöllisen elämäntilanteen sekä hoidon tarpeen ja käy keskustelua yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Lähtökohta on se, ettei potilaalla ole oikeutta saada mitä tahansa hoitoa, vaan sellainen mihin löytyy perusteltu syy potilaan kokonaistilanne huomioiden. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 3-12.)

3.4 Perusteita muutokselle

Terveyspalvelut tulisi saada asiakkaille yhdenvertaisesti, vaikuttavasti ja laadukkaasti, mutta nykyinen järjestelmä ei enää mahdollista tätä. Palveluita tulisi vahvistaa erityoten perusterveydenhuollossa tarkoittaen perustasoista hoitotyötä (ei siis tehohoito) ja lisäksi tulisi kohentaa nykyistä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä yhteistyötä.

Henkilökuntaa tulee myös vahvistaa mahdollistaen osaavan henkilöstön saamisen ja mahdollistaa osaamisen kehittäminen. Toisaalta myös organisaatioiden ja lääketieteen toimintaa tulee kehittää ja tutkia. Järjestelmä kaipaa järjeistämistä ja tehostamista sekä riskin jakamista. (Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut 2009- 2010.)

3.4.1 Terveyspalveluiden kysyntä ja tarjonta

Nykyään palveluiden saatavuuden ja kysynnän osalta on todettavissa epäsuhtaa, johon tulisi kiinnittää huomioita. Tämä edellyttää sopivien keinojen löytämistä tasapainotilan löytämiseksi. Kuntalaisella kohdistuu terveyspalveluun tarvetta, kun hän esimerkiksi haluaa ennaltaehkäistä mahdollista kansantautia tai kun potilas hakeutuu palveluiden piiriin sairauden uusiuduttua. Nämä molemmat tilanteet edellyttävät

väestön ikääntyminen vaikeuttaa omatoimista hoitoon pääsyä liian kaukana sijaitsevaan palvelupisteeseen. (Lillrank ym. 2010, 44.)

3.4.2 Terveyspalveluiden palvelutuotannon ohjaus

Terveyspalveluiden tuottamisessa tulee ottaa huomioon erilaisia seikkoja. Palveluprosesseja tulee johtaa ja ohjata selkeästi ottaen huomioon henkilö- ja laiteresurssit sekä niiden tarkoituksenmukainen hankinta ja sijoittelu. Henkilöresursseja tulisi varata mahdollisimman paljon kysyntää vastaavasti ja aikatauluttaa tarvittavat resurssit tarvelähtöisesti. Palvelun laatua kohentaa ja tuotteen läpimenoaikaa vähentää se, että palvelut on jäsennelty selkeiksi prosesseiksi ja niissä on otettu huomioon toisiaan täydentävät erilaiset resurssit. Potilaan hoitopolun jäsentyminen on myös merkittävä, myös palveluketjun jatkuminen hoitosuhteen päätyttyä. Palveluprosessien toiminnan seuranta ja valvonta antavat palautetta toiminnasta ja edelleenkehittämisen tarpeesta. Valvonnan ja ohjauksen tulee kohdistua laadullisiin, määrällisiin, ajallisiin ja kustannustehokkuuteen vaikuttaviin seikkoihin. (Lillrank ym. 2010, 51.)

Palvelutuotannon ohjausta täytyy kohdistaa kaikissa eri terveyspalveluiden vaiheissa. Periaatteessa kevyimmillään terveydenhuollossa annetaan kuntalaiselle ennaltaehkäisevää, preventiivistä terveydenhoitoa, mutta jo tässäkin vaiheessa muun muassa terveyskeskuksen tulee reagoida, jos kuntalainen tarvitseekin päivystysapua asian kiireellisyyden vuoksi. Muutoin järjestetään muu tarpeellinen käynti. Tässä yhteydessä tulevat jo esille kysynnän ja tarjonnan sopivuudet. Mikäli lääkäri toteaa, että potilas tarvitsee tietyn, täsmällisen toimenpiteen (elektiivinen), sille varataan aika sovittujen kriteerien pohjalta. Muussa tapauksessa potilas otetaan esimerkiksi terveyskeskussairaalaan seurantaan osastolle saamaan sopivaa hoitoa. Pitkäaikaissairaat, joille ei voida kohdistaa mitään tiettyä toimenpidettä tilan parantumiseksi, osoitetaan yleensä saamaan hoivaa terveyskeskussairaalan vuodeosastolle. Tässä yhteydessä tarvitaan hyvää yhteistyötä sosiaali- ja terveystieteiden kesken, jotta esimerkiksi vuodeosastoilla ei makuuteta turhaan sellaisia potilaita, jotka eivät tarvitse mitään sairaalahoitoa. Tämä edellyttää rakenteiden ja palveluiden tarkentamista. Joidenkin potilaiden osalta tarvitaan edelleen lisätutkimuksia ja lisäselvityksiä, jolloin heidän osaltaan tehdään projektityötä tilan selkiintymiseksi. (Lillrank ym. 2010, 55.)

3.4.3 Terveyspalveluiden jakelujärjestelmä

Rakenteellisesti ajateltuna jakelujärjestelmä koostuu erilaisista palvelupaikoista, joissa kuntalaisille ja potilaille annetaan palveluja ns. palvelupisteissä sisältäen erilaisia henkilö-, tila- ja välineresursseja ns. resurssipisteessä. Henkilöresurssien kautta välittyy osaaminen palvelupisteissä, joihin kohdistuu ajallisesti ja paikallisesti kysyntää toisaalla eri kysyntäpisteissä. Terveyspalveluiden jakelujärjestelmä on palvelupisteen, resurssipisteen ja kysyntäpisteen välinen yhdistelmä. Yleensä kansalliset palvelupisteet eroavat toisistaan alueellisesti. Eroavuuksia voidaan määritellä maantieteellisesti, jolloin puhutaan valuma-alueesta, i. alueesta, joiden tarpeisiin tietty palvelupiste vastaa. Lisäksi määritellään kysyntä- ja palvelupisteen välinen etäisyys ja käytettävät kuljetusmahdollisuudet, tällöin puhutaan paikkasaatavuudesta. Tämän lisäksi puhutaan aikasaatavuudesta, mikä mittaa hoitoon pääsyyn kuluvaa aikaa tarpeen ilmenemisen jälkeen. Aika- ja paikkasaatavuus ovat limittäin sidoksissa toisiinsa, koska lyhyen maantieteellisen etäisyyden ja helppokulkuisuuden lisäksi palvelupisteen aukioloaika ja jonopituus vaikuttavat hoitoon pääsyyn. (Lillrank ym. 2010, 62.)

Palvelupisteiden valikoiman osalta syntyy myös eroavuutta. Tätä voidaan tarkastella horisontaalisesti arvioiden palveluvalikoimaa pois lukien rinnakkaiset vaihtoehdot ja vertikaalisesti arvioiden palveluvalikoimiin erikoistumista ja käytön joustoa. Luonnollisestikin jokaisessa palvelupisteessä on oma kustannustasonsa ja – rakenteensa, jotka koostuvat kiinteistä ja muuttuvista kustannuksista. Lopuksi jokaisen palvelupisteen resurssitilanne ja- taso poikkeavat jossain määrin. Erilaiset resurssit luovat palvelupisteen osaamisen, tilat ja välineet, jotka on ohjattu ja johdettu tietyllä kapasiteetillä tuottamaan vaihteleva määrä palveluja. (Lillrank ym.2010, 62 -63.)

3.4.4 Terveyspalveluiden saatavuus

Terveyspalvelujärjestelmässämme palveluiden saatavuuteen vaikuttavat sekä kysyntään että tarjontaan liittyvät seikat. Kysyntälähtöisesti asiaan vaikuttavat potilaan tai kuntalaisen taloudellinen näkökulma asiaan, haluaako hän lähestyä tarpeellaan julkista vai yksityistä tahoa ja onko hänellä hyväksikäytettävissä esimerkiksi yksityistä sairauskuluvakuutusta. Kuntalaisen pohdintaan vaikuttavat myös hänen motivaatio-

ja koulutustasonsa sekä kielelliset seikat ja muut asenteet. Tarjontalähtöisesti vaikuttavat paikka- ja aikasaatavuus, joihin lukeutuivat jo aiemmin mainitut palvelupisteen sijainti, etäisyys, kulkuyhteydet, aukioloajat, jonopituus sekä ajanvarauspalveluiden laatu. Näiden kaikkien edellä mainittujen seikkojen kohtaamisista syntyy saatavuus. Hyvä paikkasaatavuus on niin sanottu lähisaatavuus, jolloin kyse on riittävällä lähietäisyydellä sijaistevasta tai helposti kuljettavissa olevasta palvelupisteestä. Tätä mitataan joko etäisyytenä tai matkustuskuluina. Lisäksi on otettava huomioon tiestön kunto, käytettävissä oleva kulkuneuvo ja ruuhka-ajat. Pääsääntöisesti mitä pidemmät välimatkat, sitä suuremmat matkakustannukset ja matkustusaika. (Lillrank ym. 2010, 75-77.)

3.4.5 Terveysthuollon kustannuksista

Terveyspalvelujärjestelmämme toimii niin sanotussa rahataloudessa, jossa tapahtuu kustannuksia palveluja tuottaessa. Kuntalaisilla on oikeus hakeutua julkisen tahon palveluiden pariin terveysongelmaansa, jolloin tarjontaa on riitettävä kaikille jaettavaksi. Terveysthuollossa tarkastellaan muun muassa yksikkökustannuksia, joita muodostuu yhden potilaan yhden terveysongelman hoitamisesta. Tällaiseen yksikkökustannukseen vaikuttavat suoranaisesti käytetyn kapasiteetin käyttöaste, mikä tarkoittaa käytetyn ja käytettävissä olevan kapasiteetin välistä suhdetta. Jokaisesta käytämättömästä kapasiteetista aiheutuu kiinteitä kustannuksia, joten palveluiden kapasiteettien mitoituksen tulisi olla kohtuullisella tasolla kysyntään. Jonkin verran on kuitenkin varsinkin päivystyksessä tarkoituksenmukaista mitoittaa kapasiteettia yli arvioidun kysynnän, koska yleensä potilaiden terveysongelmien luonne vaihtelee ja he saapuvat päivystyksen vaihtelevin saapumisajoin. Terveysthuollon kokonaiskustannuksista suurin osa on kiinteitä kustannuksia tuotantomäärän ollessa pienempää (muuttuvat kustannukset ovat vähäiset). Tuotantomäärän lisääntyessä kohoavat myös muuttuvat kustannukset, ollen isossa tuotantomäärässä jo kiinteitä suurempia. (Lillrank ym. 2010, 105-106.)

Terveyspalvelusektorilla kokonaiskustannukset ovat oleellisessa merkityksessä, koska menojen on katettava budjetoitu osuus. Tämä seikka on yhtä tärkeää yksityisen tahon rajoittajille kuin myös julkisen tahon määrärahoista päättävillä henkilöillä.

Terveydenhuollossa ammattihenkilön tehtävänä on pääasiassa tarjota apua kuntalaiselle hänen terveysongelmassaan, rahan kuluttaminen tuohon palveluun ei ole keskiössä, vaan ensimmäinen. Kuitenkin terveydenhuollossa on nykyään pohdittava entistä tarkemmin myös rahankin kulumista, koska tulolähteiden osuus on vähentynyt. Aiemmin käsiteltiinkin kertaalleen tuota terveydenhuollon yksikkökustannusta, joka on yhden terveystalouden kustannuserä. Tietyn terveystalouden organisaation kustannuksista saadaan selkeämpi vaikutelma laskemalla yhteen kiinteät ja muuttuvat kustannukset ja selvittämällä kuinka moneen eri yksikkökustannukseen ne jakaantuvat. Yleensä organisaatiossa on eri kustannuspaikkoja, jotka ovat erikseen tuottaneet tietyn palvelun. Tällöin tulisi aina jakaa l. vyöryttää kiinteitä kustannuksia eri kustannuspaikoille, jolloin saadaan tasapainotettua tuloslaskelmassa olevia menojen ja tulojen välistä suhdetta vastaamaan todellisuutta. Yleensä yksikkökustannukset pienenevät potilasmäärän kasvaessa edellyttäen suurta kiinteiden kustannusten osuutta. Vastaavasti yksikkökustannukset pysyvät suhteellisen suurina riippumatta lisääntyneestä potilasmäärästä, jos kiinteiden kustannusten osuus on pieni. (Lillrank ym. 2010, 107- 110.)

3.4.6 Terveydenhuollon käyttöasteesta ja kustannusten jakamisesta

Kokonaiskustannuksia voidaan jakaa muun muassa top-down ja bottom-up- menetelmin. Top-downissa kokonaiskustannukset jaetaan yksinkertaisesti potilaiden määrällä tekemättä eroa toimenpiteen vaativuuden suhteen. Kustannusten kohdistamista helpottamaan on kehitelty tuotteistetun hoidon standardiyksiköt (= DGR) . Tämä menetelmä sopii sellaisiin terveystalouksiin, joiden kokonaiskustannukset tunnetaan ja tapauksissa todetaan samankaltaisuutta. Bottom-upissa sen sijaan voidaan esimerkiksi potilastoimenpide jakaa osatekijöihin ja toimintoihin, joille jokaiselle lasketaan keskimääräisen resurssikulutuksen mukainen tuotantokustannus. Yhteenlaskemalla saadaan yhden toimenpiteen kustannukset, mutta heikkoutena on käyttämättömän kapasiteetin huomioimatta jättäminen. (Lillrank ym. 2010, 107- 110.)

Kapasiteetilla tarkoitetaan enimmäissuorituskykyä aikayksikössä mitattuna tietyssä palveluyksikössä tuotettuna. Yleensä kapasiteetin muodostaa vakituisesta henkilökunnasta muodostuva normaalikapasiteetti. Tarvittaessa normaalikapasiteettia täy-

dennetään kysynnän lisääntyessä esimerkiksi määräaikaikaisilla työntekijöillä ja nykyään enemmälti käytössä olevalla vuokratyövoimalla. Ihannetilanteessa käytettävissä oleva tuotantokapasiteetti vastaa kysyntää, jolloin kaikki tarvitsevat saavat palvelunsa ja käyttämätöntä kapasiteettia ei jää. Mikäli jää ylikapasiteettia, yksikölle jää kustannuksia, joista ei ole ollut hyötyä. Vastaavasti tilanteessa, jossa kysyntä ylittää tarjonnan, muodostuu alikapasiteettia aikaansaaden samalla hoitojonojen muodostumisesta. Yleensä päivystyksessä korostuu vaikeus sopivan kapasiteetin määrittämisessä, jolloin lähinnä pyritään selvittämään järjestelmän alikapasiteetin sietokyky tietyllä aikavälillä ja mitoittamaan kapasiteetti sen pohjalta. (Lillrank ym. 2010, 110- 111.)

Kapasiteetin käyttöasteesta voidaan erotella potentiaalinen, saatavilla oleva, käytettävissä oleva, käytetty ja tuottava kapasiteetti. Näiden keskinäisiä suhteita selvittää käyttöasteella. Potentiaalinen kapasiteetti on yhdentyypisen resurssin kokonaismäärä, käytettävissä oleva kapasiteetti on saatavilla olevan ja ei-käytettävissä olevan kapasiteetin erotus. Joskus on tilanteita, jolloin osa kapasiteetista on joutilaina peruuntuneen tai nopeammin suoritettun työn vuoksi. Käytetty kapasiteetti on käytettävissä olevan ja joutilaskapasiteetin välinen erotus, ja tämä kapasiteettimäärä kuvaa sitä, kuinka paljon oikeasti kapasiteettia on käytetty. Osa tästä käytetystä kapasiteetista käytetään viikottain erilaisiin valmisteluihin tai turhien virheiden korjaamiseen, tätä määrää sanotaan asetuskapasiteetiksi. Tuottava kapasiteetti saadaan vähentämällä asetuskapasiteetin määrä käytetystä kapasiteetista. Toimintaa ohjataan yleensä käytetyn kapasiteetin ja käytettävissä olevan kapasiteetin välisellä suhteella. Sen sijaan kustannushyötyä arvioitaessa tarkastellaan potentiaalisen ja tuottavan kapasiteetin välistä suhdetta. Potentiaalinen kapasiteetti aikaansaa kiinteitä kustannuksia ja tuottava kapasiteetti hyötyä. (Lillrank ym.2010, 111-113.)

3.5 Katsaus terveydenhuollon järjestämisestä kunnissa vuonna 2010

PARAS-hankkeen puitelain ohjaamina kunnat ovat viime vuosina voineet suunnitella ja kehittää yhteisiä terveydenhuollon vastuualueitaan. Kunnilla on ollut vaihtoehtonaan valita joko kuntayhtymä tai isäntäkuntamalli tai järjestää palvelunsa kokonaan yksin. Viime vuoden aikana uusia kuntia on muodostunut kuntien yhdistymisien myötä. Isäntäkuntamallissa sovittu kunta hoitaa myös muiden kuntien terveydenhuol-

lon asioita sovittujen asioiden nojalla ja kuntayhtymämallissa taas kunnat hoitavat muodostamansa yhteenliittymän kautta kunnallisia terveyspalveluitaan.

Manner-Suomessa on kuntia yhteensä 326, joista kunnista 106 kuntaa järjestää nykyään palvelunsa itse vastaten väestötasolla 64 prosenttia Yhteistoiminta-alueen muodostamiseen on päätytty sen sijaan 220 kuntaa, mikä vastaa väestötasolla 36 prosenttia. Näistä viimeksi mainituista kunnista 129 on solminut kuntayhtymän ja 91 kuntaa isäntäkuntamallin. Näin on muodostunut yhteensä 66 yhteistoiminta-aluetta, jakautuen 35: een kuntayhtymään ja 31: een isäntäkuntamalliin. Manner-Suomessa on yhteensä 172 terveyskeskusta, joista suurin osa (97) on väestövastuultaan alle 20 000 asukkaan ja 75 yli 20 000 asukkaan. Näin ollen voidaan todeta, että nykyisistä terveyskeskuksista on kuntien omistamia 106, kuntayhtymien 35 ja isäntäkuntien 31.

Yleensä kunnissa vastaa terveydenhuollosta sosiaali- ja terveyslautakunta tai perusturvalautakunta. Kunta voi jakaa terveydenhuollon vastuutaan myös muulle toimielimelle. Osalla kunnista ei ole vielä tehty suunnitelmaa tai päätöstä valmiiksi PARAS-hankkeen edellyttämällä tavalla, vaan uudistukset ovat vielä käynnissä. (Kuntaliiton www- sivut 2010.)

3.6 Uudesta terveydenhuoltojärjestelmästä kaavailtu luonnos

Järjestelmässä olisi ensinnäkin sosiaali- ja terveydenhuollon alue, jonka alueen sisällä varmistettaisiin laadukkaiden ja yhdenvertaisten palvelujen saatavuus eri sosiaali- ja terveys – alueilla. Nämä alueet olisivat riittävän suuria sekä toiminnallisesti että maantieteellisesti, jotta kyettäisiin takaamaan osaaminen, henkilöstö, rahoitus ja muut tarvittavat voimavarat. Toisaalta järjestelmässä olisi myös sosiaali- ja terveydenhuollon erityisvastuualue, mikä alueena varmistaisi vaativan erityisasiantuntemuksen saannin. Tämä tarkoittaisi tarkemmin vaativia sairaanhoidon palveluita ja sosiaalihuollon erityispalveluita, mitkä keskitettäisiin valtakunnallisesti palveluiden laadun varmistamiseksi.

Uusi malli toisi etunaan paremman palveluiden saatavuuden, kansalaisten yhdenvertaisuuden, laadun ja vaikuttavuuden lisääntymisen, lähipalveluiden säilymisen, pe-

rustasoisen hoitotyön vahvistumisen, korkeatasoisen erikoissairaanhoidon säilyttämisen ja sosiaalihuollon erityispalveluiden ja osaamisen varmistamisen. Lisäksi mallin avulla limittäisyys kohenee perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kesken ja yhteistyö paranee sosiaali- ja terveydenhuollon osalta. Potilaalla olisi jatkossa paremmat valintamahdollisuudet hoitojen suhteen ja henkilöstön saatavuus helpottuisi, lisäksi väestön terveyttä ja hyvinvointia kyettäisiin tehokkaammin edistämään. Sairaanhoidopiireissä ja kunnissa taloudellinen kantokyky kohenisi sekä markkinoita ja ostotilanteita kyettäisiin paremmin hallinnoimaan. Tämä uudistus olisi tarkoitus saattaa lausuntokierrosta jälkeen hallituksen hyväksyttäväksi vuoden 2010 aikana. (Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut 2009.)

4 TERVEYDENHUOLTOLAKI, ALUSTAVA

Laista mainitaan nyt tässä vaiheessa sellaisia tietoja, mitä on käytettävissä kirjoittamisvaiheessa. Johtopäätösosiossa tarkennetaan lain sisältöä, koska siihen vaiheeseen päästyä on todennäköisesti jo saatavissa lisätietoa laista. . Uusi terveydenhuoltolaki yhdistäisi nykyisen kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon ja säätelisi palvelujen sisältöjä. Tämän laki oli alun perin suunniteltu säätelevän lisäksi uusia sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteita, mutta nykykäsityksen mukaisena palvelurakenteisiin liittyvät säädökset jäävät ennalleen. Erillinen laki säätelisi kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä sekä valtakunnallista kehittämistä ja valvontaa.

Uutta terveydenhuoltolakia on valmisteltu jo pitkään eri sidosryhmäkuulumisilla ja laki etenee eduskunnalle esitettäväksi mahdollisesti vielä kevään 2010 aikana. Tämä laki mahdollistaisi kuntalaiselle entistä paremmat mahdollisuudet valita kuntarajojen yli hoitopalvelunsa antavan toimintayksikön ja lisäksi valintaa voisi tapahtua saman kunnan eri terveysasemien ja -keskusten osalta. Tällä uudistuksella pyritään parempaan asiakaskeskeisyyteen ja saumattomampiin palveluihin. Terveydenhuollon palvelu-uudistuksen myötä on tarkoitus yhdistellä perusterveydenhuoltoa ja erikoissairaanhoidon perustasoa samoihin hoitoyksiköihin, esimerkiksi terveyskeskuksiin.

Lailla pyritään perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tiiviin yhteistyön varmistamiseen, parempaan asiakaslähtöisyyteen ja ottamaan enemmän huomioon potilasturvallisuuteen liittyvät seikat. (Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut 2009, 2010.)

Uudella terveydenhuoltolailla pyritään myös kohentamaan potilastietojen sähköistä liikkuvuutta eri terveydenhuollon yksiköiden välillä, mikä lisäisi potilasturvallisuutta osaltaan sekä sujuvoittaisi potilaan hoitoketjua. Raja-aitojen madaltaminen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä mahdollistaisi asiakkaalle myös tavanomaisen erikoissairaanhoidon palvelujen saannin läheltä asuinpaikkaansa. Keskittämällä vaatvimmat erikoissairaanhoidon palvelut harvempiin yksiköihin, paranisivat luonnollisesti myös osaaminen ja potilasturvallisuus. Terveydenhuoltolailla säädetään siis ensisijaisesti terveydenhuollon sisällöistä ja toiminnasta, terveystalvvelujärjestelmään liittyvät kuntakohtaiset järjestämisvastuut ja palvelurakenteet jäävät pääosin sellaisinaan voimaan kuin ne nyt ovat kansanterveyslaissa (KTL) ja erikoissairaanhoidonlaissa (EHL). (Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut 2009,2010.)

Tässä kohdin poikkeuksen tekee suunniteltu ensihoitopalvelun järjestämistapa. Laki mahdollistaisi sen, että sairaanhoitopiirit voisivat järjestää sen tarkoituksenmukaiseksi katsomallaan tavalla, näin ollen järjestämisvastuu siirtyisi kunnilta pois tämän vastuun osalta. Laissa on otettu huomioon erikseen säännös yhteistyöstä pelastuslaitoksen kanssa ensihoitopalvelussa ja lailla pyritään sairaankuljetuksen sekä ensihoidon integroimiseen tiiviimmin osaksi terveydenhuollon palveluketjua. Toiminnan olisi tarkoitus palvella alueellisia tarpeita ja taata väestölle mahdollisimman tasavertaiset palvelut. Terveydenhuoltolain keskeisenä päämääränä on potilasturvallisuuden varmistaminen sekä laadukas ja yhdenvertainen terveydenhuolto koko maassa. (Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut 2009, 2010.)

5 TUTKIMUSMENETELMÄT

Tutkimusaineistoa on hankittu sekä kirjallisena että sähköisenä. Työssä käytetään erilaista poikkitieteellistä kirjallisuutta ilmiöiden selvittämiseksi ja eri ulottuvuuksien hahmottamiseksi. Aineistoa on kerätty ihmistieteiden saralta muun muassa terveystaloustieteestä, hoitotieteestä, terveydenhuollon johtamisesta, kansantaloustieteestä, terveydenhuoltoa säätelevästä kansallisesta laista; erilaisista ajantasaisista sähköisistä viranomaistiedotteista seuraavilta toimijoilta: sosiaali- ja terveysministeriö, oikeusministeriö, valtionvarainministeriö, hallituksen esitykset, kuntaliitot sekä sairaanhoitopiirit. Kerätystä aineistosta on valittu aihepiiriin ja rajaukseen sopivat dokumentit.

Dokumentteja on tutkittu laadullisesti niiden sisältöä analysoimalla käyttäen ns. Grounded Theory- menetelmää. Tämä menetelmä on valittu siksi, että todettu teoria joustaa menetelmän mukana ja kyseinen menetelmä sopii myös tällaiseen systemaattiseen analysointiin. Tällaisessa sisällönanalyysissä pyritään selvittämään ja kuvailemaan aihepiiriin liittyviä muutoksia, olosuhteita ja kehittymistä ja selkiyttämään erilaisia ulottuvuuksia. Käytetty viitekehys ja teoria on jokseenkin käytännönläheistä ja arkitodellisuuteen siirrettävää, tarvittaessa työtä voi jalostaa tuonnempana. (Pitkäranta 2008.)

6 JOHTOPÄÄTÖKSET

6.1 Hallituksen lakiehdotus terveydenhuoltolaiksi

Terveydenhuoltolaista annettiin hallituksen lakiehdotus eduskunnan hyväksyttäväksi kesäkuun alussa 2010. Peruspalveluministeri Paula Risikko esitteli tätä terveydenhuoltolakia eduskunnalle. Lakisisältö perusteluineen oli sivumäärältään runsas, yli

200 sivua. Terveydenhuoltolaki piti sisällään 9 eri lukua ja 79 §: n yhteensä, lisäksi lakikokonaisuus piti sisällään lain kansanterveyslain muuttamisesta, lain erikoissairaanhoitolain muuttamisesta sekä lain sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamisesta. Osa voimassaolevan kansanterveyslain pykälistä ehdotettiin kumottavan ja osaa muutettavan teknisesti. Sen sijaan erikoissairaanhoitolain pykäliin kohdistui enemmän kumottavia kohtia ja lisäksi suositeltiin tehtävän viittauksia uuteen terveydenhuoltolakiin. Terveydenhuoltolain olisi tarkoitus tulla voimaan pääosin 1. toukokuuta 2011, ensihoitopalvelun osalta viimeistään tammikuun 1. vuonna 2013. Lakiin voitaisiin kuitenkin alkaa kohdistaa täytäntöönpanon edellyttämiä toimenpiteitä jo ennen lain voimaantuloa. Kyseistä lakia ei ole ollut laisinkaan helppo valmistella- luonnoksesta karsiutui jo alkuvaiheessa pois rakenneuudistus erimielisyyksien vuoksi.

Hallitus toteaa esityksessään, että ehdotettuja uusia säännöksiä on suhteutettava perustuslain 121 §:n osalta säädettyyn kunnallisen itsehallintoon ja lisäksi että tietyistä lakiin sisältyvistä ehdotuksista pyydetään perustuslakivaliokunnalta lausunto, koska ne liittyvät perusoikeuksiin. Tällaisiin ehdotuksiin liittyvät sairaanhoitopiirin yhteisen potilasrekisterin perustaminen ja siihen kytkeytyvä potilaan suostumuksen sääntely, hoitopaikan valinta, hoitotakuun täsmentäminen ja ikärajan täsmentäminen, koskien lasten ja nuorten psykiatrisia palveluita. Terveydenhuoltolakia olisi tarkoitus soveltaa koko Suomen maassa pois lukien Ahvenanmaan maakunta pääosin. Ahvenanmaalla tulisi noudettavaksi maakunnan itsehallintolaista johtuen ainoastaan opetus- ja tutkimustoiminnan järjestäminen. (Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut 2010.)

6.1.1 Yleistä

Tässä yleistä osiossa on koottuna eräitä näkökohtia ja alustusta uudelle laille mukael- len hallituksen lakisisältöä. Jäljemmissä osioissa tarkennetaan lain keskeisimpiä kehitysehdotuksia. Kunnalla on vastuu siitä, että terveydenhuoltopalveluihin on varattu riittävä rahoitus niiden järjestämiseksi kuntalaisille. Kunnalla on myös vastuu siitä, että vaadittavat palvelut toteutuvat. Kunta voi järjestää palvelunsa yhdessä useamman kunnan kanssa kuulumalla ns. yhteistoiminta- alueeseen tai kuntayhtymään. Täl-

löin esimerkiksi muodostunut yhteistoiminta-alue on velvoitettu järjestämään alueelleen palvelut. Tarvittaessa osa terveydenhuollosta täydennetään yksityisellä terveydenhuollolla, säätely tapahtuisi muun lain kautta. PARAS- puitelaki on nykyisin voimassa oleva laki, jolla ohjataan kuntien terveystalouden järjestämistä, lain tarkoitus on ollut vahvistaa kuntien taloudellisia voimavaroja.

Terveydenhuoltolailla halutaan tavoittaa entistä parempaa terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämistä. Uudella lailla pyritään lisäämään yhteistyötä kunnallisten toimialojen, kansalaisjärjestöjen sekä elinkeinoelämän kesken. Varhaisella puuttumisella ja ennaltaehkäisyllä sekä riittävällä resurssoinnilla aikaansaadaan kustannusten hallintaa liittyen sairauksien pysymiseen tasapainossa ja niiden mahdolliseen vähentymiseen. Luonnollisestikin terveyteen ja hyvinvointiin liittyvät investoinnit eivät tule esille lyhyessä ajassa, vaan edellyttävät pidempää tarkastelujaksoa kustannussäästön todentamiseksi. Terveydenhuoltolaki edellyttää jatkossa kunnilta seuranta- ja raportointivelvoitetta liittyen väestöryhmittäin tehtyä terveyden ja hyvinvoinnin tilan seuranta. Seurannan tulisi noudattaa THL:n (= Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen) indikaattoreita (=mittari tai tunnusluku) . Tämän lisäksi valtuustokausittain tulisi suunnitella hyvinvointikertomus kohdistuen terveys- ja hyvinvointitietoihin ja niihin vaikuttaviin tekijöihin sekä palvelujärjestelmän vastaavuudesta näihin.

Sairaanhoidon osalta uudessa laissa korostuu kokonaishyvinvointi. Hoitotyö halutaan nähdä laaja-alaisena kohdistuen yksilöön, perheeseen ja yhteisöön. Toimenpiteet ovat terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä, sairauksien ja tapaturmien ehkäisyä ja kärsimysten lievittämistä. Sairaushoito sisältää aina myös terveyttä edistävää neuvontaa tarvepohjalta sekä toimintakyvyn ylläpitoa. Toimintaa suoritetaan moniammatillisessa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristössä. Alueellisesti määritellyt ja toimivat hoitoketjut nähdään oleellisina sairauden hoidossa.

Perusterveydenhuoltoa halutaan vahvistaa terveydenhuollon lain myötä, se halutaan nähdä terveydenhuollon selkärangana ja verkostona. Hoito- ja palvelukokonaisuudet tulisi luoda entistä tiiviimmiksi raja- aitoja poistamalla tai madaltamalla, lisäksi käytettyjä menettelyjä tulisi yhdenmukaistaa mahdollisimman paljon. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon keskinäistä tiedonkulkua tulisi kehittää ja poistaa turhat päällekkäisyydet, niiden tulisi muodostaa toiminnallinen ja joustava kokonaisuus.

Esimerkiksi perusterveydenhuollon lääkäri voi konsultoida erikoissairaanhoidon lääkäriä selvittääkseen saaduin arvioin ja ohjein sen, voiko potilaan hoito jatkua vielä perusterveydenhuollossa. Lähetettäessä potilas saamaan hoitoa erikoissairaanhoidon , perusterveydenhuollon lääkäri siirtää hoitovastuun erikoissairaallalle lähetteessä mainitun sairauden tai ongelman osalta. Potilaan erikoissairaanhoidon jakson päätyttyä, perusterveydenhuolto alkaisi taas vastata potilaasta hoidosta annettujen ohjeiden pohjalta.

Erikoissairaanhoidon halutaan turvata erityisvastuualueiden välisellä työnjaolla. Erityisvastuualue nähdään tiiviinä, yhteistyötä tekevänä ja konserniajattelulla toimivana. Tällainen rooli vähentäisi pirstoutuneisuutta ja edistäisi keskussairaaloiden keskinäistä kumppanuutta. Luonnollisestikin sairaaloiden profiilit muuttuisivat nykyisestä. Täten väestöpohjaltaan pienimmät profiloituisivat suuren aluesairaalan tyyppisiksi ja suurimmat erikoissalat ja päivystys jatkaisivat nykyisellä profiililla. Sen sijaan pienemmät erikoissalat keskittyisivät aina suurempiin yksiköihin.

Terveydenhuoltolaissa annetaan asiakkaalle uutena mahdollisuutena terveysasemansa valitseminen. Tämän perustana on ollut se lähtökohta, että asiakas voi valita tarvitsemiaan palveluita hänelle sopivassa paikassa ja ajankohtana. Tässä nähdään samalla myös mahdollisuus palvelujärjestelmän uudistumisen käyttövoimana, lisäksi potilasjonot saattaisivat lyhentyä lisäten tehokkuutta ja vaikuttavuutta. Lisäarvona voisi tulla myös ehyempi hoitoprosessi ja sitä kautta käyntien vähentyminen. (Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut 2010.)

6.1.2 Asiakkaan valinnanmahdollisuudet

Uuden lain myötä asiakkaalla olisi mahdollisuus valita kiireettömän hoidon suhteen hoitopaikkansa. Valinta toimii eri tavoin riippuen siitä, onko kyseessä perusterveydenhuoltoon vai erikoissairaanhoidon liittyvä toimenpide. Perusterveydenhuollon osalta asiakas voi valita vuonna 2011 oman terveysasemansa kuntansa tai tietyn yhteistoiminta-alueen sisältä; vuonna 2014 hän voisi valita terveysasemansa jo koko maan laajuisesti. Erikoissairaanhoidon osalta asiakkaalla on mahdollisuus valita vuonna 2011 erikoissairaanhoidon yksikkönsä kuntansa ns. erityisvastuualueelta;

vuonna 2014 mahdollisuus laajenee jo kattamaan kaikki maan erikoissairaanhoidon yksiköt. Asiakkaan asumispaikan vaihtuessa hänellä olisi mahdollisuus käyttää sen kunnan terveysasemaa tai erikoissairaanhoidon yksikköä.

Asiakkaan valinnat edellyttävät kuitenkin tiettyjä reunaehtoja. Ensimmäkin valinnan voi tehdä vain vuoden välein ja vaihtamisesta on aina tehtävä ilmoitus. Hoitovastuu siirtyy valitulle terveysasemalle kolmen (3) viikon kuluttua ilmoituksen saapumisesta. Toisekseen hoitosuunnitelma on myös yleensä tehtävä ja ns. kokonaisvastuu säilyy aina asiakkaan omalla terveysasemalla. Valinnan ulkopuolelle jäävät aina koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä pitkäaikainen laitoshoido. Kunta ei ole veloitettu tuottamaan kotisairaanhoidonpalveluita, mikäli palvelut sijoittuvat kunnan alueen ulkopuolelle. Erikoissairaanhoidon yksikkö valitaan aina yhdessä lähettävän lääkärin kanssa, poikkeuksen tekevät opiskelijat, vieraalla paikkakunnalla työskentelevät sekä muut perustellut syyt. Tällöin erikoissairaanhoidon yksikkö valitaan joko opiskelutai työpaikkaa myötäväältä toimintayksiköltä.

Edellä mainittujen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon toimintayksiköiden tulee laatia laadun hallinnasta ja potilasturvallisuudesta suunnitelmat. Lisäksi on ehdotettu, että asiakkaan hoidon kokonaisuuden yhteensovittamisesta vastaisi kunnan perusterveydenhuolto. Uusi lakiesitys korostaa toimintayksiköiden roolia sairauksien ehkäisemisessä, parantamisessa ja kärsimysten lievittämisessä. (Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut 2010, Terveystietolaki 6 luvun 47 §.)

6.1.3 Potilastietojen käsittely

Uuden lain myötä kohenisi myös asiakastietojen kulku eri toimintayksiköiden välillä. Yhteistä potilastietorekisteriä on pyritty aikaansaamaan sairaanhoitopiirin alueella eri toimintayksiköiden kesken. Tässä kohdin painotetaan joustavaa tiedonsiirtoa sekä turvallista tietojen siirtoa asiakkaan oikeusturvaa ajatellen.

Jatkossa pyrittäisiin siirtämään asiakkaan tietoja automaattisesti eri yksiköiden välillä eikä nykykäytännön mukaisena (joka kerta erikseen lupa). Tämä edellyttää kuitenkin sitä käytäntöä, että asiakasta on informoitava uudesta yhteisestä rekisteristä ja että

tietoja siirretään hoitotapahtumista automaattisesti. Luonnollisestikin asiakkaalla on edelleen oikeus kieltäytyä tästä automaattisesta tietojen luovutuksesta. Perusedellytys tietojen luovutukselle on aina se, että kyseessä on tosiasiallisesti hoitosuhteen alkaminen ja se on varmentunut. (Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut 2010 , Terveydenhuoltolaki 1 luvun 9 §.)

6.1.4 Ensihoitopalvelu

Uudessa laissa ensihoito halutaan liittää kiinteästi terveydenhuollon palvelukokonaisuuteen kuuluvaksi. Sairaanhoidopiirillä olisi järjestämisvastuu ja toimijoina olisivat nykyiset tuottajat. Palvelutasopäätöksen ensihoidosta tekee sairaanhoidopiiri. Tällöin määritellään järjestämistapa, palvelun tarkempi sisältö, koulutusvaatimukset henkilöstölle sekä potilaan tavoittamisajat. Ns. ensivastepalvelua on suunniteltu otettavaksi osaksi ensihoitopalvelua.

Ensihoitopalvelussa erityisvastuualue (ensihoidokeskus) vastaa lääkäritasoisesta ensihoidopäivystyksestä, lääkärihelikopteritoiminnasta, potilassiirtojen yhteensovittamisesta suunnitellusti, VIRVE (=Suomen viranomaisradioverkko) aluepääkäyttötoiminnoista sekä Hätäkeskuslaitokselle annettavien ohjeiden yhteensovittamisesta. Nykyään kunnat vastaavat ensihoidon järjestämisestä omana toimintanaan, muina toimijoina ovat pelastuslaitos sekä yksityinen taho. Jälkimmäiset toimijat on valittu kilpailutuksen kautta. Jatkossa toiminta siis olisi muutoin sama, mutta järjestäjänä mainittu sairaanhoidopiiri. (Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut 2010, Terveydenhuoltolaki 4 luvun 39 -40 §.)

6.1.5 Hoitotakuun täsmentyminen

Erikoissairaanhoidon ja mielenterveyspalveluiden osalta täsmennettiin hoitotakuun aikaa. Lisätutkimukset ja poliklinikkakäynnit erikoissairaanhoidon yksikköön tulee toteuttaa kolmen (3) kuukauden kuluessa lähetteen saapumisesta sekä hoitoon pääsy mielenterveyspalveluihin 23 ikävuoteen asti lapsilla ja nuorilla samoin kolmen (3) kuukauden sisällä lähetteestä. (Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut 2010, Terveydenhuoltolaki 4 luvun 53 §.)

6.1.6 Perusterveydenhuollon vahvistaminen

Terveydenhuollon järjestämissuunnitelma laaditaan yhdessä sairaanhoitopiiriin kuuluvien kuntien kesken perusterveydenhuollollisista lähtökohdista käsin. Suunnitelmassa tulee sopia kuntien välisestä yhteistyöstä, palvelujen järjestämisestä, päivystyksestä ja ensihoidosta. Lisäksi sovitaan kuvantamisesta, lääkinnällisestä kuntoutuksesta sekä myös yhteistyöstä muiden tarvittavien toimijoiden kesken. Laadittu järjestämissuunnitelma hyväksytään sairaanhoitopiirin päätöksentekoprosessin mukaisesti.

Erikoissairaanhoidon palvelut on tarkoitus sovittaa väestön ja perusterveydenhuollon tarpeiden pohjalta sairaanhoitopiirin toimesta. Jatkossa perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon muodostavat selkeän ja toiminnallisen ja yhteistyökykyisen kokonaisuuden. Sairaanhoitopiiri tarjoaa jatkossa perustasoisia erikoissairaanhoidon palveluja perusterveydenhuollon yhteydessä ja jatkaa edelleen perusterveydenhuollon ohjausta laboratorio- ja röntgenpalveluiden ja kuntoutuksen kehittämisen suhteen sekä ohjaa laadunvalvontaa. Sairaanhoitopiiri vastaa entiseen tapaan myös alueensa tutkimus-, koulutus- ja kehittämistoiminnasta, mutta alueen tietojärjestelmien yhteensovittamisen rooli korostuu uutena.

Järjestämissuunnitelman laatimisen helpottamiseksi ja eri osa-alueiden kehittämisen ja tutkimisen tarkentumiseksi sairaanhoitopiirissä toimii jatkossa moniammatillinen perusterveydenhuollollinen yksikkö. Tämä yksikkö sovittaa yhteen tutkimus- ja kehittämistoimintaa, antaa asiantuntemustaan hoito- ja kuntoutusketjujen laadinnassa sekä suunnittelee täydennyskoulutusta ja ennakoi henkilöstötarpeen arviointia sairaanhoitopiirin alueella. Yksikön tehtäväalueena on myös yhteensovittaa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon palveluita sekä osin myös sosiaalitoimen palveluita.

Terveyskeskukset huolehtivat itse velvoittavasti tutkimus, koulutus- ja kehittämistoiminnastaan. Yhteistyötä tulisi tapahtua sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikön ja muiden terveysasemien kesken. Terveysasemien perusterveydenhuoltoa kehitetään yhteistyössä kansallisten kehittämiseen keskittyneiden verkostojen kesken. (Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut 2010, Terveydenhuoltolaki 4 luvun 33 §.)

6.1.7 Yhteistyö erikoissairaanhoidossa

Perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido sopivat keskenään työnjaosta ja toiminnan yhteensovittamisesta, tässä kohdin puhutaan erikoissairaanhoidon järjestämispöimuksesta. Sovitun työnjaon menettelyn on edistettävä terveydenhuollon laatua, potilasturvallisuutta, vaikuttavuutta, tuottavuutta sekä tehokkuutta. Menettelyn tulee estää kilpavarustelun ja siinä tulee ottaa huomioon osaaminen ja voimavarojen riittävyys. Mikäli osapuolet ottavat käyttöönsä uusia menetelmiä, on niiden käyttöperiaatteista sovittava keskinäisesti ennen käyttöönottoa. (Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut 2010, Terveydenhuoltolaki 4 luvun 33 §.)

6.1.8 Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen

Kunnan on asetettava strategisessa suunnittelussaan paikallisia tavoitteita terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi ja lisäksi määriteltävä näille toimenpiteet. Eri sektoreilla (muun muassa kaavoitus, rakentaminen, liikennesuunnittelu) tehtävissä päätöksissä tulisi myös ottaa huomioon terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen. (Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut 2010, Terveydenhuoltolaki 1 luvun 12 §.)

6.1.9 Terveydenhuoltolain kustannusvaikutukset

Uuden lain tarkoituksena olisi hillitä kuntien kustannusten kasvua. Aluksi kunnat tarvitsevat kuitenkin lisäresursseja, joten kustannussäätöä alkaa tulla lähinnä pitkällä aikavälillä. Laatuun ja potilasturvallisuuteen liittyvät ratkaisut, terveydenhuollon yhteistyö, ensihoidon kehittäminen sekä terveyden edistäminen tuovat kunnille keinoja kustannusten kasvun hillitsemiseksi.

Alussa kustannusvaikutusta voit tulla perusterveydenhuollon yksikön perustamisesta sekä terveysasemien kehittämis- ja tutkimustoiminnasta ja ensihoidon järjestämisestä; lisäksi hoitotakuun täsmennys ja hoitopaikan valintamahdollisuus saattavat tuoda kustannuksia. Vaihtoehtoisesti mainitut kustannukset pysyvät ennallaan tai pienenevät. (Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut 2010.)

6.2 Osa kokonaisuudistusta

Lopputuloksena terveydenhuoltolaista oli niin sanottu sisältölaki, näin ollen vasta myöhemmin säädetään erikseen terveydenhuollon järjestämisen rakenteista, valvonnasta ja kehittämisestä sekä rahoituksesta. Nykyinen PARAS-puitelaki terveystalouden järjestämisestä ja hankinnasta on voimassa vuoteen 2013, johon mennessä tulisi saada uusi laki säätelemään terveyden ja sosiaalihuollon rakenteita ja järjestämistä. Sosiaalihuollon lainsäädäntöä uusitaan siten, että hallituksen esityksen tulisi olla valmis vuoden 2012 aikana. (Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut 2010.) Eduskunta hyväksyi 8.12.2010 terveydenhuoltolain ja lait kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon lain muuttamiseksi sekä lain sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamiseksi (Eduskunnan www- sivut 2010).

6.3 Potilasturvallisuusasetus, valmisteilla oleva

Terveydenhuoltolakiin liittyen ja osana kansallista potilasarkistoa, sosiaali- ja terveysministeriö on todennut tarpeelliseksi suunnitella asetusta potilasturvallisuudesta. Tämä asetusta velvoittaisi julkisia ja yksityisiä terveyden- sekä sosiaalihuollon toimintayksiköitä kehittämään entisestään laadunhallintaansa liittyen potilasturvallisuuteen. Yksiköiden pitää jatkossa laatia laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelma, jossa korostetaan poikkeamatilanteiden hallintaa ja niihin liittyvää vaaratilanteiden raportointia. Raportit tulee käsitellä ja niiden perusteella pitää ryhtyä tarvittaviin toimenpiteisiin prosessien ja järjestelmien kehittämiseksi. (Hoitoportaalin www-sivut 2010.)

6.4 PARAS- puitelain muutokset

Eduskunta hyväksyi 25.11.2010 hallituksen esityksen puitelakiin kohdistettavista muutoksista ja lain on tarkoitus astua voimaan vuoden 2011 alussa. Tämän lain pohjalta valtioneuvostolla on toimivalta velvoittaa kuntia täyttämään väestöpohjaltaan vähintään 20 000 asukkaan kokoisia yhteistoiminta-alueita, lisäksi velvoittavaksi tuli siirtää sosiaalihuollon palveluja. Mahdollisesti velvoite ulottuisi myös poikkeuskuntiin (= saaristokunnat, pitkien etäisyyksien kunnat tai kielellisten/ kulttuuristen perus-

teiden omaavat kunnat), mikäli toiminnallista yhteistoiminta-alueetta ei muutoin pystytä muodostamaan tai jos tällainen kunta muutoin jäisi yksin. (Valtiovarainministeriön www-sivut 2010.)

Uuden lain pohjalta valtioneuvosto voisi myös myöntää väestöpohjapoikkeuksen siläläkin perusteella, että toiminnallinen kokonaisuus on kyetty järjestämään ottaen huomioon alueellisia olosuhteita. Perustetta määriteltäisiin aiemmin muotoutuneiden kriteerien pohjalta. Ne alueet ja kunnat, jotka kuuluivat aiemminkin poikkeuksen piiriin, säilyttäisivät tämän edellytyksen edelleen. Väestöpohjaa on tarkoitus suurentaa siitä syystä, että sen avulla voidaan saada eheytettyä terveydenhuollon ja sosiaali- huollon palveluita. Yhteistoiminta-alueelle on siis siirrettävä kaikki sosiaali- huollon palvelut pois lukien sellaiset palvelut, joista säädetään laissa lasten päivähoidosta tai laista lasten kotihoidosta ja yksityisen hoidon tuesta. Siirto tulisi tehdä vuoden 2015 alusta lähtien. Kuntien tulee ilmoittaa valtioneuvostolle sitovasti päätöksensä väestöpohjasta sekä sosiaali- huollon palveluidensa siirtämisen aikataulusta. Valtioneuvoston on tarkoitus antaa vuoden 2012 puoliväliin mennessä kunnille päätökset edellä mainituista. (Valtiovarainministeriön www-sivut 2010.)

6.5 Luonnos uudesta kuntalaista

Kuntaliitto on osaltaan kuntaministerin valtuuttamana käynnistänyt luonnoksen laadinnan uudeksi kuntalaiksi. Tällainen koettiin tarpeelliseksi, koska nykyinen PARAS-puitelaki päättyy vuonna 2013. Uuden kuntalain linjaukset on suunniteltu annettavaksi hallitukselle vuonna 2011 ja hallitukselta on suunniteltu saatavan esitys vuosien 2015 ja 2017 aikana. Kuntaliitto kokee tulevan suunnittelun tärkeäksi ja siksi alullepantu uuden kuntalain suunnittelu kuntamalleineen ja linjauksineen helpottaisi tilannetta. (Kuntaliiton www-sivut 2010.)

Uudessa kuntalaissa nähdään tarpeelliseksi hahmottaa rakenteita kunnan itsensä osalta sekä yhteistoimintarakenteiden suhteen. Painopisteenä koetaan kuntien elinvoimaisuus ja toimintakykyisyys, jotta palveluja kyetään tarjoamaan ja tuottamaan poikkihallinnollisin keinoin eri sektoreille. Asiakasrajapinta ja kuntalaisen vaikutusmahdollisuudet halutaan nähdä osana tärkeitä asioita. Kuntamallit elävät nykyään

muutoksessa ajatellen sitä, edustaako kunta metropolialuetta (lähinnä pääkaupunki-seutu) vai johonkin toiminnalliseen kokonaisuuteen perustuvana, esimerkiksi pohjautuen työssäkäyntialueeseen. Toisaalta kunnat voisivat yhdessä muodostaa lähikuntia. (Kuntaliiton www-sivut 2010.)

6.6 Kaste- ohjelmasta

Julkiset terveyspalveluiden järjestävät ovat viime aikoina kehittäneet toimintaansa sosiaali- ja terveysministeriön ohjeiden mukaisesti ja omien strategioidensa pohjalta. Terveyskeskuksia on pyritty saamaan toimivimmiksi kehittämällä perusterveydenhuollon toimintaa. Kehitystoiminta on kohdistunut muun muassa käytänteihin, johtamiseen, koulutukseen ja tutkimiseen. Tavoitteena on ollut asiakkaan helpompi pääsy hoitoon, jolloin esimerkiksi hoitajien ja fysioterapeuttien vastaanottoaikoja on lisätty aiemmasta. Monessa kunnassa on tullutkin tavaksi siirtää osa lääkärin tehtävistä koulutuksen kautta hoitajille ja fysioterapeuteille (esimerkiksi rajatut reseptien uusimiset, selkäpotilaiden tutkiminen, silmän liuotushoito). Tämä edellyttää luonnollisestikin sopimista asiasta paikallisesti ja terveydenhuoltoalan ammattilaisen suostumusta asiaan. Edellä mainittujen tehtävämuutosten on koettu helpottavan asiakkaiden hoitoon pääsyä ja siten lyhentäneen hoitojonoja. Toki tehtävämuutoksiin liittyvät asiat voivat aiheuttaa kitkaa, mikäli kuntatasolla ei ole saatu sovittua palkkatarkistuksia. (Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut 2009, 2010.)

Jotkut kunnat ovat käynnistäneet terveyskioski- hankkeita (ison marketin yhteydessä toimiva terveysneuvontaa ja ohjausta antava kioski) ja jotkut ovat ulkoistaneet osan palveluista yksityiselle palveluntarjoajalle. Kunnat ja kuntayhtymät ovat voineet saada valtionavustusta kehittämistoiminnalleen liittyen hyvinvointiin ja terveyteen. Virallisesti puhutaan Kaste- ohjelmasta, jonka pohjalta kunnat ovat pyrkineet lisäämään asiakkaiden osallisuutta ja sitä kautta vähentämään heidän syrjäytymistään. Toisaalta kunnat ovat pyrkineet lisäämään terveyttä ja hyvinvointia sekä palveluiden saatavuutta. Ohjelmalla on pyritty myös alueellisten erojen kaventamiseen sekä varhaiseen puuttumiseen ongelmien ja oireiden osalta. Kunnat seuraavat toimintansa tavoitetasoa sovituin indikaattorein (= mittarein tai tunnusluvuin) vuodelle 2011 asti.

(Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut 2009, 2010.)

7 POHDINTAA

Uusi terveydenhuoltolaki on varmaan paikallaan tarkentamaan terveydenhuoltoalan eri toimijoiden ja toisaalta eri toimintayksiköiden välistä toimintaa. Uusi lakihan on sisältölaki ja tällöin puututaan eritoten johtamiseen ja sitä kautta eri käytänteisiin. Toiminnoissa saattaa olla kehittämisen mahdollisuuksia yhteistyön osalta, ja sen kehittyttyä tulee hyväksikäytettyä esimerkiksi toisen osapuolen hyväksikoettuja käytäntöjä. Päällekkäiset toiminnot ja työn sujumisen heikot kohdat ovat omiaan aikaansaamaan turhia kustannuksia.

Tietoyhteiskuntamme on ajautunut muutostilaan, jossa korostuvat enenevästi tuloerot eri väestöryhmien kesken. Lisäksi osa väestöstä kärsii muun muassa ylipainosta, syrjäytymisestä tai liian tiukasta opiskelurytmistä johtuvista erinäisistä terveysongelmista. Kuntataloudet ovat samoin vaikeutuneessa tilassa osin vähentyneiden tulolähteiden takia. Rahavirran vähetessä resurssointia on entistä vaikeampaa kohdentaa kuntataloudessa eri sektoreille, eritoten terveys- ja sosiaalitoimi tarvitsevat resursseja enenevässä määrin. Tällöin tarvitaan monenlaista johtamiskulttuuria ja toimintojen järkevyyden, laadun ja sujumisen tarkastelua. Suorittavissa toimintayksiköissä tarvitaan entistä joustavampia, kestävämpiä ja sopeutuvampia työntekijöitä ammatillisesta osaamisesta tinkimättä. Johtotasolla tarvitaan täten sujuvaa keskustelua käytänteiden vaatimusten ja rahoitusmuotojen kesken.

Julkiset terveystalveluiden järjestäjät olisivat toki halunneet nyt samalla myös lain palveluiden järjestämisestä ja rahoittamisesta, koska monet kokevat rakenteiden ja rahoituksen samanaikaisen säätämisen perustelluksi. Rahoituksen uudistaminen koetaan yhdeksi oleelliseksi välineeksi, jonka avulla kyettäisiin toteuttamaan maan kattavasti yhdenvertaisia terveystalveluja. Toisaalta juridisessa mielessä saattaa tulla ajoittain tulkinnallisia tilanteita, koska samanaikaisesti ovat voimassa sekä uusi terveydenhuoltolaki että osittain kumotut kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoidolaki. Näissä tilanteissa julkisilla päättäjillä ja viranomaisilla saattaa olla haasteellista tulkita terveydenhuollon järjestämistä- terveydenhuollon järjestämisestähän säädetään erikoissairaanhoidon laissa.

Viime vuosina kuntatalouksissa palveluiden kysyntä on kasvanut entisestään, silti nämä taloudet kärsivät yhä enemmän resurssiniukuudesta. Taloustaantumana johdosta monissa kunnissa esimerkiksi yhteisöverosta saatava tulolähde on kaventunut huomattavasti, joissakin kunnissa jopa merkittävästi. Tällaisessa tilanteessa on hyvin oleellista, että muun muassa lisääntyviä terveydenhuollon palvelutarpeita pyritään priorisoimaan mahdollisimman paljon. Priorisoinnissa tulee kuitenkin ottaa huomioon yleiset hyväksytyt periaatteet sekä varmistaa, ettei kenelläkään aiheuteta elämänlaadun heikentymistä. Priorisoinnin tulisi olla myös läpinäkyvää ja johdonmukaista. Pohdittaessa kustannuksia, on päätelty, että esimerkiksi 20 prosenttia potilaista aiheuttaa 80 prosenttia erikoissairaanhoidon kustannuksista, joten voidaan hyvin päätellä säästämisen vaikeuden tässä kohdin. Tämä 20 prosenttia edustaa kalleinta potilasryhmää, johon siis kohdistetaan yleensä erityistason erikoissairaanhoidoa runsaalla miehityksellä sekä kalleilla laitteilla ja tiloilla.

Vuoropuhelua käydään paljolti sen suhteen, missä määrin kuntatalouden kannattaisi ulkoistaa perusterveydenhuollon palveluitaan. Joka tapauksessa tosiasia lienee se, että ainakin jossain määrin terveystalouden tulee ostaa tulevaisuudessa osan terveyspalveluistaan myös yksityiseltä taholta, koska kunta ei kykene omilla resursseillaan tuottamaan kaikkea itse. Nykyisen lain tarkastelu tulee tarpeelliseksi yksityisen terveydenhuollon osalta. Tästä syystä nyt onkin valmisteilla yksityistä terveydenhuoltoa ohjaava uusi lainsäädäntö. Joidenkin mielestä kustannustehokkuus on pienimmillään kunnan tuottaessa palvelut omana toimintanaan ja otaksuvat kustannustehokkuuden kasvavan palveluita ostettaessa.

Tuleva valinnanmahdollisuus oman terveysasemansa suhteen saattaa todella helpottaa jonkin ison väestöpohjan omaavan terveysaseman tilannetta vähentäen hoitonoja ja mahdollistaen paremman keskittymisen hoidettaviin. Toisaalta tilanne voi muuttua huonommaksi pienemmän väestöpohjan omaavassa terveysasemassa perustuen siihen, että sinne muodostuukin selkeästi aiempaa enemmän hoidettavia ajan kanssa jopa jonoiksi asti. Oli jonot pienempiä tai isompia, tärkeää on se, että esimerkiksi tutkimus- ja hoitotyötä tekevillä työvälineet ovat tarkoitukseensa soveltuvia eivätkä siten ominaisuuksillaan aiheuta työn sujumattomuutta ja hitautta vaikeutta sopivatahtista asiakkaiden sisäänottoa. Tällöin prosessien läpimenoajat pitenevät ilman asiakkaille saatua vastaavaa suurempaa terveyshyötyä, jolloin suhteel-

liset kustannukset kasvavat. Hoitoportaalien ja Tohtori.fi:n tekemän pienen otannan mukaan noin 39 prosenttia kyselyyn vastanneista oli sitä mieltä, että he käyttäisivät hyväkseen mahdollisuutta vaihtaa terveysasemaansa. Suurimpana syynä vaihtamiseen oli tyytymättömyys nykyiseen hoitavaan lääkäriin.

Palvelujen ulkoistamisen yhteydessä julkinen taho tarvitsee paljolti myös oikeudellista näkökantaa asioihin. Ostettujen palvelujen yhteydessä tulee tilanteita, jolloin täytyy puntaroida sopimusasioita useammalta eri oikeudenalalta. Nykyään viranhaltijat ja luottamusmiehet joutuvat tekemään monesti myös ohjaus- ja valvontatoimintaa ulkoistusten yhteydessä. Julkisten toimintamallien toimivuutta kannattaa tarkastella tältä osin ja pohtia ratkaistaanko ulkoistamisasioita poliittisilla linjauksilla vai otetanko tarkasteluun enemmän oikeudellista näkökulmaa.

Henkilöresurssien mitoittaminen eri vuoroihin ja eri päiville jaksotyössä on haasteellista, ylikapasitointi aiheuttaa lisäkustannuksia ilman kustannushyötyä ja alikapasiteetissa ei kyetä vastaamaan tarpeisiin. Nykypäivän hektisyys näkyy ja tuntuu työnteossa julkisessakin terveydenhuollossa, useasti tehtävänä on osittain myös sairastuneen työmäärä. Jokseenkin tavallista on se, että hoitaja jää tekemään sairastuneen työvuoron, koska sijaista ei ole saatavilla tai koska määrärahat sijaisten käyttöön ovat tiukat. Tässä korostuvat hyvät työmenetelmät ja –välineet, jotta rajallisella ajalla kyetään saavuttamaan välttämättömät hoidon kohteet. Hoito- ja palveluprosesseja on hyvä arvioida ajoittain ja pyrkiä kehittämään heikkoja kohtia (työvaiheita, jotka toimivat epätarkoituksenmukaisesti syystä tai toisesta).

Suomessa on viime aikoina kuntatasolla pohdittu paljolti erilaisia yhteistoimintamalleja PARAS-puitelaimen edellyttämällä tavalla yhteistoiminta-alueen (yt-alue) muodostamiseksi. Tavoitearvoksi on siis asetettu terveys- ja sosiaalipalveluiden osalta pääsääntöisesti vähintään 20 000 asiakkaan väestöpohjavelvoite. Hyötynä kunnille tästä yhteenliittymisestä olisi voimavarojen yhdistäminen, verotukselliset näkökohdat sekä parempi vastaavuus palveluiden kysyntään. Syyskuun 2010 tilanteen pohjalta (Kuntaliiton käynnistämä) yhteensä 253 kuntaa oli muodostanut 67 yhteistoiminta-aluetta. Isäntäkuntamallin oli valinnut 117 kuntaa muodostaen 37 yt- aluetta, kuntayhtymän oli valinnut 106 kuntaa muodostaen 22 yt- aluetta. Lisäksi 30 kuntaa oli muodostanut 8 yt- aluetta, mutta hallintomalli oli vielä avoin. Yhteistoiminta- alueiden hyödylli-

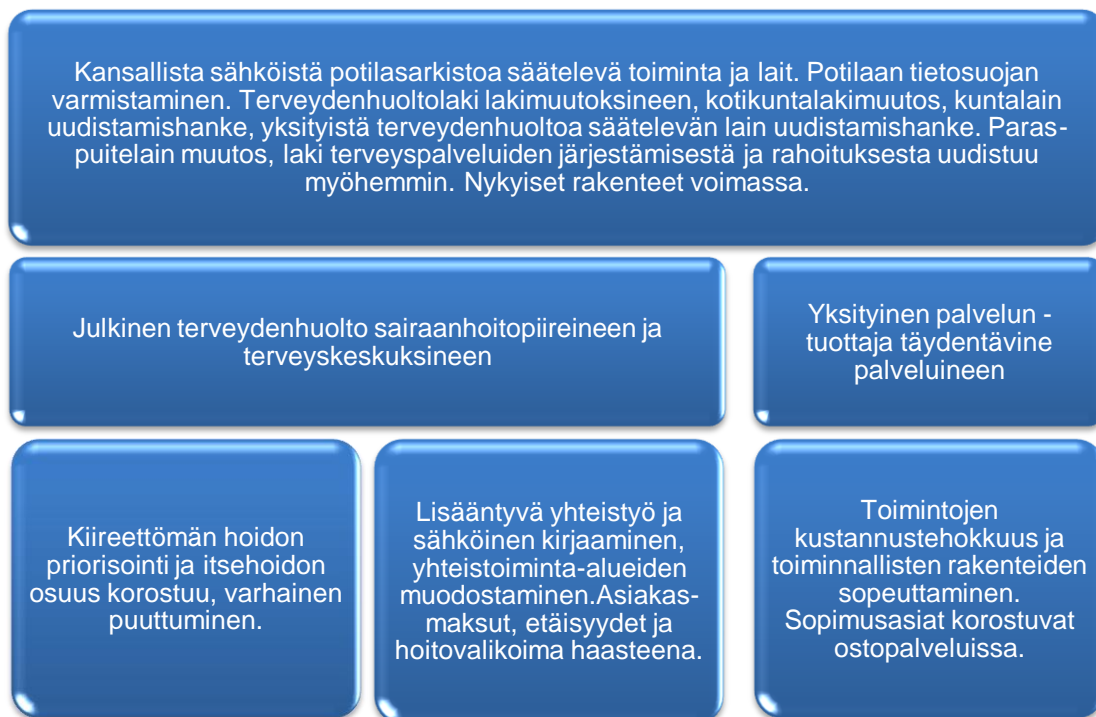
syydestä ollaan montaa eri mieltä kunnissa, toiset kunnat yhdistyvät sellaiseen mielellään, toiset eivät haluaisi ollenkaan.

Pohdittaessa julkisen tahon käynnistämiä hankkeita ja kehitystoimenpiteitä terveydenhuollossa, niiden todetaan olevan linjassa uuden terveydenhuoltolain kehitysisältöjen suhteen. Valtionohjauksella ja osin valtionavustuksin on annettu mahdollisuus jo etukäteen sopeuttaa terveydenhuollon toimintaympäristöä sisällöllisesti tulemaan kohti uusia vaatimuksia. Kunta- ja sairaanhoitopiirikohtaisesti voidaan olla eri mieltä siitä, missä kohdin uusi terveydenhuoltolaki tuo tullessaan hyvää ja missä ei. Luonnollisestikin on selvää, että terveydenhuollossakin toimintaympäristöt vaihtelevat jossain määrin tuoden omat ominaispiirteensä omine vaatimuksineen. Tällöin optimaalinen tilanne samalla toimintamallilla ei välttämättä toteudukaan toisaalla, vaan siihen täytyy tehdä muutoksia kriittisissä kohdissa.

Terveydenhuollon muutostilan vähintään kohtuullinen läpivienti edellyttää sujuvan yhteistyön kehittämistä eri toimijoiden ja yksiköiden kesken, priorisoinnin korostamista kiireettömän hoidon toteuttamisessa sekä riittävien henkilöresurssien oikea-aikaista kohdentamista tarkoituksenmukaisiin toimenpiteisiin. Toimenpiteillä tulisi pyrkiä vaikuttamaan tautia ehkäisevästi, parantaen tai kärsimyksiä lieventäen. Rakenteellisia toiminnallisia muutoksia tulee tarvittaessa toteuttaa kunkin organisaation sisällä, jotta potentiaaliset resurssit saadaan kohtaamaan hoitokysynnän mahdollisimman kustannustehokkaasti ja laadukkaasti. Yhteistyö julkisen ja yksityisen tahon kesken on entistä tärkeämpää - kunkin terveydenhuollon yhteisvastuualueen pohditavaksi jää sille toiminnallisesti ja taloudellisesti parhaiten sopiva tapa järjestää ja hankkia velvoittavat toimenpiteensä.

Kehityskelpoisia kohteita ovat julkisten terveystalveluiden valikoima suhteessa kysyntään ja terveysasemien aukioloajat tarpeeseen nähden (ei- päivystysluontoinen). Oletettavasti myös asiakasmaksujen vuotuiset summat toimenpiteille lienevät oma haasteensa. Tuloa pitäisi niistäkin saada, mutta niiden ei tulisi kuitenkaan entisestään lisätä sairastumisen astetta vähävaraisilla- joillekin jo pienikin summa muutaman kerran on kynnyksikysymys vastaanotolle menemiselle. Terveysaseman riittävä lähietäisyys ja sopiva kuljettavuus korostuvat väestön ikääntyessä. Omana tärkeänä vaalimisen ja kehittämisen kohteena on potilaan tai asiakkaan oikeusturvan toteutu-

minen ja tietosuojan varmistuminen yhä lisääntyvässä sähköisessä kirjaamisessa ja tietojen siirrossa. Jatkossa korostuu mielipiteiden ja havaintojen vaihto luottamus- henkilöiden ja päättäjien kesken, jotta tarvittaviin tärkeisiin käytäntöjen muutoksiin ja lakitarkistuksiin voidaan ryhtyä. Työn keskeisimmät tulokset on myös havainnol- listettu alempana (Kuvio 1).



Kuvio 1. Terveydenhuollon muutostilan vaikutuksista

LÄHTEET

- Karttunen, T., Koivunen, K., Laasanen, H., Sippel, L., Uitto, T., Valtonen, M. 2008. Juridiikan perusteet. Helsinki:WSOY.
- Leino- Kilpi, H., Välimäki, M.. 2004. Etiikka hoitotyössä. Juva: WSOY.
- Kivistö, A. 2003.Talousohjaus ja tuotteistaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tampere : Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C.
- Lauri, S., Elomaa, L. 2001. Hoitotieteen perusteet. 3-4.uud.p. Juva:WSOY.
- Parvinen, P., Lillrank P., Ilvonen, K. 2005. Johtaminen terveydenhuollossa. Tampere: Talentum.
- Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009: 5. 2009.Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet. Helsinki: Yliopistopaino.
- Narikka, J. 2008. Sosiaali- ja terveystalouden järjestäminen ja hankinta. Tallinna: Tietosanoma.
- Ylipartanen, A. 2004. Tietosuojaterveystieteen perusteet. Potilaan asema ja oikeudet henkilötietojen käsittelyssä.2.uud.p. Pieksämäki: Tietosanoma.
- Ryynänen, O- P., Kukkonen, J., Myllykangas, M., Lammintakanen, J.,Kinnunen,J. 2006. Priorisointi terveydenhuollossa. Mitä maksaa, kuka maksaa. Helsinki: Talentum.
- Lillrank, P., Venesmaa, Julia. 2010. Terveydenhuollon alueellinen palvelujärjestelmä.Helsinki: Talentum.
- Pitkäranta, A. 2008. Laadullisen tutkimuksen tekijälle.Työkirja.
- Talentumin Mediuutiset.Viitattu 08.12.2010.<http://www.medi uutiset.fi/uutisarkisto/>
- Sosiaali- ja terveysministeriön www- sivut.Viitattu 17.11.2009.www.stm.fi/tiedotteet
- Sosiaali- ja terveysministeriön www- sivut.Viitattu 3.12.2010.
http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/kaste
- Sosiaali- ja terveysministeriön www- sivut.Viitattu 2.10.2009.
http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/toimivaterveyskeskus
- Risikko P. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystalouden nykytila ja kehittäminen. Sosiaali ja terveysministeriö.Viitattu 22.9. 2009.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39502&name=DLFE-9957.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriön www- sivut. Viitattu 10.6.2010.
<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1512997>

Kuntaliiton www-sivut.Viitattu 22.03.2010.
http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;353

Kuntaliiton www-sivut. Viitattu 9.11.2010.
http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;353

Heiskanen, P . Sosiaali- ja terveyspalvelut Paras-uudistuksessa. Kuntaliitto. Viitattu 10.12.2009.http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;55264;55275;82183;127674;118453

Kuntaliiton www- sivut . Viitattu 31.5.2010.
http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;353;553

Hautanen S. Hallituspuolueet väentävät kättä terveydenhuollosta. Kokoomuksen verkkouutiset.Viitattu 17.12.2009.
http://www.verkkouutiset.fi/index.php?option=com_content&view=article&id=19424:hallituspuolueet-vaeaentaevaet-kaettae-terveydenhuollosta&catid=1:politiikka&Itemid=30

Kuntaliiton www- sivut .Viitattu 12.06.2008.
http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;353

Kuntaliiton www-sivut. Viitattu 20.09.2010.
http://www.kunnat.net/k_kuntaliitto_etusivu.asp?path=1;184

Kuntaliiton www- sivut.Viitattu 22.09.2010.
http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;55264;122868;149913

Hoitoportaalin www-sivut. Viitattu 15.12.2010. <http://www.hoitoportaali.fi/>

Hoitoportaalin www-sivut.Viitattu 30.4.2010. <http://www.hoitoportaali.fi/>

Hoitoportaalin www-sivut. Viitattu 30.09.2010. <http://www.hoitoportaali.fi/>

Valtiovarainministeriön www-sivut.Viitattu 25.11.2010.
http://www.vm.fi/vm/fi/03_tiedotteet_ja_puheet/01_tiedotteet/20101125Valtio/name.jsp

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin www-sivut. Viitattu 4.11.2009.
<http://www.vsshp.fi>

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä.
9.2.2007/159

Laki sähköisestä lääkemääräyksestä. 2.2.2007/61

Hallituksen esitys Eduskunnalle terveydenhuoltolaiksi ja laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidonlain muuttamiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamiseksi . HE 90/2010 vp.

Henkilötietolaki. 22.4.1999/523

Julkisuuslaki. 21.5.1999/621

Potilaslaki. 17.8.1992/ 785

Vahingonkorvauslaki. 31.5.1974/ 412

Potilasvahinkolaki. 25.7.1986 /585

Tuotevastuulaki. 17.8.1990/ 694

Laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta. 9.2.2007/ 169

Suomen perustuslaki. 11.6.1999/731

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 28.6.1994/559.

Kansanterveyslaki. 28.1.1972/ 66

Erikoissairaanhoidonlaki. 1.12.1989/1062

Laki yksityisestä terveydenhuollosta. 9.2.1990/ 152

Sähköisen viestinnän tietosuojalaki. 16.6.2004/516

Kuntalaki 17.3.1995/ 365

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta. 3.8.1992/ 733

Kotikuntalaki. 11.3.1994/ 201

Kuluttajansuojalaki. 20.1.1978/ 38

Hoitotakuulaki. 855/2004.

Mielenterveyslaki.14.12.1990 / 1116

Laki kehitysvammaisten erityishuollosta.23.6.1977/ 519

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista.3.8.1992/ 734

Laki kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta.29.12.2009/ 1704

Päihdehuoltolaki. 17.1.1986/ 41

Tartuntatautilaki. 25.7.1986/583