

Terveysthuoltojärjestelmien tutkimisesta

A. S. Härö

Lääketiede on tieteellisiltä perusteiltaan erittäin kansainvälistä, ja tärkeimmissä periaatteissa ei jyrkästi toisistaan eroavia koulukuntia oikeastaan ole. Tietomme sairauksista ovat kuitenkin edelleen perin rajallisia ja eri hypoteeseilla on luonnollisesti omat kannattajansa. Mutta siirryttäessä tarkastelemaan sitä organisaatiota, jonka tehtävänä on tuoda lääketieteellinen tietämys ja suoritteet tarvitsijoiden ulottuville, yhdenmukaisuus on melko vähäistä. Se rajoittuu usein vain lääkäriin ja ehkä sairaanhoitajaankin tietyllä tavalla koulutettuina avainhenkilöinä ja sairaalan tekniseen toimintaan, mutta mitoitus ja toiminnan muodollinen ja varsinkin asiallinen sisältö voivat samalla kehitystasollakin olevissa maissa olla perin erilaisia.

Terveysthuolto on rakenteellisesta ja tavoitteellisestakin kirjavuudestaan huolimatta siinä määrin konkreettinen toiminnallinen ryhmittymä, että on syytä käyttää sanaa järjestelmä (organisaatio). Jokainen järjestelmä puolestaan perustuu yhteisön hyväksymiin yleisiin arvoihin, joita voidaan tuoda esiin ideologian, periaatteiden tai vastaavien käsitteiden avulla. Terveysthuoltojärjestelmät ovat luonnollisesti riippuvuussuhteessa yhteisön yleiseen ideologiaan, ja jossakin määrin yleisten näkökohtien tunteminen tekee tämänkin osajärjestelmän ymmärrettäväksi. Yleisperiaatteiden soveltaminen käytännön tavoitteita määriteltäessä vaihtelee kuitenkin siksi väljästi, että perus-

ideologialtaan täysin erilaisten yhteisöjen terveysthuoltojärjestelmistä löytää vaihtava lähes identtisiä osajärjestelmiä niin mitoituksen kuin tavoitteiden suhteen. Yleisvaarallisten, tarttuvien tautien vastustaminen on tällaisesta hyvä esimerkki, mutta toisaalta on eroja sielläkin missä niitä vähiten odottaisi.

Tällaisten ongelmien parissa ei tavanomainen lääketieteellinen koulutus ole suinkaan oikea lähtökohta, mutta toisaalta muun tutkijan on vaikea painottaa oikein olennaisia ja epäolennaisia näkökohtia. Kummallakin tutkijoiden ryhmällä on vaikeutensa tällä alueella, ja ilmeisesti se onkin selityksenä tutkimustyön vähäisyyteen tällä lohkolle. Tällainen toteamus ei suinkaan koske vain meidän maamme, vaan on yleistettävissä myös muihin maihin. Terveysthuoltojärjestelmien kuvaaminen on luonnollisesti hyödyllistä ja saattaa sellaisenaankin tukea järjestelmän tarkoituksenmukaista kehittämistä. On kuitenkin realistista tunnustaa, että nykyaikaisen demokraattisen yhteiskunnan ylläpitämässä organisaatioissa voidaan aikaansaada nopeita ja perusteellisia parannuksia vain sillä edellytyksellä, että muutosten taustalla olevat ideat ovat riittävän yleisesti omaksuttuja ja kietytyneet konkreettisiksi tavoitteiksi. Mikäli siis haluamme suunnitelmallisesti kehittää terveysthuoltojärjestelmäämme, on meidän oltava selvillä järjestelmämme ideologiasta.

tuu järjestelmien määrällinen ja ennen kaikkea 'ideologinen' kuvaaminen sitä vaikeammaksi, mitä erilaisimpiin kulttuuripiireihin kuulutaan. Parhaimmaksi muodostuneen tämätapaisten vertailevien tutkimusten tulos verrattaessa periaatteeltaan vain harvoissa suhteissa eroavia järjestelmiä toisiinsa. Tällöin Pohjoismaat ovat aivan ihanteellinen tutkimusalue jopa siinäkin suhteessa, ettei mahdollisuuksia ole tähän mennessä käytännöllisesti katsoen lainkaan käytetty hyväksi.

Kyseisen tutkimuksen yhteydessä on jossakin määrin voitu turvautua kyselylomakkeisiin (Härö ja Ron 1970), ja aluksi uskottiin, että muut tiedot saataisiin asiantuntijoilta. Vähitellen kävi kuitenkin ilmi, ettei sellaisia ole. Omien maittensakaan asioita vain harvat ovat pyrkineet arvostelemaan tällaiselta kannalta, ja vielä vaikeampaa on löytää sellaisia, jotka hallitsisivat koko kansainvälisen kentän. Yhtä huonoihin tuloksiin päädyttiin haettaessa sopivia oppikirjoja tai artikkeleita, joissa terveydenhuoltojärjestelmiä olisi tarkasteltu teoreettisesti ja joista menetelmät voitaisiin saada suhteellisen valmiina. Tulimme vakuutuneiksi, ettei sellaisia ole julkaistu tai ne käsittelevät korkeintaan suppeita osaluueita tai ovat tällaiseen tarkoitukseen liian yleisluonteisia (esim. APHA 1965).

Sellaista teosta kuin '60-luvun sosiaalipoliittikka' (Kuusi 1961) ei muista tutkimukseen osallistuneista maista löytynyt. Suhteellisen hedelmättömiksi osoittautuivat myös sellaiset analyysit, joissa järjestelmiä vertaillaan lähinnä tunneperäisin perustein (Fry 1969).

Oheisena on Andersonin (1966) kiinnostava kuvaus tavallisessa kielenkäytössä 'sosialisoidusta' terveydenhuollosta ja sen vastakohtana 'vapaasta', yksityisestä tms. epämääräisin nimikkein esitetystä järjestelmästä. Näiden periaatteelliset erot selviävät asetelmasta, jolloin kumpaakin vaihtoehtoa on kärjistetty mahdollisimman pitkälle.

Tällainen kärjistetty luonnehdinta ei sellaisenaan täysin sovellu mihinkään terveydenhuoltojärjestelmään eikä se sovelu ilman laajoja kommentteja kuvaamaan lukuisia sekamuotoja.

Muiden mahdollisuuksien puuttuessa oltiin edellä kuvatun tutkimuksen yhteydessä pakotettuja keräämään eri lähteistä käsitteitä, jotka tuntuivat relevanteilta, ja ennen kaikkea tarkkailemaan oman maan järjestelmää löytääksemme sen 'ideologiset' piirteet (Härö ja Hakkarainen 1970). Seuraavassa on lyhyesti tarkasteltu eräitä käytettyjä muuttujia. Tarvittavat selostukset on saatu eri maista siten, että on kirjoitettu muutamia malli-

'Sosialisoidun' ja 'vapaan' terveydenhuollon ominaispiirteitä (Anderson 1966).

'Sosialisoitu'	'Vapaa'
Kaikki terveystalot kustannetaan verotuksen tuottamalla tuloilla, niin että varakas perhe saa maksaa enemmän kuin varaton.	Investoinnit tehdään kannattaviksi perimällä täysi maksu kaikista suoritteista. Alennuksia, avustuksia tai keskimääräisiä kustannuksia ei esiinny laskutusperusteissa.
Välittömiä maksuja ei ole.	Palvelut myydään vain maksukykyisille.
Yhteiskunta omistaa sairaalat ja muut laitokset.	Yhteiskunta saa ostaa palveluita kilpailemalla muiden käyttäjien kanssa.
Koko terveydenhuoltohenkilöstö on palkattua.	Vain osa terveydenhuoltohenkilöstöstä on palkattua. Lääkärin tulot määräytyvät työ määrän mukaisesti.
Kaikkia tarkoituksenmukaisina pidettäviä ehkäiseviä ja hoitopalveluita on saatavissa.	Vain taloudellisesti kannattavia toimenpiteitä suoritetaan.

artikkeleita, joiden perusteella toisten on helpompi sanoa, ovatko asiat samoin (Härö 1970). Vaikeimmassa asemassa ovat ne tutkijat, joiden järjestelmää kuvaa parhaiten sana 'epäjärjestelmä'. Tällöin asiat hoidetaan samanaikaisesti useammalla eri tavalla.

Terveydenhuoltojärjestelmää kuvaavia muuttujia

Suomessa asuva ei ehkä tule ajatelleeksi, että terveydenhuoltopalvelustemme organisointi alueittain (regionaalisuus) olisi jollakin tavoin erikoista. Sitä se kuitenkin on, sillä meidän terveydenhuollossamme alueellisuus ei ole pelkkä maantieteellinen termi, vaan siihen sisältyy palvelusten tuottajan ja kuluttajan välinen sidonnaisuus. Se ei yleensä ole ehdoton, mutta riittää ohjaamaan sairaat oman kuntansa sairaalaan tai oman asuinalueensa keskussairaalaan. Tällainen järjestelmä ei suinkaan ole tavallinen, useimmissa järjestelmissä väestöllä on mahdollisuus valita hoitopaikkansa lähes täysin oman mielensä mukaisesti. *Valinnan mahdollisuudet* on muuten eräs organisaation kuvaajista, mutta alueellisuuteen liittyy myös toinen merkittävä näkökohta, nimittäin *vastuu suoritteiden jakelun tarkoituksenmukaisuudesta* (distributional responsibility). Se on ainakin läheistä sukua sosiaaliselle oikeudenmukaisuudelle, ja sillä tarkoitetaan järjestelmälle enemmän tai vähemmän eksplisiitisesti annettua velvoitetta toimia niin, että toiminta on optimaalista alueen koko väestön etujen kannalta eikä vain laitoksen kannattavuuden, työnjaon tms. kannalta. Käytännön esimerkkinä voi mainita keskussairaalan, jossa potilasta hoitoon otettaessa tarvetta, kiireellisyyttä ja tarkoituksenmukaisuutta verrataan muihin hoitoon pyrkiviin, jolloin suurimmassa tarpeessa olevat saavat etusijan. Periaatteenahan voisi olla myös esimerkiksi pelkkä saapumisjärjestys, kunkin kunnan

omistamien paikkojen määrä tai suositteluvan lääkärin asema tai maine.

Edellä oleviin liittyy se tapa, jolla potilas siirtyy osajärjestelmästä toiseen, *miten asiakasta ohjataan* (referral pattern) ja onko ketään, jolla on tapahtumasta kokonaiskuvaa ja siihen liittyvää vastuuta. Toinen tavallaan lähelle tuleva näkökohta on *järjestelmän sisäänpääsy* (entry points). Hyvinkin kaavamaisesti voidaan vaatia lähetteitä ja muita muodollisuuksia, ennen kuin järjestelmä ryhtyy ohjaamaan ja ottamaan vastuuta. Maamme sairaaloihin on periaatteessa vain yksi portti, poliklinikka, ja lukuun ottamatta kiireellisiä tapauksia on tällöin esitettävä lääkärin lähete. Esimerkkinä vapaammasta järjestelmästä on tuberkuloositoimisto, jossa palvelut annetaan yhtä hyvin myös terveyssisaren kehotuksesta tai omasta aloitteestaan tuleville.

Järjestelmän lohkoisuus (segmentaatio tai sen vastakohtana integraatio) tarkoittaa palvelusten organisoimista erillisiksi toiminnallisiksi ja hallinnollisiksi yksiköiksi. Sehän saattaa olla toiminnan kannalta hyvinkin mielekästä, mutta on vaikea nähdä mitä etuja on esimerkiksi nykyisestä hallinnollisesta jaottelusta yleis-, mieli- ja tuberkuloosisairaaloihin puhumattakaan niistä tehtävistä, jotka kuuluvat osittain sosiaalihuollon ja osittain terveydenhuollon piiriin.

Terveydenhuoltojärjestelmän ohjaus ja kontrolli on luonnollisesti eräs tarkastelun kohteista. Kunnallinen itsehallintomme, jossa asukasluvultaan pieni kunta on vastuussa käytännön toiminnasta mutta on toisaalta autonominen ja omaa mm. laajan verotusoikeuden, avaa kansalaisille teoriassa hyviäkin ja käytännössä ainakin jonkinlaisia vaikutuskanavia ja mahdollisuuksia osallistumiseen. Koska toisaalta eduskunta voi puolestaan lainsäädäntöä korjaamalla vaikuttaa asioiden kulkuun, ei terveydenhuoltojärjestelmä kovinkaan suuresti voi meillä eriytyä

omaa politiikkaansa ajavaksi instituutioksi. Vertailukohteita on muista maista vaivatta löydettävissä, ja suorastaan hämmästyttävää on esimerkiksi miten vähäisiksi kansalaisen vaikutusmahdollisuudet on mitoitettu esitetyissä Englannin paikallishallinnon uudistusehdotuksissa (Daniels 1971). *Asiantuntijavaltaisuus* (professional participation and control) on myös eräs tarkastelukulma. Lääkärihän eivät meillä muodollisesti vastaa sairaalan johdon päätöksistä, mutta se ei suinkaan ole osoitus vaikutusmahdollisuuksien puutteesta. Tähän yhteyteen lienee tuotava myös sairaalademokratian käsite, vaikkei sitä referoidussa tutkimuksessa olekaan käytetty.

Järjestelmää voidaan tarkastella myös *byrokratian* ja *hallinnollisen päätöksentekoprosessin* keskittyneisyyden tai hajakeskeytymisen kannalta. Meillä lopullinen *suunnittelu ja päätösvastuu* on peruskunnilla, jotka voivat delegoida toimintaansa — mutta eivät yleensä vastuuta — kuntaliitoille. Keskushallinnon ohjaus perustuu oikeuteen tarkastaa ja hankkia tietoja, oikeuteen määritellä palvelusten laadulliset vaatimukset ja taloudellisten subventioiden edellytyksenä olevaan 'hyväksyttävyyden' käsitteeseen. Esimerkiksi Ruotsiin verrattuna keskushallinnon valtuudet ovat meillä olennaisesti suu-remmat.

Järjestelmän toiminnan periaatteet ilmenevät myös rahoituksessa ja potilaalta perittävien *korvausten suuruudessa ja perimistövoissa*. Hyvinkin tarkastelemisen arvoista on, minkälaisen verotusmuodon välityksellä toimintaa rahoitetaan ja mihin väestöryhmään kuorma kohdistuu. Välittömien valtionverojen ja kunnallisverojen lisäksi osallistuvat rahoitukseen verotuksen luonteinen pakollinen vakuutusjärjestelmämme ja myös potilas. Titmuss (1967) muiden muassa on korostanut sosiaaliturvan ja sosiaalipalvelun eroavuuksia. Silloin kuin yhteisö kiin-

nittää huomionsa ensisijaisesti suoritteiden määrään ja jakautumiseen, se samalla ottaa suoranaista vastuuta tarpeessa olevan asiakkaan ohjauksesta. Sen sijaan pelkkä taloudellinen tuki voi johtaa hyvin epätarkoituksenmukaiseen terveyspalvelujen käyttöön. Jossain määrin liittyy edellä oleva kysymys siihen, kenellä on *oikeus saada palveluksia* (eligibility). Se ei meillä yleensä ole rajoitettu maksukykyyn ja vain hyvin harvoin ammattiin tai työhön. Asiallisesti vaikkakaan ei muodollisesti meillä on vieläkin sosiaalisesti leimautuneita terveyspalveluita, ja 'laillinen kotikunta' on luonnollisesti tekijä, joka tuo mukanaan tiettyjä oikeuksia tai esteitä palvelusten käytölle.

Palvelusten mitoitusta on tarkasteltava paitsi teknisesti myös ideologisesti. Jos väestön tarpeet ja suoritteet on mitoitettu täysin ristiriitaisesti tai ottaen erityisesti huomioon jokin tietty väestöryhmä, tieteellinen tutkimus tai muu vastaava seikka, on tuskin syytä epäillä, että järjestelmän toimintaperiaatteissa on tällaiselle löydettävissä perustetta, ainakaan piilevänä tai tiedostamattomana. Maamme sairaala- ja avohoitolohkon volyymin useimmista muista maista poikkeavat suhteet saisivat ehkä tällaisesta analyysistä lisävalaistusta.

Tutkimustyön suuntauksesta

Esimerkit on tarkoitettu lähinnä periaatteellisten käsitteiden havainnollistamiseksi. Ongelman ydin onkin siinä, että tämänlaatuisista asioista ei ole käytettävissä kriittisiä tutkimuksia. Tällainen tietous olisi järjestelmän yleisen kehittämisen perusedellytyksiä, mutta tutkimuksella on myös suppeampia lähitavoitteita. Hyvin pintapuolinen syventyminen osoittaa, että järjestelmässämme on epäloogisuuksia. Eri osatehtävien tavoitteiden asettelu on kylläkin historiallisesti ymmärrettävää, mutta olevien olojen kan-

nalta vähemmän mielekästä. Tällaisten kitkatekijöiden esiin tuominen on jo sinänsä arvokas asia.

Tämäntapaisissa kysymyksissä on sosiologien ja lääketieteen edustajien var-

masti helppo löytää molempia osapuolia kiinnostavia ongelmia ja saavuttaa tuloksia, joilla on sekä tieteellistä että varsinkin kauasluonteista käytännön merkitystä.

Kirjallisuutta

Anderson, O.: Health services systems in the United States and other countries — critical comparisons. (In) *Medical Care: Social and Organizational Aspects.* (ed.) De Groot, J. Springfield 1966.

APHA: A Guide to Medical Care Administration. Vol. I: Concepts and Principles. APHA 1965.

Cohen, P. S.: Modern Social Policy, 1968.

Daniels, S.: The British National Health Service. A comparison of the British health care Delivery system with that of the United States. *J.A.H.A.* 1971:45:39.

Etzioni, A.: A comparative Analysis of Complex Organizations. 1961.

Fry, J.: Medicine in Three Societies. Aylesbury, Bucks.; Medical and Technical Publ. Co. Ltd. 1969.

Härö, A. S.: The Health Service-System in Finland—Description of the Non-Quantifiable Aspects. WHO/ICS-MCU. Julkaisematon työmuistio. 1971.

Härö, A. S.; Ron, Aviva: Health Service-Systems of Demography. Manual. 86.p. Coordinating Comm. for the WHO/ISC-MCU Study. Baltimore. Maryland USA. 1970.

Härö, A. S.; Hakkarainen, Anni: Non-Material Variables Describing Health Service Systems. WHO/ICS-MCU. Julkaisematon työmuistio. 1970.

Kuusi, P.: 60-luvun sosiaalipolitiikka, WSOY 1961.

Titmuss, R. M.: Essays on the Welfare State. 1963.

Vlastos, R.: Justice and Equality in Social Justice. 1970.

Lääkintöhallitus, suunnitteluosasto