

Terveysten tasa-arvon tulevaisuus

Juha Mikkonen

Demos Helsinki associate

Tehtäväsi ei ole nähdä tulevaisuuteen, vaan tehdä se mahdolliseksi.

- Antoine de Saint-Exupéry

Esipuhe	3
Kirjoittaja	5
Johdanto	6
I OSIO: Terveyden yhteiskunnallisuus	9
Terveyden sosiaaliset määrittäjät	9
Terveyden tasa-arvo	12
Terveyserot	14
Terveyden edistämisen etiikka	18
Toimintamahdollisuudet ja terveys	19
Oikeudenmukaisuus terveydenhuollossa	21
Yksilön ja yhteisön vastuusta	26
Valinnanvapauden ongelmakohtia	28
II OSIO: Megatrendit ja terveyden tasa-arvo	31
Yksilöllistyminen	32
Kommodifikaatio	33
Digitalisoituminen	35
Lopuksi	39
Suosituksset	40
Kirjallisuus	43

Esipuhe

Edessäsi on ensimmäinen julkaisu Demos Helsingin briefing-sarjassa, joka synnyttää keskustelutilaa tulevaisuuden kannalta tärkeille yhteiskunnallisille teemoille. Sen on kirjoittanut Demos Helsingin Associate Juha Mikkonen. Työ on syntynyt osana Juha Mikkosen väitöstutkimusta Yorkin yliopiston Health Policy and Equity -tohtoriohjelmaan. Tekstin hän on kirjoittanut ilman ulkoista tilausta ja halustaan tarjota Kanadassa asuvana ulkosuomalaisena puheenvuoro suomalaiseseen keskusteluun.

Tämä briefing-paperi on suunnattu niille, jotka kehittävät suomalaista terveyspolitiikkaa. Demos Helsinki julkaisee sen juuri nyt, koska elämme politiikan merkittävässä murroskohdassa: viime vuosien suurimpiin suomalaisiin reformeihin kuuluva sote-uudistus on dominoinut sosiaali- ja terveystalouden keskustelua noin vuosikymmenen ajan. Uudistuksen rakenteellisia kiemuroita puitaessa on keskustelu terveyspolitiikan perimmäisistä tavoitteista jäänyt vähemmälle. Yksi tällainen terveysjärjestelmän perimmäinen tavoite on terveyden oikeudenmukainen jakautuminen koko väestössä. Yhtäläillä aivan liian vähän on puhuttu siitä, mitä tutkimustiedon valossa tiedämme terveyteen yksilö- ja väestötasolla vaikuttavista tekijöistä.

Raportin ydinviesti on moderni: siiloutunut sektoripolitiikka yksin on kyvytön tarjoamaan ratkaisuja yhteiskunnan viheliäisimpiin haasteisiin, joista terveyserojen kasvaminen on yksi räikeimpiä. Siihen vastaaminen vaatii siilo- ja sektorirajoja rikkovaa otetta: terveyttä tehokkaasti edistävät välineet löytyvät eri politiikan sektoreita yhdistelemällä ja synnyttämällä yhteistyötä julkisen sektorin, yritysten, järjestöjen ja kansalaisten välille. Tämä tarve tulee entistä polttavammaksi, kun analysoimme terveyspolitiikkaa tulevaisuusnäkökulmasta, suhteessa yhteiskunnan kehitystä muokkaaviin megatrendeihin. Tässä puheenvuorossa kuvataan sitä, miten megatrendien aikaansaama muutos uhkaa kasvattaa terveyseroja mikäli kehityskulkujen ennakoitiin ei kiinnitetä laajempaa huomiota. Demos Helsingin useimmissa aiemmissa julkaisuissa lähestymistapa tulevaisuuden muutosilmiöihin on ollut mahdollisuuslähtöinen: digitalisoituminen, globalisoituminen ja muut muutosilmiöt voivat tarjota uudenlaisia välineitä yksilöiden ja yhteiskuntien tärkeimpien arvojen ja päämäärien edistämiseen. Tarvitaan ennakoivaa ajattelua,

joilla muutoksen negatiiviset vaikutukset onnistutaan ehkäisemään ja päästää hyödyntämään avautuvia mahdollisuuksia.

Megatrendeihin reagoiminen edellyttää uudenlaisia kumppanuuksia: ratkaisuja kehittämään tarvitaan politiikan ja julkisen sektorin lisäksi myös järjestöjä, ryhmiä ja yrityksiä. Tämä yhteistyölähtöinen näkemys kiteyttää myös Demos Helsingin ajattelun pitkää linjaa. Aiemmissa julkaisuissa (mm. Yksilön ääni, Metropolin hyvinvointi ja Lähemmäs) olemme kuvanneet yhteiskuntaa, jossa mahdollisimman monelle annetaan eväät parantaa reaalisesti hyvinvointiaan yhdessä muiden ihmisten kanssa. Julkinen järjestelmän rooli tässä kokonaisuudessa on vahvistaa erityisesti heikoimpien toimintakykyä ja voimavaroja. Tällainen yhteiskunta priorisoisi ongelmien ennaltaehkäisyä, säästäisi näin sosiaali- ja terveystoimien sekä torjuisi tehokkaasti terveys- ja hyvinvointierojen kasvua.

Juha Mikkosen näkökulma terveystalouteen on monella tapaa erityinen: hän on ollut toteuttamassa terveyteen liittyviä kampanjoita, tehnyt aiheeseen liittyvää akateemista tutkimusta sekä kerännyt vertailevaa aineistoa terveystaloudesta ja sen tuloksista Suomen ja Kanadan välillä. Tämä käytäntöä, kokeilua ja tutkimustietoa yhdistävä lähestymistapa on se, jota myös Demos Helsinki työssään toteuttaa. Tämän briefing-julkaisun käsikirjoitus on innoittanut samoja teemoja käsittelevää Demos Helsingin Valva - Terveiden tulevaisuudet -tutkimushanketta. Kyse on kuitenkin itsenäisestä puheenvuorosta.

Kiitän koko Demos Helsingin puolesta Juha Mikkosta innoittavasta yhteistyöstä ja erityisesti siitä, että hän on halunnut julkaista tämän erinomaisen raportin juuri Demos Helsingin kanssa.

Helsingissä tammikuussa 2015

Aleksi Neuvonen
Demos Helsinki

KIRJOITTAJA

Juha Mikkonen on Demos Helsingin Associate-ryhmän jäsen. Mikkonen on terveystieteiden ja oikeudenmukaisuuskysymysten asiantuntija sekä tutkija. Hän on toiminut yli kymmenen vuotta asiantuntijatehtävissä ja luottamustoimissa useissa organisaatioissa Euroopassa ja Kanadassa. Mikkonen valmistee parhaillaan väitöskirjaa terveyseroista ja niihin vaikuttavista sosiaalisista tekijöistä Yorkin yliopistossa Torontossa. Viime vuosien aikana hän on julkaissut artikkeleita ja raportteja muun muassa terveyden tasa-arvosta, köyhyydestä ja pienituloisten nuorten selviytymiskeinoista. Mikkosen ja kanadalaisen terveystieteiden professorin Dennis Raphaelin yhteisraporttia ”Social Determinants of Health: The Canadian Facts” on ladattu julkaisun verkkosivuilta yli 250 000 kertaa (<http://thecanadianfacts.org>).

KIITOKSET

Terveyden tasa-arvon tulevaisuus -raportti on syntynyt Demos Helsingin ja allekirjoittaneen yhteistyönä. Haluan kiittää kaikkia Demos Helsingin työntekijöitä ja kumppaneita. Erityiskiitokset julkaisuun liittyvistä keskusteluista kuuluvat Antti Hautamäelle, Aleksi Neuvoselle, Satu Korhoselle ja Juha Leppäselle. Lisäksi suuren kiitoksen ansaitsevat raportin ensimmäisen luonnoksen kommentaattorit: Mikko Annala, Vilja Arola, Kaisa Herne, Airi Lampinen, Johanna Lampinen, Nelli Nurminen, Maria Ohisalo ja Lauri Vuorenkoski. Lisäksi yleisen kiitoksen antamastaan tuesta ansaitsevat professori Dennis Raphael Yorkin yliopistosta Kanadasta ja professori Juho Saari Itä-Suomen yliopistosta.

Johdanto

Terveys lukeutuu suomalaisten eniten arvostamiin asioihin. Kansalaisille ja valtiovallalle ei ole yhdentekevää minkäläisten rakenteiden ja toimintatapojen kautta terveyttä pyritään ylläpitämään ja edistämään. Parhailtaan Suomessa käynnissä olevassa sosiaali- ja terveystalouden uudistamistyössä on painotettu ennen kaikkea järjestelmän tuottavuuden parantamista, palveluiden parempaa integraatiota ja kansalaisten valinnanvapauden lisäämistä. Vähemmän on keskusteltu siitä, miten laajasti hyväksytyt tasa-arvon ja oikeudenmukaisuuden periaatteet toteutuvat uudistetussa terveydenhuoltojärjestelmässä. Uudistuksen taustalle jääviä laajempia haasteita ovatkin terveyden tasa-arvon turvaaminen ja kansalaisten vaikutusmahdollisuuksien demokraattinen takaaminen. Kyselytutkimusten mukaan kansalaiset ovat valinnanvapauden lisäämisen sijaan kantaneet merkittävästi enemmän huolta julkisten terveystalouden laadusta ja saatavuudesta.

Tässä puheenvuorossa esitetään, että etenkin terveysongelmien ennaltaehkäisyyn ja terveyden tasa-arvoiseen jakautumiseen tulisi kiinnittää nykyistä syvällisempää huomiota. Hyvään väestön terveyteen ja sen oikeudenmukaiseen jakautumiseen tarvitaan toimivaa sosiaali- ja terveystalouksjärjestelmää mutta myös terveyttä edistävien tekijöiden huomioimista laajasti yhteiskuntapolitiikan eri lohkoilla. Suomen keskeisenä terveyspoliittisena haasteena ovat suuret väestöryhmien väliset suhteelliset terveyserot, joita on vaikea oikeuttaa taloudellisin tai eettisin perustein. Nykymuodossaan suomalainen sosiaali- ja terveystalouksjärjestelmä ei ole kyennyt kaventamaan terveyden eriarvoisuutta parhaalla mahdollisella tavalla. Terveyden eriarvoisuuteen liittyviä ongelmia ei voida ratkaista yksinomaan kasvattamalla terveydenhuollon resursseja tai muuttamalla sen organisointitapaa. Tarvitaan tasa-arvolähtöistä terveystaloukspolitiikkaa, jossa ihminen nähdään laajemman yhteiskuntajärjestelmän aktiivisena osana.

Tasa-arvolähtöisen terveystaloukspolitiikan painopisteiksi tulisi ottaa kansalaisten yhdenvertaisuus, ihmisten ja yhteisöjen terveyttä edistävien voimavarojen lisääminen sekä terveyden edistämisen saattaminen pysyväksi osaksi eri hallinnonaloja.

Samalla on tunnustettava, että näitä tavoitteita ei voida edistää pelkästään sosiaali- ja terveystieteiden toimin, koska tärkeimmät terveyden taustatekijät juontavat juurensa laajemmasta yhteiskuntapolitiikasta. Terveystieteiden kaventamistyöhön tarvitaan lisää eri sektoreiden toimijoita ja pitkäjänteistä poliittista sitoutumista. Tämän raportin keskeinen viesti on, että terveydestä käytävää keskustelua ei tule kaventaa pelkäksi palvelujen järjestämistä koskevaksi terveydenhuoltopolitiikaksi. Kyse on paljon muustakin.

Tulevaisuuden keskeiset terveyteen liittyvät jännitteet voidaan tiivistää kysymyksiin:

- 1. Terveyden tasa-arvo:**
terveyttä harvoille vai terveyttä kaikille?
- 2. Näkökulma terveyteen:**
markkinahyödyke vai perusoikeus?
- 3. Voimavarojen suuntaaminen:**
yksilön terveys vai väestön terveys?

Julkaisun tarkoitus on edellä mainittujen jännitteiden selventäminen ja terveyden tasa-arvon kannalta keskeisten käsitteiden määrittely laaja-alaisen terveystieteiden viitekehyksessä¹. Terveystieteiden arvot, terveyden yhteiskunnallisuus ja yksilöiden toimintamahdollisuudet ovat tekstissä korostuvia teemoja. Ensimmäisessä osiossa käsitellään terveyden edistämistä ja terveyttä osana laajempaa yhteiskuntapolitiikkaa. Samalla tuodaan esille joitakin näkökohtia liittyen keskusteluun yksilön ja yhteisön vastuusta. Toisessa osiossa jäsennetään valikoituina erityiskysymyksiä kolmen megatrendin – yksilöllistymisen, markkinoistumisen sekä uusien teknologioiden – asettamia haasteita ja mahdollisuuksia terveyden tasa-arvolle². Yhteenvedossa tiivistetään raportin keskeiset huomiot ja annetaan kolme politiikkasuositusta.

¹ Suomalaiset ajatushautomot eivät ole juuri tuottaneet laaja-alaisen terveystieteiden keskittyviä julkaisuja. Poikkeuksen muodostaa sosiaali- ja terveystieteiden eläkkeelle siirtyneen ylijohtajan Kimmo Lepon ansiokas pamfletti ”Kansan terveys on tahdon asia. Terveystieteiden ja -palvelut 2010-luvulle” (Kalevi Sorsa -säätö, 2010).

² Väestön ikääntyminen ja globalisaatio ovat merkittäviä megatrendejä, jotka vaikuttavat huomattavasti myös väestön terveyteen ja terveystieteiden rahoitukseen. Nämä muutokset eivät kuitenkaan ole tämän raportin keskiössä.

I OSIO:

Terveyden yhteiskunnallisuus

I OSIO: Terveyden yhteiskunnallisuus

Terveyden sosiaaliset määrittäjät

Terveys voidaan ymmärtää Maailmanterveysjärjestö WHO:n määritelmää mukailleen laaja-alaisena fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilana, joka ei ole pelkästään sairauden puuttumista (1). Terveyden määrittelyn monimuotoisuutta voi lähestyä neljän erilaisen ja toisiaan täydentävän näkökulman kautta:

1) **biolääketieteellinen terveystieteellinen** keskittyy ensisijassa mitattaviin biologisiin tai fysiologisiin poikkeamiin väestön normista, 2) **funktionaalinen terveystieteellinen** syventyy havainnoitavissa oleviin rajoituksiin toimintakyvyssä, 3) **subjektiivinen terveystieteellinen** kattaa yksilön oman kokemuksen terveydentilan rajoituksista ja 4) **positiivinen terveystieteellinen** keskittyy ennen kaikkea yksilön ja yhteisön kannalta myönteisiin hyvinvointia edistäviin voimavaroihin. WHO:n määritelmä on lähellä positiivista terveystieteestä, jolloin terveydessä ei ole kyse ainoastaan diagnoosin tai toimintakyvyn rajoitusten puuttumisesta. Kaikkia terveystieteellisiä yhdistää terveyden ymmärtäminen tavoiteltavaksi arvoksi sinänsä ja sairauden yhdistäminen kielteiseksi tilaksi, jota ei tavoitella (2).

Terveyden sosiaalisilla määrittäjillä tai taustatekijöillä (engl. social determinants of health) tarkoitetaan elinoloja, joissa ihmiset syntyvät, kasvavat ja elävät arkeaan. Näiden elinympäristöissä vaikuttavien **sosiaalisten tekijöiden on osoitettu olevan kansanterveyden kannalta merkittävämpiä tekijöitä kuin terveystieteellisten tai terveyspalveluiden saatavuuden** (3, 4). Elinolojen ja terveyden yhteyttä korostava havainto on ohjannut terveyspolitiikan tutkijoiden mielenkiintoa siihen, millaisten mekanismien kautta esimerkiksi **asuinolot, tulonjako, koulutusjärjestelmä, työolot ja sosiaaliset turvaverkot vaikuttavat sekä väestön terveyden tasoon että terveyserojen suuruuteen** (5, 6).

Terveyden edistämisen ennaltaehkäisyn merkitystä voidaan havainnollistaa **metaforalla voimakkaana virtaavasti joesta**, johon on hukkunut lukuisia ihmisiä (7). Pelastustyöntekijät tekevät parhaansa pelastaakseen mahdollisimman paljon veden varaan joutuneita joen alajuoksulta. Kovista ponnisteluista huolimatta pelastustoimet osoittautuvat vaikeiksi, koska jokainen on nostettava vedestä yksitellen. Pelastajien tehtävää ei helpota sen havaitseminen, että virta tuo jatkuvasti lisää veden varaan joutuneita ja pelastettavia on koko ajan enemmän. Ratkaisuvaihtoehtoina pelastajat keskustelevat joen vaarallisuudesta kertovien

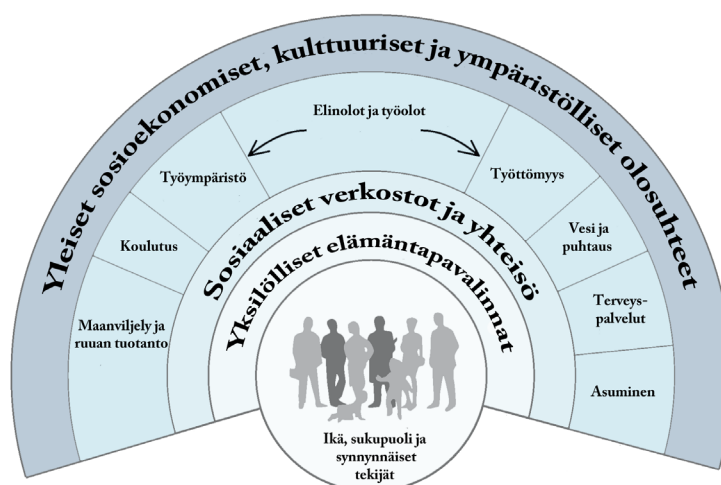
kylltien lisäämisestä, lisähenkilöstön palkkaamisesta pelastustoihin ja parempien pelastusvälineiden hankkimisesta. Kansanterveydellinen lähestymistapa olisi suunnata katse kohti joen yläjuoksua ja selvittää, miten ihmiset alkuaan ajautuvat veden varaan. Olisiko tilanne korjattavissa jo joen yläjuoksulla? Olisiko jo ihmisten putoaminen estettävissä?

Ylä- ja alajuoksua kuvaava jokimetafora (engl. downstream-upstream metaphor) kuvastaa osuvasti väestön terveyden edistämistä ja ennaltaehkäisyn tärkeyttä. Joen alajuoksun voi käsittää terveyspalvelujärjestelmäksi ja yläjuoksun terveyden sosiaalisiksi määrittäjiksi. Molemmilla on vaikutus yksilön terveyteen mutta eri vaiheissa: sairaudenhoito auttaa ainoastaan sairastunutta. **Kuviossa 1** esitetään eräs vaikutusvaltainen malli, joka kuvaa yksilön terveyden rakentumista ympäröivien sosioekonomisten, kulttuuristen ja ympäristöllisten olosuhteiden määrittämänä.

Terveyden taustatekijöitä koskevan tutkimuksen parissa työskentelevät hyödyntävät pääsääntöisesti yhteiskunnallista analyysia. Lääketieteen kentällä vallalla on yksilölähtöisempi ja sairauskeskeinen lähestymistapa, jolloin puhutaan enemmän sairauksien ehkäisystä eli preventiosta. Lääketieteessä sairauksien ehkäisy jaetaan perinteisesti kolmeen osaan: primaaripreventioon, sekundaaripreventioon ja tertiaaripreventioon (9).

Ainoastaan **primaaripreventio** on puhtaasti ennaltaehkäisevää toimintaa, jonka tarkoituksena on vähentää sairastumisen todennäköisyyttä vähentämällä riskitekijöille altistumista. Esimerkiksi rokotustoiminta ja pyrkimys muuttaa käyttäytymistä terveysneuvonnalla ovat primaaripreventiota. **Sekundaaripreventiolla** tarkoitetaan toimintaa, jolla pyritään estämään todettujen sairauksien pahenemista sekä vähentämään riskitekijöitä. Usein seulonnat ja neuvolatoiminta lasketaan sekundaaripreventioksi, vaikka niiden perusta onkin lähinnä ennaltaehkäisyssä. **Tertiaaripreventio** viittaa jo olemassa olevan sairauden ja sen oireiden pahenemisen estämiseen kuten esimerkiksi toimintakykyä palauttavaan kuntoutukseen. Sairauksien ehkäisyn paradoksi syntyy siitä, että **ennaltaehkäisyn tärkeyttä korostetaan varauksettomasti periaatteellisella tasolla mutta käytännön**

Kuvio 1. Terveyttä määrittävät tekijät (8).



toiminnassa ennaltaehkäisevät toimet jäävät usein marginaaliseen asemaan (10). Syitä ennaltaehkäisyn heikkoon asemaan voi etsiä vaikutusten osoittamisen pitkistä aikajänneistä ja selkeiden hyötyjen epäselvyydestä verrattuna esimerkiksi hoitotoimenpiteisiin, joissa hyödynsaajat ovat yksiselitteisesti tunnistettavissa. Menestyksenkäs **ennaltaehkäisy on näkymätöntä ja toteutuu ilman dramatiikkaa**. Tilastoissa näkyvät vaikutukset ja terveet elinvuodet eivät nosta kenessäkään suuria tunteita. Lisäksi vain harvoin ollaan yksimielisiä siitä, mitkä ennaltaehkäisykeinoista vaikuttavat tehokkaimmin

Muiden seikkojen lisäksi **elinkeinopoliittiset intressit voivat olla ristiriidassa kansanterveydellisten intressien kanssa**. Tällöin poliittista vaikutusvaltaa saatetaan käyttää lainsäädäntötyön jarruttamiseen taloudelliseen voitontavoiteltuun liittyvistä syistä. Hyviä esimerkitapauksia voimakkaasta kaupallisten intressien motivoimasta lobbauksesta löytyy lääke-, tupakka-, ja alkoholipoliittikan saralta sekä kansallisesti että kansainvälisesti. Lääkkeiden viitehintajärjestelmä on konkreettinen esimerkki yhteiskunnalle taloudellisesti edullisesta päätöksestä, jota lääketeollisuus vastusti voimakkaasti mutta johon se joutui lopulta sopeutumaan (11). Nykymuotoinen apteekissa tapahtuva lääkevalmisteen vaihto halvimpaan geneeriseen lääkkeeseen samalla vaikuttavalla aineella on tuonut merkittäviä säästöjä sekä valtion että yksittäisten kansalaisten lääkekuluihin.

POLITICS VS. POLICY

Terveyspolitiikkaan liittyy englanninkielisessä kirjallisuudessa kaksi sanaa, jotka kantavat toisistaan eriäviä merkityksiä: politics ja policy. Termien eroavaisuudet eivät sellaisenaan käänny suomen kielelle, koska sana "politiikka" ei tavoita alkuperäisten termien merkityseroa (12).

Terveyspolitiikka politics-merkityksessä keskittyy tutkimaan erilaisten arvojen, yhteiskunnallisten intressien ja toimijoiden vaikutusta väestön terveyteen. Huomio on tällöin toiminnassa, jolla vaikutetaan esimerkiksi virallisiin linjauksiin, lainsäädäntöön tai resurssien kohdentamiseen. Analyysissa voidaan tarkastella esimerkiksi ongelmien määrittelyihin vaikuttavia taustaoletuksia, kilpailevia intressejä tai poliittisen vallan jakautumista.

Terveyspolitiikka policy-merkityksessä viittaa jonkin toimijan joksikin ajaksi vakiintuneeseen toimintaan ja tavoitteisiin. Kyse on toiminnasta, joka on usein kirjoitettu julkiseksi ohjelmaksi tai strategiaksi (esim. hallitusohjelma tai kansallinen tupakoinnin vähentämisstrategia). Suomen kielessä voidaankin puhua toimintapolitiikasta. Analyysin kohteena on usein tietty tilapäiseksi tarkoitettu toimintaa ohjaava linjaus ja sen toimeenpano.

Esimerkiksi eri intressiryhmien toimesta tapahtuva edunvalvonta ja lobbaus tapahtuvat politics-tasolla. Tällä toiminnalla pyritään vaikuttamaan policy-tasolla toteutettaviin linjauksiin. Terveyspolitiikan tutkijoilta on peräänkuulutettu syvällisempää politics-tason tutkimusta, jotta terveyteen vaikuttavien päätöksentekoprosessien taustat tulisivat paremmin esille ja ymmärretyiksi.

Terveyden tasa-arvo

Terveyden tasa-arvo tarkoittaa vältettävissä olevien ja epäoikeudenmukaisten erojen puuttumista eri väestöryhmien välillä (13-15). Oikeudenmukaisuuteen liittyy keskeisesti normatiivisuus: oikeudenmukaisuusteoria ottavat kantaa siihen, miten asioiden tulisi olla (16). Sosiaalisesta oikeudenmukaisuudesta puhuttaessa huomio kiinnittyy yhteiskunnan instituutioiden oikeudenmukaisuuteen³. Palvelujärjestelmän oikeudenmukaisuutta arvioitaessa jako horisontaaliseen ja vertikaaliseen oikeudenmukaisuuteen on usein käytetty käsitteellinen jäsentely (17). **Horisontaalinen oikeudenmukaisuus** viittaa periaatteeseen, jonka mukaan samanlaisesta ongelmasta kärsivien tulisi saada samanlaista apua. Esimerkiksi sosioekonomisen aseman, iän, sukupuolen tai asuinpaikkakunnan ei tulisi vaikuttaa hoidon laatuun ja saatavuuteen. **Vertikaalinen oikeudenmukaisuus** tarkoittaa, että erilaiset tapaukset saavat erilaista apua tarpeen mukaan. Esimerkiksi vaikeasta vammasta kärsivä saa enemmän huomioita kuin pientä vaivaa poteva. Tutkimuksellisessa mielessä vertikaalisen oikeudenmukaisuuden, eli tarpeiden priorisoinnin määrittely, on astetta haasteellisempaa kuin horisontaalisen oikeudenmukaisuuden, eli yhdenvertaisen laadun ja saatavuuden, määrittely.

Terveyden tasa-arvon edistämiseen liittyy oleellisesti **ihmisoikeusnäkökulma** (oikeus terveyteen) ja **distributiivinen oikeudenmukaisuus** (terveyden tasainen jakautuminen) (16). Oikeudenmukaisuus ja lainmukaisuus ovat käsitteellisesti eri asioita. Toisaalta oikeudenmukaisen yhteiskuntajärjestelmän ylläpito usein käsitetään yhdeksi lakien perustavaksi tehtäväksi. Suomen perustuslain 19. pykälä toteaa, että jokaisella kansalaisella on oikeus ”ihmisarvoisen elämän edellyttämään turvaan”, joka sisältää ”oikeuden välttämättömään toimeentuloon, huolenpitoon ja asuntoon”. Terveyspalveluista perustuslaki toteaa: ”Julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä” (18).

NYKYISEN TERVEYDENHUOLTOLAIN (30.12.2010/1326) 2. PYKÄLÄSSÄ LAIN TARKOITUKSEKSI MÄÄRITELLÄÄN VIISI TAVOITETTA (19):

1. Edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta;
2. Kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja;
3. Toteuttaa väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta;
4. Vahvistaa terveydenhuollon palvelujen asiakaskeskeisyyttä; sekä
5. Vahvistaa perusterveydenhuollon toimintaedellytyksiä ja parantaa terveydenhuollon toimijoiden, kunnan eri toimialojen välistä sekä muiden toimijoiden kanssa tehtävää yhteistyötä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä.

³ Tässä yhteydessä instituutiot ymmärretään laajasti yhteiskuntaa järjestäviksi laeiksi, asetuksiksi ja käytännöiksi.

Lisäksi kansainväliset ihmisoikeussopimukset (mm. YK:n ihmisoikeuksien julistus, YK:n yleissopimukset ja WHO:n perustamisasiakirja) antavat vahvan institutionaalisen ja arvolähtöisen pohjan terveyden tasa-arvon edistämiseksi (20-22). Kansainvälisten ihmisoikeussopimusten mukaan jokaisella tulisi olla oikeus parhaaseen mahdolliseen terveydentilaan (23). Parhaalla mahdollisella terveydentilalla tarkoitetaan tilaa, joka on yksilöä ympäröivässä sosiokulttuurisessa kontekstissa paras mahdollinen. Tämän oikeuden toteutumisen kannalta tärkeää on kansalaisten yhdenvertainen mahdollisuus hyödyntää terveyden kannalta merkityksellisiä aineellisia, sosiaalisia ja tiedollisia voimavaroja. Aineellisilla voimavaroilla tarkoitetaan muun muassa riittäviä tuloja, arkisia perustarvikkeita ja asuinoloja. Sosiaalisilla voimavaroilla tarkoitetaan esimerkiksi emotionaalista, käytännöllistä ja tiedollista tukea tarjoavia ihmissuhteita sekä erilaisia vapaa-aikaan ja työelämään liittyviä verkostoja. Tiedollisilla voimavaroilla tarkoitetaan kykyä ja mahdollisuutta omaksua terveyden kannalta oleellista tietoa, johon usein viitataan niin sanotulla terveyden lukutaidolla. Toisaalta voimavarakeskeisen näkökulman rinnalle tarvitaan myös yksilöllisten toimintamahdollisuuksien tarkastelua: missä määrin yksilöllä on aito mahdollisuus valita oma terveytensä tai sairautensa?

Terveyserot

Oikeudenmukaisuuteen ja terveyden sosiaalisiin määrittäjiin liittyy keskeisesti keskustelu terveyseroista sekä niiden syistä.⁴ Suomessa terveyserojen kaventaminen on ollut terveystalouden tavoitteena 1980-luvulta asti, vaikkakin yksinomaan terveyserojen kaventamiseen tähtäävä toimintaohjelma laadittiin ensimmäisen kerran vasta vuonna 2008 (24).⁵ **Terveyserot tarkoittavat systemaattisia väestöryhmien välisiä eroja terveydentilassa, toimintakyvyssä, sairastavuudessa ja kuolleisuudessa.** Tavallisimmin terveyseroja mitataan tulotason, varallisuuden, koulutuksen ja ammattiaseman mukaan eli tekijöillä, jotka muodostavat yksilön sosioekonomisen aseman. Väestötutkimukset osoittavat kerta toisensa jälkeen saman havainnon: **mitä matalampi sosioekonominen asema, sitä heikompi terveys.** Terveyserojen taustalla ei ole yhtä yksittäistä syytä. Erojen syy- ja seuraussuhteet ovat monimutkaisia. Erot liittyvät eri väestöryhmien erilaisiin elin- ja työoloihin sekä niihin liittyviin taloudellisiin, sosiaalisiin ja poliittisiin voimavaroihin (25, 26).

Taulukko 1. Terveyserojen syntyyn vaikuttavia tekijöitä.

Mistä terveyserot syntyvät?	Aiheuttajina väestöryhmien väliset erot
TERVEYDEN TAUSTATEKIJÄT	<ul style="list-style-type: none">• Aineellisissa voimavaroissa (esim. tulot ja varallisuus)• Sosiaalisissa voimavaroissa (esim. sosiaalisen tuen määrä ja laatu)• Yleisissä elinoloissa ja työympäristöissä• Yksilöllisessä terveyskäyttäytymisessä• Vaikutusmahdollisuuksissa ja vallassa
TERVEYSPALVELUT	<ul style="list-style-type: none">• Terveyspalveluiden saatavuudessa ja laadussa• Ennaltaehkäisevissä palveluissa (primaari- ja sekundaaripreventio)• Kuntoutuksessa (tertiaaripreventio)

⁴ Terveystalouden historiasta Suomessa, ks. Leppo, K. (2013). *Terveystalouden lähtökohtia ja perusteita Suomessa ja kansainvälisesti*. Teoksessa M. Sihto, H. Palosuo, P. Topo, L. Vuorenkoski & K. Leppo (toim.), *Terveystalouden perusta ja käytännöt* (s. 86-102). Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).

⁵ Terveyserojen kaventamisen historiasta Suomessa, ks. Mikkonen, J. (2012). Finnish experiences. Teoksessa D. Raphael (toim.), *Tackling health inequalities: Lessons from international experiences* (s. 155-184). Toronto: Canadian Scholars' Press.

Terveyseroihin liittyvässä keskustelussa tuloerot ovat saaneet lähiaikoina eniten huomiota (27). Toisaalta suhteellisten tuloerojen lisäksi absoluuttisesti **vähäisemmät sosiaaliset ja taloudelliset voimavarat vaikeuttavat yksilötasolla terveyttä edistävien valintojen tekemistä**. Aikuisväestössä heikot työolot ja vähäiset työhön liittyvät vaikutusmahdollisuudet voivat edelleen vaikeuttaa terveyden ylläpitämistä. Lisäksi matala sosioekonominen asema voi altistaa yksilön terveyttä vaarantavien selviytymiskeinojen käyttöön. Alkoholinkäyttö, tupakointi ja terveyden kannalta epäterveelliset ruokailutottumukset ovat yleisempiä matalammissa sosioekonomisissa ryhmissä.

Terveyttä vaarantavat **elintavat opitaan usein nuorena, jolloin elinympäristöt määrittelevät voimakkaasti yksilön toimintamahdollisuuksia**. Tästä syystä ongelmien ennaltaehkäisyllä voidaan saavuttaa paljon, jonka vuoksi etenkin lapset ja nuoret ovat keskiössä terveyserojen ehkäisyssä. Toisaalta ennaltaehkäisyyn pyrkivän toiminnan perusteleminen on haasteellista nykyisessä poliittisessä ilmastossa, jossa vaikutusten odotetaan näkyvän välittömästi. Esimerkiksi yksittäisten poliitikkojen ajattelun aikajänne voi olla yhden vaalikauden mittainen, jolloin poliitikon ensisijainen tavoite voi olla seuraavissa vaaleissa pärjääminen kestävän yhteiskunnallisen kehityksen sijaan. Väestötasolla merkittävien **ennaltaehkäisevien toimien tulokset näkyvät usein vasta vuosikymmenten päästä**.

Esimerkkinä terveyserot Suomessa

Rikkaimman ja köyhimmän tuloviidenneksen erot 35-vuotiaiden eliniänodotteessa olivat suomalaisilla miehillä 12,5 ja naisilla 6,8 vuotta vuonna 2007. Vuosien 1988-2007 välillä erot kasvoivat miehillä 5,1 ja naisilla 2,9 vuotta (28).

Terveyserot ovat hieman pienempiä ammattiaseman tai koulutustason mukaan kuin tuloluokittain mitattuna. Erot ovat silti merkittäviä: esimerkiksi 35-vuotiaan työntekijämiehen keskimääräinen eliniänodote on noin 74 vuotta, kun taas johtavassa asemassa oleva mies voi olettaa elävänsä 80-vuotiaaksi. Samalla työntekijämiesten viimeisten vuosien elämänlaatu ja toimintakyky ovat matalammalla tasolla kuin johtavassa asemassa olleiden miesten. Ammattiaseman mukaan mitattuna ylimpään ja alimpaan ryhmään kuuluvien miesten välinen ero eliniänodotteessa on siis kuusi vuotta, ja naisilla vastaava ero on kolme vuotta (29).

Erot koetussa terveydessä ovat myös merkittäviä sosioekonomisen aseman mukaan mitattuna. Huonoksi tai enintään keskitasoiseksi terveytensä koki perusasteen koulutuksen saaneista miehistä ja naisista noin 30 prosenttia. Vastaavat luvut korkea-asteen koulutuksen saaneilla olivat miehillä 14 ja naisilla 17 prosenttia.

Tutkijat ovat selittäneet terveyseroja eri näkökulmista. **Taulukossa 2** listatut selitysmallit ovat lähtökohtaisesti päällekkäisiä eivätkä sulje toisiaan pois. Tutkijoiden piirissä vallitsee laaja yksimielisyys siitä, että nykytilanteessa matalan sosioekonomisen aseman mukanaan tuoma heikompi terveydentila on vain pienissä määrin selitettävissä niin kutsutun, valikoitumisteorian kautta (=ennestään sairaammat valikoituvat alempaan sosioekonomiseen asemaan). Lisäksi terveyseroissa ei ole kyse vain eroista sosioekonomisen jakauman ylä- ja alapäiden välillä vaan erot leikkaavat lineaarisesti koko sosiaalisen hierarkian. Tähän ilmiöön viitataan puhuttaessa terveyden sosiaalisesta gradientista. Gradientilla, tai terveyden portaikolla, viitataan yksilöiden sosiaalisen aseman ja terveydentilan yhtäaikaiseen keskimääräiseen kohoamiseen.

Taulukko 2. Terveyseroja selittäviä malleja

<p>Aineelliset selitysmallit Elin- ja työolojen erot eri väestöryhmissä (30)</p>
<p>Elämäntapaan liittyvät selitysmallit Elämäntapahtumien kasautuvat vaikutukset lapsuudesta vanhuuteen (13, 31)</p>
<p>Käyttäytymiseen liittyvät selitysmallit Terveyskäyttäytyminen ja siihen liittyvät kulttuuriset erot (32)</p>
<p>Poliittiset selitysmallit Hallinnon rakentuminen sekä vallan ja vaikutusmahdollisuuksien erot eri väestöryhmissä (26, 33)</p>
<p>Psykososiaaliset selitysmallit Matalan sosiaalisen aseman aiheuttama stressi ja kuormitus (27, 34, 35)</p>
<p>Terveyspalveluihin liittyvät selitysmallit Erot terveyspalveluiden laadussa ja saatavuudessa eri väestöryhmissä (36)</p>

Terveyserojen ratkaisemiseksi ei ole löydettävissä yhtä oikeaa patenttiratkaisua, koska erojen syyt ovat moninaisia. Terveystutkijoiden piirissä kuitenkin vallitsee laaja yksimielisyys, että terveyseroja tulisi kaventaa sektorirajat ylittävällä yhteistyöllä (esim. terveys kaikissa politiikoissa -lähestymistapa, engl. Health in All Policies) (37, 38). Toisaalta terveyserojen kaventaminen ei ole pelkkä tekninen harjoitus. Tärkeää on yhteisöllisesti jaettu käsitys oikeudenmukaisuuden periaatteista ja sitoutumisesta niiden toteuttamiseen. Näitä periaatteita ovat esimerkiksi terveyden käsittäminen ihmisoikeutena ja kaikkia koskeva oikeus laadukkaisiin terveyspalveluihin (39). **Taulukko 3** on koottu joitakin keskeisiä syitä sille, miksi terveyserojen kaventaminen on osoittautunut ”ilkeän ongelman” kaltaiseksi vaikeaksi haasteeksi.

Taulukko 3. Terveyserojen kaventamisen haasteita (40)

- 1.** Terveyserojen syyt ovat moniulotteisia ja useat erilaiset toimenpiteet voivat olla tehokkaita, mutta niiden vaikuttavuuden osoittaminen on vaikeaa ongelman monimutkaisuudesta johtuen.
- 2.** Terveyseroja kaventavaa politiikkaa tulisi panna toimeen suunnitelmallisesti pitkällä aikavälillä, mutta käytännössä politiikassa vaikuttavat lyhyet vaalikausien mittaiset aikavälit.
- 3.** Aidosti poikkisektoriaalinen ja hallintorajat ylittävä terveyserojen kaventamistyö on haasteellista, vaikka yhteinen tahtotila toimenpiteiden tärkeydestä saavutettaisiin.
- 4.** Muiden sektoreiden intressit ohittavat prioriteeteissa kansanterveydellisen intressin (resurssijako).
- 5.** Syy- ja seuraussuhteet ovat monimutkaisia ja toimenpiteiden seurauksia on vaikea ennustaa.
- 6.** Terveyseroista ja niiden kehityksestä ei ole runsaasti luotettavaa pitkäaikaisnäyttöä.
- 7.** Globalisaatio ja desentralisaatio ovat kaventaneet yksittäisten valtioiden sekä hallitusten kykyä monimutkaisten politiikkahaasteiden ratkaisemiseksi.

Terveysten edistämisen etiikka

Kehittyneissä länsimaissa **kansanterveyden suurimmat uhat ovat muuttuneet yhä enemmän tartuntataudeista krooniseksi elämäntapasairauksiksi**. Terveysten suojelun eettinen perusta vaatii tämän muutoksen myötä myös uusia jäsenyyksiä. Samalla on kuitenkin tärkeää muistaa, että tartuntatauteja ei ole lopullisesti voitettu ja valmiusjärjestelmien ylläpito on tärkeää myös tulevaisuudessa. Viime vuosina näkyvimpiä muistutuksia tartuntatautien olemassaolosta ovat olleet influenssaepidemioidet, SARS-keuhkokuume ja Ebola-viruksen leviäminen. Globalisaation myötä ihmiset liikkuvat enemmän rajojen yli ja tartuntataudit voivat leviätä historiallisen nopeasti. Tarttuvien tautien ehkäisyyn liittyvät massarokotukset ja karanteenit ovat kuitenkin eettisesti perusteltavissa eri tavoin kuin elintapoihin liittyvien sairauksien ehkäisy. Seuraavassa käsitellään terveyden edistämisen oikeuttamista tarttumattomien tautien näkökulmasta.

Kansanterveyttä edistävälle työlle mainitaan usein neljä eettistä periaatetta, joihin suunniteltua toimintaa tulisi peilata: 1) **itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen** (autonomy), 2) **vahingon välttäminen** (nonmaleficence), 3) **hyödyllisyys** (beneficence) ja 4) **oikeudenmukaisuus** (justice) (41). Elintapoihin liittyvän muutostyön eettiset perustelut ovat perinteisesti nousseet kolmesta erilaisesta lähtökohdasta (42). Ensimmäinen ja yksinkertaisin lähtökohta on vapaaehtoinen suostuminen terveyden edistämisen toimien kohteeksi (esim. tupakoinninlopettamis- tai painonhallintaryhmät). Toinen lähtökohta nousee ajatuksesta, jonka mukaan niin sanottu **heikko paternalismi** on oikeutettua. Tällä viitataan periaatteeseen, jonka mukaan ihmisiin kohdistuvat interventiot ovat oikeutettuja silloin, kun yksilöiden päätöksentekokyky on osittain kaventunut ja toiminta on vahingollista yksilölle itselleen (esim. erilaiset riippuvuudet). Toisaalta päätöksenteon kaventumisen ehdot ovat monin tavoin kyseenalaistettavissa. Kolmas lähtökohta on **utilitaristinen**, jonka huomio on käyttäytymisen seurauksissa. Näkemyksen mukaan periaatteena tulisi olla suurin mahdollinen hyöty suurimmalle mahdolliselle joukolle. Esimerkiksi terveydelle vahingollinen käyttäytyminen ei koske vain yksilöä itseään, vaan myös hänen lähiympäristöään ja voi vahingoittaa yhteiskuntaa myös laajemmin sosiaalisten ongelmien sekä taloudellisten menetysten kautta. Utilitarismin ongelmat liittyvät käytettyjen keinojen oikeuttamiseen päämäärillä.

Terveyden edistämistä voidaan edellä mainittujen näkökulmien ohella tarkastella ennen kaikkea **yksilön autonomian ja itsemääräämisoikeuden kasvattamisen kautta**. Sairaus ja sairastuminen kaventavat yksilön autonomiaa. Tutkimusnäyttö viittaa vahvasti siihen, että suurimmasta autonomiasta ja toimintakyvystä nauttivat ihmiset lukeutuvat myös väestötasolla terveimpiin ihmisiin eri mittarein mitattuna. Toisaalta väestöryhmät, joilla on vähiten vaikutusvaltaa omiin elin- ja työoloihinsa, ovat systemaattisesti sairaampia. Ihminen ei koe elämänsä hallittavaksi, mikäli yksilölliset vaikutusmahdollisuudet elämänkulkuun ovat taloudellisten tai sosiaalisten resurssien vuoksi heikot. Tästä näkökulmasta terveyden edistämisen pääasiallisen painopisteen tulisikin olla nimenomaan autonomian kasvattamisessa yksilö- ja yhteisötason voimavaroja lisäämällä, ei vapauksia rajoittamalla.

Autonomian voi ymmärtää yksilön kyvyksi arvioida kriittisesti sekä tarvittaessa muuttaa henkilökohtaisia arvojaan sekä niistä seuraavaa toimintaa. Terveiden edistäminen on arvolähtöistä toimintaa. Mikäli kaikki muutostyö arvioitaisiin paternalistiseksi yksilön omaan harkintavaltaan puuttumiseksi, muuttuisi suurin osa terveyden edistämistyöstä mahdottomaksi. Muutettavissa olevat elintavat muodostavat elinolojen ohella merkittävän osan nykyisestä yhteiskunnan sairauskuormasta, ja siksi yhteiskunnalle voidaan asettaa valtaa ja vastuuta terveysongelmien ennaltaehkäisemiseksi. On kuitenkin tarpeellista keskustella siitä, mitkä ovat vapaan yhteiskunnan vallan rajat säännöstelyssä, rajoittamisessa ja kieltämisessä suhteutettuna ehkäistävissä olevien sairauksien ja kuolleisuuden vähentämiseen. Mikäli yhteiskunnalla on mahdollisuus laajasti hyväksytyillä keinoilla vähentää vältettävissä olevaa kärsimystä, sairastavuutta ja kuolleisuutta, olisi esitettävä vahvoja perusteluja sille, miksi näitä keinoja ei hyödynnettäisi (43).

Vältettävissä olevien terveyserojen kasvu on huolestuttavaa sekä **eettisesti** että **taloudellisesti**. Eettisesti ei voida pitää hyväksyttävänä, että matalammassa sosioekonomisessa asemassa olevat sairastavat enemmän ja kuolevat aikaisemmin johtuen syistä, joihin olisi ollut mahdollista vaikuttaa. Inhimillisen kärsimyksen aiheuttamisen ohella terveyserot tulevat myös taloudellisesti kalliiksi alentamalla työn tuottavuutta ja lyhentämällä työuria. Lisäksi väestöryhmien jyrkempi eriytyminen heikentää yhteiskunnan koheesiota. Tämä puolestaan voi tehdä terveyseroihin puuttumisen tulevaisuudessa entistä vaikeammaksi. Tällä hetkellä huomiota tulisi suunnata ennen kaikkea keinoihin, joilla voidaan estää huono-osaisuuden ylisukupolvista periytymistä.

Toimintamahdollisuudet ja terveys

Tasa-arvolähtöisen ja vaikuttavan terveystalouden on nähty vahvistavan yksilöiden vapautta, toimintakykyä ja toimintamahdollisuuksia (11). Teoreettisesti yksilöiden kykyä toimia voidaan jäsentää **toimintojen** (functions) ja **toimintamahdollisuuksien** (capabilities) kautta.⁶ Arjen tasolle pelkistettynä erilaiset toiminnot voidaan jakaa olemiseen (esim. olla kylläinen tai nälkäinen) tai tekemiseen (esim. ruoanlaitto). Nälän poistamiseksi yksilö tarvitsee ruuan valmistamisen mahdollistavat ainekset mutta myös toimintakyvyn tai taidon aineiden hyödyntämiseksi. Esimerkiksi terveydenhuollossa palvelusetelillä palvelua valitseva kansalainen tarvitsee riittävät tiedot ja taidot palvelunsa valitsemiseksi. Valintaprosessi ei useinkaan ole ongelmaton ja yksinkertainen. Lisäksi palveluseteli ei välttämättä kata koko palvelumaksua, jonka myötä kansalaiset voivat helposti joutua erilaisiin asemiin maksukyvyn mukaan. **Erilaisilla toimintamahdollisuuksilla tarkoitetaan yksilön kykyä toimia itselleen tärkeiden asioiden eteen sekä saavuttaa arvostamia asioita toimintojen kautta** (44, 45). Huomio on tällöin yksilön

⁶ Amartya Senin käyttämä ”capabilities”-käsite voidaan kääntää myös sanalla ”toimintavalmius”. Tässä yhteydessä puhutaan toimintamahdollisuuksista, joka on suomalaisessa kirjallisuudessa hieman useammin käytetty käännoista.

todellisissa toimintamahdollisuuksissa ja -rajoitteissa, jotka liittyvät esimerkiksi hyvinvoinnin tai terveyden saavuttamiseen ja ylläpitämiseen.

Puutteelliset voimavarat eri elämän alueilla vaikeuttavat autonomisuutta ja vapaata elämää. Toisaalta samalla kyse on yksilön omista toimintamahdollisuuksista tai kyvykkyyksistä hyödyntää ympäröiviä voimavaroja. **Vapaus syntyy yksilön kyvystä käyttää saatavilla olevia voimavaroja omien arvojensa mukaiseen toimintaan.** Yleisellä tasolla esimerkkejä hyvinvointia edistävästä olemisen ja tekemisen muodoista ovat itsensä toteuttaminen kouluttautumalla tai mahdollisuus elämää rikastuttaviin sosiaalisiin suhteisiin.

Terveyspoliittiselta kannalta on tärkeää tarkastella terveyden sosiaalisten määrittäjien ja toimintamahdollisuuksien yhteyttä: mitkä ovat väestötasolla kaikkein arvostetuimpia toimintamahdollisuuksia, jotka mahdollistavat terveen elämän? Seuraava askel oikeudenmukaisuusnäkökulmasta tarkasteltuna on arvioida, miten sosiaalinen tai taloudellinen eriarvoisuus voivat estää tärkeäksi koettujen toimintamahdollisuuksien toteutumisen sekä miten kyseisiä esteitä voidaan purkaa. Terveyden näkökulmasta vaikutukset ovat kaksisuuntaisia: yksilölle avoimena olevien toimintamahdollisuuksien laaja määrä edistää terveyttä ja toisaalta huono terveys kaventaa toimintamahdollisuuksia.

Hyvään elämään kuuluu itsemääräämisoikeus ja aito mahdollisuus valita. Vaikka autonomian kasvaminen ja terveys eivät olisi jokaisessa tapauksessa suoraan yhteydessä toisiinsa, on niiden välillä kuitenkin todettavissa merkittävä keskimääräinen yhteys. **Yksilöiden ja yhteisöjen voimavarojen kasvattaminen laajempien toimintamahdollisuuksien takaamiseksi tarjoaa hyvän perustan terveyden edistämisen eettiseksi oikeuttamiseksi** (46).

Filosofiselta kannalta toimintamahdollisuuksiin ja niiden toteumiin keskittyvä lähestymistapa on pyrkinyt uudella tavalla yhdistämään kahta hyvinvoinnin jäsentämisen teoreettista perinnettä: resurssikeskeistä ja subjektiivista. Resurssikeskeinen hyvinvointinäkemys korostaa objektiivisesti mitattavissa olevien voimavarojen tärkeyttä hyvinvoinnin toteutumisen kannalta (esim. taloudelliset resurssit). Subjektiivinen hyvinvointinäkemys keskittää huomion yksilön omaan kokemukseen hyvinvointinsa tasosta (esim. koettu onnellisuus). Mikäli tavoitteena on kasvattaa yksilöiden vapautta, olisi huomio kiinnitettävä siihen, miten toimintamahdollisuuksia kyetään reaalisesti toteuttamaan. Tällöin kumpikaan perinteisistä hyvinvointinäkemyksistä ei tarjoa tyydyttävää vastausta. **Aineelliset ja sosiaaliset voimavarat vaikuttavat keskeisesti yksilölle avautuvien todellisten toimintamahdollisuuksien määrään.** Toisaalta yltäkylläisyys voi kääntyä ihmistä itseään vastaan yhtä lailla kuin jatkuva puute, ja tämän vuoksi kohtuudella (esim. kestävä kehityksen periaatteet) sekä hyveillä on keskeinen asema toimintamahdollisuuksiin keskittyvissä teorioissa (47). Sekä resurssikeskeistä että subjektiivista näkemystä tarvitaan yksilön todellisia toimintamahdollisuuksia arvioitaessa.

Sosiaalisen oikeudenmukaisuuden edistäminen tarkoittaa **toimintamahdollisuuksien edellytyksenä olevien aineellisten ja sosiaalisten voimavarojen turvaamista ja ylläpitämistä** (48). Suomalaisen sosiaali- ja terveyspolitiikan linjatukset ovat pääsääntöisesti olleet toimintamahdollisuuksia korostavan näkemystavan

mukaisia (49). Usein oikeudenmukaisuuden tavoitteen toteuttaminen edellyttää haavoittuvassa sosiaalisessa asemassa olevien suojelemista hyväksikäytöltä sekä vallan ja resurssien ainakin osittaista uudelleenjakoa heikommassa asemassa olevien eduksi. Terveysteen liittyvää sosiaalista oikeudenmukaisuutta voidaan edistää tarjoamalla kansalaisille yhdenvertaisia lähtökohtia oman terveytensä edistämiseksi, arvioimalla yhteiskunnallisten päätösten terveysvaikutuksia, toimeenpanemalla terveyttä edistävää yhteiskuntapolitiikkaa ja edistämällä käsitystä terveydestä perusoikeutena eikä etuoikeutena (50). Toiminnan kehittämisen kannalta on keskeistä arvioida vaikuttavuutta ja seurata, johtavatko käytetyt keinot asetettuihin tavoitteisiin.

Oikeudenmukaisuus terveydenhuollossa

Terveyspalveluiden laadulla ja saatavuudella on merkitystä väestön terveyden kannalta, vaikka palvelujärjestelmää ei pääsääntöisesti mainitakaan ensisijaisena terveyden sosiaalisena määrittäjänä. Laaja-alainen terveyspolitiikka viittaa terveyttä tuottavien tekijöiden kokonaisuuteen, kun taas terveydenhuoltopolitiikka viittaa suppeammin terveydenhuollon järjestämiseen (12). Euroopan unionin tasolla terveydenhuollossa on kirjattu kolme kantavaa arvoa ja periaatetta:

universaalisuus, oikeudenmukaisuus ja solidaarisuus. Periaatteet tarkoittavat, että terveyspalvelujen tulisi olla kaikkien kansalaisten saatavilla (universaalisuus), palvelujen piiriin pääsyn tulisi olla yhdenvertaista (oikeudenmukaisuus) ja palvelujen kustannukset tulisi jakaa maksukyvyyn mukaan (solidaarisuus) (51). Terveydenhuollon palveluiden järjestämisessä ehkä tärkein kysymys liittyy niiden rahoitukseen. Kollektiivinen rahoitusjärjestelmä perustuu riskien jakamiseen ja on perusteiltaan käytännössä aina oikeudenmukaisempi kuin yksilön vastuuta ja varallisuutta korostava terveydenhuoltojärjestelmä.⁷ Terveydenhuoltojärjestelmän toimivuuden kannalta muita tärkeitä mittareita ovat **palveluiden laatu ja saatavuus sekä järjestelmän taloudellinen kestävyys**. Toisin sanoen palveluiden tulisi olla laadukkaita, vastata todellisiin terveyteen liittyviin tarpeisiin ja olla saatavilla tarvittaessa. Lisäksi terveydenhuoltojärjestelmän tulisi olla taloudellisesti kestävällä pohjalla, ettei se ylitä yhteiskunnan kantokykyä.

Suomessa erot palveluiden saatavuudessa voivat tulevaisuudessa kasvattaa terveyseroja yhä enemmän. Vaikea yhtälö syntyy vallitsevasta tilanteesta, jossa väestön ikääntyminen kasvattaa terveyspalveluiden kysyntää mutta samanaikaisesti kaventaa niiden rahoituspohjaa. Lisäksi terveydenhuollon kansanterveydellinen merkitys on vähitellen kasvanut tehokkaampien hoitomuotojen myötä. Suomen perusterveydenhuolto on ajautunut tilanteeseen, jossa aikoinaan merkittävänä sosiaalisina innovaatioina luodut kuntien ylläpitämät terveyskeskukset ovat huomattavien haasteiden edessä. Tällä hetkellä eräs keskeisin Suomen terveydenhuoltojärjestelmän tasa-arvoon liittyvä ongelma on ihmisten jakautuminen

⁷ Esimerkiksi Yhdysvalloissa terveysmenot ovat suurin yksittäinen syy henkilökohtaiseen konkurssiin. Terveysriskien kollektiiviseen vakuuttamiseen perustuvissa yhteiskunnissa tällaisia konkurssseja ei esiinny lainkaan.

sosioekonomisen aseman mukaan ryhmiin, joiden **pääsy laadukkaaseen perusterveydenhuollon piiriin vaihtelee huomattavasti** (36). Perusterveydenhuollossa jakolinjat on muodostunut hoidon tarvetta arvioidessa kääntäen: kaikkein **sairaimmat sosioekonomiset ryhmät kohtaavat eniten esteitä hoitopääsyssä ja terveimmillä sosioekonomisilla ryhmillä on nopein pääsy palveluihin**.

Perusterveydenhuollossa vallitsevaa epäoikeudenmukaisuutta voi jäsentää tarkastelemalla väestöryhmien erilaisia mahdollisuuksia palvelujärjestelmän piiriin pääsyssä. **Alueellisten erojen ja hoidon saavutettavuuden lisäksi kyse on palvelujärjestelmien eriytymisestä julkiseen, yksityiseen ja työterveyshuoltoon**. Suhteellisen pitkistä jonoista ja resurssipulasta kärsivät julkiset terveyskeskukset ovat jääneet yhä enemmän palvelemaan työelämän ulkopuolella olevia ryhmiä: työttömiä, eläkeläisiä ja lapsia. Lisäksi Suomessa on hoitopääsyyn liittyviä suhteellisen suuria alueellisia eroja.

Viime vuosikymmenien muutosten myötä työterveyshuollosta on muodostunut työelämässä olevien, ensisijassa terveiden aikuisten, ensisijainen hoitoon hakeutumisen väylä. Toisaalta tarjotun työterveydenhuollon työpaikkakohtaisessa kattavuudessa on eroja, jotka eivät perustu työn rasittavuuteen vaan yksittäisen työnantajan valintoihin. Usein työterveyden vastaanotolle saapuva potilas itsekään ei ole varma, mitä työnantajan tarjoama työterveyspaketti lopulta kattaa. Lisäksi yksityiset vakuutukset ovat yleistyneet ja lisänneet yksityisten terveyspalveluiden käyttöä, joita myös valtio tukee Kela-korvauksella. Oikeudenmukaisuuden kannalta tilanne on erittäin ongelmallinen, koska **terveyspalvelut eivät kohdennu hoidon tarpeen mukaan**. Mikäli kansalaisten yhdenvertainen oikeus terveyteen hyväksytään ohjaavaksi arvoksi, vallitseva tilanne on oikeudenmukaisuuden kannalta kestävä. Suomen terveydenhuollon rahoitusjärjestelmä on poikkeuksellisen monimutkainen, ja kokonaisuuden hahmottaminen on vaikeaa myös alan parhaille asiantuntijoille (52). Todennäköistä on, että palveluiden kohdentumiseen liittyviä ongelmia joudutaan tulevaisuudessa ratkaisemaan uudistamalla koko terveydenhuollon rahoitusjärjestelmä (53).

Terveydenhuollon sisäisten prosessien puutteellinen ohjaaminen on vaarassa kasvattaa niin sanottua **piilopriorisointia**. Poliitikoilla ja terveydenhuollon päätöksentekijöillä on taipumus välttää luonteeltaan vaikeaa priorisointikeskustelua. Selkeästi kiireellisen ja kiireettömän hoidon priorisoinnin tarpeesta on laaja yhteisymmärrys, mutta ongelmat alkavat siirryttyä yksityiskohtaisempaan keskusteluun sairauksien ja väestöryhmien asettamisesta tärkeysjärjestykseen resurssien kohdentamisessa. Tämä johtaa helposti tilanteeseen, jossa priorisointi on jatkuvaa mutta sen periaatteet eivät ole läpinäkyviä. Oikeudenmukaisuuden kannalta vaara liittyy priorisoinnin toteutumiseen vähemmän hoidontarpeen arvioinnin sekä terveyshyödyn perusteella ja enemmän sosioekonomisen aseman mukaan. Tällöin hoitoa aktiivisimmin vaativat ja yleensä paremmassa asemassa olevat henkilöt varmistavat itselleen nopeamman hoitopääsyn ja laadukkaamman hoidon. Oikeudenmukaisuuden toteutumisen kannalta vaikeat mutta julkiset priorisointilinjaukset ovat parempi menettelytapa kuin piilossa tapahtuva usein hyväosaisia suosiva terveydenhuollon priorisointi.

Myönteisenä kehityksenä on huomioitava, että **keskimääräisesti mitattuna suomalaisten terveydentila on parantunut merkittävästi viimeisen puolen vuosisadan aikana**. Tähän on keskeisesti vaikuttanut yleisten elinolojen parantuminen kaikissa sosioekonomisissa ryhmissä. Lisäksi kehitys nähdään ennen kaikkea **tasa-arvoa ja yhdenvertaisuutta korostaneen yhteiskuntapolitiikan ansioksi** (54). Kansainvälisissä vertailuissa pohjoismaat ovat pärjäneet hyvin, kun on verrattu väestön keskimääräistä terveyttä ja hyvinvointia. Toisaalta Suomen monia muita maita suuremmat suhteelliset terveyserot ovat askarruttaneet tutkijoita. Suhteellisia eroja käsitellessä tulee huomioida yhtenä terveyseroja kasvattavana tekijänä se, että sosioekonomisen asteikon yläpäässä olevien terveydentila saattaa jatkuvasti parantua mutta **alempien sosioekonomisten ryhmien terveydentilan kohentuminen on hidastunut tai kokonaan pysähtynyt**. Suomessa etenkin alkoholiperäinen sairastavuus ja kuolleisuus on yksi merkittävä terveyseroja selittävä tekijä.

ESIMERKKEINÄ YHDYSVALLAT JA KANADA

Kansainvälisestä näkökulmasta tarkasteltuna yksityiset vakuutusperusteiset järjestelmät ovat johtaneet palveluiden saatavuuden ja laadun heikkenemiseen alempien sosioekonomisten ryhmien kohdalla. Näin on käynyt muun muassa Yhdysvalloissa, jossa terveydenhuollon kulut ovat korkeimpia maailmassa, terveydenhuoltojärjestelmän kustannustehokkuus on heikkoa ja sosioekonomiset ryhmät ovat huomattavan epä-tasa-arvoisessa asemassa mitattaessa hoidon laatua sekä saatavuutta (55).

Yksi suunnittelematon yhdysvaltalaisen poliittisen järjestelmän seuraus on ollut niin kutsuttu kateuden ja mielihahan politiikka (engl. the politics of resentment). Termillä viitataan tilanteeseen, jossa varakkaampi väestö pahoittaa mielensä, koska heidän maksamiaan verovarvoja esitetään suunnattavaksi heikommassa asemassa olevien kansalaisten terveydenhoitoon. Lisäksi voimakkaat käsitykset yksilön itsemääräämisoikeudesta ja vapaudesta ovat toimineet Yhdysvalloissa kollektiivisia ratkaisua vastaan. Tämä on antanut yksityisille terveyspalveluiden tuottajille yhä enemmän valtaa suhteessa osavaltioihin ja liittovaltioon.

Toisaalta esimerkiksi Kanadassa terveydenhuoltojärjestelmän kehitys on kulkenut universalismin periaatteiden myötä täysin päinvastaiseen suuntaan eli kohti niin sanottua solidaarisuuden politiikkaa (engl. the politics of solidarity). Valtaosa kanadalaisista on ylpeitä maan kaikille avoimesta ja julkisesti ylläpidetystä terveydenhuoltojärjestelmästä. Lisäksi useimmat ovat valmiita maksamaan korkeampia veroja, jotta kansalaisten yhdenvertaisuus terveydenhuollossa kyettäisiin turvaamaan (56).

Terveydenhuollon lähtökohtia on luonnehdittu kolmen erilaisen paradigman kautta (**taulukko 4**) (57). Terveyspalveluja ohjaavat järjestelmät voivat olla perustavilta lähtökohdiltaan markkinaperustaisia, tavoitesuuntautuneita tai perusoikeudellisia. **Markkinaperusteinen järjestelmä** pitää ensisijaisena lähtökohhtanaan terveyteen liittyvien markkinoiden toimivuutta. Tällöin potilaista tulee palveluita ostavia asiakkaita ja vakuutusyhtiöt voivat myydä asiakkailleen turvaa markkinariskien pienentämiseksi. **Tavoitesuuntautunut järjestelmä** kiinnittää ensisijaisen huomionsa lopputuloksiin ja suoritteiden mittaamiseen: onko terveyttä pystytty edistämään ja tuottamaan tehokkaasti suhteessa käytettyihin resursseihin? **Perusoikeudellinen järjestelmä** näkee terveyden ihmisoikeutena ja osana kansalaisuutta: laadukas ja kaikkien saatavilla oleva terveydenhoito on sosiaalinen instituutio, jota tulee kannattaa itseisarvona.

Edellä mainitut typologiat eivät ole toisiaan poissulkevia, mutta eri maiden terveydenhuoltoa hallitsee usein tietty paradigma. **Markkinaperustainen paradigma on lähivuosikymmeninä tarjonnut keskeisen lähtökohdan terveydenhuollon järjestämiseksi.** Terveysmarkkinoiden kasvu on näkynyt myös suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä. Arvioiden mukaan Suomessa jo puolelle lapsiperheistä on lasten yksityisiä terveysvakuutuksia ja aikuisista vakuutuksia on noin joka viidennellä (58). Yksityisten vakuutusten käyttö jakautuu sosioekonomisen aseman mukaan ja vakuutuksia hankkivat pääsääntöisesti varakkaat ja koulutetut suomalaiset. Usein yhden paradigman vahvistuminen heikentää paradigman ulkopuolisia ulottuvuuksia: esimerkiksi yksityisten terveysvakuutusten laajempi käyttö voi heikentää vakuutuksia ottavien hyväosaisten halua rahoittaa julkista terveydenhuoltoa verovaroin. Perusteena voi olla, että yksityisen terveysvakuutuksen hankkineet eivät halua verovarojaan kohdennettavan julkiseen perusterveydenhuoltoon, jota he eivät kuitenkaan käytä. Teoriassa voidaan kuvitella järjestelmä,

Taulukko 4. Terveydenhuoltojärjestelmien typologioita

MARKKINAPERUSTAINEN (market-based)	Terveys markkinahyödykkeenä
TAVOITESUUNTAUTUNUT (goal-oriented)	Terveys lopputuloksena
PERUSOIKEUDELLINEN (constitutional)	Terveys ihmisoikeutena

joka yhdistäisi kolmen edellä mainitun suuntauksen parhaat puolet: palveluiden tuottaminen perustuisi aitoon markkinaehtoiseen kilpailuun, terveyttä tuotettaisiin tehokkaasti ja palvelut olisivat tasa-arvoisesti kaikkien saatavilla.

Terveyspalveluiden lisäksi **sosiaalipalveluiden rooli on erittäin merkittävä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä**. Terveyspalvelut ovat selkeästi hallinneet nykyistä sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistamiskeskustelua. Tämä voi osiltaan liittyä lääkäriprofession yleisesti arvostettuun asemaan ja merkittävästi suurempaan yhteiskunnalliseen valtaan verrattuna sosiaaliryö- ja palveluiden asiantuntijoihin. Vaarana on, että sosiaalipalveluiden uudistamisen arvokkaat mahdollisuudet hukataan tai että niitä uudistetaan vahvasti lääketieteellisen ajattelutavan tarjoamalla reunaehdoilla, jolloin huomiota ei kiinnitetä tarpeeksi sosiaalisten ympäristöjen merkittävyyteen ihmisten hyvinvoinnin turvaajina ja mahdollistajina. Biolääketieteellistä ja yksilökeskeistä terveystieteistä tulisikin edelleen laajentaa nimenomaan ennaltaehkäisyyn suuntaan. Tällöin tärkeää on huomioida yksilöiden todelliset toimintamahdollisuudet sekä vahvistaa kansalaisten mahdollisuuksia vaikuttaa aktiivisesti terveytensä taustatekijöihin. **Sosiaalisten ongelmien medikalisaatio ja ylikysilyllistäminen ovat usein seurausta lääkäriprofession kasvavasta vallasta.**⁸ Sosiaalialan asiantuntijoille tulisi antaa vahva mandaatti oman palvelujärjestelmänsä uudistamisessa ja uudenlaisen palveluintegraation suunnittelussa. Lääkäreiden biolääketieteellinen koulutus on keskittynyt pääsääntöisesti yksilöiden hoitamiseen eikä lääkärikoulutus itsessään tuo vahvaa pätevyyttä väestön terveyden edistämiseen ja terveyttä edistävien rakenteiden suunnitteluun. Ensiarvoisen tärkeää olisi vahvistaa terveys- ja sosiaalialan toimijoiden tiivistä moniammatillista yhteistyötä, jonka keskiössä on palveluiden käyttäjä.

⁸ Keskusteluun liittyy olennaisesti myös medikalisaatio, joka tarkoittaa lääketieteen vallan ja vaikutuspiirin laajenemista. Kyse on ihmisten arjen ongelmien siirtymisestä yhä enemmän lääketieteellisen määrittelyn alaisuuteen, joka samalla tarkoittaa ongelmien hoitamista terveydenhuollon toimenpiteillä. Medikalisaatio nähdään usein kielteiseksi ilmiöksi, joka omalta osaltaan kasvattaa terveydenhuollon kustannuksia: ”Yksi medikalisaation taustavoima on lisääntyvä (perusteltu tai perustelematon) usko teknologian mahdollisuuksiin tehokkaasti ja helposti ratkaista arjen ongelmia ja hallita elämää sekä siihen liittyviä riskejä. Näin medikalisaatio lisää terveydenhuollon kysyntää ja sen kautta kustannuksia.” Lähde: Vuorenkoski, L., & Saarni, S. (2006). Priorisointi ja terveydenhuollon oikeudenmukaisuus. Teoksessa J. Teperi, L. Vuorenkoski, K. Manderbacka, E. Ollila & I. Keskimäki (Toim.), Riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa (ss. 35-39). Helsinki: Stakes.

TERVEYSPOLITIIKAN INTRESSIRYHMIÄ

Poliittisten puolueiden ohella terveyspolitiikan muotoutumiseen vaikuttavat lukuisat vaikutusvaltaiset toimijat (12). Näillä intressiryhmillä on toisistaan poikkeavia terveyspoliittisia tavoitteita. Toimijoiden valtasuhteet vaikuttavat keskeisellä tavalla lainsäädännön ja linjausten sisältöön. Päätöksentekoprosesseihin pyritään vaikuttamaan muun muassa julkisilla kannanotoilla, suhdetoiminnalla, mediaviestinnällä ja kampanjoilla. Eri intressiryhmien toiminta muuttuu helpommin ymmärrettäväksi, mikäli toiminnan taustalla vaikuttavia arvoja ja tavoitteita osataan tunnistaa. Tällöin voidaan esimerkiksi kysyä: Millaisten arvojen ja oletusten pohjalta intressiryhmät määrittelevät terveyspoliittisia ongelmia? Millaisia ratkaisuja kyseiset ryhmät tarjoavat määrittelemäänsä ongelmaan? Kenen etu asetetaan ensisijalle?

TERVEYSPOLITIIKAN KANNALTA KESKEISIÄ INTRESSIRYHMIÄ:

- Poliittiset puolueet
- Hallitus
- Ministeriöt ja virkamiehet
- Kunnat ja niiden luottamushenkilöt
- Asiantuntijat ja tutkijat
- Työntekijäjärjestöt (ammattiliitot)
- Työnantajajärjestöt
- Julkiset terveyspalveluiden tuottajaorganisaatiot
- Yksityiset terveyspalveluyritykset
- Ammattikunnat (esim. lääkärit ja hoitajat)
- Lääketeollisuus
- Instrumenttiteollisuus
- Muut elinkeinot (esim. alkoholi- ja tupakkateollisuus)
- Sosiaali- ja terveysalan järjestöt (ml. potilasjärjestöt)

Yksilön ja yhteisön vastuusta

Julkinen ja verorahoitteinen terveydenhuoltojärjestelmä tarkoittaa **terveyteen kohdistuvien riskien kollektiivista jakamista**. Yksilötasolla emme koskaan tiedä, kuka sairastuu ja kuka ei. Susan Sontag on kuvaillut ihmisyyteen sisäänrakennettua pysyvää kaksoiskansalaisuutta, joka tarkoittaa kuulumista yhtä lailla sekä terveiden että sairaiden valtakuntaan (59). Todennäköisesti kaikki meistä toivoisivat pysymistä terveiden valtakunnassa mutta toiveistamme huolimatta vierailuja sairauden valtakuntaan tulee tapahtumaan väistämättä. Sairaus kuuluu elämään yhtä lailla kuin terveys: kukaan ei pysty elämään elämänsä loppuun asti terveenä ja täysin toimintakykyisenä. Sairauksiemme kanssa olemme peruuttamattomasti riippuvaisia toisista ihmisistä, lähiyhteisöstä ja yhteiskunnasta.

Puhe **itseaiheutetuista elämäntapasairauksista** yksinkertaistaa monimutkaisen asian yksiuotteiseksi puheeksi yksilön vastuusta sekä äärimmäisessä tilanteessa ohjaa ajattelua sairastuneiden heitteillejättöä suosivaksi. Kukaan ei pysty

syntyessään valitsemaan perheensä sosioekonomista asemaa ja resursseja, joita perhe pystyy lapsuudessa ja nuoruudessa yksilölle tarjoamaan. **Elinolot ja ihmisen kasvuolosuhteet vaikuttavat siihen, minkälaisia psyykkisiä, sosiaalisia ja aineellisia resursseja yksilöllä on terveytensä edistämiseen käytettävissä.** Tämän vuoksi ihmisiä on käytännössä mahdotonta jakaa yksiselitteisesti elämäntapansa vapaasti valinneisiin ja niihin, joiden kohtalo on ollut ympäröivien olosuhteiden määrittämää. Kyse on valintojen ja sattuman lisäksi yksilön **ainutlaatuisten psyykkisten ja fyysisten ominaisuuksien vuorovaikutuksesta ympäröivän maailman kanssa.**

Teoreettisena ajatuksenakin ihmisten jakaminen hoitoa ansaitseviin ja sairautensa ”itse aiheuttaneisiin” on mahdotonta yksilön ja yhteisön välisen vuorovaikutuksen monimutkaisuuden vuoksi. Mikäli tällainen erottelujärjestelmä todella onnistuttaisiin luomaan, järjestelmän hallinnointi ja siihen liittyvä byrokratia tulisi huomattavasti kalliimmaksi kuin kaikille avoimen universaalien hoitojärjestelmän hallinnointi. Sivutuotteena sairastuneiden erottelujärjestelmä yhä kasvattaisi väestöryhmien välisiä terveyseroja, koska heikoimmista lähtökohdista ponnistavia ihmisiä pidettäisiin yksilöinä syyllisinä omien lähtökohtiensa heikkouteen ja niitä mahdollisesti seuraaviin elämänhallinnan ongelmiin, joita voivat olla muun muassa päihdeongelmat, epäterveelliset ruokailutottumukset ja liikkumattomuus. Yksilön vastuun korostamisen sijaan ratkaisuja epäterveiden elämäntapojen aiheuttamiin ongelmiin tulisikin etsiä elinoloista ja terveyttä edistävien elinympäristöjen luomisesta, myönteisistä kannustimista sekä ihmisten yhdenvertaisesta kohtelusta.

ESIMERKKINÄ KÖYHYYS

Köyhyys on merkittävä riskitekijä, joka on suoraan yhteydessä heikompaan terveydentilaan (60–62). Pienituloisiksi lukeutui noin 12 prosenttia eli 635 000 suomalaista vuonna 2012. Pienituloisuuden tai köyhyysriskirajan yleisenä määritelmänä pidetään tuloja, jotka ovat alle 60 prosenttia mediaanitulosta. Pienituloisissa kotitalouksissa asui noin 100 000 lasta. 75 vuotta täyttäneistä pienituloisia oli noin 24 prosenttia eli 104 000 vanhusta. Pienituloisen vaikutusmahdollisuudet omiin arkisiin elinoloihin ovat vähäisempiä kuin suurituloisen (63). Toimeentulo-ongelmat aiheuttavat usein pitkäaikaista stressiä ja tekevät arjen hallinnasta haasteellista. Lukuisat elinoloihin ja resursseihin liittyvät riskitekijät vaikuttavat pitkäaikaisesti ennen ongelmien kärjistymistä hoitoa vaativiksi sairauksiksi. Riskikäyttäytymisen sijaan voidaankin puhua riskiolosuhteista, jotka tekevät terveydestä huolehtimisen vaikeaksi.

Pohjoismaisten hyvinvointivaltioiden vahvuutena on pidetty pieniä tuloeroja ja kansalaisten mahdollisuutta kouluttautua sekä parantaa sosiaalista ja taloudellista asemaansa perhetaustasta riippumatta. Köyhyyden ja tuloerojen kasvu sekä väestöryhmien sosiaalinen eriytyminen todennäköisesti yhä lisäisivät suomalaisten välisiä terveyseroja. Samalla yksilön omaan yritteliäisyyteen pohjautuva sosiaalinen nousu muuttuisi yhä vaikeammaksi. Sairastuminen vaikuttaisi kielteisesti yksilön pitkäaikaiseen ansaintapotentiaaliin ja asemaan työmarkkinoilla, joka edelleen kasvattaisi yhteiskunnalle koituvia kuluja. Tästä näkökulmasta tarkasteltuna köyhyyden torjunta on mitä suuremmissa määrin myös terveyden edistämistä.

Valinnanvapauden ongelmakohtia

Kansalaisten valinnanvapauden lisäämistä terveyspalveluissa on pidetty voimakkaasti esillä julkisessa terveydenhuoltojärjestelmän uudistamiseen liittyvässä keskustelussa. Suomessa vuonna 2011 voimaan astunut uusi terveydenhuoltolaki sekä Euroopan unionin potilasdirektiivi ovat molemmat osaltaan pyrkineet lisäämään potilaan valinnanvapautta. Lähtökohtaisesti kehitys on ollut myönteistä ja voidaan todeta, että **tuskin kukaan vastustaa valinnanvapautta sinänsä**. Toisaalta lukuisat medianäkyvyyttä saaneet puheenvuorot ovat lähestyneet valinnanvapautta lähinnä keskiluokan kiireettömien hoitojen näkökulmasta. Samalla terveydenhuollon kustannusten muodostumisen kannalta merkittävimpien ryhmien näkökulma on jäänyt monin paikoin sivuun. Valinnanvapauden lisäämistarpeita perustellaan yksilöllisten terveystarpeiden paremmalla huomioimisella ja tehokkuuden kasvattamisella.

Etenkin **yksityisen sektorin terveyspalveluiden tuottajat toivoisivat järjestelmään lisää valinnanvapautta, joka samalla voisi kasvattaa yksityisten tuottajien markkinaosuutta**. Kaikilla yrityksillä on legitiimi intressi voitontavoitteluun, eivätkä terveyspalveluja tuottavat yritykset ole poikkeus tästä säännöstä. Julkisella vallalla on valta ja vastuu edistää kansalaisten terveyttä sekä terveyden tasaista jakautumista parhaalla mahdollisella tavalla. Tämän tavoitteen toteuttamiseksi ei välttämättä ole olennaista, onko palveluntuottaja julkinen, yksityinen vai järjestö.

Keskustelu julkisesti tai yksityisesti tuotettujen palveluiden välillä seuraa turhan usein puhtaasti ideologisia jakolinjoja. Samalla unohdetaan, että yksittäisen palvelun tuottajaa tärkeämpää on se, miten järjestelmää koordinoidaan kokonaisuutena ja kenellä on järjestelmässä suurin päätösvalta. Yksittäisiä kuntia suuremmat sosiaali- ja terveysalueet antavat julkiselle vallalle mahdollisuuden toimia paremmin kansalaisten terveysintressien mukaisesti. **Tärkeää on, että palveluiden tilaajalla on enemmän valtaa kuin palveluiden tuottajalla**. Joissakin pienissä Suomen kunnissa on käynyt päinvastoin. Tällöin yksityinen terveyspalveluyritys on voinut sanella tuotannon ehdot.

Julkisesta **valinnanvapauskeskustelusta puuttuu laaja-alaisempi pohdinta siitä, mihin palveluiden valinnanvapaus sopii ja mihin ei**. Jatkossa tulisi tunnistaa alueet, joilla voi olla luontevaa ja kustannusvaikuttavuuden kannalta järkevää lisätä valinnanvapautta sekä toisaalta tunnistaa alueet, joissa valinnanvapauden lisääminen todennäköisesti heikentäisi kustannusvaikuttavuutta ja kasvattaisi terveyden jakaantumisen epätasa-arvoisuutta. Lisäksi valinnanvapauden kasvattamisesta puhutaan usein kuitenkin määrittelemättä tarkemmin, mitä valinnanvapaudella kulloinkin tarkoitetaan.

Nykytilanteessa ensiarvoisen tärkeää olisi määritellä, **minkä väliltä valitaan ja millaisia voimavaroja todellisen valinnan tekeminen lopulta edellyttää** kulloissakin tilanteessa (vrt. toimintamahdollisuudet). Pahimmassa tapauksessa valinnanvapaudesta tulee pakkovalintaa valitsijalle tuntemattomien vaihtoehtojen väliltä. Yksittäisen kansalaisen on vaikea valita, jos hän ei tiedä, minkä väliltä valitsee. Jos valinta ei toisaalta johda toivottuun tulokseen, on vastuu väärästä valinnasta yksilöllä itsellään. Tulee myös kysyä **mitä tapahtuu, jos yksilö ei halua tai kykene valitsemaan?** Kansalaisille tulisi taata, että tietoinen valitsematta jättäminenkin johtaa oletuksena vähintäänkin hyvään lopputulokseen.

Yhtenä esimerkkinä julkisen terveyssektorin valinnanvapauden ongelmista on nykyinen mahdollisuus valita oma terveyskeskuksensa. Voimassa olevan terveydenhuoltolain mukaan valinnassa on pysyttävä vuosi, jonka jälkeen julkisten terveyspalveluiden käyttäjä voi valita terveyskeskuksensa uudestaan. Mahdollisuus on lähtökohtaisesti erittäin myönteinen mutta sen toimeenpano puutteellinen: valinnan tueksi ei ole tarjolla kootusti julkisia tietoja terveyskeskusten keskimääräisistä jonotusajoista tai henkilöstöresursseista. Nykytilanteessa on siis mahdollista valita, mutta valinta on usein tehtävä ilman tarkempia tietoja vaihtoehtoista. Tällöin valinta perustuu usein vain terveyskeskuksen sijaintiin ja mahdollisiin kuulupeheisiin esimerkiksi jonotusajoista.

Pidemmällä tähtäimellä todellisen valinnan mahdollistavat kriteerit tulisi tuoda kootusti julkisiksi ja helposti vertailtaviksi verkkosivulla sekä paikan päällä terveyskeskuksessa. Valintaan keskeisesti vaikuttavia kriteereitä ovat ainakin jonotusajat ja henkilöstön kompetenssit. Samalla tulisi huolehtia kapasiteetin tasaisesta jakautumisesta ja pyrkiä välttämään yli- tai alikapasiteettia synnyttäviä kehityskulkuja, joissa palveluiden tuotantoa on merkittävästi enemmän kuin niiden kysyntää tai päinvastoin.

Valinnanvapauden lisäämisen perusteleminen kustannusten hillitsemisellä ei ole tutkimustiedon valossa perusteltua. **Todennäköistä on, että valinnanvapauden lisääminen todellisuudessa kasvattaa terveydenhuollon kustannuksia.** Valinnanvapauskeskustelua voi asettaa mittasuhteisiin tarkastelemalla palveluiden kustannusten jakautumista. Esimerkiksi Oulua ja Helsinkiä koskevissa tutkimuksissa havaittiin, että **noin 10 prosenttia asukkaista kerryttää noin 80 prosenttia kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaiskustannuksista** (64, 65). Kyseinen ryhmä muodostaa kustannusten hillitsemisen kannalta keskeisen väestöryhmän, joiden palvelutarpeisiin on kiinnitetty poikkeuksellisen vähän huomiota. **Valinnanvapauden kasvattaminen ei ole ratkaisu palvelujen suurkuluttajien tarpeisiin eikä siten myöskään terveydenhuollon kustannusten hillitsemiseen.** Usein kyse on ihmisryhmästä, jolla on useita arjessa selviytymiseen liittyviä haasteita ja rajoittunut kyky todellisten vaihtoehtojen kartoittamiseen sekä niiden väliltä valitsemiseen.

Palveluiden suurkuluttajien ongelma liittyy usein vaikeuksiin löytää sopivaa palvelumuotoa ja siksi kyseinen ryhmä liikkuu useiden sirpaloituneiden palveluiden piirissä aiheuttaen lisää kuormitusta koko järjestelmälle. Oulussa toteutettu tutkimus tunnisti seitsemän erityisen paljon kustannuksia tuovaa palvelusektoria seuraavassa kalleusjärjestyksessä: vanhuspalvelut, lastensuojelu, vammaispalvelut, päihde- ja asumispalvelut, psykiatrian erikoissairaanhoidon asiakkaat, sydän- ja verisuonitautipotilaat sekä diabeetikot ja viimeisenä ryhmänä kalliiden somaattisten sairauksien hoito (64). Kaikkein kalleimmat **palveluiden käyttäjät tarvitsevat valinnanvapauden sijaan enemmän henkilökohtaista palveluohjausta oikeiden palveluiden äärelle.** Konkreettisenä ratkaisuehdotuksena on tuotu esiin selkeän yhden vastuutahon määrittäminen, jonka tehtävä olisi suunnitella palvelukokonaisuus yksilöllisesti ja seurata, että palvelut todella toimivat integroidusti toisiaan tukien (engl. managed care, ns. palveluohjaajamalli). Nykyisessä sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistamistyössä palveluiden oikean kohdentumisen ja integraation haasteiden ratkaisemiseksi tulisi taata riittävät kehittämisresurssit.

II OSIO:

Megatrendit ja terveyden tasa-arvo

II OSIO: Megatrendit ja terveyden tasa-arvo

Tämän raportin ensimmäisessä osiossa kuvattiin terveyden tasa-arvon nykytilaa. Nykytilan kuvaamisen ohella on tärkeää käsitellä laajempaa yhteiskunnallista muutosta, johon vaikuttavat lukuisat terveystalouden ulkopuoliset sosiokulttuuriset muutostekijät. Yksilöllistyminen, markkinoistuminen ja digitalisoituminen ovat megatrendejä, jotka asettavat sekä terveydenhuoltojärjestelmän että terveyden tasa-arvon edistämisen merkittävien haasteiden eteen. Markkinoiden kasvava asema (kommodifikaatio) ja digitalisoituminen ovat sekä osa länsimaiden yksilöllistymiskehitystä että tämän kehityksen kiihdyttäjiä. **Megatrendien yhteiskunnallisia vaikutuksia on syytä ennakoida, jotta niiden aiheuttamat seuraukset olisivat paremmin ymmärrettävissä ja hallittavissa.** Parhaassa tapauksessa uudet innovaatiot voidaan valjastaa edistämään yleistä hyvinvointia oikeudenmukaisesti eri väestöryhmissä.

Käsitys kansalaisesta yksilöllisiä valintoja tekevänä kuluttajana on siirtynyt yhä enenevässä määrin myös terveyssektorille. Terveyssektorilla nähdään olevan merkittävää liiketaloudellista potentiaalia. Sähköiset potilastietojärjestelmät voivat hyvin toimiessaan tuoda merkittäviä tehokkuushyötyjä ja parantaa myös hoidon laatua, koska pidempiaikainen terveysseuranta helpottuu. Samalla digitalisoituminen tuo yhä enemmän erilaisia terveyteen liittyviä yksilöllisiä seuranta- ja mittauslaitteita myös tavallisten kuluttajien ulottuville. Terveyspalveluissa verkon kautta toteutuvat vastaanotot ja konsultaatiot tulevat todennäköisesti merkittävästi yleistymään seuraavan vuosikymmenen aikana. Esimerkiksi verkkopohjaiset terapiapalvelut mahdollistavat potilaalle ammattiterapeutin kohtaamisen videovälitteisesti, jota voi olla tukemassa potilaan itsenäinen verkossa tapahtuva työskentely. Kehityskulkujen ensisijaisena mahdollisuutena on tehokkuuden ja saavutetun terveyshyödyn kasvu. Toisaalta terveysteknologioihin liittyvänä riskinä on epätasa-arvon ja terveydenhuollon kustannusten kasvu ilman selkeää terveyshyötyä.

Yksilöllistyminen

Yksilöllistyminen ja traditioiden murtuminen on ollut yksi läntisen maailman pitkän ajan kulttuurisia kehitystrendejä. Pienenä osana tähän kehityskulkuun liittyy toive ja kyky vaatia yksilöllisiä räätälöityjä terveystalvveluita, joita myös tarjotaan yhä enemmän. Laajemmasta näkökulmasta tarkasteltuna terveyden edistämisen lähtökohtana voi olla **yksilö-, yhteisö- tai väestölähtöisyys**. Jännite syntyy eri toimenpiteiden painotuksista: onko huomion ensisijaisena kohteena yksilön terveys vai suuremman väestöryhmän terveys?

Tieteenaloina kansanterveystiede ja terveystalvvelitiikka pitävät lähtökohtanaan koko väestön terveyden edistämistä. Terveystalvvelipsykologian huomio on enemmän yksilöihin suuntautuvissa interventioissa ja terveystalvveloneuvonnassa. Yksilö- ja yhteisökeskeisiä lähestymistapoja ei tule nähdä toisiaan poissulkevinä vaan toisiaan tukevinä. Toisaalta terveystalvvelitiikan muotoiluissa voidaan havainnoida selkeitä painotuseroja eri maiden välillä kollektivismi-individualismi-akselilla. Klassisessa hyvinvointivaltiotutkimuksessa huomio on kiinnittynyt etenkin sen tutkimiseen, miten vahva asema markkinoilla, perheellä tai valtiolla on kansalaisten hyvinvoinnin turvaamisessa (66).

Väestön terveyttä analysoidessa on myös tärkeää kysyä, seurataanko toimenpiteiden vaikuttavuutta arvioitaessa yksilöiden keskimääräistä terveyden tasoa, terveyden jakautumista väestössä vai molempia. **Hyvä keskimääräinen terveyden taso ei vielä kerro jakauman tasaisuudesta**. Mikäli terveys on jakautunut väestössä poikkeuksellisen epätasaisesti, kyse on mitä todennäköisimmin myös terveyden sosiaalisten määrittäjien epätasaisesta ja epäoikeudenmukaisesta jakautumisesta eri väestöryhmien kesken. Oleellinen yksilöllistymiskehityksen oikeudenmukaisuudelle asettama kysymys on: **mitkä ovat kollektiivisen vastuun rajat ja millä mekanismeilla kollektiivista vastuuta kannetaan tulevaisuudessa?** Taulukkoon 5 on koottu eräitä terveystalvveluuihin ja terveyden edistämiseen liittyviä yksilöllistymiskehityksen jännitteitä suhteessa yhteisönäkökulmaan.

Taulukko 5. Terveystalvvelusektorin yksilöllistymiseen liittyviä jännitteitä

YKSILÖN TERVEYS	VÄESTÖN TERVEYS
Yksilölliset riskit	Kollektiiviset riskit
Yksilön vastuu	Yhteisön vastuu
Kuluttajuus	Kansalaisuus
Partikularismi	Universalismi
Terveydenhuolto markkinoina	Terveydenhuolto sosiaalisena instituutiona
Terveys kysyntänä ja tarjontana	Terveys itseisarvona
Yksityiset vakuutukset ja asiakasmaksut	Verorahoitteisuus

Kommodifikaatio

Länsimaiset ihmiset ovat tottuneet hankkimaan erilaisia hyödykkeitä ja palveluita yhä enemmän rahalla. Kehitys on johtanut markkinoistumiseen ja kuluttajamaisen asenteen leviämiseen alueille, jotka eivät ole aikaisemmin perustuneet ostamisen ja myymisen periaatteisiin. Terveysteen liittyvien markkinoiden kasvu (**kommodifikaatio**) on yksi nykyisistä megatrendeistä. Terveyttä markkinoidaan yhä enemmän yksityisten terveyspalveluiden tuottajien toimesta, ja terveys- ja hyvinvointipalveluita tarjotaan lisääntyvässä määrin yksittäisille kuluttajille. Terveyspalveluiden ohella terveystmarkkinat kasvavat alueilla, jotka ovat selkeästi julkisen terveydenhuollon ulkopuolella. Tällöin markkinoinnin kohteena on usein sairauksien ehkäisyn sijaan terveyttä ja hyvinvointia korostava elämäntyyli.

Terveysthuoltojärjestelmässä **toimiva kilpailu terveyspalveluiden tuotannossa voi lisätä palveluiden tuotannon tehokkuutta ja yksilöiden valinnanvapautta**. Toisaalta tärkeää on muistaa, että **markkinaehtoisen kilpailun lisääntyminen ei automaattisesti tuo palveluihin tehokkuutta**. Ilman selkeää ja vahvaa järjestämisvastuussa olevaa tahoja vaarana on epäoikeudenmukaisuuden lisäksi järjestelmän **sirpaloituminen, koordinaation puute, selkeiden vastuutahojen katoaminen, hoitotulosten heikentyminen ja kustannustehottomuus**. Käynnissä oleva sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistus viiden sote-alueen mallissa antaa mahdollisuudet tilanteeseen, jossa palveluiden tilaajilla on takanaan riittävä väestöpohja ja asiantuntemus takaamaan palveluiden laadukas ja tehokas järjestäminen.

Kriitikot ovat ottaneet kantaa todeten, että **voimakas markkinaehtoisuus voi laiminlyödä terveyssektorin tärkeitä ulottuvuuksia, jotka eivät supistu pelkiksi markkinahyödykkeiksi (57)**. Tämän vuoksi Suomessa on tärkeää varmistaa palveluiden tilaajaorganisaatioiden (sote-alueiden) vahva rooli, jotta palveluiden tuottajat eivät pysty sanelemaan yksipuolisesti tuotannon ehtoja. **Terveysthuollon markkinat tulisi sitoa yhteen väestövastuun periaatteen kanssa: tuottajilta ei tilata yksittäistä tuotetta tai palvelua vaan vastuuta kansanterveydestä**. Väestön edun kannalta tilannetta monimutkaistaa markkinapohjaisten toimijoiden luontainen ja legitiimi pyrkimys kasvattaa voitto-osuuttaan. Tätä kautta kaupallisilla toimijoilla on myös intressi synnyttää uusia terveyteen liittyviä tarpeita. Tällöin voidaan markkinoida palveluita, joiden hyöty potilaan kannalta on hyvin pieni tai sitä ei ole ollenkaan.

Koska uusien terveystuotteiden, lääkkeiden tai palveluiden hyödyt voivat olla ajoittain hyvin marginaalisia, ei niiden verorahoitus välttämättä palvele kansanterveydellistä intressiä vaan toimii sitä vastaan. Tällöin julkiset resurssit eivät kanavoitu sinne, missä niitä kipeimmin tarvittaisiin. **Toimiva ja tasa-arvoinen terveydenhuoltojärjestelmä vaatii ohjausta ja koordinaatiota**. Terveysthuollon eri toimijoilla on useita ristiriitaisia tavoitteita, joiden tarkoituksenmukaisesta yhteensovittamisesta puhutaan liian vähän. Ei ole yksinkertaista sovittaa yhteen

tavoitteita julkisesti järjestetyn terveydenhuollon hyvästä laadusta ja kustannusvaikuttavuudesta, yksityisten terveyspalveluntuottajien sisäsyntyisestä tavoitteesta tehdä voittoa sekä kansalaisten toiveesta vastaanottaa laadukkaita terveyspalveluita (67).

Markkinaehtoistuminen, yksilöllistyminen ja asiantuntijavallan murentuminen liittyvät kehityskulkuina toisiinsa. Asiaa voi havainnollistaa historiallisella vertauksella: 1970-luvun Suomessa olisi ollut vaikea kuvitella, että potilaat laajassa mielessä varaisivat lääkärin vastaanottoajan vaatiakseen tiettyä hoitoa tai lääkettä. **Aikaisemmin hoidon tarpeen arvioinnin on tehnyt lähes aina yksinomaan terveydenhuollon ammattilainen.** Nykyään samaa arviointia tekevät enenevässä määrin ihmiset itse, jonka jälkeen he saattavat vaatia hoitavalta lääkäriltä juuri tiettyä hoitoa. Tämä luo painetta julkiselle järjestelmälle sekä asettaa lääkäreille kysymyksen siitä, miten heidän tulisi vastata vastaanotolle saapuvien **kuluttajamaiseen asenteeseen** (”asiakas on aina oikeassa”).

Yksilöiden suhtautumistapa palveluiden käyttäjinä on muuntunut yhä enemmän potilaista kuluttajiksi, joilla on oikeuksia ja myös oikeus vaatia hyväksi kokemaansa laatua. Tämä osaltaan asettaa terveydenhuoltojärjestelmän sekä lääkäreiden ammatillisen roolin voimakkaiden muospaineiden alle. Yhtenä selviytymiskeinona lääkäri saattaa tarkoituksellisesti siirtää päätöksentekovastuuta potilaalle itselleen. Suomalainen toimittaja koki suurta neuvottomuutta lääkärin edessä, joka antoi kaksi vaihtoehtoa: leikataan tai ei leikata, sinä joudut valitsemaan (68). Samalla vastuu valinnasta tai hoitotuloksesta siirtyy ikään kuin potilaalle itselleen. Tärkeää olisi kuitenkin kysyä, kuinka paljon valinnanvapautta ja vastuuta terveydenhuollon toimenpiteistä on kohtuullista laskea yksilöiden harteille.

Yhteiskunnallisessa ja poliittisessa mielessä yleinen markkinaehtoistuminen sisältää vaaran kansalaisuuteen kuuluvien velvollisuuksien ja moraalisen vastavuoroisuuden heikkenemisestä (69). Mikäli vastuu markkinakelpoisuudesta tai kyvystä toimia kuluttajana siirretään yksilötasolle, terveydenhuollossa keskeinen kysymys liittyy oikeudenmukaisuuteen ja yhdenvertaisuuteen: miten käy niiden hoivalle, joilla ei ole varaa ostaa terveysmarkkinoilta tai riittäviä tiedollisia voimavaroja monimutkaisten valintojen tekemiseksi?

Heikosti ohjatun markkinoistumisen ilmeisenä **vaarana on terveydenhuollon resurssien siirtyminen sairailta terveemmille ja köyhiltä rikkaammille, koska terveille ja maksukykyisille palveluiden tuottaminen on taloudellisesti tuottoisampaa** (70). Säätövelvoitteiden markkinalähtöisyys todennäköisesti vaarantaa heikossa sosioekonomisessa asemassa olevien kansalaisten perusoikeuden terveyteen. Tämän perusoikeuden varmistamisen tulisi olla myös Suomen terveydenhuoltojärjestelmän uudistamisen ehdoton arvolähtökohta. Terveydenhuollon asemaa tulisikin vahvistaa kaikille yhteiseen kokemuk maailmaan kuuluvana **sosiaalisena instituutiona**, jonka säilyttämisen tärkeydestä vallitsee vahva yksimielisyys.

Taulukko 6. Terveyssektorin markkinaehtoistumiseen liittyviä jännitteitä.

MARKKINAEHTOISUUDEN PERIAATTEITA

Yksilöllisyys
Yksilön vapaus ja vastuu
Ei kollektiivisia velvoitteita yhteisestä hyvästä
Ei sääntelyä
Markkinaoikeudet
Toiminnan yksityisyys ja vapaaehtoisuus
Yksityinen voitontavoittelu

YHTEISÖLÄHTÖISYYDEN PERIAATTEITA

Kollektiivisuus
Jaettu vapaus ja vastuu
Epätasa-arvoisten lähtökohtien tasoittaminen
Instituutio- ja yhteisötason sääntely
Ihmisoikeudet
Toiminnan sitoutuminen yhteiseen hyvään
Julkisen talouden kestävyys

Digitalisoituminen

Terveyden digitalisoinnilla (eHealth, Health 2.0 tai Medicine 2.0) viitataan uusien teknologioiden hyödyntämiseen terveyspalveluiden tuotannossa, sairauksien hoidossa tai terveyden edistämässä. Uusi terveysteknologia vaikuttaa voimakkaasti terveydenhuollon kulujen kasvuun mutta toisaalta teknologiset investoinnit voivat tuoda kustannusvaikutuksiltaan myönteistä terveyshyötyä pidemmällä ajanjaksolla. Taloudelliselta kannalta **terveysteknologia on myös Suomelle potentiaalinen tulevaisuuden vientiala**. Suomessa teknologiaosaaminen on huipputasoa ja koulutusjärjestelmä antaa hyvän pohjan sosiaalisten ja teknisten innovaatioiden yhdistämiselle. Suomen kannalta selkeimmät **haasteet ovat terveysteknologisten innovaatioiden markkinoinnissa ja tuotteistamisessa kansainväliselle yleisölle**.

Terveydenhuoltojärjestelmään kerättävä terveystieto ja sen pitkän aikavälin seuranta voivat osoittautua yhä hyödyllisemmiksi tulevaisuudessa. Suomessa terveydenhuollon sähköisten järjestelmien kehittäminen on edennyt suurista taloudellisista investoinneista huolimatta hitaasti ja kangerrellen. Vuonna 2014 otetaan vaiheittain laajempaan käyttöön Omakanta-palvelu, josta jokainen kansalainen voi tarkastella sähköisiä reseptejään sekä sähköiseen potilastiedon arkistoon tallennettuja tietojaan (ks. lisää <http://kanta.fi/omakanta>). Sähköisen potilastietorekisterin tavoitteena on etenkin parantaa hoitotietojen siirtoa palvelujärjestelmän sisällä sekä sujuvoittaa hoitotoimenpiteiden seuranta.

Terveyden edistämässä digitalisoituminen suuntaa **huomion yksilötason terveystieteiden mittaamiseen ja seurantaan sekä itsehoitoon kannustamiseen**. Itsensä mittaaminen (engl. self-tracking) on luonut ympärilleen oman alakulttuurinsa (esim. Quantified Self -liike), joka on myös kaupallisen kiinnostuksen kohteena. Biohakkereiden alakulttuurissa pyritään suorituskyvyn parantamiseen erilaisin teknologisin ja biologisin apuvälinein. Tarjolla on älypuhelinsovelluksia, sensoreita, älyrannekkeita ja tietojen joustavan tallettamisen mahdollistavia pilvipalveluita. Yhä laajenevat suuret tietovarannot (engl. big data) mahdollistavat

terveyteen liittyvän tiedon jakamisen sekä käyttäjien välisen vertailun ennennäkemättömällä tavalla. Laajat tietovarannot voivat parantaa alueellisten terveystarpeiden tunnistamista ja niihin vastaamista. Ihmisen perimää kartoittavat geenitestit ovat tulleet yksittäisten kuluttajien saataville. Geneettisiä riskitekijöitä kartoittavat testit voivat tarjota tietoa, joka edelleen ohjaa hoitopäätöksiä yksilötasolla. Geenitutkimuksiin liittyvien kustannusten hallinta, tietosuoja ja geneettisen tiedon omistajuuteen liittyvät kysymykset ovat lähes kaikilta osin ratkaisematta.

Kiinnostus omasta terveydestä ja sen edistämisestä on myönteinen ilmiö. Toisaalta yksilöllinen digitaalinen terveysseuranta voi vahvistaa käsitystä, jonka mukaan suuri osa terveystarpeista olisi ennen kaikkea yksilön hallittavissa (71, 72). Toisin sanoen digitalisoitumisen myötä **vaarana on huomion liiallinen kiinnityminen riskikäyttäytymiseen taloudellisten ja sosiaalisten riskiolosuhteiden sijaan**. Sosiaalisessa mielessä yksilöllinen terveysseuranta kääntää ihmisten katseen ympäristöstä omaan yksilöllisyyteensä. Terveystarpeiden “yliyksilöllistäminen” voi johtaa kansanterveydellisen intressin heikkenemiseen, kiihtyvään medikalisaatioon ja kustannus-hyötysuhteeltaan kyseenalaisten terveystarpeiden kasvuun. Innostus terveyssektorin digitalisoitumisesta kumpuaa markkinapotentiaaliksi lisäksi odotuksista, joiden mukaan teknologioiden avulla on mahdollista tavoittaa korkeampi terveyden taso alhaisemmilla kustannuksilla. Odotukset eivät välttämättä aina täyty, sillä **terveysteknologian harkitsematon ja vähäiseen terveys-hyötyyn pohjautuva käyttöönotto kasvattaa terveydenhuollon kustannuksia**.

Terveydenhuollon kustannusvaikuttavuuden ja kokonaiskustannusten kannalta merkittävä kysymys liittyy sairaaloiden ja muiden terveydenhuollon yksiköiden hankintaosaamiseen uusien kalliiden terveysteknologisten laitteiden hankinnassa. **Tutkimusnäytön hyödyntäminen laitteiden valinnassa on edelleen liian vähäistä, ja hankintoja saattaa ohjata enemmän yksittäisten henkilöiden innostus kuin kliininen näyttö terveyshyödyttä.** Joskus kalliit laitteet ovat merkittävästi alikäytettyjä tai jäävät kokonaan käyttämättä. Ratkaisuksi on tarjottu hankintapäätösten suurempaa ennakoarviointia, jossa verrataan uudella teknologialla saavutettua terveyshyötyä hankinnan aiheuttamiin kustannuksiin.

Yksittäisille kuluttajille suunnatut terveysteknologiat nähdään myönteisiksi välineiksi, joiden avulla kansalaiset voivat ottaa suuremman vastuun omasta terveydestään. Yksi keskeinen kysymys on, miten hyvin terveydenhuollon ammattilaiset ja potilaat kykenevät hyödyntämään teknologian tuomia mahdollisuuksia yhteistyössä toistensa kanssa. Toisaalta tietojen keruuseen ja hyödyntämiseen liittyy **avoimia eettisiä ongelmia ja tietosuojakysymyksiä**. Mitä jos työnantaja lupaa työntekijöilleen lisäpalkkioita terveystarpeiden digitaalisen seurannan myötä? Mitä jos vakuutusyhtiö antaa alennuksia asiakkailleen, jotka raportoivat omasta terveydentilastaan yhtiölle reaaliaikaisesti? Mitä jos kieltäytyminen seurannasta aiheuttaa sanktioita ja syrjintää? Julkisen vallan ja järjestöjen olisi kysyttävä, miten uudet teknologiat voitaisiin valjastaa palvelemaan ennen kaikkea terveyden tasa-arvon edistämistä terveyserojen kasvattamisen sijaan.

Yhteenveto tulevaisuuden kehityskuluista

Megatrendeistä yksilöllistyminen, digitalisoituminen ja markkinaehtoisuus ovat vaarassa kasvattaa jo nyt suuria väestöryhmien välisiä terveyseroja. Megatrendeihin sopeutumisen kannalta on olennaista, millaisen terveystieteiden varassa uutta terveyspolitiikkaa rakennetaan. Valinnanvapauden lisääntyminen voi asettaa väestöryhmät yhä eriarvoisempaan asemaan toimintamahdollisuuksien näkökulmasta tarkasteltuna. Erot syntyvät **reaalisten valintamahdollisuuksien eroista** (tulot ja varallisuus, asema työmarkkinoilla sekä alueelliset erot) sekä **valintoja ohjaavien voimavarojen eroista yksilötasolla** (tiedollinen ja sosiaalinen pääoma).

Tulevaisuuden megatrendien **keskeinen rinnakkaishaaste on terveyserojen kasvun pysäyttäminen**. Voimakkaat megatrendit suuntaavat yhä enemmän huomiota yksilötason terveyteen sekä yksilöllisiin terveyden edistämisen ratkaisuihin. Kehityksen oikeudenmukaisuutta arvioitaessa huomiota tulisi suunnata siihen, **mitä tapahtuu laajemmalle väestön terveyttä edistävälle intressille sekä terveyden jakautumiselle koko väestössä** yksilöllistymisen, markkinoistumisen ja digitalisoitumisen ristipaineissa.

Kuvioon 1 on tiivistetty megatrendien asettamia haasteita terveyden tasa-arvolle. Huomio tiivistyy havaintoon, että yksilöllistyminen, markkinoistuminen ja digitalisoituminen voivat 1) ylikysilyksittää käsitystä terveyden edellytyksistä, 2) heikentää kansanterveydellistä intressiä terveyden edistämisessä, 3) vähentää terveydenhuoltojärjestelmän merkitystä sosiaalisena instituutiona ja 4) heikentää terveyden asemaa yhtenä tärkeimmistä perusoikeuksista. Nämä kehityskulut voivat edelleen kasvattaa jo nyt kohtuuttoman suuria väestöryhmien välisiä terveyseroja. Kehitystä ei voi eikä tule pysäyttää, mutta oikeudenmukaisuuden kannalta oleellisin kysymys liittyy siihen, voidaanko megatrendeihin liittyvät voimakkaat kehityskulut muuntaa uhkista tasa-arvoa edistäviksi mahdollisuuksiksi.

Taloudellisesta näkökulmasta tarkasteltuna uusilla terveysteknologisilla innovaatioilla on merkittävää kansainvälistä kasvupotentiaalia. Innovaatioiden tuotteistamisen ohella ei tulisi unohtaa kysymystä siitä, **miten uusista terveyden edistämisen innovaatioista syntyvä hyöty on mahdollista saada jakautumaan väestöryhmittäin tasaisesti**. Vaarana on niin sanottu digital divide -ilmiö, joka tarkoittaa väestön yhä suurempaa polarisoitumista uuden teknologian hyödyntäjinä (early-adopters vs. laggards). Yhteiskunnan koheesion kannalta on tärkeää etsiä keinoja siihen, miten uudet teknologiat on mahdollista saattaa palvelemaan myös heikommassa sosioekonomisessa asemassa olevia väestöryhmiä mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.

Kuvio 1. Megatrendien asettamia haasteita terveyden tasa-arvolle



Lopuksi

Sosiaali- ja terveyspoliittisessa keskustelussa tarvitaan uusia katsantotapoja tasa-arvopainotteisen terveyspolitiikan keinojen määrittelyyn. Hyvinvointipolitiikan kannalta kaksi keskeistä arvoa ovat vapaus ja tasa-arvo. Äärimmäisen yksilön vapauden kannattajat usein esittävät, että tasa-arvon periaatteet tekevät vapaasta elämästä mahdotonta. Yhteiskuntapoliittisessa tarkastelussa usein on kuitenkin niin, että **vapaus ei estä tasa-arvon toteutumista eikä tasa-arvo estä vapautta**. Arvojen välille rakennettu ristiriita on monessa tapauksessa keinotekoinen. Vapauden ja tasa-arvon ideaalit tulisikin nähdä nimenomaan toisiaan tukevinä, ei toisiaan poissulkevinä. Esimerkiksi hyvinvointivaltion toteuttama idea tasa-arvosta on taannut kansalaisille lukemattoman määrän vapauksia, jotka toisenlaisessa yhteiskuntajärjestelmässä olisivat mitä todennäköisemmin jääneet toteutumatta. Samalla taloudelliselle ja poliittiselle eliitille on tarjoutunut vähemmän erivapauksia. Pohjoismaissa vapaus, ja sen mukanaan tuoma oikeus positiiviseen terveyteen, ei ole ollut pienen eliitin yksinoikeus. **Hyvinvointivaltio on tarjonnut kansalaisilleen vapauden menestyä ja toteuttaa omaa potentiaaliaan varallisuudesta tai perhetaustasta riippumatta**. Tästä muodostuu yksi keskeinen hyvinvointivaltion perusta ja oikeutus, jota ei ole syytä unohtaa myöskään nykykeskustelussa.

Suomen nousu toisen maailmansodan jälkeen yhdeksi maailman sosiaalisesti ja taloudellisesti kehittyneimmistä valtioista on ollut kansainvälinen menestystarina (73). Avoin kysymys on, miten varmistetaan, että Suomen menestystarina saa myönteisen jatkon uudessa globaalissa tilanteessa, jossa taloutta kohtaa merkittävä rakennemuutos ja kansallisvaltioiden rajoilla ei ole enää entisenlaista merkitystä. Kansallisesti tämä vaatii yhteistä tahtoa ja konsensusta rakentaa hyvää yhteiskuntaa, jossa terveyserot ovat pieniä ja eri väestöryhmien kokemusmaailmat eivät ole kohtuuttomasti erkaantuneet toisistaan.

Tällä hetkellä hyvinvointivaltioiden lähitulevaisuus vaikuttaa yhä selkeämmin **niukkuuden jakamisen aikakaudelta**. Terveyden edistämisen ja terveyspalveluiden kannalta tämän tulisi tarkoittaa käytettävissä olevien **voimavarojen sijoittamista toimintaan, jonka kautta on mahdollista saavuttaa suurin mahdollinen terveyshyöty koko väestön kannalta**. Taloudellisia resursseja ei ole tuhlettavaksi tehotomiin palveluketjuihin ja hyödyttään kyseenalaisiin terveyspalveluihin. Tämän vuoksi on pyrittävä **sosiaali- ja terveyspalveluiden vahvaan integraatioon sekä ennaltaehkäisevien toimien korostamiseen**. Onnistunut ennaltaehkäisy on aina edullisempaa kuin sairastuneiden hoitaminen. Sodanjälkeinen Suomi ponnisti kollektiivisesti traumatisoituneesta köyhästä valtiosta yhdeksi maailman menestystarinaksi. Perusteltua voi olla kysyä, miksi Suomi ei olisi 2010-luvulla monta kertaa varakkaampana sekä tiedollisesti ja teknologisesti kehittyneempänä valtiona valmis kuluvan vuosituhannen globaaleihin haasteisiin.

Suosituksset

Seuraavat tasa-arvopainotteisen terveyspolitiikan tulevaisuussuosituksset on jäsennetty raportin johdannossa esiintuotujen jännitteiden kautta.

1 Terveyden tasa-arvo: terveyttä harvoille vai terveyttä kaikille?

Tausta:

Suomen terveyspolitiikka on perustunut kansalaisten yhdenvertaisuutta korostaviin arvoihin ja periaatteisiin. **Terveyspalveluiden tulee jatkossakin olla kaikkien kansalaisten saatavilla (universaalius), pääsy palvelujen piiriin tulee olla yhdenvertaista (oikeudenmukaisuus) ja palvelujen kustannukset tulee jakaa maksukyvyn mukaan (solidaarisuus).** Muita tärkeitä terveydenhuollon toimivuuden ulottuvuuksia ovat terveyspalveluiden **laatu ja saatavuus sekä järjestelmän taloudellinen kestävyys.** Edellä mainittujen periaatteiden tulee ohjata suomalaisen terveyspolitiikan ja terveydenhuoltojärjestelmän kehittämistä myös jatkossa.

Tulevaisuudessa suurempaa huomiota tulee kiinnittää etenkin järjestelmän oikeudenmukaisuuteen ja väestöryhmien välisen eriarvoisuuden kaventamiseen. **Yksi keskeinen este oikeudenmukaisuutta edistävien uudistusten tiellä on terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän monimutkaisuus.** Tällä hetkellä alan parhailta asiantuntijoillakin on vaikeuksia jäsentää terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän kokonaisuutta. Terveydenhuollon rahoittajatahojen välinen **osaoptimointi** – eli kustannusten siirto toiselta rahoittajalta toiselle – johtaa tehottomuuteen, ja suurimpana kärsijänä on yksittäinen terveyspalveluiden käyttäjä. **Terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän tulisi omalta osaltaan edistää pääsyä palveluiden piiriin aina ensisijaisesti hoidon tarpeen – ei maksukyvyn tai sosiaalisen aseman – mukaan.**

1. SUOSITUS – TERVEYDENHUOLLON RAHOITUS:

Lähipuosien tavoitteena tulee olla terveydenhuollon monikanavarahoituksen purkaminen ja rahoitusjärjestelmän selkiyttäminen. Rahoitusuudistusta ohjaavina periaatteina tulee olla kokonaistaloudellinen kestävyys, ennaltaehkäisy sekä palveluiden yhdenvertainen laatu ja saatavuus kaikille sosioekonomiselle ryhmille.

2. Näkökulma terveyteen: • markkinahyödyke vai perusoikeus?

Tausta:

Terveys on perusoikeus, jonka turvaamisen tulee perustua **verotuksen kautta toteutuvaan kollektiiviseen vastuuseen ja terveyteen liittyvien riskien jakamiseen**. Kansainväliset vertailut osoittavat markkinamekanismien toimivan usein terveyden kollektiivista turvaamista vastaan.

Markkinaehtoisten palveluiden olemassaoloa pyritään usein perustelemaan kustannusten hillitsemisellä ja tuotannon tehostamisella, mutta käytännössä **markkinaehtoiset terveyspalvelut voivat ilman vahvaa ohjausta nostaa terveydenhuollon kustannuksia hallitsemattomasti**. Seurauksia voivat olla resurssien kohdentuminen muiden kriteerien kuin todellisen tarpeen mukaan, kokonaisvastuun katoaminen ja eriarvoisuuden kasvu.

Terveys ei ole markkinahyödyke. Tämän vuoksi **terveydenhuollon kehittämisenkään ei tule pohjautua elinkeinopolitiikan arvoihin ja periaatteisiin**. Sen sijaan tarvitaan tasa-arvopainotteista terveyspolitiikkaa, jonka huomion kohteena ovat **palveluiden hyvä laatu, yhdenvertainen saatavuus sekä näyttö hyödyllisyydestä**.

2. SUOSITUS - VAIKUTTAVUUS JA TERVEYSHYÖTY:

Terveysmarkkinoiden kasvua tulee hillitä ohjaamalla terveyspalveluiden tuottamista kohti parasta mahdollista tietoa verorahoitteisesti tarjotun hoidon kustannusvaikutavuudesta ja todellisesta terveyshyödystä. Markkinat voivat toimia tällöin renkinä mutta eivät isäntänä. Terveyspalveluiden rahoituksen tulisi ohjata palveluiden tuottajia saavutetun terveyshyödyn pohjalta. Tällöin pelkästään tehdyt toimenpiteet tai tarjotut palvelut eivät ole riittäviä terveydenhuollon tehokkuuden mittareita. Terveys-
denhuollon vaikuttavuutta tulee parantaa saumattomilla hoitoketjuilla sekä sosiaali- ja terveyspalveluiden paremmalla integraatiolla. Terveysdenhuollon valinnanvapauden tulee perustua todelliseen valinnanvapauteen, jota voidaan edistää vain väestön yhdenvertaisia toimintamahdollisuuksia vahvistamalla.

3. Voimavarojen suuntaaminen: • yksilön terveys vai väestön terveys?

Tausta:

Terveyspalveluiden laatu ja saatavuus sekä yksilölliset elämäntapavalinnat ovat tärkeitä terveyttä tuottavia tekijöitä mutta eivät kaikkein merkittävimpiä.

Elinoloilla ja ympäristötekijöillä (terveyden sosiaalisilla määrittäjillä) on väestötasolla merkittävämpi rooli hyvän terveyden synnyttämisessä ja ylläpidossa kuin palveluilla tai yksilöllisillä terveystottumuksilla. Tästä syystä terveyden tasoon ja jakautumiseen voidaan vaikuttaa merkittävässä määrin ennaltaehkäisevin toimin kaikessa yhteiskuntapolitiikassa.

3. SUOSITUS – ENNALTAEHKÄISY:

Terveyden edistämiseen ja sairauksien ennaltaehkäisyyn tulee panostaa merkittävästi nykyistä enemmän. Retoriikasta olisi siirryttävä todellisiin panostuksiin. Harjoitetun toiminnan tulee ylittää perinteiset hallintorajat muodostamalla uusia ja yllättäviäkin terveyden edistämisen kumppanuuksia. Uusia teknologisia innovaatioita tulee hyödyntää ennaltaehkäisyssä yhä vahvemmin. Samalla on kuitenkin huolehdittava, että terveyden edistäminen ei kavennu ainoastaan yksilötason vaikuttamiseksi. Suurin terveyshyöty on tavoitettavissa koko väestöön keskittyvillä terveyden edistämisen strategioilla. Toiminnan vaikuttavuutta tulee arvioida ennen kaikkea terveyserojen kaventamisen näkökulmasta.

Kirjallisuus

1. WHO, *Health promotion glossary*. 1998, Geneva: World Health Organization.
2. Mikkonen, J. & L. Tynkkynen, *Terve Amis! Ammattiin opiskelevien terveyden taustatekijät: 50 toimenpide-ehdotusta terveyserojen kaventamiseksi*. 2010, Helsinki: Elämäntapaliitto.
3. WHO, *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. 2008, Geneva: World Health Organization.
4. Whitehead, M., S. Poval, & B. Loring, *The equity action spectrum: taking a comprehensive approach*. 2014, WHO Regional Office for Europe: Copenhagen.
5. Marmot, M., ym., *Strategic review of health inequalities in England post 2010. Fair society, healthy lives—the Marmot review final report*. 2010, London: Department of Health.
6. Mikkonen, J. & D. Raphael, *Social determinants of health: The Canadian facts*. 2010, Toronto: York University, School of Health Policy and Management. <http://www.thecanadianfacts.org/>
7. Manchanda, R., *The upstream doctors: Medical innovators track sickness to its source*. 2013, TED Conference, LLC. (Kindle Edition).
8. Dahlgren, G. & M. Whitehead, *Policies and strategies to promote social equity in health*. 1991, Stockholm: Institute for Future Studies.
9. Koskenvuo, M. & K. Mattila. *Terveyden edistämisen ja sairauksien ehkäisyn periaatteet*. 2009. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00001.
10. Fineberg, H., *The paradox of disease prevention: celebrated in principle, resisted in practice*. Journal of American Medical Association (JAMA), 2013. 310(1): s. 86-90.
11. Hänninen, S., *Johan on markkinat - eriarvoisuus Suomen terveyspolitiikassa*, teoksessa *Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa*, M. Koivusalo, E. Ollila, & A. Alanko, Toim. 2009, Gaudeamus: Helsinki. s. 48-78.

12. Lehto, J., *Terveydenhuoltopolitiikka*, teoksessa *Terveykspolitiikan perusta ja käytännöt*, M. Sihto, ym., Toim. 2013, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL): Tampere. s. 160-168.
13. Braveman, P., *What is health equity: and how does a life-course approach take us further toward it?* *Maternal and Child Health Journal*, 2014. 18(2): s. 366-372.
14. Braveman, P., *What are health disparities and health equity? We need to be clear.* *Public Health Reports*, 2014. 129(Suppl 2): s. 5-8.
15. Braveman, P. & S. Gruskin, *Defining equity in health.* *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2003. 57: s. 254-258.
16. Herne, K., *Mitä oikeudenmukaisuus on?* 2012, Helsinki: Gaudeamus.
17. Teperi, J., ym., *Riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa.* 2006, Helsinki: Stakes.
18. Suomen perustuslaki 11.6.1999/731. 1999;
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>.
19. Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. 2010;
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.
20. UN General Assembly, *Universal Declaration of Human Rights*. 1948, Geneva: United Nations.
21. UN General Assembly. *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR)*, 16 December 1966, United Nations, Treaty Series, vol. 993, s. 3. 1966 March 16, 2013); <http://www.unhcr.org/refworld/docid/3ae6b36c0.html>.
22. UN General Assembly. *International Covenant on Civil and Political Rights (ICCPR)*, 16 December 1966, United Nations, Treaty Series, vol. 999, s. 171. 1966 March 16, 2013); <http://www.unhcr.org/refworld/docid/3ae6b3aa0.html>
23. CESCR, *General comment no. 14: The right to the highest attainable standard of health.* (Art. 12 of the Covenant), 11 August 2000, E/C.12/2000/4. 2000, New York: UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR).
24. STM, *Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008-2011.* 2008, Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16.
25. Raphael, D., *Social structure, living conditions, and health*, teoksessa *Social determinants of health: Canadian perspectives*, D. Raphael, Toim. 2009, Canadian Scholars' Press: Toronto. s. 20-36.

26. Raphael, D., *The importance of tackling health inequalities*, teoksessa *Tackling health inequalities: Lessons from international experiences*, D. Raphael, Toim. 2012, Canadian Scholars' Press: Toronto. s. 1-32.
27. Wilkinson, R.G. & K.E. Pickett, *The spirit level: why more equal societies almost always do better*. 2009, London, UK: Allen Lane.
28. Tarkiainen, L., ym., *Trends in life expectancy by income from 1988 to 2007: decomposition by age and cause of death*. Journal of Epidemiology and Community Health, 2011. 66(7): s. 573-578
29. Palosuo, H., ym., *Terveysten eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. 2007, Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, 2007:23.
30. Lynch, J.W., ym., *Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions*. British Medical Journal, 2000. 320(7243): s. 1220-1224.
31. Hertzman, C. & C. Power, *Health and human development: Understandings from life-course research*. Developmental Neuropsychology, 2003. 24(2&3): s. 719-744.
32. Bartley, M., *Health inequality: An introduction to theories, concepts, and methods*. 2004, Cornwall, UK: Polity Press.
33. Raphael, D. & T. Bryant, *Maintaining population health in a period of welfare state decline: political economy as the missing dimension in health promotion theory and practice*. Promotion and Education, 2006. 13(4): s. 236-242.
34. Brunner, E. & M. Marmot, *Social organization, stress, and health*, teoksessa *Social determinants of health*, M. Marmot & R. Wilkinson, Toim. 2006, Oxford University Press: Oxford, UK.
35. Wilkinson, R.G. & K.E. Pickett, *Income inequality and health: a review and explanation of the evidence*. Social Science and Medicine, 2006. 62(7): s. 1768-1784.
36. Manderbacka, K., ym., *Health care services, in Health inequalities in Finland. Trends in socioeconomic health differences 1980–2005*, H. Palosuo, ym., Toim. 2009, Ministry of Social Affairs and Health Publications 2009:9: Helsinki, Finland. s. 178-194.
37. Leppo, K., ym., *Health in All Policies - Seizing opportunities, implementing policies*. 2013, Helsinki, Finland: Ministry of Social Affairs and Health.

38. Puska, P. & T. Ståhl, *Health in All Policies. The Finnish initiative: background, principles, and current Issues*. Annual Review of Public Health, 2010. 31(1): s. 315-328.
39. Marmot, M. & J.J. Allen, *Social determinants of health equity*. American Journal of Public Health, 2014. 104(S4): s. S517-S519.
40. Exworthy, M., *Policy to tackle the social determinants of health: using conceptual models to understand the policy process*. Health Policy and Planning, 2008. 23(5): s. 318-327.
41. Last, J.M., *Public health and human ecology. 2nd ed.* 1998, Stamford, CT: Appleton and Lange.
42. Buchanan, D.R., *Autonomy, paternalism, and justice: Ethical priorities in public health*. American Journal of Public Health, 2008. 98(1): s. 15-21.
43. Viens, A.M., *Disadvantage, social justice and paternalism*. Public Health Ethics, 2013. 6(1): s. 28-34.
44. Robeyns, I. *The capability approach*. Stanford Encyclopedia of Philosophy (Summer 2011 Edition). 2011 (lainattu 2014 heinä 24); <http://plato.stanford.edu/entries/capability-approach/>.
45. Sen, A., *Capability and well-being*, teoksessa *The quality of life*, M. Nussbaum and A. Sen, Toim. 1993, Clarendon Press: Oxford. s. 30–53.
46. Venkatapuram, S., *Health justice: An argument from the capabilities approach*. 2011, Cambridge: Polity.
47. Hellsten, S., *Toimintamahdollisuudet sosiaalipolitiikan oikeudenmukaisuuden kriteerinä*. niin & näin, 1995(2).
48. Powers, M. & R. Faden, *Social justice: The moral foundations of public health and health policy*. 2006, Oxford: Oxford University Press.
49. Björklund, L. & S. Sarlio-Siintola, *Inhimilliset toimintavalmiudet suomalaisessa hyvinvointipolitiikassa*, teoksessa *Hyvinvoinnin uusi politiikka: Johdatus sosiaaliin mahdollisuuksiin*, H. Hiilamo & J. Saari, Toim. 2010, Diakonia-ammattikorkeakoulu: Tampere. s. 37-70.
50. Hofrichter, R., *The politics of health inequalities: contested terrain*, teoksessa *Health and social justice: Politics, ideology and inequity in the distribution of disease*, R. Hofrichter, Toim. 2003, Jossey-Bass: San Francisco. s. 1-56.

51. Leppo, K., *Terveyspolitiikan lähtökohtia ja perusteita Suomessa ja kansainvälisesti*, teoksessa *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt*, M. Sihto, ym., Toim. 2013, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL): Tampere. s. 86-102.
52. Seppälä, T. & M. Pekurinen, Toim. *Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset raho-
virrat*. 2014, Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL): Raportti 22/2014. Tampere.
53. Leppo, K., *Kansan terveys on tahdon asia. Terveyspolitiikka ja -palvelut 2010-lu-
vulle*. 3/2010. Helsinki: Kalevi Sorsa säätiö.
54. Raphael, D., *Challenges to promoting health in the modern welfare state: The case
of the Nordic nations*. Scandinavian Journal of Public Health, 2013. 42(1): s. 7-17.
55. Bezruchka, S., *American experiences*, teoksessa *Tackling health inequalities: Les-
sons from international experiences*, D. Raphael, Toim. 2012, Canadian Scholars'
Press: Toronto. s. 33-62.
56. Armstrong, P. & H. Armstrong, *Health care*. About Canada. 2008, Black Point,
NS: Fernwood.
57. Mooney, G., *The health of nations: Towards a new political economy health*. 2012,
New York: Zed Books.
58. Valtonen, H., J. Kempers, & A. Karttunen. *Supplementary health insurance in
Finland: Consumer preferences and behavior*. 2014 (lainattu 2014 syys 30); [http://
hdl.handle.net/10138/135958](http://hdl.handle.net/10138/135958).
59. Sontag, S., *Illness as metaphor*. 1978, New York: Farrar, Straus and Giroux.
60. Braveman, P. & S. Gruskin, *Poverty, equity, human rights and health*. Bulletin of
the World Health Organization, 2003. 81(7): s. 539-545.
61. Lister, R., *Poverty*. 2004, Cambridge, UK: Polity Press.
62. Mikkonen, J., *The politics of poverty in Finland*. Social Alternatives, 2013. 32(1):
s. 24-30.
63. Mikkonen, J., *Coping strategies among marginalized youth in Finland*, teoksessa
*Participation, marginalization and welfare services – concepts, politics and
practices across European countries*, A. Matthies and L. Uggerhøj, Toim. 2014,
Ashgate: Surrey. s. 219-238.
64. Leskelä, R.-L., ym., *Paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävät asukkaat
Oulussa*. Suomen Lääkärilehti, 2013. 68(48).

65. Kapiainen, S., ym., *Pääkaupunkiseudun erittäin kalliit potilaat*. 2010, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL): Avauksia 3/2010. Helsinki.
66. Esping-Andersen, G., *The three worlds of welfare capitalism*. 1990, Princeton, NJ: Princeton University Press.
67. Aerschot, L.V. *Onko yhdentekevää kuka sosiaali- ja terveystalvvelumme tuottaa?* Alusta!-verkkolehti 13.12.2012. 2012 (lainattu 2014 heinä 24); <http://alusta.uta.fi/artikkelit/2012/12/13/onko-yhdentekevaa-kuka-sosiaali--ja-terveyspalvelumme-tuottaa.html>.
68. Ängeslevä, P., *Leikataanko solishuu? Päätä itse, sanoo lääkäri*. 2014: Helsingin Sanomat. Sunnuntai 21.6.2014.
69. Sandel, M.J., *What money can't buy? The moral limits of markets*. 2012, New York: Farrar, Straus and Giroux.
70. Koivusalo, M., E. Ollila, & A. Alanko, *Johdanto*, teoksessa *Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa*, M. Koivusalo, E. Ollila, & A. Alanko, Toim. 2009, Gaudeamus: Helsinki. s. 9-20.
71. Lupton, D., *Digitized health promotion: Personal responsibility for health in the Web 2.0 era*. 2013, Sydney Health & Society Group Working Paper No. 5: Sydney.
72. Vuorenkoski, L. & S. Saarni, *Priorisointi ja terveydenhuollon oikeudenmukaisuus*, teoksessa *Riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa*, J. Teperi, ym., Toim. 2006. s. 35-39.
73. Mikkonen, J., *Finnish experiences*, teoksessa *Tackling health inequalities: Lessons from international experiences*, D. Raphael, Toim. 2012, Canadian Scholars' Press: Toronto. s. 155-184.

