

## Poliittishallinnollinen ohjaus ja terveyspalvelujen alueellinen tasa-arvo Suomessa

*Reijo Salmela*

*Kuopion yliopiston julkaisuja/*

*Yhteiskuntatieteet*

*Alkuperäistutkimukset 1/1988*

Kuopion yliopistossa tarkastettiin viime syksynä Reijo Salmelan väitöskirja: Poliittishallinnollinen ohjaus ja terveyspalvelujen alueellinen tasa-arvo Suomessa.

Tutkimuksensa varsinaiseksi tutkimusongelmaksi Reijo Salmela määrittelee: Kuinka tuloksellisesti alueelliseen tasa-arvoon pyrkivää terveyspolitiikkaa on toteutettu maassamme ja miten poliittishallinnollista ohjausta on käytetty tavoitteen saavuttamiseksi.

Tutkimus koostuu kahdeksasta osatutkimuksesta sekä yhteenvedo-osasta. Tutkimuksen loppupäätelmässä tutkija mainitsee, että laatimiensa osatutkimusten perusteella ei voida esittää täsmällisiä arvioita siitä, miten poliit-

tishallinnollisen ohjauksen eri muodot ovat vaikuttaneet osatutkimuksissa todettujen terveyspalvelujen tarjonnan ja käytön alueellisten erojen (melko vähäisiä) pienemiseen.

Poliittishallinnollisen ohjauksen onnistuneisuutta ja alueellisen tasa-arvon toteutumista arvioidaan pääasiallisesti terveyspalvelujen tarjonnan ja käytön eroina ja niiden välisinä riippuvuuksina.

Poliittishallinnollisen ohjauksen muotoina tutkija mainitsee: ohjelma- ja rakenneohjaus, tavoiteohjaus, voimavaraohjaus ja informaatio-ohjaus. Ohjauksen muotoja ja niiden käsitteitä on käsitelty pääosin sosiaali- ja terveysministeriön, lääkintöhallituksen ja lääninhallitusten kannalta.

Käytännössä ohjauksen toimeenpanosta vastaavan viranomaisen (kunnallishallinto) kannalta asiaa ei ole riittävästi pohdittu. Tutkimuksessa olisi pitänyt syvällisemmin pohtia kysymystä miksi ja missä määrin terveydenhuoltojärjestelmän poliittisen ohjauksen tulokset ovat seurausta valtion ja kunnallishallinnon välisistä suh-

teista ja toiminnasta sinänsä. Eriytyisesti tältä kannalta puutteena on, ettei ole pohdittu sitä missä määrin ohjauksen tuloksissa ollaan riippuvaisia kokonaan järjestelmän ulkopuolisista tekijöistä. Tähän kysymykseen esitän käytännön sairaalatoiminnassa mukana olevana eräitä näkökohtia.

Tutkija toteaa mm., että erikoislääkärijohtoisten ja mielisairaaloiden sairaansijojen omistuksen alueellinen jakautuma ei ole merkittävästi muuttunut vastaamaan sairaansijojen tarvetta. Tähän on kuitenkin käytännössä ollut monia poliittishallinnollisen ohjausjärjestelmän ulkopuolella olevia syitä. Tuberkuloosi- ja mielisairaanhuoltopiirit on pääosin muodostettu 1920—1930-luvuilla. Tällöin sairaaloiden sijoittuminen ja kuntien varaamien sairaansijojen määrä oli nykykatsantokannalta arvioituna varsin satunnaista ja perustui senaikaiseen tautikohtaiseen käsitykseen. Tuberkuloosisairaaloiden kehittyminen yleissairaaloiksi ja mielisairaaloiden avohoidon kehittyminen lisäsivät voimakkaasti paineita tutkijan esittämään suuntaan

sairaansijojen omistus pohjan muuttamiseksi enemmän tarvetta vastaavaksi.

Varsin laaja-alaisissa tuberkuloosi- ja mielisairaanhoidon kuntainliitoissa sairaansijojen omistus perustui kuntakohtaisesti varattuihin sairaansijoihin. Sairaansijojen omistuksen siirtymistä kunnilta toiselle ehkäisi tehokkaasti sairaansijan hinnasta ja korvausperusteesta vallinnut erimielisyys. Lisäksi lunastuskorvausten määrän kohoaminen eräissä kuntainliitoissa varsin suureksi ehkäisi tehokkaasti aktiivisia toimenpiteitä sairaansijojen omistuksen alueellisen jakauman muuttamiseen. Luonnollisesti poliittis-hallinnollisella ohjauksella ei enää myöhemmin ole merkittävästi voitu vaikuttaa sairaaloiden sijoittumisesta aiheutuviin epäkohtiin sairaansijaomistuksen osalta.

Tutkimuksen tilastollinen aineisto on pääosin kerätty 1973—1984 väliseltä ajalta. Tutkimuksen tulosten kannalta ajankohta on sikäli hankala, että juuri tällöin käytiin sairaalakuntainliittojen tulevaisuudesta periaatteellista keskustelua, joka jähmetti sairaansijojen hankintaan ja voimavaramuutoksiin liittyvät toimenpi-

teet. Vuoden 1986 ja erityisesti erikoissairaanhoidon lakiehdotuksen antamisen jälkeen on edistytty varsin ripeästi sairaalakuntainliittojen hallinnon yhteenkokoamisessa ja tässä yhteydessä uusien perussääntöjen myötä myös sairaansijojen alueellisen omistuksen alueellinen jakautuma on merkittävästi muuttunut. Tästä on hyvänä esimerkkinä esim. Etelä-Karjalassa entisen B-mielisairaalan myyminen hotelliksi ja entisen tuberkuloosiparantolan sairaansijojen vuokraaminen terveyskeskukselle.

Mielestäni parhaiten tutkija on onnistunut terveyspolitiikan tavoiteasettelun arvioinnissa. Tutkija toteaa, että rationaalisen suunnittelumallin soveltaminen terveydenhuollossa edellyttäisi, että tunnettaisiin erilaisten ohjelmien tai toimenpiteiden kustannukset suhteessa hyötyihin tai tietyllä panoksella saatavat vaikutukset vaihtoehtoisia ohjelmia käyttäen. Käytännön sairaalatyössä tällaisilla tiedoilla ja analyysillä olisi erittäin tärkeä merkitys. Esimerkkinä tästä voidaan todeta varsin voimakas panostaminen tällä hetkellä sairaaloiden varsin niukkojen voimavarojen ohjaamisessa ohitusleikkauksiin ja kirurgisten osasto-

jen henkilöstöresurssien sitominen ohitusleikkauspotilaiden jatkohoitoon.

Erityisen onnistunut on arviointi lääni- ja keskussairaalaapiiritasolla tapahtuvan suunnittelun kokonaisvaltaisuuden puuttumisesta. Erityisesti erikoissairaanhoidon hallinnon uudelleenjärjestelyiden yhteydessä kokonaisvaltaisen suunnittelun merkitys erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon osalta korostuu.

Tutkimuksen empiirisen osan hyvänä puolena on lisäksi pidettävä koottujen tilastojen ja muiden dokumenttien informatiivisuutta. Käytännön kannalta niiden hyödyllisyys on kuitenkin käynyt jo kyseenalaiseksi koska aivan viime vuosina on tapahtunut todella merkittäviä muutoksia kuntakohtaisen sairaansijajaon omistus pohjassa.

Yksityiskohdista mainittakoon, että arvioitaessa tasa-arvon toteutumista ja terveyspalvelujen tarjontaa tutkimuksen ulkopuolelle ei olisi pitänyt jättää varsin merkittäviä terveyspalvelujen tarjoajia (aluesairaala) tutkimusasetelman monimutkaisuudesta huolimatta.

*Pentti Itkonen*